

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19

ของประชาชนพื้นที่สีแดงเข้ม จังหวัดนครศรีธรรมราช

Factors related to self-protection behaviors from COVID-19 of the people in
the dark red area, Nakhon Si Thammarat province

บุญประจักษ์ จันทรวิณ^{1*}, จิตาภรณ์ ยกอิน¹, ภัทราภรณ์ เต็งโรจน์ภาพร² และ วลลภา ดิษสระ¹

Boonprajak Junwin^{1*}, Jitaporn Yok-in¹, Pattaraporn Tengrothnapaporn² and Wanlapa Dissara¹

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช^{1*}, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

Boromarajonani College of Nursing Nakhon Si Thammarat^{1*}, Sirindhorn College of Public Health, Trang²

(Received: August 9, 2021; Revised: April 5, 2022; Accepted: April 20, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับความเชื่อด้านสุขภาพ 2) ศึกษา
ระดับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 และ 3) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการ
ป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ของประชาชนที่มีอายุ 18-60 ปี ที่อาศัยอยู่ในอำเภอพื้นที่สีแดงเข้ม จังหวัด
นครศรีธรรมราช จำนวน 678 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม เก็บรวบรวมข้อมูลแบบออนไลน์ในช่วงเดือน
มิถุนายน 2564 ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .859 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิง
พรรณนา สถิติ Odds Ratio และสถิติ Multiple Logistic Regression ผลการศึกษาพบว่า

1. การรับรู้ความรุนแรง ($M=4.20$, $SD=0.44$) การรับรู้โอกาสเสี่ยง ($M=4.09$, $SD=0.48$) การรับรู้
ประโยชน์ ($M=4.11$, $SD=0.44$) แรงจูงใจ ($M=3.92$, $SD=0.43$) และปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล
และการได้รับข้อมูลข่าวสาร ($M=3.85$, $SD=0.40$) อยู่ในระดับสูง ส่วนการรับรู้อุปสรรค ($M=3.37$, $SD=0.50$)
อยู่ในระดับปานกลาง

2. พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 อยู่ในระดับดี ($M=4.17$, $SD=0.50$)

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 พบว่า ผู้ที่กำลังศึกษาจะมี
พฤติกรรมดีกว่า 3.98 เท่า ($OR_{Adj}=3.98$, $95\%CI=1.45-10.89$) เมื่อเทียบกับผู้ที่มีระดับประถมศึกษาลงมา ผู้ที่มี
การรับรู้ประโยชน์ระดับสูงจะมีพฤติกรรมดีกว่า 1.92 เท่า ($OR_{adj}=1.92$, $95\%CI=1.14-3.23$) เมื่อเทียบกับผู้ที่มี
การรับรู้ประโยชน์ระดับต่ำ-ปานกลาง ผู้ที่มีการรับรู้อุปสรรคระดับสูงและปานกลางจะมีพฤติกรรมดีกว่า 29.66
เท่า ($OR_{Adj}=29.66$, $95\%CI=3.77-233.02$) และ 17.69 เท่า ($OR_{Adj}=17.69$, $95\%CI=2.29-136.54$) เมื่อเทียบกับ
ผู้ที่มีการรับรู้ระดับต่ำ ผู้ที่มีแรงจูงใจระดับสูงจะมีพฤติกรรมดีกว่า 1.88 เท่า ($OR_{adj}=1.88$, $95\%CI=1.24-2.84$)
เมื่อเทียบกับผู้ที่มีแรงจูงใจในระดับปานกลาง

ควรนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปประยุกต์ใช้กับประชาชน เช่น การสร้างพลังในชุมชน การสร้าง
ความสามารถในตนเอง รวมไปถึงการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 และควรให้
หน่วยงาน เช่น อบต. มีส่วนผลักดันให้ประชาชนมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้อง

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกันตนเอง, โรคโควิด-19, พื้นที่สีแดงเข้ม

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: boonprajak2518@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 092-3951616)

Abstract

This analytical cross-sectional study aimed to explore health beliefs, behavioral levels, and factors related to self-protection behaviors from COVID-19 of people aged 18-60 years living in the dark red area of two districts in Nakhon Si Thammarat province. Participants were 678 people. The research instruments were online questionnaires obtaining Cronbach's alpha coefficient of 0.859. Data were collected in June 2021 and analyzed by descriptive statistics, Odds Ratio and Multiple Logistic Regression. The results revealed that:

1) The participants had their perceptions of violence ($M=4.20$, $SD=0.44$), perceptions of risk ($M=4.09$, $SD=0.48$), perceived benefits ($M=4.11$, $SD=0.44$), motivation ($M=3.92$, $SD=0.43$), and other factors including interpersonal relationships and receiving information ($M=3.85$, $SD=0.40$). Most of these factors were at high levels, while perceived barriers were at a moderate level ($M=3.77$, $SD=0.50$).

2) Self-protection behaviors from COVID-19 of the participants were at a high level ($M=4.17$, $SD=0.50$).

3) The factors related to self-protection behavior from COVID-19 of the participants were educational levels ($OR_{adj}=3.98$, $95\%CI=1.45-10.89$), perceived benefits ($OR_{adj}=1.92$, $95\%CI=1.14-3.23$), perceived barriers ($OR_{adj}=29.66$, $95\%CI=3.77-233.02$) and incentives for prevention ($OR_{adj}=1.88$, $95\%CI=1.24-2.84$).

It could be suggested that health belief model should be applied for people in terms of empowering community, building up self-competence of people and encouraging people participation for protecting themselves from COVID-19 and should be allowed the agencies such as the Sub-district Administrative Organization to take part in pushing people to have the correct health beliefs.

Keyword: Self-Protection Behaviors, COVID-19, the Dark Red Area.

