

รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์

การเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลข่าวสารสุขภาพเพื่อการดูแลตนเอง
ให้ปลอดภัยจากโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ
ของประชาชนในเขตเมือง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พนม คีรีฉายา

ได้รับทุนสนับสนุนจาก
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

2561

Research Report

Urbanites' Accessibility, Understanding, Evaluation and
Application of Health Information for their Self Care in
International Spreading of Emerging Infectious Disease

Assistant Professor Phnom Kleechaya, Ph.D.

Health System Research Institute (HSRI)

2018

โครงการวิจัย	การเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลข่าวสารสุขภาพ เพื่อการดูแลตนเองให้ปลอดภัยจากโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่ แพร่มาจากต่างประเทศของประชาชนในเขตเมือง
ชื่อผู้เขียน	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พนม คลีฉายา
สาขา/คณะ/มหาวิทยาลัย	คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
แหล่งทุนสนับสนุน	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
คำหลักสำคัญ	โรคอุบัติใหม่/การสื่อสารสุขภาพ

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องครั้งนี้ กำหนดวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจการเข้าถึง ความเข้าใจ การประเมินคุณค่าและความถูกต้องของข้อมูลข่าวสารสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศของประชาชนในเขตเมือง และการนำข้อมูลข่าวสารมาใช้ในการป้องกันและดูแลตนเองให้ปลอดภัย ผู้วิจัยใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสาน โดยเริ่มจากการสัมภาษณ์เชิงลึกแพทย์เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และสื่อมวลชนในจังหวัดที่ด่านตรวจคนเข้าเมืองระหว่างประเทศ 4 จังหวัด ได้แก่ เชียงราย หนองคาย อุบลราชธานี และสงขลา และกรุงเทพมหานคร จำนวน 18 คน และการวิจัยเชิงสำรวจซึ่งเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง และอำเภอที่มีด่านตรวจคนเข้าเมือง หรือมีสนามบินนานาชาติ ใน 7 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร เชียงราย ตาก สงขลา หนองคาย อุบลราชธานี และจังหวัดภูเก็ต รวมจำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 1,400 คน

ผลการวิจัยพบว่า กระทรวงสาธารณสุขมีระบบงานและมาตรการควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศที่อย่างชัดเจนและรัดกุม มีการทำงานร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขของต่างประเทศอย่างเข้มข้น มีทั้งมาตรการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันการระบาด รวมทั้งแผนการบริหารการสื่อสารความเสี่ยง

ประชาชนมักจะมีการตื่นตัวเมื่อโรคเข้าใกล้ตัวและเกิดการตื่นตัวขึ้นเฉพาะพื้นที่ที่ระบาด เมื่อการระบาดเข้ามาใกล้หรือเข้ามาในประเทศ จะมีการตื่นตัวมากขึ้นตามความกังวลใจเกี่ยวกับอันตรายของโรคที่ใกล้ตัวมากขึ้น และมักจะตื่นตัวในช่วงแรกที่มีข่าวการระบาด แต่การตื่นตัวก็จะลดลงเมื่อข่าวเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ไม่ได้รับการรายงานในสื่อมวลชน

เมื่อมีการรายงานข่าวเกี่ยวกับการระบาด ความรุนแรงของโรค การไม่มียารักษา การเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อมากขึ้น ผวนกับการได้รับข้อมูลไม่มากเพียงพอ จนกลายเป็นความตื่นตระหนก ทั้งนี้การตื่นตระหนกของประชาชนจะลดลงได้ ด้วยการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับมาตรการและ

การดำเนินงานเกี่ยวกับการควบคุมโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จนเกิดความมั่นใจในมาตรการ และการดำเนินงานที่สามารถคัดกรอง ป้องกัน และควบคุมโรคที่จะระบาดเข้ามาในประเทศได้

การสื่อสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ มีทั้งการสื่อสารผ่าน สื่อมวลชนในลักษณะการรายงานข่าวของสื่อมวลชน และการสื่อสารจากส่วนงานสาธารณสุขไปยัง ประชาชนในพื้นที่ โดยมีแนวทางการสื่อสารทั้งแบบการให้ข้อมูลเพื่อให้เกิดการรับรู้ถึงความรุนแรง ของโรค เพื่อกระตุ้นเตือนให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการให้ข้อมูล ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค นำไป สู่ความเข้าใจ และเสนอทางเลือกเพื่อความปลอดภัยให้นำไปปฏิบัติด้วยตนเอง

การเข้าถึงข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ๆ ของประชาชนพบว่าการเข้าถึงผ่าน สื่อมวลชน สื่อบุคคล ได้แก่ อสม. แกนนำสุขภาพครอบครัว (กสค.) เพื่อนบ้าน อาสาสมัครต่างด้าว สื่อรณรงค์เฉพาะกิจ สื่อท้องถิ่น สื่อชุมชน และสื่อออนไลน์ ทั้งนี้ผลการสำรวจชี้ให้เห็นว่า ประชาชนมี ระดับความถี่การเปิดรับข่าวสารโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่า โทรทัศน์คือสื่อที่เปิดรับด้วยความถี่ระดับบ่อย ๆ และสื่อที่เปิดรับระดับปานกลาง ได้แก่ วิทยุ หนังสือพิมพ์ เพื่อน แพทย์ พยาบาล อสม. เคเบิลทีวี โรงพยาบาล วิทยุชุมชน เฟซบุ๊ก (Facebook) ไลน์ (LINE) เว็บไซต์หนังสือพิมพ์ทั่วไป เว็บไซต์สุขภาพทั่วไป ป้ายไว้นิต แผ่นพับ หอกระจายข่าว

ในด้านลักษณะการเข้าถึงข่าวสารพบว่า มีความเข้มข้นในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารอยู่ใน ระดับปานกลาง แต่ความเข้มข้นในด้านจำนวนช่องทางและการติดตามข่าวสารอยู่ระดับน้อย นอกจากนี้ความกระตือรือร้นในการเข้าถึงข่าวสาร และความผูกพันกับเนื้อหาอยู่ในระดับปานกลาง

ความเข้าใจสาระเนื้อหาในภาพรวมพบว่า มีความเข้าใจในระดับดี ทั้งนี้มีจำนวนกลุ่ม ตัวอย่างมีความเข้าใจด้านสถานการณ์การระบาด ในเรื่องโอกาสในการติดเชื้อมากที่สุด สำหรับความ เข้าใจด้านข้อมูลเกี่ยวกับโรค มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เข้าใจในเรื่องที่ยังไม่มียารักษา มากที่สุด และ ความเข้าใจด้านการปฏิบัติตน มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เข้าใจเรื่องความสำคัญในการติดตามข่าว อย่างต่อเนื่องเมื่อเกิดการระบาดมากที่สุด

การประเมินคุณค่าและความถูกต้องข้อมูลข่าวสารพบว่า โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่า การประเมินด้วยการพิจารณาถึงประโยชน์ที่จะใช้ดูแลตนเองให้ ปลอดภัย อยู่ในระดับสูง ในขณะที่การตั้งเงื่อนไขเบื้องต้น และการตรวจสอบความถูกต้อง อยู่ในระดับ ปานกลาง

การนำข้อมูลข่าวสารไปใช้ประโยชน์พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยนำไปใช้ปฏิบัติ ตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อและการระบาด และนำไปใช้ดูแลสุขภาพของตนเองในการกินอยู่อย่างถูก ลักษณะ สำรวจอาการเจ็บป่วยของตนเอง และการแสวงหาและติดตามข่าวสาร

ผลการทดสอบสมมติฐานความสัมพันธ์พบว่าความถี่ในการเข้าถึงข่าวสารมีความสัมพันธ์ เชิงบวกกับความเข้าใจเนื้อหา ลักษณะการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและความเข้าใจเนื้อหาที่มีความสัมพันธ์

เชิงบวกกับการประเมินคุณค่าและความถูกต้องของข้อมูลข่าวสาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นอกจากนี้ยังพบว่า ลักษณะการเข้าถึง ความเข้าใจ และการประเมินคุณค่าและความถูกต้องของข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการนำข้อมูลข่าวสารไปใช้ประโยชน์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการทดสอบสมมติฐานเชิงเปรียบเทียบพบว่า การเข้าถึง ความเข้าใจ การประเมินคุณค่าและความถูกต้อง และการนำไปใช้ประโยชน์มีความแตกต่างกันในกลุ่มอายุและระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Project Title	Urbanites' Accessibility, Understanding, Evaluation and Application of Health Information for their Self Care in International Spreading of Emerging Infectious Disease
Author	Assistant Professor Phnom Kleechaya, Ph.D.
Department/Faculty/University	Faculty of Communication Arts, Chulalongkorn University
Granted fund	Health System Research Institute (HSRI)
Key word	Emerging Disease/Health Communication

Abstract

The research aims to explore and describe the Urbanites' Accessibility, Understanding, Evaluation and Application of Health Information for their Self Care in Emerging Infectious Disease International Spreading. Mixed method was used in collecting data including in-depth interview of doctors, public health facilitators, village health volunteers (Or Sor Mor) and local press in the 4 provinces where immigration checkpoints are--Chiangrai, Nong Khai, Ubon Ratchathani and Songkhla—and administration of questionnaire for survey research on sample group living either Amphoe Mueang (a capital district of a province) or an Amphoe (districts) where immigration checkpoint or international airports is located. Those areas belong to the 7 provinces namely Bangkok, Chiangrai, Tak, Songkhla, Nong Khai, Ubon Ratchathani and Phuket. The overall data was collected from 1,400 samples in total.

The finding indicated that Thai Ministry of Public Health has a well-developed system and strong policy and control measures on the management of infectious diseases spread internationally as well as beneficial cooperation between Thailand and other countries. Measures on disease surveillance, control and prevention together with risk communication plan have been installed and are actively used.

The finding revealed the people become more aware when infectious diseases start to spread closer into the country and their hometown. The level of

awareness fluctuates in accordance with the severity level of diseases. Usually, people's awareness level rises high during the first period of news announcement about infectious diseases and gradually lowers as media ceases to report about diseases.

On the other hand, when there is news report on the severity of infectious diseases, lack of treatment and mortality number of the infected combined with insufficient amount of information, the awareness level soars up and turns into panic. This can be alleviated by news informing people of government's countering measures and procedures in screening, preventing and controlling contagious diseases.

The health information about emerging infectious diseases spreading internationally are both news reports by the press and media created by Public Health facilities. Information sent are consisted of both arousing information of the severity of diseases warning them to change their behaviors and plain information of diseases aiming for understanding and procedures to follow for their safety.

It is found that people access information about emerging infectious diseases spreading internationally through various media; mass media, personal media such as village health volunteers, neighbors, specialization media, local press and online media. The survey result shows that the overall frequency of people media exposure is medium. The most frequent media used is television. Radio, newspaper, friends, public health facilitators, village health volunteers, Facebook, LINE, news website, health care website, vinyl banners, pamphlets and broadcast towers have medium usage frequency.

The accessibility level to the information of infectious diseases internationally spreading is medium. However, the number of channels accessed by the people and frequency of follow ups are low. The eagerness and content engagement are at medium level.

Overall, the level of understanding is high. The most understanding of well-informed topic for the sample group are the chance of getting infected, the lack of treatment and the importance of following news trailed by following instructions.

The survey result indicated that level of value and correctness of information evaluation is medium. Looking closely, sample group indicated that they mostly evaluate on the benefits of information in ensuring personal safety, however, they set up basic assumptions and check the validity of information, so these two topics are at medium level.

Application of information is found to be at high level. Sample group usually use the information learnt to protect themselves from infectious diseases, practice sanitary behaviors, self-observe for sickness and find further news and information.

The result of a test on the hypothetic relationship reveals that the frequency of information access is positively correlate to understanding of content. Also, the mean of access to information varies positively correlate to evaluation of value and correctness of information. Both pairs have significant relationships shown statistically at .05

In addition, the information accessibility, understanding and evaluation of value and correctness of information all have significant positive relationship with application of information shown statistically at .05

It is found from comparative hypothesis testing that information accessibility, understanding, evaluation and application vary significantly between age groups and levels of education at .05 based on statistic.

กิตติกรรมประกาศ

การดำเนินงานวิจัยครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงอย่างสมบูรณ์ได้ด้วยการสนับสนุนและความช่วยเหลือจากหลายส่วน ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกภาคส่วนที่ให้การสนับสนุนและให้ความช่วยเหลืออย่างดีตลอดการดำเนินงานวิจัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งคือ การสนับสนุนเงินทุนวิจัยจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) การสนับสนุนการดำเนินงานวิจัยจาก คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขอขอบพระคุณเครือข่ายสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานหลักประกันสุขภาพในพื้นที่เก็บข้อมูลทุกท่าน ที่ช่วยประสานนัดหมายการสัมภาษณ์ รวมทั้งนายแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัด สื่อมวลชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ให้สัมภาษณ์ซึ่งช่วยให้ได้ข้อมูลและความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัยอย่างมาก ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบแบบสอบถาม คือ รองศาสตราจารย์ มาลี บุญศิริพันธ์ อดีตคณบดี คณะวารสารศาสตร์และสื่อสารมวลชน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุภัทวดี อภินันท์ อดีตอาจารย์ประจำ คณะวารสารศาสตร์และสื่อสารมวลชน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร. ปารีชาติ สถาปิตานนท์ คณบดี รองศาสตราจารย์ รุ่งนภา พิตรปรีชา รองคณบดีฝ่ายบริหาร อาจารย์ ดร. อีรดา จงกฤษ์ตนาภรณ์ รองคณบดีฝ่ายวิจัย และวิรัชกิจ คณะนิเทศศาสตร์ ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานวิจัยอย่างดี รวมทั้งคุณธนากร ชัยจิต สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) คุณดวงใจ โลกระโทก ฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ คณะนิเทศศาสตร์ ที่ให้ความช่วยเหลือประสานงานงานวิจัยให้ดำเนินไปได้อย่างราบรื่น ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ผลการวิจัยครั้งนี้จะนำไปสู่การวางระบบการสื่อสารข่าวสารข้อมูลเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ เพื่อสนับสนุนระบบการป้องกันควบคุมโรค และการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันและดูแลตนเองให้ปลอดภัยจากโรคของประชาชน

ผู้วิจัย

มีนาคม 2561

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	(1)
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	(4)
กิตติกรรมประกาศ	(7)
สารบัญตาราง	(11)
สารบัญภาพ	(14)
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความสำคัญ และที่มาของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย	10
1.3 สมมติฐานการวิจัย	10
1.4 นิยามศัพท์	11
1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย	15
1.6 ขอบเขตการวิจัย	15
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	16
2.1 โรคอุบัติใหม่	16
2.2 ความสำคัญของการสื่อสารกับโรคติดต่ออุบัติใหม่	19
2.3 แนวทางการสื่อสารโรคติดต่ออุบัติใหม่	21
2.4 การเข้าถึง ความเข้าใจ และการใช้ข้อมูลข่าวสารสุขภาพ	24
2.5 สื่อใหม่กับการเข้าถึง ความเข้าใจ และการใช้ข้อมูลข่าวสารสุขภาพ	30
2.6 การรับรู้ ความรู้ และพฤติกรรมต่อโรคอุบัติใหม่	32
2.7 ช่องทางการสื่อสาร และการเลือกใช้สื่อ	35

2.8	สรุปกรอบแนวคิดการวิจัย	39
บทที่ 3	ระเบียบวิธีวิจัยและการดำเนินงาน	42
3.1	ขั้นที่ 1 การวิจัยเชิงคุณภาพ	42
3.1.1	ผู้ให้ข้อมูลหลักการสัมภาษณ์เชิงลึก	42
3.1.2	ประเด็นการสัมภาษณ์	44
3.2	ขั้นที่ 2 การวิจัยเชิงสำรวจ	46
3.2.1	ประชากรที่ศึกษา	46
3.2.2	กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา	46
3.2.3	วิธีการสุ่มตัวอย่าง	47
3.2.4	เครื่องมือวิจัยและการวัดตัวแปร	48
3.2.5	การทดสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	55
3.2.6	การวิเคราะห์ผลข้อมูล	57
3.2.7	การรายงานผลการวิจัย	57
3.2.8	ข้อจำกัดในการวิจัย	57
บทที่ 4	ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ	58
4.1	สถานการณ์โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ	58
4.2	การตื่นตัว และการตื่นตระหนกของประชาชน	68
4.3	พฤติกรรมของประชาชนต่อโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ	72
4.4	การรายงานข่าวโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ	76
4.5	การสื่อสารโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศให้แก่ประชาชน	82
4.6	ความน่าเชื่อถือและการประเมินเนื้อหา	97
บทที่ 5	ผลวิจัยเชิงปริมาณ	99
5.1	ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสถานภาพส่วนบุคคล การติดต่อกับบุคคล และการเดินทางไปต่างประเทศ	100
5.2	ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง	106

5.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ	109
5.4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ	111
5.5 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความเข้าใจข่าวสารเกี่ยวกับเกิดโรคอุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ	119
5.6 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการประเมินคุณค่า และความถูกต้องข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคอุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ	128
5.7 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการนำข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศมาใช้ประโยชน์	131
5.8 การทดสอบสมมติฐานการวิจัย	133
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	162
6.1 สรุปผลการวิจัย	162
6.2 อภิปรายผลการวิจัย	176
6.3 ข้อเสนอแนะสำหรับการประยุกต์ใช้ในระบบการสื่อสารสุขภาพ	187
6.4 ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต	188
รายการอ้างอิง	190
ภาคผนวก	
ก. แบบสอบถามและข้อเฉลยคำตอบความเข้าใจข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่	201

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
3.1 จำนวนตัวอย่างจำแนกตามพื้นที่เก็บข้อมูล	47
5.1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภูมิภาค	100
5.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สัญชาติ สภาวะสุขภาพ ระดับการศึกษา รายได้ และอาชีพ	101
5.3 จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่มีการติดต่อกับบุคคลและการเดินทาง ไปต่างประเทศ	104
5.4 จำนวน ร้อยละ และความบ่อยครั้งของการเดินทางเข้าออกหรือเดินทางไปต่างประเทศ ในช่วง 1 ปี	105
5.5 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยความถี่ในการดูแลสุขภาพในแต่ละวิธี	106
5.6 จำนวนและร้อยละของการเจ็บป่วยของโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ	108
5.7 จำนวนและร้อยละของครอบครัวญาติหรือบุคคลสนิท เคยป่วยจากโรคติดต่ออุบัติใหม่ ที่แพร่มาจากต่างประเทศ	108
5.8 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยความถี่การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ ที่แพร่มาจากต่างประเทศ	109
5.9 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยความถี่ตามช่องทาง สื่อที่เปิดรับข่าวสาร	111
5.10 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยความเข้มข้นในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค ติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ	115
5.11 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยความกระตือรือร้นในการเข้าถึงข่าวสารโรคติดต่อ อุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ	116
5.12 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยความผูกพันกับเนื้อหาในการเข้าถึงข่าวสารโรคติดต่อ อุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ	117
5.13 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่อ อุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ	118
5.14 จำนวนและร้อยละ ความเข้าใจด้านสถานการณ์การระบาด	119
5.15 คะแนนเฉลี่ย ความเข้าใจด้านสถานการณ์การระบาด	120
5.16 จำนวนและร้อยละ ความเข้าใจด้านข้อมูลเกี่ยวกับโรค	120
5.17 คะแนนเฉลี่ย ความเข้าใจด้านข้อมูลเกี่ยวกับโรค	121
5.18 จำนวนและร้อยละ ความเข้าใจด้านการปฏิบัติตน	122

5.19	คะแนนเฉลี่ย ความเข้าใจด้านการปฏิบัติตน	123
5.20	จำนวน ร้อยละความเข้าใจข่าวสารเกี่ยวกับเกิดโรคอุบัติใหม่ที่แพร่มาจาก ต่างประเทศโดยรวม	124
5.21	คะแนนเฉลี่ยความเข้าใจข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจาก ต่างประเทศ	125
5.22	จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยระดับความเข้าใจสาระเนื้อหาของโรคติดต่ออุบัติใหม่ ที่แพร่มาจากต่างประเทศ	126
5.23	จำนวน ค่าเฉลี่ยและระดับความถี่การประเมินข่าวสารและความถูกต้องของ โรคติดต่ออุบัติใหม่	128
5.24	จำนวน ค่าเฉลี่ยและระดับความถี่การนำข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ มาใช้ประโยชน์	131
5.25	ผลการวิเคราะห์การถดถอยแบบขั้นตอน ของความเข้าใจเนื้อหาข่าวสารเกี่ยวกับ โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ	134
5.26	ผลการวิเคราะห์การถดถอยแบบขั้นตอน ของการประเมินคุณค่าและความถูกต้อง ของข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ	136
5.27	ผลการวิเคราะห์การถดถอยแบบขั้นตอน ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันตนเอง เกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ	137
5.28	ผลการวิเคราะห์การถดถอยแบบขั้นตอน ของการดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับโรคติดต่อ อุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ	139
5.29	ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของความถี่ในการเข้าถึงเนื้อหาข่าวสาร เกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศตามกลุ่มอายุ	142
5.30	ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของความถี่ในการเข้าถึงเนื้อหาข่าวสาร เกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศตามกลุ่มระดับการศึกษา	143
5.31	ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของความเข้มข้นในการเข้าถึงเนื้อหา ข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศตามกลุ่มอายุ	145
5.32	ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของความถี่ในการเข้าถึงเนื้อหาข่าวสาร เกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศตามกลุ่มระดับการศึกษา	146
5.33	ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของความกระตือรือร้นในการเข้าถึง เนื้อหาข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศตามกลุ่มอายุ	148

5.34 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของความกระตือรือร้นในการ เข้าถึงเนื้อหาข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ ตามกลุ่มระดับการศึกษา	149
5.35 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของความผูกพันกับเนื้อหาข่าวสาร เกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศตามกลุ่มอายุ	151
5.36 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของความผูกพันกับเนื้อหาข่าวสาร เกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศตามกลุ่มระดับการศึกษา	152
5.37 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของความเข้าใจเนื้อหาข่าวสาร เกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศตามกลุ่มอายุ	154
5.38 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของความเข้าใจเนื้อหาข่าวสาร เกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศตามกลุ่มระดับการศึกษา	155
5.39 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของการประเมินคุณค่าและความถูกต้อง ข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศตามกลุ่มอายุ	157
5.40 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของการประเมินคุณค่าและความถูกต้อง ข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศตามกลุ่มระดับการศึกษา	158
5.41 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของการนำข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่อ อุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศมาใช้ประโยชน์ตามกลุ่มอายุ	160
5.42 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบการนำข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ ที่แพร่มาจากต่างประเทศมาใช้ประโยชน์ตามกลุ่มระดับการศึกษา	161

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
2.1 กรอบแนวคิดการวิจัย	41

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความสำคัญ และที่มาของปัญหา

ประเทศไทยเผชิญกับความเสี่ยงต่อโรคติดต่ออุบัติใหม่ ทั้งโรคติดต่ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำ โดยในช่วงระยะเวลาสองสามทศวรรษที่ผ่านมา โรคติดเชื้อที่มีแนวโน้มพบมากในอนาคตนั้นไม่ว่าจะเป็น โรคไข้หวัดนก โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลางหรือเมอร์ส และโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ซึ่งเป็นเชื้อไวรัสที่ก่อกับโรคกับระบบทางเดินหายใจและส่วนใหญ่มีความรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต และจากข้อมูลของสำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ (2553) ยังชี้ให้เห็นความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับประเทศไทย จากกลุ่มโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่มีการแพร่เชื้อจากสัตว์สู่คน และจากคนสู่คน อาทิ โรคเมอร์ส รวมทั้งจากข้อมูลองค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่าปี 2556 ถึงเดือน ธ.ค. 2558 มีผู้ติดเชื้ออีโบล่าจาก 10 ประเทศทั่วโลก 28,637 คน เสียชีวิต 11,315 คน และโรคเมอร์ส ตั้งแต่เดือน ก.ย. จนถึง ธ.ค. 2558 มีผู้ติดเชื้อ 1,621 คน เสียชีวิต 584 คน และสถานการณ์ในประเทศไทยนั้น ปี 2558 ที่ผ่านมามีผู้เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค 426 คน เป็นคนไทย 345 คน ต่างชาติ 81 คน และพบผู้ป่วย 1 คน โดยเป็นต่างชาติ ประเมินจากการเสี่ยงแล้วซึ่งประเทศไทยยังมีความเสี่ยงที่จะพบโรค เนื่องจากมีผู้เดินทางมาจากประเทศที่มีโรคระบาดอยู่เช่นกัน นอกจากนี้ข้อมูลจากองค์การโรคระบาดสัตว์ระหว่างประเทศ ตั้งแต่เดือน พ.ย. 2558 ระบุว่าผู้ติดเชื้อไข้หวัดนกสาย H5N1 ในสัตว์ปีกที่ประเทศ กัมพูชา โดยพบใน 2 จังหวัด คือเสียมเรียบ และพระตะบอง ซึ่งเป็นจังหวัดที่ติดกับชายแดน 2 จังหวัดของประเทศไทย คือ สระแก้ว และจันทบุรี (“ปฏิบัติการพิทักษ์สุขภาพ”, 2558) จากที่กล่าวมาบ่งชี้ว่าความเสี่ยงของประเทศไทยส่วนหนึ่งมาจากโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ และถือเป็นภัยคุกคามในการพัฒนาคุณภาพประชากร ตลอดจนถึงการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ สะท้อนให้เห็นจากคณะกรรมการสภานิติบัญญัติสุขภาพที่ได้ระบุถึงแนวโน้มและผลกระทบต่อโรคอุบัติใหม่ไว้คือ

โรคติดต่ออุบัติใหม่ (Emerging infectious diseases: EID) มีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้นและมีผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจและสุขภาพของประชาชนทั่วโลกอย่างมหาศาล...ในสามทศวรรษที่ผ่านมา โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่ร้อยละ 75 เป็นโรคติดต่อจากสัตว์สู่คน...การจัดการกับปัญหาโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วนทั้งภายในและระหว่างประเทศอย่างกว้างขวาง บนพื้นฐานของการจัดความรู้ และการพัฒนาเทคโนโลยีใหม่ ๆ (แผนพัฒนาสภานิติบัญญัติสุขภาพ, 2557, น. 8)

ประเทศไทยได้มีการเตรียมพร้อมรับมือกับปัญหานี้ โดยกำหนดแผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ.2556-2559) โดยได้กำหนดแนวคิดและทิศทางของแผนให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ และพันธสัญญาในกรอบความร่วมมือระหว่างประเทศเกี่ยวกับโรคอุบัติใหม่ไว้อย่างชัดเจน สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559 กฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 แผนยุทธศาสตร์สำหรับโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก พ.ศ. 2553 และกรอบการดำเนินงานของสมาคมประชาชาติแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (ASEAN) กำหนดยุทธศาสตร์ที่เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน (สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่, 2555ก) สำหรับแผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ โดยกรมควบคุมโรคติดต่อ ฉบับที่ 3 (พ.ศ.2556-2559) ได้กำหนดยุทธศาสตร์สำคัญคือ การพัฒนาระบบบริหารจัดการเชิงบูรณาการและเตรียมความพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน และ การสื่อสารความเสี่ยงของโรคติดต่ออุบัติใหม่ อีกทั้งยังมียุทธศาสตร์ด้านการถ่ายทอดความรู้และข้อมูลข่าวสารโรคติดต่ออุบัติใหม่ เพื่อให้เกิดความตื่นตัวในการป้องกันโรค และเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องของประชาชน (สุวรรณชัย วัฒนาอึ้งเจริญชัย, นवल ดำรงพงศ์, และอรวรรณ รัตนไตรภพ, 2556, น. 48)

จากปัญหาการสื่อสารในสถานการณ์การระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ของประเทศไทย ในช่วงศตวรรษที่ผ่านมาซึ่งสะท้อนผ่านข้อสรุปผลการวิจัยของอภิสิทธิ์ เหมะสมสกุล (2547) ที่ศึกษาการสื่อสารภาวะกฤตของโรคซาร์ส และโรคไข้หวัดนก พบว่า ในระยะโรคไข้หวัดนกมีการแพร่ระบาดทำให้ประชาชนมีความตื่นตระหนกเป็นอย่างมาก และขาดความเชื่อมั่นในข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคของหน่วยงานรัฐบาล เนื่องจากมีหน่วยงานอื่น ๆ เข้ามาเกี่ยวข้องโดยเฉพากระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ซึ่งผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ ในการประกาศว่ามีการแพร่ระบาดของโรคซาร์สนั้นจะส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศ หากข้อมูลมีดังกล่าวไม่มีถูกต้อง ทำให้เกิดความล่าช้าในการให้ข้อมูลกับสื่อมวลชนและประชาชน เพราะต้องทำการตรวจสอบข้อมูลที่ถูกต้อง จนเกิดข่าวลือต่าง ๆ ที่นำเสนอผ่านสื่อและไม่ผ่านสื่อ นอกจากนี้ผลสำรวจของมีเดียมอนิเตอร์สรุปให้เห็นถึงการรายงานข่าวการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ 2009 ในปี 2552 สื่อโทรทัศน์รายงานข่าวเน้นเกาะประเด็นเร็วแต่ขาดประเด็นลึก เนื้อหาข่าวสั้น สก๊อปหรือรายงานพิเศษน้อย ในส่วนของสถานีโทรทัศน์ของภาครัฐและสถานีโทรทัศน์สาธารณะ มีการเผยแพร่ สปอตรณรงค์การดูแลรักษาป้องกันการการติดต่อและป้องกันการแพร่ระบาด เน้นผลกระทบการท่องเที่ยวและเศรษฐกิจ เกาะติดตัวเลข การระบาดแต่ยังขาดข้อมูลเชิงลึก นำเสนอแบบสร้างความรู้สึกล้มให้เกิดการล้นระทึกผู้ป่วยรายวัน ในขณะที่ข่าวหนังสือพิมพ์ เน้นเร็ว ลึก เตือนภัยรัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แต่ยังขาดข้อมูลให้ความรู้ขณะที่ภาษาข่าวเร้าใจ อาจสร้างความตระหนักและตระหนักไปพร้อม ๆ กัน (สมาคมนักข่าวหนังสือพิมพ์แห่งประเทศไทย, 2553)

จากการการนำเสนอข่าวของสื่อมวลชนตามที่หยิบยกมานั้น เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ประชาชนตื่นตระหนกต่อโรคติดต่ออุบัติใหม่ชนิดนี้ โดยในด้านข้อเสนอของศิรินทร มหามนตรี (2547) สรุปรว่าข่าวในสถานการณ์ของโรคระบาดหรือโรคติดต่อที่มีความรุนแรง ที่ส่งผลกระทบต่อความรู้สึกถึงความปลอดภัยของประชาชน สื่อมวลชนควรนำเสนอประเด็นข่าวให้ความความสอดคล้องกับเนื้อหาหรือประเด็นข่าวในแต่ละวัน เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องของประชาชน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความหวุ่นวิตกกังวลในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นมากเกินไปจนเกินความเป็นจริง ยังรวมไปถึง วิเลิศ ภูริวัชร (2554) ได้เสนอแนวคิดว่าการนำเสนอข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องที่มีความเสี่ยงต่ออันตราย ควรจะมีการจัดการการตื่นตระหนก (Panic Management) โดยชี้ให้เห็นว่า การให้ข้อมูลข่าวสารจะต้องกระทำควบคู่กันไปกับข้อเสนอแนะในการปฏิบัติตน การเสนอแนะข้อมูลแต่เพียงอย่างเดียวและมีการกระพือข่าวกันออกไป นอกจากจะไม่ทำให้สถานการณ์โดยรวมดีขึ้นแล้วการพูดต่อ ๆ กันไปที่ทำให้ข้อมูลข่าวสารบิดเบือนได้มากกว่าความเป็นจริงที่เกิดขึ้น

ประเด็นปัญหาทางการสื่อสารในสถานการณ์การระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ยังมีการขาดความรู้ความเข้าใจของประชาชนเกี่ยวกับโรคอุบัติใหม่ เป็นผลสืบเนื่องจากการขาดแคลนองค์ความรู้เรื่องโรคที่เพียงพอสำหรับการสื่อสารในระยะเริ่มต้นของการระบาด (อภิสิทธิ์ เหมาะสมสกุล, 2547; วิภาวิน โมสูงเนิน, และรุจิระ โรจน์ประภายนต์, 2554) มีข้อค้นพบว่าประชาชนมีความรู้และความเข้าใจในโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ อยู่แค่ขั้นพื้นฐานจนถึงปานกลาง เช่น หน่วยงานกองสุศึกษา (2551) ก็ยังพบว่าประชาชน และอาสาสมัครสุขภาพประจำหมู่บ้าน (อสม.) นั้นส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจเรื่องไข้หวัดนกในระดับความรู้พื้นฐาน ยังไม่เข้าใจของการกลายพันธุ์โรคไข้หวัดนกตีพอ ขณะเดียวกันผลการวิจัยของมนัสนันท์ ลิ้มพิทยากุล และคณะ (2558) ที่ศึกษาการรับรู้โรคติดต่ออุบัติใหม่อีโบล่าของประชาชน ยังพบว่าในด้านประเด็นการนำเสนอข้อมูลข่าวสารยังไม่เพียงพอต่อการรับรู้และเข้าใจ และประชาชนมีแหล่งข้อมูลการรับรู้ข่าวสารน้อย ทำนองเดียวกันสุวรรณิ สุวรรณท้าว, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, และพัชราพร เกิดมงคล (ม.ป.ป) ต่างก็พบว่าการประชาสัมพันธ์ข้อมูลด้านสุขภาพใช้การสื่อสารทางเดียวทำให้ประชาชนขาดการมีส่วนร่วม ข้อมูลที่ได้รับมาจากหน่วยราชการมักใช้ภาษาที่ประชาชนเข้าใจยากและขาดรายละเอียดในส่วนของการนำไปปฏิบัติ รวมทั้งพ้องกับข้อสรุปผลวิจัยของสุนันทา แยมัทพ์ (2557) ก็ได้สรุปให้เห็นถึงสื่อสารโรคอุบัติใหม่พรมแดนของประเทศไทย เสนอว่าควรให้ความสำคัญกับข้อมูลข่าวสารที่เป็นภาษาถิ่นของตนเป็นหลัก โดยเฉพาะในกลุ่มชนพื้น ที่สูง เลือกเปิดรับวิทยุจากฝั่งลาวเพื่อฟังรายการเพลงและข่าวสารภาษาม้งหรือคนพื้นที่สูงในฝั่งลาวที่นายบ้านจะเป็นผู้นำข้อมูลไปบอกต่อเป็นภาษาของตนเองในหมู่บ้านอีกต่อหนึ่งซึ่งพบว่าเป็นอุปสรรคมากเพราะต้องฟังพาตัวแทนหมู่บ้าน โดยสรุปได้ว่าข้อมูลข่าวสารมีความสำคัญต่อการรับรู้ของประชาชน ซึ่งจากผลสำรวจงานวิจัยโรคติดต่อเชื้อไวรัสอีโบล่า พบในประเด็นว่าประชาชนมีการ

รับรู้ข่าวสารและประเมินเผชิญอันตรายต่อโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับแค่ปานกลาง (มนัสนันท์ ลิมปวิทยากุล และคณะ, 2558)

ดังนั้นการสื่อสารของโรคติดต่ออุบัติใหม่ มีแนวทางข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยที่ชี้ให้เห็นว่าควรใช้เนื้อหาข้อมูลด้านโรคอุบัติใหม่ คือ 1) มีแหล่งและช่องทางการสื่อสารของข้อมูลที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย และ 2) การเผยแพร่สื่อเพื่อให้ความรู้ต้องกำหนดสื่อให้เหมาะสมกับคนแต่ละกลุ่มเป้าหมาย (วิภาวิน โมสูงเนิน, และรุจิระ โรจน์ประภายนต์, 2554) และข้อเสนอของมนัสนันท์ ลิมปวิทยากุล และคณะ (2558) ได้แนะนำควรมีการนำเสนอข้อมูลข่าวสารในสื่อรูปแบบอื่น ๆ ผ่านช่องทางที่มีความหลากหลาย เพื่อให้ประชาชนในทุกกลุ่มวัยสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้ตามความต้องการและความสนใจอันจะนำไปสู่การสร้างการรับรู้ที่ถูกต้องแก่ประชาชน

จากการสำรวจเอกสาร บทความและงานวิจัยต่าง ๆ ในประเทศไทยในประเด็นด้านการใช้สื่อของประชาชนต่อสถานการณ์โรคติดต่ออุบัติใหม่นั้น พบว่าส่วนใหญ่จะใช้ *สื่อมวลชนประเภทโทรทัศน์วิทยุ* รองลงมาจาก *ประเภทสื่อบุคคล เช่น แพทย์ เพื่อน บุคคลใกล้* (อภิสิทธิ์เหมาะสมกุล, 2547; กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2548; มลินี สมภพเจริญ, 2556; มนัสนันท์ ลิมปวิทยากุล และคณะ, 2558) อย่างไรก็ตามจากข้อสรุปวิจัยข้างต้นนั้น ช่องทางสื่อสารที่สำคัญรองจากสื่อมวลชนที่ประชาชนนิยมก็คือการใช้ *บุคคลในการสื่อสาร* ซึ่งถือเป็นช่องทางที่สำคัญอีกทางหนึ่งเมื่อเกิดการแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่ (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2548; สพิดา เย็นโสภา 2553; วิภาวิน โมสูงเนิน, และรุจิระ โรจน์ประภายนต์, 2554; ยุพาพร อินธิไชย และคณะ, 2558; สุวรรณ สุวรรณท้าว, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, และพัชราพร เกิดมงคล, ม.ป.ป) แต่อย่างไรก็ตามในการใช้สื่อบุคคลในการรณรงค์หรือเผยแพร่ด้านโรคติดต่ออุบัติใหม่ซึ่งสิ่งสำคัญก็คือการที่ผู้นำทางความคิดหรือบุคลากรทางสาธารณสุขจะต้องได้รับอบรมหรือการบรรยายเพื่อได้รับความรู้ในการถ่ายทอดหรือแพร่ข้อมูลเรื่องโรคติดต่ออุบัติใหม่ไปยังประชาชนได้ (มณีนรัตน์ ธีระวิวัฒน์, ประสิทธิ์ นิมสุวรรณ, และนิรัตน์ อิมามี, 2550; ยุพาพร อินธิไชย และคณะ, 2558) รวมถึงจนถึงดำเนินงานแบบบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อันได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ และองค์การยูนิเซฟ ไทยแลนด์ (ลลันลลิต วัฒนรัตน์, 2549) ทั้งนี้กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน (2548) วิเคราะห์ให้เห็นถึงภาพรวมของสื่อต่าง ๆ มีผลต่อความสำเร็จของงาน โดยเฉพาะสื่อทางโทรทัศน์ สื่อหนังสือเอกสารและการให้ความรู้ผ่านสื่ออากาศ รถเคลื่อนที่ ประชาสัมพันธ์ หอกระจายข่าว ในกรณีหอกระจายข่าวจะดำเนินการได้ดี

ยุทธศาสตร์สำคัญในการแก้ปัญหาโรคอุบัติใหม่คือ *“การสื่อสาร”* เพราะการสื่อสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่นั้นจะต้องเป็นการสื่อสารที่มีลักษณะเฉพาะเพราะโอกาสมีการระบาดของโรคนั้นไปทั่วถึงทั่วโลก และควรให้ความสำคัญกับการจัดการสื่อสารในลักษณะการสื่อสารความเสี่ยง โดยศึกษากลยุทธ์ใหม่ ๆ โดยเฉพาะเกี่ยวกับการระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ (Khan, 2013)

เช่นกันกับความเห็นของ Ratzan, & Meltzer (2005, pp. 354-358) ได้เสนอประเด็นกลยุทธ์การสื่อสารว่าการสื่อสารสุขภาพที่มีประสิทธิผลจะต้องมีการเตรียมพร้อมล่วงหน้า อย่างสม่ำเสมอ (constant) ถูกต้อง และทันสมัยตามเหตุการณ์ ใช้ช่องทางหลากหลายถึงระดับบุคคล สื่อมวลชน เทคโนโลยีสื่อสารใหม่ อย่างมีกลยุทธ์ ดังนั้นการสื่อสารถึงมีความจำเป็นอย่างมากเพราะโรคอุบัติใหม่ บางโรคนั้น มักจะไม่มียารักษาหรือเมื่อคิดค้นยารักษาโรคได้ก็ยังไม่สามารถผลิตได้อย่างเพียงพอ เป็นสภาวะที่มีความตื่นตระหนกของประชาชน เป็นสภาวะของการสื่อสารความเสี่ยง (risk communication) หากไม่มีการจัดการที่ดีอาจจะรุกรามกลายเป็นสภาวะวิกฤติได้ (crisis) (Chitnis (2012, pp. 408-425) ซึ่งในการจัดการการสื่อสารเรื่องความเสี่ยงในเหตุการณ์โรคติดต่อเชื้ออุบัติใหม่ที่ประสบความสำเร็จ ควรเป็นการจัดการเชิงบูรณาการโดยมีกลยุทธ์หลายด้านประกอบกัน คือ เผยแพร่ให้ข่าวสารในสื่อมวลชนอย่างแพร่หลาย มีการสื่อสารแก้ไขวิกฤติการระบาดของโรคควบคุม การตื่นตระหนกควบคู่ไปกับมาตรการควบคุมและการป้องกันระบาด ทั้งนี้เพื่อสร้างการรับรู้ และ กระตุ้นพฤติกรรมป้องกันตนเองอย่างมีความรับผิดชอบต่อสังคมเพื่อลดการระบาดของโรคได้ (Karan, Aileen, & Elaine, 2007)

ข้อมูลข่าวสารถือเป็นสิ่งสำคัญอย่างมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคติดต่ออุบัติใหม่หรืออุบัติซ้ำ (Lu, 2003; Ratzan, & Meltzer, 2005, pp. 354-358; Lin, & Lagoe, 2013; ลีลันลลิต วัฒนรัตน์, 2549; สพิตา เย็นโกคา, 2553; วิภาวิน โมสูงเนิน, และรุจิระ โรจน์ประ ภายนต์, 2554; มลีนี สมภพเจริญ, 2556; สุนันทา แยมทัฬ, 2557; ยุพาพร อินธิไชย, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์, และธีรยุทธ อุดมพร, 2558; มนัสนันท์ ลิมปวิทยากุล และคณะ, 2558; สุวรรณีย์ สุวรรณท้าว, สมใจ พุทธาพิทักษ์ ผล, และ พัชราพร เกิดมงคล, ม.ป.ป) เพราะข้อมูลข่าวสารที่เผยแพร่ผ่านสื่อสามารถลดการระบาดของโรคได้อย่างรวดเร็ว และช่วยร่นระยะเวลาการระบาดให้สั้นลงได้ (Sun, Yang, Arinoa, & Khan, 2011) ขณะเดียวกันข้อมูลข่าวสารสามารถขึ้นำผ่านสื่อมวลชน (media advocacy) สามารถจะช่วยให้เกิดผลเชิงการเปลี่ยนแปลงนโยบายสาธารณะที่จะช่วยแก้ไข ป้องกันการระบาดของโรคได้ โดยการนำเสนอรายละเอียดของประเด็นโรคระบาด กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนความเห็นร่วมกันแสดง ประชามติ ที่จะนำไปสู่การรับฟังจากรัฐบาล และนำความต้องการของประชาชนไปกำหนดเป็น นโยบาย หรือกฎหมายเพื่อการแก้ไขโรคระบาดได้ (Freimuth, Linnan, & Potter, 2000) และยัง เห็นได้จากการวิจัยเชิงสำรวจของ Ho, Brossard, & Scheufele (2007) สสำรวจความเห็นของคน อเมริกันต่อโรคติดต่ออุบัติใหม่ พบว่าให้ความสนใจเนื้อหาในสื่อแบบการรายงานเหตุการณ์ สถานการณ์ (event driven) โดยความสนใจจะสูงขึ้นเมื่อมีการรายงานการติดเชื้ออุบัติใหม่ในคน และสัตว์ และจะลดลงเมื่อมีการรายงานว่าสามารถควบคุมโรคได้ และยอมรับว่าโรคเป็นภัยคุกคาม ต่อตนเองจะอยู่ในระดับสูงในช่วงต้นของการระบาด และรู้สึกโล่งใจเมื่อทราบว่าสามารถควบคุม การระบาดได้แล้ว อย่างไรก็ตามความรู้เกี่ยวกับโรคและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมยังคงเดิม

เมื่อเหตุการณ์ลง ในทางตรงกันข้ามนั้นการสื่อสารยังมีผลเชิงลบได้ด้วยอีกเช่นกันเช่นเดียวกับผลสำรวจของ Obukoadata, & Abuah (2014) ที่ศึกษาสถานการณ์การระบาดของโรคอีโบล่าในประเทศไนจีเรียโดยพบว่าในการทำหน้าที่รายงานข่าวอย่างต่อเนื่อง (surveillance) ของสื่อมวลชนอาจส่งผลเชิงลบได้ หากขาดการควบคุมการตื่นตระหนกของประชาชน

กล่าวสรุปได้ว่าการสื่อสารจะเป็นช่องทางในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารให้ประชาชนได้รับรู้ และตระหนักถึงโรคดังกล่าว ตลอดจนมีการเตรียมความพร้อมทั้งเชิงรุกและเชิงรับต่อโรคดังกล่าว โดยจะเห็นได้ว่าการสื่อสารมีความสำคัญกับการป้องกัน ควบคุมการระบาด และการดูแลตนเองให้ปลอดภัยจากโรคอุบัติใหม่ โดยเป็นมีความเกี่ยวข้องในด้านของช่องทางการสื่อสาร เนื้อหาที่สื่อสาร และการรับรู้ เข้าใจของประชาชนในสถานการณ์การระบาดของโรคอุบัติใหม่ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่มีความอ่อนไหวต่อการตื่นตระหนกของประชาชน หากไม่มีการวางแผนการสื่อสารและการดำเนินงานที่ดี อาจกลายเป็นภาวะวิกฤติด้านสาธารณสุขได้

เมื่อพิจารณาในมุมมองของประชาชน การแก้ปัญหาการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่มีความเกี่ยวข้องกับศักยภาพและความสามารถในการรับข่าวสาร ตีความ ทำความเข้าใจเนื้อหาสุขภาพที่หน่วยงานภาคสาธารณสุขพยายามสื่อสารไปยังประชาชน หรืออาจกล่าวได้ว่าประชาชนมีความฉลาดทางสุขภาพ (health literacy) เพียงใดก็จะปฏิบัติตนเองหรือป้องกันตนเองเพื่อสุขภาพหรือสุขภาวะที่ดีได้ ตามแนวคิดของ นภาพร วาณิชกุล, และสุชาดา ภัทรมงคฤทธิ (2556) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าความฉลาดทางสุขภาพถือเป็นสมรรถนะของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ทำความเข้าใจ และประเมินคุณภาพข้อมูลสุขภาพ รวมถึงแนวทางความเห็นของ Bernhardt, & Cameron (2003, p. 539) เสนอว่าการใช้การสื่อสารเป็นการเพิ่มความฉลาดทางสุขภาพทางหนึ่ง แต่การสื่อสารอาจไม่เป็นผลหากไม่คำนึงถึงการใช้การสื่อสารเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ เขาชี้ให้เห็นว่าประชาชนแต่ละกลุ่มใช้สื่อเฉพาะของตนเอง เช่น กลุ่มด้อยโอกาสในสังคมมักจะใช้เครือข่ายการสื่อสารกับบุคคลใกล้ชิดในเรื่องเนื้อหาสุขภาพ กลุ่มนี้มีความสามารถในการอ่านหนังสือค่อนข้างจำกัด ดังนั้นการสื่อสารเนื้อหาสุขภาพผ่านสื่อสิ่งพิมพ์อาจจะไม่สามารถเข้าถึง ไม่สามารถสร้างความรู้ความเข้าใจได้ ดังนั้นการสื่อสารเนื้อหาสุขภาพไม่ควรใช้สื่อที่เขาไม่ได้เปิดรับหรือไม่เหมาะสมกับระดับการอ่าน ตีความ และทำความเข้าใจในเนื้อหา แนวคิดนี้สะท้อนให้เห็นว่าการใช้การสื่อสารที่เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลสุขภาพของประชาชน ต้องคำนึงถึงการเลือกใช้สื่อให้สามารถเข้าถึง สร้างความเข้าใจเนื้อหา และนำไปสู่การใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อดูแลตนเองด้านสุขภาพได้

สำหรับประเทศไทยมีข้อค้นพบจากการวิจัยหรือข้อเสนอแนะในประเด็นด้านความฉลาดทางสุขภาพของประชาชนต่างพบว่า ประชาชนมีความฉลาดทางสุขภาพโดยรวมอยู่ในขั้นปานกลางหรือไม่ดีพอ (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2556; อีระ วรรณรัตน์, ภัทรวัฒน์ วรรณรัตน์, อรจิรา วงษ์คนตรี, และ มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์, 2558) ทำนองเดียวกันกับผลการวิจัยของ อารยา

ทิพย์วงศ์, และจารุณี นุ่มนวล (2557) ยังพบว่าความฉลาดทางสุขภาพโดยเฉพาะทักษะการเข้าถึง ข้อมูลสุขภาพ และทักษะการจัดการดูแลตนเองด้านสุขภาพยังอยู่ระดับปานกลาง และมีทักษะการ สื่อสารข้อมูลสุขภาพและทักษะการรู้เท่าทันสื่ออยู่ระดับต่ำ และจากการสำรวจรวบรวมเอกสาร บทความงานวิจัยต่าง ๆ ต่างก็พบว่ามีปัจจัยและอุปสรรคต่าง ๆ ของการสื่อสารในการเข้าถึง ความ เข้าใจ และการใช้ข้อมูลข่าวสารสุขภาพที่สำคัญที่มีผลต่อความฉลาดสุขภาพ อันได้แก่ ปัจจัยด้าน ลักษณะทางประชากรส่วนบุคคล ทั้งนี้บุคคลมีความแตกต่างกันของแต่ละคนจะมีพฤติกรรม การ ป้องกันโรคแตกต่างกัน (Rakovski, 2012; Ishikawa, Kato, & Kiuchi, 2016; Levin-Zamir, Baron-Epel, Cohen, & Elhayany, 2016; ขวัญเมือง แก้วคำเกิง, และนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร, 2554, น. 10) ซึ่งศักยภาพของบุคคลต่อการรับสื่อ ซึ่งถือเป็นตัวแปรสำคัญต่อการเข้าถึงข่าวสารข้อมูล การ ทำความเข้าใจ และการพิจารณาเลือกข่าวสารสุขภาพไปใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพตนเอง มีข้อ ค้นพบงานวิจัยที่กล่าวว่าเนื้อหาข่าวสารสุขภาพที่ต้องการนั้น ขึ้นอยู่กับความสนใจตามวัย ช่วงอายุ และเพศ (พนม คลีฉายา และคณะ, 2548; สุพิดา เย็นโสภา, 2553; นภาพร วาณิชชัญกุล, และสุชาดา ภัทรมงคลฤทธิ์, 2556; พงษ์ศักดิ์ เสือมาก, 2557) ขณะเดียวกันจากผลการสำรวจของกองสุศึกษา (ม.ป.ป) ได้ประเมินความฉลาดทางสุขภาพ ของประชาชนทั่วประเทศพบว่า เรื่องที่ประชาชนมี คະแนนน้อย คือเรื่องทักษะการสื่อสารหมายถึงยังมีปัญหาในด้านทักษะการฟัง การอ่าน การเขียน และการเล่าเรื่อง/โน้มน้าวผู้อื่นให้เข้าใจในการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพตนเอง ซึ่งประชาชนส่วนใหญ่ ร้อยละ 80.5 มีทักษะการสื่อสารเรื่องสุขภาพไม่ดีพอ ซึ่งจะเป็นปัญหาเกี่ยวกับความเชี่ยวชาญในการ ดูแลสุขภาพของตนเอง รองลงมาคือเรื่องการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการด้านสุขภาพ และยังมี ปัจจัยด้านทักษะการสื่อสาร เห็นได้จากข้อค้นพบของอารยา ทิพย์วงศ์, และจารุณี นุ่มนวล (2557) และ Ishikawa, Kato, & Kiuchi (2016) ได้สรุปไปทิศทางเดียวกันว่า กลุ่มที่มีทักษะการเข้าถึงข้อมูล สุขภาพ และทักษะการจัดการตนเองอยู่ระดับต่ำ มักจะมีทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพและทักษะ การรู้เท่าทันสื่อในระดับที่ต่ำ ดังนั้นควรคำนึงถึงการทำความเข้าใจวิเคราะห์ผู้รับสาร (audience) อย่างละเอียดเพื่อนำมากำหนดแนวทางการสื่อสารให้เข้าถึง และเกิดผลคำนึงถึงการใช้อสื่อที่เข้าถึง (Bernhardt, & Cameron, 2003, pp. 539-598; Ratzan, & Meltzer, 2005, pp. 354-358) และ นอกจากนี้ยังมีอุปสรรคของการใช้ภาษาที่ใช้การสื่อสาร เช่นข้อสรุปผลการวิจัยของ Matsaganis (2010) ที่ศึกษาในกลุ่มคนที่มีเชื้อชาติต่างดาวหรือคนกลุ่มน้อย พบว่าคนกลุ่มนี้จะติดต่อสื่อสารรับ ข่าวสารสุขภาพจากเพื่อนบ้าน สื่อท้องถิ่น หรือสื่อภาษาถิ่นเดียวกับตน และยังมีข้อสรุปงานวิจัยอื่น ๆ ที่ยังพบอีกว่า ข้อมูลที่ได้รับจากหน่วยราชการมักใช้ภาษาที่ประชาชนเข้าใจยาก และขาดรายละเอียด ในการนำไปปฏิบัติ (สุวรรณณี สุวรรณท้าว, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, และ พัชรภาพร เกิดมงคล, ม.ป.ป; พนม คลีฉายา และคณะ, 2548; อภิญญา อินทรรัตน์, 2557; สุนันทา แยมทัฬ, 2557; สุวรรณณี สุวรรณท้าว, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, และ พัชรภาพร เกิดมงคล, ม.ป.ป; Park, Rodgers, & Stemmler,

2011) ยังมีประเด็นข้อค้นพบที่พบว่าด้านความเป็นอยู่มีผลต่อการรับข่าวสารจากสื่อ ซึ่งปรีชา อุปโยคิน และคณะ (2548) ชี้ให้เห็น ว่าการที่บุคคลต้องประกอบอาชีพหรือทำงานเพื่อเลี้ยงปากเลี้ยงท้อง จึงทำให้เขาละเลยที่จะปฏิบัติตนเองหรือดูแลสุขภาพ ละเลยที่จะใช้สื่อ อีกทั้งยังกล่าวอีกว่ามีปัจจัยทางด้านกายภาพพื้นที่ในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร บางพื้นที่ยังมีข้อจำกัด ขณะเดียวกันในด้านความชัดเจน ความรวดเร็วและความน่าเชื่อถือของข้อมูลข่าวสารสุขภาพยังส่งผลต่อการเข้าถึงข่าวสารสุขภาพ (พนม คลีณา และคณะ, 2548; วิภาวิน โมสูงเนิน, และรุจิระ โรจน์ประภาณต์, 2554; กานต์ สุวรรณสาครกุล, และอนุพงษ์ วิเลปานนท์, 2557) ประเด็นดังกล่าวนี้ อภิสิทธิ์ เหมาะสมสกุล (2547) เห็นว่าในการนำเสนอข่าวสารสถานการณ์โรคติดต่ออุบัติใหม่นั้นเพราะหากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีข้อมูลดังกล่าวไม่มีถูกต้อง ทำให้เกิดความล่าช้าในการให้ข้อมูลกับสื่อมวลชนและประชาชน เพราะต้องทำการตรวจสอบข้อมูลที่ต้องทำให้เกิดผลเสียกระทบต่อเศรษฐกิจ ประชาชนและยังรวมถึงด้านวัฒนธรรมก็ยังเป็นอุปสรรคของการเข้าถึงและทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารสุขภาพด้วยเช่นกัน ดังข้อสรุปงานวิจัยของ สุนันทา แยมทัฬ (2557) ที่ได้สรุปไว้ว่าสื่อมวลชนในพื้นที่ระหว่างพรมแดนประเทศมีความตระหนักถึงประเด็นอ่อนไหวในเรื่องประเพณีวัฒนธรรม รวมถึงการใช้ภาษามีความระมัดระวังในการเผยแพร่ข่าวสารเรื่องการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดนก นอกจากนี้ยังรวมถึงการขาดหน่วยงาน/บุคลากรที่มีความรู้ของโรคใหม่ จากที่ผ่านมานั้นสะท้อนให้เห็นว่าหน่วยงานต่าง ๆ มีความรู้จำกัด ไม่มีความชัดเจนของข้อมูลบางประเด็น ขาดผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคเพราะเป็นโรคใหม่ (อภิสิทธิ์ เหมาะสมสกุล, 2547) รวมถึงตัวแกนนำที่จะช่วยดำเนินการในการบอกข่าว เผยแพร่ความรู้แก่ชาวบ้านยังไม่เพียงพอ (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2548)

จากปัจจัยและอุปสรรคต่าง ๆ ที่สรุปเบื้องต้น ยังไม่สามารถที่จะชี้ชัดได้ว่าประชาชนมีการรับรู้ ความรู้ และพฤติกรรม มากน้อยเพียงใด จากประเด็นดังกล่าวมีแนวคิดที่สรุปให้เห็นว่าการวัดและการทำความเข้าใจเข้าถึง การรับรู้ความเสี่ยงในเบื้องต้น จากนั้นใช้การสื่อสารที่เข้าถึงประชาชนเพื่อสร้างความสามารถในการดูแลตนเองให้ปลอดภัย บรรทัดฐานข้อควรปฏิบัติของคนในสังคม ใช้เจ้าหน้าที่ส่งเสริมสื่อสารกับประชาชน และใช้การสื่อสารที่จะช่วยสร้างความไว้วางใจและทำให้ประชาชนรู้สึกร่วมในการสื่อสารเรื่องความเสี่ยง และได้สรุปเป็นหลักการสำคัญได้แก่ การประเมินและทำความเข้าใจการรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพและอันตราย ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองและกระตุ้นให้เกิดการดูแลตนเอง ใช้การสื่อสารที่สามารถเข้าถึงตัวเพื่อให้เกิดพฤติกรรมป้องกันและปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยง (Chitnis, 2012, pp. 408-425) จะเห็นว่าโรคติดต่ออุบัติใหม่นั้นประชาชนจะมีความวิตกกังวล ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในช่วงแพร่ระบาดของโรค จึงมีการแสวงหาข่าวสารมากยิ่งขึ้น และการแสวงหาข่าวสารยังส่งผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการตอบสนองต่อโรค หรือกล่าวได้ว่าการสื่อสารสามารถสร้างการรับรู้หรือความรู้ ให้มีความเข้าใจเรื่องโรค และเกิดพฤติกรรมแสวงหาข้อมูลข่าวสารในการป้องกัน

ตนเองได้ ซึ่งการสื่อสารถือเป็นปัจจัยที่จะช่วยสร้างเสริมความเชื่ออันนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้ (Guo, Cheong, & Shen, 2005; Vijaya, et al, 2005; Karan, Aileen, & Elaine, 2007; Holmes, 2008; Lin, & Lagoe, 2013; Obukoadata, & Abuah, 2014; So, Kuang, & Cho, 2016; มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์, ประสิทธิ์ นิมสุวรรณ, และนิรัตน์ อิมามี, 2550; ยุพาพร อินธิไชย และคณะ, 2558) มีข้อสรุปที่เห็นพ้องกันว่ายิ่งมีความรู้โรคอุบัติใหม่มากจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคและดูแลตนเอง มากเพิ่มขึ้น รวมทั้งข้อค้นพบว่าการเปิดรับสื่อและความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรค มีความสัมพันธ์ทางบวก (สุพิทา เย็นโกคา, 2553; Lin, & Lagoe, 2013; So, Kuang, & Cho, 2016)

จากที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่าการเตรียมพร้อมเพื่อแก้ปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่มีแนวโน้มจะเกิดมากขึ้นและรุนแรงมากขึ้น จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการสื่อสารและผู้รับสารหรือประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งคือ การที่ประชาชนสามารถเข้าถึงเนื้อหาเกี่ยวกับโรคอุบัติใหม่ และมีความสามารถในการทำความเข้าใจเนื้อหา จนสามารถนำไปใช้เพื่อป้องกันโรคอุบัติใหม่ด้วยตนเองได้ หากการเข้าถึง การทำความเข้าใจ และการนำข้อมูลไปใช้ดูแลป้องกันตนเองยังมีข้อจำกัด จะนำไปสู่ความล้มเหลวในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การควบคุมโรคและภัยคุกคามสุขภาพในระบบสาธารณสุขได้ ดังนั้นจึงถือเป็นวาระสำคัญของประเทศที่ได้กำหนดให้มีการจัดระบบเฝ้าระวังด้านการป้องกันโรค ให้เป็นระบบอย่างชัดเจน นำมาสู่การกำหนดแนวทางการดำเนินงานพัฒนาระบบสาธารณสุขในด้านองค์ประกอบของระบบการบริการสุขภาพ ซึ่งหนึ่งในองค์ประกอบที่สำคัญคือ ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ที่ยังต้องการนโยบายและแผนงานส่งเสริมด้านความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะในด้านข้อมูลสุขภาพและระบบข้อมูลข่าวสารในสถานการณ์ภัยคุกคามจากโรคติดต่ออุบัติใหม่ ที่ยังต้องการนโยบาย และแผนงานส่งเสริมด้านความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของประชาชน ประเด็นสำคัญที่จะทำให้ระบบป้องกันการโรคอุบัติใหม่มีความสมบูรณ์ขึ้น คือการมีองค์ความรู้พื้นฐานของประชาชน ในด้านการสื่อสาร 4 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารสุขภาพ (health information accessibility) 2) ความเข้าใจข้อมูลข่าวสารสุขภาพ (understanding) 3) การประเมินคุณค่าและตัดสินความถูกต้องของข้อมูลข่าวสารสุขภาพ (appraise and evaluation) 4) การนำข้อมูลข่าวสารมาใช้ (apply) ในการป้องกันตนเอง ซึ่งเกี่ยวเนื่องเชื่อมโยงไปสู่ความฉลาดทางสุขภาพ (health literacy) งานวิจัยครั้งนี้ให้ความสำคัญกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ ซึ่งมีโอกาสแพร่กระจายจากการเดินทางระหว่างประเทศ และเข้าสู่ประเทศไทยในจุดเสี่ยงที่เป็นช่องทางในการเดินทางติดต่อระหว่างประเทศ เช่น ท่าอากาศยานนานาชาติ พื้นที่เศรษฐกิจชายแดน เป็นต้น งานวิจัยจึงมุ่งสำรวจ วิเคราะห์ และอธิบายความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่มาใช้ในการป้องกันดูแลตนเองให้ปลอดภัยจากโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ เพื่อเป็นองค์ความรู้พื้นฐานสำคัญสำหรับการวางระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการป้องกัน ควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่และส่งเสริมสุขภาพของประชาชนทั้งระบบ

1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.2.1 เพื่อสำรวจการเข้าถึง ความเข้าใจ การประเมินคุณค่าและความถูกต้องของข้อมูลข่าวสารสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศของประชาชนในเขตเมือง

1.2.2 เพื่อสำรวจและอธิบายการนำข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่มาใช้ในการป้องกันและดูแลตนเองให้ปลอดภัยจากโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศของประชาชนในเขตเมือง

1.3 สมมติฐานการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 ความถี่ในการเข้าถึงสื่อบุคคล สื่อมวลชน สื่อท้องถิ่น สื่อเฉพาะกิจ เผยแพร่รณรงค์ สื่อชุมชน สื่ออินเทอร์เน็ต ความเข้มข้นในการเข้าถึง ความกระตือรือร้นในการเข้าถึง ความผูกพันกับเนื้อหา มีความสัมพันธ์กับความเข้าใจเนื้อหาข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ

สมมติฐานข้อที่ 2 ความเข้มข้นในการเข้าถึง ความกระตือรือร้นในการเข้าถึง ความผูกพันกับเนื้อหา ความเข้าใจเนื้อหาด้านสถานการณ์การระบาด ด้านข้อมูลโรค ด้านการปฏิบัติตน มีความสัมพันธ์กับการประเมินคุณค่าและความถูกต้องของข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ

สมมติฐานข้อที่ 3 ความถี่ในการเข้าถึงสื่อบุคคล สื่อมวลชน สื่อท้องถิ่น สื่อเฉพาะกิจ เผยแพร่รณรงค์ สื่อชุมชน สื่ออินเทอร์เน็ต ความเข้มข้นในการเข้าถึง ความกระตือรือร้นในการเข้าถึง ความผูกพันกับเนื้อหา ความเข้าใจเนื้อหาด้านสถานการณ์การระบาด ด้านข้อมูลโรค ด้านการปฏิบัติตน การประเมินด้วยการตั้งเงื่อนไขเบื้องต้น การตรวจสอบความถูกต้อง การพิจารณาถึงประโยชน์ที่จะใช้ดูแลตนเองให้ปลอดภัย มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันตนเอง

สมมติฐานข้อที่ 4 ความถี่ในการเข้าถึงสื่อบุคคล สื่อมวลชน สื่อท้องถิ่น สื่อเฉพาะกิจ เผยแพร่รณรงค์ สื่อชุมชน สื่ออินเทอร์เน็ต ความเข้มข้นในการเข้าถึง ความกระตือรือร้นในการเข้าถึง ความผูกพันกับเนื้อหา ความเข้าใจเนื้อหาด้านสถานการณ์การระบาด ด้านข้อมูลโรค ด้านการปฏิบัติตน การประเมินด้วยการตั้งเงื่อนไขเบื้องต้น การตรวจสอบความถูกต้อง การพิจารณาถึงประโยชน์ที่จะใช้ดูแลตนเองให้ปลอดภัย มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเอง

สมมติฐานข้อที่ 5 อายุ ระดับการศึกษาต่างกัน มีความถี่ในการเข้าถึงเนื้อหาข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศต่างกัน

สมมติฐานข้อที่ 6 อายุ ระดับการศึกษาต่างกัน มีความเข้มข้นในการเข้าถึงเนื้อหาข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศต่างกัน

สมมติฐานข้อที่ 7 อายุ ระดับการศึกษาต่างกัน มีความกระตือรือร้นในการเข้าถึงเนื้อหาข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศต่างกัน

สมมติฐานข้อที่ 8 อายุ ระดับการศึกษาต่างกัน มีความผูกพันกับเนื้อหาข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศต่างกัน

สมมติฐานข้อที่ 9 อายุ ระดับการศึกษาต่างกัน มีความเข้าใจเนื้อหาข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศต่างกัน

สมมติฐานข้อที่ 10 อายุ ระดับการศึกษาต่างกัน มีการประเมินคุณค่าและความถูกต้องข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศต่างกัน

สมมติฐานข้อที่ 11 อายุ ระดับการศึกษาต่างกัน มีการนำข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศมาใช้ประโยชน์ต่างกัน

1.4 นิยามศัพท์

1. **ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ** หมายถึง สารระ ายละเอียด เหตุการณ์ เกี่ยวกับโรคอุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ ได้แก่ พื้นที่ระบาด จำนวนผู้ติดเชื้อ ความรุนแรงของการแพร่ระบาด ความรู้เกี่ยวกับโรค ความรุนแรงของโรค โอกาสในการติดเชื้อ อันตรายที่จะเกิดจากการติดเชื้อ วิธีการปฏิบัติตัวเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ วิธีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อ มาตรการป้องกันและควบคุมของรัฐ

2. **การเข้าถึง** หมายถึง การที่บุคคลได้ยิน ได้ฟัง ได้อ่าน ได้เห็นข้อมูลข่าวสาร ได้ปรึกษาขอคำแนะนำเกี่ยวกับโรคอุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ งานวิจัยนี้พิจารณา 2 ด้าน คือ 1) ความถี่ที่บุคคลเข้าถึงในช่องทาง สื่อต่าง ๆ 2) ลักษณะการเข้าถึง

2.1 ความถี่ในการเข้าถึง หมายถึง ความบ่อยครั้งที่บุคคลเข้าถึงเนื้อหาข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ผ่านช่องทาง สื่อ ดังต่อไปนี้

2.1.1 สื่อบุคคล ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อน คนในครอบครัว ครู ผู้ใหญ่บ้าน ปราชญ์ชาวบ้าน

2.1.2 สื่อมวลชน ได้แก่ โทรทัศน์ วิทยุกระจายเสียง หนังสือพิมพ์

2.1.3 สื่อท้องถิ่น ได้แก่ เคเบิลทีวี วิทยุชุมชน โรงพยาบาลสุขภาพตำบล โรงพยาบาลศูนย์อำเภอ โรงพยาบาลจังหวัด

2.1.4 สื่อเฉพาะกิจเผยแพร่รณรงค์ ได้แก่ สื่อกลางแจ้ง เช่น ป้ายกลางแจ้งขนาดใหญ่ ป้ายไวเนล โปสเตอร์ สื่อสิ่งพิมพ์ เช่น แผ่นพับ หนังสือคู่มือ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ เช่น ซีดีรอม เทปบันทึกเสียง วิดีโอ สื่อกิจกรรม เช่น การบรรยายจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาล

2.1.5 สื่อชุมชน ได้แก่ เสียงตามสายหรือหอกระจายข่าว การประชุมชุมชน กิจกรรมในชุมชน

2.1.6 สื่ออินเทอร์เน็ต ได้แก่ เว็บไซต์ข่าวสารทั่วไป เว็บไซต์สุขภาพทั่วไป เว็บไซต์ของหน่วยงานสาธารณสุข โรงพยาบาล กระดานสนทนา การค้นหาข้อมูลด้วยเสิร์ชเอ็นจิน เฟซบุ๊ก ไลน์ ยูทูบ อินทราแกรม ทวิตเตอร์

2.2 ลักษณะการเข้าถึง หมายถึง วิธีการที่บุคคลได้ยิน ได้ฟัง ได้อ่าน ได้รับความรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ โดยพิจารณาจากความเข้มข้น ความกระตือรือร้น การผูกพันกับเนื้อหา ดังนี้

2.2.1 ความเข้มข้นในการเข้าถึง พิจารณาจากจำนวนช่องทางที่ได้รับข่าวสาร ปริมาณเนื้อหา ระยะเวลาที่ใช้ในการเข้าถึงเนื้อหา

2.2.2 ความกระตือรือร้น พิจารณาจากระดับการสืบค้นข้อมูลข่าวสารด้วยตนเอง ระดับการหลีกเลี่ยงการรับฟังข่าวสารข้อมูลเกี่ยวกับโรค ระดับการส่งต่อเนื้อหาเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ให้คนอื่น

2.2.3 ความผูกพันกับเนื้อหา พิจารณาจากระดับการอ่านเนื้อหาอย่างละเอียด ระดับการติดต่อสอบถามเนื้อหาเพิ่มเติม ระดับการนำเนื้อหาไปพูดคุยกับคนอื่น

3. ความเข้าใจ หมายถึง การรับรู้ จดจำ และสามารถอธิบายสาระสำคัญเกี่ยวกับโรคอุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ ในสาระสำคัญ ดังนี้

3.1 สถานการณ์การระบาด ได้แก่ ช่องทางแพร่เข้าสู่ประเทศ ความเสี่ยงของบุคคล ความรุนแรงของโรคที่เป็นอันตรายต่อชีวิต หน่วยงานควบคุมการระบาด

3.2 ข้อมูลโรคติดต่ออุบัติใหม่ ได้แก่ สาเหตุ การติดเชื้อ วิธีการป้องกันการระบาด วิธีป้องกันการติดเชื้อ

3.3 การปฏิบัติตน ได้แก่ ติดตามข่าวสารการระบาด ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ปลอดภัยตามคำแนะนำ

3.4 เนื้อหา ได้แก่ คำภาษาต่างประเทศ คำศัพท์เฉพาะทางการแพทย์ รายละเอียดทางการแพทย์เกี่ยวกับโรค ข้อมูลจากแพทย์ ข่าวสารจากสื่อมวลชน โอกาสที่จะติดเชื้อ อันตรายที่จะเกิดจากการติดเชื้อ วิธีการปฏิบัติตัวเพื่อลดการระบาด วิธีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อ มาตรการป้องกันและควบคุมของรัฐ

4. การประเมินคุณค่าและความถูกต้อง หมายถึง การที่บุคคลเมื่อได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศแล้ว มีการกระทำเชิงวิเคราะห์และตัดสินใจด้วยตนเองเกี่ยวกับข่าวสารนั้น ดังนี้

4.1 การตั้งเงื่อนไขเบื้องต้น เป็นการคิดพิจารณาตั้งคำถามเกี่ยวกับข่าวสารที่ได้รับมาว่ามีความถูกต้องหรือไม่ แสดงออกผ่าน 1) การไม่เชื่อข่าวสารนั้นทันที 2) การอ่านเนื้อหาอย่างพินิจพิจารณา 3) การพิจารณาเชิงความสมเหตุสมผล

4.2 การตรวจสอบความถูกต้อง เป็นการเปรียบเทียบ สืบค้น ยืนยันเกี่ยวกับเนื้อหาข่าวสารที่ได้รับมาว่าตรงหรือมีความเป็นไปได้ตามหลักวิทยาศาสตร์ สถานการณ์ตามจริง แสดงออกผ่านการกระทำ ดังต่อไปนี้ 1) การรอฟังข่าวหรือรายงานเรื่องเดียวกันนั้นจากหน่วยงานสาธารณสุขหรือโรงพยาบาลหรือหน่วยงานราชการ 2) การสอบถามแบบตรวจสอบเนื้อหากับบุคคลอื่น หรือบุคลากรด้านสาธารณสุข หรือ อสม. หรือ บุคคลที่เชื่อถือเรื่องสุขภาพ 3) การพิจารณาแหล่งที่มาของข้อมูลว่ามาจากหน่วยงานด้านสาธารณสุข หรือราชการ หรือสื่อมวลชน เช่น โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ วิทยุระดับประเทศ 4) การสืบค้นเปรียบเทียบเนื้อหาจากแหล่ง หรือช่องทาง หรือสื่ออื่น ๆ หลายแหล่ง

4.3 การพิจารณาคุณประโยชน์เชิงการนำไปใช้เพื่อดูแลตนเองให้ปลอดภัย แสดงออกผ่าน 1) การพิจารณาตัดสินใจว่าเนื้อหาแนะนำวิธีการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ 2) เนื้อหาแนะนำวิธีการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยได้ 3) เนื้อหาที่ช่วยลดความกังวลใจ หรือความกลัว

5. การนำข้อมูลข่าวสารมาใช้ในการป้องกันและดูแลตนเองให้ปลอดภัย หมายถึง การกระทำ พฤติกรรมของบุคคลที่กระทำเพื่อให้ตนเองปลอดภัย หลังจากที่บุคคลได้รับข่าวสารข้อมูลเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศแล้ว พิจารณาจากพฤติกรรม 2 ด้าน ดังนี้

5.1 การปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันตนเอง เป็นการนำวิธีการป้องกันการติดเชื้อที่ได้รับคำแนะนำมาปฏิบัติ การนำวิธีการป้องกันการระบาดที่ได้รับคำแนะนำมาปฏิบัติ

5.2 การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นการสำรวจการเจ็บป่วยของตนเองว่ามีอาการของโรคหรือไม่ การไปพบแพทย์หรือพยาบาล หรือ อสม. เมื่อสงสัยว่าตนเองติดเชื้อ การกินอยู่ตามคำแนะนำที่ได้ทราบมา การแสวงหาหรือติดตามข่าวสารเกี่ยวกับโรค

6. โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ หมายถึง โรคที่ยังไม่เคยรู้จักมาก่อน หรือเป็นโรคที่เคยเกิดขึ้นและได้เกิดการระบาดซ้ำอีกครั้ง โรคที่ไม่สามารถรักษาหรือควบคุมได้ด้วยยาที่มีอยู่ ที่เกิดขึ้นนอกประเทศไทยและเคยแพร่ระบาดเข้ามาสู่ประเทศไทยหรือมีโอกาสแพร่ระบาดเข้ามาสู่ประเทศไทย ทั้งที่เกิดขึ้นแล้วและจะเกิดขึ้นในอนาคต รวมทั้งโรคที่มีการแพร่เชื้อจากสัตว์สู่คนและจากคนสู่คน ได้แก่ โรคเมอร์ส โรคไวรัสซิก้า โรคอีโบล่า โรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ (H1N1) โรคไข้หวัดนกจากเชื้อสายพันธุ์เอช 5 เอ็น 1 (H5N1) และสายพันธุ์ เอช 7 เอ็น 9 (H7N9)

7. ประชาชนในเขตเมือง หมายถึง บุคคลผู้ที่พักอาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง และอำเภอที่มีด่านผ่านคนเข้าเมืองตั้งอยู่ รวมทั้งเขตต่าง ๆ ในกรุงเทพมหานคร และอำเภอเมืองของจังหวัดปริมณฑล

8. การสื่อสารเรื่องความเสี่ยงจากโรคระบาด หมายถึง ลักษณะการสื่อสารที่เป็นการสื่อสารแบบสองทางระหว่างองค์กรที่เกี่ยวข้องกับประชาชน เพื่อสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้ประชาชนมีการปฏิบัติตนเพื่อลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อโรคระบาด ปกป้องตนเองให้ปลอดภัย ประกอบด้วยการสื่อสาร 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 เป็นช่วงที่ยังไม่เกิดการระบาดของโรค ในระยะนี้เน้นการรวบรวมองค์ความรู้ข้อมูล ข่าวสารที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อสุขภาพ จากองค์กรสถาบันบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ แล้วเผยแพร่สู่ประชาชนโดยการจัดการข่าวสารสุขภาพให้ทันสมัย สร้างเครือข่ายการติดต่อเชื่อมโยงองค์กรต่าง ๆ รวมทั้งการตรวจสอบติดตาม (monitor) ข่าวสารข้อมูลที่จะนำไปสู่ความเสียหายรุนแรงต่อสุขภาพร่างกาย

ระยะที่ 2 การเตรียมพร้อม เป็นขั้นตอนเน้นเชิงรุกเพื่อรองรับภัยคุกคามจากโรคที่จะเกิดขึ้นได้ โดยการให้ความรู้ การศึกษาเรื่องสุขภาพต่อชุมชน การเตรียมจัดหาบริการอุปกรณ์ด้านสาธารณสุขให้พร้อม การเตรียมการส่งเสริมสุขภาพให้มีความพร้อมเหล่านี้ได้รับการสื่อสารให้ข่าวสารข้อมูล แก่ประชาชนได้รับทราบในสิ่งที่สำคัญ เช่นบุคคล สถานที่ ที่จะติดต่อเมื่อประสบกับโรคร้ายหรือเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสุขภาพ การเผยแพร่ผลงานวิจัยเกี่ยวกับการติดเชื้อ โรคระบาด ยารักษาโรคให้กับประชาชน

ระยะที่ 3 การสื่อสารรับมือเมื่อเกิดการระบาดโรค เป็นการสื่อสารเพื่อการจัดการให้เหตุการณ์การระบาดและความรุนแรงอยู่ในวงจำกัด และจบโดยเร็ว เป็นการสื่อสารเชิงรับ (responsive communication) ได้แก่การมีระบบติดตามตรวจสอบการระบาดของโรคและสามารถตอบสนองได้ทันที การมีแผนการสื่อสารกับสื่อมวลชนอย่างถูกต้อง น่าเชื่อถือ และสร้างความไว้วางใจช่วยให้ไม่เกิดความตื่นตระหนก

1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1.5.1 งานวิจัยครั้งนี้ได้ผลิตเป็นองค์ความรู้พื้นฐานสำคัญ เกี่ยวกับการเข้าถึง ความเข้าใจ การประเมิน และการนำข้อมูลข่าวสารสุขภาพมาใช้ในการดูแลตนเองให้ปลอดภัยจากโรคติดต่ออุบัติใหม่ ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการกำหนดแนวนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ แผนกลยุทธ์ และแผนโครงการเพื่อพัฒนาระบบข่าวสารสุขภาพของประเทศ และสามารถนำไปกำหนดแผนยุทธศาสตร์ด้านการป้องกันโรคติดต่ออุบัติใหม่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้

