ความรู้และเจตคติเกี่ยวกับโรค COVID-19 ของผู้มารับบริการทางทันตกรรม ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าจะหลุง อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา

นางสมถวิล บ่ายกระโทก

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขี้ตุ่น

ตำบลท่าจะหลุง พ.ศ. 2565

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาความรู้และเจตคติเกี่ยวกับโรค COVID-19 ของผู้มารับบริการทางทันตกรรมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าจะหลุง อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา ผู้ศึกษามีโอกาสได้ดูแลและให้ความรู้กับประชาชนที่มารับบริการทางทันตกรรมเกี่ยวกับการแพร่กระจายเชื้อ และการป้องกันการติดเชื้อโรค COVID -19 ผู้ศึกษาจึงต้องการทราบข้อมูลเพื่อการวางแผนในอนคตและให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีด้วยความกรุณาแนะนำให้คำปรึกษาและเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ จาก ดร.สมหมาย คชนาม ผู้จัดการสำนักงานวิจัยและสถิติ

ขอขอบคุณทันตแพทย์หญิงอมรรัตน์ หิรัญรัตน์ ทันตแพทย์ผู้ดูแลงานทันตกรรมโซนด่านดินทอง นายประเสริฐ เทพทะเล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ผู้อำนวยการโรงหยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด่านเกวียน ที่เป็นผุ้ทรงคุณวุฒิ ให้คำแนะนำตรวจความน่าเชื่อถือหลักฐานเชิงประจักษ์ ตลอดจนปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่อง

ขอขอบคุณผู้ที่มารับบริการทางทันตกรรมทุกท่านที่มีส่วนช่วยตอบแบบสอบถามและให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบคุณนายแพทย์เกรียงศักดิ์ ครุธกุล ผู้อำนวยโรงพยาบาลโชคชัย ทันตแพทย์จอนสัน พิมพิสาร หัวหน้าฝ่ายทันตสาธารณสุขโรงพยาบาลโชคชัย ที่เล็งเห็นถึงความสำคัญในการพัฒนาและส่งเสริมให้บุคลากรสาธารณสุขมีความรู้เพิ่มเติมเพื่อนำงานประจำมาทำเป็นงานวิจัย

นางสมถวิล บ่ายกระโทก

17 สิงหาคม 2565

(ดร.สมหมาย คชนาม)

สำนักวิจัยและสถิติ

สารบัญ

หน้า

กิตติกรรมประกาศ ก

บทคัดย่อภาษาไทย ข

สารบัญ ค

บทที่ 1 บทนำ 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1

วัตถุประสงค์ของการวิจัย 4

ขอบเขตของการศึกษา 4

นิยามศัพท์ 4

ประโยชน์ที่ได้รับ 4

บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม 5

ความรู้โรค COVID -19 5

ทฤษฎีของ Bloom’s Taxonomy 10

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection motivation theory) 14

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 19

กรอบแนวคิดในการวิจัย 26

บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย 27

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 27

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 27

การเก็บรวบรวมข้อมูล 29

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล 29

บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล 30

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล 30

บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ 36

สรุปผล 36

การอภิปรายผล 36

ข้อเสนอแนะ 38

เอกสารอ้างอิง 39

ภาคผนวก 67

ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 68

ภาคผนวก ข การคำนวณค่าดัชนีความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity Index) 80

ภาคผนวก ค หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมวิจัย (Consent From) 82

ภาคผนวก ง รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ 84

ประวัติผู้เขียน 85

สารบัญตาราง

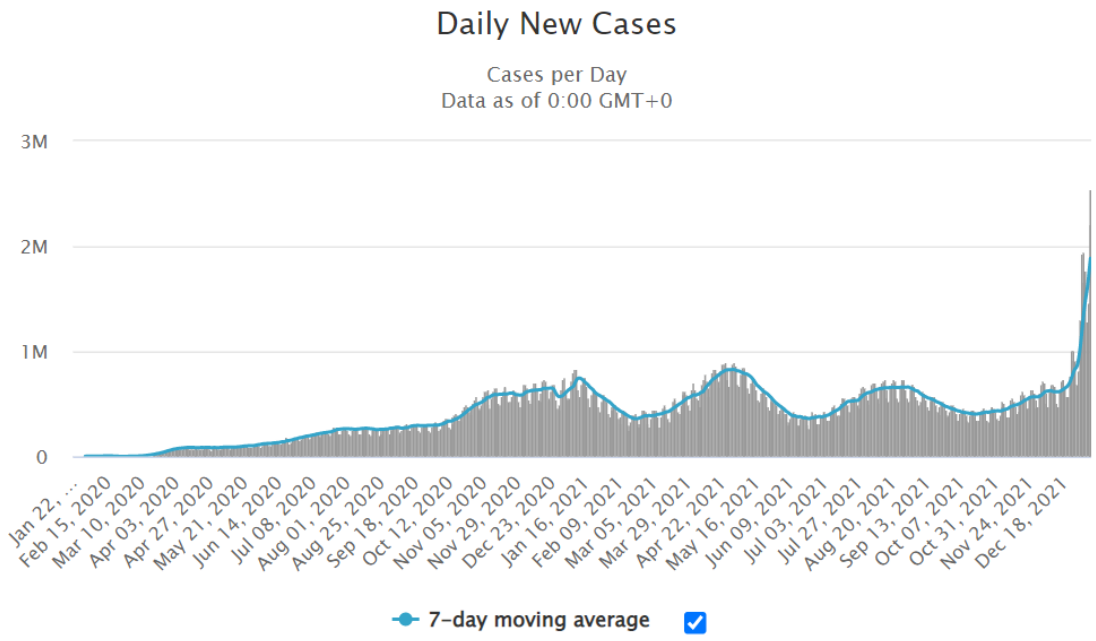
ตาราง		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของผู้มารับบริการทางทันตกรรมจำแนกตามข้อมูลทั่วไป	30
2	ร้อยละของผู้มารับบริการทางทันตกรรมมีความรู้เกี่ยวกับติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	32
3	จำนวนและร้อยละของผู้มารับบริการทางทันตกรรมเกี่ยวกับติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำแนกตามระดับความรู้	33
4	ร้อยละของผู้มารับบริการทางทันตกรรมมีเจตคติเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019 รายข้อ	34
5	จำนวนและร้อยละของผู้มารับบริการทางทันตกรรมเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019 จำแนกตามระดับการมีเจตคติ	35

บทที่ 1

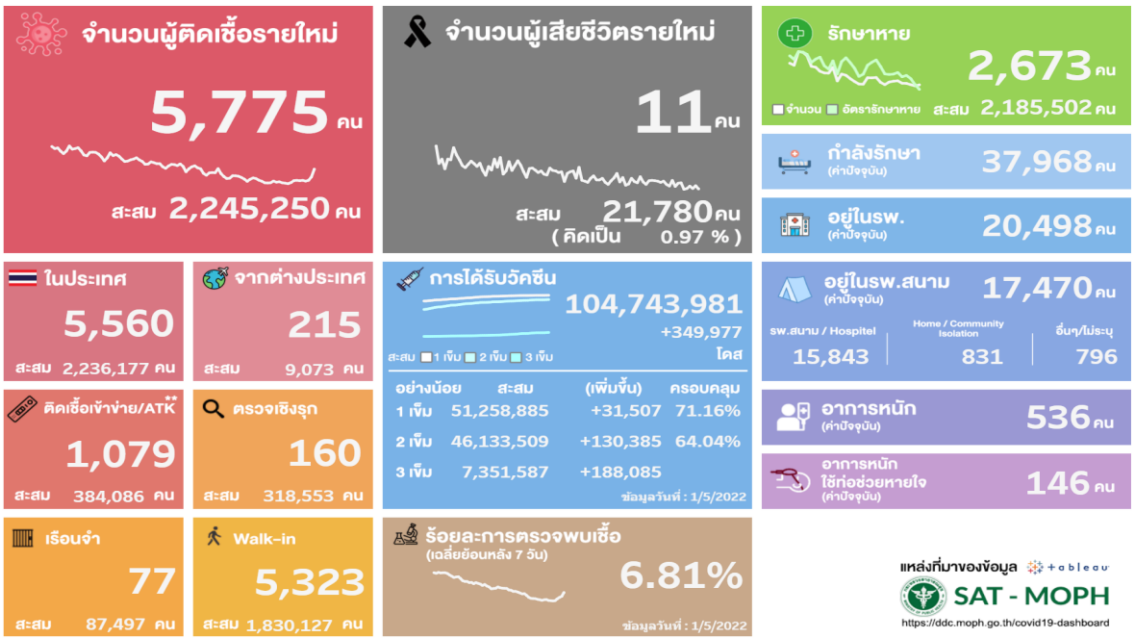
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

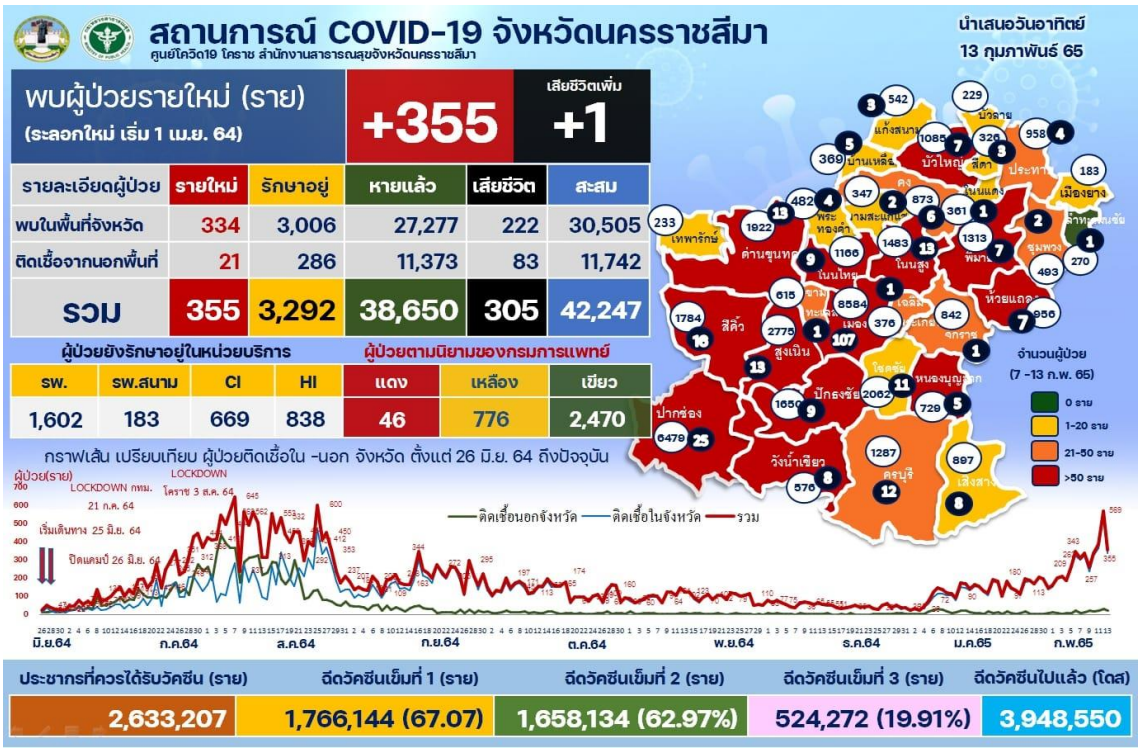
จากการติดตามสถานการณ์ผู้ติดเชื้อโควิด 19 ทั่วโลกระหว่างวันที่ 31 ธันวาคม ถึงวันที่ 7 มกราคม 2565 มีจำนวน 11,244,199 ราย เฉลี่ยพบผู้ติดเชื้อวันละ 1,874,033 ราย มีจำนวนประเทศที่มีรายงานพบผู้ติดเชื้อโควิด 19 สายพันธุ์โอไมครอน จำนวน 141 ประเทศ มีจำนวนผู้ติดเชื้อรวม 495,630 ราย โดยจำนวนผู้ติดเชื้อทั่วโลก เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดในวันที่ 1 มกราคม 2565 จากการติดตามประเด็นที่น่าสนใจจากต่างประเทศในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา พบว่า หลายๆประเทศ กำลังประสบกับภาวะการระบาดของเชื้อโควิด 19 สายพันธุ์โอไมครอน ทำให้จำนวนผู้ติดเชื้อภายในประเทศสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศสหรัฐอเมริกา ก่อให้เกิดความกดดันทางด้านสาธารณสุข นอกจากนี้ นักระบาดวิทยาของ Washington DC ยังเชื่อว่าเชื้อไวรัสสายพันธุ์ดังกล่าวยังคงเป็นสายพันธุ์ที่น่ากังวล เนื่องจากมีอัตราการแพร่เชื้อมากกว่าสายพันธุ์เดลต้าถึง 4 ถึง 6 เท่า ถึงแม้ว่าความรุนแรงจะน้อยกว่าเชื้อสายพันธุ์เดลต้า แต่ก็อาจก่อให้เกิดความล้มเหลวทางด้านสาธารณสุขได้



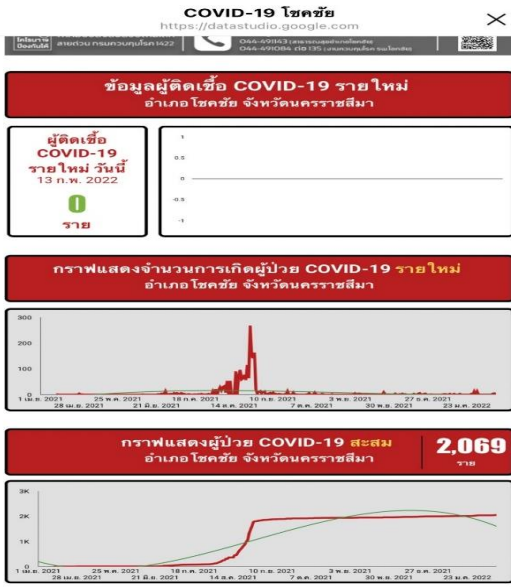
จำนวนผู้ติดเชื้อในประเทศในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา 24,926 ราย เสียชีวิต 108 ราย โดยรายละเอียดของผู้ติดเชื้อแบ่งเป็นการติดเชื้อภายในประเทศ 1,081 ราย และการติดเชื้อภายในประเทศ 23,845 ราย อายุเฉลี่ย 33 ปี (ต่ำสุด 7 วัน สูงสุด 102 ปี) อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 1:1.15 สัญชาติที่พบผู้ติดเชื้อสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ ไทย พม่า อังกฤษ อเมริกา และ กัมพูชา จำนวน 19,411, 201, 193, 134 และ 122 รายตามลำดับ สำหรับจังหวัดที่มีการพบผู้ติดเชื้อสูงสุด 10 จังหวัดแรก ได้แก่ ชลบุรี กรุงเทพมหานคร อุบลราชธานี สมุทรปราการ ภูเก็ต เชียงใหม่ ขอนแก่น นครศรีธรรมราช อุดรธานี และระยอง โดยมีจำนวนผู้ติดเชื้อ 3,391, 3,037, 1,909, 1,345, 1,086, 954, 934, 780, 626 และ 464 ราย ตามลำดับ ซึ่งจำนวนของผู้ติดเชื้อเริ่มเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในวันที่ 6 มกราคม 2565 กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศยกระดับเตือนภัยโควิด 19 จากเดิมระดับ 3 เป็นระดับ 4 หลังจากที่จำนวนของผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และมีการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด 19 สายพันธุ์โอไมครอนในหลายๆจังหวัด โดยมีข้อแนะนำให้ทุกคน งดไปรับประทานร่วม/ดื่มสุราในร้าน งดเข้าสถานที่เสี่ยงทุกประเภท เลี่ยงเข้าใกล้ผู้อื่นนอกบ้าน งดร่วมกิจกรรมกลุ่ม งดโดยสารขนส่งสาธารณะทุกประเภท งดไปต่างประเทศ เข้าประเทศกักตัว และอาจมีการปิดสถานที่เสี่ยงที่อาจจะทำให้เกิดการแพร่เชื้อ รวมถึงชะลอการเดินทาง เช่น การไปทำงานก็ให้ทำงานที่บ้าน (work from home) การเดินทางข้ามจังหวัด การเคลื่อนย้ายของคน และการจำกัดการรวมกลุ่ม ทั้งนี้ ขอความร่วมมือประชาชนและสถานประกอบการปฏิบัติตามมาตรการ VUCA อย่างเคร่งครัด คือ รับการฉีดวัคซีนตามที่กำหนด ป้องกันตนเองครอบจักรวาลทุกที่ทุกเวลา สถานประกอบการมีระบบ COVID-19 Free Setting และตรวจ ATK สม่ำเสมอ



