

การประเมินผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ
พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค
ของประชาชนไทย ในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัด
ชลบุรี
ประจำปี พ.ศ.2561

นางสาวบุญรักษา วิทยาคม
นายอดุลย์ ฉายพงษ์

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่อง “การประเมินผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคของประชาชนไทย ในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี ประจำปี พ.ศ. 2561” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา: 1. คุณลักษณะทางประชากร การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ แหล่งข้อมูลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน 2. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทางประชากรกับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน 3. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ข้อมูลข่าวสารกับภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชน และ 4. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคกับภัยสุขภาพของประชาชนและภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ใช้การวิจัยเชิงบรรยายและเชิงวิเคราะห์กลุ่มตัวอย่าง เป็นประชาชนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในจังหวัดตราด จำนวน 240 คน โดยเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ได้รับการพัฒนาจากสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติไค์สแควร์ (Chi-square) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา และอาชีพหลักกับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) เพื่อใช้ใน ก 1. การทดสอบสมมติฐานความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ แหล่งข้อมูลหรือช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ และความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน กับภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน 2. หาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพกับภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพในภาพรวม 4 โรค ร้อยละ 96.2 แหล่งข้อมูลข่าวสาร พบว่าแหล่งข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึง 3 อันดับแรก ได้แก่ โทรทัศน์และเคเบิลทีวี ร้อยละ 92.3 บุคลากรสาธารณสุข ร้อยละ 87.1 และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 86.2 กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพในภาพรวม อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 91.3 มีความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 69.6 พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.1 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90) มีความคิดเห็นเชิงบวกต่อภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทางประชากรกับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคของประชาชน พบว่า เพศ อายุ และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน พบว่า พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชนในระดับปานกลาง ($r = .413$) ส่วนการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ

แหล่งข้อมูลการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ รายโรค และความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค ในมุมมองของประชาชนในระดับต่ำ ($r = .326, .280, .374$ และ $.265$ ตามลำดับ)

ผลจากการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ในการวางแผนการสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนา พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นระบบ รวมถึงการวางแผนในการพัฒนาระบบการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ เพื่อการเสริมสร้างการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนและ ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคสำหรับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรีให้มีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ : การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ, พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ, ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค

Abstract

This research of “An Evaluation of perception of information in Diseases and Health hazards, prevention and control behaviors of diseases and images of Department of Disease Control of the Thai People: A case study in the responsible areas of the Office of Disease Prevention and Control 6, Chonburi Province during B.E.2018” aimed to study 1. the general characteristics of the people, the perception of information on diseases and health hazards, source of such information and satisfaction with such information, knowledge on diseases and health hazards, prevention and control behaviors of diseases and health hazards, image of Department of Disease Control in public opinions. 2. The relation between the general characteristics of the people and prevention and control behaviors of diseases and health hazards. 3. The relation between the perception of information on diseases and health hazards and images of Department of Disease Control. 4. The relation between prevention and control behaviors of diseases and health hazards and images of Department of Disease Control.

This study was a Quantitative research and using Descriptive research and Analytical research. The sample group who are above 18 years old and living in Trad province. The number of sample group was totally 240 samples by specific selection. The data collection tool is questionnaire which developed from Bureau of Risk Communication and Health Behavior Development. The data was analyzed by using descriptive statistics. The association between demographic traits like sex, age, education, and the perception of information on diseases and health hazards, primary occupation and health hazards and illness preventative behaviors of the population were examined using Chi-square statistics. Pearson's Correlation Coefficient will be applied in Testing the relationship between the perception of information on disease and health hazards, resources or ways to receive about diseases and health hazards, satisfaction on the knowledge of diseases and health hazards, awareness of diseases and health hazards of the public, and perceptions of the Department of Disease Control among the general population And Investigating a link between prevention and control behaviors of diseases and health hazards with the public's images of Department of Disease Control.

The results showed that 96.2% of the sample learned overall perception of information on disease and health hazards of 4 common diseases. Source of information: it was found that the top 3 sources of information with the highest accessibility for the sample were: (1) television and cable TV (92.3%), (2) Public Health Staff (87.1%), (3) Village Health

Volunteer (VHV) (86.2%). Satisfaction of information on disease and health hazards: In overall, it was found that 91.3% of the sample was highly satisfied. There are 69.6% who have knowledge on diseases and health hazards, prevention and control behaviors of diseases and health hazards in the middle level (52.1%) and most of the sample (90%) had positive opinion to the image of Department of Disease Control. The relation between the general characteristics of the people and disease prevention and control behavior found that genders, age and educational level significantly related with disease prevention and control behavior ($p\text{-value} < 0.05$). For the factor that related with images of Department of Disease Control found that prevention and control behaviors of diseases and health hazards positively correlated with images of Department of Diseases Control in population view is in the medium level ($r = .413$). In terms of the perception of information on diseases and health hazards, source of such information, satisfaction with such information and knowledge on diseases and health hazards have positive correlation with images of Department of Disease Control of the People at low level ($r = .326, .280, .374, \text{ and } .265$ respectively).

The results of this study can be used to plan for risk communication and develop the health behavior of the people as a systematic way, as well as used to plan for development of public relations communication systems for enhancing information perception, knowledge, public health behavior and image of Department of Disease Control for the Office of Office of Disease Prevention and Control 6, Chonburi to be more effective in the future.

Keywords: The perception of information on diseases and health hazards, prevention and control behaviors of diseases and health hazards, images of Department of Disease Control.

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยเรื่อง การประเมินผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคและภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคของประชาชนไทยในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรีประจำปี พ.ศ. 2561 ครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีด้วยความร่วมมือจากหลายฝ่ายด้วยกัน ผู้วิจัย ขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงวรยา เหลืองอ่อน ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำ และสนับสนุนการดำเนินการวิจัยครั้งนี้

ผู้วิจัย ขอขอบพระคุณ นายแพทย์จีระพัฒน์ ศิริชัยสินธพ นายแพทย์วิชัย สติมัย นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค นายเชาวลิต จีระดิษฐ์ ที่ปรึกษาสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กรัณธรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ และอาจารย์มาสริน ศุกลปักษ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สาธิตสุขจังหวัดตราด และบุคลากรที่สนับสนุนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ ขอขอบคุณประชาชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่กรุณาให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยนี้ และขอขอบคุณบุคลากรของสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ที่อำนวยความสะดวกทำให้การดำเนินการศึกษาวิจัยครั้งนี้ประสบความสำเร็จ

ผู้วิจัย หวังว่า งานวิจัยเรื่องนี้คงมีประโยชน์แก่ผู้สนใจและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คุณค่าใดๆ ที่เกิดขึ้นจากรายงานวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบให้แก่บุคคลดังกล่าวข้างต้น

บุญรักษา วิทยาคม

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
กิตติกรรมประกาศ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของการวิจัย	1
คำถามวิจัย	4
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
ขอบเขตการวิจัย	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	6
นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย	7
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
2.1 ความรู้เกี่ยวกับภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค	8
2.2 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร แหล่งข้อมูล ข่าวสารหรือช่องทางของการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ	13
2.3 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ	20
2.4 ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ	26
2.5 ความรู้เรื่องพฤติกรรมป้องกันการ ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	53
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
3.1 รูปแบบการวิจัย	58
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	58
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	59
3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล	61
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล	62
3.6 จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	63

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	
4.1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร	65
4.2 ข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	
4.2.1 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน	67
4.2.2 แหล่งข้อมูลฯ ของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน	68
4.2.3 ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน	69
4.2.4 ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ	71
4.2.5 พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	72
4.2.6 ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชน	75
4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทางประชากรกับพฤติกรรมการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน	77
4.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ แหล่งข้อมูล หรือช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารฯ ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารฯ ความรู้ เรื่องโรคและภัยสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคฯ กับภาพลักษณ์ ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน	78
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
5.1 สรุปผลการวิจัย	79
5.2 อภิปรายผลการวิจัย	82
5.3 ข้อเสนอแนะจากการวิจัย	89
บรรณานุกรม	91
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	99
ประวัติผู้วิจัย	109

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
2.1	แนวทางการให้วัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าและ rabies immunoglobulin ภายหลังสัมผัสโรคตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก	50
3.1	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพื้นที่ที่เป้าหมายในการดำเนินการวิจัย	58
3.2	เกณฑ์การให้คะแนนตอนที่ 2, 3, 4 และ 7	60
3.3	เกณฑ์การให้คะแนนตอนที่ 6	60
3.4	แผนปฏิบัติการการประเมินผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกัน ควบคุมโรคและภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคของ ประชาชนไทย	62
4.1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะทางประชากร	66
4.2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายโรคและระดับของการรับรู้ ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ	67
4.3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามแหล่งข้อมูลหรือช่องทางของ การรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน	68
4.4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสาร เรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน	69
4.5	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความรู้เรื่องโรค และภัยสุขภาพของประชาชนในภาพรวม	71
4.6	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชนในภาพรวม	72
4.7	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและ ภัยสุขภาพของประชาชน จำแนกตามรายโรคและรายข้อคำถาม	73
4.8	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับภาพลักษณ์ ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชนในภาพรวม	75
4.9	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคใน มุมมองประชาชนจำแนกเป็นรายข้อ	76
4.10	ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรกับพฤติกรรมการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน	77
4.11	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค ในมุมมองประชาชน	78

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1.1	กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย	7

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของการวิจัย

ตามกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการพ.ศ.2552 กำหนดให้กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มีภารกิจเกี่ยวกับการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2556) การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค เป็นวิธีการที่ช่วยลดปัญหาที่มีผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวมของประชากรกลุ่มเป้าหมาย ตามมาตรฐานสากล (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2554) ดังนั้น กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จึงเป็นหน่วยงานสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาพของประชาชนในประเทศ โดยมีภารกิจหลักคือ การพัฒนาระบบองค์ความรู้และมาตรการเพื่อการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ รวมทั้งการส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้มีสุขภาพดี ห่างไกลจากโรคและภัยสุขภาพ ดังที่ได้กำหนดวิสัยทัศน์ไว้ว่า “เป็นองค์กรชั้นนำ ระดับนานาชาติ ที่สังคมเชื่อถือและไว้วางใจ เพื่อปกป้องประชาชนจากโรคและภัยสุขภาพด้วยความเป็นเลิศทางวิชาการ ภายในปี 2563” (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558) เพื่อให้บรรลุตามวิสัยทัศน์ดังกล่าว ในปีงบประมาณ 2560 กรมควบคุมโรคได้ดำเนินถึงมิติต่าง ๆ อย่างครบถ้วน ได้แก่ (1) มิติประสิทธิผล โดยมียุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างความร่วมมือและสนับสนุนภาคีเครือข่ายภายในประเทศและนานาชาติ (2) มิติคุณภาพการให้บริการ โดยมียุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนานวัตกรรม มาตรการ มาตรฐานและวิชาการ การเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ และยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาระบบการนำด้านนโยบายและยุทธศาสตร์การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่เป็นหลักของประเทศ (3) มิติประสิทธิภาพของการปฏิบัติราชการ โดยมียุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาการสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์เพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ และยุทธศาสตร์ที่ 5 เตรียมความพร้อมและการจัดการในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพตามมาตรฐานสากล และ (4) มิติด้านพัฒนาองค์กร โดยมียุทธศาสตร์ที่ 6 บริหารจัดการองค์การแนวใหม่ (กองแผนงาน กรมควบคุมโรค, 2559)

ในภาพรวมพบว่า การดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์กรมควบคุมโรคได้มีการใช้กลยุทธ์ และกิจกรรมที่หลากหลาย ให้สอดคล้องกับพันธกิจของกรมควบคุมโรค คือ การศึกษา ค้นคว้า วิจัย พัฒนา และกำหนดมาตรฐานทางวิชาการและเทคโนโลยี ตลอดจนการพัฒนาบุคลากรด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพ การเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการด้านป้องกันควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพ ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและประชาชน การควบคุม กำกับ นิเทศ และประเมินผลด้านควบคุมโรค การให้บริการรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเฉพาะโรค การประสานนโยบายและแผนป้องกันควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพ และการพัฒนาเครือข่ายการป้องกันควบคุมโรคตลอดจนการเฝ้าระวังโรคกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและองค์กรท้องถิ่น ซึ่งจากโครงการและกิจกรรมที่กรมควบคุมโรคได้ดำเนินการโดยตลอด พบว่า ภาระกิจการเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการด้านป้องกันควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและประชาชน เป็นการดำเนินงานที่เชื่อมโยงถึงระดับบุคคล ดังนั้นการมีข้อมูลและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการรับรู้ ข้อมูลข่าวสาร ความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนไทย รวมถึงความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรค

และภัยสุขภาพในมุมมองของประชาชนจะเป็นข้อมูลที่สำคัญที่ใช้ในการประเมินความสำเร็จในการสื่อสาร ความเสี่ยงต่อโรคและภัยสุขภาพของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขได้

สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ในฐานะผู้รับผิดชอบหลักในการ ดำเนินการยุทธศาสตร์ด้านการสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์เพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและ ภัยสุขภาพได้ดำเนินการตามยุทธศาสตร์อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสาร มีความรู้และส่งผล ให้มีพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่เหมาะสม มาอย่างต่อเนื่อง พร้อมกันนั้น ยังคาดหวังให้กระบวนการดำเนินการดังกล่าว ส่งผลให้ประชาชนและเครือข่ายการดำเนินการเกิดความคิดเห็น ที่มีความพึงพอใจเชิงบวกที่จะส่งผลให้ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในสายตาประชาชนและเครือข่ายดีขึ้น อย่างไรก็ตาม ผลการดำเนินการดังกล่าวจำเป็นต้องมีการวัดและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงาน ด้านการสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพนำไปใช้ในการพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการ ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

ในปี พ.ศ. 2560 ที่ผ่านมารวมควบคุมโรคมีการประเมินผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและ ภัยสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคและภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคของประชาชนไทย ประจำปี พ.ศ. 2560” ตามนโยบายขับเคลื่อนยุทธศาสตร์รายโรคที่สำคัญ ได้แก่ โรคที่มียุ่งกลายเป็นพาหะ โรคฉี่หนู โรคไม่ติดต่อเรื้อรังและอุบัติเหตุจราจร จากกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการสุ่มหลายขั้นตอน จำนวน 5,299 คนจากทั่วทุกภูมิภาคของประเทศไทย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น พบว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสารของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากแหล่งข้อมูลข่าวสารที่กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงมากที่สุด 5 แหล่งข้อมูล ได้แก่ 1) โทรทัศน์และเคเบิลทีวี 2) บุคลากรสาธารณสุข 3) เพื่อนญาติ คนในครอบครัว 4) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ 5) วิทยู ทูทหรือกระจายข่าว เสียงตามสาย และยังพบว่ากลุ่ม ตัวอย่างมีความพึงพอใจในข้อมูลข่าวสารที่ได้รับอยู่ในระดับพึงพอใจ เมื่อพิจารณาถึงความรู้ พบว่าค่าเฉลี่ย ความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคอยู่ในระดับมาก และภาพลักษณ์ ของกรมควบคุมโรค มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นในเชิงบวกอยู่ในระดับมาก ซึ่งผลการวิจัยดังกล่าวสามารถนำไปใช้ ในการวางแผนการสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนได้อย่างเป็นระบบ รวมถึงการ วางแผนพัฒนาระบบการสื่อสารประชาสัมพันธ์เพื่อการเสริมสร้างการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ พฤติกรรมการ ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน และภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคต่อไป ซึ่งข้อมูลในการ ประเมินผลการรับรู้ที่สอดคล้องกับผลการประเมินในปี พ.ศ. 2559 ซึ่งพบว่า ในปี พ.ศ. 2559 มีจุดเน้น ในยุทธศาสตร์รายโรค จำนวน 4 โรค ได้แก่ โรคเอดส์/การติดเชื้อเอชไอวี โรคพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช โรคไข้เลือดออก และอุบัติเหตุจากการจราจร โดยมีการดำเนินการสำรวจในภาคสนาม กลุ่มตัวอย่างได้จากการ สุ่มแบบหลายขั้นตอน จำนวน 2,692 คน จากทั่วทุกภูมิภาคของประเทศไทย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบสอบถามที่สร้างโดยผู้วิจัย พบว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสารของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมส่วนใหญ่อยู่ใน ระดับมาก เมื่อพิจารณาในรายประเด็นพบว่า โรคไข้เลือดออกและอุบัติเหตุจากการจราจรอยู่ในระดับมาก ส่วนโรคเอดส์/การติดเชื้อเอชไอวี และโรคพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างรับรู้ ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพจากแหล่งข้อมูล 5 อันดับแรก ได้แก่ 1) โทรทัศน์/เคเบิลทีวี 2) เจ้าหน้าที่

สาธารณสุข 3) อาสาสมัครสาธารณสุข 4) เพื่อน/ญาติ /คนในครอบครัว และ 5) อินเทอร์เน็ต และยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นเชิงบวก และความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารระดับมาก ส่วนด้านความรู้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลาง ส่วนพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก ซึ่งเมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่า พฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก โรคพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช และอุบัติเหตุจากการจราจรอยู่ในระดับมาก มีเพียงพฤติกรรม การป้องกันโรคเอดส์/ การติดเชื้อเอชไอวีที่อยู่ในระดับปานกลาง พร้อมกันนี้ผลการศึกษายังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นต่อภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในเชิงบวกอยู่ในระดับมาก (วิชาญ ปาวันและคณะ, 2559)

สำหรับในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 กรมควบคุมโรค โดยสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพมีจุดเน้นในการประเมินผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค และภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคของประชาชนชาวไทย ประจำปี 2561 ใน 4 ประเด็นโรค (สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค, 2560) ดังนี้ 1) โรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน (Vaccine prevention diseases) ที่มุ่งเน้นโรคไข้หวัดใหญ่ โดยจากข้อมูลเฝ้าระวังโรคจากทุกจังหวัดในประเทศไทย ของสำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ 1 มกราคม – 18 กันยายน พ.ศ. 2560 พบผู้ป่วย 116,298 ราย เสียชีวิต 25 ราย ซึ่งพบมากในกลุ่มอายุ 15 – 24 ปี ในสัญชาติไทยและพบในทั่วทุกภาคของประเทศไทย (สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2560) ซึ่งปัจจุบันวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ (Influenza (Flu) Vaccine) สามารถป้องกันการเป็นโรคไข้หวัดใหญ่ หรือลดความรุนแรงจากการเกิดโรคไข้หวัดใหญ่และป้องกันการแพร่เชื้อไข้หวัดใหญ่ไปสู่บุคคลในครอบครัวและชุมชนได้ (CDC : www.cdc.gov/flu) 2) โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular diseases) ที่มุ่งเน้นในการให้ประชาชนสามารถสังเกตอาการเบื้องต้นของตนเองเพื่อการเฝ้าระวังโรคทางหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งข้อมูลสอดคล้องกับสถานการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย โดยข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขในระหว่างปี พ.ศ. 2555 – 2558 พบว่า อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจต่อประชากรแสนคน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยในปี พ.ศ. 2558 พบอัตราตายเท่ากับ 28.92 ต่อแสนประชากร หรือเท่ากับ 18,922 คน เฉลี่ยชั่วโมงละ 2 คน สำหรับสถานการณ์ป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดนั้น มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 – 2556 และลดลงในปี พ.ศ. 2557 ซึ่ง ในปีพ.ศ. 2557 มีผู้ป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดสูงถึง 264,820 คน จากข้อมูลเบื้องต้นแสดงให้เห็นว่า โรคหัวใจขาดเลือดยังคงมีสถานการณ์ความรุนแรงเพราะอัตราตายและอัตราป่วยในประชากรแสนคน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2559) 3) โรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ (Respiratory infections diseases) โดยเฉพาะโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจที่ยังคงเป็นปัญหาสำคัญ ได้แก่ โรควัณโรค ซึ่งจากการสำรวจความชุกของวัณโรคระดับชาติครั้งล่าสุด พบว่า ความชุกของวัณโรคเสมหะ ย่อมพบเชื้อ ลดลงมากในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา ซึ่งน่าจะเป็นผลจากการดำเนินงานควบคุมโรคอย่างต่อเนื่อง ตลอดมา จากการสำรวจครั้งนี้ พบว่า จำนวนผู้ป่วยกำลังรักษาพบน้อย (6 ใน 142 คน) ผู้ป่วยเกินครึ่งหนึ่งไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อย กว่าครึ่งตรวจพบก็มีพยาธิสภาพในปอดลูกกลมค่อนข้างรุนแรง ผู้ป่วยวัณโรคในประเทศไทยยังคงพบบ่อยในเพศชาย สูงเป็น 2 เท่าของเพศหญิง และในกลุ่มผู้สูงอายุตั้งแต่ 65 ปี ขึ้นไป ดังนั้นจึงมีความจำเป็นในการวางแผนการควบคุมวัณโรคในกลุ่มนี้ให้มีประสิทธิภาพ เพื่อตอบสนองต่อสังคม

ผู้สูงอายุที่มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นในปัจจุบันและอนาคตเพื่อลดการป่วยและตายจากไวรัสโรค (สำนักวิจัยโรค กรมควบคุมโรค, 2560) และ 4) โรคพิษสุนัขบ้า (Rabies) จากการเฝ้าระวังของกรมควบคุมโรค สถานการณ์ โรคพิษสุนัขบ้าในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2550-2559) พบผู้เสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้ามีจำนวนที่สูงขึ้น ทุกปี เฉพาะปี 2559 พบเพิ่มเป็น 2 เท่าของปี 2558 (จาก 5 ราย เป็น 13 ราย) จากข้อมูลสถานเสาวภา สภากาชาดไทย ตั้งแต่เดือนมกราคม 2560 จนถึงปัจจุบัน พบว่ามีการส่งสัตว์ที่สงสัยว่าเป็นโรคพิษสุนัขบ้า มาตรวจ และพบมีเชื้อพิษสุนัขบ้าถึง 134 ตัวอย่าง ซึ่งกระจายอยู่ทุกภาคของประเทศ (สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค, 2560) จากข้อมูลดังกล่าวจึงมีความสำคัญในการประเมินการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของประชาชน ในประเด็นที่สำคัญทั้ง 4 ประเด็นดังกล่าวข้างต้น เพื่อกรมควบคุมโรคจะได้นำผลการประเมินไปใช้ในการ วางแผนและพัฒนาแนวทางให้มีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์ต่อประชาชนสูงสุดต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับการ เปิดรับสื่อ (Media exposure) และการรับรู้ (Perception) แนวคิดเกี่ยวกับสาร (Message) ความรู้ความ เข้าใจ (Understanding) ซึ่งมีความเชื่อมโยงกับพฤติกรรมสุขภาพ (Schramm, 1954; Melvin, 1970; Bloom, 1971) โดยพบว่าข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร แหล่งของข้อมูลข่าวสาร ความพึงพอใจและ ความรู้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนไทย (สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรม สุขภาพ กรมควบคุมโรค, 2557-2558) ซึ่งข้อมูลดังกล่าวเป็นข้อมูลที่สำคัญที่ใช้ในการประเมินความสำเร็จ ในการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคและภัยสุขภาพของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ตามการขับเคลื่อน ยุทธศาสตร์ ซึ่งผลจากการสำรวจนั้นจะได้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร แหล่งข้อมูลหรือ ช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความพึงพอใจ ความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ มีความตระหนักในการป้องกันตนเอง ครอบครัวและสังคม ในการมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง รวมไปถึงการนำไปสู่การสร้างนโยบายที่สอดคล้องกับบริบทที่เป็นอยู่ได้อย่างเป็น รูปธรรม ร่วมกับเป็นแนวทางในการสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้กับประชาชนต่อไป พร้อมทั้งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเห็นว่าการศึกษาที่ประชาชนรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากองค์กรที่นำเสนอไปนั้น มีความเกี่ยวข้องกับภาพลักษณ์ ขององค์กรนั้นคือ มุมมองของประชาชนที่ได้สัมผัสและรับรู้ต่อองค์กร ภาพที่ปรากฏในมุมมองของประชาชนนั้น หากเป็นภาพลักษณ์ที่ดี ก็จะทำให้ประชาชนเกิดความประทับใจน่าเชื่อถือ ในทางตรงกันข้ามหากพบว่าเป็น ภาพลักษณ์ที่ไม่ดีก็จะทำให้ไม่เกิดความประทับใจ ไม่น่าเชื่อถือต่อองค์กร ซึ่งสัมพันธ์กับข่าวสารที่นำเสนอไป ด้วย ทั้งนี้ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของประเด็นภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคที่เป็นส่วน สนับสนุนต่อการพัฒนาองค์กร ข้อมูลที่ได้จะนำมาปรับใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาภาพลักษณ์ขององค์กรให้ดี ยิ่งๆ ขึ้นต่อไป ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของประเด็นดังกล่าว จึงศึกษาในประเด็นนี้ร่วมด้วย

คำถามวิจัย

1. คุณลักษณะทางประชากร และพฤติกรรมป้องกันควบคุมโรคมีลักษณะอย่างไร
2. คุณลักษณะทางประชากรมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของ ประชาชนหรือไม่ อย่างไร

3. การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์กับภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชนหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะทางประชากร การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร แหล่งข้อมูลการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสาร ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน และภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทางประชากรกับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ข้อมูลข่าวสารกับภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชน
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคกับภัยสุขภาพของประชาชนและภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้กำหนดขอบเขตในการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. ขอบเขตด้านกลุ่มเป้าหมาย

การประเมินผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกัน ควบคุมโรค และภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคของประชาชนไทย ประจำปี พ.ศ. 2561 มุ่งศึกษาในกลุ่มเป้าหมายที่เป็นประชาชนทั่วไปที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดตราด โดยเลือกมา 2 อำเภอ

2. ขอบเขตด้านระยะเวลาดำเนินการ

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยในระหว่างเดือนเมษายน – เดือนสิงหาคม 2561

3. ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษานี้มุ่งศึกษาการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน แหล่งข้อมูลหรือช่องทางของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชนและพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชนที่เป็นจุดเน้นของกรมควบคุมโรคในปี 2561 อันได้แก่ (1) โรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน (Vaccine prevention diseases) ที่มุ่งเน้นโรคไข้หวัดใหญ่ (2) โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular diseases) (3) โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ (Respiratory infections diseases) โดยเฉพาะโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจที่ยังคงเป็นปัญหาสำคัญได้แก่ โรคโควิด และ (4) โรคพิษสุนัขบ้า (Rabies) และศึกษาภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชนเท่านั้น

4. ขอบเขตด้านตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

สำหรับตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบไปด้วย

4.1 คุณลักษณะทางประชากร

4.2 การรับรู้ต่อภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคใน 4 ด้าน

4.3 ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

การประเมินผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรค และภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค ประจำปี พ.ศ. 2561 ครั้งนี้ ผู้วิจัยคาดว่าจะมีประโยชน์ ผลสำเร็จและความคุ้มค่าของการสำรวจที่จะได้รับ ดังนี้

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานในเรื่องการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้และพฤติกรรมในโรคและภัยสุขภาพของประชาชน
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานในเรื่อง ความพึงพอใจและภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาการดำเนินงานในเรื่องที่เกี่ยวข้องของกรมควบคุมโรค
3. ใช้เป็นแนวทางในการสื่อสารประชาสัมพันธ์ เพื่อการนำไปสู่การมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชน

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

คุณลักษณะทางประชากร หมายถึง ข้อมูลเกี่ยวกับตัวบุคคล เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพหลักของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้

การรับรู้ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค หมายถึง การเรียนรู้ที่เกิดจากการรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับกรมควบคุมโรค เกิดเป็นความรู้สึกนึกคิดหรือความเข้าใจเกิดการตีความทำให้เกิดการรับรู้ผ่านทาง การเห็น การได้ยิน การระลึกถึงกรมควบคุมโรคเมื่อนึกถึงข้อมูลการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ อีกทั้งยังทำให้เกิดความมั่นใจมีความพึงพอใจและมีผลต่อการตัดสินใจใช้ข้อมูล ใน 4 ด้าน คือ

การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ หมายถึง การได้รับเนื้อหาสาระต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรควัณโรค และโรคพิษสุนัขบ้า ในประเด็นต่าง ๆ ที่กรมควบคุมโรคได้มีการสื่อสาร ได้แก่ สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคและภัยสุขภาพ สาเหตุ อาการ การติดต่อและความรุนแรงของโรคและภัยสุขภาพ การรักษาและการป้องกันโรคและภัยสุขภาพจากแหล่งข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ

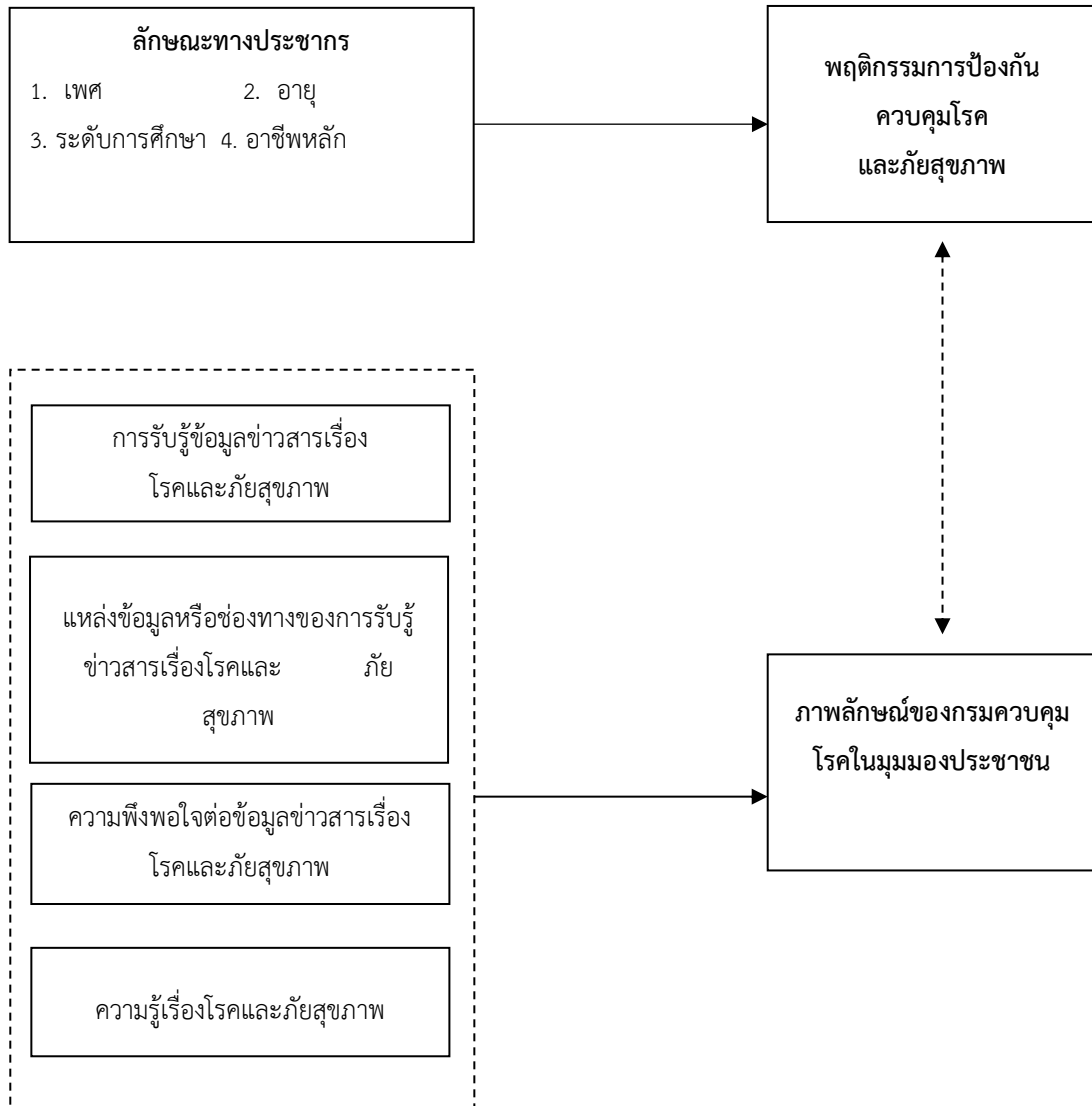
แหล่งข้อมูลหรือช่องทางของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ หมายถึง ชนิดหรือแหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ได้แก่ สื่อมวลชน สื่อเฉพาะกิจ และสื่อบุคคล ที่ประชาชนได้รับ

ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกดีความประทับใจ ชอบ ยินดี เต็มใจหรือมีความสุขของประชาชนที่มีต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพที่ได้รับตามความต้องการหรือตามจุดมุ่งหมายที่ความคาดหวังไว้

ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการระลึกจดจำได้ของประชาชนทั่วไปเกี่ยวกับสาเหตุ การติดต่อและการแพร่ระบาด อาการอาการแสดง การรักษา และการป้องกันโรคและภัยสุขภาพในเรื่องโรคไข้หวัดใหญ่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรควัณโรค และโรคพิษสุนัขบ้า

พฤติกรรมกำบังกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติของประชาชนเพื่อกำบังกัน ควบคุมการเกิดโรคและภัยสุขภาพ ในเรื่องโรคไข้หวัดใหญ่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรควัณโรค และโรคพิษสุนัขบ้า

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง “การประเมินผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคของประชาชนไทยในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี ประจำปี 2561” ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

2.1 ความรู้เกี่ยวกับภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค

2.2 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร แหล่งข้อมูลหรือช่องทางของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ

2.3 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ

2.4 ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ

2.5 ความรู้เรื่องพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

2.6 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 ความรู้เกี่ยวกับภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค

การวิจัยครั้งนี้ได้นำทฤษฎีภาพลักษณ์ (Image) และภาพลักษณ์องค์กร (Organization) มาเพื่อใช้ในการกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยโดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

ภาพลักษณ์ ตามพจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน (2546) ให้ความหมายว่า ภาพที่เห็นในกระจกเงา ภาพที่ผ่านจากกล้องส่อง หรือ ภาพที่อยู่ในความนึกคิด ซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายของภาพลักษณ์และภาพลักษณ์องค์กร อาทิเช่น

ภาพลักษณ์ คือ สิ่งที่เป็นภาพตัวแทนที่เกิดในความนึกคิด ภาพลักษณ์นี้จะมีผลกระทบโดยตรงต่อทัศนคติ ซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรมอีกต่อหนึ่ง ดังนี้ ไม่ว่าจะบริษัทใดๆ จึงไม่อาจที่จะมองข้ามความสำคัญของภาพลักษณ์ไปได้ การต้องมุ่งสร้างความประทับใจ ไม่ว่าจะโดยการกระทำโดยตั้งใจหรือไม่ตั้งใจก็ตาม หรือด้วยความเต็มใจหรือไม่เต็มใจ ต่างมีผลกระทบต่อคนฝ่ายต่าง ๆ ที่เราต้องการติดต่อด้วยทั้งสิ้น (ธงชัย สันติวงษ์, 2542)

ภาพลักษณ์ คือ กระบวนการของความคิดจิตใจที่หล่อหลอมความรู้สึกของคนเราต่อสิ่งต่าง ๆ อันเนื่องมาจากประสบการณ์ทั้งโดยตรงและโดยอ้อม ซึ่งจะประกอบเข้าเป็นภาพลักษณ์ที่เรารับรู้ ถือเป็นความรู้สึกเชิงตีความหมายหรือความประทับใจต่อสิ่งที่ปรากฏให้เห็น (Boulding, 1975)

ภาพลักษณ์ขององค์กร หมายถึง ภาพในความนึกคิดของบุคคลที่มีต่อทุกๆ ส่วนขององค์กร ทั้งตัวองค์กร สิ่งที่เกิดขึ้นกับองค์กร และกิจกรรมที่องค์กรปฏิบัติ (สุภารัตน์ ม่วงศิริ , 2547)

ภาพลักษณ์องค์กร หมายถึง ความสมบูรณ์แบบของแนวคิด/ความเข้าใจ ซึ่งออกสู่สาธารณะ อาจแตกต่างจากความเป็นจริงเมื่อได้มีการรับรู้ เข้าใจหรือการสื่อสารที่ไม่ถูกต้อง (Loana VID, 2016)

จากการศึกษาความหมายของภาพลักษณ์ สามารถสรุปได้ว่า ภาพลักษณ์ คือ การเรียนรู้ที่เกิดจากการรับรู้กลายเป็นความรู้สึกนึกคิดหรือความเข้าใจเกิดการตีความทำให้เกิดการรับรู้ผ่านทาง การเห็น การได้ยิน การระลึกถึงสิ่งนั้น สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มุ่งศึกษาเฉพาะภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค ในประเด็นการรับรู้ ข้อมูลการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่ทำให้เกิดความมั่นใจ และมีความพึงพอใจและมีผลต่อการตัดสินใจใช้ข้อมูลดังกล่าว

2.1.1 ความสำคัญของภาพลักษณ์

การดำเนินกิจการของทุกหน่วยงาน ภาพลักษณ์เป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อความน่าเชื่อถือ ความไว้วางใจ ก่อให้เกิดการทำงานที่มีความราบรื่นและความเจริญก้าวหน้าของหน่วยงานนั้น ภาพลักษณ์จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อองค์กร ทั้งที่เป็นหน่วยงานของรัฐบาล หรือเอกชน ซึ่งภาพลักษณ์ที่ดีนั้นจะช่วยส่งเสริมความสำเร็จให้แก่หน่วยงาน เนื่องจากได้รับความไว้วางใจจากประชาชน รัตนาวดี ศิริทองถาวร (2546) ได้แบ่งลักษณะของภาพลักษณ์ออกเป็น 6 ลักษณะ ดังนี้

1. ภาพลักษณ์เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความประทับใจ ซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์และข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับองค์กรที่ประชาชนได้รับ และสิ่งเหล่านี้จะก่อให้เกิดความประทับใจ ซึ่งอาจจะเป็นความประทับใจที่ดีหรือไม่ดีก็ได้ แล้วแต่พฤติกรรมหรือการกระทำของหน่วยงาน

2. ภาพลักษณ์เป็นสิ่งที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ภาพลักษณ์เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้และเปลี่ยนแปลงได้เสมอ อันเนื่องมาจากสภาพการณ์ภายในหรือปัจจัยภายนอกองค์กรมากระทบ ดังนั้นองค์กรต่าง ๆ จึงจะต้องมีการสำรวจภาพลักษณ์ปัจจุบันขององค์กรเสมอ เพื่อจะได้ทราบว่าภาพลักษณ์ขององค์กรเป็นอย่างไร จะได้ส่งเสริมหรือแก้ไขให้ภาพลักษณ์ที่ดีคงอยู่เสมอ

3. ภาพลักษณ์เป็นสิ่งที่อยู่นิ่ง ภาพลักษณ์เป็นสิ่งที่ไม่โดนโต้แย้งกับความจริง แต่ภาพลักษณ์จะต้องถูกนำเสนออย่างสอดคล้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับความจริง

4. ภาพลักษณ์เป็นสิ่งที่น่าเชื่อถือ ภาพลักษณ์เป็นการสร้างภาพในใจของบุคคล องค์กร สถาบัน หรือสิ่งต่าง ๆ ให้มั่นคงเป็นที่ยอมรับโดยอยู่บนพื้นฐานของความน่าเชื่อถือ การสร้างภาพลักษณ์ไม่เกิดผลใดๆ ถ้าไม่มีความน่าเชื่อถือในบุคคลหรือองค์กรนั้นๆ

5. ภาพลักษณ์เป็นสิ่งที่เห็นได้ชัดเจน ภาพลักษณ์ที่ถูกสร้างขึ้นจากสิ่งที่เป็นนามธรรมขึ้นเป็นรูปธรรม ซึ่งอาจเรียกได้ว่าเป็นการสร้างจินตนาการรูปธรรมเพื่อให้ตอบสนอง ดึงดูดใจ และความรู้สึกทางอารมณ์ ได้อย่างชัดเจนต่อบุคคล

6. ภาพลักษณ์จะต้องเป็นสิ่งที่ทำให้ดูง่ายและแตกต่าง นั่นคือภาพลักษณ์จะต้องชัดเจน ง่ายต่อการเข้าใจความแตกต่าง แต่สื่อความหมายได้ครบถ้วนตรงตามความต้องการ เช่น เครื่องหมาย คำขวัญ เป็นต้น ซึ่งก็คือการสร้างภาพลักษณ์ที่โดดเด่น

2.1.2 ประเภทของภาพลักษณ์

1. ภาพลักษณ์ซ้อน (multiple image) เป็นภาพลักษณ์ที่ตั้งมาจากสมมติฐานว่าบุคคลในสังคมนั้นมีความรู้ ความเชื่อ ฐานะทางเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา และอื่นๆ ที่แตกต่างกันแต่บุคคลจึงมีความรู้สึกและประสบการณ์ต่อองค์กรต่างกันไป ดังนั้นภาพลักษณ์ขององค์กรที่ประชาชนรับรู้จึงไม่ใช่ภาพลักษณ์เดียวกันเสมอไป

2. ภาพลักษณ์ปัจจุบัน (current image) เป็นภาพลักษณ์ที่สะท้อนการรับรู้ที่ประชาชนมีต่อองค์กรตามความเป็นจริงในปัจจุบัน ซึ่งอาจเป็นภาพลักษณ์เชิงลบหรือเชิงบวกก็ได้ การได้ทราบว่าภาพลักษณ์ปัจจุบันเป็นเช่นไรจะช่วยให้องค์กรสามารถประเมินสถานการณ์และสามารถสร้างภาพลักษณ์ที่ดีต่อองค์กรได้อย่างถูกต้อง

3. ภาพลักษณ์กระจกเงา (mirror image) เป็นการเปรียบเทียบภาพลักษณ์เหมือนการส่องกระจกในกรณีเปรียบเทียบว่าองค์กรทำดีแล้ว แต่ความเป็นจริงจะเป็นอย่างไรประชาชนเป็นผู้ตัดสิน ไม่ใช่ภาพลักษณ์ที่ฝ่ายบริหารมองตัวเอง ซึ่งอาจจะถูกหรือผิดก็ได้ ผู้บริหารอาจมองว่าองค์กรทำสิ่งที่ดีแล้ว ดังนั้นภาพลักษณ์ขององค์กรจึงน่าจะเป็นภาพลักษณ์ที่ดี ทั้งนี้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายอาจมองอะไรที่แตกต่างจากผู้บริหารก็ได้

4. ภาพลักษณ์ที่พึงปรารถนา (wish image) เป็นภาพลักษณ์ที่ผู้บริหารหรือพนักงานมีความต้องการ หรือมุ่งหวังที่จะให้องค์กรของตนเป็นเช่นนั้น ซึ่งการกำหนดความปรารถนาเปรียบเสมือนการกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานเพื่อที่จะให้บรรลุตามเป้าหมายนั้น ๆ

5. ภาพลักษณ์สูงสุดที่ทำได้ (optimum image) ภาพลักษณ์ที่เกิดจากการตระหนักในความจริงและมีความเข้าใจ การรับรู้ของผู้รับข่าวสาร อุปสรรคของการสื่อสารมวลชนจะเป็นสื่อที่เราควบคุมได้ และสภาพแวดล้อมที่ยากจะควบคุม ที่เป็นอุปสรรคต่อการสร้างภาพลักษณ์ที่พึงปรารถนาได้ เพราะในหน่วยงานหนึ่งๆ ไม่มีใครที่สามารถรู้และเข้าใจได้ทุกอย่าง ครบถ้วน สมบูรณ์ ดังนั้น การกำหนดภาพลักษณ์ประเภทนี้จึงเป็นภาพลักษณ์ที่ผู้เกี่ยวข้องรู้จักประมาณตนและตัวแปรอื่นๆ จนทำให้การกำหนดภาพลักษณ์ที่พึงปรารถนาไม่มากเกินไปจากความเป็นจริง

6. ภาพลักษณ์ที่ถูกต้องและไม่ถูกต้อง (correct and incorrect image) เป็นภาพลักษณ์ที่เกิดขึ้นไม่ตรงกับความเป็นจริง อาจเป็นเพราะเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทางธรรมชาติ กระบวนการสื่อสาร การรับรู้ของผู้รับสาร และเมื่อเกิดภาพลักษณ์ที่ไม่ถูกต้องจำเป็นต้องมีการแก้ไขภาพลักษณ์ให้ถูกต้องต่อไป ภาพลักษณ์ที่ถูกต้องนี้คล้ายกับภาพลักษณ์ปัจจุบันแต่จะแตกต่างที่ภาพลักษณ์ที่ถูกต้องได้มีการปรับเปลี่ยนจากภาพลักษณ์ที่ไม่ถูกต้องมาก่อนระยะหนึ่งแล้ว

7. ภาพลักษณ์สินค้า/บริการ (product/service) สินค้าหรือบริการก็มีภาพลักษณ์ได้เช่นเดียวกับองค์กร ซึ่งไม่ว่าสินค้าหรือบริการนั้นจะมีภาพลักษณ์เชิงลบหรือเชิงบวก ก็ยังมีความจำเป็นที่จะต้องปรุงแต่งให้ภาพลักษณ์มีเอกลักษณ์เป็นที่ยอมรับจากสังคม

8. ภาพลักษณ์ตราสินค้า (brand image) เป็นภาพลักษณ์ที่มีลักษณะคล้ายกับภาพลักษณ์สินค้า เพียงแต่กรณีนี้เป็นตราสินค้า ยี่ห้อสินค้า หรือสัญลักษณ์ ของสินค้ายี่ห้อใดยี่ห้อหนึ่ง

9. ภาพลักษณ์องค์กร (corporate image) เป็นภาพลักษณ์ขององค์กรใดองค์กรหนึ่ง โดยเน้นภาพรวมทั้งหมดขององค์กร โดยรวมถึงสินค้า บริการ ตราสินค้า ระบบการบริหาร การจัดการความมั่นคง การมีบุคลากรที่มีคุณภาพ ความรับผิดชอบ ฯลฯ ภาพลักษณ์ขององค์กรจึงมีความหมายค่อนข้างกว้างขวาง

10. ภาพลักษณ์สถาบัน (institutional image) จะคล้ายกับภาพลักษณ์องค์กร เพียงแต่มีมุมมองเฉพาะตัวบริษัทหรือสถาบัน ความรับผิดชอบต่อสถาบันที่มีต่อสังคม แต่ทั้งนี้จะไม่เน้นในเชิงธุรกิจการค้าหรือการตลาดหรือตราสินค้า นอกจากบทบาทหรือพฤติกรรมของสถาบันเพียงอย่างเดียว

จากประเภทของภาพลักษณ์ เราจะทราบภาพลักษณ์องค์กรได้ ต้องมีการสอบถามจากประชาชนหรือกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งในปัจจุบันมีความจำเป็นต่อองค์กรอย่างมาก (พรทิพย์ พิมลสินธุ์, 2551)

2.1.3 องค์ประกอบของภาพลักษณ์

จากการศึกษา สามารถแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

1. องค์ประกอบเชิงการรับรู้ (Perceptual Component) เป็นสิ่งที่บุคคลได้รับจากการสังเกตโดยตรง การสังเกตจะนำไปสู่การรับรู้ซึ่งอาจจะเป็นบุคคล สถานที่ เหตุการณ์ ความคิด หรือวัตถุสิ่งของต่าง ๆ เราจะได้ภาพต่าง ๆ ผ่านการรับรู้

2. องค์ประกอบเชิงความรู้ (Cognitive Component) ได้แก่ภาพลักษณ์ที่เป็นความรู้เกี่ยวกับลักษณะประเภทความแตกต่างของสิ่งต่าง ๆ ที่ได้จากการสังเกตสิ่งที่ถูกรับรู้

3. องค์ประกอบเชิงความรู้สึก (Affective Component) ได้แก่ภาพลักษณ์ของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความรูสึกยอมรับหรือไม่ยอมรับ ชอบหรือไม่ชอบ

4. องค์ประกอบเชิงการกระทำ (Behavioral Component) เป็นภาพลักษณ์ที่เกี่ยวกับความมุ่งหมายหรือเจตนาที่จะเป็นแนวทางปฏิบัติตอบโต้สิ่งเร้านี้ อันเป็นผลปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบเชิงความรู้สึกและความรู้ (Boulding, 1975)