1.5.2 ผลการวิจัยโครงการนี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนยุทธศาสตร์ระบบข่าวสารสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข และการวางแผนยุทธศาสตร์การสื่อสารของหน่วยงานสำคัญ ได้แก่ กองสาธารณสุขของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งแผนงานและสำนักงานเกี่ยวกับการสื่อสารสุขภาพ ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้

1.6 ขอบเขตการวิจัย

กำหนดพื้นที่เก็บข้อมูล เป็นจังหวัดที่มีการเดินทางผ่านด่านตรวจคนเข้าเมืองระหว่างประเทศหรือมีสนามบินนานาชาติ ในงานวิจัยนี้กำหนด 7 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร จังหวัดเชียงราย จังหวัดตาก จังหวัดสงขลา จังหวัดหนองคาย จังหวัดอุบลราชธานี และจังหวัดภูเก็ต โดยเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างในเขตอำเภอเมือง และอำเภอที่มีด่านตรวจคนเข้าเมืองของจังหวัด รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 1,400 คน

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สำรวจเอกสาร บทความงานวิจัยเพื่อสร้างเป็นประเด็นองค์ความรู้ ด้านความสำคัญของการสื่อสารด้านโรคติดต่ออุบัติใหม่ด้านการเข้าถึง ความเข้าใจ และการใช้ข้อมูลข่าวสารสุขภาพภายใต้แนวคิดความฉลาดทางสุขภาพ ด้านการรับรู้ ความรู้ และพฤติกรรมต่อโรคติดต่ออุบัติใหม่ ปัจจัยและอุปสรรคของการสื่อสารด้านโรคติดต่ออุบัติใหม่ ตลอดจนจนถึงช่องทางการสื่อสารและการใช้สื่อ โดยมีประเด็นรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 โรคอุบัติใหม่

“โรคติดต่ออุบัติใหม่” (Emerging Infectious Disease) โดยทั่วไปเข้าใจกันว่า เป็นโรคที่ยังไม่เคยรู้จักมาก่อน หรือเป็นโรคที่เคยเกิดขึ้นและได้เกิดการระบาดซ้ำอีกครั้ง หรือเป็นโรคที่แพร่ไปยังพื้นที่ใหม่ โรคที่ไม่สามารถรักษาหรือควบคุมได้ด้วยยาที่มีอยู่ และโรคที่มีความรุนแรงมากขึ้น (Holmes, 2008) อาทิ เช่น โรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2012 ซึ่งเป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อใหม่ (วรยา เหลืองอ่อน, ม.ป.ป) โรคมาลาเรีย วัณโรค ซึ่งเป็นโรคติดต่ออุบัติซ้ำที่เคยแพร่ระบาดในอดีตและกลับมาระบาดใหม่ เป็นต้น (“จับกระแส โรคติดเชื้ออุบัติใหม่-อุบัติซ้ำ”, 2557) องค์การอนามัยโลกได้นิยามความหมายของโรคอุบัติใหม่ ครอบคลุมโรคติดต่อหลายลักษณะ ได้แก่ โรคที่เกิดจากเชื้อใหม่ (New infectious diseases) โรคติดต่อที่พบในพื้นที่ใหม่ (New geographical areas) โรคติดต่ออุบัติซ้ำ (Re-emerging infectious diseases) เชื้อก่อโรคที่ดื้อต่อยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial resistant organism) และเหตุการณ์จงใจกระทำของมนุษย์ด้วยสารชีววะ (สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่, 2555ก, น. 1)

คณะกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์โรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่, 2555ก, น. 2) ได้แบ่งโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่มีความเสี่ยงในประเทศไทย ได้ 3 กลุ่ม คือ

1. โรคติดต่ออุบัติใหม่หรืออุบัติซ้ำที่เกิดขึ้นแล้วในประเทศ เช่น โรคไข้หวัดนก (H5N1) โรคไข้หวัดใหญ่ 2009 โรคมือ เท้า ปาก โรคลีเจียนเนร์ โรคไข้ปวดข้อยุงลาย วัณโรค โรคบรูเซลโลสิส โรครินเดอร์เปส และโรคไข้กาฬหลังแอ่นจากเชื้อ serogroup W-135 เป็นต้น
2. โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่อาจแพร่มาจากต่างประเทศ เช่น โรคไข้เหลือง (Yellow fever) โรคลิชมาเนีย (Leishmaniasis) โรคติดเชื้อไวรัสนิปาห์ (Nipah viral disease) โรคไข้เวสต์ไนล์ (West Nile fever) โรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า-มาร์บูร์ก (Ebola-marburg viral disease) โรคสมองฝ่อ

(variant - Creutzfeldt - Jakob disease ; vCJD) ที่เกิดจากโรคสมองฝ่อในวัว หรือ โรควัวบ้า (Bovine Spongiform Encephalopathy ; BSE or mad cow disease) โรคพีพีอาร์ (Peste des petits ruminants) โรคที่อาจติดมากับสัตว์ เช่น โรคฝีดาษลิง (Monkeypox) และโรคติดเชื้อที่ใช้เป็นอาวุธชีวภาพ (Bioterrorism) เช่น แอนแทรกซ์ (Anthrax) ไข้ทรพิษ (Smallpox) และกาฬโรค (Plague) เป็นต้น

3. โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต เช่น โรคที่เกิดจากการกลายพันธุ์ของเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ โรคจากเชื้อดื้อยาชนิดใหม่

สำหรับในด้านสาเหตุของการเกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่ มีปัจจัยหลายประการ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านประชากรและพฤติกรรมมนุษย์การเปลี่ยนแปลงของเชื้อโรค การค้าขายไม่ถูกต้องซึ่งทำให้เกิดการติดต่อยาปฏิชีวนะ การพัฒนาด้านเทคโนโลยีและอุตสาหกรรม การเปลี่ยนแปลงทางนิเวศวิทยาของสัตว์นำโรคและสิ่งแวดล้อม (สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่, 2555ก, น. 1) นอกจากนี้ สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ (2559) ยังได้ระบุถึงถึงปัจจัยเกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์ของโรค ปัจจัยสิ่งแวดล้อม อันได้แก่ 1) การเปลี่ยนแปลงทางสภาวะภูมิอากาศ ภาวะโลกร้อนและการเปลี่ยนแปลงทางระบบนิเวศวิทยา 2) การพัฒนาด้านเศรษฐกิจและการใช้ที่ดิน (ความเป็นเมือง, การตัดไม้ทำลายป่า) 3) เทคโนโลยีและอุตสาหกรรม (กระบวนการที่เกี่ยวข้องกับอาหารและการสัมผัส รวมทั้ง การเตรียมอาหาร) 4) การเมือง (การคอร์รัปชัน การให้ความสำคัญกับด้านอื่นมากกว่าสุขภาพ) สงคราม ความไม่สงบ การก่อการร้าย 5) การเดินทางท่องเที่ยวระหว่างประเทศและการค้าขาย 6) การล่มสลายของของมาตรการด้านสาธารณสุข (สงคราม, ความไม่สงบ, ความแออัด) และ 7) ระบบเฝ้าระวังที่ไม่ดี (การเมืองไม่เห็นความสำคัญ)

ด้านผลกระทบของโรคติดต่ออุบัติใหม่ มีอยู่หลายประการ ได้แก่ 1) ความเสี่ยงที่จะเกิดการกลายพันธุ์ ก่อให้เกิดการระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ในคนที่มีความรุนแรงมากขึ้น 2) ธรรมชาติของโรค ที่มักไม่สามารถคาดการณ์ขนาดของปัญหาและช่วงเวลาการเกิดโรคได้ 3) ความรู้และข้อมูลข่าวสารของปัญหา ยังไม่ชัดเจนในระยะต้น จึงทำให้เกิดความตื่นตระหนกในหมู่ประชาชนทั่วไปและบุคลากรที่เกี่ยวข้องได้ง่าย และ 4) เป็นภัยสาธารณสุขที่ก่อให้เกิดความสูญเสียต่อสุขภาพชีวิตและเศรษฐกิจของประเทศอย่างมหาศาล (สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่, 2559)

ช่วงเวลาที่ผ่านมา ประเทศไทยพบโรคติดต่ออุบัติใหม่เป็นระยะ ๆ เช่น พบผู้ป่วยโรคซาร์สในปี พ.ศ. 2546 พบผู้ป่วยและเสียชีวิตจากโรคไข้หวัดนกทั้งในสัตว์และคนระหว่างปี พ.ศ. 2547-2549 พบผู้ป่วยจำนวนมากและผู้เสียชีวิตจากโรคไข้หวัดใหญ่ 2009 ในปี พ.ศ. 2552 พบโรคไข้วัดข้อยุ้งลายกลับมาระบาดอีกในปี พ.ศ. 2551-2552 พบผู้ป่วยโรคลีเจียนเนรีในนักท่องเที่ยวต่างชาติเป็นระยะๆ พบผู้ป่วยโรคเมลิออยโดสิสในประเทศเพิ่มมากขึ้น พบผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก จำนวนมากและเสียชีวิตจากเชื้อที่รุนแรงในปี พ.ศ. 2555 (สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่, 2555ข, น. 1)

สะท้อนให้เห็นถึงความเสี่ยงต่อโรคอุบัติใหม่ของประชาชนในประเทศที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีแนวโน้มจะเกิดขึ้นอีกต่อไปในอนาคต สถานการณ์การระบาดของโรคอุบัติใหม่ที่ ผ่านมาเป็นสถานการณ์ที่ประชาชนเผชิญกับความวิตกกังวล

จากการสำรวจเอกสารด้านโรคติดต่ออุบัติใหม่ข้างต้น พบว่ามีอยู่ 3 กลุ่มหลักด้วยกัน คือ 1) โรคติดต่ออุบัติใหม่หรืออุบัติซ้ำ 2) โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่อาจแพร่มาจากต่างประเทศและ 3) โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต โดยแต่ละกลุ่มจำแนกชนิดของโรคแตกต่างกันตามอาการสาเหตุที่เกิดขึ้นของโรค การวิจัยครั้งนี้กำหนดเฉพาะกลุ่มโรคติดต่ออุบัติใหม่กลุ่มที่ 2 คือ โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศที่เกิดขึ้นแล้วในประเทศ ได้แก่ โรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ (H1N1) 2009 โรคไข้หวัดนก จากเชื้อสายพันธุ์เอช 5 เอ็น 1 (H5N1) โรคเมอร์ส อีโบล่า ซึ่งโรคกลุ่มดังกล่าวมีการแพร่เชื้อจากสัตว์สู่คน และจากคนสู่คน ซึ่งประเทศไทยถือเป็นประเทศที่มีความเสี่ยงจากโรคดังกล่าวรวมทั้งโรคดังกล่าวนี้ก็เป็นโรคที่เกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ดังข้อสรุปของสำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ (2556) ระบุว่าช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมา มีโรคติดต่อเกิดขึ้นใหม่จำนวนมาก และมีโรคที่สำคัญ เช่น โรคซาร์ส โรคไข้หวัดนก และ โรคไข้หวัดใหญ่ 2009 ดังนั้นทุกประเทศจำเป็นต้องเตรียมการเฝ้าระวัง และป้องกันการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ รวมถึงประสานความร่วมมือระหว่างประเทศอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันและสกัดกั้นการแพร่ระบาดอย่างเต็มที่ ประกอบกับรายงานสถานการณ์จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่าปี 2556 ถึงเดือน ธ.ค. 2558 มีผู้ติดเชื้ออีโบล่าจาก 10 ประเทศทั่วโลก 28,637 คน เสียชีวิต 11,315 คน และโรคเมอร์ส ตั้งแต่เดือน ก.ย. จนถึง ธ.ค. 2558 มีผู้ติดเชื้อ 1,621 คน เสียชีวิต 584 คน และสถานการณ์ในประเทศไทยนั้น ปี 2558 ที่ผ่านมามีผู้เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค 426 คน เป็นคนไทย 345 คน ต่างชาติ 81 คน และพบผู้ป่วย 1 คน โดยเป็นต่างชาติ ประเมินจากการเสี่ยงแล้วซึ่งประเทศไทยยังมีความเสี่ยงที่จะพบโรคเนื่องจากมีผู้เดินทางมาจากประเทศที่มีโรคระบาดอยู่เช่นกันใน ขณะที่โรคไข้หวัดนกนั้นองค์การอนามัยโลกพบผู้ป่วยยืนยันโรคไข้หวัดนกสายพันธุ์ เอช 5 เอ็น 1 (H5N1) และสายพันธุ์ เอช 7 เอ็น 9 (H7N9) จาก 4 ประเทศ คือ อินโดนีเซีย จีน อียิปต์ และแคนาดา ตั้งแต่เดือน ม.ค 2558 จนถึง ธ.ค. 2558 พบผู้ป่วย 357 คน เสียชีวิต 57 คน อัตราการตายอยู่ที่ร้อยละ 16 และนอกจากนี้ข้อมูลจากองค์กรโรคระบาดสัตว์ระหว่างประเทศตั้งแต่เดือน พ.ย. 2558 ระบุว่าผู้ติดเชื้อไข้หวัดนกสายพันธุ์ H5N1 ในสัตว์ปีกที่ประเทศ กัมพูชา โดยพบใน 2 จังหวัด คือ เสียมเรียบ และพระตะบอง ซึ่งเป็นจังหวัดที่ติดกับชายแดน 2 จังหวัดของประเทศไทย คือ สระแก้ว และจันทบุรี (“ปฏิบัติการพิทักษ์สุขภาพ”, 2558) ขณะเดียวกันนั้นโรคติดต่ออุบัติใหม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ได้แก่ การเคลื่อนย้ายของประชากร ความชุกชุมของสัตว์พาหะนำโรค การขาดความรู้ความเข้าใจและความตระหนักในการป้องกันควบคุมโรคของประชาชน การปฏิบัติตนไม่ถูกต้องตามหลักสุขอนามัยหรือสุขลักษณะการอยู่รวมกันอยู่อย่างหนาแน่น ประชาชนบางกลุ่มมีความเสี่ยงที่จะติดโรคเนื่องจากมีความต้านทานโรคต่ำ และประชาชน

บางกลุ่มที่มีโอกาสสัมผัสโรคมาก เช่นเกษตรกรผู้เลี้ยงสัตว์ คนทำงานในโรงฆ่าสัตว์ คนฆ่าและเนื้อสัตว์ สัตว์บาล และสัตว์แพทย์ ประชาชนบางกลุ่มมีโอกาสแพร่โรคหรือรับโรคได้ง่าย เช่น กลุ่มผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็ก หรือกลุ่มผู้เดินทางไปต่างประเทศ (สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่, 2556) และมีข้อค้นพบที่ชี้ให้เห็นอีกว่าประชาชนมีความรู้เรื่องโรคไข้หวัดนกอยู่ในแค่ระดับปานกลางเท่านั้น (อติชาตหงส์ทอง, 2549) พ้องกับผลการวิจัยเชิงสำรวจในเรื่องของโรคติดต่ออุบัติใหม่ฯ ของ มนัสนันท์ ลิ้มพิทยากุล และคณะ (2558) ต่างก็พบว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดต่อเชื้อไวรัสอีโบล่า การรับรู้ การประเมินเผชิญอันตรายต่อโรคติดต่อเชื้อไวรัสอีโบล่า และการรับรู้การประเมินเผชิญปัญหาต่อโรคติดต่อเชื้อไวรัสอีโบล่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และมีและพฤติกรรมการป้องกันการติดต่อเชื้อไวรัสอีโบล่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อยเช่นกัน

จากการทบทวนเอกสาร ตำรา งานวิจัยเกี่ยวกับโรคอุบัติใหม่ สามารถสรุปได้ว่าโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ เป็นโรคที่ยังไม่เคยรู้จักมาก่อน หรือเป็นโรคที่เคยเกิดขึ้นและได้เกิดการระบาดซ้ำอีกครั้ง โรคที่ไม่สามารถรักษาหรือควบคุมได้ด้วยยาที่มีอยู่ ที่เกิดขึ้นนอกประเทศไทยและเคยแพร่ระบาดเข้ามาสู่ประเทศไทยหรือมีโอกาสแพร่ระบาดเข้าสู่ประเทศไทยรวมทั้งโรคที่มีการแพร่เชื้อจากสัตว์สู่คนและจากคนสู่คน ได้แก่ โรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ (H1N1) 2009 โรคไข้หวัดนกจากเชื้อสายพันธุ์เอช 5 เอ็น 1 (H5N1) และสายพันธุ์ เอช 7 เอ็น 9 (H7N9) โรคเมอร์ส โรคอีโบล่า โรคไวรัสซิกา

2.2 ความสำคัญของการสื่อสารกับโรคติดต่ออุบัติใหม่

การสื่อสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่นั้นจะต้องเป็นการสื่อสารที่มีลักษณะเฉพาะ เพราะโอกาสมีการระบาดของโรคนั้นไปทั่วถึงทั่วโลก และควรให้ความสำคัญกับการจัดการสื่อสารในลักษณะการสื่อสารเรื่องเสี่ยง โดยศึกษากลยุทธ์ใหม่ ๆ โดยเฉพาะเกี่ยวกับการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ (Khan, 2013) ประเด็นดังกล่าว Chitnis (2012, pp. 408-425) จึงได้เสนอความคิดการสื่อสารความเสี่ยง (Risk Communication) ถือเป็นสิ่งสำคัญในสถานการณ์ความเสี่ยงของโรคอุบัติใหม่ หรือสถานการณ์ความเสี่ยงต่อความปลอดภัยจากโรคของประชาชน ด้วยเหตุที่ว่าในสถานการณ์โรคอุบัติใหม่ มักจะไม่มียารักษา หรือคิดค้นยาได้ก็ยังไม่เพียงพอ ซึ่งเป็นสถานะที่มีความตื่นตระหนก หากไม่มีการจัดการที่ดีอาจกลายเป็นสภาวะวิกฤติได้ การสื่อสารความเสี่ยงจะช่วยป้องกันและควบคุมไม่ให้เกิดการแพร่กระจายได้ ด้วยเหตุที่การสื่อสารความเสี่ยงเป็นกระบวนการสื่อสารแบบสองทางเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารความคิดเห็นระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่ระดับบุคคล กลุ่มองค์กรสถาบันให้รับรู้ให้เข้าใจ และมีการปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยงอันตรายต่อสุขภาพ รวมถึงสิ่งแวดล้อม จากหลักการที่กล่าวมาการสื่อสารความเสี่ยงเป็นวิธีที่จะเตรียมพร้อมและช่วยให้

ประชาชนสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่ไม่ปกติ ทั้งเรื่องภัยพิบัติ สาธารณสุข การสื่อสารดังกล่าวนี้จะเกี่ยวข้องกับการเตือนภัย เนื้อหาเกี่ยวกับอพยพ การดูแลตนเองให้ปลอดภัย รวมทั้งอาการเจ็บป่วยและการรักษา ซึ่งจะช่วยให้จัดการไม่ให้เกิดสถานการณ์บานปลายเป็นภาวะวิกฤติ ซึ่งพ้องกับทัศนะของ Karan, Aileen, & Elaine (2007) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการจัดการการสื่อสารเรื่องความเสี่ยงในเหตุการณ์โรคระบาดติดเชื้ออุบัติใหม่ที่ประสบความสำเร็จ ควรเป็นการจัดการเชิงบูรณาการโดยมีกลยุทธ์หลายด้านประกอบกัน คือ เผยแพร่ให้ข่าวสารในสื่อมวลชนอย่างแพร่หลาย มีการสื่อสารแก้ไขวิกฤติการระบาดของโรคควบคุมการติดต่อระหว่างคนควบคู่ไปกับมาตรการควบคุมและการป้องกันระบาด ทั้งนี้เพื่อสร้างการรับรู้ และกระตุ้นพฤติกรรมป้องกันตนเองอย่างมีความรับผิดชอบต่อสังคมเพื่อลดการระบาด นอกจากนี้ Ratzan, & Meltzer (2005, pp. 354-358) ยังได้เสนอแนวคิดให้ใช้การสื่อสาร 3 ลักษณะสำคัญในการปกป้องตนเองให้ปลอดภัย จากภัยคุกคามต่อชีวิตและร่างกาย ดังนี้

1. การสื่อสารเพื่อปกป้องกันชีวิตและร่างกาย เป็นขั้นตอนแรกที่จะรวบรวมองค์ความรู้ ข้อมูล ข่าวสารที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับความเสี่งต่อสุขภาพ จากองค์กรสถาบันบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยการจัดการข่าวสารสุขภาพให้ทันสมัย สร้างเครือข่ายการติดต่อเชื่อมโยงองค์กรต่าง ๆ รวมทั้งการเพิ่มความปลอดภัยด้วยการตรวจสอบติดตาม (monitor) ข่าวสารข้อมูลที่จะนำไปสู่ความเสียหายรุนแรงต่อสุขภาพร่างกาย

2. การสื่อสารเพื่อความเตรียมพร้อม เป็นขั้นตอนเน้นเชิงรุกเพื่อรองรับภัยคุกคามต่อชีวิตที่จะเกิดขึ้นได้ โดยการให้ความรู้การศึกษาเรื่องสุขภาพต่อชุมชน การเตรียมจัดหาบริการอุปกรณ์ด้านสาธารณสุขให้พร้อม การเตรียมการส่งเสริมสุขภาพให้มีความพร้อมเหล่านี้ได้รับการสื่อสารให้ข่าวสารข้อมูลแก่ประชาชนได้รับทราบในสิ่งที่สำคัญ เช่นบุคคล สถานที่ที่จะติดต่อเมื่อประสบกับโรคร้าย หรือเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสุขภาพ การเผยแพร่ผลงานวิจัยเกี่ยวกับการติดเชื้อ โรคระบาด ยารักษาโรคให้กับประชาชน

3. การสื่อสารรับมือกับภัยคุกคามต่อชีวิต เป็นการวางแผนกำหนดการสื่อสารในสภาวะเหตุการณ์ที่เกิดความรุนแรงด้านสุขภาพที่อันตรายต่อชีวิต ใช้การสื่อสารเพื่อการจัดการให้เหตุการณ์ความรุนแรงอยู่ในวงจำกัด และจบโดยเร็ว เป็นการสื่อสารเชิงรับ (responsive communication) ได้แก่ การมีระบบติดตามตรวจสอบการระบาดของโรคและสามารถตอบสนองได้ทันที การมีแผนการสื่อสารกับสื่อมวลชนอย่างถูกต้อง น่าเชื่อถือ และสร้างความไว้วางใจช่วยให้ไม่เกิดความตื่นตระหนก

หรือในขณะเดียวกันบทบาทสื่อมวลชนก็มีส่วนกำหนดวาระข่าวสารทำให้ประชาชนรับรู้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือแสวงหาข้อมูลในการดูแลตนเอง และในขณะเดียวกันประชาชนหรือผู้รับสารนั้นก็มักจะสนใจต่อเรื่องที่ตนเองจะเผชิญอยู่หรือเกิดวิกฤติดังเช่นการแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่จากสื่อ ดังผลสำรวจของ Ho, Brossard, & Scheufele (2007) ที่สำรวจความเห็นของคนอเมริกันต่อโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ พบว่าคนอเมริกันให้ความสนใจเนื้อหาในสื่อแบบการรายงานเหตุการณ์สถานการณ์

(event driven) โดยความสนใจจะสูงขึ้นเมื่อมีการรายงานการติดเชื้ออุบัติใหม่ในคนและสัตว์ และจะลดลงเมื่อมีการรายงานว่าสามารถควบคุมโรคได้ และยอมรับว่าโรคเป็นภัยคุกคามต่อตนเองจะอยู่ในระดับสูงในช่วงต้นของการระบาด และรู้สึกโล่งใจเมื่อทราบว่าสามารถควบคุมการระบาดได้แล้ว อย่างไรก็ตามความรู้เกี่ยวกับโรคและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมยังคงเดิมเมื่อเหตุการณ์ลง สรุปว่าข่าวสารที่ได้รับการเผยแพร่ผ่านสื่อสามารถลดการระบาดอย่างรวดเร็ว และช่วยร่นระยะเวลาการระบาดสั้นลงได้ (Sun, Yang, Arino, & Khan, 2011) ดังนั้นการสื่อสารชั้นนำผ่านสื่อมวลชน (media advocacy) สามารถจะช่วยให้เกิดผลเชิงการเปลี่ยนแปลงนโยบายสาธารณะที่จะช่วยแก้ไข ป้องกันการระบาดของโรคได้ โดยการนำเสนอรายละเอียดของประเด็นโรคระบาด กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนความเห็นร่วมกันแสดงประจักษ์พยาน ที่จะนำไปสู่การรับฟังจากรัฐบาล และนำความต้องการของประชาชนไปกำหนดเป็นนโยบาย หรือกฎหมายเพื่อการแก้ไขโรคระบาดได้ (Freimuth, Linnan, & Potter, 2000) แต่อย่างไรก็ตามในทางตรงกันข้ามนั้นการสื่อสารยังมีผลเชิงลบได้ด้วยอีกเช่นกันโดย Obukoadata, & Abuah (2014) ศึกษาสถานการณ์การระบาดของโรคอีโบล่าในประเทศไนจีเรียด้วยการสำรวจพบว่าการทำหน้าที่รายงานข่าวอย่างต่อเนื่อง (surveillance) ของสื่อมวลชนอาจส่งผลเชิงลบได้ หากขาดการควบคุมการตีตราชนของประชาชน

ดังนั้นสรุปได้ว่าการสื่อสารสุขภาพที่มีประสิทธิผลจะต้องมีการเตรียมพร้อมล่วงหน้าอย่างสม่ำเสมอ (constant) ถูกต้อง และทันสมัยตามเหตุการณ์ ใช้ช่องทางหลากหลายถึงระดับบุคคล สื่อมวลชน เทคโนโลยีสื่อสารใหม่ อย่างมีกลยุทธ์ (Ratzan, & Meltzer, 2005, pp. 354-358)

2.3 แนวทางการสื่อสารโรคติดต่ออุบัติใหม่

การสื่อสารมีความสำคัญต่อการป้องกันและแก้ไขของการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ แนวทางการสื่อสารโรคติดต่ออุบัติใหม่ มีแนวทางดังต่อไปนี้

2.3.1 การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร

Holmes (2008) ได้ชี้ให้เห็นว่า การเผยแพร่ข่าวสารเกี่ยวกับโรคอุบัติใหม่ ยังใช้ช่องทางการสื่อสารที่ไม่ได้หลากหลายมีขอบเขตจำกัดเกินไป ข้อมูลที่ท่วมท้นอยู่ในสื่อมวลชนขาดการวิเคราะห์กลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาใช้ในการวางแผนงานวิจัยได้ เพื่อป้องกันการตีตราชนัก เช่นเดียวกับข้อเสนอของ Smith (2006) ชี้ให้เห็นว่าในการระบาดของโรคซาร์ส การรับรู้ความเสี่ยงอันเป็นผลทางจิตวิทยาเกี่ยวข้องกับข่าวสารที่ไม่มีคุณภาพ อีกทั้งยังมาจากการขาดข้อมูลทางการเผยแพร่อย่างถูกต้อง เนื้อหาข่าวสารมักจะเป็นความคิดเห็น การคาดคะเน การรายงานผลเบื้องต้น แต่ขาดข้อมูลที่เป็วิทยาศาสตร์อย่างถูกต้องแท้จริง ทั้งนี้ ศิรินทร มหามนตรี (2547) ได้เสนอว่า 1) การกำหนดประเด็นข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสถานการณ์ของโรคระบาดหรือโรคติดต่อที่มีความรุนแรง

และสื่อมวลชนควรให้นำนักประเด็นข่าวสารด้านความรู้และการป้องกันตนเองแก่ประชาชนให้มาก เพราะประชาชนทั่วไปจะได้มีความรู้ และความวิตกกังวลในด้านความปลอดภัยต่อสุขภาพ 2) ข่าวสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อความรู้ถึงความปลอดภัยของประชาชน สื่อมวลชนควรนำเสนอประเด็นข่าวให้มีความสอดคล้องกับเนื้อหาหรือประเด็นข่าวในแต่ละวัน เพื่อความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องของประชาชน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความหวุ่นวิตกกังวลในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นมากเกินไปจนเกินความเป็นจริง

ทั้งนี้การสื่อสารในสถานการณ์โรคติดเชื้ออุบัติใหม่ ต้องมองภาพรวมทั้งสื่อเก่าและสื่อใหม่ วิเคราะห์ถึงอุปสรรคความยากลำบากในการปรับคำแนะนำสุขภาพให้เข้ากับผู้รับสาร รวมทั้งต้องให้ความสำคัญกับการตีกรอบและการรับรู้ของประชาชนต่อเหตุการณ์และโรคโดยมีจุดประสงค์สำคัญคือการแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนไปตามที่ต้องการ (Gesser-Edelsburg et al, 2015)

2.3.2 แนวทางการนำเสนอข้อมูลข่าวสาร

Hosseini, Gholami, Ashoorkhani, & Majdzadeh (2011) ได้สรุปจากผลสำรวจชี้ให้เห็นว่ากลยุทธ์สำคัญที่จะช่วยแก้ไขสถานการณ์ระบาดนั้นที่มีผู้ติดเชื้อแล้ว คือ การเผยแพร่วิธีการระบาดแบบไม่ใช้ยา (non-pharmacology) เช่น การป้องกันการแพร่เชื้อ การดูแลและสุขภาพอนามัยตนเอง โดยเฉพาะการแพร่ไปยังกลุ่มเปราะบางที่เสี่ยง และกระจายไปสู่สาธารณชนอย่างทันท่วงที จะเป็นวิธีการที่จะช่วยแก้ปัญหาการระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ได้ หรือข้อเสนอจากงานวิจัยของ มลินี สมภพเจริญ (2556) ได้แนะนำวิธีการป้องกันและการปฏิบัติตัวในการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อ ได้แก่ ล้างมือให้สะอาด หลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย ใช้กระดาษทิชชูปิดปากปิดจมูกทุกครั้งที่ไอหรือจาม หลีกเลี่ยงการเข้าไปในสถานที่แออัดคนจำนวนมาก หลีกเลี่ยงการเดินทางไปยังพื้นที่ที่มีการระบาด ใช้หน้ากากปิดปากและจมูก ทั้งนี้ในมุมมองของแพทย์นั้นจะให้ความสำคัญกับการป้องกันการติดเชื้อระหว่างคนไปสู่คน ความจำเป็นที่ต้องแยกผู้ป่วยออกจากบุคคลอื่น ความขาดแคลนวัคซีนในประเทศ และระดับความเสี่ยงในการเสียชีวิต

2.3.3 การเปิดเผยข้อมูลข่าวสารความจริง

Khan (2013) ได้เสนอการถอดบทเรียนจากการระบาดของโรคซาร์สในด้านการสื่อสารว่าในสถานการณ์การระบาดจำเป็นต้องมีการรายงานการระบาดอย่างทันที่อย่างเปิดเผย ในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรค H1N1 ในประเทศไต้หวัน Ou, Liu, & Chin (2014) แนะนำว่าหน่วยงานรัฐควรให้ความสำคัญกับการให้ข่าวสารข้อมูลอย่างยุติธรรมและซื่อสัตย์ รวมทั้งควรเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการฉีดวัคซีนป้องกันอย่างเข้าใจได้ง่าย ๆ ทั้งนี้ประชาชนมีความเชื่อมั่นรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขว่าสามารถรับมือกับโรคไข้หวัดใหญ่ฯ ได้ แต่ขณะเดียวกันก็ไม่เชื่อมั่นกระทรวงสาธารณสุขเพราะข้อมูลข่าวสารที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศ

ออกมาค่อนข้างสับสน ไม่รู้ว่าโรคนี้อยู่ในระดับร้ายแรงหรือไม่ร้ายแรง และไม่เห็นรัฐบาลมีมาตรการหรือการเตรียมความพร้อมในการรับมือกับโรคนี้ที่ชัดเจนก็เลยไม่มีความเชื่อมั่น (วิภาวีน โมสูงเนิน, และรุจิระ โรจน์ประภายนต์, 2554) เมื่อเป็นเช่นนี้ก็จะเกิดข่าวลือต่าง ๆ ที่นำเสนอผ่านสื่อและไม่ผ่านสื่อ (อภิสิทธิ์ เหมะสมสกุล, 2547)

2.3.4 ความรวดเร็วและความถูกต้องของข้อมูลข่าวสาร

พนม คลีฉายา และคณะ (2548) ได้เสนอว่าในระบบสื่อสารสุขภาพสู่ประชาชน ควรคำนึงการบริหารจัดการเผยแพร่เนื้อหาและการใช้สื่ออื่น ๆ ประกอบเพื่อให้ระบบการสื่อสารสุขภาพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อประชาชนมากที่สุด และสนับสนุนให้มีแหล่งข้อมูลที่สามารถให้ข้อมูลที่ถูกต้อง รวดเร็วเข้าถึงได้อย่างสะดวก อย่างไรก็ตามมีข้อค้นพบที่พบว่าปัจจัยที่สำคัญก็คือผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ ในการประกาศว่ามีการแพร่ระบาดของโรคซาร์สนั้นจะส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศ หากข้อมูลดังกล่าวไม่มีความถูกต้อง ทำให้เกิดความล่าช้าในการให้ข้อมูลกับสื่อมวลชนและประชาชน เพราะต้องทำการตรวจสอบข้อมูลที่ถูกต้อง (อภิสิทธิ์ เหมะสมสกุล, 2547)

2.3.5 ภาษาที่ใช้ในการสื่อสาร

Matsaganis (2010) ได้ข้อสรุปงานวิจัยพบว่า ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคที่ได้รับจากหน่วยราชการมักใช้ภาษาที่ประชาชนเข้าใจยาก และขาดรายละเอียดในการนำไปปฏิบัติ (สุวรรณณี สุวรรณท้าว, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, และพัชรพร เกิดมงคล, ม.ป.ป) ประเด็นเดียวกันมีข้อค้นพบที่ศึกษากลุ่มคนที่มีเชื้อชาติต่างด้าวหรือคนกลุ่มน้อย พบว่าคนกลุ่มนี้จะติดต่อสื่อสารรับข่าวสารสุขภาพจากเพื่อนบ้าน สื่อท้องถิ่นหรือสื่อภาษาถิ่นเดียวกับตน

2.3.6 ลักษณะส่วนบุคคล

การสื่อสารของมนุษย์ต้องพบกับอุปสรรคและปัญหาหลายประการ เช่น การศึกษา ภูมิหลัง ความแตกต่างกันของระดับสมอง วัย เพศ สภาพแวดล้อมในช่วงที่ทำการสื่อสาร ความสนใจในช่วงที่แตกต่างกัน เป็นต้น สิ่งเหล่านี้สามารถทำให้ประสิทธิภาพของการสื่อสารประชาสัมพันธ์ด้อยลงได้ (สุวรรณณี สุวรรณท้าว, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, และพัชรพร เกิดมงคล ม.ป.ป)

2.3.7 หน่วยงาน/บุคลากรที่เกี่ยวข้องให้ความรู้เรื่องโรค

อภิสิทธิ์ เหมะสมสกุล (2547) ได้ระบุว่าที่ผ่านมานั้นโรคซาร์สมีปัญหาและอุปสรรคก็คือ องค์กรความรู้เกี่ยวกับโรคไม่มี เนื่องจากหน่วยงานต่าง ๆ มีความรู้จำกัด ไม่มีความชัดเจนของข้อมูลบางประเด็น และวิทยากรหรือผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคมีจำกัด เพราะเป็นโรคที่ใหม่ ข้อสรุปเดียวกันกับงานวิจัยชี้ให้เห็นเพิ่มเติมอีกว่า อุปสรรคก็คือความรู้ของแกนนำที่จะช่วยดำเนินการในการบอกข่าว เผยแพร่ความรู้แก่ชาวบ้านยังไม่เพียงพอ (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2548) รวมไปถึงจนถึง อสม. ยังขาดข้อมูลที่สำคัญ ๆ อาทิ ประวัติการเจ็บป่วย พื้นที่ที่มีการรายงานผู้ป่วย และ

พื้นที่ที่ไม่มีการรายงานผู้ป่วยที่อยู่ในข่ายเฝ้าระวัง (อติชาติ หงษ์ทอง, 2549) โดยที่ด้าน อสม. ที่เป็นบุคลากรเจ้าหน้าที่และผู้ส่งสารข้อมูลข่าวสารนั้น พงษ์ศักดิ์ เสือมาก (2557) พบว่ามีปัจจัยส่วนบุคคล เขตที่อยู่อาศัย อายุ ระดับการศึกษา และการได้รับความรู้โรคไข้หวัดนกมีความสัมพันธ์กับการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนก ซึ่งการที่ อสม. การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้หวัดนก มีความเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนก และพบว่าความเชื่อ ความสามารถของตนเอง และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีความเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติกรรณในการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนก

จากที่กล่าวมาชี้ให้เห็นว่า การสื่อสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่มีกรอบข้อมูลข่าวสาร สุขภาพเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศที่ควรให้ความสำคัญ เพื่อนำไปสู่การลดอุปสรรคทางการสื่อสารและใช้การสื่อสารเพื่อการป้องกันการระบาด ซึ่งกรอบเนื้อหาที่ต้องนำเสนอ ควรประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรค วิธีการป้องกันและการปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อ ข้อมูลเชิงวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับโรค มาตรการป้องกันและควบคุมของรัฐ ความรุนแรงของโรค ความรุนแรงของการแพร่ระบาด พื้นที่ จำนวนผู้ติดเชื้อ ความเสี่ยง โอกาสการติดเชื้อ วิธีการติดเชื้อ อันตรายที่จะเกิดขึ้นหากติดเชื้อ อีกทั้งการสื่อสารเกี่ยวกับโรคอุบัติใหม่ และการสื่อสารควรลดปัญหาอุปสรรคที่ส่งผลต่อการการป้องกันและดูแลตนเองให้ปลอดภัย และการควบคุมการระบาด ในปัญหาด้านเนื้อหาการสื่อสาร ได้แก่ ความถูกต้อง ขาดเนื้อหาเชิงวิทยาศาสตร์ ขาดเนื้อหาด้านความรู้ วิธีการป้องกัน การปฏิบัติตัว มีแต่เนื้อหาเชิงความคิดเห็น การรายงานเหตุการณ์ประจำวัน การคาดคะเน การปกปิดความจริง เน้นผลกระทบทางเศรษฐกิจ ตัวเลขผู้ติดเชื้อ ภาษาศัพท์เข้าใจยาก ไร้ใจให้ตื่นตระหนก การนำเสนอข่าวแบบกระตุ่นอารมณ์ นอกจากนี้ควรมีแนวทางการสื่อสารที่ให้ความสำคัญในด้านความถูกต้อง การให้ความรู้ ความเข้าใจ วิธีการป้องกัน วิธีการปฏิบัติตัวให้ปลอดภัยทั้งการป้องกันการติดเชื้อและการระบาด ควบคุมการตื่นตระหนก รวมทั้งการสื่อสารควรตีกรอบการรับรู้ด้วย

2.4 การเข้าถึง ความเข้าใจ และการใช้ข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

ศุนย์วิจัย มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์ (ม.ป.ป) ได้สรุปนิยามของความฉลาดสุขภาพ หรือ “Health Literacy” ไว้ซึ่งหมายถึง ความสามารถในการค้นหาหรือเข้าถึง สร้างความเข้าใจ และใช้ประโยชน์ จากข้อมูลด้านสุขภาพ ในประเทศไทยมีการแปลคำนี้ไว้ต่างกันไป เช่น “ความแตกฉานด้านสุขภาพ” หรือ “การรู้เท่าทันด้านสุขภาพ” หรือ “ความฉลาดทางสุขภาพ”หรือในขณะเดียวกัน ก็ “ความฉลาดทางสุขภาพ” ยังหมายถึง “ความสามารถและทักษะ ในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ และจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วน

บุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อสุขภาพที่ดี” (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, และนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร, 2554 น. 17) องค์การทั่วโลกที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้เห็นพ้องในความหมายของความฉลาดทางสุขภาพ ก็คือเป็นองค์ประกอบสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพของประชากรโลกบุคคลที่มีความจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลหรือเข้าใจ ข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ จากเอกสาร สื่อรูปแบบต่าง ๆ ที่มีอยู่ในสังคมหรือเผชิญความยากลำบากในการเอาความรู้มาปรับใช้ในการดำเนินชีวิต (นภาพร วาณิชชกุล, และสุชาติ ภัทรมงคลฤทธิ์, 2556) ซึ่ง Health literacy ยังเป็นระดับพฤติกรรมของบุคคลในการใช้ความสามารถด้านความรู้หนังสือและทักษะทางสังคม เพื่อเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ใช้ความรู้ และสื่อสารเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพตามความต้องการเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต (กองสุขศึกษา, 2557, น. 11) จากแนวคิด และความเห็นที่คนละ มุมมองต่าง ๆ ด้านนิยามความฉลาดทางสุขภาพนั้น สรุปได้ว่า บุคคลมีสามารถที่เข้าถึง และทำความเข้าใจ รับรู้ และประเมินข้อมูลจากแหล่งข้อมูลข่าวสารสุขภาพเพื่อนำมาปรับใช้และการดำเนินชีวิตได้ ซึ่งหากบุคคลใดมีความฉลาดสุขภาพก็ย่อมที่จะมีสุขภาพดี โดยการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ “มิติเชิงการสื่อสาร” โดยที่อภิญญา อินทรรัตน์ (2557) ได้ทบทวนวรรณกรรมและแสดงความเห็นว่าผู้ที่มีความฉลาดทางสุขภาพสามารถใช้ทักษะที่จำเป็นในการแสวงหา ทำความเข้าใจ ประเมิน สื่อสาร และใช้สารสนเทศทางด้านสุขภาพ

ความฉลาดทางสุขภาพจะส่งผลต่อการมีข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคล แล้วจะส่งผลต่อไปยังสุขภาพของบุคคล รวมทั้งการสื่อสารข้อมูลทางสุขภาพกับบุคคลอื่น ๆ การแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้เคียงตัวในยามที่ต้องการ เพื่อให้ตนเองสามารถปฏิบัติตนให้มีสุขภาพที่ดี (Suka et al., 2015) และในขณะเดียวกันการส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพของบุคคลมีเกี่ยวข้องกับความสามารถในการเข้าถึงข่าวสาร ความรู้ด้านสุขภาพจากแหล่งความรู้ที่หลากหลาย ความเข้าใจในเนื้อหาในระดับที่สามารถประเมินความน่าเชื่อถือและความเหมาะสมของเนื้อหาที่ตนเอง และใช้ความคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผลในการให้ความสำคัญกับข่าวสารความรู้ ตลอดจนนำไปสู่การตัดสินใจนำมาลองปฏิบัติและประเมินผลหลังจากการลองปฏิบัติ จนสามารถนำมาใช้ในชีวิตประจำวันได้ (ศุภชัยวิชัย, มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต, ม.ป.ป) ซึ่งข้อมูลทางด้านสุขภาพเหล่านี้มาจากแหล่งที่หลากหลาย เช่น โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ สื่อโฆษณา เว็บไซต์ โรงเรียน โรงพยาบาล ฉลากโภชนาการ คำเตือนด้านความปลอดภัยเกี่ยวกับอาหารและยาจากหน่วยงานและสื่อต่าง ๆ จนบางครั้งมีข้อมูลที่ขัดแย้งกันซึ่งส่งผลต่อการตัดสินใจในการเลือกวิธีปฏิบัติด้านสุขภาพของประชาชน (อภิญญา อินทรรัตน์, 2557)

ทั้งนี้ในการให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข่าวสารสุขภาพมีสิ่งควรคำนึง ก็คือสื่อในการดำเนินงานด้านสุขภาพมีทั้งสื่อบุคคล สื่อสิ่งพิมพ์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์หรือมัลติมีเดียและสื่อสาธารณะ (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, และนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร, 2554 น. 56) และยังมีปัจจัยที่สำคัญ ๆ ที่จะส่งผลต่อการเข้าถึง ความเข้าใจ และการใช้ข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สิ่งสำคัญก็คือควรคำนึงถึงปัจจัยที่สำคัญ

ได้แก่การทำความเข้าใจวิเคราะห์ผู้รับสาร (audience) อย่างละเอียดเพื่อนำมากำหนดแนวทางการสื่อสารให้เข้าถึง และเกิดผลค้ำึงถึงการสื่อสารที่เข้าถึง (Bernhardt, & Cameron, 2003, pp. 539-598; Ratzan, & Meltzer, 2005, pp. 354-358) โดยในการออกแบบควรใช้หลักการออกแบบที่เหมาะสมกับลักษณะของกลุ่มเป้าหมายเช่น ค้ำึงถึงขนาดตัวอักษรและสีที่เหมาะสม การเว้นพื้นที่ว่าง การใช้แผนภาพ หรือภาพถ่ายประกอบการสื่อความรู้ความเข้าใจ ใช้ข้อความสั้น ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย และให้ข้อมูลที่ใช้ในการตัดสินใจ (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, และนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร, 2554 น. 56) หรือทางด้านแนวคิดของ นภาพร วาณิชยกุล, และสุชาดา ภัทรมงคลฤทธิ์ (2556) ยังได้สรุปให้เห็นถึงปัจจัยและอุปสรรคในภาพรวมไว้ว่า อายุระดับการศึกษา เศรษฐกิจ ฐานะ วัฒนธรรมและความเป็นอยู่ ล้วนมีผลต่อการเรียนรู้และการค้นหาและการนำข้อมูลไปใช้ ความเข้าใจแนวคิดจากกลุ่มเป้าหมายจึงมีความสำคัญในการกำหนดความหมายของความฉลาดทางสุขภาพในสังคมวัฒนธรรมต่าง ๆ

จากแนวคิดเกี่ยวกับความฉลาดทางสุขภาพที่กล่าวมาข้างต้น สามารถชี้ให้เห็นว่า หากบุคคลมีความสามารถในการเข้าถึง มีความเข้าใจ สามารถพิจารณาความถูกต้องและความเป็นประโยชน์ของข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพได้ จะเป็นศักยภาพสำคัญที่บุคคลจะสามารถดูแลตนเองให้มีสุขภาพที่ดีและปลอดภัยจากโรค นำไปสู่การใช้ข้อมูลให้เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคของตนเอง แนวคิดนี้สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการสื่อสารที่จะช่วยให้ประชาชนสามารถดูแลตนเอง และปลอดภัยจากโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศได้ ด้วยการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และพิจารณานำข้อมูลข่าวสารที่ได้รับไปใช้ในการดูแลตนเองให้ปลอดภัยได้

ขณะเดียวกันจากการสำรวจเอกสารบทความ งานวิจัย ทั้งประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่า มีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องกับเข้าถึง รับรู้ ความเข้าใจ และการใช้ประโยชน์ข่าวสารสุขภาพ ที่สามารถสรุปเป็นประเด็นปัจจัยได้ดังต่อไปนี้

2.4.1 ปัจจัยด้านลักษณะทางประชากรส่วนบุคคล

ปัจจัยด้านลักษณะทางประชากรที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึง ความเข้าใจ และการใช้ประโยชน์ข่าวสาร สามารถพิจารณาบุคคล 2 กลุ่ม ดังนี้

2.4.1.1 ประชาชน

ทั้งนี้บุคคลมีความแตกต่างกันของแต่ละคน ซึ่งข้อสรุปงานวิจัยของ Ishikawa, Kato, & Kiuchi (2016) ชี้ให้เห็นว่าการรับรู้ความเสี่ยงของโรคความกังวลต่อการติดเชื้อ และพฤติกรรมการป้องกันโรคได้มีความแตกต่างกันในกลุ่มที่มี “ความฉลาดทางด้านสุขภาพ (health literacy) แตกต่างกัน แต่พบว่ากลุ่มที่มีความฉลาดทางด้านสุขภาพสูง จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคได้มากกว่ากลุ่มที่มีความฉลาดทางด้านสุขภาพต่ำกว่า ซึ่งความฉลาดทางสุขภาพขึ้นอยู่กับรายได้ และระดับการศึกษา และเป็นตัวแปรสำคัญที่กำหนดการประเมินสุขภาพของตนเอง (self-assessed

health) และผลกระทบต่อทางด้านสุขภาพ (Levin-Zamir, Baron-Epel, Cohen, & Elhayany, 2016) Rakovski (2012) ยังได้พบเพิ่มเติมอีกว่าการแสวงหาข่าวสารด้านสุขภาพเป็นผลมาจากความรู้พื้นฐานด้านสุขภาพ ระดับการศึกษา ความพึงพอใจกับการดูแลสุขภาพในฐานะคนป่วย ความไม่พึงพอใจกับข่าวสารด้านสุขภาพ สุขภาพโดยทั่วไป และความรู้สึกลดทอน นอกจากนี้ยังรวมไปถึงกลุ่มประชาชนโดยเฉพาะผู้ที่มีความบกพร่องในการรับรู้ และเรียนรู้ข้อมูลข่าวสาร อาทิ เด็ก ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ไม่ได้เรียนหนังสือ ชนกลุ่มน้อย ชาวต่างชาติ ฯลฯ ย่อมมีข้อจำกัดของความฉลาดทางสุขภาพ (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, และนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร, 2554, น. 10)

2.4.1.2 บุคลากรทางแพทย์หรือผู้ที่เกี่ยวข้องในการให้ข้อมูลทางสุขภาพ

ผู้ประกอบการวิชาชีพทางสุขภาพที่มีความฉลาดทางสุขภาพจะสามารถสื่อสารข้อมูลในแนวทางที่ประชาชนสามารถนำไปใช้และปฏิบัติได้ ซึ่งการสื่อสารที่ชัดเจนจะทำให้ผู้รับสารสามารถทำความเข้าใจและปฏิบัติตามข้อมูลที่ได้รับอย่างถูกต้อง เมื่อต้องสื่อสารข้อมูลทางด้านสุขภาพ ควรรวมถึง เพศ เชื้อชาติ ที่อยู่ ความเชื่อ พฤติกรรม วัฒนธรรมทักษะการรู้หนังสือ (อภิญา อินทรรัตน์, 2557) รวมไปถึงจนถึงบุคลากรที่เป็น อสม. ซึ่งจะเป็นคนในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ มีข้อค้นพบว่า อสม. มีคะแนนความฉลาดทางสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจในระดับดีแต่ยังขาดทักษะในการอ่านและแปลความข้อมูลสาธารณสุขจากสื่อสิ่งพิมพ์ และยังคงขาดความมั่นใจในการแนะนำความรู้แก่เพื่อนบ้านขณะเดียวกันยังพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุและระดับการศึกษา เป็นสิ่งที่ควรพิจารณาประกอบด้วยในกระบวนการสรรหา อสม. เพราะมีความสัมพันธ์ต่อระดับความฉลาดทางสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจ (ประภัสสร งามแสงใส, ปติรดา ศรสิยาน, และสุวรรณา ภัทรเบญจพล, 2557)

2.4.2 ปัจจัยด้านทักษะส่วนบุคคล

ดังเห็นได้จากงานวิจัยของ อารยา ทิพย์วงศ์, และจารุณี นุ่มนวล (2557) ซึ่งพบว่ากลุ่มที่มีทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และทักษะการจัดการตนเองอยู่ระดับต่ำ มักจะมีทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพและทักษะการรู้เท่าทันสื่อในระดับที่ต่ำ แนวทางเดียวกันกับงานวิจัยข้างต้นนั้น Ishikawa, Kato, & Kiuchi (2016) พบว่าในการรับรู้ความเสี่ยงของโรค ความกังวลต่อการติดเชื้อ และพฤติกรรมการป้องกันโรคมีความแตกต่างกันตามความฉลาดทางด้านสุขภาพที่แตกต่างกันไป กลุ่มที่มีความฉลาดทางด้านสุขภาพสูง จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคได้มากกว่ากลุ่มที่มีความฉลาดทางด้านสุขภาพต่ำกว่า ดังนั้นความฉลาดทางสุขภาพจึงมีความจำเป็นในสถานการณ์ที่เกิดการระบาดของโรคอุบัติใหม่

2.4.3 ปัจจัยด้านทักษะภาษาการสื่อสาร

Goodall, Newman, & Ward (2014) ที่ศึกษากลุ่มผู้ที่ย้ายถิ่นมาอาศัยอยู่ในประเทศออสเตรเลีย ซึ่งเป็นผู้มีอายุมาก มีภาษาและวัฒนธรรมที่แตกต่างจากท้องถิ่นที่ตนอาศัย

ปัจจัยด้านการรู้ภาษามีผลต่อความหลากหลายของแหล่งข้อมูลและวิธีการเข้าถึงแหล่งข่าวสารสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลต่อไปยังความรู้ และพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพ และพบว่าอีกว่าการรู้ภาษาที่ใช้เป็นภาษาสากล (ภาษาอังกฤษ) ของประชาชนที่ย้ายถิ่นไปยังอีกประเทศอื่น มีผลต่อความหลากหลายของแหล่งข้อมูลและวิธีการเข้าถึงแหล่งข่าวสารเช่นกัน

2.4.4 ปัจจัยด้านความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรม และกายภาพทางด้านภูมิศาสตร์

มีข้อสรุปงานวิจัยที่ชี้ว่าปัจจัยทางด้าน สังคม และวัฒนธรรม ค่านิยมและความ เป็นอยู่มีผลต่อการรับข่าวสารจากสื่อ การทำมาหากินเพื่อเลี้ยงปากเลี้ยงท้อง จึงละเลยที่จะปฏิบัติตนเองทางด้านสุขภาพ ละเลยที่จะใช้สื่อ ซึ่งปัจจัยทางด้านกายภาพพื้นที่ในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร บางพื้นที่ยังมีข้อจำกัด เช่น ไม่มีอินเทอร์เน็ต หรือบางพื้นที่ไม่สามารถรับสัญญาณวิทยุโทรทัศน์ได้ (ปรีชา อุบโยคิน และคณะ, 2548) ขณะเดียวกันยังมีผลต่อทางด้านการปรับตัวเช่นเดียวกับผลวิจัย ของ Goodall, Newman & Ward (2014) ได้ศึกษากลุ่มผู้ที่ย้ายถิ่นมาอยู่ออสเตรเลีย ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความต้องการ วัฒนธรรมและภาษา พบว่าแหล่งข้อมูลสุขภาพที่สำคัญก็คือ หมอ โทรทัศน์ท้องถิ่น คู่สมรส หนังสือพิมพ์ท้องถิ่น วิทยุท้องถิ่น เนื่องจากกลุ่มนี้เป็นผู้ใหญ่และมีอายุมากจึงไม่เปิดรับข่าวสารจากอินเทอร์เน็ตหรือสมาร์ทโฟน

2.4.5 ปัจจัยด้านแหล่งข้อมูลข่าวสารที่เลือกใช้

มีงานวิจัยที่พบว่าแหล่งข้อมูลสุขภาพที่ผู้ป่วยใช้นั้นจะใช้แหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่สำคัญ 3 แหล่งได้แก่ การสื่อสารกับบุคลากรในระบบสาธารณสุข เช่น แพทย์ การสื่อสารกับบุคคลอื่น ๆ เช่น ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน สื่อมวลชนรวมทั้งอินเทอร์เน็ตและสื่อสิ่งพิมพ์ (Sentell, Cruz, Heo, & Braun, 2013; Ishikawa, Kato, & Kiuchi, 2016) ใกล้เคียงกับบทสรุปความเห็นของ Sun et al. (2014) ชี้ให้เห็นว่าความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ และนำไปสู่สุขภาพที่ดี และได้เสนอตัวแปรที่บ่งชี้ถึงความฉลาดทางด้านสุขภาพว่าประกอบด้วย การเปิดรับสื่อสิ่งพิมพ์แบบทางการ ปริมาณสื่อสิ่งพิมพ์ การสนทนากับบุคคลอื่น และการใช้อินเทอร์เน็ต แต่อย่างไรก็ตามนั้นโดยทั่วไปสื่อที่เข้าถึงคนกลุ่มนี้มักจะเป็นสื่อบุคคลใกล้ชิด ทำนองเดียวกันก็ควรคำนึงถึงความเหมาะสมจากการใช้สื่อสิ่งพิมพ์ซึ่งจะเป็นสื่อที่เขาอ่านยากเข้าใจยาก (Bernhardt, & Cameron, 2003, pp. 539-598) เช่นกันกับความเห็นของ อภิญญา อินทรรัตน์ (2557) ได้เสนอว่า ควรใช้สื่อสิ่งพิมพ์เป็นสื่อเสริม ไม่ใช่สื่อสิ่งพิมพ์แทนการให้คำแนะนำโดยบุคคล และไม่คาดหวังว่าผู้อ่านจะทำความเข้าใจได้ด้วยตนเองทั้งหมด แต่ควรใช้ข้อมูลจากสื่อสิ่งพิมพ์เพื่อเป็นสื่อในการอธิบาย ด้วยวาจา ทบทวน และเน้นประเด็นสำคัญและโดยปรับให้เหมาะสมกับระดับความรู้ความเข้าใจ ช่องทางการเข้าถึงข้อมูลและความสนใจของกลุ่มเป้าหมาย

2.4.6 ปัจจัยด้านการใช้สื่อมวลชนเพื่อให้ความรู้

Sayah, & Williams (2012) ให้ข้อสรุปว่าสื่อ (media) ในภาพรวมนั้นมีอิทธิพลต่อความรู้ การใช้ข่าวสารและมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้บุคคลเกิดความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเกี่ยวข้องกับ การดูแลสุขภาพของตนเอง Suri, Majid, Chang, & Foo, (2015) พบว่าการดูแลรักษาสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์กับการแสวงหาข่าวสารจากสื่อดั้งเดิม (สื่อมวลชน) ในเนื้อหาข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพด้านรูปแบบการดำเนินชีวิต (health lifestyle information) ประเด็นเดียวกัน Obukoadata, & Abuah (2014) กล่าวว่าการณ์รณรงค์ที่ใช้สื่อมวลชนรายงานข่าวอย่างต่อเนื่องจะส่งผลดีต่อการควบคุมการระบาดและการป้องกันโรคอุบัติใหม่ได้ โดยเป็นการส่งเสริมให้เกิดความรู้มากขึ้น รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพและความฉลาดทางสุขภาพ อย่างไรก็ตามควรคำนึงก็คือบุคคลนั้นมีหลากหลายแตกต่างกัน ดังนั้นควรเลือกใช้สื่อหลากหลายช่องทางเพื่อให้เข้าถึง และสร้างความฉลาดทางสุขภาพได้มากขึ้น ซึ่งอาจจะสร้างช่องทางการใช้สื่อเฉพาะเจาะจงกลุ่มมากขึ้น (Bernhardt, & Cameron, 2003, pp. 539-598)

2.4.7 ปัจจัยการนำเสนอข่าวของสื่อมวลชน (ภาษาสื่อมวลชน)

อุปสรรคที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่เกิดขึ้นสืบเนื่องหลังจากที่ประชาชนเข้าถึงเนื้อหาสุขภาพแล้วก็คือ ความเข้าใจเนื้อหาเกี่ยวกับโรคและข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ซึ่งยังเป็นปัญหาในด้านความชัดเจน ความรวดเร็วในการนำเสนอ และความน่าเชื่อถือของข้อมูลข่าวสาร (กานต์ สุวรรณสาครกุล, และอนุพงษ์ วิเลปนานนท์, 2557) รวมทั้งการขาดบรรณาธิการข่าวในฐานะแหล่งข้อมูลสุขภาพที่มีความรู้ความเข้าใจเนื้อหาสุขภาพ โดยเฉพาะเรื่องโรค ทำให้ไม่สามารถถ่ายทอดให้ผู้อ่านเข้าใจได้ง่าย เพราะเนื้อหาสุขภาพมีศัพท์เฉพาะ (ศัพท์ทางการแพทย์) ที่เข้าใจยาก (พนม คลี่ฉายา และคณะ, 2548) ทางด้านอภิญา อินทรรัตน์ (2557) ชี้ให้เห็นว่าสื่อส่วนใหญ่มักจะใช้ศัพท์เทคนิคและซับซ้อน เข้าใจยาก ดังนั้นสื่อจึงควรเสนอเนื้อหาให้อ่านง่าย เข้าใจได้ง่าย ทั้งนี้ภาษาของการรายงานข่าวจากสื่อมวลชนนั้นซึ่งมีอิทธิพลต่อความสนใจเลือกรับข่าวสุขภาพ กล่าวคือ การใช้ภาษาต้องเหมาะสมกับผู้รับสาร เลือกใช้ได้ทั้งภาษาวิชาการ ภาษาท้องถิ่น หรือภาษาพื้นเมือง เพื่อความเข้าใจของผู้รับสาร (ปรีชา อุปโยคิน และคณะ, 2548) ยังรวมไปถึงแนวความคิดเห็นของสุนันทา แยมทัฬ (2557) ที่ได้สรุปไว้ว่าสื่อมวลชนในพื้นที่พรมแดนมีความตระหนักถึงประเด็นอ่อนไหวในเรื่องประเพณีวัฒนธรรม รวมถึงการใช้ภาษา มีความระมัดระวังในการเผยแพร่ข่าวสาร เรื่องการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดนก ดังนั้นกลยุทธ์การสื่อสาร การสร้างสื่อให้ความรู้ทางด้านสุขภาพที่เหมาะสมสามารถปรับให้เหมาะสมกับผู้รับสารที่มีความแตกต่างและหลากหลายในระดับความรู้ ความสามารถ ภาษาและวัฒนธรรม (อภิญา อินทรรัตน์, 2557)

นอกจากนี้ยังรวมถึงองค์กรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการใช้สื่อใหม่ในการเผยแพร่ทางอินเทอร์เน็ตในการใช้ภาษา ซึ่งสะท้อนให้เห็นจากงานวิจัยของ Park, Rodgers, &

Stemmler (2011) ซึ่งได้วิเคราะห์เฟซบุ๊กขององค์กรด้านสุขภาพพบว่า องค์กรด้านสุขภาพมีการใช้เฟซบุ๊กเชื่อมโยงกับสื่อสังคมออนไลน์อื่น ๆ ในการให้ข้อมูลสุขภาพซึ่งมีการใช้ภาษาที่เข้าใจมากกว่าภาษาและคำทางเทคนิค รวมถึงเสนอประเด็นด้านสุขภาพที่ไม่ซับซ้อนเข้าใจยาก จะช่วยให้เกิดความเข้าใจที่ดีขึ้น

2.5 สื่อใหม่กับการเข้าถึง ความเข้าใจ และการใช้ข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

ข้อมูลข่าวสารและความรู้ด้านสุขภาพมีจำนวนมาก โดยเฉพาะในโลกสังคมออนไลน์ (social network) จึงมีความจำเป็นที่จะต้องทำให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยสามารถเข้าถึงข้อมูลและองค์ความรู้ที่ถูกต้องทันสมัยได้ตลอดเวลา เพื่อนำไปใช้ประโยชน์กับตนเองและเผยแพร่ ไปสู่บุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลในเครือข่าย (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, และนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร, 2554 น. 53) ด้วยเหตุที่เทคโนโลยีเครือข่ายอินเทอร์เน็ตมีส่วนช่วยกระตุ้นการค้นหาข้อมูล สร้างเครือข่ายสังคมออนไลน์ และช่วยให้สามารถตั้งคำถามเรื่องสุขภาพอย่างเข้าใจและลึกซึ้งในการสอบถามบุคลากรทางการแพทย์ (Higgins, Sixsmith, Barry, & Domegan, 2011)

อย่างไรก็ตามด้านทางความเห็นของ Higgins, Sixsmith, Barry, & Domegan (2011) ได้ทบทวนงานวิจัยและชี้ให้เห็นว่าในการค้นหาข้อมูลสุขภาพขึ้นอยู่กับความต้องการเหตุผลของการค้นหา และประสบการณ์ที่ได้รับจากการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพ ในข้อสรุปทัศนะของ กานต์ สุวรรณสาครกุล, และอนุพงษ์ วิเลปนานนท์ (2557) ทบทวนวรรณกรรมด้านระบบกลไกและการเข้าถึงแหล่งข้อมูลกล่าวว่าการพัฒนารวดเร็วด้านเทคโนโลยี ประกอบกับความต้องการของผู้บริโภคเข้าถึงแหล่งข้อมูลต่าง ๆ เป็นแรงผลักดันให้เกิดการให้บริการข้อมูลสาธารณสุข แม้ว่าข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตมีความสะดวกรวดเร็ว ดังนั้นอาจต้องปรับให้เหมาะสมกับระดับความรู้ความเข้าใจ ช่องทางการเข้าถึงข้อมูลและความสนใจของกลุ่มเป้าหมาย

เรายังสามารถแบ่งกลุ่มผู้ใช้งานข้อมูลข่าวสารสุขภาพทางอินเทอร์เน็ต ตามเกณฑ์การเข้าถึงคุ้นเคยกับข้อมูลข่าวสาร (Information Engagement) และการแสวงหาข่าวสารเพื่อความฉลาดทางสุขภาพ (Objective Literacy) สามารถแบ่งได้สองกลุ่ม (Strekalove, 2014) ได้แก่

1. กลุ่มผู้แสวงหาข่าวสารข้อมูล (Information Seeker) เป็นกลุ่มที่มีการเข้าถึงคุ้นเคยเคยข่าวสารสุขภาพ มีการแสวงหาข่าวสารเพื่อความฉลาดทางสุขภาพสูง มีความวิตกกังวลต่อข่าวสารสุขภาพต่ำ และรับรู้ว่าเป็นผู้ที่มีความฉลาดทางสุขภาพ
2. กลุ่มผู้หลีกเลี่ยงข่าวสาร (Information Avoider) เป็นกลุ่มที่มีวิตกกังวลต่อข้อมูลข่าวสารสุขภาพสูง มีการเข้าถึงคุ้นเคยเคยข่าวสารสุขภาพต่ำ มีการแสวงหาข่าวสารเพื่อความฉลาดทางสุขภาพต่ำ

2.5.1 อุปสรรคของการใช้สื่อใหม่

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการเข้าถึงและการใช้ข้อมูลข่าวสารบนเครือข่ายอินเทอร์เน็ตจะเป็นประโยชน์ในด้านความสะดวกรวดเร็ว แต่ก็ยังมีปัญหาด้านคุณภาพของข้อมูล การไม่มีมาตรฐานกลางของเทคโนโลยีบางประเภท และการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตของประชากรที่ด้อยโอกาสในสังคม (กานต์ สุวรรณสารกุล, และอนุพงษ์ วิเลปนานนท์, 2557) ในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพนั้นยังเกี่ยวข้องกับผู้ที่ค้นหาข้อมูลสุขภาพออนไลน์นั้นมักจะมีระดับการศึกษาสูง และสามารถเข้าถึงระบบอินเทอร์เน็ตความเร็วสูงได้ จากทั้งที่บ้านและที่ทำงาน ลักษณะการใช้งานข่าวสารข้อมูลออนไลน์ เช่น การค้นหาข้อมูลสำหรับการตัดสินใจว่าเขาจะไปพบแพทย์หรือไม่ ใช้เป็นฐานข้อมูลสำหรับความเห็นอีกมุมมองหนึ่งเพิ่มเติม ใช้เป็นข้อมูลที่เขาจะไปถามปรึกษาแพทย์อีกทางหนึ่ง (Higgins, Sixsmith, Barry, & Domegan, 2011) ตามที่อภิญญา อินทรรัตน์ (2557) ซึ่งระบุว่า การใช้สื่อออนไลน์ในการให้ข้อมูลอาจมีปัญหาสำหรับผู้ที่มิชอบจำกัดในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน หรือใช้ข้อมูลความรู้จากสื่อออนไลน์ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพงานวิจัยของ Kim, & Wilkin (2011) ยังพบว่าโอกาสเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ เช่น แหล่งข้อมูลสุขภาพและอินเทอร์เน็ตมีความสัมพันธ์กับระดับปานกลางกับความฉลาดทางสุขภาพเชิงสื่อปฏิสัมพันธ์ และมีความสัมพันธ์กับความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็ง พฤติกรรมโรคมะเร็งและผลด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ นอกจากนี้แล้วยังมีข้อค้นพบที่สำคัญในด้าน การประเมินผลข้อมูลสุขภาพออนไลน์ของแต่ละบุคคล และชี้ให้เห็นว่าคนส่วนใหญ่มักจะไม่ได้ตั้งคำถามเกี่ยวกับสุขภาพของข้อมูลสุขภาพบนออนไลน์ และมักจะใช้เกณฑ์การพึ่งพาข้อมูล ตามหลักความน่าเชื่อถือที่เกี่ยวข้องกัน และยังพบว่าความฉลาดทางด้านสุขภาพที่ต่างกัน จะทำให้เขามีการตระหนักถึงประเด็นทางด้านสุขภาพ และมีการประเมินคุณภาพเนื้อหาต่างกันอีกด้วย (Diviani, van den Putte, Meppelink, & van Weert, 2016)

ยังมีข้อสรุปจากงานวิจัยและชี้ให้เห็นว่าปัจจัยสำคัญของการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารสุขภาพบนอินเทอร์เน็ตคือ การออกแบบของเว็บไซต์ซึ่งมีผลต่อความเข้าใจ ประเมิน และการใช้ข้อมูลด้วยกัน ดังงานวิจัยของ Whitten, Nazione, & Lauckner (2013) ศึกษาการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพทางเว็บไซต์สุขภาพด้วยการวิเคราะห์เว็บไซต์โรคมะเร็งเต้านม พบว่าเว็บไซต์ที่ศึกษามีจุดเด่นในด้านการออกแบบที่ดีเป็นอันดับแรก รองลงมาคือข้อมูลถูกต้อง แต่สำหรับการกระตุ้นให้ดูแลรักษาสุขภาพ และการสร้างความฉลาดทางสุขภาพกลับอยู่ในอันดับสาม รวมถึงข้อค้นพบของ Davis (2002) วิเคราะห์เว็บไซต์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและภาวะสุขภาพ พบการเข้าถึงมีไม่มากนัก ไม่ค่อยมีคนใช้ด้วยปัจจัยในด้านการออกแบบเว็บไซต์ และระบบภาษา (coding) ยังต้องปรับปรุงให้เหมาะสมใช้งานได้สะดวกง่าย และยังมีปัจจัยอีกที่สำคัญก็คือ คุณสมบัติเว็บไซต์ที่ทำให้เกิดความไว้วางใจได้แก่ การใช้งานสะดวกง่าย คำแนะนำจากแหล่งข้อมูลที่มีความรู้ คำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ มีความเป็นกลาง อิสระ และสาเหตุเบื้องหลังของการให้คำอธิบาย (Higgins, Sixsmith, Barry, & Domegan, 2011)

หรือแม้แต่ด้านความสนใจของบุคคลในการใช้ข้อมูลสุขภาพบนเว็บไซต์ ดังงานของ McInnes, & Haglund (2011) ได้ศึกษาการเข้าถึงเว็บไซต์สุขภาพก็พบว่าเว็บไซต์ที่เป็นเรื่องเฉพาะด้านสุขภาพ เรื่องใดเรื่องหนึ่งจะมีการเข้าไปอ่านน้อย การใช้ชื่อเว็บไซต์หลายข้อความและเป็นคำง่ายที่มีการใช้ ค้นหาของคนทั่วไป จะช่วยให้การเข้าไปอ่านเพิ่มมากขึ้น เว็บไซต์ที่ใช้ลงท้ายว่า .gove และ .nhs จะมีคนอ่านมากที่สุด ขณะที่ .edu มีคนอ่านน้อย

2.6 การรับรู้ ความรู้ และพฤติกรรมต่อโรคอุบัติใหม่

Chitnis (2012, pp. 408-425) ได้สรุปว่าการสื่อสารในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงต่ออันตรายต่อสุขภาพ ต้องการทำความเข้าใจเข้าถึง การรับรู้ความเสี่ยงในเบื้องต้น จากนั้นใช้การสื่อสารที่เข้าถึงประชาชนเพื่อสร้างความสามารถในการดูแลตนเองให้ปลอดภัย บรรทัดฐานข้อควรปฏิบัติของคนในสังคม ใช้เจ้าหน้าที่ส่งเสริมสื่อสารกับประชาชน และใช้การสื่อสารที่จะช่วยสร้างความไว้วางใจ และทำให้ประชาชนรู้สึกมีส่วนร่วมในการสื่อสารเรื่องความเสี่ยง สรุปเป็นหลักการสำคัญได้แก่ การประเมิน และทำความเข้าใจการรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพและอันตราย ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง และกระตุ้นให้เกิดการดูแลตนเอง ใช้การสื่อสารที่สามารถเข้าถึงตัว รวมทั้งการสื่อสารระหว่างบุคคล เพื่อให้เกิดพฤติกรรมป้องกันและปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยง นอกจากนี้ Holmes (2008) แสดงความเห็นว่าความกังวล ความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมของประชาชนในช่วงแพร่ระบาดของโรค เป็นสิ่งที่จำเป็นที่จะต้องนำมาใช้ในการสื่อสาร ซึ่งมีข้อสรุปงานวิจัยยังบ่งชี้ว่า เวลาที่ใช้และปริมาณแหล่งข้อมูลที่บุคคลแสวงหาข่าวสารด้านสุขภาพ เป็นผลมาจากความรู้สึกอ่อนไหว (susceptibility) ความกลัว (fear) และความกังวล (anxiety) ต่อความสามารถของตนเองในการตอบสนองต่อโรค ยังมีความรู้สึกดังกล่าวมากด้วย จะมีการแสวงหาข่าวสารมากยิ่งขึ้น และการแสวงหาข่าวสารยังส่งผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการตอบสนองต่อโรค (Guo, Cheong, & Shen, 2005; So, Kuang, & Cho, 2016) ทั้งนี้ในด้านการสื่อสารเชิงรณรงค์ผ่านสื่อมวลชน (mass media campaign) จะช่วยกระตุ้นให้เกิดการรับรู้การระบาดของโรค ให้ความรู้ ความเข้าใจ เสริมทัศนคติ เปลี่ยนทัศนคติ และนำไปสู่การปฏิบัติตนเองอย่างปลอดภัย โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่ผู้รับสารสามารถเปลี่ยนแปลงได้ง่ายและเขาได้ประโยชน์โดยตรง (Freimuth, Linnan, & Potter, 2000) ซึ่งพ้องกับแนวความเห็นของ Obukoadata, & Abuah (2014) กล่าวว่า การรณรงค์โดยใช้สื่อมวลชนรายงานข่าวอย่างต่อเนื่อง จะส่งผลดีต่อการควบคุมการระบาดและการป้องกันโรคอุบัติใหม่ได้ โดยเป็นการส่งเสริมให้เกิดความรู้มากขึ้น รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพและความฉลาดทางสุขภาพ แนวทางเดียวกัน Lin, & Lagoe (2013) ได้สรุปไว้ในงานวิจัยว่าการรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อโรคมียังมีผลต่อความตั้งใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคอีกด้วย โดยผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมด้านการป้องกันโรคเป็นผลมาจากการเปิดรับ

ข่าวสารจากสื่อมวลชน จนเกิดการรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อโรคจึงมีผลต่อพฤติกรรม ทั้งนี้การนำเสนอเนื้อหาในสื่อมวลชนจะต้องนำเสนออย่างมีรายละเอียดเชิงลึกผ่านแบบการนำเสนอที่สามารถให้รายละเอียดได้มาก เช่น ทำประชาสัมพันธ์ การแถลงข่าว การส่งวีดีโอเรื่องราวอย่างละเอียด การนำเสนอเป็นรายการในโทรทัศน์หรือวิทยุ กระดานสนทนาบนอินเทอร์เน็ต ซึ่งการนำเสนออย่างละเอียดนี้จะช่วยสร้างวาระข่าวสารเรื่องการระบาดของโรค และช่วยสร้างประเด็นให้ผู้รับสารหันมาสนใจในประเด็นได้ ช่วยกระตุ้นความตื่นตัวของประชาชนได้ (Freimuth, Linnan, & Potter, 2000) ขณะเดียวกันมีข้อค้นพบว่าหากให้ความรู้ข่าวสาร จัดอบรมและบรรยายจากเจ้าหน้าที่ และใช้สื่อเฉพาะกิจในการเผยแพร่โรคอุบัติใหม่มีผลส่งความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมทางด้านสุขภาพการได้ดี (ยุพาพร อินธิไชย และคณะ, 2558; มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์, ประสิทธิ์ นิมสุวรรณ, และนิรัตน์ อิมามิ, 2550) กล่าวสรุปได้ว่าอิทธิพลข้อมูลข่าวสาร ผู้รับสารที่เปิดข่าวสารเชิงเหตุผลข้อมูลจากสื่อหนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ และอินเทอร์เน็ต จะมีแนวโน้มในการนำข่าวสารมาใช้ประโยชน์ได้มาก แสดงให้เห็นว่าในสถานการณ์วิกฤติของการระบาด ผู้รับสารมีแนวโน้มจะเปิดรับข้อมูลข่าวสารแบบข้อมูลเชิงเหตุและผล (Guo, Cheong, & Shen 2005)

จากข้อสรุปข้อต้นนั้น Chitnis (2012, pp. 408-425) ชี้ให้เห็นว่าในการสื่อสารเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลนั้น บนพื้นฐานที่ว่า ความเชื่อ (belief) ก่อให้เกิดพฤติกรรม (Behavior) และการสื่อสารถือเป็นปัจจัยที่จะช่วยสร้างเสริมความเชื่ออันนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้ และยังได้สรุปเป็นหลักการสำคัญได้แก่ การประเมินและทำความเข้าใจการรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพและอันตราย ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองและกระตุ้นให้เกิดการดูแลตนเอง แสดงให้เห็นว่าการสื่อสารสุขภาพที่ได้ผล จำเป็นต้องมีความเข้าใจเรื่องพฤติกรรมที่ต้องการกำหนด (behavior determinist) ดังงานวิจัยของ Vijaya et al. (2005) ศึกษาการระบาดของโรคซาร์สในประเทศสิงคโปร์ ชี้ให้เห็นว่าบุคคลที่มีความกังวลในเรื่องการติดเชื้อของเพื่อนบ้าน และการระบาดในชุมชนมีแนวโน้มจะมีพฤติกรรมเชิงป้องกันโรค ยอมรับวิธีการปฏิบัติอย่างปลอดภัยและปรับปรุงรูปแบบการใช้ชีวิต แสดงให้เห็นว่าการมองโรคระบาดอยู่ใกล้ตัวจะกระตุ้นให้บุคคลมีพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ ประเด็นเดียวกันบทสรุปงานวิจัยของวิภาวิน โมสูงเนิน, และรุจิระ โรจน์ประภาณต์ (2554) และมลินี สมภพเจริญ (2556) ศึกษาประเด็นด้านโรคอุบัติใหม่ต่างมีข้อสรุปพ้องกันว่ายิ่งมีความรู้โรคอุบัติใหม่มากจะยิ่งมีพฤติกรรมการป้องกันโรคและดูแลตนเองมากเพิ่มขึ้น รวมทั้งข้อค้นพบว่าการเปิดรับสื่อและความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรค มีความสัมพันธ์ทางบวก (สุพิดา เย็นโกคา, 2553; มลินี สมภพเจริญ, 2556; Lin, & Lagoe, 2013; So, Kuang, & Cho, 2016) เมื่อพิจารณาการจัดการข่าวสารพบว่า การจัดการข่าวสารในแบบการพิจารณาอย่างละเอียด และการเปิดรับเชิงเหตุผลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเอง (Guo, Cheong, & Shen, 2005)

