

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของผู้นำชุมชน อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรีจรัญ มาลาศรี, ส.ม.¹, พัชณา เสงี่ยมภิรมย์พงศ์ ใจดี, ส.ค.²¹ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา,² คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

Received: December 17, 2021 Revised: January 28, 2022 Accepted: February 28, 2022

บทคัดย่อ

ที่มาของปัญหา: ผู้นำชุมชนเป็นบุคคลสำคัญในการควบคุมโรคติดต่อทั้งตามกฎหมายและการปฏิบัติ จึงควรสำรวจการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค

วัตถุประสงค์: เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

วิธีการศึกษา: เก็บข้อมูลจากผู้นำชุมชนในอำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี จำนวน 264 คน ที่สุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามด้านความรู้ ทักษะคิด การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ด้านการป้องกันและควบคุมโรคและการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือแล้ววิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมานด้วยการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษา: ผู้นำชุมชนส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคในระดับมาก (ร้อยละ 60.2) ซึ่งทักษะคิด การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การได้รับการสนับสนุนทรัพยากร การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ความคาดหวังของสังคม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ($\beta=0.32$) เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 มากที่สุด รองลงมาคือ ความคาดหวังของสังคม ($\beta=0.27$) โดยทั้งสองปัจจัยนี้สามารถทำนายการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคได้ร้อยละ 30.3

สรุป: งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมและความคาดหวังของสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน ดังนั้นเพื่อให้ผู้นำชุมชนสามารถดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคในชุมชนให้มีประสิทธิภาพสูงสุด หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมและเพิ่มการรับรู้ในเรื่องความคาดหวังของสังคมให้กับผู้นำชุมชน

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม, การป้องกันและควบคุมโรค, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, ผู้นำชุมชน, ชลบุรี

ผู้ประสานงานหลัก (corresponding author)

ผศ.ดร. พัชณา เสงี่ยมภิรมย์พงศ์ ใจดี, ส.ค., ภาควิชาพื้นฐานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เบอร์โทรศัพท์ 086-2032752, e-mail: patchana@buu.ac.th

ORIGINAL ARTICLE

Factors Influencing Community Leaders' Participation for Prevention and Control of The Coronavirus Disease 2019 in Phanat nikhom District, Chonburi Provinc**Jarun Malasri, M.P.H.¹, Patchana Hengboriboonpong Jaidee, Dr.P.H.²**¹Master of Public Health Faculty of Public Health, Burapha university,²Faculty of Public Health, Burapha university**ABSTRACT**

BACKGROUND: Community leaders are important in prevention and control of communicable diseases by law and in practice. Therefore, their participation for disease prevention and control should be explored.

OBJECTIVES: To analyze the factors influencing community leaders' participation in disease prevention and control of COVID-19.

METHODS: The study samples included 264 community leaders in Phanat Nikhom District, Chonburi Province; they were randomly selected by the multi-stage random sampling. The self-administered questionnaires as the research tool contained different sections including knowledge, attitude, social support, perception of disease prevention and control. The questionnaires were verified validity and reliability by three experts. The obtained data were analyzed by not only descriptive statistics but also inferential statistics with stepwise multiple linear regression analysis.

RESULTS: Most leaders had a high level in disease prevention and control (60.2%). Attitude, perceived risk, perceived severity, perceived usefulness, resource support, social support and social expectation had statistically significant positive relation with the leaders' participation in disease prevention and control at level 0.05. The perceived social support ($\beta=0.32$) was the factor affecting leaders' participation in COVID-19 prevention and control implementation at the highest level. The second highest affecting factor was the perceived social expectation ($\beta=0.27$). Both influential factors could predict the leaders' participation in disease prevention and control at 30.3%

CONCLUSIONS: This research was revealed that the perceived social support and social expectation were influential factors to community leaders' participation. In order to improve the efficiency in disease prevention and control, the relevant organizations should provide activities to enhance social support and improve the perceived social expectation among community leaders.

