

ความรอบรู้โรคCOVID-19 การรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสาร และปัจจัยทางด้านสังคมที่
เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมจัดการความเครียดวิถีใหม่ของบุคลากรทางการแพทย์
COVID-19 LITERACY ,INFODEMIC PERCEPTION AND SOCIAL FACTORS RELATED TO
STRESS COPING BEHAVIOR IN THE NEW NORMAL FOR HEALTH CARE WORKERS

ปุณณา สังข์สุวรรณ

ความรอบรู้โรคCOVID-19 การรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสาร และปัจจัยทางด้านสังคมที่
เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่ของบุคลากรทางการแพทย์



ปณณา สังข์สุวรรณ

ปริญญานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ปีการศึกษา 2566
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

COVID-19 LITERACY ,INFODEMIC PERCEPTION AND SOCIAL FACTORS RELATED TO
STRESS COPING BEHAVIOR IN THE NEW NORMAL FOR HEALTH CARE WORKERS



PUNNA SUNGSUWAN

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of MASTER OF SCIENCE
(Applied Behavioral Science Research)
Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University

2023

Copyright of Srinakharinwirot University

ปริญญานิพนธ์

เรื่อง

ความรอบรู้โรคCOVID-19 การรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสาร และปัจจัยทางด้านสังคมที่เกี่ยวข้องกับ
พฤติกรรมกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่ของบุคลากรทางการแพทย์

ของ

ปณณา สังข์สุวรรณ

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

คณะกรรมการสอบปากเปล่าปริญญานิพนธ์

..... ที่ปรึกษาหลัก ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ดร.ศรัณย์ พิมพ์ทอง)	(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรากร ทรัพย์วิระปกรณ์)
..... ที่ปรึกษาร่วม กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อังศินันท์ อินทรกำแหง)	(รองศาสตราจารย์ ดร.ฐาศุภร์ จันประเสริฐ)

ชื่อเรื่อง	ความรอบรู้โรคCOVID-19 การรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสาร และปัจจัยทางด้านสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่ของบุคลากรทางการแพทย์
ผู้วิจัย	ปยุตนา สังข์สุวรรณ
ปริญญา	วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต
ปีการศึกษา	2566
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. ศรัณย์ พิมพ์ทอง
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	รองศาสตราจารย์ ดร. อังคินันท์ อินทรกำแหง

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยสหสัมพันธ์เชิงเปรียบเทียบ มีความมุ่งหมายเพื่อ 1) เปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่ของบุคลากรทางการแพทย์ ในกลุ่มที่มีชีวิตสังคมที่แตกต่างกัน 2) ศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในปัจจัยด้านการรู้คิดและปัจจัยทางด้านสังคม ที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่ 3) ค้นหาปริมาณการทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่ของปัจจัยด้านการรู้คิด ปัจจัยทางด้านสังคม ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล จังหวัดนครราชสีมา 3 แห่ง จำนวน 409 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามมาตรฐานประเมินค่า 6 ระดับ โดย มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคระหว่าง 0.692 - 0.918 ผลการศึกษา พบว่า 1) บุคลากรทางการแพทย์ที่มีประสบการณ์ทำงานและชั่วโมงการทำงานต่างกัน จะมีพฤติกรรมกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่ไม่แตกต่างกัน ในด้านรวม แต่ชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ จะมีพฤติกรรมกรรมการจัดการอารมณ์วิถีใหม่แตกต่างกันอย่างนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) 2) พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรความรอบรู้โรคCOVID-19 และการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อคะแนนพฤติกรรมจัดการความเครียดวิถีใหม่ทั้งในด้านรวมและด้านย่อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และไม่พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสารและตัวแปรการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาล มีผลต่อคะแนนพฤติกรรมจัดการความเครียดวิถีใหม่ทั้งในด้านรวมและด้านย่อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และ 3) ปัจจัยที่อิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่ในด้านรวมของบุคลากรทางการแพทย์ สามารถทำนาย ได้ร้อยละ 53.80 คือ ความรอบรู้โรคCOVID-19 การสนับสนุนทางสังคม และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

คำสำคัญ : พฤติกรรมกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่ / บุคลากรทางการแพทย์

Title	COVID-19 LITERACY ,INFODEMIC PERCEPTION AND SOCIAL FACTORS RELATED TO STRESS COPING BEHAVIOR IN THE NEW NORMAL FOR HEALTH CARE WORKERS
Author	PUNNA SUNGSUWAN
Degree	MASTER OF SCIENCE
Academic Year	2023
Thesis Advisor	Associate Professor Saran Pimthong
Co Advisor	Associate Professor Ungsinun Intarakamhang

This aims of this research are as follows: (1) to compare stress coping behavior in the new normal among work experiences in different ways; (2) to study the interaction among variables in cognitive function and social function and affecting stress coping behavior in the new normal; and (3) to study the influence of the factors of stress coping behavior in the new normal. The samples of this research consisted of 409 health care workers at three tertiary care hospitals in Nakhon Ratchasima Province. The data were collected by a questionnaire with a six-point rating scale. The reliability with alpha coefficient was at 0.692–0.918. The results revealed the following: (1) group of work experiences demonstrated no differences in stress coping behavior in the new normal, with an overall mean. The work hours group had different in emotion-focused coping in new normal mean ($p < 0.05$); and (2) The interaction between variables of COVID-19 literacy and social support affected stress coping behavior in the new normal ($p < 0.05$). Furthermore, interactions between the variables of infodemic perception and effective communication in hospital influenced stress coping behavior in the new normal was not found; (3) the factors could predict stress coping behavior in the new normal overall with an accuracy of 53.80% were social support, COVID-19 literacy and effective communication in hospital ($p < 0.05$).

Keyword : Stress coping behavior, The new normal, Health care workers

กิตติกรรมประกาศ

ความสำเร็จลุล่วงของปริญญาานิพนธ์เล่มนี้ เกิดจากความเมตตากรุณาของ รศ.ดร.ศรัณย์ พิภพทอง อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และ รศ.ดร.อังศินันท์ อินทรกำแหง อาจารย์ที่ปรึกษารอง ที่อนุเคราะห์ให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นอันเกิดประโยชน์กับนิสิต ทั้งด้านความรู้วิชาการ การสนับสนุนให้กำลังใจ จนกระทั่งปริญญาานิพนธ์เล่มนี้เสร็จสมบูรณ์ ซึ่งผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณประธานสอบและกรรมสอบทุกท่าน ได้แก่ ผศ.ดร.วรากร ทรัพย์วิระปกรณ์ และ รศ.ดร.ฐาศุภกร จันประเสริฐ ที่ให้คำแนะนำและแง่คิดอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแก้ไขปริญญาานิพนธ์ให้ครบถ้วนสมบูรณ์

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัยทุกท่าน ได้แก่ อาจารย์ดร.กัญญาลักษณ์ ณ รังษี ผศ.ดร.สุดารัตน์ ตันติวิวัฒน์ และ ผศ.ดร.พิชญานี พูนพล

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คุณพิจิตรา ธรรมสถิต รวมถึงคณาจารย์และเจ้าหน้าที่ทุกท่านของสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ที่ให้การช่วยเหลือและเอื้ออำนวยความสะดวกตลอดการศึกษาค้นคว้าวิจัย

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คุณนวลจันทร์ ซาสังข์ และคุณธัญญลักษณ์ รัตนวงศ์ ที่คอยให้การช่วยเหลือในการทำวิจัย และขอขอบพระคุณตัวแทนบุคลากรทางการแพทย์ ที่กรุณาเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ที่ให้ความร่วมมือในการตอบคำถามอย่างดียิ่ง

สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้าขอขอบพระคุณครอบครัว บิดามารดา น้องสาว กัลยาณมิตรทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนมาทุกอย่างโดยตลอด จากการศึกษาครั้งนี้ ข้าพเจ้าขอบแต่ ลูกสาวอันเป็นที่รัก ซึ่งเป็นที่ยึดเหนี่ยวและแรงใจให้ข้าพเจ้าผ่านช่วงเวลาที่ยากลำบากและดำเนินการทำวิจัยให้สำเร็จลุล่วง

ปยุตนา สังข์สุวรรณ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง.....	ฎ
สารบัญรูปภาพ	ฏ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ภูมิหลัง	1
ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	9
ความสำคัญของการวิจัย	10
ขอบเขตของการวิจัย	10
ตัวแปรที่ศึกษา.....	10
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	11
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
ตอนที่ 1 สถานการณ์การระบาด COVID-19.....	12
ตอนที่ 2 พฤติกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่ : ความหมาย การวัดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	13
2.1 ความหมายของการจัดการความเครียด	13
2.2 พฤติกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่	15
2.3 การวัดพฤติกรรมจัดการความเครียดวิถีใหม่	20
2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมจัดการความเครียดวิถีใหม่	21

ตอนที่ 3 ทฤษฎีที่ใช้วิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมการจัดการความเครียดวิธีใหม่	24
3.1 ปัจจัยด้านการรู้คิด (Cognitive Factors)	24
3.2 ปัจจัยด้านทางสังคมกับพฤติกรรมการจัดการความเครียดวิธีใหม่	39
ตอนที่ 4 กรอบแนวคิดในการวิจัย	56
นิยามเชิงปฏิบัติการ	57
สมมติฐานในการวิจัย	60
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	61
ตอนที่ 1 การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	61
1.1 การกำหนดประชากรที่ใช้ในการวิจัย	61
1.2 กลุ่มตัวอย่าง	62
ตอนที่ 2 การสร้างและพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	63
2.1 แบบสอบถามลักษณะทางชีวสังคมของผู้ตอบแบบสอบถาม	63
2.2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นตัวแปรในการศึกษาวิจัย	63
ตอนที่ 3 การคุณภาพของเครื่องมือ	70
ตอนที่ 4 การเก็บรวบรวมข้อมูล	70
ตอนที่ 5 การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล	70
ตอนที่ 6 การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	71
บทที่ 4 ผลการดำเนินการวิจัย	72
ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ลักษณะทางชีวภาพ	72
ตอนที่ 2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการความเครียดวิธีใหม่ในบุคลากรทางการแพทย์ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent Samples T-Test	74
สมมติฐานที่ 1 บุคลากรที่มีชีวสังคมต่างกันจะมีพฤติกรรมการจัดการความเครียดวิธีใหม่ ทั้งด้านรวมและรายด้านที่แตกต่างกัน	74

ตอนที่ 3 การศึกษาศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในการทดสอบสมมติฐานที่ 2 โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทาง (Two-way Analysis of Variance : Two way ANOVA)	79
สมมติฐานที่ 2 การศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรู้คิด ปัจจัยทางด้านสังคม ที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่ทั้งด้านรวมและรายด้าน.....	79
ตอนที่ 4 ตัวแปรปัจจัยด้านการรู้คิด ได้แก่ ความรอบรู้โรค COVID-19 การรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสาร และตัวแปรปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ในโรงพยาบาล มีอิทธิพลต่อมีพฤติกรรมจัดการความเครียดวิถีใหม่ทั้งด้านรวมและรายได้	95
สมมติฐานที่ 3 ตัวแปรปัจจัยด้านการรู้คิด ได้แก่ ความรอบรู้ด้านโรค COVID-19 การรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสาร และตัวแปรปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาลมีอิทธิพลต่อมีพฤติกรรมจัดการความเครียดวิถีใหม่ทั้งด้านรวมและรายด้าน	95
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	99
ผลการศึกษาและอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐาน.....	100
สมมติฐานที่ 1 บุคลากรทางการแพทย์ที่มีชีวิตสังคมต่างกันจะมีพฤติกรรมจัดการความเครียดวิถีใหม่ทั้งด้านองค์ประกอบรวมแตกต่างกัน.....	100
สมมติฐานที่ 2 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในปัจจัยด้านความรู้คิดและด้านสังคม มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่ทั้งในด้านรวมและรายด้าน ในบุคลากรทางการแพทย์.....	102
สมมติฐานที่ 3 ตัวแปรปัจจัยด้านการรู้คิด ได้แก่ ความรอบรู้ด้านโรคCOVID-19	107
ข้อเสนอแนะในทางปฏิบัติ	108
บรรณานุกรม	110
ภาคผนวก.....	123
ภาคผนวก ก ผู้เชี่ยวชาญในตรวจเครื่องมือในการวิจัย	124
ภาคผนวก ข จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์.....	129

ภาคผนวก ค แบบสอบถามในการวิจัย	131
ภาคผนวก ง แสดงค่าสถิติข้อตกลงเบื้องต้น (Assumptions).....	138
ประวัติผู้เขียน.....	150



สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1 ระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพ	26
ตาราง 2 Matrixการประยุกต์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 4 องค์ประกอบกับบริบทสุขภาพ 3 ด้าน ...	28
ตาราง 3 ตารางสังเคราะห์นิยามการสื่อสาร อ้างอิงจาก Frank Dance(1970)	47
ตาราง 4 จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ในแต่ละโรงพยาบาล	61
ตาราง 5 ลักษณะทางชีวสังคมของกลุ่มตัวอย่าง (n=409)	72
ตาราง 6 ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่ของบุคลากรทางการแพทย์..	73
ตาราง 7 ตารางค่าสถิติแมนวิทนี (Mann-Whitney U) ของคะแนนพฤติกรรมจัดการ ความเครียดวิถีใหม่ของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีประสบการณ์ทำงานที่แตกต่างกัน	75
ตาราง 8 ตารางค่าสถิติ Independent Sample T-Test ของคะแนนพฤติกรรมจัดการ ความเครียดวิถีใหม่ของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีชั่วโมงการทำงานที่แตกต่างกัน	78
ตาราง 9 สถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย (n= 409)	79
ตาราง 10 ผลการทดสอบสถิติ Two way ANOVA แสดงปฏิสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้โรค COVID-19 และการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อคะแนนพฤติกรรมจัดการความเครียดวิถีใหม่ ด้านรวม	81
ตาราง 11 ค่าเฉลี่ยของตัวแปรความรอบรู้โรคCOVID-19สูงและมีการสนับสนุนทางสังคมสูงในแต่ละ ระดับ	83
ตาราง 12 ผลการทดสอบสถิติ Two way ANOVA แสดงปฏิสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ โรคCOVID-19 และการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อคะแนนพฤติกรรมจัดการปัญหาวิถีใหม่	84
ตาราง 13 ค่าเฉลี่ยของตัวแปรความรอบรู้โรคCOVID-19สูงและมีการสนับสนุนทางสังคมสูงในแต่ละ ระดับ	86

ตาราง 14 ผลการทดสอบสถิติ Two way ANOVA แสดงปฏิสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ โรคCOVID-19และการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อคะแนนพฤติกรรมการจัดการอารมณ์วิถีใหม่	86
ตาราง 15 ผลการเปรียบเทียบรายคู่ของคะแนนพฤติกรรมการจัดการอารมณ์วิถีใหม่จำแนกตาม กลุ่มของความรอบรู้โรค COVID-19.....	87
ตาราง 16 ผลการเปรียบเทียบรายคู่ของคะแนนพฤติกรรมการจัดการอารมณ์วิถีใหม่จำแนกตาม กลุ่มของการสนับสนุนทางสังคม	87
ตาราง 17 ผลการทดสอบสถิติ Two way ANOVA แสดงปฏิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การแพร่ ระบาดของข้อมูลและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาลที่มีผลต่อคะแนนพฤติกรรมการ จัดการความเครียดวิถีใหม่ด้านรวม	89
ตาราง 18 ผลการเปรียบเทียบรายคู่ของคะแนนพฤติกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่จำแนก ตามกลุ่มของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาล.....	90
ตาราง 19 ผลการทดสอบสถิติ Two way ANOVA แสดงปฏิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การแพร่ ระบาดของข้อมูลและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาลที่มีผลต่อคะแนนพฤติกรรมการ จัดการปัญหาวิถีใหม่	91
ตาราง 20 ผลการเปรียบเทียบรายคู่ของคะแนนพฤติกรรมการจัดการปัญหาวิถีใหม่จำแนกตาม กลุ่มของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาล	92
ตาราง 21 ผลการทดสอบสถิติ Two way ANOVA แสดงปฏิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การแพร่ ระบาดของข้อมูลและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาลที่มีผลต่อคะแนนพฤติกรรมการ จัดการอารมณ์วิถีใหม่.....	92
ตาราง 22 ค่าเฉลี่ยของตัวแปรความรอบรู้โรคCOVID-19สูงและมีการสนับสนุนทางสังคมสูงในแต่ ละระดับ	95
ตาราง 23 ผลการวิเคราะห์สถิติ Stepwise Multiple Regression ของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่ของบุคลากรทางการแพทย์ทั้งในด้านรวมและรายได้ ..	96
ตาราง 24 แสดงผลการหาความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาแบบครอนบาค.....	139
ตาราง 25 แสดงผลการทดสอบการแจกแจงข้อมูลปกติ สมมติฐานที่ 1.1.....	139

ตาราง 26 แสดงรายละเอียดผลการทดสอบการแจกแจงข้อมูลปกติ สมมติฐานที่ 1.1.....	140
ตาราง 27 แสดงผลการทดสอบความเอกพันธ์ของความแปรปรวน (Homogeneity of Variances) สมมติฐาน 1.1	140
ตาราง 28 แสดงผลการทดสอบการแจกแจงข้อมูลปกติ สมมติฐานที่ 1.2.....	141
ตาราง 29 แสดงผลการทดสอบความเอกพันธ์ของความแปรปรวน (Homogeneity of Variances) สมมติฐาน 1.2	142
ตาราง 30 แสดงผลการทดสอบการแจกแจงข้อมูลปกติ สมมติฐานที่ 2.1.....	142
ตาราง 31 แสดงรายละเอียดผลการทดสอบการแจกแจงข้อมูลปกติ สมมติฐานที่ 2.1.....	143
ตาราง 32 แสดงผลการทดสอบการแจกแจงข้อมูลปกติ สมมติฐานที่ 2.2.....	145
ตาราง 33 แสดงรายละเอียดผลการทดสอบการแจกแจงข้อมูลปกติ สมมติฐานที่ 2.2.....	145
ตาราง 34 ตารางวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Person Correlation) สมมติฐานที่ 3	147
ตาราง 35 แสดงรายละเอียดผลการทดสอบการแจกแจงข้อมูลปกติ สมมติฐานที่ 3.....	148
ตาราง 36 แสดงผลการทดสอบความเอกพันธ์ของความแปรปรวน (Homogeneity of Variances) สมมติฐาน 3	148
ตาราง 37 แสดงค่า Durbin-Watson สมมติฐานที่ 3	149
ตาราง 38 แสดงค่าTolerance และ VIF	149

สารบัญรูปภาพ

	หน้า
ภาพประกอบ 1 แบบจำลองสื่อสารของ Berlo (อ้างถึงใน จรัสโสม ศิริรัตน์ , 2558)	47
ภาพประกอบ 2 โมเดลแนวคิดพื้นฐานในการสื่อสาร ของ Thomasและคณะ (2009).....	52
ภาพประกอบ 3 กรอบแนวคิดการวิจัย	56



บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

จากการระบาดของโรคติดเชื้อจากไวรัสโคโรนา (COVID-19) ทั่วโลกและในประเทศไทย สถิติวันที่ 31 ธันวาคม 2566 มีประชากร ที่ติดเชื้อไวรัส COVID-19 ทั่วโลก จำนวน 773,819,856 ราย และคร่าชีวิตประชากรทั่วโลก จำนวนมากถึง 7,010,568 ราย มีการตรวจพบผู้ติดเชื้อโรค COVID-19 จำนวน 4,751,033 ราย มีผู้เสียชีวิตจำนวน 34,485 ราย จากข้อมูลวันที่ 22 ตุลาคม 2566 (กรมควบคุมโรค, 2566) ถึงแม้ว่าการระบาดในประเทศไทยจะมีความรุนแรงไม่เทียบเท่ากับ หลายประเทศทั่วโลก และประเทศไทยจะประสบความสำเร็จกับมาตรการชะลอการแพร่ระบาดของโรค แต่ผลกระทบทางอ้อมของมาตรการป้องกันการระบาดของโรค COVID-19 นั้นก่อให้เกิด ปัญหาทางสังคมหลายด้าน อันได้แก่ ภาวะที่เศรษฐกิจตกต่ำอันเนื่องมาจากมาตรการจำกัดการระบาดของโรคตามที่ ยงยุทธ แฉล้มวงษ์, สมชัย จิตสุชน, and เกศินี ธาวาสังข์ (2563) ได้อธิบาย ผลการศึกษาของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า “การมีงานทำ” หลังจากเกิดการระบาดของโรค COVID-19 ในเดือนเมษายน 2563 ที่โรค COVID-19 ได้ระบาดอย่างชัดเจน มีจำนวนคนว่างงาน พุ่งสูงขึ้นถึง 600,000 ราย อันเกิดจากมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) และมาตรการ หยุดอยู่บ้าน (Lock Down) ทำให้แรงงานจำนวนมากไม่สามารถไปทำงานได้จำนวน 2,420,000 ราย ส่งผลให้เศรษฐกิจไทยตกต่ำและอัตราว่างงานสูงที่สุดในรอบ 20 ปี รวมถึงการศึกษาที่ต้อง หยุดชะงักเนื่องด้วยสถาบันการศึกษาทั้งโรงเรียนและมหาวิทยาลัยต้องหยุดเรียนทันที จากคำสั่ง กระทรวงศึกษาธิการ สั่งให้สถานศึกษา ทั้งรัฐและเอกชนทั่วประเทศ ต้องปิดเรียนกรณีพิเศษ เพื่อ ป้องกันการแพร่ระบาดของโรค ไม่มีกำหนดจนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลง (ประกาศ กระทรวงศึกษาธิการ, 17 มีนาคม 2563) ยิ่งไปกว่านั้น ปัญหาที่เกิดขึ้นกับประชาชนอีกอย่างหนึ่ง คือปัญหาทางด้านสุขภาพจิต สืบเนื่องจากการระบาดของโรค COVID-19 ก่อให้เกิดความเครียด ฉับพลันที่เกิดขึ้นได้ในภาวะวิกฤติ หากไม่มีแนวทางหรือวิธีการดูแลรักษาจิตใจตนเอง อาจส่งผลให้ เกิดภาวะผิดปกติของสุขภาพจิตได้ในประชาชนในวงกว้าง จากการสำรวจภาวะความเครียด (กรม สุขภาพจิต, 2563) พบว่าสัดส่วนของบุคลากรทางแพทย์ถึง 8 ใน 10 และสัดส่วนประชาชน 4 ใน 10 ต้องเผชิญกับความเครียดเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะการเจ็บป่วยทางจิตเวช อันได้แก่ โรคซึมเศร้า (Depressive Disorder) และยังส่งผลให้อัตราการฆ่าตัวตาย (Committed Suicide) สำเร็จสูงขึ้นถึงร้อยละ 20 จากปี 2562 นอกจากนี้บุคลากรทางการแพทย์เอง ก็ประสบ

กับความเครียดด้วยเช่นกัน มีแนวโน้มที่เกิดความเหนื่อยล้าทางอารมณ์และสูญเสียกำลังใจ ซึ่งก่อให้เกิดภาวะหมดไฟ(Burn Out)ในการทำงานช่วงที่มีการระบาดของโรคCOVID-19 ได้

การจัดการปัญหาหรือการจัดการความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ จึงเป็นสิ่งสำคัญและจุดเริ่มต้นของการฟื้นฟูจิตใจ ที่บุคคลจะสามารถปรับตัวในการทำงานและการดำรงชีวิตเข้าสู่วิถีชีวิตรูปแบบใหม่ที่เปลี่ยนไปจากเดิมหลังจากการระบาดของโรค COVID-19 จนกว่าที่สถานการณ์การระบาดทั่วโลก จะลดความรุนแรงลงหรือจนกว่า การแพทย์จะมีวัคซีนที่สามารถป้องกันโรคเกิดขึ้น ดังนั้นบุคคลจึงยังคงต้องเผชิญกับความเครียดต่อไป ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีการจัดการความเครียดของ Lazarus และ Folkman (Lazarus & Folkman, 1984 อ้างถึงใน Biggs, Brough, & Drummond, 2017) เพื่อใช้ในการอธิบายสาเหตุของการเกิดความเครียด 2 กลุ่มสาเหตุ อันได้แก่ 1) ปัจจัยภายนอกซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด (Situation Stress) ในงานวิจัยครั้งนี้ สามารถวิเคราะห์ได้ว่า สถานการณ์การระบาดของ COVID-19 เป็นสิ่งแวดล้อมภายนอกที่ก่อให้เกิดความเครียด ทั้งนี้ Ralf Schwarzer และคณะ (Schwarzer & Schulz, 2003) ได้อธิบายว่า ภัยพิบัติชนิดที่แพร่ระบาด (Widespread Disasters) เป็นประสบการณ์ที่สิ่งแวดล้อมคุกคามทำให้บุคคลเผชิญกับความเครียด ทั้งระยะเวลายาวนาน และสถานการณ์คลุมเครือที่ยังไม่สามารถควบคุมได้ ในงานวิจัยครั้งนี้ สามารถเปรียบเทียบได้จากสถานการณ์ COVID-19 ที่ยากต่อการควบคุมให้หมดไป จึงยังไม่มีแน่นอน และยังมีการสูญเสียกระทบต่อชีวิตมากขึ้น อันได้แก่ มีผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อไวรัส มีภาวะตกงาน และเกิดปัญหาการฆ่าตัวตาย 2) ปัจจัยภายในซึ่งเป็นการประเมินทางปัญญาหรือการรู้คิด (Cognitive Appraisal) เป็นการประเมินปัญหาหรือสิ่งคุกคาม ที่ทำให้เกิดความเครียดขึ้น จากที่ผู้วิจัยพบทวนวรรณกรรม พบว่าตัวแปรด้านการรู้คิดในสถานการณ์ COVID-19 ได้แก่ ความรอบรู้ด้านการระบาดของ COVID-19 การรับรู้การระบาดของข้อมูลเท็จและการถูกตีตรา ซึ่งสาเหตุปัจจัยทั้งสองนั้นมีผลต่อการจัดการความเครียด (Coping) และเผชิญกับสถานการณ์ COVID-19 เช่น บุคคลจะมีการจัดการความคิดของตนเอง เพื่อลดระดับรุนแรงของความเครียดนั้น และวิธีการจัดการความเครียดนี้ จึงเป็นการปรับเปลี่ยนความคิดในเชิงบวกและเป็นการผ่อนคลายอารมณ์ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2563) รวมถึง วิธีการจัดการความเครียดอีกรูปแบบหนึ่ง โดยการลดการเข้าถึงข้อมูล และเลือกรับแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ อันเนื่องมาจากการรับข้อมูลที่มากเกินไปจนเกิดความจำเป็น จะยิ่งเป็นการเพิ่มความรุนแรงของระดับความเครียด (สมบุญ จารุเกษมทวิ, 2563)

ทั้งนี้ มีงานวิจัยที่สนับสนุนศึกษารูปแบบการจัดการความเครียดในสถานการณ์ COVID-19 ดังเช่น การศึกษาของ Fu และคณะ (Fu et al., 2020) ที่ศึกษารูปแบบการรับมือกับความเครียด

ของประชาชนเมืองอุ๋น ประเทศจีน ในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ผลการวิจัยพบว่าประชาชนที่มีวิธีการจัดการความเครียดแบบลงมือกระทำ (Active Coping) เช่น การจัดการความคิด การออกกำลังกายและการพูดคุยกับบุคคลอื่นนั้น สามารถจัดการความเครียดได้ดีกว่าประชาชนที่มีลักษณะการจัดการความเครียดแบบถอยหนี (Passive Coping) เช่นการพึ่งพิงผู้อื่น การแยกตัวจากสังคม การสูบบุหรี่หรือคลายเครียด เป็นต้น เนื่องจากการจัดการความเครียดแบบถอยหนี (Passive Coping) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอารมณ์เศร้าวิตกกังวลรวมถึงภาวะนอนไม่หลับ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Chew และคณะ (Chew, Wei, Vasoo, Chua, & Sim, 2020) ได้ศึกษาระดับของความเครียดและการจัดการกับความเครียดของแพทย์ประจำบ้าน ในประเทศสิงคโปร์ ในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 โดยศึกษารูปแบบการจัดการความเครียด 4 วิธี ได้แก่ 1) การหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Seeking social support) 2) การจัดการปัญหา (Problem solving) 3) การคิดเชิงบวก (Positive thinking) 4) การหลีกเลี่ยง (Avoidance) ผลการวิจัยสรุปว่าแพทย์ประจำบ้านที่จัดการความเครียดแบบหลีกเลี่ยงเป็นตัวแปรทำนายอิทธิพลทางบวกกับระดับความเครียด ในทางกลับกัน การจัดการความเครียดแบบคิดบวกมีอิทธิพลทางลบกับระดับความเครียด จากข้อมูลผลการวิจัยและคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยสามารถสรุปได้ว่า การจัดการความเครียดมี 2 รูปแบบ นั่นก็คือ 1) แบบลงมือกระทำ (active coping) เช่น การจัดการปัญหาและแสวงหาความช่วยเหลือ และ 2) แบบถอยหนี (passive coping) เช่น การหลีกเลี่ยง ทั้งนี้การจัดการความเครียดแบบลงมือกระทำ (active coping) สามารถที่จะลดระดับของความเครียดได้ดี ในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ซึ่งสอดคล้องกับพฤติกรรม การจัดการความเครียดของ Lazarus และ Folkman (Lazarus & Folkman, 1984) ที่ประกอบด้วย 2 รูปแบบ ได้แก่ การจัดการความเครียดแบบมุ่งเน้นที่ปัญหา (Problem-focus coping) และการจัดการความเครียดแบบมุ่งเน้นที่อารมณ์ (Emotional-focus coping)

ผู้วิจัยจึงได้ตระหนักถึงความสำคัญของการจัดการความเครียดในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 จึงสนใจศึกษาตัวแปรพฤติกรรมจัดการความเครียดวิถีใหม่ (New Normal Coping) ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการความเครียดของ Lazarus และ Folkman อธิบายความหมายของความเครียด เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบริบทสิ่งแวดล้อมกับลักษณะการรับรู้ของบุคคล ในการประเมินสถานการณ์ที่คุกคามที่ทำให้เกิดความเครียด (1984) ซึ่งขึ้นอยู่กับ 2 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านบุคคล เช่น เป้าหมายและความเชื่อ 2) ปัจจัยด้านสถานการณ์ ในส่วนแนวคิดการจัดการความเครียด (Stress Coping) นั่นก็คือกระบวนการในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมโดยการจัดการความต้องการภายในและภายนอก โดยนำมาปัจจัยสถานการณ์ที่ทำ

ให้เกิดความเครียดตามทฤษฎี มาเชื่อมโยงกับบริบทเฉพาะในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ซึ่งส่งผลทำให้วิถีชีวิตของบุคคลเปลี่ยนไปอย่างกะทันหันและสร้างความรุนแรงแพร่ระบาดไปในหลากหลายประเทศ ส่งผลให้บุคคลไม่สามารถใช้ชีวิตแบบแผนเดิม (old normal) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อโรคและเจ็บป่วยจากโรค COVID-19 ดังนั้น บุคคลต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบการชีวิต ในแบบใหม่ จึงเกิดรูปแบบชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) ขึ้นมาเพื่อป้องกันการติดเชื้อและเอาตัวรอดในสถานการณ์ระบาดขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2563) จากการวิเคราะห์ข้อมูลของ Google ประเทศไทยสะท้อนถึงพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของคนไทยหลังการระบาดของเชื้อไวรัส 3 หมวดยุคใหม่ที่สะท้อนถึงรูปแบบชีวิตวิถีใหม่ ยกตัวอย่างเช่น มีการค้นหาอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ เช่น หน้ากากอนามัย แอลกอฮอล์ หรือเจลล้างมือ การดูแลตัวเองอยู่ที่บ้านทดแทน การตัดผม ทำอาหารทานเอง รวมถึงการซื้อสินค้าอุปโภคบริโภคออนไลน์ ตลอดจนการก้าวสู่สังคมไร้เงินสด (บิสมัทศุภเดช, 2563) ดังนั้น ในบริบทวิถีใหม่จึงเป็นบริบทหนึ่งที่เกิดขึ้น

เมื่อพิจารณาในบริบทการดำเนินชีวิตวิถีใหม่ในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ครั้งนี้ กลยุทธ์ในการจัดการความเครียด (Coping Strategies) ของสถานการณ์จึงประกอบด้วย 2 รูปแบบ โดยประยุกต์องค์ประกอบของ Lazarus และ Folkman (Lazarus & Folkman, 1984 อ้างถึงใน Biggs et al., 2017) เชื่อมโยงกับการใช้ชีวิตวิถีใหม่ ซึ่งหมายถึง การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตหลังโรคระบาด ทั้งการดำเนินชีวิตของบุคคลที่จะต้องมีความตระหนักรู้ป้องกันและเลี่ยงโรคระบาด (Thaipbs, 2563) ประกอบด้วย 1) การจัดการปัญหาแนววิถีใหม่ หมายถึง การจัดการปัญหาที่ทำให้บุคคลเกิดความเครียดขึ้นเฉพาะ จากสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 โดยมีการพฤติกรรม การลงมือกระทำและกระบวนการคิด โดยมีจุดประสงค์ควบคุมสถานการณ์การระบาดที่บุคคลสามารถทำได้ โดยจัดหาวิธีการดูแลตนเองและป้องกันตนเอง 2) การจัดการอารมณ์แนววิถีใหม่ หมายถึง การจัดการปัญหาที่ทำให้บุคคลเกิดความเครียดขึ้นเฉพาะ จากสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 โดยมีการพฤติกรรมการลงมือกระทำ โดยมีจุดประสงค์เพื่อลดความเครียดที่เกิดขึ้น หลีกเลี่ยงหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดระดับความรุนแรงของความเครียด

จากการทบทวนวรรณกรรมเบื้องต้นเกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการความเครียดแล้ว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมจัดการความเครียดในบริบทสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ในประเทศไทยและทั่วโลก ที่บุคคลเผชิญกับความเครียดที่เกิดจากตัวกระตุ้นความเครียด (Stressor) เช่น การรับข้อมูลเท็จ การถูกตีตรา และการต้องแยกตัวออกจากสังคม จากมาตรการ Social Distancing ประกอบกับ จากการสืบค้นในประเทศไทย ยังไม่พบการศึกษา

พฤติกรรมกรรมการจัดการความเครียดในวิถีใหม่ที่เกิดจากการระบาดของ COVID-19 โดยใช้แนวคิดของ Lazarus และ Folkman (Lazarus & Folkman, 1984) ผู้วิจัยจึงมีความใคร่สนใจถึงตัวแปรที่เป็นปัจจัยที่มีต่อการมีพฤติกรรมกรรมการจัดการความเครียดตามวิถีใหม่ของบุคลากรทางการแพทย์

จากการวิเคราะห์สาเหตุทางจิตสังคมของการระบาด COVID-19 โดย IASC (IASC, 2020) ได้อธิบายถึง การระบาดของโรค COVID-19 ทำให้ประชาชนเกิดความเครียดและมีการตอบสนองต่อความเครียดในหลายรูปแบบ ประชาชนเกิดความรู้สึกกลัวจะติดโรค และเสียชีวิตจากโรค COVID-19 อันเนื่องมาจากไม่ทราบข้อมูลการติดเชื้อที่แน่ชัด เพราะว่า เป็นโรคอุบัติใหม่และพบว่า อาการทางสุขภาพในบางโรค มีความคล้ายคลึงกับโรค COVID-19 เช่น ไข้หวัดใหญ่ ยิ่งทำให้ประชาชนเกิดความแตกตื่น กลัวที่จะติดเชื้อมากยิ่งขึ้น ประกอบกับ ปฏิกริยาของประชาชนส่วนใหญ่ เช่น ความรู้สึกตื่นตระหนก (Panic) การกักตุนสินค้าที่เกินความจำเป็น ล้วนมีสาเหตุมาจากการขาดความรู้โรค COVID-19 (COVID-19 Literacy) การรับข่าวลือและ ข้อมูลเท็จที่ไม่ถูกต้อง (Mis-Infodemic) จากรายงานผลการสำรวจของ DSPACE (Lazarus & Folkman, 1984) ระหว่างวันที่ 4-14 พฤษภาคม 2563 ในโครงการประเมินพฤติกรรมประชาชนต่อ ข่าวปลอมช่วงสถานการณ์แพร่ระบาด COVID-19 จากกลุ่มตัวอย่างประชาชนทั่วไป 4,100 ราย พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างประชาชนร้อยละ 57.6 เคยได้รับข้อความหรือสาร (Messages) ทั้งการมองเห็น ได้ยินและอ่าน ข่าวปลอม (Fake new) ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาโดยผ่านทางโซเชียลมีเดียมากที่สุด ร้อยละ 71.2 และสื่ออื่นที่ไม่ใช่สื่อออนไลน์ร้อยละ 28.8 ทั้งนี้จากการสำรวจ ยังมีประชาชนที่ไม่สามารถแยกข่าวจริงและข่าวเท็จได้ถึง 35.7 ตัวอย่างเช่น “การทดสอบการติดเชื้อโรค COVID-19 ด้วยตนเองได้ด้วยกรลั่นหายใจ 10 วินาทีต่อเนื่องหากไม่มีอาการใด แปลว่าไม่ติดเชื้อ” ยิ่งไปกว่านั้นยังพบว่า มีประชาชนบางส่วนได้ปฏิบัติตามข้อแนะนำดังกล่าว และมีประชาชนถึงร้อยละ 4.8 ที่ได้เผยแพร่ข้อความที่เป็นเท็จทางโซเชียลมีเดียผ่าน Facebook มากที่สุด ในสถานการณ์ที่ไม่ปกติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 มีจำนวนข้อมูลและข่าวสารมากมายที่ได้รับการเผยแพร่เกี่ยวกับการติดต่อและป้องกันโรค

นอกเหนือจากศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศบค.) ที่รายงานสถานการณ์ระบาด และจำนวนผู้ติดเชื้อประจำวัน สื่อกระแสหลักและสื่อใหม่อย่างโซเชียลมีเดีย ไม่ว่าจะเป็น Facebook, Twitter, Youtube, Line ที่เผยแพร่ข่าวสารและข้อมูลโรค COVID-19 จำนวนมาก ทั้งข้อมูลจริง และข้อมูลที่บิดเบือนซึ่งยากต่อการตรวจสอบความถูกต้องระหว่างข้อเท็จจริง (Facts) และความคิดเห็น (Opinions) ของประชาชนบางกลุ่มโดยไม่มีหลักฐานทางการแพทย์มายืนยัน ยกตัวอย่างเช่น ข่าวลือที่ว่า สารแอนโดรกราโฟไลด์ในสมุนไพรฟ้าทะลายโจรมีสรรพคุณที่สามารถ

ด้านโรค COVID-19 ได้ ซึ่งเป็นข้อมูลเท็จ (Mis-Infodemic) โดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (BBCNEWSไทย, 2563) ที่รายงานไว้เมื่อวันที่ 19 เมษายน 2563 ซึ่งได้ออกมาชี้แจงผลศึกษาฤทธิ์ของสมุนไพรฟ้าทะลายโจร ทดลองในหลอดทดลองด้านฤทธิ์การต้านไวรัสโคโรนา-19 จากสารสกัดเทียบกับแอนโดรกราโฟไลด์ โดยผลการทดสอบสรุปว่า ฟ้าทะลายโจรสามารถทำลายไวรัสโดยตรง และต้านไม่ให้ไวรัสเพิ่มจำนวนเซลล์ได้ แต่ไม่มีฤทธิ์ในการชักนำให้เซลล์หลั่งสารที่ช่วยยับยั้งไวรัสโคโรนา-19 จึงไม่แนะนำให้รับประทานเพื่อการป้องกัน นอกจากการรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลเท็จแล้ว ก็ยังมีการแพร่ระบาดของข่าวลือ (Rumor) ที่ส่งผลกระทบต่อตัวบุคคลที่ตกเป็นข่าว จากข้อมูลข่าวของสำนักข่าวสยามรัฐ (สยามรัฐออนไลน์, 2563, 24 มีนาคม) รายงานข่าวว่ามีแม่ค้าขายเนื้อหมูสด ตลาดแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนนทบุรีป่วยเป็นโรค COVID-19 โดยข่าวลือถูกส่งผ่านกลุ่มของ Line Application นางดาวเรือง (นามสมมติ) ติดเชื้อไวรัส COVID-19 ทำให้เกิดความแตกตื่น ไม่มีลูกค้ามาจับจ่ายใช้สอยในตลาดและ บุคคลที่ตกเป็นข่าว อาจได้รับผลกระทบทางลบจากตีตราจากสังคม (Social Stigma) ดังนั้น ปัญหาการระบาดของข้อมูลข่าวสาร อาจส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องแก่ประชาชน ยิ่งสร้างความเครียดและความตื่นตระหนก (Panic) แก่ประชาชนมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับวิจารณ์ พานิช (2563) ผู้ก่อตั้งและอดีตประธานสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัยและก่อตั้งสถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม กล่าวไว้ในบทความว่า “ในสังคมไทยยุคปัจจุบันในขณะนี้อันตรายจากการระบาดของเชื้อ COVID-19 มาจากข่าวลือและข่าวลวงสร้างความตระหนก มากกว่าอันตรายจากเชื้อไวรัส”

อย่างไรก็ตาม อีกปัจจัยหนึ่งในการเพิ่มศักยภาพของการดูแลตนเองในด้านสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมช่วงการระบาดของโรค COVID-19 ทั้งนี้ Saltzman และคณะ (Saltzman, Hansel, & Bordnick, 2020) ได้ทำการศึกษาถึงความเหงา การแยกตัวและการสนับสนุนทางสังคมในช่วงการระบาดของ COVID ในมุมมองสุขภาพจิต พบว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งต่อการจัดการความเครียด และการมีสุขภาพที่ดี และเป็นกลไกการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการสื่อสาร รวมถึงการนำไปสู่การฟื้นฟูสุขภาพจิตใจ ในช่วงการระบาดของโรค COVID-19 สืบเนื่องจาก มีมาตรการการเว้นระยะทางสังคม (Social Distancing) สำหรับประเทศไทยเพื่อควบคุมการแพร่ระบาด ซึ่งบุคคลแต่ละคน จะต้องเว้นระยะห่างทางด้านร่างกาย (Physical Distancing) โดยการเว้นระยะห่างจากตัวบุคคล 1.5 – 2 เมตร เพื่อหลีกเลี่ยงการสัมผัสร่างกาย ป้องกันผงดะอองจากเชื้อไวรัส ผ่านทางสื่อออนไลน์ (ไทยรัฐออนไลน์, 2563a) รวมถึงมาตรการ “อยู่บ้าน หยุดเชื้อ เพื่อชาติ (Stay at Home)” เพื่อขอความร่วมมือให้บุคคลหยุดอาศัยอยู่ที่บ้าน หรือการทำงานอยู่ที่บ้าน แทนที่การทำงานในสถานที่ทำงาน

งดการออกไปในสถานที่สาธารณะที่มีกลุ่มคนจำนวนมากและติดต่อกับบุคคลภายนอก (กรุงเทพฯธุรกิจ, 2563)จากมาตรการดังกล่าวถึงแม้จะมีข้อดี ในการป้องกันและชะลอการระบาดของเชื้อไวรัส แต่กลับมีผลทำให้เกิดการขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับคนในสังคมมากขึ้น อันเนื่องมาจากการแยกตัว และบุคคลอยู่ตามลำพังมากขึ้น จากข้อมูลของ Social Buzz (2563 อ้างถึงใน MarketeerOnline, 2563)ได้อธิบายว่า การกักตัว(Quarantine)ของคนไทย ในช่วงการระบาดของโรคCOVID-19 ส่งผลให้คนไทยมีความรู้สึกเหงาและวิตกกังวลมากขึ้น 2,072,490 ครั้งในช่วงเดือนมีนาคม 2563 คิดเป็นร้อยละ 77 จากการแสดงความรู้สึกผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ทั้งนี้มีงานวิจัยของ Han Xiao และคณะ(Xiao, Zhang, Kong, Li, & Yang, 2020) ได้ทำการศึกษาเรื่องสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อคุณภาพการนอนของทีมนักแพทย์ผู้รักษาผู้ป่วยโรคCOVID-19ในประเทศจีน ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีนัยสำคัญทางสถิติต่อคุณภาพการนอน แต่การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการลดลงของความเครียดและความวิตกกังวลของทีมนักแพทย์ รวมถึงเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง ผ่านทางการรับรู้สึกเห็นอกเห็นใจและสนับสนุนทางอารมณ์ของเพื่อนร่วมงานและครอบครัว ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคม จึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งส่งผลต่อการจัดการความเครียดที่ดีสำหรับบุคคล ในช่วงการระบาดของโรค COVID-19

นอกจากนี้ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมแล้ว อีกปัจจัยหนึ่งทางสังคม ที่มีผลต่อการปรับตัวก็คือ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพภายในองค์กร ซึ่งเป็นรูปแบบการสื่อสารในบริบทภาวะที่อปกติ ซึ่ง อัจฉรา ปัทมานรวงศ์ (2563) ได้อธิบายถึง การสื่อสารในภาวะวิกฤตในเรื่องสุขภาพในช่วงการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ต้องมีสื่อสารที่ตรงกันและไม่ขัดแย้งกัน มาจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ ในการลดความสับสน และเป็นการแก้ปัญหาเรื่องข่าวลวงข่าวปลอม รวมทั้งลดการสื่อสารคลาดเคลื่อนโดยไม่ได้ตั้งใจและยังเน้นย้ำถึง “ความน่าเชื่อถือ ความถูกต้อง เป็นสิ่งสำคัญในการสื่อสารภาวะวิกฤต ซึ่งจะเกิดขึ้นได้ถ้ามีระบบการสื่อสารที่ดี ชัดเจน มีประสิทธิภาพ” สอดคล้องกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2552 อ้างถึงในวิภาวิน โมสูงเนิน, 2554) ได้อธิบายการสื่อสารในภาวะการเกิดโรคระบาดว่าจำเป็นต้องเป็นการสื่อสารที่เร็วรวดเร็ว และลดความพฤติกรรมความเสี่ยงของประชาชนในการยับยั้งการระบาด รวมถึงต้องสร้างความไว้วางใจด้วยการสื่อสารที่ตรงไปตรงมา และเข้าใจง่าย สอดคล้องกับงานวิจัยของ Ataguba และคณะ (Ataguba & Ataguba, 2020) ที่ศึกษารูปแบบการสื่อสารในช่วงการระบาดของโรคCOVID-19 ของประเทศที่พัฒนาแล้ว จากการศึกษาพบว่า การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (Effective Communication) เป็นปัจจัยทางสุขภาพที่สำคัญมาก โดยเฉพาะการสื่อสารความเสี่ยง (Risk Communication) ยกตัวอย่างเช่น การสื่อสารที่เหมาะสมกับกลุ่มคน ได้แก่ ประชาชนทั่วไป ทีม

แพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ของรัฐและต้องประกอบด้วยความถูกต้อง และโปร่งใสเพื่อป้องกันการสื่อสารที่ไม่เป็นทางการหรือการสื่อสารแบบ ปากต่อปาก รวมถึงZhangและคณะ(Zhang, Li, & Chen, 2020) ได้ทำการศึกษาถอดบทเรียนรูปแบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในสถานการณ์การระบาดของโรคCOVID-19 ณ เมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน พบว่าการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ อันได้แก่ การจัดการกับช่องว่าง หรือความไม่แน่ชัดของข่าวสารและทำให้กระจ่างชัด รวมถึงการสร้างเครือข่ายในการติดต่อประชาชนเป็นวงกว้าง เพื่อที่จะกำจัดข่าวลือที่ทำให้บุคคลเกิดความตื่นตระหนก ดังนั้น ผู้วิจัยวิเคราะห์ได้ว่า การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพนั้น มีความสัมพันธ์กับการจัดการความเครียดวิธีใหม่

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีต่อการมีพฤติกรรมการจัดการความเครียดวิธีใหม่ โดยใช้การวิจัยเชิงสหสัมพันธ์เปรียบเทียบ โดยทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาล ในจังหวัดนครราชสีมา โดยปัจจุบันมีบุคลากรทางการแพทย์สาขาวิชาชีพที่ทำงานในโรงพยาบาล จำนวน 7,748 ราย และจังหวัดนครราชสีมา มีประชากรทั้งหมด 1,877,501 คน (กระทรวงสาธารณสุข, 2562)นอกเหนือจากภาระงานที่ต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยปริมาณมากในแต่ละวัน บุคลากรยังต้องเผชิญกับการปฏิบัติงานในช่วงการระบาดของโรค COVID-19 ซึ่งเป็นสถานการณ์ในภาวะวิกฤติ โดยในวันที่ 18 พฤษภาคม 2563 ศูนย์บัญชาการเหตุการณ์ตอบโต้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา จังหวัดนครราชสีมา ได้ออกมาชี้แจง พบผู้ป่วยติดเชื้อโรค COVID-19 จำนวน 19 คนและมีมาตรการเชิงรุกในการคัดกรองและเพื่อค้นหาผู้ติดเชื้อ COVID-19 ในแต่ละอำเภอ และพื้นที่เสี่ยง เช่น เรือนจำ ผู้คุม พนักงานขับรถสาธารณะ แรงงานต่างด้าว ผู้อยู่ในชุมชนแออัด (นครราชสีมา COVID-19, 2563)

ซึ่งหลังจากสถานการณ์ระบาดของโรค COVID-19 ลดความรุนแรงลง เพราะรัฐบาลเริ่มผ่อนปรนมาตรการเชิงบังคับทางสังคม เช่น การปิดสถานบันเทิง มาตรการเคอร์ฟิว ทำให้ประชาชนเริ่มกลับมาดำเนินชีวิตและใช้ชีวิตภายใต้การใช้ชีวิตแบบวิถีใหม่ ในทางกลับกัน บุคลากรทางการแพทย์ยังคงที่จะปฏิบัติงานภายใต้มาตรการป้องกันโรค COVID-19 อย่างเคร่งครัด ในโรงพยาบาลที่ยังคงมีความเสี่ยงของการติดเชื้อโรคติดต่อร้ายแรงอื่น และโรค COVID-19 ซึ่งเป็นภัยที่มองไม่เห็น จากการรายงานข่าวในวันที่ 10 ธันวาคม 2563 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ได้ออกมาชี้แจงข่าวลือที่มีการตรวจพบซากเชื้อโคโรนาไวรัสจากหญิงสาวชาวอำเภอพิมายติดโรค COVID-19 นั้นเป็นข้อมูลข่าวสารเท็จก่อให้เกิดความตื่นตระหนกของประชาชน (กรุงเทพธุรกิจ, 2563) รวมถึงการละเลยและลดหย่อนมาตรการดูแลตนเอง

