JIAPP
Impact Assess Public Policy

Research Article

อิทธิพลของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคฉี่หนูของประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนบ อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช

The Influence of the Health Belief Model on Leptospirosis Preventive Behaviors among Residents in the Service Area of Ban Nop Sub-district Health Promoting Hospital, Nopphitam District, Nakhon Si Thammarat Province

ธนันธร เพชรเชนทร์

Tanantorn Petchen

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และความสามารถขององค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนบ อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่างจำนวน 370 คน สุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วน เครื่องมือเป็นแบบสอบถาม มีค่า IOC 0.67–1.00 ค่าเฉลี่ย 0.89 และค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมเท่ากับ 0.92 และ 0.91 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความรุนแรง แรงผลักดันให้ปฏิบัติ การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับสูง ส่วนการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง แบบจำลองสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมได้ร้อยละ 40.30 (R^2 = .403, p < .001) โดยการรับรู้ประโยชน์ (β = .31, p < .001) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (β = .23, p < .001) และการรับรู้อุปสรรค (β = -.17, p = .002) เป็นตัวทำนายอย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษาสนับสนุนการพัฒนากิจกรรมที่เน้นการเพิ่มการรับรู้ประโยชน์ ลดอุปสรรค และเสริมสร้างความมั่นใจในการป้องกันโรค

คำสำคัญ : แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรค โรคเลปโตสไปโรซิส การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนบ อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช 80160

Public Health Technical, Ban Nop Sub-district Health Promoting Hospital, Nopphitam District, Nakhon Si Thammarat 80160

*Corresponding Author: Email: tanantorn21@gmail.com; Tel: 0937892329

Received: Jul 16, 2026; Revised: Aug 21, 2026; Accepted: Sep 5, 2026

Abstract

This analytical cross-sectional study aimed to examine the levels of Health Belief Model constructs and determine their combined ability to predict leptospirosis preventive behaviors among residents in the service area of Ban Nop Subdistrict Health Promoting Hospital, Nopphitam District, Nakhon Si Thammarat Province. The sample consisted of 370 participants selected using proportionate stratified random sampling. Data were collected using a questionnaire with item-objective congruence (IOC) values ranging from 0.67 to 1.00, with an overall mean of 0.89. Cronbach's alpha coefficients for the health belief and preventive behavior scales were 0.92 and 0.91, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple linear regression. The results showed that perceived benefits, perceived severity, cues to action, perceived susceptibility, and self-efficacy were at high levels, whereas perceived barriers were at a moderate level. The model explained 40.30% of the variance in preventive behaviors (R^2 = .403, $p < .001$). Significant predictors were perceived benefits (β = .31, $p < .001$), self-efficacy (β = .23, $p < .001$), and perceived barriers (β = −.17, p = .002). The findings support the development of interventions emphasizing perceived benefits, reducing barriers, and strengthening self-efficacy in leptospirosis prevention.

Keywords : Health Belief Model, Preventive Behaviors, Leptospirosis, Multiple Linear Regression

บทนำ

โรคเลปโตสไปโรซิส (Leptospirosis) หรือโรคฉี่หนู เป็นโรคติดต่อจากสัตว์สู่คนที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียสกุล Leptospira เชื้อสามารถแพร่จากสัตว์รังโรค เช่น หนู โค กระบือ สุกร และสุนัข ผ่านปัสสาวะที่ปนเปื้อนในน้ำ ดิน หรือสิ่งแวดล้อม และเข้าสู่ร่างกายมนุษย์ทางบาดแผล รอยถลอก เยื่อบุตา จมูก ปาก หรือผิวหนังที่แช่น้ำเป็นเวลานาน ผู้ติดเชื้ออาจไม่มีอาการ มีอาการไม่รุนแรง หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ไตวาย ตับวาย เยื่อหุ้มสมองอักเสบ ภาวะหายใจลำบาก และเสียชีวิตได้[1] ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสัมพันธ์กับการสัมผัสน้ำหรือดินที่ปนเปื้อน การสัมผัสโคลนหรือน้ำขัง การเกิดน้ำท่วม การประกอบอาชีพกลางแจ้งและการทำงานด้านเกษตรกรรม รวมถึงการสัมผัสสัตว์รังโรค[2] การทบทวนอย่างเป็นระบบพบว่าการสัมผัสน้ำท่วมเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อประมาณ 1.54-6.04 เท่า การสัมผัสโคลนเพิ่มความเสี่ยง 1.57-4.58 เท่า และการสัมผัสน้ำขังเพิ่มความเสี่ยง 2.79-6.42 เท่า นอกจากนี้ การอาศัยใกล้พื้นที่สวนยางพาราและการประกอบอาชีพกลางแจ้งยังสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้น[2]

ประเทศไทยยังคงพบโรคเลปโตสไปโรซิสอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในประชาชนที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและอาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบท การวิเคราะห์ข้อมูลระบบเฝ้าระวังโรคของประเทศไทยระหว่าง พ.ศ. 2556-2565 พบผู้ป่วยรวม 25,006 ราย มีอัตราป่วยเฉลี่ย 3.80 ต่อประชากรแสนคน กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชนบทและประกอบอาชีพเกษตรกรรม โดยหลังจากอัตราป่วยลดลงในช่วง พ.ศ. 2556-2564 กลับพบแนวโน้มเพิ่มขึ้นใน พ.ศ. 2565[3] ข้อมูลเฝ้าระวังของกรมควบคุมโรคระหว่างวันที่ 1 มกราคม-6 กันยายน พ.ศ. 2567 พบผู้ป่วยสงสัยโรคเลปโตสไปโรซิส 2,547 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 3.85 ต่อประชากรแสนคน และเสียชีวิต 30 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตายร้อยละ 1.18[4] สะท้อนว่าโรคนี้ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ต้องมีการเฝ้าระวังและดำเนินมาตรการป้องกันอย่างต่อเนื่อง

ปัจจัยด้านภูมิอากาศและสิ่งแวดล้อมมีบทบาทต่อการแพร่กระจายของโรคเลปโตสไปโรซิสในประเทศไทย การศึกษาของ Chadsuthi และคณะ พบว่าปริมาณน้ำท่วมและอุณหภูมิมีความสัมพันธ์กับการแพร่เชื้อ โดยพื้นที่ที่มีระดับน้ำท่วมสูงมีแนวโน้มพบผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้น[5] การศึกษารูปแบบเชิงพื้นที่และเวลาในประเทศไทยระหว่าง พ.ศ. 2555-2561 ยังพบพื้นที่ที่

