

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการป้องกัน
โรคโควิด 19 ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายในเขตพื้นที่รับผิดชอบ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวโกรก อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

Health belief model, social support and COVID-19 preventive health behaviors
among senior primary school students in the area of

Hua-Krok Tambon Health Promotion Hospital, Mueang district,
Chon Buri province

ปรัชญา เพชรโกลาส¹

กุลวลี ฉายอรุณ²

สุจิตรา ลินสีบล³

แสงเงิน สาทิพันธ์⁴

เอมอร อุไรโชติ⁵

วรยุทธ นาคอ้าย⁶

Patchaya Petopart¹

Kunwalee Chaiaun²

Sujitpa Sinsuebon³

Saengngoen Satipchan⁴

Aemorn Uraichot⁵

Worayuth Nak-Ai⁶

¹โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมาบโป่ง

อำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี

¹Mappong Health Promoting Hospital,

Phan Thong, Chonburi

²โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองนกไข่

อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร

²Nongnorkai Health Promoting Hospital,

Krathum Baen, Samut Sakhon

³โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไสธร์

อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา

³Sotron Health Promoting Hospital,

Mueang, Chachoengsao

⁴โรงพยาบาลกรุงเทพระยอง อำเภอเมือง จังหวัดระยอง

⁴Bangkok Hospital Rayong, Mueang, Rayong

⁵โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแก้ว

อำเภอประจันตคาม จังหวัดปราจีนบุรี

⁵Nongkaew Health Promoting Hospital,

Prachantakham, Prachinburi

⁶วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี

สถาบันพระบรมราชชนก

⁶Sirindhorn College of Public Health Chonburi

Praboromratchanok Institute

DOI: 10.14456/dcj.2022.66

Received: September 11, 2021 | Revised: March 31, 2022 | Accepted: March 31, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ต่ออุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติในการป้องกันตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย

ในพื้นที่บ้านหัวโกรก อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ดำเนินการวิจัยในช่วงเดือนมีนาคม 2564 กลุ่มประชากรจำนวน 287 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเองที่ทีมนักวิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์ และสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัย พบว่าระดับการศึกษา อายุ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ยกเว้นการรับรู้ประโยชน์ และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 โดยพฤติกรรมของเด็กวัยเรียน จะเป็นไปในทางที่ดีขึ้นอยู่กับการรับรู้ของเด็ก ซึ่งหากมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคเพิ่มมากขึ้นจะสามารถทำให้เด็กเลือกที่จะดูแลตนเอง ซึ่งการที่เด็กจะมีพฤติกรรมที่ดีได้นั้น จะต้องมีความสนับสนุนจากหลาย ๆ ด้าน ทั้งครอบครัว ครู เพื่อน รวมถึงข้อมูลที่เข้าถึงได้ง่ายจะช่วยให้เด็กเข้าใจ และปฏิบัติตาม การได้รับคำแนะนำ คำชื่นชมจากครอบครัว และแม้กระทั่งคำเตือน จะส่งผลต่อพฤติกรรมของเด็ก จึงควรส่งเสริมการเรียนรู้การป้องกันโรคโควิด 19 ให้แก่เด็กนักเรียน โดยพัฒนาสื่อการเรียนรู้ต่างๆ และสอบถามอาการเจ็บป่วย ชื่นชม และให้คำแนะนำเมื่อนักเรียนมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี

ติดต่อผู้พิมพ์ : ปรชญา เพชรโอภาส อีเมล : 610442016@scphc.ac.th

Abstract

This cross-sectional survey study aimed to study the perception of susceptibility, severity, benefit, self-efficacy, cues to action, and social support factors toward COVID-19 preventive health behaviors among senior primary school students in the area of Hua-Krok Tambon Health Promotion Hospital, Mueang district, Chonburi province. The study population included 287 senior primary school students. Data were collected in March 2021 by self-administration questionnaire developed by researchers. Data were analyzed by using descriptive statistics, chi-square, and Pearson product-moment correlation. Study results showed that education, age, health belief model (except for perceived benefits) and social support were significantly associated with COVID-19 self-preventive behaviors score. Children's good health and well-being depends on their perception. If they have more disease awareness, they will have more preventive behavior. Supporting and enabling factors included family, teachers, and easy access to information will increase their awareness. In addition, the advice, appreciation, and warning from their parents will also encourage them to improve their healthy behaviors. Based on these findings, it is therefore recommended to provide updated knowledge about COVID-19 prevention to the children through the development of various learning materials, inquire about their illness, appreciate and further advise them when they are following preventive behavior practices.