ของประชาชนทั่วไป ที่ไม่สวมใส่หน้ากากอนามัย และไม่ปฏิบัติตามมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม จากกรณีการจัดคอนเสิร์ตใหญ่งานหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา(ไทยรัฐออนไลน์, 2563b) และมีผู้เข้าร่วมถึง 35,000 คน (BBC, 2563) ส่งผลก่อให้เกิดความยากลำบากในการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ และทำให้เกิดความเครียด ในบริบทของประเทศไทย Apisarntharak และคณะ(Apisarntharak et al., 2020)ได้ทำการศึกษาผลกระทบของควมวิตกกังวลและความเครียดต่อโรคCOVID-19 ไปสู่การควบคุมการติดเชื้อแนวปฏิบัติ ของบุคลากรทางการแพทย์ไทยจำนวน 160 คน เป็นเพศหญิง 95 คนและเพศชาย 65 คน จากผลการวิจัยพบว่า ความวิตกกังวลที่ระดับรุนแรง ร้อยละ 8 สอดคล้องกับ Benfante และคณะ (Benfante, Di Tella, Romeo, & Castelli, 2020)ได้ทำการศึกษาความเครียดหลังประสบเหตุการณ์วิกฤตในบุคลากรทางการแพทย์ระหว่างช่วงการระบาดของโรคCOVID-19 พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่ ต้องเผชิญกับความกดดันจากการทำงานสัมผัสกับผู้ป่วยติดเชื้อโดยตรง และยังคงมีความกังวล ในการแพร่ระบาดของเชื้อโรคไปสู่คนรัก ยิ่งไปกว่านั้นบุคลากรทางการแพทย์ต้องประสบกับอาการเครียดและภาวะวิตกกังวลในระดับสูง จนทำเป็นปัญหาทางสุขภาพจิต และภาวะหมดไฟในการทำงานได้

ทั้งนี้ จากการประมวลเอกสาร ผู้วิจัยพบว่าปัจจัยด้านการรู้คิด(Cognitive Factors) และปัจจัยด้านสังคม (Social Factors) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการจัดการความเครียดวิธีใหม่ และมีจุดประสงค์เพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ในการตัวแปรความรู้COVID-19 อีกทั้งผลที่ได้จากการศึกษา สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาแนวทางและส่งเสริมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพจิตที่ดี ของบุคลากรทางการแพทย์ ในสถานการณ์การระบาดของโรคCOVID-19อย่างมีประสิทธิภาพ มีความเข้าใจอย่างถูกต้องในเรื่องโรคระบาด และปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนเป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าต่อไป

ความมุ่งหมายของการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีจุดมุ่งหมายไว้ดังนี้

- 1) เปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการจัดการความเครียดวิธีใหม่ทั้งในรายด้านรวมและรายด้าน ของบุคลากรทางการแพทย์ในกลุ่มรวมและกลุ่มมีชีวิตสังคมแตกต่างกัน
- 2) ศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในปัจจัยด้านการรู้คิด ปัจจัยทางด้านสังคม ที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการความเครียดวิธีใหม่ทั้งด้านรวมและรายด้าน ของบุคลากรทางการแพทย์

3) ค้นหาปริมาณการทำนายพฤติกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่ ของปัจจัยด้านการรู้คิด ปัจจัยทางด้านสังคม ของบุคลากรทางการแพทย์

ความสำคัญของการวิจัย

ความสำคัญเชิงทฤษฎี

การวิจัยครั้งนี้ มีความสำคัญเชิงทฤษฎีในบริบทของสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 โดยนำกรอบแนวคิดของการจัดการความเครียดมาประยุกต์ใช้ภายใต้การดำเนินชีวิตในสถานการณ์ที่มีโรคอุบัติใหม่ ระบาดไปทั่วโลกรวมถึงประเทศไทย และเป็นสร้างองค์ความรู้ใหม่ในการสร้างตัวแปรความรู้โรค COVID-19(COVID-19 Literacy)โดยนำเอากรอบแนวคิดจากทฤษฎีด้านการรู้คิดมาประยุกต์ใช้ในการสร้างแนวคิดใหม่ตลอดจนการสร้างเครื่องมือวัด

ความสำคัญเชิงปฏิบัติ

ผลการศึกษาที่ได้จากงานวิจัย ทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมจัดการความเครียดในสถานการณ์การระบาดของโรคCOVID-19 ซึ่งผลการวิจัยอาจนำไปช่วยในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและส่งเสริมการปรับตัวที่เหมาะสมของบุคลากรทางการแพทย์

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากร

บุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาล อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา เขตสุขภาพที่ 9 ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ทั้งหมด 3,422 คน

กลุ่มตัวอย่าง

บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา เขตสุขภาพที่ 9 ได้แก่ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โรงพยาบาลเทพรัตน์ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ ทั้งหมด 409 คนจากการสุ่มตัวอย่างโดยใช้แนวคิดของ Rea and Parker (2014) และหลังจากนั้น ผู้วิจัยจึงได้สุ่มตัวอย่างแบบโควต้า

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่

1.1 ตัวแปรปัจจัยด้านการรู้คิด (Cognitive factors)

1.1.1 ความรู้โรคCOVID-19 (COVID-19 Literacy)

1.1.2 การรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสาร (Infodemic)

1.2 ตัวแปรปัจจัยด้านสังคม (Social factors)

1.2.1. การสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

1.2.2 การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาล (Effective Communication in Hospital)

1.3 ตัวแปรปัจจัยด้านชีวสังคม

1.3.1 ประสบการณ์ในการทำงาน (Work Experience)

1.3.2 ชั่วโมงการทำงาน (Work Hours)

2. ตัวแปรตาม ได้แก่

พฤติกรรมกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่ (Coping behavior in New Normal) โดยวัดจากองค์ประกอบ 2 ด้าน ได้แก่

2.1 การจัดการปัญหาตามแนววิถีใหม่

2.2 การจัดการอารมณ์ตามแนววิถีใหม่

นิยามศัพท์เฉพาะ

บุคลากรทางการแพทย์ หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ในโรงพยาบาล ในจังหวัดนครราชสีมาในระดับตติยภูมิ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เกษัชกร พยาบาล รวมถึง สหวิชาชีพ ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุข นักจิตวิทยา นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์ โภชนากรนักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด สายสนับสนุนทางการแพทย์ ได้แก่ พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ เวิร์ปเปิล ผู้ช่วยทันตกรรม ผู้ช่วยเภสัชกรรม

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยเรื่อง ความรอบรู้โรค COVID-19 การรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสาร และปัจจัยทางด้านสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่ของบุคลากรทางการแพทย์ ในจังหวัดนครราชสีมา ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้นำเสนอตามหัวข้อดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 สถานการณ์การระบาด COVID-19

ตอนที่ 2 พฤติกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่

ความหมาย การวัดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ตอนที่ 3 ทฤษฎีที่ใช้วิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่

3.1 ปัจจัยด้านการรู้คิดกับพฤติกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่

3.2 ปัจจัยด้านทางสังคมกับพฤติกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่

3.3 ปัจจัยด้านชีวสังคมกับพฤติกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่

ตอนที่ 4 กรอบแนวคิดในงานวิจัยและสมมติฐานของการวิจัย

ตอนที่ 1 สถานการณ์การระบาด COVID-19

จากสถานการณ์ การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือเรียกว่า COVID-19 เกิดจากการติดเชื้อที่เกิดจากไวรัสโคโรนากลุ่มอาการทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง 2 (SARS-CoV-2) มีการอุบัติโรคครั้งแรก ในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 ในเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน ซึ่งได้ระบาดไปทั่วโลกนับแต่นั้น ส่งผลให้เกิดการระบาดใหญ่ (Pandemic) ไปทั่วโลก ในปีพ.ศ. 2562-2563 และได้แพร่ระบาดขยายวงกว้างไปทั่วโลก (ธีรศักดิ์ โรจนราธา, นพรัตน์ ผดุงเจริญ, & ธนา ธนายุตศิริ, 2563) โดยมีการติดเชื้อ ผ่านละอองเสมหะขนาดเล็กจากการไอ จาม หรือสนทนา บุคคลสามารถติดเชื้อได้จากการสัมผัสพื้นผิวที่ปนเปื้อนจากจมูกหรือปาก รอบดวงตา ซึ่งไวรัส COVID-19 สามารถอยู่รอดบนพื้นผิวได้นานหลายชั่วโมง ทั้งนี้บุคคลที่มีการติดเชื้อ จะมีอาการ มีไข้ ไอ หายใจถี่ หายใจลำบาก ในกรณี ทั้งนี้ ในผู้ป่วยที่มีอาการที่รุนแรง จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดบวม ปอดอักเสบ ไตวาย ถึงเสียชีวิตได้ (WHO,2020)

ทั้งนี้ จากการระบาดของโรค COVID-19 ของ (IASC, 2020) มีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของประชาชน โดยพบว่าการระบาดทำให้ 1) เกิดความเครียดและความวิตกกังวล ทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น รู้สึกซึมเศร้า กลัวการเจ็บป่วย กลัวการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของตนเอง สูญเสียคนรัก และการกักตัว 2) ตัวกระตุ้นเฉพาะในสถานการณ์ COVID-19 ที่ทำให้เกิดความเครียด

เช่นวิธีการในการแพร่ระบาดของโรคไม่ชัดเจน อาการเจ็บป่วยจากโรคอื่นอาจทำให้เข้าใจผิดว่าติดเชื้อ COVID-19 การเกิดข้อจำกัดในการทำงานและหารายได้ ผู้หญิงที่ต้องดูแลเด็กตลอดช่วงกักตัว ผู้พิการหรือผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงทั้งสุขภาพจิตและกายอยู่แล้ว 3) เจ้าหน้าที่ด้านหน้า เกิดความเครียดเพิ่มขึ้นจากการระบาด ไม่ว่าจะการถูกตีตรา และมาตรการความปลอดภัยในโรงงาน ภาระงานมาก 4) ชุมชนและครอบครัว เกิดผลกระทบระยะยาว เนื่องจากเครือข่ายสังคมในพื้นที่ห่างเหิน เพิ่มความรุนแรงในครอบครัว ชุมชนปฏิเสธผู้ป่วย เศรษฐกิจตกต่ำ 5) ปฏิกริยาความกลัวและความรู้สึกกลัว ที่เกิดจากการขาดความรู้ ข่าวสื่อ ข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง 6) การถูกตีตราอาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ติดเชื้อ สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ตอนที่ 2 พฤติกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่ : ความหมาย การวัดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 ความหมายของการจัดการความเครียด

ในสืบค้นข้อมูล ความหมายของการจัดการความเครียดนั้น ผู้วิจัยพบว่ามีคำศัพท์หรือประโยคที่ใช้สื่อถึง การจัดการความเครียดที่แตกต่างกันออกไป เช่น การคลายเครียด (กรมสุขภาพจิต, 2548) และการเผชิญความเครียด (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2551) การจัดการความเครียด (พัสมณท์ พัสมนท์ คุ่มทวีพร, 2553) โดยมีความหมาย ดังต่อไปนี้

Lazarus และ Folkman (Lazarus & Folkman, 1984) ให้ความหมายของการจัดการความเครียด คือ เป็นความพยายามของบุคคล ทั้งในทางปัญญา และ ความพยายามทางพฤติกรรม ในการจัดการปัญหาหรือสิ่งกระตุ้นทางอารมณ์ ที่เกิดจากปัจจัยภายนอกบุคคลและปัจจัยภายในบุคคลรวมถึงการจัดการกับความขัดแย้ง เมื่อบุคคลประเมินหรือรับรู้ได้ว่าสถานการณ์หรือปัญหาทำให้ถูกคุกคาม

กรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2548) อธิบายถึงการคลายเครียด ว่าเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการปรับเปลี่ยนความคิด เพื่อที่จะทำให้อารมณ์ความตึงเครียดลดน้อยลงจากเหตุการณ์หรือสภาพการที่ทำให้บุคคลถูกคุกคามจากความไม่แน่นอน และความอันตรายทำให้เกิดความยากลำบากในการตัดสินใจ โดยการใช้เทคนิคการคลายเครียดที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคลเพื่อผ่อนคลายทางร่างกายและจิตใจ

อังคินันท์ อินทรกำแหง (2551) อธิบายถึงการเผชิญความเครียด คือ เป็นความสามารถของพฤติกรรมที่บุคคล แสดงออกถึงการจัดการปัญหาในรูปแบบของการกระทำ หรือความคิด ในการควบคุมสภาพปัญหาและสถานการณ์ที่คุกคาม เพื่อลดความรุนแรงจากความเครียดและทำให้ร่างกายกลับสู่ภาวะปกติตามสภาพเดิม

มณฑา ลิ้มทองกุล และ สุภาพ อาวีเอื้อ (2552) การเผชิญกับความเครียดว่า กระบวนการของพฤติกรรมและความคิดที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เพื่อที่จะจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น โดยมี 2 กระบวนการ ได้แก่ 1) การมุ่งแก้ปัญหาและ 2) การจัดการกับอารมณ์

พัสมนต์ คุ่มทวีพร (2553) โดยอธิบายว่า บุคคลต้องมีการเรียนรู้วิธีการจัดการความเครียด ผักปฏิบัติสม่ำเสมอในชีวิตประจำวัน เพื่อลดปฏิกิริยาความเครียดลง ได้แก่ 1) การสร้างทักษะการรับรู้การตอบสนองต่อความเครียดของตนเอง คือ การสังเกต และรับรู้ตนเองเมื่อรู้สึกเครียด ในร่างกาย อารมณ์ ตลอดจนพฤติกรรมที่แสดงออก 2) การตรวจสอบความเครียดกับความเป็นจริง คือการค้นหาสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดและ 3) การหาวิธีจัดการความเครียดหรือการแก้ปัญหา เป็นขั้นตอนการลงมือกระทำในการจัดการความเครียดและประเมินผล

อภิวรรณ พลอยฉาย (อภิวรรณ อภิวรรณ พลอยฉาย, 2557) อธิบายเกี่ยวกับการจัดการความเครียด เป็นกระทำของบุคคล ที่มุ่งเน้นแก้ไขปัญหามาตามความเป็นจริง ของสถานการณ์หรือการปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ และการมุ่งเน้นที่จะแก้ไขด้วยการจัดการที่อารมณ์ โดยใช้ความคิดและกลไกการป้องกันตัว(Defense Mechanism) เพื่อความไม่สุขสบายทางใจและทางร่างกายอันเป็นผลที่เกิดจากความเครียด เพื่อคืนสู่สภาวะสมดุลเดิม

กองสุขศึกษา (กองสุขศึกษา, 2558) หมายถึง ความสามารถในการป้องกันและจัดการความเครียดของบุคคล อย่างเหมาะสมกับสิ่งแวดล้อมรอบตัว ด้วยวิธีการที่เหมาะสมกับสุขภาพกับสมรรถภาพ ทางกาย และสอดคล้องกับวิถีของบุคคล เช่น การออกกำลังกาย การพักผ่อน การนั่งสมาธิ รวมถึงการมีกิจกรรมกับคนรอบข้าง

ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม ที่เกี่ยวข้องกับความหมายของการจัดการความเครียด ผู้วิจัยสามารถวิเคราะห์และสรุปได้ว่า การจัดการความเครียด หมายถึง กระบวนการหรือความสามารถของบุคคลในการควบคุมหรือจัดการสถานการณ์ที่ทำให้ปัญหา ที่ส่งผลต่อ ความไม่สุขสบายทางใจและทางร่างกาย โดยใช้วิธีการจัดการปัญหาโดยลงมือกระทำเป็นพฤติกรรม และการปรับเปลี่ยนความคิด ในการลดความรุนแรงจากผลกระทบของความเครียด เพื่อให้ร่างกายและจิตใจของบุคคลกับสู่สมดุลปกติ ในการศึกษาจากทบทวนทฤษฎีการจัดการความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984) ผู้วิจัยจึงนำมาประยุกต์เป็นกรอบแนวคิดการจัดการความเครียดในการศึกษาตัวแปรผล ในการศึกษาพฤติกรรมการจัดการความเครียดวิธีใหม่ เพื่อใช้ในการอธิบายสาเหตุของการเกิดความเครียด 2 กลุ่มสาเหตุ อันได้แก่ 1) ปัจจัยภายนอกซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด (Situation Stress) ในการวิเคราะห์ สถานการณ์การระบา

ของโรค COVID-19 เป็นสิ่งแวดล้อมภายนอกที่ก่อให้เกิดความเครียด 2) ปัจจัยภายในซึ่งเป็นการประเมินทางปัญญาหรือการรู้คิด (Cognitive Appraisal) เป็นการประเมินปัญหาหรือสิ่งคุกคามที่ทำให้เกิดความเครียด

2.2 พฤติกรรมการจัดการความเครียดวิธีใหม่

แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการความเครียด มีหลากหลายแนวคิด ทั้งนี้ผู้วิจัยจะใช้แนวคิดของ เป็นหลักในการจัดการความเครียดวิธีใหม่ คือแนวคิดการจัดการความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984)

อธิบายได้ว่า การจัดการความเครียดเป็นการกระบวนการทางปัญญา ในการประเมินสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปในสภาพแวดล้อม โดยเป็นการประเมินถึงผลกระทบที่บุคคลจะได้รับ ทั้งในผลดีและผลเสียที่จะเกิดกับตัวบุคคล โดยการประเมินสถานการณ์ ประกอบไปด้วย 2 กระบวนการ ดังนี้

กระบวนการที่ 1 การประเมินสถานการณ์ แบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่

1) การประเมินปฐมภูมิ หมายถึง การใช้เชาวน์ปัญญา ความรู้และประสบการณ์ที่บุคคลมี ในการประเมินผลจากสถานการณ์ที่ตนเองจะได้รับผลกระทบ

2) การประเมินทุติยภูมิ หมายถึง การตรึงตรองหรือพิจารณาจากแหล่งทรัพยากรที่เป็นประโยชน์ และทางเลือกในการจัดการปัญหา เมื่อบุคคลประเมินได้ว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นอันตรายและคุกคามต่อตนเอง โดยหลังจากประเมินสถานการณ์แล้ว บุคคลจะตัดสินใจแก้ปัญหา โดยเลือกใช้วิธีการจัดการความเครียด ใดๆก็ตาม หากระดับความเครียดยังไม่ลดลง บุคคลจะมีกระบวนการปรับเปลี่ยนการประเมินผลกระทบทั้งผลและผลเสียอีกครั้งในการจัดการความเครียดในทางกลับกัน ปัญหาที่เกิดขึ้นจะเป็นภาวะตึงเครียดที่ยังคงอยู่

กระบวนการที่ 2 การเผชิญกับความเครียด หลังจากประเมินสถานการณ์ ที่ก่อให้เกิดปัญหาและความเครียดกับบุคคล บุคคลจะมีวิธีการจัดการความเครียด 2 ประเภท ได้แก่

1. การจัดการความเครียดโดยมุ่งเน้นปัญหา (Problem-focus coping) เป็นกระบวนการจัดการความเครียด โดยมีเป้าหมายในการจำกัดขอบเขตของปัญหา จากควบคุมสิ่งแวดล้อม และปรับตัวโดยการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์เพื่อลดแรงคุกคามจากความเครียดจากการพิจารณาหาทางเลือก ทั้งข้อดีและข้อด้อย ประเมินอุปสรรค ในการตัดสินใจลงมือแก้ปัญหา และช่วยในการแก้ปัญหา เช่น การยอมรับความจริง การสืบค้นข้อมูล การแสวงหาแหล่งช่วยเหลือ การจัดการปัญหาด้วยวิธีการที่เหมาะสม รวมถึงการเพิ่มพูนเรียนรู้ทักษะความรู้ใหม่

2. การจัดการความเครียดโดยมุ่งเน้นอารมณ์ (Emotional Focused Coping) เป็นกระบวนการจัดการความเครียด โดยมีเป้าหมายในการลดระดับอารมณ์หรือความไม่สุขสบายในจิตใจ เป็นการจัดการปัญหาที่ไม่ปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมจริง โดยนำเอากระบวนการทางปัญญาและใช้กลไกทางจิต ซึ่งเกิดขึ้นทั้งในระดับรู้และไม่รู้ตัว คือ

2.1 การเปลี่ยนแปลงความหมายของเหตุการณ์ใหม่ (Cognitive reappraisal) เช่น การเปลี่ยนมุมมองและหาข้อดีจากสถานการณ์ใหม่ การใช้กลไกการป้องกันตัวทางจิต (Defensive reappraisal) เช่น การปฏิเสธความจริง ซึ่งเป็นวิธีการบิดเบือนความจริง

2.2 การไม่เปลี่ยนแปลงความหมายของสถานการณ์ เช่น การหลีกเลี่ยง ถอยหนีและไม่กล่าวถึงสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด

2.3 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่ง เช่น การออกกำลังกาย การระบายความโกรธการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตลอดจน การแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางใจจากบุคคลอื่น เป็นต้น

ทั้งนี้ Qian Hui Chew และคณะ (Chew et al., 2020) ได้ทำการศึกษาวิจัยเชิงสังเคราะห์พรรณนา (Narrative synthesis) ของตัวแปรทางจิตและการปรับตัวผ่านการระบาดของเชื้อโรคในประชากร: สถานการณ์การระบาดใหญ่ของ COVID-19 ซึ่งศึกษากระบวนการปรับตัวที่แตกต่างกัน เช่น การจัดการปัญหา การหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม การแยกตัว หลีกเลียงและการคิดเชิงบวก เพื่อลดความไม่สุขสบายใจ จากศึกษาพบว่า การจัดการปัญหาสามารถลดระดับอารมณ์เศร้าได้ ซึ่งสามารถอธิบายได้จากแนวคิด Lazarus และ Folkman (1984) ถึงการประเมินสถานการณ์ การเลือกวิธีการจัดการความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นกลยุทธ์ในการจัดการปัญหาที่เป็นตัวแปรทำนายเชิงบวกต่อการปรับตัวและความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ ในถ้ากลับกันหากบุคคลไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ จะมีการจัดการปัญหาแบบมุ่งเน้นที่อารมณ์ เช่น การปฏิเสธ หรือ หลีกเลียง

นอกจากการจัดการความเครียดทั้ง 2 องค์ประกอบ ได้แก่ การจัดการความเครียดแบบมุ่งเน้นปัญหา และการจัดการความเครียดแบบมุ่งเน้นอารมณ์ เป็นวิธีการที่บุคคลเลือกผสมผสานในการเผชิญกับปัญหาแล้ว Lazarus (1966, อ้างถึงใน อังคินันท์ อินทรกำแหง ,2551) ได้แบ่งวิธีการจัดการความเครียดเป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

1. การต่อสู้ (Attack) เป็นการที่บุคคลพยายามที่จะกำจัดสิ่งกีดขวาง ที่เป็นอุปสรรคต่อการบรรลุเป้าหมาย โดยการเลือกวิธีการที่เหมาะสม หรือปรับปรุงวิธีการจัดการปัญหาเพื่อเอาชนะอุปสรรค

2. การถอยหนี (Withdrawal) เป็นวิธีการจัดการความเครียดที่เกิดจากการเรียนรู้ประสบการณ์ในวัยเด็ก เมื่อพบกับสิ่งคุกคามมักจะใช้วิธีการถอยหนี แต่เมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ยังคงใช้วิธีการรูปแบบเดิม เหมือนกับตอนวัยเด็ก ในลักษณะการหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด โดยใช้กลไกทางจิต ได้แก่ การเก็บกด การถดถอย การแยกตัว การเพ้อฝัน เป็นต้น

3. การประนีประนอม (Compromise) เมื่อสถานการณ์ที่ยุ่งยากไม่สามารถที่จะเอาชนะได้ และไม่สามารถที่ถอยหนีได้ บุคคลจะมีปรับเปลี่ยนวิธีการจัดการปัญหาด้วยการประนีประนอม เพื่อเป็นการบรรลุเป้าหมายและเป็นการเปลี่ยนแปลงเป้าหมาย ได้แก่ การชดเชย การหาเหตุผลเข้าข้างตนเอง การเลียนแบบ เพื่อเผชิญกับความเครียด

จากการศึกษาทฤษฎีการจัดการความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984) เชื่อมโยงกับการจัดการความเครียดวิถีใหม่ในบริบทของการระบาดของโรค COVID-19 ซึ่งผู้วิจัยได้สืบค้นความหมายของชีวิตวิถีใหม่ หรือ วิถีใหม่ พบว่า บดินทร์ ชาตะเวที นักวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (บดินทร์ บดินทร์ ชาตะเวที, 2563) ได้อธิบายถึง รูปแบบชีวิตวิถีใหม่ อันประกอบด้วยเป็นการปรับเปลี่ยนกระบวนการคิด เรียนรู้ และสื่อสาร ในการปฏิบัติและดำเนินชีวิตหลังจากเกิดการเปลี่ยนแปลง บุคคลต้องปรับตัวในการรับมือกับสถานการณ์ปัจจุบันมากกว่าการใช้ชีวิตวิถีดั้งเดิม (Old normal) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมและการใช้ชีวิตในบริบทสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ดังต่อไปนี้ 1) การสวมใส่หน้ากากอนามัย และพกแอลกอฮอล์เจลเป็นอุปกรณ์ที่ช่วยในการป้องกันตัวเอง เพราะเป็นวิธีการป้องกันตัว จากติดเชื้อโรค และการแพร่ระบาดไปสู่บุคคลอื่น 2) การปฏิบัติตามนโยบายเว้นระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) คือ 1) การเว้นระยะห่างทางร่างกาย (Physical Distancing) เช่น การหลีกเลี่ยงการสัมผัสทางร่างกายโดยไม่จำเป็น ในบางวัฒนธรรมมีการทักทายกันการจับมือ สัมผัสตัวกัน 3) การเว้นระยะห่างทางจิตใจ บุคคลมีความสัมพันธ์ห่างเหินขึ้น เนื่องจากมีการเลือกปฏิบัติกับบุคคลบางกลุ่ม ด้วยเหตุผลทางด้านความปลอดภัยหรือการคำนึงถึงสุขอนามัย 4) ตระหนักกับการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ปลอดภัย และมีความสะอาด เป็นอาหารที่มาจากธรรมชาติมากขึ้น 5) ตระหนักถึงการออกกำลังกายมากขึ้น ดูแลสุขภาพของตนเอง 6) ดำเนินชีวิตและทำงานที่บ้าน แทนที่เผชิญหน้าและพบปะผู้คนในสังคม โดยมีแนวทาง ในการปรับสมดุลชีวิตระหว่างเวลาส่วนตัว การงาน และสังคม 7) สื่อดิจิทัลจะกลายเป็นสื่อหลักการดำรงชีวิต ในบุคคลทุกวัย เริ่มมีความคุ้นเคยในใช้งานสื่อดิจิทัล 8) เทคโนโลยี สื่อสังคมออนไลน์จะกลายเป็นเรื่องปกติในชีวิตประจำวัน เช่น การทำงานที่บ้าน (work from home) การส่งอาหาร (food delivery) การซื้อสินค้าออนไลน์ (online shopping) รวมถึงการเรียนออนไลน์ 9) เริ่มเกิดสังคมการไร้เงินสด และ เงินกระดาษ

เหรียญที่หมุนเวียนถูกใช้น้อยลง 10) มีการเพิ่มช่องทางระบบสาธารณสุข ด้านสุขภาพ เป็นการบริการพื้นฐาน เพื่อส่งเสริมป้องกันความเจ็บป่วย

ทั้งนี้ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส, 2563) ได้แนะนำแนวทางในการใช้ชีวิตวิถีใหม่ โดยมีจุดประสงค์เสริมสุขภาพดี โดยการปรับตัวให้เข้ากับบริบทสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 โดยการเริ่มต้นปรับตัวจากชีวิตส่วนตัวของตนเอง ไปจนถึงการใช้ชีวิตร่วมกันในสังคมนั้น เพื่อสร้างเสริมสุขภาพอนามัยที่ดีและปลอดภัยจากการติดเชื้อ โรค COVID-19 ยกตัวอย่างเช่น 1) การใช้ชีวิตอยู่ที่บ้าน นั้นบุคคลจะต้องมั่นทำความสะอาดบ้าน เป็นประจำเพื่อทำลายจุดสะสมของเชื้อโรคในการแพร่ระบาด โดยใช้ น้ำยาทำความสะอาด หรือยาฆ่าเชื้อโรค รวมถึงการจัดสถานที่ในบ้านให้มีอากาศที่ถ่ายเท 2) การใช้ชีวิตนอกบ้าน เช่น การออกไปในสถานที่ชุมชนที่มีผู้คนจากต่างที่มารวมตัวกัน ดังนั้น จะมีความเสี่ยงของการแพร่ระบาดของเชื้อโรค COVID-19 ได้ ดังนั้น บุคคลจะต้องได้รับการคัดกรองสำหรับประชาชนก่อน เข้าไปในสถานที่ เช่น ตลาด และต้องปฏิบัติตามนโยบายเว้นระยะห่างทางสังคมในระดับ ประมาณ 1.5 เมตร ตามแนวเส้นกันรอยคิว 3) การดูแลสุขอนามัยส่วนตัว ซึ่งเป็นพื้นฐานของสุขภาพร่างกาย การสร้างสุขอนามัยในแนววิถีใหม่ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 คือ การดูแลร่างกายให้สะอาดเสมอ เช่น การล้างมือให้สะอาด ด้วยวิธีการที่ถูกต้อง 7 ขั้นตอน หรืออย่างน้อย 20 วินาที หรือการใช้ล้างมือเจลแอลกอฮอล์ที่มีความเข้มข้น 70% ขึ้นไปเป็นเวลา 15-20 วินาทีจนมือแห้งรวมถึงการอาบน้ำทำความสะอาดร่างกายวันละ 1-2 ครั้ง และหลังจากสัมผัสสิ่งสกปรกหรือเข้าไปในสถานที่เสี่ยงในการติดเชื้อโรค ขั้นตอนที่ 2 คือ การทำพื้นที่ให้สะอาดอยู่เสมอเช่น บ้าน ขั้นตอนที่ 3 การสร้างนิสัยการกินให้สะอาดปลอดภัย เช่น การกินร้อนช้อนกลางส่วน และการเลือกกินอาหารที่สุกอนามัย 4) การสร้างสุขอนามัยส่วนรวม เป็นการดูแลตัวเอง ให้สะอาดและปลอดภัยเพื่อป้องกันให้ตัวเองนำเชื้อโรคไปแพร่สู่คนอื่นและป้องกันการตนเอง ดังนั้น ต้องหมั่นสังเกตสถานการณ์รอบตัว และควรหลีกเลี่ยงไม่ไปสถานที่ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรค COVID-19 เช่น พื้นที่แออัดมีคนเยอะและไม่มีการระบายอากาศ เช่น สถานีขนส่งมวลชน สนามกีฬา ห้องสรรพสินค้า และการคำนึงถึงการใช้สิ่งของสาธารณะร่วมกัน เช่น โต๊ะเก้าอี้ ปุ่มสวิตช์ จะต้องล้างมือ รวมถึงการมีปฏิริยาใกล้ชิดกับบุคคล เช่น การยืนพูดคุย ต้องมีระยะห่าง ดังนั้น บุคคลจะต้องป้องกันตนเองด้วยการสวมใส่หน้ากากอนามัยเสมอ และรักษาระยะห่างในประมาณ 1-2 เมตร เตรียมถุงสำหรับใส่สิ่งของมาเองและไม่ปะปนกับของใช้ส่วนตัวอื่นๆ เช่น ถุงเงินทอน บัตรจอดรถ ทั้งนี้ สามารถลดการเผชิญหน้ากับบุคคลได้โดยการใช้เทคโนโลยีสื่อสังคมออนไลน์ในการพูดคุย ติดต่อประสานงานได้ อย่างไรก็ตามนอกจาก บุคคลยังต้องมีการรักษาความสะอาดกับส่วนรวมเช่น การทิ้งหน้ากากอนามัย กระดาษชำระอย่างถูกวิธี ที่

ขยะให้ถูกประเภท รวมถึงการไอจาม จะต้องมีการฝึกการยกข้อพับแขนตรงข้อศอกปิดปากแทนการใช้มือปิดปาก 5) การดูแลสุขภาพกายและใจ โดยการสร้างเสริมสุขภาพกายในการออกกำลังกาย แม้มีข้อจำกัด ก็สามารถออกกำลังกายได้ที่บ้าน ดื่มน้ำให้พอเพียง ทานอาหารที่มีประโยชน์ พักผ่อนให้เพียงพอ งดการใช้สารเสพติด ยิ่งไปกว่านั้นการสร้างเสริมสุขภาพทางใจ ก็เป็นสิ่งสำคัญ ในการปรับตัวในวิถีใหม่ด้วยวิธีการจัดการกับความเครียด เพื่อเป็นการตั้งรับชีวิตวิถีใหม่ เช่นการยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้น จะทำให้บุคคลสามารถรับมือกับปัญหาได้อย่างรวดเร็ว การเรียนรู้ ศึกษา ติดตามข้อมูลข่าวสารจะช่วยให้บุคคลสามารถทราบวิธีการดูแลตนเอง อีกทั้งการจัดการ ความเครียดอีกวิธีการหนึ่ง คือ การมองโลกในแง่ดี ว่าไม่ว่าเหตุการณ์เลวร้ายแค่ไหน ก็จะอยู่ เพียงชั่วคราว หากอดทน และมีวิธีการจัดการตนเองก็จะสามารถผ่านพ้นช่วงเวลาวิกฤติไปได้ หรือ การจัดการความคิด มองเห็นโอกาสที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์วิกฤติ ซึ่งต้องอาศัยความคิดที่ ยืดหยุ่น เช่น การอยู่บ้าน ทำให้มีโอกาสในการออกกำลังกาย ทำอาหารหรือดูแลบุคคลใน ครอบครัว เป็นต้น

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสามารถสรุปได้ว่า พฤติกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่ หมายถึง ความสามารถของบุคคลในปรับตัวในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 โดย ควบคุมตนเองหรือจัดการสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อความไม่สุขสบายทางใจและทางร่างกาย ที่เกิดขึ้น จากผลการระบาดของโรค COVID-19 โดยการปรับรูปแบบการใช้ชีวิตเป็นวิถีใหม่เพื่อลด ความรุนแรงจากผลกระทบของความเครียด ให้ร่างกายและจิตใจของบุคคลกับสู่สมดุลปกติ และยังคงอยู่ได้ในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ได้ โดยมีองค์ประกอบของการจัดการ ความเครียด 2 องค์ประกอบ ได้แก่

1) การจัดการปัญหาตามแนววิถีใหม่ ทั้งนี้จากงานวิจัยของ Chew และคณะ (2020) ได้อธิบาย รูปแบบการจัดการปัญหาแบบมุ่งเน้นที่ปัญหาในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 เป็นการขั้นตอนของการลงมือกระทำ ผ่านการสร้างเสริมพลังในกับตนเอง (Self-empowerment) เพื่อลดอารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ และจัดหาวิธีการควบคุมตนเอง ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ตอบสนองการ ป้องกันตนเอง และบุคคลรอบข้างในด้านสุขภาพในสถานการณ์ COVID-19 เช่น การทำความสะอาดบ้าน โดยใช้น้ำยาฆ่าเชื้อ เพิ่มขั้นตอนการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น การดูแลบุคคลในครอบครัวและเพื่อน ทั้งนี้ ยังรวมถึงการติดตามข่าวของการระบาดของโรค COVID-19 ด้วยเช่นกัน และยังมีที่บุคคล หลีกเลี่ยงสถานที่ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เพื่อลดการถูกตีตรา สอดคล้องกับงานวิจัย ของ Wenning และคณะ (2020) ที่ศึกษารูปแบบการรับมือกับความเครียดของประชาชนเมือง ในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 พบว่า บุคคลที่มีวิธีการจัดการความเครียด

แบบลงมือกระทำในการจัดการปัญหา (Active Coping) คือ การจัดการความคิด การพูดคุยปรับทุกข์กับบุคคลอื่นนั้น

จากการประมวลเอกสาร พบว่า การจัดการปัญหาตามแนววิถีใหม่ หมายถึง การจัดการปัญหาที่ทำให้บุคคลเกิดความเครียดขึ้นเฉพาะ จากสถานการณ์ระบาดของโรค COVID-19 โดยมีการพฤติกรรมลงมือกระทำและกระบวนการคิด โดยมีจุดประสงค์ คือ การดูแลตนเอง และป้องกันการติดเชื้อโรค เช่น การสวมใส่หน้ากากอนามัยสม่ำเสมอ การล้างมืออย่างถูกวิธี การทำความสะอาดบ้าน หลีกเลี่ยงไม่เข้าไปในพื้นที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เป็นต้น

2. การจัดการอารมณ์ตามแนววิถีใหม่ จากทฤษฎีของ Lazarus และ Folkman (1984) อธิบายการจัดการอารมณ์ เป็นเป้าหมายในการลดระดับอารมณ์มากกว่าการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ความเครียด งานวิจัยของ Qian Hui Chew และคณะ (2020) ก็ได้อธิบายถึงการจัดการอารมณ์ในสถานการณ์ COVID-19 เช่น วิธีการแยกตัว และการปฏิเสธ เป็นการขาดปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมภายนอก และมีบุคคลบางกลุ่มที่พยายามปฏิเสธข้อมูลข่าวสารที่มากเกินไปของการระบาดโรค COVID-19 หรือแสดงออกในลักษณะของการอ่อนแอและภาวนา สอดคล้องกับงานวิจัยของ Fu และคณะ (Fu et al., 2020) ที่ศึกษารูปแบบ การจัดการความเครียดแบบถอยหนี (Passive Coping) ในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 คือ การพึ่งพิงผู้อื่นการแยกตัวจากสังคม การสูบบุหรี่หรือคลายเครียด เป็นต้น

จากการประมวลเอกสาร พบว่า การจัดการอารมณ์ตามแนววิถีใหม่ หมายถึง การจัดการปัญหาที่ทำให้บุคคลเกิดความเครียดขึ้นเฉพาะ จากสถานการณ์ระบาดของโรค COVID-19 โดยมีการพฤติกรรมลงมือกระทำหรือกระบวนการคิด โดยมีจุดประสงค์ เพื่อลดระดับความเครียดที่เกิดขึ้น โดยหลีกเลี่ยงหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การมองโลกในแง่ดีในช่วงการระบาดของโรค COVID-19 การออกกำลังกายผ่อนคลายความเครียด การปรับทุกข์หรือระบายความรู้สึกกับคนรอบข้าง เป็นต้น

2.3 การวัดพฤติกรรมจัดการความเครียดวิถีใหม่

ในการวัดพฤติกรรมจัดการความเครียดวิถีใหม่ ในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถาม มาปรับใช้โดยประยุกต์ใช้มาจากกรอบแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) ของบุคลากรทางการแพทย์ ของบุคลากรทางการแพทย์ จังหวัดนครราชสีมา ในการวัดพฤติกรรมจัดการความเครียดแบบวิถีใหม่ ประกอบด้วยมาตราประเมิน 6 ระดับ คือ “ปฏิบัติมากที่สุด” เท่ากับ 6 “ปฏิบัติมาก” เท่ากับ 5 “ปฏิบัติค่อนข้างมาก” เท่ากับ 4 “ปฏิบัติค่อนข้างน้อย” เท่ากับ 3 “ปฏิบัติน้อย” เท่ากับ 2 “ไม่เคยปฏิบัติเลย” เท่ากับ 1 โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้คะแนนสูงกว่า

แสดงว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมจัดการความเครียดแบบวิถีใหม่มากกว่า และบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมจัดการความเครียดวิถีใหม่

Zhi Ye และคณะ (Ye et al., 2020) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของการฟื้นคืนสภาพการสนับสนุนทางสังคม การจัดการความเครียดที่มีผลต่อการระดับความเครียดในสถานการณ์ระบาดของโรค COVID-19 ในนักศึกษามหาวิทยาลัย ในประเทศจีน และทำการวัดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การวัดข้อคำถาม 8 ข้อในการปรับตัวต่อสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 โดยประยุกต์จากแนวคิดของ กลยุทธ์ในการจัดการความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984) วัดโดยใช้การจัดการความเครียด 2 องค์ประกอบ ได้แก่ 1)การปรับตัวที่เหมาะสมได้ (adaptive coping strategies) ได้แก่ ความพยายามในปรับมุมมองอีกด้าน ตรวจสอบคุณภาพ มีความเชื่อมั่นรายด้านของครอบครัว เท่ากับ 0.89 และ 2)การปรับตัวที่ไม่เหมาะสม (maladaptive coping strategies) ได้แก่ การคลายเครียดด้วยการกิน ดื่ม และการใช้สารเสพติด ตรวจสอบคุณภาพมีความเชื่อมั่นรายด้านของ ครอบครัว เท่ากับ 0.70

Talae และคณะ (Talae et al., 2020) ได้ศึกษาความเครียดและภาวะหมดไฟในบุคลากรทางการแพทย์ระหว่างช่วงการระบาดของโรค COVID-19 โดยมีจุดประสงค์ ตรวจสอบคุณภาพของแบบคำถาม ที่ประเมินความเครียดและภาวะหมดไฟของบุคคลทางการแพทย์ในด้านค่าความเที่ยงตรง ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้แบบสอบถาม Depression, Anxiety and stress scale-21 (DASS-21) และแบบสอบถาม Copenhagen Burn out Interventory (CBI) โดยทำการศึกษาบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในประเทศอิหร่าน ผลการศึกษา พบว่าในแบบทดสอบพบว่าแบบทดสอบ DASS-21 และแบบวัด CBI มีค่าความเชื่อมั่น แบบครอบครัวคนในระหว่าง 0.80-0.95 ซึ่งอยู่ในระดับที่สูง ในการวัดระดับความเครียดและภาวะหมดไฟของบุคลากรทางการแพทย์ในการทำงานระหว่างการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ซึ่งในประเทศอิหร่าน เกิดวิกฤติทางสุขภาพ กับบุคลากรทางการแพทย์ โดยพบว่ามีการทำงานที่ เกินเวลา และต้องพบเจอกับความยากลำบากเรื่องขององค์ความรู้ในการรักษา รวมถึง การใส่อุปกรณ์ป้องกันโรค ซึ่งทำให้เพิ่มความเหนื่อยล้าและเผชิญกับภาวะกดดัน ทำให้เกิดผลเสียของสุขภาพจิตในบุคลากรทางการแพทย์

Benfante และคณะ (Benfante et al., 2020) ได้ทำการศึกษาความเครียดหลังประสบเหตุการณ์วิกฤติในบุคลากรทางการแพทย์ระหว่างช่วงการระบาดของโรค COVID-19 เป็นการศึกษา ทบทวนผลกระทบที่เกิดขึ้นนับพลัน จากการค้นหาบทความที่เกี่ยวข้องกับความเครียดในบุคลากร

ทางการแพทย์ ระหว่างวันเดือนมกราคมจนถึงเดือนมีนาคม ปี2020 ในฐานข้อมูลของ PubMed และ PsycINFO โดยใช้ค้นหา คำว่า “บุคลากรทางการแพทย์” และ “COVID-19” จำนวน 7 บทความ เนื่องจากบทความส่วนใหญ่เน้นมุ่งศึกษาความเครียดในประชากรทั่วไปในช่วงการระบาดของโรคCOVID-19 มีน้อยมากที่จะมุ่งศึกษาเฉพาะเจาะจงไปที่บุคลากรทางการแพทย์ โดยผลของการศึกษา พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่ต้องปฏิบัติงานในช่วงการระบาดของโรคCOVID-19 ต้องเผชิญกับความกดดันจากการทำงานสัมผัสกับผู้ป่วยติดเชื้อและยังมีความกังวลในการแพร่ระบาดของเชื้อโรคไปสู่คนรัก ทั้งนี้จากการศึกษาความเครียดหลังประสบเหตุการณ์วิกฤต เช่น เมืองอู่ฮั่น บุคลากรทางการแพทย์เพศหญิงประสบกับภาวะเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้าและการนอนหลับ อีกทั้งบุคลากรทางการแพทย์เพศชายเอง ก็พบปัญหาภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าด้วยเช่นกัน จึงสรุปจากการศึกษาได้ว่า ในการระบาดของโรคCOVID-19 บุคลากรทางการแพทย์ต้องประสบกับอาการเครียดและภาวะวิตกกังวลในระดับสูง จนทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและความเครียดหลังประสบกับเหตุการณ์วิกฤต(Traumatic Stress)

Rodriguez และ Sanchez (Rodríguez & Sánchez, 2020) ได้ทำการศึกษาผลกระทบทางจิตใจของโรค COVID-19 ในบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งนี้การแพร่ระบาดของโรค และทำให้บุคลากรทางการแพทย์ เกิดผลกระทบทางจิตใจในสถานการณ์ที่ไม่สามารถที่จะคาดเดาได้ชัดเจน อาทิ ภาวะหมดไฟในการทำงาน ความเครียดจนทำให้เกิดโรคความเครียดฉับพลันหลังประสบกับเหตุการณ์วิกฤต(Post-Traumatic Stress Disorder: PTSD) ทั้งนี้ในประเทศสเปน บุคลากรทางการแพทย์ต้องประสบกับปัญหาในการทำงานของระบาดของโรค COVID-19 ไม่ว่าจะเป็นการขาดแคลนอุปกรณ์ป้องกันโรค (PPE) ซึ่งต้องนำอุปกรณ์ป้องกันโรคที่ใช้แล้วมาใช้ซ้ำมากกว่าหนึ่งครั้ง และยังเพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อโรคเพิ่มขึ้น

Wang และคณะ (Hui Wang et al., 2020) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง บุคลากรทางการแพทย์ ที่ต้องดูแลผู้ป่วยโรคCOVID-19 จากมุมมองสังคมศาสตร์ ได้ทำการศึกษาแบบภาพตัดขวางในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ในช่วงการระบาดของโรค COVID-19 ระหว่างกุมภาพันธ์ถึงมีนาคม ปี 2020 ในเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน โดยใช้การวิเคราะห์ทางสถิติแบบถดถอยเชิงเส้น จำนวน 1,208 คน โดยใช้การแบบประเมินความเครียดที่ประยุกต์ใช้ในบุคลากรแพทย์ในการระบาดของโรค SARS (The Stress Scale of Caring for Highly Infection Disease Patients among Health Care Worker-Based on SARS) มีค่าความเชื่อมั่นของครอนบาคในด้านองค์ประกอบรวม และองค์ประกอบย่อย เท่ากับ 0.84-0.90 และมีค่าดัชนีความเที่ยงตรงเท่ากับ 0.92 จากผลการวิจัยพบว่า น้อยกว่าร้อยละ 60 ของบุคลากรทางการแพทย์มีระดับความเครียด

ปานกลางและส่วนใหญ่มีความเครียดระดับเล็กน้อย แต่ก็ยังมีความกลัวต่อการติดเชื้อและรู้สึกไม่สุขสบายในการใส่อุปกรณ์ป้องกันโรค

Apisarntharak และคณะ (Apisarntharak et al., 2020) ได้ทำการศึกษาผลกระทบของความวิตกกังวลและความเครียดต่อโรค COVID-19 ไปสู่การควบคุมการติดเชื้อแนวปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์ไทย โดยผู้วิจัยได้ทำการสำรวจโรงพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัย 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และโรงพยาบาลศิริราช รวมถึง โรงพยาบาลเอกชนอีก 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ และโรงพยาบาลจักษุรัตนิน ในช่วงวันที่ 1-31 มีนาคม 2020 จำนวน 160 คน เป็นเพศหญิง 95 คนและเพศชาย 65 คน จากผลการวิจัยพบว่า บุคลากรทางการแพทย์มีระดับความวิตกกังวลที่ระดับเล็กน้อยมาก ร้อยละ 31.8 มีความวิตกกังวลที่ระดับเล็กน้อย ร้อยละ 23.8 มีความวิตกกังวลที่ระดับปานกลาง ร้อยละ 14.4 และความวิตกกังวลที่ระดับรุนแรง ร้อยละ 8 ทั้งนี้บุคคลยังมีวิธีป้องกันการติดเชื้อโดยปฏิบัติมากที่สุดคือ การล้างมือ ร้อยละ 95.5 การสวมใส่หน้ากากอนามัยและอุปกรณ์ป้องกันโรค ร้อยละ 93.1 และการเว้นระยะห่างในโรงพยาบาล ร้อยละ 82 อีกทั้ง บุคคลยังได้เสนอแนวทางการจัดการกับอารมณ์ในช่วงการระบาดของโรค COVID-19 ได้แก่ 1) การให้คำแนะนำเรื่องแพร่เชื้อและการป้องกันตัว ร้อยละ 77 2) โรงพยาบาลมีการอุปกรณ์ป้องกันที่เพียงพอ ร้อยละ 71 3) การฝึกสติ ร้อยละ 55

ในบริบทของการเกิดเหตุการณ์วิกฤติเกี่ยวกับโรคระบาดอีก ยังมีการศึกษาของ Sheena Taha และคณะ (Taha, Matheson, Cronin, & Anisman, 2014) ได้ทำการศึกษาความไม่แน่นอน การประเมิน การปรับตัว และความวิตกกังวล กรณีศึกษาของการระบาดใหญ่ของโรคไข้หวัดใหญ่ H1N1 ในประเทศแคนาดา โดยทำการศึกษาการจัดการความเครียดของประชาชนทั่วไป จำนวน 1,027 คน มีอายุตั้งแต่ 18 ปี และได้ใช้กรอบแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) ในการอธิบายถึงความสามารถของบุคคลในการประเมินปัญหาและมีกลยุทธ์ในการจัดการความเครียดโดยใช้แบบวัดการจัดการความเครียดทั้งหมด 50 ข้อ โดยมาตรงคะแนน 5 คะแนน จากไม่เคย 1 คะแนนจนถึงบ่อยมาก 5 คะแนน โดยแบบวัดประกอบด้วยการจัดการความเครียดในช่วงการระบาดของไข้หวัดใหญ่ ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ 1) การจัดการความเครียดแบบมุ่งเน้นที่ปัญหา (Problem-Focused Coping) เป็นการจัดการปัญหาและการปรับเปลี่ยนความคิด ประกอบด้วย การจัดการปัญหา การปรับเปลี่ยนความคิด การหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม การทำกิจกรรม และมีอารมณ์ขัน มีค่าความเชื่อมั่นของครอนบาคเท่ากับ 0.84 2) การจัดการความเครียดแบบมุ่งเน้นที่อารมณ์ (Emotion-Focused Coping) เป็นการแสดงอารมณ์และการหลีกเลี่ยง ประกอบด้วย การตำหนิตนเอง ตำหนิคนอื่น การพิจารณาความรู้สึกข้างใน การมองโลกในแง่บวก

มากเกินไป การเก็บกตความรู้สึกร การระบายความรู้สึกร การปฏิเสธและการหลีกเลี่ยง มีค่าความเชื่อมั่นของครอนบาคเท่ากับ 0.90

ตอนที่ 3 ทฤษฎีที่ใช้วิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่

3.1 ปัจจัยด้านการรู้คิด (Cognitive Factors)

ปัจจัยด้านการรู้คิดกับพฤติกรรมกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่ จากการทบทวนวรรณกรรมพบความสัมพันธ์ของตัวแปรเชิงสาเหตุกับพฤติกรรมกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่ ดังต่อไปนี้

3.1.1 ความรอบรู้โรค COVID-19 (COVID-19 Literacy)

ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)

ผู้วิจัยเริ่มต้นค้นหาความหมายของ การรู้หนังสือ (Literacy) ซึ่งหมายถึงความสามารถในการเข้าใจภาษาในระดับที่เหมาะสมกับการติดต่อสื่อสาร และการทำงานตามระดับสังคมต่าง ๆ (วิกิพีเดีย, 2563)

