

บทที่ 1



บทนำ

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มนุษย์เป็นทรัพยากรบุคคลที่สำคัญที่สุดในการพัฒนาประเทศ การพัฒนาประเทศจะมุ่งคงก้าวหน้าก็ด้วยประชาชนในชาติมีสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์แข็งแรงปราศจากโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ คนทุกคนย่อมมีความปรารถนาที่จะมีสุขภาพดีด้วยกันทั้งนั้น องค์การอนามัยโลกได้ตั้งความหวังที่จะให้ประชาชนในโลกมีสุขภาพดี ดังคำขวัญที่ให้เมื่อปี พ.ศ. 2524 ที่ว่า "สุขภาพดีถ้วนหน้า ใน พ.ศ. 2543" (Health for all by the year 2000) องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของคำว่า "สุขภาพดี" ไว้ว่า "สุขภาพดี หมายถึง สภาวะที่ร่างกายมีความสมบูรณ์ทั้ง ร่างกาย จิตใจและสังคม ปราศจากโรคหรือความพิการใดๆ" สุขภาพที่สมบูรณ์เป็น สิทธิอันชอบธรรมของบุคคลโดยไม่คำนึงถึงเชื้อชาติ ศาสนา การเมือง เศรษฐกิจ และภาวะสังคม ดังนั้นหากประเทศใดประชาชนมีสุขภาพสมบูรณ์ก็ถือว่า ประเทศนั้นมั่นคงสมบูรณ์ เนื่องจากประชาชนสามารถทำงานได้อย่างเต็มความสามารถ มีรายได้ดี ประชาชนมีการศึกษาดี มีความเป็นอยู่ดี (สุปาลี พันธน้อย, 2529)

บุหรี่เป็นสิ่งเสพติดชนิดหนึ่ง แต่ถูกกฎหมายเพราะรัฐเป็นผู้ควบคุมนโยบาย ในการผลิต การป้องกันยอมทำได้ยากกว่าสิ่งเสพติดประเภท ผิ่น มอร์ฟีน เฮโรอีน เป็นต้น เพราะสิ่งเสพติดเหล่านั้นผิดกฎหมาย การเสพ การซื้อ-ขาย ต้องซุกๆซ่อนๆ แต่การสูบบุหรี่สามารถทำได้ อย่างเปิดเผย ไม่มีการจับกุม ยกเว้นแต่สูบบุหรี่ในสถานที่ห้ามสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่มีสาเหตุ มาจากค่านิยมทางสังคม ซึ่งยอมรับการสูบบุหรี่ แม้แต่กฎหมายก็รับรองเช่นกัน ใบบุหรี่เป็น เครื่องมือในการผูกมิตร หรือเกิดจากการเลียนแบบ เด็ก ๆ มักจะเริ่มสูบบุหรี่ โดยเลียนแบบจาก เพื่อน บิดา มารดา ครู และบุคคลสำคัญที่ตนยกย่อง เช่น พระเอกหนัง เป็นต้น นอกจากนี้ เด็กวัยรุ่นยังถือว่าการสูบบุหรี่เป็นของดี เพราะจะทำให้ดูเป็นผู้ใหญ่ยิ่งขึ้น หรือเพียงเพื่อแสดง การต่อต้านคำสั่งห้ามสูบบุหรี่ของผู้ใหญ่ได้ ความเคยชินทางอุปนิสัย มักเกิดขึ้นกับผู้ที่อยู่เฉย ๆ เกือบเงิน หรือไม่ทราบจะทำอะไร ก็จะควักบุหรี่ขึ้นมาสูบบุหรี่ตามความเคยชิน การไร้อุทิศของ นิโคตินเป็นยาเสพติดอันตราย ผู้ที่สูบบุหรี่จนเป็นนิสัยจะสะสมนิโคตินในเลือดไว้ระดับหนึ่ง

ซึ่งต้องรักษาระดับนั้นอยู่เสมอ เนื่องจากนิโคตินมีฤทธิ์ในการกล่อมอารมณ์ เมื่อนิโคตินลดลง เพราะการขับถ่าย หรือมีอาการงาหรืออื่น ๆ จึงต้องสูบบุหรี่เพื่อให้มีนิโคตินอยู่ในระดับเดิม (สุพัฒน์ วีระเวชเจริญชัย, 2532) จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2536 พบว่า ประชากรอายุมากกว่า 11 ปีขึ้นไป สูบบุหรี่เป็นประจำ มีจำนวนทั้งสิ้น 10,406,200 คน เพศชาย 9,840,000 คน และเพศหญิง 566,400 คน ผู้สูบบุหรี่เป็นประจำทั้งเพศชายและหญิง ส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 50-59 ปี และส่วนใหญ่เริ่มสูบบุหรี่ เมื่ออายุ 15-19 ปี (เพศชาย ร้อยละ 60.0 และเพศหญิง ร้อยละ 36.5) รองลงมา คือ อายุ 20-24 ปี (เพศชาย ร้อยละ 26.45 และเพศหญิง ร้อยละ 23.2) และจากการสำรวจปัญหาด้านสุขภาพอนามัยของกำลังพลกองทัพบก ในช่วง 1 ธันวาคม 2537 ถึง 31 กรกฎาคม 2538 พบว่า ทหารกองประจำการเป็นกลุ่มที่สูบบุหรี่ สูงที่สุด (ร้อยละ 68.07) รองลงมา เป็นนายทหารประทวน (ร้อยละ 45.29) ส่วนนายทหาร-สัญญาบัตรสูบบุหรี่ ร้อยละ 22.56 (กมลพร สวานสมจิตร และคณะ, 2539)

การสูบบุหรี่เป็นปัญหาทางพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญปัญหาหนึ่ง ซึ่งเป็นสาเหตุของ โรคร้ายแรงหลายโรค และยังเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพของบุคคลข้างเคียง ที่ไม่สูบบุหรี่ด้วย จากการศึกษาของแพทย์ พบว่า โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่มีดังต่อไปนี้ โรคมะเร็ง การเกิดมะเร็งในส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับการสูบบุหรี่ โดยเฉพาะการเกิดมะเร็งปอดและหลอดลม ในปัจจุบัน มะเร็งปอดและหลอดลม นับว่าเป็น มะเร็งอันดับหนึ่งของผู้ชายไทย โดยมีอัตราเสี่ยงถึงร้อยละ 86 นอกจากนี้ยังมีอัตราเสี่ยงของ การเกิดมะเร็งในส่วนอื่น ๆ ของร่างกายอีก คือ มะเร็งของกล่องเสียง ร้อยละ 83 มะเร็งของ ริมฝีปากและช่องปาก ร้อยละ 80 มะเร็งหลอดอาหาร ร้อยละ 79 มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ร้อยละ 42 และมะเร็งของไต และอวัยวะของระบบขับถ่ายปัสสาวะ ร้อยละ 35 นอกจากนี้ โรคมะเร็งแล้ว การสูบบุหรี่ยังก่อให้เกิดโรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ เนื่องจากสารในโครเจน ไคออกไซด์ในควันบุหรี่ จะทำลายเยื่อส่วนปลายและถุงลม ทำให้ผนังถุงลมบางโป่งพอง หลอดอันแตกรวมกัน กลายเป็นโรคถุงลมโป่งพอง ซึ่งมักจะพบร่วมกับโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง ผู้สูบบุหรี่มีอัตราเสี่ยงต่อการเป็นโรคนี้อีกถึงร้อยละ 82 นอกจากนี้ผู้สูบบุหรี่ยังมีโอกาสเสี่ยง ในการเป็นโรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจอื่น ๆ อีก คือ โรคการอุดกั้นทางเดินหายใจ อย่างเรื้อรัง ร้อยละ 82 โรคปอดบวม-ไขหวัดใหญ่ ร้อยละ 28 โรคหัวใจปอด ร้อยละ 29 และโรคหอบหืด ร้อยละ 28 นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังเป็นสาเหตุของโรคเส้นเลือดตีบ และโรคหัวใจ นิโคตินในบุหรี่จะทำให้เกิดการจับตัวของไขมันในเส้นเลือดในรูปของ

คอลดเรตเดอรอลและยังทำให้หลอดเลือดหดแค่งที่เขว่น ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการนำเลือดไปเลี้ยง อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย มีผลให้เกิดเส้นเลือดตีบทั่วร่างกาย ถ้าเกิดที่เส้นเลือดบริเวณที่ไปเลี้ยง หัวใจจะทำให้เป็นโรคเส้นเลือดหัวใจตีบ และเกิดอาการของโรคหัวใจวายกระทันหันได้ หากเกิด บริเวณเส้นเลือดของสมอง จะทำให้สมองเสื่อมสมรรถภาพ และเป็นสาเหตุของโรคลมบ้าหมูปัจจุบัน อัตราเสี่ยงของการเกิดโรคเกี่ยวกับหลอดเลือด และหัวใจ มีดังนี้ คือ โรคหลอดเลือดแข็ง ร้อยละ 41 โรคหลอดเลือดชนิดอื่น ๆ ร้อยละ 43 โรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 24 โรคหัวใจ รมาดิก ร้อยละ 17 โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 19 โรคหัวใจอื่น ๆ ร้อยละ 20 โรคระบบ ไหลเวียนของเลือด ร้อยละ 21 และโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 19 (มูลนิธิหมอชาวบ้าน, ม.ป.ป.) จากรายงานขององค์การอนามัยโลก เมื่อปี 2538 พบว่า ในขณะนี้ ประชากรโลก เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่มากกว่า 3 ล้านคนต่อปี หากคำนวณออกมาจะพบว่า ในทุกๆ 1 นาที จะมีผู้เสียชีวิต 6 คน หรือ 1 คน ต่อ 10 วินาที สำหรับประเทศไทยนั้น จากการสำรวจของ สำนักงานสถิติแห่งชาติ เมื่อปี 2536 พบว่า คนไทยเสียชีวิตด้วยโรคจากการสูบบุหรี่ 42,000 คน ต่อปี หรือ 115 คนต่อวัน หรือ 5 คนต่อชั่วโมง ซึ่งเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจ 15,876 คน มะเร็งปอด 10,878 คน โรคถุงลมโป่งพอง 6,090 คน เส้นเลือดตีบ 4,326 คน และโรคอื่น ๆ 4,830 คน แม้ว่ารัฐบาลจะได้รับผลประโยชน์จากภาษีบุหรี่ ปีละประมาณ 17,000 ล้านบาท แต่จ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปอดเพียงอย่างเดียวถึง 2,511 ล้านบาท นอกจากนี้จะมีการสูญเสียงบประมาณรายจ่ายค่ารักษาพยาบาลแล้ว ยังมีความสูญเสียเกิดขึ้นทั้งทางด้าน ครอบครัว สังคม ที่จะเสียบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถทำคุณประโยชน์ให้แก่ประเทศชาติ

การสูบบุหรี่นอกจากจะก่อให้เกิดปัญหาทางพฤติกรรมสุขภาพแล้ว ยังทำให้เกิดผลเสีย ทางเศรษฐกิจและสังคมอีกด้วย ผลเสียทางเศรษฐกิจ มีดังนี้ คือ ผู้สูบบุหรี่และครอบครัว ต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการสูบบุหรี่ทั้งส่วนตัวและใช้รับแขก ตลอดจนค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วย จากพิษของการสูบบุหรี่ ทำให้เสียเวลาในการทำงาน และสูญเสียเศรษฐกิจของประเทศ เนื่องจากการที่ต้องสั่งใบยาสูบ และส่วนประกอบในการผลิตบุหรี่จากต่างประเทศ ส่วนผลเสีย ทางสังคมนั้น ทำให้เกิดการเถื่อนแบบที่ไม่ดีสำหรับเยาวชน ทำให้เสียบุคลิกภาพ บ้านเมืองสกปรก อากาศเป็นพิษ และเกิดอหิวาต์ได้ นอกจากนี้ อาจเป็นสาเหตุไปสู่การใช้ยาเสพติดที่ร้ายแรงอื่น ๆ (สุพัฒน์ วีระเวทเจริญชัย, 2532)

การสูบบุหรี่ก่อให้เกิดผลเสียในด้านต่าง ๆ มากมาย ดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ผู้สูบบุหรี่บางคนได้ตระหนักถึงผลเสียของการสูบบุหรี่ จึงหันมาเลิกสูบบุหรี่ จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2536 พบว่า มีคนไทยเลิกสูบบุหรี่ 488,000 คน สาเหตุที่เลิกสูบบุหรี่ พบว่า ร้อยละ 38.5 เห็นว่าไม่คุ้มเงินตัวเอง ร้อยละ 23.5 เกิดการเจ็บป่วยแล้วแพทย์แนะนำให้เลิกสูบบุหรี่ ร้อยละ 10.8 กลัวเป็นโรค ร้อยละ 7.5 เลิกสูบบุหรี่เพราะครอบครัวญาติมิตรขอร้องให้เลิกสูบบุหรี่ และร้อยละ 5.2 เลิกสูบบุหรี่เพราะว่าสังคมไม่ยอมรับ การรณรงค์ให้เลิกสูบบุหรี่ ถูกจำกัดที่สูบ และประหยัดค่าใช้จ่าย (มูลนิธิหมอชาวบ้าน, ม.ป.ป.) ส่วนคนไทยอีกประมาณ 10 ล้านคน จะเลิกสูบบุหรี่ได้หรือไม่นั้น เราจะมีวิธีการอย่างไรให้พวกเขาเหล่านั้นเลิกสูบบุหรี่ได้ กระบวนการสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจ ก็เป็นอีกวิธีการหนึ่งในการเปลี่ยนความเชื่อของผู้สูบบุหรี่ กระบวนการนี้เน้นประเด็นหลักที่เนื้อหาของสารจะต้องมุ่งตรงต่อความเชื่อปฐมภูมิ (primary belief) ซึ่งความเชื่อปฐมภูมิ เป็นตัวกำหนดความเชื่อที่เกิดจากการอนุมาน เจตคติ เจตนาเชิงพฤติกรรม หรือพฤติกรรม (ธีระพร อุวรรณไฉ, 2533) ผู้วิจัยสนใจกระบวนการนี้ และได้นำทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (A theory of reasoned action) (Ajzen & Fishbein, 1980) และรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) (Rosenstock, 1974) มาร่วมในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ด้วย เพื่อศึกษาว่าผู้สูบบุหรี่มีเจตคติ ความเชื่อ เจตนาเชิงพฤติกรรม และพฤติกรรมก่อนได้รับฟังการสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจอย่างไร เมื่อผู้สูบบุหรี่ได้รับฟังการสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจแล้ว จะมีการเปลี่ยนเจตคติ ความเชื่อ เจตนา และพฤติกรรมมากน้อยเพียงใด

### ทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ใช้ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (A theory of reasoned action) ของไอเซ็นและฟิชไบน์ (Ajzen & Fishbein, 1980) ซึ่งทั้งสองท่านได้สรุปทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล ที่ได้พัฒนามา และทฤษฎีที่สรุปนี้ยังใหม่จนกระทั่งทุกวันนี้ การวิจัยนี้ได้ใช้รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) ของโรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974) มาศึกษาพร้อมด้วย ทั้งสองทฤษฎีดังกล่าวข้างต้น นำมาใช้เป็นพื้นฐานของเงื่อนไขการทดลองของกระบวนการสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจ ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1. ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (A theory of reasoned action)  
สาระสำคัญของทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล สรุปได้ดังนี้ (Ajzen & Fishbein, 1980;  
ธีระพร อุวรรณโณ, 2535)

1.1 ข้อสมมติของทฤษฎี มีข้อสมมติ 2 ข้อ คือ

1. มนุษย์เป็นผู้มีเหตุผล และใช้ข้อมูลที่ตนมีอย่างเป็นระบบ
2. มนุษย์พิจารณาผลที่อาจเกิดจากการกระทำของตนก่อนตัดสินใจลงมือทำหรือไม่ทำพฤติกรรมหนึ่งๆ

1.2 ใจความของทฤษฎี

1.2.1 สาระพื้นฐานของทฤษฎี

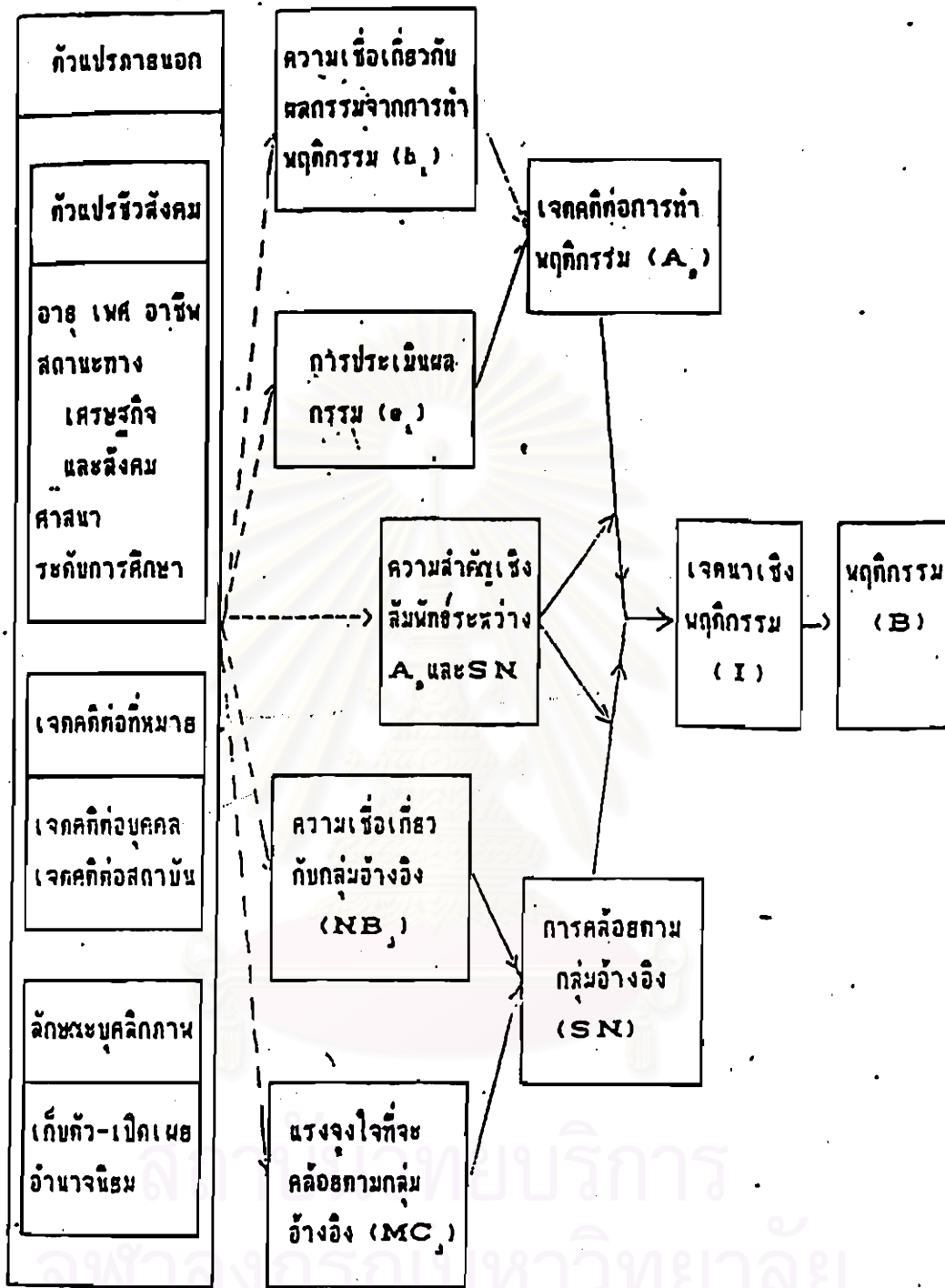
1) พฤติกรรม (ข้อว่า B) ส่วนมากของบุคคลอยู่ภายใต้การควบคุมของเจตนาเชิงพฤติกรรม (Behavioral Intention) หรือเรียกสั้น ๆ ว่า เจตนา (ข้อว่า I) ของเขาที่จะทำหรือไม่ทำพฤติกรรมนั้น ๆ (ดังแสดงในแผนภาพที่ 1)