จากการสำรวจเอกสารข้อค้นพบงานวิจัยข้างต้น พบว่าในการสร้างความรู้ หรือการรับรู้ทัศนคติ ตลอดจนพฤติกรรมนั้น การสื่อสารถือเป็นสิ่งที่จำเป็น แต่อย่างไรก็ตาม มนัสพันธ์ ลิ้มปวิทยากุล และคณะ (2558) ก็พบว่าทัศนคติต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย จากผลสรุปข้างต้นนี้สามารถอธิบายผลการศึกษาของ Taha, Matheson, & Anisman (2013) พบว่าความตั้งใจจะฉีดวัคซีนป้องกันโรคหวัด H1N1 มีความสัมพันธ์กับการรู้สึกว่าตนเองนั้นปลอดภัยจากโรคหวัดทั้งนี้เป็นการสัมพันธ์ระดับต่ำ นอกจากนี้ยังมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ว่าจะไม่ใช้ภัยคุกคามที่ใหญ่โต การไม่วางใจสื่อในการนำเสนอข่าวสารอย่างถูกต้องเกี่ยวกับโรค และการที่บุคคลเลือกที่จะใช้การตอบสนองโรคแบบการให้ความสำคัญกับโรค (problem-focused) หรือเลือกที่จะไม่สนใจกับโรค (avoidance)

ขณะเดียวกันนั้น ยังมีงานวิจัยที่ได้แบ่งให้เห็นถึงลักษณะของกลุ่มต่าง ๆ ที่มีการป้องกันตนเองจากโรคซึ่ง Rimal, & Real (2003) เสนอแนวคิด “ทัศนคติด้านการรับรู้ความเสี่ยง” (Risk Perception Attitude, RAP) ด้านสุขภาพของบุคคลว่า การที่บุคคลรับรู้ถึงความเสี่ยงด้านสุขภาพส่งผลต่อแรงจูงใจในพฤติกรรมในการป้องกันตนเอง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความยอมรับความสามารถในการดูแลและสุขภาพของตนเอง (efficacy beliefs) ดังนั้นหากพิจารณาถึงปัจจัยด้านการรับรู้ความเสี่ยง และการยอมรับความสามารถในการดูแลตนเองแล้ว สามารถวิเคราะห์ให้เห็นถึงทัศนคติ 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มป้องกันตนเอง (Responsive Attitude) เป็นกลุ่มที่ให้ความสำคัญกับความเสี่ยงด้านสุขภาพสูง และเชื่อว่าตนเองมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดี กลุ่มนี้จะมีลักษณะพฤติกรรมแบบการป้องกันตนเอง 2) กลุ่มหลีกเลี่ยงโรค (Avoidance Attitude) จะมีพฤติกรรมและหลีกเลี่ยงโรคและไม่ค่อยมีแรงจูงใจที่จะป้องกันตนเองเหมือนกลุ่มแรก ทั้งนี้เพราะเขาให้ความสำคัญกับความเสี่ยงแต่รู้สึกว่าเขาไม่มีความสามารถพอในการป้องกันตนเอง 3) กลุ่มผู้มั่นใจ (Proactive Attitude) เป็นกลุ่มที่ให้ความสำคัญกับความเสี่ยงต่ำแต่ตระหนักว่าตนเองมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ ดังนั้นพฤติกรรมดูแลตนเองของเขาจะไม่ได้มีเหตุมาจากการรับรู้ความเสี่ยง แต่มาจากการรับรู้ว่าเขาสามารถดูแลตนเองได้ดี 4) กลุ่มไม่ใส่ใจ (Indifference Attitude) กลุ่มนี้ให้ความสำคัญกับความเสี่ยงต่ำและรับรู้ถึงความสามารถในการดูแลตนเองต่ำ ดังนั้นการรับรู้ความเสี่ยงและความสามารถในการดูแลตนเองจึงไม่ใช่แรงจูงใจที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเอง ซึ่งแท้จริงเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อโรคแต่เขาไม่รู้ว่าตนเองเสี่ยง ด้วยความคิดที่ว่าเขาไม่เชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค

Rimal, & Real (2003) ยังได้ทดสอบความแตกต่างด้านความตั้งใจแสวงหาข่าวสารและกลุ่มทัศนคติทั้ง 4 กลุ่ม และสรุปให้เห็นว่ามีเพียงกลุ่มหลีกเลี่ยงโรค (Avoidance Attitude) ที่มีการแสวงหาข่าวสารเกี่ยวกับโรคจากสื่อ และยังมีมีการแสวงหาข่าวสารจากการเข้าปรึกษาขอคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิด และหมอเช่นกัน กลุ่มป้องกันตนเอง (Responsive Attitude) ไม่แสวงหาข่าวสารจากสื่อแต่มีการเข้าปรึกษาขอคำแนะนำจากคนใกล้ชิดและหมอ ในขณะที่กลุ่มไม่ใส่ใจ (Indifference

Attitude) มักจะไม่มี การแสวงหาข่าวสารเพื่อป้องกันตนเอง นอกจากนี้ยังสรุปให้เห็นถึงพฤติกรรมในการดูแลตนเองว่ากลุ่มป้องกันตนเองมีพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ในขณะที่กลุ่มอื่น ๆ ไม่มี และจากผลการวิจัยสรุปให้เห็นว่า แรงจูงใจในการดูแลตนเอง ความตั้งใจแสวงหาข่าวสาร และพฤติกรรมในการดูแลตนเองเป็นผลมาจาก การรับรู้ความของบุคคล นอกจากนี้ยังชี้ให้เห็นอีกว่า กลุ่มป้องกันตนเองมีแนวโน้มจะแสวงหาข่าวสารเพื่อลดความเสี่ยงมากกว่า กลุ่มหลีกเลี่ยงโรค และกลุ่มมั่นใจตนเอง มีแนวโน้มจะแสวงหาข่าวสารมากกว่ากลุ่มไม่ใส่ใจตนเอง

2.7 ช่องทางการสื่อสาร และการเลือกใช้สื่อ

การสื่อสารในเหตุการณ์ของโรคติดต่ออุบัติใหม่มีสิ่งที่สำคัญคือการเผยแพร่ “ความจริง” ผ่าน “ช่องทางที่เหมาะสม” โดยมีฐานความคิดที่ว่า การให้ข่าวสารเกี่ยวกับโรคต้องออกแบบเป็นเนื้อหาที่เหมาะสมจะส่งผลต่อพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพของเขา (Holmes, 2008) ซึ่งจำเป็นต้องมีการวิเคราะห์ผู้รับสาร ออกแบบเนื้อหาเลือกใช้ช่องทางประสานงาน และการสื่อสารด้วยความถูกต้อง และทันเหตุการณ์ (Ratzan, & Meltzer, 2005, pp. 354-358) และข้อเสนอแนะของ มนัสสันท์ ลิ้มปวิทยกุล และคณะ (2558) ได้เสนอว่าในการนำเสนอข้อมูลข่าวสารโรคอุบัติใหม่นั้น ควรใช้สื่อรูปแบบอื่น ๆ ผ่านช่องทางที่มีความหลากหลาย เพื่อให้ประชาชนในทุกกลุ่มวัยสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้ตามความต้องการและความสนใจ อันจะนำไปสู่การสร้างการรับรู้ที่ถูกต้องแก่ประชาชน ทั้งนี้มีความเห็นที่กล่าวเป็นแนวทางเดียวกันกับข้างต้นก็คือ วิภาวิน โมสูงเนิน, รุจิระ โรจน์ประภา ยนต์ (2554) กล่าวว่าถ้าแบ่งโดยใช้จำนวนและลักษณะของการเข้าถึงเป็นเกณฑ์ก็จะประกอบด้วย สื่อบุคคล สื่อมวลชน สื่อเฉพาะกิจ และสื่อประสม

มีข้อสรุปที่ศึกษาในประเด็นด้านโรคอุบัติใหม่ในการเลือกใช้สื่อของประชาชน โดยพบว่า สถานการณ์การระบาดของโรคซาร์ส สื่อที่ผู้รับสารมองว่าน่าเชื่อถือ คือ สื่อมวลชน รองลงมาคือ การสื่อสารระหว่างบุคคล โดยที่สื่อมวลชนที่น่าเชื่อถือมากที่สุด คือ โทรทัศน์ รองลงมาคือ หนังสือพิมพ์ อินเทอร์เน็ตและวิทยุ ส่วนในด้านการสื่อสารระหว่างบุคคลนั้น บุคลากรทางการแพทย์ ได้รับความน่าเชื่อถือมากที่สุด รองลงมาคือ คนในครอบครัว เพื่อน และครู (Lu, 2003) เพราะการได้แลกเปลี่ยนพูดคุยกับคนอื่น และการฟังข่าวข่าวสารจากสื่อมวลชนจะนำไปสู่การรับรู้ความเสี่ยงจากโรค โดยเฉพาะการเปิดรับรายการข่าวผ่านทางโทรทัศน์ และหนังสือพิมพ์ (Lin, & Lagoe, 2013) ยังรวมถึงข้อสรุปงานวิจัยของ วิชาญ ปาวิน และคณะ (2559) ก็พบว่า สื่อที่ประชาชนเลือกเปิดรับเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและสุขภาพ คือ โทรทัศน์/เคเบิลทีวี เจ้าหน้าที่อาสาสมัครสุขภาพ เพื่อน/ญาติ/คนในครอบครัว และ อินเทอร์เน็ต ด้วยเช่นกัน

ยังมีข้อค้นพบงานวิจัยที่ชี้ให้เห็นว่า ช่องทางการสื่อสารเนื้อหาโรคภัยและสุขภาพที่เข้าถึงประชาชน คือ *สื่อมวลชน ประเภทโทรทัศน์และวิทยุ* รองลงมาจาก *ประเภทสื่อบุคคล* เช่น แพทย์ เพื่อน บุคคลใกล้ (อภิสิทธิ์ เหมาะสมสกุล, 2547; กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2548; ปรีชา อุปโยคิน และคณะ, 2548; กระทรวงสาธารณสุข, 2554; สำนักงานป้องกันควบคุมโรค, 2554; มลินี สมภพเจริญ, 2556) สาเหตุที่ประชาชนเลือกเปิดรับสื่อโทรทัศน์นั้น เพราะเป็นสื่อหลักในการเผยแพร่เนื้อหาข้อมูลข่าวสารไปสู่ประชาชน ในการเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคเข้าถึงและกระจายสู่ผู้รับสารได้อย่างดี (มนัสนันท์ ลิ้มปวิทยากุล และคณะ, 2558; Arguin, Navin, Steele, Weld, & Kozarsky, 2004) รวมทั้งโทรทัศน์เป็นสื่อที่เป็นองค์ประกอบสำคัญที่หน่วยงานควบคุมโรคระบาดใช้

อย่างไรก็ตามจากข้างต้นนั้น ช่องทางสื่อสารที่สำคัญรองจากสื่อมวลชนที่ประชาชนนิยมก็คือการใช้ *บุคคลในการสื่อสาร* ซึ่งถือเป็นช่องทางที่สำคัญอีกทางหนึ่งเมื่อเกิดการแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่ ทั้งนี้วิชาญ ปาวัน และคณะ (2559) ได้สรุปว่าในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารนั้นสู่ประชาชนควรให้ความสนใจและพัฒนาสื่อทางเลือก คือ “*สื่อบุคคล*” โดยพัฒนาให้มีศักยภาพที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน (2548) พบว่าการในให้ความรู้แก่ประชาชนเรื่องไข้หวัดนกในหมู่บ้านนั้น โดยที่ผู้ใหญ่บ้านให้ความรู้ทางหอกระจายข่าว หรือวิทยุชุมชน อสม. ให้ความรู้แก่ประชาชนในหลังคาเรือนที่รับผิดชอบและประชุมประจำทุกเดือน และในขณะเดียวกันยังมีสื่อบุคคลต่าง ๆ ที่สำคัญ อาทิ เครือข่ายนักจัดรายการวิทยุกระจายเสียง เครือข่ายสื่อมวลชน (วิภาวิน โมสูงเนิน, และรุจิระ โรจน์ประภายนต์, 2554) หรือเจ้าหน้าที่นักสาธารณสุข ครู ประชาชนชาวบ้าน สื่อบุคคลทั้งหมดที่ได้กล่าวมานั้น มลินี สมภพเจริญ (2556) ได้เสนอว่าสามารถนำมาหลอมรวม (Convergence) เป็นแผนงานด้านช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสมในการเผยแพร่ข่าวสารเพื่อนำไปใช้ในการป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคที่มีการระบาดอย่างรวดเร็ว และนอกจากที่กล่าวมายังมีสื่อบุคคลที่สำคัญอีกก็คือ ครู อาจารย์ ครอบครัว และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่ช่วยกันเผยแพร่ข่าวสารเกี่ยวกับอันตราย การแพร่ระบาด และการป้องกันตนเองจากโรคติดต่ออุบัติใหม่ให้เกิดความรู้ความเข้าใจ และตระหนักถึงอันตรายของโรคได้ (สุพิทา เย็นโกคา, 2553)

อย่างไรก็ตามในการใช้สื่อบุคคลในการรณรงค์หรือเผยแพร่ด้านสุขภาพและโรคนั้น สิ่งสำคัญก็คือจะต้องได้รับอบรมการบรรยายเพื่อได้รับความรู้ในการถ่ายทอดหรือแพร่ข้อมูล เช่นข้อสรุปของยุพาพร อินธิไชย, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์, และธีรยุทธ อุดมพร (2558) ได้ทดลองแกนนำชุมชนมาอบรมให้ความรู้เรื่องโรคไข้หวัดนก โดยใช้การบรรยายประกอบสไลด์ที่ระบุสาเหตุอาการ การรักษา วิธีการป้องกันโรคไข้หวัดนก การแจกแผ่นพับ และคู่มือการโรคไข้หวัดนก การเล่าประสบการณ์ การให้สุขศึกษาทางหอกระจายข่าว พบว่าผู้นำมีความรู้เรื่องโรคหวัดนกหลังการทดลอง ซึ่งกล่าวได้ว่าผู้นำทางความคิดจะต้องมีความรู้เรื่องนี้เพื่อพร้อมจะเผยแพร่ไปสู่ประชาชนอีกชั้นหนึ่ง มีงานวิจัยที่

ชี้ว่าผู้นำชุมชน/อสม. ต้องการตัวช่วยจากการทดสอบข้างต้นในการถ่ายทอดความรู้สู่ประชาชนได้ดี (สุวรรณณี สุวรรณท้าว, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, และ พิชราพร เกิดมงคล, ม.ป.ป) โดยที่นภาพร วาณิชกุล, และสุชาดา ภัทรมงคลฤทธิ์ (2556) เห็นว่าความสามารถในการสื่อสารระหว่างบุคคลเป็นพื้นฐานที่สำคัญมากที่สุดของทักษะการสื่อสาร ดังนั้นในประเด็นของการรักษาสุขภาพ การสื่อสารระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่ทำให้ประชาชน สามารถพัฒนาความสามารถในการนำข้อมูลทางด้านสุขภาพไปสู่การปฏิบัติได้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับควรตระหนักความสำคัญของการสื่อสารที่เป็นทั้งศาสตร์และศิลปะ การพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารของมนุษย์ (Principle of human health communication) โดยเป็นการตอบสนองต่อการสื่อสารระหว่างบุคคลและข้อมูลข่าวสารรูปแบบต่าง ๆ ทำนองเดียวกัน Paek, Reber, & Lariscy (2009) ที่พบว่า การสื่อสารด้านสุขภาพผ่านช่องทางการสื่อสารระหว่างบุคคลมีความสำคัญในกระบวนการกลมกลืนทางด้านสังคม (Socialization) สำหรับการส่งเสริมให้มีความชำนาญฉลาดทางสุขภาพ จะเห็นได้ว่าการสื่อสารระหว่างบุคคลเป็นการสื่อสารแบบสองทาง (two-way communication) ซึ่งเปิดโอกาสให้เกิดการซักถาม แลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อความเข้าใจร่วมกัน อย่างไรก็ตามการสนทนา ระหว่างประชาชนกับบุคลากรด้านสาธารณสุขอาจเกิดปัญหาได้ เพราะหลังจากได้รับคำแนะนำทางด้านสุขภาพแล้ว ผู้ป่วยบางคนอาจายไม่กล้าซักถามแพทย์หรือพยาบาลเมื่อเกิดข้อสงสัย (อภิญา อินทรรัตน์, 2557)

นอกเหนือจากสื่อมวลชน และสื่อบุคคลที่ประชาชนเลือกใช้ในด้านสุขภาพและโรคแล้ว แต่ยังมีการใช้สื่อผสมผสานหลายสื่อร่วมกัน ตลอดจนถึงใช้ สื่อชุมชน ในการเผยแพร่ข้อมูลโรค เพื่อสร้างการรับรู้และความเข้าใจได้ เห็นได้จากข้อเสนอของ วิภาวิน โมสูงเนิน, รุจิระ โรจน์ประภาณนต์ (2554) ได้เสนอสื่อสิ่งพิมพ์ที่ประกอบด้วย คู่มือประชาชนรู้เท่าทันเพื่อป้องกันโรค คู่มืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านร่วมเฝ้าระวังป้องกันโรค แผ่นพับไขหวัดใหญ่ Influenza โปสเตอร์ แผ่นปลิววิธีการใช้หน้ากากอนามัยและภาพพลิกสำหรับ เจ้าหน้าที่ และอสม. เป็นต้น และด้านเดียวกันลลันลลิต วัฒนรัตน์ (2549) ได้ทำการศึกษาการถ่ายทอดความรู้เรื่องไขหวัดนกผ่านสื่อสิ่งพิมพ์ และสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ต่างก็พบว่า การจัดทำสื่อเพื่อเผยแพร่ความรู้เรื่องโรคไขหวัดนกผ่านสื่ออัน ได้แก่ แผ่นพับ/ใบปลิว คู่มือ จุลสาร โปสเตอร์ สติกเกอร์ ซีดีรอม เทปบันทึกเสียง และเว็บไซต์/อินเทอร์เน็ต ก็เพื่อให้ประชาชนและบุคลากรทางการแพทย์รู้ข้อมูล ซึ่งทุกคนต่างได้รับรู้จากสื่อประเภทข้างต้นได้อย่างดี รวมถึงยังเสนอให้ใช้สื่อผสมและยังได้สรุปอีกว่าให้ผู้จัดทำสื่อมีการดำเนินงานแบบบูรณาการระหว่างงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ และองค์การยูนิเซฟ ไทยแลนด์ เป็นต้น นอกจากนี้แล้ว กองสุขศึกษา (2551) ได้เสนอว่าในการเผยแพร่ความรู้ด้านโรคนั้นซึ่งสื่อที่สามารถเข้าถึงประชาชนก็คือสื่อแผ่นพับและภาพมีความเหมาะสมเพราะเนื้อหาภาพในแผ่นพับเหมาะสมที่จะใช้ที่แจกให้ประชาชนนำกลับไปอ่านที่บ้าน ส่วน

สื่อที่เพิ่มเติมคือ ซีดีสำหรับหออกระจายข่าวเพื่อส่งเสริมให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับโรคไข้หวัดนก สื่อแผ่นพับแจกประชาชน และโปสเตอร์ติดตามสถานที่ในหมู่บ้าน เฉกเช่นเดียวกันยังสอดคล้องกับข้อสรุปงานวิจัยว่าควรใช้สื่อผสมผสานกัน อาทิ การอบรมให้ความรู้ เกี่ยวกับโรคไข้หวัดนก โดยการบรรยายประกอบสไลด์ ทางหออกระจายข่าว การแจกคู่มือป้องกันโรคไข้หวัดนก การฝึกปฏิบัติ การเยี่ยมบ้านเพื่อให้คำแนะนำ การสนับสนุน เป็นต้น (ยุพาพร อินธิไชย, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์, และธีรยุทธ อุดมพร, 2558) ทั้งนี้กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน (2548) ซึ่งให้เห็นว่าภาพรวมของสื่อต่าง ๆ มีผลต่อความสำเร็จของงาน โดยเฉพาะสื่อทางโทรทัศน์ สื่อหนังสือเอกสารและการให้ความรู้ผ่านสื่ออากาศ รถเคลื่อนที่ประชาสัมพันธ์ หออกระจายข่าว ในกรณีหออกระจายข่าวจะดำเนินการได้ดี

นอกเหนือจากการสำรวจเอกสาร บทความ งานวิจัยและความคิดเห็นที่ต่างสรุปให้เห็นข้างต้นแล้ว ยังมีสื่ออีกประเภทหนึ่งที่มีความสำคัญเช่นกันในยุคปัจจุบัน คือ *สื่อใหม่ อินเทอร์เน็ต หรือสื่อออนไลน์* Abraham (2011) ได้เสนอว่าอินเทอร์เน็ตโดยเฉพาะสื่อสังคมออนไลน์น่าจะเป็นช่องทางที่จะช่วยสร้างเครือข่ายการสื่อสารที่จะช่วยแลกเปลี่ยนแบ่งปันข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการระบาดของโรคที่มีความสอดคล้องตามความสนใจ และค่านิยมของกลุ่มได้ดี นอกจากนี้การแบ่งปันข้อมูลข่าวสารสุขภาพ (health information sharing) เป็นตัวแปรที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และยังพบอีกว่าความฉลาดทางสุขภาพส่งผลต่อสุขภาพที่ดีได้ (Crook et al, 2016) ดังเช่นผลการศึกษาของ Tsai (2010) ศึกษาเปรียบเทียบช่องทางการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับโรคระบาดระหว่างโรคซาร์ส และโรค H1N1 โดยได้ชี้ให้เห็นว่ามีการเปลี่ยนแปลงสื่อที่เปิดรับ กล่าวก็คือในปัจจุบันคนเปิดรับข่าวสารการระบาดของโรคผ่านสื่ออินเทอร์เน็ตมากขึ้น ในขณะที่การเปิดรับจากโทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ และแผ่นพับลดลง และพบว่าช่องทางการสื่อสารระหว่างบุคคล ประเภทบุคลากรทางสาธารณสุข และผู้นำชุมชนก็ลดลงเช่นกัน จะเห็นได้ว่าสื่อประเภทนี้มีบทบาทสำคัญในการเผยแพร่เป็นแหล่งข้อมูลในการแสวงหาข่าวสารโรคภัย

ขณะเดียวกันงานมีข้อค้นพบยังบ่งชี้อีกกว่าเป็นการเปิดรับข่าวสารจากสื่อมวลชนประเภทหนังสือพิมพ์ และโทรทัศน์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันตนเอง ทั้งสื่อโทรทัศน์มีผลมากกว่าหนังสือพิมพ์ แต่การเปิดรับจากสื่ออินเทอร์เน็ตไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรม (Guo, Cheong, & Shen, 2005)

จะเห็นได้ว่าช่องทางการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารสุขภาพมีความหลากหลาย คือ มีทั้งการสื่อสารระหว่างบุคคล การสื่อมวลชน การใช้สื่อผสมผสานกัน การสื่อสารออนไลน์ซึ่งเป็นการสื่อสารที่มีเทคโนโลยีการสื่อสารและสารสนเทศที่จะช่วยกระตุ้นการเข้าถึงเนื้อหาข่าวสารสุขภาพได้มากขึ้น

2.8 สรุปกรอบแนวคิดการวิจัย

จากสำรวจเอกสารชี้ให้เห็นว่า โรคติดต่ออุบัติใหม่เป็นภัยคุกคามที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพและอันตรายต่อชีวิตของประชาชน การสื่อสารในสถานการณ์การระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่จึงมีความสำคัญในฐานะปัจจัยที่จะช่วยลดความเสี่ยงอันตรายด้านสุขภาพได้ แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่ได้กล่าวถึง สามารถชี้แนะให้เห็นถึงตัวแปรสำคัญเกี่ยวกับการสื่อสารในสถานการณ์การระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ ได้แก่ การเข้าถึง ความเข้าใจ การประเมินเนื้อหาข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ และสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการดูแลตนเองให้ปลอดภัยจากโรคติดต่ออุบัติใหม่ได้ จากแนวคิดที่กล่าวมาสามารถนำมาสร้างเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังต่อไปนี้

ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ ประกอบด้วย มาตรการป้องกันและควบคุมของรัฐ ข้อมูลเชิงวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับโรค ความรุนแรงของโรค การติดเชื้อ ความรุนแรงของการแพร่ระบาด พื้นที่การระบาด จำนวนผู้ติดเชื้อ โอกาสการติดเชื้อ การติดเชื้อ อันตรายที่จะเกิดขึ้น หากติดเชื้อ ความรู้เกี่ยวกับโรค วิธีป้องกันและการปฏิบัติตัว วิธีการป้องกันและการปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อ เช่น ล้างมือให้สะอาด หลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย ใช้กระดาษทิชชูปิดปากปิดจมูกทุกครั้งที่ไอหรือจาม หลีกเลี่ยงการเข้าไปในสถานที่แออัดคนจำนวนมาก หลีกเลี่ยงการเดินทางไปยังพื้นที่ที่มีการระบาด ใช้หน้ากากปิดปากและจมูก

การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารโรคติดต่ออุบัติใหม่ สามารถพิจารณาได้ 2 ด้าน ได้แก่ 1) ช่องทางที่บุคคลได้ยิน ได้เห็น ได้ฟัง ได้อ่านข่าวสาร และ 2) ลักษณะการเข้าถึงเนื้อหา การเข้าถึงเนื้อหา โดยในแต่ละด้านมีรายละเอียดดังนี้

1. ช่องทางที่บุคคลเข้าถึง ดังนี้ 1) สื่อบุคคล ได้แก่ แพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข คนในครอบครัว เพื่อน 2) สื่อมวลชน ได้แก่ โทรทัศน์ วิทยุกระจายเสียง หนังสือพิมพ์ 3) สื่อเฉพาะกิจ เผยแพร่รณรงค์ ได้แก่ โปสเตอร์ แผ่นพับ หนังสือคู่มือ ซีดีรอม เทปบันทึกเสียง วิดีโอ กิจกรรม สื่อในชุมชน 4) อินเทอร์เน็ต ได้แก่ เว็บไซต์ กระดานสนทนา สื่อสังคมออนไลน์

2. ลักษณะการเข้าถึง ซึ่งเป็นวิธีการที่บุคคลใช้ในการเข้าถึงเนื้อหาผ่านช่องทางต่าง ๆ โดยพิจารณาจาก 1) ความเข้มข้นในการเข้าถึง ในด้านความหลากหลายของ ปริมาณเนื้อหาปริมาณเวลาที่อยู่กับเนื้อหา 2) การตื่นตัว ในด้านสืบค้นหาข้อมูลด้วยตนเอง การรับฟังจากสื่อต่าง ๆ การส่งเนื้อหาไปให้คนอื่น การไม่สนใจหรือหลีกเลี่ยงที่จะรับฟังเนื้อหา 3) การผูกพันกับเนื้อหา ในด้านพิจารณาเนื้อหาอย่างละเอียด

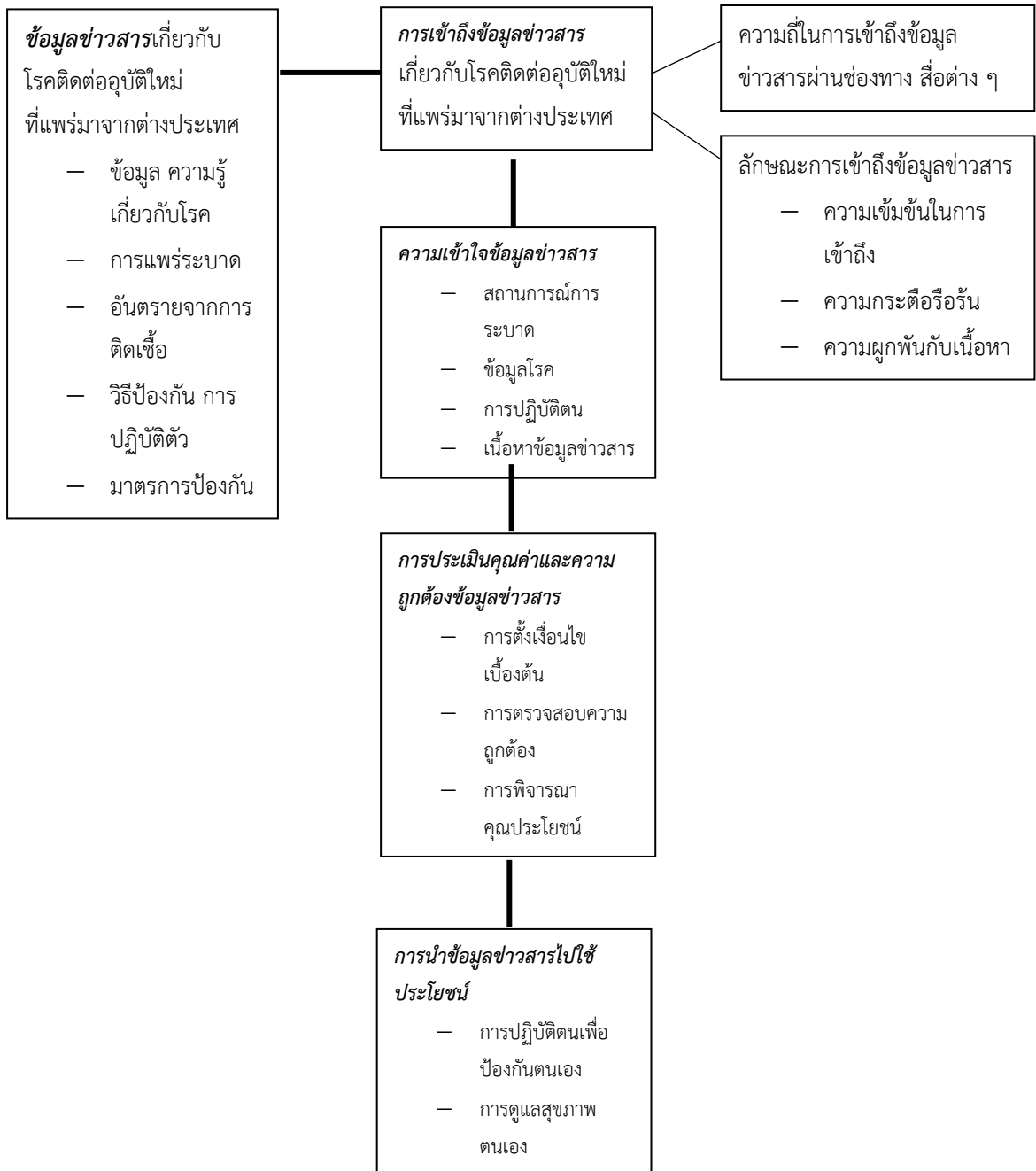
ความเข้าใจข้อมูลข่าวสารโรคติดต่ออุบัติใหม่ ในด้าน ความเสี่ยงต่ออันตรายต่อสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเองให้ปลอดภัย ข้อควรปฏิบัติ วิธีการดูแลตนเอง ความรู้สึก

อ่อนไหว ความกลัว และความกังวลต่อความสามารถของตนเองในการตอบสนองต่อโรค การมองโรคระบาดอยู่ใกล้หรือไกลตัว การรู้สึกว่าคุณเองนั้นปลอดภัยจากโรค

การประเมินข้อมูลข่าวสารโรคติดต่ออุบัติใหม่ โดยพิจารณาจากคุณสมบัติด้านความน่าเชื่อถือ ความถูกต้อง ความทันเหตุการณ์ ความเกี่ยวข้องใกล้ชิดกับตนเอง ความเข้าใจง่าย ความมีเหตุมีผลเป็นวิทยาศาสตร์ ให้ความรู้ ช่วยลดความวิตกกังวล ความกลัว นำไปปฏิบัติเพื่อป้องกันดูแลตนเองให้ปลอดภัยจากโรคได้

การนำข้อมูลข่าวสารมาใช้ประโยชน์ หลังจากที่คุณได้รับข่าวสารข้อมูลเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ และได้พิจารณาประเมินแล้ว จะเกิดการกระทำต่อเนื่องในด้าน การแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ตัว การให้ความสำคัญกับความเสี่ยงต่อโรค การปฏิบัติตามวิธีการป้องกันและดูแลตนเอง การปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันการแพร่ระบาด

นอกจากนี้การเข้าถึง การทำความเข้าใจ การประเมิน และการนำข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคอุบัติใหม่มาใช้ป้องกันและดูแลตนเองของประชาชนยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งปัจจัยด้านตัวบุคคล เช่น อายุ ภาษา วัฒนธรรม การกระตือรือร้นในการเข้าถึงข้อมูลของบุคคล ปัจจัยด้านช่องทางเข้าถึงเนื้อหา ซึ่งมีหลากหลายช่องทางทั้งสื่อบุคคล สื่อมวลชน และสื่อใหม่อินเทอร์เน็ต อีกทั้งปัจจัยด้านเนื้อหาสุขภาพซึ่งจะเกี่ยวเนื่องไปยังแหล่งข่าวสารข้อมูลที่คุณใช้ รวมทั้งความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือ ความชัดเจน เข้าใจง่ายของเนื้อหาข้อมูลสุขภาพที่น่าเสนอ การใช้ภาษาเฉพาะทางที่เข้าใจยาก ซึ่งเกี่ยวเนื่องกับการทำความเข้าใจเนื้อหา ส่งผลต่อการรับรู้ ความเข้าใจ และการนำข้อมูลไปใช้เพื่อการดูแลสุขภาพตนเองโดยเฉพาะในสถานการณ์การระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ประชาชนมีความกังวล หากไม่มีการจัดการระบบการสื่อสารที่ดีจะนำไปสู่ความตื่นตระหนก จนขยายกลายเป็นภาวะวิกฤติทางสาธารณสุข อีกทั้งจะทำให้ไม่สามารถควบคุมการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ได้ ซึ่งสามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้



ภาพที่ 2.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัยและการดำเนินงาน

ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยผสมผสานวิธี (Mixed Methodology) ระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงสำรวจเป็นหลักและใช้วิธีการวิจัยแบบสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นวิธีรองเพื่อนำมาสร้างแบบสอบถาม โดยดำเนินการวิจัยตามลำดับขั้นดังต่อไปนี้

1. การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) บุคลากรและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และสื่อมวลชน

2. การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยใช้รูปแบบวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองของจังหวัดที่มีการเดินทางผ่านด่านตรวจคนเข้าเมืองระหว่างประเทศ หรือมีสนามบินนานาชาติ วิธีการวิจัยข้างต้นนี้ มีรายละเอียดวิธีการดำเนินงานวิจัย ดังนี้

3.1 ชั้นที่ 1 การวิจัยเชิงคุณภาพ

การดำเนินงานวิจัยในชั้นตอนนี้ผู้วิจัยสำรวจเอกสารบทความ วิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องด้านโรคติดต่ออุบัติใหม่ การสื่อสารสุขภาพ การสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพ เพื่อนำแนวคิดมาใช้เป็นกรอบการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักสำคัญ (Key Informant) เป็นผู้เกี่ยวข้องกับการถ่ายทอดข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ ได้แก่ กลุ่มแพทย์เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดด้านการควบคุมโรคติดต่อ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และกลุ่มสื่อมวลชน

3.1.1 ผู้ให้ข้อมูลหลักการสัมภาษณ์เชิงลึก

ผู้ให้ข้อมูลหลักในการสัมภาษณ์เชิงลึกประกอบด้วย 2 กลุ่มหลัก คือ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และสื่อมวลชน ผู้วิจัยดำเนินการนัดหมายและสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักในพื้นที่ 4 จังหวัด ดังนี้

1. จังหวัดสงขลา ดำเนินการสัมภาษณ์วันที่ 8 มิถุนายน 2560 ในเขตอำเภอหาดใหญ่ ตามรายชื่อผู้ให้สัมภาษณ์ดังนี้

1.1 นายศุภโชค ยอดแก้ว เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน งานบริหารสนับสนุน บริการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหาดใหญ่

1.2 นายประสิทธิ์ จันทร์ลำภู ประธาน อสม. อำเภอหาดใหญ่ ประธานเครือข่ายเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ จังหวัดสงขลา

1.3 นายปฐมพงษ์ แก้วบัณฑิตย์ หัวหน้าฝ่ายข่าว สถานีวิทยุโทรทัศน์แห่งประเทศไทย จังหวัดสงขลา

2. จังหวัดอุบลราชธานี ดำเนินการสัมภาษณ์วันที่ 14-15 มิถุนายน 2560 ในเขตอำเภอเมือง และ ตำบลพรมแดนช่องเม็ก อำเภอสรินธร ตามรายชื่อผู้ให้สัมภาษณ์ดังนี้

2.1 นายประทีป บุญธรรม หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรค สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

2.2 นายพงษ์สันต์ เตชะเสน ผู้สื่อข่าวสถานีโทรทัศน์ไทยพีบีเอส ประจำจังหวัดอุบลราชธานี

2.3. นายเชิดชัย ทองถม ผู้สื่อข่าวส่วนภูมิภาค หนังสือพิมพ์อินไซด์ผู้นำ จังหวัดอุบลราชธานี นักจัดรายการวิทยุ และ อาสาสมัครประชาสัมพันธ์ประจำหมู่บ้านและชุมชน (อป.มช.) กรมประชาสัมพันธ์

2.4 นายณัฐกฤตย์ เสจี่ยมศักดิ์ หัวหน้าด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ช่องเม็ก

2.5 นางอยู่เย็น ญาณพันธ์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมู่ 3 ช่องเม็ก ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน หมู่ 3 ช่องเม็ก

2.6 นายฉัตร จันทร์แก้ว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมู่ 3 ช่องเม็ก สมาชิกสภาเทศบาลตำบลช่องเม็ก

3. จังหวัดเชียงราย ดำเนินการสัมภาษณ์วันที่ 5-6 กรกฎาคม 2560 อำเภอเมือง และ อำเภอเชียงของ ตามรายชื่อผู้ให้สัมภาษณ์ดังนี้

3.1 นายสมพงษ์ ชำหา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุขภาพตำบลป่าหุง อำเภอพาน

3.2 นายสุขุม สุขพันธ์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บ้านห้วยไคร้ และ ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอแม่สาย

3.3 นายแพทย์สมปรารถน์ หมั่นจิต ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยุพราช อำเภอเชียงของ

4. จังหวัดหนองคาย ดำเนินการสัมภาษณ์วันที่ 12-13 กรกฎาคม 2560 ในเขตอำเภอเมือง และอำเภอศรีเชียงใหม่ ตามรายชื่อผู้ให้สัมภาษณ์ดังนี้

4.1 นายธวัชชัย เหลืองศิริ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรค สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

4.2 นายอภิรักษ์ อุตมะ ประธาน อสม. จังหวัดหนองคาย

4.3 นางสาวประภาพร สอนราช ผู้สื่อข่าวสถานีโทรทัศน์ช่อง 3 ประจำจังหวัดหนองคาย

5. กรุงเทพมหานคร ดำเนินการสัมภาษณ์วันที่ 24 กรกฎาคม 2560 และวันที่ 11 สิงหาคม 2560 ตามรายชื่อผู้ให้สัมภาษณ์ดังนี้

5.1 นางสาว จันทนา เชียงทอง ผู้สื่อข่าวโต๊ะการศึกษา ประจำกระทรวงสาธารณสุข หนังสือพิมพ์ไทยรัฐ

5.2 นางสาวอรุษา พิสุทธิพันธ์ ผู้ช่วยบรรณาธิการ เซกซ์ชั่นไลฟ์ (Life) หนังสือพิมพ์บางกอกโพสต์

5.4 นางสาวอัญชลี สิทธิชัยรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ กรมควบคุมโรคติดต่อ

3.1.2 ประเด็นการสัมภาษณ์

การสัมภาษณ์ใช้รูปแบบการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง กำหนดประเด็นการสัมภาษณ์ไว้ล่วงหน้า โดยมีประเด็นการสัมภาษณ์แยกตามกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ดังต่อไปนี้

กลุ่มที่ 1 แพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม.

มีประเด็นการสัมภาษณ์หลัก ได้แก่ ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคอุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ เนื้อหาที่ประชาชนต้องการ ช่องทางที่ใช้เผยแพร่ข่าวสาร โดยมีแนวคำถามดังนี้

- สถานการณ์เกี่ยวกับเหตุการณ์โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ ในภาพรวม และในพื้นที่ เช่น โรคไข้เหลือง โรคซาร์ส ไข้หวัดใหญ่ 2009 โรคไข้หวัดนก โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลางหรือเมอร์ส ไวรัสซิก้า เป็นต้น
- ประสบการณ์เกี่ยวกับเหตุการณ์การระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ ในพื้นที่
- มุมมองของท่านในด้านความความรุนแรง การระบาด ลักษณะเฉพาะพิเศษของโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ

- การรับรู้ ความเข้าใจ การใช้ข่าวสาร การปรับเปลี่ยนความคิด และการปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคของประชาชนเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ
- ช่องทาง และวิธีการเผยแพร่เพื่อป้องกันการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ
- เนื้อหาข่าวสาร และแนวทางเผยแพร่ข่าวสาร ให้ความรู้ และปรับพฤติกรรมเพื่อการปฏิบัติตนให้ปลอดภัยจากโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ
- เกณฑ์ที่ดี เหมาะสมสำหรับใช้พิจารณาความถูกต้อง และความมีประโยชน์ของข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ ที่ประชาชนได้รับจากช่องทางต่าง ๆ

กลุ่มที่ 2 สื่อมวลชน

มีประเด็นการสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์ทำข่าว กระบวนการทำข่าว และหลักการทำข่าวโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ ดังนี้

- ประสบการณ์เกี่ยวกับเหตุการณ์การระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ ในพื้นที่
- มุมมองของท่านในด้านความความรุนแรง การระบาด ลักษณะเฉพาะพิเศษของโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ
- ประสบการณ์ทำข่าวโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ ในด้านกระแสการตื่นตัวของประชาชน ความต้องการข้อมูลข่าวสารและการนำข่าวสารไปใช้ประโยชน์ในการป้องกันตนเองของประชาชน
- กระบวนการทำข่าว แหล่งข่าว เนื้อหา ช่องทาง และทิศทางการนำเสนอข่าวโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ
- หลักสำคัญในการทำข่าวโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ

3.2 ชั้นที่ 2 การวิจัยเชิงสำรวจ

การวิจัยเชิงปริมาณใช้วิธีการวิจัยเชิงสำรวจ โดยทำการสำรวจประชาชนในจังหวัดที่กำหนดตามวัตถุประสงค์การวิจัย มีรายละเอียดการดำเนินงานดังต่อไปนี้

3.2.1 ประชากรที่ศึกษา

การศึกษาครั้งนี้กำหนดประชาชนที่อาศัยอยู่เขตเมืองของจังหวัดที่มีสนามบินนานาชาติ มีการเดินทางผ่านด่านตรวจคนเข้าเมืองระหว่างประเทศ รวมทั้งเขตเศรษฐกิจของจังหวัดที่มีด่านผ่านคนเข้าเมืองอยู่ติดชายแดนของประเทศไทย ซึ่งเป็นช่องทางการเดินทางติดต่อระหว่างประเทศ การวิจัยครั้งนี้ศึกษา 7 จังหวัดดังนี้

กรุงเทพมหานคร มีท่าอากาศยานนานาชาติสุวรรณภูมิ ท่าอากาศยานนานาชาติดอนเมือง

จังหวัดเชียงราย มีท่าอากาศยานนานาชาติแม่ฟ้าหลวง และในอำเภอแม่สายมีเขตเศรษฐกิจที่อยู่ติดชายแดนประเทศพม่า

จังหวัดตาก ในอำเภอแม่สอดมีเขตเศรษฐกิจที่อยู่ติดชายแดนประเทศพม่า

จังหวัดสงขลา มีท่าอากาศยานนานาชาติหาดใหญ่ และในอำเภอสะเดามีเขตเศรษฐกิจที่อยู่ติดชายแดนประเทศมาเลเซีย

จังหวัดหนองคาย มีสะพานข้ามฝั่งจากอำเภอเมืองหนองคายไปประเทศลาว

- จังหวัดอุบลราชธานี มีท่าอากาศยานนานาชาติอุบลราชธานี และในอำเภอสิริรินธรมีด่านช่องเม็กที่อยู่ติดชายแดนประเทศลาว

จังหวัดภูเก็ต มีเส้นทางการบินของสายต่างประเทศโดยตรง และเป็นเมืองท่องเที่ยวที่มีชื่อเสียง

กำหนดพื้นที่เก็บข้อมูลคือ อำเภอเมือง และอำเภอที่เป็นเขตเศรษฐกิจที่เชื่อมต่อประเทศอื่นและมีด่านผ่านคนเข้าเมืองติดชายแดนประเทศไทย

3.2.2 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

จากประชากรที่ศึกษา เมื่อใช้สูตรคำนวณจำนวนตัวอย่างของ Yamane (1967, อ้างถึงใน พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2531) และตารางขนาดกลุ่มตัวอย่าง ที่ความคลาดเคลื่อนร้อยละ 3 ซึ่งประชากรที่มีจำนวนมากกว่า 100,000 คน ขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมคือ 1,111 คน สำหรับการวิจัยครั้งนี้มีขอบเขตพื้นที่เก็บข้อมูล 7 จังหวัด จึงกำหนดจำนวนตัวอย่างจังหวัดละ 200 คน รวมจำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 1,400 คน

3.2.3 วิธีการสุ่มตัวอย่าง

กำหนดวิธีการสุ่มตัวอย่าง เริ่มต้นจากการกำหนดพื้นที่เก็บข้อมูล โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ร่วมกับการกำหนดพื้นที่ตามวัตถุประสงค์การวิจัย สำหรับกรุงเทพมหานคร จับฉลากเลือกเขตมาจำนวน 10 เขต เก็บตัวอย่างเขตละ 20 คน สำหรับจังหวัด อื่น ๆ กำหนดเป็นอำเภอเมืองและอำเภอที่เป็นเศรษฐกิจติดชายแดน จากนั้นจับฉลากชุมชนในเขตอำเภอเมืองและอำเภอที่มีเขตเศรษฐกิจติดชายแดนให้ได้จังหวัดละ 10 ชุมชน จากนั้นลงพื้นที่ชุมชนที่จับฉลากได้ กำหนดการเก็บข้อมูลบ้านละ 1 คน ด้วยการสลับบ้านเว้นบ้าน ชุมชนละ 20 คน จนครบจังหวัดละ 200 คน รวมจำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 1,400 คนตามที่กำหนด สรุปจำนวนตัวอย่างในแต่ละจังหวัดตามตารางดังนี้

ตารางที่ 3.1 จำนวนตัวอย่างจำแนกตามพื้นที่เก็บข้อมูล

พื้นที่เก็บข้อมูล	จำนวนตัวอย่าง
กรุงเทพมหานคร	200
อำเภอเมือง และอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย	200
อำเภอเมือง และอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก	200
อำเภอเมือง และอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา	200
อำเภอเมือง และอำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย	200
อำเภอเมือง และอำเภอสิริรินทร์ จังหวัดอุบลราชธานี	200
อำเภอเมือง และอำเภอป่าตอง จังหวัดภูเก็ต	200
รวม	1,400

3.2.4 เครื่องมือวิจัยและการวัดตัวแปร

การวิจัยเชิงสำรวจ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลเป็นหลัก โดย กำหนดการวัดตัวแปรสำคัญตามกรอบแนวคิดการวิจัยและวัตถุประสงค์การวิจัย โดยแบ่งเป็น 5 ส่วน¹ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และการติดต่อ เดินทางต่างประเทศ

ส่วนที่ 2 การดูแลรักษาสุขภาพ 3 ข้อใหญ่และ

ส่วนที่ 3 การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคอุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ

ส่วนที่ 4 ความเข้าใจข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ

ส่วนที่ 5 การประเมินคุณค่าและความถูกต้องข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ

ส่วนที่ 6 การนำข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศมาใช้ประโยชน์

การเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม เป็นการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศในภาพรวมโดยไม่ระบุโรค มีการกำหนดคำอธิบายในแบบสอบถามว่า หมายถึงโรคที่ยังไม่เคยรู้จักมาก่อน ยังไม่มียารักษา ที่เกิดขึ้นนอกประเทศไทย และอาจจะเคยแพร่ระบาดเข้ามาสู่ประเทศไทย หรือมีโอกาสแพร่ระบาดเข้าสู่ประเทศไทยในอนาคต รวมทั้งโรคที่ติดต่อจากสัตว์สู่คนและจากคนสู่คน เช่น โรคเมอร์ส โรคไวรัสซิกา โรคไข้หวัดนก โรคอีโบล่า โรคไข้หวัดใหญ่ 2009 เป็นต้น

สำหรับการวัดตัวแปรสำคัญในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดการวัดตามความเหมาะสมของตัวแปรและให้สอดคล้องกับการวิเคราะห์ทางสถิติ ดังนี้

1. ตัวแปรสถานภาพส่วนบุคคล และการติดต่อ เดินทางต่างประเทศ

เพศ สัญชาติ ศาสนา สภาวะสุขภาพ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ ครอบครัว และญาติที่อาศัยติดอยู่ชายในประเทศไทย ครอบครัวและญาติที่เดินทางอาศัยไปยังต่างประเทศ การติดต่อค้าขาย/ธุรกิจระหว่างชายแดน จำนวนครั้งที่เดินทางไปต่างประเทศ สำหรับตัวแปรการเดินทางข้ามประเทศชายแดนไทยและต่างประเทศ หากผู้ตอบระบุข้อความว่าไม่เคยให้ข้ามไปตอบข้อถัดไป (ส่วนที่ 2) ผู้วิจัยกำหนดการวัดตัวแปรระดับนามบัญญัติ (Nominal Scale) เช่นกัน

¹ โปรดดูภาคผนวก ก แบบสอบถามและข้อเฉลยคำตอบความเข้าใจข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ

2. ตัวแปรการตรวจสุขภาพ

ได้แก่ การมีประสบการณ์ทางด้านการเจ็บป่วยโรคติดต่อที่แพร่ระบาดมาจากต่างประเทศ และบุคคลใกล้ชิด ครอบครัวและญาติที่เจ็บป่วยโรคติดต่อที่แพร่ระบาดมาจากต่างประเทศ ผู้วิจัยกำหนดการวัดตัวแปรระดับนามบัญญัติ (Nominal Scale) ส่วนตัวแปรทางด้านวิธีการรักษาตัวเมื่อไม่สบายหรือเจ็บป่วย ผู้วิจัยกำหนดการวัดตัวแปรระดับอันตรภาค (Interval Scale) โดยใช้มาตรวัดประเมินค่า (Summated Rating Scale) 5 ระดับ

กำหนดการวัดเป็นระดับอันตรภาค (Interval Scale) 5 ระดับ ดังนี้

ทุกครั้งที่ไม่สบาย	คะแนน	5
เกือบทุกครั้งที่ไม่สบาย	คะแนน	4
ทำบ้างไม่ทำบ้าง	คะแนน	3
แทบจะไม่ได้ทำ	คะแนน	2
ไม่เคยทำเลย	คะแนน	1

การแปลความหมายของค่าเฉลี่ย ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.21 – 5.00	หมายถึง	ทุกครั้งที่ไม่สบาย
ค่าเฉลี่ย 3.41 – 4.20	หมายถึง	เกือบทุกครั้งที่ไม่สบาย
ค่าเฉลี่ย 2.61 – 3.40	หมายถึง	ทำบ้างไม่ทำบ้าง
ค่าเฉลี่ย 1.81 – 2.60	หมายถึง	แทบจะไม่ได้ทำ
ค่าเฉลี่ย 1.00 -1.80	หมายถึง	ไม่เคยทำเลย

3. ตัวแปรการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ฯ

ประกอบด้วย ช่องทาง ลักษณะการเข้าถึง และประเด็นเนื้อหาที่เข้าถึง ดังนี้

3.1 ช่องทางการเปิดรับข่าวสาร

กำหนดการวัดเป็นระดับความถี่ในการได้รับข่าวสารผ่านช่องทาง สื่อต่าง ๆ ผู้วิจัยกำหนดการวัดตัวแปรระดับอันตรภาค (Interval Scale) โดยใช้มาตรวัดประเมินค่า (Summated Rating Scale) 5 ระดับ มีรายละเอียดดังนี้

กำหนดการวัดเป็นระดับอันตรภาค (Interval Scale) 5 ระดับ ดังนี้

เป็นประจำ	คะแนน	5
บ่อย ๆ	คะแนน	4
ปานกลาง	คะแนน	3
แทบจะไม่เคย	คะแนน	2
ไม่เคยเลย	คะแนน	1

แปลความหมายของค่าเฉลี่ย ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.21 – 5.00	หมายถึง	เป็นประจำ
ค่าเฉลี่ย 3.41 – 4.20	หมายถึง	บ่อย ๆ
ค่าเฉลี่ย 2.61 – 3.40	หมายถึง	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.81 – 2.60	หมายถึง	น้อย
ค่าเฉลี่ย 1.00 -1.80	หมายถึง	น้อยที่สุด

3.2 ลักษณะการเข้าถึงข่าวสารโรคอุบัติใหม่ฯ ประกอบด้วย ความเข้มข้นในการเข้าถึง ความกระตือรือร้นในการเข้าถึง และความผูกพันกับเนื้อหา กำหนดการวัดดังนี้

3.2.1 ความเข้มข้นในการเข้าถึง ได้แก่ จำนวนช่องทางที่ได้รับข่าวสาร ปริมาณเนื้อหาข่าวสารที่เปิดรับ ระยะเวลาที่ใช้ในการเข้าถึงเนื้อหา กำหนดการวัด ดังนี้

3.2.1.1 จำนวนช่องทางที่เปิดรับข่าวสารเมื่อมีการระบาดของโรคอุบัติใหม่ฯ ผู้วิจัยกำหนดการวัดตัวแปรระดับอันตรภาค (Interval Scale) โดยใช้มาตรวัดประเมินค่า (Summated Rating Scale) 5 ระดับ มีรายละเอียดดังนี้

มากกว่า 6 ช่องทาง	คะแนน	5
5-6 ช่องทาง	คะแนน	4
4 ช่องทาง	คะแนน	3
2-3 ช่องทาง	คะแนน	2
ช่องทางเดียว	คะแนน	1
ไม่เปิดรับเลย	คะแนน	0

การแปลความหมายของค่าเฉลี่ย ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.21 – 5.00	หมายถึง	มากที่สุด
ค่าเฉลี่ย 3.41 – 4.20	หมายถึง	มาก
ค่าเฉลี่ย 2.61 – 3.40	หมายถึง	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.81 – 2.60	หมายถึง	น้อย
ค่าเฉลี่ย 1.00 -1.80	หมายถึง	น้อยที่สุด

3.2.1.2 ปริมาณเนื้อหาข่าวสารที่เปิดรับ ผู้วิจัยกำหนดการวัดตัวแปรระดับอันตรภาค (Interval Scale) โดยใช้มาตรวัดประเมินค่า (Summated Rating Scale) 5 ระดับ มีรายละเอียดดังนี้

มากจนนับไม่ถ้วน	คะแนน	5
มาก	คะแนน	4
ไม่มาก ไม่น้อย	คะแนน	3

น้อย	คะแนน	2
น้อยมาก ๆ	คะแนน	1
การแปลความหมายของค่าเฉลี่ย ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ดังนี้		
ค่าเฉลี่ย 4.21 – 5.00	หมายถึง	มากจนนับไม่ถ้วน
ค่าเฉลี่ย 3.41 – 4.20	หมายถึง	มาก
ค่าเฉลี่ย 2.61 – 3.40	หมายถึง	ไม่มากไม่น้อย
ค่าเฉลี่ย 1.81 – 2.60	หมายถึง	น้อย
ค่าเฉลี่ย 1.00 -1.80	หมายถึง	น้อยมาก ๆ

3.2.1.3 ระยะเวลาที่ใช้ในการเข้าถึงเนื้อหา ผู้วิจัยกำหนดการวัด

ตัวแปรระดับอันตรภาค (Interval Scale) โดยใช้มาตรวัดประเมินค่า (Summated Rating Scale) 5 ระดับ มีรายละเอียดดังนี้

ติดตามตลอดทั้งวัน	คะแนน	5
ติดตามเกือบจะทั้งวัน	คะแนน	4
ติดตามบางเวลา	คะแนน	3
ติดตามบ้าง ไม่ติดตามบ้าง	คะแนน	2
แทบจะไม่ได้ติดตามเลย	คะแนน	1
การแปลความหมายของค่าเฉลี่ย ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ดังนี้		
ค่าเฉลี่ย 4.21 – 5.00	หมายถึง	มากที่สุด
ค่าเฉลี่ย 3.41 – 4.20	หมายถึง	มาก
ค่าเฉลี่ย 2.61 – 3.40	หมายถึง	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.81 – 2.60	หมายถึง	น้อย
ค่าเฉลี่ย 1.00 -1.80	หมายถึง	น้อยที่สุด

3.2.2 ความกระตือรือร้น ผู้วิจัยกำหนดการวัดตัวแปรระดับอันตรภาค (Interval Scale) โดยใช้มาตรวัดประเมินค่า (Summated Rating Scale) 5 ระดับ กำหนดการวัดเป็นระดับอันตรภาค (Interval Scale) 5 ระดับ ดังนี้

มากที่สุด	คะแนน	5
มาก	คะแนน	4
ปานกลาง	คะแนน	3

น้อย	คะแนน	2
น้อยที่สุด	คะแนน	1
การแปลความหมายของค่าเฉลี่ย ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ดังนี้		
ค่าเฉลี่ย 4.21 – 5.00	หมายถึง	มากที่สุด
ค่าเฉลี่ย 3.41 – 4.20	หมายถึง	มาก
ค่าเฉลี่ย 2.61 – 3.40	หมายถึง	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.81 – 2.60	หมายถึง	น้อย
ค่าเฉลี่ย 1.00 -1.80	หมายถึง	น้อยที่สุด

3.2.3 ความผูกพันกับเนื้อหา ผู้วิจัยกำหนดการวัดตัวแปรระดับอันตรภาค (Interval Scale) โดยใช้มาตราวัดประเมินค่า (Summated Rating Scale) 5 ระดับ กำหนดการวัดเป็นระดับอันตรภาค (Interval Scale) 5 ระดับ ดังนี้

มากที่สุด	คะแนน	5
มาก	คะแนน	4
ปานกลาง	คะแนน	3
น้อย	คะแนน	2
น้อยที่สุด	คะแนน	1
การแปลความหมายของค่าเฉลี่ย ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ดังนี้		
ค่าเฉลี่ย 4.21 – 5.00	หมายถึง	มากที่สุด
ค่าเฉลี่ย 3.41 – 4.20	หมายถึง	มาก
ค่าเฉลี่ย 2.61 – 3.40	หมายถึง	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.81 – 2.60	หมายถึง	น้อย
ค่าเฉลี่ย 1.00 -1.80	หมายถึง	น้อยที่สุด

3.3 ประเด็นเนื้อหาที่เข้าถึง ประกอบด้วย สารระเนื้อหา และ ความเข้าใจต่อสารระเนื้อหา ผู้วิจัยกำหนดการวัดตัวแปรระดับอันตรภาค (Interval Scale) โดยใช้มาตราวัดประเมินค่า (Summated Rating Scale) 5 ระดับ ดังนี้

มากที่สุด	คะแนน	5
มาก	คะแนน	4
ปานกลาง	คะแนน	3
น้อย	คะแนน	2
น้อยที่สุด	คะแนน	1
การแปลความหมายของค่าเฉลี่ย ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ดังนี้		

ค่าเฉลี่ย 4.21 – 5.00	หมายถึง	มากที่สุด
ค่าเฉลี่ย 3.41 – 4.20	หมายถึง	มาก
ค่าเฉลี่ย 2.61 – 3.40	หมายถึง	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.81 – 2.60	หมายถึง	น้อย
ค่าเฉลี่ย 1.00 -1.80	หมายถึง	น้อยที่สุด

4. ตัวแปรความเข้าใจข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ

กำหนดการวัดด้วยคำถามรวมจำนวน 8 ข้อ (ข้อที่ 24-31) โดยแบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความเข้าใจสถานการณ์การระบาดของโรค (ข้อที่ 24-26) มีข้อความจำนวน 3 ข้อ ด้านความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลโรค (ข้อที่ 27-29) มีข้อความจำนวน 3 ข้อ และด้านความเข้าใจในการปฏิบัติตน (ข้อที่ 30-31) มีข้อความจำนวน 2 ข้อ กำหนดการวัดเป็นระดับอัตราส่วน (Ratio Scale)

ค่าคำตอบที่ตอบถูกต้อง	ให้	1	คะแนน
คำตอบที่ตอบผิด/ไม่ตอบ	ให้	0	คะแนน

4.1 กำหนดการวัดความเข้าใจโดยรวม ซึ่งมีคะแนนเต็ม 8 คะแนน นำคะแนนเฉลี่ยมาจัดระดับความรู้รวม 5 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	6.41-8.00	หมายถึง	ความรู้ระดับดีมาก
คะแนนเฉลี่ย	4.81-6.40	หมายถึง	ความรู้ระดับดี
คะแนนเฉลี่ย	3.21-4.80	หมายถึง	ความรู้ระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	1.61-3.20	หมายถึง	ความรู้ระดับต่ำ
คะแนนเฉลี่ย	0.00-1.60	หมายถึง	ความรู้ระดับต่ำมาก

4.2 กำหนดการวัดความเข้าใจด้านสถานการณ์การระบาดของโรคอุบัติใหม่ฯ และความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลโรค มีคะแนนเต็มด้านละ 3 คะแนน นำคะแนนเฉลี่ยมาจัดระดับความรู้รวม 5 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	2.41-3.00	หมายถึง	ความรู้ระดับดีมาก
คะแนนเฉลี่ย	1.81-2.40	หมายถึง	ความรู้ระดับดี
คะแนนเฉลี่ย	1.21-1.80	หมายถึง	ความรู้ระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	0.61-1.20	หมายถึง	ความรู้ระดับต่ำ
คะแนนเฉลี่ย	0.00-0.60	หมายถึง	ความรู้ระดับต่ำมาก

4.3 กำหนดการวัดความเข้าใจด้านในการปฏิบัติตน มีคะแนนเต็ม 2 คะแนน นำคะแนนเฉลี่ยมาจัดระดับความรู้รวม 5 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	1.61-2.00	หมายถึง	ความรู้ระดับดีมาก
-------------	-----------	---------	-------------------

คะแนนเฉลี่ย	1.21-1.60	หมายถึง ความรู้ระดับดี
คะแนนเฉลี่ย	0.81-1.20	หมายถึง ความรู้ระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	0.41-0.80	หมายถึง ความรู้ระดับต่ำ
คะแนนเฉลี่ย	0.00-0.40	หมายถึง ความรู้ระดับต่ำมาก

5. ตัวแปรการประเมินคุณค่าและความถูกต้องข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่

ประกอบด้วย การประเมินคุณค่าด้วยการตั้งเงื่อนไขเบื้องต้น การประเมินด้วยการตรวจสอบความถูกต้อง และการประเมินด้วยการพิจารณาถึงประโยชน์ที่จะใช้ดูแลตนเองให้ปลอดภัย ผู้วิจัยกำหนดการวัดตัวแปรระดับอันตรภาค (Interval Scale) โดยใช้มาตรวัดประเมินค่า (Summated Rating Scale) 5 ระดับ มีรายละเอียดดังนี้

มากที่สุด	คะแนน	5
มาก	คะแนน	4
ปานกลาง	คะแนน	3
น้อย	คะแนน	2
น้อยที่สุด	คะแนน	1

การแปลความหมายของค่าเฉลี่ย ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.21 – 5.00	หมายถึง	มากที่สุด
ค่าเฉลี่ย 3.41 – 4.20	หมายถึง	มาก
ค่าเฉลี่ย 2.61 – 3.40	หมายถึง	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.81 – 2.60	หมายถึง	น้อย
ค่าเฉลี่ย 1.00 -1.80	หมายถึง	น้อยที่สุด

6. ตัวแปรการนำข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ฯ มาใช้ประโยชน์

การนำข้อมูลมาใช้ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันตนเอง และ การนำข้อมูลมาดูแลสุขภาพตนเอง ผู้วิจัยกำหนดการวัดตัวแปรระดับอันตรภาค (Interval Scale) โดยใช้มาตรวัดประเมินค่า (Summated Rating Scale) 5 ระดับ มีรายละเอียดดังนี้

เป็นประจำ	คะแนน	5
บ่อย ๆ	คะแนน	4
ปานกลาง	คะแนน	3
แทบจะไม่เคย	คะแนน	2
ไม่เคยเลย	คะแนน	1

การแปลความหมายของค่าเฉลี่ย ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.21 – 5.00	หมายถึง	เป็นประจำ
-----------------------	---------	-----------

ค่าเฉลี่ย 3.41 – 4.20	หมายถึง	บ่อย ๆ
ค่าเฉลี่ย 2.61 – 3.40	หมายถึง	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.81 – 2.60	หมายถึง	แทบจะไม่เคย
ค่าเฉลี่ย 1.00 -1.80	หมายถึง	ไม่เคยเลย

3.2.5 การทดสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยได้ทดสอบคุณภาพแบบสอบถามด้านความตรงในเนื้อหา (Content Validity) และความน่าเชื่อถือ (Reliability) ก่อนเก็บข้อมูลจริง

ความเที่ยงตรง (Validity) ใช้การตรวจสอบโดยให้นักวิชาการด้านวารสารศาสตร์และสื่อสารมวลชน จำนวน 2 คน คือ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุภักดี อภินันท์ อดีตาจารย์ประจำสาขาวิทยุและโทรทัศน์ คณะวารสารศาสตร์และสื่อสารมวลชน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และรองศาสตราจารย์ มาลี บุญศิริพันธ์ อดีตนคบดี คณะวารสารศาสตร์และสื่อสารมวลชน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาหนังสือพิมพ์และสิ่งพิมพ์ และอดีตประธานกรรมการนโยบายองค์การกระจายเสียงและแพร่ภาพสาธารณะแห่งประเทศไทย (ไทยพีบีเอส) เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องเครื่องมือวัดในด้านเนื้อหา (Content Validity) และด้านความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ (Wording) ตามกรอบนิยามการวัด หลังจากนั้นได้ปรับแก้ไขและนำไปทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้การตรวจสอบในส่วนของการวัดตัวแปรมาตรวัดประเมินค่า (Summated Rating Scale) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคดังนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2540, น. 125-126)

จากสูตร

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right]$$

เมื่อ	α	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น
	n	แทน	ค่าจำนวนข้อคำถาม
	S_i^2	แทน	ค่าคะแนนความแปรปรวนแต่ละข้อ
	S_t^2	แทน	ค่าคะแนนความแปรปรวนทั้งฉบับ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญไปทดสอบ (pre-test) แก่กลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งสิ้นจำนวน 20 ชุด และนำมาคำนวณหาค่าอัลฟาของครอนบาคโดยค่าที่ได้มีดังนี้

ได้แก่ ความมากน้อยของการที่เคยได้รับข่าวสาร ความเข้าใจข้อมูลข่าวสาร ความบ่อยครั้งในการได้รับข่าวสารจากสื่อ ช่องทางต่าง ๆ จำนวนช่องทางที่เปิดรับข่าวสารเมื่อมีการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ ปริมาณข่าวสารที่เปิดรับข่าวสารเมื่อมีการระบาดของโรคฯ การใช้เวลาในการติดตามข่าวสาร เมื่อมีการระบาดของโรค และความถี่ของลักษณะการเข้าถึงข่าวสารเมื่อมีการระบาดของโรคอุบัติใหม่ฯ

ช่องทางการเข้าถึง

— สื่อบุคคล	$\alpha = 0.814$
— สื่อมวลชน	$\alpha = 0.833$
— สื่อท้องถิ่น	$\alpha = 0.815$
— สื่อเฉพาะกิจเผยแพร่ณรงค์	$\alpha = 0.923$
— สื่อชุมชน	$\alpha = 0.967$
— อินเทอร์เน็ต	$\alpha = 0.882$
— รวมช่องทาง 6 ช่องทาง	$\alpha = 0.955$

ลักษณะการเข้าถึง

— กระตือรือร้น	$\alpha = 0.739$
— ความผูกพันกับเนื้อหา	$\alpha = 0.745$

ประเด็นเนื้อหาการเข้าถึง

— สารระเนื้อหา	$\alpha = 0.921$
— ความเข้าใจสารระเนื้อหา	$\alpha = 0.905$

ด้านความเข้าใจข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ

— คำถาม 8 ข้อ	$\alpha = 0.617$
---------------	------------------

การประเมินคุณค่าและความถูกต้องข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ

— การตั้งเงื่อนไขเบื้องต้น	$\alpha = 0.703$
— การตรวจสอบความถูกต้อง	$\alpha = 0.676$
— การพิจารณาถึงประโยชน์ที่จะใช้ดูแลตนเองให้ปลอดภัย	$\alpha = 0.781$
— รวม 3 ด้าน	$\alpha = 0.861$

การนำข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศมาใช้ประโยชน์

— การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันตนเอง	$\alpha = 0.910$
---------------------------------	------------------

- การดูแลสุขภาพของตนเอง $\alpha = 0.738$
- รวมการใช้ประโยชน์ 2 ด้าน $\alpha = 0.822$

3.2.6 การวิเคราะห์ผลข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยผสมผสานระหว่างการวิจัยเชิงคุณภาพและการวิจัยเชิงปริมาณ โดยในส่วนของวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงพรรณนา (Descriptive Analysis) และการสรุปสาระหลักสำคัญของข้อมูล (Common Themes) สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณใช้การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ได้แก่ สถิติบรรยาย (Descriptive Statistic) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายตัวแปรต่าง ๆ

การทดสอบสมมติฐานใช้สถิติอ้างอิง (Inferential Statistic) อธิบายความสัมพันธ์ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regressions analysis) สำหรับการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1-4 และการวิเคราะห์เปรียบเทียบตัวแปร โดยการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) สำหรับเปรียบเทียบความรู้ การประเมิน และใช้ประโยชน์จากข่าวสาร ในกลุ่มอายุ ระดับการศึกษา และวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Least Significant Difference (LSD) สำหรับการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 5-11

3.2.7 การรายงานผลการวิจัย

ผู้วิจัยรายงานนำเสนอผลการวิจัยแบ่งเป็นบท ดังนี้

บทที่ 4 รายงานผลสัมฤทธิ์เชิงลึกด้วยการวิเคราะห์เชิงพรรณนา (Descriptive Analysis)

บทที่ 5 รายงานผลการวิจัยเชิงสำรวจ พร้อมด้วยตารางผลการวิเคราะห์ข้อมูล

บทที่ 6 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

3.2.8 ข้อจำกัดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงระหว่างเดือนมิถุนายน - ธันวาคม 2560 ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ไม่มีภาวะระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ อยู่ในสถานการณ์ที่สามารถควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศที่เคยระบาดมาก่อนหน้านี้ได้ และไม่มีรายงานข่าวเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ในสื่อมวลชน นอกจากนี้เป็นการสอบถามเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ในภาพรวมด้วยการกำหนดความหมายให้เข้าใจโดยมีได้ระบุโรคใดโรคหนึ่ง

บทที่ 4

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยผสมวิธี (Mixed Methodology) ระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงสำรวจเป็นหลักและใช้วิธีการวิจัยแบบสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นวิธีรอง เพื่ออธิบายสถานการณ์และบริบทที่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ ในส่วนของการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้ดำเนินการสัมภาษณ์แพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้สื่อข่าวในจังหวัดที่มีด่านชายแดน ได้แก่ จังหวัดเชียงราย จังหวัดสงขลา จังหวัดหนองคาย และจังหวัดอุบลราชธานี และกรุงเทพมหานคร ผลการสัมภาษณ์มีประเด็นสำคัญดังนี้

- 4.1 สถานการณ์โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ
 - 4.2 การตื่นตัว และการตื่นตระหนกของประชาชน
 - 4.3 พฤติกรรมของประชาชนต่อโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ
 - 4.4 การรายงานข่าวโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ
 - 4.5 การสื่อสารโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศให้แก่ประชาชน
 - 4.6 ความน่าเชื่อถือและการประเมินเนื้อหา
- รายละเอียดแต่ละประเด็นมีดังต่อไปนี้

4.1 สถานการณ์โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ

โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ เป็นโรคใหม่ มีความรุนแรง ที่แพทย์บุคลากรสาธารณสุข สื่อมวลชน และประชาชนยังไม่มีประสบการณ์ในการรักษาและควบคุมการระบาด จึงเป็นโรคที่ต้องให้ความสำคัญกับการเฝ้าระวังไม่ให้ระบาดเข้ามาสู่ประเทศไทย ซึ่งการระบาดจะเข้ามาจากการเดินทางเข้าออกประเทศ ทางพื้นที่ที่มีสนามบินนานาชาติ ด่านชายแดน มีทั้งมาจากคนต่างชาติที่เดินทางมาจากประเทศที่เกิดการระบาด และมาจากคนไทยที่เดินทางไปยังประเทศที่มีการระบาดแล้วกลับเข้ามาในประเทศไทย และเมื่อมีการเข้ามาสู่ประเทศไทย จะต้องควบคุมการระบาดในประเทศให้อยู่ในวงจำกัด ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขมีระบบการควบคุมโรคที่มีมาตรการดำเนินงานชัดเจนและรัดกุม และยังมีการทำงานร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขของต่างประเทศอย่างเข้มข้น

“มันมีโอกาสดู การเดินทางมันเร็ว แม้ว่าอุปสรรคๆ เนี่ยจะไม่มีสายการบินนานาชาติมาลง เพราะว่ามันนักท่องเที่ยวไปลงที่ประเทศเพื่อนบ้าน แล้วก็เข้ามาที่ไทยก็มีโอกาสระบาดได้...แล้วก็มีของเราเองที่เดินทางไปยังพื้นที่อื่นอย่างกรุงเทพฯ...กลัวอย่างเดียวแต่ว่าไม่ได้เดินทางผ่านสายการบิน เช่นมันมีพรมแดน ข้ามไปข้ามมา ไทยลาว ไทยเขมร พวกนี้มันมีพรมแดน ปลีกย่อยเยอะเยอะ อันนี้อาจจะเป็นความเสี่ยง” (ประทีป บุญธรรม, สัมภาษณ์)

“โรคพวกนี้มันเป็นโรคอุบัติใหม่ แล้วบางอันที่มันรุนแรงเช่น ชาร์ลหรือไขหวัดนกที่นี้ก็เคยจะมีเหมือนได้รับผลกระทบบ้างเหมือนกัน แต่ทั้ง ชาร์ล และไขหวัดนกนี้บางช่วงก็จะเหมือนว่าที่จีนตอนใต้จะห่างกันประมาณ 240 กิโลเมตร เราก็ต้องเกรงว่ามันจะมีการระบาดใหม่ มันจะมีมาอยู่ที่เราใหม่จะต้องเฝ้าระวังยังไง” (สมปรารถน์ หมั่นจิต, สัมภาษณ์)

“โรคเมอร์ส สิ่งที่เรากลัวก็คือเราไม่เคยมี ทำให้เราไม่รู้เกี่ยวกับตัวโรค และในต่างประเทศเองยังไม่มียารักษาเฉพาะ ต้องรักษาตามอาการ นั่นคือสิ่งที่น่ากลัว ความรุนแรงในต่างประเทศก็คือการเสียชีวิต” (จันทนา เชียงทอง, สัมภาษณ์)

“ถ้ามีการระบาด เราจะยังไม่ค่อยมีประสบการณ์ทางด้านควบคุมโรค ยกตัวอย่างมันไม่เหมือนกับไข้เลือดออก ความจริงมันก็ยุ่งยากในเรื่องของการควบคุมโรค แต่ว่าจากประสบการณ์คือเราค่อนข้างอยู่กับมันมา เจอมันบ่อยอาจจะปีเว้นปี ถึงแม้มันจะหนักแต่ก็รู้ว่าแนวทางการควบคุมจะเป็นยังไงก็พอได้อยู่ แต่ว่าโรคอุบัติใหม่ อย่างพวกซิการ์บอกตรง ๆ ก็เป็นห่วงเหมือนกัน” (สมพงษ์ ชำหา, สัมภาษณ์)

“ผมก็ไม่ได้ประสบเกี่ยวกับโรคนี้สักที แล้วมันก็เป็นโรคใหม่ ซึ่งถ้าให้ผมคิดว่ามันร้ายไหม ผมก็ต้องบอกว่ามันร้ายตามที่เขาเป็นมา ชาวเขาว่าโรคเมอร์สนี้รักษาไม่หายนะ เหมือนโรคเอดส์ที่มาใหม่ ๆ มียาอะไรรักษาไหม ความคิดผมจะเป็นอย่างนั้น คืออย่างผมไม่เคยเจอโรคเมอร์ส ชาร์ล คือได้ยินแต่ข่าวว่าโรคเมอร์ส โรค ชาร์ล มาจากต่างประเทศ...เรายังไม่มีความรู้ เราก็เลยยังไม่สามารถไปแนะนำเค้าได้แต่ว่าส่วนโรคที่เดิม ๆ พวกไข้เลือดออก พิษสุนัขบ้าเราก็ให้คำแนะนำได้ว่าควรปฏิบัติยังไง อย่างน้อย ๆ ถ้าหากว่าโดนแมวหมาช่วนต้องรีบไปหาหมอทันที ก็ต้องให้ความรู้เค้า” (อภิรักษ์ อุตมะ, สัมภาษณ์)

“โรคไขหวัดนก โรคไขหวัดใหญ่ ตอนนี้อยู่สถานการณ์ยังไม่มีการระบาดในประเทศไทย แต่ยังมีระบาดตามพื้นที่ อย่างเช่นโรคเมอร์ส เป็นโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลางยังมีการรายงาน ซึ่งเราดูข้อมูลจากเว็บไซต์ดับเบิลยูเอชโอ (WHO องค์การ

อนามัยโลก แห่งสหประชาชาติ) แล้วก็ที่เว็บไซต์ของทางสาธารณสุขของทางซาอุดีอาระเบียเลย ก็ยังมีรายงานผู้ป่วยอยู่ขึ้นเรื่อย ๆ เพราะว่าเนื่องจากว่ามันเป็นโรคประจำถิ่นของเขาอะไรนี้ แต่ว่ายังไม่มียุโรปในประเทศไทย แต่ว่าก็มีความเสี่ยงประเทศไทยก็ยังมีความเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวัง” (อัญชลี สิทธิชัยรัตน์, สัมภาษณ์)

แม้จะไม่มีภาวะระบาด แต่โดยระบบของกระทรวงสาธารณสุข ยังคงต้องมีระบบเฝ้าระวังป้องกันโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ

“สาธารณสุขตอนนี้ยังไม่มีเหตุการณ์อะไรตรงนั้นยังไม่น่าห่วง เพราะว่าเขาทำระบบไว้ดี เคยรับมือแล้วมันไม่ถึงกับระบาด สถานการณ์โอเคตอนนี้ใช้ได้ แต่ตอนนี้ก็ยังมีเฝ้าระวังอยู่ ถามว่ายังมีความเสี่ยงไหม? มีมันเป็นโรคที่สามารถเกิดขึ้นได้ไม่ว่าจะเป็นโรคไข้หวัดนก ไข้หวัดใหญ่ โรคเมอร์ส ส่วนโรคไข้เหลืองเนี่ย บ้านเรายังไม่เจอยังไม่มี แต่ว่าเราก็มีมาตรการก็คือใครจะไปยังพื้นที่เสี่ยงที่ต่างประเทศในแถบแอฟริกา ใครจะไปใครจะเดินทางไป ก็จะต้องฉีดยาฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้เหลือง ฉีด 1 วัน ป้องกันได้ 10 ปีเนี่ย ฉีดหนึ่งครั้งนะ” (อัญชลี สิทธิชัยรัตน์, สัมภาษณ์)

4.1.1 มาตรการควบคุมโรค ระบบการควบคุมโรคของกระทรวงสาธารณสุข มีการดำเนินงานที่เป็นขั้นตอนที่กำหนดไว้อย่างรัดกุม และมีการทำงานร่วมกันกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเริ่มจากการเฝ้าระวัง การคัดกรองผู้เดินทางเข้าประเทศ เมื่อสงสัยว่ามีการติดเชื้อขึ้นในประเทศ จะต้องรีบสอบสวนโรค จำกัดพื้นที่ผู้ติดเชื้อ ดำเนินการรักษา ประสานงานแจ้งไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อความร่วมมือในการควบคุมโรคให้ได้

