

ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกัน
โรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ จังหวัดเชียงใหม่
EFFECTIVENESS OF THE HEALTH BELIEF MODEL PROGRAM
ON COVID-19 PREVENTION BEHAVIOR AMONG SHAN FEMALE
MIGRANT WORKERS CHIANGMAI



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่

พ.ศ. 2567

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ
ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ
หญิงไทใหญ่ จังหวัดเชียงใหม่

ผู้วิจัย

หญิงจ๋าม คำปัน

สาขาวิชา

สาธารณสุขศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

อาจารย์ ดร.สายหยุด มูลเพ็ชร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

รองศาสตราจารย์ ดร.สามารถ ใจเดียม

คณะกรรมการสอบ

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ บุญเชียง)

..... กรรมการ
(อาจารย์ ดร.สายหยุด มูลเพ็ชร์)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.สามารถ ใจเดียม)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติศักดิ์ โชติกเดชามรงค์)

วันที่ 31 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2567

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่

หัวข้อวิทยานิพนธ์ : ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ
ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ
หญิงไทใหญ่ จังหวัดเชียงใหม่

ผู้วิจัย : หญิงจ๋าม คำปัน

สาขาวิชา : สาธารณสุขศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

: อาจารย์ ดร.สายหยุด มูลเพชร

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

: รองศาสตราจารย์ ดร.สามารถ ใจดี

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง (Quasi Experimental – Two Group Pretest – Posttest Design) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ โดยเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived Susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits) และการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ (Perceived Barriers) รวมทั้งค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ระหว่างกลุ่มทดลองจำนวน 45 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 45 คน ของกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการทดลองเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนกับหลังการทดลองใช้สถิติ Paired t-test สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มใช้สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น 0.54 และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 เพิ่มขึ้น 1.53 เมื่อเทียบหลังทดลอง กลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการศึกษานี้ ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ มีประสิทธิภาพสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิดได้

คำสำคัญ : ความเชื่อด้านสุขภาพ, โรคโควิด-19, แรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่

The Title : Effectiveness of the Health Belief Model Program on
Covid–19 Prevention Behavior among Shan Female
Migrant Workers Chiangmai

The Author : Yingcharm Khampan

Program : Public Health

Thesis Advisors

: Dr.Saiyud Moolphate Advisor

: Associate Professor Dr.Samart Jaitae Co – advisor

ABSTRACT

This research study was the quasi–experimental research with two groups measuring before and after (Quasi Experimental–Two Group Pretest–Posttest Design) of the objective on studying the effectiveness of the health belief promotion program on COVID–19 disease prevention behavior among Shan female migrant workers. Through comparing the mean of difference in health beliefs on Perceived Susceptibility, Perceived Severity, Perceived Benefits and Perceived Barriers as well as including the values of average behavior to prevent COVID–19 between the Shan female migrant workers among the experimental group of 45 people and the control group of 45 people. The experimental group received an experimental program for a period of 6 weeks. At the same time data analysis also compare the means before and after the experiment uses Paired t–test of comparison the means between groups of independent t–test.

The results of the research found that the mean health beliefs increased by 0.54 and the mean COVID–19 prevention behavior scores increased by 1.53 compared after the experiment of the experimental group more than the control group with statistically significant at the 0.05 level. The results of this study indicated that the health beliefs promotion program on COVID–19 disease prevention behavior among Shan migrant workers is effective.

Keywords: Health Beliefs, COVID–19 Disease, Shan Female Migrant Worker

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจาก อาจารย์ ดร.สายหยุด มูลเพชร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ดร.สามารถ ใจเด็ย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำการตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ มาโดยตลอด จนสำเร็จเรียบร้อย ผู้วิจัยขอกราบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณ อาจารย์สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ และมูลนิธิเพื่อการพัฒนาสุขภาพเด็กและสตรี ที่ให้ความอนุเคราะห์สนับสนุนการวิจัยในเรื่องของสถานที่ ที่เอื้ออำนวยต่อการทำวิจัยและอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัย และขอขอบพระคุณผู้ที่เกี่ยวข้องในด้านอื่น ๆ ที่ไม่ได้กล่าวชื่อนามที่มีส่วนช่วยให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ประโยชน์อันพึงได้จากการศึกษาในครั้งนี้ ขอให้เป็นกตเวทิตาแต่บิดา มารดา ครอบครัว ตลอดจนผู้เขียนหนังสือและบทความต่าง ๆ ที่ให้ความรู้แก่ผู้วิจัย จนสามารถดำเนินการวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยดีและเป็นตัวอย่างการศึกษาสำหรับผู้สนใจต่อไป

หญิงจ๋าม คำปัน

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	ข
ABSTRACT	ค
กิตติกรรมประกาศ	ง
สารบัญ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ฉ
บทที่	
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
สมมติฐานการวิจัย	4
ขอบเขตของการวิจัย	4
นิยามศัพท์เฉพาะ	5
2 การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	7
สถานการณ์ทางด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในช่วงการระบาดของ โรคโควิด-19	7
ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	10
ปัจจัยที่มีผลต่อป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ	15
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	17
กรอบแนวคิดการวิจัย	21
3 วิธีดำเนินการวิจัย	22
รูปแบบการวิจัย	22
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	22
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	23
การเก็บรวบรวมข้อมูล	29

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
3	การวิเคราะห์ข้อมูล 30
	การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง 30
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล 32
ตอนที่ 1	ข้อมูลทั่วไป 33
ตอนที่ 2	การเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการ ป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม 35
ตอนที่ 3	การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 36
ตอนที่ 4	ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ 4 ด้าน 38
ตอนที่ 5	พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 46
ตอนที่ 6	การเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่ม แรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม 48
ตอนที่ 7	การเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่ม แรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม 49
5	สรุปอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ 50
	สรุปผลการวิจัย 50
	อภิปรายผล 51
	ข้อเสนอแนะ 54
บรรณานุกรม	 55
ภาคผนวก	 58

สารบัญ (ต่อ)

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก	แบบทดสอบความเชื่อด้านสุขภาพ	59
ภาคผนวก ข	หนังสือเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed Consent Form)	71
ภาคผนวก ค	แบบแสดงความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิที่มีต่อแบบสอบถาม	73
ภาคผนวก ง	หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	81
ภาคผนวก จ	ภาพถ่ายการเก็บข้อมูลรวบรวมข้อมูลการวิจัย	82
ภาคผนวก ฉ	เครื่องมือในการให้ความรู้	84
ประวัติผู้วิจัย		94

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
3.1 แผนการทำกิจกรรม	24
4.1 การเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	33
4.2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค โควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	35
4.3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค โควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม	36
4.4 ข้อมูลค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โควิด-19 (Perceived Susceptibility) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Pertest)	38
4.5 ข้อมูลค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 (Perceived Severity) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Pertest)	40
4.6 ข้อมูลค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 (Perceived Severity) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Pertest)	42
4.7 ข้อมูลค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ (Perceived Barriers) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Pertest)	44
4.8 ข้อมูลค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	46
4.9 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่ม แรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม	48
4.10 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่ม แรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	49

ณ

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
2.1	ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	14
2.2	กรอบแนวคิดการวิจัย	21



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การอพยพและเคลื่อนย้ายเข้ามาในประเทศไทยของแรงงานเพื่อนบ้านมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากมีความร่วมมือทางเศรษฐกิจในระดับทวิภาคของประชาคมอาเซียน ส่งผลให้มีการเคลื่อนย้ายแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้านเข้าสู่ประเทศไทย ทั้งแบบถูกกฎหมายและผิดกฎหมาย เป็นจำนวนคนที่ไม่ได้มีสัญชาติ ซึ่งพำนักอยู่ในประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มขึ้นจากประมาณ 3.7 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2557 เป็น 4.9 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2561 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าปัจจุบันมีผู้ย้ายถิ่นอยู่จำนวนมากกว่าร้อยละ 10 ของกำลังประชากรของกลุ่มแรงงาน สำหรับแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาส่วนใหญ่จะเข้ามาอยู่ในภาคเหนือมากที่สุด อันดับหนึ่ง คือ จังหวัดตาก อันดับสอง คือ จังหวัดเพชรบูรณ์ และอันดับสาม คือ จังหวัดเชียงใหม่ (United Nations Thematic Working Group on Migration in Thailand, 2019) โดยจังหวัดเชียงใหม่เป็นพื้นที่ที่มีการใช้แรงงานข้ามชาติมากเป็นอันดับสามของประเทศ โดยพบแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมาที่เข้าเมืองถูกกฎหมายและได้รับอนุญาตให้ทำงาน ณ วันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ. 2562 จำนวน 493,744 คน ในจำนวนนี้ยังไม่รวมกลุ่มที่เข้าเมืองผิดกฎหมาย (United Nations Thematic Working Group on Migration in Thailand, 2019) แม้ว่าการย้ายถิ่นจะมีความสำคัญต่อการขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศ แต่ก็มีผลกระทบในหลายด้าน ทั้งต่อประเทศไทยและแรงงานข้ามชาติเอง แรงงานข้ามชาติโดยเฉพาะกลุ่มที่ลักลอบเข้าเมืองมักถูกระบุว่าเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงที่จะเป็นผู้นำโรคติดต่อที่มีน้อยลงหรือไม่มี แล้วเข้ามาในประเทศไทย เนื่องจากเป็นกลุ่มที่ไม่ได้ผ่านการตรวจสุขภาพ ส่วนในมิติสุขภาพของแรงงานข้ามชาติจะพบปัญหาการขาดความรู้ในการป้องกันและรักษาโรค เนื่องจากข้อจำกัดในการสื่อสารภาษาไทย ทำให้ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่จำเป็น รวมทั้งการเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐานทางด้านสาธารณสุข (ทรงชัย ทองปาน, 2563)

แรงงานข้ามชาติที่อยู่ในสังคมไทย ถือว่าเป็นกลุ่มแรงงานที่มีความเปราะบาง ทั้งด้านการศึกษา สุขภาพ เศรษฐกิจ และ ครอบครัว เมื่อเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 ทำให้ได้รับผลกระทบรุนแรงมากกว่าคนกลุ่มอื่น ๆ ในสังคม เช่น ตกงานและไม่ได้รับการเยียวยาจากภาครัฐหรือภาคธุรกิจ เนื่องจากไม่ใช่ผู้มีสัญชาติไทยต้องแบกรับภาระค่าที่อยู่อาศัย ค่าครองชีพ

ค่าดำเนินการจัดทำเอกสารประจำตัว ทั้งในส่วนของใบอนุญาตทำงาน และค่าวิชาในขณะที่ยังไม่ได้ลดลง การเข้าไม่ถึงสิทธิตามกฎหมาย การเข้าไม่ถึงบริการสาธารณสุข การไม่ได้รับความรู้และข่าวสารที่สำคัญ รวมถึงอุปสรรคด้านการสื่อสารและด้านภาษาต่าง ๆ จึงทำให้ข้อจำกัดเหล่านี้ส่งผลให้แรงงานข้ามชาติมีความเสี่ยงในการติดโควิด และได้รับผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตที่ยากลำบากกว่าประชาชนกลุ่มอื่น ๆ ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (นฤมล ทับจุมพล และคนอื่น ๆ, 2564; กนกวรรณ มีพรหม และปิณดา หมู่อบล, 2563; United Nation, 2020) นอกจากนี้ยังมีอุปสรรคด้านการเข้าถึงเครือข่ายสนับสนุนทางด้านสุขภาพทั้งประเทศปลายทาง และประเทศต้นทาง เช่น มีความจำกัดด้านการเข้าถึงสายด่วน การสนับสนุนออนไลน์เพื่อรับมือกับความเครียด รวมไปถึงการจำกัดการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ เนื่องจากต้องพึ่งพานายจ้าง แม้ว่าแรงงานข้ามชาติผู้ขอลี้ภัยและผู้ลี้ภัยจะสามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลได้ผ่านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือโรงพยาบาลประจำอำเภอที่เป็นหน่วยงานที่มีศักยภาพในการสื่อสาร และมีความพร้อมในการให้บริการด้านสุขภาพกับแรงงานข้ามชาติไทใหญ่ ทั้งการดูแลสุขภาพในระหว่างการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 การอนามัยเจริญพันธุ์ และการจัดการประเด็นทางด้านสุขภาพอื่น ๆ ที่สำคัญ ก็ยังประสบปัญหาการให้บริการได้อย่างไม่เต็มศักยภาพในช่วงการแพร่ระบาดของโรคดังกล่าว (มูลนิธิเพื่อการพัฒนาศักยภาพเด็กและสตรี, 2563) ดังนั้น การหาแนวทางการจัดการปัญหาการดูแลสุขภาพให้กับแรงงานข้ามชาติ จึงเป็นประเด็นที่ควรส่งเสริมและให้ความสำคัญเพื่อการแก้ปัญหาทางด้านสาธารณสุขในประเทศต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นทฤษฎีที่ใช้อธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยเชื่อว่าการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี หลีกเลียงจากการเป็นโรค จะต้องมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลตระหนักถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อสุขภาพจากการเจ็บป่วย และจะเกิดผลดีต่อสุขภาพอย่างไรด้วยการสร้างการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits) และสุดท้าย คือ การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ (Perceived Barriers) และขจัดอุปสรรคนั้นออกไป (Becker, 1974; Rosenstock, et al., 1988) ในประเทศไทยพบการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาปัจจัยในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โรคโควิด-19) ในประชาชนไทย พบระดับการรับรู้ในปัจจัยสำคัญทั้ง 4 ปัจจัยมีความแตกต่างกันไปตามบริบทของกลุ่มประชากรที่แตกต่างกัน (นิชาภา เหมือนภาค และคนอื่น ๆ, 2565; พนัชญา ชันติจิตรและคนอื่น ๆ, 2564) และพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โรคโควิด-19) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรค

ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และการได้รับข้อมูลข่าวสาร สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โรคโควิด-19) ของประชาชนได้อย่างมีนัยสำคัญ (Amare Zewdie, et al., 2022; อภิวิติ อินทเจริญ และคนอื่น ๆ, 2564; จิตรา มุลทิ, 2564) ในส่วนของการศึกษาโปรแกรมในการป้องกันโรคโควิด-19 โดยอาศัยทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า การส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค สามารถนำไปใช้เพื่อช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ได้ในหลายกลุ่มประชากร (Seangpraw, et al., 2022; Syed, et al., 2021; Mirzaei, et al., 2021) ซึ่งการศึกษาทั้งหมดเก็บข้อมูลในประชากรในประเทศของตนเองเท่านั้น

จากสภาพปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้สร้างโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ ซึ่งเป็นแรงงานข้ามชาติที่พำนักในประเทศไทยที่มีช่องว่างในการเข้าถึงบริการทางด้านสาธารณสุขที่แตกต่างไปจากคนในประเทศ ซึ่งเป็นประเด็นที่ท้าทายในการแก้ปัญหาการควบคุมและป้องกันโรคโควิด-19 รวมทั้งโรคติดต่ออื่น ๆ ได้ โดยหวังว่าผลของงานวิจัยครั้งนี้ จะเป็นแนวทางในการวางแผนการช่วยเหลือกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ในความรับผิดชอบของมูลนิธิเพื่อการพัฒนาศักยภาพเด็กและสตรี ให้สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีคุณภาพ ตลอดจนเป็นต้นแบบในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออื่น ๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพการรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived Susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits) และการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ (Perceived Barriers) ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพการรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived Susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits) และการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ (Perceived Barriers) ต่อพฤติกรรมการ

การป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการได้รับโปรแกรม

3. พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

4. พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการได้รับโปรแกรม

สมมติฐานของการวิจัย

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมมีความแตกต่างกัน

2. พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการได้รับโปรแกรมมีความแตกต่างกัน

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากร

เป็นกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ที่มีสถานะถูกต้องตามกฎหมาย มีใบอนุญาตทำงานในความรับผิดชอบของมูลนิธิเพื่อการพัฒนาศักยภาพเด็กและสตรี จังหวัดเชียงใหม่ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 90 คน โดยแบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 45 คน กลุ่มควบคุม 45 คน

ขอบเขตด้านเนื้อหา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ชนิดสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The Two-Group, Pretest-Posttest Design) มีเนื้อหาเพื่อพัฒนาโปรแกรมและศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ ในความรับผิดชอบของมูลนิธิเพื่อการพัฒนาศักยภาพเด็กและสตรี โดยอาศัยทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ที่ประกอบไปด้วยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits) และสุดท้าย คือ การการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ (Perceived Barriers) (Becker, 1974; Rosenstock, et al., 1988)

ขอบเขตด้านเวลา

เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2567

ขอบเขตด้านสถานที่

จังหวัดเชียงใหม่ ครอบคลุมแรงงานหญิงไทใหญ่ในอำเภอเมือง อำเภอแมริม อำเภอแม่แตง อำเภอหางดง และอำเภอสารภี

นิยามศัพท์เฉพาะ

แรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ หมายถึง บุคคลธรรมดา ซึ่งมีสัญชาติเมียนมาที่เข้ามาอาศัยอยู่ในประเทศไทยอย่างถูกกฎหมาย

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) หมายถึง การส่งเสริมความเชื่อหรือการคาดคะเนว่าตนเอง มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด-19 หรือมีปัญหาสุขภาพที่จะเกิดขึ้นในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ในความรับผิดชอบของมูลนิธิเพื่อการพัฒนาศักยภาพเด็กและสตรี เมื่อบุคคลนั้นมีความเข้าใจที่ถูกต้องต่อสถานการณ์การเกิดโรคโควิด-19 ที่คุกคามตนเองมีโอกาสเกิดโรคได้ตลอดเวลา ดังนั้น พฤติกรรมของบุคคลจึงแตกต่างกันตามการรับรู้ของบุคคลด้วย

การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) หมายถึง การส่งเสริมความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินเองในด้านความรุนแรงของการเกิดโรคโควิด-19 ที่มีต่อร่างกาย การก่อให้เกิดการเสียชีวิต ความยากลำบาก และการต้องใช้เวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือมีผลกระทบต่อสุขภาพของตนเอง

การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits) หมายถึง การส่งเสริมความเชื่อของกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ในความรับผิดชอบของมูลนิธิเพื่อการพัฒนาศักยภาพเด็กและสตรี เชื่อว่าการป้องกันโรคโควิด-19 เป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์เหมาะสมที่จะปฏิบัติ ดังนั้น การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 จะขึ้นอยู่กับประสิทธิผลของโปรแกรม โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย

การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ (Perceived Barriers) หมายถึง การส่งเสริมความเชื่อของของกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ในความรับผิดชอบของมูลนิธิเพื่อการพัฒนาศักยภาพเด็กและสตรีที่ขัดขวางและเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19

พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ในความรับผิดชอบของมูลนิธิเพื่อการพัฒนาศักยภาพเด็กและสตรี

โปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ จังหวัดเชียงใหม่ หมายถึง รูปแบบการส่งเสริมการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ โดยอาศัยทฤษฎีแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผ่านกระบวนการการให้ความรู้ด้วยแผนการเรียนรู้ และสื่อภาษาไทใหญ่ ไปสเตอร์ประชาสัมพันธ์ ภาษาไทใหญ่ แผนพับความรู้ภาษาไทใหญ่ ดำเนินการเป็นเวลา 6 สัปดาห์ นัดหมายสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ระยะเวลา ขั้นตอนการวิจัยและรายละเอียด การดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม ครั้งที่ 2 เสริมสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19 (Perceived Susceptibility) ครั้งที่ 3 เสริมสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 (Perceived Severity) ครั้งที่ 4 เสริมสร้างการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคโควิด-19 (Perceived Benefits) ครั้งที่ 5 เสริมสร้างการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ (Perceived Barriers) ครั้งที่ 6 สรุปความคิดรวบยอด แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัย เรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ในความรับผิดชอบของมูลนิธิเพื่อการพัฒนาศักยภาพเด็กและสตรี ครอบคลุมแรงงานหญิงไทใหญ่ในอำเภอเมือง อำเภอแมริม อำเภอแม่แตง อำเภอหางดง และอำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ มีแนวคิดทฤษฎีที่เข้ามาเกี่ยวข้องดังนี้

1. สถานการณ์ทางด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19
2. ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
3. ปัจจัยที่มีผลต่อป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
5. กรอบแนวคิดการวิจัย

สถานการณ์ทางด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (2565) แรงงานข้ามชาติส่วนหนึ่งเข้าไม่ถึงระบบประกันสุขภาพ เนื่องจากไม่มีบัตรประกันสุขภาพและต้องจ่ายค่ารักษาเอง สาเหตุส่วนหนึ่งมาจากการเข้าเมืองผิดกฎหมายและไม่ได้ขึ้นทะเบียนแรงงาน ขาดความรู้ความเข้าใจหลักการขอบัตรและสิทธิประโยชน์ของการมีบัตรประกันสุขภาพ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้ผู้ที่ติดเชื้อและเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก ประเทศไทยมีประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักรและได้ออกมาตรการควบคุมการระบาดของโรคโควิด-19 ต่าง ๆ วิกฤติด้านสาธารณสุข ทำให้รัฐบาลไทยปฏิบัติต่อชาวต่างชาติ รวมถึงแรงงานข้ามชาติแตกต่างจากคนไทยอย่างชัดเจน โดยรัฐบาลได้มีนโยบายที่มุ่งเน้นช่วยเหลือคนไทย แต่มีการกีดกันต่างชาติในแง่ของการรักษาพยาบาล การฉีดวัคซีน รวมถึงการดูแลทางมนุษยธรรมอื่น ๆ รวมทั้งมีการกล่าวโทษแรงงานข้ามชาติว่าเป็นผู้ทำให้เกิดการระบาดของโรค จากการลักลอบนำเข้าแรงงานข้ามชาติและปัญหาทางการเมืองในประเทศเมียนมา ทำให้มีผู้ลักลอบและแรงงานข้ามชาติหนีภัยสงครามเข้ามาในประเทศไทยมากขึ้น อย่างไรก็ตาม การเข้าไม่ถึงวัคซีนและบริการด้านสาธารณสุข

ของแรงงานข้ามชาติจึงเป็นสาเหตุทำให้เกิดคลัสเตอร์ของการระบาดของโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเหล่านี้ เครือข่ายองค์กรด้านประชากรข้ามชาติ (2564) รายงานจำนวนแรงงานข้ามชาติที่ได้รับวัคซีนอย่างน้อย 1 เข็ม ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ – ตุลาคม พ.ศ. 2564 มีจำนวนทั้งสิ้น 725,972 คน โดยสัญชาติที่ได้รับวัคซีนมากที่สุด ได้แก่ เมียนมา จำนวน 503,610 คน รองลงมา ได้แก่ กัมพูชา จำนวน 141,589 คน ทั้งนี้ ข้อมูลจากทั้งสองแหล่ง แสดงจำนวนที่แตกต่างกันค่อนข้างมาก จากการวิเคราะห์เบื้องต้นเป็นผลมาจากผู้ได้รับวัคซีนจากภาคเอกชน หรือในระบบประกันสังคมบางส่วน ไม่ได้ลงทะเบียนในระบบ MoPH Immunization Center ของกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงยังมีชาวต่างชาติอีกจำนวนหนึ่งที่ได้รับวัคซีนภายใต้สถานเอกอัครราชทูตต่างประเทศในประเทศไทย

กรมการจัดหางาน (2563) การดำเนินการนำแรงงานต่างด้าว สัญชาติกัมพูชา ลาว และเมียนมา เข้ามาทำงานตาม MOU ให้แรงงานต่างด้าว 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) แรงงานต่างด้าวที่มีใบอนุญาตทำงานและมีวีซ่าทำงานอยู่ ซึ่งได้ขอวีซารักษาสิทธิใบอนุญาตทำงาน (Re-Entry Visa) เพื่อเดินทางกลับประเทศแล้วยังไม่ได้กลับเข้ามา ประมาณ 69,235 คน และ 2) แรงงานต่างด้าวที่ยังไม่มีใบอนุญาตทำงานและวีซ่า ที่นายจ้างได้ยื่นหนังสือแสดงความต้องการ (Demand Letter) ไปยังประเทศต้นทางแล้ว และนายจ้างยังต้องการนำเข้ามา แต่ไม่สามารถดำเนินการขั้นตอนต่อไปได้ ประมาณ 42,168 คน ให้เดินทางเข้าประเทศไทยได้ โดยต้องปฏิบัติตามมาตรการที่ศูนย์ปฏิบัติการด้านนวัตกรรม และบริหารสถานการณ์โควิด-19 (สคบ.) กำหนด คือ การเตรียมตัวก่อนเข้ามาในประเทศไทย แรงงานต่างด้าวทั้งสองกลุ่มต้องได้รับหนังสือรับรองว่าเดินทางเข้ามาในราชอาณาจักรได้ และมีใบรับรองแพทย์ (Fit to Travel) ส่วนการเดินทางเข้ามาในราชอาณาจักร กรณีเป็นแรงงานต่างด้าวกลุ่มที่มี Re-Entry Visa ซึ่งมีใบอนุญาตทำงานอยู่แล้ว เมื่อด่านตรวจคนเข้าเมืองตรวจเอกสารการอนุญาตเข้าประเทศและตรวจลงตราวีซ่าแล้ว แรงงานต่างด้าวต้องเข้ารับการตรวจหาเชื้อโรคโควิด-19 ทันที ณ ด่านควบคุมโรคของกระทรวงสาธารณสุข และต้องเข้ารับการกักตัว 14 วัน ในสถานกักกันของรัฐในระดับจังหวัด (ALQ) สำหรับแรงงานต่างด้าวที่ยังไม่มีใบอนุญาตทำงานที่นายจ้างยื่นขอนำเข้าใหม่ เมื่อด่านตรวจคนเข้าเมืองตรวจเอกสารการอนุญาตให้เดินทางเข้าประเทศแล้ว แรงงานต่างด้าวต้องเข้ารับการตรวจหาเชื้อโรคโควิด-19 และตรวจสุขภาพ 6 โรค ซ้ำประกันสุขภาพ 2 ปี (กรณีกิจการที่ไม่เข้าประกันสังคม) หรือประกันสุขภาพ 3 เดือน (กรณีกิจการต้องเข้าประกันสังคม) และเข้ารับการกักตัว 14 วัน ในสถานกักกันของรัฐในระดับจังหวัด (ALQ) ซึ่งขณะที่อยู่ในสถานที่กักกันของรัฐในระดับจังหวัด (ALQ) จะมีการอบรมให้ความรู้ด้านกฎ ระเบียบ และการใช้ชีวิตอยู่ในประเทศไทยแก่คนต่างด้าวก่อนเข้าทำงาน ตามขั้นตอนการนำเข้าฯ เมื่อครบกำหนด 14 วัน จะได้รับการตรวจลงตราวีซ่าจากเจ้าหน้าที่ตรวจคนเข้าเมือง