2) เจตนาเชิงพฤติกรรม ได้รับอิทธิพลจากตัวกำหนด 2 ตัว คือ

2.1) เจตคติต่อพฤติกรรม ( $A_B$ ) เป็นการประเมินทางบวก-ลบของบุคคลต่อการกระทำนั้น ๆ  $A_B$  จัดได้ว่าเป็นปัจจัยส่วนบุคคล และได้รับอิทธิพลจากหรือถูกกำหนดโดยผลรวมของผลคูณระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับผลกระทบหรือผลของการกระทำ (behavioral belief หรือ b) และการประเมินผลกระทบหรือผลของการกระทำ (evaluation of consequences หรือ e) เขียนเป็นสมการได้ว่า

$$A_B = f \left[ \sum_{i=1}^n b_i e_i \right] \dots\dots\dots (1)$$

เมื่อ n คือ จำนวนความเชื่อเกี่ยวกับผลกระทบ



- คำอธิบายที่เป็นไปได้สำหรับความสัมพันธ์ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างตัวแปรภายนอกกับพฤติกรรม
  - ความสัมพันธ์เชิงทฤษฎีที่มั่นคงที่เชื่อมโยงระหว่างความเชื่อกับพฤติกรรม
- แผนภาพที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ ในทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (ธีระพร อุวรรณโณ, 2535 คัดแปลงจากไอเซ็น และพิชบาชน, 1980)

**2.2) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective Norm หรือ SN)**

หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่าคนอื่น ๆ ที่มีความสำคัญสำหรับเขาต้องการหรือไม่ต้องการให้เขาทำพฤติกรรมนั้นๆ

การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (SN) ขึ้นอยู่กับผลรวมของผลคูณระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับทัศนคติของกลุ่มอ้างอิงต่อการกระทำของคน (Normative Beliefs หรือ NB) กับแรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Motivation to Comply หรือ MC)

ความเชื่อเกี่ยวกับทัศนคติของกลุ่มอ้างอิงต่อการกระทำของคน (NB) หมายถึง ความเชื่อที่ว่าแหล่งอ้างอิงหนึ่ง ๆ ประสงค์จะให้คนทำหรือไม่ทำพฤติกรรมนั้นเพียงใด แหล่งอ้างอิง หมายถึง บุคคลหรือกลุ่มคนที่มีความสำคัญต่อบุคคลผู้นั้น เช่น พ่อ แม่ คู่สมรส หรืออาจารย์

แรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (MC) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่าคนต้องการทำตามแหล่งอ้างอิงแต่ละแหล่งต้องการให้คนทำหรือไม่ทำอะไร เขียนเป็นสมการได้ว่า

$$SN = f \left[ \sum_{j=1}^m NB_j MC_j \right] \dots\dots\dots (2)$$

เมื่อ m คือ จำนวนแหล่งอ้างอิง

3) จากข้อ 2.1) และ 2.2) สามารถเขียนเป็นสมการได้ว่า

$$B \sim I = f [A_B \cdot \beta_1 + SN \cdot \beta_2] \dots\dots\dots (3)$$

เมื่อ  $\beta_1$  และ  $\beta_2$  เป็นน้ำหนักที่ได้จากการคำนวณสมการถดถอยพหุคูณ

4) ความสำคัญเชิงสัมพัทธ์ของ  $A_B$  และ SN ในการทำนาย I (ซึ่งมีอิทธิพลต่อ B อีกทอดหนึ่ง) ชีระพร อูรรวมไฉ (2535) ได้สรุปลักษณะของความสำคัญเชิงสัมพัทธ์ของ  $A_B$  และ SN ไว้ 3 กรณี คือ

- 4.1)  $A_B$  มีอิทธิพลต่อ I มากกว่า SN
- 4.2) SN มีอิทธิพลต่อ I มากกว่า  $A_B$

### 4.3) $A_B$ และ SN มีอิทธิพลต่อ I พอกัน

5) ตัวแปรภายนอก (external variables) เช่น ตัวแปรชีวสังคม ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ ศาสนา เป็นต้น เจตคติต่อที่หมายอื่นที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมนั้น ๆ ได้แก่ เจตคติต่อบุคคล หรือเจตคติต่อสถาบัน หรือลักษณะบุคลิกภาพ เช่น เก็บตัว-เปิดเผย อารมณ์นิยม จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมก็ต่อเมื่อ ตัวแปรนั้น ๆ มีอิทธิพลผ่าน  $b_i, c_j, NB_j, MC_j$  หรืออิทธิพลต่อความสำคัญเชิงสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร  $A_B$  และ SN คือ I

#### 6) การกำหนดพฤติกรรมที่จะศึกษา จำเป็นต้องกำหนดโดยคำนึงถึง

6.1) การกระทำ (Action) จะต้องกำหนดว่า เป็นการกระทำอย่างเดียว (single act) เช่น การให้ลูกกินอาหาร การสูบบุหรี่ เป็นต้น หรือเป็นกลุ่มการกระทำ (behavioral category) เช่น การออกกำลังกาย ซึ่งอาจประกอบด้วยการกระทำย่อย ๆ หลายการกระทำ เป็นต้นว่า การวิ่ง การกระโดดเชือก หรือการเล่นฟุตบอล

6.2) เป้าหมาย (Target) หมายถึง เป้าหมายของการกระทำ เช่น การให้ลูกกินอาหารข้างต้น อาจกำหนดเป้าหมายให้เป็นนมแม่

6.3) เวลา (Time) หมายถึง เวลาที่พฤติกรรมที่เราสนใจศึกษาจะเกิดขึ้น เช่น การกินนมแม่ตอนค่ำ

6.4) บริบท (Context) หมายถึง สถานการณ์ที่พฤติกรรมที่เราสนใจศึกษาจะเกิดขึ้น เช่น การกินนมแม่ที่บ้าน

การกำหนดพฤติกรรมที่จะศึกษานี้ สามารถกำหนดให้มีความจำเพาะได้ตามที่ เราสนใจจะศึกษา เมื่อกำหนดพฤติกรรมได้แล้ว การวัดตัวแปร  $b_i, NB_j, A_B, SN$  และ I จะต้องวัดในระดับความจำเพาะที่สอดคล้องกับที่กำหนดในพฤติกรรม หากผู้ศึกษากำหนดพฤติกรรมที่จะศึกษาไม่ครบในด้านกรกระทำ เป้าหมาย เวลา หรือบริบท เช่น กำหนดว่าเป็นพฤติกรรม "การให้ลูกกินนมแม่" เจื่อนไขที่ตามมา คือ การรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมเพื่อมาวิเคราะห์กับตัวแปรอื่น ๆ จะต้องรวบรวมให้ครอบคลุมพฤติกรรมที่เกิดในเวลาต่าง ๆ และบริบทต่าง ๆ

1.2.2 การนิยามและการวัดพฤติกรรม ทฤษฎีให้แนวทางในการนิยามและการวัดพฤติกรรมไว้ในด้านต่างๆ ดังนี้

1) พฤติกรรมกับผล (behaviors versus outcomes) พฤติกรรม คือ สิ่งที่บุคคลลงมือกระทำของ ส่วนผลอาจเกิดจากการกระทำของบุคคลส่วนหนึ่ง และเกิดจากปัจจัยอื่น ๆ อีกส่วนหนึ่ง ตัวอย่างเช่น การลดน้ำหนัก หรือการได้รับเกรด A จากการเรียนวิชาหนึ่ง ทั้ง 2 กรณีนี้เป็นผลไม่ใช่พฤติกรรม การที่บุคคลจะลดน้ำหนักได้ อาจเป็นผลจาก



การควบคุมอาหาร การวิ่ง 5 กิโลเมตรทุกวัน หรืออาจเกิดจากการเจ็บป่วยเป็นเวลานาน ส่วนการได้รับเกรด A จากการเรียนวิชาหนึ่ง อาจเป็นผลจากการที่นักศึกษาตั้งใจเรียน อ่านหนังสือ หรือคัดลอกคำตอบจากกระดาษคำตอบของผู้อื่น ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล มีขอบข่ายการอธิบายอยู่ที่พฤติกรรม ดังนั้น หากจะนำมาศึกษาผล อาจทำได้บ้างในระดับหนึ่ง เท่านั้น หากผลที่ศึกษานี้ มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมที่ศึกษาเป็นส่วนมาก ผู้ศึกษาก็จะเข้าใจผล ได้มากขึ้น แต่ถ้าผลหนึ่ง ๆ ขึ้นกับตัวแปรอื่น ๆ เป็นส่วนมาก และขึ้นกับพฤติกรรมของบุคคล เป็นส่วนน้อย ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล ก็ไม่อยู่ในข่ายที่จะนำมาใช้ประโยชน์ได้ เช่น การถูกสลากกินแบ่งรัฐบาล รางวัลที่ 1

2) การกระทำเกี่ยวกับประเภทพฤติกรรม (single actions versus

behavioral categories)

การกระทำเดี่ยว หมายถึง พฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงที่บุคคลกระทำ ในการวัดการกระทำเดี่ยว เราจำเป็นต้องนิยามการกระทำนั้นให้ชัดเจนเพียงพอที่จะสังเกตได้ว่าการกระทำนั้นเกิดขึ้นหรือไม่ เพื่อให้เกิดความเห็นตรงกันระหว่างผู้สังเกต โดยประเมินจาก ธรรมชาติความสอดคล้องระหว่างผู้สังเกต เพราะการกระทำบางอย่างสามารถสังเกตได้ง่าย ซึ่งทำให้ผู้สังเกต สังเกตได้ว่าการกระทำนั้นเกิดขึ้นหรือไม่ เช่น การซื้อบุหรี่หรือการทักทาย แต่บางการกระทำสังเกตได้ยาก เช่น การอ่านคำเตือนเกี่ยวกับสุขภาพที่ของบุหรี่

ประเภทพฤติกรรม หมายถึง กลุ่มของการกระทำหลาย ๆ อย่าง เช่น การออกกำลังกาย เป็นประเภทพฤติกรรมอย่างหนึ่ง ที่อาจประกอบด้วยการกระทำเดี่ยวหลายอย่าง เช่น การวิ่ง การกระโดดเชือก การเล่นกีฬาต่าง ๆ ลักษณะเด่นอย่างหนึ่งของประเภทพฤติกรรม คือ เราไม่สามารถสังเกตบุคคลทำประเภทพฤติกรรมได้โดยตรง ต้องสังเกตจากการกระทำเดี่ยวทั้งหลาย ดังนั้นในการศึกษาประเภทพฤติกรรม จึงต้องเริ่มต้นด้วยการกำหนดการกระทำเดี่ยวที่เกี่ยวข้องกับประเภทพฤติกรรมนั้น ๆ ปัญหาที่ตามมาในการวัดประเภทพฤติกรรม คือ จะใช้การกระทำเดี่ยวจำนวนเท่าใด จึงจะเพียงพอที่จะเป็นตัวแทนของประเภทพฤติกรรมนั้นได้ ด้วยเหตุนี้ จำเป็นต้องกำหนดการกระทำเดี่ยวที่สัมพันธ์กับประเภทพฤติกรรมนั้น ๆ ให้มากที่สุด และการกระทำเดี่ยว จะต้องสังเกตได้โดยตรง และมีความสอดคล้องกันระหว่างผู้สังเกต ซึ่งไอเซ็นและพิชบาชน (1980) เสนอการใช้ค่าธรรมชาติเพื่อบ่งชี้ว่า บุคคลได้กระทำประเภทพฤติกรรมนั้นหรือไม่ ค่าธรรมชาติสูง ๆ แสดงว่า บุคคลกระทำประเภทพฤติกรรมนั้น ๆ

3) ความจำเพาะของพฤติกรรม จำเป็นต้องคำนึงถึงการกระทำ เป้าหมาย

เวลา และบริบทดังได้กล่าวแล้ว และจะกำหนดให้จำเพาะมากน้อยเพียงใดก็ได้ เพียงแต่การวัดตัวแปรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องก็ต้องวัดในระดับความจำเพาะที่สอดคล้องกัน

4) ระดับการวัดพฤติกรรม การวัดการกระทำเดี่ยวทำได้หลายวิธี คือ

4.1) วัดจากทางเลือก 2 ทาง คือ การเลือกที่จะทำหรือไม่ทำพฤติกรรมนั้น เช่น เขาได้เลือกจะเซ็นชื่อเข้าหรือเซ็นชื่อไม่เข้าหน่วยรักษามัคคุเทศน์หลังการสื่อสาร ภายใน 4 เดือน

4.2) วัดจากทางเลือกหลายทาง เช่น การสังเกตว่าผู้สูบบุหรี่ซื้อบุหรี่จากสถานที่ใดบ้าง อาจทำได้โดยการทำเครื่องหมาย / ในรายการต่อไปนี้

- \_ ซูเปอร์มาร์เก็ต
- \_ มินิมาร์ท
- \_ ร้านขายของชำ
- \_ ร้านอาหาร
- \_ สถานเริงรมย์
- \_ แพงดอย

การวัดทางเลือกหลายทางเปรียบเสมือนการวัดการกระทำเดี่ยวหลาย ๆ การกระทำ โดยแต่ละการกระทำวัดว่า บุคคลได้ทำหรือไม่ได้ทำ มีข้อแตกต่างระหว่างการกระทำเดี่ยวในกรณี กับการกระทำเดี่ยวในประเภทพฤติกรรม คือ ไม่สามารถนำผลการวัดจากทางเลือกเหล่านี้มารวมเป็นค่าเดียวกันได้ แต่ต้องจัดกระทำกับการกระทำเดี่ยวเหล่านี้แยกจากกันแต่ละการกระทำ

4.3) วัดการกระทำในเชิงปริมาณ แทนที่จะวัดว่าบุคคลได้ทำหรือไม่ได้ทำพฤติกรรมหนึ่ง เช่น สูบบุหรี่หรือไม่ การวัดการกระทำในเชิงปริมาณก็จะเป็นการวัดว่าเขาได้สูบบุหรี่มากน้อยเพียงไร

4.4) การสังเกตซ้ำ (repeated observation) เมื่อเราสนใจสังเกตว่าบุคคลทำพฤติกรรมนั้นบ่อยเพียงไรในโอกาสต่าง ๆ สามารถทำได้โดยการสังเกตซ้ำ ซึ่งมีวิธีย่อย ๆ 2 วิธี คือ

4.4.1) การวัดความถี่สัมบูรณ์ (absolute frequency) หมายถึง การวัดจำนวนครั้งที่บุคคลทำพฤติกรรมหนึ่ง ๆ เช่น จำนวนบุหรี่ที่นาย ก. สูบใน 1 วัน

- \_ ไม่ได้สูบบุหรี่เลยใน 1 วัน
- \_ 1-10 มวนใน 1 วัน
- \_ 11-20 มวนใน 1 วัน
- \_ 21-30 มวนใน 1 วัน
- \_ 31-40 มวนใน 1 วัน

4.4.2) การวัดความถี่สัมพัทธ์ (relative frequency) หมายถึง การวัดในเชิงสัดส่วน หรือร้อยละที่บุคคลทำพฤติกรรมนั้นๆ เมื่อเทียบกับโอกาสที่เป็นไปได้ทั้งหมดที่บุคคลจะทำพฤติกรรมนั้นๆ เช่น เมื่อซื้อบุหรี่ยี่ห้อ นาย ก. ได้ซื้อบุหรี่ยี่ห้อ

- ไม่เคยซื้อ
- 1 ครั้งใน 5 ครั้ง
- 2 ครั้งใน 5 ครั้ง
- 3 ครั้งใน 5 ครั้ง
- 4 ครั้งใน 5 ครั้ง
- 5 ครั้งใน 5 ครั้ง

ในการวัดแต่ละแบบต่างมีเป้าหมายต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัญหาที่เราสนใจ หากต้องการทราบว่า พฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้นบ่อยครั้งเพียงใด ต้องวัดด้วยความถี่สัมบูรณ์ แต่หากต้องการศึกษาสัดส่วนของจำนวนครั้งที่บุคคลทำพฤติกรรมนั้น ๆ ในช่วงเวลาหนึ่ง ก็ต้องวัดด้วยความถี่สัมพัทธ์

