



แรงจูงใจในการป้องกันโรคและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปลิง อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา

ภิชณี วิจันทร์^{1*}, อีระพงษ์ พรหมจันทร์²

¹คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

²โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปลิง

Protection Motivation and COVID-19 Preventive Behavior among People at Nong Pling Subdistrict Health Promoting Hospital, Mueang Nakhon Ratchasima District, Nakhon Ratchasima Province

Pitsanee Wichantuk^{1*}, Theerapong Promjan²

¹Faculty of Public Health, Nakhon Ratchasima Rajabhat University

²Nong Pling Subdistrict Health Promoting Hospital

Received: 5 April 2022 / Revised: 30 May 2022 / Accepted: 9 June 2022

บทคัดย่อ

หลักการและวัตถุประสงค์: การระบาดของโรค COVID-19 หลายประเทศทั่วโลกส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของประชาชนในทุกด้าน การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับแรงจูงใจในการป้องกันโรค COVID-19 ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ของประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปลิง

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 378 ราย จากการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยสถิติ multiple logistic regression

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรู้ความเข้าใจของโรค COVID-19 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค COVID-19 ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการป้องกันโรค COVID-19 และความคาดหวังในความสามารถตนเองในการป้องกันโรค COVID-19 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 65.6, 65.9, 65.1 และ 68.3 ตามลำดับ และมีพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 อยู่ในระดับดี ร้อยละ 55.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ในระดับดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุตั้งแต่ 40 ปี ขึ้นไป (AOR = 2.21, 95% CI = 1.08 – 4.49), การสูบบุหรี่ (AOR = 0.28, 95% CI = 0.11 – 0.70), การรับรู้ความรู้ความเข้าใจของโรค COVID-19 (AOR = 16.51, 95% CI = 5.81 – 46.93), การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค COVID-19 (AOR = 3.97, 95% CI = 1.21 – 13.07), ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการป้องกันโรค COVID-19 (AOR = 6.20, 95% CI = 2.11 – 18.23) และความสามารถในการป้องกันโรค COVID-19 (AOR = 3.79, 95% CI = 1.20 – 12.03)

สรุป: การวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าแรงจูงใจในการป้องกันโรคทุกด้านมีความสัมพันธ์อย่างสูงกับพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 สิ่งที่น่าสนใจคือ ผู้ที่สูบบุหรี่มีพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความรู้และส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคที่ดีให้แก่ประชาชนทุกกลุ่มวัยในชุมชน

คำสำคัญ: แรงจูงใจในการป้องกันโรค; พฤติกรรมการป้องกันโรค; โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019; COVID-19

Abstract

Background and Objective: The COVID-19 pandemic have affected every aspect of people's lifestyle. This study aimed to study the level of protection motivation towards COVID-19, COVID-19 preventive behaviours and the association between factors and COVID-19 prevention behaviors

Methods: This cross-sectional descriptive study consisted of 378 samples were obtained using a stratified sampling method. The research instruments were questionnaire. The data were analyzed by descriptive statistics and inferential statistics. The correlation analyzed by multiple logistic regression.

Results: The results revealed that the majority of samples had perceived severity, perceived susceptibility, response efficacy expectation and self-efficacy expectation of COVID-19 at high levels of 65.6%, 65.9%, 65.1% and 68.3%, respectively. In addition, 55.3% of samples also had a good level on the COVID-19 preventive behaviours. The factors statistically significant associated with the COVID-19 preventive behaviours included age at 40 year olds and over (AOR = 2.21, 95% CI = 1.08 – 4.49), smoking (AOR = 0.28, 95% CI = 0.11 – 0.70), perceived severity of COVID-19 (AOR = 16.51, 95% CI = 5.81 – 46.93), perceived susceptibility of COVID-19 (AOR = 3.97, 95% CI = 1.21 – 13.07), response efficacy expectation in COVID-19 (AOR = 6.20, 95% CI = 2.11 – 18.23) and self-efficacy expectation in COVID-19 prevention (AOR = 3.79, 95% CI = 1.20 – 12.03).

Conclusions: The results suggest that all aspect protection motivation were highly significant associated with COVID-19 preventive behaviours. It is worth noting that, the COVID-19 preventive behaviours showed significant decrease among smokers. The related authorities should provide the knowledge and encourage the protection motivation to people of all age groups in community.

Keywords: protection motivation; preventive behavior; Coronavirus disease 2019; COVID-19

*Corresponding author: Pitsanee Wichantuk, E-mail: pitsanee.w@nrru.ac.th

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจอุบัติใหม่ พบการระบาดครั้งแรกในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 ที่เมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน มีสาเหตุจากไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (2019-nCoV) ซึ่งติดต่อผ่านทางสารคัดหลั่งของผู้ป่วย¹ จากการระบาดไปยังหลายประเทศทั่วโลก องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรคเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ ในวันที่ 30 มกราคม 2563² โดยกำหนดชื่อโรคใหม่ว่า Coronavirus disease 2019 (COVID-19) เชื่อกันว่าโรคให้ชื่อว่า severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2)³ และจัดเป็นการระบาดใหญ่ไปหลายประเทศทั่วโลก (pandemic) ในวันที่ 11 มีนาคม 2563⁴ ซึ่งมีอาการทั่วไปของโรค ได้แก่ มีไข้ ไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก อ่อนเพลีย และอาจพบอาการรุนแรง คือ ปอดอักเสบ หายใจลำบาก และมีภาวะแทรกซ้อนนำไปสู่การเสียชีวิตในผู้ป่วยบางราย โดยอัตราผู้ป่วยตายจะเพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้ที่มีโรคประจำตัว^{5,6}

ในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรค COVID-19 รายแรก ในเดือนมกราคม พ.ศ. 2563⁷ และประกาศให้โรค COVID-19 เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 เมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563⁸ ซึ่งยังคงพบการระบาดอย่างต่อเนื่องจากรายงานสถานการณ์ COVID-19 ของประเทศไทย ณ วันที่ 15 มีนาคม พ.ศ. 2564 พบผู้ป่วยยืนยันสะสม จำนวน 27,005 ราย เสียชีวิตสะสม จำนวน 87 ราย ซึ่งจังหวัดนครราชสีมาเป็นผู้ป่วยสะสมทั้งหมด จำนวน 13 ราย⁹ ทั้งนี้จากการทบทวนรายงานการศึกษาเกี่ยวกับโรค COVID-19 ที่เผยแพร่ในประเทศพบว่ายังไม่มีการศึกษาแพร่หลายมากนัก โดยพบการศึกษาถึงความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ในกลุ่มประชาชนบางพื้นที่ ซึ่งรายงานว่าความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรค COVID-19¹⁰ และการศึกษาถึงความตระหนักเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อโรค COVID-19 โดยเปรียบเทียบระหว่างช่วงวัย ซึ่งรายงานว่าความตระหนักเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการติดต่อโรค COVID-19 ระหว่างช่วงวัยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹¹ แต่ไม่พบการศึกษาถึงแรงจูงใจในการป้องกันโรคซึ่งพบการรายงานถึงความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ที่ตีในบางประเทศ¹²⁻¹⁵ ข้อมูลดังกล่าวจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการนำไปใช้ร่วมกับการวางแผนการทำงานเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันโรค COVID-19 ให้ดียิ่งขึ้น

ดังเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญในการศึกษาระดับแรงจูงใจในการป้องกันโรคและพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ของประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต.หนองปลิง ซึ่งเป็นระบบบริการปฐมภูมิในเขตเมือง จ.นครราชสีมา โดยนำทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (protection motivation theory: PMT)¹⁶ ซึ่งมีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (perceived susceptibility) ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันโรค (response efficacy) และความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการป้องกันโรค (self-efficacy) มาประยุกต์ใช้ในการกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัย คือ 1) เพื่อศึกษาระดับการรับรู้

ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการป้องกันโรค ความคาดหวังในความสามารถตนเองในการป้องกันโรค และพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 และ 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ของประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต.หนองปลิง โดยข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้จะนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผน พัฒนา และกำหนดมาตรการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ในเขตพื้นที่ให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา เลขที่รับรอง HE-103-2564 ซึ่งรับรองวันที่ 25 มีนาคม 2564

นิยามศัพท์

แรงจูงใจในการป้องกันโรค COVID-19 หมายถึง การศึกษาแรงจูงใจในการป้องกันโรค COVID-19 ตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (protection motivation theory: PMT) โดยศึกษาองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค COVID-19 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค COVID-19 ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการป้องกันโรค COVID-19 และความคาดหวังในความสามารถตนเองในการป้องกันโรค COVID-19

การรับรู้ความรุนแรงของโรค COVID-19 หมายถึง การรับรู้ของประชาชนว่าโรค COVID-19 ก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย มีความรุนแรงส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และนำไปสู่อันตรายแก่ชีวิตได้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค COVID-19 หมายถึง การรับรู้ของประชาชนถึงโอกาสเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยงที่ตนเองมีโอกาสจะเป็นโรค COVID-19 หากมีการปฏิบัติพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการป้องกันโรค COVID-19 หมายถึง ความคาดหวัง ความเชื่อมั่นของประชาชนในผลของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค COVID-19 ที่เหมาะสม จะป้องกันตนเองให้ไม่ป่วยด้วยโรค COVID-19

ความคาดหวังในความสามารถตนเองในการป้องกันโรค COVID-19 หมายถึง ความคาดหวัง ความเชื่อมั่นของประชาชนในความสามารถของตนเองที่จะจัดการและปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค COVID-19 ได้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรในการวิจัย คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต.หนองปลิง อ.เมืองนครราชสีมา จ.นครราชสีมา จำนวน 24,460 ราย กลุ่มตัวอย่างได้จากการใช้สูตรในการคำนวณของ Krejcie และ Morgan¹⁷ กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ระดับ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 378 ราย ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (stratified random sampling) แบ่งกลุ่มออกเป็นจำนวน 10 ชั้นภูมิตามชุมชนที่ประชาชนอยู่อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต.หนองปลิง ซึ่งมีจำนวน 10 ชุมชน ประกอบด้วย หมู่ที่ 1 บ้านหนองตะลุง หมู่ที่ 2 บ้านหนองตะลุงปึก หมู่ที่ 3 บ้านหนองปลิง หมู่ที่ 4 บ้านหนองบัวศาลา หมู่ที่ 5 บ้านอ่างหนองแค้น หมู่ที่ 6 บ้านหนองโสมง

หมู่ที่ 7 บ้านใหม่หนองแห่น หมู่ที่ 8 บ้านหนองตาตง หมู่ที่ 9 บ้านหนองปลิงใหม่ และหมู่ที่ 10 บ้านหนองตะลุมปุ๊กใหม่ โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากแต่ละชุมชนตามสัดส่วนของประชาชนในแต่ละแห่ง เพื่อให้ได้ข้อมูลครอบคลุมจากประชาชนทุกชุมชน จากนั้นใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) ในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในแต่ละชุมชน ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 378 ราย (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามชุมชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต.หนองปลิง

ชุมชน	จำนวนประชากรในชุมชนทั้งหมด (ราย)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (ราย)
1. บ้านหนองตะลุมปุ๊ก	1,048	16
2. บ้านหนองตะลุมปุ๊ก	1,781	28
3. บ้านหนองปลิง	1,391	21
4. บ้านหนองบัวศาลา	2,612	40
5. บ้านอ่างหนองแห่น	1,397	22
6. บ้านหนองโสมง	1,186	18
7. บ้านใหม่หนองแห่น	1,272	20
8. บ้านหนองตาตง	9,933	153
9. บ้านหนองปลิงใหม่	626	10
10. บ้านหนองตะลุมปุ๊กใหม่	3,214	50
รวม	24,460	378

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย คือ เป็นประชาชนที่พักอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต.หนองปลิงที่มีอายุ 20-80 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง และยินยอมให้ข้อมูลในการตอบแบบสอบถาม

