ความสัมพันธ์ของการเปิดรับข่าวสาร กับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของประชาชนในกรุงเทพมหานคร

ว่าที่ร้อยตรีมณฑล หวานวาจา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย
The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา
คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2557
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CORRELATION OF MEDIA EXPOSURE, KNOWLEDGE, ATTITUDE AND BEHAVIOR TO PREVENT OBESITY OF PEOPLE IN BANGKOK METROPOLIS

Acting Sub Lieutenant Montol Wanwaja

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science Program in Sports Science
Faculty of Sports Science
Chulalongkorn University
Academic Year 2014
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ความสัมพันธ์ของการเปิดรับข่าวสาร กับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของประชาชนในกรุงเทพมหานคร
โดย	ว่าที่ร้อยตรีมณฑล หวานวาจา
สาขาวิชา	วิทยาศาสตร์การกีฬา
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร. สุจิตรา สุคนธทรัพย์

คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

.....คณบดีคณะวิทยาศาสตร์การกีฬา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนินทร์ชัย อินทิราภรณ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิภาวดี ลี้มิ่งสวัสดิ์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุจิตรา สุคนธทรัพย์)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา สรายุทธพิทักษ์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ดร. อะเคื้อ กุลประสูติดิลก)

มณฑล หวานวาจา : ความสัมพันธ์ของการเปิดรับข่าวสาร กับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของประชาชนในกรุงเทพมหานคร (CORRELATION OF MEDIA EXPOSURE, KNOWLEDGE, ATTITUDE AND BEHAVIOR TO PREVENT OBESITY OF PEOPLE IN BANGKOK METROPOLIS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ดร. สุจิตรา สุคนธทรัพย์, 94 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของประชาชนในกรุงเทพมหานคร เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนในช่วงอายุ 15-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 450 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาโดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิพบว่า ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของแบบสอบถามทั้งฉบับอยู่ที่ 0.94 และทดสอบความเที่ยงได้เท่ากับ 0.81 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson’s correlation coefficient)

ผลการวิจัย มีดังนี้

1. สื่อที่ประชาชนในกรุงเทพมหานครมีการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วนมากที่สุด คือ โทรทัศน์ ร้อยละ 91.78 รองลงมา คือ เฟซบุ๊ค (Facebook) ร้อยละ 80.89 และเพื่อน ร้อยละ 80.00 สื่อที่มีการเปิดรับข่าวสารน้อยที่สุด คือ อาสาสมัครสาธารณสุข ร้อยละ 19.11 และช่วงเวลาที่ประชาชนเปิดรับข่าวสารมากที่สุด คือ ช่วงเวลา 18.01 - 22.00 น. ร้อยละ 41.33 ประชาชนในกรุงเทพมหานครมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วน อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 87.2 มีทัศนคติต่อการป้องกันโรคอ้วน อยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 4.00, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.50) และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.20, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.57)

2. เมื่อหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson’s correlation coefficient) พบว่า การเปิดรับข่าวสารไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วน แต่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.23 มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ส่วนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วนมีความสัมพันธ์กับทัศนคติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.28 คือ มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ และทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.16 มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

สาขาวิชา วิทยาศาสตร์การกีฬา ลายมือชื่อนิสิต .....

ปีการศึกษา 2557 ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

5678419239 : MAJOR SPORTS SCIENCE
KEYWORDS: OBESITY / MEDIA / KNOWLEDGE / ATTITUDE / BEHAVIOR

MONTOL WANWAJA: CORRELATION OF MEDIA EXPOSURE, KNOWLEDGE, ATTITUDE AND BEHAVIOR TO PREVENT OBESITY OF PEOPLE IN BANGKOK METROPOLIS. ADVISOR: ASSOC. PROF. SUCHITRA SUKONTHASAB, Ph.D., 94 pp.

The objective of this research was to study the relationship between media exposure, knowledge, attitude and behavior in obesity prevention of people in Bangkok. This research was a descriptive study. Sample sizes consisted of 450 Thai people, both male and female, between age 15 and 59 who lived in Bangkok. A questionnaire, created by the researcher, was used as a research tool. The content validity was tested by expert panel judges and showed 0.94 and demonstrated acceptable reliability at 0.81. Data were analyzed by percentile, mean, and standard deviation. The relationship between media exposure, knowledge, attitude and behavior in obesity prevention was examined by Pearson's Product Moment Correlation Coefficient.

The results were as follows:

1.The most media exposure regarding obesity prevention for Bangkok people was television, facebook, and friend (91.78%, 80.89% and 80.00%, respectively). The least media exposure was public health volunteerat (19.11%). The frequent time for media exposure was 18.01 – 22.00 hrs. (41.3%). People in Bangkok had an excellent level of obesity prevention knowledge (87.2%), as well as their had an attitude toward obesity prevention in a high level (Mean 4.00 and Standard Deviation 0.50) and obesity prevention behavior in a middle level (Mean 3.20 and Standard Deviation 0.57).

2. From Pearson’s correlation coefficient, there was no relationship between media exposure and knowledge and attitude toward obesity prevention but there was a significant relationship between media exposure and obesity prevention behavior (p<0.05), the correlation coefficient was in the low level (0.23), and there was a significant relationship between obesity prevention knowledge and attitude (p<0.05), the correlation coefficient was in the low level (0.28). Similarly, There was a significant relationship between attitude toward obesity prevention and obesity prevention behavior (p<0.05), the correlation coefficient was in the low level (0.16).

Field of Study: Sports Science Student's Signature .....

Academic Year: 2014 Advisor's Signature .....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จลงได้ด้วยความกรุณาอย่างสูงของ รองศาสตราจารย์ ดร.สุจิตรา สุคนธทรัพย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะแนวทางแก้ไข ที่เป็นประโยชน์ต่อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ รวมทั้งให้ความเมตตาและกำลังใจตลอดระยะเวลาการศึกษาวิจัย ตลอดจน อาจารย์สง่า ดามาพงษ์, รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา สรายุทธพิทักษ์, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นธกฤต วันต๊ะเมล์, ดร. อะเคื้อ กุลประสูติดิลก, อาจารย์สุจิตต์ สาลีพันธ์ ที่สละเวลาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจเครื่องมือการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณาจารย์ และบุคลากรจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือแนะนำแนวทางและอำนวยความสะดวกเรื่องต่างๆ ในการทำวิทยานิพนธ์จนสำเร็จ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขที่พิจารณาทุนอุดหนุนการศึกษาตลอดหลักสูตร

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ ที่อบรมสั่งสอน ให้โอกาสทางการศึกษา รวมทั้ง ครอบครัว ที่เป็นกำลังใจ และสนับสนุนในทุกๆ ด้านมาโดยตลอด

ผู้วิจัยขอขอบคุณ น้อง เพื่อน พี่ นิสิตปริญญาโท พี่ที่ห้องทะเบียนคณะวิทยาศาสตร์การกีฬา รวมไปถึง น้อง และพี่ๆ ที่กรมอนามัยทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจให้ ตลอดระยะเวลาที่ศึกษาอยู่

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านที่ช่วยเหลือการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยซาบซึ้งในความกรุณาของทุกท่านที่กล่าวมา และมิได้นำมากล่าวในที่นี้ จึงขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้ด้วย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... จ
กิตติกรรมประกาศ ..... ฉ
สารบัญ ..... ช
สารบัญตาราง ..... ญ
สารบัญแผนภาพ ..... ฏ
บทที่ 1 บทนำ 1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย 3
ปัญหาในการวิจัย 3
ขอบเขตของการวิจัย 4
คำจำกัดความของการวิจัย 4
ประโยชน์ที่ได้รับ 5
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 6
1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคอ้วน 7
1.1 ความหมายของโรคอ้วน 7
1.2 สาเหตุที่ก่อให้เกิดโรคอ้วน 7
1.3 ผลกระทบของโรคอ้วนที่มีต่อสุขภาพ 8
1.4 วิธีการป้องกันโรคอ้วนด้านสาธารณสุข 9
2. แนวคิดและทฤษฎีด้านการสื่อสาร 11
2.1 ความหมายของการสื่อสาร 11
2.2 ทฤษฎีการสื่อสาร 11

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

หน้า

2.3 การสื่อสารสุขภาพ 16
2.4 การสื่อสารเพื่อการพัฒนา 19
2.5 การสื่อสารเพื่อการพัฒนาสาธารณสุข 21
2.6 การเปิดรับข่าวสาร 22
2.7 สื่อการป้องกันโรคอ้วน 26
3. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม 27
4.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 33
4.1 งานวิจัยในประเทศ 33
4.2 งานวิจัยต่างประเทศ 36
4.3 สรุปงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 37
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย 39
1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 39
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 40
3. วิธีการสร้างเครื่องมือการวิจัย 44
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล 46
5. การวิเคราะห์ข้อมูล 46
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล 47
ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป 47
ส่วนที่ 2 การเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคอ้วน 53
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ 65
1. สรุปผลการวิจัย 65
2. อภิปรายผลการวิจัย 67
3. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ 73

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

หน้า

4. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป 73
รายการอ้างอิง 74
ภาคผนวก 80
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ 81
ภาคผนวก ข ใบรับรองโครงการวิจัย 83
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 88
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ 94

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 วัตถุประสงค์การสื่อสาร (Berlo, 1960) 13

ตารางที่ 2 ความแตกต่างระหว่างสื่อมวลชนและหน่วยงานสาธารณสุข (กรมอนามัย, 2557) 14

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ (n=450)..... 47

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ (n=450) 48

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับค่าดัชนีมวลกาย (n=450)..... 48

ตารางที่ 6 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการศึกษา (n=450) 49

ตารางที่ 7 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอาชีพ (n=450) 50

ตารางที่ 8 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายได้ต่อเดือน (n=450) 51

ตารางที่ 9 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามที่อยู่ปัจจุบันในเขตกรุงเทพมหานคร (n=450) 52

ตารางที่ 10 จำนวน ร้อยละ และการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วนของกลุ่มตัวอย่างจากสื่อมวลชน (n=450) 53

ตารางที่ 11 จำนวน ร้อยละ และการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วนของกลุ่มตัวอย่างจากสื่อบุคคล (n=450) 54

ตารางที่ 12 จำนวน ร้อยละ และการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วนของกลุ่มตัวอย่างจากสื่อเฉพาะกิจ (n=450) 55

ตารางที่ 13 จำนวน ร้อยละ และการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วนของกลุ่มตัวอย่างจากสื่อโสตทัศน์ (n=450) 56

ตารางที่ 14 จำนวน และร้อยละของช่วงเวลาที่เปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วนของกลุ่มตัวอย่าง (n=450) 57

ตารางที่ 15 จำนวน ร้อยละ และระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วนของกลุ่ม ..... ตัวอย่าง จำแนกตามข้อคำถาม (n=450) 58

หน้า

ตารางที่ 16 ค่าเฉลี่ยทัศนคติต่อการป้องกันโรคอ้วนของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อคำถาม (n=450) 61

ตารางที่ 17 ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อ คำถาม (n=450) 62

ตารางที่ 18 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วนกับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของประชาชนในกรุงเทพมหานคร 64

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

สารบัญแผนภาพ

หน้า

แผนภาพที่ 1 แบบจำลองกระบวนการสื่อสาร (Berlo, 1960)..... 11
แผนภาพที่ 2 การสื่อสารทางเดียว (One - way communication) (ปรมะ สตะเวทิน, 2546)..... 15
แผนภาพที่ 3 การสื่อสารสองทางเดียว (Two - way communication) (ปรมะ สตะเวทิน, 2546)..... 16
แผนภาพที่ 4 กรอบแนวความคิดในการวิจัย..... 38

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันผู้ที่เป็นโรคอ้วนมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยองค์กรอนามัยโลกระบุว่า ประชากรทั่วโลกที่มีอายุมากกว่า 20 ปี เป็นโรคอ้วนถึงร้อยละ12 มีผู้เสียชีวิตจากการเป็นโรคอ้วนประมาณ 2.8 ล้านคนต่อปี (กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ, 2556) สำหรับในประเทศไทยโรคอ้วนมีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากผลการสำรวจสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547 และครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 พบว่า ประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีภาวะอ้วน ($BMI \geq 25$ กิโลกรัม/เมตร^2) ร้อยละ 28.7 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 34.7 (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2554) และจากข้อมูลของกรมอนามัยในปี พ.ศ. 2553 - 2554 พบว่า ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป มีภาวะอ้วนเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 14.27 เป็นร้อยละ 22.2 (สำนักส่งเสริมสุขภาพ, 2557) และเมื่อพิจารณาภาวะอ้วนตามกลุ่มอายุพบว่า ภาวะอ้วนในประชากรกลุ่มอายุ 45–59 ปี มีความชุกสูงที่สุดและเริ่มลดลงในกลุ่มอายุ60ปีขึ้นไป เมื่อพิจารณาตามรายจังหวัดพบว่าประชากรในกรุงเทพมหานครมีภาวะอ้วนมากที่สุด (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2553)

ประชากรในประเทศไทย มีจำนวน 64.4 ล้านคน ส่วนใหญ่เป็นประชากรที่อยู่ในช่วงอายุ 15-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 66.5 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งเป็นช่วงอายุที่ครอบคลุมประชากรกลุ่มวัยรุ่น วัยทำงาน และวัยกลางคน ซึ่งเป็นกำลังสำคัญในเชิงเศรษฐกิจของประเทศ การที่ประชากรส่วนใหญ่มีสุขภาพดี จะสามารถปฏิบัติหน้าที่หลักของตนได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ ไม่ขาดงานเพราะการเจ็บป่วย ไม่สูญเสียเวลาในการสร้างผลผลิต และไม่เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล แต่ปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม กระทบโดยตรงกับระบบสุขภาพ สาเหตุการเจ็บป่วย และการตายจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น การเจ็บป่วยด้วยโรคสำคัญของคนไทย 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคหัวใจตามลำดับ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ, 2557) ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงต้องกระตุ้นและสร้างภูมิต้านทานต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นผลมาจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม และปรับพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในประชาชนกลุ่มนี้ (สำนักโรคติดต่อทั่วไป, 2557: ออนไลน์)

การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคอ้วน และนำมาสู่การเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคมะเร็ง เป็นต้น ซึ่งโรคเหล่านี้ถือเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทย จากสถานการณ์ดังกล่าวกระทรวงสาธารณสุขได้มีมาตรการเพื่อแก้ไขและป้องกันภาวะอ้วนลงพุงและ

โรคอ้วนของประชาชนในประเทศไทยตั้งแต่ปี 2550 กรมอนามัยได้ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จัดทำโครงการรณรงค์ในระดับจังหวัด เพื่อกระตุ้นให้เกิดการตื่นตัวและหาวิธีดำเนินการในพื้นที่ ต่อมาในปี 2551 จึงได้จัดทำโครงการ “ภาคีร่วมใจ คนไทยไร้พุง” เพื่อแก้ปัญหาโรคอ้วนด้วยกระบวนการขับเคลื่อนสังคมให้เกิดการทำงานร่วมกันในทุกเครือข่าย จำนวน 64 จังหวัด รวมกรุงเทพมหานคร โดยสนับสนุนให้มีการสร้างกิจกรรมเพื่อสุขภาพ พัฒนาทักษะส่วนบุคคล และรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้กลุ่มเป้าหมาย มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และอารมณ์ รวมทั้งจัดให้มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพดี เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพและภาวะอ้วนลงพุง และมีการดำเนินงานมาอย่างต่อเนื่องมาถึงปัจจุบัน และในปี 2552 กรมอนามัยได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์แก้ไขปัญหาโรคอ้วนคนไทย (คนไทยไร้พุง) พ.ศ 2552 – 2554 โดยกำหนดวัตถุประสงค์ของยุทธศาสตร์ในหลายระดับ ได้แก่ ระดับพื้นฐาน ระดับกระบวนการ ระดับภาคี และระดับประชาชน แต่มีเป้าประสงค์เดียวกันคือ ให้ประชาชนอายุตั้งแต่ 6 ปี ขึ้นไป มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสมตามกลุ่มวัย และอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการลดโรควิถีชีวิต (กรมอนามัย, 2553)

หน่วยงานที่ดำเนินการแก้ไขโรคอ้วนในประเทศไทย คือ กรมอนามัย กรมควบคุมโรค และสำนักงานกองทุนสนับสนุนสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ดำเนินการตามยุทธศาสตร์การพัฒนาในระยะแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555 – 2559 ในยุทธศาสตร์ที่ 3 มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน ควบคุมโรค และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ เพื่อให้แข็งแรงทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ที่เป็นรากฐานของปัญหาภาระโรคที่สำคัญ ซึ่งมีเป้าหมายการพัฒนาหลายด้าน หนึ่งในนั้นคือการสื่อสารสาธารณะที่แรงพอในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2555) และแผนยุทธศาสตร์แก้ไขปัญหาโรคอ้วนคนไทย (คนไทยไร้พุง) พ.ศ. 2552 – 2554 มีวัตถุประสงค์ข้อหนึ่งว่าควรมีระบบสื่อสารสังคมที่มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง สื่อมวลชนให้ความร่วมมือในการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์อย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง จึงเห็นได้ว่าการสื่อสารเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินงานเพื่อป้องกันและแก้ไขโรคอ้วนในประเทศไทย

การสื่อสารมีความสำคัญต่อชีวิตประจำวันของทุกคน เพราะการสื่อสารมีวัตถุประสงค์เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ศึกษาหาความรู้ สร้างความพอใจ ความบันเทิง หรือช่วยให้สามารถตัดสินใจเรื่องใดเรื่องหนึ่ง(ปรมะ สตะเวทิน, 2546) การสื่อสารยังส่งผลถึงพฤติกรรมของมนุษย์ไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมการซื้อ พฤติกรรมการแต่งกาย และพฤติกรรมการปฏิบัติตน โดยเฉพาะพฤติกรรมด้านสุขภาพ การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารไปยังประชาชนเพื่อสร้างพฤติกรรมหรือให้เกิดการตอบสนอง เช่น การรณรงค์ เพื่อลดอุบัติเหตุจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเผยแพร่ข่าวสารเกี่ยวกับอันตรายและวิธีการป้องกันโรคเอดส์ เป็นต้น สำหรับการสื่อสารและข้อมูลการสื่อสารเพื่อป้องกันโรค

อ้วน กระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพมีการจัดกิจกรรมรณรงค์ ให้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ผ่านสื่อชนิดต่าง ๆ มากมาย ไม่ว่าจะเป็นวิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ อาทิ สปอตโทรทัศน์ “ลดพุง ลดโรค” “อ้วนลงพุง 3 อ.” “80-90” “สุขภาพดีเริ่มต้นที่นี่” รายการ “เดอะเฟิร์ม (THE FIRM) องค์กรซ่อนอ้วน” รายการ “ทราบแล้วเปลี่ยน” รายการ “แฟทแฟคท์ (FAT FACT) ความจริงรอบพุง” “เฟสบุ๊ค (facebook) ลดพุงลดโรค”(สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2557: ออนไลน์) สื่อเผยแพร่ความรู้เครือข่ายคนไทยไร้พุง(เครือข่ายคนไทยไร้พุง ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, 2557: ออนไลน์) สื่อแผ่นพับ คู่มือ โปสเตอร์ หนังสือเกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วน (สำนักโภชนาการ, 2557: ออนไลน์)

แต่ปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาวิจัยว่า การสื่อสารดังกล่าวสามารถเข้าถึงประชาชนกลุ่มเป้าหมายหรือไม่ อย่างไร เมื่อประชาชนรับข้อมูลข่าวสารแล้ว ประชาชนสามารถรับรู้ ตระหนัก และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองเพื่อป้องกันโรคอ้วนหรือไม่ ดังนั้น การศึกษาการเปิดรับข่าวสารของประชาชนจึงเป็นสิ่งสำคัญ นอกจากนี้ การสื่อสารเพื่อการเปลี่ยนแปลงยังเน้นใน 3 เรื่องด้วยกัน คือการเปลี่ยนแปลงในเรื่องความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม ดังนั้น การที่ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารจากช่องทางที่เปิดรับ อาจส่งผลนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในเรื่องดังกล่าวได้

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ของการเปิดรับข่าวสาร กับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนโดยเลือกที่จะศึกษาประชาชนในกรุงเทพมหานครที่มีน้ำหนักปกติและน้ำหนักเกินเกณฑ์ปกติ เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการจัดทำสื่อ ผลิตข้อมูลข่าวสาร และการเผยแพร่ผ่านช่องทางที่เหมาะสม กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เพื่อสร้างความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมในการป้องกันโรคอ้วนของประชาชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของประชาชนในกรุงเทพมหานคร

ปัญหาในการวิจัย

การเปิดรับข่าวสาร กับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของประชาชนในกรุงเทพมหานครมีความสัมพันธ์กันหรือไม่อย่างไร

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมุ่งศึกษาเฉพาะการเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคอ้วนของประชาชนในช่วงอายุ 15-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร

คำจำกัดความของการวิจัย

การเปิดรับข่าวสาร หมายถึง การแสวงหาข้อมูลข่าวสาร การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การได้รับประสบการณ์ ด้วยการดู การฟัง และการอ่าน ผ่านช่องทางสื่อสารต่างๆ

การเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วน หมายถึง การแสวงหาข้อมูลข่าวสาร การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การได้รับประสบการณ์ ด้วยการดู การฟัง การอ่าน ผ่านช่องทางสื่อสารต่างๆ ที่หน่วยงานภาครัฐผลิตขึ้น ได้แก่ สื่อมวลชน เช่น โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ สื่อบุคคล เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข สื่อสิ่งพิมพ์ เช่น โปสเตอร์ แผ่นพับ หอกระจายข่าว คู่มือ สื่อเฉพาะกิจ เช่น นิทรรศการ หน่วยเคลื่อนที่ สื่อโสตทัศน์ เช่น เทปบันทึกภาพ เสียงสไลด์ สื่ออินเทอร์เน็ต เช่น website และเป็นช่วงเวลาในการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วน

น้ำหนักเกณฑ์ปกติ หมายถึง สภาวะที่ร่างกายมีอัตราส่วนระหว่างน้ำหนักต่อส่วนสูงอยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยการวัดจากค่าดัชนีมวลกาย (BMI =18.5–22.99 กิโลกรัม/เมตร^2)

น้ำหนักเกินเกณฑ์ปกติ หมายถึง สภาวะที่ร่างกายมีอัตราส่วนระหว่างน้ำหนักต่อส่วนสูงเกินเกณฑ์ปกติ โดยการวัดจากค่าดัชนีมวลกาย (BMI =23–24.99 กิโลกรัม/เมตร^2)

โรคอ้วน หมายถึง สภาวะที่ร่างกายมีไขมันในช่องท้องและไขมันใต้ผิวหนังสะสมมากกว่าปกติ โดยวัดจากค่าดัชนีมวลกาย (BMI ≥ 25 กิโลกรัม/เมตร^2) ซึ่งไขมันที่สะสมนี้ส่งผลเสียต่อสุขภาพเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน และโรคมะเร็ง

ความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน หมายถึง ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคอ้วนประเด็นต่างๆได้แก่ ความหมายของโรค สาเหตุ อันตรายของโรค และวิธีการป้องกันโรค

ทัศนคติต่อโรคอ้วน หมายถึง ความเชื่อ ความคิดเห็นหรือความรู้สึก ท่าทีของประชาชนที่มีต่อการป้องกันโรคอ้วนทั้งในด้านบวกและด้านลบ

พฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน หมายถึง วิธีการปฏิบัติตนไม่ให้มีไขมันในช่องท้องและไขมันใต้ผิวหนังสะสมมากกว่าปกติ โดยการควบคุมพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และอารมณ์

ประชาชนในกรุงเทพมหานคร หมายถึง ประชากรทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุอยู่ในช่วง 15-59 ปี ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ข้อมูลที่พบจากการศึกษานี้เป็นประโยชน์ต่อการสร้างเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนให้แก่ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร

2. เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณากำหนดแนวทางของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการวางแผนผลิตสื่อความรู้ ข้อมูลข่าวสาร ด้านการป้องกันโรคอ้วน และเผยแพร่ผ่านช่องทางที่เหมาะสมเข้าถึงประชาชนกลุ่มเป้าหมาย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ของการเปิดรับข่าวสาร กับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของประชาชนในกรุงเทพมหานครได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเด็นดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคอ้วน
    1.1) ความหมายของโรคอ้วน
    1.2) สาเหตุที่ก่อให้เกิดโรคอ้วน
    1.3) ผลกระทบของโรคอ้วนที่มีต่อสุขภาพ
    1.4) วิธีการป้องกันโรคอ้วนด้านสาธารณสุข
2. แนวคิดและทฤษฎีการสื่อสาร
    2.1) ความหมายของการสื่อสาร
    2.2) ทฤษฎีการสื่อสาร
    2.3) การสื่อสารสุขภาพ
    2.4) การสื่อสารเพื่อการพัฒนา
    2.5) การสื่อสารเพื่อการพัฒนาสาธารณสุข
    2.6) การเปิดรับข่าวสาร
    2.7) สื่อการป้องกันโรคอ้วน
3. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคอ้วน

1.1 ความหมายของโรคอ้วน

โรคอ้วน ได้มีผู้ที่ให้ความหมายไว้หลากหลาย (www.who.int 2014: ออนไลน์; กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ, 2556; กฤษพร อยู่สวัสดิ์, 2555; อัจฉรา ดลวิยาคุณ, 2550; Vieweg et al., 2007; ชูวัส ฤกษ์ศิริสุข, 2548; พรฑิตา ชัยอำนวย, 2545; วิชัย ตันไพจิตร, 2530) พอสรุปได้ดังนี้

โรคอ้วน หมายถึง การที่มีไขมันสะสมทั้งร่างกาย (Body fat) ผิดปกติหรือมากเกินความจำเป็น ซึ่งก่อให้เกิดผลเสียต่อร่างกายหรือภาวะที่ร่างกายสำรองพลังงานในรูปของไขมันโดยมีปริมาณมากเกินกว่าระดับการมีสุขภาพดี ทั้งสภาวะการที่ร่างกายมีไขมันในช่องท้องและไขมันใต้ผิวหนังสะสมมากเกินไป เพศชายมีไขมันในร่างกายมากกว่าร้อยละ 25 ของน้ำหนักตัว และเพศหญิงมีไขมันในร่างกายมากกว่าร้อยละ 32 ของน้ำหนักตัว หรือผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 และในทางการแพทย์จะให้ความหมายของโรคอ้วนว่า การมีไขมันในร่างกายเกินมาตรฐาน ซึ่งทำให้เกิดผลเสียในทุกระบบของร่างกาย ทั้งนี้เป็นผลมาจากการได้รับพลังงานจากอาหารมากกว่าที่ร่างกายใช้ได้หมด หรือภาวะที่ร่างกายได้รับอาหารมากเกินไป ร่างกายจึงเก็บสะสมพลังงานส่วนที่เกินไว้ในรูปแบบของไขมัน และไขมันที่สะสมนี้ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ โรคอ้วนที่มีผลร้ายต่อสุขภาพมีอยู่ 3 ประเภท คือ

1. โรคอ้วนทั้งตัว (Overall obesity) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีไขมันทั่งร่างกายมากกว่าปกติโดยไขมันเพิ่มขึ้นมิได้จัดจำกัดอยู่ที่ตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งโดยเฉพาะ

2. โรคอ้วนลงพุง (Visceral obesity ; Abdominal obesity) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีไขมันของอวัยวะภายในช่องท้องมากกว่าปกติ โดยอาจมีไขมันใต้ผิวหนัง (Subcutaneous fat) บริเวณหน้าท้องเพิ่มขึ้นด้วย

3. โรคอ้วนทั้งตัวรวมกับโรคอ้วนลงพุง (Combined overall and abdominal obesity) ผู้ป่วยกลุ่มนี้นอกจากเป็นโรคอ้วนทั้งตัวแล้วยังเป็นโรคอ้วนลงพุงร่วมด้วย

จากความหมายที่รวบรวมมาสามารถสรุปได้ว่า โรคอ้วนหมายถึง สภาวะที่ร่างกายมีไขมันสะสมในอวัยวะทั้งร่างกายมากเกินมาตรฐาน ซึ่งก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ

1.2 สาเหตุที่ก่อให้เกิดโรคอ้วน

สาเหตุของการเกิดโรคอ้วนมีอิทธิพลจากหลายปัจจัย (กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ, 2556) ดังนี้

1) อายุ อายุที่เพิ่มมากขึ้นทำให้เกิดการเผาพลาญพลังงานเริ่มช้าลงและร่างกายของคนเราไม่ต้องการพลังงานจากอาหารมากเหมือนอายุน้อย คนที่มีอายุมากทั่วไป พบว่ารับประทานอาหารเท่าเดิมและกิจกรรมทางกายเท่าเดิม แต่น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น

2) พันธุกรรม พันธุกรรมเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้เป็นโรคอ้วน ถ้าพ่อแม่อ้วน โอกาสที่ลูกจะอ้วนก็มีมาก อย่างไรก็ตาม ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วนอาจไม่เป็นโรคอ้วนเสมอไปและบางคนที่อ้วนแล้วสามารถลดน้ำหนักตัวและรักษาระดับน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้

3) เพศ เพศชายและเพศหญิงมีความแตกต่างทางด้านองค์ประกอบของร่างกาย เช่น มวลกล้ามเนื้อไขมันในร่างกาย และโครงสร้างของร่างกาย ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะมีผลต่อการเผาผลาญพลังงาน โดยมากเพศหญิงมักอ้วนกว่าเพศชาย

4) การบริโภคอาหาร การรับประทานอาหารที่ให้พลังงานสูงแต่มีคุณค่าทางโภชนาการต่ำ นอกจากไม่เป็นประโยชน์แล้วยังสามารถทำให้อ้วนได้ ชีวิตในปัจจุบันที่เร่งรีบ ประชาชนมักนิยมรับประทานอาหารจานด่วนและขนมขบเคี้ยวต่างๆ ที่ล้วนไม่มีประโยชน์ต่อร่างกาย

5) ขาดการออกกำลังกาย การออกกำลังกายเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพและช่วยทำให้การเผาผลาญพลังงานมีความสมดุล แต่ปัจจุบันคนเรามีการออกกำลังกายน้อยลงมาก เนื่องจากสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ที่เข้ามามีบทบาทในชีวิตประจำวัน

6) สภาพแวดล้อม สภาพแวดล้อมต่างๆรอบตัวที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการออกกำลังกาย ส่งผลให้มีการออกกำลังกายน้อยลง เช่น ไม่มีสถานที่ปลอดภัยสำหรับการออกกำลังกาย สภาพอากาศที่ไม่เหมาะสมร้อนเกินไป ฝนตกตลอดเวลา หรือไม่มีทางเท้าใช้วิ่งออกกำลังกายได้เนื่องจากมีพ่อค้าแม่ค้าใช้เป็นพื้นที่ขายของเป็นต้น

7) การเจ็บป่วย การเจ็บป่วยหรือเป็นโรคบางอย่างทำให้เป็นโรคอ้วนได้ เช่น Hypothyroidism ทำให้การเผาผลาญพลังงานช้าลง หรือภาวะซึมเศร้า เป็นต้น

