

ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพและการเข้ารับวัคซีนเข็มกระตุ้น เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในจังหวัดชัยภูมิ

เดชาวัต ครองสมบัติ¹ ปกมล เหล่ารักษาวงษ์^{2*} นาฏนภา ทิพย์แก้ว ปิตชาสุวรรณ³

Received : May 27, 2023

Revised : September 2, 2023

Accepted : September 8, 2023

บทคัดย่อ

แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ (Health Belief Model; HBM) เป็นทฤษฎีทางจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจของบุคคลที่แสวงหาแนวทางเพื่อปฏิบัติตามคำแนะนำและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบองค์รวมให้เป็นไปในทิศทางที่ดีและเหมาะสมซึ่งใช้กันอย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะในปัจจุบันที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งทำให้ประชาชนเจ็บป่วยและเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น การรับวัคซีนเข็มกระตุ้นสามารถลดความรุนแรงและการเสียชีวิตจากโรคโควิด-19 ได้ แต่พบว่าประชาชนบางกลุ่มยังมีความลังเลใจในการที่จะเข้ารับวัคซีนเข็มกระตุ้น การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) อัตราการรับวัคซีนเข็มกระตุ้นป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19 2) ระดับการรับรู้แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเข้ารับวัคซีนเข็มกระตุ้น และ 3) ความสัมพันธ์ระหว่าง HBM และการเข้ารับวัคซีนเข็มกระตุ้น กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนจังหวัดชัยภูมิจำนวน 1,872 ราย โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระหว่างเดือน มกราคม ถึง เมษายน 2566 และวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์การถดถอยลอจิสติกอย่างง่าย

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอัตราการรับวัคซีนเข็มกระตุ้น ร้อยละ 91.24 และการรับรู้ความเชื่อทางด้านสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 112.99, S.D = 14.80) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง ($\bar{X}$ = 20.20, S.D = 4.00) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ($\bar{X}$ = 11.15, S.D = 2.28) อยู่ในระดับมาก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับวัคซีนเข็มกระตุ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อ (OR = 2.11, 95%CI = 1.08-4.12, p-value = 0.028) การรับรู้ประโยชน์ (OR = 3.64, 95%CI = 2.04-6.48, p-value < 0.001) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (OR = 3.38, 95%CI = 1.91-6.00, p-value < 0.001) การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า หน่วยงานภาครัฐควรสร้างแนวทางและพัฒนาช่องทางการสื่อสารเพื่อให้ประชาชนรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวัคซีนเข็มกระตุ้นภูมิคุ้มกันโรคโควิด-19 เพื่อป้องกันการติดเชื้อและความรุนแรง

คำสำคัญ: การรับรู้ แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ โรคโควิด-19 วัคซีนเข็มกระตุ้น

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

อีเมล: deachawat.k@kku.ac.th

² อาจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

อีเมล: pokkla@kku.ac.th

³ อาจารย์ประจำหลักสูตรสาขาการส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

อีเมล: natnpa@kku.ac.th

* ผู้นิพนธ์หลัก อีเมล: pokkla@kku.ac.th

THE ASSOCIATIONS BETWEEN THE HEALTH BELIEF MODEL AND UPTAKE OF BOOSTER VACCINATION AGAINST CORONAVIRUS 2019 INFECTION AMONG THE POPULATION IN CHAIYAPHUM PROVINCE

Deachawat Kongsombat¹ Pokkamol Laoraksawong^{2*} Natnapa Heebkaew Padchasuwan³

Abstract

The Health Belief Model (HBM) is a psychological theory related to individuals' decision-making processes in seeking guidance and making positive and appropriate changes in their overall health behavior. It has been widely used, particularly during the current COVID-19 pandemic, where the increase in morbidity and mortality rates emphasizes the need for effective health behavior changes. Vaccination is considered the most effective way to reduce the severity and mortality rates of COVID-19. However, some groups of people are still hesitant to receive the vaccine. This cross-sectional study aimed to investigate: 1) the rate of booster vaccination against coronavirus 2019, 2) the level of the Health Belief Model in relation to booster vaccination, and 3) the relationship between the Health Belief Model and booster vaccination behavior. The study was conducted among a sample population of 1,872 individuals in Chaiyaphum province using multi-stage sampling. Data were collected through questionnaires from January to April 2023 and analyzed using descriptive and simple logistic regression statistics.

The study found that the vaccination rate was 91.24%, and the overall health belief level was at a moderate level ($\bar{X} = 112.99$; S.D = 14.80). In the HBM classification, perceived susceptibility ($\bar{X} = 20.20$; S.D = 4.00) and self-efficacy ($\bar{X} = 11.15$; S.D = 2.28) were found to be at a high level. Perceived susceptibility to infection (OR = 2.11, 95%CI = 1.08-4.12, p-value = 0.028), the perception of benefits (OR = 3.64, 95%CI = 2.04-6.48, p-value < 0.001), and self-efficacy (OR = 3.38, 95%CI = 1.91-6.00, p-value < 0.001) were statistically significant factors influencing booster vaccination behavior. This study suggests that government agencies should create and develop communication channels focusing on the factors of the Health Belief Model to provide information about COVID-19 vaccination to prevent the spread of the virus.