KEYWORDS: participation, prevention and control, COVID-19, community leader, Chonburi Province

บทนำ

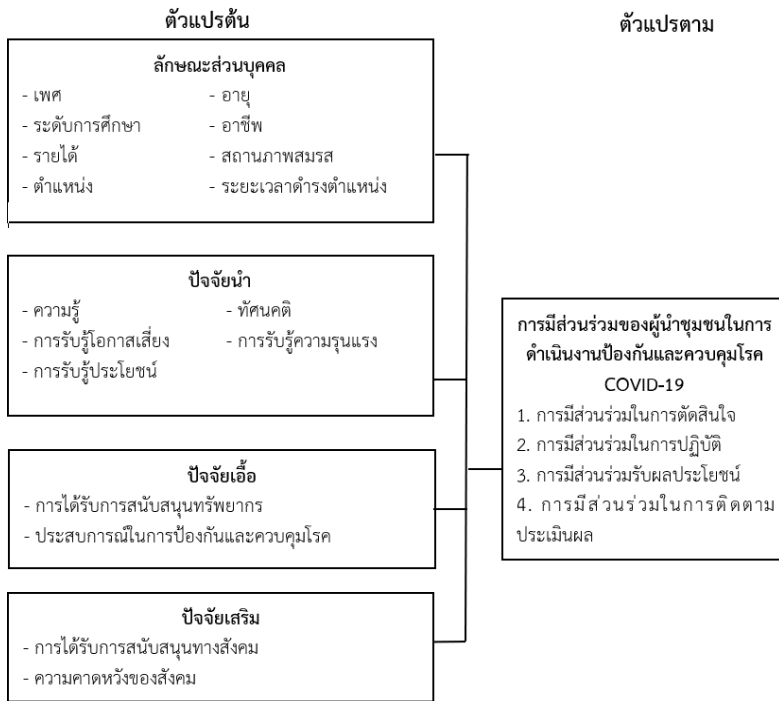
ท่ามกลางสถานการณ์ของการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่เกิดขึ้นจนเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของผู้คนทั่วโลก จึงต้องมีการกำหนดมาตรการในการควบคุมและป้องกันโรค ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตแนวใหม่ (New normal) ซึ่งสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนี้มีลักษณะเช่นเดียวกับการควบคุมโรคระบาดที่ผ่านมา อาทิ โรคอีโบล่า (Ebola) โรคไซ้ซิกา (Zika) และโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (SARS) ซึ่งมีผลการวิจัยชี้ชัดว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นหัวใจสำคัญของการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ เพื่อควบคุมการแพร่ระบาดในชุมชน¹⁻² ความเข้มแข็งจากฐานชุมชนนี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการรับมือกับโรคระบาดที่ขยายวงต่อไปอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้นำชุมชนถือว่าเป็นบุคคลสำคัญในการสร้าง การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินการตามนโยบายในการรับมือกับโรคระบาดดังกล่าว³

ในช่วงมีนาคม พ.ศ. 2563 อำเภอพนัสนิคมเป็นหนึ่งในอำเภอที่พบผู้ติดเชื้อเป็นอันดับต้นๆ ของจังหวัดชลบุรี ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปัจจุบันพบผู้ติดเชื้อแล้วมากกว่า 5,000 ราย⁴ การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ในครั้งนี้มีระบบจัดการภาวะฉุกเฉินในระดับสูงสุด ประเทศไทยได้ระงับให้โรค COVID-19 เป็นโรคติดต่ออันตรายลำดับที่ 14 ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 กระทรวงสาธารณสุขได้แต่งตั้งข้าราชการและเจ้าหน้าที่สังกัดกระทรวงมหาดไทย ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน แพทย์ประจำตำบล สารวัตรกำนัน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่ปกครอง ประจำศาลากลางจังหวัดหรือประจำที่ว่าการอำเภอ ให้ปฏิบัติหน้าที่ในฐานะเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ โดยกำหนดอำนาจหน้าที่ให้ดูแลและรับผิดชอบในการปฏิบัติราชการในท้องที่ของ

