

การบริหารจัดการ และพฤติกรรมการรับรู้ และการตัดสินใจซื้อวัสดุอุปกรณ์ป้องกัน
การแพร่เชื้อไวรัสโควิด 19 ของพื้นที่ควบคุมสูงสุด

The Management and Cognitive Behavior and Decision Purchasing in the
Equipment of Prevention the Transmission of COVID-19 in High-Risk Area

อัจฉริยา พุทธชินโรสสกุล¹, ชาญเดช เจริญวิริยะกุล², อัครมณี สมใจ³, วิชิต สุรดิษฐ์⁴
และนลินี สุรดิษฐ์⁵

Atchareeya Bhuddhachinorossakul¹, Chandej Charoenwiryakul², Akramanee Somjai³,
Vichit Suradinkura⁴ and Nalinee Suradinkura⁵

มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา^{1,2,3,4,5}

Suan Sunandha Rajabhat University, Thailand^{1,2,3,4,5}

E-mail: chandej.ch@ssru.ac.th², suradinkurav@gmail.com⁴, nalinee.wachi@gmail.com⁵

Received: 2023-01-19; Revised: 2023-03-16; Accepted: 2023-03-18

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการบริการจัดการ การรับรู้และพฤติกรรม และการตัดสินใจซื้ออุปกรณ์ควบคุมป้องกันไวรัสโคโรนา 2019 (COVID19) ของพื้นที่ควบคุมสูงสุด ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณจากวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ด้วยตารางเครจซี่และมอร์แกน รวมทั้งสิ้น จำนวน 400 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ที่ได้จัดเตรียมไว้ กระจายไปตามแต่ละครัวเรือน ที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร จำนวน 50 เขต เขตละ 8 ครัวเรือน วิเคราะห์ด้วยค่าสถิติพรรณนา ผลการวิจัยพบว่า การบริการจัดการการรับรู้และพฤติกรรม และการตัดสินใจซื้ออุปกรณ์ควบคุมป้องกันไวรัสโคโรนา 2019 (COVID19) ของพื้นที่ควบคุมสูงสุดอยู่ในระดับมาก

คำสำคัญ: ไวรัสโควิด-19, การบริหารจัดการ, พื้นที่ควบคุมสูงสุด

Abstract

The purpose of this research was to study the level of management services. cognition and behavior and decision to buy protective equipment against Coronavirus 2019 (COVID19) of the highest controlled area using quantitative research methods The sample was people living in Bangkok. sample size Calculated from a simple sampling method. with Craigie and Morgan tables, a total of 400 people. Data were collected by using a questionnaire. prepared spread among each household Residents in Bangkok, 50 districts, 8 households per district,

analyzed by descriptive statistics. The results showed that Cognitive and Behavior Management Services And the decision to buy protective equipment against Coronavirus 2019 (COVID19) of the highest controlled area was at a high level.

Keywords: COVID-19, Management, High-Risk Area

บทนำ

เชื้อไวรัสโคโรนา (CoVs) มีรายงานการพบเชื้อมาตั้งแต่ช่วงปี ค.ศ. 1965 โดยสามารถติดเชื้อได้ทั้งในคน และสัตว์ เช่น หนู ไก่ วัว ควาย สุนัข แมว กระต่าย และสุกร ประกอบด้วยชนิดย่อยหลายชนิดและทำให้เกิดอาการแสดงในระบบต่าง ๆ เช่น ระบบทางเดินหายใจ (รวมถึงโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง หรือซาร์ส; SARS CoV) ระบบทางเดินอาหาร ระบบประสาท หรือระบบอื่น ๆ เชื้อไวรัสโคโรนา (CoVs) พบได้ทั่วโลก โดยในเขตอบอุ่น (temperate climates) มักพบเชื้อโคโรนาไวรัสในช่วงฤดูหนาวและฤดูใบไม้ผลิ การติดเชื้อโคโรนาไวรัสอาจทำให้เกิดอาการในระบบทางเดินหายใจส่วนบนได้ถึงร้อยละ 35 และสัดส่วนของโรคไขหวัดที่เกิดขึ้นจากเชื้อโคโรนาไวรัสอาจสูงถึงร้อยละ 15 อาการติดเชื้อพบได้ในทุกกลุ่มอายุ แต่พบมากในเด็ก อาจพบมีการติดเชื้อซ้ำได้ เนื่องจากระดับภูมิคุ้มกันจะลดลงอย่างรวดเร็วภายหลังการติดเชื้อ (สมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย, 2563)

รายงานข้อมูลสถานการณ์การติดเชื้อโควิด 19 ณ วันอังคารที่ 26 มกราคม 2564 ประเทศไทย ผู้ติดเชื้อสะสม 14,646 ราย (เพิ่มขึ้น 959 ราย) เป็นผู้ติดเชื้อในประเทศเพิ่มขึ้น 89 ราย เป็นผู้ติดเชื้อที่กลับจากต่างประเทศใน State quarantine เพิ่มขึ้น 22 ราย เป็นผู้ติดเชื้อจากการตรวจคัดกรองเชิงรุกวันนี้ 848 ราย ยอดผู้ติดเชื้อสะสมจากการตรวจคัดกรองเชิงรุกอยู่ที่ 5,532 ราย เสียชีวิตรวม 75 ราย ไม่มีผู้เสียชีวิตรักษาหายป่วยแล้ว 10,892 ราย ร้อยละ 74.37 มีผู้ป่วยกลับบ้านเพิ่มขึ้น 230 ราย รักษาอยู่ในโรงพยาบาล 3,679 ราย ผู้ติดเชื้อรายใหม่ภายในประเทศ 89 ราย แบ่งเป็น สมุทรสาคร 70 ราย กรุงเทพมหานคร 17 ราย สมุทรสงคราม 1 ราย อุบลราชธานี 1 ราย สำหรับผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่เป็นผู้ที่เดินทาง มาจากต่างประเทศ เพิ่มขึ้นในวันนี้ 22 ราย และเข้า State quarantine โดยเข้ารับการรักษาที่กรุงเทพฯ 13 ราย ปทุมธานี 2 ราย ชลบุรี 3 ราย สมุทรปราการ 1 ราย และตาก 3 ราย

