

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยแรงจูงใจทางสุขภาพ อิทธิพลของบุคคล และการรับรู้โรคโควิด-19 ต่อการป่วยด้วยโรคโควิด-19 ในพื้นที่การเฝ้าระวัง ของประชาชน จังหวัดนครศรีธรรมราช

Association between Health Motivation, Influence of Person and Perception of COVID-19 with Illness of COVID-19 in Surveillance Areas among People, Nakhon Si Thammarat Province

บุญประจักษ์ จันทรวิโน^{1*}

Boonprajak Junwin^{1*}

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ระดับปัจจัยแรงจูงใจทางสุขภาพ อิทธิพลของบุคคล และการรับรู้โรคโควิด-19 และ 2) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยแรงจูงใจทางสุขภาพ อิทธิพลของบุคคล และการรับรู้โรคโควิด-19 ต่อการป่วยด้วยโรคโควิด-19 ในพื้นที่การเฝ้าระวัง กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 2,378 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิและมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.90 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Multinomial logistic regression ผลการวิจัย พบว่า ระดับปัจจัยแรงจูงใจทางสุขภาพ อิทธิพลของบุคคล และการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง (50.63, 51.81, และ 70.02%) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการป่วยด้วยโรคโควิด-19 ในกลุ่มอำเภอควบคุมเข้มงวด คือ ปัจจัยอิทธิพลของบุคคลระดับปานกลางและสูง (AOR = 0.31, 95%CI: 0.16-0.61; 0.20, 0.10-0.40) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคระดับปานกลางและสูง (2.00, 1.44-2.77; 2.62, 1.79-3.84) และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคระดับปานกลาง (1.46, 1.10-1.95) ส่วนกลุ่มอำเภอควบคุม คือ ปัจจัยอิทธิพลของบุคคลระดับปานกลางและสูง (0.39, 0.20-0.76; 0.28, 0.14-0.58) การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคระดับปานกลาง (1.34, 1.02-1.77) ดังนั้น ควรประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ประชาชน เน้นการรับรู้ความเสี่ยงของโรค สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการกำหนดมาตรการป้องกันโรค

คำสำคัญ ปัจจัยแรงจูงใจทางสุขภาพ, ปัจจัยอิทธิพลของบุคคล, การรับรู้, โรคโควิด-19

Citation:

Junwin B. Association between health motivation, influence of person and perception of COVID-19 with illness of COVID-19 in surveillance areas among people, Nakhon Si Thammarat Province. Health Sci J Thai 2023; 5(1): 10-17. (in Thai); <https://doi.org/10.55164/hsjt.v5i1.256848>.

¹ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก นครศรีธรรมราช 80000

¹ Boromarajonani College of Nursing Nakhon Si Thammarat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Nakhon Si Thammarat, 80000, Thailand

* Correspondent Author: Email: boonprajak2518@gmail.com, Tel: 092-3951616
Received: Mar 20, 2022; Revised: Aug 10, 2022; Accepted: Sep 5, 2022
<https://doi.org/10.55164/hsjt.v5i1.256848>

Abstract

This cross-sectional survey aimed to investigate the level of health motivation, the influence on person, and perception of COVID-19; and to determine the association between health motivation, the influence on the person and perception of COVID-19 in surveillance areas. Of these, 2,378 samples were people aged >18 years were selected with multi-stage sampling methods. The data were collected using questionnaires with a reliability was 0.90. The data were analyzed using descriptive statistics and multinomial logistic regression. The findings revealed that the level of health motivation, the influence on the person, and perception were rated at moderate levels (50.63, 51.81, and 70.02%). The factors associated with the illness of COVID-19 in surveillance areas were as follows; the influence of persons in high and moderate levels (AOR = 0.31, 95%CI: 0.16-0.61; 0.20, 0.10-0.40, perception of susceptibility in COVID-19 in moderate and high levels (2.00, 1.44-2.77; 2.62, 1.79-3.84), perception of barriers at a moderate level (1.46, 1.10-1.95) in restricting controlled districts. Factors such as the influence of persons at high and moderate levels (0.39, 0.20-0.76; 0.28, 0.14-0.58), and perception of barriers at a moderate level (1.34, 1.02-1.77) in controlled districts. Therefore, public relation should be performed among people that focus on the awareness and risk of disease, support of materials and equipment by local administrative governments, and the participation of the community in the measures of prevention.

Keywords: Health Factor Motivation, Factor Influence of Person, Perception, COVID-19

บทนำ

จากสถานการณ์ของการแพร่ระบาดในหลายประเทศทั่วโลกของโรคโควิด-19 องค์การอนามัยโลกจึงได้ประกาศให้โรคโควิด-19 เป็นโรคที่ระบาดใหญ่ไปทั่วโลก⁽¹⁾ ซึ่งการระบาดของโรคนี้เริ่มต้นที่ประเทศจีนเมื่อปลายปี 2562 และปัจจุบันยังคงพบผู้ติดเชื้อรายใหม่ และมีผู้เสียชีวิตทุกวัน ข้อมูล ณ วันที่ 8 พฤษภาคม 2564 มีผู้ติดเชื้อทั่วโลก 218 ประเทศ 2 เขตบริหาร 2 เรือสำราญ มีผู้ติดเชื้อยืนยันทั้งหมด 156,681,524 คน มีผู้เสียชีวิตจำนวน 3,269,340 คน⁽²⁾ การแพร่กระจายของโรคโควิด-19 สามารถแพร่เชื้อได้จากคนสู่คน โดยแพร่ผ่านทางอากาศ จาม หรือจากการที่คนสัมผัสโดยตรงกับสารคัดหลั่งของผู้ที่มีเชื้อโรคโควิด-19 เช่น น้ำมูก น้ำลาย โดยอาการของผู้ติดเชื้อจะมีตั้งแต่การติดเชื้อที่ไม่แสดงอาการ มีอาการเล็กน้อยคล้ายเป็นโรคไข้หวัดธรรมดา มีอาการปานกลางถึงขั้นเป็นปอดอักเสบ และมีอาการรุนแรงมากจนอาจจะทำให้เสียชีวิตได้⁽³⁾