ตน⁵ เพื่อให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ซึ่งเน้นการจัดการในพื้นที่ด้วยตนเอง มีการกำหนดมาตรการและแนวทางการดำเนินงานเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคอย่างต่อเนื่องทั้งในระดับบุคคลและชุมชน เพื่อลดอัตราการติดเชื้อ ดังนั้นการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนจึงถือเป็นอีกหนึ่งรูปแบบที่จะช่วยให้เกิดความภูมิใจให้กับประชาชนในการทำกิจกรรมป้องกันควบคุมโรคด้วยความเต็มใจ เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมมีส่วนช่วยให้เกิดการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคด้วย⁶ ประกอบกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันโรคติดเชื้อในต่างประเทศ พบว่า ปัจจัยด้านการบังคับใช้กฎหมายภาวะผู้นำ และการแบ่งปันข้อมูล เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการตอบสนองต่อการป้องกันโรคในชุมชนให้มีประสิทธิภาพ⁷

ในการศึกษารั้งนี้จึงมุ่งศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของผู้นำชุมชนตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุข โดยนิยามคำว่า การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนตามแนวคิดของ Cohen & Uphoff⁸ ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมลงมือปฏิบัติ การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์และการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล ซึ่งประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด PRECEDE Model⁹ ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมแรง มาเป็นกรอบแนวคิดการศึกษา เพื่อพัฒนาให้เกิดองค์ความรู้ที่จะนำไปสู่การสนับสนุนและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันโรคและควบคุมโรคระบาด การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา และแนวทางการส่งเสริมการให้บริการสาธารณสุขด้านการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคระบาดของชุมชนในอนาคตให้เกิดความยั่งยืนต่อไป

กรอบแนวคิดของการศึกษา



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical research) ในครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่ IRB3-012/2564 เมื่อวันที่ 25 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเมษายนถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้นำชุมชนที่เป็นทางการและได้รับการแต่งตั้งให้เป็นเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แต่งตั้งเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2563 จำนวน 662 คน ขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณตามสูตรของเครซีและมอร์แกนที่ระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ได้จำนวน 244 คนและเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 สำหรับการตอบแบบสอบถามแบบส่งกลับด้วยตนเองอีกจำนวน 24 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 268 คน โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนจากบัญชีรายชื่อของผู้นำ

ชุมชน แบ่งสัดส่วนให้กระจายในทุกตำแหน่งและสุมอย่างง่ายด้วยการจับฉลากเพื่อให้ได้รายชื่อของผู้นำชุมชนและรายชื่อสำรวจ จากนั้นคณะวิจัยติดต่อผู้นำชุมชนตามรายชื่อ และรวบรวมแบบสอบถามจนครบตามจำนวนที่กำหนด เมื่อพิจารณาความสมบูรณ์ของแบบสอบถามพบว่า มีจำนวน 264 ชุด (ร้อยละ 98.5) ที่มีข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์ ดังนั้นในการศึกษาคั้งนี้จึงใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 264 คน

เครื่องมือวิจัย เครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล มีลักษณะเป็นแบบสำรวจรายการคำถามปลายปิด-ปลายเปิด และเลือกตอบ (Check lists) ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ตำแหน่ง ระยะเวลาดำรงตำแหน่ง และประสบการณ์ในการป้องกันควบคุมโรค จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับสาเหตุอาการ การติดต่อและการรักษาโรค COVID-19 มีลักษณะเป็นแบบสอบถามการวัดความรู้แบบถูก-ผิด โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนของ Bloom¹⁰ แปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ คือระดับน้อย (ไม่เกิน 12.00 คะแนน) ระดับ