8) ยารักษาโรค ยารักษาโรคบางชนิดอาจทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นได้ เช่น ยาจำพวก Sterroid

9) อารมณ์และจิตใจ อารมณ์ที่มีผลกระทบต่อจิตใจ เช่น ความเครียด ความกังวล หรืออาการเศร้า อาจจะเป็นผลทำให้รับประทานอาหารมากขึ้น และส่งผลให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นตาม

1.3 ผลกระทบของโรคอ้วนที่มีต่อสุขภาพ

โรคอ้วนจะทำให้คนอ้วนเกิดโรค และความผิดปกติต่างๆ ได้มากหรือเร็วกว่าคนไม่อ้วน ผลกระทบต่อสุขภาพของโรคอ้วน แบ่งออกเป็นกลุ่ม 4 กลุ่ม (แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาโรคอ้วน, 2553 ; รังสรรค์ ตั้งตรงจิต, 2550) ดังนี้

1. กลุ่มโรคเรื้อรังที่สัมพันธ์กับโรคอ้วน ได้แก่ ความเสี่ยงหรือความผิดปกติในการเกิดโรคความดันโลหิตสูง 2.9 เท่า เมื่อเทียบกับคนที่ไม่อ้วน โรคหัวใจและหลอดเลือดพบอันตรายจากโรคหัวใจโคโรนารีเพิ่มขึ้นแม้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 ความเสี่ยงเสียชีวิต 1.3 เท่าในเพศชาย และ 1.6 เท่าในเพศหญิง ในโรคมะเร็งบางชนิด ความเสี่ยงเกิดโรคนิ่วในถุงน้ำดี 3-4 เท่า ความเสี่ยงพบโรคตับอักเสบจากไขมันสะสม (Non-alcoholic fatty liver disease) ร้อยละ 90 ในคนที่ดัชนีมวลกาย > 40 กิโลกรัม/เมตร²

2. กลุ่มความผิดปกติของต่อมไร้ท่อและเมแทบอลิซึม เช่น โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โอกาสเกิดโรค 2 เท่าในคนอ้วนเล็กน้อย 5 เท่าในคนอ้วนปานกลาง และ 10 เท่าในคนอ้วนที่อ้วนมาก มีภาวะไขมันผิดปกติ ไตรกลีเซอไรด์สูง เอชดีแอล-ซี (Hdl-C)ต่ำ แอลดีแอล-ซี (Ldl-C) มักปกติ ในขณะที่แอลดี-ซี (Ldl-C) ชนิดเล็กและหนาแน่น (Small dense) เพิ่มขึ้น ความเสี่ยงความผิดปกติในระบบสืบพันธุ์ กลุ่มอาการถุงน้ำรังไข่เพิ่มขึ้น 1-2 เท่า ความเสี่ยงฮอร์โมนระบบสืบพันธ์ผิดปกติ ประจำเดือนปิดปกติ มีบุตรยาก เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ระดับกรดยูริกในเลือดสูงกว่าคนปกติ และมีโอกาสเป็นโรคเกาต์มากขึ้น

3. กลุ่มโรคหรือภาวะที่เกิดจากน้ำหนักตัวและไขมันมากเกิน เช่น เพิ่มความเสี่ยงต่อข้อเข่าเสื่อม ข้อกระดูกสันหลังเสื่อมซึ่งเปลี่ยนแปลงตามระยะเวลาที่มีน้ำหนักตัวเพิ่ม เสี่ยงเป็นโรคระบบทางเดินหายใจร้อยละ 10 ในคนอ้วนที่มีดัชนีมวลกาย ≥30 กิโลกรัม/เมตร² และพบร้อยละ 44 ในคนอ้วนที่มีดัชนีมวลกาย ≥40 กิโลกรัม/เมตร² เช่น นอนกรน พบโรคผิวหนังได้มากกว่าปกติ อาทิ เชื้อรา Moniliasis บริเวณใต้ราวนม รักแร้และขาหนีบ ผิวหนังบริเวณคอและรักแร้เป็นปื้นดำ การไหลเวียนเลือดจากขาขึ้นสู่หัวใจไม่สะดวก มีปัญหาจากการดมยาสลบ การผ่าตัด การคลอดบุตร และแผลผ่าตัดหายช้ากว่าคนปกติ และอาจมีอาการท้องผูก ถ่ายอุจจาระลำบาก ผู้หญิงอาจมีอาการกลั้นปัสสาวะได้ไม่ดี

4. กลุ่มปัญหาทางสังคม จิตใจ และคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับโรคอ้วน เช่น มักไม่ได้รับความเป็นธรรมในสังคม อาทิ การสมัครเข้าทำงาน อาจรู้สึกท้อแท้ มีปมด้อยเวลาเข้าสังคม ความผิดปกติทางจิตใจ อาจทำให้เปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานมากขึ้น

1.4 วิธีการป้องกันโรคอ้วนด้านสาธารณสุข

การป้องกันโรคอ้วน แบ่งเป็น 3 ระดับ (กรมการแพทย์, 2553 ; พรทิตา ชัยอำนวย, 2545) ได้แก่

1) การป้องกันในภาพรวม (Universal prevention) คือการป้องกันการเพิ่มน้ำหนักตัวในระดับประชากร ครอบคลุมทุกคนในกลุ่มประชากรหรือชุมชน ทั้งกลุ่มที่มีความเสี่ยง และไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วน เป้าหมายเพื่อลดอุบัติการณ์ และลดความชุกของโรคอ้วนในกลุ่มประชากร

นั้น โดยการให้ข้อมูลข่าวสารแก่สังคมโดยรวม ทั้งในด้านการบริโภคอาหารที่เหมาะสม การกระตุ้นให้การออกกำลังกายสม่ำเสมอ ลดพฤติกรรมที่เสี่ยงหรือไม่เริ่มพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วน รับรู้ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเป็นโรคอ้วน เพื่อสร้างความตระหนัก เพื่อประกอบการตัดสินใจให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี อย่างไรก็ตามต้องระวังไม่ให้เกิดความตื่นตระหนกหรือกังวลในกลุ่มที่ไม่มีความเสี่ยง เนื่องจากอาจก่อปัญหาภาวะขาดโภชนาการได้

2) การป้องกันแบบคัดเลือก (Selective prevention) เน้นเฉพาะกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วนตั้งแต่ยังไม่อ้วน ได้แก่ ผู้ที่มีพฤติกรรมดำเนินชีวิตประจำวันไม่ถูกต้อง รับประทานอาหารไขมันสูง ใยอาหารต่ำ ไม่นิยมกินผักผลไม้ ไม่ออกกำลังกาย มีประวัติโรคอ้วนในครอบครัว (บิดามารดาอ้วน) โดยการให้ความรู้และทักษะในการป้องกันไม่ให้มีน้ำหนักเพิ่มจนเป็นโรคอ้วน ปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อการป้องกันน้ำหนักเกิน

3) การป้องกันแบบมีข้อบ่งชี้ (Indicated prevention) เลือกกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงเช่นเดียวกับการป้องกันแบบคัดเลือก โดยกลุ่มนี้เริ่มจะมีตัวบ่งชี้ว่ามีไขมันสะสมเพิ่มขึ้น เช่น เส้นรอบเอว น้ำหนักเพิ่มในช่วงเวลาสั้น หรือมีโรคประจำตัว เช่น เป็นโรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งบุคคลเหล่านี้อาจจะยังไม่อ้วนในขณะนี้ การขาดการดูแลในกลุ่มนี้จะส่งผลให้เกิดโรคอ้วนในอนาคตและเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้นในรายที่มีโรคประจำตัว

จุดประสงค์ของการป้องกันโรคอ้วน คือ

1) ป้องกันการเกิดโรคอ้วนในคนที่มีน้ำหนักปกติ
2) ป้องกันคนที่น้ำหนักเกินเกณฑ์ไม่ให้เป็นโรคอ้วน
3) ป้องกันการกลับไปอ้วนใหม่ของผู้ที่ลดความอ้วนได้แล้ว

จากการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับโรคอ้วนดังกล่าวมาทั้งหมดสรุปได้ว่า โรคอ้วนหมายถึงสภาวะที่ร่างกายมีไขมันสะสมในอวัยวะทั้งร่างกายเกินมาตรฐาน ซึ่งเกิดจากสาเหตุหลายปัจจัย ได้แก่ อายุ เพศ พันธุกรรม พฤติกรรมในการดำรงชีวิต สภาพแวดล้อม การเจ็บป่วย และการใช้ยารักษา ทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ ได้แก่ เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังและความผิดปกติด้านต่างๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด ข้อเข่าเสื่อม มีปัญหาทางด้านจิตใจ เป็นต้น โรคอ้วนนั้นสามารถป้องกันได้ วิธีการป้องกันโรคอ้วนด้านสาธารณสุขแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ การป้องกันในภาพรวมครอบคลุมทุกคนในกลุ่มประชากร การป้องกันแบบคัดเลือกเน้นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วนแต่ยังไม่อ้วน และป้องกันแบบมีข้อบ่งชี้ ผู้ที่มีไขมันสะสมในร่างกายเกิน น้ำหนักตัวรอบเอวเพิ่มในเวลาสั้น หรือมีโรคประจำตัว โดยวิธีการให้ข้อมูลข่าวสารแก่สังคมโดยรวม ให้ความรู้ทักษะในการป้องกันโรคอ้วน ปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการป้องกันน้ำหนักตัวเกิน เพื่อสร้างความตระหนัก และนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

2. แนวคิดและทฤษฎีด้านการสื่อสาร

2.1 ความหมายของการสื่อสาร

การสื่อสารมีความหมายที่กว้างขวาง และครอบคลุมกิจกรรมทุกอย่างของมนุษย์ จึงมีนักวิชาการที่ให้ความหมายของการสื่อสารไว้อย่างมากมายทั้งในและต่างประเทศ (กิติมา สุรสนธิ, 2548) ดังนี้

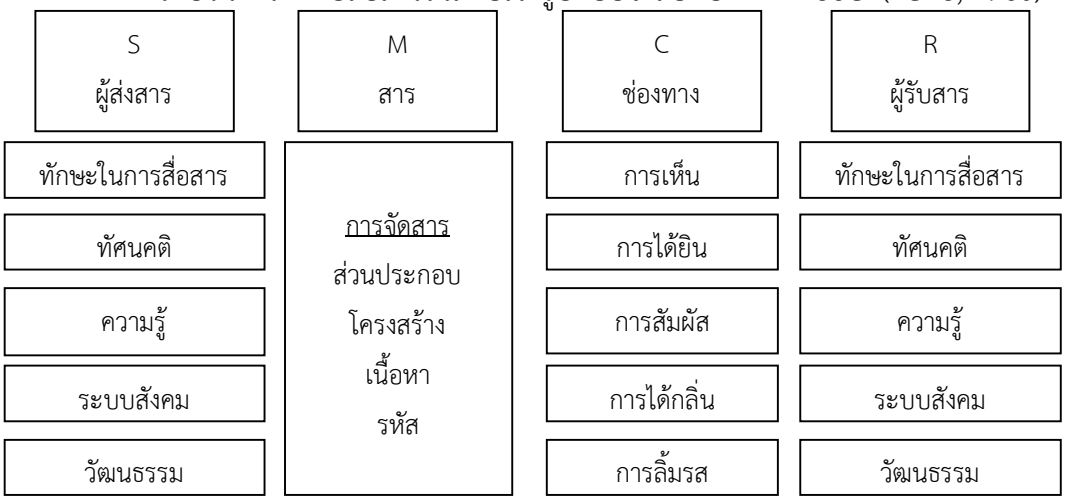
แอริสโตเติล (Aristotle) นิยามการสื่อสารไว้ว่า คือ การแสวงหาวิธีการชักจูงใจที่พึงมีอยู่ทุกรูปแบบเอ็ดเวิร์ด ซาร์พีร์ (Edward Sapir) กล่าวว่า การสื่อสาร คือ การตีความหมายโดยสัญชาตญาณต่อท่าทางที่แสดงเป็นสัญลักษณ์โดยไม่รู้ตัว ต่อความคิดและต่อพฤติกรรมของบุคคล และวิลเบอร์ ชแรมม์ (Wibur Schramm) กล่าวถึงการสื่อสารว่า การสื่อสาร คือ การมีความเข้าใจร่วมกันต่อเครื่องหมายที่แสดงข่าวสาร (Information sign)

ปรมะ สตะเวทิน ได้ให้ความหมายของการสื่อสารว่า คือ กระบวนการของการถ่ายทอดสารจากบุคคลฝ่ายหนึ่งซึ่งเรียกว่า ผู้ส่งสาร ไปยังบุคคลอีกฝ่ายหนึ่ง ซึ่งเรียกว่า ผู้รับสาร ในขณะที่ วิรัช ลภิรัตนกุล ได้ให้ความหมายไว้ว่า การสื่อสาร คือ การติดต่อสื่อสารเป็นกระบวนการในการส่งผ่านหรือสื่อความหมายระหว่างบุคคลสังคมมนุษย์เป็นสังคมที่สมาชิกสามารถใช้ความสามารถของตนสื่อความหมายให้ผู้อื่นเข้าใจได้ โดยแสดงออกในรูปของความต้องการ ความปรารถนา ความรู้สึกนึกคิด ความรู้ และประสบการณ์ต่างๆ จากบุคคลหนึ่งไปสู่อีกบุคคลหนึ่ง (วิรัช ลภิรัตนกุล, 2546: 159)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

2.2 ทฤษฎีการสื่อสาร

กระบวนการติดต่อสื่อสารในลักษณะรูปแบบจำลอง SMCR Model (Berlo, 1960) คือ



แผนภาพที่ 1 แบบจำลองกระบวนการสื่อสาร (Berlo, 1960)

1) ผู้ส่ง (Source) ต้องเป็นผู้ที่มีทักษะและความสามารถใน "การเข้ารหัส" (Encode) เนื้อหาข่าวสาร มีทัศนคติที่ดีต่อผู้รับ มีความรู้อย่างดีเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารที่จะส่ง มีความสามารถในการปรับข้อมูลให้เหมาะสมกับระดับความรู้ของผู้รับ และพื้นฐานทางสังคมและวัฒนธรรมที่สอดคล้องกับผู้รับ

2) ข้อมูลข่าวสาร (Message) เกี่ยวข้องทางด้านเนื้อหา สัญลักษณ์ และวิธีการส่งข่าว

3) ช่องทางในการส่ง (Channel) หมายถึง การส่งข่าวสารข้อมูลให้ผู้รับโดยผ่านประสาทสัมผัสทั้ง 5 หรือเพียงส่วนใดส่วนหนึ่ง คือ การได้ยิน การดู การสัมผัส การลิ้มรส หรือการได้กลิ่น

4) ผู้รับ (Receiver) ต้องเป็นผู้มีทักษะและความสามารถใน "การถอดรหัส" (Decode) สาร เป็นผู้ที่มีทัศนคติ ระดับความรู้ และพื้นฐานทางสังคมวัฒนธรรมเช่นเดียวหรือคล้ายคลึงกันกับผู้ส่ง

ตามลักษณะของ S M C R Model นั้น มีปัจจัยที่มีความสำคัญต่อขีดความสามารถของผู้ส่งและผู้รับที่จะทำให้การสื่อความหมายนั้นได้ผลสำเร็จหรือไม่เพียงใด ได้แก่

1) ทักษะในการสื่อสาร (Communication skills) หมายถึง ทักษะซึ่งทั้งผู้ส่งและผู้รับควรจะมีความชำนาญในการส่งและการรับสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจกันได้อย่างถูกต้อง

2) ทัศนคติ (Attiudes) เป็นทัศนคติของผู้ส่งและผู้รับซึ่งมีผลต่อการสื่อสาร ถ้าผู้ส่งและผู้รับมีทัศนคติที่ดีต่อกันก็จะทำให้การสื่อสารได้ผลดี ทั้งนี้เพราะทัศนคติย่อมเกี่ยวโยงไปถึงการยอมรับซึ่งกันและกันระหว่างผู้ส่งละผู้รับด้วย

3) ระดับความรู้ (Knowledge levels) ถ้าผู้ส่งและผู้รับมีระดับความรู้ที่เท่าเทียมกันก็จะทำให้การสื่อสารนั้นลุล่วงไปด้วยดี แต่ถ้าหากความรู้ของผู้ส่งและผู้รับมีระดับที่แตกต่างกัน ย่อมจะต้องมีการปรับความยากง่ายของข้อมูลที่จะส่งในด้านของความยากง่ายของภาษาและถ้อยคำสำนวนที่ใช้

4) ระบบสังคมและวัฒนธรรม (Socio-culture systems) ระบบสังคมและวัฒนธรรมในแต่ละชาติเป็นสิ่งที่มีส่วนกำหนดพฤติกรรมของประชาชนในชาตินั้น ซึ่งเกี่ยวข้องไปถึงขนบธรรมเนียมประเพณีที่ยึดถือปฏิบัติ สังคมและวัฒนธรรมในแต่ละชาติย่อมมีความแตกต่างกันไป

การวิเคราะห์วัตถุประสงค์ของการสื่อสารอาจใช้ความต้องการของผู้ส่งสารและผู้รับสารเป็นเกณฑ์ ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

ตารางที่ 1 วัตถุประสงค์การสื่อสาร (Berlo, 1960)

วัตถุประสงค์ของผู้ส่งสาร	วัตถุประสงค์ของผู้รับสาร
1. เพื่อแจ้งให้ทราบ (Inform)	1. เพื่อทราบ (Understand)
2. เพื่อสอนหรือให้การศึกษา (Teach or educate)	2. เพื่อศึกษา (Learn)
3. เพื่อสร้างความพอใจหรือให้ความบันเทิง (Please or entertain)	3. เพื่อหาความพอใจ (Enjoy)
4. เพื่อเสนอหรือชักจูงใจ (Propose or persuade)	4. เพื่อกระทำหรือตัดสินใจ (Dispose or decide)

เบอร์โล (Berlo) ยังได้จำแนกวัตถุประสงค์ออกเป็น 2 ประเภท (Berlo, 1960) ได้แก่

1. วัตถุประสงค์ที่เกิดผลทันที (Consummatory purpose) คือ วัตถุประสงค์ที่สารก่อให้เกิดผลกับผู้รับสาร เป็นการสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ส่งสารและผู้รับสารในทันทีทันใด (Immediate reward) เช่น การเสนอข่าวอาชญากรรม บันเทิง กีฬา และข่าวสังคมของหนังสือพิมพ์ ซึ่งมีลักษณะเป็นข่าวที่อ่านแล้วเข้าใจง่าย สามารถตอบสนองความต้องการของผู้อ่านได้ทันทีทันใด (Need satisfactions) หรือการแสดงละครโทรทัศน์ ภาพยนตร์ ซึ่งมุ่งสร้างความบันเทิงแก่ผู้ชม ในขณะที่ผู้ชมก็มุ่งที่จะดูเพื่อความผ่อนคลายความตึงเครียดเช่นเดียวกัน

2. วัตถุประสงค์ที่ใช้เป็นเครื่องมือ (Instrumental purpose) เป็นวัตถุประสงค์ที่ไม่หวังให้เกิดผลในทันที หากแต่สารถูกนำไปใช้เครื่องมือเพื่อนำไปสู่การกระทำอย่างอื่นต่อไป เช่น การเสนอข่าวเกี่ยวกับเศรษฐกิจ การเมือง และการต่างประเทศ ถือเป็นสารที่ต้องใช้ความคิดในการวิเคราะห์เพื่อทำความเข้าใจ ผลที่ผู้อ่านได้รับจากการอ่านข่าวหรือบทความ คือ สามารถใช้สิ่งที่ตนอ่านไปคุยให้คนอื่นฟังต่อเพื่อแสดงให้เห็นว่าตนเป็นผู้มีความรู้ ความเข้าใจ (Well-Informed) ในเรื่องการเมือง และเศรษฐกิจ หรือนำไปใช้เพื่อแก้ปัญหา (Problem solutions) สิ่งที่ตนได้อ่านไม่ได้สร้างความสบายใจหรือความพอใจในทันที แต่ถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือเพื่อการกระทำอย่างอื่นในเวลาต่อมา

นอกจากนี้ ยังมีวัตถุประสงค์ของการสื่อสารที่ความแตกต่างกัน ระหว่างสื่อมวลชนและหน่วยงานสาธารณสุข (กรมอนามัย, 2557) ดังนี้

ตารางที่ 2 ความแตกต่างระหว่างสื่อมวลชนและหน่วยงานสาธารณสุข (กรมอนามัย, 2557)

วัตถุประสงค์ของสื่อมวลชน	วัตถุประสงค์ของหน่วยงานสาธารณสุข
1. ให้ความบันเทิงหรือข้อมูล	1. ให้สุขศึกษา
2. เสนอข่าวสั้น ๆ	2. ทำการรณรงค์ระยะยาว
3. เลือกเสนอที่เป็นข่าวเด่น	3. สร้างความเข้าใจในข้อมูลที่ซับซ้อน
4. สะท้อนภาพสังคม	4. เปลี่ยนแปลงสังคม
5. เสนอความห่วงใยส่วนบุคคล	5. เสนอความห่วงใยต่อสังคม
6. ทำกำไรจากข่าว	6. ปรับปรุงการสาธารณสุขให้ดีขึ้น

การสื่อสารสามารถจำแนกได้อย่างน้อย 5 ประการ (ปรมะ สตะเวทิน, 2546) คือ 1) จำนวนของผู้ทำการสื่อสาร 2) การใช้ภาษา 3) การเห็นหน้าค่าตา 4) ความแตกต่างระหว่างผู้ส่งสารกับผู้รับสาร และ 5) ลักษณะของเนื้อหาวิชา

ซึ่งในที่นี้จะแบ่งโดยใช้จำนวนของผู้ทำการสื่อสารเป็นเกณฑ์ตามจำนวนของบุคคลที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับสถานการณ์การสื่อสาร (Communication situation) (ปรมะ สตะเวทิน, 2546) ดังนี้

1) การสื่อสารภายในบุคคล (Intrapersonal communication) เป็นการสื่อสารของบุคคลคนเดียว บุคคลคนเดียวกันนั้นทำหน้าที่เป็นทั้งผู้ส่งสารและผู้รับสาร กล่าวคือ ระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system) ของบุคคลนั้นจะทำหน้าที่ทั้งส่งสารและรับสาร เช่น การพูดกับตัวเอง การร้องเพลงฟังคนเดียว การเขียนจดหมายแล้วอ่านตรวจทานก่อนส่ง การคิดถึงงานที่จะต้องทำ เป็นต้น

2) การสื่อสารระหว่างบุคคล (Interpersonal communication) คือ การสื่อสารที่ประกอบด้วยบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มาทำการสื่อสารกันในลักษณะตัวต่อตัว (Person – to – person) กล่าวคือ ทั้งฝ่ายผู้ส่งสารและผู้รับสารสามารถที่จะติดต่อแลกเปลี่ยนสารกันได้โดยตรง (Direct) โดยที่เมื่อมีคนหนึ่งเป็นผู้ส่งสาร คนอื่น ๆ จะทำหน้าที่ผู้รับสาร ดังนั้น การสื่อสารระหว่างบุคคลจึงเกิดขึ้นได้ทั้งกรณีคน 2 คน เช่น การพูดคุยกันระหว่าง 2 คน การเขียนจดหมายถึงกัน และการใช้โทรศัพท์คุยกัน เป็นต้น ในทำนองเดียวกันการสื่อสารระหว่างบุคคลก็เกิดขึ้นได้ในกรณีของกลุ่มย่อย (Small group) ซึ่งมีคนมากกว่า 2 คนขึ้นไป มารวมตัวกันในลักษณะที่สามารถติดต่อแลกเปลี่ยนสารกันได้โดยตรง เช่น การประชุมกลุ่มย่อย การเรียนในชั้นเรียน เป็นต้น

3) การสื่อสารกลุ่มใหญ่ (Large group communication) เป็นการสื่อสารระหว่างคนจำนวนมากซึ่งอยู่ในที่เดียวกันหรือใกล้เคียง เช่น การอภิปรายในหอประชุม การพูดหาเสียงเลือกตั้ง การสอนที่มีกลุ่มผู้เรียนจำนวนมาก ซึ่งอยู่ในหลายห้องเรียน จำต้องอาศัยสื่อการสอน เช่น โทรทัศน์

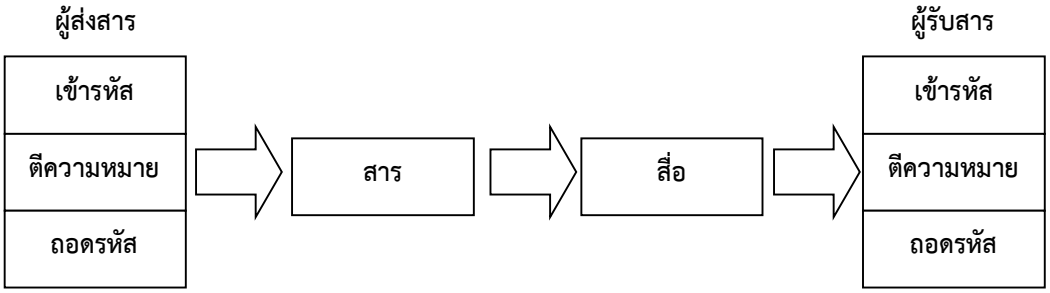
วงจรปิดเข้าช่วย และการปราศรัยในงานสังคม เป็นต้น การสื่อสารในกลุ่มใหญ่นี้ โอกาสที่ผู้ส่งสารและผู้รับสารจะติดต่อแลกเปลี่ยนสารกันโดยตรงมีอยู่น้อย และขาดลักษณะของการสื่อสารแบบตัวต่อตัว (Person – to – person)

4) การสื่อสารในองค์การ (Organizational communication) เป็นการสื่อสารระหว่างผู้เป็นสมาชิกขององค์การหรือหน่วยงานเพื่อปฏิบัติการภารกิจของหน่วยงานให้บรรลุเป้าหมาย ซึ่งประกอบด้วยการสื่อสารระหว่างผู้บังคับบัญชากับผู้ใต้บังคับบัญชา การสื่อสารระหว่างผู้ร่วมงานในระดับเดียวกัน ตัวอย่างของการสื่อสารในองค์การ ได้แก่ การสื่อสารในบริษัทและการสื่อสารในหน่วยงานราชการ เป็นต้น

5) การสื่อสารมวลชน (Mass communication) เป็นการสื่อสารกับมวลชนจำนวนมากในขณะเดียวกันพร้อม ๆ กัน โดยที่สมาชิกของมวลชนแต่ละคนอยู่ในที่ต่าง ๆ กัน เพื่อให้ข่าวสารไปถึงมวลชนได้พร้อมกันจึงต้องอาศัยสื่อที่เข้าถึงประชาชนจำนวนมากได้ในเวลาอันรวดเร็ว ซึ่งสื่อมวลชนได้แก่ หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ เป็นต้น

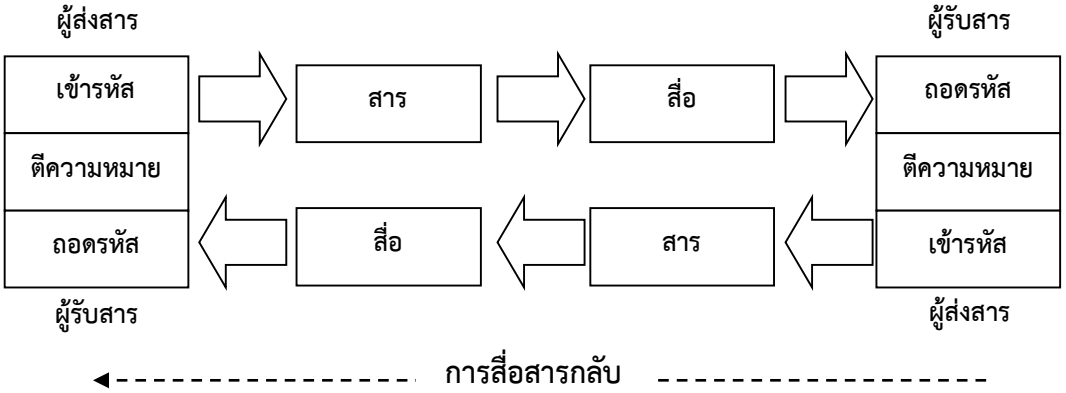
รูปแบบของการสื่อสาร สามารถแบ่งได้เป็น 2 รูปแบบ (ปรมะ สตะเวทิน, 2546) คือ

1) การสื่อสารทางเดียว (One - way communication) เป็นการส่งข่าวสารหรือการสื่อความหมายไปยังผู้รับแต่เพียงฝ่ายเดียว โดยที่ผู้รับไม่สามารถมีการตอบสนองในทันที (Immediate response) ให้ผู้ส่งทราบได้ แต่อาจจะมีปฏิกิริยาสนองกลับ (Feedback) ไปยังผู้ส่งภายหลังได้ เช่น การฟังวิทยุ หรือการชมโทรทัศน์



แผนภาพที่ 2 การสื่อสารทางเดียว (One - way communication) (ปรมะ สตะเวทิน, 2546)

2. การสื่อสารสองทาง (Two-way communication) เป็นการสื่อสารที่ผู้รับมีโอกาสตอบสนองมายังผู้ส่งได้ในทันที โดยที่ผู้ส่งและผู้รับอาจจะอยู่ต่อหน้ากันหรืออาจอยู่คนละสถานที่ แต่ทั้งสองฝ่ายจะสามารถมีการเจรจาหรือการโต้ตอบกันไปมา โดยที่ต่างฝ่ายต่างผลัดกันทำหน้าที่เป็นทั้งผู้ส่งและผู้รับในเวลาเดียวกัน เช่น การพูดโทรศัพท์ การประชุม เป็นต้น



แผนภาพที่ 3 การสื่อสารสองทางเดียว (Two - way communication) (ปรมะ สตะเวทิน, 2546)

การสื่อสารกลับ คือ ปฏิกริยา (Reaction) ของผู้รับสารที่แสดงตอบต่อสารของผู้ส่งสาร ซึ่งมีประโยชน์ 2 ประการ (ปรมะ สตะเวทิน, 2546) คือ

1) สามารถทำให้ผู้ส่งสารได้ทราบถึงผลของการสื่อสารว่าบรรลุวัตถุประสงค์ของตนหรือไม่ เพียงใด ผู้รับสารตีความหมายตรงกับความหมายที่ผู้ส่งสารตั้งใจหรือไม่ (Intended meaning)

2) ผู้ส่งสารสามารถนำผลการตอบกลับมาปรับปรุง ดัดแปลง แก้ไขการสื่อสารในครั้งต่อไปให้ดียิ่งขึ้น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

2.3 การสื่อสารสุขภาพ

การสื่อสารสุขภาพเป็นยุทธศาสตร์ที่จะสร้างและขับเคลื่อนกระบวนการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ด้วยการผสมผสานสาธารณสุขศาสตร์ และนิเทศศาสตร์ รวมทั้งศาสตร์อื่นๆ ด้านสุขภาพ