ข้อมูลการติดเชื้อโรคโควิด-19 ของประเทศไทย พบว่าประชาชนมีการติดเชื้อในระลอกเดือนเมษายน 2564 จำนวน 49,992 ราย เสียชีวิต 269 ราย (ข้อมูล ณ วันที่ 8 พฤษภาคม 2564)⁽²⁾ รวมมีผู้ติดเชื้อสะสมทั้งหมด 86,924 ราย เสียชีวิตจำนวน 452 ราย สาเหตุของการติดเชื้อที่ทางกรมควบคุมโรคได้สรุปสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การติดเชื้อจากการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยยืนยันที่เป็นมาก่อนหน้านั้นมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.3 รองลงมา คือ ติดเชื้อมาจากสถานบันเทิง ร้อยละ 25.2 และพบผู้ติดเชื้อจากการตรวจค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก ร้อยละ 9.8 ตามลำดับ⁽²⁾ สำหรับจังหวัดนครราชสีมา พบผู้ป่วยระลอกเดือนเมษายน

พ.ศ. 2564 จำนวน 551 ราย เสียชีวิต 5 ราย มีผู้ป่วยยืนยันทั้งหมด 567 ราย เสียชีวิตสะสม 5 ราย โดยพบผู้ป่วยได้ทุกกลุ่มอายุ และยังพบว่าเด็กต่ำกว่า 1 ปี ติดเชื้อจำนวน 6 คนอีกด้วย จากการสอบสวนโรคพบว่า ผู้ป่วยมีการติดเชื้อจาก Cluster หลาย ๆ แห่ง ทำให้เกิดการกระจายไปเกือบทุกอำเภอของจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งแต่ละ Cluster จะมีกลุ่มเสี่ยงที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อจำนวนมาก และกระจายไปอีกหลาย ๆ แห่ง ซึ่งจังหวัดนครราชสีมาได้แบ่งพื้นที่ที่มีผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1. อำเภอควบคุมสูงสุด เป็นอำเภอที่มีผู้ป่วยโรคโควิด-19 ตั้งแต่ 50 รายขึ้นไป 2. อำเภอควบคุม เป็นอำเภอที่มีผู้ป่วยโรคโควิด-19 ตั้งแต่ 1-50 ราย และ 3. อำเภอเฝ้าระวัง เป็นอำเภอที่ยังไม่พบผู้ป่วยโรคโควิด-19⁽⁴⁾ ทั้งนี้เพื่อเป็นการเฝ้าระวังไม่ให้มีผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่แพร่กระจาย และเป็นการแจ้งข่าวให้ประชาชนทราบถึงพื้นที่เสี่ยงต่อการติดเชื้ออีกด้วย

ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 หากแต่ละบุคคลได้รับปัจจัยแรงจูงใจทางสุขภาพ ได้แก่ สภาพอารมณ์ของบุคคลที่ถูกกระตุ้นด้วยสิ่งเร้าต่าง ๆ กันในด้านสุขภาพอนามัย ปัจจัยอิทธิพลของบุคคล ได้แก่ สัมพันธภาพของเพื่อน ผู้ร่วมงาน ญาติ หรือคนในครอบครัว และการรับรู้ของประชาชนที่แตกต่างกัน จะส่งผลต่อการป่วยด้วยโรคโควิด-19 ดังนั้น หากต้องการให้ประชาชนสามารถป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะต้องมียุทธศาสตร์ต่าง ๆ เข้ามาเกี่ยวข้องด้วย แนวความคิดนี้ตรงกับทฤษฎีกลุ่มสังคม (Social categories theory) ของ Defleur and Bcll-Rokeach⁽⁵⁾ ที่อธิบายว่าการรับรู้ที่ส่งผลถึงพฤติกรรมของบุคคล และยังได้เสนอทฤษฎีที่

กล่าวถึงตัวแปรแทรก (Intervening variables) ที่มีความสัมพันธ์ต่อการป่วยด้วยโรคโควิด-19 ซึ่งได้แก่ ปัจจัยอิทธิพลของบุคคล และแรงจูงใจทางสุขภาพ ซึ่ง Becker and Maiman⁽⁶⁾ ทั้งนี้ผู้วิจัยยังได้นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาวิเคราะห์พฤติกรรมอนามัยของบุคคล ซึ่งส่งผลถึงการป่วยด้วยโรคโควิด-19 และผู้วิจัยเชื่อว่าการรับรู้ ที่ประกอบไปด้วย 4 ปัจจัย คือ 1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค 2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค 3. การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค และ 4. การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค ยังมีความสัมพันธ์ต่อการป่วยด้วยโรคโควิด-19 ฉะนั้น ผู้วิจัยจึงได้นำทฤษฎีของ Defleur and BcII-Rokeach⁽⁵⁾ และการรับรู้ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker and Maiman⁽⁶⁾ มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยในครั้งนี้ เพราะเชื่อว่าปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์ต่อการป่วยด้วยโรคโควิด-19 ของจังหวัดนครศรีธรรมราช