สถานการณ์โควิดโคราช รายงานผู้ป่วยรายใหม่ วันที่ 13 ก.พ. 65 ติดเชื้อนอกจังหวัด 21 ราย ติดเชื้อในจังหวัด 334 ราย ความเสี่ยง/ประวัติสัมผัสเดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง (กทม.) 7 ราย , เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง (กาฬสินธุ์) 1 ราย , เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง (ชลบุรี) 1 ราย , เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง (ชัยภูมิ) 2 ราย , เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง (นนทบุรี) 7 ราย , เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง (ปราจีนบุรี) 1 ราย , เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง (เลย) 1 ราย , เดินทางมาพื้นที่เสี่ยง (นนทบุรี) 1 ราย และสัมผัสผู้ป่วย COVID-19 จำนวน 334 ราย



สถานการณ์ผู้ป่วยโควิดในอำเภอโชคชัย ผู้ป่วยคิดเชื้อทั้งหมดจำนวน 2,069 คนและพบผู้ติดเชื้อในตำบลท่าจะหลุง(พื้นที่วิจัยครั้งนี้) จำนวนทั้งหมด 25 ราย และ ผลตรวจ ATK เป็นบวก(รอการตัว PCR)อีกจำนวน 4 ราย พบกลุ่มเสี่ยงสูงจำนวน 16 รายอยู่ในระหว่างเฝ้าระวังสังเกตอาการ และได้รับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลโชคชัยจำนวน 2 ราย โรงพยาบาลเอกชนจำนวน 1 ราย รักษาตัวอยู่ในศูนย์ HI จำนวน 8 รายและส่งตัวกลับบ้าน(รักษาและพักฟื้นต่อ)จำนวน 2 ราย



วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ของผู้มารับบริการทางทันตกรรมเกี่ยวกับโรค COVID-19
2. เพื่อศึกษาทัศนคติของผู้มารับบริการทางทันตกรรมเกี่ยวกับโรค COVID-19

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการสำรวจความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรค COVID-19 ของผู้มารับบริการทางทันตกรรมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขี้ตุ่น ตำบลท่าจะหลุง อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2565 ถึง 10 สิงหาคม 2565

นิยามศัพท์

- ความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 หมายถึง ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค COVID-19 ในเรื่องสาเหตุ อาการ การติดต่อ การรักษาและภาวะแทรกซ้อน การป้องกันการติดเชื้อ ของกลุ่มตัวอย่าง

- ทัศนคติเกี่ยวกับโรค COVID-19 หมายถึง ความพร้อม พฤติกรรม ที่จะแสดงออกมาสนับสนุน หรือต่อต้าน ในการป้องกันการติดเชื้อ ของกลุ่มตัวอย่าง

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. นำข้อมูลไปปรับปรุงและพัฒนาการให้บริการทางทันตกรรม
2. จัดทำแนวทางการปฏิบัติตัวป้องการการติดเชื้อโรค COVID-19

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. โรค COVID-19
2. ทฤษฎีการเรียนรู้ของ Bloom
3. ทฤษฎีแรงจูงใจในการปกป้องพฤติกรรมสุขภาพของ Roger
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
5. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. โรค COVID-19 (http://phoubon.in.th/covid-19 แพทย์โรคติดเชื้อและระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล 23 -03-63) ความเป็นมาของไวรัสโคโรนาเป็นไวรัสในสัตว์ มีหลายสายพันธุ์ โดยปรกติไม่ก่อโรคในคนแต่เมื่อกลายพันธุ์เป็นสายพันธุ์ใหม่ที่ก่อโรคในมนุษย์ได้ (ซึ่งมักเกิดจากการจัดการที่ผิดธรรมชาติโดยมนุษย์) ในขณะที่มนุษย์ยังไม่รู้จักและไม่มีภูมิต้านทาน ก็จะเกิดการระบาดของโรคในคน โรคโควิด-19 (COVID-19, ย่อจาก Coronavirus disease 2019) เป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่เกิดจากไวรัสโคโรนา ซึ่งมีชื่อทางการว่า SARS-CoV-2 ทำให้เกิด ไข้ ไอ และอาจมีปอดอักเสบ

เริ่มพบผู้ป่วยครั้งแรกเมื่อเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2562 (ค.ศ. 2019) ที่เมืองอู่ฮั่น เมืองหลวงของมณฑลหูเป่ย์ ภาคกลางของประเทศจีน ซึ่งเป็นเมืองใหญ่มีผู้คนหนาแน่น จึงเกิดการระบาดใหญ่ได้รวดเร็ว การดูแลรักษาเป็นไปอย่างฉุกเฉิน มีคนป่วยหนักและตายมากเกินที่ควรจะเป็น จนประเทศจีนต้องปิดเมือง และปิดประเทศต่อมา ขณะนี้ ประเทศจีนสามารถควบคุมได้ จนแทบจะไม่มีผู้ป่วยรายใหม่ แต่โดยธรรมชาติแล้ว จะยังมีผู้ที่มีเชื้ออยู่

ผู้ป่วยรายแรกที่รับการรักษาในประเทศไทย เมื่อวันที่ 13 มกราคม 2563 เป็นคนจีนที่รับเชื้อจากการระบาดในประเทศจีน และได้เดินทางมาประเทศไทย หลังจากนั้น มีผู้ป่วยอีกหลายรายที่มาจากประเทศอื่น ส่วนผู้ป่วยที่ติดเชื้อในประเทศไทยรายแรก มีการรายงานเมื่อ 31 มกราคม 2563

โรคนี้เกิดจากไวรัสโคโรนา (Corona virus) ที่กลายพันธุ์ในธรรมชาติเป็นสายพันธุ์ใหม่ จากการที่ธรรมชาติถูกมนุษย์ทาร้าย โดยมีสมมุติฐานว่า ไวรัสอาจจะมีแหล่งเริ่มต้นคือค้างคาว และกลายพันธุ์เมื่อผ่านสัตว์ตัวกลาง กลายเป็นไวรัสสายพันธุ์ใหม่ที่ก่อโรคในคน และคนไปรับเชื้อมาแพร่ระหว่างคนสู่คน ทั้งนี้ต้องรอการพิสูจน์ต่อไป เคยมีเหตุการณ์ที่คล้ายคลึงกันจากไวรัสโคโรนาสาย

พันธุ์ใหม่ที่เกิดขึ้นในอดีต คือ การเกิดโรค SARS (พ.ศ.2545) และ MERS (พ.ศ.2557) ซึ่งทั้งสองโรคนั้นผู้ป่วยมีอาการหนักทั้งหมดและต้องอยู่ในโรงพยาบาล จึงสกัดการแพร่โรคได้ไม่ยากนัก

ส่วนผู้ป่วยโรค COVID-19 ที่แพร่เชื้อ มีทั้งผู้ที่มีอาการน้อยหรืออาจไม่มีอาการนอกเหนือจากผู้มีอาการหนักซึ่งมีน้อยกว่ามาก จึงควบคุมการระบาดได้ยากกว่า การระบาดที่ใกล้เคียงกับครั้งนี้มากที่สุด คือการระบาดของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 (Influenza A (H1N1) pdm09 virus) ใน พ.ศ. 2552 ซึ่งเริ่มจากอเมริกาแล้วระบาดหนักไปทั่วโลก แต่คนที่ติดเชื้อโควิด-19 สามารถแพร่เชื้อได้ในช่วงเวลาของการติดเชื้อได้นานกว่า การระบาดจึงน่าจะกว้างขวางกว่า และควบคุมยากกว่า

ในขณะนี้ โรคโควิด-19 ได้ระบาดไปทั่วโลกแล้ว 11 กุมภาพันธ์ 2563 ได้มีการกาหนดชื่อโรคและชื่อไวรัสอย่างเป็นทางการ ดังนี้ โรค COVID-19 (อ่านว่า โควิดไนน์ทีน ย่อมาจาก Corona Virus Disease 2019) กาหนดชื่อโดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ไวรัส SARS-CoV-2 (อ่านว่า ซาร์สคอฟทู ย่อมาจาก Severe Acute Respiratory Syndrome Corona Virus 2) กาหนดชื่อโดยคณะกรรมการระหว่างประเทศว่าด้วยอนุกรมวิธานของไวรัส (ICTV) โดยที่ช่วงแรกของการระบาด ใช้ชื่ออย่างไม่เป็นทางการ เช่น ไวรัสอู่ฮั่น 2019-nCoV (2019 novel coronavirus หรือ ไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019) แต่มักจะเรียกกันง่ายา ว่า ไวรัสโควิด19 ส่วน ไวรัส SARS-Co-1 คือไวรัสที่เป็นสาเหตุของโรคติดเชื้อทางเดินหายใจรุนแรง หรือ SARS ที่ระบาด ใน พ.ศ. 2545-2546 ไวรัสที่ก่อโรคระบาดในครั้งนี้จึงเป็นชนิดที่ 2 หรือ SARS-CoV-2 ไวรัส SARS-CoV-2 เป็นเชื้อโรคที่ต้องอยู่ในเซลล์เนื้อเยื่อ หรือมีเมือกคลุมอยู่ เช่น เสมหะ ไม่สามารถอยู่เป็นอิสระ นอกจากนี้ ยังเป็นไวรัสที่เกราะด้านนอกเป็นไขมัน ซึ่งจะสลายตัวเมื่อสัมผัสกับสารซักฟอกหรือสบู่

ไวรัสโคโรน่า ที่ก่อโรคในมนุษย์ในขณะนี้ มีทั้งหมด 7 ชนิด

ชนิดที่ 1-4: โรคหวัดธรรมดา

ชนิดที่ 5: โรค SARS (ซาร์) จากไวรัสสายพันธุ์ใหม่ เมื่อ พ.ศ. 2545-2546

ชนิดที่ 6: โรค MERS (เมอร์ส) จากไวรัสสายพันธุ์ใหม่ เมื่อ พ.ศ. 2557

ชนิดที่ 7: โรค COVID-19 (โควิด-19) จากไวรัสสายพันธุ์ใหม่ในปัจจุบัน

แหล่งแพร่เชื้อไวรัส COVID-19

1. คาดว่าเริ่มจากสัตว์ป่าที่นามาขายในตลาดสดเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน ซึ่งคนไปสัมผัสและนามาเผยแพร่ต่อ โดยเริ่มจากไวรัสจากค้างคาวที่มีการผสมพันธุ์กับไวรัสอื่นและกลายพันธุ์

2. คนที่มีเชื้อแล้วแพร่สู่คนอื่น ทางสิ่งคัดหลั่งจากทางเดินหายใจ

ขั้นตอนจากการรับเชื้อถึงการป่วย

ประกอบด้วย การสัมผัสเชื้อโรค การรับเชื้อ การติดเชื้อ และการป่วย

ผู้สัมผัสเชื้อโรค (contact) หมายถึง ผู้ที่สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อ หรือ อาจจะสัมผัสกับเชื้อที่ออกมากับสิ่งคัดหลั่งจากระบบหายใจของผู้ป่วย (น้ำลาย เสมหะ น้ำมูก) แล้วอาจจะนำเข้าสู่ร่างกายทางปาก จมูก ตา (อวัยวะที่มีเยื่อเมือกบุ) โดยได้อยู่ในชุมชนที่มีผู้ป่วยอยู่ด้วย โดยไม่ระมัดระวังเพียงพอ หากมีการสัมผัสดังกล่าว ก็อาจเกิดการติดเชื้อตามมา และเป็นแหล่งแพร่เชื้อต่อไปได้ ผู้ที่ต้องเฝ้าระวังในระยะนี้ (มีค. 63) ได้แก่ ผู้สัมผัสหรืออาจจะสัมผัสโรค โดยมีประวัติอย่างใดอย่างหนึ่งในช่วงเวลา 14 วันก่อนหน้านี้ (คือ ระยะฟักตัวที่ยาวที่สุดของโรค คือ ติดเชื้อแล้วแต่ยังไม่มีอาการป่วย) ดังต่อไปนี้

1. มีประวัติเดินทางไปยัง มาจาก หรืออยู่อาศัย ในพื้นที่ที่มีรายงานการระบาด
2. เป็นผู้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ที่มาจากพื้นที่ที่มีรายงานการระบาด
3. มีประวัติใกล้ชิดหรือสัมผัสกับผู้ที่เข้าข่ายหรือได้รับการตรวจยืนยันว่าติดเชื้อ

ผลจากการสัมผัสกับเชื้อโรค

ผู้ที่สัมผัสกับเชื้อโรคโควิด-19 หากได้รับเชื้อโรคมาอาจจะมีผลเป็น

1. พาหะของเชื้อ คือผู้ที่รับเชื้อโรคแต่ไม่เกิดการติดเชื้อ ซึ่งเชื้อมักจะติดมาทางมือ
2. ผู้ติดเชื้อ คือ ผู้ที่ตรวจพบเชื้อ และมีปฏิกิริยาทางอิมมูนต่อเชื้อ ซึ่งตรวจพบได้ทางการตรวจเลือด แบ่งเป็น