และได้รับใบอนุญาตทำงานจากศูนย์แรกรับและสิ้นสุดการจ้าง เมื่อแรงงานต่างด้าวทั้งสองกลุ่มเข้ารับกักตัวครบตามกำหนดแล้วไม่พบเชื้อ นายจ้างสามารถรับแรงงานต่างด้าวไปทำงานได้ พร้อมรายงานให้สำนักงานจัดหางานจังหวัดในพื้นที่ทราบ

ขงยุทธ แฉล้มวงษ์ (2563) ช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลให้สถานประกอบการหลายแห่งปิดกิจการหรือลดขนาดการจ้าง หลังจากศูนย์ปฏิบัติด้านนวัตกรรมและบริหารสถานการณ์โควิด-19 (สบค.) เห็นชอบในการผ่อนปรนให้ทุกประเภทกิจการเปิดตัวได้ จะมีบางส่วนของแรงงานต่างด้าวได้ทำงานต่อในไทย แต่ถ้านายจ้างเดิมปิดกิจการหรือกลับมาจ้างงานจำนวนน้อยลง แรงงานต่างด้าวจำนวนมากจะถูกเลิกจ้าง แรงงานต่างด้าวบางกลุ่มยังคงอยู่ในประเทศไทย เนื่องจากไม่มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางกลับประเทศต้นทางและกลับมาให้ส่งผลให้มีแรงงานที่ตกค้างอยู่มากกว่า 3 เดือน นับตั้งแต่เดือนเมษายน มีแนวโน้มไม่สามารถแบกรับภาระค่าใช้จ่ายที่สูง ทั้งจากค่าเช่าห้อง ค่าอาหาร ค่าน้ำ ค่าไฟ ค่าโทรศัพท์ เป็นต้น มีความเป็นไปได้สูงที่จะลดค่าใช้จ่ายโดยการย้ายมาอยู่รวมกันจำนวนมาก จนกว่าจะได้กลับมาทำงานตามปกติ ทำให้แรงงานกลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อการติดต่อหรือแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 สูงขึ้น อาจทำให้เกิดการระบาดเพิ่มขึ้นได้

Workpoint Today (2565) รายงานว่า ในสถานการณ์โรคโควิด-19 แรงงานข้ามชาติถูกเลิกจ้าง ไม่มีรายได้ แม้จะมีมาตรการช่วยเหลือจากรัฐ แต่แรงงานข้ามชาติเข้าไม่ถึง เพราะระบบไม่เอื้ออำนวย เด็กข้ามชาติเข้าไม่ถึงการรักษาพยาบาล เข้าไม่ถึงการศึกษา หลุดจากระบบ ประชากรข้ามชาติเข้าไม่ถึงการตรวจโควิดและการรักษา แรงงานข้ามชาติ มีข้อจำกัดการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ที่ผ่านมามีผู้ป่วยไม่มีสิทธิรักษา แต่โรงพยาบาลต้องให้การรักษาอยู่แล้ว แต่มีปัญหาว่าไม่สามารถเก็บค่าบริการได้ จึงมีการแบกรับค่าใช้จ่ายมายาวนาน การให้บริการสาธารณสุขช่วงโรคโควิด-19 นั้น ผู้ป่วยที่เป็นแรงงานข้ามชาติมักอยู่ในพื้นที่ชายขอบ ซึ่งการให้บริการไม่พร้อมจนเกิดข้อจำกัด ยิ่งทำให้การบริการติดขัดเมื่อมีผู้ป่วยมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยเด็กที่อยู่ในสภาพแวดล้อมไม่เหมาะสมมีความเสี่ยง และความประมาทในการติดเชื้อและเสียชีวิตง่ายขึ้น

พูนพัฒน์ กมลวุฒิพงศ์ (2564) การแพร่ระบาดของเชื้อโรคโควิด-19 ตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2563 ทราบกันดีว่า เกิดจากจากระบาดในกลุ่มแรงงานข้ามชาติผิดกฎหมายที่ลักลอบเข้ามาตามชายแดนผ่านช่องทางธรรมชาติ หรืออาศัยนายหน้าและเจ้าหน้าที่ทุจริต ทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมา รวมไปถึงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยเฉพาะชาวเมียนมา มักจะมีการปนเปื้อนกับเพื่อนฝูง ญาติพี่น้องอย่างแออัด ขาดสุขอนามัยในชุมชน หรือมีที่พักอาศัยอยู่บ้านของนายจ้าง มีการติดต่อกับเพื่อนและญาติพี่น้องทางบ้านที่ประเทศเมียนมา เป็นสาเหตุที่นำเชื้อโรคโควิด-19 ที่ติดเข้ามา และไม่ผ่านการตรวจโรคทำให้เกิดการแพร่กระจายได้อย่างรวดเร็ว

จากการศึกษาสถานการณ์ทางด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 พบว่า แรงงานข้ามชาติส่วนหนึ่งเข้าไม่ถึงระบบประกันสุขภาพ เนื่องจากไม่มีบัตรประกันสุขภาพ และต้องจ่ายค่ารักษาด้วยตนเอง โดยมีสาเหตุ ดังต่อไปนี้

1. การเข้าเมืองผิดกฎหมาย
2. การไม่ได้ขึ้นทะเบียนแรงงาน
3. ขาดความรู้ความเข้าใจหลักการขอบัตร และสิทธิประโยชน์ของการมีบัตรประกันสุขภาพ
4. รัฐบาลมีนโยบายที่มุ่งเน้นช่วยเหลือคนไทย และมีข้อจำกัดสำหรับกลุ่มแรงงานข้ามชาติในการรักษาพยาบาล การตรวจหาโรคโควิด 19 การฉีดวัคซีน รวมถึงการดูแลสุขภาพมนุษยธรรมอื่น ๆ
5. การอยู่อาศัยอย่างแออัด ขาดสุขอนามัยในชุมชน หรืออาศัยอยู่บ้านของนายจ้าง

ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2536) แนวคิดของทฤษฎีนี้เริ่มแรกสร้างขึ้นจากทฤษฎีเกี่ยวกับ “อวกาศของชีวิต” (Life Space) ซึ่งได้คิดขึ้นครั้งแรกโดยนักจิตวิทยา Kurt Lewin ซึ่งมีสมมติฐานว่า บุคคลจะหันเหตนเองไปสู่พื้นที่ที่บุคคลให้ค่านิยมเชิงบวก แต่ในขณะเดียวกันจะหลีกเลี่ยงจากพื้นที่ที่มีค่านิยมเชิงลบ อธิบายได้ว่า บุคคลจะแสวงหาแนวทางเพื่อจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันและฟื้นฟูสภาพ เท่าที่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคนั้นเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นมากกว่าความยากลำบากที่จะเกิดขึ้น จากการปฏิบัติตามคำแนะนำดังกล่าวบุคคลจะต้องมีความรู้สึกล้วต่อโรค หรือรู้สึกว่าโรคคุกคามตน ตลอดจนจะต้องมีความรู้สึกที่ตนเองมีพลังที่จะต่อต้านโรคได้

อาภาพร เฝ้าวัฒนา และคนอื่น ๆ (2554) แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพเป็นแบบแผนหรือรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาสังคม เพื่อใช้อธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยครั้งแรกได้นำมาในการทำนายและอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive Health Behavior) ต่อมาภายหลังได้มีการดัดแปลงไปใช้ในการอธิบายพฤติกรรมเจ็บป่วย (Illness Behavior) และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ (Sick-role Behavior) พัฒนาการของแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพเกิดขึ้นเมื่อนักวิชาการได้หันเหมาสนใจพฤติกรรมของมนุษย์กันมากขึ้น เนื่องจากมีความเชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์เป็นสิ่งที่สามารถศึกษาทำความเข้าใจ และทำการควบคุมได้โดยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ สำหรับพฤติกรรมสุขภาพ ได้รับความสนใจศึกษากันมากในตอนต้นของช่วงปี ค.ศ 1950 – 1960 ซึ่งถือว่าเป็นช่วงเริ่มแรกของการพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เนื่องจากในระบะนั้น

การจัดบริการด้านสาธารณสุขที่เน้นกิจกรรมด้านการป้องกันโรคมกกว่ากิจกรรมด้านการรักษาพยาบาล ไม่ได้รับความสนใจจากประชาชน คือ ประสบปัญหาที่มีประชาชนมารับบริการ การป้องกันโรคกันน้อย ทั้งที่บริการที่จัดให้ั้นไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ หรือเสียค่าใช้จ่ายต่ำมาก ก็ตาม

การพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เกิดจากกลุ่มบุคคลที่ได้ทำการศึกษาวิจัยสภาพปัญหาของการบริการสาธารณสุขมาแล้ว และในกลุ่มนั้น โรเซนสตอค (Rosenstock, 1974) เป็นบุคคลที่นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพออกมาอธิบายและเผยแพร่ให้ผู้อื่นได้เข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดดังกล่าว โรเซนสตอคในฐานะเป็นผู้ริเริ่มแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจึงเป็นที่คุ้นเคยและถูกกล่าวถึงมากกว่าบุคคลอื่น ๆ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้รับอิทธิพลมาจากทฤษฎีจากจิตวิทยาสังคมของ ลีวิน (Lewin, 1936) ซึ่งอธิบายว่าช่วงชีวิตของคนเรา มีทั้งส่วนที่เป็นแรงด้านบวกและแรงด้านลบ และส่วนที่เป็นตัวกลาง แรงด้านบวกจะเป็นสิ่งที่ดึงดูดให้เข้าสู่เป้าหมายตามปรารถนา ส่วนแรงด้านลบจะเป็นตัวผลักดันให้เคลื่อนหนีออกจากสิ่งที่ไม่ปรารถนา สำหรับส่วนที่เป็นกลาง คือ ส่วนที่มีความสมดุลระหว่างแรงด้านบวกและด้านลบ พฤติกรรมหรือการแสดงของบุคคล จึงมองเป็นกระบวนการถูกดึงดูดระหว่างแรงด้านบวกและการถูกผลักโดยแรงด้านลบ นอกจากนี้ ลีวิน ยังได้มีการอธิบายถึงการตั้งเป้าหมายของบุคคลในสภาพการณ์ที่มีระดับความยากง่ายในการจะบรรลุเป้าหมายที่แตกต่างกัน ว่าบุคคลจะเลือกโดยเปรียบเทียบระดับของผลดีและผลเสียของความสำเร็จ หรือความล้มเหลวกับ โอกาสที่เขาจะบรรลุถึงความสำเร็จนั้นๆ ซึ่งลีวิน และคนอื่น ๆ (Lewi, et al., 1944) ได้ตั้งสมมุติฐานว่า พฤติกรรมของบุคคล เป็นผลมาจากตัวแปรที่สำคัญ 2 ประการ คือ

1. คุณค่าของผลลัพธ์จากการกระทำที่มีต่อบุคคลที่กระทำ
 2. การคาดคะเนของบุคคลต่อโอกาสของการเกิดผลลัพธ์จากการกระทำนั้น ๆ
- การพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในครั้งแรก ได้เริ่มจากแนวคิดตามทฤษฎีของลีวิน ที่กล่าวว่า “โลกของการรับรู้ของบุคคลจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ” คือ สิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวบุคคลจะไม่มีอิทธิพลต่อการกระทำของบุคคล ยกเว้นแต่สิ่งแวดล้อมเหล่านั้นได้ปรากฏอยู่ในใจหรือการรับรู้ของบุคคล ด้วยเหตุนี้บุคคลจึงแสดงออกตามสิ่งที่เชื่อ

โรเซนสตอค (1974) ได้อธิบายแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า

1. เรามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค
2. อย่างน้อยที่สุดโรคนั้นจะต้องมีความรุนแรงต่อชีวิตของเขาพอสมควร

3. การปฏิบัติดังกล่าวเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่เขา โดยการช่วยลดโอกาสเสี่ยง หรือช่วยลดความรุนแรงของโรคถ้าเกิดป่วยเป็นโรคนั้น ๆ และการปฏิบัติดังกล่าวไม่ควรจะมีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของเขา เช่น ค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวก ความกลัว ความอาย เป็นต้น

ต่อมา Becker & Maiman (1985) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อใช้อธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วยในรูปของการรับรู้และความเชื่อโดยเพิ่มปัจจัยเกี่ยวกับแรงจูงใจด้านสุขภาพและปัจจัยร่วมต่าง ๆ เช่น สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ความต่อเนื่องของแพทย์ในการตรวจรักษาการกระตุ้นให้ปฏิบัติตนโดยเพื่อนและสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยทางสังคม และปัจจัยทางด้านประชากร ได้แก่ อายุเพศ บุคลิกภาพ ระดับ การศึกษาอาชีพ เป็นต้น ซึ่งสามารถนำไปใช้อธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick Role Behavior) ในเรื่องต่าง ๆ ได้อย่างกว้างขวางมากขึ้น

ปีวัฒนา พันตัน (2549) รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker & Maiman ได้สรุปความสัมพันธขององค์ประกอบทั้ง 5 ซึ่งได้แก่ การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคการรับรู้ถึงผลดีจากการปฏิบัติแรงจูงใจที่จะปฏิบัติละปัจจัยร่วมนั้น และได้เสนอวิธีการที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นวิธีการที่บุคลากรทางการแพทย์สามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับคลินิกต่าง ๆ

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) หมายถึง ความรู้สึกและความนึกคิดของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การเป็นโรค ซึ่งจะแตกต่างกันออกไปของแต่ละบุคคล กล่าวคือ ความเชื่อที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะที่เป็นปกติและภาวะเจ็บป่วย ซึ่งแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล บุคคลจึงหลีกเลี่ยงการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและรักษาสุขภาพในระดับที่แตกต่างกัน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้น เป็นปัจจัยที่สำคัญมากและมีอิทธิพลสูงกว่าปัจจัยอื่นที่จะส่งผลให้บุคคลเกิดการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ เบคเกอร์ (Becker, et al., 1977) จึงสรุปได้ว่าบุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค จะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี โดยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้โอกาสเสี่ยงเป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคของบุคคลได้ (วิไลรัตน์ บุญราศรี, 2554)

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) เป็นการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค ปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบจากการเกิดโรค ซึ่งก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต การประเมินความรุนแรงนั้นอาศัยระดับต่าง ๆ ของการกระตุ้นเร้าของบุคคลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนั้น ซึ่งอาจจะมองความรุนแรงของการเจ็บป่วยนั้น ทำให้เกิดความพิการหรือตายได้หรือไม่ หรืออาจมี

ผลกระทบต่อหน้าที่การงาน เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้ว จะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค ซึ่งจากผลการวิจัยจำนวนมาก พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่น การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits and Barriers) เมื่อบุคคลมีความเชื่อต่อโอกาสของการเป็นโรค และมีความเชื่อว่าโรคนั้นมีความรุนแรงหรือก่อให้เกิดผลเสียต่อตนแล้ว ยังมีความเชื่อต่ออุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ อุปสรรคอาจรวมถึงเวลาความไม่สะดวกสบาย ความยาก การเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัยและอาการแทรกซ้อน บุคคลจะกระทำการประเมินอุปสรรคแล้ว นำไปสัมพันธ์กับทรัพยากรที่มีอยู่หรือที่จะหามาได้ ตลอดจนประสบการณ์ที่ผ่านมาเกี่ยวกับเรื่องนั้น ๆ แม้จะพยายามหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคาม โดยจะหาวิธีการป้องกันหรือรักษาโรสดังกล่าว แต่การที่บุคคลยอมรับและปฏิบัติสิ่งใดนั้น จะเป็นผลการความเชื่อที่คิดว่า วิธีนั้นเป็นทางออกที่ดี เกิดผลดี มีประโยชน์ และเหมาะสมที่สุด ทำให้ไม่ป่วย หรือหายจากโรคนั้น ในขณะเดียวกันบุคคลจะต้องมีความเชื่อว่าอุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกัน และรักษาโรคจะต้องมีน้อยกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่ได้รับ

4. ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) ปัจจัยร่วมเป็นปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรม สุขภาพ แต่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติ ได้แก่

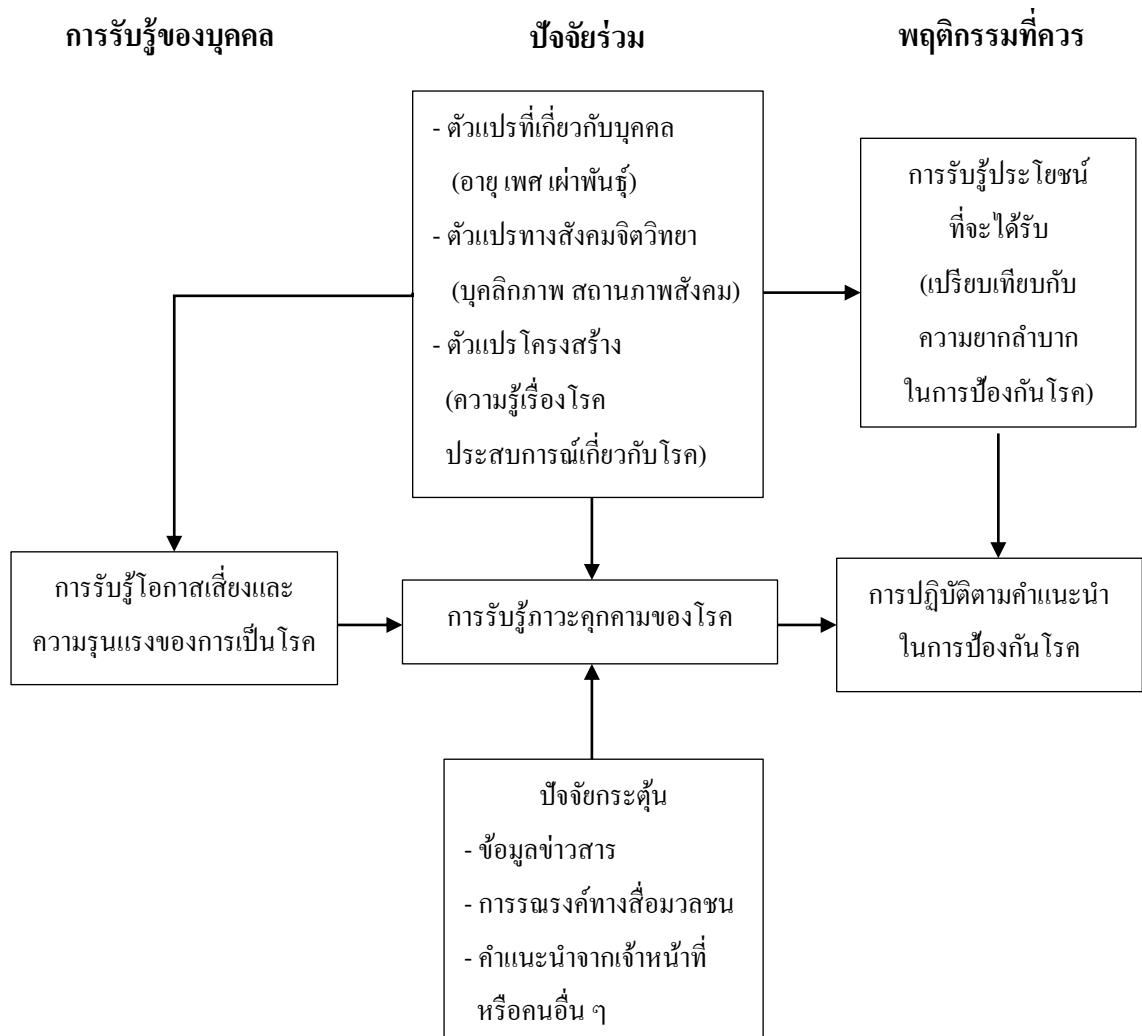
ตัวแปรด้านประชากร เช่น อายุ ระดับการศึกษา

ตัวแปรด้านโครงสร้าง เช่น ความรู้เรื่องโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค

ตัวแปรด้านสังคมจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม

ตัวแปรสนับสนุนในแบบแผนความเชื่อสุขภาพ หรือสิ่งชักนำกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติ ตัวแปรนี้เหล่านี้อาจจะเป็นสิ่งที่อยู่ภายในตัวบุคคล เช่น ไม่สุขสบาย เจ็บปวด หรือเป็นสิ่งที่มาจากภายนอกที่เป็นมากระตุ้น เช่น ข่าวสาร คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ เป็นต้น

จากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ได้อธิบายพฤติกรรมของบุคคลในการที่จะปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค และรักษาโรคว่าบุคคลจะต้องมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค รับรู้ความรุนแรงของโรค ซึ่งการรับรู้นี้จะผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรคโดยการเลือกวิธีการปฏิบัติที่คิดว่าเป็นทางออกที่ดีที่สุด ด้วยการเปรียบเทียบประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติกับผลเสีย ค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติสุขภาพของบุคคลนั้นด้วย ดังภาพที่ 2.1



ภาพที่ 2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
ที่มา : Becker & Maiman (1977) อ้างถึงใน สมทรง รัชย์เผ่า (2540)

โดยความเชื่อด้านสุขภาพถูกนำมาใช้ในงานวิจัยเพื่ออธิบายการป้องกันโรคโควิด-19 ในการลดอันตรายหรือลดความรุนแรงอันเกิดโรคของบุคคลในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ ในความรับผิดชอบของมูลนิธิเพื่อการพัฒนาสุขภาพเด็กและสตรี ในการวิจัยครั้งนี้ได้นำเอา มโนทัศน์หลัก เพื่อทำให้บุคคลเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมและการป้องกันจากโรค ประกอบด้วย การรับรู้ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) การรับรู้ ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค

(Perceived Benefits and Barriers) และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits and Barriers)

ปัจจัยที่มีผลต่อป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ

จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ซึ่งครอบคลุมปัจจัยต่าง ๆ ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ ต่อเดือน ไม่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพโดยตรง แต่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติของบุคคลในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ (กอบกาญจน์ เจริญทอง, 2556)

การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดต่อของ ความรู้สึก การรับรู้ หรือความเข้าใจว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อส่งผลกระทบต่อสุขภาพ การสูญเสีย ทางเศรษฐกิจ การประเมินความรุนแรงนั้นอาศัยระดับต่าง ๆ ของการกระตุ้นเร้าของบุคคลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนั้น ซึ่งอาจจะมองความรุนแรงของการเจ็บป่วยนั้น ทำให้เกิดความพิการหรือตายได้หรือไม่ หรืออาจมีผลกระทบต่อหน้าที่การงาน เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้ว จะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค ดังงานวิจัยของกิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกษา สิงห์วีระธรรม และนพพร คำแสงสวัสดิ์ (2563) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถทำนายพฤติกรรมการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้ร้อยละ 17.30 ($R^2 = .173$) โดยการรับรู้ความรุนแรงของโรค อาจเป็นผลเนื่องมาจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในปัจจุบัน ที่มีการเผยแพร่ข้อมูลที่กล่าวถึงความรุนแรงของโรคที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ การเจ็บป่วยและเสียชีวิตเมื่อติดเชื้อ ทำให้บุคคลตระหนักถึงความรุนแรงของโรคมก และนำไปสู่ความตระหนักถึงการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค กล่าวคือ จะปฏิบัติพฤติกรรมที่ได้รับประโยชน์มากกว่า การไม่ปฏิบัติและรับรู้ว่าการปฏิบัติจะก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ ดังนั้น การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่า ซึ่งอธิบายตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ได้ว่า เมื่อบุคคลรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค โดยมีความเชื่อว่าสิ่งที่จะ

ปฏิบัตินั้นเป็นสิ่งที่ดีและมีความเหมาะสมในการป้องกันโรคได้จริง บุคคลจะเกิดแรงจูงใจและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรค

การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ พันธ์ญา ชันติจิตร (2564) เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้น จากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง หรือพฤติกรรมนั้นขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้น การรับรู้ อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วยนี้สามารถใช้ทำนายพฤติกรรม การให้ความร่วมมือในการรักษาโรค ดังการศึกษา Wong, et al. (2553) กล่าวว่า การใช้แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อประเมินตัวทำนายความตั้งใจในการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และความเต็มใจที่จะจ่ายเงินค่าฉีดวัคซีนของบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศมาเลเซีย พบว่า การรับรู้อุปสรรคด้านค่าใช้จ่ายในการฉีดวัคซีนมีผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นอีกตัวแปรหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค ถ้ารับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการป้องกันโรคที่ดีจะก่อให้เกิดแรงจูงใจทำให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคที่ดี การศึกษาของ พันธ์ญา ชันติจิตร (2564) การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นความรู้สึกนึกคิดและความเข้าใจของตนเอง ในการปฏิบัติตนให้สำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยสำคัญทำให้บุคคลเริ่มต้น พยายามและมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง จะมีความกระตือรือร้น และพยายามกระทำพฤติกรรมให้สำเร็จตามเป้าหมาย มีความมุ่งมั่น ไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค

การรับรู้ข่าวสาร การได้รับข้อมูลข่าวสารเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ว่าการสื่อความหมายนั้นจะทำได้โดยสภาพของสิ่งนั้นเองหรือโดยผ่านวิธีการใด ๆ และไม่ว่าจะได้จัดทำไว้ในรูปแบบใด อภิวิติ อินทเจริญ (2564) การได้รับสื่อข้อมูลต่าง ๆ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ เนื่องจาก สังคมในปัจจุบันมีการติดต่อสื่อสารระหว่างกันได้ง่าย และสะดวกรวดเร็ว ทำให้การกระจายข่าวสารหรือสื่อความรู้ต่าง ๆ สามารถทำได้ง่ายและทั่วถึงในกลุ่มคนทุกเพศทุกวัย เมื่อบุคคลได้รับข่าวสารเกี่ยวกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีความรุนแรงและแพร่ระบาดไปทั่วโลก รวมไปถึงมีการแพร่ระบาดในประเทศไทย ทำให้บุคคลให้ความสนใจถึงสถานการณ์ความรุนแรงและตระหนักที่จะปฏิบัติ เพื่อป้องกันตนเองไม่ให้ได้รับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่ได้เข้ามาศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุสถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ และรายได้ต่อเดือน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคการรับรู้ความรุนแรงของโรค

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติการรับรู้อุปสรรคในปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันโรค และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่อ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จิตรา มุลทิ (2564) ศึกษา เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอองไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย ผลการศึกษาพบว่า เพศ ระดับการศึกษา การรับรู้ข่าวสารการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถตนเอง ไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเอง อย่างไรก็ตาม พบว่า บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในแต่ละสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่ที่มีการระบาดภายในประเทศ ช่วงที่มีนโยบายปิดเมือง และช่วงมาตรการผ่อนปรนนั้นมีความแตกต่างกัน ซึ่งอาจจะเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ ความรุนแรง การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ ความสามารถตนเองส่งผลให้พฤติกรรมการป้องกันตนเอง จากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความแตกต่างกัน

ดวงพร กตัญญูตานนท์ (2564) ศึกษา เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ พบว่า 1) พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.17$, S.D. = 0.35) 2) ปัจจัยร่วม พบว่า คณะวิชามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่เพศ อายุ ชั้นปี และความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ทางสถิติ 3) ปัจจัยความเชื่อของบุคคล ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคโควิด-19 การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคโควิด-19 และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .25, .30, .36, .58, p = .00$) ส่วนการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคโควิด-19 ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ทางสถิติ 4) ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ พบว่า การได้รับความสนับสนุนจากครอบครัว การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับและการป้องกันโรคโควิด-19 จากสื่อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .51, .46, p = .00$)

นิชาภา เหมือนภาค (2565) ศึกษา เรื่อง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผลกระทบสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนจังหวัดนครราชสีมา พบว่า เชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค

ในระดับปานกลาง ผลกระทบด้านสุขภาพระดับมากถึงมากที่สุด และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคระดับดี ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า ประชาชนรับรู้อุปสรรคการเพิ่มค่าใช้จ่าย หน้ากากอนามัย เจลแอลกอฮอล์มีคุณภาพต่ำและไม่เพียงพอ การถูกโกงจากผู้ขาย ด้านจิตใจและเศรษฐกิจ พบว่า มีความวิตกกังวล ความทุกข์ เครียด หดหู่ใจ มีผลกระทบต่อการรับรายจ่าย การถูกเลิกจ้าง ปิดกิจการ ขาดความตระหนักรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคตามมาตรการ

พนัญญา ชันติจิตร (2564) ศึกษา เรื่อง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โรคโควิด-19) ของประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ได้แก่ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 99.43 ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 97.14 ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 100 และด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค ร้อยละ 94.86 และอยู่ระดับน้อย คือ ด้านการรับรู้ต่ออุปสรรคในการป้องกันโรค ร้อยละ 40.86

อภิชาติ อินทเจริญ และคนอื่น ๆ (2564) ศึกษา เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองคอหงส์ จังหวัด สงขลา ผลพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดี ($M = 2.89, S.D. = 0.32$) คิดเป็นร้อยละ 88.45 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ และรายได้ต่อเดือน ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การได้รับอิทธิพลระหว่างบุคคล และการได้รับข้อมูลข่าวสาร สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองคอหงส์ จังหวัดสงขลา ได้ร้อยละ 31.1 ($R^2 = .311$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากที่สุด คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ($b = .242, p = .000$) ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการกำหนดรูปแบบวางแผน และจัดกิจกรรมที่เหมาะสม และสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของประชาชนในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เช่น การจัดตั้งกลุ่มหรือเครือข่ายออนไลน์ สำหรับให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อให้ประชาชนเกิดความตระหนัก และนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Zewdie, et al. (2022) ศึกษา เรื่อง การใช้โมเดลความเชื่อด้านสุขภาพในการคาดการณ์การป้องกันโรคโควิด-19 ศึกษาทบทวนอย่างเป็นระบบ พบว่า จากวิธีการสืบค้นศึกษาบทความวรรณกรรม 1,552 บทความ พบบทความที่ตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน 32 รายการ โดยใช้โครงสร้างองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสามารถในการคาดการณ์พฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 และสามารถนำมาใช้ออกแบบเพื่อการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดได้ ผลที่ได้รับจากการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นตัวทำนายที่สำคัญที่สุดของพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ในขณะที่การรับรู้อุปสรรค ความรุนแรงเป็นตัวทำนายที่สำคัญตัวสุดท้าย แสดงถึงการแทรกแซงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคโควิด-19

Seangpraw, et al. (2022) ศึกษา เรื่อง การใช้แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพในการคาดการณ์ความตั้งใจในการฉีดวัคซีนในกลุ่มผู้ไม่ได้รับวัคซีนโรคโควิด-19 ในชุมชนไทย พบว่า ผู้เข้าร่วมที่ไม่ได้ฉีดวัคซีนมีอายุเฉลี่ย 44.45 ± 16.63 ปี และมากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นสตรี (ร้อยละ 54.5) คะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ใช้ความรุนแรงของการรับรู้ ($B = 0.26$) การรับรู้ความสามารถของตนเอง ($B = 0.51$) การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรค ($B = 0.11$) และตัวชี้้นำการดำเนินการ ($B = 0.18$) หลังจากปรับตามอายุ พื้นฐาน โรคและดัชนีมวลกาย ($R^2 =$ ร้อยละ 42.5) คะแนนการตัดสินใจให้วัคซีนโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับความรุนแรงที่รับรู้ ($B = 0.13$) การรับรู้ความอ่อนไหว ($B = 0.25$) การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค ($B = 0.21$) และตัวชี้้นำการดำเนินการ ($B = 0.27$) หลังจากปรับตามปัจจัยพื้นฐานโรคโควิด-19 ($R^2 =$ ร้อยละ 38.7) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของการใช้โครงสร้างแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อทำความเข้าใจความตั้งใจของแต่ละบุคคลในการรับวัคซีนโรคโควิด-19 ชุมชนควรพิจารณาการรณรงค์ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และโครงการต่าง ๆ ที่ใช้แบบจำลองแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นกรอบในการเปลี่ยนแปลงการรับรู้และความเชื่อเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 และปรับปรุงอัตราการฉีดวัคซีนในกลุ่มผู้ไม่ได้รับวัคซีนในชนบทภาคเหนือของประเทศไทย

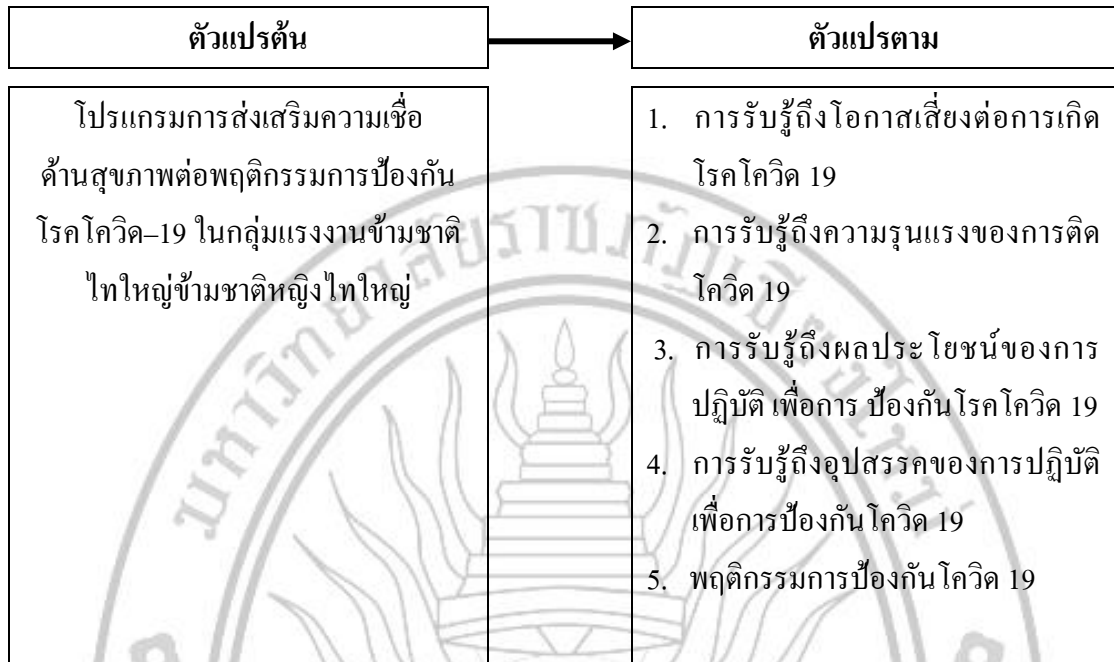
Mirzaei, et al. (2021) ศึกษา เรื่อง การประยุกต์ใช้แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มตัวอย่างประชากรผู้ใหญ่ชาวอิหร่าน พบว่า โครงสร้าง HBM ทำนายพฤติกรรมป้องกันของโรคโควิด-19 ได้ถึงร้อยละ 29.3 ในอาสาสมัครประโยชน์ที่ได้รับ อุปสรรคที่รับรู้ และการรับรู้ความสามารถของตนเองทำนายพฤติกรรมป้องกันได้อย่างมีนัยสำคัญ แต่การรับรู้ความอ่อนไหวและความรุนแรงที่รับรู้ไม่มีนัยสำคัญในแบบจำลองการถดถอย อินเทอร์เนตและเครือข่ายโซเชียลเสมือน (ร้อยละ 49.8) การออกอากาศ (ร้อยละ 33.5) และผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ (ร้อยละ 15.8) เป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญที่สุด

ที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 ในการตอบสนองต่อสัญญาณภายในของการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 ร้อยละ 36.6 ไม่สนใจ ร้อยละ 34.7 และพยายามรักษาตัวเอง เพียงร้อยละ 28.0 ดังนั้น การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้อุปสรรค และผลประโยชน์ที่รับรู้เป็นปัจจัยหลักในการกำหนดพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในอาสาสมัคร สรุปได้ว่า HBM เป็นเครื่องมือที่ดีในการทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ในประชากรอิหร่าน

Fikriana (2021) ศึกษา เรื่อง ความเชื่อด้านสุขภาพที่สัมพันธ์กับการยึดมั่นในระเบียบปฏิบัติด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในครอบครัวผู้ป่วย ผลพบว่า ผลการทดสอบของฟิชเชอร์ได้ข้อมูลว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพในมิติของการรับรู้ความอ่อนไหว ($p = 0.007$) การรับรู้ความรุนแรง ($p = 0.027$) ประโยชน์ที่ได้รับ ($p = 0.003$) อุปสรรคที่รับรู้ ($p = 0.021$) และ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ($p = 0.002$) โดยยึดมั่นในระเบียบปฏิบัติด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคโควิด-19 ครอบครัวของผู้ป่วยยินดีที่จะใช้โปรโตคอลด้านสุขภาพ หากพวกเขามีความเชื่อเรื่องสุขภาพสูงในความพยายามที่จะป้องกันการแพร่เชื้อของโรคโควิด-19 ความเชื่อด้านสุขภาพนี้รวมถึงความเชื่อที่ว่าโรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่อได้ง่ายและร้ายแรง การยึดมั่นจะให้ประโยชน์ต่อสุขภาพ

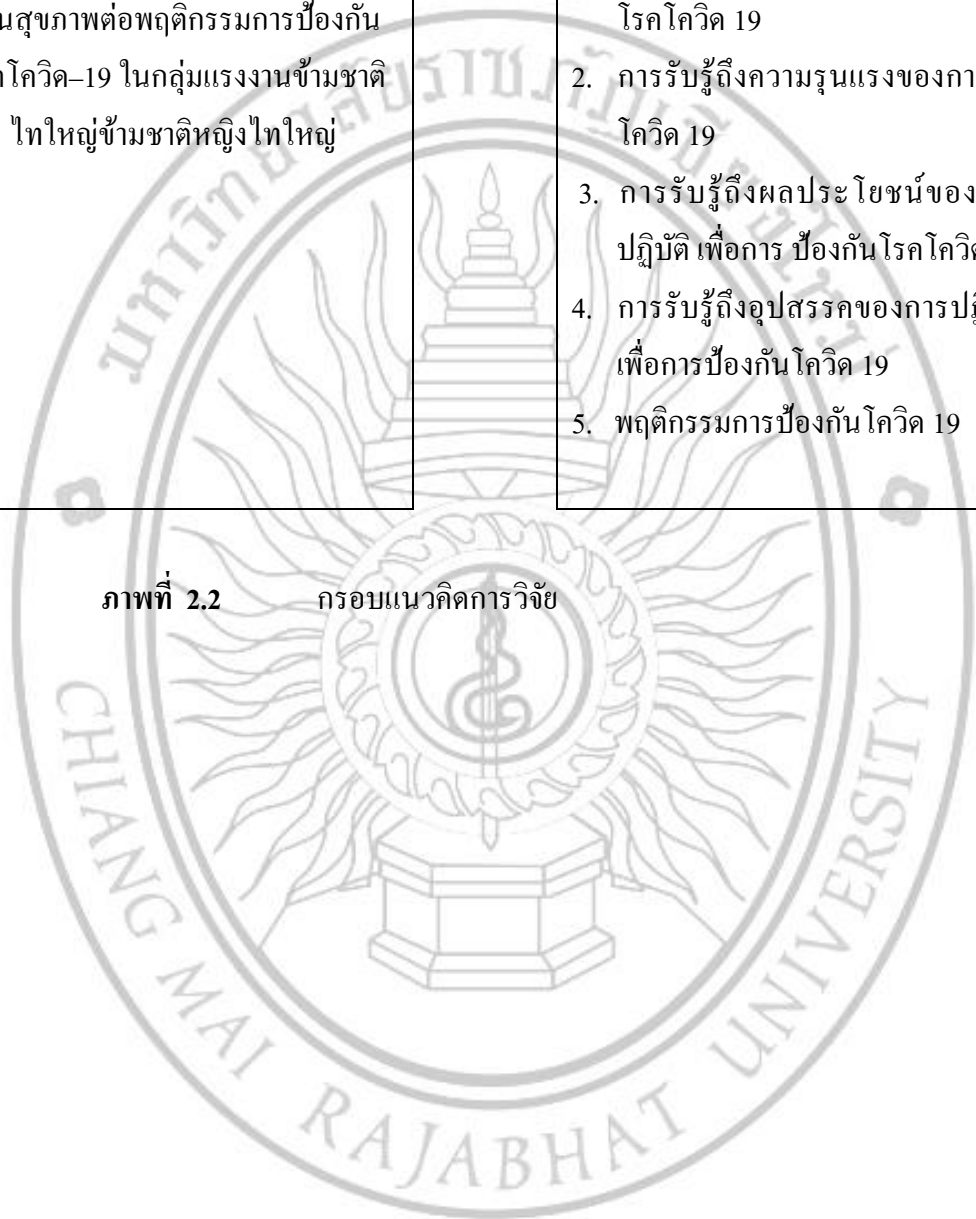
Syed, et al. (2021) ศึกษา เรื่อง การประยุกต์ใช้แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อประเมินแนวทางปฏิบัติในการป้องกันชุมชนจากโรคโควิด-19 ในซาอุดีอาระเบีย พบว่า บุคคลทั้งหมด 900 คนได้รับลิงก์แบบสำรวจออนไลน์ โดย 688 คน (อัตราการตอบกลับ ร้อยละ 76.4) ยินยอมให้เข้าร่วมในการศึกษานี้ อายุเฉลี่ยของผู้ตอบแบบสอบถาม คือ 31.39 ปี (S.D. = 8.94) มีการสังเกตความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างความไวในการรับรู้ (เบต้า = 0.24, ค่า $p < 0.001$) ความรุนแรงที่รับรู้ (เบต้า = 0.16, ค่า $p < 0.001$) ประโยชน์ที่ได้รับ (เบต้า = 0.41, ค่า $p < 0.001$) คิวการดำเนินการ (เบต้า = 2.61, ค่า $p < 0.001$) และการมีส่วนร่วมในแนวทางปฏิบัติในการป้องกันชุมชนในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ผลการศึกษาแสดงประสิทธิภาพของโครงสร้าง HBM เพื่อประเมินความเป็นไปได้ของชุมชนที่จะดำเนินการป้องกันที่จำเป็น ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับความอ่อนไหว ความรุนแรง และผลประโยชน์นอกเหนือจากการชี้นำในการดำเนินการมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการมีส่วนร่วมในแนวทางปฏิบัติในการป้องกันของชุมชนในซาอุดีอาระเบียในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ใหม่ ดังนั้น เราจึงแนะนำให้รวมองค์ประกอบเหล่านี้สำหรับการประเมินโปรแกรมการป้องกันโรค เกสเซอร์ในชุมชนมีกลยุทธ์ในการดำเนินการรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพในซาอุดีอาระเบียและทั่วโลก เนื่องจากพวกเขาสามารถเน้นย้ำถึงประโยชน์ของแนวทางปฏิบัติในการป้องกันระหว่างการระบาด โรคระบาด และโรคระบาดเป็นประจำ

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 2.2

กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัย เรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ โดยมีรูปแบบการศึกษาวิจัย กึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนทดลองและหลังการทดลอง (Two – Group Pretest Posttest Design) ครอบคลุมเนื้อหา 2 ส่วน ได้แก่ 1) พัฒนาโปรแกรมแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ และ 2) การเปรียบเทียบผลของโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ จัดเก็บข้อมูลแบบเชิงปริมาณ (Quantitative) โดยมีรายละเอียด ของระเบียบวิธีการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากร คือ กลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ที่มีสถานะถูกต้องตามกฎหมาย มีใบอนุญาตทำงานในความรับผิดชอบของมูลนิธิเพื่อการพัฒนาศักยภาพเด็กและสตรี จังหวัด เชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ กลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ที่มีสถานะถูกต้อง ตามกฎหมาย มีใบอนุญาตทำงานในความรับผิดชอบของมูลนิธิเพื่อการพัฒนาศักยภาพเด็กและสตรี จังหวัดเชียงใหม่ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 90 คน โดยแบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 45 คน กลุ่มควบคุม 45 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่างในส่วนนี้เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยพิจารณาจากการตัดสินใจของผู้วิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่เลือก เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยและเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มุ่งเน้นผู้เข้าร่วมการวิจัย สมารถใจและยินดีที่จะเข้าร่วมการศึกษจนสิ้นสุดกระบวนการ โดยการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power Version 3.1 สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยในกลุ่มทดลองก่อน

และหลังได้รับโปรแกรม ด้วยการทดสอบด้วยสถิติที่ Pair t-test โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power Analysis) ที่ระดับร้อยละ 80 กำหนดค่าความผิดพลาดที่ยอมรับได้ไม่เกินร้อยละ 5 กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect Size) ของประชากรที่ระดับกลาง (Medium Effect Size) คือ ระดับ 0.5 (Cohen, 1977) จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 34 คน ได้มีการเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อทดแทนกลุ่มตัวอย่างที่อาจจะสูญหายไป หรือกลุ่มตัวอย่างที่อาจไม่มาตามนัดอีกร้อยละ 30 ประมาณ คิดเป็น 10 คน ดังนั้น ต้องการกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 45 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การศึกษา (Inclusion criteria)

1. เป็นกลุ่มแรงงานสัญชาติเมียนมา เชื้อชาติไทยใหญ่ อยู่อาศัยในจังหวัดเชียงใหม่
2. มีอายุระหว่าง 18 – 60 ปี
3. เป็นกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงที่เข้าเมืองแบบถูกกฎหมาย

เกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่างออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

1. ถ้าตรวจพบผล ATK เป็นบวกในวันที่ดำเนินการอบรม
2. ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรม และให้ข้อมูลได้ครบถ้วนตามที่กำหนด
3. ไม่ป่วยด้วยโรคโควิดในช่วงเวลาที่ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. โปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทยใหญ่ ในความรับผิดชอบของมูลนิธิเพื่อการพัฒนาศักยภาพเด็กและสตรี

1.1 แผนการเรียนรู้ และสื่อภาษาไทย ทั้งหมด 4 แผนการเรียนรู้

เป็นการมุ่งเน้นให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยได้รับการเสริมสร้างตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ได้แก่ แผนการเรียนรู้ที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19 (Perceived Susceptibility) แผนการเรียนรู้ที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 (Perceived Severity) แผนการเรียนรู้ที่ 3 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคโควิด-19 (Perceived Benefits) แผนการเรียนรู้ที่ 4 การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ (Perceived Barriers) โดยมีแผนการเข้าร่วมกิจกรรมในการศึกษาได้ดังนี้

ตารางที่ 3.1 แผนการทำกิจกรรม

แผนการทำกิจกรรม/สัปดาห์			
สัปดาห์ที่	กิจกรรม	เวลา	วิธีการ
1	การสร้าง สัมพันธภาพ	60 นาที	ผู้วิจัยแนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่าง สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ระยะเวลา ขั้นตอนการวิจัยและ รายละเอียดการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม อธิบาย ชุดแบบสอบถามเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจและตอบ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามความรู้ เกี่ยวกับเชื้อไวรัสเอชไอวีและขาด้านไวรัส (Pre-test)
2	การรับรู้โอกาส เสี่ยงต่อการเป็น โรคโควิด-19	40 นาที	ผู้วิจัยให้ความรู้แก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เพื่อเสริมสร้างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ ประโยชน์ของการป้องกันโรคโควิด-19 การรับรู้ อุปสรรคและแนวทางการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น จากการป้องกันโรคโควิด-19 โดยใช้สื่อและอุปกรณ์ ที่เป็นภาษาไทยใหญ่ ได้แก่ PowerPoint โปสเตอร์ ประชาสัมพันธ์ และแผนพับความรู้
3	การรับรู้ความ รุนแรงของโรคโค วิด 19	40 นาที	
4	การรับรู้ถึง ประโยชน์ของการ รักษาและป้องกัน โรคโควิด-19	40 นาที	
5	การรับรู้ถึง อุปสรรคของ การปฏิบัติ	40 นาที	
6	สรุปความคิด รวบยอดแบบแผน ความเชื่อด้าน สุขภาพ	50 นาที	ผู้วิจัย นำเสนอบทสรุปแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทั้ง 4 แผน และผู้วิจัยซักถามกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนหากต้องการให้มีความยั่งยืน ควรมีการปฏิบัติตนอย่างไร พร้อมทั้งเน้นย้ำถึงการมี พฤติกรรมปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เหมาะสม อย่างต่อเนื่อง จะส่งผลให้มีสุขภาพที่ดี ป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนได้ ใช้เวลา 30 นาทีหลังจากนั้นให้

ตารางที่ 3.1 (ต่อ)

แผนการทำกิจกรรม/สัปดาห์			
สัปดาห์ที่	กิจกรรม	เวลา	วิธีการ
			กลุ่มตัวอย่างตอบ แบบสอบถามหลังการทดลอง (Post-test) หลังทำแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยแจ้งสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างใน การวิจัย พร้อมกล่าวแสดงความขอบคุณกลุ่มตัวอย่างและผู้มีส่วนร่วมการวิจัยทุกคน ใช้เวลา 20 นาที

1.2 สื่อและอุปกรณ์ ได้แก่ PowerPoint การสอนภาษาไทย โปสเตอร์ประชาสัมพันธ์ภาษาไทยใหญ่ และแผนพับความรู้ภาษาไทยใหญ่

กลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ โดยการส่งเสริมแบบแผนความเชื่อสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ทุกสัปดาห์ ทั้งหมด 6 สัปดาห์ โดยเสริมแรงทางบวก จากการชมเชยและให้กำลังใจ นอกจากนี้กลุ่มทดลองต้องฝึกบริการปอดอย่างเป็นประจำ (ติดตามกลุ่มตัวอย่างทุกสัปดาห์ อย่างน้อย 2 ครั้งต่อสัปดาห์ เพื่อทบทวน และแนะแนวทางการป้องกันโรคโควิด-19)

กลุ่มควบคุม จะได้รับการดูแลตามปกติ จะไม่ได้รับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19

2. แบบสอบถาม

แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษานี้แบ่งเป็น 5 ส่วน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ลักษณะเป็นข้อคำถามให้เลือกตอบและเติมข้อความ จำนวน 7 ข้อ ประกอบไปด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อาชีพ และระยะเวลาที่ท่านปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 2 แบบแผนความเชื่อสุขภาพเรื่อง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด 19 (Perceived Susceptibility) จำนวน 10 ข้อ ลักษณะเป็นข้อคำถามให้เลือกตอบตามมาตรวัด (Likert Scales) 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	ให้คะแนน 5 คะแนน
เห็นด้วยมาก	ให้คะแนน 4 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ให้คะแนน 3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้คะแนน 2 คะแนน
เห็นด้วยน้อยที่สุด	ให้คะแนน 1 คะแนน

การแปลความหมายของคะแนนระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19 โดยนำผลรวมคะแนนแต่ละตัวแปร หาค่าด้วยจำนวนข้อของแต่ละตัวแปรคิดค่าคะแนนจาก (ค่าสูงสุด – ค่าต่ำสุด) หาค่าด้วยระดับชั้น สรุปผลเป็น 3 ระดับ คือ ระดับมาก ระดับปานกลาง ระดับน้อย (บุญชม ศรีสะอาด, 2535) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00	หมายถึง	ระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67	หมายถึง	ระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33	หมายถึง	ระดับน้อย

ส่วนที่ 3 แบบแผนความเชื่อสุขภาพเรื่อง การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 (Perceived Severity) จำนวน 10 ข้อ ลักษณะเป็นข้อคำถามให้เลือกตอบตามมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scales) 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	ให้คะแนน 5 คะแนน
เห็นด้วยมาก	ให้คะแนน 4 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ให้คะแนน 3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้คะแนน 2 คะแนน
เห็นด้วยน้อยที่สุด	ให้คะแนน 1 คะแนน

การแปลความหมายของคะแนนระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 (Perceived Severity) โดยนำผลรวมคะแนนแต่ละตัวแปร หาค่าด้วยจำนวนข้อของแต่ละตัวแปร คิดค่าคะแนนจาก (ค่าสูงสุด–ค่าต่ำสุด) หาค่าด้วยระดับชั้น สรุปผลเป็น 3 ระดับ คือ ระดับมาก ระดับปานกลาง ระดับน้อย (บุญชม ศรีสะอาด, 2535) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.01 – 4.00	หมายถึง	ระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย 2.68 – 3.67	หมายถึง	ระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33	หมายถึง	ระดับน้อย

ส่วนที่ 4 แบบแผนความเชื่อสุขภาพ เรื่อง การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา และป้องกันโรคโควิด-19 (Perceived Benefits) จำนวน 5 ข้อ ลักษณะเป็นข้อคำถามให้เลือกตอบตามมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scales) 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	ให้คะแนน 5 คะแนน
เห็นด้วยมาก	ให้คะแนน 4 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ให้คะแนน 3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้คะแนน 2 คะแนน
เห็นด้วยน้อยที่สุด	ให้คะแนน 1 คะแนน

การแปลความหมายของคะแนนระดับการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคโควิด-19 โดยนำผลรวมคะแนนแต่ละตัวแปร หารด้วยจำนวนข้อของแต่ละตัวแปร คิดค่าคะแนนจาก (ค่าสูงสุด-ค่าต่ำสุด) หารด้วยระดับขั้น สรุปผลเป็น 3 ระดับ คือ ระดับมาก ระดับปานกลาง (บุญชม ศรีสะอาด, 2535) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00	หมายถึง	ระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67	หมายถึง	ระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33	หมายถึง	ระดับน้อย

ส่วนที่ 5 แบบแผนความเชื่อสุขภาพเรื่อง การรับรู้ต่ออุปสรรคของการป้องกันโรคโควิด-19 (Perceived Barriers) จำนวน 8 ข้อ ลักษณะเป็นข้อคำถามให้เลือกตอบตามมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scales) 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	ให้คะแนน 5 คะแนน
เห็นด้วยมาก	ให้คะแนน 4 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ให้คะแนน 3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้คะแนน 2 คะแนน
เห็นด้วยน้อยที่สุด	ให้คะแนน 1 คะแนน

การแปลความหมายของคะแนนระดับการรับรู้ต่ออุปสรรคของการป้องกันโรคโควิด-19 โดยนำผลรวมคะแนนแต่ละตัวแปร หารด้วยจำนวนข้อของแต่ละตัวแปร คิดค่าคะแนนจาก (ค่าสูงสุด-ค่าต่ำสุด) หารด้วยระดับขั้น สรุปผลเป็น 3 ระดับ คือ ระดับมาก ระดับปานกลาง ระดับน้อย (บุญชม ศรีสะอาด, 2535) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00	หมายถึง	ระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67	หมายถึง	ระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33	หมายถึง	ระดับน้อย

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 จำนวน 21 ข้อ ลักษณะเป็นข้อคำถามให้เลือกตอบตามมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scales) 4 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำทุกครั้ง	ให้คะแนน 4 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ให้คะแนน 3 คะแนน
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ให้คะแนน 2 คะแนน
ไม่ปฏิบัติเลย	ให้คะแนน 1 คะแนน

การแปลความหมายของคะแนนระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 โดยนำผลรวมคะแนนแต่ละตัวแปร หาค่าด้วยจำนวนข้อของแต่ละตัวแปรคิดค่าคะแนนจาก (ค่าสูงสุด-ค่าต่ำสุด) หาค่าด้วยระดับชั้น สรุปผลเป็น 3 ระดับ คือ ระดับมาก ระดับปานกลาง ระดับน้อย (บุญชม ศรีสะอาด, 2535) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.01 – 4.00	หมายถึง	ระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย 2.01 – 3.00	หมายถึง	ระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.00	หมายถึง	ระดับน้อย

การพัฒนาคุณภาพเครื่องมือ

1. โปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19

ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ ดำเนินการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) อาศัยดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหา และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นผู้พิจารณาและตัดสินว่าเครื่องมือชิ้นนั้น ๆ มีความเที่ยงตรงหรือไม่ จำนวน ทั้งหมด 9 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพดูแลงานควบคุมโรคติดต่อ จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่มูลนิธิเพื่อการพัฒนาสุขภาพเด็กและสตรี จังหวัดเชียงใหม่ 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่ผ่านการอบรมช่วยเหลือประชาชนกลุ่มเปราะบางช่วงระบาดของโรคโควิด-19 จำนวน 2 คน ตัวแทนกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ จำนวน 2 คน และนักวิชาการสาธารณสุขงานควบคุมโรคติดต่อ จำนวน 2 คน

2. แบบสอบถาม

2.1 การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (Validity) อาศัยดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบด้านเนื้อหา (Subject Matter Specialist) ทั้งความเหมาะสมด้านภาษาและข้อคำถามที่สร้างขึ้นครอบคลุมประเด็นที่ต้องการจะวัดหรือไม่ โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) แล้วคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item-objective Congruence Index: IOC) โดยจากการให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบพบว่า ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม มีค่าดัชนีความสอดคล้อง 0.67 ระหว่างข้อคำถามกับ

จุดประสงค์ จำนวน 5 ข้อ และข้อที่เหลือทั้งหมด มีค่าดัชนีความสอดคล้อง 1.00 ระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ ดังนั้น แบบสอบถามทั้งหมดทุกข้อสามารถนำไปใช้ในงานวิจัยได้ทั้งหมด

2.2 ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามหลังจากปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญแล้วไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง อำเภอสันทรายและอำเภอฝาง จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยเลือกวัดความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธีการหา Alpha Coefficient (Cronbach, 1951) ผลการหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือแบบสอบถามส่วนแบบแผนความเชื่อสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น 0.76 และแบบสอบถามส่วนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น 0.79 โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ $\alpha \geq 0.75$ เป็นค่าที่ยอมรับได้ในทางเดียวกัน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการสร้างโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ โดยผู้วิจัยจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลและจัดกิจกรรมร่วมกับผู้ช่วยวิจัย ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่มูลนิธิเพื่อการพัฒนาศักยภาพเด็กและสตรีจังหวัดเชียงใหม่ และอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่ผ่านการอบรมช่วยเหลือประชาชนกลุ่มเปราะบางช่วงระบาคของโรคโควิด-19 โดยดำเนินการตามขั้นตอน ต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ถึงมูลนิธิเพื่อการพัฒนาศักยภาพเด็กและสตรี เพื่อขออนุญาตและขอแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยและขออนุญาตดำเนินงานวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ภายหลังได้รับอนุญาตแล้วนำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่เข้าพบหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มูลนิธิเพื่อการพัฒนาศักยภาพเด็กและสตรี เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ขั้นตอน และผลที่จะได้รับในการศึกษาครั้งนี้ และประสานงานกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล โดยกำหนดวัน เวลา ที่จะเข้าเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ประชาสัมพันธ์เชิญชวนแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ตามเกณฑ์เข้าร่วมการวิจัยเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ ข้อมูล อธิบายขั้นตอนการวิจัยและให้ลงลายมือชื่อในเอกสารแสดงความยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าว
4. ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยใช้แบบสอบถาม

5. ดำเนินการทดลอง กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ และกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ

6. ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) และมีการตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้องทุกครั้งที่ในการทำวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยการแจกแจงค่าความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
2. การเปรียบเทียบผลของโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรม ในการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ โดยใช้สถิติ t-test two-Paired Samples ในการเปรียบเทียบช่วงก่อนและหลังการทดลอง และใช้สถิติ t-test two-Independent Samples ในการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม เมื่อข้อมูลแจกแจงแบบโค้งปกติ แต่ถ้าข้อมูลแจกแจงแบบไม่ปกติ ในการเปรียบเทียบก่อนกับหลังการทดลอง และใช้สถิติ Mann-Whitney U Test ในการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

1. ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยนำเสนอโครงร่างงานวิจัยและเครื่องมือวิจัย เพื่อขอรับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ เชียงใหม่
2. ผู้วิจัยต้องอธิบายถึงวัตถุประสงค์ให้กลุ่มตัวอย่างทราบเป็นภาษาไทยใหญ่เพื่อขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ โดยจะไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้นกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่เข้าร่วมกิจกรรมและตอบแบบสอบถาม
3. การนำเสนอผลการศึกษาเป็นการนำเสนอในภาพรวมไม่ปรากฏข้อมูลเป็นรายบุคคล และหากกลุ่มตัวอย่างมีความไม่สบายใจในการเข้าร่วมสามารถออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา

หากต้องการโดยไม่ต้องอธิบายเหตุผลใด ๆ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการศึกษาและลงชื่อ
ยินยอมในการให้ข้อมูลตอบแบบสอบถามและเข้าร่วมโปรแกรม



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัย เรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ แบ่งออกเป็น 6 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตอนที่ 2 การเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 4 ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ 4 ด้าน ได้แก่

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19 (Perceived Susceptibility)
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 (Perceived Severity)
3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคโควิด-19 (Perceived Benefits)
4. การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ (Perceived Barriers)

ตอนที่ 5 พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19

ตอนที่ 6 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม

ตอนที่ 7 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มแรงงานข้ามชาติไทใหญ่ที่ได้จากการเก็บแบบสอบถาม จำนวน 90 คน โดยการหาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 4.1 การเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 45) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n = 45) จำนวน (ร้อยละ)	p – Value
การศึกษา			$\geq 0.001^*$
ประถมศึกษา	43 (95.56)	13 (28.89)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	2 (4.44)	14 (31.11)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.	0 (0.00)	12 (26.67)	
อนุปริญญา / ปวส.	0 (0.00)	5 (11.11)	
ปริญญาตรี	0 (0.00)	2 (2.22)	0.001*
สถานภาพสมรส			
โสด	0 (0.00)	9 (20.00)	
สมรส	40 (88.89)	26 (57.78)	
หม้าย / หย่า / แยก	5 (11.11)	10 (22.22)	0.29
การประกอบอาชีพ			
รับจ้าง	42 (93.33)	39 (86.67)	
ค้าขาย	3 (6.67)	6 (13.33)	0.47
อายุ			
Mean	33.97	34.16	
S.D.	7.26	9.04	
Max	57	58	
Min	18	19	

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 45) จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม (n = 45) จำนวน (ร้อยละ)	p – Value
รายได้			$\geq 0.001^*$
Mean	10,888.89	7,247.62	
S.D.	1,514.66	2,248.82	
Max	15,000	12,000	
Min	9,000	0.00	
ระยะเวลาอาศัยอยู่เชียงใหม่			0.02*
Mean	9.04	4.49	
S.D.	6.21	2.30	
Max	25	11	
Min	2	1	

จากตารางที่ 4.1 กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เป็นกลุ่มแรงงานข้ามชาติไทใหญ่ จำนวน 90 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม อย่างละ 45 ราย ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 95.56 สถานภาพสมรส ร้อยละ 88.89 และมีการประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 93.33 มีอายุเฉลี่ย 33.97 ปี (S.D. = 7.26 ช่วงอายุ ระหว่าง 18 – 57 ปี) มีรายได้เฉลี่ย 10,888.89 บาท (S.D. = 1,514.66 ช่วงรายได้ ระหว่าง 9,000 – 15,000 บาท) ระยะเวลาอาศัยอยู่เชียงใหม่เฉลี่ย 9.04 ปี (S.D. = 6.21 ช่วงระยะเวลา ระหว่าง 2 – 25 ปี)

กลุ่มควบคุม มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 31.11 สถานภาพสมรส ร้อยละ 57.78 และมีการประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 86.67 มีอายุเฉลี่ย 34.16 ปี (S.D. = 9.04 ช่วงอายุ ระหว่าง 19 – 58 ปี) มีรายได้เฉลี่ย 7,247.62 บาท (S.D. = 2,248.82 ช่วงรายได้ ระหว่าง 0 – 12,000 บาท) ระยะเวลาอาศัยอยู่เชียงใหม่เฉลี่ย 4.49 ปี (S.D. = 2.30 ช่วงระยะเวลา ระหว่าง 1 – 11 ปี)

ตอนที่ 2 การเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่ม
แรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 4.2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19
ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ความเชื่อ ด้านสุขภาพฯ	ก่อน		หลัง		p – Value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19 (Perceived Susceptibility)					
กลุ่มทดลอง	4.60	0.36	4.86	0.17	≤ 0.001*
กลุ่มควบคุม	2.08	0.47	4.53	0.22	≤ 0.001*
การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 (Perceived Severity)					
กลุ่มทดลอง	4.41	0.47	4.80	0.22	≤ 0.001*
กลุ่มควบคุม	2.22	0.73	4.50	0.22	≤ 0.001*
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคโควิด-19 (Perceived Benefits)					
กลุ่มทดลอง	3.66	0.89	4.80	0.28	≤ 0.001*
กลุ่มควบคุม	2.02	0.49	4.46	0.33	≤ 0.001*
การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ (Perceived Barriers)					
กลุ่มทดลอง	3.84	0.74	4.49	0.34	≤ 0.001*
กลุ่มควบคุม	2.16	0.51	4.43	0.12	≤ 0.001*
ความเชื่อด้านสุขภาพฯ 4 ด้าน					
กลุ่มทดลอง	4.22	0.38	4.74	0.17	≤ 0.001*
กลุ่มควบคุม	2.13	0.45	4.49	0.14	≤ 0.001*

Paired t-test = significant as $p \leq 0.001^*$

จากตารางที่ 4.2 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม
การป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ พบว่า ภายหลังกลุ่มทดลองได้รับ
โปรแกรม มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19 (Perceived Susceptibility) (Mean $4.86 \pm$
 0.17) เพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (Mean 4.60 ± 0.36) มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19

(Perceived Severity) (Mean 4.80 ± 0.22) เพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (Mean 4.41 ± 0.47) มีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคโควิด-19 (Perceived Benefits) (Mean 4.80 ± 0.28) เพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (Mean 3.66 ± 0.89) มีการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ (Perceived Barriers) (Mean 4.49 ± 0.34) เพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (Mean 3.84 ± 0.74) และมีความเชื่อด้านสุขภาพ 4 ด้าน (Mean 4.74 ± 0.17) เพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (Mean 4.22 ± 0.38) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า ภายหลังกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19 (Perceived Susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 (Perceived Severity) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคโควิด-19 (Perceived Benefits) การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ (Perceived Barriers) และมีความเชื่อด้านสุขภาพ 4 ด้าน (Mean 4.74 ± 0.17) เพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 4.3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

ความเชื่อด้านสุขภาพ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p – Value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19 (Perceived Susceptibility)					
ก่อน	4.60	0.36	2.08	0.47	≤ 0.001*
หลัง	4.86	0.17	4.53	0.22	≤ 0.001*
การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 (Perceived Severity)					
ก่อน	4.41	0.47	2.22	0.73	≤ 0.001*
หลัง	4.80	0.22	4.50	0.22	≤ 0.001*
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคโควิด-19 (Perceived Benefits)					
ก่อน	3.66	0.89	2.02	0.49	≤ 0.001*
หลัง	4.80	0.28	4.46	0.33	≤ 0.001*

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

ความเชื่อด้านสุขภาพ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p – Value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	
การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ (Perceived Barriers)					
ก่อน	3.84	0.74	2.16	0.51	≤ 0.001*
หลัง	4.49	0.34	4.43	0.12	0.28
ความเชื่อด้านสุขภาพ 4 ด้าน					
ก่อน	4.22	0.38	2.13	0.45	≤ 0.001*
หลัง	4.74	0.17	4.49	0.14	≤ 0.001*

Independent t-test = significant as $p \leq 0.001^*$

จากตารางที่ 4.3 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19 (Perceived Susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 (Perceived Severity) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคโควิด-19 (Perceived Benefits) การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ (Perceived Barriers) และ ความเชื่อด้านสุขภาพ 4 ด้าน ทั้ง 2 กลุ่ม มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตอนที่ 4 ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ
หญิงไทใหญ่ 4 ด้าน

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19 (Perceived Susceptibility)

ตารางที่ 4.4 ข้อมูลค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19
(Perceived Susceptibility) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Pertest)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็น โรคโควิด-19 (Perceived Susceptibility)	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	Mean (S.D.)	แปลผล	Mean (S.D.)	แปลผล
1. ผู้ที่เดินทางไปยังสถานที่แออัด มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูงกว่าผู้อื่น	4.67 (0.48)	มาก	2.27 (0.81)	ปานกลาง
2. ผู้ที่เดินทางกลับจากต่างประเทศ มีโอกาสติดเชื้อสูงกว่าผู้อื่น	4.73 (0.45)	มาก	2.18 (0.68)	น้อย
3. ผู้ที่สัมผัสกับผู้ติดเชื้อโควิด จะเพิ่ม ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19	4.69 (0.51)	มาก	2.13 (0.82)	น้อย
4. ผู้ที่ไม่สวมหน้ากากอนามัยเมื่อพบปะ ผู้อื่นจะทำให้มีความเสี่ยงต่อการเป็น โรคโควิด-19	4.67 (0.48)	มาก	2.02 (0.84)	น้อย
5. ผู้ที่เดินทางโดยรถโดยสารประจำทาง ร่วมกับผู้อื่นจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการ เป็นโรคโควิด-19	4.42 (0.72)	มาก	2.04 (0.80)	น้อย
6. การรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น โดยใช้ช้อนกลาง จะลดความเสี่ยงต่อ การเป็นโรคโควิด-19	4.44 (0.89)	มาก	1.91 (0.76)	น้อย
7. การใช้ของร่วมกับผู้ป่วยยืนยัน โรคโควิด-19 จะเพิ่มความเสี่ยงต่อ การเป็นโรคโควิด-19	4.47 (0.59)	มาก	2.04 (0.64)	น้อย

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็น โรคโควิด-19 (Perceived Susceptibility)	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	Mean (S.D.)	แปลผล	Mean (S.D.)	แปลผล
8. ผู้ที่เดินทางไปในสถานบันเทิง จะเพิ่ม ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19	4.64 (0.48)	มาก	2.02 (0.73)	น้อย
9. การรวมกลุ่มเพื่อนสนิทร่วมวงสังสรรค์ ดื่มสุรา แก้วเดียวกัน สูบบุหรี่วน เดียวกัน จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็น โรคโควิด-19	4.60 (0.54)	มาก	2.07 (0.78)	น้อย
10. การใกล้ชิดผู้อื่นที่ไม่ใช้ผ้าหรือ กระดาษชำระ ปิดปาก ปิดจมูก เวลาไอ หรือ จาม จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็น โรคโควิด-19	4.71 (0.46)	มาก	1.96 (0.77)	น้อย

จากตารางที่ 4.4 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19 (Perceived Susceptibility) ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มทดลอง มีการรับรู้ที่ ผู้ที่เดินทางกลับจากต่างประเทศมีโอกาสติดเชื้อสูงกว่าผู้อื่นสูงสุดอยู่ในระดับมาก (Mean 4.73 ± 0.45) รองลงมา คือ การใกล้ชิดผู้อื่นที่ไม่ใช้ผ้าหรือกระดาษชำระ ปิดปาก ปิดจมูก เวลาไอ หรือจาม จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19 (Mean 4.71 ± 0.46) ผู้ที่สัมผัสกับผู้ติดเชื้อโควิด จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19 (Mean 4.69 ± 0.51) ผู้ที่เดินทางไปยังสถานที่แออัด มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูงกว่าผู้อื่น และผู้ที่ไม่สวมหน้ากากอนามัยเมื่อพบปะผู้อื่นจะทำให้มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19 (Mean 4.67 ± 0.48) การรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น โดยใช้ช้อนกลาง จะลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19 (Mean 4.64 ± 0.48) การรวมกลุ่มเพื่อนสนิทร่วมวงสังสรรค์ ดื่มสุรา แก้วเดียวกัน สูบบุหรี่วนเดียวกัน จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19 (Mean 4.60 ± 0.54) การใช้ของร่วมกับผู้ป่วยยืนยันโรคโควิด-19 จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19 (Mean 4.47 ± 0.59) การรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น โดยใช้ช้อนกลาง จะลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19 (Mean 4.44 ± 0.89) และผู้ที่เดินทางโดยรถโดยสารประจำทางร่วมกับผู้อื่น จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19 (Mean 4.42 ± 0.72)

กลุ่มควบคุม มีการรับรู้ว่ามีผู้เดินทางไปยังสถานที่แออัด มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูงกว่าผู้อื่นสูงสุดอยู่ในระดับปานกลาง (Mean 2.27 ± 0.81) รองลงมา คือ ผู้ที่สัมผัสกับผู้ติดเชื้อโควิด-19 จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19 อยู่ในระดับน้อย (Mean 2.18 ± 0.68) ผู้ที่สัมผัสกับผู้ติดเชื้อโควิด-19 จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19 (Mean 2.13 ± 0.82) การรวมกลุ่มเพื่อนสนิทร่วมวงสังสรรค์ ดื่มสุรา แก้วเดียวกัน สูดบุหรี่มวนเดียวกัน จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด 19 (Mean 2.07 ± 0.78) ผู้ที่เดินทางโดยรถโดยสารประจำทางร่วมกับผู้อื่นจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19 (Mean 2.04 ± 0.80) การใช้ของร่วมกับผู้ป่วยยืนยันโรคโควิด-19 จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19 (Mean 2.04 ± 0.64) ผู้ที่ไม่สวมหน้ากากอนามัยเมื่อพบปะผู้อื่นจะทำให้มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19 (Mean 2.02 ± 0.84) ผู้ที่เดินทางไปสถานบันเทิง จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19 (Mean 2.02 ± 0.73) การใกล้ชิดผู้อื่นที่ไม่ใช้ผ้าหรือ กระจาขำระ ปิดปาก ปิดจมูก เวลาไอ หรือจาม จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19 (Mean 1.96 ± 0.77) และการรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น โดยใช้ช้อนกลาง จะลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19 (Mean 1.91 ± 0.76)

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 (Perceived Severity)

ตารางที่ 4.5 ข้อมูลค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 (Perceived Severity) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Pertest)

การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 (Perceived Severity)	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	Mean (S.D.)	แปลผล	Mean (S.D.)	แปลผล
1. ผู้ที่มีโรคปอดเรื้อรังอยู่แล้ว หากติดเชื้อโควิด-19 มีโอกาสเกิดอาการรุนแรงกว่าผู้อื่น	4.60 (0.58)	มาก	2.29 (0.73)	น้อย
2. ผู้ที่ติดเชื้อโควิด-19 มีอาการคล้ายกับอาการติดเชื้อไข้หวัดทั่วไป โดยมีอาการป่วยเริ่มตั้งแต่ มีไข้ ไอ เจ็บคอ เป็นต้น	4.40 (0.65)	มาก	2.20 (0.82)	น้อย
3. ผู้ที่ติดเชื้อโควิด-19 หากได้รับการรักษาช้า อาจนำไปสู่การล้มเหลวของระบบทางเดินหายใจและเสียชีวิตได้	4.38 (0.68)	มาก	2.09 (0.63)	น้อย