วัตถุประสงค์วิจัย

- 1) เพื่อศึกษาระดับปัจจัยแรงจูงใจทางสุขภาพ ปัจจัยอิทธิพลของบุคคล และการรับรู้โรคโควิด-19 ของประชาชน จังหวัดนครศรีธรรมราช
- 2) เพื่อศึกษาปัจจัยแรงจูงใจทางสุขภาพ ปัจจัยอิทธิพลของบุคคล และการรับรู้โรคโควิด-19 ของประชาชนที่มีความสัมพันธ์ต่อการป่วยด้วยโรคโควิด-19 จังหวัดนครศรีธรรมราช

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ประชาชนที่อาศัยในจังหวัดนครศรีธรรมราช ที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป ศึกษาจากจำนวนอำเภอที่มีผู้ป่วยโรคโควิด-19 สะสม โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 อำเภอควบคุมสูงสุด (มีผู้ป่วยสะสมมากกว่า 50 คน) กลุ่มที่ 2 อำเภอควบคุม (มีผู้ป่วยสะสม 1-50 คน) และกลุ่มที่ 3 อำเภอเฝ้าระวัง (ไม่มีผู้ป่วย) (ข้อมูล ณ วันที่ 8 พฤษภาคม 2564)⁽⁴⁾ ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เพื่อความแม่นยำของข้อมูลจึงหยิบฉวยอย่างง่าย จำนวน 2 อำเภอต่อกลุ่มได้ทั้งหมด 6 อำเภอ ดังนี้ กลุ่มที่ 1 อำเภอเมือง และร่อนพิบูลย์ กลุ่มที่ 2 อำเภอพรหมคีรี และปากพนัง กลุ่มที่ 3 อำเภอดงและนบพิตำ เนื่องจากผู้วิจัยไม่ทราบจำนวนประชากร จึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสัดส่วน (Sample size determination: Proportions)⁽⁷⁾ กำหนดค่าความเชื่อมั่น (Confidence level; Z เท่ากับ 1.96) ค่าความผิดพลาดที่ยอมรับได้โดยกำหนดที่ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 385 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงเพิ่มอีก 10% ได้กลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีก 39 คน ได้กลุ่มตัวอย่างอำเภอละ 424 คน สำรวจทั้งหมด 6 อำเภอ จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 2,544 คน

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามออนไลน์ โดยนำแนวคิดทฤษฎีของ Defleur and BcII-Rokeach⁽⁵⁾ และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker and Maiman⁽⁶⁾ ซึ่งมีคำถาม 4 ส่วน ประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 6 ข้อ 2) ปัจจัยแรงจูงใจทางสุขภาพ เป็นคำถามแบบประเมินค่า 5 ระดับ 10 ข้อ 3) ปัจจัยอิทธิพลของบุคคล เป็นคำถามแบบประเมินค่า 5 ระดับ 10 ข้อ และ 4) การรับรู้โรคโควิด-19 เป็นคำถามแบบประเมินค่า 5 ระดับ 38 ข้อ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค 10 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของโรค 8 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค 10 ข้อ และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค 10 ข้อ แปลผลค่าระดับคะแนน โดยใช้ค่าพิสัย จัดแบ่งกลุ่มออกเป็น 3 ระดับ⁽⁸⁾ ดังนี้ 1) ปัจจัยแรงจูงใจทางสุขภาพ ระดับสูง มีค่าคะแนน 3.97-5.00, ระดับปานกลาง มีค่าคะแนน 2.94-3.96 และระดับต่ำ 1.90-2.93 2) ปัจจัยอิทธิพลของบุคคล ระดับสูง มีค่าคะแนน 4.17-5.00, ระดับปานกลาง มีค่าคะแนน 3.34-4.16 และระดับต่ำ 2.50-3.33 และ 3) การรับรู้โรคโควิด-19 ในภาพรวม ระดับสูง มีค่าคะแนน 4.18-4.90, ระดับปานกลาง มีค่าคะแนน 3.46-4.17 และระดับต่ำ 2.74-4.45 เมื่อแยกระดับออกเป็นรายด้าน ดังนี้ (1) ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ระดับสูง มีค่าคะแนน 4.21-5.00, ระดับปานกลาง มีค่าคะแนน 3.41-4.20 และระดับต่ำ 2.60-3.40 (2) ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ระดับสูง มีค่าคะแนน 4.01-5.00, ระดับปานกลาง มีค่าคะแนน 3.01-4.00 และระดับต่ำ 2.01-3.00 (3) ด้านการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค มีค่าคะแนน 4.01-5.00, ระดับปานกลาง มีค่าคะแนน 3.01-4.00 และระดับต่ำ 2.01-3.00 และ (4) ด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค มีค่าคะแนน 3.87-4.90, ระดับปานกลาง มีค่าคะแนน 2.84-3.86 และระดับต่ำ 1.80-2.83

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และความเหมาะสมเชิงภาษา (Wording) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน คือ อาจารย์ผู้มีความเชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข 1 คน อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลเชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์และสถิติ 1 คน และอาจารย์ด้านสาธารณสุขผู้มีประสบการณ์วิจัยเกี่ยวกับโรคโควิด-19 จำนวน 1 คน จากนั้นนำไปหาค่า IOC ซึ่งได้ค่าอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่าง ชนิดความสอดคล้องภายในกับประชาชนที่อาศัยอยู่ในอำเภอพระพรหม จำนวน 30 คน คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช ดังนี้ ปัจจัยแรงจูงใจทางสุขภาพ เท่ากับ 0.73 ปัจจัยอิทธิพลของบุคคล เท่ากับ 0.77 ปัจจัยการรับรู้ เท่ากับ 0.79 และทั้งหมด เท่ากับ 0.90

