

บทความวิจัย

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของประชาชนในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

ขจิตา สมเนตร *

คลอเคลีย วจนะวิชากร †

ตระหนัก สมเนตร ‡

บทคัดย่อ

จากการระบาดของไวรัสโควิด-19 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 เป็นต้นมา ได้ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันของประชาชน ทั้งปัญหาด้านเศรษฐกิจ สังคม การถูกเลิกจ้างทำให้ขาดรายได้ ต้องมีการรักษาระยะห่างทางสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างคนในครอบครัวและชุมชนลดลง เกิดวิถีชีวิตใหม่ (New Normal) จึงมีความจำเป็นที่ประชาชนจะต้องมีความรู้ และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองอย่างเหมาะสมเพื่อป้องกันการติดเชื้อดังกล่าว การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 และศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่อาศัยและมีภูมิลำเนาในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 400 คน คัดเลือกโดยใช้การสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับเชื้อไวรัสโควิด-19 ทักษะที่มีต่อเชื้อไวรัสโควิด-19 และพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างสองตัวแปรที่เป็นอิสระต่อกัน การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว และการวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่โดยวิธี Scheffe Post Hoc Test และการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้ ทักษะ และมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโควิด-19 ในระดับสูง ที่สำคัญ การวิจัยนี้พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองสูงกว่าเพศชาย และกลุ่มข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ ค้าขาย เกษตรกร และนักศึกษา มีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองสูงกว่าผู้ประกอบการอาชีพรับจ้าง ในตอนท้าย ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากเชื้อไวรัสโควิด-19 มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับทัศนคติของประชาชนที่มีต่อโรค ผู้วิจัยยังได้จัดทำข้อเสนอแนะต่อหน่วยงานต่าง ๆ ในจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อพัฒนาแนวทางในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น

คำสำคัญ: ไวรัสโควิด-19, พฤติกรรมป้องกันตนเองจากเชื้อไวรัสโควิด-19, ความรู้เกี่ยวกับเชื้อไวรัสโควิด-19, ทักษะที่มีต่อเชื้อไวรัสโควิด-19, เทศบาลนครอุบลราชธานี, จังหวัดอุบลราชธานี

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะวิทยาศาสตร์, มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี, E-mail: kajita.m@ubru.ac.th (Corresponding author)

† ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., คณะเทคโนโลยีอุตสาหกรรม, มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี, E-mail: klorklear.w@ubru.ac.th

‡ อาจารย์ ดร., คณะวิทยาศาสตร์, มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี, E-mail: tranuk.s@ubru.ac.th

Research Article

Factors Influencing COVID-19 Preventive Behaviors Among Citizens Living in Ubon Ratchathani Municipality, Ubon Ratchathani Province, Thailand

Kajita Somnate *

Klorklear Wajanawichakon †

Tranuk Somnate ‡

Abstract

Since 2020, COVID-19 has caused the massive changes to Thai people's daily lives in various ways. The COVID-19 outbreak has led to a decline in Thailand's economic activities and had an impact on social relationships. In order to prevent the spread of COVID-19, it is important for Thai citizens to adopt infection prevention and control strategies based on the government guidelines and policies. The purposes of this research were to assess COVID-19 knowledge, attitudes, and preventive behaviors among Thai citizens and examine factors influencing COVID-19 preventive behaviors. This research collected data from 400 respondent samples living in Ubon Ratchathani Municipality, Ubon Ratchathani Province. These samples were selected by using a stratified random sampling method. A questionnaire which consisted of 3 parts (COVID-19 knowledge, attitudes, and preventive behaviors) was used to collect data from the samples. Descriptive statistics (frequency, percent, mean, and standard deviation) and inferential statistics (independent samples t test, one-way analysis of variance with Scheffe post hoc test, and the Pearson's correlation coefficient) were utilized to analyze the data. The results of this research revealed that the samples had high levels of COVID-19 knowledge, attitude, preventive behaviors. Interestingly, women were found to have a higher level of COVID-19 preventive behaviors than men. Additionally, those who were civil servants, state enterprise officers, merchants, farmers, and students reported having a higher level of COVID-19 preventive behaviors than freelancers. Finally, the samples' attitudes towards COVID-19 had a positive relationship with their COVID-19 preventive behaviors. Implication of the findings were also discussed.

Keywords: COVID-19, COVID-19 preventive behavior, COVID-19 knowledge, COVID-19 attitude, Ubon Ratchathani Municipality, Ubon Ratchathani Province

* Assistant Professor Dr., Faculty of Science, Ubon Ratchathani Rajabhat University, E-mail: kajita.m@ubru.ac.th
(Corresponding author)

† Assistant Professor Dr., Faculty of Industrial Technology, Ubon Ratchathani Rajabhat University, E-mail: klorklear.w@ubru.ac.th

‡ Lecturer Dr., Faculty of Science, Ubon Ratchathani Rajabhat University, E-mail: tranuk.s@ubru.ac.th

(Received: 06/09/22, Revised: 16/12/22, Accepted: 23/12/22)

1. บทนำ

เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โควิด-19 (COVID-19) เป็นตระกูลของไวรัสที่ก่อให้เกิดอาการป่วยตั้งแต่โรคไข้หวัดธรรมดาไปจนถึงโรคที่มีความรุนแรงมาก เช่น โรคระบบทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MERS-CoV) และโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (SARS-CoV) เป็นต้น เชื้อไวรัสดังกล่าวเป็นสายพันธุ์ใหม่ที่ไม่เคยพบมาก่อนในมนุษย์ ก่อให้เกิดอาการป่วยระบบทางเดินหายใจในคน และสามารถแพร่เชื้อจากคนสู่คนได้ อาการทั่วไป ได้แก่ อาการระบบทางเดินหายใจ มีไข้ ไอ หายใจถี่ หายใจลำบาก ในกรณีที่อาการรุนแรงมาก อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดบวม ปอดอักเสบ ไตวาย หรืออาจเสียชีวิต (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 เริ่มมีการแพร่ระบาดที่เมืองอู่ฮั่น ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน เมื่อประมาณปลายปี พ.ศ. 2562 จากนั้นเชื้อไวรัสก็ได้แพร่ระบาดไปอย่างรวดเร็วและมีผู้คนล้มตายจากการติดเชื้อไวรัสดังกล่าวทั่วโลกเป็นจำนวนมาก โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้ประเมินสถานการณ์และลงมติเมื่อวันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2563 โดยประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern) และแนะนำให้ทุกประเทศเร่งรัดการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค หรืออาจกล่าวได้ว่า โรคดังกล่าวเป็นความเสี่ยงด้านสาธารณสุขต่อทุกประเทศทั่วโลก และสร้างผลกระทบเชิงลบต่อประเทศเป็นอย่างมาก (รัฐบาลไทย, 2564) และในปัจจุบันนี้ สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ยังคงอยู่ และประเทศต่าง ๆ ยังดำเนินความพยายามอย่างเต็มที่ เพื่อเฝ้าระวังการติดเชื้อและควบคุมการระบาดในประเทศ

นอกจากเชื้อไวรัสโควิด-19 จะสร้างผลกระทบอย่างมากต่อสุขภาพของผู้คนแล้ว การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ยังส่งผลกระทบเชิงลบต่อระบบเศรษฐกิจและสังคมของหลาย ๆ ประเทศด้วย เริ่มตั้งแต่การปิดประเทศ การปิดสนามบิน การลดการเดินทางการเข้าออกประเทศหรือในพื้นที่ต่าง ๆ การปิดสถานที่ราชการและสถานการค้า และที่ทำงาน การใช้มาตรการรักษาระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) ฯลฯ สิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่ออย่างมหาศาลต่อระบบเศรษฐกิจการค้า การทำงาน การผลิต การอุตสาหกรรมท่องเที่ยว และระบบสังคมของประเทศไทย ขณะเดียวกัน ประชาชนไทยจำนวนมากเกิดความเครียด วิตกกังวล หลายคนไม่สามารถมาทำงานหาเลี้ยงชีพแบบปกติได้ หรือตกงาน ธุรกิจจำนวนมากต้องหยุดกิจการ หรือทำได้ไม่เต็มประสิทธิภาพ จนทำให้ขาดรายได้มาจุนเจือครอบครัว ถึงแม้ว่ารัฐบาลจะมีมาตรการเยียวยา ผู้ขาดรายได้ในรูปแบบ คนไทยไม่ทิ้งกัน แต่ก็ยังเกิดความเครียดและปัญหาทางสุขภาพจิต และปัญหาอาชญากรรมและสังคมตามมา (ยง ภู่วรวรรณ, 2563)