2.1.4 ขั้นตอนของการเกิดภาพลักษณ์

การเกิดภาพลักษณ์กับบุคคลแต่ละบุคคล ไม่ว่าจะเป็นการเกิดขึ้นโดยธรรมชาติหรือเกิดจากการปรุงแต่ง สามารถสรุปองค์ประกอบและขั้นตอนของการเกิดภาพลักษณ์ได้ดังนี้

1. เหตุการณ์และสิ่งแวดล้อม คนเรานั้นเป็นสมาชิกของสังคม ซึ่งในสังคมนี้จะมีเหตุการณ์ทั้งทางด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม การศึกษาและอื่นๆ เกิดขึ้นมากมาย แต่มีเพียงบางส่วนของเหตุการณ์ หรือบางเหตุการณ์เท่านั้น ที่คนเราจะรับเข้ามายังตัวเราได้ และในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งหลายนี้ จะมีคุณค่าด้านดีหรือไม่ดี จะสำคัญหรือไม่ จะมีความหมายอะไรคงจะไม่เกิดขึ้น กับตัวของเราเพียงอย่างเดียว แต่สภาพแวดล้อมที่อยู่ในเหตุการณ์ และอยู่โดยรอบตัวเรากับมีอิทธิพลในการกำหนดคุณค่าเหล่านั้น

ทั้งก่อนและหลังการรับรู้ ตลอดจนมีอิทธิพลต่อความสมบูรณ์หรือการ ทดหายและระยะเวลาของความจำ ในเหตุการณ์นั้น ๆ ด้วย

2. ช่องทางการสื่อสาร ในบรรดาเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งหลายจะสามารถเข้ามาสู่เราได้โดย ช่องทางการสื่อสาร ได้แก่ การได้ยิน ได้เห็น ได้สัมผัส และได้กลิ่น ซึ่งแต่ละช่องทางเหล่านี้ก็ยังมีประสิทธิภาพ ทางด้านการรับรู้ ความสมบูรณ์ของเหตุการณ์แตกต่างกัน ยิ่งไปกว่านี้ตัวเนื้อหาสาระ วิธีการจัดการข่าวสาร และโครงสร้างของเหตุการณ์ ซึ่งมีผู้จัดส่งมานี้ก็มีความสัมพันธ์กับช่องทางการสื่อสารด้วย กล่าวโดยสรุป ช่องทางการสื่อสารจะเป็นประตูด่านแรกของการรับรู้เหตุการณ์ ซึ่งประสิทธิภาพหรือประสิทธิผลในขั้นตอนนี้ คุณสมบัติของ “ข่าวสาร” และตัวสื่อ “สื่อ” ย่อมมีความสำคัญที่สุด

3. องค์ประกอบเฉพาะบุคคล เป็นองค์ประกอบเฉพาะบุคคลที่เกี่ยวกับคุณภาพและประสิทธิภาพ ของการสื่อสารโดยเฉพาะการรับรู้ของผู้รับสารนั้น คือ ทักษะของการสื่อสาร ทักษะคิด ความรู้ ระบบสังคม และ วัฒนธรรม ต่างก็มีอิทธิพลต่อการสื่อสาร แต่ละบุคคลจะมองภาพแตกต่างกัน เนื่องจากมีความนิยมชมชอบ ความสนใจต่อเหตุการณ์แตกต่างกัน ดังนั้นแม้ว่าเหตุการณ์จากภายนอกจะผ่านช่องทางการสื่อสาร และเข้าสู่ ตัวเรามาแล้วก็ตาม เหตุการณ์เหล่านั้นจะส่งผลต่อตัวเราหรือไม่ขึ้นกับองค์ประกอบต่าง ๆ ที่กล่าวมา

4. การรับรู้และความประทับใจ ภาพลักษณะจะไม่สามารถเกิดขึ้นได้ทันที เมื่อเหตุการณ์ได้ผ่าน เข้ามาทางช่องทางการสื่อสารและองค์ประกอบเฉพาะบุคคล จะเป็นตัวพินิจพิจารณาเหตุการณ์เหล่านั้นก่อน โดยการรับรู้ ซึ่งเป็นตัวแปลงเหตุการณ์ให้เป็นไปในความหมายตามความคิดของบุคคลนั้น ส่วนความประทับใจ มีความสำคัญในการรับรู้อีกลักษณะหนึ่ง โดยจะเกี่ยวข้องกับคุณภาพและปริมาณของความทรงจำ ถ้าประทับใจ มากก็จะมี ความจำได้นาน และเมื่อสร้างเป็นภาพลักษณะอะไรขึ้นแล้วก็เป็นภาพลักษณะที่เจือจางได้ช้ากว่าที่มี ความประทับใจน้อยหรือไม่มีความประทับใจเลย (รัตนาวดี ศิริทองถาวร, 2546)

2.1.5 ความสำคัญของการมีภาพลักษณ์องค์กร มีดังนี้

1. ภาพลักษณ์ที่ดีเป็นเงื่อนไขสำคัญต่อผลสำเร็จตามกลยุทธ์ได้อย่างต่อเนื่อง
2. การมีภาพลักษณ์ที่เหมาะสมและดีพอ ถือได้ว่าเป็นสิ่งตอบแทนอย่างหนึ่งในการขาย ผลิตภัณฑ์และบริการ เพราะภาพลักษณ์ที่ดีจะทำให้รับพนักงานที่มีคุณภาพได้ อีกทั้งยังเป็นที่น่าเชื่อถือ ของกลุ่มเป้าหมายทั้งภายในและภายนอก
3. ภาพลักษณ์ที่ดีจะสามารถสร้างอารมณ์ที่เป็นมูลค่าเพิ่มให้กับบริษัทได้ ซึ่งจะกลายเป็นสิ่งที่ สร้างความมั่นใจให้กับองค์กร
4. การมีภาพลักษณ์ที่ดีช่วยให้บริษัทสามารถชักจูงและดึงดูดคนกลุ่มสำคัญ ซึ่งมีความหมายต่อ การสร้างความสำเร็จโดยตรง คือ กลุ่มนักวิเคราะห์ กลุ่มลูกค้า กลุ่มผู้ลงทุน เป็นต้น ซึ่งจะ เป็นกลไกในการ ประกันให้มีภาพลักษณ์ที่ดีขึ้นได้ (ธงชัย สันติวงษ์, 2542)

2.1.6 ขั้นตอนการเกิดภาพลักษณ์องค์กร

1. ภาพลักษณ์ที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ เป็นภาพลักษณ์ในลักษณะใดก็ได้ที่เกิดขึ้น ไปตามสภาวะแวดล้อมที่มากระทบ และเป็นภาพลักษณ์ที่เกิดจากการที่ประชาชนทั่วไปได้รับรู้เรื่องราว หรือมีประสบการณ์กับองค์กรตามปกติหรือตามธรรมชาติ โดยประชาชนจะตีความหมายและสรุปจากสิ่งที่เขา

ประสบมา หรือได้ยินมากับองค์กรทั้งหมด ไม่ว่าจะ เป็นแบบฉบับการบริหารงาน บุคลิกภาพของผู้บริหาร การบริหารและอธยาศัยของพนักงาน สินค้าและบริการขององค์กรนั้น

2. ภาพลักษณ์ที่เกิดขึ้นจากการปรุงแต่ง เป็นภาพลักษณ์ที่เกิดจากการที่องค์กรใช้กระบวนการสร้างภาพลักษณ์ เพื่อให้เกิดภาพลักษณ์ที่องค์กรต้องการ ไม่ว่าจะภาพลักษณ์นั้นจะเป็นสิ่งที่เป็นจริงได้หรือไม่ก็ตาม โดยการปรุงแต่งนั้นจะทำโดยมีความพยายามที่จะทำให้องค์กรมีพฤติกรรมที่ดี เพื่อให้เกิดภาพลักษณ์ที่ดี หรือถ้าประชาชนมีภาพลักษณ์ที่ผิดไปจากสิ่งที่เป็นจริงก็มีการพยายามแก้ไขโดยการเผยแพร่เรื่องราวที่ถูกต้องออกไปอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเป็นการแก้ไขข้อเท็จจริงหรือปรุงแต่งภาพลักษณ์ในทิศทางที่พึงประสงค์นั่นเอง

การสร้างภาพลักษณ์องค์กรจึงต้องมีการบริหารจัดการที่ดี ซึ่งเครื่องมืออย่างหนึ่งที่ใช้ในการบริหารกระบวนการสร้างภาพลักษณ์ คือ การประชาสัมพันธ์ ซึ่งเป็นเรื่องของ การให้ความรู้และการให้คุณค่าแก่องค์กรในลักษณะที่ถูกกำหนดการวางแผนไว้เป็นขั้นตอนอย่างเหมาะสม เพื่อให้ประชาชนเป้าหมายเกิดกระบวนการทางความคิดในการสร้างภาพ และตีความหมายไปในทิศทางเดียวกันกับที่องค์กรต้องการ (รัตนวดี ศิริทองถาวร, 2546) ซึ่งจากการศึกษาเรื่องการรับรู้ภาพลักษณ์ขององค์กรของ วรทัย ราวินิจ (2549) พบว่าประชาชนที่มีลักษณะประชากรแตกต่างกัน มีการเปิดรับสื่อประชาสัมพันธ์ของบริษัทแตกต่างกัน ภาพลักษณ์การเปิดรับสื่อประชาสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาพลักษณ์ของบริษัท และยังพบว่า การรับรู้ภาพลักษณ์มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจซื้อสินค้าของบริษัท ซึ่งสอดคล้องกับ วาสนา พฤทธิพงษ์ศิริ (2544) ศึกษาการรับข่าวสาร ภาพลักษณ์ ความคาดหวังและความพึงพอใจของประชาชนชาวกรุงเทพมหานคร ที่มีต่อการสื่อสารและการให้บริการของสำนักงานเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าประชาชนที่มีการศึกษา อายุ เพศ รายได้ ที่แตกต่างกันมีการเปิดรับข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ แตกต่างกัน และการเปิดรับข่าวสารมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับภาพลักษณ์และความพึงพอใจที่มีต่อการติดต่อสื่อสารและการให้บริการ

การวิจัยครั้งนี้ เพื่อศึกษาภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค ซึ่งเป็นการเรียนรู้ที่เกิดจากการรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับกรมควบคุมโรค เกิดเป็นความรู้สึกนึกคิดหรือความเข้าใจ เกิดการตีความทำให้เกิดการรับรู้ผ่านทางการเห็น การได้ยิน การระลึกถึงกรมควบคุมโรคเมื่อนึกถึงข้อมูลการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ อีกทั้งยังทำให้เกิดความมั่นใจมีความพึงพอใจและมีผลต่อการตัดสินใจใช้ข้อมูล

2.2 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร แหล่งข้อมูลหรือช่องทางของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรค และภัยสุขภาพ

การวิจัยครั้งนี้ได้นำแนวคิดและทฤษฎีการเรียนรู้ มาเพื่อใช้ในการกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยโดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

การเรียนรู้เป็นการตอบสนองพฤติกรรม ซึ่งพฤติกรรมใดๆจะขึ้นอยู่กับ การรับรู้จากสภาพแวดล้อมของตนเองและความสามารถในการแปลความหมายของสภาพนั้นๆ ดังนั้นการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพจึงขึ้นอยู่กับปัจจัยการเรียนรู้และสิ่งเร้าที่มีประสิทธิภาพด้วย

การเรียนรู้จะประกอบด้วยกระบวนการสามด้านคือ การรับสัมผัส การแปลความหมายและอารมณ์ การรับรู้เป็นผลเนื่องจากการที่มนุษย์ใช้อวัยวะรับสัมผัส (Sensory motor) ซึ่งเรียกว่า เครื่องรับ (Sensory) ทั้ง 5 อวัยวะสัมผัส คือ ตา หู จมูก ลิ้น และผิวหนัง โดยการรับรู้ของคนเกิดจากการเห็น 75% % จากการได้

ยิน 13% การสัมผัส 6% กลิ่น 3% และรส 3% การรับรู้จะเกิดขึ้นมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับสิ่งที่มีอิทธิพลหรือปัจจัยในการรับรู้ ได้แก่ ลักษณะของผู้รับรู้ ลักษณะของสิ่งเร้า การที่มนุษย์จะรับรู้และสามารถพัฒนาจนเป็นการเรียนรู้ได้ดีหรือไม่นั้น ย่อมขึ้นอยู่กับองค์ประกอบต่าง ๆ ดังนี้

1) สติปัญญา

2) การสังเกตและพิจารณา ขึ้นอยู่กับความชำนาญ และความสนใจต่อสิ่งเร้า

3) คุณภาพของจิตในขณะนั้น ถ้ามีความเหนื่อยอ่อน เครียดหรืออารมณ์ขุ่นมัว อาจทำให้แปลความหมายของสิ่งเร้าที่สัมผัสได้ไม่ดี แต่ในทางตรงกันข้ามหากสภาพจิตใจผ่องใส ปลอดโปร่ง ก็จะทำให้การรับรู้และการเรียนรู้เป็นไปด้วยดี และเป็นระบบ

2.2.1 แนวคิดเรื่องการรับรู้ (Perception)

มนุษย์มีความสามารถรับรู้ด้วยสัมผัสทั้ง 5 ในรูป รส กลิ่น เสียง สัมผัส โดยสัมผัสทั้ง 5 เกิดขึ้นได้โดยการผ่านสิ่งเร้าภายนอก (Outside stimuli) ซึ่งเกิดจากสภาพแวดล้อมภายนอกและสิ่งเร้าภายใน (Inside stimuli) คือ ปัจจัยภายในตัวมนุษย์เอง แนวคิดและความหมายของการรับรู้ได้ถูกอธิบายและให้ความหมายไว้หลากหลาย ดังนี้

Garrison, K.C., & Magoon, R. (1972). ให้ความหมายของการรับรู้ หมายถึง กระบวนการซึ่งสมองตีความหรือแปลความหมายข้อมูลที่ได้จากการสัมผัส (Sensation) ของร่างกายกับสิ่งแวดล้อมที่เป็นสิ่งเร้า ทำให้บุคคลทราบว่าเป็นสิ่งเร้าหรือสิ่งแวดล้อมที่สัมผัสนั้นเป็นอะไร มีความหมายอย่างไร มีลักษณะอย่างไร โดยอาศัยประสบการณ์เป็นเครื่องช่วยในการตีความหรือแปลความ

Gilmer (1970) ให้ความหมายของการรับรู้ หมายถึง กระบวนการของการรับรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ต่าง ๆ และแปลความหมายของเหตุการณ์นั้นๆได้โดยใช้อวัยวะสัมผัส

ปรมะ สตะเวทิน (2540) ให้ความหมายของการรับรู้ หมายถึง กระบวนการตีความสิ่งที่เราพบเห็นในสิ่งแวดล้อม ส่วนความหมาย (Meaning) คือสิ่งที่เกิดจากกระบวนการตีความหรือการรับรู้ กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ เราจะมี ความหมายต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งอย่างไรย่อมขึ้นอยู่กับการที่เรารับรู้ (Perceive) หรือตีความ (Interpret) สิ่งนั้นอย่างไร ในการรับรู้และตีความหมายสิ่งที่เราพบเห็น เรากระทำโดยอาศัยประสบการณ์ของเรา ประสบการณ์ของเรามีอิทธิพลต่อการรับรู้และความหมายของเราต่อสิ่งที่เราพบเห็น ประสบการณ์ คือสิ่งที่เรารับรู้ พบเห็นมีความหมายและจดจำไว้ใช้ ได้แก่ความเชื่อ ค่านิยม ภาษา ความรู้ สถานะทางสังคม ทักษะบุคลิกลักษณะ ศาสนาวัฒนธรรมขนบธรรมเนียมประเพณี อาชีพ ความต้องการ อารมณ์ เป็นต้น เรารับรู้และตีความหมายสิ่งที่เราประสบ โดยอาศัยความหมายจากประสบการณ์ที่เรามีอยู่ หากสิ่งที่เราพบเห็น เป็นสิ่งใหม่ซึ่งเราไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน เราก็ทำให้สิ่งนั้น มีความหมายได้ด้วยการเลือก (Select) เพิ่มเติม (Add) บิดเบือน (Distort) หรือโยง (Relate) สิ่งนั้นให้เป็นประสบการณ์ของเรา ดังได้กล่าวแล้วว่า ประสบการณ์ (Experience) มีอิทธิพลต่อการรับรู้ (Perception) และความหมาย (Meaning) ของคน แต่เนื่องจากแต่ละคนมีประสบการณ์ที่แตกต่างกัน ไม่มีใครที่จะมีประสบการณ์เหมือนกันทั้งหมด ดังนั้นแต่ละคนจึงมีการรับรู้และการแปลความหมายต่อสิ่งที่เราพบเห็นแตกต่างกันไป การรับรู้เป็นขั้นตอนแรกของการมีพฤติกรรม แต่การรับรู้เป็นเพียงตัวแปรหนึ่งเท่านั้นในการเกิดพฤติกรรม ยังมีตัวแปรอื่นๆ อีกมากมายที่มีส่วนในการเกิดพฤติกรรม

เช่น ทศนคติ บทบาทและความคาดหวังในบทบาท แรงจูงใจ เป็นต้น อย่างไรก็ตามการรับรู้มีความสำคัญต่อพฤติกรรมในแง่ที่ว่าถ้าบุคคลรับรู้ถูกต้องแม่นยำ การแสดงพฤติกรรมก็จะออกไปในรูปหนึ่ง นั่นคือการรับรู้มีส่วนทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมแตกต่างกัน

อรุณชาติ วงษ์ทับทิม (2547) ให้ความหมายของการรับรู้ หมายถึง การตีความ แปลความหมายจากสิ่งแวดล้อม สิ่งเร้าโดยสมอง และเป็นกระบวนการจิตวิทยาพื้นฐานของมนุษย์ ทำให้เกิดความจำ ความคิดหรือการเรียนรู้ ซึ่งกระบวนการในการรับรู้ เป็นการแสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจและความรู้สึก จากการมองเห็น การได้ยิน การอ่านและการตีความเกี่ยวกับปัจจัยหรือสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่มากระตุ้นประสาทสัมผัสของบุคคล และมีผลทำให้เกิดการตอบสนองในแบบของการกระทำหรือความนึกคิด

สุมนา บุญหาย (2550) ได้อธิบายว่าบุคคลรู้สึกในสิ่งเร้าต่าง ๆ รอบตัวเท่ากับว่า ความรู้สึกนั้นได้ส่งข้อมูลดิบ (Row data) เข้าสู่ประสาททั้ง 5 จากนั้นจะเกิดการตีความในข้อมูลดิบเหล่านั้นแล้ว จึงเกิดการรับรู้หรือจินตภาพ (Perception) ขึ้น ดังนั้นกระบวนการรับรู้จึงเกี่ยวข้องกับปฏิสัมพันธ์ที่สลับซับซ้อนของการคัดเลือก (Selection) การจัดระเบียบ (Organization) และการตีความ (Interpretation) ข้อมูลต่าง ๆ ของบุคคล บุคคลหนึ่ง

วลีรัตน์ ไจสูงเนิน (2551) ให้ความหมายของการรับรู้ หมายถึงกระบวนการที่ผ่านการตีความจากการจัดระเบียบข้อมูลต่าง ๆ หรือการรับรู้ คือกระบวนการจัดรวบรวมและตีความข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้มา หรืออาจกล่าวอย่างง่ายที่สุดว่า การรับรู้ คือการตีความของข้อมูลจากการรู้สึกหรือจากสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่ได้สัมผัส เพื่อสร้างประสบการณ์ที่มีความสำคัญสำหรับผู้รับรู้ การรับรู้เป็นสิ่งที่ทำให้ปัจเจกบุคคลมีความแตกต่างกัน ไม่มีบุคคลใดที่มีการรับรู้เหมือนกับบุคคลอื่นเลยทีเดียว เพราะเมื่อบุคคลได้รับสิ่งเร้าหรือสิ่งที่รับรู้ก็จะประมวลสิ่งที่ได้รับรู้นั้นขึ้นมาเป็นประสบการณ์ที่มีความหมายเฉพาะตัว

2.2.2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ทางสังคม มีดังต่อไปนี้

1. ความต้องการ (Need) ของผู้รับรู้เอง ขณะทำให้ผู้รับรู้สารตีความสิ่งเร้าที่ส่งมา เป็นสิ่งที่จะทำให้มีการตอบสนองความต้องการของตนเอง ซึ่งความต้องการนี้เป็นเหตุจูงใจให้มีการรับรู้สิ่งที่ต้องการได้รวดเร็ว
2. ประสบการณ์ (Experience) โดยทั่วไปมักจะตีความสิ่งเร้าที่เข้ามาตามภูมิหลังของแต่ละคน
3. การเตรียมตัวไว้ก่อน (Preparatory set)
4. บุคลิกภาพ (Personality) บุคลิกภาพมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ เช่น บุคคลที่มีลักษณะแข็งกร้าว ยึดมั่น จะรับรู้การเปลี่ยนแปลงของสิ่งเร้าได้ช้ากว่าผู้ที่มีบุคลิกภาพยืดหยุ่น
5. ทศนคติ (Attitude) มีผลต่อการรับรู้ เช่น หากบุคคลใดมีทัศนคติที่ดีต่อใครคนหนึ่ง การกระทำของบุคคลนั้นจะถูกรับรู้ในทางที่ดีอยู่เสมอ
6. สถานะทางสังคม (Social position) และบทบาทในสังคม จะทำให้มีการรับรู้สิ่งเร้าต่าง ๆ ไม่เหมือนกัน
7. วัฒนธรรม (Culture) เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้มีการรับรู้แตกต่างกัน
8. อารมณ์ (Emotion) สภาพทางอารมณ์ขณะนั้นมีผลต่อการรับรู้ข่าวสารหรือสิ่งเร้าที่เข้ามา

การรับรู้เป็นขั้นตอนแรกของการมีพฤติกรรม อย่างไรก็ตามการรับรู้เป็นเพียงปัจจัยหนึ่งเท่านั้น ในการก่อให้เกิดพฤติกรรมขึ้นมา อีกทั้งยังประกอบไปด้วยปัจจัยอื่นๆ อีกมากมายที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม เช่น ทัศนคติ บทบาท ความคาดหวังในบทบาท และแรงจูงใจ เป็นต้น ความสำคัญของการรับรู้ก็คือ หากบุคคลรับรู้ข้อมูลข่าวสารถูกต้องแม่นยำการแสดงพฤติกรรมก็จะออกไปในรูปแบบหนึ่ง แต่หากมีการรับรู้ไม่ถูกต้องแม่นยำจะทำให้การแสดงพฤติกรรมออกมาในรูปแบบหนึ่ง นั่นก็คือ การรับรู้มีส่วนทำให้บุคคลมีพฤติกรรมแตกต่างกันด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่า การรับรู้ (Perception) คือ กระบวนการเรียนรู้ของมนุษย์ ที่ประกอบด้วย ความจำ ความคิด และประสบการณ์ทางความคิด โดยได้ผ่านกระบวนการรับและเลือกข่าวสาร คือ กระบวนการคัดเลือก (Selection) การรวบรวมเรียบเรียงข้อมูลข่าวสาร (Organization) และการแปลความหมาย (Interpretation) โดยข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับด้วยอวัยวะสัมผัสของร่างกายกับสภาพแวดล้อมที่เป็นสิ่งเร้าออกมาในรูปของความรู้สึก และส่งความรู้สึกนี้ไปยังสมองเพื่อตีความ โดยอาศัยประสบการณ์เป็นตัวช่วยในการตีความและแปลความหมาย ทำให้บุคคลทราบถึงสิ่งเร้าหรือสภาพแวดล้อมที่สัมผัสนั้นคืออะไร มีความหมายว่าอย่างไร มีลักษณะอย่างไร ซึ่งเป็นการทำให้เกิดการรับรู้และส่งผลต่อการแสดง ออกของพฤติกรรม ต่อจากนั้นสมองจะจดจำและบันทึกเรื่องราวดังกล่าวกลายเป็นประสบการณ์ และมีการตีความและการแปลความหมายของความรู้สึกนึกคิดให้เกิดเป็นการรับรู้ในครั้งต่อไป

2.2.3 แหล่งข้อมูลหรือช่องทางของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาแหล่งข้อมูลหรือช่องทางของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการทำให้ประชาชนได้รับรู้ รับทราบข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพที่ผลิตหรือจัดทำขึ้น โดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

แหล่งข้อมูลหรือช่องทางของการรับรู้ข่าวสาร หมายถึง ชนิดหรือประเภทของการสื่อสารของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ใช้เพื่อสื่อสารประชาสัมพันธ์ความรู้ นวัตกรรม องค์ความรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพให้แก่ประชาชน สำหรับการศึกษาครั้งนี้แบ่งแหล่งข้อมูลหรือช่องทางของการรับรู้ข่าวสารออกเป็น 9 ประเภท ได้แก่

1. อินเทอร์เน็ต เช่น เว็บไซต์ เฟซบุ๊ก ไลน์ ทวิตเตอร์ อินสตาแกรม ยูทูป อีเมล เป็นต้น
2. โทรทัศน์ /เคเบิลทีวี
3. วิทยุ (เช่น วิทยุทั่วไป วิทยุชุมชน หอกระจายข่าว เสียงตามสาย เป็นต้น)
4. หนังสือพิมพ์ วารสาร นิตยสาร
5. สื่อสิ่งพิมพ์ (เช่น แผ่นพับ แผ่นปลิว โปสเตอร์ ป้ายประกาศ หนังสือ คู่มือ เป็นต้น)
5. บุคลากรสาธารณสุข (เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น)
6. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
7. ครู อาจารย์ ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา ประชาชนชาวบ้านเพื่อน ญาติพี่น้อง

2.2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาด้านการรับรู้

สุนา บุญหลาย (2550) ศึกษาการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช ในความเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของโรงพยาบาลศิริราช โดยการสุ่มตัวอย่างพยาบาล จำนวน 348 คน ผลการวิจัย พบว่า การรับรู้ของพยาบาลในความเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของโรงพยาบาลศิริราช ในด้านการเป็นบุคคลที่รอบรู้ ค่าเฉลี่ยร้อยละ 63.34 ด้านการมีแบบแผนความคิด ค่าเฉลี่ยร้อยละ 61.00 ด้านการสร้างวิสัยทัศน์ร่วมกัน ค่าเฉลี่ยร้อยละ 57.94 ด้านการเรียนรู้ร่วมกันเป็นทีม ค่าเฉลี่ยร้อยละ 63.39 ด้านการคิดอย่างเป็นระบบ ค่าเฉลี่ยร้อยละ 63.47 ปัจจัยพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างที่มีผลต่อการรับรู้ โดยผู้ที่อยู่ในช่วงอายุ 20-29ปี มีการรับรู้ในด้านการเป็นบุคคลที่รอบรู้ต่างจากผู้ที่อยู่ในช่วงอายุ 40-49 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ที่อยู่ในช่วงอายุ 20-29 ปี มีการรับรู้ในด้านการมีแบบแผนความคิดต่างจากผู้ที่อยู่ในช่วงอายุ 40-49 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับการศึกษาที่ต่างกันมีการรับรู้ต่างกันในด้านการคิดอย่างเป็นระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 1 ปี มีการรับรู้ในด้านการมีแบบแผนความคิดต่างจากผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานระหว่าง 11-20 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 30 ปี มีการรับรู้ในด้านการเรียนรู้ร่วมกันเป็นทีมต่างจากผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานในกลุ่มอายุอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การรับรู้ของพยาบาลในความเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ของโรงพยาบาลศิริราชพบว่า ตำแหน่ง สถานภาพสมรส การร่วมเป็นคณะกรรมการไม่มีความแตกต่างกัน

วลีรัตน์ ใจสูงเนิน (2551) ศึกษาการรับรู้และการใช้บริการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชน: กรณีศึกษาอำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจการรับรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชน โดยทำการศึกษาในประชาชนผู้มีสิทธิดังกล่าว จำนวนทั้งสิ้น 392 คน ซึ่งสุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนจำนวนประชากรแต่ละตำบล การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการรับรู้เกี่ยวกับสิทธิ หน้าที่ และการประชาสัมพันธ์ตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าบางประการของประชาชนยังไม่ถูกต้อง ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรเพิ่มการประชาสัมพันธ์ดังกล่าวให้มากขึ้น เพื่อลดความเข้าใจผิดหรือคลาดเคลื่อนของผู้รับบริการ ซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาการฟ้องร้องและการร้องเรียนปัญหาเนื่องจากการรับบริการตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ ทั้งนี้เพื่อให้ประชาชนผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้รับประโยชน์สูงสุด

สนอง คล้าฉิม (2551) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อันตรายจากควันบุหรี่มือสองกับพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกครอบครัวที่มีผู้สูบบุหรี่ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้อันตรายจากควันบุหรี่มือสองโดยรวมและรายด้านได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากควันบุหรี่มือสอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคจากควันบุหรี่มือสองและการรับรู้ประโยชน์และค่าใช้จ่ายในการไม่สัมผัสควันบุหรี่มือสองอยู่ในระดับดี ส่วนระดับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและด้านการดูแลสุขภาพ อยู่ในระดับไม่ดี แต่พฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกัน หลีกเลี่ยงการได้รับควันบุหรี่มือสองอยู่ในระดับดี ในส่วนความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อันตรายจากควันบุหรี่มือสองกับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าการรับรู้อันตรายจากควันบุหรี่มือสองโดยรวม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันหลีกเลี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้ประโยชน์และค่าใช้จ่ายในการไม่สัมผัสควันบุหรี่มือสอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมการป้องกันหลีกเลี่ยง แต่ไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

นุชนาถ ไกรรัตน์เจริญ (2549) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วย กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่าการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาและ ด้านความสามารถในการควบคุม/รักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นสามารถทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 6.2 โดยที่การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยจะเกิดตามมาภายหลังความเจ็บป่วย สามารถทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 5.0 จากผลการศึกษาพบว่ามีเพียงการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังจากความเจ็บป่วย (consequences) และ ด้านความสามารถในการควบคุมหรือรักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (control/cure) ที่สามารถร่วมทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 6.2 โดยการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยด้านผลที่คาดว่าจะเกิดตามมาภายหลังจากความเจ็บป่วย (consequences) สามารถทำนายการตัดสินใจมารับการรักษาของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 5.0 โดยจากการศึกษาพบว่าการรับรู้ด้านนี้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระยะเวลาที่ใช้ในการตัดสินใจมารับการรักษา ซึ่งผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับแนวคิดเรื่องการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยตามความนึกคิดหรือเข้าใจในด้านนี้ที่กล่าวว่า การรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจะมีผลกระทบร้ายแรงตามมาจะทำให้ระยะเวลาในการตัดสินใจมารับการรักษาสั้นลง และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Walsh ที่พบว่าถ้ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วยด้านนี้สูงจะใช้ระยะเวลาในการตัดสินใจมารับการรักษาสั้นลง เนื่องจากการรับรู้ทำให้เกิดความกลัวซึ่งเป็นแรงจูงใจสำคัญให้กลุ่มตัวอย่างรีบมารับการรักษาที่โรงพยาบาล

ชัชวีร์ภรณ์ เวฬุวนารักษ์ (2542) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์ กับความรู้เรื่องโรคเอดส์, แรงจูงใจในการป้องกันโรคเอดส์ และการป้องกันโรคเอดส์ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคเอดส์กับการป้องกันโรคเอดส์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มารับบริการ ณ ศูนย์บริการสาธารณสุขในกรุงเทพมหานคร ระหว่างวันที่ 1-29 กุมภาพันธ์ 2543 จำนวน 400 ราย พบว่า ระดับการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์มีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับความรู้เรื่องโรคเอดส์ด้านอาการของโรค ระดับการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับแรงจูงใจในการป้องกันโรคเอดส์ด้านความคาดหวังความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค และด้านความคาดหวังประสิทธิผลการตอบสนองในพฤติกรรมป้องกันโรค ระดับการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์ไม่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันโรคเอดส์ ความรู้เรื่องโรคเอดส์มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับการป้องกันโรคเอดส์ด้านเพศสัมพันธ์ และด้านการใช้ยาเสพติด

ยุพารัตน์ อดดกลิ่น และคณะ (2559) ได้ศึกษาการรับรู้ข่าวสาร ความรู้ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคกระดุกพรุณของประชาชนในอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ข่าวสารส่วนใหญ่ได้รับข่าวสารจากสื่ออื่นๆ เช่น แผ่นพับ, โปสเตอร์ประชาสัมพันธ์, อาสาสมัครสาธารณสุขและเสียงตามสายในชุมชน เป็นต้น รองลงมาคือ วิทยุโทรทัศน์ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคกระดุกพรุณอยู่ในระดับต่ำ ทั้งในเรื่องอาหาร การทำกิจกรรม การออกกำลังกาย โดยมีความรู้ในเรื่องสาเหตุ โรคกระดุกพรุณและการป้องกันโรคกระดุกพรุณอยู่ในระดับต่ำมาก การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคกระดุกพรุณนั้น ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติอยู่ในระดับต่ำ การรับรู้ข่าวสารเรื่องการป้องกันโรคกระดุกพรุณ มีความแตกต่างกันตามคุณลักษณะ

ประชากรด้านอาชีพ ปัจจัยด้านความรู้ มีความแตกต่างกันตามคุณลักษณะประชากรคือ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน และการมีเด็กหรือไม่มีเด็กอยู่ในครัวเรือน ปัจจัยด้านการปฏิบัติตน มีความแตกต่างกันตามคุณลักษณะประชากร คือ อาชีพ และการมีเด็กหรือไม่มีเด็กอยู่ในครัวเรือน การศึกษานี้พบว่าการเปิดรับข้อมูลข่าวสารของประชากรสูงอายุไม่มีความแตกต่างกัน แต่ความรู้ความเข้าใจในการดูแลป้องกันตนเองเกี่ยวกับภาวะโรคกระดูกพรุนมีปัจจัยด้านการศึกษา อาชีพ รายได้และประชากรที่อาศัยอยู่ในบ้านเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย ดังนั้นในการวางแผนเพื่อส่งเสริมสุขภาพประชาชนโดยใช้กระบวนการด้านการสื่อสาร จึงควรวางแผนและหาแนวทางที่เหมาะสมในการกระจายข้อมูลด้านการส่งเสริมสุขภาพให้สอดคล้องกับบริบทดังกล่าว

จิราพร ศรีพิบูลย์ปัติ และคณะ (2554) ได้ทำการศึกษามาใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีและความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม กับบริการมาใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี จำนวน 188 คน อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลในความรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมาใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 52.7 ไม่มาใช้บริการร้อยละ 47.3 มีระดับความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูง มีทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง มีการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยนำด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และปัจจัยเอื้อด้านระยะทางจากบ้านไปศูนย์สุขภาพชุมชน

ณัฐรี ไชยภักดี (2553) ได้ทำการศึกษาเรื่องการเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในโครงการ 7 สี ปันรักให้โลก ของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร มีวัตถุประสงค์ในการวิจัยเพื่อศึกษาคุณลักษณะทางประชากรที่มีต่อความรู้เกี่ยวกับโครงการ 7 สีปันรักให้โลก เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) กับกลุ่มตัวอย่างประชาชนที่อาศัย ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีอายุระหว่าง 18-60 ปี จำนวน 200 คน จากผลการศึกษาพบว่าระดับรายได้ ที่แตกต่างกัน จะมีความรู้เกี่ยวกับโครงการ 7 สีปันรักให้โลกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนเพศ อายุ การศึกษา อาชีพ จะมีความรู้เกี่ยวกับโครงการ 7 สีปันรักให้โลกไม่แตกต่างกัน การเลือกเปิดรับรูปแบบข่าวสารที่แตกต่างกัน จะมีความรู้เกี่ยวกับโครงการ 7 สีปันรักให้โลกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนความถี่ในการเปิดรับข่าวสาร จะมีความรู้เกี่ยวกับโครงการ 7 สีปันรักให้โลกไม่แตกต่างกัน ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครมีความรู้เกี่ยวกับโครงการ 7 สีปันรักให้โลกแตกต่างกันจะมีทัศนคติต่อโครงการ 7 สีปันรักให้โลกไม่แตกต่างกัน ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครที่มีความรู้เกี่ยวกับโครงการ 7 สีปันรักให้โลกแตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในโครงการ 7 สีปันรักให้โลกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ตลอดจนทัศนคติของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครที่มีต่อโครงการ 7 สีปันรักให้โลกมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในโครงการ 7 สีปันรักให้โลกอย่างมีนัยสำคัญ

สุพิดา เย็นโสภา (2553) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ของนักเรียนช่วงชั้นที่ 3 สังกัดกรุงเทพมหานคร กลุ่มเขตกรุงเทพ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 จำนวน 678 คนที่กำลังศึกษาในภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2552 ผลการวิจัยพบว่า ค่านิยมต่อสุขภาพ

การเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 อิทธิพลของครอบครัวที่มีต่อโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรค และแรงจูงใจในการป้องกันโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และตัวแปรดังกล่าวมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับการศึกษานี้ มุ่งการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพที่เกิดขึ้นจากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น

2.3 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพดังต่อไปนี้

2.3.1 ความหมายและความสำคัญของความพึงพอใจ

ความพึงพอใจ (satisfaction) เป็นนามธรรม ไม่สามารถมองเห็นเป็นรูปร่างได้ การที่เราจะทราบว่าบุคคลมีความพึงพอใจหรือไม่ สามารถสังเกตโดยการแสดงออกที่ค่อนข้างสลับซับซ้อน จึงเป็นการยากที่จะวัดความพึงพอใจโดยตรง แต่สามารถวัดได้โดยทางอ้อม โดยการวัดความคิดเห็นของบุคคลเหล่านั้น และการแสดงความคิดเห็นนั้นจะต้องตรงกับความรู้สึกที่แท้จริง จึงสามารถวัดความพึงพอใจนั้นได้ พจนานุกรมฉบับบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 กล่าวไว้ว่า “พึง” เป็นคำช่วยกริยาอื่น หมายความว่า “ควร” เช่น พึงใจ หมายความว่า พพอใจ ชอบใจ และคำว่า “พอ” หมายความว่า เท่าที่ต้องการ เต็มความต้องการ ถูก ชอบ เมื่อนำคำสองคำมาผสมกัน “พึงพอใจ” จะหมายถึง ชอบใจ ถูกใจตามที่ต้องการ ซึ่งสอดคล้องกับ Wolman (1973 อ้างใน ภนิดา ชัยปัญญา, 2541) กล่าวถึง ความพึงพอใจว่า เป็นความรู้สึกที่ได้รับความสำเร็จตามมุ่งหวังและความต้องการ จากการศึกษาค้นคว้างานเอกสารและแนวคิดทฤษฎี ที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจ และมีผู้วิจัยหลายท่านได้ให้ความหมายไว้ดังนี้

แชปลิน (Chaplin, 1968) ให้คำจำกัดความว่า เป็นความรู้สึกของผู้รับบริการต่อสถานประกอบการตามประสบการณ์ที่ได้รับจากการเข้าไปติดต่อขอรับบริการในสถานบริการนั้น ๆ

กู๊ด (Good, 1973) ได้ให้ความหมายของความพึงพอใจไว้ว่าหมายถึง คุณภาพ สภาพหรือระดับความพึงพอใจ ซึ่งเป็นผลจากความสนใจต่าง ๆ และทัศนคติของบุคคลที่มีต่องาน

มอร์ส (Morse, 1985) ได้ให้ความหมายของความพึงพอใจไว้ว่า ความรู้สึกที่ปราศจากความเครียด ทั้งนี้เพราะธรรมชาติของมนุษย์นั้นมีความต้องการ ถ้าความต้องการนั้นได้รับการตอบสนองทั้งหมดหรือบางส่วน ความเครียดก็จะน้อยลง ความพึงพอใจจะเกิดขึ้นและในทางกลับกัน ถ้าความต้องการนั้นไม่ได้รับการตอบสนอง ความเครียดและความไม่พึงพอใจก็จะเกิดขึ้น

โวลแมน (Wolman, 1973) ได้ให้ความหมายของความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึก (Feeling) มีความสุขเมื่อได้รับผลสำเร็จตามความมุ่งหมายที่ต้องการหรือตามแรงจูงใจ

วรูม (Vroom, 1964) ได้กล่าวว่า ทัศนคติและความพึงพอใจในสิ่งหนึ่งสามารถใช้แทนกันได้ เพราะทั้งสองคำนี้หมายถึง ผลที่ได้จากการที่บุคคลเข้าไปมีส่วนร่วมในสิ่งนั้น ทัศนคติด้านบวกจะแสดงให้เห็นถึงสภาพความพึงพอใจในสิ่งนั้นและทัศนคติด้านลบจะแสดงให้เห็นถึงสภาพความไม่พึงพอใจ

มิลเลทท์ (Millet, 1954) ได้ให้ทัศนะว่า ความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อการบริการของหน่วยงานภาครัฐนั้น โดยได้สรุปประเด็นว่าเป้าหมายที่เป็นที่นิยมมากที่สุดที่ผู้ปฏิบัติต้องยึดถือไว้เสมอในหลักการ 5 ประการ คือ

1. การให้บริการอย่างเสมอภาค (Equitable Service) หมายถึง ความยุติธรรมในการบริหารงานภาครัฐที่มีฐานของความคิดว่าทุกคนเท่าเทียมกัน ดังนั้นประชาชนทุกคนจะได้รับการปฏิบัติอย่างเท่าเทียมกัน ในทุกแง่มุมของกฎหมาย ไม่มีการแบ่งแยกกีดกันในการให้บริการประชาชนจะได้รับการปฏิบัติในฐานะที่เป็นปัจเจกบุคคลที่เข้ามาตราฐานการให้บริการเดียวกัน

2. การให้บริการที่ตรงเวลา (Timely Service) หมายถึง ในการให้บริการจะต้องมองว่าการให้บริการจะต้องตรงเวลา ผลการปฏิบัติงานของหน่วยงานภาครัฐจะถือว่าไม่มีประสิทธิผลเลยถ้าไม่มีการตรงเวลาซึ่งจะสร้างความไม่พึงพอใจให้แก่ประชาชน

3. การให้บริการอย่างเพียงพอ (Ample Service) หมายถึง การให้บริการจะต้องมีลักษณะที่มีจำนวนการให้บริการและสถานที่ให้บริการอย่างเหมาะสม (The right quantity at the right geographical Location) มิลเลทท์ (Millet) เห็นว่า ความเสมอภาคหรือการตรงเวลาจะไม่มีคามหมายเลย ถ้ามีจำนวนการให้บริการที่ไม่เพียงพอและสถานที่ตั้งที่ให้บริการสร้างความไม่ยุติธรรมให้เกิดขึ้นแก่ผู้รับบริการ

4. การให้บริการอย่างต่อเนื่อง (Continuous Service) คือ การให้บริการที่เป็นไปอย่างสม่ำเสมอ โดยยึดประโยชน์ของสาธารณชนเป็นหลักไม่ใช่ยึดตามความพอใจของหน่วยงานที่ให้บริการว่าจะให้หรือหยุดบริการเมื่อใดก็ได้

5. การให้บริการอย่างก้าวหน้า (Progressive Service) คือ การให้บริการที่มีการปรับปรุงคุณภาพและผลการปฏิบัติงาน กล่าวอีกนัยหนึ่ง คือ การเพิ่มประสิทธิภาพหรือความสามารถที่จะทำหน้าที่ได้มากขึ้นโดยใช้ทรัพยากรเท่าเดิม

จากความหมายของความพึงพอใจที่มีผู้ให้ไว้ตามที่กล่าวมาข้างต้น จึงสรุปได้ว่าความพึงพอใจเป็นความรู้สึกหรือทัศนคติทางบวกของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือมีความชื่นชอบพอใจต่อการที่บุคคลอื่นกระทำการสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ตอบสนองความต้องการของบุคคลหนึ่งที่ยุติธรรมให้กระทำในสิ่งที่ต้องการ ซึ่งจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นได้รับในสิ่งที่ต้องการ ซึ่งในที่นี้ได้หมายถึง การบริการที่ดี ความรู้สึกพึงพอใจจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ใช้บริการได้รับตอบสนองในสิ่งที่ต้องการ ความรู้สึกดังกล่าวจะลดลงไม่เกิดขึ้นหากความต้องการหรือจุดหมายนั้นไม่ได้รับการตอบสนอง แต่ทั้งนี้ความพึงพอใจของแต่ละบุคคลย่อมมีความแตกต่างกัน หรือมีความพึงพอใจมากขึ้นขึ้นอยู่กับค่านิยมของแต่ละบุคคลและความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ทำให้เกิดความพึงพอใจตลอดจนสิ่งเร้าต่าง ๆ ซึ่งอาจสามารถทำให้ระดับความพึงพอใจแตกต่างกันได้

จิราพร วีระหงส์ (2548) ได้ศึกษาความพึงพอใจของประชาชนต่อระบบและกระบวนการให้บริการของกรุงเทพมหานคร และให้แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจว่า เป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งในเชิงการประเมินค่า ซึ่งจะเห็นว่าแนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจนี้เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับทัศนคติอย่างแยกกันไม่ออก

สำหรับแนวความคิดเกี่ยวกับทัศนคตินั้นค่อนข้างจะมีผู้ศึกษากันอย่างกว้างขวางในองค์ประกอบด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. องค์ประกอบด้านความรู้สึก (Affective Component) เป็นลักษณะทางความรู้สึก หรืออารมณ์ของบุคคล องค์ประกอบทางความรู้สึกนี้มี 2 ลักษณะ คือ ความรู้สึกทางบวก ได้แก่ ชอบ พอใจ เห็นใจ และความรู้สึกทางลบ ได้แก่ ไม่ชอบ ไม่พอใจ เป็นต้น

2. องค์ประกอบด้านความคิด (Cognitive Component) คือ การที่สมองของบุคคลรับรู้ และวินิจฉัยข้อมูลต่างๆที่ได้รับเกิดความรู้ ความคิดเกี่ยวกับวัตถุบุคคลหรือสภาพขึ้น องค์ประกอบทางความคิดเกี่ยวข้องกับการพิจารณาที่มาของทัศนคติออกมาว่าถูกหรือผิดดีหรือไม่ดี

3. องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (Behavior Component) เป็นความพร้อมที่จะกระทำหรือพร้อมที่จะตอบสนองต่อที่มาของทัศนคติ

2.3.2 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความพึงพอใจ

การศึกษาเพื่อการประเมินผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคนั้น จำเป็นจะต้องศึกษาถึงความพึงพอใจของประชาชนต่อการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากหน่วยงานดังกล่าว โดยอาศัยการศึกษาถึงแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจเพื่อนำมาปรับใช้ในการประเมินการรับรู้ ซึ่งแนวคิดทฤษฎีที่ได้รับความนิยมมากที่สุด มี 2 ทฤษฎี คือ ทฤษฎีของมาสโลว์ และทฤษฎีของซิกมันด์ ฟรอยด์ ดังนี้

1) **ทฤษฎีแรงจูงใจของมาสโลว์ (Maslow's theory motivation)** ได้เสนอทฤษฎีลำดับขั้นตอนของความต้องการ (need-hierarchy theory) ซึ่งเป็นทฤษฎีการจูงใจที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง ทฤษฎีแรงจูงใจของมาสโลว์ตั้งอยู่บนสมมติฐานที่ว่ามนุษย์มีความต้องการอยู่เสมอไม่มีที่สิ้นสุด ความต้องการมีลำดับขั้นตามลำดับความสำคัญ ซึ่งลำดับขั้นความต้องการมีดังนี้

1.1 ความต้องการด้านร่างกาย (physiology needs) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานและจำเป็นที่สุดสำหรับการดำรงชีวิตของมนุษย์ เป็นความต้องการได้รับการตอบสนองก่อนความต้องการอื่นๆ ความต้องการด้านนี้ได้แก่ ความต้องการอาหาร น้ำ ที่อยู่อาศัย ฯลฯ

1.2 ความต้องการความปลอดภัย (safety needs) เมื่อความต้องการด้านร่างกายได้รับการตอบสนองแล้ว มนุษย์ก็จะเกิดความต้องการความปลอดภัย เป็นความรู้สึกที่ต้องการความมั่นคง ปลอดภัย การได้รับความคุ้มครอง การได้อยู่ในสังคมที่เป็นระเบียบ มีกฎหมายที่จะช่วยคุ้มครอง ให้พ้นภัยอันตรายต่าง ๆ

1.3 ความต้องการการเป็นเจ้าของ (love and belongingness needs) เป็นความต้องการเกี่ยวกับการอยู่ร่วมกัน การได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น และการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มทางสังคม

