

ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19  
ของประชาชน เขตสุขภาพที่ 6  
Study Behavior of people regarding Self-care Prevention  
in face in a crisis Coronavirus 2019 (COVID-19)  
In Health Region 6

โดย

นางฉัตรโฉม      ศิริผล  
นางศิริพร      จริญญาจิรวัฒนา

ศูนย์อนามัยที่ 6  
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

## กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชนเขตสุขภาพที่ 6 สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี จากความร่วมมือในการให้ข้อมูล การสื่อสารประชาสัมพันธ์ การสนับสนุนจากคณะทำงานตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและสาธารณสุขด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมศูนย์อนามัยที่ 6 และอาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัย ทั้งการสนับสนุน ช่วยเหลือด้านองค์ความรู้ คำแนะนำต่าง ๆ ขอขอบคุณผู้บริหารของศูนย์อนามัยที่ 6 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้ง 8 จังหวัด และประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6 ที่ช่วยประชาสัมพันธ์และร่วมมือในการให้ข้อมูลอย่างดียิ่ง

คุณค่าและประโยชน์ที่เกิดจากวิจัยนี้ ผู้วิจัยหวังว่าจะเป็นแนวทางในการเฝ้าระวัง และส่งเสริมสุขภาพ มีพฤติกรรมป้องกันตนเองอย่างดี เพื่อให้สามารถรับมือกับสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19 อันจะเป็นประโยชน์ต่อประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6 ต่อไป

คณะผู้วิจัย

กรกฎาคม 2567

**ชื่อเรื่อง** ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชน เขตสุขภาพที่ 6  
**ผู้วิจัย** นางเฉิดโฉม ศิริผล และนางศิริพร จรียาจิรวัดมา  
**ปีที่ศึกษา** พ.ศ.2567

### บทคัดย่อ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นวิกฤติด้านระบาดวิทยาครั้งใหญ่ของโลก องค์การอนามัยโลก ประกาศเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ โดยเฉพาะเขตสุขภาพที่ 6 ช่วงการระบาดระลอก 2 ถูกประกาศให้เป็นพื้นที่ควบคุมสูงสุดทุกจังหวัด รัฐบาลและผู้เชี่ยวชาญในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ ให้ความรู้และคำแนะนำผ่านช่องทางต่าง ๆ ปัจจุบันยังไม่มีการรักษาเฉพาะ ดังนั้น พฤติกรรมการป้องกันส่วนบุคคลจึงลดอัตราการติดเชื้อ COVID-19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบศึกษาย้อนหลัง (Retrospective analytical research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6 จากสถานการณ์ในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 2) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6 และ 3) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6 ประชากรที่ใช้ศึกษา คือประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ในเขตสุขภาพที่ 6 สุ่มตัวอย่างแบบไม่ใช้ความน่าจะเป็น (Nonprobability sampling) ด้วยวิธี Voluntary sampling รวบรวมข้อมูลทุติยภูมิในระบบฐานข้อมูลออนไลน์ การสำรวจอนามัยโพล ครั้งที่ 1 - 10 (9 พ.ย.2563 - 17 พ.ค.2564) จำนวน 14,988 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในการป้องกัน COVID-19 (อนามัยโพล) ใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยค่าไคสแควร์ และปัจจัยที่ร่วมทำนายผลใช้โดยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก ผลวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยในเขตเทศบาล ร้อยละ 59.1 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.5 อายุระหว่าง 25-44 ปี ร้อยละ 37.8 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี หรือสูงกว่า ร้อยละ 40.7 อาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 37.6 ตอบแบบสำรวจมากที่สุดในการระบาดระลอกที่ 2 ร้อยละ 73.5 มีความรู้สึกกังวลต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19 ระดับปานกลาง ร้อยละ 39.0 มีพฤติกรรมป้องกันครบตามมาตรการ DMHTT เป็นประจำ ร้อยละ 56.1 สวมหน้ากากตลอดเวลา ในที่สาธารณะเป็นประจำมากที่สุด ร้อยละ 95.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองตามมาตรการ DMHTT ครบทั้ง 5 มาตรการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ครั้งที่สำรวจ และความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19 คัดเลือกปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองครบตามมาตรการ DMHTT เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองครบตามมาตรการ DMHTT ภายหลังปรับค่าด้วยปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ครั้งที่สำรวจ และความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19

**คำสำคัญ** : พฤติกรรมการป้องกันตนเองตามมาตรการ DMHTT โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา COVID-19

## Study Behavior of people regarding Self-care Prevention in face in a crisis Coronavirus 2019 (COVID-19) In Health Region 6

Sherdshom Siriphon

Siriporn Jariyajirawattana

Health Promotion Center 6 Chonburi

### Abstract

The Coronavirus Disease 2019 pandemic has represented one of the most significant epidemiological. The World Health Organization declared COVID-19 a Public Health Emergency of International Concern. During the second wave of the outbreak, all provinces within Health Region 6 in Thailand were designated as maximum control zones. The government and public health experts disseminated knowledge and preventive guidelines on social media platforms. There is no specific treatment for COVID-19, individual preventive behaviors are considered an effective means to reduce infection rates. The study aims to 1) examine the self-protective behavior of the population in Health Region 6 during the COVID-19 crisis, 2) investigate the factors associated with this behavior, and 3) explore the factors influencing the behavior during the crisis period. The target population consisted of individuals aged 15 years and older residing in Health Region 6. A non-probability sampling method, specifically voluntary sampling, was used. Secondary data were obtained from the online database of the Anamai Poll Surveys 1–10, conducted between 9 November 2020 - 17 May 2021, comprising a total of 14,988 respondents. The research instrument was a standardized health behavior survey questionnaire focused on COVID-19 prevention. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square tests for identifying associations, and logistic regression for predictive modeling. The findings revealed that most respondents lived in municipal areas (59.1%), were female (81.5%), aged between 25–44 years (37.8%), held a bachelor's degree or higher (40.7%), and worked in government or state enterprises (37.6%). The majority of responses were collected during the second outbreak wave (73.5%). Approximately 39.0% of respondents expressed moderate concern about the COVID-19 situation. Regarding preventive practices, 56.1% reported consistently adhering to all DMHTT measures, with mask-wearing in public being the most frequently observed behavior (95.2%). Statistically significant factors associated with complete adherence to the five DMHTT measures ( $p < 0.05$ ) included gender, age, educational level, occupation, survey round, and perceived severity of the COVID-19 situation. After controlling for other variables,

these factors remained significant predictors of full compliance with DMHTT self-protection practices.

**Keywords:** Self-protection behaviors in accordance with the DMHTT measures, Corona Virus Disease, COVID-19

## สารบัญ

บทที่	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ	ข
สารบัญ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ซ
บทที่	
1 <b>บทนำ</b>	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	2
สมมติฐานการวิจัย	3
ขอบเขตของการวิจัย	3
ตัวแปรที่ศึกษา	3
นิยามศัพท์เฉพาะ	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
กรอบแนวคิด	5
2 <b>ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง</b>	6
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	6
แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับประชากรศาสตร์	8
แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ	9
แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล (Anxiety)	10
มาตรการ DMHTT	14
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	15
3 <b>วิธีดำเนินการวิจัย</b>	24
รูปแบบการวิจัย	24
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	24
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	25
วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล	25

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่		หน้า
	การวิเคราะห์ข้อมูล	27
	การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	27
<b>4</b>	<b>ผลการศึกษา</b>	<b>29</b>
	ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป	29
	ส่วนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6	31
	ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญ ภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6	32
	ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6	45
<b>5</b>	<b>สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ</b>	<b>55</b>
	สรุปผลการวิจัย	55
	อภิปรายผล	61
	ข้อเสนอแนะ	63
	<b>บรรณานุกรม</b>	<b>65</b>
	<b>ภาคผนวก</b>	<b>72</b>
	ภาคผนวก ก	73



## สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
3.1	กรอบแนวคิด	5
2.1	ขั้นตอนของการเกิดความวิตกกังวล	13

## บทที่ 1

### บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นวิกฤติด้านระบาดวิทยาครั้งใหญ่ของโลก ได้ส่งผลให้มีผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจำนวนมาก องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้ประกาศให้การระบาดของโรคดังกล่าวเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public health emergency of international concern: PHEIC)<sup>1</sup> จากสถิติเมื่อ วันที่ 15 เมษายน 2563 ประชากรทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อ 1,982,939 คน และตาย 126,761 คน โดย 5 ลำดับแรกของประเทศที่มีผู้ติดเชื้อสูงสุด ได้แก่ ประเทศสหรัฐอเมริกา (609,516 คน) เป็นอันดับหนึ่ง ตามด้วยสเปน (174,060 คน) อิตาลี (162,488 คน) เยอรมัน (132,362 คน) และฝรั่งเศส (131,362 คน) ตามลำดับ<sup>2</sup> เมื่อเผชิญกับการระบาดใหญ่ของ COVID-19 ทั่วโลก มีการใช้มาตรการป้องกันต่าง ๆ เพื่อป้องกันการระบาดและการแพร่กระจายของโรค การแยกชุมชน การปิดเมืองปิดประเทศดำเนินการโดยรัฐบาลในหลายประเทศ<sup>3</sup> นอกจากนี้ รัฐบาลและผู้เชี่ยวชาญในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อได้ดำเนินการให้ความรู้ด้านสุขภาพและคำแนะนำด้านพฤติกรรมผ่านช่องทางต่าง ๆ<sup>4</sup> ปัจจุบันยังไม่มีการรักษาเฉพาะสำหรับโรค COVID-19 กระบวนการให้วัคซีนแก่ประชาชนเพื่อต่อต้านโรค COVID-19 ได้ดำเนินการในทุกประเทศ แต่ปัญหาของการคงอยู่ของภูมิคุ้มกันยังไม่เป็นที่แน่ชัด ที่สำคัญผู้เชี่ยวชาญแนะนำให้ใช้วิธีการป้องกันส่วนบุคคล รวมถึงผู้ที่ได้รับการฉีดวัคซีนด้วย ดังนั้น พฤติกรรมการป้องกันส่วนบุคคลจึงเป็นอาวุธที่มีประสิทธิภาพและรวดเร็วที่สุดในการลดอัตราการติดเชื้อ COVID-19<sup>3</sup>

การป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดให้ได้ผล แต่ละประเทศได้มีการประกาศมาตรการต่าง ๆ ออกมาบังคับใช้ และจากผลการสำรวจมาตรการป้องกันการติดเชื้อของประชาชนในประเทศต่าง ๆ พบว่า ประชาชนในฮ่องกง จีน<sup>5</sup> และเกาหลีใต้<sup>6</sup> สวมหน้ากากมากกว่าร้อยละ 98 ในอิตาลีหลีกเลี่ยงสถานที่แออัด ร้อยละ 99<sup>7</sup> ในเยอรมนียกเลิกกิจกรรมทางสังคมร้อยละ 97<sup>7</sup> เนเธอร์แลนด์และเยอรมนีมีการล้างมือด้วยเจลล้างมือร้อยละ 28.3 และ 47 ตามลำดับ<sup>7</sup> ในเกาหลีใต้หลีกเลี่ยงสถานที่แออัดร้อยละ 41.5<sup>6</sup> ในอิตาลีมีมาตรการให้เด็กอยู่บ้าน ร้อยละ 60.6<sup>7</sup> และในอิหร่านหลีกเลี่ยงการสัมผัสหน้าร้อยละ 33.5<sup>8</sup> จากการทบทวนงานวิจัย พบว่า เพศ อายุ การศึกษา ช่วงเวลาการระบาด และความวิตกกังวลต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>9,10,11,12</sup>

ประเทศไทย พบผู้ป่วยต้องสงสัยรายแรกเมื่อ วันที่ 21 มกราคม พ.ศ. 2563 เป็นนักท่องเที่ยวหญิงชาวจีน ณ วันที่ 8 เมษายน 2563 พบอัตราการติดเชื้อในประเทศไทย จำนวน 2,369 คน มีผู้เสียชีวิตจำนวน 30 คน<sup>7</sup> การระบาดระลอก 2 เริ่มช่วงปลายเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 จำนวนผู้ติดเชื้อมีจำนวนมากกว่าระลอกแรก และมีการแพร่ระบาดในหลายจังหวัด<sup>13</sup> การระบาดระลอก 3 มีการติดเชื้อเพิ่มขึ้นตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2564 เมื่อเปรียบเทียบสถานการณ์การแพร่ระบาดที่เกิดขึ้นในระลอกที่ 1-3 พบว่า การแพร่ระบาดในระลอก 3 มีความรุนแรงมากกว่า โดยการระบาดระลอก 1 เกิดขึ้นระหว่างวันที่ 18 มีนาคม – 7 เมษายน 2563

และลดลงอย่างมีนัยสำคัญในวันที่ 12 เมษายน 2563 รวมเป็นเวลา 25 วัน โดยมีจุดสูงสุดอยู่ที่การติดเชื้อต่อวันที่ 188 ราย สำหรับการแพร่ระบาดระลอก 2 เกิดขึ้นเป็นเวลา 103 วัน และมีจำนวนผู้ติดเชื้อรายวันสูงสุดที่ 959 ราย แต่สำหรับการแพร่ระบาดในระลอก 3 เกิดขึ้นตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน - 20 พฤษภาคม 2564 ยังคงมีจำนวนผู้ติดเชื้อในระดับสูง โดยตัวเลขผู้ติดเชื้อรายวันสูงสุดอยู่ที่ 9,635 ราย<sup>14</sup>

การระบาดของ COVID-19 ส่งผลกระทบต่อกระบวนการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนแห่งสหประชาชาติ (Sustainable Development Goals: SDGs) ทั้ง 13 เป้าหมาย เช่น หลายโรงเรียนต้องถูกปิดกิจกรรมทางเศรษฐกิจหยุดชะงัก รายได้ลดลง บางอาชีพว่างงาน (United Nations Industrial Development Organization, 2020) ซึ่งส่งผลกระทบในวงกว้าง ทั้งทางด้าน สุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม<sup>15</sup> และในส่วนของผลกระทบของโรค COVID-19 ในประเทศไทยทั้ง 3 ระลอก ตั้งแต่ปลายปี 2562 จนถึงเดือนเมษายน 2564 ก่อให้เกิดความกังวลกับประชาชน ทั้งความกังวลจากการติดเชื้อ และกังวลจากผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมที่จะตามมา โดยเฉพาะภาคตะวันออกเป็นพื้นที่ที่พบการระบาดของโรค COVID-19 ค่อนข้างสูงและในช่วงการระบาดระลอก 2 ถูกประกาศให้เป็นพื้นที่ควบคุมสูงสุดหรือพื้นที่สีแดงทุกจังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี สระแก้ว สมุทรปราการ จันทบุรี ชลบุรี ตราด ระยอง เป็นพื้นที่ในเขตรับผิดชอบของเขตสุขภาพที่ 6 ทั้ง 8 จังหวัด ประกอบกับเป็นแหล่งเศรษฐกิจที่สำคัญของประเทศ รองลงมาจากกรุงเทพมหานคร และภาคกลาง ซึ่งมีพื้นที่สำคัญคือ เขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (EEC) เป็นเขตพื้นที่ที่มีศักยภาพด้านเศรษฐกิจ โดยเฉพาะเป็นเขตอุตสาหกรรมหลักของประเทศ การขนส่ง การค้า และการลงทุน<sup>16</sup> และเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ (SEZ) ในจังหวัดสระแก้วและตราด เป็นพื้นที่พัฒนาเพื่อเชื่อมโยงประชาคมอาเซียนในประเทศเพื่อนบ้าน ในมิติของเศรษฐกิจ สังคม และการคมนาคมขนส่ง<sup>17</sup>

จากข้อมูลดังกล่าวศูนย์อนามัยที่ 6 จึงสนใจศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชน เขตสุขภาพที่ 6 เพื่อศึกษาสถานการณ์พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเอง และนำข้อมูลจากการศึกษารังนี้ไปพัฒนาและส่งเสริมมาตรการอื่น ๆ ต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6 จากสถานการณ์ในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6

### สมมติฐานการวิจัย

1. ที่ตั้งที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19
2. ที่ตั้งที่อยู่อาศัยมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19
3. เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19
4. เพศมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19
5. อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19
6. อายุมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19
7. ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19
8. ระดับการศึกษามีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19
9. อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19
10. อาชีพมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19
11. ครั้งที่สำรวจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19
12. ครั้งที่สำรวจมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19
13. ความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19
14. ความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19 มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบศึกษาย้อนหลัง (Retrospective analytical research) ระยะเวลาที่ดำเนินการ 9 พฤศจิกายน 2563 – 17 พฤษภาคม 2564 เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองและศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6

### ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรต้น ได้แก่ ที่ตั้งที่อยู่อาศัย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ครั้งที่สำรวจ ความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 และพฤติกรรมการป้องกันตนเองตามมาตรการ DMHTT ประกอบด้วย การสวมหน้ากากตลอดเวลาในที่สาธารณะ การล้างมือด้วยสบู่และน้ำ หรือแอลกอฮอล์ การรักษาระยะห่างและใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุด ตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรอง และการลงทะเบียน “ไทยชนะ” หรือบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ

ตัวแปรตาม คือ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19

## นิยามศัพท์เฉพาะ

1. DMHTT หมายถึง แนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ COVID-19 สำหรับประชาชนทั่วไป<sup>18</sup> จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย

- 1) Distancing ออกจากบ้านเมื่อจำเป็นเท่านั้น หากออกนอกบ้านให้เว้นระยะห่าง
- 2) Mask Wearing การสวมหน้ากากผ้า หรือหน้ากากอนามัย
- 3) Hand Washing การหมั่นล้างมือบ่อย ๆ
- 4) Testing ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายสม่ำเสมอ
- 5) Thai Cha na สแกนแอปไทยชนะ

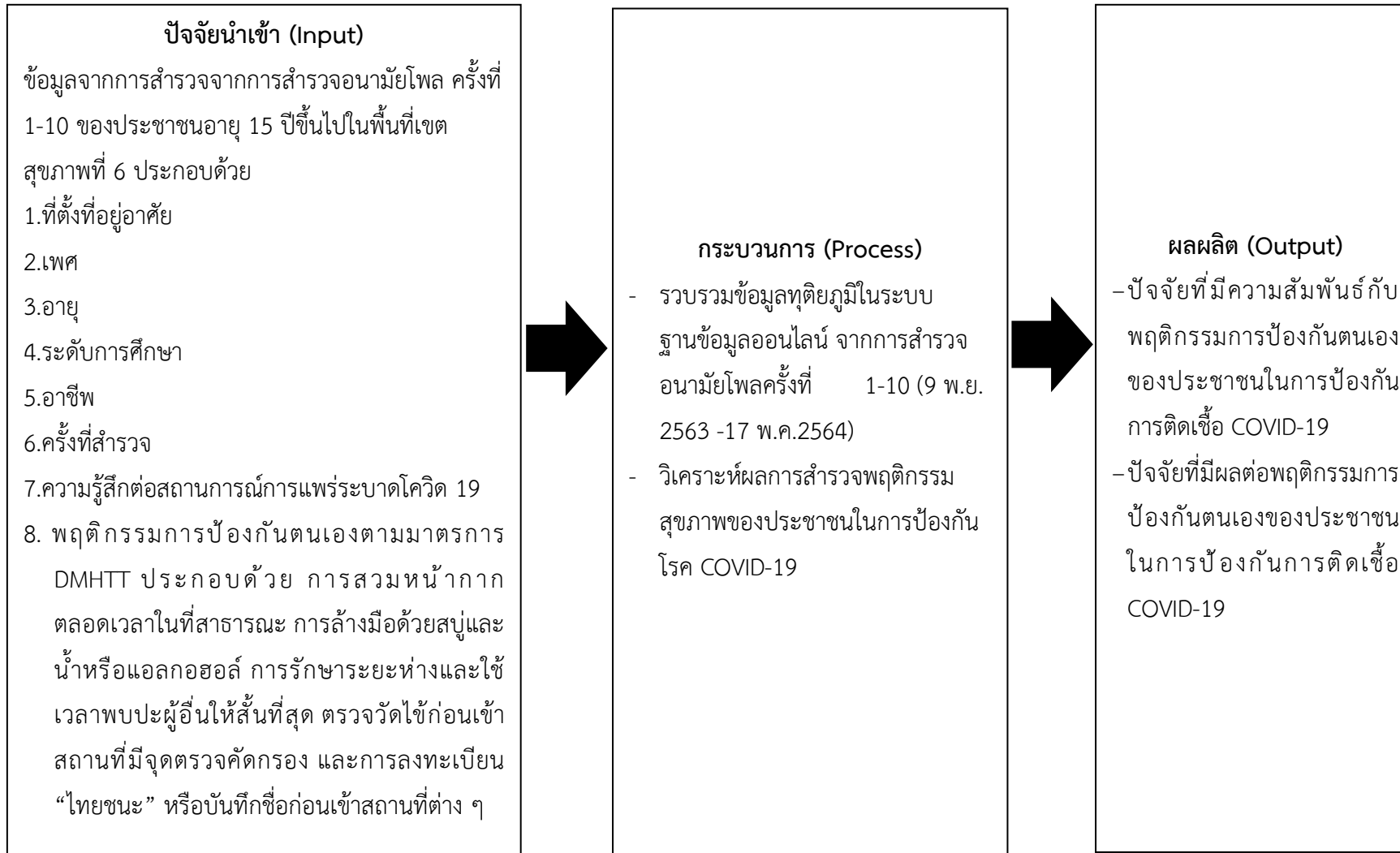
2. ความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 คือ การที่บุคคลรับรู้ และประเมินจากสิ่งกระตุ้นที่มาคุกคามว่าจะเป็อันตรายต่อตน จนทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ เครียด หวาดหวั่น วิตก กังวลกลัว จนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม จนมีผลกระทบต่อตนเองและคนรอบข้าง โดยแบ่งระดับความรู้สึกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ เฉยๆ กังวลเล็กน้อย กังวลปานกลาง และกังวลมาก

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19

2. นำผลการศึกษามาวางแผน กำหนดนโยบาย เพื่อการขับเคลื่อนความรู้ด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนเขตสุขภาพที่ 6 ให้ตรงกับกลุ่มเป้าหมาย

## กรอบแนวคิด



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิด

## บทที่ 2

### ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาพฤติกรรมกำบังตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชน เขตสุขภาพที่ 6 ครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาดังนี้

1. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
2. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับประชากรศาสตร์
3. แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ
4. แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล
5. มาตรการ DMHTT
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus Disease 2019; COVID-19) เป็นโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจที่เกิดจากเชื้อไวรัส Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) ไวรัส SARS-CoV-2 จัดอยู่ในตระกูลของเชื้อไวรัสโคโรนา ซึ่งประกอบด้วยเชื้อไวรัสโคโรนาหลายชนิดที่ก่อโรคในคนได้ตั้งแต่โรคหวัดธรรมดา เช่น Coronavirus OC43 HKU1 และ 229E เป็นชนิดที่ก่อโรคหวัด (common cold) แต่อาจก่อโรคทางเดินหายใจส่วนล่างรุนแรงได้ในกลุ่มผู้ป่วยเด็กเล็กหรือผู้สูงอายุ ส่วนไวรัส Coronavirus NL63 เป็นเชื้อที่มักก่อโรคหลอดลมฝอยอักเสบ (bronchiolitis) ในเด็ก จนถึงเชื้อที่สามารถก่อโรคทางเดินหายใจรุนแรง เช่น เชื้อไวรัสโคโรนาที่ก่อโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง Middle East Respiratory Syndrome (MERS-CoV) หรือเชื้อไวรัสโคโรนาที่ก่อโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง สำหรับเชื้อไวรัสโคโรนาชนิดใหม่ที่ไม่เคยค้นพบมาก่อนว่าก่อโรคในมนุษย์ในระยะแรก จะเรียกชื่อว่าเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (a novel corona virus) จนกว่าจะมีการตั้งชื่ออย่างเป็นทางการ ซึ่งเชื้อไวรัสที่ก่อโรค COVID-19 แรกเริ่มนั้นพบที่เมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2562 ในระยะแรกมีชื่อเรียกว่าเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ต่อมาเมื่อวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2563 องค์การอนามัยโลกได้ตั้งชื่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาที่เกิดขึ้นใหม่นี้ว่า Corona virus disease 2019 (WHO, 2020) เชื้อไวรัส COVID-19 สามารถแพร่กระจายจากคนสู่คนผ่านทางไอ จาม สัมผัสโดยตรงกับสารคัดหลั่ง เช่น น้ำมูก น้ำลายของคน ผู้ติดเชื้อจะมีอาการหลายแบบตั้งแต่ติดเชื้อไม่มีอาการ อาการเล็กน้อยคล้ายเป็นไข้หวัดธรรมดา อาการปานกลางเป็นปอดอักเสบ และอาการรุนแรงมากจนอาจเสียชีวิต<sup>19</sup>

##### 1.1 สถานการณ์การแพร่ระบาด

จากสถิติเมื่อวันที่ 15 เมษายน พ.ศ. 2563 ประชากรทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อ 1,982,939 คน และเสียชีวิต 126,761 คน โดย 5 ลำดับแรกของประเทศที่มีผู้ติดเชื้อสูงสุด ได้แก่ ประเทศสหรัฐอเมริกา (609,516 คน) สเปน (174,060 คน) อิตาลี (162,488 คน) เยอรมัน (132,362 คน) และฝรั่งเศส (131,362 คน)

และเมื่อพิจารณา 5 ลำดับแรกของประเทศที่มีจำนวนผู้เสียชีวิตมากที่สุด ได้แก่ สหรัฐอเมริกา (26,057 คน) อิตาลี (21,067 คน) สเปน (18,255 คน) ฝรั่งเศส (15,750 คน) สหราชอาณาจักร (12,129 คน) ตามลำดับ<sup>2</sup>