ความหมายการสื่อสารสุขภาพ

การสื่อสารสุขภาพ (Health communication) หมายถึง กระบวนการสื่อสารที่ส่งผลต่อสุขภาพในด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค โดยใช้กลยุทธ์ของศาสตร์ด้านการสื่อสารในงานสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนทั่วไปหรือกลุ่มเป้าหมาย ได้รับรู้ สนใจ ตระหนัก เกิดการเรียนรู้ มีความรู้ มีค่านิยมด้านสุขภาพ และจิตสำนึกในการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ โดยแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ (วาสนา จันทร์สว่าง, 2550) คือ

1) สุขศึกษา (Health education) เป็นการดำเนินงานด้านสื่อสารสุขภาพในด้านการศึกษา เพื่อการสอนหรือให้การศึกษา รวมถึงประสบการณ์ การศึกษา การเรียนรู้ การจัดการความรู้ทั้งหมดที่ได้วางแผน เพื่อเป้าหมายให้เกิดการปฏิบัติ (Action) ที่เอื้อต่อสุขภาพ

2) การส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) หมายถึง กระบวนการส่งเสริมให้ประชาชน เพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของตนเอง เป็นการดำเนินงานที่พยายามจะให้บุคคลทุกกลุ่มวัยเห็นความสำคัญและตระหนัก ในเรื่องของการสร้างสุขภาพที่ดีให้แก่ตนเอง ครอบครัว และชุมชน มีความพร้อมในการปฏิบัติตนในการรักษาสุขภาพ ตลอดทั้งการปกป้องสุขภาพจากการกระทำหรือปัจจัยที่เป็นภัย หรืออันตรายจากภายนอกร่างกาย ซึ่งต้องอาศัยกระบวนการสื่อสารเพื่อโน้มน้าวชักจูงใจ การสร้างกระแสสังคม สร้างค่านิยมด้านสุขภาพ การเมืองและสังคม

ขั้นตอนการดำเนินงานสื่อสารสุขภาพ ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2548) ดังนี้

1) วิเคราะห์กลุ่มเป้าหมาย เป็นการวิเคราะห์ที่เฉพาะเจาะจงเพื่อให้ความรู้ในเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ เพื่อให้ทราบรายละเอียด และนำรายละเอียดนี้ไปใช้เพื่อการวางแผนปฏิบัติการสื่อสารด้านสุขภาพ โดยจะต้องวิเคราะห์กลุ่มเป้าหมายในประเด็นที่สำคัญ ได้แก่ สภาวะทางสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายเป็นอย่างไร ซึ่งเป็นการกำหนดความพร้อมของผู้รับความรู้ทั้งการและใจ ความรู้เดิมด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพหรือประสบการณ์เดิมของผู้รับความรู้ ค่านิยม ความเชื่อ และวัฒนธรรมของผู้รับความรู้ วุฒิภาวะของผู้รับความรู้

2) วิเคราะห์สภาพแวดล้อม เพราะสภาพแวดล้อมมีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ของผู้รับสาร ซึ่งการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมในระบบการสื่อสารด้านสุขภาพเป็นการวิเคราะห์สิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวกับการสื่อสารด้านสุขภาพในเรื่องหนึ่งเป็นการเฉพาะเจาะจง ทั้งสภาพแวดล้อมทางกายภาพ จิตใจ และสังคม

3) กำหนดวัตถุประสงค์ของการสื่อสารด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญยิ่งในการระบวนการสื่อสารด้านสุขภาพ โดยจะต้องกำหนดเป็นวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมในเรื่องที่จะต้องการให้ความรู้ ซึ่งผู้รับผิดชอบสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการกำหนดเนื้อหา เลือกวิธีการสื่อสาร เลือกประสบการณ์การเรียนรู้ในแผนปฏิบัติการสื่อสารด้านสุขภาพ โดยต้องคำนึงถึงกลุ่มเป้าหมาย และสภาพแวดล้อมในการสื่อสารด้านสุขภาพ

4) เลือกเนื้อหาและกิจกรรมการสื่อสารด้านสุขภาพ การเลือกเนื้อหาการสื่อสารด้านสุขภาพเป็นการเลือกและจัดเรียงเนื้อหาที่ได้กำหนดไว้ก่อนใน แผนงานเทคโนโลยีและการสื่อด้านสุขภาพประจำปี ให้เหมาะสมสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ โดยจะต้องมีการเลือกกิจกรรมรวมถึงวิธีการและอุปกรณ์การให้ความรู้ของผู้ให้ความรู้ เพื่อให้ผู้รับความรู้เกิดการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์และต้องสอดคล้องกับเนื้อหาการให้ความรู้

5) วางแผนปฏิบัติการสื่อสารด้านสุขภาพ ต้องเป็นแผนปฏิบัติที่สอดคล้องกับแผนประจำปีที่วางไว้ โดยต้องมีการศึกษาและวิเคราะห์กลุ่มเป้าหมาย ปัญหาสุขภาพ สภาพแวดล้อม สื่อ เวลา และสิ่งอำนวยความสะดวก ซึ่งแผนปฏิบัติการสื่อสารด้านสุขภาพควรประกอบด้วย ชื่อหัวเรื่อง ผู้ให้ความรู้ ระยะเวลาที่ให้ความรู้ สถานที่ให้ความรู้ กลุ่มเป้าหมาย วัตถุประสงค์ วิธีการ เนื้อหา กิจกรรมการให้ความรู้ สื่อผู้รับผิดชอบ และวิธีการประเมินผล

การวางแผนปฏิบัติการสื่อสารด้านสุขภาพ ต้องเลือกรูปแบบที่ผสมผสานองค์ความรู้ด้านสื่อสารและด้านสุขภาพที่จะทำให้กลุ่มเป้าหมายสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ถูกต้องเหมาะสมเพื่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งรูปแบบการสื่อสารสุขภาพที่เหมาะสมมี 3 รูปแบบ คือ

1) การสื่อสารรายบุคคล เป็นรูปแบบการสื่อสารที่ใช้กันในกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพเฉพาะบุคคลที่ต้องได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวเฉพาะบุคคล และในรายผู้ป่วยที่จะกลับบ้าน การสื่อสารรายบุคคลนี้ทั้งผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่มีโอกาสสักถามเป็นการส่วนตัว โดยอาจมีการสาธิตหรือฝึกปฏิบัติร่วมด้วยกับการบรรยายประกอบสื่อก็ได้ตามเนื้อหาและสถานการณ์ปัญหา

2) การสื่อสารรายกลุ่ม รูปแบบนี้เหมาะสำหรับกลุ่มเป้าหมายที่มีปัญหาสุขภาพคล้ายกันก็มารวมกลุ่มกัน เช่น ผู้ป่วยหลังคลอด ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ปกคลองที่พาลูกหลานมาฉีดวัคซีน เป็นต้น ซึ่งวิธีการนี้นิยมใช้กันในตึกผู้ป่วย ผู้ป่วยคลินิกเฉพาะโรค และสถานีอนามัย การให้ความรู้รายกลุ่มอาจใช้วิธีการเดียวหรือหลายวิธีการประกอบกันก็ได้ เช่น วิธีการบรรยายการสาธิต การอภิปราย การฝึกปฏิบัติ กรณีตัวอย่าง ถาม-ตอบ (มีรางวัล) เป็นต้น

3) การสื่อสารแบบมวลชน รูปแบบนี้เป็นรูปแบบการสื่อสารที่ผู้ป่วย ญาติและประชาชนจำนวนมากมีโอกาสได้รับความรู้ รูปแบบที่นิยมดำเนินการ คือ การจัดเสียงตามสาย ป้ายนิเทศหรือการจัดบอร์ด โทรทัศน์วงจรปิด มุมความรู้หรือมุมสุขภาพ สื่อสิ่งพิมพ์ การจัดกิจกรรมรณรงค์

6) เตรียมการสื่อสารด้านสุขภาพ ได้แก่ เตรียมผู้สื่อสาร เตรียมสภาพแวดล้อม เตรียมสื่อ วัสดุ อุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวก และเตรียมกลุ่มเป้าหมาย

7) ดำเนินการสื่อสารด้านสุขภาพ จะต้องดำเนินการตามแผนปฏิบัติการการสื่อสารด้านสุขภาพที่กำหนด ทั้งสื่อที่ผู้รับความรู้สามารถศึกษาได้ด้วยตนเอง และสื่อที่ต้องมีผู้ให้ความรู้นำเสนอ

8) ประเมินผลการสื่อสารด้านสุขภาพ ใน 2 ประเด็น คือ

1) การประเมินผลการให้ความรู้ การสื่อสารแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม มีการทดสอบความรู้ทั้งผู้รับและผู้ให้ความรู้ ประเมินสื่อที่ใช้ให้ความรู้ รวมทั้งประเมินการสื่อสารมวลชน ประเมินการรับรู้ของกลุ่มเป้าหมาย สอบถามความคิดเห็น ประเมินกิจกรรม และความรู้ที่ได้รับของกลุ่มเป้าหมาย

2) ประเมินแผนปฏิบัติการสื่อสารด้านสุขภาพ เป็นการตรวจสอบการปฏิบัติการสื่อสารความรู้ด้านสุขภาพที่ดำเนินการไปนั้นบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ มากน้อยเพียงใด คุ้มค่ากับการลงทุนหรือไม่ มีปัญหาหรืออุปสรรคในการดดำเนินงานอะไร ข้อมูลที่ได้กลับจะนำมาปรับปรุงหรือขยายหรือยกเลิกแผนปฏิบัติการ

2.4 การสื่อสารเพื่อการพัฒนา

การสื่อสารเพื่อการพัฒนา หมายถึง การนำเอาสื่อสารทุกรูปแบบมาช่วยส่งเสริมสนับสนุนกระบวนการพัฒนาประเทศ ได้แก่ การพัฒนาเศรษฐกิจการเมือง สังคมและวัฒนธรรม ทั้งนี้การสื่อสารเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่จะช่วยผลักดันให้กระบวนการพัฒนาประเทศสำเร็จ ลุล่วงไปด้วยดี (สุรสิทธิ์ วิทยารัฐ, 2549)

การสื่อสารเป็นเครื่องมือ หรือวิธีการที่จะพัฒนาเปลี่ยนแปลงไปสู่สิ่งใหม่ที่ดีขึ้น (Change for better) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เป็นพื้นฐานสำคัญก็คือ การเปลี่ยนแปลงตัวบุคคลอันเป็นทรัพยากรที่สำคัญทางสังคม โดยการทำให้บุคคลในสังคมมีความคิด มีความตระหนัก มีทัศนคติ และมีการประพฤติปฏิบัติในลักษณะที่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาประเทศ วัตถุประสงค์ในการสื่อสารเพื่อการเปลี่ยนแปลงมี 3 เรื่อง (Rogers, 1976 อ้างใน กิติมา สุรสนธิ, 2548) ดังนี้

1) วัตถุประสงค์ที่ต้องการจะเปลี่ยนแปลงในเรื่องความรู้ (Knowledge change) ได้แก่ การถ่ายทอดความรู้ประสบการณ์ต่างๆ ให้แก่บุคคลเพื่อก่อให้เกิดความรู้ ความจำ (Knowleadge or recall) เกิดความเข้าใจ (Understanding) สามารถนำไปใช้ (Application) นำไปวิเคราะห์ (Synthesis) รวมทั้งสามารถประเมินค่า (Evaluation) เรื่องราวเหตุการณ์และสิ่งต่างๆ ได้

2) วัตถุประสงค์ที่ต้องการจะเปลี่ยนแปลงในเรื่องทัศนคติ (Attiitude change) เป็นความพยายามหรือความต้องการในการที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความคิด ความรู้สึก (Internal personalities) ของบุคคล ซึ่งแบ่งออกได้ 5 ระดับ คือ ความพยายามที่จะให้ผู้รับสารเกิดการยอมรับ (Receiving or attending) การตอบสนอง (Responding) เกิดค่านิยม (Valuation) การเข้าถึงแนวความคิดหรือมโนคติ (Organization) และการนำไปปฏิบัติเป็นนิสัย (Characteristics) การเปลี่ยนทัศนคติของบุคคลเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ค่อนข้างยาก โดยเฉพาะทัศนคติที่มีต่อสิ่งใดมาเป็นระยะเวลานาน เช่น ศาสนา อุดมการณ์ แต่ก็มีทัศนคติบางอย่างที่อาจเปลี่ยนแปลงได้ เช่น ความรู้สึกทัศนคติต่อเรื่องแฟชั่นการแต่งกาย การเต้นรำ ความนิยมในการบันเทิง เป็นต้น

3) วัตถุประสงค์ที่ต้องการจะเปลี่ยนแปลงในเรื่องพฤติกรรม (Behavior or performance change) ซึ่งมีหลายขั้นตอน นับตั้งแต่การลอกเลียนแบบ (Imitation) การลงมือทำตามแบบ (Manipulation) การกระทำได้อย่างถูกต้อง (Percision) การกระทำอย่างต่อเนื่อง (Articulation) รวมทั้งการทำได้อย่างเป็นธรรมชาติ (Naturalization)

การสื่อสารสุขภาพที่มีประสิทธิภาพจะต้องประกอบด้วยการใช้สื่อและการใช้ช่องทางต่างๆ ที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายที่ต่างกัน ซึ่งหมายถึงความต้องการก็ต้องต่างกันไปด้วย ดังนั้น การใช้สื่อแต่ละประเภทก็จะต้องมีความแตกต่างกันไป ไม่ว่าจะเป็นสื่อสารมวลชน และการใช้สื่อสารระหว่างบุคคล ทั้งนี้อาจใช้ทั้งการสื่อสารแบบพบหน้า (Face-to-face communication) และการสื่อสารผ่านสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศต่างๆก็ได้ ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมในแต่ละกรณีไป (แพรวพรรณ อัคคะประสา, 2549)

นอกจากนี้ ยังมีทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนา คือ การแพร่กระจายนวัตกรรมและการยอมรับนวัตกรรม (Diffusion and adoption of innovation) กระบวนการทั้ง 2 อธิบาย (Rogers et al., 1962) ดังนี้

1) การแพร่กระจายนวัตกรรม (Diffusion of innovation) หมายถึง กระบวนการซึ่งนวัตกรรมใดนวัตกรรมหนึ่งกระจายหรือขยายวงออกไปสู่กลุ่มบุคคล เป้าหมาย จนกระทั่งบุคคลเป้าหมายส่วนใหญ่ในกลุ่ม ยอมรับนวัตกรรมนั้นๆไปปฏิบัติ กระบวนการของการแพร่กระจายนวัตกรรม มุ่งเน้นที่การเดินทางของนวัตกรรมไปสู่ผู้รับ หรือบุคคลเป้าหมายโดยมีเวลาเป็นปัจจัยเกี่ยวข้องที่สำคัญ จะเห็นได้ว่าในการที่นวัตกรรมจะกระจายออกไปได้นั้นต้องการการดำเนินการที่มีการคิดเตรียมการ การวางแผนไว้ล่วงหน้าว่าจะกำหนดให้นวัตกรรมนั้นๆกระจายออกไปถึงใครที่ไหนอย่างไร เพื่อจะได้มีการตอบสนองในด้านการยอมรับนวัตกรรมได้ตามวัตถุประสงค์

2) การยอมรับนวัตกรรม (Adoption of innovation) การยอมรับนวัตกรรม หมายถึงกระบวนการซึ่งบุคคลเป้าหมายเปิดรับ พิจารณา และท้ายที่สุดมีการปฏิเสธ (Reject) หรือยอมรับ/ปฏิบัติ (Practice/adopt) ตามนวัตกรรมใดนวัตกรรมหนึ่ง โดยมีกระบวนการที่เรียกว่าเป็น การตัดสินใจในนวัตกรรม (Innovation-decision procees) ซึ่งประกอบไปด้วย 5 ขั้นตอน คือ

1) ขั้นความรู้ (Knowledge stage) ผู้รับนวัตกรรมได้รับความรู้ หรือเสาะหาความรู้เพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับนวัตกรรมนั้นๆ

2) ขั้นโน้มน้าว (Persuasion stage) ผู้รับนวัตกรรมให้ความสนใจ มีทัศนคติที่ดีต่อนวัตกรรมมากขึ้น เกิดความโน้มเอียงที่จะเห็นดีเห็นงามต่อนวัตกรรมนั้นๆมากขึ้น

3) ขั้นการตัดสินใจ (Decision-making stage) ผู้รับนวัตกรรม พิจารณาถึงข้อดีข้อเสียก่อนที่จะตัดสินใจว่าจะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตามนวัต กรรมนั้น

4) ขั้นลงมือปฏิบัติ (Implementation stage) ผู้รับนวัตกรรมลงมือปฏิบัติตามนวัตกรรม

5) ขั้นยืนยันการปฏิบัติ (Confirmation stage) ผู้รับนวัตกรรมปฏิบัติซ้ำตามนวัตกรรมนั้น หลังจากได้เริ่มปฏิบัติครั้งแรกไปแล้ว

ในส่วนของผู้รับนวัตกรรมหรือผู้รับการถ่ายทอดเทคโนโลยีนั้นก็มีลักษณะ หรือปัจจัยส่วนที่เกี่ยวข้องหลายประการที่ส่งผลต่อระดับของการยอมรับนวัตกรรมด้วย และปัจจัยต่างๆเหล่านั้นก็ยังมีความแตกต่างมากน้อยกันไปในผู้รับแต่ละรายด้วย ส่งผลให้เกิดความแตกต่างของ อัตราการยอมรับนวัตกรรมที่ช้าหรือเร็วไม่เท่ากัน ซึ่งจากอัตราการยอมรับของผู้รับนวัตกรรมที่ไม่เท่ากันนี้ ทำให้สามารถแยกผู้รับนวัตกรรมออกเป็นกลุ่มตามอัตราของการยอมรับนวัตกรรมได้ ดังนี้

1) กลุ่มผู้รับเร็ว (Innovators) มีจำนวนร้อยละ 2.5 มีความพร้อมทางเศรษฐกิจในการเสี่ยงทำการสิ่งใดสิ่งหนึ่ง กล้าได้กล้าเสีย ไม่กลัวความล้มเหลว แต่ไม่ถือเป็นแบบอย่างให้แก่ผู้รับนวัตกรรมในกลุ่มอื่นๆที่รับช้ากว่าได้

2) กลุ่มผู้รับที่พิจารณาการรับให้รอบคอบ (Early adopters) มีจำนวนร้อยละ 13.5 เป็นผู้ที่ได้รับการยอมรับจากคนอื่นๆในสังคม ชุมชน มีการใคร่ครวญ ไตร่ตรองอย่างรอบคอบในการตัดสินใจ ประสบผลสำเร็จในอาชีพ มีฐานะทางสังคมที่ดี เป็นแบบอย่างให้แก่ผู้อื่นได้ ในการทำงานถ่ายทอดเทคโนโลยี อาจใช้ประโยชน์จากผู้รับนวัตกรรมในกลุ่มนี้โดยขอความร่วมมือให้ช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาแนะนำ ผู้รับนวัตกรรมในกลุ่มอื่นๆได้

3) กลุ่มผู้รับที่ยอมรับตามผู้อื่นที่ค่อนข้างเร็ว (Early majority) มีจำนวนร้อยละ 34.0 เป็นกลุ่มใหญ่ของผู้ยอมรับที่ต้องอาศัยการดูอย่างผู้อื่นที่ประสบผลสำเร็จ ก่อน เพื่อให้เกิดความมั่นใจมากขึ้น แล้วจึงตัดสินใจ

4) กลุ่มผู้รับที่ยอมรับตามผู้อื่นที่ค่อนข้างช้า (Late majority) มีจำนวนร้อยละ 34.0 เป็นกลุ่มผู้รับกลุ่มใหญ่อีกกลุ่มหนึ่งที่มีลักษณะที่ขาดความมั่นใจ ในการตัดสินใจ

5) กลุ่มผู้รับที่รับช้า (Laggards) มีจำนวนร้อยละ 16.0 มีฐานะทางเศรษฐกิจ สังคมไม่ค่อยดี ยึดถือความเชื่อ และค่านิยมเดิมอย่างเหนียวแน่น มีความลังเลสงสัยในสิ่งแปลกใหม่ มีความเป็นอนุรักษ์นิยมสูง

2.5 การสื่อสารเพื่อการพัฒนาสาธารณสุข

การสื่อสารเพื่อพัฒนาการสาธารณสุข ใช้ในการแก้ปัญหาเรื่องสุขภาพของประชาชนเป็นเรื่องสำคัญ ประเทศจะพัฒนาได้ต้องอาศัยประชาชนที่มีสุขภาพพลานามัยสมบูรณ์แข็งแรง สภาพแวดล้อมปราศจากมลพิษ รัฐจะต้องจัดบริการสาธารณสุขให้ครอบคลุม การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาสุขภาพอนามัยของตนเอง ครอบครัวและชุมชน สิ่งเหล่านี้จะเกิดขึ้นไม่ได้ หากประชาชนไม่ได้รับทราบข่าวสารเกี่ยวกับการพัฒนาสาธารณสุข การพัฒนาด้านสาธารณสุขจึงมีความจำเป็นที่ต้องใช้การสื่อสารเป็นตัวขับเคลื่อนให้ประชาชนเกิดความรู้ ความเข้าใจ และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาสาธารณสุขของประเทศ การสื่อสารสุขภาพที่มีประสิทธิภาพประกอบด้วยการใช้สื่อที่

เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย บทบาทของการสื่อสารในการพัฒนาสาธารณสุข (บำรุง สุขพรรณ์, 2526) คือ

1) ให้ข่าวสาร เพื่อแจ้งให้ทราบเรื่องราวต่างๆ และกระตุ้นความสนใจประชาชน

2) ให้ความรู้เพื่อให้เข้าใจและรู้จักวิธีการปฏิบัติตามแผนการพัฒนาสาธารณสุข

3) ชักจูงใจเพื่อให้ประชาชนลงมือปฏิบัติตามแผนการพัฒนาสาธารณสุขอย่างจริงจังและต่อเนื่อง ซึ่งในขั้นของการชักจูงใจนี้ จะประสบผลสำเร็จได้ ดังนี้

3.1) การวางแผนการรณรงค์ต้องให้เข้าใจถึงชีวิต ความเชื่อ และทัศนคติของประชาชนรวมทั้งเข้าใจถึงปัจจัยทางสังคม ซึ่งกำหนดวิถีชีวิตของประชาชน

3.2) ใช้การสื่อสารแบบเผชิญหน้าของเจ้าหน้าที่ หรือบุคคลอื่นๆ ที่เข้าใจในท้องถิ่นและประชาชน รวมทั้งเข้าใจการเปลี่ยนแปลงของสังคม โดยใช้สื่อมวลชนสนับสนุนและขยายงาน

3.3) ใช้สื่อต่างๆผสมกัน โดยใช้สื่อแต่ละชนิดในวิถีทางและในเวลาที่ถูกต้อง

2.6 การเปิดรับข่าวสาร

มนุษย์เป็นสัตว์สังคมที่ต้องอาศัยการแลกเปลี่ยนความรู้ ข่าวสาร และประสบการณ์ซึ่งกันและกันทั้งนี้เพื่อจะได้มีความเข้าใจ หรือมีอิทธิพลต่อเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน การที่จะบรรลุสิ่งเหล่านี้ได้จำเป็นต้องอาศัยการสื่อสาร (เสถียร เชยประดับ, 2528)

แซมมวล เบคเกอร์ ให้ความหมายของการเปิดรับข่าวสาร โดยจำแนกตามพฤติกรรมการเปิดรับข่าวสาร คือ การแสวงหาข้อมูล (Information seeking) การเปิดรับข้อมูล (Information receptivity) การเปิดรับประสบการณ์ (Experience receptivity) เพื่อต้องการทราบข้อมูลที่ตนเองสนใจ อยากรู้ หากมีข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับตนเองจะใส่ใจอ่านหรือดูหรือฟังและจะเปิดรับข่าวสารเพราะต้องการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือเพื่อผ่อนคลายอารมณ์ (Samuel L. Becker, 1972 อ้างใน กองสุขศึกษา, 2557: ออนไลน์)

องค์ประกอบที่สำคัญของการสื่อสาร คือผลของการสื่อสารเป็นการก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมของผู้รับสาร ผลของการสื่อสารจะเป็นอย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับตัวผู้รับสารเป็นสำคัญ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อองค์ประกอบในเรื่องตัวผู้รับสารคือ กระบวนการเลือกรับสาร (Selective process) ของมนุษย์ (Klapper, 1963) ซึ่งแบ่งเป็นขั้นตอน ได้แก่

1) การเลือกเปิดรับ (Selective exposure) บุคคลจะเลือกเปิดรับสื่อและข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ ตามความสนใจและความต้องการเพื่อนำมาใช้ เพื่อนำมาแก้ปัญหา หรือสนองความต้องการของตน

2) การเลือกให้ความสนใจ (Selective attention) นอกจากจะเลือกเปิดรับสารแล้วบุคคลยังเลือกให้ความสนใจเฉพาะข่าวสารที่สอดคล้องกับทัศนคติและความเชื่อดั้งเดิมของตน

3) การเลือกรับรู้ (Selective perception) บุคคลจะเลือกรับรู้ หรือเลือกตีความข่าวสารที่ได้รับ ในทางที่สอดคล้องกับทัศนคติและประสบการณ์ที่มีอยู่ก่อน กรณีที่ข่าวสารได้รับมาใหม่มีความขัดแย้งกับทัศนคติและความเชื่อดั้งเดิม บุคคลจะบิดเบือนข่าวสารนั้นเพื่อให้สอดคล้องกับทัศนคติและความเชื่อตน

4) การเลือกจดจำ (Selective retention) หลังจากที่บุคคลเลือกรับ เลือกให้ความสนใจ และเลือกตีความข่าวสารไปในทิศทางที่สอดคล้องกับทัศนคติและความเชื่อของตนแล้ว บุคคลยังจะเลือกจดจำเนื้อหาสาระของสารในส่วนที่ต้องการจำเข้าไปเก็บไว้ในประสบการณ์ เพื่อที่จะมาใช้ในโอกาสต่อไป และจะพยายามลืมในส่วนที่ต้องการจะลืม

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกรับข่าวสารของบุคคล โดย ทอดด์ ฮันท์ และ เบรนท์ ดี รูเบน (Todd Hunt and Brent D. Ruben อ้างใน ปรมะ สตะเวทิน, 2546) ได้ระบุไว้ ดังนี้

1) ความต้องการ (Need) หมายถึง ความต้องการทั้งทางกายและใจ ที่มีทั้งระดับสูงและระดับต่ำมนุษย์เลือกตอบสนองความต้องการของตนเอง เพื่อให้ได้รับข่าวสารนั้น ๆ หรือเพื่อความพึงพอใจ

2) ทัศนคติและค่านิยม (Attitude and values) ซึ่งทัศนคติ คือ ความชอบและมีใจโน้มเอียงต่อเรื่องต่าง ๆ ส่วนค่านิยม คือ หลักพื้นฐานที่เรายึดเป็นความรู้สึกว่าควรทำหรือไม่ควรทำ ทั้งทัศนคติและค่านิยมมีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อการเลือกใช้สื่อมวลชน การเลือกรับข่าวสาร ตีความหมายและจดจำ

3) เป้าหมาย (Goal) เป็นการกำหนดเป้าหมายของมนุษย์ทุกคนในการดำเนินชีวิต ซึ่งการเปิดรับข่าวสารถือเป็นการตอบสนองความต้องการของตนเอง

4) ความสามารถ (Capability) ความสามารถของบุคคลเป็นตัวกำหนดในการเปิดรับข่าวสาร

5) การใช้ประโยชน์ (Utility) ความสนใจในการที่จะเข้าใจและจดจำข่าวสารที่นำไปใช้ประโยชน์ได้

6) ลีลาในการสื่อสาร (Communication style) ความชอบหรือไม่ชอบสื่อบางประเภท

7) สภาวะ (Context) หมายถึง สถานที่ บุคคล และเวลาที่อยู่ในสถานการณ์ต่างๆ

8) ประสบการณ์และนิสัย (Experience and habit) ลักษณะของผู้รับสารเกิดจากประสบการณ์และลักษณะนิสัยเฉพาะบุคคล พัฒนามาจากความชอบจึงเลือกเปิดรับข่าวสารเรื่องนั้น

นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีการเปิดรับข่าวสารที่แตกต่างกัน (ขวัญเรือน กิติวัฒน์ และคณะ, 2531) คือ

1) ปัจจัยด้านบุคลิกภาพและจิตวิทยาส่วนบุคคล มีแนวคิดว่าคนเราแต่ละคนมีความแตกต่างกันอย่างมากในด้านโครงสร้างจิตวิทยาส่วนบุคคล ซึ่งอาจมีผลมาจากการเลี้ยงดู การดำรงชีวิต สภาพแวดล้อม ซึ่งส่งผลกระทบต่อสติปัญญา ความคิด ทัศนคติ การรับรู้และการจูงใจ

2) ปัจจัยด้านสภาพความสัมพันธ์ด้านสังคม เนื่องจากคนเรามักจะยึดติดกับกลุ่มสังคมที่ตนสังกัดอยู่เป็นกลุ่มอ้างอิง ในการตัดสินใจที่จะแสดงออกซึ่งพฤติกรรม นั้นคือ มักจะคล้อยตามกลุ่มแง่ความคิด ทัศนคติ และพฤติกรรม เพื่อให้เป็นที่ยอมรับของกลุ่ม

3) ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมนอกระบบการสื่อสาร เชื่อว่าลักษณะต่าง ๆ ได้แก่ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ทำให้เกิดความคล้ายคลึงของการเปิดรับเนื้อหาของการสื่อสารรวมถึงการตอบสนองต่อเนื้อหาดังกล่าวไม่แตกต่างกันด้วย

วิลเบอร์ ชแรมม์ (Wilbur Schramm) ชี้ให้เห็นถึงองค์ประกอบอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อการเลือกรับข่าวสารของบุคคล (Wilbur Schramm, 1973 อ้างใน กองสุขศึกษา, 2557: ออนไลน์) ดังนี้

1) ประสบการณ์ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ส่งสารแสวงหาข่าวสารที่แตกต่างกัน

2) การประเมินสารประโยชน์ของข่าวสารที่ผู้รับสารแสวงหาเพื่อตอบสนองจุดประสงค์ของตน

3) ภูมิหลังที่แตกต่างกันทำให้บุคคลมีความสนใจต่างกัน

4) การศึกษาและสภาพแวดล้อมทำให้มีความแตกต่างในพฤติกรรมการเลือกรับสารและเนื้อหาข่าวสาร

5) ความสามารถในการรับสาร สภาพร่างกายและจิตใจทำให้พฤติกรรมการเปิดรับสารแตกต่างกัน

6) บุคลิกภาพ ทำให้มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ การโน้มน้าวใจ และพฤติกรรมของผู้รับสาร

7) อารมณ์ สภาพอารมณ์ของผู้รับสารอาจเป็นอุปสรรค์ต่อความเข้าใจความหมายของข่าวสารได้

8) ทัศนคติ เป็นตัวกำหนดท่าทีของการรับและตอบสนองต่อสิ่งเร้า หรือข่าวสารเปิดรับนั้น

นอกจากนี้ วิลเบอร์ ชแรมม์ (Wilbur Schramm) ได้กล่าวถึงหลักการทั่วไปของการเลือกความสำคัญของข่าวสารว่าขึ้นอยู่กับการใช้ความพยายามน้อยที่สุด (Least effect) และผลที่จะได้ (Promise of reward) ซึ่งอยู่ในรูปของสูตรการเลือกรับข่าวสารดังนี้

$$\text{การเลือกรับข่าวสาร} = \frac{\text{สิ่งตอบแทนที่คาดหวัง}}{\text{ความพยายามที่ต้องใช้}}$$