บทนำ

หลายประเทศทั่วโลกกำลังเผชิญกับปัญหาการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (Coronavirus Disease 2019) ซึ่งโรคนี้ได้เกิดขึ้นที่ประเทศจีนเมื่อปลายปี 2562 และในปี 2563 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรคโควิด-19 เป็นโรคระบาดใหญ่ทั่วโลก (World Health Organization, 2020) ปัจจุบันยังคงตรวจพบผู้ติดเชื้อรายใหม่ และผู้เสียชีวิตทุกวัน ข้อมูล ณ วันที่ 8 พฤษภาคม 2564 พบผู้ติดเชื้อทั่วโลกยืนยันทั้งหมด 156,681,524 คน มีผู้เสียชีวิตจำนวน 3,269,340 คน (Department of Disease Control, 2021) โรคนี้สามารถแพร่กระจายจากคนสู่คน โดยการสัมผัสโดยตรงกับสารคัดหลั่ง ผู้ติดเชื้อจะมีอาการหลายแบบตั้งแต่ติดเชื้อไม่มีอาการ อาการเล็กน้อยจนถึงอาการรุนแรงมากจนอาจเสียชีวิต (BBC NEWS, 2020) องค์การอนามัยโลกก็ได้แนะนำให้ประชาชนป้องกันตนเอง เช่น การล้างมือบ่อยๆ การปิดปากและจมูกเมื่อมีการไอและจาม การรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ การหลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดกับคนที่แสดงอาการของโรคทางเดินหายใจ และยังได้มีคำแนะนำในการเว้นระยะห่างทางสังคม รวมถึงการทำงานที่บ้าน ซึ่งเป็นวิธีที่ช่วยลดความเสี่ยงในการติดเชื้อและการแพร่เชื้อของโรคโควิด-19 ได้ (Prutipinyo, 2020)

สำหรับประเทศไทยพบว่าโรคโควิด-19 มีการระบาดรอบใหม่ในเดือนเมษายน 2564 ซึ่งมีผู้ป่วยในระลอกนี้ 49,992 ราย เสียชีวิต 269 ราย (ข้อมูล ณ วันที่ 8 พฤษภาคม 2564: Department of Disease

Control, 2021) รวมผู้ติดเชื้อตั้งแต่มีการระบาดของโรคโควิด-19 สะสมทั้งหมด 86,924 ราย เสียชีวิต จำนวน 452 ราย ซึ่งกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้สรุปปัจจัยที่ทำให้ประชาชนติดเชื้อ พบว่า มาจากการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยยืนยันรายก่อนหน้านี้ มากที่สุด ร้อยละ 44.3 รองลงมา คือ จากสถานบันเทิง ร้อยละ 25.2 และการตรวจค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก ร้อยละ 9.8 ตามลำดับ (Department of Disease Control, 2021) เช่นเดียวกับ จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่พบผู้ป่วยยืนยันทั้งหมด 567 ราย เสียชีวิตสะสม 5 ราย โดยระลอกเดือนเมษายน พ.ศ. 2564 พบผู้ป่วยทั้งหมด 551 ราย แยกเป็นชาย จำนวน 301 คน หญิง จำนวน 254 คน กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด 31-40 ปี จำนวน 96 คน รองลงมา คือ อายุ 41-50 ปี จำนวน 92 คน และอายุ 71 ปีขึ้นไป จำนวน 91 คน ทั้งนี้ ยังพบว่าเด็กต่ำกว่า 1 ปี ติดเชื้อจำนวน 6 คน อีกด้วย (Nakhon Si Thammarat Provincial Public Health Office, 2021) ซึ่งแต่ละกลุ่มเสี่ยงจะมีความที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อจำนวนมาก และกระจายไปอีกหลาย ๆ แห่ง แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะขอความร่วมมือให้ประชาชนยึดหลัก D-M-H-T อย่างเคร่งครัด แต่ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระลอกใหม่ ก็ยังคงพบผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ณ ข้อมูล ณ วันที่ 8 พฤษภาคม 2564 จังหวัด นครศรีธรรมราช ได้แบ่งพื้นที่เสี่ยงระลอกเดือนเมษายน 2564 ตามจำนวนผู้ป่วยออกเป็น 6 ระดับ ได้แก่ 1) พื้นที่สีแดงเลือดหมู หมายถึง อำเภอที่มีผู้ป่วยโรคโควิด-19 ตั้งแต่ 100 รายขึ้นไป 2) พื้นที่สีแดงเข้ม หมายถึง อำเภอที่มีผู้ป่วยโรคโควิด-19 ตั้งแต่ 51-100 ราย 3) พื้นที่สีส้ม หมายถึง อำเภอที่มีผู้ป่วยโรคโควิด-19 ตั้งแต่ 11-50 ราย 4) พื้นที่ชมพูเข้ม หมายถึง อำเภอที่มีผู้ป่วยโรคโควิด-19 ตั้งแต่ 6-10 ราย 5) พื้นที่ชมพูอ่อน หมายถึง อำเภอที่มีผู้ป่วยโรคโควิด-19 ตั้งแต่ 1-5 ราย และพื้นที่สีขาว หมายถึง อำเภอที่ยังไม่พบผู้ป่วยโรคโควิด-19 (Nakhon Si Thammarat Provincial Public Health Office, 2021)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker & Maiman (1975) เป็นรูปแบบที่พัฒนามาจากทฤษฎีทางด้านจิตสังคมเพื่อนำมาวิเคราะห์พฤติกรรมอนามัยของบุคคล เช่น การศึกษา Singweratham, Thaopan, Nawsuwan, Pohboon & Surirak (2020) ที่พบว่า การรับรู้ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 และ Waehayai (2020) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคไวรัสโควิด-19 ก็มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสโควิด-19 ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในประเด็น การรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived Susceptibility) การรับรู้ความรุนแรง (Perceived Severity) การรับรู้ถึง ประโยชน์ (Perceived Benefits) การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers) แรงจูงใจ (Health Motivation) และ ปัจจัยอื่นๆ (Modifying Factors) ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการได้รับข้อมูลข่าวสาร รวมไปถึงปัจจัย ลักษณะส่วนบุคคลมาศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 เพราะเชื่อว่า ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 และเพื่อนำ ข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ของประชาชนให้ปลอดภัยจากโรคโควิด-19 ต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