1.4 ความต้องการได้รับการยกย่อง (esteem needs) ต้องการได้รับการยกย่องเคารพนับถือจากคนในสังคม รวมถึงความเชื่อมั่นในตนเอง ความสำเร็จ ความสามารถ ความเป็นอิสระและเสรีภาพ

1.5 ความต้องการได้รับความสำเร็จตามความนึกคิด (the needs for self-actualization) เมื่อความต้องการทั้ง 4 ขั้น ข้างต้นได้รับการตอบสนองแล้ว มนุษย์จะเกิดความต้องการอยากจะเป็นในสิ่งที่ตนอยากเป็น แต่ก็เป็นการยากลำบากที่จะบรรลุถึงความต้องการขั้นนี้ได้

2) ทฤษฎีแรงจูงใจของฟรอยด์ (S. M. Freud) ตั้งสมมุติฐานว่าบุคคลมักไม่รู้ตัวมากกว่าพลังทางจิตวิทยามีส่วนช่วยสร้างให้เกิดพฤติกรรม ฟรอยด์พบว่าบุคคลเพิ่มและควบคุมสิ่งเร้าหลายอย่าง สิ่งเร้าเหล่านี้อยู่นอกเหนือการควบคุมอย่างสิ้นเชิง บุคคลจึงมีความฝัน พูดคำที่ไม่ตั้งใจพูด มีอารมณ์อยู่เหนือเหตุผล และมีพฤติกรรมหลอกลอนหรือเกิดอาการวิตกกังวลอย่างมาก

ขณะที่ซารินี เดชจินดา (2535) ได้เสนอทฤษฎีการแสวงหาความพึงพอใจไว้ว่า บุคคลพอใจจะกระทำสิ่งใด ๆ ที่มีความสุขและจะหลีกเลี่ยงไม่กระทำในสิ่งที่เขาจะได้รับความสุขหรือความยากลำบาก โดยอาจแบ่งประเภทความพอใจกรณีนี้ได้ 3 ประเภท คือ

1. ความพอใจด้านจิตวิทยา (psychological hedonism) เป็นธรรมชาติของความพึงพอใจว่ามนุษย์โดยธรรมชาติจะมีการแสวงหาความสุขส่วนตัวหรือหลีกเลี่ยงจากความทุกข์ใด ๆ

2. ความพอใจเกี่ยวกับตนเอง (egoistic hedonism) เป็นธรรมชาติของความพอใจว่ามนุษย์จะพยายามแสวงหาความสุขส่วนตัว แต่ไม่จำเป็นว่าการแสวงหาความสุขต้องเป็นธรรมชาติของมนุษย์เสมอไป

3. ความพอใจเกี่ยวกับจริยธรรม (ethical hedonism) ธรรมชาตินี้ถือว่ามนุษย์แสวงหาความสุขเพื่อผลประโยชน์ของมวลมนุษย์หรือสังคมที่ตนเป็นสมาชิกอยู่และเป็นผู้ได้รับผลประโยชน์ผู้หนึ่งด้วย

Kippax and Murray (1980) ได้ศึกษาเรื่องการใช้อีบุ๊กและความพึงพอใจพร้อมทั้งได้ศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องของการรับรู้ในคุณประโยชน์ของสื่อ โดยศึกษาความสัมพันธ์ของความต้องการใช้อีบุ๊กกับความพึงพอใจ และการใช้อีบุ๊กกับการรับรู้ในคุณประโยชน์ของสื่อ ผลการศึกษา มีดังนี้

1. ปัจจัยด้านตัวบุคคล เช่น เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ เป็นตัวกำหนดการใช้อีบุ๊กและการรับรู้ในคุณประโยชน์ของสื่อ โดยเฉพาะปัจจัยที่เกี่ยวกับอายุ ปรากฏว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากคือตั้งแต่อายุ 15 ปีขึ้นไป จะเลือกใช้อีบุ๊กเพราะคำนึงถึงความสำคัญของสื่อมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อย คือ ตั้งแต่ 9 – 11 ปี และกลุ่มที่มีอายุน้อยจะใช้อีบุ๊กเพื่อความบันเทิง แต่กลุ่มที่มีอายุมากจะใช้อีบุ๊กเพราะสนใจที่จะรับรู้เกี่ยวกับสังคมและความต้องการของตนเอง เป็นต้น

2. คนที่มีระดับการศึกษาสูงจะเลือกใช้อีบุ๊กมากกว่าคนที่มีการศึกษาต่ำ

3. จากประเภทของสื่อที่ทำการศึกษา โทททัศน์จะถูกเลือกใช้เป็นอันดับ 1 เพราะกลุ่มเป้าหมายเห็นว่าเป็นสื่อที่มีประโยชน์โดยให้ข้อมูลต่างๆที่เขาสนใจ เช่น เกี่ยวกับโลกและเหตุการณ์ภายในประเทศรวมทั้งให้ความบันเทิงได้ด้วย หนังสือพิมพ์ นิตยสาร วิทยุ ภาพยนตร์ จะถูกเลือกใช้เป็นอันดับรองลงมาตามเหตุผลของการเลือกใช้

4. กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่มีการเลือกใช้อีบุ๊กอย่างมีจุดมุ่งหมายและเข้าใจถึงคุณประโยชน์ของสื่อ

ในปี ค.ศ.1959 เฮอร์ชเบิร์ก (Herzberg, 1959) ได้คิดค้นทฤษฎีปัจจัยจูงใจ – ปัจจัยค้ำจุน (motivation-maintenance theory) ขึ้นมาโดยทฤษฎีดังกล่าวเป็นทฤษฎีการจูงใจที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายจากนักบริหาร ทฤษฎีของเขาเรียกหลายชื่อ เช่น ทฤษฎีปัจจัยสององค์ประกอบ (dual factor theory) ทฤษฎีปัจจัยกระตุ้น-ปัจจัยค้ำจุน (motivation-hygiene theory) หรือทฤษฎีองค์ประกอบคู่ (two-factor theory)

จากการวิเคราะห์ผลที่ได้จากการสัมภาษณ์พบว่า มีปัจจัยเกี่ยวข้องกับความรู้สึกที่ดี และไม่ดีของผู้ที่ถูกสัมภาษณ์ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ ปัจจัยจูงใจ (motivator factors) และปัจจัยกระตุ้น (hygiene factors) ปัจจัยจูงใจเป็นปัจจัยที่นำไปสู่ทัศนคติในทางบวก เพราะทำให้เกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ซึ่งมีลักษณะสัมพันธ์กับเรื่องของงานโดยตรงนั้นคือความต้องการที่จะได้รับความสำเร็จตามความนึกคิดของตนเองคือเป้าหมายสูงสุดของมนุษย์ ส่วนปัจจัยค้ำจุนเป็นปัจจัยที่ป้องกันไม่ให้เกิดความไม่พึงพอใจในการปฏิบัติงาน ซึ่งมีลักษณะเป็นภาวะแวดล้อมหรือเป็นส่วนประกอบของงาน ปัจจัยนี้อาจจะนำไปสู่ความไม่พึงพอใจในการปฏิบัติงานได้ ซึ่งผลการศึกษาลงถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการทำงานของพนักงาน

3) ทฤษฎีการใช้ประโยชน์และความพึงพอใจ (The Uses and Gratifications Theory)

เป็นทฤษฎีที่แสดงให้เห็นว่าข่าวสารจากสื่อมีอิทธิพลกับผู้รับสารเสมอไป ผู้รับสารต่างหากที่เป็นตัวกำหนดอิทธิพลของข่าวสาร ถ้าผู้รับสารไม่แสวงหา ไม่เปิดรับข่าวสารหรือไม่ใช้ประโยชน์จากข่าวสารข่าวสารนั้นก็ไม่มีผลอะไรกับผู้รับสารข่าวสารนั้น จะมีอิทธิพลหรือมีผลก็ต่อเมื่อผู้รับสารเปิดรับหรือใช้ข่าวสารนั้นเพื่อสนองความพึงพอใจของตน เช่น เพื่อเป็นคนทันสมัย เพื่อความรอบรู้หรือเพื่อความบันเทิง โดยผู้รับสารมิใช่ผู้ถูกป้อนข่าวสาร หรือเฉื่อยชาคอยแต่รับข่าวสาร (Passive Audience) เท่านั้น แต่เป็นผู้มีความกระตือรือร้น (Active Audience) มีบทบาทในการแสวงหา หลีกเลี่ยง หรือทำการเลือกสรรที่จะเปิดรับข่าวสารต่าง ๆ ตามความพึงพอใจของตนเอง (พีระ จิระโสภณ, 2544)

ทฤษฎี นี้ยังตั้งอยู่บนพื้นฐานความเชื่อที่ว่าบุคคลจะเลือกใช้สื่อแตกต่างกันเพื่อสนองความต้องการและความพึงพอใจของตน การเลือกใช้สื่อหรือช่องทางการสื่อสารใดเป็นพฤติกรรมที่ถูกชักจูงใจให้เชื่อว่าสื่อ นั้นจะทำหน้าที่ได้ตามที่ผู้ใช้สื่อแต่ละคนต้องการ งานวิจัยที่ศึกษาถึงหน้าที่ของสื่อสารจึงให้ความสนใจต่อแรงจูงใจของผู้รับสารในการใช้สื่อหรือการเลือกเนื้อหาของสื่อ นอกจากนั้น พฤติกรรมการเปิดรับสื่อของบุคคลเกิดขึ้นเพื่อสนองความต้องการอันเกิดจากพื้นฐานด้านจิตใจของบุคคลนั้นๆ และประสบการณ์ที่บุคคลนั้นได้รับจากสถานการณ์ทางสังคมของเขาแม้ว่าการใช้สื่อนั้น จะไม่จำเป็นต้องเกี่ยวข้องกับความต้องการทุกๆ ด้านของมนุษย์ แต่อาจมีความเกี่ยวข้องกับความต้องการข้อมูลข่าวสารบางอย่าง หรือเพื่อชดเชยบางสิ่งที่ขาดหายไปและหาไม่ได้ในขณะนั้น

พฤติกรรมการรับสารของมนุษย์จึงเป็นสิ่งที่เกิดจากปฏิกิริยาตอบโต้ต่อความต้องการของมนุษย์เองที่จะรักษารูปแบบพฤติกรรมที่เหมาะสมหรือเมื่อปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมและความเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมเพื่อรักษาให้ระบบชีวิตของตนเองอยู่ได้อย่างปกติ ดังนั้นทฤษฎีการใช้ประโยชน์ และความพึงพอใจจากสื่อนี้ จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้สื่อหรือผู้รับสารนั่นเอง

อย่างไรก็ตามในการใช้ประโยชน์ และความพึงพอใจที่ได้รับจากสื่อ นั้น ผู้รับสารจำเป็นต้องมีความต้องการอย่างใดอย่างหนึ่งจากสื่อก่อน จึงจะมีการใช้ประโยชน์ และความพึงพอใจนั้นได้ แคทซ์ (Katz et al., 1974) ได้แบ่งกลุ่มความต้องการดังนี้

1. Cognitive Need คือ ความต้องการที่ผู้รับสารเปิดรับสื่อเพื่อจะได้รับข่าวสาร ความรู้ และความเข้าใจในตัวบุคคล เหตุการณ์ หรือสิ่งต่าง ๆ

2. Affective Need คือ ความต้องการที่ผู้รับสารเปิดรับสื่อมวลชนเพื่อจะได้รับความพึงพอใจหรือได้รับประสบการณ์ทางอารมณ์ รวมทั้งในเรื่องของความสวยงามหรือศิลปะต่าง ๆ

3. Personal Integrative Need คือ ความต้องการที่ผู้รับสารเปิดรับสื่อเพื่อจะได้รับความเชื่อถือความมั่นใจ ความมั่นคง และสถานภาพอันเป็นที่ยอมรับ

4. Social Integrative Need คือ ความต้องการที่ผู้รับสารเปิดรับสื่อเพื่อจะได้รับความเชื่อถือความมั่นใจ ความมั่นคง และสถานภาพอันเป็นที่ยอมรับกับครอบครัว และในสังคมกลุ่มเพื่อน

5. Escape Need คือ ความต้องการที่ผู้รับสารเปิดรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงจากสภาพความเป็นจริงชั่วขณะ

4) งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อภิชัย มงคล (2545) ได้ศึกษาความพึงพอใจและพฤติกรรมการรับข่าวสารของผู้ป่วยในโครงการช่วยเหลือและป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้าและการเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มารับบริการ และศึกษาพฤติกรรมการรับส่งข่าวสารของผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ สถานบริการทุกระดับใน 33 จังหวัด ที่เข้าร่วมโครงการฯ จากการศึกษาพบว่า 92.2 % ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ ผู้ป่วย 36.2 % มีความมั่นใจว่าตนเองจะดีขึ้นในระดับมาก และ 79.3% เห็นว่าตนได้รับคำแนะนำอย่างเพียงพอในเรื่องการใช้จ่ายและการปฏิบัติตัวตามลำดับการได้รับ ในส่วนชอบพฤติกรรมกรรับรู้ข้อมูลข่าวสารพบว่า ส่วนใหญ่รับข้อมูลข่าวสารประจำทางโทรทัศน์ คิดเป็น 68.7 % จากการศึกษาดังกล่าวสรุปได้ว่า ผู้ป่วยพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับและเห็นว่าตนได้รับ คำแนะนำอย่างเพียงพอในเรื่องการใช้จ่ายและการปฏิบัติตัว ซึ่งสะท้อนว่าโครงการประสบความสำเร็จในด้านการพัฒนางานบริการแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ แต่สิ่งที่ต้องปรับปรุงคือการเพิ่มการเข้าถึงเอกสารที่ให้คำแนะนำเมื่อมีปัญหาทุกข้อใจ เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่รับข้อมูลข่าวสารเป็นประจำทางโทรทัศน์จึงเป็นอีกช่องทางหนึ่งที่ควรพิจารณาใช้ประโยชน์เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มากยิ่งขึ้น

จตุรดา ยืนยงสุวรรณ (2557) ได้ศึกษาทัศนคติ การใช้ประโยชน์และความพึงพอใจที่มีต่อเว็บไซต์เพื่อการสื่อสารศูนย์มาตรฐานรหัสและข้อมูลสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในประชากรคือผู้เข้าใช้เว็บไซต์ศูนย์มาตรฐานรหัสและข้อมูลสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 400 คน พบว่า ส่วนใหญ่มีทัศนคติและมีความพึงพอใจระดับมากต่อเว็บไซต์เพื่อการสื่อสารศูนย์มาตรฐานรหัสและข้อมูลสุขภาพแห่งชาติ นอกจากนี้ยังพบว่า มีการใช้ประโยชน์เว็บไซต์เพื่อการสื่อสารศูนย์มาตรฐานรหัสและข้อมูลสุขภาพแห่งชาติในระดับมากอีกด้วย

จริยา ปันทวังกูร (2559) ได้ศึกษา แนวทางการใช้ประโยชน์และความพึงพอใจการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ของนักศึกษาระดับปริญญาตรีสาขาวิชาทางวิทยาศาสตร์กับกลุ่มสาขาวิชาทางสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 383 คน พบว่า นักศึกษามีการใช้ประโยชน์และมีความพึงพอใจการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ในระดับมากที่สุด ในการรับรู้ความง่าย และการรับรู้การใช้ประโยชน์เครือข่ายสังคมออนไลน์ ซึ่งรับรู้ว่ามีประโยชน์ในการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นทำได้สะดวก กว้างขวางและ

รวดเร็ว ได้รับข่าวสารมากขึ้นหรือได้พบปะกับบุคคลอื่นเพิ่มมากขึ้น รับ-ส่งข่าวสารต่าง ๆ ได้จำนวนมากและหลากหลายประเภทได้ตามที่ต้องการ ใช้ประโยชน์เพื่อการพักผ่อนและคลายความตึงเครียดมากที่สุด

Abraham Ayantunde, N T Welch and Simon L Parsons (2007). การสำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วยและการใช้อินเทอร์เน็ตสำหรับข้อมูลสุขภาพในผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไปและผู้สูงอายุที่เข้าร่วมคลินิกผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลเมืองนอตติงแฮมในเดือนกรกฎาคม 2005 จำนวน 663 คน พบว่า ร้อยละ 63 ของผู้ร่วมวิจัยมีการใช้อินเทอร์เน็ต ในจำนวนนี้มีผู้ใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อข้อมูลสุขภาพถึง ร้อยละ 42 จะเห็นได้ว่าเกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างได้ใช้อินเทอร์เน็ตในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพและส่วนใหญ่มีความสนใจในการใช้การตรวจสอบข้อมูลด้านสุขภาพ การส่งมอบข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพการตรวจสอบผ่านทางอินเทอร์เน็ตควรให้ความสำคัญสำหรับผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ

2.4 ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ

กรมควบคุมโรคเดิมเป็นกองโรคติดต่อ สังกัดกรมสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย ทำหน้าที่ควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ ต่อมาในปี พ.ศ. 2485 ได้มีประกาศพระราชกฤษฎีกา สถาปนากกรมสาธารณสุข ให้เป็นกระทรวงสาธารณสุขมีกรมในสังกัดรวม 7 กรม ซึ่งมีกรมที่เกี่ยวข้องกับงานโรคติดต่อ 2 กรม คือ กรมการแพทย์ และกรมสาธารณสุข (ภายหลังเปลี่ยนเป็น กรมอนามัย) กรมการแพทย์จะรับผิดชอบกิจการของโรงพยาบาล เช่น โรงพยาบาลโรคเรื้อน พระประแดง โรงพยาบาลโรคเรื้อนขอนแก่น โรงพยาบาลโรคเรื้อนเชียงใหม่ โรงพยาบาลโรคเรื้อนนครศรีธรรมราช นิคมโรคเรื้อนเชียงราย โรงพยาบาลบางรัก โรงพยาบาลวัดโรค โรงพยาบาลบาราคนราดูร ส่วนงานควบคุมโรคอื่นๆ ยังอยู่ในความรับผิดชอบของกรมควบคุมโรคติดต่อ กรมสาธารณสุข

ในปี พ.ศ. 2495 ได้เปลี่ยนชื่อ กรมสาธารณสุขเป็นกรมอนามัย และโอนกิจการของโรงพยาบาล เฉพาะโรคในสังกัดกรมอนามัย และยกฐานะหน่วยงานเฉพาะโรคให้เป็นกองคือ กองควบคุมวัณโรค กองควบคุมโรคเรื้อน ปรับปรุงขยายงานควบคุมไข้มาลาเรียและโรคเท้าช้าง เป็นกองควบคุมมาลาเรียและโรคเท้าช้าง รวมงานควบคุมคุดทะราดกับกามโรค ตั้งเป็นกองควบคุมกามโรคและคุดทะราด

ในปี พ.ศ. 2515 ได้มีการรวมกรมการแพทย์และกรมอนามัยเข้าด้วยกันเป็นกรมการแพทย์และอนามัย งานควบคุมโรคติดต่อทั้งหมดจึงขึ้นกับกรมการแพทย์และอนามัย

ในปี พ.ศ. 2517 ได้มีการแยกกรมการแพทย์และกรมอนามัยออกจากกัน ในครั้งนั้นได้มี การรวมหน่วยงานควบคุมโรคติดต่อเข้าด้วยกันจัดตั้งเป็นกรมควบคุมโรคติดต่อ

กรมควบคุมโรคติดต่อ แบ่งส่วนราชการเป็นกลุ่มงานที่ปรึกษา กองวิชาการเกี่ยวกับโรคติดต่อต่าง ๆ 7 กอง กองและหน่วยงานสนับสนุนการบริหารงานของกรมฯ 4 หน่วยงาน โรงพยาบาลเฉพาะโรค 4 แห่ง นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาคได้แก่ สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 12 เขต และสำนักงานควบคุมโรคติดต่อนาโดยแมลง 5 สำนักงาน

ในปี พ.ศ. 2545 ได้มีการออกกฎหมายปฏิรูประชาการ กรมควบคุมโรคติดต่อได้เปลี่ยนชื่อเป็น กรมควบคุมโรค มีการแบ่งหน่วยงานของกรมควบคุมโรค ประกอบด้วย หน่วยงานสนับสนุนการบริหารงาน 4 กอง กองวิชาการเกี่ยวกับโรคติดต่อต่าง ๆ 8 สำนัก และมีหน่วยงานที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค ได้แก่ สำนักงาน

ป้องกันควบคุมโรค 12 เขตกรมควบคุมโรค มีภารกิจเกี่ยวกับการพัฒนาวิชาการเพื่อการควบคุมโรคและ ภัยที่คุกคามสุขภาพ โดยมีการศึกษาวิจัยพัฒนารวมทั้งการถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม วินิจฉัย และรักษาโรค และภัยที่คุกคามสุขภาพ โดยมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ อนุสัญญาหรือกฎข้อบังคับระหว่างประเทศและ กฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง
2. ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย และพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีในการเฝ้าระวัง ป้องกันและ ควบคุมโรค และภัยที่คุกคามสุขภาพของประชาชน
3. กำหนดและพัฒนาคุณภาพมาตรฐานการดำเนินงานในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และการควบคุมโรค และภัยที่คุกคามสุขภาพของประชาชน
4. ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคและภัย ที่คุกคาม สุขภาพให้แก่หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและประชาชน
5. จัดและพัฒนาระบบกลไกและเครือข่ายในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และการควบคุมโรค และ ภัยที่คุกคามสุขภาพ รวมทั้งสื่อสารข้อมูลเตือนภัยการระบาดของโรคแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและสาธารณชน
6. จัดให้มีบริการเพื่อรองรับการส่งต่อผู้ป่วยโรคติดต่อ เฉพาะโรคติดต่อสำคัญและโรคติดต่อ ร้ายแรง ในระดับตติยภูมิ และกักกันผู้ป่วยโรคติดต่ออันตรายตามข้อตกลงระหว่างประเทศ
7. ดำเนินการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยที่คุกคามสุขภาพกรณีที่เป็นปัญหาวงกว้าง เกิดโรคระบาดรุนแรงหรือมีแนวโน้ม ที่จะขยายตัวเป็นปัญหารุนแรง
8. ดำเนินการร่วมกับนานาชาติประเทศ หรือองค์กรระหว่างประเทศในการเฝ้าระวัง ป้องกันและ การควบคุมโรคและปัญหาสุขภาพระหว่างประเทศ
9. พัฒนาระบบและกลไก เพื่อให้มีการดาเนินการบังคับใช้กฎหมายที่อยู่ในความ รับผิดชอบ ปฏิบัติการอื่นใดตามที่กฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของกรมควบคุมโรค หรือตามที่กระทรวงหรือ คณะรัฐมนตรีมอบหมาย

วิสัยทัศน์

เป็นองค์กรชั้นนำระดับนานาชาติ ที่สังคมเชื่อถือและไว้วางใจ เพื่อปกป้องประชาชนจากโรคและ ภัยสุขภาพ ด้วยความเป็นเลิศทางวิชาการ ภายในปี 2563

พันธกิจ

1. ส่งเสริมกระบวนการประสานความร่วมมือกับเครือข่ายภายใน และระหว่างประเทศ ในการผลิต และพัฒนาผู้เชี่ยวชาญ องค์ความรู้ ข้อมูลข่าวสาร เครื่องมือ กฎหมายการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพ รวมทั้งการบริการเฉพาะที่ได้มาตรฐานสากล
2. ส่งเสริม สนับสนุน ถ่ายทอด แลกเปลี่ยนความรู้ ให้เครือข่ายและประชาชน
3. ผลักดัน และติดตามการบังคับใช้กฎหมายที่จำเป็นต่อการปกป้องประชาชนจากโรค และ ภัยสุขภาพ

4. เตรียมความพร้อมในการจัดการภาวะคุกคามและภัยสุขภาพใหม่ ๆ ได้ทันการณ์

5. พัฒนาและประเมินศักยภาพระบบ กลไกของเครือข่ายการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

โดยในปีงบประมาณ 2561 กรมควบคุมโรค ได้มีการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์การป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ โดยการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์นั้น การดำเนินการเรื่องการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อเป้าหมายสำคัญให้ประชาชนเกิดการรับรู้และนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ เป็นกระบวนการซึ่งกรมควบคุมโรคให้ความสำคัญเนื่องจาก กรมควบคุมโรคเป็นหน่วยงานสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ดังนั้นในการดำเนินงานของกรมควบคุมโรคจึงมีผลกระทบต่อประชาชนจำนวนมาก โดยเฉพาะในฐานะผู้ส่งสารเพื่อการสื่อสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพเพื่อนำไปสู่การที่ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์โดยเฉพาะในด้านการป้องกันโรคและภัยสุขภาพที่เป็นจุดเน้นของกรมควบคุมโรค โดยในปีงบประมาณ 2561 นี้ ซึ่งเป็นจุดเน้นในการสื่อสารความเสี่ยงให้แก่ประชาชนใน 4 ประเด็นหลัก (สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค, 2560) ดังต่อไปนี้

ประเด็นที่ 1 โรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน (Vaccine prevention diseases) ที่มุ่งเน้นโรคไข้หวัดใหญ่

ประเด็นที่ 2 โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular diseases)

ประเด็นที่ 3 โรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ (Respiratory infections diseases) โดยเฉพาะโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจที่ยังคงเป็นปัญหาสำคัญได้แก่ โรควัณโรค

ประเด็นที่ 4 โรคพิษสุนัขบ้า (Rabies)

ดังนั้นประเด็นองค์ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพที่เป็นจุดเน้นของกรมควบคุมโรค ประจำปี พ.ศ. 2561 จึงเป็นสิ่งสำคัญในการทบทวนวรรณกรรมเพื่อจะได้เป็นประโยชน์ต่องานวิจัยในครั้งนี้ โดยประเด็นในการสื่อสารในกลุ่มโรคต่าง ๆ มีดังนี้

2.4.1 โรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน (Vaccine prevention diseases) ที่มุ่งเน้นโรคไข้หวัดใหญ่

โรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน เป็นกลุ่มโรคติดต่อที่มีวัคซีนใช้เพื่อการป้องกันการเกิดโรค โดยโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนตามแผนของกระทรวงสาธารณสุข (EPI) ประกอบด้วย วัณโรค (Tuberculosis) โปลิโอ (Polio) ตับอักเสบบี (Hepatitis B) คอตีบ (Diphtheria) คางทูม (Mumps) หัด (Measles) ไอกรน (Pertussis) บาดทะยัก (Tetanus) หัดเยอรมัน (Rubella) ไข้สมองอักเสบเจอี (Japanese encephalitis) และโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนอื่น ๆ ที่ไม่ได้อยู่ตามแผนของกระทรวงสาธารณสุข อาทิเช่น โรคอุจจาระร่วงโรต้าไวรัส โรคไข้สมองอักเสบจากเชื้อฮิบ และโรคไข้หวัดใหญ่ เป็นต้น

สถานการณ์การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิดเอ (H1N1) 2009 ที่มีการระบาดไปทั่วโลกเมื่อปี พ.ศ. 2552 หรือ ค.ศ. 2009 นั้นเป็นวิกฤตทางสาธารณสุขของประเทศทั่วโลกกว่า 214 ประเทศโดยโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่เมื่อปี พ.ศ. 2552 ปัจจุบันได้กลายเป็นไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลที่พบปะปนอยู่กับสายพันธุ์ต่าง ๆ ทั่วไปโดยพบการแพร่กระจายของโรคไข้หวัดใหญ่ในภูมิภาคเอเชีย อเมริกา และยุโรป ในเขตซีกโลกเหนือมักพบระบาดมากในช่วงฤดูหนาวส่วนซีกโลกใต้ระบาดมากในฤดูฝนโดยเชื่อที่เป็นสาเหตุของการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลคือไข้หวัดใหญ่ชนิดเอ (H1N1) (H3N2) และชนิดบีโดยทั่วโลกพบผู้ป่วย

โรคไข้หวัดใหญ่ที่มีอาการรุนแรงประมาณปีละ 3 - 5 ล้านรายและประมาณ 250,000 - 500,000 รายเสียชีวิต โดยข้อมูล ณ วันที่ 26 สิงหาคม 2554 ประเทศส่วนใหญ่ในเขตร้อนมีรายงานโรคไข้หวัดใหญ่ไม่มากนักยกเว้น ประเทศในแถบอเมริกา (เช่น ประเทศคิวบา สาธารณรัฐโดมินิกัน ฮอนดูรัส บราซิล) ประเทศในแถบแอฟริกา ตะวันตก (เช่น ประเทศกานา แคเมอรูน เซเนกัล) และเอเชียใต้ (เช่น ประเทศอินเดีย บังกลาเทศ สิงคโปร์ ไทย) ที่มีรายงานโรคค่อนข้างมากและมีการรายงานจำนวนผู้ป่วยกลุ่มอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่เพิ่มมากขึ้นในประเทศ ออสเตรเลียโดยส่วนใหญ่เป็นโรคไข้หวัดใหญ่ชนิดเอ (H1N1) และชนิดบี

ประเทศไทย : ข้อมูลการเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยาและผลการศึกษาวินิจฉัยในประเทศไทย คาดประมาณจำนวนผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ทั้งประเทศได้ 700,000 - 900,000 รายต่อปีและมีผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ ที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงเช่นปอดอักเสบต้องรับไว้โรงพยาบาลประมาณ 12,575 - 75,801 รายต่อปีอัตราป่วย ตายของโรคไข้หวัดใหญ่ที่มีภาวะแทรกซ้อนสูงถึงร้อยละ 2.5 และในปี พ.ศ. 2552 สำนักระบาดวิทยาได้รับ รายงานผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่จำนวน 120,400 รายอัตราป่วย 189.73 ต่อประชากรแสนคนโดยอัตราป่วยในปี พ.ศ. 2552 เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับย้อนหลัง 3 - 5 ปีเนื่องจากมีการระบาดใหญ่ของเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ สายพันธุ์ใหม่ชนิดเอ (H1N1) 2009 (Influenza A novel H1N1; pandemic strain) โรคไข้หวัดใหญ่ สายพันธุ์ใหม่ชนิดเอ (H1N1) 2009 ได้เริ่มแพร่ระบาดในประเทศเม็กซิโกและสหรัฐอเมริกา ดังนั้น กรมควบคุม โรคโดยสำนักระบาดวิทยาจึงได้เริ่มดำเนินการเฝ้าระวังไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิดเอ (H1N1) ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2552 และพบผู้ป่วยรายแรกของประเทศไทยในปลายเดือนพฤษภาคม จากนั้นเริ่มพบผู้ป่วย เพิ่มขึ้นและเริ่มมีการแพร่ระบาดในวงกว้างในเดือนมิถุนายน ผลการดำเนินการเฝ้าระวังผู้ป่วยยืนยัน ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ในปี พ.ศ. 2552 พบว่าได้รับรายงานผู้ป่วยทั้งสิ้น 30,956 รายอัตราป่วย 48.78 ต่อ ประชากรแสนคนอัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชายเท่ากับ 1: 1.03 มีผู้เสียชีวิต 157 รายอัตราตาย 0.31 ต่อ ประชากรแสนคนอัตราป่วยตายร้อยละ 0.64 โดยพบผู้ป่วยมากในช่วงฤดูฝนระหว่างเดือนมิถุนายนถึงกันยายน ซึ่งมีแนวโน้มการระบาดตามฤดูกาลใกล้เคียงกับไข้หวัดใหญ่ที่ระบาดตามฤดูกาลโดยภาคที่มีอัตราป่วยสูงสุดคือ ภาคกลาง สัดส่วนอาชีพผู้ป่วยสูงสุดคือ นักเรียน

จากการเฝ้าระวังโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิดเอ (H1N1) 2009 ที่มีการระบาดไปทั่วโลก โดยสำนักระบาดวิทยาได้จัดทำรายงานการเฝ้าระวังสถานการณ์ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ทุกสัปดาห์ จนกระทั่ง องค์การอนามัยโลกได้ลดระดับการระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิดเอ (H1N1) 2009 ลงเป็นระยะ หลังการระบาดใหญ่ซึ่งหมายถึงไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่นี้ ได้กลายเป็นไข้หวัดใหญ่ที่พบได้ตามฤดูกาล เช่นเดียวกับสายพันธุ์อื่นๆที่มีอยู่เดิมแล้วทางสำนักระบาดวิทยาจึงได้ปรับเปลี่ยนการรายงานจากการเฝ้าระวัง ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิดเอ (H1N1) 2009 เป็นการเฝ้าระวังไข้หวัดใหญ่โดยรวมเพื่อให้การเฝ้าระวังโรค มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ลักษณะโรค โรคไข้หวัดใหญ่ เป็นโรคระบบทางเดินหายใจที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสอย่างเฉียบพลัน โดยมีอาการไข้ (มักจะไอแบบแห้งๆ) ปวดศีรษะปวดกล้ามเนื้ออ่อนเพลียเยื่อโพรงจมูกอักเสบและเจ็บคอ อาการไอมักจะรุนแรงและอาจไอเป็นเวลานานถึง 2 สัปดาห์ขึ้นไปส่วนไข้และอาการอื่นๆในผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะหายได้เองในเวลา 5 - 7 วันมักพบผู้ป่วยในช่วงฤดูหนาวเนื่องจากสภาพอากาศที่เย็นการวินิจฉัยโรค

พัฒนาขึ้นจากข้อมูลการเฝ้าระวังที่สามารถระบุชนิดของเชื้อไวรัสที่หมุนเวียนในแต่ละฤดูกาลได้อาการของโรคไข้หวัดใหญ่มักไม่สามารถแยกออกจากการติดเชื้อไวรัสทางเดินหายใจชนิดอื่นได้เช่น Rhinovirus, RSV, Parainfluenza, Adenovirus และเชื้อก่อโรคอื่นๆโดยกลุ่มอาการของโรคไข้หวัดใหญ่ประกอบด้วยมีการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจส่วนต้นเฉียบพลันไอเสียงแหบ (croup) หลอดลมฝอยในปอดอักเสบ (bronchiolitis) ภาวะชักจากไข้ (febrile seizure) และปอดอักเสบ (pneumonia) ในเด็กพบมีอาการผิดปกติของระบบทางเดินอาหารเช่นคลื่นไส้อาเจียนท้องร่วงร่วมด้วยและมีรายงานสูงถึงร้อยละ 25 ของเด็กในโรงเรียนที่พบการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ชนิดบีและเอ (H1N1) อาการผิดปกติของระบบทางเดินอาหารไม่ค่อยพบในผู้ใหญ่ ทารกมักปรากฏอาการของการติดเชื้อในกระแสเลือดส่วนผู้สูงอายุที่เป็นโรคไข้หวัดใหญ่มักมีอาการเลวลงเนื่องจากมีโรคประจำตัว ร่วมด้วยเช่นภาวะหัวใจล้มเหลว (congestive heart failure) และอาจไม่พบอาการไข้

เชื้อก่อโรค

โรคไข้หวัดใหญ่เกิดจากเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ (Influenza virus) โดยเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลมีรูปร่างเป็นทรงกลม (spherical) หรือเป็นสาย (filamentous form) ขนาด 80 - 120 นาโนเมตรสามารถจำแนกออกเป็น 3 ชนิดได้แก่ชนิดเอบีและซีคุณสมบัติการเป็นแอนติเจนของโปรตีนที่เป็นโครงสร้างที่เสถียรอยู่ภายในได้แก่นิวคลีโอโปรตีนและแมตทริกซ์โปรตีนเป็นตัวจำแนกชนิดของไวรัสไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิดเอแบ่งเป็น subtypes โดยไกลโคโปรตีนที่ผิวของไวรัส 2 ชนิดคือฮีแมกกลูตินิน (hemagglutinin, H) และนิวรามินิเดส (neuraminidase, N) ซึ่งฮีแมกกลูตินินมีสายพันธุ์ย่อยจำนวน 16 สายพันธุ์และนิวรามินิเดสมีสายพันธุ์ย่อยจำนวน 9 สายพันธุ์ในปัจจุบันไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิดเอมีเพียง 2 สายพันธุ์คือชนิดเอ (H1N1) และชนิดเอ (H3N2) เท่านั้นที่เป็นสาเหตุของการก่อโรคในมนุษย์นกน้ำเป็นแหล่งรังโรคที่สำคัญของไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิดเอและทุกสายพันธุ์ย่อยของไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิดเอตรวจพบได้ในนกนอกจากนั้นไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิดเอยังก่อโรคในสัตว์อื่นๆได้ เช่น สุนัข ม้า แมวน้ำ เป็นต้น ไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิดบีไม่มีการแบ่งเป็น subtypes แต่พบไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิดบีที่มีถิ่นแตกต่างกัน 2 ชนิด (two antigenically distinct lineages of B viruses) และก่อโรคในมนุษย์โดยมนุษย์เป็นแหล่งรังโรคที่สำคัญของไวรัสชนิดบีและไวรัสไข้หวัดใหญ่ทั้งชนิดเอและบีสามารถแบ่งตามสายพันธุ์และเป็นสาเหตุของการระบาดตามฤดูกาลได้แต่มีเพียงเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิดเอที่เกิดการรวมกันของฮีแมกกลูตินินหรือการรวมกันของฮีแมกกลูตินินและนิวรามินิเดสและเกิดเป็นสายพันธุ์ใหม่ที่ไม่เคยพบในมนุษย์และเป็นสาเหตุของการระบาดใหญ่ได้ไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิดซีเป็นสาเหตุของการป่วยของผู้ป่วยเพียงประปรายและเกิดการระบาดในวงจำกัดเพียงเล็กน้อยเท่านั้นและเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขน้อยกว่าชนิดเอและบีวัคซีนไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลจึงมีเพียงไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิดเอและบีเท่านั้นระดับของแอนติบอดีต่อฮีแมกกลูตินินเป็นตัวพยากรณ์ที่สำคัญที่สุดของการป้องกันการติดเชื้อของไวรัสไข้หวัดใหญ่ในมนุษย์ ส่วนแอนติบอดีต่อนิวรามินิเดสจะช่วยลดความรุนแรงของโรคได้การที่รหัสยีนบนไกลโคโปรตีนที่ผิวของเชื้อไวรัสมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดการกลายพันธุ์ของเชื้อไวรัสเป็นการเปลี่ยนแปลงแอนติเจนเพียงเล็กน้อย (antigenic drift) ซึ่งเกิดขึ้นในช่วงระหว่างกระบวนการเพิ่มจำนวนของไวรัส (virus replication) เนื่องจากมีการเกิดไวรัสไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่อย่างต่อเนื่องโดยกระบวนการ antigenic drift จึงจำเป็นต้อง

มีการทบทวนและปรับส่วนประกอบของวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่เป็นระยะๆ ในทุกปีตามปกติแล้ววัคซีนแต่ละปีจะมีการเปลี่ยนสายพันธุ์ไวรัสที่ใช้ในการผลิต 1 สายพันธุ์หรือมากกว่าการเกิดไวรัสสายพันธุ์ใหม่เป็นพื้นฐานทางไวรัสวิทยาสำหรับการระบาดของไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลประจำปีและเป็นเหตุผลหลักว่าทำไมการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่จึงสามารถเกิดได้หลายครั้งในช่วงอายุของแต่ละคน การตั้งชื่อไวรัสไข้หวัดใหญ่จะตั้งตามชนิดของไวรัสพื้นที่ภูมิศาสตร์ที่แยกเชื้อได้หมายเลขการเพาะเชื้อปีที่ทำการแยกเชื้อได้และสายพันธุ์ของไวรัส (เฉพาะไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิดเอ) ตามลำดับตัวอย่างเช่น A/New Caledonia/20/99 (H1N1), A/Brisbane/10/2007 (H3N2), B/Malaysia/2506/2004 เป็นต้น

แหล่งรังโรค

โดยทั่วไปคนจะติดเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ชนิดที่เกิดในคนได้หลายชนิดได้แก่ไข้หวัดใหญ่ชนิดเอ (H3N2), (H1N1) และชนิดบีซึ่งคนเป็นแหล่งรังโรคหลักสำหรับการติดเชื้อไวรัสชนิดนี้และไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลมักจะไม่ได้เป็นโรคที่เกิดจากสัตว์

วิธีการแพร่โรกระยะฟักตัว และระยะติดต่อของโรค

การแพร่กระจายของฝอยละอองขนาดใหญ่ฝอยละอองขนาดเล็ก (แพร่กระจายในอากาศ; airborne spread) และการติดต่อโดยการสัมผัสใกล้ชิด (สัมผัสโดยตรงและโดยอ้อม) ในการแพร่ระบาดของไข้หวัดใหญ่ยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัดแม้ว่าเป็นที่เชื่อกันว่าการกระจายของฝอยละอองขนาดใหญ่โดยการไอหรือจามจากผู้ป่วยซึ่งเป็นวิธีการแพร่โรคหลักไวรัสไข้หวัดใหญ่สามารถมีชีวิตอยู่ได้หลายชั่วโมงบนพื้นผิวโดยเฉพาะอย่างยิ่งในที่ที่มีอากาศเย็นและความชื้นต่ำ

ระยะฟักตัวของโรค : ไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลมีระยะฟักตัวโดยเฉลี่ย 2 วัน (อยู่ในช่วง 1 - 4 วัน)

ระยะติดต่อของโรค : ในผู้ใหญ่การแพร่เชื้อและการติดต่อของไวรัสอยู่ที่ประมาณ 3 - 5 วันนับจากวันเริ่มป่วยในเด็กเล็กสามารถแพร่ได้นานกว่าผู้ใหญ่อาจพบที่ 7 - 10 วันและอาจนานขึ้นไปอีกในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่องอย่างรุนแรง

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยโรคอาจต้องอาศัยประวัติและอาการเป็นหลัก การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่รวดเร็ว จุดคัดกรองผู้ป่วยจะช่วยให้การวินิจฉัยและมีประโยชน์มากในการยืนยันโรคอย่างรวดเร็วเมื่อมีการระบาดนอกฤดูกาลหรือการระบาดในพื้นที่ห่างไกลที่การขนส่งตัวอย่างต้องใช้เวลาโดยข้อมูลที่ได้นำมาใช้ในการออกมาตรการป้องกันควบคุมโรคได้ทันที่จุดตรวจคัดกรองทางห้องปฏิบัติการที่มีจำหน่ายอยู่ทั่วไปมีความไวร้อยละ 70 หรือน้อยกว่าแต่มีความจำเพาะสูงถึงร้อยละ 95 ดังนั้นในพื้นที่ที่พบการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ ผลการทดสอบที่ให้ผลลบในผู้ป่วยที่มีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่จะต้องแปลผลด้วยความระมัดระวังและการแยกแยะผลทดสอบที่ให้ผลลบเทียมจึงมีความสำคัญนอกจากนั้นควรมีการพิจารณาวิธีการทดสอบที่มีความไวมากขึ้นและพิจารณาเพาะเชื้อไวรัสและทดสอบ RT-PCR ในห้องปฏิบัติการด้วย

การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลเป็นภัยคุกคามสุขภาพที่สำคัญในทุกกลุ่มอายุแต่กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงสุดในการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้แก่เด็กอายุต่ำกว่า 2 ปีผู้ใหญ่ที่มีอายุ 64 ปีขึ้นไปและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคหัวใจ โรคปอด โรคไต โรคตับ โรคเลือด หรือโรคทางเมตาบอลิก (เช่นโรคเบาหวาน) ผู้ที่

ได้รับยากดภูมิคุ้มกันหญิงตั้งครรภ์และผู้มีภาวะทางระบบประสาทซึ่งทำให้เกิดภาวะกดการทำงานของระบบทางเดินหายใจ (compromise respiratory function) ได้ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้แก่ปอดอักเสบจากการติดเชื้อแบคทีเรียรวมถึงการติดเชื้อดื้อยา Methticillin Resistance *Staphylococcus aureus* (MRSA) และ *S. pneumonia* ปอดอักเสบจากการติดเชื้อไวรัสอาการทรุดลงของโรคประจำตัว (worsening of underlying conditions) โรคไขสันหลังอักเสบโรคหุน้ำหนวกภาวะชักจากไขโรคไขสมองอักเสบ (encephalitis/encephalopathy) กล้ามเนื้ออักเสบและกลุ่มอาการรายส์ (Reye's Syndrome) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการใช้ยาในกลุ่มซาลิไซเลท (salicylates) แม้ว่าการเสียชีวิตจากโรคไขหวัดใหญ่ตามฤดูกาลสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกกลุ่มอายุแต่ส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 90 เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปการระบาดของโรคไขหวัดใหญ่ในแต่ละปีนับเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขและการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขของประเทศผลการศึกษาด้านระบาดวิทยาของโรคไขหวัดใหญ่ส่วนใหญ่มาจากกลุ่มประเทศพัฒนาแล้วแต่ปัจจุบันมีข้อมูลจากประเทศกำลังพัฒนาและประเทศเขตร้อนมากขึ้นพบว่ากลุ่มเสี่ยงสูงและเสียชีวิตจากโรคไขหวัดใหญ่คือเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี ผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรังจากข้อมูลการสอบสวนการระบาดของโรคไขหวัดใหญ่ในแอฟริกาและ อินโดนีเซีย บ่งชี้ว่าภาวะขาดแคลนอาหารความยากจนการเข้าถึงบริการสาธารณสุขเป็นส่วนสนับสนุนให้อัตราการเกิดโรคและการเสียชีวิตสูงขึ้น

การตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่การแยกเชื้อไวรัสไขหวัดใหญ่จากคอกจุกหรือสารคัดหลั่งจากโพรงจมูกหรือน้ำล้างจากท่อหลอดลม (isolation of viruses from throat, nasal, and nasopharyngeal secretion or tracheal aspirate or washings) ซึ่งสามารถแยกเชื้อได้จากการเพาะเลี้ยงเซลล์หรือไขฟักการตรวจแยกสารแอนติเจนของไวรัสโดยตรงในเซลล์จากโพรงจมูกและของเหลว (FA หรือ ELISA) ส่วนการตรวจทางระบบน้ำเหลืองวิทยาโดยการตรวจหาแอนติบอดีไโตเตอร์ในซีรัมคู่ (4-fold or greater rise in specific antibody titer) ในระยะเฉียบพลันและระยะฟื้นตัวจากโรคอาจจะช่วยในการยืนยันการติดเชื้อชนิดเฉียบพลันได้เช่นกัน ตัวอย่างตรวจทางระบบน้ำเหลืองวิทยาอย่างเดียว ไม่สามารถใช้ตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเฉียบพลันได้ในทางทฤษฎีการเก็บตัวอย่างระบบทางเดินหายใจควรเก็บในช่วงแรกตั้งแต่เริ่มป่วยเท่าที่เป็นไปได้การแพร่เชื้อไวรัสจะเริ่มลดลงในวันที่ 3 จากวันที่เริ่มมีอาการและผู้ป่วยส่วนใหญ่ตรวจไม่พบการแพร่เชื้อหลังจาก 5 - 7 วันนับจากวันเริ่มมีอาการในผู้ใหญ่แต่สำหรับผู้ป่วยเด็กเคยมีรายงานการแพร่เชื้อเกิดขึ้นได้นานกว่า

วัคซีนป้องกันโรคไขหวัดใหญ่

สำหรับในประเทศไทย มีการให้ความสำคัญต่อโรคไขหวัดใหญ่มีสูงชันอย่างมากตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 หลังเกิดการระบาดของไขหวัดนกสายพันธุ์ H5N1 เป็นต้นมา การระบาดของโรคไขหวัดนกในเอเชีย กระตุ้นเตือนให้ทุกประเทศทั่วโลก ตระหนักถึงความจำเป็นที่ต้องเตรียมความพร้อมรับมือการระบาดใหญ่ของโรคไขหวัดใหญ่ หากเกิดการกลายพันธุ์ครั้งใหญ่ (antigenic shift) จะเกิดการระบาดขึ้นทั่วโลก การเกิดการระบาดใหญ่ของโรคไขหวัดใหญ่ที่ผ่านมามีผู้เสียชีวิตจำนวนมาก เช่น การระบาดของไขหวัดใหญ่สเปน เมื่อปี พ.ศ. 2560 มีผู้เสียชีวิตทั่วโลกถึง 20 - 40 ล้านคน ต่อมาในปี 2552 ได้เกิดการระบาดของโรคไขหวัดใหญ่ชนิด A H1N1 2009 ในประเทศไทยแม้จะมีความรุนแรงน้อยกว่า ไขหวัดใหญ่สเปน แต่ก็ทำให้มีผู้ป่วยจำนวนหลายหมื่นคน และมีผู้เสียชีวิตกว่า 200 คน

ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่มีความเสี่ยงต่อการระบาดของโรคไข้หวัดนกทั้งในคนและสัตว์ จึงต้องป้องกันการผสมข้ามสายพันธุ์ (re-assortment) ระหว่างเชื้อไข้หวัดใหญ่และไข้หวัดนก ที่อาจทำให้เกิดเชื้อไข้หวัดใหญ่กลายพันธุ์ที่สามารถทำให้เกิดโรครุนแรงเหมือนเชื้อไข้หวัดนก แต่สามารถแพร่กระจายระหว่างบุคคลได้ดีเหมือนเชื้อไข้หวัดใหญ่ โดยจัดให้มีการให้วัคซีนไข้หวัดใหญ่ในบุคลากรสาธารณสุข และผู้ทำหน้าที่กำจัดสัตว์ปีกเพื่อการควบคุมโรคไข้หวัดนก ปีละ 4 แสนโดส เพื่อลดโอกาสที่บุคคลเหล่านี้จะ ติดเชื้อไข้หวัดใหญ่และไข้หวัดนกในเวลาเดียวกัน ซึ่งอาจเป็นเหตุให้เกิดการผสมข้ามสายพันธุ์ของไข้หวัดใหญ่ และไข้หวัดนก และการให้วัคซีนไข้หวัดใหญ่ในบุคลากรสาธารณสุขยังช่วยป้องกันการแพร่กระจายโรค ภายในสถานพยาบาลจากบุคลากรไปยังผู้ป่วยที่มารับบริการ และระหว่างบุคลากรด้วยกันอีกด้วย นอกจากนี้การให้วัคซีนไข้หวัดใหญ่ในบุคลากรสาธารณสุขแล้ว ภาครัฐยังมีแผนให้บริการวัคซีนแก่ประชาชน กลุ่มเสี่ยง การให้วัคซีนป้องกันโรคสามารถช่วยให้ประชาชนสร้างภูมิคุ้มกันต้านต่อโรค ลดการป่วยและ เสียชีวิต ลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคมตามคำแนะนำการใช้วัคซีนไข้หวัดใหญ่ของคณะกรรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในคณะกรรมการวัคซีนแห่งชาติได้กำหนดกลุ่มประชากรเป้าหมายการให้บริการวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ตามฤดูกาล ดังนี้

1. บุคลากรที่มีความเสี่ยงต่อการสัมผัสโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล และไข้หวัดนก (H5N1) ซึ่งบุคลากรกลุ่มนี้อาจเป็นผู้แพร่โรคต่อไปยังผู้มีความเสี่ยงต่อโรคสูง และ/หรือเป็นผู้ที่เสี่ยง ต่อการติดเชื้อไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลและไข้หวัดนกพร้อมๆกัน ซึ่งอาจก่อให้เกิดการกลายพันธุ์ ของเชื้อไข้หวัดนกได้ ได้แก่

(1) แพทย์พยาบาลและบุคลากรอื่นๆ ในโรงพยาบาลทั้งที่ทำงานในหอผู้ป่วยและตึกผู้ป่วยนอก รวมถึงนักศึกษาฝึกงานในแต่ละวิชาชีพ

(2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ทำหน้าที่ในการสอบสวนควบคุมโรค

(3) เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครทำลายซากสัตว์ปีก และสัตว์อื่นที่สงสัยติดเชื้อไข้หวัดนก (H5N1)

(4) เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการตรวจวินิจฉัยเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่

2. ประชาชนกลุ่มเสี่ยง

(1) หญิงมีครรภ์อายุครรภ์ 7 เดือนขึ้นไป

(2) บุคคลโรคอ้วน (น้ำหนักมากกว่า 100 กิโลกรัม หรือ BMI มากกว่า 35 กิโลกรัมต่อตารางเมตร)

(3) ผู้พิการทางสมองที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้

(4) บุคคลอายุ 2 ปีขึ้นไป ถึง 65 ปีที่มีโรคเรื้อรัง ดังนี้ ปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอบหืด หัวใจ หลอดเลือดสมอง ไตวายผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ระหว่างการได้รับเคมีบำบัดเบาหวาน ธาลัสซีเมีย ภูมิคุ้มกันบกพร่อง (รวมถึงผู้ติดเชื้อ HIV ที่มีอาการ)

(5) บุคคลอายุ 65 ปีขึ้นไป ทุกคน

(6) บุคคลอายุ 6 เดือน ถึง 2 ปีทุกคน

การประชาสัมพันธ์ที่ต้องดำเนินการต่อประชาชนกลุ่มเป้าหมายให้มีความเข้าใจว่า “วัคซีนเป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์ในการป้องกันโรค แต่เนื่องจากจัดหาวัคซีนได้จำนวนจำกัดจึงไม่สามารถจัดให้ประชาชนทุกคนได้” และต้องให้ข้อมูลภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังได้รับวัคซีน ถึงแม้ว่าโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจะมีน้อยมากก็ตาม

2.4.2 โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular diseases)

โรคหัวใจและหลอดเลือด กรมควบคุมโรคได้มุ่งเน้นในการให้ประชาชนสามารถสังเกตอาการเบื้องต้นของตนเองเพื่อการเฝ้าระวังโรคทางหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งข้อมูลสอดคล้องกับสถานการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจในประเทศไทย โดยข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขในระหว่างปี พ.ศ. 2555 – 2558 พบว่า อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ต่อประชากรแสนคน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยในปี พ.ศ. 2558 พบอัตราตายเท่ากับ 28.92 ต่อแสนประชากร หรือเท่ากับ 18,922 คน เฉลี่ยชั่วโมงละ 2 คน1 สำหรับสถานการณ์ป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดนั้นมีแนวโน้ม เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 – 2556 และลดลงในปี พ.ศ. 2557 ซึ่ง ในปีพ.ศ. 2557 มีผู้ป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือดสูงถึง 264,820 คน จากข้อมูลเบื้องต้น แสดงให้เห็นว่าโรคหัวใจขาดเลือดยังคงมีสถานการณ์ความรุนแรงเพราะอัตราตายและ อัตราป่วยในต่อประชากรแสนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2559) โรคหัวใจและหลอดเลือด ประกอบด้วย โรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต)

โรคหัวใจขาดเลือด

เกิดจากผนังด้านในของหลอดเลือดมีไขมันสะสม พอกตัวหนาขึ้น หลอดเลือด จะตีบ และแข็งตัวจนการไหลเวียนเลือดตีบตันลงไป เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง เป็นผลทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

อาการของโรคหัวใจขาดเลือด เจ็บแน่นหน้าอก คล้ายมีอะไรมากดทับ ระยะเวลาประมาณ 30 วินาที ถึง 15 นาที มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ หายใจไม่ออก นอนราบไม่ได้ เวียนศีรษะ หน้ามืดจะเป็นลมหรือหมดสติเนื่องจากเลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอ

อาการเตือนของโรคหัวใจขาดเลือด (1) เจ็บกลางหน้าอก บริเวณเหนือลิ้นปี่ขึ้นมาเล็กน้อย เจ็บแบบจุกแน่น คล้ายมีอะไรมาบีบ หรือกดทับไว้ (2) อาการเจ็บมักร้าวไปที่คอหรือขากรรไกร หรือไหล่ซ้าย มักเป็นมาก ขณะออกกำลังกาย และ (3) บางคนอาจมีอาการจุกแน่นลิ้นปี่เหมือนอาหารไม่ย่อย

โรคหลอดเลือดสมอง หรือโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต

คือ ภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยง ซึ่งเกิดจาก หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองตีบตัน หรือแตกจนเกิดการทำลาย หรือตายของเนื้อสมอง อาการของโรคหลอดเลือดสมอง อาการขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยง อาการที่พบบ่อยคือ การอ่อนแรงบริเวณใบหน้า แขนขา ส่วนมากเป็นข้างเดียว และเกิดขึ้นโดยเฉียบพลัน อาการอื่นที่อาจเกิดร่วม ได้แก่ ชาบริเวณใบหน้า แขนขา มองเห็นไม่ชัด เห็นภาพซ้อน การคิดสับสน พูดลำบาก หรือฟังคนอื่นเข้าใจยาก ปวดศีรษะรุนแรง เดินลำบาก งุนงง ทรงตัวไม่ได้เหมือนปกติ เป็นลมหมดสติ

อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง (1) F = Face เวลายิ้มพบว่ามุมปากข้างหนึ่งตก (2) A = Arms ยกแขนไม่ขึ้น 1 ข้าง (3) S = Speech มีปัญหาด้านการพูดแม้ประโยคง่ายๆ พูดแล้วคนฟัง ฟังไม่รู้เรื่อง (4) T = Time ถ้ามีอาการเหล่านี้ ให้รีบไปโรงพยาบาล โดยด่วน ภายใน 4 ชั่วโมง จะได้ช่วยรักษาชีวิตและสามารถฟื้นฟูกลับมาได้เป็นปกติหรือใกล้เคียงคนปกติ มากที่สุด

สาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง

1. ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ กรณีที่มีปัจจัยเสี่ยงนี้ร่วมด้วยยิ่งต้องพึงระวัง และใส่ใจการดำเนินชีวิตเพื่อลดความเสี่ยง อาทิเช่น พันธุกรรม อายุที่เพิ่มขึ้น (ซึ่งผู้ชายคืออายุเกิน 45 ปี และผู้หญิงอายุเกิน 55 ปี มีความเสี่ยง และเพศชายมีความเสี่ยงมากกว่าเพศหญิง)

2. ปัจจัยเสี่ยงซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนได้ ปัจจัยนี้เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้คนไทยเป็นโรคนี้อันมากขึ้น และเกิดในอายุน้อยลง เนื่องจากรูปแบบการดำเนินชีวิตในสังคมปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไปจากอดีต มีความไม่สมดุลระหว่างการกินและการออกกำลังกาย ซึ่งปัจจัยด้านพฤติกรรมดังกล่าวส่งเสริมให้เกิด ภาวะน้ำหนักเกิน อ้วน ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และส่งผลให้เกิด โรคหัวใจและหลอดเลือดตามมา

คำแนะนำในการปฏิบัติการณ์ลดเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือด

การป้องกันก่อนป่วยให้เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดดีกว่า ซึ่งพบว่าประชาชนทั่วโลก 2 ใน 3 ของผู้ที่มีอาการหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (heart attack) ตายก่อนมาได้รับการรักษา 15 ส่วนคนไทยที่รอดตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันไปถึง โรงพยาบาลร้อยละ 17 ไม่ได้ออกจากโรงพยาบาล (ตายในโรงพยาบาล) 16 การป้องกันโรคหัวใจ และหลอดเลือดสามารถทำได้ด้วยลดปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ที่นำไปสู่การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวเกิดจากวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันของคนเราได้แก่การสูบบุหรี่หรือ การสูดดมควันอื่นๆ การกินอาหารที่ไม่ส่งผลดีต่อสุขภาพ (unhealthy diet) และการขาดการ เคลื่อนไหวร่างกายที่กระฉับกระเฉงหรือไม่ออกกำลังกาย (lack of physical activity) ซึ่งปัจจัยเสี่ยง ที่กล่าวมานำมาสู่ปัญหาที่รุนแรง 3 อย่าง คือ ความดันโลหิตสูง น้ำตาลและไขมันในเลือดสูง

โรคหัวใจและหลอดเลือด ป้องกัน ได้ร้อยละ 80 โดยสามารถใช้เคล็ดลับ 5 ข้อในการจัดการ ตนเอง เพื่อลดเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด 5 เคล็ดลับ

เคล็ดลับที่ 1 การค้นหาความเสี่ยงควรประเมินหรือคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด เพื่อทราบปัจจัยเสี่ยงของตนเอง

เคล็ดลับที่ 2 การกำหนดเป้าหมายลดความเสี่ยงของตนเอง เมื่อรู้ปัจจัยเสี่ยงของตนเอง ต่อไปควรกำหนดเป้าหมายว่าจะลดปัจจัยเสี่ยงในตนเองส่วนใดก่อนตามลำดับก่อนหลัง กำหนดวันที่จะเริ่ม และสร้างขวัญ กำลังใจให้ตนเอง

เคล็ดลับที่ 3 ปฏิบัติการเพื่อลดความเสี่ยง เคล็ดลับที่ 4 บันทึกความก้าวหน้าการลดความเสี่ยง การบันทึกความก้าวหน้าของการ ปฏิบัติการลดเสี่ยง เพื่อเปรียบเทียบให้เห็นผลก่อน - หลัง

เคล็ดลับที่ 5 สร้างเครือข่ายการปฏิบัติการณ์ลดความเสี่ยงได้สำเร็จก็จะส่งผลดีต่อตนเอง คือมีสุขภาพร่างกายดีจิตใจดีลดค่าใช้จ่ายจากการรักษาพยาบาล ส่งผลให้ลดค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็น จากค่ารักษาพยาบาล ซึ่งถือเป็นแบบอย่างการปฏิบัติที่ดีแบบหนึ่ง ถ้าได้ขยายเครือข่ายจาก ครอบครัวไปชุมชนและสังคม สุดท้ายประเทศก็จะลดปัญหาเศรษฐกิจในการรักษาโรคหัวใจและ หลอดเลือด

2.4.3 โรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ (Respiratory infections diseases) โดยเฉพาะโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจที่ยังคงเป็นปัญหาสำคัญได้แก่ โรควัณโรค

โรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ (Respiratory infection diseases) โดยเฉพาะโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจที่ยังคงเป็นปัญหาสำคัญได้แก่ โรควัณโรค ซึ่งจากการสำรวจความชุกของวัณโรคระดับชาติครั้งล่าสุด พบว่า ความชุกของวัณโรค เสมหะย้อมพบเชื้อ ลดลงมากในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา ซึ่งน่าจะเป็นผลจากการดำเนินงานควบคุมโรคอย่างต่อเนื่องตลอดมา จากการสำรวจครั้งนี้ พบว่า จำนวนผู้ป่วยกำลังรักษาพบน้อย (6 ใน 142 คน) ผู้ป่วยเกินครึ่งหนึ่งไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อย กว่าที่จะตรวจพบก็มีพยาธิสภาพในปอดลุกลามค่อนข้างรุนแรง ผู้ป่วยวัณโรคในประเทศไทยยังคงพบบ่อยในเพศชาย สูงเป็น 2 เท่าของเพศหญิง และในกลุ่มผู้สูงอายุตั้งแต่ 65 ปี ขึ้นไป ดังนั้นจึงมีความจำเป็นในการวางแผนการควบคุมวัณโรคในกลุ่มนี้ให้มีประสิทธิภาพเพื่อตอบสนองต่อสังคมผู้สูงอายุที่มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นในปัจจุบันและอนาคตเพื่อลดการป่วยและตายจากวัณโรค (สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค, 2560)

วัณโรค (Tuberculosis) เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย ชื่อ มัยโค แบคทีเรียม ทูเบอร์คูโลซิส มีรูปร่างเป็นแท่งมีขนาดเล็กมากมองด้วยตาเปล่าไม่เห็นต้องดูด้วยกล้องจุลทรรศน์ขยายจึงจะเห็นตัวเชื้อวัณโรควัณโรคสามารถเป็นได้กับอวัยวะทุกส่วนของร่างกาย เช่น ปอด ลำไส้ ไต กระดูก ผิวหนัง ต่อม้ำเหลือง และเยื่อหุ้มสมอง แต่ที่พบบ่อยและเป็นปัญหามากในปัจจุบัน คือ วัณโรคปอด

สาเหตุของวัณโรค

วัณโรคมีสาเหตุมาจากแบคทีเรียชนิดพิเศษชื่อ มัยโคแบคทีเรียม ทูเบอร์คูโลซิส (Mycobacterium tuberculosis) ปัจจุบันประชากร 1 ใน 3 ของโลก ซึ่งรวมถึงประเทศไทย มีเชื้อวัณโรคอยู่ในร่างกายแล้ว เชื้อวัณโรคที่อาศัยอยู่ในร่างกายอาจไม่ทำให้เกิดอาการเจ็บป่วย ซึ่งเรียกว่า “การติดเชื้อวัณโรค” ส่วนผู้ที่ติดเชื้อวัณโรคและป่วยด้วยโรควัณโรคได้ในที่สุด เรียกว่า “ผู้ป่วย วัณโรค” ผู้ที่ติดเชื้อวัณโรคไม่จำเป็นต้องป่วยเป็นวัณโรคทุกคน เพราะร่างกายมีระบบ ภูมิคุ้มกันที่ต่อสู้เชื้อโรค มีผู้ติดเชื้อวัณโรคเพียงร้อยละ 10 ที่กลายเป็นผู้ป่วยวัณโรค เชื้อวัณโรค สามารถทำให้เกิดพยาธิสภาพได้ตามอวัยวะต่าง ๆ ทุกแห่ง ในร่างกาย แต่ที่พบมาก และทำให้เกิดปัญหาสาธารณสุข คือ ปอด ทำให้เกิดโรควัณโรคปอด

การติดต่อ

เชื้อวัณโรคติดต่อได้โดยไม่ต้องมีฝอยเสมหะน้ำลาย (Droplet nuclei) ที่พา เชื้อวัณโรคออกมาจากแผลในปอดของผู้ป่วย เนื่องจากเชื้อวัณโรคไม่สามารถลอยในอากาศได้ โดยตัวของมันเอง วิธีการแพร่เชื้อส่วนใหญ่เกิดจาก ผู้ป่วยวัณโรค ไอ จาม หัวเราะ ร้องเพลง หรือพูด และปล่อยเชื้อวัณโรคที่ปนกับละอองเสมหะน้ำลายเล็กๆ ออกมา ซึ่งเชื้อในละอองเสมหะ ขนาดเล็กๆ ที่ถูกไอออกมาจะลอยอยู่ในอากาศ และเชื้อวัณโรคมีโอกาสเข้าสู่ร่างกายเมื่อนุภาค ละอองเสมหะที่ถูกลดเข้าไป ถ้ามีขนาดค่อนข้างใหญ่จะติดอยู่ในโพรงจมูกและทางเดินหายใจส่วนต้น และในที่สุดจะถูกขับออกโดยกลไกการต้านทานและการขับออกของเยื่อบุทางเดินหายใจส่วนละออง เสมหะขนาดเล็กมาก (0.1 มิลลิเมตร) จะเข้าไปถึงหลอดลมฝอยส่วนปลาย หรือถุงลมได้ทำให้เกิดกระบวนการอักเสบติดเชื้อขึ้น ผู้ป่วยวัณโรคอาจจะแพร่เชื้อวัณโรคให้คนใกล้ชิดได้ 10 – 15 คนต่อปี แต่หลังจากกินยาวัณโรคทุกวันประมาณ 2 -3 สัปดาห์ ผู้ป่วยก็จะไม่สามารถแพร่เชื้อวัณโรคให้แก่คนใกล้ชิดตามธรรมชาติเชื้อวัณโรคอาศัยและเพิ่มจำนวนอยู่ในตัวคน (หรือสัตว์) ที่ป่วยเป็นวัณโรค ผู้ป่วยวัณโรคปอด

จะแพร่เชื้อทางเสมหะ เสมหะที่ออกมาตกไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีความชื้นและไม่มีแสงแดด เชื้อจะมีชีวิตอยู่นานเป็นเดือน ถ้าอยู่ในเสมหะที่ไอจามออกมาเป็นฝอยเล็กๆ เชื้อจะมีชีวิตอยู่ได้ 7 วัน แต่ถ้าถูกแสงแดดโดยตรง เชื้อจะตายภายใน 2-3 ชั่วโมง

อาการและอาการแสดง

อาการทั่วไปของวัณโรคจะค่อยเป็นค่อยไปในระยะแรกจะไม่มีอาการชัดเจน หรืออาจไม่มีอาการเลย ผู้ป่วยมักไม่ได้สังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ เช่น มีไข้ต่ำ น้ำหนักลดเล็กน้อย อ่อนเพลียเล็กน้อย เบื่ออาหาร ถ้าอาการเหล่านี้มีมากขึ้น ผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนใหญ่จะมีไอเรื้อรัง ซึ่งเป็นเหตุให้ผู้ป่วยมารับการตรวจ ยิ่งไอมีโลหิต ผู้ป่วยจะมาโรงพยาบาลทันที อาการเจ็บหน้าอก จะเกิดขึ้น เมื่อผู้ป่วยไอมากจนเจ็บกล้ามเนื้อหรือเป็นวัณโรคที่เยื่อหุ้มปอดด้วย ก็จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกหรือเจ็บหัวไหล่ อาการเหนื่อยหอบจะพบในผู้ป่วยวัณโรคขนาดมาก หรือวัณโรค ที่มีการทำลายเนื้อปอด จนทำให้เนื้อปอดที่เหลืออยู่ไม่พอทำหน้าที่ได้อย่างปกติ

โรควัณโรคเยื่อหุ้มสมอง กระดูก ลูกอঁซตะ ภาวะแพ้ปัสสาวะหรือไต จะมีอาการเกี่ยวกับระบบนั้นๆ ส่วนวัณโรคต่อมน้ำเหลือง ต่อมน้ำเหลืองจะโตและคลำได้ ในเด็กจะพบ วัณโรคต่อมน้ำเหลืองที่ขั้วปอด ต้องวินิจฉัยโดยการทดสอบทูเบอร์คูลินร่วมกับลักษณะทางคลินิก

การจำแนกประเภทวัณโรค

อวัยวะที่สำคัญที่สุดของร่างกายที่เชื้อวัณโรคทำลายคือ ปอด ซึ่งเรียกว่า “วัณโรคปอด” แต่อย่างไรก็ตามอวัยวะทุกส่วนของร่างกายสามารถติดเชื้อและป่วยเป็นวัณโรคได้ เช่น ต่อมน้ำเหลือง ช่องท้อง ตับ กระดูก และสมองโดยแบ่งประเภทของวัณโรคออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ วัณโรคปอด (Pulmonary Tuberculosis : P) และวัณโรคนอกปอด (Extrapulmonary Tuberculosis : EP) กรณีที่ผู้ป่วยคนเดียวจะมีทั้งโรควัณโรคปอด และวัณโรคนอกปอด ให้จัดเป็นโรควัณโรคปอด โดยมีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคแบ่งออกเป็น 6 ประเภท โดยมีรายละเอียด ดังนี้

- 1) ผู้ป่วยใหม่ (NEW) หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยป่วยเป็นวัณโรคมาก่อน หรือ ผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษาด้วยยาวัณโรคมาแล้วไม่เกิน 1 เดือนจากสถานพยาบาลอื่นและไม่ได้ขึ้น ทะเบียนรักษา
- 2) ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ (Relapse) หมายถึง ผู้ป่วยที่เคยรักษาวัณโรค และได้รับการวินิจฉัยว่าหายแล้วหรือรักษาครบแล้วต่อมากลับเป็นโรคอีก โดยมีผลตรวจเสมหะพบเชื้อ วัณโรคหรือผลเป็นบวก (ด้วยกล้องจุลทรรศน์โดยใช้ไม้เขี่ยเสมหะแล้วป้ายลงบนแผ่นกระจกสไลด์' โดยตรง - Direct smear และ/หรือ ด้วยวิธีเพาะเลี้ยงเชื้อ - Culture)
- 3) ผู้ป่วยการรักษาซ้ำภายหลังล้มเหลว (Treatment after failure) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรค 1 ใน 3 กรณีนี้
 - ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวกรายใหม่ (New M+ ทั้งนี้ M ย่อมาจาก Microscopy) ที่ได้รับการรักษาด้วยสูตรยาที่ 1 แต่ผลตรวจเสมหะเมื่อเดือนที่ 5 หรือหลังจากนั้น ยังเป็นบวก (Remained Positive) หรือกลับเป็นบวก (Became Positive)

- ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวก (M-) หรือผู้ป่วยวัณโรคนอกปอด ได้รับ การรักษา แต่ผลตรวจเสมหะเมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 2 เป็นบวก

- ผู้ป่วยที่ให้การรักษาด้วยระบบยารักษาซ้ำ (Re-treatment regimen) หลังจากล้มเหลวจากระบบยาที่รักษามาก่อน

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

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

6) ผู้ป่วยอื่นๆ (Other) ผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่สามารถจัดกลุ่มเข้าในกลุ่มผู้ป่วย ทั้งห้าประเภทข้างต้น ตัวอย่างของผู้ป่วยกลุ่มนี้ เช่น

- ผู้ป่วยที่เคยรักษาวัณโรค และได้รับการวินิจฉัยว่าหายแล้วหรือรักษาครบแล้วกลับมามีอาการป่วยอีก แต่ตรวจเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรค(เป็นลบ) ทั้งกรณีการตรวจด้วย กล้องจุลทรรศน์หรือด้วยวิธีเพาะเลี้ยงเชื้อ (Bacteriologically negative relapse)

- ผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาวัณโรคจากคลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชนมากกว่า 1 เดือน โดยที่ยังไม่เคยขึ้นทะเบียนรักษาในระบบแผนงานวัณโรคแห่งชาติ (National Tuberculosis Control Program: NTP)

- ผู้ป่วยเรื้อรัง (Chronic case) ได้แก่ ผู้ป่วยที่เมื่อสิ้นสุดการรักษาซ้ำแล้วเสมหะยังคงพบเชื้อ

การรักษาวัณโรค

การรักษาวัณโรคในปัจจุบัน มีวิวัฒนาการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เนื่องจาก มียาหลายชนิดที่ใช้รักษาได้ผลดี การใช้ยารักษาโรคที่ถูกต้องทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสแพร่เชื้อให้แก่ผู้อื่น ได้น้อยลง เพราะเชื้อในเสมหะถูกทำลายไปในระยะ 2-3 สัปดาห์แรก หลังการรักษา วัณโรคสามารถรักษาหายได้ โดยผู้ป่วยวัณโรคต้องกินยารักษานานอย่างน้อย 6 เดือน โดยใน 2 เดือนแรกผู้ป่วยต้องกินยา 4 ชนิดทุกวัน คือ

- ไอโซไนอะซิด(Isoniazid หรือ H)
- ไรแฟมพิซิน (Rifampicin หรือ R)
- พัยราซิनाไมด์ (Pyrazinamide หรือ Z)
- อีธัมบูทอล (Ethambutol หรือ E)

หลังจากกินยาผ่านไป 2 เดือน จะมีการลดจำนวนยาเหลือ 2 ชนิด คือ ไอโซไนอะซิด และ ไรแฟมพิซิน โดยกินต่อไปทุกวันนานอีก 4 เดือน หรือมากกว่านั้น และเมื่อกินยาครบ นานเกิน 6 เดือน ผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่จะหายป่วย

ประเด็นของการสื่อสารเพื่อการป้องกันโรควัณโรค

กรมควบคุมโรคโดยสำนักวัณโรคได้มีการดำเนินการร่วมกับสำนักวิชาการที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขตพื้นที่ในการสื่อสารให้แก่เครือข่ายการดำเนินงาน และกลุ่มประชาชนทั่วไป ซึ่งสถานการณ์ปัจจุบันนี้ ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศที่ปัญหาวัณโรคสูงใน 3 กลุ่ม คือ (1) มีผู้ป่วย

วัณโรคสูง (2) มีผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีสูง และ (3) มีผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายขนานสูง ดังนั้นจึงมีมาตรการในการสื่อสารคือ “ไม่ป่วย ไม่ตาย ไม่แพร่กระจาย เครือข่ายเข้มแข็งและยั่งยืน”

ประเด็นในการสื่อสารคือ

(1) วัณโรคเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย ที่แพร่เชื้อออกจากละอองเสมหะของผู้ป่วยที่ไอจามไม่ปิดปาก ปิดจมูก ทำให้เกิดผู้ป่วยรายใหม่ 120,000 ราย/ปี และเสียชีวิต 1,200 คน/ปี พร้อมทั้งมีผู้ป่วยคือยาหลายขนาน 2,200 ราย/ปี

- (2) ไอเกิน 2 สัปดาห์รีบตรวจหาวัณโรค
- (3) วัณโรค รู้เร็ว รักษาหาย ไม่แพร่กระจาย
- (4) คนใกล้ชิด อาจติดวัณโรค รีบตรวจหา รักษาทันที
- (5) วัณโรคจะหมดไป ไอเมื่อไร ใส่หน้ากาก

โดยมุ่งเน้นในการสื่อสารในสื่อที่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายหลักคือประชาชนทั่วไป พร้อมทั้งประชาชนกลุ่มเสี่ยง อันได้แก่ ผู้สัมผัสผู้ป่วย ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ต้องขังในเรือนจำ แรงงานข้ามชาติ และผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป และเป็นสื่อที่มีความหลากหลายในทุกช่องทาง

2.4.4 โรคพิษสุนัขบ้า (Rabies)

โรคพิษสุนัขบ้า (Rabies) จากการเฝ้าระวังของกรมควบคุมโรค สถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2550-2559) พบผู้เสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้าสูงทุกปี เฉพาะปี 2559 พบเพิ่มเป็น 2 เท่าของปี 2558 (จาก 5ราย เป็น 13ราย) จากข้อมูลสถานเสาวภา สภากาชาดไทย ตั้งแต่เดือนมกราคม 60 ถึงปัจจุบัน พบการส่งสัตว์ที่สงสัยว่าเป็นโรคพิษสุนัขบ้ามาตรวจ และพบมีเชื้อพิษสุนัขบ้าถึง 134 ตัวอย่าง ซึ่งกระจายอยู่ทุกภาคของประเทศ (สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค, 2560) โดยโรคพิษสุนัขบ้าเกิดจากการติดเชื้อไวรัสใน genus *Lyssavirus* ก่อให้เกิดภาวะสมองอักเสบแบบเฉียบพลัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเสียชีวิตในที่สุด เนื่องจากในปัจจุบันยังไม่มีวิธีการรักษาเฉพาะสำหรับโรคนี้ องค์การอนามัยโลกได้ประเมินว่าทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้า 55,000 รายต่อปี ส่วนใหญ่อยู่ในประเทศอินเดียและจีน ซึ่งน่าจะเป็นตัวเลขที่น้อยกว่าความเป็นจริงเพราะหลายประเทศโดยเฉพาะประเทศที่กำลังพัฒนาไม่ได้ให้ความสนใจเกี่ยวกับโรคนี้นัก ทำให้ขาดการเฝ้าระวังและป้องกันโรคที่ดีพอ ทั้งนี้เป็นผลจากปัจจัยทางด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมความเชื่อในท้องถิ่น นอกจากนี้ยังมีปัญหาในด้านการวินิจฉัยเนื่องจากลักษณะทางคลินิกคล้ายคลึงกับโรคอื่นและมีข้อจำกัดของการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ จึงคาดว่าตัวเลขที่แท้จริงน่าจะมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้อีกถึงปีละ 100,000 คน ความสำคัญของโรคพิษสุนัขบ้าไม่ได้จำกัดอยู่ที่ความรุนแรงของโรคและอัตราการเสียชีวิตสูงมากเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจด้วย จะเห็นได้จากใน ปี พ.ศ. 2541 มีประชากรทั่วโลกมากกว่า 7 พันล้านคนที่ต้องได้รับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าภายหลังการสัมผัสเชื้อ ความพยายามที่จะกำจัดโรคพิษสุนัขบ้าให้หมดไปมีความยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้นเนื่องจากพบมีสัตว์ป่าหลายชนิดในธรรมชาติ เป็นแหล่งรังของโรค ยากต่อการควบคุม การขยายตัวของสังคมเมือง การบุกรุกธรรมชาติทำให้มนุษย์มีโอกาสสัมผัสเชื้อได้มากขึ้น

เชื้อก่อโรค

โรคพิษสุนัขบ้าเกิดจากเชื้อไวรัสใน family *Rhabdoviridae*, genus *Lyssavirus* ซึ่งเชื้อไวรัสใน genus นี้มี 7 genotypes ก่อให้เกิดโรคทั้งในคนและสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมหลายชนิด เชื้อเป็น single-stranded RNA virus รูปร่างคล้ายกระสุนปืน (bullet-shaped) และมี envelope เชื้อที่ก่อให้เกิดโรคพิษสุนัขบ้าในคนมี 6 ชนิดได้แก่

1. Rabies virus (genotype 1) พบเป็นสาเหตุของโรคมามากที่สุด พบได้ทั่วโลก มีสัตว์หลายชนิดเป็นแหล่งของโรคเช่น สุนัข แมว สุนัขจิ้งจอก ค้างคาว

2. Mokola virus (genotype 3) และ Duvenhage virus (genotype 4) พบในแอฟริกา มีแมวและสัตว์คล้ายหนูกินแมลงเป็นอาหาร (shrews) เป็นแหล่งของโรค

3. European bat Lyssavirus (EBLV) type 1a และ type 1b (genotype 5) และ type 2a และ type 2b (genotype 6) พบในประเทศในแถบยุโรปโดย EBLV type 1 พบในประเทศเนเธอร์แลนด์ เดนมาร์ก เยอรมนี โปแลนด์ ฮังการี รัสเซีย ฝรั่งเศส สเปน ส่วน EBLV type 2 พบในประเทศเนเธอร์แลนด์ อังกฤษ เยอรมนี ยูเครน สวิตเซอร์แลนด์ โดยทั้ง 2 ชนิดมีค้างคาวกินแมลงเป็นแหล่งของโรค

4. Australian bat Lyssavirus (genotype 7) พบในประเทศออสเตรเลีย มีค้างคาวกินผลไม้และค้างคาวกินแมลงเป็นแหล่งของโรค

5. Lagos bat virus (genotype 2) ไม่มีรายงานก่อให้เกิดโรคในคน เชื้อไวรัสโรคพิษสุนัขบ้าจะตายในภาวะที่ความเป็นกรด-ด่างน้อยกว่า 3 หรือมากกว่า 11 และถูกทำลายด้วยแสง UV แสงอาทิตย์ ความแห้ง formalin, phenol, ether, trypsin, β -propiolactone และ detergents

ระบาดวิทยา

โรคพิษสุนัขบ้าสามารถพบได้ทั่วโลกยกเว้นบริเวณแถบขั้วโลกและบางหมู่เกาะ จากการสำรวจสถานการณ์ของโรคพิษสุนัขบ้าทั่วโลกครั้งสุดท้ายในปี พ.ศ. 2542 พบว่า มี 45 ประเทศจาก 145 ประเทศที่รายงานว่าปลอดจากโรคนี้ซึ่งส่วนใหญ่เป็นหมู่เกาะรวมทั้งประเทศทางยุโรปที่อยู่ติดชายฝั่งทางตอนเหนือและใต้และละตินอเมริกา สัตว์ที่เป็นแหล่งของโรคได้แก่ สุนัข แมว สุนัขป่า สุนัขจิ้งจอก ค้างคาว แรคคูน สกั้ง หนู และลิง สัตว์ที่พบเป็นพาหะของโรคมามากที่สุดคือ สุนัข คิดเป็นร้อยละ 54 รองลงมาได้แก่ สัตว์ป่า ร้อยละ 42 และค้างคาว ร้อยละ 4 สัตว์ที่เป็นแหล่งของโรคพิษสุนัขบ้าที่สำคัญที่สุดในประเทศที่กำลังพัฒนาคือ สุนัข ซึ่งส่วนใหญ่เป็นสุนัขจรจัด มักไม่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า การควบคุมจำนวนประชากรสุนัขกลุ่มนี้ทำได้ยากถ้าไม่มีนโยบายการควบคุมที่ดีพอ ในประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากการถูกสุนัขกัดเฉลี่ยประมาณ ปีละ 70 คน ในประเทศที่พัฒนาแล้วซึ่งมีระบบการควบคุมสุนัขจรจัดที่ดีจะพบว่าสัตว์ป่าโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ค้างคาว เป็นแหล่งของโรคที่สำคัญ ในประเทศสหรัฐอเมริกาและแคนาดาจะพบว่า ค้างคาวเป็นแหล่งของโรคพิษสุนัขบ้าที่สำคัญในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมา ผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการสัมผัสค้างคาวที่ชัดเจน ประเทศออสเตรเลียเป็นประเทศที่ปลอดจากโรคพิษสุนัขบ้ามาตลอดจนกระทั่งในปี พ.ศ. 2539 เริ่มตรวจพบเชื้อไวรัสใน genus *Pteropus* ในสุนัขป่าและค้างคาว ซึ่งเป็นเชื้อไวรัสชนิดใหม่ในกลุ่ม *Lyssavirus* และพบผู้ป่วยโรคพิษสุนัขบ้าจากเชื้อไวรัสชนิดนี้ในปีเดียวกัน

พยาธิกำเนิด

ผู้ป่วยโรคพิษสุนัขบ้าเกือบทั้งหมดมีสาเหตุจากการสัมผัสหรือถูกสัตว์ที่เป็นโรคพิษสุนัขบ้ากัด โดยโอกาสของการติดเชื้อไวรัสโรคพิษสุนัขบ้าจะขึ้นกับความรุนแรงของบาดแผลโดยเฉพาะอย่างยิ่งบาดแผลที่ลึกถึงชั้นกล้ามเนื้อและตำแหน่งของกล้ามเนื้อที่มีความหนาแน่นของ nicotinic acetylcholine receptor สูงและจำนวนไวรัสในน้ำลายของสัตว์ ความเสี่ยงของการเป็นโรคพิษสุนัขบ้าในกรณีที่ถูกสัตว์กัดจะสูงกว่าการถูกสัตว์ข่วนอย่างน้อย 50 เท่า อย่างไรก็ตามความรุนแรงของบาดแผลอาจจะไม่มีความสำคัญมากนักต่อการเกิดโรคพิษสุนัขบ้าที่มีค้างคาวเป็นพาหะนำโรค ซึ่งผู้ป่วยส่วนน้อยที่จะให้ประวัติการสัมผัสค้างคาว ภาวะนี้อาจเรียกว่า cryptic rabies การได้รับเชื้อไวรัสโรคพิษสุนัขบ้าส่วนใหญ่จะเกิดจากการถูกสัตว์ที่เป็นโรคพิษสุนัขบ้ากัด อย่างไรก็ตามพบว่า การสัมผัสกับน้ำลายของสัตว์ที่เป็นโรคนี้อันที่บาดแผลเปิด รอยถลอกที่ผิวหนัง เยื่อบุตา เยื่อบุในช่องปากหรือบริเวณอวัยวะเพศสามารถก่อให้เกิดโรคได้ นอกจากนี้ยังอาจติดเชื้อได้จากการสูดหายใจเอาไวรัสที่ล่องลอยอยู่ในอากาศในถ้ำที่มีค้างคาวอาศัยอยู่จำนวนมากหรือจากในห้องปฏิบัติการที่ทำการตรวจชิ้นเนื้อที่มีเชื้อไวรัสอยู่ก่อให้เกิดการฟุ้งกระจาย การจับและลอกหนังสัตว์ที่มีการติดเชื้ออาจมีโอกาสรุนแรงต่อการติดเชื้อได้ มีรายงานการติดต่อจากคนสู่คนผ่านการปลูกถ่ายกระจกตาเท่านั้นยังไม่พบการติดต่อโดยวิธีอื่น แม้จะมีโอกาสเป็นไปได้ที่จะติดเชื้อจากการสัมผัสผู้ป่วยเนื่องจากสารคัดหลั่งจากผู้ป่วยมักจะมีเชื้อไวรัสอยู่ด้วย มีรายงานการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกแต่พบได้ไม่บ่อยโดยยังไม่ทราบกลไกในการส่งผ่านเชื้อ

หลังจากไวรัสเข้าสู่บาดแผลแล้ว กระบวนการติดเชื้อจะดำเนินอย่างไรขึ้นกับ genotype ของ lyssavirus โรคพิษสุนัขบ้าที่มีสุนัขเป็นพาหะนำโรค เชื้อจะจับกับ nicotinic acetylcholine receptor ที่เซลล์กล้ามเนื้อในขณะที่ถ้ามีค้างคาวเป็นพาหะ เชื้อจะจับกับ receptor ที่เซลล์ผิวหนังชั้น epidermis หรือ dermis นอกจากนี้ nicotinic acetylcholine receptor แล้ว ไวรัสอาจจะใช้ carbohydrates, phospholipids, gangliosides, neural-cell adhesion molecule (CD56) และ low-affinity nerve-growth-factor receptor (p75 neurotrophin receptor) ในการเข้าสู่เซลล์ได้ด้วย หลังจากนั้นไวรัสจะเคลื่อนตัวเข้าสู่ unmyelinated nerve endings ที่ neuromuscular junction หรือที่เส้นใยกล้ามเนื้อ (muscle spindles) และเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลางในที่สุดโดยจะไปอยู่ที่ dorsal-root ganglia และ anterior horn cells ซึ่งจะใช้เวลาเดินทางในอัตรา 8-20 มม.ต่อวัน ก่อให้เกิดการอักเสบที่ปมประสาท ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดแสบปวดร้อน เจ็บแปลบบริเวณบาดแผลที่ถูกสัตว์กัด ซึ่งจะพบอาการดังกล่าวได้บ่อยกว่าในกรณีที่มีค้างคาวเป็นพาหะนำโรค พบได้ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยเทียบกับกรณีที่มีสุนัขเป็นพาหะนำโรค พบได้ร้อยละ 30 ของผู้ป่วย การให้วัคซีนหรือ immunoglobulin ในระยะนี้ของโรคจะไม่สามารถป้องกันการเกิดโรคพิษสุนัขบ้าและการเสียชีวิตได้ อย่างไรก็ตาม ไวรัสโรคพิษสุนัขบ้าสามารถที่จะเข้าสู่เส้นประสาทได้โดยตรงโดยไม่จำเป็นต้องผ่านการแบ่งตัวที่กล้ามเนื้อหรือผิวหนังก่อน ซึ่งจะทำให้ระยะฟักตัวของโรคลึกลงเมื่อไวรัสเข้าสู่เซลล์ประสาท จะมีการแบ่งตัวอย่างมากมายบนผิวของเซลล์ภายในเซลล์ประสาท หลังจากนั้นจะมีการกระจายของไวรัสไปยังเซลล์ประสาทอื่นๆ โดยการส่งผ่านไปยังเซลล์ที่อยู่ติดกันโดยตรง (direct cell-to-cell transmission) หรือผ่านทางสื่อประสาท (trans-synaptic propagation) ทั้งนี้จะต้องอาศัย G protein ในการเกาะติดกับ receptor บนผิวของเซลล์ประสาท นอกจากนี้ไวรัสอาจเดินทางย้อนกลับผ่านทาง axon โดยอาศัย

ปฏิกิริยาระหว่าง microtubule dynein light chain และ viral capsid P protein ตำแหน่งในระบบประสาทส่วนกลางที่ไวรัสชอบไปอยู่คือ บริเวณก้านสมอง thalamus, basal ganglia และไขสันหลัง

พยาธิสรีระวิทยา

อาการอ่อนแรงในผู้ป่วย paralytic rabies อาจเป็นผลจากความผิดปกติของระบบประสาทส่วนปลาย เกิดเนื่องจากปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายต่อไวรัสที่อยู่ใน axon หรือเป็นผลจากปฏิกิริยาต่อต้านตนเองของร่างกาย (autoimmune process) ต่อเส้นประสาทส่วนปลาย ปัจจัยทางพันธุกรรมอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยว่าจะแสดงออกในลักษณะของ encephalitic rabies หรือ paralytic rabies ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายแบบพึ่งพาเซลล์ (cellular immunity) อาจมีผลต่อลักษณะทางคลินิกและการดำเนินโรค ในผู้ป่วยที่มี T-cell immunity ต่อไวรัสโรคพิษสุนัขบ้าที่ปกติ มักจะมีระดับ interleukin-2 receptor และ interleukin 6 ในเซรัมสูง เสียชีวิตเร็วกว่าและมักมาแบบ encephalitic rabies ในขณะที่ผู้ป่วยที่ไม่มีการตอบสนองของ T-cell immunity ต่อไวรัสโรคพิษสุนัขบ้า จะมีชีวิตอยู่ได้นานกว่าและมักแสดงอาการแบบ paralytic rabies

ในทางทฤษฎีพบว่า เมื่อเกิดการติดเชื้อไวรัสโรคพิษสุนัขบ้าในระบบประสาทส่วนกลางโดยเฉพาะที่ก้านสมองจะกระตุ้นให้มีการสร้าง cytokines และ proinflammatory molecules เช่น interleukin $1\alpha/\beta$, 6 และ 10, tumor necrosis factor α , interferons และ nitric oxide รวมทั้งการหลั่ง chemokines หลายชนิด ซึ่งสารเหล่านี้จะทำให้การทำงานของสมองส่วน hippocampus และ limbic system เปลี่ยนแปลงไป มี electrical cortical activity เพิ่มขึ้น มีการกระตุ้น hypothalamic-pituitary-adrenal axis และ serotonin metabolism ใน encephalitic rabies พบว่า cytokines เหล่านี้ จะไปกระตุ้น p53 TNF α receptor ทำให้เซลล์ระบบประสาทจดจำ rabies-virus antigen ได้ เกิดการกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันเฉพาะที่ทำให้มีการเคลื่อนตัวของ T cells และ B cells เข้ามาในตำแหน่งดังกล่าว ส่งผลให้มีการกระตุ้น cytokine cascade เพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ rabies-virus nucleocapsid antigen ซึ่งจัดเป็น superantigen ยังสามารถกระตุ้น V β 8 T cells ทำให้มีการกระตุ้น cytokine cascade ยิ่งเพิ่มมากขึ้น ใน paralytic rabies จะพบการเปลี่ยนแปลงการทำงานของ limbic system ค่อนข้างน้อยและไม่ค่อยพบการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันแบบพึ่งพาเซลล์ต่อเชื้อไวรัสโรคพิษสุนัขบ้า พยาธิสรีระวิทยาที่แตกต่างกันนี้ช่วยอธิบายลักษณะทางคลินิกที่แตกต่างกันของโรคนี้

กระบวนการเกิด apoptosis ของเซลล์ประสาทที่ติดเชื้อไวรัสโรคพิษสุนัขบ้าจะสัมพันธ์กับจำนวนการแสดงออก (expression) ของ rabies-virus glycoprotein ในเซลล์ประสาทที่ติดเชื้อ การเกิด apoptosis นี้จะนำไปสู่การเกิด depolymerisation ของ actin filament ซึ่งจะช่วยป้องกันการส่งผ่าน viral nucleocapsid protein และการกระจายของไวรัสไปตามระบบประสาท ดังนั้น กระบวนการเกิด apoptosis จึงเป็นกลไกสำคัญของร่างกายในการต่อต้านการติดเชื้อไวรัสโรคพิษสุนัขบ้า ในระยะท้ายของโรค เชื้อไวรัสจะมีการแบ่งตัวเพิ่มจำนวนอย่างมากทำให้เกิดภาวะ downregulation ของการแสดงออกของยีนที่ควบคุมการตอบสนองของร่างกายในระยะท้าย และการตายของเซลล์ ทำให้เชื้อไวรัสแพร่กระจายกลับไปตามเส้นประสาท (centrifugal spread) สู่หัวใจ ผิวหนังและอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายโดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อมน้ำลายและ serous gland ของลิ้น อวัยวะทุกส่วนของผู้ป่วยโรคพิษสุนัขบ้ายกเว้นเลือดจะมีไวรัสจำนวนมาก

มากเพียงพอที่จะถ่ายทอดเชื้อไวรัสไปยังบุคคลอื่นและอาจก่อให้เกิดโรคได้ในกรณีที่อยู่ระยะนั้นถูกนำไปใช้ในการปลูกถ่ายอวัยวะ

การตรวจทางพยาธิวิทยาจะพบลักษณะเฉพาะของโรคนี้คือ cytoplasmic inclusion (Negri body) จากการตรวจเนื้อเยื่อสมอง นอกจากนี้ยังพบการเสื่อมสลายของเซลล์ในปมประสาท (ganglion cell degeneration) มีเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิด mononuclear cells แทรกอยู่ล้อมรอบบริเวณเซลล์ประสาทและหลอดเลือด โดยจะพบการอักเสบเกิดมากที่สุดในส่วน midbrain และ medulla ในผู้ป่วย encephalitic rabies ส่วนในผู้ป่วย paralytic rabies จะพบการอักเสบเกิดมากที่สุดไขสันหลัง ความผิดปกติของหลอดเลือดที่พบได้คือ thrombosis และ hemorrhage โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนของก้านสมอง hypothalamus และ limbic system นอกจากนี้ยังตรวจพบ focal degeneration ที่ต่อมน้ำลาย ต่อมน้ำตา ตับอ่อนและต่อมหมวกไตได้