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน – กรกฎาคม พ.ศ. 2564 เก็บข้อมูลแบบออนไลน์ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย รายละเอียดในการตอบแบบสอบถาม การเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยมีการชี้แจงผ่านเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่วิจัย และได้ส่งแบบสอบถามไปยังผู้ช่วยนักวิจัย หลังจากนั้นดำเนินการส่งแบบสอบถามออนไลน์ โดยใช้ Application line ให้กับผู้ช่วยนักวิจัย และส่งต่อไปยังประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบซึ่งเป็นพื้นที่วิจัย ทั้งนี้ภายหลังส่งแบบสอบถามออนไลน์ ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบจำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม และความสมบูรณ์ของแบบสอบถามของแต่ละอำเภอในทุกๆ วัน เมื่อได้ข้อมูลครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง จึงยุติการรับแบบสอบถามและแสดงความขอบคุณไปยังเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งเป็นผู้ช่วยนักวิจัย โดยใช้ Application line เช่นเดิม ซึ่งได้รับแบบสอบถามถูกต้องครบถ้วน จำนวน 2,378 ฉบับ คิดเป็น 93.47%

การวิเคราะห์สถิติ

1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด ใช้วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยแรงจูงใจทางสุขภาพ ปัจจัยอิทธิพลของบุคคล และการรับรู้โรคโควิด-19

2) วิเคราะห์ปัจจัยแรงจูงใจทางสุขภาพ ปัจจัยอิทธิพลของบุคคล และการรับรู้โรคโควิด-19 ของประชาชน ที่มีความสัมพันธ์ต่อการป่วยด้วยโรคโควิด-19 ด้วยการวิเคราะห์พหุตัวแปร (Multivariate analysis) ด้วยสมการถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร (Multinomial logistic regression) นำเสนอผลการศึกษาคำตัดสินส่วนความเสี่ยง (Odds ratios: OR) และค่าร้อยละ 95 ของช่วงเชื่อมั่น (95% Confidence interval: 95%CI) การแปลผลโดยพิจารณาจากค่า OR

จริยธรรมการวิจัย

วิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งภายใต้วิจัยเรื่อง “พฤติกรรมกาป้องกันตนเองจากโรคไวรัสโควิด-19 ของประชาชน จังหวัดนครศรีธรรมราช” ได้คำขอรับการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช โครงการวิจัยที่ Exc-05/2564

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างอาศัยในพื้นที่ควบคุมเข้มงวด ควบคุม และเฝ้าระวัง มีสัดส่วนเป็น 1 ใน 3 ที่ใกล้เคียงกัน ข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า 3 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง (76.53%) ครึ่งหนึ่งมีอายุอยู่ในช่วงวัยทำงานตอนปลาย (49.87%) อายุต่ำสุด 18 ปี สูงสุด 73 ปี มีอายุเฉลี่ย 46.53 (S.D.= 12.39) ปี ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด (38.90%) ส่วนใหญ่มีสถานภาพ (69.17%) จบการศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. มากที่สุด

(31.79%) ใกล้เคียงกับระดับปริญญาตรี และระดับประถมศึกษาลงมา (26.83% และ 25.74%) และกลุ่มตัวอย่างได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 100.00% โดยได้รับข่าวสารมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ โทรทัศน์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (81.16%, 72.58% และ 63.93%) ตามลำดับ แยกรายละเอียดได้ดังนี้

อำเภอควบคุมเข้มงวด พบว่า 4 ใน 5 เป็นเพศหญิง (80.91%) เกือบครึ่งหนึ่งมีอายุระหว่าง 45-59 ปี (47.61%) มีอาชีพรับจ้างประมาณ 1 ใน 4 (24.85%) มีสถานภาพสมรสคู่ประมาณ 2 ใน 3 (64.99%) ประมาณ 1 ใน 3 จบการศึกษาดังแต่ปริญญาตรีขึ้นไป (37.21%) ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ทั้งหมด (100.00%)

อำเภอควบคุมพบว่า เกือบ 3 ใน 4 เป็นเพศหญิง (73.37%) มากกว่าครึ่งอายุระหว่าง 45-59 ปี (57.75%) ประมาณ 1 ใน 3 มีอาชีพรับจ้าง (35.25%) สถานภาพสมรสคู่ประมาณ 2 ใน 3 (67.13%) เกือบ 1 ใน 3 จบการศึกษาดังแต่ปริญญาตรีขึ้นไป (32.75%) ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ทั้งหมด (100.00%)

อำเภอเฝ้าระวัง พบว่า 3 ใน 4 เป็นเพศหญิง (75.16%) ครึ่งหนึ่งมีอายุระหว่าง 45-59 ปี (50.33%) มากกว่าครึ่งหนึ่งมีอาชีพรับจ้าง (57.82%) สถานภาพสมรสคู่ประมาณ 3 ใน 4 (75.82%) ประมาณ 1 ใน 3 จบการศึกษาดังแต่ปริญญาตรีขึ้นไป (38.63%) ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ทั้งหมด (100.00%)

ปัจจัยแรงจูงใจทางสุขภาพ และปัจจัยอิทธิพลของบุคคลพบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยแรงจูงใจทางสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และระดับสูงใกล้เคียงกัน (50.63% และ 48.07 ส่วนปัจจัยอิทธิพลของบุคคลพบว่า ครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง (51.81%) เช่นกัน รองลงมา คือ ระดับสูง และระดับต่ำ (44.36% และ 3.83%) ตามลำดับ