“เราสามารถควบคุม มีมาตรการที่ทำอยู่แล้ว มีความร่วมมือทุกภาคหลายส่วน เค้าเจอมาแล้วว่า เขามีระบบของเขาอย่างดี ตั้งแต่ระบบเฝ้าระวัง ระบบคัดกรอง เรื่องของการส่งต่อให้ ถ้าเกิดเป็นคนไข้ต้องรักษาส่งต่อไปยังโรงพยาบาลใกล้เคียง เขามีการพัฒนาศักยภาพสามารถรับผู้ป่วยในเรื่องของโรคนี้ได้ ซึ่งถ้าเกิดเกินขีดความสามารถเขาก็จะมีระบบส่งต่อ ก็จะเป็นระบบหนึ่งและก็มีหรือถ้ามันเกิดเขาเรียกว่าอะไรโรคดีโรคไม่ดีเกิดการระบาดจริง ๆ เขาก็มันจะมีระบบหนึ่งระบบรองรับในจังหวัดทำไม่ได้ มารระดับเขต มารระดับเขตทำไม่ได้มารระดับประเทศก็มีระบบ ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินเราจะใช้ ระบบการบัญชาการสั่งการผ่านศูนย์อีโอซี (emergency operations center) จะมีทุกจังหวัด คือจะใช้ร่วมกันทุกภาคส่วน ก็คือต้องร่วมกันหลายฝ่ายแล้ว ไม่ว่าจะเป็นของสาธารณสุข มหาดไทย ปศุสัตว์ ทุกสิ่งอย่างเนี่ย กระทรวงการต่างประเทศ การท่องเที่ยว ทุกสิ่งอย่าง ไม่งั้นจะเป็นโดมิโน มันจะทำให้ระบบเสียหายหมด เศรษฐกิจสังคม สุขภาพ” (อัญชลี สิทธิชัยรัตน์, สัมภาษณ์)

มาตรการควบคุมโรคจะดำเนินงานเฝ้าระวังในจุดที่มีการเดินทางเข้าออกประเทศ ได้แก่ สนามบินนานาชาติ ด่านตรวจคนเข้าเมืองตามชายแดน และมีการติดตามผู้ต้องสงสัยอย่างใกล้ชิด

“ทุกสนามบินถ้าหากคนเขากลับมากจากฟิธี (การประกอบพิธีกรรมของชาวมุสลิม) ช่วงที่มีโรคอุบัติใหม่ปกติเขาก็ทำอยู่ตลอดนะ...เจ้าหน้าที่และทาง สنج. ก็เตรียมพวก แอส กุ้งมือ เรียบร้อย...เที่ยวบินไหนมากี่โมงเราก็ไปเข้า แล้วก็จังหวัดเขาก็จัดรถ ไปสแตนบาย...แต่มีคนไข้เขาสงสัย แต่เขาจะโทรมา สมมติคนไข้ไปที่อื่น และมาจาก นครศรีฯ คนนี้มีอาการไข้ เขาก็โทรมาแจ้ง สจจ. ว่าคนนี่เขามา ให้เราเข้ามาไปเฝ้า มาเฝ้าระวังของความร่วมมือเขา ให้เบอร์โทรติดต่อเรา ขอความร่วมมืออย่าเพิ่ง เดินทางไปก่อน...ของผมนเคยมีคนไข้ที่กลับมาจากเมกกะ คือลักษณะไปซ้อบปิ้ง รู้สึก วันนั้นเขาไปโรงพยาบาล มานั่งคุยกับเขาว่าไปทำอะไรที่ไหน โดยหลักว่าคนนั่ง เครื่องบินแถวไหน เขาไปสัมผัสใครบ้าง...ผมขอความร่วมมือ ให้คนไข้ไปอยู่ในห้อง คุยกับคนไข้ให้รถไปรับห้องแยกของโรงพยาบาล ไปตรวจคัดกรอง” (ศุภโชค ยอดแก้ว, สัมภาษณ์)

“คือถ้ามองตามทีมของเจ้าหน้าที่เราเนี่ย ทีมควบคุมเฝ้าระวังโรคของเรา เราจะมี ทักษะเรื่องของการป้องกันตนเองทั้งสองฝ่าย เราไม่ได้ทำงานสะอาดสะอาดหรือว่า หนองคาย เวียงจันทน์เนี่ยก็จะมีการทำงานร่วมกับ NGO อื่น ๆ ด้วยไม่ว่าเป็นทาง USEDE อะไรต่าง ๆ เราทำงานร่วมกัน ทางญี่ปุ่นเค้ารับรองผลแล้วแล้วก็มาพัฒนา ศักยภาพร่วมกัน ทีมเฝ้าระวังสอบสวนโรคร่วมกันกับทางเวียงจันทน์ก็จะมี การพัฒนาศักยภาพด้านการสื่อสาร ด้านระบบการเฝ้าระวังควบคุมโรค หรือแม้แต่ ความพร้อมด้านระบบการเฝ้าระวังให้มีความพร้อมรับกับสถานการณ์ฉุกเฉินที่ เกิดเราก็จะมีเครือข่ายที่จะประสานกัน” (ธวัชชัย เหลืองศิริ, สัมภาษณ์)

เมื่อพบกรณีต้องสงสัย จะมีการแยกบุคคลที่สงสัยออกมาเพื่อตรวจสอบและให้การรักษา หากติดเชื้อจริง

“ผมก็จะแยกจากผู้เดินทางปกติ ไม่ให้เค้าเข้าไป เดี่ยวขออนุญาตครึบบอก ตม. ผมมี เหตุจำเป็นอย่างนี้ ผมก็จะพาไปนั่งข้างนอก...แจ้ง สคส. สจจ. สจจ. ก็สั่งลงมา ตามลำดับชั้นให้โรงพยาบาลมารับ...เพราะเราเคยซ้อมเหมือนกันคือโรงพยาบาลศูนย์เขาเชิญ ให้ไปซ้อมเวลาเจอเหตุอย่างนี้มีตั้งแต่ใช้หวัดนกเป็นต้นมาไปจนถึงใช้หวัดใหญ่มีท่า” (ณัฐกิจ เสี่ยงมศักดิ์, สัมภาษณ์)

“แจ้งให้โรงพยาบาลมารับ เราก็ประสานโรงพยาบาลคนี่สงสัยเมอร์สนะ คนที่เขา มารับเขาก็แต่งตัวเต็มยศ (ชุดเซฟตี้) คือเซฟตัวเองหมดก็เป็นขั้นตอนของมัน...แต่ หากชิการ์ เคสหลังสุดปลายปีที่แล้ว (2559) คือว่าเจอรายนึงที่ยะลาเป็นผู้ชาย

บังเอิญว่าน้องสาวไปเฝ้า อยู่สองคืน...เขาโทรไปบอกว่ามีเด็กที่สงสัยเป็นชิการ์ จังหวัดโทรหาผม...แล้วก็เข้าไปก็เอายาทากันยุงไปให้ ไปเก็บฉีเขาส่งตรวจให้ สสจ. แล้วก็ส่งทางกรุงเทพฯ...แต่ทุก ๆ คนที่ผมไปประสานไปตาม เขาให้ความร่วมมือือหมดเลย” (ศุภโชค ยอดแก้ว, สัมภาษณ์)

“เคสล่าสุดก็จะเป็นชิการ์ไวรัสประมาณเดือนพฤศจิกายนปีที่แล้ว (2559) ก็เป็นเคสที่ได้รับการยืนยันจากทางห้องปฏิบัติการ แล้วก็จากการสอบสวนโรค แล้วก็ควบคุมโรค...เนื่องจากว่าประวัติของเขาเนี่ยมีประวัติช่วงก่อนเกิดโรคเนี่ยประมาณ 2 สัปดาห์มีประวัติเดินทางไปกรุงเทพฯ ส่วนหนึ่ง และก็เดินทางมาที่เขตเมืองอุบลฯ ส่วนหนึ่ง รวมทั้งมีประวัติเดินทางไปเยี่ยมญาติที่ฝั่งประเทศเพื่อนบ้านด้วย นี่ก็เป็นการสันนิษฐาน สุดท้ายแล้วก็ตามไปที่ต้นทางที่จะได้รับเชื้อมา ปรากฏว่าที่อุบลฯ ไม่มีผู้ป่วยชิการ์ ขนาดเดียวกันที่กรุงเทพฯ เท่าที่สอบถามสำนักกระบาดวิทยา มากี่ไม่มี แต่ก็ไม่กล้ายืนยันฟันธงได้ว่าเคสนี้จะเป็นเคสที่จะได้รับเชื้อมาจากการไปเยี่ยมญาติที่ฝั่งประเทศเพื่อนบ้านหรือไม่...สรุปก็ไม่สามารถยืนยันได้ว่า รับเชื้อมาจากไหน แต่ก็มีอาการควบคุมโรค จนพ้นระยะเวลา 2 เท่าของระยะฟักตัวคือ 28 วัน ก็ไม่ปรากฏผู้ป่วยรายใหม่ ขณะเดียวกันก่อนหน้านี้ก็เคยมีเคสผู้ป่วยเข้าได้กับนิยามที่ต้องมีการเฝ้าระวังของเมอร์ส ซึ่งเป็นเขตที่เดินทางมาจากต่างประเทศในพื้นที่ที่มีการระบาด แล้วมีอาการเข้าได้ เราก็มีการตรวจแล็บ แล้วก็แยกผู้ป่วยตามมาตรฐานการรักษาที่ห้องเฉพาะ” (ประทีป บุญธรรม, สัมภาษณ์)

“เคยทำ (ข่าว) เกี่ยวกับโรคเมอร์ส เป็นโรคจากโซนทางตะวันออกกลาง...เรามีความเสี่ยง เพราะคนจากตะวันออกกลางเข้ามารักษาโรคอื่น ๆ ในไทยเยอะ เนื่องจากการแพทย์ของเรามีระบบการรักษาที่ดี...เราก็ตรวจพบว่ามีชาวต่างชาติป่วย (โรคเมอร์ส) และเดินทางมาไทย ทางกระทรวงก็ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ มีสถาบันบำราศนราดูรที่จะดูแลเกี่ยวกับโรคระบาดโดยตรง...ทุกรายที่มาในไทยไม่เสียชีวิต ก็ต้องยอมรับว่าของเรามีระบบดูแลที่ดี เรามีห้องแยกโรคที่ดี พอรู้ว่าผู้ป่วยก็มีวิธีการคัดแยกผู้ป่วยคนอื่น ๆ ที่อยู่ใกล้ชิด เป็นห้องปลอดเชื้อ ไม่ให้มีการกระจายของโรค” (จันทนา เชียงทอง, สัมภาษณ์)

“เรื่องเมอร์สเป็นโรคอุบัติใหม่ที่ล่าสุด ที่มาจากต่างประเทศ ก่อนหน้านี้มีตัวอื่น ๆ มาตั้งแต่ โรคไข้หวัดนก โรคซาร์ส เนื่องด้วยที่ผ่านมามีข้อมูลข่าวสารที่ผมได้ทำข่าวมานะ ตั้งแต่สมัยอยู่ภูเก็ต ตอนนั้นภูเก็ตระบบการป้องกันของสาธารณสุขมันเข้มแข็งมาก เนื่องจากภูเก็ตมันมีไฟล์บินตรงจาก ตั้งแต่ ยุโรปตะวันออกกลางญี่ปุ่น ซึ่งเป็นพื้นที่ที่เกิดโรคแล้วก็มีการบินตรง...เจ้าหน้าที่ใช้วิธีการตรวจคัดกรอง ณ จุดที่

นักท่องเที่ยวผ่าน โดยการทำงานลือกับสาธารณสุขทำงานร่วมมือกันอย่างใกล้ชิด... จากการทำงานของสาธารณสุขแล้วก็ระบบการวางแผนโครงสร้างสาธารณสุขของประเทศของไทยจะได้รับการยอมรับจากองค์การอนามัยโรค (WHO) มีระบบการป้องกันอย่างเข้มแข็ง... จากประสบการณ์ทางนั้น ทำให้ผมแล้วก็ทางด้านสื่อจะรู้วิธีการเตรียมการนำเสนอข่าว” (ปฐมพงษ์ แก้วบัณฑิตย์, สัมภาษณ์)

สิ่งที่ยังเป็นกังวลคือ แม้ประเทศไทยจะมีมาตรการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ อุบัติใหม่อย่างมีประสิทธิภาพ แต่การป้องกันและควบคุมโรคยังขึ้นอยู่กับประชาชนที่หลบหลีกมาตรการเดินทางเข้าประเทศไทยด้วยความจำเป็นในการประกอบอาชีพเลี้ยงปากเลี้ยงท้องประจำวัน จึงมีโอกาสและความเสี่ยงที่จะเกิดการระบาดขึ้นในประเทศไทยได้

“อำเภอยายชอบที่มีการติดต่อเดินทางจากเพื่อนบ้านเยอะจริง ๆ มีความน่าเป็นห่วงก็ข้างบ้านเราเองนะครับที่บอกว่าการสาธารณสุขเค้าไม่เท่าบ้านเรา จริง ๆ แล้วมันมีหลายประเด็นที่น่าเป็นห่วง เป็นห่วงหลายประเด็นเพียงแต่ว่าในวิถีของชาวบ้านให้ความสำคัญกับเรื่องปากท้องมากกว่าในปัจจุบันก็จะสนใจเรื่องทำมาหากินเรื่องอะไรพวกนี้มาก่อนอย่างเช่นเรื่องโรคเรื่องสุขภาพถ้าไม่เกิดขึ้นกับตัวเองหรือเกิดขึ้นกับคนในครอบครัวความตื่นกลัวก็จะไม่ค่อยมีส่วนมาก” (สุขุม สุขพันธ์, สัมภาษณ์)

4.1.2 การเฝ้าระวังโรค การเฝ้าระวังโรคได้รับการกำหนดเป็นระเบียบขั้นตอนสำหรับการดำเนินงานไว้อย่างชัดเจน โดยกำหนดให้มีการรายงานเหตุการณ์ แจ้งข่าวการระบาดในต่างประเทศไปยังจังหวัดที่มี ด่านข้ามชายแดนในการเฝ้าระวัง เมื่อเหตุการณ์สงสัยให้ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศที่มีข้อตกลงร่วมกัน

“โปรโตคอล (Protocol) ของของอีโบล่า ของเมอร์ส มีครับ คือส่วนกลางเค้าจะส่งมาให้ สำนักโรคติดต่อเขาจะส่งมาให้ แล้วก็ปรับใช้ตามเรา ปรับเองแต่ละช่องทางจะไม่เหมือนกัน...อย่างหนองคายเขาก็เป็นสะพาน เขาก็ถือว่าเป็นด่านบก อันนี้คือของเมอร์สมันเหมือนกันนั่นแหละ แต่มันต่างกันตรงว่าอุณหภูมิ 38” (ณัฐกิจ เสี่ยมศักดิ์, สัมภาษณ์)

“จุดอ่อนปรนนี้เนาะ เวลาที่มีการเอาท์เบรก ในพื้นที่ต่างประเทศพื้นที่ใดพื้นที่หนึ่ง ถ้าเกิด มีการรายงานอย่างนี้เกิดขึ้น ระบบการสื่อสารจากส่วนกลางก็จะมาถึงจังหวัด เขาก็จะมีการเฝ้าระวังเข้ม ผมเองในฐานะที่อยู่จังหวัดก็ต้องมีหนังสือประสานไปยังหน่วยบริการตามแนวชายแดนให้มีการเฝ้าระวังเข้มข้น นอกเหนือจากที่เขามีกการควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ เขาทำหน้าที่ เช่น สถานีอนามัยหรือว่าโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลตามตะเข็บชายแดน ให้ความสำคัญกับเรื่องนี้ถ้ามีเคสบูบ

เข้าได้กับนิยามก็ต้องรีบแจ้ง อันนี้คือระบบเฝ้าระวังที่เราทำ ที่ผ่านมาก็ไม่หลุดนะ ก็ยังไม่ปรากฏเคส”(ประทีป บุญธรรม, สัมภาษณ์)

ระบบการเฝ้าระวังโรค มีการทำข้อตกลงความร่วมมือกันกับหน่วยงานของต่างประเทศ เพื่อร่วมมือกันในการเฝ้าระวังและควบคุมโรค

“ตอนนี้เหมือนเฝ้าระวังระหว่างประเทศระหว่างของเรา แล้วก็ของลาวตรงนี้ก็จะเป็นตัวแขวงหรือตัวจังหวัดบ่อแก้วตอนที่เรโค (ประสานงาน) กับเค้าเป็นหลัก อย่างเป็นทางการเป็นการก็ในเรื่องของระบบข้อมูลรายงานโรค...อันหลังสุดเหมือนว่า เค้าจะมีโปรแกรมรายงานหรือว่าส่งเคส (case) กันทางออนไลน์” (สมปรารถน์ หมั่นจิต, สัมภาษณ์)

“ส่วนใหญ่แล้วในพื้นที่เราที่มีระบบการเฝ้าระวังควบคุมโรคเราก็จะดูแลที่หนองคาย และนครหลวงเวียงจันทน์เป็นหลัก...ก็ร่วมกับทางนครหลวงเวียงจันทน์ก็เฝ้าระวัง คัดกรอง ผู้ที่มีอาการไข้ไอเจ็บคอบริเวณด่าน ทางหน้าที่ของด่านควบคุมโรคของเรา ซึ่งขึ้นตรงกับด่านควบคุมโรคที่ 8 อุดรธานีเค้าก็จะดูแลคนเข้าประเทศว่ามีอาการไข้ ไอเจ็บคอไหม ถ้ามีเค้าก็จะแนะนำให้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ทำนองเดียวกัน ถ้ามีคนไข้ที่ไอเจ็บคอเดินทางเข้าลาว ด่านควบคุมโรคสาธารณสุขนครหลวง เวียงจันทน์เนี่ยเค้าก็จะมีการคัดกรอง แนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวแล้วก็เข้ารับการรักษา...มีเอ็มโอยู (MOU บันทึกข้อตกลงร่วมกัน) กับเวียงจันทน์ปีนี้ปีที่ 12 คือเรา ทำงานร่วมกันมาตลอด ตั้งแต่ในเรื่องโรคเอดส์และเรื่องโรคติดต่อทั้งหมด เราจะ พุดคุยกันนะครับ ภายใต้การดูแลและการสนับสนุนของคินัน (องค์กรพัฒนาเอกชน) จะเป็นของเวทส์ซีดีซี ยูเซด และของ เอ็มบีดีเอส ระบบการเฝ้าระวังและควบคุมโรค ตามแนวแม่น้ำโขงก็จะมีเครือข่ายกัน ก็จะเฝ้าระวังทั้งหมด 17 โรคก็จะมีรายงานกัน ในภาคพื้นนี้เหมือนกัน” (ธวัชชัย เหลืองศิริ, สัมภาษณ์)

“ถ้าเจ้าหน้าที่สงสัยว่าอยู่ในข่ายที่เราสนใจก็จะกักตัวไว้ก่อน คนที่เข้ามา ถ้าไม่มีเราก็ตลอดไปตามธรรมชาติ ให้ข้ามแดนผ่านมาถ้ามีบัตรนะครับ เราก็กักเฝ้าระวังอย่างนั้น แต่ที่นี้เราก็กักประสานงานในการทำงานระหว่างอำเภอศรีเชียงใหม่(จังหวัดหนองคาย)กับอำเภอโคตรตะบอง(ลาว)...ตรงบ้านผมมันจะมีจุดผ่อนปรน ก็ต้องเน้นหน่อยเพราะข้ามไปข้ามมา ส่วนที่ข้ามมาที่เราเราก็กักไม่มีปัญหาเพราะมีบัตรผ่านแดน แต่ที่ข้ามมาแล้วเราไม่รู้เรื่องเช่นนั่งเรือมาตอนกลางคืนเนี่ย อันนั้นก็อีกเรื่องหนึ่งเราก็กักไม่ได้เฝ้าระวังได้อย่างทั่วถึง แล้วการประสานงานระหว่างสองเมืองระหว่างสาธารณสุขอำเภอศรีเชียงใหม่ กับอำเภอศรีโคตรตะบองจะประสานงานกัน ทำงานร่วมกัน ประชุมกันทุกเดือนเราจะไปมาหาสู่กันตลอดเค้าก็นั่งเรือมา บางทีเราก็กัก

เร็วไปก็ปรึกษากันอยู่ตลอด ทุกเดือนเลยในการทำงานด้านสาธารณสุขเพื่อเฝ้าระวังโรคติดต่อในห่วงที่มีโรคติดต่อมา” (อภิสิทธิ์ อุตมะ, สัมภาษณ์)

4.1.3 ข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ ในด้านข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ ๆ มีการทำงานร่วมกันในการรายงานข่าวระหว่างผู้สื่อข่าวและเจ้าหน้าที่ โดยเมื่อมีรายงานการพบผู้สงสัยติดเชื้อในประเทศไทยจะมีการให้ข้อมูลแก่นักข่าว เพื่อแจ้งเตือนให้ประชาชนทราบ และช่วยในการควบคุมการระบาดได้

“เราได้รับทราบข่าวจากหน่วยงานจากสาธารณสุข ว่ามีการแพร่ระบาด มีผู้ป่วยที่รับเชื้อตัวนี้มา(เมอร์ส) โดยมีภูมิลำเนาอยู่ที่อำเภอโพธิ์ไทร(จังหวัดอุบลฯ)...จุดที่พบผู้ป่วยเนี่ย จะเป็นแนวชายแดนระหว่างไทยกับลาว เบื้องต้นที่ได้รับทราบเนี่ยว่าผู้ป่วยเนี่ย เป็นหญิงเป็นหญิงอยู่ไม่ห่างจากชายแดน แล้วมีอาชีพก็คือข้ามไปมา ระหว่างไทยลาว เพื่อไปรับซื้อรับซื้อพืชผลทางการเกษตรจากประเทศลาว...ทางเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ก็มีการร่วมกับทางอำเภอ มีการเข้าไปควบคุมโรค โดยทำตามระบบของสาธารณสุข มีการสอบสวนโรค เราก็มีการกักกันโรค โดยกักกันในรัศมี 3 กิโลเมตรจากบ้านของผู้ที่ได้รับเชื้อมา...หลังจากที่แพทย์เอาตัวมารักษา มาตรวจตรวจแล้วปรากฏว่าเชื้อสามารถควบคุมได้ ควบคุมได้ แล้วก็ไม่มีการระบาดภายในระยะเวลาหนึ่งสัปดาห์ โดยไม่พบผู้ป่วยใหม่ ก็ถือว่าสามารถที่จะควบคุมได้ คือในช่วงนั้นเรา พอทราบพวกเราก็ลงไปติดตามเลย” (พงษ์สันต์ เตชะเสน, สัมภาษณ์)

“ก็โรคระบาดที่ว่ามันเป็นโรคใหม่สำหรับชาวอุบลฯ ที่มันเคยมีข่าวมีผู้ป่วย 1 รายที่อยู่ต่างอำเภอที่เป็นใช้หวัดที่ว่าโรคเมอร์สเนี่ย...สันนิษฐานว่าอาการมันคล้ายแต่ว่ามันก็ไม่ได้ระบาด มีอยู่รายเดียวรู้สึกจะเป็นผู้หญิงแต่ก็นานแล้วนะ...ถ้าผมจำไม่ผิดคือเขาไปทำงานแล้วกลับมาบ้าน อาการก็เหมือนกับที่เขาบอกว่า ตัวร้อน เป็นไข้เกินสูง 38 องศาเซลเซียส แล้วก็จะมีลักษณะอาการเหมือนที่เขาบอก ก็คือทางจังหวัดทางสาธารณสุข ก็ลงไปรวมทั้งจังหวัดก็มีท่านรองผู้ว่าไปติดตามตามข่าวนี้...คือทำการที่ว่าขั้นตอนตามแพทย์ มีข่าวนี้ตัวเดียวทำให้เราตื่นตัวในเรื่องโรคตัวนี้ ความจริงแล้วถามว่าคนอุบลฯ ติดตามข่าวสารพวกนี้ก็มี เพราะว่าทางจังหวัดก็จะมีส่งข่าวส่งข่าวให้กับผู้สื่อข่าว ไม่ว่าจะผ่านทางสถานีวิทยุ ทางหนังสือพิมพ์ หนังสือพิมพ์ท้องถิ่นก็จะมีคอลัมน์ที่ว่าทางสกลฯ 10 ทางสาธารณสุข สสจ. ก็จะมีส่งข่าวพวกนี้ไปให้ช่วยประชาสัมพันธ์ให้พี่น้องประชาชนได้รับรู้รับทราบเกี่ยวกับสถานการณ์ของโลกซึ่งมันเกิดที่ตะวันออกกลางอะไรอย่างนี้ ซึ่งโอกาสที่จะมาอุบลฯนั้นก็มี เพราะที่สนามบินนานาชาติของอุบลฯ มันมีคนพวกนี้มา” (เชิดชัย ทองถม, สัมภาษณ์)

ในระดับสายงานสาธารณสุข มีการประสานงาน รายงานสถานการณ์ ไปตามสายงานตามลำดับชั้น จากอำเภอ จังหวัด และกระทรวงสาธารณสุข

“สื่อสารผ่านหน่วยงานรัฐในเครือข่ายทั้งในระดับจังหวัด อำเภอโดยมีการหนังสือแจ้งไปยังอำเภอตอนนี้สถานการณ์โรคพวกนี้เป็นยังไงบ้าง ก็ขอให้ทุกคนได้มีการเฝ้าระวัง...ถ้ามีอาการ ก็ต้องชี้ช่องทางให้เค้าได้เข้ามารับการรักษาที่สถานบริการของรัฐ ก็เป็นมาตรการที่เรามีการเฝ้าระวังอยู่ คือเรื่องของการสื่อสาร ขณะเดียวกันช่วงที่มีการเอาที่เบรคหรือว่าเกิดโรคอุบัติใหม่ยังประเทศเพื่อนบ้านหรือทั่วโลกนี้แหละ... ขณะเดียวกันเวลาลงชุมชนอย่างเนี้ย ยกตัวอย่างที่โพธิ์ไทร(จังหวัดอุบลฯ)ชิการ์ไวรัสเนี้ยมันมีหลายส่วนที่เกี่ยวข้องกับชาวบ้านมาก ยกตัวอย่างเช่นเรื่องที่จะกำจัดพาหะนำโรคมันต้องอาศัยความร่วมมือกับชาวบ้าน ก็ได้ทำนายอำเภอมาร่วมประชุมกลางคืนเลย ฟรุ้งนี้เราจะมีการทำ big cleaning day กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงนะ เพื่อตัดวงจรไม่ให้มีนี่ก็เป็นการสื่อสารแล้วก็ในรูปแบบการทำงานเพื่อที่จะให้ชาวบ้านเข้าใจ” (ประทีป บุญธรรม, สัมภาษณ์)

“เราก็รับข้อมูลมาแล้วก็ทำตามนโยบายในเรื่องของการควบคุมช่วงที่มีการระบาด ... ข้อมูลเราก็ให้เพียงแต่ช่วงที่มีการแพร่ระบาด เราก็ให้ข้อมูลกับชาวบ้านโดยผ่านกระบวนการในส่วนของแต่ละตำบลเค้าก็จะมี SRRT คือศูนย์ควบคุมโรคเฉพาะกิจ มีหลายระดับระดับตั้งแต่ระดับอำเภอแล้วก็จะระดับตำบลในการที่จะร่วมกัน พอมิเจอโรคระบาด” (สมพงษ์ ชำหา, สัมภาษณ์)

นอกจากนี้ หน่วยงานสาธารณสุข โรงพยาบาล เมื่อทราบการระบาด จะมีการติดตามข่าวสาร เพื่อเฝ้าระวังโรค อบรมเจ้าหน้าที่ เตรียมพร้อมรับมือกับสถานการณ์

“เมอร์สนี่จะมีลักษณะเป็นข่าว พอมิข่าวต่างประเทศปุ๊บ มีข่าวในกรุงเทพฯ พวกนี้พอมิเคลสก็เหมือนจะ เราก็จะติดตามข่าว รวมทั้งหาข้อมูลแล้วก็บางอันก็จะเป็นลักษณะของการอบรมเจ้าหน้าที่ ๆ เกี่ยวข้องอย่างเช่นฝ่ายที่ต้องเฝ้าระวังอย่างเช่นแพทย์ พยาบาล หรือฝ่ายที่มีหน้าที่เฝ้าระวังก็จะให้ความรู้ให้อบรมไว้ แล้วก็เหมือนเตรียมการเฝ้าระวังอยู่ แต่ของเมอร์สนี้มันตะวันออกกลาง อย่างของเราตรงชายแดนตรงนี้นี่มันคือลาว จีนอะไรนี่ บางทีเราก็จะดูด้วยว่าที่เค้าพบเคสเค้าประกาศอะไร... มันใกล้กับเราไหม มีไหม หรือถ้ามันใกล้กับเราเนี่ยเราก็จะเฝ้าระวัง ถ้าไม่มีเราก็เหมือนจะเฝ้าระวังติดตามสถานการณ์” (สมปรารถน์ หมั่นจิต, สัมภาษณ์)

ในระดับชุมชน เมื่อเกิดเหตุระบาดในต่างประเทศ แม้จะยังไม่ระบาดเข้ามาในประเทศ เครือข่าย อสม. จะทำหน้าที่เตือนชาวบ้านให้ทราบสถานการณ์ผ่านช่องทางสื่อในชุมชน และคอยเฝ้าระวัง รายงานให้แก่ส่วนงานสาธารณสุข

“เรื่องโรคอุบัติใหม่ ถ้าเราทราบข่าวเรา ก็จะแจ้งเตือนประชาสัมพันธ มันจะมีหอประชาสัมพันธของชุมชนอยู่ ก็จะแจ้งชาวบ้านว่า ถ้าไปในที่สถานที่ที่มีคนเยอะ น่าจะมีผ้าปิดปาก มันจะมาทางลมหายใจ ทางไอ ทางจาม แล้วก็แจ้งไป ถ้ามันมีข้อมูลมา... คือเราจะต้องหาว่ามันเป็นยังไง ที่นี้การป้องกันเราจะป้องกันแบบไหน การรักษา แล้วจะรักษาแบบไหน...เราจะทำยังไง หาวิธีการว่าเราจะรณรงค์ เราต้องไม่ใช่คนคนเดียว เราต้องหาคนในกลุ่ม เราต้องหาเพื่อนสมาชิกจะช่วยกันเกี่ยวกับงานนี้ โรคนี้มันกำลังระบาดมานะ...สมัยนี้เนอะ โซเชียลมันก็เลยง่าย การที่เราจะรับข่าว และทำยังไงเราถึงจะช่วยกัน เราจะต้องหาทางป้องกันไว้ก่อน” (ฉัตร จันทร์แก้ว, สัมภาษณ์)

“แค่เป็นไข้ธรรมดาแล้วก็ต้องสงสัยนะเราต้องสงสัยไว้ก่อนว่ามันจะเป็นยังไง ใหมคือเราจะต้องให้คำแนะนำเขาแบบ รวดเร็ว ถ้ามีอาการแบบนี้จะไปหาหมอดี ใหมอันดับแรกเราต้องหาหมออย่างเดียวมันต้องหาหมอค่ะโรงพยาบาลอย่างเดียวคะ” (อยู่เย็น ญาณพันธ์, สัมภาษณ์)

“คือโรคระบาดอยู่ที่ฟาร์มไก่ที่ศรีเชียงใหม่ (จังหวัดหนองคาย) ห่างจากเราไปประมาณ 6 กิโลเมตรคือตายทั้งเล้าเลยประมาณ 3,000 - 4,000 ตัว...ผมไปเลยครับ คือสมมุติว่าเค้าแจ้งมาอย่างออกไปได้กิโลหนึ่งตอนนี้มีไก่ตายแล้ว 4 -5 ตัว ท่านประธานไปดูหน่อยผมก็ขับรถไปดูเลย ขับไปดูปุ๊บ ผมก็ไปเชิญคุณหมอเชิญเจ้าหน้าที่ไปด้วยเอาถุงมือไปเอาน้ำยาไปก็ราดไปด้วยแล้วก็เก็บก็คือให้เจ้าของค่านั้นแหละชุดคลุมฝึ่งแล้วก็เอาน้ำยาไปราด ก็กำจัดอะไรประมาณนี้ครับ” (อภิวัฒน์ อุตมะ, สัมภาษณ์)

“ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคว่าเป็นอย่างไร การแพร่กระจายของโรคเป็นอย่างไร ข้อควรปฏิบัติตัวเราควรระวังเสี่ยงอะไรยังไง กรณีเกิดโรคเราควรต้องรีบไปพบแพทย์ก็จะแนะนำไปอย่างนั้น...บางทีก็จะเฝ้าสังเกตเหมือนในกรณีที่พบสัตว์ป่วย สัตว์ตาย สัตว์ปีกอย่างเช่นไก่เป็ดอย่างนี้ครับก็จะมีกรารายงานให้ รพสต. รับทราบแบบนี้ครับ” (สุขุม สุขพันธ์, สัมภาษณ์)

4.2 การตื่นตัว และการตื่นตระหนกของประชาชน

การตื่นตัวของประชาชนมีลักษณะตื่นตัวเมื่อโรคเข้าใกล้ตัว เฉพาะพื้นที่ ส่วนการตื่นตระหนกจะเกิดเมื่อขาดข้อมูล แต่จะลดลงได้ด้วยความมั่นใจต่อมาตรการและการดำเนินงานควบคุมโรค

ด้วยลักษณะการเกิดโรคที่เกิดขึ้นในต่างประเทศที่อยู่ห่างไกลจากประเทศไทย ส่งผลให้การรับรู้และการตื่นตัวของประชาชนยังไม่มาก ด้วยมองว่าเป็นเรื่องไกลตัว แต่เมื่อการระบาดเข้ามาใกล้ประเทศไทย หรือเข้ามาในประเทศ ประชาชนจะมีการตื่นตัวมากขึ้น เป็นการตื่นตัวตามความกังวลใจเกี่ยวกับอันตรายของโรคที่ใกล้ตัวมากขึ้น

“ตามที่คุณะ ชาร์ลกับเมอร์ส เค้าวามันยังอยู่ไกลอยู่ และอีกอย่างเค้าไม่ได้แพร่มาทางเรา ถ้าแพร่มาทางเรา เค้าก็จะแจ้งมา ยิ่งจะโหมโรงกว่านั้นอีก...ถ้าใกล้ตัวเค้าทำแน่นอน อย่างพวกไข้เลือดออกอย่างนี้ เวลาหน้าฝนผมก็จะประกาศ 2 3 วัน ประกาศที่ 2 3 วันประกาศที่ 3 ภาชนะที่ไม่ได้ใช้ พยายามคว่ำ น้ำเต็มล้างตุ๋มภายใน 3 วัน ก็แจ้งไปตลอด เค้าก็ทำตามเรา” (ฉัตร จันทร์แก้ว, สัมภาษณ์)

“ส่วนใหญ่แล้วไอ้โรคพวกนี้มันไม่ได้เป็นประจำ ถ้ามันไม่ระบาดชาวบ้านก็ไม่ได้ตื่นตระหนก ชาวบ้านก็ไม่ได้รู้ แต่พอมีมาบ๊ีบเราก็ก้อามาเตือน ถึงแม้ว่าบางที่มันไม่ได้เกิดในประเทศไทย แต่โอกาสที่มันจะมาก็มี ถ้ามันระบาดไปทั่วโลก โอกาสที่มาถึงไทยมันต้องมีอยู่แล้ว เราก็ก้อาข้อมูลที่มีอยู่แล้วมาพูดกันให้พี่น้องประชาชนคนฟังได้รู้ข้อมูล” (เชิดชัย ทองถม, สัมภาษณ์)

“จะมีไข้หวัดนกอยู่สองครั้งที่ศรีเชียงใหม่ (จังหวัดหนองคาย) รู้สึกจะเป็นศรีเชียงใหม่กับท่าบ่อตอนปี 50 มันจะเป็นต่อกัน 2 ปีเลยคะ มันจะเป็นไข้หวัดนกซึ่งมาจากลาว...มันแตกตื่นกันไปหมดเลยอย่าง เช่นส่วนราชการที่เค้ายังตั้งตัวไม่ได้ ที่เค้าตั้งตัวไม่ได้เพราะเค้าอาจจะเห็นแค่ใน paper ก็คือพื้นที่ยังไม่เคยเกิด แล้วประเด็นก็คือว่าเค้าควบคุมอยู่แต่สิ่งที่มันควบคุมไม่ได้เพราะว่ามันมาจากประเทศเพื่อนบ้าน...นอกจากไข้หวัดนกที่มันเกิดจากไก่แล้วตอนนั้นมันมีเคสหนึ่งที่มีข่าวว่ามีคนลาวป่วยติดเชื้อจาก H5N1 ตอนนั้นยังเป็น H5N1 อยู่...ตอนนั้นเค้าก็เอามาไว้ที่โรงพยาบาลหนองคาย แล้วก็ทำห้องกักมันจะมีห้องกักโรคทั้งที่หนองคายทั้งที่ศรีเชียงใหม่นะ แล้วก็ ก็แตกตื่นกัน เค้าก็ทำห้องต่าง ๆ แล้วเค้าก็เข้าไปดูเราก็เข้าไปดูอยู่นะว่าก่อนหน้านี้ คือก่อนที่มันจะเกิดเราก็เข้าไปดูอยู่นะว่าห้องนี้มันสามารถช่วยกักกันโรคอะไร ยังไงที่โรงพยาบาล ตอนนั้นก็แตกตื่นกันอยู่พอสมควร” (ประภาพร ส่อนราช, สัมภาษณ์)

“โรคอุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ...ล่าสุดมันก็จะมีพวกชิการ์ อะไรพวกนี้คะ ถ้ามองว่ากระทบเรามากไหม ในเชิงประชาชน บอกจริง ๆ มันจะในแง่จิตใจมากกว่ามีความกังวลแต่ว่าในแง่สื่ออื่น คำก็ต้องตามแหละ ทันข่าวในเชิงสาธารณสุขในเชิงสุขภาพ อะไรอย่างนี้ เพราะฉะนั้นประสบการณ์ก็ไม่ได้มีโดยตรง” (คุณอรุษา พิสุทธิพันธ์, สัมภาษณ์)

นอกจากนี้การตื่นตัวของประชาชนมักจะเกิดขึ้นในพื้นที่เฉพาะ เกิดขึ้นกับประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ที่สงสัยว่ามีการติดเชื้อ แล้วมีการดำเนินงานเข้าตรวจสอบ ควบคุมโรคในพื้นที่ ประชาชนจะรับรู้จากการมีเจ้าหน้าที่เข้ามาในพื้นที่ รวมทั้งการได้รับข่าวว่ามีผู้ติดเชื้ออยู่ในพื้นที่ ชุมชนที่อาศัย การตื่นตัวของประชาชนจะมากขึ้น

“จริง ๆ แล้วอาการตื่นตัวเนี่ยจะอยู่ในขอบแคบ ๆ...คือเฉพาะในอำเภอ หรือในเขตหมู่บ้าน...เฉพาะในเขตตำบล (พื้นที่เสี่ยงของการระบาดของโรค) เพราะเขาเห็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขลงไปเป็นจำนวนมาก เขาก็รู้แล้วว่ามันผิดปกติ แล้วเมื่อมีสื่อยืนยันเนี่ย มันก็ชัดเจนถามว่าหมู่บ้านนั้นมีตื่นตระหนกไหม ก็มี เพราะว่าเราเข้าไปแต่เขาเริ่มป้องกันตัวคือเราไม่เคย เห็นเขาเอา ใหมมาคว่ำ มาเอาโองมาล้าง อ่างพลาสติกอ่างภาชนะใส่น้ำที่ใช้ล้างจานใช้เสร็จแล้วก็คว่ำ เรามองตรงนี้ เราสังเกตตรงนี้... ช่างนอกเหนือจากหมู่บ้านนั้นไปไหนไกล ๆ ก่อนเท่าที่เราขับรถผ่านเข้าไปยังใช้ชีวิตปกติ” (พงษ์สันต์ เตชะเสน, สัมภาษณ์)

“...ผมว่าชาวบ้านถ้าตื่นตัวนะครับ น่าจะมาจาก ถ้ามันมีคนในหมู่บ้านเป็นเค้จะตื่นตัวเยอะ ผมว่านะถ้าโรคบางอย่างแต่ถ้าเราเอาที่อื่นหรือเค้าดูข่าวทีวีแล้วเราไปสื่อสารกับเค้านะเค้าก็จะรับฟังอยู่แต่ท่าที่ตอบรับของเค้าก็จะพอประมาณถ้ามันมีเกิดโรคเค้าก็จะถามกลับมาบ้าง แต่ถ้ามันเกิดโรคแล้วนั้นแหละเค้าถึงจะแบบอย่างนี้แหละ มันเป็นอย่างนั้นแล้วแหละ...” (สุชุม สุกพันธ์, สัมภาษณ์)

“จริง ๆ แล้วอาการตื่นตัวเนี่ยจะอยู่ในขอบแคบ ๆ เช่นเราระบุไปว่าโดยประมาณ ตำบลนี้ อำเภอนี้ก็ตื่นตัวอยู่ในวงแคบ ๆ คือจะไม่ใช้ว่าตื่นไปทั้งจังหวัด คือเฉพาะในอำเภอ หรือในเขตหมู่บ้าน...เฉพาะในเขตตำบล (พื้นที่เสี่ยงของการระบาดของโรค) เพราะเขาเห็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขลงไปเป็นจำนวนมาก เขาก็รู้แล้วว่ามันผิดปกติ แล้วเมื่อมีสื่อยืนยันเนี่ย มันก็ชัดเจนถามว่าหมู่บ้านนั้นมีตื่นตระหนกไหม ก็มี เพราะว่าเราเข้าไป” (ประทีป บุญธรรม, สัมภาษณ์)

การตื่นตัวมักจะเกิดขึ้นในช่วงแรกที่มีข่าวการระบาด แต่หลังจากข่าวเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ไม่ได้รับการรายงานข่าวต่อ การตื่นตัวก็จะลดลง

“จริง ๆ การตื่นตัวถามว่าตื่นตัวใหม่ตื่นตัวเฉพาะแรกนะ นิสัยคนไทยจะเป็นแบบนี้ก็คือตื่นตัวเฉพาะแรกๆ พอนาน ๆ ไปก็กลายเป็นความเคยชินแล้วก็ไม่ได้สนใจส่วนใหญ่มันจะเป็นแบบนี้ ก็คือแรก ๆ จะตกใจกลัวกันเขาบอกให้ล้างมือก็ล้าง เขาบอกได้กินซอญกลางก็กินเขาบอกให้กินร้อนก็กินแต่พอพ้นระยะเวลาหนึ่งไปก็จะเฉย ๆ ไปจะเป็นอย่างนั้น...เหมือนกันกับไข้เลือดออก ยุ่งลายแบบนี้ ถ้ามันไม่ระบาด ถ้าไม่มีข่าวว่าระบาดบ้านนั้นบ้านนี้ ก็จะไม่กลัวกัน พอรู้ว่ามันใกล้ตัวมากก็จะพากันระวังละที่นี้ มันจะเป็นอย่างนั้น” (เชิดชัย ทองถม, สัมภาษณ์)

เมื่อมีการรายงานข่าวเกี่ยวกับการระบาด ความรุนแรงของโรค การไม่มีการรักษา การเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อมากขึ้น การได้รับข้อมูลไม่มากเพียงพอ จนกลายเป็นตื่นตระหนก

“การระบาดที่ตะวันออกกลาง กระแสผู้เสียชีวิตสร้างความตื่นกลัวให้แก่ประชาชนสูง เมื่อประชาชนรู้ว่าไม่มียารักษาโรค เขาก็จะคิดว่าไม่มีวัคซีน ไม่มียา คนก็ตื่นกลัวว่าต้องตายอย่างเดียว” (จันทนา เชียงทอง, สัมภาษณ์)

“ก็คือได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ ไม่ได้รับข่าวสารจากปากต่อปากจะเป็นลักษณะการรับรู้แต่อย่างกังวลและ เข้าใจ แต่ยังคงกังวลถึงสถานการณ์ว่าแล้ว มันจะเข้าถึงตัวเขาหรือไม่ (โรคอุบัติใหม่) เป็นลักษณะของความรู้สึกของชาวบ้าน ณ ตรงนั้น” (ปฐมพงษ์ แก้วบัณฑิตชัย, สัมภาษณ์)

“จริง ๆ อย่างซิการ์เนี่ย ถ้าเราไม่ได้ท้องมันก็โอเคแทบไม่ได้กระทบอะไรเราเลย แต่เราอาจจะรับข้อมูลมาไม่รอบด้าน อาจจะด้วยสื่อด้วย ให้ข้อมูลไม่ครอบคลุมอะไรอย่างนี้ มันเลยทำให้เราในฐานะของประชาชน เขาก็รู้สึกตื่นตูม...การที่ได้ข้อมูลมาไม่ครอบคลุมหรือให้ข้อมูลไม่ครบมันทำให้คน panic กับโรคพวกนี้มากเกินไป” (อรุษา พิสุทธิพันธ์ุ, สัมภาษณ์)

นอกจากนี้การตื่นตระหนกของประชาชนจะสามารถลดลงได้ ด้วยการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับมาตรการและการดำเนินงานเกี่ยวกับการควบคุมโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไทย จนเกิดความมั่นใจในมาตรการและการดำเนินงานที่สามารถคัดกรอง ป้องกัน และควบคุมโรคที่จะระบาดเข้ามาในประเทศได้

“ในส่วนของประชาชนซึ่งการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร เท่าที่ดู เขาจะไม่ค่อยตื่นตระหนก เพราะเขามีความเชื่อมั่นจากเจ้าหน้าที่ คือ สังเกตได้จากบรรยากาศทางเศรษฐกิจ ทั้งการท่องเที่ยว ทั้งกิจกรรมที่มี event ต่าง ๆ นักท่องเที่ยวต่างประเทศก็มา คนไทยก็สามารถมีกิจกรรมการท่องเที่ยวอย่างคึกคัก คือ คนตกใจแต่ก็ไม่ได้แตกตื่น

มาก แต่รับรู้ข่าวสารและนำข้อมูลไปใช้และป้องกัน มองว่าส่วนหนึ่งที่ผ่านมาโรคแบบนี้เข้ามาในประเทศไทยบ้าง แต่ปิดเคสได้เร็ว...ทำให้คนรู้สึกว่าการส่งเหล่านี้นั้นเข้ามาถึงคนไทย มันไม่แพร่ระบาดกระจัดกระจาย อาจจะไม่เจอเคส เขาก็บล็อกจัดการ” (ปฐมพงษ์ แก้วบัณฑิตชัย, สัมภาษณ์)

4.2.1 การบริหารการสื่อสารความเสี่ยง สถานการณ์โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ มีความเสี่ยงที่จะเกิดความรุนแรงจากโรค ส่งผลกระทบต่อชีวิตของประชาชน การตื่นตระหนกส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ และระบบ สาธารณสุขของประเทศ การสื่อสารในสถานการณ์เสี่ยงนี้จำเป็นต้องมีการดำเนินงานและการจัดที่ดี กระทรวงสาธารณสุขมีการจัดการการสื่อสารความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ

“มันก็จะมีกฎระเบียบหลักเกณฑ์ว่าถ้าเป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อนเราตั้งกฎเกณฑ์ว่าใครจะเป็นผู้ที่สามารถให้ข่าวได้อย่างเช่นระดับกระทรวงก็จะเป็นท่านปลัดรองลงมา ก็จะเป็นท่านอธิบดีต่าง ๆ เราก็จะมีกฎเกณฑ์ว่ารอให้ท่านแถลงข่าวอย่างเดียวก่อนอย่าไปฟังข่าวข้อมูลจากแหล่งอื่น” (อรุษา พิสุทธิพันธ์, สัมภาษณ์)

“เราต้องกำหนดให้เลยเรื่องการสื่อสารความเสี่ยง หรือแม้แต่ทีม MCAT หรือทีมที่จะเข้าไปดูในเรื่องของจิตวิทยานี้ เราก็ต้องมีในพื้นที่เหมือนกัน...ถ้ามีสถานการณ์อะไรทีมสื่อสารความเสี่ยงทำอะไรแล้วก็มอบให้รองปฏิบัติคนหนึ่งเป็นคนแถลงข่าวกับทางสื่อมวลชนตลอด สื่อสารความเสี่ยงนี้ก็ทำเอกสารทำสื่ออะไรต่าง ๆ แจกให้กับประชาชนในพื้นที่...พูดง่าย ๆ ว่าท่านรองนายแพทย์จะเป็นคนแถลงข่าวเกี่ยวกับสาธารณสุข ถ้าหลักจริง ๆ ต้องเป็นท่านผู้ว่าฯ แต่ท่านผู้ว่าฯ ถ้าเกี่ยวกับทางสาธารณสุขท่านก็จะมอบให้ทางรองนายแพทย์เป็นคนแถลง สจจ.” (ธวัชชัย เหลืองศิริ, สัมภาษณ์)

การจัดการการสื่อสารความเสี่ยง เกี่ยวข้องกับการควบคุมการตื่นตระหนก ด้วยการควบคุมข่าวสารป้องกันข่าวลือ การให้ข้อมูลที่จำเป็น โดยมีการกำหนดระดับขั้นข่าวสารที่ควรเผยแพร่เพื่อป้องกันมิให้ตื่นตระหนก

“เรื่องชั้นความลับของข้อมูล ทีมเราจะมีทีมเฝ้าระวังควบคุมโรค ทั้งทางหนองคายและเวียงจันทน์คือทีมนี้จะรู้ว่าจะมีโรคระบาดและโรคติดต่อที่ไหนที่เจ็บป่วยแล้วก็ไปดูแลเรื่องการสอบสวนควบคุมโรคในพื้นที่ พอในพื้นที่ข้อมูลชั้นความลับพวกนี้จะไม่เปิดเผย เพราะว่าถ้ามีการหลุดออกไปหรือว่าถ้ามีการกระจายข่าวออกไปมันจะไม่กระทบกับคนที่อยู่สองฝั่งนี้ มันจะไม่กระทบกับการท่องเที่ยว เศรษฐกิจบางด้านแต่

ที่หนองคายเองจะไม่มี บางด้านบางคูปิดด้าน...ตัวอย่างเช่นไขหัวदनก ก็จะมีอาการ ปิดด้านของบางคูหรือว่าคูไทยลาวก็จะมีอาการปิดด้าน คูพม่าก็จะมีอาการปิดด้าน ก็จะมี แบบนั้นที่นี้พอเรามีข่าวเราก็จะมีการสอบสวนโรค ก็จะมีการเข้าไปป้องกันควบคุม โรคให้มันทันช่วงที่ และก็จะมีการช่วยเหลือกันระหว่าง 2 ข้างตรงนี้...ถ้ามีกระแส ข่าวว่ามีคนป่วยในพื้นที่มีข่าวลือว่ามีคนป่วยในพื้นที่หรืออะไรต่าง ๆ เราก็จะให้ สื่อสารประชาสัมพันธ์ผ่านอสม.ในพื้นที่เข้าไปตามจุดต่าง ๆ ในพื้นที่ ผมยก ตัวอย่างเช่น โพนพิสัย อย่างข่าวลือเรื่องชิการ์เนียก็จะมี อสม. ไปเดินเคาะประตูให้ ความรู้ตามบ้าน เค้าก็ไม่ตื่นตระหนกนะครับ” (ธวัชชัย เหลืองศิริ, สัมภาษณ์)

4.3 พฤติกรรมของประชาชนต่อโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ

ประชาชนที่ตื่นตัวต่อโรคติดต่ออุบัติใหม่ ๆ จะมีพฤติกรรมตอบสนองในเชิงการป้องกัน โรค ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการควบคุมโรค ดังเห็นได้จากการที่ประชาชนมีอาการเจ็บป่วย ก็จะกังวลว่า ตนเองติดโรคหรือไม่ จะเข้าพบเจ้าหน้าที่เพื่อสอบถามอาการโรคให้มั่นใจว่าตนเองเจ็บป่วยด้วย โรคติดต่ออุบัติใหม่ ๆ ที่เป็นข่าวหรือไม่

“เค้าก็สนใจอย่างในเรื่องของเมอร์ส ของชิการ์ ก็มีมาถามเหมือนกันว่าอาการอย่างนี้ มันเหมือนไหม” (สมพงษ์ ชำหา, สัมภาษณ์)

“เขาเริ่มป้องกันตัวคือเราไม่เคยเห็นเขาเอา ไหมมาคว่ำ มาเอาโอ่งมาล้าง อ่าง พลาสติกอ่างภาชนะใส่น้ำที่ใช้ล้างจานใช้เสร็จแล้วก็คว่ำ เรามองตรงนี้ เราสังเกตตรง นี้ได้ชัดเจนขึ้นแสดงว่าเจ้าหน้าที่ อสม. หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้มาแนะนำและ ชาวบ้านเริ่มปฏิบัติ เนี่ยแหละครับทำให้มันควบคุมได้เร็วขึ้น...จุดเสี่ยงหรือจุดที่พบ ผู้ป่วยอันนี้ค่อนข้างชัดเจนจากการที่ชาวบ้านเขาตื่นตัวมาขอรับบริการมาขอตรวจขอ อะไร...ผมยกตัวอย่างเช่นชิการ์ไวรัสที่โพธิ์ไทร (จังหวัดอุบลฯ) ก็จะเกิดการตื่นตัวขึ้น ใครมีฝุ่น มีไข้บ้าง ก็จะมาพบเจ้าหน้าที่มากกว่าผิดปกติ นั่นเป็นการสะท้อนถึงความ ตระหนัก” (ประทีป บุญธรรม, สัมภาษณ์)

ประชาชนมักจะประมาทเมื่อเจ็บป่วย เพราะไม่ได้ข่าวเกี่ยวกับการระบาด ไม่ให้ ความสำคัญกับการรักษาโรคของตนเอง ซึ่งจะเป็นอุปสรรคต่อการควบคุมการระบาดของโรคทั้งที่เป็น โรคระบาดตามฤดูกาล และโรคติดต่ออุบัติใหม่ ๆ ได้

“อย่างโรคหวัดใหม่หรืออะไรเค้าจะยังไม่ค่อยรู้ใจ ขนาดหนังสือพิมพ์ลงข่าวลงอะไร เค้าก็จะช่างมันไป ไม่ใช่บ้านชั้น ก็อยู่ประมาณนั้น จะมารู้ได้ก็ต่อเมื่อคุยกับ อสม. ถ้าไม่มั่นใจถ้าช่วยตัวเองกันได้หรือถ้าชาวบ้านพอมีศักยภาพหน่อยก็จะไปหาหมอ

แต่บางครั้งก็อาจจะตื้อก็รอให้มันรุนแรงถึงจุดพีคไปแล้วนั่นแหละถึงจะไปหาหมอ... แล้วก็มีเคลสยกตัวอย่าง ซึ่งไม่รับเลย อสม. ยังไงก็ไม่รับ อยู่ ๆ พอครอบครัวเป็นไข้เลือดออกโวยวาย ก็เค้าเตือนแล้ว... พอโดนเข้าไปอย่างนี้จะทำไงละ ครั้งหน้าก็เล็กละเล็ก นี่มันเป็นอย่างนี้มันต้องมีเคลสตัวอย่างให้เห็นใจ คนไทยก็รู้ ๆ อยู่ว่าไม่เห็นโรคศพไม่หลังน้ำตา นี่คือวิธีนะ วิธีจริง ๆ ที่เคยเกิดขึ้น” (ประสิทธิ์ จันทร์ลำภู, สัมภาษณ์)

“ถ้าหากไม่เกิดโรคเขาก็จะไม่ทำกัน แต่ถ้าเกิดโรคสักรายมีตัวอย่างสักเคสเขาก็เริ่ม ๆ ป้องกันกัน...” (ศุภโชค ยอดแก้ว, สัมภาษณ์)

“ส่วนมากเค้าก็ไม่ค่อยถามนะ เพราะว่าข้อมูลที่ได้จากทีวีก็ประมาณหนึ่งเพราะว่าถ้าสมมุติว่าลงวันนี้พุงนี้ติดต่อกันเป็นวัน 2 วัน 3 วัน คือเค้าติดตามผลไปเรื่อย ๆ เขาก็โอ๊ะ! โอ้โรคนี้เป็นอย่างนี้ เค้าก็พอจะรู้... ก็ประกาศตามทีวีเค้าพูด” (ฉัตร จันทร์แก้ว, สัมภาษณ์)

“ไม่เยอะครับไม่ค่อยตื่นเต้น... ไม่มีไม่เลยคนลาวยิ่งแล้ว... จะว่ายังไงดีเขาไม่ค่อยสนใจสุขภาพเขาไม่ค่อยสนใจสุขภาพตัวเอง” (ณัฐกิจ เสงี่ยมศักดิ์, สัมภาษณ์)

“ผมว่าโรคระบาดมันก็มีข้อดีอยู่อย่างหนึ่งคือทำให้ชาวบ้านตื่นตัวแต่ว่าพอมันไม่มีช่วงระบาดชาวบ้านก็จะเฉื่อย ๆ เฉย ๆ กัน” (สุชุม สุกพันธ์, สัมภาษณ์)

4.3.1 การให้ความร่วมมือในการควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ การควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ในบางกรณี เช่น ไข้หวัดนก ที่ต้องมีการกำจัดไก่ที่ เป็นต้นเหตุของโรค แต่ไม่ได้รับความร่วมมือจากชาวบ้าน เพราะชาวบ้านเสียตายนี่จะต้องฆ่าไก่ของตนเอง จึงนำไปหลบซ่อนไว้เคลื่อนย้ายไปซ่อนอีกที่หนึ่ง ซึ่งเป็นอุปสรรคในการควบคุมการระบาดของโรคไข้หวัดนก

“ผมยกตัวอย่างเช่นอย่างเมื่อปี 48 ไข้หวัดนกกลางที่หมู่บ้านผมเลยทางการ ทางสาธารณสุขสั่งมาเลยว่าห้ามทำการเคลื่อนย้ายสัตว์ ห้ามทำอะไรเลย สัตว์ที่เลี้ยงอยู่เนี่ยคือมันตายมันอะไรเยอะมากคือสัตว์ที่ตายแล้วให้ฝังกลบให้ทำลายทันทีแต่ที่น้องประชาชนด้วยความเสียตายนี่คือพอเค้าสั่งฆ่าแล้ว เราก็เอาลงมาฆ่าเอา มาถอนขนถอนอะไรเก็บไว้ แซ่ตู้เย็นไว้ประกอบอาหารไม่กระตือรือร้นว่าจะเกิดโรคอะไรประมาณนี้” (อภิรักษ์ อุตมะ, สัมภาษณ์)

“คือไข้หวัดนกมาครั้งแรกปี เจ็ด คือมันใหม่พอมันมีเหตุการณ์ ฆ่าไก่ ฝังกลบไก่ชาวบ้านก็แตกตื่นจับกลุ่มกันแล้วสมมุติว่าเราจะทำยังไง... ถ้าเป็นโรคอะไรที่เกิดกับไก่เค้าจะพยายามซ่อน เอาไก่ไปซ่อน เอาขึ้นรถไปกลางดึกเพื่อป้องกันไม่ให้ไก่โดนเชือด... ตอนนั้นชาวบ้านค่อนข้างมีอารมณ์ว่าทำไมต้องฆ่าไก่เค้า เค้าเอาไปกินได้ไหม

มันมีวิธีอื่นใหม่ที่ต้องฆ่าไก่เค้าทั้งหมดทั้งที่ไก่เค้ามันไม่ได้ป่วย มันเป็นอารมณ์ที่แบบว่าไม่เข้าใจและก็แอนตี้ (ต่อต้าน) สักหน่อย คนที่เลี้ยงไก่ชนดึก ๆ ก็จะไปก่อพายุพข้ามจังหวัดเลย” (ประภาพร ล่อนราช, สัมภาษณ์)

ในกรณีโรคเมอร์สที่มีผู้ติดเชื้อจากต่างประเทศเข้ามาในประเทศไทย กลุ่มอาชีพที่มีความเสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อ เช่น คนขับแท็กซี่ จะได้รับคำแนะนำเพื่อควบคุมโรค แต่ในบางคนที่ไม่ให้ความร่วมมือ เพราะไปขัดกับการประกอบอาชีพ ทำให้รายได้เขาลดลง

“มีคนไม่ยอมให้ความร่วมมือ อย่างเช่น แท็กซี่ เขาไม่ยอมให้ความร่วมมือในการที่จะบอกว่าเขาเป็นกลุ่มเสี่ยง เพราะทำให้เขาขาดรายได้...เขาก็อยากจะออกไปหารายได้ให้ครอบครัว ถ้าเกิดว่า ณ วันนั้น เกิดคราวเคราะห์ของเขา ถ้าเขาได้รับเชื้อเยอะแล้วเขาป่วย การที่เขาขับแท็กซี่มันก็จะไปแพร่เชื้อให้กับคนอื่น เรายังโชคดีที่กลุ่มเสี่ยงทั้งหมด ไม่มีใครติดเชื้อ” (จันทนา เชียงทอง, สัมภาษณ์)

อย่างไรก็ตาม อสม. และประชาชนจิตอาสา มีความพร้อมเสมอที่จะให้ความร่วมมือในการควบคุมโรคกับทางราชการ ทั้งนี้ทางราชการส่วนกลางต้องส่งเนื้อหา ข้อมูลมาถึง อสม. อย่างรวดเร็ว

“ผมอยากได้ข้อมูลที่ไวที่สุด ข่าวสารจากสาธารณสุขหรือจากส่วนกลางให้ไวที่สุดให้มีแนวเขตและแนวปฏิบัติการป้องกันเพราะเราอยู่ใกล้กับพี่น้องประชาชนเรามากที่สุดของ อสม. จิตอาสาเราเนี่ย คือส่งลงมาเลยเราพร้อมที่จะปฏิบัติอยู่แล้ว” (อภิสิทธิ์ อุตมะ, สัมภาษณ์)

4.3.2 ความเชื่อและพิธีกรรมรักษาโรค ยังเป็นอุปสรรคในการควบคุมโรค ความเชื่อและพิธีกรรมในการรักษาโรคตามความเชื่อของชาวบ้าน ปรากฏให้เห็นอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุ วัยกลางคน ซึ่งยังเชื่อและถือปฏิบัติในการรักษาโรคของตนเอง และนำมาปฏิบัติกับกลุ่มรุ่นลูกหลาน ซึ่งมักจะเป็นปัญหาที่ทำให้อาการเจ็บป่วยของโรคทรุดหนักลง จนบางครั้งถึงขั้นรักษายากหรือรักษาให้หายไม่ได้แล้ว

“บอกตรง ๆ ว่าถ้าเรื่องสุขภาพ สำคัญที่สุดคือมันไปพ่วงในเรื่องของพิธีกรรม นิสัยความเคยชิน พวกนี้ค่อนข้างแก้ยาก...ส่วนใหญ่ก็อาจจะไปเจอในเวลาที่เราหายป่วย” (สมพงษ์ ขำหา, สัมภาษณ์)

“บางทีเจ็บป่วยก็ยังมีอยู่บ้างที่ไปหาหมอ ดูที่นี้ทางเหนือจะมีความเชื่ออยู่อย่างนึง...เค้าไปถาม ผีหม้อหนึ่ง...คือจะเหมือนเป็นเค้าจะไปขอที่ตาอั้งโล่เตาที่เค้าใช้ทำกับข้าวนะ ที่เค้าเชื่อว่ามันจะมีปู่ย่าอะไรอยู่ในนี้ แล้วก็เวลาที่คนเจ็บไข้ได้ป่วยเค้าก็จะมีการบ้านหนึ่งที่เค้านับถือ เหมือนกับว่าเป็นบ้านที่เค้าเข้าทรงอะไรแบบนี้ครับ แต่ไม่ใช้

การเข้าทรงที่คนนะครับแต่จะเอาหม้อหนึ่งข้าวเหนียวมามัดกับไม้ หม้อหนึ่งข้าวเหนียว มันจะเป็นกลม ๆ ไขใหม่ครับแล้วเค้าจะมีไม้ไผ่อันหนึ่งยาว ๆ ลัก 2 ฟุตก็เอามาวาง พาดแล้วเค้าจะเอาดอกมัดให้เหมือนแขน แล้วก็ก่อนทำพิธีเค้าก็จะเตรียมดอกไม้ ธูปเทียน แล้วก็เงินที่เค้าเรียกว่าเงินบูชาครูไขใหม่ แล้วเค้าก็จะไปบอกที่เตาไฟ พอบอกเสร็จแล้วก็จะเหมือนกับอัญเชิญให้มาเข้าที่หม้อหนึ่งแล้วเค้าจะมีอุปกรณ์ อย่างหนึ่ง คือกระดิ่งใส่ข้าวสารคนที่จะมาดูก็ต้องเอาข้าวสารมา 1 ลิตร เอามาใส่ใน หม้อหนึ่ง เค้าก็จะเกลี่ยให้เรียบ ๆ เสร็จแล้วเวลาทำก็จะเริ่มคำถามว่านายคนนี่ชื่อนาย คำเนี่ย ไม่สบายเป็นมาหลายวันแล้วจะโดนผีทับไหม คือถ้าเค้าบอกว่าใช่หม้อหนึ่งก็จะ กระโดดก็คือจะมีสองคนช่วยกันจับข้างล่าง เพราะหม้อหนึ่งข้าวจะเป็นกระบอกไม้ที่ ด้านบนด้านล่างจะทะลุถึงกันเหมือนท่อครับ นั่นแหละเค้าก็จะมีคนจับแล้วเค้าก็จะ กระโดดตุ๊บ ๆ ๆ เลยนะครับ จากนั้นเค้าก็จะถามว่าไขใหม่ ถ้าไม่ใช่เค้าก็จะนั่ง เหมือนกับเค้าปฏิเสธ แต่ถ้าใช่เค้าก็จะกระโดด แล้วก็ถามโดนที่ไหน โดนผีทับที่ ไหนแล้วเค้าก็จะเอาแขนที่เป็นไม้ขีดไป บางทีก็เป็นกากบาทแบบบ่อ สี่แยกหรือ สี่แยกตรงไหน เค้าก็จะทำเหมือนเป็นกลม ๆ เค้าก็จะวัดหรือ โรงเรียนหรือ สาม แยก เสร็จแล้วพอดูเสร็จอะไรเสร็จเค้าจะถามว่าเค้าอยากกินอะไร คือความทาง เหนือจะมีทางเชื่อเรื่องผีทุกเวลาเค้าไม่สบายว่าเค้าอยากกินอยากกินลาบ อยากกิน แกงอ่อม อยากกินเหล้าขาวอะไรอย่างนี้ เสร็จแล้วเค้าก็จะบอกว่าถ้าหายนะ 3 วัน 7 วันเค้าก็จะไปเลี้ยงแล้วก็ปรากฏว่าเค้าก็ไปทำ เค้าก็จะมีพิธีบอกว่าไปทำอย่างนั้น อย่างนี้นะเสร็จปุ๊บถ้าคนไข้หายเค้าก็จะมีไปเลี้ยงละ เค้าก็จะเอาข้าวสารที่ว่าเอาไป ไหว้ที่สามแยกที่แยกนั้น” (สุขุม สุขพันธ์, สัมภาษณ์)

“ของเรามีชาวเขา(จังหวัดเชียงราย)ที่ความเชื่อของเค้าจะมีอยู่ อย่างเช่นถ้า เจ็บป่วยตรงไหนก็เอาเหรียญชุด ๆ ตามตัว พอมาหาเราอย่างน้องใหม่ที่ไม่เคยรู้จัก เอ๊ะอะไรนี่เป็นรอยข้ำรอยอะไร การชุดนี้จะมีบางทีก็เป็นรอยข้ำ หรือบางทีก็จะมี เหรียญหนีบ ๆ พวกนี้ก็จะเจอในชาวเขา มั่งนี้ก็จะเจอ อย่างพวกจีนฮ่อ เย้าก็มี ซึ่งตรงนี้ บางคนเค้าก็ทำมาแต่ในขณะเดียวกันเค้าก็มา รพ.ด้วย เพื่อตรวจยืนยันคือไม่ใช่เค้า ว่าจะทำแบบปักใจเชื่อหรือว่าทำตรงนั้นจนโทรมแล้วไม่ไหวแล้วถึงจะมา บางคนก็ ปูย่าบอกให้ทำเค้าก็ทำ แต่พ่อแม่ที่เข้าโรงเรียนหรืออะไรก็ทำด้วยแล้วก็มาด้วย แล้ว ก็มีความเชื่อเช่นถ้าเกิดจากผีจากอะไรแล้วขอลกลับไปทำพิธีแบบนี้ก็มีอยู่ แต่ว่าความ รุนแรงก็แล้วแต่ อย่างบางคนก็ขอรักษาก่อน บางเคสเราก็เห็นได้ชัดเจนว่าเป็นแผล ติดเชื้อต้องให้ยาปฏิชีวนะ 3 วัน 5 วันอะไรที่เรากำหนดวันเวลาได้เราก็จะบอกว่า ขอให้ครบก่อนนะ ถ้าจะทำพิธีก็ค่อยกลับไปทำ” (สมปรารถน์ หมั่นจิต, สัมภาษณ์)

อย่างไรก็ตาม ความเชื่อและพิธีกรรมการรักษาโรคที่เชื่อกันต่อ ๆ มาในชุมชน มีพบเห็นน้อยลง ทั้งนี้บทบาทของ อสม. ซึ่งเป็นผู้นำเสนอในวิธีการรักษาด้วยวิทยาการทางการแพทย์จะเป็นผู้ให้น่าแนะนำ เฝ้าระวัง และช่วยเหลือเมื่ออาการของโรครุนแรงมากขึ้น ก็จะมีการประสานนำส่งโรงพยาบาลสุขภาพตำบลเพื่อรักษาต่อไป

“ถ้าถามถึงอิทธิพลเรื่องพิธีกรรมความเชื่อพวกนี้ก็จะลดลงแต่ก็ยังมีอยู่ แต่ก็ได้ไม่ถึงที่ซะทีเดียว...ในฐานะคนพื้นถิ่นเนี่ย อย่างเรื่องไสยศาสตร์มีบ้างแต่น้อยลงเยอะ หมอจะอิทธิพลมากขึ้น ไร่เรื่องของหมอผี หมอดู...เค้าจะทำเพื่อความสบายใจของชาวบ้านมากกว่าคะ คือรักษาหมอบัจจุบันเค้าก็รักษา สมุนไพรเค้าก็กิน หมอดูเค้าก็ไปหา คนทรงเค้าก็ไป เค้าจะทำทุกอย่างเพื่อให้สบายใจว่าสมาชิกในครอบครัวเค้ามีโอกาสที่จะหายนะ จะไปบนบานศาลกล่าวขอพระเค้าก็ทำ” (ประภาพร ส่อนราช, สัมภาษณ์)

“มีครับยังมีความเชื่อเกี่ยวกับสิ่งที่ไม่เห็นคือเขตภาคอีสานนี่คือพิธีผีเข้า เป็นไข้ไม่ลดสักทีคนเฒ่าคนแก่เนี่ยยังมีความเชื่ออยู่เอาธูปเอาเทียนเอาน้ำมันตมาใส่ยังมีอยู่ยังเห็นเป็นบางส่วน...ก็อายุ 60 – 70 อะไรประมาณนี้ที่เชื่อว่าผีเข้า แต่ว่าถ้าหากถ้าผมไปเจอผมก็จะให้คำแนะนำว่าไปหาหมอก่อนไหม ถ้าเกิดว่าเค้าบอกว่าไปผมก็จะให้ญาติพาขึ้นรถไปเลย” (อภิวัฒน์ อุตมะ, สัมภาษณ์)

4.4 การรายงานข่าวโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ

โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศถือเป็นข่าวที่มีความสำคัญ เพราะเป็นเหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตของประชาชน และส่งผลกระทบต่อประชาชนจำนวนมาก ดังนั้นนักข่าวจึงให้ความสำคัญในการเสนอข่าว ทั้งนี้การรายงานข่าวโรคติดต่ออุบัติใหม่ฯ เน้นการให้ความรู้ป้องกัน สถานการณ์ แต่ต้องไม่สร้างความตื่นตระหนก

“เราก็อัปเดตตลอดประชาชนอาจจะสนใจทุกวัน...ถ้าพบคนป่วยต้องขึ้นหัวใหญ่ หลังจากนั้น ถามว่าเราติดตามไหม เราตาม แต่ว่าหัวข่าวอาจไม่ได้ใหญ่เหมือนวันแรกที่บอกว่าเป็นกับวันสุดท้ายที่บอกว่ายาว ช่วงระยะพักตัวของโรค เราก็ต้องติดตามทุกวันจนกว่าเขาจะหายดี คุณที่เราเฝ้าระวัง จำกัดวงว่าคนไทยคนนี้ต้องติดตามอาการทุกวัน ก็โทรไปถามทางโรงพยาบาล ว่าลักษณะอาการของเขามีการป่วยไหม หรือเข้าข่ายว่าจะเป็นไหม คือเราต้องอัปเดตทุกวัน...ส่วนการแตกประเด็นจะดูถึงมาตรฐาน อย่างเช่น เรารู้แล้วว่าคนนี้เป็นโรค พี่ก็จะดูก่อนว่าอาการเขามี

อะไรใหม่ แล้วเราก็จะไปหาข้อมูลเพิ่มเติมว่าอาการเหล่านี้ จริง ๆ แล้วมันรุนแรงขนาดไหน เช่น เขาบอกวันนี้อาการดีขึ้น อาการทรงตัว พี่ก็จะไปเจาะลึกกว่าเดิมว่า ทรงตัวคือระดับไหน พี่ก็จะอธิบายให้ลึกขึ้น เพื่อสร้างความเข้าใจมากขึ้น อาจจะทำให้เป็นสก็๊ปข่าวควบคู่ไปด้วย” (จันทนา เชียงทอง, สัมภาษณ์)

การทำข่าวจะเริ่มต้นจากการที่นักข่าวได้รับทราบรายงาน ข่าวประชาสัมพันธ์ การแถลงข่าว การให้สัมภาษณ์จากหน่วยงาน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทั้งในระดับจังหวัดและส่วนกลาง รวมทั้งได้มาจากการสืบข่าวของนักข่าวเอง เมื่อเริ่มสังเกตเห็นความผิดปกติ หรือระแคะระคายว่าจะมีเหตุการณ์เกิดขึ้นจากแหล่งข่าวใกล้ชิดของนักข่าว จากนั้นจะเริ่มลงพื้นที่เพื่อทำข่าว และรายงานข่าว โดยให้ความสำคัญกับแหล่งข่าวจากหน่วยงานสาธารณสุข

“ข่าวที่ได้มามันจะมาจากการรายงานมาถึงจังหวัดก่อน และทางจังหวัดมีทีมลงไป ซึ่งทีมข่าวก็คือส่วนใหญ่ก็เป็นสำนักข่าวประชาสัมพันธ์จังหวัด...ก็จะมีเจ้าหน้าที่ข่าวเคาะลงไปทำข่าว อย่างผมเป็นประธานเครือข่ายอาสาสมัครประชาสัมพันธ์ประจำหมู่บ้านและชุมชนของกรมประชาสัมพันธ์ เขาก็จะส่งข่าวเข้ามาที่พูดข่าวให้ชาวบ้านฟังด้วย ให้รับรู้แต่อย่าตื่นตระหนก ทางจังหวัดเขาจะบอกอย่างนี้ว่าให้พี่น้องประชาชนรับทราบข่าวสารแต่อย่าตื่นตระหนกก็คือพูดยังไงก็ได้ให้ชาวบ้านรู้ว่ามันมีโอกาสที่จะติดต่อได้ แต่เราต้องระวังตัวของเรา ทำก็คือการป้องกันป้องกันยังไง กินร้อนช้อนกลางใส่หน้ากาก อย่าไปมีปฏิสัมพันธ์ หรือว่าพวกโอเจวม อย่างนี้ต้องระวังเอาอย่างนี้แหละมาพูดให้ผู้ฟังได้รับฟัง ซึ่งรายการที่ผมทำมันจะมีรายการ คุยข่าวก็จะนำพวกข่าวสารของจังหวัดแล้วก็ข่าวสารของทางรัฐบาลเอามาพูด” (เชิดชัย ทองถม, สัมภาษณ์)

“เบื้องต้นเนี่ยนะครับเราก็จะมีกระบวนการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ของภาครัฐก่อน...เราจะไปพูดคุยให้ชาวบ้านเข้าใจ ไม่เกิดความกลัวจนเกิน ไปมีวิธีการหลังจากนั้นเขาก็จะไปสื่อสารกับกับคนรับผิดชอบในระดับสาธารณสุขตำบลกับ อสม. ว่าควรจะไปพูดคุยยังไง แล้วก็แนะนำยังไง ไม่ให้เขาให้เขาตระหนักในสิ่งที่ควรที่จะต้องดูแลตนเองประมาณนี้...การให้ข่าวในเรื่องนี้เนี่ย มันก็จะมีโปรโตคอลมีแนวปฏิบัติของกฎกระทรวงว่าการให้ข่าวนี่ใครควรจะเป็นคนให้ข่าวปฏิบัติตามนั้น...ในกระบวนการ เราก็จะเรียนเชิญท่านผู้ว่าฯ ให้ข่าววันนั้นท่านมอบให้รองผู้ว่าฯ เป็นคนให้ข่าว จะเชิญนักข่าวมาเพื่อที่ให้เขาเข้าใจว่าตอนนี้มีลักษณะอย่างนี้เกิดขึ้นนะ ช่วยกันประชาสัมพันธ์ว่าถ้าใครผิดปกติ อะไรก็ แต่ก็ไม่ได้ให้สร้างความตระหนกนะ ” (ประทีป บุญธรรม, สัมภาษณ์)

“เนื่องจากว่ามีรายงานเข้ามาพอเราทราบก็คือข้อมูลนี้ที่จะต้องเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเท่านั้นที่เปิดเผยสื่อไม่สามารถที่จะนำเสนอเองได้ ก็ไปรับทราบข้อมูลนี้

จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับทางจังหวัด ซึ่งขณะนั้นเขาให้ทำงานแบบบูรณาการ ก็คือระดับจังหวัดก็คือสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานควบคุมโรค แล้วก็ตัวจังหวัดก็คือทางผู้ว่าราชการส่วนพื้นที่พื้นที่เป็นการทำงานระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ กับทางนายอำเภอ แล้วก็ อบต. แล้วก็ชุมชน เราก็พอทราบ เราก็นำเสนอข่าว” (พงษ์สันต์ เตชะเสน, สัมภาษณ์)

การทำข่าวเกี่ยวกับโรคระบาด จะมีการตรวจสอบแหล่งข่าวอย่างรอบครอบ โดยตรวจสอบข้อมูลจากหลาย ๆ แหล่งทั้ง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น คนในพื้นที่ที่เกิดเหตุการณ์ เพื่อยืนยันความถูกต้องก่อนการรายงานข่าว

“เราก็จะสอบถามเนี่ยครับกับผู้ที่มีหน้าที่ อาจจะเป็นเจ้าหน้าที่จากทางสาธารณสุข โดยเฉพาะท่านสาธารณสุขจังหวัด ท่านสาธารณสุขอำเภอ หรือเจ้าหน้าที่ศูนย์ควบคุมโรค เราก็จะสอบถามตรงนี้ ครับอันนี้เป็นเช็คกับเฉย ๆ เราก็จะเช็คกับลงไปในพื้นที่ด้วย ว่ามันมีการเคลื่อนไหวแบบนี้ไหม อาจจะเช็คกลับไปทาง อบต. เช็คกลับไปทางนายอำเภอ ถ้ายังพบว่ายังมีเจ้าหน้าที่ลงไปปฏิบัติงานนั้นย่อมแสดงให้เห็นว่ามันยังควบคุมไม่ได้ มันยังอยู่มันพยายามทำตรงนี้ก็จะเป็นข้อมูลที่ทำให้เรารับทราบว่ายังมีการเคลื่อนไหวอยู่...เราลงด้วย แล้วเราก็มีการเช็คในพื้นที่คือเราก็มีการสอบถามแหล่งข่าว ว่าส่วนใหญ่เค้าจะมีแหล่งข่าวกระจายตามจุดต่าง ๆ” (พงษ์สันต์ เตชะเสน, สัมภาษณ์)

“คือมันขาดการกลั่นกรอง ทุกคนทำตัวเป็นสื่อหมด แต่สื่อมันไม่มีการตรวจสอบจริง ๆ มันก็เลยเป็นงานหนักอย่างสื่ออย่างพวกเราที่จะไปบอกว่าอันนี้จริง อันนี้ไม่จริง ต้องไปบอกเค้าอีกทีนึง...แล้วโดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าเป็นข่าวที่มันเกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บ จะใส่สีใส่ไข่เยอะมาก จะป่วยแล้ว เดียวลามแล้ว เดียวแพร่แล้วเราก็ต้องไปเช็คต้นตอว่าจริงหรือเปล่า ถามสาธารณสุขอีก จี๊ปคุลต์ว่าจริงหรือเปล่านั้นมันก็จะเหนื่อยเป็นสองเท่า” (ประภาพร สอนราช, สัมภาษณ์)