ลักษณะทางคลินิก

อัตราการเสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้าในผู้ป่วยที่ถูกสุนัขบ้ากัดและไม่ได้รับการดูแลรักษาบาดแผลรวมทั้งไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคอยู่ระหว่างร้อยละ 38-57 ขึ้นกับความรุนแรงของบาดแผล ตำแหน่งที่ถูกกัดและจำนวนไวรัสในน้ำลายของสัตว์ ถ้าถูกสัตว์ที่เป็นโรคพิษสุนัขบ้ากัดบริเวณศีรษะ ใบหน้า คอและมือ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบาดแผลมีเลือดออกจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคและเสียชีวิตสูง ระยะฟักตัวมักจะสั้นในกรณีที่ถูกค้างคาวกัดแม้บาดแผลจะตื้นก็มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสูงเช่นกันเนื่องจากเชื้อไวรัสสามารถแบ่งตัวได้ในชั้น epidermis และ dermis

ลักษณะทางคลินิกของโรคพิษสุนัขบ้าสามารถแบ่งออกได้ 5 ระยะคือ

1. ระยะฟักตัว (Incubation period) ระยะนี้เริ่มตั้งแต่ถูกสัตว์กัดจนกระทั่งเริ่มแสดงอาการ เป็นระยะที่ไวรัสเดินทางจากบาดแผลเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลาง ส่วนใหญ่ใช้เวลาเฉลี่ย 1-3 เดือน โดยระยะเวลาสั้นที่สุดน้อยกว่า 7 วันและอาจนานถึง 7 ปี ผู้ป่วยที่มีระยะฟักตัวของโรคน้อยกว่า 1 สัปดาห์พบในกรณีที่ถูกสัตว์กัดในตำแหน่งที่ทำให้เชื้อสามารถเข้าสู่ระบบประสาทโดยตรง ผู้ป่วยที่มีระยะฟักตัวของโรคนานพบในผู้ป่วยโรคพิษสุนัขบ้าที่ติดจากค้างคาวในประเทศออสเตรเลียและพบในผู้ป่วยชาวเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่ย้ายถิ่นฐานเข้าไปอยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกา การที่ผู้ป่วยปฏิเสธประวัติการสัมผัสกับสัตว์ที่เป็นโรคพิษสุนัขบ้าไม่สามารถแยกโรคนี้ออกไปได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ที่มีค้างคาวเป็นพาหะนำโรคที่สำคัญเนื่องจากมีโอกาสสัมผัสตามธรรมชาติโดยที่ผู้ป่วยไม่ทันสังเกต

2. ระยะเริ่มแสดงอาการ (Prodrome) ระยะนี้เป็นระยะที่เชื้อไวรัสเคลื่อนตัวจากเส้นประสาทส่วนปลายไปยังปมประสาท (dorsal-root ganglion) และเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลาง ผู้ป่วยจะเริ่มแสดงอาการในช่วงปลายของระยะฟักตัวและส่วนใหญ่จะเสียชีวิตภายใน 2 สัปดาห์นับจากเริ่มแสดงอาการ อาการของโรคในระยะนี้ไม่มีลักษณะจำเพาะและมีความหลากหลาย พบได้ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคพิษสุนัขบ้าที่มีสุนัขเป็นพาหะและพบได้ถึง 3 ใน 4 ของผู้ป่วยโรคพิษสุนัขบ้าที่มีค้างคาวเป็นพาหะ อาการแรกที่พบได้แก่อาการเฉพาะที่บริเวณบาดแผลที่ถูกสัตว์กัดเนื่องจากการอักเสบของเส้นประสาทและปมประสาท (dorsal-root ganglioneuritis) โดยผู้ป่วยอาจจะมีอาการปวดแสบปวดร้อน เจ็บแปลบ (neuropathic pain) ชา

หรือคัน ในรายที่มีอาการรุนแรงจะมีอาการเริ่มจากบริเวณที่ถูกสัตว์กัดและลามไปยังบริเวณใกล้เคียงกับที่ถูกกัด เช่น แขนหรือขาทั้งข้างหรือบริเวณใบหน้าข้างเดียวกัน มักจะเห็นรอยถลอกจากการเกา ลักษณะอาการดังกล่าวจะจำเพาะต่อโรคพิษสุนัขบ้า มักมีอาการอยู่นาน 2-3 วัน โดยทั่วไปไม่เกิน 1 สัปดาห์ นอกจากนี้ยังพบอาการใช้ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดศีรษะ กระวนกระวายหรือซึมเศร้าในระยะนี้ของโรคด้วย

3. ระยะแสดงอาการทางระบบประสาทแบบเฉียบพลัน (Acute neurological phase)
ระยะนี้ผู้ป่วยจะเริ่มมีการทำงานของระบบประสาทที่ผิดปกติไป แบ่งออกได้ 3 รูปแบบคือ

3.1 Encephalitic (furious) rabies พบได้ประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคพิษสุนัขบ้า ผู้ป่วยมักเสียชีวิตภายใน 7 วัน (เฉลี่ยที่ 5 วัน) อาการเริ่มแรกจะสังเกตเห็นผู้ป่วยมีภาวะไวต่อสิ่งกระตุ้น (hyperactivity) มักมีไข้ต่อเนื่องมาจากระยะที่ 2 ช่วงแรกผู้ป่วยยังคงรู้สึกตัวดีแต่ความสนใจสั้น (short attention span) ภายใน 24 ชั่วโมงผู้ป่วยจะมีอาการสำคัญของโรคนี้ (cardinal signs) เกิดขึ้น 3 อย่างคือ

3.1.1 ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงขึ้นลง (fluctuating consciousness) ในระยะแรก ผู้ป่วยจะมีช่วงเวลาที่ความรู้สึกตัวเป็นปกติสลับกับช่วงเวลาที่กระสับกระส่ายมากและซึม ต่อมาจะค่อยๆ ซึมลงและไม่รู้สึกตัวในที่สุด

3.1.2 การหดเกร็งตัวของกล้ามเนื้ออย่างรุนแรง (phobic or inspiratory spasm)
ผู้ป่วยจะมีอาการกลัวน้ำ (hydrophobia) โดยจะมีลักษณะสำคัญ (pathognomonic symptoms) 3 อย่างคือ การหดเกร็งตัวของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจ (inspiratory muscle spasm) การหดเกร็งตัวบริเวณลำคอหรือหลอดเสียงที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดอย่างรุนแรง (painful laryngeal or pharyngeal spasm) และความรู้สึกกลัวในการกลืน (fear of swallowing) การหดเกร็งตัวของกล้ามเนื้อเหล่านี้สามารถกระตุ้นให้เกิดขึ้นได้โดยให้ผู้ป่วยกลืนน้ำลาย ดื่มน้ำหรือแม้แต่เย็นน้ำให้ดื่ม โดยการหดเกร็งของกล้ามเนื้อจะเริ่มจากกล้ามเนื้อช่วยหายใจบริเวณลำคอ (accessory neck muscles) และกระบังลมตามด้วยการหดเกร็งตัวของกล้ามเนื้อบริเวณคอที่ใช้ในการก้มศีรษะ (neck flexion) สีหน้าผู้ป่วยมักจะแสดงความหวาดกลัวเนื่องจากการหดเกร็งตัวของกล้ามเนื้อดังกล่าวทำให้เกิดความเจ็บปวดมาก ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงสามารถกระตุ้นให้เกิดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อเหล่านี้ได้โดยการพัดให้มีลมโบกหรือเปิดพัดลมเป่าบริเวณใบหน้าหรือลำตัวของผู้ป่วย (aerophobia) ผู้ป่วยมักจะมีน้ำลายในช่องปากจำนวนมาก ความรู้สึกสัมผัสบริเวณเพดานอ่อนหรือลำคออยู่ในเกณฑ์ปกติแต่ gag reflex จะไวกว่าปกติ การหดเกร็งตัวของกล้ามเนื้อสามารถเกิดขึ้นได้เองโดยไม่มีสิ่งมากระตุ้น (inspiratory spasm) ซึ่งจะมีความรุนแรงน้อยกว่าและเกิดขึ้นไม่บ่อยนักเมื่อผู้ป่วยยังรู้สึกตัวดีอยู่ แต่ยังคงตรวจพบได้เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะซึมและไม่รู้สึกตัวซึ่งเป็นระยะที่ไม่สามารถตรวจพบการหดเกร็งตัวของกล้ามเนื้อเมื่อมีสิ่งมากระตุ้น (phobic spasm)

3.1.3 การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติที่ผิดปกติ (autonomic dysfunction)
ผู้ป่วยมักจะมีน้ำลายมาก (hypersalivation) เป็นลักษณะเฉพาะของโรคนี้ ในระยะที่ผู้ป่วยมีอาการสับสนและกระสับกระส่ายอาจจะตรวจพบม่านตาขยายหรือหดเล็กชั่วคราว ขนลุกชันบริเวณใกล้เคียงกับบาดแผลที่ถูกกัดหรืออาจเป็นทั่วตัว ภาวะปอดบวมน้ำจากความผิดปกติของระบบประสาท (neurogenic pulmonary

edema) เหงื่อออกมาก องคชาติแข็งตัว (priapism) หรือมีการหลั่งอสุจิโดยผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมได้ (spontaneous ejaculation)

3.2 Paralytic (dump) rabies พบได้ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคพิษสุนัขบ้า มักสัมพันธ์กับการเกิดโรคพิษสุนัขบ้าที่มีค้างคาวเป็นพาหะหรือในผู้ป่วยที่เคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าก่อนการสัมผัสเชื้อ (pre-exposure vaccination) ผู้ป่วยมักเสียชีวิตภายใน 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยที่แสดงอาการของโรคพิษสุนัขบ้าในรูปแบบนี้วินิจฉัยได้ยากมาก เนื่องจากผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมอะละเวียวาย ซึ่งแพทย์จะคุ้นเคยกว่าอาการแสดงทางคลินิกที่เป็นลักษณะสำคัญของโรคพิษสุนัขบ้า มักจะพบได้ในระยะท้ายของโรคและไม่ค่อยเด่นชัด อาการหดเกร็งตัวของกล้ามเนื้อเมื่อมีสิ่งมากระตุ้นพบได้ประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วย อาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อที่เกิดขึ้นเองพบได้น้อยเนื่องจากภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง ซึ่งมักจะเริ่มจากแขนหรือขาข้างที่มีบาดแผลถูกสัตว์กัด ในกรณีที่ถูกลูกสัตว์กัดบริเวณใบหน้าจะมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้าด้านเดียวกับบาดแผล หลังจากนั้นผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนแรงทั่วร่างกาย พูดไม่ชัด กลืนลำบาก และ การหายใจล้มเหลว เนื่องจากการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อในช่องปาก (bulbar muscles) และกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจ พบกล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรง (facial diparesis) ได้ อาการของผู้ป่วยจะคล้ายคลึงกับโรค Guillain-Barré syndrome (GBS) โดยมีลักษณะที่ช่วยแยกโรคคือ ผู้ป่วยมักจะมีไข้ตลอดนับแต่เริ่มมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง การรับรู้ความรู้สึกสัมผัสอยู่ในเกณฑ์ปกติ (intact sensory function) ยกเว้นบริเวณบาดแผลที่ถูกกัด ปัสสาวะไม่ออกหรือกลั้นปัสสาวะไม่ได้ (bladder dysfunction) และตรวจพบ percussion myoedema ซึ่งสามารถตรวจได้โดยการเคาะบริเวณหน้าอก ต้นแขนหรือต้นขา จะพบว่ากล้ามเนื้อบริเวณที่เคาะบวมสูงขึ้นมานานประมาณ 2-3 วินาทีแล้วหายไป แม้ว่าจะตรวจไม่พบ percussion edema ใน GBS และ encephalitic form ของโรคพิษสุนัขบ้า การแปลผลการตรวจพบ percussion edema ควรทำด้วยความระมัดระวังเนื่องจากสามารถตรวจพบ percussion edema ได้ในผู้ป่วยที่มีภาวะผอมมาก (extreme cachexia) ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ กลุ่มอาการที่มีการหลั่งฮอร์โมน antidiuretic ที่ไม่เหมาะสม (syndrome of inappropriate secretion of antidiuretic hormone; SIADH) ภาวะต่อมธัยรอยด์ทำงานต่ำ และภาวะไตวาย

3.3 Non-classic rabies ทั้ง encephalitic form และ paralytic form เป็นลักษณะทางคลินิกของโรคพิษสุนัขบ้าที่พบได้บ่อย อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยโรคพิษสุนัขบ้าอาจมีลักษณะทางคลินิกที่ต่างออกไปโดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มีค้างคาวเป็นพาหะนำโรค ซึ่งนอกจากจะพบอาการเจ็บปวดเฉพาะที่จากปมประสาทและเส้นประสาทอักเสบได้บ่อยกว่า ยังมีรายงานผู้ป่วยที่มีอาการปวดร้าวตามเส้นประสาท (radicular pain) มีอาการชาและอ่อนแรง รวมทั้งมีการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติแบบ choreiform movement ของแขนหรือขาข้างที่มีบาดแผลจากสัตว์กัดในระยะที่ผู้ป่วยเริ่มแสดงอาการ นอกจากนี้ยังพบอาการแสดงถึงความผิดปกติเฉพาะที่ของก้านสมอง (focal brainstem signs) และการกระตุกของกล้ามเนื้อ (myoclonus) ได้บ่อย พบอาการอ่อนแรงหรือชาของแขนและขาซีกใดซีกหนึ่งของร่างกาย (hemiparesis หรือ hemianesthesia) เดินเซ (ataxia) วิงเวียนศีรษะบ้านหมุน (vertigo) หรือ Horner's syndrome พบอาการช้ำและประสาทหลอน (hallucination) ได้บ่อย

4. ภาวะไม่รู้สีกตัว (Coma) ในระยะนี้การตรวจพบการหดเกร็งตัวของกล้ามเนื้อโดยไม่มีสิ่งกระตุ้นจะเป็นอาการแสดงสำคัญที่ช่วยในการวินิจฉัยผู้ป่วยในระยะนี้ อย่างไรก็ตามในภาวะ paralytic rabies จะตรวจพบอาการแสดงนี้ได้ยากเนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง ผู้ป่วยจะมีภาวะหัวใจเต้นเร็วซึ่งในช่วงแรกจะเป็น sinus tachycardia และตามด้วย nodal rhythm ในบางรายอาจพบภาวะ supraventricular tachycardia และ ventricular tachycardia ในระยะที่ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตต่ำจะพบว่าการบีบตัวของหัวใจลดลงทั้งนี้อาจเป็นผลจากเชื้อไวรัสลุกลามเข้าสู่ sinus หรือ atrioventricular node และภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ

5. เสียชีวิต (Death) หลังจากผู้ป่วยเข้าสู่ระยะที่ไม่รู้สีกตัวจะตามด้วยการทำงานของระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลวซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญให้ผู้ป่วยเสียชีวิต โดยร้อยละ 30-60 ของผู้ป่วยจะมีภาวะเลือดออกในกระเพาะอาหารที่ 6-12 ชั่วโมงก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต

การวินิจฉัย

ในผู้ป่วยที่มีประวัติการสัมผัสกับสัตว์ที่เป็นพาหะของโรคพิษสุนัขบ้าและมีลักษณะทางคลินิกที่สำคัญของโรคนี้จะช่วยในการวินิจฉัยโรค อย่างไรก็ตามการวินิจฉัยโรคอาจทำได้ยากโดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ที่สัตว์นำโรคเป็นค่างควาหรือสัตว์ป่าชนิดอื่น เนื่องจากผู้ป่วยมักจะมีลักษณะทางคลินิกของโรคที่ต่างออกไป (atypical presentation) และไม่จำเป็นต้องมีประวัติการสัมผัสกับสัตว์ที่เป็นพาหะของโรคชัดเจน การตรวจวินิจฉัยโรคทางห้องปฏิบัติการก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิตไม่พบมีลักษณะจำเพาะที่ช่วยในการวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะมีระดับโซเดียมในเลือดต่ำ อาจเกิดจากภาวะขาดเกลือโซเดียมหรือภาวะ SIADH การกรวดน้ำไขสันหลังอาจจะปกติ อย่างไรก็ตาม ในผู้ป่วยที่มาด้วยลักษณะทางคลินิกคล้ายคลึงกับโรค GBS ตรวจพบเซลล์เม็ดเลือดขาวในน้ำไขสันหลังและผลการตรวจ HIV serology เป็นลบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มีไข้ ระดับโซเดียมในเลือดต่ำและปัสสาวะไม่ออกหรือกลั้นไม่ได้ (bladder disturbances) เกิดขึ้นในระยะแรกของโรค แพทย์ควรจะต้องคิดถึงโรคนี้ไว้ด้วย

การตรวจโดยใช้ magnetic resonance imaging (MRI) อาจจะช่วยในการวินิจฉัยโรค โดยจะพบ abnormal, ill-defined, mildly hypersignal T2 images ที่สมองส่วน brainstem, hippocampus, hypothalamus, deep และ subcortical white matter, deep และ cortical grey matter ความผิดปกตินี้พบได้ทั้งใน paralytic และ encephalitic rabies ในระยะท้ายของโรคจะตรวจพบ gadolinium enhancement และความผิดปกติที่ putamen และ globus pallidus ซึ่งความผิดปกติของสมอง 2 ส่วนนี้อาจเป็นผลจากการขาดออกซิเจน แม้ว่าความผิดปกติของ MRI ที่ตำแหน่ง thalamus และ midbrain จะเหมือนกับที่พบในโรคสมองอักเสบจากเชื้อไวรัส Japanese B แต่จะพบลักษณะของ hypersignal T2 ที่ชัดเจนกว่าและมีเลือดออกเฉพาะที่ในโรคสมองอักเสบจากเชื้อไวรัส Japanese B มากกว่าในโรคพิษสุนัขบ้า แต่จะไม่พบ hypersignal T2 ที่บริเวณ periventricular และ deep white matter เหมือนที่พบในโรคพิษสุนัขบ้า

การตรวจวินิจฉัยโรคโดยการตรวจหา rabies-virus antibody ในเซรัมโดยวิธี ELISA พบว่าให้ผลไม่ดีขึ้นโดยตรวจพบเพียงร้อยละ 20 ของผู้ป่วยโรคพิษสุนัขบ้าที่ไม่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรค ทำการ

ตรวจภายในช่วง 1-26 วันนับจากผู้ป่วยเริ่มแสดงอาการ โดยทั่วไปการสร้าง rabies-virus antibody ทั้งใน เซรั่มและในน้ำไขสันหลังมักจะเกิดในผู้ป่วยที่มีชีวิตรอดนานกว่า 8 วันซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะเสียชีวิตไปก่อน ทำให้การตรวจวินิจฉัยโรคโดยการตรวจหา rabies-virus antibody ทั้งในเซรั่มและน้ำไขสันหลังได้ผลไม่แน่นอน โดยตรวจพบ rabies-virus antibody ในน้ำไขสันหลังเพียงร้อยละ 36 ของผู้ป่วยที่มีชีวิตรอดนานกว่า 8 วัน ในขณะที่ตรวจไม่พบเลยในผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน 8 วันแรกนับจากผู้ป่วยเริ่มแสดงอาการ การตรวจหา rabies-virus antigen ในเส้นประสาทของ hair follicle จากการตัดผิวหนังบริเวณต้นคอและแขนข้าง นำมาตรวจโดยใช้วิธี direct immunofluorescent-antibody technique พบว่ามีความไวร้อยละ 82 ถ้าทำการตัดชิ้นเนื้อ ตรวจภายใน 4 วันแต่จะลดลงเหลือร้อยละ 60 ถ้าทำการตรวจระหว่างวันที่ 5 ถึง 8 ของโรค อย่างไรก็ตาม การตรวจโดยวิธีนี้อาจไม่เหมาะสมในทางปฏิบัติจริงเนื่องจากจำเป็นต้องใช้ cryostat สำหรับการเตรียมชิ้นเนื้อ การตรวจหา rabies-virus antigen จาก corneal และ salivary impression ได้ผลไม่แน่นอนเนื่องจาก เทคนิคการตรวจและการแปลผลแตกต่างกันในแต่ละสถานที่ที่ทำการตรวจ การทำ brain biopsy จะให้ความไวในการวินิจฉัยสูงมาก อย่างไรก็ตาม ถ้าทำการตัดชิ้นเนื้อสมองบริเวณ frontotemporal ในวันแรกที่ผู้ป่วยมีอาการอาจให้ผลการตรวจเป็นลบได้ การตรวจหา rabies virus RNA สามารถทำได้ในเนื้อเยื่อของระบบ ประสาทส่วนกลาง น้ำลาย น้ำไขสันหลัง น้ำตา ผิวหนัง และปัสสาวะ โดยใช้วิธี reverse transcriptase PCR หรือ nucleic acid sequence-based amplification อย่างไรก็ตาม ความไวในการตรวจวินิจฉัยโรคยังต่ำอยู่ จำเป็นต้องทำการตรวจซ้ำหลายครั้งเนื่องจากเชื้อไวรัสมักจะถูกปล่อยออกมาเป็นครั้งคราว

การวินิจฉัยแยกโรค

โรคพิษสุนัขบ้าต้องวินิจฉัยแยกโรคจากภาวะสมองอักเสบที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสกลุ่ม arboviruses เช่น Japanese, eastern equine และ West Nile รวมทั้งการติดเชื้อ enterovirus-71 และ Nipah virus ประมาณร้อยละ 10 ของผู้ป่วยที่มีภาวะสมองอักเสบจากการติดเชื้อไวรัส West Nile จะมีอาการ กล้ามเนื้ออ่อนแรงทั่วไป (diffuse flaccid paralysis) ในขณะที่อาจพบอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงแบบ ไม่สมมาตรคล้ายในผู้ป่วยโรคโปลิโอ (asymmetrical pure motor poliomyelitis-like weakness) ได้ใน ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองอักเสบจากการติดเชื้อไวรัส Japanese B นอกจากนี้ยังอาจพบ myoclonus และอาการ แสดงความผิดปกติของก้านสมองเช่น หนังตาตกทั้ง 2 ข้าง (bilateral ptosis) และ nystagmus ในผู้ป่วยที่มี ภาวะสมองอักเสบจากการติดเชื้อ enterovirus-71 และ Nipah virus ซึ่งลักษณะดังกล่าวจะพบได้ในผู้ป่วยโรค พิษสุนัขบ้าที่มีค้างคาวเป็นพาหะนำโรค

ผู้ป่วยโรค acute hepatic porphyria ที่มีความผิดปกติทางระบบประสาทและทางจิต (neuropsychiatric disturbances) มีอาการผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติ มีอาการอ่อนแรงของ กล้ามเนื้อแบบ ascending paralysis และกล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรง (bilateral facial weakness) จะคล้ายคลึงกับผู้ป่วยโรคพิษสุนัขบ้ามาก ผู้ป่วยจะมีลักษณะการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึกตัวที่คล้ายคลึงกัน อย่างไรก็ตาม จะพบอาการหดเกร็งตัวของกล้ามเนื้ออย่างรุนแรงเมื่อมีสิ่งมากระตุ้นหรือเกิดขึ้นเอง (phobic or inspiratory spasm) ได้ในโรคพิษสุนัขบ้าเท่านั้น ความผิดปกติอื่นๆ ที่สามารถให้อาการคล้ายคลึงกับผู้ป่วยโรค พิษสุนัขบ้าได้แก่ botulism การใช้สาร amphetamine ภาวะ alcoholic withdrawal หรือ delirium

tremens ภาวะ acute serotonin syndrome จากการรับประทานยาที่มีฤทธิ์ยับยั้ง serotonin-reuptake เช่น phenothiazines และการรับประทานพืชบางชนิด เช่น *Datura fastuosa* ผู้ป่วยโรคบาดทะยักจะมีอาการคล้ายคลึงกับผู้ป่วยโรคพิษสุนัขบ้าที่มีภาวะ reflex spasm อย่างไรก็ตาม พบว่าผู้ป่วยโรคบาดทะยักมักจะมีระยะพักตัวของโรคสั้นกว่า (น้อยกว่า 15 วัน) ไม่มีการสูญเสียความรู้สึกสัมผัส (clear sensorium) ไม่พบภาวะเยื่อหุ้มสมองและสมองอักเสบและมักจะพบการหดเกร็งตัวของกล้ามเนื้อในส่วนแกน กลางของร่างกาย (axial muscle) เช่น ขากรรไกร คอ หลังและหน้าท้อง เป็นอย่างต่อเนื่อง (persistence muscle spasm) ในขณะที่ผู้ป่วยโรคพิษสุนัขบ้าจะพบการหดเกร็งตัวของกล้ามเนื้อเป็นพักๆ และเด่นที่กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจและกระบังลม โอกาสที่จะพบการหดเกร็งตัวของกล้ามเนื้อแผ่นหลังอย่างแรง (opisthotonos) น้อยมาก ผู้ป่วยโรค GBS ที่มาด้วย acute motor axonal neuropathy จะมีลักษณะทางคลินิกหลายอย่างคล้ายคลึงกับผู้ป่วย paralytic rabies มากและแยกจากกันได้ยาก

การรักษา

ปัจจุบันยังไม่มีวิธีที่มีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยโรคพิษสุนัขบ้า ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดเสียชีวิต มีรายงานผู้ป่วยเพียง 5 รายที่รอดชีวิตซึ่งทั้งหมดได้รับวัคซีนป้องกันโรคก่อนการสัมผัสเชื้อหรือภายหลังสัมผัสเชื่อก่อนที่จะเริ่มแสดงอาการของโรค ผู้ป่วย 4 ใน 5 รายที่รอดชีวิตมีความพิการมากเนื่องจากความผิดปกติทางระบบประสาทที่หลงเหลืออยู่ (neurological sequela) จากการศึกษาการใช้ interferon- α ร่วมกับยาต้านไวรัสชนิดต่าง ๆ เช่น ribavirin, vidarabine, acyclovir และ inosine pranobex การใช้วัคซีน human rabies และ rabies immunoglobulin รวมทั้ง rabies-neutralizing monoclonal antibodies การให้สเตียรอยด์ และการให้ antithymocyte globulin พบว่าไม่ได้ประโยชน์จากการรักษาดังกล่าว ดังนั้นการรักษาที่ให้แก่ผู้ป่วยจึงเป็นการรักษาตามอาการเท่านั้น ควรจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องที่เงียบสงบเพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นการหดเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ ผู้ป่วยต้องได้รับยาระงับความรู้สึกอย่างเพียงพอเพื่อควบคุมอาการเจ็บปวดและความกลัว ยาที่แนะนำให้ใช้คือ ketamine เนื่องจากมีฤทธิ์ระงับประสาทและแก้ปวด นอกจากนี้จากการศึกษาในหนูทดลองที่ได้รับยา ketamine ในขนาดสูงพบว่าช่วยลดการติดเชื้อในสมองหลายตำแหน่ง ได้แก่ hippocampus, cerebral cortex และ thalamus

การป้องกัน

การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าประกอบด้วย การดูแลบาดแผลที่ถูกสัตว์กัดหรือสัมผัสเชื้ออย่างถูกวิธี การประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโรคพิษสุนัขบ้าและการให้วัคซีนป้องกันโรค โดยขั้นตอนที่สำคัญที่สุดคือ การดูแลบาดแผลที่ถูกสัตว์กัดหรือสัมผัสเชื้ออย่างถูกวิธีและการให้วัคซีนป้องกันโรคตามคำแนะนำสามารถลดความเสี่ยงของการเป็นโรคนี้นอกจากการถูกสัตว์ที่ป่วยเป็นโรคพิษสุนัขบ้ากัดจากร้อยละ 37-60 เหลือไม่ถึงร้อยละ 1

การดูแลบาดแผล

การดูแลบาดแผลที่ถูกสัตว์กัดหรือสัมผัสเชื้ออย่างถูกวิธีจะช่วยลดโอกาสการติดเชื้อลงได้มาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายใน 3 ชั่วโมงหลังการสัมผัสเชื้อ การปฐมพยาบาลบาดแผลในที่เกิดเหตุควรทำการชำระ

ล้างบาดแผลด้วยน้ำและสบู่โดยเร็วควรล้างนาน 15-20 นาที เมื่อถึงสถาน พยาบาลแล้วแพทย์ควรทำการฉีดยา
ชาเฉพาะที่บริเวณบาดแผลจากนั้นจึงทำการฟอกทำความสะอาดแผลด้วยน้ำและสารละลายไอโอดีนหรือ 40-
70% แอลกอฮอล์ ควรเน้นบริเวณขอบแผลและส่วนของแผลที่อยู่ลึกลงไปหลังจากนั้นให้ล้างด้วยน้ำเกลือและ
ทำแผล ไม่ควรเย็บปิดบาดแผลและพิจารณาให้วัคซีนป้องกันโรคบาดทะยักและยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติด
เชื้อของบาดแผลตามความเหมาะสม

การประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโรคพิษสุนัขบ้า

การประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโรคพิษสุนัขบ้าถือเป็นขั้นตอนสำคัญเพื่อพิจารณา
ความจำเป็นในการให้วัคซีนและ immunoglobulin แก่ผู้ป่วย ควรทำการประเมินปัจจัยดังต่อไปนี้

1. **ชนิดของสัตว์ที่กัดหรือสัมผัส** เพื่อประเมินว่าสัตว์นั้นเป็นพาหะนำโรคพิษสุนัขบ้าได้หรือไม่
2. **ลักษณะเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น** เพื่อประเมินว่าการถูกสัตว์กัดหรือทำร้ายมีเหตุจูงใจที่เหมาะสม
หรือไม่เช่น ไปเหยยหรือแกล้งสัตว์ก่อนหรือไม่

3. **ชนิดของการสัมผัส** เพื่อประเมินความรุนแรงและความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเช่น ถูกกัดหรือ
ข่วนหรือเลีย ตำแหน่งของบาดแผล จำนวนบาดแผล ความรุนแรงและลึกของบาดแผล บริเวณผิวหนังที่มีการ
สัมผัสมีบาดแผลอยู่เดิมหรือไม่หรือเป็นการสัมผัสที่เยื่อหู หรือเป็นการรับเชื้อผ่านทาง การปลูกถ่ายอวัยวะหรือ
การสูดดมในห้องปฏิบัติการ

4. **ประวัติการได้รับวัคซีนของสัตว์ที่กัดหรือสัมผัส** ควรประเมินว่าสัตว์ได้รับวัคซีนป้องกันโรค
พิษสุนัขบ้ามาก่อนหรือไม่ สัตว์มีพฤติกรรมผิดปกติสงสัยว่าจะเป็นโรคพิษสุนัขบ้าหรือไม่ ในกรณีที่จับสัตว์ได้
(เฉพาะสุนัขหรือแมว) และสัตว์มีอาการผิดปกติควรทำการควบคุมและสังเกตพฤติกรรมสัตว์นาน 10 วันว่ามี
อาการผิดปกติหรือไม่ ถ้าสัตว์มีอาการผิดปกติเช่น เกรี้ยวกราด ซึม ไม่กินอาหาร ควรทำการตัดศีรษะสัตว์เพื่อ
ตรวจสอบว่าเป็นโรคพิษสุนัขบ้าหรือไม่ ในกรณีที่จับสัตว์ป่าควรทำการตัดศีรษะสัตว์เพื่อทำการตรวจสอบเลย
ไม่ต้องรอสังเกตอาการ

การให้วัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

การให้วัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าแบ่งออกเป็น

1. **การให้วัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าก่อนการสัมผัสโรค (Pre-exposure rabies prophylaxis)** องค์การอนามัยโลกแนะนำการให้วัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในบุคคลที่มีความเสี่ยงสูง
ต่อการติดเชื้อไวรัสโรคพิษสุนัขบ้าจากการทำงานหรือกิจกรรมได้แก่ สัตวแพทย์ บุคลากรและเจ้าหน้าที่
ในห้องปฏิบัติการที่ทำงานเกี่ยวกับไวรัสโรคพิษสุนัขบ้าหรือควบคุมดูแลสัตว์ป่า บุคคลที่ชอบเล่นหรือคลุกคลี
อยู่กับสัตว์บ่อยๆ และบุคคลที่จะเดินทางเข้าไปพักอาศัยเป็นระยะ เวลามากกว่า 30 วันในพื้นที่ที่เป็นแหล่งของ
โรคพิษสุนัขบ้าหรือที่พักอาศัยอยู่ในถิ่นทุรกันดารห่างไกลจากสถานพยาบาลหรือบุคคลที่ต้องเข้าไปทำงาน
ในประเทศที่เป็นแหล่งของโรค โดยแนะนำให้ฉีดวัคซีน 3 ครั้งในวันที่ 0, 7 และ 21 หรือ 28 สามารถให้โดยการ
ฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือฉีดเข้าในชั้นผิวหนังขึ้นกับชนิดของวัคซีนที่เลือกใช้ จะพบมีภูมิคุ้มกันโรคเกิดขึ้นร้อยละ
98.2 หลังฉีดวัคซีนแล้วแนะนำให้ตรวจวัดระดับ antibody เฉพาะในบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ
เท่านั้นเช่น บุคลากรและเจ้าหน้าที่ในห้องปฏิบัติการที่ทำงานเกี่ยวกับเชื้อไวรัสโรคพิษสุนัขบ้าแนะนำให้ตรวจ

ทุก 6 เดือน สัตว์แพทย์และบุคลากรที่ดูแลควบคุมสัตว์ในพื้นที่ที่มีความชุกของโรคพิษสุนัขบ้าสูงแนะนำให้ตรวจทุก 2 ปี ถ้าพบว่าระดับภูมิคุ้มกันอยู่ในระดับที่ไม่สามารถป้องกันโรคได้ให้ฉีดวัคซีนกระตุ้น (booster) 1 เข็ม ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานยา chloroquine ในขณะที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าเนื่องจากยา มีผลลดการตอบสนองของร่างกายในการสร้างภูมิคุ้มกัน

2. การให้วัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าภายหลังสัมผัสโรค (Post-exposure rabies prophylaxis) องค์การอนามัยโลกได้ให้แนวทางการให้วัคซีนโดยแบ่งตามระดับการสัมผัสเชื้อไวรัสโรคพิษสุนัขบ้า ดังสรุปไว้ในตารางที่ 7.1 ผู้ป่วยที่มีการสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าระดับ 2 และ 3 แพทย์อาจใช้วิธีการเฝ้าสังเกตอาการของสัตว์นาน 10 วันโดยยังไม่ต้องให้การรักษาผู้ป่วยด้วยวัคซีนและ immunoglobulin ได้ถ้าสัตว์ที่กัดมีอายุมากกว่า 1 ปีและได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าอย่างน้อย 2 ครั้งโดยครั้งแรกให้เมื่ออายุมากกว่า 3 เดือนและครั้งที่ 2 ให้หลังจากครั้งแรกนาน 6-12 เดือน สัตว์ได้รับวัคซีนอย่างสม่ำเสมอในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา สัตว์ได้รับการเลี้ยงดูอย่างดีมีโอกาสสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าน้อยและการถูกสัตว์กัดมีเหตุจูงใจที่เหมาะสม ถ้าสัตว์มีอาการผิดปกติเกิดขึ้นหรือตายในระหว่างที่เฝ้าสังเกตอาการให้เริ่มการรักษาผู้ป่วยทันที โดยการเฝ้าติดตามอาการของสัตว์จะใช้ได้เฉพาะกับสุนัขและแมวเท่านั้น ในกรณีที่เป็นสัตว์อื่น ๆ หรือสัตว์ป่าทั่วไปควรทำการตรวจหาเชื้อไวรัสพิษสุนัขบ้าจากสมองสัตว์เพื่อยืนยันการวินิจฉัยทุกราย ในกรณีที่แพทย์พิจารณาให้วัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าแก่ผู้ป่วยตั้งแต่แรก สามารถหยุดให้การรักษาได้เมื่อเฝ้าสังเกตอาการของสัตว์ครบ 10 วันแล้วสัตว์ไม่ตายหรือผลการตรวจสมองสัตว์ไม่พบเชื้อไวรัสพิษสุนัขบ้า ในกรณีที่ผู้ป่วยเคยได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้ามาก่อนทั้ง pre-exposure prophylaxis ภายใน 2 ปี หรือ post-exposure prophylaxis และมีการสัมผัสโรคในระดับ 2 และ 3 พิจารณาให้วัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า 2 ครั้งในวันที่ 0 และ 3 โดยไม่ต้องให้ rabies immunoglobulin

ตารางที่ 2.1 แนวทางการให้วัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าและ rabies immunoglobulin ภายหลังสัมผัสโรคตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก

ระดับ	ลักษณะการสัมผัสโรค	การรักษา
1	เลี้ยงสัตว์ ให้อาหารสัตว์ จับสัตว์ สัตว์เลี้ยงที่ผิวหนังปกติ	ไม่ต้องให้การรักษา
2	ถูกกัดเป็นรอยขีด ถูกข่วนหรือรอยถลอกที่ไม่มีเลือดออก สัตว์เลี้ยงผิวหนังที่มีบาดแผล	ให้วัคซีนแบบ post-exposure prophylaxis
3	ถูกกัดหรือถูกข่วนที่มีเลือดออกชัดเจน สัตว์เลี้ยงหรือถูกน้ำลายสัตว์บริเวณเยื่อ	ให้วัคซีนแบบ pos-texposure prophylaxis ร่วมกับ rabies immunoglobulin

(ที่มา: ดัดแปลงจาก World Health Organization. Current WHO guide rabies pre- and post-exposure treatment in humans, 2002)

วัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าเป็น inactivated virus vaccine ปัจจุบันที่แนะนำให้ใช้เป็นวัคซีนที่ผลิตจากเซลล์เพาะเลี้ยงและวัคซีนที่ผลิตโดยอาศัยไข่เป็ดหรือไข่ไก่ฟักบริสุทธิ์ มีอยู่ 4 ชนิดคือ

1. Human diploid cell rabies vaccine (HDCV) ขนาด 1 มล./dose ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ
2. Purified vero cell rabies vaccine (PVRV) ขนาด 0.5 มล./dose ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ
3. Purified chick embryo cell rabies vaccine (PCECV) ขนาด 1 มล./dose ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ

4. Purified duck embryo rabies vaccine (PDEV) ขนาด 1 มล./dose ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ

วัคซีน 3 ชนิดแรกสามารถบริหารโดยการฉีดเข้ากล้ามเนื้อ (intramuscular) หรือฉีดเข้าในชั้นผิวหนัง (intradermal) วัคซีนชนิดที่ 4 ควรฉีดเข้ากล้ามเนื้อเท่านั้น การฉีดวัคซีนเข้ากล้ามเนื้อโดยวิธีมาตรฐานจะกำหนดให้ฉีดทั้งหมด 5 ครั้งในวันที่ 0, 3, 7, 14 และวันที่ 28 หรือ 30 ตำแหน่งที่ฉีดวัคซีนควรเป็นบริเวณกล้ามเนื้อต้นแขนในผู้ใหญ่หรือบริเวณกล้ามเนื้อต้นขาด้าน anterolateral ในเด็กเล็ก การฉีดวัคซีนเข้าในชั้นผิวหนังเหมาะสมในสถานพยาบาลที่มีผู้ป่วยมารับบริการมาก ช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายของวัคซีนได้มาก เนื่องจากใช้วัคซีนในปริมาณ 1 ใน 5 ของวัคซีนที่ใช้ในการฉีดเข้ากล้ามเนื้อต่อ 1 จุด วัคซีนที่ผสมแล้วควรใช้ให้หมดภายใน 8 ชั่วโมงเพื่อลดโอกาสการปนเปื้อนและการเสื่อมคุณภาพของวัคซีน การฉีดวัคซีนเข้าในชั้นผิวหนังทำได้หลายวิธีที่แนะนำคือ

1. สูตร 8-0-4-0-1-1 ใช้วัคซีนชนิด HDCV หรือ PCECV โดยให้ฉีดวัคซีน 8 จุดในวันที่ 0 ฉีดวัคซีน 4 จุดในวันที่ 7 และฉีด 1 จุดในวันที่ 28 หรือ 30 และวันที่ 90 ควรเลือกใช้วิธีนี้ในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ต้องได้รับ rabies immunoglobulin แต่ไม่มี immunoglobulin ในสถานพยาบาล

2. สูตร 2-2-2-0-1-1 ใช้วัคซีนชนิด HDCV, PCECV หรือ PVRV โดยให้ฉีด 2 จุดในวันที่ 0, 3 และ 7 และฉีด 1 จุดในวันที่ 28 หรือ 30 และวันที่ 90

ผลข้างเคียงที่พบได้จากการให้วัคซีนคือ อาการข้างเคียงเฉพาะที่ได้แก่ ปวด บวม แดง คัน บริเวณที่ฉีดพบได้ร้อยละ 25 และอาการตามระบบเช่น ปวดศีรษะ วิงเวียน คลื่นไส้ ปวดท้อง และปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อพบได้ร้อยละ 25 การให้ immunoglobulin ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า อาจเลือกใช้ที่ผลิตจากเซรัมของม้า (Equine rabies immunoglobulin) ในขนาด 40 IU/กก. หรือที่ผลิตจากเซรัมของมนุษย์ (Human rabies immunoglobulin) ในขนาด 20 IU/กก. ควรฉีด immunoglobulin บริเวณแผลให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยให้ฉีดทั้งในและรอบแผล ส่วนที่เหลือให้ฉีดเข้าที่กล้ามเนื้อต้นขาหรือกล้ามเนื้อสะโพก การเลือกใช้ immunoglobulin ที่ผลิตจากม้าจำเป็นต้องทำการทดสอบทางผิวหนังก่อนทุกครั้งเนื่องจากมีโอกาสเกิด anaphylaxis และ serum sickness ได้ ควรเตรียม epinephrine ให้พร้อมใช้ไว้เสมอ ทางสถานเสาวภาได้กำหนดมาตรฐานของการทำ intradermal skin test สำหรับ immunoglobulin ที่ผลิตจากม้าโดยเจือจาง immunoglobulin ด้วย normal saline ในอัตราส่วน 1:100 ฉีดเข้าในชั้นผิวหนังบริเวณท้องแขน ปริมาณ 0.2 มล. อ่านผลหลังทำ 10 นาที ถือว่าการทดสอบให้ผลบวกและจำเป็นต้องให้ immunoglobulin ที่ผลิตจากมนุษย์แทนเมื่อขนาดของ wheal มากกว่า 10 มม. หรือ flare มากกว่า 20 มม.