Correspondence: Patchaya Petopart

E-mail: 610442016@scphc.ac.th

คำสำคัญ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ, แรงสนับสนุนทางสังคม, โรคโควิด 19, นักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย, พฤติกรรมการป้องกันตนเอง

Keywords

health belief model, social support, COVID-19, senior primary school students, preventive health behaviors

บทนำ

โควิด 19 เป็นโรคระบาดที่กำลังส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อมวลมนุษยชาติและเชื้อไวรัสโคโรนาเป็นไวรัสตัวใหญ่ที่เป็นสาเหตุของโรคทั้งในสัตว์และคน ในคนนั้นไวรัสโคโรนาหลายสายพันธุ์ทำให้เกิดโรคระบบทางเดินหายใจตั้งแต่โรคหวัดธรรมดา จนถึงโรคที่มีอาการรุนแรง เช่น โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (Middle East Respiratory Syndrome: MERS) และโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันร้ายแรง (Severe Acute Respiratory Syndrome: SARS) ไวรัสโคโรนาที่ค้นพบล่าสุดทำให้เกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ที่เกิดการระบาดของโรคทั่วทุกภูมิภาคของโลก (COVID-19 pandemic)⁽¹⁾ การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถแพร่จากคนสู่คนผ่านทางสารคัดหลั่งจากจมูกหรือปากของผู้ป่วยโรคโควิด 19 ไอ จามหรือพูด ละอองเหล่านี้มีขนาดมากกว่า 5 ไมครอน⁽²⁾ สามารถแพร่กระจายตัวได้ประมาณอย่างน้อย 1 เมตร และจะตกลงสู่พื้นอย่างรวดเร็ว

การระบาดของโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในปัจจุบันถือเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกในหลายๆ ประเทศ จากข้อมูลสถานการณ์โควิด 19 ภายในประเทศไทย โดยกรมควบคุมโรค เมื่อวันที่ 11 กันยายน 2564 รายงานผู้ติดเชื้อสะสม 1,368,144 ราย รักษาหาย 1,216,331 ราย อยู่ระหว่างการรักษา 137,859 ราย เสียชีวิต 14,173 ราย⁽³⁾ จังหวัดชลบุรี มีผู้ติดเชื้อสะสม 72,310 ราย รักษาหาย 58,214 ราย อยู่ระหว่างการรักษา 13,579 ราย และเสียชีวิต 490 ราย⁽⁴⁾ และมีรายงานพบเด็กและเยาวชน (อายุน้อยกว่า 19 ปี) ติดเชื้อสะสม 2,362 ราย เสียชีวิต 1 ราย และมีแนวโน้มการติดเชื้อในกลุ่มดังกล่าวเพิ่มสูงขึ้น⁽³⁻⁴⁾ ถึงแม้ว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงส่วนมากเป็นผู้สูงอายุ และผู้ที่มีโรคประจำตัว

องค์การอนามัยโลกระบุว่าเด็กและวัยรุ่นมีแนวโน้มที่จะติดเชื้อได้เท่ากับกลุ่มอายุอื่นๆ⁽⁵⁾ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะให้ความสำคัญกับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 ในกลุ่มเด็กประถมศึกษา

ในช่วงอายุ 10-12 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันจากการใช้ชีวิตในครอบครัวสู่สังคมภายนอก ระยะนี้เด็กจะมีเหตุผล มีความรับผิดชอบ มีความอยากรู้อยากเห็น และมีการลอกเลียนแบบ⁽⁶⁾ ในสภาวะที่มีการแพร่ระบาดของโรคไวรัสโควิด 19 อยู่ทั่วโลกในขณะนี้ ต้องมีความละเอียดอ่อน อดทน ใส่ใจ มากกว่าในวัยอื่นๆ ถึงแม้รายงานการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ในเด็กยังมีไม่มากและไม่รุนแรง แต่ไม่ได้หมายความว่ากลุ่มเด็กไม่ใช่กลุ่มเสี่ยง แต่ในทางกลับกัน หากกลุ่มเด็กได้รับเชื้อไวรัสโควิด 19 โดยที่ตนเองไม่รู้ตัวก็จะเป็นการรับและแพร่กระจายเชื้อไปยังครอบครัวที่มีสมาชิกเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ และเมื่อได้รับเชื้ออาจมีภาวะแทรกซ้อนและมีอาการรุนแรงจนเสียชีวิตได้ เด็กวัยนี้มักจะชอบการอยู่รวมกันเป็นกลุ่ม และอาจเสี่ยงต่อการนำพาเชื้อโรคเข้าไปสู่ครอบครัว และกลุ่มเพื่อน การอยู่รวมกันเป็นกลุ่มของเด็กวัยเรียนจึงจัดเป็นพฤติกรรมความเสี่ยง พฤติกรรมการป้องกันโรคมีที่มาจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพลักษณะนี้คือพฤติกรรมในการป้องกันโรค (Preventive Health Behavior) ทั้งระยะฉุกเฉินเฉพาะหน้า และการควบคุมป้องกันโรคระยะยาว โดยทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และสร้างพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคให้เป็นชีวิตวิถีใหม่ หรือ New Normal ให้กับเด็กโดยอาศัยทฤษฎีทางพฤติกรรมสุขภาพที่ใช้ในการสร้างหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกัน คือ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ หรือ Health Belief Model (HBM) ที่เชื่อว่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเป็นผลมาจากการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคของตนเอง และจะแสดงพฤติกรรมมากขึ้นหากได้รับการส่งเสริมความรู้ จะเห็นได้จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มุ่งองค์ประกอบของทฤษฎี คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ต่ออุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติในการป้องกันตนเอง⁽⁷⁾