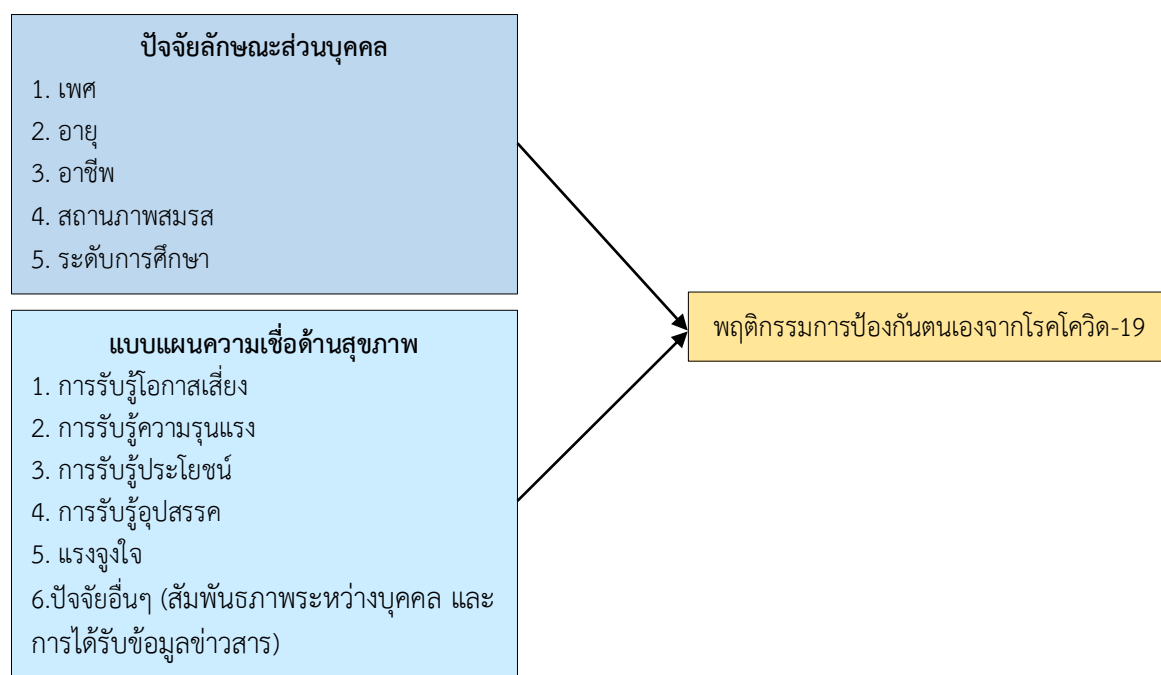
1. เพื่อศึกษาระดับความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค แรงจูงใจ และปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการได้รับข้อมูล ข่าวสาร ในการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ของประชาชนในอำเภอพื้นที่สีแดงเข้ม จังหวัด นครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ของประชาชนในอำเภอพื้นที่สีแดงเข้ม จังหวัดนครศรีธรรมราช
3. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมป้องกัน ตนเองจากโรคโควิด-19 ของประชาชนในอำเภอพื้นที่สีแดงเข้ม จังหวัดนครศรีธรรมราช

สมมติฐานวิจัย

ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล และปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพของประชาชนในอำเภอพื้นที่สีแดงเข้มมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมุ่งศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 โดยผู้วิจัยได้นำปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล 5 ตัวแปร และแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker & Maiman (1975) ทั้งหมด 6 ตัวแปร ส่วนตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 โดยประยุกต์จากมาตรการ D-M-H-T-T (Department of Disease Control, 2020) ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional research) เก็บข้อมูลเดือนมิถุนายน พ.ศ.2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชาชนที่อาศัยอยู่ในอำเภอพื้นที่สีแดงเข้ม จังหวัดนครศรีธรรมราช อายุตั้งแต่ 18-60 ปี จำนวน 2 แห่ง คือ อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช และอำเภอร่อนพิบูลย์ เกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่วิจัย 2) เป็นผู้ที่สามารถใช้อุปกรณ์สื่อสารได้ 3) เป็นผู้ที่อ่านหนังสือออก และเขียนหนังสือได้ สำหรับเกณฑ์การคัดออก คือ 1) เป็นผู้ที่ไม่ประสงค์จะร่วมโครงการ ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Sampling) และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental Selection)

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณจากสูตรการประมาณค่าเฉลี่ยกรณีไม่ทราบค่าประชากร (Chaimay, 2013) กำหนดระดับความเชื่อมั่น (Confidence level; Z เท่ากับ 1.96) ระดับของความแปรปรวน (Degree of variability; σ^2) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ได้ทำการทบทวนวรรณกรรม และพบการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 จากงานวิจัยเรื่อง ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกัน

ตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของประชาชนในเขตอำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี (Khumsaen, 2021) มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.45 และระดับความแม่นยำ (Precision level; e หรือ d) และกำหนดระดับความแม่นยำ หรือมีความผิดพลาดไม่เกินร้อยละ 5 ได้ขนาดตัวอย่างไม่น้อยกว่า 308 คน และเพื่อป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 10% จำนวน 31 คน จึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 339 คน อย่างไรก็ตามเพื่อความแม่นยำในการศึกษาครั้งนี้ จึงทำการศึกษาในประชาชนที่อาศัยอยู่ในอำเภอพื้นที่สีแดงเข้ม จังหวัดนครศรีธรรมราช ทั้ง 2 แห่ง ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 678 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker & Maiman (1975) ส่วนพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 โดยประยุกต์จากมาตรการ D-M-H-T-T (Department of Disease Control, 2020) ประกอบไปด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และการได้รับข้อมูลข่าวสาร ซึ่งเป็นลักษณะข้อคำถามปลายเปิดและปลายปิด

ส่วนที่ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง จำนวน 10 ข้อ การรับรู้ความรุนแรง จำนวน 8 ข้อ การรับรู้ถึงประโยชน์ จำนวน 10 ข้อ การรับรู้อุปสรรค จำนวน 10 ข้อ แรงจูงใจ จำนวน 10 ข้อ และปัจจัยด้านอื่น ๆ ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการได้รับข้อมูลข่าวสาร จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) รวมทั้งหมด 58 ข้อ โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบจากคำตอบที่กำหนด โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผลจากคะแนนเฉลี่ยเป็นรายข้อ และภาพรวม ระดับการวัดเป็นอัตราส่วนสเกล (Rating Scale) มาจัดเป็น 3 ระดับ คือ การรับรู้ดี ปานกลาง และต่ำ โดยใช้การแบ่งกลุ่มตามแนวคิดของ Best (1977) ดังนี้ การรับรู้ดี (คะแนนเฉลี่ย 3.67–5.00) การรับรู้ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34–3.66) และการรับรู้ต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00–2.33)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) รวมทั้งหมด 20 ข้อ โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบจากคำตอบที่กำหนด โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับจากปฏิบัติทุกครั้งประจำ ให้ 5 คะแนน ถึงไม่ปฏิบัติเลย ให้ 1 คะแนน การแปลผลจากคะแนนเฉลี่ยเป็นรายข้อ และภาพรวม แบ่งระดับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 โดยนำคะแนนมาจำแนกเป็น 2 ระดับ โดยแบ่งจากค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.17 คือ ระดับพฤติกรรมดี (คะแนน $\geq M$) และระดับพฤติกรรมไม่ดี (คะแนน $< M$)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