การบริหารจัดการ ของ BSI (British Standards Institution) ในภาวะการแพร่ระบาดของโควิด-19 การบริหารจัดการเน้นสิ่งสำคัญที่สุดคือ สุขภาพ และความปลอดภัยของทุกคนด้วยภารกิจนี้สถานประกอบการมีหน้าที่ในการป้องกันพนักงานจากไวรัสโควิด ซึ่งทำได้โดยการกำหนดนโยบายการจัดการสถานประกอบการ ต้องใช้นโยบายของตนเองที่เหมาะสมกับบริบทและความเสี่ยงเฉพาะของตน นอกจากนี้ปัญหาโควิดยังสามารถก่อให้เกิดปัญหาการขาดแคลนบุคลากรได้ ภารกิจหลักของงานคือ การป้องกันพนักงานจากการเจ็บป่วยและร่วมวางแผนการเพื่อรองรับผลกระทบกรณีขาดแคลนแรงงาน ความเข้มงวดในการป้องกันเยียวยาขึ้นกับประเภทความเสี่ยงของกิจการ ความเข้มงวดในการมาตรการป้องกันมีความแตกต่างกันของแต่ละองค์กรตามความเสี่ยง ความเสี่ยงของกิจการแยกได้ตามกลุ่ม การจัดการตามความเสี่ยง งานความเสี่ยง

สูง 1) บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข 2) ผู้สัมผัสตรงกับผู้เดินทางจากต่างประเทศ รวมถึงผู้ประกอบอาชีพกับชาวต่างชาติงานความเสี่ยงปานกลาง ผู้ทำงานที่การสัมผัสกับบุคคลภายนอก เช่น พนักงานขาย อาจารย์ ร้านค้า และงานความเสี่ยงต่ำ ทำงานกับคนที่รู้จัก หรือพบคนแปลกหน้าบ่อย โดยแนวทางสำหรับงาน ความเสี่ยงต่ำ ได้แก่ การจัดการงาน/บุคคล/ธุรการโดยรวม ให้ประเมินและเสนอแนวนโยบายการดำเนินการเกี่ยวกับระบบการแพร่ ระบาดในเบื้องต้นเพื่อปกป้องและรักษาพนักงานทุกคน นโยบายการทำงานของ พนักงานเรื่องการลา ให้ พัฒนาดำเนินการและสื่อสารเกี่ยวกับการผ่อนปรนและการป้องกันในสถานที่ทำงาน กระบวนการเฝ้าระวัง โดยพัฒนากระบวนการเฝ้าระวังการเจ็บป่วยของพนักงานที่เพื่อระบุและดำเนินการกับ พนักงานมีอาการเจ็บป่วย กรณีพบพนักงานที่อาจป่วยโควิด-19 ให้จัดทำเกณฑ์ดำเนินการกรณีพบพนักงานที่ อาจป่วยโควิด-19 รวมถึงการทำคว่ำบาตรและฆ่าเชื้อสถานที่ของบริษัทที่สัมผัสกับกรณีที่สงสัยหรือได้รับการ ยืนยันโควิด-19 และการจัดการกับปัญหาการขาดแคลนแรงงาน ให้มีการกำหนดเกณฑ์ไว้ ภายในหนึ่งวัน ภายในหนึ่งสัปดาห์ และภายในหนึ่งเดือน (สถาบันมาตรฐานอังกฤษ (BSI), online)

ดังนั้นผู้วิจัยพบว่า การบริการจัดการ การรับรู้และพฤติกรรม และการตัดสินใจการซื้ออุปกรณ์คุ้มครอง ควบคุมป้องกันโควิด-19 เป็นปัจจัยสำคัญของจังหวัดความเสี่ยงสูงต่อการแพร่กระจายโควิด-19 จึงนำไปสู่การ ทำวิจัยเรื่องนี้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาระดับการบริการจัดการ การรับรู้และพฤติกรรม และการตัดสินใจการซื้ออุปกรณ์ควบคุม ป้องกันไวรัสโคโรนา 2019 (COVID19) ของพื้นที่ควบคุมสูงสุด

การทบทวนวรรณกรรม

พิทยา บวรวัฒนา (2556) การบริหาร หมายถึง เป็นเรื่องของการนำเอากฎหมายและนโยบายต่าง ๆ ไปปฏิบัติให้เกิดผลซึ่งเป็นหน้าที่ของข้าราชการที่จะทำงานด้วยความเต็มใจด้วยความเที่ยงธรรม และอย่างมี ประสิทธิภาพตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้

มัลลิกา ต้นสอน (2554) การบริหาร (Administration) หมายถึง การกำหนดแนวทางหรือนโยบาย การสั่งการ การอำนวยความสะดวก การสนับสนุนและการตรวจสอบให้ผู้ปฏิบัติสามารถดำเนินงานให้ได้ตามเป้าหมาย ที่ต้องการ

ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ (2542) ได้ให้ความหมายการบริหารจัดการ คือ กระบวนการนำ ทรัพยากรการบริหารมาใช้ให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามขั้นตอนการบริหารคือ 1. การวางแผน (Planning) 2. การ บริหารจัดการองค์การ (Organizing) 3. การชี้นำ (Leading) 4. การควบคุม (Controlling)

บุญทัน ดอกไธสง (2553) การบริหาร คือ การจัดการทรัพยากรที่มีอยู่ให้มีประสิทธิภาพมากที่สุดเพื่อ ตอบสนองความต้องการของบุคคล องค์การหรือประเทศหรือการจัดการเพื่อผลกำไรของทุกคนในองค์การ ซึ่งมีภารกิจของผู้นำทางการบริหารจัดการ ปีเตอร์ เอฟ ดรึสเกอร์ Drucker (1957) เห็นว่าการบริหารจัดการ



คือ องค์การทางสังคมโดยเฉพาะอย่างยิ่งการบริหารจัดการทรัพยากรให้เกิดผลผลิตเพื่อทำให้เกิดความก้าวหน้าทางเศรษฐกิจ

กล่าวโดยสรุป การบริหารจัดการมีแนวคิดมาจากธรรมชาติของมนุษย์ที่เป็นสัตว์สังคม ซึ่งจะต้องอยู่รวมกันเป็นกลุ่มโดยจะต้องมีผู้นำกลุ่มและมีแนวทางหรือวิธีการควบคุมดูแลกันภายในกลุ่มเพื่อให้เกิดความสุขและความสงบเรียบร้อย