“ข่าวสารที่ผมเอามาพูด (ในรายการวิทยุ) มันเป็นแหล่งข่าวที่มาจากแหล่งข่าวที่เชื่อถือได้ไม่ใช่เราเอามาจาก line จาก facebook ที่เขาแชร์กัน อันนั้นผมไม่เอาเลย เพราะว่ามันถูกสอนมาอย่างนี้ว่าการที่จะเป็นอาสาสมัครประชาสัมพันธ์ประจำหมู่บ้านเนี่ย ก็คือต้องเอาข้อเท็จจริง ต้องเอาหลักฐานข่าวสารที่มาจากแหล่งที่อ้างอิงได้ก็คืออย่างสถานีวิทยุแห่งประเทศไทยหรือว่า สถานีโทรทัศน์ที่เขาออกอากาศนั้นคือแหล่งข่าวที่น่าเชื่อถือแต่ที่วิวดาวเทียมตามโซเชียลบางทีมันไม่มีแหล่งที่ยืนยันผมก็ไม่ได้เอามาพูดในรายการ” (เชิดชัย ทองถม, สัมภาษณ์)

การรายงานข่าวจะมีการระมัดระวังมิให้ส่งผลกระทบต่อผู้ติดเชื้อ และป้องกันการตื่นตระหนกของประชาชน โดยสืบค้นข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อนำมารายงานข่าวบนพื้นฐานการให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่เพื่อประโยชน์ในการควบคุมโรค

“การเขียนเบื้องต้นนี้เราจะไม่ระบุชื่อของผู้ป่วยไม่ระบุภูมิลาเนาที่ชัดเจนจัด เพียงแต่จะบอกกว้าง ๆ ว่าอยู่ที่อำเภอใด เป็นเพศอะไร อายุประมาณเท่าไร เพื่อปกป้องตัวผู้ป่วยเอง แล้วก็ปกป้องครอบครัวเขาเอง...การนำเสนอส่วนใหญ่นี้เราจะไม่ออกนอกแนวก็คือมีการหรือสอบถามทางเจ้าหน้าที่สาธารณสุขว่า เราควรเขียนข่าวไปได้ระดับใด ที่จะไม่สร้างความตื่นตระหนกด้วยข้อมูลต่าง ๆ นี้ก็จะเป็นเจ้าหน้าที่ที่เปิดเผยมาแล้วก็จะเล่าเหตุการณ์ว่าพบประเด็นเบื้องต้นว่าพบยังงัย ลักษณะการประกอบอาชีพของเขาเป็นยังงัย ทำไมเขาถึงรับเชื้อโรค เชื้อโรคนั้นมาจากไหน แล้วการควบคุมและปัจจุบันนี้ควบคุมได้ระดับใดแล้วคาดว่าจะสิ้นสุดได้ประมาณยังงัย ใช้หน่วยงานอะไรเข้าไปบ้าง จะลักษณะแบบนี้ จะเขียนเป็นกว้าง ๆ จะไม่โฟกัสแต่จะบอกว่า หน่วยงานของรัฐเขาทำอะไรอยู่ จะเป็นประมาณอย่างนี้” (พงษ์สันต์ เตชะเสน, สัมภาษณ์)

“ก็เราพยายามที่จะไปหาสาธารณสุข ปรึกษาว่าเราจะช่วยอะไรได้บ้าง เรามีข้อมูลอะไรที่คุณอยากจะเผยแพร่อีกไหมหรือประชาชนควรจะรับรู้ข้อมูลอะไรจากที่คุณ ได้เผยแพร่ไปแล้วบ้าง มันมีข้อมูลโรคใหม่ ๆ มาใหม่ นอกจากใช้หวัดนกหรือมันมีโรคแทรกซ้อนที่มันจะเกิดขึ้นได้ใหม่ ความอันตรายของคนที่จะไปสัมผัสกับไก่ พวกนี้ค่ะเราก็จะไปช่วย Support ตรงนี้แล้วก็นำเสนอผ่านสื่อที่เรามี” (ประภาพร สอนราช, สัมภาษณ์)

“ต้องค้นหาข้อมูลและก็หาข้อมูลที่เป็นน่าเชื่อถือจากสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สถิติตัวเลขต่างๆ ดูจากสื่อต่างประเทศที่เค้ารายงานที่น่าเชื่อถือ เช่นรอยเตอร์ว่า สถานการณ์ทำรายงานไปถึงไหนแล้ว ดังนั้นจากนั้นจะได้แง่มุมของสิ่งที่เกิดขึ้นในไทย ข้อมูลที่เกิดข้อมูลที่อยู่ในไทย เช่นอติบตีไครล์ ไม่รู้สิ ตัวแทนจากกระทรวง หรือว่าผู้เชี่ยวชาญในด้านต่าง ๆ” (อรุษา พิสุทธิพันธ์, สัมภาษณ์)

โรคติดต่ออุบัติใหม่ฯ เป็นโรคที่ยังขาดองค์ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุและการรักษา แต่มีความจำเป็นต้องควบคุมการระบาด ดังนั้นการรายงานข่าวควรเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ การป้องกันตนเองจากโรค วิธีการปฏิบัติตนเพื่อลดการติดเชื้อและการระบาด สถานการณ์เกี่ยวกับโรคทั้งนี้ต้องระมัดระวังการนำเสนอเพื่อมิให้เกิดการตื่นตระหนกของประชาชน

“เราไม่รู้ว่าเราจะรักษา ยังงัยเกิดจากเชื้ออะไร มันก็ต้องกลัวเพราะว่าในระดับความกลัว ของคน ถ้าเรากลัวมากที่สุดเราก็ต้องมีการป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดในระดับที่

สูงสุด...กับโรคซาร์ส ที่เรายังไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน เราก็ต้องคิดว่าไอ้เนี่ยมันรุนแรงมากกว่าแน่นอนอยู่แล้ว อันนี้คือเปรียบเทียบให้เห็น เพราะฉะนั้นคือการสื่อสารของในเรื่องของความรู้ องค์กรความรู้ ความเข้าใจหรือตระหนัก หรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มันก็จะมีแผนของมันนั่นแหละ ตามสถานการณ์ ขณะนั้น ในความคิดเห็นถามว่ารุนแรงไหม คือรุนแรงเพราะว่าไม่รู้ว่ามันเกิดอะไรขึ้น รักษาอย่างไร จะหายหรือจะตาย เป็นแล้วตายเลยไหมถ้ารักษาไม่หายอะไรอย่างนี้ ก็เลยเป็นระดับน่าจะรุนแรง” (อัญชลี สิทธิชัยรัตน์, สัมภาษณ์)

“สิ่งที่ประชาชนอยากรู้มากที่สุดเวลาที่มีสถานการณ์โรคเข้ามาในประเทศ สิ่งที่สำคัญในช่วงนั้น คือการให้ความรู้ และการสร้างกรอบที่ไม่ให้คนตื่นตระหนก จนไม่กล้าทำอะไร กังวลไปหมด...การให้ข้อมูลที่เป็นจริง และทำให้เขาไม่ตื่นกลัว โดยเอาความจริงไปสร้างความมั่นใจให้กับประชาชน” (จันทนา เชียงทอง, สัมภาษณ์)

“ด้วยความที่แหล่งข่าวหรือคนในที่เคยไปสัมผัสอาจจะเป็นเรื่องของระดับของการศึกษาด้วยที่เกี่ยวข้องกับความไม่รู้วิธีการป้องกันต่าง ๆ ความที่ว่าโรคนี้ป้องกันอย่างไรที่จะป้องกันอย่างแท้จริง หรือว่าเห็นจากข่าวแล้วมีการทำตามกันอย่างแมส (หน้ากากปิด) บางคนใส่เพราะไม่ใช่เพราะรู้นะ แต่เพราะเห็นเขาใส่ มันเป็นลักษณะแบบนั้น...อันนั้นเป็นความรู้สึกของชาวบ้านที่ดูข่าวจากสื่อ แต่ไม่ได้ขอเท็จจริงข้อมูลในเชิงรายละเอียดมากนักเลยทำให้ความตื่นตัวมาจากความรู้ แต่เป็นความตื่นตัวมากจากความรู้สึกประมาทนั่นครับ” (ปฐมพงษ์ แก้วบัณฑิตชัย, สัมภาษณ์)

โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ เป็นโรคเฉพาะที่เกิดขึ้นใหม่ มีการตั้งชื่อขึ้นใหม่ซึ่งมักจะเป็นภาษาต่างประเทศ เป็นชื่อเฉพาะที่ถูกกำหนดขึ้นใหม่จึงไม่ค่อยคุ้นเคยสำหรับคนไทย อีกทั้งยังมีรายละเอียดทางการแพทย์ที่มีเนื้อหาเฉพาะทาง เป็นศัพท์เทคนิคทางการแพทย์ การสื่อสารเรื่องนี้จึงจำเป็นต้องให้แพทย์เป็นผู้ให้รายละเอียดเพื่อความถูกต้อง ดังนั้นการรายงานข่าวจำเป็นต้องให้แพทย์เป็นผู้ให้รายละเอียด โดยนักข่าวจะรายงานเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และให้แพทย์ขยายความในรายละเอียดเกี่ยวกับอาการโรค การป้องกัน วิธีการดูแลตนเองให้ปลอดภัย

“กรณีที่สื่อรายงาน เนื่องจากโรคที่มาใหม่ ชื่อนั้นจะมาของมันเลย อย่างโรคซาร์ส โรคเมอร์ส พอคนรู้จักติดตามข่าวปุ๊บเขาก็จะรู้จักชื่อโดยทันที ชื่อนี้มันก็เลยถูกกำหนดมาแล้วว่าชื่อนี้เป็นโรคนี้อ... เพราะสาธารณสุขเขากำหนดว่ามันเป็นชื่อนี้แล้ว ยกเว้นไว้ว่าถ้าเกิดทางภาครัฐเขาปรับเปลี่ยนหรือว่ามีข้อมูลที่ต้องมาเพิ่มเติมก็ต้องมาอิงข้อมูลจากตรงนั้นไป...ส่วนรายละเอียดอย่างอื่นที่เป็นเชิงของวิธีการที่เป็นเนื้อหากระบวนการทางการแพทย์ที่ถูกใส่ในข่าว หลัก ๆ ก็ต้องใช้ทางการแพทย์

โดยตรง หากจะขยายความก็ต้องให้แพทย์ได้เป็นผู้ขยายความเอง...แต่การจะขยายความเพื่อที่จะให้ชาวบ้านได้เข้าใจง่ายก็ต้องให้ทางการแพทย์ได้มาขยายความว่า กระบวนการที่แพทย์แนะนำ หรือทางการสาธารณสุขแนะนำให้ชาวบ้านได้เข้าใจ หลักการง่าย ๆ มันเป็นอย่างไร เพราะสื่อมีหน้าที่ที่เป็นตัวกลางที่จะให้สองฝั่งที่จะได้เข้าถึงข้อมูลข้อเท็จจริงที่ถูกต้องระหว่างกัน...ถ้าหากมันเป็นสถานการณ์ที่ยังเป็นระดับทั่วไปอยู่ก็ถือว่าเป็นปกติ ชาวบ้านก็ยังเข้าใจได้ว่ามันไม่มีอะไร แต่เมื่อไร เรเวิล (level) มันสูงขึ้นเราก็ให้เขาขยายเพิ่มเติมว่าสถานการณ์มันเป็นยังไง... เพราะว่ามันจะมีข้อมูลตรงนี้อยู่...คือดูว่าประเด็นเรื่องข้อมูลที่ต้องการจะเป็นเรื่องอะไรถ้าเรื่องกลาง ๆ แล้วเรื่องทั่วไปอธิบายชาวบ้านง่าย ๆ ก็ดูไปที่สาธารณสุขจังหวัด แต่การป้องกันก็ไปที่กองควบคุมโรค พอเรื่องของรายละเอียดเชิงเทคนิค การรักษาพยาบาลก็ดูไปที่คุณหมอที่เชี่ยวชาญทางด้านโรคจริง ๆ” (ปฐมพงษ์ แก้วบัณฑิตชัย, สัมภาษณ์)

สื่อแต่ละสื่อมีความแตกต่างกัน เช่น หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ สื่อออนไลน์ มีพื้นที่การรายงานข่าวแตกต่างกัน และสื่อแต่ละสื่อยังเป้าหมายการทำธุรกิจที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามหากเป็นเรื่องโรคระบาดที่ส่งผลกระทบต่อวงกว้าง จะได้รับความสำคัญและนำเสนอข่าว โดยมักจะนำเสนอในรูปแบบการรายงานข่าว

“สื่อออนไลน์เนี่ยจะเป็นสื่อที่มีพื้นที่กว้างมาก เพราะฉะนั้นถ้าเป็นโรคระบาดเนี่ยขอให้ส่ง เขายินดีเผยแพร่ ถ้าเป็นสื่อทีวีในเชิงธุรกิจจะครบ เป็นโรคระบาดใหม่ที่สำคัญ เขาจึงให้น้ำหนัก แต่ถ้าเป็นโรคเก่าประจำถิ่น ส่วนใหญ่เค้าจะไม่ให้น้ำหนัก แต่ถ้าสำหรับ ไทยพีบีเอส (สถานีโทรทัศน์สาธารณะ) จะให้น้ำหนัก เพราะถือว่ามีหน้าที่เตือน จะต้องเตือนประชาชนว่ามันกำลังจะมีโรคเหล่านี้เกิดขึ้น...เป็นลักษณะการรายงานเหตุการณ์เพราะว่าพื้นที่ของสื่อเองพูดถึงปัจจุบันนี้มันก็ สื่อบางชนิดมันก็เป็นเชิงธุรกิจไม่มีพื้นที่ให้ ไม่มีพื้นที่ให้เพียงพอ เพราะฉะนั้นจริง ๆ แล้วการที่เค้าจะรับรู้ข่าวสาร ได้มากที่สุดก็คือมันก็ต้องจับใบปลิว ซึ่งมีการแจกแต่มันบางที่เค้าก็ไม่สนใจแต่ถ้าเป็นสื่อในส่วนเนี่ย จะเป็นการรายงานลักษณะเหตุการณ์สถานการณ์นั้น ๆ” (พงษ์สันต์ เตชะเสน, สัมภาษณ์)

4.4.1 ข้อควรระมัดระวังในการนำเสนอข่าว เหตุการณ์การเกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่ ๆ มีความอ่อนไหวต่อความรู้สึกและเกี่ยวข้องโดยตรงกับการดำเนินงานควบคุมโรค อีกทั้งยังเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ที่ดีกับต่างประเทศ โดยเฉพาะประเทศเพื่อนบ้าน ดังนั้นการเสนอข่าวต้องระมัดระวังกระทบต่อความสัมพันธ์ที่ดีของต่างประเทศ ให้ความสำคัญกับความถูกต้อง และให้น้ำหนักเนื้อหาที่

ต้องเสนออย่างชัดเจน เจาะจงในกรณีทีโรคันนั้นเกี่ยวข้องกับเฉพาะกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยง ไม่รายงานข่าว ด้วยสีสันเรียกร้องความสนใจมากเกินไป ซึ่งจะช่วยป้องกันการตื่นตระหนกของประชาชนได้

“คือจะเรียนตรง ๆ ว่าการอยู่หนองคายนี้มัน Sensitive คือจะไปพาดพิงประเทศเพื่อนบ้านก็ไม่ได้ คือจะไปบอกว่าไ้บ้านเค้ามาทำให้ไ้บ้านเราเป็นอย่างนี้ ๆ นะ ก็ไม่ได้ คือ Sensitive มาก ก็เลยต้องระมัดระวังในเรื่องนี้...ถามว่าโรคอุบัติใหม่โดยเฉพาะที่มันเกิดขึ้นตามแนวชายแดน หรือคนจากต่างประเทศนำเข้ามาเนี่ยมันเป็นเรื่องละเอียดอ่อนสำหรับคนที่อยู่ชายแดนมาก ๆ ในกาที่ที่จะพูดมากกว่าโรคมันเกิดขึ้นจากที่คนต่างชาติพาปัญหาเข้ามาอันนี้เราพูดไม่ได้ และละเอียดอ่อนมาก เราต้องหาทางเลี่ยงหรือใช้คำอื่นที่มัน soft ลงเพราะมันเป็นเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ” (ประภาพร สอนราช, สัมภาษณ์)

“สื่ออย่างที่บอกแหละ ต้องชั่งน้ำหนักให้น้ำหนักให้ดี กับสิ่งที่จะเล่น กับข้อมูลที่จะเน้นอะไร...การเขียนข่าวมันก็มีผลนะ เช่นบางทีถ้าในเมื่อมันมี impact เฉพาะคนท้อง (โรคชิการ์) ทำไมเราไม่เขียนให้มันชัดไปเลยตั้งแต่ตอนต้นว่าคนท้องมันอะไร ๆ ...แล้วก็เล่นเป็น basic กว่าจะมาประโยคสุดท้ายมัน effect เฉพาะคนท้องทำให้คนตกใจไปแล้ว สมมุติว่าอ่านแค่ 2 ย่อหน้า มันก็ไม่ได้ไป pick up กับคนท้องเท่านั้นนะ จะอย่างนั้นอย่างนี้ นี่แหละเป็นจุดที่สำคัญ นอกจากความถูกต้องของข้อมูล ก็คือให้น้ำหนักกับเรื่องที่มันควรจะให้น้ำหนัก” (อรุษา พิสุทธิพันธ์, สัมภาษณ์)

4.5 การสื่อสารโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศให้แก่ประชาชน

การสื่อสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ มีทั้งการสื่อสารผ่านสื่อมวลชนในลักษณะการรายงานข่าวของสื่อมวลชน และการสื่อสารโดยตรงจากส่วนงานสาธารณสุขไปยังประชาชน การสื่อสารทั้งสองลักษณะจึงคำนึงถึงผู้รับสารเป็นสำคัญ และนำเสนอเนื้อหาให้สอดคล้องกับความรู้ และวัฒนธรรมพื้นถิ่นของประชาชน มีการใช้ภาษาที่เข้าถึงประชาชน เช่น ผู้จัดรายการวิทยุ อาสาสมัครประจำหมู่บ้านที่เข้าถึงชาวบ้านในภูมิภาค จะมีการปรับเนื้อหาและใช้ภาษาถิ่นเพื่อให้คนฟังเข้าใจง่าย เหมาะสมกับผู้รับสารแต่ละช่วงวัย ระดับการศึกษา สื่อประชาสัมพันธ์จะมีการจัดพิมพ์ภาษาถิ่นหลายภาษา

“ใช้ภาษาถิ่น...ส่วนใหญ่จะเป็นภาษาถิ่น รายการเป็นภาษาถิ่น เพราะมันเข้าถึงอธิบายง่าย...หากเป็นภาษาอังกฤษก็พูดเป็นภาษาอังกฤษให้เค้าฟัง ไม่รู้จะแปลให้คนฟังเป็นภาษาอีสานบ้านเราฟังยังไง ก็จะไปออกไปอย่างนั้น เพราะมันเป็นศัพท์เฉพาะก็เหมือนศัพท์ช่างอย่างนี้บางทีเราแปลให้เขาไม่ได้มันเป็นคำเฉพาะ...คือพยายามพูด

พูดยังไงก็ได้ให้ผู้ฟังเข้าใจในเนื้อหาที่เราพูด อย่างคำราชาศัพท์ บางที่ที่ผมพูดในรายการ ผมก็ไม่ได้ใช้คำราชาศัพท์ ผมก็บอกว่า ขอพูดเป็นภาษาบ้านเรือนะ คำนี้หมายความว่าอย่างนี้ ก็คือเราเอาผู้ฟังให้เข้าใจง่ายที่สุด” (เชิดชัย ทองถม, สัมภาษณ์)

“ของผมถ้าส่วนมากก็เวลาออกไปในชุมชนผมก็จะใช้ภาษาถิ่นซึ่งคนส่วนมากก็จะเข้าใจในภาษาถิ่น ก็ส่วนมากก็ให้การตอบรับดีแล้วก็เข้าใจเพราะว่าผมก็มั่นใจว่าเราก็พูดจาชัดถ้อยชัดคำอยู่พอสมควรก็คิดว่าเค้าน่าจะเข้าใจในสิ่งที่เราพูด” (สุขุม สุกพันธ์, สัมภาษณ์)

“สื่อประชาสัมพันธ์ในภาพรวมของพื้นที่นี้ (ชายแดนจังหวัดหนองคาย) ก็จะมีเรื่องของเอกสารแผ่นพับ ซึ่งจะทำเป็น 3 ภาษา คือไทย ลาว แล้วก็อังกฤษ ก็มีเอกสารแจกแล้วเรื่องของป้ายประชาสัมพันธ์ก็จะเป็น 3 ภาษาเหมือนกัน เรื่องของการปฏิบัติตัว การกินร้อนช้อนกลางล้างมือ ก็จะมีการสื่อให้คนได้ถือปฏิบัติ” (ธวัชชัย เหลืองศิริ, สัมภาษณ์)

“เนื้อหาข่าวสารและกัแนวทางเผยแพร่ข่าวสาร ในการให้ความรู้ และการปรับพฤติกรรมมันต้องมีตามกลุ่มของมัน เพราะว่า level ของการรับรู้ต่อความเข้าใจต่อกลุ่มต่างๆ มันไม่เหมือนกัน เพราะฉะนั้นเวลาที่จะให้เนื้อหา หรือประเด็นข่าว หรืออะไรอย่างนี้ มันต้องแล้วแต่กลุ่มเป้าหมายในแต่ละแนวทาง ในแต่ละ level เด็กนักเรียนอันนี้ มัธยมอันหนึ่ง คนในวัยทำงานอันหนึ่ง คนที่เป็นแรงงานอีกอย่างหนึ่งซึ่งเขาจะต้องเลือกให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายกว้าง เราจะใช้วิธีการอะไร แล้วก็อีกอันหนึ่ง ก็อาจจะมีการปรับพวกตัวเนื้อหาให้ อย่างตอนนี้มันก็มีแรงงานต่างชาติ ก็อาจจะปรับเปลี่ยนมี หลายภาษาเพิ่มขึ้น อย่างเช่นภาษาพม่า หรือภาษาอาหรับ ภาษากัมพูชาก็จะมี มีบ้างเพราะว่าเนื้อหอย่างที่บอกว่ามันต้องตามกลุ่มเป้าหมายเราก็ต้องสอดคล้องกับสถานการณ์ ณ ขณะนั้น” (อัญชลี สิทธิชัยรัตน์, สัมภาษณ์)

นอกจากเรื่องของภาษาถิ่นที่จะช่วยให้เข้าถึงประชาชนแล้ว เนื้อหาสาระที่เผยแพร่สู่ประชาชน เน้นการให้ความรู้ สร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค และวิธีปฏิบัติตนอย่างปลอดภัย โดยมุ่งหวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่จะช่วยลดความเสี่ยงและการระบาดของโรค

“วิธีการนำเสนอข่าวเบื้องต้นคือการสร้างความเข้าใจให้กับประชาชนก่อน บอกความจริงไปเลยว่า ณ ตอนนี้ มีสถานการณ์อะไรเกิดขึ้น ทำให้เขารู้ว่ามีเหตุอย่างนี้ โรคนี้เป็นยังไง ให้เขารู้รายละเอียดที่สำคัญ ไม่สร้างความตื่นกลัวให้กับประชาชนทั่วไป ให้ความรู้ที่ถูกต้อง ให้วิธีป้องกันตัวเอง ให้วิธีการดูแลตัวเอง ให้วิธีการสังเกตอาการตัวเอง แล้วก็สร้างความมั่นใจถึงระบบว่าประเทศไทยสามารถมีระบบที่ดูแล

ทุกคนได้ดีพอ มีระบบเฝ้าระวังที่จะไม่ทำให้ตัวโรคแพร่ออกมา หรือในกรณีที่แพร่
ออกมา ก็จะมีระบบที่ดูแลอย่างดี รัฐบาลเองก็ไม่ทอดทิ้ง อย่างกระทรวงที่เป็นแม่บท
สำคัญก็ไม่ได้ทิ้งประชาชน” (จินทนา เชียงทอง, สัมภาษณ์)

“ก็อย่างมันเกิดขึ้นจริง เราก็จะบอกว่าตอนเนี่ยมันเกิดขึ้นจริง แต่ว่าทางจังหวัดเขามี
การควบคุมมีการปฏิบัติตามขั้นตอนทางการแพทย์ มันไม่สามารถที่จะระบาดได้ แต่
ว่าก็ให้พี่น้องรับรู้ว่ถ้าเราจะป้องกันเราจะป้องกันยังไงก็บอกไปอย่างนี้ต้องใส่
หน้ากากนะเวลาไปนั่นไปนี่การจะสัมผัส หรือถ้าเห็นคนไอจาม ควรจะหลีกเลี่ยง ใส่
หน้ากากป้องกัน การเข้าห้องน้ำมันก็จะมีเจลล้างมือ มันก็คล้ายๆกับการป้องกันกับ
การระบาดของไข้หวัดใหญ่ 2009” (เชิดชัย ทองถม, สัมภาษณ์)

“อันดับแรก ล้างมือ แรงงานลาว ผมต้องสอนล้างมือก่อน ถ้าล้างไม่เป็นไม่ให้ไป
ผมจะชุก่อนล้างมือไม่เป็น ไม่ให้เข้า จะเล่าเรื่องโรคแต่ละที่ที่เขาไป ภาคใต้มันจะมี
โรคอีกอย่างนึงนะ ไปภาคเหนือเป็นโรคอย่างนึงนะ ก็จะเล่าก่อนวิชาการป้องกันตัว
ล้างให้มันเป็น ระวังเรื่องยาเสพติดอย่าไปยุ่งไปเกี่ยวกับวิธีการไอการจาม นี่แหละครับ
วิธีป้องกันไม่ให้คนอื่นมาติดเรา สุขวิทยาส่วนบุคคลความสะอาดร่างกาย ว่าไปอย่าง
นั้นจริง ๆ มันไม่มีหลักสูตรหรอกครับมันเป็นหลักสูตรตั้งแต่ตรวจทำเบื้องต้น
ตรวจสุขภาพนักเรียนมีเหาไหม แลบลิ้นปลิ้นตา ดูความผิดปกติ” (ณัฐกิจ เสงี่ยม
ศักดิ์, สัมภาษณ์)

“การป้องกันนะครับว่าให้เขาเข้าใจว่าโรคนี้มีวิธีป้องกันยังไงบ้าง ให้เขาสร้างสุขชะ
บัญญัติ 10 ประการให้เขาป้องกันเบื้องต้นได้...ต้องให้เขารู้ถึงสาเหตุของโรคด้วยครับ
ต้องให้เขาได้ที่มาที่ไปมันมาได้ยังไง คือมันจำเป็น สาเหตุ อาการ การรักษา ก็ต้องให้
เขารู้ทั้งหมดครับ” (ศุภโชค ยอดแก้ว, สัมภาษณ์)

สำหรับการแนวทางการสื่อสารเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีแนวทางหลักที่ใช้ 2
แนวทาง ได้แก่ การให้ข้อมูลเพื่อให้เกิดการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค ซึ่งจะกระตุ้น เตือนให้
ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ และการให้ข้อมูล ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค นำไปสู่ความเข้าใจ และ
เสนอทางเลือกเพื่อความปลอดภัย เพื่อให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง ทั้งนี้แนวทาง
การสื่อสารทั้งสองแนวทางที่กล่าวมา จะต้องเลือกใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ และประชาชน
กลุ่มเป้าหมายซึ่งมีความแตกต่างกัน

“การที่เราจะให้เขาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมันจะมีหลายทฤษฎีนะ หลาย step
อย่างเช่นทฤษฎีเรื่องของความเชื่อในเรื่องของว่าถ้าเกิดโรคแล้วการรับรู้ความรุนแรง
ของโรคเขาจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือว่าเราให้ความรู้เขา ให้เขาเกิดยอมรับ แล้ว
ก็เกิดทางเลือกให้เขาตัดสินใจเอง อย่างทฤษฎีของ health literacy หรืออะไร

หลาย ๆ อย่างที่เอามาใช้ในเรื่องของปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เราก็เลือกใช้ตามที่เราใช้ตามฐานข้อมูลที่เรามีอยู่ ใช้ตามความเหมาะสม อันนี้ควรจะใช้วิธีช่องทางอันนี้ อันนี้ควรจะใช้ช่องทางอันนี้ อย่างเช่นตอนนั้นนะ มันมีเรื่องของโซเซียลมีเดียเข้ามามี app ความเร็วของอันนี้มันมากกว่าแต่ก่อน เราต้องเจาะไปแต่ละกลุ่ม อย่างเช่นกลุ่มวัยรุ่นมีโทรศัพท์เราอาจจะเผยแพร่ผ่านทางด้านโซเซียลมีเดีย ทางด้าน app ทางด้านอินโฟกราฟฟิก อะไรอย่างนี้ประมาณนี้” (อัญชลี สิทธิชัยรัตน์, สัมภาษณ์)

“...โรคติดต่อก็เป็นโรคที่เราต้องแจ้งทุกเดือน ยกตัวอย่างเช่นในเรื่องของไข้เลือดออก ตอนนี้อยู่สถานการณ์ตัวนี้ทางอำเภอเราเป็นยังไง และตำบลที่ใกล้เคียงเราเป็นยังไง เพื่อกระตุ้นให้เค้าได้ดูแล แล้วก็อีกส่วนหนึ่งก็คือตัวอย่างของโรคเมอร์ส โรคชิคา ชิคุน กุนยา เราก็ต้องให้ตลอด ก็คือพอมีช่วงที่มีการระบาดก็จะให้ข้อมูลเค้าไปในระดับประเทศ จังหวัดแล้วก็ในเรื่องของการป้องกัน” (สมพงษ์ ชำหา, สัมภาษณ์)

“โรคที่อุบัติใหม่อย่างผมเองก็จะติดตามข่าวอยู่ ก็จะบอกว่าที่เราติดตามเพราะว่าเราจะได้ป้องกันตัวเองหรือว่าสมาชิกในบ้านว่ามันมีลักษณะของโรคเป็นยังไง มีการแพร่ระบาดยังไงแล้วเราต้องปฏิบัติตัวยังไง...ดังนั้นต้องพูดให้มันกระชับ ๆ เลยกพูดถึงความรุนแรงของโรคว่าถ้าเป็นโรคนี้ ความรุนแรงของโรคก็จะส่งผลต่อสุขภาพยังไง คือเจาะแบบนั้นเลย ขณะนี้ที่มันเกิดโรคมันใกล้เราขนาดไหนต้องบอกว่าหมู่บ้านข้าง ๆ เป็นแล้ว เค้าถึงจะสนใจเค้าถึงกลัว” (สุชุม สุกพันธ์, สัมภาษณ์)

สื่อมวลชนเป็นช่องทางที่จะช่วยสร้างการรับรู้ และกระตุ้นการตื่นตัวของประชาชนได้ในวงกว้าง การนำเสนอข่าวของสื่อมวลชนจะช่วยแจ้งข่าวให้รับรู้ เตือนประชาชนให้ตื่นตัว และระมัดระวังตัวมากขึ้น ซึ่งจะช่วยในการควบคุมโรคได้

“เรามองว่าถ้าสื่อมวลชนมีการนำเสนอทำให้ประชาชนมีการตื่นตัว การกำจัด การควบคุมโรคจะเร็วขึ้น คือถ้าหากมันเหมือนเป็นการประกาศเตือนชาวบ้านว่า มันเจออย่างนี้ทั้งอำเภอแทนที่เราจะไปไล่ที่ละหมู่บ้าน ทีละตำบล แต่เมื่อสื่อนำเสนอว่ามันสามารถทำให้ประชาชนนั้น เขาสามารถตื่นตัวได้เร็วขึ้นแทนที่มันจะใช้รถ มันก็มีรถ ใช้รถติดประกาศแต่ชาวบ้านบางทีก็ไม่สนใจฟัง แต่ถ้ามีสื่อนำเสนอทั้งสื่อสิ่งพิมพ์ สื่อวิทยุ สื่อโทรทัศน์ ประชาชนเขาจะรับรู้ข่าวสาร และเขาก็จะระมัดระวังตัวและก็จะติดตามและก็จะรู้ว่าการที่จะเข้ามาควบคุมจะต้องทำยังไงบ้าง” (พงษ์สันต์ เตชะเสน, สัมภาษณ์)

“ในบทบาทของสื่อมวลชนก็เลยทำให้เราต้องไปหาข่าวมาให้ประชาชนได้รับทราบว่าการติดต่อของโรคมันติดต่อทางไหนได้บ้าง แล้วถ้าเกิดคุณไปเจอไก่ตายเนี่ย คุณอย่าไปสัมผัสนะ สารคัดหลั่งอะไรของไก่เนี่ยก็จะทำให้ติด ก็ต้องแจ้งเจ้าหน้าที่

เท่านั้นแล้วให้เจ้าหน้าที่เข้าไปตรวจสอบแล้วมาเชื่อในบริเวณนี้คือเราก็รับข้อมูลทั้งมาจากทางจังหวัดและทางสาธารณสุข ทั้งในเรื่องวิธีที่จะป้องกันไม่ให้มันเผยแพร่จากสัตว์เข้ามาสู่คนได้ หรือจากคนถ้าใครมีอาการตัวร้อนเป็นไข้ ไข้ขึ้นสูง ก็ควรที่จะไปพบแพทย์ด่วนเพื่อจะไปเช็คอาการ” (ประภาพร ล่อนราช, สัมภาษณ์)

นอกจากการใช้สื่อมวลชนเพื่อกระตุ้นการตื่นตัวแล้ว ยังสามารถใช้สื่อบุคคล เช่น อสม. สื่อชุมชน และสื่อเอกสารประชาสัมพันธ์ที่เข้าถึงประชาชนในพื้นที่ เพื่อกระตุ้นการตื่นตัวที่จะนำสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองให้ปลอดภัยได้

“เราจะสื่อต่อไปยังชาวบ้านส่วนใหญ่ก็มักจะใช้ข้อมูลที่สำคัญโรคอุบัติใหม่ให้ข้อมูลโรคเกี่ยวกับตรงนี้มาแล้วเราก็เอาตัวนั้นส่งให้หอกระจายข่าวเลย ถ้าดูว่าลักษณะมันจะเป็นมุมกว้างอะไรแบบนี้ หรือบางอันก็อาจจะทำแผ่นพับ หรือบางอันก็อาจจะมีการอบรม อสม. ด้วยเพื่อให้มีการเฝ้าระวังในหมู่บ้านในอะไรอันนั้นก็ทำเพราะฉะนั้นส่วนใหญ่ข้อมูลโดยมากจะยึดของกระทรวงตรงนี้เป็นหลัก” (สมปรารถน์ หนั่นจิต, สัมภาษณ์)

“เรื่องอุบัติใหม่...เค้ารับรู้รับทราบจากสื่อจากภาครัฐบ้าง จากสื่อทางทีวีบ้างทั่วไป ขณะเดียวกัน สื่อที่ผ่านบุคลากรสาธารณสุขของเราแล้วทำเป็นประจำ” (ประทีป บุญธรรม, สัมภาษณ์)

“แผ่นพับให้ความรู้แล้วประชาสัมพันธ์กับวิทยุท้องถิ่นแล้วก็ดึงแกนนำเข้ามาให้ความรู้ อบรมวิทยากรที่มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องนี้มาให้ความรู้เกี่ยวกับประชาชนในท้องถิ่นอีกรอบหนึ่งคงจะดี” (อภิรักษ์ อุดมะ, สัมภาษณ์)

การสื่อสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ มีประเด็นที่ยังมีความเห็นต่างกันในเรื่อง “การเปิดเผยข้อมูลข่าวสาร” โดยมีมุมมองในส่วนของฝ่ายเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องว่า การควบคุมโรคสามารถดำเนินการได้ตามมาตรการที่มีอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงไม่จำเป็นต้องแจ้งข่าวซึ่งอาจจะทำให้เกิดการตื่นตระหนกเกินความจริง ในขณะที่สื่อมวลชนมีมุมมองว่าการเกิดของโรคอุบัติใหม่เกี่ยวข้องกับประชาชน ดังนั้นต้องแจ้งให้ประชาชนทราบ ทั้งนี้สื่อมวลชนเข้าใจว่าการเสนอข่าวอาจจะสร้างการตื่นตระหนกได้ แต่สื่อมวลชนมีการระมัดระวังเรื่องการนำเสนอข่าวเพื่อมิให้ตื่นตระหนกอยู่แล้ว ส่วนงานควรให้ข้อมูลอย่างเปิดเผย เพียงพอ และส่วนงานสาธารณสุขสามารถทำงานร่วมกันกับสื่อมวลชน ช่วยกันควบคุมการระบาดของโรคได้

“การเปิดเผยข่าวพวกนี้จำเป็นจะต้องใช้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องคือ ถ้าเป็นโรคระบาดก็ต้องเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหมอบ เพื่อออกมายืนยันก่อนหน้านี้ทางสื่อ เรื่องเมอร์สเราทราบก่อนที่จะเกิดที่จังหวัดอุบลฯ เราทราบว่าเกิดที่จังหวัดมุกดาหารด้วย ซึ่งตอนนั้นเราก็ร้องขอคือที่ทราบว่ามันเกิดจากมุกดาหารจริง ๆ ก็คือผู้ป่วยรายเนี่ยไป

พักที่จังหวัดขอนแก่น แล้วมีการตรวจพบที่นั่น เขาก็กักกันโรคที่ขอนแก่น แล้วก็มาตามมาที่มุกดาหารด้วย ตอนนั้นเราร้องขอระดับเขต ว่าเราคือจะไม่เปิดเผยอยู่แล้ว เราเพียงจะบอกว่าจังหวัดนี้มีการระบาดตอนนั้นก็มีการคุยกันนายแพทย์คือศูนย์ควบคุมโรคที่เข้าดูแลหลายจังหวัดก็ร้องขอก็คืออยากให้มีการเปิดเผยข้อมูล ซึ่งเราก็คุยก็ก็เป็นการคุยทางอุปถัมภ์ ศูนย์ควบคุมโรคก็ให้ข้อมูลมา พบว่ามีการป่วยจริงแล้วทางมุกดาหาร ก็มีการพบผู้ป่วยหลายรายด้วย เพราะว่าเนื่องจากว่าการรับรู้ข่าวสารเนี่ยมันข้ามมันก็เลยเกิดการระบาดแต่ว่าทางนั้นเขาบอกเพียงว่าหลายรายแต่ไม่ยืนยันว่าจำนวนเท่าไร? ตอนหลังเราทราบแต่ผมจำตัวเลขไม่ได้ แต่ครั้งนั้นก็เกิดขึ้นมาจากทางที่สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นตรวจพบแล้วพบว่ามีภูมิลำเนาเดินทางมาจากจังหวัดมุกดาหารก็เลยตรวจ เค้เรียกว่าสอบสวนโรคย้อนกลับมา พอทราบเสร็จตอนนั้นทางระดับจังหวัดที่มุกดาหารไม่ยอมเปิดเผยต้องการที่บอกว่าเป็นเรื่องภายในเราก็มาร้องขอระดับเขตว่าถ้ายังมีการปกปิดเนี่ยซึ่งมันพบผู้ป่วยหลังจากพบรายนี้ก็พบรายอื่นตามมามันก็จะยิ่งระบาดมากขึ้น” (พงษ์สันต์ เตชะเสน, สัมภาษณ์)

“เบื้องต้นเลยเค้าจะปิดบังข่าวสารกับสื่อมวลชนก่อน ไม่ยอมให้สื่อมวลชนร่วมใด ๆ ทั้งสิ้น...เค้าปิดข่าวที่นี้มันก็เหมือนกับแรงอัด ปิดไว้ชาวบ้านเค้าก็ไม่รู้ว่ามิไต่ตาย...คือพอเค้าเริ่มระแคะระคาย เราก็เลยต้องไปจี้กับบริษัทว่ามันเกิดอะไรขึ้น คุณกำลังทำอะไรเค้าถึงบอกความจริงกับเรา...คือจริง ๆ แล้วมันก็ไม่ควรที่จะมีการปิดข่าวเพราะว่ายิ่งปิดก็ดูเหมือนว่าสถานการณ์มันจะรุนแรง ถ้าคุณเปิดตั้งแต่ต้นเราก็จะได้ช่วยกันได้ว่ามันอยู่ในการควบคุมของเจ้าหน้าที่นะไม่ต้องกลัวไม่ต้องตื่นตระหนกก็กินได้ ไข่ก็กินได้อะไรแบบนี้ แต่ในช่วงนั้นยังปิด แผลมันก็ยังไปเปิดที่อื่น ไข่ก็ไม่มีคนซื้อกิน เค้าก็ขายของไม่ได้ ไม่ควรที่จะปิดเป็นอย่างยิ่ง เราก็สนิทกับเจ้าหน้าที่ทุกหน่วยงานของจังหวัดนะ พูดถึงเราก็พยายามจะแบบพูดเออะที่ มีอะไรก็บอกเรามาบอกเรามาเออะ มีอะไรจะได้ช่วยกันจะได้อาศัยความเชื่อใจกันด้วยเค้าถึง” (ประภาพร ส่อนราช, สัมภาษณ์)

“วิธีการนำเสนอข่าวเบื้องต้นคือการสร้างความเข้าใจให้กับประชาชนก่อน บอกความจริงไปเลยว่า ณ ตอนนี้ มีสถานการณ์อะไรเกิดขึ้น ทำให้เขารู้ว่ามิเหตุอย่างนี้โรคนี้นั้นเป็นยังไง ให้เขารู้รายละเอียดที่สำคัญ ไม่สร้างความตื่นกลัวให้กับประชาชนทั่วไป ให้ความรู้ที่ถูกต้อง ให้วิธีป้องกันตัวเอง ให้วิธีการดูแลตัวเอง ให้วิธีการสังเกตอาการตัวเอง แล้วก็สร้างความมั่นใจถึงระบบว่าประเทศไทยสามารถมีระบบที่ดูแลทุกคนได้ดีพอ มีระบบเฝ้าระวังที่จะไม่ทำให้ตัวโรคแพร่ออกมา หรือในกรณีแพร่

ออกมา ก็จะมีระบบที่ดูแลอย่างดี รัฐบาลเองก็ไม่ทอดทิ้ง อย่างกระทรวงที่เป็นแม่บท สำคัญก็ไม่ได้ทิ้งประชาชน” (จันทนา เชียงทอง, สัมภาษณ์)

“คือสื่อผมพร้อมที่จะให้ความร่วมมืออะไรที่มีเคสสถานการณ์วิกฤติ สถานการณ์ ฉุกเฉินมันขึ้นอยู่กับหน่วยงานว่าจะบริหารจัดการข้อมูลข่าวสารอย่างไร จะประสาน กับสื่อให้ความร่วมมืออย่างไรสื่อพร้อมจะให้ความร่วมมือ แต่ว่าเมื่อไหร่ที่ไม่บริหาร จัดการข้อมูลข่าวสารแล้วปล่อยให้สื่อไปทำเอง สื่อก็จะไม่ได้ข้อเท็จจริงจาก หน่วยงานรัฐ แต่สื่อจะไปสัมภาษณ์ชาวบ้านเขาอยู่ใกล้ ๆ ละแวก ละชาวบ้านก็พูด แล้วรู้สึกไม่ได้อะไร เขาหวาดกลัวมันก็จะได้เสียงนั้นมาเผยแพร่ แทนจะได้เสียง นายแพทย์การดำเนินการ สิบห้าวันจะจบแต่ได้เสียงชาวบ้านมาออก กลายเป็นอันว่า เป็นอีกแบบสถานการณ์เรื่องราวเป็นอีกแบบ” (ปฐมพงษ์ แก้วบัณฑิตชัย, สัมภาษณ์)

นอกจากนี้การนำเสนอเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ ซึ่งเป็นโรคที่ทุกคนยังมี ข้อมูลน้อยและไม่มีประสบการณ์ในการรักษาโรค หากมองในภาพรวมของระบบสาธารณสุข ควรต้อง มีการกลั่นกรองข้อมูลที่ถูกต้อง และใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่ส่วนงานอื่น ๆ นักข่าว สื่อมวลชน สามารถ นำไปใช้ เพื่อให้ข้อมูลข่าวสารที่เผยแพร่มีความถูกต้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ไม่สร้างความ สับสน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุข ได้รับการคาดหวังว่าจะต้องทำหน้าที่ในการกำหนดและเผยแพร่ เนื้อหาที่หน่วยงานอื่น ๆ และสื่อมวลชนจะใช้เผยแพร่ เพื่อการรับรู้ เข้าใจที่ถูกต้อง และสนับสนุนการ ควบคุมโรคได้ ในขณะที่เดียวกันองค์กร และหน่วยงานสาธารณสุข โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ซึ่งประชาชนให้ความเชื่อถือ และเชื่อว่าเป็นแหล่งข้อมูลที่ถูกต้อง ต้องระมัดระวังในเรื่องการผลิตและ เผยแพร่เนื้อหาเกี่ยวกับโรคระบาด เพราะประชาชนที่เชื่อถือองค์กรจะเชื่อถือข่าวสารขององค์กร ดังนั้นก่อนเผยแพร่ต้องตรวจสอบให้ถูกต้องทุกครั้ง

“อย่างตอนนั้นที่มีข่าว เมอร์สระบาด มันมีอินโฟกราฟฟิคของโรงพยาบาลของรัฐ หรือออกมา ประชาชนก็จะเชื่อ เพราะว่าประชาชนก็จะเชื่อว่าข่าวนี้มาจาก โรงพยาบาลของรัฐ ความน่าเชื่อถือเขาเป็นโรงพยาบาล ในขณะที่มีเนื้อหาตัวเนี้ย อาจจะไม่ได้อีกกลั่นกรองมาจากของกระทรวงเลยอะไรอย่างเนี้ยครับ มันก็จะมีผล ต่อการรับรู้ของประชาชน” (รัฐพล ผาดโผน, สัมภาษณ์)

“การสื่อสารอย่างมันค่อนข้างเร็วมาก ไปเร็วมาก ผมว่าเนี้ยการให้ข่าวเรื่องโรคอุบัติ ใหม่ที่อาจจะมียุทธศาสตร์หลายมิติเวลาเกิดโรคเนี้ย กระทรวงเองก็ระมัดระวังในเรื่อง นี้พอสมควร แต่ขณะเดียวกันก็ไม่ละเลยที่จะให้ชาวบ้านเขาจะมีความเข้าใจไม่ ตระหนก” (ประทีป บุญธรรม, สัมภาษณ์)

4.5.1 เนื้อหาที่เผยแพร่ควรเข้าใจง่าย น่าสนใจ สอดคล้องกับสถานการณ์ มีความเห็นจากผู้เกี่ยวข้องว่า การนำเสนอเนื้อหาจะต้องนำเสนอด้วยภาษา คำพูดที่เข้าใจง่าย นำเสนอรูปแบบและช่องทางที่น่าสนใจ เหมาะสมกับผู้รับสารแต่ละช่วงวัย

“เคยบอกให้หน่วยงานที่เค้าเกี่ยวข้องอย่างกระทรวงสาธารณสุขทำสื่อที่มันเข้าถึงและน่าสนใจเข้าไปใน facebook ให้มันมากขึ้นไม่ต้องยาวเอาแค่นาทีกว่า ๆ แค่นั้นพอ เป็นการตุนก็ได้ อะไรก็ได้ไม่ใช่คุณเอางานวิชาการมาแปะ เค้าไม่มาอ่านหรอก ไม่อ่านแน่ ๆ...เอาสาเหตุของโรควิธีการรักษา ภาษาอังกฤษยาว ๆ ชาวบ้านเค้าอ่านไม่ออก ศัพท์ยาว ๆ มาแปะไว้มันไม่มีผล” (ประภาพร ล่อนราช, สัมภาษณ์)

“มีรูปมากกว่าตัวหนังสือ อธิบายให้มันจูงใจผมว่าน่าจะใช้ได้อย่างน้อย ๆ อย่างพวกผมเอาไปติดหน้าบ้านอย่างนี้ บ้านนี้ไม่สูบบุหรี่ บ้านนี้ปลอดคุณลุง ปลอดอะไรประมาณนี้พอเค้าเห็นปุ๊บก็จะเข้าใจ แต่ถ้ามีเป็นตัวหนังสือเยอะ ๆ ปุ๊บข้อ 1 2 3 ก็อย่างที่ท่านว่าเค้าจะอ่านหรือแผ่นพับ อะไรประมาณนี้” (อภิรักษ์ อุตมะ, สัมภาษณ์)

“การนำเสนอข้อมูลในแบบที่เข้าใจง่ายก็มีผลนะคะ เช่นเขียนเป็นเรื่องพื้นๆ แล้วก็สมมุติว่านำเสนอเป็นอินโฟกราฟฟิกซะหน่อย หรือเป็นบล็อกเล็ก ๆ ดึงประเด็นออกมาให้ได้จากสิ่งที่เราเขียน หรือเป็นประเด็นที่นอกเหนือจากที่เราเขียนก็ได้ อาจจะไม่ว่าก็ได้ ตกกลางแล้วต้องตื่นตูมปาว เหมือนทำให้ที่น่าสนใจ อาจจะเป็นคิวแอนด์เอสอื่น ๆ ถามตอบถามตอบ สิ่งเหล่านี้ก็มีผลนะคะ ในการนำเสนอข่าว” (อรุษา พิสุทธิพันธ์, สัมภาษณ์)

“ถ้าเป็นเด็กแล้วก็จะใช้คำวิชาการ เด็กก็ไม่รู้เรื่อง ต้องแยกตามประเด็น ของกลุ่มเป้าหมาย ที่จะรับสาร ของเราสื่อที่จะใช้ก็ไม่เหมือนกัน อย่างเช่นเราเอาสื่อแข็งสื่อที่สำหรับคนแรงงานในกลุ่มผู้ใหญ่ไปให้เด็ก ความสนใจมันก็จะไม่ได้นะ คนละเรื่องส่วนเด็กมันก็ต้องเป็นของเด็ก ๆ เป็นตัวการ์ตูน เป็นอะไรสีสันคือเรียกร้องความสนใจให้เด็กหันมาสนใจ ระดับการรับรู้หรือพฤติกรรมความเข้าใจ ในแต่ละกลุ่มเป้าหมายมันแตกต่างกัน” (อัญชลี ลิทธิชัยรัตน์, สัมภาษณ์)

นอกจากนี้การเสนอเนื้อหาควรสอดคล้องกับสาเหตุ ความเสี่ยง ความรุนแรงของ โรค และคัดเลือกประเด็นเนื้อหา นำเสนอให้สอดคล้องกับสถานการณ์ ความเสี่ยง และความรุนแรงของโรค มีความใกล้ชิดเกี่ยวข้องกับประชาชน และสอดคล้องกับพื้นฐานการศึกษาของประชาชน แต่ละกลุ่ม

“เราจะมีการวิเคราะห์ดูสถานการณ์ว่าความเสี่ยง ณ ขณะนั้นของโรคนั้น มันเป็นโรคอะไร ความเสี่ยงเกิดจากอะไร เกิดจากพฤติกรรมที่เกิดจากสิ่งแวดล้อม หรือเกิดจาก

องค์ความรู้ เพราะฉะนั้นเวลาที่เนื้อหาที่เราจะจัดทำ เพื่อที่จะเผยแพร่ หรือถ่ายทอด เขาเนี่ย มันจะแตกต่างกัน” (อัญชลี สิทธิชัยรัตน์, สัมภาษณ์)

“เนื้อหาควรจะเป็นอะไรที่ชาวบ้านควรจะรู้ ก็ควรจะเป็นเนื้อหาเกี่ยวกับโรคใหม่ ๆ ที่มันใกล้ตัวเค้า” (ประภาพร ส่อนราช, สัมภาษณ์)

“ระดับการศึกษามีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพมาก ผมว่าถ้าคนที่เค้ามีระดับการศึกษา สูงหน่อยเค้าก็อาจจะมีความรู้เรื่องการระวังการเกิดโรค หรือการดูแลสุขภาพ แต่ถ้าเป็นชาวบ้านทั่วไปก็อาจจะแบบมันเป็นธรรมดาโรคร้ายไข้เจ็บหรือบางคนก็ อาจจะยังไม่เห็นว่าคนในครอบครัวเป็นก็เลยคิดว่าเออ มันก็คงไม่เป็นกันง่าย ๆ หรือบางอย่างนั้นก็ก็ไม่กลัว ก็ถึงได้บอกว่าบางทีมันก็เป็นพฤติกรรมที่เป็นวิถีชีวิต” (สุขุม สุขพันธ์, สัมภาษณ์)

4.5.2 ช่องทาง สื่อที่ใช้ในการสื่อสารโรคติดต่ออุบัติใหม่ ช่องทางและสื่อที่ใช้ในการสื่อสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่มาจากต่างประเทศ มีหลากหลายช่องทาง ทั้งในระดับสื่อมวลชน สื่อบุคคล ได้แก่ อสม. แกนนำสุขภาพครอบครัว (กสค.) เพื่อนบ้าน อาสาสมัครต่างดาว สื่อณรงค์ เฉพาะกิจ สื่อท้องถิ่น สื่อชุมชน และสื่อออนไลน์

4.5.2.1 สื่อมวลชน

ช่องทางระดับสื่อมวลชนที่ให้ข่าวสารเรื่องโรคติดต่ออุบัติใหม่ ได้แก่ โทรทัศน์ วิทยุ โดยปกติประชาชนจะรับชมโทรทัศน์และฟังวิทยุ ในส่วนของรายการบันเทิง และรายการข่าว ซึ่งเป็นช่องทางที่เข้าถึงประชาชนได้

“สื่อทีวีจะมาก่อนว่าใครเป็นอะไรที่ไหน...ส่วนมากเค้าจะสื่อทางโทรทัศน์คะ ก็คือสมมุติช่องนี้มีละครถ้าเขาไม่ยากดูเขาก็ไปเปิดช่องที่มีข่าวเพราะมันมีหลายช่องกดูได้หลายช่องข่าวมาทั้งวันอยู่แล้วข่าวทั้งวันอยู่แล้ว” (อยู่เย็น ญาณพันธ์, สัมภาษณ์)

“ทีวีส่วนใหญ่ ก็จะแล้วแต่วิทยุถ้าเป็นวิทยุรุ่นก็จะดูพวกอะไรละที่มันมีหน้ากาก ทุเรียนแต่ถ้าผู้พูดที่เป็นแม่บ้านก็จะดูละครช่อง 3 ช่อง 7 ข่าวสารอย่าง ตอนนี้นั้นจะมีตอนเช้าตอนเช้าก็จะมีช่อง 7 ที่คนจะดูเยอะหน่อย... ส่วนวิทยุ ก็จะมีรายการข่าวบ้านเฮาของ สวท. และก็มีของ เฮดไลท์ ของอาจารย์นพ พรกับสุชัย คุณสุชัย มุขยพันธ์ กับนพพร บางเพ็ง 2 คน” (เชิดชัย ทองถม, สัมภาษณ์)

“ทีวีก็ดูในช่วงเย็นที่มานั่งกินข้าว ช่วงเย็นช่วงจะค่ำถ้าไม่มีอะไรแบบนี้อะนะ ถ้าไม่มีอะไรทำเค้าก็นั่งเปิดทีวีทิ้งไว้แล้วเค้าก็ทำภารกิจของเค้าไป” (ประสิทธิ์ จันทร ลำภู, สัมภาษณ์)

“สื่อหลายอย่าง ตอนนี้ถ้าช่วงตอนเย็นมันใช้สื่อทีวีก็ได้ ถ้าช่วงตอนเช้าคนนั่งรถก็เปิดวิทยุ ก็ช่วงบางเวลา” (ศุภโชค ยอดแก้ว, สัมภาษณ์)

“Mass Media (สื่อมวลชน) ทั้งหมดในพื้นที่หนองคาย เวียงจันทน์ ถ้าออกทีวี เพราะทางเวียงจันทน์ ทางลาวเค้าดูละครไทย ถ้ามีอะไรแล้วออกทางสื่อเนี่ยจะเห็นชัดแล้วมันจะครอบคลุม” (ธวัชชัย เหลืองศิริ, สัมภาษณ์)

4.5.2.2 สื่อบุคคล

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. ถือเป็นสื่อบุคคลที่เข้าถึงประชาชนได้โดยตรง ด้วยหน้าที่และความรับผิดชอบของ อสม. ที่เป็นผู้เฝ้าระวัง ติดตาม และนำผู้ป่วยไปรับการรักษา ให้คำแนะนำสุขภาพและการป้องกันโรคเบื้องต้น รวมทั้งแจ้งเบาะแสโรคติดต่อกลับมายังหน่วยงานสาธารณสุข และให้ความร่วมมือในการดำเนินงานควบคุมโรคติดต่อ จึงเป็นช่องที่ใกล้ชิด เข้าถึงชาวบ้าน และมีส่วนสนับสนุนงานควบคุมโรคติดต่อได้ สำหรับการสื่อสารเกี่ยวกับโรคผ่าน อสม. จะสามารถเข้าถึงได้อย่างใกล้ชิดกับชาวบ้าน

“สื่อที่ค่อนข้างที่จะเข้าถึงชาวบ้านทั่วไป ผมว่า รพสต (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอนามัย) อสม. นี้น่าจะมีบทบาทมากเลย...มีอยู่ล้านกว่าคนผมว่า พาวเวอร์เขาแรง เจ้าหน้าที่ให้ความรู้แค่กลุ่มนี้กลุ่มเดียวผมว่าแป๊บเดียวกลุ่มนี้ตัวเองดูและลิบหลังคาเรือนก็สามารถไปคัฟเวอร์ (cover)...การพูดของเราจะต้องสร้างปฏิสัมพันธ์ของเรา ชี้แจงและแล้วเล่าให้เขาฟังข้อมูลจริง ๆ ทั้งหมดเลยว่าตอนนี้มีโรคนี้เกิดแบบนี้ ๆ เขาก็ให้ความร่วมมือดีนะ” (ศุภโชค ยอดแก้ว, สัมภาษณ์)

“อสม. จะเป็นตัวที่ใกล้ชิดที่สุด เพราะว่าข่าวสารทุกอย่างจะผ่าน อสม...ถ้าเป็นข่าวที่ว่าโรคภัย อสมก็จะไปเตือน...อสม. จะใกล้ชิดที่สุดแล้วก็จะเป็นผู้ที่ให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคภัยได้ดีที่สุด” (เชิดชัย ทองถม, สัมภาษณ์)

“คือเราก็ดูและอยู่แล้วแล้วก็บอก อสม. ทุกคน พยายามดูดูแลประมาณ 10-15 ต่อคน...เพราะว่า อสม. เราก็จะต้องสำรวจว่าไปมาหาสู่กันนะครับ สอบถามว่ามีใคร โดนมั่งหรือยังอะไรอย่างนี้” (ฉัตร จันทรแก้ว, สัมภาษณ์)

“ส่วนหนึ่งก็จะอาศัยเครือข่าย อสม. ช่วยให้ความรู้ ขณะเดียวกันถ้ามีเคสก็ต้องการเฝ้าระวังเกาะประตู ผมยกตัวอย่างเช่นเจอซิกาไวรัสที่อำเภอโพธิ์ไทย(จังหวัดอุบลฯ) กระบวนการค้นหาในชุมชนก็จะจะต้องอาศัย อสม.

ค้นหาใน 10 หลังคาเรือนเผื่อระวัง ใครมีอาการบ้าง ใครมีอาการก็เข้ามาตรวจมาพบแพทย์เพราะว่าอาสาสมัครของเราคนหนึ่งรับผิดชอบประมาณ 10 หลังคาเรือนก็จะช่วยได้เยอะ ขณะเดียวกันเราก็มีบุคลากรมีหน่วยงานในระดับส่งเสริมสุขภาพตำบล อันนี้ในเรื่องของการสื่อสาร...เพราะฉะนั้นสื่อบางคนโดยเฉพาะ อสม. ผมว่ามีความสำคัญเพราะว่าเขารับผิดชอบต่อไม่เยอะก็สามารถที่จะสื่อสารกับชาวบ้านได้โดยตรง” (ประทีป บุญธรรม, สัมภาษณ์)

“ระบบของเราก็จะมี อสม. คือถ้าอะไรที่เป็นโรคระบาดใหม่หรือรุนแรงเนี่ยก็ต้อง อสม. ที่เค้าจะอยู่เบื้องต้นกับชาวบ้าน ก็เคยมีที่ อสม. เค้าสงสัยว่าเปิดไก่ที่เค้าเลี้ยงไว้มันตายหรือผิดปกติมันจะเป็นไขหวัดนกไหม เค้าก็เคยรายงานมาที่เราแล้วเราก็แจ้งปศุสัตว์แล้วก็ลงไปเผื่อระวังควบคุมโรค” (สมปรารถน์ หมั่นจิต, สัมภาษณ์)

“อสม. เราจะมี 15 คนต่อหมู่บ้าน จะดูแลคือในหมู่บ้านเรา 15 หลังคาเรือนบางคนก็ 10 หลังคาเรือนต่อคนจะดูแลให้ความรู้ ให้ความเข้าใจ แนะนำร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพสต. เราจะลงพื้นที่ทุกวันศุกร์ในช่วงที่มันเกิดโรคระบาดเราก็จะให้ความรู้ ส่วนความรู้ที่แน่นที่สุดก็คือเจ้าหน้าที่เค้าจะประกบเราโดยเจ้าหน้าที่เค้าจะไปดูว่าห้องน้ำห้องท่า ได้ไปคุยกับต่างชาติใหม่ เพราะของเรา ๆ อยู่ติดกับตะเข็บชายแดน ถ้าไปคุยแล้วเค้ามีไข้มีอะไรเราควรจะไปปฏิบัติยังไง” (อภิรักษ์ อุตมะ, สัมภาษณ์)

นอกจาก อสม. แล้ว สื่อบุคคลใกล้ชิด แกนนำสุขภาพครอบครัว (กสค.) เพื่อนบ้านในชุมชน เป็นอีกช่องทางหนึ่งที่สามารถส่งข่าว ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคได้ โดยการบอกปากต่อปากในชุมชน

“เรามี กสค. ซึ่งเป็น แกนนำสุขภาพครอบครัว ซึ่งหนึ่งครอบครัวจะมีคนที่มีความรู้ในเรื่องของการป้องกัน เผื่อระวังการควบคุมโรคในพื้นที่ คน ๆ นี้แหละก็จะดูแลคนในครอบครัวตัวเองว่าคนในครอบครัวมีคนไหนที่มีอาการผิดปกติไหม แล้วจะมีพี่น้อง อสม. ที่จะต้องดูแลประมาณ 10 – 15 หลังคาเรือนเนี่ยเค้าก็จะดูแล แต่ส่วนใหญ่เราก็จะเน้นเรื่องการแกนนำสุขภาพครอบครัว ครอบครัวหนึ่งจะมีคนหนึ่ง” (วัชชัย เหลืองศิริ, สัมภาษณ์)

“ตามตลาดหรือสภากาแฟ เขาจะมีการเอาเรื่องนี้ (โรคติดต่อ/โรคระบาด) มาคุยกันแต่ตามหมู่บ้านเนี่ยเราเข้าไม่ถึงแต่ถ้าในตัวเมือง คนในเมืองเนี่ยผมเชื่อว่าเขาจะรับรู้มากกว่า ในซานเมืองตามชนบทเค้าก็จะรับรู้จากสื่อแบบที่

ท่านอาจารย์พูด สื่อบุคคลก็ อสม. อะไรแบบเนี้ย” (พงษ์สันต์ เตชะเสน, สัมภาษณ์)

“รับรู้จากการคุยกันระหว่างเพื่อนบ้านเอง บอกต่อกันไปเรื่อย ๆ และอีกอย่างคือกิจกรรมช่วงเย็นในพื้นที่ตรงนี้เค้าจะมีกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุ กลุ่มสตรีหรือกลุ่มออกกำลังกายอะไรอย่างนี้เค้าก็เข้าไปคุยกันในวงนั้นก็ แลกเปลี่ยนกันในวงนั้น พักเหนื่อยก็นั่งคุยกันถามไปถามมา” (ประสิทธิ์ จันทร์ลำภู, สัมภาษณ์)

“ตอนเช้าบางทีผมไปตลาด ผมก็บอกอย่างนี้ อสม. ประชุมจี้ บอกกันด้วยดีไปพูดในตลาดนี้แหละ ไม่ต้องไปขึ้นหอกระจายเสียงก็ได้ คือบางทีมันอาจไปสร้างความรำคาญให้คนอื่นเค้าไรอย่างนี้ เราก็ปล่อยตามตลาดเดี่ยวเค้าก็ถามหาเองใครเป็นคนให้ข่าว” (ฉัตร จันทร์แก้ว, สัมภาษณ์)

นอกจากนี้บางพื้นที่ที่เป็นชุมชนชาวต่างด้าว จะมีการใช้สื่อบุคคล อาสาสมัครชาวต่างด้าว ซึ่งคัดเลือกและจัดอบรมให้ความรู้ และเป็นช่องทางในการเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับโรคติดต่อด้วย

“เราก็มีการอบรมอาสาสมัครต่างด้าว ก็คือลงไปในพื้นที่สอดแทรกไปในกลุ่มโรงงานก็จะมีอาสาสมัครเราเหมือน อสม.ของเราแต่เป็นชาวต่างชาติ อยู่ในโรงงานนั้นถ้ามีอะไรก็ให้เฝ้าระวัง อาการผิดปกติ หรือให้ช่วยเฝ้าระวังโรค คัดกรอง” (ธวัชชัย เหลืองศิริ, สัมภาษณ์)

4.5.2.3 สื่อรณรงค์เฉพาะกิจ

การให้ข่าวสารยังมีการใช้สื่อเฉพาะกิจที่ผลิตและแจกจ่ายไปยังประชาชน เพื่อให้รายละเอียดเกี่ยวกับโรค ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรค อาการของโรค การป้องกัน วิธีปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อ และคำแนะนำในการปฏิบัติตนเมื่อเกิดอาการ เช่น ซีดี แผ่นพับ รวมทั้งสื่อรณรงค์ด้านชายแดน เช่น ป้ายกลางแจ้ง โทรศัพท์ แผ่นพับ สำหรับผู้เดินทางเข้าออกประเทศผ่านด่านชายแดน รวมทั้งสำหรับประชาชนที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลด้วย

“พวก CD แล้วก็พวกแผ่นพับครับ...พอช่วงที่มันระบาดเค้าก็ทำสื่อ...ส่งต่อมา” (สมพงษ์ ชำหา, สัมภาษณ์)

“แผ่นพับ โบร์ชัวร์ผมคิดว่าอ่านใหม่หรือ ผมคิดว่าอ่านนะแต่ไม่น่าจะอ่านเยอะ บางทีเราไปเดินเราก็มีแผ่นพับไปแจกเค้าก็รับนะครับ แต่ไม่แน่ใจว่าหลังจากนั้นที่เค้าเอาไปอ่านและทำความเข้าใจแล้วเค้าจะเข้าใจเนื้อหาในนั้นมากน้อยแค่ไหน” (สุขุม ลุกพันธ์, สัมภาษณ์)

“อันไหนที่เป็นโรคที่มีลักษณะจะรวดเร็วรุนแรง เราก็จะตั้งป้าย ติดป้ายไว นิลเลยข้างหน้า...ปัจจุบันโรงพยาบาลหรืออะไรทุกแห่งก็จะทำเหมือนกันทุก แห่งก็จะค่อนข้างทำกันทันที่เหมือนกัน คือถ้าโรคที่คาดการณ์ว่ามัน น่าจะมาเร็ววันนี้วันสองวันก็ต้องลื้อออกไปละ” (สมปรารถน์ หมั่นจิต, สัมภาษณ์)

“จากด้านไปนี้ผมจะดูตรงนี้นะ มี ผมมีสื่อ ตอนนี้มีโรคระบาด ต่อเข้าต่อ เข้าคอมพิวเตอร์เปิดมันทั้งวัน powerpoint ผมทำเองหรือไม่ก็โหลดมา จากสำนักของกรม มันอยู่ตรงนี้พอดีทีวี 42 นิ้ว ก็จะเปิดให้เขาดู...เพราะ คนเดินเข้ามาก็จะชนทีวีก่อนอันดับแรก...แล้วก็มีแผ่นพับแจก” (ณัฐกิจ เสงี่ยมศักดิ์, สัมภาษณ์)

“ป้ายกลางแจ้งประมาณ 3*5 เมตร หรือ 2ครึ่งคูณ 5 เมตร...ทางเข้าออก ด้านจะเห็นบริเวณชุมชนที่มีคนเดินข้ามผ่านไปมาระหว่างสะพาน อันนี้ก็คือในกลุ่มของด้านสากล ทีนี้ในจุดผ่อนปรนต่าง ๆ เขาก็จะมีเอกสารแผ่น พับแล้วก็ป้ายแขวนประมาณเมตรคูณสามเมตร ป้ายแขวนว่าถ้าหาก ท่านมีอาการไข้ไอเจ็บคอให้ติดต่อ อสม. แล้วทาง อสม. หรือ อพปร. ตรงพื้นที่ในจุดผ่อนปรน เคื่อก็แนะนำไปดูอาการหรือไปรักษาที่รพสต. ในพื้นที่” (ธวัชชัย เหลืองศิริ, สัมภาษณ์)

4.5.2.4 สื่อท้องถิ่น และสื่อชุมชน

สำหรับพื้นที่ในส่วนภูมิภาค มีสื่อที่เข้าถึงอีกช่องทางหนึ่งคือ สื่อท้องถิ่น เช่น เคเบิ้ลทีวี วิทยุชุมชน และสื่อในชุมชน เช่น กระจายเสียงตามสาย หอกระจายข่าว กิจกรรมในชุมชน เมื่อมีการจัดงานในชุมชน โดยนำเสนอเนื้อหาเกี่ยวกับโรค รายงานข่าว และสื่อท้องถิ่นยังสามารถใช้เป็นช่องทางขยายเนื้อหาจากสถานีโทรทัศน์ของกรมประชาสัมพันธ์ส่วนกลางได้

“เคเบิ้ล มีครับ ลักษณะการนำเสนอข่าว...เอาข่าวสารราชการเป็นหลัก... ขอจากช่อง 11 เพราะถือเป็นสำนักข่าวแห่งชาติอยู่แล้ว หรือไม่เขาก็มาจัม (เชื่อมต่อ) สัญญาณของสถานีเราที่เผยแพร่อยู่ เขาก็ถือโอกาสเผยแพร่ ตรงนี้” (พงษ์สันต์ เตชะเสน, สัมภาษณ์)

“วิทยุชุมชนครับ สามารถที่จะไปให้ประชาสัมพันธ์ข่าวให้ได้โดยไม่เสีย ค่าใช้จ่ายคือเราก็มีหนังสือไปถึง ผอ.สถานีวิทยุหรือผู้จัดการ ขอความ อนุเคราะห์ให้ประชาสัมพันธ์ให้หน่อย ระบุเวลาเข้าเย็นนะก็ว่าไป” (อภิวัฒน์ อุตมะ, สัมภาษณ์)

“ใช้เสียงตามสายเป็นของชุมชนช่องเม็ก(จังหวัดอุบลฯ)...ประธานชุมชนและ
ก็แจ้งข่าวไปบางทีคุณหมอถ้ายังไม่เห็นเราประกาศ เขาก็จะมีหนังสือไป
และประชาสัมพันธ์ให้หน่อยทาง อสจ. หลัก...และก็ประกาศเลย ประกาศ
ตามหนังสือตามข่าวที่เขาแจ้งมา ให้ระวังยังไง วิธีการยังไง ถ้าเกิดอาการ
เป็นอย่างนี้...ก็ประกาศประกาศในระยะ 2-3 วัน ต่อเนื่องกัน 2 3 วัน” (อยู่
เย็น ญาณพันธ์, สัมภาษณ์)

“ทำ Spot ให้เค้าเปิดตามหอกระจายข่าว เสียงตามสายในหมู่บ้าน ส่งไป”
(สมพงษ์ ชำหา, สัมภาษณ์)

“เค้าก็จะคุยกันแบบนี้ในวงกิจกรรมหลัก ๆ ยามเย็นยามเช้าอะไรแบบนี้ที่
พอเค้าว่างงานเค้าก็มาทำ แล้วพอเวลามีงานประเพณีงานบวชงานแต่งงาน
รวมตัวกันแล้วเจอกับชาวบ้านเนี่ยโอกาสสูง นั่งคุยกัน นั่งช่วยกันทำงานมั่ง
คุยมั่งก็ถามไปตามประสาถิ่น นั่นคือพฤติกรรมของคนในพื้นที่” (ประสิทธิ์
จันทร์ลำภู, สัมภาษณ์)

นอกจากนี้ โรงพยาบาลสุขภาพตำบล ยังมีการใช้สื่อการประชมร่วมกับชาวบ้าน
การอบรมให้ความรู้ผ่านเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. แต่ก็มีข้อจำกัดเรื่องเวลานัดหมายประชุมที่นัด
หมายยาก ต้องนัดหมายในช่วงเวลาที่ชาวบ้านเสร็จภารกิจการประกอบอาชีพแล้ว

“ของผมก็คือ จะต้องใช้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้าไปพูดคุยทุกเวทีที่เค้าจัด
ภายในหมู่บ้าน มันเป็นลักษณะของการสื่อสารสองทางแต่ก็โอกาสที่เราจะ
ทำได้เนี่ยค่อนข้างมีข้อจำกัดในเรื่องของทักษะของเจ้าหน้าที่...ในส่วนของ
ก็คือในเรื่องของช่วงเวลาในการที่จะให้ชาวบ้านมารวมตัวกันก็คือเวลามัน
อาจจะไม่ตรงกับเวลาทำงานของเรา ยกตัวอย่างในการประชุมบางหมู่บ้าน
ก็ประชุมตอนเย็น บางหมู่บ้านก็ประชุมตอนเช้า แต่เราก็พยายามที่จะ
ออกไป” (สมพงษ์ ชำหา, สัมภาษณ์)

“ผมเคยพูดกับผู้นำหมู่บ้านขอให้ประธาน อสม. มีส่วนในเวลาได้แจ้ง
สถานการณ์โรคในชุมชนหน่อยนะถ้ามีการประชุมหมู่บ้านสัก 5 นาที
10 นาที” (สุชุม สุกพันธ์, สัมภาษณ์)

อย่างไรก็ตาม การใช้สื่อชุมชนในปัจจุบัน อาจจะเข้าถึงประชาชนได้ช้ากว่าสื่อ
ออนไลน์ ซึ่งเข้าถึงได้ทุกที่ทุกเวลา ในขณะที่หอกระจายข่าวจะเข้าถึงได้เฉพาะเวลาในขณะประกาศ
เท่านั้น

“ทุกวันนี้ข่าวที่ประกาศตามหอกระจายข่าวมันจะช้ากว่าไลน์กว่า Face
เพราะสื่อพวกนี้มันเร็ว” (ธวัชชัย เหลืองศิริ, สัมภาษณ์)

4.5.2.5 สื่อออนไลน์

สื่อออนไลน์ได้รับการนำมาใช้ในการติดต่อสื่อสารระหว่างกลุ่มคนทำงาน อสม. ใช้แจ้งข่าวสาร ประสานการทำงาน ระหว่างเครือข่ายคนทำงาน โดยใช้แอปพลิเคชันสนทนาไลน์ และ ใช้สื่อสังคมออนไลน์เฟซบุ๊กเพื่อให้ข้อมูลข่าวสาร

“อสม. ก็มีการใช้กันเยอะแล้วนะครับแอปพลิเคชัน (application) ไลน์ เดี่ยวนี้ทางกระทรวงให้เปิดเข้า application” (ประสิทธิ์ จันทร์ลำภู, สัมภาษณ์)

“เราจะมีกลุ่มตัวไหนคือเรา ก็จะส่งต่อกัน ต่อต่อต่อต่อ ๆ กัน...คือเราเป็น เพื่อนกันคือสมมุติว่าเราเป็นเพื่อนจับกลุ่มกันคือคนที่ดูแลอยู่เป็นสมาชิก ด้วยกันในกลุ่มของ อสม. เนี่ยเรามีทั้งตำบลเรามีคนที่มีความรู้ที่โทรสามารถ ที่จะเข้าไลน์ก็ได้คนที่ไม่มีเราก็บอกต่อกัน” (ฉัตร จันทร์แก้ว, สัมภาษณ์)

“ผมมีไลน์อยู่ด้วยก็จะเป็นไลน์ผู้สูงอายุ แต่รู้สึกว่่าที่เค้ามีก็จะเป็นพวก อสม. ฝ่ายงานที่รับผิดชอบอย่างเช่นที่เราเข้าถึงชุมชนก็จะเป็นงานฝ่ายส่งเสริม งานของพวกปฐมนุรักษ์หรืออะไรพวกนี้ละ เค้าก็จะมีไลน์กับพวก อสม. ซึ่ง หลาย ๆ อันที่ผมรับทราบอย่างที่เราให้ฟังไปเมื่อกี้ อันนี้ก็เค้าก็จะมีไลน์มาหา ลูกน้องผม ลูกน้องผมก็จะไลน์ต่อมา ผมก็ส่งการไป” (สมปรารถน์ หมั่นจิต, สัมภาษณ์)

“อย่างทุกวันนี้เค้าไลน์เลยครับ สะดวก มีอะไรไลน์บอก อสม. ไลน์บอก เจ้าหน้าที่ เพราะเจ้าหน้าที่เราก็จะมีคนที่ดูแลหมู่บ้านนี้คุ้มนี้ หมายถึงว่า หมู่บ้านนี้ เค้าเรียกอะไร แกนนำสุขภาพครอบครัวนี้จะมีพี่เลี้ยงโดย เจ้าหน้าที่ รพสต. นี่แหละที่จะรับผิดชอบหมู่บ้านนี้มีปัญหาอะไรเค้าก็จะปรึกษา โดยตรงครับ” (ธวัชชัย เหลืองศิริ, สัมภาษณ์)

“ส่วนของพวกผม อสม. จังหวัดเนี่ยพวกผมจะมีไลน์กันทั่วประเทศ มีอะไรก็ สื่อสารกันเป็นคณะกรรมการบริการสุขภาพระดับประเทศ ที่เราตั้งกัน สมมุติว่าเกิดเหตุการณ์เกิดเหตุอยู่ทางโน้นก็แจ้งกันมาทางไลน์เราจะได้ ทราบเรื่อง ก็จะได้รู้กัน” (อภิรักษ์ อุดมมะ, สัมภาษณ์)

“แล้วก็โลกโซเชียล พวกอินเทอร์เน็ต เขาจะมาตามเฟซบุ๊ก (facebook) ตามไลน์...คือมีอะไรมันจะออกหมดเลย เป็นเพื่อนกันมันก็รู้กันไปทั่ว” (อยู่ เย็น ญาณพันธ์, สัมภาษณ์)

4.6 ความน่าเชื่อถือและการประเมินเนื้อหา

ประชาชนมีวิธีการพิจารณา ประเมินความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของเนื้อหา ข่าวสารเกี่ยวกับโรคและสุขภาพอื่น ๆ กล่าวคือ การตั้งเงื่อนไขกับตนเองว่า ต้องพิจารณาประเมินความถูกต้องก่อน ไม่เชื่อทันทีที่ได้รับฟังข่าวนั้นมา ต้องอ่านให้ละเอียด พิจารณาเชิงเหตุผลสมเหตุสมผล แล้วตัดสินใจว่าไม่น่าเชื่อถือ จากนั้นให้ตรวจสอบความถูกต้อง ซึ่งมีหลายวิธี ได้แก่ การรอการยืนยันจากส่วนงานราชการ เช่น โรงพยาบาลสุขภาพตำบล การสอบถามจากเจ้าหน้าที่ บุคลากรด้านสาธารณสุข เพื่อน การพิจารณาแหล่งที่มาของข้อมูลว่าต้องเป็นแหล่งอ้างอิงที่เป็นองค์กรที่เกี่ยวข้องโดยตรง หรือแหล่งที่มาของข่าวจากสื่อหนังสือพิมพ์ สถานีโทรทัศน์ขนาดใหญ่ที่คนรู้จักแพร่หลาย นอกจากนี้ยังตรวจสอบจากแหล่งข้อมูลอื่น ๆ

