

อิทธิพลของสื่อต่างๆ ต่อการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคร้ายแรงระหว่างประชาชนในกรุงเทพมหานคร และชนบท

มลินี สมภพเจริญ

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องอิทธิพลของสื่อต่างๆ ต่อการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคร้ายแรงระหว่างประชาชนในกรุงเทพมหานคร และชนบท ด้วยวิธีการสำรวจและการสัมภาษณ์เจาะลึก ผลการสำรวจจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,500 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างมาตรฐานวัดครองโรคหัวใจจำนวน 751 คน และกลุ่มมาตรฐานวัดครองโรคหัวใจจำนวน 748 สำรวจผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป และสัมภาษณ์บุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัย จำนวน 62 ราย แบ่งเป็น ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเรื่องโรคหัวใจจำนวน 43 รายและผู้ให้ข้อมูลเรื่องโรคหัวใจจำนวน 19 ราย

มลินี สมภพเจริญ (ปร.ด. การสื่อสารการเมือง คณะวารสารศาสตร์และสื่อสารมวลชน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์) ปัจจุบันเป็นอาจารย์ประจำภาควิชาสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทความนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) และสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สกอ.)

ผลการสำรวจ พบว่า แต่ละภูมิภาคผู้หญิงมักมาตรวจหาโรคมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม ส่วนผู้ชายมาตรวจคัดกรองด้วยโรคมะเร็งปอด ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งพบว่าคนที่ภูมิลำเนาอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครคิดว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งมากกว่าคนชนบท แต่เมื่อพิจารณาความถี่ในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งพบว่าคนกรุงเทพฯ มาตรวจคัดกรองโรคมะเร็งน้อยกว่า ด้านการเปิดรับสื่อ สื่อที่สำคัญมีการติดตามชมมากและมีอิทธิพลส่งผลต่อการตัดสินใจมาตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง ได้แก่ รายการพบหมอศิริราชที่พบว่า ยิ่งคนชนบทมีการเปิดรับรายการพบหมอศิริราชมาก จะยิ่งมีพฤติกรรมในการตรวจหาโรคมะเร็งเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้งานวิจัยยังสามารถสรุปปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อการเกิดความวิตกกังวลในการสงสัยว่าตนเองเป็นโรคมะเร็งและหัวใจ ได้ดังนี้

สมการพยากรณ์ผู้วิตกกังวลในโรคมะเร็ง

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็ง
 $= 3.928 + 0.506$ ที่อยู่อาศัยปัจจุบันอยู่ในกรุงเทพมหานคร $+0.916$ ความกังวล $+0.232$ ปัจจัยที่ทำให้มาตรวจมะเร็ง ได้แก่ การพบปื้นหรือก้อนเนื้อผิดปกติ -0.165 ปัจจัยที่ทำให้มาตรวจมะเร็ง ได้แก่ ตรวจสุขภาพเป็นประจำอยู่แล้ว $+0.041$ จำนวนบุหรี่ที่สูบ (มวน/วัน) $+0.037$ คะแนนรวมความเครียดจากแบบทดสอบความเครียดสวนปรง -0.094 ความรู้เรื่องโรคมะเร็ง -0.035 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

มีค่า R square = 27.0

สมการพยากรณ์ผู้วิตกกังวลในโรคหัวใจ

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ
 $= 0.192 + 0.225$ ปัจจัยที่ทำให้มาตรวจ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง $+0.298$ ปัจจัยที่ทำให้มาตรวจ ได้แก่ การมีพฤติกรรมชอบรับประทานอาหารมันๆ $+0.037$ คะแนนรวมความเครียดจากแบบทดสอบความเครียดสวนปรง $+0.159$ การเปิดรับรายการพบหมอศิริราช (ช่อง 7) -0.123 การเปิดรับนิตยสารหมอชาวบ้าน $+0.104$ การพูดคุยกับพยาบาล

มีค่า R-square = 23.5

สมการจำแนกการวิตกกังวลและไม่วิตกกังวล มีอำนาจในการพยากรณ์การเป็นสมาชิกกลุ่มได้ถูกต้องร้อยละ 70.1

การเป็นผู้วิตกกังวลหรือไม่วิตกกังวล $= -3.592 + 0.866$ โรคที่กังวลได้แก่โรค มะเร็ง -0.0440 อาชีพ รับราชการ $+0.269$ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและโรคมะเร็ง $+0.036$ ระดับความเครียด -0.305 ปัจจัยที่ทำให้มาตรวจ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง $+0.132$ การเปิดรับข่าวสารเรื่องโรคมะเร็งและหัวใจจากญาติพี่น้อง $+0.109$ การเปิดรับข่าวสารเรื่องโรคมะเร็งและหัวใจจากบอร์ดภายในโรงพยาบาล $+0.322$ การเปิดรับข่าวสารเรื่องโรคมะเร็งและหัวใจจากเว็บไซต์ศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี $+0.327$ ปัจจัยที่ทำให้มาตรวจ ได้แก่ เหนื่อยง่าย -0.125 การเปิดรับข่าวสารเรื่องโรคมะเร็งและหัวใจจากแพทย์ -0.336 การเปิดรับข่าวสารเรื่องโรคมะเร็งและหัวใจจากเว็บไซต์ของกระทรวงสาธารณสุข (www.moph.go.th)

ผลการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า

ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลที่เป็นบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ระบุว่าสำหรับในพื้นที่กรุงเทพฯ พบว่าผู้ที่ภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพมหานครมาตรวจเพราะพิจารณาจากอาการของตนเอง ประกอบกับข้อมูลข่าวสารเบื้องต้นที่ค้นหาจากแหล่งต่างๆ ซึ่งเป็นความรู้ที่ไม่ลึกซึ้ง โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนของการเป็นโรคมะเร็ง ทำให้เกิดความวิตกกังวล

สำหรับผู้ที่ยังสงสัยว่าตนเองจะเป็นโรคหัวใจ สำหรับผู้มาตรวจคัดกรองโรคหัวใจที่มีภูมิลำเนาในพื้นที่กรุงเทพฯ และชนบทจะมีลักษณะคล้ายกัน โดยพบว่า เพศหญิงจะมีความใส่ใจสุขภาพดูแลสุขภาพมากกว่าเพศชาย และมักเป็นคนที่มีลักษณะวิตกกังวล อยู่ในวัยทำงาน สื่อที่เปิดรับและมีผลต่อการกระตุ้นให้มาตรวจ คือจากญาติหรือเพื่อนบ้าน

ความเป็นมาของการวิจัย

งานวิจัยนี้มุ่งศึกษาว่าสื่อหรือปัจจัยใดที่ทำให้บุคคลสงสัยว่าตนเองเป็นโรคร้ายแรง อันได้แก่ โรคมะเร็งและ

โรคหัวใจ ซึ่งจัดเป็นโรคสำคัญที่คุกคามชีวิตคนไทย อันดับต้นๆ และมีการรณรงค์เพื่อป้องกันโรคดังกล่าวอย่างต่อเนื่องผ่านทางสื่อมวลชน เช่น การนำเสนอข่าวบุคคลที่มีชื่อเสียงประสบกับการคุกคามของโรคภัยแรงอย่างมะเร็งหรือหัวใจ การนำเสนอข่าวสารของโรคเหล่านี้มีผลต่อการรับรู้ในการป้องกันไม่ให้โรคดังกล่าวของประชาชนอย่างไร และพฤติกรรมต่างๆ ในการป้องกันไม่ให้โรคดังกล่าวเป็นผลจากการเผยแพร่ข่าวสารของสื่อมวลชน หรือสื่อบุคคล หรือไม่ อย่างไร

ในแต่ละวันลักษณะการเปิดรับข่าวสารสุขภาพมีทั้งจากวิทยุในขณะขับรถ รับชมข่าวสารตามโทรทัศน์เมื่อกลับถึงบ้าน และอ่านเกร็ดสุขภาพจากโฆษณาสินค้าในหนังสือพิมพ์ รวมทั้งการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วของอินเทอร์เน็ตและสื่อใหม่อื่นๆ ทำให้ผู้คนเข้าถึงแหล่งข้อมูลสุขภาพได้หลากหลายมากยิ่งขึ้น นอกจากแหล่งข้อมูลที่รับมาจากหมอแล้ว (Brashers, Goldsmith & Hsieh, 2002 ; Carlsson, 2000 ; Marks & Lutgendorf, 1999 ; Navarro & Wilkins, 2001)

การตกย้ำความเสี่ยงต่อการเป็นโรคภัยแรงเหล่านี้บ่อยครั้งเข้าไปซ้ำมาผ่านสื่อมวลชนต่างๆ ทำให้ผู้คนเริ่มหันมาใส่ใจสุขภาพมากขึ้น แต่ในขณะเดียวกันการรณรงค์เรื่องสุขภาพผ่านสื่อต่างๆ มากมาย อาจส่งผลกระทบในแง่ที่ไม่พึงปรารถนา เช่น ผู้คนเริ่มวิตกกังวลมาก (Signoreilli, 1993) จนอาจกลายเป็นการเสียเงินทองไปกับการป้องกันตนเองจนเกินความจำเป็น เช่น การกินวิตามินเสริม มีพฤติกรรมบริโภคทางสุขภาพเกินความจำเป็น (ธีรพงษ์ แก้วหาญ, 2535, น.14-15) จนเป็นเหตุให้เกิดการสะกดจิตตนเอง และอาจทำให้ตนเองกลายเป็นสาเหตุของการนำพาตนเองไปสู่โรคภัยแรง การนำเสนอข่าวสารโรคภัยแรงทั้ง 2 โรค ได้แก่ โรคมะเร็งและโรคหัวใจนั้น อาจทำให้เราจินตนาการว่าหากตนเองได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคภัยแรง โดยเฉพาะเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็ง โลกจะมีตมไปในวันพรุ่งนี้ ด้วยความวิตกกังวลความกลัวที่มีต่อตนเอง และความห่วงใยต่อสมาชิกในครอบครัว (Diefenbach and Butz, 2004)

นอกจากจะสร้างความไม่ปกติสุขในชีวิตประจำวันจากการบริโภคข่าวสารด้านสุขภาพแล้ว อาจทำให้เกิดภาวะการพึ่งพิงการป้องกันสุขภาพที่นิยมกัน คือ หากคิดว่าตนเจ็บป่วย มักมีความถี่ในการหาหมอมากจนเกินความจำเป็น และหากหมอที่รักษาสมมติโรคขึ้นมาสักโรคก็อาจคล้อยตามแล้วเข้าใจผิดคิดว่าตนเองเป็นโรคภัยแรง จนในที่สุดตกเป็นเหยื่อของการรักษาพยาบาล (สัทธัตถ์รัตน์, 2549, หน้า 44-45) เนื่องจากพึ่งพิงหมอมากเกินไป