ดังนั้น การรับรู้สุขภาพที่ดีและถูกต้องตั้งแต่เด็กจึงมีความสำคัญอย่างมาก ที่จะส่งผลให้เด็กมีพฤติกรรม

การป้องกันตนเองจากโรคที่ติดและติดต่อไปในระยะยาว อีกทั้งจังหวัดชลบุรียังเป็นจังหวัดเมืองท่องเที่ยวที่มีนักท่องเที่ยวทั้งในประเทศและต่างประเทศเข้ามาเป็นจำนวนมาก ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการระบาดของโรคในเขตพื้นที่ของจังหวัดชลบุรีอีกด้วย ประกอบกับในห้วงเวลาของการศึกษาค้นคว้า ยังไม่มีงานวิจัยที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) และพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด 19 ในเด็ก ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงได้สนใจศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของนักเรียน ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากเชื้อไวรัสโควิด 19 ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ต่ออุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติในการป้องกันตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันโรคโควิด 19 ของนักเรียน (2) เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประวัติการได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ และผลการเรียนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 (3) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 และ (4) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19

วัสดุและวิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย : การศึกษาค้นคว้า เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross sectional survey) ดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคม 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัย เป็นการศึกษาแบบเฉพาะเจาะจงในประชากรนักเรียนที่กำลังศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ทุกคน ทุกโรงเรียนในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวโกรก อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี จำนวน 3 โรงเรียน นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 มีจำนวนทั้งสิ้น 287 คน โดยมีรายละเอียดดังนี้

โรงเรียนที่ 1 จำนวน 112 คน

โรงเรียนที่ 2 จำนวน 138 คน

โรงเรียนที่ 3 จำนวน 37 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าการศึกษา (Inclusion criteria) ได้แก่ (1) มีความเต็มใจและยินยอมให้มีส่วนร่วมในการวิจัย และ (2) ผู้ปกครองอนุญาตให้เด็กนักเรียนเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) ได้แก่ (1) ตอบแบบสอบถามไม่ครบ และ (2) ป่วยหรือมีเหตุทำให้ไม่สามารถตอบแบบสอบถามขณะเก็บข้อมูลสามารถหยุดตอบแบบสอบถามได้ทันที/ตลอดเวลา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบสอบถามวิจัยใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ตอบแบบสอบถามเป็นผู้กรอกข้อมูลด้วยตนเอง (Self-administer questionnaire) ที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการประยุกต์ ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและความรู้โรคโควิด 19 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ค่าเท่ากับ 0.767 ประกอบด้วย 9 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวนทั้งสิ้น 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประวัติการได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ และผลการเรียน

ส่วนที่ 2-7 แบบสอบถามการรับรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค และปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคโควิด 19 มีจำนวนทั้งสิ้น 37 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก 36 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 1 ข้อ ใช้มาตรวัดของ Likert Scale 5 ระดับ⁽⁸⁾ กรณีคำถามเชิงบวกให้คะแนน ดังนี้ เห็นด้วยมาก (5 คะแนน) เห็นด้วยปานกลาง (4 คะแนน) ไม่แน่ใจ (3 คะแนน) เห็นด้วยน้อย (2 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (1 คะแนน) กรณี

คำถามเชิงลบให้คะแนนในทางกลับกัน (1-5 คะแนน) แปลผลโดยจัดกลุ่มร้อยละคะแนนเป็น 5 ระดับ⁽⁹⁾ ได้แก่ ระดับการรับรู้สูงมาก (81-100 คะแนน) ระดับการรับรู้สูง (61-80 คะแนน) ระดับการรับรู้ปานกลาง (41-60 คะแนน) ระดับการรับรู้ต่ำ (21-40 คะแนน) และระดับการรับรู้ต่ำมาก (น้อยกว่า 20 คะแนน)

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม มีจำนวนทั้งหมด 17 ข้อ เป็นข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) เชิงบวก แบบให้เลือกตอบ 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด แบ่งกลุ่มระดับคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ระดับ⁽¹⁰⁾ ได้แก่ ระดับมากที่สุด (20-25 คะแนน) ระดับมาก (15-19 คะแนน) ระดับปานกลาง (10-14 คะแนน) ระดับน้อย (5-9 คะแนน) และระดับน้อยที่สุด (น้อยกว่า 5 คะแนน)

ส่วนที่ 9 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 จำนวน 6 ข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบบให้เลือกตอบ 4 ระดับ⁽¹¹⁾ เป็นคำถามเชิงบวก 5 ข้อ และคำถามเชิงลบ 1 ข้อ จัดกลุ่มคะแนนพฤติกรรมการป้องกันตนเอง เป็น 4 ระดับ ดังนี้ พฤติกรรมป้องกันตนเองระดับมากที่สุด (21-24 คะแนน) ระดับมาก (16-20 คะแนน) ระดับน้อย (11-15 คะแนน) และระดับน้อยที่สุด (6-10 คะแนน)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่นักวิจัยสร้าง หลังจากรับการพิจารณาและอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี เอกสารรับรองหมายเลข 2020/S47 เมื่อวันที่ 23 ธันวาคม 2563 โดยคณะผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลตามแนวทางของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด โดยประสานงานกับหน่วยงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่เพื่อการคัดกรองความ

