

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับสื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กับความรู้เรื่องโรคเอดส์ของผู้รับบริการสาธารณสุขในอำเภอเมืองปทุมธานี” ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษางานวิจัยดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการสื่อสารสุขภาพในเรื่องโรคเอดส์
2. แนวคิดเกี่ยวกับสื่อบุคคลและสื่อเฉพาะกิจ
3. แนวคิดเกี่ยวกับลักษณะทางประชากร
4. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้และกระบวนการรับรู้
5. แนวคิดเกี่ยวกับการเปิดรับสื่อ
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับการสื่อสารสุขภาพในเรื่องโรคเอดส์

กระแสความสนใจเรื่องสุขภาพในสังคมเทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสารในปัจจุบันทำให้บทบาท และความสำคัญของศาสตร์ด้านการสื่อสารสุขภาพ (Health Communication) ชัดเจนมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้เพราะรูปแบบของการสื่อสารผ่านมวลชนดังที่เคยปฏิบัติมาอาจไม่ได้ผล และไม่ครอบคลุมต่อความต้องการรับ-ส่งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเพื่อการส่งเสริม ป้องกัน บำบัด และฟื้นฟูในโรคและการป้องกันโรคของประชาชน ดังนั้น รูปแบบของการรับ-ส่งสารด้านสุขภาพจึงมีความเฉพาะด้านมากขึ้นในรูปแบบที่เรียกว่าการสื่อสารสุขภาพด้วยการเพิ่มองค์ความรู้ และประสบการณ์ต่างๆ ในศาสตร์สุขภาพผ่านไปยังกลุ่มเป้าหมายเพื่อให้เกิดการรับรู้ ตอบรับและนำข้อมูลสุขภาพเหล่านั้นไปใช้ได้อย่างทั่วถึง

ศาสตร์ด้านการสื่อสารสุขภาพมีวิวัฒนาการมาตั้งแต่เริ่มมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสื่อสาร (Communication) และสุขภาพ (Health) เมื่อประมาณ 35 ปีที่ผ่านมา (Rogers, 1994) โดยเป็นการเริ่มจากความสนใจของกลุ่มวิชาการที่สนใจร่วมกันเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการสื่อสารเพื่อนำไปใช้ในกระบวนการซ่อมแซมสุขภาพหรือป้องกันโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ ซึ่ง

ภายหลังได้มีการผลักดันให้มีการจัดตั้ง The International Communication Association's Division of Health Communication ขึ้นพร้อมๆ กับเริ่มมีผลงานการวิจัยชุดแรกใน The Communication Yearbook ในปี พ.ศ. 2520 ต่อมา Speech Communication Association ได้ริเริ่มให้มีการจัดตั้ง The Health Communication Commission ขึ้น ในปี พ.ศ. 2529 และในปี พ.ศ. 2536 The Centres for Disease Control and Prevention (CDC) ได้ประกาศจัดตั้ง The Office of Health Communication ขึ้น (กมลรัฐ อินทรทัศน์, 2547)

ในส่วนของประเทศไทย คนไทยเริ่มให้ความสำคัญกับ “สุขภาพ” มากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเพิ่มขึ้นของความต้องการเปิดรับข้อมูลข่าวสารที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ในอดีตประชาชนส่วนใหญ่รู้จัก “สุขภาพ” ในมุมมองที่แคบกว่าปัจจุบัน กล่าวคือเรื่องสุขภาพมีเนื้อหาครอบคลุมเฉพาะเรื่องอนามัยส่วนบุคคล น้ำสะอาด การเจ็บไข้ได้ป่วย การคลอดบุตร ยา การแพทย์และการรักษาโรค ฯลฯ แต่ปัจจุบันสุขภาพกลายเป็นปัจจัยหลักที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการดำรงชีวิตประจำวันของมนุษย์ (R. Harrabin, A. Coote and J. Allen, 2003) โดยเฉพาะความต้องการรับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับระบบและบริการด้านสุขภาพเพื่อลดความเจ็บป่วย และเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ดียิ่งขึ้น ภายหลังการก้าวเดินตามแผนพัฒนาสุขภาพ และการสาธารณสุขของประเทศไทยมากกว่า 40 ปี ทำให้ประเทศไทยประสบความสำเร็จในหลายเรื่อง ในปัจจุบันสุขภาพมีความหมายที่กว้างขึ้นและไม่จำกัดประเด็นเพียงเรื่องสุขอนามัยและความเจ็บป่วย หากแต่ครอบคลุมเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตประจำวัน ในระยะ 20 ปีที่ผ่านมากระแสความสนใจในเรื่องสุขภาพได้กลายเป็นกระแสหลักของคนทั่วโลกที่หันมาดูแลเอาใจใส่สุขภาพ โดยเฉพาะความสนใจ และพยายามดูแลตนเองด้วยการเชื่อมโยงบริบทสุขภาพกับประเด็นอื่นๆ เช่น สิ่งแวดล้อม การเกษตร วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี รวมไปถึงเศรษฐกิจ การคลัง การเมืองและสังคม

ภายหลังจากการประชุมองค์การอนามัยโลก ณ กรุงออตตาวา ประเทศแคนาดาในปี พ.ศ. 2529 (Ottawa Charter for Health Promotion, WHO, Geneva. 1986) ได้มีการขยายแนวคิดว่าด้วยเรื่องสุขภาพให้รวมถึงการสร้างเสริมสุขภาพอย่างกว้างขวาง เป็นผลนำไปสู่การให้คำจำกัดความของคำศัพท์ “สุขภาพ” ที่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงในกระแสโลก และสังคมปัจจุบันที่มากขึ้น โดยให้ความสำคัญกับปัจจัยกำหนดที่เอื้อให้เกิดสุขภาพ (Prerequisite for Health) ซึ่งได้แก่ สันติภาพ ทรัพยากรทางเศรษฐกิจที่เพียงพอ อาหารและที่อยู่อาศัย ระบบนิเวศที่มั่นคง และการใช้ทรัพยากรแบบยั่งยืน

กมลรัฐ อินทรทัศน์ (2547) ได้รวบรวมความหมายของการสื่อสารเพื่อสุขภาพไว้ในหนังสือการพัฒนาองค์ความรู้การสื่อสารเพื่อสุขภาพ (Health Communication) ภายใต้การสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพไว้ว่า การสื่อสารเพื่อสุขภาพ คือ

การใช้ศิลปะและเทคนิคในการบอกกล่าว หรือการแจ้งให้ทราบ รวมทั้งการสร้างอิทธิพลและการจูงใจแก่กลุ่มเป้าหมาย ทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ระดับองค์กร และสาธารณชนเกี่ยวกับประเด็นสุขภาพ ส่วนขอบเขตของการสื่อสารเพื่อสุขภาพนั้นจะรวมถึงการป้องกันโรค การสร้างเสริมสุขภาพ นโยบายและธุรกิจเกี่ยวกับการบริการสุขภาพ อีกทั้งยังรวมถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งในระดับปัจเจกบุคคลและในระดับสังคมโดยรวม

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1996) ได้ให้ความหมายการสื่อสารสุขภาพว่าเป็นการใช้กลยุทธ์หลัก ๆ ในการบอกกล่าวหรือการแจ้ง (Inform) ให้สาธารณชนทราบเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพด้วยการใช้การสื่อสารมวลชน (Mass Communication) และการใช้สื่อประสมประเภทต่างๆ (Multimedia) รวมทั้งนวัตกรรมด้านเทคโนโลยีสารสนเทศต่างๆ โดยมีมุ่งเผยแพร่ เนื้อหา ข้อมูลด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์ต่อสาธารณชน เพื่อให้เกิดการตระหนักในประเด็นดังกล่าว ทั้งในระดับปัจเจกบุคคลและในระดับสังคม อีกทั้งยังรวมถึงการให้ความสำคัญเกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพ (Health Development) ด้วย

ทั้งนี้ WHO ได้อธิบายเพิ่มเติมว่าการสื่อสารสุขภาพจะประกอบด้วยศาสตร์หลายๆ สาขา ดังเช่น สารบันเทิง (Edutainment หรือ Enter-education) การสื่อสารระหว่างบุคคล (Interpersonal Communication) การชี้นำด้านสื่อ (Media Advocacy) การสื่อสารในองค์กร (Organization Communication) การสื่อสารเพื่อสังคม (Social Communication and Social Marketing) ฯลฯ

แรตซัน และคณะ (Ratzan and Others, 2000) กล่าวว่า การสื่อสารเพื่อสุขภาพคือ การใช้ศิลปะและเทคนิคในการบอกกล่าวหรือการแจ้งให้ทราบ (Inform) รวมทั้งการสร้างอิทธิพล (Influence) และการจูงใจ (Motivate) แก่กลุ่มเป้าหมายเกี่ยวกับประเด็นด้านสุขภาพ ส่วนขอบเขตของการสื่อสารเพื่อสุขภาพนั้น จะรวมถึงการป้องกันโรค (Disease Prevention) การสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion) นโยบายธุรกิจเกี่ยวกับการบริการสุขภาพ (Health Care Policy and Business) และรวมถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ฟรีมัท และคณะ (Freimuth and Others, 2008) กล่าวว่า การสื่อสารสุขภาพคือ การให้ศึกษาหรือให้การเรียนรู้ โดยการใช้กลยุทธ์ต่างๆ ในการบอกกล่าว หรือการแจ้งให้ทราบเพื่อก่อให้เกิดอิทธิพลต่อปัจเจกบุคคล และต่อสังคม ต่อการสร้างเสริมสุขภาพตามที่ต้องการ ฯลฯ

จากจุดเริ่มต้นที่แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพเข้ามามีบทบาทในระดับสากล ทำให้การสื่อสารเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพมีมากขึ้น ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้นิยามความหมายของ “สุขภาพ” กว้างขวางขึ้น ได้มีความพยายามในการให้ความหมายของ “สุขภาพ” จากหน่วยงาน และบุคคลต่าง ๆ มากมาย ซึ่งสามารถกล่าวโดยสรุปถึงขอบเขตสุขภาพได้

ว่าเป็นเรื่องราวที่มีลักษณะเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการทำความเข้าใจต่อครองชีวิต สภาพความเป็นอยู่ ความสัมพันธ์ในวิถีชุมชนในมิติทางกาย ทางใจ และทางประชาสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดสถานะสุขภาพของประชากร รวมไปถึงการมองหา “จุดเด่น” ของนโยบายด้านสุขภาพที่จะมีความสำคัญนำไปสู่การลงทุน และการกำหนดแผนงานด้านสาธารณสุขของประเทศอย่างเหมาะสมเป็นระบบ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการพัฒนาสุขภาพประชากรอย่างยั่งยืน

สุขภาพจึงไม่ได้หมายรวมถึงเรื่องการเจ็บป่วย อนามัยส่วนบุคคล อนามัยสิ่งแวดล้อม หรือการแพทย์เพียงอย่างเดียวอีกต่อไป หากแต่เป็นการรวบรวมบริบทแนวคิดทางชุมชน สังคม เศรษฐกิจ และการเมืองที่มุ่งพัฒนาสุขภาพเพื่อช่วยให้ชีวิตยืนยาว รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามหลัก “สุขภาวะ” ของประชาชนให้ดียิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งได้มีการเชื่อมโยงวิถีชีวิตเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของคำว่า “ระบบสุขภาพ”

เมื่อประเทศไทยก้าวเข้าสู่ยุคสังคมความรู้ ประชาชนในฐานะผู้รับสารย่อมมีความต้องการข้อมูลที่มากขึ้น เพื่อประกอบการตัดสินใจ เพื่อการดำรงชีวิตในยุคสมัยแห่งการแข่งขัน และเพื่อการอยู่รอดอย่างมีความสุข ข้อมูลด้านสุขภาพและสาธารณสุขเป็นสิ่งสำคัญและช่วยลดอัตราการเจ็บป่วยตลอดจนป้องกันการเกิดโรคของสมาชิกในสังคม เมื่อพิจารณาสภาพภูมิประเทศของไทย และการเข้าถึงเทคโนโลยีด้านการสื่อสารในภาพรวมของประเทศ จะเห็นได้ว่ายังมีข้อจำกัดในการครอบคลุมพื้นที่ และการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพอีกจำนวนมากในประเทศ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องพิจารณาถึงกระบวนการสื่อสารที่สามารถก่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจในข้อมูลสุขภาพที่แท้จริง ศาสตร์ด้านสื่อสารสุขภาพจึงได้มีบทบาทมากขึ้น และมีหลายหน่วยงานพยายามรวบรวมองค์ความรู้ ตลอดจนรวบรวมและวิจัยศึกษางานด้านการสื่อสารสุขภาพเพื่อนำมาใช้กับบริบทการสร้างเสริมสุขภาพในสังคมไทย

แรทซัน และคณะ (Ratzan and Others, 1994 อ้างถึงใน กมลรัฐ อินทรทัศน, 2547) กล่าวถึงองค์ประกอบของการสื่อสารเพื่อสุขภาพว่าต้องมี “สุขศึกษา” (Health Education) เป็นกิจกรรมที่มุ่งสู่การส่งเสริมการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี โดยการแจ้งให้ทราบการให้การศึกษาแก่ปัจเจกบุคคลผ่านสื่อและกิจกรรมต่างๆ “การสื่อสารเพื่อสังคม” (Social Marketing) หรือการสื่อสารเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนในสังคม เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพหรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพสู่พฤติกรรมทางบวก โดยใช้หลักการตลาดเข้ามาเสริมกับสื่อมวลชนประเภทต่าง ๆ “การชี้นำ” (Advocacy) เป็นกิจกรรมที่ใช้สื่อมวลชนในการส่งเสริมนโยบายและโครงการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพ “การสื่อสารเกี่ยวกับภาวะเสี่ยง” (Risk Communication) กิจกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับเฉพาะกลุ่มที่ต้องพิจารณาภาวะการณ์แวดล้อม และวิธีการต่างๆ ตลอดจนทางเลือกในการจัดการกับภาวะเสี่ยง เช่น การให้คำปรึกษาส่วนตัว “การสื่อสารกับผู้ป่วย”

(Patient Communication) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานะด้านสุขภาพเพื่อการบำบัดรักษา การให้ความรู้ ความเข้าใจในรูปแบบและวิธีการ เช่น การสื่อสารระหว่างผู้ให้การรักษากับคนไข้ การสื่อสารระหว่างกลุ่มเพื่อนเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ระหว่างกันเป็นต้น “การให้ข้อมูลด้านสุขภาพ” (Consumer Health Information) เป็นการช่วยให้บุคคลเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง และสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนหรือครอบครัวได้ รวมทั้งการนำเสนอข้อมูลด้านสุขภาพในลักษณะต่าง ๆ เช่น การประกันสุขภาพ การป้องกัน การดูแลสุขภาพตนเอง “การใช้สื่อใหม่ประเภทต่างๆ” (New Media) หมายถึง เทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสารต่างๆ เพื่อแพร่กระจายแนวคิด วิธีการเกี่ยวกับการสื่อสารเพื่อสุขภาพให้ทั่วถึงประชาชนมากขึ้น

1.1 ประวัติการพบเชื้อ HIV เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2524 มีรายงานผู้ป่วยที่มีอาการโรคนี้ครั้งแรกในอเมริกา ผู้ป่วยเป็นชายรักร่วมเพศป่วยเป็นปอดบวมจากเชื้อ *Pneumocystis Carinii* ทั้งที่เป็นคนแข็งแรงมาก่อน และไม่เคยใช้ยากดภูมิคุ้มกัน ต่อมาพิสูจน์ได้ว่า สาเหตุของโรคเกิดจากเชื้อไวรัสเข้าสู่ร่างกายไปติดเชื้อเพิ่มจำนวนในเม็ดเลือดขาว ทำให้เม็ดเลือดขาวถูกทำลายลดจำนวนลงเรื่อยๆ จนในที่สุดระบบภูมิคุ้มกันไม่สามารถทำหน้าที่ต่อสู้ทำลายเชื้อโรคและเซลล์มะเร็งได้

การระบาดของโรคนี้สันนิษฐานว่าเริ่มจากประเทศในทวีปแอฟริกากลางในระหว่างปี พ.ศ. 2513-2523 และสามารถเพาะเลี้ยงแยกเชื้อได้จากคนเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2526 โดยคณะของ Dr. Luc Montagnier ในฝรั่งเศส