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 (Perceived Severity)	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	Mean (S.D.)	แปลผล	Mean (S.D.)	แปลผล
4. ผู้สูงอายุ ตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป หากติดเชื้อ โควิด-19 มีโอกาสเกิดอาการรุนแรงกว่าผู้อื่น	4.38 (0.61)	มาก	3.31 (5.41)	ปานกลาง
5. โรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่ออันตราย	4.40 (0.62)	มาก	2.16 (0.64)	น้อย
6. โรคโควิด-19 อันตรายร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิต	4.42 (0.62)	มาก	2.07 (0.69)	น้อย
7. โรคโควิด-19 ทำให้ปอดติดเชื้อรุนแรง	4.44 (0.62)	มาก	2.09 (0.79)	น้อย
8. หากมีโรคประจำตัว การติดโรคโควิด-19 อาจเพิ่มความรุนแรงและอันตรายถึงชีวิตได้	4.40 (0.72)	มาก	2.07 (0.75)	น้อย
9. ผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรง หากเป็นโรคโควิด-19 จะมีอาการเหมือนไข้หวัดธรรมดาทั่วไป	4.33 (0.64)	มาก	2.02 (0.75)	น้อย
10. ผู้ติดเชื้อโควิด-19 มีอาการคล้ายกับอาการ ติดเชื้อไข้หวัดทั่วไป โดยมีการป่วยเริ่ม ตั้งแต่ มีไข้ ไอ เจ็บคอ เป็นต้น	4.31 (0.56)	มาก	1.93 (0.84)	น้อย

จากตารางที่ 4.5 การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 (Perceived Severity) ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มทดลอง มีการรับรู้ว่ามีโรคปอดเรื้อรังอยู่แล้ว หากติดเชื้อโควิด-19 มีโอกาสเกิดอาการรุนแรงกว่าผู้อื่นสูงสุดอยู่ในระดับมาก (Mean 4.60 ± 0.58) รองลงมา คือ โรคโควิด-19 ทำให้ปอดติดเชื้อรุนแรง (Mean 4.44 ± 0.62) หากมีโรคประจำตัว การติดโรคโควิด-19 อาจเพิ่มความรุนแรงและอันตรายถึงชีวิตได้ (Mean 4.40 ± 0.72) โรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่ออันตราย (Mean 4.40 ± 0.62) ผู้ติดเชื้อโควิด-19 มีอาการคล้ายกับอาการติดเชื้อไข้หวัดทั่วไป โดยมีการป่วยเริ่มตั้งแต่ มีไข้ ไอ เจ็บคอ เป็นต้น (Mean 4.40 ± 0.65) ผู้ที่ติดเชื้อโควิด-19 หากได้รับการรักษาซ้ำอาจนำไปสู่การล้มเหลวของระบบทางเดินหายใจและเสียชีวิตได้ (Mean 4.38 ± 0.68) ผู้สูงอายุ

ตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป หากติดเชื้อโควิด-19 มีโอกาสเกิดอาการรุนแรงกว่าผู้อื่น (Mean 4.38 ± 0.61) ผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรง หากเป็นโรคโควิด-19 จะมีอาการเหมือนไข้หวัดธรรมดาทั่วไป (Mean 4.33 ± 0.64) ผู้ที่ติดเชื้อโควิด-19 มีอาการคล้ายกับอาการติดเชื้อไข้หวัดทั่วไป โดยมีการป่วยเริ่มตั้งแต่ มีไข้ ไอ เจ็บคอ เป็นต้น (Mean 4.31 ± 0.56)

กลุ่มควบคุม มีการรับรู้ที่ ผู้สูงอายุ ตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป หากติดเชื้อโควิด-19 มีโอกาสเกิดอาการรุนแรงกว่าผู้อื่นสูงสุดอยู่ในระดับปานกลาง (Mean 3.31 ± 5.41) รองลงมา คือ ผู้ที่มีโรคปอดเรื้อรังอยู่แล้ว หากติดเชื้อโควิด-19 มีโอกาสเกิดอาการรุนแรงกว่าผู้อื่น อยู่ในระดับน้อย (Mean 2.29 ± 0.73) ผู้ที่ติดเชื้อโควิด-19 มีอาการคล้ายกับอาการติดเชื้อไข้หวัดทั่วไป โดยมีการป่วยเริ่มตั้งแต่ มีไข้ ไอ เจ็บคอ เป็นต้น (Mean 2.20 ± 0.82) โรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่ออันตราย (Mean 2.16 ± 0.64) ผู้ที่ติดเชื้อโควิด-19 หากได้รับการรักษาจะนำไปสู่การล้มเหลวของระบบทางเดินหายใจและเสียชีวิตได้ (Mean 2.09 ± 0.63) โรคโควิด-19 ทำให้ปอดติดเชื้อรุนแรง (Mean 2.09 ± 0.79) โรคโควิด-19 อันตรายร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิต (Mean 2.07 ± 0.69) หากมีโรคประจำตัว การติดโรคโควิด-19 อาจเพิ่มความรุนแรงและอันตรายถึงชีวิตได้ (Mean 2.07 ± 0.75) ผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรง หากเป็นโรคโควิด-19 จะมีอาการเหมือนไข้หวัดธรรมดาทั่วไป (Mean 2.02 ± 0.75) และ ผู้ที่ติดเชื้อโควิด-19 มีอาการคล้ายกับอาการติดเชื้อไข้หวัดทั่วไป โดยมีการป่วยเริ่มตั้งแต่ มีไข้ ไอ เจ็บคอ เป็นต้น (Mean 1.93 ± 0.84)

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคโควิด-19 (Perceived Benefits)

ตารางที่ 4.6 ข้อมูลค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 (Perceived Severity) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Pertest)

การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและ ป้องกันโรคโควิด-19 (Perceived Benefits)	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	Mean (S.D.)	แปลผล	Mean (S.D.)	แปลผล
1. การสวมหน้ากากปิดจมูก เมื่อต้องออกไป นอกบ้าน เป็นการลดความเสี่ยงในการติด โรคโควิด-19	4.40 (0.58)	มาก	1.80 (0.76)	น้อย

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและ ป้องกันโรคโควิด-19 (Perceived Benefits)	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	Mean (S.D.)	แปลผล	Mean (S.D.)	แปลผล
2. การสวมผ้าปิดปากปิดจมูก เมื่อต้องออกไป นอกบ้าน เป็นการลดความเสี่ยงในการติด โรคโควิด-19	4.40 (0.58)	มาก	1.80 (0.76)	น้อย
3. การล้างมือบ่อยๆ ด้วยสบู่ หรือแอลกอฮอล์ เจล เป็นการลดความเสี่ยงในการติดโรค โควิด-19	3.93 (0.89)	มาก	1.67 (0.80)	น้อย
4. การงดกิจกรรมที่มีคนไปชุมนุมกันเป็นการ ลดความเสี่ยงในการติดโรคโควิด-19	3.71 (0.97)	มาก	2.31 (0.60)	น้อย
5. การหลีกเลี่ยงไปในสถานที่แออัดเป็นการ ลดความเสี่ยงในการติดโรคโควิด-19	3.67 (1.02)	ปาน กลาง	2.22 (0.60)	น้อย
6. การกักตัวผู้ที่เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยงต่อ การติดโรคโควิด-19 เป็นการลดความเสี่ยง ในการติดเชื้อ	2.60 (1.63)	ปาน กลาง	2.11 (0.71)	น้อย

จากตารางที่ 4.6 การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 (Perceived Severity) ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มทดลอง มีการรับรู้ว่าการสวมผ้าปิดปากปิดจมูก เมื่อต้องออกไปนอกบ้าน เป็นการลดความเสี่ยงในการติดโรคโควิด-19 สูงสุด อยู่ในระดับมาก (Mean 4.40 ± 0.53) รองลงมา คือ การล้างมือบ่อย ๆ ด้วยสบู่ หรือแอลกอฮอล์เจล เป็นการลดความเสี่ยงในการติดโรคโควิด-19 (Mean 3.93 ± 0.89) การงดกิจกรรมที่มีคนไปชุมนุมกัน เป็นการลดความเสี่ยงในการติดโรคโควิด-19 (Mean 3.71 ± 0.97) การหลีกเลี่ยงไปในสถานที่แออัด เป็นการลดความเสี่ยงในการติดโรคโควิด-19 (Mean 3.67 ± 1.02) และการกักตัวผู้ที่เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยงต่อการติดโรคโควิด-19 เป็นการลดความเสี่ยงในการติดเชื้อ (Mean 2.60 ± 1.63)

กลุ่มควบคุม มีการรับรู้ว่าการงดกิจกรรมที่มีคนไปชุมนุมกัน เป็นการลดความเสี่ยงในการติดโรคโควิด-19 สูงสุด อยู่ในระดับน้อย (Mean 2.31 ± 0.60) รองลงมา คือ การหลีกเลี่ยงไปในสถานที่แออัด เป็นการลดความเสี่ยงในการติดโรคโควิด-19 (Mean 2.22 ± 0.60) การกักตัว

ผู้ที่เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยงต่อการติดโรคโควิด-19 เป็นการลดความเสี่ยงในการติดเชื้อ (Mean 2.11 ± 0.71) การสวมผ้าปิดปากปิดจมูก เมื่อต้องออกไปนอกบ้าน เป็นการลดความเสี่ยงในการติดโรคโควิด-19 (Mean 1.80 ± 0.76) และการล้างมือบ่อย ๆ ด้วยสบู่ หรือแอลกอฮอล์เจล เป็นการลดความเสี่ยงในการติดโรคโควิด-19 (Mean 1.67 ± 0.80)

4. การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ (Perceived Barriers)

ตารางที่ 4.7 ข้อมูลค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ (Perceived Barriers) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Pertest)

การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา และป้องกันโรคโควิด-19 (Perceived Benefits)	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	Mean (S.D.)	แปลผล	Mean (S.D.)	แปลผล
1. การสวมผ้าปิดปากปิดจมูกไม่สะดวกต่อการปฏิบัติ และทำให้หายใจลำบาก	3.96 (0.80)	มาก	2.18 (0.89)	น้อย
2. การระมัดระวังไม่เอามือไปจับหน้า จมูก และปาก ทำได้ยากเนื่องจากท่านมักจะใช้มือจับบริเวณใบหน้าบ่อย ๆ	3.93 (0.78)	มาก	2.11 (0.83)	น้อย
3. การเว้นระยะห่างจากคนอื่น อย่างน้อย 1 – 2 เมตร ทำได้ยากเนื่องจากในบางกรณีจำเป็นต้องอยู่ใกล้ผู้อื่น	3.87 (0.82)	มาก	2.20 (0.79)	น้อย
4. ไม่เข้าใจหลักการป้องกันโรคโควิด-19	3.82 (0.81)	มาก	2.11 (0.69)	น้อย
5. การคัดกรองในการตรวจหาเชื้อ และการกักตัว สังเกตอาการ เป็นสิ่งที่ท่านอยากหลีกเลี่ยง	3.78 (0.80)	มาก	2.02 (0.78)	น้อย
6. ไม่ได้รับการสนับสนุนวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 อย่างทั่วถึง	3.80 (0.82)	มาก	2.20 (0.79)	น้อย
7. มีข้อจำกัดในด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ	3.80 (0.94)	มาก	2.18 (0.68)	น้อย

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา และป้องกันโรคโควิด-19 (Perceived Benefits)	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	Mean (S.D.)	แปลผล	Mean (S.D.)	แปลผล
8. การหลีกเลี่ยงเดินทางไปพื้นที่แออัด ทำได้ยากเนื่องจากในบางกรณีมีความ จำเป็นต้องไป	3.78 (0.93)	มาก	2.29 (0.63)	น้อย

จากตารางที่ 4.7 การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ (Perceived Barriers) ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มทดลอง มีการรับรู้ว่าการสวมหน้ากากปิดปากปิดจมูกไม่สะดวกต่อการปฏิบัติ และทำให้หายใจลำบากที่สุด อยู่ในระดับมาก (Mean 3.96 ± 0.80) รองลงมาคือการระมัดระวังไม่เอามือไปจับหน้า จมูก และปาก ทำได้ยากเนื่องจากท่านมักจะใช้มือจับบริเวณใบหน้าบ่อย ๆ (Mean 3.93 ± 0.78) การเว้นระยะห่างจากคนอื่น อย่างน้อย 1 – 2 เมตร ทำได้ยากเนื่องจากในบางกรณีจำเป็นต้องอยู่ใกล้ผู้อื่น (Mean 3.87 ± 0.82) ไม่เข้าใจหลักการป้องกันโรคโควิด-19 (Mean 3.82 ± 0.81) ไม่ได้รับการสนับสนุนวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 อย่างทั่วถึง (Mean 3.80 ± 0.82) มีข้อจำกัดในด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ (Mean 3.80 ± 0.94) การหลีกเลี่ยงเดินทางไปพื้นที่แออัด ทำได้ยากเนื่องจากในบางกรณีมีความจำเป็นต้องไป (Mean 3.78 ± 0.93)

กลุ่มควบคุม มีการรับรู้ว่าการหลีกเลี่ยงเดินทางไปพื้นที่แออัด ทำได้ยากเนื่องจากในบางกรณีมีความจำเป็นต้องไป สูงสุด อยู่ในระดับน้อย (Mean 2.29 ± 0.63) รองลงมา คือ การเว้นระยะห่างจากคนอื่น อย่างน้อย 1 – 2 เมตร ทำได้ยากเนื่องจากในบางกรณีจำเป็นต้องอยู่ใกล้ผู้อื่น และไม่ได้รับการสนับสนุนวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 อย่างทั่วถึงมีค่าเฉลี่ยเท่ากัน (Mean 2.20 ± 0.79) มีข้อจำกัดในด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ (Mean 2.18 ± 0.68) และการคัดกรองในการตรวจหาเชื้อ และการกักตัว สังเกตอาการ เป็นสิ่งที่ท่านอยากหลีกเลี่ยง (Mean 2.02 ± 0.78)

ตอนที่ 5 พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19

ตารางที่ 4.8 ข้อมูลค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของ
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา และป้องกันโรคโควิด-19 (Perceived Benefits)	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	Mean (S.D.)	แปลผล	Mean (S.D.)	แปลผล
1. สามารถล้างมือให้ถูกวิธีได้บ่อย ๆ	2.87 (0.46)	ปานกลาง	1.89 (0.53)	น้อย
2. สวมผ้าปิดปาก และจมูกทุกครั้ง เมื่ออยู่ร่วมกับผู้อื่น	2.89 (0.44)	ปานกลาง	1.91 (0.51)	น้อย
3. หลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสบริเวณ ใบหน้า จมูก และ ปาก	2.84 (0.48)	ปานกลาง	1.84 (0.56)	น้อย
4. ล้างมือด้วยสบู่และน้ำ อย่างน้อย 20 วินาที หลังหยิบจับ สัมผัสสิ่งของ ร่วมกับผู้อื่น	2.87 (0.59)	ปานกลาง	1.82 (0.54)	น้อย
5. ล้างมือด้วยสบู่และน้ำ อย่างน้อย 20 วินาที หลังปฏิบัติกิจส่วนตัวในห้องน้ำ	2.76 (0.71)	ปานกลาง	1.78 (0.67)	น้อย
6. ล้างมือด้วยสบู่และน้ำ อย่างน้อย 20 วินาที ไป ก่อนรับประทานอาหาร	2.71 (0.79)	ปานกลาง	1.71 (0.70)	น้อย
7. ไม่นำมือตนเองมาป้ายตา จมูก ปาก	2.62 (0.68)	ปานกลาง	1.62 (0.61)	น้อย
8. ไม่ใช้สิ่งของร่วมกับผู้อื่น เช่น ผ้าเช็ดหน้า แก้วน้ำ หมวกกันน็อก	2.67 (0.68)	ปานกลาง	1.82 (0.61)	น้อย
9. เลือกรับประทานอาหารที่เพิ่งปรุง สุกใหม่ ๆ ด้วยความร้อน (กินร้อน)	2.87 (0.73)	ปานกลาง	1.87 (0.55)	น้อย
10. เลือกรับประทานอาหารที่ปรุง ถูกสุขลักษณะเท่านั้น	2.80 (0.73)	ปานกลาง	1.73 (0.62)	น้อย

ตารางที่ 4.8 (ต่อ)

การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา และป้องกันโรคโควิด-19 (Perceived Benefits)	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	Mean (S.D.)	แปลผล	Mean (S.D.)	แปลผล
11. นิยมเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์	2.87 (0.73)	ปานกลาง	1.78 (0.60)	น้อย
12. ไม่สัมผัสมือ กอด กับเพื่อนร่วมงานหรือบุคคลรอบข้าง	2.93 (0.75)	ปานกลาง	1.80 (0.69)	น้อย
13. หลีกเลียงเข้าสถานที่ที่มีบุคคลพลุกพล่านหรือแออัด	2.87 (0.73)	ปานกลาง	1.71 (0.66)	น้อย
14. เว้นระยะห่างอย่างน้อย 1 – 2 เมตรเมื่อต้องมีการพูดคุยกับบุคคลอื่น	2.84 (0.74)	ปานกลาง	1.84 (0.77)	น้อย
15. สวมหน้ากากอนามัย (Mask) เมื่อมีอาการไม่สบาย	2.69 (0.60)	ปานกลาง	1.76 (0.48)	น้อย
16. สวมหน้ากากอนามัย (Mask) เมื่อออกจากบ้าน	2.67 (0.60)	ปานกลาง	1.89 (0.44)	น้อย
17. รับประทานอาหารเสริม หรือสมุนไพร เพื่อสร้างภูมิคุ้มกัน	2.84 (0.60)	ปานกลาง	1.76 (0.61)	น้อย
18. ออกกำลังกายมากกว่า 3 – 4 ครั้ง ครั้งละ 30 นาทีขึ้นไป	2.71 (0.73)	ปานกลาง	1.71 (0.63)	น้อย
19. ตรวจร่างกายเป็นประจำตามกำหนด ที่สถานบริการสุขภาพนัดหมาย	2.67 (0.60)	ปานกลาง	1.60 (0.65)	น้อย
20. ติดตามข่าวสาร ข่าวสารโรคโควิด-19 ผ่านช่องทางวิทยุ โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต	2.62 (0.54)	ปานกลาง	1.62 (0.68)	น้อย
21. ทานพืชน้ำกากอนามัย (Mask) ที่ใช้แล้ว ในถังขยะทั่วไปโดยไม่ใส่ถุง ปิดสนิทแยกจำเพาะ	2.71 (0.46)	ปานกลาง	1.78 (0.60)	น้อย

จากตารางที่ 4.8 แสดงข้อมูลค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 พบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคโควิด-19 (Perceived Benefits) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีการไม่สัมผัสมือ กอด กับเพื่อนร่วมงาน หรือบุคคลรอบข้างมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean 2.93 ± 0.75) รองลงมา คือ การสวมผ้าปิดปาก และจุมทุกครั้งที่เมื่ออยู่ร่วมกับผู้อื่น (Mean 2.89 ± 0.44)

กลุ่มควบคุม พบว่า มีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคโควิด-19 (Perceived Benefits) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย โดยมีการสวมผ้าปิดปาก และจุมทุกครั้งที่ เมื่ออยู่ร่วมกับผู้อื่นมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean 1.91 ± 0.51) รองลงมา คือ สวมหน้ากากอนามัย (Mask) เมื่อออกจากบ้าน (Mean 1.89 ± 0.44) และเลือกรับประทานอาหารที่เพิ่งปรุงสุกใหม่ ๆ ด้วยความร้อน (กินร้อน) (Mean 1.87 ± 0.55)

ตอนที่ 6 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม

ตารางที่ 4.9 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม

คะแนนพฤติกรรม	กลุ่มทดลอง		p – Value	กลุ่มควบคุม		p – Value
	Mean	S.D.		Mean	S.D.	
ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก่อนรับโปรแกรมฯ	2.78	0.41	$\leq 0.001^*$	1.17	0.36	0.42
ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมหลังรับโปรแกรมฯ	3.32	0.43		1.79	0.31	
ค่าความแตกต่าง (Mean Difference)	เพิ่ม 0.55			เพิ่ม 0.02		

Paired t – test = significant as $p \leq 0.001^*$

จากตารางที่ 4.9 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน

พฤติกรรม (Mean 3.32 ± 0.43) เพิ่มขึ้นกว่าก่อนรับโปรแกรมฯ (Mean 2.78 ± 0.41) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม (Mean 1.79 ± 0.31) เพิ่มขึ้นกว่าก่อนรับโปรแกรมฯ (Mean 1.17 ± 0.36)

ตอนที่ 7 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 4.10 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

คะแนน พฤติกรรม	คะแนนพฤติกรรม				p – Value	ค่าความแตกต่าง (Mean Difference)
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม			
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ก่อน	2.78	0.41	1.77	0.36	≤ 0.001*	1.00
หลัง	3.32	0.43	1.79	0.31	≤ 0.001*	1.53

Independent t – test = significant as $p \leq 0.001^*$

จากตารางที่ 4.10 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ ทั้ง 2 กลุ่ม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ชนิด Two-Group Pretest-Posttest Design โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ โดยเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 และเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมของกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการให้ความรู้ในการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 โดยการสัมมนาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ร่วมกับการฝึกบริหารปอด เป็นเวลา 6 สัปดาห์ แล้วเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพวิธีปกติ ขั้นตอนการวิจัย ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยให้ความรู้ในการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ให้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัย (กลุ่มทดลอง)

ขั้นตอนที่ 2 ให้กลุ่มทดลองฝึกบริหารปอดเป็นเวลา 6 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 3 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ผล เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ เป็นกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ และใช้กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จำนวน 90 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 45 คน

สรุปผลการวิจัย

1. เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่กลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่า ภายหลังกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19 (Perceived Susceptibility) (Mean 4.86 ± 0.17) เพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (Mean 4.60 ± 0.36) มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 (Perceived Severity) (Mean 4.80 ± 0.22) เพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (Mean 4.41 ± 0.47) มีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคโควิด 19 (Perceived Benefits)

(Mean 4.80 ± 0.28) เพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (Mean 3.66 ± 0.89) มีการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ (Perceived Barriers) (Mean 4.49 ± 0.34) เพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (Mean 3.84 ± 0.74) และมีความเชื่อด้านสุขภาพ 4 ด้าน (Mean 4.74 ± 0.17) เพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (Mean 4.22 ± 0.38) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. เมื่อเปรียบเทียบเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19 (Perceived Susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 (Perceived Severity) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคโควิด-19 (Perceived Benefits) การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ (Perceived Barriers) และความเชื่อด้านสุขภาพ 4 ด้าน ทั้ง 2 กลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม (Mean 3.32 ± 0.43) เพิ่มขึ้นกว่าก่อนรับโปรแกรม (Mean 2.78 ± 0.41) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ ทั้ง 2 กลุ่ม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

การอภิปรายผล แบ่งได้ 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) โดยไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง (Randomization) และไม่มีการเลือกกลุ่มเข้ากลุ่ม ทำให้ฐานข้อมูลงานวิจัยในครั้งนี้ก่อนเข้าร่วมโครงการ พบว่า การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ระยะเวลาอาศัยอยู่เชียงใหม่ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน อาจเป็นเพราะโครงสร้างพื้นฐานประชากรทั้งสองพื้นที่แตกต่างกัน ทำให้กลุ่มทดลองมีกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงสุด คือ การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม คือ การศึกษาระดับปริญญาตรี โดยส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส มีรายได้เฉลี่ย และระยะเวลาอาศัยอยู่เชียงใหม่เฉลี่ยมากกว่ากลุ่มควบคุม แม้ว่าข้อมูลส่วน

บุคคลด้านการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ย และระยะเวลาการอาศัยอยู่เชียงใหม่ทั้งสองกลุ่มจะแตกต่างกันก็ตาม กลุ่มทดลองก็นับว่าเป็นกลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำ อีกทั้งการรับรู้ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ส่งผลให้ตอนเข้าร่วมโปรแกรมต้องอาศัยแรงจูงใจทั้งเพื่อนร่วมโปรแกรมและรวมทั้งสื่อให้ความรู้ในการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19

ส่วนข้อมูลส่วนบุคคลอื่น ๆ ได้แก่ เพศ การประกอบอาชีพ และอายุทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

ภายหลังกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยความเชื่อสุขภาพเพิ่มขึ้น โดยมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19 (Perceived Susceptibility) ค่าเฉลี่ย 4.86 เพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมค่าเฉลี่ย 4.60 มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 (Perceived Severity) ค่าเฉลี่ย 4.80 เพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมค่าเฉลี่ย 4.41 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคโควิด 19 (Perceived Benefits) ค่าเฉลี่ย 4.80 เพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ค่าเฉลี่ย 3.66 มีการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ (Perceived Barriers) ค่าเฉลี่ย 4.49 เพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ค่าเฉลี่ย 3.84 มีความเชื่อด้านสุขภาพ 4 ด้าน ค่าเฉลี่ย 4.74 เพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ค่าเฉลี่ย 4.22 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้ เนื่องจากโปรแกรมความเชื่อสุขภาพในงานวิจัยเรื่องนี้มีสื่อประกอบกิจกรรมเป็นภาษาไทยใหญ่ มีการซักถามด้วยการใช้ภาษาเดียวกัน เป็นส่วนเพิ่มประสิทธิภาพในการรับรู้ได้มากยิ่งขึ้น อีกทั้งเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้เลือกปฏิบัติเพื่อแสดงถึงพฤติกรรมใด ๆ ของตนเอง โดยขึ้นอยู่กับความรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ถึงประโยชน์และการป้องกันโรค รวมถึงการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Becker (1974) ที่ระบุไว้ว่า พฤติกรรมด้านสุขภาพ คือ กิจกรรมใด ๆ ที่บุคคลปฏิบัติภายใต้ความเชื่อว่าคุณภาพดี โดยมีจุดประสงค์เพื่อการป้องกันโรค อันมาจากการรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรงของโรคที่จะเกิดขึ้น นำไปสู่การปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ ของบุคคลนั้น เพื่อการมีภาวะสุขภาพที่ดี