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เกิดขึ้นอย่างกว้างขวางในหลายประเทศทั่วโลก องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern) เมื่อวันที่ 30 มกราคม 2563 และแนะนำทุกประเทศให้เร่งรัดการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค สำหรับประเทศไทยได้มีมาตรการในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค ตั้งแต่เริ่มพบการระบาดในประเทศจีน ตรวจพบผู้ป่วยรายแรกเป็นผู้เดินทางจากประเทศจีนในวันที่ 8 มกราคม 2563 ได้รับการตรวจยืนยันผลและแถลงสถานการณ์เมื่อวันที่ 14 มกราคม 2563 ผู้ป่วยช่วงแรกเป็นผู้เดินทางจากพื้นที่เสี่ยง การขยายพื้นที่ระบาดในต่างประเทศเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับผู้ติดเชื้อจากการเดินทางไปยังพื้นที่ระบาด อาจมีอาการเล็กน้อยทำให้ไม่มีการตรวจหาการติดเชื้อ การพบผู้ป่วยกลุ่มถัดมา คือ ผู้ประกอบอาชีพสัมผัสกับนักท่องเที่ยว จากนั้นพบการติดเชื้อในกลุ่มนักท่องเที่ยวไทยที่นิยมไปกินดื่ม การระบาดที่เป็นกลุ่มก้อนใหญ่ คือ การระบาดในสนามมวยลุมพินี สนามมวยราชดำเนิน ซึ่งทำให้มีผู้ติดเชื้อจำนวนมากขึ้นอย่างรวดเร็ว จนต้องมีการประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus Disease 2019 หรือ COVID-19) เป็นโรคติดต่ออันตราย ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 เมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2563<sup>20</sup>

การระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 รอบแรกในประเทศไทย พบผู้ป่วยต้องสงสัยรายแรกเมื่อวันที่ 21 มกราคม 2563 เป็นนักท่องเที่ยวหญิงชาวจีนอายุ 74 ปี ซึ่งเดินทางมาถึงกรุงเทพมหานครโดยเที่ยวบินจากนครอู่ฮั่น เมืองหลวงของมณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน และ วันที่ 8 เมษายน 2563 พบอัตราการติดเชื้อในประเทศไทย จำนวน 2,369 คน มีผู้เสียชีวิต 30 คน<sup>21</sup> และจากสถิติ เมื่อวันที่ 22 เมษายน 2563 ประเทศไทยมีการระบาดและมีจำนวนผู้ติดเชื้อ COVID-19 จำนวน 2,826 คน จำนวนผู้รักษาหาย 2,352 คน คิดเป็นร้อยละ 83.2 จัดอยู่ในลำดับที่ 2 ของโลกรองจากประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน<sup>22</sup>

ส่วนการระบาดระลอก 2 ในประเทศไทยนั้น เริ่มช่วงปลายเดือนธันวาคม พ.ศ.2563 โดยพบหญิงไทย อายุ 67 ปี อาชีพค้าขายที่ตลาดกลางกุ้ง ตำบลมหาชัย อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร ติดเชื้อโดยไม่มีประวัติการเดินทางออกนอกประเทศ ซึ่งคาดว่าเป็นการติดเชื้อจากแรงงานชาวจีนมาในตลาดกุ้ง ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีแรงงานชาวจีนมาอาศัยอยู่อย่างหนาแน่น โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร ได้ลงพื้นที่เพื่อทำการตรวจเชิงรุก (active case finding) และพบว่าผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่ไม่มีอาการในกลุ่มแรงงานชาวจีนมาเป็นจำนวนมาก โดยการระบาดระลอก 2 นี้มีความต่างจากการระบาดระลอกแรกในหลายด้าน เช่น จำนวนผู้ติดเชื้อมีจำนวนมากกว่า มีการกระจายไปหลายจังหวัด<sup>13</sup> สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ได้กลับมาแพร่ระบาดอย่างกว้างขวางอีกครั้งเป็นระลอกที่สาม ซึ่งเริ่มมีสถิติการติดเชื้อที่เพิ่มขึ้นตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2564 จากเหตุการณ์การแพร่ระบาดในผับเขตทองหล่อ และเป็นช่วงเวลาเดียวกันกับการแพร่ระบาดระลอก 2 ซึ่งเกิดขึ้นจากการแพร่ระบาดของโรคในกลุ่มแรงงานต่างด้าว ในช่วงระหว่างวันที่ 19 ธันวาคม 2563 - 1 เมษายน 2564

เมื่อเปรียบเทียบสถานการณ์การแพร่ระบาดที่เกิดขึ้นในระลอก 3 เทียบกับระลอก 1 และ 2 จะพบว่าการแพร่ระบาดในระลอก 3 จะมีความรุนแรงที่มากกว่าอย่างมาก โดยในระลอก 1 นั้น เกิดขึ้นในระหว่างช่วงวันที่ 18 มีนาคม – 7 เมษายน 2563 และลดลงอย่างมีนัยสำคัญในวันที่ 12 เมษายน 2563 รวมเป็นเวลา 25 วัน โดยมีจุดสูงสุดอยู่ที่การติดเชื้อต่อวันที่ 188 ราย สำหรับการแพร่ระบาดระลอก 2 เกิดขึ้นเป็นเวลา 103 วัน และมีจำนวนผู้ติดเชื้อรายวันสูงสุดที่ 959 ราย ส่วนการแพร่ระบาดในระลอก 3 เกิดขึ้นตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน - 20 พฤษภาคม 2564 จำนวน 50 วัน ก็ยังคงมีจำนวนผู้ติดเชื้อในระดับสูง โดยตัวเลขผู้ติดเชื้อรายวันสูงสุดอยู่ที่ 9,635 ราย ในขณะที่จำนวนผู้ติดเชื้อ ณ วันที่ 20 พฤษภาคม 2564 ยังอยู่ที่ 2,636 ราย<sup>14</sup>

## 2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับประชากรศาสตร์

ลักษณะทางประชากรศาสตร์หมายถึง ข้อมูล เกี่ยวกับตัวบุคคล เช่น อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ รายได้ ศาสนา และเชื้อชาติซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งโดยทั่วไปแล้วใช้เป็นลักษณะพื้นฐานที่นักการตลาดมักจะนำมาพิจารณาสำหรับการแบ่งส่วนตลาด (Market Segmentation) โดยนำมาเชื่อมโยงกับความต้องการ ความชอบ และอัตราการใช้จ่ายสินค้าของผู้บริโภค เพราะคนที่มีลักษณะประชากรศาสตร์ ต่างกันจะมีลักษณะทางจิตวิทยาต่างกัน โดยวิเคราะห์จากปัจจัย ดังนี้<sup>23,24</sup>

เพศ ความแตกต่างทางเพศ ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมของการติดต่อสื่อสารต่างกัน คือ เพศหญิงมีแนวโน้มมีความต้องการที่จะส่งและรับข่าวสารมากกว่าเพศชาย ในขณะที่เพศชายไม่ได้มีความต้องการที่จะส่งและรับข่าวสารเพียงอย่างเดียวเท่านั้น แต่มีความต้องการที่จะสร้างความสัมพันธ์อันดีให้เกิดขึ้นจากการรับและส่งข่าวสารนั้นด้วย นอกจากนี้เพศหญิงและเพศชายมีความแตกต่างกันอย่างมากในเรื่องความคิด ค่านิยม และทัศนคติ ทั้งนี้เพราะวัฒนธรรมและสังคม กำหนดบทบาทและกิจกรรมของคนสองเพศไว้ต่างกัน

อายุ เป็นปัจจัยที่ทำให้คนมีความแตกต่างกันในเรื่องของความคิดและพฤติกรรม คนที่อายุน้อยมักจะมีความคิดเสรีนิยมยึดถืออุดมการณ์ และมองโลกในแง่ดีมากกว่าคนที่อายุมาก ในขณะที่คนที่อายุมากมักจะมีความคิดที่อนุรักษ์นิยม ยึดถือการปฏิบัติ ระมัดระวัง มองโลกในแง่ร้ายกว่าคนที่อายุน้อย เนื่องมาจากผ่านประสบการณ์ชีวิตที่แตกต่างกัน ลักษณะการใช้สื่อมวลชนก็ต่างกัน คนที่มีอายุมากมักจะใช้สื่อเพื่อแสวงหาข่าวสารหนัก ๆ มากกว่าความบันเทิง

การศึกษา เป็นปัจจัยที่ทำให้คนมีความคิด ค่านิยม ทัศนคติ และพฤติกรรมแตกต่างกัน คนที่มีการศึกษาสูงจะได้เปรียบอย่างมากในการเป็นผู้รับสารที่ดี เพราะเป็นผู้มีความกว้างขวางและเข้าใจสารได้ดี แต่จะเป็นคนที่ไม่เชื่ออะไรง่าย ๆ ถ้าไม่มีหลักฐานหรือเหตุผลเพียงพอ

สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ หมายถึง ตำแหน่ง อาชีพ รายได้ และสถานภาพทางสังคมของบุคคลมีอิทธิพลอย่างสำคัญต่อปฏิกิริยาของผู้รับสารที่มีต่อผู้ส่งสาร เพราะแต่ละคนมีวัฒนธรรม ประสบการณ์ ทัศนคติ ค่านิยมและเป้าหมายที่ต่างกันทฤษฎีความแตกต่างระหว่างปัจเจกบุคคล