มีอัตราป่วยสูงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่างและภาคใต้ และพบความสัมพันธ์ของการเกิดโรคกับพื้นที่เพาะปลูกข้าว ความชื้นในดิน และปัจจัยทางภูมิอากาศ[6] ขณะที่การศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างคน สัตว์ และแหล่งน้ำในประเทศไทยพบว่าโรคเลปโตสไปโรซิสเกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิดกับอาชีพเกษตรกรรม การสัมผัสสิ่งแวดล้อม แหล่งน้ำ และสัตว์รังโรค และระดับความเสี่ยงแตกต่างกันตามรูปแบบการสัมผัสของประชาชนในแต่ละพื้นที่[7]

จังหวัดนครศรีธรรมราชมีลักษณะภูมิอากาศร้อนชื้น มีฝนตกชุก และมีพื้นที่เกษตรกรรมจำนวนมาก ประชาชนบางส่วนประกอบอาชีพทำสวนยางพารา สวนผลไม้ และรับจ้างทางการเกษตร ซึ่งอาจมีโอกาสสัมผัสน้ำ ดิน โคลน และสิ่งแวดล้อมที่ปนเปื้อนเชื้อมากกว่าประชาชนที่ไม่ได้ประกอบกิจกรรมดังกล่าว สำหรับพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนบ อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช ข้อมูลเฝ้าระวังในปี พ.ศ. 2567 รายงานผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซิส 11 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 224.22 ต่อประชากรแสนคน[8] อย่างไรก็ตาม ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ไม่ได้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระดับเดียวกันทั้งหมด เนื่องจากความเสี่ยงแตกต่างกันตามอาชีพ กิจกรรม การสัมผัสน้ำหรือดิน สภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัย ตลอดจนพฤติกรรมการป้องกันตนเอง การศึกษาปัจจัยด้านพฤติกรรมในประชาชนจึงควรพิจารณาความแตกต่างดังกล่าวร่วมด้วย

แม้โรคเลปโตสไปโรซิสสามารถลดความเสี่ยงได้ด้วยการหลีกเลี่ยงการสัมผัสน้ำหรือดินที่อาจปนเปื้อนเชื้อ การสวมรองเท้าบู๊ทหรือถุงมือขณะทำงานในพื้นที่เสี่ยง การปกปิดบาดแผล การทำความสะอาดร่างกายหลังสัมผัสสิ่งแวดล้อมเสี่ยง การเก็บอาหารและน้ำดื่มให้มิดชิด รวมถึงการควบคุมหนูและจัดการสิ่งแวดล้อมให้ถูกสุขลักษณะ[1,4] แต่การมีความรู้เกี่ยวกับโรคเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอต่อการทำให้เกิดพฤติกรรมป้องกันอย่างสม่ำเสมอ การศึกษาในเกษตรกรประเทศศรีลังกาพบว่า แม้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคอยู่ในระดับที่น่าพอใจ แต่มีเพียงร้อยละ 16.40 ที่มีการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันในระดับดี สะท้อนถึงช่องว่างระหว่างความรู้ การรับรู้ และการปฏิบัติจริง[9]

หลักฐานในประเทศไทยให้ผลในทิศทางเดียวกัน การศึกษาในประชากรกลุ่มเสี่ยงจังหวัดศรีสะเกษพบว่า ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเลปโตสไปโรซิส แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้โอกาสเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความรู้ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ร้อยละ 42.80[10] ส่วนการศึกษาในประชาชนตำบลทอนหงส์ อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมากกว่าการรับรู้ด้านอื่น ($r = 0.371$)[11] นอกจากนี้ การศึกษาในพื้นที่ตลาดชุมชนเมือง จังหวัดตรัง พบว่ากระบวนการให้ความรู้ การคืนข้อมูล และการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทำให้ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ[12] ผลการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคจำเป็นต้องพิจารณาทั้งการรับรู้ของบุคคลและเงื่อนไขที่เอื้อต่อการนำความรู้ไปปฏิบัติจริง

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) เป็นแนวคิดที่ใช้อธิบายและทำนายการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยองค์ประกอบหลักประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ แรงผลักดันให้ปฏิบัติ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง[13] หลักฐานจากการทบทวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับความสามารถของ Health Belief Model ในการทำนายพฤติกรรมป้องกันพบว่าองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสามารถใช้อธิบายพฤติกรรมป้องกันได้ โดยการรับรู้ประโยชน์เป็นองค์ประกอบที่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบ่อยที่สุด รองลงมาคือการรับรู้ความสามารถของตนเอง แรงผลักดันให้ปฏิบัติ และการรับรู้อุปสรรค[14] แม้หลักฐานดังกล่าวศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคในบริบทอื่น แต่สนับสนุนหลักการของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการอธิบายความแตกต่างของพฤติกรรมป้องกันระหว่างบุคคล

จากสถานการณ์โรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่และหลักฐานการศึกษาที่ผ่านมา พบว่ายังมีข้อมูลจำกัดเกี่ยวกับความสามารถขององค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ในการร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนในบริบทอำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาองค์ประกอบทั้ง 6 ด้านในแบบจำลองเดียวกัน ผู้วิจัยจึงศึกษาระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความสามารถขององค์ประกอบดังกล่าวในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนบ ผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลสำหรับการกำหนดกิจกรรมสื่อสารความเสี่ยง การส่งเสริมให้ประชาชนเห็นประโยชน์ของการป้องกันโรค การลดอุปสรรคในการปฏิบัติ และการเสริมสร้างความมั่นใจในการป้องกันโรคให้เหมาะสมกับบริบทและระดับความเสี่ยงของประชาชนในพื้นที่

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนบ อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช

2. เพื่อศึกษาความสามารถขององค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค แรงผลักดันให้ปฏิบัติ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนบ อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (analytical cross-sectional study) เพื่อศึกษาระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส และวิเคราะห์ความสามารถขององค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนบ อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย คือ ประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนบ อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช ครอบคลุม 5 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 1, 2, 3, 10 และ 11 โดยฐานข้อมูลประชากรของพื้นที่มีประชากรรวม 4,906 คน