เสี่ยงก่อนเข้าสถานศึกษา และประสานงานกับผู้อำนวยการสถานศึกษาเพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามวันเวลาที่กำหนด ทั้งนี้คณะผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยร่วมกับครูประจำชั้น เพื่อส่งเอกสารแนะนำโครงการวิจัย และอนุญาต/ยินยอมให้เข้าร่วมโครงการวิจัยจากผู้ปกครอง หลังจากได้หนังสือยินยอมจากผู้ปกครอง คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลร่วมกับครูประจำชั้น โดยการกำหนดรหัสแบบสอบถาม และการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความสมบูรณ์มากที่สุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะประชากรโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติการทดสอบไคสแควร์ (X^2 -test) และสถิติการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ (Pearson Product Moment Correlation) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p -value 0.05 โดยการแปลความหมายค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ตามเกณฑ์ของ Hinkle DE, 1998 อ้างใน Wasan Kantvorarat⁽¹²⁾ ซึ่งแบ่งการวัดระดับความสัมพันธ์ เป็น 5 ระดับ ดังนี้ ความสัมพันธ์ระดับสูงมาก (0.90-1.00) ระดับสูง (0.70-0.89) ระดับปานกลาง (0.50-0.69) ระดับต่ำ (0.30-0.49) และระดับต่ำมาก (น้อยกว่า 0.30)

ผลการศึกษา

1.ปัจจัยส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.2 โดยมีอายุเฉลี่ย 11 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.0 ปี อายุต่ำสุด 9 ปี อายุสูงสุด 16 ปี ส่วนใหญ่กำลังศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 35.2 มีประวัติการไม่ได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่ ร้อยละ 79.1 และร้อยละ 50.2 มีผลการเรียนอยู่ในช่วง 2.60-3.50 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=287)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	140	48.8
หญิง	147	51.2
อายุ		
≤10	92	32.1
11	96	33.4
12	82	28.6
≥13	17	5.9
(μ=11.1, σ=1.0, max=16, min=9)		
ระดับการศึกษา		
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4	101	35.2
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5	91	31.7
ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6	95	33.1
ประวัติการได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่		
ได้รับ	60	20.9
ไม่ได้รับ	227	79.1
ผลการเรียน		
≤1.50	4	1.4
1.60-2.50	35	12.2
2.60-3.50	144	50.2
3.60-4.00	104	36.2
(μ=3.3, σ=0.6, max=4, min=1.2)		

2. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ร้อยละ 76.0 (μ=34.4, σ=3.7) การรับรู้ประโยชน์ ร้อย

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของนักเรียน

ละ 65.6 (μ=24.3, σ=3.1) การรับรู้ความรุนแรง ร้อย

เกี่ยวกับโรคโควิด 19 พบว่า ส่วนใหญ่มีแบบแผนความ

ละ 61.0 (μ=23.9, σ=2.7) และปัจจัยกระตุ้นการ

เชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูงมาก เมื่อพิจารณาราย

ปฏิบัติ ร้อยละ 49.5 (μ=26.0, σ=3.2) ส่วนการรับรู้

ตัวแปรที่มีการรับรู้ในระดับสูงมาก พบว่านักเรียนส่วน

อุปสรรค นักเรียนส่วนใหญ่มีการรับรู้ระดับสูง ร้อยละ

ใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยง ร้อยละ 82.3 (μ=21.6,

38.0 (μ=18.2, σ=5.1) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

σ=2.6) รองลงมา คือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง

ตารางที่ 2 ระดับการรับรู้ของนักเรียนตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ตัวแปรตามทฤษฎี HBM	ระดับ n (%)					μ	σ
	สูงมาก	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	ต่ำมาก		
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	236 (82.3)	48 (16.7)	3 (1.0)	0	0	21.6	2.6
การรับรู้ความรุนแรง	175 (61.0)	109 (38.0)	3 (1.0)	0	0	23.9	2.7
การรับรู้ประโยชน์	188 (65.6)	91 (31.7)	7 (2.4)	1 (0.3)	0	24.3	3.1
การรับรู้อุปสรรค	45 (15.7)	109 (38.0)	103 (35.9)	27 (9.4)	3 (1.0)	18.2	5.1
การรับรู้ความสามารถของ	218 (76.0)	67 (23.3)	2 (0.7)	0	0	34.4	3.7
ตนเอง							
ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ	142 (49.5)	135 (47.0)	10 (3.5)	0	0	26.0	3.2

3. ผลการวิเคราะห์แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันโรคโควิด 19

แรงสนับสนุนทางในการป้องกันโรคโควิด 19 ของนักเรียน พบว่าส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายตัวแปรพบว่า ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร ร้อยละ 39.4 ($\mu=14.7, \sigma=3.7$) รอง