### 3. แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ

#### 3.1 ความหมายเกี่ยวกับพฤติกรรม

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำ การปฏิบัติ การแสดงออก และท่าทีที่จะกระทำ ซึ่งจะก่อให้เกิดผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพของตนเอง ครอบครัวหรือชุมชน ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพสามารถจำแนกออกได้เป็น 2 ลักษณะด้วยกัน คือ<sup>25</sup>

ลักษณะที่ 1 เป็นการกระทำ (Action) ได้แก่ การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ

ลักษณะที่ 2 เป็นการไม่กระทำ (Non Action) ได้แก่ การงดเว้นไม่กระทำ หรือไม่ปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดีหรือผลเสีย

#### 3.2 ความสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพ

ความสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพ โดยแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้<sup>25</sup>

3.2.1 พฤติกรรมสุขภาพมีความสำคัญต่อปัญหาสาธารณสุข ประกอบด้วย 2 ลักษณะด้วยกัน คือ

3.2.1.1 พฤติกรรมสุขภาพ เป็นปัจจัยโดยตรงของปัญหาสาธารณสุข กล่าวคือ การที่บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสม แล้วทำให้ตนเอง ครอบครัว หรือบุคคลอื่น ๆ ในชุมชน เจ็บป่วย บาดเจ็บ เสียชีวิต หรือมีสุขภาพที่ไม่ดี ทำให้เกิดปัญหาสาธารณสุข

3.2.1.2 พฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญของการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข กล่าวคือ ในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข จำเป็นต้องใช้พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของบุคคลต่าง ๆ ซึ่งจะทำให้บุคคลนั้น ๆ เอง บุคคลอื่น ๆ ในครอบครัว หรือบุคคลอื่น ๆ ในชุมชน มีสุขภาพที่ดีไม่เจ็บป่วย บาดเจ็บ พิการ หรือเสียชีวิต ด้วยโรคต่าง ๆ ที่สามารถป้องกันได้

3.2.2 พฤติกรรมสุขภาพมีความสำคัญเพราะมีผลกระทบโดยตรงต่อปัญหาสุขภาพ ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

3.2.2.1 การที่บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสม เป็นสาเหตุโดยตรงของการเจ็บป่วยของบุคคลนั้น ๆ เอง หรือเป็นสาเหตุโดยตรงของการเจ็บป่วยของบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัว รวมทั้งเป็นสาเหตุโดยตรงของการเจ็บป่วยของบุคคลอื่น ๆ ในชุมชนด้วย

3.2.2.2 เมื่อบุคคลเจ็บป่วยด้วยโรคอะไรก็ตามแล้วตัวบุคคลนั้นเองหรือบุคคลอื่นในครอบครัวให้การดูแลรักษาพยาบาลที่ไม่ถูกต้อง ก็จะทำให้การเจ็บป่วยนั้นรุนแรงขึ้น หรือเสียชีวิตได้ เช่น การซื้อยามารับประทานเองโดยไม่รู้แน่ชัดว่าป่วยเป็นโรคอะไร หรือเมื่อแพทย์ให้ยามารักษาแล้วแต่ไม่ได้รับประทานยาให้ถูกต้องและครบถ้วนก็จะทำให้โรคไม่หาย และในบางครั้งหรือในบางโรคก็จะทำให้เกิดการติดยาของเชื้อโรคด้วย เป็นต้น

3.2.2.3 การแก้ไขสุขภาพของแต่ละบุคคล แต่ละครอบครัวและแต่ละชุมชน ต้องอาศัยการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องของบุคคลต่าง ๆ เป็นสำคัญ

### 3.3 ระดับของพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพเป็นผลมาจากปฏิกิริยาการเรียนรู้ภายในตัวบุคคล (Internalization) ซึ่งมีระดับการเรียนรู้ในแต่ละเรื่องแตกต่างกันไปแล้วแต่กรณี ผลการเรียนรู้ที่แสดงออกเป็นพฤติกรรมสุขภาพมีอยู่ 3 ระดับด้วยกัน คือ<sup>25</sup>

3.3.1 การเรียนรู้ที่ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพตามกฎหมายและกฎระเบียบข้อบังคับต่าง ๆ รวมทั้งเงื่อนไขต่าง ๆ โดยทั่วไปแล้ว การเรียนรู้ในระดับนี้เป็นระดับต่ำสุดของพฤติกรรมสุขภาพที่จะเป็นผลดีต่อสุขภาพ การเรียนรู้เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพในระดับนี้ อาศัยเพียงองค์ความรู้ที่มีอยู่หรือที่เกิดขึ้นจากสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งเร้า ตามเนื้อหาสาระที่ต้องการให้เกิดการกระทำของบุคคลใดบุคคลหนึ่งเท่านั้น

3.3.2 การเรียนรู้ที่ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพ ตามคำแนะนำหรือตามทิศทางของการพัฒนาสุขภาพของตนเอง ครอบครัว หรือชุมชนอย่างยั่งยืน การที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพในระดับนี้ได้จำเป็นที่จะต้องทำให้บุคคลนั้นเกิดเจตคติขึ้นเสียก่อน

3.3.3 การเรียนรู้ที่ทำให้บุคคลมีค่านิยมทางสุขภาพที่ถูกต้อง สำหรับตนเองและครอบครัว ซึ่งต้องอาศัยการเรียนรู้อย่างลึกซึ้ง จนเกิดความตระหนักในปัญหาสุขภาพ และการแก้ไขปัญหาสุขภาพของตนเอง ของครอบครัวและของชุมชนได้ตลอดไป

จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพมีความสำคัญมาก เพราะเกี่ยวข้องกับทุกหน่วยงาน ทุกองค์กรของประเทศ และมีผลต่อการพัฒนาประเทศให้มั่นคง ดังนั้น ถ้าบุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและถูกต้อง จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีสุขภาพดี เมื่อบุคคลมีสุขภาพดี จะส่งผลให้ครอบครัว ชุมชน และสังคมมีสุขภาพดีด้วย

พฤติกรรมสุขภาพ เป็นการจัดกิจกรรมหรือปฏิกิริยาใด ๆ ของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งสามารถวัดได้ ระบุได้และทดสอบได้ พฤติกรรมสุขภาพนั้น มีปัจจัยหลายอย่างที่เป็นตัวกำหนด พฤติกรรมสุขภาพของบุคคล เพราะฉะนั้นการที่จะทำให้คนเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีได้นั้น จะต้องแก้ไขที่ต้นเหตุของการเกิดพฤติกรรม ไม่ใช่แก้ที่ปลายเหตุ เพราะผลที่เกิดขึ้น เช่น วิธีการแก้ปัญหาสาธารณสุข โดยใช้กฎหมายบังคับเป็นวิธีแก้ปัญหาที่ปลายเหตุ จะได้ผลในช่วงระยะสั้น ๆ เท่านั้น การบังคับจะไม่เกิดผลดีในระยะยาว วิธีการแก้ปัญหาที่ได้ผลคงทนถาวรนั้น ควรที่จะทำให้บุคคลนั้นยอมรับการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพอย่างถาวร โดยควรทำให้เขาได้เกิดการตระหนักในความสำคัญของสุขภาพ และยอมรับด้วยตัวของเขาว่า เขาควรปฏิบัติอย่างไรจึงจะถูกต้อง เป็นต้น ทั้งนี้หากมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง จะส่งผลทำให้เกิดเป็นปัญหาสุขภาพในด้านต่าง ๆ ที่ไม่ถูกต้องต่อไป

## 4. แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล (Anxiety)

### 4.1 ความหมายความวิตกกังวล

ความวิตกกังวล เป็นภาวะทางอารมณ์ที่มนุษย์ทุกคนประสบอยู่เสมอในการดำรงชีวิตประจำวัน ความวิตกกังวลตามสถานการณ์ (State Anxiety) เป็นความวิตกกังวลซึ่งเกิดขึ้นเมื่อบุคคลประสบกับ

เหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เข้ามา และประเมินเหตุการณ์ล่วงหน้าเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่เป็นอยู่จริง รวมทั้งบุคคลรู้สึกถึงการถูกคุกคามความมั่นคงปลอดภัยของตน เมื่อมนุษย์ต้องเผชิญกับความวิตกกังวลตามสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งเกิดขึ้นตลอดช่วงชีวิต ซึ่งความวิตกกังวลนี้สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาตามความคิด การรับรู้ต่อตนเองที่เกิดขึ้นในขณะนั้นต่อสถานการณ์ ดังนั้น หากบุคคลสามารถจัดการกับความวิตกกังวลตามสถานการณ์ โดยฝึกฝนจิตใจให้มั่นคง สร้างความพึงพอใจต่อตนเอง เข้าใจ เคารพและเห็นคุณค่าของตนเอง มีการเตรียมตัวสร้างความพร้อมในการเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ และที่สำคัญคือการใช้ปัญญาในการแก้ไขปัญหาตามสภาวะตามความเป็นจริง ความวิตกกังวลในระดับที่พอเหมาะจะช่วยกระตุ้นให้บุคคลสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>26</sup>