ขนาดกลุ่มตัวอย่างตรวจสอบตามวิธีการวิเคราะห์หลักของการวิจัย คือ การวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (multiple linear regression) โดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1 เลือกสถิติ F tests ประเภท Linear multiple regression: Fixed model, R^2 deviation from zero กำหนดขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (effect size $f^2 = 0.15$) ตามเกณฑ์ของ Cohen [15] ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $\alpha = .05$ อำนาจการทดสอบ (power) = .95 และจำนวนตัวแปรทำนาย 6 ตัว ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 146 คน[16] การศึกษาครั้งนี้มีผู้เข้าร่วมที่มีข้อมูลสมบูรณ์จำนวน 370 คน ซึ่งมากกว่าขนาดตัวอย่างขั้นต่ำที่คำนวณได้ จึงมีขนาดตัวอย่างเพียงพอสำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วน (proportionate stratified random sampling) โดยกำหนดหมู่บ้านเป็นชั้นภูมิ ใช้จำนวนประชากรของแต่ละหมู่บ้านเป็นฐานในการจัดสรรจำนวนตัวอย่างตามสัดส่วน ได้กลุ่มตัวอย่างจากหมู่ที่ 1 จำนวน 109 คน หมู่ที่ 2 จำนวน 85 คน หมู่ที่ 3 จำนวน 74 คน หมู่ที่ 10 จำนวน 56 คน และหมู่ที่ 11 จำนวน 46 คน รวม 370 คน จากนั้นสุ่มรายชื่อผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปและผ่านเกณฑ์การคัดเลือกในแต่ละหมู่บ้านด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่ใส่คืนจนครบตามจำนวนที่กำหนด

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) อายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป 2) อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนบติดต่อกันไม่น้อยกว่า 6 เดือน 3) มีสติสัมปชัญญะและสามารถสื่อสารภาษาไทยเพื่อให้ข้อมูลตามแบบสอบถามได้ และ 4) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ ผู้ที่ขอถอนตัวจากการวิจัย และแบบสอบถามที่มีข้อมูลไม่ครบถ้วนจนไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส แบ่งออกเป็น 3 ตอน

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพปัจจุบัน รายได้ต่อเดือน และการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความ

ตอนที่ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 30 ข้อ ครอบคลุม 6 องค์ประกอบ องค์ประกอบละ 5 ข้อ ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 3) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค 4) การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค 5) แรงผลักดันให้ปฏิบัติ และ 6) การรับรู้ความสามารถของตนเอง ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 5 คะแนน ถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 1 คะแนน

การแปลผลคะแนนของแต่ละองค์ประกอบพิจารณาจากค่าเฉลี่ย แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 3.68–5.00 คะแนน หมายถึงระดับสูง 2.34–3.67 คะแนน หมายถึงระดับปานกลาง และ 1.00–2.33 คะแนน หมายถึงระดับต่ำ[17] สำหรับองค์ประกอบการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค คะแนนสูงมีความหมายว่า ผู้ตอบรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคมาก ซึ่งมีทิศทางเชิงแนวคิดตรงข้ามกับองค์ประกอบด้านบวกอื่น ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงวิเคราะห์องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพแยกเป็นรายด้าน และไม่นำคะแนนดิบของทั้ง 6 องค์ประกอบมารวมเป็นคะแนนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมโดยตรง

ตอนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ด้านละ 5 ข้อ ได้แก่ 1) พฤติกรรมการป้องกันส่วนบุคคล 2) พฤติกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อม 3) พฤติกรรมการควบคุมและกำจัดหนู และ 4) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติสม่ำเสมอ 5 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง 4 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง 3 คะแนน ปฏิบัติน้อยครั้ง 2 คะแนน และไม่เคยปฏิบัติ 1 คะแนน คะแนนสูงหมายถึงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เหมาะสมมากกว่า การแปลผลค่าเฉลี่ยแบ่งเป็นระดับสูง 3.68–5.00 คะแนน ระดับปานกลาง 2.34–3.67 คะแนน และระดับต่ำ 1.00–2.33 คะแนน [17]

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ อาจารย์ด้านสาธารณสุขศาสตร์ 2 คน และนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ 1 คน พบค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) รายข้ออยู่ระหว่าง 0.67–1.00 และมีค่าเฉลี่ยรวม 0.89 จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับประชาชนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค พบว่า แบบวัดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีค่า α = 0.92 โดยรายด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง α = 0.82 การรับรู้ความรุนแรง α = 0.84 การรับรู้ประโยชน์ α = 0.86 การรับรู้อุปสรรค α = 0.81 แรงผลักดันให้ปฏิบัติ α = 0.83 และการรับรู้ความสามารถของตนเอง α = 0.88 ส่วนแบบวัดพฤติกรรมการป้องกันโรคโดยรวมมีค่า α = 0.91 แสดงว่าเครื่องมือมีความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และประสานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนบและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อเตรียมการเก็บข้อมูล ก่อนเก็บข้อมูลมีการชี้แจงและอบรมผู้ช่วยวิจัยให้เข้าใจวัตถุประสงค์ นิยามของตัวแปร ข้อคำถาม วิธีการสัมภาษณ์ และการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัยในแนวทางเดียวกัน

ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยเข้าพบผู้ที่ได้รับการสุ่ม ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์และความเสี่ยงจากการเข้าร่วมการวิจัย สิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัว และการรักษาความลับของข้อมูล ก่อนขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 30–45 นาทีต่อคน หลังเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูลแต่ละราย ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนและความสอดคล้องของข้อมูลก่อนนำไปบันทึกและวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูลก่อนการวิเคราะห์ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยตัวแปรเชิงกลุ่มรายงานจำนวนและร้อยละ ส่วนตัวแปรเชิงปริมาณรายงานค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

2. คะแนนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพวิเคราะห์แยกเป็น 6 องค์ประกอบ และคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสวิเคราะห์ทั้งภาพรวมและรายด้าน โดยรายงานค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละระดับ

3. วิเคราะห์ความสามารถขององค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสด้วยการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (multiple linear regression) ตัวแปรตาม คือ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ซึ่งเป็นตัวแปรเชิงปริมาณต่อเนื่อง ส่วนตัวแปรทำนายประกอบด้วยคะแนนเฉลี่ยขององค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 6 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค แรงผลักดันให้ปฏิบัติ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งวิเคราะห์ในลักษณะตัวแปรเชิงปริมาณต่อเนื่องเช่นเดียวกัน

การนำตัวแปรเข้าสู่แบบจำลองใช้วิธี Enter โดยนำองค์ประกอบทั้ง 6 ด้านเข้าสู่แบบจำลองพร้อมกัน เนื่องจากตัวแปรทั้งหมดกำหนดไว้ล่วงหน้าตามกรอบแนวคิด Health Belief Model และเป็นตัวแปรที่ต้องการทดสอบตามวัตถุประสงค์การวิจัย จึงไม่ได้ใช้การคัดเลือกตัวแปรด้วยวิธี stepwise หรือคัดออกโดยอาศัยผลการทดสอบแบบตัวแปรเดียวก่อนเข้าสู่แบบจำลอง

ก่อนวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ พบว่าค่าคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงใกล้เคียงปกติ โดยมีค่า skewness = −0.21 และ kurtosis = 0.38 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนายกับตัวแปรตามมีลักษณะเชิงเส้น และค่าคลาดเคลื่อนมีความแปรปรวนคงที่จากการตรวจสอบแผนภาพกระจายของค่าคลาดเคลื่อนมาตรฐานกับค่าพยากรณ์มาตรฐาน ความเป็นอิสระของค่าคลาดเคลื่อนมีค่า Durbin–Watson = 1.91 ไม่พบปัญหาภาวะพหุสัมพันธ์ร่วม โดยมีค่า tolerance อยู่ระหว่าง 0.54–0.78 และค่า variance inflation factor (VIF) อยู่ระหว่าง 1.28–1.86 และไม่พบข้อมูลที่มีอิทธิพลสูงต่อแบบจำลอง โดยค่า Cook's distance สูงสุดเท่ากับ 0.046

ผลการวิเคราะห์รายงานค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยไม่มาตรฐาน (B) ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (SE) ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (β) ค่า t และค่า p รวมถึงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ค่าสัมประสิทธิ์การกำหนด (R^2) ค่า Adjusted R^2 ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการประมาณ (SEest) และค่า F ของแบบจำลอง โดยรายงานค่า p เป็นทศนิยม 3 ตำแหน่ง และรายงานเป็น $p < .001$ เมื่อมีค่าน้อยกว่า .001

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช รหัสโครงการ NSTPH 9/2569 เอกสารรับรองเลขที่ 9/2569 รับรองเมื่อวันที่ 10 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2569 ผู้เข้าร่วมได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์ ความสมัครใจในการเข้าร่วม สิทธิในการถอนตัวโดยไม่เกิดผลกระทบ และการรักษาความลับของข้อมูลก่อนลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม ข้อมูลถูกเก็บรักษาเป็นความลับและนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมโดยไม่เปิดเผยข้อมูลที่สามารถระบุตัวบุคคลได้

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 370 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.86 มีอายุเฉลี่ย 49.16 ปี (SD = 13.72) อายุอยู่ระหว่าง 18–79 ปี โดยพบมากที่สุดในช่วงอายุ 50–59 ปี ร้อยละ 27.30 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 66.49 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 47.03 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 45.41 มีรายได้เฉลี่ย 9,316.27 บาทต่อเดือน (SD = 5,428.64) และเคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส ร้อยละ 77.57 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 370)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	167	45.14
หญิง	203	54.86
อายุ (ปี)		
ต่ำกว่า 30 ปี	39	10.54
30–39 ปี	64	17.30
40–49 ปี	87	23.51
50–59 ปี	101	27.30
60 ปีขึ้นไป	79	21.35
อายุเฉลี่ย ± SD	49.16 ± 13.72	
ต่ำสุด–สูงสุด	18–79	
สถานภาพสมรส		
โสด	55	14.86
คู่	246	66.49
หม้าย	43	11.62
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	26	7.03
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	18	4.86
ประถมศึกษา	174	47.03
มัธยมศึกษาตอนต้น	79	21.35
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	58	15.68
อนุปริญญา/ปวส.	23	6.22
ปริญญาตรีขึ้นไป	18	4.86
อาชีพปัจจุบัน		
ไม่มีอาชีพ	34	9.19
ค้าขาย	47	12.70
รับจ้าง	77	20.81
เกษตรกรรม	168	45.41
ธุรกิจส่วนตัว	31	8.38
อื่น ๆ	13	3.51
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
ต่ำกว่า 5,000	61	16.49
5,000–9,999	147	39.73
10,000–14,999	92	24.86
15,000–19,999	43	11.62
20,000 ขึ้นไป	27	7.30
รายได้เฉลี่ย ± SD	9,316.27 ± 5,428.64	
ต่ำสุด–สูงสุด	1,800–34,900	
การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส		
เคย	287	77.57
ไม่เคย	83	22.43

2. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส

เมื่อพิจารณาองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพแยกรายด้าน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดและอยู่ในระดับสูง (M = 4.18, SD = 0.54) รองลงมาคือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค (M = 4.11, SD = 0.58) แรงผลักดันให้ปฏิบัติ (M = 3.76, SD = 0.66) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (M = 3.72, SD = 0.64) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (M = 3.69, SD = 0.61) ซึ่งอยู่ในระดับสูง ส่วนการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคมีค่าเฉลี่ย 3.42 (SD = 0.73) อยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จำแนกรายด้าน (n = 370)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	M	SD	ต่ำสุด	สูงสุด	ระดับ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	3.72	0.64	2.00	5.00	สูง
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	4.11	0.58	2.20	5.00	สูง
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค	4.18	0.54	2.40	5.00	สูง
การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค	3.42	0.73	1.80	5.00	ปานกลาง
แรงผลักดันให้ปฏิบัติ	3.76	0.66	2.00	5.00	สูง
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	3.69	0.61	2.20	5.00	สูง