แนวความคิดเกี่ยวกับการรับรู้ การรับรู้ไม่ได้เกิดขึ้นจากการถ่ายทอดทาง พันธุกรรม แต่มีขึ้นได้ด้วยการเรียนรู้มาจากประสบการณ์ทางสังคม หรือการอยู่ร่วมกันในสังคม ของมนุษย์แต่ละคน การเรียนรู้ของคนจึงมีลักษณะธรรมชาติ เป็นไปตามรูปแบบของสังคม ที่เขามีชีวิตอยู่ ทำให้การรับรู้ของคนจึงมีลักษณะธรรมชาติ เป็นไปตามรูปแบบของสังคมที่เขามีชีวิตอยู่ ทำให้การรับรู้ของแต่ละคนอาจแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ความรู้ และการตอบสนองของตนเอง ดังที่จิตรา วุฒิสัทติกุล (จิตรา วุฒิสัทติกุล, 2549) ให้ความหมาย ของการรับรู้ว่าเป็นการสร้างความหมายจากประสบการณ์ โดยการถอดรหัสสิ่งกระตุ้นที่ได้รับจากสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ได้ข้อมูลบางอย่าง อาจขยายความได้ว่าการรับรู้ นั้น เกิดจากการ ที่เรสัมผัสกับสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ รอบตัวเราและจากการรับรู้นี้เองที่เราได้สร้างความรู้สึก เกี่ยวกับสภาพความเป็นจริงของเราขึ้นมา ทั้งนี้โดยผ่านกระบวนการทำงานของระบบประสาท สัมผัส และประสบการณ์ต่าง ๆ ในอดีต และสภาพความสนใจของแต่ละคนที่แตกต่างกัน ซึ่งรวมเรียกว่า เป็นขบวนการรับรู้ โดยนัยนี้ความเป็นจริงของความสนใจของสิ่งหนึ่งสำหรับ แต่ละคนจึงอาจแตกต่างกันออกไป การรับรู้เป็นต้นตอที่ก่อให้เกิดการเรียนรู้ และการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม บุคคลสามารถที่จะเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ได้หลายวิธี เช่น โดยไม่ตั้งใจหรือวิธีตั้งใจ ทั้งอย่างมีระบบ และไม่มีระบบ

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม การศึกษาพฤติกรรมของมนุษย์ มีทฤษฎี ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมอยู่หลายทฤษฎี สำหรับทางด้านสังคมวิทยา เป็นศาสตร์ทางพฤติกรรม หรือพฤติกรรมศาสตร์ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับมนุษย์ ส่วนจิตวิทยาสังคมเป็น สาขาวิชาหนึ่งในกระบวนการวิชาต่าง ๆ ทางสังคมโดยศึกษาถึงพฤติกรรมของบุคคลอันเป็น ผลสืบเนื่องมาจากตัวกระตุ้นทางสังคม (สุนทรี โคมิน, 2553) ส่วนวิลเลียม กุสโลวิชฌ์กุล (วิลเลียม กุสโลวิชฌ์กุล, 2552) ได้ให้ความหมายพฤติกรรม หมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์ทำว่าสิ่งนั้น จะสังเกตได้หรือไม่ เช่น การทำงานของหัวใจ กล้ามเนื้อ การเดิน การพูด การคิด ความรู้สึก ความชอบ ความสนใจ พฤติกรรมจึงเป็นผลที่เกิดจากการทำปฏิกิริยาของมนุษย์หรืออินทรีย์ กับสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีผลออกมาในรูปที่สังเกตไม่ได้

จากคำจำกัดความต่าง ๆ ของความหมาย ของพฤติกรรมที่กล่าวมา ผู้วิจัยจึงสรุปความหมายของพฤติกรรมหมายถึง การกระทำหรือ กิจกรรมทุกสิ่งทุกอย่างที่มนุษย์กระทำหรือการตอบสนองของมนุษย์ต่อสถานการณ์ใดสถานการณ์ หนึ่ง ซึ่งอาจเป็นไปโดยไม่รู้สึกรู้สีกตัวหรือเป็นการกระทำที่มีจุดหมายและเป็นไปอย่างใคร่ครวญ และไม่ใคร่ครวญ โดยมีความรู้ ความเข้าใจและการปฏิบัติเป็นตัวก่อให้เกิดบุคคลนั้นแสดงออกมาโดยที่บุคคลอื่น ๆ ที่อยู่รอบ ๆ สามารถสังเกตกระทำนั้นได้หรือไม่ก็ตาม

ปิยะนุช เหลืองงาม (2552) ได้กล่าวว่าในบรรดาทฤษฎีที่สำคัญของการตัดสินใจ อาจจำแนกได้อย่างน้อย 2 ประเภท ดังนี้

1) ทฤษฎีบรรทัดฐาน (Normative Theory) เป็นทฤษฎีการตัดสินใจที่มีลักษณะสำคัญ คือ จะคำนึงว่าแนวทางการตัดสินใจ น่าจะเป็น หรือควรจะเป็นเช่นใด จึงจะสามารถบรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการตัดสินใจได้ ซึ่งการพิจารณาว่าแนวทางใดเป็นแนวทางที่น่าจะเป็น หรือควรจะเป็นนั้น ย่อมขึ้นอยู่กับวิจารณ์ญาณของบุคคลแต่ละคนซึ่งอาจจะ คล้ายคลึงหรือแตกต่างกันก็ได้ ดังนั้นการใช้ทฤษฎีนี้ ตัดสินใจในประเด็นปัญหาใด ๆ ก็ตาม จึงมีลักษณะที่ขึ้นอยู่กับมาตรฐานหรือหลักเกณฑ์ดังกล่าว จะเป็นเครื่องกำหนดว่ามีปัญหานั้น ๆ น่าจะหรือควรจะตัดสินใจอย่างไร จึงจะดีที่สุด ถูกต้องเหมาะสมที่สุด ซึ่งในทรรศนะของบุคคลอื่น ที่มีมาตรฐานความพึงพอใจที่แตกต่างกัน อาจจะไม่เห็นว่าเป็น ไม่เหมาะสมก็ได้ ด้วยเหตุนี้ การตัดสินใจโดยใช้ทฤษฎีจึงมีลักษณะการพรรณนาแบบอุดมทัศน์ (Idea Type) มากกว่าจะเป็นแบบวิเคราะห์ถึงสภาพที่แท้จริง