2.1 ผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการ

2.2 ผู้ป่วย หรือ ผู้ติดเชื้อที่มีอาการ ซึ่งอาจจะมีอาการน้อยหรือมาก

การติดเชื้อ ไวรัสโควิด-19 รวมถึงไวรัสอื่นที่ทำให้ติดเชื้อที่ทางเดินหายใจ เข้าสู่ร่างกายโดยทาง “ปาก จมูก ตา” โดยที่ไวรัสจะเข้าไปเกาะติดและเข้าไปแบ่งตัวในเซลล์ของเยื่อบุทางเดินหายใจ ไวรัสไม่เข้าทางผิวหนัง หรือแผลที่ผิวหนัง

ระยะฟักตัว (Incubation period, IP) หมายถึงระยะเวลาตั้งแต่รับเชื้อจนถึงเริ่มมีอาการป่วย ระยะฟักตัวของโรค COVID-19 เท่ากับ 2-14 วัน ซึ่งเป็นเหตุผลที่ให้ผู้สัมผัสโรคกักกันตัวจากคนอื่น 14 วัน จากรายงานผู้ป่วยนอกเมืองอู่ฮั่น ระหว่าง มค.-กพ. 2563 พบว่าค่ามัธยฐาน (median, ค่ากลาง) ของระยะฟักตัวของโรคนี้ ประมาณ 5.1 วัน (95% CI, 4.5 to 5.8 days) และ 97.5% ของผู้ป่วยมีระยะฟักตัวของโรคน้อยกว่า 11.5 วัน (95% CI, 8.2 to 15.6 days) ปัจจัยที่มีผลต่อระยะฟักตัว ได้แก่

1. ปริมาณของเชื้อไวรัสที่ได้รับ ถ้ามากจะทำให้เกิดโรคเร็ว คือระยะฟักตัวสั้น
2. ทางเข้าของเชื้อโรค เช่น ไวรัส COVID-19 หากเข้าสู่ปอดโดยตรงทางจมูกและปาก จะเกิดโรคเร็วกว่าการรับเชื้อทางเยื่อบุตา
3. ความเร็วของการเพิ่มจำนวนไวรัสในร่างกายมนุษย์
4. สุขภาพของผู้ที่ได้รับเชื้อ

5. ปฏิกิริยาทางอิมมูนของผู้ติดเชื้อต่อไวรัส ซึ่งมีผลทั้งในการกาจัดเชื้อ และการอักเสบซึ่งมีผลให้เกิดอาการของโรค เช่น ไข้ ไอ หอบ

อาการป่วย (Symptoms) โดยทั่วไป ผู้ป่วยจะมี อาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ มีอาการ “ไข้ และไอ” เป็นพื้นฐาน ส่วนใหญ่เริ่มจาก ไอแห้งๆ ตามด้วย ไข้ ผู้ป่วยส่วนน้อยคือ ร้อยละ 5 มีน้ำมูก เจ็บคอ หรือ จาม ไม่มีอาการเสียงแหบหรือเสียงหาย

ร้อยละ 98.6 มีไข้ (ไข้อาจจะไม่ได้เริ่มในวันแรกของการป่วย)

ร้อยละ 69.6 มีอาการอ่อนเพลียผิดปรกติ

ร้อยละ 59.4 ไอแห้งๆ(Wang et al JAMA 2020)

ความรุนแรงของโรค ความรุนแรงของโรค ขึ้นอยู่กับ

1. ปริมาณไวรัสที่ได้รับเข้าทางเดินหายใจ

2. ปัจจัยทางผู้ติดเชื้อ เช่น สุขภาพ โรคประจำตัว ปฏิกิริยาอิมมูน การปฏิบัติตนเมื่อเริ่มป่วย

3. การดูแลรักษาเมื่อติดเชื้อและป่วย

ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มีอาการน้อย และส่วนน้อยมากไม่มีอาการป่วยเลย เด็กส่วนใหญ่มีอาการน้อย ผู้สูงอายุและผู้มีโรคประจำตัวมักจะมีอาการหนักกว่า

-ร้อยละ 80 มีอาการน้อย คล้ายไข้หวัดธรรมดา หรือไข้หวัดใหญ่ที่อาการน้อย หายได้เองหลังพักผ่อนและดูแลตามอาการ

-ร้อยละ 14 มีอาการหนักจากปอดอักเสบ หายใจผิดปรกติ

-ร้อยละ 5 มีอาการวิกฤติ เช่น การหายใจล้มเหลว ช็อคจากการป่วยรุนแรง

-ร้อยละ 1-2 เสียชีวิต หลังจากมีอาการหนัก มักเกิดกับผู้สูงอายุ ผู้มีโรคประจำตัวทางหัวใจและปอด เบาหวาน ภูมิต้านทานต้าน หรือโรคประจำตัวอื่น

ระยะเวลาที่ป่วย ข้อมูลผู้ป่วย 55,924 ราย ให้ค่ามัธยฐาน (median time หรือ ค่ากลาง) ของระยะเวลาจากเริ่มมีอาการ จนถึงวันที่เริ่มฟื้นตัวจากการป่วย คืออาการเริ่มดีขึ้น ดังนี้

-ผู้ป่วยที่มีอาการน้อย (mild cases) 2 สัปดาห์

-ผู้ป่วยที่มีอาการหนัก (severe or critical) 3-6 สัปดาห์

-เริ่มป่วยจนมีอาการหนัก 1 สัปดาห์

-เริ่มป่วยจนถึงแก่กรรม 2-8 สัปดาห์

(WHO-China Joint Mission, publish Feb 28, 2020 by WHO)

แหล่งเชื้อโรค COVID-19 และการแพร่เชื้อ

1. คนที่ติดเชื้อ

1.1 ไอ จาม หรือ พูด โดยไม่มีอุปกรณ์ปิดปาก ในระยะใกล้ชิด (น้อยกว่า 1 เมตร) มีผลให้ละอองฝอยเสมหะ น้ำมูก น้ำลาย ที่มีไวรัสอยู่ด้วย ฟุ้งกระจายออกมา เรียกว่า airborne droplet หรือหยดน้ำเล็กๆที่ลอยในอากาศ (ขนาด >5 micron) ซึ่งจะตกลงบนพื้นในระยะ 1-2 เมตร

1.2 ทำให้เกิดการฟุ้งของไวรัสในอากาศ โดยการปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อบางลักษณะในสถานพยาบาล (เช่น การใช้อุปกรณ์พ่นยาเข้าทางเดินหายใจ การใช้สายยางดูดเสมหะ การส่องกล้องตรวจภายในหลอดลม การใส่และถอดท่อหายใจให้ผู้ป่วย การดูดเสมหะด้วยระบบเปิด) ก่อให้เกิดละอองขนาดเล็กมาก (fine mist) เรียกว่า airborne aerosole (ขนาด <5 micron) ซึ่งคล้ายกับไวรัสที่ฟุ้งในอากาศ ไวรัสโคโรนาจะมีชีวิตสั้นมากถ้าอากาศแห้ง แต่อยู่ได้นานหลายชั่วโมงหากอากาศเย็นและชื้น

1.3 มือ ที่มีเชื้อโรคติดอยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากการเอาฝ่ามือปิดปากเวลาไอ จาม แล้วไม่ล้างมือ และใช้มือนั้นสัมผัสกับผู้อื่น หรือสิ่งของ

2. พื้นผิววัตถุ หรือสิ่งของ ที่ผู้ติดเชื้อได้นำเชื้อโรคมาทิ้งไว้ อาจอยู่ได้หลายชั่วโมงหรือหลายวัน

การแพร่เชื้อ COVID-19 และการรับเชื้อ เกิดจากการติดต่อจากคนที่มีเชื้อสู่คนอื่น โดย

1. ทางตรง (direct) โดยทางละอองฝอย (drople)t จากทางเดินหายใจ การคลุกคลีใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วย ในระยะน้อยกว่า 1-2 เมตร

- โดยทางละอองฝอย (droplet) ของน้ำลาย เสมหะ น้ำมูก ของผู้ป่วย ด้วยการ ไอ จาม หรือการพูดที่น้ำลายกระเด็น
- ละอองฝอยเหล่านี้ อาจจะเข้า ปาก จมูก ตา ของผู้ที่อยู่ใกล้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อหันหน้าเข้าหากันและสูดหายใจเข้าไป

เนื่องจาก ไวรัส COVID-19 เป็นไวรัสที่ต้องอยู่ในเซลล์จึงจะมีชีวิตอยู่ได้ ดังนั้นเมื่อละอองฝอยแห้งลง ไวรัสก็ตาย ไม่ลอยอยู่ในอากาศฟุ้งกระจาย

2. ทางอ้อม (indirect) โดยการสัมผัส (contact)

- โดยการสัมผัสบริเวณ พื้นผิว สิ่งของ มือของคนอื่น ที่มีการปนเปื้อนเชื้อโรคจากผู้ป่วยจากการไอ จาม แล้วนำไปเข้า จมูก ปาก ตา ของตนเอง
- มีสิ่งอื่นนำเชื้อไปโดยการสัมผัส เช่น ของเล่นของเด็กที่ปนเปื้อนเชื้อ สัตว์เลี้ยงที่มีผู้นำเชื้อมาสัมผัสทิ้งไว้ที่ขน ทั้งนี้ ยังไม่มีหลักฐานว่าสัตว์เลี้ยงจะติดเชื้อสายพันธุ์นี้
- สุนัขมีไวรัสโคโรนาของสุนัข แต่เป็นสายพันธุ์ที่ไม่ก่อโรคในคน

3. ทาง aerosol เป็นกรณีเฉพาะ

- Aerosol คือ ละอองฝอยขนาดเล็กกว่า 5 ไมครอน ลอยในอากาศ
- ไวรัสโคโรนาจากผู้ป่วยจะลอยเป็นละอองฝอยขนาดเล็ก ในกรณีที่มีหัตถการในการรักษาบางอย่าง เช่น การดูดเสมหะโดยใช้เครื่องต่อสายยาง การพ่นยาเป็นละอองเข้าทางเดินหายใจ เป็นต้น
- มีข้อมูลบ้างว่า ในลักษณะอากาศบางอย่าง อาจจะเป็นอากาศเย็นและชื้น ไวรัสอาจจะลอยอยู่ในอากาศนานขึ้น ซึ่งอาจจะสร้างปัญหาของการติดเชื้อในโรงพยาบาล ต้องติดตามข้อมูลต่อไป

การป้องกันการแพร่เชื้อ และการติดเชื้อ

1. ล้างมือ ด้วยน้ำและสบู่ ให้ทั่ว และนานพอ (ประมาณ 20 วินาที) และเช็ดมือให้แห้ง

-การล้างมือด้วยน้ำและสบู่ จะกาจัดคราบสกปรก และฆ่าเชื้อไวรัส ไม่จาเป็น ต้องใช้สบู่ที่ผสมสารฆ่าเชื้อ

-ถ้าไม่มีน้ำและสบู่ จึงใช้แอลกอฮอล์ (60-70 % ซึ่งมักอยู่ในรูปเจล หรือสเปรย์) ทาทั่วมือที่ไม่เปียกเพื่อฆ่าเชื้อโรค (ถ้ามือเปียก แอลกอฮอล์จะเจือจางจนฆ่าเชื้อไม่ได้)
ทิ้งให้แห้ง ห้ามล้างน้าต่อ เพราะจะล้างแอลกอฮอล์หมดไป แต่ถ้ามือสกปรกต้องล้าง
มือด้วยน้ำและสบู่ เพราะแอลกอฮอล์จะไม่สามารถฆ่าเชื้อโรคที่อยู่ในคราบเปื้อน

2. ไม่เอามือจับหน้า ปาก จมูก หรือ ตา ถ้าจาเป็น ควรทามือให้สะอาดก่อน

3. เว้นระยะห่าง จากคนอื่นที่อาจจะแพร่เชื้อ (keep distance) ได้แก่

- คนที่มีอาการซึ่งอาจจะเกิดจากการติดเชื้อทางเดินหายใจ เช่น ไข้ ไอ

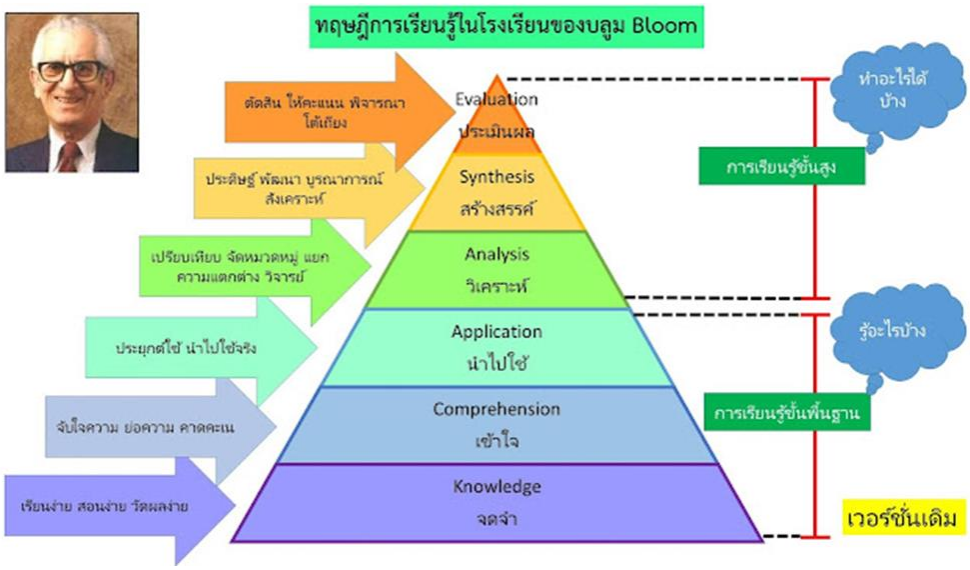
- หลีกเลี่ยงการไปในที่ที่มีคนหนาแน่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งคนที่ไม่รู้จักและอาจติดเชื้อ โดยไม่สามารถอยู่ห่างกันเกิน 1 เมตร ได้ตลอดเวลา ถ้าจาเป็น ควรใส่หน้ากากอนามัย และไม่หันหน้าเผชิญกัน เพราะเขาอาจไอ จามรดได้

4. ทาความสะอาดสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณที่อาจปนเปื้อนเสมหะ น้ามูก น้าลาย จากผู้ป่วย และมีไวรัส

2. **Bloom's Taxonomy** กล่าวถึงการจำแนกการเรียนรู้ตามทฤษฎีของบลูม ซึ่งแบ่งเป็น 3 ด้าน คือด้านพุทธิพิสัย ด้านจิตพิสัย และด้านทักษะพิสัย โดยในแต่ละด้านจะมีการจำแนกระดับความสามารถจากต่ำสุดไปถึงสูงสุด เช่น ด้านพุทธิพิสัย เริ่มจากความรู้ ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ การประเมิน นอกจากนี้ยังนำเสนอระดับความสามารถที่มีการปรับปรุงใหม่ตามแนวคิดของ Anderson and Krathwohl (2001) เป็น การจำ(Remembering) การเข้าใจ (Understanding) การประยุกต์ใช้(Applying) การวิเคราะห์ (Analysing) การประเมินผล (Evaluating) และการสร้างสรรค์ (Creating) ด้านจิตพิสัย จำแนกเป็น การรับรู้, การตอบสนอง, การสร้างค่านิยม,

