



ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตีตราทางสังคมต่อผู้ติดเชื้อโควิด-19 ของประชาชน

ในเขตอำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช

Factors Related to Covid -19 Stigma among People in Thasala District of Nakhon Si Thammarat Province

สมพร รัตนพันธ์

Somporn Rattanapan

โรงพยาบาลท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช

Thasala Hospital, Nakhon Si Thammarat Province

(Received: July 12, 2021; Revised: August 3, 2021; Accepted: September 20, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตีตราทางสังคมต่อผู้ติดเชื้อโควิด-19 ของประชาชนในอำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช ประชากรที่ใช้ศึกษา คือ ประชากรที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในอำเภอท่าศาลา จำนวน 303 ราย เก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2563 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2564 เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ทั้งฉบับเท่ากับ 0.91 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน แรงค์คออเดออร์ และการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และชีวิตวิถีใหม่ ด้านการป้องกันโรคโควิด-19 ระดับสูงมาก คะแนนเฉลี่ยความกลัวโรคโควิด-19 และการตีตราทางสังคมต่อผู้ติดเชื้อโควิด-19 ในระดับสูง ความกลัวการติดเชื้อโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการตีตราทางสังคมต่อผู้ติดเชื้อโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.617$) ส่วนความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด-19 การศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการตีตราทางสังคมต่อผู้ติดเชื้อโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.265$ และ $r_{sp} = -0.174$) ความกลัวการติดเชื้อโควิด-19 และความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด-19 สามารถรวมทำนายการตีตราทางสังคมต่อผู้ติดเชื้อโควิด-19 ได้ร้อยละ 38.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้น บุคลากรด้านสุขภาพสามารถนำผลการศึกษาไปใช้เพื่อพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้ และลดความกลัวการติดเชื้อโควิด 19 ของประชาชน เพื่อป้องกันการตีตราทางสังคมต่อผู้ติดเชื้อโควิด-19 ให้สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมอย่างปกติสุข

คำสำคัญ: การตีตราทางสังคม, โควิด-19, ความกลัวโรคโควิด 19

Abstract

This cross-sectional survey aimed to identify factors related to Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) stigma among people living in Thasala District of Nakhon Si Thammarat Province. Sample was 303 residents of 18 years old or over. Data were collected from August 2020 to January 2021. Research tool was a questionnaire with five parts including general information, knowledge about COVID-19, new normal under COVID-19, fear of COVID -19, and COVID-19 stigma. Content validity of questionnaire was validated by three experts. Its reliability was tested obtaining a value of .91. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, Pearson's product moment correlation, point biserial correlation coefficient, Spearman rank-order correlation coefficient, and stepwise multiple regression analysis.

Results revealed that most of respondents had knowledge and New Normal for Covid-19 at a very high level, whereas Fear of Covid-19, and Covid-19 Stigma were at a high level. Fear of Covid-19 was moderately and significantly correlated with Covid-19 Stigma ($r = .617$, $p < .01$). Education level and knowledge about Covid-19 were lowly but significantly correlated with Covid-19 Stigma ($r = -.265$ and $r_{sp} = -.174$, respectively, $p < .01$). Fear of Covid-19 and knowledge about Covid-19 could significantly predict the Covid-19 stigma.

Per findings, healthcare providers can set an educational training program to reduce fear of Covid -19 among people in order to prevent social stigma towards Covid -19 patients.

Keywords: Social Stigma, Covid-19 Patients, Fear of Covid-19

บทนำ

องค์การอนามัยโลกประกาศให้การแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 เป็น "การระบาดใหญ่" หรือ pandemic (World Health Organization, 2020) เนื่องจากการระบาดเป็นไปได้ง่ายและมีผู้เสียชีวิตจำนวนมาก โดยช่วงปลายปี พ.ศ. 2563 เชื้อโควิด-19 ทำให้ประชากรทั่วโลกป่วยกว่า 86.8 ล้านราย และเสียชีวิตรวมแล้วกว่า 1.8 ล้านรายทั่วโลก และคาดการณ์ภายในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2564 ประชากรป่วยกว่าเกือบ 200 ล้านราย และเสียชีวิตรวมเกินกว่า 4.5 ล้านราย ประเทศสหรัฐอเมริกา อินเดีย และบราซิล จะมีผู้ติดเชื้อมากกว่า 30 ล้านราย โดยยังมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างไม่หยุดยั้ง แม้มีการใช้วัคซีนป้องกันแล้วก็ตาม (Ahmad, Baig, & Hui, 2020) สำหรับในประเทศไทยคาดว่าจะ มีผู้ป่วยสะสมมากกว่า 500,000 ราย และเสียชีวิตมากกว่า 3,500 ราย เมื่อสิ้นเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2564 (Department of Disease Control, 2021) อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช คาดว่ามีผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นโควิด-19 จำนวนเกินกว่า 500 ราย เมื่อสิ้นเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2564 (Nakhon Si Thammarat Provincial Public Health Office, 2021)

การระบาดของเชื้อโควิด-19 มิได้เพียงส่งผลต่อสุขภาพและชีวิตผู้ป่วยเท่านั้น แต่ส่งผลกระทบต่อ

เศรษฐกิจที่ตามมาจากโรคระบาดและมาตรการควบคุมการแพร่ระบาดของโรค เช่น ร้านค้าผู้ประกอบการ ปิดกิจการ ประเทศสูญเสียรายได้จากการลดลงของจำนวนนักท่องเที่ยวต่างชาติ และผลกระทบด้านจิต สังคม เช่น มีการรังเกียจชาวต่างชาติ ต่างด้าว กลัวผู้ติดเชื้อ หรือรังเกียจคนที่รักษาหายแล้ว เป็นต้น (Wudhiwong, 2020)