ลงมา ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ร้อยละ 37.3 ($\mu=14.4, \sigma=3.5$) และแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินผลร้อยละ 36.6 ($\mu=14.7, \sigma=3.5$) ตามลำดับ ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมด้านเครื่องมือ นักเรียนส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 84.8 ($\mu=21.2, \sigma=3.7$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของนักเรียนตามทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปรตามทฤษฎี ss	ระดับ n (%)					μ	σ
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด		
แรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์	60 (20.9)	107 (37.3)	95 (33.1)	22 (7.7)	3 (1.0)	14.4	3.5
แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการให้การประเมินผล	74 (25.8)	105 (36.6)	85 (29.6)	20 (7.0)	3 (1.0)	14.7	3.5
แรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร	72 (25.1)	113 (39.4)	69 (24.0)	26 (9.1)	7 (2.4)	14.7	3.7
แรงสนับสนุนทางสังคมด้านเครื่องมือ	243 (84.8)	31 (10.8)	11 (3.8)	1 (0.3)	1 (0.3)	21.2	3.7

4. พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19

พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 พบว่านักเรียนมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 เท่ากับ 19.3 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.6

ส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 55.1 รองลงมา อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 37.2 และระดับน้อย ร้อยละ 6.3 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรค

ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรค	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมน้อยที่สุด	4	1.4
พฤติกรรมป้องกันน้อย	18	6.3
พฤติกรรมป้องกันมาก	158	55.1
พฤติกรรมป้องกันมากที่สุด	107	37.2

($\mu=19.3, \sigma=2.6, \max=24, \min=8$)

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 คือ ระดับการศึกษา ($\chi^2=16.282, p=0.012$) และพบว่า เพศ

และประวัติการได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ตัวแปรอายุของนักเรียน มีความสัมพันธ์แบบแปรผกผันในระดับต่ำ กับคะแนนพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-0.123, p<0.05$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษาและอายุ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19

ตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19				ระดับความสัมพันธ์
	χ^2	df	r	p-value	
ระดับการศึกษา	16.282	6	–	0.012*	–
อายุ	–	–	–0.123	0.037*	ต่ำ

* $p < 0.05$

6. ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19

ความสัมพันธ์ระหว่างแบบตัวแปรแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ตัวแปรแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่ออุปสรรคในการป้องกันโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์แบบแปรผันตรงในระดับต่ำ กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 ($r=0.194$, $p<0.001$),

($r=0.221$, $p<0.001$), ($r=0.131$, $p<0.05$) ตามลำดับ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคโควิด 19 และปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์แบบแปรผันตรงในระดับปานกลาง กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 ($r=0.391$, $p<0.001$), ($r=0.316$, $p<0.001$) ตามลำดับ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคโควิด 19 ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19		
	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	0.194	0.001**	ต่ำ
การรับรู้ความรุนแรง	0.221	0.000**	ต่ำ
การรับรู้ประโยชน์	0.113	0.056	ต่ำ
การรับรู้ต่ออุปสรรค	0.131	0.027*	ต่ำ
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	0.391	0.000**	ปานกลาง
ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ	0.316	0.000**	ปานกลาง

* $p < 0.05$, ** $p < 0.001$

7. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ตัวแปรแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล การให้การสนับสนุน

ทางด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนทางด้านเครื่องมือมีความสัมพันธ์แบบแปรผันตรงในระดับปานกลาง กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 ($r=0.337$, $p<0.001$), ($r=0.414$, $p<0.001$) ($r=0.400$, $p<0.001$), ($r=0.334$, $p<0.001$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19

แรงสนับสนุนทางสังคม	พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19		
	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ด้านอารมณ์	0.337	0.000**	ปานกลาง
ด้านการให้การประเมินผล	0.414	0.000**	ปานกลาง
ด้านข้อมูลข่าวสาร	0.400	0.000**	ปานกลาง
ด้านเครื่องมือ	0.334	0.000**	ปานกลาง

**p<0.001

วิจารณ์

ระดับการศึกษา มีผลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ในเด็กประถมศึกษาดอนปลายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.05$ ระดับการศึกษาที่มีผลกับพฤติกรรม ทั้งนี้ระดับการศึกษาเพิ่มขึ้น เด็กจะได้รับความรู้ และมีการเรียนรู้เพิ่มมากขึ้นซึ่งทำให้เด็กมีความสามารถในการตัดสินใจ และการเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ได้รับรู้ พัฒนาการทางสติปัญญา มีความเข้าใจในสิ่งที่ได้รับทางประสาทสัมผัส และมีการนำสิ่งที่ได้ยิน ได้รู้ ได้สัมผัสมาปฏิบัติ หรือดัดแปลงพฤติกรรมต่าง ๆ⁽¹³⁾ และอายุ ของประชากรที่ศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด 19 ในเด็กประถมศึกษาดอนปลายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p<0.05$ แต่เป็นไปในทิศทางตรงกันข้าม โดยหากอายุเพิ่มมากขึ้น จะส่งผลให้พฤติกรรมที่ลดลง เนื่องจาก เด็กกำลังเข้าสู่ช่วงวัยรุ่น จะเริ่มแสดงบุคลิก อารมณ์ประจำตัวออกมา มีความนึกคิดเป็นตัวเอง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามสิ่งแวดล้อมที่ตนเองเห็น จึงมักจะปฏิบัติตามเพื่อนมากขึ้น ระยะนี้เด็กมักจะรู้สึกไม่เห็นด้วยกับคำสั่ง หรือข้อบังคับ วัยรุ่นเป็นวัยที่ต้องการความเป็นอิสระ จึงชอบที่จะคิดเอง ทำเอง เชื่อความคิดตนเอง ไม่ชอบอยู่ในกติกาใดๆ ไม่ชอบคำสั่ง หรือการให้ใครเข้ามาก้าวร้าวเรื่องส่วนตัว⁽¹⁴⁾