เกณฑ์การคัดออกจากโครงการวิจัย คือ ผู้ที่ไม่ยินยอมให้ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามจนเสร็จสิ้น ผู้ที่ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน และผู้ที่ปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยในขณะตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 14 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การมีโรคประจำตัว การสูบบุหรี่ ระยะเวลาที่อาศัยในชุมชน การทำหน้าที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค COVID-19 การใช้แอปพลิเคชันในการรับข่าวสารเพื่อช่วยป้องกันโรค COVID-19 การได้รับวัสดุ/อุปกรณ์เพื่อป้องกันโรค COVID-19 จากหน่วยงานภาครัฐ และการมีแหล่งจำหน่ายผลิตภัณฑ์/อุปกรณ์ที่ใช้ป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ภายในชุมชน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค COVID-19 จำนวน 5 ข้อ ซึ่งมีความหมายทางบวกและทางลบ เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่ามี 3 ระดับ จากคะแนน 1-3 ของข้อความความหมายทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และเห็นด้วย โดยคำถามทางลบให้คะแนนตรงกันข้าม และแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ¹⁸ คือ ระดับสูง (13-15 คะแนน), ระดับปานกลาง (9-12 คะแนน) และระดับต่ำ (5-8 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค COVID-19 จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่ามี 3 ระดับ จากคะแนน 1-3 ของข้อความความหมายทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และเห็นด้วย และแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ¹⁸ คือ ระดับสูง (13-15 คะแนน), ระดับปานกลาง (9-12 คะแนน) และระดับต่ำ (5-8 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการป้องกันโรค COVID-19 จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่ามี 3 ระดับ จากคะแนน 1-3 ของข้อความความหมายทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และเห็นด้วย และแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ¹⁸ คือ ระดับสูง (13-15 คะแนน), ระดับปานกลาง (9-12 คะแนน) และระดับต่ำ (5-8 คะแนน)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความคาดหวังในความสามารถตนเองในการป้องกันโรค COVID-19 จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่ามี 3 ระดับ จากคะแนน 1-3 ของข้อความความหมายทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และเห็นด้วย และแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ¹⁸ คือ ระดับสูง (13-15 คะแนน), ระดับปานกลาง (9-12 คะแนน) และระดับต่ำ (5-8 คะแนน)

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 จำนวน 16 ข้อ ซึ่งมีความหมายทางบวกและทางลบ เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่ามี 3 ระดับ คือ จากคะแนน 1-3 ของข้อความความหมายทางบวก ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติ (ไม่เคยปฏิบัติเลยใน 1 สัปดาห์) ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (1-4 ครั้งต่อสัปดาห์) และปฏิบัติเป็นประจำ (อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5-7 ครั้ง) โดยคำถามทางลบให้คะแนนตรงกันข้าม และแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ¹⁸ คือ ระดับดี (38-48 คะแนน), ระดับปานกลาง (27-37 คะแนน) และระดับไม่ดี (16-26 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน นำข้อคำถามที่มีค่า index of item objective congruence ระหว่าง 0.67-1.00 ไปทดลองใช้กับประชาชน ต.หัวทะเล อ.เมือง นครราชสีมา จ.นครราชสีมา จำนวน 30 ราย โดยแบบสอบถามด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการป้องกันโรค ความคาดหวังในความสามารถตนเองในการป้องกันโรค และพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.77, 0.81, 0.83, 0.80 และ 0.85 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยนี้เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน - พฤษภาคม พ.ศ. 2564 ซึ่งยังคงอยู่ในช่วงการระบาดของโรค COVID-19 จึงได้ดำเนินการลดความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรคขณะเก็บข้อมูลวิจัยในทุกครั้ง โดยได้มอบหน้ากากอนามัยและปากกาใหม่ 1 ด้าม ให้แก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกคน เพื่อสวมใส่

และใช้ตอบแบบสอบถามเป็นการส่วนตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายโรค ผู้วิจัยได้ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษากลุ่มตัวอย่างสามารถตอบแบบสอบถามได้อย่างอิสระและสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทันทีโดยไม่ผลเสียใดเกิดขึ้น และมีการตรวจสอบความครบถ้วนและความสมบูรณ์ของข้อมูลของแบบสอบถามก่อนเก็บคืนทุกฉบับ การพิทักษ์สิทธิดำเนินการโดยใช้รหัสในการบันทึกข้อมูล ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับโดยไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างและทำลายข้อมูลทั้งภายหลังการวิจัยเสร็จสิ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติอนุมาน โดยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตัวแปรเดียว (univariate analysis) ด้วยสถิติ chi-square test ในตัวแปรต้นที่ผู้วิจัยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม และใช้สถิติ simple logistic regression วิเคราะห์ระดับการศึกษาและอาชีพ นำเสนอค่า crude odds ratio (OR) และ 95% confidence interval (95% CI) จากนั้นคัดเลือกปัจจัยที่มีค่า $p < 0.25$ มาวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบหลายตัวแปร (multivariate analysis) ด้วยสถิติ Multiple logistic regression วิธี backward method (likelihood ratio) นำเสนอค่า adjusted odd ratio (AOR) และ 95% confidence interval (95% CI) โดยผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น แปลงตัวแปรให้เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variables) และกำหนดให้พฤติกรรมกำหนัดป้องกันโรค COVID-19 ระดับดีเป็นสิ่งที่สนใจ มีค่าเป็น 1 พฤติกรรมกำหนัดป้องกันโรค COVID-19 ระดับปานกลาง และระดับไม่ดี มีค่าเป็น 0 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p \leq 0.05$

ผลการศึกษา

ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามสมบูรณ์กลับคืนมาทั้งสิ้นจำนวน 378 ชุด คิดเป็นอัตราการตอบกลับคืน (response rate) ร้อยละ 100 สามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.9 อายุเฉลี่ย 41.3 ± 13.2 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 56.1 การศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา ร้อยละ 30.7 อาชีพพนักงานบริษัท/พนักงานโรงงานอุตสาหกรรม ร้อยละ 25.9 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,777.3 บาท/เดือน (median = 9,250, min = 0, max = 40,000) ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 89.2 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 81.7 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ภายในชุมชนมากกว่า 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 85.4 โดยระยะเวลาที่อาศัยในชุมชนเฉลี่ย 32.4 ปี (median = 30, min = 1, max = 78) ไม่ได้ทำหน้าที่เป็น อสม. ร้อยละ 87.3 ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค COVID-19 ร้อยละ 96.3 จากช่องทางวิทยุ/โทรทัศน์มากที่สุด ร้อยละ 76.5 ไม่เคยใช้แอปพลิเคชันในการรับข่าวสารเพื่อทราบแนวทางการป้องกันโรค COVID-19 ร้อยละ 69.8 ได้รับผลิตภัณฑ์ หรือวัสดุอุปกรณ์เพื่อป้องกันโรค COVID-19 จากหน่วยงานภาครัฐ ร้อยละ 55.8 โดยได้รับหน้ากากอนามัยมากที่สุด ร้อยละ 55.3 และในชุมชนมีแหล่งจำหน่ายผลิตภัณฑ์/อุปกรณ์ที่ใช้ป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ร้อยละ 90.2 โดยจำหน่ายหน้ากากอนามัยมากที่สุด ร้อยละ 86.5