โรคพิษสุนัขบ้ายังคงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญในหลายประเทศทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา เนื่องจากยังไม่มีวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพทำให้อัตราการเสียชีวิตสูงมาก ประชาชนและบุคลากรทุกฝ่ายจึงควรให้ความสำคัญกับการป้องกันโรค ทั้งการควบคุมประชากรสัตว์จรจัด การฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าให้แก่สัตว์ที่เลี้ยงไว้และสัตว์จรจัด รวมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการป้องกันโรคแก่ประชาชน

ประเด็นของการสื่อสารเพื่อการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

กรมควบคุมโรคโดยสำนักโรคติดต่อทั่วไปได้มีการดำเนินการร่วมกับสำนักวิชาการที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดประเด็นในการสื่อสารเพื่อการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ซึ่งจากสถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าที่ยังคงตรวจพบสุนัขที่เป็นโรคพิษสุนัขบ้าในหลายพื้นที่และสามารถพบได้ตลอดทั้งปี ซึ่งในประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อพิษสุนัขบ้าแล้ว ๓ ราย โดยโรคนี้อย่างไม่มีทางรักษาให้หายได้ หากได้รับเชื้อและมีอาการแล้วผู้ป่วยจะเสียชีวิตทุกราย จึงยังคงต้องเฝ้าระวังและคิดไว้เสมอว่า “สุนัขทุกตัวอาจมีเชื้อพิษสุนัขบ้า” สุนัขหรือแมวที่ปล่อยออกมานอกบ้านทุกตัวมีสิทธิ์ติดเชื้อพิษสุนัขบ้า แม้ว่าสุนัขจะได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันแล้วก็ตาม ผู้ที่มีสัตว์เลี้ยง (สุนัขและแมว) ควรดำเนินการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าให้กับสัตว์เลี้ยง เนื่องจากพบว่า สัตว์เลี้ยงที่มีเจ้าของเป็นสาเหตุของโรคพิษสุนัขบ้าในคนมากกว่าสุนัขจรจัด ผู้ปกครองควรดูแลอย่าให้บุตรหลานไปเล่นหรือคลุกคลีกับสุนัขและแมว

คาถา 5 ย. เพื่อลดความเสี่ยงต่อการถูกกัดหรือข่วน จำได้ง่ายๆ ดังนี้

1. อย่าแหยม ให้สุนัขโมโห โกรธ
2. อย่าเหยียบ หาง หัว ตัว ขา หรือ ทำให้สุนัขหรือสัตว์ต่าง ๆ ตกใจ
3. อย่าแยก สุนัขที่กำลังกัดกันด้วยมือเปล่า
4. อย่าหยิบ ขามข้าวหรือเคลื่อนย้ายอาหารขณะที่สุนัขกำลังกินอาหาร
5. อย่ายุ่ง หรือเข้าไปใกล้กับสุนัขหรือ สัตว์ต่าง ๆ นอกบ้านที่ไม่มีเจ้าของ หรือไม่ทราบประวัติ

โดยหากถูกสัตว์กัดหรือข่วนให้รีบล้างแผลด้วยน้ำสะอาดและสบู่หลายๆ ครั้งแล้วใส่ยาฆ่าเชื้อ จากนั้นไปโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุดทันที เพื่อรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า และควรมารับวัคซีนตามกำหนดเวลาอย่างเคร่งครัด รวมทั้งเฝ้าระวังสุนัขหรือแมวที่มากัดเป็นเวลา 10 วัน หากสัตว์ตายระหว่างดูอาการ ให้แจ้งปศุสัตว์ในพื้นที่เพื่อตัดหัวสุนัขส่งตรวจหาเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า (สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค, 2560)

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเด็นการสื่อสารในประเด็นที่เป็นจุดเน้นของยุทธศาสตร์ รายโรคของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2561 ซึ่งดำเนินการโดยสำนักวิชาการที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ที่มุ่งเน้นในการสื่อสารในประเด็นที่มีความสำคัญที่มีเป้าหมายสูงสุดคือการที่ประชาชนหรือกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้องมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่พึงประสงค์ เพื่อเป้าหมายปลายทางคือการลดอุบัติการณ์การเกิดโรค ซึ่งมีทั้งการดำเนินการสื่อสารโดยกรม

ควบคุมโรคเอง หรือการใช้เครือข่ายที่ได้รับเนื้อหาและประเด็นในการสื่อสารจากกรมควบคุมโรคและดำเนินการสื่อสารต่อไป โดยการใช้ช่องทางที่หลากหลาย เพื่อให้ตรงกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลายให้ได้มากที่สุด

2.5 ความรู้เรื่องพฤติกรรมกำบังควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

การวิจัยครั้งนี้ได้นำแนวคิดและทฤษฎีพฤติกรรม มาเพื่อใช้ในการกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยโดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

2.5.1 ความหมายของพฤติกรรม

จากการศึกษาความหมายของพฤติกรรม ได้มีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรม ไว้ดังนี้

สมจิต สุพรรณทัศน์ (2535) กล่าวว่า พฤติกรรม หมายถึง การแสดงออก ของบุคคลซึ่งเกิดขึ้นทั้งภายใน (Cover Behavior) และภายนอก (Over Behavior) โดยจะรวมถึงการกระทำ ของบุคคลที่สังเกตได้ และไม่สามารถสังเกตได้ ทั้งนี้พฤติกรรมภายในจะเป็นปฏิกิริยาภายในตัวบุคคล ทั้งเป็นรูปธรรมและนามธรรม ที่เป็นรูปธรรมสามารถใช้เครื่องมือบางอย่าง วัดหรือสัมผัสได้ เช่น การเต้นของหัวใจ การยึดตัวของกล้ามเนื้อ พฤติกรรม เหล่านี้เป็นปฏิกิริยาที่มีอยู่ตามสภาพของร่างกาย ส่วนที่เป็นนามธรรม ได้แก่ ความคิด ความรู้สึก เจตคติ ค่านิยม ความคาดหวัง พฤติกรรมภายในนี้ ไม่สามารถสัมผัส หรือวัดได้โดยเครื่องมือต่าง ๆ เพราะไม่มีตัวตนจะเห็นได้เมื่อแสดงพฤติกรรมออกมา พฤติกรรมภายนอกเป็นปฏิกิริยาต่าง ๆ ของบุคคลที่แสดงออกมาทั้งทางวาจาและการกระทำซึ่งปรากฏ ให้บุคคลอื่นเห็นหรือสังเกตได้ เช่น ทาทาง หรือคำพูด ไม่วาจะเป็นน้ำเสียง หรือสีหน้า

เฉลา ประเสริฐสังข (2542) ได้กล่าวหาพฤติกรรม หมายถึง การกระทำหรือ กิริยาอาการตอบสนอง ใดๆ ของอินทรีย์ต่อสิ่งเรามากๆ ซึ่งสามารถสังเกตและตรวจสอบได้ อาจเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นทางร่างกาย ภายนอก และพฤติกรรมจากกระบวนการภายในของอวัยวะต่างๆ

Twaddle (1981) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมของมนุษย์ หมายถึง ปฏิกิริยาต่างๆ ที่บุคคลแสดงออกทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล มีทั้งสังเกตได้และสังเกตไม่ได้ และแตกต่างกัน ออกไปตามสภาพสังคม วัฒนธรรมโดยมักได้รับอิทธิพลจากความคาดหวังของบุคคลรอบตัว สถานการณ์นั้นและประสบการณ์ในอดีต พฤติกรรมของมนุษย์ จึงเป็นการเรียนรู้บางอย่างหนึ่งซึ่งจะสามารถ ทำความเข้าใจได้ ต้องอาศัยปัจจัยเชิงจิตวิทยา ควบคู่ไปกับเงื่อนไขทางสังคม ขณะเกิดการเรียนรู้

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าพฤติกรรม หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกของ มนุษย์มีทั้งที่เป็นรูปธรรม และนามธรรม พฤติกรรมมนุษย์มี 2 ประเภท คือพฤติกรรมภายในและ พฤติกรรมภายนอก พฤติกรรมภายใน เป็นพฤติกรรมที่ไม่สามารถสังเกตเห็นได้โดยตรง แต่มีอิทธิพล ต่อการดำเนินชีวิตและแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมภายนอกได้ เช่น คำพูด สีหน้า ทาทาง เป็นต้น

2.5.2 องค์ประกอบของพฤติกรรม

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ (2536) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบ ของพฤติกรรมว่า ประกอบไปด้วย 3 ส่วน คือ

(1) พฤติกรรมด้านพุทธิปัญญา (Cognitive Domain) พฤติกรรมด้านนี้ เกี่ยวข้องกับความรู้ ความจำ ข้อเท็จจริงต่างๆ รวมทั้งการพัฒนาความสามารถและทักษะทางสติปัญญา การใช้วิจารณ์ญาณเพื่อประกอบการตัดสินใจ พฤติกรรมด้านพุทธิปัญญา ประกอบด้วย ความสามารถ ระดับต่าง ๆ ซึ่งเริ่มต้นจากการรู้ในระดับง่าย ๆ และเพิ่มการใช้ความคิดและพัฒนาสติปัญญามากขึ้นเรื่อยๆ ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจ การนำไปใช้

(2) พฤติกรรมด้านทัศนคติ ค่านิยม ความรู้สึก ความชอบ (Affective Domain) พฤติกรรมด้านนี้ หมายถึง ความสนใจ ความรู้สึก ทาที ความชอบไม่ชอบ การให้คุณค่า การรับ การเปลี่ยนหรือปรับปรุง ค่านิยมที่ยึดถืออยู่ พฤติกรรมด้านนี้ยากต่อการอธิบาย เพราะเกิดภายในจิตใจ ของบุคคล ได้แก่ การรับการตอบสนอง การให้คุณค่า

(3) พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor Domain) พฤติกรรมด้านนี้เป็นการใช้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกาย ซึ่งรวมทั้งการปฏิบัติ หรือพฤติกรรมที่แสดงออก หรือสังเกตได้ใน สถานการณ์หนึ่งๆ หรืออาจจะเป็นพฤติกรรมที่ล้าชา คือ บุคคลที่ไม่ได้ปฏิบัติทันที แต่คาดคะเนว่าจะปฏิบัติในโอกาสต่อไป

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

2.5.3 ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ

จากการศึกษาความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) ได้มี ผู้ให้ความหมายของ พฤติกรรมสุขภาพไว้มากหลายทัศนะ ดังนี้

Kasl and Cobb (1976) ให้ความหมายว่า เป็นการปฏิบัติกิจกรรมใดๆ ของบุคคลที่เชื่อว่าตัวเอง มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันโรคคนหาโรคคอน ที่จะมีอาการของโรค

สุชาติ โสมประยูร และคณะ (2545) ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึงความสามารถ ในการแสดงออกของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพทั้งในด้านความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติ และทักษะโดยเน้นเรื่อง พฤติกรรมสุขภาพที่สามารถสังเกตและวัดได้

Gochman (1998) ได้ให้ความหมาย ของพฤติกรรมสุขภาพไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ คือ คุณสมบัติ สวนบุคคลต่าง ๆ เช่น ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม การรับรู้ และองค์รวมของความรู้อื่น ๆ นอกจากนี้ยังรวมถึงลักษณะ บุคลิกภาพ ความรู้สึกและอารมณ์ ลักษณะอุปนิสัย และรูปแบบพฤติกรรมที่ ปรากฏ เด่นชัด การกระทำ และนิสัยที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพ และการ ป้องกันสุขภาพ

จากความหมายของพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าว สามารถสรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำ หรือการปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ ของบุคคลในภาวะปกติเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค และ ในภาวะเจ็บป่วยเพื่อการรักษา และฟื้นฟูสุขภาพร่างกายให้กลับอยู่ในภาวะปกติ

2.5.4 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง 2 ลักษณะ คือ การดูแลสุขภาพตนเองใน ภาวะปกติ และการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย ดังนี้ (พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคณะ, 2530)

1. การดูแลตนเองในภาวะปกติ (Self Care in Health) เป็นพฤติกรรม การดูแลตนเองและสมาชิกในครอบครัวให้มีสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอเป็นพฤติกรรมที่ทำ ในขณะที่สุขภาพแข็งแรง 2 ลักษณะ คือ

1.1 การส่งเสริมสุขภาพ (Health Maintenance) คือ พฤติกรรม ที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรงปราศจากความเจ็บป่วย สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข และพยายามหลีกเลี่ยงจากอันตราย ต่าง ๆ ที่จะมีผลต่อสุขภาพเป็นพฤติกรรมของประชาชนที่กระทำอย่างสม่ำเสมอ ในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง

1.2 การป้องกันโรค (Disease Prevention) เป็นพฤติกรรมที่กระทำ โดยมุ่งที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยหรือโรคต่างๆ เช่น การไปรับภูมิคุ้มกันโรค โดยแบ่งระดับ ของการป้องกันโรคออกเป็น 3 ระดับ คือ การป้องกันโรคเบื้องต้น (Primary Prevention) การป้องกัน ความรุนแรงของโรค (Secondary Prevention) การป้องกันการแพร่ระบาดของโรค (Tertiary Prevention)

2. การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย (Self Care in Illness) เป็นพฤติกรรมเมื่อบุคคลรับรู้ว่าเขาเองมีความผิดปกติไปจากเดิม ซึ่งอาจจะตัดสินใจด้วยตนเอง จากครอบครัว หรือเครือข่ายสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยมีองค์ประกอบอย่างน้อย 4 ระดับ ด้วยกัน คือ การดูแลสุขภาพของแต่ละบุคคล (Individual Self Care) การดูแลสุขภาพตนเองของ ครอบครัว (Family Care) การดูแลสุขภาพโดยเครือข่ายสังคม (Care from the Extended Social Network) และการดูแลสุขภาพโดยกลุ่มหรือบุคคลในชุมชน (Mutual Aid หรือ Self Help Group)

จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องในสวณนี้สรุปได้ว่า การป้องกันโรคเป็น สวณหนึ่งของการดูแลสุขภาพในภาวะปกติของบุคคลทั่วไปเป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยหรือโรคต่าง ๆ

2.5.5 การจำแนกพฤติกรรมสุขภาพ

จากการศึกษา สามารถจำแนกพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 3 ลักษณะ คือ

1. พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติ ของบุคคลที่มีสุขภาพดี และไม่มีอาการของการเจ็บป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อดูแลสุขภาพให้ แข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอ เช่น การนอนหลับอย่างเพียงพอการรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ ในปริมาณที่เหมาะสม การออกกำลังกายการควบคุม น้ำหนัก การพักผ่อนหย่อนใจ การเดิน การบริหารร่างกาย การไม่บริโภคเครื่องดื่มที่มี Alcohol และการไม่สูบบุหรี่ นอกจากนี้ยังรวมถึง พฤติกรรมเชิงป้องกันในชีวิตประจำวันได้แก่การสวมหมวกป้องกันศีรษะสำหรับผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ การคาดเข็มขัดนิรภัยสำหรับผู้ขับขี่รถยนต์การปฏิบัติตามกฎจราจร และการปฏิบัติตามกฎระเบียบ เพื่อความปลอดภัย ในระหว่างทำงาน

2. พฤติกรรมความเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึงความรู้สึกของ บุคคลที่มีผลต่ออาการ หรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย ซึ่งบุคคลนั้นมีความเชื่อมั่นว่าเป็นอาการของความเจ็บป่วย โดยพยายามอธิบาย หรือตีความหมายอาการที่เกิดขึ้น จากประสบการณ์ของ ตนเอง การปรึกษาเพื่อนบ้านญาติพี่น้องและ

พยายามแสวงหาความช่วยเหลือด้วยวิธีการต่าง ๆ นานา เพื่อให้อาการเหล่านั้นทุเลาลง หรือหมดไปก่อนที่บุคคลนั้นจะมาหาแพทย์

3. พฤติกรรมบทบาทผู้ป่วย (Sick Role Behavior) หมายถึงการกระทำ ที่ตนเองและบุคคลอื่น กำหนดและให้การยอมรับว่าเป็นผู้ป่วยโดยบุคคลนั้นจะเข้าสู่บทบาทผู้ป่วย ตามที่สังคมนั้น ๆ กำหนด เช่น การหยุดจากงานปกติไว้ชั่วคราว การเชื่อฟังและปฏิบัติตามคำสั่งของบุคคลที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์หรือบุคลากรด้านสาธารณสุขอื่น ๆ เพื่อให้อาการเจ็บป่วยนั้นหายและ กลับสู่สภาพปกติขณะเดียวกันบุคคลนั้นจะได้รับการดูแลจากครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ด้วย

จากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ สามารถจำแนกได้เป็น 3 ประเภท คือ พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) ซึ่งเป็นการกระทำของบุคคลซึ่งมีสุขภาพดี เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมความเจ็บป่วย (Illness Behavior) เพื่อแสวงหาวิธีการรักษาพยาบาล และพฤติกรรมบทบาทผู้ป่วย (Sick Role Behavior) เพื่อการรักษาพยาบาลอาการเจ็บป่วยให้หายสู่ สภาพปกติ

2.5.6 ระดับการป้องกันโรค

จากการศึกษา สามารถแบ่งระดับการป้องกันโรคเป็น 3 ระดับ คือ

1. การป้องกันโรคระดับที่หนึ่ง (Primary Prevention) การป้องกันโรคระดับที่หนึ่ง มีจุดมุ่งหมายที่จะกระทำเพื่อขจัดโอกาส ที่โรคจะเกิดขึ้นในมนุษย์ โดยมี 3 แนวทาง คือ ขจัดปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค ป้องกันการสัมผัสระหว่าง ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค และปัจจัยมนุษย์ และเสริมสร้างความเข้มแข็งปัจจัยมนุษย์ในอันที่จะเพิ่มการป้องกันต่อปัจจัยของโรค จุดมุ่งหมายของการป้องกันระดับที่หนึ่ง ไม่เพียงแต่ป้องกันการตายก่อนวัยอันควรและยืดอายุขัย แต่มีความสำคัญในการป้องกันการเจ็บป่วย และส่งเสริมการปรับตัว ให้ดีขึ้น และเสริมสร้างชีวิตที่มีคุณค่า การป้องกันระดับที่หนึ่งประกอบด้วย

1.1 การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) วิธีการป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพไม่ได้เจาะจงต่อโรคใดๆ โดยเฉพาะแต่มีจุดประสงค์ที่จะปรับปรุงสุขภาพโดยทั่วไป และการกินดีอยู่ดีของส่วนบุคคล หรือของชุมชน

1.2 การป้องกันเฉพาะโรค (Specific Protection) เป็นการลดคน ที่มีโอกาสป่วยลงตามสาเหตุของโรคโดยตรง

2. การป้องกันระดับที่สอง (Secondary Prevention) การป้องกันระดับที่สอง เป็นการกระทำซึ่งหยุดยั้งการดำเนินตัวของโรค ในระยะแรกเริ่มและป้องกันอาการแทรกซ้อน การป้องกันระดับที่สอง เป็นแนวคิดของการรักษาพยาบาลทางการแพทย์ เป็นการระงับความเจ็บไข ควบคุม รักษาโรค ป้องกันความพิการและการเสียชีวิต ตลอดจนป้องกันการดำเนินตัวของโรคไปติดต่อรายต่อ ๆ ไปในชุมชน

2.1 การวินิจฉัยโรคล่วงหน้าและการรักษาทันท่วงที (Early Diagnosis and Prompt Treatment) ยิ่งโรคได้รับการตรวจสอบ และรักษาแต่แรกเริ่มเร็วเท่าใด โรคนั้นจะมีการป้องกัน ไปสู่คนอื่น ๆ ในชุมชนได้ดีขึ้นเท่านั้น

2.2 การลดความพิการ (Disability Imitation) เป็นแนวทางการหยุดยั้ง การดำเนินของโรคโดยให้การรักษาพยาบาลอย่างเพียงพอ และพยายามป้องกันอาการแทรกซ้อนต่างๆ เพื่อป้องกันการสูญเสียชีวิตหรือพยายามยืดการเสียชีวิตออกไป

3. การป้องกันระดับที่สาม (Tertiary Prevention) เป็นการป้องกันโรคในระยะที่เป็นการป้องกันในขณะที่โรคเป็นมากแล้ว (Advanced Disease) การป้องกันในระดับนี้จะช่วยพยายามลดภาวะแทรกซ้อนของโรคตลอดจนผลเสีย ที่ตามมาภายหลัง ได้แก่ การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) เป็นการใช้การรวมตัว และการประสานงาน ของมาตรการทาง การแพทย์ สังคม การศึกษา และการฝึกฝนอาชีพ ให้มีระดับความสามารถ ในการทำหน้าที่ ของชีวิตให้ดีขึ้นเท่าที่จะเป็นไปได้

จากแนวทางดังกล่าวสรุปได้ว่า การป้องกันโรคมี 3 ระดับ ประกอบด้วย การป้องกันโรคระดับที่หนึ่ง (Primary Prevention) การป้องกันระดับที่สอง (Secondary Prevention) การป้องกัน ระดับที่สาม (Tertiary Prevention) ในการป้องกันโรคไขเลือดออกเป็นการป้องกันโรคระดับที่หนึ่ง ที่กระทำเพื่อขจัดโอกาสที่โรคจะเกิดขึ้นในมนุษย์ จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องในส่วนนี้ สรุปได้ว่า พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและ ภัยสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติของประชาชนเพื่อการป้องกัน ควบคุมการเกิดโรคและภัยสุขภาพ ในเรื่องโรคที่มี ง่ายกลายเป็นพาหะ โรคฉี่หนู โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และอุบัติเหตุจากการจราจร ซึ่งเป็นโรคและภัยสุขภาพที่เป็น จุดเน้นของการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ 2560 โดยจากผลการสำรวจพฤติกรรมในการป้องกันและ ควบคุมโรคในกลุ่มประชาชนประจำปี 2559 โดยสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ (วิชาญ ปาวันและคณะ, 2559) พบว่าในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันโรคเอชไอวี/ การติดเชื้อเอชไอวี ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 9.26$ จากคะแนนเต็ม 15) มีพฤติกรรมป้องกันโรคไขเลือดออก ในระดับมาก ($\bar{x} = 15.79$ จากคะแนนเต็ม 21) มีพฤติกรรมป้องกันโรคพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ในระดับมาก ($\bar{x} = 20.10$ จาก คะแนนเต็ม 24) และมีพฤติกรรมป้องกันเรื่องอุบัติเหตุจากการจราจร ในระดับมาก ($\bar{x} = 18.69$ จากคะแนนเต็ม 24) ในภาพรวม 4 โรค กลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมการป้องกันและภัยสุขภาพเหมาะสมมาก ร้อยละ 78.8 มี พฤติกรรมเหมาะสมปานกลาง ร้อยละ 20.1 และเหมาะสมน้อยร้อยละ 1.1 นอกจากนี้ ลักษณะประชากร ด้าน เพศ อาชีพหลัก ภูมิภาคและพื้นที่พักอาศัย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.05$) ในทางตรงกันข้าม พบว่า อายุ และการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ ป้องกันโรคและภัยสุขภาพ

นอกจากนี้ยังพบว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ แหล่งข้อมูลการรับรู้ข้อมูล ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ความพึงพอใจต่อ ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ และภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ ในระดับต่ำ ($r \leq .39$)

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “การประเมินผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคของประชาชนไทย ในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี ประจำปี 2561” ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดวิธีดำเนินการวิจัยไว้ดังนี้

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ใช้การวิจัยเชิงบรรยาย และเชิงวิเคราะห์ (Descriptive and Analytical Research) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ได้รับการพัฒนาจากสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งคณะผู้วิจัยได้กำหนดวิธีดำเนินการดังนี้

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่างไว้ดังนี้

ประชากร คือ ประชาชนทั่วไปทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดตราด

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนทั่วไปทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดตราด คัดเลือกอำเภอที่เป็นตัวแทนของจังหวัด 2 อำเภอ โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ได้แก่อำเภอเกาะกูดและอำเภอเขาสมิง และคัดเลือกตำบลที่เป็นตัวแทนของอำเภอ โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ได้แก่ ตำบลเกาะกูด ตำบลเกาะหมาก ในอำเภอเกาะกูด ตำบลสะตอ ตำบลแสนตุง ในอำเภอเขาสมิง การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยให้ประชาชนที่พบทั่วไปทั้งชายและหญิงที่มีอายุ 18ปี ขึ้นไป ที่ยินดีด้วยตนเอง ตำบลละ 53 คน และเพิ่มค่าประมาณการการตอบปฏิเสธไม่ตอบคำถามร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่าง โดยจำนวนตัวอย่างขั้นต่ำตำบลละ 58 คน รวมจำนวน 232 คน รายละเอียดดังตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพื้นที่ที่เป้าหมายในการดำเนินการวิจัย

จังหวัด	อำเภอ	ตำบล	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
ตราด	เกาะกูด	เกาะกูด	58
		เกาะหมาก	58
	เขาสมิง	สะตอ	58
		แสนตุง	58
รวม	2 อำเภอ	4 ตำบล	232

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

1. ยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัย
2. มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
3. อ่านหนังสือได้
4. อยู่ในพื้นที่ที่กำหนด

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)

1. อาสาสมัครมีความไม่สบายใจในขณะที่ทำแบบสอบถาม
2. ตอบคำถามไม่ครบตามที่กำหนดไว้

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ คือ แบบสอบถามการประเมินผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคของประชาชนไทย ประจำปี พ.ศ.2561 ที่จัดทำขึ้นโดยสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โดยแบบสอบถามดังกล่าว ประกอบด้วย 7 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปทางประชากร	จำนวน 4 ข้อ
ตอนที่ 2 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน	จำนวน 4 ข้อ
ตอนที่ 3 ประเภท/ แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ของประชาชน	จำนวน 9 ข้อ
ตอนที่ 4 ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ของประชาชน	จำนวน 10 ข้อ
ตอนที่ 5 ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน	จำนวน 28 ข้อ
ตอนที่ 6 พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชน	จำนวน 31 ข้อ
ตอนที่ 7 ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชน	จำนวน 12 ข้อ

ลักษณะแบบสอบถาม

ตอนที่ 1 ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (check list) และเติมคำลงในช่องว่าง

ตอนที่ 2, 3, 4, 6 และ 7 ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) โดยเป็นข้อความทางบวกและทางลบ ดังนี้

ตอนที่ 2 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน มีมาตรวัด 5 หน่วย ได้แก่ ได้รับเป็นประจำ ได้รับบ่อยครั้ง ได้รับบางครั้ง ได้รับนาน ๆ ครั้ง และไม่เคยได้รับ

ตอนที่ 3 ประเภท/ แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน มีมาตรวัด 5 หน่วย ได้แก่ ได้รับเป็นประจำ ได้รับบ่อยครั้ง ได้รับบางครั้ง ได้รับนาน ๆ ครั้ง และไม่เคยได้รับ

ตอนที่ 4 ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน มีมาตรวัด 4 หน่วย ได้แก่ พึงพอใจมาก พึงพอใจ ไม่พึงพอใจ และไม่พึงพอใจมาก

ตอนที่ 6 พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชน มีมาตรวัด 6 หน่วย ได้แก่ ประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆครั้ง ไม่เคยทำเลย และไม่เกี่ยวข้อง

ตอนที่ 7 ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชน มีมาตรวัด 5 หน่วย ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เกณฑ์การให้คะแนน

ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนของแบบสอบถามแต่ละตอน ดังนี้

- 1) เกณฑ์การให้คะแนนตอนที่ 2, 3, 4 และ 7

ตารางที่ 3.2 เกณฑ์การให้คะแนนตอนที่ 2, 3, 4 และ 7

คำตอบ	คะแนนที่ได้
ได้รับเป็นประจำ/ เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5 คะแนน
ได้รับบ่อยครั้ง/ พึงพอใจมาก/ เห็นด้วย	4 คะแนน
ได้รับบางครั้ง/ พึงพอใจ/ ไม่แน่ใจ	3 คะแนน
ได้รับนาน ๆ ครั้ง/ ไม่พึงพอใจ/ ไม่เห็นด้วย	2 คะแนน
ไม่เคยได้รับ/ ไม่พึงพอใจมาก/ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน

- 2) เกณฑ์การให้คะแนนตอนที่ 6

ตารางที่ 3.3 เกณฑ์การให้คะแนนตอนที่ 6

คำตอบ	ข้อความที่มีความหมายทางบวก	ข้อความที่มีความหมายทางลบ
ประจำ	5	1
บ่อยครั้ง	4	2
บางครั้ง	3	3
นาน ๆ ครั้ง	2	4
ไม่เคยทำเลย	1	5
ไม่เกี่ยวข้อง	5	5

ตอนที่ 5 แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ มีตัวเลือก 3 ตัวเลือก คือ ถูก ผิด และไม่ทราบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกต้องให้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือตอบไม่ทราบให้ 0 คะแนน

การแปลผลคะแนนแบบสอบถาม

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

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

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ที่จัดทำขึ้นโดยสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค ซึ่งใช้วิธีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย ดังนี้

1. การหาความเที่ยงตรง (Validity) การหาความเที่ยงตรง ผู้วิจัยได้ดำเนินการหาคุณภาพของเครื่องมือด้านความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือการวิจัยไปให้ผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคและภัยสุขภาพ ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ รวมจำนวน 5 คน ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา คัดเลือกข้อคำถามที่มีความเที่ยงตรงตั้งแต่ .60 – 1.00 (บุญชม ศรีสะอาด, 2545) มาใช้ในการวิจัยและนำข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญมาพิจารณาแก้ไขปรับปรุงตามที่ผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะ โดยการปรับปรุงในประเด็นความสอดคล้องของคำในข้อคำถาม และการเพิ่มเหตุผลในการปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ หลังจากที่ได้ปรับปรุงข้อคำถามให้มีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแล้วไปทดสอบกับประชาชนที่ไม่ได้ถูกสุ่มมาเป็นตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 60 คน

2. การหาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination Power) ในการหาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยหาค่าอำนาจจำแนกโดยนำแบบสอบถามไปทดลองกับประชาชนที่ไม่ใช่กลุ่มมาเป็นตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 60 คน หลังจากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อคำถามรายข้อ (Item Analysis) ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยรายข้อด้วยสถิติที (t-test) และหาค่า r (Item – Total Correlation) จากนั้นคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และค่า Item-Total Correlation เท่ากับหรือมากกว่า 0.20 (บุญชม ศรีสะอาด, 2545) ไว้เป็นข้อคำถามในแบบสอบถามที่จะนำไปใช้จริง

3. การหาความเชื่อมั่น (Reliability) ดังนี้

3.1 ด้วยวิธีของ Kuder – Richardson สูตร KR-20 ในแบบสอบถามส่วนความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ (ตอนที่ 5) ได้ค่าความเชื่อมั่น .846 ซึ่งแบบสอบถามดังกล่าวมีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่ยอมรับได้

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

ตอนที่ 2 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ได้ค่าความเชื่อมั่น .853

ตอนที่ 3 ประเภท/แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ได้ค่าความเชื่อมั่น .804

ตอนที่ 4 ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ได้ค่าความเชื่อมั่น .874

ตอนที่ 6 พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ได้ค่าความเชื่อมั่น .894

ตอนที่ 7 ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชน ได้ค่าความเชื่อมั่น .944

พร้อมทั้งมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ .933 ซึ่งแบบสอบถามดังกล่าวมีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่ยอมรับได้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2545)

3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

การเตรียมการคัดเลือกผู้ช่วยนักวิจัย โดยเป็นบุคลากรจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี ที่มีมนุษยสัมพันธ์และบุคลิกภาพที่ดีและมีทักษะในการสื่อสาร ซึ่งดำเนินการในการเตรียมการดังนี้

1. ประชุมทีมผู้ช่วยวิจัย เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการ เครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ฝึกทักษะในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้ผู้ช่วยวิจัยฝึกทักษะการเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้ช่วยวิจัยด้วยกัน และประชาชนทั่วไปที่ไม่ได้ถูกสุ่มมาเป็นตัวอย่างในการวิจัย และนำปัญหาที่พบบานำเสนอและอภิปรายวิธีการแก้ไขในกลุ่ม

การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่เป้าหมาย สำหรับการรวบรวมข้อมูลมีการดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยกำหนดพื้นที่ สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลตามแหล่งชุมชนในอำเภอที่เป็นตัวแทน โดยกำหนดสถานที่ ที่จะไปถึงกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1) สถานศึกษา 2) ส่วนราชการ 3) ห้างสรรพสินค้า 4) ตลาด 5) อาคารสำนักงาน 6) สถานีขนส่ง 7) โรงพยาบาล 8) สวนสาธารณะ 9) วัด และ 10) ที่อยู่อาศัยของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้สถานที่ ที่จะเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง ควรมีอย่างน้อย 5 ใน 10 สถานที่ ตามที่กำหนดไว้

2. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการประเมินผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกัน ควบคุมโรคและภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคของประชาชนไทยในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี ประจำปี พ.ศ. 2561 และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลต่าง ๆ หลังจากเสร็จสิ้นการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ก่อนออกจากพื้นที่การวิจัย ดังตารางที่ 3.4

ตารางที่ 3.4 แผนปฏิบัติการการประเมินผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ

พฤติกรรมการป้องกัน ควบคุมโรคและภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคของประชาชนไทย

กิจกรรมในการดำเนินงาน	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.
1. ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง							
2. คัดเลือกและเตรียมทีมเจ้าหน้าที่วิจัย							
3. เก็บข้อมูลภาคสนาม							
4. วิเคราะห์ข้อมูลและประมวลผล							
5. สรุปและอภิปรายผล							
6. เขียนรายงานและจัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์							

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ ดังนี้

3.5.1 สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายคุณลักษณะทางประชากร การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร แหล่งข้อมูลการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสาร ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพของประชาชน และภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1

3.5.2 สถิติอ้างอิง เพื่อใช้ทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปร ได้แก่

1. สถิติไค์สแควร์ (Chi-square) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพหลักกับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2

2. สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ ดังนี้

(2.1) ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ แหล่งข้อมูลหรือช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน กับภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 3

(2.2) ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพกับภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 4

โดยการศึกษาหาความสัมพันธ์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ และได้แปลผลของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (ประคองกรรมสูตร, 2542) ดังนี้

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

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

3.6 จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

1. การศึกษาการประเมินผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคและภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคของประชาชนไทยในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี ประจำปี 2561 เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย เรื่องการประเมินผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคและภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคของประชาชนไทย ประจำปี 2561 โดย สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร เลขที่ Kucsc.HE-61-001 ณ วันที่ 11 พฤษภาคม พ.ศ. 2561 โดยในการวิจัยครั้งนี้ คณะวิจัยได้ให้ความสำคัญอย่างยิ่งต่อจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยโดยการคำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ 3 ประการ (The Belmont Report, 1979) ได้แก่ หลักเคารพต่อบุคคล (Respect for persons) หลักคุณประโยชน์และไม่เป็นโทษ (Beneficence and non-maleficence) และหลักยุติธรรม (Justice)

2. คณะผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด พร้อมทั้งทำหนังสือแจ้งผู้บริหารเรื่องการเก็บข้อมูลกับกลุ่มอาสาสมัครวิจัย

3. ชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัยให้กับกลุ่มอาสาสมัครวิจัย ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ ความสำคัญของการศึกษา วิธีการดำเนินการศึกษา รวมถึงประโยชน์ของการศึกษาจนเป็นที่เข้าใจ และให้เวลาตัดสินใจอย่างอิสระในการเข้าร่วมโครงการวิจัย และลงนามในเอกสารยินยอมการเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยแจกแบบสอบถาม แล้วจึงให้กลุ่มอาสาสมัครวิจัยตอบแบบสอบถามได้อย่างอิสระ

4. สำหรับข้อมูลที่ได้จากการสอบถามกลุ่มอาสาสมัครวิจัย คณะผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับซึ่งจะนำเสนอผลงานในภาพรวมเท่านั้น เมื่อดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล และตีพิมพ์ผลงานวิจัยในวารสารเรียบร้อยแล้วคณะผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลทั้งในรูปของเอกสาร และแผ่น CD ไว้ 3 ปี และนำไปทำลายโดยการใช้เครื่องทำลายเอกสารและเครื่องทำลายแผ่น CD ต่อไป

5. กระบวนการให้ข้อมูลและการขอคำยินยอม ทำได้โดยนักวิจัยหรือผู้ช่วยนักวิจัย แนะนำตนเอง บอกวัตถุประสงค์ของการศึกษาให้กลุ่มอาสาสมัคร หลังจากนั้นให้กลุ่มอาสาสมัครทำความเข้าใจกับเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย การเข้าร่วมโครงการวิจัยของอาสาสมัครครั้งนี้ ให้เป็นไปตามความสมัครใจของอาสาสมัคร ซึ่งมีสิทธิ์จะปฏิเสธหรือยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยให้แจ้งความประสงค์แก่ผู้วิจัยทราบโดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล การเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัย ซึ่งจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่ออาสาสมัคร ทั้งนี้ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นคือ อาสาสมัครอาจเกิดความไม่สบายใจเมื่อต้องตอบคำถาม ซึ่งอาสาสมัครสามารถบอกถึงความไม่สบายใจหรือต้องการหยุดได้ทุกเวลา เมื่อเข้าใจแล้วจึงให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาเรื่อง “การประเมินผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคและภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคของประชาชนไทยในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี ประจำปี พ.ศ. 2561” โดยการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ใช้การวิจัยเชิงบรรยายและเชิงวิเคราะห์ (Descriptive and Analytical Research) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ได้รับการพัฒนาจากสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค โดยผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบสอบถามจำนวน 240 ชุด และทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมการวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป ทั้งนี้ผู้วิจัยได้แบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 4 ส่วน ดังนี้

4.1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละของแต่ละรายการ

4.2 ข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

4.2.1 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน

4.2.2 แหล่งข้อมูลหรือช่องทางของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน

4.2.3 ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน

4.2.4 ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน

4.2.5 พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชน

4.2.6 ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน

4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพหลัก กับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน

4.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ แหล่งข้อมูลหรือช่องทาง การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพกับภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน

4.1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพหลัก โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของประชากร แสดงดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะทางประชากร (n=240)

ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	95	39.6
หญิง	145	60.4
อายุ (ปี)		
18 – 25	62	25.8
26 – 45	59	24.6
46 – 60	66	27.5
60 ปีขึ้นไป	53	22.1
อายุเฉลี่ย = 43.74 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 17.76 อายุสูงสุด = 85 ปี อายุต่ำสุด = 18 ปี		
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	117	48.8
มัธยมศึกษาตอนต้น	26	10.8
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	40	16.7
อนุปริญญาตรี/ปวส.	15	6.2
ปริญญาตรีและ	38	15.8
สูงกว่าปริญญาตรี	4	1.7
อาชีพหลัก		
เกษตรกร	36	15.0
รับจ้างทั่วไป	70	29.2
ค้าขาย	57	23.8
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/พนักงานบริษัท	38	15.8
ไม่ได้ทำงาน (พ่อบ้าน แม่บ้าน)	29	12.0
นักเรียน/นักศึกษา	10	4.2

จากตารางที่ 4.1 พบว่า ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60.4 เป็นเพศหญิง และ ร้อยละ 32.9 อยู่ในช่วงอายุ 46 – 60 ปี (อายุเฉลี่ย 43.74 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 17.76) กลุ่มตัวอย่างจบ การศึกษาชั้นประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. และปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 48.8, 16.7 และ 15.8 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 29.2 รองลงมาค้าขาย และ ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 23.8 และ 15.8 ตามลำดับ

4.2 ข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรค และ ภัยสุขภาพของประชาชน แหล่งข้อมูลหรือช่องทางของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพของ ประชาชน พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชน และภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค ในมุมมองของประชาชน ผลการวิเคราะห์ มีดังต่อไปนี้

4.2.1 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายโรคและระดับของการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร เรื่องโรคและภัยสุขภาพ (n=240)

โรคและภัยสุขภาพของ ประชาชน	ระดับการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร			
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่ได้รับ
1. โรคไข้หวัดใหญ่	125 (52.1)	68 (28.3)	29 (12.1)	18 (7.5)
2. โรคหัวใจและหลอดเลือด	90 (37.5)	66 (27.5)	43 (17.9)	41 (17.1)
3. โรคฉี่หนู	97 (40.4)	71 (29.6)	35 (14.6)	37 (15.4)
4. โรคพิษสุนัขบ้า	152 (63.3)	48 (20.0)	24 (10.0)	16 (6.7)
ภาพรวม	114 (47.5)	110 (45.8)	7 (2.9)	9 (3.8)

จากตารางที่ 4.2 พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 96.2 มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและ ภัยสุขภาพทั้ง 4 โรค อยู่ในระดับมาก มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.5 รองลงมาคือ ระดับ ปานกลาง และ ระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 45.8 และ 2.9 ตามลำดับ เมื่อจำแนกเป็นรายโรคพบว่า

1. โรคไข้หวัดใหญ่ กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารร้อยละ 92.5 โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูล ในระดับมาก มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.1 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง และระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 28.3 และ 12.1 ตามลำดับ

2. โรคหัวใจและหลอดเลือด กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารร้อยละ 82.9 โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลในระดับมาก มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.5 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง และระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 27.5 และ 17.9 ตามลำดับ

3. โรคโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารร้อยละ 84.6 โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลในระดับมาก มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.4 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง และระดับน้อย คิดเป็น ร้อยละ 29.6 และ 14.6 ตามลำดับ

4. โรคพิษสุนัขบ้า กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารร้อยละ 93.3 โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลในระดับมาก มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 63.3 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง และระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 20.0 และ 10.0 ตามลำดับ

4.2.2 แหล่งข้อมูลหรือช่องทางของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามแหล่งข้อมูลหรือช่องทางของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน (n=240)

แหล่งข้อมูลหรือช่องทางของการรับรู้ ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ	ระดับการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร			
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่ได้รับ
1. อินเทอร์เน็ต	120 (50.0)	30 (12.5)	9 (3.8)	81 (33.8)
2. โทรทัศน์ /เคเบิลทีวี	166 (69.2)	45 (18.8)	13 (5.3)	16 (6.7)
3. วิทยุ	51 (21.2)	63 (26.3)	49 (20.4)	77 (32.1)
4. หนังสือพิมพ์ วารสาร นิตยสาร	54 (22.5)	44 (18.3)	38 (15.8)	104 (43.4)
5. สื่อสิ่งพิมพ์	61 (25.4)	47 (19.6)	49 (20.4)	83 (34.6)
6. บุคลากรสาธารณสุข	110 (45.9)	72 (30.0)	27 (11.2)	31 (12.9)
7. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	108 (45.0)	63 (26.2)	36 (15.0)	33 (13.8)
8. ครู อาจารย์ ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา ปราชญ์ชาวบ้าน	71 (29.6)	60 (25.0)	46 (19.2)	63 (26.2)
9. เพื่อนญาติพี่น้อง	84 (35.1)	59 (24.5)	56 (23.3)	41 (17.1)
ภาพรวม	85 (35.4)	127 (52.9)	27 (11.3)	1 (0.4)

จากตารางที่ 4.3 พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพจากแหล่งข้อมูลข่าวสาร อยู่ในระดับปานกลาง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.9 รองลงมาคือ ระดับสูง และระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 35.4 และ 11.3 ตามลำดับ เมื่อจำแนกเป็นรายแหล่งข้อมูลหรือช่องทางของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ พบว่า

1. อินเทอร์เน็ต กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารร้อยละ 66.3 โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.0 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง และระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 12.5 และ 3.8 ตามลำดับ

2. โทรทัศน์ /เคเบิลทีวี กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารร้อยละ 93.3 โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 69.2 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง และระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 18.8 และ 5.3 ตามลำดับ

3. วิทย์ กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารร้อยละ 67.9 โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลในระดับปานกลาง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 26.3 รองลงมาคือ ระดับสูง และระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 21.2 และ 20.4 ตามลำดับ

4. หนังสือพิมพ์ วารสาร นิตยสาร กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารร้อยละ 56.6 โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 22.5 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง และระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 18.3 และ 15.8 ตามลำดับ

5. สื่อสิ่งพิมพ์ กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารร้อยละ 65.4 โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 25.4 รองลงมาคือ ระดับน้อย และระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 20.4 และ 19.6 ตามลำดับ

6. บุคลากรสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารร้อยละ 87.1 โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.9 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง และระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 30.0 และ 11.2 ตามลำดับ

7. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารร้อยละ 86.2 โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.0 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง และระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 26.2 และ 15.0 ตามลำดับ

8. ครู อาจารย์ ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา ประชาชนในบ้าน กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารร้อยละ 73.8 โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 29.6 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง และระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 25.0 และ 19.2 ตามลำดับ

9. เพื่อนญาติพี่น้อง กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารร้อยละ 82.9 โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.1 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง และระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 24.5 และ 23.3 ตามลำดับ

4.2.3 ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ

ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน	ระดับความพึงพอใจ		
	ระดับมากที่สุด	ระดับพึงพอใจ	ไม่พึงพอใจ
1. โรคไข้หวัดใหญ่	49 (20.4)	161 (67.1)	30 (12.5)

2. โรคหัวใจและหลอดเลือด	51 (21.3)	153 (63.7)	36 (15.0)
3. โรคหัวใจ	48 (20.0)	157 (65.4)	35 (14.6)
4. โรคพิษสุนัขบ้า	74 (30.8)	144 (60.0)	22 (9.2)
5. ข้อมูลข่าวสารมีประโยชน์	64 (26.7)	164 (68.3)	12 (5.0)
6. ข้อมูลข่าวสารน่าสนใจ	63 (26.3)	166 (69.2)	11 (4.5)
7. ข้อมูลข่าวสารน่าเชื่อถือ	49 (20.4)	173 (72.1)	18 (7.5)
8. ข้อมูลข่าวสารเข้าใจง่าย	44 (18.3)	181 (75.4)	15 (6.3)
10. ข้อมูลข่าวสารมีเนื้อหาพอเพียง	40 (16.7)	181 (75.4)	19 (7.9)
11. ข้อมูลข่าวสารนำเสนอได้ทันเวลา	46 (19.2)	174 (72.5)	20 (8.3)
ภาพรวม	219 (91.3)	21 (8.7)	0 (0.0)

จากตารางที่ 4.4 พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรค และ ภัยสุขภาพอยู่ในระดับมาก มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 91.3 รองลงมาคือ ระดับพึงพอใจ คิดเป็นร้อยละ 8.7 ตามลำดับ เมื่อจำแนกเป็นรายข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน พบว่า

1. โรคไข้หวัดใหญ่ กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอยู่ในระดับพึงพอใจ มากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 67.1 รองลงมาคือ ระดับมาก และระดับไม่พึงพอใจ คิดเป็นร้อยละ 20.4 และ 12.5 ตามลำดับ
2. โรคหัวใจและหลอดเลือด กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอยู่ในระดับพึงพอใจ มากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 63.7 รองลงมาคือ ระดับมาก และระดับไม่พึงพอใจ คิดเป็นร้อยละ 21.3 และ 15.0 ตามลำดับ
3. โรคหัวใจ กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอยู่ในระดับพึงพอใจ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 65.4 รองลงมาคือ ระดับมาก และระดับไม่พึงพอใจ คิดเป็นร้อยละ 20.0 และ 14.6 ตามลำดับ
4. โรคพิษสุนัขบ้า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอยู่ในระดับพึงพอใจ มากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 60.0 รองลงมาคือ ระดับมาก และระดับไม่พึงพอใจ คิดเป็นร้อยละ 30.8 และ 9.2 ตามลำดับ
5. ความเป็นประโยชน์ของข้อมูลข่าวสาร กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอยู่ในระดับพึงพอใจ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 68.3 รองลงมาคือ ระดับมาก และระดับไม่พึงพอใจ คิดเป็นร้อยละ 26.7 และ 5.0 ตามลำดับ
6. ความน่าสนใจของข้อมูลข่าวสาร กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอยู่ในระดับพึงพอใจ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 69.2 รองลงมาคือ ระดับมาก และระดับไม่พึงพอใจ คิดเป็นร้อยละ 26.3 และ 4.5 ตามลำดับ
7. ความน่าเชื่อถือของข้อมูลข่าวสาร กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอยู่ในระดับพึงพอใจ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 72.1 รองลงมาคือ ระดับมาก และระดับไม่พึงพอใจ คิดเป็นร้อยละ 20.4 และ 7.5 ตามลำดับ
8. ข้อมูลข่าวสารเข้าใจง่าย กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอยู่ในระดับพึงพอใจ มากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 75.4 รองลงมาคือ ระดับมาก และระดับไม่พึงพอใจ คิดเป็นร้อยละ 18.3 และ 6.3 ตามลำดับ
9. การมีเนื้อหาที่เพียงพอของข้อมูลข่าวสาร กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 75.4 รองลงมาคือ ระดับมาก และระดับไม่พึงพอใจ คิดเป็นร้อยละ 16.7 และ 7.9 ตามลำดับ

10. การนำเสนอข้อมูลข่าวสารได้ทันเวลา กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 72.5 รองลงมาคือ ระดับมาก และระดับไม่พึงพอใจ คิดเป็นร้อยละ 19.2 และ 8.3 ตามลำดับ

4.2.4 ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ

ตารางที่ 4.5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชนในภาพรวม (n=240)

ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ	ระดับความรู้		
	ระดับสูง	ระดับปานกลาง	ระดับต่ำ
1. โรคไข้หวัดใหญ่	149 (62.1)	76 (31.7)	15 (6.2)
2. โรคหัวใจและหลอดเลือด	125 (52.1)	76 (31.7)	39 (16.2)
3. โรคฉี่หนู	130 (54.2)	79 (32.9)	31 (12.9)
4. โรคพิษสุนัขบ้า	162 (67.5)	56 (23.3)	22 (9.2)
ภาพรวม	167 (69.6)	58 (24.2)	15 (6.2)

$\bar{X} = 19.98, S.D. = 5.76, \text{Min} = 0, \text{Max} = 28$

จากตารางที่ 4.5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 69.6 ($\bar{X} = 19.98, S.D = 5.76$) รองลงมาคือ ระดับปานกลาง และระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 24.2 และ 6.2 ตามลำดับ เมื่อจำแนกเป็นรายโรค พบว่า

1. โรคไข้หวัดใหญ่ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่อยู่ในระดับสูง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 62.1 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง และระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 31.7 และ 6.2ตามลำดับ
2. โรคหัวใจและหลอดเลือด กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในระดับสูง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.1 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง และระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 31.7 และ 16.2 ตามลำดับ
3. โรคฉี่หนู กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคฉี่หนูอยู่ในระดับสูง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.2 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง และระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 32.9 และ 12.9 ตามลำดับ
4. โรคพิษสุนัขบ้า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าอยู่ในระดับสูง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 67.5 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง และระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 23.3 และ 9.2 ตามลำดับ

4.2.5 พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

(1) พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาพรวมและรายโรค

ตารางที่ 4.6 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชนในภาพรวม (n=240)

พฤติกรรมกำรป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	ระดับพฤติกรรม		
	ระดับสูง	ระดับปานกลาง	ระดับต่ำ
1. โรคไข้หวัดใหญ่	134 (55.9)	104 (43.3)	2 (0.8)
2. โรคหัวใจและหลอดเลือด	107 (44.6)	125 (52.1)	8 (3.3)
3. โรคผิวหนังโรค	46 (19.2)	193 (79.5)	3 (1.3)
4. โรคพิษสุนัขบ้า	203 (84.6)	36 (15.0)	1 (0.4)
ภาพรวม	115 (47.9)	125 (52.1)	0 (0.0)
$\bar{X} = 104.05, S.D. = 13.16, \text{Min} = 52, \text{Max} = 145$			

จากตารางที่ 4.6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกำรป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.1 ($\bar{X} = 104.05, S.D = 13.16$) รองลงมาคือ ระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 47.9 เมื่อจำแนกเป็นรายโรค พบว่า

1. โรคไข้หวัดใหญ่ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกำรป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพ อยู่ในระดับสูง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.9 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง และระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 43.3 และ 0.8 ตามลำดับ

2. โรคหัวใจและหลอดเลือด กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกำรป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.1 รองลงมาคือ ระดับสูง และระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 44.6 และ 3.3 ตามลำดับ

3. โรคผิวหนังโรค กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกำรป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 79.5 รองลงมาคือ ระดับสูง และระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 19.2 และ 1.3 ตามลำดับ

4. โรคพิษสุนัขบ้า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกำรป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพอยู่ในระดับสูง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 84.6 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง และระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 15.0 และ 0.4 ตามลำดับ

(2) พฤติกรรมกำรป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพรายโรค

ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมกำรป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน จำแนกตามรายโรคและรายข้อคำถาม (n=240)

พฤติกรรมกำรป้องกันโรคและภัยสุขภาพ	Mean	S.D.	ระดับ
โรคไข้หวัดใหญ่			
1. ท่านศึกษาข้อมูลเรื่องโรคไข้หวัดใหญ่เพื่อให้มีการป้องกันตนเองได้อย่างถูกต้อง	2.84	1.36	ปานกลาง
2. ท่านสื่อสารและบอกกล่าวเรื่องโรคไข้หวัดใหญ่เพื่อให้คนรอบข้างมีการป้องกันโรคได้ถูกต้อง	2.85	1.33	ปานกลาง

3. ท่านหยุดงาน หยุดเรียน พักผ่อนอยู่ที่บ้าน เมื่อป่วยเป็นโรคไข้หวัดใหญ่	3.92	1.36	มาก
4. ท่านปิดปาก ปิดจมูก เวลาไอจาม	3.82	1.23	มาก
5. ท่านล้างมือบ่อย ๆ ด้วยน้ำและสบู่หรือแอลกอฮอล์เจล	3.87	0.99	มาก
6. ท่านคลุกคลีใกล้ชิดกับผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่	4.08	1.20	มาก
7. ท่านฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ปีละ 1 ครั้ง	2.77	1.68	ปานกลาง
โรคหัวใจและหลอดเลือด			
8. ท่านศึกษาข้อมูลเรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือดเพื่อให้มีการป้องกันตนเองได้อย่างถูกต้อง	2.68	1.40	ปานกลาง
9. ท่านสื่อสารและบอกกล่าวเรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือดเพื่อให้คนรอบข้างมีการป้องกันโรคได้อย่างถูกต้อง	2.56	1.36	ปานกลาง
10. ท่านไปตรวจระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิต	3.30	1.49	ปานกลาง
11. ท่านไปตรวจระดับคอเลสเตอรอลในเลือดหรือไขมันในเลือด	3.07	1.53	ปานกลาง
12. ท่านศึกษาวิธีการเลิกบุหรี่หรือนำมาให้กับคนรอบข้างเลิกบุหรี่	3.49	1.47	ปานกลาง
13. ท่านรับประทานอาหารประเภทหวานจัด เค็มจัด และมีไขมันสูง (อย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง)	3.12	1.16	ปานกลาง
14. ท่านออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 – 5 วันๆ ละอย่างน้อย 30 นาที	2.93	1.25	ปานกลาง
15. เมื่อท่านรู้สึกเครียด ท่านได้จัดการความเครียด เช่น ดูโทรทัศน์ ดูหนัง ฟังเพลง หรือพบปะพูดคุยกับเพื่อน	3.85	1.25	มาก