1.2 การทำลายระบบภูมิคุ้มกันของ HIV ในปัจจุบันพบว่า HIV แบ่งตัวเพิ่มจำนวนและทำลายเซลล์ต่าง ๆ ของระบบภูมิคุ้มกันอยู่ตลอดเวลา ซึ่งค้นพบ โดย Dr. David Ho โดยพบว่าร่างกายจะต่อสู้โดยการสร้างภูมิคุ้มกัน (antibody) ทำลายไวรัสและสร้าง cytotoxic T lymphocyte ทำลายเซลล์ที่ติดเชื้ออยู่ตลอดเวลาเช่นเดียวกัน ทำให้คนไข้ไม่มีอาการปรากฏให้เห็นได้หลายปี จนกระทั่งไวรัสสามารถเอาชนะระบบภูมิคุ้มกันได้ และทำให้เกิดการบกพร่องของระบบภูมิคุ้มกันอย่างร้ายแรง ผู้ป่วยก็จะกลายเป็นเอดส์ ซึ่งเป็นระยะสุดท้ายของโรค สาเหตุที่ระยะระหว่างเริ่มติดเชื้อจนกระทั่งเป็นเอดส์มีระยะเวลาห่างกันหลายปี เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายสามารถต่อสู้กับไวรัสได้อย่างมีประสิทธิภาพแต่ HIV ก็มีการกลายพันธุ์สูง ทั้งนี้เนื่องจากถูกแรงกดดันจากระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้ไวรัสหนีระบบภูมิคุ้มกันได้เสมอโดยการกลายพันธุ์เปลี่ยนแปลงรูปร่างใหม่จนระบบภูมิคุ้มกันจำไม่ได้ และเมื่อระบบภูมิคุ้มกันเริ่มรู้จักไวรัสตัวใหม่และเริ่มทำลายไวรัสก็จะมีรูปร่างใหม่ไปอีก การต่อสู้ระหว่างไวรัสกับระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายจะดำเนินไปเช่นนี้หลายปี คุ้ได้จากความสัมพันธ์ของ CTL กับ ปริมาณไวรัส viral load ซึ่งวัดจากผู้ป่วยที่มีปริมาณไวรัสในกระแสเลือดต่ำจะมีการดำเนินโรคช้า จากการค้นพบดังกล่าวทำให้เกิดการรักษา HIV infection ใหม่ ๆ โดยอาศัยทฤษฎีที่ว่า กดการสร้างหรือทำลายไวรัสให้มากที่สุดเพื่อให้โรคดำเนินไปช้าที่สุด

โดยการให้ยาหลาย ๆ ชนิดพร้อมกัน ที่สำคัญคือ protease inhibitor ซึ่งหลังจากนำมาใช้ร่วมกับยาอื่น ๆ พบว่า สามารถลดการสร้างไวรัสได้และทำให้เกิดการดื้อยาน้อยลง

1.3 ช่องทางการติดต่อของ HIV ที่สำคัญ การติดต่อของเชื้อ HIV ที่สำคัญ สามารถติดต่อกันได้ 3 ช่องทาง ได้แก่

1.3.1 ทางเพศสัมพันธ์ (heterosexual) การร่วมเพศกับผู้ป่วยโรคเอดส์ หรือมีเชื้อโรคเอดส์

1.3.2 ทางเลือด (blood donor) โดยการให้เข็มหรือกระบอกฉีดยาร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์ โดยเฉพาะชนิดฉีดเข้าเส้น และการรับเลือดหรืออวัยวะต่างๆ

1.3.3 การติดเชื้อจากแม่ที่ติดเชื้อเอดส์สู่ลูกที่อยู่ในครรภ์ โอกาสที่ทารกจะได้รับเชื้อจากแม่ประมาณร้อยละ 30 ปัจจุบันมีการให้ยา AZT โดยให้ในหญิงที่มีอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ไปจนคลอด ซึ่งสามารถช่วยให้ทารกปลอดภัยจากการติดเชื้อเอดส์จากแม่ได้มากกว่าร้อยละ 50

1.4 ระยะของการติดเชื้อ HIV แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่

1.4.1 ระยะที่ 1 ระยะเฉียบพลัน (Acute HIV infection) ใน 2-3 สัปดาห์หลังการได้รับเชื้อ HIV จะมีอาการคล้ายไข้หวัด ต่อม้ำเหลืองโต อาการต่าง ๆ เหล่านี้จะหายไปได้เองภายใน 1-2 สัปดาห์ โดยอาจมีอาการน้อยมากจนผู้ป่วยไม่สังเกต

1.4.2 ระยะที่ 2 ระยะติดเชื้อโดยไม่มีอาการ (Asymptomatic infection) คนไข้จะไม่มีอาการใดๆ แต่ถ้าเจาะเลือดจะพบแอนติบอดี คือมีเลือดเอดส์บวกไปตลอดชีวิต แอนติบอดีจะเริ่มพบประมาณ 6-8 สัปดาห์ หลังจากได้รับเชื้อ หรืออาจเนิ่นนานไปถึง 3 เดือนก็เป็นที่ได้ ช่วงหลังจากการได้รับเชื้อและตรวจไม่พบแอนติบอดีเราเรียกว่า window period

1.4.3 ระยะที่ 3 ระยะต่อมน้ำเหลืองโต (Persistent generalized lymphadenopathy, PGL) ระยะนี้จะเกิดนานเท่าไรหลังจากรับเชื้อยังไม่ทราบแน่ชัด โดยต้องพบต่อมน้ำเหลืองโตตั้งแต่ 2 บริเวณขึ้นไปและมีขนาดตั้งแต่ 1 ซม. นานเกินหนึ่งเดือน

1.4.4 ระยะที่ 4 ระยะติดเชื้อมีอาการ (Symptomatic HIV infection) จะมีอาการพอสรุปได้ดังนี้

- 1) น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ (ลดเกิน 10% ของน้ำหนักเดิม หรือเกิน 10 กิโลกรัม)
- 2) เป็นไข้เกิน 38 องศาเซลเซียส เรื้อรังเกิน 4 สัปดาห์
- 3) ท้องเสียเรื้อรังโดยไม่ทราบสาเหตุ
- 4) เหงื่อออกตอนกลางคืนโดยไม่ทราบสาเหตุ
- 5) เชื้อราในช่องปาก

- 6) มีอาการทางประสาท หลงลืม
- 7) เป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสอื่นๆ
- 8) เป็นโรคเกี่ยวกับปอด
- 9) เป็นมะเร็งส่วนใหญ่ที่พบคือ Kaposi's sarcoma คือเป็นมะเร็งเยื่อบุหลอด

เลือด

1.5 ความหมายของโรคเอดส์ โรคเอดส์ (AIDS หรือ Acquired Immune Deficiency Syndromes) คือ โรคที่ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่องจนไม่สามารถต่อสู้เชื้อโรค หรือสิ่งแปลกปลอมต่างๆ ที่เข้าสู่ร่างกาย ทำให้เกิดโรคต่างๆ ที่เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ง่ายกว่าคนปกติ

A = Acquired หมายถึง สภาวะที่เกิดขึ้นมาภายหลัง ไม่ได้มีมาแต่กำเนิด

I = Immune หมายถึง ส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบภูมิคุ้มกัน หรือภูมิคุ้มกันของร่างกาย

D = Deficiency หมายถึง ความเสื่อมลง

S = Syndrome หมายถึง กลุ่มอาการ หรืออาการหลายๆ อย่างไม่เฉพาะระบบใดระบบหนึ่ง

1.6 ขั้นตอนการตรวจเลือดเอดส์ การตรวจว่ารับเชื้อเอดส์มาหรือไม่ มีวิธีตรวจได้ 2 วิธี คือ

1.6.1 การตรวจแอนติเจน เป็นวิธีการที่ยุ่งยาก ใช้เครื่องมือซับซ้อน ราคาแพง ใช้เวลานาน จึงไม่นิยมตรวจ

1.6.2 การตรวจแอนติบอดี เป็นวิธีการที่ตรวจได้ง่าย ราคาถูก ได้ผลเร็ว เชื่อถือได้ค่อนข้างแน่นอน

1.7 การระบาดของเชื้อไวรัสเอดส์ ประเทศไทย ทางกระทรวงสาธารณสุขได้จัดระบบการติดตามสถานการณ์การระบาดของโรคเอดส์ตั้งแต่มีการรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์รายแรกในปี พ.ศ. 2527 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบันซึ่งมีรายงานจากกองโรคเอดส์ พบว่าตั้งแต่ พ.ศ. 2527 จนถึงวันที่ 15 พฤศจิกายน 2554 มีรายงานผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการจากสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งสิ้น 376,690 ราย และมีผู้เสียชีวิต 98,721 ราย (สำนักโรคควบคุมโรค, 2554) ในปัจจุบันโรคเอดส์ เป็นปัญหาสำคัญ ที่ระบาดไปทุกๆ พื้นที่ของประเทศไทย กลุ่มผู้ติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ติดเชื้อ HIV-1 subtype E ขณะที่ในกลุ่มผู้ติดยาเสพติด พบการติดเชื้อ subtype E เพิ่มขึ้นเช่นกัน และพบ subtype B ในสัดส่วนลดลง แหล่งข้อมูลและรายละเอียดสามารถตรวจสอบได้จากรายงานของสำนักโรคควบคุมโรค

1.8 การผลิตวัคซีนสำหรับโรคเอดส์ ได้มีความพยายามในการทำวัคซีนสำหรับป้องกันโรคเอดส์มานานเกินกว่าสิบปีแล้วแต่ไม่ประสบผลสำเร็จ ทั้งนี้เนื่องจากสาเหตุหลายประการ เช่น

1.8.1 HIV มีอัตราการกลายพันธุ์สูงและรวดเร็ว และมีหลายสายพันธุ์ ดังนั้นถ้าผลิตวัคซีนที่สามารถทำลาย strain หนึ่ง อาจไม่สามารถทำลายหรือป้องกัน strain อื่นๆ ได้

1.8.2 ยังไม่ทราบแน่ชัดว่า HIV ติดต่อกันได้อย่างไร เราทราบเพียงว่าติดต่อทางเพศสัมพันธ์การให้เลือด ติดมากับเข็มฉีดยา แต่ไม่ทราบว่า free virus หรือไวรัสในเซลล์ที่ทำให้มีการติดต่อ ถ้าเป็นไวรัสในเซลล์และติดต่อโดยการสัมผัสระหว่างเซลล์ แอนติบอดีที่มีอยู่จะใช้ไม่ได้ผล ภูมิคุ้มกันชนิดที่เป็น mucosal antibody (IgA) อาจมีความสำคัญในการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ส่วนภูมิคุ้มกันชนิด IgG อาจมีความสำคัญในการติดเชื้อทางเลือด เป็นต้น

1.8.3 นักวิทยาศาสตร์ยังไม่ทราบว่าภูมิคุ้มกันชนิดใดจะมีประโยชน์ในการป้องกันการติดเชื้อ (Humoral Immunity หรือ Cellular Immunity)

1.8.4 ยังไม่มี animal model สำหรับทดลองวัคซีน

ยังมีคำถามอีกหลายคำถามที่ยังไม่มีคำตอบเกี่ยวกับ HIV ทั้งในด้านการก่อให้เกิดโรค การระบาด การพัฒนาวัคซีนในโรคเอดส์ การรักษาผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งงานวิจัยใหม่ๆ กำลังก้าวหน้าในทุกด้าน โดยหวังว่าสักวันหนึ่งมนุษยเรากจะสามารถเอาชนะไวรัสตัวนี้ได้

1.9 การป้องกันและการดูแลสุขภาพ ปัจจุบันยังไม่มียารักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้ การรักษาจึงเป็นการรักษาโรคติดเชื้ออื่นๆ ที่แทรกซ้อนซึ่งไม่ค่อยได้ผลนัก เพราะผู้ป่วยขาดภูมิคุ้มกัน และมักเสียชีวิตเนื่องจากโรคติดเชื้อ

1.9.1 วิธีป้องกันตัวเองไม่ให้ติดเชื้อเอดส์

- 1) รักเดียวใจเดียว
- 2) ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์
- 3) ขอรับบริการปรึกษาเรื่องโรคเอดส์
- 4) ก่อนแต่งงาน และก่อนตั้งครรภ์ทุกครั้ง
- 5) ไม่ดื่มเหล้าและดื่มน้ำสะอาดทุกชนิด
- 6) ก่อนรับการถ่ายเลือด ควรตรวจสอบให้แน่ใจว่าผู้บริจาคเลือดไม่มีเชื้อ

โรคเอดส์

- 7) อย่าใช้เข็มฉีดยาที่ไม่สะอาด หรือร่วมกับผู้ติดยาเสพติด

ขณะนี้ยังไม่มียาที่สามารถรักษาโรคเอดส์ให้หายได้ เป็นเพียงยับยั้ง ไม่ให้ไวรัสเอดส์เพิ่มจำนวนมากขึ้นในร่างกาย ผู้ป่วยจะมีอายุยืนยาวไปอีกระยะหนึ่งเท่านั้น

1.9.2 การดูแลสุขภาพด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ยาที่ใช้ในการรักษา ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์มี 2 ลักษณะ คือ

1) ยาด้านไวรัสเอดส์ในปัจจุบันมี 3 ประเภท คือ

(1) Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NRTIs) ได้แก่ AZT ddI ddC d4T 3TC ABC

(2) Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTIs) ได้แก่ NVP EFV

(3) Protease Inhibitors (PIs) ได้แก่ IDV RTV Q4V NFV

ยาเหล่านี้มีฤทธิ์เพียงยับยั้งการเพิ่มจำนวนของไวรัสเอดส์ แต่ไม่สามารถ กำจัดเชื้อเอดส์ให้หมดไปจากร่างกายได้ และมีผลข้างเคียงได้แก่ โลหิตจาง คลื่นไส้ อาเจียน ผื่นตาม ผิวหนัง ฯลฯ ดังนั้นการใช้ยาดังกล่าวต้องอยู่ในการดูแลของแพทย์อย่างใกล้ชิด

2) ยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสหากผู้ป่วยเอดส์มีภูมิคุ้มกันต่ำลงมาก (ค่าเม็ดเลือดขาว ชนิด CD 4 ต่ำกว่า 200 เซลล์ในเลือด 1 ลูกบาศก์มิลลิเมตร) จะมีโอกาสติดโรคฉวย โอกาสเพิ่มมากขึ้น จึงจำเป็นต้องได้รับยาป้องกัน เช่น

(1) INH ใช้ป้องกันวัณโรค

(2) Cotrimoxazole Dapsone Aerosolized pentamidine ใช้ป้องกันโรค ปอดบวม

(3) Itraconazole Fluconazole Amphotericin B ใช้ป้องกันโรคเชื้อเห็บ สมองอักเสบ

(4) Ketoconazole Itraconazole Fluconazole ใช้ป้องกันเชื้อรา ในขณะที่ ยังไม่มีวัคซีนชนิดใดที่สามารถป้องกันหรือรักษาโรคเอดส์ได้ยังอยู่ในระหว่างการศึกษาวิจัย คาดว่าต้องใช้เวลาไม่ต่ำกว่า 5 ปี จึงจะทราบผลว่าสำเร็จหรือไม่

1.9.3 การดูแลสุขภาพด้วยทางเลือกอื่น

เป็นวิธีการส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเองอย่างง่าย ๆ โดยคำนึงถึงมิติอัน หลากหลายของมนุษย์ ไม่เน้นทางด้านร่างกายเท่านั้น อันก่อให้เกิดผลในแง่ป้องกัน โรคและฟื้นฟู สภาพทำให้ร่างกายแข็งแรง เพิ่มภูมิคุ้มกันและมีจิตใจสงบ มี 4 แนวทาง ได้แก่

1) **ด้านโภชนาการ** ควรรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่และ เหมาะสมกับอาการของโรค เพื่อให้ได้สารอาหารที่จำเป็นครบถ้วนลักษณะอาการเจ็บป่วยที่พบได้ บ่อยคือ

(1) น้ำหนักลด ควรเพิ่มอาหารประเภทเนื้อสัตว์ และแป้ง งคอาหารประเภทไขมัน เนื่องจากย่อยและดูดซึมได้ยาก และควรดื่มน้ำมาก ๆ

(2) เบื่ออาหาร ควรรับประทานอาหารทีละน้อย แต่บ่อยครั้งและหลีกเลี่ยงอาหารที่มีกลิ่นแรง