ตารางที่ 2 ระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการป้องกันโรค ความคาดหวังในความสามารถตนเองในการป้องกันโรค และพฤติกรรมกำหนัดป้องกันโรค COVID-19 (n = 378)

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)
การรับรู้ความรุนแรงของโรค COVID-19	
ระดับสูง (13-15 คะแนน)	248 (65.6)
ระดับปานกลาง (9-12 คะแนน)	130 (34.4)
ระดับต่ำ (5-8 คะแนน)	0 (0)
(Mean = 12.83, SD = 1.186, Min = 10, Max = 15)	
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค COVID-19	
ระดับสูง (13-15 คะแนน)	249 (65.9)
ระดับปานกลาง (9-12 คะแนน)	129 (34.1)
ระดับต่ำ (5-8 คะแนน)	0 (0)
(Mean = 13.51, SD = 1.507, Min = 10, Max = 15)	
ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการป้องกันโรค COVID-19	
ระดับสูง (13-15 คะแนน)	246 (65.1)
ระดับปานกลาง (9-12 คะแนน)	132 (34.9)
ระดับต่ำ (5-8 คะแนน)	0 (0)
(Mean = 13.65, SD = 1.663, Min = 9, Max = 15)	
ความคาดหวังในความสามารถตนเองในการป้องกันโรค COVID-19	
ระดับสูง (13-15 คะแนน)	258 (68.3)
ระดับปานกลาง (9-12 คะแนน)	120 (31.7)
ระดับต่ำ (5-8 คะแนน)	0 (0)
(Mean = 13.88, SD = 1.448, Min = 10, Max = 15)	
พฤติกรรมกำหนัดป้องกันโรค COVID-19	
ระดับดี (38-48 คะแนน)	209 (55.3)
ระดับปานกลาง (27-37 คะแนน)	169 (44.7)
ระดับไม่ดี (16-26 คะแนน)	0 (0)
(Mean = 39.31, SD = 3.507, Min = 33, Max = 48)	

การรับรู้ความรุนแรงของโรค COVID-19 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 65.6 (ตารางที่ 2) โดยร้อยละ 92.6 เห็นด้วยกับข้อความที่ว่า “โรค COVID-19 เป็นโรคติดต่ออันตราย” ทั้งนี้ ในข้อความที่ว่า “ในวัยเด็กจะมีโอกาสเสียชีวิตจากการติดเชื้อไวรัส COVID-19 มากกว่าวัยอื่น” กลุ่มตัวอย่างให้คำตอบว่าไม่แน่ใจ ร้อยละ 35.4 และไม่เห็นด้วย ร้อยละ 9.3

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค COVID-19 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 65.9 (ตารางที่ 2) โดยร้อยละ 85.4 เห็นด้วยกับข้อความที่ว่า “การไม่สวมหน้ากากอนามัยเมื่อพบปะผู้อื่น จะทำให้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัส COVID-19” ร้อยละ 44.2 ไม่แน่ใจกับข้อความที่ว่า “การใช้ลิฟต์โดยสารร่วมกับผู้อื่นจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัส COVID-19” และร้อยละ 4.5 ไม่เห็นด้วยกับข้อความที่ว่า “การรับประทานอาหารโดยใช้มือสัมผัสช้อนกลางร่วมกันจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัส COVID-19”

ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการป้องกันโรค COVID-19 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 65.1 (ตารางที่ 2) โดยร้อยละ 86.2 เห็นด้วยกับข้อความที่ว่า “การทำความสะอาดมือด้วยสบู่อย่างน้อย 20 วินาที และล้างมือด้วยผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ อย่างน้อย 70% ทุกครั้งภายหลังจากสัมผัสสิ่งของ จะสามารถช่วยป้องกันการติดเชื้อไวรัส COVID-19 ได้” ร้อยละ 36.2 ไม่แน่ใจกับข้อความที่ว่า “การซื้ออาหารปรุงสำเร็จที่ปรุงร้อน สุกใหม่ และภาชนะมีการปกปิดให้มีดีซันจะสามารถช่วยป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จากผู้จำหน่ายได้” และร้อยละ 1.1 ไม่เห็นด้วยกับข้อความที่ว่า “การหลีกเลี่ยงรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่นโดยแยกอาหารคนละชุด และไม่ใช้ช้อนกลาง จาน และชามร่วมกัน จะสามารถช่วยป้องกันการติดเชื้อไวรัส COVID-19 ได้”

ความคาดหวังในความสามารถตนเองในการป้องกันโรค COVID-19 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 68.3 (ตารางที่ 2) โดยร้อยละ 91.0 เห็นด้วยกับข้อความที่ว่า “สามารถกักตัว ณ ที่พักอาศัย เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 14 วัน เมื่อเดินทางไปยัง/มาจาก/อาศัยในพื้นที่เสี่ยงเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่กระจายโรคติดเชื้อไวรัส COVID-19 ได้” ร้อยละ 33.1 ไม่แน่ใจกับข้อความที่ว่า “สามารถรักษาระยะห่างระหว่างบุคคลขณะร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างน้อย 2 เมตร เพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัส COVID-19 ได้” และร้อยละ 0.5 ไม่เห็นด้วยกับข้อความที่ว่า “สามารถสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาเมื่ออยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในที่ชุมชนเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัส COVID-19 ได้”

พฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 55.3 (ตารางที่ 2) โดยพฤติกรรมที่ส่วนใหญ่ปฏิบัติเป็นประจำ คือ ติดตามข่าวสารและสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส COVID-19 ผ่านช่องทางวิทยุ/โทรทัศน์/อินเทอร์เน็ต/โซเชียลมีเดีย ร้อยละ 91.3 พฤติกรรมที่ปฏิบัติเป็นบางครั้ง คือ เมื่อสัมผัสเงินเหรียญ ธนบัตร และสิ่งของที่ใช้ร่วมกับผู้อื่น ล้างมือด้วยผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์อย่างน้อย 70% ร้อยละ 63.2 และพฤติกรรมที่ไม่เคยปฏิบัติเลย คือ ทั้งหน้ากากอนามัยที่ใช้แล้วในถังขยะทั่วไปโดยไม่ใส่ถุงปิดสนิทแยกจำเพาะ ร้อยละ 16.7