หลังจากพัฒนาเครื่องมือเสร็จแล้ว ผู้วิจัยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรง (Validity) และให้ความเห็นชอบในด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และความเหมาะสมเชิงภาษา (Wording) ซึ่งมีจำนวน 3 ท่าน คือ อาจารย์ผู้มีความเชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข 1 คน อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลเชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์ 1 คน และอาจารย์ด้านสาธารณสุขผู้มีประสบการณ์วิจัยเกี่ยวกับโรคโควิด-19 1 คน จากนั้นนำไปหาค่า IOC ซึ่งได้ค่าอยู่ระหว่าง 0.67-1.00

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างชนิดความสอดคล้องภายในกับประชาชนที่อาศัยอยู่ในอำเภอที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช โดยพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ตั้งแต่ 0.8 ขึ้นไป (Ganjanawasee, 2001) จึงยอมรับว่าค่าความเที่ยงหรือความเชื่อถือ ซึ่งได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ดังนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยง เท่ากับ 0.833, การรับรู้ความรุนแรง เท่ากับ 0.823, การรับรู้ประโยชน์ เท่ากับ 0.854, การรับรู้อุปสรรค เท่ากับ 0.872, แรงจูงใจ เท่ากับ 0.807, ปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการได้รับข้อมูลข่าวสาร เท่ากับ 0.819, พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 เท่ากับ 0.858 และทั้งหมด เท่ากับ 0.859

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการสร้างแบบสอบถามออนไลน์ (Google Form) และเก็บข้อมูลแบบ Online Survey สำหรับประชาชนที่มีอายุ 18-60 ปี โดยผู้วิจัยส่งไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่อยู่ในพื้นที่กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ช่วยนักวิจัย และดำเนินการส่งต่อโดยใช้ Application Line ไปยังประชาชนในเขตรับผิดชอบซึ่งเป็นพื้นที่วิจัย และเป็นกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้ภายหลังส่งแบบสอบถามออนไลน์ ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบจำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม และความสมบูรณ์ของแบบสอบถามของแต่ละอำเภอในทุกๆวัน เมื่อได้ข้อมูลครบ จึงยุติการรับแบบสอบถามและแสดงความขอบคุณไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยใช้ Application Line เช่นเดิม ทั้งนี้มีประชาชนที่ศึกษาจำนวน 678 คน ได้รับแบบสอบถามที่สมบูรณ์ ถูกต้องกลับคืน จำนวน 671 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 98.97

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลมาวิเคราะห์และประมวลผล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ สถิติที่ใช้ ได้แก่

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด ใช้อธิบายข้อมูลปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19
2. สถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ Odds Ratio และ Multiple Logistic Regression โดยนำเสนอค่าสถิติ Adjusted OR, OR และ 95% Confidence Interval

จริยธรรมวิจัย

วิจัยในครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัย เรื่อง “พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคไวรัสโควิด-19 ของประชาชน จังหวัดนครศรีธรรมราช” ซึ่งได้ขอรับการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช โครงการวิจัยที่ Exc-05/2564 ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างถือเป็นความลับ โดยในการเก็บรวบรวมข้อมูลจะไม่มีการเขียนชื่อและที่อยู่ การวิเคราะห์ข้อมูลจะวิเคราะห์ในภาพรวม และนำมาใช้ในเชิงวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ประชาชนที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.03 มีอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 37.26 มากที่สุด โดยมีอายุเฉลี่ย 44.67 ปี ($SD=10.64$) อายุต่ำสุด 19 ปี อายุสูงสุด 60 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 66.92 ส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขาย ร้อยละ 32.79 จบการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 38.60 ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ร้อยละ 100.00 โดยได้รับจากโทรทัศน์ มากที่สุด ร้อยละ 84.65
2. ระดับความเชื่อด้านสุขภาพ แยกเป็นรายด้าน ดังนี้

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ และระดับความเชื่อด้านสุขภาพแยกเป็นรายด้าน (n=671)

	ความเชื่อด้านสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	M (SD)
1	ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง			4.09 (0.48)
	ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66)	126	18.78	
	ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00)	545	81.22	
2	ด้านการรับรู้ความรุนแรง			4.20 (0.44)
	ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66)	84	12.52	
	ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00)	587	87.48	
3	ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์			4.11 (0.44)
	ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33)	1	0.15	

ตาราง 1 (ต่อ)

	ความเชื่อด้านสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	M (SD)
	ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34–3.66)	99	14.75	
	ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.67–5.00)	571	85.10	
4	ด้านการรับรู้อุปสรรค			3.37 (0.50)
	ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00–2.33)	22	3.28	
	ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34–3.66)	459	68.41	
	ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.67–5.00)	190	28.32	
5	ด้านแรงจูงใจ			3.92 (0.43)
	ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34–3.66)	166	24.74	
	ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.67–5.00)	505	75.26	
6	ด้านอื่นๆ (สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการได้รับข้อมูลข่าวสาร)			3.85 (0.40)
	ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34–3.66)	216	32.19	
	ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.67–5.00)	455	67.81	

จากตาราง 1 พบว่า ระดับความเชื่อด้านสุขภาพ เมื่อแยกเป็นรายด้านพบว่า ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง ด้านการรับรู้ความรุนแรง ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ ด้านแรงจูงใจ และด้านอื่นๆ ส่วนใหญ่ประชาชนจะมีการรับรู้อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 81.22, 87.48, 85.10, 75.26 และ 67.81 ตามลำดับ ส่วนด้านการรับรู้อุปสรรค ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็น ร้อยละ 68.41

3. ระดับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ดังนี้

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ และระดับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 (n=671)

ระดับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับพฤติกรรมไม่ดี (คะแนน < 4.17)	327	48.73
ระดับพฤติกรรมดี (คะแนน ≥ 4.17)	344	51.27

(M=4.17, SD=0.50)

จากตาราง 2 พบว่า ประชาชนที่ศึกษาส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ระดับดี จำนวน 344 คน คิดเป็นร้อยละ 51.27 และมีพฤติกรรมระดับไม่ดีเหมาะสม จำนวน 327 คน คิดเป็นร้อยละ 48.73

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ดังนี้

ตาราง 3 การวิเคราะห์พหุตัวแปรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19