ปัจจุบัน แม้ว่าจะมีความพยายามของภาครัฐในการควบคุมการระบาดของโรค คือ การประชาสัมพันธ์ ให้ประชาชนมีการดูแลตนเองด้วยวิถีชีวิตใหม่ การปิดเมืองไม่ให้ประชาชนมีการเคลื่อนย้ายเพื่อควบคุม การแพร่กระจายเชื้อ เร่งการใช้วัคซีนป้องกันโรค และเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา (Dong, Hu, & Gao, 2020) แต่ยังไม่สามารถควบคุมสถานการณ์การระบาดได้ ส่งผลให้ชุมชนรับรู้ว่าการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 ในปัจจุบัน ส่งผลให้คนเจ็บป่วยและล้มตายเป็นจำนวนมาก เชื้อโรคมีการกลายพันธุ์ทำให้ติดเชื้อได้ง่ายขึ้น และรุนแรงกว่าเดิม ประชาชนยังได้รับวัคซีนน้อย รวมทั้งยังไม่มีหลักฐานข้อมูลที่บ่งชี้แน่ชัดเกี่ยวกับการรักษา จึงทำให้คนส่วนใหญ่ในสังคมมีความวิตกกังวล หวาดระแวง กลัวว่าตนเอง หรือบุคคลใกล้ชิดจะติดเชื้อ ทั้งนี้ เมื่อเกิดรู้สึกกลัว หรือได้รับข้อมูลข่าวสารที่ไม่ถูกต้อง ทำให้เกิดการแสดงออกต่อผู้ที่ติดเชื้ออย่างไม่เหมาะสม มีการปฏิเสธการทำกิจกรรมร่วมมีการแบ่งแยกผู้ป่วยและครอบครัวออกจากสังคม (Department of Mental Health, 2020; Thanirat, Radabut, Wichianrat, & Opasawatchai, 2020) ส่งผลให้ปัญหาการตีตรา ทางสังคมต่อผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 ตามมา

การตีตราทางสังคมต่อผู้ติดเชื้อโควิด-19 เป็นปฏิกิริยาการแสดงออกของคนที่เกิดจากความเข้าใจผิด ความไม่รู้ของคนในสังคม การขาดความรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับการแพร่กระจายโรค การดูแลตนเอง มีหลงเชื่อ และจะปฏิบัติตามข่าวปลอมที่ได้รับ (Tangratoke, 2020) ทำให้เกิดอคติและการตัดสินแบบเหมารวม ทำให้ มีการแบ่งแยกกีดกัน และแสดงพฤติกรรมแบบปฏิเสธ ไม่ยอมรับหรือการหลีกเลี่ยงถอย นอกจากนั้นอาจเกิด จากความกลัวการระบาดของโรค ความสับสนต่อการติดเชื้อโควิด-19 จากการทำนายหรือควบคุม สถานการณ์ที่เกิดขึ้นผู้ติดเชื้อติดโควิด-19 จึงเสมือนเป็นภัยคุกคามต่อชีวิตสังคมและผู้คนที่อยู่รอบข้าง ทำให้ คนในสังคมรู้สึกกลัวและหวาดระแวงว่าจะได้รับเชื้อและเสียชีวิตจากโรคนี้นี้ ซึ่งนำไปสู่การปกป้องตัวเองและ ตีกันบุคคลอื่น ๆ ที่คิดว่าอาจเป็นคนนำเชื้อมาสู่ตนเองหรือบุคคลใกล้ชิด

จุดเริ่มต้นของการระบาดที่เป็นกลุ่มใหญ่ในเมืองไทยเกิดในสถานที่ที่เป็นแหล่งอบายมุข สนามมวย ผับบาร์ หรือสถานบันเทิงต่าง ๆ และการที่นักท่องเที่ยวชาวไทยไปติดมาจากต่างประเทศปัจจัยเหล่านี้นำไปสู่ความคิด แบบเหมารวมว่าเกิดจากความไม่รับผิดชอบของบุคคล (Aimnarat, 2021; Department of Mental Health, 2020) นำไปสู่การลดทอนความเป็นมนุษย์ และตีตราผู้ติดเชื้อให้เป็นบุคคลที่ไม่ควรแก่การคบหา จึงทำให้มี การตีตราเกิดขึ้น แม้บางครั้งผู้ที่ติดเชื้อได้รับการรักษาและได้รับผลตรวจยืนยันว่าปลอดเชื้อโควิด-19 แล้ว แต่ยังมีผู้คนหวาดกลัวว่าจะนำเชื้อโรคมานำให้อีก ความหวาดระแวงการปฏิเสธการขายสินค้า การร่วมเดินทาง รวมทั้งเกิดการปฏิเสธในการทำกิจกรรมในชุมชนทำให้ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ไม่สามารถกลับเข้ามาอยู่ในสังคมได้ ตามปกติ (Dwinantoaji & Sumarni, 2020)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตีตราที่สำคัญประกอบด้วยปัจจัยความรู้ ความเข้าใจ หรือความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง เกี่ยวกับโรค (Thanirat, Radabut, Wichianrat, & Opasawatchai, 2020) เนื่องจากโควิด-19 เป็นโรคใหม่ และมีหลายอย่างที่เรายังไม่รู้เกี่ยวกับโรคนี้นี้ (Blaine & McClure Brenchley, 2018) การขาดความรู้เกี่ยวกับ การแพร่ระบาดของเชื้อโรคทำให้คนเกิดความกลัว (NIDA, 2020; Roy, Tripathy, Kar, Sharma, Verma, &