พฤติกรรมป้องกันโรคและภัยสุขภาพ	Mean	S.D.	ระดับ
โรคฉี่หนู			
16. ท่านศึกษาข้อมูลเรื่องโรคฉี่หนูเพื่อให้มีการป้องกันตนเองได้อย่างถูกต้อง	2.80	1.38	ปานกลาง
17. ท่านสื่อสารและบอกกล่าวเรื่องโรคฉี่หนู เพื่อให้คนรอบข้างมีการป้องกันโรคได้อย่างถูกต้อง	2.66	1.35	ปานกลาง
18. ท่านสังเกตตนเอง เช่น น้ำหนักลด อากาศไอ อากาศใช้ ซึ่งเป็นอาการเตือนให้ไปตรวจคัดกรองวัณโรคทุกครั้งที่สูงสั	2.60	1.36	ปานกลาง

19. ทานน้ำล้างของเครื่องใช้ เช่น ที่นอน ผ้าห่ม หมอน ไปฝั่งแดด	3.65	1.27	ปานกลาง
20. ทานบ้วนน้ำลายหรือเสมหะในที่สาธารณะ	4.20	1.12	มาก
21. เมื่อท่านมีอาการไอหรือจาม ท่านใช้ผ้าหรือกระดาษปิดปากปิดจมูกทุกครั้ง	2.34	1.10	ปานกลาง
22. ท่านช่วยกระตุ้นคนใกล้ชิดที่เป็นวัณโรคให้ปรึกษาโดยไม่ให้ขาดยา	1.64	1.16	น้อย

โรคพิษสุนัขบ้า

23. ท่านศึกษาข้อมูลเรื่องโรคพิษสุนัขบ้าเพื่อให้มีการป้องกันตนเองได้อย่างถูกต้อง	2.33	1.13	น้อย
24. ท่านสื่อสารและบอกกล่าวเรื่องโรคพิษสุนัขบ้าให้คนรอบข้างมีการป้องกันโรคได้อย่างถูกต้อง	1.91	1.53	น้อย
25. ท่านแหย่ให้สุนัขโมโท โกรธ หรือทำให้ตกใจ	4.47	0.98	มาก
26. ท่านเล่นกับสุนัขไม่ทราบประวัติ	4.41	1.03	มาก
27. ท่านแยกสุนัขที่กำลังกัดกันด้วยมือเปล่า	4.66	0.82	มาก
28. ท่านโดนสุนัข แมว กัดข่วน	4.29	1.04	มาก
29. ท่านชอบเล่นกับสุนัขแมวทั้งมีเจ้าของและไม่มีเจ้าของ	4.04	1.22	มาก
30. ท่านหยิบขามข้าวหรือเคลื่อนย้ายอาหารขณะสุนัขกำลังกินอาหาร	4.52	0.96	มาก
31. ท่านเข้าใกล้สุนัขหรือสัตว์ต่าง ๆ นอกบ้านที่ไม่มีเจ้าของหรือไม่ทราบประวัติ	4.39	1.04	มาก

จากตารางที่ 4.7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพในรายโรค และรายประเด็นพฤติกรรม ดังต่อไปนี้

1. โรคไข้หวัดใหญ่ มีระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับมาก โดยประเด็น (ข้อที่ 6) ท่านคลุกคลีใกล้ชิดกับผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ถูกต้อง มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 4.08$, S.D. = 1.20) และประเด็น (ข้อที่ 7) ท่านฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ปีละ 1 ครั้ง มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{x} = 2.77$, S.D. = 1.68)

2. โรคหัวใจและหลอดเลือด มีระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับมาก โดยประเด็น (ข้อที่ 15) เมื่อท่านรู้สึกเครียด ท่านได้จัดการความเครียด เช่น ดูโทรทัศน์ ดูหนัง ฟังเพลง หรือพบปะพูดคุยกับเพื่อน เป็นต้น กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ถูกต้อง มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 3.85$, S.D. = 1.25) และประเด็น (ข้อที่ 9) ท่านสื่อสารและบอกกล่าวเรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด เพื่อให้คนรอบข้างมีการป้องกันโรคได้อย่างถูกต้อง มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{x} = 2.56$, S.D. = 1.36)

3. โรคไวรัสโรค มีระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรคอยู่ในระดับน้อยถึงระดับมาก โดยประเด็น (ข้อที่ 20) ท่านบ้วนน้ำลายหรือเสมหะในที่สาธารณะ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่ถูกต้อง มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 4.20$, S.D. = 1.12) และประเด็น (ข้อที่ 22) ท่านช่วยกระตุ้นคนใกล้ชิดที่เป็นวัณโรคให้ไปรักษาโดยไม่ให้ขาดยา มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{x} = 1.64$, S.D. = 1.16)

4. โรคพิษสุนัขบ้า มีระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรคอยู่ในระดับน้อยและระดับมาก ในประเด็น (ข้อที่ 27) ท่านแยกสุนัขที่กำลังกัดกันด้วยมือเปล่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่ถูกต้อง มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 4.66$, S.D. = 0.82) และประเด็น (ข้อที่ 24) ท่านสื่อสารและบอกกล่าวเรื่องโรคพิษสุนัขบ้าเพื่อให้คนรอบข้างมีการป้องกันโรคได้อย่างถูกต้อง มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{x} = 1.91$, S.D. = 1.53)

4.2.6 ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชน

(1) ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชนในภาพรวม

ตารางที่ 4.8 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับภาพลักษณ์
ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชนในภาพรวม (n=240)

ตัวแปร	ระดับความคิดเห็น		
	ระดับสูง	ระดับปานกลาง	ระดับต่ำ
ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมอง ประชาชนในภาพรวม	216 (90.0)	23 (9.6)	1 (0.4)
$\bar{X} = 48.26$, S.D. = 6.53, Min = 12, Max = 60			

จากตารางที่ 4.8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชนในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 90.0 ($\bar{X} = 48.26$, S.D = 6.53) รองลงมาคือ ระดับปานกลางและระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 9.6 และ 0.4 ตามลำดับ

(2) ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชน จำแนกเป็นรายชื่อ

ตารางที่ 4.9 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค
ในมุมมองประชาชน จำแนกเป็นรายชื่อ (n = 240)

ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชน	Mean	S.D.	ระดับ
1. กรมควบคุมโรคเป็นองค์กรที่มีนโยบายที่ทันสมัยและเป็น ประโยชน์ต่อส่วนรวม	4.09	0.68	มาก

2. กรมควบคุมโรคเป็นองค์กรที่มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรค และภัยสุขภาพที่มีประโยชน์ให้แก่ประชาชนได้	4.13	0.59	มาก
3. บุคลากรของกรมควบคุมโรคมีความรู้ ความสามารถในการ ปฏิบัติงานเป็นอย่างดี	4.00	0.71	มาก
4. บุคลากรของกรมควบคุมโรคเป็นที่พึ่งให้แก่ประชาชนในด้านการ ป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	4.05	0.63	มาก
5. กรมควบคุมโรคมีกระบวนการทำงานในการรับมือกับโรคและภัย สุขภาพที่คุ้มค่าอย่างทันการณ	3.92	0.68	มาก
6. กรมควบคุมโรคมีการส่งเสริม ถ่ายทอด แลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้แก่ ประชาชนเรื่องโรคและภัยสุขภาพอย่างต่อเนื่อง	4.00	0.66	มาก
7. การสื่อสารของกรมควบคุมโรคทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพในประชาชน	3.92	0.72	มาก
8. กรมควบคุมโรคมีเครือข่ายในการป้องกันควบคุมโรคที่เข้มแข็ง	4.00	0.67	มาก
9. กรมควบคุมโรคมีวิธีการใหม่ๆ ในการป้องกันและควบคุมโรค	3.96	0.71	มาก
10. กรมควบคุมโรคเป็นหน่วยงานที่ทำให้ประชาชนปลอดภัยจาก โรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศ	4.09	0.63	มาก
11. กรมควบคุมโรคเป็นหน่วยงานที่ปกป้องประชาชนไม่ให้เกิดรับ ผลกระทบจากโรคและภัยสุขภาพที่มาจากนานาชาติ	3.99	0.67	มาก
12. กรมควบคุมโรคเป็นหนึ่งในหน่วยงานที่สำคัญในระดับประเทศที่ทำให้ ประชาชนมีสุขภาพดี ปราศจากโรคและภัยสุขภาพ	4.11	0.66	มาก

จากตารางที่ 4.9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นที่มีต่อภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค ในทุก ประเด็นอยู่ในระดับมาก โดยประเด็น (ข้อที่ 2) กรมควบคุมโรคเป็นองค์กรที่มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร เรื่องโรคและภัยสุขภาพที่มีประโยชน์ให้แก่ประชาชนได้ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 4.13$, S.D. = 0.59) และ ในประเด็น (ข้อที่ 5) กรมควบคุมโรคมีกระบวนการทำงานในการรับมือกับโรคและภัยสุขภาพที่คุ้มค่าอย่างทัน การณ และ (ข้อที่ 7) การสื่อสารของกรมควบคุมโรคทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในประชาชน มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x} = 3.92$, S.D. = 0.68 และ $\bar{x} = 3.92$, S.D. = 0.72 ตามลำดับ)

4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทางประชากรกับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ของประชาชน

ตารางที่ 4.10 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรกับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและ ภัยสุขภาพของประชาชน

คุณลักษณะทางประชากร	ระดับพฤติกรรมการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพของ ประชาชน	รวม	χ^2	P- value
---------------------	--	-----	----------	----------

	มาก	ปานกลางและน้อย			
เพศ				7.727*	.005
ชาย	35 (14.6)	60 (25.0)	95 (39.6)		
หญิง	80 (33.3)	65 (27.1)	145 (60.4)		
อายุ (ปี)				17.386**	.001
18 – 25	17 (7.1)	45 (18.8)	62 (25.8)		
26 – 45	27 (11.3)	32 (13.3)	59 (24.6)		
46 – 60	38 (15.8)	28 (11.7)	66 (27.5)		
60 ปีขึ้นไป	33 (13.8)	20 (8.3)	53 (22.1)		
ระดับการศึกษา				10.192*	.037
ประถมศึกษา	61 (25.4)	56 (23.3)	117 (48.8)		
มัธยมศึกษาตอนต้น	12 (5.0)	14 (5.8)	26 (10.8)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	11 (4.6)	29 (12.1)	40 (16.7)		
อนุปริญญาตรี/ ปวส.	6 (2.5)	9 (3.8)	15 (6.3)		
ปริญญาตรี และสูงกว่า	25 (10.4)	17 (7.1)	42 (17.5)		
อาชีพหลัก				6.038	.196
เกษตรกรรม	20 (8.3)	16 (6.7)	36 (15.0)		
รับจ้างทั่วไป	27 (11.3)	43 (17.9)	70 (29.2)		
ค้าขาย	28 (11.7)	29 (12.1)	57 (23.8)		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	23 (9.6)	15 (6.3)	38 (15.8)		
และพนักงานบริษัท					
ไม่ได้ทำงาน และ	17 (7.1)	22 (9.2)	39 (16.3)		
นักเรียน/นักศึกษา					
รวม	115 (47.9)	125 (52.1)	240 (100.0)		

จากตารางที่ 4.10 พบว่า ตัวแปรคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) แต่พบว่าอาชีพหลัก ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน

4.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ แหล่งข้อมูลหรือช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ กับภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค ในมุมมองของประชาชน

ตารางที่ 4.11 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค ในมุมมองประชาชน

ปัจจัย	PC	PS	SA	KL	BH	IM
--------	----	----	----	----	----	----

PC	1					
PS	.605**	1				
SA	.521**	.479**	1			
KL	.363**	.229**	.222**	1		
BH	.508**	.414**	.458**	.412**	1	
IM	.326**	.280**	.374**	.265**	.413**	1

** $p < .01$

จากตารางที่ 4.11 พบว่า พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคโรคและภัยสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชนในระดับปานกลาง ($r = .413$) ส่วนการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ แหล่งข้อมูลการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพรายโรค และความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชนในระดับต่ำ ($r = .326, .280, .374$ และ $.265$ ตามลำดับ)

หมายเหตุ :

PC = การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ

PS = ประเภท/แหล่งข้อมูลการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ

SA = ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพรายโรค

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่อง “การประเมินผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคและภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคของประชาชนไทยในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี ประจำปี พ.ศ. 2561” มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาคุณลักษณะทางประชากรการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร แหล่งข้อมูลการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสาร ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน และภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค (2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทางประชากรกับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน (3) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ข้อมูลข่าวสารกับภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชน และ (4) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคกับภัยสุขภาพของประชาชน และภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนทั่วไปทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดตราด โดยเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ ตำบลเกาะกูด ตำบลเกาะหมาก อำเภอเกาะกูด และตำบลสะตอ ตำบลแสนตอ อำเภอเขาสมิง รวมจำนวน 4 ตำบล จำนวน 240 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ

พฤติกรรมกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคของประชาชนไทย ที่จัดทำขึ้นโดยสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอ้างอิง ได้แก่ สถิติไคว์สแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน โดยคณะผู้วิจัยสรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย ดังนี้

5.1 สรุปผลการวิจัย

5.1.1 ข้อมูลคุณลักษณะประชากร

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.4 และเป็นเพศชาย ร้อยละ 39.6 ตามลำดับ มีอายุอยู่ในช่วง 46 – 60 ปี (อายุเฉลี่ย 43.74 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 17.76) จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา มัธยมศึกษา ตอนปลาย/ปวช. และปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 48.8, 16.7 และ 15.8 ตามลำดับ ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 29.2 รองลงมาค้าขาย และข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 23.8 และ 15.8 ตามลำดับ

5.1.2 ปัจจัยด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 96.2 รับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพในภาพรวมทั้ง 4 โรค โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับมาก มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.5 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง และระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 45.8 และ 2.9 ตามลำดับ เมื่อจำแนกเป็นรายโรค พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารโรคพิษสุนัขบ้ามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 93.3 รองลงมาคือ โรคไข้หวัดใหญ่ โรคฉี่หนู และโรคหัวใจ และหลอดเลือด คิดเป็นร้อยละ 92.5, 84.6 และ 82.9 ตามลำดับ

5.1.3 ปัจจัยด้านแหล่งข้อมูลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพจากแหล่งข้อมูลข่าวสาร อยู่ในระดับปานกลาง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.9 รองลงมาคือ ระดับสูง และระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 35.4 และ 11.3 ตามลำดับ เมื่อจำแนกเป็นรายแหล่งข้อมูลหรือช่องทางของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารจากโทรทัศน์ /เคเบิลทีวี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 93.3 รองลงมาคือ บุคลากรสาธารณสุข (ร้อยละ 87.1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ร้อยละ 86.2) เพื่อน/ญาติพี่น้อง (ร้อยละ 82.9) ครู/อาจารย์/ผู้นำชุมชน/ผู้นำศาสนา/ปราชญ์ชาวบ้าน (ร้อยละ 73.8) วิทยุ (ร้อยละ 67.9) อินเทอร์เน็ต (ร้อยละ 66.3) สื่อสิ่งพิมพ์ (ร้อยละ 65.4) และหนังสือพิมพ์ วารสาร นิตยสาร (ร้อยละ 56.6) ตามลำดับ

5.1.4 ปัจจัยด้านความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพอยู่ในระดับมาก มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 91.3 รองลงมาคือ ระดับพึงพอใจ คิดเป็นร้อยละ 8.7 ตามลำดับ เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ด้านข้อมูลข่าวสารเข้าใจง่าย และการมีเนื้อหาที่เพียงพอของข้อมูลข่าวสาร มากที่สุด ในอัตราที่เท่ากันคือ ร้อยละ 75.4 รองลงมาคือ การนำเสนอข้อมูลข่าวสารได้ทันเวลา (ร้อยละ 72.5) ความน่าเชื่อถือของข้อมูลข่าวสาร (ร้อยละ 72.1) ความน่าสนใจของข้อมูลข่าวสาร (ร้อยละ 69.2) ความเป็นประโยชน์ของข้อมูลข่าวสาร (ร้อยละ 68.3) โรคไข้หวัดใหญ่ (ร้อยละ

67.1) โรคฉี่หนู (ร้อยละ 65.4) โรคหัวใจ และหลอดเลือด (ร้อยละ 65.4) และโรคพิษสุนัขบ้า (ร้อยละ 60.0) ตามลำดับ

5.1.5 ปัจจัยด้านความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 69.6 ($\bar{x} = 19.98$, S.D = 5.76) รองลงมาคือ ระดับปานกลาง และระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 24.2 และ 6.2 ตามลำดับ เมื่อจำแนกเป็นรายโรค พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าอยู่ในระดับสูง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 67.5 รองลงมาคือ โรคไข้หวัดใหญ่ (ร้อยละ 62.1) โรคฉี่หนู (ร้อยละ 54.2) และโรคหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 52.1) ตามลำดับ

5.1.6 พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.1 ($\bar{X} = 104.05$, S.D = 13.16) รองลงมาคือ ระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 47.9 ตามลำดับ เมื่อจำแนกเป็นรายโรค พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าอยู่ในระดับสูง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 84.6 รองลงมาคือ โรคไข้หวัดใหญ่ (ร้อยละ 55.9) กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคฉี่หนูอยู่ในระดับปานกลาง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 79.5 และโรคไข้หวัดใหญ่ อยู่ในระดับสูง มากที่สุด (ร้อยละ 55.9) ตามลำดับ และเมื่อจำแนกเป็นรายโรคและรายประเด็นพฤติกรรม พบว่า

(1) โรคไข้หวัดใหญ่ มีระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง ถึงระดับมาก โดยประเด็น (ข้อที่ 6) ท่านคลุกคลีใกล้ชิดกับผู้ป่วยไข้หวัดใหญ่ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่

ถูกต้อง มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 4.08$, S.D. = 1.20) และประเด็น (ข้อที่ 7) ท่านฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ปีละ 1 ครั้ง มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{x} = 2.77$, S.D. = 1.68)

(2) โรคหัวใจและหลอดเลือด มีระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับมาก โดยประเด็น (ข้อที่ 15) เมื่อท่านรู้สึกเครียด ท่านได้จัดการความเครียด เช่น ดูโทรทัศน์ ดูหนัง ฟังเพลง หรือพบปะพูดคุยกับเพื่อน เป็นต้น กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่ถูกต้อง มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 3.85$, S.D. = 1.25) และประเด็น (ข้อที่ 9) ท่านสื่อสารและบอกกล่าวเรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด เพื่อให้คนรอบข้างมีการป้องกันโรคได้อย่างถูกต้อง มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{x} = 2.56$, S.D. = 1.36)

(3) โรคฉี่หนู มีระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรคอยู่ในระดับน้อยถึงระดับมาก โดยประเด็น (ข้อที่ 20) ท่านบ้วนน้ำลายหรือเสมหะในที่สาธารณะกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่ถูกต้อง มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 4.20$, S.D. = 1.12) และประเด็น (ข้อที่ 22) ท่านช่วยกระตุ้นคนใกล้ชิดที่เป็นวัณโรค ให้ไปรักษาโดยไม่ให้ขาดยา มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{x} = 1.64$, S.D. = 1.16)

(4) โรคพิษสุนัขบ้า มีระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรคอยู่ในระดับน้อย และระดับมาก ในประเด็น (ข้อที่ 27) ท่านแยกสุนัขที่กำลังกัดกันด้วยมือเปล่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่ถูกต้อง มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 4.66$, S.D. = 0.82) และประเด็น (ข้อที่ 24) ท่านสื่อสาร และบอกกล่าวเรื่องโรคพิษสุนัขบ้าเพื่อให้คนรอบข้างมีการป้องกันโรคได้อย่างถูกต้อง มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{x} = 1.91$, S.D. = 1.53)

5.1.7 ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 90.0 มีความคิดเห็นเชิงบวกต่อภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค อยู่ในระดับมาก รองลงมาอยู่ในระดับปานกลางและระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 9.6 และ 0.4 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยด้านภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 48.26$, S.D. = 6.53) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นที่มีต่อภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค ในทุกประเด็นอยู่ในระดับมาก โดยประเด็น (ข้อที่ 2) กรมควบคุมโรคเป็นองค์กรที่มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ที่มีประโยชน์ให้แก่ประชาชนได้ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{x} = 4.13$, S.D. = 0.59) และในประเด็น (ข้อที่ 5) กรมควบคุมโรคมีกระบวนการทำงานในการรับมือกับโรคและภัยสุขภาพที่คุ้มค่าอย่างทันการณ์ และ (ข้อที่ 7) การสื่อสารของกรมควบคุมโรคทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในประชาชน มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{x} = 3.92$, S.D. = 0.68 และ $\bar{x} = 3.92$, S.D. = 0.72 ตามลำดับ)

5.1.8 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทางประชากรกับพฤติกรรมกำหนัดป้องกันควบคุมโรคและ ภัยสุขภาพของประชาชน พบว่า ตัวแปรคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำหนัดป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) แต่พบว่า อาชีพหลัก ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำหนัดป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ของประชาชน

5.1.9 พฤติกรรมกำหนัดป้องกันโรคและภัยสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาพลักษณ์ของ กรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชนในระดับปานกลาง ($r = .413$) ส่วนการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรค

และภัยสุขภาพ แหล่งข้อมูลการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรค และภัยสุขภาพรายโรค และความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาพลักษณ์ของ กรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชนในระดับต่ำ ($r = .326, .280, .374$ และ $.265$ ตามลำดับ)

5.2 อภิปรายผลการวิจัย

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์การป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ โดยการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์กลุ่มโรคดังกล่าวนี้ การดำเนินการเรื่องการสื่อสาร ความเสี่ยงเพื่อเป้าหมายสำคัญให้ประชาชนเกิดการรับรู้และนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ เป็นกระบวนการที่กรมควบคุมโรคให้ความสำคัญ ดังนั้นในการดำเนินงานของกรมควบคุมโรคจึงมีผลกระทบต่อ ประชาชนจำนวนมาก โดยเฉพาะในฐานะผู้ส่งสารเพื่อการสื่อสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพเพื่อนำไปสู่การ ที่ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์โดยเฉพาะในด้านการป้องกันโรคและภัยสุขภาพที่เป็นจุดเน้นของ กรมควบคุมโรค โดยในปีงบประมาณ 2561 นี้ จุดเน้นของกรมควบคุมโรค ในการสื่อสารความเสี่ยงในประเด็น ต่าง ๆ สู่ประชาชนนั้น ประกอบไปด้วย 4 ประเด็นหลัก ดังต่อไปนี้ ประเด็นที่ 1 โรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วย

วัคซีน (Vaccine prevention diseases) ที่มุ่งเน้นโรคไข้หวัดใหญ่ ประเด็นที่ 2 โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular diseases) ประเด็นที่ 3 โรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ (Respiratory infections diseases) โดยเฉพาะโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจที่ยังคงเป็นปัญหาสำคัญได้แก่ โรคฉี่หนู และประเด็นที่ 4 โรคพิษสุนัขบ้า (Rabies) ดังนั้น เพื่อเป็นการได้ข้อมูลพื้นฐานเพื่อนำไปสู่การสื่อสารและประชาสัมพันธ์ ให้ประชาชนเกิดการรับรู้ และนำไปสู่การมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ พร้อมทั้งส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน ในการศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาในประเด็นการรับรู้ ข้อมูลข่าวสาร แหล่งข้อมูล ความคิดเห็น ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ความรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นจุดเน้นของกรมควบคุมโรคในปี 2561 และศึกษาภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค ในมุมมองของประชาชน โดยจากผลการวิจัยสามารถนำมาวิจารณ์ในประเด็นที่สำคัญ ดังต่อไปนี้

5.2.1 ปัจจัยด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 96.2 รับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพในภาพรวมทั้ง 4 โรค โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับมาก มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.5 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง และระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 45.8 และ 2.9 ตามลำดับ เมื่อจำแนกเป็นรายโรค พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารโรคพิษสุนัขบ้ามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 93.3 รองลงมาคือ โรคไข้หวัดใหญ่ โรคฉี่หนู และโรคหัวใจและหลอดเลือด คิดเป็นร้อยละ 92.5, 84.6 และ 82.9 ตามลำดับ

ผลการศึกษาในภาพรวมแสดงให้เห็นว่าประชาชนส่วนใหญ่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพเป็นอย่างดี ซึ่งสาเหตุของผลการศึกษาดังกล่าวอาจอธิบายด้วยแนวคิดในการเลือกเปิดรับข่าวสารของบุคคลตามแนวคิดของ Hunt, Todd and Ruben Brent D. 1993 ที่อธิบายว่า ปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งในการเปิดรับข่าวสารของบุคคล คือ ความต้องการ ซึ่งความต้องการที่จะมีชีวิตอยู่และมีสุขภาพดีเป็นความต้องการพื้นฐานสำหรับบุคคลทุกคน ข่าวเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพจึงตรงกับความต้องการของประชาชนดังกล่าว ประชาชนจึงเลือกที่จะสนใจรับสารและเลือกสนใจและเลือกที่จะจดจำ ทำให้ประชาชนมีระดับการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาระดับการรับรู้โรคและภัยสุขภาพเป็นรายโรค พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารโรคพิษสุนัขบ้ามากที่สุด รองลงมาคือ โรคไข้หวัดใหญ่ โรคฉี่หนู และโรคหัวใจ และหลอดเลือด สาเหตุที่การรับรู้โรคและภัยสุขภาพรายโรค มีผลต่างกัน อาจเนื่องจากธรรมชาติของมนุษย์มีแนวโน้มที่จะให้ความสนใจและเลือกรับข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับตนเอง (Becker Samuel L., 1983) สำหรับสาเหตุที่ประชาชนมีการรับรู้โรคพิษสุนัขบ้ามากที่สุดนั้นเกิดจากสภาพการสื่อสารในช่วงที่ผ่านมาที่มีการรณรงค์เรื่องโรคพิษสุนัขบ้าอย่างต่อเนื่อง ทำให้ประชาชนมีการรับรู้ข่าวสารโรคพิษสุนัขบ้ามากที่สุด ขณะที่โรคไข้หวัดใหญ่ โรคฉี่หนู และโรคหัวใจ และหลอดเลือด มีความถี่ในการสื่อสารน้อยกว่าสาเหตุเนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่มีทัศนคติว่าโรคทั้ง 3 มีความเกี่ยวข้องกับชีวิตของของตนน้อย และตนมีความเสี่ยงในการเป็นโรคดังกล่าวน้อยกว่าโรคพิษสุนัขบ้า ทำให้ประชาชนเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ โรคฉี่หนู และโรคหัวใจและหลอดเลือดน้อยกว่าโรคพิษสุนัขบ้า

5.2.2 ปัจจัยด้านแหล่งข้อมูลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ

เมื่อพิจารณาการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพจากแหล่งข้อมูลข่าวสาร อยู่ในระดับปานกลาง มากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 52.9 รองลงมาคือ ระดับสูง และระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 35.4 และ 11.3 ตามลำดับ เมื่อจำแนกเป็นรายแหล่งข้อมูลหรือช่องทางของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารจากโทรทัศน์/ เคเบิลทีวี มากที่สุดคือ ร้อยละ 93.3 รองลงมาคือ บุคลากรสาธารณสุข (ร้อยละ 87.1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ร้อยละ 86.2) เพื่อน/ญาติพี่น้อง (ร้อยละ 82.9) ครู/อาจารย์/ผู้นำชุมชน/ผู้นำศาสนา/ปราชญ์ชาวบ้าน (ร้อยละ 73.8) วิทยู (ร้อยละ 67.9) อินเทอร์เน็ต (ร้อยละ 66.3) สื่อสิ่งพิมพ์ (ร้อยละ 65.4) และหนังสือพิมพ์ วารสาร นิตยสาร (ร้อยละ 56.6) ตามลำดับ เหตุผลที่เป็นเช่นนี้ เพราะโทรทัศน์และเคเบิลทีวีเป็นสื่อหลักที่มีความใกล้ชิดกับประชาชนในยุคปัจจุบัน เพราะการเสพสื่อทางโทรทัศน์เป็นช่องทางที่ง่าย สะดวก และมีตัวเลือกมากมาย โดยเฉพาะรายการข่าวในยุคปัจจุบันที่อยู่ในลักษณะของการเล่าข่าวมากกว่าที่จะเป็นรายงานข่าวเหมือนในอดีต ทำให้ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวจากช่องทางดังกล่าวได้ง่าย และรวดเร็ว นอกจากนี้เมื่อมีข่าวสารเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพที่น่าสนใจเกิดขึ้น ผู้รายงานข่าวก็จะทำการย่อข่าวให้เข้าใจง่าย และ มีความน่าสนใจ ทันเหตุการณ์ จากสถานการณ์ดังกล่าวจึงทำให้ประชาชนนิยมที่จะใช้โทรทัศน์เป็นสื่อหลักในการรับข่าวสาร ส่วนที่รองจากโทรทัศน์ คือ บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อน ญาติ คนในครอบครัว ครู อาจารย์ ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา ปราชญ์ชาวบ้าน ตามลำดับ สื่อดังกล่าวมีลักษณะร่วมกัน คือ เป็นสื่อบุคคล ซึ่งสื่อบุคคล เป็นสื่อที่มีลักษณะบางอย่างร่วมกัน เช่น เป็นคนชุมชนเดียวกัน มีความเชื่อคล้ายกัน หรือมีความสนใจคล้ายกัน เป็นต้น ซึ่งลักษณะดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดเรื่องปัจจัย ที่ทำให้บุคคลมีการเปิดรับข่าวสารที่แตกต่างกัน ในด้านปัจจัยด้านสภาพความสัมพันธ์ทางสังคมที่กล่าวว่า บุคคลจะเปิดรับข่าวสารโดยอ้างอิงจากบุคคลที่ตนชื่นชอบหรือกลุ่มที่ตนสังกัด (Reference Group-value) หมายความว่า ถ้าข่าวสารใดที่ตรงกับความเชื่อหรือค่านิยมของกลุ่มที่ตนสังกัดอยู่บุคคลก็มีโอกาสที่เปิดรับข่าวสารดังกล่าวมากกว่า ข่าวสารที่ไม่ตรงกับความเชื่อหรือค่านิยมของกลุ่ม ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วิชาญ ปาวิน และคณะ (2559, 2560) ที่พบว่า โทรทัศน์/เคเบิลทีวี เป็นช่องทางที่ประชาชนเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพสูงที่สุด

5.2.3 ปัจจัยด้านความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพอยู่ในระดับมากมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 91.3 รองลงมาคือ ระดับพึงพอใจ คิดเป็นร้อยละ 8.7 ตามลำดับ เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพด้านข้อมูลข่าวสารเข้าใจง่าย และการมีเนื้อหาที่เพียงพอของข้อมูลข่าวสาร มากที่สุดในอัตราที่เท่ากันคือ ร้อยละ 75.4 รองลงมาคือ การนำเสนอข้อมูลข่าวสารได้ทันเวลา (ร้อยละ 72.5) ความน่าเชื่อถือของข้อมูลข่าวสาร (ร้อยละ 72.1) ความน่าสนใจของข้อมูลข่าวสาร (ร้อยละ 69.2) ความเป็นประโยชน์ของข้อมูลข่าวสาร (ร้อยละ 68.3) โรคไข้หวัดใหญ่ (ร้อยละ 67.1) โรคฉี่หนู (ร้อยละ 65.4) โรคหัวใจ และหลอดเลือด (ร้อยละ 63.7) และโรคพิษสุนัขบ้า (ร้อยละ 60.0) ตามลำดับ ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่า โรคและภัยสุขภาพดังกล่าวนี้เป็นเรื่องใกล้ตัว และมีแหล่งข้อมูลข่าวสารในประเด็นดังกล่าวสื่อสารออกมาอย่างต่อเนื่อง และมีการรณรงค์ผ่านทางสื่อต่าง ๆ

อย่างแพร่หลายในปัจจุบัน จึงส่งผลต่อระดับความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างด้วย ส่วนเมื่อพิจารณาในราย ประเด็น พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ในภาพรวม 6 ประเด็น คุณภาพ อยู่ในระดับมาก มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 91.3 เหตุผลที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจาก ความพึงพอใจต่อ ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ จะเกิดขึ้นในทันทันขณะเชิงบวกเมื่อประชาชนมีความรู้สึกดี ความประทับใจ ชอบ ยินดี เต็มใจหรือมีความสุขที่มีต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ที่ได้รับตามความต้องการหรือ ตามจุดมุ่งหมายที่มีความคาดหวังไว้มาก ซึ่งโดยเฉพาะประเด็นโรคและภัยสุขภาพ นั้นเป็นประเด็นที่มีความสำคัญและเป็นปัญหาในภาพรวม พร้อมทั้งข้อมูลข่าวสารนั้นยังเป็นความต้องการความปลอดภัย ซึ่งเป็น ความต้องการที่จะนำข้อมูลเหล่านั้นมาใช้เพื่อความปลอดภัยจากอันตรายคือการไม่เกิดโรคและภัยสุขภาพ ขึ้นกับตนเอง เมื่อเกิดการสื่อสารในประเด็นเหล่านี้จะเกิดการตอบสนองต่อความต้องการ ทำให้เกิดความรู้สึกดี ความประทับใจ ชอบ และส่งผลต่อความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ในภาพรวมตามมา ซึ่งในการใช้ประโยชน์ และความพึงพอใจที่ได้รับจากข้อมูลข่าวสารนั้น ผู้รับสารจำเป็นต้องมีความต้องการอย่าง ใดอย่างหนึ่งจากข่าวสารก่อน จึงจะมีการใช้ประโยชน์ และความพึงพอใจนั้นได้ แคทซ์ (Katz et al., 1974) ทั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และสำรวจพฤติกรรมประชาชน ปี 2554 ในประเด็นเรื่อง ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากกรมควบคุมโรค พบว่า ประชาชนมีความคิดเห็นว่าข้อมูลข่าวสารที่ ได้รับ จากกรมควบคุมโรค มีประโยชน์ต่อการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน มากที่สุด รองลงมาคือมีความคิดเห็นว่าการนำเสนอข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากกรมควบคุมโรคมีความน่าสนใจ และข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจาก กรมควบคุมโรคมีความรวดเร็วทันเวลาต่อสถานการณ์ของโรค

5.2.4 ปัจจัยด้านความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 69.6 ($\bar{x} = 19.98$, S.D = 5.76) รองลงมาคือ ระดับปานกลาง และระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 24.2 และ 6.2 ตามลำดับ เมื่อจำแนกเป็นรายโรค พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าอยู่ในระดับสูง มากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 67.5 รองลงมาคือ โรคไข้หวัดใหญ่ (ร้อยละ 62.1) โรคฉี่หนู (ร้อยละ 54.2) และโรคหัวใจ และหลอดเลือด (ร้อยละ 52.1) ตามลำดับ เหตุผลที่เป็นเช่นนี้อันเนื่องมาจาก เมื่อประชาชนมีความสามารถในการ ระลึกถึงเรื่องโรคและภัยสุขภาพ หรือข้อมูลข่าวสารอื่น ๆ ออกมาได้ถูกต้องแม่นยำ มีความเข้าใจสามารถ แปลความหมายได้ ตีความได้ และขยายความได้ ร่วมกับการนำไปใช้สถานการณ์จริงได้ ก็จะทำให้บุคคลนั้น สามารถปฏิบัติพฤติกรรมตามการรับรู้ การจดจำและระลึกถึงเรื่องราวอื่น ๆ ออกมาตามลักษณะนั้น ๆ ได้ อย่างไรก็ตามการเกิดความรู้ไม่ว่าระดับใดก็ตาม ย่อมมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกนึกคิดซึ่งเชื่อมโยงกับสภาพ จิตใจในบุคคลต่างกัน อันเป็นปัจจัยมาจากประสบการณ์ที่สั่งสมมา และสภาพแวดล้อมที่มีอิทธิพล ทำให้บุคคล มีความคิดและแสดงออกตามความคิด ความรู้สึกของตน ความรู้จึงเป็นกระบวนการภายในที่อาจส่งผลต่อ พฤติกรรมที่แสดงออกของบุคคลได้ ซึ่งหากพิจารณาถึงประเด็นของโรคและภัยสุขภาพนั้น จะพบว่าเป็นความรู้ ที่หลากหลาย ซึ่งกรมควบคุมโรคได้พยายามออกแบบข้อความรู้โดยส่งผ่านช่องทางที่หลากหลายและเป้าหมาย ที่ชัดเจนจึงส่งผลทำให้ประชาชนมีความรู้ในเรื่องดังกล่าว โดยเฉพาะโรคไข้หวัดใหญ่ ที่มีการให้ข้อมูลข่าวสาร อย่างต่อเนื่องมาอย่างยาวนาน พร้อมทั้งประชาชนสามารถระลึกถึงข้อความสาระสำคัญ (Key Message)

ที่กรมควบคุมโรคได้มีการสื่อสารอย่างต่อเนื่อง พร้อมกับทั้งโรคไข้หวัดใหญ่เป็นโรคที่มีการดำเนินการในหลากหลายองค์กร ทั้งในการดำเนินการของกรมควบคุมโรคเอง และบทบาทของหน่วยงานอื่น ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ที่มีการสื่อสารในประเด็นดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง ทำให้ความรู้โดยเฉพาะในเรื่องไข้หวัดใหญ่และโรคหัวใจและหลอดเลือด อยู่ในระดับสูง

5.2.5 ปัจจัยด้านพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.1 ($\bar{X} = 104.05$, S.D = 13.16) รองลงมาคือ ระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 47.9 ตามลำดับ เมื่อจำแนกเป็นรายโรค พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม การป้องกัน และควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า อยู่ในระดับสูง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 84.6 รองลงมาคือ โรคไข้หวัดใหญ่ (ร้อยละ 55.9) กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโรควิวอยู่ในระดับปานกลาง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 79.5 และโรคไข้หวัดใหญ่ (ร้อยละ 43.3) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาเป็นรายโรค พบว่า พฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่และโรคพิษสุนัขบ้า มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากเนื่องจาก กลยุทธ์ในการสื่อสารของกรมควบคุมโรคที่ผ่านมานั้น ในการสื่อสารเพื่อให้ประชาชนหรือกลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรม การป้องกันโรคและภัยสุขภาพได้อย่างเหมาะสมนั้น ใช้การสื่อสารด้วย ข้อความสาระสำคัญ หรือ Key message อย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นคำสำคัญง่าย ๆ ที่ประชาชนจำได้และสามารถตีความ ขยายความจากคำสำคัญเหล่านั้น ทำให้ประชาชนที่รับรู้รับทราบข้อมูลข่าวสารที่กรมควบคุมโรคได้สื่อสารอย่างต่อเนื่องนั้น สามารถจดจำและสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้ง่ายขึ้น พร้อมทั้งการสื่อสารนั้นดำเนินการอย่างต่อเนื่องและการเผยแพร่ผ่านสื่อประเภทต่าง ๆ อย่างหลากหลาย เพื่อให้ครอบคลุมกับกลุ่มเป้าหมายมากที่สุด แต่ยังคงแนวทางในการสื่อสารในประเด็นพฤติกรรมที่เป็นแนวทางเดียวกัน ที่ทำให้ประชาชนไม่เกิดความสับสน มีการสื่อสารอย่างต่อเนื่อง อาจเนื่องมาจากสถานการณ์ของโรคเป็นที่จับตามองของเครือข่ายในการดำเนินงานทั้งทางภาครัฐ และภาคเอกชน ทำให้มีกระบวนการสื่อสารข้อมูลอย่างต่อเนื่องและนำไปสู่การนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในทางปฏิบัติและก่อให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมมากต่อไป ส่วนพฤติกรรมในการป้องกัน ควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไวรัสโรควิว มีพฤติกรรมในระดับปานกลาง เพราะการสื่อสารข้อมูลเพื่อให้ประชาชนนำไปใช้ประโยชน์นั้นมีลักษณะที่เฉพาะเจาะจงกับกลุ่มเป้าหมาย ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ประชาชนมีพฤติกรรม การป้องกันโรคและภัยสุขภาพที่เหมาะสมในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง

นอกจากนี้ ลักษณะประชากรด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคและภัยสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการศึกษาของวิชาญ ปาวันและคณะ (2559, 2560) ที่พบว่า เพศ อายุ และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคและภัยสุขภาพ เหตุผลที่เป็นเช่นนี้อาจมาจากความแตกต่างและความสนใจของบุคคลที่มีความแตกต่างกัน โดยเฉพาะในพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่มีลักษณะที่แตกต่างกันออกไป โดยการศึกษาครั้งนี้เป็นภาพรวมของ 4 โรคหลักที่เป็นจุดเน้นของกรมควบคุมโรคในปี พ.ศ. 2561 ที่มีลักษณะของโรคแตกต่างกัน ทำให้ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะทางประชากรที่แตกต่างกัน ทำให้มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคและภัยสุขภาพที่แตกต่างกันด้วย

นอกจากนี้ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคก็เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคและภัยสุขภาพ กล่าวคือ เมื่อประชาชนเกิดภาพซึ่งเกิดขึ้นในจิตใจหรือภาพตามความรู้สึกนึกคิดของประชาชนต่อกรมควบคุมโรค ซึ่งภาพในใจดังกล่าวนั้นอาจจะมาจากทั้งประสบการณ์ตรง (Direct Experience) หรือประสบการณ์ทางอ้อม (Indirect Experience) ในประเด็นเรื่ององค์กร บุคลากร กระบวนการดำเนินงาน และผลสำเร็จของงาน ก็จะส่งผลให้ประชาชนมีพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคและภัยสุขภาพมากด้วย นั่นหมายความว่า ภาพลักษณ์ ซึ่งหมายถึง มุมมองของประชาชนหรือบุคคลเป็นความรู้สึกนึกคิดที่เกิดจากการได้รับสัมผัสหรือรับรู้ต่อ องค์กร สถาบัน หน่วยงาน บริษัท กลุ่ม ชุมชนต่าง ๆ อาจเป็นความตั้งใจหรือไม่ตั้งใจนำเสนอให้สาธารณชนรับรู้ ภาพที่ปรากฏในมุมมองของผู้รับรู้หากเป็นภาพลักษณ์ที่ดีก็จะทำให้ประชาชนหรือบุคคล เกิดความประทับใจน่าเชื่อถือ ซึ่งภาพลักษณ์นั้นเป็นปัจจัยภายในบุคคล ซึ่งอาจจะปัจจัยที่ผลักดันให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพได้ เหตุเนื่องมาจากหากประชาชนมีความคิดเห็นต่อภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในประเด็นในเรื่อง องค์กร บุคลากร กระบวนการดำเนินการ และผลสำเร็จของงาน ทำให้ประชาชนเกิดความเชื่อถือเป็นข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ซึ่งข้อมูลเหล่านั้นจะเป็นข้อมูลที่นำมาสู่กระบวนการในการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ ความคิด ความรู้ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวจะนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพได้ต่อไป

5.2.6 ปัจจัยด้านภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 90.0 มีความคิดเห็นเชิงบวกต่อภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค อยู่ในระดับสูง รองลงมาอยู่ในระดับปานกลางและระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 9.6 และ 0.4 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยด้านภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 48.26$, S.D. = 6.53) อาจเนื่องมาจากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มีภารกิจเกี่ยวกับการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค เป็นหน่วยงานสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาพของประชาชนในประเทศ รวมทั้งการส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมส่งผลให้มีสุขภาพดี ห่างไกลจากโรคและภัยสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสาร มีความรู้ และส่งผลให้มีพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่เหมาะสม มาอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งในปัจจุบันประชาชนสามารถรับรู้ข่าวสารจากหลายแหล่ง ได้แก่ สื่อโทรทัศน์ อินเทอร์เน็ตวิทยุ ตลอดจนบุคลากรสาธารณสุข ก็มีส่วนสำคัญในการให้ข้อมูลเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ซึ่งช่องทางการสื่อสารดังกล่าวจะเป็นประตูด่านแรกของการรับรู้เหตุการณ์ และเป็นความประทับใจจนเกิดเป็นภาพลักษณ์ (รัตนาวดี ศิริทองถาวร, 2546) สอดคล้องกับผลการศึกษาของวิชาญ ปาวันและคณะ (2560) ที่พบว่าในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค ในทุกประเด็นอยู่ในระดับมากจากการสำรวจภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน ประจำปี 2560 เหตุผลที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากกรมควบคุมโรคนั้นเป็นหน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญ ในภาพรวมทางด้านสุขภาพในระดับประเทศ อันเนื่องมาจากกรมควบคุมโรคนั้นอยู่ในสื่ออย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะสื่อมวลชน ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้ในข้อมูลด้านองค์กร ด้านบุคลากร ด้านกระบวนการดำเนินงานและด้านผลสำเร็จของงาน เกิดความเชื่อมั่นต่อองค์กร และสามารถรับรู้ได้ถึงความตั้งใจของกรมควบคุมโรค ที่มุ่งมั่นให้การดำเนินงานต่าง ๆ เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน ที่จะทำให้ประชาชน

เกิดความปลอดภัยทางด้านสุขภาพ ซึ่งภาพที่ปรากฏอย่างต่อเนื่องเหล่านั้นก็นำมาซึ่งภาพที่ปรากฏขึ้นในกลุ่มตัวอย่าง ทำให้เกิดทัศนคติทางบวกในเรื่องภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค

5.2.7 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทางประชากรกับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน พบว่า ตัวแปรคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) เหตุผลที่เป็นเช่นนี้อธิบายได้ด้วยแนวคิดทฤษฎีการใช้ประโยชน์และความพึงพอใจ (the Uses and Gratifications Theory) ที่กล่าวว่าสื่อไม่ได้มีอิทธิพลต่อบุคคลในทางเดียวเสมอไป แต่บุคคลต่างหากที่เป็นผู้ที่ตัดสินใจเลือกใช้สื่อ โดยบุคคลจะเลือกใช้สื่อเพื่อตอบสนองความต้องการหรือความพึงพอใจส่วนบุคคล การที่บุคคลเลือกใช้สื่อใดนั้นมีสาเหตุมาจากการที่บุคคลมีความเชื่อว่า สื่อนั้นจะทำหน้าที่ตามที่ผู้ใช้สื่อต้องการได้ ซึ่งผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Kip-value $p\text{-value}$ ax and Murray (1980) ที่พบว่า ปัจจัยด้านบุคคล เช่น เพศ อายุ การศึกษา เป็นตัวกำหนดการใช้สื่อและการรับรู้คุณประโยชน์ของสื่อ โดยพบว่าคนที่มีอายุมากกว่าจะมีแนวโน้มที่จะเลือกใช้สื่อ เพราะความสนใจที่จะรับรู้และเลือกตามความต้องการของตนเอง ส่วนคนที่มีการศึกษาจะมีการใช้สื่อหลายแหล่งมากกว่าคนที่มีการศึกษาต่ำกว่า และสื่อประเภทโทรทัศน์จะถูกเลือกใช้เป็นอันดับหนึ่ง เพราะกลุ่มเป้าหมายเห็นว่าประโยชน์โดยให้ข้อมูลต่าง ๆ ที่เขาสนใจซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วิชาญ ปาวัน และคณะ (2559, 2560) ที่พบว่าโทรทัศน์/เคเบิลทีวีเป็นช่องทางที่ประชาชนเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพสูง และผลการศึกษาของสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค (2558) ที่พบว่า เพศ อายุ และระดับการศึกษาของประชาชน มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดต่อไวรัสอีโบล่าตามประเภท/แหล่งช่องทางการรับรู้ต่าง ๆ