ผลของการศึกษาวิจัยนี้จะช่วยสร้างแบบแผนการรณรงค์เกี่ยวกับสุขภาพ หรือการสาธารณสุขที่ไม่สร้างความหวาดวิตกกังวลเกินไป รวมทั้งชี้แนะให้การรายงานข่าวสารสุขภาพของสื่อมวลชนต่างๆ นั้น ให้เน้นการสร้างเสริมให้ประชาชนเกิดความรู้เท่าทันในสุขภาพของตนเองมากกว่าตื่นตระหนกตามการรายงานข่าวสารอย่างไร้ทิศทาง ซึ่งจะช่วยให้กำลังคนพลเมืองซึ่งเป็นศักยภาพของการพัฒนาประเทศชาตินั้น ถูกนำมาใช้อย่างเต็มที่จากพื้นฐานของการมีสุขภาพกายและจิตที่ดี จากที่กล่าวมาทั้งหมดงานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษาแบบแผนกระบวนการรับรู้ข่าวสารสุขภาพของคนกรุงเทพฯ และคนชนบท 2) เพื่อศึกษาแบบแผนกระบวนการรับรู้ถึงขั้นวิตกกังวลว่าตนเองเสี่ยงต่อการเป็นโรคภัยแรง ของทั้งคนกรุงเทพฯ และชนบท 3) เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยที่ทำให้เกิดการรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคภัยแรงระหว่างคนกรุงเทพฯ และคนชนบท 4) เพื่อนำปัจจัยที่ศึกษามาจำแนกออกเป็น 2 กลุ่มคน คือกลุ่มคนที่วิตกกังวลกับสุขภาพ และกลุ่มคนที่คิดว่าตนไม่เสี่ยงต่อการเป็นโรคภัยแรง

การทบทวนวรรณกรรม

ทฤษฎีที่นำมาเป็นกรอบในการวิจัยมี ดังนี้

- การสงสัยเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง (Perceive susceptibility; perceived vulnerability; perceived risk; risk perception) ในแบบแผนความเชื่อเรื่องสุขภาพ (Health belief mode) (Becker & Meiman, 1975)
- ทฤษฎี Protection Motivation Theory (PMT) (Prentice -Dunn & Rogers, 1986; Rogers, 1975)

- แนวคิดทางจิตวิทยาสังคม เรื่อง Illusory correlation

ประการที่สอง ได้รับคำแนะนำเชิงบวก ที่ทำให้บุคคลไม่ต้องประสบกับผลกระทบเชิงลบต่อสุขภาพ

1. แบบแผนความเชื่อเรื่องสุขภาพเป็นความพยายามทำความเข้าใจพฤติกรรมด้านสุขภาพ ถ้าบุคคลอยู่ภายใต้เงื่อนไข ดังนี้

ประการที่สาม เชื่อว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพดูแลสุขภาพได้ดีจากคำแนะนำที่ให้ไป

ประการแรก รู้สึกว่าสิ่งที่ส่งผลกระทบเชิงลบต่อสุขภาพสามารถหลีกเลี่ยงได้

แบบแผนความเชื่อเรื่องสุขภาพ มี 4 แนวคิดดังแสดงในตารางสรุปแบบจำลองความเชื่อเรื่องสุขภาพ

แนวคิด(concept)	คำจำกัดความ	การประยุกต์ใช้
การรับรู้ในเชิงสงสัย (perceived susceptibility)	การเปลี่ยนแปลงความคิดของบุคคลต้องอยู่ภายใต้เงื่อนไขหนึ่งๆ	การนิยามบุคคลที่มีภาวะความเสี่ยง โดยคำนึงถึงระดับความเสี่ยง ซึ่งระดับความเสี่ยงขึ้นกับลักษณะพฤติกรรม และความอ่อนไหวต่อความรุนแรงของโรค
การรับรู้ความรุนแรง (perceived severity)	ในความคิดของบุคคลรู้สึกเครียดมากน้อยแค่ไหนต่อผลของโรคที่จะเกิดขึ้น	ผลที่เกิดจากการตกอยู่ในสภาวะเสี่ยง
การรับรู้ถึงผลประโยชน์ (perceived benefits)	ความเชื่อในคำแนะนำที่ว่า จะสามารถลดความเสี่ยงหรือผลกระทบที่รุนแรงได้	การระบุถึงการกระทำควรปฏิบัติตนอย่างไรถึงส่งผลตามที่คาดหวังได้แก่ ทำอย่างไร ที่ไหน และเมื่อไหร่
การรับรู้ถึงอุปสรรค (perceived barrier)	ต้นทุนทางจิตใจของการปฏิบัติตามคำแนะนำที่ส่งผลต่อความคิด	การระบุหรือการลดอุปสรรค ผ่านการสร้างความมั่นใจอีกครั้ง การมีแรงจูงใจและการให้ความช่วยเหลือ
การเสนอแนะต่อการปฏิบัติตน	ยุทธวิธีกระตุ้นความพร้อมของบุคคล	จะจัดเตรียมข้อมูลอย่างไร การส่งเสริมการตระหนักรู้ ระลึกได้
ความเชื่อสมรรถนะในตน (self-efficacy)	ความเชื่อมั่นว่าตนมีความสามารถในการปฏิบัติอย่างหนึ่งอย่างใดได้	สามารถฝึกอบรม ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว

การอธิบายทั้ง 4 ขั้นตอนในแนวคิดความเชื่อเรื่องสุขภาพ (Health Belief Model : HBM) มีดังนี้

การรับรู้ความเสี่ยง (Susceptibility) คือ การรับรู้ว่าคุณมีความเสี่ยงมากน้อยแค่ไหนต่อโรคหนึ่งๆ เช่น รับรู้ว่าตนมีโอกาสเป็นมะเร็งเต้านมมากน้อยแค่ไหน

ส่วนการรับรู้ประโยชน์(Benefits) หมายถึง การรับรู้คุณประโยชน์ที่ดีของการตรวจคัดกรองป้องกันเบื้องต้น เช่น การตรวจแมมโมแกรม หรือการตรวจหามะเร็งเต้านมด้วยตนเอง (Breast Self-examination) เพื่อป้องกันมะเร็งเต้านม

การรับรู้อุปสรรค (Barriers) หมายถึง การรับรู้ข้อไม่สะดวกของการตรวจแมมโมแกรมหรือการตรวจหามะเร็งเต้านมด้วยตนเอง (Breast Self-examination)

ความเชื่อมั่น (Confidence) การรับรู้ว่าคุณสามารถดำเนินการตามกระบวนการตรวจหามะเร็งเต้านมได้อย่างประสบความสำเร็จ

ทั้งนี้การรับรู้ทั้งสี่ด้านเพื่อใช้ในการทำนายพฤติกรรมด้านสุขภาพที่จะเกิดขึ้นในอนาคต โดยเฉพาะพฤติกรรมที่หน่วยงานด้านสุขภาพต้องการให้เกิดคือ พฤติกรรมด้านการป้องกันสุขภาพมากกว่าการรักษาภายหลังเป็นโรคแล้ว โดยใช้ตัวแปรการรับรู้ความเสี่ยงเป็นตัวทำนายพฤติกรรมสุขภาพ เช่น เมื่อรับรู้ว่าคุณมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งเต้านม การปฏิบัติตามการป้องกันมะเร็งเต้านมด้วยการไปตรวจแมมโมแกรม มีหลายงานวิจัยที่ยืนยันถึงตัวแปรการรับรู้ความเสี่ยงในแนวคิดความเชื่อเรื่องสุขภาพ (Health Belief Model : HBM) พบว่ายิ่งคิดว่าตนมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม ยิ่งมีการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง และด้วยวิธีแมมโมแกรมมากขึ้น (Champion & & Miller, 1996 ; Lierman, Kasprzyk & Benoliel, 1991) แต่การรับรู้ถึงอันตราย (Seriousness) ของโรคมะเร็งเต้านมไม่ได้ศึกษา เพราะเป็นที่รู้กันโดยทั่วไปว่ามะเร็งเป็นโรคร้ายแรงและอันตราย

2. ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection Motivation Theory : PMT)

ทฤษฎีนี้มีขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1975 โดย Ronald W.Rogers ต่อมาได้ถูกปรับปรุงและแก้ไขใหม่

และมาใช้อีกครั้งในปี ค.ศ. 1983 โดยนำเรื่องการใช้ความกลัวเป็นตัวกระตุ้นเร้า (Fear appeal) ความสนใจพร้อมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) และทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) เป็นการรวมปัจจัยการรับรู้ระดับบุคคลที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรม ทฤษฎีนี้เน้นการประเมินการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และการประเมินการรับรู้ 3 ตัวแปร คือ ความรุนแรงของโรค (Noxiousness) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Perceived probability) และความคาดหวังในประสิทธิภาพการตอบสนอง (Response efficacy)

ความรุนแรงของโรค (Noxiousness) หมายถึง การเชื่อว่าถ้าไม่กระทำหรือกระทำพฤติกรรมบางอย่าง จะทำให้บุคคลได้รับผลร้ายแรง โดยใช้สื่อในการเผยแพร่ข่าวสารที่มีเนื้อหาสาระที่คุกคามสุขภาพ

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (Perceived probability) ใช้การสื่อสารโดยการคุกคามสุขภาพจนทำให้บุคคลเชื่อว่าตนตกอยู่ในภาวะเสี่ยง

ส่วนความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนอง (Response efficacy) ทำโดยการนำเสนอข้อมูลที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค

องค์ประกอบทั้ง 3 ตัวแปรเป็นมิติเดียวกันกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรง (Perceived severity) การรับรู้อุปสรรคจากการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกัน (Perceived barrier) และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self – efficacy expectancy)

3. แนวคิดเรื่อง Illusory correlation หรือ spurious correlation เป็นการรับรู้ที่ตนเองเข้าใจเองและในความเป็นจริงมิได้เป็นอย่างที่คนๆ นั้น หรือบุคคลอื่นๆ เข้าใจ นำไปสู่ความเข้าใจที่ผิด (Maiser and Hewstone, 2006, p. 315.) งานวิจัยนี้ นำแนวคิดนี้มาศึกษาว่าอะไรที่ทำให้คนสรุปตีความเข้าใจผิด หรือคิดสงสัยว่าตนเองเป็นมะเร็งหรือโรคหัวใจได้อย่างไรจากแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาดังภาพด้านล่างต่อไปนี้

กรอบแนวคิด



ระเบียบวิธีวิจัย

วิธีการรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ผล ใช้ 2 วิธีการดังต่อไปนี้

1. การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกเบื้องต้น (Preliminary depth interview) ของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ได้แก่ หมอพยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ เจ้าหน้าที่อนามัย ผู้รับผิดชอบการรณรงค์ด้านสุขภาพในมุมมองที่มีต่อคนไข้ที่มาตรวจคัดกรองโรคมะเร็งและโรคหัวใจ

2. วิธีการที่ 2 ใช้การวิจัยเชิงสำรวจ โดยมีแบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในแบบสอบถามจะนำตัวแปรที่คาดว่าจะมีผลต่อการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคจากการสัมภาษณ์ มาสร้างเป็นแบบสอบถาม มีผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 1,500 ราย แบ่งเป็นผู้ตอบแบบสอบถามที่สงสัยว่าตนเองเป็นโรคมะเร็งและโรคหัวใจ 751 รายและ 748 รายตามลำดับ

การวิเคราะห์ และประมวลผลใช้สถิติถดถอยพหุคูณชนิด Hierarchical Multiple regression ในการวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยหรือหาตัวแปรที่ผันแปรตามตัวแปรตามสำคัญของงานวิจัยนี้ ได้แก่ ตัวแปรการรับรู้ของบุคคลต่อความเสี่ยงการเป็นโรคร้ายมากที่สุด