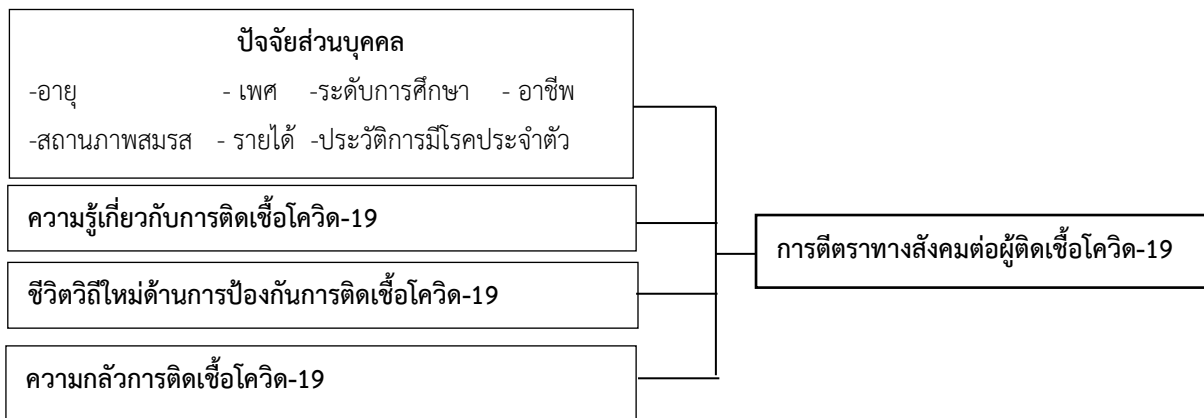
Vikas, 2020) ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ความถูกต้อง น่าเชื่อถือของข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อสาธารณะ รวมถึงมาตรการหรือนโยบายของหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรค ทำให้บุคคลถูกตีตราลดคุณค่า (Thanirat, Radabut, Wichianrat, & Opasawatchai, 2020) จากผลการระบาดการติดเชื้อโควิด-19 ในอำเภอท่าศาลา ส่งผลกระทบต่อผู้ติดเชื้อโควิด-19 และครอบครัว มีการต่อต้านไม่ให้ผู้ป่วยและญาติเข้าร่วมกิจกรรมสังคมคนในหมู่บ้านจะไม่ซื้ออาหารจากครอบครัวผู้ติดเชื้อโควิด-19 ชุมชนกีดกันไม่ให้ออกมาใช้ชีวิตตามปกติชาวบ้านรวมตัวกันต่อต้านไม่ให้มีสร้างโรงพยาบาลสนามในชุมชนเนื่องจากการกลัวการติดเชื้อ (Thanirat, Radabut, Wichianrat, & Opasawatchai, 2020) ดังนั้นปัญหาการตีตราจากการติดเชื้อโควิด-19 ในอำเภอท่าศาลา จึงเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไข เนื่องจากการตีตราทางสังคมทำให้เกิดการแยกตัวของผู้ที่ติดเชื้อ มีการปิดบังไม่ให้สังคมรับรู้ เลี่ยงที่จะเปิดเผยประวัติหรือแจ้งต่อเจ้าหน้าที่ว่าตนเองเสี่ยงติดเชื้อ ทำให้การควบคุมการระบาดที่ยากลำบากขึ้น (Department of Mental Health, 2020) การวิจัยในครั้งนี้จะทราบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตีตราทางสังคมต่อผู้ติดเชื้อโควิด-19 สามารถนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการลดการตีตราทางสังคมโดยส่งเสริมให้ประชาชนความรู้ความเข้าใจเพื่อลดความกลัวต่อการติดเชื้อ และช่วยสนับสนุนให้กำลังใจผู้ติดเชื้อโควิด-19 สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ ชีวิตวิถีใหม่ด้านการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ความกลัวการติดเชื้อโควิด-19 และการตีตราทางสังคมต่อผู้ติดเชื้อโควิด-19 ของประชาชนในเขตอำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้การติดเชื้อโควิด-19 ชีวิตวิถีใหม่ด้านการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ความกลัวการติดเชื้อโควิด-19 กับการตีตราทางสังคมต่อผู้ติดเชื้อโควิด-19 ของประชาชนในเขตอำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการตีตราทางสังคมต่อผู้ติดเชื้อโควิด-19 ของประชาชนในเขตอำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการตีตราทางสังคม โดย Corrigan & Watson (2002) อธิบายว่าเป็นปฏิกริยาของสังคม ความเข้าใจผิด ความไม่รู้ของคนในสังคมเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ส่งผลให้คนเกิดความกลัว (Blaine & McClure Brenchley, 2018; Sermrittirong, Rodchan, Thanyakittikul, Srikhumbor, Kolkang, & Suksomket, et al., 2019) โดยปัจจัยอื่น ๆ ที่นำไปสู่การตีตราในสถานการณ์โควิด-19 ในสังคมไทย ประกอบด้วยความกลัวและความวิตกกังวล ปัจจัยภายในส่วนบุคคล (NIDA, 2020; Roy, Tripathy, Kar, Sharma, Verma, & Vikas, 2020; Thanirat, Radabut, Wichianrat, & Opasawatchai, 2020) ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางเชิงพรรณนา (Cross-sectional descriptive study) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2563 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ประชากรที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป ที่สามารถสื่อสารได้ มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอนาทาสาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power Version 3.119 (Worapongthorn & Worapongthorn, 2018) โดยกำหนดรูปแบบสถิติเป็น F-test แบบ Linear multiple regression: Fixed model, R² Increase ค่า Effect size= 0.1 กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 เมื่อนำค่าทั้งหมดมาคำนวณด้วยกันแล้ว ได้ตัวอย่างขนาด 254 คน ทั้งนี้เพื่อความเหมาะสมในการมีขนาดเพียงพอที่จะมีการกระจายตัวเข้าใกล้โค้งปกติ ผู้วิจัยจึงปรับเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 20% (Jirawatkul, 2015) ได้กลุ่มตัวอย่างเป็น 305 คน กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ 2 คน ได้กลุ่มตัวอย่างเป็น 303 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วยเนื้อหา 5 ส่วน คือ

1. ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วยเป็นคำถามปลายปิดและปลายเปิด มีจำนวน 7 ข้อ คือ อายุ เพศ สถานภาพสม รรระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และประวัติการมีโรคประจำตัว
2. ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด-19 เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนแนวคิดและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Department of Disease Control, 2020; Department of Mental Health, 2020; Zhou, Yu, Du, Fan, Liu, & Liu, et al., 2020) คำตอบเป็นแบบถูก ผิด ทั้งหมด 25 ข้อ ถ้าตอบถูกจะได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน แปลผลคะแนนโดยนำคะแนนแต่ละคนรวมกันแล้วหาค่าเฉลี่ยแบ่งคะแนนออกเป็น 4 ช่วง โดยใช้สูตรการคำนวณความกว้างของอันตรภาคชั้น (Silanoi & Chindaprasert, 2019) นำค่าที่ได้จากการคำนวณมาแบ่งเป็นระดับ ดังนี้ ระดับต่ำมาก (คะแนนเฉลี่ย 0 - 6.24) ต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 6.25 - 12.49) สูง (คะแนนเฉลี่ย 12.50 - 18.47) และสูงมาก (คะแนนเฉลี่ย 18.75 - 25)
3. ชีวิตวิถีใหม่ด้านการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Department of Health, 2020; Health Education Division, 2020) รวมทั้ง

การทบทวนการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 โรงพยาบาลท่าศาลา ประกอบด้วยข้อคำถาม 35 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่เคยปฏิบัติเลย (1 คะแนน) จนถึงปฏิบัติเป็นประจำ (4 คะแนน) แปลผลโดยนำคะแนนแต่ละคนรวมกันแล้วหาค่าเฉลี่ย แบ่งคะแนนออกเป็น 4 ช่วง โดยใช้สูตรการคำนวณความกว้างของอันตรภาคชั้น (Silanoi & Chindaprasert, 2019) นำค่าที่ได้จากการคำนวณมาแบ่งเป็นระดับ ดังนี้ ระดับต่ำมาก (คะแนนเฉลี่ย 35 – 61.24) ต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 61.25 – 87.49) สูง (คะแนนเฉลี่ย 87.50 – 113.74) และสูงมาก (คะแนนเฉลี่ย 113.75 - 140)