จากนั้น ค้นหาความหมายของคำว่า Health Literacy ในภาษาไทยนั้นมีหลากหลายความหมาย จากข้อมูลที่ผู้วิจัยค้นคว้า พบว่ามีการใช้คำศัพท์ภาษาไทยที่ใช้อธิบายความหมายของ Health Literacy ได้แก่ 1) สถาบันสาธารณสุข มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (อ้างถึงใน วิทยาจันทร์ทา, 2559) ใช้คำว่า “ความฉลาดทางสุขภาพ” 2) สถาบันวิจัยสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล ใช้คำว่า “ความแตกฉานด้านสุขภาพ” (นภาพร วาณิชชกุล et al., 2557) 3) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ใช้คำว่า “การรู้เท่าทันสุขภาพ” 4) กองสุศึกษาและอังคินันท์ อินทรกำแหง ใช้คำว่า “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” (กองสุศึกษา, 2561; อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560)

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1998) อธิบายความหมายของ Health Literacy คือ การกระบวนกรทางสติปัญญา ทักษะทางสังคม ที่ก่อเกิดแรงจูงใจ และความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงการเข้าใจและใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมรักษาสุขภาพของบุคคลเองให้ดีขึ้น ทั้งนี้ ยังมีนักวิชาการต่างประเทศได้ ให้คำนิยามของความรอบรู้ด้านสุขภาพไว้ ดังต่อไปนี้

Parker และคณะ (Parker, Baker, Williams, & Nurss, 1995) อธิบายถึง ความรอบรู้เป็นความสามารถ ในการใช้ทักษะการอ่าน การเขียนและการคำนวณ ในระดับที่เพียงพอต่อความต้องการของชีวิตประจำวัน ทั้งนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จะต้องมีทักษะพื้นฐานในการอ่านการเขียนและการคำนวณที่เพียงพอ มีความสำคัญอย่างยิ่งในสภาพแวดล้อมการดูแลสุขภาพ เพราะบุคคลจะต้องมีส่วนร่วมในการวางแผน และการรักษา ทั้งการรักษาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่าง การดูแล ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ หมายถึงความสามารถในการใช้ทักษะ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เช่นใบสั่งยา บัตรนัดหมาย ฉลากยาและคำแนะนำในการดูแลสุขภาพที่บ้าน

Begoray และคณะ (Begoray & Kwan, 2011)ให้ความหมายว่า เป็นความสามารถสามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และสื่อสารข้อมูล ทางสุขภาพได้ตรงกับบริบทสถานการณ์เพื่อส่งเสริมและคงไว้ที่สุขภาพที่ดี

Edwards และคณะ (Edwards, Wood, Davies, & Edwards, 2012)อธิบายถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพ ว่าเป็นประสิทธิภาพของการใช้ข้อมูลด้านการสุขภาพ ซึ่งได้รับการแลกเปลี่ยนหรือการถ่ายทอดข้อมูลสุขภาพจากผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจร่วมกัน ซึ่งทำให้บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น และมีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น และพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและนำไปสู่ดูแลสุขภาพด้วยตนเอง เช่น การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยลง การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้านสุขภาพมากขึ้น ในทางตรงข้าม บุคคลที่มีความรู้และความเข้าใจด้านสุขภาพจำกัด จะทำให้การตัดสินใจในการดูแลตนเองน้อยลง เนื่องจากความเข้าใจที่จำกัด ทั้งการอ่านและการสื่อสาร จะทำให้เกิดการลดการปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์

Nutbeam (D. Nutbeam, 2008)กล่าวถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เกิดได้จากความศึกษาด้านสุขภาพและการสื่อสารที่สนับสนุนการเสริมสร้างศักยภาพในการตัดสินใจด้านสุขภาพ ทั้งนี้ความรอบรู้ ด้านสุขภาพ แสดงถึงทักษะทางความคิดและสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยกำหนดแรงจูงใจ รวมถึงก่อให้เกิดความสามารถของใน

Sorensenและคณะ (Sorensen et al., 2012)ให้คำอธิบายว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความเชื่อมโยง กับความรอบรู้และนำมาซึ่งความรู้ แรงจูงใจและความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ในการประเมินความรู้ และประยุกต์ใช้ความรู้ด้านสุขภาพอย่างมีวิจารณญาณ ในการดูแลส่งเสริมและป้องกันสุขภาพ และยังคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิต

อย่างไรก็ตามในประเทศไทย กองสุขภาพ (2561) อธิบายเกี่ยวกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) เป็นทักษะทางสติปัญญา และสังคมของบุคคลที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจ ในการเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพในการส่งเสริมและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีเพื่อตนเอง ครอบครัวและชุมชน ผู้ที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพนั้น จะต้องมีทักษะด้านการฟัง พูด อ่าน เขียน เพื่อเข้าใจและการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน มีทักษะด้านการสื่อสาร เลือกลงและประยุกต์ใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงภาวะสุขภาพของตนเอง และมีทักษะทาง

ปัญญาและสังคมเพื่อเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร วิเคราะห์และจัดสถานการณ์ในการดูแลและจัดการสุขภาพตนเองให้เหมาะสม

ทักษะทางปัญญาและสังคมเพื่อเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร วิเคราะห์และจัดสถานการณ์ในการดูแลและจัดการสุขภาพตนเองให้เหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยสามารถสรุปได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ความสามารถทางปัญญาของบุคคล และการมีทักษะการเข้าสังคม ในการเชื่อมโยงความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและประยุกต์ใช้ความรู้ในการดูแลตนเอง

องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

Nutbeam (Don Nutbeam, 2000) ได้อธิบายองค์ประกอบของ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็น 3 องค์ประกอบได้แก่

ตาราง 1 ระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพ/ เป้าหมายในการศึกษา	ความหมาย	ผลลัพธ์	
		ประโยชน์ ต่อบุคคล	ประโยชน์ ต่อสังคม
1.ระดับพื้นฐานBasic /Functional Health Literacy	การถ่ายทอดข้อมูล และข้อเท็จจริง ที่เป็น ความเสี่ยงของ สุขภาพ และศูนย์ดูแล สุขภาพ	พัฒนาความรู้ เกี่ยวกับความเสี่ยง ทางสุขภาพ บริการ ทางสุขภาพ คำแนะนำ	เพิ่มการมีส่วนร่วม โปรแกรมสุขภาพ ของประชากร ใน ลักษณะการคัดกรอง
2.ระดับปฏิสัมพันธ์ Interactive Health Literacy	เป็นระดับที่สูงขึ้นไป ที่บุคคลมีโอกาสใน การพัฒนาทักษะด้าน ความรู้ทางด้าน สุขภาพของตนเอง ใน สิ่งแวดล้อมที่เอื้อกุล	พัฒนา ความสามารถ พึ่งพาตนเอง ใน ด้านความรู้ และแรงจูงใจ ความ เชื่อมั่นในตนเอง	พัฒนาความสามารถ ในการปฏิสัมพันธ์ใน เชิงสังคมกับกลุ่ม และส่งเสริมต่อ บรรทัดฐาน

ตาราง 1 (ต่อ)

ระดับของความรอบรู้	ความหมาย	ผลลัพธ์	
		ประโยชน์ต่อบุคคล	ประโยชน์ต่อสังคม
<p>ด้านสุขภาพ/ เป้าหมายใน การศึกษา</p>			
3. ระดับวิจารณ์ญาณ	เป็นระดับการจัดการหา	พัฒนาความ	พัฒนาการกระทำใน
Critical Health	ของข้อมูลในสังคม	สามารถในการฟื้น	ด้านสุขภาพในสังคม
Literacy	รวมถึงผลลัพธ์ปัจจัย	คืนสภาพ	และเพิ่มแรงผลักดัน
	กำหนดสุขภาพ และ		ในชุมชน
	โอกาสในการเข้าถึง		
	นโยบาย ในการ		
	เปลี่ยนแปลงการ		
	บริหาร		

ที่มา Nutbeam (2000)

อย่างไรก็ตาม องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามแนวคิดของ Sorensen และคณะ (2012) ได้อธิบายไว้ว่า มี 4 ด้าน ได้แก่

1. การเข้าถึง (Access) คือความสามารถในการค้นหาและรับข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
2. ความเข้าใจ (Understand) คือความเข้าใจหมาย ถึงความสามารถในการเข้าใจข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพที่เข้าถึงได้
3. การประเมิน (Appraise) คือ เป็นความสามารถในการแปลความ ไตร่ตรอง ตัดสินและประเมินข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับ
4. การประยุกต์ (Apply) คือ ความสามารถในการสื่อสารและใช้ข้อมูลเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อตัดสินใจในการรักษาและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี

Matrixการประ อีเยกต์ควมรอบรู้ด้านสุขภาพ 4 องค์ประกอบกับบริบทสุขภาพ 3 ด้าน

ตาราง 2 Matrixการประยุคต์ควมรอบรู้ด้านสุขภาพ 4 องค์ประกอบกับบริบทสุขภาพ 3 ด้าน

บริบท	การเข้าถึง ข้อมูลเกี่ยวกับ สุขภาพ	ความเข้าใจ ข้อมูลด้าน สุขภาพ	การประเมิน ข้อมูลด้าน สุขภาพ	การนำเอา ข้อมูล
1.การรักษา	สามารถเข้าถึง ข้อมูลการรักษา	สามารถเข้าใจ ข้อมูลทาง การแพทย์และ เข้าใจ ความหมายจาก ข้อมูลที่ได้มา	สามารถแปล ความและ ประเมินข้อมูล ทางการแพทย์ได้	สามารถ ตัดสินใจอย่าง ฉลาดจากข้อมูล ทางการแพทย์ที่ ได้รับ กับสุขภาพ ของตนเอง
2.การป้องกัน	สามารถเข้าถึง ข้อมูลด้าน ปัจจัยเสี่ยงต่อ สุขภาพ	สามารถเข้าใจ ข้อมูลด้านปัจจัย ความเสี่ยงต่อ สุขภาพ จาก ข้อมูลที่ได้มา	สามารถแปล ความและ ประเมินด้าน ปัจจัยความเสี่ยง ต่อสุขภาพ	สามารถ ตัดสินใจอย่าง ฉลาดจากข้อมูล ปัจจัยความเสี่ยง ต่อสุขภาพของ ตนเอง
3.การส่งเสริม	สามารถรับรู้ ข้อมูลปัจจัย กำหนดสุขภาพ ของตนเองใน ปัจจุบันที่ ใน สังคม สิ่งแวดล้อม	สามารถเข้าใจ ข้อมูลปัจจัย กำหนดสุขภาพ ของตนเองใน สังคมและ สิ่งแวดล้อมที่ ได้รับมา	สามารถแปล ความและ กำหนดปัจจัย สุขภาพของ ตนเองในสังคม และสิ่งแวดล้อม	สามารถ ตัดสินใจอย่าง ฉลาดจากข้อมูล สุขภาพของ ตนเองในสังคม และสิ่งแวดล้อม ที่ได้รับมา

ทีมา Sørensen และคณะ (2012)

ความหมายของความรอบรู้โรค COVID-19 (COVID-19 Literacy)

ผู้วิจัยมีความสนใจในการศึกษา โดยนำเอาแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Sorensen (2012) ทั้ง 4 องค์ประกอบมาประยุกต์ในการศึกษาตัวแปรเรื่องความรอบรู้โรค COVID-19 ให้ความหมาย ว่าความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเป็นกระบวนการทางปัญญา (Cognitive apprise) ในการเผชิญกับตัวกำหนดปัญหาสุขภาพ ซึ่งในการศึกษาผู้วิจัยสนใจศึกษาบริบทของความรู้ในเรื่องการระบาดของโรคและวิธีการป้องกันโรค COVID-19 โดยการเข้าถึงข้อมูล ประเมินข้อมูลที่ได้รับและประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ทั้งนี้ในสำหรับความหมายอื่น ของความรอบรู้การระบาดของ COVID-19 ได้แก่ นายแพทย์ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล(ชลทิศ ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล, 2563) ได้อธิบายถึงความรอบรู้โรค COVID-19 โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด Janz และ Becker (1984 อ้างถึงใน ชลทิศ ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล, 2563) ได้ใช้โมเดล Health Belief Model ได้แก่

1) ตัวแปรด้านประชากรและจิตสังคม (Demographic and psychosocial variable) ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา เชื้อชาติ ที่มีผลต่อการรับรู้ของบุคคล เช่น การรับรู้ของปัจเจกบุคคลเอง การรับรู้ภัยพิบัติ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคในด้านมาตรการป้องกัน COVID-19

2) การรับรู้ของปัจเจกบุคคล (Individual Perception) โดยบุคคลรับรู้ข้อมูลของโรค COVID-19 ว่าเป็นโรคติดต่อได้ง่ายและระบาดไปทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ซึ่งนักท่องเที่ยวชาวจีนเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงมากที่สุด จึงมีโอกาสเสี่ยงมากที่สุด (Perceived Susceptibility to disease) และรับทราบว่า โรค COVID-19 หากติดเชื่อแล้ว มีความรุนแรงมากจนเสียชีวิต (Perceived Severity of disease)

3) การรับรู้ภัยคุกคามจาก COVID-19 (Perceived Threat of disease) เป็นการรับรู้ของประชาชนทั่วไป ที่ส่งผลเสียรุนแรงต่อสุขภาพ ยังกระทบต่อเศรษฐกิจและความเป็นอยู่ของตนเอง ดังนี้

3.1) โรค COVID-19 สามารถติดต่อได้ง่าย ยังไม่มีวัคซีนและยารักษาโรค หากติดเชื่อแล้วจะมีอาการปอดอักเสบรุนแรงจนเสียชีวิตได้

3.2) โรค COVID-19 ส่งผลกระทบต่อสถานะเศรษฐกิจ ที่เป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพ เช่นจ้างงานที่น้อยลง และมาตรการกักตัว การหยุดอยู่กับบ้าน คาดว่าค่า GDP ของทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยจะลดลง

4) การกระทำที่ส่งสัญญาณเป็นนัย (Cue to Action) ทำให้ประชาชนรับรู้ถึงภัยคุกคามจากโรค COVID-19 มากขึ้น และยังเพิ่มโอกาสที่จะเกิดพฤติกรรมป้องกันตนเองมากขึ้น ได้แก่ พุดคุย ข่าวสารจากสื่อ ซึ่งมีทั้งข้อเท็จจริงและข่าวลวง ซึ่งต้องมีการตรวจสอบและแก้ไข

4.1) การนำเสนอจากสื่อกระแสหลักและสื่อโซเชียล มีเดีย ทั้งข่าวสารการระบาดที่แพร่ไปทั่วโลก การเสียชีวิตของประชาชน บุคลากรทางการแพทย์ ตลอดจนนักการเมือง และสื่อ ยังเสนอข่าวว่า ประชาชนจะต้องกักตัว 14 วัน หลังจากสัมผัสผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

4.2) ในประเทศไทย ประชาชนได้รับคำแนะนำจากกระทรวงสาธารณสุข หรือสื่อออนไลน์ เกี่ยวกับมาตรการป้องกัน เพื่อไม่ให้โรค COVID-19 แพร่ระบาดไปในระดับที่รุนแรงขึ้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และเศรษฐกิจ

4.3) การรับข้อมูลข่าวสารที่มากเกินไป จากการแลกเปลี่ยน

5) การรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับหักล้างด้วยอุปสรรคในการดำเนินการตามมาตรการป้องกัน (Perceive Benefit minus barrier to preventive measure) ถ้าประชาชนรับรู้ประโยชน์ที่ได้จากมาตรการป้องกันการติดเชื้อมากกว่าความยากลำบาก มีที่จะเพิ่มโอกาสในการกระทำตามมาตรการ

6) การรับรู้ตนเอง ด้านสามารถปฏิบัติตามมาตรการป้องกัน (Perceived Self Efficacy) หากมีมาตรการป้องกันตนเองที่ยาก ประชาชนมีแนวโน้มจะเกิดพฤติกรรมป้องกันตนเองได้น้อย เช่น การควบคุมอาหาร ออกกำลังกายอย่างเคร่งครัด ในทางกลับกัน ถ้าเป็นมาตรการที่เข้าถึงได้ง่าย เช่น การสวมใส่หน้ากากอนามัย การล้างมือ หยัดอยู่บ้าน เป็นเรื่องที่ไม่ยาก ที่จะทำให้ประชาชนเกิดพฤติกรรมป้องกันตนเองมากขึ้น

7) ความน่าจะเป็นที่จะดำเนินการตามมาตรการป้องกันโรค (Likelihood of taking recommend prevention Action) มาตรการป้องกันที่เป็นไปได้ มีแนวโน้มที่ประชาชนจะให้ความร่วมมือ

จากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องความรอบรู้โรค COVID-19 ซึ่งความรอบรู้โรค COVID-19 หมายถึง ความสามารถและทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมของบุคลากรทางการแพทย์ ในการเข้าถึงข้อมูลความรู้ด้านการระบาดของโรค COVID-19 มาตรการของป้องกันโรค รวมถึงประเมินความรู้ความเข้าใจในการป้องกันตนเองและนำมาปฏิบัติโดยการประยุกต์ใช้ในวิถีชีวิตประจำวัน โดยมีตัวแปรสังเกตและองค์ประกอบ 4 ด้าน ดังนี้

1) ด้านการเข้าถึง หมายถึง ความสามารถในการค้นคว้าและเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับการระบาดของโรค COVID-19 ที่เป็นตัวกำหนดปัญหาด้านสุขภาพรวมถึงสถานบริการสุขภาพ

2) ด้านการเข้าใจ หมายถึง ความสามารถในการเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับการระบาดของโรค COVID-19 และตัวกำหนดปัญหาด้านสุขภาพอย่างถูกต้อง

3) ด้านการประเมิน หมายถึง ความสามารถในการพิจารณา ไตร่ตรองรวมถึงการประเมินข้อมูลเกี่ยวกับการระบาดของโรค COVID-19

4) ด้านการประยุกต์ใช้ หมายถึง ความสามารถในการสื่อสารเกี่ยวกับข้อมูลของโรค **การวัดความรู้โรค COVID-19**

จากการทบทวนเอกสาร พบงานวิจัยที่ใช้แบบวัดความรู้ทางสุขภาพ อาทิ แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ The European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q) ของ Sorensen (2012) ประกอบด้วย 3 ขอบเขต ได้แก่ 1) ขอบเขตด้านการดูแลสุขภาพ 2) ขอบเขตด้านการป้องกันโรค 3) ขอบเขตด้านการส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้ Osborne และคณะ (2013) ได้พัฒนาแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy Questionnaire: HLQ) โดยมีจุดประสงค์ในการวัดความรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไป ผู้ป่วยหรือผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งแบบสอบถามได้รับการพัฒนา โดยตรงจากการให้คำปรึกษาข้อมูลและประชุม เพื่อการรวบรวมองค์ความรู้เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ หลังจากนั้นได้ทดสอบการวิเคราะห์เชิงโครเมตริก รวมถึงปัจจัยยืนยันการวิเคราะห์ (CFA) และทฤษฎีการตอบสนองของรายการ พบว่า มี 9 องค์ประกอบ จำนวน 44 ข้อคำถาม 9 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความเข้าใจและการสนับสนุนจากผู้ให้บริการสุขภาพ 2) การมีข้อมูลในการจัดการสุขภาพที่เพียงพอ 3) การจัดการสุขภาพเชิงรุก 4) การสนับสนุนทางสังคมด้านสุขภาพ 5) การประเมินข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ 6) ความสามารถที่จะมีส่วนร่วมกับผู้ให้บริการสุขภาพ 7) การเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพ 8) ความสามารถด้านข้อมูลสุขภาพ 9) ความพอเพียงในการเข้าใจข้อมูลสุขภาพและการปฏิบัติ

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพโดยประยุกต์สร้างกรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของของ (Sorensen et al., 2012) และได้พัฒนาความรู้รอบด้านสุขภาพของ อังคินันท์ อินทรกำแหง (2560) เป็นแบบวัดความรู้การระบาดของโรค COVID-19 เป็นวัดมาตรฐานประเมินค่า 4 ระดับ คือ “จริงที่สุด” เท่ากับ 4 คะแนน “ค่อนข้างจริง” เท่ากับ 3 คะแนน “จริงบางครั้ง” เท่ากับ 2 คะแนน “ไม่จริงเลย” เท่ากับ 1 คะแนน ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้คะแนนความรู้โรค COVID-19 สูง บ่งชี้ถึงเป็นผู้ที่มีความรู้โรค COVID-19 ได้ดีกว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้โรค COVID-19

Montano และ Acebes (Montano & Acebes, 2020) ได้ทำการศึกษาตัวแปรทำนายความเครียด ภาวะเศร้า ของชาวฟิลิปปินส์ โดยทำการส่งหากลุ่มตัวอย่างผ่านทางสื่อสังคมออนไลน์ อาทิ Facebook และได้ทำการส่งอีเมลล์แบบสอบถามไปให้กลุ่มตัวอย่างที่สนใจเข้าร่วมทั้งสิ้น 433 คนในช่วงอายุ 15-65 ปี และได้ส่งแบบสอบถามสำรวจข้อมูลชีวิตสังคม เช่น เพศ อายุ ถิ่นที่อยู่ และโรคประจำตัว พบว่ากลุ่มตัวอย่างเครียด มีความยากลำบากในการนอนหลับ ทั้งนี้นอกจากความเครียดเรื่องโรค COVID-19 แล้ว กลุ่มตัวอย่างยังมีความเครียดเรื่องของภาวะว่างงาน และมีความกลัวการติดเชื้อจากการไปยังศูนย์บริการสุขภาพ สถานที่สาธารณะ การสัมผัสกับตู้กดเงิน (ATM) รวมถึงการจ่ายเงินด้วย ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะว่า การที่จะลดความเครียดและความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างในช่วงการระบาดของ COVID-19 จะต้องเพิ่มปัจจัยเชิงบวก เช่น การฟื้นคืนสุขภาพ (Resilience) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ด้วยเช่นกัน

Alijassim และ Ostini (Alijassim & Ostini, 2020) ได้ทำการศึกษาผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพในสิ่งแวดล้อมของความเครียดของผู้ป่วย : การทบทวนวรรณกรรมแบบมีระบบ (a systematic review) โดยเป็นเป็นการศึกษาสังเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพในบริบทสิ่งแวดล้อมที่ต่างกัน โดยมุ่งเน้นในการค้นคว้าเกี่ยวกับผู้ป่วย ความเครียดและสถานการณ์การดูแลสุขภาพ จากงานวิจัยทั้งหมด 24 งาน ซึ่งจากผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า จุดแข็งของความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์สุขภาพและความเครียดของผู้ป่วย ทั้งนี้การกระทำในสถานการณ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยส่งผลให้เกิดความเครียด เช่น สถานการณ์ในห้องผู้ป่วยวิกฤต (ICU) เป็นสิ่งแวดล้อมที่ทำให้ผู้ป่วยเครียด ทั้งนี้ยังพบหลักฐานว่า ความสำคัญของความเครียดในความสัมพันธ์ระหว่าง สถานการณ์สุขภาพและความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวข้องกับระดับความเครียดสูง ซึ่งจะส่งผลให้ต่อการตัดสินใจที่ผิดพลาดและเป็นผลเสีย ดังนั้นสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด มีผลกระทบต่อความรู้ด้านสุขภาพเนื่องจาก บุคคลมีข้อจำกัดในด้านการตัดสินใจด้านการดูแลสุขภาพของตนเอง

Dodson และคณะ (Dodson, Osicka, Huang, McMahon, & Roberts, 2016) ได้ทำการศึกษาการวัดและประเมินความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างประชาชนที่ได้รับการฟอกไตที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและคุณภาพชีวิต โดยทำการกลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 คน อายุระหว่าง 26-93 ปี โดยเป็นผู้ป่วยโรคไตที่มีภาวะแทรกซ้อนเป็นโรคเบาหวาน และโรคหัวใจ โดยใช้แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ (HLQ) ประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยที่ฟอกไต ประกอบด้วย 1) การสนับสนุนทางสังคมด้านสุขภาพ 2) ความสามารถในการมีส่วนร่วมกับการดูแลสุขภาพใน

สถานบริการสุขภาพ 3)ความสามารถในการเข้าถึงระบบการรักษาสุขภาพ 4)ความสามารถในการหาข้อมูลสุขภาพ และ5)ความสามารถในเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยในการเข้าถึง ประเมิน ทำความเข้าใจและสามารถนำข้อมูลทางสุขภาพมาตัดสินใจในการดูแลตนเอง ซึ่งในผู้ป่วยโรคไต ความรอบรู้ของโรคไตคือ การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพจากผู้เชี่ยวชาญ และสามารถนำไปใช้ในกิจกรรมการดูแลตนเอง การสังเกตอาการของโรค การเข้าถึงศูนย์บริการทางสุขภาพและการใช้ชีวิตให้สมดุลทั้งในด้านชีวิตส่วนตัวและการรักษาโรค ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไต มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นอย่างดี ทั้งในด้านการเข้าถึงข้อมูล และการเข้าถึงศูนย์บริการสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ทำได้น้อย คือระดับการทำกิจกรรมในการดูแลตนเอง ซึ่งอาจเป็นผลจากความเปราะบางในการฟอกไต ระดับการสนับสนุนทางด้านสุขภาพน้อยที่ผลต่อการดูแลตนเอง ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำมีแนวโน้มจะมีระดับความเครียดสูง และทำให้แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพน้อยลง

จากการทบทวนวิจัยข้างต้น สามารถสรุปได้ว่าความรอบรู้โรค COVID-19 เป็นปัจจัยทางการรู้คิด ที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่ โดยผู้วิจัยคาดว่า บุคลากรทางการแพทย์ ในจังหวัดนครราชสีมา ที่มีความรอบรู้โรค COVID-19 ในระดับสูงจะมีพฤติกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่ได้ดีกว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรอบรู้โรค COVID-19 น้อยกว่า

3.2.1 การรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสาร (Infodemic)

ความหมายของการระบาดของข้อมูลข่าวสาร

การรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสาร ในบริบทของสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ก่อให้เกิดข้อมูลข่าวสารมากมาย และในการรับข่าวสารเหล่านี้ จึงเป็นกระบวนการรับรู้ของบุคคล บุคลากรทางการแพทย์เองก็เช่นกัน ย่อมมีการรับรู้เกี่ยวกับข่าวสารและการรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูล โดยแสงเดือน ทวีสิน (แสงเดือน แสงเดือน ทวีสิน, 2545) การรับรู้หมายถึง การที่บุคคลนำข้อมูลที่ได้จากความรู้สึกสัมผัส (Sensation) ที่เป็นข้อมูลดิบ (Raw Data) ผ่านประสาทสัมผัสทั้ง 5 อันประกอบ ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น และกาย จากนั้น บุคคลจะมีการจำแนก แยกแยะ คัดเลือก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยกระบวนการทำงานของสมอง แปลความสิ่งที่ได้เป็นความหมาย ในการนำไปใช้ในการเรียนรู้ ซึ่ง ฉัตรยาพร เสมอใจ (ฉัตรยาพร ฉัตรยาพร เสมอใจ, 2550) ให้ความหมายการรับรู้ ว่าเป็นกระบวนการที่บุคคลและแปลความสิ่งเร้า ในการเข้าใจความหมายของโลก ผ่านประสาทสัมผัส ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น กายสัมผัสและความรู้สึก ซึ่งมีความสอดคล้องกับประสบการณ์เดิมที่ส่งผลต่อการรับรู้ อีกทั้งเพ็ญศิริ เพ็ญศิริ โชติพันธุ์ (2551) อธิบายการรับรู้ เป็นกระบวนการจากการสัมผัส ในการตีความต่อสิ่งเร้าที่มากกระทบต่อบุคคล

ดังนั้น การรับรู้จึงเป็นปัจจัยภายในของบุคคลเอง ในการแปลความต่อสิ่งเร้าผ่านประสบการณ์ส่วนบุคคล ทั้งนี้บุคลากรทางการแพทย์ ที่ปฏิบัติหน้าที่ตามโรงพยาบาลเองในสถานการณ์การรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค COVID-19 เกิดข้อมูลข่าวสารจำนวนมาก ทั้งในสื่อสังคมออนไลน์และสังคมทั่วไป ส่วนหนึ่งข้อเท็จจริงแล้ว อย่างไรก็ตามยังมี ข้อมูลข่าวสารที่ไม่ถูกต้อง การรับรู้ข้อมูลข่าวสารปลอมยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตต่อบุคลากร รวมถึงการส่งผลกระทบต่อระบบการสาธารณสุข ในด้านประสิทธิภาพของการระงับยั้งการระบาดของโรค COVID-19 ด้วยเช่นกัน (WHO, 2020) และการรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูล สร้างความตื่นตระหนกและความสับสน เป็นอุปสรรคต่อการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (WHO, 2020)

ในปัจจุบัน บุคลากรทางการแพทย์ต้องรับรู้ข้อมูลสารผ่านทางช่องทางมากมายในแต่ละวัน เรียกว่า การระบาดของข้อมูล (Infodemic) เป็นอีกหนึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่มีข้อเท็จจริงเพียงเล็กน้อย หรือเป็นข่าวที่ไม่มีข้อมูลที่เป็นความจริงเลย โดยเกิดจากแหล่งข้อมูลที่ไม่มีความน่าเชื่อถือ ทั้งนี้ ข่าวสารบางอย่าง ก็ยังเป็นเนื้อหาข่าวที่สามารถตรวจสอบได้ แต่เขียนด้วยความอคติ นำเสนอในมุมมองเพียงด้านเดียวและเป็นข่าว ที่โน้มน้าวจิตใจให้บุคคลเกิดความตื่นตระหนก จากสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลความหมายของการระบาดของข้อมูล ดังต่อไปนี้

ความหมายของการการระบาดของข้อมูล (Infodemic) เป็นศัพท์ใหม่ที่ถูกใช้จากองค์กรอนามัยโลก ในเดือนกุมภาพันธ์ ปี 2020 หมายถึงข้อมูลที่ผิดพลาด และเชื่อมโยงเกี่ยวกับการระบาดของโรค COVID-19 และในพจนานุกรมของ Collin คำว่า “Infodemic” หมายถึง ข้อมูลจำนวนมากเกินไปที่ก่อให้เกิดปัญหาและจัดการได้ยากขึ้น (Collins Dictionary, 2013) อธิบายคำว่า Infodemic เกิดจากการผสมผสานของคำว่า “Information” หมายถึง ข้อมูล และ “Epidemic” หมายถึง การแพร่ระบาด ซึ่งแปลว่า ข้อมูลจำนวนมากที่เกี่ยวข้องภาวะวิกฤต ที่ได้แพร่ระบาดอย่างรวดเร็วและมีความยากลำบากในการแก้ไขปัญหา

ซึ่งจากการสืบค้นข้อมูลพบว่า Ireton และ Posetti (Ireton & Posetti, 2018) อธิบายในหนังสือการจัดการกับข้อมูลข่าวปลอมของ UNESCO ว่า การรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลเป็นการใช้ข่าวปลอม หรือแม้แต่สื่อปลอมมากมายเพื่อรายงานข่าว และมีความเสี่ยงที่จะถูกนำไปใช้หาผลประโยชน์ทางการเมืองและถูกนำไปใช้เป็นอาวุธในวงการธุรกิจข่าวสารในการทำลายการรายงานข่าวของบุคคลฝ่ายตรงข้ามที่เป็นคู่แข่ง โดยการใช้ข้อมูลข่าวสารที่ผิด ซึ่งการรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูล จัดเป็นลักษณะความผิดปกติของข้อมูลข่าวสาร (Information Disorder) แบ่ง

ออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ 1) ข้อมูลผิด (Mis-Information) 2) ข้อมูลบิดเบือน (Dis-Information) 3) ข้อมูลที่แฝงเจตนาร้าย (Mal- information) จากการเกิดข่าวปลอม ทำให้ Council of Europe (2017) ได้อธิบายเรื่องของลักษณะของข้อมูลข่าวสารที่ผิดมีแนวคิดทั้งหมด 3 ประการ ได้แก่ 1) ข้อมูลบิดเบือน (Dis-information) หมายถึง ข้อมูลเท็จและสร้างขึ้นโดยเจตนา เพื่อทำร้ายบุคคล กลุ่มสังคมองค์กร หรือประเทศ 2) ข้อมูลผิด (Mis-information) หมายถึง ข้อมูลเท็จ แต่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายและ 3) ข้อมูลที่มีเจตนาร้ายแอบแฝง (Mal-information) ข้อมูลที่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง แต่บิดเบือนเพื่อก่อให้เกิดอันตราย ต่อบุคคล องค์กร หรือประเทศ

ทั้งนี้ พิจิตรา สีคาโมไต (2562 อ้างถึงใน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2562) ได้แบ่งตามระดับความรุนแรงของข้อมูลข่าวสารที่ผิด ลักษณะ 3 ประเภท ได้แก่ 1) ข่าวสารที่ไม่เหมาะสม (Mis-Information) เป็นเผยแพร่ข่าวปลอมโดยไม่ได้ตั้งใจ ซึ่งผู้ส่งสารไม่มีเจตนาในการกลั่นแกล้งบุคคลอื่น แต่เป็นเผยแพร่ข้อมูลเพราะเกิดจากการขาดความรู้ 2) ข่าวสารที่บิดเบือน (Dis-Information) เป็นข่าวปลอมที่มีเจตนาไม่ดี ในการทำร้ายและกลั่นแกล้งบุคคลอื่น มีจุดประสงค์ชักนำความคิดในสังคม หรือต้องการปิดบังความจริง 3) ข่าวสารที่ผิดพลาด (Mal-Information)

เป็นข่าวปลอมเกิดจากความเกลียดชัง ซึ่งเนื้อหาข่าวอาจมีข้อเท็จจริง แต่ผู้สร้างมีเจตนาในการดูหมิ่น เหน็บแนม สร้างความเกลียดชังให้แก่ผู้ตกเป็นข่าว และเกิดการแบ่งแยกในสังคม

ทั้งนี้ มูลนิธิส่งเสริมสื่อเด็กและเยาวชน สถาบันสื่อเด็กและเยาวชนร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2562) ได้อธิบายรูปแบบเนื้อหาของข่าวปลอมโดยอ้างอิงจากรายการ First Draft News ที่ตั้งขึ้นเพื่อจัดการกับข่าวปลอม ได้จัดรูปแบบเนื้อหาของข่าวปลอมไว้ 7 แบบโดยเรียงตามความรุนแรงจากน้อยไปหามาก ดังนี้

1. เนื้อหาล้อเลียน (Satire or Parody) เป็นข่าวที่มีเนื้อหาล้อเลียน ไม่ได้มีเจตนาในการสร้างความเข้าใจผิดหรือโน้มน้าวจิตใจผู้รับสาร แต่มีจุดประสงค์ในการ สร้างความขบขัน และมักเป็นการล้อเลียนสถานการณ์ทางการเมือง หรือ ล้อเลียนบุคคลที่มีชื่อเสียง โดยรูปแบบเนื้อหาข่าวล้อเลียนบางข่าว อาจมีความคล้ายกับความเป็นจริงจนผู้รับสารเกิดความเข้าใจผิดได้

2. เนื้อหาไม่ตรงพาดหัว (False Connection) เป็นข่าวที่มีการเชื่อมโยงเนื้อหาที่ผิดรูปแบบหรือคำบรรยายไม่ได้มีเนื้อหาในข่าวจริง หรือโยงเนื้อหาสองอย่างที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกันมาร่วมกันในข่าวเดียวกัน โดยมีจุดประสงค์ เร้าอารมณ์ให้ผู้รับสารเข้ามาอ่าน เช่น เน้นพาดหัวข่าวหรือหัว โดยการใช้ข้อมูลหรือรูปภาพ เพื่อดึงความสนใจเข้ามาอ่าน

3. เนื้อหาชี้้นำ (Misleading) เป็นข่าวที่มีเนื้อหาข้อเท็จจริง แต่มีเนื้อหาบิดเบือนและจงใจใส่ร้ายบุคคลอื่น โดยการใช้นโยบายชี้้นำไปที่ผู้รับสารด้วยอคติของผู้ส่งสาร ยกตัวอย่างเช่น ข่าวที่รัฐบาลไทยมีนโยบายในการใช้กัญชาเสรี โดยผู้ส่งสารหรือนักข่าว สร้างเนื้อหาข่าวที่ชี้้นำให้ประชาชนเข้าใจผิดว่าสามารถใช้กัญชาอย่างถูกกฎหมายได้ แต่ในความจริงเป็นนโยบายในการนำกัญชามาใช้ประโยชน์ในทางการแพทย์เท่านั้น

4. เนื้อหาที่ผิดบริบท (False Context) เป็นข่าวที่มีเนื้อหาข้อเท็จจริง แต่ถูกนำเอาบริบทอื่นมาเชื่อมโยงทำให้ผู้รับสารตีความผิด เช่น เนื้อหาของข่าวเป็นข้อเท็จจริงแต่นำภาพประกอบจากแหล่งอื่นมานำเสนอเป็นข่าวเดียวกัน ยกตัวอย่างเช่น มีข่าวกัญชาจับกุมเหลื่อมเข้าบ้าน ซึ่งเป็นเนื้อข่าวเป็นข้อเท็จจริง แต่นำภาพประกอบของนาคนาคจากภาพยนตร์มาประกอบทำให้ผู้รับสารเข้าใจผิดว่า ฆาตกรจับตัวใหญ่มาก

5. เนื้อหาแอบอ้าง (Impostor) เป็นข่าวที่มีเนื้อหาแอบอ้างบุคคลอื่น ซึ่งมาจากแหล่งข้อมูลไม่จริงหรือแอบอ้างเป็นแหล่งข่าวที่น่าเชื่อถือ ข่าวประเภทนี้ มักเป็นข่าวออนไลน์ที่สร้างภาพลักษณ์ให้เหมือนสำนักข่าวจริง ทำให้ผู้รับสารเกิดความสับสน

6. เนื้อหาหลอกลวง (Manipulated) เป็นข่าวที่มีเนื้อหาข้อมูลตัดต่อ หรือข่าวที่มีภาพและเนื้อหาข้อมูลจริง แต่ถูกปลอมแปลงหรือตัดต่อ เพื่อสร้างข่าวที่มีเนื้อหาหลอกลวง

7. เนื้อหากุ้ขึ้นมา (Fabricated) เป็นข่าวที่มีเนื้อหาที่ถูกสร้างขึ้นมา เป็นข้อมูลเท็จทั้งหมด โดยผู้ส่งสารมีเจตนาที่จะใส่ร้ายบุคคลอื่น ซึ่งอาจสร้างข่าวขึ้นโดยมีจุดประสงค์เพื่อหวังผลประโยชน์บางอย่าง ในการทำให้ผู้รับสารเกิดความเข้าใจผิดเป็นวงกว้าง เช่น การนำเสนอข่าวที่มีเนื้อเกี่ยวกับกาเสียชีวิตของบุคคลที่มีชื่อเสียงในสังคม ทั้งที่บุคคลดังกล่าวยังมีชีวิต

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยได้วิเคราะห์และสรุปว่า การรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูล เป็นการรับรู้ส่วนบุคคลของบุคลากรทางแพทย์ และตีความต่อการข้อมูลข่าวสารที่ไม่ผิดซึ่งเกิดขึ้นในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 โดยข้อมูลข่าวสารที่ผิดแบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบตามความรุนแรง ได้แก่ 1) ข้อมูลผิด (Mis-Information) 2) ข้อมูลบิดเบือน (Dis-Information) และ 3) ข้อมูลที่แฝงเจตนาร้าย (Mal-Information) อย่างไรก็ตาม ในบริบทสถานการณ์ระบาดของโรค COVID-19 จากสื่อค้นข้อมูล พบว่าการรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสาร ได้อธิบายข้อมูลข่าวสารที่เกิดขึ้นในบริบทของโรค COVID-19 นั้นอยู่ในระดับความรุนแรงใน 2 องค์ประกอบแรกเท่านั้นคือ 1) ข้อมูลผิด (Mis-Information) 2) ข้อมูลบิดเบือน (Dis-Information) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Brennen และคณะ (Brennen, Simon, Howard, & Nielsen, 2020) ที่ศึกษาเกี่ยวกับข้อมูลผิด (Mis-Information) ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับโรค COVID-19 ทั้งนี้

Tagliabue และคณะ (Tagliabue, Galassi, & Mariani, 2020) ทำการศึกษาเกี่ยวกับระบอบของข้อมูลบิดเบือน (Dis-Information) แต่จากค้นคว้าผู้วิจัยยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับข้อมูลที่แฝงเจตนาร้าย (Mal-Information) ในบริบทของสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 เนื่องจากข้อมูลที่แอบแฝงเจตนาร้ายนั้นพิศดาร สืบหาไม่ได้ (2562 อ้างถึงใน Thaipbs, 2562) ได้อธิบายว่าเป็นลักษณะข้อมูลที่สร้างความแตกแยกและความเกลียดชังในเชิงความขัดแย้งทางการเมือง เชื้อชาติ ศาสนา ตลอดจนการมีเพศสภาพที่หลากหลาย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงแบ่งองค์ประกอบของการรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูล ได้แก่ 1) ข้อมูลผิด (Mis-Information) และ 2) ข้อมูลบิดเบือน (Dis-Information)

การวัดการรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสาร

การวัดตัวแปรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างแบบวัดตามคำนิยามเชิงปฏิบัติการจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง คือ การรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสาร โดยการรับรู้ส่วนบุคคลของบุคลากรทางการแพทย์ และตีความต่อการข้อมูลข่าวสารที่ผิด ซึ่งเกิดขึ้น ในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 อันประกอบไปด้วย 2 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ข้อมูลผิด (Mis-Information) 2) ข้อมูลบิดเบือน (Dis-Information) จากแนวคิดของ Ireton และ Posetti (Ireton & Posetti, 2018) โดยเป็นแบบวัดมาตราประมาณ 4 ระดับ คือ “จริงที่สุด” เท่ากับ 4 คะแนน “ค่อนข้างจริง” เท่ากับ 3 คะแนน “ค่อนข้างไม่จริง” เท่ากับ 2 คะแนน “ไม่จริงเลย” เท่ากับ 1 คะแนน โดย บุคลากรทางการแพทย์ที่มีการรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสารต่ำ บ่งชี้ถึงเป็นผู้ที่รับรู้ข้อมูล การระบาดของข้อมูลข่าวสารได้ดีกว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้คะแนนสูงกว่า

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสาร

Islam และคณะ (Islam et al., 2020) ได้ทำการศึกษาโรค COVID-19 ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลและส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุข ได้อธิบายว่าการรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลนั้นมีหลายรูปแบบ อันได้แก่ ข่าวลือ การถูกตีตรา ตลอดจนทฤษฎีการสมคบคิด ซึ่งเกิดขึ้นในการระบาดใหญ่ของโรค COVID-19 โดยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลออนไลน์จำนวน 2,311 รายงาน ใน 25 ภาษาจาก 87 ประเทศ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลของการสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ในช่วงระหว่างวันที่ 31 ธันวาคม 2562 ถึง 5 เมษายน 2563 และพบว่า มีข่าวลือจำนวน 1,856 รายงาน เป็นข้อมูลข่าวสารผิด (Misinformation) คิดเป็นร้อยละ 80 ยกตัวอย่าง เช่น ข้อมูลข่าวสารที่ผิดที่รายงานเกี่ยวกับการบริโภคเมทานอลแอลกอฮอล์เข้มข้นสูง ในการฆ่าเชื้อโรคจากร่างกายและสามารถฆ่าเชื้อไวรัสได้ จากสถิติทั่วโลกพบว่ามีรายงาน ประชาชนที่ดื่มแอลกอฮอล์จำนวน 5,876 คน เสียชีวิตจำนวน 800 คน และมีอีก 60 คนที่ตาบอดทันที หลังจากดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงข่าวลือทำให้ประชาชน

และหน่วยงานทางการแพทย์ เกิดพฤติกรรมการกว้านซื้อสินค้าเพื่อกักตุน(Buy-panic) ได้แก่ หน้ากากอนามัย เจลล้างมือ รวมถึงกระดาษชำระ ยิ่งไปกว่านั้นการรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลทำให้เกิดความไม่น่าเชื่อถือต่อระบบสาธารณสุข ตลอดจนความมั่นคงของรัฐบาล

Tagliabue และคณะ(2020) ได้ทำการศึกษาการรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสารบิดเบือน และข้อมูลข่าวสารผิด เกี่ยวกับโรคการระบาดของโรค COVID-19 ที่แพร่ระบาด ทำให้เกิดความสับสนให้แก่ประชาชน อันประกอบไปด้วยข่าวปลอม ที่สร้างความรู้สึกสับสน และไม่ปลอดภัยให้แก่ประชาชน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลจากบทบาทของสื่อสารมวลชนในการเกิดอุบัติของโรคCOVID-19 ที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความเสี่ยง ซึ่งบุคคลเองได้รับข้อมูลที่ท่วมท้น ทำให้ไม่สามารถที่จะทำความเข้าใจได้ถูกต้องทั้งหมด เช่น การปรากฏตัวของแพทย์แสดงความคิดต่อเรื่องการระบาดของโรค ซึ่งข้อมูลบางอย่างไม่มีเหตุผลทางวิทยาศาสตร์สนับสนุน ทั้งนี้สื่อสังคมออนไลน์เองก็เป็นทีแพร่หลายของข้อมูลข่าวสารผิดและเป็นข้อมูลที่ไม่มีการพิสูจน์ทางวิทยาศาสตร์และข้อปลอมทำให้เกิดความไม่มั่นคงของระบบการรักษาทางสาธารณสุขในต่างประเทศพบว่า แอปพลิเคชัน WhatsApp นั้นมีการเผยแพร่ข่าวสารที่บิดเบือนไปอย่างกว้างขวางและเป็นอันตรายต่อทัศนคติในการดูแลสุขภาพด้วยเช่นกัน ยกตัวอย่าง ในกรณี ผู้ป่วยปฏิเสธในการทานยาโอปิโพรเฟนและกลุ่มยาแก้ชักเสบอื่น ๆ เนื่องจากมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องว่ายาเหล่านี้ ทำให้เกิดโอกาสในการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ยังมีข้อมูลข่าวสารที่ผิดอีก เช่น การรักษาโรค COVID-19 นั้นทำให้เกิดภาวะวิตามินดีเป็นพิษ(Vitamin D Abuse) และรวมถึงการบริโภคสารละลายเอทานอลเพื่อรักษาโรคCOVID-19 และรวมถึงมีข้อมูลการดูแลตนเองเกี่ยวกับการสวมหน้ากากอนามัยอาจจะทำให้เกิดโรคมะเร็งได้ ดังนั้นประชาชนต้องเผชิญกับความเครียดระหว่างการหยุดอยู่บ้านและมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม รวมถึงข้อมูลข่าวสารที่ผิดและบิดเบือนนั้น สามารถที่จะก่อให้เกิดอาการเริ่มต้นของโรคเครียดได้ด้วยเช่นกัน

ทั้งนี้ Brennen และคณะ(2020) ได้ทำการศึกษาชนิดและแหล่งที่มาของข้อมูลข่าวสารผิดเกี่ยวกับโรคCOVID-19 โดยการวิเคราะห์กลุ่มตัวอย่าง 225 ข้อความที่เป็นข้อมูลข่าวสารผิดในประเทศอังกฤษระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม ปี 2020 โดยการตรวจสอบข้อเท็จจริงจาก First Draft News ผลการสำรวจพบว่า โดยร้อยละ 59 ของข้อมูลข่าวสารผิดในกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย การสร้างข้อมูลที่มีความจริง แต่มาพลิกแพลงและการเปลี่ยนบริบทอื่นมาสร้างข่าวใหม่ และมีร้อยละ39 ของข้อมูลข่าวสารผิดเป็นเนื้อหาข้อมูลที่ถูกก๊อปปี้ขึ้นมา ทั้งนี้แหล่งข้อมูลของข่าวสาร ถูกส่งผ่านไปยังสื่อสังคมออนไลน์ ได้แก่ มีข้อมูลข่าวสารผิดถึงร้อยละ 59 ผ่านช่องทาง Twitter ร้อยละ 27 ผ่านช่องทาง Youtube และร้อยละ 24 ผ่านช่องทางFacebook ซึ่งข้อมูล

ข่าวสารผิดและข้อมูลข่าวสารที่บิดเบือน ที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี รวมถึงสุขภาพเกี่ยวกับโรค COVID-19 ทำให้เกิดภาวะวิกฤติทางสุขภาพอย่างคาดไม่ถึง โดยนักนโยบาย นักวิชาการรวมถึงองค์กรอนามัยโลกก็ได้เน้นว่า ข้อมูลข่าวสารที่ผิดเกี่ยวกับการระบาดสะท้อนถึงความเสี่ยงต่อระบบสาธารณสุขและการดำเนินงาน จากการสำรวจข้อมูลข่าวสารผิดและข้อมูลข่าวสารบิดเบือน พบว่ามี 3 ประเภท ได้แก่ 1)การเปลี่ยนเนื้อหาของข่าว พบมากที่สุดถึงร้อยละ 59 (ได้แก่ เนื้อหาขึ้นนำ ร้อยละ 29 เนื้อหาที่ผิดบริบท ร้อยละ 24 เนื้อหาหลอกลวง ร้อยละ 6) รองลงมา 2)เนื้อที่ถูกสร้างขึ้น พบร้อยละ 38 (ได้แก่ เนื้อหาแอบอ้าง ร้อยละ 30 เนื้อหากุ้ขึ้นมา ร้อยละ 8) และ เนื้อหาล้อเลียน พบร้อยละ 3

ทั้งนี้ยังไม่พบงานวิจัยในประเทศไทยที่ศึกษาเกี่ยวกับ การรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูล แต่ยังพบงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารผิด โดยพิจิตรา สีคาโมใต้(2560) ได้ศึกษาข่าวลือบนทวิตเตอร์ การไหลเวียนของข้อมูลข่าวสารในห้วงของการเปลี่ยนผ่านสังคม-การเมืองในประเทศไทย โดยการศึกษาบูรณาการเชิงข้อมูลกับกรอบแนวคิดทางสังคมศาสตร์ ในการทำความเข้าใจการรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสาร ที่เป็นข่าวลือผ่านสื่อสังคมออนไลน์ทวิตเตอร์ เป็นจุดร่วมในการระบาดข้อมูล โดยแบ่งการเกิดข่าวลือ เป็น 4 กลุ่มตามสถานการณ์ในบริบทประเทศไทย ได้แก่ 1)ภาวะวิกฤตและความรุนแรง 2)นโยบายสาธารณะ 3)บุคคลสำคัญ 4)ประเด็นต้องห้ามในสังคมไทย โดยวิธีการแบ่งปันเนื้อหา ผ่านการรีทวีต(Retweet)ไปในบุคคลอื่น จำนวนมากและมีอิทธิพลระบาดได้ดี เนื่องจากในแพลตฟอร์มอย่างทวิตเตอร์ มีความสัมพันธ์ในระดับผิวเผิน และไม่รู้จักหน้าตาของบุคคลอื่น ทั้งนี้จากการศึกษา วงจรของการระบาดของข่าวลือนั้นจะมากขึ้นหรือลดลง ขึ้นอยู่กับกระบวนการจัดการ คือการพิสูจน์ความจริงข้อมูลที่ได้รับการนำเสนอซึ่งข่าวลือในทวิตเตอร์มักจะเป็นข่าวที่ได้รับความสนใจ เป็นประเด็นถกเถียงและส่งต่อในวงกว้าง