(3) มีแผลในปาก ควรรับประทานอาหารที่เคี้ยวและกลืนได้ง่ายให้พลังงานสูง เป็นน้ำ หลีกเลี่ยงอาหารที่กรอบ แข็งและรสจัด

(4) คลื่นไส้ อาเจียน ควรรับประทานอาหารทีละน้อย แต่บ่อยครั้ง งคของทอด ของมัน อาหารที่มีรสเค็มและเปรี้ยวจะช่วยลดอาการนี้ได้ อาหารประเภทขิงจะช่วยรับประทานอาหารได้ดีขึ้น

(5) ท้องเสีย ควรเพิ่มอาหารประเภทแป้งหรือสารโปแตสเซียมสูง เช่น ส้ม น้ำมะพร้าว กล้วย มะเขือเทศ ดื่มน้ำมาก ๆ หลีกเลี่ยงของทอด กาแฟ และอาหารที่มีเส้นใย เช่น ถั่วลิสง ข้าวกล้อง

2) สมุนไพรร คือ ตำรายาที่ได้จากพืชสัตว์ และแร่ธาตุที่ยังไม่ได้แปรรูปสภาพ มีฤทธิ์กระตุ้นภูมิคุ้มกันและบรรเทาอาการโรคติดเชื้อฉวยโอกาสบางชนิดได้แก่

- (1) บรรเทาอาการท้องเสีย เช่น ฟ้าทะลายโจร ฝรั่ง ชา และมังคุด
- (2) ลดไข้ เช่น ฟ้าทะลายโจร มะระ
- (3) กระตุ้นให้อยากอาหาร เช่น บอระเพ็ด มะระ กระเทียม
- (4) กระตุ้นภูมิคุ้มกัน เช่น มะขามป้อม กระเทียม ฟ้าทะลายโจร
- (5) ขับเสมหะ และบรรเทาอาการไอ เช่น มะขามป้อม มะนาว มะแว้งเครือ และมะแว้งต้น

- (6) ขับลม เช่น กระเพรา ตะไคร้ จิง
- (7) บรรเทาอาการทางผิวหนัง เช่น เสลดพังพอนตัวเมีย หรือพญาขอเหยือกปลาหมอ พลู

- (8) สมานแผล เช่น ว่านหางจระเข้ แด ทับทิม
 - (9) ช่วยระบายท้อง เช่น จี่เหล็ก
 - (10) บรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียน เช่น ขอ
- อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีข้อมูลใดทางการแพทย์ที่ยืนยันผลของสมุนไพรรในการยับยั้งการเพิ่มจำนวนของไวรัสเอดส์ ขณะนี้ยังอยู่ในขั้นตอนศึกษาวิจัย

3) การออกกำลังกาย ถือเป็นยาอายุวัฒนะที่ช่วยให้มีอายุยืนยาวอารมณ์แจ่มใส นอนหลับง่าย รูปร่างสมส่วน สุขภาพแข็งแรง ควรออกกำลังกายทุกวันอย่างสม่ำเสมอ และเหมาะสมกับสภาพร่างกาย

4) การปฏิบัติสมาธิ เป็นกระบวนการที่จิตตั้งมั่นจดจ่ออยู่กับสิ่งที่ต้องการ และเพิ่มความสามารถในการควบคุม และเสริมสร้างสุขภาพในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และวิญญาณดีขึ้น อาจทำได้โดย

(1) การปฏิบัติโดยมีผู้ช่วยเหลือ เช่น พระสงฆ์ช่วยให้คำปรึกษา

(2) การปฏิบัติสมาธิด้วยตนเอง เช่น สมาธิโดยการกำหนดลมหายใจ สมาธิโดยการเดินจงกรม สมาธิโดยใช้เทคนิคความเงียบ และสมาธิแบบทำให้สนุกเพลิดเพลิน โดยการใช้ภาพจินตนาการที่คิดถึงแล้วรู้สึกสงบ สบาย เพลิดเพลิน

1.10 ปัจจัยที่ทำให้ติดเชื้อเอดส์ ปัจจัยที่ทำให้ติดเชื้อเอดส์มีหลายประการ คือ

1.10.1 ปริมาณเชื้อเอดส์ หากได้รับเชื้อมากโอกาสติดโรคมักมากไปด้วย เชื้อเอดส์มีมากที่สุดในเลือด รองลงมาคือ น้ำอสุจิ และน้ำในช่องคลอด

1.10.2 การมีบาดแผล เพราะเชื้อจะเข้าสู่ร่างกายทางบาดแผลทำให้ติดโรคได้ง่ายขึ้น

1.10.3 การติดเชื้ออื่น ๆ ได้แก่ การเป็นกามโรคบางชนิดเช่น แผลริมอ่อน แผลริม ทำให้มีเม็ดเลือดขาวอยู่ที่แผลจำนวนมากพร้อมจะรับเชื้อได้โดยง่าย และเป็นหนทางให้เชื้อเอดส์เข้าสู่แผลได้ง่ายขึ้น

1.10.4 จำนวนครั้งของการสัมผัส การสัมผัสเชื้อโรคบ่อย จะมีโอกาสติดเชื้อมากขึ้นไปด้วย

1.10.5 สุขภาพของผู้รับเชื้อ ถ้าไปสัมผัสเชื้อเอดส์ในขณะที่ร่างกายไม่แข็งแรงก็จะมีโอกาสรับเชื้อได้ง่ายขึ้น

1.11 บุคคลที่ควรตรวจหาเชื้อเอดส์ มีพฤติกรรมดังนี้

1.11.1 ผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยง และต้องการรู้ว่าตนเองติดเชื้อเอดส์หรือไม่

1.11.2 ผู้ที่ตัดสินใจจะมีคู่อหรืออยู่กินกันฉันท์สามีภรรยา

1.11.3 ผู้ที่สงสัยว่าคู่นอนของตนจะมีพฤติกรรมเสี่ยง

1.11.4 ผู้ที่คิดจะตั้งครรภ์ ทั้งนี้เพื่อความปลอดภัยของทั้งแม่และลูก

1.11.5 ผู้ที่ต้องการข้อมูลสนับสนุนเรื่องความปลอดภัยและสุขภาพของร่างกาย เช่น ผู้ที่ต้องการไปทำงานในต่างประเทศ (บางประเทศ)

1.12 การตรวจเลือกถ้าสงสัยว่าติดเชื้อเอดส์ การตรวจเลือกหาการติดเชื้อเอดส์นั้น มิใช่การตรวจหาเชื้อไวรัสเอดส์ แต่เป็นการตรวจหาร่องรอยที่ร่างกายสร้างขึ้นเพื่อต่อสู้กับเชื้อโรคนั้น ซึ่งเรียกว่า ภูมิต้านทาน และจะตรวจพบได้ในระยะเวลาตั้งแต่ 4 สัปดาห์ถึง 3 เดือนหลังจากรับเชื้อมาแล้วหรืออาจจะนานกว่านั้นก็ได้ ดังนั้น ถ้าสงสัยว่าติดเชื้อเอดส์ ไม่ควรตรวจเลือกทันที เพราะเลือดอาจจะยังไม่ให้ผลเป็นบวก ควรตรวจภายหลังการที่สัมผัสเชื้อแล้ว 4 สัปดาห์ขึ้นไป จะให้ผลที่แน่นอนกว่า ผู้ที่ติดเชื้อเอดส์แต่ยังไม่มีอาการอาจมีชีวิตยืนยาวไปได้อีกหลายปี ดังนั้น จึงควรที่จะดูแลสุขภาพของตนเองให้แข็งแรงอยู่เสมอ และในขณะเดียวกันก็ต้องป้องกันมิให้ผู้อื่นหรือคนใกล้ชิดติดเชื้อเอดส์ หากรู้จักจะมีภาระวังในเรื่องที่จะกล่าวต่อไปนี้แล้ว ก็จะไม่เป็นที่รังเกียจของคนที่อยู่ด้วย และสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุขและปลอดภัย

1.13 ข้อควรปฏิบัติสำหรับผู้ติดเชื้อ ผู้ติดเชื้อเอดส์ไม่ควรวิตกกังวลเกินไป ผู้ที่ยังไม่มีอาการสามารถดำเนินชีวิตตามปกติโดยไม่จำเป็นต้องอยู่ในโรงพยาบาล สำหรับผู้ที่มีอาการแล้ว ถ้าดูแลสุขภาพให้ดี ไม่มีโรคแทรกซ้อนก็จะมีชีวิตยืนยาวไปได้อีกหลายปี และในอนาคตอาจจะมีการค้นพบยาที่สามารถรักษาโรคเอดส์ได้

ข้อควรปฏิบัติสำหรับผู้ติดเชื้อเอดส์

- 1) รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และมีสารอาหารครบถ้วน
- 2) รักษาสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง และออกกำลังกายสม่ำเสมอ
- 3) หากมีเพศสัมพันธ์ต้องใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง เพื่อป้องกันการรับหรือแพร่เชื้อ

เอดส์

- 4) งดสิ่งเสพติดทุกชนิด
- 5) งดบริจาคเลือดหรืออวัยวะ
- 6) ไม่ควรตั้งครรภ์ เพราะอาจจะถ่ายทอดเชื้อให้ลูกได้ 30%
- 7) ทำจิตใจให้สงบ เช่น การฝึกสมาธิ
- 8) อยู่ในสถานที่ที่อากาศถ่ายเทได้สะดวก

1.14 การดำเนินชีวิตประจำวันสำหรับผู้ติดเชื้อเอดส์ สามารถปฏิบัติได้ดังต่อไปนี้

1.14.1 คบหาสมาคมกับผู้อื่นได้ตามปกติ ไม่จำเป็นต้องหลบซ่อนหรือเก็บตัวอยู่คนเดียว การพูดคุยและเนื้อต้องตัวกันตามธรรมดา ไม่สามารถทำให้ผู้อื่นติดโรคจากท่านได้ และโรคนี้ไม่ติดต่อทางลมหายใจ ถ้าหากมีความวิตกกังวล ทุกข์ใจ ไม่จำเป็นต้องเก็บความทุกข์ไว้เพียงคนเดียว ควรปรึกษาคนที่เข้าใจและพร้อมจะรับฟังให้ความช่วยเหลือ อาจเป็นพ่อแม่ พี่น้องที่สนิท คู่สมรส คู่รัก หากยังไม่มีคนที่พร้อมจะรับฟังปัญหาของเรา ขอให้พยายามติดต่อพบปะพูดคุยกับ

กลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์ที่อยู่ใกล้บ้าน โดยสอบถามได้จากหน่วยงานสาธารณสุข ซึ่งจะมีข้อมูลเรื่องกลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์ในพื้นที่

1.14.2 ควรระมัดระวังมิให้น้ำหลังต่าง ๆ เช่น น้ำเหลือง น้ำมูก น้ำลาย ปัสสาวะ และสิ่งขับถ่ายต่าง ๆ กระเด็นหรือเปื้อนผู้อื่น เพราะอาจมีเชื้อเอดส์ปะปนออกมาได้ การบ้วนน้ำลายหรือเสมหะ ควรใช้ภาชนะรองรับที่สามารถนำไปทิ้งหรือทำความสะอาดได้สะดวก

1.14.3 เมื่อสัมผัสหรือเปื้อนเลือด น้ำเหลือง อาเจียน ปัสสาวะ หรือสิ่งขับถ่ายอื่นๆ ให้รีบทำความสะอาดและเปลี่ยนเสื้อผ้าทันที เสื้อผ้าที่ใช้แล้วควรนำไปซักให้สะอาด ก่อนนำไปใช้ต่อไป

1.14.4 ใช้ห้องน้ำร่วมกับผู้อื่นได้ตามปกติ แต่ควรระมัดระวังอย่าให้สิ่งขับถ่าย เช่น อุจจาระ ปัสสาวะ เสมหะ อาเจียน เปื้อนพื้น โถส้วม อ่างล้างมือ ควรจะล้างด้วยผงซักฟอก หรือน้ำยาล้างห้องน้ำ (ที่มีส่วนผสมของคลอรีนอยู่ด้วย) เป็นประจำทุกวัน และล้างมือทุกครั้ง หลังจากที่ใช้ห้องน้ำห้องส้วม

1.14.5 ถ้วย ชาม จาน แก้วน้ำ ควรล้างให้สะอาด แล้วทิ้งให้แห้ง ก่อนนำไปใช้

1.14.6 ไม่ใช้ของมีคมร่วมกับผู้อื่น เช่น มีดโกน กรรไกรตัดเล็บ

1.14.7 ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์

1.14.8 งดการบริจาคโลหิต หรืออวัยวะต่างๆ เช่น ดวงตา ไต น้ำอสุจิ

1.14.9 หลีกเลี่ยงการตั้งครรภ์ เพราะเด็กมีโอกาสรับเชื้อจากแม่ที่ติดเชื้อเอดส์ได้ ประมาณ 30%

1.14.10 ไม่ควรเข้าใกล้ผู้ป่วยโรคอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยวัณโรคที่ปอด เพราะภูมิคุ้มกันทานโรคของผู้ติดเชื้อต่ำกว่าคนปกติ จะทำให้ติดโรคได้ง่าย

1.14.11 ไม่ควรดูแลสัตว์เลี้ยงหรือทำความสะอาดกรงสัตว์ เพราะอาจติดเชื้อโรคจากสัตว์เหล่านี้ได้

1.14.12 ผู้ติดเชื้อควรเลิกสูบบุหรี่ ถ้าเลิกไม่ได้ หรืออยู่ในระหว่างการรักษา เพื่อเลิกสูบบุหรี่ ควรเปลี่ยนจากวิธีคิดเป็นการสูบบุหรี่กินแทน หากจำเป็นต้องใช้เข็มฉีดยา ไม่ควรใช้เข็มหรือกระบอกฉีดยาร่วมกับผู้อื่นโดยเด็ดขาด

1.14.13 ควรพบแพทย์โดยใกล้ชิดเป็นระยะๆ และปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด

1.15 ข้อควรปฏิบัติของญาติหรือผู้ใกล้ชิดต่อผู้ติดเชื้อเอดส์ ผู้ใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อเอดส์มีโอกาสติดเชื้อน้อยมาก เพราะโรคเอดส์ไม่ติดต่อกันง่ายๆ แต่ถ้าบอกว่าไม่จำเป็นต้องป้องกันอะไรเลย ก็อาจจะไม่สบายใจ และยังมีคนมีความหวาดกลัวหรือหวาดระแวงอยู่ดี ดังนั้น การให้คำแนะนำ

การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง จะเพิ่มความมั่นใจในการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อได้ ทั้งนี้ไม่จำเป็นต้องปฏิบัติให้ได้ตามนั้นทั้งหมด เพราะการรักษาสุขอนามัยตามธรรมดา ก็ป้องกันเอดส์ได้อยู่แล้ว ข้อปฏิบัติที่ควรคำนึงถึงได้แก่

1.15.1 การล้างมือ การล้างมือด้วยน้ำและสบู่เป็นการป้องกันการติดต่อของโรคที่ดีและง่ายที่สุดวิธีหนึ่ง แต่ไม่จำเป็นต้องล้างทุกครั้งที่สัมผัสและเนื้อต้องตัวธรรมดา ถ้าไม่มีแผลเปิดและไม่สัมผัสกับน้ำหลังของผู้ติดเชื้อ ควรล้างมือทุกครั้งที่สัมผัสกับน้ำหลังของผู้ติดเชื้อ หรือเมื่อช่วยเหลือผู้ติดเชื้อในการเข้าห้องน้ำ หรือภายหลังจากทำความสะอาดบริเวณที่เป็นสิ่งสกปรก ควรตัดเล็บให้สั้นเสมอ แต่ไม่ควรสั้นเกินไปหรือตัดชอกเล็บจนลึกเกินไป