ปัจจัย	พฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19		Crude OR (95%CI)	Adjusted OR (95%CI)	p-value
	ไม่ดี	ดี			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
เพศ					
ชาย	76(56.72)	58(43.3)	Ref.	Ref.	
หญิง	251(46.74)	286(53.26)	1.49(1.02-2.19)*	1.30(0.86-2.00)	0.213

ตาราง 3 (ต่อ)

ปัจจัย	พฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19		Crude OR (95%CI)	Adjusted OR (95%CI)	p-value
	ไม่ดี	ดี			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
อายุ (ปี)					
ตั้งแต่ 30 ปี ลงมา	35(44.30)	44(55.70)	Ref.	Ref.	
31-40 ปี	61(52.59)	55(47.41)	0.72(0.40-1.27)	0.82(0.41-1.64)	0.578
41-50 ปี	110(44.00)	140(56.00)	1.01(0.61-1.69)	0.94(0.48-1.84)	0.942
51-60 ปี	121(53.54)	105(46.46)	0.69(0.41-1.16)	0.75(0.37-1.51)	0.751
อาชีพ					
ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	67(43.23)	88(56.77)	Ref.	Ref.	
พนักงานเอกชน/ ลูกจ้าง	25(38.46)	40(61.54)	1.22(0.67-2.20)	1.58(0.80-3.12)	0.184
ค้าขาย	112(50.91)	108(49.09)	0.73(0.49-1.11)	1.11(0.64-1.91)	0.714
เกษตรกรรม	87(58.00)	63(42.00)	0.55(0.35-0.87)*	0.79(0.45-1.39)	0.413
รับจ้างทั่วไป	36(44.44)	45(55.56)	0.95(0.55-1.64)	1.40(0.74-2.66)	0.302
สถานภาพการสมรส					
โสด	64(45.71)	76(54.29)	Ref.	Ref.	
สมรส	229(51.00)	220(49.00)	0.81(0.55-1.18)	0.87(0.54-1.41)	0.576
หม้าย	19(50.00)	19(50.00)	0.84(0.41-1.73)	1.17(0.50-2.73)	0.714
หย่า/แยก	15(34.09)	29(65.91)	1.63(0.80-3.30)	1.90(0.83-4.32)	0.128
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษาลงมา	81(60.45)	53(39.55)	Ref.	Ref.	
มัธยมศึกษาตอน ปลาย/ปวช/ปวส/ อนุปริญญา	117(48.95)	122(51.05)	1.59(1.04-2.45)*	1.30(0.81-2.11)	0.277
ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้น ไป	115(44.40)	144(55.60)	1.91(1.25-2.93)*	1.47(0.84-2.57)	0.181
กำลังศึกษาอยู่	14(35.90)	25(64.10)	2.73(1.30-5.72)*	3.98(1.45-10.89)	0.007
การรับรู้โอกาสเสี่ยง					
ระดับปานกลาง	87(69.05)	39(30.95)	Ref.	Ref.	
ระดับสูง	240(44.04)	305(55.96)	2.84(1.87-4.29)*	0.51(0.94-2.44)	0.089
การรับรู้ความรุนแรง					
ระดับปานกลาง	59(70.24)	25(29.76)	Ref.	Ref.	
ระดับสูง	268(45.66)	319(54.34)	2.81(1.71-4.61)	1.49(0.85-2.59)	0.160
การรับรู้ถึงประโยชน์					
ระดับต่ำ-ปานกลาง	72(72.00)	28(28.00)	Ref.	Ref.	
ระดับสูง	255(44.66)	316(55.34)	3.19(2.00-5.08)*	1.92(1.14-3.23)	0.015

ตาราง 3 (ต่อ)

ปัจจัย	พฤติกรรมกำรป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19		Crude OR (95%CI)	Adjusted OR (95%CI)	p-value
	ไม่ตี	ตี			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
การรับรู้อุปสรรค					
ระดับต่ำ	21(95.45)	1(4.55)	Ref.	Ref.	0.006
ระดับปานกลาง	245(53.38)	214(46.62)	18.34(2.45-137.51)*	17.69(2.29-136.54)	
ระดับสูง	61(32.11)	129(67.89)	44.41(5.84-337.83)*	29.66(3.77-233.02)	0.001
แรงจูงใจ					
ระดับปานกลาง	106(63.86)	60(36.14)	Ref.	Ref.	0.003
ระดับสูง	221(43.76)	284(56.24)	2.27(1.58-3.26)*	1.88(1.24-2.84)	
ด้านอื่น ๆ					
ระดับปานกลาง	128(59.26)	88(40.74)	Ref.	Ref.	0.164
ระดับสูง	199(43.74)	256(56.26)	1.87(1.35-2.60)*	1.31(0.90-1.92)	

จากตาราง 3 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมกำรป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 จำนวน 4 ปัจจัย คือ ผู้ที่กำล้งศึกษาอยู่จะมีพฤติกรรมกำรป้องกันโรคโควิด-19 ต่ำกว่า 3.98 เท่า ($OR_{Adj}=3.98$, $95\%CI=1.45-10.89$) เมื่อเทียบกับผู้ที่มีระดับประณศศึกษาลงม ผู้ที่มีกำรรับรู้ประโยชน์ในระดับสูงจะมีพฤติกรรมกำรป้องกันโรคโควิด-19 ต่ำกว่า 1.92 เท่า ($OR_{Adj}=1.92$, $95\%CI=1.14-3.23$) เมื่อเทียบกับประชนที่มกำรรับรู้ระดับต่ำ-ปานกลาง ผู้ที่มีกำรรับรู้ปสรรคในระดับสูงและปานกลางจะมีพฤติกรรมกำรป้องกันโรคโควิด-19 ต่ำกว่า 29.66 เท่า ($OR_{Adj}=29.66$, $95\%CI=3.77-233.02$) และ 17.69 เท่า ($OR_{Adj}=17.69$, $95\%CI=2.29-136.54$) เมื่อเทียบกับผู้ที่มีกำรรับรู้ระดับต่ำ

ผู้ที่มีแรงจูงใจในระดับสูงจะมีพฤติกรรมกำรป้องกันโรคโควิด-19 ต่ำกว่า 1.88 เท่า ($OR_{adj}=1.88$, $95\%CI=1.24-2.84$) เมื่อเทียบกับผู้ที่มีแรงจูงใจในระดับปานกลาง