“เดี๋ยวนี้คนเราไม่ได้เสฟสื่อจากโทรทัศน์ บางทีเราอ่านในทวิตเตอร์ใน facebook อ่านแค่ประโยคแรก เราก็ตื่นตูม มันก็มีผล เพราะฉะนั้นถามว่า สื่อด้วยใหม่ก็โอเคแหละ แต่เราในฐานะผู้เสฟอะไรอย่างนี้ 50 เปอร์เซ็นต์ เรามีวิจารณญาณต่อสิ่งที่เราควรจะทำ สิ่งที่เราควรจะมีสติมากแค่ไหน อันนี้ก็เพราะอันนี้” (อรุษา พิสุทธิพันธ์, สัมภาษณ์)

“ถ้าอย่างโรคเนี่ย พอข่าวมาผมก็ไปย้ำอีกทีหนึ่ง ว่าฟังก่อนนะอย่าเพิ่งนะ เพราะว่าบางที อย่างอีโบลาก็อยู่ตะวันออกกลาง มันก็ยังไกลเราอยู่ ก็เฉย ๆ ไว้ก่อน แต่ให้ระวังตัว ถ้าผิดปกติค่อยว่ากันใหม่ พอทาง รพสต.เค้ามีอะไรเค้าเช็คได้แน่นอนแล้ว เค้าก็จะมีหนังสือออกไปว่ามาช่วยประชาสัมพันธ์ให้หน่อย มาถึงตรงนี้แล้วเป็นอย่างนี้แล้ว” (ฉัตร จันทรแก้ว, สัมภาษณ์)

“เราก็ต้องฟังเพื่อนไม่ใช่ในตัวนี้ตัวเดียวเราต้องฟังเพื่อน เพื่อนอาจจะบอกว่าตัวนี้มาจากนี้นะ ตัวนี้มาจากนี้นะข่าวบางคนก็ว่าตัวนี้นะจริง ไอ้ที่พูดมาไม่รู้จริงไม่จริง ก็คือเราไม่รู้เหมือนกันว่าอันไหนจริงไม่จริง...คือเราจะต้องว่าตัวนี้ เค้าสรุปออกมาหรือยังว่าตัวนี้มันจริงไหม” (อยู่เย็น ญาณพันธ์, สัมภาษณ์)

“ก่อนแชร์ก็คืออย่างที่บอกว่าให้ดูแหล่งที่มาเช่นถ้าเป็นหนังสือของสาธารณสุขก็จะมีลงชื่อบางทีก็จะลงชื่อมาจากอธิบดี หรือว่าถ้าเป็นข่าวพยากรณ์อากาศว่าจะเกิดฝน เกิดน้ำท่วมดินถล่มก็จะมีอะไรแบบ แบนทำยลงมาแล้วในส่วนของความเชื่อถือจริง ๆ...ดูวันเดือนปีว่าเป็นปัจจุบันไหมอย่างนี้นะครับ มีหนังสือมีคนรับรองจริงไหม แต่ถ้าเป็นข้อมูลที่ติดตามแต่ข้อความไม่มีหัวไม่มีท้ายผมก็จะไม่แชร์ต่อเพราะเราก็ไม่รู้ว่ามันจริงหรือไม่จริง” (สุชุม สุกพันธ์, สัมภาษณ์)

“ข่าวโรคระบาดผมต้องกรองก่อนเพราะว่าผมจะกระจายข่าวไปทั่วทั้งจังหวัด ผมต้องกระจายข่าวก่อนว่ามาจากไหน ถ้าหากว่าไม่แน่ชัดผมก็จะโทรเข้าไปถามทาง สสจ. ว่ามันใช่ไหม” (อภิรักษ์ อุตมะ, สัมภาษณ์)

“เนื้อหาที่เค้าส่งทางไลน์มาก็คงใช้ดุลพินิจ....เช่น สมุนไพรเราก็ลองแล้วก็ไปเสิร์ชหาดูว่ามันจะมีผลกับร่างกายยังไงบ้าง ผมก็ให้แล้วเก็บข้อมูลพวกนี้ไปให้ แล้วก็เอาข้อมูลนี้ไปคืนให้กับชาวบ้าน” (สมพงษ์ ชำหา, สัมภาษณ์)

บทที่ 5

ผลการวิจัยเชิงปริมาณ

ผลการวิจัยเชิงสำรวจประชาชนทั่วประเทศที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองของจังหวัดที่มีการเดินทางผ่านด่านตรวจคนเข้าเมืองระหว่างประเทศ หรือมีสนามบินนานาชาติใน 7 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร เชียงราย ตาก สงขลา หนองคาย อุบลราชธานี และจังหวัดภูเก็ต กำหนดจำนวนตัวอย่างจังหวัดละ 200 คน รวมจำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 1,400 คน โดยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาประมวลและวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistics Package for the Social Sciences) นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสถานภาพส่วนบุคคล และการติดต่อเดินทางกับบุคคลต่างประเทศ

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ

4.1 ความถี่ในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ

4.2 ลักษณะการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ ได้แก่ ความเข้มข้น ความกระตือรือร้น และ ความผูกพันกับเนื้อหา

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความเข้าใจข่าวสารเกี่ยวกับเกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ ประกอบด้วย ความเข้าใจสถานการณ์การระบาด ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตน และเนื้อหา

ส่วนที่ 6 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการประเมินคุณค่า และความถูกต้องข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ ประกอบด้วย การประเมินด้วยการตั้งเงื่อนไขเบื้องต้น การตรวจสอบความถูกต้อง และการพิจารณาถึงประโยชน์ที่จะใช้ดูแลตนเองให้ปลอดภัย

ส่วนที่ 7 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการนำข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศมาใช้ประโยชน์ ประกอบด้วย การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันตนเอง และการดูแลสุขภาพของตนเอง

ส่วนที่ 8 การทดสอบสมมติฐานการวิจัย

5.1 ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสถานภาพส่วนบุคคล การติดต่อกับบุคคลและการเดินทางไปต่างประเทศ

ผลการวิเคราะห์ส่วนที่ 1 ประกอบด้วยผลการวิเคราะห์ ดังนี้

5.1.1 ข้อมูลสถานภาพส่วนบุคคล ได้แก่ ภูมิภาค เพศ อายุ สัญชาติ สภาวะสุขภาพ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ

5.1.2 การติดต่อกับบุคคลและการเดินทางไปต่างประเทศ ได้แก่ การติดต่อครอบครัวญาติหรือบุคคลสนิทที่อาศัยอยู่ติดชายแดนประเทศไทย ครอบครัวญาติหรือบุคคลสนิทที่อาศัยอยู่หรือเดินทางไปต่างประเทศ การติดต่อการค้าหรือทำธุรกิจที่ชายแดนของประเทศไทย ระยะเวลาใน 1 ปี ในการเดินทางเข้าออกหรือเดินทางไปต่างประเทศ และความบ่อยครั้งของการเดินทางเข้าออกหรือเดินทางไปต่างประเทศในช่วง 1 ปี ผลการวิจัยมีดังต่อไปนี้

5.1.1 ข้อมูลสถานภาพส่วนบุคคล

ตารางที่ 5.1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภูมิภาค

จังหวัด	จำนวน	ร้อยละ
กรุงเทพฯและปริมณฑล	200	14.3
เชียงใหม่	200	14.3
ตาก	200	14.3
หนองคาย	200	14.3
อุบลราชธานี	200	14.3
ภูเก็ต	200	14.3
สงขลา	200	14.3
รวม	1,400	100.0

จากตารางที่ 5.1 สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างกระจายตามภูมิภาคต่าง ๆ ทั่วประเทศเป็นจำนวนเท่ากัน รวมทั้งสิ้น 1,400 คน

ตารางที่ 5.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สัญชาติ สถานะสุขภาพ ระดับการศึกษา รายได้ และอาชีพ

ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	535	38.2
หญิง	865	61.8
อายุ		
14-17 ปี	29	2.1
18-20 ปี	173	12.4
21-30 ปี	427	30.6
31-40 ปี	301	21.5
41-50 ปี	258	18.5
มากกว่า60 ปี	147	10.5
71-80 ปี	62	4.4
สัญชาติ		
ไทย	1,396	99.7
อื่น ๆ อาทิ พม่า ญี่ปุ่น	4	0.3
ศาสนา		
พุทธ	1,278	91.5
อิสลาม	68	4.9
คริสต์	47	3.4
ฮินดู	1	0.1
อื่น ๆ ไม่นับถือศาสนา	3	0.2
สถานะสุขภาพ		
สุขภาพแข็งแรง	1,160	82.9
มีโรคประจำตัว (แต่ยังทำกิจวัตรประจำวันได้)	225	16.1
มีปัญหาทางการได้ยิน เช่น หูหนวก	5	0.4
มีปัญหาทางการเคลื่อนไหว เช่น เดินไม่ได้	3	0.2

ตารางที่ 5.2 (ต่อ)

ระดับการศึกษา		
ไม่เคยเรียนหนังสือ/ประถมศึกษา	153	9.5
มัธยมศึกษา	232	16.6
อนุปริญญา ปวช./ปวส.	226	16.2
ปริญญาตรี	723	51.7
สูงกว่าระดับปริญญาตรี	85	6.1
รายได้		
ไม่มีรายได้	178	12.8
ต่ำกว่า 1,000 บาท	32	2.3
1,001- 5,000 บาท	118	8.5
5,001-10,000 บาท	187	13.5
10,001-15,000 บาท	280	20.2
15,001-20,000 บาท	251	18.1
20,001-30,000 บาท	196	14.1
30,001-40,000 บาท	70	5.0
40,001-50,000 บาท	40	2.9
มากกว่า 50,000 บาท	35	2.5
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	39	2.8
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	215	15.5
เกษตรกร/ทำนา ทำสวน ทำไร่	74	5.3
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	222	16.0
รับจ้าง	193	13.9
พนักงานบริษัท เอกชน ลูกจ้าง	354	25.5
ข้าราชการบำนาญ	20	1.4
นักเรียน นักศึกษา	272	19.6
อื่น ๆ ลูกส่งเงินให้ใช้	1	0.1
รวม	1,400	100.0

จากตารางที่ 5.2 สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 61.8 และ 38.2 ตามลำดับ มีอายุ 21-30 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.6 รองลงมาคือ อายุ 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 21.5 และ อายุ 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 18.5 เกือบทั้งหมดมีสัญชาติไทย และนับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 99.7 และร้อยละ 91.5 ตามลำดับ มีสภาวะสุขภาพส่วนใหญ่แข็งแรง คิดเป็นร้อยละ 82.9 และกลุ่มตัวอย่างจำนวนครึ่งหนึ่งมีการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 51.7 รองลงมาเป็นการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และอนุปริญญา ปวช./ปวส. ใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 16.6 และร้อยละ 16.2 ในด้านรายได้ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีรายได้กระจายโดยมีรายได้ช่วง 10,001-15,000 บาท เป็นจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 20.2 รองลงมาคือรายได้ช่วง 15,001-20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 18.1 และรายได้ช่วง 20,001-30,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 14.1 และรายได้ช่วง 5,001-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 13.5 กลุ่มตัวอย่างมีอาชีพพนักงานบริษัท เอกชน ลูกจ้าง เป็นจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 25.5 รองลงมาเป็นนักเรียน นักศึกษา 19.6 ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย ร้อยละ 16.0 และ ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 15.5

5.1.2 การติดต่อกับบุคคลและการเดินทางไปต่างประเทศ

ตารางที่ 5.3 จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่มีการติดต่อกับบุคคลและการเดินทางไปต่างประเทศ

การติดต่อกับบุคคลและเดินทางไปต่างประเทศ	มี		ไม่มี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มีคนในครอบครัว ญาติ หรือบุคคลสนิทที่อาศัยอยู่ติดชายแดนประเทศไทย	294	21.0	1104	79.0
มีคนในครอบครัว ญาติ หรือบุคคลสนิทที่อาศัยอยู่หรือเดินทางไปต่างประเทศ	273	19.5	1126	80.5
มีการติดต่อการค้า หรือทำธุรกิจที่ชายแดนของประเทศไทย	150	10.7	1250	89.3
เคยเดินทางเข้าออกหรือเดินทางไปต่างประเทศ	407	29.1	990	70.9

จากตารางที่ 5.3 สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างบางส่วน มีคนในครอบครัว ญาติ หรือบุคคลสนิทที่อาศัยอยู่ติดชายแดนประเทศไทย และอาศัยอยู่หรือเดินทางไปต่างประเทศ คิดเป็นร้อยละ 21.0 และ 19.5 ตามลำดับ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างจำนวนเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 10.7 มีการติดต่อการค้า หรือทำธุรกิจที่ชายแดนของประเทศไทย และมีกลุ่มตัวอย่างที่เคยเดินทางเข้าออกหรือเดินทางไปต่างประเทศคิดเป็นร้อยละ 29.1

ตารางที่ 5.4 จำนวน ร้อยละ และความบ่อยครั้งของการเดินทางเข้าออกหรือเดินทางไปต่างประเทศ ในช่วง 1 ปี

ความบ่อยของการเดินทางเข้าออก	จำนวน	ร้อยละ
ทุกเดือน	70	17.2
2 เดือนครั้ง (6 ครั้งใน 1 ปี)	34	8.4
3 เดือนครั้ง (4 ครั้งใน 1 ปี)	65	16.0
6 เดือนครั้ง (2 ครั้งใน 1 ปี)	54	13.3
ปีละ 1 ครั้ง	184	45.2
$\bar{X} = 2.39$ S.D. = 1.53 ระดับน้อย		

จากตารางที่ 5.4 สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเดินทางเข้าออกหรือเดินทางไปต่างประเทศในช่วง 1 ปี โดยเฉลี่ยอยู่ระดับน้อย หรือ เดินทาง 6 ครั้ง (2 ครั้งใน 1 ปี)

5.2 ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย การดูแลรักษาสุขภาพ การเจ็บป่วยของโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ และครอบครัวญาติหรือบุคคลสนิท เคยป่วยจากโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ มีดังนี้

ตารางที่ 5.5 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยความถี่ในการดูแลสุขภาพในแต่ละวิธี

วิธีการรักษา	ระดับความถี่ที่ทำการดูแลสุขภาพ					\bar{X}	S.D.	ระดับ
	ทุกครั้งที่ไม่สบาย	เกือบทุกครั้งที่ไม่สบาย	ทำบ้างไม่ทำบ้าง	แทบจะไม่ได้ทำเลย	ไม่เคยทำเลย			
1. ซื้ยยาจากร้านขายยามากินเอง	109 (7.8)	451 (32.3)	561 (40.1)	161 (11.5)	116 (8.3)	3.20	1.02	ทำบ้างไม่ทำบ้าง
2. ไปหาหมอที่โรงพยาบาลรัฐขนาดใหญ่	123 (8.8)	331 (23.7)	548 (39.2)	268 (19.2)	129 (9.2)	3.04	1.07	ทำบ้างไม่ทำบ้าง
3. ไปหาหมอที่คลินิกใกล้บ้าน	61 (4.4)	349 (24.9)	591 (42.2)	251 (17.9)	147 (10.5)	2.95	1.01	ทำบ้างไม่ทำบ้าง
4. ปล่อยให้หายเอง ไม่กินยา ไม่ไปหาหมอ	40 (2.9)	304 (21.8)	641 (45.9)	157 (11.2)	254 (18.2)	2.80	1.06	ทำบ้างไม่ทำบ้าง
5. ไปหาหมอที่อนามัย หรือ โรงพยาบาลสุขภาพชุมชน	126 (9.0)	273 (19.5)	448 (32.0)	304 (21.7)	249 (17.8)	2.80	1.20	ทำบ้างไม่ทำบ้าง
6. ไปหาหมอที่โรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่	56 (4.0)	185 (13.2)	382 (27.3)	351 (25.1)	425 (30.4)	2.35	1.16	แทบจะไม่ได้ทำ
7. กินยาสมุนไพรเพื่อรักษาตนเองให้หายป่วย	15 (1.1)	70 (5.0)	413 (29.5)	399 (28.5)	502 (35.9)	2.07	.97	แทบจะไม่ได้ทำ
8. รักษาตัวตามวิธีที่ผู้เฒ่าบอก หรือทำตามที่บอกต่อ ๆ มา	9 (0.6)	42 (3.0)	206 (14.7)	351 (25.1)	791 (56.5)	1.66	.88	ไม่เคยทำเลย

ตารางที่ 5.5 (ต่อ)

วิธีการรักษาตัวหาก ไม่สบาย	ระดับความถี่ที่ทำการดูแลและสุขภาพ					\bar{X}	S.D.	ระดับ
	ทุกครั้ง ที่ไม่ สบาย	เกือบ ทุกครั้ง ที่ไม่ สบาย	ทำบ้าง ไม่ทำ บ้าง	แทบจะ ไม่ได้ทำ เลย	ไม่เคย ทำเลย			
9. ไปหาหมอยา หรือ ผู้เฒ่าที่เป็นหมอ พื้นบ้าน	5 (0.4)	36 (2.6)	170 (12.2)	324 (23.2)	863 (61.7)	1.57	.83	ไม่เคย ทำเลย
10. กราบไหว้สิ่ง ศักดิ์สิทธิ์ให้หายป่วย	13 (0.9)	38 (2.7)	167 (11.9)	291 (20.8)	891 (63.6)	1.56	.87	ไม่เคย ทำเลย
11. รักษาตามวิธีการ ที่เคยอ่านจากไลน์ (หมอไลน์)	5 (0.4)	28 (2.0)	161 (11.5)	259 (18.5)	947 (67.6)	1.49	.80	ไม่เคย ทำเลย
12. รักษาด้วยการ ทรงเจ้า เข้าทรง	3 (0.2)	28 (2.0)	48 (3.4)	159 (11.4)	1161 (83.0)	1.25	.64	ไม่เคย ทำเลย
13. รักษาด้วยยาผี บอก	6 (0.4)	19 (1.4)	44 (3.1)	137 (9.8)	1194 (85.3)	1.22	.61	ไม่เคย ทำเลย

จากตารางที่ 5.5 สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีวิธีการดูแลสุขภาพด้วยการ ชื้อยาจากร้านขายยามากินเอง ไปหาหมอที่โรงพยาบาลรัฐขนาดใหญ่ ไปหาหมอที่คลินิกใกล้บ้าน ปล่อยให้หายเอง ไม่กินยา ไม่ไปหาหมอ และไปหาหมอที่อนามัย หรือโรงพยาบาลสุขภาพชุมชน ในระดับทำบ้างไม่ทำบ้างเมื่อไม่สบาย แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างดูแลสุขภาพด้วยวิธีการหลาย ๆ วิธีเมื่อไม่สบาย

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างไม่เคยใช้วิธีการดูแลรักษาแบบ รักษาตัวตามวิธีที่ผู้เฒ่าบอก หรือทำตามที่บอกต่อ ๆ มา ไปหาหมอยา หรือผู้เฒ่าที่เป็นหมอพื้นบ้าน กราบไหว้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ให้หายป่วย รักษาตามวิธีการที่เคยอ่านจากไลน์ (หมอไลน์) รักษาด้วยการทรงเจ้า เข้าทรง และรักษาด้วยยาผีบอก

ตารางที่ 5.6 จำนวนและร้อยละของการเจ็บป่วยของโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ

การเจ็บป่วยจากโรคติดต่ออุบัติใหม่ๆ	จำนวน	ร้อยละ
เคยเจ็บป่วยเป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ	15	1.1
ไม่เคยเจ็บป่วยเป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ	1,384	98.9
รวม	1,400	100.0

จากตารางที่ 5.6 สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดไม่เคยเจ็บป่วยเป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ มีเพียงร้อยละ 1.1 ที่เคยเจ็บป่วยเป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ

ตารางที่ 5.7 จำนวนและร้อยละของครอบครัวญาติหรือบุคคลสนิท เคยป่วยจากโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ

ครอบครัว ญาติ หรือบุคคลสนิท เคยป่วยจากโรคติดต่ออุบัติใหม่ๆ	จำนวน	ร้อยละ
มีคนในครอบครัว ญาติ หรือบุคคลสนิท เคยป่วยจากโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ	47	3.4
ไม่เคยมีคนในครอบครัว ญาติ หรือบุคคลสนิท ป่วยจากโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ	1,352	96.6
รวม	1,400	100.0

จากตารางที่ 5.7 สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดไม่เคยมีคนในครอบครัว ญาติ หรือบุคคลสนิท ป่วยจากโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ มีเพียงร้อยละ 3.4 ที่เคยมีคนในครอบครัว ญาติ หรือบุคคลสนิท ป่วยจากโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ

5.3 ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ

ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ ได้แก่ สารระยละเอียด เหตุการณ์ เกี่ยวกับโรคอุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ ผลการวิเคราะห์มีดังต่อไปนี้

ตารางที่ 5.8 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยความถี่การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ

สาระเนื้อหาข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับ โรคติดต่ออุบัติใหม่ฯ	ระดับความถี่การได้รับข้อมูลข่าวสาร					\bar{X}	S.D.	ระดับ
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
1. พื้นที่การระบาด	82 (5.9)	387 (27.6)	548 (39.1)	221 (15.8)	162 (11.6)	3.00	1.06	ปานกลาง
2. จำนวนผู้ติดเชื้อ	48 (3.4)	286 (20.4)	545 (38.9)	328 (23.4)	193 (13.8)	2.76	1.04	ปานกลาง
3. ความรุนแรงของ การแพร่ระบาด	85 (6.1)	434 (31.0)	494 (35.3)	252 (18.0)	134 (9.6)	3.06	1.06	ปานกลาง
4. ความรู้เกี่ยวกับโรค	87 (6.2)	343 (24.5)	577 (41.3)	258 (18.5)	133 (9.5)	2.99	1.03	ปานกลาง
5. ความรุนแรงของ โรค	126 (9.0)	416 (29.7)	494 (35.3)	240 (17.1)	124 (8.9)	3.13	1.080	ปานกลาง
6. โอกาสการติดเชื้อ	96 (6.9)	359 (25.6)	531 (37.9)	265 (18.9)	149 (10.6)	2.99	1.071	ปานกลาง
7. อันตรายที่จะ เกิดขึ้นจากการติดเชื้อ	122 (8.7)	452 (32.3)	475 (34.0)	219 (15.7)	131 (9.4)	3.15	1.09	ปานกลาง
8. วิธีการปฏิบัติตัว เพื่อลดการ แพร่กระจายเชื้อ	107 (7.6)	407 (29.1)	521 (37.2)	231 (16.5)	134 (9.6)	3.09	1.07	ปานกลาง
9. วิธีการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันการติด เชื้อ	126 (9.0)	425 (30.4)	521 (37.2)	200 (14.3)	128 (9.1)	3.16	1.07	ปานกลาง
10. มาตรการป้องกัน และควบคุมของรัฐ	110 (7.9)	355 (25.4)	541 (38.6)	243 (17.4)	151 (10.8)	3.02	1.08	ปานกลาง
ระดับความถี่การได้รับเนื้อหาข้อมูล						3.04	.87	ปานกลาง

จากตารางที่ 5.8 สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับเนื้อหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่
ที่แพร่มาจากต่างประเทศอยู่ในระดับปานกลาง ในประเด็นเนื้อหาเกี่ยวกับพื้นที่การระบาด จำนวนผู้
ติดเชื้อ ความรุนแรงของการแพร่ระบาด ความรู้เกี่ยวกับโรค ความรุนแรงของโรค โอกาสการติดเชื้อ
อันตรายที่จะเกิดขึ้นจากการติดเชื้อ วิธีการปฏิบัติตัวเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ วิธีการปฏิบัติตัวเพื่อ
ป้องกันการติดเชื้อ และมาตรการป้องกันและควบคุมของรัฐ

5.4 ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ

ผลการวิเคราะห์การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ นำเสนอ ดังนี้

5.4.1 ความถี่ในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ

5.4.2 ลักษณะการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ ได้แก่ ความเข้มข้น ความกระตือรือร้น และ ความผูกพันกับเนื้อหา

ผลการวิเคราะห์ในแต่ละส่วน มีดังต่อไปนี้

5.4.1 ความถี่ในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ

ตารางที่ 5.9 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยความถี่ตามช่องทาง สื่อที่เปิดรับข่าวสาร

ช่องทาง สื่อ	ระดับความถี่ที่เปิดรับ					\bar{X}	S.D.	ระดับ
	เป็นประจำ	บ่อย ๆ	ปานกลาง	น้อย	ไม่เคยเลย			
สื่อบุคคล								
1. เพื่อน หรือคนในครอบครัว	147 (10.5)	334 (23.9)	508 (36.3)	285 (20.4)	126 (9.0)	3.07	1.10	ปานกลาง
2. แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	114 (8.1)	372 (26.6)	442 (31.6)	344 (24.6)	128 (9.1)	3.00	1.10	ปานกลาง
3. อสม. ประจำหมู่บ้าน หรือชุมชน	139 (9.9)	235 (16.8)	389 (27.8)	377 (26.9)	260 (18.6)	2.73	1.23	ปานกลาง
4. ครู ผู้ใหญ่บ้าน	41 (2.9)	180 (12.9)	445 (31.9)	380 (27.2)	351 (25.1)	2.41	1.09	น้อย
5. ประชาชนชาวบ้าน	14 (1.0)	106 (7.6)	295 (21.1)	439 (31.4)	545 (39.0)	2.00	1.00	น้อย
รวมสื่อบุคคล						2.64	0.88	ปานกลาง

ตารางที่ 5.9 (ต่อ)

ช่องทางสื่อ	ระดับความถี่ที่เปิดรับ					\bar{X}	S.D.	ระดับ
	เป็นประจำ	บ่อย ๆ	ปานกลาง	น้อย	ไม่เคยเลย			
สื่อมวลชน								
6. ข่าว และรายการโทรทัศน์	507 (36.2)	435 (31.1)	311 (22.2)	112 (8.0)	34 (2.4)	3.91	1.06	บ่อย ๆ
7. ข่าว และรายการวิทยุ	268 (19.2)	426 (30.5)	382 (27.3)	225 (16.1)	96 (6.9)	3.39	1.17	ปานกลาง
8. ข่าวหนังสือพิมพ์	191 (13.7)	367 (26.3)	434 (31.1)	292 (20.9)	112 (8.0)	3.17	1.15	ปานกลาง
รวมสื่อมวลชน						3.49	0.96	บ่อย ๆ
สื่อท้องถิ่น								
9. เคเบิลทีวี	155 (11.1)	325 (23.2)	416 (29.7)	263 (18.8)	240 (17.2)	2.92	1.24	ปานกลาง
10. โรงพยาบาลในตำบล หรืออำเภอหรือจังหวัด	142 (10.2)	286 (20.5)	400 (28.6)	380 (27.2)	190 (13.6)	2.86	1.19	ปานกลาง
11. วิทยุชุมชน	125 (8.9)	211 (15.1)	409 (29.2)	378 (27.0)	276 (19.7)	2.66	1.21	ปานกลาง
รวมสื่อท้องถิ่น						2.82	1.04	ปานกลาง
สื่อเฉพาะกิจเผยแพร่สมัคร								
12. ป้ายไว้นิลโปสเตอร์	72 (5.1)	266 (19.0)	451 (32.2)	415 (29.7)	195 (13.9)	2.72	1.08	ปานกลาง
13. ป้ายกลางแจ้งขนาดใหญ่	62 (4.4)	229 (16.4)	517 (37.0)	415 (29.7)	176 (12.6)	2.70	1.03	ปานกลาง
14. แผ่นพับ หนังสือคู่มือ	70 (5.0)	259 (18.5)	446 (31.9)	415 (29.7)	209 (14.9)	2.69	1.09	ปานกลาง
15. การบรรยายจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	97 (6.9)	219 (15.7)	342 (24.5)	400 (28.6)	340 (24.3)	2.52	1.21	น้อย
16. ซีดีรอม เทปบันทึกเสียง วีดีโอ	23 (1.6)	100 (7.2)	343 (24.6)	455 (32.6)	476 (34.1)	2.10	1.01	น้อย
รวมสื่อเฉพาะกิจเผยแพร่สมัคร						2.55	0.89	น้อย

ตารางที่ 5.9 (ต่อ)

ช่องทางสื่อ	ระดับความถี่ที่เปิดรับ					\bar{X}	S.D.	ระดับ
	เป็นประจำ	บ่อย ๆ	ปานกลาง	น้อย	ไม่เคยเลย			
สื่อชุมชน								
17. หอกระจายข่าว	166 (11.9)	187 (13.4)	345 (24.7)	338 (24.2)	363 (25.9)	2.61	1.32	ปานกลาง
18. การประชุมหมู่บ้าน ชุมชน	79 (5.6)	252 (18.0)	315 (22.5)	372 (26.6)	381 (27.2)	2.48	1.22	น้อย
19. กิจกรรมในชุมชน	51 (3.6)	193 (13.8)	355 (25.4)	372 (26.6)	428 (30.6)	2.33	1.15	น้อย
รวมสื่อชุมชน						2.48	1.15	น้อย
อินเทอร์เน็ต								
20. เฟซบุ๊ก (Facebook)	310 (22.2)	339 (24.2)	328 (23.4)	224 (16.0)	198 (14.2)	3.24	1.34	ปานกลาง
21. ไลน์ (LINE)	212 (15.2)	348 (24.9)	370 (26.5)	254 (18.2)	214 (15.3)	3.06	1.28	ปานกลาง
22. เว็บไซต์หนังสือพิมพ์ ทั่วไป	174 (12.4)	358 (25.6)	397 (28.4)	258 (18.4)	212 (15.2)	3.02	1.24	ปานกลาง
23. เว็บไซต์สุขภาพ ทั่วไป	119 (8.5)	324 (23.2)	455 (32.5)	272 (19.5)	228 (16.3)	2.88	1.19	ปานกลาง
24. เว็บไซต์ของหน่วยงานสาธารณสุขโรงพยาบาล	103 (7.4)	249 (17.8)	435 (31.1)	338 (24.2)	273 (19.5)	2.69	1.18	ปานกลาง
25. ยูทูป (YouTube)	136 (9.7)	215 (15.4)	370 (26.4)	313 (22.4)	365 (26.1)	2.60	1.29	น้อย
26. การค้นหาข้อมูลด้วยเสิร์ชเอนจิน (Search Engine)	96 (6.9)	218 (15.6)	415 (29.7)	329 (23.6)	339 (24.3)	2.57	1.21	น้อย
27. กระดานสนทนา เช่น ฟันทิป	74 (5.3)	210 (15.0)	406 (29.0)	355 (25.4)	353 (25.3)	2.50	1.17	น้อย
28. อินสตาแกรม (Instagram)	75 (5.4)	165 (11.8)	272 (19.4)	331 (23.7)	556 (39.7)	2.19	1.23	น้อย

ตารางที่ 5.9 (ต่อ)

ช่องทางสื่อ	ระดับความถี่ที่เปิดรับ					\bar{X}	S.D.	ระดับ
	เป็นประจำ	บ่อย ๆ	ปานกลาง	น้อย	ไม่เคยเลย			
29. ทวิตเตอร์ (Twitter)	53 (3.8)	108 (7.7)	255 (18.2)	317 (22.7)	666 (47.6)	1.97	1.14	น้อย
30. แอปพลิเคชันสนทนา วอตแอปป์ (WhatsApp)	41 (2.9)	84 (6.0)	196 (14.0)	317 (22.7)	760 (54.4)	1.80	1.07	น้อยที่สุด
รวมอินเทอร์เน็ต						2.60	.94	น้อย
ความถี่การเปิดรับข่าวสารรวมทุกประเภทช่องทางสื่อ						2.69	0.76	ปานกลาง

จากตารางที่ 5.9 สรุปได้ว่า ความถี่การเปิดรับข่าวสารรวมทุกประเภทช่องทางสื่อของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.69$) เมื่อพิจารณาในแต่ละประเภทช่องทางสื่อมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ช่องทางสื่อที่เปิดรับด้วยความถี่ ระดับบ่อย ๆ ได้แก่ สื่อมวลชน คือ โทรทัศน์

ช่องทางสื่อที่เปิดรับด้วยความถี่ ระดับปานกลาง มีดังนี้

- สื่อมวลชน คือ วิทยุ หนังสือพิมพ์
- สื่อบุคคล คือ เพื่อน แพทย์ พยาบาล อสม.
- สื่อท้องถิ่น คือ เคเบิลทีวี โรงพยาบาล วิทยุชุมชน
- สื่ออินเทอร์เน็ต คือ เฟซบุ๊ก (Facebook) ไลน์ (LINE) เว็บไซต์หนังสือพิมพ์ทั่วไป

เว็บไซต์สุขภาพทั่วไป

- สื่อเฉพาะกิจเผยแพร่รณรงค์ที่ความถี่ในการเปิดรับอยู่ระดับปานกลาง คือ ป้ายไวนิล

แผ่นพับ

- สื่อชุมชนที่ความถี่ในการเปิดรับอยู่ระดับปานกลาง คือ หอกระจายข่าว

ช่องทางสื่อที่เปิดรับด้วยความถี่ระดับน้อย มีดังนี้

- สื่อเฉพาะกิจเผยแพร่รณรงค์ เช่น การบรรยายจากเจ้าหน้าที่ ซีดี รอม เทปบันทึกเสียง
- สื่อชุมชน เช่น การประชุมหมู่บ้านหรือชุมชน กิจกรรมในชุมชน
- สื่ออินเทอร์เน็ต เช่น ยูทูบ (YouTube) การค้นหาข้อมูลด้วยเสิร์ชเอ็นจิน (Search Engine) กระดานสนทนา อินสตาแกรม (Instagram) ทวิตเตอร์ (Twitter)

5.4.2 ลักษณะการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ

ลักษณะการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ประกอบด้วย ความเข้มข้น ความกระตือรือร้น และ ความผูกพันกับเนื้อหา ผลการวิเคราะห์มีดังต่อไปนี้

5.4.2.1 ความเข้มข้นในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร

ตารางที่ 5.10 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยความเข้มข้นในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ

จำนวนช่องทางสื่อ	จำนวน	ร้อยละ
มากกว่า 6 ช่องทาง	117	8.4
5-6 ช่องทาง	282	20.3
4 ช่องทาง	183	13.2
2-3 ช่องทาง	596	42.9
ช่องทางเดียว	136	9.8
$\bar{X} = 2.59$ S.D. = 1.29 ระดับ น้อย		
ปริมาณข้อมูลข่าวสาร	จำนวน	ร้อยละ
มากนักไม่ถ้วน	38	2.7
มาก	333	23.9
ไม่มาก ไม่น้อย	663	47.6
น้อย	249	17.9
น้อยมาก ๆ	110	7.9
$\bar{X} = 2.95$ S.D. = 0.92 ระดับ ไม่มาก ไม่น้อย		
การติดตามข่าวสาร	จำนวน	ร้อยละ
ติดตามตลอดทั้งวัน	15	1.1
ติดตามเกือบทั้งวัน	72	5.2
ติดตามบางเวลา	745	53.5
ติดตามบ้าง ไม่ติดตามบ้าง	421	30.2
แทบจะไม่ติดตามเลย	140	10.1
$\bar{X} = 2.57$ S.D. = 0.78 ระดับ น้อย		
ความเข้มข้นในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร $\bar{X} = 2.70$ S.D. = 0.84 ระดับ ปานกลาง		

จากตารางที่ 5.10 สรุปได้ว่า ความเข้มข้นในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับ ไม่มาก ไม่น้อย มีค่าเฉลี่ย 2.70 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.84 เมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่า จำนวนช่องทางสื่อ และการติดตามข่าวสาร อยู่ระดับน้อย

5.4.2.2 ความกระตือรือร้นในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร

ตารางที่ 5.11 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยความกระตือรือร้นในการเข้าถึงข่าวสารโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ

ความกระตือรือร้นในการเข้าถึง	ระดับความกระตือรือร้น					\bar{X}	S.D.	ระดับ
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
1. ติดตามความคืบหน้าของสถานการณ์โรคอุบัติใหม่ฯ	93 (6.7)	370 (26.6)	604 (43.4)	220 (15.8)	104 (7.5)	3.09	0.99	ปานกลาง
2. สืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ฯเพิ่มเติม	66 (4.7)	279 (20.0)	582 (41.8)	308 (22.1)	157 (11.3)	2.85	1.02	ปานกลาง
3. ส่งต่อข่าวโรคติดต่ออุบัติใหม่ฯไปให้เพื่อน คนใกล้ชิด	148 (10.6)	339 (24.4)	480 (34.5)	311 (22.4)	113 (8.1)	3.07	1.10	ปานกลาง
ความกระตือรือร้นในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร						3.00	0.93	ปานกลาง

จากตารางที่ 5.11 สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีความกระตือรือร้นในการเข้าถึงข่าวสารโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ อยู่ในระดับปานกลาง

5.4.2.3 ความผูกพันกับเนื้อหาในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร

ตารางที่ 5.12 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยความผูกพันกับเนื้อหาในการเข้าถึงข่าวสารโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ

ความผูกพันกับเนื้อหาในการเข้าถึง	ระดับความผูกพันกับเนื้อหา					\bar{X}	S.D.	ระดับ
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
1. อ่านข่าวโรคอุบัติใหม่อย่างละเอียด	86 (6.2)	325 (23.4)	533 (38.3)	319 (22.9)	128 (9.2)	2.94	1.04	ปานกลาง
2. ติดต่อสอบถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคอุบัติใหม่	61 (4.4)	243 (17.5)	547 (39.3)	368 (26.5)	172 (12.4)	2.75	1.02	ปานกลาง
3. นำข่าวโรคอุบัติใหม่มาพูดคุยกับเพื่อน คนใกล้ชิด	143 (10.3)	342 (24.6)	498 (35.8)	285 (20.5)	122 (8.8)	3.07	1.10	ปานกลาง
ความผูกพันกับเนื้อหาในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร						2.92	.95	ปานกลาง

จากตารางที่ 5.12 สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีความผูกพันกับเนื้อหาในการเข้าถึงข่าวสารโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ อยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 5.13 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ

การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ความถี่การเปิดรับข่าวสารผ่านช่องทางต่าง ๆ โดยรวม	2.69	0.76	ปานกลาง
ลักษณะการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร			
- ความเข้มข้น	2.70	0.84	ปานกลาง
- ความกระตือรือร้น	3.00	0.93	ปานกลาง
- ความผูกพันกับเนื้อหา	2.92	0.95	ปานกลาง

จากตารางที่ 5.13 สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ โดยมีความถี่ในการเปิดรับข่าวสารผ่านช่องทางต่าง ๆ โดยรวมอยู่ระดับปานกลาง มีลักษณะการเข้าถึงด้วยความเข้มข้น ความกระตือรือร้น และผูกพันต่อเนื้อหาในระดับปานกลาง รวมทั้งมีการเข้าถึงประเด็นเนื้อหาด้วยความถี่ระดับปานกลาง และมีความเข้าใจสาระเนื่อหาระดับปานกลาง

5.5 ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความเข้าใจข่าวสารเกี่ยวกับเกิดโรคอุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความเข้าใจข่าวสารเกี่ยวกับเกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ ประกอบด้วย

5.5.1 ความเข้าใจด้านสถานการณ์การระบาด

ตารางที่ 5.14 จำนวนและร้อยละ ความเข้าใจด้านสถานการณ์การระบาด

ความเข้าใจด้านสถานการณ์การระบาด	ผู้ตอบถูก	
	จำนวน	ร้อยละ
1. โอกาสของบุคคลในการติดเชื้อ	617	44.1
2. หน่วยงานที่รับผิดชอบในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรค	406	29.0
3. ช่องทางการแพร่ระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ๆ	259	18.5

จากตารางที่ 5.14 สรุปได้ว่า มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีความเข้าใจสถานการณ์การระบาดในเรื่องโอกาสในการติดเชื้อมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.1 รองลงมาคือ หน่วยงานรับผิดชอบ คิดเป็นร้อยละ 29.0 และช่องทางการแพร่ระบาด คิดเป็นร้อยละ 18.5

ตารางที่ 5.15 คะแนนเฉลี่ย ความเข้าใจด้านสถานการณ์การระบาด

คะแนน	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	S.D	ระดับ
0 คะแนน	101	7.2	2.08	.963	ดี
1 คะแนน	292	20.9			
2 คะแนน	395	28.2			
3 คะแนน	611	43.7			
รวม	1,399	100.0			

จากตารางที่ 5.15 สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจด้านสถานการณ์การระบาดอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย 2.08

หมายเหตุ :

คะแนนเฉลี่ย	2.41-3.00	หมายถึง	ความรู้ระดับดีมาก
คะแนนเฉลี่ย	1.81-2.40	หมายถึง	ความรู้ระดับดี
คะแนนเฉลี่ย	1.21-1.80	หมายถึง	ความรู้ระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	0.61-1.20	หมายถึง	ความรู้ระดับต่ำ
คะแนนเฉลี่ย	0.00-0.60	หมายถึง	ความรู้ระดับต่ำมาก

5.5.2 ความเข้าใจด้านข้อมูลเกี่ยวกับโรค

ตารางที่ 5.16 จำนวนและร้อยละ ความเข้าใจด้านข้อมูลเกี่ยวกับโรค

ความเข้าใจด้านข้อมูลเกี่ยวกับโรค	ผู้ตอบถูก	
	จำนวน	ร้อยละ
1. โรคติดต่ออุบัติใหม่ยังไม่มียารักษา	603	43.1
2. การติดต่อโรคติดเชื้อไวรัสซิกา	519	37.1
3. สาเหตุของการเกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่	440	31.4

จากตารางที่ 5.16 สรุปได้ว่า จำนวนกลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจด้านข้อมูลเกี่ยวกับโรคในเรื่องที่ยังไม่มียารักษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.1 รองลงมาคือ การติดต่อของโรคซิกา คิดเป็นร้อยละ 37.1 และ สาเหตุของโรคติดต่ออุบัติใหม่ คิดเป็นร้อยละ 31.4

ตารางที่ 5.17 คะแนนเฉลี่ย ความเข้าใจด้านข้อมูลเกี่ยวกับโรค

คะแนน	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	S.D	ระดับ
0 คะแนน	133	9.5	1.88	.97	ดี
1 คะแนน	346	24.7			
2 คะแนน	469	33.5			
3 คะแนน	451	32.2			
รวม	1,399	100.0			

จากตารางที่ 5.17 สรุปได้ว่า โดยรวมกลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจด้านข้อมูลเกี่ยวกับโรค อยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย 1.88

หมายเหตุ :

- คะแนนเฉลี่ย 2.41-3.00 หมายถึง ความรู้ระดับดีมาก
- คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.40 หมายถึง ความรู้ระดับดี
- คะแนนเฉลี่ย 1.21-1.80 หมายถึง ความรู้ระดับปานกลาง
- คะแนนเฉลี่ย 0.61-1.20 หมายถึง ความรู้ระดับต่ำ
- คะแนนเฉลี่ย 0.00-0.60 หมายถึง ความรู้ระดับต่ำมาก

5.5.3 ความเข้าใจด้านการปฏิบัติตน

ตารางที่ 5.18 จำนวนและร้อยละ ความเข้าใจด้านการปฏิบัติตน

ความเข้าใจด้านการปฏิบัติตน	ผู้ตอบถูก	
	จำนวน	ร้อยละ
1. การปฏิบัติตัวเมื่อมีข่าวการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ฯ เกิดขึ้น- ติดตามข่าวอย่างต่อเนื่อง	649	46.4
2. การปฏิบัติตัวเมื่อเกิดการระบาดของโรค- ปฏิบัติตามคำแนะนำจากหน่วยงานสาธารณสุข	422	30.1

จากตารางที่ 5.18 สรุปได้ว่า จำนวนกลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจด้านการปฏิบัติตนเรื่องการติดตามข่าวอย่างต่อเนื่องเมื่อเกิดการระบาด มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.4 รองลงมาคือ การเรื่องการปฏิบัติตามคำแนะนำเมื่อเกิดการระบาด คิดเป็นร้อยละ 30.1

ตารางที่ 5.19 คะแนนเฉลี่ย ความเข้าใจด้านการปฏิบัติตน

คะแนน	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
0 คะแนน	230	16.4	1.24	.72	ดี
1 คะแนน	610	43.6			
2 คะแนน	558	39.9			
รวม	1399	100.0			

จากตารางที่ 5.19 สรุปได้ว่า โดยรวมกลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจด้านการปฏิบัติตนอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย 1.24

หมายเหตุ:

คะแนนเฉลี่ย	1.61-2.00	หมายถึง	ความรู้ระดับดีมาก
คะแนนเฉลี่ย	1.21-1.60	หมายถึง	ความรู้ระดับดี
คะแนนเฉลี่ย	0.81-1.20	หมายถึง	ความรู้ระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	0.41-0.80	หมายถึง	ความรู้ระดับต่ำ
คะแนนเฉลี่ย	0.00-0.40	หมายถึง	ความรู้ระดับต่ำมาก

ตารางที่ 5.20 จำนวน ร้อยละความเข้าใจข่าวสารเกี่ยวกับเกิดโรคอุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ โดยรวม

คะแนน	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
0	11	0.8	5.20	1.98	ดี
1	40	2.9			
2	110	7.9			
3	149	10.7			
4	160	11.4			
5	254	18.2			
6	236	16.9			
7	265	18.9			
8	174	12.4			

จากตารางที่ 5.20 สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจข่าวสารเกี่ยวกับเกิดโรคอุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศโดยรวม อยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย 5.20

หมายถึง :

คะแนนเฉลี่ย	6.41-8.00	หมายถึง	ความรู้ระดับดีมาก
คะแนนเฉลี่ย	4.81-6.40	หมายถึง	ความรู้ระดับดี
คะแนนเฉลี่ย	3.21-4.80	หมายถึง	ความรู้ระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	1.61-3.20	หมายถึง	ความรู้ระดับต่ำ
คะแนนเฉลี่ย	0.00-1.60	หมายถึง	ความรู้ระดับต่ำมาก

ตารางที่ 5.21 คะแนนเฉลี่ยความเข้าใจข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ

ความเข้าใจข้อมูลข่าวสาร	ค่าช่วงคะแนน	\bar{X}	S.D	ระดับ
ความเข้าใจด้านสถานการณ์การระบาด	0-3	2.08	.963	ดี
ความเข้าใจด้านข้อมูลเกี่ยวกับโรค	0-3	1.88	0.97	ดี
ความเข้าใจด้านการปฏิบัติตน	0-2	1.24	0.72	ดี
ความเข้าใจข่าวสารโดยรวม	0-8	5.21	1.98	ดี

จากตารางที่ 5.21 สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจข่าวสารเกี่ยวกับเกิดโรคอุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศโดยรวม อยู่ในระดับดี และเมื่อพิจารณาความเข้าใจแต่ละด้านพบว่า อยู่ในระดับดี ทุกด้าน

5.5.4 ความเข้าใจสาระเนื้อหาเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ฯ

ตารางที่ 5.22 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยระดับความเข้าใจสาระเนื้อหาของโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ

ความเข้าใจสาระ เนื้อหาเกี่ยวกับ โรคติดต่ออุบัติใหม่ฯ	ระดับความเข้าใจสาระเนื้อหาของโรคติดต่ออุบัติใหม่					\bar{X}	S.D.	ระดับ
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
1. ข่าวจาก สื่อมวลชน เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์	227 (16.2)	518 (37.0)	418 (29.9)	167 (11.9)	69 (4.9)	3.48	1.05	มาก
2. วิธีการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันการติด เชื้อ	121 (8.7)	431 (30.9)	496 (35.5)	215 (15.4)	134 (9.6)	3.14	1.08	ปานกลาง
3. วิธีการปฏิบัติตัว เพื่อลดการระบาด	100 (7.1)	398 (28.4)	531 (37.9)	237 (16.9)	134 (9.6)	3.07	1.06	ปานกลาง
4. มาตรการป้องกัน และควบคุมของรัฐ	99 (7.1)	398 (28.5)	511 (36.6)	237 (17.0)	153 (10.9)	3.04	1.08	ปานกลาง
5. อันตรายที่จะ เกิดขึ้นจากการติด เชื้อ	98 (7.0)	409 (29.2)	487 (34.8)	247 (17.7)	158 (11.3)	3.03	1.10	ปานกลาง
6. ข้อมูลจากแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข	82 (5.9)	324 (23.2)	500 (35.8)	350 (25.1)	141 (10.1)	2.90	1.05	ปานกลาง
7. โอกาสที่จะติดเชื้อ	82 (5.9)	336 (24.0)	521 (37.2)	289 (20.6)	172 (12.3)	2.90	1.08	ปานกลาง
8. รายละเอียดทาง การแพทย์เกี่ยวกับ โรค	41 (2.9)	200 (14.3)	437 (31.3)	427 (30.6)	292 (20.9)	2.48	1.06	น้อย
9. คำ ภาษาต่างประเทศ	40 (2.9)	190 (13.6)	426 (30.4)	399 (28.5)	345 (24.6)	2.42	1.09	น้อย
10. คำศัพท์เฉพาะ ทางการแพทย์	48 (3.4)	152 (10.9)	376 (26.9)	428 (30.6)	396 (28.3)	2.31	1.10	น้อย
ระดับความเข้าใจสาระเนื้อหา						2.87	0.81	ปานกลาง

จากตารางที่ 5.22 สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจสาระเนื้อหาเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายประเด็นเนื้อหาสรุปได้ว่า

สาระเนื้อหาที่กลุ่มตัวอย่างเข้าใจระดับมาก คือ ข่าวจากสื่อมวลชน เช่น โทรทัศน์ วิทยุ และหนังสือพิมพ์

สาระเนื้อหาที่กลุ่มตัวอย่างเข้าใจระดับปานกลาง คือ วิธีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อ วิธีการปฏิบัติตัวเพื่อลดการระบาด มาตรการป้องกันและควบคุมของรัฐ อันตรายที่จะเกิดขึ้นจากการติดเชื้อ ข้อมูลจากแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โอกาสที่จะติดเชื้อ

สาระเนื้อหาที่กลุ่มตัวอย่างเข้าใจระดับน้อย คือ รายละเอียดทางการแพทย์เกี่ยวกับโรค คำภาษาต่างประเทศ คำศัพท์เฉพาะทางการแพทย์

5.6 ส่วนที่ 6 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการประเมินคุณค่า และความถูกต้องข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคอุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ

การประเมินคุณค่าและความถูกต้องของข่าวสาร ประกอบด้วย การประเมินด้วยการตั้งเงื่อนไขเบื้องต้น การตรวจสอบความถูกต้อง และการพิจารณาถึงประโยชน์ที่จะใช้ดูแลตนเองให้ปลอดภัย ผลการวิเคราะห์มีดังต่อไปนี้

ตารางที่ 5.23 จำนวน ค่าเฉลี่ยและระดับความถี่การประเมินข่าวสาร และความถูกต้องของโรคติดต่ออุบัติใหม่

การประเมิน	ระดับความถี่การประเมินข่าวสารโรคอุบัติใหม่					\bar{X}	S.D.	ระดับ
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
1. การตั้งเงื่อนไขเบื้องต้น								
1.1 อ่านข่าวสารนั้น อย่างพินิจวิเคราะห์	112 (8.0)	419 (30.0)	599 (42.8)	206 (14.7)	62 (4.4)	3.22	0.95	ปานกลาง
1.2 ตั้งข้อสังเกตว่า ข่าวนั้นเป็นไปได้ หรือไม่หรือมีความ สมเหตุสมผลหรือไม่	102 (7.3)	427 (30.6)	586 (42.0)	213 (15.3)	66 (4.7)	3.21	0.95	ปานกลาง
1.3 ท่านไม่ปักใจ เชื่อข่าวนั้นทันที	91 (6.5)	365 (26.2)	654 (46.9)	209 (15.0)	76 (5.4)	3.13	0.93	ปานกลาง
การตั้งเงื่อนไขเบื้องต้น						3.19	0.82	ปานกลาง
2. การตรวจสอบความถูกต้อง								
2.1 รอการยืนยัน ข่าวเรื่องเดียวกันนั้น จากหน่วยงาน สาธารณสุข หรือ โรงพยาบาล หรือ หน่วยงานราชการ	200 (14.3)	497 (35.6)	469 (33.5)	178 (12.7)	54 (3.9)	3.44	1.01	มาก

ตารางที่ 5.23 (ต่อ)

การประเมิน	ระดับความถี่การประเมินข่าวสารโรคอุบัติใหม่					\bar{X}	S.D.	ระดับ
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
2.2 พิจารณาแหล่งที่มาของข้อมูล ข่าวนั้นมาจากหน่วยงานด้านสาธารณสุข หรือ ราชการ หรือ สื่อมวลชน เช่น โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ วิทยุ ระดับประเทศ	178 (12.7)	492 (35.2)	502 (35.9)	166 (11.9)	60 (4.3)	3.40	0.10	ปานกลาง
2.3 สืบค้นข้อมูลจากแหล่ง หรือ ช่องทาง หรือ สื่ออื่น ๆ เกี่ยวกับข่าว หรือ เนื้อหาที่ได้รับฟังมา	124 (8.9)	398 (28.5)	528 (37.8)	246 (17.6)	99 (7.1)	3.14	1.04	ปานกลาง
2.4 สอบถามกับบุคคลอื่น เช่น แพทย์ พยาบาล อสม. บุคคลที่ท่านให้ความเชื่อถือเรื่องสุขภาพ	127 (9.1)	382 (27.3)	529 (37.8)	266 (19.0)	94 (6.7)	3.13	1.04	ปานกลาง
การตรวจสอบความถูกต้อง						3.28	0.85	ปานกลาง

ตารางที่ 5.23 (ต่อ)

การประเมิน	ระดับความถี่การประเมินข่าวสารโรคอุบัติใหม่					\bar{X}	S.D.	ระดับ
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
3. การพิจารณาถึงประโยชน์ที่จะใช้ดูแลตนเองให้ปลอดภัย								
3.2 พิจารณาว่าเนื้อหาที่ได้รับมาเป็นวิธีการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยได้	219 (15.7)	535 (38.3)	449 (32.1)	146 (10.4)	49 (3.5)	3.52	0.99	มาก
3.1 พิจารณาว่าเนื้อหาที่ได้รับมาเป็นประโยชน์ต่อการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ	212 (15.2)	535 (38.3)	450 (32.2)	155 (11.1)	45 (3.2)	3.51	0.99	มาก
3.3 พิจารณาว่าเนื้อหาที่ได้รับมาช่วยลดความกังวลใจหรือความกลัวได้	177 (12.7)	532 (38.1)	476 (34.0)	152 (10.9)	61 (4.4)	3.44	0.99	มาก
การพิจารณาถึงประโยชน์ที่จะใช้ดูแลตนเองให้ปลอดภัย						3.49	0.92	มาก
การประเมินคุณค่า และความถูกต้องข้อมูลข่าวสารโดยรวม						3.31	0.77	ปานกลาง

จากตารางที่ 5.23 สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีการประเมินคุณค่า และความถูกต้องข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่า การประเมินด้วยการพิจารณาถึงประโยชน์ที่จะใช้ดูแลตนเองให้ปลอดภัย อยู่ในระดับสูง ในขณะที่การตั้งเงื่อนไขเบื้องต้น และการตรวจสอบความถูกต้อง อยู่ในระดับปานกลาง

5.7 ส่วนที่ 7 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการนำข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศมาใช้ประโยชน์

การนำข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศมาใช้ประโยชน์ ประกอบด้วย การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันตนเอง และการดูแลสุขภาพของตนเอง ผลการวิเคราะห์มีดังนี้

ตารางที่ 5.24 จำนวน ค่าเฉลี่ยและระดับความถี่การนำข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่มาใช้ประโยชน์

การนำข่าวสารมาใช้ประโยชน์	ระดับความถี่การนำข้อมูลข่าวสารมาใช้ประโยชน์					\bar{X}	S.D.	ระดับ
	เป็นประจำ	บ่อย ๆ	ปานกลาง	น้อย	ไม่เคยเลย			
1. การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันตนเอง								
1.1 นำวิธีการป้องกันโรคติดต่อที่ได้รับคำแนะนำมาปฏิบัติ	269 (19.3)	602 (43.1)	396 (28.3)	9189 (6.5)	39 (2.8)	3.70	0.95	มาก
1.2 นำวิธีการป้องกันการระบาดที่ได้รับคำแนะนำมาปฏิบัติ	259 (18.6)	580 (41.6)	418 (30.0)	102 (7.3)	35 (2.5)	3.66	0.95	มาก
การนำข้อมูลมาใช้ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันตนเอง						3.68	0.90	มาก

ตารางที่ 5.24 (ต่อ)

การนำข่าวสารมาใช้ ประโยชน์	ระดับความถี่การนำข้อมูลข่าวสารมาใช้ประโยชน์					\bar{X}	S.D.	ระดับ
	เป็นประจำ	บ่อย ๆ	ปานกลาง	น้อย	ไม่เคยเลย			
2. การดูแลสุขภาพของตนเอง								
2.1 กิน อยู่อย่างถูก สุขลักษณะตาม คำแนะนำที่ได้รับ ทราบมา	284 (20.4)	571 (40.9)	389 (27.9)	99 (7.1)	52 (3.7)	3.67	1.00	มาก
2.2 สำนึกการ เจ็บป่วยของตนเอง ว่ามีอาการของโรค	254 (18.2)	564 (40.4)	410 (29.3)	115 (8.2)	54 (3.9)	3.61	1.00	มาก
2.3 การแสวงหา หรือติดตามข่าวสาร เกี่ยวกับโรคติดต่อ อุบัติใหม่	240 (17.2)	511 (36.6)	396 (28.3)	171 (12.2)	79 (5.7)	3.47	1.09	มาก
2.3 ไปพบแพทย์ หรือพยาบาล หรือ อสม. เมื่อมีอาการ เจ็บป่วย หรือสงสัยว่าตนเอง ติดเชื้อ	224 (16.0)	475 (34.0)	420 (30.1)	178 (12.8)	99 (7.1)	3.39	1.11	ปานกลาง
การนำข้อมูลมาใช้ในการดูแลสุขภาพ						3.54	0.92	มาก
การนำข้อมูลข่าวสารมาใช้ประโยชน์โดยรวม						3.58	0.86	มาก

จากตารางที่ 5.24 สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีการนำข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศมาใช้ประโยชน์ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ทั้งการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อและการระบาด และการดูแลสุขภาพของตนเองในการกินอยู่อย่างถูกสุขลักษณะ สำนึกอาการเจ็บป่วยของตนเอง และการแสวงหาและติดตามข่าวสาร

5.8 ส่วนที่ 8 การทดสอบสมมติฐานการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 ความถี่ในการเข้าถึงสื่อบุคคล สื่อมวลชน สื่อท้องถิ่น สื่อเฉพาะกิจ เผยแพร่รณรงค์ สื่อชุมชน สื่ออินเทอร์เน็ต ความเข้มข้นในการเข้าถึง ความกระตือรือร้นในการเข้าถึง ความผูกพันกับเนื้อหา มีความสัมพันธ์กับความเข้าใจเนื้อหาข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ

สมมติฐานข้อที่ 2 ความเข้มข้นในการเข้าถึง ความกระตือรือร้นในการเข้าถึง ความผูกพันกับเนื้อหา ความเข้าใจเนื้อหาด้านสถานการณ์การระบาด ด้านข้อมูลโรค ด้านการปฏิบัติตน มีความสัมพันธ์กับการประเมินคุณค่าและความถูกต้องของข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ

สมมติฐานข้อที่ 3 ความถี่ในการเข้าถึงสื่อบุคคล สื่อมวลชน สื่อท้องถิ่น สื่อเฉพาะกิจ เผยแพร่รณรงค์ สื่อชุมชน สื่ออินเทอร์เน็ต ความเข้มข้นในการเข้าถึง ความกระตือรือร้นในการเข้าถึง ความผูกพันกับเนื้อหา ความเข้าใจเนื้อหาด้านสถานการณ์การระบาด ด้านข้อมูลโรค ด้านการปฏิบัติตน การประเมินด้วยการตั้งเงื่อนไขเบื้องต้น การตรวจสอบความถูกต้อง การพิจารณาถึงประโยชน์ที่จะใช้ดูแลตนเองให้ปลอดภัย มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันตนเอง

สมมติฐานข้อที่ 4 ความถี่ในการเข้าถึงสื่อบุคคล สื่อมวลชน สื่อท้องถิ่น สื่อเฉพาะกิจ เผยแพร่รณรงค์ สื่อชุมชน สื่ออินเทอร์เน็ต ความเข้มข้นในการเข้าถึง ความกระตือรือร้นในการเข้าถึง ความผูกพันกับเนื้อหา ความเข้าใจเนื้อหาด้านสถานการณ์การระบาด ด้านข้อมูลโรค ด้านการปฏิบัติตน การประเมินด้วยการตั้งเงื่อนไขเบื้องต้น การตรวจสอบความถูกต้อง การพิจารณาถึงประโยชน์ที่จะใช้ดูแลตนเองให้ปลอดภัย มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเอง

สมมติฐานข้อที่ 5 อายุ ระดับการศึกษา ต่างกัน มีความถี่ในการเข้าถึงเนื้อหาข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศต่างกัน

สมมติฐานข้อที่ 6 อายุ ระดับการศึกษา ต่างกัน มีความเข้มข้นในการเข้าถึงเนื้อหาข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศต่างกัน

สมมติฐานข้อที่ 7 อายุ ระดับการศึกษา ต่างกัน มี ความกระตือรือร้นในการเข้าถึงเนื้อหาข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศต่างกัน

สมมติฐานข้อที่ 8 อายุ ระดับการศึกษา ต่างกัน มีความผูกพันกับเนื้อหาข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศต่างกัน

สมมติฐานข้อที่ 9 อายุ ระดับการศึกษา ต่างกัน มีความเข้าใจเนื้อหาข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศต่างกัน

สมมติฐานข้อที่ 10 อายุ ระดับการศึกษา ต่างกัน มีการประเมินคุณค่าและความถูกต้อง
ข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศต่างกัน

สมมติฐานข้อที่ 11 อายุ ระดับการศึกษา ต่างกัน มีการนำข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่อ
อุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศมาใช้ประโยชน์ต่างกัน

ผลการทดสอบสมมติฐาน มีดังต่อไปนี้

5.8.1 สมมติฐานข้อที่ 1 ความถี่ในการเข้าถึงสื่อบุคคล สื่อมวลชน สื่อท้องถิ่น สื่อเฉพาะ
กิจเผยแพร่วรรณรงค์ สื่อชุมชน สื่ออินเทอร์เน็ต ความเข้มข้นในการเข้าถึง ความกระตือรือร้นในการ
เข้าถึง ความผูกพันกับเนื้อหา มีความสัมพันธ์กับความเข้าใจเนื้อหาข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่
ที่แพร่มาจากต่างประเทศ ในการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 ใช้สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตัวแปร
พหุคูณด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regressions
analysis)

ตารางที่ 5.25 ผลการวิเคราะห์การถดถอยแบบขั้นตอน ของความเข้าใจเนื้อหาข่าวสารเกี่ยวกับ
โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย		T	Sig
	B	Beta		
ตัวแปรที่เข้าสู่สมการถดถอย				
ความถี่ในการเข้าถึงสื่อชุมชน	-.556	-.327	-8.253	.000
ความกระตือรือร้นในการเข้าถึง	.337	.159	3.301	.001
ความถี่ในการเข้าถึงสื่อมวลชน	.405	.199	6.806	.000
ความถี่ในการเข้าถึงสื่อบุคคล	-.504	-.225	-5.394	.000
ความถี่ในการเข้าถึงสื่อเฉพาะกิจ	.242	.110	2.717	.007
ความผูกพันกับเนื้อหา	.218	.106	2.202	.028
ตัวแปรที่ไม่เข้าสู่สมการถดถอย				
ความถี่ในการเข้าถึงสื่อท้องถิ่น			-.186	.853
ความถี่ในการเข้าถึงสื่ออินเทอร์เน็ต			1.510	.131
ความเข้มข้นในการเข้าถึง			1.489	.137
Constant = 4.263 R ² = 0.182 SEE = 1.772 F = 50.206 Sig F = .000				

จากตารางที่ 5.25 แสดงผลการวิเคราะห์ตัวแปรอิสระทั้งหมด 9 ตัวแปร ตัวแปรอิสระที่ไม่มีผลต่อตัวแปรตามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 3 ตัวแปร คือ ความถี่ในการเข้าถึงสื่อท้องถิ่น ความถี่ในการเข้าถึงสื่ออินเทอร์เน็ต ความเข้มข้นในการเข้าถึง

ตัวแปรอิสระที่มีผลเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญต่อตัวแปรตามมี 4 ตัวแปร คือ ความกระตือรือร้นในการเข้าถึง ความถี่ในการเข้าถึงสื่อมวลชน ความถี่ในการเข้าถึงสื่อเฉพาะกิจ และความผูกพันกับเนื้อหา ซึ่งหมายความว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่าง มีความกระตือรือร้นในการเข้าถึง ความถี่ในการเข้าถึงสื่อมวลชน ความถี่ในการเข้าถึงสื่อเฉพาะกิจ และความผูกพันกับเนื้อหา มากขึ้น จะมีความเข้าใจเนื้อหาข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศมากขึ้น

ตัวแปรอิสระที่มีผลเชิงลบอย่างมีนัยสำคัญต่อตัวแปรตามมี 2 ตัวแปร คือ ความถี่ในการเข้าถึงสื่อชุมชน และ ความถี่ในการเข้าถึงสื่อบุคคล ซึ่งหมายความว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความถี่ในการเข้าถึงสื่อชุมชน และ ความถี่ในการเข้าถึงสื่อบุคคลมากขึ้น กลับมีความเข้าใจเนื้อหาข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศลดลง

ตัวแปรอิสระทั้ง 6 ตัวแปรดังกล่าวสามารถอธิบายความสัมพันธ์ของตัวแปรตามได้ร้อยละ 18.2 และสมการที่ได้จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนที่มีนัยสำคัญทางสถิติ .000

5.8.2 สมมติฐานข้อที่ 2 ความเข้มข้นในการเข้าถึง ความกระตือรือร้นในการเข้าถึง ความผูกพันกับเนื้อหา ความเข้าใจเนื้อหาด้านสถานการณ์การระบาด ด้านข้อมูลโรค ด้านการปฏิบัติ ตนมีความสัมพันธ์กับการประเมินคุณค่าและความถูกต้องของข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติ ใหม่ ที่แพร่มาจากต่างประเทศ ในการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2 ใช้สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตัว แปรพหุคูณ ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regressions analysis)

ตารางที่ 5.26 ผลการวิเคราะห์การถดถอยแบบขั้นตอน ของการประเมินคุณค่าและความถูกต้องของ ข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย		T	Sig
	B	Beta		
ตัวแปรที่เข้าสู่สมการถดถอย				
ความกระตือรือร้นในการเข้าถึง	.306	.369	9.601	.000
ความเข้าใจเนื้อหาด้านสถานการณ์การ ระบาด	.126	.157	7.216	.000
ความผูกพันกับเนื้อหา	.159	.196	5.104	.000
ความเข้มข้นในการเข้าถึง	.106	.116	4.607	.000
ความเข้าใจเนื้อหาด้านการปฏิบัติตน	.082	.076	3.592	.000
ความเข้าใจเนื้อหาด้านข้อมูลโรค	.050	.063	2.838	.005
Constant = 1.181 R ² = 0.473 SEE = 0.5585 F = 202.792 Sig F = .000				

จากตารางที่ 5.26 แสดงผลการวิเคราะห์ตัวแปรอิสระทั้งหมด 6 ตัวแปร ตัวแปรอิสระทั้ง 6 ตัวมีผลเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญต่อตัวแปรตาม ซึ่งหมายความว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความ กระตือรือร้นในการเข้าถึง ความเข้าใจเนื้อหาด้านสถานการณ์การระบาด ความผูกพันกับเนื้อหา ความเข้มข้นในการเข้าถึง ความเข้าใจเนื้อหาด้านการปฏิบัติตน ความเข้าใจเนื้อหาด้านข้อมูลโรค มากขึ้นจะมีการประเมินคุณค่าและความถูกต้องของข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่ แพร่มาจากต่างประเทศมากขึ้น

ตัวแปรอิสระทั้ง 6 ตัวแปรดังกล่าวสามารถอธิบายความสัมพันธ์ของตัวแปรตามได้ ร้อยละ 47.3 และสมการที่ได้จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนที่ มีนัยสำคัญทางสถิติ .000

5.8.3 สมมติฐานข้อที่ 3 ความถี่ในการเข้าถึงสื่อบุคคล สื่อมวลชน สื่อท้องถิ่น สื่อเฉพาะกิจ เผยแพร่รณรงค์ สื่อชุมชน สื่ออินเทอร์เน็ต ความเข้มข้นในการเข้าถึง ความกระตือรือร้นในการเข้าถึง ความผูกพันกับเนื้อหา ความเข้าใจเนื้อหา ด้านสถานการณ์การระบาด ด้านข้อมูลโรค ด้านการปฏิบัติตน การประเมินด้วยการตั้งเงื่อนไขเบื้องต้น การตรวจสอบความถูกต้อง การพิจารณาถึงประโยชน์ที่จะใช้ดูแลตนเองให้ปลอดภัย มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันตนเอง ในการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 3 ใช้สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตัวแปรพหุคูณ ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regressions analysis)

ตารางที่ 5.27 ผลการวิเคราะห์การถดถอยแบบขั้นตอน ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันตนเอง เกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย		T	Sig
	B	Beta		
ตัวแปรที่เข้าสู่สมการถดถอย				
การพิจารณาถึงประโยชน์ที่จะใช้ดูแลตนเองให้ปลอดภัย	.336	.343	12.524	.000
ความกระตือรือร้นในการเข้าถึง	.137	.140	5.425	.000
การตรวจสอบความถูกต้อง	.190	.179	5.987	.000
ความถี่ในการเข้าถึงสื่อบุคคล	.155	.149	7.024	.000
ความเข้าใจด้านข้อมูลโรค	.063	.067	3.458	.001
การประเมินด้วยการตั้งเงื่อนไขเบื้องต้น	.116	.105	3.893	.000
ความเข้าใจด้านการปฏิบัติตน	.075	.059	3.093	.002
ตัวแปรที่ไม่เข้าสู่สมการถดถอย				
ความถี่ในการเข้าถึงสื่อมวลชน			.749	.454
ความถี่ในการเข้าถึงสื่อท้องถิ่น			.615	.538
ความถี่ในการเข้าถึงสื่อเฉพาะกิจ			.389	.697
ความถี่ในการเข้าถึงสื่อชุมชน			.653	.514
ความถี่ในการเข้าถึงสื่ออินเทอร์เน็ต			.143	.886
ความเข้มข้นในการเข้าถึง			-1.158	.247
ความผูกพันกับเนื้อหา			-.384	.701
ความเข้าใจเนื้อหา ด้านสถานการณ์การระบาด			-1.653	.099
Constant = .484 R ² = 0.579 SEE = .58631 F = 261.678 Sig F = .000				

จากตารางที่ 5.27 แสดงผลการวิเคราะห์ตัวแปรอิสระทั้งหมด 15 ตัวแปร ตัวแปรอิสระที่ไม่มีผลต่อตัวแปรตามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 8 ตัวแปร คือ ความถี่ในการเข้าถึงสื่อมวลชน ความถี่ในการเข้าถึงสื่อท้องถิ่น ความถี่ในการเข้าถึงสื่อเฉพาะกิจ ความถี่ในการเข้าถึงสื่อชุมชน ความถี่ในการเข้าถึงสื่ออินเทอร์เน็ต ความเข้มข้นในการเข้าถึง ความผูกพันกับเนื้อหา ความเข้าใจเนื้อหาด้านสถานการณ์การระบาด

ตัวแปรอิสระที่มีผลเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญต่อตัวแปรตามมี 7 ตัวแปร ซึ่งหมายความว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่าง มีการพิจารณาถึงประโยชน์ที่จะใช้ดูแลตนเองให้ปลอดภัย ความสะดวกหรือร้อนในการเข้าถึง การตรวจสอบความถูกต้อง ความถี่ในการเข้าถึงสื่อบุคคล ความเข้าใจด้านข้อมูลโรค การประเมินด้วยการตั้งเงื่อนไขเบื้องต้น ความเข้าใจด้านการปฏิบัติตนมากขึ้นจะมีการปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันตนเองจากโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศมากขึ้น

ตัวแปรอิสระทั้ง 7 ตัวแปรดังกล่าวสามารถอธิบายความสัมพันธ์ของตัวแปรตามได้ร้อยละ 57.9 และสมการที่ได้จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนที่มีนัยสำคัญทางสถิติ .000

5.8.4 สมมติฐานข้อที่ 4 ความถี่ในการเข้าถึงสื่อบุคคล สื่อมวลชน สื่อท้องถิ่น สื่อเฉพาะกิจเผยแพร่รณรงค์ สื่อชุมชน สื่ออินเทอร์เน็ต ความเข้มข้นในการเข้าถึง ความกระตือรือร้นในการเข้าถึง ความผูกพันกับเนื้อหา ความเข้าใจเนื้อหาด้านสถานการณ์การระบาด ด้านข้อมูลโรค ด้านการปฏิบัติตน การประเมินด้วยการตั้งเงื่อนไขเบื้องต้น การตรวจสอบความถูกต้อง การพิจารณาถึงประโยชน์ที่จะใช้ดูแลตนเองให้ปลอดภัย มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเอง ในการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 4 ใช้สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตัวแปรพหุคูณด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นต่อน (Stepwise multiple regressions analysis)

ตารางที่ 5.28 ผลการวิเคราะห์การถดถอยแบบขั้นต่อน ของการดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย		T	Sig
	B	Beta		
ตัวแปรที่เข้าสู่สมการถดถอย				
การพิจารณาถึงประโยชน์ที่จะใช้ดูแลตนเองให้ปลอดภัย	.302	.304	11.729	.000
ความผูกพันกับเนื้อหา	.087	.090	2.659	.008
การตรวจสอบความถูกต้อง	.298	.277	9.658	.000
ความถี่ในการเข้าถึงสื่อชุมชน	.153	.193	9.483	.000
ความเข้าใจด้านข้อมูลโรค	.060	.063	3.540	.000
การประเมินด้วยการตั้งเงื่อนไขเบื้องต้น	.076	.068	2.597	.010
ความเข้มข้นในการเข้าถึง	.062	.057	2.457	.014
ความถี่ในการเข้าถึงสื่ออินเทอร์เน็ต	-.056	-.058	-2.523	.012
ความกระตือรือร้นในการเข้าถึง	.074	.075	2.136	.033
ตัวแปรที่ไม่เข้าสู่สมการถดถอย				
ความถี่ในการเข้าถึงสื่อบุคคล			1.732	.084
ความถี่ในการเข้าถึงสื่อมวลชน			.336	.737
ความถี่ในการเข้าถึงสื่อท้องถิ่น			.220	.826
ความถี่ในการเข้าถึงสื่อเฉพาะกิจ			-.911	.363
ความเข้าใจเนื้อหาด้านสถานการณ์การระบาด			.245	.807
ความเข้าใจด้านการปฏิบัติตน			.580	.562
Constant = .278 R ² = .617 SEE = .56694 F = 238.271 Sig F = .000				

จากตารางที่ 5.28 แสดงผลการวิเคราะห์ตัวแปรอิสระทั้งหมด 15 ตัวแปร ตัวแปรอิสระที่ไม่มีผลต่อตัวแปรตามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 6 ตัวแปร คือ ความถี่ในการเข้าถึงสื่อบุคคล ความถี่ในการเข้าถึงสื่อมวลชน ความถี่ในการเข้าถึงสื่อท้องถิ่น ความถี่ในการเข้าถึงสื่อเฉพาะกิจ ความเข้าใจเนื้อหาด้านสถานการณ์การระบาด ความเข้าใจด้านการปฏิบัติตน

ตัวแปรอิสระที่มีผลเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญต่อตัวแปรตามมี 8 ตัวแปร ซึ่งหมายความว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่าง มีการพิจารณาถึงประโยชน์ที่จะใช้ดูแลตนเองให้ปลอดภัย ความผูกพันกับเนื้อหา การตรวจสอบความถูกต้อง ความถี่ในการเข้าถึงสื่อชุมชน ความเข้าใจด้านข้อมูลโรค การประเมินด้วยการตั้งเงื่อนไขเบื้องต้น ความเข้มข้นในการเข้าถึง ความกระตือรือร้นในการเข้าถึงมากขึ้น จะมีการดูแลสุขภาพตนเองจากโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศมากขึ้น

ตัวแปรอิสระที่มีผลเชิงลบอย่างมีนัยสำคัญต่อตัวแปรตามมี 1 ตัวแปร คือ ความถี่ในการเข้าถึงสื่ออินเทอร์เน็ต ซึ่งหมายความว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความถี่ในการเข้าถึงสื่ออินเทอร์เน็ต กลับมีการดูแลสุขภาพตนเองจากโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศลดลง

ตัวแปรอิสระทั้ง 9 ตัวแปรดังกล่าวสามารถอธิบายความสัมพันธ์ของตัวแปรตามได้ร้อยละ 61.7 และสมการที่ได้จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนที่มีนัยสำคัญทางสถิติ .000

5.8.5 สมมติฐานข้อที่ 5 อายุ ระดับการศึกษามีความถี่ในการเข้าถึงเนื้อหาข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศต่างกัน

มีสมมติฐานย่อย ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 5.1 อายุต่างกัน มีความถี่ในการเข้าถึงเนื้อหาข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศต่างกัน

สมมติฐานข้อที่ 5.2 ระดับการศึกษาต่างกัน มีความถี่ในการเข้าถึงเนื้อหาข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศต่างกัน

การทดสอบสมมติฐานข้อที่ 5 ใช้การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) และวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Least Significant Difference (LSD)

สมมติฐานข้อที่ 5.1 อายุต่างกันมีความถี่ในการเข้าถึงเนื้อหาข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศต่างกัน

ตารางที่ 5.29 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของความถี่ในการเข้าถึงเนื้อหาข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศตามกลุ่มอายุ

ความถี่ในการเข้าถึงข่าวสาร อายุ	\bar{X}	S.D	F	Sig of F	คู่ที่แตกต่าง
1. อายุ 14-17 ปี	3.01	0.72	8.161	.000	1,2>3,4,5>6>7
2. อายุ 18-20 ปี	2.91	0.70			
3. อายุ 21-30 ปี	2.72	0.75			
4. อายุ 31-40 ปี	2.69	0.74			
5. อายุ 41-50 ปี	2.67	0.78			
6. อายุ 51-60 ปี	2.50	0.75			
7. อายุมากกว่า 60 ปี	2.27	0.74			

จากตารางที่ 5.29 สามารถสรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างช่วงอายุ 14-17 ปี และ อายุ 18-20 ปีมีความถี่ในการเข้าถึงข่าวสารมากที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 21-30 ปี อายุ 31-40 ปี อายุ 41-50 ปี กลุ่มอายุ 51-60 ปี และ อายุมากกว่า 60 ปี ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น .05

สมมติฐานข้อที่ 5.2 ระดับการศึกษาต่างกันมีความถี่ในการเข้าถึงเนื้อหาข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศต่างกัน

ตารางที่ 5.30 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของความถี่ในการเข้าถึงเนื้อหาข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศตามกลุ่มระดับการศึกษา

ความถี่ในการเข้าถึงข่าวสารระดับการศึกษา	\bar{X}	S.D	F	Sig of F	คู่ที่แตกต่าง
1. ไม่เคยเรียนและประถมศึกษา	2.24	.69	15.653	.000	4,3>2,5>1
2. มัธยมศึกษา	2.66	.76			
3. อนุปริญญา ปวช./ปวส.	2.76	.76			
4. ปริญญาตรี	2.78	.73			
5. สูงกว่าปริญญาตรี	2.61	.80			

จากตารางที่ 5.30 สามารถสรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีและอนุปริญญา มีความถี่ในการเข้าถึงข่าวสารมากที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มระดับการศึกษามัธยมศึกษาและสูงกว่าปริญญาตรี ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยเรียนและระดับประถมศึกษา มีความถี่ในการเข้าถึงข่าวสารน้อยที่สุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น .05