จากสูตรนี้จะเห็นว่า คนเรามีแนวโน้มที่จะเปิดรับข่าวสารที่ใช้ความพยายามน้อย เช่น ข่าวสารต่างๆ ที่อยู่ใกล้ตัว สามารถเลือกรับได้ง่ายและมีสาระประโยชน์ต่อตนเอง ในการเลือกนั้นอาจมีสาเหตุอื่นๆ อีก เช่น ประสบการณ์ต่างกัน ความสามารถในการประเมินสาระประโยชน์ของข่าวสาร ตลอดจนสภาวะทางสังคมและจิตใจของแต่ละคนด้วย

แม้ว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมเปิดรับข่าวสารที่แตกต่างกัน มีวัตถุประสงค์ในการเปิดรับข่าวสารที่แตกต่างกัน รวมทั้งมีความต้องการในการเปิดรับข่าวสารแตกต่างกัน แต่โดยทั่วไปแล้วบุคคลจะทำการเปิดรับข่าวสารโดยรวบรวมสรุปได้ 5 ลักษณะ (เบจมาศ สุรมิตรไมตรี และคณะ อ้างใน ศรีจากผา, 2555) ดังนี้

1) การเปิดรับข่าวสารจากสื่อมวลชน โดยผู้รับสารมีความคาดหวังจากสื่อมวลชนว่า การบริโภคข่าวสารจากสื่อมวลชนจะช่วยตอบสนองความต้องการได้ เช่น โทรทัศน์ ที่มีความคมชัดในการนำเสนอทั้งภาพ สี เสียง การเคลื่อนไหว

2) การเปิดรับข่าวสารจากสื่อบุคคล โดยสื่อบุคคล หมายถึง ตัวบุคคลผู้ที่นำข่าวสารจากบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่ง โดยอาศัยการติดต่อระหว่างบุคคล (Interpersonal communication) ที่จะมีปฏิกิริยาโต้ตอบระหว่างกัน โรเจอร์สและซูเมกเกอร์ (Rogers and Shoemaker, 1971) กล่าวว่าในกรณีที่ต้องการให้บุคคลใดเกิดการยอมรับสารนั้นควรที่จะใช้การสื่อสารระหว่างบุคคล โดยใช้สื่อบุคคลเป็นผู้เผยแพร่ข่าวสาร สื่อบุคคลนี้จะมีประโยชน์อย่างมากในกรณีที่ผู้ส่งสารหวังผลให้ผู้รับสารมีความเข้าใจกระจ่างชัดเจนและตัดสินใจรับสารได้อย่างมั่นใจยิ่งขึ้น ซึ่งการสื่อสารระหว่างบุคคลนี้สามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภท (เสถียร เชยประทับ, 2525 อ้างใน กองสุขศึกษา, 2557: ออนไลน์) ดังนี้

1) การติดต่อโดยตรง (Direct contact) เป็นการเผยแพร่ข่าวสารเพื่อสร้างความเข้าใจหรือชักจูงโน้มน้าวใจกับประชาชนโดยตรง

2) การติดต่อโดยกลุ่ม (Group contact of community public) โดยกลุ่มจะมีอิทธิพลส่วนรวม ช่วยให้การสื่อสารของบุคคลบรรลุเป้าหมายได้ เพราะเมื่อกลุ่มมีความสนใจมุ่งไปในทิศทางใด บุคคลส่วนใหญ่ในกลุ่มก็จะมีความสนใจในทางนั้นด้วย

3) การเปิดรับข่าวสารจากสื่อเฉพาะกิจ หมายถึง สื่อที่ผู้ผลิตขึ้นมาเพื่องานเฉพาะกิจ โดยมีเนื้อหาสาระที่เฉพาะเจาะจงกระตุ้นความคิด หรือต้องการให้ความรู้ความเข้าใจ หรือให้ผู้รับสารยอมรับ เช่น นิทรรศการ หน่วยเคลื่อนที่ เป็นต้น

4) การเปิดรับข่าวสารจากสื่อสิ่งพิมพ์ สื่อเอกสารที่สร้างความศรัทธาและความเข้าใจที่ดีต่อหน่วยงานผู้ผลิต โดยสามารถนำเสนอ เนื้อหา สาระ ความรู้ ข้อมูลข่าวสารได้ ตามวัตถุประสงค์ของการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร เช่น คู่มือ เอกสาร แผ่นพับ/ใบปลิว โปสเตอร์ เป็นต้น

5) การเปิดรับข่าวสารจากสื่อโสตทัศน์ คือสื่อที่สามารถรับได้ทั้งภาพและ/หรือเสียง ซึ่งแบ่งเป็น 2ประเภทคือ สื่อวัสดุ และสื่ออุปกรณ์ เช่น เทปบันทึกภาพหรือเสียงสไลด์ หุ่นจำลอง เป็นต้น

สื่อในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงไปมาก โดยเฉพาะสื่อในเรื่องความบันเทิง และข้อมูลข่าวสารที่ส่งไปสู่ผู้รับ ทำให้เกิดช่องทางการสื่อสารใหม่ หรือที่เรียกว่า “สื่อใหม่ (New media)” ซึ่งอินเตอร์เน็ตถือว่าเป็นสื่อใหม่ เป็นแหล่งข้อมูลข่าวสาร ความรู้ ความบันเทิง ที่เข้าถึงง่าย สะดวก รวดเร็ว และทันสมัย ในการติดต่อสื่อสารไปยังผู้ใช้ หรือผู้ใช้สู่ผู้ใช้ด้วยกันเองได้ (Hollingsworth, 2003 อ้างใน ศรี จากผา, 2555)

จากแนวความคิดเกี่ยวกับการเปิดรับข่าวสารนี้ จะเห็นได้ว่าข่าวสารเป็นปัจจัยสำคัญ ในการนำมาประกอบการตัดสินใจของบุคคล ยิ่งบุคคลเกิดความไม่แน่ใจเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งมากเท่าใด บุคคลย่อมต้องการเปิดรับข่าวสารมากขึ้นเท่านั้น โดยไม่จำกัดว่าจะทำการเปิดรับข่าวสารจากสื่อใด แต่ทั้งนี้บุคคลจะทำการเปิดรับข่าวสารเฉพาะเรื่องที่ตนให้ความสนใจเท่านั้น จึงทำให้เกิดกระบวนการรับข่าวสารที่แตกต่างกันตามลักษณะส่วนบุคคล สภาพแวดล้อมทางสังคม และวัตถุประสงค์หรือความต้องการที่จะเปิดรับข่าวสารของแต่ละบุคคล ทำให้พฤติกรรมการเปิดรับข่าวสารอาจแตกต่างกันได้

2.7 สื่อการป้องกันโรคอ้วน

หน่วยงานภาครัฐที่เป็นเครือข่ายการดำเนินงานป้องกันโรคอ้วนในประเทศไทย ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) มีภารกิจกำหนดแนวทางและมาตรการตลอดจนกิจกรรมต่างๆในการส่งเสริมและสนับสนุนการควบคุมไม่ให้เกิดโรคอ้วน โดยอิงหลักวิชาการที่ถูกต้องและทันสมัย เพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำรงชีวิตประจำวันอย่างถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งการสื่อสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วนสู่ประชาชน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2555; เครือข่ายคนไทยไร้พุงราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, 2557: ออนไลน์; สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2557: ออนไลน์) ดังนี้คือ

1) สื่อมวลชน เป็นการนำเสนอข่าวสาร บทความ รายการ บทสัมภาษณ์และสนทนาผ่านช่องทางโทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ และนิตยสาร/วารสาร เช่น รายการเดอะเฟิร์ม (The firm) องค์กรซ่อนอ้วน ข่าวสถานการณ์โรคอ้วนและวิธีป้องกันโรคอ้วน สกู๊ปพิเศษ เรื่อง โรคอ้วนคนไทย เป็นต้น

2) สื่อบุคคล เป็นการให้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ในการป้องกันโรคอ้วน โดยวิธีการบอก กล่าว สอน แนะนำ ให้คำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้แก่ แพทย์ พยาบาล บุคลากรสาธารณสุข ซึ่งเป็นบุคลากรของหน่วยงานภาครัฐ อาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งเป็นบุคลากรที่กระทรวง

สาธารณสุขให้บทบาทในการดูแลสุขภาพประชาชนในชุมชน ญาติและคนในครอบครัวซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดหรือผู้ที่มีบทบาทสำคัญในชุมชน เช่น ครู อาจารย์ พระ ปราชญ์ชาวบ้าน เป็นต้น

3) สื่อเฉพาะกิจ เป็นสื่อที่ผลิตขึ้นเพื่องานเฉพาะกิจ โดยมีเนื้อหาสาระที่เฉพาะเจาะจง เช่น นิทรรศการคนไทยไร้พุง นิทรรศการวิธีการควบคุมอาหาร และออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคอ้วน เป็นต้น

4) สื่อสิ่งพิมพ์ เป็นสื่อที่ผลิตในรูปแบบเอกสาร มีทั้งแบบที่ผลิตโดยนำเสนอเนื้อหาวิชาการและความรู้อย่างละเอียด และแบบใช้คำประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้ให้ความสนใจกับเรื่องนั้น ซึ่งได้แก่ แผ่นพับ ใบปลิว โปสเตอร์ ป้ายโฆษณา คู่มือเอกสาร เช่น โปสเตอร์การควบคุมน้ำหนัก คู่มือพิชิตอ้วน พิชิตพุง แผ่นพับ 10 เคล็ดลับปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตพิชิตพุง เป็นต้น

5) สื่อโสตทัศน์ เป็นสื่อที่ผลิตโดยใช้ภาพเคลื่อนไหวที่มีเสียงประกอบในการนำเสนอ ได้แก่ วีซีดี ดีวีดี เช่น วีซีดีการออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคอ้วน เป็นต้น

6) สื่อใหม่ เป็นสื่อที่ผลิตข้อมูลข่าวสารเผยแพร่ผ่านเว็บไซต์หรือแอปพลิเคชั่นต่างๆ บนโลกออนไลน์ ได้แก่ บริการระดับเวิลด์ไวด์เว็บ (World Wide Web) เฟซบุ๊ค (Facebook) อีบุ๊ค (E-Book) เช่น เว็บไซต์ (Website) ที่มีข้อมูลเรื่องการป้องกันโรคอ้วน เฟซบุ๊ค (Facebook) เครือข่ายคนไทยไร้พุง อีบุ๊ค (E-book) เรื่องโรคอ้วนลงพุง เป็นต้น

จากแนวคิดทฤษฎีการสื่อสาร ทำให้ทราบว่ากระบวนการสื่อสารมีความสำคัญในทุกขั้นตอน ตั้งแต่ผู้ส่งสาร การถ่ายทอดข่าวสาร ผู้รับสารที่มีความแตกต่างทำให้มีการเลือกรับข่าวสารแตกต่างกันผ่านช่องทางการสื่อสารที่หลากหลาย รวมถึงการสื่อสารสุขภาพ การสื่อสารเพื่อการพัฒนาและการสื่อสารเพื่อการพัฒนาสาธารณสุข หากการสื่อสารสุขภาพมีการพัฒนาย่อมส่งผลให้การสื่อสารสาธารณสุขด้านการป้องกันโรคมีประสิทธิภาพและเข้าถึงประชาชนโดยรวมมากขึ้น โดยเฉพาะการเข้าถึงสื่อการป้องกันโรคอ้วนที่ผู้วิจัยนำมาศึกษา อันได้แก่ สื่อมวลชน สื่อบุคคล สื่อเฉพาะกิจ สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อโสตทัศน์ และสื่อใหม่ ดังนั้นจึงควรรู้ถึงการเปิดรับสื่อของประชาชนกลุ่มเป้าหมายว่าเป็นอย่างไร เพื่อจะได้เลือกช่องทางการสื่อสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วนให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม

แนวคิดนี้ เป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับ 3 ตัวแปร (Rogers and Shoemaker, 1978) ซึ่งได้แก่ ความรู้ (Knowledge) ทัศนคติ(Attitude) และการยอมรับปฏิบัติ (Practice) ของผู้รับสาร การเปลี่ยนแปลงทั้ง 3 ประเภทนี้เกิดขึ้นในลักษณะต่อเนื่อง กล่าวคือ เมื่อผู้รับสารได้รับสารแล้วจะทำให้เกิดความรู้ แล้วจะทำให้เกิดทัศนคติ และขั้นสุดท้ายจะนำไปสู่การกระทำ แนวคิดนี้อธิบายการสื่อสารว่าเป็นตัวแปรต้น โดย KAP เป็นตัวแปรตามในการวัดความสำเร็จของการสื่อสาร การอาศัย

การสื่อสารเป็นเครื่องมือสำคัญ ในการสร้างความรู้ ทัศนคติที่ดีและเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม โดยผ่านสื่อชนิดต่างๆไปสู่ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย จะต้องประกอบไปด้วย

ความรู้ (Knowledge) เป็นการรับรู้เบื้องต้น ซึ่งส่วนมากบุคคล จะได้รับผ่านประสบการณ์ โดย การเรียนรู้จากการตอบสนองต่อสิ่งเร้า(S-R) แล้วจัดระบบเป็นโครงสร้างของความรู้ โดยการผสมผสานระหว่าง ความจำข้อมูล กับสภาพจิตวิทยา เหตุนี้ความรู้จึงเป็นความจำที่เลือกสรรซึ่งสอดคล้องกับสภาพจิตใจของตนเอง ความรู้จึงเป็นกระบวนการภายใน อย่างไรก็ตามความรู้ก็อาจส่งผลต่อ พฤติกรรมการแสดงออกของมนุษย์ได้ และผลกระทบที่ผู้รับสารเชิงความรู้ในแนวคิดการสื่อสารนั้น อาจปรากฏจากสาเหตุ 5 ประการ ดังนี้ (สุรพงษ์ โสธนะเสถียร, 2533)

1) การตอบข้อสงสัย (Ambiguity resolution) การสื่อสารมักจะสร้างความ สับสนให้สมาชิกในสังคม ผู้รับสาร จึงมักแสวงหาสารสนเทศโดยการอาศัยสื่อทั้งหลายเพื่อตอบข้อสงสัยและความสับสนของตน

2) การสร้างทัศนะ (Attitude formation) ผลกระทบเชิงความรู้ต่อการปลูกฝังทัศนะนั้นส่วนมากนิยมใช้กับสารสนเทศที่เป็นนวัตกรรมเพื่อสร้างทัศนคติให้คนยอมรับการแพร่นวัตกรรมนั้นๆ

3) การกำหนดวาระ (Agenda setting) เป็นผลกระทบเชิงความรู้ที่สื่อกระจายออกไปเพื่อให้ประชาชนตระหนักและผูกพันกับประเด็นวาระที่สื่อกำหนดขึ้น หากตรงกับภูมิหลังของปัจเจกชนและค่านิยมของสังคมแล้วผู้รับสารก็จะเลือกสารสนเทศนั้น

4) การพอกพูนระบบความเชื่อ (Expansion of belief system) การสื่อสารสังคมมักกระจายความเชื่อ ค่านิยม และอุดมการณ์ด้านต่างๆ ไปสู่ประชาชน จึงทำให้ผู้รับสารรับทราบระบบความเชื่อถือหลากหลายและลึกซึ้งไว้ในความเชื่อของตนมากขึ้นไปเรื่อยๆ

5) การรู้แจ้งต่อค่านิยม (Value clarification) ความขัดแย้งในเรื่องค่านิยมและอุดมการณ์เป็นภาวะปกติของสังคม สื่อมวลชนที่นำเสนอข้อเท็จจริงในประเด็นเหล่านี้ ย่อมทำให้ประชาชนผู้รับสารเข้าใจถึงค่านิยมเหล่านั้นแจ้งชัดขึ้น

นอกจากนี้ ความรู้เป็นพฤติกรรมขั้นต้นที่ผู้เรียนอาจจำได้ โดยการนึก มองเห็น หรือได้ยิน เป็นความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความ ความหมาย ข้อเท็จจริง ทฤษฎี รูปแบบ กฎ และวิธีการแก้ปัญหา (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526 อ้างใน สิริอร สังข์ทอง, 2550) และความรู้ยังเป็นข้อเท็จจริง ความจริงเป็นข้อมูลที่บุคคลได้รับและเก็บรวบรวมจากประสบการณ์ต่างๆ การที่บุคคลจะยอมรับหรือปฏิเสธสิ่งใดบุคคลจะต้องรู้เรื่องเกี่ยวกับสิ่งนั้น เพื่อประกอบการตัดสินใจนั่น กล่าวคือ บุคคลจะต้องมีข้อเท็จจริงหรือข้อมูลต่างๆที่สนับสนุน และให้คำตอบข้อสงสัยที่บุคคลมีอยู่ เพื่อชี้แจงให้บุคคลเกิดความเข้าใจและมีทัศนคติที่ดีต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่ง รวมทั้งเกิดความตระหนัก ความเชื่อ และค่านิยมต่างๆ (Good, 1973 อ้างใน นันทนัช โสมนรินทร์, 2555)

ความรู้แบ่งออกเป็น 4 ระดับ (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2534) ดังนี้

1) ความรู้ระดับต่ำ ได้แก่ ความรู้อันเกิดจากการเดา หรือภาพลวงตาทางประสาทสัมผัส

2.) ความรู้ระดับธรรมดา ได้แก่ ความรู้ทางประสาทสัมผัส หรือความเชื่อที่สูงกว่าแต่ยังไม่แน่นอนเป็นเพียงขั้นอาจเป็นไปได้

3) ระดับสมมติฐาน ได้แก่ ความรู้ที่เกิดจากความคิด หรือความเข้าใจซึ่งไม่ได้เกิดจากประสาทสัมผัส เช่น ความรู้ทางคณิตศาสตร์ ความรู้ขั้นนี้ถือว่าเป็นขั้นสมมติฐาน เพราะเกิดจากคำนิยามและสมมติฐานที่ไม่ได้พิสูจน์

4) ระดับเหตุผล ได้แก่ ความรู้จากตรรกวิทยาเป็นความรู้ที่ทำให้มองเห็นรูปหรือมโนภาพว่าเป็นเอกภาพ

ความรู้คือความสามารถทางพุทธิปัญญา ซึ่งแบ่งได้หลายระดับดังกล่าวข้างต้น เครื่องมือในการวัดความรู้จึงควรวัดความสามารถในทุกระดับ การวัดความรู้จะต้องอาศัยแบบทดสอบผลสัมฤทธิ์ (Achievement test) ที่จะเป็นการวัดความสามารถทางปัญญาและทักษะต่างๆ ตลอดจนสมรรถภาพด้านต่างๆ ที่ได้รับจากการเรียนรู้ในอดีต การวัดความรู้ทางเครื่องมือแตกต่างกันตามความสามารถทางสติปัญญา (Benjamin S. Bloom, 1971) ซึ่งสรุปได้ดังนี้

1) พฤติกรรมด้านความรู้ความจำ (Knowledge) ความรู้ ความจำ หมายถึงพฤติกรรมที่เป็นหลักเบื้องต้นของพฤติกรรมด้านอื่นๆ ซึ่งนอกจากความจำแล้วยังมี การระลึกได้ (Recall) อีกด้วย แต่ไม่จำเป็นต้องใช้ความเข้าใจไปตีความหมายเรื่องนั้นๆ ความสำเร็จในระดับนี้ คือ ความสามารถในการดึงข้อมูลจากความจำออกมาได้

2) พฤติกรรมด้านเข้าใจ (Comperehension) ความเข้าใจ หมายถึง พฤติกรรมที่สามารถจับใจความสำคัญในเรื่องราวต่างๆ ได้ทั้งเป็นรูปธรรมและนามธรรม

3) พฤติกรรมด้านการนำไปใช้ (Application) การนำไปใช้ หมายถึง พฤติกรรมที่สามารถนำเอาสิ่งที่ได้ประสบมาไปใช้ให้เกิดประโยชน์ หรือนำไปแก้ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นได้

4) พฤติกรรมด้านการวิเคราะห์ (Analysis) การวิเคราะห์ หมายถึง ความสามารถในการแยกแยะเรื่องราวต่างๆออกเป็นส่วนย่อยหรือเป็นการหาความสำคัญ ความสัมพันธ์ และหลักการหรือทฤษฎีที่มีมูลเหตุของเรื่องราวต่างๆได้

5) พฤติกรรมด้านการสังเคราะห์ (Synthesis) การสังเคราะห์ หมายถึงความสามารถในการนำเอาเรื่องราว หรือส่วนประกอบย่อยๆมาผูกสัมพันธ์กันเป็นเรื่องราวเดียวกันโดยมีการดัดแปลงริเริ่มสร้างสรรค์ทำการปรับปรุงให้ดีขึ้น

6) พฤติกรรมด้านการประเมินค่า (Evalution) การประเมินค่า หมายถึง การวินิจฉัย หรือการตีราคาอย่างมีหลักเกณฑ์ เป็นการตัดสินใจว่าสิ่งใดดีหรือไม่ดีอย่างไร โดยใช้หลักเกณฑ์ที่เชื่อถือได้

ทัศนคติ (Attitude) หมายถึง ความตระหนักเป็นขั้นต่ำสุดของภาคอารมณ์ ความตระหนักเกือบคล้ายกับอารมณ์และความรู้สึก (Affective domain) ทัศนคติเกือบคล้ายกับความรู้ตรงที่ทั้งความรู้และความตระหนักไม่เน้นที่ลักษณะสิ่งเร้า ความตระหนักจะเกิดขึ้นเมื่อมีสิ่งเร้าให้เกิดความตระหนัก (Benjamin S. Bloom, 1971) อีกทั้ง ทัศนคติยังเป็นแนวโน้มที่จะแสดงหรือมีปฏิกิริยาในทางบวกหรือในทางลบต่อสิ่งหนึ่ง ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับค่านิยมของบุคคล และประสบการณ์ทางสังคมที่ฝังรากลึกอยู่ (Goods, 1973 อ้างใน พัชนี เชยจรรยาและคณะ, 2538) หมายถึง ระเบียบแนวคิด ความเชื่อ อุปนิสัย สิ่งจูงใจที่เกี่ยวข้องกับสิ่งใดโดยเฉพาะ เป็นสิ่งที่เกิดภายในตัวบุคคลในลักษณะรวมตัวขึ้นหลังจากได้ประเมินแนวโน้มทางใดทางหนึ่งเสมอ ทั้งนี้ต้องใช้ระยะเวลาในการเรียนรู้จากความเกี่ยวข้องกับบุคคลอื่น หรือสิ่งที่อ้างอิงได้ เช่น กลุ่มคน สถาบัน สิ่งของ ค่านิยม เรื่องราวทางสังคม หรือแม้แต่ความนึกคิดต่างๆ เมื่อทัศนคติได้ก่อตัวขึ้นแล้วไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ทันทีทันใด บุคคลสามารถแสดงทัศนคติ ออกได้ 3 ประเภทด้วยกัน (ธงชัย สันติวงษ์ อ้างใน สุปัญนี ปลั่งกมล 2552) คือ

1) ทัศนคติเชิงบวก เป็นทัศนคติที่ชักนำให้บุคคลแสดงออก มีอารมณ์ความรู้สึกโต้ตอบในด้านดีต่อบุคคลอื่นหรือเรื่องราวใดรวมถึงหน่วยงาน องค์กร สถาบัน และการดำเนินกิจการขององค์กรและอื่นๆ

2) ทัศนคติเชิงลบ เป็นทัศนคติที่สร้างความรู้สึกในด้านเสื่อมเสีย ไม่ได้รับความเชื่อถือ อาจมีความสงสัยไม่ไว้วางใจ รวมทั้งเกลียดชังต่อตัวบุคคล เรื่องราวหรือปัญหาใด หรือหน่วยงาน องค์การ สถาบันและการดำเนินกิจการขององค์กรและอื่นๆ

3) ทัศนคติที่บุคคลไม่แสดงความคิดเห็นในเรื่องใดหรือปัญหาใดหรือต่อบุคคล หน่วยงาน สถาบัน องค์การ และอื่นๆโดยสิ้นเชิง

ทัศนคติทั้ง 3 ประเภทนี้ บุคคลอาจมีเพียงหนึ่งประเภทหรือมากกว่าหนึ่งรวมกันได้ ขึ้นอยู่กับความมั่นคงในความเชื่อ ความรู้สึกนึกคิด หรือค่านิยมอื่นที่มีต่อบุคคล สิ่งของ การกระทำ หรือสถานการณ์ เป็นต้น ถ้าทัศนคติของแต่ละบุคคลได้รับการกระตุ้นให้แสดงความคิดเห็นร่วมกันก็จะเปลี่ยนเป็น “สาธารณมติ”

ทัศนคตินั้น สามารถจำแนกออกเป็น 3 องค์ประกอบ (Schermerhorn, 2000) ดังนี้

1) องค์ประกอบด้าน ความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive component) คือ ทัศนคติที่จะสะท้อนให้เห็นถึงความเชื่อ ความคิดเห็น ความรู้ และข้อมูลที่บุคคลคนหนึ่งมี ซึ่งความเชื่อ จะแสดงให้เห็นถึงความคิดของคน หรือสิ่งของ และข้อสรุปที่บุคคลได้มีต่อบุคคลหรือสิ่งของนั้นๆ

2) องค์ประกอบด้านอารมณ์ ความรู้สึก (Affective component) คือ ความรู้สึกเฉพาะอย่างซึ่งเกี่ยวข้องกับผลกระทบส่วนบุคคล ซึ่งได้จากสิ่งเร้าหรือสิ่งที่เกิดก่อนทำให้เกิดทัศนคตินั้นๆ

3) องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (Behavioral component) คือ ความตั้งใจที่จะประพฤติในทางใดทางหนึ่ง โดยมีรากฐานมาจากความรู้สึกเฉพาะเจาะจงของบุคคล หรือทัศนคติของบุคคล

การเกิดทัศนคติ เป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้ (Learning) จากแหล่งทัศนคติต่างๆ ที่มีอยู่มากมาย โดยสรุปแหล่งเกิดทัศนคติที่สำคัญ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ อ้างใน อิศเรศ คำแหง 2553) คือ

1) ประสบการณ์เฉพาะอย่าง (Specific experience) เมื่อบุคคลมีประสบการณ์เฉพาะอย่างต่อสิ่งใดในทางที่ดีหรือไม่ดี จะส่งผลให้บุคคลเกิดทัศนคติต่อสิ่งนั้นไปในทางที่ดีหรือไม่ดี จะทำให้เขาเกิดทัศนคติต่อสิ่งนั้นในด้านที่เคยมีประสบการณ์มา

2) การติดต่อสื่อสารจากบุคคลอื่น (Communication from others) การได้รับการติดต่อจากผู้อื่นจำทำให้เกิดทัศนคติจากการรับรู้ข่าวสารต่างๆ จากผู้อื่นได้ เช่น เด็กมีทัศนคติต่อการกระทำต่างๆตามที่ได้รับทราบมาจากการสั่งสอนของผู้ใหญ่

3) สิ่งที่เป็นแบบอย่าง (Models) การเลียนแบบทำให้เกิดทัศนคติขึ้นได้ เช่น เด็กเลียนแบบจากการแสดงออกของพ่อแม่ว่าไม่ชอบสิ่งใด เด็กก็จะไม่ชอบสิ่งนั้นไปด้วย

4) ความเกี่ยวข้องกับสถาบัน (Institutional factors) ทัศนคติของบุคคลเกิดขึ้น จากความเกี่ยวข้องกับสถาบัน เช่น โรงเรียน วัด หน่วยงานต่างๆ ซึ่งเป็นแหล่งที่มาและสนับสนุนให้คนเกิดทัศนคติบางอย่างขึ้น

ลักษณะทัศนคติ คือ สิ่งที่เกิดขึ้นจากการเรียนรู้หรือประสบการณ์ เป็นสภาพทางจิตใจที่มีอิทธิพลต่อความคิด การกระทำของคนเป็นอย่างมาก และเป็นสภาพทางจิตใจที่มีความถาวรพอสมควร เนื่องจากแต่ละคนย่อมมีประสบการณ์ และผ่านการเรียนรู้มา ทัศนคติอาจมีการปรับเปลี่ยนได้จากอิทธิพลสิ่งแวดล้อม

การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ทัศนคติสามารถเปลี่ยนแปลงได้หลายวิธี อาจโดยการที่บุคคลได้รับข่าวสารต่างๆ จากบุคคลอื่น หรือจากอุปกรณ์สื่อต่างๆ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงส่วนประกอบของทัศนคติด้านความรู้หรือการรับรู้ (Cognitive component) ซึ่งเชื่อกันว่า ถ้าส่วนประกอบส่วนใดส่วนหนึ่งเปลี่ยนแปลงส่วนประกอบอื่นก็จะมีแนวโน้มเปลี่ยนด้วย เช่น ส่วนประกอบด้านอารมณ์ (Affective component) และส่วนประกอบด้านการปฏิบัติ (Behavioral component) เปลี่ยนแปลงตามด้วย (Zimbardo et al., 1977)

กระบวนการสื่อความหมาย หรือการติดต่อข่าวสารทำให้ผู้รับเกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติแล้วเกิดขั้นตอนของกระบวนการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ประกอบด้วย 5 ขั้น (McGuire, 1968 อ้างใน สุปัญนี ปลั่งกมล, 2552) คือ

1) การใส่ใจ

2) ความเข้าใจ

3) การยอมรับ

4) การเก็บเอาไว้

5) การกระทำ

การที่ขั้นตอนทั้ง 5 ขั้นจะเกิดในตัวบุคคลหรือไม่ ต้องอาศัยองค์ประกอบหลายประการ เช่น ความสามารถทางสติปัญญา ฐานะทางเศรษฐกิจ การศึกษา และอื่นๆ สิ่งเหล่านี้อาจมีผลกระทบต่อบางขั้นตอนไม่สามารถเกิดขึ้นได้

การเปลี่ยนแปลงทัศนคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งของมนุษย์ มีกระบวนการเปลี่ยนแปลง 3 ระดับ (จุมพล รอดคำดี, 2532) ดังนี้

1) การเปลี่ยนแปลงความคิด ซึ่งเป็นผลมาจากข้อมูลข่าวสาร จากสื่อมวลชนและสื่อบุคคล

2) การเปลี่ยนแปลงความรู้สึก เป็นผลมาจากการรับประสบการณ์หรือความประทับใจ หรือสิ่งที่ทำให้เกิดความสะเทือนใจ

3) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เป็นการเปลี่ยนวิธีดำเนินชีวิตในสังคม ซึ่งมีความเกี่ยวข้องโดยตรง ถ้าความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมถูกกระทบในระดับใดก็ตาม จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติทั้งสิ้น