อภิปรายผล

ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง อาจจะเป็นเพราะว่า ทางคณะกรรมกำรศูนยปฏิบัติกำรภวะฉุกเฉินทั้งระดับประเทศและจังหวัด มีกำรสื่อสารควมเสี่ยงเกี่ยวกับโรคโควิด-19 อย่างต่อเนื่อง ทำใหประชนทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ซึ่งตามแบบแผนควมเชื่อด้านสุขภาพของ Becker & Maiman (1975) ได้กล่ำวไว้ว่า หากบุคคลมควมเชื่อที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ จะหลีกเลี่ยงกำรเป็นโรคโดยกำรปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและรักษสุขภาพ แต่จากการศึกษาพบว่าประชนมีกำรรับรู้เกี่ยวกับควมเสี่ยงของโรคในบางประเด็นอยู่ในระดับปานกลาง เช่น รับรู้วโรคโควิด-19 สำนกรแพร่เชื้อได้ขณะที่มีอากำร ($M=3.38$) กำรไปที่มีเครื่องปรับอากำสช่วงระยะเวล่ำสั้นๆจะไม่มโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 ($M=3.28$) และไม่มีโอกาสติดเชื้อโควิด-19 ได้จากการเดินทางไปใช้บริกำรที่ รพ.สด. หรือ รพ.ใกล้บ้าน ($M=3.62$) จึงมควมจำเป็นที่ต้องให้ข้อมูลที่ถูกต่องและต่อเนื่องเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับกำรศึกษาของ Weerakhachon, Kwanpichit, Nawsuwan & Singweratham (2020) ที่พบว่า กำล้งพลที่ปฏิบัติงานส่ำยกำรแพทย์ ศูนยอำนวยกำรแพทย์ จังหวัดชัยแดนใต้ ที่กำรรับรู้ในภำพรวมอยู่ในระดับมกที่สุด เช่นเดียวกับ

Singweratham, Thaopan, Nawsuwan, Pohboon & Surirak (2020) ที่พบว่า ท้นตาภิบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโคโรนา 2019 จากการปฏิบัติงานภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด

ด้านการรับรู้ความรุนแรง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่า เมื่อประชาชนรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคโควิด-19 ประชาชนจะมีพฤติกรรมป้องกันตนเองไม่ให้ป่วยด้วยโรคนั้น ประกอบกับการที่กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้โรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ตาม Government Gazette (2020) อย่างชัดเจน ส่งผลให้ประชาชนรับรู้ความรุนแรงของโรคอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Waehayi (2020) ที่พบว่า วิทยุชุมชนในเขต ต.สะเตงนอก อ.เมือง จ.ยะลา มีระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกับ Singweratham, Thaopan, Nawsuwan, Pohboon & Surirak (2020) ที่พบว่า ท้นตาภิบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการรับรู้ความรุนแรงของไวรัสโคโรนา 2019 ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด

ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่า เมื่อประชาชนมีการรับรู้ถึงความรุนแรง และความเสียหายของโรค จะมีการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคนั้นเพื่อให้สามารถหลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วยหรือโรคโควิด-19 ได้ แต่พบว่ายังมีประเด็นเกี่ยวกับการใช้แอปพลิเคชันไทยชนะ ($M=2.68$) และหมอชนะ ($M=3.64$) ว่าไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 เพราะฉะนั้นประเด็นนี้ทางศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน จะต้องมีการแนะนำประโยชน์ที่แท้จริงของการใช้แอปพลิเคชันไทยชนะและหมอชนะ คือเป็นการตรวจสอบและประเมินระดับความเสี่ยงในการติดเชื้อโควิด-19 จากสถานที่ต่างๆ ได้ด้วยตัวเอง ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Moonti (2021) ที่พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อ.กงไกรลาศ จ.สุโขทัย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง

ด้านแรงจูงใจ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่า แรงจูงใจเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่ผลักดันให้ประชาชนป้องกันโรคโควิด-19 โดยเฉพาะแรงจูงใจจากครอบครัว หรือบุคคลในบ้านที่คอยกระตุ้นให้มีการดูแลสุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอ ($M=4.39$) และการแนะนำในการปฏิบัติตามมาตรการ D-M-H-T-T ($M=4.32$) รวมไปถึงการรับรู้ในด้านความเสี่ยง ความรุนแรง หรือแม้กระทั่งรับรู้ประโยชน์สามารถร่วมกันในการป้องกันโรคโควิด-19 ได้ ยกตัวอย่างเช่น ในกรณีที่ประชาชนมีความต้องการที่จะลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคโควิด-19 หรือเพื่อต้องการลดความรุนแรงของโรคประชาชนจะมีความสนใจต่อสุขภาพเพื่อป้องกันไม่ให้ตนเองติดเชื้อโรคโควิด-19 ได้ แต่เนื่องด้วยโรคโควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่เกิดขึ้นและมีความรุนแรงทำให้ผู้ติดเชื้อเสียชีวิตได้ ซึ่งจากการวิจัยพบว่า มาตรการ D-M-H-T-T ในการป้องกันโรคทำให้ประชาชนเกิดความอึดอัด ($M=3.58$) ประชาชนยังรู้สึกรังเกียจหรือกังวลกับบุคคลที่กลับมาจากพื้นที่เสี่ยง ($M=3.00$) ประเด็นเหล่านี้จำเป็นต้องสร้างความเข้าใจให้กับประชาชนทราบในสิ่งที่ถูกต้อง ขณะเดียวกันประชาชนยังมีความคิดเห็นว่าการสนับสนุนอุปกรณ์ในการป้องกันโรคจาก อบต./เทศบาล เช่น เจลแอลกอฮอล์ หรือหน้ากากอนามัยยังไม่เพียงพอ ($M=3.65$) ซึ่งจะต้องให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องชี้แจงถึงการสนับสนุนวัสดุ/อุปกรณ์เหล่านี้ตามระเบียบของทางราชการ สอดคล้องกับการศึกษาของ Nawsuwan, Singweratham, Waichompu & Chayakul (2020) ที่พบว่า การที่ อสม. ได้รับการยอมรับจากบุคคล ชุมชนและสังคม เป็นการสร้างเสริมพลังอำนาจและแรงบันดาลใจในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนให้สำเร็จ