การจัดระบบ และการสร้างคุณลักษณะจากค่านิยม ด้านทักษะพิสัย จำแนกเป็น ทักษะการเคลื่อนไหวของร่างกาย, ทักษะการเคลื่อนไหวอวัยวะสองส่วนหรือมากกว่าพร้อมๆกัน, ทักษะการสื่อสารโดยใช้ท่าทาง และทักษะการแสดงพฤติกรรมทางการพูด

ทฤษฎีการเรียนรู้ของ Bloom ได้แบ่งการเรียนรู้เป็น 6 ระดับ ดังนี้



- ความรู้ที่เกิดจากความจำ (knowledge) ซึ่งเป็นระดับล่างสุด
- ความเข้าใจ (Comprehend)
- การประยุกต์ (Application)
- การวิเคราะห์ (Analysis) สามารถแก้ปัญหา ตรวจสอบได้
- การสังเคราะห์ (Synthesis) สามารถนำส่วนต่างๆ มาประกอบเป็นรูปแบบใหม่ได้ให้แตกต่างจากรูปเดิม เน้นโครงสร้างใหม่
- การประเมินค่า (Evaluation) วัดได้ และตัดสินได้ว่าอะไรถูกหรือผิด ประกอบการตัดสินใจบนพื้นฐานของเหตุผลและเกณฑ์ที่แน่ชัด

ทฤษฎีการเรียนรู้ เบนจามิน บลูมและคณะ (Bloom et al, 1956) ได้จำแนกจุดมุ่งหมายการเรียนรู้ออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. พุทธิพิสัย (Cognitive Domain)

พฤติกรรมด้านสมองเป็นพฤติกรรมเกี่ยวกับสติปัญญา ความรู้ ความคิด ความเฉลียวฉลาด ความสามารถในการคิดเรื่องราวต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นความสามารถทางสติปัญญา

พฤติกรรมทางพุทธิพิสัย 6 ระดับ ดังนี้

1.1 ความรู้ความจำ ความสามารถในการเก็บรักษามวลประสบการณ์ต่าง ๆ จากการที่ได้รับรู้ไว้และระลึกสิ่งนั้นได้เมื่อต้องการเปรียบดังเทปบันทึกเสียงหรือวีดิทัศน์

ที่สามารถเก็บเสียงและภาพของเรื่องราวต่างๆได้ สามารถเปิดฟังหรือ ดูภาพเหล่านั้นได้ เมื่อต้องการ

1.2 ความเข้าใจ เป็นความสามารถในการจับใจความสำคัญของสื่อ และสามารถแสดงออกมาในรูปของการแปลความ ตีความ คาดคะเน ขยายความ หรือ การกระทำอื่น ๆ

1.3 การนำความรู้ไปใช้ เป็นขั้นที่ผู้เรียนสามารถนำความรู้ ประสบการณ์ไปใช้ในกาแก้ปัญหาในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ ซึ่งจะต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจ จึงจะสามารถนำไปใช้ได้

1.4 การวิเคราะห์ ผู้เรียนสามารถคิด หรือ แยกแยะเรื่องราวสิ่งต่าง ๆ ออกเป็นส่วนย่อย เป็นองค์ประกอบที่สำคัญได้ และมองเห็นความสัมพันธ์ของส่วนที่เกี่ยวข้องกัน ความสามารถในการวิเคราะห์จะแตกต่างกันไปแล้วแต่ความคิดของแต่ละคน

1.5 การสังเคราะห์ ความสามารถในการที่ผสมผสานส่วนย่อย ๆ เข้าเป็นเรื่องราวเดียวกันอย่างมีระบบ เพื่อให้เกิดสิ่งใหม่ที่สมบูรณ์และดีกว่าเดิม อาจเป็นการถ่ายทอดความคิดออกมาให้ผู้อื่นเข้าใจได้ง่าย การกำหนดวางแผนวิธีการดำเนินงานขึ้นใหม่ หรือ อาจจะเกิดความคิดในอันที่จะสร้างความสัมพันธ์ของสิ่งที่เป็นนามธรรมขึ้นมาในรูปแบบ หรือ แนวคิดใหม่

1.6 การประเมินค่า เป็นความสามารถในการตัดสิน ตีราคา หรือ สรุปเกี่ยวกับคุณค่าของสิ่งต่าง ๆ ออกมาในรูปของคุณธรรมอย่างมีกฎเกณฑ์ที่เหมาะสม ซึ่งอาจเป็นไปตามเนื้อหาสาระในเรื่องนั้น ๆ หรืออาจเป็นกฎเกณฑ์ที่สังคมยอมรับก็ได้

2. จิตพิสัย (Affective Domain)(พฤติกรรมด้านจิตใจ) ค่านิยม ความรู้สึก ความซาบซึ้ง ทัศนคติ ความเชื่อ ความสนใจและคุณธรรม พฤติกรรมด้านนี้อาจไม่เกิดขึ้นทันที ดังนั้น การจัดกิจกรรมการเรียนการสอนโดยจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม และสอดแทรกสิ่งที่ดีงามอยู่ตลอดเวลาจะทำให้พฤติกรรมของผู้เรียนเปลี่ยนไปในแนวทางที่พึงประสงค์ได้

ด้านจิตพิสัย จะประกอบด้วย พฤติกรรมย่อย ๆ 5 ระดับ ดังนี้

2.1 การรับรู้ เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นต่อปรากฏการณ์ หรือสิ่งเร้าอย่างใดอย่างหนึ่งซึ่งเป็นไปในลักษณะของการแปลความหมายของสิ่งเร้านั้นว่าคืออะไร แล้วจะแสดงออกมาในรูปของความรู้สึกที่เกิดขึ้น

2.2 การตอบสนอง เป็นการกระทำที่แสดงออกมาในรูปของความเต็มใจ ยินยอม และพอใจต่อสิ่งเร้านั้น ซึ่งเป็นการตอบสนองที่เกิดจากการเลือกสรรแล้ว

2.3 การเกิดค่านิยม การเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เป็นที่ยอมรับกันในสังคม การยอมรับนับถือในคุณค่านั้น ๆ หรือปฏิบัติตามในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง จนกลายเป็นความเชื่อ แล้วจึงเกิดทัศนคติที่ดีในสิ่งนั้น

2.4 การจัดระบบ การสร้างแนวคิด จัดระบบของค่านิยมที่เกิดขึ้นโดยอาศัยความสัมพันธ์ถ้าเข้ากันได้ก็จะยึดถือต่อไปแต่ถ้าขัดกันอาจไม่ยอมรับอาจจะยอมรับค่านิยมใหม่โดยยกเลิกค่านิยมเก่า

2.5 บุคลิกภาพ การนำค่านิยมที่ยึดถือมาแสดงพฤติกรรมที่เป็นนิสัยประจำตัว ให้ประพฤติปฏิบัติแต่สิ่งที่ถูกต้องดีงามพฤติกรรมด้านนี้ จะเกี่ยวกับความรู้สึกและจิตใจ ซึ่งจะเริ่มจากการได้รับรู้จากสิ่งแวดล้อม แล้วจึงเกิดปฏิกิริยาโต้ตอบ ขยายกลายเป็นความรู้สึกด้านต่าง ๆจนกลายเป็นค่านิยม

และยังพัฒนาต่อไปเป็นความคิด อุดมคติ ซึ่งจะเป็นควบคุมทิศทางพฤติกรรมของคนคนจะรู้ดีรู้ชั่วอย่างไรนั้น ก็เป็นผลของพฤติกรรมด้านนี้

3. ทักษะพิสัย (Psychomotor Domain) (พฤติกรรมด้านกล้ามเนื้อประสาท) พฤติกรรมที่บ่งถึงความสามารถในการปฏิบัติงานได้อย่างคล่องแคล่วชำนิชำนาญ ซึ่งแสดงออกมาได้โดยตรงโดยมีเวลาและคุณภาพของงานเป็นตัวชี้ระดับของทักษะ

พฤติกรรมด้านทักษะพิสัย ประกอบด้วย พฤติกรรมย่อย ๆ 5 ขั้น ดังนี้

3.1 การรับรู้ เป็นการให้ผู้เรียนได้รับรู้หลักการปฏิบัติที่ถูกต้อง หรือ เป็นการเลือกหาตัวแบบที่สนใจ

3.2 กระทำตามแบบ หรือ เครื่องชี้แนะ เป็นพฤติกรรมที่ผู้เรียนพยายามฝึกตามแบบที่ตนสนใจและพยายามทำซ้ำ เพื่อที่จะให้เกิดทักษะตามแบบที่ตนสนใจให้ได้ หรือ สามารถปฏิบัติงานได้ตามข้อแนะนำ

3.3 การหาความถูกต้อง พฤติกรรมสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องอาศัยเครื่องชี้แนะเมื่อได้กระทำซ้ำแล้ว ก็พยายามหาความถูกต้องในการปฏิบัติ

3.4 การกระทำอย่างต่อเนื่องหลังจากตัดสินใจเลือกรูปแบบที่เป็นของตัวเองจะกระทำตามรูปแบบนั้นอย่างต่อเนื่อง จนปฏิบัติงานที่ยุ่งยากซับซ้อนได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง คล่องแคล่ว การที่ผู้เรียนเกิดทักษะได้ ต้องอาศัยการฝึกฝนและกระทำอย่างสม่ำเสมอ

3.5 การกระทำได้อย่างเป็นธรรมชาติ พฤติกรรมที่ได้จากการฝึกอย่างต่อเนื่อง จนสามารถปฏิบัติได้คล่องแคล่วโดยอัตโนมัติ เป็นไปอย่างธรรมชาติ ซึ่งถือเป็นความสามารถของการปฏิบัติในระดับสูง

3. ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection motivation theory)

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคมีขึ้นครั้งแรก ในปี พ . ศ . 2518 โดยโรเจอร์ (Roger R.W. 1975) และได้รับการปรับปรุงแก้ไขนำมาใช้ใหม่ในอีกครั้งในปี พ . ศ . 2526 (Dunn and Rogers 1986) โดยทฤษฎีนี้เกิดขึ้นจากความพยายามที่จะทำความเข้าใจในกฎเกณฑ์ของการกระตุ้นให้เกิดความกลัว โดยเน้นเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสารที่เป็นความรู้ หรือประสบการณ์ทางสุขภาพ และ การให้ความสำคัญกับสิ่งที่มาคุกคาม และขบวนการของบุคคลเพื่อใช้ขบคิดแก้ปัญหาในสิ่งที่กำลังคุกคาม

อยู่นั้น การให้ความสำคัญแก่สิ่งที่กำลังคุกคาม จะหมายรวมถึงการประเมินปัจจัยต่างๆ ที่เป็นผลให้ความน่าจะเป็นของการเพิ่มหรือลดลงของการตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งที่มาคุกคามทางสุขภาพ

ปัจจัยที่อาจส่งผลเพิ่มหรือลดของการตอบสนองอาจเป็นได้ทั้งปัจจัยภายในหรือภายนอกร่างกายบุคคล เช่น

3.1 ความรุนแรงของโรค หรือสิ่งที่กำลังคุกคาม (noxiousness

3.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือสิ่งที่กำลังคุกคาม (perceived probability)

3.3 ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (response efficacy)

และจากองค์ประกอบหรือตัวแปรทีทำให้เกิดความกลัว จะทำให้เกิดสื่อกลางของกระบวนการรับรู้ในด้าน คือ

1. ทำให้เกิดการรับรู้ในความรุนแรง จนสามารถประเมินความรุนแรงได้

2. ทำให้เกิดการรับรู้ในการทนสถานการณ์ และเกิดความคาดหวังในการทนรับสถานกา

3. ทำให้เกิดการรับรู้ในความสามารถในการตอบสนองการทนรับสถานการณ์

ทั้งหมดนี้ ทำให้เกิดแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และความตั้งใจที่จะตอบสนองในที่สุด ต่อมาในปี พ . ศ . 2526 ได้มีการเพิ่มตัวองค์ประกอบตัวที่ 4 คือ ความหวังในประสิทธิผลตน สาระของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ความรุนแรงของโรคหรือสิ่งที่กำลังคุกคาม การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคจะเกิดขึ้นได้เมื่อใช้สื่อกระตุ้นให้เกิดความกลัวมากกว่าการใช้สื่อกระตุ้นตามปกติ แต่การกระตุ้นให้กลัวจะต้องอยู่ในระดับที่เหมาะสมไม่ควรสูงมากเกินไป มิฉะนั้นจะปิดกั้นการรับรู้ของบุคคลนั้น การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือสิ่งที่กำลังคุกคาม จะขึ้นกับการตัดสินใจของแต่ละบุคคลว่าการไม่ปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายเฉพาะโรค จะทำให้เกิดความเสี่ยงต่อโรค ส่วนการจะตัดสินใจได้นั้น ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบอื่น ๆ ด้วย เช่น ความรุนแรงของโรค เป็นต้น ความคาดหวังในประสิทธิผลการตอบสนอง เป็นการเสนอข้อมูลข่าวสารเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรค ถ้าบุคคลได้รับทราบถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากปฏิบัติ ตามคำแนะนำว่าจะลดความรุนแรงของการเกิดโรคได้ และเชื่อว่าถ้าให้การสอนโดยเฉพาะเจาะจงเพื่อให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำ จะช่วยส่งเสริมความตั้งใจในการจะเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างจริงจัง ความคาดหวังในประสิทธิผลตนเอง องค์ประกอบนี้เป็นองค์ประกอบหนึ่งในทฤษฎีประสิทธิผลของตนเอง (Self efficacy; Bandura 1986) ซึ่งเชื่อว่ากระบวนการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยานั้น ขึ้นอยู่กับความคาดหวังในประสิทธิผลตนเอง ประสิทธิผลของตนเองทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับสูงสุดและเป็นพื้นฐานที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติตามโดยแท้จริง แม้บุคคลจะมีความเชื่อสูงกว่าการปฏิบัติตามความแนะนำจะทำให้เกิดอันตรายน้อยลง แต่ถ้าขาดความมั่นใจในประสิทธิผลของตนเองในการปฏิบัติ ก็จะไม่สามารถจูงใจให้เขากระทำได้ ดังนั้นการเผยแพร่ข่าวสาร ข้อมูลจึงไม่ใช่เพียงขึ้นอยู่กับความชัดเจนของสื่อที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติตามเท่านั้น แต่ต้องให้บุคคลเกิดความคาดหวังว่าจะสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองได้ด้วย