5.2.8 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชนในระดับปานกลาง ($r = .413$) ส่วนการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรค และภัยสุขภาพ แหล่งข้อมูลการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ รายโรค และความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชนในระดับต่ำ ($r = .326, .280, .374$ และ $.265$ ตามลำดับ) สามารถอภิปรายได้ดังนี้

การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ แหล่งข้อมูล ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ รายโรค ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ส่วนการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ รายโรค และความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชนในระดับต่ำซึ่งแสดงว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ แหล่งข้อมูลการรับรู้ ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ รายโรค ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชน การที่ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับปัจจัย

ข้างต้น เหตุผลที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจาก ภาพลักษณ์ นั้นหมายถึง การที่ประชาชนเกิดภาพซึ่งเกิดขึ้นในจิตใจ หรือภาพตามความรู้สึกนึกคิดของประชาชนต่อกรมควบคุมโรค ซึ่งภาพในใจดังกล่าวนั้นอาจจะมาจากทั้ง ประสบการณ์ตรง (Direct Experience) หรือประสบการณ์ทางอ้อม (Indirect Experience) ในประเด็นเรื่อง องค์กร บุคลากร กระบวนการดำเนินงาน และผลสำเร็จของงาน ซึ่งภาพดังกล่าวนี้เกิดมาจากการบวนการในการสื่อสารต่าง ๆ ของกรมควบคุมโรค โดยเฉพาะประเด็นทางด้านโรคและภัยสุขภาพที่มีการสื่อสารอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการสื่อสารดังกล่าวจะทำให้ประชาชนเกิดการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ แหล่งข้อมูลการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวที่กล่าวมาข้างต้นก็จะทำให้ประชาชนมีความคิดเห็นในประเด็นภาพลักษณ์ต่อกรมควบคุมโรคในเชิงบวกมาตามไปด้วย เหตุผลที่เป็นเช่นนี้เนื่องมาจาก ภาพลักษณ์ขององค์กรเป็นกระบวนการที่แต่ละบุคคลเลือกสรร (Selects) จัดระเบียบ (Organizes) และตีความ (Interprets) เกี่ยวกับสิ่งกระตุ้น (Stimulus) โดยอาศัยประสาทสัมผัสทั้งห้า เพื่อสร้างภาพที่มีความหมายออกมา ซึ่งขั้นตอนในการรับรู้สามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การเปิดรับข้อมูลที่ได้เลือกสรร (Selective exposure) เกิดขึ้นเมื่อประชาชนเปิดโอกาสให้ข้อมูลเข้ามาสู่ตนเอง ได้แก่ เปิดรับแหล่งข้อมูลข่าวสารที่กรมควบคุมโรคมีการสื่อสารตามแหล่งข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพ (2) การตั้งใจรับข้อมูลที่ได้เลือกสรร (Selective attention) เกิดขึ้นเมื่อประชาชนเลือกที่จะตั้งใจรับสิ่งกระตุ้นอย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งต้องเป็นข้อมูลข่าวสารที่ตรงกับความคิดเห็น และรู้สึกพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสาร (3) ความเข้าใจในข้อมูลที่ได้เลือกสรร (Selective comprehension) นั้นหมายถึง ประชาชนเกิดความรับรู้ในข้อมูลข่าวสาร เกิดความรู้จากการรับข้อมูลข่าวสาร และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพต่อไป และ (4) การเก็บรักษาข้อมูลที่ได้เลือกสรร (Selective retention) หมายถึง การที่ประชาชนเกิดการจดจำข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องและทำให้เกิดความทรงจำ ทำให้ประชาชนเกิดการตีความและส่งผลให้เกิดภาพลักษณ์ที่ดีต่อองค์กรตามมา ดังนั้นปัจจัยดังกล่าวข้างต้นจึงมีความสัมพันธ์กับภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค พร้อมทั้งมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางและต่ำ อาจเป็นผลมาจากการเกิดภาพลักษณ์จะไม่สามารถเกิดขึ้นได้ทันทีเมื่อเหตุการณ์ ได้ผ่านเข้ามาทางช่องทางการสื่อสารและองค์ประกอบเฉพาะบุคคล จะเป็นตัวพินิจพิจารณา เหตุการณ์เหล่านั้นก่อน โดยการรับรู้ ซึ่งเป็นตัวแปลงเหตุการณ์ให้เป็นไปในความหมายตามความคิดของบุคคล นั้น (รัตนาวดี ศิริทองถาวร, 2546) ซึ่งองค์ประกอบของภาพลักษณ์มีดังนี้ 1) การรับรู้ 2) ความรู้ 3) ความรู้สึก และ 4) การกระทำ อันเป็นผลปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบเชิงความรู้สึกและความรู้ (Boulding, 1975) ซึ่งในที่นี้ ได้แก่ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ แหล่งข้อมูลหรือช่องทางการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ

5.3 ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

5.3.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ผลการวิจัยครั้งนี้ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข สามารถนำไปใช้ในการกำหนดนโยบายเพื่อให้เกิดการดำเนินการเพื่อให้ประชาชนเกิดการรับรู้และ

นำไปสู่การมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ พร้อมทั้งเกิดภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคที่ดีได้โดย

1) นำผลการวิจัยมาใช้ในการพัฒนานโยบาย ยุทธศาสตร์ การวางแผนกลยุทธ์ ในการพัฒนาความรู้ทางด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของประชาชนอย่างเป็นระบบ ซึ่งเป็นนโยบายสำคัญในระดับชาติและนานาชาติ โดยเฉพาะการกำหนดช่องทาง ประเภทของข้อมูล และเนื้อหาของข่าวสารเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพให้ตรงกับลักษณะของกลุ่มเป้าหมาย นอกจากนี้กรมควบคุมโรคยังควรวางระบบการติดตามประสิทธิภาพของการเลือกใช้สื่อ และลักษณะเนื้อหาของสื่อที่ได้ทำการสื่อสารออกไปเป็นระยะ ๆ เพื่อให้การใช้สื่อของกรมเป็นไปอย่างคุ้มค่า และมีประสิทธิภาพมากที่สุด

2) การพัฒนานโยบาย ยุทธศาสตร์ การวางแผนกลยุทธ์ในการสื่อสารความเสี่ยง และพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นระบบ โดยนำผลการวิจัยในครั้งนี้เป็นฐานในการพัฒนา โดยพัฒนาช่องทางการสื่อสารเพื่อให้ประชาชนเกิดการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ พัฒนาปัจจัยที่ส่งผลต่อการที่ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ พัฒนาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค พร้อมทั้งติดตามกำกับกำกับการดำเนินการและมีการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะสามารถนำไปสู่การแก้ไขปัญหาพฤติกรรมสุขภาพตามภารกิจของกลุ่มโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ และนำมาซึ่งภาพลักษณ์ที่ดีของกรมควบคุมโรคในมุมมองของประชาชนต่อไป

3) พัฒนาปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมกำกับการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ และปัจจัยเชิงสาเหตุของภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคโดยการพัฒนาโมเดลโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ (Causal Relationship Model) โดยพัฒนาจากผลการวิจัยในครั้งนี้ ร่วมกับการพัฒนาจากฐานทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ควรมีการตรวจสอบความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยใช้กระบวนการวิจัย เพื่อส่งผลทำให้สามารถนำผลการวิจัยไปสู่การพัฒนาพฤติกรรมกำกับการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ พร้อมทั้งภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคให้มีความชัดเจนเป็นรูปธรรมและสอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายและบริบทของพื้นที่ให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล

5.3.2 ข้อเสนอแนะในการพัฒนา

จากผลการวิจัยพบว่า สื่อบุคคลโดยเฉพาะบุคลากรสาธารณสุข อันได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นสื่อที่ประชาชนเข้าถึงรองจากโทรทัศน์/เคเบิลทีวี สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี ควรใช้ประโยชน์จากผลการวิจัยดังกล่าว ในการสนับสนุนให้สื่อบุคคลดังกล่าวมีศักยภาพในการเพิ่มการรับรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ ให้แก่กลุ่มประชาชน โดยจำเป็นต้องมีการพัฒนาให้ตรงกับบริบทของพื้นที่ ที่มีความเฉพาะเจาะจงเพื่อให้สื่อบุคคลเหล่านั้นสามารถเป็นสื่อกลางในการสื่อสาร เพื่อให้ประชาชนเกิดการรับรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุข อันเนื่องจากเป็นสื่อบุคคลที่เข้าถึงประชาชนในพื้นที่ได้เป็นอย่างดี เนื่องจากเป็นบุคคลในท้องถิ่น มีลักษณะทางประชากรคล้ายคลึงกับประชาชนในพื้นที่ทำให้เกิดช่องว่างทางสังคมน้อย (social gap-value) ดังนั้น จึงควรให้ความสำคัญกับสื่อบุคคลโดยเฉพาะบุคลากรในพื้นที่ เช่น อาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เครือข่ายสุขภาพ ต่าง ๆ โดยการพัฒนาสื่อบุคคลเหล่านี้ให้มีความรู้ ที่ถูกต้อง ตระหนักถึงความสำคัญในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและมีศักยภาพในการถ่ายทอดข้อมูลข่าวสาร เพื่อให้สื่อบุคคลเหล่านี้สามารถถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารต่อไปอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการพัฒนาบุคลากร ดังกล่าวควรดำเนินการอย่างต่อเนื่องโดยบูรณาการเข้าไปสู่งานประจำ และใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์ สูงสุด คำนึงถึงความเป็นไปได้ในด้านเวลา งบประมาณ กำลังคนซึ่งเป็นทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด และอาจใช้ ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดเพื่อการพัฒนาบุคลากรดังกล่าว เช่น โรงเรียนอสม. และใช้วิทยากรจาก หน่วยงานเครือข่ายสุขภาพ เป็นต้น

5.3.3 ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1) การศึกษาในครั้งนี้มุ่งศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อปัจจัยด้านการรับรู้โรคและ ภัยสุขภาพ ซึ่งการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลส่วนใหญ่มีข้อจำกัดตรงที่ปัจจัยส่วนบุคคลเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถ เปลี่ยนแปลงได้ หรือเปลี่ยนแปลงยาก ทำให้ยากต่อการนำผลการวิจัยไปพัฒนาต่อยอด ดังนั้นในการศึกษา ครั้งต่อไป จึงควรนำปัจจัยทางด้านพฤติกรรมศาสตร์หรือด้านจิตวิทยาที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้เกี่ยวกับ โรคและภัยสุขภาพมาร่วมในการศึกษา เพื่อให้ได้ผลการศึกษาที่ง่ายต่อการประยุกต์ใช้ และนำไปพัฒนาต่อยอด ได้จริง

2) จากผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่า สื่อโทรทัศน์/เคเบิลทีวี เป็นสื่อที่ประชาชนเปิดรับและเข้าถึง ได้มากที่สุดร่วมกับข้อมูลเชิงคุณภาพว่าสื่อโทรทัศน์ เป็นสื่อที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่ายและต้องการมากที่สุด ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไป ควรนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปต่อยอดเพื่อหาแนวทางการเสริมสร้างการรับรู้เกี่ยวกับ โรคและภัยสุขภาพ เพื่อพัฒนาให้ผลการวิจัยที่มีความลุ่มลึกและสามารถพัฒนาประชาชนให้มีความรอบรู้ ด้านสุขภาพต่อไป

บรรณานุกรม

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2554). **แผนยุทธศาสตร์ กรมควบคุมโรค ประจำปี พ.ศ. 2554**.
นนทบุรี : กองแผนงาน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- _____. (2556). **แผนยุทธศาสตร์ กรมควบคุมโรค ประจำปี พ.ศ. 2556**. นนทบุรี : กองแผนงาน
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- _____. (2557). **แผนยุทธศาสตร์ กรมควบคุมโรค ประจำปี พ.ศ. 2557**. นนทบุรี : กองแผนงาน
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- _____. (2558). **แผนยุทธศาสตร์ กรมควบคุมโรค ประจำปี พ.ศ. 2558**. นนทบุรี : กองแผนงาน
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- _____. (2561). **รายงานพยากรณ์โรคไข้เลือดออกปี 2562**. นนทบุรี : กรมควบคุมโรค กระทรวง
สาธารณสุข. (เอกสารอัดสำเนา)
- กรมปศุสัตว์ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์. (2562). **รายงานสถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้า ณ วันที่ 16 มกราคม
2562**. [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 19 มกราคม 2562.], [http://www.dld.go.th/
th/index.php/th/newsflash/status-report/rabies-menu/report-rabies-menu/18451-
rabies-25620116-1](http://www.dld.go.th/th/index.php/th/newsflash/status-report/rabies-menu/report-rabies-menu/18451-rabies-25620116-1)
- กองแผนงาน กรมควบคุมโรค. (2559). **แผนงานควบคุมโรคและภัยสุขภาพ กรอบแนวทางการจัดทำ
แผนปฏิบัติการเชิงยุทธศาสตร์กรมควบคุมโรค ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560**. นนทบุรี : กลุ่มพัฒนา
แผนปฏิบัติการ กองแผนงาน กรมควบคุมโรค (เอกสารอัดสำเนา).
- ขวัญเรือน กิตติวัฒน์. (2531). **พลศาสตร์ของการสื่อสาร. เอกสารการสอนชุดวิชาพลศาสตร์
การสื่อสารหน่วยที่ 2**. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- จักรธาดา ยืนยงสุวรรณ. (2557). **ความพึงพอใจและพฤติกรรมการรับข่าวสารของผู้ป่วยในโครงการช่วยเหลือ
และป้องกันปัญหาภาวะซึมเศร้าและการเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการสื่อสารสื่อดิจิทัล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีปทุม.
- จิราพร วีระหงส์. (2548). **ความพึงพอใจของประชาชนต่อระบบและกระบวนการให้บริการของ
กรุงเทพมหานคร เขตราชบุรีบูรณะ**. ภาคนิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- จริยา ปันท้วงกูร. (2559). **แนวทางการใช้ประโยชน์และความพึงพอใจการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์
ของนักศึกษามหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**. วารสารธรรมทรรศน์, 15(1): 55-63.
- เฉลา ประเสริฐสังข์. (2542). **จิตวิทยาการเรียนการสอน**. จันทบุรี : คณะครุศาสตร์ สถาบันราชภัฏรำไพพรรณี.
- ชัชวีร์ภรณ์ เวฬุวนารักษ์. (2542). **การเปิดรับสื่อ ความรู้ แรงจูงใจในการป้องกันโรคเอดส์ของผู้มารับบริการ
ณ ศูนย์บริการสาธารณสุขในกรุงเทพมหานคร**. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชาย โพธิ์สิตา. (2552). **ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: อัมรินทร์
พรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

- ณัฐนรี ไชยภักดี. (2553). การเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทักษะคนดี และพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมในโครงการ 7 สี **ปันรักให้โลก ของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์นิเทศ ศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยกรุงเทพ.
- ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง. (2559). การรับรู้สุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ใช้บริการกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง. **วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ**. 34(1): 83-92
- ดาวรุ่ง คาวงศ์ และทิวทัศน์ สังฆวัตร. (2553). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. **วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ**, 7(3): 121-126.
- นุชนาถ ไกรรัตน์เจริญ. (2549). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจมารับการรักษาของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เนาวรัตน์ จันทานนท์ และคณะ. (2554). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอเมือง จังหวัดชุมพร. **KKU Res J.**, 16(6), 749-758.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2545). **การวิจัยเบื้องต้น**. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร : สุวีริยาสาสน์.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ. (2536). **พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : เจ้าพระยาการพิมพ์.
- ประมะ สตะเวทิน. (2540). **หลักนิเทศศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพมหานคร : ภาพพิมพ์.
- พัชนี เขยจรรยา และคณะ. (2541). **แนวคิดหลักนิเทศศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร : เอลโล่การพิมพ์.
- พีระ จิโรโสภณ. (2544). “ทฤษฎีการสื่อสารมวลชน” **เอกสารการสอนชุดวิชาหลักและทฤษฎีการสื่อสาร**. **หน่วยที่ 11**. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- พีระ สมบัติดี และคณะ. (2558). **ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก**. ขอนแก่น : หน่วยสร้างเสริมสุขภาพงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลศรีนครินทร์.
- ภัทรภูมิ โพธิพงษ์. (2553). **โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์**. [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 19 มกราคม 2562.], <http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/article/detail.asp?id=147>
- ภนิดา ชัยปัญญา. (2541). **การวัดความพึงพอใจ**. กรุงเทพมหานคร : แสงอักษร.
- ภัศราวัลย์ ศีตีสาร และคณะ. (2555). **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลดอกคำใต้ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา**. **วารสารสาธารณสุขล้านนา**, 9(2): 120-136.
- มุกดา สอนประเทศ. (2554). **ความรู้และการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตพื้นที่รับผิดชอบของสถานีอนามัยก้าวหน้า ต.กุดกู่ อ.โนนสั๊ก จ.หนองบัวลำภู**. [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 7 มีนาคม 2561.] จาก <http://203.157.71.148/Information/center/reserch-55>
- ยุพารัตน์ อดดกลิ่น และคณะ (2559). การรับรู้ข่าวสาร ความรู้ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค กระจกพรุนของประชาชนในอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก. **วารสารวิชาการนวัตกรรมการสื่อสารสังคม**, 4(1): 84-98
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2545). **พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525**. กรุงเทพมหานคร : อักษรเจริญทัศน์.

- รัฐกรณ์ ตีระพงษ์ศักดิ์. (2558). **ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมต่อการใช้จักรยานของประชาชนในเขต กรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์นิเทศศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยกรุงเทพ.
- รัตนา เกียรติเฝ้า. (2558). ผลการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการลดความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานของประชากรกลุ่มเสี่ยง ตำบลทัพทัน อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดอุทัยธานี. **วารสารวิชาการสาธารณสุข**, 24(3): 405-412.
- รัตนาดี ศิริทองถาวร. (2546). **การประชาสัมพันธ์ธุรกิจ**. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิชาญ ปาวัน และคณะ. (2559). **การประเมินผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ พฤติกรรมสุขภาพและภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค ประจำปี พ.ศ. 2559**. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์อักษร กราฟฟิค แอนด์ดีไซน์.
- _____. (2560). **การประเมินผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคและภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคของประชาชนไทยประจำปี พ.ศ. 2560**. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
- _____. (2561). **การประเมินผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค และภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคของประชาชนไทย ประจำปี พ.ศ. 2561**. กรุงเทพมหานคร : ฟุ่มทอง.
- วัชรินทร์ เงินทอง และคณะ. (2557). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของสมาชิก ชมรมสร้างสุขภาพจังหวัดสุโขทัย. **วารสารวิชาการ สถาบันการพลศึกษา**, 6(2):51-63
- วรทัย ราวิณี . (2549). **ประสิทธิผลของการใช้แนวคิดความรับผิดชอบต่อสังคมในการสร้างภาพลักษณ์ของบริษัทเครือเจริญโภคภัณฑ์ จำกัด**. วิทยานิพนธ์นิเทศศาสตรมหาบัณฑิต คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วลีรัตน์ ใจสูงเนิน. (2551). **การรับรู้และการใช้บริการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชน: กรณีศึกษาอำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ**. สารนิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิตบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- วาสนา พุทธิพงษ์สิทธิ์. (2544). **การเปิดรับข่าวสาร ภาพลักษณ์ ความคาดหวัง และความพึงพอใจของประชาชนชาวกรุงเทพมหานครที่มีต่อการสื่อสารและการให้บริการของสำนักงานเขต กรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์นิเทศศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานิเทศศาสตร์พัฒนาการ ภาควิชาการประชาสัมพันธ์ คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2553). **การวิจัยเชิงคุณภาพด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ**. กรุงเทพมหานคร : วิทยพัฒน์.
- สุจิตต์ แสนมงคล. (2559). **การรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก จังหวัดภูเก็ต**. **วารสารวิชาการแพทย์เขต** 11,30(2): 105-114.
- สุชาติ โสสมประยูร และคณะ. (2545). **สุขศึกษาภาคปฏิบัติ**. กรุงเทพมหานคร : เอมีเทรตติ้ง.

- สุทศสา ทิจะยัง. (2557). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกำบังกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). **สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2558**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ สามเจริญพาณิชย์ จำกัด.
- สำนักโรคติดต่ออายุแมลง กรมควบคุมโรค. (2562). **สถานการณ์โรคไข้เลือดออกประเทศไทย สัปดาห์ที่ 51 ปี 2561 วันที่ 3 มกราคม 2562**. [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 11 มกราคม 2562.], <https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor/6f4922f45568161a8cdf4ad2299f6d23/files/Da%20ngue/Situation/2562/DHF%20%201.pdf>
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2559). **รายงานประจำปี 2559**. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- _____. (2561). **ประเด็นสารณรงค์วันความดันโลหิตสูง ปี 2561**. [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 17 มกราคม 2562.], http://www.thaincd.com/document/file/info/noncommunicabledisease/E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B9%80%E0%B8%94%E0%B9%87%E0%B8%99%E0%B8%AA%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%A7%E0%B8%B1%E0%B8%99%E0%B8%84%E0%B8%A7%E0%B8%B2%E0%B8%A1%E0%B8%94%E0%B8%B1%E0%B8%99%E0%B9%82%E0%B8%A5%E0%B8%AB%E0%B8%B4%E0%B8%95%E0%B8%AA%E0%B8%B9%E0%B8%87_61.pdf
- สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. (2558). **แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2558**. กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์: หจก.สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์
- _____. (2562). **แนวคิดการรณรงค์ป้องกันโรคติดต่อและเอดส์เนื่องในวันวาเลนไทน์ (14 กุมภาพันธ์ 2562)** [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 30 มกราคม 2562.], https://ddc.moph.go.th/th/site/office_newsview/view/3504
- สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2548). **การประเมินโครงการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย 100 % ในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ ปี พ.ศ.2548**. [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 11 มกราคม 2562.], <http://e-library-aidssti.ddc.moph.go.th/books/detail/97>
- _____. (2550). **การเฝ้าระวังการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์และการติดเชื้อเอชไอวี ร่วมกับการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อในกลุ่มพนักงานบริการ ปี 2550 ประเทศไทย**. กรุงเทพฯ: สำนักระบาดวิทยา.
- สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค. (2557). **การประเมินผล การสำรวจการรับทราบข้อมูลข่าวสาร ความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนไทย และภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค ประจำปี 2557**. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.

- _____. (2561). กรมควบคุมโรค เผยพบผู้เสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้าอีก 1 ราย แนะนำประชาชนให้ยึดหลัก“คาถา 5 ย.” ลดความเสี่ยงการรับเชื้อ. [ออนไลน์].[สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2562.], <https://ddc.moph.go.th/th/site/newsview/view/669>.
- _____. (2558). การรับรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสฮีโบล่าของประชาชนไทย พ.ศ. 2558. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์บริษัท แดเน็กซ์ อินเทอร์เน็ตคอร์ปอเรชั่น จำกัด.
- _____. (2562). สรุปผลการคัดเลือกจุดเน้นในการสื่อสารความเสี่ยงให้แก่ประชาชนประจำปี 2562. นนทบุรี : สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค. เอกสารอัดสำเนา).
- สนอง คล้าฉิม. (2551). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อันตรายจากวันบุหรี่มือสองกับพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกครอบครัวที่มีผู้สูบบุหรี่. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- สุพิดา เย็นโสภา. (2553). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ของนักเรียนช่วงชั้น ที่ 3 สังกัดกรุงเทพมหานคร กลุ่มเขตกรุงเทพตะวันออก. วิทยานิพนธ์การศึกษา มหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาวิจัยและสถิติทางการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุภางค์ จันทวานิช. (2556). การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- _____. (2553). วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 18 กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภารัตน์ ม่วงศิริ. (2547). การศึกษาภาพลักษณ์ที่เป็นจริงที่พึงประสงค์ ของโรงเรียนอนุบาล สังกัดสำนักงานบริหารงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน เขตกรุงเทพมหานคร ตามความคิดเห็นของผู้บริหารและผู้ปกครอง. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการศึกษา ภาควิชานโยบายการจัดการและการเป็นผู้นำทางการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2558). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555 (ปรับปรุง พ.ศ. 2558). [ออนไลน์].[สืบค้นเมื่อ 29 มกราคม 2562.], <http://www.thaihypertension.org/files/GL%20HT%202015.pdf>.
- สมจิตต์ สุพรรณทัศน์. (2542). พฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลง. ใน กิตติวัฒน์กุล (บรรณาธิการ). เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษา (หน่วยที่ 1-7). พิมพ์ครั้งที่ 16. นนทบุรี : สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สมใจ จางวาง. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงอำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา.
- สุมนา บุญหลาย. (2550). การรับรู้ของพยาบาลในความเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้โรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.

- สุรพงษ์ โสธนะเสถียร. (2533). **แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ เจตคติ และพฤติกรรม**. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อภิชัย มงคล. (2545). ความพึงพอใจและพฤติกรรมการรับข่าวสารของผู้ป่วยในโครงการช่วยเหลือและป้องกัน ปัญหาภาวะซึมเศร้าและการเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย. **การประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 8, สุขภาพจิตกับยาเสพติด**.
- อรุณชาติ วงษ์ทับทิม. (2547). **การรับรู้ของสมาชิกเกี่ยวกับการดำเนินงานของกองทุนหมู่บ้านและชุมชน เมือง: ศึกษากรณีอำเภอเมืองนครปฐม จังหวัดนครปฐม**. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาคณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัย มหาวชิราวุฒวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- Abraham Ayantunde, N T Welch and Simon L Parsons. (2007). A survey of patient satisfaction and use of the Internet for health information. **International Journal of Clinical Practice** 61(3): 458-62.
- Atkin Charles K. (1973). **Anticipated Communication and Mass Media Information Seeking Public Opinion Quarterly**. New York: Free Press.
- Bloom. (1971). **Handbook on formative and summative evaluation of student learning**. New York: Mcgraw – Hill.
- Boulding, Kenneth E. (1975). **The Image**. Michigan: The University of Michigan Press.
- Boorstin, D. J. (1973). **The New Atlantis**. American: Man of Books Bureau of Disease Control and Veterinary Services. **Information System for rabies surveillance**. [database on the internet.2016[cited 2018 December 27]. Available from:<http://www.thairabies.net/dashboard/default.aspx>.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2018). **Influenza Flu**. [database on the internet]. 2018 [cited 2018 March 2]. Available from <https://www.cdc.gov/flu/index.htm>.
- Chaplin, J. P. (1968). **Dictionary of Psychology**. New York: Reaquin Book.
- Garrison, K.C. , & Magoon, R.(1972). **Educational psychology**. Ohio: Charles E. Morrill Publishing century-crofts.
- Gilmer, Von Haller B. (1971). **Industrial psychology**. New York: McGraw-Hill.
- Gochman. (1988). **Health Behavior : Emerging Research Perspective**. New York: Plenum Press.
- Good, c. V. (Ed.) (1973). **Dictionary of education (3rded.)**. New York: McGraw-Hill, p 304, 588.
- Herzberg, F. (1993). **The Motivation to Work**. New Brurawick: Transaction.
- Hunt, Todd and Ruben Brent D. (1993). **Mass Communication : Producer and Consumers**. New York: Harper College Publishers.
- Jefkins, Frank. (1993). **Planned Press and Public Relations**. 3 rd ed. Great Britain : Alden Press.

- Katz, E., Blumler, J. G., & Gurevitch, M. (1974). Utilization of Mass Communication by the Individual. In J. G. Blumler, & E. Katz (Eds.), **The Uses of Mass Communications: Current Perspectives on Gratifications Research** (pp. 19-31). Beverly Hills: Sage Publications.
- Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). "Determining Sample Size for Research Activities". **Educational and Psychological Measurement**. 30(3): p.607-10.
- Kasl, S.V. and Cobb, S. 1966 . "Health behavior, Illness Behavior and Sick Role Behavior." **Archives Environmental of Health**. 12 (Feb 1966), 246 - 249.
- Kippax, S. and J. P. Murray. (1980). **Using the media: need gratification and perceived utility**. Communication Research. Vol.7.
- Klapper, J. T. (1960). **The effects of mass communication**. New York: The Free Press.
- Kotler, E. L. and H. L. Armstrong. (2002). **Citizen evaluation and urban management: Services delivery in an era of protest**. New York : Harper & Row.
- Loana Vid. (2016). **The Image Crisis of The Organization**. Professional Communication and Translation Studies: West University Of Timișoara, Romania.
- McCombs, E. Maxwell and Becker, B Lee. (1979) **Using Mass Communications theory**. New Jersey : Prentice Hall.
- Melvin L. Defleur. (1970). **Theories of Mass Communication**. Second Edition, New York : David Mckey Co,.
- Millet, John D. (1954). **Management in the Public Service**. New York : McGraw Hill Book Company.
- Morse, N. C. (1985). **Satisfactions in the white collar job**. Michigan: University of Michigan.
- Palys, T. (2008). Purposive sampling. In L.M. Given (Ed.) **The Sage Encyclopedia of Qualitative Research Methods**. (Vol.2).Sage: Los Angeles, p. 697-8.
- Schramm, Willbur. (1954). **Channels and Audience in Handbook of Communication**. Chicago: Rac Mc Nelly College Publishing Company.
- _____. (1973). **Men Messages and Media : A look at Human Communication**. New York : Harper& Row Publisher.
- Twaddle. A.C. (1981). **Sickness behaviors and the sick role**. Massachusett : Scheukmass publishing.
- Vroom, W.H. (1964). **Working and Motivation**, (New York: John Wiley and Sons, Inc 1964), p. 99.
- Wolman, Thomus E. (1973). **Education and Organizational Leadership in Elementary School**, Englewood Cliffs, (New Jersey: Prentice-Hall), p.384.

- World Health Organization (1990). "Interim proposal for a WHO staging system for HIV infection and disease". **WHO Wkly Epidem. Rec.** 65 (29): 221–228.
- World Health Organization Regional Office for South-East Asia. (2011). Hypertension fact sheet. Retrieved July 29, 2018, from <http://www.searo.who.int/>
- _____. (2002). **Current WHO guide rabies pre- and post- exposure treatment in humans.** Geneva: WHO Press.
- _____. (2013). **A global brief on hypertension.** Retrieved July 29, 2018, from http://ishworld.com/downloads/pdf/global_brief_hypertension.pdf/
- _____. (2017). **HIV/AIDS: Online questions.** [database on the internet]. 2017 [cited 2019 January 27]. <https://www.who.int/features/qa/71/en/>
- World Hypertension League. (2012). **Healthy Lifestyle Healthy Blood Pressure. World Hypertension Day 2012 brochure.** [database on the internet]. 2018 [cited 2018 July 29]. Available from: <http://www.worldhypertensionleague.org/>

ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามการประเมินผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ
พฤติกรรมกำป้องกันควบคุมโรคและภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคของประชาชนไทย
ในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี
ประจำปี พ.ศ. 2561

คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ พฤติกรรมกำป้องกันควบคุมโรคและภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค ขอความกรุณาให้ท่านตอบคำถาม โดยข้อมูลที่ได้จากท่านทั้งหมด ผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับ และไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อตัวท่าน ผู้วิจัยจะนำมาสรุปผลเป็นภาพรวมและจะเผยแพร่ในรูปแบบทางวิชาการเท่านั้น และจะใช้เป็นประโยชน์ในการสื่อสารความเสี่ยง ข้อมูลข่าวสาร กระบวนการทำงานของกรมควบคุมโรค เพื่อส่งผลให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน ต่อไป ซึ่งข้อความใดที่ทำให้ท่านตอบแบบสอบถามแล้วไม่สบายใจหรือไม่ต้องการตอบท่านสามารถไม่ตอบคำถามนั้นได้

โปรดเติมคำในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หน้าข้อความที่ตรงกับความจริง โดยเลือกเพียงคำตอบเดียวให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด แบบสอบถามประกอบด้วย 7 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของประชากร จำนวน 4 ข้อ

ตอนที่ 2 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน จำนวน 4 ข้อ

ตอนที่ 3 แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน จำนวน 9 ข้อ

ตอนที่ 4 ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน จำนวน 10 ข้อ

ตอนที่ 5 ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน จำนวน 28 ข้อ

ตอนที่ 6 พฤติกรรมกำป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน จำนวน 31 ข้อ

ตอนที่ 7 ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชน จำนวน 12 ข้อ

ขอขอบคุณท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

คณะผู้วิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของประชากร

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

ตอนที่ 2 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน

ในรอบ 6 เดือน ที่ผ่านมาท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพในประเด็นสถานการณ์ของโรค สาเหตุของการเกิดโรค อาการของโรค การรักษาโรค หรือการป้องกันและการควบคุมโรค มากน้อยเพียงใด

ที่	ข้อความ	ได้รับเป็นประจำ	ได้รับบ่อยครั้ง	ได้รับบางครั้ง	ได้รับนานๆ ครั้ง	ไม่เคยได้รับ
1	ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคไข้หวัดใหญ่					
2	ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด					
3	ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคฉี่หนู					
4	ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคพิษสุนัขบ้า					

ตอนที่ 3 แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน

ในรอบ 6 เดือน ที่ผ่านมาท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพจากแหล่งข้อมูลต่อไปนี้หรือไม่ มากน้อยเพียงใด

ที่	ข้อความ	ได้รับเป็นประจำ	ได้รับบ่อยครั้ง	ได้รับบางครั้ง	ได้รับนานๆ ครั้ง	ไม่เคยได้รับ
1	อินเทอร์เน็ต (เช่น เว็บไซต์ เฟซบุ๊ก ไลน์ ทวิตเตอร์ อินสตาแกรม ยูทูป อีเมล เป็นต้น)					
2	โทรทัศน์ /เคเบิลทีวี					
3	วิทยุ (เช่น วิทยุทั่วไป วิทยุชุมชน หอกระจายข่าว เสียงตามสาย เป็นต้น)					
4	หนังสือพิมพ์ วารสาร นิตยสาร					
ที่	ข้อความ	ได้รับเป็นประจำ	ได้รับบ่อยครั้ง	ได้รับบางครั้ง	ได้รับนานๆ ครั้ง	ไม่เคยได้รับ

5	สื่อสิ่งพิมพ์ (เช่น แผ่นพับ แผ่นปลิว โปสเตอร์ ป้ายประกาศ หนังสือ คู่มือ เป็นต้น)					
6	บุคลากรสาธารณสุข (เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น)					
7	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)					
8	ครู อาจารย์ ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา ปราชญ์ ชาวบ้าน					
9	เพื่อนญาติพี่น้อง					

ตอนที่ 4 ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน

4.1 ในรอบ 6 เดือน ที่ผ่านมาท่านมีความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพดังต่อไปนี้
หรือไม่ มากน้อยเพียงใด

ที่	ข้อความ	พึงพอใจ มาก	พึงพอใจ	ไม่พึงพอใจ	ไม่พึง พอใจมาก
1	ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคไข้หวัดใหญ่				
2	ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด				
3	ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคฉี่หนู				
4	ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคพิษสุนัขบ้า				

4.2 ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาท่านมีความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพในประเด็น
ต่อไปนี้หรือไม่ มากน้อยเพียงใด

ที่	ข้อความ	พึงพอใจ มาก	พึงพอใจ	ไม่พึง พอใจ	ไม่พึง พอใจมาก
5	ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพ มีประโยชน์				
6	ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพ <u>น่าสนใจ</u>				
7	ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพ <u>น่าเชื่อถือ</u>				
8	ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพ <u>เข้าใจง่าย</u>				
9	ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพ มีเนื้อหาพอเพียง				
10	ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพ <u>นำเสนอ ได้ทันเวลา</u>				

ตอนที่ 5 ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชน

ท่านคิดว่าข้อความต่อไปนี้ เป็นข้อความที่ ถูก หรือ ผิด หรือ ไม่ทราบ

ข้อความ	ถูก	ผิด	ไม่ทราบ
โรคไข้หวัดใหญ่			
1. ผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ จะมีอาการ ไข้ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก หายใจลำบาก			
2. โรคไข้หวัดใหญ่ สามารถติดต่อได้ทางเสมหะ น้ำมูก น้ำลาย จากการไอหรือจาม			
3. การล้างมือบ่อย ๆ ด้วยน้ำและสบู่ <u>ไม่</u> ช่วยป้องกันการติดเชื้อโรคไข้หวัดใหญ่ได้			
4. หากป่วยเป็นโรคไข้หวัดใหญ่ <u>ไม่</u> จำเป็นต้องหยุดงานหรือหยุดเรียน			
5. ถ้าเคยฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่มาก่อนจะช่วยลดความรุนแรงของโรคไข้หวัดใหญ่ได้			
6. คนที่มีสุขภาพดี <u>ไม่</u> จำเป็นต้องฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่			
7. วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ควรฉีดเป็นประจำทุกปี			
8. คนที่เคยป่วยเป็นโรคไข้หวัดใหญ่แล้วจะ <u>ไม่</u> เป็นโรคไข้หวัดใหญ่อีก			
โรคหัวใจและหลอดเลือด			
9. โรคหัวใจและหลอดเลือดมีสาเหตุสำคัญมาจากพันธุกรรม			
10. โรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) เป็นโรคที่ <u>ไม่</u> สามารถป้องกันได้			
11. อาการเตือนของโรคหัวใจขาดเลือดคือเจ็บกลางหน้าอกรุนแรง เหมือนมีอะไรกดทับ ร้าวไปที่แขนซ้าย คอหรือกราม			
12. อาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง คือ ปากเบี้ยว แขนขาอ่อนแรงซีกเดียว พูดไม่ชัด พูดไม่ออก อาการใดอาการหนึ่งแบบทันทีทันใด			
13. หากเกิดอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองให้ไปพบแพทย์ โดยเร็วที่สุด ไม่เกิน 4 ชั่วโมง จะสามารถช่วยรักษาชีวิตและสามารถฟื้นฟูให้กลับไปใกล้เคียงคนปกติได้			
14. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ <u>ไม่</u> มีผลต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด			
15. การหลีกเลี่ยงอาหารหวานจัด เค็มจัด และมีไขมันสูง ช่วยป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดได้			
ข้อความ	ถูก	ผิด	ไม่ทราบ
16. การออกกำลังกายเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ สามารถป้องกัน			

โรคหัวใจและหลอดเลือดได้			
โรคฉี่หนู			
17. ไอรื้อรังมากกว่า 2 อาทิตย์ อาจเป็นอาการแสดงที่สำคัญของการเป็นฉี่หนู			
18. การไอเป็นการแพร่กระจายเชื้อฉี่หนู			
19. การสูบบุหรี่ส่งเสริมการเกิดฉี่หนู			
20. ฉี่หนู ไม่ สามารถรักษาให้หายได้			
21. การรักษาสุขภาพให้แข็งแรง โดยการออกกำลังกายและรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ สามารถป้องกันการป่วยฉี่หนูได้			
22. การใช้ช้อนร่วมกับผู้ป่วยฉี่หนู เช่น จาน ช้อน แก้วน้ำ ผ้าเช็ดหน้า ไม่ ทำให้เสี่ยงต่อการป่วยเป็นฉี่หนู			
โรคพิษสุนัขบ้า			
23. โรคพิษสุนัขบ้าสามารถเกิดขึ้นได้กับสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมทุกชนิด			
24. โรคพิษสุนัขบ้าติดต่อทางลมหายใจหรือจากการใกล้ชิดกับผู้ป่วย			
25. เมื่อโดนสุนัขกัด ต้องล้างแผลด้วยน้ำสบู่และยาใส่แผลสดทันที ก่อนไปพบแพทย์			
26. หากถูกสุนัขกัด ไม่ จำเป็นต้องไปรับวัคซีนให้ตรงตามนัดก็ได้			
27. หากถูกสุนัขข่วน แม้มแผลเล็กน้อย ควรไปพบแพทย์เพื่อรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า			
28. การนำสุนัขอายุ 2 – 4 เดือน ไปรับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า เป็นการป้องกันการเกิดโรคพิษสุนัขบ้าได้			

ตอนที่ 6 พฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชน

ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาท่านเคยทำในเรื่องต่อไปนี้หรือไม่ มากน้อยเพียงใด

ข้อความ	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยทำเลย	ไม่เกี่ยวข้อง
โรคไข้หวัดใหญ่						
1. ท่านศึกษาข้อมูลเรื่องโรคไข้หวัดใหญ่ เพื่อให้มีการป้องกันตนเองได้อย่างถูกต้อง						
ข้อความ	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยทำเลย	ไม่เกี่ยวข้อง

2. ท่านสื่อสารและบอกกล่าวเรื่องโรค ไข้หวัดใหญ่เพื่อให้คนรอบข้างมีการ ป้องกันโรคได้ถูกต้อง						
3. ท่านหยุดงาน หยุดเรียน พักผ่อน อยู่ที่บ้านเมื่อป่วยเป็นโรคไข้หวัดใหญ่						<input type="checkbox"/> ไม่ เคยป่วย ในช่วง6 เดือน
4. ท่านปิดปาก ปิดจมูก เวลาไอจาม						
5. ท่านล้างมือบ่อย ๆ ด้วยน้ำและสบู่ หรือแอลกอฮอล์เจล						
6. ท่านคลุกคลีใกล้ชิดกับผู้ป่วย ไข้หวัดใหญ่						
7. ท่านฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ปีละครั้ง						
โรคหัวใจและหลอดเลือด						
8. ท่านศึกษาข้อมูลเรื่องโรคหัวใจและ หลอดเลือดเพื่อใช้ในการป้องกันตนเอง ได้อย่างถูกต้อง						
9. ท่านสื่อสารและบอกกล่าวเรื่อง โรคหัวใจ และหลอดเลือด เพื่อให้คน รอบข้างมีการป้องกันโรคได้ถูกต้อง						
10. ท่านไปตรวจระดับน้ำตาลในเลือด และระดับความดันโลหิต						
11. ท่านไปตรวจระดับโคเลสเตอรอลใน เลือดหรือไขมันในเลือด						
12. ท่านศึกษาวิธีการเลิกบุหรี่หรือ แนะนำให้กับคนรอบข้างเลิกบุหรี่						
13. ท่านรับประทานอาหารประเภท หวานจัด เค็มจัดและมีไขมันสูง (อย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง)						

ข้อความ	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคย ทำเลย	ไม่เกี่ยวข้อง
----------------	--------------	------------------	-----------------	------------------------	-------------------------	----------------------

14. ท่านออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 –5 วันๆ ละ อย่างน้อย 30 นาที						
15. เมื่อท่านรู้สึกเครียด ท่านได้จัดการความเครียด เช่น ดูโทรทัศน์ ดูหนัง ฟังเพลง หรือพบปะพูดคุยกับเพื่อน เป็นต้น						<input type="checkbox"/> ไม่มี ความเครียด ในช่วง6 เดือน
โรคฉี่หนู						
16. ท่านศึกษาข้อมูลเรื่องโรคฉี่หนู เพื่อให้มีการป้องกันตนเองได้อย่างถูกต้อง						
17. ท่านสื่อสารและบอกกล่าวเรื่องโรคฉี่หนูเพื่อให้คนรอบข้างมีการป้องกันโรคได้ อย่างถูกต้อง						
18. ท่านสังเกตตนเอง เช่น น้ำหนักลด อាកาไร ไอ อากาไรใช้ ซึ่งเป็นอาการเตือนให้ไปตรวจคัดกรองฉี่หนู ทุกครั้งที่สงสัย						
19. ท่านนำสิ่งของเครื่องใช้ เช่น ที่นอน ผ้าห่ม หมอน ไปผึ่งแดด						
20. ท่านบ้วนน้ำลายหรือเสมหะในที่สาธารณะ						
21. เมื่อท่านมีอาการไอหรือจาม ท่านใช้ผ้า หรือกระดาษปิดปาก ปิดจมูกทุกครั้ง						<input type="checkbox"/> ไม่มี อาการไอ จาม ในช่วง 6เดือน
22. ท่านช่วยกระตุ้นคนใกล้ชิดที่เป็นวัณโรคให้ไปรักษาโดยไม่ให้ขาดยา						<input type="checkbox"/> ไม่มีคน ใกล้ชิดเป็น วัณโรค
23. ท่านศึกษาข้อมูลเรื่องโรคพิษสุนัขบ้า เพื่อให้มีการป้องกันตนเองได้อย่างถูกต้อง						
โรคพิษสุนัขบ้า						
24. ท่านสื่อสารและบอกกล่าวเรื่องโรค						

พิษสุนัขบ้าเพื่อให้คนรอบข้างมีการ ป้องกันโรคได้อย่างถูกต้อง						
25. ท่านเคยให้สุนัขโมโท โกรธ หรือ ทำให้ตกใจ						
26. ท่านเล่นกับสุนัขไม่ทราบประวัติ						
27. ท่านแยกสุนัขที่กำลังกัดกัน ด้วยมือเปล่า						
28. ท่านโดนสุนัข แมว กัดข่วน						
29. ท่านชอบเล่นกับสุนัขหรือแมว ทั้งมี เจ้าของและไม่มีเจ้าของ						
30. ท่านหยิบขามข้าวหรือเคลื่อนย้าย อาหารขณะที่สุนัขกำลังกินอาหาร						
31. ท่านเข้าใกล้สุนัขหรือสัตว์ต่าง ๆ นอกบ้านที่ไม่มีเจ้าของหรือไม่ทราบ ประวัติ						

ตอนที่ 7 ภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคในมุมมองประชาชน

ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาท่านมีความคิดเห็นต่อภาพลักษณ์ของ กรมควบคุมโรค ในประเด็นต่อไปนี้
อย่างไร

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1. กรมควบคุมโรคเป็นองค์กรที่มีนโยบายที่น่าสนใจ และเป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม					
2. กรมควบคุมโรคเป็นองค์กรที่มีการเผยแพร่ข้อมูล ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพที่มีประโยชน์ให้แก่ ประชาชนได้					
3. บุคลากรของกรมควบคุมโรคมีความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงานเป็นอย่างดี					
4. บุคลากรของกรมควบคุมโรคเป็นที่พึ่งให้แก่ประชาชน ในด้านการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ					
ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง

5. กรมควบคุมโรคมีกระบวนการทำงานในการรับมือกับโรคและภัยสุขภาพที่คุกคามอย่างทันการณ์					
6. กรมควบคุมโรคมีการส่งเสริม ถ่ายทอด แลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้แก่ประชาชนเรื่องโรคและภัยสุขภาพอย่างต่อเนื่อง					
7. การสื่อสารของกรมควบคุมโรคทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของท่านหรือคนใกล้ชิด					
8. กรมควบคุมโรคมีเครือข่ายในการป้องกันควบคุมโรคที่เข้มแข็ง					
9. กรมควบคุมโรคมีวิธีการใหม่ๆ ในการป้องกันควบคุมโรค					
10. กรมควบคุมโรคเป็นหน่วยงานที่ทำให้ประชาชนปลอดภัยจากโรคและภัยสุขภาพ ที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศ					
11. กรมควบคุมโรคเป็นหน่วยงานที่ปกป้องประชาชนไม่ให้ได้รับผลกระทบจากโรคและภัยสุขภาพที่มาจากนานาชาติ					
12. กรมควบคุมโรคเป็นหนึ่งในหน่วยงานที่สำคัญในระดับประเทศที่ทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีปราศจากโรคและภัยสุขภาพ					

ประวัติของผู้วิจัย

ชื่อ - สกุล นางสาวบุญรักษา วิทยาคม

วัน เดือน ปีเกิด 9 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2508

ประวัติการศึกษา

คุณวุฒิ (ชื่อปริญญา และสาขา/ วิชาเอก)	วัน เดือน ปี ที่สำเร็จการศึกษา	สถาบัน
พยาบาลและผดุงครรภ์ (ระดับต้น)	15 มีนาคม 2527	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนราชนบุรี
พยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง	15 มีนาคม 2535	วิทยาลัยพยาบาลชลบุรี
สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต เอกบริหารสาธารณสุข	2531	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การบริหารการพยาบาล	5 เมษายน 2564	มหาวิทยาลัยบูรพา

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

วันออกใบอนุญาต.....24 ธันวาคม 2560...วันหมดอายุ....23 ธันวาคม 2665.....

ตำแหน่ง และประวัติการทำงาน

พ.ศ. 2527 -2530 พยาบาลเทคนิค 2-3 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี รพ.พานทอง

พ.ศ. 2531 -2547 พยาบาลวิชาชีพ 3-6 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี รพ.อ่าวอุดม

พ.ศ. 2548 -2564 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 กลุ่มโรคไม่ติดต่อ