ด้านอื่น ๆ ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการได้รับข้อมูลข่าวสาร ส่วนใหญ่การรับรู้อยู่ในระดับสูง เช่น การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับพื้นที่เสี่ยง ($M=4.45$) การได้รับข่าวสารในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ($M=4.46$) รวมไปถึงการติดตามสถานการณ์ระบาด ($M=4.41$) แต่ยังคงพบว่า การที่ประชาชนสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องซึ่งได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากกว่าการได้รับสื่อจากโทรทัศน์อยู่ในระดับต่ำ ($M=1.87$) แสดงให้เห็นว่า ประชาชนมีการติดตามการปฏิบัติตนทางสื่อโทรทัศน์อย่างใกล้ชิด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่า ประชาชนได้รับข้อมูล ร้อยละ 100.0 โดยได้รับจากโทรทัศน์ มากที่สุด ร้อยละ 84.6

ส่วนด้านการรับรู้อุปสรรค ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง อาจจะเป็นเพราะว่า โรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจที่รุนแรง ลักษณะการเกิดโรคคล้ายๆกับโรคหวัด มีการติดเชื้อได้ง่าย ทำให้ประชาชนยัง

ไม่ชินกับการป้องกัน จึงทำให้เกิดความรู้สึกต่ออุปสรรคในการป้องกันโรคในบางประเด็น เช่น การหาซื้อเจลแอลกอฮอล์ที่มีราคาสูงและยาก ($M=3.32$) การใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าทำให้หายใจลำบากและพูดไม่สะดวก ($M=3.05$) การเสียโอกาสในการพบแพทย์ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ($M=3.00$) และการใช้เจลแอลกอฮอล์หรือการล้างมือบ่อย ๆ ทำให้ผิวแห้ง ($M=2.70$) หรือการเสียโอกาสในการพบแพทย์ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 สอดคล้องกับแนวคิดของ Becker & Maiman (1975) ที่กล่าวไว้ว่า การรับรู้ถึงอุปสรรคอาจจะเป็นความคาดการณ์ของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ เช่น ราคาแพง ความไม่สะดวก ฉะนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติจะขึ้นอยู่กับภาระที่หนักหน่วง ข้อเสียของพฤติกรรมดังกล่าว โดยบุคคลจะเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เชื่อว่ามีผลดีมากกว่าผลเสีย

พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 อยู่ในระดับดี มีสัดส่วนใกล้เคียงกับระดับไม่ดี (ร้อยละ 51.3 และ 48.7) แสดงให้เห็นว่า ถึงแม้ว่าประชาชนจะรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง หรือรับรู้ประโยชน์ อยู่ในระดับสูง แต่พฤติกรรมของประชาชนยังปฏิบัติตามมาตรการ D-M-H-T-T ไม่เคร่งครัดทำให้เกิดความเสี่ยงในการเกิดโรคโควิด-19 ซึ่งจากงานวิจัยพบว่า ยังมีพฤติกรรมบางประเด็นที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น ประชาชนยังมีการสัมผัสมือ กอด กับเพื่อนร่วมงานหรือบุคคลใกล้ชิด ($M=4.07$) การไม่สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าเมื่อออกนอกบ้าน ($M=3.90$) ซึ่งพฤติกรรมนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Singweratham, Thaopan, Nawsuwan, Pohboon & Surirak (2020) ที่พบว่า ทันตภิบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุขสวมหน้ากากอนามัย (Surgical Mask) หรือหน้ากากผ้าเมื่อออกจากบ้าน ร้อยละ 98.7 และใช้หน้ากากอนามัยหรือ ผ้าเฉพาะเวลาจาม หรือเป็นหวัด ($M=3.64$) ไม่ได้ล้างมือหลังรับสิ่งของจากคนอื่น ($M=4.06$) รู้สึกรำคาญกับการตรวจอุณหภูมิเมื่อออกไปนอกบ้าน ($M=4.02$) หรือไม่ได้สังเกตอุณหภูมิตัวเองเมื่อกลับมาจากนอกบ้าน ($M=3.61$) และไม่ได้ใช้แอปพลิเคชันไทยชนะเมื่อเข้าออกสถานที่สาธารณะ ($M=3.66$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Chomeya & Phansri (2020) ที่พบว่า ประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือทุกช่วงวัยมีพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง ส่วน Glomjai, Kaewjiboon & Chachvarat (2020) ที่พบว่าประชาชนในเขต ต.บ้านสา อ.เมือง จ.พะเยา มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ภาพรวมอยู่ในระดับมาก การศึกษาของ Khumsaen (2021) ที่พบว่าประชาชนในเขต อ.อุ้มทอง จ.สุพรรณบุรี มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 อยู่ในระดับดี การศึกษาของ Moonti (2021) ก็พบว่า พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อ.กงไกรลาศ จ.สุโขทัย ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับดี

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 สามารถอธิบายได้ ดังนี้

ประชาชนที่กำลังศึกษาอยู่จะมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ดีกว่าประชาชนที่มีระดับการศึกษาตั้งแต่ประถมศึกษาลงมา อาจจะเป็นเพราะว่า ผู้ที่กำลังศึกษาอยู่สามารถที่จะรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ได้เร็วกว่าเนื่องจากมีความคล่องตัวและชำนาญเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยี ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารทาง Line/Facebook เป็นอันดับสอง รองจากการรับรู้จากทีวี (ร้อยละ 69.90) และมีผลกระทบเกี่ยวกับการเรียนโดยตรงกว่าผู้ที่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ซึ่งจะต้องทำงานเพื่อหารายได้มาใช้จ่ายในครอบครัวถึงแม้ว่ารายได้จะลดลงในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ที่เหมาะสมและเคร่งครัดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Weerakhachon, Kwanpichit, Nawsuwan & Singweratham (2020) ที่พบว่า กำลังพลที่ปฏิบัติงานสายการแพทย์ ศูนย์อำนวยการแพทย์ จังหวัดชายแดนใต้ ที่มีการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไปมีพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 มากกว่ากำลังพลที่มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Moonti (2021) ที่พบว่า การศึกษาไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อ.กงไกรลาศ จ.สุโขทัย

ประชาชนที่มีการรับรู้ประโยชน์ อยู่ในระดับสูงจะมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ดีกว่าประชาชนที่มีการรับรู้ประโยชน์ในระดับต่ำ-ปานกลาง อาจจะเป็นเพราะว่า เมื่อประชาชนรับรู้ถึงประโยชน์ที่ถูกต้องย่อมมีความตระหนักให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมกว่าผู้ที่รับรู้ประโยชน์ในระดับที่ต่ำกว่า สอดคล้องกับ

การศึกษาของ Moonti (2021) ที่พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อ.กงไกรลาศ จ.สุโขทัย ที่มีการรับรู้ประโยชน์ในระดับปานกลางและสูง จะมีพฤติกรรมสูงกว่าผู้ที่มีการรับรู้ประโยชน์ในระดับต่ำ