Keywords: Perception, Health belief model, Covid-19, Booster vaccination

¹ Student of the Master of Public Health Program, Faculty of Public Health, Khon Kaen University,
e-mail: deachawat.k@kkumail.com

² Lecturer of Department of Master of Public Health, Faculty of Public Health, Khon Kaen University,
e-mail: pokkla@kku.ac.th

³ Lecturer of Department of Health Promotion, Faculty of Public Health, Khon Kaen University,
e-mail: natnpa@kku.ac.th

* Corresponding author, e-mail: pokkla@kku.ac.th

บทนำ

แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ เป็นแนวคิดในการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อหลีกเลี่ยงการเป็นโรค ซึ่งบุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่าตนเองจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และโรคที่เป็นนั้นจะมีความรุนแรงต่อชีวิต เมื่อปฏิบัติพฤติกรรมสำหรับการป้องกันโรคแล้วจะก่อให้เกิดผลดีช่วยลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคไม่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติของตนเอง รวมถึงมีความสามารถในการดูแลตนเอง โดยมีปัจจัยต่าง ๆ เป็นสิ่งกระตุ้นในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (Becker, 1977) ซึ่งแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพเคยถูกนำมาใช้ในการป้องกันโรคมาเร็งเต้านม โดยดำเนินการจัดกิจกรรมการณรงค์ให้ความรู้และค้นหาวิธีการลดความเสี่ยงของโรค เพื่อเสริมสร้างการรับรู้และความตระหนักต่อสุขภาพในการป้องกันโรคของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Delpech & Haynes-Smith, 2015) และจากปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบันคือ การแพร่ระบาดของโรคเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้มีอัตราป่วยและอัตราเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อระบบต่าง ๆ ของสังคม โดยเฉพาะระบบสาธารณสุข ซึ่งมีสาเหตุมาจากประชาชนขาดการรับรู้และความตระหนักในการป้องกันโรค ดังนั้นจึงมีการนำแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพมาประยุกต์ในการสร้างแนวทางหรือส่งเสริมการรับรู้ในด้านต่าง ๆ และความตระหนักของประชาชนเพื่อป้องกันตนเองและผู้อื่นจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 2019 เป็นโรคอุบัติใหม่ มีสาเหตุมาจากเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ SARS-CoV-2 ซึ่งติดต่อโดยการสัมผัสสิ่งคัดหลั่งต่าง ๆ ของผู้ป่วยเช่น น้ำลาย น้ำมูกที่เกิดจากการไอ จามจึงทำให้เกิดการกระจายได้อย่างรวดเร็ว (Chen et al., 2020) หากติดเชื้อจะมีการไข้ ไอ เจ็บคอ ปวดศีรษะ ท้องเสีย หายใจลำบาก และอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต (Wang et al., 2022) โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุและผู้มีโรคประจำตัวเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะมีอาการรุนแรง (กรมการแพทย์, 2565) ปัจจุบันมีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 2019 ไปทั่วโลก ซึ่งมีอัตราป่วย เท่ากับ 229,571 รายต่อแสนประชากร และมีอัตราการตายอย่างหยาบ 2,076 รายต่อแสนประชากร (World Health Organization, 2023) สำหรับจังหวัดชัยภูมิ พบอัตราป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 2,888 รายต่อแสนประชากร และอัตราตายอย่างหยาบ 6.58 รายต่อแสนประชากร (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ, 2565) จากสถานการณ์ดังกล่าวนอกจากส่งผลกระทบต่อสุขภาพแล้วยังส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจและสังคม เนื่องจากการใช้มาตรการลดการแพร่กระจายของโรคตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2022a) จึงทำให้ธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับการเดินทางหรือการท่องเที่ยวต้องหยุดชะงัก ส่งผลต่อรายได้ คุณภาพชีวิต เกิดภาวะเครียด และผลกระทบด้านอื่น ๆ มากมาย ทั้งนี้มาตรการดังกล่าวเป็นเพียงวิธีการป้องกันและลดการแพร่เชื้อเท่านั้น แต่ยังไม่ครอบคลุมถึงการลดความรุนแรงของโรคหรือลดการเสียชีวิต เหมือนกับการรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย รัฐบาลได้จัดตั้งศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 เพื่อดำเนินงาน ติดตาม และควบคุมสถานการณ์การระบาดของโรค และดำเนินงานตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกอย่างต่อเนื่อง โดยกระทรวงสาธารณสุข นำวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เข้ามาฉีดให้กับประชาชน เพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มโรค ซึ่งพบว่าประชาชนเข้ารับวัคซีนจำนวน 2 เข็ม ร้อยละ 75.39 (ข้อมูล ณ มิถุนายน 2565) (กรมควบคุมโรค, 2565) ถึงแม้การรับวัคซีนครอบคลุมจำนวน 2 เข็มช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ แต่เมื่อระยะเวลาผ่านไประดับภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสในร่างกายลดลงตามระยะเวลาที่ผ่านไป ด้วย ดังนั้น ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 จึงมีคำแนะนำให้ฉีดวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 3 (Bar-On et al., 2021) เพื่อเพิ่มภูมิคุ้มกัน ลดอัตราการเสียชีวิต และความรุนแรงของโรคให้แก่ประชาชนชาวไทย (Juno & Wheatley, 2021) ซึ่งพบว่าประเทศไทยมีอัตราการเข้ารับวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 3 เพียงร้อยละ 47.8 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ร้อยละ 80 (World Health Organization, 2022b) สำหรับจังหวัดชัยภูมิ