4. ความกลัวการติดเชื้อโควิด-19 ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Ahorsu, Lin, Imani, Saffari, Griffiths, & Pakpour, 2022) คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ตั้งแต่มีความรู้สึกกลัวมากที่สุด (4 คะแนน) จนถึงไม่รู้สึกกลัวเลย (1 คะแนน) มีคำถาม 8 ข้อ แปลผลโดยนำคะแนนของแต่ละคนรวมกันและหาค่าเฉลี่ย แบ่งคะแนนออกเป็น 4 ช่วง โดยใช้สูตรการคำนวณความกว้างของอันตรภาคชั้น (Silanoi & Chindaprasert, 2019) นำค่าที่ได้จากการคำนวณมาแบ่งเป็นระดับ ดังนี้ ระดับต่ำมาก (คะแนนเฉลี่ย 8.0 – 13.98) ต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 13.99 – 19.98) สูง (คะแนนเฉลี่ย 19.99 – 25.98) และสูงมาก (คะแนนเฉลี่ย 25.99 - 32.00)

5. การตีตราทางสังคมต่อผู้ติดเชื้อโควิด-19 ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการตีตรา (Department of Mental Health, 2020; Dwinantoaji & Sumarin, 2020; IFRC, 2020; Thanirat, Radabut, Wichianrat, & Opasawatchai, 2020) ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มีหลักเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่มีความรู้สึกสอดคล้องกับข้อคำถามมากที่สุด (4 คะแนน) จนถึงไม่รู้สึกสอดคล้องกับข้อคำถามนั้นเลย (1 คะแนน) แปลผลโดยนำคะแนนแต่ละคนรวมกันแล้วหาค่าเฉลี่ย แบ่งคะแนนออกเป็น 4 ช่วง โดยใช้สูตรการคำนวณความกว้างของอันตรภาคชั้น (Silanoi & Chindaprasert, 2019) นำค่าที่ได้จากการคำนวณมาแบ่งเป็นระดับ ดังนี้ ระดับต่ำมาก (คะแนนเฉลี่ย 2.0 – 24.9) ต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 25.0 – 49.9) สูง (คะแนนเฉลี่ย 50.0 – 64.9) และสูงมาก (คะแนนเฉลี่ย 65.0 – 80.0)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน นำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) โดยความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด-19 ชีวิตวิถีใหม่ ด้านการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ความกลัวการติดเชื้อโควิด-19 และการตีตราทางสังคมต่อผู้ติดเชื้อโควิด-19 ค่าความตรงเท่ากับ 0.88, 0.90, 0.82 และ 0.92 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามวิเคราะห์คำนวณหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้กับประชาชนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน ใช้การทดสอบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่น คือชีวิตวิถีใหม่ด้านการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 เท่ากับ 0.95 ความกลัวการติดเชื้อโควิด-19 เท่ากับ 0.89 การตีตราทางสังคมต่อผู้ติดเชื้อโควิด-19 เท่ากับ 0.93 และความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 มีการตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีคูเคอร์ริชาร์ดสัน (Kuder richardson formula: KR-21) ได้เท่ากับ 0.76 ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บข้อมูลร่วมกับผู้ช่วยวิจัย คือ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยมีขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ผู้วิจัยได้รับอนุมัติการรับรองการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ อสม. ในการลงเก็บข้อมูลในพื้นที่
2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามลักษณะตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
3. ผู้วิจัยเดินทางไปพบกลุ่มตัวอย่าง โดยเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและ อสม. เป็นผู้นำและนำเข้าไปพบกลุ่มตัวอย่าง ที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้ หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยผู้วิจัยทำการอธิบายเพิ่มเติม
4. ในกรณีกลุ่มตัวอย่างไม่สนใจในการให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างรายถัดไป
5. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามหรืออ่านข้อความในแบบสอบถามแต่ละชุด ให้กลุ่มตัวอย่างที่ละข้อ คำถามจนครบแบบสอบถามทุกชุด
6. ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล จนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 305 คน แต่ข้อมูลไม่สมบูรณ์จำนวน 2 คน คงเหลือ 303 คน นำข้อมูลที่ได้มาให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นนำข้อมูลมาประมวลจัดระเบียบข้อมูล ลงรหัส และนำมาวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติ ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ สถิติที่ใช้ได้แก่

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ใ้ร้อยละ (Percentage) และค่าความถี่ (Frequency) กับตัวแปรที่มีระดับการวัดเชิงกลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลที่ประกอบด้วยเพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ระดับการศึกษา อาชีพ และประวัติการเจ็บป่วย ใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) กับตัวแปรที่มีระดับการวัดเชิงปริมาณ ได้แก่ ชีวิตวิถีใหม่ด้านการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ความรู้การติดเชื้อโควิด-19 ความกลัวการติดเชื้อโควิด-19 และการตีตราทางสังคมต่อผู้ติดเชื้อโควิด-19

2. สถิติอนุมาน (Inferential statistics) ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

- 2.1 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยอายุ ชีวิตวิถีใหม่ด้านการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ความรู้การติดเชื้อโควิด-19 ความกลัวการติดเชื้อโควิด-19 กับการตีตราทางสังคมต่อผู้ติดเชื้อโควิด-19 โดยใช้สถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation coefficient)

- 2.2 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ประวัติการเจ็บป่วยกับการตีตราทางสังคมต่อผู้ติดเชื้อโควิด-19 ซึ่งตัวแปรต้นมีค่าในมาตรวัดนามมาตราโดยตัวแปรตามเป็นตัวแปรที่มีค่าต่อเนื่อง วิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไบเซเรียล (Point biserial correlation coefficient)

- 2.3 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการศึกษา รายได้ กับการตีตราทางสังคมต่อผู้ติดเชื้อโควิด-19 ซึ่งตัวแปรต้นเป็นตัวแปรที่มีค่าในมาตรวัดอันดับมาตรา และแปลงตัวแปรตามจากค่าต่อเนื่องเป็นค่าในมาตรวัดอันดับมาตราโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน แรงค์ ออเดอร์ (Spearman rank-order correlation coefficient)