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค โควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม หลังได้รับ โปรแกรม

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความเชื่อสุขภาพเพิ่มขึ้นภายหลังได้รับโปรแกรม โดยมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19 (Perceived Susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด -19 (Perceived Severity) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคโควิด-19

(Perceived Benefits) การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ (Perceived Barriers) และความเชื่อด้านสุขภาพ 4 ด้าน ทั้ง 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้เป็นผลมาจากกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ ส่งผลให้ได้มีโอกาสรับความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 สอดคล้องกับการศึกษาของ นฤมล วงศ์วันรักษ์ (2560) พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม

ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม 3.32 เพิ่มขึ้นกว่าก่อนรับโปรแกรม 2.78 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 ในรูปแบบการสัมมนาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม รวมทั้งมีการติดตามทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มจากผู้วิจัย เพื่อเป็นการทบทวนแนะแนวทางการป้องกันการโรคโควิด-19 ผ่านทางโทรศัพท์ทุก ๆ สัปดาห์ อย่างน้อย 2 ครั้งต่อสัปดาห์ สอดคล้องกับการศึกษาของ สมหมาย หิรัญนุช (2564) พบว่า การส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพจากการจัดกิจกรรมการให้ข้อมูลรายบุคคลเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ ทั้ง 4 ด้าน เพื่อป้องกันการโรคโควิด-19 จะทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างยั่งยืน และสอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติพร เนาว์สุวรรณ (2563) พบว่า การที่กลุ่มทดลองได้รับการติดตามอย่างสม่ำเสมอ เพื่อทบทวนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการโรคโควิด-19 เป็นกลยุทธ์ที่ทำให้กลุ่มทดลองเกิดกำลังใจ และแนวทางการเลือกปฏิบัติสู่การเกิดพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 ที่ถูกต้องเหมาะสมสืบไป

ส่วนที่ 5 การเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรม

ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 มากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อาจเนื่องมาจากกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ จึงส่งผลทำให้เกิดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการโรคโควิด-19 เพิ่มขึ้นอันนำไปสู่การปฏิบัติจนเกิดเป็นพฤติกรรมที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ กัมปนาท โคตรพันธ์ (2565) พบว่า เมื่อความรู้ด้านสุขภาพมีค่าเพิ่มขึ้นพฤติกรรม

การป้องกันโรคโควิด-19 จะเพิ่มขึ้นตามไปด้วย ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคไปในทิศทางที่ดีขึ้นเสมอ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. โปรแกรมนี้สามารถเป็นอีกหนึ่งทางเลือกในการส่งเสริมการป้องกันโรคติดต่อทางเดินหายใจ
2. โปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ สามารถเป็นแนวทางในการป้องกันโรคติดต่อในต่างพื้นที่ได้
3. โปรแกรมนี้มีจุดเด่นในการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ โดยใช้สื่อรูปภาพ แนวทางการป้องกันโรคโควิด-19 ร่วมกับการบริหารปอดเพื่อสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ
4. ควรนำองค์ความรู้จากการวิจัยไปพัฒนาสื่อประชาสัมพันธ์ และให้ความรู้สื่อสารความเสี่ยงจากพฤติกรรมในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ
5. ควรส่งเสริมกลุ่มแรงงานข้ามชาติให้มีการป้องกันโรคโควิด-19 โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคติดต่อ
6. ควรรวบรวมองค์ความรู้จากชุมชนกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ในการจัดการระบบสุขภาพ “ป้องกันโรคโควิด-19” ไปใช้ในการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพ เพิ่มช่องทางในการเข้าถึงระบบสุขภาพ เช่น การจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ป้องกันโรคติดต่อที่เป็นภาษาไทยใหญ่
7. รูปแบบโปรแกรม สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับโรคอุบัติใหม่ อุตุนิบัติซ้ำได้

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในครั้งต่อไป

1. โปรแกรมควรที่จะศึกษาเป็นระยะเวลาที่ยาวนานกว่า 6 สัปดาห์และติดตามอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น
2. งานวิจัยครั้งต่อไปควรทำการศึกษาแบบวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) และควรมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง (Randomization)

บรรณานุกรม

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). Covid – 19. สืบค้นจาก
https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_km/handout001_12032020.pdf
- กิตติพร เนาว์สุวรรณ. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อบทบาท
 การดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัคร
 สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย. วารสารสถาบันบำราศนราดูร,
 14(2), 92 – 103.
- เครือข่ายองค์กรด้านประชากรข้ามชาติ Migrant Working Group (MWG). (2564). รายงาน
 สถานการณ์โควิดในแรงงานข้ามชาติ ระหว่างวันที่ 1 กันยายน – 15 ตุลาคม 2564.
 สืบค้นจาก https://mwgthailand.org/th/press/1635847467#_ftnref3
- จิตรา มุลทิ. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
 ของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน อำเภอองไกรสาร จังหวัดสุโขทัย.
 วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา, 27(2), 5 – 14.
- ดวงพร กตัญญูตานนท์, ธนภรณ์ ทองศิริ, อารยา พิชิตชัยณรงค์, ธนยพร กิ่งดอกไม้, สุภาพ ธรรมกุล,
 ภาวณิ แส่นคำราง และชัยนี บิลก่อเต็ม. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม
 การป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยหัวเฉียว-
 เฉลิมพระเกียรติ . ว. วิทย์. เทคโนโลยี. หัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ, 7(1) , 8 – 20.
- ทรงชัย ทองปาน. (2563). องค์ความรู้ว่าด้วยแรงงานข้ามชาติกับสุขภาพ : ผลจากการสังเคราะห์
 งานวิจัยว่าด้วยแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย. วารสารสุขศึกษา, 43(2), 1 – 16.
- ไทย บรอดคาสติ้ง Work Point Today. (2565). เปรียบบาง – ตกหล่น – เข้าไม่ถึง:
 ถอดบทเรียน ‘แรงงานข้ามชาติ’ ช่วงโควิด – 19.
 สืบค้นจาก <https://workpointtoday.com/labour-220614/>
- นิชภา เหมือนภาค, ธนกร ปัญญาไสโสภณ และรัชชัย เอกสันติ. (2565). แบบแผนความเชื่อ
 ด้านสุขภาพ ผลกระทบสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชน
 จังหวัดนครราชสีมา. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 40(2), 85 – 94.

- พนัชญา ชันติจิตร, ไวยพร พรหมวงศ์, ชนุกร แก้วมณี และอภิรดี เจริญบุญกุล. (2654). แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์*, 5(2), 39 – 53.
- พูนพัฒน์ กมลวุฒิพงศ์. (2564). แรงงานข้ามชาติผิวดำถูกหมายกับโควิด-19 ระบาดระลอกใหม่ *วารสารวิชาการอาชีวศึกษาและนิติวิทยาศาสตร์*, 7(2), 181 – 188.
- ขงยุทธ แฉล้มวงษ์. (2563). ผลกระทบของ Covid-19 ที่มีผลต่อการบริหารจัดการแรงงานต่างด้าวในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (ทีดีอาร์ไอ). สืบค้นจาก <https://tdri.or.th/2020/08/covid-19-impact-on-migrant-workers/>
- วิไลรัตน์ บุญราศรี. (2559). แบบแผนความเชื่อและพฤติกรรมสุขภาพของพนักงาน โรงไฟฟ้าแม่เมาะที่มีภาวะอ้วนลงพุง. (การค้นคว้าอิสระหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการจัดการการส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์).
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2565). *ครอบครัวไทยในวิกฤตโควิด-19*. สืบค้นจาก https://www.thaihealthreport.com/th/report_health.php?id=23
- อภิชาติ อินทเจริญ, กันธมาทน์ กาญจนภูมิ, กัลยา ต้นสกุล และสุวรรณา ปัตตะพัฒน์. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองคองหงส์ จังหวัดสงขลา. *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน*, 3(2), 19 – 30.
- อมร ลีลารัตน์. (2563). เรื่องน่ารู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อ COVID – 19 จากเชื้อไวรัส SARS-CoV-2. สืบค้นจาก <https://tmc.or.th/covid19/download/pdf/tmc-covid19-19.pdf>
- อาภาพร เผ่าวัฒนา, สุรินทร์ กลัมพากร, สุณีย์ ละกำป็น, ขวัญใจ อำนางสัตย์เชื้อ. (2554). *การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน : การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ*. ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังน่านวิทยา.
- Becker, M.H. (1974). The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. *Health Education Monographs*, 2,4 winter, 354 – 385. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1177/109019817400200407>
- Fikriana, R. (2021). Health Belief Associated with Adherence to Health Protocol in Preventing Coronavirus Diseases on Patients' Family. *B – Clinical Sciences*, 9(B), 1011 – 1015.

- Mirzaei, A., Kazembeigi, F., Kakaei, H., Jalilian, M., Mazloomi, S., & Nourmoradi, H. (2021). Application of Health Belief Model to Predict COVID – 19 Preventive Behaviors Among a Sample of Iranian Adult Population. *J Educ Health Promot*, 2021, Feb 27, 10 – 69.
- Rosenstock, I.M., Strecher, V.J., Becker, M.H. (1988). Social Learning Theory and The Health Belief Model. *Health education quarterly*, 15, 175 – 183.
- Round, R., Marshall, B., & Horton, K. (2005). *Planning for Effective Health Promotion Evaluation*, Melbourne: Victorian Government Department of Human Services. Retrieved from
- Seangpraw, K., Pothisa, T., Boonyathee, S., Ong – Artborirak, P., Tonchay, P., Kantow, S., Auttama, N., Choowanthanapakorn, M. (2022). Using the Health Belief Model to Predict Vaccination Intention Among COVID – 19 Unvaccinated People in Thai Communities. *Front Med (Lausanne)*, 9, 1 – 9.
- Syed, M.H., Meraya, A.M., Yasmeen, A., Albarraq, A.A., Alqahtani, S.S., Kashan, A., Syed, N., Algarni, M.A., & Alam, N. (2021). Application of the Health Belief Model to Assess Community Preventive Practices Against COVID – 19 in Saudi Arabia. *Saudi Pharm J.*, Nov 29(11), 1329 – 1335.
- United Nations Thematic Working Group on Migration in Thailand. (2019). *Thailand Migration Report 2019*. Bangkok: Ainergy Studio Company Limited.
- Wong, L.P., Alias, H., Wong, P.F., Lee, H.Y., & AbuBakar, S. (2553). The Use of the Health Belief Model to Assess Predictors of Intent to Receive the COVID – 19 Vaccine and Willingness to Pay. *Human Vaccines & Immunotherapeutic*, 16, 2204 – 2214.
- Zewdie, A., Mose, A., Sahle, T., Bedewi, J., Gashu, M., Kebede, N., & Yimer, A. (2022). The Health Belief Model'S Ability to Predict COVID – 19 Preventive Behavior: A Systematic Review. *SAGE Open Medicine*, 10, 1–10.



ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แบบทดสอบความเชื่อด้านสุขภาพ

แบบสอบถาม
ประสิทธิผลของโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19
ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ จังหวัดเชียงใหม่

เอกสารชุดนี้เป็นแบบสอบถามการวิจัยเพื่อการทำวิทยานิพนธ์ ระดับปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ จังหวัดเชียงใหม่

จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านให้ข้อมูลและความคิดเห็นตามแบบสอบถามนี้ การตอบคำถามในแบบสอบถามครั้งนี้จะถูกนำมาใช้ในการศึกษาวิจัย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในวิจัยเท่านั้น จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านให้ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามอย่างตรงไปตรงมาตามข้อเท็จจริง และตามความรู้สึกนึกคิดของตัวเอง หวังว่าคงจะได้รับความกรุณาจากท่านเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณ ณ โอกาสนี้

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ประสิทธิผลของโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ในความรับผิดชอบของมูลนิธิเพื่อการพัฒนาสุขภาพเด็กและสตรี โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ แบ่งออกเป็น 6 ตอน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19 (Perceived Susceptibility)

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 (Perceived Severity)

ส่วนที่ 4 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคโควิด-19 (Perceived Benefits)

ส่วนที่ 5 การรับรู้ต่ออุปสรรคของการป้องกันโรคโควิด-19 (Perceived Barriers)

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19

ขอบคุณในความร่วมมือของท่าน
นางสาวหญิงจาม คำปัน
นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. อายุ..... ปี
2. ระดับการศึกษา

☐ 1. ประถมศึกษา	☐ 2. มัธยมศึกษาตอนต้น
☐ 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	☐ 4. อนุปริญญา/ปวส.
☐ 5.ปริญญาตรี	☐ 6. ปริญญาตรีขึ้นไป
3. สถานภาพสมรส

☐ 1. โสด	☐ 2. สมรส	☐ 3. หม้าย/หย่า/แยก
---------------------------------	----------------------------------	--
4. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท
5. อาชีพ

☐ 1. รับจ้าง	☐ 2. เกษตรกรรม/เกษตรกร
☐ 3. ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	☐ 4. งานบ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ
☐ 5. อื่น ๆ (ระบุ).....	
6. ระยะเวลาที่ท่านเข้ามาอาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่

ลำดับ	ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
		5	4	3	2	1
ส่วนที่ 2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19 (Perceived Susceptibility)						
1.	ผู้ที่เดินทางไปยังสถานที่แออัด มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูงกว่าผู้อื่น					
2.	ผู้ที่เดินทางกลับจากต่างประเทศ หรือเดินทางจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อโรคโควิด-19 มีโอกาสติดเชื้อสูงกว่าผู้อื่น					
3.	ผู้ที่สัมผัสกับผู้ติดเชื้อโควิด หรือ พักอาศัยในพื้นที่เดียวกันกับผู้ติดเชื้อโควิด-19 จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19					

ลำดับ	ข้อความถาม	ระดับความคิดเห็น				
		5	4	3	2	1
4.	ผู้ที่ไม่สวมหน้ากากอนามัยเมื่อพบปะผู้อื่น จะทำให้มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19					
5	ผู้ที่เดินทางโดยรถโดยสารประจำทางร่วมกับผู้อื่นจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19					
6.	ผู้ที่รับประทานอาหารโดยไม่ใช้ช้อนกลางจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19					
7.	ใช้ของร่วมกับผู้ป่วยยืนยันโรคโควิด-19 จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19					
8.	ผู้ที่เดินทางไปในสถานบันเทิง จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19					
9.	การรวมกลุ่มเพื่อนสนิทร่วมวงสังสรรค์ ดื่มสุรา แก้วเดียวกัน หรือสูบบุหรี่รวมวงเดียวกัน จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19					
10.	การใกล้ชิดผู้อื่นที่ไม่ใช้ผ้าหรือ กระจกชำระ ปัดปาก ปิดจมูก เวลาไอ หรือ จาม จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19					
ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 (Perceived Severity)						
1.	ผู้ที่มีโรคปอดเรื้อรังอยู่แล้ว หากติดเชื้อโควิด-19 มีโอกาสเกิดอาการรุนแรงกว่าผู้อื่นได้					
2.	การติดเชื้อโควิด-19 มีอาการคล้ายกับอาการติดเชื้อไข้หวัดทั่วไป โดยมีอาการป่วยเริ่มตั้งแต่ มีไข้ ไอ เจ็บคอ เป็นต้น					
3.	ผู้ที่ติดเชื้อโควิด-19 หากได้รับการรักษาซ้ำ อาจนำไปสู่การล้มเหลวของระบบทางเดินหายใจและเสียชีวิตได้					

ลำดับ	ข้อความถาม	ระดับความคิดเห็น				
		5	4	3	2	1
4.	ผู้สูงอายุ ตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป หากติดเชื้อโควิด-19 มีโอกาสเกิดอาการรุนแรงกว่าผู้อื่น					
6.	โรคโควิด-19 อันตรายร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิต					
7.	โรคโควิด-19 ทำให้ปอดติดเชื้อรุนแรง					
8.	ผู้ที่มีโรคประจำตัว หากติดโรคโควิด-19 อาจเพิ่มความรุนแรงและอันตรายถึงชีวิตได้					
9.	ผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรง หากเป็นโรคโควิด-19 จะมีอาการเหมือนไข้หวัดธรรมดาทั่วไป					
ส่วนที่ 4 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคโควิด 19 (Perceived Benefits)						
1.	การสวมหน้ากากปิดจมูก เมื่อต้องออกไปนอกบ้าน เป็นการป้องกันในการติดเชื้อไวรัสโรคโควิด-19					
2.	การล้างมือบ่อยๆ ด้วยสบู่ หรือแอลกอฮอล์เจล เป็นการป้องกันในการติดเชื้อไวรัสโรคโควิด-19					
3.	การงดกิจกรรมที่มีคนไปชุมนุมกัน เป็นการป้องกันในการติดเชื้อไวรัสโรคโควิด-19					
4.	การหลีกเลี่ยงไปในสถานที่แออัด เป็นการลดความเสี่ยงในการติดเชื้อไวรัสโรคโควิด-19					
5.	การกักตัวผู้ที่เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโรคโควิด-19 เป็นการลดความเสี่ยงในการติดเชื้อ					
6.	ท่านรับประทานอาหารเสริม หรือสมุนไพร เพื่อสร้างภูมิคุ้มกัน					
7.	ท่านออกกำลังกายมากกว่า 3 – 4 ครั้ง ครั้งละ 30 นาทีขึ้นไป					

ลำดับ	ข้อความถาม	ระดับความคิดเห็น				
		5	4	3	2	1
ส่วนที่ 5 การรับรู้ต่ออุปสรรคของการป้องกันโรคโควิด-19 (Perceived Barriers)						
1.	ท่านรู้สึกว่าการสวมผ้าปิดปากปิดจมูก ไม่สะดวกต่อการปฏิบัติ ไม่เคยชิน และทำให้หายใจลำบาก					
2.	ท่านรู้สึกว่าการระมัดระวังไม่เอามือไปจับหน้า จมูก และปาก ทำได้ยากเนื่องจากท่านไม่เคยชิน					
3.	การเว้นระยะห่างจากคนอื่น อย่างน้อย 1-2 เมตร ทำได้ยากเนื่องจากในบางกรณีจำเป็นต้องอยู่ใกล้ผู้อื่น					
4.	ท่านรู้สึกว่าคุณไม่เข้าใจหลักการป้องกันโรคโควิด					
5.	ท่านรู้สึกว่าการคัดกรองในการตรวจหาเชื้อ และการกักตัว สังเกตอาการ เป็นสิ่งที่ท่านอยากหลีกเลี่ยง					
6.	ท่านรู้สึกว่าคุณไม่ได้รับการสนับสนุนวัคซีนป้องกันโรคโควิด อย่างทั่วถึง					
7.	ท่านมีข้อจำกัดในด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ					
8.	การหลีกเลี่ยงเดินทางไปพื้นที่แออัด ทำได้ยากเนื่องจากในบางกรณีมีความจำเป็น					
ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19						
1.	ท่านสามารถล้างมือให้ถูกวิธีด้วยการใช้สบู่ และแอลกอฮอล์ ได้บ่อย ๆ					
2.	ท่านสวมผ้าปิดปาก และจมูกทุกครั้งเมื่ออยู่ร่วมกับผู้อื่น					
3.	ท่านหลีกเลี่ยงการสัมผัสหน้า จมูก และปาก หากพบว่ามือไม่สะอาด					

ลำดับ	ข้อความถาม	ระดับความคิดเห็น				
		5	4	3	2	1
4.	ท่านล้างมือด้วยสบู่และน้ำ อย่างน้อย 20 วินาที หรือใช้เจล alcohol 70 % ขึ้นไป หลังหยิบจับหรือสัมผัสสิ่งของที่ใช้ร่วมกัน					
5.	ท่านล้างมือด้วยสบู่และน้ำ อย่างน้อย 20 วินาที หรือใช้เจล alcohol 70 % ขึ้นไป หลังปฏิบัติกิจส่วนตัวในห้องน้ำ					
6.	ท่านล้างมือด้วยสบู่และน้ำ อย่างน้อย 20 วินาที หรือใช้เจล alcohol 70 % ขึ้นไป ก่อนรับประทานอาหาร หรือก่อนหยิบจับอาหารใส่ปาก					
7.	ท่านไม่นำมือตนเองมาป้ายตา จมูก หรือปาก					
8.	ท่านไม่ใช้สิ่งของร่วมกับผู้อื่น เช่น ผ้าเช็ดหน้า แก้วน้ำ หมวกกันน็อค					
9.	ท่านเลือกรับประทานอาหารที่ปรุงสุกสุกดีขณะเท่านั้น					
10.	ท่านไม่สัมผัสมือ กอด กับเพื่อนร่วมงานหรือบุคคลรอบข้าง					
11.	ท่านหลีกเลี่ยงเข้าสถานที่ที่มีบุคคลพลุกพล่านหรือแออัด					
12.	ท่านเว้นระยะห่างอย่างน้อย 1-2 เมตร เมื่อต้องมีการพูดคุยกับบุคคลอื่น					
13.	ท่านสวมหน้ากากอนามัย (Mask) เมื่อมีอาการไม่สบาย					
14.	ท่านสวมหน้ากากอนามัย (Mask) หรือหน้ากากผ้าเมื่อเดินทางออกจากบ้าน					
15.	ท่านสวมหน้ากากอนามัย (Mask) เมื่อมีอาการไม่สบาย					

ลำดับ	ข้อความถาม	ระดับความคิดเห็น				
		5	4	3	2	1
16.	ท่านสวมหน้ากากอนามัย (Mask) หรือ หน้ากากผ้าเมื่อเดินทางออกจากบ้าน					
17.	ท่านรับประทานอาหารเสริม หรือสมุนไพร เพื่อสร้างภูมิคุ้มกัน					
18.	ท่านออกกำลังกายมากกว่า 3 – 4 ครั้ง ครั้งละ 30 นาทีขึ้นไป					
19.	ท่านตรวจร่างกายเป็นประจำตามกำหนด ที่สถานบริการสุขภาพนัดหมาย					
20.	ท่านติดตามข่าวสาร และสถานการณ์การแพร่ ระบาดของโรคโควิด-19 ผ่านช่องทางวิทยุ โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต					
21.	ท่านทิ้งหน้ากากอนามัยที่ใช้แล้วในถังขยะ ทั่วไปโดยไม่ใส่ถุงปิดสนิทแยกจำเพาะ					

...ขอบพระคุณอย่างสูงที่สละเวลาให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้...