นอกจากนี้ คุณสมบัติของผู้ส่งสาร ลักษณะของข่าวสาร คุณสมบัติของช่องทางการสื่อสาร และคุณสมบัติของผู้รับสาร มีผลกระทบต่อการเปลี่ยนทัศนคติได้ บุคคลต้องเผชิญปัญหาและเหตุการณ์ต่างๆจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคม บางคนอาจเปลี่ยนทัศนคติได้ยากหรือง่ายแตกต่างกัน ทัศนคติเมื่อเกิดขึ้นและคงทนพอสมควร แต่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ จากการเปิดรับข่าวสารที่ทำให้เกิดการยอมรับสิ่งใหม่ แต่ต้องมีความสัมพันธ์กับบุคคลที่รับข่าวสารนั้น

กระบวนการที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของบุคคล คือ ประการแรกการยินยอม (Compliance) เกิดจากการที่บุคคลยอมรับอิทธิพลของผู้อื่น เพราะต้องการให้ผู้อื่นปฏิบัติต่อตนในทางที่ตนต้องการ ประการที่สองการลอกเลียนแบบ (Identification) เกิดจากการที่บุคคลยอมรับอิทธิพลของผู้อื่น เพราะต้องการสร้างพฤติกรรมของตนเองให้เหมือนกับบุคคลในสังคม และประการสุดท้ายการยอมรับพฤติกรรมในสังคมที่เหมาะสมกับค่านิยมที่บุคคลมีอยู่ในตนเอง (Interanalization) (Herbert C.Kelman, 1967 อ้างใน สุปัญนี ปลั่งกมล, 2552)

พฤติกรรม (Behavior) หมายความว่า คืออากัปกริยาของคนเราที่แสดงออกบ่งถึงความชอบและไม่ชอบต่อกิจกรรมบางอย่างที่สามารถสังเกตได้ เช่น การเดิน การพูด การยิ้ม หรืออาจเป็นอาการแสดงออกที่สังเกตเห็นได้ยากต้องมีเครื่องมือช่วย เช่น การเต้นของหัวใจ พฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกมีผลมาจากการเลือกปฏิกิริยาตอบสนองที่เห็นว่าเหมาะสมที่สุดตามสถานการณ์นั้นๆ (นิยะดา ชุณหะวงศ์ และนินนาท โอฬารวรวุฒิ, 2520) พฤติกรรม ยังหมายถึงการกระทำของบุคคลไม่เฉพาะแสดงปรากฏออกมาภายนอกเท่านั้น แต่รวมถึงสิ่งที่อยู่ภายในจิตใจของบุคคล เช่น คุณค่าที่เขายึดถือเป็นหลักในการประเมินสิ่งต่างๆ ความคิดเห็น ความเชื่อ รสนิยม และสภาพจิตใจ (ชุดา จิต

พิทักษ์, 2525) และอีกความหมาย พฤติกรรม คือ ปฏิกิริยาหรือการแสดงออกของบุคคลต่อสิ่งเร้า ซึ่งอาจเป็นไปโดยไม่รู้สึกตัว หรือมีการตรึกตรองอย่างดี โดยมีความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติเป็นตัวก่อให้แสดงออกโดยที่บุคคลอื่นจะสังเกตการณ์กระทำนั้นได้หรือไม่ก็ตาม ซึ่งสามารถใช้เครื่องมือทดสอบวัดได้ (สุดาวรรณ ขันธมิ, 2538)

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวในรูปแบบ 4 ประการ (Nancy Z. Schwartz อ้างใน นันทนัช โสมนรินทร์, 2555) ดังนี้

1) ทัศนคติเป็นตัวกลางที่ทำให้เกิดการเรียนรู้และปฏิบัติ

2) ความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์กัน และทำให้เกิดการปฏิบัติตามมา

3) ความรู้และทัศนคติต่างก็ทำให้เกิดการปฏิบัติได้ โดยที่ความรู้และทัศนคติ ไม่มีความสัมพันธ์กัน

4) ความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม

การศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ของการเปิดรับข่าวสาร กับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของประชาชนในกรุงเทพมหานครนั้น ผู้วิจัยนำแนวคิดเกี่ยวกับ ความรู้ ทัศนคติ และการยอมรับปฏิบัติมาปรับใช้ในการศึกษา เพราะแนวคิดนี้ประกอบด้วย 3 ตัวแปร คือ KAP ซึ่งได้แก่ความรู้ (Knowledge) ทัศนคติ (Attitude) และการยอมรับปฏิบัติ (Practice) ของผู้รับสาร ซึ่งเป็นตัวแปรตามในการวัดความสำเร็จของการสื่อสาร โดยอาศัยการสื่อสารผ่านช่องสื่อประเภทต่างๆ ให้เข้าถึงประชาชนกลุ่มเป้าหมาย การสื่อสารจึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างความรู้ ทัศนคติที่ดี และนำไปสู่พฤติกรรมในการป้องกันโรคอ้วนในทางที่เหมาะสมต่อไป

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

4.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4.1 งานวิจัยในประเทศ

สิริอร สังข์ทอง (2550) ศึกษาการเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมในโครงการ “ยืดอก พกถุง” ของนิสิต นักศึกษามหาวิทยาลัยในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 400 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 17 – 28 ปี ส่วนใหญ่มีอายุ 20 ปี มีการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับโครงการ “ยืดอก พกถุง” จากสื่อด้านต่าง ๆ อยู่ในระดับต่ำ โดยเปิดรับจากสื่อมวลชนมากที่สุด มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการฯในระดับปานกลาง มีทัศนคติต่อโครงการฯในทางบวก และมีส่วนร่วมในโครงการฯ อยู่ในระดับต่ำ ด้านการทดสอบสมมุติฐาน พบว่า การเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับโครงการฯ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมกับโครงการฯ โดยเป็นไปในทิศทางบวก และความรู้เกี่ยวกับโครงการฯ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมกับโครงการฯ โดยเป็นไปในทิศทางลบ

เอื้องฟ้า ซื่อสัตย์ (2550) ศึกษาการเปิดรับข่าวสาร ความเครียด และการปฏิบัติตนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จากผู้ป่วยหญิงมะเร็งเต้านมที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 291 คน พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมให้ความเชื่อถือสื่อมวลชนอยู่ในระดับต่ำ โดยสื่อที่ให้ความเชื่อถือมากที่สุด ได้แก่ โทรทัศน์ รองลงมา คือนิตยสาร วิทยุและหนังสือพิมพ์ รวมทั้งได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมในสื่อมวลชนระดับต่ำด้วย โดยสื่อที่ได้รับมากที่สุด คือ โทรทัศน์ รองลงมา คือนิตยสาร หนังสือพิมพ์และวิทยุ การเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการดูแลรักษา พบว่า ได้รับจากแพทย์/พยาบาลมากที่สุด รองลงมา คือ เพื่อนบ้าน/เพื่อนร่วมงาน ญาติพี่น้อง การปฏิบัติตัวส่วนใหญ่ คือ ปฏิบัติตัวเพื่อสร้างความแข็งแรงให้ร่างกายและจิตใจ ด้านการทดสอบสมมุติฐาน พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีอายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ และระยะเวลาการเป็นโรคที่ต่างกันจะมีการเปิดรับข่าวสารที่แตกต่างกัน

วราภรณ์ ประดับ (2553) ศึกษาการเปิดรับข่าวสารสุขภาพ ทัศนคติ และพฤติกรรมในเรื่องการดูแลสุขภาพของผู้อ่านนิตยสารในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 400 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อายุ 21–30 ปี มีรายได้10,001–15,000 บาท การศึกษาระดับปริญญาตรี กลุ่มตัวอย่างมีความสนใจต่อข่าวสารสุขภาพระดับปานกลาง มีทัศนคติด้านการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับมาก และมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับปานกลาง ผลการทดสอบสมมุติฐานการวิจัย พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับการเปิดรับข้อมูลข่าวสาร ทัศนคติ และพฤติกรรมการตรวจสุขภาพ รายได้มีความสัมพันธ์กับการเปิดรับข้อมูลข่าวสาร และพฤติกรรมการตรวจสุขภาพ เพศมีความสัมพันธ์กับการเปิดรับข้อมูลข่าวสาร พฤติกรรมการตรวจสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการเปิดรับข้อมูลข่าวสาร อายุมีความสัมพันธ์กับการเปิดรับข้อมูลข่าวสาร

พรอินทร์ วังยายฉิม (2553) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 317 คน ในจังหวัดนครนายก พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ เจตคติ การรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อทดสอบสมมุติฐานพบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ตำแหน่งสายงาน ลักษณะงานประจำที่ทำ รายได้เฉลี่ย ภาวะสุขภาพ ประวัติการเจ็บป่วยบิดา/มารดา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุง ความรู้ เจตคติ การรับรู้ความสามารถ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุง นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข การสนับสนุนของหน่วยงานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุง การได้รับข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุง

อิศเรศ คำแหง (2553) ศึกษาการเปิดรับข่าวสาร ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครกับกิจกรรมรณรงค์ในช่วงเทศกาลของมูลนิธิเมาไม่ขับที่มีอายุ 15 – 60 ปี จำนวน 450 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับกิจกรรมรณรงค์ในช่วงเทศกาลปีใหม่ เทศกาลตรุษจีน และเทศกาลสงกรานต์ จากสื่อข้อความรณรงค์ “สงกรานต์นี้คุณจะกลับบ้านไหน บ้านเกิดหรือบ้านเก่า” มากที่สุด รองลงมาคือ สื่อข้อความรณรงค์ “ปีใหม่ปลอดภัย รวมพลังไทย เมาไม่ขับ” มีปริมาณเปิดรับอยู่ในระดับสูง ด้านทัศนคติกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่ดีต่อมูลนิธิเมาไม่ขับ โดยในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ด้านการทดสอบความสัมพันธ์พบว่า การเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับกิจกรรมรณรงค์ในช่วงเทศกาลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับทัศนคติเกี่ยวกับกิจกรรมรณรงค์ และการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับกิจกรรมรณรงค์ในช่วงเทศกาล และทัศนคติเกี่ยวกับกิจกรรมรณรงค์ในช่วงเทศกาลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับกิจกรรมรณรงค์ในช่วงเทศกาล

นันทนัช โสมนรินทร์ (2555) ศึกษาเรื่องการเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทัศนคติและการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในจังหวัดนนทบุรี จำนวน 400 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างการเปิดรับข่าวสารเรื่องการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับต่ำ ส่วนใหญ่ได้รับข่าวสารเรื่องการป้องกันโรคไข้เลือดออกจากสื่อโทรทัศน์มากที่สุด และมีความรู้เรื่องการควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ดีที่สุดคือการควบคุมลูกน้ำยุงลายที่เป็นพาหะมากที่สุด ในภาพรวมทัศนคติที่มีต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูงมาก การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ส่วนใหญ่แล้วมีการปฏิบัติอยู่ในระดับสูงมาก โดยมีการทำความสะอาดบ้าน จัดเก็บสิ่งของให้เป็นระเบียบเรียบร้อยมากที่สุด จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า การเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กันในเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ศรี จากผา(2555) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของวัยรุ่นในกรุงเทพมหานคร มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพของวัยรุ่นในกรุงเทพมหานคร ตัวอย่างที่ทำการศึกษาคือนิสิต นักศึกษา อายุระหว่าง 19-21 ปี จำนวน 450 คน ที่กำลังศึกษาอยู่ในสถาบันอุดมศึกษาในกรุงเทพมหานคร จำนวน 15 แห่ง ผลการศึกษาพบว่า วัยรุ่นมีพฤติกรรมการรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพในระดับปานกลาง มีความต้องการรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพในระดับมาก โดยเฉพาะเรื่องการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร และโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุข

สมศักดิ์ ถิ่นขจี และคณะ (2555) ศึกษาพฤติกรรมการลดความอ้วนของนักศึกษาระดับปริญญาตรีของจังหวัดนนทบุรี จำนวน 400 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วนในระดับพอใช้ มีทัศนคติต่อการลดความอ้วนอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการลดความอ้วนอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อทดสอบสมมุติฐาน พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ความเพียงพอของ

รายได้ และการมีสมาชิกในครอบครัวที่เป็นคนอ้วน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลดความอ้วน ปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการลดความอ้วน การวิเคราะห์การถดถอยของพฤติกรรมการลดความอ้วน พบว่า ตัวแปรการได้รับการตรวจรักษาที่เหมาะสม และการได้รับข้อมูลด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลดความอ้วน และใช้พยากรณ์พฤติกรรมการลดความอ้วนได้

4.2 งานวิจัยต่างประเทศ

Stella et al., 2009 ศึกษาความอิ่มตัวของสื่อ การเปิดรับการติดต่อสื่อสาร และการถูกตีตราของผู้ป่วยเอชไอวีในประเทศไนจีเรีย โดยสอบถามจากประชาชน จำนวน 10,081 คน ที่มีอายุระหว่าง 15-49 ปี พบว่า กลุ่มผู้ชายจะมีทัศนคติที่มีต่อการยอมรับผู้ที่อาศัยอยู่กับผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าในกลุ่มผู้หญิง การเปิดรับข่าวสารและการสื่อสารข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคเอชไอวีในสื่อมีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับโรคเอชไอวีที่เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ถึงทัศนคติในการยอมรับที่มากขึ้นด้วย การเปิดรับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญกับทัศนคติที่มีต่อการยอมรับผู้ที่อาศัยอยู่กับผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี ผลการวิจัยบ่งชี้อย่างชัดเจนว่า การจัดรายการบนสื่อที่ให้ความรู้ด้านเอชไอวี ถือเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพที่จะต่อสู้กับการถูกตีตราของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี

Jennifer et al., 2009 ศึกษาการเปิดรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ความเชื่อเรื่องโรคผิวหนัง และพฤติกรรมการป้องกันแดดของประชาชนที่ไม่มีประวัติการเป็นโรคมะเร็งผิวหนัง จำนวน 1,633 คน ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่าจะมีการเปิดรับข่าวสารที่สูงกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากจะมีความเชื่อด้านการป้องกันโรคมะเร็งผิวหนังมาก และมีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งผิวหนังมาก การเปิดรับข่าวสารด้านสุขภาพโดยการค้นหาข้อมูลสุขภาพทางอินเทอร์เน็ตหรือข้อมูลการป้องกันแสงแดดมีความสัมพันธ์กับการใช้ครีมกันแดด

Linda et al., 2009 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับสื่อและทัศนคติต่อต้านความอ้วนในความเชื่อลักษณะที่ผิด ในเพศหญิง จำนวน 112 คน ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ทัศนคติที่ต่อต้านความอ้วนและความไม่พึงพอใจในรูปร่างมีความสัมพันธ์กับความเชื่อที่สนับสนุนให้พอใจกับรูปลักษณ์ภายนอกและดัชนีมวลกาย และการเปิดรับสื่อประเภทนิตยสารเกี่ยวกับแฟชั่นมีความสัมพันธ์กับทัศนคติที่ต่อต้านความอ้วน และความเชื่อผิดๆ เกี่ยวกับรูปลักษณ์ภายนอก

Rasheeta et al., 2013 ศึกษาความต้องการข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันเชื้อเอชไอวี โดยการเปรียบเทียบสื่อมวลชนกับการสื่อระหว่างบุคคล ในกลุ่มนักศึกษาหญิงระดับมหาวิทยาลัยที่มีอายุ 18-24 ปี จำนวน 613 คนประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า เพื่อนจะมีอิทธิพลด้านการสื่อสารพฤติกรรมความเสี่ยงทางเพศมากกว่าพ่อแม่ ในขณะที่นักศึกษาที่มีอายุน้อยมีแนวโน้มที่จะปรึกษาแม่ส่วนการเปิดรับสื่อเกี่ยวกับถุงยางอนามัย โรคเอดส์ และยาต้านเอดส์กับการสื่อสารกับพ่อแม่นั้นมี

ความสัมพันธ์กันระดับสูงและเป็นไปในทางที่ดีมาก ในขณะที่การสื่อสารกับคู่ครองนั้นมีความสัมพันธ์กับข้อมูลที่อ่านเจอบนอินเทอร์เน็ตมากเช่นเดียวกัน

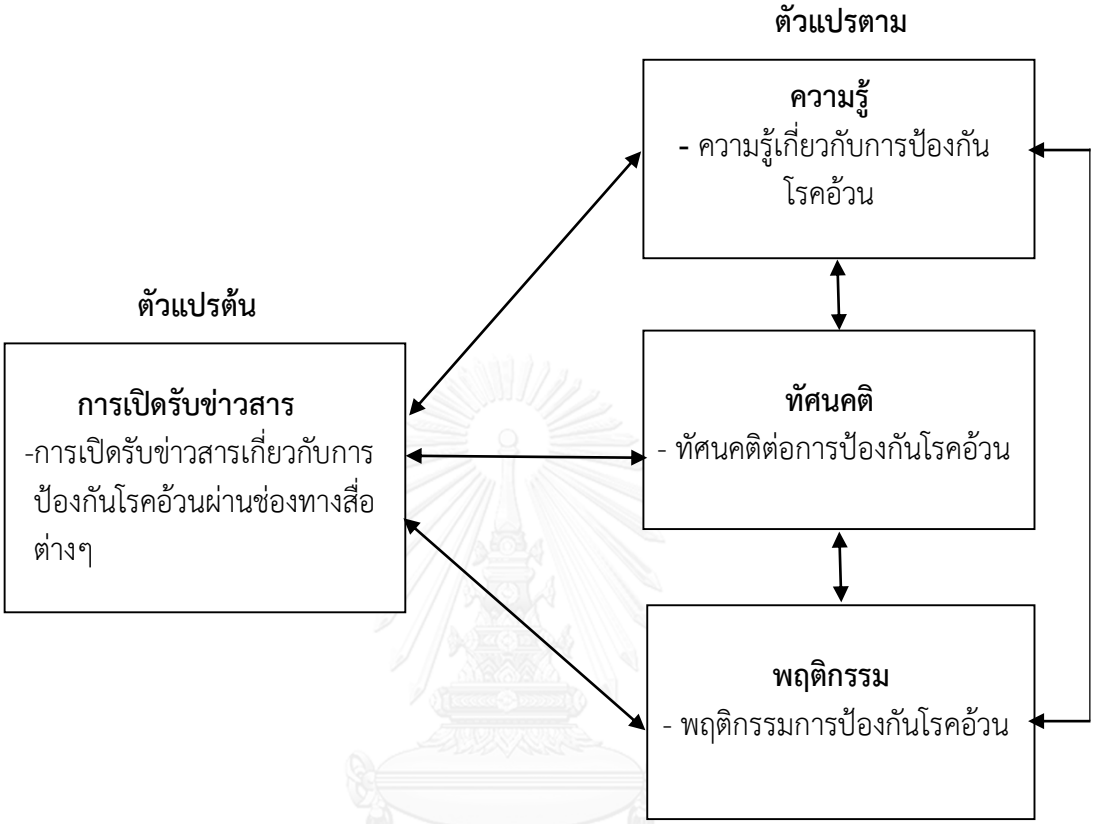
Brooke et al., 2013 ศึกษาอิทธิพลของสื่อในการกระตุ้นให้นักศึกษาระดับปริญญาตรีสร้างรูปร่างตนเองให้มีกล้ามเนื้อ รูปลักษณ์ภายใน และรูปร่างในอุดมคติ จากนักศึกษาระดับปริญญาตรีจำนวน 311 คน ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เปิดรับสื่อประเภทโทรทัศน์มากจะมีแรงกระตุ้นในการสร้างรูปร่างที่ดีมาก สำหรับเพศชายจะใช้เวลาดูรายการเกี่ยวกับกีฬามากกว่า รวมถึงการอ่านแม๊กกาซีนเกี่ยวกับสุขภาพผู้ชาย ในขณะที่เพศหญิงจะใช้เวลาในการดูรายการบันเทิงมากกว่า ทัศนคติที่มีความเชื่อว่ารูปร่างแบบนักกีฬาและลักษณะภายนอกนั้นส่งผลโดยตรงกับความสัมพันธ์ในทั้งชายและหญิง

Fong-Ching et al., 2013 ศึกษาความสัมพันธ์ของการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับความผอม ความไม่พึงพอใจในรูปร่างตนเอง และพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสมของนักเรียนจำนวน 2,992 คน ที่กำลังศึกษาในโรงเรียนมัธยมในเมืองไทเปของประเทศไต้หวัน พบว่า กลุ่มวัยรุ่นส่วนใหญ่ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับความผอม2-3ครั้งต่อสัปดาห์ เพศหญิงจะมีการเปิดรับข่าวสารด้านความผอม มีความกดดันที่จะมีหุ่นผอมบาง ความไม่พอใจของร่างกายของตนเอง และพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมกว่าเพศชาย เมื่อนำมาทดสอบความสัมพันธ์แบบถดถอย พบว่า ความกดดันของสื่อและความไม่พอใจในร่างกายของตนเองส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างยับยั้งการบริโภค และมีพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตนเอง ทำให้สุขภาพไม่แข็งแรง

4.3 สรุปงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากรายงานการวิจัยในประเทศและต่างประเทศ ที่เกี่ยวข้องกับการเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมด้านสุขภาพ พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่เปิดรับข่าวสารอยู่ในระดับต่ำ ส่วนใหญ่มีการเปิดรับข่าวสารผ่านสื่อโทรทัศน์ การเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กันในเชิงบวก ทั้งนี้สื่อที่มีความเกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคอ้วนนั้นมีหลากหลาย แต่ยังไม่มีงานวิจัยชิ้นใดที่ศึกษาความสัมพันธ์ของการเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคอ้วนโดยตรง

กรอบแนวความคิดในการวิจัย



แผนภาพที่ 4 กรอบแนวความคิดในการวิจัย

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ของการเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของประชาชนในกรุงเทพมหานคร เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ(Quantitative research) ซึ่งใช้วิธีการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม(Questionnaire) โดยมีรายละเอียดการวิจัยดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ประชาชนในช่วงอายุ 15-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ใน 50 เขตในกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีจำนวนประชากรทั้งหมด 3,819,740 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2555: ออนไลน์)

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรของ Yamane ที่ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง 0.05 (พิสณุ ฟองศรี, 2554) มีสูตรดังนี้

$$n = \frac{N}{1+N\,(e)^2}$$

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
N = ขนาดของประชาชน
e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ระดับ.05

ผลจากการคำนวณ = 399.96

ดังนั้นจึงได้ขนาดตัวอย่างของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษา จำนวน 450 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบผสม (Multi-stage mix random sampling and selection) (พิสณุ ฟองศรี, 2554) โดยมีรายละเอียดขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสุ่มโดยอาศัยหลักความน่าจะเป็น (Sampling-randomization probability)ใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) โดยแบ่งเขตพื้นที่ในกรุงเทพมหานครจากทั้งหมด 50 เขต ออกเป็น 3 กลุ่ม ตามที่ตั้งของพื้นที่ ได้แก่

1. กลุ่มเขตชั้นใน 21 เขต ได้แก่ เขตปทุมวัน เขตบางรัก เขตดุสิต เขตพระนคร เขตดินแดง เขตคลองสาน เขตห้วยขวาง เขตธนบุรี เขตพญาไท เขตสัมพันธวงศ์ เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย เขตราชเทวี เขตบางซื่อ เขตยานนาวา เขตสาทร เขตบางคอแหลม เขตคลองเตย เขตจตุจักร เขตบางกอกน้อย เขตบางกอกใหญ่ และเขตวัฒนา

2. กลุ่มเขตชั้นกลาง 18 เขต ได้แก่ เขตบึงกุ่ม เขตบางพลัด เขตราษฎร์บูรณะ เขตภาษีเจริญ เขตสายไหม เขตพระโขนง เขตบางกะปิ เขตบางเขน เขตลาดพร้าว เขตสวนหลวง เขตประเวศ เขตทุ่งครุ เขตสะพานสูง เขตคันนายาว เขตบางแค เขตบางนา เขตวังทองหลาง และเขตจอมทอง

3. กลุ่มเขตชั้นนอก 11 เขต ได้แก่ เขตบางขุนเทียน เขตตลิ่งชัน เขตลาดกระบัง เขตหนองจอก เขตมีนบุรี เขตคลองสามวา เขตทวีวัฒนา เขตบางบอน เขตดอนเมือง เขตหลักสี่ และเขตหนองแขม

ขั้นตอนที่ 2 ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยใช้การจับฉลากเลือกเขตการปกครองมา 1 ใน 5 จากจำนวน 3 กลุ่มเขต ได้แก่ กลุ่มเขตชั้นใน 4 เขต กลุ่มเขตชั้นกลาง 4 เขต และกลุ่มเขตชั้นนอก 2 เขต รวมทั้งสิ้น 10 เขต ซึ่งได้ผมดังนี้

กลุ่มเขตชั้นใน 4 เขต ได้แก่ เขตปทุมวัน เขตดินแดง เขตพญาไท เขตบางซื่อ

กลุ่มเขตชั้นกลาง 4 เขต ได้แก่ เขตบางแค เขตพระโขนง เขตบางกะปิ เขตบางเขน

กลุ่มเขตชั้นนอก 2 เขต ได้แก่ เขตบางขุนเทียน เขตคลองสามวา

ขั้นตอนที่ 3 การเลือกตัวอย่างโดยไม่อาศัยหลักความน่าจะเป็น (Selection non-probability)โดยใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบโควต้า (Quota sampling) กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละเขตพื้นที่ในกรุงเทพมหานครทั้ง 10 เขตที่สุ่มจับฉลากได้ จำนวนเขตละ 45 คน โดยให้มีทั้งเพศชายและเพศหญิงในสัดส่วนโดยรวมเท่ากัน กำหนดช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างให้อยู่ในช่วงอายุ 15-59 ปี ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มอายุ ได้แก่ กลุ่มอายุ 15-24 ปี และกลุ่มอายุ 25-59 ปี แต่ละกลุ่มจะมีผู้ที่มีน้ำหนักเกณฑ์ปกติ (BMI ระหว่าง 18.50 - 22.99 กิโลกรัม/เมตร^2) และน้ำหนักเกินเกณฑ์ปกติ (BMI ระหว่าง 23.00 – 24.99 กิโลกรัม/เมตร^2) ในจำนวนใกล้เคียงกัน รวมทั้งสิ้นจำนวน 450 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถามเก็บข้อมูล (Questionnaire) โดยแบบสอบถามดังกล่าวผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการศึกษาค้นคว้าจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องก่อนหน้านี้เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่ครอบคลุมที่สุด ซึ่งมีทั้งส่วนที่เป็นแบบสอบถามปลายปิด (Close-ended questions) และแบบสอบถามมาตรประมาณค่าแบบลิเคิร์ต (Likert scales) โดยแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ ที่อยู่ปัจจุบัน โดยเป็นแบบสำรวจรายการ (Checklist)

ส่วนที่ 2 การเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วนของประชาชนในกรุงเทพมหานคร เนื้อหาข่าวสารมีลักษณะเป็นความรู้เกี่ยวกับอันตรายโรคอ้วน สาเหตุการเกิดโรคอ้วน สถานการณ์โรคอ้วน การเฝ้าระวังตนเอง และการป้องกันโรคอ้วนด้วยวิธีต่างๆ เช่น เรื่องออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ การประเมินดัชนีมวลกายและรอบเอวตนเอง โดยมีความเข้าใจในข่าวสารจากการดู การฟัง การอ่าน ผ่านช่องทางสื่อต่างๆ เกณฑ์การให้คะแนนพิจารณาจากคำตอบของประชาชนเป็นแบบสอบถามปลายปิด จำนวน 18 ข้อ กำหนดตัวเลือกโดยแทนค่าดังนี้

รับ	แทนค่าด้วย	1	คะแนน
ไม่รับ	แทนค่าด้วย	0	คะแนน

จากนั้น ผู้วิจัยนำคะแนนที่ได้จากการตอบแบบสอบถามมาแปลงค่าเป็นร้อยละและจัดระดับการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วนแบบลิเคิร์ต (Likert scales) โดยกำหนดช่วงคะแนนและการแปลความหมายค่าร้อยละออกเป็น 5 ระดับ (พิสณุ ฟองศรี, 2554) ดังนี้

$$\text{ค่าร้อยละ} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{ช่วงคะแนน}} \times 100 = \frac{1 - 0}{5} \times 100 = 20$$

โดยพิจารณาเกณฑ์การแปลความหมายของคะแนน ดังนี้

คะแนนระหว่างร้อยละ	0 – 20	หมายถึง ระดับการเปิดรับต่ำมาก
คะแนนระหว่างร้อยละ	21 – 40	หมายถึง ระดับการเปิดรับต่ำ
คะแนนระหว่างร้อยละ	41 – 60	หมายถึง ระดับการเปิดรับปานกลาง
คะแนนระหว่างร้อยละ	61 – 80	หมายถึง ระดับการเปิดรับสูง
คะแนนระหว่างร้อยละ	81 – 100	หมายถึง ระดับการเปิดรับสูงมาก

ส่วนที่ 3 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วนของประชาชนใน ใช้ลักษณะคำถามปลายปิด จำนวน 12 ข้อ กำหนดตัวเลือกถูกและผิด

เกณฑ์การให้คะแนนพิจารณาจากคำตอบของประชาชนเป็นแบบสอบถามปลายปิด โดยแทนค่าดังนี้

ตอบถูก	แทนค่าด้วย	1	คะแนน
ตอบผิด	แทนค่าด้วย	0	คะแนน

โดยจัดข้อความที่ตอบถูก อยู่ในข้อ 1,4,5,7,9,11,12

จัดข้อความที่ตอบผิด อยู่ในข้อ 2,3,6,8,10

จากนั้น ผู้วิจัยนำคะแนนที่ได้จากการตอบแบบสอบถามมาแปลงค่าเป็นร้อยละและจัดระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วนออกเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom, et al., 1956 อ้างถึงใน วัชฎา เพ็ญศรีสิริกุล, 2555) ดังนี้

คะแนนมากว่าร้อยละ	80	หมายถึง มีความรู้ระดับดีมาก
คะแนนระหว่างร้อยละ	60 – 80	หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง
คะแนนน้อยกว่าร้อยละ	60	หมายถึง มีความรู้ระดับควรปรับปรุง

ส่วนที่ 4 ทัศนคติต่อการป้องกันโรคอ้วนของประชาชนในกรุงเทพมหานคร เกณฑ์การให้คะแนนพิจารณาจากคำตอบของประชาชนเป็นแบบสอบถามปลายปิด จำนวน 12 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scales) กำหนดช่วงคะแนนและการแปลความหมายค่าเฉลี่ยมาตรประมาณ 5 ระดับ (พิสณุ ฟองศรี, 2554) ดังนี้

		ทัศนคติด้านบวก	ทัศนคติด้านลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	แทนค่าด้วย	5	1
เห็นด้วย	แทนค่าด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	แทนค่าด้วย	3	3
ไม่เห็นด้วย	แทนค่าด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	แทนค่าด้วย	1	5

โดยจัดข้อความเชิงบวก อยู่ในข้อ 1,2,4,7,8,10

จัดข้อความเชิงลบ อยู่ในข้อ 3,5,6,9,11,12

จากนั้น ผู้วิจัยได้จัดระดับทัศนคติในการป้องกันโรคอ้วนเป็น 5 ระดับ คือ

$$\text{ค่าเฉลี่ย} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{5 - 1}{5} = 0.80$$