ความวิตกกังวล เป็นภาวะทางอารมณ์ของมนุษย์ที่สามารถประสมอยู่เสมอในการดำรงชีวิตประจำวัน เป็นอารมณ์ที่สลับซับซ้อนที่บุคคลตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งคุกคาม ตามการรับรู้แล้วแปลผลตามทัศนะของตน ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายกายหรือจิตใจ มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับความรุนแรงของสิ่งที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ในแนวคิดนี้ได้มีนักจิตวิทยาหลายท่านให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้ว่า ความวิตกกังวล คือความไม่สบายใจ ความกระวนกระวายใจ ความหวาดหวั่นพร้อพริ้ง ซึ่งเกิดขึ้นพร้อมกับความคาดหวังหรือความคาดหวังถึงการที่จะได้รับผลไม่ดีในอนาคต<sup>27</sup>

ความวิตกกังวล เป็นสิ่งที่ควบคู่กับความเครียดที่ถูกคุกคามเป็นความกลัว ที่เป็นเหตุการณ์เกิดขึ้นในอนาคตที่ไม่อาจระบุได้ชัดเจน และเป็นผลจากการประเมินว่าเหตุการณ์ที่เผชิญอยู่นั้นคุกคามต่อสวัสดิภาพ<sup>28</sup>

## 4.2 ความวิตกกังวลแบ่งออกเป็น 2 ชนิด<sup>29</sup>

4.2.1 ความวิตกกังวลขณะเผชิญ หรือความวิตกกังวลตามสถานการณ์ (State Anxiety) คือ ความวิตกกังวลซึ่งเกิดขึ้นในเวลาที่มีเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งเกิดขึ้น เป็นลักษณะที่เกิดขึ้นชั่วคราวเฉพาะในสถานการณ์นั้น ๆ คือความไม่สุขสบายหวั่นวิตกกังวลกระวนกระวาย มีการแสดงออกชัดเจน ระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้นให้ทำงานผิดไปจากเดิม ความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดขึ้นจะขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับพื้นฐานนิสัยวิตกกังวลที่ประกอบอยู่ในบุคลิกภาพและประสบการณ์ในอดีต

4.2.2 ความวิตกกังวลแฝง (Trait anxiety) เป็นความวิตกกังวล ซึ่งเป็นลักษณะคงที่ประจำตัวของบุคคล เป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ ซึ่งเกี่ยวข้องกับพันธุกรรม ประสบการณ์ในอดีต และความคิดความต้องการหรือความรู้สึกในปัจจุบัน

การแสดงออกเมื่อบุคคลมีความวิตกกังวล พฤติกรรมของมนุษย์โดยทั่วไป เมื่อบุคคลมีความวิตกกังวล จะมีการแสดงออกที่แตกต่างกันออกไป ดังนี้<sup>30</sup>

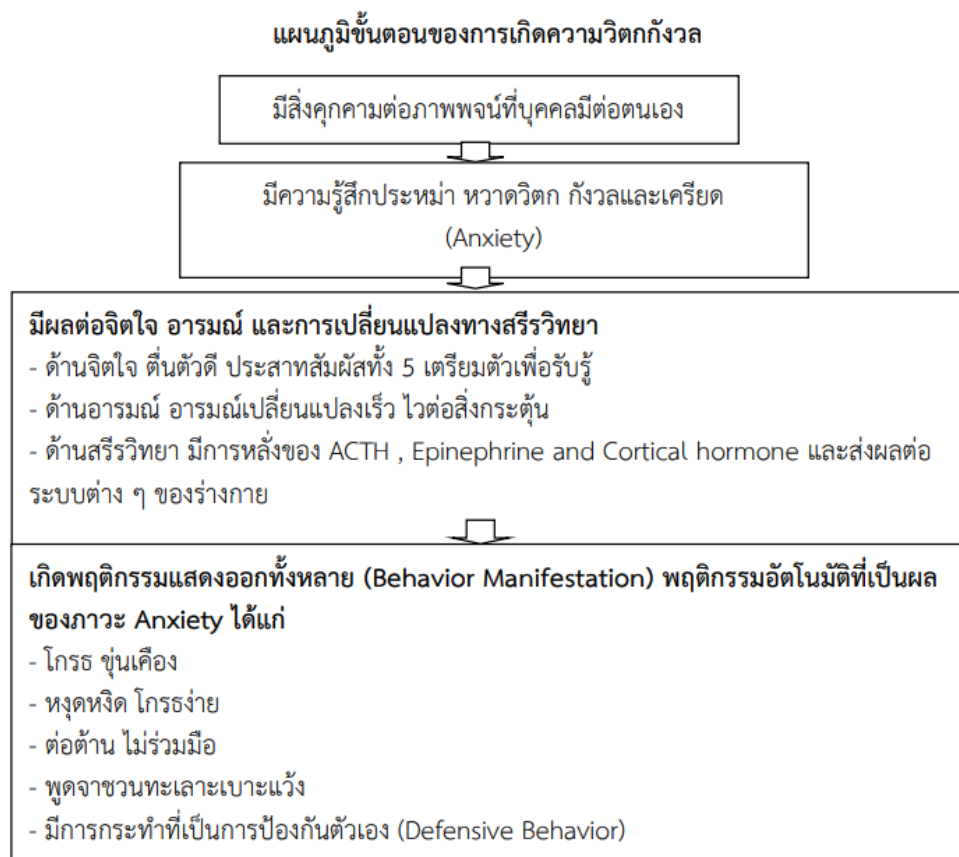
1) การรับรู้ด้วยตนเอง (Subjective cognitive component) การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจเป็นความวิตกกังวลที่บุคคลรับรู้ได้ด้วยตนเอง เกิดจากความรู้สึกขัดแย้งและความไม่แน่ใจ ซึ่งแสดงออกทางด้านอารมณ์และความรู้สึกนึกคิด ได้แก่ ความรู้สึกเครียด อึดอัด หวาดหวั่น กลัว กังวล ไม่สบายใจ ตื่นเต้น ตกใจง่าย โกรธหรือ รู้สึกว่าจะมีบางสิ่งบางอย่างเลวร้ายเกิดขึ้น และรู้สึกว่าไม่มีใครสามารถช่วยตนได้ จึงอาจมีอาการเศร้ามีความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง ความสนใจสิ่งแวดล้อมลดลง

2) พฤติกรรมการแสดงออก (Motor behavioral component) สืบเนื่องจากการแสดงออกซึ่งสะท้อนถึงอารมณ์ภายในออกมาหลายรูปแบบ ทั้งที่เป็นคำพูดและท่าทาง ได้แก่ การแสดงสีหน้าวิตกกังวล กระสับกระส่าย ไม่อยู่นิ่ง กำมือแน่น การเคลื่อนไหวโดยไม่มีจุดหมาย มือสั่น กล้ามเนื้อเกร็ง การพูดขวนทวนตะลึงตะลือ พูดเร็ว พูดเสียงดังหรือเบา พูดติดอ่าง พูดซ้ำ ๆ ในเรื่องเดิม บ่นจู้จี้ไม่อดทน กลอกตาไปมา หลบตา หรือพยายามหลบหนีที่แสดงถึงความรู้สึกไม่สบายใจ ไม่มีสมาธิ และไม่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ

3) การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (Physiological component) เป็นผลเนื่องมาจากการเร่งทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ เพื่อตอบสนองต่อภาวะตึงเครียดที่เกิดขึ้น ประเมินจากการเปลี่ยนแปลงของชีพจรหัวใจเต้นแรงและเร็วขึ้น แขนงหน้าอก ความดันโลหิตสูง ปวดศีรษะ เป็นลม ถอนหายใจบ่อย หายใจตื้นและเร็ว หน้ามืดวิงเวียน หน้าแดงหรือซีด ท้องอืด ปวดท้องคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ระบบขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ ประจำเดือนผิดปกติ การขยายของม่านตา การมีเหงื่อออก ซึ่งสามารถประเมินได้ด้วยเครื่องมือวัดทางสรีรวิทยาทั่วไป กล่าวโดยภาพรวม การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจเป็นความวิตกกังวลที่บุคคลรับรู้ได้ด้วยตนเอง เกิดจากความรู้สึกขัดแย้งและความไม่แน่ใจ ซึ่งแสดงออกทางด้านอารมณ์และความรู้สึกนึกคิด ได้แก่ ความรู้สึกเครียด อึดอัด หวาดหวั่น กลัว กังวล