คณะกรรมการโรคติดต่อจึงได้ปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ในการจัดการบริหารวัคซีนโดยเปลี่ยนมาใช้วัคซีนชนิดเอ็มอาร์เอ็นเอเพื่อกระตุ้นภูมิคุ้มกันแก่ประชาชน เนื่องจากการรับวัคซีนครบ 2 เข็มเมื่อระยะเวลาผ่านไปภูมิคุ้มกันลดลง จำเป็นต้องรับการกระตุ้นเพิ่ม (อุดม ลิขิตวรรณวุฒิ, 2564) โดยพบว่า การรับวัคซีนเข็มกระตุ้นของประชาชนจังหวัดชัยภูมิ มีเพียงร้อยละ 32.0 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ, 2565) ซึ่งอาจมีหลายสาเหตุที่เกี่ยวข้องที่ยังไม่มีความชัดเจนเกี่ยวกับการไม่ยอมเข้ารับวัคซีนเข็มกระตุ้นของประชาชน ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพและการรับวัคซีนเข็มกระตุ้นป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน จังหวัดชัยภูมิ เพื่อให้ทราบข้อมูลหรือปัจจัยพื้นฐานที่จะสามารถนำมาพัฒนาแนวทางสำหรับการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมในการเข้ารับวัคซีนเข็มกระตุ้นของประชาชนที่ดีขึ้น รวมทั้งสามารถนำข้อมูลที่ได้นำไปพัฒนาและวางแผนนโยบายสำหรับการเข้ารับวัคซีนเข็มกระตุ้นของประชาชนจังหวัดชัยภูมิ และจังหวัดอื่น ๆ ได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาอัตราการรับวัคซีนเข็มกระตุ้นป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในจังหวัดชัยภูมิ
2. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเข้ารับวัคซีนเข็มกระตุ้นป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน ในจังหวัดชัยภูมิ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพกับการเข้ารับวัคซีนเข็มกระตุ้นป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน ในจังหวัดชัยภูมิ

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Cross-sectional analytic study) ดำเนินการศึกษาระหว่างช่วงเดือน มกราคม ถึง เมษายน 2566 ซึ่งประชากรในการศึกษาค้างนี้ คือ ประชากรชาวไทย ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ในจังหวัดชัยภูมิเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือนและมีประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ครบจำนวน 2 เข็ม โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดชัยภูมิ เคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ครบจำนวน 2 เข็ม และไม่มีประวัติการแพ้วัคซีน ซึ่งคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Hsieh et al. (1998) กำหนดค่า P เท่ากับ 0.66 (Malik et al., 2020) ได้กลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 1,782 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยจึงทำการเก็บกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นร้อยละ 5 ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างจึงเท่ากับ 1,872 ราย โดยทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) ด้วยวิธีการดังต่อไปนี้ ขั้นตอนที่ 1 การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) โดยการคำนวณสัดส่วนตามอำเภอของจังหวัดชัยภูมิ จำนวน 16 อำเภอ โดยทำการสุ่มเลือกพื้นที่จากจำนวนประชากรที่เข้ารับวัคซีนครบ 2 เข็ม มากกว่าร้อยละ 75 ขั้นตอนที่ 2 การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) เป็นโดยการสุ่มเลือกพื้นที่ระดับตำบลจากจำนวนประชากรที่ได้รับวัคซีนครบเข็มที่ 2 มากกว่าร้อยละ 75 และขั้นตอนที่ 3 ทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากจากจำนวนประชากรในแต่ละพื้นที่

2. เครื่องมือและการหาคุณภาพเครื่องมือ

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการรับวัคซีนเข็มกระตุ้นเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ถูกพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและพัฒนาจากทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ (Becker et al., 1977) สำหรับการสร้างแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. แบบสอบถามปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อความ 17 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ลักษณะการพักอาศัย สิทธิการรักษา การได้รับวัคซีน จำนวนสมาชิกในครอบครัว และประวัติการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว ลักษณะคำถามปลายเปิด - ปลายปิด

2. แบบสอบถามเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพของประชาชน จังหวัดชัยภูมิ ถูกพัฒนาขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพของ Becker et al. (1977) ประกอบด้วย 6 ส่วนดังนี้ ส่วนที่ 1 ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 5 ข้อ ส่วนที่ 2 ด้านการรับรู้ความรุนแรงในการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 5 ข้อ ส่วนที่ 3 ด้านการรับรู้ประโยชน์ในการรับวัคซีนเข็มกระตุ้นป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 5 ข้อ ส่วนที่ 4 ด้านการรับรู้อุปสรรคในการรับวัคซีนเข็มกระตุ้นป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 5 ข้อ ส่วนที่ 5 ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการรับวัคซีนเข็มกระตุ้นป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 3 ข้อ และส่วนที่ 6 ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ จำนวน 8 ข้อ ซึ่งลักษณะของเครื่องมือเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตามทฤษฎีของ Likert scale (Jamieson, 2004; Likert, 1932) และลักษณะข้อคำถามที่สร้างขึ้นมีลักษณะข้อความทั้งเชิงบวกและเชิงลบ โดยการให้คะแนนมีรายละเอียดดังนี้ ข้อคำถามเชิงบวก เห็นด้วยอย่างยิ่งให้คะแนนเท่ากับ 5 เห็นด้วยให้คะแนนเท่ากับ 4 ไม่แน่ใจให้คะแนนเท่ากับ 3 ไม่เห็นด้วยให้คะแนนเท่ากับ 2 และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้คะแนนเท่ากับ 1 ในกรณีข้อคำถามเชิงลบจะทำการให้ค่าคะแนนตรงข้ามกับการให้ค่าคะแนนเชิงบวก สำหรับการแปลผลระดับแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพในภาพรวมแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามทฤษฎีของ Best (1977) ได้แก่ ระดับน้อย (31.00 – 72.33 คะแนน) ระดับปานกลาง (72.34 – 113.67 คะแนน) และระดับมาก (113.68 – 155.00 คะแนน) โดยการแปลผลรายด้าน ดังนี้ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงด้านการรับรู้ความรุนแรง ด้านการรับรู้ประโยชน์ และด้านการรับรู้อุปสรรค แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อย (5.00 – 11.67 คะแนน) ระดับปานกลาง (11.68 – 18.35 คะแนน) และระดับมาก (18.36 – 25.00 คะแนน) ส่วนด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อย (3.00 – 7.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (7.01 – 11.00 คะแนน) และระดับมาก (11.01 – 15.00 คะแนน) และปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อย (8.00 – 18.66 คะแนน) ระดับปานกลาง (18.67 – 29.33 คะแนน) และระดับมาก (29.34 – 40.00 คะแนน)

2.2 การหาคุณภาพของเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจาก คำนำวนค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อ (Index of congruence: IOC) ได้ค่า IOC ภาพรวมอยู่ระหว่าง 0.80 – 1.00 และนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปทดสอบกับประชาชน จำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ซึ่งมีค่า Cronbach's alpha coefficient ของแบบสอบถามแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ เท่ากับ 0.803

3. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจะทำการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษาเพื่อให้กลุ่มตัวอย่าง ลงนามในใบยินยอมในการเข้าร่วมโครงการ และทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามผ่านทีมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับการอบรมวิธีการเก็บข้อมูล จำนวน 312 คน เพื่อให้มีความเข้าใจและทักษะในการเก็บข้อมูลไปในทิศทางเดียวกัน โดยอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน 1 คน รับผิดชอบเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 6 ราย

4. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE652277 โดยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยผู้วิจัยได้อบรมและชี้แจงรายละเอียด อธิบายวัตถุประสงค์ในการศึกษาให้แก่อาสาสมัครรับทราบทุกราย และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ จากนั้นขอความความยินยอมสำหรับการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยทำการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป STATA package version 10.1 (StataCorp LLC, College Station, TX) ซึ่งสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์การถดถอยลอจิสติกอย่างง่าย (Simple logistic regression analysis) ซึ่งกำหนดความเชื่อมั่น ในการทดสอบทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.30 และมีอายุระหว่าง 35 - 59 ปี ร้อยละ 61.43 มีอายุเฉลี่ย (S.D) เท่ากับ 46.66 (13.79) ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 67.15 มีระดับการศึกษาในชั้นมัธยมศึกษาและเทียบเท่า ร้อยละ 48.77 ประกอบอาชีพว่างงาน/รับจ้าง/ค้าขาย/แม่บ้าน ร้อยละ 41.51 มีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 8,000 บาท ร้อยละ 51.90 มีรายได้เฉลี่ย (S.D) เท่ากับ 10,542 (10,363.86) บาท นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 78.47 มีสิทธิรักษาบัตรทอง ร้อยละ 62.07 ด้านการพักอาศัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พักอาศัยร่วมกับครอบครัว ร้อยละ 89.85 รวมทั้งสมาชิกในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างมีสมาชิกป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ร้อยละ 47.70 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของประชาชน จังหวัดชัยภูมิ (n = 1,872 ราย)

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	556 (29.70)
หญิง	1,316 (70.30)
อายุ (ปี)	
18 - 29 ปี	288 (15.38)
30 - 34 ปี	115 (6.14)
35 - 59 ปี	1,150 (61.43)
≥ 60 ปี	319 (17.04)
ระดับการศึกษา	
ไม่ได้รับการศึกษาและประถมศึกษา	548 (29.27)
มัธยมศึกษา/ปวช./ปวส./อนุปริญญา	913 (48.77)
สูงกว่าและเทียบเท่าปริญญาตรี	411 (21.96)
สถานภาพ	
โสด	419 (22.38)
สมรส	1,257 (67.15)
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	196 (10.47)
อาชีพ	
ว่างงาน/รับจ้าง/ค้าขาย/แม่บ้าน	777 (41.51)
เกษตรกรรม	689 (36.81)
งานราชการ/รัฐวิสาหกิจ	406 (21.69)
รายได้ต่อเดือน	
≤ 8,000 บาท	971 (51.90)
8,001 – 15,000 บาท	530 (28.30)
15,001 – 29,999 บาท	253 (13.50)
≥ 30,000 บาท	118 (6.30)
บริเวณที่อยู่อาศัย	
นอกเขตเทศบาลเมือง	679 (36.27)
เขตเทศบาล	1,193 (63.73)
สิทธิการรักษา	
บัตรทอง (30 บาท)	1,162 (62.07)
ประกันสังคม	426 (22.76)
สิทธิข้าราชการ (จ่ายตรง)	284 (15.17)

ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของประชาชน จังหวัดชัยภูมิ (n = 1,872 ราย) (ต่อ)

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)
โรคประจำตัว	
ไม่มี	1,469 (78.47)
มี	403 (21.53)
ลักษณะการพักอาศัย	
พักอยู่คนเดียว	190 (10.15)
พักอาศัยร่วมกับครอบครัว	1,682 (89.85)
สมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยโรคเรื้อรัง	
ไม่ใช่	979 (52.30)
ใช่	893 (47.70)

สำหรับการศึกษาอัตราการวัคซีนเข็มกระตุ้นป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน จังหวัดชัยภูมิ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับวัคซีนเข็มกระตุ้นป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 91.24 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 อัตราการรับวัคซีนเข็มกระตุ้นป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน จังหวัดชัยภูมิ (n = 1,872 ราย)

การรับวัคซีนเข็มกระตุ้น	จำนวน (ร้อยละ)
ไม่รับวัคซีนเข็มกระตุ้น	164 (8.76)
รับวัคซีนเข็มกระตุ้น	1,708 (91.24)

ผลการศึกษาระดับการรับรู้แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 112.99$, S.D = 14.80) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้อยู่ในระดับมาก ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อ ($\bar{X} = 20.20$, SD = 4.00) และด้านระดับการรับรู้ความสามารถตนเอง เกี่ยวกับการรับวัคซีนเข็มกระตุ้น ($\bar{X} = 11.95$, SD = 2.28) ส่วนด้านการรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($\bar{X} = 17.65$, SD = 2.99) อยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับการรับวัคซีนเข็มกระตุ้น ($\bar{X} = 17.91$, SD = 3.57) อยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับการรับวัคซีนเข็มกระตุ้น ($\bar{X} = 17.80$, SD = 4.15) อยู่ในระดับปานกลาง และปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติตนในการเข้ารับวัคซีนเข็มกระตุ้น ($\bar{X} = 27.45$, SD = 4.63) อยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับการรับรู้แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพของประชาชน จังหวัดชัยภูมิ (n = 1,872 ราย)

แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ	$\bar{X}$ (S.D)	แปลผล
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	20.20 (4.00)	มาก
การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	17.65 (2.99)	ปานกลาง
การรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับการรับวัคซีนเข็มกระตุ้น	17.91 (3.57)	ปานกลาง
การรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับการรับวัคซีนเข็มกระตุ้น	17.80 (4.15)	ปานกลาง
การรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการรับวัคซีนเข็มกระตุ้น	11.95 (2.28)	มาก
ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติตนในการเข้ารับวัคซีนเข็มกระตุ้น	27.45 (4.63)	ปานกลาง
ภาพรวม	112.99 (14.80)	ปานกลาง

สำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพกับการเข้ารับวัคซีนเข็มกระตุ้นเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับมาก มีโอกาสในการเข้ารับวัคซีนเข็มกระตุ้นเป็น 2.11 เท่า ของกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความเสี่ยงในการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับน้อย ($OR = 2.11$, $95\%CI = 1.08-4.12$, $p\text{-value} = 0.028$) กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับการเข้ารับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับมาก มีโอกาสในการเข้ารับวัคซีนเข็มกระตุ้นเป็น 3.64 เท่า ของกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับการเข้ารับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับน้อย ($OR = 3.64$, $95\%CI = 2.04-6.48$, $p\text{-value} < 0.001$) และกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเข้ารับวัคซีนเข็มกระตุ้นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับมาก มีโอกาสในการเข้ารับวัคซีนเข็มกระตุ้นเป็น 3.38 เท่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเข้ารับวัคซีนเข็มกระตุ้นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับน้อย ($OR = 3.38$, $95\%CI = 1.91-6.00$, $p\text{-value} < 0.001$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพกับการเข้ารับวัคซีนเข็มกระตุ้นเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน จังหวัดชัยภูมิ (n= 1,872 ราย)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)		OR	95%CI	p-value
	ไม่รับวัคซีนเข็ม	รับวัคซีนเข็ม			
	กระตุ้น	กระตุ้น			
แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพสุขภาพ					
การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019					
อยู่ในระดับน้อย	11 (13.41)	71 (86.59)	Ref		<0.001
อยู่ในระดับปานกลาง	58 (14.57)	340 (85.43)	0.90	0.45-1.81	0.786
อยู่ในระดับมาก	95 (6.82)	1,297 (93.18)	2.11	1.08-4.12	0.028
การรับรู้ความรุนแรงในการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019					
อยู่ในระดับน้อย	2 (28.57)	5 (71.43)	Ref		0.26
อยู่ในระดับปานกลาง	112 (8.97)	1,137 (91.03)	4.06	0.77-21.17	0.096
อยู่ในระดับมาก	50 (8.12)	566 (91.88)	4.52	0.85-23.93	0.075