เกณฑ์การพิจารณาระดับความสัมพันธ์ของตัวแปร โดยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ซึ่งกำหนดค่า r ดังนี้ (Polit & Beck, 2012) ค่า $r = 1.00$ (มีความสัมพันธ์กันอย่างสมบูรณ์) ค่า $r > 0.70$ (มีความสัมพันธ์ในระดับสูง) ค่า $r = 0.30 - 0.70$ (มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง) ค่า $r < 0.30$ (มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ) และค่า $r = 0$ (ไม่มีความสัมพันธ์กัน)

ทั้งนี้ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นการแจกแจงเป็นโค้งปกติของข้อมูลด้วย Normal probability plot พบว่า ค่าเฉลี่ยของข้อมูลส่วนใหญ่จะอยู่รอบๆกลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 303 ราย มีขนาดใหญพอ จึงสรุปได้ว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2010)

2.4 วิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุแบบมีขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) เพื่อทำนายความสัมพันธ์และทิศทางของการศึกษาความรู้การติดเชื้อโควิด-19 ความกลัวการติดเชื้อโควิด-19 กับการตีตราทางสังคมต่อผู้ติดเชื้อโควิด-19 โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2010) คือ ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) ตัวแปรต้นกับตัวแปรตามความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) โดยการทดสอบสถิติเอฟ (F-test) ได้ค่า $F = 209.124$, $p\text{-value} = 0.000$ ตัวแปรอิสระมีค่า Zeroorder อยู่ระหว่าง -0.174 ถึง 0.617 และตรวจสอบ Multicollinearity คือ ตัวแปรอิสระทุกตัวมีค่าองค์ประกอบความแปรปรวน (Variance Inflation factors: VIF) อยู่ระหว่าง 1.08 - 1.12 และตัวแปรอิสระทุกตัวเป็นอิสระต่อกันจากค่า Tolerance อยู่ระหว่าง 0.893 - 0.962

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เอกสารรับรองเลขที่ 020/2563 รหัสโครงการ NSTPH 028/2563 ลงวันที่ 24 มิถุนายน 2563 จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

ผลการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 303 คน สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 62.4 เป็นเพศหญิงมีอายุอยู่ระหว่าง 44 - 49 ปี มากที่สุด คือ ร้อยละ 33.7 โดยมีอายุเฉลี่ย 42.16 ปี ($S.D. = 12.10$) กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่ง คือ ร้อยละ 64.0 สถานภาพโสด ร้อยละ 38.0 มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา และร้อยละ 23.8 มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป เช่นเดียวกับอาชีพของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ร้อยละ 37.0 มีอาชีพเกษตรกร รับราชการ ร้อยละ 10.6 กลุ่มตัวอย่างเกินครึ่ง คือ ร้อยละ 55.1 มีรายได้เพียงพอ ประมาณหนึ่งในสี่ คือ ร้อยละ 25.7 มีโรคประจำตัวอย่างน้อยหนึ่งโรค โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากกว่ากลุ่มโรคอื่น ๆ รองลงมา คือ โรคไขมันในเลือดสูง

2. ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด-19 ชีวิตวิถีใหม่ด้านการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ความกลัวการติดเชื้อโควิด-19 และการตีตราผู้ติดเชื้อโควิด-19 ดังนี้

ตาราง 1 คะแนนความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด-19 ชีวิตวิถีใหม่ด้านการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ความกลัวการติดเชื้อโควิด-19 และการตีตราผู้ติดเชื้อโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 303$)

ตัวแปรที่ศึกษา	คะแนนต่ำสุด-คะแนนสูงสุด	M	S.D.	ระดับ
ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด-19	14 - 25	19.81	1.96	สูงมาก
ชีวิตวิถีใหม่ด้านการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19	74 - 140	117.93	12.05	สูงมาก
ความกลัวการติดเชื้อโควิด-19	8 - 32	20.68	5.43	สูง
การตีตราทางสังคมต่อผู้ติดเชื้อโควิด-19	29 - 80	54.73	10.62	สูง

จากตาราง 1 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยระดับความรู้โรคโควิด-19 และชีวิตวิถีใหม่ด้านการป้องกันโรคโควิด-19 ระดับสูงมาก ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 19.8 ($S.D.= 1.96$) และ 117.93 ($S.D.= 12.05$) ตามลำดับ ส่วนคะแนนเฉลี่ยความกลัวโรคโควิด-19 และการตีตราทางสังคมต่อผู้ติดเชื้อโควิด-19 ในระดับสูง ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 20.68 ($S.D.= 5.43$) และ 54.73 ($S.D.= 10.62$) ตามลำดับ

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลชีวิตวิถีใหม่ด้านการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ความรู้การติดเชื้อโควิด-19 ความกลัวการติดเชื้อโควิด-19 กับการตีตราทางสังคมต่อผู้ติดเชื้อโควิด-19 ดังนี้

ตาราง 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลชีวิตวิถีใหม่ด้านการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ความรู้การติดเชื้อโควิด-19 ความกลัวการติดเชื้อโควิด-19 กับการตีตราทางสังคมต่อผู้ติดเชื้อโควิด-19 ($n= 303$)

ตัวแปร	การตีตราผู้ติดเชื้อโควิด-19
ปัจจัยส่วนบุคคล	
เพศ	$r_{pb} = -.032$
อายุ	$r = .061$
การศึกษา	$r_{sp} = -.174^{**}$
อาชีพ	$r_{pb} = -.006$
รายได้	$r_{sp} = .08$
ประวัติการมีโรคประจำตัว	$r_{pb} = .03$
ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด-19	$r = -.265^*$
ชีวิตวิถีใหม่ด้านการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19	$r = .093$
ความกลัวการติดเชื้อโควิด-19	$r = .617^*$

* $p < .001$, ** $p < .01$

r = Pearson's product moment correlation coefficient

r_{sp} = Spearman's rank correlation coefficients

r_{pb} = Point biserial correlation coefficients

จากตาราง 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ชีวิตวิถีใหม่ด้านการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ความรู้การติดเชื้อโควิด-19 ความกลัวการติดเชื้อโควิด-19 กับการตีตราทางสังคมต่อผู้ติดเชื้อโควิด-19 พบว่า ความกลัวการติดเชื้อโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการตีตราทางสังคมต่อผู้ติดเชื้อโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($r = 0.617$) ส่วนความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด-19 การศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการตีตราทางสังคมต่อผู้ติดเชื้อโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และ 0.01 ($r = -0.265$ และ $r_{sp} = -0.174$ ตามลำดับ) ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับการตีตราทางสังคมต่อผู้ติดเชื้อโควิด-19