จังหวัดอุบลราชธานีตั้งอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย เป็นจังหวัดที่มีพื้นที่ใหญ่เป็นอันดับ 5 และมีประชากรมากเป็นอันดับ 3 ของประเทศ โดยประชากรส่วนใหญ่ในจังหวัดประกอบอาชีพเกษตรกรรม และ

จากสถานการณ์การระบาดและแพร่เชื้ออย่างรุนแรงของไวรัสโควิด-19 ที่ผ่านมา พบว่า จำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของจังหวัดอุบลราชธานีมีมากติดอันดับ 5 จังหวัดแรกของประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564) การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ในจังหวัดอุบลราชธานีนี้ได้ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันของประชาชนในจังหวัดเป็นอย่างมาก ก่อให้เกิดปัญหาทั้งในด้านเศรษฐกิจ ปัญหาสังคม ประชาชนในจังหวัดตกงาน ขาดรายได้ ถูกเลิกจ้าง การดำเนินชีวิตต้องมีการรักษาระยะห่างทางสังคม และรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างคนในครอบครัวและชุมชนที่เปลี่ยนไป

ดังนั้น การที่จะทำให้สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ในจังหวัดอุบลราชธานีลดลง นอกจากจะต้องอาศัยบทบาทของหน่วยงานภาครัฐและภาคส่วนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดแล้ว ปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่จะช่วยลดการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ในจังหวัดอุบลราชธานีลงไปได้ ก็อยู่ที่ความร่วมมือของประชาชนในจังหวัด โดยประชาชนจะต้องมีความรู้ความเข้าใจที่ดีเกี่ยวกับโรค และยังต้องมีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ที่เหมาะสมและกระทำอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากเชื้อไวรัสชนิดนี้ติดต่อได้ง่ายผ่านทางระบบทางเดินหายใจ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมุ่งศึกษาว่า ในปัจจุบันนี้ ประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานีมีความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติที่มีต่อการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 นี้ในระดับใด และที่สำคัญ ประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานีมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 นี้อย่างไร และมีปัจจัยใดบ้างที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานี ผู้วิจัยคาดหวังว่า ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ได้จากการศึกษานี้จะสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในจังหวัดต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของประชาชนในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี
- 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของประชาชนในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี
- 3) เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของประชาชนในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

3. แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

3.1 พฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคภัย

นักวิชาการได้ให้ความหมายพฤติกรรมการป้องกันโรค (Disease Prevention Behaviors) ไว้ว่า การกระทำใด ๆ ของบุคคลที่กระทำเป็นปกติและสม่ำเสมอที่เกี่ยวข้องกับการมีสุขภาพดี (Harris & Guten, 1979; Steele & Broom, 1972) ทั้งนี้ Becker (1974) ได้ระบุว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพและจะนำไปสู่พฤติกรรมป้องกันโรคของบุคคล จะประกอบด้วย

1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ซึ่งจะแตกต่างกันออกไปแต่ละบุคคล กล่าวคือ บุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี โดยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ

2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) หมายถึง บุคคลมีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยหรือการเป็นโรคนั้น ๆ มีความรุนแรงต่อสุขภาพและการมีชีวิตของเขา ถ้าหากเขาไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรค หรือการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

3) การรับรู้ถึงประโยชน์ อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (Perceived Benefits of Taking the Health Action Minus the Barriers or Cost of That Action) หมายถึง บุคคลรับรู้ว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคนั้นจะสามารถหลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วยหรือโรคได้ โดยมีความเชื่อว่า สิ่งที่เขาปฏิบัตินั้นเป็นวิธีที่ดีและเหมาะสมที่จะช่วยป้องกันโรคได้จริง

4) การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Perceived Barriers) หมายถึง การรับรู้ถึงอุปสรรคเป็นไปตามการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ได้แก่ การรับรู้ถึงความไม่สะดวก ค่าใช้จ่ายแพง ความล้าชวย เป็นต้น

5) แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) หมายถึง สภาพอารมณ์ของบุคคลที่ถูกกระตุ้นด้วยสิ่งเร้าต่าง ๆ กันในด้านสุขภาพอนามัย เช่น ในกรณีที่บุคคลมีความต้องการที่จะลดโอกาสเสี่ยง หรือความรุนแรงของโรค บุคคลนั้นจะมีความสนใจต่อสุขภาพของตน มีความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษา เป็นต้น

6) ปัจจัยเสริมด้านต่าง ๆ (Modifying Factors) ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลหรือผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่บริการสุขภาพที่มีผลต่อความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำต่าง ๆ เช่น ความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Factor) เช่น บุคคลในครอบครัว หรือเพื่อนที่มีผลในการมีพฤติกรรมที่เหมาะสมรวมถึงสิ่งชักนำให้เกิดการ

ปฏิบัติ (Due To Action) อาจมีสิ่งชักนำภายใน เช่น การเจ็บป่วยต่าง ๆ และสิ่งชักนำภายนอก ได้แก่ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหรือสื่อมวลชนต่าง ๆ (Mass Media Communication) สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งเกี่ยวกับสุขภาพ นอกจากนี้ ปัจจัยทางด้านประชากร (Demographic Variables) ได้แก่ เพศ อายุ ระดับ การศึกษา รายได้ เป็นต้น ยังมีบทบาทในการอธิบายพฤติกรรมในการป้องกันโรค รวมไปถึงระดับความร่วมมือในการรักษาโรคหรือป้องกันโรคได้อีกด้วย

3.2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของประชาชนในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19

ผู้วิจัยได้พัฒนารอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework) ของการศึกษาปัจจัยที่จะส่งผลพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของประชาชน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Bloom (1964) ซึ่งเสนอว่า พฤติกรรมของมนุษย์จะได้รับอิทธิพลจากปัจจัย 3 ส่วน ได้แก่ 1) ความรู้ (Knowledge) ซึ่งเป็นกระบวนการทางสมองที่มีขั้นตอนในการพัฒนาสติปัญญาและเกี่ยวข้องกับการรับรู้การจำข้อมูลต่าง ๆ เพื่อ นำมาประกอบการตัดสินใจ 2) ทักษะ (Attitude) เป็นกระบวนการทางด้านจิตใจ อารมณ์ความรู้สึก ความชอบ ค่านิยม ความเชื่อ การให้คุณค่า และการแสดงออกถึงคุณลักษณะตามค่านิยมที่ยึดถือ ซึ่งทัศนคติของบุคคลจะบอกแนวโน้มของการกระทำและพฤติกรรมของตัวบุคคลได้ และ 3) การปฏิบัติ (Practice) เป็นการแสดงออกทางร่างกาย ซึ่งต้องอาศัยความรู้และทัศนคติที่จะทำให้เกิดการปฏิบัติตามการรับรู้ ซึ่งเป็นขั้นสุดท้ายที่ต้องใช้ระยะเวลาและการตัดสินใจ ทั้งนี้ ผู้วิจัยเชื่อว่า ปัจจัยทั้ง 3 นี้ น่าจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของประชาชน

ทั้งนี้ มีผลการวิจัยเชิงประจักษ์จำนวนมากที่บ่งชี้ว่า ระดับความรู้และการศึกษาของบุคคล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ดังตัวอย่างงานวิจัยของ Alhazmi et al. (2020) ที่พบว่า ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมากต่อความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของประชาชนในประเทศซาอุดีอาระเบีย และการศึกษาในประเทศอิรักโดย Hussein et al. (2020) ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างประชาชนส่วนใหญ่ร้อยละ 75.80 มีความรู้เกี่ยวกับโควิด-19 อยู่ในระดับดี และมีความเข้าใจในเรื่องการรักษาระยะห่างทางสังคม และการรักษาระยะห่างทางกายภาพ โดยประชากรร้อยละ 93 ที่ศึกษารายงานว่า ตนหลีกเลี่ยงการไปในพื้นที่ที่มีผู้คนจำนวนมาก และร้อยละ 57.30 จะสวมหน้ากากอนามัยและผ้าปิดจมูกเมื่อออกไปข้างนอกเสมอ

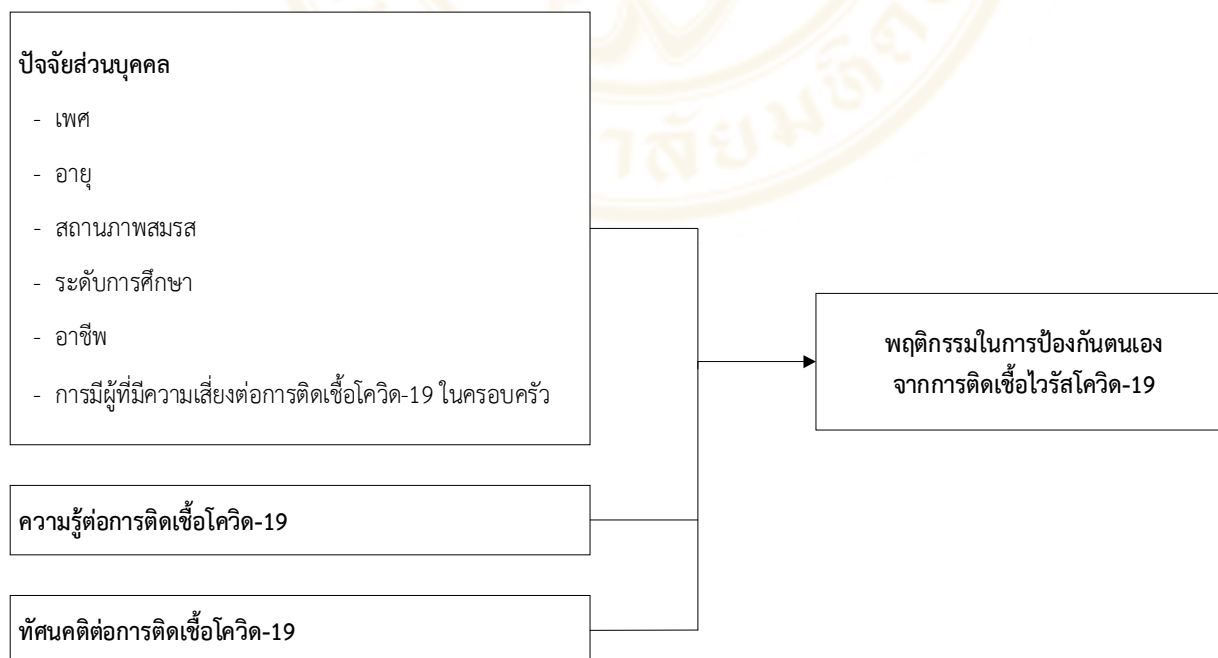
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของบุคคลที่มีต่อเชื้อไวรัสโควิด-19 และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 มีผลการศึกษาในจังหวัดอำนาจเจริญของ บุศณี มุจรินทร์ และคณะ (2563) ที่พบว่า แม้ว่าประชาชนจะมีความเครียดที่เกิดจากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 แต่ก็เป็แรงกระตุ้นให้มี

พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อที่ดี กล่าวคือ ความเครียดและวิตกกังวลต่อการแพร่ระบาดของโรค ทำให้ประชาชนต่างชนวยจัดเตรียมอุปกรณ์ในการป้องกันตนเองให้พร้อมและเพียงพออยู่เสมอ

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาอีกจำนวนหนึ่ง ที่พบว่า พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 อาจแตกต่างกันไปตามคุณลักษณะประชากร ดังเช่น ผลการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาของ Li et al. (2020) ที่พบว่า พฤติกรรมการป้องกันตนเองในมิติต่าง ๆ รวมถึงพฤติกรรมตรวจหาเชื้อโควิด-19 ของประชาชนชาวสหรัฐอเมริกามีความแตกต่างกันไปตามเพศ เชื้อชาติ อายุ สถานภาพการสมรส และสถานการณืจ้างงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในตอนท้าย ระดับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 อาจเป็นผลมาจากการสื่อสารจากหน่วยงานรัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดังตัวอย่างงานวิจัยของ Li et al. (2020) และ Reuben et al. (2020) ที่พบว่า ประชาชนมักจะได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสถานการณ์และแนวทางในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ผ่านอินเทอร์เน็ตและสื่อโซเชียลมีเดียต่าง ๆ และการศึกษาของ Zhong et al. (2020) ยังพบว่า บทบาทของรัฐบาล โดยเฉพาะการสร้างเชื่อมั่นและการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการแพร่ระบาดที่มีประสิทธิภาพ มีอิทธิพลอย่างมากต่อขวัญและกำลังใจ ความเชื่อมั่น (Trust) และระดับความร่วมมือของประชาชนในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัส-19

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น ผู้วิจัยได้พัฒนากรอบแนวคิดในการวิจัยในครั้งนี้ ดังปรากฏในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดงานวิจัย

4. ระเบียบวิธีวิจัย

4.1 ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้ดำเนินการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลจากประชาชนที่อาศัยหรือมีภูมิลำเนาในเขตพื้นที่เทศบาลนครอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี โดยดำเนินการศึกษาเกี่ยวกับระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 รวมถึงศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของประชาชน โดยเก็บข้อมูลในเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2565 ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ยังมีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ในประเทศไทย

4.2 ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ประชาชนที่อาศัยและมีภูมิลำเนาในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี จากข้อมูลประชากรในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี ในปี พ.ศ. 2564 พบว่ามีประชากรจำนวน 55,456 คน (เทศบาลนครอุบลราชธานี, 2564)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่อาศัยและมีภูมิลำเนาในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 400 คน คัดเลือกตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ เป็นประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 20 – 60 ปี ไม่มีภาวะทางสุขภาพจิต สามารถพูดอ่านหรือฟังภาษาไทยเข้าใจ และมีความยินดีให้ข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลภายในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2565

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Yamane (1973) และเลือกตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยใช้เขตพื้นที่เลือกตั้งของเทศบาลนครอุบลราชธานี ที่ได้แบ่งพื้นที่เลือกตั้งออกเป็น 4 เขต เป็นชั้นภูมิ (Strata) ในการศึกษานี้ จากนั้นผู้วิจัยได้กำหนดขนาดตัวอย่างในแต่ละเขตพื้นที่เลือกตั้งตามสัดส่วน (Proportional Allocation) ดังปรากฏในตารางที่ 1 จากนั้นผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการลงพื้นที่เพื่อสุ่มตัวอย่างในแต่ละชั้นภูมิโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จนได้ขนาดตัวอย่างที่กำหนดไว้ในแต่ละพื้นที่ครบถ้วน

ตารางที่ 1 การกำหนดขนาดตัวอย่างในแต่ละเขตพื้นที่ของเทศบาลนครอุบลราชธานี โดยใช้วิธีคำนวณสัดส่วน (Proportional Allocation)

เขตพื้นที่เลือกตั้ง	ประชากร	ขนาดตัวอย่าง
เขต 1	13,406	97
เขต 2	13,595	98
เขต 3	13,844	100
เขต 4	14,611	105
รวมทั้งสิ้น	55,456	400

4.3 ตัวแปรในการศึกษา

การวิจัยนี้ศึกษาตัวแปร ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ต่อการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ทักษะการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 โดยกำหนดให้ตัวแปรอิสระ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ต่อการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 และทักษะการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 และตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมของประชาชนในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19