ตารางที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพกับการเข้ารับวัคซีนเข็มกระตุ้นเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน จังหวัดชัยภูมิ (n = 1,872 ราย) (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)		OR	95%CI	p-value
	ไม่รับวัคซีนเข็มกระตุ้น	รับวัคซีนเข็มกระตุ้น			
การรับรู้ประโยชน์ในการรับวัคซีนเข็มกระตุ้นป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019					
อยู่ในระดับน้อย	19 (19.00)	81 (81.00)	Ref		<0.001
อยู่ในระดับปานกลาง	96 (9.98)	866 (90.02)	2.11	1.23-3.63	0.007
อยู่ในระดับมาก	49 (6.05)	761 (93.95)	3.64	2.04-6.48	<0.001
การรับรู้อุปสรรคในการรับวัคซีนเข็มกระตุ้นป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019					
อยู่ในระดับน้อย	14 (9.40)	135 (90.60)	Ref		0.018
อยู่ในระดับปานกลาง	89 (10.67)	745 (89.33)	0.86	0.47-1.57	0.640
อยู่ในระดับมาก	61 (6.86)	828 (93.14)	1.40	0.76-2.58	0.271
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการรับวัคซีนเข็มกระตุ้นป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019					
อยู่ในระดับน้อย	17 (19.77)	69 (80.23)	Ref		<0.001
อยู่ในระดับปานกลาง	58 (12.26)	415 (87.74)	1.76	0.96-3.20	0.063
อยู่ในระดับมาก	89 (6.78)	1,224 (93.22)	3.38	1.91-6.00	<0.001
ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ					
อยู่ในระดับน้อย	7 (9.21)	69 (90.79)	Ref		0.110
อยู่ในระดับปานกลาง	106 (9.72)	985 (90.28)	0.94	0.42-2.10	0.885
อยู่ในระดับมาก	51 (7.23)	654 (92.77)	1.30	0.56-2.97	0.533

อภิปรายผล

การศึกษารังนี้ พบว่า จังหวัดชัยภูมิมีอัตราการรับวัคซีนเข็มกระตุ้นร้อยละ 91.24 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับที่เป็นการก่อให้เกิดภูมิคุ้มกันกลุ่ม (Herd immunity) ต่อโรคโควิด-19 (Hess et al., 2022) ซึ่งมีอัตราการรับวัคซีนสูงกว่าการรายงานอัตราการรับวัคซีนของประเทศไทยในช่วงเดือนพฤษภาคม 2564 ที่พบอัตราการรับวัคซีนเพียงร้อยละ 41.8 (Kitro et al, 2021) และการศึกษาในพื้นที่ภาคเหนือของประเทศไทย (ช่วงเดือนตุลาคม - พฤศจิกายน 2564) พบอัตราการรับวัคซีนเพียง ร้อยละ 53.2 (Seangpraw et al., 2022) เนื่องจากการศึกษารังนี้ได้ทำการสำรวจในช่วงเดือนมกราคม- เมษายน 2566 ซึ่งรัฐบาลได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาเป็นโรคประจำถิ่น รวมทั้งก่อนหน้านี้รัฐบาลได้ดำเนินนโยบายการส่งเสริมการรับวัคซีนเข็มกระตุ้นของประชาชนทุกคนอย่างต่อเนื่องและประชาสัมพันธ์การเข้ารับวัคซีนเข็มกระตุ้นผ่านช่องทางต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง (กรมควบคุมโรค, 2564) จึงทำให้ประชาชนมีการเข้าถึงสื่อประชาสัมพันธ์ต่าง ๆ เกี่ยวกับการรับรู้เรื่องวัคซีนเข็มกระตุ้นเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของเพิ่มมากขึ้น (ณัฐพร มาอุ่น และ วลัยพร รัตนเศรษฐ, 2565)

การศึกษาครั้งนี้พบว่า แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับวัคซีนเข็มกระตุ้นเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับหลาย ๆ องค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับการรับวัคซีนเข็มกระตุ้น และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเข้ารับวัคซีนเข็มกระตุ้น เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Seangpraw et al. (2022) ที่ทำการศึกษากการใช้แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพในการทำนายการเข้ารับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประชาชน ภาคเหนือของประเทศไทย ที่รายงานว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับการรับวัคซีนและความสามารถของตนเองในการเข้ารับวัคซีน รวมทั้งการรับรู้ความรุนแรง ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติตนในการเข้ารับวัคซีนและพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเข้ารับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Seangpraw et al., 2022) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Mahmud et al. (2021) ที่รายงานว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับมาก มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยประชาชนส่วนใหญ่เชื่อว่า โอกาสการติดเชื้อจะลดน้อยลงเมื่อได้รับวัคซีน (Mahmud et al., 2021) และจากทฤษฎีแบบแผนความเชื่อและรายงานวิจัยได้กล่าวว่า ความเชื่อต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์หรือผู้ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเมื่อบุคคลรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยหรือเป็นโรคจึงมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันต่อการเจ็บป่วยหรือการเกิดโรค (Heinzelmann, 1962; Elling et al., 1960) และยังสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอิสราเอล ที่พบว่า ประชาชนที่มีการรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับการรับวัคซีน และปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติตนในการเข้ารับวัคซีน อยู่ในระดับมาก มีอัตราการเข้ารับวัคซีนที่สูงกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ประโยชน์และปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติตน อยู่ในระดับน้อย เนื่องจากประชาชนรับรู้ได้ว่า วัคซีนสามารถลดความเสี่ยงในการติดเชื้อและลดความรุนแรงของโรค จึงทำให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับวัคซีนเพิ่มมากขึ้น (Shmueli, 2021; Rosenstock, Strecher & Becker, 1988)

