



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนที่อาศัยในเขตชนบท จังหวัดมหาสารคาม

Factors Influencing Preventive Behavior towards COVID-19 among People in Rural Area of Mahasarakham Province

ศิริณีย์ อินทรหนองไผ่^{1*}, สุมณรัชท์ พลพาล¹, สุพรรณษา วันดี¹
Siranee Intaranongpai^{1*}, Sumonrak Phonphan¹, Supansa Wandee¹

(Received: August 14, 2022; Revised: January 16, 2023; Accepted: February 10, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทำนายมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนโควิด-19 ระดับการรับรู้แบบแผนความเชื่อสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 และ ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 2) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนที่อาศัยในเขตชนบท จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 397 คน ที่สุ่มแบบชั้นภูมิอย่างเป็นสัดส่วน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 4 ท่าน ค่าความตรงเชิงเนื้อหา .75 – 1.00 ค่าความสอดคล้องกันภายในของข้อคำถาม (KR-20) .74 - 78 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคทุกข้อคำถามอยู่ระหว่าง 0.86 – 0.90 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ ผลการศึกษา พบว่า

1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ความรอบรู้เกี่ยวกับวัคซีนโควิด-19 และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมาก ($M = 13.5, 12.7, 90.2$, $S.D. = 1.5, 1.7, 9.0$) คิดเป็นร้อยละ 78.3, 65.1 และ 84.1 ตามลำดับ ส่วนการรับรู้แบบแผนความเชื่อสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 59.8$, $S.D. = 5.1$) คิดเป็นร้อยละ 76.1

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

¹ Faculty of Nursing Mahasarakham University

*Corresponding Author : Siranee@msu.ac.th



2) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 คือ การรับรู้แบบแผนความเชื่อสุขภาพ ในการป้องกันโรคโควิด-19 โดยสามารถทำนายได้ร้อยละ 14.9 ($\beta = 0.393, p < .001$)

จากผลการศึกษานี้ สามารถใช้เป็นข้อมูลในการส่งเสริมให้ประชาชนเขตชนบทเกิด พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อไป

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกัน โรคโควิด-19

Abstract

The predictive research aimed to examine 1) the level of health literacy of COVID-19, vaccination and health belief perception 2) factors influencing preventive behavior towards COVID-19 among people in rural area of Mahasarakham province. 397 samples were proportional stratified random sampling selected. Data were collected by using online questionnaire including demographic data, health literacy about COVID-19, health literacy about COVID-19 vaccination, health belief perception, and preventive behavior towards COVID-19. The questionnaires were validated by four experts, with Index of item-Objective Congruence (IOC) between .75-1.00. The KR-20 ranged from .74-.78, and the Cronbach' s alpha coefficient for all questions ranged from 0.86 – 0.90. Data were analyzed by using descriptive statistics and multiple linear regression analysis. The results were as follows:

1) 78.3 % of the samples had a high level in health literacy of COVID-19 ($M=13.5, SD = 1.5$), 61.5 % of the samples had a high level in health literacy of COVID-19 vaccination ($M=12.7, SD = 1.7$), 76.1 % of the samples had a moderate level in Health Belief perception ($M=59.8, SD = 5.1$), and 84.1 % of the samples had a high level in COVID-19 preventive behavior ($M=90.2, SD = 9.0$).

2) Health belief perception was the predictive factor affecting the COVID-19 preventive behavior and could predict 14.9 % ($\beta = 0.393, p < .001$).

These results provide basic information for creating interventions to further preventive behaviors.

Keywords: Health Literacy, Health Belief Perception, Preventive Behaviors, COVID-19



บทนำ

โรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่อร้ายแรงซึ่งองค์การอนามัยโลกประกาศให้เป็นการระบาดใหญ่ที่ส่งผลกระทบรุนแรงไปทั่วโลก (Pandemic) เมื่อวันที่ 11 มีนาคม 2563 (Agarwal, Ganesh, & Sunitha, 2021) สถานการณ์อันตรายที่ทำให้นานาชาติหยุดชะงักทุกด้านนำไปสู่การออกมาตรการต่าง ๆ ของรัฐบาลทั่วโลกอย่างรวดเร็วเพื่อป้องกันการแพร่กระจาย (Qian et al., 2021 ; Yildirim & Güler, 2022) สำหรับประเทศไทยได้ประกาศให้โรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่ออันตรายลำดับที่ 14 ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก และกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขในช่วงที่ทำการศึกษาวิจัย ณ วันที่ 27 กรกฎาคม 2564 พบว่า ประชากรกว่า 185 ล้านรายทั่วโลก เป็นโรคโควิด 19 และมีประชากรกว่า 4.5 ล้านรายเสียชีวิตจากการติดเชื้อโควิด สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย ข้อมูลถึงวันที่ 27 กรกฎาคม 2564 พบว่าประชากรติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 497,965 คน และมีผู้เสียชีวิตทั่วประเทศจำนวน 4,264 คน (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2021)

ประเทศไทยมีนโยบายให้ประชาชนฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 ให้มากที่สุดเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันหมู่จนสามารถลดการแพร่ระบาดได้ และมีการกระจายวัคซีนให้โรงพยาบาลต่าง ๆ สำหรับฉีดในกลุ่มเป้าหมาย ในระยะแรก คือ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง ได้แก่ โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง โรคอ้วน โรคมะเร็ง และโรคเบาหวาน โดยเริ่มเมื่อวันที่ 7 มิถุนายน 2564 แต่เนื่องจากวัคซีนมีการพัฒนาขึ้นอย่างรวดเร็ว ประกอบกับยังมีการศึกษาที่ไม่มากพอ ทำให้ประชาชนยังเกิดความไม่เชื่อมั่นในวัคซีน อันส่งผลให้แม้จะมีวัคซีนแต่ประชาชนทุกคนโดยเฉพาะในเขตชนบทอาจลังเลไม่ได้ตัดสินใจฉีด แม้มีวัคซีนทางเลือกแต่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง และผลกระทบจากการที่ประชาชนแสวงหาความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และการป้องกัน ทำให้หลังการรับรู้จากสื่อต่าง ๆ เกิดความกลัวและไม่มั่นใจแม้ว่าวัคซีนจะลดความรุนแรงของโรคแต่มีความกังวลเรื่องผลข้างเคียงหลังการฉีด