4.5) พฤติกรรมมาจากคำรายงานของตนเอง (self-reports of behavior) การสังเกตพฤติกรรมของบุคคลโดยตรง เป็นสิ่งที่ดีถ้าสามารถสังเกตได้ แต่ในบางกรณี การสังเกตพฤติกรรมโดยตรงเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ หรือเป็นสิ่งที่ผิดกฎหมาย เช่น การสังเกตว่า ผู้ชายใช้ถุงยางอนามัยหรือไม่ หรือการสังเกตว่า บุคคลใช้สิทธิออกเสียงเลือกตั้งผู้ใด การวัดพฤติกรรมดังกล่าว มักต้องอาศัยคำรายงานของกลุ่มตัวอย่าง แต่ทั้งนี้จะต้องพยายามหาวิธีการต่าง ๆ ที่จะเพิ่มความมั่นใจว่า จะได้ข้อมูลที่ตรงความจริง เช่น การให้ตอบโดยนิรนาม ในกรณีที่ข้อมูลพฤติกรรมจากคำรายงานของตนเอง เป็นข้อมูลที่เชื่อถือได้ การใช้ข้อมูลพฤติกรรมจากคำรายงานของตนเอง มีข้อได้เปรียบหลักอยู่หลายประเด็น คือ เป็นวิธีที่ใช้กำลังคน เวลา และทุนน้อย นอกจากนี้ก็เป็นการสะดวกที่จะให้บุคคลตอบได้โดยไม่จำกัดที่หมาย บริเวณ หรือเวลาใด เช่น นักวิจัยอาจถามให้บุคคลตอบว่า ในรอบปีที่ผ่านมาเขาได้บริจาคเงินให้กับองค์การกุศลใดบ้างหรือไม่ ซึ่งพฤติกรรมเช่นนี้ หากนักวิจัยต้องไปสังเกตเอง ก็เป็นสิ่งที่ทำได้ยากมาก

### 1.2.3 เจตนา

เจตนาหรือเจตนาเชิงพฤติกรรม หมายถึง ความเป็นไปได้ของบุคคลที่จะยอมรับพฤติกรรมหนึ่ง ๆ ที่ถูกเสนอมาให้ (Ajzen & Fishbein, 1980) ตามทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล เจตนาเป็นตัวกำหนดพฤติกรรม แต่ไม่ได้หมายความว่า ผลการวัดเจตนาจะเป็นตัวทำนายพฤติกรรมได้แม่นยำเสมอไป อาจมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อความหนักแน่น

### 1.1.2) การวัดจากทางเลือกหลายทางเลือก เช่น

ในโอกาสหน้าฉันมีเจตนาจะซื้อยาตีพื้นควา

- \_ คอลเกต
- \_ คาร์ที
- \_ เปปโซเคนท์
- \_ ไกลซ์ซิด
- \_ เซ็นโซดาซัน
- \_ แชกท์
- \_ อื่นๆ คือ
- \_ ไม่ซื้อ

หรืออาจวัดเป็นร้อยละที่รวมกันแล้วเป็น 100 เช่น  
หลังจากจบแพทยศาสตรบัณฑิต เป็นไปได้.....

- \_ % ที่ฉันจะเลือกศึกษาต่อทางอายุรกรรม
- \_ % ที่ฉันจะเลือกศึกษาต่อทางศัลยกรรม
- \_ % ที่ฉันจะเลือกศึกษาต่อทางสูติ-นรีเวชกรรม
- \_ % ที่ฉันจะเลือกศึกษาต่อทางกุมารเวชกรรม
- \_ % ที่ฉันจะเลือกศึกษาต่อทางวิสัญญี
- \_ % ที่ฉันจะเลือกศึกษาต่อทางออร์โธปิดิกส์
- \_ % ที่ฉันจะเลือกไม่ศึกษาต่อ

กรณีข้างต้นนี้ไอเซ็นและทิมบาฮัน (1980) เห็นว่า บุคคลมี  
แนวโน้มสูงสุดที่จะทำพฤติกรรมที่เขาให้ค่าร้อยละสูงสุด

### 1.1.8) การวัดในเชิงปริมาณ เช่น

ฉันเจตนาจะบริจาคเงินให้สภาภาษาชาติไทยในปีนี้เป็นเงิน \_\_\_\_\_ บาท

1.2) การวัดเจตนาในด้านความดี เป็นแนวความคิดที่ขนานกับการวัด  
พฤติกรรม คือ การวัดเจตนาในเชิงความดีสัมบูรณ์และความดีสัมพัทธ์

#### 1.2.1) การวัดเจตนาในเชิงความดีสัมบูรณ์ เช่น

ในวันนี้ฉันเจตนาจะสูบบุหรี่ \_ มวน

#### 1.2.2) การวัดเจตนาในเชิงความดีสัมพัทธ์ เช่น

ในวันนี้ฉันเจตนาจะสูบบุหรี่ในจำนวนมวนที่คิดเป็นร้อยละ \_\_\_\_\_

ทั้งนี้ ไอเซ็นและพิชบาซัน (1980) เสนอเป็นกฎทั่วไปได้ว่า การวัดเจตนาของบุคคล เพื่อนำมาใช้ทำนายพฤติกรรมของบุคคลไม่สามารถนำมาใช้ทำนายขอบข่าย (extent) ขนาด (magnitude) หรือความถี่ของพฤติกรรมได้ คงจะทำนายได้เพียงว่า บุคคลทำหรือไม่ทำพฤติกรรมนั้น

2) เสถียรภาพของเจตนา แม้ว่าทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลจะระบุว่าเจตนาเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดของพฤติกรรม ก็ไม่ได้หมายความว่า ทฤษฎีนี้จะสามารถให้เจตนาของทุกคน ทำนายพฤติกรรมของทุกคนได้ ตัวแปรที่มีผลต่อเสถียรภาพของเจตนา ได้แก่

2.1) ระยะเวลาระหว่างการวัดเจตนากับการวัดพฤติกรรม โดยทั่วไปการวัดเจตนาที่ยิ่งทิ้งช่วงเวลาจากการวัดพฤติกรรมน้อยเพียงไร เจตนาที่มีโอกาสทำนายพฤติกรรมได้แม่นยำเพียงนั้น ทั้งนี้ถือเป็นเรื่องราวธรรมชาติของมนุษย์ที่หากยิ่งทิ้งช่วงเวลาระหว่างการวัดเจตนากับการวัดพฤติกรรมมากขึ้นเพียงไร โอกาสที่ตัวแปรอื่น ๆ จะเข้ามาแทรกซ้อน ทำให้เจตนาเปลี่ยนไปก็มีได้สูงขึ้น ดังนั้นเมื่อมีทางเลือก นักวิจัยควรวัดเจตนา ก่อนหน้าการวัดพฤติกรรมโดยทิ้งช่วงเวลาไม่มากนัก

2.2) เจตนาภายใต้เงื่อนไข (conditional intention) หากพฤติกรรมบางเรื่องที่ศึกษา มีโอกาสได้รับอิทธิพลจากตัวแปรภายนอกให้แปรเปลี่ยนได้มาก การวัดเจตนาภายใต้เงื่อนไข จะช่วยให้การทำนายพฤติกรรมทำได้แม่นยำขึ้น เช่น หากนักวิจัยศึกษาพฤติกรรมการซื้อรถยนต์ของผู้คนในห้วงเวลาที่ราคาน้ำมันขึ้นลงค่อนข้างมาก การถามเจตนาในการซื้อรถยนต์จึงควรถามเป็นเจตนาภายใต้เงื่อนไข เช่น ถามว่า "ใน 6 เดือนข้างหน้า หากราคาน้ำมันแพงกว่าปัจจุบันอีก 50% ท่านจะซื้อรถยนต์หรือไม่" น่าจะได้คำตอบเจตนาที่ทำนายพฤติกรรมได้แม่นยำกว่าการถามโดยไม่มีเงื่อนไข

2.3) เจตนาของกลุ่มคน (aggregate) โดยทั่วไปการเปรียบเทียบเจตนาของบุคคลกับพฤติกรรมของเขา อาจไม่สอดคล้องกันสำหรับทุกคน แต่โดยธรรมชาติของการวิจัยตามแนวทฤษฎีนี้ นักวิจัยมักพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างเจตนา กับพฤติกรรมของกลุ่มคนมากกว่า จะพิจารณาของรายบุคคล

2.4) ตัวแปรที่อยู่นอกเหนือการควบคุมของบุคคล แม้ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลจะจำกัดขอบข่ายการอธิบายเฉพาะพฤติกรรมที่บุคคลควบคุมได้ (volitional control) แต่บางกรณี อาจมีตัวแปรที่อยู่นอกเหนือการควบคุมของบุคคลเข้ามามีอิทธิพล ทำให้บุคคลไม่สามารถทำพฤติกรรมให้สอดคล้องกับเจตนาได้



## 2) เจตคติทางอ้อมหรือเจตคติที่วัดจากความเชื่อ

ความเชื่อตามทฤษฎีของฟิชไบน์และไอเซ็น (Fishbein & Ajzen, 1975; วีระพร อุวรรณไฉ, 2533) หมายถึง ความน่าจะเป็นโดยอัตนัย (subjective probability) ของบุคคลในการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างที่หมาย (object) ของความเชื่อกับลักษณะในตัว (attribute) หรือลักษณะโดยลักษณะในที่นี้หมายถึง ที่หมายอื่น มโนคติ (concept) เหตุการณ์ (event) เป้าหมาย (goal) คุณภาพ (quality) ผลกรรม (outcome) คุณค่า (value) คุณสมบัติ (property) ลักษณะภายนอก (characteristic) หรือลักษณะของบุคคล (trait) นอกจากนี้ ฟิชไบน์และไอเซ็น ใช้คำว่า ความเชื่อแทนความหนักแน่นของความเชื่อ (belief strength) ซึ่งหมายถึง ความน่าจะเป็นโดยอัตนัยของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับที่หมายและลักษณะเฉพาะอย่าง

คำว่าที่หมายข้างต้น ทั้งที่เป็นที่หมายของความเชื่อและที่หมายอื่น มีความหมายกว้าง แต่สามารถสรุปโดยส่วนรวมได้ว่า เป็นที่หมายทางจิต (psychological objects) ซึ่งหมายถึง อะไรก็ตามที่จิตของมนุษย์สามารถนึกถึงได้ เช่น บุคคล กลุ่มคน สถาบัน พฤติกรรม นโยบาย เหตุการณ์ มโนคติ ฯลฯ ที่หมายทางจิตอาจเป็นสิ่งที่มีความจริง เช่น ส่วนลุ่มพิณี หรือไม่มีตัวตน เช่น ประชาธิปไตย และที่หมายทางจิตอาจเป็นสิ่งที่พิสูจน์ได้โดยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ว่ามีจริง เช่น พลังงาน หรือยังไม่สามารถพิสูจน์ด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ว่ามีจริง เช่น วิญญาณ และลักษณะสำคัญประการสุดท้ายของที่หมายหรือที่หมายทางจิต คือ เมื่อมีการพูดถึงสิ่งนั้น ๆ ผู้อื่นสามารถเข้าใจถึงความหมายได้ตรงหรือค่อนข้างตรงกับที่ผู้พูดเจตนาให้หมายถึง

ฟิชไบน์และไอเซ็น (1975) แบ่งความเชื่อเป็น 3 ประเภท คือ

1. ความเชื่อที่เกิดจากประสบการณ์ตรง (descriptive belief) หมายถึง ความเชื่อที่เกิดจากการที่บุคคลได้มีประสบการณ์โดยตรงกับที่หมายของความเชื่อ โดยผ่านประสาทสัมผัสทั้ง 5 อย่างหนึ่งอย่างใดหรือหลายอย่าง คือ การเห็น การได้ยิน การได้สัมผัส การได้กลิ่น หรือการได้สัมผัส เช่น บุคคลเชื่อว่าดวงอาทิตย์ขึ้นทางทิศตะวันออก เพราะได้เห็นด้วยตาของตนเอง บุคคลเชื่อว่า นกขุนทองตัวที่เขาเห็นอยู่ออกเสียงว่า "มหาไคร" ได้เพราะเขาได้ยินด้วยหูของตนเอง บุคคลเชื่อว่า มะนาวผลที่เขาชิมอยู่มีรสเปรี้ยว บุคคลเชื่อว่า ดอกมะลิที่เขากำดมอยู่มีกลิ่นหอม และบุคคลเชื่อว่า น้ำแข็งที่เขาจับอยู่ทำให้รู้สึกเย็นที่มือ เป็นต้น
2. ความเชื่อที่เกิดจากการได้รับข่าวสาร (information belief) หมายถึง ความเชื่อที่เกิดจากการที่บุคคลได้รับข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ โดยที่บุคคลไม่เคยมีความเชื่อเช่นนั้นจากประสบการณ์ตรงมาก่อน นิยามนี้มีประเด็นที่ต้องขยายความเพิ่มเติมสองประเด็น ประเด็นแรก คือ แหล่งต่าง ๆ หมายถึง แหล่งของข่าวสารที่ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อ เช่น

ความเชื่อที่ผู้ตอบแต่ละคนตอบเรียกว่า ความเชื่อเด่นชัด (salient beliefs) ความเชื่อเหล่านี้เป็นความเชื่อที่กำหนดเจตคติของบุคคลในขณะหนึ่ง ๆ โดยปกติคนทั่วไปจะมีความเชื่อเด่นชัดระหว่าง 5 ถึง 9 ตัว ส่วนความเชื่อที่เลือกจากคนหมู่มากเรียกว่า ความเชื่อเด่นชัดที่มีความดีสูง (modal salient beliefs) ไอเซ็นและพิชบาฮ์น (1980) แนะนำให้นำความเชื่อเหล่านี้ไปสร้างเป็นมาตร  $b_i$  และ  $c_j$  เป็นขั้วคู่ คือ มีบวก-ลบ เช่น

หากฉันสูญบุหรืในช่วง 2 สัปดาห์ข้างหน้าจะทำให้เสียสุขภาพ

เป็นไปได้ : : : : : เป็นไปไม่ได้  
 +3 +2 +1 0 -1 -2 -3

**การเสียสุขภาพสำหรับฉันเป็นสิ่งที่ดี**

ดี : : : : : เลว  
 +3 +2 +1 0 -1 -2 -3

การให้คะแนนความหนักแน่นของความเชื่อและการประเมินผลของการกระทำไอเซ็นและพิชบาฮ์น (1980) ระบุชัดเจนว่า การให้คะแนนความหนักแน่นของความเชื่อ ( $b_i$ ) และการประเมินผลของการกระทำ ( $c_j$ ) ให้ทำแบบขั้วคู่ (bipolar) คือ ให้คะแนนเป็นลบและบวก เช่น จาก -3 ผ่านศูนย์ไปยัง +3

การวัดความเชื่อและเจตคติต่อพฤติกรรมสามารถวัดได้ 2 ระดับ

คือ

1. การวัดระดับทั่วไป (general measure) เช่น การสูญบุหรืเป็นอันตรายต่อสุขภาพ
2. การวัดระดับบุคคล (personal measure) เช่น การสูญบุหรืของฉันท้เป็นอันตรายต่อสุขภาพของฉันท้

ตามทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล การวัดความเชื่อและการวัดเจตคติต่อพฤติกรรมที่จะนำไปทำนายเจตนาเชิงพฤติกรรมจะต้องเป็น "การวัดระดับบุคคล" ไม่ใช่ "การวัดระดับทั่วไป" ตัวอย่างเช่น เจตคติของบุคคลที่จะทำนายเจตนาในการสูญบุหรืของเขาเอง เช่นข้อความที่จะให้ตอบคว้ยมาตรจ้แนกความหมายจะมีว่า "การสูญบุหรืของฉันท้..."







จากนั้นนำคำตอบไปจัดกลุ่มและเรียงลำดับจากความถี่สูงไปสู่ความถี่ต่ำ แล้วคัดเลือกเฉพาะแหล่งอ้างอิงเด่นชัดที่มีความถี่สูงไปใช้ ไอเซ็นและพิชานัน (1980) ไม่ได้เสนอเกณฑ์ในการคัดเลือกไว้อย่างชัดเจน เหมือนกับที่เสนอในการเลือก  $b_i$  แต่อาจประยุกต์เกณฑ์ในการเลือก  $b_i$  มาใช้โดยอนุโลมได้ แหล่งอ้างอิงที่ผู้ตอบแต่ละคนตอบเรียกว่า แหล่งอ้างอิงเด่นชัด (salient referents) และแหล่งอ้างอิงที่คิดไปใช้ในการสร้างมาตรวัดเรียกว่า แหล่งอ้างอิงเด่นชัดที่มีความถี่สูง (modal salient referents) จากนั้นก็นำแหล่งอ้างอิงไปสร้างมาตรวัด NBj

ตัวอย่าง

หัวข้อของฉันทัดคิดว่าฉันทควรศึกษาต่อทางอาชุรกรรมหลังจากจบแพทยศาสตรบัณฑิต

เป็นไปได้ : : : : : : : เป็นไปไม่ได้  
+3 +2 +1 0 -1 -2 -3

และสร้างมาตรวัด MC<sub>j</sub> ดังตัวอย่าง

โดยทั่วไปฉันทต้องการทำในสิ่งที่หัวข้อของฉันทต้องการให้ทำ

เป็นไปได้ : : : : : : : เป็นไปไม่ได้  
+3 +2 +1 0 -1 -2 -3

การให้คะแนน SN ทางตรง และ NB ให้ทำแบบขั้วคู่ (bipolar) คือ ให้คะแนนเป็นลบและบวกเช่น จาก -3 ผ่านศูนย์ไปยัง +3

สำหรับการวัด MC มีข้อพิจารณาเป็น 2 ประเด็น คือ

(1) ระดับการวัด MC พิชานันและไอเซ็น (1975) อธิบายว่าการวัด MC อาจทำได้เป็น 3 ระดับความจำเพาะ คือ ระดับทั่วไป เช่น เวลาถามก็ถามว่า "โดยทั่วไปฉันทต้องการทำในสิ่งที่หัวข้อฉันทต้องการให้ทำ..." หรือวัดลงมา เฉพาะด้านของพฤติกรรม (behavioral domain) เช่น "ในเรื่องเกี่ยวกับการศึกษาฉันทต้องการทำในสิ่งที่หัวข้อฉันทต้องการให้ทำ..." หรือวัดลงมาเป็นพฤติกรรมที่จำเพาะ เช่น "ในเรื่องเกี่ยวกับการศึกษาต่อฉันทต้องการทำในสิ่งที่หัวข้อฉันทต้องการให้ทำ..." พิชานันและไอเซ็น (1975) เสนอให้วัดในระดับทั่วไป และอธิบายว่า หากวัดในระดับพฤติกรรมที่จำเพาะ MC จะทำหน้าที่คล้าย  $\beta_2$  ซึ่งเป็นเรื่องเฉพาะพฤติกรรม