2) ทฤษฎีพรรณนา (Descriptive Theory) คือ เป็นทฤษฎีการตัดสินใจที่มีลักษณะแตกต่างกับทฤษฎีแรก กล่าวคือ เป็นทฤษฎีที่มีสาระสำคัญที่ว่า การตัดสินใจเพื่อแก้ ปัญหาหนึ่ง ๆ จะต้องกระทำอย่างไร จึงจะสัมฤทธิ์ผลได้ ไม่ว่าจะผลของการตัดสินใจนั้น จะเป็นที่ยอมรับหรือพึงพอใจของผู้ตัดสินใจหรือไม่ก็ตาม หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ การตัดสินใจ โดยใช้ทฤษฎีนี้จะพยายามหลีกเลี่ยงการใช้ความรู้สึกนึกคิดใด หรือค่านิยมส่วนตัวของผู้ตัดสินใจมาเป็นหลักเกณฑ์ในการตัดสินใจ โดยมุ่งเน้นให้การตัดสินใจเป็นไปอย่างมี เหตุผล มีความถูกต้องและเป็นที่ยอมรับของบุคคลทั่วไป ดังนั้นจึงได้มีการกำหนด หลักเกณฑ์และวิธีการที่แน่นอนตลอดจนมีการนำเอาเทคนิคสมัยใหม่ต่าง ๆ เข้ามาช่วยในการตัดสินใจด้วย เพื่อให้จะให้การตัดสินใจนั้นมีความถูกต้องเหมาะสมที่สุด

ดังนั้นกล่าวได้ว่า การตัดสินใจ คือ ผลสรุปหรือผลขั้นสุดท้ายของกระบวนการคิดอย่างมีเหตุผลเพื่อเลือกแนวทางการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสมกับสถานการณ์ ทรัพยากร และบุคคล สามารถนำไปปฏิบัติ และทำให้งานบรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ตามที่ต้องการ การตัดสินใจ เป็นส่วนหนึ่งของบทบาทของผู้บริหารที่เกิดจากตำแหน่งและอำนาจที่เป็นทางการ คือ บทบาทการเป็นผู้ประกอบการ (Entrepreneur) บทบาทผู้จัดการ สถานการณ์ที่เป็นปัญหา (Disturbance Handler) บทบาทผู้จัดสรรทรัพยากร (Resource Allocator) และบทบาทผู้เจรจาต่อรอง (Negotiator)

การป้องกันโรค เป็นการวางแผนและปฏิบัติ ตามมาตรการล่วงหน้าเพื่อ ป้องกันการเกิดโรคหรือปัญหาด้านสุขภาพก่อนที่จะเหตุการณ์ด้านสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ โดยได้แบ่งการป้องกันโรคออกเป็น 3 ระดับ คือ การป้องกันระดับปฐมภูมิ (Primary prevention) การป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) การป้องกันระดับตติยภูมิ (Tertiary prevention)

1. การป้องกันระดับปฐมภูมิ (Primary prevention) ประกอบด้วยมาตรการในการป้องกันโรค เพื่อป้องกันการเกิดโรค หรือการบาดเจ็บในระยะก่อนที่กระบวนการเกิดโรคจะเริ่มขึ้น เช่น การ ฉีดวัคซีน ป้องกันโรค การแปรงฟัน การออกกำลังกาย การคาดเข็มขัด นิรภัย การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ การสวมถุงยางอนามัย เป็นต้น

2. การป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) ประกอบด้วยมาตรการในการป้องกันที่จะนำไปสู่การวินิจฉัยในระยะเริ่มแรกและการรักษาโรค หรือการบาดเจ็บอย่างทันทีเพื่อจำกัดขอบเขตของความพิการ และความรุนแรงของโรคตัวอย่างที่ชัดเจนของการป้องกันระดับทุติยภูมิคือการคัดกรองโดยบุคคลนั่นเอง



หรือโดยเจ้าหน้าที่ และการตรวจสุขภาพ เช่น การวัดความดันโลหิต การตรวจเลือด การตรวจเต้านมด้วยตนเอง ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เนื่องจากไม่สามารถป้องกันการเกิดโรคได้เสมอไปโดยเฉพาะโรคไข้ เชื้อ การป้องกันระดับทุติยภูมิที่จะทำให้ค้นพบโรค หรืออาการของโรคตั้งแต่ต้น การป้องกันระดับนี้จึงมีความสำคัญ

3. การป้องกันระดับตติยภูมิ (Tertiary prevention) ประกอบด้วยมาตรการในการฟื้นฟูสุขภาพ หลังจากป่วย หรือบาดเจ็บ และได้ผ่านกระบวนการรักษาแล้วรวมทั้งมาตรการทางการ ศึกษาเพื่อลดการพึ่งพิงผู้อื่น (McKenzie, Neiger & Smeltzer, 2005)

วิธีดำเนินการวิจัย

ใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร ปี 2564 จำนวน 5,666,264 คน (ศาลาว่าการกรุงเทพฯ 1, 2562) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ประชาชนที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่างแบบทราบจำนวนประชากร ได้มาโดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างด้วย ตารางเจจซีและมอร์แกน (Krejcie & Mogan, 1970) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ความคลาดเคลื่อน ร้อยละ 5 รวมทั้งสิ้น จำนวน 400 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ที่ได้จัดเตรียมไว้ กระจายไปตามแต่ละ ครั้วเรือน ที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร จำนวน 50 เขต เขตละ 8 ครั้วเรือน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็น แบบสอบถาม (Questionnaire) เกี่ยวกับการบริหารจัดการ การป้องกันการแพร่เชื้อไวรัสโควิด 19 ของพื้นที่ควบคุมสูงสุด เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ แบบสอบถามผ่านการทดสอบความเชื่อถือได้ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha) 0.828

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ทำการเก็บข้อมูลในภาคสนาม (Field Data Collection) โดยเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างกระจายไป ตามแต่ละครั้วเรือน ที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร จำนวน 50 เขต เขตละ 8 ครั้วเรือน