องค์การอนามัยโลกนิยามความรอบรู้สุขภาพว่าเป็นกระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจ และความสามารถของบุคคลที่จะเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น (World Health Organization, 1998) ในขณะที่ Yost et.al. (2009) หมายถึง ระดับความสามารถของบุคคลในการอ่านทำความเข้าใจข้อมูลเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในเรื่องสุขภาพและการรักษาที่เหมาะสม ซึ่งตรงกับความรู้ด้านสุขภาพองค์ประกอบความเข้าใจของ Nutbeam (2000) ที่อธิบายมิติความเข้าใจว่าเป็นความสามารถของบุคคลในการทำความเข้าใจตีความหมายข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับทราบจากตัวหนังสือ ระบบดิจิทัล รวมถึงคำพูดที่เกิดจากการ



โต้ตอบชักถาม และหากบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจะทำให้เกิดทักษะและความสามารถในการจัดการดูแลตน (Nutbeam, 2008) การได้รับข้อมูลข่าวสาร การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อสุขภาพเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรค (Inthacharoen, Kanchanapoom, Tansakul, & Pattapat, 2021 ; Mahindarathe, 2021) การรับรู้ การตีความที่ถูกต้องจากการทำความเข้าใจจะช่วยลดปัญหาจากข่าวลือ ข่าวลวงและก่อเกิดพฤติกรรมป้องกันโรคที่เหมาะสม ดังนั้นความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานในมิติความเข้าใจจึงเป็นสิ่งสำคัญเริ่มแรกที่จะทำให้เกิดความรู้และรู้เท่าทัน เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และการแพร่กระจายของโรค จะช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคคลอื่นจนสามารถนำไปสู่การจัดการตนเองเพื่อให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคที่เหมาะสม ดังการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคโควิด-19 (Cemile & Ayse, 2022 ; Unai, Chaiwang, Korakodkamchon, & Panjarean, 2022 ; Srisupak, Ngampriam, Loachai, & Srisawangwong, 2021) นอกจากนี้ยังมีหลายการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยด้านความเชื่อในการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 และมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยงการติดเชื้อได้ (Amare, et al., 2022 ; Inthacharoen et al., 2021 ; Mahindarathe, 2021 ; Mirzaei et al., 2021 ; Zampetakis, & Melas, 2021)

การระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ระลอกแรกในประเทศไทย อยู่ในช่วงราว เดือน มกราคม พ.ศ. 2563 ส่วนการระบาดระลอกที่ 2 เริ่มช่วงปลายเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 สำหรับการระบาดระลอกใหม่ เริ่มช่วงเดือนเมษายน พ.ศ. 2564 พบว่าเป็นคลัสเตอร์แคมป์คนงานก่อสร้าง ผลกระทบจากการมีผู้ติดเชื้อในการระบาดรอบใหม่หรือระลอกที่ 3 ได้มีมาตรการปิดแคมป์คนงานก่อสร้างในทุกเขตของพื้นที่กรุงเทพมหานครเป็นเวลา 30 วัน เริ่มตั้งแต่วันที่ 28 มิถุนายน 2564 - 27 กรกฎาคม 2564 เพื่อเป็นการยับยั้งการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ซึ่งส่งผลกระทบทำให้คนงานก่อสร้างเดินทางกลับต่างจังหวัด และเริ่มกระจายไปทำงานในจังหวัดต่างๆ ในภูมิลำเนาตนเอง รวมถึงจังหวัดมหาสารคามที่ประชากรวัยแรงงานในชนบทนิยมไปรับจ้างที่ส่วนกลางก็เดินทางกลับเช่นกัน โดยรายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม พบผู้ป่วยรายใหม่พุ่ง 53 รายในวันเดียว เป็นผู้ป่วยรายที่ 581 - 633 ของการระบาดระลอกเมษายน (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2021 ; Mahasarakham Provincial Health Office, 2021) ส่งผลต่อการกระจายเชื้อโควิด-19 ของประชาชนในเขตชนบทที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เนื่องจากคนงานจากแคมป์ก่อสร้างได้มีการเดินทางไปพื้นที่ต่าง ๆ หลังจากเดินทางกลับ ซึ่งเพิ่มโอกาสแพร่เชื้อสู่ผู้อื่น รวมถึงการแพร่เชื้อสู่บุคคลในครอบครัวแม้กำหนดให้อยู่ศูนย์พักคอยก่อน ขณะที่มียางานผลการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 จังหวัดมหาสารคาม



เข็ม 1 คิดเป็นร้อยละ 4.72 และเข็ม 2 ร้อยละ 1.63 ข้อมูล ณ วันที่ 5 กรกฎาคม 2564 (Mahasarakham Provincial Health Office, 2021) ซึ่งถือว่ายังน้อย