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ (1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค พบว่า มีผลกับพฤติกรรม การป้องกันโรคในเด็กวัยเรียน เมื่อเด็กได้รับความรู้จากเดิม ที่แสดงให้เห็นถึงความเสี่ยงที่จะเกิดกับตนเอง จะส่งผลให้เกิดการปฏิบัติตามมา เด็กวัยเรียนจะมีความนึกถึงเหตุผลของการปฏิบัติตามความเหมาะสม การรับรู้

ภาวะคุกคามที่จะทำให้มีโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค จะทำให้เกิดพฤติกรรมป้องกันของบุคคลนั้น⁽¹⁵⁾ และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจะส่งผลให้มีการสวมหน้ากากอนามัยเพิ่มมากขึ้นตาม บุคคลจะมีความพร้อมแสดงพฤติกรรมก็ต่อเมื่อได้รับรู้ถึงความเสี่ยง⁽¹⁶⁻¹⁷⁾ (2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค พบว่า มีผลกับพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด 19 โดยเมื่อมีความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคที่จะเกิดกับตนเองได้ จึงส่งผลให้เด็กมีพฤติกรรมในการป้องกันโรค⁽¹⁷⁾ หากรับรู้ความรุนแรงของโรคก็จะทำให้มีพฤติกรรมในการป้องกัน⁽¹⁹⁾ การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับดี จะทำให้ปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน และมีพฤติกรรมป้องกันที่ดีตาม⁽²⁰⁾ (3) การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค มีผลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 โดยเด็กวัยเรียนจะมีพฤติกรรมป้องกันตนเองได้ จะต้องมีการรับรู้ถึงอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นเมื่อป้องกันตนเองแล้ว เด็กจะไตร่ตรอง คิดหาเหตุและผลที่เหมาะสม เพื่อที่จะปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคจะส่งผลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคของเด็กได้ หากเด็กมีการรับรู้ถึงอุปสรรคก่อน และเตรียมพร้อมรับมือก็จะทำให้เกิดพฤติกรรมป้องกันได้⁽²¹⁾ (4) การรับรู้ความสามารถของตนเอง พบว่า มีผลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 โดยการที่รับรู้ความสามารถของตนเองว่า มีความสามารถที่จะจัดการและจะปฏิบัติพฤติกรรม จะช่วยสนับสนุนให้เด็กปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้⁽²²⁾ การที่เด็กรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของเด็กได้ เมื่อรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการปฏิบัติตามมาตรการ จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมการ

ป้องกันโรคขึ้น⁽²³⁾ (5) ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ พบว่า มีผลกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด 19 โดยเด็ก จะมีพฤติกรรมได้จะต้องได้รับแรงกระตุ้นทั้งจากตนเอง เพื่อกระตุ้นการรับรู้ หรือสร้างแรงจูงใจให้แก่ตนเอง และจากสิ่งรอบข้าง เพื่อเป็นสิ่งที่ท้าทายเตือนความจำ และสร้างแรงผลักดันให้แก่เด็ก เหตุการณ์หรือกิจกรรม จะเป็นสิ่งที่คอยกระตุ้นให้บุคคลมีแรงจูงใจในการแสดง พฤติกรรม^(15,18,24)

แรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมในการ ป้องกันโรคโควิด 19 แรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ แรงสนับสนุนด้านการ ประเมินผล แรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร และ แรงสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ มีผลกับพฤติกรรมในการ ป้องกันโรคโควิด 19 โดย (1) แรงสนับสนุนทางด้าน อารมณ์ จะมีส่วนทำให้เกิดพฤติกรรมในการป้องกันได้ หากเด็กได้รับการยอมรับ การแสดงออกในความพอใจ ถึงสิ่งที่เด็กปฏิบัติ เด็กก็จะทำสิ่งนั้น⁽²⁵⁾ สิ่งที่ถูกปฏิบัติ จะได้รับเพื่อเป็นการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้ และ เป็นผลทำให้ผู้รับได้ปฏิบัติพฤติกรรมไปในทางที่ดี (2) แรงสนับสนุนด้านการประเมินผล เมื่อเด็กได้รับการ ตอบรับที่ดีจากบุคคลรอบข้าง เช่น ครอบครัว ครู หรือ เพื่อน เด็กจะปฏิบัติสิ่งนั้น⁽²⁶⁾ การที่จะสามารถควบคุม พฤติกรรมได้จะต้องได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ส่วนใหญ่ จะมาจากครอบครัวหรือบุคคลรอบข้าง (3) แรงสนับสนุน ทางด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด 19 เด็กจะได้รับ ความรู้จากสื่อต่าง ๆ ที่สามารถเข้าถึงได้ และมีอุปกรณ์ที่ ช่วยให้เด็กได้รับความสะดวกสบาย และเหมาะสม พร้อม กับการได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตนจากบุคคลรอบ ข้าง และตักเตือนเมื่อเด็กประพฤติผิด เด็กมักจะเห็นถึง ความสำคัญ และปฏิบัติตาม การที่เด็กจะมีพฤติกรรมที่ ดีได้นั้นจะต้องมีการสนับสนุนจากหลายๆ ด้าน ทั้งจาก ครอบครัว ครู เพื่อน อุปกรณ์ ข้อมูลที่เข้าถึงได้ง่ายจะช่วย ให้เด็กเข้าใจ และปฏิบัติตาม การได้รับคำแนะนำ คำ ชื่นชมจากครอบครัว และแม้กระทั่งคำเตือน ที่จะส่งผล ต่อพฤติกรรมของเด็ก⁽²⁷⁾

สรุป

นักเรียนมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด 19 ยกเว้นตัวแปรการรับรู้ประโยชน์ไม่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด 19 และการได้รับ แรงสนับสนุนทางสังคมของนักเรียนมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด 19 โดยพฤติกรรมของ เด็กวัยเรียนจะเป็นไปในทางที่ดีขึ้นอยู่กับการรับรู้ หากมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคเพิ่มมากขึ้นจะทำให้มี พฤติกรรมในการดูแลตนเองมากขึ้น การที่นักเรียนจะมี พฤติกรรมที่ดีได้นั้นจะต้องมีแรงสนับสนุนจากหลายๆ ด้านทั้งครอบครัว ครู เพื่อน รวมถึงการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์สำหรับการป้องกันตนเองให้แก่เด็กเรียนอย่าง ต่อเนื่อง รวมถึงการสร้างความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับ โรคโควิด 19 โดยเฉพาะทักษะการเข้าถึงสื่อออนไลน์ ซึ่งได้แก่ การค้นหา กลั่นกรอง และตรวจสอบ เพื่อให้เด็ก เกิดกระบวนการเรียนรู้ และตัดสินใจมีพฤติกรรมในการ ป้องกันโรคด้วยตนเอง

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาพบว่าประเด็นการรับรู้ ประโยชน์ของการป้องกันโรคโควิด 19 ไม่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด 19 ดังนั้น จึงควรมี การศึกษาด้วยการวิจัยเชิงทดลองหรือการวิจัยเชิง ปฏิบัติการ เพื่อสร้างกระบวนการเรียนรู้ให้แก่เด็ก นักเรียนที่เน้นกระบวนการรับรู้ประโยชน์ของการมี พฤติกรรมที่ดีร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม

จากการศึกษา พบว่าเมื่อเด็กมีอายุมากขึ้น จะทำให้มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่ลดลง ดังนั้น ควรศึกษาในกลุ่มวัยรุ่น เนื่องจากวัยรุ่นเป็นอีกหนึ่งกลุ่ม เสี่ยงที่จะนำเชื่อไปสู่คนในครอบครัว ด้วยพัฒนาการทาง อารมณ์และทางสังคมของวัยรุ่น ต้องการความเป็นอิสระ ความเป็นส่วนตัว มีความอยากรู้อยากลอง ต้องการ เป็นที่ยอมรับของเพื่อนและสังคม ชอบความท้าทาย และ ชอบอยู่กันเป็นกลุ่มก้อน จึงอาจจะเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะ เป็นพาหะของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไปสู่ผู้สูงอายุ เด็ก คนรอบข้าง และคนในครอบครัวได้

ถึงแม้ว่าในการศึกษานี้จะครอบคลุมตัวแปรปัจจัยกระตุ้นซึ่งเป็นตัวแปรหนึ่งตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แต่ควรมีการศึกษาเชิงลึกตัวแปรปัจจัยกระตุ้นตามแนวคิด/ทฤษฎีปัจจัยกระตุ้น เช่น แนวคิดของ Hurberg เพิ่มเติม เพราะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ในนักเรียน เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันโรคโควิด 19 และโรคติดต่ออื่นๆ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวไกรกร อำเภอมือง จังหวัดชลบุรี ที่ให้ความอนุเคราะห์อำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัย ให้ความช่วยเหลือติดต่อประสานงานระหว่างชุมชนตำบลบ้านหัวไกรกรกับคณะผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนผู้อำนวยการโรงเรียน และนักเรียนกลุ่มเป้าหมายในการศึกษา และคุณครูที่อำนวยความสะดวกในการวิจัยครั้งนี้จนประสบความสำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์