ที่เป็นน้ำหนักดวง SN คอมาไอเซ็นและพิชบาซัน (1980) ก็ยังเสนอให้วัดในระดับทั่วไปอีก

(2) การให้คะแนน MC ให้คะแนนเป็นแบบขั้วเดียว (unipolar) คือ ให้คะแนนจาก 1 ถึง 7 โดยไอเซ็นและพิชบาซัน (1980) ให้เหตุผลว่า เพราะผู้คนมีแนวโน้มน้อยที่จะทำในสิ่งตรงกันข้ามกับที่แหล่งอ้างอิงเด่นชัดคิดว่าเขาควรทำ

สรุปได้ว่าทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล ใช้ทำความเข้าใจ อธิบาย และทำนายพฤติกรรมที่บุคคลมีแนวโน้มจะคิดใคร่ครวญก่อน การกระทำพฤติกรรมถูกกำหนดโดยเจตนาเชิงพฤติกรรมที่จะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมนั้น เจตนาเชิงพฤติกรรมถูกกำหนดโดยเจตคติต่อพฤติกรรมนั้น และการกล้อยตามกลุ่มอ้างอิง เจตคติต่อการทำพฤติกรรมนั้นได้รับอิทธิพลจากความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำพฤติกรรมนั้น กับการประเมินผลของการกระทำต่าง ๆ ส่วนการกล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ก็ได้รับอิทธิพลจากความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิงกับแรงจูงใจที่จะกล้อยตามกลุ่มอ้างอิง

## 2. รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model)

สาระสำคัญของรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพสรุปได้ดังนี้ (Rosenstock, 1974)

แนวความคิดของรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ สร้างขึ้นจากแนวความคิดเกี่ยวกับ "ช่องว่างแห่งชีวิต" (life space) ซึ่งคิดขึ้นครั้งแรกโดยนักจิตวิทยาชื่อ Kurt Lewin แนวความคิดของช่องว่างแห่งชีวิตมีข้อสมมติว่า บุคคลจะหันเหตนเองไปสู่พื้นที่ (ในช่องว่างของชีวิต) ที่บุคคลให้คุณค่าเชิงบวก และขณะเดียวกันจะหลีกเลี่ยงจากพื้นที่ที่ให้คุณค่าเชิงลบ คำว่า "โรค" (disease) ตามแนวความคิดของรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง สิ่งที่ให้คุณค่าเชิงลบของช่องว่างแห่งชีวิต และบุคคลจะหลีกเลี่ยง "บริเวณ" นั้น ตราบเท่าที่การหลีกเลี่ยงของเขาไม่เป็นสาเหตุทำให้เขาเคลื่อนตัวไปสู่ช่องว่างที่มีคุณค่าเชิงลบที่มีปริมาณมากขึ้น โรเจอร์สตีอก (1974) อธิบายว่า บุคคลควรมีแนวโน้มมากที่สุด ที่จะทำในสิ่งที่จะหลีกเลี่ยงการเป็นโรคหนึ่งได้หากเขาเชื่อว่า

- 1) ตัวเขาเองมีความเป็นไปได้ของการเกิดโรค
- 2) การเกิดโรคนั้น จะทำให้เกิดผลทางลบอย่างน้อยที่สุดในระดับปานกลางต่อบางส่วนของชีวิตเขา และ

3) การทำบางอย่างจะเป็นข้อได้เปรียบ เพื่อลดความเป็นไปได้ของการเกิดโรค หรือหากโรคนั้นเกิดขึ้นแล้ว ก็จะทำให้ความร้ายแรงลดลง และจะไม่ทำให้เขาต้องเอาชนะอุปสรรคทางจิตที่สำคัญ เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวกสบาย ความเจ็บปวด หรือความอับอาย

รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพนี้ ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญที่ไขว้กันโดยพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลดังต่อไปนี้

1. ความเป็นไปได้ของการเกิดโรคด้านการรับรู้ (perceived susceptibility) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อความเป็นไปได้ หรือมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ซึ่งการรับรู้นี้อาจแสดงออกมาในลักษณะของความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงความเป็นไปได้ของการเกิดโรคร้าย และความรู้สึกของบุคคลขณะเจ็บป่วยต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนอื่นๆ

2. ความร้ายแรงของโรคตามการรับรู้ (perceived seriousness) หมายถึง การรับรู้ที่บุคคลเป็นผู้ประเมินด้วยตนเองในด้านความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย ซึ่งก่อให้เกิดความพิการและเสียชีวิต ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา หรือสามารถทำงานต่อไปได้อีกหรือไม่ นอกจากนี้ ความรุนแรงของโรคจะมีผลต่อบุคคลที่เจ็บป่วยแล้ว ยังมีผลกระทบต่อบุคคลอื่นร่วมด้วย เช่น ผู้ร่วมงาน บุคคลในสังคม บทบาท และความสัมพันธ์ในสังคมเปลี่ยนแปลงไป บุคคลอาจตัดสินใจระดับความร้ายแรงของโรค จากปัจจัย 2 อย่าง คือ ระดับการกระตุ้นทางอารมณ์ที่เกิดขึ้น จากความคิดของการเกิดโรค และความเชื่อที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคล เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น

3. ข้อได้เปรียบตามการรับรู้เกี่ยวกับการกระทำ และอุปสรรคตามการรับรู้เกี่ยวกับการกระทำ (perceived benefits of taking action and barrier to taking action) การยอมรับความเป็นไปได้ของการเกิดโรคของบุคคลนั้น เป็นความเชื่อที่รุนแรง ทำให้นักถึงแรงที่นำไปสู่การกระทำ แต่ไม่ได้หมายความว่า แรงนั้นเป็นส่วนหนึ่งของการกระทำ ทิศทางของการกระทำถูกความคิดซึ่งมีอิทธิพลจากความเชื่อ ซึ่งถือว่า ความมีประสิทธิภาพของทางเลือกมีประโยชน์ในการลดการคุกคามของโรค พฤติกรรมของบุคคลขึ้นอยู่กับข้อได้เปรียบ หรือผลประโยชน์ที่ได้รับ สิ่งที่เป็นไปได้น้อยที่สุดในการกระทำหนึ่ง ๆ คือ ความเป็นไปได้โดยอัตโนมัติ ตัวอย่างเช่น ข้อได้เปรียบถ้าสิ่งนั้นสัมพันธ์โดยอัตโนมัติต่อการลดลงของความเป็นไปได้ หรือความร้ายแรงของโรค ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความมีประโยชน์ และความมีประสิทธิภาพของการกระทำต่าง ๆ และไม่ใช่ว่าความจริงโดยปรนัยเกี่ยวกับความมีประสิทธิภาพของการกระทำสิ่งเหล่านี้คือ สิ่งที่เขาจะกระทำในทางกลับกัน ความเชื่อของเขาในขอบเขตนี้มีอิทธิพลอย่างไม่ต้องสงสัยจากบรรทัดฐานและความกดดันของกลุ่มสังคม การวินิจฉัยโรคมะเร็งถ้าเขาอาจสะท้อนให้เห็นข้อขัดแย้งระหว่าง

1) ความหนักแน่นของความเป็นไปได้ของการเกิดโรค ซึ่งถือว่าโรคมะเร็งเป็นโรคที่ร้ายแรงมากที่สุด

2) มั่นใจว่าไม่มีวิธีการใดที่ได้ผลในการป้องกันและ/หรือควบคุมโรค

บุคคลอาจเชื่อว่า การกระทำที่กระทำออกไปนั้นจะมีประสิทธิภาพในการลดการคุกคามของโรค แต่ขณะเดียวกัน พบว่า การกระทำที่กระทำออกไปนั้น ไม่สะดวกสบาย เสียค่าใช้จ่ายสูง ไม่น่าพึงพอใจ เกิดความเจ็บปวด หรือร้อนกร้อนใจ สิ่งเหล่านี้เป็นข้อทางลบของการกระทำเพื่อสุขภาพ ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการกระทำ และกระตุ้นแรงจูงใจให้เกิดความขัดแย้งในการหลีกเลี่ยง การแก้ปัญหาต่าง ๆ ของความขัดแย้งเป็นความคิดที่เป็นไปได้ ถ้าความพร้อมของการกระทำอยู่ในระดับสูง และข้อทางลบมีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีน้ำหนัก ในอีกด้านหนึ่ง ถ้าความพร้อมของการกระทำอยู่ในระดับต่ำ ขณะที่ศักยภาพของข้อทางลบมีน้ำหนัก ข้อทางลบนี้จะทำหน้าที่เป็นอุปสรรคในการป้องกันการกระทำนั้น

ถ้าความพร้อมของการกระทำมีมาก และอุปสรรคของการกระทำมีมากด้วย ความขัดแย้งที่น่ามาพิจารณาเป็นสิ่งที่ยากมากกว่าการแก้ปัญหา บุคคลเมื่อได้รับคำแนะนำมาก เขาจะกระทำเพื่อลดความเป็นไปได้ของการเกิดโรคตามการรับรู้ หรือลดการกระทำที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ เมื่อสุขภาพปกติจะมีแรงจูงใจในระดับสูง เพื่อหลีกเลี่ยงการกระทำที่ไม่น่าพึงพอใจ หรือก่อให้เกิดความเจ็บปวด บางครั้งการกระทำที่สามารถเลือกได้ และมีประสิทธิภาพใกล้เคียงกัน อาจเป็นประโยชน์สำหรับบุคคลหนึ่งได้ ตัวอย่างเช่น บุคคลที่รู้ดีกว่าถูกคุกคามจากโรควัณโรค แต่กลัวอันตรายจากการเอกซเรย์ เขาอาจจะเลือกทำการทดสอบเพื่อตรวจหาวัณโรค โดยการฉีดยาเข้าในชั้นผิวหนัง (tuberculin test)

แต่ถ้าสถานการณ์ไม่เอื้ออำนวยให้บุคคลกระทำพฤติกรรม เช่น การเลือกการกระทำที่จะแก้ปัญหาข้อขัดแย้งจากการทดลองหนึ่งที่อยู่ภายนอกพื้นที่สุขภาพได้เสนอแนะว่า

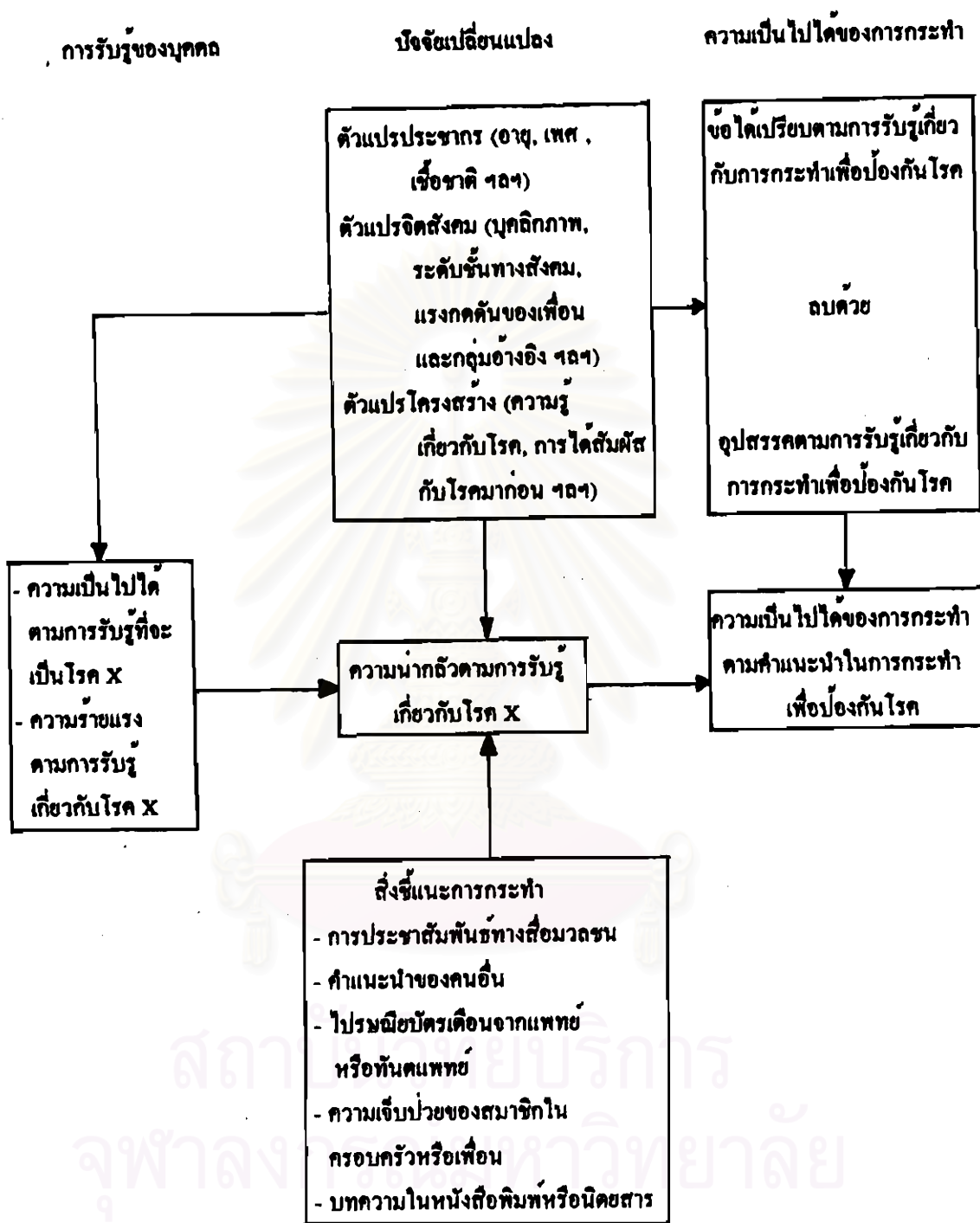
1) บุคคลอาจพยายามปรับสภาพจิตใจของตนเองจากสถานการณ์ข้อขัดแย้งนั้น โดยเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งไม่ได้ลดการคุกคามโดยแท้จริง ตัวอย่างเช่น บุคคลที่รู้ดีกว่าถูกคุกคามด้วยโรคมะเร็งปอดเขาเชื่อว่า การเลิกสูบบุหรี่จะลดอัตราเสี่ยงลงได้ แต่ถ้าการสูบบุหรี่ของเขาเป็นสิ่งที่หยุดไม่ได้ เขาจะเลิกสูบบุหรี่ทันที หรือลดปริมาณการสูบลง แรงกดดันที่เกิดขึ้นเกิดจากความแตกต่างระหว่างอุปสรรค และข้อได้เปรียบตามการรับรู้

2) ปฏิกริยาที่เป็นไปได้ก่อให้เกิดความกลัว หรือความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น ถ้าความวิตกกังวล หรือความกลัวนั้น กลับกลายเป็นว่ามีน้ำหนักเพียงพอ บุคคลอาจจะไม่สามารถคิดโดยปรนัย และแสดงพฤติกรรมอย่างมีเหตุผลเกี่ยวกับปัญหานั้น แม้ว่าในภายหลังเขาจะได้รับข้อเสนอมที่มีประสิทธิภาพมากกว่าเดิม แต่เขาอาจจะไม่ยอมรับสิ่งนั้น เนื่องจากไม่ได้พิจารณาเกี่ยวกับเนื้อหานั้น

4. **สิ่งชี้แนะการกระทำ (cues to action)** ปัจจัยที่เป็นสิ่งชี้แนะที่จำเป็นต่อการกระทำอันเหมาะสม คือ การรวมระดับของความเป็นไปได้ และความร้ายแรงของโรค ซึ่งเป็นพลังงานหรือแรงที่จะกระทำ และรับรู้ข้อได้เปรียบต่อการกระทำนั้น การรวมของสิ่งเหล่านี้ น่าจะพิจารณาระดับของความเข้ม ซึ่งไม่ได้รวมผลัดพรในการกระทำที่แสดงออกมา นอกจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการในการเคลื่อนไหวในพื้นที่สุขภาพ เช่น เหตุการณ์หรือสิ่งชี้แนะ อาจจะเป็นสิ่งที่อยู่ภายใน (เช่น การรับรู้ระบบภายในร่างกาย) หรือเป็นสิ่งที่อยู่ภายนอก (เช่น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล, ผลของการสื่อสารมวลชน, การได้รับไปรษณียบัตรเตือนจากทันตแพทย์)

ความเข้มของสิ่งชี้แนะในปริมาณเพียงพอที่จะกระตุ้นพฤติกรรม ซึ่งได้คาดคะเนไว้ให้เปลี่ยนแปลงไปตามความแตกต่างในระดับของความเป็นไปได้ของการเกิดโรค และความร้ายแรงของโรค การยอมรับความสัมพันธ์ของความเป็นไปได้ของการเกิดโรค และความร้ายแรงของโรคในระดับต่ำราวกันว่า ใช้สิ่งกระตุ้นในปริมาณมากให้เกิดการตอบสนองในอีกด้านหนึ่ง ความสัมพันธ์ในระดับสูงของความเป็นไปได้ของการเกิดโรค และความร้ายแรงของโรคตามการรับรู้ แม้ว่าจะใช้สิ่งกระตุ้นในปริมาณเล็กน้อย ก็อาจเพียงพอได้ ตัวอย่างเช่น ในสิ่งที่เหมือนกัน บุคคลยอมรับได้ยากมากเกี่ยวกับความเป็นไปได้ของการเกิดโรค ซึ่งไม่เหมือนกับการตรวจสอบสุขภาพของเขา จนกระทั่ง เขาได้มีประสบการณ์เกี่ยวกับสิ่งชี้แนะนั้นมากขึ้น หรือในอีกแง่หนึ่ง บุคคลยอมรับได้ทันทีเกี่ยวกับความเป็นไปได้ของการเกิดโรค คือ เป็นสิ่งกระตุ้นให้เขากระทำพฤติกรรม โดย การไปหน่วยเอกซเรย์เคลื่อนที่หรือเชื่อถือข้อมูลจากไปตเตอร์

5. **ตัวแปรอื่น ๆ (other variables)** ตัวแปรแรงจูงใจ เป็นมโนคติที่เด่นชัดของสุขภาพและความเจ็บป่วยของแต่ละบุคคล แรงจูงใจเป็นตัวแปรที่เกิดขึ้นในภายหลัง เราเชื่อว่า การรับรู้ความเป็นไปได้ของการเกิดโรค และความร้ายแรงของโรค เป็นสิ่งจูงใจอย่างหนึ่ง นอกจากนี้ ตัวแปรประชากร ตัวแปรจิตสังคม และตัวแปรโครงสร้าง ถูกนำมาเข้าเงื่อนไขการรับรู้ของบุคคล และข้อได้เปรียบตามการรับรู้เกี่ยวกับการกระทำเพื่อป้องกันโรค ดังแสดงในแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Rosenstock, 1974; ชีระพร อุวรรณโณ, ม.ป.ป.)