ปานกลาง (12.00-15.00 คะแนน) และระดับมาก (16.00 คะแนน ขึ้นไป)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับความรู้สึกรู้สึกความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 15 ข้อ ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนของ Best¹¹ ใน 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (1.00-2.33 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน) และระดับสูง (3.68-5.00 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามด้านการได้รับการสนับสนุนทางสังคม การได้รับการสนับสนุนทรัพยากร และความคาดหวังของสังคม ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 14 ข้อ ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับของ Best¹¹ คือ ระดับน้อยที่สุด (1.00-1.49 คะแนน) ระดับน้อย (1.50-2.49 คะแนน) ระดับปานกลาง (2.50-3.49 คะแนน) ระดับมาก (3.50-4.49 คะแนน) และระดับมากที่สุด (4.50-5.00 คะแนน)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ มีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ 22 ข้อ ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับของ Best¹¹ ใน 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด (1.00-1.49 คะแนน) น้อย (1.50-2.49 คะแนน) ปานกลาง (2.50-3.49 คะแนน) มาก (3.50-4.49 คะแนน) และมากที่สุด (4.50-5.00 คะแนน)

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมลงมือปฏิบัติ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับตั้งแต่ 1=น้อย 2=ปานกลาง และ 3=มาก จำนวน 18 ข้อ แปลผลคะแนนตามเกณฑ์การแบ่งกลุ่มของ Best¹¹ ใน 3 กลุ่มเพื่อจัดระดับของการมีส่วนร่วม ได้เป็นระดับน้อย (1.00-1.66 คะแนน) ระดับปานกลาง (1.67-2.33 คะแนน) และระดับมาก (2.34-3.00 คะแนน) ส่วนการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์และส่งผลต่อการมีส่วนร่วมโดยรวมในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 นั้นใช้คะแนนโดยรวมทั้งหมด 18 ข้อ ซึ่งเป็นตัวแปรแบบช่วง

มาตรา (Interval scale)

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรง (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Index of Item-objective: IOC) มีค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 0.7-0.9 ส่วนแบบทดสอบความรู้มีค่าดัชนีความยากง่าย (Difficulty index) เท่ากับ 0.7 จากนั้นนำมาวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือ (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่แก้ไขปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มผู้นำชุมชนที่อยู่ในอำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี จำนวน 30 คน โดยพบว่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาตามวิธีของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) อยู่ในช่วง 0.7-0.9

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาสำหรับบรรยายลักษณะของข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานสำหรับการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมโดยรวมในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ในตัวแปรแบบช่วงมาตรา ใช้การวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (Multiple linear regression analysis stepwise method) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้นำชุมชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 71.6 เป็นผู้ชาย มีอายุเฉลี่ย 50.1 ± 8.2 ปี สมรสแล้ว (ร้อยละ 72.4) จบการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือปวช. มากที่สุด (ร้อยละ 36.0) ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัวหรือค้าขาย (ร้อยละ 46.6) ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ย $13,960.7 \pm 15,588.4$ บาท ต่อเดือน ซึ่งร้อยละ 60.6 ดำรงตำแหน่งผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน และมีระยะเวลาดำรงตำแหน่ง 7.0 ± 5.5 ปี

ผู้นำชุมชนส่วนใหญ่มีมุมมองเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ดังนี้ ร้อยละ 66.7 มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (9.6 ± 1.5) ร้อยละ 74.6 มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง (3.2 ± 0.6) แต่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (4.1 ± 0.5) การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรค (4.4 ± 0.7) การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและ

ควบคุมโรค (3.9 ± 0.6) อยู่ในระดับสูง สำหรับปัจจัยเอื้อ พบว่า การได้รับการสนับสนุนทรัพยากร (3.6 ± 0.7) อยู่ในระดับปานกลาง โดยร้อยละ 77.7 มีประสบการณ์ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 มากกว่า 1 ปีมาแล้ว (1.3 ± 0.3) ส่วนปัจจัยเสริม คือ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม (3.7 ± 0.7) และความคาดหวังของสังคม (3.7 ± 0.7) อยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณาการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

ป้องกันและควบคุมโรคโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 60.2 มีการมีส่วนร่วมในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (2.4 ± 0.4) การวิเคราะห์รายด้านพบว่า การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (2.4 ± 0.5) การมีส่วนร่วมลงมือปฏิบัติ (2.6 ± 0.5) และการมีส่วนร่วมติดตามประเมินผล (2.4 ± 0.5) อยู่ในระดับมาก ส่วนการมีส่วนร่วมในรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับปานกลาง (2.3 ± 0.4) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมและการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 (n=264)

ปัจจัย	mean±SD	ระดับ
ปัจจัยนำ		
ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค	9.6±1.5	ปานกลาง
ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค	3.2±0.6	ปานกลาง
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	4.1±0.5	สูง
การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรค	4.4±0.7	สูง
การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรค	3.9±0.6	สูง
ปัจจัยเอื้อ		
การได้รับการสนับสนุนทรัพยากร	3.6±0.7	ปานกลาง
ประสบการณ์ในการป้องกันและควบคุมโรค (n=255)	1.3±0.3	(ปี)
ปัจจัยเสริม		
การได้รับการสนับสนุนทางสังคม	3.7±0.7	ปานกลาง
ความคาดหวังของสังคม	3.7±0.7	ปานกลาง
การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน		
การมีส่วนร่วมโดยรวม	2.4±0.4	มาก
การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	2.4±0.5	มาก
การมีส่วนร่วมลงมือปฏิบัติ	2.6±0.5	มาก
การมีส่วนร่วมในรับผลประโยชน์	2.3±0.4	ปานกลาง
การมีส่วนร่วมติดตามประเมินผล	2.4±0.5	มาก

ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 พบว่า ทั้งปัจจัยนำ ได้แก่ ทัศนคติ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่

การได้รับการสนับสนุนทรัพยากร และปัจจัยเสริม คือ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และความคาดหวังของสังคม มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมโดยรวมในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 (n=264)

ตัวแปรต้น	การมีส่วนร่วมโดยรวมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19	
	r	p-value
ปัจจัยนำ		
ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค	0.06	0.30
ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค	0.16	0.01
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	0.18	0.003
การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรค	0.25	<0.001
การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรค	0.21	0.001
ปัจจัยเอื้อ		
การได้รับการสนับสนุนทรัพยากร	0.29	<0.001
ประสบการณ์ในการป้องกันและควบคุมโรค	0.03	0.59
(n=255)		
ปัจจัยเสริม		
การได้รับการสนับสนุนทางสังคม	0.49	<0.001
ความคาดหวังของสังคม	0.48	<0.001

ในตารางที่ 3 การได้รับการสนับสนุนทางสังคม (Adjusted $\beta=0.32$, $t=5.37$, $p<0.001$) เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมโดยรวมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 มากที่สุด รองลงมา คือ ความคาดหวังของสังคม (Adjusted $\beta=0.27$, $t=4.91$, $p<0.001$) โดยสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 30.3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับการมีส่วนร่วมโดยรวมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 (n=264)

ปัจจัยทำนาย	Adjusted β	SE	Beta	t	p-value
การได้รับการสนับสนุนทางสังคม	0.32	0.06	0.33	5.37	<0.001
ความคาดหวังของสังคม	0.27	0.06	0.30	4.91	<0.001
Multiple R=0.55, R ² =0.30, Adj R ² =0.30, F=56.68, SE.est=0.46, $p<0.001$					

อภิปรายผล

การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 พบว่า ภาพรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 60.2) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (2.4±0.5) การมีส่วนร่วมลงมือปฏิบัติ (2.6±0.5) อยู่ในระดับมาก เนื่องจากพื้นที่พหุสัณฐานเป็นจุดที่พบผู้ป่วยโรค COVID-19 เป็นอันดับแรกของจังหวัดชลบุรี จึงทำให้เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อที่ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้นำชุมชนเกิดความตื่นตัวและเข้ามามีส่วนร่วมวางแผนและดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 เพิ่มมากขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ที่พบว่า การดำเนินงานให้ครอบคลุมและเกิดประโยชน์มากที่สุด คือการร่วมวางแผนเกี่ยวกับกิจกรรมและรูปแบบในการดำเนินงานควบคุมโรค¹² อย่างไรก็ตาม