[၂၄. တောင်ကန်

၆. ခင်းတင်းခင်းမင်းယူ၊ခင်းမင်းမင်းမိ၊

ခပ်.မိ	ခေးထမ်	ခပ်.တွန်းတင်းရှမ်းထိုင်				
		5	4	3	2	1
တွန်းထိ ၂ ဂိပ်,ဂပ်းလွင်းကန်တင်း တိတ်းလမ်းတင်းပိန် ခွင်ဒိတ်.သ် ၁၉ (Perceived Susceptibility)						
1.	ဂူခင်းဂျေး.ကန်ဂျ၊ခင်းကွင်းတီးမီးဂူခင်းခမ် ဂိုခင်းခမ်.လင်းတိတ်းလမ်းတင်းပိန်ခမ်လှိုင်ပိုခင်း					
2.	ဂူခင်းကန်ကွဂ်,ခါဝ်းတင်းတင်း,မိုင်းမား ကမ်,ခမ် ပိုခင်း.တီးကန်မီးတင်းပိန်မေးခမ်ခမ် လင်းလမ်းတင်းပိန်ခမ်လှိုင်ပိုခင်း					
3.	ဂူခင်းကန်ယူ,ဂိုမ်းလမ် ကမ်,ခမ် ယူ,ခင်းကွင်းတီးလိပ်ဂန်လွမ်းဂူခင်းမီးတင်းပိန်ခွင်ဒိတ်သ် ခမ်. လင်းလမ်းတင်းပိန်ခွင်ဒိတ်သ် ၁၉					
4.	ဂူခင်းဂျေး.ကန်ကမ်,သွေးမေးပိဂ်,ခူးခင်မိုဝ်းရှပ်.ထွပ်းဂူခင်းတင်း, ဂျေး.ခမ်. လင်းတေးလမ်းတင်းပိန်ခွင်ဒိတ်သ် ၁၉					
5.	ဂူခင်းကန်ခင်းလှတ်,ရှပ်.သုင်,လွမ်းတင်း တင်းဂူခင်းခမ်ခမ်. လင်းလပ်ေးတင်းပိန်ခွင်ဒိတ်သ် ၁၉					
6.	ဂူခင်းကန်ကမ်,လှ်,လေး.ဂင်သေဂိန်ခွင်ရှမ်းမူ,လွမ်းဂန်ခမ်. လင်းလမ်းတင်းပိန်ခွင်ဒိတ်သ် ၁၉					
7.	ယိပ်းတိုင်းခွင်ရှမ်းဂန်လွမ်းဂူခင်းလမ်းတင်းပိန် ခွင်ဒိတ်သ် ၁၉ လင်းလမ်းတင်းပိန်ငါးခိုခင်းကန်တေးလမ်းတင်းပိန်ခွင်ဒိတ်သ် ၁၉					
8.	ဂူခင်းကန်ဂျ၊လေးကွင်းတီးမူခင်းသိုဝ်းဂင်ခမ်းခမ်. တေးလင်းလင်းလမ်းတင်းပိန်ခွင်ဒိတ်သ် ၁၉ ခမ်လှိုင်					
9.	ရှပ်.ထွပ်းဂန်သေ ဂိန်မူခင်းဂျေး,လေး ဂိန်လင်းရှမ်းလိပ်ဂန် လှတ်,လိမ်းယားလိမ်းလိပ်ဂန် လင်းလမ်းတင်းပိန်ခွင်ဒိတ်သ် ၁၉ ခမ်လှိုင်					
10.	ပေးယူ,လမ်ဂူခင်းကန် ကမ်,လှ်းမေး လေးလိတ်. ပိဂ်.သွပ်း မိုဝ်းမိုင်းကံ ကမ်,ခမ် လမ် ခမ်. လင်းလမ်းတင်းပိန်ခွင်ဒိတ်သ် ၁၉ ခမ်လှိုင်					

ခပ်.မာ်	ခေးထမ်	ခပ်.တွမ်းတင်းရုခ်ထိုင်				
		5	4	3	2	1
တွမ်းထီ 3 လွင်းရှမ်းရိုင်းတင်းပိခ် ခွပ်းဝိတ်.သ် 19 (Perceived Severity)						
1.	ဂူခ်းဂေး.ကခ်မီးတင်းပိခ်ပွတ်,ယူ,ယပ်.အခ်. သင်လမ်းတင်းပိခ်ခွပ်းဝိတ်.သ် 19 လိုင် လောင်းပိခ်ရှမ်းရိုင်းလိုင်ပိခ်း					
2.	ပေးလမ်းတင်းပိခ် ခွပ်းဝိတ်.သ် 19 အ်. နောင်ရှမ်း တေမိုခ်ရှမ်းမီးလမ်းအပ်ရှမ်း တေမီးလမ်းအပ် ကံ ခေးလိပ်း လိုင်အ်.					
3.	ဂူခ်းလမ်းတင်းပိခ်ခွပ်းဝိတ်.သ် 19 အ်. သင်လံးရှပ်.လွင်းယူတ်းယျာတုမ်းလိုင်လိုင် လောင်းတုမ်း.တိုင်.အ်,လမ်းထူလုံးလုံသေလောင်းတံလံး					
4.	ဂူခ်းထပ်းကခ်ကျ,ယူ ၇ ပိခ်ခ်းအိုင် သင်လမ်းတင်းပိခ် ခွပ်းဝိတ်.သ်, 19 လိုင် လောင်းရှမ်းရိုင်းလိုင်ပိခ်း					
5.	တင်းပိခ်ခွပ်းဝိတ်.သ်ရှမ်းရိုင်းအ်,လောင်းထိုင်တံလံး					
6.	တင်းပိခ်ခွပ်းဝိတ်.သ် 19 ရှိတ်းရှပ်ပွတ်,လမ်းလိုင်.မိင်းရှမ်းရိုင်းခွပ်း					
7.	သင်တုးဂူခ်းကခ်မီးတင်းပိခ်လမ်းတိုင်.ယူ,ယပ်.အခ်. လံးလမ်းတင်းပိခ်ခွပ်းဝိတ်.သ် 19 ထိုင်လိုင် လောင်းရှိတ်းရှပ်တင်းပိခ်အခ်.ပိခ်ရှိတ်းခွပ်းသေ လောင်းတံလံး					
8.	ဂူခ်းကခ်မီးရှိတ်းဂမ်.ခမ်,ခွပ်းတိုင်လိခ်အ်. ပေးလမ်းတင်းပိခ်ခွပ်းဝိတ်.သ် 19 အ်ဂေး မိုခ်ပိခ်အပ်ဝတ်းရှမ်း					
တွမ်းထီ 4 လွင်းဖွမ်းလိဂခ်ယူတ်းယျာလေး ရှေးဂင်းတင်းပိခ် ခွပ်းဝိတ်.သ် 19 (Perceived Benefits)						
1.	သို့,အေးပိတ်.သုမ်း ပိတ်.ခွပ်းအိုင်မိုင်းကွပ်,ရှပ်,တင်းအွပ်းအခ်. ပိခ်လမ်းရှေးဂင်းလိုင်.မိင်းခွပ်းဝိတ်.သ် 19					
2.	ကပ်ဂွမ်းသီ ကမ်,အခ် ကပ်ကပ်းဂေးရှေး လိုင်.မိုင်းတု, သေ,အခ်.ပိခ်လမ်းရှေးဂင်းတင်းပိခ်ခွပ်းဝိတ်.သ် 19					
3.	ငိုင်း.ဝပ်ဂခ်ရှပ်.ထုပ်ဂူခ်းအခ်အ်. ပိခ်လမ်းရှေးဂင်းကမ်,ရှပ်လမ်းတင်းပိခ်ခွပ်းဝိတ်.သ် 19					
4.	ဂခ်ငိုင်း.ဝပ်ရှပ်,ခွပ်းဂူခ်းဂိုခ်းအခ်. ပိခ်လွင်း ရှေးဂင်းကမ်,ရှပ်လမ်းတင်းပိခ်ခွပ်းဝိတ်.သ် 19					
5.	.လွင်းရှေးရှမ်းကခ်လုပ်.တီးလမ်းတင်းပိခ် ခွပ်းဝိတ်.သ် 19 ဝံ.ရှင်းရှမ်းအခ်. ပိခ်လမ်းရှေးဂင်းကမ်,ရှပ်တိတ်းလမ်းတင်းပိခ်					
6.	ရှပ်ဂိခ်ကျရှပ်,ရုကခ်မီးရှိတ်း ကမ်,အခ် ယျးယျာရှမ်းမံ.					

[illegible]

	သုဂ်းမိုဝ်းမွၢ်း 20 ချးထီး ကမ်,အဆ် ကပ် ကပ်ကပ်ဂေးဂေး 70% ခိုခိုခိုခိုလင်းမိုဝ်း				
6.	ဂွၢ်အ်,တေဂ်အ်ခပ် ကမ်,အဆ် တေယိပ်းကပ်တင်းဂိအ်ခပ်သုဂ်းအဆ် သုလပ်းကပ်ဂွၢ်အ်သီလးအမ်. သုဂ်းမိုဝ်းမွၢ်း 20 ချးထီး ကမ်,အဆ် ကပ်ကပ်ဂေးဂေး 70% ခိုခိုခိုခိုလင်းမိုဝ်း				
7.	သုလပ်းကမ်,ကပ်မိုဝ်းမးလိတ်,တီးတၢ် ခုးအ်လး သုဂ်း				
8.	သုလပ်းကမ်,လွဲ,မေးလိတ်,အး ဂွၢ်အ်. လး မးဂ်,ဂွၢ်လုတ်,ခိုဝ်း ဂွၢ်မးလွၢ်မးပိုခို				
9.	သုလပ်းလုဂ်းဂိအ်ကျးဂု,ရတင်းဂိအ်ကပ်ဂိတ်းသုဂ်းလးထုဂ်,မိအ်လွ မးပိုခိုအဆ်,ဂုလ်း				
10.	သုလပ်း ကမ်,ယိပ်းမိုဝ်း ကမ်,ဂွတ်,ကုလ်းဂေး ကမ်,အဆ် ဂုအ်းဂိမးဂွၢ်				
11.	သုလပ်းဂိုဝ်း,ဝေးကွၢ်တီးကပ်မိးဂုအ်းအမ်ဂိအ်				
12.	သုလပ်းခပ်းလွဲ,ယုဂ်, 1-2 မိတ်, ဖွၢ်မိုဝ်းဂုပံ,ထုပံ,ကပ်,ကပ်ပိုခို				
13.	ဖွၢ်ကမ်,ယု,လီအဆ်. သုလပ်းသု,မေးပိဂ်,ခုးအ် (Mark)				
14.	မိုဝ်းဖွၢ်ကွၢ်,ဂု,တင်းအွၢ် သုလပ်းသု,မေးပိဂ်,ခုးအ် (Mark) ကမ်,အဆ် ကပ်ပိအ်မေးပိဂ်,ခုးအ်				
15.	ဖွၢ်ကမ်,ယု,လီအဆ်. သုလပ်းသု,မေးပိဂ်,ခုးအ် (Mark)				
16.	မိုဝ်းဖွၢ်ကွၢ်,ဂု,တင်းအွၢ် သုလပ်းသု,မေးပိဂ်,ခုးအ် (Mark) ကမ်,အဆ် ကပ်ပိအ်မေးပိဂ်,ခုးအ်				
17.	သုလပ်းဂိအ်ကျးဂု,ရကပ်ထီမိဂိုဝ်း လး ယုယုဂ်းမိ. တၢ်,မိဂိုဝ်းဂမ်,ခမ်,ခွဲတုဝ်				
18.	သုလပ်းလီအ်ဂိအ်ဂိုဝ်း 3-4 ပွၢ် 1 ပွၢ် 30 ချးထီးခိုခိုခိုခို				
19.	သုလပ်းဂုတ်,လိတ်းပးယု,လီတၢ်,သေ, လွၢ်အ်,ကွၢ်တီး မေး,ပးယု,လီခပ်အတ်းမိ				
20.	သုလပ်းတိတ်းတမ်,ခပ်,လွၢ်တင်းပိအ်ခပ်ဝိတ်သ် 19 ခွဲထီးဝိး ဝိထယု ကိအ်တိုဝ်းအိတ်း				
21.	သုလပ်းကပ်မေးပိဂ်,ခုးအ်ပိတ်းခွဲဂုလ်ယုဂ်းယုဂ်းလိဝ်,အဆ်ဂုလ်း ကမ်,သု,ထုပိဂ်,မခ်းမခ်းသေပိတ်း				

ภาคผนวก ข

หนังสือเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed Consent Form)

เรื่อง ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกัน
โรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติไทใหญ่

ข้าพเจ้าขอแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการเกี่ยวกับการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติไทใหญ่ โดยได้ทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จะมีการสอบถามถึงการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกัน การรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของข้าพเจ้า เพื่อจะได้ทราบว่าข้าพเจ้ามีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างไร ข้าพเจ้าทราบว่าผลการศึกษานี้ นอกจากจะเป็นประโยชน์ต่อข้าพเจ้าเองแล้วนั้น ยังเป็นประโยชน์ต่อส่วนรวมในการวางแผนดูแล ส่งเสริมป้องกันประชาชนทั่วไปในเรื่องของพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19

ข้าพเจ้ายินยอมให้ข้อมูลด้วยความเต็มใจ และผู้วิจัยได้อธิบายให้ข้าพเจ้าทราบว่าข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าจะถูกนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมของการวิจัย จะไม่เผยแพร่ข้อมูลส่วนตัวข้าพเจ้าต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล นอกจากจะได้รับอนุญาตจากข้าพเจ้า เท่านั้น

ข้าพเจ้าขอลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการ

ลายมือชื่อผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย.....

ชื่อผู้ให้ข้อมูล / ผู้ขอความยินยอม.....

วัน.....เดือน.....พ.ศ.....

**ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือ / ลงลายมือชื่อได้ให้ใช้การประทับลายนิ้วมือแทนดังนี้: ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในแบบยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้า ฟังจนเข้าใจดี ข้าพเจ้าจึงประทับลายนิ้วมือของข้าพเจ้าในแบบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ



ชื่อผู้อธิบาย / อ่านข้อความ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

oas^c loas^c 0.....

ภาคผนวก ก

แบบแสดงความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิที่มีต่อแบบสอบถาม

เรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19

ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ จังหวัดเชียงใหม่

คำชี้แจง ขอให้ท่านผู้เชี่ยวชาญได้กรุณาแสดงความคิดเห็นของท่านที่มีต่อแบบสอบถามโดยใช้เครื่องหมาย (✓) ลงในช่องความคิดเห็นของท่านพร้อมเขียนข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการนำไปพิจารณาปรับปรุงต่อไป

ข้อคำถามส่วนที่ 2, 3, 4 และ 5 เป็นข้อคำถามให้เลือกตอบตามมาตรวัด (Likert Scales) 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	ให้คะแนน 5 คะแนน
เห็นด้วยมาก	ให้คะแนน 4 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ให้คะแนน 3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้คะแนน 2 คะแนน
เห็นด้วยน้อยที่สุด	ให้คะแนน 1 คะแนน

ข้อคำถามส่วนที่ 6 เป็นข้อคำถามให้เลือกตอบตามมาตรวัด (Likert Scales) 5 ระดับ มีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำทุกครั้ง	ให้คะแนน 5 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ให้คะแนน 4 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	ให้คะแนน 3 คะแนน
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ให้คะแนน 2 คะแนน
ไม่ปฏิบัติเลย	ให้คะแนน 1 คะแนน

ลำดับ	รายการขอความคิดเห็น	ความคิดเห็น			ข้อเสนอแนะ
		เหมาะสม (1)	ไม่แน่ใจ (0)	ไม่เหมาะสม (-1)	
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป					
1.	อายุ..... ปี				
2.	ระดับการศึกษา [] 1. ประถมศึกษา [] 2. มัธยมศึกษาตอนต้น [] 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. [] 4. อนุปริญญา/ปวส. [] 5. ปริญญาตรี [] 6. ปริญญาตรีขึ้นไป				
3.	สถานภาพสมรส [] 1. โสด [] 2. สมรส [] 3. หม้าย/หย่า/แยก				
4.	รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท				
5.	อาชีพ [] 1. รับจ้าง [] 2. เกษตรกรรม/เกษตรกร [] 3. ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว [] 4. งานบ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ [] 5. อื่น ๆ (ระบุ).....				
6.	ระยะเวลาที่ท่านปฏิบัติงาน				
ส่วนที่ 2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19 (Perceived Susceptibility)					
7.	ผู้ที่เดินทางไปยังสถานที่แออัด มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูงกว่าผู้อื่น				
8.	ผู้ที่เดินทางกลับจากต่างประเทศ หรือเดินทางจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อโรคโควิด-19 มีโอกาสติดเชื้อสูงกว่าผู้อื่น				

ลำดับ	รายการขอความคิดเห็น	ความคิดเห็น			ข้อเสนอแนะ
		เหมาะสม (1)	ไม่แน่ใจ (0)	ไม่เหมาะสม (-1)	
9.	ผู้ที่สัมผัสกับผู้ติดเชื้อโควิด หรือ พักอาศัยในพื้นที่เดียวกันกับผู้ติดเชื้อ โควิด-19 จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19				
10.	ผู้ที่ไม่สวมหน้ากากอนามัยเมื่อพบปะผู้อื่นจะทำให้มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19				
11.	ผู้ที่เดินทางโดยรถโดยสารประจำทางร่วมกับผู้อื่นจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19				
12.	การรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น โดยใช้ช้อนกลาง จะลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19				
13.	การใช้ของร่วมกับผู้ป่วยยืนยันโรคโควิด-19 จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19				
14.	ผู้ที่เดินทางไปในสถานบันเทิง จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19				
15.	การรวมกลุ่มเพื่อนสนิทรวมวงสังสรรค์ ดื่มสุรา แก้วเดียวกัน สูบบุหรี่รวมเดียวกัน จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19				
16.	การใกล้ชิดผู้อื่นที่ไม่ใช้ผ้าหรือ กระจกชำระ ปิดปาก ปิดจมูก เวลาไอ หรือ จาม จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19				
ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 (Perceived Severity)					
17.	ผู้ติดเชื้อโควิด-19 มีอาการคล้ายกับอาการติดเชื้อไข้หวัดทั่วไป โดยมีอาการป่วยเริ่มตั้งแต่ มีไข้ ไอ เจ็บคอ เป็นต้น				

ลำดับ	รายการขอความคิดเห็น	ความคิดเห็น			ข้อเสนอแนะ
		เหมาะสม (1)	ไม่แน่ใจ (0)	ไม่เหมาะสม (-1)	
18.	ผู้ที่ติดเชื้อโควิด-19 หากได้รับการรักษาซ้ำอาจนำไปสู่การล้มเหลวของระบบทางเดินหายใจและเสียชีวิตได้				
19.	ผู้ที่มีโรคปอดเรื้อรังอยู่แล้ว หากติดเชื้อโควิด-19				
20.	ผู้ติดเชื้อโควิด-19 มีอาการคล้ายกับอาการติดเชื้อไข้หวัดทั่วไป โดยมีอาการป่วยเริ่มตั้งแต่มีไข้ ไอ เจ็บคอ เป็นต้น				
21.	ผู้ที่ติดเชื้อโควิด-19 หากได้รับการรักษาซ้ำอาจนำไปสู่การล้มเหลวของระบบทางเดินหายใจและเสียชีวิตได้				
22.	ผู้สูงอายุ ตั้งแต่ 70 ปี ขึ้นไป หากติดเชื้อโควิด-19 มีโอกาสเกิดอาการรุนแรงกว่าผู้อื่น				
23.	โรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่ออันตราย				
24.	โรคโควิด-19 อันตรายร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิต				
25.	โรคโควิด-19 ทำให้ปอดติดเชื้อรุนแรง				
26.	หากมีโรคประจำตัว การติดเชื้อโควิด-19 อาจเพิ่มความรุนแรงและอันตรายถึงชีวิตได้				
27.	ผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรง หากเป็นโรคโควิด-19 จะมีอาการเหมือนไข้หวัดธรรมดาทั่วไป				
28.	เด็กจะมีโอกาสเสียชีวิตจากการติดเชื้อโรคโควิด-19 มากที่สุด				
ส่วนที่ 4 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรคโควิด-19 (Perceived Benefits)					
29.	การสวมผ้าปิดปากปิดจมูก เมื่อต้องออกไปนอกบ้าน เป็นการลดความเสี่ยงในการติดเชื้อโรคโควิด-19				

ลำดับ	รายการขอความคิดเห็น	ความคิดเห็น			ข้อเสนอแนะ
		เหมาะสม (1)	ไม่แน่ใจ (0)	ไม่เหมาะสม (-1)	
30.	การล้างมือบ่อยๆ ด้วยสบู่ หรือแอลกอฮอล์เจล เป็นการลดความเสี่ยงในการติดโรคโควิด-19				
31.	การงดกิจกรรมที่มีคนไปชุมนุมกัน เป็นการลดความเสี่ยงในการติดโรคโควิด-19				
32.	การหลีกเลี่ยงไปในสถานที่แออัด เป็นการลดความเสี่ยงในการติดโรคโควิด-19				
33.	การกักตัวผู้ที่เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยงต่อการติดโรคโควิด-19 เป็นการลดความเสี่ยงในการติดเชื้อ				
34.	ท่านคิดว่าอาหารเสริม หรือสมุนไพร ช่วยสร้างภูมิคุ้มกันโรคโควิด-19				
35.	การออกกำลังกายมากกว่า 3 – 4 ครั้ง ครั้งละ 30 นาทีขึ้นไป ช่วยป้องกันโรคโควิด-19				
ส่วนที่ 5 การรับรู้ต่ออุปสรรคของการป้องกันโรคโควิด-19 (Perceived Barriers)					
36.	ท่านรู้สึกว่าการสวมผ้าปิดปากปิดจมูกไม่สะดวกต่อการปฏิบัติ และทำให้หายใจลำบาก				
37.	ท่านรู้สึกว่าการระมัดระวังไม่เอามือไปจับหน้า จมูก และปาก ทำได้ยากเนื่องจากท่านมักจะใช้มือจับบริเวณใบหน้าบ่อยๆ				
38.	การเว้นระยะห่างจากคนอื่น อย่างน้อย 1-2 เมตร ทำได้ยากเนื่องจากในบางกรณีจำเป็นต้องอยู่ใกล้ผู้อื่น				
39.	ท่านรู้สึกว่าคุณไม่เข้าใจหลักการป้องกันโรคโควิด-19				

ลำดับ	รายการขอความคิดเห็น	ความคิดเห็น			ข้อเสนอแนะ
		เหมาะสม (1)	ไม่แน่ใจ (0)	ไม่เหมาะสม (-1)	
40.	ท่านรู้สึกว่าการคัดกรองในการตรวจหาเชื้อและการกักตัว สังเกตอาการ เป็นสิ่งที่ท่านอยากหลีกเลี่ยง				
41.	ท่านรู้สึกว่าจะไม่ได้รับการสนับสนุนวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 อย่างทั่วถึง				
42.	ท่านมีข้อจำกัดในด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ				
43.	การหลีกเลี่ยงเดินทางไปพื้นที่แออัด ทำได้ยากเนื่องจากในบางกรณีมีความจำเป็นต้องไป				
ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19					
44.	ท่านล้างมือให้ถูกวิธีด้วยการใช้สบู่ และแอลกอฮอล์				
45.	ท่านสวมผ้าปิดปาก และจุกทุกครั้งเมื่ออยู่ร่วมกับผู้อื่น				
46.	ท่านหลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสบริเวณใบหน้า จมูก และปาก				
47.	ท่านล้างมือด้วยสบู่และน้ำ อย่างน้อย 20 วินาที หรือใช้เจล alcohol 70 % ขึ้นไป หลังหยิบจับหรือสัมผัสสิ่งของที่ใช้ร่วมกับผู้อื่น				
48.	ท่านล้างมือด้วยสบู่และน้ำ อย่างน้อย 20 วินาที หรือใช้เจล alcohol 70 % ขึ้นไป หลังปฏิบัติกิจส่วนตัวในห้องน้ำ				
49.	ท่านล้างมือด้วยสบู่และน้ำ อย่างน้อย 20 วินาที หรือใช้เจล alcohol 70 % ขึ้นไป ก่อนรับประทานอาหาร หรือก่อนหยิบจับอาหารใส่ปาก				

ลำดับ	รายการขอความคิดเห็น	ความคิดเห็น			ข้อเสนอแนะ
		เหมาะสม (1)	ไม่แน่ใจ (0)	ไม่เหมาะสม (-1)	
50.	ท่านไม่ใช้สิ่งของร่วมกับผู้อื่น เช่น ผ้าเช็ดหน้า แก้วน้ำ หมวกกันน็อค				
51.	ท่านเลือกรับประทานอาหารที่ปรุงสุก สุกลักษณะเท่านั้น				
52.	ท่าน ไม่สัมผัสมือ กอด กับเพื่อนร่วมงานหรือ บุคคลรอบข้าง				
53.	ท่านหลีกเลี่ยงเข้าสถานที่ที่มีบุคคลพลุกพล่าน หรือแออัด				
54.	ท่านเว้นระยะห่างอย่างน้อย 1-2 เมตร เมื่อต้องมีการ พูดคุยกับบุคคลอื่น				
55.	ท่านสวมหน้ากากอนามัย (Mask) เมื่อมีอาการ ไม่สบาย				
56.	ท่านสวมหน้ากากอนามัย (Mask) หรือหน้ากาก ผ้าเมื่อเดินทางออกจากบ้าน				
57.	ท่านรับประทานอาหารเสริม หรือสมุนไพร เพื่อสร้างภูมิคุ้มกัน				
58.	ท่านออกกำลังกายมากกว่า 3 – 4 ครั้ง ครั้งละ 30 นาทีขึ้นไป				
59.	ท่านตรวจร่างกายเป็นประจำตามกำหนดที่สถาน บริการสุขภาพนัดหมาย				
60.	ท่านติดตามข่าวสาร และสถานการณ์การแพร่ ระบาดของโรคโควิด-19 ผ่านช่องทางวิทยุ โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต				
61.	ท่านล้างหน้ากากอนามัยที่ใช้แล้วในถังขยะทั่วไป โดยไม่มัดปากถุงให้แน่นก่อนทิ้งลงถังขยะ				

ข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ

.....

.....

.....

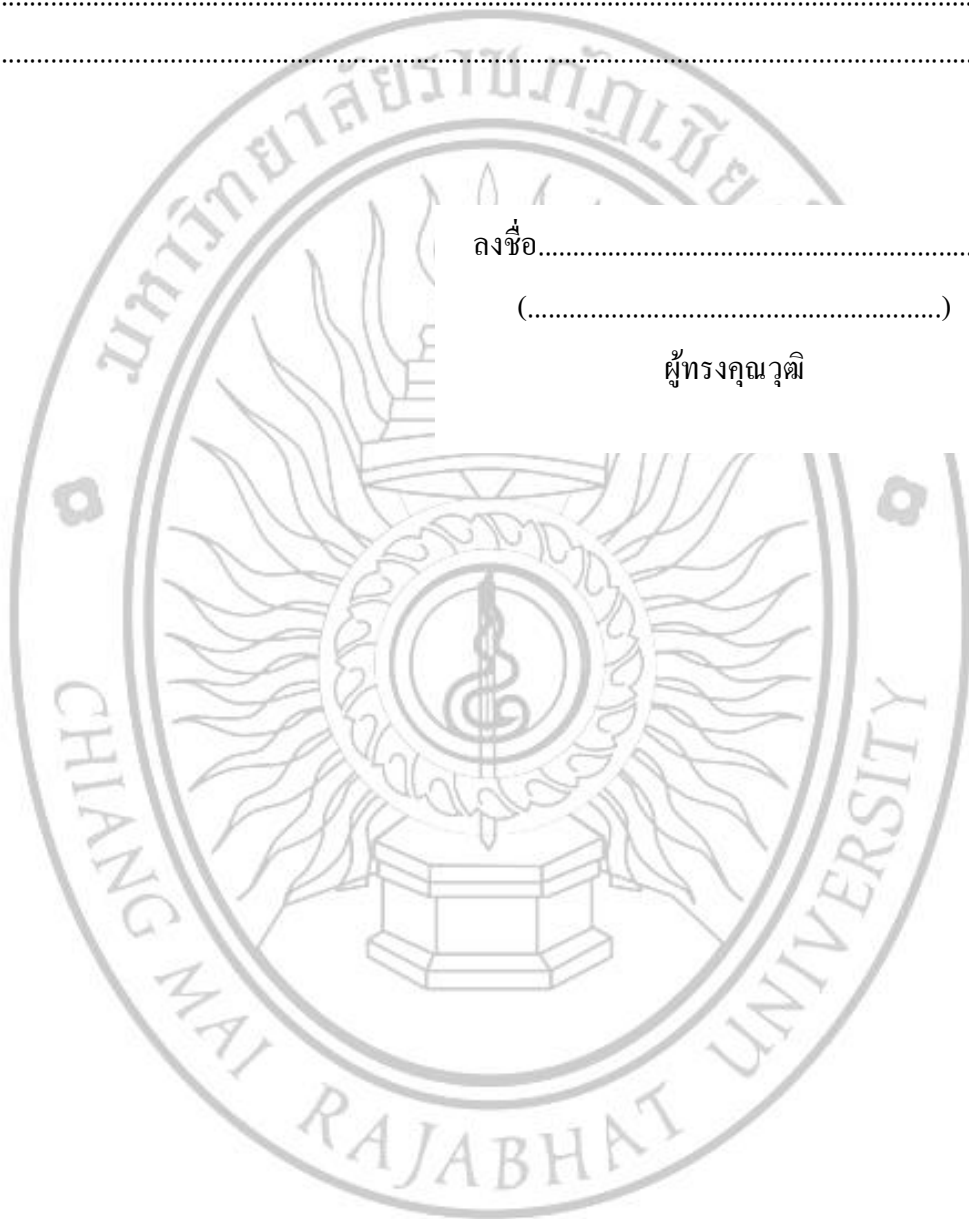
.....