1.15.2 การใช้ถุงมือ ควรใช้ถุงมือทุกครั้งที่สัมผัสกับน้ำหลังหรือบาดแผลของผู้ติดเชื้อโดยตรง หรือเมื่อมีแผลเปิดบริเวณมือ หรือเมื่อสัมผัสกับเสื้อผ้าเครื่องใช้ที่เป็นน้ำหลังของผู้ติดเชื้อ หรือเมื่อทำความสะอาดบริเวณที่อาจเปื้อนน้ำหลังของผู้ป่วย ควรสวมถุงมือทุกครั้งเมื่อไม่แน่ใจว่ามีบาดแผลที่มือหรือไม่ ในกรณีไม่มีถุงมือยาง ใช้ถุงพลาสติกแทนก็ได้ หลังจากถอดถุงมือแล้วควรล้างมือด้วยสบู่และน้ำอีกครั้งหนึ่งด้วย ไม่จำเป็นต้องสวมถุงมือเมื่อจะทำความสะอาดบ้านตามปกติ เมื่อสัมผัสผิวหนังที่ไม่เป็นเลือดหรือน้ำเหลืองของผู้ติดเชื้อ หรือการทำงานบ้านอย่างอื่น ถุงมือยางที่ใช้แล้ว ควรล้างทำความสะอาดและทิ้งให้แห้ง สามารถนำมาใช้ได้อีกจนกว่าจะขาด

1.15.3 เสื้อผ้า ผ้าห่ม ผ้าปูที่นอนของผู้ติดเชื้อ ผู้ติดเชื้อไม่จำเป็นต้องใช้เสื้อผ้าพิเศษแต่อย่างใด เสื้อผ้าธรรมดาที่ใช้อยู่ประจำวัน สามารถนำมาซักร่วมกับเสื้อผ้าของคนอื่น ไม่จำเป็นต้องแยกซักต่างหาก สำหรับเสื้อผ้าหรือผ้าปูที่นอนที่เปื้อนน้ำหลังต่าง ๆ ของผู้ติดเชื้อ ควรแยกซักต่างหาก ควรสวมถุงมือเวลาจะจับต้อง ควรนำมาแช่ในน้ำผสมน้ำยาซักผ้าขาวเสียก่อนประมาณ 30 นาที แล้วนำไปซักตามปกติ

1.15.4 การทำความสะอาดพื้นห้องที่เปื้อนน้ำหลังต่าง ๆ ควรสวมถุงมือแล้วใช้ผ้าหรือกระดาษชำระเช็ดบริเวณที่เปื้อนนั่น แล้วทิ้งในถุงพลาสติกเพื่อนำไปทำลาย จากนั้นเช็ดถูบริเวณนั้นด้วยน้ำยาเช็ดพื้นและอาจถูซ้ำอีกครั้งด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ แล้วทิ้งไว้ให้แห้ง

1.15.5 ห้องน้ำและห้องส้วม ทุกคนในบ้านสามารถใช้ห้องน้ำ ห้องส้วมร่วมกับผู้ติดเชื้อได้แต่ควรมีการทำความสะอาดอย่างสม่ำเสมอในการทำความสะอาดควรสวมถุงมือด้วย โดยใช้น้ำยาล้างห้องน้ำ (หรืออาจใช้น้ำยาฆ่าเชื้อแทนก็ได้) เช็ดพื้นห้องน้ำด้วยไม้ถูพื้น จากนั้นทิ้งไว้ให้แห้งก่อนจะนำไปใช้เช็ดถูส่วนอื่นของบ้าน เครื่องใช้ในห้องน้ำที่ควรแยกไว้สำหรับทุกคนเป็นการเฉพาะ ได้แก่ ผ้าเช็ดตัว ผ้าเช็ดหน้า แปรงสีฟัน และที่โกนหนวด เป็นต้น

1.15.6 จานชาม และเครื่องใช้ในครัว ไม่จำเป็นต้องแยกเครื่องครัวหรือเครื่องใช้ในการรับประทานอาหารเฉพาะสำหรับผู้ติดเชื้อ สามารถใช้ร่วมกันได้ แต่ควรล้างให้สะอาดและผึ่งให้แห้งทุกครั้งก่อนนำมาใช้เสมอ การรับประทานอาหารจากสำรับเดียวกัน ควรใช้ช้อนกลางทุกครั้ง เพื่อสุขอนามัยที่ดี และเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคระบบทางเดินอาหาร

1.16 คลินิกให้บริการปรึกษาปัญหาสุขภาพ (คลินิกนิรนาม) ในกรุงเทพฯ และปริมณฑล ได้แก่

หน่วยกามโรคและโรคเอดส์ นางเลิ้ง	โทรศัพท์ 02 281-0651, 02 281-7398
หน่วยกามโรคและโรคเอดส์ บ้านชีวิ	โทรศัพท์ 02 245-7194
หน่วยกามโรคและโรคเอดส์ พระปิ่นเกล้า	โทรศัพท์ 02 460-1449
หน่วยกามโรคและโรคเอดส์ ภาษีเจริญ	โทรศัพท์ 02 467-4345
หน่วยกามโรคและโรคเอดส์ ท่าเรือ	โทรศัพท์ 02 249-2141, 02 249-7574
หน่วยกามโรคและโรคเอดส์ วชิระ	โทรศัพท์ 02 2430151 ต่อ 2631
หน่วยกามโรคและโรคเอดส์ บางเขน	โทรศัพท์ 02 521-0819, 02 972-9606-9
โรงพยาบาลบำราศนราดูร	โทรศัพท์ 02 590-3737, 02 590-3406
คลินิกนิรนาม และสภากาชาดไทย	โทรศัพท์ 02 256-4107-9
โรงพยาบาล/ศูนย์บริการสาธารณสุขของรัฐบาล	

1.17 คลินิกให้บริการปรึกษาปัญหาสุขภาพ (คลินิกนิรนาม) ในต่างจังหวัด ได้แก่

- 1.17.1 หน่วยโรคเอดส์และกามโรคสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
- 1.17.2 ศูนย์/หน่วยกามโรคและโรคเอดส์สำนักงานควบคุมโรคติดต่อ
- 1.17.3 ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต
- 1.17.4 โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

1.18 คลินิกให้บริการปรึกษาปัญหาสุขภาพ (คลินิกนิรนาม) เป็นคลินิกให้บริการปรึกษาทางการแพทย์และสังคม เกี่ยวกับโรคเอดส์และกามโรค รวมทั้งตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอดส์โดยไม่ต้องแจ้งชื่อและที่อยู่ รูปแบบบริการที่ให้

- 1.18.1 ให้บริการปรึกษาเรื่องโรคเอดส์และปัญหาสุขภาพทั่วไป
- 1.18.2 ให้บริการปรึกษาก่อนการตรวจเลือด และหลังทราบผลเลือด
- 1.18.3 ตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอดส์และกามโรค
- 1.18.4 ช่วยเหลือด้านสังคมสงเคราะห์

1.19 คลินิกให้บริการปรึกษาปัญหาสุขภาพ ให้บริการสำหรับ ได้แก่

- 1.19.1 ผู้ที่สนใจและต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์และกามโรค
- 1.19.2 ผู้ที่กังวลว่าตัวเองติดเชื้อเอดส์หรือไม่
- 1.19.3 ผู้ที่กำลังจะแต่งงานหรือมีครอบครัว
- 1.19.4 ผู้ที่วางแผนจะมีบุตร
- 1.19.5 ผู้ที่จะไปทำงานต่างประเทศ

2. แนวคิดเกี่ยวกับสื่อบุคคลและสื่อเฉพาะกิจ

การวิจัยเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับสื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กับความรู้เรื่องโรคเอดส์ของผู้รับบริการสาธารณสุขในอำเภอเมืองปทุมธานี” ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิดเกี่ยวกับสื่อบุคคลและสื่อเฉพาะกิจ ดังนี้

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับสื่อบุคคล มีผู้ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับสื่อบุคคลและสื่อเฉพาะกิจไว้ดังต่อไปนี้

โรเจอร์ส และชูเมคเกอร์ (Rogers and Shoemaker) กล่าวว่า ในกรณีที่ต้องการให้บุคคลใดๆ เกิดการยอมรับสารที่เสนอออกไป หรือจะทำการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด เพื่อให้มีการยอมรับสารนั้น ควรที่จะใช้การสื่อสารระหว่างบุคคล โดยใช้สื่อบุคคลเป็นผู้เผยแพร่ข่าวสาร สื่อบุคคลนี้จะมีประโยชน์มากในกรณีที่ผู้ส่งสารหวังผลให้ผู้รับเกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับทัศนคติ และพฤติกรรมในการรับสารนั้น นอกจากนี้ ยังเป็นวิธีที่ช่วยให้ผู้รับสารมีความเข้าใจกระจ่างชัด และตัดสินใจรับสาร ได้อย่างมั่นใจขึ้นอีกด้วย

สื่อบุคคลนับว่าเป็นสื่อที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการสร้างความรู้ เพราะสามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ดีที่สุด สื่อบุคคลมีลักษณะดังต่อไปนี้ (กนกรัตน์ สุชะวัฒนา, 2534: 17-18)

- 1) การไหลของข่าวสารเป็นแบบสองทาง (two-way communication) ทำให้ง่ายต่อการโต้ตอบปัญหาต่างๆ ได้ทันที นอกจากนี้สามารถที่จะอธิบายปัญหาต่างๆ ได้ชัดเจนกว่าสื่ออื่น
- 2) การสื่อสารเป็นแบบตัวต่อตัว หากผู้รับสารมีความเชื่อถือนในตัวผู้ส่งสารก็จะทำให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3) ปริมาณของปฏิกิริยาตอบสนองในขณะที่ทำการสื่อสารเกิดขึ้นในระดับสูง ช่วยลดกระบวนการทางเลือกในทางจิตวิทยา (selective process) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเลือกรับสาร (selective exposure)

แต่อย่างไรก็ตาม สื่อบุคคลเป็นสื่อที่มีข้อด้อย คือ ไม่สามารถที่จะส่งข่าวสารไปยังผู้รับสารจำนวนมากในเวลาอันรวดเร็วได้

โรเจอร์ และชูเมคเกอร์ (Rogers and Shoemaker, 1971: 252-253) ได้กล่าวถึงประสิทธิภาพของสื่อบุคคลว่า สามารถทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนข่าวสารแบบยคุลวิธี ถ้าผู้รับสารไม่เข้าใจสาร ได้แก่

1) สามารถไต่ถามหรือขอข่าวสารเพิ่มเติมจากแหล่งสารได้ในเวลาอันรวดเร็ว ส่วนผู้ส่งงานก็สามารถปรับปรุงแก้ไขสารที่ส่งออกไปให้เข้ากับความต้องการ และความเข้าใจของผู้รับสารได้ในเวลาอันรวดเร็วเช่นเดียวกัน การที่ช่องทางการสื่อสารระหว่างบุคคลมีระดับของปฏิกิริยาตอบสนอง (feedback) สูงทำให้สามารถลดอุปสรรคของการสื่อสารที่เกิดจากการเลือกรับสาร เลือกแปล หรือเลือกจดจำสารได้ เนื่องจากสภาพการณ์ที่เห็นหน้ากันบีบบังคับให้ต้องรับสารนั้น ไม่ว่าผู้รับสารจะมีความรู้สึกหรือทัศนคติต่อผู้ส่งสารหรือสารอย่างใดก็ตาม

2) สามารถจูงใจบุคคลให้เปลี่ยนแปลงทัศนคติที่ฝังรากลึกได้ โรเจอร์ส (Rogers, 1978: 191) ได้กล่าวเปรียบเทียบประสิทธิภาพของสื่อมวลชน และสื่อบุคคลไว้ว่า จากผลการวิจัยต่างๆ พบว่า สื่อมวลชนสามารถเปลี่ยนแปลงการรับรู้ ซึ่งหมายถึง การเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจอย่างมีประสิทธิภาพ แต่การสื่อสารระหว่างบุคคลนั้นมีประสิทธิภาพมากกว่า เมื่อวัตถุประสงค์ของผู้ส่งสารอยู่ที่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ เพราะข่าวสารที่ถ่ายทอดออกจากสื่อมวลชนอย่างเดียวไม่สามารถก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติที่ฝังแน่น หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับสื่อบุคคลที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
(สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพ เขต 11, 2558) ได้แก่

2.2.1 ประวัติความเป็นมา กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายที่จะให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึง ตลอดจนมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และพัฒนาสาธารณสุข จึงได้นำเอาการสาธารณสุขมูลฐานมาเป็นกลวิธีหลักในการพัฒนา ตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (2520-2524) เป็นต้นมา โดยสนับสนุนให้มีการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ และส่งเสริมให้ชุมชนตระหนักในความจำเป็นที่จะต้องแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขของชุมชนเอง ซึ่งมีตัวจักรสำคัญในการดำเนินงาน คือ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ต่อมาในปี 2535 ได้มีการยกระดับ

อาสาสมัครสาธารณสุขให้มีเพียงระดับเดียวคือ อสม. ที่ต่างก็เสียสละแรงกายแรงใจ เวลา และทุนทรัพย์ในการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านให้สามารถพึ่งตนเองได้ โดยมีได้รับค่าตอบแทนใดๆ ทั้งสิ้น

ด้วยเหตุนี้ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของคนกลุ่มนี้ และยอมรับว่าอาสาสมัครสาธารณสุข คือ ผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชนในชุมชน และสามารถช่วยให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น ทางกระทรวงสาธารณสุขได้พยายามทุกวิถีทางที่จะให้การยกย่องเชิดชูเกียรติ เสริมสร้างขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน โดยเริ่มให้มีการประกวด พสส. อสม. ครั้งแรกตั้งแต่ปี 2530 โดยในช่วงแรกนี้ได้จัดการประกวดขึ้นแบบปีเว้นปีจนถึงปี 2536 ต่อมาภายหลังก็ได้ผลักดันให้มีวันสำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขทั่วประเทศ โดยเลือกวันที่ 20 มีนาคม เป็น “วันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติ” ซึ่งถือได้ว่าเป็นวันสำคัญของวงการสาธารณสุข ที่คณะรัฐมนตรีสมัย “พลเอกเกรียงศักดิ์ ชมะนันทน์” ได้มีการอนุมัติให้บรรจุ “โครงการสาธารณสุขมูลฐานแห่งชาติ” เข้าเป็นโครงการหนึ่งในแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติ และได้ลงมติอนุมัติให้เปลี่ยนคำว่า “สาธารณสุขเบื้องต้น” เป็น “การสาธารณสุขมูลฐาน” จากเหตุการณ์สำคัญดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ขออนุมัติจากคณะรัฐมนตรีให้วันที่ 20 มีนาคมของทุกปีเป็น “วันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติ” และคณะรัฐมนตรีให้การอนุมัติเมื่อวันที่ 21 ธันวาคม 2536 ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงได้เริ่มต้นจัดงานเฉลิมฉลองในนามวันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติเป็นประจำทุกปี ตั้งแต่วันที่ 20 มีนาคม 2537 เป็นต้นมา

2.2.2 ความหมายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือที่เราเรียกย่อๆ ว่า อสม. นั้น เป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการปฏิบัติงานด้วยความเสียสละต่อประชาชนในหมู่บ้าน กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินงานมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2520 เป็นต้นมา อสม. จึงเพิ่มจำนวนมากขึ้นตามลำดับจนครอบคลุมหมู่บ้านในชนบทและชุมชนเมืองกว่า 8 แสนคน แม้ว่าพลังของ อสม. อาจจะดูเล็กน้อยตั้งแต่เกิดรวมแต่เมื่อยามกระจายอยู่ตามหมู่บ้านและชุมชนต่างๆ แต่เมื่อมีการรวมตัวเป็นกลุ่มก่อนเป็นชมรมฯ พลังเหล่านี้ก็มีความมั่นคงดังภูผา พร้อมที่จะต่อสู้และก้าวนำไปสู่การพัฒนาด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของภาคประชาชน

2.2.3 บทบาทหน้าที่ของ อสม. อสม. มีบทบาทในการเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agents) พฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน และมีหน้าที่แก้ข่าวร้าย กระจายข่าวดี ชี้บริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี โดยมีหน้าที่ความรับผิดชอบดังนี้

1) เป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน นัดหมายเพื่อนบ้านมารับบริการสาธารณสุข แจ้งข่าวสารสาธารณสุข เช่น การเกิดโรคติดต่อที่สำคัญ หรือโรคระบาดในท้องถิ่น ตลอดจนข่าวความเคลื่อนไหวในกิจกรรมสาธารณสุข รับข่าวสารสาธารณสุขแล้ว แจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่นทราบอย่างรีบด่วนในเรื่องสำคัญ เช่น เรื่องโรคระบาดหรือโรคติดต่อต่างๆ รับข่าวสารแล้ว จดบันทึกไว้ในสมุดบันทึกผลการปฏิบัติงานของ อสม.

2) เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพ ประจำครอบครัว ในเรื่องต่างๆ ได้แก่ การใช้สถานบริการสาธารณสุขและการใช้ยา การรักษาอนามัยของร่างกาย การให้ภูมิคุ้มกันโรค การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาด โภชนาการและสุขาภิบาลอาหาร การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อประจำถิ่น การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว การดูแลรักษาและป้องกันสุขภาพเหงือกและฟัน การดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัยและโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ การป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข การจัดหายาจำเป็นไว้ใช้ในชุมชน และการส่งเสริมการใช้สมุนไพรและแพทย์แผนไทย ฯลฯ

3) เป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วยและการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ การจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดในรายที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตรวจแล้ว และจ่ายถุงยางอนามัย การปฐมพยาบาลเบื้องต้น เช่น เกี่ยวกับบาดแผลสด กระดูกหัก ข้อเคล็ด ฯลฯ การรักษาพยาบาลเบื้องต้นตามอาการ

4) หมุนเวียนกันปฏิบัติงานที่ สสมช. โดยมีกิจกรรมที่ควรดำเนินการ ได้แก่ จัดทำศูนย์ข้อมูลข่าวสารของหมู่บ้าน ถ่ายทอดความรู้และจัดกิจกรรมตามปัญหาของชุมชน และให้บริการที่จำเป็นใน 14 กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน

5) เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น เฝ้าระวังปัญหาโภชนาการโดยการชั่งน้ำหนักเด็กและร่วมแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยการขาดสารอาหารและขาดธาตุไอโอดีน เฝ้าระวังด้านอนามัยแม่และเด็ก โดยการติดตามหญิงมีครรภ์ให้มาฝากท้องและตรวจครรภ์ตามกำหนด เฝ้าระวังด้านสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยการติดตามให้มารดานำเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนด และเฝ้าระวังเรื่องโรคติดต่อประจำถิ่น โดยการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เป็นต้น

6) เป็นผู้ดำเนินการบริหารจัดการวางแผนแก้ปัญหาและพัฒนาชุมชน โดยใช้งบประมาณหมวดอุดหนุนทั่วไปที่ได้รับจากกระทรวงสาธารณสุข หรือจากแหล่งอื่นๆ

7) เป็นแกนนำในการชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางาน สาธารณสุขของชุมชน และพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยใช้กระบวนการ จปฐ. (ความจำเป็นพื้นฐาน) และรวมกลุ่มในการพัฒนาสังคมด้านต่าง ๆ

8) คู่มือสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน โดยเป็น แกนนำในการประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชน และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) กระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขของ

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับสื่อเฉพาะกิจ มีผู้ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับสื่อเฉพาะกิจไว้ดังต่อไปนี้

เกสินี จุฑาวิจิตร (2540: 135) กล่าวว่า “สื่อเฉพาะกิจ หมายถึง สื่อที่ถูกผลิตขึ้นมา โดยมีเนื้อหาสาระที่เฉพาะเจาะจง และมีจุดมุ่งหมายหลักอยู่ที่ผู้รับสารเฉพาะกลุ่ม” สามารถแบ่ง ออกได้เป็น 3 ประเภทกว้าง ๆ ดังนี้

2.3.1 สื่อสิ่งพิมพ์ (printed media) สื่อสิ่งพิมพ์เฉพาะกิจควรมีลักษณะที่สำคัญ คือ จะต้องตอบสนองวัตถุประสงค์อย่างชัดเจน นอกจากเนื้อหาหรือสารจะต้องมีความชัดเจนแล้ว รูปแบบก็ต้องมีความน่าสนใจด้วย เช่น การใช้สี จัดหน้า ขนาดตัวอักษร การใช้ภาพที่สื่อความหมาย ฯลฯ ที่สำคัญที่สุด คือ การแจกจ่ายไปยังกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ จะต้องแจกจ่ายให้ทั่วถึง และตรงกับ กลุ่มเป้าหมายเฉพาะ

2.3.2 สื่ออิเล็กทรอนิกส์ (electronic media) สื่ออิเล็กทรอนิกส์เฉพาะกิจ คือ สื่อ เฉพาะกิจที่ผลิตออกมาในรูปแสงและเสียง เช่น สปอตวิทยุ สปอตโทรทัศน์ เทปบันทึกเสียง วิดีทัศน์ ภาพยนตร์ สไลด์ เป็นต้น ซึ่งสามารถนำมาใช้เป็นสื่อเพื่อการพัฒนาได้ โดยการนำเสนอ เนื้อหาที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ด้วยการใช้รูปแบบการนำเสนอที่น่าสนใจ

2.3.3 สื่อกิจกรรม ได้แก่ การจัดแสดงนิทรรศการ การจัดประกวด การจัดขบวน แห่ การจัดรถเคลื่อนที่ (mobile unit) การจัดสนทนากลุ่ม การจัดรายการพิเศษทางวิทยุหรือโทรทัศน์ เป็นต้น ลักษณะที่สำคัญของการใช้สื่อกิจกรรมเป็นสื่อเฉพาะกิจเพื่อการพัฒนา ได้แก่ การเลือก กิจกรรมที่กลุ่มเป้าหมายสนใจ โดยเน้นให้กลุ่มเป้าหมาย และผู้สนใจที่เข้าร่วมกิจกรรมได้รับทั้ง สารตามวัตถุประสงค์ และความบันเทิงไปพร้อมกัน

สำหรับสื่ออื่นๆ นอกเหนือจากที่กล่าวมาข้างต้น ได้แก่ ของที่ระลึก หรือของขวัญ ซึ่งทางโครงการหรือหน่วยงานจัดทำขึ้น เพื่อจำหน่ายหรือแจกจ่ายฟรีให้แก่กลุ่มเป้าหมาย และ ผู้เข้าร่วมกิจกรรม อันจะเป็นการประชาสัมพันธ์โครงการ กระตุ้นย้ำเตือนให้นึกถึงหรือเกิดความ ตระหนักในปัญหา ของที่ระลึกหรือของขวัญในนี้ สามารถจัดทำขึ้นได้หลายรูปแบบ เช่น จาน เข็มกลัด พวงกุญแจ เนคไท ปากกา ดินสอ นาฬิกา และเครื่องใช้ในชีวิตประจำวันอื่นๆ

อาดัมส์ (Adams, 1971 อ้างถึงใน อรณูช งามขาว, 2543) ได้กล่าวถึงความสำคัญของสื่อเฉพาะกิจไว้ดังนี้ คือสื่อเฉพาะกิจจัดว่ามีความสำคัญต่อการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร เพราะสื่อเฉพาะกิจเป็นสื่อที่จัดทำขึ้นเพื่อสนับสนุนกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งโดยเฉพาะ การใช้สื่อเฉพาะกิจเป็นการให้ความรู้และข่าวสารที่เป็นเรื่องราวเฉพาะอย่าง โดยมีกลุ่มเป้าหมาย (target mail) นอกจากนี้การปิดโปสเตอร์ตามชุมชนต่าง ๆ การจัดนิทรรศการ การสาธิต (demonstration) ก็เป็น การใช้สื่อเฉพาะกิจที่มีประสิทธิภาพในการรณรงค์เผยแพร่ประดิษฐกรรมแปลกๆ และทันสมัยในสังคมนั้นๆ

กล่าวโดยสรุปแล้ว สื่อบุคคลนับว่าเป็นสื่อที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการสร้างความรู้ เพราะสามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ดีที่สุด เนื่องจากเป็นแบบสองทางทำให้ง่ายต่อการโต้ตอบปัญหาต่างๆ ได้ทันที หากผู้รับสารมีความเชื่อในตัวผู้ส่งสารก็จะทำให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้สื่อเฉพาะกิจก็เป็นสื่ออีกชนิดหนึ่งที่จัดว่ามีความสำคัญต่อการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร เพราะสื่อเฉพาะกิจเป็นสื่อที่จัดทำขึ้นเพื่อสนับสนุนกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งโดยเฉพาะ การใช้สื่อเฉพาะกิจเป็นการให้ความรู้และข่าวสารที่เป็นเรื่องราวเฉพาะอย่าง ดังนั้นสื่อบุคคล ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จึงนิยมให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ผ่านทางสื่อเฉพาะกิจ เช่น แผ่นพับ หรือโบรชัวร์ ให้กับผู้รับบริการสาธารณสุข

3. แนวคิดเกี่ยวกับลักษณะทางประชากร

การวิจัยเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับสื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กับความรู้เรื่องโรคเอดส์ของผู้รับบริการสาธารณสุขในอำเภอเมืองปทุมธานี” ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิดเกี่ยวกับลักษณะทางประชากร ดังนี้

จูไร กวานเสน (2514: 36) กล่าวว่า มนุษย์มีความแตกต่างกันในทางสัญลักษณ์ของร่างกาย บุคลิกลักษณะ พื้นเพของวัฒนธรรม ความสามารถและตำแหน่งหน้าที่การงานที่ได้รับมอบหมาย ทักษะคติ และในเรื่องของความสนใจหรือผลประโยชน์ที่ตนพึงมีพึงได้ ในเรื่องประสบการณ์ในอดีตและยังมีเรื่องต่างๆ อีกหลายอย่างที่ทำให้มนุษย์เรานี้แตกต่างกัน

ปรมะ สตะเวทิน (2540: 112-117) ได้อธิบายถึงความแตกต่างของลักษณะทางประชากรของผู้รับสาร ดังนี้

1) อายุ (Age) อายุของผู้รับสารเป็นลักษณะประการหนึ่งที่เราสามารถใช้ในการวิเคราะห์ผู้รับสาร อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้คนมีความแตกต่างกันในเรื่องความคิดและพฤติกรรม โดยทั่วไปแล้วคนที่มียาอายุน้อยมักจะมีความคิดเสรีนิยมมากกว่าคนที่มียาอายุมาก ในขณะที่คนที่มียาอายุ

มากมักจะมีความคิดอนุรักษ์นิยมมากกว่าคนที่อายุน้อย คนที่อายุน้อยมักจะเป็นคนที่ยึดถืออุดมการณ์มากกว่า ใจร้อนกว่า และมองโลกในแง่ดีกว่าคนที่อายุมาก ในขณะที่คนที่อายุมากมักจะเป็นคนที่ยึดถือการปฏิบัติมากกว่ามีความระมัดระวังและมองโลกในแง่ร้าย สาเหตุที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากคนที่อายุมีประสบการณ์ในชีวิตซึ่งเคยผ่านยุคเช็ญต่างๆ ตลอดจนมีความผูกพันที่ยาวนานและมีผลประโยชน์ในสังคมมากกว่าคนที่อายุน้อย คนที่อายุมากกว่ามีสมบัติมากกว่าคนที่อายุน้อย จึงมักจะไม่ค่อยยอมให้มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในสังคม เพราะการเปลี่ยนแปลงในสังคมย่อมมีผลกระทบต่อทรัพย์สิน สถานะทางสังคมและความลำบากในการปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้ คนที่รุ่นต่างกันยังมีประสบการณ์ของชีวิตที่แตกต่างกันไป จึงทำให้ทัศนคติและความรู้สึกนึกคิดของคนต่างรุ่นต่างวัยไม่เหมือนกัน

2) เพศ (Sex) ผู้หญิงกับผู้ชายมีความแตกต่างกันอย่างมากในเรื่องความคิด ค่านิยม ทัศนคติ ทั้งนี้เพราะวัฒนธรรมและสังคมกำหนดบทบาทและกิจกรรมของคนสองเพศไว้ต่างกัน ผู้หญิงจึงมักเป็นคนที่จิตใจอ่อนไหวหรือเจ้าอารมณ์ โอนอ่อนผ่อนตาม เป็นแม่บ้านแม่เรือน และมักถูกใจได้ง่ายกว่าผู้ชาย นอกจากนี้ ผู้ชายยังใช้เหตุผลมากกว่าผู้หญิงและจดจำข่าวสารได้มากกว่าผู้หญิงด้วยแต่ผู้หญิงเป็นเพศที่ยังถึงจิตใจคนได้ดีกว่าเพศชาย

3) สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ (Socio-economic Status) สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ หมายความว่า อาชีพ รายได้ เชื้อชาติและชาติพันธุ์ตลอดจนภูมิหลังของครอบครัว สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจของผู้รับสารมีอิทธิพลสำคัญต่อปฏิกิริยาของผู้รับสารที่มีต่อผู้ส่งสารและสาร สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ ยังทำให้คนมีวัฒนธรรมที่ต่างกัน มีประสบการณ์ต่างกัน มีทัศนคติ ความเชื่อ ตลอดจนพฤติกรรมที่ต่างกัน คนที่มีอาชีพต่างกันย่อมมองโลก มีแนวคิด มีอุดมการณ์ มีค่านิยมต่อสิ่งต่างๆ แตกต่างกันไป รายได้ของคนย่อมเป็นเครื่องกำหนดความต้องการของคน ตลอดจนความคิดของคนเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ นอกจากนี้ คนที่มีฐานะหรือรายได้สูงมักจะใช้สื่อมวลชนมากด้วย และการใช้สื่อมวลชนก็มักจะใช้เพื่อแสวงหาเรื่องราวข่าวสารหนักๆ ประกอบกับตำแหน่งหน้าที่หรืออาชีพยังทำให้คนเราสื่อสารมากน้อยไม่เท่ากันด้วย

4) การศึกษา (Education) การศึกษาหรือความรู้เป็นลักษณะอีกประการหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อผู้รับสาร ดังนั้นคนที่ได้รับการศึกษาในระดับที่ต่างกัน ในยุคสมัยที่ต่างกัน ในระบบการศึกษาที่ต่างกัน ในสาขาวิชาที่ต่างกัน จึงย่อมมีความรู้สึกนึกคิด อุดมการณ์ และความต้องการที่แตกต่างกัน คนที่มีการศึกษาสูงหรือมีความรู้จะได้เปรียบอย่างมากในการที่จะเป็นผู้รับสารที่ดี ทั้งนี้เพราะคนเหล่านี้มีความรู้กว้างขวางในหลายเรื่อง มีความเข้าใจศัพท์มาก และมีความเข้าใจสารได้ดี แต่คนเหล่านี้มักจะเป็นคนที่ไม่ค่อยเชื่ออะไรง่ายๆ สารที่ไม่มีหลักฐานหรือเหตุผลสนับสนุนเพียงพอ มักจะถูกโต้แย้งจากคนเหล่านี้ ข้อคำนึงถึงประการหนึ่งในการวิเคราะห์การศึกษาของผู้รับสารก็คือ

กล่าวโดยสรุปแล้ว ความแตกต่างของลักษณะทางประชากร เช่น อายุ คนที่มีอายุน้อย
มักจะเป็นคนที่ยึดถืออุดมการณ์มากกว่า ใจร้อนกว่า และมองโลกในแง่ดีกว่าคนที่มีอายุมาก หรือ
เพศ ผู้หญิงกับผู้ชายมีความแตกต่างกันอย่างมากในเรื่องความคิด ค่านิยม ทักษะคิด ทั้งนี้เพราะ
วัฒนธรรมและสังคมกำหนดบทบาทและกิจกรรมของคนสองเพศไว้ต่างกัน หรือสถานะทางสังคม
และเศรษฐกิจ ได้แก่ อาชีพ รายได้ เชื้อชาติและชาติพันธุ์ตลอดจนภูมิหลังของครอบครัว สถานะ
ทางสังคมและเศรษฐกิจของผู้รับสารมีอิทธิพลสำคัญต่อปฏิกิริยาของผู้รับสารที่มีต่อผู้ส่งสารและ
สาร หรือการศึกษา คนที่ได้รับการศึกษาในระดับที่ต่างกัน ในยุคสมัยที่ต่างกัน ในระบบการศึกษาที่
ต่างกัน ดังนั้นผู้รับบริการสาธารณสุขในอำเภอเมืองปทุมธานีที่มีความแตกต่างของลักษณะทาง
ประชากรจึงมีการเปิดรับสื่อที่ให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ของจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้าน (อสม.) แตกต่างกัน

การวิจัยเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับสื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กับความรู้เรื่องโรคเอดส์ของผู้รับบริการสาธารณสุขในอำเภอเมืองปทุมธานี” ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิดเกี่ยวกับความรู้ (Knowledge) และกระบวนการเรียนรู้ (Learning Process) ดังนี้