4.4 เครื่องมือในการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ดำเนินการสร้างและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในการวิจัยตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1) การศึกษา แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในการป้องกันตนเอง และความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคไวรัสโควิด-19 โดยรวบรวมข้อมูล แนวคิด หลักการ วิธีการจากหนังสือ เอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยทำความเข้าใจกับเนื้อหาที่จะทำการวิจัยเพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการกำหนดประเด็นหลักในการสร้างเครื่องมือในการวิจัย

2) การพัฒนาแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ทักษะการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 และพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโควิด-19 โดยแบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และการมีผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ในครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับเชื้อไวรัสโควิด-19 เป็นแบบเลือกตอบ จำนวนทั้งหมด 18 ข้อ หากตอบถูกจะได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน และมีคะแนนเต็ม 18 คะแนน โดยสอบถามความรู้ของประชาชนใน 3 ประเด็น ได้แก่ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรค ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อ และความรู้เกี่ยวกับการระบาดของเชื้อ จากนั้น ผลการตอบจะถูกนำมาคำนวณคะแนนเฉลี่ย และกำหนดเกณฑ์ประเมินระดับคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom (1971) ดังนี้

ระดับสูง	หมายถึง	ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (ได้ 15 – 18 คะแนน)
ระดับกลาง	หมายถึง	ได้คะแนนระหว่างร้อยละ 60 – 79 (ได้ 11 – 14 คะแนน)
ระดับต่ำ	หมายถึง	ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (ได้ 0 – 13 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติที่มีต่อเชื้อไวรัสโควิด-19 จำนวน 8 ข้อ กำหนดมาตราวัดแบบ Likert Scale 5 ช่วงค่า โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 ตัวเลือกจากทั้งหมด 5 ตัวเลือก โดยกำหนดเกณฑ์ให้ดังนี้

		ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ	5	1
เห็นด้วย	เท่ากับ	4	2
ไม่แน่ใจ	เท่ากับ	3	3
ไม่เห็นด้วย	เท่ากับ	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ	1	5

จากนั้น ผลการตอบจะถูกนำมาคำนวณคะแนนเฉลี่ย และกำหนดเกณฑ์ประเมินระดับคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom (1971) ดังนี้

ระดับสูง	หมายถึง	ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (ค่าเฉลี่ย 4.00 – 5.00 คะแนนขึ้นไป)
ระดับกลาง	หมายถึง	ได้คะแนนระหว่างร้อยละ 60 – 79 (ค่าเฉลี่ย 3.00 – 3.99 คะแนน)
ระดับต่ำ	หมายถึง	ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (ค่าเฉลี่ย 1.00 – 3.00 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมกาปฏิบัติตนในการป้องกันโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโควิด-19 จำนวน 24 ข้อ กำหนดมาตรวัดแบบ Likert Scale 5 ช่วงค่า โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 ตัวเลือกจากทั้งหมด 5 ตัวเลือก โดยกำหนดเกณฑ์ให้ดังนี้

		ข้อคำถามเชิงบวก	ข้อคำถามเชิงลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	เท่ากับ	5	1
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	เท่ากับ	4	2
ปฏิบัติบางครั้ง	เท่ากับ	3	3
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	เท่ากับ	2	4
ไม่ได้ปฏิบัติ	เท่ากับ	1	5

จากนั้น ผลการตอบจะถูกนำมาคำนวณคะแนนเฉลี่ย และกำหนดเกณฑ์ประเมินระดับคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom (1971) ดังนี้

ระดับสูง หมายถึง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (ค่าเฉลี่ย 4.00 – 5.00 คะแนนขึ้นไป)

ระดับกลาง หมายถึง ได้คะแนนระหว่างร้อยละ 60 – 79 (ค่าเฉลี่ย 3.00 – 3.99 คะแนน)

ระดับต่ำ หมายถึง ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (ค่าเฉลี่ย 1.00 – 3.00 คะแนน)

3) การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยที่สร้างขึ้น โดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผ่านการคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา (Index of Item Objective Congruence: IOC) โดยผู้วิจัยขอให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาลและงานด้านสาธารณสุขชุมชน ประกอบด้วยอาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ 1 ท่าน และอาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ 2 ท่าน ประเมินเนื้อหาของแบบสอบถาม โดยกำหนดเกณฑ์ในการตรวจพิจารณาข้อคำถาม ดังนี้

- ให้คะแนน +1 ถ้าแน่ใจว่า ข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์
- ให้คะแนน 0 ถ้าไม่แน่ใจว่า ข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์
- ให้คะแนน -1 ถ้าแน่ใจว่า ข้อคำถามวัดได้ไม่ตรงตามวัตถุประสงค์

ทั้งนี้ เกณฑ์ในการคำนวณค่าดัชนี IOC และการแปลความหมาย กำหนดไว้ดังนี้ (Rovinelli & Hambleton, 1977)

ค่า $IOC \geq .50$ หมายความว่า คำถามนั้นตรงวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ค่า $IOC < .50$ หมายความว่า คำถามนั้นไม่ตรงวัตถุประสงค์ของการวิจัย

4) การนำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 คน ไปทดลองใช้ (Try Out) กับประชาชนในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยการคำนวณค่า Cronbach's alpha coefficient (α) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ผู้วิจัย พบว่า แบบสอบถามในส่วนความรู้ มีค่า α เท่ากับ .786 แบบสอบถามในส่วนทัศนคติ มีค่า α เท่ากับ .799 แบบสอบถามในส่วนพฤติกรรม มีค่า α เท่ากับ .814 และค่า α ของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ .827 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (Nunnally, 1978)

5) การนำแบบสอบถามมาตรวจสอบและแก้ไขความถูกต้องก่อนทำเป็นแบบสอบถามฉบับจริง

4.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามจะนำไปวิเคราะห์และประมวลผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยสถิติที่ใช้วิเคราะห์มีดังนี้

1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean: M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: SD)

2) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่

2.1) การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างสองตัวแปรที่เป็นอิสระต่อกัน โดยสถิติ Independent sample t test กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.2) การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) และการวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่โดยวิธี Scheffe Post Hoc Test กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.3) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient)

5. ผลการศึกษา

5.1 คุณลักษณะเชิงประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างประชากรในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ทั้งหมด 400 คน โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 51 เป็นเพศชาย และร้อยละ 73.80 มีอายุอยู่ในช่วงอายุ 18 – 29 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 78.80) มีการศึกษาอยู่ระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 33.50) ประกอบอาชีพเป็นนักศึกษา (ร้อยละ 57.00) และยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 91.30 ไม่มีผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ในครอบครัว

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	204	51.00
	หญิง	196	49.00
รวม		400	100.00
อายุ	18 – 29 ปี	295	73.75
	30 – 49 ปี	57	14.25
	50 – 59 ปี	31	7.75
	60 ปีขึ้นไป	17	4.25
	รวม	400	100.00
สถานภาพสมรส	โสด	315	78.75
	สมรส	63	15.75
	อื่น ๆ (หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่)	22	5.50
	รวม	400	100.00
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	38	9.50
	มัธยมศึกษาตอนต้น	25	6.25
	มัธยมศึกษาตอนปลาย	79	19.75
	อาชีวศึกษา	107	26.75
	ประกาศนียบัตร	15	3.75
	ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี	136	34.00
	รวม	400	100.00

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ	ข้าราชการ	12	3.00
	รัฐวิสาหกิจ	8	2.00
	ค้าขาย	48	12.00
	เกษตรกร	31	7.75
	รับจ้าง	63	15.75
	นักศึกษา	228	57.00
	อื่น ๆ	10	2.50
รวม		400	100.00
การมีผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ในครอบครัว			
มี		35	8.80
ไม่มี		365	91.30
รวม		400	100.00

5.2 ความรู้ของประชาชนเกี่ยวกับเชื้อไวรัสโควิด-19

ตารางที่ 3 รายงานระดับความรู้เกี่ยวกับเชื้อไวรัสโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณจากค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ (คะแนนเต็ม 18 คะแนน) โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 98.75 มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับเชื้อไวรัสโควิด-19 ในระดับสูง ร้อยละ 1.00 มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ระดับปานกลาง และร้อยละ .25 มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ในระดับต่ำ ทั้งนี้ รายละเอียดของจำนวนและร้อยละของการตอบข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 สามารถดูได้จากตาราง ก ในภาคผนวก