#### 4.3 ขั้นตอนของการเกิดความวิตกกังวล<sup>30</sup>

- 1) บุคคลมีความเชื่อ ความหวัง ค่านิยม ซึ่งได้ร่วมกันก่อตัวเป็นภาพพจน์ที่เขามีต่อตนเอง
- 2) ความเชื่อ ความหวัง ค่านิยม หรือภาพพจน์ ที่เขามีต่อตนเองถูกคุกคาม ทำให้เกิดความไม่สมดุลในอารมณ์
- 3) บุคคลนั้นเกิดภาวะหวาดหวั่น ไม่นั่นใจ จะแก้ไขเหตุการณ์เฉพาะหน้าได้อย่างไร
- 4) เกิดความรู้สึกอึดอัด กระวนกระวายใจ เกิดความเครียด มีพลังงานเกิดขึ้นภาวะนี้ เรียกว่าความวิตกกังวล
- 5) บุคคลทำการจัดพลังงานส่วนเกินอย่างอัตโนมัติ โดยเปลี่ยนพลังงานออกเป็นพฤติกรรมอัตโนมัติ เช่น โกรธ เสียงดังขึ้น มีการเคลื่อนไหวทางร่างกายมากขึ้น
- 6) เกิดความรู้สึกผ่อนคลายลง เกิดความสมดุลทางจิตใจและอารมณ์ขึ้นใหม่ ดังนั้น บุคคลมีความเชื่อ ความรู้สึกอึดอัดและกระบวนการรู้สึกผ่อนคลาย จึงถือเป็นภาวะทางจิตใจความรู้สึกตึงเครียดทางอารมณ์ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ กับเหตุการณ์ที่ตอบสนองต่อสิ่งคุกคามที่กำลังเผชิญในขณะนั้น รวมถึงความมั่นคงปลอดภัยของตนถูกคุกคาม ซึ่งเกิดจากปัญหาความเครียดหรือความวิตกกังวล จึงทำให้เกิดขั้นตอนการรับรู้ การเกิดความวิตกกังวลที่ถาวรอย่างถูกต้อง ซึ่งในขั้นตอนของการเกิดความวิตกกังวลสามารถเขียนเป็นแผนภูมิได้ดังนี้



**ภาพที่ 2.1 ขั้นตอนของการเกิดความวิตกกังวล**

การรับรู้ถึงความเสี่ยงเป็นองค์ประกอบสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพ<sup>31</sup> การรับรู้ความเสี่ยงมีองค์ประกอบด้านความรู้ ความเข้าใจและอารมณ์<sup>32,33</sup> องค์ประกอบทางปัญญา ประกอบด้วย การประเมินความน่าจะเป็นของเหตุการณ์และความรุนแรงที่สันนิษฐานของเหตุการณ์เชิงลบ ความอ่อนไหวเชิงอัตวิสัย ถือเป็นองค์ประกอบความเสี่ยงด้านความรู้ความเข้าใจ<sup>34</sup> องค์ประกอบทางอารมณ์ของความเสี่ยง หมายถึง ความรู้สึกเช่น ความกลัวและความกังวลเนื่องจากเหตุการณ์เชิงลบที่อาจเกิดขึ้นได้<sup>35</sup> การรับรู้ความเสี่ยงทางอารมณ์มักเกี่ยวข้องอย่างยิ่งกับพฤติกรรมป้องกันมากกว่าการรับรู้ความเสี่ยงทางปัญญา<sup>35,36</sup>

มนุษย์เรามักมองความวิตกกังวลเป็นเรื่องไม่ดี เป็นสิ่งที่เราพยายามหลีกเลี่ยงหรือหลีกเลี่ยงจากสถานะที่ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลนั้น ในทางตรงกันข้าม หากมนุษย์เราสามารถมองความวิตกกังวลในด้านบวก มองว่าเป็นอารมณ์ขั้นพื้นฐานที่มนุษย์ทุกคนต้องประสบ ผึกฝนและเปลี่ยนทัศนคติที่มีต่อความวิตกกังวล โดย เฉพาะความวิตกกังวลตามสถานการณ์ ซึ่งจะเกิดขึ้นตลอดช่วงชีวิตของมนุษย์ ใช้ความวิตกกังวลให้เกิดประโยชน์ เพื่อช่วยกระตุ้นให้เราทำงานได้สำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ร่างกายเราถูกสร้างและวิวัฒนาการเพื่อให้อารมณ์รับสถานการณ์ที่กดดัน ทำให้สามารถเข้าสังคม เข้าหาผู้อื่น เพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกันได้ ความวิตกกังวลเป็นความเครียด ซึ่งเกิดจากความมั่นคงปลอดภัยของบุคคลถูกคุกคาม โดยสิ่งที่คุกคามนั้นอาจมีจริงหรืออาจเกิดจากการทำนายเหตุการณ์ล่วงหน้า ความวิตกกังวล

ทำให้ประสิทธิภาพในการตอบสนองความต้องการของบุคคลลดลง หรือมีผลเสียต่อการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ความวิตกกังวลมีหลายระดับขึ้นอยู่กับความรุนแรงของสิ่งที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล และประสิทธิภาพในการประเมินสถานการณ์ของบุคคล ความวิตกกังวลระดับพอเหมาะจะกระตุ้นให้บุคคลมีการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ ความวิตกกังวลที่น้อยเกินไปหรือมากเกินไปจะทำให้ประสิทธิภาพของการปฏิบัติงานของบุคคลลดลง<sup>37</sup>

สรุปความวิตกกังวล (Anxiety) เป็นภาวะทางอารมณ์ หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นความไม่สบายใจ ความกระวนกระวายใจ ความหวาดหวั่นพรึ่นพริ้ง อันเนื่องมาจากการถูกคุกคามต่อความมั่นคงปลอดภัยของบุคคลนั้น ความวิตกกังวลถือได้ว่าเป็นอารมณ์พื้นฐานของมนุษย์ ซึ่งเกิดขึ้นได้ตลอดชีวิต เนื่องจากมนุษย์เราต้องพบกับเหตุการณ์มากมายในชีวิต ทั้งเหตุการณ์ที่ทำให้พึงพอใจและเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกตึงเครียด ความวิตกกังวลจากเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เข้ามาในช่วงครั้งคราวเป็นระยะสั้นนี้ อาจเรียกได้ว่าเป็นความวิตกกังวลตามสถานการณ์ (State Anxiety) หากบุคคลนั้นสามารถฝึกฝนจิตใจ สร้างความพึงพอใจให้ตนเอง เข้าใจ เคารพและเห็นคุณค่าของตนเอง ใช้ปัญญาในการแก้ไขปัญหาตามสภาวะตามความเป็นจริง มีการเตรียมตัวสร้างความพร้อมในการเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ บุคคลจะสามารถลดความขัดแย้งในใจได้ นอกจากนี้ ความวิตกกังวลระดับพอเหมาะจะกระตุ้นให้บุคคลปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากความวิตกกังวลน้อยเกินไปหรือมากเกินไป จะทำให้ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคคลลดลง ในทางตรงกันข้าม ความวิตกกังวลอันไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากความยุ่งเหยิงภายในจิตใจ อาจส่งผลทางด้านจิตประสาท ความแปรปรวนทางอารมณ์ ทั้งยังอาจก่อให้เกิดความตึงเครียดในกล้ามเนื้อ และความอึดโรยของร่างกายได้อีกด้วย ความวิตกกังวลในระดับปานกลาง สามารถนำไปสู่การตอบสนองเชิงป้องกันที่เหมาะสมเพื่อหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง

## 5. มาตรการ DMHTT

ประเทศไทยได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) ซึ่งเป็นคณะกรรมการบริหารโรค COVID-19 แห่งชาติ มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ได้ประกาศภาวะฉุกเฉินของประเทศไทย โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนอยู่บ้าน (Stay at home) ปฏิบัติงานที่บ้าน (Work from home: WFH) รักษาระยะห่างทางกายภาพ (Physical distancing) รักษาระยะห่างทางสังคม (Social distancing) สวมหน้ากากอนามัยและล้างมือบ่อย ๆ<sup>38</sup> ซึ่งการประกาศภาวะฉุกเฉิน ส่งผลให้ประชาชนต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตทั้งหมด

แนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ COVID-19 สำหรับประชาชนทั่วไป ตามหลัก DMHTT18 หมายถึง แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและลดการแพร่เชื้อ COVID-19 จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย

1. Distancing ออกจากบ้านเมื่อจำเป็นเท่านั้น หากออกนอกบ้านให้เว้นระยะห่างกับคนอื่นอย่างน้อย 1-2 เมตร หลีกเลี่ยงการเข้าไปในพื้นที่ที่มีคนหนาแน่น แออัด หรือพื้นที่ปิด

2. Mask Wearing การสวมหน้ากากผ้า หรือหน้ากากอนามัย เพื่อลดการฟุ้งกระจายของละอองฝอย สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าตลอดเวลา เมื่ออยู่นอกบ้าน