### 8. การสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจ (Persuasive Communication)

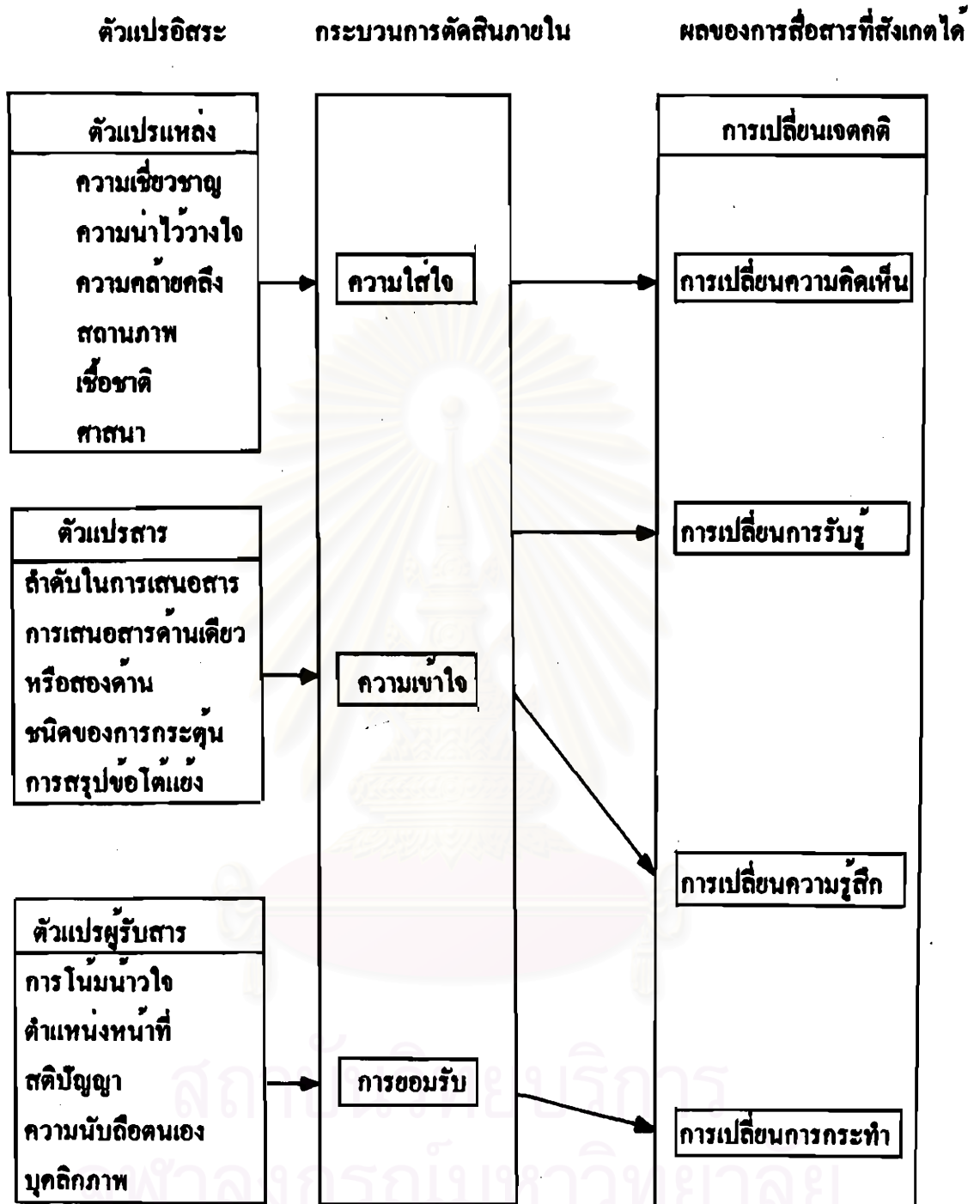
โฮฟแลนด์ และคณะ (Hovland, Janis & Kelley, 1953; Hovland, 1957; Hovland & Janis, 1959; Hovland & Rosenberg, 1960 : Sherif & Hovland, 1961) ให้นิยามของการสื่อสาร (communication) คือ กระบวนการที่บุคคลหนึ่ง (ผู้ส่งสาร) ถ่ายทอดสาร (มักจะใช้วจนภาษา) ไปยังอีกบุคคลหนึ่ง เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลนั้น (ผู้รับสาร) งานวิจัยส่วนใหญ่สนใจว่า "ใครพูดอะไรกับใครและผลเป็นอย่างไร" และได้มีการสำรวจว่า "การเปลี่ยนเจตคติ (ผล) เปลี่ยนได้อย่างไร ถูกอิทธิพลโดยตัวแปรในลักษณะของแหล่งการสื่อสาร (ใคร), สาร (อะไร) และ ผู้รับสาร (ใคร)

การสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจประกอบด้วยตัวแปรอิสระคือ แหล่ง สาร และผู้รับสาร ตัวแปรตามคือ ความใส่ใจ ความเข้าใจ และการยอมรับ สำหรับตัวแปรอิสระแต่ละตัว มีตัวแปรย่อย ดังแสดงในแผนภาพที่ 3

จุดมุ่งหมายของการสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจคือ การเปลี่ยนความเชื่อปฐมภูมิ ซึ่งรวมไปถึงเจตคติ เจตนา หรือพฤติกรรม โดยการใช้สารเป็นสื่อกลางในการโน้มน้าวใจ โครงสร้างของสาร ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ข้อโต้แย้ง (argument) และเหตุการณ์จริง (factual evidence) ที่สนับสนุน ข้อโต้แย้ง การเลือกข้อโต้แย้งมาใช้ให้เหมาะสมนั้น ข้อโต้แย้งส่วนหนึ่งจะเป็นความเชื่อปฐมภูมิ ภายใต้ตัวแปรเป้าหมาย หรือสิ่งที่มีอิทธิพลต่อความเชื่อปฐมภูมิ ข้อโต้แย้งของสารที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเฉพาะ มักจะเป็นข้อความเชื่อซึ่งเชื่อมโยงที่หมายของพฤติกรรม กับคุณลักษณะทางบวก หรือทางลบ ตัวอย่างเช่น สารอาจจะมีผลในการเปลี่ยนเจตคติต่อที่หมายของผู้รับสาร เพราะ ข้อโต้แย้งนั้นประกอบด้วยความเชื่อปฐมภูมิของตัวแปร แต่บางครั้งอาจจะไม่มีผลต่อพฤติกรรมก็ได้

ในการเปลี่ยนพฤติกรรม หรือเจตนาซึ่งพฤติกรรมโดยใช้ความเชื่อปฐมภูมิ ซึ่งเป็นความเชื่อเกี่ยวกับการกระทำพฤติกรรม ข้อโต้แย้งของสารที่ใช้จะเป็นข้อความเกี่ยวกับผลของการกระทำพฤติกรรม และไม่ใช้คุณลักษณะของที่หมายของพฤติกรรม (Fishbein & Ajzen, 1981)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



แผนภาพที่ 8 การสื่อสารและการโน้มน้าวใจภายใต้การศึกษาของเฮลด์  
(อยู่บนพื้นฐานของ Hovland & Janis, 1959)

การทำความเข้าใจผลของการสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจให้ละเอียดจะต้องศึกษาถึง 3 ด้านคือ (Fishbein, Ajzen & McArdle, 1980)

- 1) การยอมรับสารของผู้รับสาร (acceptance)
- 2) การยอมเชื่อตามสารของผู้รับสาร (yielding)
- 3) ผลกระทบต่อความเชื่อ (impact effect)

1) การยอมรับสารของผู้รับสาร หมายถึง การยอมรับที่บุคคลเชื่อตามเรื่องนั้นๆ เช่น บุคคลอาจเชื่อหรือยอมรับว่า "การสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ" โดยได้ข้อมูลจากหลายๆ ด้าน แล้วมาหาข้อสรุปเอง การยอมรับสาร อาจเกิดขึ้นโดยบุคคลไม่เคยได้รับสารที่มีข้อโต้แย้งโดยตรงว่า "การสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ"

2) การยอมเชื่อตามสารของผู้รับสาร หมายถึง การเปลี่ยนการยอมรับข้อความเชื่อ ซึ่งเป็นผลจากการได้รับทราบสาร เช่น ผู้รับสารเปลี่ยนความน่าจะเป็นโดยอ้อมคือว่า "การสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ" จาก 0.40 ถึง 0.70 มีการยอมเชื่อตามสาร 30% ของคะแนนความน่าจะเป็น

3) ผลกระทบต่อความเชื่อ หมายถึง ผลทางอ้อมที่เกิดต่อความเชื่ออื่นๆ ที่ไม่ได้ระบุไว้อย่างชัดเจนในสาร เช่น โฆษณาทางโทรทัศน์ ว่า "ผงซักฟอก" X มีพลังซักฟอกสูง" ผู้ฟังอาจยอมเชื่อตาม (yielding) และผู้ฟังอาจอนุมานต่อไปว่า "ผงซักฟอก X เป็นอันตรายต่อเสื้อผ้า" ดังนั้นผลของการโฆษณา อาจต่างไปจากที่ผู้โฆษณาประสงค์ เกิดคำถามว่า กรณีนี้ "เราจะป้องกันผลกระทบได้อย่างไร?"

งานวิจัยของเจนิสและเฟชแบค (Janis & Feshbach, 1953) ที่เป็นงานวิจัยคลาสสิกในการกระตุ้นความกลัว ผู้วิจัยได้ทำการทดลองกับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยให้ฟังคำบรรยายเรื่องสุขภาพฟัน ข้อความในคำบรรยายเกี่ยวกับผลของการกระทำจากการดูแลรักษาฟันที่ไม่ถูกต้อง และคำแนะนำ 5 ข้อ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัยในช่องปาก ตัวอย่างเช่น ในเงื่อนไขกระตุ้นความกลัวมาก ได้อธิบายผลของการดูแลรักษาฟันที่ไม่ถูกต้อง ทำให้เกิดอันตรายกับอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย เช่น ความเจ็บปวดจากการปวดฟัน เหงือกอักเสบ มีปัญหาในการเคี้ยว และกลิ่นอาหาร มีแผลในปาก มะเร็ง อัมพาต และตาบอดได้ แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 4 เงื่อนไข เงื่อนไขละ 50 คน ดังนี้ เงื่อนไขกระตุ้นให้เกิดความกลัวมาก กลัวปานกลาง กลัวน้อย และเงื่อนไขควบคุมที่ฟังสารคล้าย 3 เงื่อนไขแรก แต่เป็นเรื่องเกี่ยวกับโครงสร้างและหน้าที่ของคานมนุษย์

ผลการวิจัยพบว่า สารกระตุ้นความกลัวมากมีอิทธิพลน้อยในการเปลี่ยนพฤติกรรม ให้เป็นไปตามทิศทางของสาร ชีบาวได้ว่า สารกระตุ้นความกลัวมากไม่มีผลในการเปลี่ยน ผลกระทบต่อความเชื่อ กล่าวคือผู้รับสารยอมรับข้อโต้แย้งหลักของสาร และเชื่อว่าการดูแลรักษาฟัน ที่ไม่ถูกต้อง จะต้องถูกถอนฟัน เป็นมะเร็ง อัมพาต คาบอด มีแผลในปาก มีปัญหาในการเคี้ยว และกลิ่นอาหาร และเหงือกอักเสบ

ในการศึกษาของแมคคาร์เดิล (McArdle, 1972 อ้างถึงใน Fishbein & Ajzen, 1981) ให้ผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรังได้รับฟังสารโน้มน้าวใจในการเซ็นชื่อเข้าหน่วยรักษาโรคพิษสุราเรื้อรัง (ATU) ในโรงพยาบาลทหารผ่านศึก โดยให้ผู้ช่วยฟังสารโน้มน้าวใจหนึ่งในสามแบบ ซึ่งสารโน้มน้าวใจ แต่ละแบบมีข้อโต้แย้ง 10 ข้อความ สารที่แมคคาร์เดิลใช้ในการโน้มน้าวใจไม่มีตามแบบดังนี้

1. สารกระตุ้นความกลัว เป็นการเชื่อมโยงระหว่างการดื่มเหล้าต่อไปกับผลทางลบที่จะเกิดขึ้น 10 ข้อ เช่น เป็นอันตรายต่อสุขภาพร่างกาย และสุขภาพจิต ทำให้ความสัมพันธ์กับครอบครัว และนายจ้างเลวลง และมีอิสระน้อยขณะอยู่ในโรงพยาบาล
2. สารทางลบ เป็นการเชื่อมโยงระหว่าง การไม่เซ็นชื่อเข้า ATU กับผลทางลบที่จะเกิดขึ้น 10 ข้อ ซึ่งผลทางลบคล้ายกับสารโน้มน้าวใจกระตุ้นความกลัว
3. สารทางบวก เป็นการเชื่อมโยงระหว่าง การเซ็นชื่อเข้า ATU กับผลทางบวกที่จะเกิดขึ้น 10 ข้อ ผลทางบวกเหล่านี้คือ ผลที่ตรงกันข้ามกับผลทางลบ เช่น สารระบุว่า การเซ็นชื่อเข้า ATU จะทำให้สุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตของผู้ป่วยดีขึ้น ทำให้ความสัมพันธ์กับครอบครัว และนายจ้างดีขึ้น และมีอิสระมากขึ้นขณะอยู่ในโรงพยาบาล

สารทั้งสามแบบจบท้ายด้วยการแนะนำให้หลีกเลี่ยงผลทางลบที่จะเกิดขึ้น โดยผู้ป่วยควรจะเซ็นชื่อเข้า ATU

ผลการวิจัยพบว่า สารสามแบบให้ผลทางตรงและทางอ้อมแตกต่างกันมาก โดยผู้ป่วยชอบเชื่อตามข้อโต้แย้งในสารทางบวกและสารทางลบ ส่วนสารกระตุ้นความกลัว ผู้ป่วยชอบเชื่อตามข้อโต้แย้งในสารเล็กน้อย ผู้ป่วยที่ได้รับฟังสารกระตุ้นความกลัว มีการยอมรับผลทางลบที่เกิดจากการดื่มเหล้าต่อไปน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับฟังสาร ผู้ป่วยที่ได้รับฟังสารทั้งสามแบบ มีผลกระทบต่อนความเชื่อที่ไม่ได้ระบุในสารแตกต่างกัน คือ ผู้ป่วยที่รับฟังสารทางบวก ชอบเชื่อตามข้อโต้แย้งที่ระบุในสารเพิ่มขึ้นว่า การเซ็นชื่อเข้า ATU จะนำไปสู่ผลทางบวกต่าง ๆ และมีการเปลี่ยนความเชื่อเพิ่มเติมว่า การไม่เซ็นชื่อเข้า ATU จะนำไปสู่ผลทางลบต่าง ๆ ส่วนสารกระตุ้นความกลัว กลับให้ผลตรงกันข้ามคือ ผู้ป่วยกลับเปลี่ยนความเชื่อไปในทิศทางที่เป็นไปไม่ได้เล็กน้อย

ที่การเซ็นชื่อเข้า ATU จะนำไปสู่ผลทางบวก และเป็นไปไม่ได้เล็กน้อย ที่การไม่เซ็นชื่อเข้า ATU จะนำไปสู่ผลทางลบ สารทางบวก และสารทางลบเพิ่มจำนวนของผู้ป่วยที่เซ็นชื่อเข้า ATU ส่วนสารกระตุ้นความกลัวลดจำนวนของผู้ป่วยที่เซ็นชื่อเข้า ATU

ผลการวิจัยนี้ มีความสำคัญในการประเมินผลทางตรง และผลทางอ้อมของสารคือ ความเชื่อปรุณภูมิ สามารถนำผลการวิจัยมาอธิบายการสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจมีผลเล็กน้อยคือ ตัวแปรเจตคติ เจตนา และพฤติกรรม เช่น ในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับทั้งสารกระตุ้นความกลัวมาก ในการวิจัยของแอนนิสและเฟลเชก หรือผลบูมเมอแรง (boomerang effect) ของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับทั้งสารกระตุ้นความกลัวของแมคคาร์เทิล