จากการทบทวนวิจัยข้างต้น ผู้วิจัยสามารถสรุปได้ว่าการรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสาร เป็นปัจจัยทางการรู้คิด ที่มีผลต่อพฤติกรรมจัดการความเครียดวิถีใหม่ โดยผู้วิจัยคาดว่าบุคลากรทางการแพทย์ ในจังหวัดนครราชสีมาที่มีการรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสารต่ำ จะมีพฤติกรรมจัดการความเครียดวิถีใหม่ได้ดีกว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีการรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสารสูง

3.2 ปัจจัยด้านทางสังคมกับพฤติกรรมจัดการความเครียดวิถีใหม่

จากการทบทวนวรรณกรรมพบความสัมพันธ์ของตัวแปรเชิงสาเหตุกับพฤติกรรมจัดการความเครียดวิถีใหม่ ดังต่อไปนี้

3.2.1 การสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

อภิวรรณ พลอยฉาย(2557) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม คือ การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง ทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งก่อให้เกิดผลดีกับตัวบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม เช่น ก่อให้เกิดแรงจูงใจ เห็นคุณค่าในตนเองและก่อให้เกิดความมั่นใจในตนเอง อีกทั้ง Pilisuk (Pilisuk, 1982)อธิบายถึง การสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในการส่งเสริมไม่เพียงแต่ด้านเครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ แต่ยังรวมถึงการสนับสนุนทางใจ ทั้งนี้การสนับสนุนทางสังคมยังส่งผลดีกับบุคคล มากกว่าบุคคลที่ขาดการสนับสนุนทางสังคม ส่งผลกระทบให้เกิดทางสุขภาพ อาทิ เกิดโรคทางกาย และเกิดโรคทางจิตเวช ทั้งนี้ สุกัญญา จงถาวรสถิต (สุกัญญา สุกัญญา จงถาวรสถิตย์, 2557)กล่าวถึงการสนับสนุนทางสังคม(Social Support) และเครือข่ายสังคม (Social Network)เป็นความผูกพันกันทางสังคมจากการติดต่อกัน เป็นตัวกำหนดที่สำคัญซึ่ง ในสถานการณ์การระบาดของโรค การสนับสนุนทางสังคมยังคงเป็นตัวทำนายในการรอดชีวิต คุณภาพชีวิต และมีผลต่อการควบคุมโรคติดต่อ Islamและคณะ (Islam et al., 2020) ได้กล่าวว่า “การสนับสนุนทางสังคม คือ การเข้าถึงความสัมพันธ์ที่เป็นลักษณะการช่วยเหลือกันและกัน รวมถึงเป็นความสัมพันธ์ที่มีคุณภาพ”

Bhanthumnavin (Bhanthumnavin, 2000) ให้คำนิยามของการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ในเป็นโครงสร้างที่มีหลายองค์ประกอบ และมีหลายหลายหมวดหมู่ เช่น การสนับสนุนทางสุขภาพ ครอบครัว ที่ทำงาน และหัวหน้างาน ซึ่งมีความหมายนิยามและองค์ประกอบคล้ายคลึงกัน ทั้งนี้ให้คำนิยามการสนับสนุนทางสังคม เป็นรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เช่น การให้ความเอาใจใส่การช่วยเหลือ ในลักษณะ 1)การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร(Information support) 2)การสนับสนุนด้านวัตถุ(Material Support) และ 3)การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) เพื่อเป็นเพิ่มพูนแรงจูงใจ ความสามารถตลอดจนประสิทธิภาพ ในการทำงาน สอดคล้องกับ ปาลิตา เหมฤทธิ์(2559) อธิบาย การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของบุคคลถึงการได้รับการสนับสนุนจากแหล่งต่างๆ ใน 3 ด้าน ได้แก่ 1)ด้านอารมณ์ 2)ด้านข้อมูลข่าวสาร 3)ด้านวัสดุอุปกรณ์

นอกจากนี้ House (House, 1987)ได้อธิบายว่าการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคล เพื่อแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ ในด้านการช่วยเหลือหรือการจัดการปัญหา และเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ประกอบไปด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1)การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อเป็นทางเลือกในการจัดการปัญหาหรือแก้ไขปัญหา 2)การสนับสนุนด้านอารมณ์ เป็นการแสดงถึงความเห็นอกเห็นใจ ซึ่งทำให้เกิด

ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน 3) การสนับสนุน ด้านแรงงานและทรัพยากร เป็นการช่วยเหลือในด้านวัสดุอุปกรณ์ เวลา เงิน สถานที่ตลอดจนทรัพยากรบุคคล 4) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับ(Feedback) เพื่อให้บุคคลเกิดแรงจูงใจและเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ ตามพฤติกรรมที่ถูกต้อง คล้ายคลึงกับ Mueller (1980 อ้างถึงใน Huaqing Wang, 2018) อธิบายถึงนิยาม ของการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบได้ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Affective Support) เป็นแสดงออกถึงการยอมรับและไว้วางใจ 2) การสนับสนุนเรื่องข้อมูลข่าวสาร (Information support) 3) การสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ (Instrumental Support) เช่น อุปกรณ์ หรือความต้องการวัสดุเฉพาะ 4) ความสัมพันธ์ที่ดีในสังคม(Social Companionship)

ทั้งนี้ Shaefer และคณะ (Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981) การสนับสนุนทางสังคม คือ รับรู้และสัมผัสที่ช่วยเสริมสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม ซึ่งได้รับมาจาก ครอบครัว เพื่อน ชุมชน องค์การ ภาครัฐ เป็นการช่วยเหลือในด้านรูปธรรมและด้านนามธรรมในแต่ละรายการนี้ เป็นการส่งเสริมทางอารมณ์และความรู้สึกผูกพันที่เกิดจากความเกี่ยวพันกันในสังคม(Social ties) และมีความสัมพันธ์กับสุขภาพและสุขภาวะที่ดี ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่

1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotion Support) ประกอบด้วย ความสนิทสนม ความรู้สึกผูกพัน ความเชื่อมั่น ทำให้บุคคลเกิดความไว้วางใจ โดยเป็นการช่วยเหลือที่แสดงออกถึงความรักและความห่วงใยในสังคม

2) การสนับสนุนด้านองค์ประกอบ (Tangible Support) ประกอบด้วย การช่วยเหลือและอำนวยความสะดวก เช่น การให้เงินทุนกู้ยืม ของขวัญ สินค้า รวมถึงการสงเคราะห์ เช่น การดูแลคนยากจนและจัดหาอาชีพเพื่อทำมาหากิน

3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) ประกอบด้วย การแจ้งข้อมูล คำแนะนำแก่บุคคล ในการแก้ปัญหา รวมถึงการให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) เพื่อทำนุบำรุงอัตลักษณ์ในสังคม(Social Identity) และความรู้สึกเป็นหนึ่งเดียวในสังคม (Social Integration)

ดังนั้น จากการทบทวนแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง การสนับสนุนทางสังคมจะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยความสนิทสนมและความไว้วางใจ เพื่อเป็นสร้างสายสัมพันธ์ ในการช่วยเหลือทั้งในทางตรงและทางอ้อม ผู้วิจัยจึงสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม(Social Support) หมายถึง ความสัมพันธ์ของบุคคลในสังคม และการมีปฏิสัมพันธ์ผ่านเครือข่ายทางสังคม ได้แก่ ครอบครัว เพื่อนร่วมงาน หน่วยงานรัฐ รวมทั้งสื่อ ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกแน่นแฟ้น เป็นหนึ่งเดียวกัน ซึ่งมีความสัมพันธ์กับสุขภาพและสุขภาพที่ดีของบุคคลในสังคม มีทั้งหมด 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การ

สนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotion Support) 2) การสนับสนุนด้านวัสดุองค์ประกอบ (Tangible Support) 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) ทั้งนี้ในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ก่อให้เกิดความห่างเหินกันในสังคม จากมาตรการป้องกันติดเชื้อ เช่น การหยุดอยู่ที่บ้าน การกักตัว รวมถึงการเว้นระยะทางสังคม ซึ่งอาจก่อให้เกิดผลกระทบทางสุขภาพของบุคคล ซึ่งจากสังเคราะห์ข้อมูลพบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในสถานการณ์การระบาดของโรคติดต่อ และส่งเสริมความรู้สึกลึกซึ้งทางบวกของบุคคล

การวัดการสนับสนุนทางสังคม

ผู้วิจัยได้ประมวลเอกสารที่เกี่ยวข้อง ได้พบงานวิจัยที่ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคม ที่เป็นตัวแปรเชิงสาเหตุ อาทิ อภิวัชรณ พลอยฉาย (2557) ได้สร้างแบบสอบถามเพื่อวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ให้บริการที่ทำงานประจำในหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันถ้วนหน้า เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร จำนวน 392 คน เป็นประโยคคำถามประกอบด้วยมาตรวัด 6 ระดับ ตั้งแต่ไม่จริงที่สุดให้ 1 คะแนนจนถึงจริงที่สุด 6 คะแนน จำนวน 23 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นของครอนบาค เท่ากับ 0.721 และกนกทอง สุวรรณบุลย์ (2545) ได้สร้างแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม และนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่าง อาสาสมัครสาธารณสุขในจังหวัดระยอง 337 คน จำนวน 24 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นของครอนบาค เท่ากับ 0.93

สร้างเครื่องมือการสนับสนุนทางสังคมที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่ โดยประยุกต์จากแบบสอบถามสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของSchaefer (1981) โดยผู้วิจัยนำแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของกนกทอง สุวรรณบุลย์ (กนกวรรณ กนกทอง สุวรรณบุลย์, 2545) มาประยุกต์ใช้ ซึ่งเป็นแบบวัดมาตราประเมิน 6 ระดับ คือ “มากที่สุด” เท่ากับ 6 คะแนน “มาก” เท่ากับ 5 คะแนน “ค่อนข้างมาก” เท่ากับ 4 คะแนน “ค่อนข้างน้อย” เท่ากับ 3 คะแนน “น้อย” เท่ากับ 2 คะแนน “น้อยที่สุด” เท่ากับ 1 คะแนน เพื่อมาใช้วัดการสนับสนุนทางสังคมของบุคลากรทางแพทย์ โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้คะแนนการสนับสนุนทางสังคมสูง บ่งชี้ถึงจะมีการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้คะแนนต่ำ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม

Han Xiao และคณะ (2020) ได้ทำการศึกษาผลของการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) และคุณภาพการนอนหลับ ของบุคลากรทางการแพทย์ที่รักษาผู้ป่วยติดเชื้อโรค COVID-19 ที่ประเทศจีน ในเดือนมกราคมถึงกุมภาพันธ์ โดยทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างบุคลากรทางแพทย์ 180 คน โดยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม The Social Support Rate Scale (SSRS) มีจำนวน 3 องค์ประกอบ และได้ทำการตรวจคุณภาพเครื่องมือวัดแล้ว ได้ค่า

ความเชื่อมั่นของครอบครัว เท่า 0.808 ทั้งนี้ ผลการวิจัย พบว่า การสนับสนุนทางสังคมทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับ อย่างไรก็ตาม การสนับสนุนทางสังคมสามารถลด ความวิตกกังวลและความเครียด รวมถึงยังเพิ่มการรับรู้ความสามารถในตนเอง โดยเกิดจากการ สนับสนุนทางด้านอารมณ์ ผ่านการให้กำลังใจจากครอบครัว และเพื่อนร่วมงาน

Meng Qi และคณะ(2020) ได้ศึกษาผลของการสนับสนุนทางสังคมในแง่สุขภาพจิตของ เยาวชนระหว่างการระบาดของโรคCOVID-19 โดยได้ทำการศึกษาเยาวชน ประเทศจีน จำนวน 7,202 คนในช่วงอายุ 14-18 ปี ผ่านแบบสอบถามออนไลน์ โดยใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม The Social Support Rate Scale(SSRS) ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ เนื่องจากผลกระทบของ การระบาดของโรคCOVID-19 ทำให้หลายโรงเรียนในประเทศจีนต้องหยุด เยาวชนจำเป็นต้อง เรียนหนังสือออนไลน์อยู่ที่บ้าน ขาดการทำกิจกรรม เช่น ขาดการพบเจอเพื่อนโดยตรง การเล่นกีฬา หรือทำกิจกรรมในโรงเรียน ผลการศึกษา พบว่าระดับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทาง ลบกับภาวะสุขภาพจิตที่ไม่ดี เช่น โรคซึมเศร้าและความวิตกกังวล ผ่านการสนับสนุนทาง ครอบครัว เพื่อน และบุคคลสำคัญ

Leia Y. Saltzman และคณะ (2020) ได้อธิบายถึงความเหงา การแยกตัวและการ สนับสนุนทางสังคมหลังจากการระบาดของโรค COVID-19 ในแง่สุขภาพจิต พบว่า การสนับสนุน ทางสังคมมีความสำคัญในการเข้าใจ ถึงผลกระทบของสถานการณ์การระบาดโรค การฟื้นฟูสภาพ จิตใจและการปฐมพยาบาลทางใจ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็นเครื่องมือในการช่วยเหลือ ประชาชนในการปรับตัวในสถานการณ์วิกฤต โดยการใช้เทคโนโลยีในการสื่อสารเพื่อสนับสนุนการ มีสุขภาพที่ดี และการดูแลตนเองที่ถูกต้องของบุคคล

Arnberg, Hultman, Michel, and Lundin (2012) ได้ทำการศึกษา การสนับสนุนทาง สังคมในโรคความเครียดหลังประสบเหตุการณ์สะเทือนใจ(PTSD) โรคทางสุขภาพจิตหลังจากการ เกิดภัยพิบัติของกลุ่มตัวอย่าง ชาวสวีเดนที่ประสบกับเหตุการณ์สึนามิที่มหาสมุทรอินเดีย จำนวน 4,010 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มได้ 1)กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับผลกระทบโดยตรงจากสูญเสีย เช่น การ บาดเจ็บ และมีญาติเสียชีวิต 2) กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับผลกระทบทางอ้อม เช่น พบเห็นผู้บาดเจ็บหรือ เสียชีวิต โดยใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมในภาวะวิกฤต The Crisis Support Scale (CSS) โดย เป็นการรับรู้ของความสัมพันธ์บุคคลในสถานการณ์เฉพาะ โดยมีองค์ประกอบทั้งหมด 6 ด้านได้แก่ 1) การเข้ารับการช่วยเหลือ(availability of other) 2) การติดต่อกับบุคคลที่อยู่ในเหตุการณ์ (Contact with other) 3) การปรับทุกข์กับผู้อื่น(Contact in other) 4) การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) 5)การสนับสนุนทางด้านอุปกรณ(tangible support) 6)ผลกระทบทางลบ

(negative response) เป็นมาตรวัดทั้งหมด 7 ระดับ ไม่เคย ได้ 1 คะแนนจนถึงตลอดเวลา ได้ 7 คะแนน และมีค่าความเชื่อมั่นของครอนบาค เท่า 0.73 ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลในทางบวกในการลดลงของผลกระทบจากความเครียดของเหตุการณ์ภัยพิบัติ

El-Zoghby, Soltan, and Salama (2020) ได้ทำการศึกษาผลกระทบของการระบาดของโรค COVID-19 ในแง่ภาวะสุขภาพจิตและการสนับสนุนทางสังคมในประชาชนวัยผู้ใหญ่ ในประเทศอียิปต์ โดยทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างในวัยผู้ใหญ่ ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ผ่านทางสื่อโซเชียลมีเดีย จำนวน 510 คนในช่วงวันที่ 2-9 พฤษภาคม 2563 โดยใช้ผู้วิจัยได้สร้างแบบวัดผลของการสนับสนุนทางสังคมและการสนับสนุนจากครอบครัว (Impact on social and family support) และได้ตรวจคุณภาพของเครื่องมือ มีค่าความเชื่อมั่นของครอนบาค เท่ากับ 0.87 ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การสนับสนุนทางสังคมเพื่อน 2) การสนับสนุนทางสังคมครอบครัว 3) การแบ่งปันความรู้สึกในครอบครัว 4) การแบ่งปันความรู้สึกในบุคคลอื่น 5) การดูแลกันในครอบครัว ผลการวิจัย พบว่า ผลกระทบของการระบาดของโรค COVID-19 ทำให้เกิดความเครียดในกลุ่มตัวอย่าง ที่ต้องทำงานอยู่ที่บ้านและความเครียดในการเงิน ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้เสนอแนวทางว่า การเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมจะสร้างสามารถลดความรุนแรงของผลกระทบทางจิตทางลบได้ พบว่า ปัจจัยด้านการดูแลกันในครอบครัวมีผลทางลบกับผลกระทบทางจิตทางลบได้

ศศิณัดดา สุวรรณโณ, ปัญญา พงศ์มัตสยะ, สมพงษ์ จันทรชอนแก่น, สุนันทา แซ่มนาสวน, และ ศิริลักษณ์ หาญเชิงชัย (2562) ศึกษาโมเดลปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อจากการทำงานของกลุ่มผู้เช็ดฆ่าและสัตัวปีก ในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จ.อุบลราชธานี กรณี โรคไข้หวัดนก โดยทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 320 คน ใน 10 จังหวัดในเขตรับผิดชอบ โดยใช้แบบวัดปัจจัยเสริม ข้อมูลการสนับสนุนสังคมของเจ้าหน้าที่กรมควบคุมโรค พบว่าปัจจัยที่เอื้อต่อการพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ คือ สนับสนุนทางสังคม ทั้งในด้านวัตถุ อุปกรณ์ และสิ่งของและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้งด้านข้อมูลข่าวสาร ข้อมูลข่าวสารเรื่องไข้หวัด การเข้ารับการอบรมเรื่องการป้องกันไข้หวัดนกมากที่สุด และการสนับสนุนทางด้านอารมณ์กับบุคคลรอบข้างและตัวบุคคลเองที่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

จากการทบทวนวิจัยข้างต้น สามารถสรุปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางด้านสังคม ที่มีผลต่อพฤติกรรมจัดการความเครียดวิถีใหม่ โดยผู้วิจัยคาดว่า บุคลากรทางการแพทย์ ในจังหวัดนครราชสีมา ที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูง จะมีพฤติกรรมจัดการความเครียดวิถีใหม่ได้ดีกว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อยกว่า

3.2.2 การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาล (Effective Communication in Hospital)

ความหมายของการสื่อสาร (Communication)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2554) อธิบายคำว่า การสื่อสาร หรือ “Communication” รากศัพท์จากภาษาละติน คำว่า “Communis” ตรงกับภาษาอังกฤษว่า “Communicate” ซึ่งหมายถึง ทำให้มีสภาพพร้อมกัน ซึ่งมีความหมายถึง การทำให้เกิดความเข้าใจร่วมกัน กล่าวได้ว่า บุคคลมีการสื่อสาร เพื่อที่จะเข้าใจให้ตรง ดังนั้น การนิยามความหมายคำว่า การสื่อสารจึงตั้งอยู่บนรากคำศัพท์ คือ ความเข้าใจร่วมกัน

กองสุขศึกษา (กองสุขศึกษา, 2560)ให้ความหมายของการสื่อสาร คือการติดต่อกันระหว่างบุคคล โดยอาศัยกระบวนการถ่ายทอด แลกเปลี่ยนความรู้และทัศนคติ ประสบการณ์จากบุคคลสู่อีกบุคคล ตลอดจนการสื่อสารสู่สาธารณะ เพื่อบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

วิภาวิน โมสูงเนิน(วิภาวิน โมสูงเนิน, 2554)ให้ความหมายของการสื่อสาร หมายถึงการสื่อความหมายหรือการถ่ายทอดแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดระหว่างบุคคลเพื่อให้เกิดความเข้าใจกัน ดังนั้นการสื่อสารจึงมีความจำเป็นในการดำรงชีวิตประจำวัน และการสื่อสารเป็นกระบวนการทางสังคม เช่น การเมืองการปกครอง การศึกษา การค้า ทั้งนี้การสื่อสารในเนื้อหาที่ซับซ้อน และต้องสื่อสารในคนหมู่มากจำเป็นต้องอาศัย ทักษะในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของผู้ส่งสาร เช่น ความรู้ ทัศนคติ รวมถึงการใช้เทคนิคในการสื่อสารให้เหมาะสมและใกล้เคียงในแต่ละกลุ่มบุคคล

จรัสโณม ศิริรัตน์ (จรัสโณม ศิริรัตน์ 2559)ให้ความหมายของการสื่อสาร เป็นพฤติกรรมทางสังคมของมนุษย์ ที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อการถ่ายทอดความคิด ข้อเท็จจริง และความรู้สึกลงของบุคคลที่ต้องการให้บุคคลอื่นรับรู้ ทั้งนี้การสื่อสารจะบรรลุความสำเร็จ บุคคลผู้ส่งสารจะต้องเข้าใจองค์ประกอบเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการสื่อสารคลาดเคลื่อน

ณพัชร ศรีฤกษ์ (ณพัชร ศรีฤกษ์, 2559)ให้ความหมายการสื่อสาร หมายถึงกระบวนการถ่ายทอดข้อมูล ความคิด อารมณ์ และอภิปริยาต่าง ๆ ตลอดจนความรู้สึกนึก ตลอดจนความต้องการบุคคล โดยส่งผ่านจากผู้ส่งสารไปยังผู้รับสารให้เกิดความเข้าใจตามจุดประสงค์ เพื่อก่อให้เกิดความพึงพอใจ ซึ่งจะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

องค์ประกอบของการสื่อสาร

ทั้งนี้ Berlo (Berlo, 1977)อธิบายโมเดลของการสื่อสาร ในแนวคิด Source Message Channel Receiver (SMCR) อธิบายถึง แหล่งทรัพยากรของการสื่อสาร ทั้งสาร(Message) ความสำเร็จของการสื่อสาร จะเกิดขึ้นได้ต้องมีหลายองค์ประกอบ ทั้งนี้ Berlo ยังได้นำเสนอองค์ประกอบทางกายภาพของการสื่อสาร ข้อความ ก็ยังมีอิทธิพลต่อความสามารถของผู้รับสาร โครงสร้างของข้อความ การส่งผ่านช่องทาง(Channel)สื่อสาร ในองค์ประกอบที่สำคัญต่อ

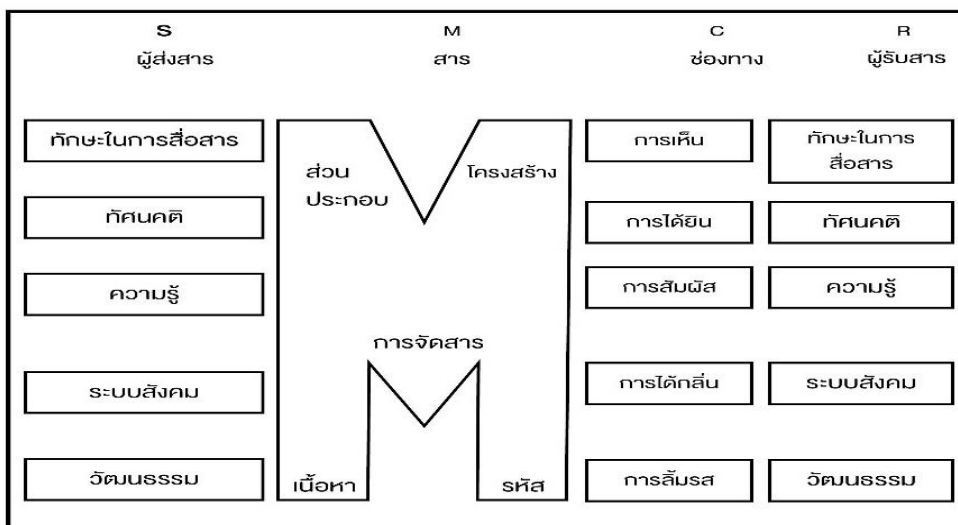
ความสำเร็จในการสื่อสาร โดย Berlo กล่าวว่า ประสิทธิภาพของการสื่อสารจะมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบด้านการสื่อสาร โดยแบ่งส่วนประกอบของการสื่อสารเป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่ (Berlo, 1960 อ้างถึงใน จรัสโคม ศิริวิรัตน์, 2558)

1) ผู้ส่งสาร (Source) คือผู้เริ่มต้นการสื่อสาร ในการสื่อสารผู้รับสารจะทำหน้าที่เข้ารหัส (Encoding) แปลความสาร ผ่านทางสัญลักษณ์ ได้แก่ ภาษา และอากัปกริยา โดยการสื่อสารจะต้องมีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน และผู้ส่งสารจะต้องมีความรู้มากพอในเนื้อหาที่ต้องการจะสื่อ และเลือกวิธีการสื่อสารให้เหมาะสมกับโอกาสและผู้รับสาร ทั้งนี้ปัจจัยสำคัญของผู้ส่งสารได้แก่ ทักษะการสื่อสาร (Communication Skill) ทศนคติ (Attitude) ความรู้ (Knowledge) และระบบในสังคม (Social System)

2) ข่าวสาร (Message) เรื่องราวที่แสดงออกโดยการใช้ภาษาหรือใช้สัญลักษณ์ ซึ่งทำให้เกิดการรับรู้ร่วมกัน สารจะเกิดขึ้นได้จากผู้ส่งสารมีความต้องการเผยแพร่ความคิด เนื้อหาบางอย่างไปสู่ผู้รับสาร โดยการส่งสารนั้น ผู้ส่งสารสามารถที่จะแสดงออกได้หลากหลายรูปแบบ เช่น การพูด การเขียน การวาดภาพ หรือการแสดงท่าทาง ซึ่งขึ้นอยู่กับทักษะของผู้ส่งสาร ทั้งนี้สารมีความสำคัญของสารที่ส่ง คือ การทำหน้าที่ให้ผู้รับสารคล้อยตาม ความคิดและมีปฏิกริยาตอบสนอง ทั้งนี้ ทักษะของการรับสาร มีองค์ประกอบสำคัญ 3 องค์ประกอบ 1) รหัสของสาร (Message code) ได้แก่ รหัสของสารที่ใช้คำพูด (Verbal Message Code) ได้แก่ ธง สัญลักษณ์ สัญญาณ เครื่องหมาย รหัสของสารที่ไม่ใช้คำพูด (nonverbal Message Code) 2) เนื้อหาของสาร (Message Content) ได้แก่ ข้อเท็จจริง ข้อคิดเห็น ความรู้สึก 3) การจัดสารเป็นการเรียบเรียงลำดับของสาร เช่น ความยากง่าย รูปแบบการใช้ภาษาเพื่อการสื่อสาร

3) ช่องทาง (Channel) คือช่องทาง ทำหน้าที่นำสารไปยังผู้รับสาร โดยทั่วไปแล้วสารสามารถส่งผ่านเข้าระบบประสาทการรับรู้ของบุคคลได้ทางใดทางหนึ่งหรือหลายทาง ได้แก่ การมองเห็นผ่านประสาททาง การได้ยินผ่านประสาทหู การได้กลิ่น ผ่านประสาททางจมูก และสารรับรู้รสผ่านทางประสาทลิ้น และสารเองยังส่งผ่านทางสื่อที่มนุษย์ใช้ในการสื่อสารรูปแบบอื่น เช่น สื่อวิทยุ สื่อโทรทัศน์ สื่อสารมวลชน

4) ผู้รับสาร (Receiver) คือองค์ประกอบสุดท้ายในกระบวนการสื่อสารและเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อความสำเร็จของการสื่อสาร คือผู้รับสารสามารถเข้าใจสารที่ส่งผ่านไปตามจุดประสงค์ โดยผู้รับสารจะมีบทบาท 2 ประเด็นคือ 1) การรู้ความหมายตามเรื่องของผู้ส่งสารต้องการสื่อ 2) ปฏิกริยาตอบสนองของผู้รับสาร



ภาพประกอบ 1 แบบจำลองสื่อสารของ Berlo (อ้างถึงใน จรัสใหม่ ศิริรัตน์ , 2558)

Dance (Dance, 2006) ได้สังเคราะห์นิยามและแนวคิดของการสื่อสารที่มีหลากหลายความหมาย จำนวนทั้งหมด 4,560 คำในลักษณะความหมายเฉพาะ 2,612 ประเภททั้งหมด 30 หมวดหมู่ จากนั้นได้แบ่งแนวคิดของความหมายที่ได้จากการสังเคราะห์จำนวน 15 องค์ประกอบใน ดังต่อไปนี้

ตาราง 3 ตารางสังเคราะห์นิยามการสื่อสาร อ้างอิงจาก Frank Dance(1970)

ลำดับ	องค์ประกอบ	แนวคิดและความหมาย
1	สัญลักษณ์ ภาษาและคำพูด	การสื่อสารคือการแลกเปลี่ยนความคิดและความเชื่อ
2	ความเข้าใจ	การสื่อสารคือ กระบวนการในการเข้าใจบุคคลอื่น และการที่บุคคลอื่นเข้าใจผู้ส่งสาร ซึ่งมีลักษณะเป็นพลวัตและเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์
3	ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม	ปฏิสัมพันธ์การสื่อสาร เริ่มต้นแม้ปฏิกริยาในทางชีววิทยาก็ถือได้ว่าเป็นการสื่อสารที่ปรากฏขึ้น
4	ลดความไม่แน่นอน	การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะลดความไม่แน่นอน ในการป้องกันหรือเพิ่มความเข้มแข็งทางจิตใจ
5	กระบวนการ	เป็นกระบวนการส่งต่อ ข้อมูล การสื่อสาร ความรู้สึก ทักษะ โดยผ่านทางสัญลักษณ์ บทความ ภาพวาด แผนผัง

ตาราง 3 (ต่อ)

ลำดับ	องค์ประกอบ	แนวคิดและความหมาย
6	การถ่ายทอดและการแลกเปลี่ยน	การสื่อสารเป็นการถ่ายทอดข้อมูลจากบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่ง เป็นกระบวนการแลกเปลี่ยนหรือแบ่งปันข้อมูล อื่นๆ การสื่อสารยังหมายถึง การมีส่วนร่วมของบุคคล เช่น การเข้าร่วมพิธีกรรมทางศาสนา ก็ถือเป็นการสื่อสารรูปแบบหนึ่ง
7	การเชื่อมโยงเข้าด้วยกัน	การสื่อสารคือกระบวนการเชื่อมโยง สิ่งที่ไม่ต่อเนื่องของโลกเข้าด้วยกัน
8	สามัญสำนึก	การสื่อสาร คือกระบวนการสร้างสามัญสำนึกร่วมกัน
9	วิธีการและช่องทางการสื่อสาร	ยกตัวอย่าง การสื่อสารทางทหาร เช่น วิธีการส่งข่าวสาร การออกคำสั่ง เป็นต้นโดยใช้ โทรศัพท์ โทรเลข หรือวิทยุ
10	การทบทวนความทรงจำ	การสื่อสารเป็นกระบวนการในการคงไว้ซึ่งความสนใจของบุคคล ซึ่งมีจุดประสงค์ในการทบทวนความจำ
11	การแยกแยะและตอบสนอง	การสื่อสารคือการแยกแยะ เลือกระหว่างการตอบสนองต่อตัวกระตุ้น
12	สิ่งเร้า	การสื่อสารทุกรูปแบบเป็นการ ถ่ายทอดข้อมูลข่าวสาร ซึ่งเป็นสิ่งเร้าจากผู้ส่งสารไปยังผู้รับสาร
13	เป้าหมาย	การสื่อสารเป็นสื่อกลางในการเกิดพฤติกรรมในสถานการณ์ต่างๆ โดยการถ่ายทอดข้อมูลแก่ผู้รับสาร
14.	เวลาและสถานที่	การสื่อสารคือการเปลี่ยนแปลง สถานการณ์ภายใต้รูปแบบที่ได้กำหนดไว้
15	อำนาจ	การสื่อสารเป็นกลไกที่ถูกแทรกแซงโดยอำนาจ ของกลุ่มทางสังคม

ที่มา Frank Dance(1970)

ทั้งนี้ จากสังเคราะห์ของ Dance(1970) องค์ประกอบของการสื่อสารทั้ง 15 องค์ประกอบ ได้แบ่งแนวคิดของการสื่อสาร โดยแบ่งจากความแตกต่างได้ 3 แนวคิด คือ 1)ระดับของการสังเกตการณ์ 2)ความใส่ใจของผู้ส่งสาร 3) การตัดสินใจจากบรรทัดฐาน(ดี-เลว ประสิทธิภาพสำเร็จ -ล้มเหลว)

ระดับของการสื่อสาร

เสนาะ ตีเยาว์ (2541 อ้างถึงใน จิตติรัตน์ นุ่มน้อย,2554) ให้คำนิยามว่า การสื่อสารเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคมโดยผ่านระบบสัญลักษณ์และข่าวสาร อนึ่ง การสื่อสารสามารถกระทำโดยบุคคลเพียงคนเดียวหรือการกระทำเป็นกลุ่ม เพื่อมีจุดประสงค์ในการรับข่าวและส่งข่าวสาร ซึ่งอาจมีอุปสรรคก่อกวน ทำให้เกิดข้อมูลหรือสารที่บิดเบือนได้ โดยได้แบ่งระดับของการสื่อสาร(เสนาะ ตีเยาว์,2552 อ้างถึงใน จิตติรัตน์ นุ่มน้อย,2554) เป็น 6 ระดับได้แก่

1) การสื่อสารระดับภายในตัวเอง (Intrapersonal Communication) เป็นการสื่อสารภายในตัวบุคคลเอง ทั้งในการการคิดพิจารณา วิเคราะห์ ตัดสินใจและแปลความหมายของการสื่อสารที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของบุคคลตามลำพัง

2) การสื่อสารระดับระหว่างบุคคล (Interpersonal Communication) เป็นการสื่อสาร โดยมีผู้สื่อสารและผู้รับสารตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป เพื่อสร้างความเข้าใจและเพิ่มความรอบรู้สถานการณ์รอบตัว รวมถึงเป็นการสะท้อนถึงตัวตนของแต่ละบุคคลผ่านการสื่อสาร ซึ่งก่อให้เกิดผล 3 ประการได้แก่ 1) ลดความกลัว 2) ยืนยันความเชื่อ ทศนคติและค่านิยม 03) สร้างความไว้วางใจ ซึ่งการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะสร้างเสริมความสัมพันธ์อันดีระหว่างบุคคล

3) เป็นการสื่อสารภายในกลุ่ม หรือระหว่างกลุ่มที่มีจุดประสงค์ที่ชัดเจนและแน่นอน ซึ่งการสื่อสารในระดับนี้มีความสัมพันธ์กับการทำงานแบบประชาธิปไตยและความเสมอภาคของแต่ละสมาชิกในกลุ่ม

4) การสื่อสารระดับเทคโนโลยี เป็นการสื่อสารโดยใช้สื่อเทคโนโลยี เช่น วิทยุสื่อสาร โทรศัพท์ เป็นต้น การสื่อสารระดับนี้ บุคคลต้องมีความเชี่ยวชาญและความรอบรู้ในด้านการใช้อุปกรณ์สื่อสาร และสามารถที่จะสร้างเนื้อให้ในการส่งสารด้วย

5) การสื่อสารระดับชุมชน (Public Communication) เป็นการสื่อสารที่เกิดขึ้นเมื่อมีผู้รับข่าวสารจำนวนมาก ส่วนใหญ่จะเป็นการสื่อสารเพื่อที่จะแจ้งข้อมูลหรือชักชวนโน้มน้าวจิตใจ รวมถึงการนำเสนอข่าวสารที่แปลกใหม่เพื่อการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ ทศนคติ และพฤติกรรมของผู้รับสาร อย่างไรก็ตาม โอกาสที่จะได้ข้อมูลย้อนกลับในการสื่อสารระดับนี้ค่อนข้างยาก เนื่องจากยากต่อการระบุจำนวนผู้รับสารทั้งหมดได้

6) การสื่อสารระดับสื่อมวลชน (Mass Communication) เป็นการสื่อสารที่เกิดจากความก้าวหน้าของสื่อมวลชน ที่เป็นตัวกลางของการสื่อสาร โดยมีผู้รับสารจำนวนมาก และมีพื้นฐานทางชีวสังคมที่แตกต่างกัน เช่น สถานภาพ บุคลิกภาพ โดยรูปแบบการสื่อสารมวลชนมาหลายรูปแบบ เช่น สื่อโทรทัศน์ สื่อวิทยุ สื่อหนังสือพิมพ์

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการสื่อสาร ผู้วิจัยสามารถสรุปได้ว่า การสื่อสารหมายถึง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลหรือกลุ่มบุคคลในสังคม โดยการถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนข่าวสาร ความเชื่อ ทศนคติ ตลอดจนความรู้สึกและความต้องการจากบุคคลหนึ่งสู่อีกบุคคลหนึ่งผ่านสัญลักษณ์ ภาษาและท่าทาง เพื่อให้เกิดความเข้าใจกันตรงกันและเพื่อบรรลุเป้าหมายที่ผู้สื่อสารกำหนด โดยผ่านองค์ประกอบการสื่อสารได้แก่ ผู้ส่งสาร สาร ช่องทางและผู้รับสาร ทั้งนี้ จากการค้นคว้าหาข้อมูลนอกจากความหมายของการสื่อสารแล้ว การสื่อสารยังมีระดับที่มีความแตกต่างกันไป ตามบริบทของสังคม เช่น การสื่อสารระดับภายในตนเองที่เป็นคิดและใคร่ครวญในโลกภายในตนเอง ถึงการสื่อสารแบบสาธารณะที่มีผู้รับสารจำนวนมากผ่านสื่อเทคโนโลยีต่าง ๆ ทั้งนี้ในการระบาดของโรค COVID-19 ที่อาจเกิดปัญหาด้านการสื่อสารได้ในกลุ่มบุคคลและกลุ่มองค์กร จากข้อมูลสารที่มากเกินไป ซึ่งจะทำให้การสื่อสารเกิดความผิดพลาดและไม่ถูกต้องได้ ผู้วิจัยจึงสนใจตัวแปร การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในองค์กรต่อไป

ความหมายของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาล (Effective Communication in Hospital)

ทั้งนี้จากประเด็นการวิจัย การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นองค์กรหนึ่งและเชื่อมโยงกับสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 เนื่องจากการสื่อสารเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อการจัดการความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ ในจังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยมีความสนใจจะศึกษาตัวแปรเชิงเหตุ โดยศึกษาและค้นคว้าเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในองค์กร ดังต่อไปนี้

Mengal (2009 อ้างถึงใน จิตติรัตน์ นุ่มน้อย, 2554) หลักการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่

- 1) ความพร้อมและแรงจูงใจ ผู้ส่งสารและผู้รับสาร ผู้สื่อสารและผู้รับควรพร้อมและมีแรงจูงใจตลอดกระบวนการสื่อสาร ซึ่งการขาดความสนใจความกระตือรือร้น อาจส่งผลเสียต่อกระบวนการและผลสัมฤทธิ์ของการสื่อสาร
- 2) การมีทักษะการสื่อสาร ผู้สื่อสารและผู้รับสารควรมีความสามารถและมีประสิทธิภาพในแง่ของการสื่อสารและรับข้อมูล ข้อความที่ต้องการ ดังนั้น การมีทักษะการสื่อสารที่จำเป็นเป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้งานสื่อสารมีประสิทธิภาพ
- 3) การปฏิสัมพันธ์และการแบ่งปัน เนื่องจากการสื่อสารเป็นกระบวนการสองทาง ความสำเร็จจึงอยู่ที่การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ให้ได้มากที่สุด และรักษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างแหล่งที่มาของการสื่อสารและผู้รับสาร
- 4) ความเหมาะสมของเนื้อหาการสื่อสาร เนื้อหาของสิ่งที่จะสื่อสารควรเหมาะสมและเข้าใจได้ง่าย ควรเป็นเรื่องที่เหมาะสมในส่วนของทั้งผู้สื่อสารและผู้รับสาร
- 5) สื่อและช่องทางที่เหมาะสม ประสิทธิภาพผลของกระบวนการสื่อสารจะขึ้นอยู่กับประเภทและความเหมาะสมของสื่อหรือช่องทางการสื่อสารที่ใช้
- 6) การให้ข้อมูลย้อนกลับที่เหมาะสม

การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ต้องได้รับการให้ข้อมูลย้อนกลับ จากผู้รับสาร เพื่อเป็นข้อเสนอแนะหรือคำแนะนำ 7) การอำนวยความสะดวกและอุปสรรคของการสื่อสาร การสื่อสารตัวแปรแทรกแซงอยู่ระหว่างแหล่งที่มาของข้อมูลและผู้รับข้อมูลในกระบวนการสื่อสาร ผลของตัวแปรแทรกแซงเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อเชิงบวกและเชิงลบในการสื่อสาร ซึ่งเป็นอีกปัจจัยในของความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการสื่อสาร

ทั้งนี้ ดนัย จันทร์เจ้าฉาย (2563) ได้อธิบาย แนวทางการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในภาวะวิกฤติเพื่อสร้างความเชื่อมั่น ได้แก่ 1) การวางแผนการสื่อสารทั้งภายในและภายนอกองค์กรในภาวะวิกฤติ ควรวางแผนรองรับเหตุฉุกเฉินให้ครอบคลุมทั้งแผนการสื่อสารเชิงรุกและเชิงรับ ให้มีความสำคัญกับความปลอดภัยและความโปร่งใส พร้อมทั้งกำหนดหน้าที่ผู้รับผิดชอบ และผู้มีส่วนในการตัดสินใจ และมีการสื่อสารในองค์กรล่วงหน้าให้ทุกคนในองค์กรเข้าใจตรงกันเกี่ยวกับมาตรการ โดยการเตรียมพร้อมแนวทางหรืออุปกรณ์ ที่จะนำไปปฏิบัติได้ทันทีอย่างมีประสิทธิภาพ 2) การสื่อสารอย่างโปร่งใส ด้วยความจับใจทันท่วงที มีความยืดหยุ่นและจริงใจ คือหัวใจสำคัญในการเปลี่ยนวิกฤติให้เป็นโอกาส องค์กรต้องใส่ใจทุกคนในองค์กรรวมถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างทั่วถึง เริ่มต้นจากการสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องรวมทั้งการเพิ่มป้องกันหากเกิดภาวะวิกฤติ และขจัดความเข้าใจที่ผิดด้วยการให้ข้อมูลที่ถูกต้องอย่างรวดเร็ว 3) แยกข้อเท็จจริงออกจากข่าวลวง เพื่อป้องกันความสับสนของข้อมูลข่าวสาร ต้องวางแผนและเตรียมการรองรับสถานการณ์ที่เกิดความคาดหมาย ทำให้ได้รับผลกระทบน้อยที่สุด ทั้งนี้ สามารถที่จะใช้เทคโนโลยีการสื่อสาร เข้ามาช่วยในการสื่อสารกับสื่อมวลชน และประชาชนทั่วไป รวมถึงการสื่อสารภายในองค์กร เช่น การแจ้งข้อมูลผ่านออนไลน์ผ่านโซเชียลมีเดีย หรือการประชุมและจัดการอบรมผ่านแอปพลิเคชัน

อย่างไรก็ตาม Glik ได้อธิบายว่า การสื่อสารความเสี่ยง เป็นการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในองค์กรรูปแบบหนึ่ง และเป็นการสื่อสารในภาวะวิกฤติ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบได้แก่ 1) การสื่อสารความเสี่ยงในสิ่งแวดล้อม 2) การบริหารจัดการภัยพิบัติ 3) การสื่อสารทางสุขภาพ 4) การสื่อสารผ่านทางสื่อ ซึ่งมีแนวคิดสื่อสารความเสี่ยงในสถานการณ์ทางสังคมที่รุนแรง ทั้งความเชื่อและภาวะเศรษฐกิจ โดยผ่านการรับรู้ความเสี่ยงที่ทำให้เกิดอารมณ์ทางลบได้ การสื่อสารนั้นสามารถที่จะช่วยบุคคลในการปรับตัวในสิ่งแวดล้อมรอบตัวและการเกิดภัยพิบัติ(Glik, 2007)

ดังนั้น ผู้วิจัยสามารถสรุปความหมายของ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาล คือ กระบวนการนำไปสู่การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ บุคลากรในโรงพยาบาลมีความสามารถในการสร้าง

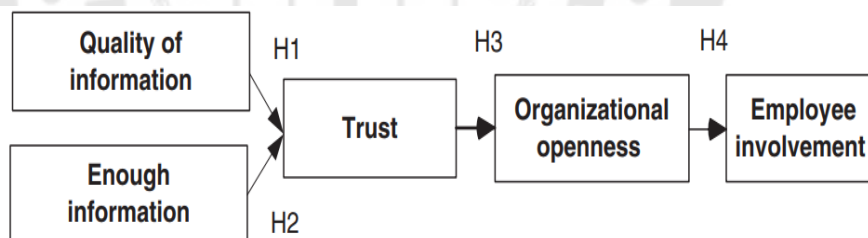
เนื้อหาที่เหมาะสม ชัดเจนและโปร่งใส ในสถานการณ์ที่ไม่คาดคิดในองค์กร เช่น เหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด ภัยพิบัติ และโรคระบาด เพื่อป้องกันข้อมูลที่ผิดพลาด

การวัดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาล

ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือวัด การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาล โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการสื่อสารในองค์กรของ Thomas และคณะ (Thomas, Zolin, & Hartman, 2009) ได้ อธิบายว่า การสื่อสารเป็นบทบาทสำคัญในการพัฒนาความไว้วางใจแก่พนักงานในองค์กร มี 2 องค์ประกอบ ดังนี้

1)คุณภาพของข้อมูล เช่น ความถูกต้องตรงเวลา มีประโยชน์ ถูกต้อง คุณภาพของข้อมูลมีความสัมพันธ์กับระดับความไว้วางใจ พนักงานจะเกิดความไว้วางใจ เมื่อได้สารที่ได้รับต้องถูกต้อง ทันเวลา มีประโยชน์ เพื่อลดการรับข้อมูลที่มากเกินไป

2)ปริมาณข้อมูลหรือความเพียงพอของข้อมูล การได้รับทราบที่เพียงพอ จากเพื่อนร่วมงานหัวหน้างานหรือผู้บริหารระดับสูง ทั้งนี้ จากการศึกษา การไหลเวียนของข้อมูลและความไว้วางใจ มีความสัมพันธ์กัน การได้รับข้อมูลที่เพียงพอจะสามารถลดความผิดพลาดจากการรับรู้ และทำให้พนักงานรู้สึกไว้วางใจในองค์กร



ภาพประกอบ 2 โมเดลแนวคิดพื้นฐานในการสื่อสาร ของ Thomasและคณะ (2009)

จากภาพประกอบที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ในแต่ละตัวแปร ทฤษฎีที่ครอบคลุมคือการปฏิบัติในการสื่อสารนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านประสิทธิภาพผ่านการพัฒนาความไว้วางใจการรับรู้ถึงการเปิดกว้างขององค์กรและการมีส่วนร่วมของพนักงาน การมีส่วนร่วมของพนักงานมีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน จากการรับรู้ของพนักงานเกี่ยวกับปริมาณและคุณภาพของข้อมูล

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสร้างเครื่องมือวัดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาล เพื่อวัดประสิทธิภาพในการสื่อสารของบุคคลทางการแพทย์ ในบริบทสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 โดยประยุกต์จากแนวคิดของมีวัดจากการรับรู้ รูปแบบการสื่อสารระหว่างกา

เกิดสถานการณ์การระบาดของโรค จากองค์กร เพื่อนร่วมงาน และตนเอง ทั้งแบบนี้แบบวัดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพมี 3 องค์ประกอบได้แก่ 1) คุณภาพของข้อมูล 2) ปริมาณของข้อมูล และเพิ่ม 3) ช่องทางการรับข้อมูล ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นพบ ช่องทางการรับข้อมูล มีผลต่อประสิทธิภาพในการสื่อสารของบุคคลในองค์กร โดยเป็นมาตรฐานประมาณค่า 6 ระดับคือ “มากที่สุด” เท่ากับ 6 คะแนน “มาก” เท่ากับ 5 คะแนน “ค่อนข้างมาก” เท่ากับ 4 คะแนน “ค่อนข้างน้อย” เท่ากับ 3 คะแนน “น้อย” เท่ากับ 2 คะแนน “น้อยที่สุด” เท่ากับ 1 คะแนน โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้ให้คะแนนการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาลมากกว่า บ่งชี้ถึงเป็นผู้ที่มีการสื่อสารในโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพดีกว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาล

Qi และคณะ (Qi et al., 2020) ได้ทำการศึกษาถอดบทเรียนรูปแบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ณ เมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพโดยการลดการรบกวนความไม่แน่ชัดของข่าวสารและทำให้กระจ่างชัด รวมถึงการสร้างเครือข่ายในการติดต่อประชาชน เพื่อที่จะกำจัดข่าวลือที่ทำให้บุคคลเกิดความตื่นตระหนก ซึ่งผู้วิจัยวิเคราะห์ได้ว่า การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพนั้น มีความสัมพันธ์กับการจัดการความเครียดในสถานการณ์ระบาดของโรค COVID-19

Nabie และ Ome (Nabie & Ome, 2016) ได้ศึกษา การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเป็นองค์ประกอบหนึ่ง ในการลดความเครียดในการทำงาน ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาประเภทของการสื่อสารในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา ของคุณครู ณ เมืองเคาน์ตี ประเทศเคนยา โดยศึกษาความสัมพันธ์ของระดับการสื่อสารกับระดับความเครียด โดยอธิบายว่า การสื่อสาร ที่มีประสิทธิภาพ เป็นการสร้างและยังคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพระหว่างหัวหน้างานและพนักงานเพื่อเป็นสร้างแรงจูงใจและความพึงพอใจในงาน ในทางตรงข้ามการสื่อสารที่ขาดประสิทธิภาพสามารถทำให้เกิดความเครียด ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ซึ่งองค์ประกอบของระดับการสื่อสารในงานวิจัยครั้งนี้มี 5 ระดับ ได้แก่ 1) การสื่อสารทางเดียว 2) การสื่อสารแจ้งกลับโดยข้อความ 3) การสนทนาด้วยวาจา 4) การอภิปรายแบบไม่เป็นทางการ 5) การอภิปรายแบบไม่เป็นทางการ ในกลุ่มตัวอย่างคุณครู 1,020 คน ผลการวิจัย พบว่า สาเหตุหนึ่งของความเครียดในสถานที่ทำงาน คือการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งอาจทำให้พนักงานสับสน การสื่อสารที่ขาด

ประสิทธิภาพในที่ทำงาน ทำให้พนักงานรู้สึกคับข้องใจ และไม่ทราบความต้องการของนายจ้าง เนื่องจากความเครียดและการขาดแนวทางที่ชัดเจน ส่งผลให้ ผลการทำงานของพนักงานลดลง