ประชาชนที่มีการรับรู้อุปสรรค อยู่ในระดับสูง และปานกลางจะมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ต่ำกว่าประชาชนที่มีการรับรู้อุปสรรคในระดับต่ำ ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะว่า ประชาชนที่รับรู้ต่ออุปสรรคในระดับสูง จะมีผลกับการตัดสินใจต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันตนเองไม่ให้ตนเองติดเชื้อโรคโควิด-19 และจะหาวิธีป้องกันตนเองด้วยความสามารถของตัวเองเบื้องต้นก่อนที่จะได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่นหรือบุคคลอื่นในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งการศึกษาไม่สอดคล้องกับ Moonti (2021) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อ.กงไกรลาศ จ.สุโขทัย ในการป้องกันโรคไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19

ประชาชนที่มีแรงจูงใจ อยู่ในระดับสูงจะมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ต่ำกว่าประชาชนที่มีแรงจูงใจในระดับปานกลาง จากงานวิจัยจะเห็นได้ว่า ผู้ที่มีแรงจูงใจในระดับสูง โดยเฉพาะแรงจูงใจจากครอบครัวจะมีส่วนสำคัญให้มีการป้องกันจากโรคโควิด-19 ฉะนั้นในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ความรัก ความผูกพัน ความเข้าใจ รวมไปถึงกำลังใจที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว ย่อมเป็นแรงจูงใจให้บุคคลในครอบครัวปฏิบัติตนเพื่อไม่ให้ติดเชื้อโรคโควิด-19 สอดคล้องกับการศึกษาของ Nawsuwan, Singweratham, Waichompu & Chayakul (2020) ที่พบว่าความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคโควิด-19 เกิดจากแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

การนำผลวิจัยไปใช้

จากการวิจัยยังพบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และแรงจูงใจ รวมไปถึงปัจจัยส่วนบุคคลด้านการศึกษา เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ได้ ฉะนั้น หากประชาชนมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้อง จะทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมที่สามารถป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ได้ จึงควรนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในกิจกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 เช่น การสร้างพลังในชุมชน การสร้างความสามารถในตนเอง ให้กับประชาชน รวมไปถึงการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ทั้งนี้ควรให้หน่วยงานในชุมชน เช่น อบต. มีส่วนร่วมในการผลักดันให้ประชาชนมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ดีด้วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษารูปแบบการ फैาระวังโรคในชุมชน ให้มีมาตรการที่เกิดจากประชาชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชน เพื่อการ फैาระวังโรคในชุมชนที่มีประสิทธิภาพและเกิดความยั่งยืน

References

- BBC NEWS. (2020). *Robert Cuffe. Coronavirus Death Rate: What are the Chances of Dying?* England: London.
- Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1975). The Health Belief Model: Origins and Correlation in Psychological Theory. *Health Education Monography*, 2. Winter, 336-385.
- Best, J. W. (1977). *Research in Education*. (3rded). Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Chaimay, B. (2013). Sample Size Determination in Descriptive Study in Public Health. *Thaksin University Journal*, 16(2), 9-18.

- Chomeya, R. & Phansri, G. (2020). New Corona Virus (CoVid-19) Disease Prevention Behaviors Awareness: Comparison Between Ages. *Journal of the Humanities and Social Sciences Mahasarakham University*, 39(6), 71-82.
- Department of Disease Control. (2020). Guide to the Prevention and Control of Coronavirus Disease 2019 or COVID-19 for the People. Ministry of Public Health. Nonthaburi. (in Thai)
- Department of Disease Control. (2021). *Coronavirus Disease 2019 Situation Report*. Ministry of Public Health. Nonthaburi. (in Thai)
- Ganjanawasee, S. (2001). *Choosing the Right Statistics for Research*. (4nded). Bangkok. Boonsiriprint. (in Thai)
- Glomjai, T., Kaewjiboon, J. & Chachvarat, T. (2020). Knowledge and Behavior of People regarding Self-care Prevention from Novel Coronavirus 2019 (COVID-19). *Journal of Nursing, Public Health, and Education*, 21(2), 30-39.
- Government Gazette. (2020). *Announcement of the Ministry of Public Health: The Significance of Dangerous Communicable Diseases (No.3)*. Ministry of Public Health. Nonthaburi. (in Thai)
- Khumsaen, N. (2021). Knowledge, Attitudes, and Preventive Behaviors of COVID-19 among People Living in Amphoe U-thong, Suphanburi Province. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province*, 4(1), 33-48.
- Moonti, J. (2021). Factors Influencing Preventive Behavior of Coronavirus Disease 2019 Among Village Health Volunteers in Kong Krailat District, Sukhothai Province. *The Office of Disease Prevention and Control 9, Nakhon Ratchasima Journal*, 27(2), 5-14.
- Nakhon Si Thammarat Provincial Public Health Office. (2021). *Coronavirus Disease 2019 Situation Report*. Nakhon Si Thammarat. (in Thai)
- Nawsuwan, K., Singweratham, N., Waichompu, N. & Chayakul, K. (2020). The Successful Implementation of Novel Coronavirus (COVID-19) in the Community of Village Health Volunteers (VHVs) in Thailand. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 12(3), 195-212.
- Prutipinyo, C. (2020). Surveillance, Prevention, and Control Measures of COVID-19 Pandemic. *Public Health policy & Laws Journal*, 6(2), 467-458.
- Singweratham, N., Thaopan, W. W., Nawsuwan, K., Pohboon, C. & Surirak, S. (2020). Perception and Preventive Behaviors on the Coronavirus Disease-2019 (COVID-19) among Dental Nurses Under the Ministry of Public Health. *Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute*, 14(2), 104-115.
- Waehayi, H. (2020). Severity Perception and Preventive Behavior on the Coronavirus Disease – 2019 among Youth at Sateng-Nok Subdistrict, Muang District, Yala Province. *Academic Journal of Community Public Health*, 6(4), 158-168.
- Weerakhachon, P., Kwanpichit, C., Nawsuwan, K. & Singweratham, N. (2020). Perception and Preventive Behaviors on the Coronavirus Disease-2019 (COVID-19) among Personnel in Medical Operations at Southern Border Provinces Medical Center. *Thai Journal of Public Health and Health Sciences*, 3(3), 106-117.

World Health Organization. (2020). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19) situation report – 71*.
Geneva: World Health Organization.