เมื่อจำแนกกลุ่มตัวอย่างตามระดับขององค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมีสัดส่วนผู้ที่อยู่ในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 78.92 รองลงมาคือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ร้อยละ 75.41 ส่วนการรับรู้อุปสรรคแตกต่างจากด้านอื่น โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.00 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จำแนกรายด้าน (n = 370)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	ต่ำ n (%)	ปานกลาง n (%)	สูง n (%)
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	16 (4.32)	112 (30.27)	242 (65.41)
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค	7 (1.89)	84 (22.70)	279 (75.41)
3. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค	4 (1.08)	74 (20.00)	292 (78.92)
4. การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค	28 (7.57)	185 (50.00)	157 (42.43)
5. แรงผลักดันให้ปฏิบัติ	14 (3.78)	112 (30.27)	244 (65.95)
6. การรับรู้ความสามารถของตนเอง	15 (4.05)	135 (36.49)	220 (59.46)

3. ความสามารถขององค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส

ผลการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณโดยนำองค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้านเข้าสู่แบบจำลองพร้อมกันด้วยวิธี Enter พบว่าแบบจำลองโดยรวมมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F(6, 363) = 40.85$, $p < .001$) มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ $R = .635$ และสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสได้ร้อยละ 40.30 ($R^2 = .403$, Adjusted $R^2 = .393$)

เมื่อพิจารณาตัวแปรทำนายรายด้าน พบว่ามี 3 ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค ($\beta = .31$, $p < .001$) ซึ่งมีน้ำหนักการทำนายสูงที่สุด รองลงมาคือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ($\beta = .23$, $p < .001$) และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค ($\beta = -.17$, $p = .002$) โดยการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ในทิศทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรค

ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ($p = .126$) การรับรู้ความรุนแรงของโรค ($p = .081$) และแรงผลักดันให้ปฏิบัติ ($p = .217$) ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อควบคุมตัวแปรอื่นในแบบจำลอง ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณขององค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส (n = 370)

ตัวแปรทำนาย	B	SE	β	t	p-value
ค่าคงที่	1.05	0.23	–	4.57	<.001
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	0.06	0.04	.08	1.54	.126
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	0.07	0.04	.09	1.75	.081
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค	0.26	0.04	.31	6.16	<.001
การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค	−0.11	0.04	−.17	−3.11	.002
แรงผลักดันให้ปฏิบัติ	0.05	0.04	.06	1.24	.217
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	0.20	0.04	.23	4.88	<.001

$R = .635$, $R^2 = .403$, Adjusted $R^2 = .393$, SEest = 0.43, $F(6, 363) = 40.85$, $p < .001$

จากค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในแบบจำลองเต็ม สามารถเขียนสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้

$$\hat{Y} = 1.05 + 0.06X_1 + 0.07X_2 + 0.26X_3 - 0.11X_4 + 0.05X_5 + 0.20X_6$$

และสมการในรูปคะแนนมาตรฐาน คือ

$$z\hat{Y} = 0.08Z_1 + 0.09Z_2 + 0.31Z_3 - 0.17Z_4 + 0.06Z_5 + 0.23Z_6$$

โดย X_1 = การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค, X_2 = การรับรู้ความรุนแรงของโรค, X_3 = การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค, X_4 = การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค, X_5 = แรงผลักดันให้ปฏิบัติ และ X_6 = การรับรู้ความสามารถของตนเอง

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และศึกษาความสามารถขององค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนบ อำเภอนบพิตำ จังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการศึกษาสามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

เมื่อพิจารณาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นรายด้าน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดและอยู่ในระดับสูง (M = 4.18, SD = 0.54) รองลงมาคือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค (M = 4.11, SD = 0.58) แรงผลักดันให้ปฏิบัติ (M = 3.76, SD = 0.66) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (M = 3.72, SD = 0.64) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (M = 3.69, SD = 0.61) ซึ่งอยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน ขณะที่การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.42, SD = 0.73) ผลดังกล่าวอาจสะท้อนว่าประชาชนส่วนใหญ่ตระหนักถึงความรุนแรงของโรคและเห็นประโยชน์ของการป้องกัน โดยบริบทของพื้นที่มีประชาชนประกอบอาชีพเกษตรกรรมถึงร้อยละ 45.41 และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 77.57 เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส ซึ่งอาจเอื้อต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรคและการป้องกัน ทั้งนี้ หลักฐานจากการทบทวนอย่างเป็นระบบพบว่าการประกอบอาชีพกลางแจ้ง การสัมผัสน้ำขัง โคลน น้ำท่วม และสิ่งแวดล้อมที่ปนเปื้อนเป็นปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคเลปโตสไปโรซิส[2] และการศึกษาในประเทศไทยยังพบว่าการประกอบอาชีพเกษตรกรรมและการสัมผัสน้ำหรือดินเป็นบริบทสำคัญของประชากรกลุ่มเสี่ยง[7,10]

ผลที่พบว่าการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับสูงสอดคล้องกับการศึกษาของวิภาพร เตวิชชะนนท์และคณะ[11] ในประชาชนตำบลทอนหงส์ อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งพบว่าประชาชนส่วนใหญ่มีการรับรู้ในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสโดยรวมอยู่ในระดับสูง และพบว่าการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคในระดับสูงกว่าการรับรู้ด้านอื่น (r = 0.371) นอกจากนี้ การศึกษาประชากรกลุ่มเสี่ยงในจังหวัดศรีสะเกษ พบว่า แม้ประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้และพฤติกรรมป้องกันโรคอยู่ในระดับดี แต่ยังมีประชาชนบางส่วนที่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง[19] แสดงให้เห็นว่าการรับรู้และความรู้ที่ดีอาจยังไม่เพียงพอที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันได้อย่างสม่ำเสมอ หากยังมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตหรือการประกอบอาชีพ

การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งมีความหมายว่าประชาชนยังรับรู้ข้อจำกัดบางประการในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกัน เช่น ค่าใช้จ่ายหรือการเข้าถึงอุปกรณ์ป้องกัน ความไม่สะดวกในการสวมรองเท้าบู๊ทหรือถุงมือขณะทำงาน ระยะเวลาในการจัดการสิ่งแวดล้อม และความยุ่งยากในการควบคุมหรือกำจัดหนู ข้อค้นพบนี้มีความสำคัญ เนื่องจากบุคคลอาจรับรู้ถึงประโยชน์และความรุนแรงของโรคในระดับสูง แต่หากเห็นว่าการป้องกันมีข้อจำกัดหรือไม่สะดวก ก็อาจไม่สามารถนำความเชื่อดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติจริงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Dhanasinghe และ Gamage[9] ซึ่งพบช่องว่างระหว่างความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของเกษตรกร และสอดคล้องกับแนวคิด Health Belief Model ที่ระบุว่าการรับรู้อุปสรรคเป็นองค์ประกอบสำคัญต่อการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ [13]

สำหรับวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 ผลการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณพบว่า องค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้านสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F(6, 363)

= 40.85, p < .001) และสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมได้ร้อยละ 40.30 (R^2 = .403, Adjusted R^2 = .393) แสดงให้เห็นว่าองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสำคัญต่อการอธิบายความแตกต่างของพฤติกรรมการป้องกันโรคในประชาชนกลุ่มนี้ ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับหลักการของ Health Belief Model ซึ่งอธิบายว่าการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพสัมพันธ์กับการรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ อุปสรรค สิ่งกระตุ้นให้ปฏิบัติ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง[13] และสอดคล้องกับการทบทวนอย่างเป็นระบบของ Zewdie และคณะ[14] ซึ่งพบว่า Health Belief Model มีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมป้องกันในงานวิจัยส่วนใหญ่ โดยการรับรู้ประโยชน์เป็นองค์ประกอบที่พบว่าเป็นตัวทำนายอย่างมีนัยสำคัญบ่อยที่สุด รองลงมาคือการรับรู้ความสามารถของตนเอง แม้ว่างานดังกล่าวจะศึกษาในบริบทการป้องกันโรคโควิด-19 ซึ่งแตกต่างจากโรคเลปโตสไปโรซิสก็ตาม

ผลการศึกษาครั้งนี้ยังมีสัดส่วนความแปรปรวนที่อธิบายได้ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Toemjai และคณะ[10] ในประชากรกลุ่มเสี่ยงจังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งพบว่าปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ประวัติการป่วยด้วยโรคเลปโตสไปโรซิส แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้โอกาสเกิดโรค ประวัติการป่วยของสมาชิกในครอบครัว การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความรู้ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ร้อยละ 42.80 (Adjusted R^2 = .428) แม้ตัวแปรที่เข้าสู่แบบจำลองจะแตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้ แต่ผลดังกล่าวสนับสนุนว่าการรับรู้ด้านสุขภาพมีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส

เมื่อพิจารณาตัวแปรรายด้าน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค เป็นตัวแปรที่มีน้ำหนักการทำนายสูงที่สุด (B = 0.26, β = .31, p < .001) แสดงว่าเมื่อควบคุมองค์ประกอบอื่นในแบบจำลองแล้ว ประชาชนที่รับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคสูงขึ้นมีแนวโน้มที่จะมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคสูงขึ้น ทั้งนี้เป็นไปตาม Health Belief Model ซึ่งอธิบายว่าบุคคลมีแนวโน้มปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเมื่อเชื่อว่าการกระทำนั้นจะช่วยลดความเสี่ยงหรือผลกระทบจากโรค [13] และสอดคล้องกับการศึกษาของวิภาพร เตวิชชะนนท์ และคณะ[11] ที่พบว่าการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส (r = 0.371) รวมทั้งสอดคล้องในเชิงแนวคิดกับการทบทวนอย่างเป็นระบบของ Zewdie และคณะ[14] ที่พบว่าการรับรู้ประโยชน์เป็นองค์ประกอบของ Health Belief Model ที่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันบ่อยที่สุด ผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคในพื้นที่ควรทำให้ประชาชนเห็นผลประโยชน์ที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรมของการปฏิบัติ เช่น การลดโอกาสสัมผัสเชื้อ ลดการเจ็บป่วย และลดผลกระทบต่อการประกอบอาชีพและครอบครัว

การรับรู้ความสามารถของตนเอง สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคในทิศทางบวกได้อย่างมีนัยสำคัญ (B = 0.20, β = .23, p < .001) แสดงว่าประชาชนที่เชื่อมั่นว่าตนสามารถปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคได้ มีแนวโน้มมีพฤติกรรมการป้องกันที่เหมาะสมมากขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของ Rosenstock และคณะ[13] ที่เสนอให้ self-efficacy เป็นองค์ประกอบสำคัญของ Health Belief Model เนื่องจากการรับรู้ว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้เป็นเงื่อนไขสำคัญของการลงมือปฏิบัติ และสอดคล้องกับ Toemjai และคณะ[10] ซึ่งพบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นหนึ่งในตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสได้อย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้น การส่งเสริมพฤติกรรมในชุมชนไม่ควรจำกัดอยู่เพียงการให้ความรู้ แต่ควรเพิ่มทักษะและประสบการณ์ในการปฏิบัติ เช่น การใช้อุปกรณ์ป้องกัน การสำรวจและจัดการสิ่งแวดล้อมเสี่ยง และการดูแลตนเองภายหลังสัมผัสน้ำหรือดินที่อาจปนเปื้อนเชื้อ

การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค สามารถทำนายพฤติกรรมในทิศทางลบอย่างมีนัยสำคัญ (B = -0.11, β = -.17, p = .002) กล่าวคือ เมื่อควบคุมองค์ประกอบอื่นในแบบจำลองแล้ว ผู้ที่รับรู้อุปสรรคมากขึ้นมีแนวโน้มมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันลดลง ผลดังกล่าวเป็นไปตามแนวคิด Health Belief Model ซึ่งอธิบายว่าอุปสรรคที่บุคคลรับรู้ เช่น ความไม่สะดวก ค่าใช้จ่าย ความยากลำบาก หรือผลกระทบต่อการทำงาน สามารถลดโอกาสในการนำพฤติกรรมสุขภาพไปปฏิบัติจริง[13] ข้อค้นพบนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าแม้ประชาชนหรือเกษตรกรจะมีความรู้และทัศนคติที่ดี แต่ยังอาจมีพฤติกรรมป้องกันที่ไม่เหมาะสมบางประการ[9,19] จึง

สะท้อนว่าการดำเนินงานป้องกันโรคควรมุ่งลดอุปสรรคที่เกิดขึ้นจริงควบคู่กับการสร้างความตระหนัก