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อวิเคราะห์ ระดับการบริหารจัดการ การรับรู้และพฤติกรรม และการตัดสินใจการซื้ออุปกรณ์ควบคุมป้องกันไวรัสโคโรนา 2019 (COVID19) ของพื้นที่ควบคุมสูงสุด

ผลการวิจัย

ตาราง 1 การบริหารจัดการการป้องกันการแพร่เชื้อไวรัสโควิด 19 ของพื้นที่ควบคุมสูงสุด

การบริหารจัดการ	\bar{X}	S.D.	แปลผล	อันดับ
ด้านการวางแผนชุมชน	3.66	0.11	มาก	
การจัดทำแผนการป้องกันการแพร่เชื้อโควิด-19	3.66	0.18	มากที่สุด	5



การบริหารจัดการ	\bar{X}	S.D.	แปลผล	อันดับ
การพัฒนากรอบชุมชน ในเขตป้องกันการแพร่เชื้อโควิด-19	3.80	0.04	มากที่สุด	1
การแผนส่งเสริมสนับสนุนให้ชุมชนจัดป้ายเรียนรู้การป้องกันการแพร่เชื้อโควิด-19	3.77	0.07	มากที่สุด	2
การแผนส่งเสริมสนับสนุนมีการจัดทำสื่อชุมชนป้องกันการแพร่เชื้อโควิด-19	3.68	0.12	มากที่สุด	4
การแผนส่งเสริม สนับสนุนให้ชุมชนแจ้งข่าวสารป้องกันการแพร่เชื้อโควิด-19	3.60	0.19	มากที่สุด	7
การแผนส่งเสริม สนับสนุนให้ครัวเรือนมีส่วนร่วมในเขตเคลื่อนที่ป้องกันการแพร่เชื้อโควิด-19	3.62	0.16	มากที่สุด	6
การแผนส่งเสริม สนับสนุนให้ประชาชน มีส่วนร่วมในชุมชนป้องกันการแพร่เชื้อโควิด-19	3.69	0.15	มากที่สุด	3
ด้านการจัดองค์กรชุมชน	4.31	.043	มากที่สุด	
มีแต่งตั้งคณะกรรมการชุมชน	3.69	0.13	มากที่สุด	5
มีการคัดเลือกครัวเรือนเข้าร่วมกรรมการชุมชน	3.63	0.09	มากที่สุด	6
มีการประชุมกรรมการชุมชน	3.77	0.11	มากที่สุด	4
มีกรรมการชุมชนที่เป็นที่พึ่งครัวเรือน	5.00	0.00	มากที่สุด	1
มีกรรมการที่ทำหน้าที่ด้วยความเสียสละ	3.86	0.23	มากที่สุด	3
กรรมการชุมชนดูแลเอาใจใส่ครัวเรือนประจัญญาติ	5.00	0.00	มากที่สุด	1
กรรมการรับรู้ความต้องการครัวเรือน	3.91	0.18	มากที่สุด	2
ด้านการอำนวยความสะดวก	4.44	0.82	มาก	
มีการแบ่งบทบาทหน้าที่ทำงาน	3.90	0.29	มากที่สุด	3
ให้คำแนะนำเรื่องป้องกันการแพร่เชื้อโควิด-19	3.93	0.07	มากที่สุด	2
ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวของครัวเรือน	5.00	0.00	มากที่สุด	1
ให้คำแนะนำและช่วยวางแผนการแก้ไขรายได้ครัวเรือน	5.00	0.00	มากที่สุด	1
ให้ความรู้และความเข้าใจเรื่องระเบียบปฏิบัติครัวเรือนชุมชน	3.80	0.38	มากที่สุด	5
ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมอาชีพ	3.89	0.23	มากที่สุด	4
ด้านการประสานงาน	4.14	0.88	มาก	
แนวทางการส่งเสริมสนับสนุนตามแผนป้องกันการแพร่เชื้อโควิด-19	4.21	0.80	มากที่สุด	2
สิ่งสนับสนุนการดำเนินงานส่งเสริมคุณภาพชีวิตประชาชน	4.15	0.88	มากที่สุด	3
ผู้บริหารเขตมีส่วนร่วมในการดำเนินงานชุมชน	4.07	0.86	มากที่สุด	5
การติดตามและประเมินผลชุมชนป้องกันการแพร่เชื้อโควิด-19	4.03	0.79	มากที่สุด	6
มีการกำหนดทิศทางป้องกันการแพร่เชื้อโควิด-19	3.99	1.39	มากที่สุด	7



การบริหารจัดการ	\bar{X}	S.D.	แปลผล	อันดับ
ผู้บริหารมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันการแพร่เชื้อโควิด-19	4.29	0.80	มากที่สุด	1
ประชาสัมพันธ์ข่าวสารป้องกันการแพร่เชื้อโควิด-19	4.12	0.88	มากที่สุด	4
ด้านการควบคุมกำกับชุมชน	4.54	0.88	มากที่สุด	
มีการติดตามการกินอยู่ครว์เรือน	3.66	0.18	มากที่สุด	5
มีการดูแลเอาใจใส่ตามแผนส่งเสริมคุณภาพชีวิต	3.80	0.04	มากที่สุด	1
มีการควบคุมกำกับพัฒนาชุมชน	3.77	0.07	มากที่สุด	2
ติดตามงบฯโครงการป้องกันการแพร่เชื้อโควิด-19	3.68	0.12	มากที่สุด	4
ส่งเสริมฟื้นฟูความรู้การป้องกันการแพร่เชื้อโควิด-19	3.60	0.19	มากที่สุด	7
มีการวางเป้าหมายช่วยเหลือครว์เรือน	3.62	0.16	มากที่สุด	6
เยี่ยมครว์เรือนตามแผนป้องกันการแพร่เชื้อโควิด-19	3.69	0.15	มากที่สุด	3

จากตาราง 1 พบว่า กรุงเทพมหานครมีการบริหารจัดการด้านการควบคุมกำกับชุมชนมากที่สุด (\bar{X} = 4.54) รองลงมาคือ ด้านการอำนวยความสะดวกหรือสั่งการ (\bar{X} = 4.44) ด้านการจัดองค์กรชุมชน (\bar{X} = 4.31) ด้านการประสานงาน (\bar{X} = 4.14) และด้านการวางแผนชุมชน (\bar{X} = 3.66) ตามลำดับ