4. ปัจจัยทำนายการตีตราทางสังคมต่อผู้ติดเชื้อโควิด-19 ดังนี้

ตาราง 3 ผลการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ทำนายการติดเชื้อผู้ติดเชื้อโควิด-19

ตัวแปรทำนาย	B	Std. Error	Beta	T	p-value
ความกลัวการติดเชื้อโควิด-19	1.151	0.092	0.589	12.53	0.00
ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด-19	-.546	0.254	-0.101	- 2.15	0.032

Constant = 41.754 Std. Error = 8.32 R = .624 R Square = .386 F = 4.63 P < .05

จากตาราง 3 เมื่อวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณแบบมีขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) เพื่อทำนายการติดเชื้อทางสังคมต่อผู้ติดเชื้อโควิด-19 พบว่า ตัวแปรอิสระที่สามารถร่วมกันทำนายการติดเชื้อทางสังคมต่อผู้ติดเชื้อโควิด-19 ได้แก่ ความกลัวการติดเชื้อโควิด-19 และความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด-19 โดยสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 38.6 ส่วนระดับการศึกษาไม่สามารถทำนายได้และเมื่อวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) ของตัวพยากรณ์พบว่าตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงสุด คือ ความกลัวโรคโควิด-19 (Beta= 0.589) และรองลงมา คือ ความรู้เกี่ยวกับโควิด-19 (Beta= -0.101) โดยมีความสัมพันธ์ในการทำนายได้ร้อยละ 38.6 ($R^2 = 0.386$)

สามารถเขียนสมการการทำนายการติดเชื้อทางสังคมต่อผู้ติดเชื้อโควิด-19 แบบค่าคะแนน unstandardized score คือ การติดเชื้อทางสังคมต่อผู้ป่วยโควิด-19 = 41.754 + 1.151 (ความกลัวการติดเชื้อโควิด-19) - 0.546(ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด-19)

อภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยระดับความรู้การติดเชื้อโควิด-19 ในระดับสูงมาก ($M = 4.44$, $S.D. = 0.24$) อาจเป็นผลมาจากการให้ข้อมูลข่าวสาร สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ที่มีการระบาดทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยที่ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพ การเจ็บป่วยและเสียชีวิตเมื่อติดเชื้อ เช่น การนำเสนอข้อมูลประจำวัน และการให้ความรู้ข้อควรปฏิบัติของศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 รวมถึงการประชาสัมพันธ์ข้อมูลของหน่วยงานรัฐส่วนกลางและภาคเอกชน เช่น กรมอนามัย โรงพยาบาลต่าง ๆ รวมถึงข้อมูลข่าวสารในชุมชนจาก อสม. ผู้นำชุมชน อีกทั้งปัจจุบันเป็นยุคดิจิทัล การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเป็นไปได้ง่ายขึ้นเอื้อต่อการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Riiser, Helseth, Haraldstad, Torbjornsen, & Richardsen, 2020) จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยของความรู้อยู่ในระดับสูงมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Khumsaen (2021) พบว่า ประชาชนในอำเภออุทอง จังหวัดสุพรรณบุรี มีความรู้เกี่ยวกับการโรคโควิด-19 ในระดับสูงมาก เช่นเดียวกับการศึกษาอื่น ๆ ที่พบว่า ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด-19 ดีมาก (Luevanich, Sungthong, Jitjamnong, Pichaikan, Tantiwiboonchai, & Sianglam, et al., 2020; Suwanaphant, Seedaket, Vonok, Assana, Wawngam, & Kingsawad, et al., 2020) เช่นเดียวกับชีวิตวิถีใหม่ด้านการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยในระดับสูงมาก ($M = 117.93$, $S.D. = 12.05$) เช่นกัน

เนื่องจากการแพร่ระบาดของการติดเชื้อโควิด-19 ซึ่งเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและรุนแรงทำให้ทุกประเทศทั่วโลก รวมทั้งทุกองค์กรในประเทศไทยมีการรณรงค์การมีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 นี้ ซึ่งนับว่าเป็นพฤติกรรมใหม่ของประชาชนที่มีการดำเนินชีวิตในรูปแบบที่เปลี่ยนไป ทำให้เกิดความคุ้นชินเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตปกติของผู้คนในสังคมปัจจุบัน เช่น ทุกคนใส่หน้ากากอนามัย การล้างมือ (Khumsaen,

2021) สอดคล้องกับการวิจัยของ Luevanich, Sungthong, Jitjamnong, Pichaikan, Tantiwiboonchai, & Sianglam, et al. (2020) พบว่า ประชาชนที่อาศัยในจังหวัดภูเก็ตมีการดำเนินชีวิตวิถีใหม่เพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ดีมาก ($M= 62.93, S.D.= 6.43$) มีการสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่ออยู่ในที่สาธารณะ ล้างมือให้สะอาดบ่อยครั้งด้วยเจลแอลกอฮอล์หรือน้ำและสบู่อย่างน้อย 20 วินาที กินร้อน ใช้ช้อนส่วนตัว

ด้านความกลัวการติดเชื้อโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยในระดับสูง ($M= 20.68, S.D.= 5.43$) แม้ว่ากลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้เนื่องจากโควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ ที่ยังไม่มี ความชัดเจนในหลักวิชาการ มีการแพร่กระจายของเชื้อที่รวดเร็วและมีผู้เสียชีวิตเป็นจำนวนมาก การฉีดวัคซีนภายในประเทศยังมีอัตราต่ำ รวมทั้งมีภาพที่สื่อทั้งโทรทัศน์และสื่อออนไลน์อื่น ๆ มีการนำเสนอภาพที่น่ากลัวเกี่ยวกับคนติดเชื้อที่เสียชีวิตที่บ้าน ผู้ป่วยที่นอนรอเตียงในโรงพยาบาล เป็นต้น ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยความกลัวการติดเชื้อโควิดในระดับสูง สอดคล้องกับผลการสำรวจนิดาโพลเกี่ยวกับความกลัวที่จะติดเชื้อโควิด-19 ของคนไทย ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป พบว่า คนไทยมีความกลัวการติดเชื้อโควิด 19 ในระดับมาก ถึงร้อยละ 23.97 และระดับค่อนข้างกลัว ร้อยละ 32.67 (NIDA, 2020) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Roy, Tripathy, Kar, Sharma, Verma, & Vikas (2020) พบว่า กลุ่มตัวอย่างในอินเดียมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลการติดเชื้อโควิด-19 ในระดับสูง