โดยพิจารณาเกณฑ์การแปลความหมายของคะแนน ดังนี้

คะแนนระหว่าง 1.00 – 1.80 หมายถึง ทัศนคติอยู่ในระดับต่ำมาก

คะแนนระหว่าง 1.81 – 2.60 หมายถึง ทัศนคติอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนระหว่าง 2.61 – 3.40 หมายถึง ทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนระหว่าง 3.41 – 4.20 หมายถึง ทัศนคติอยู่ในระดับสูง

คะแนนระหว่าง 4.21 – 5.00 หมายถึง ทัศนคติอยู่ในระดับสูงมาก

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของประชาชนในกรุงเทพมหานคร เกณฑ์การให้คะแนนพิจารณาจากคำตอบของประชาชนเป็นแบบสอบถามปลายปิด จำนวน 20 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scales) เป็นความถี่ในการปฏิบัติ กำหนดช่วงคะแนนและการแปลความหมายค่าเฉลี่ยมาตรประมาณ 5 ระดับ (พิสณุ ฟองศรี, 2554) โดยแทนค่าดังนี้

ทุกวัน	(7 วัน/สัปดาห์)	แทนค่าด้วย	5	คะแนน
เป็นส่วนมาก	(5-6 วัน/สัปดาห์)	แทนค่าด้วย	4	คะแนน
เป็นครั้งคราว	(3-4 วัน/สัปดาห์)	แทนค่าด้วย	3	คะแนน
เป็นส่วนน้อย	(1-2 วัน/สัปดาห์)	แทนค่าด้วย	2	คะแนน
ไม่เคยเลย	ไม่เคย	แทนค่าด้วย	1	คะแนน

จากนั้น ผู้วิจัยได้จัดระดับการปฏิบัติออกเป็น 5 ระดับ คือ

$$\text{ค่าเฉลี่ย} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{5 - 1}{5} = 0.80$$

โดยพิจารณาเกณฑ์การแปลความหมายของคะแนน ดังนี้

คะแนนระหว่าง 1.00 – 1.80 หมายถึง ระดับการปฏิบัติต่ำมาก

คะแนนระหว่าง 1.81 – 2.60 หมายถึง ระดับการปฏิบัติต่ำ

คะแนนระหว่าง 2.61 – 3.40 หมายถึง ระดับการปฏิบัติปานกลาง
คะแนนระหว่าง 3.41 – 4.20 หมายถึง ระดับการปฏิบัติสูง
คะแนนระหว่าง 4.21 – 5.00 หมายถึง ระดับการปฏิบัติสูงมาก

3. วิธีการสร้างเครื่องมือการวิจัย

1. ศึกษาข้อมูลเรื่องการสื่อสาร จากเอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. สร้างแบบสอบถามการเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน

3. นำแบบสอบถามที่ได้เสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อขอข้อเสนอแนะ ตรวจสอบความเหมาะสมของข้อความ ความครอบคลุมของเนื้อหา และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

4. หาค่าดัชนีความสอดคล้องเชิงเนื้อหา (IOC: Index of Item Objective) ของแบบสอบถาม โดยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วแนบกับโครงร่างวิทยานิพนธ์และจัดทำหนังสือเพื่อขอความอนุเคราะห์ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ให้ข้อเสนอแนะและตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหา ภาษาที่ใช้ให้แบบสอบถามมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ซึ่งประเด็นการให้คะแนนของผู้ทรงคุณวุฒิมีเกณฑ์ ดังนี้

ประเด็น	คะแนน
แน่ใจว่าคำถามนั้นสามารถวัดวัตถุประสงค์ได้จริง	+1
ไม่แน่ใจว่าคำถามนั้นสามารถวัดวัตถุประสงค์ได้จริง	0
แน่ใจว่าคำถามนั้นไม่สามารถวัดวัตถุประสงค์ได้จริง	- 1

จากนั้น นำผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญในแต่ละข้อไปหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา หรือค่าดัชนีความสอดคล้อง ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ต้องมีค่าตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป โดยสูตรคำนวณ (พิสณุ ฟองศรี, 2554) ดังนี้

สูตร $IOC = \frac{\sum R}{N}$

โดย IOC = ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์
$\sum R$ = ผลรวมคะแนนความคิดของผู้ทรงคุณวุฒิ
N = จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิ

ผลการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา พบว่า ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของแบบสอบถามทั้งฉบับอยู่ที่ 0.94

5. หาความยาก (Difficulty) ของแบบสอบถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วน โดยมีสูตรการคำนวณ (พิสณุ ฟองศรี, 2554) ดังนี้

สูตร $p = \frac{R}{N}$

p คือ ค่าความยาก

R คือ จำนวนคนที่ทำข้อสอบถูก

N คือ จำนวนคนผู้เข้าสอบทั้งหมด

ค่าความยากของแบบสอบถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วนเท่ากับ 0.79 เป็นค่าความยากที่อยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างง่าย ค่าความยากที่ใช้ได้ต้องอยู่ระหว่าง 0.20 - 0.80

6. ทดสอบความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มประชากรกรุงเทพมหานคร ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์ (α -Coefficient) ของ Cronbach กำหนดค่าความเที่ยงที่ 0.70 (ประคอง กรรณสูตร, 2542) โดยมีสูตรการคำนวณ ดังนี้

สูตร $\alpha = \frac{k}{(k-1)} \frac{[1 - \Sigma Vi]}{Vt}$

α คือ ค่าความเชื่อถือได้

k คือ จำนวนข้อ

Vi คือ ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ

Vt คือ ความแปรปรวนของคะแนนรวมทุกข้อ

ผลการทดสอบความเที่ยงของแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยฉบับนี้เท่ากับ 0.81

8. นำแบบสอบถามที่ทดลองใช้แล้วมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม พร้อมใช้วิจัยต่อไป

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยจัดทำบันทึกข้อความเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อออกหนังสือบันทึกข้อความขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อรับการพิจารณาจริยธรรมต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อขออนุมัติดำเนินการศึกษาวิจัยในคน

2. คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยได้ ณ วันที่ 31 มีนาคม 2558

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental sampling) ด้วยการสอบถามน้ำหนักส่วนสูงเพื่อคำนวณหาค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ให้ตรงตามที่กำหนดก่อนแจกแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างในแต่ละเขต ตามบริเวณสถานที่ต่างๆ เช่น ห้างสรรพสินค้า ศูนย์การค้า ตลาด สวนสาธารณะ และลานกีฬา ใช้เวลาเก็บแบบสอบถามประมาณ 4 สัปดาห์ ได้รับแบบสอบถามคืนกลับมาจำนวน 450 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100.00

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ของการเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของประชาชนในกรุงเทพมหานคร ใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) เพื่อบรรยายข้อมูลเกี่ยวกับ การเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคอ้วนของประชาชนในกรุงเทพมหานคร

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inference statistics) ได้แก่ การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson’s correlation coefficient) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทดสอบความสัมพันธ์ของการเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคอ้วน เพื่อให้ทราบถึงค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรคู่ต่างๆตามสมมติฐาน โดยกำหนดเกณฑ์การแปลความหมายของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ตามลำดับ(ประคอง กรรณสูตร, 2542) ดังนี้คือ มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำค่าระหว่าง 0.29 และต่ำกว่า กับ -0.29 และลบต่ำกว่า มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลางค่าระหว่าง 0.30 ถึง 0.69 กับ -0.30 ถึง -0.69 และมีความสัมพันธ์กันในระดับสูงค่าระหว่าง 0.70 ถึง 0.90 กับ -0.70 ถึง -0.90

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ของการเปิดรับข่าวสาร กับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของประชาชนในกรุงเทพมหานคร ได้ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นประชาชนกรุงเทพมหานครจาก 10 เขต คือ เขตปทุมวัน เขตดินแดง เขตพญาไท เขตบางซื่อ เขตบางแค เขตพระโขนง เขตบางกะปิ เขตบางเขน เขตบางขุนเทียน และเขตคลองสามวา จำนวน 450 คน ได้รับแบบสอบถามคืนจำนวน 450 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100.00 ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ และนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ตารางประกอบคำบรรยาย แบ่งเนื้อหาการนำเสนอผลตามลำดับ โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 การเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคอ้วน

<u>ผลการวิเคราะห์ข้อมูล</u>

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ (n=450)

เพศ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ชาย	225	50.00
หญิง	225	50.00
รวม	450	100.00

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่า ประชาชนในกรุงเทพมหานครที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นเพศชายและเพศหญิงในจำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 50.00

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ (n=450)

อายุ	จำนวน	ร้อยละ
15-24 ปี	225	50.00
25-59 ปี	225	50.00
รวม	450	100.00

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่า ประชาชนในกรุงเทพมหานครที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้อยู่ในช่วงอายุ 15-24 ปี และช่วงอายุ 25-59 ปี ในจำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 50.00

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับค่าดัชนีมวลกาย (n=450)

ระดับค่าดัชนีมวลกาย	จำนวน (คน)			ร้อยละ		
(กิโลกรัม/เมตร²)	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
น้ำหนักเกณฑ์ปกติ (18.50 - 22.99)	102	123	225	45.33	54.67	100.00
น้ำหนักเกินเกณฑ์ปกติ (23.00 – 24.99)	123	102	225	54.67	45.33	100.00

จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่า ประชาชนในกรุงเทพมหานครที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ มีระดับค่าดัชนีมวลกายน้ำหนักเกณฑ์ปกติ และน้ำหนักเกินเกณฑ์ปกติ จำนวนใกล้เคียงกัน เมื่อพิจารณาตามเพศ ส่วนใหญ่เพศชายมีระดับค่าดัชนีมวลกายน้ำหนักเกินเกณฑ์ปกติ คิดเป็นร้อยละ 54.67 และเพศหญิงมีระดับค่าดัชนีมวลกายน้ำหนักเกณฑ์ปกติ คิดเป็นร้อยละ 54.67

ตารางที่ 6 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการศึกษา (n=450)

การศึกษา	จำนวน (คน)			ร้อยละ		
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
ไม่ได้รับการศึกษา	5	1	6	1.11	0.22	1.33
ต่ำกว่าปริญญาตรี	77	64	141	17.11	14.22	31.33
ปริญญาตรี	122	143	265	27.11	31.78	58.89
สูงกว่าปริญญาตรี	21	17	38	4.67	3.78	8.44
รวม	225	225	450	50.00	50.00	100.00

จากตารางที่ 6 แสดงให้เห็นว่า ประชาชนในกรุงเทพมหานครที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 58.89 เมื่อพิจารณาตามเพศ ส่วนใหญ่เพศชายมีการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 27.11 และเพศหญิงมีการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 31.78

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 7 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอาชีพ (n=450)

อาชีพ	จำนวน (คน)			ร้อยละ		
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ	49	66	115	10.89	14.67	25.56
พนักงานบริษัท	93	100	193	20.67	22.22	42.89
นักเรียน/นักศึกษา	30	26	56	6.67	5.78	12.44
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	36	16	52	8.00	3.56	11.56
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	13	15	28	2.89	3.33	6.22
อื่นๆ (รับจ้าง)	4	2	6	0.89	0.44	1.33
รวม	225	225	450	50.00	50.00	100.00

จากตารางที่ 7 แสดงให้เห็นว่า ประชาชนในกรุงเทพมหานครที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่อาชีพพนักงานบริษัท คิดเป็นร้อยละ 42.89 เมื่อพิจารณาตามเพศ ส่วนใหญ่เพศชายอาชีพพนักงานบริษัท คิดเป็นร้อยละ 20.67 และเพศหญิงอาชีพพนักงานบริษัท คิดเป็นร้อยละ 22.22

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 8 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายได้ต่อเดือน (n=450)

รายได้ต่อเดือน	จำนวน (คน)			ร้อยละ		
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
ต่ำกว่า 10,000 บาท	30	34	64	6.67	7.56	14.22
10,000 – 15,000 บาท	52	48	100	11.56	10.67	22.22
15,001 – 20,000 บาท	52	64	116	11.56	14.22	25.78
20,001 - 25,000 บาท	36	36	72	8.00	8.00	16.00
25,001 – 30,000 บาท	16	30	46	3.56	6.67	10.22
มากกว่า 30,000 บาท	39	13	52	8.67	2.89	11.56
รวม	225	225	450	50.00	50.00	100.00

จากตารางที่ 8 แสดงให้เห็นว่า ประชาชนในกรุงเทพมหานครที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในระหว่าง 15,001 – 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 25.78 เมื่อพิจารณาตามเพศ รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่เพศชายอยู่ในระหว่าง 10,000 – 15,000 บาท และ 15,001 – 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 11.56 และรายได้ต่อเดือนเพศหญิงอยู่ระหว่าง 15,001 – 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 14.22

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 9 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามที่อยู่ปัจจุบันในเขตกรุงเทพมหานคร (n=450)

ที่อยู่ปัจจุบัน	จำนวน (คน)			ร้อยละ		
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
เขตปทุมวัน	30	15	45	6.67	3.33	10.00
เขตดินแดง	29	16	45	6.44	3.56	10.00
เขตพญาไท	15	30	45	3.33	6.67	10.00
เขตบางซื่อ	37	8	45	8.22	1.78	10.00
เขตบางแค	23	22	45	5.11	4.89	10.00
เขตพระโขนง	27	18	45	6.00	4.00	10.00
เขตบางกะปิ	21	24	45	4.67	5.33	10.00
เขตบางเขน	11	34	45	2.44	7.56	10.00
เขตบางขุนเทียน	21	24	45	4.67	5.33	10.00
เขตคลองสามวา	11	34	45	2.44	7.56	10.00
รวม	225	225	450	50.00	50.00	100.00

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

จากตารางที่ 9 แสดงให้เห็นว่า ประชาชนในกรุงเทพมหานครที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ที่อยู่ปัจจุบัน คือ เขตปทุมวัน เขตดินแดน เขตพญาไท เขตบางซื่อ เขตบางแค เขตพระโขนง เขตบางกะปิ เขตบางเขน เขตบางขุนเทียน และเขตคลองสามวา จำนวนเขตละ 45 คน คิดเป็นร้อยละ 10.00 เมื่อพิจารณาตามเพศ พบว่า เพศชายส่วนใหญ่อยู่ในเขตบางซื่อ คิดเป็นร้อยละ 8.22 และเพศหญิงส่วนใหญ่อยู่ในเขตบางเขน และเขตคลองสามวา คิดเป็นร้อยละ 7.56

ส่วนที่ 2 การเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคอ้วน

ตารางที่ 10 จำนวน ร้อยละ และการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วนของกลุ่มตัวอย่างจากสื่อมวลชน (n=450)

สื่อ	จำนวนผู้ที่รับข่าวสาร		ระดับการเปิดรับ
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
สื่อมวลชน			
1. โทรทัศน์	413	91.78	สูงมาก
2. วิทยุ	252	56.00	ปานกลาง
3. หนังสือพิมพ์	303	67.33	สูง
4. นิตยสาร/วารสาร	274	60.89	ปานกลาง

จากตารางที่ 10 แสดงให้เห็นว่า ประชาชนในกรุงเทพมหานครที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วน จากสื่อมวลชนมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ โทรทัศน์ อยู่ในระดับสูงมาก คิดเป็นร้อยละ 91.78 รองลงมา คือ หนังสือพิมพ์ อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 67.33 และนิตยสาร/วารสาร อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 60.89 สื่อมวลชนที่มีการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วนน้อยที่สุด คือ วิทยุ อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 56.00

Chulalongkorn University

ตารางที่ 11 จำนวน ร้อยละ และการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วนของกลุ่มตัวอย่างจากสื่อบุคคล (n=450)

สื่อ	จำนวนผู้ที่รับข่าวสาร		ระดับการเปิดรับ
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
สื่อบุคคล			
1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (แพทย์ พยาบาล บุคลากรสาธารณสุข)	211	46.89	ปานกลาง
2. ญาติ / คนในครอบครัว	325	72.22	สูง
3. เพื่อน	360	80.00	สูง
4. ครู / อาจารย์	153	34.00	ต่ำ
5. คนในชุมชน / พระ / ปราชญ์ชาวบ้าน	147	32.67	ต่ำ
6. อาสาสมัครสาธารณสุข	86	19.11	ต่ำมาก

จากตารางที่ 11 แสดงให้เห็นว่า ประชาชนในกรุงเทพมหานครที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วน จากสื่อบุคคลมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ เพื่อน อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 80.00 รองลงมา คือ ญาติ/คนในครอบครัว อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 72.22 และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (แพทย์ พยาบาล บุคลากรสาธารณสุข) อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 46.89 สื่อบุคคลที่มีการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วนน้อยที่สุด คือ อาสาสมัครสาธารณสุข อยู่ในระดับต่ำมาก คิดเป็นร้อยละ 19.11

ตารางที่ 12 จำนวน ร้อยละ และการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วนของกลุ่มตัวอย่างจากสื่อเฉพาะกิจ (n=450)

สื่อ	จำนวนผู้ที่รับข่าวสาร		ระดับการเปิดรับ
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
สื่อเฉพาะกิจ			
1. งานนิทรรศการ	229	50.89	ปานกลาง
สื่อสิ่งพิมพ์			
2. แผ่นพับ / ใบปลิว	320	71.11	สูง
3. โปสเตอร์ / ป้ายโฆษณา	319	70.89	สูง
4. คู่มือเอกสาร	209	46.44	ปานกลาง

จากตารางที่ 12 แสดงให้เห็นว่า ประชาชนในกรุงเทพมหานครที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วน จากสื่อสิ่งพิมพ์มากที่สุด คือ แผ่นพับ/ใบปลิว อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 71.11 รองลงมา คือ โปสเตอร์/ป้ายโฆษณา อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 70.89 และสื่อเฉพาะกิจ คือ งานนิทรรศการ อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 50.89 สื่อที่มีการเปิดรับข่าวสารน้อยที่สุดคือ คู่มือเอกสาร อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 46.44

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 13 จำนวน ร้อยละ และการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วนของกลุ่มตัวอย่างจากสื่อโสตทัศน์ (n=450)

สื่อ	จำนวนผู้ที่รับข่าวสาร		ระดับการเปิดรับ
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
สื่อโสตทัศน์			
1. วีซีดี / ดีวีดี	151	33.56	ต่ำ
สื่อใหม่			
2. เว็บไซต์ (Website)	339	75.33	สูง
3. เฟซบุ๊ค (Facebook)	364	80.89	สูง
4. อีบุ๊ค (E-Book)	88	19.56	ต่ำมาก

จากตารางที่ 13 แสดงให้เห็นว่า ประชาชนในกรุงเทพมหานครที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วน จากสื่อใหม่มากที่สุด คือ เฟซบุ๊ค (Facebook) อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 80.89 รองลงมา คือ เว็บไซต์ (Website) อยู่ในระดับสูง และสื่อโสตทัศน์ คือ วีซีดี/ดีวีดี อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 33.56 สื่อที่มีการเปิดรับข่าวสารน้อยที่สุดคือ อีบุ๊ค (E-Book) อยู่ในระดับต่ำมาก คิดเป็นร้อยละ 19.56

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 14 จำนวน และร้อยละของช่วงเวลาที่เปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วนของกลุ่มตัวอย่าง (n=450)

ช่วงเวลาที่เปิดรับข่าวสาร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
06.01 – 10.00 น.	60	13.33
10.01 – 14.00 น.	99	22.00
14.01 – 18.00 น.	60	13.33
18.01 – 22.00 น.	186	41.33
22.01 – 02.00 น.	40	8.89
02.01 – 06.00 น.	5	1.11
รวม	450	100.00

จากตารางที่ 14 แสดงให้เห็นว่า ประชาชนในกรุงเทพมหานครที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีช่วงเวลาที่เปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วนมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ช่วงเวลา 18.01 – 22.00 น. คิดเป็นร้อยละ 41.33 รองลงมา คือ ช่วงเวลา 10.01 – 14.00 น. คิดเป็นร้อยละ 22.00 และช่วงเวลา 06.01 - 10.00 น. และช่วงเวลา 14.01 – 18.00 น. คิดเป็นร้อยละ 13.33 ช่วงเวลาที่การเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วนน้อยที่สุด คือ ช่วงเวลา 02.01 – 06.00 น. คิดเป็นร้อยละ 1.11

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 15 จำนวน ร้อยละ และระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วนของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อคำถาม (n=450)

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วน	ถูก		ผิด		ระดับความรู้
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
1. คนไทยที่มีดัชนีมวลกาย ≥ 25 กิโลกรัม/เมตร^2 หรือเพศหญิงที่มีรอบเอวเกิน 80 ซม.และเพศชายเกิน 90 ซม. ถือว่าเป็น“คนอ้วน”	406	90.22	44	9.78	ดีมาก
2. โรคอ้วนหมายถึงสภาวะที่ร่างกายมีน้ำหนักตัวเกินเพียงอย่างเดียว	306	68.00	144	32.00	ปานกลาง
3. การกินอาหารไขมันสูง ของหวาน ขนมที่มีแป้งและน้ำตาลมาก ไม่ทำให้เสี่ยงเป็นโรคอ้วน	326	72.44	124	27.56	ปานกลาง
4. โรคอ้วนเกิดจากภาวะที่มีปริมาณไขมันสะสมในร่างกายมากเกินปกติและส่งผลเสียต่อสุขภาพ	432	96.00	18	4.00	ดีมาก
5. โรคอ้วนเป็นอันตรายต่อสุขภาพ และเพิ่มความเสี่ยงในการเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวานและโรคหัวใจ	439	97.56	11	2.44	ดีมาก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 15 (ต่อ)

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วน	ถูก		ผิด		ระดับความรู้
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
6. โรคอ้วนไม่เป็นปัญหาสุขภาพของคนไทยในเขตเมือง	368	81.78	82	18.22	ดีมาก
7. นอกจากการควบคุมเรื่องอาหารแล้ว ควรจะต้องออกกำลังกายด้วย ครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ละ 5 ครั้ง สามารถป้องกันโรคอ้วนได้	392	87.11	58	12.89	ดีมาก
8. การอดอาหารเป็นวิธีการป้องกันโรคอ้วนที่ถูกต้อง	391	86.89	59	13.11	ดีมาก
9. การดื่มน้ำเปล่าแทนน้ำอัดลมหรือน้ำหวานเป็นส่วนหนึ่งที่สามารถป้องกันโรคอ้วนได้	420	93.33	30	6.67	ดีมาก
10. การกินยาลดความอ้วนเป็นวิธีที่ถูกต้องและดีที่สุดในการป้องกันการเพิ่มน้ำหนักตัว	385	85.56	65	14.44	ดีมาก
11. การรับประทานอาหารที่มีกากใยเพิ่มขึ้นทำให้ป้องกันโรคอ้วนได้	404	89.78	46	10.22	ดีมาก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 15 (ต่อ)

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วน	ถูก		ผิด		ระดับความรู้
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
12. การออกกำลังกายส่งผลต่อการลดน้ำหนักตัวและมีผลให้ระดับไขมันในร่างกายลดลงได้	440	97.78	10	2.22	ดีมาก
รวม		87.20		12.80	ดีมาก

จากตารางที่ 15 แสดงให้เห็นว่า ประชาชนในกรุงเทพมหานครที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วนในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 87.20 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วนที่ตอบถูกมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ การออกกำลังกายส่งผลต่อการลดน้ำหนักตัวและมีผลให้ระดับไขมันในร่างกายลดลงได้ คิดเป็นร้อยละ 97.78 รองลงมา คือ โรคอ้วนเป็นอันตรายต่อสุขภาพและเพิ่มความเสี่ยงในการเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 97.56 และโรคอ้วนเกิดจากภาวะที่มีปริมาณไขมันสะสมในร่างกายมากเกินปกติและส่งผลเสียต่อสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 96.00 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วนที่ตอบถูกน้อยที่สุด คือ โรคอ้วนหมายถึงสภาวะที่ร่างกายมีน้ำหนักตัวเกินเพียงอย่างเดียว คิดเป็นร้อยละ 68.00

ตารางที่ 16 ค่าเฉลี่ยทัศนคติต่อการป้องกันโรคอ้วนของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อคำถาม (n=450)

ทัศนคติต่อการป้องกันโรคอ้วน	$\bar{x}$	SD	ระดับทัศนคติ
1. โรคอ้วนเกิดจากภาวะไขมันในร่างกายเกินมาตรฐาน (+)	4.40	0.66	สูงมาก
2. โรคอ้วนเพิ่มความเสี่ยงในการเป็นโรคหลายชนิด เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ ฯลฯ (+)	4.61	0.64	สูงมาก
3. การควบคุมอาหารเพื่อป้องกันโรคอ้วนเป็นเรื่องที่ทำให้เสียเวลาเสียโอกาสทานของอร่อย (-)	3.72	1.30	สูง
4. โรคอ้วนส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน (+)	3.78	1.18	สูง
5. การออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคอ้วนเป็นเรื่องที่ยุ่งยากเสียเวลา (-)	4.04	1.00	สูง
6. การลดอาหารให้เหลือเพียงมื้อเย็นมื้อเดียวช่วยป้องกันโรคอ้วนได้(-)	4.02	1.07	สูง
7. ผู้ที่เป็นโรคอ้วนมักมีปัญหาทางจิตใจมากกว่าคนอื่น (+)	3.08	1.09	ปานกลาง
8. ผู้ที่เป็นโรคอ้วนเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุมากกว่าคนที่มีน้ำหนักปกติ (+)	3.38	0.98	ปานกลาง
9. การป้องกันโรคอ้วนที่ได้ผลและไม่เสียเวลาคือการกินยาลดความอ้วน (-)	4.40	0.98	สูงมาก
10. การป้องกันโรคอ้วนทำได้ไม่ยากแต่เพียงควบคุมการบริโภคและเพิ่มการออกกำลังกาย (+)	4.46	0.73	สูงมาก
11. การยอมเป็นคนอ้วนดีกว่าการฝืนใจตนเองไม่กินของทอด ของหวานขนมที่มีแป้งและน้ำตาลมาก (-)	3.96	1.05	สูง
12. การผ่อนคลายความเครียดด้วยการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นวิธีที่ดีแม้จะเสี่ยงเป็นโรคอ้วน (-)	4.22	1.06	สูงมาก
รวม	4.00	0.50	สูง

หมายเหตุ : (+) ข้อคำถามเชิงบวก

(-) ข้อคำถามเชิงลบ

จากตารางที่ 16 แสดงให้เห็นว่า ประชาชนในกรุงเทพมหานครที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีทัศนคติต่อการป้องกันโรคอ้วนในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 4.00, SD = 0.50) เมื่อพิจารณาราย

ข้อพบว่า ข้อคำถามทัศนคติต่อการป้องกันโรคอ้วนที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด 3 อันดับแรก คือ โรคอ้วนเพิ่มความเสี่ยงในการเป็นโรคหลายชนิด เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ ฯลฯ ($\bar{x}$ = 4.61, SD = 0.64) รองลงมา คือ การป้องกันโรคอ้วนทำได้ไม่ยากแต่เพียงควบคุมการบริโภคและเพิ่มการออกกำลัง ($\bar{x}$ = 4.46, SD = 0.73) โรคอ้วนเกิดจากภาวะไขมันในร่างกายเกินมาตรฐาน ($\bar{x}$ = 4.40, SD = 0.66) และการป้องกันโรคอ้วนที่ได้ผลและไม่เสียเวลาคือการกินยาลดความอ้วน ($\bar{x}$ = 4.40, SD = 0.98) ทัศนคติการป้องกันโรคอ้วนที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ผู้ที่เป็นโรคอ้วนมักมีปัญหาทางจิตใจมากกว่าคนอื่น ($\bar{x}$ = 3.08, SD = 1.09)

ตารางที่ 17 ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อ คำถาม (n=450)

พฤติกรรมที่ปฏิบัติ	$\bar{x}$	SD	ระดับการปฏิบัติ
1. กินอาหารครบ 5หมู่ (ข้าว ผัก ผลไม้ เนื้อสัตว์ น้ำมัน)	3.68	0.95	สูง
2. กินอาหารหลากหลาย ไม่ซ้ำซาก	3.46	0.86	สูง
3. กินผักมากกว่าวันละ 3 ทัพพี	2.90	0.97	ปานกลาง
4. กินผลไม้วันละ 2-3 ส่วน	3.02	0.94	ปานกลาง
5. (หนึ่งส่วนเท่ากับ 6-8 คำ)	2.88	0.90	ปานกลาง
6. กินปลา อย่างน้อยวันละ 1 มื้อ	3.11	0.91	ปานกลาง
7. กินเนื้อสัตว์ไม่ติดมันวันละ 2-3 มื้อ	2.67	1.11	ปานกลาง
8. กินอาหารมื้อเย็นห่างจากเวลานอนไม่น้อยกว่า 3-4 ชั่วโมง	3.50	1.10	สูง
9. กินอาหารประเภทต้ม นึ่ง ลวก อบ ยำ แกงไม่ใส่กะทิ	3.26	0.89	ปานกลาง
10. หลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูง	3.24	0.96	ปานกลาง
11. หลีกเลี่ยงของหวาน และขนมที่มีแป้งและน้ำตาลมาก	3.11	0.89	ปานกลาง
12. กินอาหารรสจืด ไขมันต่ำ	2.93	0.94	ปานกลาง
13. เลือกดื่มน้ำเปล่าแทนน้ำอัดลมหรือน้ำหวาน	3.63	1.00	สูง
14. หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	3.74	1.20	สูง
15. อารมณ์ดี ไม่เครียด	3.92	0.92	สูง
16. นอนหลับไม่น้อยกว่าวันละ 7-8 ชั่วโมง	3.64	1.02	สูง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 17 (ต่อ)

พฤติกรรมที่ปฏิบัติ	$\bar{x}$	SD	ระดับการปฏิบัติ
17. ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 5 วัน	2.61	1.15	ปานกลาง
18. ออกกำลังกายวันละ 30 นาที	2.75	1.16	ปานกลาง
19. ขณะออกกำลังกายหายใจเร็วขึ้นกว่าปกติและเหงื่อซึม	3.04	1.12	ปานกลาง
20. เฝ้าระวังวัดรอบเอวตนเอง คือ เพศหญิงไม่เกิน 80 ซม. และเพศชายไม่เกิน 90 ซม.	2.72	1.19	ปานกลาง
รวม	3.20	0.57	ปานกลาง

จากตารางที่ 17 แสดงให้เห็นว่า ประชาชนในกรุงเทพมหานครที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.20, SD = 0.57) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า พฤติกรรมที่ปฏิบัติ 3 อันดับแรก คือ อารมณ์ดี ไม่เครียด ($\bar{x}$ = 3.92, SD = 0.92) รองลงมา คือ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ($\bar{x}$ = 3.74, SD = 1.20) และกินอาหารครบ 5 หมู่ (ข้าว ผัก ผลไม้ เนื้อสัตว์ น้ำมัน) ($\bar{x}$ = 3.68, SD = 0.95) พฤติกรรมที่ปฏิบัติน้อยที่สุด คือ ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 5 วัน ($\bar{x}$ = 2.61, SD = 1.15)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 18 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วนกับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของประชาชนในกรุงเทพมหานคร

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)		
	ความรู้	ทัศนคติ	พฤติกรรม
การเปิดรับข่าวสาร	- 0.07	- 0.09	0.23*
ความรู้	-	0.28*	0.06
ทัศนคติ	-	-	0.16*
พฤติกรรม	-	-	-