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเข้ารับวัคซีนเข็มกระตุ้นเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน จังหวัดชัยภูมิ เป็นอย่างมาก แต่การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางและทำการศึกษาอยู่ในช่วงที่รัฐบาลได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาเป็นโรคประจำถิ่น และรัฐบาลมีการรณรงค์เพื่อกระตุ้นการเข้ารับวัคซีนเข็มกระตุ้นเข็มที่ 3 หรือเข็มที่ 4 ของประชาชนผ่านช่องทางต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะกลุ่มที่มีโรคประจำตัวที่ต้องเข้ารับวัคซีนเข็มกระตุ้นทุก 3 เดือน หรือ 6 เดือน เพื่อเพิ่มภูมิคุ้มกันในการป้องกันการติดเชื้อและลดความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นได้ จึงทำให้การศึกษาครั้งนี้มีอัตราการเข้ารับวัคซีนเข็มกระตุ้นอยู่ในระดับสูงเฉพาะพื้นที่จังหวัดชัยภูมิ ดังนั้นในการศึกษาครั้งหน้า ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในพื้นที่อื่น ๆ ร่วมด้วยและควรมีการศึกษาติดตามความตั้งใจในการฉีดวัคซีน

เข็มกระตุ้นเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เนื่องจากในปัจจุบันมีการแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนา 2019 สายพันธุ์ใหม่ที่มีอัตราการแพร่ระบาดเพิ่มขึ้นร้อยละ 50 (กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, 2566)

การศึกษาในครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับการรับวัคซีนเข็มกระตุ้น และความสามารถของตนเองในการเข้ารับวัคซีนเข็มกระตุ้น มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับวัคซีนเข็มกระตุ้นเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งจากข้อมูลที่ได้สามารถนำไปใช้สำหรับการพัฒนานโยบายสุขภาพหรือแนวทางส่งเสริมให้ประชาชนเข้ารับวัคซีนเข็มกระตุ้น โดยเฉพาะประชาชนกลุ่มเสี่ยง ซึ่งเป็นกลุ่มที่เฝ้าระวัง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

การศึกษานี้ควรสื่อสารและประชาสัมพันธ์ข้อมูลแก่ประชาชน โดยเน้นข้อมูลดังต่อไปนี้

- 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เช่น การเดินทางไปในสถานที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อหรือพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อหรือโรคประจำตัวที่มีโอกาสเกิดความเสี่ยงเมื่อได้รับเชื้อ เป็นต้น
- 2) การรับรู้ประโยชน์ของวัคซีนเข็มกระตุ้น เช่น วัคซีนช่วยลดความเสี่ยงและช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของโรค เป็นต้น
- 3) การรับรู้อุปสรรคในการเข้ารับวัคซีนเข็มกระตุ้น เช่น ค่าใช้จ่ายในการรับวัคซีน อาการข้างเคียงของการรับวัคซีน เป็นต้น และ
- 4) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเข้ารับวัคซีนเข็มกระตุ้น ได้แก่ วิธีการดูแลตนเองหลังจากได้รับวัคซีน การรับรู้ถึงสิทธิในการเข้ารับบริการ เป็นต้น ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องพัฒนาช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสมและสามารถสื่อสารถึงประชาชนทุกกลุ่มได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ข้อเสนอในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาการรับวัคซีนเข็มกระตุ้นเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่อื่น ๆ เพิ่มเติมร่วมด้วย นอกจากนี้ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ความสนใจในการเข้ารับวัคซีนเข็มกระตุ้น และทำการควบคุมปัจจัยกวนต่าง ๆ (Confounding factor) โดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติกพหุคูณ (Multiple logistic regression analysis) เพื่อยืนยันว่าปัจจัยนั้นมีความสัมพันธ์กันอย่างแท้จริง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อโดยแมลงที่ 9.1 ชัยภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดชัยภูมิ ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์. (2565). แนวทางเวชปฏิบัติ วินิจฉัย การรักษา และการป้องกันโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. สืบค้นจาก https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Content_File/Covid_Health/Attach/25650518154445PM_CPG_COVID_19_v.23_n_20220518.pdf.
- กรมควบคุมโรค. (2564). แนวทางการให้วัคซีนโควิด-2019 ในสถานการณ์ระบาดปีของประเทศไทย. สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/1729520210301021023.pdf>
- กรมควบคุมโรค. (2565). สถิติและรายงานจำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประเทศไทย. สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/covid19dashboard/dashboard/main>.
- กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. (2566). สถานการณ์การเฝ้าระวังสายพันธุ์โควิด 19 และสายพันธุ์ที่เฝ้าติดตามในประเทศไทย. สืบค้นจาก <https://www3.dmsc.moph.go.th/post-view/1878>.
- ณัฐพร มาอุ่น, และวลัยพร รัตนเศรษฐ. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้าถึงการรับความช่วยเหลือในนโยบายฉีดวัคซีนของกลุ่มผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลนครนนทบุรี. วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยบัณฑิตย, 10(3), 420-429.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ (2565). ข้อมูลผู้ป่วยและวัคซีนเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. สืบค้นจาก <https://datastudio.google.com/u/0/reporting/ef09f7f4-07b8-42b0-bf67-fe8ebc65a0fa/page/z9qlC>.
- อุดม ลิขิตวรรณวุฒิ. (2564). ข้อโต้เถียงเกี่ยวกับการฉีดวัคซีน (โควิด) กระตุ้น. สืบค้นจาก <http://www.tncathai.org/images/NCAB/ncab-article119.pdf>.
- Bar-On, Y. M., Goldberg, Y., Mandel, M., Bodenheimer, O., Freedman, L., Kalkstein, N., ... & Huppert, A. (2021). Protection of BNT162b2 vaccine booster against Covid-19 in Israel. *New England Journal of Medicine*, 385(15), 1393-1400.
- Becker, M. H., Maiman, L. A., Kirscht, J. P., Haefner, D. P., & Drachman, R. H. (1977). The health belief model and prediction of dietary compliance: A field experiment. *Journal of Health and Social Behavior*, 18(4), 348-366.
- Best, J. W. (1977). *Research in Education*. (3rd Ed). Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, Inc.
- Chen, H., Li, X., Gao, J., Liu, X., Mao, Y., Wang, R., ... & Dai, J. (2021). Health belief model perspective on the control of COVID-19 vaccine hesitancy and the promotion of vaccination in China: web-based cross-sectional study. *Journal of Medical Internet Research*, 23(9), e29329.