องค์ประกอบตัวนี้จะทำให้ผลกระตุ้นทางด้านบวกกับบุคคล ซึ่งแตกต่างจากองค์ประกอบที่กล่าวมาแล้วข้างต้น 3 ตัวที่เป็นองค์ประกอบที่กระตุ้นในทางลบในลักษณะคุกคามสุขภาพ การให้ความสำคัญแก่โรค หรือสิ่งที่กำลังคุกคาม จะเริ่มจากการประมวลผลลัพธ์ของโรคหรือสิ่งที่กำลังคุกคาม อาจส่งผลเพิ่มหรือลดการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคล ตัวอย่างเช่น การหยุดสูบบุหรี่ ผู้สูบบุหรี่จะหยุดสูบบุหรี่หรือไม่ขึ้นอยู่กับการได้ประเมินว่า สิ่งคุกคามเนื่องจากการสูบบุหรี่ ได้แก่ การไอระคายเคืองลำคอ ถ้าปล่อยไว้ความรุนแรงจะมาก และมีอาการอื่นๆ รวมถึงมะเร็งในปอดบุคคลต้องรับรู้ว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการดังกล่าว และจะมีอาการรุนแรงขึ้นถ้าหากไม่หยุดสูบบุหรี่ การขบคิดแก้ไขปัญหาของบุคคล ขบวนการแก้ไขปัญหาเป็นปัจจัยกำหนดว่าจำเป็นหรือไม่ที่บุคคลนั้นต้องปรับท่าทีการตอบสนอง สิ่งนี้เป็นเรื่องของการรับรู้ผลที่จะได้รับจากการตอบสนอง เพื่อที่จะขจัดสิ่งที่มาคุกตนเองอยู่ในขณะนี้ รวมถึงความสามารถของตนเองที่จะสามารถอดทนได้ หรือไม่ต่ออาการกระวนกระวายอันเกิดจากความต้องการสูบบุหรี่ เขาจะต้องใช้ความอดทนเพียงใดต่อขบวนการปรับตัวเพื่อได้ผ่านพ้นภาวะวิกฤติของความต้องการสูบบุหรี่ สิ่งเหล่าจะถูกนำเปรียบเทียบกับผลที่ได้รับ ทฤษฎีนี้จึงให้ความสำคัญแก่ขบวนการขบคิดแก้ปัญหาของบุคคลแต่ละละคนซึ่งเชื่อว่าตนเองสามารถทำสำเร็จได้หรือไม่ บุคคลที่มีความรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถทำได้ หรือขาดความรู้สึกมั่นใจว่าตนเองจะทำสำเร็จมักเกิดจากการรับรู้ว่ามีอุปสรรคต่างๆ ต่อขบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง ดังนั้นจุดเด่นขอทฤษฎีนี้ คือ การสร้างแรงจูงใจที่จะให้บุคคลมีพฤติกรรมป้องกันเกิดขึ้นได้นั้น จะต้องเน้นในเรื่องค่านิยมของสิ่งที่เป็นเป้าหมายสุดท้ายที่พึงประสงค์ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพซึ่งเห็นได้ชัดเจนจากตัวอย่างการลดน้ำหนักโดยวิธีการออกกำลังกาย และควบคุมการบริโภคอาหาร ถ้าต้องการจูงใจให้ ควบคุมการบริโภคอาหาร ทฤษฎีจูงใจเพื่อให้เกิดพฤติกรรมป้องกันจะเป็นทฤษฎีที่เหมาะสมกับเรื่องนี้ เนื่องจากทฤษฎีนี้ได้เสนอการสร้างค่านิยมของบุคคลซึ่งต้องการลดน้ำหนัก เช่นค่านิยมของการมีรูปร่างบอบบางสวยงาม ดังนั้นจำเป็นต้องสร้างมาตรวัดค่านิยมทางสุขภาพ ซึ่งสามารถประเมินผลเชิงปริมาณได้จะเป็นส่วนทำให้ทฤษฎีนี้สามารถอธิบายพฤติกรรมที่เกิดขึ้นได้ดี

ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบในทฤษฎี

ความคาดหวังในประสิทธิผลตนเอง และความหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง มีความสัมพันธ์ระหว่างกันมาก โดยทั่ว ๆ ไป การยอมรับและการมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามความคำแนะนำเป็นไปได้สูง เมื่อบุคคลมองเห็นว่ามีประโยชน์และสามารถปฏิบัติตามได้ ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบมีดังนี้คือ ถ้าความสามารถที่จะปฏิบัติตามมีสูงและผลดีของการปฏิบัติตามสูงด้วย จะเพิ่มความตั้งใจในการปฏิบัติตามคำแนะนำยิ่งสูงขึ้น แต่ในกรณีความสามารถในการปฏิบัติตามสูง แต่ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำน้อย การตั้งใจที่จะปฏิบัติตามก็จะน้อยลงไปด้วย โรเจอร์นำ 4 องค์ประกอบข้างต้นมาสรุปรวมเป็นกระบวนการรับรู้ 2 แบบ คือ - การประเมินความน่ากลัวต่อสุขภาพ (threat

appraisal) ประกอบด้วยตัวองค์ประกอบการรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค - การประเมินการทนรับสถานการณ์ (coping appraisal) ประกอบด้วยองค์ประกอบความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และความคาดหวังในประสิทธิผลตนเอง กระบวนการรับรู้ทั้ง 2 ข้อนี้จะได้รับอิทธิพลจาก แหล่งข้อมูลข่าวสารดังนี้คือ สิ่งแวดล้อม การพูดชักชวน การเรียนรู้จากการสังเกต และลักษณะของบุคคล (บุคลิกและประสบการณ์) ทำให้เกิดความตั้งใจจะปฏิบัติ และนำไปสู่การปฏิบัติ การประเมินความน่ากลัวต่อสุขภาพเป็นการประเมินปัจจัยที่เพิ่มหรือลด ความน่าจะเป็นในการทำให้เกิดการตอบสนองที่ไม่เหมาะสม กิจกรรมของการตอบสนองที่ไม่เหมาะสมอาจเป็นพฤติกรรมดังนี้ เช่น เริ่มต้นสูบบุหรี่ การเริ่มกินลูกอม หรือพฤติกรรมที่พบในปัจจุบัน เช่น ไม่ใส่เข็มขัดนิรภัย เป็นต้น ตัวแปรที่เพิ่มโอกาสของการตอบสนองที่ไม่เหมาะสมได้แก่รางวัลจากภายใน (intrinsic rewards) เช่น ความสุขทางกาย และรางวัลจากภายนอก (extrinsic rewards) เช่น ยอมรับจากสังคม ปัจจัยที่ลดโอกาสที่จะเกิดการตอบสนองไม่เหมาะสมคือ การประเมินอันตราย การรับรู้อันตรายและการรับรู้ความน่ากลัวของอันตราย การกระตุ้นด้วยความกลัวมีอิทธิพลต่อการรับรู้ความน่ากลัว แต่มีอิทธิผลทางอ้อมต่อการแสดงพฤติกรรมที่เป็นจริง โดยสรุปการประเมินความน่ากลัวเป็นผลบวกทางคณิตศาสตร์ ของตัวแปรเหล่านี้ ซึ่งจะเพิ่มหรือลดโอกาสในการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ในการวิเคราะห์ความน่ากลัว บุคคลก็จะประเมินการทนต่อสถานการณ์ ซึ่งประกอบด้วยบางส่วนของประสิทธิผลหรือการตอบสนองทางป้องกัน ซึ่งจะกระตุ้นการรับรู้ถึงความน่ากลัว (การตอบสนองประสิทธิผล) บวกกับการวิเคราะห์ความสามารถเริ่มต้นและทำให้สมบูรณ์ได้ (ประสิทธิผลตนเอง) องค์ประกอบของประสิทธิผลตนเองนั้น เป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้การหลีกเลี่ยงสถานการณ์ ที่น่ากลัวเป็นไปได้

ลักษณะสำคัญของทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค คือ การแสดงอำนาจในการควบคุมตนเอง ซึ่งแตกต่างจากทฤษฎีกลุ่มความคาดหวัง และค่านิยมอื่น ๆ ซึ่งจะให้ผลเกี่ยวพันที่สำคัญคือทฤษฎีนี้จะให้ทางเลือกต่อพฤติกรรมสุขภาพตัวอย่างเช่น ในกรณีที่ตัวแปรต่าง ๆ ที่จัดการกับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมนั้น ไม่เพียงพอที่จะจูงใจให้เกิดการป้องกันโรคแล้ว จะต้องให้บุคคลมีความเชื่อในตัวเอง เพื่อให้กิจกรรมป้องกันดำเนินไปได้แต่ต้องระลึกไว้ว่า ในทางทฤษฎีความรู้สึกในประสิทธิผลตนเองจะแยกจากองค์ประกอบด้านอุปสรรค แต่ในเชิงปฏิบัติบุคคลที่มีความรู้สึกของประสิทธิผลของตนเองสูง จะช่วยให้ผ่านพ้นอุปสรรค (ความไม่สบาย ราคาแพง) ต่าง ๆ เหล่านี้ได้ ในขณะที่บุคคลที่มีความรู้สำในประสิทธิผลตนเองต่ำ ก็จะถูกอุปสรรคเหล่านี้ ครอบงำประสิทธิผลตนเองมีอิทธิพลไม่เพียงทำให้เกิดการเริ่มต้น การตอบสนองการทนรับสถานการณ์ แต่ยังเกี่ยวข้องกับพลังที่ใช้และความอดทนของบุคคลเมื่อต้องเผชิญหน้ากับอุปสรรค

การวัดผลประสิทธิผลการตอบสนอง และประสิทธิผลตนเองเป็นปัจจัยที่เพิ่มโอกาสที่จะทำให้เกิดการตอบสนองที่เหมาะสม ลดโอกาสเรื่องความรู้สึกว่าค่าใช้จ่ายของการตอบสนองสูง ขึ้น

ค่าใช้จ่ายการตอบสนอง (response cost) ได้แก่ ความไม่สะดวกสบาย ค่าใช้จ่าย การไม่มีความสุข ความยุ่งยาก ผลข้างเคียง สิ่งที่รบกวนชีวิตประจำวันเป็นต้น การประเมินการทนรับสถานการณ์นั้น เกิดจากผลบวกของประสิทธิผลการตอบสนองและประสิทธิผลในตนเอง ลบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจาก การตอบสนองที่เหมาะสม จากแผนภาพ 2 จะพบว่าผลรวมของการประเมินความน่ากลัว และการทน รับสถานการณ์ จะทำให้เกิดแรงจูงใจในการป้องกันจากลักษณะที่เป็นตัวแปร ที่เข้าแทรกแซงการ ปฏิบัติแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคจะริเริ่ม ประคับประคองและชี้นำให้เกิดพฤติกรรม การตอบสนองการ ทนรับสถานการณ์ที่เกิดจากแรงจูงใจเพื่อการป้องกันอาจเป็นการแสดงพฤติกรรม (เช่น เริ่มออกกำลัง กาย เริ่มแปรงฟันอย่างสะอาด) หรือเป็นการหยุดการกระทำ (เช่น หยุดการสูบบุหรี่ หยุดการกินของ หวาน เป็นต้น) ในฐานะที่เป็นตัวแปรที่เข้าแทรกแซงการปฏิบัติแรงจูงใจ เพื่อการป้องกันโรค อาจจะ วัดได้หลาย ๆ วิธีแต่จากสมมุติฐานในทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค เชื่อว่าแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค จะวัดได้โดยใช้ความตั้งใจที่จะปฏิบัติ (intension behavior) จากการที่ทฤษฎีแรงจูงใจ เพื่อการป้องกัน นั้นพัฒนามาจากทฤษฎีและงานวิจัยด้านการติดต่อสื่อสาร ที่กระตุ้นให้เกิดความกลัวซึ่งทำให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงทัศนคติ และวิธีวัดพฤติกรรมนั้น ใช้การเปลี่ยนแปลงทัศนคติเป็นตัววัด แต่ในแนวคิด ทฤษฎีนี้ ใช้ความตั้งใจทางพฤติกรรมเป็นตัววัด มีข้อสังเกตว่าความตั้งใจนั้น อาจขึ้นกับเงื่อนไขของ กิจกรรมครั้งเดียว การทำซ้ำ หรือหลาย ๆ ครั้ง ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค เชื่อว่าแรงจูงใจใน การป้องกันโรคเชื่อว่า แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคจะสูงสุดเมื่อ - บุคคลเห็นว่าความน่ากลัวที่เกิดขึ้นกับ สุขภาพนั้นรุนแรง - บุคคลรู้สึกถึงอันตรายนั้น - การตอบสนองที่เหมาะสมนั้น เป็นวิธีที่เหมาะสมใน การเปลี่ยนแปลงความน่ากลัวนั้นให้ดีขึ้นได้ - บุคคลมีความเชื่อมั่นว่าเขามีความสามารถพอที่จะ ตอบสนองให้เหมาะสมได้ - ผลดีที่ได้จากการการทำพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมนั้นมีเล็กน้อยมาก - ราคาค่าใช้จ่ายเพื่อการตอบสนองที่เหมาะสมนั้นมีเพียงเล็กน้อย

ปัจจัยเหล่านี้จะทำให้เกิดแรงใจเพื่อป้องกันโรคและจะได้ผลตาม คือ ทำให้เกิดการตอบสนอง ที่เหมาะสมหรือการตอบสนองที่ทนต่อสถานการณ์ ในทฤษฎีแรงจูงใจนี้ ได้ทำให้เกิดสมมุติฐาน เพิ่มขึ้นภายในกระบวนการประเมินคือ เมื่อรวมองค์ประกอบที่เกิดขึ้นระหว่างการประเมินความน่า กลัวและการทนรับสถานการณ์ก็จะเกิดปฏิสัมพันธ์ต่อกันขึ้น ซึ่งสมมุติฐานนี้คาดเดาว่า ถ้าประสิทธิผล ของการตอบสนองและ / หรือประสิทธิผลในตนเองสูงแล้ว การเพิ่มความรุนแรง และ / หรืออันตราย จะมีผลทางบวกที่สำคัญต่อความตั้งใจ ในอีกด้านหนึ่งถ้าประสิทธิผลการตอบสนองและ / หรือ ประสิทธิผลในตนเองนั้นต่ำ การเพิ่มความรุนแรงและ / หรือ ความเป็นอันตรายจะไม่มีทั้งผล หรือผล จากการสะท้อนกลับ (boomerang effect) (ผลจากการสะท้อนกลับ ได้แก่ คนสูบบุหรี่อยู่ แล้วตั้งใจจะ เพิ่มการสูบบุหรี่ หรือคนดื่มเหล้าอยู่แล้วตั้งใจจะเพิ่มการดื่มเหล้า เป็นต้น) แต่จะลดความตั้งใจที่จะ ยินยอมทำตามการแนะนำทางสุขภาพ ดังนั้น ทฤษฎีนี้จะคาดเดาผลลัพธ์ที่ทำลายกระบวนการตัดสินใจ โดยใช้เหตุผล (rational decision making process) อย่างสมบูรณ์ มีเงื่อนไขอยู่ 2 เงื่อนไขที่บุคคลจะ