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงจูงใจในการป้องกันโรคกับพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ตัวแปรเดียว (Univariate analysis) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p \leq 0.05$ ได้แก่ เพศ, อายุ, การสูบบุหรี่, การทำหน้าที่เป็น อสม., การใช้แอปพลิเคชันในการรับข่าวสารเพื่อทราบแนวทางการป้องกันโรค COVID-19, การได้รับผลิตภัณฑ์หรือวัสดุอุปกรณ์เพื่อป้องกันโรค COVID-19 จากหน่วยงานภาครัฐ การมีแหล่งจำหน่ายผลิตภัณฑ์/อุปกรณ์ที่ใช้ป้องกันและควบคุมโรคในชุมชน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการป้องกันโรค และความคาดหวังในความสามารถตนเองในการป้องกันโรค

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบหลายตัวแปร (Multivariate analysis) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ อายุตั้งแต่ 40 ปี ขึ้นไป (AOR = 2.21, 95% CI = 1.08 – 4.49), การสูบบุหรี่ (AOR = 0.28, 95% CI = 0.11 – 0.70), การรับรู้ความรุนแรงของโรค COVID-19 (AOR = 16.51, 95% CI = 5.81 – 46.93), การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค COVID-19 (AOR = 3.97, 95% CI = 1.21 – 13.07), ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการป้องกันโรค COVID-19 (AOR = 6.20, 95% CI = 2.11 – 18.23) และความคาดหวังในความสามารถตนเองในการป้องกันโรค COVID-19 (AOR = 3.79, 95% CI = 1.20 – 12.03) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบหลายตัวแปรระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงจูงใจในการป้องกันโรคกับพฤติกรรมในการป้องกันโรค COVID-19 (n = 378)

ปัจจัย	พฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19		OR (95% CI)	AOR (95% CI)	p-value
	ดี	ปานกลาง			
อายุ					
ตั้งแต่ 40 ปี ขึ้นไป	122 (63.9)	69 (36.1)	2.03 (1.35 - 3.07)	2.21 (1.08 – 4.49)	0.029
ต่ำกว่า 40 ปี	87 (46.5)	100 (53.5)	1.00	1.00	
การสูบบุหรี่					
สูบบุหรี่	16 (23.2)	53 (76.8)	0.18 (0.10 - 0.33)	0.28 (0.11 – 0.70)	0.007
ไม่สูบบุหรี่	193 (62.5)	116 (37.5)	1.00	1.00	
การรับรู้ความรุนแรงของโรค COVID-19					
ระดับสูง	202 (81.5)	46 (18.5)	77.16 (33.78 - 176.28)	16.51 (5.81 – 46.93)	<0.001
ระดับปานกลาง	7 (5.4)	123 (94.6)	1.00	1.00	
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค COVID-19					
ระดับสูง	200 (80.3)	49 (19.7)	54.42 (25.81 - 114.75)	3.97 (1.21 – 13.07)	0.023
ระดับปานกลาง	9 (7.0)	120 (93.0)	1.00	1.00	
ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการป้องกันโรค COVID-19					
ระดับสูง	202 (82.1)	44 (17.9)	81.98 (35.81 - 187.66)	6.20 (2.11 – 18.23)	0.001
ระดับปานกลาง	7 (5.3)	125 (94.7)	1.00	1.00	
ความคาดหวังในความสามารถตนเองในการป้องกันโรค COVID-19					
ระดับสูง	201 (77.9)	57 (22.1)	49.37 (22.74 - 107.18)	3.79 (1.20 – 12.03)	0.024
ระดับปานกลาง	8 (6.7)	112 (93.3)	1.00	1.00	

วิจารณ์

ผู้วิจัยวิจารณ์ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการป้องกันโรค และความคาดหวังในความสามารถตนเองในการป้องกันโรค COVID-19 ทุกด้านอยู่ในระดับสูง ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจในการป้องกันโรคตามทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคในระดับสูง ผลการศึกษานี้มีสอดคล้องในบางประเด็นกับการศึกษาที่ศึกษาในประเทศคูเวต¹² ประเทศสหรัฐอเมริกา¹³ และประเทศอิหร่าน^{14, 15} ซึ่งอาจเนื่องมาจากด้วยบริบทของแต่ละประเทศที่แตกต่างกัน มีสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ในบางพื้นที่แตกต่างกัน จึงอาจทำให้ประชาชนในแต่ละพื้นที่มีแรงจูงใจในการป้องกันโรค

ในบางด้านแตกต่างกัน ทั้งนี้ในปัจจุบันยังไม่พบการศึกษาถึงแรงจูงใจในการป้องกันโรค COVID-19 ตามทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (protection motivation theory: PMT) แพร่หลายมากนัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศไทยซึ่งส่วนใหญ่เป็นการศึกษาถึงความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมป้องกันโรค COVID-19 นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการป้องกันโรค COVID-19 อยู่ในระดับดี สอดคล้องกับรายงานการศึกษาที่ศึกษากับประชาชนใน ต.ปทุมใหญ่ อ.เมือง จ.นครราชสีมา¹⁹ และการศึกษา กับประชาชนในพื้นที่อื่นของประเทศไทย^{10, 20, 21} ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ด้วยสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ที่แพร่กระจายเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องจนถึงการระบาดระลอกใหม่ในปัจจุบัน

จึงส่งผลให้ทั้งภาครัฐและภาคเอกชนมีการรณรงค์และประชาสัมพันธ์อย่างแพร่หลายเพื่อให้ความรู้แก่ประชาชนถึงข้อมูลด้านต่าง ๆ เพื่อกระตุ้นให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกันโรค COVID-19 ในช่องทางสื่อประเภทต่าง ๆ สอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค COVID-19 โดยได้รับจากช่องทางวิทยุ/โทรทัศน์มากที่สุด รองลงมา คือ อินเทอร์เน็ต/โซเชียลมีเดีย ซึ่งมีความสอดคล้องเช่นเดียวกันกับรายงานการวิจัยในพื้นที่อื่น^{10, 19, 22} ซึ่งให้เห็นว่า ประชาชนในพื้นที่ต่าง ๆ สามารถเข้าถึงข่าวสารเกี่ยวกับโรค COVID-19 ได้อย่างแพร่หลายและหลากหลายช่องทาง จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยกระตุ้นให้ประชาชนตระหนักถึงอันตราย รับรู้ถึงความรุนแรงของโรค รวมถึงโอกาสเสี่ยงในการติดโรคและแพร่กระจายโรคเป็นอย่างดี ส่งผลให้เกิดความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการป้องกันโรคและความคาดหวังในความสามารถตนเองที่จะป้องกันโรคสูง จึงทำให้มีพฤติกรรมป้องกันการโรค COVID-19 ที่ดี