รวมทั้งมีการนำสถิติวิเคราะห์จำแนกประเภท (Discriminant analysis) มาใช้ในงานวิจัย เนื่องจากต้องการศึกษาว่าตัวแปรที่ผู้วิจัยนำมาศึกษานั้นสามารถจำแนกกลุ่มคนออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มคนที่วิตกกเกี่ยวกับสุขภาพ และไม่วิตกกเกี่ยวกับสุขภาพได้ถูกต้องมากน้อยเพียงใด และยังได้สมการที่สามารถพยากรณ์การเป็นสมาชิกกลุ่มของตัวแปรตาม ซึ่งในที่นี้ คือผู้ที่วิตกกเกี่ยวกับสุขภาพ และไม่วิตกกเกี่ยวกับสุขภาพได้

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง สามารถสรุปได้ดังนี้ **เพศ** ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน

932 คน คิดเป็นร้อยละ 62.1 และเพศหญิง จำนวน 568 คน คิดเป็นร้อยละ 37.9 **ระดับการศึกษา** ผู้ตอบแบบสอบถาม จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีจำนวน 517 คน คิดเป็นร้อยละ 34.5 และในระดับประถมศึกษาศึกษาหรือต่ำกว่าจำนวน 374 คนคิดเป็นร้อยละ 24.9 และศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่าจำนวน 189 คนคิดเป็นร้อยละ 12.6 ตามลำดับ **สถานภาพการสมรส** ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีสถานภาพการสมรสและอยู่ด้วยกัน จำนวน 929 คน คิดเป็นร้อยละ 61.9 รองลงไปมีสถานภาพโสดจำนวน 385 คน คิดเป็นร้อยละ 25.7 และหม้าย/หย่าร้างจำนวน 107 คน คิดเป็นร้อยละ 7.1 ตามลำดับ **อาชีพ** ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ จำนวน 282 คน คิดเป็นร้อยละ 18.8 และประกอบอาชีพลูกจ้าง/พนักงานบริษัท และเกษตรกรจำนวน 208 คน คิดเป็นร้อยละ 13.9 **จำนวนบุตร** ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีบุตรสองคนจำนวน 416 คน คิดเป็นร้อยละ 27.7 รองลงไป ผู้ตอบแบบสอบถามตอบว่ามีจำนวนบุตรคนเดียว จำนวน 240 คน คิดเป็นร้อยละ 16.0 และมีบุตรจำนวนสามคนมีจำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม 238 คนคิดเป็นร้อยละ 15.9 ตามลำดับ **ภูมิภาคที่อยู่ปัจจุบัน** พบว่า กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.4 รองลงไปได้แก่ อาศัยในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล ร้อยละ 22.6 และภาคเหนือ ร้อยละ 19.7 ตามลำดับ **อายุ** ผู้ตอบแบบสอบถามมีอายุส่วนใหญ่ถึง 85 ปี และมีค่าเฉลี่ยอายุที่ 43.46 ปี **รายได้ต่อเดือน** ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนมากที่สุดที่ 250,000 บาทต่อเดือนและมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนที่ 10,363. 13 บาทต่อเดือน **จำนวนสมาชิกในครัวเรือน (คน)** ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีสมาชิกในครัวเรือนมากที่สุดจำนวน 17 คน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.07 คนต่อครัวเรือนด้านประเภทของโรคมะเร็งที่คนมาตรวจคัดกรอง จำแนกตามเพศและภูมิภาค

ตารางที่ 1 สรุปประเภทของโรคมะเร็งที่มาตรวจคัดกรอง3 อันดับแรกจำแนกตามการมีภูมิคุ้มกันตามภูมิภาคต่างๆ ตามเพศ

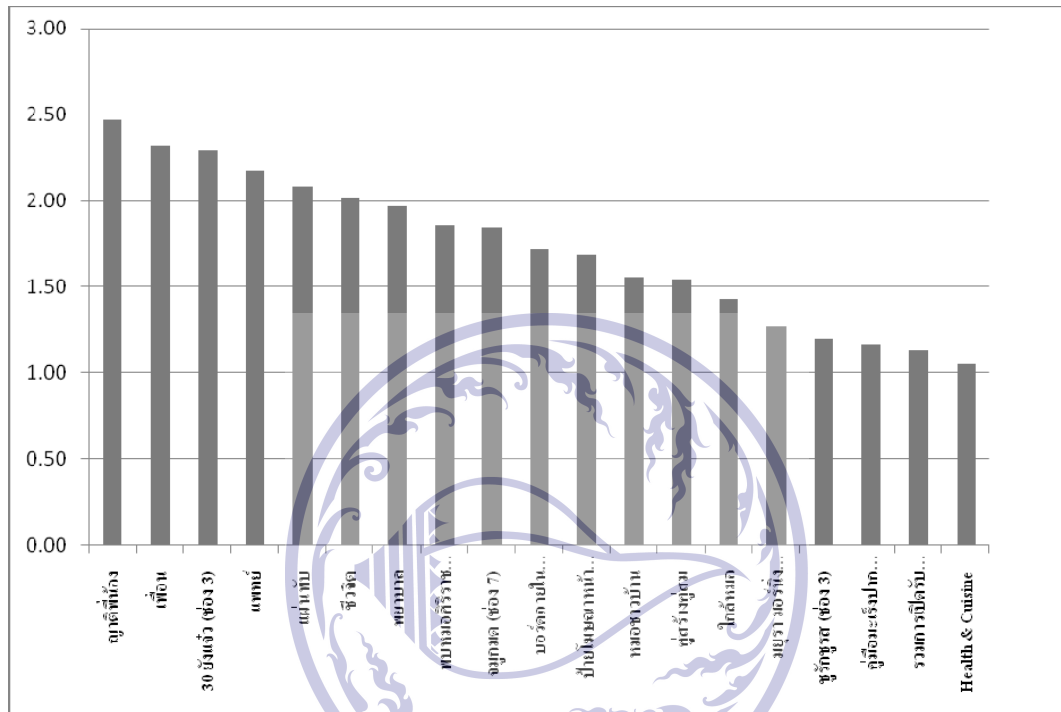
ภูมิภาค ต่าง ๆ และ อันดับที่	กรุงเทพมหานครและ ปริมณฑล		ภาคกลางและภาค ตะวันตก		ภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ		ภาคใต้		ภาคเหนือ	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
1	มะเร็ง ปอด	มะเร็งปาก มดลูก	มะเร็ง ปอด	มะเร็ง เต้านม	มะเร็ง ปอด	มะเร็ง ปาก มดลูก	มะเร็ง ปอด	มะเร็ง ปาก มดลูก	มะเร็ง ตับ	มะเร็ง ปาก มดลูก
2	มะเร็ง ต่อม ลูกหมาก	มะเร็งเต้านม	มะเร็ง ลำไส้	มะเร็ง ปาก มดลูก	มะเร็งตับ	มะเร็งเต้านม	มะเร็ง ตับ	มะเร็ง เต้านม	มะเร็ง ปอด	มะเร็ง เต้านม
3	มะเร็งตับ	มะเร็งปอด	มะเร็งตับ	มะเร็ง ปอด และ มะเร็ง ลำไส้	มะเร็งลำ ไส้	มะเร็งลำ ไส้	มะเร็ง ลำไส้ /ต่อม น้ำเต หีง/ เนื้อ งอก ใน สมอง	มะเร็ง เนื้อ งอก ใน สมอง	มะเร็ง เนื้อ งอก ใน สมอง	มะเร็ง เนื้อ งอก ใน สมอง

จากตารางที่ 1 เราสามารถนำไปใช้ในการวางแผนการแพร่กระจายข่าวสารสุขภาพให้เหมาะสมกับลักษณะโรคที่กลุ่มเป้าหมายสงสัยว่าจะเป็น เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง และเตรียมการป้องกันในระยะตั้งแต่ไม่เป็นโรค ซึ่งอาจจะได้ผลถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมากกว่าส่งสารแบบกว้างๆไม่เฉพาะเจาะจงลงไป เช่น เพศชายใน

ภาคเหนือมาตรวจหาด้วยโรคมะเร็งตับ โดยหน่วยงานรัฐที่รับผิดชอบในการเผยแพร่ข้อมูลด้านสุขภาพ อาทิ กระทรวงสาธารณสุขที่มีสถานบริการทั้งระดับปฐมภูมิทุติยภูมิและตติยภูมิในพื้นที่ต่างๆ ก็ควรให้นำเสนอสารที่ป้องกันการเป็นมะเร็งตับไปยังกลุ่มเป้าหมายที่เจาะจงลงไปนี้ (Segmentation)

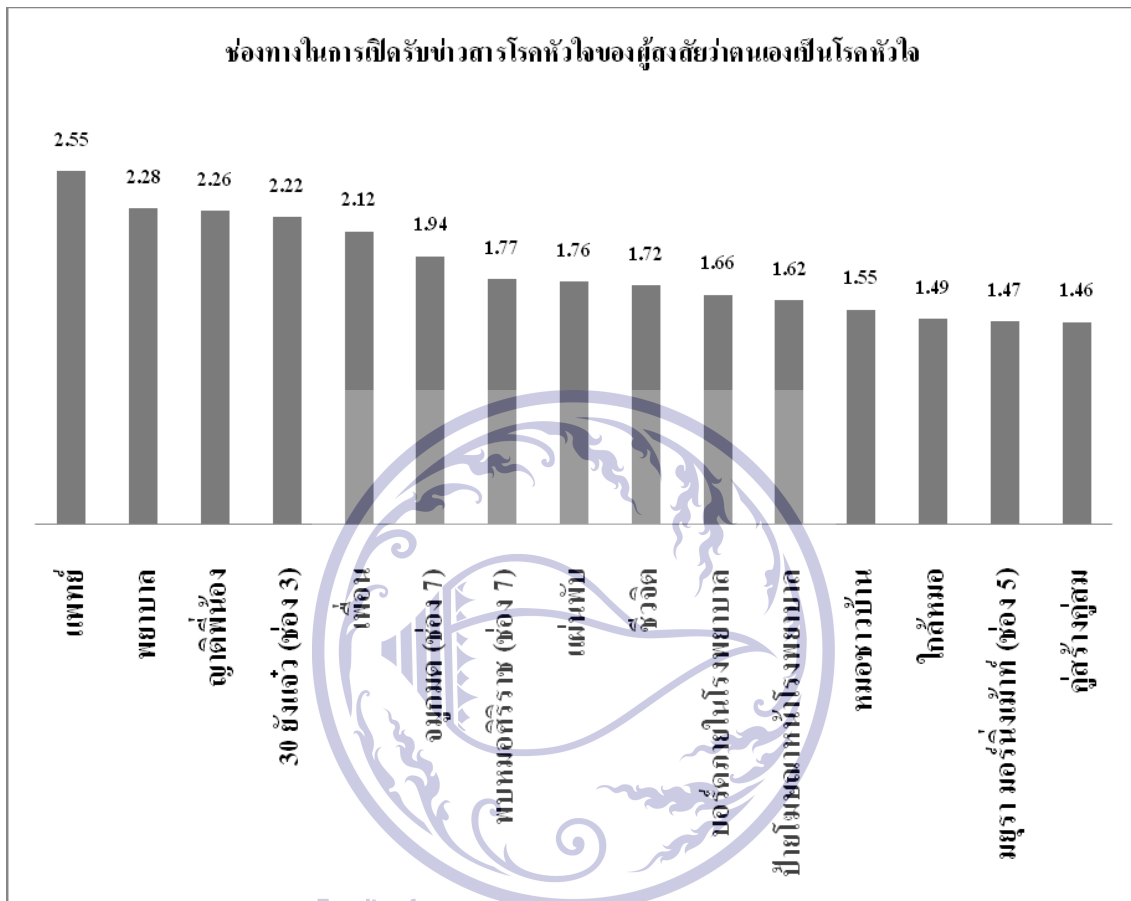
ด้านการเปิดรับข่าวสารโรคมะเร็งและโรคหัวใจจากสื่อต่างๆ