5.8.6 สมมติฐานข้อที่ 6 อายุ ระดับการศึกษาต่างกันมีความเข้มข้นในการเข้าถึงเนื้อหาข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศต่างกัน

มีสมมติฐานย่อย ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 6.1 อายุต่างกันมีความเข้มข้นในการเข้าถึงเนื้อหาข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศต่างกัน

สมมติฐานข้อที่ 6.2 ระดับการศึกษาต่างกันมีความเข้มข้นในการเข้าถึงเนื้อหาข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศต่างกัน

การทดสอบสมมติฐานข้อที่ 6 ใช้การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) และวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Least Significant Difference (LSD)

สมมติฐานข้อที่ 6.1 อายุต่างกันมีความเข้มข้นในการเข้าถึงเนื้อหาข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศต่างกัน

ตารางที่ 5.31 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของความเข้มข้นในการเข้าถึงเนื้อหาข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศตามกลุ่มอายุ

ความเข้มข้นในการเข้าถึงข่าวสาร อายุ	\bar{X}	S.D	F	Sig of F	คู่ที่แตกต่าง
1. อายุ 14-17 ปี	2.89	0.91	4.99	.000	1,2,3,5>7 4>6>7
2. อายุ 18-20 ปี	2.78	0.85			
3. อายุ 21-30 ปี	2.69	0.80			
4. อายุ 31-40 ปี	2.80	0.77			
5. อายุ 41-50 ปี	2.72	0.87			
6. อายุ 51-60 ปี	2.62	0.91			
7. อายุมากกว่า 60 ปี	2.20	0.94			

จากตารางที่ 5.31 สามารถสรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างช่วงอายุ 14-17 ปี อายุ 18-20 ปี อายุ 21-30 ปี อายุ 41-50 ปี มีความเข้มข้นในการเข้าถึงข่าวสารมากกว่ากลุ่มที่มีอายุมากกว่า 60 ปี นอกจากนี้ กลุ่มอายุ 31-40 ปี มีความเข้มข้นในการเข้าถึงข่าวสารมากกว่ากลุ่มอายุ 51-60 ปี และกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 60 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น .05

สมมติฐานข้อที่ 6.2 ระดับการศึกษาต่างกันมีความเข้มข้นในการเข้าถึงเนื้อหาข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศต่างกัน

ตารางที่ 5.32 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของความถี่ในการเข้าถึงเนื้อหาข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศตามกลุ่มระดับการศึกษา

ความเข้มข้นในการเข้าถึงข่าวสารระดับการศึกษา	\bar{X}	S.D	F	Sig of F	คู่ที่แตกต่าง
1. ไม่เคยเรียนและประถมศึกษา	2.18	0.89	19.023	.000	2,4,5>3>1
2. มัธยมศึกษา	2.70	0.90			
3. อนุปริญญา ปวช./ปวส.	2.58	0.76			
4. ปริญญาตรี	2.82	0.80			
5. สูงกว่าปริญญาตรี	2.88	0.79			

จากตารางที่ 5.32 สามารถสรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ปริญญาตรี และสูงกว่าปริญญาตรี มีความเข้มข้นในการเข้าถึงข่าวสารมากที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มอนุปริญญา ปวช./ปวส. และ กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยเรียนและระดับประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น .05

5.8.7 สมมติฐานข้อที่ 7 อายุ ระดับการศึกษาต่างกันมีความกระตือรือร้นในการเข้าถึงเนื้อหาข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศต่างกัน

มีสมมติฐานย่อย ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 7.1 อายุต่างกันมีความกระตือรือร้นในการเข้าถึงเนื้อหาข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศต่างกัน

สมมติฐานข้อที่ 7.2 ระดับการศึกษาต่างกันมีความกระตือรือร้นในการเข้าถึงเนื้อหาข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศต่างกัน

การทดสอบสมมติฐานข้อที่ 7 ใช้การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) และวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Least Significant Difference (LSD)

สมมติฐานข้อที่ 7.1 อายุต่างกันมีความกระตือรือร้นในการเข้าถึงเนื้อหาข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศต่างกัน

ตารางที่ 5.33 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของความกระตือรือร้นในการเข้าถึงเนื้อหาข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศตามกลุ่มอายุ

ความกระตือรือร้นเข้าถึงข่าวสาร อายุ	\bar{X}	S.D	F	Sig of F	คู่ที่แตกต่าง
1. อายุ 14-17 ปี	2.97	1.01	4.398	.000	1,2,3,4,5,6>7
2. อายุ 18-20 ปี	3.00	0.82			
3. อายุ 21-30 ปี	3.04	0.90			
4. อายุ 31-40 ปี	3.03	0.92			
5. อายุ 41-50 ปี	3.07	0.96			
6. อายุ 51-60 ปี	2.99	0.98			
7. อายุมากกว่า 60 ปี	2.43	1.00			

จากตารางที่ 5.33 สามารถสรุปได้ว่า กลุ่มอายุต่าง ๆ มีความกระตือรือร้นในการเข้าถึงข่าวสารไม่แตกต่างกัน มีเพียงกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ที่มีความกระตือรือร้นในการเข้าถึงข่าวสารน้อยกว่าทุกกลุ่มอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น .05

สมมติฐานข้อที่ 7.2 ระดับการศึกษาต่างกันมีความกระตือรือร้นในการเข้าถึงเนื้อหาข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศต่างกัน

ตารางที่ 5.34 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของความกระตือรือร้นในการเข้าถึงเนื้อหาข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศตามกลุ่มระดับการศึกษา

ความกระตือรือร้นเข้าถึงข่าวสารระดับการศึกษา	\bar{X}	S.D	F	Sig of F	คู่ที่แตกต่าง
1. ไม่เคยเรียนและประถมศึกษา	2.35	0.95	21.181	.000	4,5>2,3>1
2. มัธยมศึกษา	2.94	0.98			
3. อนุปริญญา ปวช./ปวส.	3.05	0.83			
4.ปริญญาตรี	3.11	0.88			
5. สูงกว่าปริญญาตรี	3.16	1.01			

จากตารางที่ 5.34 สามารถสรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี และสูงกว่าปริญญาตรี มีความกระตือรือร้นในการเข้าถึงข่าวสารมากกว่า กลุ่มมัธยมศึกษา กลุ่มอนุปริญญา ปวช./ปวส. โดยที่กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยเรียนและระดับประถมศึกษา มีความกระตือรือร้นน้อยที่สุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น .05

5.8.8 สมมติฐานข้อที่ 8 อายุ ระดับการศึกษาต่างกันมีความผูกพันกับเนื้อหาข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศต่างกัน

มีสมมติฐานย่อย ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 8.1 อายุต่างกันมีความผูกพันกับเนื้อหาข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศต่างกัน

สมมติฐานข้อที่ 8.2 ระดับการศึกษาต่างกันมีความผูกพันกับเนื้อหาข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศต่างกัน

การทดสอบสมมติฐานข้อที่ 8 ใช้การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) และวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Least Significant Difference (LSD)

สมมติฐานข้อที่ 8.1 อายุต่างกันมีความผูกพันกับเนื้อหาข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศต่างกัน

ตารางที่ 5.35 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของความผูกพันกับเนื้อหาข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศตามกลุ่มอายุ

อายุ	ความผูกพันกับเนื้อหา	\bar{X}	S.D	F	Sig of F	คู่ที่แตกต่าง
1. อายุ 14-17 ปี		2.83	1.03	4.864	.000	1,2,3,4,5,6>7
2. อายุ 18-20 ปี		3.00	0.88			
3. อายุ 21-30 ปี		2.93	0.90			
4. อายุ 31-40 ปี		2.98	0.96			
5. อายุ 41-50 ปี		2.98	0.96			
6. อายุ 51-60 ปี		2.85	1.03			
7. อายุมากกว่า 60 ปี		2.33	0.95			

จากตารางที่ 5.35 สามารถสรุปได้ว่า กลุ่มอายุต่าง ๆ มีความผูกพันกับเนื้อหาไม่แตกต่างกัน มีเพียงกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ที่มีความผูกพันกับเนื้อหาน้อยกว่าทุกกลุ่มอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น .05

สมมติฐานข้อที่ 8.2 ระดับการศึกษาต่างกันมีความผูกพันกับเนื้อหาข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศต่างกัน

ตารางที่ 5.36 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของความผูกพันกับเนื้อหาข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศตามกลุ่มระดับการศึกษา

ความผูกพันกับเนื้อหา ระดับการศึกษา	\bar{X}	S.D	F	Sig of F	คู่ที่แตกต่าง
1. ไม่เคยเรียนและประถมศึกษา	2.27	0.87	19.879	.000	5>1 4>1,2 3>1
2. มัธยมศึกษา	2.88	1.00			
3. อนุปริญญา ปวช./ปวส.	2.95	0.92			
4. ปริญญาตรี	3.04	0.89			
5. สูงกว่าปริญญาตรี	3.05	1.05			

จากตารางที่ 5.36 สามารถสรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยเรียนและระดับประถมศึกษา มีความผูกพันกับเนื้หาน้อยที่สุด กลุ่มที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี มีความผูกพันกับเนื้อหา มากกว่ากลุ่มมัธยมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น .05

5.8.9 สมมติฐานข้อที่ 9 อายุ ระดับการศึกษาต่างกันมีความเข้าใจเนื้อหาข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศต่างกัน

มีสมมติฐานย่อย ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 9.1 อายุต่างกันมีความเข้าใจเนื้อหาข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศต่างกัน

สมมติฐานข้อที่ 9.2 ระดับการศึกษาต่างกันมีความเข้าใจเนื้อหาข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศต่างกัน

การทดสอบสมมติฐานข้อที่ 9 ใช้การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) และวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Least Significant Difference (LSD)

สมมติฐานข้อที่ 9.1 อายุต่างกันมีความเข้าใจเนื้อหาข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศต่างกัน

ตารางที่ 5.37 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของความเข้าใจเนื้อหาข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศตามกลุ่มอายุ

อายุ	ความเข้าใจเนื้อหา	\bar{X}	S.D	F	Sig of F	คู่ที่แตกต่าง
1. อายุ 14-17 ปี		3.86	2.08	17.292	.000	4>3,5>6>1,2,7
2. อายุ 18-20 ปี		4.38	1.93			
3. อายุ 21-30 ปี		5.39	1.93			
4. อายุ 31-40 ปี		5.69	1.78			
5. อายุ 41-50 ปี		5.47	1.89			
6. อายุ 51-60 ปี		4.96	2.01			
7. อายุมากกว่า 60 ปี		3.95	2.08			

จากตารางที่ 5.37 สามารถสรุปได้ว่า กลุ่มอายุ 31-40 ปี มีความเข้าใจเนื้อหามากที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 21-30 ปี ซึ่งเท่ากับกลุ่มอายุ 41-50 ปี และ กลุ่มอายุ 51-60 ปี โดยที่กลุ่มอายุ 14-17 ปี 18-20 ปี และ อายุมากกว่า 60 ปี มีความเข้าใจเนื้อหาน้อยที่สุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น .05

สมมติฐานข้อที่ 9.2 ระดับการศึกษาต่างกันมีความเข้าใจเนื้อหาข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศต่างกัน

ตารางที่ 5.38 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของความเข้าใจเนื้อหาข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศตามกลุ่มระดับการศึกษา

ความเข้าใจเนื้อหา ระดับการศึกษา	\bar{X}	S.D	F	Sig of F	คู่ที่แตกต่าง
1. ไม่เคยเรียนและประถมศึกษา	3.91	1.97	33.475	.000	5>4>3>2>1
2. มัธยมศึกษา	4.57	1.96			
3. อนุปริญญา ปวช./ปวส.	5.14	1.82			
4. ปริญญาตรี	5.57	1.88			
5. สูงกว่าปริญญาตรี	6.05	1.79			

จากตารางที่ 5.38 สามารถสรุปได้ว่า ความเข้าใจเนื้อหาของกลุ่มตัวอย่างแตกต่างกันทุกระดับการศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น .05 เรียงลำดับจากมากไปน้อยได้ดังนี้ สูงกว่าปริญญาตรี ปริญญาตรี อนุปริญญา ปวช./ปวส. มัธยมศึกษา และไม่เคยเรียน ประถมศึกษา

5.8.10 สมมติฐานข้อที่ 10 อายุ ระดับการศึกษาต่างกันมีการประเมินคุณค่าและความถูกต้องข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศต่างกัน

มีสมมติฐานย่อย ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 10.1 อายุต่างกันมีการประเมินคุณค่าและความถูกต้องข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศต่างกัน

สมมติฐานข้อที่ 10.2 ระดับการศึกษาต่างกันมีการประเมินคุณค่าและความถูกต้องข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศต่างกัน

การทดสอบสมมติฐานข้อที่ 10 ใช้การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) และวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Least Significant Difference (LSD)

สมมติฐานข้อที่ 10.1 อายุ ต่างกันมีการประเมินคุณค่าและความถูกต้องข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศต่างกัน

ตารางที่ 5.39 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของการประเมินคุณค่าและความถูกต้องข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศตามกลุ่มอายุ

การประเมินคุณค่าและความถูกต้อง	\bar{X}	S.D	F	Sig of F	คู่ที่แตกต่าง
อายุ					
1. อายุ 14-17 ปี	3.39	0.97	9.476	.000	1,3,4,5>2,6>7
2. อายุ 18-20 ปี	3.14	0.68			
3. อายุ 21-30 ปี	3.35	0.76			
4. อายุ 31-40 ปี	3.40	0.70			
5. อายุ 41-50 ปี	3.43	0.79			
6. อายุ 51-60 ปี	3.22	0.76			
7. อายุมากกว่า 60 ปี	2.75	0.89			

จากตารางที่ 5.39 สามารถสรุปได้ว่า กลุ่มอายุ 14-17 ปี 21-30 ปี 31-40 ปี และ 41-50 ปี มีการประเมินคุณค่าและความถูกต้องไม่แตกต่างกัน แต่เป็นกลุ่มที่มีระดับการประเมินมากกว่ากลุ่มอายุ 18-20 ปี 51-60 ปี และ กลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น .05

สมมติฐานข้อที่ 10.2 ระดับการศึกษาต่างกันมีการประเมินคุณค่าและความถูกต้อง
ข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศต่างกัน

ตารางที่ 5.40 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของการประเมินคุณค่าและความถูกต้อง
ข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศตามกลุ่มระดับการศึกษา

การประเมินคุณค่าและความ ถูกต้อง ระดับการศึกษา	\bar{X}	S.D	F	Sig of F	คู่ที่แตกต่าง
1. ไม่เคยเรียนและประถมศึกษา	2.83	0.74	21.747	.000	4,5>2,3>1
2. มัธยมศึกษา	3.20	0.820			
3. อนุปริญญา ปวช./ปวส.	3.26	0.66			
4.ปริญญาตรี	3.43	0.73			
5. สูงกว่าปริญญาตรี	3.55	0.82			

จากตารางที่ 5.40 สามารถสรุปได้ว่า การประเมินคุณค่าและความถูกต้องของกลุ่ม
ตัวอย่าง เรียงลำดับตามระดับการศึกษา จากมากไปน้อยได้ดังนี้ การศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี และ
ปริญญาตรี มากกว่า อนุปริญญา ปวช./ปวส. และ มัธยมศึกษา และมากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยเรียน
ประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น .05

5.8.11 สมมติฐานข้อที่ 11 อายุ ระดับการศึกษาต่างกันมีการนำข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศมาใช้ประโยชน์ต่างกัน

มีสมมติฐานย่อย ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 11.1 อายุต่างกันมีการนำข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศมาใช้ประโยชน์ต่างกัน

สมมติฐานข้อที่ 11.2 ระดับการศึกษาต่างกันมีการนำข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศมาใช้ประโยชน์ต่างกัน

การทดสอบสมมติฐานข้อที่ 11 ใช้การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) และวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Least Significant Difference (LSD)

สมมติฐานข้อที่ 11.1 อายุต่างกันมีการนำข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศมาใช้ประโยชน์ต่างกัน

ตารางที่ 5.41 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของการนำข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศมาใช้ประโยชน์ตามกลุ่มอายุ

การนำมาใช้ประโยชน์ อายุ	\bar{X}	S.D	F	Sig of F	คู่ที่แตกต่าง
1. อายุ 14-17 ปี	3.62	1.08	4.506	.000	1,4,5,6>2,3>7
2. อายุ 18-20 ปี	3.44	0.77			
3. อายุ 21-30 ปี	3.51	0.85			
4. อายุ 31-40 ปี	3.67	0.81			
5. อายุ 41-50 ปี	3.73	0.91			
6. อายุ 51-60 ปี	3.66	0.86			
7. อายุมากกว่า 60 ปี	3.27	1.02			

จากตารางที่ 5.41 สามารถสรุปได้ว่า กลุ่มอายุ 14-17 ปี 31-40 ปี 41-50 ปี และ 51-60 ปี มีการนำมาใช้ประโยชน์ไม่แตกต่างกัน และเป็นกลุ่มที่มีการนำมาใช้ประโยชน์มากกว่ากลุ่มอายุ 18-20 ปี 21-30 ปี และ กลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น .05

สมมติฐานข้อที่ 11.2 ระดับการศึกษาต่างกันมีการนำข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศมาใช้ประโยชน์ต่างกัน

ตารางที่ 5.42 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบการนำข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศมาใช้ประโยชน์ตามกลุ่มระดับการศึกษา

การนำมาใช้ประโยชน์ ระดับการศึกษา	\bar{X}	S.D	F	Sig of F	คู่ที่แตกต่าง
1. ไม่เคยเรียนและประถมศึกษา	3.23	0.85	7.153	.000	2,3,4,5>1
2. มัธยมศึกษา	3.53	0.96			
3. อนุปริญญา ปวช./ปวส.	3.61	0.74			
4.ปริญญาตรี	3.64	0.85			
5. สูงกว่าปริญญาตรี	3.71	0.95			

จากตารางที่ 5.42 สามารถสรุปได้ว่า การนำมาใช้ประโยชน์ของกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา อนุปริญญา ปวช./ปวส. ปริญญาตรี และระดับสูงกว่าปริญญาตรี ไม่แตกต่างกัน และเป็นกลุ่มที่มีการนำมาใช้ประโยชน์มากกว่า กลุ่มที่ไม่เคยเรียน ประถมศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น .05

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง “การเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลข่าวสารสุขภาพเพื่อการดูแลตนเองให้ปลอดภัยจากโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศของประชาชนในเขตเมือง” ผู้วิจัยกำหนดวัตถุประสงค์ คือ 1) เพื่อสำรวจการเข้าถึง ความเข้าใจ การประเมินคุณค่าและความถูกต้องของข้อมูลข่าวสารสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศของประชาชนในเขตเมือง และ 2) เพื่อสำรวจและอธิบายการนำข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่มาใช้ในการป้องกันและดูแลตนเองให้ปลอดภัยจากโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศของประชาชนในเขตเมือง ใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method) ระหว่างการวิจัยเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก และการวิจัยเชิงปริมาณด้วยวิธีการสำรวจ โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงสำรวจเป็นหลักและใช้วิธีการวิจัยแบบสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นรอง ผลการวิจัยสามารถสรุปได้ดังนี้

6.1 สรุปผลการวิจัย

6.1.1 สถานการณ์โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์บุคคลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) และผู้สื่อข่าว ชี้ให้เห็นว่า โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ เป็นโรคใหม่ มีความรุนแรง ที่แพทย์ บุคลากรสาธารณสุข สื่อมวลชน และประชาชนยังไม่มีประสบการณ์ในการรักษาและควบคุมการระบาด จึงเป็นโรคที่ต้องให้ความสำคัญกับการเฝ้าระวังไม่ให้ระบาดเข้ามาสู่ประเทศไทย ซึ่งการระบาดจะเข้ามาจากการเดินทางเข้าออกประเทศ ทางพื้นที่ที่มีสนามบินนานาชาติ ด่านชายแดน มีทั้งมาจากคนต่างชาติที่เดินทางมาจากประเทศที่เกิดการระบาด และมาจากคนไทยที่เดินทางไปยังประเทศที่มีการระบาดแล้วกลับเข้ามาในประเทศไทย และเมื่อมีการเข้ามาสู่ประเทศไทย จะต้องควบคุมการระบาดในประเทศให้อยู่ในวงจำกัด ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขมีระบบการควบคุมโรคที่มีมาตรการดำเนินงานชัดเจนและรัดกุม และยังมีการทำงานร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขของต่างประเทศอย่างเข้มข้น แม้ในช่วงเวลาที่ยังไม่มีการระบาด กระทรวงสาธารณสุขยังคงต้องเฝ้าระวัง ป้องกันโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ

6.1.1.1 มาตรการควบคุมโรค

ระบบการควบคุมโรคของกระทรวงสาธารณสุข มีการดำเนินงานที่เป็นขั้นตอนที่กำหนดไว้อย่างรัดกุม และมีการทำงานร่วมกันกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเริ่มจากการเฝ้าระวัง การคัดกรองผู้เดินทางเข้าประเทศ เมื่อสงสัยว่ามีการติดเชื้อขึ้นในประเทศ จะต้องรีบสอบสวนโรค จำกัดพื้นที่ผู้ติดเชื้อ ดำเนินการรักษา ประสานงานแจ้งไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อความร่วมมือในการควบคุมโรคให้ได้ มาตรการควบคุมโรคจะดำเนินงานเฝ้าระวังในจุดที่มีการเดินทางเข้าออกประเทศ ได้แก่ สนามบินนานาชาติ ด่านตรวจคนเข้าเมืองตามชายแดน และมีการติดตามผู้ต้องสงสัยอย่างใกล้ชิด เมื่อพบกรณีต้องสงสัย จะมีการแยกบุคคลที่สงสัยออกมาเพื่อตรวจสอบและให้การรักษาหากติดเชื้อจริง

สิ่งที่ยังเป็นกังวลคือ แม้ประเทศไทยจะมีมาตรการป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่อย่างมีประสิทธิภาพ แต่การป้องกันและควบคุมโรดยังขึ้นอยู่กับประชาชนที่หลบหลีกมาตรการ เดินทางเข้าประเทศไทยตามชายแดน ด้วยความจำเป็นในการประกอบอาชีพเลี้ยงปากเลี้ยงท้องประจำวัน จึงมีโอกาสและความเสี่ยงที่จะเกิดการระบาดขึ้นในประเทศไทยได้ นอกจากนี้ ความเชื่อและพิธีกรรมในการรักษาโรคตามความเชื่อของชาวบ้าน ที่ยังมีปรากฏให้เห็นอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุวัยกลางคน ซึ่งยังเชื่อและถือปฏิบัติในการรักษาโรคของตนเอง และนำมาปฏิบัติกับกลุ่มรุ่นลูกหลาน ซึ่งมักจะเป็นปัญหาที่ทำให้อาการเจ็บป่วยของโรคทรุดหนักลง จนบางครั้งถึงขั้นรักษายากหรือรักษาให้หายไม่ได้แล้ว อย่างไรก็ตาม ความเชื่อและพิธีกรรมการรักษาโรคที่เชื่อกันต่อ ๆ มาในชุมชน มีพบเห็นน้อยลง ทั้งนี้บทบาทของ อสม. ซึ่งเป็นผู้นำเสนอในวิธีการรักษาด้วยวิทยาการทางการแพทย์จะเป็นผู้ให้คำแนะนำ เฝ้าระวัง และช่วยเหลือเมื่ออาการของโรครุนแรงมากขึ้น ก็จะมีการประสานนำส่งโรงพยาบาลสุขภาพตำบลเพื่อรักษาต่อไป

นอกจากนี้ผลการสัมภาษณ์ยังชี้ให้เห็นอีกว่า สำหรับการให้ความร่วมมือในการควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ การควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ในบางกรณี เช่น ไข้หวัดนก ที่ต้องมีการกำจัดไก่ที่เป็นต้นเหตุของโรค แต่ไม่ได้รับความร่วมมือจากชาวบ้าน เพราะชาวบ้านเสียดายที่จะต้องฆ่าไก่ของตนเอง จึงนำไปหลบซ่อนไว้ เคลื่อนย้ายไก่ไปซ่อนอีกที่หนึ่ง ซึ่งเป็นอุปสรรคในการควบคุมการระบาดของโรคไข้หวัดนก ในกรณีโรคเมอร์สที่มีผู้ติดเชื้อจากต่างประเทศเข้ามาในประเทศไทย กลุ่มอาชีพที่มีความเสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อ เช่น คนขับแท็กซี่ จะได้รับคำแนะนำเพื่อควบคุมโรค แต่ในบางคนที่ไม่ให้ความร่วมมือ เพราะไปขัดกับการประกอบอาชีพ ทำให้รายได้เขาลดลง อย่างไรก็ตาม อสม. และประชาชนจิตอาสา มีความพร้อมเสมอที่จะให้ความร่วมมือในการควบคุมโรคกับทางราชการ ทั้งนี้ทางราชการส่วนกลางต้องส่งเนื้อหา ข้อมูลมาถึง อสม. อย่างรวดเร็ว

6.1.1.2 การเฝ้าระวังโรค

การเฝ้าระวังโรคได้รับการกำหนดเป็นระเบียบขั้นตอนสำหรับการดำเนินงานไว้อย่างชัดเจนของหน่วยงานสาธารณสุขที่รับผิดชอบโดยตรง โดยกำหนดให้มีการรายงานเหตุการณ์ แจ้งข่าวการระบาดในต่างประเทศไปยังจังหวัดที่มีด่านข้ามชายแดนในการเฝ้าระวัง เมื่อเหตุการณ์สงสัยให้ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศที่มีข้อตกลงร่วมกัน มีระบบเฝ้าระวังโรคโดยทำข้อตกลงความร่วมมือกันกับหน่วยงานของต่างประเทศ เพื่อร่วมมือกันในการเฝ้าระวังและควบคุมโรค

ในด้านข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ฯ มีการทำงานร่วมกันในการรายงานข่าวระหว่างผู้สื่อข่าวและเจ้าหน้าที่ โดยเมื่อมีรายงานการพบผู้สงสัยติดเชื้อในประเทศไทย จะมีการให้ข้อมูลแก่นักข่าว เพื่อแจ้งเตือนให้ประชาชนทราบ และช่วยในการควบคุมการระบาดได้ ทั้งในระดับสายงานสาธารณสุข มีการประสานงาน รายงานสถานการณ์ ไปตามสายงานสาธารณสุขตามลำดับชั้น จากอำเภอ จังหวัด และกระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้ หน่วยงานสาธารณสุขโรงพยาบาล เมื่อทราบการระบาด จะมีการติดตามข่าวสาร เพื่อเฝ้าระวังโรค อบรมเจ้าหน้าที่เตรียมพร้อมรับมือกับสถานการณ์ และในระดับชุมชน เมื่อเกิดเหตุระบาดในต่างประเทศ แม้จะยังไม่ระบาดเข้ามาในประเทศ เครือข่าย อสม. จะทำหน้าที่เตือนชาวบ้านให้ทราบสถานการณ์ผ่านช่องทางสื่อในชุมชน และคอยเฝ้าระวัง รายงานให้แก่ส่วนงานสาธารณสุข

6.1.1.3 การบริหารการสื่อสารความเสี่ยง

สถานการณ์โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ มีความเสี่ยงที่จะเกิดความรุนแรงจากโรค ส่งผลต่อชีวิตของประชาชน การตื่นตระหนก ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ และระบบสาธารณสุขของประเทศ กระทรวงสาธารณสุขมีส่วนงานที่รับผิดชอบดำเนินงานและการจัดการสื่อสารความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ โดยมีแผนงานอย่างชัดเจน ในด้านการควบคุมการตื่นตระหนกด้วยการควบคุมข่าวสารป้องกันข่าวลือ การให้ข้อมูลที่จำเป็น มีการกำหนดระดับชั้นข่าวสารที่ควรเผยแพร่ เพื่อป้องกันมิให้ตื่นตระหนก

6.1.1.4 การตื่นตัวและการตื่นตระหนกของประชาชน

การตื่นตัวของประชาชนมีลักษณะตื่นตัวเมื่อโรคเข้าใกล้ตัว เฉพาะพื้นที่ส่วนการตื่นตระหนกจะเกิดเมื่อขาดข้อมูล แต่จะลดลงได้ด้วยความมั่นใจต่อมาตรการและการดำเนินงานควบคุมโรค ด้วยลักษณะการเกิดโรคที่เกิดขึ้นในต่างประเทศที่อยู่ห่างไกลจากประเทศไทย ส่งผลให้การรับรู้และการตื่นตัวของประชาชนยังไม่มาก ประชาชนมองว่าเป็นเรื่องไกลตัว แต่เมื่อการระบาดเข้ามาใกล้ประเทศไทย หรือเข้ามาในประเทศ ประชาชนจะมีการตื่นตัวมากขึ้น เป็นการตื่นตัวตามความกังวลใจเกี่ยวกับอันตรายของโรคที่ใกล้ตัวมากขึ้น

นอกจากนี้การตื่นตัวของประชาชนมักจะเกิดขึ้นในพื้นที่เฉพาะ เกิดขึ้นกับประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ที่สงสัยว่ามีการติดเชื้อ แล้วมีการดำเนินงานเข้าตรวจสอบ ควบคุมโรคในพื้นที่ ประชาชนจะรับรู้จากการมีเจ้าหน้าที่เข้ามาในพื้นที่ รวมทั้งการได้รับข่าวว่ามีผู้ติดเชื้ออยู่ในพื้นที่ ชุมชนที่อาศัย การตื่นตัวของประชาชนจะมากขึ้น

การตื่นตัวมักจะเกิดขึ้นในช่วงแรกที่มีข่าวการระบาด แต่หลังจากข่าวเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ไม่ได้รับการรายงานข่าวต่อ การตื่นตัวก็จะลดลง

เมื่อมีการรายงานข่าวเกี่ยวกับการระบาด ความรุนแรงของโรค การไม่มียา รักษา การเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อมากขึ้น การได้รับข้อมูลไม่มากเพียงพอ จนกลายเป็นตื่นตระหนก

นอกจากนี้การตื่นตระหนกของประชาชนจะสามารถลดลงได้ ด้วยการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับมาตรการและการดำเนินงานเกี่ยวกับการควบคุมโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไทย จนเกิดความมั่นใจในมาตรการและการดำเนินงานที่สามารถคัดกรอง ป้องกัน และควบคุมโรคที่จะระบาด เข้ามาในประเทศได้

6.1.2 การสื่อสารโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศให้แก่ประชาชน

ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกสามารถสรุปได้ว่า การสื่อสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศมีทั้งการสื่อสารผ่านสื่อมวลชนในลักษณะการรายงานข่าวของสื่อมวลชน และการสื่อสารโดยตรงจากส่วนงานสาธารณสุขไปยังประชาชน

6.1.2.1 การสื่อสารผ่านสื่อมวลชน เป็นการสื่อสารที่ช่วยสร้างการรับรู้ และกระตุ้นการตื่นตัวของประชาชนได้ในวงกว้าง การนำเสนอข่าวของสื่อมวลชนจะช่วยแจ้งข่าวให้รับรู้ เตือนประชาชนให้ตื่นตัว และระมัดระวังตัวมากขึ้น ซึ่งจะช่วยในการควบคุมโรคได้ อย่างไรก็ตาม มีประเด็นที่ยังมีความเห็นต่างกันอยู่ในเรื่อง “การเปิดเผยข้อมูลข่าวสาร” โดยมีมุมมองในส่วนของฝ่ายเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องว่า การควบคุมโรคสามารถดำเนินการได้ตามมาตรการที่มีอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงไม่จำเป็นต้องแจ้งข่าวซึ่งอาจจะทำให้เกิดการตื่นตระหนกเกินความจริง ในขณะที่สื่อมวลชนมีมุมมองว่า การเกิดของโรคอุบัติใหม่เกี่ยวข้องกับประชาชน ดังนั้นต้องแจ้งให้ประชาชนทราบ ทั้งนี้สื่อมวลชนเข้าใจดีว่าการเสนอข่าวอาจจะสร้างการตื่นตระหนกได้ แต่สื่อมวลชนมีภาระมรดระวังเรื่องการนำเสนอข่าวเพื่อมิให้ตื่นตระหนกอยู่แล้ว ส่วนงานควรให้ข้อมูลอย่างเปิดเผยเพียงพอ และส่วนงานสาธารณสุขสามารถทำงานร่วมกันกับสื่อมวลชน ช่วยกันควบคุมการระบาดของโรคได้

6.1.2.2 การสื่อสารโดยตรงจากส่วนงานสาธารณสุขไปยังประชาชน ใช้สื่อบุคคล เช่น อสม. สื่อชุมชน และสื่อเอกสารประชาสัมพันธ์ที่เข้าถึงประชาชนในพื้นที่ เพื่อกระตุ้นการตื่นตัวที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองให้ปลอดภัยได้

สำหรับการแนวทางการสื่อสารเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีแนวทางหลักที่ใช้ 2 แนวทาง ได้แก่ การให้ข้อมูลเพื่อให้เกิดการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค ซึ่งจะกระตุ้นเตือนให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ และการให้ข้อมูล ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค นำไปสู่ความเข้าใจ และเสนอทางเลือกเพื่อความปลอดภัย เพื่อให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง ทั้งนี้แนวทางการสื่อสารทั้งสองแนวทางที่กล่าวมา จะต้องเลือกใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ และประชาชนกลุ่มเป้าหมายซึ่งมีความแตกต่างกัน

นอกจากนี้การนำเสนอเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ ซึ่งเป็นโรคที่ทุกคนยังมีข้อมูลน้อยและไม่มีประสบการณ์ในการรักษาโรค หากมองในภาพรวมของระบบสาธารณสุข ยังต้องมีการกลั่นกรองข้อมูลที่ต้องการ และใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่ส่วนงานอื่น ๆ นักข่าว สื่อมวลชน สามารถนำไปใช้ เพื่อให้ข้อมูลข่าวสารที่เผยแพร่มีความถูกต้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ไม่สร้างความสับสน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุข ได้รับการคาดหวังว่าจะต้องทำหน้าที่ในการกำหนดและเผยแพร่เนื้อหาที่หน่วยงานอื่น ๆ และสื่อมวลชนจะใช้เผยแพร่ เพื่อการรับรู้ เข้าใจที่ถูกต้อง และสนับสนุนการควบคุมโรคได้ ในขณะเดียวกันองค์กร และหน่วยงานสาธารณสุขโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ซึ่งประชาชนให้ความเชื่อถือ และเชื่อว่าเป็นแหล่งข้อมูลที่ถูกต้อง ต้องระมัดระวังในเรื่องการ ผลิตและเผยแพร่เนื้อหาเกี่ยวกับโรคระบาด เพราะประชาชนที่เชื่อถือองค์กร จะเชื่อถือข่าวสารขององค์กร ดังนั้นก่อนเผยแพร่ต้องตรวจสอบให้ถูกต้องทุกครั้ง

6.2 ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ

ผลการสำรวจพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับเนื้อหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศอยู่ในระดับปานกลาง ในประเด็นเนื้อหาเกี่ยวกับ พื้นที่การระบาด จำนวนผู้ติดเชื้อ ความรุนแรงของการแพร่ระบาด ความรู้เกี่ยวกับโรค ความรุนแรงของโรค โอกาสการติดเชื้อ อันตรายที่จะเกิดขึ้นจากการติดเชื้อ วิธีการปฏิบัติตัวเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ วิธีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อ และมาตรการป้องกันและควบคุมของรัฐ

นอกจากนี้ผลการสัมภาษณ์มีความเห็นจากผู้เกี่ยวข้องว่าการนำเสนอข้อมูลข่าวสารจะต้องนำเสนอด้วยภาษา คำพูดที่เข้าใจง่าย นำเสนอรูปแบบและช่องทางที่น่าสนใจ เหมาะสมกับผู้รับสารแต่ละช่วงวัย การเสนอเนื้อหาควรสอดคล้องกับสาเหตุ ความเสี่ยง ความรุนแรงของโรค และคัดเลือกประเด็นเนื้อหา นำเสนอให้สอดคล้องกับสถานการณ์ ความเสี่ยง และความรุนแรงของโรค มีความใกล้ชิดเกี่ยวข้องกับประชาชน และสอดคล้องกับพื้นฐานการศึกษาของประชาชนแต่ละกลุ่ม มีการใช้ภาษาที่เข้าถึงประชาชน เช่น ผู้จัดการรายการวิทยุ อาสาสมัครประจำหมู่บ้านที่เข้าถึงชาวบ้านในภูมิภาค จะมีการปรับเนื้อหาและใช้ภาษาถิ่นเพื่อให้คนฟังเข้าใจง่าย เหมาะสมกับผู้รับสารแต่ละช่วงวัย

ระดับการศึกษา สื่อประชาสัมพันธ์จะมีการจัดพิมพ์ภาษาถิ่นหลายภาษา นอกจากเรื่องของภาษาถิ่นที่จะช่วยให้เข้าถึงประชาชนแล้ว เนื้อหาสาระที่เผยแพร่สู่ประชาชน เน้นการให้ความรู้ สร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค และวิธีปฏิบัติตนอย่างปลอดภัย โดยมุ่งหวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่จะช่วยลดความเสี่ยงและการระบาดของโรค

6.3 ข้อมูลสถานภาพส่วนบุคคล การติดต่อเดินทางต่างประเทศ และการดูแลสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่าง 1,400 คน เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีอายุ 21-30 ปี มากที่สุด รองลงมาคือ อายุ 31-40 ปี และ อายุ 41-50 ปี เกือบทั้งหมดมีสัญชาติไทยนับถือศาสนาพุทธมีสภาวะสุขภาพส่วนใหญ่แข็งแรง คิดเป็นร้อยละ 82.9 และกลุ่มครึ่งหนึ่งมีการศึกษาระดับปริญญาตรี รองลงมาที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ประถมศึกษา และอนุปริญญา ปวช./ปวส. ใกล้เคียงกัน ในด้านรายได้พบว่า มีรายได้กระจายโดยมีรายได้ช่วง 10,001-15,000 บาท เป็นจำนวนมากที่สุด รองลงมาคือรายได้ช่วง 15,001-20,000 บาท กลุ่มตัวอย่างมีอาชีพพนักงานบริษัท เอกชน ลูกจ้าง เป็นจำนวนมากที่สุด รองลงมาเป็นนักเรียน นักศึกษา ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย และข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ

กลุ่มตัวอย่างบางส่วน มีคนในครอบครัว ญาติ หรือบุคคลสนิทที่อาศัยอยู่ติดชายแดนประเทศไทย และอาศัยอยู่หรือเดินทางไปต่างประเทศ คิดเป็นร้อยละ 21.0 และ 19.5 ตามลำดับ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างจำนวนเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 10.7 มีการติดต่อการค้า หรือทำธุรกิจที่ชายแดนของประเทศไทย และมีกลุ่มตัวอย่างที่เคยเดินทางเข้าออกหรือเดินทางไปต่างประเทศคิดเป็นร้อยละ 29.1 และมีการเดินทางเข้าออกหรือเดินทางไปต่างประเทศในช่วง 1 ปี โดยเฉลี่ยอยู่ระดับน้อย หรือเดินทาง 6 ครั้ง (2 ครั้งใน 1 ปี)

กลุ่มตัวอย่างมีวิธีการดูแลสุขภาพด้วยการ ซึ้อยาจากร้านขายยามากินเอง ไปหาหมอที่โรงพยาบาลรัฐขนาดใหญ่ ไปหาหมอที่คลินิกใกล้บ้าน ปล่ยให้หายเอง ไม่กินยา ไม่ไปหาหมอ และ ไปหาหมอที่อนามัย หรือโรงพยาบาลสุขภาพชุมชน ในระดับทำบ้างไม่ทำบ้างเมื่อเขาไม่สบาย แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างดูแลสุขภาพด้วยวิธีการหลาย ๆ วิธีเมื่อไม่สบาย

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างไม่เคยใช้วิธีการดูแลรักษาแบบ รักษาตัวตามวิธีที่ผู้เฒ่าบอก หรือทำตามที่บอกต่อ ๆ มา ไปหาหมอยา หรือผู้เฒ่าที่เป็นหมอพื้นบ้าน กราบไหว้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ให้หายป่วย รักษาตามวิธีการที่เคยอ่านจากไลน์ (หมอไลน์) รักษาด้วยการทรงเจ้า เข้าทรง และรักษาด้วยยาผีบอก

กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดไม่เคยเจ็บป่วยเป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ มีเพียงร้อยละ 1.1 ที่เคยเจ็บป่วยเป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ

กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดไม่เคยมีคนในครอบครัว ญาติ หรือบุคคลสนิท ป่วยจากโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ มีเพียงร้อยละ 3.4 ที่เคยมีคนในครอบครัว ญาติ หรือบุคคลสนิท ป่วยจากโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ

6.4 การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ

ผลการสัมภาษณ์และสำรวจพื้นที่เก็บข้อมูลเบื้องต้น สรุปได้ว่าช่องทางและสื่อที่ใช้ในการสื่อสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่มาจากต่างประเทศ มีหลากหลายช่องทาง ทั้งในระดับสื่อมวลชน สื่อบุคคล ได้แก่ อสม. แกนนำสุขภาพครอบครัว (กสค.) เพื่อนบ้าน อาสาสมัครต่างด้าว สื่อรณรงค์เฉพาะกิจ สื่อท้องถิ่น สื่อชุมชน และสื่อออนไลน์

สื่อมวลชน ได้แก่ โทรทัศน์ วิทยุ โดยปกติประชาชนจะรับชมโทรทัศน์และฟังวิทยุในส่วนของรายการบันเทิง และรายการข่าว ซึ่งจะเป็นช่องทางที่เข้าถึงประชาชนได้

สื่อบุคคล ได้แก่ อสม. ถือเป็นสื่อบุคคลที่เข้าถึงประชาชนได้โดยตรง ด้วยหน้าที่และความรับผิดชอบของ อสม. ที่เป็นผู้เฝ้าระวัง ติดตาม และนำผู้ป่วยไปรับการรักษา ให้คำแนะนำสุขภาพและการป้องกันโรคเบื้องต้น รวมทั้งแจ้งเบาะแสโรคติดต่อกลับมายังหน่วยงานสาธารณสุข และให้ความร่วมมือในการดำเนินงานควบคุมโรคติดต่อ จึงเป็นช่องที่ใกล้ชิด เข้าถึงชาวบ้าน และมีส่วนสนับสนุนงานควบคุมโรคติดต่อได้ สำหรับการสื่อสารเกี่ยวกับโรคผ่าน อสม. จะสามารถเข้าถึงได้อย่างใกล้ชิดกับชาวบ้าน

นอกจาก อสม. แล้ว สื่อบุคคลใกล้ชิด แกนนำสุขภาพครอบครัว (กสค.) เพื่อนบ้านในชุมชน เป็นอีกช่องทางหนึ่งที่สามารถส่งข่าว ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคได้ โดยการบอกปากต่อปากในชุมชน นอกจากนี้บางพื้นที่ที่เป็นชุมชนชาวต่างด้าว จะมีการใช้สื่อบุคคล อาสาสมัครชาวต่างด้าว ซึ่งคัดเลือกและจัดอบรมให้ความรู้ และเป็นช่องทางในการเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับโรคติดต่อด้วย

สื่อรณรงค์เฉพาะกิจ เป็นการให้ข่าวสารผ่านสื่อที่ผลิตโดยส่วนงานด้านสาธารณสุขและแจกจ่ายไปยังประชาชน เพื่อให้รายละเอียดเกี่ยวกับโรค ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรค อาการของโรค การป้องกัน วิธีปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อ และคำแนะนำในการปฏิบัติตนเมื่อเกิดอาการ เช่น ซีดี แผ่นพับ รวมทั้งสื่อรณรงค์ ณ ด่านชายแดน เช่น ป้ายกลางแจ้ง โทรทัศน์ แผ่นพับ สำหรับผู้เดินทางเข้าออกประเทศผ่านด่านชายแดน รวมทั้งสำหรับประชาชนที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลด้วย

สื่อท้องถิ่น สำหรับพื้นที่ในส่วนภูมิภาค มีสื่อที่เข้าถึงอีกช่องทางหนึ่งคือ เคเบิลทีวี วิทยุชุมชน

สื่อชุมชน เช่น กระจายเสียงตามสาย หอกระจายข่าว กิจกรรมในชุมชนเมื่อมีการจัดงานในชุมชน โดยนำเสนอเนื้อหาเกี่ยวกับโรค รายงานข่าว และสื่อท้องถิ่นยังสามารถใช้เป็นช่องทาง

ขยายเนื้อหาจากสถานีโทรทัศน์ของกรมประชาสัมพันธ์ส่วนกลางได้ นอกจากนี้ โรงพยาบาลสุขภาพตำบล ยังมีการใช้สื่อการประชุมร่วมกับชาวบ้าน การอบรมให้ความรู้ผ่านเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. แต่ก็มีข้อจำกัดเรื่องเวลานัดหมายประชุมที่นัดหมายยาก ต้องนัดหมายในช่วงเวลาที่ชาวบ้านเสร็จภารกิจการประกอบอาชีพแล้ว อย่างไรก็ตาม การใช้สื่อชุมชนในปัจจุบัน อาจจะเข้าถึงประชาชนได้ ช้ากว่าสื่อออนไลน์ ซึ่งเข้าถึงได้ทุกที่ทุกเวลา ในขณะที่หอกระจายข่าวจะเข้าถึงได้เฉพาะเวลาในขณะประกาศเท่านั้น

สื่ออินเทอร์เน็ต เป็นสื่อออนไลน์ที่ได้รับการนำมาใช้ในการติดต่อสื่อสารระหว่างกลุ่มคนทำงาน อสม. ใช้แจ้งข่าวสาร ประสานการทำงาน ระหว่างเครือข่ายคนทำงาน โดยใช้แอปพลิเคชันสนทนาไลน์ และใช้สื่อสังคมออนไลน์เพชบุ๊กเพื่อให้ข้อมูลข่าวสาร

จากผลการสัมภาษณ์ที่ชี้ให้เห็นช่องทางและสื่อที่เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ นำไปสร้างแบบสำรวจ เพื่อสำรวจการเข้าถึงของประชาชนในภาพรวม ผลการสำรวจการเข้าถึงข่าวสารข้อมูล สรุปได้ดังต่อไปนี้

6.4.1 ความถี่ในการเข้าถึง

ผลการวิจัยเชิงสำรวจ การความถี่ในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ สรุปได้ดังนี้

ความถี่ในการเปิดรับข่าวสารรวมทุกประเภทช่องทางสื่ออยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.69$) เมื่อพิจารณาในแต่ละประเภทช่องทางสื่อสรุปได้ว่า

ช่องทางสื่อที่เปิดรับด้วยความถี่ระดับบ่อย ๆ ได้แก่ โทรทัศน์

ช่องทางสื่อที่เปิดรับระดับปานกลาง ได้แก่ วิทยุ หนังสือพิมพ์ เพื่อน แพทย์พยาบาล อสม. เคเบิลทีวี โรงพยาบาล วิทยุชุมชน เพชบุ๊ก (Facebook) ไลน์ (LINE) เว็บไซต์หนังสือพิมพ์ทั่วไป เว็บไซต์สุขภาพทั่วไป ป้ายไว้นิล แผ่นพับ หอกระจายข่าว

ช่องทางสื่อที่เปิดรับระดับน้อย ได้แก่ การบรรยายจากเจ้าหน้าที่ ซีดี รอม เทปบันทึกเสียง การประชุมหมู่บ้านหรือชุมชน กิจกรรมในชุมชน ยูทูบ (YouTube) การค้นหาข้อมูลด้วยเสิร์ชเอ็นจิน (Search Engine) กระดานสนทนา อินสตาแกรม (Instagram) ทวิตเตอร์ (Twitter)

ผลการทดสอบสมมติฐาน (ข้อที่ 5) ซึ่งให้เห็น**ความแตกต่างของความถี่ในการเข้าถึงในแต่ละกลุ่มอายุ และระดับการศึกษา** สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างช่วงอายุ 14-17 ปี และ อายุ 18-20 ปีมีความถี่ในการเข้าถึงข่าวสารมากที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 21-30 ปี อายุ 31-40 ปี อายุ 41-50 ปี กลุ่มอายุ 51-60 ปี และ อายุมากกว่า 60 ปี ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น .05

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีและอนุปริญญา มีความถี่ในการเข้าถึงข่าวสารมากที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มระดับการศึกษามัธยมศึกษาและสูงกว่าปริญญาตรี

ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาประถมศึกษาและไม่เคยเรียน มีความถี่ในการเข้าถึงข่าวสารน้อยที่สุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น .05

6.4.2 ลักษณะการเข้าถึง

ผลการสำรวจพบว่า ความเข้มข้นในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่า ความเข้มข้นในด้านจำนวนช่องทางและการติดตามข่าวสารอยู่ระดับน้อย

นอกจากนี้การเข้าถึงข่าวสารโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ ในด้านความกระตือรือร้น และความผูกพันกับเนื้อหาอยู่ในระดับปานกลาง

ในด้านประเด็นเนื้อหาเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ ผลการวิจัยเชิงสำรวจสรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับเนื้อหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศอยู่ในระดับปานกลาง ในประเด็นเนื้อหาเกี่ยวกับ พื้นที่การระบาด จำนวนผู้ติดเชื้อ ความรุนแรงของการแพร่ระบาด ความรู้เกี่ยวกับโรค ความรุนแรงของโรค โอกาสการติดเชื้อ อันตรายที่จะเกิดขึ้นจากการติดเชื้อ วิธีการปฏิบัติตัวเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ วิธีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อ และมาตรการป้องกันและควบคุมของรัฐ

ผลการทดสอบสมมติฐาน (ข้อที่ 6) ซึ่งให้เห็น *ความแตกต่างของความเข้มข้นในการเข้าถึงข่าวสารในแต่ละกลุ่มอายุ และระดับการศึกษา* สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างช่วงอายุ 14-17 ปี อายุ 18-20 ปี อายุ 21-30 ปี อายุ 41-50 ปี มีความเข้มข้นในการเข้าถึงข่าวสารมากกว่ากลุ่มที่มีอายุมากกว่า 60 ปี นอกจากนี้ กลุ่มอายุ 31-40 ปี มีความเข้มข้นในการเข้าถึงข่าวสารมากกว่ากลุ่มอายุ 51-60 ปี และ กลุ่มที่มีอายุมากกว่า 60 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น .05

กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ปริญญาตรี และสูงกว่าปริญญาตรี มีความเข้มข้นในการเข้าถึงข่าวสารมากที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มอนุปริญญา ปวช./ปวส. และ กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาประถมศึกษาและไม่เคยเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น .05

ผลการทดสอบสมมติฐาน (ข้อที่ 7) ซึ่งให้เห็น *ความแตกต่างของความกระตือรือร้นในการเข้าถึงข่าวสารในแต่ละกลุ่มอายุ และระดับการศึกษา* สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ที่มีความกระตือรือร้นในการเข้าถึงข่าวสารน้อยกว่าทุกกลุ่มอื่น ๆ ซึ่งไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น .05

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี และสูงกว่าปริญญาตรี มีความกระตือรือร้นในการเข้าถึงข่าวสารมากกว่า กลุ่มมัธยมศึกษา กลุ่มอนุปริญญา ปวช./ปวส. โดยที่กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาประถมศึกษาและไม่เคยเรียน มีความกระตือรือร้นน้อยที่สุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น .05

ผลการทดสอบสมมติฐาน (ข้อที่ 8) ซึ่งให้เห็น**ความแตกต่างของความผูกพันกับเนื้อหาในแต่ละกลุ่มอายุ และระดับการศึกษา** สรุปได้ว่า มีเพียงกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ที่มีความผูกพันกับเนื้อหาน้อยกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ ที่ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น .05

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยเรียนและระดับประถมศึกษา มีความผูกพันกับเนื้อหาน้อยที่สุด กลุ่มที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี มีความผูกพันกับเนื้อหา มากกว่า กลุ่มมัธยมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น .05

6.5 ความเข้าใจข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ

ผลการสำรวจพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจข่าวสารเกี่ยวกับเกิดโรคอุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศโดยรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาความเข้าใจแต่ละด้านพบว่า อยู่ในระดับดีทุกด้านเช่นกัน

ทั้งนี้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจสถานการณ์การระบาดในเรื่องโอกาสในการติดเชื้อมากที่สุด รองลงมาคือ หน่วยงานรับผิดชอบ และช่องทางการแพร่ระบาด

สำหรับความเข้าใจด้านข้อมูลเกี่ยวกับโรค มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เข้าใจในเรื่องที่ยังไม่มียารักษา มากที่สุด รองลงมาคือ การติดต่อของโรคชิการ์ และสาเหตุของโรคติดต่ออุบัติใหม่

สำหรับความเข้าใจด้านการปฏิบัติตน มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เข้าใจเรื่องการติดตามข่าวอย่างต่อเนื่องเมื่อเกิดการระบาด มากที่สุด รองลงมาคือ การเรื่องการปฏิบัติตามคำแนะนำเมื่อเกิดการระบาด

ผลการทดสอบสมมติฐาน (ข้อที่ 1) ซึ่งให้เห็น**ความสัมพันธ์ระหว่างความถี่ในการเข้าถึงข่าวสารข้อมูลกับความเข้าใจ** สรุปได้ว่า ความถี่ในการเข้าถึงสื่อมวลชน ($\beta = .199$) ความถี่ในการเข้าถึงสื่อเฉพาะกิจ ($\beta = .110$) ความกระตือรือร้นในการเข้าถึง ($\beta = .159$) และความผูกพันกับเนื้อหา ($\beta = .106$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับ ความเข้าใจเนื้อหาข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ ในขณะที่ความถี่ในการเข้าถึงสื่อชุมชน ($\beta = -.327$) และ ความถี่ในการเข้าถึงสื่อบุคคล ($\beta = -.225$) มีความสัมพันธ์เชิงลบ ตัวแปรอิสระทั้ง 6 ตัวแปรดังกล่าวสามารถอธิบายความสัมพันธ์ของตัวแปรตามได้ร้อยละ 18.2

ผลการทดสอบสมมติฐาน (ข้อที่ 9) ซึ่งให้เห็น**ความแตกต่างของความเข้าใจเนื้อหาในแต่ละกลุ่มอายุ และระดับการศึกษา** สรุปได้ว่า กลุ่มอายุ 31-40 ปี มีความเข้าใจเนื้อหามากที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 21-30 ปี ซึ่งเท่ากับกลุ่มอายุ 41-50 ปี และ กลุ่มอายุ 51-60 ปี โดยที่กลุ่ม

อายุ 14-17 ปี 18-20 ปี และ อายุมากกว่า 60 ปี มีความเข้าใจเนื้อหาน้อยที่สุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น .05

นอกจากนี้ความเข้าใจเนื้อหาของกลุ่มตัวอย่างแตกต่างกันทุกระดับการศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น .05 เรียงลำดับจากมากไปน้อยได้ดังนี้ สูงกว่าปริญญาตรี ปริญญาตรี อนุปริญญา ปวช./ปวส. มัธยมศึกษา และไม่เคยเรียน ประถมศึกษา

6.6 การประเมินคุณค่า และความถูกต้องข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ

ผลการสัมภาษณ์ชี้ให้เห็นว่า ประชาชนมีวิธีการพิจารณา ประเมินความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของเนื้อหา ข่าวสารเกี่ยวกับโรคและสุขภาพอื่น ๆ กล่าวคือ การตั้งเงื่อนไขกับตนเองว่า ต้องพิจารณาประเมินความถูกต้องก่อน ไม่เชื่อกันที่ที่ได้รับฟังข่าวนั้นมา ต้องอ่านให้ละเอียด พิจารณาเชิงความสมเหตุสมผล แล้วตัดสินใจว่าไม่น่าเชื่อถือ จากนั้นให้ตรวจสอบความถูกต้อง ซึ่งมีหลายวิธี ได้แก่ การรอการยืนยันจากส่วนงานราชการ เช่น โรงพยาบาลสุขภาพตำบล การสอบถามจากเจ้าหน้าที่บุคลากรด้านสาธารณสุข เพื่อน การพิจารณาแหล่งที่มาของข้อมูลว่าต้องเป็นแหล่งอ้างอิงที่เป็นองค์กรที่เกี่ยวข้องโดยตรง หรือแหล่งที่มาของข่าวจากสื่อหนังสือพิมพ์ สถานีโทรทัศน์ขนาดใหญ่ที่คนรู้จักแพร่หลาย นอกจากนี้ยังตรวจสอบจากแหล่งข้อมูลอื่น ๆ

ทั้งนี้ผลการสำรวจในภาพรวมสรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีการประเมินคุณค่า และความถูกต้องข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่า การประเมินด้วยการพิจารณาถึงประโยชน์ที่จะใช้ดูแลตนเองให้ปลอดภัย อยู่ในระดับสูง ในขณะที่การตั้งเงื่อนไขเบื้องต้น และการตรวจสอบความถูกต้อง อยู่ในระดับปานกลาง

ผลการทดสอบสมมติฐาน (ข้อที่ 2) ซึ่งให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการเข้าถึงความเข้าใจข่าวสาร กับการประเมินคุณค่าและความถูกต้อง ผลการทดสอบสมมติฐาน สรุปได้ว่า ความกระตือรือร้นในการเข้าถึง ($\beta = .369$) ความผูกพันกับเนื้อหา ($\beta = .196$) ความเข้มข้นในการเข้าถึง ($\beta = .116$) ความเข้าใจเนื้อหาด้านสถานการณ์การระบาด ($\beta = .157$) ความเข้าใจเนื้อหาด้านการปฏิบัติตน ($\beta = .076$) ความเข้าใจเนื้อหาด้านข้อมูลโรค ($\beta = .063$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับ การประเมินคุณค่าและความถูกต้องของข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ ตัวแปรอิสระทั้ง 6 ตัวแปรดังกล่าวสามารถอธิบายความสัมพันธ์ของตัวแปรตามได้ร้อยละ 47.3

ผลการทดสอบสมมติฐาน (ข้อที่ 10) ซึ่งให้เห็นความแตกต่างของการประเมินคุณค่าและความถูกต้องในกลุ่มอายุ และระดับการศึกษา สรุปได้ว่า กลุ่มอายุ 14-17 ปี 21-30 ปี 31-40 ปี และ 41-50 ปี มีการประเมินคุณค่าและความถูกต้องไม่แตกต่างกัน แต่เป็นกลุ่มที่มีระดับการประเมินมากกว่ากลุ่มอายุ 18-20 ปี 51-60 ปี และ กลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น .05

นอกจากนี้ การประเมินคุณค่าและความถูกต้องของกลุ่มตัวอย่าง เรียงลำดับจากมากไปน้อยตามระดับการศึกษาได้ดังนี้ การศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี และปริญญาตรีมากกว่าอนุปริญญา ปวช./ปวส. และ มัธยมศึกษา และมากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยเรียน ประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น .05

6.7 การนำข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศมาใช้ประโยชน์

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการนำข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศมาใช้ประโยชน์ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ทั้งการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อและการระบาด และการดูแลสุขภาพของตนเองในการกินอยู่อย่างถูกลักษณะ สืบจากรายการเจ็บป่วยของตนเอง และการแสวงหาและติดตามข่าวสาร

นอกจากนี้ผลการสัมภาษณ์ซึ่งให้เห็นในรายละเอียดเพิ่มเติมว่า ประชาชนที่ตื่นตัวต่อโรคติดต่ออุบัติใหม่ ๆ จะมีพฤติกรรมตอบสนองในเชิงการป้องกันโรค ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการควบคุมโรค ดังเห็นได้จากการที่ประชาชนมีอาการเจ็บป่วย ก็จะกังวลว่าตนเองติดโรคหรือไม่ จะเข้าพบเจ้าหน้าที่เพื่อสอบถามอาการโรคให้มั่นใจว่าตนเองเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่ออุบัติใหม่ ๆ ที่เป็นข่าวหรือไม่ อย่างไรก็ตามประชาชนมักจะประมาทเมื่อเจ็บป่วย เพราะไม่ได้ข่าวเกี่ยวกับการระบาด ไม่ให้ความสำคัญกับการรักษาโรคของตนเอง ซึ่งจะเพิ่มอุปสรรคต่อการควบคุมการระบาดของโรคทั้งที่เป็นโรคระบาดตามฤดูกาล และโรคติดต่ออุบัติใหม่ ๆ ได้

ผลการทดสอบสมมติฐาน (ข้อที่ 3) ซึ่งให้เห็นว่า การเข้าถึงข่าวสาร ความเข้าใจ และการประเมินคุณค่าและความถูกต้อง มีความสัมพันธ์กับการนำข้อมูลข่าวสารไปใช้ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันตนเองจากโรคติดต่ออุบัติใหม่ ๆ สรุปได้ว่า ความถี่ในการเข้าถึงสื่อบุคคล ($\beta = .149$) ความกระตือรือร้นในการเข้าถึง ($\beta = .140$) ความเข้าใจด้านข้อมูลโรค ($\beta = .067$) ความเข้าใจด้านการปฏิบัติตน ($\beta = .059$) การตรวจสอบความถูกต้อง ($\beta = .179$) การพิจารณาถึงประโยชน์ที่จะใช้ดูแลตนเองให้ปลอดภัย ($\beta = .343$) การประเมินด้วยการตั้งเงื่อนไขเบื้องต้น ($\beta = .105$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อ

อุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ ตัวแปรอิสระทั้ง 7 ตัวแปรดังกล่าวสามารถอธิบายความสัมพันธ์ของตัวแปรตามได้ร้อยละ 57.9

ผลการทดสอบสมมติฐาน (ข้อที่ 4) ซึ่งให้เห็นว่า *การเข้าถึงข่าวสาร ความเข้าใจ และการประเมินคุณค่าและความถูกต้อง มีความสัมพันธ์กับการนำข้อมูลข่าวสารไปใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองให้ปลอดภัยจากโรคติดต่ออุบัติใหม่* ผลการทดสอบสมมติฐาน สรุปได้ว่า ความถี่ในการเข้าถึงสื่อชุมชน ($\beta = .193$) ความเข้มข้นในการเข้าถึง ($\beta = .057$) ความกระตือรือร้นในการเข้าถึง ($\beta = .075$) ความผูกพันกับเนื้อหา ($\beta = .090$) ความเข้าใจด้านข้อมูลโรค ($\beta = .063$) การตรวจสอบความถูกต้อง ($\beta = .277$) การพิจารณาถึงประโยชน์ที่จะใช้ดูแลตนเองให้ปลอดภัย ($\beta = .304$) การประเมินด้วยการตั้งเงื่อนไขเบื้องต้น ($\beta = .068$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับการดูแลสุขภาพตนเองจากโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ ในขณะที่ความถี่ในการเข้าถึงสื่ออินเทอร์เน็ต ($\beta = -.058$) ตัวแปรอิสระทั้ง 9 ตัวแปรดังกล่าวสามารถอธิบายความสัมพันธ์ของตัวแปรตามได้ร้อยละ 61.7

ผลการทดสอบสมมติฐาน (ข้อที่ 11) ซึ่งให้เห็น*ความแตกต่างของการนำข่าวสารไปใช้ประโยชน์ในกลุ่มอายุ และระดับการศึกษา* สรุปได้ว่า กลุ่มอายุ 14-17 ปี 31-40 ปี 41-50 ปี และ 51-60 ปี มีการนำมาใช้ประโยชน์ไม่แตกต่างกัน และเป็นกลุ่มที่มีการนำมาใช้ประโยชน์มากกว่ากลุ่มอายุ 18-20 ปี 21-30 ปี และ กลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น .05

นอกจากนี้ การนำมาใช้ประโยชน์ของกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา อนุปริญญา ปวช./ปวส. ปริญญาตรี และระดับสูงกว่าปริญญาตรี ไม่แตกต่างกัน และเป็นกลุ่มที่มีการนำมาใช้ประโยชน์มากกว่า กลุ่มที่ไม่เคยเรียน ประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น .05

6.8 การรายงานข่าวโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ

ผลการสัมภาษณ์ผู้สื่อข่าว สามารถสรุปให้เห็นการรายงานข่าวได้ว่า โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศถือเป็นข่าวที่มีความสำคัญ เพราะเป็นเหตุการณ์ที่ส่วนผลกระทบร้ายแรงต่อชีวิตของประชาชน และส่งผลต่อประชาชนจำนวนมาก ดังนั้นนักข่าวจึงให้ความสำคัญในการเสนอข่าว ทั้งนี้การรายงานข่าวเน้นการให้ความรู้ ป้องกัน สถานการณ์ แต่ต้องไม่สร้างความตื่นตระหนก

การทำข่าวจะเริ่มต้นจากการที่นักข่าวได้รับทราบรายงาน ข่าวประชาสัมพันธ์ การแถลงข่าว การให้สัมภาษณ์จากหน่วยงาน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทั้งในระดับจังหวัดและส่วนกลาง รวมทั้ง

ได้มาจากการสืบข่าวของนักข่าวเอง เมื่อเริ่มสังเกตเห็นความผิดปกติ หรือระแคะระคายว่าจะมีเหตุการณ์เกิดขึ้นจากแหล่งข่าวใกล้ชิดของนักข่าว จากนั้นจะเริ่มลงพื้นที่เพื่อทำข่าว และรายงานข่าว โดยให้ความสำคัญกับแหล่งข่าวจากหน่วยงานสาธารณสุข

การทำข่าวเกี่ยวกับโรคระบาด จะมีการตรวจสอบแหล่งข่าวอย่างรอบครอบ โดยตรวจสอบข้อมูลจากหลาย ๆ แหล่งทั้ง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น คนในพื้นที่ที่เกิดเหตุการณ์ เพื่อยืนยันความถูกต้องก่อนการรายงานข่าว

การรายงานข่าวจะมีการระมัดระวังมิให้ส่งผลกระทบต่อผู้ติดเชื้อ และป้องกันการตื่นตระหนกของประชาชน โดยสืบค้นข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อนำมารายงานข่าว บนพื้นฐานการให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่เพื่อประโยชน์ในการควบคุมโรค

โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ เป็นโรคที่ยังขาดองค์ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ และการรักษา แต่มีความจำเป็นต้องควบคุมการระบาด ดังนั้นการรายงานข่าวควรเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุการป้องกันตนเองจากโรค วิธีการปฏิบัติตนเพื่อลดการติดเชื้อและการระบาด สถานการณ์เกี่ยวกับโรค ทั้งนี้ต้องระมัดระวังการนำเสนอเพื่อมิให้เกิดการตื่นตระหนกของประชาชน

โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ เป็นโรคเฉพาะที่เกิดขึ้นใหม่ มีการตั้งชื่อขึ้นใหม่ซึ่งมักจะเป็นภาษาต่างประเทศ เป็นชื่อเฉพาะที่ถูกกำหนดขึ้นใหม่จึงไม่ค่อยคุ้นเคยสำหรับคนไทย อีกทั้งยังมีรายละเอียดทางการแพทย์ที่มีเนื้อหาเฉพาะทาง เป็นศัพท์เทคนิคทางการแพทย์ การสื่อสารเรื่องนี้จึงจำเป็นต้องให้แพทย์เป็นผู้ให้รายละเอียดเพื่อความถูกต้อง ดังนั้นการรายงานข่าวจำเป็นต้องให้แพทย์เป็นผู้ให้รายละเอียด โดยนักข่าวจะรายงานเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และให้แพทย์ขยายความในรายละเอียดเกี่ยวกับอาการโรค การป้องกัน วิธีการดูแลตนเองให้ปลอดภัย

สื่อแต่ละสื่อมีความแตกต่างกัน เช่น หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ สื่อออนไลน์ มีพื้นที่การรายงานข่าวแตกต่างกัน และสื่อแต่ละสื่อยังเป้าหมายการทำธุรกิจที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามหากเป็นเรื่องโรคระบาดที่ส่งผลกระทบวงกว้าง จะได้รับความสำคัญและนำเสนอข่าว โดยมักจะนำเสนอในรูปแบบการรายงานข่าว

6.8.1 ข้อควรระมัดระวังในการนำเสนอข่าว

เหตุการณ์การเกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่ ๆ มีความอ่อนไหวต่อความรู้สึกและเกี่ยวข้องโดยตรงกับการดำเนินงานควบคุมโรค อีกทั้งยังเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ที่ดีกับต่างประเทศ โดยเฉพาะประเทศเพื่อนบ้าน ดังนั้นการเสนอข่าวต้องระมัดระวังการกระทบต่อความสัมพันธ์ที่ดีของต่างประเทศ ให้ความสำคัญกับความถูกต้อง และให้นำหนักเนื้อหาที่ต้องเสนออย่างชัดเจน เจาะจงในกรณีทีโรคนั้นเกี่ยวข้องกับเฉพาะกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยง ไม่รายงานข่าวด้วยสีสันเรียกร้องความสนใจมากเกินไป ซึ่งจะช่วยป้องกันการตื่นตระหนกของประชาชนได้

6.9 อภิปรายผลการวิจัย

1. โทรศัพท์ สื่อบุคคล และอินเทอร์เน็ตกับการเข้าถึงข่าวสารโรคติดต่ออุบัติใหม่

ผลการสำรวจการเข้าถึงข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ พบว่า ประชาชนใช้โทรศัพท์ เป็นช่องทางเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้วยความถี่ระดับบ่อย ๆ และยังใช้สื่อบุคคลทั้งบุคคลใกล้ชิดและบุคลากรทางการแพทย์ เช่น เพื่อน แพทย์ พยาบาล อสม. และสื่อใหม่ เช่น เฟซบุ๊ก (Facebook) ไลน์ (LINE) เว็บไซต์หนังสือพิมพ์ทั่วไป เว็บไซต์สุขภาพทั่วไป ในระดับปานกลาง ผลการวิจัยดังกล่าวนี้สอดคล้องกับ Lin, & Lagoe, (2013) ที่พบว่า การพึ่งพาข่าวสารจากสื่อมวลชนโดยเฉพาะการเปิดรับรายการข่าวผ่านทางโทรศัพท์ และหนังสือพิมพ์ และการแลกเปลี่ยนพูดคุยกับคนอื่น นำไปสู่การรับรู้ความเสี่ยงจากโรค รวมทั้งสอดคล้องกับข้อสรุปงานวิจัยของ วิชาญ ปาวัน และคณะ (2559) ที่พบว่าสื่อที่ประชาชนเลือกเปิดรับเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและสุขภาพ คือ โทรศัพท์ ซึ่ง Lu (2003) ได้กล่าวว่า ในสถานการณ์การระบาดของโรคซาร์ส สื่อที่ผู้รับสารเปิดรับและเชื่อถือ คือ โทรศัพท์ หนังสือพิมพ์ รองลงมาคือ การสื่อสารระหว่างบุคคล คือ การสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ได้รับความน่าเชื่อถือมากที่สุด และคนในครอบครัว เพื่อนและครู ขณะเดียวกันยังสอดคล้องกับผลการวิจัยเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์นักวิชาการสาธารณสุขได้ให้ความเห็นว่า

“Mass Media ทั้งหมดในพื้นที่หนองคาย เวียงจันทน์ ถ้าวอกทีวี ทางลาวเค้าดูละครไทย ถ้ามีอะไรแล้วออกทางสื่อเนี่ยจะเห็นชัดแล้วมันจะครอบคลุม” (ธวัชชัย เหลืองศิริ, สัมภาษณ์)

เมื่อพิจารณาถึงสื่ออินเทอร์เน็ตพบว่า เฟซบุ๊ก (Facebook) ไลน์ (LINE) เว็บไซต์หนังสือพิมพ์ทั่วไป เว็บไซต์สุขภาพทั่วไป เป็นช่องทางที่ประชาชนเลือกเปิดรับอยู่ในระดับปานกลาง ตามที่ อภิญา อินทรรัตน์ (2557) ได้สรุปว่าการใช้สื่อออนไลน์ในการให้ข้อมูลยังมีปัญหาสำหรับผู้ที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึง หรือใช้ข้อมูลความรู้จากสื่อออนไลน์ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Kim, & Wilkin (2011) ยังพบว่าโอกาสเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ เช่น แหล่งข้อมูลสุขภาพและอินเทอร์เน็ตมีความสัมพันธ์แค่ระดับปานกลางกับความฉลาดทางสุขภาพเชิงสื่อปฏิสัมพันธ์ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าสื่ออินเทอร์เน็ตยังคงเป็นช่องทางที่ประชาชนใช้เข้าถึงในระดับปานกลาง

นอกจากนี้ ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า ความถี่ในการเข้าถึงสื่อมวลชน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความเข้าใจเนื้อหาข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ สอดคล้องงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่มีข้อค้นพบว่า การเปิดรับสื่อและความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรค มีความสัมพันธ์ทางบวก (สุพิดา เย็นโสภา, 2553; มลินี สมภพเจริญ, 2556; Lin, & Lagoe, 2013; So, Kuang, & Cho, 2016) อย่างไรก็ตาม การพิจารณาการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารควรคำนึงถึง

ปัจจัยในตัวผู้รับสารด้วย โดยที่ต้องทำความเข้าใจวิเคราะห์ผู้รับสาร (audience) อย่างละเอียดเพื่อนำมากำหนดแนวทางการสื่อสารให้เข้าถึง และเกิดผลค่านึงถึงการใช้สื่อที่เข้าถึง (Bernhardt, & Cameron, 2003, pp. 539-598; Ratzan, & Meltzer, 2005, pp. 354-358)

2. ความเข้มข้น กระตือรือร้น และผูกพันกับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศยังอยู่ระดับปานกลาง

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเข้มข้นในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง โดยเป็นการเข้าถึงผ่านจำนวนช่องทางน้อย และมีการติดตามข่าวสารอยู่ระดับน้อย ในขณะที่มีความกระตือรือร้น และความผูกพันกับเนื้อหาอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับข้อมูลการสัมภาษณ์ในงานวิจัยที่ชี้ให้เห็นว่า การตื่นตัวของประชาชนมีลักษณะตื่นตัวเมื่อโรคเข้าใกล้ตัว เฉพาะพื้นที่ ด้วยลักษณะการเกิดโรคที่เกิดขึ้นในต่างประเทศที่อยู่ห่างไกลจากประเทศไทย ส่งผลให้การตื่นตัวของประชาชนยังไม่มาก แต่เมื่อการระบาดเข้ามาใกล้ประเทศไทย หรือเข้ามาในประเทศประชาชนจะมีการตื่นตัวมากขึ้น เป็นการตื่นตัวตามความกังวลใจเกี่ยวกับอันตรายของโรคที่ใกล้ตัวมากขึ้น นอกจากนี้การตื่นตัวของประชาชนมักจะเกิดขึ้นในพื้นที่เฉพาะ ในพื้นที่ที่สงสัยว่ามีการติดเชื้อ

“อาการตื่นตัวเนี่ยจะอยู่ในขอบแคบ ๆ เช่นเราระบุไปว่าโดยประมาณตำบลนี้ อำเภอนี้ก็จะตื่นตัวอยู่ในวงแคบ ๆ...เฉพาะในอำเภอ หรือในเขตหมู่บ้าน” (ประทีป บุญธรรม, สัมภาษณ์)

ขณะเดียวกันลักษณะการเข้าถึงที่มีความเข้มข้นปานกลาง กล่าวก็คือกลุ่มตัวอย่างใช้เวลา และปริมาณแหล่งข้อมูลที่บุคคลแสวงหาข่าวสารด้านสุขภาพมีระดับปานกลางนั้น สามารถอธิบายได้ว่า ความรู้สึกอ่อนไหว (susceptibility) ความกลัว (fear) และความกังวล (anxiety) เป็นตัวแปรที่ส่งผลต่อความสามารถของตนเองในการตอบสนองต่อโรค (Holmes, 2008) ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกดังกล่าวไม่มาก จึงมีการแสวงหาข่าวสารในระดับปานกลาง

ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 60 ปี และกลุ่มที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีแนวโน้มจะเข้าถึงข้อมูลข่าวสารน้อย ในขณะที่กลุ่มคนหนุ่มสาว (ช่วงอายุ 18-30 ปี) และวัยกลางคน (อายุ 41-50 ปี) จะเข้าถึงข่าวสารมาก บ่งชี้ว่าการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารมีความแตกต่างตามช่วงวัย ซึ่งผลดังกล่าวนี้ใกล้เคียงกับงานวิจัยของ Goodall, Newman, & Ward (2014) ที่ศึกษากลุ่มผู้ที่ย้ายถิ่นมาอาศัยอยู่ในประเทศออสเตรเลีย ซึ่งเป็นผู้มีอายุมาก มีผลต่อความหลากหลายของแหล่งข้อมูลและวิธีการเข้าถึงแหล่งข่าวสารสุขภาพ

ในด้านความผูกพันต่อเนื้อหาที่พิจารณาจากการติดตามข่าว การติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม และมีการนำข่าวสารข้อมูลมาสนทนาต่อนั้น พบว่าอยู่ระดับปานกลาง สามารถอธิบายได้ด้วยผลงานวิจัยของ Rimal, & Real (2003) ที่ได้ทดสอบความตั้งใจแสวงหาข่าวสารพบว่า กลุ่มผู้ที่มี

ทัศนคติแบบมุ่งหลีกเลี่ยงโรค (Avoidance Attitude) จะมีการแสวงหาข่าวสารเกี่ยวกับโรคจากสื่อ และจากการเข้าปรึกษาขอคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิดและหมอ กลุ่มป้องกันตนเอง (Responsive Attitude) ไม่แสวงหาข่าวสารจากสื่อแต่มีการเข้าปรึกษาขอคำแนะนำจากคนใกล้ชิดและหมอ ในขณะที่กลุ่มไม่ใส่ใจ (Indifference Attitude) มักจะไม่มี การแสวงหาข่าวสารเพื่อป้องกันตนเอง แสดงให้เห็นว่าในภาพรวมประชาชนมีความผูกพันกับข้อมูลข่าวสารโรคติดต่ออุบัติใหม่ฯ โดยมี ทัศนคติแบบที่มุ่งหลีกเลี่ยง มุ่งป้องกันตนเอง และแบบไม่ใส่ใจต่อโรคด้วยเช่นกัน

3. ความเข้าใจสาระข่าวในสื่อมวลชนอยู่ระดับมาก และเข้าใจเรื่องสถานการณ์ การระบาด ข้อมูลเกี่ยวกับโรค และวิธีปฏิบัติตัวเป็นอย่างดี แต่ยังไม่เข้าใจรายละเอียดการแพทย์

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างเข้าใจสาระเนื้อหาข่าวที่น่าเสนอในสื่อมวลชนในระดับ มาก และมีความเข้าใจเรื่องสถานการณ์การระบาด ข้อมูลเกี่ยวกับโรค และวิธีปฏิบัติตัวเป็นอย่างดี อธิบายได้ว่าการสื่อสารเชิงรณรงค์ผ่านสื่อมวลชน (mass media campaign) จะช่วยกระตุ้นให้เกิด การรับรู้การระบาดของโรค ให้ความรู้ ความเข้าใจ เสริมทัศนคติ เปลี่ยนทัศนคติ และนำไปสู่การ ปฏิบัติตนเองอย่างปลอดภัย โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่ผู้รับสารสามารถเปลี่ยนแปลงได้ง่าย และเขา ได้ประโยชน์โดยตรง (Freimuth, Linnan, & Potter, 2000) และคำอธิบายของ Obukoadata, & Abuah (2014) ที่อธิบายว่าการรณรงค์โดยใช้สื่อมวลชนรายงานข่าวอย่างต่อเนื่องจะส่งผลดีต่อการ ควบคุมการระบาดและการป้องกันโรคอุบัติใหม่ได้ โดยเป็นการส่งเสริมให้เกิดความรู้มากขึ้น รวมทั้ง การส่งเสริมสุขภาพและความฉลาดทางสุขภาพ