อย่างไรก็ตาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งหนึ่งมีพฤติกรรมรับประทานอาหารโดยใช้ภาชนะร่วมกับบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดอย่างเป็นประจำ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างไม่ถึงครึ่งหนึ่งที่ล้างมือด้วยสบู่อย่างน้อย 20 วินาที หรือผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์อย่างน้อย 70% ก่อนรับประทานอาหาร และเมื่อสัมผัสเงินเหรียญ ธนบัตร และสิ่งของที่ใช้ร่วมกับผู้อื่น อย่างเป็นประจำ ซึ่งล้วนเป็นพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อและแพร่เชื้อ COVID-19 ไปยังบุคคลอื่น เนื่องจากเชื้อไวรัสสามารถมีชีวิตรอดอยู่บนพื้นผิวสัมผัสของวัตถุประเภทต่าง ๆ ได้นานเป็นระยะเวลาหลายวัน โดยโลหะ แก้ว หรือพลาสติก จะสามารถอยู่ได้นานถึง 9 วัน²³ ซึ่งอาจนำไปสู่การระบาดอย่างต่อเนื่องภายในครอบครัวและชุมชน ผลการวิจัยที่พบในครั้งนี้สอดคล้องกับรายงานวิจัยที่ศึกษาในพื้นที่อื่น^{10, 24} และผลสำรวจของอนามัยโพลที่รายงานว่า ประชาชนมีพฤติกรรมที่ปฏิบัติได้น้อยที่สุดคือ การงดกินข้าวร่วมกัน²⁵ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากโรค COVID-19 เป็นโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ซึ่งไม่พบรายงานมาก่อน²⁶ จึงส่งผลให้ประชาชนต้องปรับตัวในการดำเนินชีวิตรูปแบบวิถีใหม่ (new normal) ทำให้ไม่คุ้นชินกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในบางด้าน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรรณรงค์และประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญในการปฏิบัติตามมาตรการ D-M-H-T-T ร่วมไปกับการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 แบบครอบจักรวาล (universal prevention for COVID-19) ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงในการติดเชื้อ อีกทั้งยังลดการแพร่กระจายของโรคทั้งภายในครอบครัวและบุคคลอื่น

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า อายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี มีพฤติกรรมป้องกันการโรค COVID-19 ในระดับดี เป็น 2.21 เท่า (95% CI = 1.08 – 4.49) สอดคล้องกับรายงานการวิจัยในพื้นที่อื่นของประเทศไทย^{11, 27, 28} และการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา¹³ ที่รายงานว่า ในกลุ่มช่วงวัยกลางคน วัยสูงอายุมีพฤติกรรมป้องกันการติดโรค COVID-19 สูงกว่าวัยอื่น อธิบายได้ว่า ช่วงอายุ 40 ปี ขึ้นไปนั้นจัดอยู่ในช่วงวัยกลางคนและเริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุ ซึ่งเป็นวัยที่ผ่านการเรียนรู้ มีวุฒิภาวะ มีประสบการณ์การใช้ชีวิต แต่เริ่มมีความเปลี่ยนแปลงของสุขภาพจากเสื่อมถอยของร่างกายและภูมิคุ้มกัน

ที่ลดลงตามวัย ซึ่งนำไปสู่ความเสี่ยงในการเกิดโรคติดเชื้อและโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น ทำให้คนในกลุ่มวัยนี้เฝ้าระวังสุขภาพตนเอง ประกอบกับด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ในวงกว้างอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้มีการประชาสัมพันธ์จากหลายหน่วยงานถึงความเสี่ยงที่จะมีอาการรุนแรง การเกิดภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มอัตราการเสียชีวิต หากติดเชื้อในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ที่มีโรคประจำตัว และผู้ที่มีสุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง จึงส่งผลทำให้กลุ่มคนในช่วงวัยนี้ตระหนักถึงอันตรายจากโรค จึงใส่ใจดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคมามากยิ่งขึ้น

สิ่งที่น่าสังเกตจากการศึกษา คือ กลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้สูบบุหรี่ พบว่า มีพฤติกรรมป้องกันการโรค COVID-19 ในระดับดี ลดลง ร้อยละ 72 (95% CI = 0.11 – 0.70) ซึ่งองค์การอนามัยโลก²⁹ ประกาศเตือนถึงการเพิ่มโอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อ COVID-19 ขณะใช้มือสูบ หรือพ่นควันละอองไอออกมา และมีแนวโน้มที่จะมีอาการรุนแรงจนนำไปสู่การเสียชีวิตได้มากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ เนื่องจากการสูบบุหรี่นั้นส่งผลกระทบโดยตรงต่อปอดและระบบทางเดินหายใจ²⁹ สอดคล้องกับผลการศึกษาในต่างประเทศ ที่รายงานถึงผลกระทบจากการติดเชื้อ COVID-19 ต่อสุขภาพที่รุนแรงมากขึ้นในกลุ่มผู้ที่สูบบุหรี่^{30, 31} และผลการวิจัยที่รายงานว่า การสูบบุหรี่ไฟฟ้ามีโอกาสติดเชื้อ COVID-19 มากกว่าผู้ที่ไม่สูบ และการสูบบุหรี่มวนร่วมกับบุหรี่ไฟฟ้าจะมีแนวโน้มติดเชื้อไวรัส COVID-19 มากยิ่งขึ้น³² อธิบายได้ว่า การสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ มีผลมาจากปัจจัยภายในตัวของบุคคล เช่น ความเชื่อ ทศนคติ ค่านิยม เป็นต้น และปัจจัยภายนอก เช่น การยอมรับ การเข้าถึงกลุ่มเพื่อน อิทธิพลจากสื่อ เป็นต้น จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่ร้อยละ 18.3 โดยจากจำนวนผู้สูบบุหรี่ทั้งหมด เป็นเพศชายร้อยละ 98.6 ซึ่งจากการลงพื้นที่ในการเก็บข้อมูลวิจัยนั้น พบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่บางส่วนไม่ได้ปฏิบัติตามมาตรการ D-M-H-T-T โดยมีการรวมกลุ่มพูดคุยกันระหว่างการสูบบุหรี่ และไม่ได้สวมหน้ากากอนามัย จึงทำให้กลุ่มผู้สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการติดโรค COVID-19 และการแพร่เชื้อระหว่างกลุ่มผู้สูบบุหรี่ด้วยกัน สิ่งที่กำลังมาข้างต้นจึงอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่ละเลยการป้องกันตนเอง ขาดการระมัดระวัง และมีพฤติกรรมป้องกันโรค COVID-19 ที่ลดลง