* $p \leq 0.05$

จากตารางที่ 18 แสดงให้เห็นว่า การเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วนไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วนและทัศนคติต่อการป้องกันโรคอ้วน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนในเชิงบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.23 มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วนมีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการป้องกันโรคอ้วนในเชิงบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.28 มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ด้านทัศนคติต่อการป้องกันโรคอ้วนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนในเชิงบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.16 มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

บทที่ 5
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ของการเปิดรับข่าวสาร กับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของประชาชนในกรุงเทพมหานคร มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของประชาชนในกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ประชาชนในกรุงเทพมหานคร อายุระหว่าง 15–59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 450 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม ผู้วิจัยแบ่งเนื้อหาการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 การเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน

ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามคืน จำนวน 450 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100.00 จากนั้น จึงนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) เพื่อบรรยายข้อมูลเกี่ยวกับ การเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคอ้วนของประชาชนในกรุงเทพมหานคร และสถิติเชิงอนุมาน (Inference statistics) ได้แก่ การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

1. สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลของประชากรกลุ่มตัวอย่างใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นประชาชนในกรุงเทพมหานคร จำนวน 450 คน แบ่งเป็นเพศชายและเพศหญิงจำนวนที่เท่ากัน 225 คน คิดเป็นร้อยละ 50.00 แบ่งเป็นช่วงอายุ 15-24 ปี และช่วงอายุ 25-59 ปี จำนวนที่เท่ากัน 225 คน คิดเป็นร้อยละ 50.00 แต่ละกลุ่มจะมีผู้ที่มีน้ำหนักเกณฑ์ปกติ (BMI ระหว่าง 18.50 – 22.99 กิโลกรัม/เมตร^2) และน้ำหนักเกินเกณฑ์ปกติ (BMI ระหว่าง 23.00 – 24.99 กิโลกรัม/เมตร^2) ในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน โดยผู้ที่มีน้ำหนักเกณฑ์ปกติ แบ่งเป็นเพศชาย ร้อยละ 45.33 เพศหญิง ร้อยละ 54.67 และผู้ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ปกติ แบ่งเป็นเพศชาย ร้อยละ 54.67 เพศหญิง ร้อยละ 45.33 การศึกษาส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 58.89 มีอาชีพเป็นพนักงานบริษัท ร้อยละ 42.89 และรายได้ต่อเดือนอยู่ในระหว่าง 15,001 – 20,000 บาท ร้อยละ 25.78

2. สื่อที่ประชาชนในกรุงเทพมหานครมีการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วนมากที่สุด คือ โทรทัศน์ ร้อยละ 91.78 รองลงมา คือ เฟซบุ๊ค (Facebook) ร้อยละ 80.89 เพื่อน ร้อยละ

80.00 เว็บไซต์ (Website) ร้อยละ 75.33 และญาติ/คนในครอบครัว ร้อยละ 72.22 ตามลำดับ สื่อที่มีการเปิดรับข่าวสารน้อยที่สุด 3 อันดับสุดท้าย คือ อาสาสมัครสาธารณสุข ร้อยละ 19.11 อีบุ๊ค (E-Book) ร้อยละ 19.56 และคนในชุมชน/พระ/ปราชญ์ชาวบ้าน ร้อยละ 32.67 ช่วงเวลาที่ประชาชนเปิดรับข่าวสารมากที่สุด คือ ช่วงเวลา 18.01 - 22.00 น. ร้อยละ 41.33

3. ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วนของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 87.20 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วนที่ตอบถูกมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ การออกกำลังกายส่งผลต่อการลดน้ำหนักตัวและมีผลให้ระดับไขมันในร่างกายลดลงได้ ร้อยละ 97.78 รองลงมา คือ โรคอ้วนเป็นอันตรายต่อสุขภาพและเพิ่มความเสี่ยงในการเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคหัวใจ ร้อยละ 97.56 และโรคอ้วนเกิดจากภาวะที่มีปริมาณไขมันสะสมในร่างกายมากเกินปกติและส่งผลเสียต่อสุขภาพ ร้อยละ 96.00

4. ทัศนคติต่อการป้องกันโรคอ้วนของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ = 4.00, SD = 0.50) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ทัศนคติต่อการป้องกันโรคอ้วนที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด 3 อันดับแรก คือ โรคอ้วนเพิ่มความเสี่ยงในการเป็นโรคหลายชนิด เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ ฯลฯ ($\bar{x}$ = 4.61, SD = 0.64) รองลงมา คือ การป้องกันโรคอ้วนทำได้ไม่ยากแต่เพียงควบคุมการบริโภคและเพิ่มการออกกำลัง ($\bar{x}$ = 4.46, SD = 0.73) โรคอ้วนเกิดจากภาวะไขมันในร่างกายเกินมาตรฐาน ($\bar{x}$ = 4.40, SD = 0.66)

5. พฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.20, SD = 0.57) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า พฤติกรรมที่ปฏิบัติเป็น 3 อันดับแรก คือ อารมณ์ดี ไม่เครียด ($\bar{x}$ = 3.92, SD = 0.92) รองลงมา คือ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ($\bar{x}$ = 3.74, SD = 1.20) และกินอาหารครบ 5 หมู่ (ข้าว ผัก ผลไม้ เนื้อสัตว์ น้ำมัน) ($\bar{x}$ = 3.68, SD = 0.95)

6. เมื่อหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson’s correlation coefficient) พบว่า การเปิดรับข่าวสารไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วน แต่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.23 คือ อยู่ในระดับต่ำ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วนมีความสัมพันธ์กับทัศนคติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.28 คือ อยู่ในระดับต่ำ แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วน และทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.16 คือ อยู่ในระดับต่ำ

2. อภิปรายผลการวิจัย

1. การเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วนของประชาชนในกรุงเทพมหานคร

จากผลการวิจัย พบว่า สื่อที่ประชาชนในกรุงเทพมหานครเปิดรับข่าวสารมากที่สุด คือ โทรทัศน์ อยู่ในระดับสูงมาก อาจเป็นเพราะโทรทัศน์เป็นสื่อที่มีทั้งภาพและเสียงพร้อมกันจึงเป็นสื่อที่ถูกนำมาใช้เพื่อการให้ความรู้และสร้างความบันเทิงอย่างมาก (สุรสิทธิ์ วิทยารัฐ, 2549) และประชาชนกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่อาจจะมีความสนใจในการเลือกเปิดรับสื่อโทรทัศน์ จากความชอบดู ชอบฟังมากกว่าการอ่าน และมีความคาดหวังว่าสื่อโทรทัศน์จะสามารถตอบสนองความต้องการได้ สอดคล้องกับแนวคิดกระบวนการเลือกรับสาร ที่บุคคลจะเลือกเปิดรับสื่อและข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ ตามความสนใจและความต้องการเพื่อนำมาใช้ เพื่อนำมาแก้ปัญหา หรือสนองความต้องการของตน ตามความสามารถในการเปิดรับข่าวสารของบุคคล ตามความชอบหรือไม่ชอบสื่อต่างกัน บางคนมีความชอบดู ชอบฟังมากกว่าอ่าน ก็จะเลือกดูโทรทัศน์ (เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี และคณะ อ้างถึงใน ศรี จากผา, 2555) สอดคล้องกับงานวิจัยของ เอื้องฟ้า ซื่อสัตย์ (2550) ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความเชื่อถือสื่อโทรทัศน์มากที่สุด และงานวิจัยของ นันทนัช โสมนรินทร์ (2555) ที่พบว่า ประชาชนในจังหวัดนนทบุรี ได้รับข่าวสารเรื่องการป้องกันโรคไข้เลือดออกจากสื่อโทรทัศน์มากที่สุด สื่อที่ประชาชนในกรุงเทพมหานครเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วน รองลงมา คือ เฟซบุ๊ค (Facebook) เว็บไซต์ (Website) อยู่ในระดับสูง อาจเป็นเพราะ เฟซบุ๊ค (Facebook) เว็บไซต์ (Website) เป็นสื่อใหม่ที่กำลังได้รับความนิยมอย่างมากในปัจจุบัน สามารถนำเสนอทั้งภาพและเสียงตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างครบถ้วน เข้าถึงง่ายทุกที่ทุกเวลา สะดวก รวดเร็ว และทันสมัย (Hollingsworth, 2013 อ้างใน ศรี จากผา, 2555) สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศรี จากผา (2555) ที่พบว่า วัยรุ่นในกรุงเทพมหานครรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจาก อินเทอร์เน็ต อยู่ในระดับมาก รวมทั้งสื่อบุคคล คือ เพื่อน ญาติ/คนในครอบครัว ที่มีการเปิดอยู่ในระดับสูง อาจเป็นเพราะเพื่อน ญาติ/คนในครบครัว เป็นสื่อบุคคลที่มีความสัมพันธ์ ใกล้ชิด มีโอกาสพบเจอ พูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์กันได้บ่อยครั้ง ซึ่งมนุษย์เป็นสัตว์สังคมที่ต้องอาศัยการแลกเปลี่ยนความรู้ ข่าวสาร และประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ทั้งนี้เพื่อจะได้มีความเข้าใจ หรือมีอิทธิพลต่อเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน (เสถียร เชยประดับ, 2528) รวมถึงปัจจัยด้านสภาพความสัมพันธ์ด้านสังคม ที่คนเรามักจะยึดติดกับกลุ่มสังคมที่ตนอยู่เป็นกลุ่มอ้างอิง และคล้อยตามกลุ่มในแง่ความคิด ทัศนคติ และพฤติกรรม เพื่อให้เป็นที่ยอมรับ (ขวัญเรือน กิติวัฒน์ และคณ, 2531) ซึ่งเพื่อน ญาติ/ครอบครัว ถือเป็นสื่อบุคคล การเผยแพร่ข่าวสารผ่านสื่อบุคคลจะสร้างความเข้าใจหรือสามารถชักจูงโน้มน้าวกับประชาชนโดยตรง (Rogers and Shoemaker, 1971) สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศรี จากผา (2555) ที่พบว่า สื่อที่วัยรุ่นในกรุงเทพมหานครรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอันดับรองลงมา คือ สื่อบุคคล ได้แก่ เพื่อน/แฟน และบิดา/มารดา และงานวิจัยของ Rasheeta et al., 2013 ที่พบว่า เพื่อนจะมีอิทธิพลด้านการสื่อสาร

พฤติกรรมความเสี่ยงทางเพศ สื่อที่มีการเปิดรับข่าวสารน้อยที่สุด 3 อันดับสุดท้าย คือ อาสาสมัครสาธารณสุข อีบุ๊ค (E-Book) และคนในชุมชน/พระ/ปราชญ์ชาวบ้าน อยู่ในระดับต่ำ อาจเป็นเพราะวิถีชีวิตของในเมืองที่เร่งรีบ ทั้งสิ่งแวดล้อมในสังคมหรือเวลาการทำงาน จึงมีโอกาสเข้าถึงสื่ออาสาสมัครสาธารณสุข และคนในชุมชน/พระ/ปราชญ์ชาวบ้านได้น้อย หรืออาจเป็นเพราะ อาสาสมัครสาธารณสุข และคนในชุมชน/พระ/ปราชญ์ชาวบ้าน ได้รับข้อมูลข่าวสารน้อย และได้รับบทบาทในการรณรงค์เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วนน้อย รวมถึงอีบุ๊ค (E-Book) ที่ประชาชนส่วนใหญ่อาจยังไม่มีความสนใจในการเลือกเปิดรับ เพื่อแก้ปัญหาหรือสนองความต้องการของตน หรือเป็นเพราะปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกรับข่าวสารของบุคคล เช่น ความสามารถส่วนบุคคลในการใช้สื่อ ความชอบหรือไม่ชอบใช้สื่อบางประเภท (Klapper, 1963; Todd Hunt and Brent D. Ruben อ้างใน ปรมะ สตะเวทิน, 2546) จึงทำให้ประชาชนกรุงเทพมหานครเข้าถึงสื่อดังกล่าวได้น้อย สอดคล้องกับงานวิจัยของ นันทนัช โสมนรินทร์ (2555) ที่พบว่า ประชาชนในจังหวัดนนทบุรีเปิดรับข่าวสารเรื่องการป้องกันโรคไข้เลือดออกจากสื่อ อาสาสมัครสาธารณสุข คนในชุมชน/พระ/ปราชญ์ชาวบ้าน และอินเทอร์เน็ต อยู่ในระดับต่ำ ช่วงเวลาที่ประชาชนกรุงเทพมหานครเปิดรับข่าวสารมากที่สุด คือ ช่วงเวลา 18.01 - 22.00 น. อาจเป็นเพราะช่วงเวลาดังกล่าวเป็นเวลาหลังเลิกจากการทำงาน ตามวิถีชีวิตของคนกรุงเทพมหานคร อาจจะทำกิจกรรมต่างๆ.ในชีวิตประจำวัน เช่น ดูโทรทัศน์ เล่นเฟซบุ๊ค (Facebook) เว็บไซต์ (Website) หรือมีกิจกรรมกับ เพื่อน ญาติ/คนในครอบครัว ล้วนเป็นสื่อที่มีการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วนอยู่ในระดับสูงจากผลการวิจัยในครั้งนี้ ฉะนั้น ประชาชนกรุงเทพมหานครจึงมีโอกาสได้รับสื่อในช่วงเวลาดังมากที่สุด สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศรี จากผา (2555) ที่พบว่า วัยรุ่นในกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพมากที่สุด คือ ช่วงเวลา 18.01 - 22.00 น.

สรุปได้ว่า ข่าวสารเป็นปัจจัยสำคัญ ในการนำมาประกอบการตัดสินใจของบุคคล ยิ่งบุคคลเกิดความไม่แน่ใจเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งมากเท่าใด บุคคลย่อมต้องการเปิดรับข่าวสารมากขึ้นเท่านั้น โดยไม่จำกัดว่าจะทำการเปิดรับข่าวสารจากสื่อใด ประชาชนอาจรับข่าวสารเฉพาะเรื่องที่ตนให้ความสนใจเท่านั้น จึงทำให้เกิดกระบวนการเปิดรับข่าวสารที่แตกต่างกันตามลักษณะเฉพาะของบุคคล สภาพแวดล้อมทางสังคม และวัตถุประสงค์หรือความต้องการที่จะเปิดรับข่าวสารของแต่ละบุคคล แต่โดยทั่วไปประชาชนจะคำนึงถึงปัจจัยสำคัญในการเปิดรับข่าวสาร อันได้แก่ สื่อที่ตอบสนองความต้องการของตนเอง สื่อที่มีความน่าเชื่อถือสามารถสร้างความเข้าใจและมั่นใจในการรับสาร สื่อที่กระตุ้นความคิด สื่อที่สร้างความศรัทธา และสื่อที่สร้างความบันเทิง เป็นต้น (ศรี จากผา, 2555)

2. ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วนของประชาชนในกรุงเทพมหานคร

จากผลการวิจัย พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วนของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครอยู่ในระดับดีมาก อาจเป็นเพราะกระแสสังคมในปัจจุบันกระตุ้นให้ประชาชนกรุงเทพมหานครตื่นตัวเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น (อธิป อัศวานันท์, 2557: ออนไลน์) ประชาชนจึงแสวงหาข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ และตอบสนองความต้องการของตนเอง (Todd Hunt and Brent d. Ruben อ้างใน ปรมะ สตะเวทิน, 2546) อีกทั้ง ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วนสามารถจำได้ง่ายโดยการนึก มองเห็น หรือได้ยิน เป็นความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความ ความหมาย ข้อเท็จจริง รูปแบบ และวิธีการแก้ปัญหา (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526 อ้างใน สิริอร สังข์ทอง, 2550) สอดคล้องกับ นันทนัช โสมนรินทร์ (2555) ที่พบว่า ประชาชนในจังหวัดนนทบุรีมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วนที่ตอบถูกมากที่สุด คือ การออกกำลังกายส่งผลต่อการลดน้ำหนักตัวและมีผลให้ระดับไขมันในร่างกายลดลงได้ อาจเป็นเพราะประชาชนมีความรู้ว่าการออกกำลังกายเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพและช่วยเผาผลาญพลังงาน (กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ, 2556) รองลงมา คือ โรคอ้วนเป็นอันตรายต่อสุขภาพและเพิ่มความเสี่ยงในการเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคหัวใจ อาจเป็นเพราะประชาชนมีความรู้ว่าโรคอ้วนนำไปสู่โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นด้วย (สำนักส่งเสริมสุขภาพ, 2557) สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศรี จากผา (2555) ที่พบว่าวัยรุ่นในกรุงเทพมหานครต้องการรับข้อมูลข่าวสารสุขภาพด้านการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารและโรคที่เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขมากที่สุด และงานวิจัยของสมศักดิ์ ถิ่นขจี และคณะ (2555) ที่พบว่า นักศึกษาระดับปริญญาตรีของจังหวัดนนทบุรีตอบคำถามความรู้เกี่ยวกับการลดความอ้วนมากที่สุด คือ โรคอ้วนเป็นอันตรายต่อสุขภาพ และเป็นสาเหตุของโรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และรองลงมาคือ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอสัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 20 – 30 นาที

3. ทัศนคติต่อการป้องกันโรคอ้วนของประชาชนในกรุงเทพมหานคร

จากผลการวิจัย พบว่า ทัศนคติต่อการป้องกันโรคอ้วนของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครอยู่ในระดับสูง อาจเป็นเพราะประชาชนกรุงเทพมหานครมีประสบการณ์และผ่านการเรียนรู้ต่อการป้องกันโรคอ้วนมาจากแหล่งทัศนคติต่างๆที่มีอยู่มากมาย คือ เมื่อบุคคลมีประสบการณ์เฉพาะอย่างในทางที่ดีจะส่งผลให้บุคคลเกิดทัศนคติต่อสิ่งนั้นไปในทางที่ดี รวมทั้งเกิดจากการติดต่อสื่อสาร ทำให้เกิดทัศนคติจากการรับรู้ข่าวสารต่างๆ การเลียนแบบสิ่งที่เป็นแบบอย่าง การปรับเปลี่ยนทัศนคติจากอิทธิพลสิ่งแวดล้อมรอบตัว จากการมีความสัมพันธ์กับสถาบัน เช่น โรงเรียน หน่วยงานต่างๆ ซึ่งเป็นแหล่งที่มาและสนับสนุนให้บุคคลเกิดทัศนคติในบางอย่างขึ้น (ประภา

เพ็ญ สุวรรณ อ้างใน อิศเรศ คำแหง, 2553) สอดคล้องกับงานวิจัยของ วราภรณ์ ประดับ (2553) ที่พบว่า ผู้อ่านนิตยสารในเขตกรุงเทพมหานครมีทัศนคติด้านการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า โรคอ้วนเพิ่มความเสี่ยงในการเป็นโรคหลายชนิด เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ ฯลฯ เป็นทัศนคติต่อการป้องกันโรคอ้วนเป็นอันดับแรก รองลงมา คือ การป้องกันโรคอ้วนทำได้ไม่ยากแต่เพียงควบคุมการบริโภคและเพิ่มการออกกำลังกาย อาจเป็นเพราะทัศนคติสะท้อนให้เห็นถึง ความรู้ และข้อมูลที่บุคคลมี (Schermerhorn, 2000) ซึ่งสอดคล้องกับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วนของประชาชนกรุงเทพมหานครที่ตอบถูกมากที่สุด คือการออกกำลังกายส่งผลต่อการลดน้ำหนักตัวและมีผลให้ระดับไขมันในร่างกายลดลงได้ และโรคอ้วนเป็นอันตรายต่อสุขภาพและเพิ่มความเสี่ยงในการเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคหัวใจ สอดคล้องกับงานวิจัยของงานวิจัยของสมศักดิ์ ถิ่นขจี และคณะ (2555) ที่พบว่า นักศึกษาระดับปริญญาตรีของจังหวัดนนทบุรีมีทัศนคติเกี่ยวกับการลดความอ้วนมากที่สุด คือ โรคอ้วนเป็นสาเหตุของการเกิดโรคหลายชนิด เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน ฯลฯ รองลงมา คือ การออกกำลังกายช่วยลดความอ้วนได้

4. พฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของประชาชนในกรุงเทพมหานคร

จากผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.20, SD = 0.57) อาจเป็นเพราะพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนที่สอบถามไปนั้น เป็นพฤติกรรมที่ต้องปฏิบัติจริง เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ดังนั้นแม้ประชาชนกรุงเทพมหานครจะมีการเปิดรับข่าวสารในการป้องกันโรคอ้วนจนมีความรู้มาก มีทัศนคติดี แต่วิถีชีวิตไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้ถูกต้องครบถ้วน จึงทำให้พฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของประชาชนอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับงานวิจัยของ วราภรณ์ ประดับ (2553) ที่พบว่า ผู้อ่านนิตยสารในเขตกรุงเทพมหานครมีพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง และงานวิจัยของพรอินทร์ วังยายฉิม (2553) ที่พบว่า บุคลากรสาธารณสุขมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า พฤติกรรมที่ประชาชนปฏิบัติในอันดับแรก คือ อารมณ์ดี ไม่เครียด อาจเป็นเพราะเป็นข้อที่ทำได้ง่าย และเมื่อไม่เครียดจะมีผลดีต่อสุขภาพ เพราะความเครียดจะส่งผลต่อการเพิ่มการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติโคสเตอโรน กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทและฮอร์โมนอื่นๆที่ทำให้เกิดการสะสมของไขมันบริเวณหน้าท้อง และภาวะดื้อต่ออินซูลิน ทำให้มีไขมันและกลูโคสเหลืออยู่ในกระแสเลือดมากจึงเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วนได้ (พัชรินทร์ ชนะพาห์ และพิศมัย กิจเกื้อกลู, 2556) อีกทั้งอารมณ์นั้นมีผลกระทบต่อจิตใจ เมื่อประชาชนมีอารมณ์ดี ไม่เครียด จะสามารถป้องกันโรคอ้วนได้ โดยไม่รับประทานอาหารเพิ่มขึ้น ตามปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคอ้วน เช่น ความเครียด ความกังวล หรืออาการเศร้า อาจทำให้รับประทานอาหารมากขึ้น และส่งผลให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นตาม (กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ, 2556) รองลงมา คือ

หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ทำได้ง่าย และส่งผลดีต่อร่างกายเพราะการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์จะทำให้มีการสะสมของเซลล์ไขมันในตับ ซึ่งส่วนใหญ่จะสะสมในรูปแบบของไขมันไตรกลีเซอร์ไรด์ เพิ่มน้ำตาลในกระแสเลือด อาจทำให้เกิดภาวะดื้ออินซูลินได้ ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วน (พัชรินทร์ ชนะพาห์ และพิศมัย กิจเกื้อกลู, 2556) อีกทั้งการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์จะเพิ่มพลังงานเข้าไปในร่างกาย ประกอบกับ ขณะดื่มจะมีการรับประทานอาหารที่ให้พลังงานสูงร่วมด้วยจะทำให้อ้วนได้ (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2557) สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศรี จากผา (2555) ที่พบว่า วัยรุ่นในกรุงเทพมหานครมีพฤติกรรมการรับข้อมูลข่าวสารการจัดการกับความเครียดและโทษของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติดอื่นๆเป็นอันดับแรก

5. การเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของประชาชนในกรุงเทพมหานคร

จากผลการวิจัย พบว่า การเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน จากงานวิจัยพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่เปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วนจากสื่อโทรทัศน์เป็นอันดับแรก ซึ่งโทรทัศน์เป็นสื่อที่มีความคมชัดในการนำเสนอทั้งภาพ สี เสียง การเคลื่อนไหว เป็นสื่อที่เข้าถึงบุคคลมากที่สุด (ปรมะ สตะเวทิน, 2546) และทำให้เกิดพฤติกรรมเลียนแบบได้ง่าย ซึ่งเป็นไปตามวัตถุประสงค์ประการหนึ่งของการสื่อสาร คือ เพื่อต้องการให้ผู้ชมมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยการลอกเลียนแบบ การลงมือตามแบบ การทำได้อย่างถูกต้อง การกระทำอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการกระทำได้อย่างเป็นธรรมชาติ (Roger, 1976 อ้างในกิติมา สุรสนธิ, 2548) สอดคล้องกับงานวิจัยของ พรอินทร์ วังยายฉิม (2553) ที่พบว่า การได้รับข่าวสารจากสื่อต่างๆ ของบุคลากรสาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุง และงานวิจัยของ นันทนัช โสมนรินทร์ (2555) ที่พบว่า การเปิดรับข่าวสารการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในจังหวัดนนทบุรี มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก และงานวิจัยของ Jennifer et al. (2009) ที่พบว่าการเปิดรับข่าวสารด้านสุขภาพหรือข้อมูลการป้องกันแสงแดดมีความสัมพันธ์กับการใช้ครีมกันแดด และงานวิจัยของ Brooke et al. (2013) ที่พบว่า นักศึกษาระดับปริญญาตรีที่เปิดรับสื่อประเภทโทรทัศน์มากจะมีแรงกระตุ้นในการสร้างรูปร่างที่ดีมาก

6. ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วนมีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการป้องกันโรคอ้วนของประชาชนในกรุงเทพมหานคร

จากผลการวิจัย พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วนมีความสัมพันธ์กับทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วน จากงานวิจัยฉบับนี้ พบว่า ประชาชนกรุงเทพมหานครมีความรู้ในระดับดี

มาก ความรู้เป็นข้อเท็จจริง ความจริง เป็นข้อมูลที่บุคคลได้รับและเก็บรวบรวมจากประสบการณ์ต่างๆ การที่บุคคลจะยอมรับหรือปฏิเสธสิ่งใดบุคคลจะต้องรู้เรื่องเกี่ยวกับสิ่งนั้น เพื่อประกอบการตัดสินใจนั้น กล่าวคือ บุคคลจะต้องมีข้อเท็จจริงหรือข้อมูลต่างๆที่สนับสนุน และให้คำตอบข้อสงสัยที่บุคคลมีอยู่ เพื่อชี้แจงให้บุคคลเกิดความเข้าใจ และมีทัศนคติที่ดีต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่ง รวมทั้งเกิดความตระหนัก ความเชื่อ และค่านิยมต่างๆ (Good, 1973 อ้างใน นันทนัช โสมนรินทร์, 2555) อีกทั้งองค์ประกอบหนึ่งของทัศนคติ ก็คือ ความรู้ ความเข้าใจ เพราะฉะนั้น ทัศนคติจะสะท้อนให้เห็นถึงความคิด ความรู้ และข้อมูลที่บุคคลคนหนึ่งมี (Schermerhorn, 2000) การเกิดทัศนคติ จึงเกิดจากการเรียนรู้ (Learning) จากประสบการณ์ที่เคยมีมา การรับรู้ข่าวสารต่างๆ จากบุคคลอื่น การเลียนแบบอย่างจากสถาบัน หน่วยงานต่างๆ ซึ่งส่งผลให้บุคคลเกิดทัศนคติต่อสิ่งนั้นไปในทางที่ดีหรือไม่ดีได้ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ อ้างใน อิศเรศ คำแหง 2553) ดังนั้น ความรู้จึงมีความสัมพันธ์กับการมีทัศนคติต่อการป้องกันโรคอ้วน สอดคล้องกับงานวิจัยของ นันทนัช โสมนรินทร์ (2555) ที่พบว่า ความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในจังหวัดนนทบุรีมีความสัมพันธ์กับทัศนคติในการป้องกันโรคไข้เลือดออก และงานวิจัยของ Stella et al. (2009) ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเอชไอวีมีความสัมพันธ์กับทัศนคติในการยอมรับผู้ป่วยเชื้อเอชไอวี

7. ทัศนคติต่อการป้องกันโรคอ้วนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของประชาชนในกรุงเทพมหานคร

จากผลการวิจัย พบว่า ทัศนคติต่อการป้องกันโรคอ้วนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่า การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงส่วนประกอบของทัศนคติด้านความรู้หรือการรับรู้ ซึ่งเชื่อกันว่า ถ้าส่วนประกอบส่วนใดส่วนหนึ่งเปลี่ยนแปลง ส่วนประกอบอื่นก็จะมีแนวโน้มเปลี่ยนด้วย เช่น ส่วนประกอบด้านการปฏิบัติเปลี่ยนแปลงตามมาด้วย (Zimbardo et al., 1977) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นการเปลี่ยนวิธีดำเนินชีวิตในสังคม ถ้าความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมถูกกระทบในระดับใดก็ตามจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติทั้งสิ้น (จุมพล รอดคำดี, 2532) กระบวนการที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของบุคคล คือ ประการแรกการยินยอมเกิดจากการที่บุคคลยอมรับอิทธิพลของผู้อื่น เพราะต้องการให้ผู้อื่นปฏิบัติต่อตนในทางที่ตนต้องการ ประการที่สองการลอกเลียนแบบ เกิดจากการที่บุคคลยอมรับอิทธิพลของผู้อื่น เพราะต้องการสร้างพฤติกรรมของตนเองให้เหมือนกับบุคคลในสังคม และประการสุดท้ายการยอมรับพฤติกรรมในสังคมที่เหมาะสมกับค่านิยมที่บุคคลมีอยู่ในตนเอง (Herbert C.Kelman, 1967 อ้างใน สุปัญนี ปลั่งกมล, 2552) อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นมีความสัมพันธ์กับทัศนคติในรูปแบบของทัศนคติเป็นตัวกลางที่ทำให้เกิดการเรียนรู้และปฏิบัติ หรือในรูปแบบที่ความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์กัน และทำให้เกิดการปฏิบัติตามมา (Nancy Z.

Schwartz อ้างใน นันทนัช โสมนรินทร์, 2555) สอดคล้องกับงานวิจัยของ อิศเรศ คำแหง (2553) ที่พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับกิจกรรมรณรงค์ในช่วงเทศกาลมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับกิจกรรมรณรงค์ในช่วงเทศกาล และงานวิจัยของ นันทนัช โสมนรินทร์ (2555) ที่พบว่า ทัศนคติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

3. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ควรให้ความสำคัญการรณรงค์เรื่องการป้องกันโรคอ้วนผ่านสื่อโทรทัศน์ในช่วงเวลา 18.01 - 22.00 น. ให้มากขึ้น

2. กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ควรเน้นเรื่องการใช้สื่อ เพื่อการเสริมสร้างทัศนคติต่อการป้องกันโรคอ้วนมากกว่าการให้ความรู้อย่างเดียว

3. กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงศึกษาธิการ ควรดำเนินงานเกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วนร่วมกันอย่างบูรณาการ โดยเพิ่มเรื่องความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคอ้วนแทรกเข้าไปในระบบการศึกษาทุกระดับมากขึ้น เพื่อขับเคลื่อนเชิงรุกกับสื่อบุคคล โดยเฉพาะ ครู และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

4. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาความคิดเห็นของประชาชนที่มีต่อรูปแบบของข่าวสารที่ได้รับ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการเปิดรับข่าวสารของประชาชนกลุ่มที่ดัชนีมวลกายปกติกับกลุ่มที่มีดัชนีมวลกายเกินปกติ

3. ควรมีการศึกษาหาความสัมพันธ์ของการเปิดรับข่าวสารของประชาชนกลุ่มที่ดัชนีมวลกายปกติกับกลุ่มที่มีดัชนีมวลกายเกินปกติ

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กรมการแพทย์. (2553). แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาโรคอ้วน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2548). แนวทางการดำเนินงานเทคโนโลยีและการสื่อสารด้านสุขภาพในระบบบริการสุขภาพ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมการเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2555). ข้อมูลสื่อสารด้านสุขภาพและแผนการผลิตสื่อด้านสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขประจำปี 2555. นนทบุรี: กองสุขศึกษา.