ส่วนการรับรู้โรคโควิด-19 พบว่า ในภาพรวมมีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด (70.02%) เมื่อแยกออกเป็นรายด้านพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ครึ่งหนึ่งมีการรับรู้ในระดับปานกลาง (50.6%) รองลงมาคือ ระดับสูง และระดับต่ำ (31.71% และ 17.70%) การรับรู้ความรุนแรงของโรค พบว่า ครึ่งหนึ่งมีการรับรู้ในระดับดีเช่นกัน (56.26%) รองลงมาคือระดับปานกลาง และระดับต่ำ (42.81% และ 0.93%) ตามลำดับ การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค พบว่า ระดับดีใกล้เคียงกับระดับต่ำ (51.09% และ 48.11) การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคพบว่า ประมาณ 2 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ในระดับปานกลาง (65.64%) รองลงมา คือ ระดับต่ำ และระดับสูง มีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน (20.40% และ 13.96%) ตามลำดับ ดังตารางที่ (Table) 1

Table 1 Levels of health motivation, influence of person and perception of COVID-19

Factors	Total (n = 2,378)	Restrict control (n = 817)	Control (n = 800)	Surveillance (n = 761)
Motivation				
Low level	31 (1.30)	16 (1.96)	11 (1.38)	4 (0.53)
Moderate level	1,204 (50.63)	427 (52.26)	388 (48.50)	389 (51.12)
High level	1,143 (48.07)	374 (45.78)	401 (50.12)	368 (48.35)
Influence				
Low level	91 (3.83)	43 (5.26)	35 (4.38)	13 (1.71)
Moderate level	1,232 (51.81)	445 (54.47)	412 (51.50)	375 (49.28)
High level	1,055 (44.36)	329 (40.27)	353 (44.12)	373 (49.01)
Perceived susceptibility				
Low level	421 (17.70)	90 (11.02)	153 (19.13)	178 (23.39)
Moderate level	1,203 (50.59)	417 (51.04)	408 (51.00)	378 (49.67)
High level	754 (31.71)	310 (37.94)	239 (29.87)	205 (26.94)
Perceived severity				
Low level	22 (0.93)	6 (0.73)	11 (1.38)	5 (0.66)
Moderate level	1,018 (42.81)	309 (37.82)	359 (44.88)	350 (45.99)
High level	1,338 (56.26)	502 (61.45)	430 (53.74)	406 (53.35)
Perceived benefits				
Low level	19 (0.80)	6 (0.73)	6 (0.75)	7 (0.85)
Moderate level	1,144 (48.11)	367 (44.92)	395 (49.38)	382 (50.20)
High level	1,215 (51.09)	444 (54.35)	399 (49.87)	372 (48.95)
Perceived barriers				
Low level	485 (20.40)	124 (15.18)	163 (20.38)	198 (26.02)
Moderate level	1,561 (65.64)	576 (70.50)	529 (66.13)	456 (59.92)
High level	332 (13.96)	117 (14.32)	108 (13.49)	107 (14.06)

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยแรงจูงใจทางสุขภาพ ปัจจัยอิทธิพลของบุคคล และการรับรู้โรคโควิด-19 กับการป่วยด้วยโรคโควิด-19 สำหรับวิจัยนี้กำหนดกลุ่มอ้างอิงของตัวแปรผลลัพธ์ (Reference group) คือ กลุ่มอำเภอเฝ้าระวัง ทั้งนี้ผลการวิเคราะห์ Bivariate logistic analysis ในกลุ่มอำเภอควบคุมเข้มงวด พบว่า ปัจจัยแรงจูงใจทางสุขภาพระดับปานกลางและสูง (OR = 0.27, 95%CI: 0.09-0.83; OR = 0.25, 95%CI: 0.08-0.77) และปัจจัยอิทธิพลของบุคคลระดับปานกลางและสูง มีโอกาสป่วยด้วยโรคโควิด-19 ลดลง 64.0% และ 73.0% เมื่อเทียบกับกลุ่มอำเภอเฝ้าระวัง (OR = 0.36, 95%CI: 0.19-0.68; OR = 0.27, 95%CI: 0.14-0.51) ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคระดับปานกลางและสูง (OR = 2.18, 95%CI: 1.63-2.91; OR = 2.99, 95%CI: 2.20-4.08) และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคระดับปานกลางและสูง มีโอกาสป่วย

ด้วยโรคโควิด-19 เพิ่มขึ้น 2.02 และ 1.75 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มอำเภอเฝ้าระวัง (OR = 2.02, 95%CI: 1.56-2.61; OR = 1.75, 95%CI: 1.24-2.47) สำหรับกลุ่มอำเภอควบคุม พบว่า เป็นไปในทิศทางเดียวกับกลุ่มอำเภอควบคุมเข้มงวด นั่นคือ ปัจจัยอิทธิพลของบุคคลระดับปานกลางและสูง มีโอกาสป่วยด้วยโรคโควิด-19 ลดลง 59% และ 65% เมื่อเทียบกับกลุ่มอำเภอเฝ้าระวัง (OR = 0.41, 95%CI: 0.14-0.51; OR = 0.35, 95%CI: 0.18-0.68) ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคระดับสูง (OR = 1.36, 95%CI: 1.02-1.80) และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคระดับปานกลาง มีโอกาสป่วยด้วยโรคโควิด-19 เพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับกลุ่มอำเภอเฝ้าระวัง 1.41 เท่า (OR = 1.41, 95%CI: 1.11-1.80) เมื่อควบคุมตัวแปร (Multivariate logistic analysis) ในกลุ่มอำเภอควบคุมเข้มงวด พบว่า ปัจจัยอิทธิพลของบุคคลระดับปานกลางและสูง มีโอกาสป่วยด้วยโรคโควิด-19 ลดลง