- Delpech, P. A., & Haynes-Smith, G. (2015). Breast self-examination and health beliefs in Grenadian women. **Cancer Nursing**, 38(5), E54-E59.
- Elling, R., Whittemore, R., & Green, M. (1960). Patient participation in a pediatric program. **Journal of Health and Human Behavior**, 1(3), 183-191.
- Heinzelmann, F. (1962). Factors in prophylaxis behavior in treating rheumatic fever: An exploratory study. **Journal of Health and Human Behavior**, 3(2), 73-81.
- Hess, S., Lancsar, E., Mariel, P., Meyerhoff, J., Song, F., Van den Broek-Altenburg, E., ... & Zuidgeest, M. H. (2022). The path towards herd immunity: Predicting COVID-19 vaccination uptake through results from a stated choice study across six continents. **Social Science & Medicine**, 298, 114800.
- Hsieh, F. Y., Bloch, D. A., & Larsen, M. D. (1998). A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. **Statistics in Medicine**, 17(14), 1623-1634.
- Jamieson, S., (2004). Likert scales: How to (ab)use them. **Medical Education**, 38(12), 1217- 1218.
- Juno, J. A., & Wheatley, A. K. (2021). Boosting immunity to COVID-19 vaccines. **Nature-Medicine**, 27(11), 1874-1875.
- Kitro, A., Sirikul, W., Piankusol, C., Rirermsoonthorn, P., Seesen, M., Wangsan, K., ... & Sapbamrer, R. (2021). Acceptance, attitude, and factors affecting the intention to accept COVID-19 vaccine among Thai people and expatriates living in Thailand. **Vaccine**, 39(52), 7554-7561.
- Likert, R.A. (1932). Technique for the measurement of attitudes. **Archives of Psychology**, 140, 1-55.
- Malik, A. A., McFadden, S. M., Elharake, J., & Omer, S. B. (2020). Determinants of COVID-19 vaccine acceptance in the US. **EClinicalMedicine**, 26, 100495.
- Mahmud, I., Kabir, R., Rahman, M. A., Alradie-Mohamed, A., Vinnakota, D., & Al-Mohaimeed, A. (2021). The health belief model predicts intention to receive the COVID-19 vaccine in Saudi Arabia: results from a cross-sectional survey. **Vaccines**, 9(8), 864.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. **Health Education Quarterly**, 15(2), 175-183.

- Seangpraw, K., Pothisa, T., Boonyathee, S., Ong-Artborirak, P., Tonchay, P., Kantow, S., ... & Choowanthanapakorn, M. (2022). Using the Health Belief Model to Predict Vaccination Intention Among COVID-19 Unvaccinated People in Thai Communities. **Frontiers in Medicine**, 9, 1-9.
- Shmueli, L. (2021). Predicting intention to receive COVID-19 vaccine among the general population using the health belief model and the theory of planned behavior model. **BMC Public Health**, 21(1), 1-13.
- Wang, Y., Duan, L., Li, M., Wang, J., Yang, J., Song, C., ... & Xu, J. (2022). COVID-19 Vaccine Hesitancy and Associated Factors among Diabetes Patients: A Cross-Sectional Survey in Changzhi, Shanxi, China. **Vaccines**, 10(1), 129.
- World Health Organization. (2022a). **Situation Dashboard**. Retrieved from <https://covid19.who.int/measures>.
- World Health Organization. (2022b). **WHO Coronavirus Vaccine Dashboard**. Retrieved from <https://covid19.who.int/?mapFilter=vaccinations>.
- World Health Organization. (2023). **WHO Coronavirus Dashboard**. Retrieved from <https://covid19.who.int/mapFilter/cases>.