ตารางที่ 3 ระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่าง

ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ (คะแนนเต็ม 18 คะแนน)	จำนวนตัวอย่าง	ร้อยละ	การแปลผล ระดับความรู้
15 คะแนนขึ้นไป	395	98.75	ระดับสูง
11-14 คะแนน	4	1.00	ระดับปานกลาง
ต่ำกว่า 11 คะแนน	1	.25	ระดับต่ำ
รวม	400	100.00	

5.3 ทักษะจิตของประชาชนที่มีต่อโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโควิด-19

ตารางที่ 4 แสดงระดับทักษะจิตของประชาชนที่มีต่อโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณจากค่าเฉลี่ยของระดับทักษะจิตของประชาชนที่มีต่อโรค (คะแนนเต็ม 5 คะแนน) โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 88.75 มีค่าเฉลี่ยของทักษะจิตที่มีต่อโรคในระดับสูง จำนวน 355 คน และร้อยละ 11.25 มีค่าเฉลี่ยของทักษะจิตที่มีต่อโรคระดับปานกลาง ทั้งนี้ รายละเอียดของค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการตอบคำถามเกี่ยวกับทักษะจิตของประชาชนที่มีต่อโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโควิด-19 ในแต่ละข้อคำถาม สามารถดูได้จากตาราง ข ในภาคผนวก

ตารางที่ 4 ระดับทักษะจิตของประชาชนที่มีต่อโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโควิด-19

ค่าเฉลี่ยของระดับทักษะจิต (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)	จำนวนตัวอย่าง	ร้อยละ	การแปลผล ระดับทักษะจิต
4.00 คะแนนขึ้นไป	355	88.75	ระดับสูง
3.00 – 3.99 คะแนน	45	11.25	ระดับปานกลาง
ต่ำกว่า 3.00 คะแนน	0	0	ระดับต่ำ
รวม	400	100.00	

5.4 พฤติกรรมการปฏิบัติตนของประชาชนในการป้องกันโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโควิด-19

ตารางที่ 5 แสดงระดับพฤติกรรมในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันตนเองจากโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณจากค่าเฉลี่ยของระดับพฤติกรรมป้องกันตนเองของประชาชน (คะแนนเต็ม 5 คะแนน) โดยพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ร้อยละ 88.75 มีค่าเฉลี่ยของระดับพฤติกรรมการป้องกันตนเองในระดับสูง ร้อยละ 11.00 มีค่าเฉลี่ยของระดับพฤติกรรมการป้องกันตนเองในระดับปานกลาง และร้อยละ .25 มีค่าเฉลี่ยของระดับพฤติกรรมการป้องกันตนเองในระดับต่ำ ทั้งนี้ รายละเอียดของค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการตอบคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนของประชาชนในการป้องกันโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโควิด-19 ในแต่ละข้อคำถาม สามารถดูได้จากตาราง ค ในภาคผนวก

ตารางที่ 5 ระดับพฤติกรรมในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันตนเองจากโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโควิด-19

ค่าเฉลี่ยของระดับพฤติกรรม (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)	จำนวนตัวอย่าง	ร้อยละ	การแปลผล ระดับพฤติกรรม
4.00 คะแนนขึ้นไป	355	88.75	ระดับสูง
3.00 – 3.99 คะแนน	44	11.00	ระดับปานกลาง
ต่ำกว่า 3.00 คะแนน	1	.25	ระดับต่ำ
รวม	400	100.00	

5. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และการมีผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 6 แสดงค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และการมีผู้ที่มีความเสี่ยงในครอบครัว รวมถึงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ตามตัวแปรต่าง ๆ โดยใช้สถิติ t-test และ ANOVA

ผลการวิเคราะห์ t-test พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศชายและเพศหญิงมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.643, p = .009$) กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากเชื้อไวรัสโควิด-19 สูงกว่าเพศชาย ผลการวิเคราะห์ ANOVA ยังพบว่า ผู้ที่มีอาชีพต่างกันจะมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากเชื้อไวรัสโควิด-19 ที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 4.130, p = .009$) โดยผลการวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่โดยวิธี Scheffe Post Hoc Test พบว่า ผู้ที่มีอาชีพรับจ้างและอาชีพอื่น ๆ ($M = 4.35, SD = .59$) จะมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากเชื้อไวรัสโควิด-19 ต่ำกว่าผู้ที่ป็นข้าราชการ ($M = 4.71, SD = .27$) พนักงานรัฐวิสาหกิจ ($M = 4.53, SD = .27$) ค้าขาย ($M = 4.52, SD = .50$) เกษตรกร ($M = 4.55, SD = .41$) และนักศึกษา ($M = 4.61, SD = .36$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อนึ่ง การวิจัยนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่างกัน มีสถานภาพสมรสต่างกัน และมีระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากเชื้อไวรัสโควิด-19 ที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างที่อยู่อาศัยร่วมกับบุคคลที่มีความเสี่ยง ก็มีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ที่ไม่แตกต่างไปจากกลุ่มตัวอย่างทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = .383, p = .702$)

ตารางที่ 6 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากเชื้อไวรัสโควิด-19 ระหว่างเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และการมีผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ในครอบครัว

เพศ	Mean ± SD	t	p-value
ชาย	4.49 ± .46 ^a	2.643**	.009
หญิง	4.61 ± .40 ^b		
อายุ	Mean ± SD	F	p-value
18 – 29 ปี	4.59 ± .41	1.323	.220
30 – 49 ปี	4.44 ± .52		
50 – 59 ปี	4.45 ± .44		
60 ปีขึ้นไป	4.41 ± .37		
สถานภาพสมรส	Mean ± SD	F	p-value
โสด	4.57 ± .43	1.255	.286
สมรส	4.50 ± .46		
อื่น ๆ (หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่)	4.45 ± .46		
ระดับการศึกษา	Mean ± SD.	F	p-value
ประถมศึกษา	4.45 ± .40	1.109	.214
มัธยมศึกษาตอนต้น	4.47 ± .46		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	4.44 ± .57		
อาชีวศึกษา	4.49 ± .42		
ประกาศนียบัตร	4.44 ± .27		
ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี	4.48 ± .46		
อาชีพ	Mean ± SD	F	p-value
ข้าราชการ	4.71 ± .27 ^b	4.130***	< .001
รัฐวิสาหกิจ	4.53 ± .27 ^b		
ค้าขาย	4.52 ± .50 ^b		
เกษตรกร	4.55 ± .41 ^b		
รับจ้าง	4.35 ± .59 ^a		
นักศึกษา	4.61 ± .36 ^b		
อื่น ๆ	4.30 ± .48 ^a		
การมีผู้ที่มีความเสี่ยงในครอบครัว	Mean ± SD	t	p-value
มี	4.58 ± .34	.383	.702
ไม่มี	4.55 ± .44		

หมายเหตุ: 1 = ไม่ได้ปฏิบัติ, 5 = ปฏิบัติเป็นประจำ. t = t-test. F = One-way ANOVA. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

6. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19

ตารางที่ 7 แสดงผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ทักษะต่อโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโควิด-19 และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Pearson โดยพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .034, p = .493$) อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยพบว่า ทักษะที่มีต่อโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโควิด-19 มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ($r = .503, p = .001$) หรืออาจกล่าวได้ว่า หากกลุ่มตัวอย่างมีทักษะ เช่น ความกลัว ความกังวล และการตระหนักรู้ถึงอันตรายของเชื้อไวรัสโควิดในระดับที่สูง ก็จะทำให้มีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ในระดับที่สูงตามไปด้วย

ตารางที่ 7 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ทักษะที่มีต่อโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโควิด-19 และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19

ตัวแปร	พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19	
	<i>r</i>	<i>p</i> -value
ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19	.034	.493
ทักษะต่อโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโควิด-19	.503***	< .001

หมายเหตุ: *** $p < .001$.