รู้สึกไม่สามารถจะปกป้องตนเองเมื่อ - การตอบสนองการทนรับสถานการณ์ที่มีอยู่นั้นไม่มีผล (ประสิทธิผลการตอบสนองต่ำ) - ถ้าบุคคลเชื่อว่าเขาไม่สามารถสร้างการตอบสนอง การทนรับสถานการณ์ที่เหมาะสมได้ มีงานวิจัยที่ยืนยันปฏิสัมพันธ์ที่คาดเดาได้ ระหว่างอันตรายและประสิทธิผลของการตอบสนอง ถ้าการตอบสนองการทนต่อสถานการณ์ที่แนะนำให้นั้นมีผลต่อการตอบสนองทางป้องกันสูง จะทำให้เพิ่มความเชื้อในอันตราย ซึ่งทำให้เพิ่มความตั้งใจที่จะปฏิบัติตาม แต่ถ้าเชื้อว่าการตอบสนองนั้น ไม่มีประสิทธิภาพจะเพิ่มความรู้สึกว่าการมีอันตรายนั้นลดลง ทำให้ลดความตั้งใจที่จะยอมรับการตอบสนอง ทำให้เกิดผลจากการสะท้อนกลับ

4. **งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง**

Latiffah A Latiff และคณะ (2012) ศึกษาเรื่อง สถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัส Influenza A (H1N1) และการป้องกันการแพร่ระบาด โดยประเมินความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตน (KAP) ของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในคลินิกสุขภาพปฐมภูมิ ในเมืองกัวลาลัมเปอร์ ประเทศมาเลเซีย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.8 มีเชื้อชาติมาเลเซีย ร้อยละ 43.2 (รองลงมาเป็นเชื้อชาติจีนและอินเดีย) ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 49 โดยพบว่าร้อยละ 50 ของกลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนความรู้ดี, ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 76.4 มีระดับทัศนคติดี และร้อยละ 55.3 ของกลุ่มตัวอย่าง มีระดับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้ออยู่ในระดับดี ระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีความสัมพันธ์กับ อายุ เพศ อาชีพ แต่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ ระหว่างความรู้ และ เชื้อชาติ ($p < 0.001$) กับระดับการศึกษา ($p < 0.001$) และพบความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญระหว่าง ระดับทัศนคติ กับระดับการศึกษา ($p = 0.001$) และ เพศ ($p = 0.03$) คือ ผู้ชายมีทัศนคติเชิงบวกมากกว่าผู้หญิง ในขณะที่ ผู้หญิงมีทัศนคติเชิงลบมากกว่าผู้ชาย ส่วนระดับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อ มีความสัมพันธ์กับ เชื้อชาติ ($p < 0.001$) และ ระดับการศึกษา ($p < 0.001$) นอกจากนี้ ยังพบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่าง ความรู้และทัศนคติ ($p < 0.001$), ความรู้และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ($p < 0.001$) รวมถึง ทัศนคติและการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ($p < 0.001$)

Omer Evirgen และคณะ (2014) ศึกษาเรื่อง การประเมินความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมของลูกจ้างในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ประเทศตุรกี ในช่วงที่มีการระบาดของเชื้อไข้หวัดใหญ่ H1N1 ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีอายุตั้งแต่ 19-48 ปี มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 31.95 ปี ผลคะแนนเฉลี่ยรายบุคคลสำหรับเรื่องความรู้ในเรื่องการแพร่กระจายของเชื้อไวรัส H1N1 คือ 8.4 ±2.5 (จากคะแนนเต็ม 20

คะแนน) ความรู้ในเรื่องการป้องกันการติดเชื้อไวรัส H1N1 คือ 27.6 ±4.0 (จากคะแนนเต็ม 60 คะแนน) คะแนนทัศนคติที่เหมาะสม คือ 25.8 ±4.2 (จากคะแนนเต็ม 45 คะแนน) คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ถูกต้อง คือ 33.6 ±8.9 (จากคะแนนเต็ม 60 คะแนน) และพบว่ามีความสัมพันธ์เชิงลบระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการป้องกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$, $r = -0.514$) สำหรับ เพศ สถานะสมรส การตั้งครรภ์ (หรือมีภรรยาตั้งครรภ์) การมีโรคประจำตัว และการมีสมาชิกในครอบครัวเป็นคนชราหรือเด็กวัยเรียนอยู่ที่บ้าน ไม่ได้มีผลต่อคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรค มีเฉพาะกลุ่มที่มีเด็กทารกในบ้าน ที่มีคะแนนเฉลี่ยในด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคแตกต่างจากกลุ่มที่ไม่มีเด็กทารกในบ้านอย่างมีนัยสำคัญ

กชมัง สมมัง (2557) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ของผู้รับบริการงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี โดยเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามในเรื่อง ข้อมูลทั่วไป ความรู้ ทัศนคติ ค่านิยมต่อการป้องกันไข้หวัดใหญ่ การรับรู้สถานะสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.3 มีอายุเฉลี่ย 38 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 58.30 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 32.80 ทำอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 29.00 กลุ่มตัวอย่าง เคยได้รับความรู้เรื่องการป้องกันไข้หวัดใหญ่ร้อยละ 93.50 โดยแหล่งที่ได้รับความรู้มากที่สุดคือ จากโทรทัศน์ ร้อยละ 71.00 โดยกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 36.50 มีทัศนคติต่อการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.70 มีค่านิยมต่อการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.70 มีการรับรู้สถานะทางสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.30 และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.80

สำหรับด้านความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ พบว่า ปัจจัยนำ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ได้แก่ อายุ การรับรู้สถานะสุขภาพ ทัศนคติและค่านิยมต่อการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ อยู่ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.168, 0.158, 0.140 และ 0.126 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันไข้หวัดใหญ่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และสถานะทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่อยู่ในระดับต่ำ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.151 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

Shuangsheng Wu และคณะ (2016) ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมสุขอนามัยที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการป่วยคล้ายไข้หวัดใหญ่ เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจในประชากรวัยผู้ใหญ่ มณฑลเป่ย์จิง ประเทศจีน เก็บข้อมูลเรื่อง ข้อมูลทั่วไป ประวัติการป่วยคล้ายไข้หวัดใหญ่ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา (อาการไข้ที่มีอุณหภูมิสูง 38 องศาเซลเซียสขึ้นไป ร่วมกับอาการไอหรือเจ็บคอ) ความรู้ในเรื่องไข้หวัดใหญ่ ความสามารถทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขอนามัย ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.7 มีช่วงอายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นผู้อาศัยอยู่ในเขตเมืองและชานเมือง โดยมีผู้ให้ประวัติมีอาการป่วยคล้ายไข้หวัดใหญ่ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 46.7 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และ เป็นผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ (ระดับประถมศึกษา)ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มผู้อาศัยในเขตเมือง และชานเมือง ไม่พบความแตกต่างในแต่ละช่วงอายุ และอาชีพ

โดยพบว่าพฤติกรรมสุขอนามัยที่เป็นปัจจัยสำคัญ ในการช่วยลดอาการป่วยคล้ายไข้หวัดใหญ่อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (OR 0.80; 95% CI 0.74–0.87) การล้างมืออย่างถูกวิธีด้วยสบู่และเจลล้างมือ (OR 0.87; 95% CI 0.80–0.94) การสวมใส่หน้ากากอนามัยเมื่อไปโรงพยาบาล (OR 0.87; 95% CI 0.80–0.95) และไม่ใช้ผ้าขนหนูหรือผ้าเช็ดหน้าร่วมกับผู้อื่น (OR 0.68; 95% CI 0.63–0.73) แต่การได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ กลับเพิ่มโอกาสการเกิดอาการป่วยคล้ายไข้หวัดใหญ่อย่างมีนัยสำคัญ (OR 1.24; 95% CI 1.13–1.36)

Shuangsheng Wu และคณะ (2016) ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมสุขอนามัยที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการป่วยคล้ายไข้หวัดใหญ่(หมายถึงผู้ป่วยโรคเบาหวาน หัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ไต หอบหืด เป็นต้น) กับผู้ป่วยโรคอื่นๆที่มารับบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล จังหวัดนครสวรรค์ และเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ป่วยโรคอื่นๆ มีลักษณะทั่วไปใกล้เคียงกัน กล่าวคือ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 62.8 ปี (อายุต่ำสุด 35 ปี อายุสูงสุด 88 ปี) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือจนถึงระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 84.5) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 31.6 ส่วนใหญ่ไม่เคยป่วยเป็นโรคไข้หวัดใหญ่ (ร้อยละ 92.5) และเคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่มาก่อน ร้อยละ 78.5 ผลการศึกษาพบว่าระดับคะแนนความรู้เรื่องโรคไข้หวัดใหญ่อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 80 ขึ้น

ไป) ส่วนระดับคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่อยู่ในระดับปรับปรุง และ ดีใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 54.40 และ 45.60)

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันไข้หวัดใหญ่ ระหว่างผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังกับผู้ป่วยโรคอื่นๆ พบว่าสถานะทางสุขภาพ อายุ การเคยป่วยเป็นไข้หวัดใหญ่ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, 0.01 และ 0.001 ตามลำดับ กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังจะมีระดับคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่น้อยกว่าผู้ป่วยโรคอื่นๆ 2.8 คะแนน และผู้ที่เคยป่วยเป็นโรคไข้หวัดใหญ่จะมีระดับคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่น้อยกว่าผู้ที่ไม่เคยป่วยเป็นโรคไข้หวัดใหญ่ 13.8 คะแนน

Mohammed K. Al-Hanawi และคณะ (2020) ทำการศึกษาเรื่อง ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ของประชาชนในประเทศซาอุดิอาระเบีย กลุ่มตัวอย่าง มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 18-29 ปี (ร้อยละ 29.99 จัดให้เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ) เป็นผู้จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีร้อยละ 56.20 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา เท่ากับ 17.96 (SD = 2.24 จากคะแนนช่วง 3-22) อยู่ในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา เท่ากับ 28.23 (SD = 2.76 จากคะแนนช่วง 6-30) อยู่ในระดับทัศนคติเชิงบวก มีคะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา เท่ากับ 4.34 (SD = 0.87 จากคะแนนช่วง 0-5) อยู่ในระดับดี

คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสูงขึ้นตามรายได้ แต่คะแนนด้านทัศนคติไม่สัมพันธ์กับรายได้ เพศชาย มีระดับความรู้ต่ำกว่าเพศหญิง (β -0.018, $p < 0.001$) และมีระดับทัศนคติเชิงบวกน้อยกว่าเพศหญิง (β -0.018, $p < 0.001$) แต่ยังมีการปฏิบัติตนอยู่ในระดับดี แต่ยังต่ำกว่าเพศหญิง (β -0.064, $p < 0.001$) อายุที่เพิ่ม มีระดับความรู้สูงกว่า กลุ่มเปรียบเทียบที่มีอายุในช่วง 18-29 ปี และการปฏิบัติตนอยู่ในระดับดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบด้วย

Zhonggen Sun และคณะ (2020) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) และพฤติกรรมตอบสนองต่อสถานการณ์การระบาดของโรค โดยศึกษาในประชากรคนชรา สัญชาติจีน มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตหลังจากติดเชื้อ (ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 60-70 ปี) โดยผลการศึกษาพบว่า เพศ ($t = 2.365$, $p < 0.05$), อายุ ($t = -1.965$, $p < 0.05$) และความสามารถในการดูแลตนเองของคนชรา ($t =$

8.450, p < 0.001) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับระดับความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ซึ่งเพศหญิง ที่มีอายุน้อยกว่า หรือ มีระดับความสามารถในการดูแลตนเองสูง จะมีระดับความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา สูงไปด้วย

เพศหญิง (OR:2.015, p < 0.001), สถานที่พักอาศัยอยู่ในเมือง (OR:1.776, p < 0.005), และการมีระดับความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาในระดับสูง (OR:1.983, p < 0.005), มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญ จากการประเมินการได้รับข้อมูลข่าวสารของคนชรา พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารจากรัฐบาล มีแนวโน้มว่าจะมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อได้ดีกว่า (OR:2.776, p < 0.001)

Pornpat Poonaklom และคณะ (2020) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ในกลุ่มประชาชนชาวกาฬสินธุ์ ประเทศไทย โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.3 อยู่ในช่วงอายุ 15-70 ปี มีอายุเฉลี่ย 37.9 ปี ประกอบอาชีพเป็นข้าราชการมากที่สุด ร้อยละ 33.5 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน อยู่ในช่วง 5,000-25,000 บาท ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 82.7 ไม่ดื่มเหล้า ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 84.9 และ 89.9 ตามลำดับ สมาชิกในครอบครัว อยู่เป็นครอบครัวใหญ่ ประกอบด้วย เด็กเล็ก อายุน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 52.7 และคนชราอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 59.5

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้สื่อข่าวสาร การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา อยู่ในระดับดี

ทัศนคติต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา และ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา อยู่ในระดับดี ในขณะที่ คะแนนความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา อยู่ในระดับปานกลาง

รายได้ (β 0.10, p < 0.003) การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (β 0.20, p < 0.001) การรับสื่อข่าวสาร (β 0.41, p < 0.001) และ ทัศนคติต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (β 0.24, p < 0.001) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ ในขณะที่ ความรู้ อายุ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการติดเชื้อ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ

การรับสื่อข่าวสาร ชนิดของช่องทางสื่อสารที่ใช้กันมากที่สุด ได้แก่ โทรศัพท์มือถือหรือแท็บเลต ร้อยละ 98.7 รองลงมาคือสื่อโทรทัศน์ ร้อยละ 96.8 โดยแหล่งข้อมูลมาจาก สมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 98.8 เพื่อนร่วมงาน ร้อยละ 98.4 และบุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 97.7

สัญญา สุปัญญาบุตร (2554) วิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) ของประชาชน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้ข้อมูลแบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 45.57 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 66.66 กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ เกี่ยวกับสถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A ในระดับสูง ร้อยละ 81.40 มีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 90.20 มีทัศนคติระดับปานกลาง ร้อยละ 88.20 และมีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A อยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 53.40

ด้านปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตน คือ การได้รับข้อมูลข่าวสาร การรับรู้ ความรู้ และทัศนคติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ส่วนปัจจัยด้าน เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา และประวัติการเจ็บป่วยโรคไข้หวัด ไม่มีผลต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A

Knowledge, Attitude and Practice Toward COVID-19 Among the Public in the Kingdom of Saudi Arabia: A Cross-Sectional Study Mohammed K Al-Hanawi 1, Khadijah Angawi 1, Noor Alshareef 1, Ameerah M N Qattan 1, Hoda Z Helmy 1, Yasmin Abudawood 1, Mohammed Alqurashi 1, Waleed M Kattan 1, Nasser Akeil Kadasah 2, Gowokani Chijere Chirwa 3 4, Omar Alsharqi 1