ผู้นำชุมชนส่วนใหญ่มองว่าการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ในปัจจุบันนั้นถือเป็นการทำงานเพื่อสุขภาพของประชาชนและมักได้รับคำชื่นชมจนทำให้มีการปฏิบัติงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 อย่างต่อเนื่องในชุมชน ซึ่งต้องได้รับความร่วมมือและเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมจากชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นการรณรงค์เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารก็เป็นปัจจัยที่สำคัญเพื่อให้เกิดสื่อสารอย่างมีระบบจะทำให้ประชาชนรับทราบและสามารถนำมาใช้ประโยชน์เพื่อป้องกันตนเองได้¹³

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมโดยรวมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 มากที่สุด ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม (Adjusted $\beta=0.32$) รองลงมา คือ ความคาดหวังของสังคม (Adjusted $\beta=0.27$) โดยพบว่า การได้รับการสนับสนุน

ทางสังคมและความคาดหวังของสังคมสามารถร่วมกัน ทำนายการมีส่วนร่วมโดยรวมในการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรค COVID-19 ได้ร้อยละ 30.3 ซึ่งสอดคล้อง กับแนวคิดของ PRECEDE Model⁹ ที่มีแนวคิดสำคัญว่า พฤติกรรมของบุคคลเกิดขึ้นจากหลายสาเหตุร่วมกันทั้ง ปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคล ดังนั้นการ เปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมจึงต้องวิเคราะห์สาเหตุของ การเกิดพฤติกรรมของบุคคลก่อนแล้วจึงวางแผนเพื่อ ปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลนั้น โดย ปัจจัยภายนอกตัวบุคคลทั้งการได้รับการสนับสนุนทาง สังคมและการที่สังคมมีมุมมองที่คาดหวังต่อการป้องกัน และควบคุมโรคที่เกิดขึ้นในชุมชนนั้น ถือเป็นสิ่งกระตุ้นให้ กลุ่มผู้นำชุมชนมีกำลังใจในการปฏิบัติงาน ทำให้รู้สึกว่ามีคุณค่าและทำประโยชน์ให้กับประชาชนในพื้นที่ และได้รับคำชมเชยจากหน่วยงานต่างๆ จะส่งผลทำให้กลุ่มผู้นำ ชุมชนนั้นเต็มใจในการเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ อย่างต่อเนื่อง⁶ การศึกษาที่ผ่านมาชี้ประเด็นให้เห็นว่าการ ได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ ครอบครัว และชุมชน รวมทั้งการยกย่องชื่นชม การยอมรับนับถือจะส่งผลให้ กลุ่มผู้ปฏิบัติงานสามารถดำเนินการป้องกันควบคุมโรค ได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{6,12} เนื่องจากจากอิทธิพลทางสังคม สามารถทำให้บุคคลปรับเปลี่ยนรูปแบบวิธีการกระทำหรือ พฤติกรรมเพื่อประโยชน์ของสังคมส่วนรวมได้โดยเฉพาะ ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19¹⁴⁻¹⁵

ข้อเสนอแนะจากการศึกษาพบว่า ปัจจัยเสริม ภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทาง สังคมและความคาดหวังของสังคมเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อ การมีส่วนร่วมโดยรวมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมโรค ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึง ควรจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้นำชุมชนด้วย การเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมและเพิ่มการรับรู้ในเรื่อง ความคาดหวังของสังคม และการวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษา เพิ่มเติมในเรื่องการพัฒนาอิทธิพลทางสังคมให้เอื้อต่อการ ป้องกันและควบคุมโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในชุมชน โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริม และจูงใจให้กลุ่มผู้นำชุมชนสามารถปฏิบัติงานป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพและ ประสิทธิภาพต่อไป