69% และ 80% เมื่อเทียบกับกลุ่มอำเภอเฝ้าระวัง (AOR = 0.31, 95%CI: 0.16-0.61; AOR = 0.20, 95%CI: 0.10-0.40) ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคระดับปานกลางและสูง มีโอกาสป่วยด้วยโรคโควิด-19 เพิ่มขึ้น 2.00 และ 2.62 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มอำเภอเฝ้าระวัง (AOR = 2.00, 95%CI: 1.44-2.77; AOR = 2.62, 95%CI: 1.79-3.84) และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคระดับปานกลาง มีโอกาสป่วยด้วยโรคโควิด-19 เพิ่มขึ้น 1.46 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มอำเภอเฝ้าระวัง (AOR = 1.46, 95%CI: 1.10-1.95) ส่วนกลุ่มอำเภอควบคุม พบว่า เป็นไปในทิศทางเดียวกับกลุ่มอำเภอควบคุมเข้มงวด นั่นคือ ปัจจัยอิทธิพลของบุคคลระดับปานกลางและสูง มีโอกาสป่วยด้วยโรคโควิด-19 ลดลง 61.0% และ 72% เมื่อเทียบกับกลุ่มอำเภอเฝ้าระวัง (AOR = 0.39, 95%CI: 0.20-0.76; AOR = 0.28, 95%CI: 0.14-0.58) ส่วนการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคระดับปานกลาง มีโอกาสป่วยด้วยโรคโควิด-19 เพิ่มขึ้น 1.34 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มอำเภอเฝ้าระวัง (AOR = 1.34, 95%CI: 1.02-1.77) ดังตารางที่ (Table) 2

Table 2 Association between health motivation, influence of person and perception COVID-19; and illness of COVID-19 in surveillance areas

Factors	Strict control		Control	
	OR (95%CI)	AOR (95%CI)	OR (95%CI)	AOR (95%CI)
Health Motivation				
Low level	1	1	1	1
Moderate level	3.70(0.09-0.83)*	-	-	-
High level	0.25(0.08-0.77)*	-	-	-
Influence of Person				
Low level	1	1	1	1
Moderate level	0.36(0.19-0.68)**	0.31(0.16-0.61)**	0.41(0.14-0.51)**	0.39(0.20-0.76)**
High level	0.27(0.14-0.51)**	0.20(0.10-0.40)**	0.35(0.18-0.68)**	0.28(0.14-0.58)**
Perceived susceptibility				
Low level	1	1	1	1
Moderate level	2.18(1.63-2.91)**	2.00(1.44-2.77)**	-	-
High level	2.99(2.20-4.08)**	2.62(1.79-3.84)**	1.36(1.02-1.80)*	-
Perceived barriers				
Low level	1	1	1	1
Moderate level	2.02(1.56-2.61)**	1.46(1.10-1.95)**	1.41(1.11-1.80)**	1.34(1.02-1.77)**
High level	1.75(1.24-2.47)**	-	-	-

Note: OR = Odds ratio, AOR = Adjusted Odds ratio, CI = Confidence interval, 1 = Reference group, *p-value <0.05, **p-value <0.01

อภิปรายผล

ระดับปัจจัยแรงจูงใจทางสุขภาพของประชาชนจังหวัดนครศรีธรรมราช อยู่ในระดับปานกลาง อาจจะเป็นเพราะว่าโรคโควิด-19 สามารถแพร่เชื้อได้ง่ายผ่านทาง การไอ จาม หรือจากการที่คนสัมผัสโดยตรงกับสารคัดหลั่งของผู้ที่มีเชื้อโรคโควิด-19 เช่น น้ำมูก น้ำลาย⁽³⁾ ซึ่งเป็นสาเหตุให้การระบาดในระลอกที่ 3 เดือนเมษายน 2564 เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเมื่อเทียบกับระลอกที่ 1 และ 2 ทำให้การสนับสนุนอุปกรณ์ต่าง ๆ จากภาครัฐ หรือ การเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือของประชาชนเองขาดความตระหนัก ซึ่งจากงานวิจัยพบว่า ประชาชนแสดงความคิดเห็นว่าการสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันตนเองจาก อบต./เทศบาล เช่น

เจลแอลกอฮอล์และหน้ากากอนามัย (Mean $\pm$ SD. = 3.78 $\pm$ 1.11) อยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับมาตรการ D-M-H-T-T ที่ทำให้ประชาชนยึดอัด (3.29 $\pm$ 1.22) ส่งผลให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยแรงจูงใจอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน

ระดับปัจจัยอิทธิพลของบุคคลอยู่ในระดับปานกลาง จากงานวิจัยพบว่า ประชาชนได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการปฏิบัติตัวได้ถูกต้องมากกว่าการรับรู้จากสื่อในโทรทัศน์ ยังอยู่ในระดับต่ำ (1.74 $\pm$ 0.79) ยังเกิดความกังวลเมื่อไปพื้นที่เสี่ยงแม้ว่าจะได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (3.69 $\pm$ 1.11) และรู้สึกว่าจะไม่เสี่ยงเมื่อไปรับบริการที่ รพ.สต. หรือ รพ.ใกล้บ้าน อยู่ในระดับปานกลาง (3.72 $\pm$ 1.02) แสดงให้เห็นว่า การระบาด