เอกสารอ้างอิง

1. National Institute for Public Health and the Environment (Neth). Children, school and COVID-19 [Internet]. Bilthoven. 2020 [cited 2020 Jul 21]. Available from: <https://www.rivm.nl/en/novel-coronavirus-covid-19/children-and-covid-19>
2. The committee of infectious prevention and control in Covid-19 pandemic crisis, the network of Phayathai and Paolo hospital. COVID-19 handbook: the spread of CORONA [Internet]. 2021 [cited 2022 Mar 16]. Available from: https://www.phyathai.com/covid19healthyalert/public_resources/img/covid19_handbook_EP2/handbook2.html#p=10 (in Thai)
3. Department of Diseases Control (TH). Daily up-dated situation of COVID-19. [Internet]. 2021. [cited 2021 Sep 11]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboards/> (in Thai)
4. Coronavirus Disease 2019 Epidemic Situation Management Center, Chonburi Province. The situation of COVID-19, Chonburi Province. [Internet]. 2021. [cited 2021 Sep 11]. Available from: <http://www.chonburi.go.th/website/project/view37> (in Thai)
5. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19): Schools [Internet]. 2021 [cited 2021 Sep 10]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-schools>
6. Siriwanaboot P. Developmental Psychology. Bangkok: Chulalongkorn University; 2006. (in Thai)
7. Phetphoom C. Health Behaviors: Theory Concept and applying. 1st ed. Phitsanulok: Naresuan University; 2017. (in Thai)
8. Vagias WM. Likert-type scale response anchors. Clemson International Institute for Tourism & Research Development, Department of Parks, Recreation and Tourism Management. Clemson University; 2006.
9. Polemi N. Maritime Supply Chain Risk Assessment (at Entity Level) [Internet]. 2018 [cited 2020 Jul 21];67-102. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780128118184000046>
10. Panyanupap A. Factors affect to preventive behavior on smoking among male student in colleges under the provincial vocational education of Nakhon Pathom. [Thesis]. Nakhon Pathom: Silpakorn University; 2006. 153 p. (in Thai)

11. Sopha T. Factors related to the caries status in preschool children in the child development center Chiangdao district, Chiangmai province. *Ganesha Journal*. 2013;9(2):81–95. (in Thai)
12. Wasan K. The Relationship with the Success of the Career of Service of Front Staffs in the Five Star Hotel, Bangkok, Thai Hospitality and Tourism Journal. 2016;11(1):16–26. (in Thai)
13. Qoatrakul S. Educational Psychology. Bangkok: Chulalongkorn University; 2007. (in Thai)
14. Ketmaan P. Adolescence development [Internet]. 2020 [cited 2021 Mar 20]. Available from: <https://shorturl-ddc.moph.go.th/J9PjD> (in Thai)
15. Maiman LA, Becker MH. The Health Belief Model: Origins and Correlation in Psychological Theory. *Health Educ Monogr*. 1975;2(4):336–53.
16. Sim SW, Moey KS, Tan NC. The use of face-masks to prevent respiratory infection: a literature review in the context of the Health Belief Model. *Singapore Medical Journal*. 2014;55(3):160–7.
17. Rosenstock IM. Historical origins of the health belief model. *Health Educ Monogr*. 1974;2(4):328–35.
18. Becker MH, Maiman LA, Kirscht JP, Haefner DP, Drachman RH. The Health Belief Model and Prediction of dietary Compliance: A field Experiment. *J Health Soc Behav*. 1977;18(4):348–66.
19. Wagner AL, Boulton ML, Sun X, Mukherjee B, Huang Z, Harmsen IA, et al. Perceptions of measles, pneumonia, and meningitis vaccines among caregivers in Shanghai, China, and the health belief model: a cross-sectional study. *BMC Pediatrics*. 2017;17(1):143–54.
20. Bonyan R, Al-Karasneh AF, El-Dahiyat F, Jai-roun AA. Identification of the awareness level by the public of Arab countries toward COVID-19: cross-sectional study following an outbreak. *J Pharm Policy Pract*. 2020;13(43):1–10.
21. Wassanasompong W. The Effect of Health Education program apply Health Belief model for prevention on common cold in grade 5 student [Thesis]. Bangkok: College of Allied Health Sciences, Suansunandha Rajabhat University; 2015. 409 p. (in Thai)
22. Phuangphay U, Sananreangsak S, Teerarungsikul N. Factors predicting health behaviors of school-age children in Singburi province. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*. 2017;29(1):92–103. (in Thai)
23. Nasir EF, Almahdi Yagoub HM, Alhag AK. Study of the Sudanese perceptions of COVID-19: applying the health belief model [Internet]. 2020 [cited 2020 Jul 21]. Available from: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.28.20115477v1>
24. Becker MH. The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. *Health Educ Monogr*. 1974;2(4):354–86.
25. Caplan GM. The family as support system. In: Caplan GM, Killilea M, Editors. *Support systems and mutual help: Multidisciplinary explorations*. New York: Grune & Stratton; 1976.
26. Pilisuk M. Delivery of social support: The social inoculation. *Am J Orthopsychiatry*. 1982;52(1):20–31.
27. Salee K. Predictors of health risk behaviors in late school-age children [Thesis]. Chonburi: Burapha University; 2015. (in Thai)