ส่วน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (β = .08, p = .126) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (β = .09, p = .081) และ แรงผลักดันให้ปฏิบัติ (β = .06, p = .217) ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อวิเคราะห์ร่วมกับองค์ประกอบอื่นในแบบจำลอง ผลดังกล่าวไม่ได้หมายความว่าองค์ประกอบเหล่านี้ไม่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม แต่หมายถึงยังไม่พบความสามารถในการทำนายที่เป็นอิสระจากตัวแปรอื่นในโมเดลของการศึกษาครั้งนี้ โดยการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และแรงผลักดันให้ปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงอยู่แล้ว จึงอาจทำให้ความแตกต่างของคะแนนระหว่างบุคคลมีไม่มาก นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 77.57 เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส อาจทำให้ประชาชนมีระดับการรับรู้และการได้รับสิ่งกระตุ้นด้านข้อมูลค่อนข้างใกล้เคียงกัน

ผลดังกล่าวแตกต่างบางส่วนจากการศึกษาของ Toemjai และคณะ[10] ซึ่งพบว่าการรับรู้โอกาสเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรงสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ และแตกต่างจากการศึกษาของวิภาพร เตวิชชะนนท์ และคณะ[11] ซึ่งพบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยง (r = 0.263) และการรับรู้ความรุนแรง (r = 0.244) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างดังกล่าวสามารถอธิบายได้ส่วนหนึ่งจากวิธีการวิเคราะห์ โดยใช้การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันซึ่งพิจารณาความสัมพันธ์ของตัวแปรทีละคู่ ขณะที่การศึกษาครั้งนี้ใช้การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณและนำองค์ประกอบทั้ง 6 ด้านเข้าสู่แบบจำลองพร้อมกัน ดังนั้น ตัวแปรหนึ่งอาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเมื่อพิจารณาเพียงสองตัวแปร แต่เมื่อควบคุมความสัมพันธ์ร่วมกับตัวแปรอื่นแล้วอาจไม่เหลือความสามารถในการทำนายอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ ความแตกต่างด้านอาชีพ การสัมผัสสิ่งแวดล้อม ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค และลักษณะประชากรในแต่ละพื้นที่อาจมีส่วนทำให้ผลแตกต่างกัน

ผลการศึกษาครั้งนี้จึงชี้ให้เห็นว่า ในบริบทของประชาชนพื้นที่บ้านนบ องค์ประกอบที่ควรให้ความสำคัญในการพัฒนามาตรการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรค ได้แก่ การสร้างการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรค การลดอุปสรรคที่ประชาชนประสบในการปฏิบัติ และการเสริมสร้างความมั่นใจว่าประชาชนสามารถปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันได้จริง โดยมีหลักฐานจากการศึกษากึ่งทดลองในเกษตรกรผู้ปลูกข้าวที่พบว่าโปรแกรมส่งเสริมความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสสามารถทำให้คะแนนพฤติกรรมหลังการทดลองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ[18] อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง จึงสามารถสรุปได้เพียงความสามารถในการทำนายทางสถิติ ณ ช่วงเวลาที่ศึกษา ไม่สามารถยืนยันความสัมพันธ์เชิงสาเหตุได้ การนำผลไปพัฒนาโปรแกรมจึงควรมีการประเมินประสิทธิผลด้วยการวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองในลำดับต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนบและหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ควรนำผลการวิจัยไปพัฒนากิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส โดยเน้นให้ประชาชนเห็นประโยชน์ของการป้องกันโรคอย่างเป็นรูปธรรม เช่น การสวมรองเท้าบู๊ทหรือถุงมือเมื่อต้องสัมผัสพื้นที่เสี่ยง การหลีกเลี่ยงการสัมผัสน้ำหรือดินที่อาจปนเปื้อน และการจัดการสิ่งแวดล้อมรอบบ้านเพื่อลดแหล่งอาศัยของหนู

2. ควรจัดกิจกรรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยให้ประชาชนได้ฝึกปฏิบัติจริง เช่น การใช้อุปกรณ์ป้องกันอย่างถูกวิธี การสำรวจจุดเสี่ยงภายในครัวเรือน การจัดการขยะและแหล่งอาหารของหนู รวมถึงการดูแลตนเองภายหลังสัมผัสพื้นที่เสี่ยง เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการนำพฤติกรรมป้องกันไปใช้ในชีวิตประจำวัน

3. หน่วยงานในพื้นที่ควรสำรวจและลดอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกัน โดยเฉพาะปัญหาด้านค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวกในการใช้อุปกรณ์ป้องกัน และความยุ่งยากในการจัดการสิ่งแวดล้อม อาจดำเนินการผ่านการสนับสนุนอุปกรณ์ที่เหมาะสม การแนะนำแหล่งจัดหาอุปกรณ์ราคาประหยัด และการออกแบบกิจกรรมป้องกันโรคให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและการประกอบอาชีพของประชาชน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายในชุมชนควร

ร่วมกันกำหนดมาตรการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่เสี่ยง โดยใช้ข้อมูลด้านอาชีพ สภาพแวดล้อม และพฤติกรรมของประชาชนในการกำหนดกลุ่มเป้าหมายและกิจกรรมที่เหมาะสม แทนการใช้มาตรการรูปแบบเดียวกับประชาชนทุกกลุ่ม

2. ควรพัฒนาระบบเฝ้าระวังและสื่อสารความเสี่ยงเชิงรุก โดยเฉพาะในช่วงฤดูฝน น้ำท่วม หรือช่วงที่ประชาชนมีกิจกรรมสัมผัสน้ำ ดิน และโคลนเพิ่มขึ้น พร้อมบูรณาการการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ผู้นำชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้ประชาชนได้รับข้อมูล การสนับสนุน และคำแนะนำด้านการป้องกันอย่างต่อเนื่อง

3. หน่วยงานระดับอำเภอและจังหวัดควรสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรสำหรับมาตรการลดอุปสรรคในการป้องกันโรค เช่น อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล การปรับปรุงสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม การควบคุมหนู และกิจกรรมจัดการพื้นที่เสี่ยงในชุมชน โดยให้ความสำคัญกับประชาชนที่ประกอบอาชีพหรือมีกิจกรรมสัมผัสสิ่งแวดล้อมเสี่ยงเป็นประจำ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสโดยประยุกต์ใช้ Health Belief Model โดยเน้นการเพิ่มการรับรู้ประโยชน์ การลดการรับรู้อุปสรรค และการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมได้อย่างมีนัยสำคัญในการศึกษาครั้งนี้ โดยใช้การวิจัยกึ่งทดลองหรือการวิจัยเชิงทดลองเพื่อประเมินผลของโปรแกรมอย่างชัดเจน

2. ควรศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจร่วมอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคเพิ่มเติม เช่น ความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม ลักษณะอาชีพ การสัมผัสสิ่งแวดล้อมเสี่ยง การเข้าถึงอุปกรณ์ป้องกัน และประสบการณ์การเจ็บป่วยของตนเองหรือสมาชิกในครอบครัว เพื่อเพิ่มความสามารถในการอธิบายพฤติกรรมให้ครอบคลุมมากขึ้น

3. ควรขยายการศึกษาไปยังพื้นที่อื่นที่มีบริบทแตกต่างกัน เช่น พื้นที่เกษตรกรรม พื้นที่น้ำท่วมซ้ำซาก หรือพื้นที่ที่มีอัตราป่วยโรคเลปโตสไปโรซิสสูง เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยทำนายพฤติกรรมระหว่างพื้นที่ และนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. Centers for Disease Control and Prevention. About leptospirosis [Internet]. Atlanta: CDC; 2026 Feb 10 [cited 2026 Oct 5]. Available from: https://www.cdc.gov/leptospirosis/about/index.html
2. Baharom M, Ahmad N, Hod R, Ja'afar MH, Arsad FS, Tangang F, et al. Environmental and occupational factors associated with leptospirosis: a systematic review. Heliyon. 2024;10(1). doi:10.1016/j.heliyon.2023.e23473.
3. Sawangpol C, Aimyong N, Phosri A. Epidemiological changes in the incidence of human leptospirosis in Thailand: findings from the National Disease Surveillance System from 2013 to 2022. Infect Dis Now. 2025;55(6):105108. doi:10.1016/j.idnow.2025.105108.
4. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. โรคเลปโตสไปโรสิส (Leptospirosis): ข้อมูล ณ วันที่ 6 กันยายน 2567 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 5 ตุลาคม 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2/files/แจ้งเตือนโรค%20Leptospirosis%209.9.2024.pdf
5. Chadsuthi S, Chalvet-Monfray K, Wiratsudakul A, Modchang C. The effects of flooding and weather conditions on leptospirosis transmission in Thailand. Sci Rep. 2021;11(1):1486. doi:10.1038/s41598-020-79546-x.
6. Chadsuthi S, Chalvet-Monfray K, Geawduanglek S, Wongnak P, Cappelle J. Spatial-temporal patterns and risk factors for human leptospirosis in Thailand, 2012-2018. Sci Rep. 2022;12(1):5066. doi:10.1038/s41598-022-09079-y.
7. Narkkul U, Thaipadungpanit J, Srisawat N, Rudge JW, Thongdee M, Pawarana R, et al. Human, animal, water source interactions and leptospirosis in Thailand. Sci Rep. 2021;11(1):3215. doi:10.1038/s41598-021-82290-5.

8. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนบ. รายงานสรุปสถานการณ์โรคระบาดและการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำปีงบประมาณ 2567. นครศรีธรรมราช: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนบ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนบพิตำ; 2567.
9. Dhanasinghe C, Gamage D. Knowledge, attitude and practices of preventive measures in leptospirosis among farmers in a lower-middle income country: evidence from a divisional health area of Sri Lanka. J Coll Community Physicians Sri Lanka. 2024;30(1):8-15. doi:10.4038/jccpsl.v30i1.8593.
10. Toemjai T, Thongkrajai P, Nithikathkul C. Factors affecting preventive behavior against leptospirosis among the population at risk in Si Sa Ket, Thailand. One Health. 2022;14:100399. doi:10.1016/j.onehlt.2022.100399.
11. วิภาพร เตวิชชะนนท์, สุนารี ทะนัะเป็ก, มิ่งขวัญ ศิริโชติ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชน ตำบลทอนหงส์ อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง. 2568;10(2):175-190. doi:10.14456/iudcj.2025.32.
12. ปฐมพร พริกชู, นัจมี หลีสหัด. การพัฒนาแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรสิสในพื้นที่ตลาดชุมชนเมือง ตำบลทับเที่ยง อำเภอเมือง จังหวัดตรัง. วารสารสาธารณสุขล้านนา. 2566;19(1):49-63.
13. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the Health Belief Model. Health Educ Q. 1988;15(2):175-83. doi:10.1177/109019818801500203.
14. Zewdie A, Mose A, Sahle T, Bedewi J, Gashu M, Kebede N, et al. The health belief model's ability to predict COVID-19 preventive behavior: a systematic review. SAGE Open Med. 2022;10:205031 21221113668. doi:10.1177/20503121 221113668.
15. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
16. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. Behav Res Methods. 2009;41(4):1149-60. doi:10.3758/BRM.41.4.1149.
17. Best JW. Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1977.
18. สร้อยฟ้า ท่าดีสม, ชาญชัย จันทร์กลาง, ณัฐวัฒน์ จันทร์ยอด, ณภัทร สีอ่อน, ปฏิพัทธ์ ทัศเกิด, ปารณัท คำหนัก, และคณะ. ผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว ตำบลแม่นาเรือ อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา. วารสารสาธารณสุขล้านนา. 2568;21(2):74-86.
19. อนุลักษ์ แก้วคูนอก. การศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสของประชากรกลุ่มเสี่ยง. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ. 2567;3(2):80-92.
20. ละเมียด เราะหะวิลัย. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซีสของประชาชนในพื้นที่ตำบลปากพนังฝั่งตะวันออก อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสาธารณสุข. 2568;3(2):347-358.

Citation:

Petchen, T. The Influence of the Health Belief Model on Leptospirosis Preventive Behaviors among Residents in the Service Area of Ban Nop Sub-district Health Promoting Hospital, Nopphitam District, Nakhon Si Thammarat Province. J Impact Assess Public Policy 2026; 1(1): e3715.

Online Access

https://so19.tci-thaijo.org/index.php/JIAPP/article/view/3715