พิชญานิน เทพบุชา (2561) ได้ศึกษาอิทธิพลการสื่อสารภายในองค์กร มีผลกับความเครียดของกลุ่มคนทำงาน บริษัทเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร โดยทำการศึกษากลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มคนทำงานบริษัทในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 121 คน ประกอบด้วย 1) การสื่อสารแบบบนลงล่าง 2) การสื่อสารแบบล่างขึ้นบน 3) การสื่อสารแบบแนวนอน 4) การสื่อสารแบบแนวไขว้ โดยใช้แบบวัด โดยใช้แบบสอบถามการสื่อสารภายในองค์กรจำนวน 4 องค์ประกอบ 16 ข้อย่อย ตรวจสอบคุณภาพแบบวัดมีความเชื่อมั่นของครอนบาค เท่ากับ 0.908 พบว่า การสื่อสารภายในองค์กร มีผลต่อความเครียดในกลุ่มคนทำงานบริษัท คือ ความเครียดมีความสัมพันธ์กับการสื่อสารที่ขาดประสิทธิภาพ

จากการทบทวนวิจัยข้างต้น สามารถสรุปได้ว่าการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เป็นปัจจัยทางด้านสังคม ที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่ โดยผู้วิจัยคาดว่า บุคลากรทางการแพทย์ ในจังหวัดนครราชสีมา ที่มีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาล จะมีพฤติกรรมกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่ได้ดีกว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่ขาดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาล

3.2.3 ปัจจัยด้านทางชีวสังคมกับพฤติกรรมกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ใช้เป็นตัวแปรต้นและตัวแปรแบ่งกลุ่ม ดังต่อไปนี้

ประสบการณ์ในการทำงาน (Work Experience)

จากการสืบค้นเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในบริบทของบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า ประสบการณ์ทำงานเป็นตัวแปรที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการจัดการความเครียด โดยมีงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลเฉพาะทางโรคมะเร็ง เขตภาคกลางของปาณิภา เสียงเพราะ, ทศนีย์ รวีวรกุล, and อรวรรณ แก้วบุญชู (2557) พบว่าประสบการณ์ในการทำงาน มีความสัมพันธ์กับความเครียดของการทำงาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในการงานวิจัย มีอายุการทำงานต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี ด้วยอายุการทำงานที่ไม่มาก ส่งผลให้เกิดความไม่มั่นใจต่อการตัดสินใจในการทำงาน เมื่อเปรียบเทียบกับพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงานยาวนานกว่า จะเกิดการเรียนรู้และมีประสบการณ์มากขึ้นในการทำงานได้ดีกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานน้อย อย่างไรก็ตาม ก็พบว่าลักษณะพลอยเลื่อมแสง (ลักษณะ พลอยเลื่อมแสง, 2544) ได้การศึกษาเรื่องภาวะเครียด และพฤติกรรมเผชิญความเครียดของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ระยะเวลาทำงานมีผลที่ทำให้เกิดความเครียด โดยพยาบาลวิชาชีพที่มีระยะเวลา

ทำงานมากกว่า 25 ปี จะมีการบาดเจ็บทางจิตใจที่ได้รับจากการทำงานมากกว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีระยะเวลาการทำงานน้อยกว่า 25 ปี และแนวโน้มพบว่ายังมีระยะเวลาทำงานมากขึ้น จะมีความเครียดจากการทำงานมากขึ้น ซึ่งพยาบาลในการศึกษาคั้งนี้ เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ทำงานมีระยะเวลาปฏิบัติงานมากกว่า 20 ปี ซึ่งสอดคล้องกับ Tsai และ Lui (Tsai & Liu, 2012) ได้ทำการศึกษาปัจจัยและอาการที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน และการดูแลสุขภาพของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลในประเทศไต้หวัน ผลการศึกษพบว่า เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานยาวนานและทำงานติดต่อกันหลายชั่วโมงต่อวันมีความสัมพันธ์กับอาการเครียด เช่น วิตกกังวล ปวดศีรษะ ระบบทางเดินอาหารแปรปรวน

จากการทบทวนและประมวลเอกสาร ประสบการณ์ในการทำงานมีความเกี่ยวข้องกับ ความเครียด ในการวิจัยคั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบ่งประสบการณ์ทำงานออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ 1) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี และ 2) มากกว่า 10ปี ผู้วิจัยจึงสรุปได้ว่า บุคลากรทางการแพทย์ที่มีประสบการณ์ทำงานที่แตกต่างกันส่งผลต่อการจัดการความเครียดวิธีใหม่ที่แตกต่างกัน

ชั่วโมงการทำงาน (Work Hours)

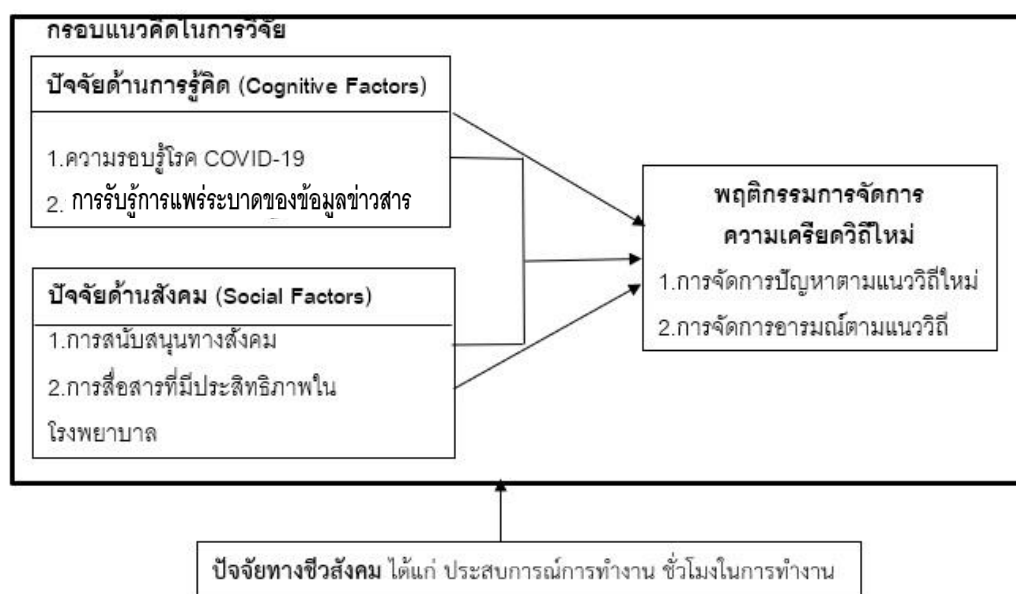
จากการสืบค้นเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พฤติกรรมการจัดการความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ มีตัวแปรที่เกี่ยวข้องคือ ชั่วโมงในการทำงาน โดย ปนัดดา ใจบุญ (2553) ได้ทำการศึกษาความเครียดในการทำงานและความผูกพัน ต่อองค์กรของพนักงานคุมประพฤติกรมคุมประพฤติในเขตพื้นที่ภาคเหนือ จากผลกรวิจัยพบว่าการทำงานเป็นเวร (Shift Work) คืองานที่ต้องมีการหมุนเวียนตารางงานตลอด 24 ชั่วโมง ส่งผลกระทบตัวบุคคล ทำให้เกิดความเครียดทั้งร่างกาย จิตใจ และแรงจูงใจในการทำงาน อีกทั้ง ชั่วโมงการทำงานที่ยาวนาน เช่น ปริมาณงานที่มากเกินไป ทำให้บุคคลต้องใช้เวลาในการทำงานนานและต้องทำงานในภาวะเวลาที่จำกัด ทั้งนี้สำนักงานสถิติแห่งชาติ(สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561) ได้ทำการสำรวจข้อมูล ชั่วโมงการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ พบว่าการทำงานของพยาบาลวิชาชีพนั้น มีการทำงานมากเกินกว่า 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ยิ่งไปกว่านั้นพยาบาลยังต้องปฏิบัติงานมากถึง 16 ชั่วโมงต่อวันเนื่องจากต้องปฏิบัติงานนอกเวลา นอกจากนี้ ช่วงการทำงานแพทย์นอกเวลามากกว่า 80 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ทำให้บุคลากรต้องทำงานปริมาณที่มากขึ้น เชนิณภาวะกดดันจากหลายด้านในการทำงาน ซึ่งขัดแย้งกับเกณฑ์ปกติ เวลาทำงานของคนไทยโดยเฉลี่ย เท่ากับ 7-8 ชั่วโมงต่อวัน และเฉลี่ยสัปดาห์ละ 35 - 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และงานวิจัย Tsai และ Lui(Tsai & Liu, 2012)ได้ทำการศึกษาปัจจัย และอาการที่เกี่ยวข้องกับการทำงานและการดูแลสุขภาพของเจ้าหน้าที่

โรงพยาบาลในประเทศไทยได้ทุกวัน ผลการศึกษาพบว่า ทำงานติดต่อกันหลายชั่วโมงต่อวัน มีความสัมพันธ์กับอาการเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทบทวนและประมวลเอกสาร พบว่า ชั่วโมงการทำงานที่ยาวนานของบุคลากรทางการแพทย์มีความเกี่ยวข้องกับความเสี่ยง ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งชั่วโมงการทำงาน 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ 2) มากกว่า 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ทั้งนี้ผู้วิจัยจึงสรุปได้ว่า บุคลากรทางการแพทย์ที่มีชั่วโมงการทำงานที่แตกต่างกันส่งผลต่อการจัดการความเครียดวิธีใหม่ที่ต่างกัน

ตอนที่ 4 กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ มีจุดประสงค์ในการศึกษาความรอบรู้โรค COVID-19 การรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสาร และปัจจัยทางด้านสังคม ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมจัดการความเครียดตามวิธีใหม่ของบุคลากรทางการแพทย์ ผู้วิจัยได้ศึกษาการวิเคราะห์สาเหตุพฤติกรรมโดยใช้ทฤษฎีการจัดการความเครียดของ Lazarus และ Folkman (1984) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งได้กำหนดตัวแปรออกเป็น 3 กลุ่ม ซึ่งมีปฏิสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการความเครียดวิธีใหม่ ได้แก่ 1) ตัวแปรปัจจัยด้านการรู้คิด ได้แก่ ความรอบรู้โรค COVID-19 และการรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสาร 2) ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ 1) การสนับสนุนทางสังคม 2) การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาล และ 3) ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ ประสบการณ์การทำงาน ชั่วโมงในการทำงาน ซึ่งแสดงรายละเอียดในภาพประกอบ



ภาพประกอบ 3 กรอบแนวคิดการวิจัย

นิยามเชิงปฏิบัติการ

พฤติกรรมกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่ หมายถึงความสามารถของบุคคลในปรับตัวในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 โดยควบคุมตนเองหรือจัดการสถานการณ์ที่ส่งผลต่อความไม่สุขสบายทางใจและทางร่างกาย ที่เกิดขึ้นจากผลการระบาดของโรค COVID-19 โดยการปรับรูปแบบการใช้ชีวิตเป็นวิถีใหม่ เพื่อลดความรุนแรงจากผลกระทบของความเครียด ให้ร่างกายและจิตใจของบุคคลกับสู่สมดุลปกติและยังคงอยู่ได้ในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ได้ โดยมีองค์ประกอบของการจัดการความเครียด 2 องค์ประกอบ ได้แก่

1) การจัดการปัญหาตามแนววิถีใหม่ หมายถึง การจัดการปัญหาที่ทำให้บุคคลเกิดความเครียดขึ้นเฉพาะจากสถานการณ์ระบาดของโรค COVID-19 โดยมีการพฤติกรรมกรรมการลงมือกระทำและกระบวนการคิด โดยมีจุดประสงค์การดูแลตนเองและป้องกันการติดเชื้อโรค เช่น การสวมใส่หน้ากากอนามัยสม่ำเสมอ การล้างมืออย่างถูกวิธี การทำความสะอาดบ้าน หลีกเลี่ยงไม่เข้าไปในพื้นที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เป็นต้น

2) การจัดการอารมณ์ตามแนววิถีใหม่ หมายถึง การจัดการปัญหาที่ทำให้บุคคลเกิดความเครียดขึ้นเฉพาะ จากสถานการณ์ระบาดของโรค COVID-19 โดยมีการพฤติกรรมกรรมการลงมือกระทำหรือกระบวนการคิด โดยมีจุดประสงค์ เพื่อลดระดับความเครียดที่เกิดขึ้น โดยหลีกเลี่ยงหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การมองโลกในแง่ดีในช่วงการระบาดของโรค COVID-19 การออกกำลังกายผ่อนคลายความเครียด การปรับทุกข์หรือระบายความรู้สึกกับคนรอบข้าง เป็นต้น

ในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือโดยปรับใช้โดยประยุกต์ใช้มาจากกรอบแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) ของบุคลากรทางการแพทย์ ของบุคลากรทางการแพทย์ จังหวัดนครราชสีมา ในการวัดพฤติกรรมกรรมการจัดการความเครียดแบบวิถีใหม่ ที่ ประกอบด้วยมาตรประเมิน 6 ระดับ คือ “ปฏิบัติมากที่สุด” เท่ากับ 6 คะแนน “ปฏิบัติมาก” เท่ากับ 5 คะแนน “ปฏิบัติค่อนข้างมาก” เท่ากับ 4 คะแนน “ปฏิบัติค่อนข้างน้อย” เท่ากับ 3 คะแนน “ปฏิบัติน้อย” เท่ากับ 2 คะแนน “ไม่เคยปฏิบัติเลย” เท่ากับ 1 คะแนน บุคลากรทางการแพทย์ที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมจัดการความเครียดแบบวิถีใหม่มากกว่า และบุคลากรทางการแพทย์ที่มีคะแนนต่ำกว่า

ความรอบรู้โรค COVID-19 หมายถึง ความสามารถและทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมของบุคลากรทางการแพทย์ ในการเข้าถึงข้อมูลความรู้ด้านการระบาดของโรค COVID-19 มาตรการของป้องกันโรค รวมถึงประเมินความรู้ความเข้าใจในการป้องกันตนเอง และนำมาปฏิบัติ โดยการประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน โดยมีตัวแปรสังเกตและองค์ประกอบ 4 ด้าน ดังนี้

1) ด้านการเข้าถึง หมายถึง ความสามารถในการค้นหาและเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับการระบาดของโรค COVID-19 ที่เป็นตัวกำหนดปัญหาด้านสุขภาพ รวมถึงสถานบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

2) ด้านการเข้าใจ หมายถึง ความสามารถในการเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับการระบาดของโรค COVID-19 และตัวกำหนดปัญหาด้านสุขภาพอย่างถูกต้อง

3) ด้านการประเมิน หมายถึง ความสามารถในการพิจารณา ไตร่ตรองรวมถึงการประเมินข้อมูลเกี่ยวกับการระบาดของโรค COVID-19

4) ด้านการประยุกต์ใช้ หมายถึง ความสามารถในการสื่อสารเกี่ยวกับ ข้อมูลเกี่ยวกับการระบาดของโรค COVID-19 และตัดสินใจเกี่ยวกับตัวกำหนดปัญหาด้านสุขภาพ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยประยุกต์สร้างกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของของ Sorensen (2012) และได้พัฒนาความรู้รอบด้านสุขภาพของ อังคินันท์ อินทรกำแหง (2560) เป็นแบบวัดความรอบรู้การระบาดของโรค COVID-19 แบบทดสอบ เป็นแบบทดสอบเป็นวัดมาตรฐานประเมินค่า 4 ระดับ คือ “จริงที่สุด” เท่ากับ 4 คะแนน “ค่อนข้างจริง” เท่ากับ 3 คะแนน “จริงบางครั้ง” เท่ากับ 2 คะแนน “ไม่จริงเลย” เท่ากับ 1 คะแนน บุคลากรทางการแพทย์ที่ได้คะแนนความรอบรู้โรค COVID-19 สูง บ่งชี้ถึง เป็นผู้ที่มีความรอบรู้โรค COVID-19 ได้ดีกว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

การรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การรับรู้ส่วนบุคคลของบุคลากรทางแพทย์ และตีความต่อการข้อมูลข่าวสารที่ผิด รวมถึงแพร่ระบาดของข้อมูลที่ผิดให้แก่บุคคลอื่น ซึ่งเกิดขึ้นในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 อันประกอบไปด้วย 2 องค์ประกอบ ได้แก่ (Ireton & Posetti, 2018)

1) ข้อมูลข่าวสารผิด (Misinformation) หมายถึง การแพร่ระบาดของข้อมูลเท็จ แต่ยังไม่ก่อให้เกิดอันตราย อันประกอบไปด้วย เนื้อหาล้อเลียน เนื้อหาไม่ตรงพาดหัว เนื้อหาชี้นำ เนื้อหาที่ผิดบริบท เนื้อหาแอบอ้าง เนื้อหาหลอกลวง เนื้อหาถูกขึ้นมา

2) ข้อมูลข่าวสารบิดเบือน (Dis-information) หมายถึง การแพร่ระบาดของข้อมูลเท็จ และสร้างขึ้นโดยเจตนา เพื่อทำร้ายบุคคล กลุ่มสังคมองค์กร หรือประเทศ อันประกอบไปด้วย เนื้อหาล้อเลียน เนื้อหาไม่ตรงพาดหัว เนื้อหาชี้นำ เนื้อหาที่ผิดบริบท เนื้อหาแอบอ้าง เนื้อหาหลอกลวง เนื้อหาถูกขึ้นมา

โดยเป็นแบบวัดมาตรฐานประเมิน 4 ระดับ 4 ระดับ คือ “จริงที่สุด” เท่ากับ 4 คะแนน “ค่อนข้างจริง” เท่ากับ 3 คะแนน “จริงบางครั้ง” เท่ากับ 2 คะแนน “ไม่จริงเลย” เท่ากับ 1 คะแนน โดย

โดย บุคลากรทางการแพทย์ที่มีการรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสารต่ำ บ่งชี้ถึงเป็นผู้ที่รับรู้ข้อมูลการระบาดของข้อมูลข่าวสารได้ดีกว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้คะแนนสูงกว่า

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ของบุคคลในสังคม และการมีปฏิสัมพันธ์ผ่านเครือข่ายทางสังคมในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ได้แก่ ครอบครัว เพื่อนร่วมงาน หน่วยงานรัฐ รวมทั้งสื่อ ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกแน่นแฟ้น เป็นหนึ่งเดียวกัน ซึ่งมีความสัมพันธ์กับสุขภาพและสุขภาพที่ดีของบุคคลในสังคม มีทั้งหมด 3 องค์ประกอบ ได้แก่

1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotion Support) ประกอบด้วย ความสนิทสนม ความรู้สึกผูกพัน ความเชื่อมั่น ทำให้บุคคลเกิดความไว้วางใจ

2) การสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ (Tangible Support) ประกอบด้วย การช่วยเหลือและอำนวยความสะดวก เช่น การให้เงินกู้ยืม ของขวัญ สินค้า รวมถึงการหาอาชีพ

3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) ประกอบด้วย การแจ้งข้อมูล คำแนะนำแก่บุคคล ในการแก้ปัญหา รวมถึงการให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback)

ในการวัดการสนับสนุนทางสังคมในบุคลากรทางการแพทย์ ในจังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยนำแนวคิดของการสนับสนุนทางสังคมของSchaefer (1981) มาประยุกต์เป็นกรอบแนวคิดการสร้างเครื่องมือ โดยนำแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของกนกทอง สุวรรณบุลย์(2545) มาประยุกต์ใช้ ซึ่งเป็นแบบวัดมาตราประมาณ 6 ระดับ คือ “มากที่สุด” เท่ากับ 6 คะแนน “มาก” เท่ากับ 5 คะแนน “ค่อนข้างมาก” เท่ากับ 4 คะแนน “ค่อนข้างน้อย” เท่ากับ 3 คะแนน “น้อย” เท่ากับ 2 คะแนน “น้อยที่สุด” เท่ากับ 1 คะแนน เพื่อมาใช้วัดการสนับสนุนทางสังคมของบุคลากรทางการแพทย์ จังหวัดนครราชสีมา โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้คะแนนการสนับสนุนทางสังคมสูง บ่งชี้ถึงจะมีการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้คะแนนต่ำ

การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาล หมายถึง กระบวนการนำไปสู่การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ บุคลากรในโรงพยาบาลมีความสามารถในการสร้างเนื้อหาที่เหมาะสม ชัดเจน และโปร่งใส ในสถานการณ์ที่ไม่คาดคิดในองค์กร เช่น เหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด ภัยพิบัติ และโรคระบาด เพื่อป้องกันข้อมูลที่ผิดพลาด ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือวัดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาล โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการสื่อสารในองค์กรของ Thomas (2009) เพื่อวัดประสิทธิภาพในการสื่อสารของบุคลากรทางการแพทย์ในบริบทสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 โดยประยุกต์จากแนวคิดของมีวัดจากการรับรู้ รูปแบบการสื่อสารระหว่างการเกิดสถานการณ์การระบาดของโรค จากองค์กร เพื่อนร่วมงาน และตนเอง ทั้งแบบนี้แบบวัดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพมี 3 องค์ประกอบได้แก่ 1) คุณภาพของข้อมูล 2) ปริมาณของข้อมูล

โดยเป็นมาตรฐานประมาณค่า 6 ระดับคือ “มากที่สุด” เท่ากับ 6 คะแนน “มาก” เท่ากับ 5 คะแนน “ค่อนข้างมาก” เท่ากับ 4 คะแนน “ค่อนข้างน้อย” เท่ากับ 3 คะแนน “น้อย” เท่ากับ 2 คะแนน “น้อยที่สุด” เท่ากับ 1 คะแนน โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้ให้คะแนนการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาลมากกว่า บ่งชี้ถึง เป็นผู้ที่มีการสื่อสารในโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพดีกว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

สมมติฐานในการวิจัย

สมมติฐานที่ 1 บุคลากรที่มีชีวิตสังคมต่างกันจะมีพฤติกรรมการจัดการความเครียดวิธีใหม่ทั้งด้านรวมและรายด้านต่างกัน โดยมีสมมติฐานย่อย ดังต่อไปนี้

สมมติฐานย่อยที่ 1.1 บุคลากรทางการแพทย์ที่มีประสบการณ์แตกต่างกันจะมีพฤติกรรมการจัดการความเครียดวิธีใหม่ ต่างกันทั้งด้านรวมและรายด้าน

สมมติฐานย่อยที่ 1.2 บุคลากรทางการแพทย์ที่มีชั่วโมงการทำงานที่แตกต่างกันจะมีพฤติกรรมการจัดการความเครียดวิธีใหม่ต่างกัน ทั้งด้านรวมและรายด้าน

สมมติฐานที่ 2 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในปัจจัยด้านความรู้คิดและด้านสังคม มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการความเครียดวิธีใหม่ในบุคลากรทางการแพทย์ทั้งด้านรวมและรายด้าน โดยมีสมมติฐานย่อย ดังต่อไปนี้

สมมติฐานย่อยที่ 2.1 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้โรคCOVID-19 และการสนับสนุนทางสังคม มีผลกระทบต่อพฤติกรรมการจัดการความเครียดวิธีใหม่ทั้งด้านรวมและรายด้าน ในบุคลากรทางการแพทย์

สมมติฐานย่อยที่ 2.2 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสาร และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาล มีผลกระทบต่อพฤติกรรมการจัดการความเครียดวิธีใหม่ทั้งในด้านรวมและรายด้าน ในบุคลากรทางการแพทย์

สมมติฐานที่ 3 ตัวแปรปัจจัยด้านความรู้คิด ได้แก่ ความรอบรู้ด้านโรคCOVID-19 การรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสาร และตัวแปรปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การสื่อสาร ที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาล มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการความเครียดวิธีใหม่ทั้งในด้านรวมและรายด้าน

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการวิจัยสหสัมพันธ์เชิงเปรียบเทียบ (Comparative-Correlation Research) ในความรอบรู้โรค COVID-19 การรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสารและปัจจัยที่ด้านสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมจัดการความเครียดตามวิถีใหม่ของบุคลากรทางการแพทย์ในจังหวัดนครราชสีมา ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนามโดยใช้แบบสอบถาม ด้วยการสุ่มตัวอย่างบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาล ในจังหวัดนครราชสีมา โดยผู้วิจัยมีวิธีการดำเนินงานวิจัยและเก็บรวบรวมดังต่อไปนี้

- | | | |
|--------|---|--|
| ตอนที่ | 1 | การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง |
| ตอนที่ | 2 | การสร้างและพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย |
| ตอนที่ | 3 | การเก็บรวบรวมข้อมูล |
| ตอนที่ | 4 | การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล |
| ตอนที่ | 5 | การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง |

ตอนที่ 1 การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 การกำหนดประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ บุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาล ระดับตติยภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา เขตสุขภาพที่ 9 ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร สหวิชาชีพ ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุข นักจิตวิทยา นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์ โภชนากร นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด สายสนับสนุนทางการแพทย์ ได้แก่ พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ เวิร์ปเปิล ผู้ช่วยทันตกรรม ผู้ช่วยเภสัชกรรม โดยมีบุคลากรทางการแพทย์ทั้งหมด 3,422 คน โดยแบ่งเป็นวิชาชีพ ดังต่อไปนี้

ตาราง 4 จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ในแต่ละโรงพยาบาล

ลำดับ	ประเภท	จำนวน(คน)
1.	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	2,461
2.	โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนรินทร์	300
3.	โรงพยาบาลเทพรัตน์	661
	รวม	3,422

1.2 กลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 1 การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดของกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ คำนวณโดยใช้สูตรตัวอย่างของ Rea and Parker (2014) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

$$n = \frac{N_x}{((N-1)E^2 + x)}$$

โดยที่ n = จำนวนตัวอย่าง

N = จำนวนประชากร

X = ค่ากำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% และความผิดพลาดที่ 5 %

E = ระดับความผิดพลาดที่ยอมรับได้

จากสูตรข้างต้น หากเป็นกรณีที่ประชากรเป้าหมายมีมากกว่า 3,422 คนขึ้นไป ณ ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และมีค่าความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับให้เกิดขึ้นไม่เกินร้อยละ 5 จากการคำนวณ พบว่าจำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจะเท่ากับ 350 คน แต่อย่างไรก็ตามเพื่อความสมบูรณ์ของงานวิจัย และป้องกันความผิดพลาดของข้อมูลในการตอบแบบสอบถามที่อาจไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ รวมถึงเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีเพียงพอต่อการวิเคราะห์ผลวิจัย ผู้วิจัยจึงได้สำรองกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติม รวมเป็น 360 คน โดย เป็นบุคลากรทางการแพทย์อันได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล สหวิชาชีพ (ได้แก่ นักเทคนิคการแพทย์ นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์ นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และนักวิชาการสาธารณสุข) รวมถึงเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนการพยาบาล (ได้แก่ พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ เวิร์เบล ผู้ช่วยทันตกรรม ผู้ช่วยเภสัชกรรม)

ขั้นตอนที่ 2 เลือกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ผู้วิจัยได้กำหนดทำสุ่มตัวอย่างและกำหนดโควตาโรงพยาบาล โรงพยาบาลละ 120 คน โดยแบ่งจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิทั้งหมด 3 แห่ง ในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ได้แก่ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โรงพยาบาลเทพรัตน์ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนรินทร์

ผู้วิจัยกำหนดสุ่มตัวอย่างจากบุคลากรทางการแพทย์ของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยรวมเท่า 360 คน โดยใช้สูตรการคำนวณจาก การกำหนดสัดส่วนของแต่ละชั้นภูมิในอัตรา ได้แก่ 360/3 เท่ากับ คนต่อ 1 โรงพยาบาล ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดอัตราส่วนกลุ่มตัวอย่างเป็น 120 คนต่อ 1 โรงพยาบาล จากนั้น ได้ทำการสุ่มตัวอย่างต่อสัดส่วนของบุคลากรทางการแพทย์ โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ จำนวนโรงพยาบาลละ 120 คน รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 360 ราย ดำเนินการเพิ่มอีก 15% เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหายเป็น 414 คน และดำเนินการเก็บได้จริง 409 คน

ตอนที่ 2 การสร้างและพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบวัดจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเหมาะสม มาปรับใช้เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทสถานการณ์ และได้สร้างแบบวัดโดยประยุกต์ใช้จากแนวคิดที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแบบวัดทั้งหมดที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็นหัวข้อ ดังต่อไปนี้

2.1 แบบสอบถามลักษณะทางชีวสังคมของผู้ตอบแบบสอบถาม

(0) ประสบการณ์การทำงาน

() น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี

() มากกว่า 10 ปี

(00) ชั่วโมงในการทำงานต่อสัปดาห์

() น้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

() มากกว่า 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

2.2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นตัวแปรในการศึกษาวิจัย

แบบวัดพฤติกรรมจัดการความเครียดวิถีใหม่ (Coping Behavior in New Normal)

พฤติกรรมจัดการความเครียดวิถีใหม่ หมายถึงความสามารถของบุคคลในปรับตัวในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 โดยควบคุมตนเองหรือจัดการสถานการณ์ที่ส่งผลต่อความไม่สุขสบายทางใจและทางร่างกาย ที่เกิดขึ้นจากผลการระบาดของโรค COVID-19 โดยการปรับรูปแบบการใช้ชีวิตเป็นวิถีใหม่ เพื่อลดความรุนแรงจากผลกระทบของความเครียด ให้ร่างกายและจิตใจของบุคคลกับสู่สมดุลปกติและยังคงอยู่ได้ในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ได้ โดยมีองค์ประกอบของการจัดการความเครียด 2 องค์ประกอบ ได้แก่

1) การจัดการปัญหาตามแนววิถีใหม่ หมายถึง การจัดการปัญหาที่ทำให้บุคคลเกิดความเครียดขึ้นเฉพาะจากสถานการณ์ระบาดของโรค COVID-19 โดยมีการพฤติกรรมลงมือกระทำและกระบวนการคิด โดยมีจุดประสงค์การดูแลตนเองและป้องกันการติดเชื้อโรค เช่น การสวมใส่หน้ากากอนามัยสม่ำเสมอ การล้างมืออย่างถูกวิธี การทำความสะอาดบ้าน หลีกเลี่ยงไม่เข้าไปในพื้นที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เป็นต้น

2) การจัดการอารมณ์ตามแนววิถีใหม่ หมายถึง การจัดการปัญหาที่ทำให้บุคคลเกิดความเครียดขึ้นเฉพาะ จากสถานการณ์ระบาดของโรค COVID-19 โดยมีการพฤติกรรมลงมือกระทำหรือกระบวนการคิด โดยมีจุดประสงค์ เพื่อลดระดับความเครียดที่เกิดขึ้น โดยหลีกเลี่ยงหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การมองโลกในแง่ดีในช่วงการระบาดของโรค COVID-19 การออกกำลังกายผ่อนคลายความเครียด การปรับทุกข์หรือระบายความรู้สึกกับคนรอบข้าง เป็นต้น

ในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามโดยประยุกต์ใช้มาจากกรอบแนวคิดของ Lazarus และ Folkman (1984) การจัดการความเครียด ของบุคลากรทางการแพทย์ในจังหวัด นครราชสีมา หลังจากมีการทดสอบหาคุณภาพเครื่องมือค่า IOC ของแบบวัดนี้มีค่าเท่ากับ 0.60-1.00 และมีความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แบบแอลฟาของแบบวัดทั้งฉบับเท่ากับ 0.692 ในการวัด พฤติกรรมการจัดการความเครียดแบบวิถี ประกอบด้วยมาตรประเมิน 6 ระดับ คือ “ปฏิบัติมากที่สุด” เท่ากับ 6คะแนน “ปฏิบัติมาก” เท่ากับ 5คะแนน “ปฏิบัติค่อนข้างมาก” เท่ากับ 4คะแนน “ปฏิบัติค่อนข้างน้อย” เท่ากับ 3คะแนน “ปฏิบัติน้อย” เท่ากับ 2คะแนน “ไม่เคยปฏิบัติเลย” เท่ากับ 1คะแนน บุคลากรทางการแพทย์ที่ได้คะแนนสูงกว่า แสดงว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมจัดการความเครียดแบบวิถีใหม่มากกว่า และบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

ตัวอย่างข้อคำถาม

องค์ประกอบที่ 1 การจัดการปัญหาตามแนววิถีใหม่

(0) ฉันรู้สึกเหนื่อยล้ากับสถานการณ์ที่ไม่แน่นอนและพลิกผันตลอด (+)

.....
ปฏิบัติมากที่สุด	ปฏิบัติมาก	ปฏิบัติ ค่อนข้างมาก	ปฏิบัติค่อนข้าง น้อย	ปฏิบัติน้อย	ไม่เคยปฏิบัติ เลย

องค์ประกอบที่ 2 การจัดการอารมณ์ตามแนววิถีใหม่

(00) ฉันคิดหาวิธีการอื่นที่สะดวกกว่าออกไปสถานที่สาธารณะ เช่น การจ้องทีวีล่วงหน้า และการส่งของออนไลน์ (+)

.....
ปฏิบัติมากที่สุด	ปฏิบัติมาก	ปฏิบัติ ค่อนข้างมาก	ปฏิบัติค่อนข้าง น้อย	ปฏิบัติน้อย	ไม่เคยปฏิบัติ เลย

แบบวัดความรู้โรค COVID-19 (COVID-Literacy)

ความรู้โรค COVID-19 หมายถึง ความสามารถและทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมของบุคลากรทางการแพทย์ ในการเข้าถึงข้อมูลความรู้ด้านการระบาดของโรค COVID-19 มาตรการของป้องกันโรค รวมถึงประเมินความรู้ความเข้าใจในการป้องกันตนเองและนำมาปฏิบัติโดยการประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน โดยมีตัวแปรสังเกตและองค์ประกอบ 4 ด้าน ดังนี้

1) ด้านการเข้าถึง หมายถึง ความสามารถในการค้นคว้าและเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับการระบาดของโรค COVID-19 ที่เป็นตัวกำหนดปัญหาด้านสุขภาพ รวมถึงสถานบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

2) ด้านการเข้าใจ หมายถึง ความสามารถในการเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับการระบาดของโรค COVID-19 และตัวกำหนดปัญหาด้านสุขภาพอย่างถูกต้อง

3) ด้านการประเมิน หมายถึง ความสามารถในการพิจารณา ไตร่ตรองรวมถึงการประเมินข้อมูลเกี่ยวกับการระบาดของโรค COVID-19

4) ด้านการประยุกต์ใช้ หมายถึง ความสามารถในการสื่อสารเกี่ยวกับ ข้อมูลเกี่ยวกับการระบาดของโรค COVID-19 และตัดสินใจเกี่ยวกับตัวกำหนดปัญหาด้านสุขภาพ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยประยุกต์สร้างกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของของ Sorensen(2012) และได้พัฒนาความรู้รอบด้านสุขภาพของ อังคินันท์ อินทรกำแหง(2560) หลังจากมีการทดสอบหาคุณภาพเครื่องมือค่า IOC ของแบบวัดนี้มีค่าเท่ากับ 0.60-1.00 และมีความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แบบแอลฟาของแบบวัดทั้งฉบับ เท่ากับ 0.918 เป็นแบบทดสอบเป็นวัดมาตรฐานประเมินค่า 4 ระดับ คือ “จริงที่สุด” เท่ากับ 4 คะแนน “ค่อนข้างจริง” เท่ากับ 3 คะแนน “จริงบางครั้ง” เท่ากับ 2 คะแนน “ไม่จริงเลย” เท่ากับ 1 คะแนน บุคลากรทางการแพทย์ ที่ได้คะแนนความรอบรู้โรค COVID-19 สูง บ่งชี้ถึง เป็นผู้ที่มีความรอบรู้โรค COVID-19 ได้ดีกว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้คะแนนต่ำกว่า โดยมีรายละเอียดของข้อคำถามในแต่ละองค์ประกอบ ดังต่อไปนี้

ตัวอย่างข้อคำถาม

องค์ประกอบที่ 1 ด้านการเข้าถึง

(0) ค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโรค COVID-19 ลักษณะประเภทของวัคซีน (+)

.....
จริงที่สุด ค่อนข้างจริง จริงบางครั้ง ไม่จริงเลย

องค์ประกอบที่ 2 ด้านการเข้าใจ

(00) ท่านสามารถเข้าใจ... วิธีป้องกันตนเองจากการติดเชื้อได้ COVID-19 (+)

.....
จริงที่สุด ค่อนข้างจริง จริงบางครั้ง ไม่จริงเลย

ตัวอย่างข้อคำถาม

องค์ประกอบที่ 1 ข้อมูลข่าวสารผิด

- (0) วิธีการไอที่ถูกต้งคือ การยกแขนข้างใดข้างหนึ่ง มาจับไหล่ตัวเองฝั่งตรงข้าม และใช้มุมข้อศอกและต้นแขนด้านในปิดปากและจมูก (+)

.....
 จริงที่สุด ค่อนข้างจริง จริงบ้างครั้ง ไม่จริงเลย

องค์ประกอบที่ 2 ข้อมูลข่าวสารบิดเบือน

- (00) ผลการวิจัยพบว่า อาการบ่งชี้ของโรค COVID-19 บางสายพันธุ์ คือผู้ป่วยจะมี
 อาการสูญเสียความสามารถในการรับกลิ่น และรสชาติ (-)

.....
 จริงที่สุด ค่อนข้างจริง จริงบ้างครั้ง ไม่จริงเลย

แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) หมายถึง ความสัมพันธ์ของบุคคลในสังคม และการมีปฏิสัมพันธ์ผ่านเครือข่ายทางสังคมในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ได้แก่ ครอบครัว เพื่อนร่วมงาน หน่วยงานรัฐ รวมทั้งสื่อ ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกแน่นแฟ้นเป็นหนึ่งเดียวกัน ซึ่งมีความสัมพันธ์กับสุขภาพและสุขภาพที่ดีของบุคคลในสังคม มีทั้งหมด 3 องค์ประกอบได้

- 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotion Support) ประกอบด้วย ความสนิทสนม ความรู้สึกผูกพัน ความเชื่อมั่น ทำให้บุคคลเกิดความไว้วางใจ
- 2) การสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ (Tangible Support) ประกอบด้วย การช่วยเหลือและอำนวยความสะดวก เช่น การให้เงินทุนกู้ยืม ของขวัญ สินค้า รวมถึงการหาอาชีพ
- 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) ประกอบด้วย การแจ้งข้อมูล คำแนะนำแก่บุคคล ในการแก้ปัญหา รวมถึงการให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback)

ในการวัดการสนับสนุนทางสังคมในบุคลากรทางแพทย์ ในจังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยนำแนวคิดของการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer (1981) มาประยุกต์เป็นกรอบแนวคิดการสร้างเครื่องมือ โดยนำแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของ กนกทอง สุวรรณบุลย์ (2545)

หลังจากมีการทดสอบหาคุณภาพเครื่องมือค่า IOC ของแบบวัดนี้มีค่าเท่ากับ 0.600 – 1.000 และมีความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แบบแอลฟาของแบบวัดทั้งฉบับ เท่ากับ 0.759 ประกอบด้วยมาตร 6 ระดับคือ “มากที่สุด” เท่ากับ 6 คะแนน “มาก”เท่ากับ 5คะแนน “ค่อนข้างมาก”เท่ากับ 4 คะแนน “ค่อนข้างน้อย”เท่ากับ 3คะแนน “น้อย” เท่ากับ 2คะแนน “น้อยที่สุด” เท่ากับ 1คะแนน เพื่อมาใช้วัดการสนับสนุนทางสังคมของบุคลากรทางแพทย์ จังหวัดนครราชสีมา โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้คะแนนการสนับสนุนทางสังคมสูง บ่งชี้ถึง จะมีการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้คะแนนต่ำ

ตัวอย่างข้อคำถาม

องค์ประกอบที่ 1 การสนับสนุนด้านอารมณ์

(0) บางครั้งทำนรู้หัวใจ ที่ต้องทำงานตามลำพังเพราะยากที่จะขอความช่วยเหลือจากเพื่อนร่วมงาน (-)

.....

มากที่สุด	มาก	ค่อนข้างมาก	ค่อนข้างน้อย	น้อย	น้อยที่สุด
-----------	-----	-------------	--------------	------	------------

องค์ประกอบที่ 2 การสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์

(00) ในสถานการณ์โรคระบาด หน่วยงานของท่านมีวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ในการป้องกันการติดเชื้อเพียงพอ สำหรับเจ้าหน้าที่ทุกคน(+)

.....

มากที่สุด	มาก	ค่อนข้างมาก	ค่อนข้างน้อย	น้อย	น้อยที่สุด
-----------	-----	-------------	--------------	------	------------

องค์ประกอบที่ 3 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร

(000) ท่านได้รับการสนับสนุนในการทำงานโดยการให้เข้าอบรม หรือฝึกทักษะที่จำเป็นในการทำงาน(+)

.....

มากที่สุด	มาก	ค่อนข้างมาก	ค่อนข้างน้อย	น้อย	น้อยที่สุด
-----------	-----	-------------	--------------	------	------------

แบบวัดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาล (Effective Communication in Hospital)

การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาล คือ กระบวนการนำไปสู่การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ บุคลากรในโรงพยาบาลมีความสามารถในการสร้างเนื้อหาที่เหมาะสม ชัดเจนและโปร่งใส ในสถานการณ์ที่ไม่คาดคิดในองค์กร เช่น เหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด ภัยพิบัติ และโรคระบาด เพื่อป้องกันข้อมูลที่ผิดพลาด

ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือวัดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาล โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการสื่อสารในองค์กรของ Thomas (2009) เพื่อวัดประสิทธิภาพในการสื่อสารของบุคลากรทางการแพทย์ ในบริบทสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 โดยประยุกต์จากแนวคิดของมีวัดจากการรับรู้ รูปแบบการสื่อสารระหว่างการเกิดสถานการณ์การระบาดของโรค จากองค์กรเพื่อนร่วมงาน และตนเอง ทั้งแบบนี้เป็นแบบวัดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพมี 2 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) คุณภาพของข้อมูล 2) ปริมาณของข้อมูล หลังจากมีการทดสอบหาคุณภาพเครื่องมือค่า IOC ของแบบวัดนี้มีค่าเท่ากับ 0.600 -1.000 และมีความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แบบแอลฟาของแบบวัดทั้งฉบับ เท่ากับ 0.829 โดยเป็นมาตรฐานประมาณค่า 6 ระดับคือ “มากที่สุด” เท่ากับ 6 คะแนน “มาก” เท่ากับ 5 คะแนน “ค่อนข้างมาก” เท่ากับ 4 คะแนน “ค่อนข้างน้อย” เท่ากับ 3 คะแนน “น้อย” เท่ากับ 2 คะแนน “น้อยที่สุด” เท่ากับ 1 คะแนน โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้ให้คะแนนการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาลมากกว่า บ่งชี้ถึง เป็นผู้ที่มีการสื่อสารในโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพดีกว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

ตัวอย่างข้อคำถาม

องค์ประกอบที่ 1 คุณภาพของข้อมูล

(0) เมื่อเกิดปัญหาในการดำเนินงาน เพื่อนร่วมงานสามารถให้ข้อมูลในการจัดการปัญหาได้ (+)

.....

มากที่สุด	มาก	ค่อนข้างมาก	ค่อนข้างน้อย	น้อย	น้อยที่สุด
-----------	-----	-------------	--------------	------	------------

องค์ประกอบที่ 2 ปริมาณของข้อมูล

(00) ท่านได้รับข้อมูลปากต่อปาก หรือมีข่าวลือเกิดขึ้นในหน่วยงานมากขึ้น เช่น มีข่าวลือเพื่อนร่วมงานติดเชื้อ COVID-19 ซึ่งไม่เป็นความจริง (-)

.....

มากที่สุด	มาก	ค่อนข้างมาก	ค่อนข้างน้อย	น้อย	น้อยที่สุด
-----------	-----	-------------	--------------	------	------------

ตอนที่ 3 การคุณภาพของเครื่องมือ

มีขั้นตอนการดำเนินการดังต่อไปนี้

1) การหาค่าความเที่ยงตรง (Validity) ทำการหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และความชำนาญ เกี่ยวกับเนื้อหาที่ต้องการวัดเป็นอย่างดี เป็นผู้ตรวจสอบความเที่ยงของเนื้อหาในแบบวัดแต่ละฉบับสามารถวัดได้ตรงตามจุดประสงค์ของเนื้อหาที่จะวัด โดยมีเนื้อหาครอบคลุมตามนิยามเชิงปฏิบัติการ และได้นำปรับปรุงแก้ไขแบบวัดให้สมบูรณ์ ก่อนนำไปทดลองใช้

2) การหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Discrimination) ผู้วิจัยจะนำแบบวัดแต่ละฉบับที่ได้ตรวจสอบความเที่ยงตรง แล้วนำไปทดลองใช้บุคลากรทางแพทย์ที่คุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน จากนั้น ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยคำนวณค่าความเชื่อมั่นความสอดคล้องภายในด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนบาคและนำมาปรับปรุงเนื้อหาให้เหมาะสม

ตอนที่ 4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยวางแผนการดำเนินการดังต่อไปนี้

1) ประชาสัมพันธ์การวิจัยในหัวข้อที่ผู้วิจัย ผ่านทางสื่อช่องทางต่างๆ ได้แก่ ผ่านทาง Social Media การประชุมสัมมนา เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบข้อมูลหรือวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้

2) ติดต่อหน่วยงานที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่าง ประสานงานบุคลากรในต้นสังกัดเพื่อขอความร่วมมือในการแจกแบบสอบถามและกำหนดการส่งแบบสอบถามภายในระยะเวลา ที่กำหนด โดยติดต่อทางโทรศัพท์ ส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ และผ่านทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (E-mail)

3) เมื่อถึงเวลาที่กำหนดส่ง ทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล รวบรวมและตรวจนับ จำแนกตามหมวดหมู่ระดับของโรงพยาบาล

4) บันทึกข้อมูลลงเครื่องคอมพิวเตอร์ ในโปรแกรมทางสถิติ เพื่อดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

ตอนที่ 5 การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้เก็บรวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ตามหลักการทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้

1) การวิเคราะห์สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้ในการอธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2) สถิติวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐาน ได้แก่

2.1) การวิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent T-Test โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 **สำหรับการทดสอบสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1**

2.2) การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทาง (Two Way Analysis of Variance: Two Way ANOVA) **สำหรับการทดสอบสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2** และหากเมื่อพบปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผู้วิจัยจึงจะทำการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ต่อไป

2.3) การวิเคราะห์สถิติถดถอยแบบเป็นขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) **สำหรับการทดสอบสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3**

ตอนที่ 6 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล โดยได้รับความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยและให้ข้อมูล ตามใบรับรองจริยธรรมการวิจัย หมายเลข SWUEC-G-179/66 จากสถาบันยุทธศาสตร์ทางปัญญาและการวิจัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ผู้วิจัยดำเนินการ เก็บข้อมูลทั้งในรูปแบบแบบสอบถามออนไลน์และแบบสอบถามกระดาษ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) ประสานงานและจัดทำหนังสือแจ้งความประสงค์ขอเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์ ทั้ง 3 โรงพยาบาล อันได้แก่ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนรินทร์ โรงพยาบาลเทพรัตน์

2) จัดเตรียมแบบสอบถามรูปแบบออนไลน์ และนำแบบสอบถามไปดำเนินการเก็บข้อมูล และเก็บรวบรวมแบบสอบถามจนครบกลุ่มตัวอย่าง

3) ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์ จึงนำแบบสอบถามไปวิเคราะห์ต่อไป

บทที่ 4

ผลการดำเนินการวิจัย

การศึกษา เรื่องความรอบรู้โรค COVID-19 การรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสาร และปัจจัยทางด้านสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่ของบุคลากรทางการแพทย์ มีจุดประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่ ของบุคลากรทางการแพทย์ในกลุ่มที่ชีวิตสังคมแตกต่างกันและได้ทำการศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในกลุ่มปัจจัยด้านการรู้คิด (Cognitive Factors) และตัวแปรด้านสังคม (Social Factors) ที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่ของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งจะนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้ ทั้งหมด 3 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ลักษณะทางชีวภาพ

1.1 ผลการวิเคราะห์ลักษณะทางชีวสังคม

ตาราง 5 ลักษณะทางชีวสังคมของกลุ่มตัวอย่าง (n=409)

ข้อมูลชีวสังคม	จำนวน	ร้อยละ
ประสบการณ์ในการทำงาน		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี	259	63.3
มากกว่า 10 ปี	150	36.7
ชั่วโมงในการทำงาน (ต่อสัปดาห์)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี	152	37.2
มากกว่า 40 ปี	257	62.8

1.2 ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่ของบุคลากรทางการแพทย์ และกลุ่มตัวแปรที่เกี่ยวข้อง

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่ของบุคลากรทางการแพทย์ และกลุ่มตัวแปรปัจจัยทางสังคม โดยผู้วิจัยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ในการอธิบายและแปลความหมาย เป็น 6 ระดับ คือ

5.51 - 6.00	หมายถึง	มีการปฏิบัติในระดับมากที่สุด
4.51 - 5.50	หมายถึง	มีการปฏิบัติในระดับมาก
3.51 - 4.50	หมายถึง	มีการปฏิบัติในระดับค่อนข้างมาก
2.51 - 3.50	หมายถึง	มีการปฏิบัติในระดับค่อนข้างน้อย
1.51 - 2.50	หมายถึง	มีการปฏิบัติในระดับน้อย
1.00 - 1.50	หมายถึง	มีการปฏิบัติในระดับน้อยที่สุด

ทั้งนี้ มีการอธิบายและแปลความหมายในคะแนน 4 ระดับ ในตัวแปรกลุ่มปัจจัยด้านการรู้คิด คือ ความรอบรู้โรค COVID-19 ได้แก่

3.51 - 4.00	หมายถึง	มีการปฏิบัติในระดับมากที่สุด
2.51 - 3.50	หมายถึง	มีการปฏิบัติในระดับมาก
1.51 - 2.50	หมายถึง	มีการปฏิบัติในระดับปานกลาง
1.00 - 1.50	หมายถึง	มีการปฏิบัติในระดับน้อย

อย่างไรก็ตาม ในด้านตัวแปรเชิงลบ ในตัวแปรกลุ่มปัจจัยด้านการรู้คิด คือ การรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสาร จะให้ความหมายในทิศทางกลับกัน ได้แก่

1.00 - 1.50	หมายถึง	มีการปฏิบัติในระดับมากที่สุด
1.51 - 2.50	หมายถึง	มีการปฏิบัติในระดับมาก
2.51 - 3.50	หมายถึง	มีการปฏิบัติในระดับปานกลาง
3.51 - 4.00	หมายถึง	มีการปฏิบัติในระดับน้อย

ตาราง 6 ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่ของบุคลากรทางการแพทย์

ตัวแปร	\bar{X}	SD	แปลความ
พฤติกรรมกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่(ด้านรวม)	4.77	0.77	มาก
ด้านการจัดการปัญหาตามแนววิถีใหม่	4.83	0.87	มาก
ด้านการจัดการอารมณ์ตามแนววิถีใหม่	4.70	0.76	มาก
ความรอบรู้โรค COVID-19 (ด้านรวม)	3.14	0.54	มาก
ด้านการเข้าถึง	2.98	0.64	มาก
ด้านการเข้าใจ	3.11	0.63	มาก
ด้านการประเมิน	3.22	0.61	มาก
ด้านการประยุกต์ใช้	3.26	0.62	มาก

ตาราง 6 (ต่อ)

ตัวแปร	\bar{X}	SD	แปลความ
การรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสาร(ด้านรวม)	3.55	0.59	น้อย
ข้อมูลข่าวสารผิด	3.51	0.73	น้อย
ข้อมูลข่าวสารบิดเบือน	3.58	0.57	น้อย
การสนับสนุนทางสังคม(ด้านรวม)	4.37	0.68	ค่อนข้างมาก
การสนับสนุนด้านอารมณ์	4.57	0.94	มาก
การสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์	3.98	0.92	ค่อนข้างมาก
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	4.65	0.83	มาก
การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาล(ด้านรวม)	4.35	0.72	ค่อนข้างมาก
คุณภาพของข้อมูล	4.28	0.76	ค่อนข้างมาก
ปริมาณของข้อมูล	4.42	0.79	ค่อนข้างมาก

ตอนที่ 2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่ในบุคลากรทาง

การแพทย์โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent Samples T-Test

สมมติฐานที่ 1 บุคลากรที่มีชีวิตสังคมต่างกันจะมีพฤติกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่ทั้งด้านรวมและรายด้านที่แตกต่างกัน

การทดสอบสมมติฐานที่ 1.1 บุคลากรที่มีประสบการณ์ทำงานที่แตกต่างกันจะมีพฤติกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่ทั้งด้านรวมและรายด้านแตกต่างกัน

การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน 1.1 ด้วยสถิติ Independent Samples T-Test ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumptions) ดังต่อไปนี้

การแจกแจงข้อมูลแบบปกติ (Normal Distribution)

ข้อมูลกลุ่มที่มีประสบการณ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี พบว่า มีค่า Sig เท่ากับ 0.000 แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.050 (ภาคผนวก ตารางที่ 24) จึงพิจารณาความเบ้ (Skewness :S) และความโด่ง (Kurtosis:K) พบว่า ข้อมูลกลุ่มที่มีประสบการณ์ทำงานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี มีความเบ้(S) เท่ากับ -0.631 และความโด่ง(K) เท่ากับ 0.400 ซึ่ง Curram, West และ Finch (1997. อ้างอิงจากกัลยา วานิชย์บัญชา, 2557: 98) ได้อธิบายว่า ค่า |S| มากกว่า 3 และค่า |K| มากกว่า 10 คือ ข้อมูลมีการแจกแจงที่ผิดปกติ ดังนั้น จึง

บ่งชี้ว่า ข้อมูลกลุ่มที่มีประสบการณ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี พิจารณาตามความเบ้และความโด่ง มีการแจกแจงของข้อมูลที่ปกติ (ภาคผนวก ง ตารางที่ 25)

ข้อมูลกลุ่มที่มีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 10 ปี พบว่า มีค่า Sig เท่ากับ 0.000 แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.050 (ภาคผนวก ง ตารางที่ 24) จึงพิจารณาความเบ้ (Skewness :S) และความโด่ง (Kurtosis:K) พบว่า ข้อมูลกลุ่มที่มีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 10 ปี มีความเบ้(S) เท่ากับ -0.700 และความโด่ง(K) เท่ากับ -0.081 ซึ่ง Curram, West และ Finch (1997. อ้างอิงจากกัลยา วานิชย์บัญชา, 2557) ได้อธิบายว่า ค่า |S| มากกว่า 3 และค่า |K| มากกว่า 10 คือ ข้อมูลมีการแจกแจงที่ผิดปกติ ดังนั้น จึงบ่งชี้ว่าข้อมูลกลุ่มที่มีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 10 ปี หากพิจารณาตามความเบ้และความโด่ง มีการแจกแจงของข้อมูลที่ปกติ (ภาคผนวก ง ตารางที่ 25)

ความแปรปรวนของประชากร (Homogeneity of Variances) ด้วย Levene's Test for Equality of variances พบว่า มี ค่า Sig เท่ากับ 0.024 สรุปได้ว่า ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างมีความแปรปรวนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.050 (ภาคผนวก ง ตารางที่ 26) ดังนั้น จึงไม่เป็นไปตามข้อตกลงของการวิเคราะห์ด้วย Independent Sample T-Test ผู้วิจัยจึงพิจารณาใช้วิเคราะห์ด้วยสถิติแบบ Mann-Whitney U

ดังนั้น ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการจัดการความเครียดวิธีใหม่ที่มีประสบการณ์ทำงานที่แตกต่างกันในด้านรวมและรายด้าน ได้แก่ 1) การจัดการปัญหาวิธีใหม่ 2) การจัดการอารมณ์วิธีใหม่ พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ที่มีประสบการณ์ที่แตกต่างกันจะมีพฤติกรรมกรรมการจัดการความเครียดวิธีใหม่ไม่แตกต่างกัน จึงปฏิเสธสมมติฐานที่ตั้งไว้ข้างต้น แสดงรายละเอียดในตารางที่ 7

ตาราง 7 ตารางค่าสถิติแมนวิทนี (Mann-Whitney U) ของคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการความเครียดวิธีใหม่ของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีประสบการณ์ทำงานที่แตกต่างกัน

ประสบการณ์ทำงาน	n	\bar{X}	S	Mann-Whitney U	Z	Asymp Sig. (2-tailed)
พฤติกรรมกรรมการจัดการความเครียดวิธีใหม่						
1) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี	259	42.975	6.461	18671.500	-0.655	0.513
2) มากกว่า 10 ปี	150	42.960	7.650			

ตาราง 7 (ต่อ)

ประสบการณ์ทำงาน	n	\bar{X}	S	Mann-Whitney U	Z	Asymp Sig. (2-tailed)
พฤติกรรมกรรมการจัดการปัญหาวิธีใหม่						
1) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี	259	24.162	4.133	18814.000	-0.532	0.595
2) มากกว่า 10 ปี	150	24.160	4.772			
พฤติกรรมกรรมการจัดการอารมณ์วิธีใหม่						
1) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี	259	18.803	2.895	19029.000	-0.346	0.730
2) ทำงานมากกว่า 10 ปี	150	18.800	3.252			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.050 ($p < 0.050$)

จากตารางที่ 7 ผลเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการจัดการความเครียดวิธีใหม่ ของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีประสบการณ์ทำงานที่แตกต่างกัน มีค่า Asymp. Sig. (2-tailed) ของการทดสอบ ได้ค่า Sig. เท่ากับ 0.513 ซึ่งมีค่ามากกว่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่กำหนดไว้ 0.050 สรุปได้ว่า ค่ากลางของพฤติกรรมกรรมการจัดการความเครียดวิธีใหม่ ของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีประสบการณ์ทำงานที่แตกต่างกันไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.050

อีกทั้ง ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการจัดการความเครียดวิธีใหม่ที่มีประสบการณ์ทำงานที่แตกต่างกัน จำนวน 2 ด้าน ได้แก่

พฤติกรรมกรรมการจัดการปัญหาวิธีใหม่ มีค่า Asymp. Sig. (2-tailed) ของการทดสอบ ได้ค่า Sig. เท่ากับ 0.595 ซึ่งมีค่ามากกว่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่กำหนดไว้ 0.050 สรุปได้ว่า ค่ากลางของพฤติกรรมกรรมการจัดการปัญหาวิธีใหม่ ของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีประสบการณ์ทำงานที่แตกต่างกัน ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05

พฤติกรรมกรรมการจัดการอารมณ์วิธีใหม่ ค่า Asymp. Sig. (2-tailed) ของการทดสอบ ได้ค่า Sig. เท่ากับ 0.730 ซึ่งมีค่ามากกว่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่กำหนดไว้ 0.050 สรุปได้ว่า ค่ากลางของพฤติกรรมกรรมการจัดการอารมณ์วิธีใหม่ ของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีประสบการณ์ทำงานที่แตกต่างกัน ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.050

การทดสอบสมมติฐานที่ 1.2 บุคลากรทางการแพทย์ที่มีชั่วโมงการทำงานที่แตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมจัดการความเครียดวิธีใหม่แตกต่างกันทั้งด้านรวมและรายด้าน

การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการทดสอบสมมติฐาน 1.2 ด้วยสถิติ Independent Samples T-Test ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumptions) ดังต่อไปนี้

การแจกแจงข้อมูลแบบปกติ (Normal Distribution)

ข้อมูลกลุ่มที่มีชั่วโมงการทำงานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ชั่วโมง พบว่า มีค่า Sig เท่ากับ 0.000 แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.050 (ภาคผนวก ง ตารางที่ 27) จึงพิจารณาความเบ้ (Skewness :S)และความโด่ง(Kurtosis:K) พบว่า ข้อมูลกลุ่มที่มีชั่วโมงการทำงานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ชั่วโมง มีความเบ้(S)เท่ากับ -0.535 และความโด่ง(K) เท่ากับ -0.139 ซึ่ง Curram,West และ Finch (1997.อ้างอิงจากกัลยา วานิชย์บัญชา ,2557: 98) ได้อธิบายว่า ค่า |S| มากกว่า 3และค่า |K|มากกว่า 10 คือ ข้อมูลมีการแจกแจงที่ผิดปกติ ดังนั้น จึงบ่งชี้ว่า ข้อมูลกลุ่มที่มีชั่วโมงการทำงานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ชั่วโมง พิจารณาตามความเบ้และความโด่ง มีการแจกแจงของข้อมูลที่ปกติ (ภาคผนวก ง ตารางที่ 27)

ข้อมูลกลุ่มที่มีชั่วโมงการทำงานมากกว่า 40 ชั่วโมง พบว่า มีค่า Sigเท่ากับ 0.000 แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.050 (ภาคผนวก ง ตารางที่ 27) จึงพิจารณาความเบ้ (Skewness :S)และความโด่ง(Kurtosis:K) พบว่า ข้อมูลกลุ่มที่มีชั่วโมงการทำงานมากกว่า 40 ชั่วโมง มีความเบ้(S)เท่ากับ -0.762และความโด่ง(K) เท่ากับ 0.525 ซึ่ง Curram,West และ Finch (1997.อ้างอิงจากกัลยา วานิชย์บัญชา,2557: 98) ได้อธิบายว่า ค่า |S| มากกว่า 3และค่า |K|มากกว่า 10 คือ ข้อมูลมีการแจกแจงที่ผิดปกติ ดังนั้น จึงบ่งชี้ว่า ข้อมูลกลุ่มที่มีชั่วโมงการทำงานมากกว่า 40 ชั่วโมง หากพิจารณาตามความเบ้และความโด่ง มีการแจกแจงของข้อมูลที่ปกติ (ภาคผนวก ง ตารางที่ 27)

ความแปรปรวนของประชากร (Homogeneity of Variances) ด้วย Levene's Test for Equality of variances พบว่า มี ค่า Sig เท่ากับ 0.767 สรุปได้ว่า ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างมีความแปรปรวนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ภาคผนวก ง ตารางที่ 28) ดังนั้น จึงเป็นไปตามข้อตกลงของการวิเคราะห์ด้วย Independent Sample T-Test

ดังนั้น ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมจัดการความเครียดวิธีใหม่ที่ชั่วโมงการทำงานที่แตกต่างกัน ได้แก่ 1)การจัดการปัญหาวิธีใหม่ 2)การจัดการอารมณ์วิธีใหม่ มีรายละเอียดในตารางที่ 8 ดังต่อไปนี้

ตาราง 8 ตารางค่าสถิติ Independent Sample T-Test ของคะแนนพฤติกรรมการจัดการความเครียดวิธีใหม่ของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีชั่วโมงการทำงานที่แตกต่างกัน

ชั่วโมงการทำงาน	n	\bar{X}	s	t	p-value (2 tailed)
พฤติกรรมการจัดการความเครียดวิธีใหม่					
1) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ชม.	152	42.151	6.952	-1.832	0.068
2) ทำงานมากกว่า 40 ชม.	257	43.443	6.856		
พฤติกรรมการจัดการปัญหาวิธีใหม่					
1) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ชม.	152	23.746	4.389	-1.512	0.131
2) มากกว่า 40 ชม.	257	24.412	4.352		
พฤติกรรมการจัดการอารมณ์วิธีใหม่					
1) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ชม.	152	18.414	3.097	-1.998	0.046*
2) ทำงานมากกว่า 40 ชม.	257	19.031	2.967		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.050 ($p < 0.050$)

จากตารางที่ 8 ผลเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการความเครียดวิธีใหม่ในด้านรวมของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีชั่วโมงการทำงานที่แตกต่าง จากการทดสอบ ได้ค่า Sig. เท่ากับ 0.068 ซึ่งมีค่ามากกว่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่กำหนดไว้ 0.050 สรุปได้ว่า บุคลากรทางการแพทย์ที่มีชั่วโมงการทำงานที่แตกต่างกันไม่มีความแตกต่างกันของคะแนนพฤติกรรมการจัดการความเครียดวิธีใหม่ในด้านรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.050 อีกทั้ง ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการความเครียดวิธีใหม่ที่มีชั่วโมงการทำงานที่แตกต่างกัน จำนวน 2 ด้าน ได้แก่

พฤติกรรมการจัดการปัญหาวิธีใหม่ จากการทดสอบ ได้ค่า Sig. เท่ากับ 0.131 ซึ่งมีค่ามากกว่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่กำหนดไว้ 0.050 สรุปได้ว่า บุคลากรทางการแพทย์ที่มีชั่วโมงการทำงานที่แตกต่างกันไม่มีความแตกต่างกันของคะแนนพฤติกรรมการจัดการปัญหาวิธีใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.050

พฤติกรรมการจัดการอารมณ์วิธีใหม่ จากการทดสอบ ได้ค่า Sig. เท่ากับ 0.046 ซึ่งมีค่าน้อยกว่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่กำหนดไว้ 0.050 สรุปได้ว่า บุคลากรทางการแพทย์ที่มีชั่วโมงการทำงานที่แตกต่างกันมีความแตกต่างกันของคะแนนพฤติกรรมการจัดการอารมณ์วิธีใหม่

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.050 หรือ ค่าเฉลี่ยของการพฤติกรรมจัดการปัญหาวิธีใหม่
 ของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีชั่วโมงการทำงานมากกว่า 40 ชั่วโมง มีเวลามากกว่าค่าเฉลี่ยของ
 บุคลากรทางการแพทย์ที่มีชั่วโมงการทำงานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ชั่วโมง ที่ระดับนัยสำคัญที่ 0.050
**ตอนที่ 3 การศึกษาศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในการทดสอบสมมติฐานที่ 2 โดย
 ใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทาง (Two-way Analysis of Variance :
 Two way ANOVA)**

สมมติฐานที่ 2 การศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรู้คิด ปัจจัยทางด้านสังคม ที่มี
 ต่อพฤติกรรมจัดการความเครียดวิธีใหม่ทั้งด้านรวมและรายด้าน

สถิติพื้นฐานของตัวแปร ได้แก่

1) กลุ่มตัวแปรปัจจัยด้านการรู้คิด (Cognitive factors) ประกอบด้วย ความรอบรู้โรค
 COVID-19 (COVID-19 Literacy) และการรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสาร (Infodemic)

2) ตัวแปรปัจจัยด้านสังคม (Social factors) ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม
 (Social Support) และ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาล (Effective Communication in
 Hospital)

ตาราง 9 สถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย (n= 409)

ตัวแปร	แปลผล	เกณฑ์ แบ่งกลุ่ม	จำนวน (409ราย)	ร้อยละ	\bar{X}	SD
กลุ่มตัวแปรปัจจัยด้านการรู้คิด						
ความรอบรู้โรค COVID-19	ต่ำ	≤ 2.88	124	30.30	3.14	0.54
	ปานกลาง	2.89-3.49	158	38.60		
	สูง	≥ 3.5	127	31.10		
การแพร่ระบาดของ						
ข้อมูลข่าวสาร	สูง	≤ 3.29	127	31.10	3.55	0.59
	ปานกลาง	2.89-3.49	48	11.70		
	ต่ำ	≥ 3.5	234	57.20		
กลุ่มตัวแปรปัจจัยด้านสังคม						
การสนับสนุนทางสังคม	ต่ำ	≤ 4	129	31.5	4.37	0.68
	ปานกลาง	4.01-4.80	178	43.5		
	สูง	≥ 4.81	102	25.0		

ตาราง 9 (ต่อ)

ตัวแปร	แปลผล	เกณฑ์ แบ่งกลุ่ม	จำนวน (409ราย)	ร้อยละ	\bar{X}	SD
การสื่อสารที่มี	ต่ำ	≤ 4	134	32.8	4.35	0.72
ประสิทธิภาพใน	ปานกลาง	4.01-4.74	141	34.4		
โรงพยาบาล	สูง	≥ 4	134	32.8		

การทดสอบสมมติฐานที่ 2.1 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้โรค COVID-19 และการสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่ในบุคลากรทางการแพทย์ทั้งด้านรวมและรายด้าน

การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการทดสอบสมมติฐาน 2.1 ด้วยสถิติ Two way ANOVA ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumptions) ดังต่อไปนี้

การแจกแจงข้อมูลแบบปกติ (Normal Distribution)

กลุ่มข้อมูลความรอบรู้โรค COVID-19

ผลการทดสอบการแจกแจงเป็นปกติ ด้วยสถิติทดสอบ Komogorov-Sminov พบว่า 1)กลุ่มข้อมูลความรอบรู้โรค COVID-19 ต่ำ มีค่า Sig เท่ากับ 0.006 2)กลุ่มข้อมูลความรอบรู้โรค COVID-19ปานกลาง มีค่า Sig เท่ากับ 0.002 3)กลุ่มข้อมูลความรอบรู้โรค COVID-19สูง มีค่า Sig เท่ากับ 0.003 แสดงว่า กลุ่มข้อมูลความรอบรู้โรค COVID-19 มีการแจกแจงแบบไม่ปกติ อย่างไรก็ตามมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาจากความเบ้ (Skewness:S)และความโด่ง (Kurtosis:K) พบว่า 1)กลุ่มข้อมูลความรอบรู้โรค COVID-19 ต่ำ มีค่า S เท่ากับ -0.444 และค่า K เท่ากับ -0.288 2)กลุ่มข้อมูลความรอบรู้โรค COVID-19ปานกลาง มีค่า S เท่ากับ -0.494 และค่า K เท่ากับ 0.371 3)กลุ่มข้อมูลความรอบรู้โรค COVID-19สูง มีค่า S เท่ากับ -0.874 และค่า K เท่ากับ 0.786 288 ซึ่ง Curram, West และ Finch (1997) อ้างอิงกัลยา วาณิชย์บัญชา (2557) ได้อธิบายว่า ค่า |S| มากกว่า 3 และค่า |K| มากกว่า 10 คือ ข้อมูลมีการแจกแจงที่ผิดปกติ ดังนั้น จึงบ่งชี้ว่า ข้อมูลกลุ่มความรอบรู้โรค COVID-19 หากพิจารณาตามความเบ้และความโด่งมีการแจกแจงของข้อมูลที่ปกติ (ภาคผนวก ง ตารางที่ 29,30)

กลุ่มข้อมูลการสนับสนุนทางสังคม

ผลการทดสอบการแจกแจงเป็นปกติของข้อมูล พบว่า 1) กลุ่มข้อมูลการสนับสนุนทางสังคมต่ำ มีค่า Sig เท่ากับ 0.200 แสดงว่า กลุ่มข้อมูลสนับสนุนทางสังคมต่ำ มีการแจกแจง

แบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 2)กลุ่มข้อมูลการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง มีค่า Sig เท่ากับ 0.001 3)กลุ่มข้อมูลการสนับสนุนทางสังคมสูง มีค่า Sig เท่ากับ 0.008 แสดงว่า กลุ่มข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาจากความเบ้ (Skewness:S) และความโด่ง(Kurtosis:K) พบว่า 1)กลุ่มข้อมูลการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง มีค่า S เท่ากับ-0.433 และค่า K เท่ากับ 0.534 2)กลุ่มข้อมูลการสนับสนุนทางสังคมสูง มีค่า S เท่ากับ-0.381 และค่า K เท่ากับ -0.560 ซึ่ง Curram,West และ Finch (1997.อ้างอิงจากกัลยา วานิชย์บัญชา,2557: 98) ได้อธิบายว่า ค่า |S| มากกว่า 3และค่า |K| มากกว่า 10 คือ ข้อมูลมีการแจกแจงที่ผิดปกติ ดังนั้น จึงบ่งชี้ว่า ข้อมูลกลุ่มการสนับสนุนทางสังคมทั้งปานกลางและสูง หากพิจารณาตามความเบ้และความโด่ง มีการแจกแจงของข้อมูลผิดปกติ (ภาคผนวก ง ตารางที่ 29,30)

ผลปฏิสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้โรค COVID-19 และการสนับสนุนทางสังคมในด้านรวมและรายด้าน ได้แก่ การจัดการปัญหาวิถีใหม่ มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่ อย่างไรก็ตามพบว่า ผลปฏิสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้โรค COVID-19 และการสนับสนุนทางสังคมในรายด้าน คือ การจัดการอารมณ์วิถีใหม่ ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่ รายละเอียดดังต่อไปนี้

ตาราง 10 ผลการทดสอบสถิติ Two way ANOVA แสดงปฏิสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้โรค COVID-19 และการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อคะแนนพฤติกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่ ด้านรวม

Source	df	SS	MS	F	Sig
ความรอบรู้โรค COVID-19 (A)	2	1908.256	954.128	36.257	0.000*
A (ความรอบรู้โรค COVID-19 ต่ำ)	2	2228.245	1114.123	42.337	0.000*
A (ความรอบรู้โรค COVID-19 ปานกลาง)	2	1156.905	578.452	21.981	0.000*
A (ความรอบรู้โรค COVID-19 สูง)	2	469.073	234.536	8.912	0.000*
การสนับสนุนทางสังคม (B)	2	2960.890	1480.455	56.257	0.000*
B (การสนับสนุนทางสังคมต่ำ)	2	1544.949	772.475	29.354	0.000*
B (การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง)	2	722.837	361.418	13.734	0.000*

ตาราง 10 (ต่อ)

Source	df	SS	MS	F	Sig
B (การสนับสนุนทางสังคมสูง)	2	293.264	146.632	5.572	0.004*
A×B	4	325.100	81.275	3.088	0.016*
ความคลาดเคลื่อน	400	10526.231	26.316		
รวม	408	19492.450			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.050 (Sig<0.050)

จากตารางที่ 10 ผลการทดสอบปฏิสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้โรค COVID-19 และการสนับสนุนทางสังคม มีค่า Sig เท่ากับ 0.016 น้อยกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด 0.050 จึงบ่งชี้ว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้โรค COVID-19 และการสนับสนุนทางสังคม มีผลกระทบต่อพฤติกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่ของบุคลากรทางการแพทย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.050 จึงไม่สามารถทดสอบ Main Effect ได้ ต้องพิจารณาแต่ละระดับของแต่ละกลุ่มตัวแปรอิสระ

การเปรียบเทียบระดับของแต่ละกลุ่มตัวแปรอิสระ โดยการพิจารณา Simple Main Effect พบว่า

ค่า Sig ของการทดสอบบุคลากรทางการแพทย์ที่ความรอบรู้ COVID-19 ต่ำ เท่ากับ 0.000 ซึ่งน้อยกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด 0.050 นั่นคือ ความรอบรู้โรค COVID-19 ต่ำ มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.050

ค่า Sig ของการทดสอบบุคลากรทางการแพทย์ที่ความรอบรู้ COVID-19 ปานกลาง เท่ากับ 0.000 ซึ่งน้อยกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด 0.050 นั่นคือ ความรอบรู้โรค COVID-19 ปานกลาง มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.050

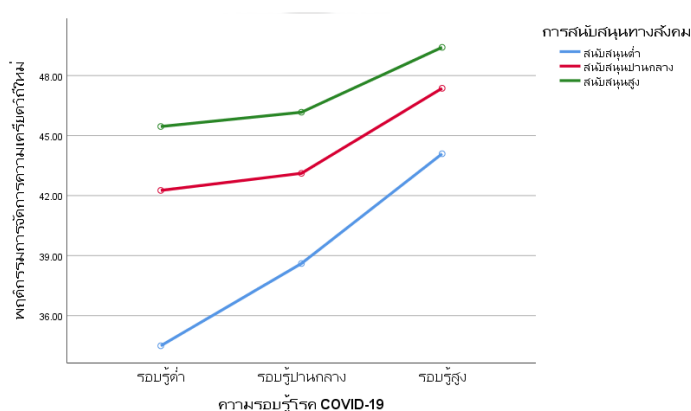
ค่า Sig ของการทดสอบบุคลากรทางการแพทย์ที่ความรอบรู้ COVID-19 สูง เท่ากับ 0.000 ซึ่งน้อยกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด 0.050 นั่นคือ ความรอบรู้โรค COVID-19 สูง มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.050

ค่า Sig ของการทดสอบบุคลากรทางการแพทย์ที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ เท่ากับ 0.000 ซึ่งน้อยกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด 0.050 นั่นคือ การสนับสนุนทางสังคมต่ำมีผลต่อพฤติกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.050

ค่า Sig ของการทดสอบบุคคลากรทางการแพทย์ที่มีการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง เท่ากับ 0.000 ซึ่งน้อยกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด 0.050 นั่นคือ การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการความเครียดวิธีใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.050

ค่า Sig ของการทดสอบบุคคลากรทางการแพทย์ที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูง เท่ากับ 0.004 ซึ่งน้อยกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด 0.050 นั่นคือ การสนับสนุนทางสังคมสูง มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการความเครียดวิธีใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.050

อีกทั้งเมื่อพิจารณาแต่ละระดับของตัวแปรกลุ่ม ดังภาพประกอบที่ 4



ภาพประกอบ 4 อธิบายถึงความรอบรู้โรค COVID-19 กับการสนับสนุนทางสังคมของ บุคลากร ทางกรแพทย์

จากภาพประกอบที่ 4 กลุ่มบุคคลากรทางการแพทย์ที่มีความรอบรู้โรค COVID-19 สูง และมีการสนับสนุนทางสังคมสูง ค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการจัดการความเครียดวิธีใหม่ ด้านรวม มากกว่ากลุ่มอื่น เท่ากับ 49.41 ($\bar{X} = 49.41$) แสดงดังตารางที่ 11

ตาราง 11 ค่าเฉลี่ยของตัวแปรความรอบรู้โรค COVID-19 สูงและมีการสนับสนุนทางสังคมสูงในแต่ละระดับ

ความรอบรู้โรค COVID-19	การสนับสนุนทางสังคม					
	ต่ำ		ปานกลาง		สูง	
	\bar{X}	S	\bar{X}	S	\bar{X}	S
ต่ำ	34.49	6.80	42.26	4.97	45.45	3.08
ปานกลาง	38.60	5.80	43.11	5.26	46.17	3.90
สูง	44.09	4.92	47.36	4.53	49.41	3.73

ตาราง 12 ผลการทดสอบสถิติ Two way ANOVA แสดงปฏิสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้โรค COVID-19 และการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการปัญหาวิถีนใหม่

Source	df	SS	MS	F	Sig
ความรอบรู้โรค COVID-19 (A)	2	804.940	402.470	38.124	0.000*
A (ความรอบรู้โรค COVID-19 ต่ำ)	2	865.196	432.598	40.978	0.000*
A (ความรอบรู้โรค COVID-19 ปานกลาง)	2	426.772	213.386	20.213	0.000*
A (ความรอบรู้โรค COVID-19 สูง)	2	179.547	89.773	8.504	0.000*
การสนับสนุนทางสังคม (B)	2	1138.136	569.068	53.905	0.000*
B (การสนับสนุนทางสังคมต่ำ)	2	634.961	317.480	30.074	0.000*
B (การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง)	2	342.870	171.435	16.239	0.000*
B (การสนับสนุนทางสังคมสูง)	2	117.092	58.546	5.546	0.004*
A×B	4	134.010	33.502	3.174	0.014*
ความคลาดเคลื่อน	400	4222.709	10.557		
รวม	408	7803.350			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.050 (Sig<0.050)

จากตารางที่ 12 ผลการทดสอบปฏิสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้โรค COVID-19 และการสนับสนุนทางสังคม มีค่า Sig เท่ากับ 0.014 น้อยกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด 0.050 จึงบ่งชี้ว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้โรค COVID-19 และการสนับสนุนทางสังคม มีผลกระทบต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการปัญหาวิถีนใหม่ของบุคลากรทางการแพทย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.050 จึงไม่สามารถทดสอบ Main Effect ได้ ต้องพิจารณาแต่ละระดับของแต่ละกลุ่มตัวแปรอิสระ

การเปรียบเทียบระดับของแต่ละกลุ่มตัวแปรอิสระ โดยการพิจารณา Simple Main Effect พบว่า

ค่า Sig ของการทดสอบบุคลากรทางการแพทย์ที่ความรอบรู้ COVID-19 ต่ำ เท่ากับ 0.000 ซึ่งน้อยกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด 0.050 นั่นคือ ความรอบรู้โรค COVID-19 ต่ำ มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการปัญหาวิถีนใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.050

ค่า Sig ของการทดสอบบุคลากรทางการแพทย์ที่ความรอบรู้ COVID-19 ปานกลาง เท่ากับ 0.000 ซึ่งน้อยกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด 0.050 นั่นคือ ความรอบรู้โรค COVID-19 ปานกลาง มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการปัญหาวิถีนใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.050

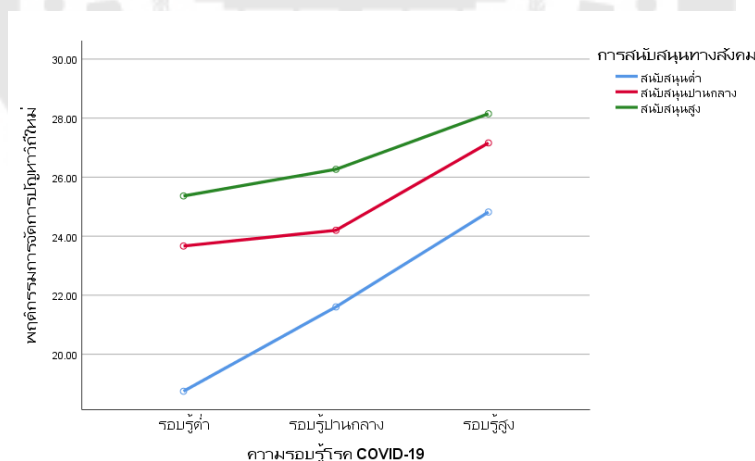
ค่า Sig ของการทดสอบบุคลากรทางการแพทย์ที่ความรอบรู้ COVID-19 สูง เท่ากับ 0.000 ซึ่งน้อยกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด 0.050 นั่นคือ ความรอบรู้โรค COVID-19 สูง มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการปัญหาวิถีใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.050

ค่า Sig ของการทดสอบบุคลากรทางการแพทย์ที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ เท่ากับ 0.000 ซึ่งน้อยกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด 0.050 นั่นคือ การสนับสนุนทางสังคมต่ำมีผลต่อพฤติกรรมการจัดการปัญหาวิถีใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.050

ค่า Sig ของการทดสอบบุคลากรทางการแพทย์ที่มีการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง เท่ากับ 0.000 ซึ่งน้อยกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด 0.050 นั่นคือ การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการปัญหาวิถีใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.050

ค่า Sig ของการทดสอบบุคลากรทางการแพทย์ที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูง เท่ากับ 0.004 ซึ่งน้อยกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด 0.050 นั่นคือ การสนับสนุนทางสังคมสูง มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการปัญหาวิถีใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.050

อีกทั้งเมื่อพิจารณาแต่ละระดับของตัวแปรกลุ่ม ดังภาพประกอบที่ 5



ภาพประกอบ 5 อธิบายถึงความรอบรู้โรค COVID-19กับการสนับสนุนทางสังคมของบุคลากรทางการแพทย์

จากภาพประกอบที่ 5 กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรอบรู้โรค COVID-19 สูง และมีการสนับสนุนทางสังคมสูง ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการปัญหาวิถีใหม่มากกว่ากลุ่มอื่น เท่ากับ 28.19 ($\bar{x} = 28.19$) แสดงดังตารางที่ 13

ตาราง 13 ค่าเฉลี่ยของตัวแปรความรอบรู้โรค COVID-19สูงและมีการสนับสนุนทางสังคมสูงในแต่ละระดับ

ความรอบรู้โรค COVID-19	การสนับสนุนทางสังคม					
	ต่ำ		ปานกลาง		สูง	
	\bar{x}	S	\bar{x}	S	\bar{x}	S
ต่ำ	18.74	4.56	23.67	3.20	25.36	2.29
ปานกลาง	21.60	3.74	24.20	3.30	26.27	2.26
สูง	24.82	3.49	27.16	2.52	28.19	1.92

ตาราง 14 ผลการทดสอบสถิติ Two way ANOVA แสดงปฏิสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้โรค COVID-19และการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อคะแนนพฤติกรรมการจัดการอารมณ์วิถีใหม่

Source	df	SS	MS	F	Sig
ความรอบรู้โรค COVID-19 (A)	2	237.736	118.868	18.916	0.000*
การสนับสนุนทางสังคม (B)	2	428.999	214.499	34.135	0.000*
A×B	4	48.159	12.040	1.916	0.107
ความคลาดเคลื่อน	400	2513.546	6.284		
รวม	408	3738.958			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.050 (Sig<0.050)

จากตารางที่ 14 ผลการทดสอบปฏิสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้โรค COVID-19 และการสนับสนุนทางสังคมมี ค่า Sig เท่ากับ 0.107 มากกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด 0.050 จึงสรุปได้ว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ COVID-19 และการสนับสนุนทางสังคมไม่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมการจัดการอารมณ์วิถีใหม่จึงสามารถทดสอบ Main Effect ได้

ค่า Sig ของการทดสอบความรอบรู้โรค COVID-19 เท่ากับ 0.000 น้อยกว่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่กำหนด 0.050 แสดงว่า ความรอบรู้โรค COVID-19 มีผลกระทบต่อพฤติกรรมการจัดการอารมณ์วิถีใหม่ หรือมีอย่างน้อย 1 กลุ่ม ที่ทำให้คะแนนพฤติกรรมการจัดการอารมณ์วิถีใหม่แตกต่างจากกลุ่มอื่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.050 (ดังนั้นต้องทดสอบการเปรียบเทียบเชิงซ้อนต่อ แสดงตารางที่ 15)

ค่า Sig ของการทดสอบการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.000 น้อยกว่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่กำหนด 0.050 แสดงว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลกระทบต่อพฤติกรรมการจัดการ

อารมณ์วิธีใหม่ หรือมีอย่างน้อย 1 กลุ่ม ที่ทำให้คะแนนพฤติกรรมการจัดการอารมณ์วิธีใหม่ แตกต่างจากกลุ่มอื่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.050 (ดังนั้นต้องทดสอบการเปรียบเทียบเชิงซ้อนต่อ แสดงตารางที่ 15)

ตาราง 15 ผลการเปรียบเทียบรายคู่ของคะแนนพฤติกรรมการจัดการอารมณ์วิธีใหม่จำแนกตามกลุ่มของความรอบรู้โรค COVID-19

ความรอบรู้โรค COVID-19	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
ต่ำ	-	1.148* (0.000)	3.180* (0.000)
ปานกลาง	-	-	2.032* (0.000)
สูง	-	-	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.050 (Sig<0.050)

จากตารางที่ 15 การเปรียบเทียบเชิงซ้อน (Post hoc) ด้วยวิธีการ Turkey พบว่าค่าคะแนนของพฤติกรรมการจัดการอารมณ์วิธีใหม่มีความแตกต่างกันทั้งหมด 3 คู่ สรุปได้ว่ากลุ่มความรอบรู้โรค COVID-19 ต่ำ กลุ่มความรอบรู้โรค COVID-19 ปานกลาง และกลุ่มความรอบรู้โรค COVID-19 สูง มีความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการจัดการอารมณ์วิธีใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.050

ตาราง 16 ผลการเปรียบเทียบรายคู่ของคะแนนพฤติกรรมการจัดการอารมณ์วิธีใหม่จำแนกตามกลุ่มของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
ต่ำ	-	2.320* (0.000)	3.921* (0.000)
ปานกลาง	-	-	1.600* (0.000)
สูง	-	-	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.050 (Sig<0.050)

จากตารางที่ 16 การเปรียบเทียบเชิงซ้อน (Post hoc) ด้วยวิธีการ Turkey พบว่าค่าคะแนนของพฤติกรรมการจัดการอารมณ์วิถีใหม่มีความแตกต่างกันทั้งหมด 3 คู่ สรุปได้ว่า กลุ่มการสนับสนุนทางสังคมต่ำ กลุ่มการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง และกลุ่มการสนับสนุนทางสังคมสูง มีความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการจัดการอารมณ์วิถีใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.050

การทดสอบสมมติฐานที่ 2.1

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสารผิด และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาลมีผลต่อพฤติกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่ในบุคลากรทางการแพทย์ทั้งด้านรวมและด้านย่อย

การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการทดสอบสมมติฐาน 2.1 ด้วยสถิติ Two way ANOVA ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumptions) ดังต่อไปนี้

การแจกแจงข้อมูลแบบปกติ (Normal Distribution)

กลุ่มข้อมูลการรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสาร

ผลการทดสอบการแจกแจงเป็นปกติ ด้วยสถิติทดสอบ Komogorov-Sminov พบว่า 1)กลุ่มการรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสารสูง มีค่า Sig เท่ากับ 0.001 แสดงว่า กลุ่มข้อมูลความรอบรู้โรค COVID-19 มีการแจกแจงแบบไม่ปกติ 2)กลุ่มการรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสารปานกลาง มีค่า Sig เท่ากับ 0.055 แสดงว่า กลุ่มข้อมูลความ มีการแจกแจงแบบปกติ 3)กลุ่มการรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสารต่ำ มีค่า Sig เท่ากับ 0.000 แสดงว่า มีการแจกแจงแบบไม่ปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.050 อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาจากความเบ้ (Skewness:S) และความโด่ง(Kurtosis:K) พบว่า 1)กลุ่มการรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสารสูง มีค่า S เท่ากับ -0.476 และค่า K เท่ากับ 0.05 2)กลุ่มการรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสารต่ำ มีค่า S เท่ากับ -0.743 และค่า K เท่ากับ -0.026 ซึ่ง Curram,West และ Finch (1997.อ้างอิงจากกัลยา วานิชย์บัญชา,2557: 98) ได้อธิบายว่า ค่า |S| มากกว่า 3และค่า |K| มากกว่า 10 คือ ข้อมูลมีการแจกแจงที่ผิดปกติ ดังนั้น จึงบ่งชี้ว่า ข้อมูลกลุ่มการรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสารทั้งสูงและต่ำ หากพิจารณาตามความเบ้และความโด่งมีการแจกแจงของข้อมูลที่ปกติ (ภาคผนวก ง ตารางที่ 31,32)

กลุ่มข้อมูลการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาล

ผลการทดสอบการแจกแจงเป็นปกติของข้อมูล พบว่า 1)กลุ่มข้อมูลการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาล ต่ำ มีค่า Sig เท่ากับ 0.200 แสดงว่า มีการแจกแจงแบบปกติ อย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.050 2)กลุ่มข้อมูลการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาลปานกลาง มีค่าSig เท่ากับ 0.200 แสดงว่า มีการแจกแจงแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.050 3)กลุ่มข้อมูลการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาลสูง มีค่า Sig เท่ากับ 0.030 แสดงว่า กลุ่มข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาจากความเบ้ (Skewness:S) และความโด่ง(Kurtosis:K) พบว่า กลุ่มข้อมูลการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาลสูง มีค่า S เท่ากับ-0.433 และค่า K เท่ากับ 0.534 มีค่า S เท่ากับ -0.626 และค่า K เท่ากับ 0.611 ซึ่ง Curram,West และ Finch (1997.อ้างอิงจากกัลยา วาณิชย์ บัญชา,2557: 98) ได้อธิบายว่า ค่า |S| มากกว่า 3และค่า |K|มากกว่า 10 คือ ข้อมูลมีการแจกแจงที่ผิดปกติ ดังนั้น จึงบ่งชี้ว่า กลุ่มข้อมูลการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาลสูง หากพิจารณาตามความเบ้และความโด่ง มีการแจกแจงของข้อมูลที่ไม่ปกติ (ภาคผนวก ง ตารางที่ 31,32)

ผลปฏิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาลไม่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการความเครียดวิธีใหม่ในด้านรวมและรายด้าน คือ การจัดการปัญหาวิธีใหม่ อย่างไรก็ตาม ผลปฏิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพมีผลต่อการจัดการอารมณ์วิธีใหม่ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตาราง 17 ผลการทดสอบสถิติ Two way ANOVA แสดงปฏิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาลที่มีผลต่อคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการความเครียดวิธีใหม่ด้านรวม

Source	df	SS	MS	F	Sig
การรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูล	2	127.832	63.916	2.000	0.137
ข่าวสาร (A)					
การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ(B)	2	3311.744	1655.872	51.816	0.000*
A×B	4	285.051	71.263	2.230	0.065
ความคลาดเคลื่อน	400	12782.670	31.957		
รวม	408	19492.450			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.050 (Sig<0.050)

จากตารางที่ 17 ผลการทดสอบปฏิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสาร และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาล มี ค่า Sig เท่ากับ 0.065 มากกว่าระดับ

นัยสำคัญที่กำหนด 0.050 จึงสรุปได้ว่า ปฏิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูล ข่าวสารและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาล ไม่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมการจัดการ ความเครียดวิถีใหม่ของบุคลากรทางการแพทย์ จึงสามารถทดสอบ Main Effect ได้

ค่า Sig ของการทดสอบการรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสาร เท่ากับ 0.137 มากกว่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่กำหนด 0.050 แสดงว่า การรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูล ข่าวสาร ไม่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.050

ค่า Sig ของการทดสอบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาล เท่ากับ 0.000 น้อยกว่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่กำหนด 0.050 แสดงว่า การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาล มีผลกระทบต่อพฤติกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่ หรือมีอย่างน้อย 1 กลุ่ม ที่ทำให้คะแนน พฤติกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่แตกต่างจากกลุ่มอื่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.050 (ดังนั้นต้องทดสอบการเปรียบเทียบเชิงซ้อนต่อ แสดงตารางที่ 17

ตาราง 18 ผลการเปรียบเทียบรายคู่ของคะแนนพฤติกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่จำแนก ตามกลุ่มของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาล

การสื่อสารที่มี ประสิทธิภาพใน โรงพยาบาล	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
ต่ำ	-	6.594* (0.000)	9.418* (0.000)
ปานกลาง	-	-	2.824* (0.000)
สูง	-	-	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.050 (Sig<0.050)

จากตารางที่ 18 การเปรียบเทียบเชิงซ้อน (Post hoc) ด้วยวิธีการ Turkey พบว่า ค่าคะแนนของพฤติกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่ ด้านรวม มีความแตกต่างกันทั้งหมด 3 คู่ สรุปได้ว่า กลุ่มการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาลต่ำ กลุ่มการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาลปานกลาง และกลุ่มการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาลสูง มีความแตกต่าง

ของคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่ด้านรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.050

ตาราง 19 ผลการทดสอบสถิติ Two way ANOVA แสดงปฏิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาลที่มีผลต่อคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการปัญหาวิถีใหม่

Source	df	SS	MS	F	Sig
การรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูล	2	51.306	25.653	1.951	0.144
ข่าวสาร (A)					
การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ(B)	2	1319.042	659.521	50.154	0.000*
A×B	4	93.147	23.287	1.771	0.134
ความคลาดเคลื่อน	400	5259.932	13.150		
รวม	408	7803.350			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.050 (Sig<0.050)

จากตารางที่ 19 ผลการทดสอบปฏิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสาร และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาล มี ค่า Sig เท่ากับ 0.134 มากกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด 0.050 จึงสรุปได้ว่า ปฏิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสารและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาลไม่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการปัญหาวิถีใหม่ของบุคลากรทางการแพทย์ จึงสามารถทดสอบ Main Effect ได้

ค่า Sig ของการทดสอบการรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสาร เท่ากับ 0.144 มากกว่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่กำหนด 0.050 แสดงว่า การรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสาร ไม่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการปัญหาวิถีใหม่ของบุคลากรทางการแพทย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.050

ค่า Sig ของการทดสอบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาล เท่ากับ 0.000 น้อยกว่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่กำหนด 0.050 แสดงว่า การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาลมีผลกระทบต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการปัญหาวิถีใหม่ของบุคลากรทางการแพทย์ หรือมีอย่างน้อย 1 กลุ่ม ที่ทำให้คะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการปัญหาวิถีใหม่ของบุคลากรทางการแพทย์ แตกต่างจากกลุ่มอื่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.050 (ดังนั้นต้องทดสอบการเปรียบเทียบเชิงซ้อนต่อ แสดงตารางที่ 20)

ตาราง 20 ผลการเปรียบเทียบรายคู่ของคะแนนพฤติกรรมการจัดการปัญหาวิธีใหม่จำแนกตามกลุ่มของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาล

การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาล	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
ต่ำ	-	3.949* (0.000)	5.858* (0.000)
ปานกลาง	-	-	1.909* (0.000)
สูง	-	-	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.050 (Sig<0.050)

จากตารางที่ 20 การเปรียบเทียบเชิงซ้อน (Post hoc) ด้วยวิธีการ Turkey พบว่าค่าคะแนนของพฤติกรรมการจัดการปัญหาวิธีใหม่มีความแตกต่างกันทั้งหมด 3 คู่ สรุปได้ว่ากลุ่มการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาลต่ำ กลุ่มการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาลปานกลาง และกลุ่มการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาลสูง มีความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการจัดการปัญหาวิธีใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.050

ตาราง 21 ผลการทดสอบสถิติ Two way ANOVA แสดงปฏิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาลที่มีผลต่อคะแนนพฤติกรรมจัดการอาวมณิวิธีใหม่

Source	df	SS	MS	F	Sig
การรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสาร (A)	2	162.041	81.035	12.572	0.000*
A (การรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสารสูง)	2	160.731	80.365	12.468	0.000*
A (การรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสารปานกลาง)	2	45.761	22.880	3.550	0.030*

ตาราง 21 (ต่อ)

Source	df	SS	MS	F	Sig
A (การรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูล ข่าวสารต่ำ)	2	871.337	435.668	67.590	0.000
การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ(B)	2	456.364	228.182	35.400	0.000*
B (การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ต่ำ)	2	19.138	9.569	1.485	0.228
B (การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ปานกลาง)	2	134.590	67.295	10.440	0.000*
B (การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ สูง)	2	88.801	44.400	6.888	0.001*
A×B	4	64.301	16.075	2.494	0.043*
ความคลาดเคลื่อน	400	2578.302	6.446		
รวม	408	3738.958			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.050 (Sig<0.050)

จากตารางที่ 21 ผลการทดสอบปฏิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสาร และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาล มีค่า Sig เท่ากับ 0.043 น้อยกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด 0.050 จึงบ่งชี้ว่า ปฏิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสาร และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาลมีผลกระทบต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการอารณวิถีใหม่ของบุคลากรทางการแพทย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.050 จึงไม่สามารถทดสอบ Main Effect ได้ ต้องพิจารณาแต่ละระดับของแต่ละกลุ่มตัวแปรอิสระ

การเปรียบเทียบระดับของแต่ละกลุ่มตัวแปรอิสระ โดยการพิจารณา Simple Main Effect พบว่า

ค่า Sig ของการทดสอบบุคลากรทางการแพทย์ที่มีการรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสารสูง เท่ากับ 0.000 ซึ่งน้อยกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด 0.050 นั่นคือ การรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสารสูง มีผลต่อพฤติกรรม กรรมการจัดการอารณวิถีใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.050

ค่า Sig ของการทดสอบบุคลากรทางการแพทย์ที่มีการรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสารปานกลาง เท่ากับ 0.030 ซึ่งน้อยกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด 0.050 นั่นคือ การรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสารปานกลาง มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการอารณวิถีใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.050

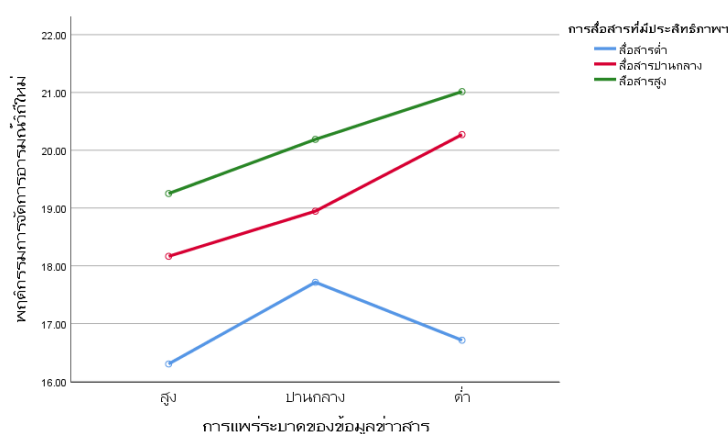
ค่า Sig ของการทดสอบบุคคลากรทางการแพทย์ที่มีการรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสารต่ำ เท่ากับ 0.000 ซึ่งน้อยกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด 0.050 นั่นคือ การรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสารต่ำ มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการอาวมณวิถึใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.050

ค่า Sig ของการทดสอบบุคคลากรทางการแพทย์ที่มีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาลต่ำ เท่ากับ 0.228 ซึ่งมากกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด 0.050 นั่นคือ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาลต่ำ ไม่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการปัญหาวิถึใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.050

ค่า Sig ของการทดสอบบุคคลากรทางการแพทย์ที่มีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาลต่ำ เท่ากับ 0.000 ซึ่งน้อยกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนด 0.050 นั่นคือ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาลปานกลางมีผลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการปัญหาวิถึใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.050

ค่า Sig ของการทดสอบบุคคลากรทางการแพทย์ที่มีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาลสูงเท่ากับ ซึ่งน้อยกว่า 0.001ระดับนัยสำคัญที่กำหนด นั่นคือ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพใน 0.050 โรงพยาบาลสูง มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการปัญหาวิถึใหม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.050

อีกทั้งเมื่อพิจารณาแต่ละระดับของตัวแปรกลุ่ม ดังภาพประกอบที่ 6



ภาพประกอบ 6 อธิบายถึงการรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสารกับการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาล

จากภาพประกอบที่ 6 กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่มีการรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสารต่ำและมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาล มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการอาณัติวิธีใหม่มากกว่ากลุ่มอื่น เท่ากับ 21.01 ($\bar{x} = 21.01$) แสดงดังตารางที่ 22

ตาราง 22 ค่าเฉลี่ยของตัวแปรความรอบรู้โรค COVID-19สูงและมีการสนับสนุนทางสังคมสูงในแต่ละระดับ

การแพร่ระบาดของ ข้อมูลข่าวสาร	การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาล					
	ต่ำ		ปานกลาง		สูง	
	\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s
สูง	16.30	1.66	18.16	2.49	19.25	2.47
ปานกลาง	17.71	2.09	18.94	1.62	20.18	2.19
ต่ำ	16.71	3.33	20.27	2.35	21.01	2.25

ตอนที่ 4 ตัวแปรปัจจัยด้านการรู้คิด ได้แก่ ความรอบรู้โรค COVID-19 การรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสาร และตัวแปรปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ในโรงพยาบาล มีอิทธิพลต่อมีพฤติกรรมจัดการความเครียดวิธีใหม่ทั้งด้านรวมและรายได้

สมมติฐานที่ 3 ตัวแปรปัจจัยด้านการรู้คิด ได้แก่ ความรอบรู้ด้านโรค COVID-19 การรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสาร และตัวแปรปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาลมีอิทธิพลต่อมีพฤติกรรมจัดการความเครียดวิธีใหม่ทั้งด้านรวมและรายด้าน

การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน ด้วยสถิติการถดถอยแบบพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumptions) ดังนี้

1) การวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ด้วยวิธีการของเพียร์สัน (Person Correlation) พบว่าค่าสหสัมพันธ์ (r) ระหว่างตัวแปร เท่ากับ $-0.010 -0.634$ ซึ่ง ค่า r น้อยกว่า 0.75 สรุปได้ว่า ไม่มีปัญหาเรื่อง Collinearity และ Multicollinearity (ภาคผนวก ง ตารางที่ 33)

2) ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นแบบปกติ (Normal distribution) ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnova test of Normality ผลการทดสอบพบว่า ค่า Sig เท่ากับ 0.039 แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่เป็นแบบปกติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 เมื่อ พิจารณาจากความเบ้ (Skewness: S) และ

ความโด่ง (Kurtosis: K) เสนอว่า $|S| > 3$ หมายถึง ข้อมูลไม่สมมาตรหรือเบ้มาก และ $|K| > 10$ หมายถึงข้อมูลไม่มีการแจกแจงแบบปกติ โดย Curran, West และ Finch (1997. อ้างอิงจาก กัลยา วาณิชยปัญญา, 2557) หากพิจารณาจากความเบ้ (Skewness: S) และความโด่ง (Kurtosis: K) พบว่าข้อมูล $S = -0.245$, $K = 0.357$ จึงถือได้ว่าข้อมูลมีแนวโน้มที่มีการแจกแจงแบบปกติ (ภาคผนวก ง ตารางที่ 34)

3) ผลการทดสอบความเอกพันธ์ของความแปรปรวน Homogeneity จากการพล็อต Scatter Plot เพื่อตรวจสอบความแปรปรวนของตัวแปรอิสระสำหรับแต่ละค่าของตัวแปรต้นมีค่าไม่แตกต่างกันพบว่าการกระจายข้อมูลไม่มีรูปแบบไม่แน่นอนหรือคงที่ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าความแปรปรวนของตัวแปรอิสระสำหรับแต่ละค่าของตัวแปรต้นไม่แตกต่างกันเป็นไปตามข้อตกลง (ภาคผนวก ง ตารางที่ 35)

4) ผลการทดสอบ Independence พบว่า มีความเป็นอิสระของ error พบว่า ข้อมูลมีค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.528 พบว่าอยู่ระหว่าง 1.5 – 2.5 ดังนั้น ความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระกันเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น (ภาคผนวก ง ตารางที่ 36)

5) ผลการทดสอบเพื่อตรวจสอบปัญหา Multicollinearity ผลการวิเคราะห์พบว่า ค่า Tolerance > 0.1 และ VIF < 1.0 ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์ร่วมเชิงพหุเส้น ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นที่กำหนด (ภาคผนวก ง ตารางที่ 37)

ตาราง 23 ผลการวิเคราะห์สถิติ Stepwise Multiple Regression ของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่ของบุคลากรทางการแพทย์ทั้งในด้านรวมและรายได้

ปัจจัย	b	Sb	Beta	t	p
พฤติกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่ ด้านรวม					
ความรอบรู้ด้านโรค COVID-19	0.493	0.057	0.350	8.591	0.000*
การสนับสนุนทางสังคม	0.413	0.051	0.368	8.112	0.000*
การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาล	0.171	0.051	0.161	3.320	0.000*
R^2 ที่ปรับแล้ว = 0.538 ค่าคงที่ = 0.680					
พฤติกรรมการจัดการปัญหาวิถีใหม่					
ความรอบรู้ด้านโรค COVID-19	0.567	0.066	0.353	8.564	0.000*
การสนับสนุนทางสังคม	0.448	0.059	0.351	7.630	0.000*
การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาล	0.200	0.59	0.166	3.378	0.001*

ตาราง 23 (ต่อ)

ปัจจัย	b	Sb	Beta	t	p
R^2 ที่ปรับแล้ว = 0.526 ค่าคงที่ = 0.224					
พฤติกรรมกรรมการจัดการอารมณ์วิถีใหม่					
ความรอบรู้ด้านโรค COVID-19	0.441	0.064	0.318	6.901	0.000*
การแพร่กระจายของข้อมูลข่าวสาร	0.232	0.049	0.180	4.689	0.000*
การสนับสนุนทางสังคม	0.330	0.057	0.299	5.816	0.000*
การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาล	0.157	0.057	0.150	2.767	0.006*
R^2 ที่ปรับแล้ว = 0.422 ค่าคงที่ = 0.368					

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.050$)

จากตารางที่ 23 พบว่า ปัจจัยเชิงเหตุด้านกรู้คิด คือ ความรอบรู้โรค COVID-19 ปัจจัยเชิงเหตุด้านสังคม คือ การสนับสนุนทางสังคม และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาล มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่ ในด้านรวมของบุคลากรทางการแพทย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.050 โดยปัจจัยทั้ง 3 ตัวแปรร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่ ได้ร้อยละ 53.8 ทั้งนี้ ตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรมจัดการความเครียดวิถีใหม่ มากที่สุด คือ การสนับสนุนทางสังคม ($Beta = 0.368$) รองลงมาคือ ความรอบรู้โรค COVID-19 ($Beta = 0.350$) และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาล ($Beta = 0.161$)

ทั้งนี้ ผลการวิเคราะห์หิทธิพลของปัจจัยที่ผลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่ รายด้าน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ปัจจัยเชิงเหตุด้านกรู้คิด คือ ความรอบรู้โรค COVID-19 ปัจจัยเชิงเหตุด้านสังคม คือ การสนับสนุนทางสังคม และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาล มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการปัญหาวิถีใหม่ของบุคลากรทางการแพทย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยปัจจัยทั้ง 3 ตัวแปรร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่ ได้ร้อยละ 53.8 ทั้งนี้ ตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรมจัดการความเครียดวิถีใหม่ มากที่สุด คือ ความรอบรู้โรค COVID-19 ($Beta = 0.353$) รองลงมาคือ การสนับสนุนทางสังคม ($Beta = 0.351$) และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาล ($Beta = 0.166$)

ปัจจัยเชิงเหตุด้านกรู้คิด คือ ความรอบรู้โรค COVID-19 ปัจจัยเชิงเหตุด้านสังคม การรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสาร คือ การสนับสนุนทางสังคม และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาล มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการอารมณ์วิถีใหม่ของบุคลากรทาง

การแพทย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยปัจจัยทั้ง 4 ตัวแปรด้วยกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่ ได้ร้อยละ 53.8 ทั้งนี้ ตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรมจัดการความเครียดวิถีใหม่ มากที่สุด คือ ความรอบรู้โรค COVID-19 (Beta = 0.318) รองลงมาคือ การสนับสนุนทางสังคม (Beta = 0.299) ต่อมาคือ การรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสาร (Beta=180) และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาล (Beta = 0.150)



บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยเรื่อง ความรอบรู้โรค COVID-19 การรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสาร และปัจจัยทางด้านสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่ของบุคลากรทางการแพทย์ มีจุดประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่ ของบุคลากรทางการแพทย์ในกลุ่มที่ชีวิตสังคมแตกต่างกันและได้ทำการศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในกลุ่มปัจจัยด้านการรู้คิด (Cognitive Factors) และตัวแปรด้านสังคม (Social Factors) ที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่ของบุคลากรทางการแพทย์

ทั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดตัวแปรที่ต้องการศึกษา ประกอบด้วย ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมจัดการความเครียดวิถีใหม่ ทั้งด้านรวมและรายด้าน 2 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การจัดการปัญหาวิถีใหม่ 2) การจัดการอารมณ์วิถีใหม่ อีกทั้ง ตัวแปรอิสระ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ประกอบไปด้วย 1) กลุ่มตัวแปรด้านการรู้คิด (Cognitive Factors) ได้แก่ 1) ความรอบรู้โรค COVID-19 (COVID-19 Literacy) 2) การรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสาร (Infodemic Perception) ตัวแปรปัจจัยด้านสังคม (Social factors) ได้แก่ 1) การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) 2) การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาล (Effective Communication in Hospital) และตัวแปรปัจจัยด้านชีวิตสังคม ได้แก่ 1) ประสบการณ์ในการทำงาน (Work Experience) และ 2) ชั่วโมงการทำงาน (Work Hours)

ผู้วิจัยใช้วิธีการเก็บข้อมูลในรูปแบบกระดาษ และเก็บข้อมูลรูปแบบออนไลน์ เนื่องด้วยสถานที่เก็บข้อมูลนั้นก็คือ โรงพยาบาลมีมาตรการเฝ้าระวังและป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ซึ่งแบบสอบถามจำนวน 1 ฉบับ ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลลักษณะทางชีวิตสังคม และแบบวัดจำนวน 4 ฉบับ ได้แก่ แบบวัดพฤติกรรมจัดการความเครียดวิถีใหม่ แบบวัดความรู้โรค COVID-19 แบบวัดการรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสาร แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้ในการบรรยายร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) 2) การวิเคราะห์ด้วย Independent Sample T-Test สำหรับสมมติฐานที่ 1 3) การวิเคราะห์สถิติความแปรปรวนแบบสองทาง (Two way ANOVA) สำหรับทดสอบสมมติฐานที่ 2 4) การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐานที่ 3 ดังนั้น ในการอภิปรายผลในบทที่ 5 ผู้วิจัยขอเสนอถึงข้อสรุปของการวิจัย รวมถึงข้อเสนอแนะ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ผลการศึกษาและอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 1 บุคลากรทางการแพทย์ที่มีชีวิตสังคมต่างกันจะมีพฤติกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่ทั้งด้านองค์ประกอบรวมแตกต่างกัน

ด้านประสบการณ์ทำงาน (Work Experience)

ในสมมติฐานที่ 1.1 บุคลากรทางการแพทย์ที่มีประสบการณ์แตกต่างกันจะมีพฤติกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่ในองค์ประกอบย่อยแตกต่างกัน ผลการวิจัยพบว่า บุคลากรทางการแพทย์ที่มีประสบการณ์แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่ ทั้งในด้านรวมและองค์ประกอบย่อย

อภิปรายผลสรุปการศึกษา ประสบการณ์ทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ แบ่งกลุ่มเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี 2) มากกว่า 10 ปี ไม่มีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับคะแนนพฤติกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่ ทั้งในด้านรวม และรายด้าน ได้แก่ 1)การจัดการปัญหาแบบวิถีใหม่ 2)การจัดการอารมณ์ แบบวิถีใหม่ ซึ่งขัดแย้งกับการทบทวนวรรณกรรมและสืบค้นเอกสารที่เกี่ยวข้องในบทที่ 2 โดยปาณิกา เสียงเพราะและคณะ (2557) พบว่า ประสบการณ์ในการทำงานมีความสัมพันธ์กับความเครียดของการทำงาน โดยศึกษากับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่มีอายุการทำงานต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี จะก่อให้เกิดความเครียดและไม่มั่นใจมากกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำงานมายาวนาน รวมถึง Tsai และ Lui (2012) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำงานและการดูแลสุขภาพของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลในประเทศไทยได้หวั่น ผลการวิจัยพบว่า เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานที่มาก มีความสัมพันธ์กับอาการเครียด รวมถึง วัชราภรณ์ พิสิปิงคำ (2566) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตและความเครียด ของบุคลากรทางการแพทย์ที่รับผิดชอบงานเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่จังหวัดลำปาง โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 402 คน ตามผังโครงสร้างบัญชาการเหตุการณ์ด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Incident Command system:ICS) แบ่งกลุ่มประสบการณ์ทำงาน 7 กลุ่ม ได้แก่ 6 เดือน-1ปี , 1-5 ปี , 6-10ปี ,11-15ปี ,16-20ปี , 21-25 ปี, 25 ปีขึ้นไป พบว่า ประสบการณ์การทำงานหรืออายุการทำงาน มีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะความเครียดในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

อย่างไรก็ตาม จากผลการวิจัย มีความสอดคล้อง ธัญยธรณ์ ทองแก้วและ ศิริลักษณ์ สุภปิติพร (2561) ได้ทำการศึกษา เก็บข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ประจำของแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 77 คน โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ได้ศึกษาปัจจัยส่วนตัวที่เกี่ยวข้อง โดยศึกษาเรื่องประสบการณ์ทำงาน ในระยะประสบการณ์ต่ำกว่า 20 ปี และมากกว่า

20 ปี พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด สอดคล้องกับ อนันตศักดิ์ พันธุ์พุ่มและคณะ (อนันตศักดิ์ พันธุ์พุ่ม, แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ, สุรินทร์ กลัมพากร, & สรา อารมณ, 2559) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความเครียดสัมพันธ์กับความเครียดในการทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมฟอกย้อม พิมพ์ และแต่งสำเร็จ ในด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ทำงาน โดยศึกษาพนักงานในจังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 200 คน ศึกษาในช่วงประสบการณ์การทำงานกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี หรือมากกว่า 5 ปีขึ้นไป พบว่า ประสบการณ์ทำงานไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด และมีประสิทธิประโยชน์ (ประสิทธิประโยชน์ มณี, 2023) ได้ทำการศึกษาความเครียดและพฤติกรรมจัดการความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา ในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 โดยสำรวจบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา จำนวน 400 คน วิเคราะห์ข้อมูลบุคลากรที่มีประสบการณ์ทำงาน 4 กลุ่ม ได้แก่ 1 – 5 ปี , 6 – 10 ปี , 11 – 20 ปี, 21 ปีขึ้นไป พบว่า บุคลากรที่มีประสบการณ์ในการทำงานไม่แตกต่างกันในด้านพฤติกรรมจัดการกับความเครียดด้านรวม อย่างไรก็ตามพบว่า ในด้านรายองค์ประกอบ พบว่า 1)ด้านการจัดการความเครียดโดยมุ่งแก้ปัญหา มีนัยสำคัญทางสถิติระดับที่ 0.050 กับประสบการณ์ทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ 2)ด้านการจัดการความเครียดโดยมุ่งแก้ไขอารมณ์ ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับประสบการณ์ทำงานของบุคลากรทางการแพทย์

ด้านชั่วโมงการทำงาน (Work hours)

ในสมมติฐานที่ 1.2 บุคลากรทางการแพทย์ที่มีชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ที่แตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมจัดการความเครียดวิธีใหม่ในองค์ประกอบย่อยแตกต่างกัน ผลการวิจัยพบว่า บุคลากรทางการแพทย์ที่มีชั่วโมงการทำงานแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการจัดการความเครียดวิธีใหม่ ทั้งในด้านรวมและการจัดการปัญหาวิธีใหม่ อย่างไรก็ตาม ก็พบว่า บุคลากรที่มีชั่วโมงการทำงานแตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมการจัดการอารมณ์วิธีใหม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผลสรุปการศึกษา ประสบการณ์ทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ได้แบ่งชั่วโมงการทำงาน เป็น 1) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ 2) มากกว่า 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ แบบวิธีใหม่ จึงสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมและสืบค้นเอกสารที่เกี่ยวข้องในบทที่ 2 ปนัดดา ใจบุญ(ปนัดดา ใจบุญ, 2553)ได้ทำการศึกษาความเครียดในการทำงานและความผูกพันต่อองค์กรของพนักงานคุมประพฤติกรมคุมประพฤติในเขตพื้นที่ภาคเหนือ พบว่า การทำงานเป็นเวร (Shift Work) ที่มีรูปแบบหมุนเวียนตารางเวรตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้บุคลากรเกิดอาการเครียด ทั้งร่างกายและจิตใจ อีกทั้ง ชั่วโมงการทำงานที่ยาวนาน เช่น ปริมาณงานที่มากเกินไป ทำให้

บุคคลต้องใช้เวลาในการทำงานนานและต้องทำงานในภาวะเวลาที่บีบคั้น ทั้งนี้สำนักงานสถิติแห่งชาติ(สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561)ได้ทำการสำรวจข้อมูลชั่วโมงการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ พบว่าการทำงานของพยาบาลวิชาชีพนั้น มีการทำงานมากเกินกว่า 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ยิ่งไปกว่านั้นพยาบาลยังต้องปฏิบัติงานมากถึง 16 ชั่วโมงต่อวันเนื่องจากต้องปฏิบัติงานนอกเวลา นอกจากนี้ ช่วงการทำงานแพทย์นอกเวลามากกว่า 80 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ทำให้บุคลากรต้องทำงาน ปริมาณที่มากขึ้น เผชิญภาวะกดดันจากหลายด้านในการทำงาน ซึ่งขัดแย้งกับเกณฑ์ปกติ เวลาทำงานของคนไทยโดยเฉลี่ย เท่ากับ 7-8 ชั่วโมงต่อวัน และเฉลี่ยสัปดาห์ละ 35 - 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และงานวิจัย Tsai และ Lui(Tsai & Liu, 2012) อย่างไรก็ตาม ประกาศสภาการพยาบาล(2560) เรื่อง นโยบายชั่วโมงการทำงานของพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยมีเนื้อหากล่าวถึง การทำงานต่อเนื่องที่ยาวนานเกิน 12 ชั่วโมงต่อวันของพยาบาล อาจส่งผลต่อความเหนื่อยล้าจากการทำงาน และทำให้ประสิทธิภาพต่อการทำงานลดลง ดังนั้น จึงมีแนวทางในการให้พยาบาลปฏิบัติงานอย่างมีเวลาที่เหมาะสม โดยเกณฑ์ปกติอยู่ที่สัปดาห์ละ 40 ชั่วโมง ได้แก่ การจัดตารางปฏิบัติงาน ไม่ควรเกิน 12 ชั่วโมงใน 1 วัน และไม่ควรเกิน 48 ชั่วโมงใน 1 สัปดาห์ เพื่อให้บุคลากรมีเวลาพักผ่อนที่เพียงพอ และมีความพร้อมในด้านร่างกายและจิตใจในการทำงาน เพื่อประสิทธิภาพที่ดีต่อการทำงานสืบไป

สมมติฐานที่ 2 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในปัจจุบันด้านความรู้คิดและด้านสังคม มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่ทั้งในด้านรวมและรายด้าน ในบุคลากรทางการแพทย์

สมมติฐานย่อยที่ 2.1 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้โรคCOVID-19 และการสนับสนุนทางสังคม มีผลกระทบต่อพฤติกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่ทั้งในด้านรวมและรายด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการจัดการปัญหาวิถีใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.050 อย่างไรก็ตาม ผลการทดสอบปฏิสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้โรคCOVID-19 และการสนับสนุนทางสังคมไม่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมการจัดการอารมณ์วิถีใหม่

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรในปัจจุบันด้านการรู้คิด ได้แก่ ความรอบรู้โรค COVID-19 การการสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้ กลุ่มความรอบรู้โรคCOVID-19สูงและกลุ่มการสนับสนุนทางสังคมมีผลเฉลี่ยต่อคะแนนพฤติกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่สูงกว่ากลุ่มอื่น ดังนั้น กลุ่มกลาง สอดคล้องกับ Montanoและ Acebes (Montano & Acebes, 2020) ได้ทำการศึกษาตัวแปรทำนายความเครียด ภาวะเศร้า ของชาวฟิลิปปินส์ ในสถานการณ์ระบาดของโรคCOVID-19 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการเครียด นอนหลับได้ยาก จึงสรุปได้ว่า การลดความเครียดและความ

วิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างในช่วงการระบาดของ COVID-19 จะต้องเพิ่มปัจจัยเชิงบวก เช่น การฟื้นคืนสุขภาพ (Resilience) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ทั้งนี้ Alijassim และ Ostini (Alijassim & Ostini, 2020) ได้ทำการศึกษาผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพในสิ่งแวดล้อมของความเครียดของผู้ป่วย : การทบทวนวรรณกรรมแบบมีระบบ (a systematic review) กล่าวว่า สถานการณ์ทางสุขภาพและการตัดสินใจมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด ซึ่งจะส่งผลให้ต่อการตัดสินใจที่ผิดพลาด และความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีผลต่อการตัดสินใจด้านสุขภาพ รวมถึง Dodson และคณะ (Dodson et al., 2016) ได้ทำการศึกษาการวัดและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างประชาชนที่ได้รับการฟอกไตที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและคุณภาพชีวิต โดยวัดในหลายองค์ประกอบ รวมถึง องค์ประกอบด้านความสามารถในเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพหมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยในการเข้าถึง ประเมิน ทำความเข้าใจ และสามารถนำข้อมูลทางสุขภาพมาตัดสินใจในการดูแลตนเอง พบว่าผู้ป่วยโรคไตที่มีความรอบรู้ด้านโรคไตสูง มีแนวโน้มเข้าถึงบริการได้ดีและมีความสามารถในการดูแลตนเอง อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกไตที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ ส่งผลทำให้รู้สึกเบื่อหน่ายในการฟอกไต มีความเครียดสูง และทำให้แรงจูงใจในการดูแลสุขภาพน้อยลง

ในด้านการสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาของ Xiao et al. (2020) ได้ทำการศึกษาผลของการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) และคุณภาพการนอนหลับ ของบุคลากรทางการแพทย์ที่รักษาผู้ป่วยติดเชื้อโรค COVID-19 ที่ประเทศจีน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีแนวโน้มในการลดอาการกังวลและเครียด รวมถึงยังเพิ่มการรับรู้ความสามารถในตนเอง โดยเฉพาะองค์ประกอบในด้านสนับสนุนทางด้านอารมณ์ เช่น การให้กำลังใจจากครอบครัว และเพื่อนร่วมงานสอดคล้องกับ Leia Y. Saltzman และคณะ (2020) ได้อธิบายถึงความเหงา การแยกตัว และการสนับสนุนทางสังคมหลังจากการระบาดของ COVID-19 ในแง่สุขภาพจิต จากการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมก่อเกิดความเข้าใจ ถึงสถานการณ์การระบาด การฟื้นฟูสุขภาพจิตใจ รวมถึงการดูแลจิตใจของบุคคล โดยการสนับสนุนทางสังคมเป็นเครื่องมือในการช่วยเหลือประชาชนในการปรับตัว เช่นการดูแลตนเองในสถานการณ์วิกฤต รวมถึง Safaa M. El-Zoghby และคณะ (2020) ศึกษาผลกระทบของการระบาดโรค COVID-19 ในแง่ภาวะสุขภาพจิตและการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มตัวอย่างวัยผู้ใหญ่ ในประเทศอียิปต์ ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 510 คน ในช่วงวันที่ 2-9 พฤษภาคม 2563 จากผลการวิจัยพบว่า ผลกระทบของการระบาดของโรค COVID-19 ทำให้เกิดภาวะความเครียด ที่เกิดจากการอยู่บ้านเพื่อกักตัว ความเครียดเรื่องเงิน

จากการขาดรายได้ ผู้วิจัยจึงเสนอแนะว่า การสนับสนุนทางสังคมจะสามารถลดความรู้สึกทางลบได้ ซึ่งการดูแลกันในครอบครัวมีผลทางลบกับความรู้สึกทางลบ

ในประเทศไทย พบว่ามีวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมในบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการโรคระบาด พบว่าศศินันดา สุวรรณโณ (2562) ได้ศึกษาโมเดลปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อจากการทำงานของกลุ่มผู้เข็ดฆ่าและสัตว์ปีก ในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จ.อุบลราชธานี กรณี โรคไข้หวัดนก พบว่าปัจจัยที่เอื้อต่อการพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ คือ การสนับสนุนทางสังคม ทั้งในองค์ประกอบด้าน วัตถุประสงค์ และสิ่งของรวมถึงองค์ประกอบด้านข้อมูลข่าวสาร ข้อมูลข่าวสารเรื่องไข้หวัด การเข้ารับการอบรมเรื่องการป้องกันโรค และการสนับสนุนทางด้านอารมณ์กับบุคคลรอบข้างด้วยเช่นกัน ทั้งนี้ในช่วงการระบาดของสถานการณ์โรค COVID-19 โดย ปทิตตา มีหนูน (ปทิตตา มีหนูน, 2565) ศึกษาผลกระทบทางจิตใจของบุคลากรทางการแพทย์ในช่วงการระบาดของ COVID-19 โดยพบปัญหาว่า บุคลากรทางการแพทย์ถือเป็นบุคลากรมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลรักษาผู้ป่วย COVID-19 และผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งส่งผลต่อการความรู้สึกกดดันและบีบคั้นทางอารมณ์ที่ต้องได้รับมอบหมายในการดูแลผู้ป่วย COVID-19 อาการรุนแรงที่ป่วยหนักมากขึ้น และก่อให้เกิดความกังวลในใจถึงความเสี่ยงต่อการนำเชื้อ COVID-19 ไปติดต่อกับบุคคลในครอบครัว จากผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมของบุคลากรทางการแพทย์จากครอบครัวและเพื่อนร่วมงาน สามารถลดอาการเครียดจากการทำงานและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต รวมถึงช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานด้วยเช่นกัน ทั้งนี้ในการศึกษาของ อารงเกียรติ อุทัยสง (2564) ได้ทำการศึกษาเรื่อง COVID-19 การสร้างขวัญกำลังใจให้กับบุคลากรทางการแพทย์ โดยเสนอแนวทางในการสนับสนุนทรัพยากรแก่บุคลากรทางการแพทย์ได้แก่ 1) การจัดหาวัคซีนที่มีคุณภาพเพื่อป้องกันโรค 2) ความเชื่อมั่นในระบบสาธารณสุขและความพร้อมของเครื่องมือทางการแพทย์ 3) การจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ เพื่อลดความเครียดและความวิตกกังวล 4) การจัดหาบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มเติมเพื่อลดชั่วโมงในการทำงานเพื่อการพักผ่อนที่เพียงพอ 5) การกระจายอำนาจไปยังสาธารณสุขระดับพื้นที่ 6) การทำประกันชีวิตให้แก่บุคลากรทางการแพทย์โดยไม่มีค่าใช้จ่าย

สมมติฐานย่อยที่ 2.1 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสารและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาล ไม่มีกระทบต่อพฤติกรรมการจัดการความเครียดวิธีใหม่ทั้งในด้านรวมและรายด้าน ได้แก่พฤติกรรมการจัดการปัญหาวิธีใหม่ อย่างไรก็ตาม ผลการทดสอบปฏิสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสารและการสื่อสารที่มี

ประสิทธิภาพในโรงพยาบาลมีผลกระทบต่อพฤติกรรมการจัดการอารมณ์วิถีใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.050

การรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสาร นั้นพิจิตรา สีคาโมไต(2560) ได้ศึกษาข่าวลือสื่อสังคมออนไลน์ เช่น ทวิตเตอร์ โดยมีการเคลื่อนไหวของข้อมูลข่าวสารสถานการณ์ต่างๆในประเทศไทย ได้แบ่งการเกิดการแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสาร เป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ 1)ภาวะวิกฤตและความรุนแรง 2)นโยบายสาธารณะ 3)บุคคลสำคัญ 4)ประเด็นต้องห้ามในสังคมไทย โดยวิธีการแบ่งปันเนื้อหา ผ่านวิธีการแชร์หรือเรียกว่า “รีทวีต(Retweet)” ไปในประชาชนจำนวนมากที่มีความสัมพันธ์ในระดับผิวเผินและระบาดไปอย่างรวดเร็ว โดยการเกิดข่าวลือ ขึ้นอยู่กับกระบวนการจัดการ คือการพิสูจน์ความจริงข้อมูลที่ได้รับการนำเสนอ ซึ่งช่วงการเริ่มต้นของการระบาดโรค COVID-19 โดย Tagliabue และคณะ(2020) ได้ทำการศึกษาการแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสารบิดเบือน และข้อมูลข่าวสารผิด เกี่ยวกับโรคการระบาดของโรค COVID-19 ที่แพร่ระบาดให้ก่อให้เกิดความสับสนให้แก่ประชาชน ประกอบไปด้วยข่าวปลอม ที่สร้างความรู้สึกสับสนและไม่ปลอดภัยให้แก่ประชาชน ซึ่งการแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสาร คือบุคคลได้รับข้อมูลที่ท่วมท้นทำให้ไม่สามารถที่จะทำความเข้าใจได้ถูกต้องทั้งหมดได้ เช่น การปรากฏตัวของแพทย์มากมายที่ได้แสดงความคิดต่อเรื่องการระบาดของโรค ซึ่งข้อมูลบางอย่างไม่มีเหตุผลทางวิทยาศาสตร์สนับสนุน ทั้งนี้สื่อสังคมออนไลน์เองก็เป็นที่พักหลายของข้อมูลข่าวสารผิดและเป็นข้อมูลที่ไม่มี การพิสูจน์ทางวิทยาศาสตร์ และข้อปลอมทำให้เกิดความไม่มั่นคงของระบบการรักษาทางสาธารณสุข ดังนั้นประชาชนต้องเผชิญกับความเครียด ระหว่างการอยู่หยุดอยู่ที่บ้านและมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม รวมถึงข้อมูลข่าวสารที่ผิดและบิดเบือนนั้น สามารถที่จะก่อให้เกิดอาการเริ่มต้นของโรคเครียดได้ด้วยเช่นกัน รวมถึง Brennen และคณะ(2020) ได้ทำการศึกษาแหล่งที่มาของข้อมูลข่าวสารผิดเกี่ยวกับโรคCOVID-19 225 ข้อความที่เป็นข้อมูลข่าวสารผิด จากการศึกษาข้อมูลข่าวสารผิดและข้อมูลข่าวสารบิดเบือน พบว่ามี 3 ประเภท ได้แก่ 1) การเปลี่ยนเนื้อหาของข่าว พบถึงร้อยละ 59 (ได้แก่ เนื้อหาชี้ว่า ร้อยละ 29 เนื้อหาที่ผิดบริบท ร้อยละ 24 เนื้อหาหลอกลวงร้อยละ 6) รองลงมา 2)เนื้อที่ถูกร่างขึ้น ร้อยละ 38 (ได้แก่ เนื้อหาแอบอ้าง ร้อยละ 30 เนื้อหาขี้ขี้มา ร้อยละ 8) และ เนื้อหาล้อเลียน พบร้อยละ 3

ทั้งนี้ในช่วงปลายการระบาดของโรคCOVID-19 ในประเทศไทย โดยพรณวดี ชัยกิจ (2564) ซึ่งการสร้างข่าวปลอมและการแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสารปลอม สามารถเกิดขึ้นได้กับบุคคลทุกระดับ หากบุคคลที่มีชื่อเสียงและสถานภาพที่ดีในสังคมเป็นผู้เผยแพร่ข่าวสารปลอมนั้น จะมีแนวโน้มยิ่งเพิ่มความน่าเชื่อถือของข่าวปลอม จากการศึกษา การแพร่ระบาดของข่าวสาร

ปลอดภัยเกี่ยวกับการระบาดของโควิด-19 และมาตรการป้องกันของไทย ในด้านผลกระทบต่อจิตใจ และสังคม โดยข่าวปลอมที่เกี่ยวข้องกับโรค COVID-19 นั้นส่งผลให้ประชาชนเกิดความรู้สึกทางลบ อันได้แก่ ความวิตกกังวล ความตื่นตระหนก ความเครียด และก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตเช่นโรคซึมเศร้า ทั้งนี้ก่อให้เกิดความเกลียดชังและโกรธแค้นต่อผู้ป่วยโรค COVID-19 จนเกิดกระแสการล่าโจมตีผู้ป่วยและตีตราผู้ติดเชื้อ COVID-19 ซึ่งสร้างบาดแผลทางด้านจิตใจให้แก่ผู้ป่วยเช่นกัน วรทัย ราวิณีจ และ พิธิวัฒน์ เทพจักร (2564) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง การเปิดรับสื่อเกี่ยวโรคโควิด-19 จากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขและการรู้เท่าทันข่าวสารปลอมของผู้รับสาร โดยศึกษากับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นประชาชนทั่วไป 400 คน ที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยในช่วงระยะเวลาที่เกิดการระบาดของโรค COVID-19 โดยมุ่งเน้นศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคคลชว่ววัยทำงานและชว่ววัยสูงอายุ จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเปิดรับสื่อข้อมูลเกี่ยวกับโรค COVID-19 จาก กรมควบคุมโรคมากที่สุด รองลงมาตามลำดับคือ สื่อมวลชน และสื่อส่วนบุคคล และพบว่าประชาชนส่วนใหญ่การรู้เท่าทันข่าวปลอมสูง มีการปฏิบัติตามหลักการตรวจสอบข่าวปลอมในระดับสูงมาก โดยมีวิจารณญาณในการอ่านข่าว หากมีข้อความที่เกินจริง มีการตรวจแหล่งที่มาเพื่อยืนยันความถูกต้องและตรวจสอบความน่าเชื่อถือ

การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาล พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาลกลุ่มสูง มีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการจัดการความเครียดวิธีใหม่สูงกว่ากลุ่มอื่น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาล จากการศึกษาของ Qi et al. (2020) ถอดบทเรียนรูปแบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ณ เมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเป็นการลดความไม่แน่ชัดของข่าวสารและทำให้ชัดเจน รวมถึงสร้างเครือข่ายในการติดต่อประชาชน สามารถกำจัดข่าวลือที่ก่อให้เกิด ประชาชนเกิดความตื่นตระหนก จากการศึกษาพบว่า การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ มีความสัมพันธ์กับการจัดการความเครียดในสถานการณ์ระบาดของโรค สอดคล้องกับพิชญานิน เทพบุชา (2561) ได้ศึกษาอิทธิพลการสื่อสารภายในองค์กรมีผลกับความเครียดของกลุ่มคนทำงาน บริษัทเอกชน ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า การสื่อสารภายในองค์กร มีผลต่อความเครียดในกลุ่มคนทำงานบริษัท คือ ความเครียดมีความสัมพันธ์กับการสื่อสารที่ขาดประสิทธิภาพ ในสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ในประเทศไทย พบว่า วิวัฒน์ครุฑเพ็ญสินี และ รุ่งศรีสวัสดิ์ สมเดช (2566) ได้ทำการวิจัย การสื่อสารองค์กรภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 กรณีศึกษา ศูนย์แพทย์กาญจนาภิเษก ผลการศึกษาพบว่า การสื่อสาร ที่มีประสิทธิภาพในองค์กร จะมีองค์ประกอบของการเข้าถึงข้อมูลอย่างเสมอภาคของบุคลากรการ

เปิดเผยข้อมูล การเข้าใจถึงข้อมูลและความยืดหยุ่นในการสื่อสารทั้งภายในและภายนอกเมื่อเกิดภาวะวิกฤต เพื่อมุ่งเน้นการจัดการกับปัญหา เพื่อสร้างความรู้สึกลงใจเชิงบวกให้แก่บุคลากรทางการแพทย์

สมมติฐานที่ 3 ตัวแปรปัจจัยด้านการรู้คิด ได้แก่ ความรอบรู้ด้านโรค COVID-19

การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสาร และตัวแปรปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาล มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม จัดการความเครียดวิถีใหม่ทั้งด้านรวมและด้านย่อย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล เมื่อนำคะแนนพฤติกรรมจัดการความเครียดวิถีใหม่ของบุคลากรทางการแพทย์ มาวิเคราะห์ความถดถอยแบบพหุคูณแบบมีขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) พบว่ามีกลุ่มตัวแปรต้น ได้แก่ ตัวแปรด้านการรู้คิด ตัวแปรด้านการสนับสนุนทางสังคม และด้านการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาล มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการความเครียดแบบวิถีใหม่ในด้านรวม ร้อยละ 53.80

จากการประมวลผลและการทบทวนวรรณกรรม สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มตัวแปรด้านการรู้คิด ประกอบด้วย ความรอบรู้โรค COVID-19 และการแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสาร ในการศึกษาของ Montano และ Acebes (Montano & Acebes, 2020) อธิบายว่า การลดความเครียดและความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างในช่วงการระบาดของ COVID-19 จะต้องเพิ่มปัจจัยเชิงบวก เช่น การฟื้นคืนสุขภาพ (Resilience) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) สอดคล้อง Aljassim และ Ostini (Aljassim & Ostini, 2020) ผลการศึกษาความเครียดในความสัมพันธ์ระหว่าง สถานการณ์สุขภาพและความสามารถในการตัดสินใจมีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดสูง มีผลกระทบต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ นอกจากนี้ในตัวแปร การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสาร จากการศึกษาของ พรรณวดี ชัยกิจ (พรรณวดี ชัยกิจ, 2564) อธิบายว่า การแพร่ระบาดของข่าวสารปลอมเกี่ยวกับการระบาดของโควิด-19 ส่งผลให้ประชาชนเกิดความรู้สึกทางลบ อันได้แก่ ความวิตกกังวล ความตื่นตระหนก ความเครียด และก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต อย่างไรก็ตาม จากประมวลผลการวิจัย จึงสรุปได้ว่า ความรอบรู้โรค COVID-19 และการแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสาร มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการความเครียดวิถีใหม่ในด้านรวม

นอกจากนี้ ผลการศึกษานี้ ในตัวแปรด้านการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ 1) การสนับสนุนทางสังคม 2) การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาล มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการความเครียดวิถีใหม่ยังสอดคล้องกับ Saltzman et.al (2020) ได้อธิบายถึงความเหงา การแยกตัวและการสนับสนุนทางสังคมหลังจากการระบาดของ COVID-19 ในแง่สุขภาพจิต จาก

การศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมก่อเกิดความเข้าใจ ถึงสถานการณ์การระบาด การฟื้นฟูสภาพจิตใจ รวมถึงการดูแลจิตใจของบุคคล โดยการสนับสนุนทางสังคมเป็นเครื่องมือในการช่วยเหลือประชาชนในการปรับตัว เช่นการดูแลตนเองในสถานการณ์วิกฤต และเพ็ญสินี วิวัฒน์ครุฑและสมเดช รุ่งศรีสวัสดิ์ (วิวัฒน์ครุฑ เพ็ญสินี & รุ่งศรีสวัสดิ์ สมเดช, 2566)พบว่า การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในองค์กร ภายในและภายนอกเมื่อเกิดภาวะวิกฤต เพื่อมุ่งเน้นการจัดการกับปัญหา เพื่อสร้างความรู้สึกเชิงบวกให้แก่บุคลากรทางการแพทย์

ข้อเสนอแนะในทางปฏิบัติ

1) การศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวแปรที่เป็นอิสระจากกัน ซึ่งเป็นตัวแปรทางชีวสังคม ได้แก่ ประสบการณ์ทำงาน ชั่วโมงการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่มีชั่วโมงการทำงานแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมการจัดการอารมณ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพบข้อค้นพบว่า ชั่วโมงการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ มีผลต่อการจัดการอารมณ์ของบุคลากรทางการแพทย์

2) การศึกษาการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทาง พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้าน COVID-19 และการสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการความเครียดด้านรวมของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่มีค่าเฉลี่ยของความรอบรู้โรค COVID-19 และการสนับสนุนทางสังคมสูง จะมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการจัดการความเครียดวิธีใหม่สูงกว่าบุคลากรทางการแพทย์กลุ่มอื่น ๆ ดังนั้น มีข้อค้นพบว่า การสนับสนุนส่งเสริม เพิ่มพูนความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรค COVID-19 ไม่ว่าจะด้านการค้นหา เข้าถึง ข้อมูล ตลอดจนการประเมินและประยุกต์ใช้กับตัวเองและถ่ายทอดข้อมูลด้านสุขภาพแก่บุคคลอื่น รวมถึงการสนับสนุนทางสังคม ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนทางจิตใจ ข้อมูลและวัสดุอุปกรณ์ เหล่านี้จะทำให้บุคลากรมีการจัดการกับความเครียด วิธีใหม่ดีขึ้น ในสถานการณ์ของการระบาดของโรค COVID-19 ที่ผ่านพ้นมาและสามารถนำไปประยุกต์ใช้สถานการณ์วิกฤตหรือการระบาดของโรคอุบัติใหม่อื่น ๆ ได้ในอนาคต

3) จากการศึกษาตัวแปรทั้ง 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการความเครียดวิธีใหม่ พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อพฤติกรรมการจัดการความเครียดวิธีใหม่ด้านรวม ได้แก่ ด้านการสนับสนุนทางสังคม ทั้งนี้ ตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อพฤติกรรมการจัดการความเครียดวิธีใหม่ รายด้าน ได้แก่ 1)การจัดการปัญหาวิธีใหม่ 2)การจัดการอารมณ์วิธีใหม่ คือด้านความรอบรู้โรค COVID-19 ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว โรงพยาบาลไม่ว่าจะเป็นเพื่อนร่วมงานและหัวหน้างาน ในด้านต่าง ๆ จะเป็นมีผลทางบวกต่อการจัดการความเครียด

แล้วนั้น บุคลากรทางการแพทย์ควรได้รับการพัฒนาความรอบรู้โรค COVID-19 เพื่อเพิ่มพูน
พฤติกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่



บรรณานุกรม

- Aljassim, N., & Ostini, R. (2020). Health literacy in rural and urban populations: A systematic review. *Patient Educ Couns*, 103(10), 2142-2154.
doi:10.1016/j.pec.2020.06.007
- Apisarnthanarak, A., Apisarnthanarak, P., Siripraparat, C., Saengaram, P., Leeprechanon, N., & Weber, D. J. (2020). Impact of anxiety and fear for COVID-19 toward infection control practices among Thai healthcare workers. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 41(9), 1093-1094. doi:10.1017/ice.2020.280
- Arnberg, F. K., Hultman, C. M., Michel, P.-O., & Lundin, T. (2012). Social Support Moderates Posttraumatic Stress and General Distress After Disaster. *Journal of Traumatic Stress*, 25(6), 721-727. doi:<https://doi.org/10.1002/jts.21758>
- Ataguba, O. A., & Ataguba, J. E. (2020). Social determinants of health: the role of effective communication in the COVID-19 pandemic in developing countries. *Glob Health Action*, 13(1), 1788263. doi:10.1080/16549716.2020.1788263
- BBCNEWSไทย. (2563). โควิด-19 : ฟ้ำทะลายใจร ยั้บยั้งการเพิ่มจำนวนของไวรัสโรคโควิด-19 ในหลอดทดลองได้อย่างไร. Retrieved from สืบค้นจาก <https://www.bbc.com/thai/thailand-52344875>
- Begoray, D. L., & Kwan, B. (2011). A Canadian exploratory study to define a measure of health literacy. *Health Promotion International*, 27(1), 23-32.
doi:10.1093/heapro/dar015
- Benfante, A., Di Tella, M., Romeo, A., & Castelli, L. (2020). Traumatic Stress in Healthcare Workers During COVID-19 Pandemic: A Review of the Immediate Impact. *Frontiers in Psychology*, 11(2816). doi:10.3389/fpsyg.2020.569935
- Berlo, D. K. (1977). Communication as Process: Review and Commentary.
doi:10.1080/23808985.1977.11923667
- Bhanthumnavin, D. (2000). Importance of Supervisory Social Support and its Implications for HRD in Thailand. *Psychology and Developing Societies*, 12(2), 155-166.
doi:10.1177/097133360001200203

- Biggs, A., Brough, P., & Drummond, S. (2017). Lazarus and Folkman's Psychological Stress and Coping Theory. In (pp. 349-364).
- Brennen, J., Simon, F., Howard, P., & Nielsen, R. (2020). *Types, Sources, and Claims of COVID-19 Misinformation*.
- Chew, Q. H., Wei, K. C., Vasoo, S., Chua, H. C., & Sim, K. (2020). Narrative synthesis of psychological and coping responses towards emerging infectious disease outbreaks in the general population: practical considerations for the COVID-19 pandemic. *Singapore Med J*, 61(7), 350-356. doi:10.11622/smedj.2020046
- Dance, F. E. X. (2006). The "Concept" of Communication. *Journal of Communication*, 20(2), 201-210. doi:10.1111/j.1460-2466.1970.tb00877.x
- Dictionary, C. (Ed.) (2013).
- Dodson, S., Osicka, T., Huang, L., McMahon, L. P., & Roberts, M. A. (2016). Multifaceted assessment of health literacy in people receiving dialysis: Associations with psychological stress and quality of life. *Journal of health communication*, 21(sup2), 91-98.
- Edwards, M., Wood, F., Davies, M., & Edwards, A. (2012). The development of health literacy in patients with a long-term health condition: the health literacy pathway model. *BMC Public Health*, 12(1), 130. doi:10.1186/1471-2458-12-130
- El-Zoghby, S. M., Soltan, E. M., & Salama, H. M. (2020). Impact of the COVID-19 Pandemic on Mental Health and Social Support among Adult Egyptians. *Journal of Community Health*, 45(4), 689-695. doi:10.1007/s10900-020-00853-5
- Fu, W., Wang, C., Zou, L., Guo, Y., Lu, Z., Yan, S., & Mao, J. (2020). Psychological health, sleep quality, and coping styles to stress facing the COVID-19 in Wuhan, China. *Translational Psychiatry*, 10(1), 225. doi:10.1038/s41398-020-00913-3
- Glik, D. (2007). Risk Communication for Public Health Emergencies. *Annual review of public health*, 28, 33-54. doi:10.1146/annurev.publhealth.28.021406.144123
- House, J. S. (1987). Social support and social structure. *Sociological Forum*, 2(1), 135-146. doi:10.1007/BF01107897
- IASC. (2020). Interim Briefing Note รายงานย่อ มุมมองด้านสุขภาพจิตและจิตสังคมของกา

ระบาดCOVID-19 ADDRESSING MENTAL HEALTH AND PSYCHOSOCIAL ASPECT OF COVID-19 OUTBREAK Version 1.5. Retrieved from สืบค้นจาก

<https://www.dmh.go.th/covid19/news1/view.asp?id=10>

Ireton, C., & Posetti, J. (2018). *Journalism, fake news & disinformation: handbook for journalism education and training*: UNESCO Publishing.

Islam, M. S., Sarkar, T., Khan, S. H., Kamal, A.-H. M., Hasan, S. M., Kabir, A., . . . Anwar, K. S. (2020). COVID-19–related infodemic and its impact on public health: A global social media analysis. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, *103*(4), 1621-1629.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. Retrieved from

<http://www.dawsonera.com/depp/reader/protected/external/AbstractView/S9780826141927>

MarketeerOnline. (2563). โควิด-19 คนไทยเหงา และกังวลมากขึ้น จากผลกระทบอะไร.

Retrieved from <https://marketeeronline.co/archives/160857>

Montano, R. L. T., & Acebes, K. M. L. (2020). Covid stress predicts depression, anxiety and stress symptoms of Filipino respondents. *International Journal of Research in Business and Social Science* (2147- 4478), *9*(4), 78-103.

doi:10.20525/ijrbs.v9i4.773

Nabie, A., & Ome, B. (2016). Effective Communication: A Key Component to Reduce Workplace Stress. *The Journal of Teaching and Learning*, *2*, 15-21.

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, *15*(3), 259-267. doi:10.1093/heapro/15.3.259

Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med*, *67*(12), 2072-2078. doi:10.1016/j.socscimed.2008.09.050

Parker, R. M., Baker, D. W., Williams, M. V., & Nurss, J. R. (1995). The test of functional health literacy in adults. *Journal of General Internal Medicine*, *10*(10), 537-541.

doi:10.1007/BF02640361

Pilisuk, M. (1982). Delivery of social support: The social inoculation. *American Journal of*

- Orthopsychiatry*, 52(1), 20-31. doi:10.1111/j.1939-0025.1982.tb02661.x
- Qi, M., Zhou, S.-J., Guo, Z.-C., Zhang, L.-G., Min, H.-J., Li, X.-M., & Chen, J.-X. (2020). The Effect of Social Support on Mental Health in Chinese Adolescents During the Outbreak of COVID-19. *Journal of Adolescent Health*, 67(4), 514-518. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.07.001>
- Rea, L. M., & Parker, R. A. (2014). *Designing and Conducting Survey Research: A Comprehensive Guide*, 4th Edition.
- Rodríguez, B. O., & Sánchez, T. L. (2020). The Psychosocial Impact of COVID-19 on health care workers. *International braz j urol*, 46, 195-200. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-55382020000700195&nrm=iso
- Saltzman, L. Y., Hansel, T. C., & Bordnick, P. S. (2020). Loneliness, isolation, and social support factors in post-COVID-19 mental health. *Psychol Trauma*, 12(S1), S55-s57. doi:10.1037/tra0000703
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(4), 381-406. doi:10.1007/BF00846149
- Schwarzer, R., & Schulz, U. (2003). Stressful Life Events. In (Vol. 178).
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., . . . Consortium Health Literacy Project, E. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80. doi:10.1186/1471-2458-12-80
- Tagliabue, F., Galassi, L., & Mariani, P. (2020). The "Pandemic" of Disinformation in COVID-19. *SN comprehensive clinical medicine*, 1-3. doi:10.1007/s42399-020-00439-1
- Taha, S., Matheson, K., Cronin, T., & Anisman, H. (2014). Intolerance of uncertainty, appraisals, coping, and anxiety: the case of the 2009 H1N1 pandemic. *Br J Health Psychol*, 19(3), 592-605. doi:10.1111/bjhp.12058
- Talaei, N., Varahram, M., Jamaati, H., Salimi, A., Attarchi, M., Kazempour Dizaji, M., . . . Seyedmehdi, S. M. (2020). Stress and burnout in health care workers during COVID-19 pandemic: validation of a questionnaire. *Zeitschrift fur*

Gesundheitswissenschaften = Journal of public health, 1-6. doi:10.1007/s10389-020-01313-z

Thaipbs (2562). บทความสัมภาษณ์ ภาครัฐเท่าทันข่าวปลอมประเภท "Mal-information" กับ ผศ.พิจิตรา สีคำไม้ไต้ Retrieved

Thaipbs. (2563). รู้จัก "New Normal" ฉบับราชบัณฑิตยสภา. Retrieved from สืบค้นจาก <https://news.thaipbs.or.th/content/292126>

Thomas, G. F., Zolin, R., & Hartman, J. L. (2009). The Central Role of Communication in Developing Trust and Its Effect On Employee Involvement. *The Journal of Business Communication (1973)*, 46(3), 287-310. doi:10.1177/0021943609333522

Tsai, Y. C., & Liu, C. H. (2012). Factors and symptoms associated with work stress and health-promoting lifestyles among hospital staff: a pilot study in Taiwan. *BMC Health Serv Res*, 12, 199. doi:10.1186/1472-6963-12-199

Wang, H. (2018). *The Impact of Social Support on Work Stress and Job Burnout*.

Wang, H., Liu, Y., Hu, K., Zhang, M., Du, M., Huang, H., & Yue, X. (2020). Healthcare workers' stress when caring for COVID-19 patients: An altruistic perspective. *Nursing Ethics*, 27(7), 1490-1500. doi:10.1177/0969733020934146

WHO. (1998). Health Literacy. Retrieved from <https://www.who.int/healthpromotion/health-literacy/en/>

WHO. (2020). Managing the COVID-19 infodemic: Promoting healthy behaviours and mitigating the harm from misinformation and disinformation. Retrieved from <https://www.who.int/news/item/23-09-2020-managing-the-covid-19-infodemic-promoting-healthy-behaviours-and-mitigating-the-harm-from-misinformation-and-disinformation>

Xiao, H., Zhang, Y., Kong, D., Li, S., & Yang, N. (2020). The Effects of Social Support on Sleep Quality of Medical Staff Treating Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China. *Medical science monitor : international medical journal of experimental and clinical research*, 26, e923549-e923549. doi:10.12659/MSM.923549

Ye, Z., Yang, X., Zeng, C., Wang, Y., Shen, Z., Li, X., & Lin, D. (2020). Resilience, Social

- Support, and Coping as Mediators between COVID-19-related Stressful Experiences and Acute Stress Disorder among College Students in China. *Applied psychology. Health and well-being*, 12(4), 1074-1094. doi:10.1111/aphw.12211
- Zhang, L., Li, H., & Chen, K. (2020). Effective Risk Communication for Public Health Emergency: Reflection on the COVID-19 (2019-nCoV) Outbreak in Wuhan, China. *Healthcare (Basel)*, 8(1). doi:10.3390/healthcare8010064
- กนกทอง สุวรรณบุญชัย. (2545). อิทธิพลของค่านิยมทางจริยธรรม สิ่งจูงใจ การสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จังหวัดระยอง. วิทยานิพนธ์ มหาวิทยาลัยศิลปากร,
- กรมควบคุมโรค. (2566). COVID-19(EOC-DCC Thailand) Retrieved from สืบค้นจาก <https://ddcportal.ddc.moph.go.th/portal/apps/opsdashboard/index.html#/20f3466e075e45e5946aa87c96e8ad65>.
- กรมสุขภาพจิต. (2548). คู่มือ คลายเครียดด้วยตนเอง สำหรับวัยรุ่น.
- กรมสุขภาพจิต. (2563). แนวทางการฟื้นฟูจิตใจในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019(COVID-19)(Combat 4th Wave of COVID-19:C4). นนทบุรี: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอวัน ปริ้นติ้ง.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2562). พีรามิดประชากร จังหวัดนครราชสีมา 2562. Retrieved from สืบค้นจาก <http://203.157.71.115/hdc/dashboard/populationpyramid/changwat?year=2019&w=30>.
- กรุงเทพธุรกิจ. (2563). สสจ.โคราช ใต้ข่าวลือผู้ป่วยโควิด อ.พิมาย ไม่ใช่รายใหม่ระบุเป็นซากเชื้อ. เข้าถึงได้จาก <http://www.bangkokbiznews.com/news/detail/911877>.
- กองสุขศึกษา. (2558). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการจัดการความเครียด สำหรับวัยทำงาน. นนทบุรี.
- กองสุขศึกษา. (2560). รายงานผลการศึกษาศึกษาการเข้าถึงและใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อการบริโภคอาหารของประชาชนในกลุ่มวัยทำงาน. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ,
- กองสุขศึกษา. (2561). การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพฉบับปรับปรุง. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2557). การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล (พิมพ์ครั้งที่ 14 ed.). กรุงเทพฯ: คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- จรัสโณม ศิริรัตน์ (2559). ปัญหาการติดต่อสื่อสารของบุคลากรในองค์กร: กรณีศึกษาสำนักหอสมุดกลาง มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. วารสารบรรณศาสตร์ มศว ปีที่ 9, ฉบับที่ 1 (ม.ค.-มิ.ย. 2559), หน้า 57-66.
- จุฬาริทยานุกรม. (2554). (การสื่อสาร, Trans.). In.
- ฉัตยาพร เสมอใจ. (2550). พฤติกรรมผู้บริโภค. กรุงเทพฯ: วี พรินท์(1991).
- ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล. (2563). COVID-19 Literacy. Retrieved from <http://doh.hpc.go.th/bs/issueDisplay.php?id=375&category=B10&issue=CoronaVirus2019>
- ฐิติรัตน์ นุ่มน้อย. (2554). การสื่อสารเพื่อการจัดการการเปลี่ยนแปลงในองค์กรกรณีศึกษา ธนาคารแลนด์ แอนด์ เฮาส์ เพื่อรายย่อย จำกัด(มหาชน). วิทยานิพนธ์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์,
- ณพัชร ศรีฤกษ์. (2559). อิทธิพลของค่านิยมองค์กรและบุคลิกภาพห้าองค์ประกอบที่มีผลต่อความสุขในการทำงานของบริษัท การบินไทย จำกัด (มหาชน) ฝ่ายcrewการบินสุวรรณภูมิ โดยความสามารถในการสื่อสารขององค์กรเป็นตัวแปรส่งผ่าน. วิทยานิพนธ์ (ศศ.ม. (จิตวิทยาประยุกต์)) -- มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2559., Retrieved from http://thesis.swu.ac.th/swuthesis/App_Psy/Naphat_S.pdf
- [http://ils.swu.ac.th:8991/F?func=service&doc_library=SWU01&local_base=SWU01&doc_number=000410460&sequence=000001&line_number=0001&func_code=DB_REC
ORDS&service_type=MEDIA](http://ils.swu.ac.th:8991/F?func=service&doc_library=SWU01&local_base=SWU01&doc_number=000410460&sequence=000001&line_number=0001&func_code=DB_RECORDS&service_type=MEDIA)
- दनัย จันท์เจ้าฉาย. (2563). “นักสื่อสารในภาวะวิกฤต” ช่วยธุรกิจฝ่าโควิด-19. In. ไทยรัฐออนไลน์. (2563a). Social Distancing คืออะไร เว้นระยะห่างทางสังคมแค่ไหนจึงปลอดภัย. Retrieved from สืบค้นจาก<https://www.thairath.co.th/lifestyle/life/1852709>.
- ไทยรัฐออนไลน์. (2563b). เชือดคนจัดคอนเสิร์ต บิ๊กเมาน์เทน ชัด พ.ร.ก.ฉุกเฉินการ์ดตกไม่คุม “โควิด-19”. Retrieved from สืบค้นจาก<https://www.thairath.co.th/news/local/1994199>.
- ธำรงเกียรติ อุทัยสง. (2564). COVID-19 : การสร้างขวัญและกำลังใจให้กับบุคลากรทางการแพทย์. มจร. วิทยุชัยปริทรรศน์, 5(2), 94-107.
- ธีรศักดิ์ โจนธนาธา, นพรัตน์ ผดุงเจริญ, และ ธนา ธนายุตสิริ. (2563). คำถามเกี่ยวกับโรค COVID-19 เพื่อการเรียนรู้และทำความเข้าใจโดยใช้วิทยาศาสตร์. ห้องสมุด สสวท. Retrieved from สืบค้นจากhttps://library.ipst.ac.th/bitstream/handle/ipst/6375/223_34-

[40.pdf?sequence=1&isAllowed=y](#)

นครราชสีมา COVID-19. (2563). รายงานสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส COVID-19

จังหวัดนครราชสีมา วันที่ 18 พ.ค.63. Retrieved from สืบค้นจาก

<https://covid19.nakhonratchasima.go.th/news/detail/4/data.html>.

นภาพร วาณิชยกุล, สุชาดา ภัทรมงคฤทธิ, จเร วิษาไทย, บุศราภรณ์ เพชรรุ่ง, สายชล คล้อยเอี่ยม, รอยแปท เทอร์แฮม และ ริชาร์ด ออสบอร์น. (2557). ความแตกต่างทางสุขภาพของคนไทย.

Retrieved from

บดีนทร์ ชาติเวที. (2563). พฤติกรรม กับ ชีวิตวิถีใหม่ : New Normal. คณะการแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

บิสนเสฐเดย์. (2563). Google เผย 3 หมวดหมู่พฤติกรรมแบบ New Normal ของคนไทยหลัง COVID-19.

ปัทิตตา มีหนูน. (2565). ผลกระทบทางจิตใจของบุคลากรทางการแพทย์ในช่วงการระบาดของ Covid-19.

ปนัดดา ใจบุญ. (2553). ความเครียดในการทำงานและความผูกพันต่อองค์กรของพนักงานคุม ประพฤติกรมคุมประพฤติในพื้นที่ภาคเหนือ. วิทยานิพนธ์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ. (17 มีนาคม 2563). ให้สถานศึกษาในสังกัดและในกำกับของ กระทรวงศึกษาธิการ ปิดเรียนด้วยเหตุพิเศษ. Retrieved from สืบค้นจาก

<https://moe360.blog/2020/03/17/ศธ.-สั่งสถานศึกษาทั่วประเทศ/>.

ประเสริฐบุญชัย มณี. (2023). ความเครียดและพฤติกรรมจัดการความเครียดของบุคลากรทาง การแพทย์ ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสงขลา ในช่วงสถานการณ์ การระบาดของโรคโควิด- 19. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 19(1), 19-28. Retrieved from

<https://thaidj.org/index.php/jdhss/article/view/13235>

ปาณิภา เสียงเพราะ, ทศนีย์ รวีวรกุล, & อรวรรณ แก้วบุญชู. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ ความเครียดจากการทำงานของพยาบาล ในโรงพยาบาลเฉพาะทางโรคมะเร็ง เขตภาค กลาง. *JOURNAL OF HEALTH SCIENCE RESEARCH*, 8(1), 17-27. Retrieved from Retrieved from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JHR/article/view/27845>.

พรณวดี ชัยกิจ. (2564). สถานการณ์และผลกระทบของการแพร่กระจายข่าวปลอมที่เกี่ยวกับ การ แพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) และมาตรการป้องกันในประเทศไทย.

พัสมณห์ คุ่มทวีพร. (2553). การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง การป้องกันและการดูแลผู้ป่วย. กรุงเทพฯ: ฮา

ยานุสะกราฟฟิก.

- พิชญานิน เทพบุชา. (2561). อิทธิพลการสื่อสารภายในองค์กรมีผลกับความเครียดของกลุ่ม
 คนทำงาน บริษัทเอกชน ในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพ,
 เพ็ญศิริ โชติพันธุ์. (2551). การวิเคราะห์พฤติกรรมผู้บริโภค. อุบลราชธานี: คณะบริหารธุรกิจและการ
 จัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- มณฑา ลิ้มทองกุล, & สุภาพ อารีเอื้อ. (2552). แหล่งความเครียด วิธีการเผชิญความเครียด และ
 ผลลัพธ์การเผชิญความเครียดของนักศึกษาพยาบาล ในการฝึกภาคปฏิบัติครั้งแรก. *Rama
 Nurs J.*
- ยงยุทธ แฉล้มวงษ์, สมชัย จิตสุชน, & เกศินี ธาราสังข์. (2563). ผลกระทบ โควิด-19 ต่อ
 ตลาดแรงงานไทย :ข้อมูลเชิงประจักษ์. In.
 ลักษณะ พลอยเลื่อมแสง. (2544). ภาวะเครียด, ความเครียดของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนก
 ผู้ป่วย, โรงพยาบาลสวนปรุง. *วารสารสวนปรุง, 17(1).*
- วรทัย ราวิณี และ พิธิวัฒน์ เทพจักร. (2564). การเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโควิด 19 จากกรมควบคุมโรค
 กระทรวงสาธารณสุขและการรู้เท่าทันข่าวปลอมของผู้รับสาร. ในการประชุมวิชาการ
 ระดับชาติ มหาวิทยาลัยรังสิต ประจำปี 2564, หน้า 313-323
- วิกิพีเดีย. (2563). การรู้หนังสือ. In วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี.
- วิจารณ์ พานิช. (2563). ชีวิตที่พอเพียง 3650a. ทำไมประเทศไทยจึงชะลอการระบาดของโควิด ๑๙
 ได้ดี. In.
- วิวัฒน์ครุฑ เพ็ญสินี และ รุ่งศรีสวัสดิ์ สมเดช. (2566). การสื่อสารองค์กรภายใต้สถานการณ์การแพร่
 ระบาดของโควิด -19 กรณีศึกษา ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก. *วารสารนวัตกรรมสังคมและ
 เทคโนโลยีสื่อสารมวลชน, 6(1), 23-32. doi:10.14456/jsmt.2023.3*
- วิภาวีน โมสูงเนิน. (2554). การสื่อสารสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ในกรณีการระบาดของโรค
 ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009. *Journal of Nursing and Education, 4(3), 1-15.*
- ศศินัดดา สุวรรณโณ, ปัญญา พงศ์มัตตสยะ, สมพงษ์ จันทร์ขอนแก่น, สุนันทา แซ่มนาสวน, & ศิริ
 ลักษณะ หาดูเชิงชัย. (2562). โมเดลปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ
 จากการทำงาน ของกลุ่มผู้เช็ดผ้าแห้งสัตว์ปีก ในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกัน
 ควบคุมโรคที่10 จังหวัดอุบลราชธานีกรณีโรคไข้หวัดนก. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุม
 โรคที่ 10, 17(2), 98-108.*
- สมบุญ จารุเกษมทวี. (2563). การลดความวิตกกังวลจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัส

COVID-19. Retrieved from <https://smarterlifebypsychology.com/2020/04/15/relax-on-covid19/>.

สมโภชน์ เขียมสุภาสิต. (2563). การจัดการความเครียดจากสถานการณ์การระบาดของ COVID-19. สยามรัฐออนไลน์. (2563, 24 มีนาคม). แม่คำเชียงใหม่แจ่งตำรวจถูกแชร์ป่วยโรคโควิด19เอาเรื่องถึงที่สุด. Retrieved from สืบค้นจาก <https://siamrath.co.th/n/141436>.

สสส. (2563). ชีวิตวิถีใหม่ ชีวิตดีเริ่มที่เรา.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2562). รู้เท่าทันข่าว (News Literacy). ปทุมธานี: บริษัท วอร์ค ออน คลาวด์ จำกัด.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2561). ขยายความค่านิยม “ผู้มีงานทำ” ของการสำรวจภาวะการทำงาน ของประชากร. Retrieved from สืบค้นจาก http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/theme_2-2-1-def.html.

สุกัญญา จงถาวรสถิตย์. (2557). ระบาดวิทยาสังคมในงานวิจัยทางสาธารณสุข. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 44.

แสงเดือน ทวีสิน. (2545). จิตวิทยาการศึกษา. กรุงเทพฯ: ไทยเส็ง.

อนันตศักดิ์ พันธุ์พุ่ม, แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ, สุรินทร์ กลัมพากร และ สรา อามรณ์. (2559) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการทำงานของพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรมฟอกย้อม พิมพ์ และแต่งสำเร็จ. In.

อภิวรรณ พลอยฉาย. (2557). ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมจัดการความเครียดของผู้ให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ (วท.ม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์)) -- มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2557., Retrieved from http://thesis.swu.ac.th/swuthesis/App_Beh_Sci_Res/Apiwan_P.pdf

http://ils.swu.ac.th:8991/F?func=service&doc_library=SWU01&local_base=SWU01&doc_number=000386487&sequence=000001&line_number=0001&func_code=DB_REC ORDS&service_type=MEDIA

http://ils.swu.ac.th:8991/F?func=service&doc_library=SWU01&local_base=SWU01&doc_number=000386487&sequence=000002&line_number=0002&func_code=DB_REC ORDS&service_type=MEDIA

อังคินันท์ อินทรกำแหง. (2551). การสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียดของคนไทย : รายงานการวิจัยฉบับที่ 115 = *Research synthesis concerning*

- the stress and coping of Thai people*: กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
อังศิรินทร์ อินทรกำแหง. (2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ : การวัดและการพัฒนา = *Health literacy : measurement and development* (พิมพ์ครั้งที่ 1.. ed.): กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัย
พฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
อัจฉรา ปั่นทรานวงศ์. (2563). เจาะ 'กลยุทธ์การสื่อสารในภาวะวิกฤต'ลดความสับสนพาชาติฝ่า
วิกฤตโควิด-19 ไปด้วยกัน. In.







ภาคผนวก ก ผู้เชี่ยวชาญในตรวจเครื่องมือในการวิจัย

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญในตรวจเครื่องมือการวิจัย

1. ดร.กัญญาลักษณ์ ธีรรัชต์

ผู้ช่วยผู้อำนวยการภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ
ด้านงานวิจัย และหัวหน้าศูนย์วิจัยและพัฒนาระบบบริการ
โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

2. ผศ.ดร. สุดารัตน์ ตันติวิวัฒน์

อาจารย์ประจำสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

3. ผศ.ดร.พิชญานี พูนพล

อาจารย์ประจำสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ



ที่ อว 8718/2583



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
114 สุขุมวิท 23 แขวงคลองเตยเหนือ
เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110

25 พฤศจิกายน 2564

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ
เรียน ดร.กัญญาลักษณ์ ณ รั้งยี

เนื่องด้วย นางสาวปณณา สังข์สุวรรณ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์
ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความรอบรู้โรค COVID-19 การแพร่
ระบาดของข้อมูลข่าวสารและปัจจัยทางด้านสังคม ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่ของบุคลากร
ทางการแพทย์” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรัณย์ พิมพ์ทอง และรองศาสตราจารย์ ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง
เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ ท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม ทั้งนี้ นิสิตได้ติดต่อ
ประสานงานเบื้องต้นกับท่านแล้ว และจะประสานงานในรายละเอียดดังกล่าวต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวปณณา สังข์สุวรรณ และ
ขอขอบพระคุณ มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)

รักษาการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 0 2649 5064

หมายเหตุ : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมกรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 063 426 1539



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน งานบริหารและธุรการ บัณฑิตวิทยาลัย โทร. 15644

ที่ อว 8718.1/2580

วันที่ 25 พฤศจิกายน 2564

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุดารัตน์ ต้นศิริวัฒน์

เนื่องด้วย นางสาวปณณา สังข์สุวรรณ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญาโท เรื่อง “ความรอบรู้โรค COVID-19 การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสารและปัจจัยทางด้านสังคม ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่ของบุคลากรทางการแพทย์” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรีณีย์ พิมพ์ทอง และรองศาสตราจารย์ ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโท

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ ท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม ทั้งนี้ นิสิตได้ติดต่อประสานงานเบื้องต้นกับท่านแล้ว และจะประสานงานในรายละเอียดดังกล่าวต่อไป สามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ โทร. 063 426 1539

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวปณณา สังข์สุวรรณ และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)

รักษาการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน งานบริหารและธุรการ บัณฑิตวิทยาลัย โทร. 15644
ที่ อว 8718.1/2580 **วันที่** 25 พฤศจิกายน 2564
เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ
เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิชญานี พูนพล

เนื่องด้วย นางสาวปณณา สังข์สุวรรณ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ ประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญาโท เรื่อง “ความรอบรู้โรค COVID-19 การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสารและปัจจัยทางด้านสังคม ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมจัดการความเครียดวิถีใหม่ของบุคลากรทางการแพทย์” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรัณย์ พิมพ์ทอง และรองศาสตราจารย์ ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโท

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ ท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม ทั้งนี้ นิสิตได้ติดต่อประสานงานเบื้องต้นกับท่านแล้ว และจะประสานงานในรายละเอียดดังกล่าวต่อไป สามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ โทร. 063 426 1539

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวปณณา สังข์สุวรรณ และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

พิชญานี พ.

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์จักรชัย เอกปัญญาสกุล)
 วิชาการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



ภาคผนวก ข จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

MF-04-version-2.0

วันที่ 18 พ.ค. 61



หนังสือยืนยันการยกเว้นการรับรอง
คณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

(เอกสารนี้เพื่อแสดงว่าคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ ได้พิจารณาโครงการวิจัยนี้)

ชื่อโครงการวิจัย : ความรอบรู้โรค COVID-19 การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสารและปัจจัยทางด้านสังคม
ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมจัดการความเครียดวิถีใหม่ของบุคลากรทางการแพทย์
ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย : นางสาวปณณา สังข์สุวรรณ
หน่วยงานต้นสังกัด : สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์
รหัสโครงการวิจัย : SWUEC-G-179/2566X

โครงการวิจัยนี้เป็นโครงการวิจัยที่เข้าข่ายยกเว้น (Research with Exemption from SWUEC)

วันที่ยืนยัน : 31 มีนาคม 2566
ยืนยันโดย : คณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

คณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ดำเนินการ
รับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, the
Belmont Report, CIOMS Guidelines และ the International Conference on Harmonization in Good Clinical
Practice (ICH-GCP)

ออกให้ ณ วันที่ 31 มีนาคม 2566

(ลงชื่อ).....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนแพทย์หญิงณปภา เข็มจิรกุล)
กรรมการและเลขานุการคณะกรรมการจริยธรรม
สำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์

(ลงชื่อ).....

(แพทย์หญิงสุวิพร ภัทรสุวรรณ)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรม
สำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์

หมายเลขรับรอง : SWUEC/X/G-179/2566

ภาคผนวก ค แบบสอบถามในการวิจัย



COVID-19 LITERACY, INFODEMIC AND SOCIAL FACTORS RELATED TO STRESS COPING
BEHAVIOR IN NEW NORMAL OF HEALTHCARE WORKERS

1

**แบบวัดความรู้โรค COVID-19 การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสารและปัจจัยทางด้านสังคม
ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่ของบุคลากรทางการแพทย์**
คำชี้แจง แบบวัดนี้ เป็นเอกสารสำหรับการให้ข้อมูลและความคิดเห็นในเชิงวิชาการ โดยท่านสามารถให้ข้อมูล
และแสดงความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัยได้โดยอิสระ ซึ่งข้อมูลส่วนบุคคลของท่านจะถูกรักษาไว้
เป็นความลับอย่างดีที่สุด และการวิเคราะห์ข้อมูลจะเป็นไปในภาพรวมตามกรอบการดำเนินงานและ
วัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ดังนั้น จึงขอความกรุณาท่านในฐานะเป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่มีความรู้และ
ประสบการณ์ เพื่อนำไปสู่การได้องค์ความรู้จากการค้นพบปัจจัยทางด้านสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการ
จัดการความเครียดวิถีใหม่ของบุคลากรทางการแพทย์ และเพื่อเป็นประโยชน์สำหรับการส่งเสริมการ
จัดการความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ ในภาวะสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ต่อไป

โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง ที่ตรงกับการจัดการความเครียดของท่านมากที่สุด เลือกเพียงคำตอบเดียว
และโปรดตอบให้ครบทุกข้อคำถาม

ขอขอบคุณในความร่วมมือนะมา ณ โอกาสนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางชีวสังคม

ตำแหน่ง

- () แพทย์/แพทย์เฉพาะทาง/ทันตแพทย์
() เภสัชกร
() พยาบาลวิชาชีพ
() สหวิชาชีพ อาทิ นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีเทคนิค นักกายภาพบำบัด
นักจิตวิทยา นักจิตวิทยาคลินิก นักกิจกรรมบำบัด นักสังคมสงเคราะห์
นักวิชาการสาธารณสุข โภชนากร เป็นต้น
() สายสนับสนุน อาทิ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ เวรเปล/เจ้าพนักงานในห้องปฏิบัติการ
ห้องเภสัชกรรม ห้องทันตกรรม เป็นต้น

ประสบการณ์ทำงาน

- () น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี
() มากกว่า 10 ปี

ชั่วโมงในการทำงาน

- () น้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ชั่วโมง
() มากกว่า 40 ชั่วโมง

ตอนที่ 2 : แบบวัดพฤติกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่

ที่	ข้อความ	ไม่เคยปฏิบัติเลย	ปฏิบัติ น้อย	ปฏิบัติ ค่อนข้าง น้อย	ปฏิบัติ ค่อนข้าง มาก	ปฏิบัติ มาก	ปฏิบัติ มาก ที่สุด
1. ในสถานการณ์ที่จำนวนผู้ป่วยโรคCOVID-19 เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและควบคุมการแพร่ระบาดได้ยากมากขึ้น							
1.1	ท่านมีแนวทางในรับมือกับสถานการณ์ที่ไม่แน่นอนและพลิกผันตลอดเวลา						
1.2	ท่านบอกตนเองว่า...ทุกอย่างจะผ่านพ้นไปด้วยดี						
2.เมื่อท่านรับรู้ข่าวลือว่า มีบุคคลต้องสงสัยที่จะติดเชื้อโรคCOVID-19 อยู่ในระยะใกล้ชิด							
2.1	ท่านจะหลบหนจากการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ ว่าปลอดภัยดีแล้ว						
3.การระบาดของโรคCOVID-19 ทำให้ท่านต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของตนเอง							
3.1	ท่านพยายามศึกษารหาแนวทางและข้อเสนอแนะถึงวิธีการดูแลตนเอง						
3.2	ท่านใช้วิธีการทำใจและยอมรับในการปรับตัวรูปแบบใหม่ ถึงแม้รูปแบบการใช้ชีวิตประจำวันจะยุ่งยากขึ้น						
4.ในช่วงมาตรการหยุดจำกัดการเดินทาง ทำให้ท่านรู้สึกเหงา เพราะไม่สามารถกลับบ้านต่างจังหวัด หรือไม่สามารถไปเที่ยวได้ตามแผนการที่วางไว้							
4.1	ถึงแม้สถานการณ์จะทำให้ท่านรู้สึกคับข้องใจ แต่ท่านพยายามทำความเข้าใจสาเหตุที่ไม่สามารถเดินทางได้						
4.2	ท่านพูดคุย เล่าระบายหรือแสดงความห่วงใยผ่านช่องทางการติดต่อสื่อสารอื่นๆ เช่น โทรศัพท์ สื่อสังคมออนไลน์						
5.ในช่วงมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม เพิ่มขึ้นตอนและระยะเวลาให้กับท่าน ในการไปสถานที่สาธารณะ เช่น การคัดกรอง วัคซีนภูมิและลงชื่อเข้าสถานที่ รวมถึงการจำกัดเวลาในการเปิด-ปิดให้เร็วขึ้น							
5.1	ท่านค้นหาวิธีการอื่นที่สะดวกกว่าการต้องออกไปสถานที่ต่างๆเช่น การจองคิวล่วงหน้า และการสั่งของออนไลน์						
5.2	การรอคอยทำให้ท่านหงุดหงิด จนแทบทนไม่ไหว						

ตอนที่ 3 : เรื่องความรอบรู้ด้านCOVID-19

ที่	ข้อความ	ไม่จริง เลย	จริง บ้าง ครั้ง	ค่อนข้าง จริง	จริง ที่สุด
1 ด้านการเข้าถึงข้อมูล					
1.1	ค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับเชื้อCOVID-19บนอินเทอร์เน็ต				
1.2	ค้นหาข้อมูลในอินเทอร์เน็ตเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และป้องกันการติดเชื้อCOVID-19 ได้				
1.3	ค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโรคCOVID-19 ลักษณะประเภทของวัคซีน				
1.4	ค้นหาข้อมูลCOVID-19 ในเรื่องความเสี่ยงการระบาดของโรคในจังหวัดที่ท่านอาศัย				
2. ด้านความเข้าใจ					
2.1	ท่านเข้าใจ... อาการและระยะเวลาการฟักตัวของโรค COVID-19 ที่ค้นคว้าได้				
2.2	ท่านเข้าใจ... วิธีป้องกันตนเองจากการติดเชื้อได้COVID-19				
2.3	ท่านเข้าใจ... ข้อมูลและประเภทของวัคซีนCOVID-19 รวมถึง ผลข้างเคียงของฉีดวัคซีน				
2.4	ท่านเข้าใจ...วิธีการดูแลตนเอง หากท่านเป็นผู้มีความเสี่ยงในการสัมผัสเชื้อและต้องกักตัวที่บ้าน				
3. ด้านการประเมิน					
3.1	ท่านประเมินหรือสังเกตอาการของตนเองได้ หากกลายเป็นผู้สัมผัสเสี่ยงสูง				
3.2	ท่านประเมิน... ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเมื่อต้องเดินทางออกนอกบ้านหรือต่างจังหวัด				
3.3	ท่านประเมิน...ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อCOVID-19 ของตนเอง(ตามวงความเสี่ยง เขียว เหลือง แดง)				
3.4	ท่านประเมิน...ความเสี่ยงด้านสุขภาพ เช่น โรคประจำตัว ก่อนได้รับการฉีดวัคซีน COVID-19 ได้				
4.ด้านการประยุกต์ใช้					
4.1	ท่านแนะนำวิธีการดูแลป้องกันตนเองจากเชื้อCOVID-19 ต่อคนรอบข้าง รวมถึงผู้รับบริการได้				
4.2	ท่านสังเกตอาการผลข้างเคียง หลังจากได้รับวัคซีน COVID-19				
4.3	ท่านดูแลป้องกันตนเองจากโรคCOVID-19 ด้วยวิธีการที่ถูกต้อง				
4.4	ท่านสื่อสารบอกระดับเสี่ยงของการติดเชื้อCOVID-19 แก่คนใกล้ชิดและเพื่อนร่วมงานให้เฝ้าระวังได้				

ตอนที่ 4 :แบบวัดเรื่องการแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสาร

ที่	ข้อความ	ไม่จริง	ค่อนข้างไม่จริง	ค่อนข้างจริง	จริง
1.ข้อมูลข่าวสารผิด					
1.	ฟ้าทะลายโจรนอกจากรักษาผู้ป่วยCOVID-19ที่มีอาการหนักได้ยังไม่มียาผลกระทบต่อตับ และช่วยบำรุงตับได้				
2.	วัคซีนmRNA ได้แก่ Pfizer Moderna มีส่วนผสมของแม่เหล็ก อาจมีผลต่อร่างกายในอีกประมาณ 1-2ปี ได้ง่ายขึ้น				
3.	ผลการวิจัยในต่างประเทศ พบว่าไบอะครีเอมมีสารโอเรียนทิน(Orientin) เป็นสารชีวเคมีสำคัญที่มีศักยภาพป้องกันไม่ให้เชื้อไวรัสเข้าสู่เซลล์ และใช้ลดโอกาสการติดเชื้อโรค COVID-19ได้				
2.ข้อมูลข่าวสารบิดเบือน					
1.	การได้รับวัคซีนCOVID-19 จะทำให้ชีวิตสั้นลง				
2.	ผู้ป่วยที่หายจากอาการCOVID-19แล้ว จะไม่สามารถที่จะกลับหายใจได้				
3.	สารสกัดจากกระชายขาว เป็นยาสมุนไพรของไทยอีกอย่างหนึ่ง สามารถยับยั้งและรักษาอาการเชื้อCOVID-19ลงสู่ปอดได้				
4.	ศาลฎีกาของประเทศสหรัฐอเมริกา ประกาศยกเลิกการฉีดวัคซีน mRNA เพราะการวิจัยล่าสุดพบว่า มีการบงกนสารพันธุกรรมของผู้ป่วย				

ตอนที่ 5 :แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

ที่	ข้อความ	น้อยที่สุด	น้อย	ค่อนข้างน้อย	ค่อนข้างมาก	มาก	มากที่สุด
1 การสนับสนุนทางด้านอารมณ์							
1.1	เพื่อนร่วมงานพูดคุยได้ตาม เรื่องสารทุกข์สุกดิบกับท่าน						
1.2	บางครั้งท่านรู้หัวใจ ที่ต้องทำงานตามลำพัง เพราะยากที่จะขอความช่วยเหลือจากเพื่อนร่วมงาน						
2. การสนับสนุนทางด้านวัสดุอุปกรณ์							
2.1	ในสถานการณ์โรคระบาด หน่วยงานของท่านมีวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ในการป้องกันการติดเชื้อเพียงพอ สำหรับเจ้าหน้าที่ทุกคน						
2.2	บุคคลในครอบครัว สามารถช่วยเหลือทางการเงิน หรือทรัพยากรที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตของท่านได้						
2.3	หากมีค่าใช้จ่ายที่จำเป็นในการทำงาน หน่วยงานของท่านสามารถสนับสนุนและช่วยเหลือท่านได้						
2.4	ในสถานการณ์โรคระบาด หน่วยงานของท่านหรือต้นสังกัด มีการแจกจ่ายสิ่งของจำเป็นหรือเครื่องยังชีพพื้นฐาน ที่จำเป็นให้แก่เจ้าหน้าที่						
3. การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร							
3.1	เมื่อท่านมีปัญหาด้านข้อมูลข่าวสารที่ทำงาน เพื่อนร่วมงานพยายามแนะนำและคอยช่วยเหลือ						
3.2	เพื่อนร่วมงาน ไม่สื่อสารและถ่ายทอดงานที่มอบหมายให้ท่านปฏิบัติ						
3.3	ท่านได้รับการสนับสนุนในการทำงานโดยการให้เข้าอบรม หรือฝึกทักษะที่จำเป็นในการทำงาน						
3.4	ท่านสามารถขอความคิดเห็นจากครอบครัว เมื่อประสบปัญหาในการใช้ชีวิตได้						

ตอนที่ 6 :แบบวัดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาล

ที่	ข้อความ	น้อยที่สุด	น้อย	ค่อนข้างน้อย	ค่อนข้างมาก	มาก	มากที่สุด
1. คุณภาพของข้อมูล							
1.1	หน่วยงานของท่านสื่อสารข้อมูลข่าวสารได้อย่างรวดเร็วและทันเหตุการณ์						
1.2	ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากการประชุม เป็นประโยชน์ต่อการทำงานของท่าน						
1.3	หากเกิดอุบัติเหตุหรือความเสี่ยง หน่วยงานของท่าน มีการแจ้งข่าวสารล่าช้า						
1.4	เมื่อพบอุบัติเหตุหรือความเสี่ยงในการทำงาน ที่เกี่ยวกับโรคระบาด COVID-19 หน่วยงานของท่านมีระบบช่องทางการสื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ						
2. ปริมาณของข้อมูล							
2.1	เมื่อมีเหตุการณ์ความเสี่ยง เช่น เกิดโรค COVID-19 ระบาด หน่วยงานของท่านมีช่องทางการสื่อสาร ที่ทำให้คนในองค์กรรับรู้ข่าวสารได้อย่างทันเวลาและรวดเร็ว เช่น การประชาสัมพันธ์ Line Group หรือทางโทรศัพท์						
2.2	ข้อมูลที่ท่านได้รับจากหน่วยงานเรื่องดูแลตนเองจากโรค COVID-19 มีความเพียงพอต่อการนำไปปฏิบัติ และแนะนำแก่ผู้รับบริการ						
2.3	ท่านได้รับการชี้แจงถึงสถานการณ์ความเสี่ยงต่อโรค COVID-19 ที่ชัดเจนขององค์กรอย่างสม่ำเสมอ						
2.4	ท่านได้รับข้อมูลปากต่อปาก หรือมีข่าวลือเกิดขึ้นในหน่วยงานมากขึ้น เช่น มีข่าวลือเพื่อนร่วมงานติดเชื้อ COVID-19 ซึ่งไม่เป็นความจริง						

ขอขอบคุณสำหรับความร่วมมือ





ภาคผนวก ง แสดงค่าสถิติข้อตกลงเบื้องต้น (Assumptions)

ตาราง 24 แสดงผลการหาความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาแบบครอนบาค

แบบวัด	ค่า IOC	ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha
พฤติกรรมการจัดการความเครียดวิถีใหม่	0.60 – 1.00	0.692
ความรู้โรค COVID-19	0.60 – 1.00	0.918
การรับรู้การแพร่ระบาดของข้อมูลข่าวสาร	0.60 – 1.00	0.735
การสนับสนุนทางสังคม	0.60 – 1.00	0.759
การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในโรงพยาบาล	0.60 – 1.00	0.829

ตาราง 25 แสดงผลการทดสอบการแจกแจงข้อมูลปกติ สมมติฐานที่ 1.1

Tests of Normality

ประสมการณ์การทำงาน		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
score_coping	less than or equal to 10 y	.089	259	.000	.968	259	.000
	more than 10 y	.135	150	.000	.948	150	.000

a. Lilliefors Significance Correction

ตาราง 26 แสดงรายละเอียดผลการทดสอบการแจกแจงข้อมูลปกติ สมมติฐานที่ 1.1

		ประสพการณ์การทำงาน		Statistic	Std. Error
score_coping	less than or equal to 10 y	Mean		42.9653	.40148
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	42.1747	
			Upper Bound	43.7558	
		5% Trimmed Mean		43.2610	
		Median		43.0000	
		Variance		41.747	
		Std. Deviation		6.46118	
		Minimum		21.00	
		Maximum		54.00	
		Range		33.00	
		Interquartile Range		9.00	
		Skewness		-.631	.151
		Kurtosis		.400	.302
	more than 10 y	Mean		42.9600	.62469
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	41.7256	
			Upper Bound	44.1944	
		5% Trimmed Mean		43.3222	
		Median		44.0000	
		Variance		58.535	
		Std. Deviation		7.65084	
Minimum		21.00			
Maximum		54.00			
Range		33.00			
Interquartile Range		11.00			
Skewness		-.700	.198		
Kurtosis		-.081	.394		

ตาราง 27 แสดงผลการทดสอบความเอกพันธ์ของความแปรปรวน (Homogeneity of Variances) สมมติฐาน 1.1

		Levene's Test for Equality of Variances	
		F	Sig.
score_coping	Equal variances assumed	5.168	.024
	Equal variances not assumed		

ตาราง 28 แสดงผลการทดสอบการแจกแจงข้อมูลปกติ สมมติฐานที่ 1.2

Tests of Normality

Recode_ชั่วโมง		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
score_coping	less than or equal to 40 hr	.103	152	.000	.968	152	.001
	greater than 40 hr	.094	257	.000	.956	257	.000

a. Lilliefors Significance Correction

Descriptives

ชั่วโมงในการทำงาน			Statistic	Std. Error	
score_coping	less than or equal to 40 hr	Mean	42.1513	.56395	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	41.0371	
			Upper Bound	43.2656	
		5% Trimmed Mean	42.3889		
		Median	43.0000		
		Variance	48.341		
		Std. Deviation	6.95278		
		Minimum	22.00		
		Maximum	54.00		
		Range	32.00		
		Interquartile Range	9.00		
		Skewness	-.535	.197	
		Kurtosis	-.139	.391	
		more than 40 hr	more than 40 hr	Mean	43.4436
95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound			42.6014	
	Upper Bound			44.2858	
5% Trimmed Mean	43.8281				
Median	44.0000				
Variance	47.006				
Std. Deviation	6.85606				
Minimum	21.00				
Maximum	54.00				
Range	33.00				
Interquartile Range	10.00				
Skewness	-.762			.152	
Kurtosis	.525			.303	

ตาราง 29 แสดงผลการทดสอบความเอกพันธ์ของความแปรปรวน (Homogeneity of Variances)

สมมติฐาน 1.2

		Levene's Test for Equality of Variances	
		F	Sig.
score_coping	Equal variances assumed	.088	.767
	Equal variances not assumed		

ตาราง 30 แสดงผลการทดสอบการแจกแจงข้อมูลปกติ สมมติฐานที่ 2.1

กลุ่มความรอบรู้COVID-19		Tests of Normality					
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
score_coping	รอบรู้ต่ำ	.097	124	.006	.972	124	.012
	รอบรู้ปานกลาง	.092	158	.002	.976	158	.008
	รอบรู้สูง	.102	127	.003	.937	127	.000
score_coping	สนับสนุนต่ำ	.060	129	.200*	.985	129	.179
	สนับสนุนปานกลาง	.092	178	.001	.977	178	.005
	สนับสนุนสูง	.105	102	.008	.957	102	.002

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

ตาราง 31 แสดงรายละเอียดผลการทดสอบการแจกแจงข้อมูลปกติ สมมติฐานที่ 2.1

กลุ่มความรู้COVID-19			Statistic	Std. Error
score_coping	รอบรู้ต่ำ	Mean	38.8468	.64342
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	37.5732
			Upper Bound	40.1204
		5% Trimmed Mean	39.0556	
		Median	40.0000	
		Variance	51.334	
		Std. Deviation	7.16478	
		Minimum	21.00	
		Maximum	52.00	
		Range	31.00	
		Interquartile Range	10.00	
		Skewness	-.444	.217
	Kurtosis	-.288	.431	
	รอบรู้ปานกลาง	Mean	42.3228	.46530
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	41.4037
			Upper Bound	43.2418
		5% Trimmed Mean	42.5190	
		Median	43.0000	
		Variance	34.207	
		Std. Deviation	5.84870	
		Minimum	24.00	
		Maximum	54.00	
		Range	30.00	
		Interquartile Range	7.00	
		Skewness	-.494	.193
	Kurtosis	.371	.384	
	รอบรู้สูง	Mean	47.7795	.41045
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	46.9673
			Upper Bound	48.5918
		5% Trimmed Mean	48.1054	
		Median	48.0000	
		Variance	21.395	
		Std. Deviation	4.62552	
Minimum		32.00		
Maximum		54.00		
Range		22.00		
Interquartile Range		6.00		
Skewness		-.874	.215	
Kurtosis	.786	.427		
score_coping	สนับสนุนต่ำ	Mean	37.6589	.61852
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	36.4351
			Upper Bound	38.8828

		5% Trimmed Mean	37.7799	
		Median	38.0000	
		Variance	49.352	
		Std. Deviation	7.02506	
		Minimum	21.00	
		Maximum	52.00	
		Range	31.00	
		Interquartile Range	10.00	
		Skewness	-.200	.213
		Kurtosis	-.429	.423
	สนับสนุนปานกลาง	Mean	43.9045	.40255
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	43.1101
			Upper Bound	44.6989
		5% Trimmed Mean	44.0811	
		Median	44.0000	
		Variance	28.844	
		Std. Deviation	5.37065	
		Minimum	25.00	
		Maximum	54.00	
		Range	29.00	
		Interquartile Range	6.00	
		Skewness	-.433	.182
		Kurtosis	.534	.362
		สนับสนุนสูง	Mean	48.0294
	95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	47.2319
			Upper Bound	48.8269
	5% Trimmed Mean		48.1525	
	Median		48.0000	
	Variance		16.484	
	Std. Deviation		4.06008	
	Minimum		36.00	
	Maximum		54.00	
	Range		18.00	
	Interquartile Range		6.25	
	Skewness		-.381	.239
	Kurtosis		-.560	.474

ตาราง 32 แสดงผลการทดสอบการแจกแจงข้อมูลปกติ สมมติฐานที่ 2.2

กลุ่มการแพร่กระจายของข้อมูล		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
score_coping	แพร่สูง	.109	127	.001	.974	127	.016
	แพร่ปานกลาง	.126	48	.055	.962	48	.127
	แพร่ต่ำ	.105	234	.000	.941	234	.000
score_coping	สื่อสารต่ำ	.055	134	.200 [*]	.989	134	.375
	สื่อสารปานกลาง	.062	141	.200 [*]	.979	141	.027
	สื่อสารสูง	.081	134	.030	.962	134	.001

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

ตาราง 33 แสดงรายละเอียดผลการทดสอบการแจกแจงข้อมูลปกติ สมมติฐานที่ 2.2

		Statistic		Std. Error	
score_coping	แพร่สูง	Mean		43.0630	.49289
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	42.0876	
			Upper Bound	44.0384	
		5% Trimmed Mean		43.2305	
		Median		43.0000	
		Variance		30.853	
		Std. Deviation		5.55456	
		Minimum		25.00	
		Maximum		54.00	
		Range		29.00	
		Interquartile Range		9.00	
		Skewness		-.476	.215
		Kurtosis		.015	.427
	แพร่ปานกลาง	Mean		42.3750	.77278
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	40.8204	
Upper Bound			43.9296		
5% Trimmed Mean		42.2731			

		Median	43.0000	
		Variance	28.665	
		Std. Deviation	5.35396	
		Minimum	32.00	
		Maximum	54.00	
		Range	22.00	
		Interquartile Range	8.00	
		Skewness	.121	.343
		Kurtosis	-.623	.674
	แพร่ค่า	Mean	43.0299	.51104
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	42.0231
			Upper Bound	44.0368
		5% Trimmed Mean	43.4392	
		Median	44.0000	
		Variance	61.111	
		Std. Deviation	7.81733	
		Minimum	21.00	
		Maximum	54.00	
		Range	33.00	
		Interquartile Range	10.25	
		Skewness	-.743	.159
		Kurtosis	-.026	.317

newGroupCOM		Statistic	Std. Error	
score_coping	สื่อสารค่า	Mean	37.6045	.62519
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	36.3679
			Upper Bound	38.8411
		5% Trimmed Mean	37.6020	
		Median	38.0000	
		Variance	52.376	
		Std. Deviation	7.23714	
		Minimum	21.00	
		Maximum	54.00	
		Range	33.00	
		Interquartile Range	10.25	
		Skewness	.002	.209
		Kurtosis	-.288	.416
		สื่อสารปานกลาง	Mean	44.1986
95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound		43.3552	
	Upper Bound		45.0420	
5% Trimmed Mean	44.2671			
Median	44.0000			
Variance	25.660			
Std. Deviation	5.06560			
Minimum	25.00			

		Maximum	54.00	
		Range	29.00	
		Interquartile Range	7.00	
		Skewness	-.265	.204
		Kurtosis	.500	.406
	สื่อสารสูง	Mean	47.0224	.38655
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	46.2578
			Upper Bound	47.7870
		5% Trimmed Mean	47.2405	
		Median	47.0000	
		Variance	20.022	
		Std. Deviation	4.47460	
		Minimum	31.00	
		Maximum	54.00	
		Range	23.00	
		Interquartile Range	6.00	
		Skewness	-.626	.209
		Kurtosis	.611	.416

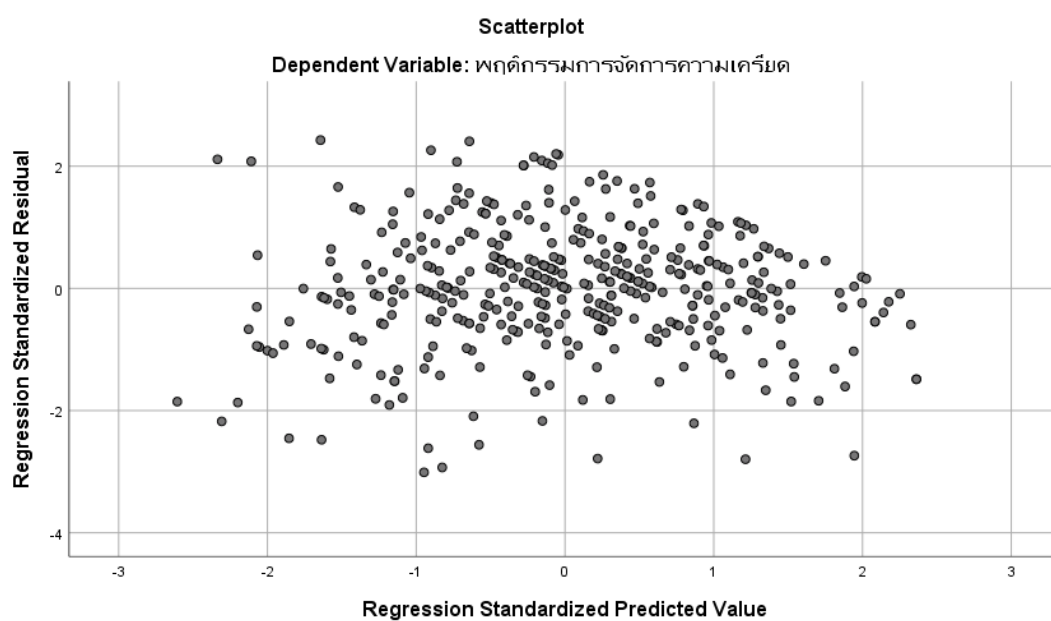
ตาราง 34 ตารางวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Person Correlation) สมมติฐานที่ 3

Correlations						
		พฤติกรรมจัดการ ความเครียด	ความรอบรู้ด้าน COVID19	การแพร่กระจายของ ข้อมูล	การสนับสนุนทาง สังคม	การสื่อสารที่มี ประสิทธิภาพ
Pearson Correlation	พฤติกรรมจัดการความเครียด	1.000	.606	-.010	.634	.597
	ความรอบรู้ด้านCOVID19	.606	1.000	-.142	.456	.551
	การแพร่กระจายของข้อมูล	-.010	-.142	1.000	.038	-.086
	การสนับสนุนทางสังคม	.634	.456	.038	1.000	.662
	การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ	.597	.551	-.086	.662	1.000
Sig. (1-tailed)	พฤติกรรมจัดการความเครียด	.	.000	.418	.000	.000
	ความรอบรู้ด้านCOVID19	.000	.	.002	.000	.000
	การแพร่กระจายของข้อมูล	.418	.002	.	.223	.041
	การสนับสนุนทางสังคม	.000	.000	.223	.	.000
	การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ	.000	.000	.041	.000	.
N	พฤติกรรมจัดการความเครียด	409	409	409	409	409
	ความรอบรู้ด้านCOVID19	409	409	409	409	409
	การแพร่กระจายของข้อมูล	409	409	409	409	409
	การสนับสนุนทางสังคม	409	409	409	409	409
	การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ	409	409	409	409	409

ตาราง 35 แสดงรายละเอียดผลการทดสอบการแจกแจงข้อมูลปกติ สมมติฐานที่ 3

Descriptives				
			Statistic	Std. Error
Standardized Residual	Mean		.0000000	.04926469
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	-.0968443	
		Upper Bound	.0968443	
	5% Trimmed Mean		.0151425	
	Median		.0182536	
	Variance		.993	
	Std. Deviation		.99631675	
	Minimum		-3.01128	
	Maximum		2.42707	
	Range		5.43834	
	Interquartile Range		1.15491	
	Skewness		-.245	.121
	Kurtosis		.357	.241

ตาราง 36 แสดงผลการทดสอบความเอกพันธ์ของความแปรปรวน (Homogeneity of Variances) สมมติฐาน 3



ตาราง 37 แสดงค่า Durbin-Watson สมมติฐานที่ 3

Model Summary^d

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	.634 ^a	.402	.401	.59445	.402	274.011	1	407	.000	
2	.728 ^b	.529	.527	.52821	.127	109.477	1	406	.000	
3	.736 ^c	.542	.538	.52181	.012	11.020	1	405	.001	1.528

a. Predictors: (Constant), การสนับสนุนทางสังคม

b. Predictors: (Constant), การสนับสนุนทางสังคม, ความรอบรู้ด้านCOVID19

c. Predictors: (Constant), การสนับสนุนทางสังคม, ความรอบรู้ด้านCOVID19, การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

d. Dependent Variable: พฤติกรรมการจัดการความเครียด

ตาราง 38 แสดงค่าTolerance และ VIF

Excluded Variables^a

Model		Beta In	t	Sig.	Partial Correlation	Collinearity Statistics		
						Tolerance	VIF	Minimum Tolerance
1	ความรอบรู้ด้านCOVID19	.400 ^b	10.463	.000	.461	.792	1.263	.792
	การแพร่กระจายของข้อมูล	-.034 ^b	-.893	.373	-.044	.999	1.001	.999
	การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ	.316 ^b	6.472	.000	.306	.561	1.782	.561
2	การแพร่กระจายของข้อมูล	.031 ^c	.881	.379	.044	.967	1.035	.766
	การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ	.161 ^c	3.320	.001	.163	.483	2.069	.483
3	การแพร่กระจายของข้อมูล	.041 ^d	1.195	.233	.059	.959	1.043	.479

a. Dependent Variable: พฤติกรรมการจัดการความเครียด

b. Predictors in the Model: (Constant), การสนับสนุนทางสังคม

c. Predictors in the Model: (Constant), การสนับสนุนทางสังคม, ความรอบรู้ด้านCOVID19

d. Predictors in the Model: (Constant), การสนับสนุนทางสังคม, ความรอบรู้ด้านCOVID19, การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

ประวัติผู้เขียน