ตาราง 2 พฤติกรรมการรับรู้การป้องกันการแพร่เชื้อไวรัสโควิด 19

พฤติกรรมรับรู้	\bar{X}	S.D.	แปลผล	อันดับ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรค	4.12	0.68	มาก	
การพบปะคนนอกครอบครัว	4.64	0.82	มากที่สุด	3
การเลี้ยงสัตว์	4.56	0.69	มากที่สุด	5
การชุมนุมรวมกลุ่ม	4.70	0.70	มากที่สุด	1
การรับประทานอาหารนอกบ้าน	4.68	0.75	มากที่สุด	2
การไปตลาดคนแออัด	4.61	0.78	มากที่สุด	4
การรับรู้อันตรายโรค	4.00	1.22	มาก	
มีอันตรายถึงชีวิต	4.64	0.82	มากที่สุด	1
อาจมีโรคแทรกซ้อนทำให้ตาย	4.56	0.69	มากที่สุด	2
ทำให้ระบบหายใจติดขัดซากออกซิเจนถึงตาย	4.32	0.41	มาก	2
ปอดถูกทำลายทำให้ตาย	4.42	0.53	มาก	3
การรับรู้ประโยชน์ป้องกันโรค	4.71	0.74	มากที่สุด	
ได้กลับมาดูแลตนเองให้ร่างกายแข็งแรง	4.88	0.82	มากที่สุด	1
ได้กลับมาดูแลความมั่นคงของครอบครัว	4.56	0.69	มากที่สุด	5
ได้กลับมาใส่ใจวิถีชีวิตครอบครัว	4.75	0.70	มากที่สุด	3

ได้กลับมาใส่ใจครอบครัวบุตรหลาน	4.61	0.78	มากที่สุด	4
ได้กลับมาเอาใจใส่อาคารบ้านเรือน	4.82	0.75	มากที่สุด	2
การรับรู้โอกาสการมีชีวิตวิถีใหม่	4.56	0.84	มากที่สุด	
เข้าใจการดำเนินชีวิตที่ไม่เสี่ยงอันตราย	4.56	0.69	มากที่สุด	4
ใช้ชีวิตนอกบ้านด้วยความระมัดระวัง	4.75	0.70	มากที่สุด	2
มีแผนการดำเนินชีวิตที่มั่นคง	4.61	0.78	มากที่สุด	3
ส่งเสริมสนับสนุนวิถีชีวิตของสมาชิกในครอบครัว	4.89	0.82	มากที่สุด	1
การรับรู้ประโยชน์การวางชีวิตอนาคต	4.36	0.62	มาก	
มีการวางแผนวิถีดำเนินชีวิตตนเอง	4.75	0.71	มากที่สุด	2
มีการวางแผนสนับสนุนวิถีดำเนินชีวิตครอบครัว	3.99	1.340	มาก	4
มีการแก้ไขปัญหาอุปสรรคของครอบครัว	3.93	0.94	มาก	5
มีการทบทวนวิถีชีวิตเดิมสร้างต่อเติมชีวิตวิถีใหม่	4.55	0.80	มากที่สุด	3
ใส่ใจสนับสนุนวางอนาคตสมาชิกในครอบครัว	4.89	0.82	มากที่สุด	1
ภาพรวมพฤติกรรมกรรับรู้	4.35	0.82	มาก	

จากตาราง 2 พบว่า ภาพรวมพฤติกรรมกรรับรู้ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.35$) โดยมีการรับรู้ประโยชน์ป้องกันโรค ($\bar{X} = 4.71$) มากกว่าด้านอื่น ๆ รองลงมาคือ การรับรู้โอกาสการมีชีวิตวิถีใหม่ ($\bar{X} = 4.56$) การรับรู้ประโยชน์การวางชีวิตอนาคต ($\bar{X} = 4.36$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรค ($\bar{X} = 4.12$) และการรับรู้อันตรายโรค ($\bar{X} = 4.00$) ตามลำดับ

ตาราง 3 การตัดสินใจซื้อวัสดุอุปกรณ์การป้องกันการแพร่เชื้อไวรัสโควิด 19

การตัดสินใจซื้อวัสดุอุปกรณ์ป้องกันการแพร่เชื้อไวรัสโควิด 19 ของพื้นที่ควบคุมสูงสุด	\bar{X}	S.D.	แปลผล	อันดับ
การตัดสินใจจากการจงใจ	4.32	0.85	มาก	
ความจำเป็นของวัสดุอุปกรณ์ในชีวิตประจำวัน	3.43	0.93	ปานกลาง	3
การวางแผนจัดหาวัสดุอุปกรณ์พร้อมใช้รายเดือน	4.50	0.79	มากที่สุด	2
รายการวัสดุอุปกรณ์ที่ขาดแคลนต้องซื้อไว้	3.20	1.02	ปานกลาง	5
วัสดุอุปกรณ์ป้องกันโรคคุณภาพดีราคาถูก	4.95	1.04	มากที่สุด	1
วัสดุอุปกรณ์หายาก จึงต้องซื้อหาเก็บไว้ใช้	3.19	0.98	ปานกลาง	6
ซื้อวัสดุอุปกรณ์เผื่อแผ่เพื่อนบ้านที่ฐานะการเงินขัดข้อง	3.28	1.05	ปานกลาง	4
การตัดสินใจจากสถานะเศรษฐกิจ	4.22	0.96	มาก	
จำนวนเงินเก็บเงินออมสำหรับใช้กิจกรรมครอบครัว	4.34	0.89	มาก	2
รายได้ครัวเรือนสำหรับวางแผนใช้ประจำวัน	4.56	0.93	มากที่สุด	1



การตัดสินใจซื้อวัสดุอุปกรณ์ป้องกันการแพร่เชื้อไวรัส โควิด 19 ของพื้นที่ควบคุมสูงสุด	\bar{X}	S.D.	แปลผล	อันดับ
วางแผนให้มีรายได้เพิ่ม	3.37	0.89	ปานกลาง	4
การใช้เงินอย่างประหยัดรายวัน	3.28	0.97	ปานกลาง	5
การวางแผนเก็บออมเงิน	3.41	0.95	ปานกลาง	3
การตัดสินใจจากข้อมูลข่าวสาร	4.44	0.96	มาก	
แจกข้อมูลข่าวสารถึงครัวเรือน	4.43	0.89	มาก	2
ติดประกาศข่าวสารไว้ศูนย์กลางบ้าน	4.65	0.93	มากที่สุด	1
เยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครเขตเมืองให้ข่าวสาร	3.73	0.89	ปานกลาง	4
แจกแผ่นพับใบปลิว	3.82	0.97	ปานกลาง	5
ติดตามประเมินครัวเรือนได้รับข่าวสาร	3.51	0.95	ปานกลาง	3
ภาพรวมการตัดสินใจซื้อวัสดุอุปกรณ์ป้องกัน	4.33	0.92	มาก	

จากตาราง 3 พบว่า ภาพรวมการตัดสินใจซื้อวัสดุอุปกรณ์ป้องกัน อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.33$) โดยมีการตัดสินใจจากข้อมูลข่าวสาร ($\bar{X} = 4.44$) มากกว่าด้านอื่น ๆ รองลงมาคือ การตัดสินใจจากการจูงใจ ($\bar{X} = 4.32$) การตัดสินใจจากสภาวะเศรษฐกิจ ($\bar{X} = 4.22$) ตามลำดับ

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัย การบริหารจัดการการป้องกันการแพร่เชื้อไวรัสโควิด 19 ของพื้นที่ควบคุมสูงสุด ทางด้านการควบคุมกำกับชุมชน มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วลัยพร พัทธนฤมล และคณะ (2563) ที่ทำการวิจัยเรื่องการพัฒนากรอบยุทธศาสตร์ ด้านสาธารณสุขเพื่อตอบสนองต่อการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประเทศไทย โดยมีเป้าหมาย “ลดการติดเชื้อ ลดการป่วย และลดการตายจากโควิด 19” การดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว ต้องครอบคลุม strategic area 7 ด้าน ได้แก่ 1) การติดตามสถานการณ์และแนวโน้มการระบาดของโรค 2) การกำหนดมาตรการทางสังคมตามสถานการณ์ปัจจุบัน และหลักฐานเชิงประจักษ์ 3) การกำหนดมาตรการทางสาธารณสุขเพื่อเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรค 4) การเตรียมความพร้อม ศักยภาพและทรัพยากรของระบบบริการสุขภาพ 5) การส่งเสริมการจัดการความรู้ การวิจัยและพัฒนา 6) การสื่อสารและประชาสัมพันธ์อย่างมีประสิทธิภาพกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและประชาชน 7) การบริหารจัดการเชิงบูรณาการเพื่อการจัดการกับการระบาดของโรค โดยเป็นการวิเคราะห์การดำเนินงานที่ผ่านมา พร้อมทั้งระบุส่วนขาดของการดำเนินงาน และให้ข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาต่อไป เพื่อเป็นแนวทางสำหรับประเทศและพื้นที่ หากเกิดการระบาดในอนาคต และสอดคล้องกับงานวิจัยของธานี ชัยวัฒน์ และคณะ (2563) ที่ทำการวิเคราะห์สังเคราะห์ เศรษฐศาสตร์พฤติกรรมว่าด้วยเส้นทางชีวิตและกิจกรรมร่วมของครัวเรือนไทยภายใต้สถานการณ์ COVID-19 กลุ่มคนในเขตเมือง กลุ่มคนจนเมือง กลุ่มคนในชนบทและกลุ่มคนในเขตชายแดนใต้ พบว่า ประชากรแต่ละกลุ่มมีความ



พยายามปฏิบัติตามมาตรการสาธารณสุขในที่สาธารณะไม่แตกต่างกัน แต่มีความสามารถในการปฏิบัติตาม มาตรการดังกล่าวในบ้านแตกต่างกันอย่างมาก เนื่องจากข้อจำกัดทางกายภาพของตัวบ้าน อันเนื่องจากเศรษฐกิจ ฐานะของแต่ละครอบครัวและเมื่อมีการสำรวจพบว่า ประชากรกลุ่มที่มีรายได้น้อยต้องยอมเสี่ยงต่อการติด โรค จากการไม่ปฏิบัติตัวตามมาตรการในสัดส่วนที่มากขึ้น เนื่องจากมีความจำเป็นต้องแสวงหารายได้ ดังนั้น มาตรการทางการคลังในการช่วยเหลือรายได้ของประชากรกลุ่มที่มีรายได้น้อยจึงมีความสำคัญต่อการป้องกัน และควบคุมการระบาดของโรคโควิด -19

พฤติกรรมการรับรู้การป้องกันการแพร่เชื้อไวรัสโควิด 19 ของพื้นที่ควบคุมสูงสุด ทางด้านการรับรู้ ประโยชน์ป้องกันโรค มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของนภชา สิงห์วีระธรรม และคณะ, (2563) ทำการวิจัยเรื่อง การรับรู้และพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของทันต ภิบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการปฏิบัติงานและการรับรู้ ความรุนแรงของโรค COVID-19 อยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนการรับรู้ของหน่วยงานต่อการดำเนินงานควบคุม โรคอยู่ในระดับมาก นอกจากนี้สถานี่ทำงานของทันตภิบาลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน โรค COVID-19 ในประเด็นการรับประทานอาหารที่เพิ่งปรุงสุกใหม่ๆ ด้วยความร้อน และการหลีกเลี่ยงเข้า สถานี่ที่มีบุคคลพลุกพล่านหรือแออัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รวมทั้งการรับรู้มีความสัมพันธ์ ทางบวกในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ของทันตภิบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.01 ดังนั้นควรมีการเตรียมความพร้อมและความรู้ให้กับทันตภิบาลในทุกหน่วยงาน เกี่ยวกับการ ป้องกันตัวเองสำหรับการป้องกันโรคติดเชื้อจากการปฏิบัติงานประจำ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ กิตติพร เนาว่าสุวรรณ และคณะ (2563) ทำการศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อ บทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม.อยู่ในระดับมากที่สุด บทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของ อสม.อยู่ในระดับมาก และการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับปานกลางกับบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอสม.และ สามารถทำนายบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอสม.ได้ร้อยละ 17.30 ข้อเสนอแนะจากการศึกษา ควรให้ อสม. มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคอุบัติใหม่โดยติดตามความ เคลื่อนไหวสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างต่อเนื่อง และ ควรได้รับการฝึกฝนเกี่ยวกับกิจกรรม ผ่านคลายความเครียดตลอดจนวิธีการปรับตัว ทั้งในสถานการณ์ปัจจุบันและหลังสถานการณ์โรคมีแนวโน้มดี ขึ้น เพื่อนำไปให้ความรู้แก่ประชาชนที่ได้รับผลกระทบ