ข้อค้นพบในงานวิจัยนี้ยังพบว่า ความถี่ในการเข้าถึงสื่อบุคคลมีความสัมพันธ์เชิงลบ กับความเข้าใจเนื้อหาข่าวสาร สะท้อนให้เห็นว่าสื่อบุคคลยังไม่สามารถให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ โรคติดต่ออุบัติใหม่ฯ ให้ประชาชนเข้าใจได้ ซึ่งในประเด็นนี้เกี่ยวข้องกับพื้นฐานความรู้เกี่ยวกับโรค ของบุคคลากรด้านสาธารณสุข ซึ่ง อภิสสิทธิ์ เหมะสมสกุล (2547) ได้ระบุว่าที่ผ่านมาโรคซาร์ส มีปัญหาและอุปสรรคก็คือ องค์ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่มี เนื่องจากหน่วยงานต่าง ๆ มีความรู้จำกัด ไม่มีความชัดเจนของข้อมูลบางประเด็น และวิทยากรหรือผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคมีจำกัด เพราะเป็น โรคที่ใหม่ ข้อสรุปเดียวกันกับงานวิจัยชี้ให้เห็นเพิ่มเติมอีกว่า อุปสรรคก็คือความรู้ของแกนนำที่จะ ช่วยดำเนินการในการบอกข่าว เผยแพร่ความรู้แก่ชาวบ้านยังไม่เพียงพอ (กองสนับสนุนสุขภาพ ภาคประชาชน, 2548) รวมถึงบุคลากรที่เป็น อสม. ซึ่งจะเป็นคนในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร ด้านสุขภาพ มีข้อค้นพบว่า อสม. มีความรู้ความเข้าใจในระดับดี แต่ยังมีขาดทักษะในการอ่านและแปล ความข้อมูลสาธารณสุขจากสื่อสิ่งพิมพ์ ยังขาดความมั่นใจในการแนะนำความรู้แก่ เพื่อนบ้านและยัง พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุและระดับการศึกษา เป็นสิ่งที่ควรพิจารณาประกอบด้วยใน กระบวนการสรรหา อสม. เพื่อเป็นสื่อบุคคลที่สามารถถ่ายทอดเนื้อหาสุขภาพให้ประชาชนเข้าใจ

(ประภัสสร งามแสงใส, ปติรดา ศรสียน, และสุวรรณา ภัทรเบญจพล, 2557) และผลการวิจัยของ อารยา ทิพย์วงศ์, และจารุณี นุ่มนวล (2557) ยังชี้ให้เห็นอีกว่า ผู้ที่มีทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และทักษะการจัดการตนเองอยู่ระดับต่ำ มักจะมีทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพอยู่ในระดับที่ต่ำ ซึ่งเป็นตัวแปรส่วนบุคคลของสื่อบุคคลที่มีผลต่อการสร้างความเข้าใจเรื่องโรคให้กับประชาชน

นอกจากนี้ผลการวิจัยด้านสาระเนื้อหาพบว่า สาระเนื้อหาที่กลุ่มตัวอย่างยังไม่ค่อยเข้าใจ คือ รายละเอียดทางการแพทย์เกี่ยวกับโรค คำภาษาต่างประเทศ คำศัพท์เฉพาะทางการแพทย์ ซึ่งสอดคล้องกันกับข้อสรุปงานวิจัยต่าง ๆ ในทางทิศเดียวกันว่า ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากหน่วยราชการมักใช้ภาษาที่ประชาชนเข้าใจยาก และขาดรายละเอียดในการนำไปปฏิบัติ (สุวรรณี สุวรรณ ท้าว, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, และพัชราพร เกิดมงคล, ม.ป.ป; อภิญญา อินทรรัตน์, 2557; สุนันทา แยมทัพ, 2557; สุวรรณี สุวรรณท้าว, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, และ พัชราพร เกิดมงคล, ม.ป.ป; Park, Rodgers, & Stemmler, 2011) ทั้งนี้เพราะการขาดบรรณาธิการข่าวในฐานะแหล่งข้อมูลสุขภาพที่มีความรู้ ความเข้าใจเนื้อหาสุขภาพ โดยเฉพาะเรื่องโรค ทำให้ไม่สามารถถ่ายทอดให้ผู้อ่านเข้าใจได้ง่าย เพราะเนื้อหาสุขภาพมีศัพท์เฉพาะ (ศัพท์ทางการแพทย์) ที่เข้าใจยาก (พนม คลีฉายา และคณะ, 2548) และสอดคล้องกับผลเชิงคุณภาพที่พบว่า ในการสื่อสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ มีทั้งการสื่อสารผ่านสื่อมวลชนในลักษณะการรายงานข่าวของสื่อมวลชน และการสื่อสารโดยตรงจากส่วนงานสาธารณสุขไปยังประชาชน การสื่อสารทั้งสองลักษณะจึงคำนึงถึงผู้รับสารเป็นสำคัญ และนำเสนอเนื้อหาให้สอดคล้องกับความรู้ และวัฒนธรรมพื้นถิ่นของประชาชน มีการใช้ภาษาที่เข้าถึงประชาชน เช่น ผู้จัดการรายการวิทยุ อสม. ที่เข้าถึงชาวบ้านในภูมิภาค จะมีการปรับเนื้อหา และใช้ภาษาถิ่นเพื่อให้คนฟังเข้าใจง่าย เหมาะสมกับผู้รับสารแต่ละช่วงวัย ระดับการศึกษา สื่อประชาสัมพันธ์จะมีการจัดพิมพ์ภาษาถิ่นหลายภาษา รวมทั้งผลการสัมภาษณ์ที่กลุ่มตัวอย่างได้ให้ความเห็นว่า

“เนื้อหาข่าวสารและกัแนวทางการเผยแพร่ข่าวสาร ในการให้ความรู้ และการปรับพฤติกรรมมันต้องมีตามกลุ่มของมัน เพราะว่าlevel ของการรับรู้ต่อความเข้าใจต่อกลุ่มต่าง ๆ มันไม่เหมือนกัน...อาจจะมีการปรับพวกตัวเนื้อหาให้ อย่างตอนนี้น้มันก็จะ มีแรงงานต่างชาติ ก็อาจจะปรับเปลี่ยนมี หลายภาษาเพิ่มขึ้น อย่างเช่นภาษาพม่า หรือภาษาอาหรับ ภาษากัมพูชาก็จะมี มีบ้างเพราะว่าเนื้อหาอย่างทีบอกว่ามันต้อง ตามกลุ่มเป้าหมายเราก็ต้องสอดคล้องกับสถานการณ์ ณ ขณะนั้น” (อัญชลี สิทธิชัยรัตน์, สัมภาษณ์)

“ส่วนมากก็เวลาออกไปในชุมชนผมก็จะใช้ภาษาถิ่นซึ่งคนส่วนมากก็จะเข้าใจในภาษาถิ่น ก็ส่วนมากก็ให้การตอบรับดีแล้วก็เข้าใจเพราะว่าผมก็มั่นใจว่าเราก็พูดจา

ชัตถ้อยชัตถาคำอยู่พอสมควรก็คิดว่าเค้าน่าจะเข้าใจในสิ่งที่เราพูด” (สุชุม สุขพันธ์, สัมภาษณ์)

4. การประเมินข้อมูลข่าวสารใช้เกณฑ์การพิจารณาถึงประโยชน์ในการดูแลตนเอง

ผลวิจัยพบว่าการประเมินข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ฯ กลุ่มตัวอย่างใช้เกณฑ์การพิจารณาถึงประโยชน์ที่จะใช้ดูแลตนเองให้ปลอดภัย พบว่าอยู่ในระดับสูง ผลวิจัยสอดคล้องกับแนวความเห็นของ Suka et al. (2015) ที่ระบุว่า การส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพของบุคคลมีเกี่ยวข้องกับความสามารถในการประเมินความน่าเชื่อถือและความเหมาะสมของเนื้อหาเกี่ยวกับตนเอง และใช้ความคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผลในการให้ความสำคัญกับข่าวสารความรู้ ตลอดจนนำไปสู่การตัดสินใจนำมาลองปฏิบัติและประเมินผลหลังจากการลองปฏิบัติ จนสามารถนำมาใช้ในชีวิตประจำวันได้ (ศูนย์วิจัย, มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต, ม.ป.ป) เมื่อพิจารณาจากรายละเอียดแล้วจะพบว่า การตั้งเงื่อนไขเบื้องต้น และการตรวจสอบความถูกต้อง ของประชาชนอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งใกล้เคียงกับผลการวิจัยเชิงสำรวจของ มนัสนันท์ ลิ้มปวิทยากุล และคณะ (2558) โดยพบว่าการรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายต่อโรคติดต่อไวรัสอีโบล่า และการรับรู้การประเมินเผชิญปัญหาต่อโรคติดต่อไวรัสอีโบล่าของประชาชนส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง

5. การนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์

ผลการวิจัยพบว่าการนำข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศมาใช้ประโยชน์ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ทั้งการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อและการระบาด และการดูแลสุขภาพของตนเองในการกินอยู่อย่างถูกลักษณะ สำรวจอาการเจ็บป่วยของตนเอง และการแสวงหาและติดตามข่าวสาร โดยผลวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ Vijaya et al. (2005) ที่ได้ศึกษาการระบาดของโรคซาร์สในประเทศสิงคโปร์ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าบุคคลที่มีความกังวลในเรื่องการติดเชื้อของเพื่อนบ้าน และการระบาดในชุมชนมีแนวโน้มจะมีพฤติกรรมเชิงป้องกันโรคยอมรับวิธีการปฏิบัติอย่างปลอดภัยและปรับปรุงรูปแบบการใช้ชีวิต แสดงให้เห็นว่าการมองโรคระบาดอยู่ใกล้ตัวจะกระตุ้นให้บุคคลมีพฤติกรรมป้องกันการโรคได้ ขณะเดียวกันยังสอดคล้องกับผลการวิจัยเชิงคุณภาพที่กลุ่มผู้ให้สัมภาษณ์ได้กล่าวว่า

“คนตกใจแต่ก็ไม่ได้แตกตื่นมาก แต่รับรู้ข่าวสารและนำข้อมูลไปใช้และป้องกัน มองว่าส่วนหนึ่งที่ผ่านมาระบาดแบบนี้เข้ามาในประเทศไทยบ้าง แต่ปิดเคสได้เร็ว...สิ่งเหล่านี้มันเข้ามาถึงคนไทย มันไม่แพร่กระจายจัดกระจาย อาจจะเจอเคส เขาก็บล็อกจัดการ” (ปฐมพงษ์ แก้วบัณฑิตย์, สัมภาษณ์)

“เค้าก็สนใจอย่างในเรื่องของเมอร์ส ของซิการ์ ก็มีมาถามเหมือนกันว่าอาการอย่างนี้มันเหมือนไหม” (สมพงษ์ ชำหา, สัมภาษณ์)

“จากการที่ชาวบ้านเขาตื่นตัวมาขอรับบริการมาขอตรวจอะไร...ผมยกตัวอย่างเช่นซิการ์ไวรัสที่โพธิ์ไทร(จังหวัดอุบลฯ) ก็จะทำให้เกิดการตื่นตัวขึ้น ใครมีฝัน มีไข้บ้าง ก็จะมาพบเจ้าหน้าที่มากกว่าผิดปกติ นั่นเป็นการสะท้อนถึงความตระหนักรู้” (ประทีป บุญธรรม, สัมภาษณ์)

โดยผลสรุปข้างต้นสามารถอธิบายได้ด้วยงานวิจัยของ Guo, Cheong, & Shen (2005) ได้สรุปว่าอิทธิพลข้อมูลข่าวสาร ผู้รับสารที่เปิดข่าวสารเชิงเหตุผลข้อมูลจากสื่อหนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ และอินเทอร์เน็ต จะมีแนวโน้มในการนำข่าวสารมาใช้ประโยชน์ได้มาก แสดงให้เห็นว่าในสถานการณ์วิกฤติของการระบาด ผู้รับสารมีแนวโน้มจะเปิดรับข้อมูลข่าวสารแบบข้อมูลเชิงเหตุ และยังอธิบายได้ด้วยแนวคิดของ Freimuth, Linnan, & Potter (2000) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการสื่อสารซึ่งนำผ่านสื่อมวลชน (media advocacy) สามารถจะช่วยให้เกิดผลเชิงการเปลี่ยนแปลงนโยบายสาธารณะที่จะช่วยแก้ไขป้องกันการระบาดของโรคได้ โดยการนำเสนอรายละเอียดของประเด็นโรคระบาด กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนความเห็นร่วมกันแสดงประจักษ์พยาน ที่จะนำไปสู่การรับฟังจากรัฐบาล และนำความต้องการของประชาชนไปกำหนดเป็นนโยบาย หรือกฎหมายเพื่อการแก้ไขโรคระบาดได้

6. ความสัมพันธ์ระหว่าง การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ความเข้าใจ การประเมิน และการนำไปใช้ประโยชน์ในการดูแลตนเอง

ผลการวิจัยพบว่า การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ การประเมินคุณค่าและความถูกต้องของข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบงานวิจัยหลายชิ้นที่พบว่า การเปิดรับสื่อและความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรค มีความสัมพันธ์ทางบวก (สุพิดา เย็นโกคา, 2553; มลินี สมภพเจริญ, 2556; Lin, & Lagoe, 2013; So, Kuang, & Cho, 2016)

ความถี่ในการเข้าถึงสื่อบุคคล ความเข้าใจด้านข้อมูลโรค การประเมินด้วยการตั้งเงื่อนไขเบื้องต้น ความเข้าใจด้านการปฏิบัติตน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันตนเองจากโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ ทั้งนี้สื่อบุคคลล้วนมีความสำคัญต่อการให้ความเข้าใจเรื่องโรคอุบัติใหม่ โดยที่งานวิจัยของกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน (2548) พบว่าในการให้ความรู้แก่ประชาชนเรื่องไข้หวัดนกในหมู่บ้านนั้น โดยที่ผู้ใหญ่บ้านให้ความรู้หอกระจายข่าวหรือวิทยุชุมชน อสม. ให้ความรู้แก่ประชาชนในหลังคาเรือนที่รับผิดชอบและประชุมประจำทุกเดือน และในขณะเดียวกันยังมีสื่อบุคคลต่าง ๆ ที่สำคัญ อาทิ เครือข่ายนักจัดรายการวิทยุกระจายเสียง เครือข่ายสื่อมวลชน (วิภาวิน โหมสูงเนิน, และรุจิระ โรจน์ประภายนต์, 2554) ผู้ประกาศข่าวในหมู่บ้าน

(สุวรรณณี สุวรรณท้าว, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, และพัชราพร เกิดมงคล, ม.ป.ป) รวมทั้งเจ้าหน้าที่ นักสาธารณสุข ครู ประชาชนชาวบ้าน สื่อบุคคลทั้งหมดที่ได้กล่าวมานั้น มลินี สมภพเจริญ (2556) ได้เสนอว่าสามารถนำมาหลอมรวม (Convergence) เป็นแผนงานด้านช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสมในการเผยแพร่ข่าวสารเพื่อนำไปใช้ในการป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคที่มีการระบาดอย่างรวดเร็ว และนอกจากที่กล่าวมายังมีสื่อบุคคลที่สำคัญอีกก็คือ ครู อาจารย์ ครอบครัว และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่ช่วยกันเผยแพร่ข่าวสารเกี่ยวกับอันตราย การแพร่ระบาด และการป้องกันตนเองจากโรคอุบัติใหม่เกิดความรู้ความเข้าใจ และตระหนักถึงอันตรายของโรคได้ (สพิดา เย็นโสภา, 2553) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการวิจัยเชิงคุณภาพในด้านความสำคัญของสื่อบุคคล ซึ่งถือเป็นสื่อบุคคลที่เข้าถึงประชาชนได้โดยตรง ด้วยหน้าที่และความรับผิดชอบของ อสม. ที่เป็นผู้เฝ้าระวัง ติดตาม และนำผู้ป่วยไปรับการรักษา ให้คำแนะนำสุขภาพและการป้องกันโรคเบื้องต้น รวมทั้งแจ้งเบาะแสโรคติดต่อกลับมายังหน่วยงานสาธารณสุข และให้ความร่วมมือในการดำเนินงานควบคุมโรคติดต่อ จึงเป็นช่องทางที่ใกล้ชิด เข้าถึงชาวบ้าน และมีส่วนสนับสนุนงานควบคุมโรคติดต่อได้ สำหรับการสื่อสารเกี่ยวกับโรคผ่าน อสม. จะสามารถเข้าถึงได้อย่างใกล้ชิดกับชาวบ้าน โดยที่ทั้งกลุ่มตัวอย่าง ต่างก็ระบุตรงกันว่า

“สื่อที่ค่อนข้างที่จะเข้าถึงชาวบ้านทั่วไป ผมว่า อสม. นี้มีบทบาทมากเลย...การพูดของเราจะต้องสร้างปฏิสัมพันธ์ของเรา ชี้แจงและแล้วเล่าให้เขาฟังข้อมูลจริง ๆ ทั้งหมดเลยว่าตอนนี้มีโรคนี้เกิดแบบนี้ ๆ เขาก็ให้ความร่วมมือดีนะ” (ศุภโชค ยอดแก้ว, สัมภาษณ์)

“อสม. จะเป็นตัวที่ใกล้ชิดที่สุด เพราะว่าข่าวสารทุกอย่างจะผ่าน อสม...ถ้าเป็นข่าวที่ว่าโรคภัย อสม. ก็จะไปเตือน...อสม. จะใกล้ชิดที่สุดแล้วก็จะเป็นผู้ที่ให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคภัยได้ดีที่สุด” (เชิดชัย ทองถม, สัมภาษณ์)

“ตามตลาดหรือสภากาแฟ เขาจะมีการเอาเรื่องนี้ (โรคติดต่อ/โรคระบาด) มาคุยกัน แต่ตามหมู่บ้านเนี่ยเราเข้าไม่ถึงแต่ถ้าในตัวเมือง คนในเมืองเนี่ยผมเชื่อว่าเขาจะรับรู้มากกว่า ในชนบทตามชนบทเค้าก็จะรับรู้จากสื่อบุคคลก็ อสม.อะไรแบบนี้” (พงษ์สันต์ เตชะเสน, สัมภาษณ์)

การเข้าถึงอย่างเข้มข้น กระตือรือร้นและมีความผูกพันกับเนื้อหาที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดูแลสุขภาพตนเองจากโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ ตามที่ Strekalove (2014) ระบุว่า การเข้าถึงคุ้นเคยกับข้อมูลข่าวสาร (Information Engagement) และการแสวงหาข่าวสารเพื่อความฉลาดทางสุขภาพนั้น (Objective Literacy) ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ที่แสวงหาข่าวสารข้อมูล (Information Seeker) เป็นกลุ่มที่มีการเข้าถึงคุ้นเคยกับข่าวสารสุขภาพ มีการแสวงหาข่าวสารเพื่อความฉลาดทางสุขภาพสูง มีความวิตกกังวลต่อข่าวสารสุขภาพต่ำ และรู้ว่าตนเองเป็นผู้มีความ

ฉลาดทางสุขภาพ รวมทั้งผลการวิจัยยังมีความสอดคล้องกับผลสำรวจของ Ho, Brossard, & Scheufele (2007) ที่สำรวจความเห็นของคนอเมริกันต่อโรคเชื้ออุบัติใหม่ พบว่าคนอเมริกันให้ความสนใจเนื้อหาในสื่อแบบการรายงานเหตุการณ์สถานการณ์ (event driven) โดยความสนใจจะสูงขึ้นเมื่อมีการรายงานการติดเชื้ออุบัติใหม่ในคนและสัตว์ และจะลดลงเมื่อมีการรายงานว่าสามารถควบคุมโรคได้ และยอมรับว่าโรคเป็นภัยคุกคามต่อตนเองจะอยู่ในระดับสูงในช่วงต้นของการระบาด และรู้สึกโล่งใจเมื่อทราบว่าสามารถควบคุมการระบาดได้แล้ว อย่างไรก็ตามความรู้เกี่ยวกับโรคและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมยังคงเดิมเมื่อเหตุการณ์ลง

7. การเข้าถึง ความเข้าใจ การประเมิน และการนำไปใช้ประโยชน์ แตกต่างกัน ต่างกันตามช่วงอายุ และระดับการศึกษา

จากการทบทวนสมมติฐานสรุปให้เห็นว่า อายุ การศึกษา แตกต่างกันมีความถี่ในการเปิดรับข้อมูลข่าวสารโรคติดต่ออุบัติใหม่แตกต่างกัน กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างช่วงอายุ 14-17 ปี และ อายุ 18-20 ปี และ กลุ่มระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีและอนุปริญญา มีความถี่ในการเข้าถึงข่าวสารมากที่สุด และกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 60 ปี และกลุ่มที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีแนวโน้มจะเข้าถึงข้อมูลข่าวสารน้อย ในขณะที่กลุ่มคนหนุ่มสาว (ช่วงอายุ 18-30 ปี) และวัยกลางคน (อายุ 41-50 ปี) จะเข้าถึงข่าวสารมาก จากภาพรวมสมมติฐานดังกล่าวสามารถอธิบายด้วยข้อสรุปผลการวิจัยของสุวรรณณี สุวรรณท้าว, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, และพัชรภาพร เกิดมงคล (ม.ป.ป) ที่พบว่าอุปสรรคและปัญหาหลายประการ เช่น การศึกษา ภูมิหลัง ความแตกต่างกันของระดับสมอง วัย เพศ สภาพแวดล้อมในช่วงที่ทำการสื่อสาร ความสนใจในข่าวที่แตกต่างกันเป็นต้น สิ่งเหล่านี้สามารถทำให้ประสิทธิภาพของการสื่อสารประชาสัมพันธ์ด้อยลงได้ ดังที่ Rakovski (2012) ระบุว่า การแสวงหาข่าวสารด้านสุขภาพเป็นผลมาจากระดับการศึกษา เช่นเดียวกับผลเชิงคุณภาพที่ชี้ให้เห็นเช่นกัน

“ระดับการศึกษามีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพมาก ผมว่าถ้าคนที่เค้ามีระดับการศึกษาสูงหน่อยเค้าก็อาจจะมีความรอบรู้เรื่องการระวังการเกิดโรค หรือการดูแลสุขภาพ”
(สุขุม สุกพันธ์, สัมภาษณ์)

ประเด็นทางด้าน การประเมินความถูกต้องข้อมูลข่าวสาร จากสมมติฐานกลุ่มอายุ 21-30 ปี 31-40 ปี มีการประเมินความถูกต้องข้อมูลข่าวสารมากกว่ากลุ่มวัยอื่น ๆ และสมมติฐานด้านความเข้าใจข้อมูลข่าวสารจะพบว่ากลุ่มอายุ 31-40 ปี มีความเข้าใจเนื้อหามากที่สุด รองลงมาคือกลุ่มอายุ 21-30 ปี ซึ่งเท่ากับกลุ่มอายุ 41-50 ปี และ กลุ่มอายุ 51-60 ปี โดยที่กลุ่มอายุ 14-17 ปี 18-20 ปี และ อายุมากกว่า 60 ปี มีความเข้าใจเนื้อหาที่น้อยที่สุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น .05 จะเห็นได้ว่าช่วงอายุที่แตกต่างกันก็มีผลต่อการเข้าใจ และประเมินข้อมูลต่อโรคติดต่ออุบัติใหม่ สมมติฐานดังกล่าวสามารถอธิบายด้วยความเห็นของนภาพร วาณิชยกุล, และ

สุชาติ ภัทรมงคลฤทธิ์ (2556) ได้ชี้ให้เห็นว่าเห็นถึงปัจจัยและอุปสรรคในภาพรวมไว้ว่า อายุ ระดับ การศึกษามีผลต่อการเรียนรู้และการค้นหาและการนำข้อมูลไปใช้

8. การตื่นตัว และการตื่นตระหนกของประชาชนต่อโรคติดต่ออุบัติใหม่

จากผลการวิจัยเชิงคุณภาพทางการตื่นตัวของประชาชนมีลักษณะตื่นตัวเมื่อโรคเข้า ใกล้ตัว เฉพาะพื้นที่ มองว่าเป็นเรื่องไกลตัว แต่เมื่อการระบาดเข้ามาใกล้ประเทศไทย หรือเข้ามาใน ประเทศ ประชาชนจะมีการตื่นตัวมากขึ้น เป็นการตื่นตัวตามความกังวลใจเกี่ยวกับอันตรายของโรคที่ ใกล้ตัวมากขึ้น ข้อค้นพบเชิงคุณภาพสะท้อนให้เห็นจากกลุ่มตัวอย่างว่า

“ส่วนใหญ่แล้วไอโรคพวกนี้มันไม่ได้เป็นประจำ ถ้ามันไม่ระบาดชาวบ้านก็ไม่ได้ตื่นตระหนก ชาวบ้านก็ไม่ได้รู้ แต่พอมีมาปีบเราก็เอามาเตือน ถึงแม้ว่าบางทีมันไม่ได้เกิดในประเทศไทย แต่โอกาสที่มันจะมาก็มี ถ้ามันระบาดไปทั่วโลก โอกาสที่มาถึงไทยมันต้องมีอยู่แล้ว เราก็เอาข้อมูลที่มีอยู่แล้วมาพูดกันให้พี่น้องประชาชนคนฟังได้รู้ข้อมูล” (เชิดชัย ทองถม, สัมภาษณ์)

“ตามที่คุณะ ชาร์ลกับเมอร์ส เค้าวามันยังอยู่ไกลอยู่ และอีกอย่างเค้าไม่ได้แพร่มาทางเรา ถ้าแพร่มาทางเรา เค้าก็จะแจ้งมา ยิ่งจะโหมโรงกว่านั้นอีก...ถ้าใกล้ตัวเค้าทำแน่นอน” (ฉัตร จันทร์แก้ว, สัมภาษณ์)

โดยที่ผลข้อมูลเชิงคุณภาพสามารถเทียบเคียงได้กับงานวิจัยของ Taha, Matheson, & Anisman (2013) พบว่าความต้องใจจะฉืดักชินป้องกันโรคหวัด H1N1 มีความสัมพันธ์กับการรู้สึกลัวตนเองนั้นปลอดภัยจากโรคหวัดทั้งนี้เป็ความสัมพันธ์ระดับต่ำ นอกจากนี้ยังมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ว่ามีไข้ภัยคุกคามที่ใหญ่โต การไม่วางใจสื่อในการนำเสนอข่าวสารอย่างถูกต้องเกี่ยวกับโรคและการที่บุคคลเลือกที่จะใช้การตอบสนองโรคแบบการให้ความสำคัญกับโรค (problem-focused) หรือเลือกที่จะไม่สนใจกับโรค (avoidance)

ขณะเดียวกันผลเชิงคุณภาพยังสะท้อนให้เห็นว่าประชาชนมักจะประมาทเมื่อเจ็บป่วย เพราะไม่ได้ข่าวเกี่ยวกับการระบาด ไม่ให้ความสำคัญกับการรักษาโรคของตนเอง ซึ่งจะเป็นอุปสรรคต่อการควบคุมการระบาดของโรคทั้งที่เป็นโรคระบาดตามฤดูกาล และโรคติดต่ออุบัติใหม่ฯ ได้ ดังผล สัมภาษณ์ที่ระบุให้เห็นว่า

“อย่างโรคหวัดใหม่หรืออะไรเค้าจะยังไม่ค่อยรู้ไง ขนาดหนังสือพิมพ์ลงข่าวลงอะไร เค้าก็จะช่างมันไป ไม่ใช่บ้านชั้น ก็อยู่ประมาณนั้น จะมารู้ได้ก็ต่อเมื่อคุยกับ อสม. ถ้าไม่มั่นใจถ้าช่วยตัวเองกันได้หรือถ้าชาวบ้านพอมีศักยภาพหน่อยก็จะไปหาหมอ แต่บางครั้งก็อาจจะต้อก็รอให้มันรุนแรงถึงจุดพีคไปแล้วนั้นแหละถึงจะไปหาหมอ” (ประสิทธิ์ จันทร์ลำภู, สัมภาษณ์)

“ไม่เยอะครับไม่ค่อยตื่นเต้น...ไม่มีไม่เลย คนลาวยิ่งแล้ว...จะว่ายังไงดี เขาไม่ค่อยสนใจสุขภาพเขาไม่ค่อยสนใจสุขภาพตัวเอง” (ณัฐกิจ เสงี่ยมศักดิ์, สัมภาษณ์)

“ผมว่าโรคระบาดมันก็มีข้อดีอยู่อย่างหนึ่งคือทำให้ชาวบ้านตื่นตัวแต่ว่าพอมันไม่มีช่วงระบาดชาวบ้านก็จะเฉื่อย ๆ เฉื่อย ๆ กัน” (สุชุม สุกพันธ์, สัมภาษณ์)

ผลการวิจัยสามารถอธิบายได้ด้วยงานวิจัยของ Rimal, & Real (2003) เสนอแนวคิด “ทัศนคติด้านการรับรู้ความเสี่ยง” (Risk Perception Attitude, RAP) ด้านสุขภาพของบุคคลว่า การที่บุคคลรับรู้ถึงความเสี่ยงด้านสุขภาพส่งผลต่อแรงจูงใจในพฤติกรรมในการป้องกันตนเอง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการยอมรับความสามารถในการดูแลและสุขภาพของตนเอง (efficacy beliefs) ดังนั้นหากพิจารณาถึงปัจจัยด้านการรับรู้ความเสี่ยง และการยอมรับความสามารถในการดูแลตนเองแล้ว สามารถวิเคราะห์ให้เห็นถึงทัศนคติ 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มป้องกันตนเอง (Responsive Attitude) เป็นกลุ่มที่ให้ความสำคัญกับความเสี่ยงด้านสุขภาพสูง และเชื่อว่าตนเองมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดี กลุ่มนี้จะมีลักษณะพฤติกรรมแบบการป้องกันตนเอง 2) กลุ่มหลีกเลี่ยงโรค (Avoidance Attitude) จะมีพฤติกรรมและหลีกเลี่ยงโรคและไม่ค่อยมีแรงจูงใจที่จะป้องกันตนเองเหมือนกลุ่มแรก ทั้งนี้เพราะเขาให้ความสำคัญกับความเสี่ยงแต่รู้สึกว่าเขาไม่มีความสามารถพอในการป้องกันตนเอง 3) กลุ่มผู้มั่นใจ (Proactive Attitude) เป็นกลุ่มที่ให้ความสำคัญกับความเสี่ยงต่ำแต่ตระหนักว่าตนเองมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ ดังนั้นพฤติกรรมดูแลตนเองของเขาจะไม่ได้มีเหตุมาจากการรับรู้ความเสี่ยง แต่มาจากการรับรู้ว่าเขาสามารถดูแลตนเองได้ดี 4) กลุ่มไม่ใส่ใจ (Indifference Attitude) กลุ่มนี้ให้ความสำคัญกับความเสี่ยงต่ำและรับรู้ถึงความสามารถในการดูแลตนเองต่ำ ดังนั้นการรับรู้ความเสี่ยงและความสามารถในการดูแลตนเองจึงไม่ใช่แรงจูงใจที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเอง ซึ่งแท้จริงเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อโรคแต่เขาไม่รู้ว่าตนเองเสี่ยง ด้วยความคิดที่ว่าเขาไม่เชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค

9. เนื้อหาที่เผยแพร่ควรเข้าใจง่าย น่าสนใจ สอดคล้องกับสถานการณ์

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพพบว่าการนำเสนอเนื้อหาจะต้องนำเสนอด้วยภาษา คำพูดที่เข้าใจง่าย นำเสนอรูปแบบและช่องทางที่น่าสนใจ เหมาะสมกับผู้รับสารแต่ละช่วงวัย โดยผู้สัมภาษณ์ให้ข้อเสนอว่า

“การนำเสนอข้อมูลในแบบที่เข้าใจง่ายก็มีผลนะคะ...นำเสนอเป็นอินโฟกราฟฟิก ชะหน่อย หรือเป็นบล็อกเล็ก ๆ ดึงประเด็นออกมาให้ได้จากสิ่งที่เราเขียน...อาจจะเป็นควิแอนด์เอลสัน ๆ ถามตอบ ๆ สิ่งเหล่านี้ก็มีผลนะคะ ในการนำเสนอข่าว” (อรุษา พิสุทธิพันธ์, สัมภาษณ์)

“ถ้าเป็นเด็กแล้วก็จะใช้คำวิชาการ เด็กก็ไม่รู้เรื่อง ต้องแยกตามประเด็น ของกลุ่มเป้าหมายที่จะรับสาร...อย่างเช่นเราเอาสื่อแข็ง สื่อที่สำหรับคนแรงงานในกลุ่มผู้ใหญ่ไปให้เด็ก ความสนใจมันก็จะไม่ได้นะ คนละเรื่อง...ระดับการรับรู้หรือพฤติกรรมความเข้าใจ ในแต่ละกลุ่มเป้าหมายมันแตกต่างกัน” (อัญชลี ลิทธิชัยรัตน์, สัมภาษณ์)

ข้อสรุปจากการวิจัยเชิงคุณภาพดังกล่าวนี้ ซึ่งขวัญเมือง แก้วดำเกิง, และนฤมล ตรีเพชรศรีโร (2554, น. 56) ได้กล่าวว่าใน โดยในการออกแบบควรใช้ หลักการออกแบบที่เหมาะสมกับลักษณะของกลุ่มเป้าหมายเช่น คำนิ่ง ถึงขนาดตัวอักษรและสีที่เหมาะสม การเว้นพื้นที่ว่าง การใช้แผนภาพ หรือภาพถ่ายประกอบการสื่อความรู้ความเข้าใจ ใช้ข้อความสั้น ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย และให้ข้อมูลที่ใช้ในการตัดสินใจ ขณะเดียวกันปัจจัยที่สำคัญ ๆ ที่จะมีผลต่อการเข้าถึง ความเข้าใจ และการใช้ข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สิ่งสำคัญก็คือควรคำนึงถึงปัจจัยที่สำคัญ ได้แก่ การทำความเข้าใจวิเคราะห์ผู้รับสาร (audience) อย่างละเอียดเพื่อนำมากำหนดแนวทางการสื่อสารให้เข้าถึง และเกิดผล คำนิ่งถึงการใช้สื่อที่เข้าถึง (Bernhardt, & Cameron, 2003, pp. 539-598; Ratzan, & Meltzer, 2005, pp. 354-358)

เมื่อพิจารณาถึงสื่อใหม่นั้น ผลการวิจัยคุณภาพพบว่ากลุ่มตัวอย่างให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมทางด้านสื่อใหม่ควรจะต้องมีความน่าสนใจไม่ควรยาวไป มีรูปแบบกราฟฟิกที่น่าสนใจ และที่สำคัญไม่ควรใช้ศัพท์ที่เข้าใจยากจนเกินไปไว้ว่า

“ที่มันเข้าถึงและน่าสนใจเข้าไปใน facebook ให้มันมากขึ้นไม่ต้องยาวเอาแค่นาทีกว่า ๆ แค่นั้นพอ เป็นการ์ตูนก็ได้ อะไรก็ได้ไม่ใช่คุณเอางานวิชาการมาแปะ เค้าไม่มาอ่านหรอก ไม่อ่านแน่ ๆ...เอาสาเหตุของโรควิธีการรักษา ภาษาอังกฤษยาว ๆ ชาวบ้านเค้าอ่านไม่ออก คัพท์ยาว ๆ มาแปะไว้มันไม่มีผล” (ประภาพร ส่อนราช, สัมภาษณ์)

สอดคล้องกับบทสรุปของ Davis (2002) ได้วิเคราะห์เว็บไซต์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและภาวะสุขภาพ พบว่าการเข้าถึงมีไม่มากนัก ไม่ค่อยมีคนใช้ ด้วยปัจจัยในด้านการออกแบบเว็บไซต์ และระบบภาษา (coding) ยังต้องปรับปรุงให้เหมาะสมใช้งานได้สะดวกง่าย และยังมีปัจจัยอีกที่สำคัญก็คือ คุณสมบัติเว็บไซต์ที่ทำให้เกิดความไว้วางใจได้แก่ การใช้งานสะดวกง่าย คำแนะนำจากแหล่งข้อมูลที่มีความรู้ คำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ มีความเป็นกลางอิสระ และสาเหตุเบื้องหลังของการให้คำอธิบาย (Higgins, Sixsmith, Barry, & Domegan, 2011) และยังเห็นพ้องกับงานวิจัยของ Mcinnes, & Haglund (2011) ได้ศึกษาการเข้าถึงเว็บไซต์สุขภาพก็พบว่าเว็บไซต์ที่เป็นเรื่องเฉพาะด้านสุขภาพเรื่องใดเรื่องหนึ่งจะมีการเข้าไปอ่านน้อย การใช้ชื่อเว็บไซต์หลายข้อความและเป็นคำง่ายที่มีการใช้ค้นหากันของคนทั่วไป จะช่วยให้การเข้าไปอ่านเพิ่มมากขึ้น

6.10 ข้อเสนอแนะสำหรับการประยุกต์ใช้ในระบบการสื่อสารสุขภาพ

1. แนวทางการสื่อสารสาธารณะเรื่องโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ ควรให้ความสำคัญกับ “การสร้างกรอบการรับรู้” (Framing) โดยกรอบการรับรู้ต้องมาจากการวิเคราะห์ความแตกต่างของกลุ่มช่วงวัยและระดับการศึกษา และสร้าง “ข้อความหลัก” (Key message) ได้แก่ สาเหตุ ความเสี่ยง ความรุนแรงของโรค โดยจะต้องสอดคล้องกับสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับประชาชน เน้นการให้ความรู้ สร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค และวิธีปฏิบัติตนอย่างปลอดภัย โดยมุ่งหวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ป้องกันมิให้เกิดความตื่นตระหนก สร้างความมั่นใจในการควบคุมการระบาดได้ โดยการเปิดเผยข้อมูลตามจริงและละเอียดเพียงพอ

2. กลยุทธ์การสื่อสารเพื่อการเข้าถึงและความเข้าใจของประชาชน ที่มีต่อโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ ควรพิจารณาใช้ช่องทางสื่อสารมวลชน โดยเฉพาะโทรทัศน์ซึ่งสามารถเข้าถึงประชาชนได้มาก และใช้สื่อเสริมคือสื่อบุคคลใกล้ชิดกับประชาชน และสื่อสังคมออนไลน์เพื่อขยายการเข้าถึง สร้างความเข้าใจ ทั้งนี้การให้ข้อมูลที่จะเผยแพร่ผ่านสื่อมวลชน จำเป็นต้องมีระบบการบริหารงานข่าวที่ดี โดยการจัดเตรียมข้อมูล การกำหนดกรอบข่าวที่เป็นแก่นสาระเดียว และส่งให้สื่อมวลชนอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ควรปรับมุมมองการทำงานเป็นแบบการร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขกับสื่อมวลชนเพื่อการควบคุมการระบาดและแนะนำวิธีปฏิบัติตนอย่างปลอดภัย โดยจะต้องเปิดเผยข้อมูลตามจริงและละเอียดเพียงพอที่จะสร้างความเข้าใจและความมั่นใจในมาตรการของรัฐ ไม่ปกปิดข้อมูล แต่ต้องให้ข้อมูลพร้อมกับการกำกับว่าข้อมูลใดจะสุ่มเสี่ยงต่อการสร้างความตื่นตระหนก โดยร่วมมือกันในการวางกรอบการเสนอข่าวกับสื่อมวลชน

3. กลยุทธ์การสื่อสารเพื่อการนำข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศมาใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อ และการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อความปลอดภัย ควรให้ความสำคัญกับเนื้อหาเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง เน้นบทบาทของสื่อบุคคลและสื่อชุมชนที่สามารถเข้าถึงตัวผู้รับสาร และกระตุ้นให้นำข้อมูลข่าวสารไปใช้ประโยชน์

4. กลยุทธ์การดำเนินเนื้อหาสำหรับการสื่อสารสาธารณะ เกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ ควรเน้นเนื้อหาที่เป็นประโยชน์ในการดูแลตนเอง ซึ่งจะช่วยกระตุ้นให้ประชาชนนำข้อมูลข่าวสารไปใช้ประโยชน์ในการดูแลตนเองให้ปลอดภัย และการควบคุมการตื่นตระหนก ด้วยการควบคุมข่าวสาร การให้ข้อมูลที่จำเป็นอย่างเพียงพอต่อความต้องการรับรู้ของประชาชนซึ่งจะช่วยป้องกันข่าวลือ อีกทั้งมีการกำหนดระดับชั้นข่าวสารที่จะเผยแพร่เพื่อป้องกันมิให้เกิดตื่นตระหนก โดยจัดแบ่งเป็นข้อมูลทั่วไปที่เผยแพร่ได้ ข้อมูลที่เป็นพื้นฐานเพื่อความเข้าใจ ข้อมูลที่มีความอ่อนไหวต่อการตื่นตระหนก

5. กลยุทธ์ด้านวิธีการนำเสนอข้อมูลข่าวสาร ควรให้ความสำคัญกับการใช้ภาษาและคำพูดที่เข้าใจง่าย ภาษาถิ่น เหมาะสมกับผู้รับสารแต่ละช่วงวัย ระดับการศึกษา นำเสนอเนื้อหาหลักได้แก่ สาเหตุ ความเสี่ยง ความรุนแรงของโรค โดยจะต้องสอดคล้องกับสถานการณ์ ความเสี่ยง และความรุนแรงของโรคที่เกี่ยวข้องกับประชาชน เน้นการให้ความรู้ สร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค และวิธีปฏิบัติตนอย่างปลอดภัย โดยมุ่งหวังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่จะช่วยลดความเสี่ยงและการระบาดของโรค

6. การสื่อสารสาธารณะเพื่อการสนับสนุนการควบคุมโรค ลดการระบาด และการกระตุ้นให้ประชาชนปฏิบัติตนอย่างปลอดภัย ควรกำหนดกลุ่มเป้าหมายครอบคลุมประชาชนตั้งแต่กลุ่มวัยรุ่นจนถึงผู้สูงอายุ โดยเน้นความถูกต้อง สร้างความเข้าใจ และกระตุ้นให้นำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ นอกจากนี้ควรมีการสื่อสารที่เข้มข้นในกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มวัยรุ่น วัยเรียน และกลุ่มที่มีการศึกษาไม่มากนัก ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีการเข้าถึง เข้าใจ ประเมินคุณค่า และการนำไปใช้ประโยชน์น้อย

6.11 ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

ผลการวิจัยครั้งนี้ได้ทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปร การเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ประโยชน์ข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ ซึ่งงานวิจัยในอนาคตสามารถวิเคราะห์เส้นทางความสัมพันธ์ของตัวแปรเหล่านี้ และสร้างเป็นสมการเชิงโครงสร้าง (Structural Equation Model) ของความสัมพันธ์ของตัวแปรดังกล่าวได้ต่อไป นอกจากนี้สามารถศึกษาละเอียดในด้านความรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) เรื่องโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ

การวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาการเข้าถึงข่าวสารในรูปแบบเชื่อมโยงระหว่างสื่อมวลชน สื่อออนไลน์ และสื่อบุคคล โดยกำหนดประเด็นศึกษาเกี่ยวกับเส้นทางการใช้สื่อที่เชื่อมโยงกัน (Accessibility Journey) ด้วยมุมมองการเข้าถึงข่าวสารของตามพฤติกรรมการใช้สื่อของประชาชนที่เริ่มใช้หลายสื่อเชื่อมโยงต่อเนื่องกันระหว่างสื่อมวลชน สื่อออนไลน์ สื่อบุคคล และสื่อกิจกรรมบนพื้นที่จริง เพื่อให้เข้าใจการเข้าถึงและนำมาวิเคราะห์กำหนดกลยุทธ์การสื่อสารได้อย่างสอดคล้องกับพฤติกรรมของบุคคล

การวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาเชิงลึก วิเคราะห์เปรียบเทียบกลุ่มผู้ใช้ประโยชน์จากข่าวสารในการดูแลตนเองให้ปลอดภัยกับกลุ่มที่ไม่นำข่าวสารมาใช้ประโยชน์ กลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมดูแลป้องกันตนเอง โดยวิเคราะห์เพื่ออธิบายเชิงพรรณนาเกี่ยวกับลักษณะทางประชากร แรงจูงใจภายในและภายนอกของบุคคล และปัจจัยการสื่อสารที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาเชิงนโยบายด้านการสื่อสารสาธารณะ เกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ เพื่อการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลสำหรับประชาชนในกลุ่มต่าง ๆ ที่มีความแตกต่างกัน เช่น กลุ่มชาติพันธุ์ กลุ่มเปราะบาง (Vulnerable Person)

การวิจัยครั้งนี้ได้พัฒนาแบบสอบถามเกี่ยวกับการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ประโยชน์ข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ ที่มีความถูกต้องเชิงเนื้อหา (Content Validity) และมีความเชื่อมั่น (Reliability) ที่สามารถนำไปใช้ได้ ดังนั้นในอนาคต หากเกิดการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ สามารถนำแบบสอบถามของงานวิจัยครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้เก็บข้อมูลได้ทันทีในช่วงเวลาที่เกิดการระบาด จะช่วยให้ผลการวิจัยมีความสอดคล้องกับสถานการณ์มากขึ้น

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กานต์ สุวรรณสาครกุล, และอนุพงษ์ วิเลปนานนท์. (2557). ระบบและกลไก : การเข้าถึงแหล่งข้อมูลความเห็นที่สองและข้อมูลด้านสาธารณสุข. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 1(2), 180-189.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *การประเมินผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารและสำรวจพฤติกรรมของประชาชน ปี 2554*. กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค.
- กองสุขศึกษา. (2551). *รายงานผลการประเมินประสิทธิผลชุดจัดกิจกรรมการเรียนรู้เสริมสร้างทักษะชีวิตเรื่อง โรคไข้หวัดนกและการระบาดใหญ่ของโรคไข้หวัดใหญ่ สำหรับแกนนำสุขภาพในชุมชน*. กองสุขศึกษา, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, กระทรวงสาธารณสุข.
- กองสุขศึกษา. (2557). *การจัดการสื่อสารเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพตอบสนองกับสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าอย่างเหมาะสม*. กองสุขศึกษา, กระทรวงสาธารณสุข.
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2548). *การศึกษาบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขและเครือข่ายสุขภาพระดับตำบลในการเฝ้าระวังโรคไข้หวัดนกในชุมชน*. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, กระทรวงสาธารณสุข.
- ขวัญเมือง แก้วคำเกิง, และนฤมล ตรีเพชรศรีอุไร. (2554). *ความฉลาดทางสุขภาพ*. โรงพิมพ์นิวธรรมดาการพิมพ์ (ประเทศไทย) จำกัด กรุงเทพฯ.
- ยุพาพร อินธิไชย, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์, และธีรยุทธ อุดมพร. (2558). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคไข้หวัดนกของแกนนำชุมชน ตำบลโนนกออำเภอกษัตริย์บุรณ จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ*, 18(2), 79-86.
- นภาพร วาณิชกุล, และสุชาดา ภัทรมงคฤทธิ. (2556). *ความแตกต่างทางสุขภาพของคนไทย*. รายงานการวิจัย. มหาวิทยาลัยมหิดล, คณะพยาบาลศาสตร์.
- ประภัสสร งามแสงใส, ปติรดา ศรีสียง, และสุวรรณา ภัทรเบญจพล. (2557). กรณีศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน. *วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน*, 9(ฉบับพิเศษ), 82-87.
- ปรีชา อุปโยคิน และคณะ. (2548). *การรับรู้และเข้าถึงสื่อสาธารณสุขในประเทศไทย* (จ.เชียงใหม่). รายงานการวิจัย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส).

แผนพัฒนาสถิติสาขาสุขภาพ. (2557). *แผนพัฒนาสถิติสาขาสุขภาพ ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2557-2558*.

คณะอนุกรรมการสถิติสาขาสุขภาพ และคณะทำงานสถิติสาขาสุขภาพ.

พงษ์ศักดิ์ เสือมาก. (2557). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุม

โรคไข้หวัดนก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา*, 6(2), 150-160.

พนม คลี่ฉายา และคณะ. (2548). *สถานภาพการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพของสื่อหนังสือพิมพ์รายวัน*. รายงานการวิจัย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส).

พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2540). *วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 7.

กรุงเทพฯ: สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร.

มนัสนันท์ ลิ้มปัทยากุล และคณะ. (2558). การรับรู้ การเรียนรู้ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องโรคติดต่อไวรัสฮิบลาของประชาชนไทย พ.ศ. 2558. *วารสารควบคุมโรค*, 41(4), 253-263.

มณีนรัตน์ ธีระวิวัฒน์, ประสิทธิ์ นิมสุวรรณ, และนิรัตน์ อิมามี. (2550). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันไข้หวัดนก อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์. *วารสารสุขศึกษา*, 30(105), 45-60.

มลินี สมภพเจริญ. (2556). การวิเคราะห์ ประเมิน การรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ชนิดเอ (เอช 1 เอ็น 1) ของประชาชนไทย. *วารสารการประชาสัมพันธ์และการโฆษณา*, 6(1), 17-30.

ลั่นลลิต วัฒนรัตน์. (2549). *การถ่ายทอดความรู้เรื่องไข้หวัดนกผ่านสื่อสิ่งพิมพ์ และสื่ออิเล็กทรอนิกส์*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, คณะนิเทศศาสตร์.

วิภาวิน โมสูงเนิน, และรุจิระ โรจน์ประภาณต์. (2554). การสื่อสารสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขในกรณีการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009. *การพยาบาลและการศึกษา*, 4(3), 2-15.

วิเลิศ ภูริวัชร. (30 ตุลาคม 2554). *Crisis Management ต้องเริ่มที่ Panic Management*. กรุงเทพฯ: ชูริกิจ, น. 6

วิชาญ ปาวัน และคณะ. (2559). *การประเมินผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค ประจำปี พ.ศ. 2559*. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ, กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข.

- ศิรินทร มหามนตรี. (2547). *แผนกลยุทธ์การประชาสัมพันธ์ภาวะวิกฤต : ศักยภาพโรครักษาทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (โรคซาร์ส) ของกระทรวงสาธารณสุข*. (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะวารสารศาสตร์และสื่อสารมวลชน.
- ศุภชัยวิชัย, มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต. (ม.ป.ป). *รายงานการสำรวจความแตกต่างด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในกลุ่มประชากรตัวอย่าง สำหรับใช้วิเคราะห์ Psychometric เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง*. รายงานการวิจัย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).
- สุนันทา แยมทัฬ. (2557). *การสื่อสารโรคภัยอุบัติใหม่ ณ ชายแดน*. รายงานการวิจัย, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)
- สุพิดา เย็นโกคา. (2553). *ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ของนักเรียนช่วงชั้น ที่ 3 สังกัดกรุงเทพมหานคร กลุ่มเขตกรุงเทพมหานครตะวันออก*. (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, คณะศึกษาศาสตร์.
- สวาท ชลพล และคณะ. (2013). *การสำรวจการรับทราบข้อมูลข่าวสาร และความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยในภาคเหนือตอนบน ปี 2556*. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, (10)3, 206-220.
- สุวรรณชัย วัฒนาอิงเจริญชัย, นวพล ดำรงพงศ์, และอรรวรรณ รัตนไตรภพ. (2556). *การเตรียมความพร้อมของประเทศไทยต่อความมั่นคงทางสาธารณสุข ด้านโรคติดต่ออุบัติใหม่เมื่อเข้าสู่ประชาคมอาเซียน*. รายงานการวิจัย. วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร. (วปอ.).
- สุวรรณณี สุวรรณท้าว, สมใจ พุทธิพิทักษ์ผล, และพัชราพร เกิดมงคล (ม.ป.ป). *การพัฒนารูปแบบการประชาสัมพันธ์โรคติดต่ออุบัติใหม่ของเครือข่ายสุขภาพอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด*. การจัดประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 4.
- สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ (2553). *แนวโน้มปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำในประเทศไทย*. สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่. กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่. (2555ก). *แผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ.2556-2559)*. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด. สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่, กรมควบคุมโรค.

- สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่. (2555ข). *สรุปบทเรียนการจัดการฝึกซ้อมแผน : กรณีโรคติดต่ออุบัติใหม่ ปี พ.ศ. 2555*. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์. สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่, กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข.
- อารยา ทิพย์วงศ์, และจารุณี นุ่มนวล. (2557). *ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางด้านสุขภาวะเกี่ยวกับโรคอ้วนและพฤติกรรมกรบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในเด็กที่มีภาวะโภชนาการกิน กรุงเทพมหานคร*. รายงานการวิจัย, สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ.
- อังคินันท์ อินทรกำแหง. (2556). *การสังเคราะห์และการพัฒนาดัชนีวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในการส่งเสริมด้านอาหาร ออกกำลังกาย จัดการอารมณ์ งศสุราและสูบบุหรี่*. รายงานการวิจัย, กองสุขศึกษา, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, กระทรวงสาธารณสุข.
- อภิญา อินทรรัตน์. (2557). *ความฉลาดทางสุขภาพของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ*. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 174-178
- อภิสิทธิ์ เหมาะสมสกุล. (2547). *การสื่อสารภาวะวิกฤต : กรณีศึกษาเปรียบเทียบโรคซาร์สและโรคไข้หวัดนกของกระทรวงสาธารณสุข*. รายงานโครงการเฉพาะบุคคล, (วารสารศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะวารสารศาสตร์และสื่อสารมวลชน.
- อติชาติ หงษ์ทอง. (2549). *ความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคไข้หวัดนกของประชาชนที่เลี้ยงสัตว์ปีกในจังหวัดลพบุรี*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน.

ภาษาอังกฤษ

- Abraham, T. (2011). Lessons from the pandemic: the need for new tools for risk and outbreak communication. *Emerging Health Threats Journal*, 4(1), 7160.
- Arguin, P. M., Navin, A. W., Steele, S. F., Weld, L. H., & Kozarsky, P. E. (2004). Health Communication during SARS. *Emerging Infectious Diseases*, 10(2), 377-380. <https://dx.doi.org/10.3201/eid1002.030812>.

- Bernhardt, J. M., & Cameron, K. A. (2003). Accessing, Understanding, and Applying Health Communication Messages: The Challenge of Health literacy. In T. L. Thompson, A. M. Dorser, K. I. & R. Parrott (eds.), *Handbook of Health Communication*. (pp. 538-605). Mahwah, New Jersey : Lawrence Erlbaum Associates.
- Chitnis, K. (2012). Risk Communication and Emerging Infectious Diseases: Lessons and Implications for Theory-Praxis from Avian Influenza Control. In R. Obregon & S. Waisbord (eds). *The Handbook of Global Health Communication*. (pp. 408-425). Chichester, West Sussex, UK : Wiley-Blackwell.
- Crook, B. et al. (2016). Sharing Health Information and Influencing Behavioral Intentions: The Role of Health Literacy, Information Overload, and the Internet in the Diffusion of Healthy Heart Information. *Health Communication*, 31,60–71.
- Davis, J. J. (2002). Disenfranchising the Disabled: The Inaccessibility of Internet-Based Health Information. *Journal of Health Communication*, 77, 355-367.
- Diviani, N., van den Putte, B., Meppelink, C. S., & van Weert, J. C. M. (2016). Exploring the role of health literacy in the evaluation of online health information: Insights from a mixed-methods study. *Patient Education and Counseling*, 1-9.
- Freimuth, V., Linnan, H. W., Potter, P. (2000). Communicating the Threat of Emerging Infections to the Public. *Emerging Infectious Diseases*, 6(4), 337-347.
- Gesser-Edelsburg, A et al. (2015). Emerging Infectious Disease (EID) Communication During the 2009 H1N1 Influenza Outbreak: Literature Review (2009-2013) of the Methodology Used for EID Communication Analysis. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 9(12), 199-206.

- Goodall, K. T., Newman, L. A., & Ward, P. R. (2014). Improving access to health information for older migrants by using grounded theory and social network analysis to understand their information behaviour and digital technology use. *European Journal of Cancer Care*, 23(6), 728-738.
- Guo, S. Z., Cheong, A. W. H., & Shen, C. F. (2005). Depth of Reasoning and Information Processing: A Predictive Model of SARS Behavior. *Asian Journal of Communication*, 15(3), 274-288
- Ho, S. S., Brossard, D., & Scheufele, D. A. (2007). Trends: Public Reactions to Global Health Threats and Infectious Diseases. *Public Opinion Quarterly*, 71(4), 671-692.
- Hosseini, S. H., Gholami, J., Ashoorkhani, M., & Majdzadeh, R. (2011). Lessons Learned from H1N1 Epidemic: The Role of Mass Media in Informing Physicians. *Int J Prev Med* 2(1), 32-37.
- Holmes, B. J. (2008). Communicating about emerging infectious disease: The importance of research. *Health, Risk & Society*, 10(4), 349-360.
- Higgins, O., Sixsmith, J., Barry, M. M., & Domegan, C. A. (2011). A literature review on health information-seeking behaviour on the web: a health consumer and health professional perspective. Stockholm: ECDC. *Journal of Communication in Healthcare*, 9(1), 33-39.
- Ishikawa, H., Kato, M., & Kiuchi, T. (2016). Associations of health literacy and Information sources with health-risk anxiety and protective behaviors. *Journal of Communication in Healthcare*, 9(1), 33-39.
- Karan, K., Aileen, L., & Elaine, P. Y. L. (2007). Emerging Victorious Against an Outbreak: Integrated Communication Management of SARS in Singapore Media Coverage and Impact of the SARS Campaign in Moving a Nation to be Socially Responsible. *Journal of Creative Communications*, 2(3), 383-403.
- Khan, R. E. (2013). 10 years after SARS: Have health communicators learnt the lessons?, *Media Asia*, 40(1), 4-10.

- Kim, Y.-C., & Wilkin, H. (2011). *Exploring Moderation Effects of Health Communication Opportunities on the Relationship Between Health Literacy and Health Outcomes*. Paper presented at the annual meeting of the International Communication Association, TBA, Boston.
- Levin-Zamir, D., Baron-Epel, O. B., Cohen, V., & Elhayany, A. (2016). The Association of Health Literacy with Health Behavior, Socioeconomic Indicators, and Self-Assessed Health From a National Adult Survey in Israel. *Journal of Health Communication, 21*, 61–68.
- Lin, C. A., & Lagoe, C. (2013). Effects of News Media and Interpersonal Interactions on H1N1 Risk Perception and Vaccination Intent, *Communication Research Reports, 30*(2), 127-136.
- Lu, H.-Y. (2003). Information Seeking and Media Credibility College Students Information Seeking and Perceived Source Credibility During the Crisis of SARS in Taiwan. *Media Asia, 30*(4), 220-227.
- Matsaganis, M. (2010). *How Communication Among Residents and Community Institutions Impacts Health Literacy and Health Care Access in Diverse Ethnic Neighborhoods*. Paper presented at the annual meeting of the International Communication Association, Suntec Singapore International Convention & Exhibition Centre, Suntec City, Singapore.
- McInnes, N., & Haglund, B. J. A. (2011). Readability of online health information: implications for health literacy. *Informatics for Health & Social Care, 36*(4), 73–189.
- Obukoadata, P. O., & Abuah, F. A. (2014). Media Surveillance Function within the Context of the Ebola outbreak in Nigeria: Influences and Perceptual Frames. *International Journal of Scientific Research and Innovative Technology, 1*(5), 53-66.
- Ou, S.-M., Liu, L.-L., & Chin, K.-C. (2014). Enhancing Risk Communication for More Effective Epidemic Control in Taiwan. *Asia-Pacific Journal of Public Health, 26*(1), 85–92.

- Paek, H.-J., Reber, B., & Lariscy, R. (2009). *Roles of Interpersonal and Media Socialization Agents in Adolescent Health Literacy: Proposing and Applying a Health Socialization Model*. Paper presented at the annual meeting of the International Communication Association, Marriott, Chicago.
- Park, H., Rodger, S., & Stemmie, J. (2011). *Health Promotion via Social Media: An Analysis of Health Organizations' Use of Facebook in Enhancing Health Literacy*. Paper Presented at the annual meeting of the International Communication Association. TBA, Boston.
- Ratzan, S. C., & Meltzer, W. (2005). State of the art in crisis communication: Past Lessons and Principles of Practice. In M. Haider (Ed.), *Global public health communication : challenges, perspectives and strategies*. (pp. 321-347). Sudbury, Massachusetts.
- Rimal, R. N., & Real, K. (2003). Perceived Risk and Efficacy Beliefs as Motivators of Change : Use of the Risk Perception Attitude (RPA) Framework to Understand Health Behaviors. *Human Communication Research, 29*(3), 370-399.
- Sayah, F. A., & Williams, B. (2012). An Integrated Model of Health Literacy Using Diabetes as an Exemplar. *Canadian Journal of Diabetes, 36*, 27-31.
- Sentell, T., Cruz, M. R. D., Heo, H.-H., & Braun, K. L. (2013). Health Literacy, Health Communication Challenges, and Cancer Screening Among Rural Native Hawaiian and Filipino Women. *J Canc Educ, 28*, 325–334.
- Smith, R. D. (2006). Responding to global infectious disease outbreaks: Lessons from SARS on the role of risk perception, communication and management. *Social Science & Medicine, 63*(12) 3113-3123.
- So, J., Kuang, K., & Cho, H. (2016). Information Seeking Upon Exposure to Risk Messages: Predictors, Outcomes, and Mediating Roles of Health Information Seeking. *Communication Research, 0*, 1–25.
- Strekalova, Y. A. (2014). Seekers and avoiders: Using health information orientation to explore audience segmentation. *Journal of Communication in Healthcare, 7*(3), 228-237.

- Sun, C., Yang, W., Arino, J., & Khan, K. (2011). Effect of media-induced social distancing on disease transmission in a two patch setting. *Mathematical Biosciences*, 230(2), 87-95.
- Sun, X et al. (2014). Relationships of Health Literacy, Health Behavior, and Health Status Regarding Infectious Respiratory Diseases: Application of a Skill-Based Measure, *Journal of Health Communication*, 19(2), 173-189.
- Suka, M et al. (2015). Relationship between health literacy, health information access, health behavior, and health status in Japanese people. *Patient Education and Counseling*, 98, 660-668.
- Suri, V, R., Majid, S., Chang, Y. K., & Foo, S. (2015). Assessing the influence of health literacy on health information behaviors: A multi-domain skills-based approach. *Patient Education and Counseling*, 1-9.
- Taha, S. A., Matheson, M., & Anisman, N. (2013). The 2009 H1N1 Influenza Pandemic: The Role of Threat, Coping, and Media Trust on Vaccination Intentions in Canada. *Journal of Health Communication*, 18, 278–290.
- Tsai, Y. Y. (2010). Public Risk Perceptions, Communications, and Trust: a Comparison of the SARS and the Novel Influenza H1N1 Outbreaks in Taiwan. *China Media Research*, 6(4), 69-79.
- Whitten, P., Nazione, S., & Lauckner, C. (2013). Tools for assessing the quality and accessibility of online health information: initial testing among breast cancer websites. *Inform Health Soc Care*, 38(4), 366–381.
- Vijaya, K et al. (2005). Behaviour of Singaporeans during the SARS outbreak: The impact of anxiety and public satisfaction with media information, *International Journal of Health Promotion and Education*, 43(1), 17-22.

สื่ออิเล็กทรอนิกส์

กองสาธารณสุข. (ม.ป.ป). การสำรวจการประเมินความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของประชาชน เรื่อง ๓ อ ๒ ส. สืบค้นจาก
[file:///C:/Users/User/Downloads/281020151707075149_menuhome%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/281020151707075149_menuhome%20(3).pdf)

“จับกระแส โรคติดต่ออุบัติใหม่-อุบัติซ้ำ” (2 กันยายน 2557) *ประชาชาติธุรกิจออนไลน์*.

สืบค้นจาก

http://www.prachachat.net/news_detail.php?newsid=1409644364

“ปฏิบัติการพิทักษ์สุขภาพของคนไทยครบวงจรรับปีลิง 2559 สกัด “ไวรัสร้าย” ฟันพิษ : ระวัง “โรคอุบัติใหม่-อุบัติซ้ำ”! (31 ธันวาคม 2558). *ไทยรัฐ*. สืบค้นจาก

<http://www.thairath.co.th/content/556232>

วรยา เหลืองอ่อน (ม.ป.ป). *What is new about Emerging and Re- Emerging Diseases*

(โรคติดต่ออุบัติใหม่ ในยุคนี้). เอกสารประกอบการบรรยาย. สำนักโรคติดต่ออุบัติ

ใหม่, กรมควบคุมโรค. สืบค้นจาก <http://beid.ddc.moph.go.th>

สมาคมนักข่าว นักหนังสือพิมพ์แห่งประเทศไทย. (2553). *สื่อกับการรายงานข่าวโรคอุบัติใหม่: กรณีการระบาดไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ 2009*. สืบค้นจาก

http://www.tja.or.th/index.php?option=com_content&view=article&id=329:-2009&catid=46:academic

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7. (2557). *การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวในการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพของประชาชน ในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี ประจำปี 2554*. สืบค้นจาก

<http://pr.dpc7.net/sites/default/files/00003.pdf>

สำนักงานระบบพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. (ม.ป.ป). *โรคติดต่ออุบัติใหม่ Emerging Infectious Disease (ไข้หวัดใหญ่เม็กซิโก)*. สืบค้นจาก

http://www.hiso.or.th/hiso/health_event/ghealth_event21.php

สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่. (2559). *โรคติดต่ออุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ*. สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่, กรมควบคุมโรค. สืบค้นจาก <http://beid.ddc.moph.go.th>

ช่องทางการเข้าถึง

18. ท่านเคยได้ยิน ได้ฟัง ข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับ “โรคอุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ” จาก ช่องทาง สื่อ
ต่อไปนี้บ่อยครั้งเพียงใด

กรุณาทำเครื่องหมาย O () หรือ X () ตัวเลขในตารางตามระดับความถี่ที่ท่าน
ได้รับข่าวสารในแต่ละข้อ

5 หมายถึง ได้รับเป็นประจำ 4 หมายถึง บ่อย ๆ 3 หมายถึง ปานกลาง 2 หมายถึง น้อย 1 หมายถึง ไม่เคยได้รับเลย

ช่องทาง สื่อ	ระดับความถี่ในการเปิดรับสื่อ				
	เป็นประจำ				ไม่เคยเลย
1. การพูดคุย ปรีกษา ขอคำแนะนำจากบุคคล					
1.1 แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	5	4	3	2	1
1.2 อสม. ประจำหมู่บ้าน หรือชุมชน	5	4	3	2	1
1.3 เพื่อน หรือคนในครอบครัว	5	4	3	2	1
1.4 ครู ผู้ใหญ่บ้าน	5	4	3	2	1
1.5 ประชาชนชาวบ้าน	5	4	3	2	1
2. การรับชม รับฟัง อ่านข่าวสารจากสื่อมวลชน					
2.1 ข่าว รายการสารคดีทางโทรทัศน์	5	4	3	2	1
2.2 ข่าวรายการวิทยุ	5	4	3	2	1
2.3 ข่าวหนังสือพิมพ์	5	4	3	2	1
3. การรับชม รับฟังข่าวสารจากสื่อท้องถิ่น					
3.1 เคเบิลทีวี	5	4	3	2	1
3.2 วิทยุชุมชน	5	4	3	2	1
3.3 โรงพยาบาลในตำบล หรืออำเภอ หรือจังหวัด	5	4	3	2	1
4. การเห็น อ่าน ฟัง ชมข่าวสารจากสื่อเผยแพร่ รณรงค์					
4.1 ป้ายกลางแจ้งขนาดใหญ่	5	4	3	2	1
4.2 ป้ายไว้นิล โปสเตอร์	5	4	3	2	1
4.3 แผ่นพับ หนังสือคู่มือ	5	4	3	2	1
4.4 ซีดีรอม เทปบันทึกเสียง วิดีโอ	5	4	3	2	1
4.5 การบรรยายจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาล	5	4	3	2	1

(กรุณาพลิกหน้าถัดไป)

ช่องทาง สื่อ	ระดับความถี่ในการเปิดรับสื่อ				
	เป็นประจำ				ไม่เคยเลย
5. การรับฟังข่าวสาร เข้าร่วมกิจกรรมจากสื่อชุมชน					
5.1 ทอล์กกระจายข่าว	5	4	3	2	1
5.2 การประชุมหมู่บ้าน ชุมชน	5	4	3	2	1
5.3 กิจกรรมในชุมชน	5	4	3	2	1
6. การอ่าน ชม สืบค้น ได้รับข่าวสารจากอินเทอร์เน็ต					
6.1 เว็บไซต์ข่าวสาร หนังสือพิมพ์ ทั่วไป	5	4	3	2	1
6.2 เว็บไซต์สุขภาพทั่วไป	5	4	3	2	1
6.3 เว็บไซต์ของหน่วยงานสาธารณสุข โรงพยาบาล	5	4	3	2	1
6.4 กระดานสนทนา เช่น ฟันทิป	5	4	3	2	1
6.5 การค้นหาข้อมูลด้วยเสิร์ชเอนจิน (Search Engine)	5	4	3	2	1
6.6 เฟซบุ๊ก	5	4	3	2	1
6.7 ไลน์	5	4	3	2	1
6.8 ยูทูบ	5	4	3	2	1
6.9 อินทราแกรม	5	4	3	2	1
6.10 ทวิตเตอร์	5	4	3	2	1

ความเข้มข้นในการเข้าถึง

19. ในช่วงเวลาที่เกิดการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศที่ผ่านมา ท่านได้เปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่จากสื่อ หรือช่องทางเป็นจำนวนเท่าไร

มากกว่า 6 ช่องทาง 5-6 ช่องทาง 4 ช่องทาง 2-3 ช่องทาง ช่องทางเดียว

20. ในช่วงเวลาที่เกิดการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศที่ผ่านมา ท่านได้เปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่จากสื่อ หรือช่องทางเป็นปริมาณเนื้อหามากน้อยเพียงใด

มากจนนับไม่ถ้วน มาก ไม่มาก ไม่น้อย น้อย น้อยมาก ๆ

21. ในช่วงเวลาที่เกิดการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศที่ผ่านมา ท่านใช้เวลาในการติดตามข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่จากสื่อ มากน้อยเพียงใด

ฟังตลอดทั้งวัน ฟังเกือบจะทั้งวัน ฟังเฉพาะเวลาที่ต้องการ ฟังบางเวลา ฟังบ้างไม่ฟังบ้าง

22. ในช่วงเวลาที่เกิดการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศที่ผ่านมา ท่านมีการเข้าถึงข่าวสารตามข้อต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด

กรุณาทำเครื่องหมาย O (วงกลม) หรือ X (กากบาท) ตัวเลขในตารางตามระดับความมากน้อยในการกระทำของท่าน

5 หมายถึง มากที่สุด 4 หมายถึง มาก 3 หมายถึง ปานกลาง 2 หมายถึง น้อย 1 หมายถึง น้อยที่สุด

การเข้าถึงข่าวสาร ในช่วงเวลาเกิดการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่	ระดับความมากน้อย				
	มากที่สุด				น้อยที่สุด
1. ความกระตือรือร้นในการเข้าถึง					
1.1 ท่านสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่เพิ่มเติม	5	4	3	2	1
1.2 ท่านหลีกเลี่ยง ไม่อยากที่จะรับฟังข่าวเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่	5	4	3	2	1
1.3 ท่านส่งต่อข่าวโรคติดต่ออุบัติใหม่ไปให้เพื่อน คนใกล้ชิด	5	4	3	2	1
2. ความเกี่ยวข้องกับเนื้อหา					
2.1 ท่านอ่านข่าวโรคอุบัติใหม่อย่างละเอียด	5	4	3	2	1
2.2 ท่านติดต่อสอบถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคอุบัติใหม่	5	4	3	2	1
2.3 ท่านนำข่าวโรคอุบัติใหม่มาพูดคุยกับคนอื่น	5	4	3	2	1

ส่วนที่ 4 ความเข้าใจข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ

กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ โดยทำเครื่องหมาย O (วงกลม) หรือ X (กากบาท) ข้อที่ถูกต้องเป็นจริงมากที่สุด

สถานการณ์การระบาด

23. ข้อใดเป็นช่องทางการแพร่ระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่จากต่างประเทศเข้าสู่ประเทศไทย

- ก. การเดินทางข้ามจังหวัดในประเทศไทย ข. การเดินทางเข้าออกประเทศ
 ค. การนำเข้าสินค้าจากต่างประเทศ ง. การส่งออกสินค้าไปต่างประเทศ

24. การระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่เกิดขึ้นในต่างประเทศ มีลักษณะอย่างไร

- ก. ระบาดไปได้ทั่วโลก
 ข. ระบาดในขอบเขตจำกัดแต่ละประเทศ
 ค. ระบาดเฉพาะในพื้นที่เสี่ยง
 ง. ระบาดเฉพาะตามเขตชายแดนระหว่างประเทศ

25. เมื่อมีการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ บุคคลในข้อใดมีโอกาสติดเชื้อมากที่สุด
- ก. พ่อค้าในตลาดสด
ข. คนทำงานในเมือง
✓ ค. คนขับรถแท็กซี่ที่รับผู้โดยสารต่างประเทศ
ง. เด็กนักเรียนโรงเรียนในเมือง
26. หน่วยงานที่รับผิดชอบในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่จากต่างประเทศคือหน่วยงานใด
- ก. กรมการกงสุล
ข. กรมพัฒนาคุณภาพชีวิต
ค. กรมการระบาด
✓ ง. กรมควบคุมโรค

ข้อมูลโรคติดต่ออุบัติใหม่จากต่างประเทศ

27. สาเหตุของการเกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่มาจากต่างประเทศคืออะไร
- ก. ความแออัดของสิ่งก่อสร้างในเมือง
ข. ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีอินเทอร์เน็ต
ค. การรักษาโรคที่ล้ำสมัย
✓ ง. การกลายพันธุ์ของเชื้อโรค
28. โรคเมอร์ส หรือไข้หวัดใหญ่จากตะวันออกกลาง ที่เคยมีผู้ป่วยเดินทางเข้ามาประเทศไทย สามารถติดต่อได้ทางใด
- ก. การรับประทานเนื้อสัตว์
✓ ข. การไอ จาม
ค. การถ่ายเลือด
ง. การใช้เสื้อผ้าร่วมกัน
29. พฤติกรรมข้อใด ที่จะช่วยลดการแพร่ระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่จากต่างประเทศ
- ก. กินอาหารให้ครบหมู่
ข. ทำความสะอาดบ้านเรือน
✓ ค. ล้างมือให้สะอาดก่อนกินอาหาร
ง. ใส่เสื้อผ้าสะอาด
30. ข้อใดถูกต้อง เมื่อกล่าวถึงวิธีป้องกันการติดเชื้อจากโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ
- ✓ ก. หลีกเลี่ยงการเดินทางไปพื้นที่โรคระบาด
ข. โรคแบบนี้ไม่มีวิธีป้องกันใด ๆ
ค. แคนินยาก็ป้องกันได้แล้ว
ง. ออกกำลังกายบ่อย ๆ ช่วยป้องกันได้

การปฏิบัติตน

31. เมื่อมีข่าวการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่เกิดขึ้นในต่างประเทศ ควรปฏิบัติอย่างไร
- ✓ ก. ติดตามข่าวอย่างต่อเนื่อง
ข. ตรวจสอบอาการเจ็บป่วยของตนเองทันที
ค. ช่วยกระจายข่าวให้มากที่สุดและเร็วที่สุด
ง. ไม่ต้องทำอะไรทั้งสิ้น ยังไกลตัวเรา
32. เมื่อเกิดการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศขึ้นในประเทศไทย ควรปฏิบัติอย่างไร
- ก. รีบพบแพทย์เพื่อตรวจอาการทันที
✓ ข. ปฏิบัติตามคำแนะนำจากหน่วยงานสาธารณสุข
ค. อาสาเข้าช่วยเหลือหน่วยงานควบคุมโรค
ง. ไม่ต้องทำอะไรทั้งสิ้น

(กรุณาพลิกหน้าถัดไป)

ส่วนที่ 5 การประเมินคุณค่าและความถูกต้องข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ

33. เมื่อท่านได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ ท่านมีการประเมินข่าวสาร ตามข้อต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด

กรุณาทำเครื่องหมาย O (วงกลม) หรือ X (กากบาท) ตัวเลขในตารางตามระดับความมากน้อยในการกระทำของท่าน

5 หมายถึง มากที่สุด 4 หมายถึง มาก 3 หมายถึง ปานกลาง 2 หมายถึง น้อย 1 หมายถึง น้อยที่สุด

การประเมินข่าวสารโรคติดต่ออุบัติใหม่	ระดับการแสดงผลกิจกรรม				
	มากที่สุด				น้อยที่สุด
1. การตั้งเงื่อนไขเบื้องต้น					
1.1 ท่านยังไม่ปักใจเชื่อข่าวนั้นทันที	5	4	3	2	1
1.2 ท่านอ่านข่าวสารนั้นอย่างพิถีพิถะระห	5	4	3	2	1
1.3 ท่านตั้งข้อสังเกตว่าข่าวนั้นเป็นไปได้หรือไม่ หรือมีความสมเหตุสมผลหรือไม่	5	4	3	2	1
2. การตรวจสอบความถูกต้อง					
2.1 รอฟังข่าวเรื่องเดียวกันนั้นจากหน่วยงานสาธารณสุข หรือโรงพยาบาล หรือหน่วยงานราชการอีกครั้ง	5	4	3	2	1
2.2 ท่านสอบถามกับบุคคลอื่น เช่น แพทย์ พยาบาล อสม. บุคคลที่ท่านให้ความเชื่อถือเรื่องสุขภาพ	5	4	3	2	1
2.3 ท่านดูว่า แหล่งที่มาของข้อมูล ข่าวนั้นมาจากหน่วยงานด้านสาธารณสุข หรือราชการ หรือสื่อมวลชน เช่น โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ วิทยุระดับประเทศ	5	4	3	2	1
2.4 ท่านสืบค้นข้อมูลจากแหล่ง หรือช่องทาง หรือสื่ออื่น ๆ เกี่ยวกับข่าว เนื้อหาที่ท่านได้รับฟังมา	5	4	3	2	1
3. การพิจารณาประโยชน์ที่จะดูแลตนเองให้ปลอดภัย					
3.1 ท่านตัดสินใจว่าเนื้อหาที่ได้รับฟังมา ช่วยแนะนำวิธีการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ	5	4	3	2	1
3.2 ท่านตัดสินใจว่าเนื้อหาที่ได้รับฟังมา ช่วยแนะนำวิธีการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยได้	5	4	3	2	1
3.3 ท่านตัดสินใจว่าเนื้อหาเนื้อหาที่ได้รับฟังมา ช่วยลดความกังวลใจ หรือความกลัวได้	5	4	3	2	1

ส่วนที่ 6 การนำข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศมาใช้ประโยชน์

34. ในช่วงเวลาที่เกิดการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศที่ผ่านมา ท่านนำข้อมูลข่าวสารมาใช้ในการดูแลตนเองในข้อต่อไปนี้บ่อยครั้งเพียงใด

กรุณาทำเครื่องหมาย O (วงกลม) หรือ X (กากบาท) ตัวเลขในตารางตามระดับความบ่อยครั้ง
ในแต่ละข้อ

5 หมายถึง เป็นประจำ 4 หมายถึง บ่อย ๆ 3 หมายถึง ปานกลาง 2 หมายถึง น้อย 1 หมายถึง ไม่เคยเลย

พฤติกรรมของท่าน	ระดับความบ่อยครั้ง				
	เป็น ประจำ				ไม่ เคย เลย
1. การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันตนเอง					
1.1 นำวิธีการป้องกันการติดเชื้อที่ได้รับคำแนะนำมาปฏิบัติ	5	4	3	2	1
1.2 นำวิธีการป้องกันการระบาดที่ได้รับคำแนะนำมาปฏิบัติ	5	4	3	2	1
2. การดูแลสุขภาพของตนเอง					
2.1 สำนวณการเจ็บป่วยของตนเองว่ามีอาการของโรคหรือไม่	5	4	3	2	1
2.2 ไปพบแพทย์ หรือพยาบาล หรือ อสม. เมื่อมีอาการเจ็บป่วย หรือสงสัยว่าตนเองติดเชื้อ	5	4	3	2	1
2.3 กิน อยู่อย่างถูกสุขลักษณะตามคำแนะนำที่ได้รับทราบมา	5	4	3	2	1
2.4 การแสวงหา หรือติดตามข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่	5	4	3	2	1

ขอขอบพระคุณที่ให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถาม