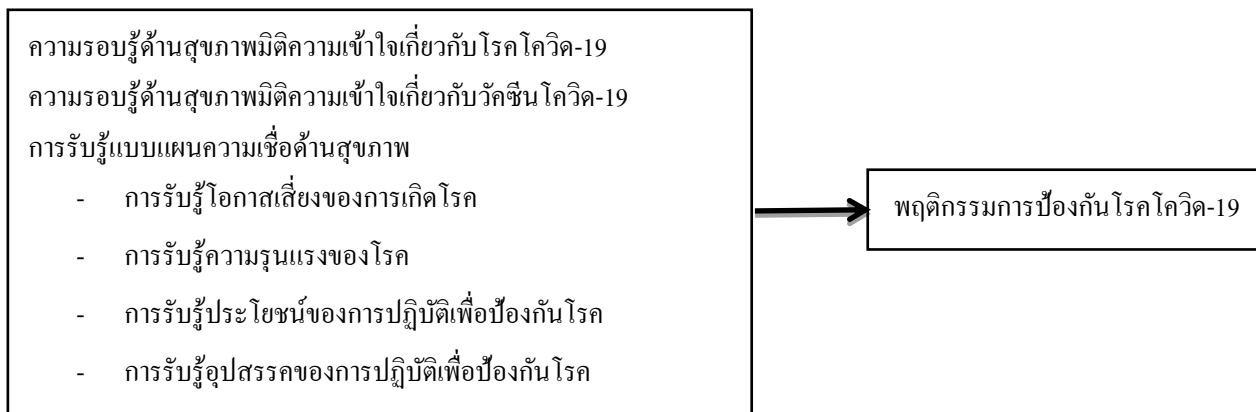
ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด-19 โดยนำกรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพมิติความเข้าใจ และปัจจัยความ เชื่อตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Rosenstock (1974) ในตัวแปรการ รับรู้เพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลหรือไม่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกัน โรคโควิด-19 ของ ประชาชนในเขตชนบท จังหวัดมหาสารคามที่เป็นช่วงการอพยพกลับภูมิลำเนาของแรงงานแคมป์ ก่อสร้างจากส่วนกลางตามนโยบายรัฐบาล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพในมิติความเข้าใจเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และวัคซีน ระดับการรับรู้แบบแผนความเชื่อสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 และระดับพฤติกรรมในการป้องกัน โรคโควิด-19 ของประชาชนในเขตชนบท จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการป้องกัน โรคโควิด-19 ของประชาชนในเขต ชนบท จังหวัดมหาสารคาม

กรอบแนวคิดการวิจัย

พฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความรู้ความสามารถในการหาข้อมูล คิดวิเคราะห์ ตัดสินใจ เลือกรูปแบบ และจัดการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับแนวคิดความรู้ด้าน สุขภาพ (Health literacy) ในมิติความเข้าใจที่ชี้ชัดว่าความสามารถในการทำความเข้าใจข้อมูลเป็นปัจจัย ที่ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค (Nutbeam, 2008) และเกี่ยวข้องกับแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ที่อธิบายว่า “การที่บุคคลจะแสดง พฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่าง หนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า 1) ตนเองมีโอกาเสี่ยงต่อการเป็น โรค 2) อย่างน้อยที่สุดโรคนั้นจะต้องมีความรุนแรงต่อชีวิตพอสมควร 3) การปฏิบัติดังกล่าวเพื่อ หลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตนเอง โดยการช่วยลดโอกาส เสี่ยงของการเป็นโรค หรือ ช่วยลดความรุนแรงของโรคถ้าเกิดป่วยเป็นโรคนั้น ๆ 4) การปฏิบัติดังกล่าว ไม่ควรจะมีอุปสรรคที่มี อิทธิพลต่อการปฏิบัติ เช่น ค่าใช้จ่าย เวลา ความไม่สะดวก ความกลัว (Rosenstock, 1974) ด้วยความเชื่อ ดังกล่าวการศึกษารุ่นนี้จึงมีกรอบแนวคิดดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการวิจัย

รูปแบบการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงทำนาย (Predictive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทอำเภอกันทรวิชัย จ.มหาสารคาม จำนวนทั้งหมด 58,163 คน คุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) เป็นผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ในเขตชนบท อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคามในช่วงการระบาดระลอกใหม่ 3) เป็นผู้ที่สามารถอ่านและตอบคำถามในแบบสอบถามหรือใช้สมาร์ทโฟนในการตอบแบบสอบถามออนไลน์ได้ 4) เป็นผู้สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทอำเภอกันทรวิชัย จ.มหาสารคาม จำนวน 397 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีประมาณค่าสัดส่วนของประชากร ในกรณีทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนโดยคำนวณจากสูตร Yamane (1973) มีการคำนวณตัวอย่างตามสัดส่วนและสุ่มตำบลและหมู่บ้านโดยวิธีแบ่งชั้นภูมิ (Proportional stratified random sampling) ที่จำแนกตามลักษณะภูมิประเทศและการประกอบอาชีพหลักของคนส่วนใหญ่

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยได้เลขที่รับรอง 316-314/2564 ในการเก็บข้อมูลจริงและการวิเคราะห์ผลวิจัย ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามหลักการพิทักษ์สิทธิทุกขั้นตอน



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือ คือแบบสอบถาม (Questionnaire) สร้างเองจากการทบทวนวรรณกรรม ที่สามารถสอบถามโดยตรง และปรับเป็นแบบฟอร์มเพื่อสำรวจออนไลน์ ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ เช่น เพศ อาชีพ และเติมคำ เช่น อายุที่เป็นตัวเลข จำนวนสมาชิกครอบครัวที่ไม่ต้องการรับวัคซีนโควิด-19 จำนวนสมาชิกครอบครัวที่เดินทางกลับจากการปิดแคมป์คนงาน รวม 16 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตความเข้าใจเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ลักษณะคำถามเป็นแบบ เลือกตอบใช่ และไม่ใช่ จำนวน 15 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิด ได้ 0 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (0 – 9 คะแนน) ระดับปานกลาง (10 – 12 คะแนน) และ ระดับสูง (13 – 15 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตความเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนโควิด-19 ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบเห็นด้วย และไม่เห็นด้วย จำนวน 15 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิด ได้ 0 คะแนน แบ่ง เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (0-9 คะแนน) ระดับปานกลาง (10-12 คะแนน) และ ระดับสูง (13 – 15 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้แบบแผนความเชื่อสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ประกอบด้วย การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อสุขภาพเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 รวม 4 ด้าน ๆ ละ 4 ข้อ รวมเป็น 16 ข้อ ได้แก่ (1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (3) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค และ (4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 5 เห็นด้วย = 4 ไม่แน่ใจ = 3 ไม่เห็นด้วย = 2 และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 1 แบ่งระดับการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อสุขภาพเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (16-48 คะแนน) ระดับปานกลาง (49-64 คะแนน) และ ระดับสูง (65 – 80 คะแนน)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 จำนวน 20 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ปฏิบัติเป็นประจำ = 5 ปฏิบัติบ่อยครั้ง = 4 ปฏิบัติบางครั้ง = 3 ปฏิบัติน้อยครั้ง = 2 และ ไม่ปฏิบัติเลย = 1 แบ่งระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (20-60 คะแนน) ระดับปานกลาง (61-79 คะแนน) และ ระดับสูง (80 – 100คะแนน)



โดยเกณฑ์การแบ่งระดับคะแนน 3 ระดับข้างต้นที่กล่าวมา ใช้การแปลผลคะแนนของ Bloom (1971) ได้แก่ ระดับต่ำ คือ คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 ระดับปานกลาง คะแนนร้อยละ 60-79 ส่วนระดับสูง คือ คะแนนร้อยละ 80-100 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบคุณภาพความตรงทางด้านเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 4 ท่าน โดยตรวจสอบความเหมาะสมของการใช้ภาษา ความครอบคลุมของเนื้อหา และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ได้ผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ที่มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง .75-1.00 ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ และผลการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) หลังจากนำไปทดลองใช้กับประชาชนในตำบลที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างแต่อยู่ในเขตชนบทที่มีลักษณะใกล้เคียง (Try Out) จำนวน 30 คน โดยแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพมิติความเข้าใจเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และ แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพมิติความเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนโควิด-19 ใช้สูตร กูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson-KR20) ได้ค่า .78 และ .74 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามการรับรู้แบบแผนความเชื่อสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) .86 และ .90 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม วิเคราะห์โดยหา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพมิติความเข้าใจเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และเกี่ยวกับวัคซีนโควิด-19 การรับรู้แบบแผนความเชื่อสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 และ ข้อมูลพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 วิเคราะห์โดยหา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (Multiple linear regression analysis)

โดยมีการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติ คือ ตัวแปรทุกตัวอยู่ในระดับการวัดเป็นแบบช่วงมาตรา (Interval scale) ขึ้นไป ซึ่งข้อมูลมีการแจกแจงปกติจากการทดสอบโดยใช้ Kolmogorov-Smirnov Test ตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) ค่าความแปรปรวนคงที่ (Homoscedasticity) ผลการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์ พบว่า ตัวแปรอิสระมีค่า Zero Order อยู่ระหว่าง - 0.12 ถึง .30 ถือว่าตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์กันเพียงพอที่จะเข้าสู่การวิเคราะห์การถดถอยได้ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ ค่า Tolerance เท่ากับ 0.899 ถึง 0.956



และค่า VIF อยู่ในช่วง 1.032 ถึง 1.112 ซึ่งหมายถึงตัวแปรมีความเป็นอิสระต่อกัน ผลการตรวจสอบความเป็นพหุสัมพันธ์ร่วม (Multicollinearity) พบว่า ตัวแปรทุกตัวมีค่าองค์ประกอบความแปรปรวน (Variance Inflation Factors : VIF) ไม่เกิน 10 การวิเคราะห์ครั้งนี้จึงไม่เกิดปัญหา Multicollinearity

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 20 – 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.2 อายุเฉลี่ย 54.6 ปี (S.D.=9.63) เมื่อจำแนกตามลักษณะทางด้านประชากร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 62.2 เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 37.8 ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 55.9 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 49.1 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 50.6 ครอบครัวส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างมีกลุ่มเปราะบางที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 อาศัยอยู่ในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 62.2 ซึ่งส่วนใหญ่คือกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้สูงอายุ และมีบางส่วนที่เป็นวัยแรงงานที่เดินทางกลับจากการปิดแคมป์คนงานตามนโยบายรัฐบาลเป็นที่สังเกตว่าในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล มีกลุ่มตัวอย่างมากถึงร้อยละ 49.6 ไม่ต้องการลงทะเบียนฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ทั้งที่ในช่วงดังกล่าวมีสมาชิกครอบครัวเดินทางกลับจากต่างจังหวัดพื้นที่เสี่ยงสูง และจากการปิดแคมป์คนงานจากส่วนกลาง มากถึงร้อยละ 38.5 และในช่วงนี้มีบุคคลติดเชื้อโควิด-19 ในชุมชนแยกไปกักตัวที่โรงพยาบาลสนาม ร้อยละ 42.1 สำหรับความเชื่อมั่นเกี่ยวกับวัคซีนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เชื่อมั่นระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 71.5 สิ่งที่สร้างความเชื่อมั่นในการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 ส่วนใหญ่ ร้อยละ 81.6 คือ กลุ่มแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ออกมายืนยัน ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70.8 ยังมีความกังวลเรื่องผลข้างเคียงการฉีดวัคซีนโควิด-19 เป็นที่สังเกตว่าแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีนโควิด-19 ที่กลุ่มตัวอย่างเชื่อถือมากที่สุดตามลำดับ ได้แก่ องค์การอนามัยโลก คิดเป็นร้อยละ 47.4 รองลงมา คือ แหล่งข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 32.0 และแหล่งข้อมูลจากข่าวและสื่อออนไลน์ คิดเป็นร้อยละ 20.7 เมื่อสอบถามเกี่ยวกับสถานการณ์โรคโควิด-19 ในช่วงที่ศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 61.0 มีความกังวลมาก แต่เมื่อสอบถามเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างยังมีความลังเล โดยร้อยละ 15.4 ยังไม่แน่ใจว่าจะฉีดหรือไม่ ร้อยละ 11.6 ตอบว่าเดิมอยากฉีด แต่ตอนนี้ไม่อยากฉีดแล้ว ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากในช่วงการระบาดระลอกใหม่กลุ่มตัวอย่างกลัวการติดเชื้อโควิด-19 มากแต่กลัวผลข้างเคียงของการฉีดวัคซีนมากกว่า ทำให้ลังเลในการขึ้นทะเบียนเพื่อฉีดตามการประชาสัมพันธ์ของจังหวัด ทำให้ มีกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 เข็มแรก ณ เดือน กรกฎาคม 2564 เพียง ร้อยละ 27.0



2.ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพมิตិความเข้าใจเกี่ยวกับโรคโควิด-19 พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้มาก จำนวน 311 คน คิดเป็น ร้อยละ 78.3 โดยพบคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 13.5 คะแนน (S.D.= 1.5) มีผู้ตอบคำถามถูกมากที่สุด คือ 15 ข้อ และผู้ตอบถูกน้อยที่สุด คือ 10 ข้อ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพมิติความเข้าใจเกี่ยวกับโรคโควิด-19 (N = 397)

ระดับความรอบรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับความรอบรู้ต่ำ	-	-
ระดับความรอบรู้ปานกลาง	86	21.7
ระดับความรอบรู้มาก	311	78.3
Min = 10 Max= 15 Mean =13.5 S.D =1.5		
รวม	397	100

3. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพมิติความเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนโควิด-19 ส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้มาก จำนวน 244 คน คิดเป็น ร้อยละ 61.5 รองลงมา มีระดับความรอบรู้ปานกลาง จำนวน 132 คน คิดเป็น ร้อยละ 33.2 โดยพบคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 12.7 คะแนน (S.D.=1.7) โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่ตอบคำถามถูกมากที่สุด คือ 15 ข้อ และตอบถูกน้อยที่สุด คือ 8 ข้อ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพมิติความเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนโควิด-19 (N = 397)

ระดับความรอบรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับความรอบรู้ต่ำ	21	5.3
ระดับความรอบรู้ปานกลาง	132	33.2
ระดับความรอบรู้มาก	244	61.5
Min = 8 Max= 15 Mean =12.7 S.D =1.7		
รวม	397	100

4. ระดับการรับรู้แบบแผนความเชื่อสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ปานกลาง จำนวน 302 คน คิดเป็น ร้อยละ 76.1 รองลงมา มีระดับการรับรู้มาก จำนวน 85 คน คิดเป็น ร้อยละ 21.4 โดยพบคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 59.8 คะแนน (S.D.=5.1) ดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการรับรู้แบบแผนความเชื่อสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 (N = 397)

ระดับการรับรู้แบบแผนความเชื่อสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการรับรู้ต่ำ	10	2.5
ระดับการรับรู้ปานกลาง	302	76.1
ระดับการรับรู้มาก	85	21.4
Min = 41 Max= 72 Mean =59.8 S.D =5.1		
รวม	397	100

5. ระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ผู้ตอบแบบสอบถามมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับการปฏิบัติมาก จำนวน 334 คน คิดเป็น ร้อยละ 84.1 รองลงมา มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับการปฏิบัติปานกลาง จำนวน 59 คน คิดเป็น ร้อยละ 14.9 และอยู่ในระดับการปฏิบัติพฤติกรรมน้อย จำนวน 4 คน คิดเป็น ร้อยละ 1.0 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติพฤติกรรม เท่ากับ 90.2 คะแนน (S.D. = 9.0) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 (N = 397)

ระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการปฏิบัติต่ำ	4	1.0
ระดับการปฏิบัติปานกลาง	59	14.9
ระดับการปฏิบัติมาก	334	84.1
Min = 56 Max= 100 Mean =90.2 S.D =9.0		
รวม	397	100

6. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ได้แก่ การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อสุขภาพเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ($p < 0.001$) โดยสามารถทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ได้ร้อยละ 14.9 ($\beta = 0.393$) ดังตารางที่ 5 และสามารถสร้างสมการในรูปแบบคะแนนดิบได้ ดังนี้



พฤติกรรมกรการ = $0.386 + 0.686$ (การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อสุขภาพเพื่อป้องกันโรคโควิด-19)

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรการป้องกันโรคโควิด-19 จากการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (N = 397)

ตัวแปรพยากรณ์	B	SE	Beta	t	Sig.
Constant	51.403	6.304		8.154	<.001
1. ความรอบรู้มิตความเข้าใจเกี่ยวกับโรคโควิด-19	-.222	.282	-.039	-.785	.433
2. ความรอบรู้มิตความเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19	.060	.243	.012	.248	.804
3. การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อสุขภาพเพื่อป้องกันโรคโควิด-19	.686	.085	.393	8.082	<.001

$R = 0.386$, $R^2 = 0.149$

F-test = 22.875, Sig < 0.001

อภิปรายผล

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพมิตความเข้าใจเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และเกี่ยวกับวัคซีนโรคโควิด-19 ของประชาชนในเขตชนบท ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ในระดับมาก และมีระดับพฤติกรรมกรการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมากด้วย แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในเขตชนบท จังหวัดมหาสารคามมีความเข้าใจในข้อมูลสามารถตีความประเด็นดังกล่าว ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากเป็นพื้นที่ระบาคจากคลัสเตอร์งานบุญต่าง ๆ ในระยะแรก และระลอกใหม่ที่มีอัตราการระบาคเพิ่มขึ้นอย่างมากจากการเดินทางกลับภูมิลำเนาของแรงงานที่มีการปิดแคมป์ตามนโยบาย อีกทั้งจังหวัดมหาสารคามมีสถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษาหลายแห่งที่มีการเดินทางของนิสิต นักศึกษากลับภูมิลำเนาตามประกาศของสถาบันการศึกษาที่ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 รวมทั้งมีการปรับเปลี่ยนมาตรการอย่างฉับพลันตามสถานการณ์ เมื่อเกิดคลัสเตอร์ในสถาบันการศึกษา

สมาชิกครอบครัวกลุ่มตัวอย่างเดินทางกลับจากต่างจังหวัดที่เป็นพื้นที่เสี่ยงสูง และจากการปิดแคมป์คนงาน มากถึงร้อยละ 38.5 สะท้อนถึงจำนวนและความนิยมของวัยแรงงานเขตชนบทที่มุ่งสร้างรายได้ด้วยการไปทำงานในเขตเมืองใหญ่ ซึ่งสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของผู้ติดเชื้อ



โควิด-19 รายใหม่ ซึ่งจากผลการศึกษาที่มีบุคคลติดเชื้อโควิด-19 ในครอบครัวกลุ่มตัวอย่างแยกไปกักตัวที่โรงพยาบาลสนาม ร้อยละ 42.1 ด้วยความตื่นตระหนกในสถานการณ์ระบาดของโรคและการกระตุ้นให้มีการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 ทั้งที่วัคซีนยังมีไม่เพียงพอและจำกัดชนิดที่เป็นทางเลือกทำให้ประชาชนทุกเขตพื้นที่สนใจรับข้อมูลข่าวสาร และจังหวัดมหาสารคามเน้นการสื่อสารผ่านช่องทางที่หลากหลายทั้งสื่อสารมวลชน สื่อออนไลน์ สื่อบุคคลผ่านผู้นำชุมชน และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกหมู่บ้าน ทำให้ประชาชนตื่นตัว และโดยเฉพาะเมื่อโรคภัยเข้าใกล้ตัว เช่น มีการระบาดของโรคเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ประชาชนมีการเข้าใจ และเกิดทักษะการใช้สื่อเทคโนโลยีออนไลน์ เว็บไซต์ เพื่อรับรู้ข้อมูลจากสื่อสุขภาพได้อย่างรวดเร็ว (Phnom, 2018) ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ระดับมาก (Meekaew, Jaidee, & Sangjun, 2021 ; Khampisut, 2021) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาในผู้สูงอายุในชุมชนเขตชนบท พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง (Unai et.al., 2022)

การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อสุขภาพมีความเกี่ยวข้องและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งบุคคลที่มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ดีจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เหมาะสม (Becker, 1974) จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากช่วงเวลาที่ทำการศึกษาวิจัย ประชาชนในจังหวัดมหาสารคามทั่วทั้งจังหวัด และรวมถึงในเขตชนบทกำลังตื่นตระหนกกับยอดผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และผู้ป่วยรายใหม่พุ่ง 53 รายในวันเดียว เป็นผู้ป่วยรายที่ 581-633 ของการระบาดระลอกเมษายน ปี พ.ศ.2564 (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2021 ; Mahasarakham Provincial Health Office, 2021) การเคลื่อนย้ายแรงงานกลับภูมิลำเนาตามมาตรการของรัฐบาล เป็นช่วงการเกิดคลัสเตอร์ขึ้นหลายแห่งพร้อม ๆ กัน และรวมถึงคลัสเตอร์ในสถาบันการศึกษาภายในจังหวัดอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งข่าวสารจากสื่อระดับท้องถิ่น และสื่อออนไลน์มีการมอบสินไหมทดแทนเพื่อเยียวยาผู้ติดเชื้อโควิด-19 ในจังหวัดมหาสารคามที่เกิดผลข้างเคียงไม่พึงประสงค์ ทำให้ประชาชนมีความกลัวและไม่มั่นใจในการปฏิบัติ โดยเฉพาะเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ดังจะเห็นได้จากข้อมูลการศึกษาที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 71.5 เชื่อมั่นเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ระดับปานกลาง และร้อยละ 70.8 ยังมีความกังวลเรื่องผลข้างเคียงการฉีดวัคซีนโควิด-19 ทั้งที่ มีข้อมูลประชาสัมพันธ์จากกระทรวงสาธารณสุขหน่วยงานสุขภาพทุกระดับให้เร่งการฉีดวัคซีนให้ได้ตามเป้าหมายเพื่อให้เกิดภูมิคุ้มกันหมู่ แต่ผลข้างเคียงจากการฉีดวัคซีนโควิด-19 ภายในจังหวัดที่ทำให้มีผู้ได้รับผลข้างเคียงทั้งเป็นอัมพฤกษ์อัมพาต และเสียชีวิต นับเป็นข้อมูลข่าวสารทางลบที่สื่อออกไป



อย่างรวดเร็ว ยิ่งส่งผลให้ประชาชนขาดความเชื่อมั่น การรับรู้มีความสับสน และไม่คอยสนใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำบางอย่างของเจ้าหน้าที่ เช่น ไม่ขึ้นทะเบียนรับวัคซีน ทั้งนี้ การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อและความเข้าใจข้อมูลของบุคคลเกิดจากการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่อยู่รอบตัว เป็นการแสดงออกถึงความเชื่อ ความเข้าใจ การตีความ และความรู้สึกที่เกิดขึ้น ความถูกต้องของการรับรู้ขึ้นกับสิ่งที่ผู้รับรู้ให้ความสำคัญ ตีความและใส่ใจ การศึกษาค้นคว้าจึงแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าการรับรู้ความเชื่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมากขึ้นไป (Thabtrai, Premasane, Khamkue, Sopon, & Saleeon, 2022 ; Nausuwan, Singwera, & Dansangsawas, 2020 ; Luanloy, 2022)

การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นทฤษฎีที่ใช้ในการอธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยเชื่อว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพ หลีกเลียง จากการเป็นโรคจะต้องมีความเชื่อหรือรับรู้ที่ถูกต้อง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และรับรู้ว่าโรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต การปฏิบัติที่เหมาะสมจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือช่วยลด ความรุนแรงของโรคโดยไม่มีอุปสรรคต่อการปฏิบัติ (Rosenstock, 1974) การศึกษาค้นคว้าพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Meekaew et.al., 2021 ; Unai et.al., 2022) และพบว่า การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อสุขภาพเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยสามารถอธิบายการผันแปรของพฤติกรรมปฏิบัติหน้าที่ในการป้องกันโรคโควิด-19 ได้ร้อยละ 14.9 ($R^2 = 0.149$) ซึ่งถือว่าค่อนข้างน้อย ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น สถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 มีความรวดเร็ว ยอดผู้ป่วยรายใหม่ต่อวันในช่วงการระบาดระลอกใหม่อยู่ในอันดับต้น ๆ จากสถิติของประเทศ การขาดความเชื่อมั่นในวัคซีน และความกลัวผลข้างเคียงการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 และข้อจำกัดในการเข้าถึงวัคซีนที่เชื่อว่ามีผลข้างเคียงน้อยที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเองในการไปจองคิวจากสถานบริการสุขภาพเอกชนในช่วงการระบาดระลอกใหม่ การกำหนดวันเวลาหลังขึ้นทะเบียนเพื่อไปรับบริการฉีดวัคซีนของหน่วยงานภาครัฐที่อาจทำให้ไม่สะดวก และบริบทการจัดการแก้ปัญหาในพื้นที่ ซึ่งผลการศึกษาแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา (Amare, et al., 2022 ; Inthacharoen et.al., 2021 ; Mahindarathe, 2021 ; Mirzaei et al. 2021 ; Zampetakis, & Melas, 2021) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของการปฏิบัติ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลและร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ได้ค่อนข้างมาก



สำหรับระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตความเข้าใจเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และวัคซีนส่วนใหญ่มีระดับความรู้มาก แต่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องจากการศึกษาความรู้ในมิติความเข้าใจซึ่งเป็นความสามารถในการตีความข้อมูลจากสื่อต่าง ๆ ของกลุ่มตัวอย่างรวมถึงการได้ตอบ ชักถาม แลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และวัคซีนป้องกันโรคโดยที่ไม่ได้ครอบคลุมมิติอื่น ๆ ได้แก่ การเข้าถึงทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ และการรู้เท่าทันสื่อ อีกทั้งอาจมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนเขตชนบทจังหวัดมหาสารคาม เช่น ความกลัวผลข้างเคียงจากการฉีดวัคซีน ค่าใช้จ่าย และการเข้าถึงวัคซีนที่เชื่อว่าดีกว่า

สรุป

ผลจากการศึกษาที่พบว่า ประชาชนในเขตชนบท จังหวัดมหาสารคาม มีระดับความรู้มิติความเข้าใจเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และเกี่ยวกับวัคซีนโควิด-19 และระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมาก นับเป็นสิ่งที่ดีต่อการวางแผนเพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนที่จะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโควิด-19 ได้อย่างเหมาะสม เพื่อลดอัตราการติดเชื้อ แต่เป็นที่น่าสนใจที่การศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากถึงร้อยละ 49.6 ไม่ต้องการลงทะเบียนฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ทั้งที่ในช่วงดังกล่าวที่ศึกษามีสมาชิกครอบครัวเดินทางกลับจากต่างจังหวัดที่เป็นพื้นที่เสี่ยงสูง และจากการปิดแคมป์คนงาน มากถึงร้อยละ 38.5 และในช่วงนี้มีบุคคลติดเชื้อโควิด-19 ในชุมชนแยกไปกักตัวที่โรงพยาบาลสนาม ร้อยละ 42.1 แต่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังมีความกลัวและขาดความเชื่อมั่นในการไปฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 โดยมีความเชื่อมั่นระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 71.5 โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุในเขตชนบทที่เชื่อว่าไม่ได้เดินทางไปไหน ไม่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ กลัวฉีดแล้วจะอัมพาต ดังนั้น จึงควรส่งเสริมความรู้เพื่อพัฒนาระบบการทางปัญญาและทักษะทางสังคม โดยเฉพาะความรู้ด้านสุขภาพจิตความเข้าใจร่วมกับมิติอื่น ๆ ได้แก่ การเข้าถึง ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ และการรู้เท่าทันสื่อเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนในเขตชนบทมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมปลอดภัยในยุคปกติวิถีใหม่ สำหรับผลการศึกษาที่พบว่า การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อสุขภาพเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ระดับปานกลาง และสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ได้ร้อยละ 14.9 หน่วยงานทางด้านสุขภาพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดการปัญหาควรมีการส่งเสริมความร่วมมือในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ และสื่อสารข้อมูลสุขภาพและมาตรการที่ชัดเจนพร้อมรับมือสถานการณ์ระบาดของโรคอุบัติใหม่หรือโรคอุบัติซ้ำ ได้อย่างเป็นระบบ เพื่อให้ประชาชนเกิดความเชื่อมั่นไม่ลังเล



ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านการเรียนการสอน อาจารย์พยาบาลสามารถนำไปใช้ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาล เช่น ปฏิบัติการพยาบาลชุมชน ปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ผู้สูงอายุ เพื่อวางแผนพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพครอบคลุมทั้ง 6 มิติ ไม่ใช่เพียงมิติความเข้าใจ เพื่อให้ประชาชนในเขตชนบทมีความมั่นใจในการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 หรือ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอื่น ๆ เพื่อสร้างเสริมภูมิคุ้มกันให้สมบูรณ์แข็งแรง ปลอดภัยจากโควิด-19

2. ด้านการพยาบาล บุคลากรทางสุขภาพสามารถนำข้อมูลจากผลการวิจัยไปวางแผนพัฒนาการรับรู้ความเชื่อสุขภาพให้ถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น โดยเฉพาะประชาชนในเขตชนบทจะได้รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19 และรู้ว่าโรคมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวันที่ต้องแยกตัวทำให้เสียเวลาการทำงาน การปฏิบัติที่เหมาะสมจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรคอุบัติใหม่หรือโรคอุบัติซ้ำได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยทำนายความรู้ด้านสุขภาพให้ครอบคลุมทั้ง 6 มิติ ร่วมกับการรับรู้แบบแผนความเชื่อสุขภาพในประชาชน เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังการระบาดได้สอดคล้องตามสถานการณ์และบริบท

2. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้โดยครอบคลุมทุกมิติ ทั้ง 6 มิติ และร่วมกับการรับรู้แบบแผนความเชื่อสุขภาพของประชาชน เพื่อให้เกิดทักษะความรู้ครอบคลุมทุกระดับ ทั้งระดับพื้นฐาน ระดับปฏิสัมพันธ์ และระดับวิจารณ์ญาณ เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและรับมือกับปัญหาการระบาดของเชื้อโควิด-19 ได้ทันสถานการณ์ในยุคปกติวิถีใหม่

รายการอ้างอิง (References)

- Agarwal, V., Ganesh, L., & Sunitha, B.K. (2021). Impact of COVID-19 on the mental health among children in China with specific reference to emotional and behavioral disorders. *International Journal of Human Rights Healthcare*, 14(2), 182-88.
- Amare, Z., Ayenew, M., Tadesse, S., Jemal, B., Molla, G., Natnael, K., & Ali, Y. (2022). *The health belief model's ability to predict COVID-19 preventive behavior: A systematic review*. Retrieved September 1, 2022 from <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/20503121221113668>.



- Becker, M.H. (1974) The Health Belief Model and Personal Health Behavior. *Health Education Monographs*, 2, 324- 508.
- Cemile, S., & Ayse, C.A. (2022). Predictors of COVID-19 preventive behaviors in a sample of the Turkish population. *International Journal Nursing Practice*, 28(2)e13048.
- Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2021). *Situation report Corona Virus Disease (COVID-19) in Thailand (in Thai)*. Retrieved July 27, 2021 from <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php>
- Inthacharoen, A., Kanchanapoom, K., Tansakul, K., & Pattapat, S. (2021). Factor Influencing Preventive Behavior towards Coronavirus Disease 2019 among People in Khohong Town Municipality Songkhla Province. *Journal of Council of Community Public Health*, 3(2), 19 - 30.
- Khampisut, J. (2021). Health Literacy and COVID-19 prevention behavior among students in faculty of Education, Northern College. *Academic Journal of Community Public Health*, 7(4), 17-28.
- Luanloy, C. (2022). Factors influencing preventive behavior of coronavirus disease 2019 among people in Si Nakhon District, Sukhothai Province. *Thai Journal of Public Health and Health Education*, 2(1), 18-33.
- Maharakham Provincial Health Office. (2021). *Situation report Corona Virus Disease (COVID-19) in Thailand (in Thai)*. Retrieved July 27, 2021 from <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php>
- Mahindaratne, P.P. (2021). Assessing COVID-19 preventive behaviors using the health belief model: a Sri Lankan study. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 16(6), 914-919.
- Meekaew, E., Jaidee, W., & Sangjun, S. (2021). Factors Related to Health Literacy and Self-Protective Behaviors on the Coronavirus-2019 Infection Disease Surveillance of Village Health Volunteers in Soi-Dao District, Chanthaburi Province. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 32(1), 74-86.
- Mirzaei, A., Kazembeigi, F., Kakaei, H., Jalilian, M., Mazloomi, S., & Nourmoradi, H. (2021). Application of health belief model to predict COVID-19-preventive behaviors among a sample of Iranian adult population. *Journal of Education and Health Promotion*, 10, 69.



- Nausuwan, K., Singwera, N., & Dansangsawas, N. (2020). Correlation of perception disease severity to implementation role for control of COVID-19 in communities among village health volunteers in Thailand. *Journal of Bamrasnaradura Infectious Disease Institute*, 14(2), 92-103.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*. 15(3): 259-267.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science and Medicine*, 67(12), 2072-2078.
- Phnom, K. (2018). *Urbanites' Accessibility, Understanding, Evaluation and Application of Health Information for their Self Care in International Spreading of Emerging Infectious Disease*. Retrieved September 30, 2022 from <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4899>
- Qian, Y., Xie, W., Zhao, J., Xue, M., Liu, S., Wang, L., ... Cai, Y. (2021). Investigating the effectiveness of re-opening policies before vaccination during a pandemic: SD modelling research based on COVID-19 in Wuhan. *BMC Public Health*, 21(1), 1638.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2, 328-335.
- Srisupak, R., Ngampriam, P., Loachai, S. & Srisawangwong, P. (2021). The relationship between Health Literacy and Practice Prevention from COVID-19 of elderly case study: Waeng Nang sub-district, Mahasarakham Province. *KKU Journal for Public Health Research*, 14(3), 104-114.
- Thabtra, T., Premsane, J., Khamkue, B., Sopon, S., & Saleeon, T. (2022). *Perception and Behavior of Village Health Volunteers in the Prevention of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) KhuanKhanun Sub-District, KhuanKhanun District, Phatthalung Province*. Retrieved September 10, 2022 from <https://www.google.com/search?94-19&client>.
- Unai, K., Chaiwang, P., Korakodkamchon, B., & Panjarean, D. (2022). Health literacy and behaviors to Prevention COVID-19 among Older Persons at Risk for Dementia in a Rural Community in Chiang Rai Province. *Nursing Journal of ChiangMai University*, 49(1), 200-211.



- World Health Organization. (1998). *Health promotion glossary. Division of health promotion, education and communications, health education and health promotion unit.* Geneva : Author.
- Yamane, T. (1973). *Statistics: an introductory analysis.* New York: Harper & Row.
- Yıldırım, M., & Güler, A. (2022). COVID-19 severity, self-efficacy, knowledge, preventive behaviors, and mental health in Turkey. *Death Study*, 46(4), 979–86.
- Yost, K. J., Webster, K., Baker, D. W., Choi, S. W., Bode, R. K., & Hahn, E. A. (2009). The health literacy items have good content validity to primary care patients and their health care providers. *Patient Education and Counseling*, 75(3), 295–301.
- Zampetakis, L.A., & Melas, C. (2021). The health belief model predicts vaccination intentions against COVID-19: a survey experiment approach. *Applied Psychology: Health and Well-Being* 2021; 13(2): 469–484.