4.1 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ (Knowledge) ความรู้ (Knowledge) เป็นการรับรู้เบื้องต้น ซึ่งบุคคลส่วนมากจะได้ผ่านประสบการณ์ โดยเรียนรู้จากการตอบสนองสิ่งเร้า แล้วจัดเป็นระบบ โครงสร้างของความรู้ที่ผสมผสานระหว่างความจำ (ข้อมูล) กับสภาพจิตวิทยา ด้วยเหตุนี้ ความรู้จึงเป็นเป็นความจำที่เลือกสรรซึ่งสอดคล้องกับสภาพจิตของตนเอง ความรู้จึงเป็นกระบวนการภายใน อย่างไรก็ตามความรู้ก็อาจส่งผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออกของกันได้ ซึ่งได้มีผู้ให้ขอบเขตคำนิยามเกี่ยวกับความรู้ไว้ดังนี้

บลูม และคณะ (Bloom and Others, 1971: 271) ให้ความหมายว่า “ความรู้ เป็นสิ่ง
ที่เกี่ยวข้องกับการระลึกถึงสิ่งเฉพาะเรื่อง หรือเรื่องทั่ว ๆ ไป ระลึกได้ถึงวิธีการ กระบวนการหรือ
สถานการณ์ต่างๆ โดยเน้นความจำ

กู๊ด (Good, 1973: 325) ให้ความหมายว่า “ความรู้ หมายถึง ข้อเท็จจริง ความจริง กฎเกณฑ์ และข้อมูลต่าง ๆ ที่มนุษย์ได้รับและรวบรวมสะสมไว้จากมวลประสบการณ์ต่างๆ

อรรถพร ปิณฑน์โอวาท (2542: 35) ให้ความหมายว่า “ความรู้ หมายถึง การได้ ข้อมูลเกี่ยวกับข้อเท็จจริง รูปแบบ วิธีการ กฎเกณฑ์ แนวปฏิบัติ สิ่งของ เหตุการณ์ หรือบุคคล ซึ่งได้ จากการสังเกต ประสบการณ์หรือจากสื่อต่างๆ ประกอบกัน” ดังนั้น ความรู้ จึงเป็นข้อมูลข้อเท็จจริง ที่บุคคลนั้นสามารถที่จะระลึกได้ถึงรูปแบบ วิธีการ หรือกระบวนการเกี่ยวกับเรื่องนั้นๆ ในเรื่อง การแพทย์ไทยก็เช่นเดียวกัน บางคนหรือบางครอบครัวอาจมีความรู้เกี่ยวกับวิธีการรักษาด้วยแพทย์แผนไทยอยู่ก่อนแล้ว โดยการสืบทอดกันมาจากปู่ย่าตายาย หรือการได้ยินได้ฟังมาจากที่อื่น นอกจากนี้ก็อาจเกิดจากการส่งเสริมของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เช่น เจ้าหน้าที่อนามัย เป็นต้น

4.2 กระบวนการของการเรียนรู้ (Learning Process) บรูเนอร์ (Bruner) (อ้างถึงใน กันยา สุวรรณแสง, 2538: 171) ได้กล่าวถึงกระบวนการเรียนรู้ว่าเป็นการผสมผสานกันของ 3 กระบวนการ ซึ่งทั้ง 3 กระบวนการนี้อาจเกิดขึ้นพร้อมๆ กัน หรือเกิดเรียงลำดับกันก็ได้ คือ

4.2.1 Acquisition เป็นกระบวนการของการรวบรวมความรู้ใหม่ๆ เข้าแทนความรู้เก่า

4.2.2 Transformation เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงความรู้ที่ได้มาให้เกิดเป็นประสบการณ์

4.2.3 Evaluation เป็นกระบวนการต่อเนื่องกับข้อ 2 โดยผู้เรียนจะประเมินได้ว่า สิ่งที่เปลี่ยนนั้นเป็นสิ่งที่ดีหรือไม่ดี การประเมินความเปลี่ยนแปลงตามความรู้เดิม นักวิชาการ บลูม และคณะ (Bloom and Others, 1971) ได้แยกความรู้ไว้ 6 ระดับ คือ

1) **ระดับที่ระลึกได้ (Recall)** คือ ความสามารถในการดึงข้อมูลออกมาจากความจำได้

2) **ระดับที่สามารถรวบรวมสาระสำคัญได้ (Comprehension)** คือ สามารถแปลความ และเปรียบเทียบความคิดอื่นๆ หรือคาดคะเนผลที่เกิดขึ้นต่อไปได้

3) **ระดับนำไปใช้ได้ (Application)** สามารถนำเอาความคิดรูปธรรมไปปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

4) **ระดับของการวิเคราะห์ (Analysis)** สามารถนำข้อมูลมาประกอบกันเพื่อการปฏิบัติของตนเอง

5) **ระดับการสังเคราะห์ (Synthesis)** นำเอาข้อมูลมาประกอบกันและนำไปสู่การสร้างสรรค์ ซึ่งเป็นสิ่งใหม่ที่แตกต่างไปจากเดิม

6) *ระดับการประเมิน (Evaluation)* สามารถใช้ข้อมูลเพื่อเป็นเกณฑ์ การรวบรวมผล เพื่อใช้ตัดสินใจในกิจกรรมในแต่ละระดับ

กล่าวโดยสรุปแล้วความรู้เป็นการรับรู้เบื้องต้น ซึ่งบุคคลส่วนมากจะได้ผ่านประสบการณ์ โดยเรียนรู้จากการตอบสนองสิ่งเร้า แล้วจัดเป็นระบบ โครงสร้างของความรู้ที่ผสมผสานระหว่างความจำ (ข้อมูล) กับสภาพจิตวิทยา ซึ่งกระบวนการรับรู้มี 6 ระดับ 1) ระดับที่ระลึกได้ 2) ระดับที่สามารถรวบรวมสาระสำคัญได้ 3) ระดับนำไปใช้ได้ 4) ระดับของการวิเคราะห์ 5) ระดับการสังเคราะห์ และ 6) ระดับการประเมิน ดังนั้นในกระบวนการรับรู้เรื่องโรคเอดส์จึงมีความสำคัญที่ต้องมีการศึกษาว่าผู้รับบริการสาธารณสุขในอำเภอเมืองปทุมธานีมีกระบวนการรับรู้เป็นอย่างไรหรืออยู่ในระดับใด

5. แนวคิดเกี่ยวกับการเปิดรับสื่อ

การศึกษาพฤติกรรม的开รับข่าวสาร เป็นการศึกษาเกี่ยวกับผู้รับสารโดยตรง โดยแนวความคิดเดิมเชื่อว่าผู้รับสารเป็นผู้ตั้งรับ หรือถูกกระทำจากสื่อมวลชนในแง่การสร้างอิทธิพลด้านข่าวสาร ความคิด และพฤติกรรมต่อผู้รับสารที่เรียกว่า “passive audience” ต่อมาทฤษฎีจิตวิทยาและสังคมวิทยาชี้ว่า ผู้รับสารเป็นผู้กระทำกับสื่อมวลชน ในแง่การแสวงหาเลือกรับรู้ ตีความ และจดจำข่าวสารสื่อมวลชนตามพื้นฐานทางจิตวิทยา และสังคมของแต่ละคนที่อาจไม่เหมือนกัน ผู้รับสารตามแนวความคิดใหม่นี้เรียกว่า “active audience”

5.1 แนวทางการศึกษาผู้รับสาร การศึกษาพฤติกรรม的开รับข่าวสารของผู้รับสารนั้น ต้องศึกษาผู้รับสารจากแนวทางการศึกษาผู้รับสาร ซึ่งสามารถทำได้หลายแนวทาง โดยแมคควัย (McQuail, 1994 อ้างถึงใน กาญจนา แก้วเทพ 2547: 193-196) ได้แบ่งแนวทางการศึกษาผู้รับสารเป็น 3 แนวทาง ได้แก่

5.1.1 การศึกษาแนวโครงสร้าง (Structural Tradition) เป็นการศึกษาโครงสร้างของกลุ่มผู้รับสาร ซึ่งประกอบด้วย 3 มุม มุมแรกเป็นการสำรวจขนาด ปริมาณ ของผู้รับสารที่สามารถเข้าถึงสื่อ หรือได้ใช้สื่อประเภทนั้นแล้ว มุมที่สอง เป็นการศึกษาองค์ประกอบทางสังคมของผู้รับสาร (social composition) ซึ่งเป็นการศึกษาต่อเนื่องจากการศึกษาในมุมแรก เช่น อายุ เพศ รายได้ อาชีพ เป็นต้น มุมที่สาม ซึ่งนอกเหนือจากปริมาณ และคุณสมบัติทางสังคมของผู้รับสารแล้ว การรู้จักโครงสร้างของผู้รับสาร อีกประการ คือ โครงสร้างที่สัมพันธ์กับเรื่องการสื่อสาร เป็นการศึกษาความนิยม รสนิยม ความคิดเห็น และปฏิกิริยาของผู้รับสารต่อรายการ หรือเนื้อหาของสื่อประเภทต่าง ๆ

วิธีการศึกษาผู้รับสารด้านแนวโครงสร้าง มักใช้วิธีการศึกษาการวิจัยด้วยการสำรวจเป็นหลัก และเป็นวิธีการศึกษาที่ค่อนข้างเชื่อว่า ปัจจัยภายนอก (exogenous factor) อาทิ อายุ รายได้ เพศ อาชีพ การศึกษาของผู้รับสารเป็นส่วนสำคัญในการอธิบายพฤติกรรมการรับสารเป็นตัวแปรสำคัญที่มีอิทธิพลต่อผู้รับสาร

5.1.2 การศึกษาแนวพฤติกรรม (Behaviorist Tradition) เป็นการศึกษาที่ให้ความสนใจกับคุณลักษณะส่วนตัวของบุคคล เช่น ความต้องการ แรงจูงใจ ความคาดหวัง ซึ่งโดยส่วนใหญ่เป็นคุณลักษณะด้านจิตวิทยา ที่มีผลต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคล การศึกษาแนวพฤติกรรมจะเชื่อในอิทธิพลของสื่อที่สามารถสร้างผลกระทบ (impact theory) และเชื่อว่าปัจจัยภายในบุคคล เช่น อารมณ์ ความต้องการ แรงจูงใจ ความคาดหวังที่มีอิทธิพลต่อบุคคล

5.1.3 การศึกษาแนวสังคม – วัฒนธรรม (Socio – Cultural Approach) การศึกษาผู้รับสารแนวทางนี้ เชื่อว่าผู้รับสารแต่ละคนไม่ได้เลือกเปิดรับตามอำเภอใจ แต่การรับสารนั้นต้องเป็นไปตามบริบททางสังคมวัฒนธรรมที่ผู้รับสารอยู่ การวิเคราะห์พฤติกรรมการรับสารจะดูแต่ตัวผู้รับสาร หรือช่วงเวลาที่เปิดรับสื่อเท่านั้นไม่ได้ แต่ต้องศึกษาวิถีชีวิตประจำวันของบุคคล (daily life) ปัจจุบันการศึกษาผู้รับสารด้วยแนวทางนี้ได้ขยายออกมาเป็นการศึกษารูปแบบการใช้ชีวิต (life style) โดยมีพื้นฐานจากแนวคิดเดิมและเพิ่มเติมว่า ในการศึกษาแบบการใช้ชีวิตของคนเรานั้นประกอบด้วย 3 มิติ คือ การทำกิจกรรม (activities) ความสนใจ (interest) และความคิดเห็น (opinion)

5.2 กระบวนการเลือกสรรในการรับสาร ปัจจัยในการสื่อสารที่มักกล่าวถึงกันบ่อย ๆ ว่าเป็นตัวกำหนดความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการส่งสารไปยังผู้รับสาร นั่นก็คือ กระบวนการเลือกสรร (selective processes) ของผู้รับสาร กระบวนการเลือกสรรสารเปรียบเสมือนเครื่องกรอง (filters) ข่าวดสารในการรับรู้ของมนุษย์เรา ซึ่งประกอบด้วยการกลั่นกรอง 3 ชั้น (พีระ จิรโสภณ, 2546: 252-254) ดังนี้

5.3 การเลือกเปิดรับหรือเลือกสนใจ (selective exposure or selective attention) หมายถึง แนวโน้มที่ผู้รับสารจะเลือกสนใจเปิดรับข่าวสารจากแหล่งใดแหล่งหนึ่ง เช่น การเลือกซื้ออ่านหนังสือพิมพ์ฉบับใดฉบับหนึ่ง เป็นต้น ทฤษฎีเกี่ยวกับการเปิดรับนี้ได้มีการวิจัยกันอย่างกว้างขวาง และพบว่า การเปิดรับข่าวสารมีความสัมพันธ์กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ อาทิ ทักษะเดิมของผู้รับสารตามทฤษฎีความไม่ลงรอยของความรู้ความเข้าใจ (Theory Cognitive Dissonance) ที่เสนอโดยเฟสติงเจอร์ (Festinger, 1957) นั้นกล่าวว่า บุคคลมักแสวงหาข่าวสารเพื่อสนับสนุนทัศนคติเดิมที่มีอยู่ และหลีกเลี่ยงข่าวสารที่ขัดแย้งกับความรู้สึกริเริ่มเดิมของตนเอง แต่อย่างไรก็ดีทฤษฎีที่ว่าด้วยการเปิดรับข่าวสารที่สอดคล้องกับทัศนคติเดิมนั้น บางครั้งต้องพิจารณา

ร่วมกับปัจจัยอื่นด้วย เช่น ปัจจัยทางด้านสังคม จิตใจ และลักษณะส่วนบุคคลอีกมากมาย โดยปัจจัยเหล่านี้ได้แก่สถานภาพทางเศรษฐกิจ และสังคม (ระดับการศึกษา วัย อาชีพ รายได้ ฯลฯ) ตลอดจนความเชื่อ อุดมการณ์ ลัทธินิยม ศาสนา ประเพณี วัฒนธรรม ประสบการณ์ ฯลฯ

5.4 การเลือกรับรู้ หรือการเลือกตีความหมาย (selective perception or selective interpretation) เป็นกระบวนการกลั่นกรองต่อมา เมื่อบุคคลเลือกเปิดรับข่าวสารจากแหล่งใดแหล่งหนึ่ง ใ้ว่าข่าวสารนั้นจะถูกรับรู้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของผู้ส่งสารทั้งหมด ผู้รับสารแต่ละคนอาจตีความหมายข่าวสารขึ้นเดียวกันที่ส่งผ่านสื่อมวลชนไม่ตรงกัน ความหมายของข่าวสารที่ส่งไปถึงจึงไม่ได้อยู่ที่ตัวอักษร รูปภาพ หรือคำพูดเท่านั้น แต่อยู่ที่ผู้รับสารจะเลือกรับรู้ทัศนคติ ตามประสบการณ์ ตามความเชื่อ ตามความต้องการ ตามความคาดหวัง ตามแรงจูงใจ ตามสภาวะร่างกาย หรือสภาวะอารมณ์ในขณะนั้น

5.5 การเลือกจดจำ (selective retention) เป็นแนวโน้มในการเลือกจดจำข่าวสารเฉพาะส่วนที่ตรงกับความสนใจ ความต้องการ ทัศนคติ ฯลฯ ของตนเอง และมักจะลืมในส่วนที่ตนเองไม่สนใจหรือไม่เห็นด้วยได้ง่ายกว่า งานวิจัยเก่าแก่ของอัลพอร์ต และ โพสแมน (Allport, G.W. and Postman, L., 1947) ที่มีการอ้างอิงบ่อยก็คือ การศึกษาถึงการถ่ายทอดข่าวลือจากคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่ง ซึ่งพบว่าผู้รับมักถ่ายทอดเรื่องราวไปยังคนอื่น ๆ ไม่ครบถ้วนเหมือนที่รับมา ทั้งนี้เพราะแต่ละคนเลือกจดจำเฉพาะส่วนที่ตนเองเห็นว่าน่าสนใจเท่านั้น ส่วนที่เหลือมักถูกลืมหรือไม่นำมาถ่ายทอดต่อ แม้ว่าผู้รับสารนั้นจะได้รับสารครบถ้วน แต่ผู้รับสารอาจไม่สนใจจดจำสิ่งที่เราต้องการให้รู้ให้จดจำก็เป็นได้เสมอ ผลการเลือกจดจำเปรียบเสมือนเครื่องกรองชั้นสุดท้ายที่มีผลต่อการส่งสารไปยังผู้รับสาร ในบางครั้งข่าวสารอาจถูกปฏิเสธตั้งแต่ขั้นแรก โดยการไม่อ่าน ฟัง หรือชม สื่อมวลชนบางฉบับหรือบางรายการ ผู้รับสารจะพยายามตีความข่าวสารที่ได้รับมาตามความเข้าใจและความต้องการของตนเอง ผู้รับสารนั้นยังมีโอกาสปฏิเสธข่าวสารนั้นได้อีกเป็นชั้นสุดท้าย กล่าวคือ เลือกจดจำเฉพาะบางส่วนที่ตนเองสนใจ หรือต้องการเท่านั้น