การตัดสินใจซื้อวัสดุอุปกรณ์การป้องกันการแพร่เชื้อไวรัสโควิด 19 ของพื้นที่ควบคุมสูงสุด ทางด้าน การตัดสินใจจากข้อมูลข่าวสาร มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ นีอร อริโยทัย และคณะ (2563) ทำการศึกษาเรื่อง ความเชื่อมั่นในสถาบันเฉพาะทางด้านโรคติดต่ออันตราย และการตัดสินใจมารับ บริการสุขภาพในช่วงการระบาดของโรค COVID-19 พบว่า ความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างความเชื่อมั่นในสถาบัน บำราศนราทรกับการตัดสินใจมารับบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยด้านชื่อเสียง/ภาพลักษณ์



องค์กร มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง นอกจากนี้ยังพบความเชื่อมั่นทั้งหมดสี่ด้านสามารถร่วมทำนายนการตัดสินใจมารับบริการสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วย ARI Clinic ได้ร้อยละ 54.40 ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยนอกทั่วไปพบความเชื่อมั่นทั้งหมดห้าด้านที่ร่วมกันทำนายนการตัดสินใจมารับบริการสุขภาพ ได้ร้อยละ 53.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นในช่วงการระบาดของโรค COVID-19 ควรเน้นการประชาสัมพันธ์ สื่อสารองค์กรเพื่อผู้รับบริการยังคงมีความเชื่อมั่น มีทัศนคติที่ดีในระดับมากที่สุด รวมทั้งแนะนำผู้อื่นและกลับมาใช้บริการซ้ำอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นภชา สิงห์วีระธรรม และ นวพร ดำแสงสวัสดิ์. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย. *วารสารสถาบันบำราศนราดูร*, 14(2), 92-103.
- จิตรา วุฒิสัทติกุล. (2549). *การรับรู้ของลูกจ้างและนายจ้างต่อสื่อประชาสัมพันธ์ของ สำนักงานประกันสังคม* (วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ธานี ชัยวัฒน์ และคณะ. (2563). *เศรษฐศาสตร์พฤติกรรมว่าด้วยเส้นทางชีวิตและกิจกรรมร่วมของครัวเรือนไทยภายใต้สถานการณ์ COVID-19*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- นภชา สิงห์วีระธรรม และคณะ. (2020). การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของทันตภิบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารสถาบันบำราศนราดูร*, 14(2), 104-115.
- นือร อริโยทัย และคณะ. (2563). ความเชื่อมั่นในสถาบันเฉพาะทางด้านโรคติดต่ออันตราย และการตัดสินใจมารับบริการสุขภาพในช่วงการระบาดของโรค COVID-19. *วารสารสถาบันบำราศนราดูร*, 14(2), 80-91.
- บุญทัน ดอกไธสง. (2553). *ขอบข่ายรัฐประศาสนศาสตร์ยุคโลกาภิวัตน์ Global Paradigm of Public Management*. กรุงเทพฯ: ปัญญาชน.
- ปิยะนุช เหลืองงาม. (2552). *บรรทัดฐานในการตัดสินใจของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ในการเรียนวิทยาศาสตร์เรื่อง ภาวะโลกร้อน ตามแนวทางการสอนวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และสังคม (STS)*. (วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พิทยา บวรวัฒนา. (2556). *การบริหารรัฐกิจ*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มัลลิกา ต้นสอน. (2554). *พฤติกรรมองค์กร* (พิมพ์ครั้งที่2). กรุงเทพฯ: เอ็กซ์เปอร์เน็ท.
- วัลย์พร พัชรนฤมล และคณะ. (2562). *การพัฒนากรอบยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขเพื่อตอบสนองต่อการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประเทศไทย* (รายงานวิจัย). สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วีไล กุศลวิศิษฐ์กุล และคณะ (2552). *สถิติและการวิจัยสำหรับวิทยาศาสตร์สุขภาพ. เอกสารการ สอนชุด หน่วยที่ 1-8 และหน่วยที่ 9-15 สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

- ศาลาว่าการกรุงเทพฯ 1 กองยุทธศาสตร์บริหารจัดการ. (2562). *สถิติด้านสังคม 2562*. ค้นเมื่อ 14 มีนาคม 2564, จาก <http://www.bangkok.go.th/pipd/page/sub/18654>
- ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ. (2542). *องค์การและการจัดการ ฉบับสมบูรณ์*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สถาบันมาตรฐานอังกฤษ (BSI). *การบริหารจัดการทั่วไปในกรณีเหตุโควิด-19. BSI-GD-Series-Covid-04R0*. ค้นเมื่อ 14 มีนาคม 2564, จาก <https://www.bsigroup.com/globalassets/localfiles/en-th/covid-19remote-audit/gd-bsi-covidseries-04-.pdf>
- สมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย. (2563). *องค์ความรู้เกี่ยวกับเชื้อไวรัสโคโรนา (Coronaviruses)*. ค้นเมื่อ 14 มีนาคม 2564, จาก <https://www.pidst.or.th/A215.html>
- สุนทรী โคมิน. (2553). *การพัฒนาแนวความคิดทฤษฎีจิตวิทยาสังคม*. กรุงเทพฯ: เอร่าวิณ.
- Drucker, P.F. (1957). *The landmarks of tomorrow*. New York, NY: Harper & Row.
- Krejcie, R.V. and Morgan, D.W. (1970) Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30, 607-610.
- McKenzie, J. F., Neiger, B. L. & Smeltzer, J. L. (2005). *Planning, implementing, and evaluating health promotion programs*. San Franciaco: Preson Education.