ส่วนระดับการตีตราทางสังคมต่อผู้ติดเชื้อโควิด-19 จากการศึกษาในครั้งนี้มีค่าคะแนนเฉลี่ยในระดับสูง ($M= 20.68, S.D.= 5.43$) เมื่อวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ระดับการศึกษา อาชีพ และประวัติการเจ็บป่วย และชีวิตวิถีใหม่ด้านการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ความรู้การติดเชื้อโควิด-19 ความกลัวการติดเชื้อโควิด-19 กับการตีตราทางสังคมต่อผู้ติดเชื้อโควิด-19 พบว่า ความกลัวการติดเชื้อโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการตีตราทางสังคมต่อผู้ติดเชื้อโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($r= 0.617$) ส่วนความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด-19 การศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการตีตราทางสังคมต่อผู้ติดเชื้อโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และ 0.01 ($r= -0.265$ และ $r= -0.174$ ตามลำดับ) เช่นกัน แสดงว่าประชาชนที่มีความกลัวการติดเชื้อโควิด-19 ในระดับสูงจะมีการตีตราทางสังคมต่อผู้ติดเชื้อโควิด-19 สูง และประชาชนที่มีความรู้เรื่องการติดเชื้อโควิด-19 สูง และมีการศึกษาสูงจะมีการตีตราทางสังคมต่อในระดับต่ำ

เมื่อนำปัจจัยทั้งสามมาวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุแบบมีขั้นตอน เพื่อทำนายการตีตราทางสังคมต่อผู้ติดเชื้อโควิด-19 พบว่า ตัวแปรอิสระที่สามารถร่วมกันทำนายการตีตราทางสังคมต่อผู้ติดเชื้อโควิด-19 ได้แก่ ความกลัวการติดเชื้อโควิด-19 และความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด-19 โดยสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 38.6

ส่วนระดับการศึกษาไม่สามารถทำนายได้โดยตัวแปรที่สำคัญสูงต่อการตีตราทางสังคมต่อผู้ติดเชื้อโควิด-19 คือ ความกลัวการติดเชื้อโควิด-19 ($\beta= 0.589$) และรองลงมา คือ ความรู้เรื่องการติดเชื้อโควิด-19 ($\beta= -0.101$) อธิบายได้ว่า ความกลัวการติดเชื้อโควิด-19 ที่เป็นโรคใหม่ทำให้มีหลายอย่างที่เรายังไม่รู้ ซึ่งคนส่วนใหญ่มักกลัวในสิ่งที่ไม่รู้มักจะถูกเชื่อมโยงกับลักษณะอาการที่มองเห็นได้ของโรคหรือความทุกข์ทรมาน เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการไอ ไข้ มีการระบาดไปยังบุคคลอื่นได้ง่าย และมีการแพร่กระจายอย่างรวดเร็ว จึงเกิดการกลัวว่าจะติดเชื้อจากผู้อื่นหรือเสียชีวิตจากการติดเชื้อที่อาจถ่ายทอดไปยังครอบครัวและเพื่อนบ้าน ซึ่งอาจเกิดจากการได้รับข้อมูลข่าวสารที่แตกต่างกันหรือข่าวลือที่เข้ามาสร้างความสับสน จึงทำให้เกิดความไม่มั่นใจ ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อโควิด-19 เปรียบเสมือนเป็นภัยคุกคามต่อชีวิต สังคม ไม่รับผิดชอบต่อสังคมมองว่าเป็นกลุ่มที่สร้างภาระให้กับสังคม การเหมารวมมุมมองทางลบต่อคนกลุ่มนี้ว่าติดเชื้อจากการทำในสิ่งที่ไม่ดีผู้ป่วย

จึงเป็นคนไม่ดี เริ่มมีการรุกร้าสิทธิส่วนบุคคลอื่นนำไปสู่การตีตราผู้ป่วย สอดคล้องกับการรายงานสถานการณ์การตีตราในประเทศไทย ดังกรณีที่ปรากฏข่าวคนขับรถแท็กซี่ติดเชื้อรายแรกถูกผู้โดยสารปฏิเสธต่อหน้า เหตุกลัวติดโควิด-19 สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลกที่รายงานการตีตราทางสังคมเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจที่เพียงพอเกี่ยวกับการแพร่ระบาดและการรักษาโรคติดเชื้อโควิด-19 และการป้องกันการติดเชื้อ มาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโควิด-19 ทำให้เกิดความกลัวในสิ่งที่ไม่รู้ เกิดการตีตราและแสดงความรังเกียจต่อผู้อื่น (IFRC, 2020) รายงานการตีตราประเทศอียิปต์พบว่ามีความเจ็บป่วยจำนวนมากถูกปฏิเสธการให้บริการจากผู้ขับรถโดยสาร ถูกปฏิเสธการส่งอาหารจากร้านอาหาร รวมทั้งการปฏิเสธแพทย์ เข้ามาอาศัยอยู่ในชุมชนเดียวกัน (Abdelhafiz & Alorabi, 2020)

ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด-19 สามารถร่วมกันทำนายการตีตราทางสังคมต่อผู้ติดเชื้อโควิด-19 ทั้งนี้เนื่องจากการมีความรู้ ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องและไม่เพียงพอเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของเชื้อ การป้องกันการติดเชื้อ ทำให้เกิดการตัดสินผู้อื่นตามประสบการณ์เดิมของตนเอง เช่นมองว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หาย วัคซีนที่ใช้ในการป้องกันโรคที่ใช้ในเมืองไทยไม่มีประสิทธิภาพก่อให้เกิดความกลัวและมีเจตคติที่ไม่ดีต่อโรค ซึ่งเป็นลักษณะหนึ่งของการตีตราสอดคล้องกับการศึกษาของ Sermrittirong, Rodchan, Thanyakittikul, Srikhumbor, Kolkang, & Suksomket, et al (2019) ศึกษาการตีตราทางสังคมของประชาชนในชุมชนที่มีต่อผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อรังใน 5 ภาคของประเทศไทย พบปัจจัยทำนายการตีตราทางสังคม ได้แก่ ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค เช่น ความเข้าใจว่าโรคเรื้อรังติดต่อทางการหายใจ โรคเรื้อรังติดต่อทางการกินอาหาร และโรคเรื้อรังไม่สามารถรักษาหาย สอดคล้องกับ Blaine & McClure Brenchley (2018) แนะนำแนวทางการจัดการเพื่อลดปัญหาการตีตราในโรคนั้นทำได้โดยการรณรงค์ให้ความรู้ การจัดทำโปรแกรมที่เพิ่มโอกาสของการเรียนรู้บุคคลในสังคม โรงเรียน ที่ทำงาน และที่บ้าน