Affiliations expand PMID: 32574300 PMCID: PMC7266869 DOI: 10.3389/fpubh.2020.00217Free PMC article Abstract

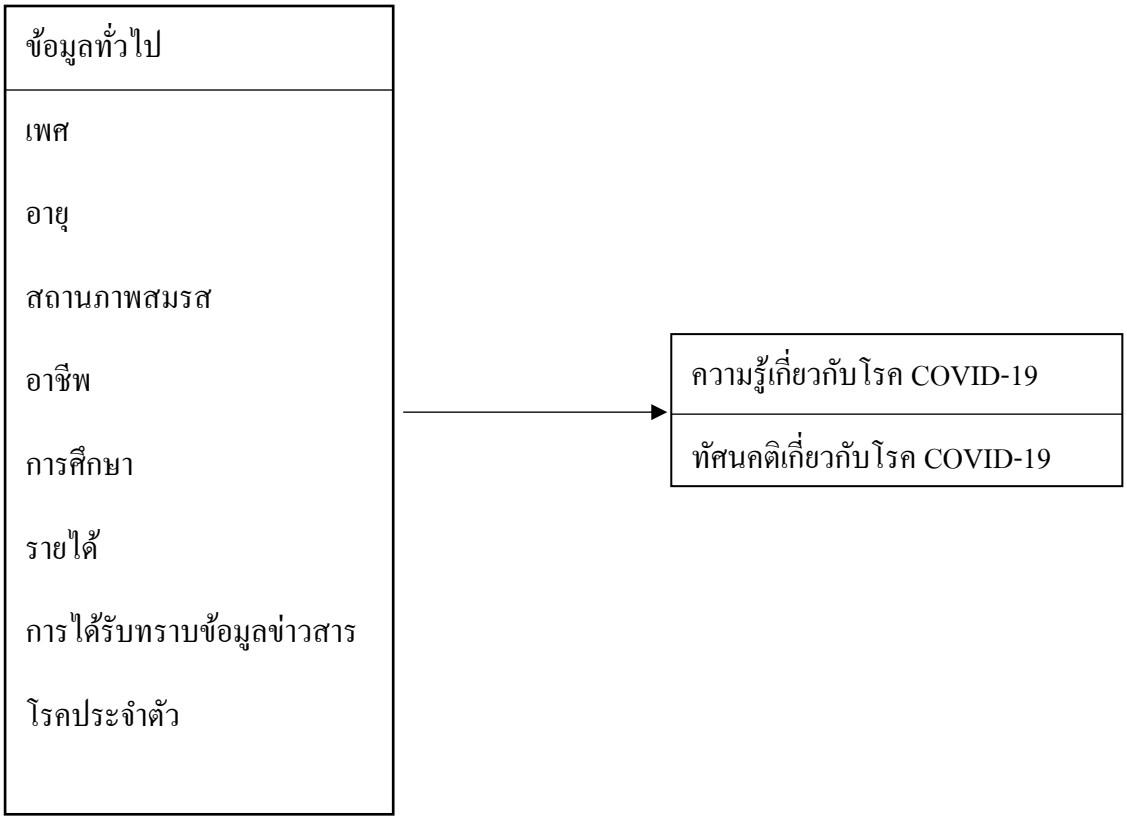
Background: Saudi Arabia has taken unprecedented and stringent preventive and precautionary measures against COVID-19 to control its spread, safeguard citizens and ensure their well-being. Public adherence to preventive measures is influenced by their knowledge and attitude toward COVID-19. This study investigated the knowledge, attitudes, and practices of the Saudi public, toward COVID-19, during the pandemic. Methods: This is a cross-sectional study, using data collected via an online self-reported questionnaire, from 3,388 participants. To assess the differences in mean scores, and identify factors associated with knowledge, attitudes, and practices

toward COVID-19, the data were run through univariate and multivariable regression analyses, respectively. Results: The majority of the study participants were knowledgeable about COVID-19. The mean COVID-19 knowledge score was 17.96 (SD = 2.24, range: 3-22), indicating a high level of knowledge. The mean score for attitude was 28.23 (SD = 2.76, range: 6-30), indicating optimistic attitudes. The mean score for practices was 4.34 (SD = 0.87, range: 0-5), indicating good practices. However, the results showed that men have less knowledge, less optimistic attitudes, and less good practice toward COVID-19, than women. We also found that older adults are likely to have better knowledge and practices, than younger people. Conclusions: Our finding suggests that targeted health education interventions should be directed to this particular vulnerable population, who may be at increased risk of contracting COVID-19. For example, COVID-19 knowledge may increase significantly if health education programs are specifically targeted at men.

Yuan J, Zhang L, Xu W, Shen J, Zhang P, Ma H. 2552 ก.ค.;137(7):988-93. ดอย: 10.1017/S0950268809002726. Epub 2009 11 พฤษภาคม PMID: 19426571 ดอย: ศึกษารายงานการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของชาวเมืองจีนเพื่อตอบสนองต่อการระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่ กลยุทธ์ในการลดผลกระทบของไข้หวัดใหญ่ระบาดใหญ่ ได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนทั่วไปเกี่ยวกับการดูแลทางการแพทย์ สุขอนามัยส่วนบุคคลและการป้องกันและการเว้นระยะห่างทางสังคม เราทำการสำรวจทางโทรศัพท์ของชาวปักกิ่งเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่อาจเกิดขึ้นในประชาชนทั่วไปในกรณีที่เกิดการระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่ เราใช้แบบสำรวจทางโทรศัพท์ Mitofsky-Waksberg แบบสองขั้นตอนของชาวปักกิ่งที่มีอายุ 15 ปี กลุ่มตัวอย่างถูกถ่วงน้ำหนักเพื่อสะท้อนถึงสำมะโนปี 2000 เราถามผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมที่แสวงหาการรักษาพยาบาลสำหรับอาการป่วยคล้ายไข้หวัดใหญ่ (ILI) มาตรการป้องกัน (สุขอนามัยส่วนบุคคล การเว้นระยะห่างทางสังคม) และการปฏิบัติตามข้อกำหนดของหน่วยงานด้านสุขภาพ จากนั้นเราถามว่าพวกเขาจะทำอะไรในช่วงการระบาดใหญ่ตามสมมุติฐาน เราสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมปักกิ่ง 256 คนในการศึกษาของเรา (อัตราการตอบสนอง 56%) เปอร์เซ็นต์ของผู้เข้าร่วมที่ปรึกษาแพทย์สำหรับ ILI เพิ่มขึ้นจากปัจจุบัน 41% [ช่วงความเชื่อมั่น 95% (CI) 35-47] เป็น 74% (95% CI 68-79) ในช่วงที่มีการระบาดใหญ่ ผู้เข้าร่วม 55% (95% CI 48-62) จะเข้ารับการรักษาจากโรงพยาบาลเฉพาะทางในช่วงที่มีการระบาดใหญ่มากกว่าในปัจจุบัน ผู้เข้าร่วมมากกว่า 90% รายงานว่าได้ล้างมือหรือปิดบังอาการไอหรือจามแล้วในช่วงที่ไม่แพร่ระบาด เปอร์เซ็นต์นี้เปลี่ยนแปลง

เล็กน้อยภายใต้สถานการณ์การระบาดใหญ่ เมื่อเทียบกับแนวทางปฏิบัติ Social Distancing ในปัจจุบัน ผู้คนจำนวนมากขึ้นจะหลีกเลี่ยงสถานที่แออัด (77% เทียบกับ 92%, P<0.01), ใช้หน้ากากนอกบ้าน (10% vs. 58%, P<0.01) และหยุดพัก จากที่ทำงานหรือโรงเรียน (17% เทียบกับ 38%, P<0.01) ระหว่างการระบาดใหญ่ นอกจากนี้ 26% ของผู้เข้าร่วม (95% CI 21-32) จะสะสมอาหารหรือน้ำ และ 55% (95% CI 49-61) จะกักตุนยา การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบางอย่างที่รายงานโดยผู้เข้าร่วมปักกิ่งอาจช่วยบรรเทาความเสียหายที่เกิดจากการระบาดใหญ่ที่อาจเกิดขึ้นได้ อย่างไรก็ตาม การใช้การรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลที่ส่งต่อผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจะทำให้ระบบการรักษาพยาบาลตึงเครียดมากขึ้นในช่วงที่มีการระบาดใหญ่

5. **กรอบแนวคิดในการวิจัย**



บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เป็นการเก็บข้อมูล ณ ปัจจุบัน (cross sectional) เพื่อศึกษา ความรู้ ทัศนคติ เกี่ยวกับโรค COVID-19 ของผู้มารับบริการทางทันตกรรม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากร (N) ได้แก่ ผู้มารับบริการทางทันตกรรมระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2565 ถึง 10 สิงหาคม 2565

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง

ใช้สูตร Cohen (Cohen and Cohen,1983)

จำนวนตัวอย่าง = 10 x k (k คือ จำนวนตัวแปรอิสระหรือตัวแปรต้น)

= 10 x 8

= 80

การสุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.**เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล** ใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม 1 ชุดแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถาม ปลายปิด จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เรื่องเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019 มีลักษณะเป็นปรนัยเลือกตอบ มี 3 ตัวเลือก ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ จำนวน 10 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ใช่	ให้ 1 คะแนน
ไม่ใช่	ให้ 0 คะแนน
ไม่ทราบ	ให้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบวัดเจตคติเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ใช้มาตราวัดแบบลิเคิต (Likert Scale) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยแต่ละค่ามีความหมายดังนี้คือ

เห็นด้วย	3	คะแนน
ไม่แน่ใจ	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	1	คะแนน

การแบ่งระดับความรู้และทัศนคติใช้วิธีการจัดกลุ่มแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (1986:42) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คือ

คะแนน น้อยกว่าร้อยละ 60	ระดับต่ำ
คะแนน ร้อยละ 60-79	ระดับปานกลาง
คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80	ระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรง (Validity)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปปรึกษากับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 2 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องทางภาษา และความครอบคลุมของเนื้อหา(Content Validity) แล้วนำไปปรับปรุงคำถามตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ แล้วส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้ง จนเป็นที่ยอมรับถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาแล้วจึงนำไปใช้ในการวิจัย

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน แล้วนำแบบสอบถามทั้งหมดมาให้คะแนนและวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยคำนวณจากสูตรของครอนบาช (Cronbach’s Coefficient +Alpha) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ได้ผลการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น ดังนี้

ด้านความรู้	เท่ากับ 0.60
ด้านเจตคติ	เท่ากับ 0.65

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ให้กลุ่มผู้มารับบริการทางทันตกรรมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขี้ตุ่น จำนวน 80 คน ทำแบบสอบถามวัดความรู้และทัศนคติ
2. เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จในแต่ละรายแล้ว ผู้วิจัยจะตรวจสอบความครบถ้วน ความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบสอบถามอีกครั้ง

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ตอบเรียบร้อยแล้วมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล แล้วประมวลผล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ โดยแบ่งการวิเคราะห์ดังนี้

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาความรู้และเจตคติของผู้มารับบริการทางทันตกรรมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขี้ตุ่น ตำบลท่าจะหลุง อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา ได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้กระบวนการทางสถิติ แบ่งออกเป็น 3 ส่วนได้แก่

1. ข้อมูลทั่วไป
2 . ความรู้เกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019
3. เจตคติเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019

1.ข้อมูลทั่วไป

ผู้มารับบริการทางทันตกรรม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.7, มีอายุระหว่าง 50 – 69 ปี มากถึงร้อยละ 27.5, มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 57.5, ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 41.3, มีรายได้อยู่ระหว่าง 5000 – 10000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 52.5, ประชาชนทั่วไปที่ไม่มีโรคประจำตัวให้ความสนใจเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ75.0, ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019โดยได้รับข้อมูลจากการสื่อสารผ่านสื่อโทรทัศน์มากถึง ร้อยละ 85.0 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้มารับบริการทางทันตกรรมจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	29	36.3
หญิง	51	63.7
อายุ (ปี)		
1-19	13	16.3
20-29	12	15.0
30-49	17	21.3
50-69	22	27.5
≥70	16	20.0

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้มารับบริการทางทันตกรรมจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	13	16.3
คู่	63	78.8
หม้าย	2	2.5
หย่า/แยกกันอยู่	2	2.5
อาชีพ		
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	8	10.0
เกษตรกรรม	27	33.8
พนักงานของรัฐวิสาหกิจ	1	1.3
รับจ้าง	33	41.3
พนักงานบริษัทเอกชน	1	1.3
รับราชการ	10	12.5
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	28	35
มัธยมศึกษา	46	57.5
ปวช. / ปวส. / อนุปริญญา	2	2.5
ปริญญาตรี	4	5.0
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน/บาท		
< 5000	30	37.5
5000-10000	42	52.5
>10000	8	10.0
ประวัติโรคประจำตัว		
ไม่มี	60	75.0
มี* โปรดระบุ	20	25.0
-โรคเบาหวาน	6	7.5
-โรคความดันโลหิตสูง	9	11.3
-โรคหัวใจ	2	2.5
-โรคอื่นๆ โปรดระบุ	5	6.3

การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ได้รับ*		
สื่อโทรทัศน์	68	85.0
อินเทอร์เน็ต	48	60.0
คนใกล้ชิด	25	31.3
รายการวิทยุ	12	15.0
หนังสือพิมพ์	5	6.3
แหล่งอื่น โปรดระบุ.....	2	2.5

*** ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ**

2 . ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้มารับบริการทางทันตกรรม

ผู้มารับบริการทางทันตกรรม มีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ถูกต้อง 2 ลำดับแรก ได้แก่ เรื่อง อาการผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะมีอาการ ไข้ ไอ จามมี น้ำมูก เจ็บคอ ร้อยละ 96.3 และการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถติดต่อจากการสัมผัสพื้นผิวที่ปนเปื้อนแล้วมาสัมผัสที่จมูก ปาก และตา ร้อยละ 96.3

ผู้มารับบริการทางทันตกรรม มีความรู้น้อยที่สุด หรือตอบผิดมาก 2 ลำดับแรก ได้แก่ ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่จะไม่เสียชีวิต ร้อยละ 71.3 รองลงมาคือ ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีโรคประจำตัวอาศัยอยู่บ้านไม่มีโอกาสติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 67.5 ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ร้อยละของผู้มารับบริการทางทันตกรรมมีความรู้เกี่ยวกับติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ข้อที่	ความรู้	ตอบถูก	ตอบผิด
		ร้อยละ	ร้อยละ
1	ผู้ติดเชื้อ COVID-19 สาเหตุจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	91.3	8.7
2	ระยะที่เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แพร่กระจายได้ คือ 1-2 เมตร	82.5	17.5
3	ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะมีอาการ ไข้ ไอ จามมี น้ำมูก เจ็บคอ	96.3	3.7
4	เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถติดต่อจากการสัมผัสพื้นผิวที่ปนเปื้อนแล้วมาสัมผัสที่จมูก ปาก และตา	96.3	3.7