5.6 ลักษณะของผู้รับสาร วิลเบอร์ ชรามม์ (Wilbur Schramm, 1962 อ้างถึงใน วรินทร์ ศรีราษฎร์, 2545) ได้กล่าวถึงลักษณะของผู้รับสารไว้ว่าบุคคลย่อมมีลักษณะนิสัย และพฤติกรรมในการเปิดรับสื่อมวลชนแตกต่างกันไป ทั้งนี้พิจารณาจากเหตุผลพื้นฐานที่สำคัญคือ บุคคลทั้งหลายมีความแตกต่างกันทั้งด้านสรีระ ภูมิหลัง และสภาพสิ่งแวดล้อม ดังนี้

5.6.1 การศึกษา พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาคิดจะหาประโยชน์จากสื่อต่าง ๆ เพื่อเพิ่มพูนความรู้ของตนเอง และจะอ่านหนังสือเป็นจำนวนมาก

5.6.2 เศรษฐกิจ ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี จะให้ความสนใจในการอ่านหนังสือมาก และชอบบทบรรณาธิการ หรือเรื่องราวเกี่ยวกับกิจกรรมบ้านเมือง ปัญหาสังคม เศรษฐกิจ

5.6.3 วัย สำหรับผู้ที่มีอายุมากขึ้น มักนิยมรับสารเป็นทางการมากกว่าการรับสารประเภทบันเทิง และการสนใจการบ้านการเมืองอย่างจริงจังกว่าผู้มีอายุน้อย เช่น นิยมฟังรายการข่าวทางวิทยุ ฟังรายการอภิปราย ศาสนา การตอบปัญหา ในขณะที่เด็กวัยรุ่นชอบฟังเพลง

5.6.4 เพศ เพศหญิงสนใจ อ่านฟัง หรือชมรายการแม่บ้าน และรายการบันเทิง ขณะที่เพศชายนิยมชมกีฬา

5.6.5 ศาสนา ผู้ที่อยู่ในสังคมเดียวกันอาจมีผู้นับถือศาสนาต่างกัน การเสนอเรื่องราวอันเป็นการขัดแย้งทางศาสนา จึงเป็นสิ่งที่ควรละเว้น

5.6.6 ที่อยู่อาศัย แต่ละท้องที่ แต่ละภาค ในแต่ละประเทศย่อมมีความสนใจในบางสิ่งบางอย่างแตกต่างกัน เพราะการดำเนินชีวิตแตกต่างกัน

5.6.7 ทักษะ ความเชื่อ และแนวคิดของแต่ละบุคคล ย่อมมีความเห็นต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด

คุณลักษณะทางประชากร และสังคมของผู้ชม (audience) เช่น เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา และรายได้ เป็นตัวแปรอีกกลุ่มหนึ่งของผู้รับสาร (audience) ที่มีการวิจัยพบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สื่อของคนเรา

เบเรลสัน และสไตเนอร์ (Berelson and G.A Steiner, 1964 อ้างถึงใน ชิบ จิตนิยม, 2535: 37) กล่าวว่า คนเรามีแนวโน้มที่จะดู และฟังการสื่อสารที่สอดคล้องกับกรอบอ้างอิงทางความคิดของเขา กรอบอ้างอิงทางความคิดนี้ หมายรวมถึง บทบาททางเพศ การศึกษา ความสนใจ และความเกี่ยวข้องกับสิ่งต่างๆ สถานภาพทางสังคม และอื่นๆ ที่เป็นคุณสมบัติที่มีความสำคัญของบุคคล กรอบอ้างอิงทางความคิดเหล่านี้ ทำให้เกิดความแตกต่างกันในเรื่องของความรู้ ความคิด ความเชื่อ ทักษะ ซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสื่อสารของคนตามแนวความคิดในเรื่องของการเปิดรับข่าวสาร

จากการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากรศาสตร์ เช่น ที่อยู่ อาศัย ทักษะ ความเชื่อ แนวความคิด การเปิดรับ การใช้ประโยชน์ และความพึงพอใจจากข่าวสารที่ได้รับจากสื่อ มีผู้วิจัยหลายท่าน ได้แก่ เลอร์นเนอร์ (Lerner) และฟรีดแมน (Sears and Freedman) โรบินสัน (Robinson) พบว่า ปัจจัยทางประชากรศาสตร์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเปิดรับของผู้รับของผู้รับสาร (สุกัลยาณี เลาทองดี, 2546: 21-22) ดังนี้

เลอร์นเนอร์ (Lerner, 1985) ได้ศึกษาอิทธิพลที่เกิดจากการเปิดรับสื่อมวลชนภายในประเทศตะวันออกกลางในปี ค.ศ.1985 พบว่า เมื่อการขยายตัวของชุมชนจนกลายเป็นเมืองที่ช่วยให้การพัฒนาด้านความรู้ หนังสือ และระดับการเรียนรู้ที่สูงขึ้นจะทำให้การเปิดรับสื่อมวลชนแพร่หลายมากขึ้น ในทำนองเดียวกันเมื่อชุมชนมีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี จากการพัฒนา

อุตสาหกรรมมากขึ้น สังคมจะขยายของข่ายของสื่อมวลชน และการขยายตัวของสื่อมวลชนนี้เองจะ
ช่วยยกระดับการรู้หนังสือมากขึ้นด้วย

เซียร์ส และฟรีดแมน (Sears and Freedman, 1967 อ้างถึงใน พสุ ชัยเวฬุ, 2541: 26)
ได้ศึกษาเกี่ยวกับการเปิดรับข่าวสารของบุคคล พบว่ากลุ่มตัวแปรทางด้านบุคคลที่เป็นตัวทำนาย
พฤติกรรมการเปิดรับสื่อมวลชนได้ดีที่สุด คือ ระดับการศึกษาและระดับชั้นทางสังคม

โรบินสัน (Robinson, 1972) พบว่า ระดับของผู้รับสาร มีความสัมพันธ์กับการใช้
สื่อ และระดับความรู้ทางด้านข่าวสารของบุคคล โดยกลุ่มคนที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีการใช้
สื่อ และมีระดับความรู้ในเรื่องข้อมูลข่าวสารต่างกันไปด้วย กล่าวคือ กลุ่มคนที่มีความรู้สูง เป็นกลุ่ม
ที่มีความรู้ด้านข้อมูลข่าวสารดีจะมีการเพิ่มพูนความรู้ของตนให้มากขึ้นด้วยการใช้สื่อมวลชน

เบอร์กู (Bergoon, 1974 อ้างถึงใน วาสนา พุทธิพงษ์ศิริ, 2544: 202) กล่าวว่า
การศึกษา หรือความรู้เป็นอีกลักษณะหนึ่งที่มีผลต่อผู้รับสาร ดังนั้นคนเราที่ได้รับการศึกษาในระดับ
ที่แตกต่างกัน ในยุคที่แตกต่างกัน ในระบบการศึกษาที่แตกต่างกัน สาขาวิชาที่แตกต่างกัน จึงย่อมมี
ความรู้สึกนึกคิด อุดมการณ์สนิยม ค่านิยม และความต้องการที่แตกต่างกัน

เดอร์เฟลอร์ (De Fleur, 1970 อ้างถึงใน วาสนา พุทธิพงษ์ศิริ, 2544: 28) ได้
กำหนดปัจจัยทางสังคมเป็นตัวแปรแทรก ซึ่งกล่าวว่าประชาชนที่มีลักษณะทางสังคมคล้ายกันจะ
แสดงพฤติกรรมการสื่อสารคล้ายคลึงกัน พฤติกรรมการสื่อสารสื่อมวลชนได้แก่ การเปิดรับ
สื่อมวลชน ความชอบต่อสื่อประเภทต่างๆ และผลของการสื่อสาร เป็นต้น สำหรับลักษณะทาง
สังคมที่สำคัญนั้นได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ ชาติพันธุ์ ศาสนา อายุ เพศ และภูมิภานา
เป็นต้น ซึ่งสมมติฐานนั้นประชาชนที่มีลักษณะทางสังคมอยู่ในกลุ่มเดียวกันมักมีความสนใจ หรือ
พฤติกรรมในทางเดียวกัน

กาญจนา แก้วเทพ (2535: 296) กล่าวว่า กลุ่มผู้รับสารที่ใช้สื่อประเภทเดียวกัน
(genres) ซึ่งมีประสบการณ์ร่วมกัน มีวิธีการคิด มีวิธีการใช้ภาษา (discourse) ที่คล้ายคลึงกัน มักมี
วิธีการตีความเนื้อหาสาร และประสบการณ์สื่อที่คล้ายคลึงกัน

5.7 การเลือกใช้สื่อ การเลือกใช้สื่อ (Selection and use of channel) มักมีวิธีการแตกต่าง
กันไป ขึ้นอยู่กับประเภทของผู้รับ (audience type) ลักษณะของข่าวสาร (message) และขั้นตอนใน
กระบวนการยอมรับของผู้รับสาร (Recipient's Stage in Adaption Process) หากเลือกใช้สื่อแต่ละ
ประเภทไม่เหมาะสมแล้วความสำเร็จของโครงการนั้นอาจเป็นไปได้ยาก การส่งข่าวสาร การให้
การศึกษาย่อมต้องอาศัยสื่อ (media) เป็นเครื่องช่วยนำ เนื้อหาข่าวสารไปยังผู้รับสารให้เกิดความ
เข้าใจชัดเจนที่ถูกต้อง แต่การจะใช้สื่ออะไร อย่างไรให้บังเกิดผลตามนั้นไม่ใช่เรื่องง่าย ต้องทำความเข้าใจ

เข้าใจกับสื่อเหล่านั้นให้ดีกว่า และจำเป็นต้องเรียนรู้ถึงธรรมชาติ และหน้าที่ของสื่อแต่ละชนิด เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนในการใช้สื่อให้เหมาะสม (พจนา รูปแก้ว, 2534: 24)

ความต้องการของผู้รับสารเป็นตัวกำหนดการใช้สื่อ ดังนั้นในการสื่อสารผู้รับสารจึงมีบทบาทสำคัญในการเลือกใช้สื่อ โดยอาศัยพื้นฐานความต้องการของตนเองเป็นหลัก โดยสามารถแบ่งความต้องการของผู้รับสารที่เกี่ยวกับสื่อเป็น 5 กลุ่ม (สุเมธ แสงประทีป, 2546: 28)

1) ความต้องการในด้านความรู้ ภูมิปัญญา (cognitive needs) เป็นความต้องการที่จะได้รับข้อมูล ความรู้ และความเข้าใจในสิ่งแวดล้อมที่เพิ่มขึ้น ซึ่งความต้องการในด้านนี้มีพื้นฐานมาจากความต้องการที่เข้าใจ และควบคุมสิ่งแวดล้อม และความต้องการที่จะตอบสนองแรงผลักดันที่เกิดจากความอยากรู้อยากเห็น และการค้นคว้า

2) ความต้องการในด้านอารมณ์ (affective needs) เป็นความต้องการที่จะเสริมสร้างความพอใจ ความบันเทิง และประสบการณ์ในด้านอารมณ์ แรงจูงใจที่เกิดจากความพอใจ และความบันเทิง สามารถตอบสนองด้วยการใช้สื่อ

3) ความต้องการที่จะประสานสัมพันธ์กับบุคคล (personal integrative needs) เป็นความต้องการที่จะเสริมสร้างความมั่นใจ การยอมรับนับถือ ความมั่นคง ตลอดจนสถานภาพส่วนบุคคล ความต้องการนี้เกิดจากแรงผลักดันที่ต้องการจะบรรลุจุดหมายของบุคคล

4) ความต้องการที่จะมีการประสานความสัมพันธ์ในสังคม (social integrative needs) เป็นความต้องการที่จะเสริมสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว เพื่อน และส่วนรวม

5) ความต้องการที่จะหลีกหนี (escapist needs) เป็นความต้องการที่จะหลีกหนี และผ่อนคลายความตึงเครียด

เบคเกอร์ (Becker, 1979 อ้างถึงใน ศุภลักษณ์ หนูนภักดี เลาทองดี, 2546: 22) กล่าวว่า ปัจจัยอิทธิพลต่อการเปิดรับสื่อของบุคคลจำแนกได้ ดังนี้

1) การแสวงหาข้อมูล (information seeking) บุคคลจะแสวงหาข้อมูลเพื่อต้องการให้มีความคล้ายคลึงกับบุคคลอื่น ในเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือเรื่องทั่วไป

2) การเปิดรับข้อมูล (information receptivity) บุคคลจะเปิดรับสื่อ เพื่อมีความต้องการที่จะทราบข้อมูลที่ตนเองมีความสนใจอยากรู้ เช่น เปิดดูรายการโทรทัศน์เฉพาะเรื่องหรือรายการที่สนใจ หรือมีผู้แนะนำมา หรือขณะอ่านหนังสือหรือดูโทรทัศน์ หากมีข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ตนเองให้ความสนใจให้อ่านหรือดูเป็นพิเศษ

3) การเปิดรับประสบการณ์ (experience receptivity) บุคคลนั้นๆ จะมีการเปิดรับข่าวสาร เพราะมีความต้องการทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพื่อผ่อนคลายอารมณ์

วิลเบอร์ ชาร์มน์ (Wilber Scharm) ได้กล่าวถึงหลักการเลือกรับสื่อ และข่าวสาร ขึ้นอยู่กับความพยายามน้อยที่สุด (least effect) และผลที่ได้รับ (promise of reward) หรือรู้จักกันดี ในรูปของสูตร

$$\text{การเลือกสื่อและข่าวสาร} = \frac{\text{สิ่งตอบแทนที่คาดหวัง (expectation of reward)}}{\text{ความพยายามที่ต้องใช้ (effort required)}}$$

(fraction of selection)

นั่นคือ คนจะเลือกสนใจสื่อที่ใช้ความพยายามน้อยที่สุด และได้ผลตอบแทนที่ดีที่สุด ความพยายามน้อยที่สุดมาจากความต้องการ ความสะดวกและพร้อม นอกจากนี้ค่าใช้จ่ายในการซื้อสื่อ เวลาในการรับสื่อ บทบาท นิสัย และประเพณี ก็มีอิทธิพลต่อการใช้สื่อด้วย (พจนานุกรม, 2534: 24-25)

สื่อเป็นพาหนะ (Vehicles) ที่นำข่าวสารจากผู้ส่งสารมายังผู้รับสาร ด้วยคุณลักษณะ และความหลากหลายของสื่อ ผู้รับสารจะมีการเลือกเปิดรับ สื่อตามลักษณะ (พรทิพย์ วรกิจโกศาทร, 2541: 292) ได้ดังนี้

1. เลือกสื่อที่สามารถจัดหาได้ (availability) ธรรมชาติของมนุษย์นั้นใช้ความพยายามเพียงระดับหนึ่งเท่านั้น อะไรที่ได้ยากๆ มากๆ มักไม่ได้รับการเลือก แต่ถ้าสามารถได้มาไม่ยากมากนักจะเลือกสิ่งนั้น เช่นเดียวกับสื่อ ผู้รับสารจะเลือกสื่อที่ไม่ต้องใช้ความพยายามมาก
2. เลือกสื่อที่สอดคล้อง (consistency) กับค่านิยม ความเชื่อ และทัศนคติ
3. เลือกสื่อที่ตนสะดวก (convenience) ในปัจจุบันผู้รับสาร มักเลือกเปิดรับสื่อต่าง ๆ ได้ทั้งทางวิทยุกระจายเสียง โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร และสื่อบุคคล แต่ละคนจะมีพฤติกรรมรับสื่อที่แตกต่างกันตามที่ตนสะดวก
4. เลือกสื่อตามความเคยชิน (accustomedness) โดยปกติจะมีบุคคลกลุ่มหนึ่งในทุกสังคมที่ไม่ค่อยเปลี่ยนแปลงการรับสื่อที่ตนเคยรับอยู่ ซึ่งพบในบุคคลที่อายุมาก เช่น เคยฟังเคยฟังวิทยุกระจายเสียงเป็นประจำก็มักไม่สนใจวิทยุโทรทัศน์ หรือสื่ออื่นๆ
5. ลักษณะเฉพาะของสื่อ จะมีผลต่อการเลือกสื่อของผู้รับสาร เช่น ลักษณะเด่นของหนังสือพิมพ์ คือสามารถให้ข่าวสารในรายละเอียดดีกว่า ราคาก่อน และสามารถนำติดตัวไปทุกหนแห่ง