แผนภาพที่ 1 แสดงการเปิดรับข่าวสารเรื่องโรคมะเร็งจากสื่อต่างๆ ของผู้สงสัยว่าตนเองเป็นโรคมะเร็ง



จากแผนภาพที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่สงสัยว่าตนเองเป็นโรคมะเร็งมีการเปิดรับข่าวสารโรคมะเร็งจากญาติพี่น้องมากที่สุด รองลงไป ได้แก่ เพื่อน และจากรายการ 30 ยังแจ๋วซึ่งเป็นรายการโทรทัศน์ออกอากาศทางไทยทีวีสี ช่อง 3

แผนภาพที่ 2 แสดงการเปิดรับข่าวสารจากสื่อต่างๆ เรื่องโรคหัวใจของผู้สงสัยว่าตนเองเป็นโรคหัวใจ



จากแผนภาพที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่สงสัยว่าตนเองเป็นโรคหัวใจมีการเปิดรับข่าวสารโรคหัวใจจากแพทย์มากที่สุด รองลงไป ได้แก่ พยาบาล และจากญาติพี่น้อง ซึ่งนับเป็นการเปิดรับข่าวสารเรื่องโรคหัวใจจากสื่อบุคคลทั้งสิ้น

ด้านการทำนายการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและโรคมะเร็ง

การวิจัยนี้ใช้การวิเคราะห์ถดถอยแบบเชิงชั้น (Hierarchical Regression Analysis) เพื่อค้นหา

สมการที่เหมาะสมที่สุดในการทำนายการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและโรคมะเร็ง ดังแสดงในตารางที่ 2 และ 3 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 แสดงการวิเคราะห์ถดถอยแบบเชิงชั้น (Hierarchical Regression Analysis) เพื่อทำนายการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ

ตัวแปรทำนายและค่าในการทำนาย	การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ (n = 748)				
	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4	Full Model
ตัวแปรลักษณะทั่วไป					
-อายุ	0.133*	0.115*	0.064	0.073*	0.061
ค่า R -square (%)	1.8	1.8	1.8	1.8	1.8
ความถี่ในการมีพฤติกรรมไปตรวจหาโรคหัวใจ					
		0.086*	0.076*	0.040	0.042
ค่า R -square (%)		2.5	2.5	2.5	2.5
ปัจจัยโรคที่ทำให้มาตรวจ					
- โรคความดันโลหิตสูง			0.193*	0.171*	0.157*
- เป็นลมวูบ			0.108*	0.050	0.050
- ชอบทานอาหารมัน			0.197*	0.146*	0.149*
ค่า R -square (%)			14.2	14.2	14.2
คะแนนรวมความเครียดจากแบบทดสอบ					
ความเครียดสวนปรง				0.273*	0.268*
ค่า R -square (%)				20.6	20.6
การเปิดรับสื่อ					
-รายการโทรทัศน์ พบหมอสีริราชทางช่อง 7					0.125*
- การแนะนำจากสื่อบุคคลอย่างพยาบาล					0.083*
- นิตยสารหมอชาวบ้าน					-0.093*
ค่า R -square (%)					23.5
ค่า R -square รวม (%)					23.5

ค่าที่นำมาใส่เป็นค่า Standardized coefficients (β) R-square = 23.5

สมการพยากรณ์การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ = $0.192 + 0.225$ ปัจจัยที่ทำให้มาตรวจ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง + 0.298 ปัจจัยที่ทำให้มาตรวจ ได้แก่ชอบทานอาหารมันๆ + $.037$ คะแนนรวมจากแบบ

ทดสอบความเครียดสวนปรง + 0.159 การเปิดรับรายการพบหมอสีริราช (ช่อง 7) - 0.123 การเปิดรับนิตยสารหมอชาวบ้าน + 0.104 การพูดคุยกับพยาบาล
ค่า Durbin-watson ได้ค่าเท่ากับ 1.416

ตารางที่ 3 แสดงการวิเคราะห์ถดถอยแบบเชิงชั้น (Hierarchical Regression Analysis) เพื่อทำนายการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็ง

ตัวแปรทำนายและค่าในการทำนาย	การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็ง (n=751)							
	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4	Model 5	Model 6	Model 7	Full Model
ตัวแปรลักษณะทั่วไป - ที่อยู่อาศัยปัจจุบันอยู่ใน กรุงเทพมหานคร	0.121*	0.132*	0.140*	0.139*	0.130*	0.108*	0.101	*0.104*
ค่า R –square (%)	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5
ความกังวล		0.309	0.304*	0.249*	0.236*	0.190*	0.203*	0.197*
ค่า R –square (%)		11.0	11.0	11.0	11.0	11.0	11.0	11.0
ความถี่ในการมีพฤติกรรม ไปตรวจหาโรคมะเร็ง			0.109*	0.112*	0.110*	0.097*	0.100*	0.095*
ค่า R –square (%)			12.2	12.2	12.2	12.2	12.2	
ปัจจัยที่ทำให้มาตรวจค้นหาโรคมะเร็ง - การพบปื้นหรือก้อนเนื้อผิดปกติ				0.155*	0.168*	0.130*	0.133*	0.142*
- การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ ที่ผิดปกติจากปกตินิสัย				0.132*	0.119*	0.066	-	
- การตรวจสุขภาพเป็นประจำ				-0.157*	-0.136*	-0.154*	-0.144	-0.122*
- การกินอาหารบิ๊งย่างบ่อย				0.093*	0.083*	0.027	-	
ค่า R –square (%)				19.4	19.4	19.4	16.4	16.4
จำนวนบุหรี่ที่สูบ (มวน/วัน)					0.141*	0.116*	0.114*	0.095*
ค่า R –square (%)					21.3	21.3	18.9	18.9
คะแนนรวมความเครียดจาก แบบทดสอบความเครียดสวนปรง						0.258	0.273*	0.253*
ค่า R –square (%)						26.4	25.9	25.9
คะแนนรวมความรู้เรื่องโรคมะเร็ง							-0.081*	-0.076*
ค่า R –square (%)							26.5	26.5
คะแนนรวมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ								-0.080*
ค่า R –square (%)								27.0
ค่า R –square รวม (%)								27.0

ค่า Durbin-watson ได้ค่า 1.656

สมการพยากรณ์การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็ง = $3.928 + 0.506$ ที่อยู่อาศัยปัจจุบันอยู่ในกรุงเทพมหานคร + 0.916 ความกังวล + 0.232 ปัจจัยที่ทำให้มาตรวจมะเร็ง ได้แก่ พบปื้นหรือก้อนเนื้อผิดปกติ - 0.165 ปัจจัยที่ทำให้มาตรวจมะเร็ง ได้แก่ ตรวจสุขภาพ

เป็นประจำอยู่แล้ว + 0.041 จำนวนบุหรี่ที่สูบ (มวน/วัน) + 0.037 คะแนนความเครียดสวนปรง - 0.094 ความรู้เรื่องโรคมะเร็ง - 0.035 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

มีค่า R square = 27.0

**ด้านปัจจัยที่สามารถการจำแนกผู้ป่วยที่วิตกกังวล และ
ผู้ที่ไม่วิตกกังวลในโรคร้ายแรง 2 โรค ได้แก่ โรคหัวใจ
และโรคมะเร็ง**

ในการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการวิตกกังวลใน
โรคร้ายแรงหรือไม่ สามารถจำแนกออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่
ผู้ที่วิตกกังวล และผู้ที่ไม่วิตกกังวลในโรคร้ายแรง 2 โรค

อันได้แก่ โรคหัวใจและโรคมะเร็ง ด้วยการวิเคราะห์
การจำแนกประเภทหรือ Discriminant analysis โดย
สามารถนำสมการที่ได้ด้านล่าง มาทำการคำนวณ เพื่อ
แยกแยะได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่เดินเข้ามาค้นกรองในสถาน
บริการทางด้านสุขภาพนั้นวิตกกังวลเกินไป (overes-
timation) หรือไม่ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ของสมการจำแนกประเภทแคนอนิคอล (Canonical Discriminant Function Coefficients) และค่าสัมประสิทธิ์แคนอนิคอลที่ปรับแล้ว (Standardized Canonical Discriminant Function Coefficients) ในการวิเคราะห์การจำแนกประเภท (Discriminant analysis)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์ ของสมการ จำแนก ประเภท แคนอนิคอล	ค่าสัมประสิทธิ์ แคนอนิคอล ที่ปรับแล้ว	Eigenvalues	Canonical Correlation	Wilk's lambda (Sig.)
ค่าคงที่	-3.592		0.221	0.425	0.819 (0.000)
โรคที่กังวลได้แก่โรคมะเร็ง	0.866	0.432			
อาชีพรับราชการ	-0.440	-0.172			
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและโรคมะเร็ง	0.269	0.550			
ระดับความเครียด	0.036	0.519			
ปัจจัยที่ทำให้มาตรวจ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง	-0.305	-0.543			
การเปิดรับข่าวสารเรื่องโรคมะเร็งและหัวใจญาติพี่น้อง	0.132	0.219			
การเปิดรับข่าวสารเรื่องโรคมะเร็งและหัวใจ จากบอร์ดภายในโรงพยาบาล	0.109	0.174			
การเปิดรับข่าวสารเรื่องโรคมะเร็งและหัวใจ จากเว็บไซต์ศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏ รัษฎบุรี (www.pathumcancer.com)	0.322	0.269			
ปัจจัยที่ทำให้มาตรวจ ได้แก่ เหนื่อยง่าย	0.327	0.627			
การเปิดรับข่าวสารเรื่องโรคมะเร็งและหัวใจจากแพทย์	-0.125	-0.223			
การเปิดรับข่าวสารเรื่องโรคมะเร็งและหัวใจ จากเว็บไซต์ของกระทรวงสาธารณสุข (www.moph.go.th)	-0.336	-0.381			

นำค่าสัมประสิทธิ์ของตัวแปรอิสระข้างต้น สร้างสมการจำแนกประเภทที่ยังไม่ได้ปรับค่า เพื่อนำไปประมาณค่าคะแนนจำแนกประเภท (Discriminant score) ได้ดังนี้

การเป็นผู้วิตกกังวลหรือไม่วิตกกังวล = $-3.592 + 0.866$ โรคที่กังวลได้แก่โรค มะเร็ง -0.0440 อาชีพรับราชการ $+0.269$ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและโรคมะเร็ง $+0.036$ ระดับความเครียด -0.305 ปัจจัยที่ทำให้มาตรวจ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง

$+0.132$ การเปิดรับข่าวสารเรื่องโรคมะเร็งและหัวใจจากญาติ พี่น้อง $+0.109$ การเปิดรับข่าวสารเรื่องโรคมะเร็งและหัวใจจากบอร์ดภายในโรงพยาบาล $+0.322$ การเปิดรับข่าวสารเรื่องโรคมะเร็งและหัวใจจากเว็บไซต์ศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏ จัตุบุรี $+0.327$ ปัจจัยที่ทำให้มาตรวจ ได้แก่ มีอาการเหนื่อยง่าย -0.125 การเปิดรับข่าวสารเรื่องโรคมะเร็งและหัวใจจากแพทย์ -0.336 การเปิดรับข่าวสารเรื่องโรคมะเร็งและหัวใจจากเว็บไซต์ของกระทรวงสาธารณสุข (www.moph.go.th)

ตารางสรุปผลการทำนายการเป็นสมาชิกของกลุ่มโดยสมการจำแนกประเภท

คำตอบที่ตอบมาโดยกลุ่มตัวอย่าง	การทำนายการเป็นสมาชิกกลุ่ม		รวม
	ไม่กังวล	กังวล	
ไม่กังวล	388 (68.1)	182 (31.9)	570
กังวล	266 (28.6)	664 (71.4)	930

สมการจำแนกประเภทสามารถทำนายการเป็นสมาชิกกลุ่มได้ถูกต้องเฉลี่ยร้อยละ 70.1

จากตารางพบว่าสมการจำแนกประเภทสามารถทำนายกลุ่มผู้ไม่กังวลได้ถูกต้องร้อยละ 68.1 และทำนายผู้ที่กังวลได้ถูกต้องร้อยละ 71.4 เฉลี่ยสมการนี้สามารถทำนายการเป็นสมาชิกกลุ่มได้ถูกต้องร้อยละ 70.1 ซึ่งถือว่าสมการที่ใช้ทำนายว่าบุคคลนั้นๆ วิตกกังวลหรือไม่วิตกกังวล อยู่ในระดับพอใช้

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่าเพศหญิงมีคุณภาพของตนเองมากกว่าเพศชาย ทั้งนี้เป็นผลการศึกษาทั้งจากการวิจัยเชิงปริมาณ และการสัมภาษณ์ นอกจากนี้ในทดสอบสมมติฐานทางสถิติยังพบอีกว่าเพศหญิงมีการพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณา

ตามแนวคิด Decisional balance ตามทฤษฎี Transtheoretical model of change (TTM) ที่ระบุว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมีการชั่งน้ำหนักระหว่างต้นทุน และกำไร ในที่นี้ผู้หญิงจะมีการชั่งน้ำหนักระหว่างการไปลงทุนเวลาไปตรวจคัดกรองมะเร็งและหัวใจ กับกำไรที่ได้มาคือการมีสุขภาพที่ดี ทั้งนี้อาจสนับสนุนด้วยเหตุผลที่แสดงในการวิจัยเชิงคุณภาพว่า สาเหตุที่ผู้หญิงต้องไปตรวจโรคร้ายแรงเนื่องจากกังวลว่าหากเป็นอะไรไปแล้วทางบ้านของตนเองจะเดือดร้อน

แต่ในขณะเดียวกันก็พบว่าเพศชายจะมีความถี่หรือจำนวนครั้งในการตรวจค้นหาโรคมะเร็งมากกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากที่งานวิจัยนี้ค้นพบและสอดคล้องกันคือ สาเหตุที่มาตรวจหามะเร็งมากกว่าเพศหญิง เพราะเนื่องจากเพศชายรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงการเป็นโรคมะเร็งมากกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้จากที่ว่าผู้ชายเองก็มีพฤติกรรม

เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งมากกว่าเพศหญิง เช่น มีพฤติกรรมของการสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับแนวคิดเรื่อง แบบจำลองความเชื่อสุขภาพ (Health belief model) คือ หากมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงมาก จะรับรู้ความรุนแรงของโรคมามากตามไปด้วย เพราะกลุ่มผู้ชายที่มีพฤติกรรมเสี่ยงอย่างการสูบบุหรี่เหล่านี้ทราบว่ามีภาพที่ฝังในใจ (Schema) เกี่ยวกับโรคมะเร็งว่า มะเร็งเป็นโรคร้ายแรง เป็นแล้วต้องตายจึงมาตรวจ และอาจเป็นผลมาจากป้ายเตือนที่ซองบุหรี่ที่คอยตอกย้ำด้วย (Warning message) (Peters, et al, 2007, pp. 473-481)

เมื่อศึกษาถึงประเภทของมะเร็งที่มาตรวจจำแนกตามเพศ พบว่า เพศหญิงมาตรวจด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกมากที่สุดและแม้เมื่อจำแนกตามรายภาคยังพบว่า มะเร็งปากมดลูกก็ยังคิดอันดับในการตรวจ 3 อันดับแรกของทุกภูมิภาค นั้นแสดงว่า การรณรงค์ของรัฐที่กำหนดเป็นนโยบายตั้งแต่กระทรวงสาธารณสุขเรื่อยมาถึงสถานีอนามัยได้ผลเป็นอย่างดี ในการกำหนดให้สตรีที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก รองลงไป ได้แก่ มะเร็งเต้านม ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการรณรงค์ของหน่วยงานรัฐและเอกชนบางหน่วยงานที่สร้างโครงการขึ้นมาเสริมการทำงานของภาครัฐ ทำให้ประชาชนรู้จักตรวจเต้านมด้วยตนเอง เพราะฉะนั้นจากการสัมภาษณ์จึงพบว่าคนไข้มาตรวจหามะเร็ง เพราะสังเกตตนเองแล้ว คลำเจอปุ่มหรือก้อนเนื้อต่างๆ มากที่สุด ซึ่งทำให้สรุปได้ว่าการมีก้อนเนื้อตามร่างกาย เป็นพื้นฐานความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งที่ประชาชนโดยทั่วไปรับทราบดีอยู่แล้ว และหากต้องการให้ประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งควรเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคมะเร็งในประเด็นที่นอกเหนือจากเรื่องการพบปุ่มหรือก้อนเนื้อหรือประเด็นความรู้ใหม่เกี่ยวกับการปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็งที่ประชาชนยังไม่ทราบ ซึ่งสามารถนำไปกำหนดแผนในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอย่างเป็นมีแนวทางและตรงกับความต้องการในการนำไปป้องกันสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายมากที่สุด

ส่วนเพศชาย มักมาตรวจโรคมะเร็ง โดยประเภทของมะเร็งที่มาตรวจได้แก่ มะเร็งปอด ทั้งในกรุงเทพ

มหานคร ปริมณฑล จังหวัดทางภาคอีสาน ภาคใต้ ซึ่งมะเร็งปอดมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมเสี่ยงเรื่องการสูบบุหรี่ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการมีข้อความติดที่ซองบุหรี่ อาจช่วยให้คนวิตกกังวลในโรคดังกล่าวมาก จนพบเป็นสถิติของการมาตรวจด้วยมะเร็งปอดจำนวนมาก นอกจากนี้ยังมีประเภทมะเร็งอื่นๆที่เพศชายมาตรวจอันดับรองๆ ลงไปได้แก่ ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล มาตรวจด้วยมะเร็งต่อมลูกหมาก หากเป็นภาคตะวันตก จะเป็นเรื่องของมะเร็งลำไส้ และภาคเหนือมาด้วยการสงสัยเป็นมะเร็งตับ

อายุ มีค่าสหสัมพันธ์สอดคล้องกับการเปิดรับสื่อ บุคคลอย่างสื่อพยาบาลและการเปิดรับเว็บไซต์ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพหรือ สสส. หมายความว่า บุคคลที่มีอายุมาก จะมีการเปิดรับข่าวสารจากสื่อบุคคลอย่างพยาบาล และเว็บไซต์ของ สสส. ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยเชิงคุณภาพที่พบในงานวิจัยนี้เช่นกันว่า ผู้สูงอายุที่เดินเข้าไปขอตรวจคัดกรองมักเป็นผู้ที่มีความรู้ ซึ่งคนที่มีความรู้มักมีพฤติกรรมในการแสวงหาข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพในประเด็นที่ตนเองสงสัย

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการวิจัยนี้ว่า ยิ่งบุคคลมีอายุมาก ยิ่งมีความถี่ในการมีพฤติกรรมตรวจหาโรคมะเร็งมากตามไปด้วย ดังนั้นผู้ที่อายุมากหรือสูงวัยมาก จะมีพฤติกรรมการแสวงหาความรู้ตามช่องทางสื่อต่างๆ เพื่อนำมาประมวลตามกระบวนการข่าวสารการรับรู้และสรุปตีความถึงสถานะสุขภาพของตนเองว่า เป็นอย่างไร

ด้านความสัมพันธ์กับอาชีพและการศึกษา
พบว่าบุคคลที่ยังมีการศึกษาสูง จะยังมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดีและมีคุณภาพมากขึ้น ทั้งนี้พิจารณาประกอบกับอาชีพ พบว่าผู้ที่เป็นข้าราชการ อีกทั้งใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลของข้าราชการจะมีความถี่ในการมีพฤติกรรมตรวจหาโรคหัวใจมากกว่ากลุ่มอื่นๆ และผู้ที่เป็นข้าราชการขณะนั้นเริ่มสูงวัยมากขึ้น ก็มักมีการไปตรวจมากกว่ากลุ่มอาชีพอื่นๆ ดังนั้น การได้รับสวัสดิการจากรัฐในการรักษาพยาบาล จะเอื้อต่อการไปตรวจคัดกรอง

ซึ่งช่วยป้องกันสุขภาพในเบื้องต้นก่อนเป็นโรคร้ายแรงได้เป็นอย่างดี

ส่วนอาชีพที่มีการดูแลสุขภาพไม่ดี อาทิ อาชีพค้าขายทั่วไป เกษตรกร ซึ่งสอดคล้องกับการสัมภาษณ์จากบุคลากรทางการสาธารณสุขที่ระบุว่า “คนที่ไม่มีฐานะที่มารับบริการของโรงพยาบาลรัฐ มักปล่อยให้โรคลุกลามหรือเป็นมาก่อนถึงมาหา หากเป็นน้อยก็อาศัยทนเอา” นอกจากนี้ยังให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า ส่วนคนที่มีการศึกษา เมื่อเป็นขึ้นมาจะมาตรวจวินิจฉัยทันที ดังนั้นหากต้องการมุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคมะเร็ง ควรมีการเน้นทำกับกลุ่มที่มักมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ไม่ดี โดยเฉพาะอาชีพค้าขาย ควรดำเนินการให้ความรู้กับกลุ่มที่ค้าขาย ซึ่งจะได้โอกาสดีสองประการ ประการแรก คนกลุ่มค้าขายมีความรู้ในเรื่องโรคร้ายแรง และมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองด้วยตนเองได้ดีขึ้น ประการที่สอง เป็นการเสริมแรงให้กลุ่มคนค้าขาย มีการดำเนินการผลิตสินค้า โดยเฉพาะกลุ่มค้าขายที่ผลิตอาหารให้ผลิตอาหารที่ลดเสี่ยงต่อการเกิดโรคทั้งหัวใจและมะเร็ง เช่น ไม่ปนเปื้อนสารไนเตรตในอาหาร ทั้งนี้ลดความเสี่ยงต่อโรคมะเร็ง หรือลดการใช้ผงปรุงรสที่มีโซเดียมสูงทั้งนี้เพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงอันเป็นสาเหตุสำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น