6. การอภิปรายผล

ผลการศึกษาในครั้งนี้ได้บ่งชี้ว่า กลุ่มตัวอย่างประชาชนในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเชื้อไวรัสโควิด-19 อยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในหลาย ๆ ประเทศที่พบว่า ความรู้เฉลี่ยของประชาชนที่มีต่อเชื้อไวรัสโควิด-19 ในปัจจุบันต่างอยู่ในระดับดี (Alhazmi et al., 2020, Reuben et al., 2020, Zhong et al., 2020) อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยเสนอว่า เจ้าหน้าที่และหน่วยงานเกี่ยวข้อง เช่น ข้าราชการ หรือ บุคลากรทางการแพทย์ยังต้องสื่อสารให้ความรู้เกี่ยวกับเชื้อไวรัสโควิด-19 แก่ประชาชนอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะเรื่องเกี่ยวกับการป้องกัน การรักษา และสถานการณ์การแพร่กระจายของเชื้อโควิด 19 ในพื้นที่ นอกจากนี้ ยังต้องทำงานเชิงรุก เช่น การระบุและเข้าถึงกลุ่มเสี่ยงทุกกลุ่ม เพื่อลดโอกาสการแพร่ระบาดและการป่วยในระยะรุนแรงของกลุ่มเสี่ยงเหล่านั้น (Zhang et al., 2020)

สำหรับประเด็นเกี่ยวกับทัศนคติเกี่ยวกับเชื้อไวรัสโควิด-19 ของประชาชนที่อยู่ในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า อยู่ในระดับสูง ซึ่งทัศนคติเหล่านี้มีตั้งแต่ความกลัว ความเครียด ความกังวล และการตระหนักรู้ถึงอันตรายของเชื้อไวรัสโควิด-19 ที่ผลเป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากการที่ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) ได้ให้ข้อมูลข่าวสารทุกช่องทาง ไม่ว่าจะเป็นทางสื่อโทรทัศน์และสื่อโซเชียลต่าง ๆ แก่ประชาชนครอบคลุมทุกด้านและในทุกวัน และยังมีการเน้นย้ำให้ประชาชนมีความเชื่อมั่นต่อการทำงานของรัฐบาลที่พยายามควบคุมการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 (รัฐบาลไทย, 2564) นอกจากนี้ อาจเป็นผลมาจากการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารทั้งที่เป็นความจริงและที่ปลอม (Fake News) เกี่ยวกับเชื้อไวรัสโควิด-19 จำนวนมากผ่านทางสื่อโซเชียลต่าง ๆ ปัจจัยเหล่านี้จึงอาจทำให้ประชาชนในพื้นที่มีทัศนคติต่าง ๆ โดยเฉพาะความกลัว ความเครียด และความวิตกกังวลต่อการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 อยู่ในระดับที่สูง

ด้านพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของประชาชนในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ในภาพรวมพบว่า อยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารจาก ศบค. ที่ได้ให้ข้อมูลทุกวันโดยเฉพาะจำนวนผู้ติดเชื้อและเสียชีวิต และยังมีการเน้นย้ำให้ประชาชนได้เห็นถึงความรุนแรงของโรคที่มีต่อสุขภาพ และอาจทำให้ถึงแก่ชีวิตได้ ปัจจัยนี้อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของประชาชนได้ ผลการศึกษาที่ได้ในครั้งนี้ ยังสอดคล้องและมีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันกับผลการศึกษาในจังหวัดอำนาจเจริญของ บุษณี มุจรินทร์ และคณะ (2563) ที่พบว่าประชาชน ร้อยละ 69.3 มีพฤติกรรมป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 ในระดับดี และยังสอดคล้องกับผลการศึกษาอื่น ๆ ในต่างประเทศ เช่น การศึกษาของ Alhazmi et al. (2020), Azlan et al. (2020) และ Reuben et al. (2020)

ผลการวิเคราะห์สถิติยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 สูงกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ผลการศึกษาที่ได้สอดคล้องกับข้อค้นพบของ Harris and Guten (1979) ที่พบว่า เพศหญิงเป็นเพศที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และเอาใจใส่ต่อสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยมากกว่าเพศชาย

การศึกษานี้ยังพบอีกว่า ผู้ที่มีอาชีพรับจ้างและอาชีพอื่น ๆ จะมีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองต่ำกว่าผู้ที่เป็นข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/ค้าขาย/เกษตรกร/นักศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า กลุ่มอาชีพข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ค้าขาย/เกษตรกร/นักศึกษา เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้มีอาชีพรับจ้างแล้ว จะเป็นกลุ่มที่มีความรู้ มีกำลังทรัพย์ สามารถเข้าถึงช่องทางเพื่อรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพได้ง่าย และยังสามารถตัดสินใจที่จะนำวิธีการต่าง ๆ ที่คิดว่าดีที่สุดและเหมาะสมที่สุดสำหรับตนเองมาปรับใช้เพื่อดูแลส่งเสริมสุขภาพของตนเองในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ยังได้สอดคล้องกับงานวิจัยของ วรณวิมล เมฆวิมล (2553) ที่พบว่า กลุ่มอาชีพข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/พนักงาน/เอกชน มีคะแนนด้าน

พฤติกรรมสุขภาพ แตกต่างจากกลุ่มค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว/เกษตรกรและกลุ่มอาชีพรับจ้าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว/เกษตรกร มีคะแนนด้านพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างจากกลุ่มอาชีพรับจ้าง/พ่อบ้าน/แม่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อนึ่ง การศึกษานี้พบว่า ผู้ที่มีบุคคลเสี่ยงอาศัยอยู่ในครอบครัว และผู้ที่ไม่บุคคลเสี่ยงอาศัยอยู่ในครอบครัว จะมีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาที่ได้นี้ขัดแย้งกับผลการศึกษาในต่างประเทศ เช่น Li et al. (2020) ที่พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโควิด-19 ของกลุ่มผู้ใกล้ชิดผู้ติดเชื้อจะสูงกว่าประชาชนทั่วไปประมาณ 1.48 - 2.25 เท่า

สุดท้าย ผู้วิจัยพบว่า ทักษะคิดของกลุ่มตัวอย่างประชาชนในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี เกี่ยวกับเชื้อไวรัสโควิด-19 มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หรืออาจกล่าวได้ว่า หากประชาชนที่มีทักษะคิดโดยเฉพาะในเรื่องความกลัว ความวิตกกังวล ความเครียด และการตระหนักรู้ถึงภัยอันตรายของเชื้อไวรัสโควิด-19 ในระดับที่สูง ก็จะมีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ในระดับที่สูงตามไปด้วย ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยในหลาย ๆ ประเทศ ดังเช่น การศึกษาของ Al-Hanawi et al. (2020), Hussein et al. (2020) และ Zhong et al. (2020)

7. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากข้อค้นพบที่ได้ในการศึกษานี้ครั้งนี้ ผู้วิจัยเสนอว่า หน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือผู้ที่เกี่ยวข้องในทุกภาคส่วนในจังหวัดอุบลราชธานี ควรให้ความสำคัญกับการให้ความรู้ การควบคุม และการป้องกันเชื้อไวรัสโควิด-19 อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนเกิดความเข้าใจและมีทัศนคติที่ดี ที่เหมาะสม อันจะส่งผลต่อความเคร่งครัดในการปฏิบัติตนในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง หรือที่เรียกว่า “การ์ดไม่ตก”

ผู้วิจัยยังเสนอว่า หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในจังหวัดอุบลราชธานี ควรเร่งให้ความสำคัญและการเข้าถึงกลุ่มประชาชนเพศชาย และ กลุ่มประชาชนผู้ที่มีอาชีพรับจ้างทั่วไปในจังหวัด เนื่องจากการศึกษานี้พบว่า กลุ่มคนเหล่านี้ยังมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองที่ไม่ดีเท่าที่ควร ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเร่งทำงานเชิงรุก โดยการขยายช่องทางการกระจายข้อมูล การพัฒนาชุดความรู้ที่หลากหลายเพื่อให้ประชาชนกลุ่มดังกล่าวสามารถเข้าถึงได้โดยง่าย หรือแม้แต่การเร่งเข้าถึงกลุ่มคนเหล่านี้เพื่อแจกอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด-19

นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังเสนอให้จังหวัดได้สร้างและพัฒนาแพลตฟอร์มข้อมูลสารสนเทศทางด้านสุขภาพ ที่ประชาชนในจังหวัดสามารถเข้าถึงได้ รวมถึงใช้ประโยชน์จากสื่อโซเชียลต่าง ๆ ในการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสาร

ให้ประชาชนทราบโดยทั่วกัน จังหวัดอาจใช้กลไกทางด้านสาธารณสุข เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เพื่อเป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของประชาชนในพื้นที่และโดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงอย่างเพศชาย หรือ ผู้ประกอบอาชีพรับจ้าง และสุดท้าย จังหวัดควรให้ความสำคัญกับการจัดอบรมหลักสูตรพัฒนาผู้นำทางด้านสุขภาพให้กับประชาชนหรือผู้นำชุมชนในพื้นที่ โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างเครือข่ายและจิตอาสาในชุมชนเพื่อพัฒนาสมรรถนะในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19



บรรณานุกรม

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *สถานการณ์ผู้ติดเชื้อโคโรนา 2019*.
<https://ddcportal.ddc.moph.go.th/portal/apps/opsdashboard/index.html#/20f3466e075e45e5946aa87c96e8ad65>.
- เทศบาลนครอุบลราชธานี. (2564). *จำนวนประชากรชาย/หญิง ปี 2563*.
<https://www.cityub.go.th/New2017/index.php/2016-12-14-08-29-54/3081>.
- บุศณี มุจรินทร์, ประเสริฐ ประสมรักษ์ และสำราญ เหล็กงาม. (2563). พฤติกรรมการป้องกันตนเอง ความเครียดและการเผชิญความเครียดในภาวะวิกฤติด้านสุขภาพจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ในจังหวัดอำนาจเจริญ. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 8(6), 413-424.
- ยง ภู่วรรณ. (2563). *ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด 19*. <https://learningcovid.ku.ac.th/course/?c=7&l=2>.
- รัฐบาลไทย. (2564). *ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019*.
<https://www.moicovid.com>.
- วรรณวิมล เมฆวิมล. (2553). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาสาขาวิชาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา*.
- Al-Hanawi, M. K., Angawi, K., Alshareef, N., Qattan, A. M., Helmy, H. Z., Abudawood, Y., ... & Alsharqi, O. (2020). Knowledge, attitude, and practice toward COVID-19 among the public in the Kingdom of Saudi Arabia: A cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, 8, 217.
- Alhazmi, A., Ali, M. H., Mohieldin, A., Aziz, F., Osman, O. B., & Ahmed, W. A. (2020). Knowledge, attitudes and practices among people in Saudi Arabia regarding COVID-19: A cross-sectional study. *J Public Health Res*, 9(3), 345-353.
- Azlan, A. A., Hamzah, M. R., Sem, T. J., Ayub, S. H., & Mohamad, E. (2020). Knowledge, attitudes and practices towards COVID-19: A cross-sectional study in Malaysia. *Plos One*, 15(5), e0233668.
- Becker, M. H. (1974). *The health belief model and personal health behavior*. Slack Thorofare.

- Bloom, B. S. (1964). *Taxonomy of education objective: The classification of educational goals: Handbook II: Affective domain*. David McKay.
- Bloom, B. S., Madaus, G. F., & Hastings, J. T. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. McGraw-Hill.
- Harris, D. M., & Guten, S. (1979). Health protective behavior: An exploratory study. *Journal of Health and Social Behavior*, 1(3), 10-20.
- Hussein, N. R., Naqid, I. A., Jacksi, K., & Abdi, B. A. (2020). Assessment of knowledge, attitudes, and practices toward COVID-19 virus among university students in Kurdistan region, Iraq: Online cross-sectional study. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 9(9), 4809–4814.
- Li, S., Feng, B., Liao, W., & Pan, W. (2020). Internet use, risk awareness, and demographic characteristics associated with engagement in preventive behaviors and testing: Cross-sectional survey on COVID-19 in the United States. *J Med Internet Res*, 22(6), e19782.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory* (2nd ed.). McGraw-Hill.
- Reuben, R. C., Danladi, M. M., Saleh, D. A., & Ejembi, P. E. (2020). Knowledge, attitudes and practices towards COVID-19: An epidemiological survey in North-Central Nigeria. *J Community Health*, 7, 1-14.
- Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. (1977). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. *Tijdschrift voor Onderwijsresearch*, 2(2), 49–60
- Steele, J. L., & McBroom, W. H. (1972). Conceptual and empirical dimensions of health behavior. *Journal of Health and Social Behavior*, 13(4), 382 - 392.
- Taro, Y. (1973). *Statistics: An introductory analysis*. Harper and Row Publications.
- Zhang, M., Zhou, M., Tang, F., Wang, Y., Nie, H., Zhang, L., & You G. (2020). Knowledge, attitude, and practice regarding COVID-19 among healthcare workers in Henan, China. *J Hosp Infect*, 105(2), 183-187.
- Zhong, B. L., Luo, W., Li, H. M., Zhang, Q. Q., Liu, X. G., Li, W. T., & Yi, L. (2020). Knowledge, attitudes, and practices towards COVID-19 among Chinese residents during the rapid rise period of the COVID-19 outbreak: A quick online cross-sectional survey. *Int J Biol Sci*, 16(10), 1745-1752.

ภาคผนวก

ตาราง ก จำนวนและร้อยละของการตอบคำถามเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับเชื้อไวรัสโควิด-19

ข้อความ	ใช่		ไม่ใช่	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. โรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโควิด 19 มีจุดเริ่มต้นการระบาดมาจากประเทศจีน	393	98.30	7	1.80
2. โรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโควิด 19 มีความรุนแรงมาก	391	97.80	9	2.30
3. โรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโควิด 19 เป็นการติดเชื้อไวรัสตระกูลเดียวกับซาร์ส (SARs) และเมอร์ส (MERs) จึงทำให้มีความรุนแรงมาก	376	94.00	24	6.00
4. เชื้อไวรัสโควิด 19 มีระยะฟักตัว 3-14 วัน	397	99.30	3	.80
5. โรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโควิด 19 ทำให้เสียชีวิตได้	392	98.00	8	2.00
6. ไม่ใช่ทุกคนที่ติดเชื้อไวรัสโควิด 19 แล้วจะต้องเข้าสู่ระยะรุนแรง มีเพียงผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง และคนอ้วนที่มีโอกาสจะมีอาการรุนแรง	283	7.80	117	29.30
7. โรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโควิด 19 ติดต่อผ่านทางละอองฝอย จากการสัมผัส น้ำมูก น้ำลาย เวลาไอหรือจามรดกัน	396	99.00	4	1.00
8. โรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโควิด 19 ติดต่อโดยการที่มีสัมผัสสิ่งของที่ปนเปื้อนเชื้อไวรัสโควิด 19 เช่น ธนบัตร โทรศัพท์ กลอนประตู เป็นต้น	390	97.50	10	2.50
9. การใช้มือหยิบอาหารเข้าปากโดยตรงมีโอกาสติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ได้	392	98.00	8	2.00
10. โรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโควิด 19 จะมีไข้หรืออุณหภูมิร่างกายมากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส	395	98.80	5	1.30
11. โรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโควิด 19 มักมีอาการไข้ ไอ เจ็บคอ ไม่มีน้ำมูก หายใจหอบ เหนื่อย	393	98.30	7	1.80
12. โรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโควิด 19 มีอาการคล้ายโรคปอดอักเสบ เช่น หายใจลำบาก หายใจเหนื่อยและทำให้เสียชีวิตได้	397	99.30	3	.80
13. โรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโควิด 19 สามารถแพร่เชื้อจากคนสู่คนได้ และสามารถแพร่เชื้อได้ทันทีแม้ไม่มีอาการ	397	99.30	3	.80
14. ผู้ที่เดินทางกลับจากประเทศกลุ่มเสี่ยง ควรกักตัวเพื่อสังเกตอาการ 14 วัน	399	99.80	1	.30
15. ผู้ที่ใกล้ชิดหรือสัมผัสกับกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสติดเชื้อควรกักตัวเพื่อสังเกตอาการ 14 วัน	399	99.80	1	.30
16. กลุ่มที่ใกล้ชิดกับกลุ่มเสี่ยง จำเป็นต้องหยุดเรียนหรือหยุดงานเพื่อสังเกตอาการและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ	399	99.80	1	.30