จากการทบทวนทฤษฎี ความเชื่อปรุณภูมิเปรียบเสมือนสัณยภาพของพฤติกรรมที่แสดงออกมา ความเชื่อเหล่านี้เกี่ยวข้องกับผลกระทบของการกระทำพฤติกรรม และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเด่นชัด สารที่มีประสิทธิภาพจะต้องมีอิทธิพลต่อความเชื่อปรุณภูมิเหล่านี้ ผลของสารในทางตรงนั้น จะไปเพิ่มการยอมรับสารและการยอมรับตามสาร มีความสำคัญเท่าเทียมกับ สารที่ให้ผลทางอ้อม โดยมีผลกระทบคือความเชื่อปรุณภูมิที่ไม่ได้ระบุไว้อย่างชัดเจนในสาร ผลกระทบต่อความเชื่อ บางอย่างอาจจะเกิดจากความตั้งใจ แต่สิ่งอื่นอาจจะไม่เคยมองเห็นมาก่อน และอาจจะไม่ได้คาดหวัง ผลลัพธ์ไว้ล่วงหน้า การเปลี่ยนความเชื่อปรุณภูมิในปริมาณเล็กน้อย อาจไม่เพียงพอที่จะนำไปเปลี่ยน พฤติกรรม การสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจที่มีประสิทธิภาพ จะต้องเปลี่ยนความเชื่อปรุณภูมิ อย่างเพียงพอ และมีอิทธิพลต่อเจตคติคือพฤติกรรม หรือการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การเปลี่ยน องค์ประกอบอย่างใดอย่างหนึ่ง จะมีอิทธิพลต่อเจตนาซึ่งพฤติกรรมก็คือเมื่อการเปลี่ยนนั้นมีน้ำหนัก อย่างมีนัยสำคัญในการทำนายเจตนาซึ่งพฤติกรรม สุดท้ายนี้ การเปลี่ยนเจตนาซึ่งพฤติกรรมจะมีผล ในการเปลี่ยนพฤติกรรมได้นั้น ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์อันหนักแน่นของเจตนาซึ่งพฤติกรรม และ พฤติกรรม สิ่งสำคัญคือ มีหลายขั้นตอนที่เข้ามาแทรกแซงระหว่างการนำเสนอข่าวสาร และการเปลี่ยนพฤติกรรม การสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจที่สมบูรณ์ จะต้องพิจารณากระบวนการเหล่านี้ ทั้งหมดว่า สิ่งนั้นเข้าไปแทรกแซงระหว่างข่าวสารที่ได้รับ และการเปลี่ยนพฤติกรรมหรือไม่

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แมคคาร์เดิล (Fishbein, Ajzen, & McArdle, 1980) ต้องการทดสอบรูปแบบการเปลี่ยนความเชื่อของพืชมานและไอเซ็น กับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทหารผ่านศึกแห่งหนึ่ง และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง (alcoholism) ในอดีตผู้ป่วยประเภทนี้มีเพียงร้อยละ 50 ที่ยินดีจะเข้ารับการรักษาในหน่วยรักษาโรคพิษสุราเรื้อรัง (Alcoholic Treatment Unit ย่อว่า ATU) แมคคาร์เดิล เริ่มต้นด้วยการให้ผู้ป่วยแต่ละคนตอบแบบสอบถาม เจตคติ ความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำ การประเมินผลของการกระทำ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง แรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และเจตนาเชิงพฤติกรรม ในการเซ็นชื่อเข้าและไม่เซ็นชื่อเข้า ATU และมีข้อหนึ่งถามให้ผู้ป่วยตอบเป็นการชั่วคราวว่าจะเข้า ATU หรือไม่ เขาคัดผู้ป่วยมาทั้งหมด 160 คน เป็นผู้ป่วยชายทั้งหมด อายุระหว่าง 20-65 ปี ในจำนวนนี้มีผู้ที่ให้คำตอบชั่วคราวว่า จะเข้า ATU 80 คน และไม่เข้า ATU 80 คน

หลังจากการตอบแบบสอบถามครั้งแรก 1-4 วัน เขานำผู้ป่วยมาครั้งละกลุ่ม กลุ่มละ 1 ถึง 6 คน แล้วบอกกับผู้ป่วยว่ามีความเหมาะสมที่จะเข้า ATU เขาแบ่งผู้ป่วยเป็น 4 กลุ่มคือ

1) เงื่อนไข้พิงการชักชวนตามประเพณีนิยม (traditional appeal) เงื่อนไข้นี้อยู่บนพื้นฐานของรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) ของโรเซ็นสต็อก (Rosenstock, 1974) สารที่แมคคาร์เดิลใช้ ประกอบด้วยการเน้นถึงผลเสียของการดื่มเหล้าต่อไป 10 ข้อ เป็นการเชื่อมโยงระหว่างการดื่มเหล้าต่อไปกับผลเสียที่จะเกิดขึ้น เช่น เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ทำให้ความสัมพันธ์กับครอบครัวและนายจ้างเลวลง และมีอิสระน้อยขณะอยู่ในโรงพยาบาล จากนั้นก็บอกว่า ATU มีโปรแกรมที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมการดื่มเหล้าของเขาได้ และชักชวนให้ผู้ป่วย "เซ็นชื่อเข้า ATU เดียวนี้"

2) เงื่อนไข้พิงการชักชวนทางลบ (negative appeal) เงื่อนไข้นี้อยู่บนพื้นฐานของทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (A theory of reasoned action) ของไอเซ็นและพืชมาน (Ajzen & Fishbein, 1980) สารที่ไข้ในเงื่อนไข้มี ส่วนคล้ายคลึงกับสารในเงื่อนไข้พิงการชักชวนตามประเพณีนิยม ต่างกันแต่ว่า ที่หมายของความเชื่อเปลี่ยนเป็น "การไม่เซ็นชื่อเข้า ATU" แล้วเชื่อมโยงที่หมายของความเชื่อนี้กับผลเสียที่จะเกิดขึ้น 10 ข้อ เหมือนกับที่ไข้ในเงื่อนไข้พิงการชักชวนตามประเพณีนิยม แล้วจบท้ายด้วยการชักชวนให้ผู้ป่วย "เซ็นชื่อเข้า ATU เดียวนี้"

3) เงื่อนไขฟังการชักชวนทางบวก (positive appeal) เงื่อนไขนี้อยู่บนพื้นฐานของทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล สารที่ใช้ในเงื่อนไขนี้มีที่หมายของความเชื่อเป็น "การเซ็นชื่อเข้า ATU" และเชื่อมโยงที่หมายของความเชื่อกับผลทางบวกที่เกิดขึ้น 10 ข้อ ผลทางบวกเหล่านี้ก็คือ ผลที่ตรงกันข้ามกับผลทางลบ เช่น สารระบุว่า การเซ็นชื่อเข้า ATU จะทำให้สุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น ทำให้ความสัมพันธ์กับครอบครัว และนางจ้างดีขึ้น และมีอิสระมากขึ้นขณะอยู่ในโรงพยาบาล แล้วสารก็จบด้วยการชักชวนให้ผู้ป่วย "เซ็นชื่อเข้า ATU เคียวนี่"

4) เงื่อนไขควบคุมที่ไม่ได้ฟังการชักชวน ผู้ป่วยในเงื่อนไขนี้ ไม่ได้ฟังคำชักชวนใด ๆ เลย สารที่ใช้ในการชักชวนทั้ง 3 เงื่อนไข เป็นสารที่ผู้อำนวยการ ATU ชุดอัดแถบบันทึกเสียงไว้ แมคเคอร์เคิตนำสารแต่ละแบบมาเปิดให้ผู้ป่วยในเงื่อนไขที่จัดไว้ฟัง โดยสอดคล้องกับเงื่อนไขที่จัดขึ้น เมื่อผู้ป่วยในเงื่อนไขที่ฟังสารได้ฟังสารจบแล้ว เขาก็ยื่นใบเซ็นชื่อให้ผู้ป่วยแต่ละคนเซ็นว่า ยินดีหรือไม่ยินดีจะเข้า ATU จริงๆ เมื่อผู้ป่วยเซ็นชื่อเสร็จแล้ว เขาก็ขอให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามอีกชุด แบบสอบถามนี้ถามถึงความเชื่อ 30 ข้อ ในจำนวนนี้ 10 ข้อ ถามถึงความเชื่อว่าการดื่มเหล้าต่อไป จะก่อให้เกิดผลเสียแต่ละอย่างอย่างไร โดยผลเสียนี้นำมาจากสารของการชักชวนตามประเพณีนิยม อีก 10 ข้อ ถามถึงความเชื่อว่าการไม่เซ็นชื่อเข้า ATU จะก่อให้เกิดผลเสียแต่ละอย่างอย่างไร โดยผลเสียนี้นำมาจากสารของการชักชวนทางลบ และอีก 10 ข้อ ถามถึงความเชื่อว่าการเซ็นชื่อเข้า ATU จะก่อให้เกิดผลดีแต่ละอย่างอย่างไร โดยผลดีนี้นำมาจากสารของการชักชวนทางบวก ส่วนผู้ป่วยในเงื่อนไขควบคุมที่ไม่ได้ฟังการชักชวน เมื่อมาพร้อมกัน แมคเคอร์เคิตก็ขอให้เซ็นชื่อว่ายินดีหรือไม่ยินดีจะเข้า ATU จริง ๆ แล้วให้ตอบแบบสอบถามเช่นเดียวกับผู้ป่วยในเงื่อนไขฟังการชักชวนทั้ง 3 เงื่อนไข

ตัวอย่าง แบบสอบถามความเชื่อทั้ง 3 เงื่อนไข

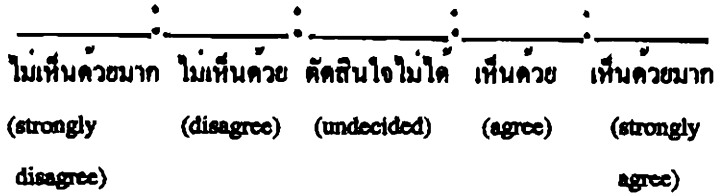
1. การดื่มเหล้าต่อไป ทำให้ได้รับความเอาใจใส่จากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลน้อยลง

\_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  
 ไม่เห็นด้วยมาก ไม่เห็นด้วย คัดสินใจไม่ได้ เห็นด้วย เห็นด้วยมาก  
 (strongly (disagree) (undecided) (agree) (strongly  
 disagree) agree)

2. การไม่เซ็นชื่อเข้า ATU ทำให้ได้รับความเอาใจใส่จากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลน้อยลง

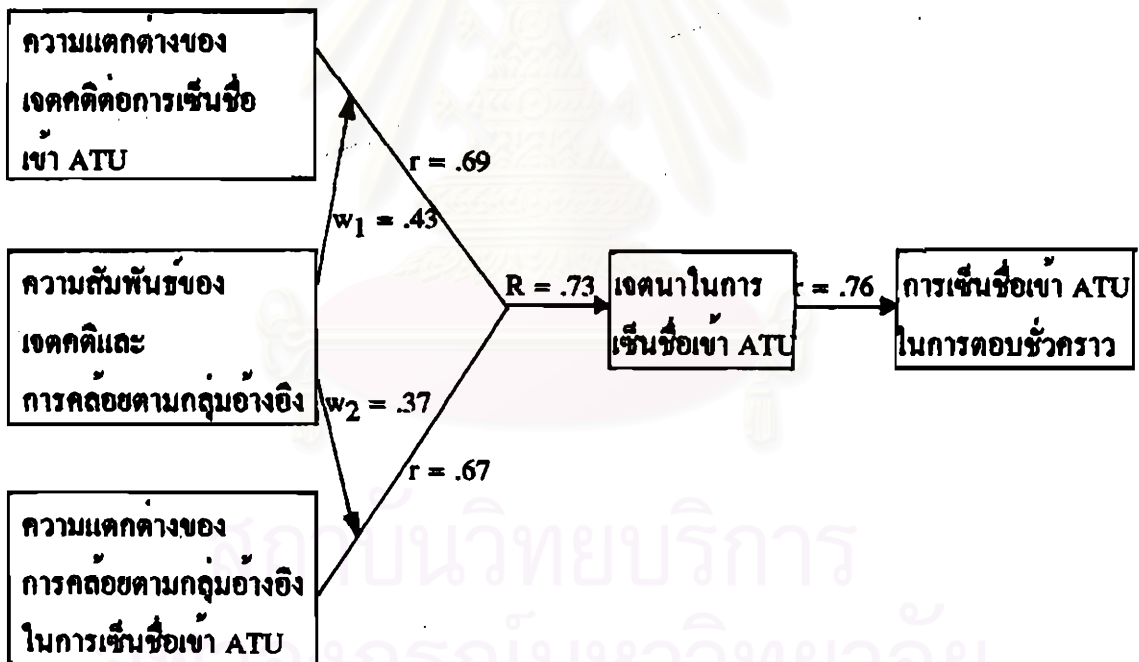
\_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  
 ไม่เห็นด้วยมาก ไม่เห็นด้วย คัดสินใจไม่ได้ เห็นด้วย เห็นด้วยมาก  
 (strongly (disagree) (undecided) (agree) (strongly  
 disagree) agree)

3. การเซ็นชื่อเข้า ATU ทำให้ได้รับความเอาใจใส่จากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลมากขึ้น



การให้คะแนนความเชื่อเหล่านี้ แมคอาร์เคลให้คะแนนแต่ละข้อเป็น -2 แทน ไม่เห็นด้วยมาก -1 แทน ไม่เห็นด้วย 0 แทน ตัดสินใจไม่ได้ +1 แทน เห็นด้วย และ +2 แทน เห็นด้วยมาก ดังนั้นคะแนนที่เป็นไปได้สำหรับความเชื่อแต่ละด้าน ด้านละ 10 ข้อ จะอยู่ระหว่าง -20 ถึง +20

ผลของการวิจัยแสดงในแผนภาพและตารางดังต่อไปนี้



แผนภาพที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความแตกต่างของเจตคติและการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง, เจตนา และพฤติกรรมการเซ็นชื่อเข้า ATU ในการตอบชั่วคราว (Fishbein, Ajzen, & McArdle, 1980: 233)



จากแผนภาพที่ 4 พบว่า เจตนาในการเซ็นชื่อเข้า ATU ของผู้ป่วยสามารถทำนาย พฤติกรรมการเซ็นชื่อเข้า ATU ได้ในระดับสูง ส่วนเจตคติและการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงก็สามารถ ทำนายเจตนาในการเซ็นชื่อเข้า ATU ได้ในระดับสูงเช่นกัน แม้ว่าความแตกต่างของเจตคติต่อการเซ็นชื่อเข้า ATU จะมีน้ำหนักในการทำนายสูงกว่าความแตกต่างของการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ในการวิจัยนี้พบว่า การเปลี่ยนเจตคติต่อการเซ็นชื่อเข้า หรือไม่เซ็นชื่อเข้า ATU มีอิทธิพลต่อ เจตนาในการเซ็นชื่อเข้า ATU เช่นเดียวกับพฤติกรรมในการเซ็นชื่อเข้า ATU ในการตอบจริงๆ

แมคอาร์เคลื่อนำคะแนนความเชื่อของผู้ป่วยในเดือนไซที่ฟังสารแต่ละแบบมาหาค่ามัชฌิมเลขคณิตได้ค่าดังปรากฏในตารางที่ 1 ทั้งนี้เรามีผู้ป่วยในแต่ละประเภทของการชักชวน ที่ตอบความต้องการในการเข้า ATU ในการตอบชั่วคราวว่า ยินดีเข้า ประเภทละ 20 คน และไม่ยินดีเข้า ประเภทละ 20 คน ส่วนผู้ป่วยในเดือนไซควบคุมที่ไม่ได้ฟังการชักชวน ยินดีเข้า 20 คน และไม่ยินดีเข้า 20 คน

ตารางที่ 1 มัชฌิมเลขคณิตของความหนักแน่นของความเชื่อ หรือการยอมรับเนื้อหาของสาร

(Fishbein, Ajzen, & McArdle, 1980: 235)

ความต้องการ ในการเข้า ATU	เดือนไซของการชักชวน			
	ประเพณีนิยม	ทางลบ	ทางบวก	เฉลี่ย 3 เดือนไซ
ในการตอบชั่วคราว				
ยินดีเข้า	12.45	11.95	13.90	12.77
ไม่ยินดีเข้า	7.10	2.50	0.00	3.20
เฉลี่ยสองกลุ่ม	9.78	7.23	6.95	

จากตารางที่ 1 มัชฌิมเลขคณิตของการเฉลี่ยของสองกลุ่ม (ยินดีเข้า และ ไม่ยินดีเข้า) เปรียบเทียบในเดือนไซของการชักชวน 3 เดือนไซ ( $M = 9.78, 7.23$  และ  $6.95$  ตามลำดับ) พบว่า ไม่แตกต่างกันทางสถิติ แสดงว่า การชักชวนทั้ง 3 แนว มีผลให้ผู้ฟังเชื่อเนื้อหาของสาร ได้พอ ๆ กัน และเมื่อพิจารณาค่ามัชฌิมเลขคณิตของ 3 เดือนไซ พบว่า ผู้ป่วยที่ยินดีเข้า ATU แต่เดิมเชื่อเนื้อหาของสาร ( $M = 12.77$ ) มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ยินดีเข้า ATU แต่เดิม ( $M = 3.20$ ) ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ยินดีเข้า ATU แต่เดิม การฟังสารที่ชักชวนตามประเพณีนิยม ทำให้ พวกเขาเชื่อเนื้อหาของสาร ( $M = 7.10$ ) ได้มากกว่าผู้ป่วยที่ฟังสารที่ชักชวนทางลบ ( $M = 2.50$ ) หรือชักชวนทางบวก ( $M = 0.00$ )

สำหรับผลการวิเคราะห์การยอมรับเชื่อตาม และผลกระทบต่อความเชื่อ แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 มัชฌิมเลขคณิตของการยอมรับเชื่อตามและผลกระทบต่อความเชื่อในการเซ็นชื่อเข้าและไม่เซ็นชื่อเข้า ATU (Fishbein, Ajzen, & McArdle, 1980: 236)