นอกจากนี้ ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการป้องกันโรค ความคาดหวังในความสามารถตนเองในการป้องกันโรค COVID-19 ในระดับสูง มีพฤติกรรมป้องกันการโรค COVID-19 ในระดับดี มากกว่ากลุ่มที่มีระดับแรงจูงใจในการป้องกันโรค COVID-19 ตามรายด้านที่อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับรายงานการวิจัยที่ศึกษาในประเทศคูเวต¹² และประเทศอิหร่าน^{14, 15} และพบความสอดคล้องของความสัมพันธ์ในปัจจัยบางด้านกับการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา¹³ ที่รายงานว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคและผลลัพธ์ของประสิทธิภาพในการป้องกันโรค COVID-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค COVID-19 ทั้งการระบาดของ COVID-19 ระลอกที่ 1 ในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 และระลอกที่ 2 ในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2563 โดยปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการระบาดทั้ง 2 ระลอก คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค COVID-19¹³ และการศึกษาในประเทศตุรกี³³ ที่รายงานว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค

ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการป้องกันโรค และความคาดหวังในความสามารถตนเองในการป้องกันโรค COVID-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค COVID-19 โดยปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค COVID-19³³ อธิบายได้ว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค เป็นความรู้สึก ความคิด ความเชื่อ และการรับรู้ของแต่ละบุคคลว่าตนเองมีโอกาสรุนแรงต่อการเป็นโรคหรือภัยที่คุกคามทางสุขภาพของตนเอง โดยเป็นผลมาจากการได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับประสบการณ์ทางสุขภาพ และการให้ความสำคัญต่อภัยคุกคามทางสุขภาพที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล ซึ่งอาจเนื่องด้วยสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 และการได้รับข่าวสารเพื่อกระตุ้นให้เกิดความกลัวและความตระหนักถึงภาวะเสี่ยงในการติดโรค รวมไปถึงบริบททางสังคมและความแตกต่างของประชาชนที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละพื้นที่ จึงอาจส่งผลให้ประชาชนในแต่ละพื้นที่ที่มีความกังวลและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค COVID-19 ที่แตกต่างกัน

ทั้งนี้ จากผลการวิจัยที่ชี้ให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค COVID-19 อย่างแพร่หลายในช่องทางสื่อต่าง ๆ ซึ่งมีความสอดคล้องกับรายงานการวิจัยในพื้นที่อื่น^{10, 19, 22} จึงอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการป้องกันโรค และความคาดหวังในความสามารถตนเองในการป้องกันโรค COVID-19 อยู่ในระดับสูง จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 อยู่ในระดับที่ดีเช่นเดียวกัน ผลการวิจัยที่พบในครั้งนี้สอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (protection motivation theory: PMT)¹⁶ อธิบายได้ว่า เมื่อบุคคลรับรู้ถึงความรุนแรง ความอันตราย และความน่ากลัวของโรคที่ส่งผลต่อสุขภาพของตนเอง (perceived severity) รับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคที่คุกคามสุขภาพตนเอง (perceived susceptibility) มีความคาดหวังในผลลัพธ์ที่ดี คือ ความปลอดภัยจากโรคหากปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม (response efficacy) และมีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อตอบสนองต่อโรคที่ส่งผลต่อสุขภาพของตนเอง (self-efficacy) บุคคลนั้นจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค^{16, 34}

สรุป

ประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต.หนองปลิง มีแรงจูงใจในการป้องกันโรค COVID-19 ตามทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคอยู่ในระดับสูงทุกด้าน และมีพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 โดยรวมอยู่ในระดับดี แต่มีพฤติกรรมบางด้านที่ไม่เหมาะสม โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ในระดับดี คือ อายุ และแรงจูงใจในการป้องกันโรค COVID-19 ทั้ง 4 ด้าน ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค^{16, 34}

อย่างไรก็ตาม พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรม การป้องกันโรค COVID-19 ที่ลดลง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควร จัดกิจกรรมรณรงค์ ลด ละ เลิกบุหรี่ทุกประเภท และให้ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบจากโรค COVID-19 ที่มีความรุนแรงและมีอัตราเสียชีวิต

ที่เพิ่มขึ้นหากมีพฤติกรรมสูบบุหรี่เป็นประจำ ควบคู่ไปกับการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคที่ดีให้แก่ประชาชนทุกกลุ่มวัยในชุมชน โดยควรประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ถึงแนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค COVID-19 เมื่อต้องปฏิบัติงานหรือดำเนินกิจกรรมภายนอกบ้าน ให้แก่กลุ่มวัยเรียน วัยรุ่น และวัยทำงาน ร่วมไปกับการชี้ให้ตระหนักถึงความเสี่ยงจากการนำโรค COVID-19 จากสถานที่ภายนอกไปสู่การแพร่เชื้อให้แก่สมาชิกภายในครอบครัวและบุคคลอื่นภายในชุมชน โดยควรระมัดระวังอย่างยิ่งในการแพร่เชื้อไปสู่กลุ่มผู้สูงอายุ และผู้ที่มีโรคประจำตัว ซึ่งหากเกิดการติดเชื้ออาจมีอาการรุนแรง และนำไปสู่การเสียชีวิตได้ หน่วยงานในพื้นที่จึงควรส่งเสริมให้ทุกคนในชุมชนตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันตนเองจากโรค COVID-19 พร้อมกับป้องกันการแพร่เชื้อไปยังผู้อื่นภายในชุมชน อันจะนำไปสู่ความสำเร็จในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ภายในพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาแรงจูงใจในการป้องกันโรค COVID-19 ของประชาชนโดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาข้อมูลเชิงลึก และนำมาร่วมประยุกต์ใช้ในการรณรงค์เพื่อป้องกันและควบคุมโรคต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ อบต.หนองบัวศาลา เทศบาลตำบล ห้วยเหลื่อมถึงผู้นำชุมชน และ อสม. ที่กรุณาให้ข้อมูลและความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัยอย่างดียิ่ง และขอขอบคุณประชาชนที่กรุณาตอบแบบสอบถาม

เอกสารอ้างอิง

1. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, *et al.* A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med* 2020;382(8):727-33.
2. World Health Organization (WHO). Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV) [Internet]. 2020 [cited Mar 5, 2021]. Available from: [https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))
3. World Health Organization (WHO). Naming the coronavirus disease (COVID-2019) and the virus that causes it [Internet]. 2020 [cited Mar 5, 2021]. Available from: [https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-it](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it)

4. World Health Organization (WHO). WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020 [Internet]. 2020 [cited Mar 5, 2021]. Available from: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
5. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Guidelines for healthcare workers response to the COVID-19 pandemic in Thailand [Internet]. 2020 [cited 2021 Mar 5]. Available from: https://w2.med.cmu.ac.th/nd/wp-content/uploads/2020/03/COVID19_04032020.pdf (in Thai).
6. World Health Organization (WHO). Coronavirus disease (COVID-19) [Internet]. 2020 [cited 2021 Mar 5]. Available from: https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1
7. Ratnarathon A. Coronavirus infectious disease-2019 (COVID-19) : a case report, the first patient in Thailand and outside China. *J Bamrasnaradura Infect Dis Inst* 2020;14(2):116-23.
8. Royal Thai Government Gazette. Announcement of the Ministry of Public Health: name and major symptoms of dangerous communicable diseases (Issue 3) 2020 [Internet]. 2020 [cited Mar 5, 2021]. Available from: http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2563/E/048/T_0001.PDF (in Thai).
9. Office of the Permanent Secretary, Ministry of Interior. Situation of COVID-19 [Internet]. 2020 [cited Mar 15, 2021]. Available from: https://media.thaigov.go.th/uploads/public_img/source/150364.pdf
10. Glomjai T, Kaewjiboon J, Chachvarat T. Knowledge and Behavior of People regarding Self-care Prevention from Novel Coronavirus 2019 (COVID-19). *JNHR* 2020;21(2):29-39.
11. Chomeya1 R, Phansri G. New Corona Virus (CoVid-19) Disease Prevention Behaviors Awareness: Comparison Between Ages. *HuJmsu* 2020;39(6):71-82.
12. Al-Rasheed M. Protective Behavior against COVID-19 among the Public in Kuwait: An Examination of the Protection Motivation Theory, Trust in Government, and Sociodemographic Factors. *Soc Work Public Health* 2020;35(7):546-556.
13. Kowalski RM, Black KJ. Protection Motivation and the COVID-19 Virus. *Health Commun* 2021;36(1):15-22.
14. Bashirian S, Jenabi E, Khazaei S, Barati M, Karimi-Shahanjarini A, Zareian S, et al.. Factors associated with preventive behaviours of COVID-19 among hospital staff in Iran in 2020: an application of the Protection Motivation Theory. *J Hosp Infect* 2020; 105(3):430-3.
15. Ezati Rad R, Mohseni S, Kamalzadeh Takhti H, Hassani Azad M, Shahabi N, Aghamolaei T, et al. Application of the protection motivation theory for predicting COVID-19 preventive behaviors in Hormozgan, Iran: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2021; 21(1):466.
16. Roger RW. Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: a revised theory of protection motivation. New York: Guilford Press, 1983.
17. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educ Psychol Meas* 1970;30:607-10.
18. Best JW. Research in education. 3rded. New Jersey: Prentice hall Inc, 1977.
19. Phansuma D, Boonruksa P. Knowledge, attitudes, and preventive behaviors of covid-19 among residents in pruyai sub-district, muang district, nakhon ratchasima province. *Srinagarind Med J* 2021;36(5):597-604.
20. Khumsaen N. Knowledge, attitudes, and preventive behaviors of covid-19 among people living in amphoe u-thong, suphanburi province. *J Prachomklao Coll Nurs* 2021;4(1):33-48.
21. Reawreab N. Knowledge, Attitude, and COVID-19 Preventive behaviors among thai people in pa kor subdistrict, mueang district, phang nga province. *Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal* 2021;6(2):37-51.
22. Rawinit W, Tepjak P. Exposure to Media about COVID-19 from the Department of Disease Control and Audience's Fake News Literacy. *Proceedings of 11th RSU National Research Conference 2021 on Social Science and Humanity, Education, Management, and Arts*; 2021 Apr 30; Rangsit University, Pathum Thani. Pathum Thani; 2021: 313- 23.
23. Kampf G, Todt D, Pfaender S, Steinmann E. Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and its inactivation with biocidal agents. *J Hosp Infect* 2020;104:246-51.

24. Visuttisiri T, Suppa-asa W, Sirichuanjun K. Knowledge, Attitude, and Covid-19 Prevention Behavior Among Residents Living in Urban Communities. *Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal* 2022;6(2):192-202.
25. Health Impact Assessment Division, Department of Health, Ministry of Public Health. Anamai Poll : A surveillance of health behavior and COVID-19 preventive behavior among people. [Internet]. 2020 [cited Mar 24, 2022]. Available from: <https://drive.google.com/file/d/1tri9kKT13V7bOntPbYR6vevqWkqaCZTi/view> (in Thai).
26. Lu R, Zhao X, Li J, Niu P, Yang B, Wu H, et al. Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding. *Lancet* 2020;395(10224): 565-74.
27. Jenlarpwattanakul J. Knowledge, Attitude and COVID-19 Preventive Behavior of People in Ratchaburi Province. *Institute for Urban Disease Control and Prevention* 2021;6(1):193-208.
28. Moonti J. Factors Influencing Preventive Behavior of Coronavirus Disease 2019 Among Village Health Volunteers in Kong Krailat District, Sukhothai Province. *DPC 9 J* 2021; 27(2): 5-14.
29. World Health Organization (WHO). WHO statement: Tobacco use and COVID-19 [Internet]. 2020 [cited Mar 24, 2022]. Available from: <https://www.who.int/news/item/11-05-2020-who-statement-tobacco-use-and-covid-19>
30. Clift AK, von Ende A, Tan PS, Sallis HM, Lindson N, Coupland CAC, et al. Smoking and COVID-19 outcomes: an observational and Mendelian randomisation study using the UK Biobank cohort. *Thorax* 2022;77(1):65–73.
31. Reddy RK, Charles WN, Sklavounos A, Dutt A, Seed PT, Khajuria A. The effect of smoking on COVID-19 severity: A systematic review and meta-analysis. *J Med Virol* 2021;93(2):1045–56.
32. Gaiha SM, Cheng J, Halpern-Felsher B. Association Between Youth Smoking, Electronic Cigarette Use, and COVID-19. *J Adolesc Health* 2020;67(4):519-23.
33. Kicali ÜÖ, Acar D. An Integrated Approach to COVID-19 Preventive Behaviour Intentions: Protection Motivation Theory, Information Acquisition, and Trust. *Soc Work Public Health* 2021;28:1-16.
34. Roger RW. A Protection Motivation Theory of Fear Appeals and Attitude Change. *J Psychol* 1975;91: 93-114.