ข้อความ	ใช่		ไม่ใช่	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
17. หากมีอาการสงสัยว่าติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ต้องรีบไปตรวจคัดกรองทันที	398	99.50	2	.50
18. การไปอยู่ร่วมกันในสถานที่แออัด เช่น ตลาด ห้างสรรพสินค้า มีโอกาสติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ได้	399	99.80	1	.30

ตารางที่ ข ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทัศนคติต่อเชื้อไวรัสโควิด-19

ทัศนคติต่อเชื้อไวรัสโควิด-19	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับทัศนคติ
1. โรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 เป็นเรื่องไกลตัว	3.53	1.60	ปานกลาง
2. การแพร่ระบาดของโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ทำให้ท่านเกิดความกังวล	4.72	.55	สูง
3. การแพร่ระบาดของโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ทำให้ท่านเกิดความเครียด	4.75	.51	สูง
4. การแพร่ระบาดของโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ทำให้ท่านได้รับผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	4.72	.52	สูง
5. ทุกคนควรตระหนักและมีส่วนรับผิดชอบในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสโควิด 19	4.81	.42	สูง
6. ทุกคนควรให้ความร่วมมือกับหน่วยงานในการดำเนินการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสโควิด 19	4.68	.48	สูง
7. การฉีดวัคซีนจะช่วยลดการแพร่ระบาดของโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสโควิด 19	4.53	.86	สูง
8. พฤติกรรมการป้องกันตนเองมีความสำคัญในการช่วยลดการแพร่ระบาดของโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสโควิด 19	4.79	.48	สูง
ภาพรวม	4.56	.42	สูง

จากตาราง ข พบว่า ทัศนคติต่อโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวม มีค่าเฉลี่ย 4.56 มีทัศนคติอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ประเด็นที่มีทัศนคติโดยเฉลี่ยสูงที่สุด ได้แก่ การตระหนักและมีส่วนรับผิดชอบในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 มีค่าเฉลี่ย 4.81 มีทัศนคติอยู่ในระดับสูง รองลงมาเห็นว่าพฤติกรรมการป้องกันตนเองมีความสำคัญในการช่วยลดการแพร่ระบาดของโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 มีค่าเฉลี่ย 4.79 มีทัศนคติอยู่ในระดับสูง รองลงมาเห็นว่าการแพร่ระบาดของโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ทำให้เกิดความเครียด มี

ค่าเฉลี่ย 4.75 มีทัศนคติอยู่ในระดับสูงและประเด็นที่มีทัศนคติโดยเฉลี่ยต่ำที่สุดเห็นว่าโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 เป็นเรื่องไกลตัว มีค่าเฉลี่ย 3.53 มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง ตามลำดับ

ตาราง ค ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด-19

พฤติกรรมป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับพฤติกรรม
1. ท่านใช้กระดาษทิชชูปิดปากปิดจมูกเมื่อมีอาการไอ จาม	4.16	.99	สูง
2. หากไม่มีกระดาษทิชชู เมื่อไอ จาม ท่านปิดปากปิดจมูกโดยยกแขนและใช้ข้อศอกและต้นแขนปิดปากปิดจมูกแทนการใช้ข้อมือ	4.47	.77	สูง
3. ท่านล้างมือทำความสะอาดด้วยสบู่หลังไอ จาม หรือสั่งน้ำมูก	4.45	.69	สูง
4. ท่านล้างมือด้วยสบู่หลังสัมผัสเงินเหรียญหรือธนบัตร	4.30	.90	สูง
5. ท่านล้างมือทำความสะอาดด้วยสบู่หลังสัมผัสสิ่งรอบตัว เช่น ราวบันได ลูกบิดประตู เป็นต้น	4.26	.91	สูง
6. ท่านล้างมือด้วยสบู่และให้น้ำไหลผ่านอย่างน้อย 20 วินาที	4.35	.89	สูง
7. ท่านล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ความเข้มข้นอย่างน้อย 70% เมื่อต้องออกไปที่สาธารณะ	4.60	.59	สูง
8. ท่านหลีกเลี่ยงการไปในสถานที่ที่มีคนแออัด	4.74	.53	สูง
9. ท่านจะเว้นระยะห่างจากผู้อื่นเมื่ออยู่ในที่สาธารณะ	4.70	.55	สูง
10. หากอยู่ในที่ที่มีคนแออัด ท่านจะใส่หน้ากากอนามัย	4.80	.42	สูง
11. ท่านใส่หน้ากากอนามัยเมื่อป่วย	4.62	.59	สูง
12. ท่านทั้งหน้ากากอนามัยเมื่อใช้แล้ว ใส่ถุงพลาสติกปิดสนิทก่อนทิ้งลงในถังขยะที่มีฝาปิดมิดชิด	4.55	.68	สูง
13. หลังทั้งหน้ากากอนามัยที่ใช้แล้ว ท่านทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจลหรือน้ำและสบู่ทันที	4.37	1.06	สูง
14. ท่านหลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ที่มีการคล้ายไข้หวัด หรืออาการติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง	4.50	.78	สูง
15. ท่านไม่สัมผัสตา จมูก ปาก โดยไม่จำเป็น	4.66	.68	สูง
16. ท่านไม่ใช้ของใช้ร่วมกับผู้อื่น เช่น ผ้าเช็ดมือ แก้วน้ำ และหลอดดูดน้ำ เป็นต้น	4.74	.51	สูง
17. ท่านรับประทานอาหารปรุงสุกที่ผ่านการใช้ความร้อน	4.46	.47	สูง
18. ท่านใช้ช้อนกลางในการรับประทานอาหาร	4.50	.77	สูง

พฤติกรรมป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ พฤติกรรม
19. ท่านงดเดินทางไปยังพื้นที่ที่มีการรายงานว่าเป็นพื้นที่เสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสโควิด 19	4.60	.56	สูง
2. เมื่อพบผู้ที่มีอาการป่วยเป็นไข้หวัด อาการไอ จาม มีน้ำมูก เจ็บคอ ท่านแนะนำให้ไปรักษาที่โรงพยาบาล	4.60	.67	สูง
21. เมื่อมีอาการเจ็บป่วย ท่านนอนแยกห้องกับบุคคลอื่นในบ้าน	4.63	.64	สูง
22. เมื่อมีอาการเจ็บป่วย ท่านไม่ออกไปนอกบ้าน	4.61	.65	สูง
23. เมื่อมีอาการไข้ ไอ จามมีน้ำมูก เจ็บคอท่านจะพบแพทย์ทันที	4.59	.69	สูง
24. ท่านติดตามข่าวสารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 อย่างต่อเนื่อง	4.68	.55	สูง
ภาพรวม	4.55	.44	สูง

จากตาราง ค พบว่า พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโควิด-19 โดยภาพรวมมีพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.55 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า พฤติกรรมทุกประเด็นอยู่ในระดับสูง สำหรับพฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ การหลีกเลี่ยงการไปในสถานที่ที่มีคนแออัด และไม่ใช้ของใช้ร่วมกับผู้อื่น เช่น ผ้าเช็ดมือ แก้วน้ำ และหลอดดูดน้ำ เป็นต้น ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.74 รองลงมา ได้แก่ การเว้นระยะห่างจากผู้อื่นเมื่ออยู่ในที่สาธารณะ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.70 รองลงมา ได้แก่ การติดตามข่าวสารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 อย่างต่อเนื่อง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.68 สำหรับประเด็นพฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ได้แก่ การใช้กระดาษทิชชูปิดปากปิดจมูกเมื่อมีอาการไอ จาม ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.31 ตามลำดับ