โรคโควิด-19 อาจจะทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างประชาชนกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีน้อยลง เพราะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมุ่งปฏิบัติหน้าที่เพื่อป้องกันและควบคุมในพื้นที่เสี่ยง ทำให้การให้ความรู้หรือคำแนะนำในกลุ่มที่ไม่เสี่ยงยังไม่ทั่วถึง และส่วนหนึ่งอาจเกิดจากมาตรการในการป้องกันและการประชาสัมพันธ์ที่ทำให้ประชาชนลดการเดินทางไปยังสถานที่ต่างๆ เพื่อลดการติดเชื้อ ทำให้ประชาชนชะงักสัมพันธ์ภาพกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคของประชาชนจังหวัดนครราชสีมาอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะว่า ถึงแม้ว่าจะพบการระบาดของโรคที่ต่อเนื่องและสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่การรับรู้ความเสี่ยงของประชาชนก็ยังไม่ถูกต้องส่งผลต่อการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องไปด้วย ซึ่งจากงานวิจัยพบว่า การรับรู้ความเสี่ยงพบข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด 3 อันดับ ได้แก่ การไปในสถานที่ที่เปิดเครื่องปรับอากาศในระยะเวลาสั้นๆ จะไม่มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ (3.05 ± 1.22), โรคโควิด-19 สามารถแพร่เชื้อได้ในขณะที่มีอาการเท่านั้น (3.10 ± 1.36) และไม่มีโอกาสติดเชื้อจากการไปรับบริการที่ รพ. หรือ รพ.สต. (3.38 ± 1.22) เป็นไปในทางเดียวกับการรับรู้อุปสรรคที่พบว่า เมื่อประชาชนมีการรับรู้ความเสี่ยงที่ไม่ถูกต้องอาจจะทำให้การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคโควิด-19 เกิดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ ซึ่งจากงานวิจัยพบว่า ข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยน้อย 3 อันดับแรก คือ การสั่งอาหารโดยให้พนักงานส่งที่บ้านทำให้ปลอดภัยได้ (2.46 ± 1.00), ผิวบริเวณมือแห้งเกิดจากการใช้เจลแอลกอฮอล์และการล้างมือบ่อยๆ (2.68 ± 1.09) และในช่วงสถานการณ์การระบาดโรคโควิด-19 ผู้ป่วยไม่สามารถไปรับยาที่ รพ.เองได้ ทำให้เสียโอกาสในการพบแพทย์และการรักษาที่ถูกต้อง (2.83 ± 1.23) และทั้งนี้ยังพบอีกว่าการใส่หน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยทำให้หายใจลำบากและพูดไม่ชัด (2.93 ± 1.25) ซึ่งสอดคล้องกับปัจจัยแรงจูงใจที่เกี่ยวข้องกับมาตรการ D-M-H-T-T ที่ทำให้ประชาชนรู้สึกอึดอัดแตกต่างกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของกำลังพลที่ปฏิบัติงานสายแพทย์ ศูนย์อำนวยการแพทย์ จังหวัดชายแดนใต้ ที่พบว่า มีการรับรู้อยู่ในระดับมาก⁽⁹⁾ เช่นเดียวกับการศึกษาของนภสา สิงห์วีระธรรม และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า ทันทาภิบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับมากที่สุด ซึ่งอาจจะเป็นเพราะว่าการปฏิบัติของกำลังพลที่ปฏิบัติงานสายแพทย์มีส่วนที่เกี่ยวข้องและสัมผัสโดยตรง

ส่วนระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคของประชาชนจังหวัดนครราชสีมาอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะว่า การรายงานการระบาดของโรคโควิด-19 ทั้งในระดับโลก ประเทศ และจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งมีการรายงานข้อมูลผู้ติดเชื้อและผู้เสียชีวิตอย่างต่อเนื่อง ทำให้

ประชาชนรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคโควิด-19 ซึ่งจากงานวิจัยพบว่า ข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก คือ ผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง เมื่อติดเชื้อไวรัสโควิด-19 อาจจะทำให้ความรุนแรงและเสียชีวิตได้ ($4.61 + 0.62$), ผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 จะมีอาการไข้ ไอ ลื่นไม่รับรส จมูกไม่ได้กลิ่น อ่อนเพลีย และอาจจะทำให้เสียชีวิตได้ (4.59 ± 0.65) และโรคโควิด-19 จะมีอันตรายร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิต (4.53 ± 0.68) สอดคล้องกับการรับรู้ความรุนแรงของกำลังพลที่ปฏิบัติงานสายแพทย์ ศูนย์อำนวยการแพทย์ จังหวัดชายแดนใต้ ที่พบว่า มีการรับรู้อยู่ในระดับมากที่สุด⁽⁹⁾ เช่นเดียวกับการศึกษาของนภสา สิงห์วีระธรรม และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า ทันทาภิบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับมากที่สุดและยังเป็นไปในทิศทางเดียวกับการรับรู้ประโยชน์ที่พบว่า เมื่อประชาชนมีการติดตามสถานการณ์การระบาดทำให้ประชาชนรับรู้วิธีการป้องกัน (4.54 ± 0.69) การอยู่บ้านเป็นการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ได้ (4.47 ± 0.65) และการกักตัว 14 วันของผู้ที่สัมผัสกลุ่มเสี่ยงสามารถป้องกันการแพร่เชื้อโรคโควิด-19 ได้ (4.45 ± 0.65) แต่ทั้งนี้ประชาชนมีการรับรู้ว่าการใช้แอปพลิเคชันไทยชนะสามารถป้องกันโรคโควิด-19 ได้อยู่ในระดับต่ำ (2.53 ± 1.06)