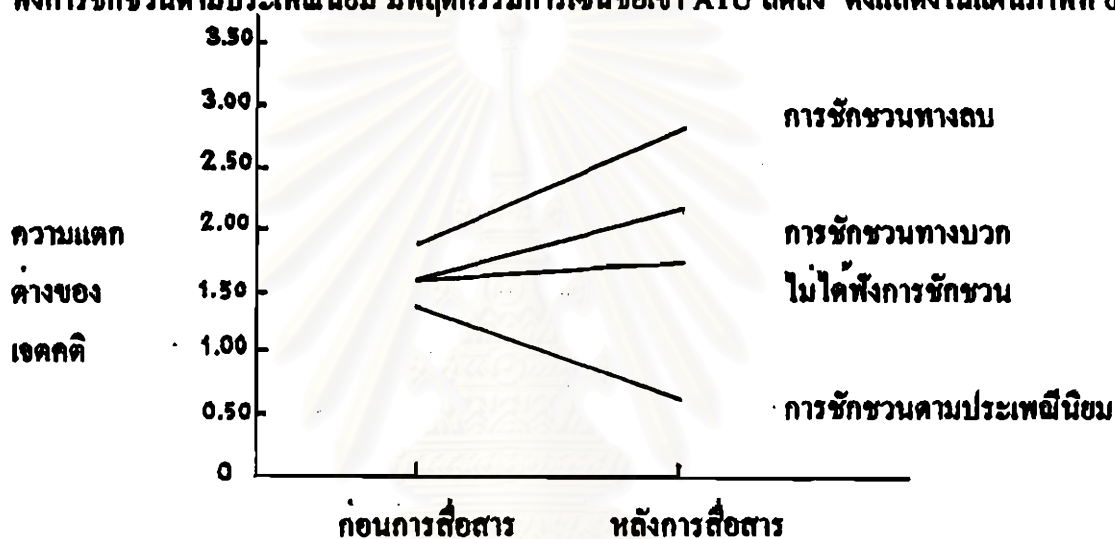
ความต้องการ ในการเข้า ATU ในการตอบ ชั่วคราว	เงื่อนไขของการชักชวน						เฉลี่ย 6 ด้าน
	ความเชื่อเกี่ยวกับการเซ็นชื่อเข้า			ความเชื่อเกี่ยวกับการไม่เซ็นชื่อ			
	ATU			ATU			
	ประเพณีนิยม <sup>ก</sup>	ทางลบ <sup>ข</sup>	ทางบวก <sup>ค</sup>	ประเพณีนิยม <sup>ก</sup>	ทางลบ <sup>ข</sup>	ทางบวก <sup>ค</sup>	
ยินดีเข้า	-1.65	3.65	3.55	-0.80	5.70	3.80	2.38
ไม่ยินดีเข้า	-2.00	6.45	0.80	-1.30	6.95	0.85	1.96
เฉลี่ยสองกลุ่ม	-1.83	5.04	2.17	-1.05	6.35	2.33	

<sup>ก</sup> คำมัชฌิมเลขคณิตในคอลัมน์นี้แสดงถึงการยอมรับเชื่อตามสาร

<sup>ข</sup> คำมัชฌิมเลขคณิตในคอลัมน์นี้ แสดงถึงผลกระทบต่อความเชื่อที่ไม่ได้ระบุในสาร

จากตารางที่ 2 เมื่อพิจารณาเฉลี่ยทั้ง 6 ด้าน ผลรวมของกลุ่มที่ยินดีเข้า ( $M = 2.38$ ) กับกลุ่มที่ไม่ยินดีเข้า ATU ( $M = 1.96$ ) ไม่แตกต่างกันทางสถิติ และเมื่อพิจารณาเฉลี่ยทั้งสองกลุ่ม เงื่อนไขของการชักชวนทางลบ มีการยอมรับเชื่อตาม ( $M = 6.35$ ) และผลกระทบต่อ ( $M = 5.04$ ) สูงสุด หมายความว่า การยอมรับเชื่อตามในเงื่อนไขนี้มีการเชื่อเพิ่มขึ้นว่า การไม่เซ็นชื่อเข้า ATU จะนำไปสู่ผลกระทบทางลบต่าง ๆ ส่วนผลกระทบในเงื่อนไขนี้ หมายถึง การเปลี่ยนความเชื่อเพิ่มขึ้นว่า การเซ็นชื่อเข้า ATU จะนำไปสู่ผลกระทบทางบวกต่าง ๆ เงื่อนไขที่ได้ผลรองลงมา คือ เงื่อนไขของการชักชวนทางบวก ซึ่งมีการยอมรับเชื่อตาม ( $M = 2.17$ ) และผลกระทบต่อ ( $M = 2.33$ ) หมายความว่า การยอมรับเชื่อตามในเงื่อนไขนี้มีการเปลี่ยนความเชื่อเพิ่มขึ้นว่า การเซ็นชื่อเข้า ATU จะนำไปสู่ผลกระทบทางบวกต่าง ๆ และผลกระทบต่อ หมายถึง การเปลี่ยนความคิดเพิ่มเติมว่า การไม่เซ็นชื่อเข้า ATU จะนำไปสู่ผลกระทบทางลบต่าง ๆ สำหรับเงื่อนไขของการชักชวนตามประเพณีนิยม กลับให้ผลตรงกันข้าม คือ ผู้ช่วยกลับเปลี่ยนความเชื่อไปในทิศทางที่เป็นไปไม่ได้เล็กน้อย ที่การเซ็นชื่อเข้า ATU จะนำไปสู่ผลกระทบทางบวก ( $M = -1.83$ ) และเป็นไปไม่ได้เล็กน้อยที่การไม่เซ็นชื่อเข้า ATU จะนำไปสู่ผลกระทบทางลบ ( $M = -1.05$ )

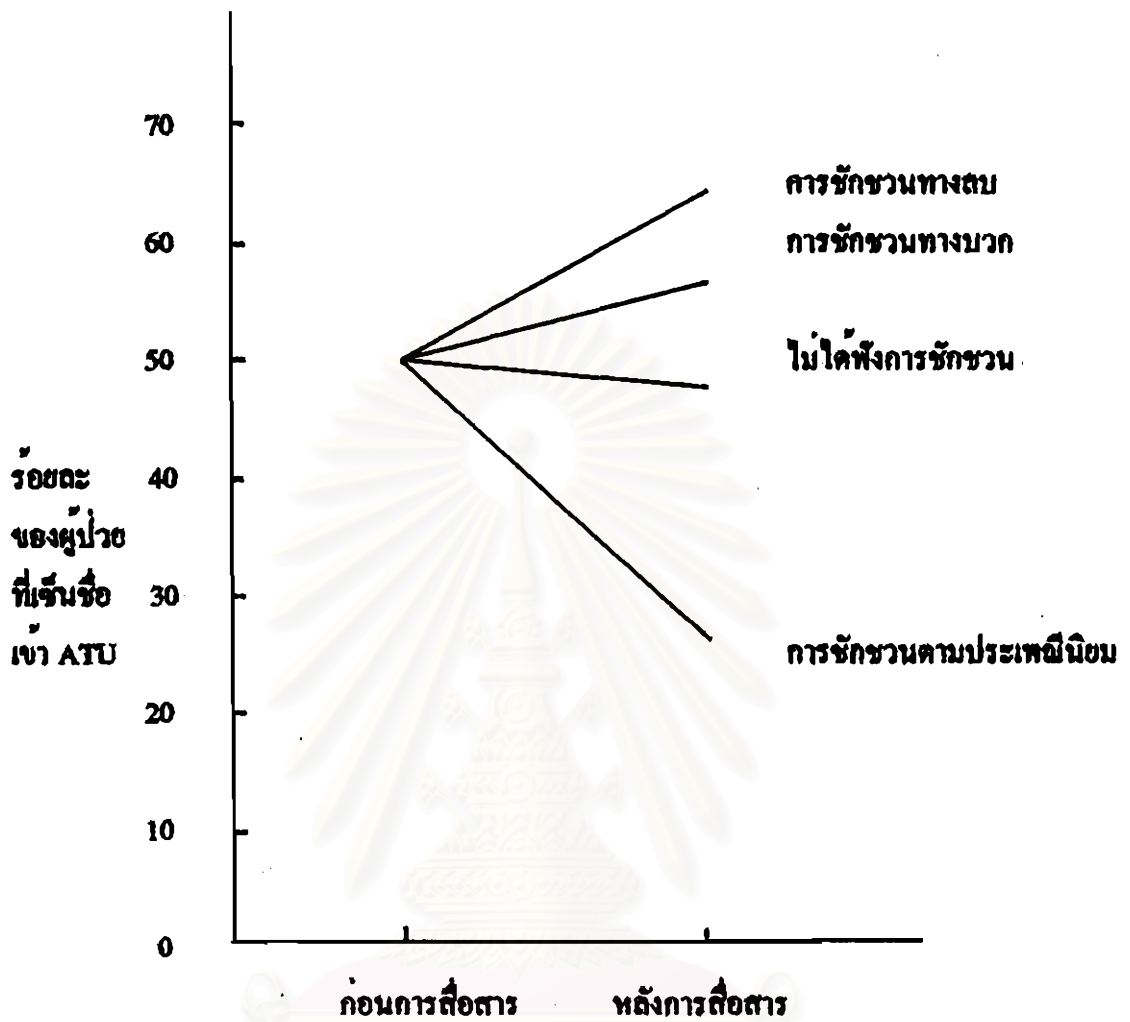
เมื่อพิจารณาการเปลี่ยนเจตคติทั้ง 4 เงื่อนไขการทดลองพบว่า เงื่อนไขฟังการชักชวนทางลบ และทางบวก มีความแตกต่างของเจตคติต่อการเซ็นชื่อเข้า ATU หลังการสื่อสารสูงกว่าก่อนการสื่อสาร ส่วนเงื่อนไขฟังการชักชวนตามประเพณีนิยม มีความแตกต่างของเจตคติต่อการเซ็นชื่อเข้า ATU หลังการสื่อสารต่ำกว่าก่อนการสื่อสาร สำหรับเงื่อนไขควบคุมที่ไม่ได้ฟังการชักชวน พบว่า ความแตกต่างของเจตคติมีค่าคงที่ ดังแสดงในแผนภาพที่ 4 ส่วนการเปลี่ยนพฤติกรรมทั้ง 4 เงื่อนไข พบว่า เงื่อนไขควบคุมที่ไม่ได้ฟังการชักชวน มีค่าคงที่ ส่วนเงื่อนไขฟังการชักชวนทางลบ และทางบวก มีพฤติกรรมการเซ็นชื่อเข้า ATU มากขึ้น ขณะที่เงื่อนไขฟังการชักชวนตามประเพณีนิยม มีพฤติกรรมการเซ็นชื่อเข้า ATU ลดลง ดังแสดงในแผนภาพที่ 6



แผนภาพที่ 5 การเปลี่ยนแปลงความแตกต่างของเจตคติต่อการเซ็นชื่อเข้า ATU

(Fishbein, Ajzen, & McArdle, 1980: 238)

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



แผนภาพที่ 6 ผลของความแตกต่างของการชักชวนต่อการเซ็นชื่อเข้า ATU จริงๆ  
(Fishbein, Ajzen, & McArdle, 1980: 239)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจตามแบบค่อการเปลี่ยนเจตคติ ความเชื่อ เจตนา และพฤติกรรมของผู้สูบบุหรี่ในการเซ็นชื่อเข้าหน่วยรักษาผู้ติดยาสูบ

## ขอบเขตของการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างชั้นสร้างเครื่องมือเป็นทหารกองประจำการ สังกัดร้อยพลเสนารักษ์ กรมแพทย์ทหารบก ผู้ติดยาสูบที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ด้วยตนเอง ประจำปี พ.ศ. 2539 จำนวน 50 คน ใช้สร้างแบบสำรวจความรู้ตึกนิกคิดในการเซ็นชื่อเกี่ยวกับการเข้าหน่วยรักษาผู้ติดยาสูบ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในช่วงเวลา 4 วันข้างหน้า

2. กลุ่มตัวอย่างในชั้นทดลองเป็นทหารกองประจำการ สังกัดร้อยพลเสนารักษ์ กรมแพทย์ทหารบก ผู้ติดยาสูบที่ไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ด้วยตนเองที่ไม่ใช่กลุ่มเดียวกับกลุ่มตัวอย่างในชั้นสร้างเครื่องมือ ประจำปี พ.ศ. 2539 จำนวน 197 คน ให้ตอบแบบสำรวจความรู้ตึกนิกคิดในการเซ็นชื่อเกี่ยวกับการเข้าหน่วยรักษาผู้ติดยาสูบ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในช่วงเวลา 4 วันข้างหน้า หลังจากนั้นให้ตอบแบบสอบถามการเซ็นชื่อเกี่ยวกับการเข้าหน่วยรักษาผู้ติดยาสูบ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในช่วงเวลา 4 วันข้างหน้า ได้กลุ่มตัวอย่างที่เซ็นชื่อเข้าหน่วยรักษาผู้ติดยาสูบ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในช่วงเวลา 4 วันข้างหน้า จำนวน 106 คน และกลุ่มตัวอย่างที่เซ็นชื่อไม่เข้าหน่วยรักษาผู้ติดยาสูบ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในช่วงเวลา 4 วันข้างหน้า จำนวน 91 คน แล้วสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่เซ็นชื่อเข้า และเซ็นชื่อไม่เข้าหน่วยรักษาผู้ติดยาสูบ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในช่วงเวลา 4 วันข้างหน้า มาจำนวนกลุ่มละ 60 คน

3. ทฤษฎีที่ใช้เป็นพื้นฐานในการวิจัย คือ ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ และการสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจ

## คำจำกัดความ

1. พฤติกรรมในการเซ็นชื่อเกี่ยวเนื่องกับการเข้าหน่วยรักษาผู้ติดบุหรี่ (B) หมายถึง พฤติกรรมของทหารกองประจำการ สังกัดร้อยพลเสนารักษ์ กรมแพทย์ทหารบก ในการเซ็นชื่อเข้า หรือเซ็นชื่อไม่เข้าหน่วยรักษาผู้ติดบุหรี่ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในช่วงเวลา 4 วันข้างหน้า ( $B_I, B_O$ ) และในการตอบจริง ( $B_{IA}, B_{OA}$ )

2. เจตนา (I) หมายถึง คะแนนเจตนาของทหารกองประจำการ สังกัด ร้อยพลเสนารักษ์ กรมแพทย์ทหารบก ในการเซ็นชื่อเข้า หรือเซ็นชื่อไม่เข้าหน่วยรักษา ผู้ติดบุหรี่ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในช่วงเวลา 4 วันข้างหน้า ( $I_I, I_O$ ) และ ในการตอบจริง ( $I_{IA}, I_{OA}$ ) การหาคะแนนการเปลี่ยนเจตนาในการเซ็นชื่อเข้าหน่วยรักษา ผู้ติดบุหรี่ หลังจากได้รับฟังการสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจสามแบบ ( $CI_I$ ) จากสมการ ดังต่อไปนี้

$$CI_I = I_{IA} - I_I$$

การหาคะแนนการเปลี่ยนเจตนาในการเซ็นชื่อไม่เข้าหน่วยรักษาผู้ติดบุหรี่ หลังจากได้รับฟังการสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจสามแบบ ( $CI_O$ ) จากสมการ ดังต่อไปนี้

$$CI_O = I_{OA} - I_O$$

3. เจตคติ ( $A_B$ ) หมายถึง การประเมินพฤติกรรมนั้นในทางบวก หรือทางลบ ของแต่ละบุคคล ตามทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล มีวิธีวัด 2 วิธี

3.1 การวัดเจตคติทางตรงต่อพฤติกรรม ด้วยการประเมินความรู้สึก ของกลุ่มตัวอย่างต่อพฤติกรรมนั้น ๆ ในลักษณะ ชอบ-เกลียด หรือ ดี-เลว จาก มาตรฐานแจกความหมาย 2 ชุด คือ

3.1.1 เจตคติทางตรงต่อพฤติกรรมการเซ็นชื่อเข้าหน่วยรักษาผู้ติดบุหรี่ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในช่วงเวลา 4 วันข้างหน้า ( $A_{BI}$ ) และในการตอบจริง ( $A_{BIA}$ )

3.1.2 เจตคติทางตรงต่อพฤติกรรมการเซ็นชื่อไม่เข้าหน่วยรักษาผู้ติดบุหรี่ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในช่วงเวลา 4 วันข้างหน้า ( $A_{BO}$ ) และในการตอบจริง ( $A_{BOA}$ )

การหาคะแนนการเปลี่ยนเจตคติทางตรงต่อพฤติกรรมการเซ็นชื่อเข้า ( $CA_{BI}$ ) และเซ็นชื่อไม่เข้าหน่วยรักษาผู้ติดบุหรี่ ( $CA_{BO}$ ) หลังจากได้รับฟังการสื่อสาร เพื่อการโน้มน้าวใจสามแบบ จากสมการดังต่อไปนี้

$$CA_{BI} = A_{BIA} - A_{BI}$$

$$CA_{BO} = A_{BOA} - A_{BO}$$

3.2 การวัดเจตคติทางอ้อมต่อพฤติกรรม ด้วยการหาผลคูณระหว่างความหนักแน่นของความเชื่อเด่นชัดเกี่ยวกับผลของการกระทำพฤติกรรม (b<sub>i</sub>) กับการประเมินผลของการกระทำ (c<sub>i</sub>) โดยที่ผลบวกของผลคูณนี้เป็นคะแนนเจตคติทางอ้อมต่อพฤติกรรม ( $\Sigma b_i c_i$ ) ซึ่งมี 2 ชุด คือ

3.2.1 เจตคติทางอ้อมต่อพฤติกรรมการเซ็นชื่อเข้าหน่วยรักษาผู้ติดเชื้อที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในช่วงเวลา 4 วันข้างหน้า ( $\Sigma b_{1I} c_{1I}$ ) และในการตอบจริง ( $\Sigma b_{1A} c_{1A}$ )

3.2.2 เจตคติทางอ้อมต่อพฤติกรรมการเซ็นชื่อไม่เข้าหน่วยรักษาผู้ติดเชื้อที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในช่วงเวลา 4 วันข้างหน้า ( $\Sigma b_{1O} c_{1O}$ ) และในการตอบจริง ( $\Sigma b_{1OA} c_{1OA}$ )

การหาคะแนนการเปลี่ยนเจตคติทางอ้อมต่อพฤติกรรมการเซ็นชื่อเข้า ( $C\Sigma b_{1I} c_{1I}$ ) และเซ็นชื่อไม่เข้าหน่วยรักษาผู้ติดเชื้อ ( $C\Sigma b_{1O} c_{1O}$ ) หลังจากได้รับฟังการสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจตามแบบ จากสมการดังต่อไปนี้

$$C\Sigma b_{1I} c_{1I} = \Sigma b_{1A} c_{1A} - \Sigma b_{1I} c_{1I}$$

$$C\Sigma b_{1O} c_{1O} = \Sigma b_{1OA} c_{1OA} - \Sigma b_{1O} c_{1O}$$

4. การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (SN) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลที่ว่าบุคคลส่วนมากมีความสำคัญต่อเขาคิดว่า เขาควรทำพฤติกรรมนี้หรือไม่ มากน้อยเพียงใด ตามทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล มีวิธีวัด 2 วิธี