5	ในการให้บริการทางทันตกรรมที่มีการฟุ้งกระจาย จะสามารถแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้	87.5	12.5
6	ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่จะไม่เสียชีวิต	28.7	71.3
7	ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีโรคประจำตัวอาศัยอยู่บ้านไม่มีโอกาสติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	32.5	67.5
8	การสวมหน้ากากอนามัยอย่างถูกวิธีจะช่วยป้องการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้	88.8	11.2
9	การล้างมือบ่อย ๆ หรือล้างมือด้วยแอลกอฮอล์ จะไม่ช่วยป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	33.8	66.2
10	การบ้วนปากด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อก่อนทำฟันจะช่วยลดการแพร่กระจายของเชื้อได้	56.3	43.7

เมื่อพิจารณา ความรู้ของผู้มารับบริการทางทันตกรรมเกี่ยวกับติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องเกี่ยวกับติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลางและระดับสูง ร้อยละ 51.2 และร้อยละ 37.5 ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้มารับบริการทางทันตกรรมเกี่ยวกับติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำแนกตามระดับความรู้

ระดับความรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำ (0-5 คะแนน)	9	11.3
ปานกลาง (6-7 คะแนน)	41	51.2
สูง (8-10 คะแนน)	30	37.5
รวม	80	100.0

$\overline{X}$ = 6.94 , S.D. = 1.53, Min = 0 ,Max = 10.0

3. เจตคติเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้มารับบริการทางทันตกรรม

ผู้มารับบริการทางทันตกรรมมีเจตคติที่ถูกต้อง 2 ลำดับแรก คือ ท่านยินดีที่จะปฏิบัติตามมาตรการ การป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของรัฐบาล ร้อยละ 96.3 รองลงมา มี 2 ข้อ คือ เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ติดต่อได้ง่ายโดยผ่านช่องทางการไอ การสัมผัสน้ำมูก น้ำลาย จากการรับบริการทางทันตกรรมของผู้ป่วยติดเชื้อแล้ว ร้อยละ 88.8 ส่วนอีกข้อคือ เมื่อพบเห็นคนไอหรือจามอยู่ใกล้ๆ ท่านจะหันหน้าหนี และเดินออกห่างจากบริเวณนั้น ร้อยละ 88.8

ผู้มารับบริการทางทันตกรรมมีเจตคติเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019 ที่ไม่ถูกต้อง 2 ลำดับแรก คือ เรื่อง ท่านหลีกเลี่ยงการมารับบริการทางทันตกรรม / ตลาดนัด หรือที่สาธารณะ เป็นเวลานาน ร้อยละ 33.8 รองลงมา คือ ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถอยู่ร่วมบ้านกับสมาชิกในครอบครัวได้ตามปกติ ร้อยละ 23.8 ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ร้อยละของผู้มารับบริการทางทันตกรรมมีเจตคติเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019 รายข้อ

ข้อที่	เจตคติ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1	โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่อที่เป็นอันตรายถึงชีวิต	85.0	10.0	5.0
2	ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถอยู่ร่วมบ้านกับสมาชิกในครอบครัวได้ตามปกติ	23.8	16.3	60.0
3	เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ติดต่อได้ง่ายโดยผ่านช่องทางการไอ การสัมผัสน้ำมูก น้ำลาย จากการรับบริการทางทันตกรรมของผู้ป่วยติดเชื้อแล้ว	88.8	3.8	7.5
4	เมื่อพบเห็นคนไอหรือจามอยู่ใกล้ๆ ท่านจะหันหน้าหนี และเดินออกห่างจากบริเวณนั้น	88.8	2.5	8.8
5	การเดินสวนกันไปมาในที่สาธารณะ อาจเกิดการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้	82.5	8.8	8.8
6	หน้ากากอนามัย สำหรับป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีราคาแพง หายาก	32.5	28.7	38.8
7	ท่านหลีกเลี่ยงการมารับบริการทางทันตกรรม / ตลาดนัด หรือที่สาธารณะ เป็นเวลานาน	42.5	23.8	33.8

8	ท่านยินดีที่จะปฏิบัติตามมาตรการ การป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของรัฐบาล	96.3	2.5	1.3
9	การใช้น้ำยาบ้วนก่อนการรับบริการทันตกรรม สามารถป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้	63.7	28.7	7.5

เมื่อพิจารณาการมีเจตคติของผู้มารับบริการทางทันตกรรมเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า มีเจตคติอยู่ในระดับดีและระดับปานกลาง ร้อยละ 65.0 และ ร้อยละ 35.0 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้มารับบริการทางทันตกรรมเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019 จำแนกตามระดับการมีเจตคติ

ระดับการมีเจตคติ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่ดี(9-15 คะแนน)	-	-
ปานกลาง(16-22 คะแนน)	28	35.0
ดี(23– 39 คะแนน)	52	65.0
รวม	80	100.0

$\overline{X}$ = 23.18 , S.D. = 2.48, Min = 16.0, Max = 27.0

บทที่ 5
สรุปผล อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

สรุปผล

การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้และเจตคติเกี่ยวกับโรค COVID-19 ของผู้มารับบริการทางทันตกรรม กลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มประชากรผู้มารับบริการทางทันตกรรมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขี้ตุ่น ตำบลท่าจะหลุง อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2565 ถึง 10 สิงหาคม 2565 จำนวน 80 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้เรื่องเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019 และแบบวัดเจตคติเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งผ่านการตรวจสอบโดยนำแบบสอบถามจำนวน 10 ชุดมาให้คะแนนและวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยคำนวณจากสูตรของครอนบาช (Cronbach's Coefficient +Alpha) มีค่าด้านความรู้เท่ากับ 0.60 และมีค่าด้านเจตคติเท่ากับ 0.65 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม 2565 ถึง 10 สิงหาคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.2 ระดับสูง ร้อยละ 37.5 ระดับต่ำ ร้อยละ 11.3 และมีเจตคติเกี่ยวกับติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดี ร้อยละ 65.0 ปานกลาง ร้อยละ 35.0

อภิปรายผล

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัย ตามวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

1. ความรู้ของผู้มารับบริการทางทันตกรรมเกี่ยวกับโรค COVID-19 จากการศึกษาพบว่า ผู้มารับบริการทางทันตกรรมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.7 และมีอายุระหว่าง 50 – 69 ปี มากถึง ร้อยละ 27.5 มีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เรื่อง อาการผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะมีอาการ ไข้ ไอ จามมี น้ำมูก เจ็บคอ ร้อยละ 96.3 และการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถติดต่อจากการสัมผัสพื้นผิวที่ปนเปื้อนแล้วมาสัมผัสที่จมูก ปาก และตา ร้อยละ 96.3 ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้อง Pornpat Poonaklom และคณะ. (2020:บทคัดย่อ) ที่ศึกษาความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 อยู่ในระดับสูง ทัศนคติเกี่ยวกับ การป้องโรคเชื้อไวรัสโควิด-19 อยู่ในระดับดี พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 อยู่ในระดับของ นิสิตมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร และผู้รับบริการทางทันตกรรม มีความรู้น้อยหรือยังเข้าใจ

ผิดเกี่ยวกับ ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่จะไม่เสียชีวิต ร้อยละ 71.3 รวมถึง ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีโรคประจำตัวอาศัยอยู่บ้านไม่มีโอกาสติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 67.5 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา Mohammed K. Al-Hanawi และคณะ. (2020) ; 8: 217. เผยแพร่ออนไลน์ 2020 พฤษภาคม 27. doi: 10.3389/fpubh.2020.00217 PMCID: PMC7266869 PMID: 32574300. ทำการศึกษาเรื่อง ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ของประชาชนในประเทศซาอุดิอาระเบีย ผู้เข้าร่วมการศึกษาส่วนใหญ่มีความรู้ แนวทางปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพต่อ COVID-19 ผลการศึกษานี้อาจช่วยแนะนำแหล่งความรู้ในอนาคตให้กับกลุ่มอื่น ๆเมื่อมีสถานการณ์ COVID-19 ยังคงมีอยู่สำหรับประชาชนทั่วไป

เมื่อพิจารณา ความรู้ของผู้มารับบริการทางทันตกรรมเกี่ยวกับติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องเกี่ยวกับติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลางและระดับสูง ร้อยละ 51.2 และร้อยละ 37.5 ตามลำดับ

2. เจตคติของผู้มารับบริการทางทันตกรรมเกี่ยวกับโรค COVID-19 จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ผู้มารับบริการทางทันตกรรมมีเจตคติที่ยินดีที่จะปฏิบัติตามมาตรการ การป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของรัฐบาลร้อยละ 96.3 ยังรวมถึงแนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ติดต่อได้ง่ายโดยผ่านช่องทางการไอ การสัมผัสน้ำมูก น้ำลาย จากการรับบริการทางทันตกรรมของผู้ป่วยติดเชื้อแล้ว ร้อยละ 88.8 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Omer Evirgen และคณะ. (2014). Health knowledge, attitudes, and behaviors concerning H1N1 J Infect Dev Ctries 2014; 8 (5):561-569. ที่ศึกษาเรื่อง การประเมินความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมของลูกจ้างในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ประเทศตุรกี ทั้งนี้ยังมีเจตคติในการมารับบริการทางทันตกรรมมีเจตคติเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019 ที่ไม่ถูกต้อง เรื่อง หลีกเลี่ยงการมารับบริการทางทันตกรรม / ตลาดนัด หรือที่สาธารณะเป็นเวลานาน ร้อยละ 33.8 อีกทั้ง ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถอยู่ร่วมบ้านกับสมาชิกในครอบครัวได้ตามปกติ ร้อยละ 23.8 สอดคล้องกับการศึกษา Pornpat Poonaklom และคณะ. (2020:บทคัดย่อ) ที่ศึกษาความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 อยู่ในระดับสูง ทัศนคติเกี่ยวกับ การป้องโรคเชื้อไวรัสโควิด-19

เมื่อพิจารณาการมีเจตคติของผู้มารับบริการทางทันตกรรมเกี่ยวกับไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า มีเจตคติอยู่ในระดับปานกลางและระดับดี ร้อยละ 35.0 และร้อยละ 65.0

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้มารับบริการทางทันตกรรมมีความรู้เกี่ยวกับติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลางและมีเจตคติต่อการมารับบริการทางทันตกรรมยังไม่ดีเท่าที่ควร

1. จากการศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ป่วยมีโรคประจำตัวส่วนใหญ่จะไม่เสียชีวิต ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีโรคประจำตัวอาศัยอยู่บ้านไม่มีโอกาสติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งไม่ถูกต้อง บุคลกรสาธารณสุขควรมีการให้ความรู้เพิ่มเติม โดยเน้นเนื้อเรื่องของความตระหนักถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อและการรักษาในกลุ่มบอบบางหรือกลุ่มผู้สูงและเน้นให้เห็นถึงการมารับบริการทางทันตกรรมหรือการดำรงชีวิตอย่างไรให้ห่างไกลจากการติดเชื้อ

2. จากการศึกษาเจตคติที่มีเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในครั้งนี้ที่ไม่ถูกต้องการมารับบริการทางทันตกรรม / ตลาดนัด หรือที่สาธารณะ เป็นเวลานาน และผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถอยู่ร่วมบ้านกับสมาชิกในครอบครัวได้ตามปกติ ทันตบุคลากรหรือบุคลกรสาธารณสุขควรประชาสัมพันธ์และให้ความรู้ในการป้องกันตนเองในกรณีของการมารับบริการทางทันตกรรม / ตลาดนัด หรือที่สาธารณะ ควรส่งเสริมหรือสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวได้มีส่วนช่วยเหลือ ให้กำลังใจ ต้องมีการประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องให้เกิดเจตคติที่ถูกต้องและสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

บรรณานุกรม

กชมัง สมมัง. (2557). วารสารสาธารณสุขศาตร์. มกราคม – เมษายน 2557 ปีที่ 37 เล่มที่ 126 ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ของผู้รับบริการงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี

สัญญา สุปัญญาบุตร. (2554). สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น ปีที่ 18 ฉบับที่ 2 กุมภาพันธ์ - พฤษภาคม 2554 วิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด A (2009 H1N1) ของประชาชน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

Front Public Health. 2020 May 27;8:217. doi: 10.3389/fpubh.2020.00217. eCollection 2020. Knowledge, Attitude and Practice Toward COVID-19 Among the Public in the Kingdom of Saudi Arabia

Latiffah A Latiff และคณะ. (2012). ศึกษาเรื่อง สถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัส Influenza A (H1N1) และการป้องกันการแพร่ระบาด

Pornpat Poonaklom และคณะ. (2020). ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ในกลุ่มประชาชนชาวกาฬสินธุ์ ประเทศไทย

Mohammed K. Al-Hanawi และคณะ. (2020) ; 8: 217. เผยแพร่ออนไลน์ 2020 พฤษภาคม 27. doi: 10.3389/fpubh.2020.00217 PMCID: PMC7266869 PMID: 32574300 ทำการศึกษาเรื่อง ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ของประชาชนในประเทศซาอุดิอาระเบีย

Omer Evirgen และคณะ. (2014). Health knowledge, attitudes, and behaviors concerning H1N1 J Infect Dev Ctries 2014; 8(5):561-569. ศึกษาเรื่อง การประเมินความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมของลูกจ้างในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ประเทศตุรกี

Shuangsheng Wu และคณะ. (2016). ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมสุขอนามัยที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการป่วยคล้ายไข้หวัดใหญ่(หมายถึงผู้ป่วยโรคเบาหวาน หัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ไต หอบหืด เป็นต้น) กับผู้ป่วยโรคอื่นๆที่มารับบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล จังหวัดนครสวรรค์

Shuangsheng Wu และคณะ. (2016). ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมสุขอนามัยที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการป่วยคล้ายไข้หวัดใหญ่ เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจในประชากรวัยผู้ใหญ่ มณฑลเป่ย์จิง ประเทศจีน

Yuan J, Zhang L, Xu W, Shen J, Zhang P, Ma H. 2552 ก.ค.;137(7):988-93. ดอย: 10.1017/S0950268809002726. Epub 2009 11 พฤษภาคม PMID: 19426571 ศึกษารายงานการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของชาวเมืองจีนเพื่อตอบสนองต่อการระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่

Zhonggen Sun และคณะ. (2020).ส.ค. 13;17(16):5889. ดอย: 10.3390/ijerph17165889. ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) และพฤติกรรมตอบสนองต่อสถานการณ์การระบาดของโรค

Benjamin, S Bloom. 1986. 'Learning for mastery'. Evaluation comment. Center for the study of instruction program. University of California at Los Angeles. Vol 2 :47-62.