ด้านสถานภาพการสมรส พบว่า ผู้ที่มีสถานภาพการสมรส แต่งงานและอยู่ด้วยกันจะมีความถี่ในการมีพฤติกรรมตรวจหาโรคหัวใจมากกว่าคนที่มีสถานภาพโสด และยังมีบุตรด้วยกัน จะยังมีความถี่ในการมีพฤติกรรมตรวจหาทั้งโรคมะเร็งและโรคหัวใจมากตามไปด้วย แสดงว่าการสนับสนุนของครอบครัว การได้พูดคุยกัน ซึ่งอาจมีแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพ ก็จะกระตุ้นให้บุคคลนั้นๆ มีพฤติกรรมไปหาหมอเพื่อคัดกรองโรคมายิ่งขึ้น

การมีสถานภาพเป็นหัวหน้าครอบครัว สำหรับผู้ที่วิตกกังวลในโรคมะเร็งที่มีสถานะเป็นหัวหน้าครอบครัว จะมีความถี่ในการมีพฤติกรรมไปตรวจค้นหามะเร็งมากกว่าผู้ที่เป็นเพียงผู้อยู่อาศัย สอดคล้องกับการวิจัยเชิงคุณภาพ ที่ได้จากการสัมภาษณ์พบว่าผู้ที่มีการะในการดูแลสุขภาพครอบครัว จะมีความวิตกกังวลมาก เพราะ

หากเป็นอะไรไปก็กลัวว่าครอบครัวจะลำบาก จึงมีการไปตรวจคัดกรองตั้งแต่สงสัยในอาการของตนเองในระยะต้นๆ

ปัจจัยที่ทำให้ไปตรวจโรคหัวใจมากที่สุด ได้แก่ การมีอาการเหนื่อยง่าย รองลงไปได้แก่ รู้สึกเพลียและอาการหัวใจเต้นเร็ว รวมทั้งมีอาการของความเครียดและความดันโลหิตสูงอยู่แล้ว ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยเชิงคุณภาพ คือ ผู้ที่วิตกกังวลมักมาด้วยอาการเหนื่อยง่ายเช่นกัน แต่งานวิจัยเชิงคุณภาพจะเพิ่มเติมในเรื่องของการมีอาการแน่นหน้าอก และเมื่อซักถามไปก็พบว่าสาเหตุที่แท้จริงมาจากความเครียด ซึ่งก่อให้เกิดโรคกระเพาะตามมา และลักษณะอาการของโรคกระเพาะจะมีอาการจุกแน่นซึ่งคนเข้าใจว่าตนเองเป็นโรคหัวใจ ซึ่งอาการเจ็บหน้าอกนี้ กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เป็นโรคเรื้อรังอาจรับเอาลักษณะเด่นของอาการเจ็บหน้าอกจากการรับชมละครที่เมื่อตัวละครตัวใดตัวหนึ่งเป็นโรคหัวใจ มักมีอาการเจ็บหน้าอก กลุ่มที่ไม่ได้เป็นโรคเรื้อรังนี้จึงจับเอาประเด็นของการเจ็บหน้าอกมาคิดว่าตนเองเป็นโรคหัวใจ

ในการทดสอบค่าเฉลี่ยความถี่ในการหาหมอเพื่อตรวจหาหัวใจจำแนกตามปัจจัยอื่นๆ พบว่า ปัจจัยที่ทำให้ความถี่ในการหาหมอเพื่อตรวจหาโรคหัวใจมากหรือน้อยได้แก่ การมีโรคประจำตัว ผลการวิจัยนี้พบว่าผู้ที่มีโรคประจำตัวมีความถี่ในการตรวจหาโรคหัวใจมากกว่าผู้ที่ไม่มโรคประจำตัว และหากมีโรคประจำตัวก็เป็นโรคที่กลุ่มตัวอย่างรู้ว่าเป็นโรคที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งโรคประจำตัวที่กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ตอบได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และเป็นโรคที่พบว่าเป็นกันมากในปัจจุบัน

นอกจากนี้ผู้ที่มักไปตรวจหาโรคหัวใจบ่อยยังได้แก่ผู้ที่ทราบของตนเองมีความเสี่ยง ดังนี้ เช่นทราบของตนเองมีน้ำหนักตัวมาก มีความเครียดสูง มีอายุมาก และมีดัชนีมวลกายมาก เท่ากับว่าผู้ที่มาตรวจหาหัวใจบ่อยนั้นรับรู้ว่าจะตนเองเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ (Perceived susceptibility) และยังมีปัจจัยอื่นๆ เช่น มีบุตรมาก ยังมีการมาตรวจหาหัวใจบ่อยครั้ง รวมทั้งการอาศัยอยู่ใกล้ครอบครัวหรือมีคนอยู่ด้วยนับเป็นการมีความผูกพันทางสังคม (Social cohesion/Social bonding) ซึ่งคนที่อยู่

ใกล้ชิดกับคนที่วิตกกังวล จะช่วยสนับสนุนให้ผู้วิตกกังวลหันมาตรวจสุขภาพเบื้องต้นมากยิ่งขึ้น ดังนั้น ความผูกพันกันทางสังคมนับเป็นปัจจัยสำคัญ (Protective factor domains) ในการป้องกันโรค (Edberg, 2007, p.37)

ด้านสื่อที่ทำให้คนกรุงเทพฯและต่างจังหวัดมาตรวจหาโรคหัวใจมาก คือ โทรทัศน์

ด้านโรคมะเร็ง พบว่า ปัจจัยที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างตรวจค้นหาโรคมะเร็งมากที่สุด ได้แก่ การกินอาหารปิ้งย่างบ่อยๆ รองลงไปได้แก่ การดูรายการเกี่ยวกับสุขภาพแล้วเกิดสงสัย จึงมาตรวจ มีความเครียด รวมทั้งมีญาติที่เป็นโรคมะเร็งอยู่ก่อนและยังเป็นผลมาจากการเปิดรับสื่อช่องทางอื่นๆ

ปัจจัยที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างตรวจค้นหาโรคมะเร็งมากที่สุด ที่เป็นผลจากการวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า ส่วนใหญ่อาจมาตรวจเนื่องจากมีการนำเสนอข่าวในช่วงการรณรงค์บางอย่าง เช่น สัปดาห์รณรงค์มะเร็งปอด ทำให้ผู้ที่สูบบุหรี่มักมาตรวจในวันรุ่งขึ้น ซึ่งจัดเป็นสื่อกิจกรรมที่มีผลต่อการรับรู้ภายในว่าตนเองเข้าข่ายกลุ่มเสี่ยงหรือไม่ จากนั้น เมื่อใคร่ครวญพิจารณาภายในจิตใจแล้ว จึงเกิดเป็นพฤติกรรมการกระตุ้นให้คนมาตรวจ และรวมทั้งสิ่งที่ทำให้วิตกกังวล จนเกิดพฤติกรรมที่ต้องมาตรวจคัดกรองที่มาผนวกประกอบกัน คือ การมีญาติป่วยเป็นมะเร็ง

แต่อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยก็พบว่าการที่กลุ่มตัวอย่างที่วิตกกังวลในเรื่องโรคมะเร็งหากมีความเครียดบ้าง ก็จะมีผลให้เกิดความถี่ในการมีพฤติกรรมไปตรวจหา มะเร็งมากขึ้น ซึ่งการไปตรวจหาโรคมะเร็งตั้งแต่ที่สงสัยว่าตนเองมีอาการเข้าข่ายจะช่วยเป็นการป้องกันในระยะต้น อันจะส่งผลดีต่อสุขภาพและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอันเป็นภาระหนักหากลปล่อยให้มีการลุกลามของโรคนั้นมากเกินไป

ในกรณีของความถี่ในการมีพฤติกรรมมาคัดกรองโรคหัวใจก็เช่นเดียวกัน พบว่า ผู้ที่อายุมาก จะยังมีความถี่ในการมีพฤติกรรมมาตรวจคัดกรองโรคหัวใจมากขึ้น และในขณะเดียวกันถ้ามีความเครียดก็จะยังมี

โอกาสในการไปตรวจหาหรือคัดกรองโรคหัวใจมากตามด้วย

นอกจากนี้ ในเรื่องประเด็นความรู้โรคมะเร็ง พบว่า ผู้ตอบส่วนใหญ่ทราบว่า การเป็นโรคมะเร็งไม่เป็นเรื่องของเวรกรรมนั้นหมายความว่า ประเด็นความรู้สาเหตุที่แท้จริงของการเป็นมะเร็งได้รับการพัฒนาในการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างมากขึ้น เพราะหากเชื่อว่าโรคมะเร็งเป็นเรื่องของเวรกรรม (External locus of control) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้คนมาตรวจคัดกรองเพื่อป้องกันการลุกลามของมะเร็งจะยังเป็นเรื่องที่ยากขึ้นอีก

ตัวแปรระดับความเครียดกับความถี่ในการมีพฤติกรรมไปตรวจหาโรคมะเร็ง พบว่า มีความสัมพันธ์กัน โดยผู้ที่มีความวิตกกังวลมาก ก็จะมีความถี่ในการมีพฤติกรรมไปตรวจหาโรคมะเร็งมากตามไปด้วย

การเปิดรับสื่อ เมื่อพิจารณาสื่อที่เปิดรับ และส่งผลต่อความถี่ในการมีพฤติกรรมไปตรวจหาโรคมะเร็ง พบว่ารายการโทรทัศน์ที่มีความสัมพันธ์กับความถี่ในการมีพฤติกรรมไปตรวจคัดกรองโรคมะเร็งได้แก่ รายการพบหมอศิริราชทางช่อง 7 ซึ่งเป็นรายการเดียวที่สัมพันธ์กับความถี่ในการมีพฤติกรรมไปตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง โดยเฉพาะ พบว่า รายการพบหมอศิริราชทางช่อง 7 สามารถเข้าถึงคนในกรุงเทพมหานครและชนบทได้เป็นอย่างดี เนื่องจากผลการวิจัยยืนยันว่าการเปิดรับรายการโทรทัศน์พบหมอศิริราช ไม่แตกต่างกัน ระหว่างทั้งสองกลุ่ม แต่ผลจากข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า เวลาที่ให้สำหรับรายการสั้นเกินไป ประชาชนยังจับใจความสำคัญอะไรไม่ได้ก็หมดเวลาแล้ว ซึ่งทางช่องสถานีโทรทัศน์ และรายการน่าจะนำประเด็นนี้ไปปรับปรุงรายการโดยเพิ่มเวลามากขึ้น เพราะผลการวิจัยยืนยันว่าเป็นประโยชน์ต่อประชาชน

นอกจากนี้ ยังพบว่า รายการพบหมอศิริราช ส่งผลต่อความถี่ในการตรวจหาโรคมะเร็งโดยเฉพาะในหมู่คนชนบท จะมีอิทธิพลมาก อย่างไรก็ตามสำหรับคนกรุงเทพฯ พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค มะเร็งมีมากกว่าคนชนบท แต่กลับมีความถี่ในการตรวจคัดกรองมะเร็งน้อยกว่า ทั้งนี้ อาจเพราะไม่มีเวลา หรือเพราะไม่ต้องการล่วงรู้ความจริงที่ทำให้เกิดประสบการณ์