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ทรงคุณวุฒิ



ภาคผนวก ง

หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

COA No. 181/2024



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่
Institutional Review Board, Chiang Mai Rajabhat University
หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
(Certificate of Approval)

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาเข้าข่ายการพิจารณา แบบเร่งรัด และการวิจัยที่จะดำเนินการมีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนกฎหมายข้อบังคับและข้อกำหนดภายในประเทศ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยตามข้อเสนอการวิจัยนี้ได้

This research has been considered as an *Expedited Review* and conducted in accordance with international ethical principles. As well as national laws, regulations and regulations. It is deemed appropriate to conduct research in accordance with this research proposal.

ชื่อโครงการ : ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่

Study Title : Effectiveness of the Health Belief Model program on COVID-19 prevention behavior among Shan female migrant workers.

รหัสโครงการ (Project Code) : IRBCMRU 2024/181.14.05

หัวหน้าโครงการและผู้ร่วมวิจัย :

นางสาวหญิงจ๋าม คำปัน

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่

Head of the Project and Co-Researcher :

Miss Yingcham Khampan

Faculty of Science and Technology Chiang Mai Rajabhat University

(อาจารย์ ดร.อัศรสิทธิ์ บุญส่งแท้)

(Dr. Akharasit Bunsongthae)

ประธานคณะกรรมการประจำจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่

Chairman the Institutional Review Board, Chiang Mai Rajabhat University

วันที่ 16 พฤษภาคม 2567

May 16, 2024



หมายเลขรับรอง (Certificate Number) : IRBCMRU 2024/181.14.05

วันที่ให้การรับรอง : 16 พฤษภาคม 2567

วันหมดอายุใบรับรอง : 15 พฤษภาคม 2568

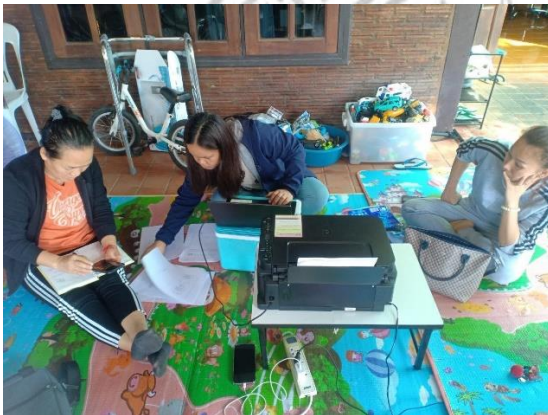
Date of Approval : May 16, 2024

Expiration Date : May 15, 2025

ภาคผนวก จ

ภาพถ่ายการเก็บข้อมูลรวบรวมข้อมูลการวิจัย





တောလုံးဂုဏ်းဂမ် ဧလး၊ ရှေ့ဂင်းတင်းပိခင်ခွပ်စိတ်. 19 လှိုင်မှိုင်

[illegible]

ကွမ်းဆင်၊စေးပျံ့ဆိုင်ဆံ့သေ သင်တု၊ရှင်မီးရှင်ရှင်၊ကဆင့်ကဆင့်ဆိုင်ဆံ့ကို ဂွံ၊ဂွံ၊ဆံတု၊ဂွံ၊တု၊မေယျာဂမ်းလိပ်။



ဝမ်းရုတ်.သံ့ခွင်းရုင်းသး VS COVID-19

ရုင်းရုတ်,ဆေးဝါးရုတ်သ်2019 (ရုတ်,ဝိတ် - 19)လေးတၢင်းပီဆဲးဆၢဝတ်း မီးဝင်းရှၢင်း မးတီး လှိုင်မိင်းရုတ်,ရုတ်,ဆေးဝါးရုတ်သ်မိဆဲးနဆဲး။ မီးဝင်းရှၢင်းမးတီး ငုံဆုတ်ဝါးရုတ်သ် 30-80% ဆွတ်းလှိုင်သေဆဆဲး ပီဆဲးရုတ်,ရုတ်,ဆေးဝါးရုတ်သ် 10-15% သေ ဝိဆဲးလေးရှ်း လင်းလှိုင်မိင်းလံးလွမ်းလွမ်း၊ စီးမုတ်း၊ ဆဲးလံး လေး၊ စီးတိုက်,စွင်ရုမ်းပီဆဲး။

ဟှၢင်းရှၢင်း	COVID-19	တၢင်းပီဆဲးဆၢဝတ်း
 မီးဆၢဝ်မီးစီးမုတ်း	 မီးလွမ်းဆၢဝ်သုင်လှိုင် 37 တီး,ဂရီ, 	 မီးလွမ်းဆၢဝ်သုင်သေ တေရှၢဆဲးလံး လိင်းလိင်းဝး ပေးပူဆဲးရှၢ, 3-4 ဝဆဲး တၢင်းပီဆဲးရှေး တေစီဆဲးမးစိုဆဲး
 ကံမီးစီးတိုက်, မီးစီးတိုက်,	ကံမီးစီးတိုက်, ဈေးလိင်း ရှိုင်လှိုင်သေ 4 ဝဆဲး လေး၊ စီးတိုက်,လၢင်းမီးပးလှိုင်တီး 	လၢင်းမီးကံ စီးလၢမ်ကိတ်းကွတ်းသေ ပေးပူဆဲးရှၢ, 3-4 ဝဆဲး တၢင်းပီဆဲးရှေး တေစီဆဲးမး 
 တွင်းလုတွင်းရှၢ,	မၢင်ဂေးလၢင်းတေမီး ဖှၢင်ရှၢင်းတွင်းရုဆဲး ရှၢင်း တွင်းရှၢ, 	တွင်းကမ်,လု 
 ထူလ်းလွဲယၢပ်,	ထူလ်းလွဲယၢပ်,လေး၊ သင်ဝးတၢင်းပီဆဲး ရှၢင်းရှိုင်း တေမီးဖှၢင်ရှၢင်း ပွတ်,လိပ်း ကမ်,ဆဆဲး ပွတ်,ရှ်း 	မီးဖှၢင်ရှၢင်း ရှူးဆင်ရုမ်း ရှူးဆင်တဆဲးသေ ရှိုတ်းရှ်းထူလ်းလွဲယၢပ်, 
 ရုင်းရုတ်းစိုဆဲးစိုဆဲး လွမ်းတုင်	လိပ်းဆိုင်လိပ်းတုင်ဂိဆဲးသင်ဂေးကမ်,ဝါဆဲး 	ရှိုင်ရုမ်းလိပ်းဆိုင်လိပ်းတုင် 

ဖှၢင်ရှၢင်းတီးတုင်းရှၢဆဲးလံး

ဖှၢင်ရှၢင်းတၢင်းပီဆဲးရုတ်,ဝိတ် တေတုင်းရှၢဆဲးလံးတီး ကံမီးစီးတိုက်, ဈေးလိင်း လိပ်းဆိုင်လိပ်းတုင်လေး၊ ဖှၢင်ရှၢင်းတၢင်းပီဆဲး ဆၢဝတ်း တေတုင်းရှၢဆဲးလံးတီး မီးလွမ်းဆၢဝ်စိုဆဲးသုင် ရှိုင်ရုမ်း ကံ ကမ်ဆဆဲး စီးလၢမ်ကိတ်းကွတ်း။

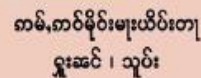
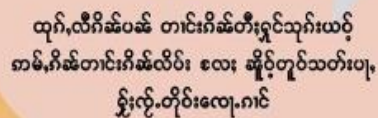
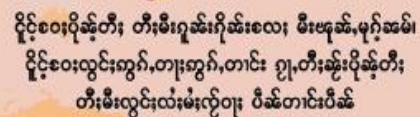
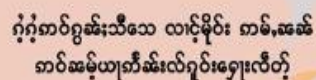
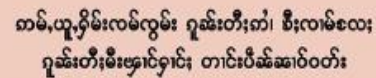
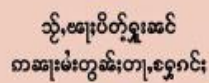
(၈) လွှဲလှဲလှဲလှဲလှဲလှဲလှဲလှဲလှဲလှဲ Social Distancing



COVID - 19

ငင်းလုံးတီးရှိုတ်ရှို့လုပ်လှိုင်းမင်း

- လွှင်းလုံးရှေ့ဝင်း



ဟုံပီခင်ဂူခင်းတီးလီးမီးလုံ

- 

နှိုင်းယှဉ်မှု၊ တျာရှင်၊ဂီယာခင်တောင်းပံ့ခင် ချစ်စိတ်. 19



နိုင်ငံတော်တွင်းတိုးတက်မှု၊စီးပွားရေး၊
မူဝါဒဆင်၊ ဌာနဆိုင်ရာ၊ ဂုဏ်၊
ရှင်းတိမ်း၊ စေလွှတ်၊ တိုးပွားလာခြင်း



အွင်းဖိုင်းကွက်၊တင်းဆွဲမှု၊
စစ်၊အေးဂျင်း၊အေး၊ နှိုးလှုံ့၊တိုင်း
အေးတူမီးသတ်ကမ်း



မိုင်းတေးထိမ်းသင်သောကမ်းကမ်း
ကပ်ကမ်းသီး၊ အေးယူလျှင်မိုင်း
ကုံလျှင်သုဂ္ဂိုလ်စစ်



ကျေးဇူးတင်လေးကျေးဇူးတင်
ဝေယူလမ်း၊ ဝိသုဒ္ဓါရှင်၊ဂီယာ
မွှေး၊ 1-2 မီတာ၊မိုင်း



ယူသင်းထင်ရှင်းယေးရှင်းအေး
မိုင်းအေး၊ နှိုးတီးစစ်၊အေး၊
ဂီယာတိုးရှင်း



နိုင်ငံတော်တွင်းထိမ်းတိုက်ကမ်း
မိုင်းအေး၊ ထိမ်းမိုင်းတူငှါတု
မိုင်းထူမီးရှင်း လုံ့ရှင်းရှင်းကမ်း

နှာရှင်၊ချေးထင်၊ထိုမှ



မီးလွှမ်းအင်သင်သော 37.5



ကံ၊ မီးမုန်းကွဲ



ချေးလိမ်း



ထုလွှမ်းလှုံ့ယာပ်

* နှေးထင်၊ထိုမှလမ်းလမ်းကွဲ



အေးလှိုင်းလှိုင်းမိုင်း / ယမ်းယူသင်း
ဆိုးလှိုင်းတီး၊ ကမ်းမီးရှင်းအေးလမ်း
တောင်းပံ့ခင်ခွဲစိတ်မုး



အေးလှိုင်းယူ၊ရှင်းလမ်း
ကမ်းပံ့ခင်တောင်းပံ့ခင်ခွဲစိတ်



အေးလှိုင်းယမ်းယူလမ်းလမ်း
ကမ်းပံ့ခင်တောင်းပံ့ခင်ခွဲစိတ်



အေးလှိုင်းရှိုင်းကမ်း မိုင်းအေး၊
ကွဲကွဲအေးလမ်း၊ လမ်း၊
ရှိုင်းကမ်းဆွဲကွဲတီးကမ်းမီးရှင်း
ကွဲအေး၊ လှိုင်းအေး၊ ဂုဏ်၊ နှိုင်းယူ
သုခ်ကမ်းကွဲ၊ခါးလှိုင်းဆွဲ

* လမ်းတိုက်ကမ်း

တောင်းပံ့ခင်ခွဲစိတ်ဆွဲ ယွမ်းကွဲမီးလှိုင်းမိုင်း
ဝံးလှိုင်းအေး ကံ၊ မီးလမ်း၊ လမ်း၊လှိုင်းတိုက်
မီးလှိုင်းမိုင်း ကမ်းအေးကွဲ၊မုးလမ်း
အေးလမ်း၊ အေးကံလမ်းမီးလမ်းအေးသော
ရှိုင်းကပ်မိုင်းမုးလမ်းသုဂ္ဂိုလ်၊ ထိမ်းရှင်းအေး၊
သီတုလမ်း၊ လမ်း၊တိုက်လမ်း၊ ထိမ်းရှင်းအေး၊
တောင်းပံ့ခင်ဆွဲ တိုက်လမ်းတောင်းလွှတ်၊လမ်း
ထုလွှမ်းလှုံ့

“နှိုင်းတေးယူ၊မုးယူရှင်းအေးရှင်း
ကွဲနှာရှင်၊ဂီယာချေးထင်တေး”



လမ်းချောင်း



လှုံ့တိုက်အေးကွဲမီးသင်းရှင်းမိုင်း



ဝံးသောထိမ်းသောကမ်းကမ်း
ဝံးလမ်းလှိုင်းမိုင်းအေး
နိုင်ငံတော်တွင်းကပ်မိုင်းသီတု
ထိမ်းသုဂ္ဂိုလ်လမ်းအေး



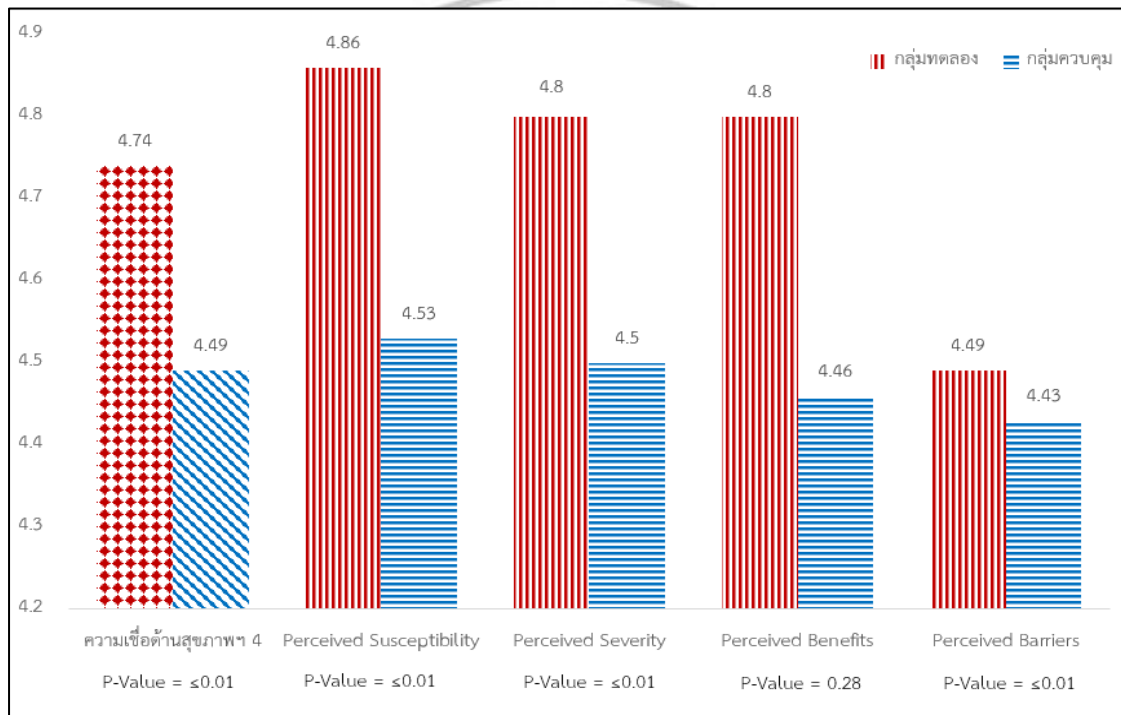
သင်တေးကံ / မီးလမ်း
ရှိုင်းကပ်အေးလှိုင်းတုမီးသုဂ္ဂိုလ်သော
ကံ၊ ကမ်းအေး လှုံ့ရှင်းကွဲ၊ကွဲ၊
ခွဲသုဂ္ဂိုလ်သောကံ



နိုင်ငံတော်တွင်းယူလမ်း
အေးလှိုင်းပံ့ခင်ခွဲစိတ်၊ အေး
ကမ်းအေး ကံ

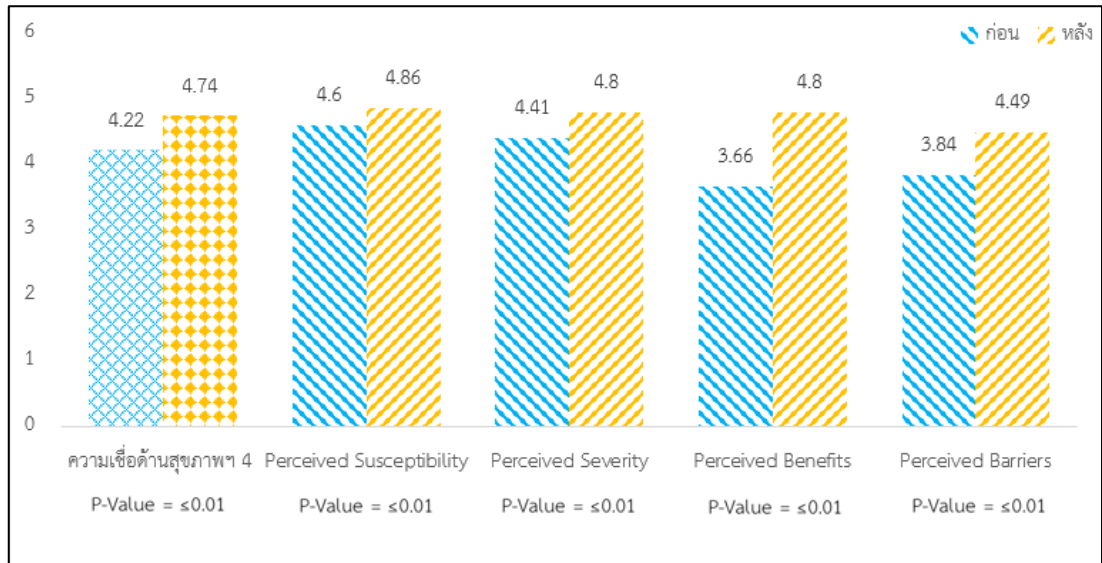
ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
หลังได้รับโปรแกรม



แผนภูมิที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ
ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรม

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม



แผนภูมิที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรม

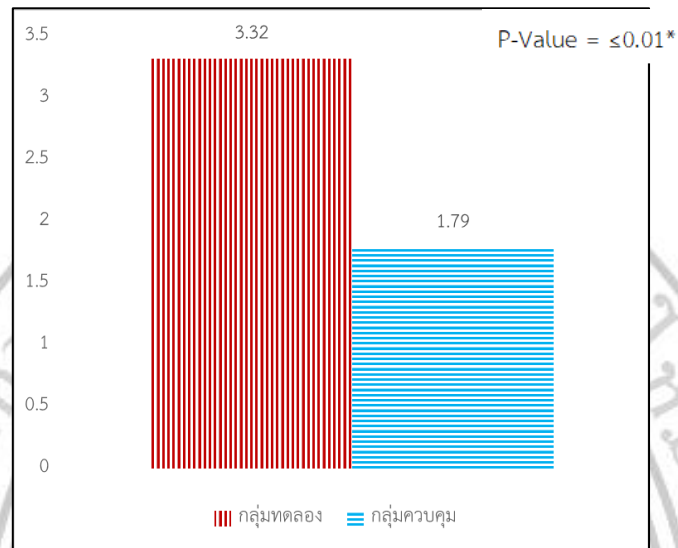
ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19

ตารางที่ 1 ข้อมูลค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรม

การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและ ป้องกันโรคโควิด-19 (Perceived Benefits)	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	Mean (S.D.)	แปลผล	Mean (S.D.)	แปลผล
สามารถล้างมือให้ถูกวิธีได้บ่อย ๆ	2.87 (0.46)	ปานกลาง	1.89 (0.53)	น้อย
สวมหน้ากาก และจามทุกครั้งเมื่ออยู่ร่วมกับ ผู้อื่น	2.89 (0.44)	ปานกลาง	1.91 (0.51)	น้อย
หลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสบริเวณใบหน้า จมูก และปาก	2.84 (0.48)	ปานกลาง	1.84 (0.56)	น้อย

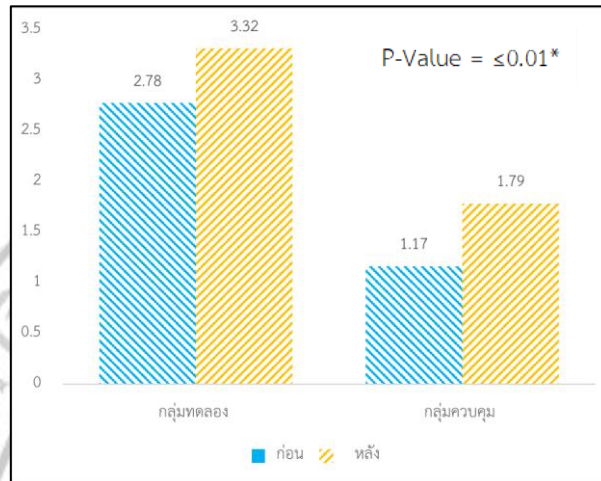
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและ ป้องกันโรคโควิด-19 (Perceived Benefits)	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	Mean (S.D.)	แปลผล	Mean (S.D.)	แปลผล
ล้างมือด้วยสบู่และน้ำ อย่างน้อย 20 วินาที ก่อนรับประทานอาหาร	2.71 (0.79)	ปาน กลาง	1.71 (0.70)	น้อย
ไม่นำมือตนเองมาป้ายตา จมูก ปาก	2.62 (0.68)	ปาน กลาง	1.62 (0.61)	น้อย
ไม่ใช้สิ่งของร่วมกับผู้อื่น เช่น ผ้าเช็ดหน้า แก้วน้ำ หมวกกันน็อค	2.67 (0.68)	ปาน กลาง	1.82 (0.61)	น้อย
เลือกรับประทานอาหารที่ปรุงถูกสุขลักษณะ เท่านั้น	2.80 (0.73)	ปาน กลาง	1.73 (0.62)	น้อย
หลีกเลี่ยงเข้าสถานที่ที่มีบุคคลพลุกพล่านหรือ แออัด	2.87 (0.73)	ปาน กลาง	1.71 (0.66)	น้อย
เว้นระยะห่างอย่างน้อย 1-2 เมตร เมื่อต้องมีการ พูดคุยกับบุคคลอื่น	2.84 (0.74)	ปาน กลาง	1.84 (0.77)	น้อย
สวมหน้ากากอนามัย (Mask) เมื่อออกจากบ้าน	2.67 (0.60)	ปาน กลาง	1.89 (0.44)	น้อย
ติดตามข่าวสาร ข่าวสาร โรคโควิด-19 ผ่านช่องทางวิทยุ โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต	2.62 (0.54)	ปาน กลาง	1.62 (0.68)	น้อย

ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่
ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรม



แผนภูมิที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19
ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรม

ส่วนที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม



แผนภูมิที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงไทใหญ่ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ – นามสกุล นางสาวหญิงจ้าม คำปัน

วัน เดือน ปีเกิด 15 กุมภาพันธ์ 2529

ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ 161/1 หมู่ 10 ตำบลสันโป่ง อำเภอแมริ่ม จังหวัดเชียงใหม่
รหัสไปรษณีย์ 50180

อีเมลแอดเดรส charmhom@gmail.com

ประวัติการศึกษา พ.ศ. 2560 หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต
สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน
มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่

ประสบการณ์การทำงาน พ.ศ. 2566 – ปัจจุบัน Partnership Lead, Thailand, Partners Asia
พ.ศ. 2562 – พ.ศ. 2566 วิชาการผู้อำนวยการ
มูลนิธิเพื่อการพัฒนาศักยภาพเด็กและสตรี
พ.ศ. 2556 – พ.ศ. 2561 ผู้ประสานงานโครงการการศึกษา และ
โครงการสุขภาพมูลนิธิเพื่อการพัฒนาศักยภาพ
เด็กและสตรี
พ.ศ. 2550 – พ.ศ. 2555 เจ้าหน้าที่โครงการการศึกษา
มูลนิธิเพื่อการพัฒนาศักยภาพเด็กและสตรี