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการดูแลผู้ติดเชื้อโควิด-19 สถานบริการทางสาธารณสุขทั้งโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรให้ความสำคัญกับการลดความกลัว โดยการให้ความรู้ในการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ เพื่อให้เกิดความเข้าใจและทัศนคติที่ดี อันจะส่งผลต่อการลดการตีตราทางสังคมต่อผู้ติดเชื้อโควิด-19
2. ด้านการวิจัย ควรนำปัจจัยที่มีค่าอำนาจการทำนายการตีตราทางสังคม ได้แก่ ความกลัวผู้ติดเชื้อโควิด-19 และความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด-19 มาพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาความรู้และลดความกลัวของบุคลากร ชุมชน เพื่อลดการตีตราทางสังคมต่อผู้ติดเชื้อโควิด-19

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรนำองค์ความรู้ที่ได้ในการวิจัยครั้งนี้ไปพัฒนาโปรแกรมเพื่อลดการตีตราทางสังคมต่อผู้ติดเชื้อโควิด-19 และครอบครัว

Reference

Abdelhafiz, A. S & Alorabi, M. (2020). Social stigma: the hidden threat of COVID-19. *Frontiers in Public Health*, 8, 1-4.



- Ahmad T. H., Baig, M., & Hui, J. (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic and economic impact. *Pakistan Journal Medical Sciences*, 36(COVID19-S4), S1-S6.
- Ahorsu, D. K., Lin, C. Y., Imani, V., Saffari, M., Griffiths, M. D., & Pakpour, A. H. (2022) The fear of COVID-19 scale: Development and initial validation. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 20(3), 1537-1545. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00270-8>.
- Aimnarat, N. (2021). *No bias no stigmatization Covid 19 patient does not a sin person*. Rangitsarn online. Retrieved April 8, 2020 from <https://www.2.rsu.ac.th/sarnrangsit-online-detail/CommArts-Article05>.
- Blaine, B. E & McClure Brenchley, K. J. (2018). *Understanding the psychology of diversity*. (3rd ed). Thousand Oaks, Calif: Sage.
- Corrigan, P.W. & Watson, A. C. (2002). *Understanding the impact of stigma on people with mental illness*. Paper presented at the forum-stigma and mental illness. World Psychiatry.
- Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2021). *COVID-19 situation report*. Retrieved July 20, 2021 from <https://www.covid19.ddc.moph.go.th/> (in Thai)
- Department of Health, Ministry of Public Health. (2020). *New normal in daily living during Covid-19 epidemic*. Retrieved April 19, 2020 from <https://www.anamai.moph.go.th/main.php?filename=index>.
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2020). *COVID-19 and mental health*. Retrieved December 15, 2020 from <https://www.dmh.go.th/covid19>. (in Thai)
- Dong, L., Hu, S., & Gao, J. (2020). Discovering drugs to treat coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Drug Discoveries & Therapeutics*, 14(1), 58–60.
- Dwinantoaji, H & Sumarni, D. W. (2020). Human security, social stigma and global health: the COVID-19 pandemic in Indonesia. *Journal of the Medical Sciences*, 52(3), 74-81.
- Hair, F. J., Black, C. W., Babin, J. B., & Anderson, E. R. (2010). *Multivariate data analysis*. (7th ed). New Jersey: Pearson Education.
- Health Education Division, Department of Health Service Support. (2020). *New normal model: Covid 19*. Retrieved April 19, 2020 from https://www.healthydee.go.th/view_media.php?id=961.
- IFRC, Unicef, & World Health Organization. (2020). *Social stigma associated with COVID19*. Retrieved July 11, 2020 from <https://www.unicef.org/sites/default/files/2020-03/Social%20stigma%20associated%20with%20the%20coronavirus%20disease%202019%20%28COVID-19%29.pdf>.
- Jirawatkul, A. (2015). *Statistics in research: Appropriate selection* (2nd ed). Bangkok: Wityapat Publicaion. (in Thai)



- Nakhon Si Thammarat Provincial Public Health Office. (2021). Situation corona virus (COVID-19). Nakhon Si Thammarat. Retrieved April 15, 2021 from <https://61.19202.217/covid-19/?cat=3>.
- National Institute of Development Administration (NIDA). (2020). Nida Poll' conducted a survey of COVID-19, more than 32% wear a mask every time when outside the house. Most frustrated, people from high-risk countries do not self-quarantine Retrieved December 19, 2020 from https://www.matichon.co.th/local/quality-life/news_2057073.
- Polit, D. F & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (9 ed). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Riiser, K., Helseth, S., Haraldstad, K., Torbjornsen, A., & Richardsen, K. R. (2020). Adolescents' health literacy, health protective measures and healthrelated quality of life during the Covid-19 pandemic. *PLoS ONE*, 15(8), 1-13.
- Sermittirong, S., Rodchan, S., Thanyakittikul, P., Srikhumbor, N., Kolkang, N., & Suksomket, R., et al. (2019). Stigma and social distance of people towards people affected by leprosy in a community. *Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute*, 3(2), 66-77.
- Silanoi, L. & Chindaprasert, K. (2019). The use of rating scale in quantitative research on social sciences, humanities, hotel and tourism study. *Journal of Management Science, Ubon Ratchathani University*, 8(5), 112-126.
- Tangkratoke, P. (2020). *Health literacy for Covid 19 prevention*. Retrieved April 11, 2020 from <https://www.hfocus.org/content/2020/04/18851>.
- Thanirat, S., Radabut, M. Wichianrat, S., & Opasawatchai, S. (2020). Strategies to relieve a social stigma on COVID-19. *Kuakarun Journal of Nursing*, 27(2), 64-174.
- Worapongthorn, T. & Worapongthorn, S. (2021). Sample size calculation for research project with G*Power program. *Journal of Health Promotion and Environmental Health*, 41(1), 11-21.
- World Health Organization. (2020). *Coronavirus disease (COVID-19) situation report-171*. Retrieved December 28, 2020 from https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200709-covid-19-sitrep-171.pdf?sfvrsn=9aba7ec7_2
- Wudhiwong, K. (2020). Preventative measures to reduce social stigma in Universities in Thailand during the COVID-19 pandemic. *Payap University Journal*, 30(2), 1-14.