กรมอนามัย. (2553). แนวทางการดำเนินงานประเด็นยุทธศาสตร์แก้ไข้ปัญหาโรคอ้วนคนไทย ปี พ.ศ. 2554. นนทบุรี: สำนักโภชนาการ.

กรมอนามัย. (2557). คู่มือปฏิบัติงานเฝ้าระวังและตอบโต้ความเสี่ยง. กรุงเทพฯ: สำนักกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

กฤษพร อยู่สวัสดิ์. (2555). การนำเสนอแนวทางปฏิบัติการจัดการศึกษาเพื่อป้องกันโรคอ้วนในนักเรียนโรงเรียนประถมศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาประถมศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กองสุขศึกษา. (2557). ทฤษฎีเกี่ยวกับการเปิดรับข่าวสาร. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://203.157.7.150/frontend/theme/view_general_data.php?ID_Menu=3825&Init=Set&Init_Chk=0 [2557, กันยายน 23].

กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ. (2556). การออกกำลังกายเพื่อป้องกันและบำบัดโรคอ้วน. ฉบับที่ 2, พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

กิติมา สุรสนธิ. (2548). ความรู้ทางการสื่อสาร. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: จามจุรีโปรดักท์.

ขวัญเรือน กิตติวัฒน์ และคณะ. (2531). เอกสารการสอนชุดวิชาพฤติกรรมศาสตร์การสื่อสาร. หน่วยที่ 1-8. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

เครือข่ายคนไทยไร้พุง ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. (2557). สื่อเผยแพร่ความรู้. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://www.raipoong.com [2557, กันยายน 23].

จุมพล รอดคำดี. (2532). สื่อมวลชนเพื่อการพัฒนา. กรุงเทพฯ: คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชุดา จิตพิทักษ์. (2525). พฤติกรรมศาสตร์เบื้องต้น. กรุงเทพฯ: สารมวลชน.

ชูวัส ฤกษ์ศิริสุข. (2548). โรงเรียน กับ เด็กอ้วน. กรุงเทพฯ: เดือนตุลา.

นันทนัช โสมนรินทร์. (2555). การเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในจังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญามหาบันฑิต, ภาควิชานิเทศศาสตร์และสารสนเทศศาสตร์ คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

นิยะดา ชุณหวงศ์ และนินนาท โอฬารวรวุฒิ. (2520). พฤติกรรมศาสตร์ธุรกิจ. กรุงเทพฯ: บางกอกพิมพ์.

บำรุง สุขพรรณ์. (2526). ระบบสื่อสารในสังคม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ปรมะ สตะเวทิน. (2546). หลักนิเทศศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.

ประคอง กรรณสูต. (2542). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พรฑิตา ชัยอำนวย. (2545). แนวทางการป้องกันและรักษาโรคอ้วนในประชากรไทย. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร.

พรพจน์ เวียงสุรินทร์. (2554). สื่อสังคมออนไลน์กับการสร้างความผูกพันของกลุ่มที่มีแนวโน้มเป็น Talent กรณีศึกษา : บริษัท บัตรกรุงไทย จำกัด (มหาชน). วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต, คณะพาณิชย์ศาสตร์และการบัญชี, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

พรอินทร์ วังยายฉิม. (2553). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษา ภาควิชาพลศึกษา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

พัชนี เชยจรรยา และคณะ. (2538). แนวคิดหลักนิเทศน์. กรุงเทพฯ: เยลโล่การพิมพ์.

พัชรินทร์ ชนะพาห์ และพิศมัย กิจเกื้อกูล. (2556). ความเครียดกับกลุ่มอาการเมตาบอลิก. สงขลานครินทร์เวชสาร 5 (กันยายน - ตุลาคม 2556) : 253-260.

พิสณุ ฟองศรี. (2554). การสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ด่านสุทธาการพิมพ์.

แพรวพรรณ อัคคะประสา. (2549). ประสิทธิผลของการสื่อสารเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่อนิสิตนักศึกษาหญิง. วิทยานิพนธ์นิเทศศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขานิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

รังสรรค์ ตั้งตรงจิตร. (2550). โรคอ้วนการเปลี่ยนแปลงทางด้านโภชนาการและชีวเคมี. กรุงเทพฯ: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.

วราภรณ์ ประดับ. (2553). การเปิดรับข่าวสารสุขภาพ ทัศนคติ และพฤติกรรมในเรื่องการดูแลสุขภาพของผู้อ่านนิตยสารในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วารสารศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสื่อสารมวลชน คณะวารสารศาสตร์และสื่อสารมวลชน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

วัชฎา เพ็ญศรีสิริกุล. (2555). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคคลวัยทำงานในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิทยาศาสตร์การกีฬา คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วาสนา จันทร์สว่าง. (2550). การสื่อสาร:กลยุทธ์ในงานสุขศึกษาและการสร้างเสริมสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.

วิชัย ตันไพจิตร. (2530). โภชนาการเพื่อสุขภาพ. กรุงเทพฯ: อักษรสมัย.

วิรัช ลภิรัตนกุล. (2546). การประชาสัมพันธ์ฉบับสมบูรณ์. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.

ศรี จากผา. (2555). พฤติกรรมการรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของวัยรุ่นในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศิริชัย กาญจนาวาสี. (2534). การเรียนรู้ของผู้เรียนกับการวัดและประเมินผลการศึกษาจิตวิทยาและสังคมวิทยาพื้นฐานเพื่อการวัดและประเมินผลการศึกษา. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2554). สุขภาพคนไทย 2554. พิมพ์ครั้งที่ 1. นครปฐม: บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2553). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552. นนทบุรี: สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย.

สมศักดิ์ ถิ่นขจี และพูลศักดิ์ พุ่มวิเศษ. (2555). พฤติกรรมการลดความอ้วนของนักศึกษาระดับปริญญาตรี. นนทบุรี: วิทยาลัยราชพฤกษ์.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2557). ลดพุง ลดโรค. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://www.thaihealth.or.th [2557, กันยายน 23].

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2555). ประชากรจากการทะเบียนจำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ พ.ศ. 2546-2555. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://service.nso.go.th [2557, กันยาน 29].

สาธารณสุข, กระทรวง. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2555). แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ.2555-2559. ฉบับที่1, พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปภัมภ์.

สำนักโภชนาการ. (2557). เอกสารเผยแพร่. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://nutrition.anamai.moph.go.th [2557, กันยายน 23].

สำนักโรคติดต่อทั่วไป. (2557). มารู้จักความหมายของสุขภาพดีเริ่มต้นที่นี่. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://thaigcd.ddc.moph.go.th [2557, กันยายน 23].

สำนักส่งเสริมสุขภาพ. (2557). รายงานประจำปี 2556 สำนักส่งเสริมสุขภาพ. ฉบับที่ 1, พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สิริอร สังข์ทอง. (2550). การเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมในโครงการ “ยืดอกพกถุง” ของนิสิต นักศึกษามหาวิทยาลัยในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญานิเทศศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสนิเทศศาสตรพัฒนาการ ภาควิชาการประชาสัมพันธ์ คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุดาวรรณ ขันธมิตร. (2538). พฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นประถมศึกาาปี่ที่ 6 สังกัดคณะกรมการประถมศึกษาแห่งชาติในภาคกลาง. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาพลศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุปัญนี ปลั่งกมล. (2552). การเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการออมของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร. ปริญญานิเทศศาสตรมหาบัณฑิต, สาขานิเทศศาสตร์ ภาควิชาประชาสัมพันธ์ คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุรพงษ์ โสธนะเสถียร. (2533). การสื่อสารกับสังคม. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์.

สุรสิทธิ์ วิทยารัฐ. (2549). หลักการสื่อสารมวลชน. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: ศูนย์หนังสือมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.

เสถียร เชยประดับ. (2528). การสื่อสารและการพัฒนา. กรุงเทพฯ: เจ้าพระยาการพิมพ์.

อธิป อัศวานันท์. (2557). เทรนด์สุขภาพมาแรง. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://bit.ly/1zxJIBP [2557, ตุลาคม 28].

อัจฉรา ดุลวิทยาคุณ. (2550). พื้นฐานโภชนาการ. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์

อิศเรศ คำแหง. (2553). การเปิดรับข่าวสาร ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครกับกิจกรรมรณรงค์ในช่วงเทศกาลของมูลนิธิเมาไม่ขับ. ปริญญานิเทศศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชานิเทศศาสตร์พัฒนาการ ภาควิชาการประชาสัมพันธ์ คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เอื้องฟ้า ซื่อสัตย์. (2550). การเปิดรับข่าวสาร ความเครียด และการปฏิบัติตนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญานิเทศศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชานิเทศศาสตรพัฒนาการ ภาควิชาประชาสัมพันธ์ คณะนิเทศศาสตร์,จุฬาลงกรณมหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

Berlo, D. K. (1960). The Process of Communication. New York: Holt,Rinehart and winston.

Bloom, B. S. (1971). Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning. New York: McGraw-Hill.

Brooke, C., & Mary, P. (2013). Media's influence on the drive for muscularity in undergraduates. Eating Behaviors Journal 14 (August 2013) : 441-446.

Fong-Ching, C., Ching-Mei , L., Ping-Hung, C., Chiung-Hui, C., Yun-Chieh, P., & Tzu-Fu, H. (2013). Association of thin-ideal media exposure, body dissatisfaction and disordered eating behaviors among adolescents in Taiwan. Eating Behaviors Journal 14 (May 2013) : 382-385.

Jennifer, H., Elliot J., C., Jennifer, F., & Marco, D. (2009). Exposure to mass media health information, skin cancer beliefs, and sun protection behaviors in a United States probability sample. Journal of American Academy of Dermatology 61 (April 2009) : 783-792.

Klapper, J. T. (1963). The effect of mass communication. Glencoe, IL: The Free Press.

Linda, L., & Kathleen, R. (2009). The relationship between media exposure and antifat attitudes: The role of dysfunctional appearance beliefs. Body Image Journal 6 (September 2008) : 52-55.

Rasheeta, C., Janie, C.-M., Kevin E, K., Ellen M, D., Dianne, M.-B., Erica, A., & Henry, R. (2013). College Women's Preferred HIV Prevention Message Mediums: Mass Media versus Interpersonal Relationships. Journal of the Association of Nurses in AIDS Care 24 (September 2012) : 491-502.

Roger, E. M., & Shoemaker, F. F. (1962). Communication of innovations. New York: The Free Preos.

Roger, E. M., & Shoemaker, F. F. (1971). Communication of Innovation : A Cross - Cultural Approach. New York: the Free Press.

Roger, E. M., & Shoemaker, F. F. (1978). Tradtional midwives as family planning communication in Asia. Honolulu: The East West Communication Institute.

Schermerhorn, J. R., Jr. (2000). Organization Behavior. 7 Ed. New York: Wiky.

Stella, B., Adesegun, F., & Jennifer, A. (2009). Media saturation, communication exposure and HIV stigma in Nigeria. Social Science & Medicine Journal 68 (January 2009) : 1513-1520.

Vieweg, V., Johnston, C., Lanier, J., Fernandez, A., & Pandurangi, A. (2007). Correlation between high risk obesity groups and low socioeconomic status in school children. Southern Medical Journal 100 (January 2007) : 8-13.

World Health Organization. (2014). Obesity [Online]. 2014. Availble From: http://www.who.int [2014, September 23]

Zimbardo, P., Ebbesen, E. B., & Maslach, C. (1977). Influencing Attitudes and Changing Behavior. 2 Nd, 1 Ed. California: Addison Wesley Publishing Company.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. อาจารย์สง่า ดามาพงษ์
   ที่ปรึกษากรมอนามัย
   และผู้ทรงคุณวุฒิสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
2. รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา สรายุทธพิทักษ์
   อาจารย์ประจำสาขาวิชา สุขศึกษาและพลศึกษา
   คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นธกฤต วันต๊ะเมล์
   รองหัวหน้าภาควิชานิเทศศาสตร์และสารสนเทศศาสตร์
   คณะมนุษย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
4. ดร. อะเคื้อ กุลประสูติดิลก
   ประธานสาขาวิชาเทคโนโลยีการจัดการสุขภาพและสุขศึกษา
   คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร
5. อาจารย์สุจิตต์ สาลีพันธ์
   นักโภชนาการเชี่ยวชาญ
   สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาคผนวก ข
ใบรับรองโครงการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บันทึกข้อความ

ส่วนงาน คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 โทร.0 2218-8147

ที่ จว 300 /58 **วันที่** 8 เมษายน 2558

เรื่อง แจ้งผลผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน คณบดีคณะวิทยาศาสตร์การกีฬา

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารแจ้งผ่านการรับรองผลการพิจารณา

ตามที่นิสิต/บุคลากรในสังกัดของท่านได้เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นั้น ในการนี้ กรรมการผู้ทบทวนหลักได้เห็นสมควรให้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยได้ ดังนี้

โครงการวิจัยที่ 033.1/58 เรื่อง ความสัมพันธ์ของการเปิดรับข่าวสารกับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของประชาชนในกรุงเทพมหานคร (CORRELATION OF MEDIA EXPOSURE, KNOWLEDGE, ATTITUDE AND BEHAVIOR TO PREVENT OBESITY OF PEOPLE IN BANGKOK METROPOLIS) ของ ว่าที่ร้อยตรีมณฑล หวานวาจา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)
กรรมการและเลขานุการ
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน
กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรรมการ-จัดการสนับสนุนการ
10 เม.ย. 58

AF 01-12

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารสยามบิน 2 ชั้น 4 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์: 0-2218-8147 โทรสาร: 0-2218-8147 E-mail: ccca@chula.ac.th

---

COA No. 063/2558

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 033.1/58 : ความสัมพันธ์ของการเปิดรับข่าวสารกับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของประชาชนในกรุงเทพมหานคร

ผู้วิจัยหลัก : ว่าที่ร้อยตรีมณฑล หวานวาจา

หน่วยงาน : คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice (ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปรีดา ทัศนประดิษฐ)
ประธาน

ลงนาม.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)
กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 31 มีนาคม 2558 **วันหมดอายุ** : 30 มีนาคม 2559

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

1) โครงการวิจัย
2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
3) ผู้วิจัย
4) แบบสอบถาม

เลขที่โครงการวิจัย 033.1/58
วันที่รับรอง 31 มี.ค. 2558
วันหมดอายุ 30 มี.ค. 2559

เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการผิดจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ไม่ออกการข้อมูลส่วนรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ในลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารข้อมูลข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เพราะนี้ต้องพิมพ์ตราคณะกรรมการเท่านั้น
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ออกอนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-12) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 10 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 10 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย	โครงการวิจัย ความสัมพันธ์ของการเปิดรับข่าวสาร กับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของประชาชนในกรุงเทพมหานคร CORRELATION OF MEDIA EXPOSURE, KNOWLEDGE, ATTITUDE AND BEHAVIOR TO PREVENT OBESITY OF PEOPLE IN BANGKOK METROPOLIS.
ชื่อผู้วิจัยหลัก	ว่าที่ร.ต. บณฑล หวานวาจา ตำแหน่ง นิสิตปริญญาโทชั้นปีที่ 2 แขนงวิทยาการส่งเสริมสุขภาพ
สถานที่ติดต่อผู้วิจัย	(ที่ทำงาน) สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรุมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (ที่บ้าน) 13/77 หมู่ 3 ต.บางรักพัฒนา อ.บางบัวทอง จ.นนทบุรี 11110
โทรศัพท์	02-590-4536 ต่อ - โทรศัพท์บ้าน -
โทรศัพท์มือถือ	098-2599-255 E-mail : witwanwaja@hotmail.com

เลขที่โครงการวิจัย 033.1/58
วันที่รับรอง 31 ต.ค. 2558
วันหมดอายุ 30 ต.ค. 2559

เรียน ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทุกท่าน

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้ เป็นโครงการศึกษาความสัมพันธ์ของการเปิดรับข่าวสาร กับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของประชาชนในกรุงเทพมหานคร

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.1 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของประชาชนในกรุงเทพมหานคร

4. รายละเอียดของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ครั้งนี้ มีจำนวน 450 คน จาก 10 เขต ได้แก่ เขตปทุมวัน เขตดินแดง เขตพญาไท เขตบางซื่อ เขตบางแค เขตพระโขนง เขตบางกะปิ เขตบางเขน เขตบางขุนเทียน และเขตคลองสามวา โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ (1) ทั้งเพศชาย-เพศหญิง อายุระหว่าง 15-59 ปี (2) เป็นผู้มีดัชนีมวลกายระหว่าง 18.5-22.99 กิโลกรัม/เมตร² และระหว่าง 23–24.99 กิโลกรัม/เมตร²)

5. *ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามตามสถานที่ต่างๆ เช่น ห้างสรรพสินค้า ศูนย์การค้า ตลาด สวนสาธารณะ และลานกีฬา โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้อธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการเปิดรับข่าวสาร กับความรู้*

ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคอ้วนของประชาชนในกรุงเทพมหานคร โดยแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ส่วนที่2 การเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วน ส่วนที่3 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วน ส่วนที่4 ทัศนคติต่อการป้องกันโรคอ้วน และส่วนที่5 พฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน มีจำนวนทั้งสิ้น 71 ข้อ ซึ่งเป็นการตอบแบบสอบถามเพียงครั้งเดียว ใช้เวลาในการตอบประมาณ 15 นาที

6. การวิจัยครั้งนี้ ไม่มีความเสี่ยงหรืออันตรายที่จะเกิดขึ้นกับร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และการวิจัยครั้งนี้ยังมีประโยชน์จากการที่ท่านเข้าร่วมการวิจัย คือ การนำข้อมูลจากแบบสอบถามและผลการวิจัย เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตลอดจนสามารถนำไปเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณากำหนดแนวทางของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการวางแผนผลิตสื่อความรู้ ข้อมูลข่าวสาร ด้านการป้องกันโรคอ้วน และเผยแพร่ผ่านช่องทางที่เหมาะสมครงกับกลุ่มเป้าหมายต่อไป

การเข้าร่วมเป็นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นโดยสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะโดยไม่ต้องให้เหตุผล และไม่สูญเสียผลประโยชน์ที่พึงได้รับ หากท่านมีข้อสงสัยสามารถสอบถามเพิ่มเติมกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว เพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทบทวนว่ายังสมัครใจจะอยู่ในงานวิจัยต่อไปหรือไม่

ภายหลังจากการเข้าร่วมการวิจัยผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย จะได้รับของที่ระลึกเป็นแก้วน้ำพลาสติก ท่านละ 1 ใบ

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงานการวิจัย หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสยามบรม 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 หรือ 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

เลขที่หนังสือรับ 633.1/58
วันที่รับรอง 31 มี.ค. 2559
วันหมดอายุ 30 มี.ค. 2559

ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

แบบสอบถาม

เรื่อง ความสัมพันธ์ของการเปิดรับข่าวสาร กับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของประชาชนในกรุงเทพมหานคร

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง ☐ ที่ตรงกับข้อมูลส่วนตัวของท่าน

เลขที่โครงการใช้ 053-1/58
วันที่รับรอง 31 ม.ค. 2558
วันหมดอายุ 30 มี.ค. 2559

เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

อายุ ☐ 15 – 24 ปี ☐ 25 - 59 ปี

น้ำหนักตัว.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร

การศึกษา ☐ ไม่ได้รับการศึกษา ☐ ต่ำกว่าปริญญาตรี

☐ ปริญญาตรี ☐ สูงกว่าปริญญาตรี

อาชีพ ☐ ข้าราชการ / พนักงานของรัฐ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ

☐ พนักงานบริษัท ☐ นักเรียน / นักศึกษา

☐ ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว ☐ แม่บ้าน/พ่อบ้าน

☐ อื่น ๆ.....

รายได้ต่อเดือน ☐ ต่ำกว่า 10,000 บาท ☐ 10,000 – 15,000 บาท

☐ 15,001 – 20,000 บาท ☐ 20,001 – 25,000 บาท

☐ 25,001 – 30,000 บาท ☐ มากกว่า 30,000 บาท

ที่อยู่ปัจจุบันในเขตกรุงเทพมหานคร

☐ เขตปทุมวัน ☐ เขตดินแดง

☐ เขตพญาไท ☐ เขตบางซื่อ

☐ เขตบางแค ☐ เขตพระโขนง

☐ เขตบางกะปิ ☐ เขตบางเขน

☐ เขตบางขุนเทียน ☐ เขตคลองสามวา

ส่วนที่ 2 : การเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วน มีเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับอันตรายโรคอ้วน สาเหตุการเกิดโรคอ้วน สถานการณ์โรคอ้วน การเฝ้าระวังตนเอง และการป้องกันโรคอ้วนด้วยวิธีต่างๆ เช่น เรื่องของการกำลังกาย อาหาร ทางเลือก การประเมินดัชนีมวลกายและรอบเอวตนเอง โดยมีความเข้าใจในข่าวสารจากการดู การฟัง การอ่าน ผ่านช่องทางสื่อต่างๆ

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดของท่านมากที่สุด ดังนี้

2.1 การเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วนจากสื่อต่างๆ ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีการเปิดรับข่าวสารจากสื่อต่อไปนี้อย่างไร

การเปิดรับข่าวสาร	รับ	ไม่รับ
สื่อบุคคล		
1.โทรทัศน์		
2.วิทยุ		
3.หนังสือพิมพ์		
4.นิตยสาร/วารสาร		
สื่อบุคคล		
5.เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (แพทย์ พยาบาล บุคลากรสาธารณสุข)		
6.ญาติ / คนในครอบครัว		
7.เพื่อน		
8.ครู/อาจารย์		
9.คนในชุมชน / พระ / ปราชญ์ชาวบ้าน		
10.อาสาสมัครสาธารณสุข		
สื่อเฉพาะกิจ		
11.งานนิทรรศการ		
สื่อสิ่งพิมพ์		
12.แผ่นพับ / ใบปลิว		
13.โปสเตอร์ / ป้ายโฆษณา		
14.คู่มือเอกสาร		
สื่อโสตทัศน์		
15.วีซีดี / ดีวีดี		
สื่อใหม่		
16.เว็บไซต์ (Website)		
17.เฟซบุ๊ค (Facebook)		
18.ทีบุ๊ค (F Book)		

2.2 ช่วงเวลาใดที่เปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วนมากที่สุด

☐ 06.01 – 10.00 น. ☐ 10.01 – 14.00 น. ☐ 14.01 – 18.00 น.

☐ 18.01 – 22.00 น. ☐ 22.01 – 02.00 น. ☐ 02.01 – 06.00 น.

ที่ อว 0334.1/ร6
วันที่รับรอง 31 ต.ค. 2560
วันหมดอายุ 30 ต.ค. 2561

21 มค. 2559
30 ม.ค. 2559

ส่วนที่ 3 : ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วน

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดของท่านมากที่สุด

ลำดับที่	ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วน	ถูก	ผิด
1	คนไทยที่มีดัชนีมวลกาย ≥ 25 กิโลกรัม/เมตร² หรือเพศหญิงที่มีรอบเอวเกิน 80 ซม. และเพศชายเกิน 90 ซม. ถือว่าเป็น "คนอ้วน"		
2	โรคอ้วนหมายถึงสภาวะที่ร่างกายมีน้ำหนักตัวเกินเพียงอย่างเดียว		
3	การกินอาหารไขมันสูง ของหวาน ขนมที่มีแป้งและน้ำตาลมาก ไม่ทำให้เสี่ยงเป็นโรคอ้วน		
4	โรคอ้วนเกิดจากภาวะที่มีปริมาณไขมันสะสมในร่างกายมากเกินปกติและส่งผลเสียต่อสุขภาพ		
5	โรคอ้วนเป็นอันตรายต่อสุขภาพ และเพิ่มความเสี่ยงในการเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคหัวใจ		
6	โรคอ้วนไม่เป็นปัญหาสุขภาพของคนไทยในเขตเมือง		
7	นอกจากการควบคุมเรื่องอาหารแล้ว ควรจะต้องออกกำลังกายด้วย ครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ละ 5 ครั้ง สามารถป้องกันโรคอ้วนได้		
8	การอดอาหารเป็นวิธีการป้องกันโรคอ้วนที่ถูกต้อง		
9	การดื่มน้ำเปล่าแทนน้ำอัดลมหรือน้ำหวานเป็นส่วนหนึ่งที่สามารถป้องกันโรคอ้วนได้		
10	การกินยาลดความอ้วนเป็นวิธีที่ถูกต้องและดีที่สุดในการป้องกันการเพิ่มน้ำหนักตัว		
11	การรับประทานอาหารที่มีกากใยเพิ่มขึ้นทำให้ป้องกันโรคอ้วนได้		
12	การออกกำลังกายส่งผลต่อการลดน้ำหนักตัว และมีผลให้ระดับไขมันในร่างกายลดลงได้		

ส่วนที่ 4 : ทัศนคติต่อการป้องกันโรคอ้วน

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดของท่านมากที่สุด

ลำดับที่	ทัศนคติต่อการป้องกันโรคอ้วน	ระดับความคิดเห็น				
		เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1	โรคอ้วนเกิดจากภาวะไขมันในร่างกายเกินมาตรฐาน					
2	โรคอ้วนเพิ่มความเสี่ยงในการเป็นโรคหลายชนิด เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ ฯลฯ					
3	การควบคุมอาหารเพื่อป้องกันโรคอ้วนเป็นเรื่องที่ทำได้ เสียเวลา เสียโอกาสทางของอร่อย					
4	โรคอ้วนส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน					

ลำดับที่	ทัศนคติต่อการป้องกันโรคอ้วน	ระดับความคิดเห็น				
		เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
5	การออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคอ้วนเป็นเรื่องที่ยุ่งยาก เสียเวลา					
6	การลดอาหารให้เหลือเพียงมื้อเย็นมื้อเดียวช่วยป้องกันโรคอ้วนได้					
7	ผู้ที่เป็นโรคอ้วนมักมีปัญหาทางจิตใจมากกว่าคนอื่น					
8	ผู้ที่เป็นโรคอ้วนเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุมากกว่าคนที่มีน้ำหนักปกติ					
9	การป้องกันโรคอ้วนที่ได้ผลและไม่เสียเวลาคือการกินตามความอ้วน					
10	การป้องกันโรคอ้วนทำได้ไม่ยากแต่เพียงควบคุมการบริโภคและเพิ่มการออกกำลังกาย					
11	การยอมเป็นคนอ้วนดีกว่าการฝืนใจตนเองไม่กินของทอด ของหวาน ขนมที่มีแป้งและน้ำตาลมาก					
12	การผ่อนคลายความเครียดด้วยการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นวิธีที่ดีแม้จะเสี่ยงเป็นโรคอ้วน					

ส่วนที่ 5 : พฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับพฤติกรรมของท่านที่ผ่านมา ตามแบบเกณฑ์การเลือกตอบ ดังนี้

ไม่เคยเลย	หมายถึง	ท่านไม่เคยมีพฤติกรรมนั้นๆเลย
เป็นส่วนน้อย	หมายถึง	ท่านมีพฤติกรรมนั้นๆประมาณ 1-2 วันใน 1 สัปดาห์
เป็นครั้งคราว	หมายถึง	ท่านมีพฤติกรรมนั้นๆประมาณ 3-4 วันใน 1 สัปดาห์
เป็นส่วนมาก	หมายถึง	ท่านมีพฤติกรรมนั้นๆประมาณ 5-6 วันใน 1 สัปดาห์
ทุกวัน	หมายถึง	ท่านมีพฤติกรรมนั้นๆประมาณ 7 วันใน 1 สัปดาห์

ลงชื่อโครงการวิจัย 083.1/58
วันที่รับรอง 31 มี.ค. 2558
วันหมดอายุ 30 มี.ค. 2559

ลำดับที่	พฤติกรรมที่ปฏิบัติ	ทุกวัน	เป็นส่วนมาก	เป็นครั้งคราว	เป็นส่วนน้อย	ไม่เลยเลย
1	กินอาหารครบ 5หมู่ (ข้าว ผัก ผลไม้ เนื้อสัตว์ น้ำมัน)					
2	กินอาหารหลากหลาย ไม่ซ้ำซาก					
3	กินผักมากกว่าวันละ 3 ทัพพี					
4	กินผลไม้วันละ2-3ส่วน(หนึ่งส่วนเท่ากับ 6-8 คำ)					
5	กินปลา อย่างน้อยวันละ 1 มื้อ					
6	กินเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน วันละ 2-3 มื้อ					
7	ดื่มนมรสจืดไขมันต่ำ วันละ 1-2 แก้ว					
8	กินอาหารมื้อเย็นห่างจากเวลานอนไม่น้อยกว่า 3-4 ชั่วโมง					
9	กินอาหารประเภทต้ม นึ่ง ลวก อบ ย่าง แกงไม่ใส่กะทิ					
10	หลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูง					
11	หลีกเลี่ยงของหวาน และขนมที่มีแป้งและน้ำตาลมาก					
12	กินอาหารรสจืดไขมันต่ำ					
13	เลือกดื่มน้ำเปล่าแทนน้ำอัดลมหรือน้ำหวาน					
14	หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์					
15	อาหมะเน้ต ไม่เครียด					
16	นอนหลับไม่น้อยกว่าวันละ 7-8 ชั่วโมง					
17	ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 5 วัน					
18	ออกกำลังกายวันละ 30 นาที					
19	ขณะออกกำลังกายหายใจเร็วขึ้นกว่าปกติ และเหงื่อซึม					
20	เส้นรอบวงรอบเอวตนเอง คือ เพศหญิงไม่เกิน 80 ซม. และเพศชายไม่เกิน 90 ซม.					

ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ

ที่ อว 033.1/58
วันที่รับรอง 31 ม.ค. 2558
วันหมดอายุ 30 ม.ค. 2559

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ : ว่าที่ร้อยตรีมณฑล หวานวาจา

เกิดวันที่ : 3 มกราคม 2526

ที่อยู่ : 13/77 หมู่ 3 ต.บางรักพัฒนา อ.บางบัวทอง จ.นนทบุรี 11110

ประวัติการศึกษา : จบการศึกษาระดับประถมศึกษาที่โรงเรียนเทศบาลวัดละหาร
มัธยมศึกษาที่โรงเรียนบางบัวทอง
สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาศิลปศาสตรบัณฑิต
มหาวิทยาลัยรามคำแหง เมื่อปี พ.ศ. 2547
สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต
มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร เมื่อปี พ.ศ. 2549

ประวัติการทำงาน : ปฏิบัติงานตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
เมื่อปี พ.ศ. 2554 - ปัจจุบัน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University