ผลประโยชน์ทับซ้อน: ไม่มี

แหล่งเงินทุนสนับสนุน: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา
กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ ดร.วัลลภ ใจดี ในการตรวจสอบ ข้อมูลทางสถิติ ดร.ชิงชัย เมธพัฒน์ ที่กรุณาตรวจสอบการใช้ไวยากรณ์ภาษาอังกฤษ รวมถึง รศ.ดร.วสุธร ตันวัฒนกุล นายผดุงศักดิ์ ศรีวิภา และนางอรพรรณ เสริมชีพ ในการอนุเคราะห์ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ตลอดจนขอบคุณผู้นำชุมชนใน อำเภอพนสนธิคม จังหวัดชลบุรีที่ร่วมมือในการให้ข้อมูลสำคัญใน ครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Ilesanmi OS, Fagbule OF. Community participation: key to an improved COVID-19 response. Ann Ib Postgrad Med 2020;18(1):1-2.
2. Gilmore B, Ndejo R, Tchetchia A, de Claro V, Mago E, Diallo AA, et al. Community engagement for COVID-19 prevention and control: a rapid evidence synthesis. BMJ Glob Health [Internet]. 2020 [cited 2021 Oct 30];5(10): e003188. Available from: <https://gh.bmj.com/content/bmjgh/5/10/e003188.full.pdf>
3. Thoyib M, Widodo W, Rohati R, Mulyadi E, Sutarmas S. The relationship of community leaders and social cultural environment with community participation in management of COVID-19 in tangerand city. Linguistics and Culture Journal 2021;5(S1):1009-19.
4. Chonburi Provincial Public Health Office, Ministry of Public Health. Interactive dashboard in case of the coronavirus disease 2019 outbreak in Chonburi province [Internet]. 2021 [cited 2021 Nov 8]. Available from: https://cbi.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php
5. Ministry of Public Health. Notification: appointment of Communicable Disease Control Officers under the Communicable Disease Act B.E. 2015, (No. 4) B.E. 2020, Ratchakitcha Royal Gazette 2020;137(Special Section 58 ง):8-9.
6. Thiwong S. The participation of community leaders in prevention and control of avian influenza at Huaimai Sub-District, Song District Phrae Province [dissertation]. Pathum Thani: Western University; 2018.
7. Lee KM, Jung K. Factors influencing the response to infectious diseases: focusing on the case of SARS and MERS in South Korea. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2019 [cited 2021 Oct 30];16:1432. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/16/8/1432>

8. Cohen J, Uphoff N. Participation's place in rural development: Seeking clarity through specificity. *World development* 1980;8(3):213-35.
9. Green L, Kreuter M. *Health program planning: an educational and ecological approach*. 4th ed. New York: McGraw Hill; 2005.
10. Bloom S. *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. New York: McGraw Hill; 1971.
11. Best JW, Kahn JV. *Research in education*. 8th ed. Boston: Allyn and Bacon; 1998.
12. Duangdee P, Maleehual M, Krongyuth P, Boonsu T. The participation on dengue hemorrhagic fever prevention and control of people in Non-Phung sub-district, Warinchumrab district, Ubon Ratchathani province. *Thai journal of public health and health science* 2020;3(1): 1-12.
13. 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 Sciences* 2021;10(1):195-206.
14. Nawsuwan K, Singweratham N, Waichompu N, Chayakul K. The successful implementation of Novel coronavirus (COVID-19) in the community of village health volunteers (VHVs) in Thailand. *Princess of Naradhiwas University Journal* 2020;12(3):195-212.
15. Katanyutanon T, Thongsiri T, Pichitchainarong A, Kingdokmai T, Thammakul S, Saenkhamrang P, et al. Factors related to COVID-19 preventive behaviors among health science students of Huachiew Chalermprakiet university. *Huachiew Chalermprakiet Science and Technology Journal* 2021;7(1):8-20.