เลวร้ายในชีวิต จึงหลีกเลี่ยงที่จะไม่ไปพบแพทย์เพื่อตรวจคัดกรอง และอาจเป็นเพราะมีสื่อต่างๆ ที่เข้าถึงข้อมูลที่ใช้ในการป้องกันโรคมะเร็งมากมายโดยเฉพาะอินเทอร์เน็ตที่สามารถเข้าค้นหาข้อมูลหรือดูเว็บไซต์ แสดงความคิดเห็นได้ตลอดเวลา จึงอาจเป็นข้อสันนิษฐานว่าไม่จำเป็นต้องพบแพทย์เพื่อหาข้อมูลโรคมะเร็งที่ตนเองข้องใจอยู่ ดังนั้น ในกรณีของคนชนบท ถ้าต้องการรณรงค์ให้บุคคลมีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองตั้งแต่เบื้องต้น (Early detection) ก็ควรนำเสนอ รณรงค์ความรู้โรคมะเร็งผ่านรายการพบหมอศิริราช

ด้านสื่อสิ่งพิมพ์อย่างนิตยสารที่ส่งผลต่อการไปตรวจคัดกรองได้แก่ นิตยสารชีวิต ใกล้หมอ ดวงใจพ่อแม่ หมอชาวบ้าน และ นิตยสารคลีโอ (Cleo)

ด้านสื่อเฉพาะกิจที่ควรนำไปใช้ในการเผยแพร่ข้อมูลเพื่อกระตุ้นเตือนให้คนมีพฤติกรรมมาตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง ได้แก่ การจัดสัมมนาของสถานพยาบาลต่างๆ คู่มือมะเร็ง และแผ่นพับ

การรับรู้โอกาสเสี่ยงกับการเปิดรับสื่อ พบว่าเมื่อเปิดรับข่าวสารจากสื่อบุคคลอย่างแพทย์กับพยาบาล จะทำให้คนรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งมากขึ้น ดังนั้น การให้คำแนะนำของแพทย์ พยาบาล ทำให้บุคคลมีการรับรู้ว่าจะเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็ง และนำไปสู่การมีพฤติกรรมคัดกรองมะเร็งมากขึ้น

สื่อเป็นตัวกระตุ้นให้คนรับทราบความเสี่ยงของโรคร้ายแรงด้วยการนำเสนอภาพความน่ากลัว หรือผลลัพธ์ที่ไม่พึงปรารถนาให้แก่คนในสังคมได้ทราบ อย่างไรก็ตามจากการให้สัมภาษณ์ในงานวิจัยเชิงคุณภาพ ข้อดีของสื่อก็คือ การทำให้คนสนใจในการดูแลเฝ้าระวังตนเองตั้งแต่ระยะต้นๆ ที่สังเกตความผิดปกติของตนเอง โดยพฤติกรรมที่คนเฝ้าระวัง คือการสำรวจปุ่มก้อนต่างๆ ภายในร่างกาย โดยเฉพาะในกรณีของโรคมะเร็ง พฤติกรรมของการสำรวจปุ่มก้อนต่างๆ ในร่างกายนี้นำไปสู่การมีพฤติกรรมคัดกรอง (Screening test) ซึ่งทำให้พบว่าในปัจจุบันมีปริมาณของคนที่เป็นโรคมะเร็งมากขึ้น ซึ่งแท้ที่จริงเพราะมีพฤติกรรมมาคัดกรองตั้งแต่ระยะแรกๆ และนับเป็นพฤติกรรมการป้องกันที่ดี เพราะจะช่วยให้มะเร็ง

ที่พบในระยะแรกสามารถรักษาให้หายได้ (Prevention: Starting points ใน Encyclopedia of public health, 2008)

สื่อจึงมีบทบาทในการลดอัตราการตายของคนเป็นมะเร็ง เพราะกระตุ้นให้คนมาตรวจคัดกรองและมีพฤติกรรมป้องกันตนเองตั้งแต่ต้นของการเป็นโรคมะเร็ง สื่อที่ว่า ได้แก่ สื่อบุคคล โดยเฉพาะญาติหรือเพื่อนข้างบ้านที่เป็นโรค จะกระตุ้นให้เกิดการป้องกันในเบื้องต้นได้ดี (Levy, 2007)

เราจะพบว่าหากวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีวิจัยของการให้สุขศึกษา คือ มีการดำเนินการโดยใช้สื่อลงเนื้อหาข่าวสาร (Intervention) กิจของโรคมะเร็งผ่านสื่อต่างๆ มากมาย อาทิ สายด่วนโรคมะเร็ง ซึ่งเป็นสื่อที่เอื้อต่อการถามตอบไปมาในกรณีที่ผู้สงสัยในอาการของตนเองสามารถได้คำตอบทันที (Interactive communication) ในขณะที่มีการสื่อสารภัยคุกคามมะเร็งผ่านสื่ออื่นๆ ทั้งจากสื่อที่ประกอบไปด้วยผู้ส่งสารที่มีความน่าเชื่อถือ (Source credibility) ในเรื่องสุขภาพโดยตรงอย่างแพทย์หรือพยาบาล รวมทั้งรายการโทรทัศน์ “พบหมอศิริราช” และอาจผ่านสื่ออย่างนิตยสารคู่สร้างคู่สมที่เข้าถึงคนกลุ่มระดับล่าง รวมทั้งการสื่อสารในรูปแบบของการใช้สื่อเฉพาะกิจอย่างการสัมมนาในโรงพยาบาลต่างๆ ผู้วิจัยเห็นควรเพิ่มเติมในเรื่องของการรณรงค์ให้คนตระหนักและมีพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งมากขึ้น เช่น ในวันมะเร็งโลกอาจมีการรณรงค์เรื่องโรคมะเร็งทั้งเดือน โดยใช้เครื่องมือด้านการประชาสัมพันธ์และการสื่อสารการตลาดแบบบูรณาการ

หน่วยงานด้านการรณรงค์สุขภาพทั้งรัฐและเอกชนอาจนำสื่อที่ได้ผลต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจที่ผลการวิจัยที่พบเหล่านี้มาใช้วางแผนรวมกันในการบูรณาการ อาทิ สื่อที่ส่งผลต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคหัวใจได้แก่ สื่อโทรทัศน์ เช่น รายการพบหมอศิริราช สื่อที่ส่งผลต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงยังได้แก่สื่อหนังสือพิมพ์ สื่อบุคคล โดยเฉพาะ พยาบาล แพทย์และญาติพี่น้องของกลุ่มตัวอย่าง นอกจากนี้ยังได้แก่ สื่อเฉพาะกิจได้แก่ การจัดการสัมมนาเรื่องโรคต่างๆ ของโรงพยาบาล ป้ายประกาศหน้าโรงพยาบาล รวมทั้งยังได้แก่อินิตยสาร

อาทิ นิตยสาร Health & Cuisine นิตยสารใกล้เคียง นิตยสารคู่สร้างคู่สม เป็นต้น โดยเฉพาะเน้นการรณรงค์ที่เน้นเนื้อหาสาระให้คนชนบทได้รับรู้โอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคหัวใจ

เนื่องจากผลการวิจัยพบว่าคนกรุงเทพฯ มีความถี่ในการตรวจโรคมะเร็งน้อยกว่าคนชนบท ควรใช้สื่อที่กระตุ้นให้คนกรุงเทพฯ มาตรวจมากขึ้นตามที่งานวิจัยนี้ค้นพบ ได้แก่ การเข้าร่วมการสัมมนาของสถานพยาบาล คู่มือมะเร็งปากมดลูก และแผ่นพับ โดยเน้นการรับรู้ประโยชน์ของการมาตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเผยแพร่ออกไปให้มาก

เครื่องมือด้านการประชาสัมพันธ์ที่สำคัญอื่นๆ ที่สามารถนำมาเสริมเพื่อกระตุ้นการรับรู้ความเสี่ยงและสร้างให้มีพฤติกรรมมาตรวจคัดกรอง เช่น การสร้างมาสคอต (Mascot) เพื่อเป็นสัญลักษณ์ให้คนเห็นทันทีและตระหนักถึงภัยของโรคมะเร็ง การหาบุคคลที่มีชื่อเสียงมาเป็นทูตธรรมะมะเร็ง การผลักดันนโยบายอาหารปลอดภัย การจัดสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพที่ดีต่อคุณภาพชีวิตอย่างครบวงจร การจัดกิจกรรมในรูปแบบแปลกใหม่ที่ดึงดูดความสนใจให้สื่อมวลชนนำไปเสนอเป็นข่าวได้อย่างเป็นระยะๆ ตลอดปี

เครื่องมือด้านการตลาดแบบบูรณาการ เช่น การเผยแพร่ข่าวสารที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายในรูปแบบใหม่ๆ การนำเนื้อหาของโรคมะเร็งเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของละครหรือภาพยนตร์ การทำสื่อรูปแบบใหม่ๆ ทันสมัย เช่น สติกเกอร์รณรงค์ ติดตามที่ต่างๆ ในกลุ่มที่เป็นกลุ่มเสี่ยง เช่น ทำสติกเกอร์รณรงค์เรื่องมะเร็งตับในกลุ่มเสี่ยงอย่างประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นต้น

นอกจากนี้มีการวิจัยพบว่าการนำเสนอข้อมูลข่าวสารที่เป็นแง่บวกของท้องถิ่นเอง (Local angle) (Moriarty and Stryker, 2008) มีแนวโน้มข้อมูลข่าวสารหรือสถิติจากต่างประเทศ หรือระดับชาติไปนำเสนอให้คนท้องถิ่นหรือคนต่างจังหวัดปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งพิจารณาไปแล้วเหมือนการนำเสนอข่าวที่มีคุณค่า (Newsworthiness) ในประเด็นที่ใกล้ชิด (Proximity) กับคนอ่านหรือผู้รับสาร จะทำให้ผู้รับสารสนใจเนื้อหานั้นๆ มากกว่า

เนื้อหาที่ใกล้ตัวผู้อ่าน และงานวิจัยยังยืนยันว่าการนำเสนอเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับท้องถิ่นนั้นๆ หรือมีแง่บวกของท้องถิ่นนั้นๆ ได้ผลในเชิงก่อให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพเป็นอย่างดี

ด้านความรู้เป็นสิ่งที่น่าสนใจดังนี้ ยังมีบุคคลนั้นเป็นผู้ที่มีความรู้สูง ก็จะมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ทั้งในกลุ่มของโรคหัวใจและโรคมะเร็งสูงตามด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการให้สัมภาษณ์ ที่พบว่าคนมีการศึกษาสูงมักมาตรวจก่อน แม้ว่าจะเป็นอะไรมากน้อยก็ตาม แต่ความรู้โรคมะเร็งและโรคหัวใจไม่สัมพันธ์กับความถี่ในการมีพฤติกรรมมาตรวจ อย่างไรก็ตาม พบว่าความถี่ในการมาตรวจจะสัมพันธ์กับความกังวล โดยเฉพาะกลุ่มที่สงสัยเป็นโรคหัวใจ หากมีความกังวลในโรคหัวใจมาก ก็ยังมีความถี่ในการมาตรวจโรคหัวใจมากขึ้น