4.1 การวัดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงทางตรงด้วยการระบุความเชื่อของบุคคลที่มีต่อความคิดเห็นของบุคคลส่วนมากที่มีความสำคัญต่อเขาว่า เขาควรหรือไม่ควรทำพฤติกรรมนั้นจำนวน 2 ชุด คือ

4.1.1 การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงทางตรงในการเซ็นชื่อเข้าหน่วยรักษาผู้ติดเชื้อที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในช่วงเวลา 4 วันข้างหน้า (SN<sub>I</sub>) และในการตอบจริง (SN<sub>1A</sub>)

4.1.2 การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงทางตรงในการเซ็นชื่อไม่เข้าหน่วยรักษาผู้ติดเชื้อที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในช่วงเวลา 4 วันข้างหน้า (SN<sub>O</sub>) และในการตอบจริง (SN<sub>OA</sub>)

การหาคะแนนการเปลี่ยนการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงทางตรง  
ในการเซ็นชื่อเข้า (CSN<sub>I</sub>) และเซ็นชื่อไม่เข้าหน่วยรักษาผู้ติดบุหรี่ (CSN<sub>O</sub>)  
หลังจากได้รับฟังการสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจตามแบบ จากสมการดังต่อไปนี้

$$CSN_I = SN_{IA} - SN_I$$

$$CSN_O = SN_{OA} - SN_O$$

4.2 การวัดการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงทางอ้อม ด้วยการหาผลคูณระหว่าง  
ความหนักแน่นของความเชื่อเด่นชัดเกี่ยวกับความคิดของกลุ่มอ้างอิงที่มีความสำคัญต่อเขา  
คิดว่าเขาควรหรือไม่ควรทำพฤติกรรมนั้น(NB<sub>j</sub>) กับแรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง(MC<sub>j</sub>)  
และผลบวกของผลคูณนี้เป็นคะแนนการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงทางอ้อม ( $\Sigma NB_j MC_j$ )  
ซึ่งมี 2 ชุดคือ

4.2.1 การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงทางอ้อมในการเซ็นชื่อเข้าหน่วยรักษาผู้ติดบุหรี่  
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในช่วงเวลา 4 วันข้างหน้า ( $\Sigma NB_{jI} MC_{jI}$ ) และในการตอบจริง  
( $\Sigma NB_{jIA} MC_{jIA}$ )

4.2.2 การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงทางอ้อมในการเซ็นชื่อไม่เข้าหน่วยรักษา  
ผู้ติดบุหรี่ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในช่วงเวลา 4 วันข้างหน้า ( $\Sigma NB_{jO} MC_{jO}$ ) และ  
ในการตอบจริง ( $\Sigma NB_{jOA} MC_{jOA}$ )

การหาคะแนนการเปลี่ยนการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงทางอ้อม  
ในการเซ็นชื่อเข้า (C $\Sigma NB_{jI} MC_{jI}$ ) และเซ็นชื่อไม่เข้าหน่วยรักษาผู้ติดบุหรี่ (C $\Sigma NB_{jO} MC_{jO}$ )  
หลังจากได้รับฟังการสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจตามแบบ จากสมการดังต่อไปนี้

$$c\Sigma NB_{jI} MC_{jI} = \Sigma NB_{jIA} MC_{jIA} - \Sigma NB_{jI} MC_{jI}$$

$$c\Sigma NB_{jO} MC_{jO} = \Sigma NB_{jOA} MC_{jOA} - \Sigma NB_{jO} MC_{jO}$$

5. ความเชื่อในการเซ็นชื่อเกี่ยวเนื่องกับการเข้าหน่วยรักษาผู้ติดบุหรี่ หมายถึง

5.1 ความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำจากการเซ็นชื่อเข้าและเซ็นชื่อไม่เข้า  
หน่วยรักษาผู้ติดบุหรี่ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในช่วงเวลา 4 วันข้างหน้า ( $b_{iI}$  ,  $b_{iO}$ )  
และ ในการตอบจริง ( $b_{iIA}$  ,  $b_{iOA}$ )

การหาคะแนนการเปลี่ยนความเชื่อเกี่ยวกับผลของการกระทำจาก  
การเซ็นชื่อเข้า (Cb<sub>iI</sub>) และเซ็นชื่อไม่เข้าหน่วยรักษาผู้ติดบุหรี่ (Cb<sub>iO</sub>)  
หลังจากได้รับฟังการสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจตามแบบ จากสมการดังต่อไปนี้

$$Cb_{iI(\text{ราชข้อ})} = b_{iIA(\text{ราชข้อ})} - b_{iI(\text{ราชข้อ})}$$

$$Cb_{iO(\text{ราชข้อ})} = b_{iOA(\text{ราชข้อ})} - b_{iO(\text{ราชข้อ})}$$



5.2 ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิงที่มีอิทธิพลต่อการเซ็นชื่อเข้าและเซ็นชื่อไม่เข้า  
หน่วยรักษามุติคนุหรี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในช่วงเวลา 4 วันข้างหน้า ( $NB_{PI}$  ,  $NB_{PO}$ )  
และ ในการตอบจริง ( $NB_{PIA}$  ,  $NB_{POA}$ )

การหาคะแนนการเปลี่ยนความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิงที่มีอิทธิพลต่อ  
การเซ็นชื่อเข้า ( $CNB_{PI}$ ) และเซ็นชื่อไม่เข้าหน่วยรักษามุติคนุหรี ( $CNB_{PO}$ )  
หลังจากได้รับฟังการสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจตามแบบ จากสมการดังต่อไปนี้

$$CNB_{PI(\text{ราชข้อ})} = NB_{PIA(\text{ราชข้อ})} - NB_{PI(\text{ราชข้อ})}$$

$$CNB_{PO(\text{ราชข้อ})} = NB_{POA(\text{ราชข้อ})} - NB_{PO(\text{ราชข้อ})}$$

6. แบบการชักชวนที่เน้นผลเสียของการเซ็นชื่อไม่เข้าหน่วยรักษามุติคนุหรี  
หมายถึง การกระตุ้นด้วยผลเสียที่เกิดขึ้นจากการเซ็นชื่อไม่เข้าหน่วยรักษามุติคนุหรี  
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

7. แบบการชักชวนที่เน้นผลดีของการเซ็นชื่อเข้าหน่วยรักษามุติคนุหรี  
หมายถึง การกระตุ้นด้วยผลดีที่เกิดขึ้นจากการเซ็นชื่อเข้าหน่วยรักษามุติคนุหรี โรงพยาบาล  
พระมงกุฎเกล้า

8. แบบการชักชวนที่เน้นผลเสียของการสูญบุหรีคือไป หมายถึง การกระตุ้น  
ด้วยผลเสียที่เกิดขึ้นจากการสูญบุหรีคือไป

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ คือ การสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจตามแบบ ได้แก่  
แบบการชักชวนที่เน้นผลเสียของการเซ็นชื่อไม่เข้าหน่วยรักษามุติคนุหรี แบบการชักชวน  
ที่เน้นผลดีของการเซ็นชื่อเข้าหน่วยรักษามุติคนุหรี แบบการชักชวนที่เน้นผลเสียของ  
การสูญบุหรีคือไป

2. ตัวแปรตาม คือ เจตคติ ความเชื่อ เจตนา และพฤติกรรมในการเซ็นชื่อ  
เข้าหน่วยรักษามุติคนุหรี

## ตามมติฐานการวิจัย

จากงานวิจัยของแมคคอร์เคิล ( Fishbein, Ajzen, & McArdle, 1980 ) ที่ได้ทำการศึกษาเรื่องผลของการสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจต่อการเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยพิษสุราเรื้อรัง แบบสอบถามที่ใช้ สร้างตามทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของไอเจ็นและฟิชบายน์ เงื่อนไขการทดลองมี 4 เงื่อนไข คือ เงื่อนไขฟังการชักชวนตามประเพณีนิยม เงื่อนไขฟังการชักชวนทางลบ เงื่อนไขฟังการชักชวนทางบวก และเงื่อนไขควบคุมที่ไม่ได้ฟังการชักชวน แล้วเปรียบเทียบการเปลี่ยนเจตคติ ความเชื่อและพฤติกรรมการเงินซื้อเข้าหน่วยรักษาโรคพิษสุราเรื้อรัง ( ATU ) หลังจากได้รับฟังการชักชวน ผลที่ได้พบว่า เจตนาในการเงินซื้อเข้า ATU สามารถทำนายพฤติกรรมการเงินซื้อเข้า ATU ได้ในระดับสูง ส่วนเจตคติและการคัดลอกตามกลุ่มอ้างอิง ก็สามารถทำนายเจตนาในการเงินซื้อเข้า ATU ได้ในระดับสูงเช่นกัน ส่วนผลการเปลี่ยนเจตคติ ความเชื่อ และพฤติกรรมต่อการเงินซื้อเข้า ATU หลังจากได้รับฟังการชักชวนพบว่า

1) ผู้ป่วยที่ยินดีเข้า ATU ในการตอบชั่วคราว มีการเปลี่ยนเจตคติต่อการเงินซื้อเข้า ATU หลังจากได้รับฟังการชักชวนทางบวก สูงกว่าการชักชวนทางลบ สูงกว่าเงื่อนไขควบคุมที่ไม่ได้ฟังการชักชวน และเงื่อนไขฟังการชักชวนตามประเพณีนิยม

2) ผู้ป่วยที่ยินดีเข้า และไม่ยินดีเข้า ATU ในการตอบชั่วคราว ในเงื่อนไขฟังการชักชวนทางลบ มีการยอมเชื่อตามสาร และผลกระทบต่อความเชื่อที่ไม่ได้ระบุในสาร สูงที่สุด กล่าวคือ มีการเชื่อเพิ่มขึ้นว่า การไม่เงินซื้อเข้า ATU จะนำไปสู่ผลกระทบทางลบต่างๆ และมีการเปลี่ยนความเชื่อเพิ่มขึ้นว่า การเงินซื้อเข้า ATU จะนำไปสู่ผลกระทบทางบวกต่างๆ รองลงมาคือ เงื่อนไขฟังการชักชวนทางบวก มีการเปลี่ยนความเชื่อเพิ่มขึ้นว่า การเงินซื้อเข้า ATU จะนำไปสู่ผลกระทบทางบวกต่างๆ และมีการเปลี่ยนความคิดเพิ่มเติมว่า การไม่เงินซื้อเข้า ATU จะนำไปสู่ผลกระทบทางลบต่างๆ สำหรับเงื่อนไขฟังการชักชวนตามประเพณีนิยม กลับให้ผลตรงกันข้ามคือ ผู้ป่วยกลับเปลี่ยนความเชื่อในทิศทางที่เป็นไปไม่ได้ที่การเงินซื้อเข้า ATU จะนำไปสู่ผลกระทบทางบวก และเป็นไปไม่ได้ที่การไม่เงินซื้อเข้า ATU จะนำไปสู่ผลกระทบทางลบ

3) การเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการเงินซื้อเข้า ATU จริงๆ พบว่า เงื่อนไขฟังการชักชวนทางลบ และ เงื่อนไขฟังการชักชวนทางบวก มีพฤติกรรมต่อการเงินซื้อเข้า ATU มากขึ้น ขณะที่เงื่อนไขฟังการชักชวนตามประเพณีนิยม มีพฤติกรรมต่อการเงินซื้อเข้า ATU ลดลง ส่วนเงื่อนไขควบคุมที่ไม่ได้ฟังการชักชวนมีค่าคงที่

4) การเปลี่ยนเจตคติต่อการเงินซื้อเข้า หรือ ไม่เงินซื้อเข้า ATU มีอิทธิพลต่อเจตนาในการเงินซื้อเข้า ATU ในการตอบจริงๆ





11. จำนวนผู้สูญพันธุ์ที่เงินซื้อเข้าหน่วยรักษามูลคิบุหรี หลังจากได้รับฟังการสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจแบบการชักชวนที่เน้นผลเสียของการเงินซื้อไม่เข้าหน่วยรักษามูลคิบุหรี สูงกว่าแบบการชักชวนที่เน้นผลดีของการเงินซื้อเข้าหน่วยรักษามูลคิบุหรี แบบการชักชวนที่เน้นผลเสียของการสูญพันธุ์ต่อไป และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้ฟังแบบการชักชวน

12. จำนวนผู้สูญพันธุ์ที่เงินซื้อไม่เข้าหน่วยรักษามูลคิบุหรี หลังจากได้รับฟังการสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจแบบการชักชวนที่เน้นผลเสียของการเงินซื้อไม่เข้าหน่วยรักษามูลคิบุหรี ต่ำกว่าแบบการชักชวนที่เน้นผลดีของการเงินซื้อเข้าหน่วยรักษามูลคิบุหรี แบบการชักชวนที่เน้นผลเสียของการสูญพันธุ์ต่อไป และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้ฟังแบบการชักชวน

ผู้วิจัยได้สรุปสมมติฐานการวิจัยทั้ง 12 ข้อ ดังแสดงในตารางที่ 3 และ 4

ตารางที่ 3 สรุปสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 1, 3, และ 9

สมมติฐานข้อที่	เงื่อนไขการทดลอง			
	ฟังแบบการชักชวนที่เน้นผลดีของการเงินซื้อเข้าหน่วยรักษามูลคิบุหรี (2)	ฟังแบบการชักชวนที่เน้นผลเสียของการเงินซื้อไม่เข้าหน่วยรักษามูลคิบุหรี (1)	ฟังแบบการชักชวนที่เน้นผลดีของการสูญพันธุ์ต่อไป (3)	กลุ่มควบคุมที่ไม่ได้ฟังแบบการชักชวน (4)
1. การเปลี่ยนเจตคติทางตรงต่อการเงินซื้อเข้าหน่วยรักษามูลคิบุหรี ( $CA_{21}$ )	>		>	~
3. การเปลี่ยนเจตคติทางอ้อมต่อการเงินซื้อเข้าหน่วยรักษามูลคิบุหรี ( $C\Sigma_{11C-II}$ )	>		>	~
9. การเปลี่ยนเจตนาในการเงินซื้อเข้าหน่วยรักษามูลคิบุหรี ( $CI_1$ )	>		>	~

ตารางที่ 4 สรุปสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 2, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11 และ 12

สมมติฐานข้อที่	เงื่อนไขการทดลอง			
	ฟังก์ชันการชักชวน ที่เน้นผลเสียของ การเซ็นชื่อไม่เข้า หน่วยรักษา ผู้ติดเชื้อ (1)	ฟังก์ชันการชักชวน ที่เน้นผลดีของ การเซ็นชื่อเข้า หน่วยรักษา ผู้ติดเชื้อ (2)	ฟังก์ชันการชักชวน ที่เน้นผลเสียของ การสูญพันธุ์ต่อไป (3)	กลุ่มควบคุม ที่ไม่ได้ฟังก์ชัน แบบการชักชวน (4)
2. การเปลี่ยนเจตคติทางตรงต่อ การเซ็นชื่อไม่เข้าหน่วยรักษา ผู้ติดเชื้อ ( $CA_{20}$ )	<	<	<	~
4. การเปลี่ยนเจตคติทางอ้อมต่อ การเซ็นชื่อไม่เข้าหน่วยรักษา ผู้ติดเชื้อ ( $C\sum b_{10}c_{10}$ )	<	<	<	~
5. การเปลี่ยนความเชื่อเกี่ยวกับ ผลของการเซ็นชื่อเข้า หน่วยรักษาผู้ติดเชื้อ ( $Cb_{11}$ )	>	>	>	~
6. การเปลี่ยนความเชื่อเกี่ยวกับ ผลของการเซ็นชื่อไม่เข้า หน่วยรักษาผู้ติดเชื้อ ( $Cb_{10}$ )	>	>	>	~
7. การเปลี่ยนความเชื่อเกี่ยวกับ กลุ่มอ้างอิงที่มีอิทธิพลต่อ การเซ็นชื่อเข้าหน่วยรักษา ผู้ติดเชื้อ ( $CNB_{11}$ )	>	>	>	~
8. การเปลี่ยนความเชื่อเกี่ยวกับ กลุ่มอ้างอิงที่มีอิทธิพลต่อ การเซ็นชื่อไม่เข้าหน่วยรักษา ผู้ติดเชื้อ ( $CNB_{10}$ )	>	>	>	~

## ตารางที่ 4 ( ต่อ )

สมมติฐานข้อที่	เงื่อนไขการทดลอง			
	ผังแบบการรักษา ที่เน้นผลเสียของ การเซ็นชื่อไม่เข้า หน่วยรักษา ผู้ติดบุหรี่ (1)	ผังแบบการรักษา ที่เน้นผลดีของ การเซ็นชื่อเข้า หน่วยรักษา ผู้ติดบุหรี่ (2)	ผังแบบการรักษา ที่เน้นผลเสียของ การสูบบุหรี่ต่อไป (3)	กลุ่มควบคุม ที่ไม่ได้ฟัง แบบการรักษา (4)
10. การเปลี่ยนเจตนาใน การเซ็นชื่อไม่เข้า หน่วยรักษาผู้ติดบุหรี่ (C <sub>0</sub> )	<	<	<	~
11. จำนวนผู้สูบบุหรี่ที่เซ็นชื่อ เข้าหน่วยรักษาผู้ติดบุหรี่ (B <sub>in</sub> )	>	~	~	~
12. จำนวนผู้สูบบุหรี่ที่เซ็นชื่อ ไม่เข้าหน่วยรักษาผู้ติดบุหรี่ (B <sub>out</sub> )	<	~	~	~

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้ทราบเจตคติ ความเชื่อ เจตนา และพฤติกรรมของผู้สูบบุหรี่ในการเซ็นชื่อเข้าหน่วยรักษาผู้ติดบุหรี่
2. ทำให้ทราบว่าผลของการจัดกระทำกับเนื้อหาของสารในกระบวนการสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจมีผลต่อการเปลี่ยนเจตคติ ความเชื่อ เจตนา และพฤติกรรมของผู้สูบบุหรี่ในการเซ็นชื่อเข้าหน่วยรักษาผู้ติดบุหรี่
3. เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการจัดกระทำกับเนื้อหาของสาร เพื่อโน้มน้าวใจให้ผู้สูบบุหรี่เข้ามารักษาในหน่วยรักษาผู้ติดบุหรี่เพิ่มขึ้น
4. เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผน พัฒนา และปรับปรุงคุณภาพการบริการของหน่วยรักษาผู้ติดบุหรี่ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า