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยการควบคุมตัวแปร พบว่า ประชาชนที่อาศัยอยู่ในอำเภอควบคุมเข้มงวดและอำเภอควบคุมที่มีปัจจัยอิทธิพลของบุคคลในระดับปานกลางและสูงมีความสัมพันธ์ต่อการป่วยด้วยโรคโควิด-19 นั่นคือ มีโอกาสป่วยด้วยโรคโควิด-19 ลดลงเมื่อเทียบกับอำเภอเฝ้าระวัง แสดงให้เห็นว่า ประชาชนที่อาศัยอยู่ในอำเภอที่พบผู้ป่วยต่อเนื่องและมีแนวโน้มที่เพิ่มมากขึ้น จะปฏิบัติตามคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อบ้าน หรือจากหน่วยงานต่างๆ ที่เคร่งครัดขึ้น อาจจะเป็นเพราะว่าประชาชนได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคและตระหนักว่าโรคโควิด-19 มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ตลอดเวลาหากไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำให้เป็นนิสัยในการดำเนินชีวิตในรูปแบบที่เปลี่ยนไป หรือ New normal สอดคล้องกับการศึกษาของวิริญญา ศรีบุญเรือง และคณะ⁽¹¹⁾ ที่พบว่า การรับรู้ข้อมูลและข่าวสารของประชาชนในกรุงเทพมหานคร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ซึ่งชี้ให้เห็นว่าข้อมูลข่าวสารจะมีความสำคัญต่อการลดการเกิดโรคโควิด-19

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคของประชาชนอำเภอควบคุมเข้มงวดในระดับสูงมีความสัมพันธ์ต่อการป่วยด้วยโรคโควิด-19 นั่นคือ มีโอกาสป่วยด้วยโรคโควิด-19 เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับอำเภอเฝ้าระวัง ทั้งนี้การถูกจัดให้เป็นอำเภอควบคุมเข้มงวด แสดงให้เห็นว่ามีผู้ติดเชื้อที่กระจายในพื้นที่มาก และมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นประกอบกับสภาพแวดล้อมในชุมชนอาจจะ

เอื้อต่อการติดเชื้อได้สูงด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงอาจจะเป็นเพราะว่ามีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้าไปรณรงค์หรือให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 หรือมีการจัดการในพื้นที่เพื่อให้ประชาชนเฝ้าระวังตนเอง

การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคของประชาชนอำเภอควบคุมเข้มงวดและอำเภอควบคุมในระดับปานกลางมีความสัมพันธ์ต่อการป่วยด้วยโรคโควิด-19 นั่นคือ มีโอกาสป่วยด้วยโรคโควิด-19 เพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับอำเภอเฝ้าระวัง อาจจะเป็นเพราะว่า ประชาชนมีความเห็นว่าการปฏิบัติตามมาตรการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การหาซื้อเจลแอลกอฮอล์ยากและมีราคาสูง การใส่หน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยทำให้หายใจลำบากหรือพูดไม่ชัด การล้างมือทำให้ผิวหลังมือแห้ง และความยุ่งยากในการใช้แอปพลิเคชัน ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ป่วยด้วยโรคโควิด-19 เพิ่มขึ้น หากประชาชนไม่ตระหนักต่อมาตรการและปฏิบัติไม่เคร่งครัด

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ปัจจัยอิทธิพลของบุคคล การรับรู้ความเสี่ยง และการรับรู้อุปสรรคของประชาชนในอำเภอที่พบผู้ป่วยสะสมมาก และป่วยอย่างต่อเนื่องจะมีความสัมพันธ์ต่อการป่วยด้วยโรคโควิด-19 ดังนั้น ในการประชาสัมพันธ์หรือให้ความรู้แก่ประชาชน ควรเน้นให้ประชาชนรับรู้ความเสี่ยงต่อโรค และให้ประชาชนปฏิบัติตามมาตรการอย่างจริงจัง องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นควรสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นทั้งในระดับครัวเรือนและชุมชน และควรให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการกำหนดมาตรการป้องกันโรคในชุมชนเพื่อให้ประชาชนปฏิบัติภายในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

เพื่อให้สามารถอธิบายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการป่วยด้วยโรคโควิด-19 ที่ชัดเจนยิ่งขึ้น จำเป็นต้องมีการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการศึกษาสถานการณ์และการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนเพื่อนำมากำหนดมาตรการป้องกันโรคในชุมชนเพื่อให้ประชาชนในชุมชนได้ปฏิบัติ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Coronavirus. Geneva: World Health Organization; 2020
2. Department of Disease Control. Coronavirus Disease 2021 Situation Report. Ministry of Public Health. Nonthaburi; 2021. (In Thai)
3. BBC NEWS, Robert Cuffe. Coronavirus Death Rate: What are the Chances of Dying ?. England: London; 2020.

4. Nakhon Si Thammarat Provincial Public Health Office. Coronavirus Disease 2019 Situation Report. Nakhon Si Thammarat; 2021. (In Thai)
5. DeFleur ML, Ball-Rokeach SJ. Theories of mass communication. London: Longman; 1996.
6. Becker MH, Maiman LA. The health belief model: origins and correlation in psychological theory. Health Education Monography 1975; 2(Winter): 336-385.
7. Vanitbantha K. Using SPSS for window in data analysis. (Six edition). Bangkok; 2003. (In Thai)
8. Huntsberger J. Developing divergent – productive thinking in elementary school children using attribute games problems. Journal of Research in Science Teaching 1976; 13(2): 185-191.
9. Weerakhachon P, Kwanpichit C, Nawsuwan K, Singweratham N. 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 2020; 3(3): 106-117. (In Thai)
10. Singweratham N, Thaopan WW, Nawsuwan K, Pohboon C, Surirak S. 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 2020; 14(2): 104-115. (In Thai)
11. Sribunrueng W, Ninwattana T, Sumransuk S, Anirapai K, Rugthangam S, Spiller P. Factors affecting prevention behavior of COVID-19 Infection in Bangkok. Udon Thani Rajabhat University Journal of Humanities and Social Science 2021; 10(1): 195-206. (In Thai)