ตามคำอธิบายในแบบจำลองความเชื่อเรื่องสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงมาจากอะไรได้บ้าง งานวิจัยนี้พบว่าจากญาติ ซึ่งนับเป็นสื่อบุคคล และจากช่วงที่มีกิจกรรมรณรงค์สัปดาห์โรคมะเร็ง ซึ่งนับเป็นสื่อกิจกรรม

การได้รับอิทธิพลจากบุคคล (Interpersonal influences) จัดว่าสอดคล้องตามแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender) ที่ระบุว่า พฤติกรรมความเชื่อ หรือทัศนคติของคนอื่นที่มีอิทธิพลต่อความคิดของบุคคล แหล่งของอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว (พ่อ แม่ พี่ น้อง) เพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพ นอกจากนี้ อิทธิพลระหว่างบุคคล หมายความว่ารวมถึง บรรทัดฐาน (ความคาดหวังหรือความเชื่อของบุคคลที่สำคัญกลุ่มบุคคลชุมชนซึ่งได้วางมาตรฐานของการปฏิบัติพฤติกรรมเอาไว้) การสนับสนุนทางสังคม (การรับรู้ของบุคคลว่าเครือข่ายทางสังคมของตนเองให้การสนับสนุนทั้งด้านวัตถุ ข้อมูลข่าวสาร และอารมณ์มากน้อยเพียงใด) และการเห็นแบบอย่าง (การเรียนรู้จากการสังเกตผู้อื่นที่กระทำพฤติกรรมนั้นๆ) อิทธิพลระหว่างบุคคลมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีผลทางอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านแรงผลักดันทางสังคม (social pressure) หรือความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติ

พฤติกรรม ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าอิทธิพลระหว่างบุคคลนั้นมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 57 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับกลางๆ แต่ในงานวิจัยนี้ภายใต้สภาพแวดล้อมของสังคมไทยนับว่าอิทธิพลของบุคคล โดยเฉพาะญาติพี่น้องมีอิทธิพลเป็นอย่างยิ่ง

ด้านตัวแปรพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ งานวิจัยนี้พบว่า ถ้ามีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีสำหรับผู้ที่สงสัยว่าตนเองจะเป็นโรคมะเร็ง จะสัมพันธ์กับจำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันมากที่สุด โดยมีค่าสหสัมพันธ์ เท่ากับ -0.340 รองลงไป คือ ระดับความเครียด มีค่าสหสัมพันธ์ เท่ากับ -0.276 และยังสัมพันธ์กับความรู้เรื่องโรคมะเร็ง โดยมีค่าสหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.134 รวมทั้งน้ำหนักตัว โดยมีค่าสหสัมพันธ์เท่ากับ -0.082

สามารถสรุปได้ว่าสำหรับผู้วิตกกังวลในโรคมะเร็ง หากการมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับดีมาก จะสอดคล้องกับการมีความรู้เรื่องโรคมะเร็งมากตามไปด้วย

แต่ถ้ามีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่ดี จะสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่มาก การมีระดับความเครียดที่มาก และการมีน้ำหนักตัวมาก

เพราะฉะนั้นการให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งจะสามารถทำให้บุคคลที่วิตกกังวลหรือกลัวในโรคมะเร็งมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ดียิ่งขึ้น

ในเรื่องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสำหรับผู้วิตกกังวลในโรคหัวใจ ในงานวิจัยนี้พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ที่วิตกกังวลในโรคหัวใจ สัมพันธ์กับรายได้ โดยมีค่าสหสัมพันธ์เท่ากับ 0.165 หมายความว่ายิ่งมีรายได้มาก ยิ่งมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีตาม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพยังสัมพันธ์กับน้ำหนัก ซึ่งสรุปได้ว่าผู้ที่วิตกกังวลในโรคหัวใจหากมีน้ำหนักตัวมาก ยิ่งมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมากตาม แสดงว่าผู้ที่วิตกกังวลก็ทราบว่าตนนั้นเป็นกลุ่มเสี่ยง เพราะตนเองนั้นอยู่ในข่ายของผู้ที่มีน้ำหนักตัวมาก

ส่วนตัวแปรที่ไม่ช่วยให้การดูแลสุขภาพของผู้วิตกกังวลในโรคหัวใจดีขึ้น และส่งผลต่อการดูแลสุขภาพ เพราะพบว่าสัมพันธ์กัน แต่เป็นความสัมพันธ์แบบผกผัน ได้แก่ จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวันมีค่าสหสัมพันธ์เท่ากับ -0.241 และระดับความเครียดเท่ากับ -0.122 นั้นหมายความว่ายิ่งมีการสูบบุหรี่ในกลุ่มผู้วิตกกังวลในโรคหัวใจ ยิ่งมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพได้ไม่ดี และยิ่งมีระดับความเครียดมาก ยิ่งมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่ดี

โดยสรุปทั้งสองกลุ่มที่วิตกกังวลในโรคหัวใจและมะเร็งจะเหมือนกัน คือ มีความเครียด และไม่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีเท่าที่ควร แต่ก็หันไปตรวจหาหรือคัดกรอง ซึ่งในเชิงสาธารณสุขเน้นการป้องกันสุขภาพมากกว่าการรักษา เพราะฉะนั้นในกลุ่มที่มีความเครียด ต้องมีการรณรงค์ให้มีการดูแลสุขภาพ อาทิ การออกกำลังกายเพื่อผ่อนคลายความเครียด การจัดสิ่งแวดล้อม การมีวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพกายใจที่ดี (Healthy lifestyle) เป็นต้น

ความถี่ในการไปตรวจโรคมะเร็ง จะแตกต่างจากความถี่ในการไปตรวจโรคหัวใจ เพราะโรคมะเร็งไม่เกิดจากการมีโรคประจำตัว แต่ในกรณีโรคหัวใจหากกลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวต่างๆ ก็ยังมีการไปตรวจเพื่อป้องกันตั้งแต่แรกๆ ลึบไต่มาเรื่อยๆ ซึ่งการวิจัยนี้เสนอแนะว่าควรใช้การรณรงค์ด้านสุขภาพโดยเลือกช่องทางการสื่อสารให้เหมาะกับประเภทของโรคที่กลุ่มตัวอย่างกังวล และแยกเป็นกลุ่มเป้าหมายแยกย่อย (Segmentation) ตามภูมิภาคที่กลุ่มตัวอย่างพำนักอาศัย และโอกาสเกิดโรคมะเร็งประเภทต่างๆ ที่แตกต่างกัน เพื่อวางแผนการส่งสารให้เหมาะกับโรคที่กลุ่มบุคคลนั้นๆ กังวล หรือคิดว่าตนเองเสี่ยงต่อไป โดยสามารถประเมินผลความสำเร็จจากการกำหนดแผนงานส่งข่าวสารให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายแยกย่อยนี้ ด้วยการวัดผลก่อนลงมือทำการรณรงค์และวัดผลการเปลี่ยนแปลงหลังการรณรงค์เพื่อเปรียบเทียบกัน ก็จะเห็นผลจากการรณรงค์เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่มีทิศทางมากขึ้นในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

- ธีรพงษ์ แก้วหาญ. (2535). สาธารณสุขมูลฐาน การพัฒนาที่ด้านกระแสนของระบบทัศนะต่างมุมมอง วารสาร
สาธารณสุขมูลฐานภาคอีสาน พ.ย.
- สัณฑ์ หัตถิรัตน์. (2549). คอลัมน์มาเป็นหมอกันเถิด ตอนเครียดจากผลบวกเท็จ นิตยสารหมอชาวบ้าน สำนักพิมพ์
หมอชาวบ้าน : กรุงเทพฯ ปีที่ 27 ฉบับที่ 324 เดือนเมษายน. หน้า 44-45.

ภาษาอังกฤษ

- Beaudin, E. Christopher & Esther Thorson. (2004). Social Capital in Rural and Urban Communities :
Testing Differences in Media Effects and Models. **Journalism and Mass Communication
Quarterly**. Volume 81, No. 2, 378-399, Summer
- Becker, M.H., & Maiman, L.A. (1975). Sociobehavioral Determinants of Compliance with Health
and Medical Care Recommendations, **Medical care**, 8, 10-24.
- Brashers, D.E., Goldsmith, D.J., Hsieh, E. (2002). Information Seeking and Avoiding in Health Contexts.
Human Communication Research. 28, 258-271.
- Carlsson, M. (2000). Cancer Patients Seeking Information from Sources outside the Health Care System.
Supportive Care in Cancer. 8, 453-457.
- Champion, V.L and Catherine R. Scott. (1997). Reliability and Validity of Breast Cancer Screening Belief
Scales in African American Women. **Nursing Research**. November-December, 331-337.
- Champion, V.L., & Miller. (1996). Recent Mammography in Woman aged 35 and Older : Predisposing
Variables. **Health Care for Woman International**, 17(3), 233-245.
- Diefenbach, M.A., and Brain P. Butz. (2004). A Multimedia Interactive Education System for Prostate
Cancer Patients : Development and Preliminary Evaluation. **Journal of Medical Internet
Research**. Vol.6 (1).
- Levy, N. Ronald.(2006/2007). New Opportunities in Health Information. **Public Relation Quarterly**
51 no.4 Winter.
- Lierman, L. M., Kasprzyk, D., & Benoliel, J.Q. (1991). Understanding Adherence to Breast Self-
Examination in Older Women. **Western Journal of Nursing Research**, 13(1). pp.46-66.
- Maiser, Thorsten and Hewstone, Miles. (2006). Spurious Correlations : Distinct Phenomena or Joint
Outcomes of Exemplar-based Category Learning?, **European Journal of Social Psychology**,
315-336.

- Marks, G. R., & Lutgendorf, S.K. (1999). Perceived Health Competence and Personality Factors Differentially Predict Health Behaviors in Older Adults. **Journal of Aging and Health**, 11, 221-239.
- Moriarty M. Cortney., and Stryker, Ellen Jo.(2008) Prevention and Screening Efficacy Messages in Newspaper Accounts of Cancer. **Health Education Research**. Vol. 23 No. 3. pp. 487-498.
- Navarro, F.H., & Wilkins, S. T. (2001). A New Perspective on Consumer Health Web Use : “Value graphic” Profiles of Health Information Seekers. **Managed Care Quarterly**, Vol.9, No.2., 35-43.
- Pender, J. Nola, et al. (2010). **Health promotion in nursing practice**. 6th ed. Pearson.
- Peters, E, Romer D, Slovic P, et al (2007). The impact and acceptability of Canadian-style cigarette warning labels among U.S. smokers and nonsmokers. **Nicotine & Tobacco Research**. Volume 9 . Issue 4. pp. 473-481.
- Prentice–Dunn, S., & Rogers, R.W. (1986). Protection motivation theory and preventive health : beyond the health belief model. **Health Education Research** 1, 153-161.
- Rogers, R.W. (1975). A protection motivation theory of fear appeal and attitude change. **Journal of Psychology**. 91, 93-114.
- Wilhelm, Kirch. (Ed). (2008). **Encyclopedia of public health**.

เว็บไซต์

<http://www.moph.go.th>