ในการวัดพฤติกรรมการเปิดรับสื่อจากงานวิจัยของแมคคลอยด์ (Meleod, 1972 อ้างถึงใน นันทนา ศรีสุข, 2545: 15) กล่าวว่า ตัวบ่งชี้ (index) ที่ใช้วัดพฤติกรรมการเปิดรับสื่อ (media exposure) ส่วนใหญ่ใช้กัน 2 อย่าง คือ

- 1) วัดจากเวลาที่ใช้สื่อ
- 2) วัดจากความถี่ของการใช้สื่อ แยกตามประเภทของเนื้อหาของสื่อ ที่แตกต่างกัน

ไป

แมคเคลอยด์ (Meleod, 1972 อ้างถึงใน ชิบ จิตนิยม, 2535: 21) กล่าวว่าไว้ว่า การวัดในเรื่องของเวลาในการใช้สื่อนั้น มีข้อเสียตรงที่ว่าคำตอบขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น ความสนใจของผู้ฟัง เวลาว่างที่คนมีอยู่ และการมีสื่อใกล้ตัว (availability of the medium) ดังนั้น คำตอบเกี่ยวกับเวลาที่ใช้กับสื่อจึงมักแปลความหมายไม่ได้ทางจิตวิทยา และมักไม่ให้ผลชัดเจนเมื่อนำไปเชื่อมโยงกับตัวแปรอื่น และเพื่อแก้ปัญหาความไม่ชัดเจนในเรื่องนี้ จึงได้มีการวัดตัวแปรการเปิดรับสื่อมวลชน โดยมีการใช้ความถี่ของการใช้สื่อเฉพาะเจาะจงในเนื้อหา เช่น วัดความถี่ของการอ่านข่าวที่มีเนื้อหาหนัก (hard news) ในหนังสือพิมพ์ ความถี่ของการชมรายการโทรทัศน์ ความถี่ของการรับฟังรายการข่าววิทยุ เป็นต้น

แอตकिन (Atkin, 1973) กล่าวว่า บุคคลที่เปิดรับข่าวสารมากขึ้นยิ่งมีหูตากว้างไกล มีความรู้ ความเข้าใจในสภาพแวดล้อม และเป็นคนที่ทันสมัยต่อเหตุการณ์กว่าบุคคลที่เปิดรับข่าวสารน้อย สรุปได้ว่า การเปิดรับสื่อ คือความบ่อยครั้งในการเปิดรับ ระยะเวลา รวมถึงจำนวนสื่อในการเปิดรับด้วย

กล่าวโดยสรุปแล้วพฤติกรรม的开รับข่าวสารนั้น ต้องศึกษาผู้รับสารจากแนวทางการศึกษาผู้รับสาร ซึ่งสามารถทำได้หลายแนวทาง โดยผ่านกระบวนการเลือกสรรในการรับสาร ซึ่งประกอบด้วยกลั่นกรอง 3 ชั้น คือ 1) การเลือกเปิดรับหรือเลือกสนใจ 2) การเลือกรับรู้ หรือการเลือกตีความหมาย และ 3) การเลือกจดจำ โดยมีลักษณะของผู้รับสารเข้ามาเกี่ยวข้องเนื่องจากลักษณะของผู้รับสารย่อมที่มีลักษณะนิสัย และพฤติกรรมในการเปิดรับสื่อแตกต่างกันไปเพื่อการเลือกให้สื่อให้ตรงกับประเภทของผู้รับ ลักษณะของข่าวสาร และขั้นตอนในกระบวนการยอมรับของผู้รับสาร ดังนั้นพฤติกรรม的开รับสื่อจึงมีผลต่อการรับรู้เรื่องโรคเอดส์ของผู้รับบริการสาธารณสุขในอำเภอเมืองปทุมธานี

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับสื่ออาสาศัมครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กับความรู้เรื่องโรคเอดส์ของผู้รับบริการสาธารณสุขในอำเภอเมืองปทุมธานี” ผู้วิจัยศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2538) ศึกษาวิจัยเรื่อง “พฤติกรรม การรับข้อมูลข่าวสาร ความคิดเห็นและความต้องการของการรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพผ่านสื่อ ประเภทต่างๆ” ผลการวิจัยพบว่า (1) ประชาชนส่วนใหญ่รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อ โทรทัศน์มากที่สุดรองลงมาคือ วิทยุ หนังสือพิมพ์ และส่วนใหญ่รับข้อมูลข่าวสารจากการชม โทรทัศน์ทุกวัน ร้อยละ 65.02 ส่วนวิทยุและหนังสือพิมพ์ส่วนใหญ่รับฟังและอ่านเกือบทุกวัน ร้อยละ 39.90 และร้อยละ 34.96 (2) ความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ได้รับ ประชาชนส่วนใหญ่มีความเห็นว่าอยู่ในระดับดี (3) เนื้อหาเกี่ยวกับสุขภาพที่ประชาชนส่วนใหญ่ ต้องการรู้คือ การดูแลสุขภาพโภชนาการ ส่วนเนื้อหาที่ประชาชนส่วนใหญ่ไม่ต้องการรู้ คือ เอดส์ โรคทางเพศสัมพันธ์ (4) ประชาชนส่วนใหญ่ต้องการรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อ โทรทัศน์ มากที่สุด รองลงมาคือ วิทยุและหนังสือพิมพ์ โดยต้องการรับในเวลาช่วงเย็นมากที่สุด รองลงมาคือ ช่วงเช้าและช่วงบ่าย และ (5) ประชาชนส่วนใหญ่ต้องการวิธีการนำเสนอข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ โดยการสาธิตและการบรรยายจากผู้เชี่ยวชาญ โดยผู้นำเสนอที่ประชาชนต้องการเรียงตามลำดับ คือ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักวิชาการ

วิศรา วรลักษณ์ (2538) ศึกษาวิจัยเรื่อง “การเปิดรับข่าวสารความรู้เรื่องสิ่งเสพติดและ การป้องกันสิ่งเสพติดจากสื่อมวลชนและสื่อบุคคลของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น สังกัด กระทรวงศึกษาธิการ ในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่” ผลการวิจัยพบว่า การเปิดรับเนื้อหาเรื่องสิ่ง เสพติดจากสื่อมวลชน นักเรียนส่วนใหญ่เปิดรับจากสื่อมวลชนทุกประเภทบ่อยพอสมควร และมี ระดับความรู้ความเข้าใจพอสมควร ในด้านสื่อบุคคลพบว่า ผู้ที่สนทนาเรื่องสิ่งเสพติดและการ ป้องกันสิ่งเสพติดมากที่สุด คือ ครู/อาจารย์ รองลงมา คือ มารดาและเพื่อนสนิท และผู้ที่ทำให้เข้าใจ มากที่สุด คือ ครู/อาจารย์

กมลกานต์ สุริยะไกร (2542) ศึกษาวิจัยเรื่อง “การปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อโรคเอดส์ใน ผู้นำชุมชน ในเขตเทศบาลเมืองชลบุรี” ผลการวิจัยพบว่า ทัศนคติเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้นอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ด้านร่างกาย เห็นว่า 1) การได้รับความรู้ใหม่ ๆ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเอดส์อย่าง สม่าเสมอ จะทำให้มั่นใจในการดูแลผู้ป่วย 2) การดูแลผู้ป่วยเอดส์อย่างใกล้ชิดอาจทำให้ติดเชื้อ เอดส์ได้ลดลง และ 3) ผู้ป่วยทุกคนควรได้รับการอธิบายเกี่ยวกับโรคที่ตัวเองเป็น สามารถให้การ ดูแลตนเองได้ ด้านจิตใจ 1) ลดความรังเกียจลง จะมีความสงสารผู้ที่มีการของโรค และยังไม่มียา รักษา ผู้ป่วยเอดส์ควรได้รับความเห็นใจจากครอบครัว 2) มีความเต็มใจในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น 3) เห็นใจให้ความสงสารอย่างมาก ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์หรือหญิงที่ติดเชื้อจากสามีและเด็กที่ติดเชื้อ จากมารดา ลดความอึดอัดใจเมื่ออยู่ใกล้ผู้ป่วยเอดส์ 4) ผู้ป่วยเอดส์ควรได้รับความเห็นใจจากสังคม 5) ผู้ที่ไม่ยินดีที่จะดูแลผู้ป่วยเอดส์ เพราะกลัวจะติดเชื้อ ไม่มีความรู้เรื่องโรคเอดส์ดีพอ ไม่พอใจจะ

ทำได้ สุขภาพไม่แข็งแรง และยังไม่ยอมรับคนกลุ่มนี้ แต่หลังจากมีการอบรมเชิงปฏิบัติการนี้ความไม่ยินดีลดลง และ 6) การใช้แนวคิดแบบองค์รวมทำให้มีทัศนคติที่ดีขึ้น เข้าใจ ยอมรับสภาพทั้งร่างกายและจิตใจ อันจะนำไปสู่การยอมรับในสังคมได้

งานนิศย์ ราชกิจ (2540) ศึกษาวิจัยเรื่อง “ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ของผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงราย” ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อว่าแม้ว่าไม่มีการสำส่อนทางเพศหรือติดยาเสพติดชนิดเข้าเส้นแต่ทุกคนควรมีความรู้เรื่องโรคเอดส์ การได้รับความรักและความอบอุ่นจากครอบครัวจะช่วยป้องกันโรคเอดส์ได้ ร้อยละ 89.3 ร้อยละ 74.6 ตามลำดับ

ตามพงษ์ พงษ์นรินทร์ และวิเชียร พูลนุช (2543) ศึกษาวิจัยเรื่อง “การประเมินผลโครงการสร้างกระแสนิยมเพื่อต่อต้านค่านิยมทางสังคมที่ทำให้เยาวชนมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดโรคเอดส์” ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนที่เข้ารับการอบรมทั้ง 4 รุ่น หลังการฝึกอบรมมีความรู้เรื่องโรคเอดส์สูงกว่าก่อนการฝึกอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การประเมินผลด้านเจตคติในเรื่องเพศและโรคเอดส์ พบว่า นักเรียนที่เข้ารับการอบรมทั้ง 4 รุ่น เมื่อได้รับการฝึกอบรมแล้วเจตคติหลังการฝึกอบรมสูงกว่าก่อนการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการประเมินผลด้านทักษะในการปฏิบัติตนให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อโรคเอดส์ พบว่า หลังการฝึกอบรมนักเรียนที่เข้ารับการอบรมทั้ง 4 รุ่น มีทักษะในการปฏิบัติตนให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อเอดส์สูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ชัยสิทธิ พงษ์พัฒน์ (2544) ศึกษาวิจัยเรื่อง “การสำรวจพฤติกรรมและการรับรู้ของนักศึกษาในจังหวัดเชียงใหม่เกี่ยวกับโรคเอดส์” ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาเห็นว่าก่อนแต่งงานควรให้คู่ของตนไปตรวจเลือดก่อนแต่งงานและนักศึกษาแต่ละสถาบันต้องการตรวจเลือดเอดส์มีจำนวนมากกว่าผู้ที่ไม่ต้องการและผู้ที่ยังตัดสินใจไม่ได้

ธีรรัตน์ เหมนะสิริ และธนรักษ์ ผลิพัฒน์ (2549) ศึกษาวิจัยเรื่อง “พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มทหารกองประจำการรอบที่ 10 ปี พ.ศ. 2547” พบว่า ทหารกองประจำการที่แต่งงานแล้วแต่มีเพศสัมพันธ์นอกสมรส ร้อยละ 55.8 นอกจากนี้ทหารกองประจำการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่น ร้อยละ 41.6 หญิงขายบริการ ร้อยละ 24 ผู้ชาย ร้อยละ 6.2 และใช้ถุงยางอนามัยกับหญิงขายบริการ ร้อยละ 63.1 หญิงอื่น ร้อยละ 35.5 ผู้ชาย ร้อยละ 40 ด้วยความเชื่อที่ว่าหญิงอื่นปลอดภัยจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากกว่าหญิงขายบริการ ซึ่งในความเป็นจริงการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงขายบริการ หญิงอื่นและผู้ชายต่างมีความเสี่ยงเท่ากัน รวมทั้งทหารกองประจำการส่วนใหญ่มีความรู้และตระหนักในเรื่องโรคเอดส์พอสมควร 3 คำถามแรกที่ตอบถูกคือ ร้อยละ 95.9 ตอบถูกว่าถุงยางอนามัยสามารถป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้ ร้อยละ 88.7 ตอบถูกว่าการ

มีหุ่นนอนเพียงคนเดียวที่ไม่มีเชื้อเอดส์เป็นวิธีหนึ่งที่สามารถป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้และร้อยละ 77.1 ตอบถูกกว่าคนที่เรามองเห็นว่ามีสุขภาพแข็งแรงคืออาจเป็นคนที่ติดเชื้อเอดส์ได้

ชนกญาภา คณะพันธุ์ (2552) ศึกษาวิจัยเรื่อง “การประเมินสื่อรณรงค์โรคเอดส์ในภาพยนตร์โฆษณาทางโทรทัศน์ของรัฐและเอกชนจากทัศนะของเยาวชน” พบว่า รูปแบบการนำเสนอที่ใช้ในภาพยนตร์โฆษณารณรงค์โรคเอดส์มากที่สุด ได้แก่ เลี้ยวหนึ่งของชีวิต รูปแบบที่ใช้ปานกลาง คือ สถานการณ์เกินจริงและการใช้อารมณ์ขัน รูปแบบที่ใช้น้อย คือ รูปแบบการแก้ปัญหา และการสร้างอารมณ์หรือจินตนาการ ด้านความพึงพอใจต่อองค์ประกอบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อภาพโฆษณาและฉากที่มีความสมจริง มีความสอดคล้องกับตนเอง และสัณฐานไส ด้านความพึงพอใจต่อนักแสดง ไม่จำเป็นต้องเป็นคนมีชื่อเสียงแต่นักแสดงต้องมีหน้าตา ทำทาง บุคลิก และการแสดงเหมาะสมกับเนื้อหา สโลแกนควรสั้น กระชับ ได้ใจความ จำง่าย นอกจากนี้ เสียงพากย์ของโฆษณาก็สามารถเพิ่มความน่าสนใจและการจดจำสโลแกนด้วย นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เปิดรับสื่อทางโทรทัศน์มากที่สุดและใช้เวลาในการชมโทรทัศน์ ในช่วงเวลา 20.00 - 23.00 น. การเลือกช่วงเวลาออกอากาศโฆษณารณรงค์โรคเอดส์ควรเลือกให้สอดคล้องกับช่วงเวลานี้ และการออกอากาศหลายๆ สถานีมีผลต่อการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้มากกว่าปริมาณการออกอากาศ

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น สามารถสรุปผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องได้ดังนี้ 1) เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และอาชีพผู้ปกครอง แตกต่างกัน มีการเปิดรับข่าวสารแตกต่างกัน 2) อายุ รายได้ และอาชีพแตกต่างกัน มีพฤติกรรมแตกต่างกัน 3) เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และอาชีพแตกต่างกัน มีทัศนคติแตกต่างกัน 4) ทัศนคติแตกต่างกัน มีพฤติกรรมแตกต่างกัน และ 5) ผู้รับสารมีความพึงพอใจสื่อที่ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ในระดับปานกลาง ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงใช้ลักษณะทางประชากร ได้แก่ การศึกษา และรายได้ ตลอดจนลักษณะภูมิภานาที่มีสภาพแวดล้อมแตกต่างกันของผู้รับบริการสาธารณสุขในอำเภอเมืองปทุมธานี เป็นตัวแปรต้นในการศึกษาความสัมพันธ์กับการเปิดรับสื่ออาสาศาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นตัวแปรตาม