3. Hand Washing การหมั่นล้างมือบ่อย ๆ ด้วยน้ำและสบู่ หรือเจลแอลกอฮอล์ฆ่าเชื้อ 70% ทุกครั้งก่อนรับประทานอาหาร หลังออกจากห้องน้ำ หลังจากไอจาม หรือหลังสัมผัสจุดเสี่ยงที่มีผู้ใช้งาน ร่วมกันในที่ สาธารณะ เช่น กลอน ลูกบิดประตู ราวจับ หรือราวบันได เป็นต้น และหลีกเลี่ยงการใช้มือ สัมผัสใบหน้า ตา ปาก จมูก โดยไม่จำเป็น

4. Testing ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายสม่ำเสมอ ทั้งก่อนเข้าทำงาน ร้านสะดวกซื้อ และหากทราบว่า มีประวัติไปพื้นที่เสี่ยง ควรเข้ารับการตรวจโรค COVID-19

5. Thai Cha na สแกนแอปไทยชนะทุกครั้งที่เดินทางไปสถานที่ต่าง ๆ และโหลดแอปพร้อม ลงทะเบียนหากทำได้ เพื่อให้ทราบความเสี่ยงติดโรคของตนเอง หากมี SMS แจ้งเตือนว่ามีประวัติ ไปที่เสี่ยงมา จะได้กักตัว หรือตรวจโรค COVID-19 ได้อย่างรวดเร็ว

## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### งานวิจัยในประเทศ

สมบุรณ์ ขอสกุล ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้หน้ากากอนามัยแบบผ้า ในการป้องกันโควิด-19 ของประชาชน ในจังหวัดปทุมธานี พบว่า ระดับการศึกษา และอิทธิพล ของสถานการณ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้หน้ากากอนามัยแบบผ้าในการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -.157$  และ  $.216$ )<sup>39</sup>

อาคม ทิวทอง ศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดและความวิตกกังวล ต่อ COVID-19 ในผู้ที่มาเข้ารับบริการทางการแพทย์ที่แผนกผู้ป่วยนอก อำเภอเมือง มหาสารคาม ซึ่งมีผู้เข้าร่วมการศึกษา 404 ราย พบความชุกของผู้ที่มีระดับความเครียดมากและระดับความเครียด มากที่สุด ร้อยละ 6.19 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียด ได้แก่ สถานภาพสมรส และสมาชิกในครอบครัว เคยติดโควิด ความชุกของความวิตกกังวลต่อไวรัส COVID-19 ในระดับมาก ร้อยละ 11.63 ปัจจัยที่สัมพันธ์ กับความวิตกกังวลต่อไวรัส COVID-19 ได้แก่ อาชีพที่ต้องพบกับคนจำนวนมาก และความเพียงพอ ของรายได้ ความชุกของความเครียดในปัจจุบันอยู่ในระดับต่ำกว่าช่วงต้นของการแพร่ระบาดแต่ความวิตกกังวล ต่อไวรัส COVID-19 ส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง<sup>40</sup>

จิตรา มุลทิ ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอองไทรลราช จังหวัดสุโขทัย พบว่า พฤติกรรมการป้องกันตนเอง จากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 60.61 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการ ป้องกันโรค ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ 41 - 60 ปี (OR=2.64, 95% CI=1.19 -5.82), ระยะเวลาการเป็นอสม. 1-10 ปี (OR=2.15, 95% CI=1.08-4.26)<sup>41</sup>

นภาพร ผ่องศรี และคณะ ศึกษาทัศนคติและพฤติกรรมที่มีต่อแอปพลิเคชันไทยชนะ ของประชาชนในเขตพญาไท กรุงเทพมหานคร พบว่า เพศ ระดับการศึกษาและรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ต่างกัน มีทัศนคติและพฤติกรรมในการใช้งานแอปพลิเคชันที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประชาชนส่วนใหญ่ใช้งานแอปพลิเคชันไทยชนะบ่อยที่สุดที่ห้างสรรพสินค้า คิดเป็นร้อยละ 71.8 รองลงมา ที่ร้านสะดวกซื้อ คิดเป็นร้อยละ 16.3 ที่ตลาด ร้อยละ 4.0 ประชาชนส่วนใหญ่ใช้แอปพลิเคชันไทยชนะ มีจุดประสงค์เพื่อความปลอดภัย คิดเป็นร้อยละ 65.8 รองลงมาเพื่อสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 16.0 เพื่อค้นหาสถานที่ คิดเป็นร้อยละ 12.8 ปัญหาอุปสรรคในการใช้งานด้านความสะดวก พบว่า ไม่สะดวก ในการเข้าใช้งานแอปพลิเคชันไทยชนะเนื่องการมีปัญหาด้านการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต และความไม่เสถียร ของตัวแอปพลิเคชัน ทำให้การใช้งานลำบาก ด้านความปลอดภัยพบว่า ประชาชนไม่มีความมั่นใจ ในการใช้แอปพลิเคชันไทยชนะเนื่องจากกังวลเรื่องข้อมูลส่วนบุคคลด้านมาตรการบังคับใช้ พบว่า สถานที่บางที่มีความหละหลวมในการปฏิบัติ<sup>42</sup>

สาโรจ นาคจู ที่ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของประชาชนในกรุงเทพมหานคร โดยเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง 377 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม ป้องกันตัวเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการสวมหน้ากากอนามัยอย่างถูกวิธีตามคำแนะนำ ของกระทรวงสาธารณสุข อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.16$ , S.D. = 0.95) และการล้างมือด้วยน้ำและสบู่ อย่างน้อย 20 วินาที อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 2.97$ , S.D. = 1.08)<sup>65</sup>

จงกถณี ตัญเจริญและคณะ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจกับพฤติกรรมการป้องกัน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยเก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่าง อสม.จำนวน 319 คน พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคภาพรวมระดับสูง ( $\bar{X} = 3.39$ , S.D. = 0.33) เมื่อพิจารณารายพฤติกรรม ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคมากที่สุดคือ การสวมหน้ากากอนามัย ( $\bar{X} = 3.88$ , S.D. = 0.37)

ปิยะนันท์ เรือนคำ และคณะ<sup>67</sup> ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 ของประชากรผู้ใหญ่: กรณีศึกษาเขตจอมทอง กรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ เพศ ซึ่งเพศหญิงมีส่วน ของพฤติกรรมการป้องกันที่ดีต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากกว่าเพศชาย<sup>66</sup>

สมควร ยางสูง ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนอำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศหญิง มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อาจเนื่องมาจาก เพศหญิงจะมีการรับรู้ความเสี่ยงของโรค มีความตื่นตัวในการใช้มาตรการป้องกันโรคมีความใส่ใจและเคร่งครัดในเรื่องสุขภาพ มากกว่าเพศชาย ทำให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่แตกต่างจากเพศชาย ยกตัวอย่างเช่น การทำความสะอาดมือหลังจากเข้าห้องน้ำที่แตกต่างจากเพศชาย การเลือกใช้หน้ากากอนามัยซึ่งเพศหญิง เลือกที่จะไม่ใช้หน้ากากอนามัยซ้ำเพราะกลัวความสกปรก และเพศชายอาจเป็นกลุ่มเป้าหมาย

ในการเสริมสร้างพฤติกรรมกำป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับการศึกษา มีผลต่อพฤติกรรมกำป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6<sup>68</sup>

สิทธิชน จันท์แพง ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของประชาชนอำเภอปากท่อ จังหวัดราชบุรี พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อาจเป็นเพราะการระบาดและความรุนแรงของโรคไม่จำกัดว่าจะได้รับการศึกษาสูงแค่ไหน ก็มีอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ทุกคนหากไม่มีการกำป้องกันที่รัดกุมและมีประสิทธิภาพ<sup>69</sup>

### งานวิจัยต่างประเทศ

Kim JK & Crimmins EM ศึกษาอายุมีผลต่อพฤติกรรมส่วนบุคคลและทางสังคมภายใต้สถานการณ์ COVID-19 ในสหรัฐอเมริกา เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง รวบรวมข้อมูลจากแพลตฟอร์มออนไลน์ แบ่งเป็น 3 ช่วง ช่วงที่ 1 รวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 10 - 31 มีนาคม 2020 ช่วงที่ 2 ระหว่างวันที่ 1 - 28 เมษายน 2020 และช่วงที่ 3 ระหว่างวันที่ 29 เมษายน ถึง 26 พฤษภาคม 2020 จากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนระดับประเทศของชาวอเมริกันมีอายุ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการสุ่มเลือกตามที่อยู่ ในสหรัฐอเมริกา ซึ่งครอบคลุมร้อยละ 100 ของครัวเรือนในสหรัฐอเมริกา สุ่มตัวอย่างชาวอเมริกันพื้นเมืองและผู้อยู่อาศัยในลอสแอนเจลิสและแคลิฟอร์เนีย พบว่า อายุ เพศ อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การรับรู้ความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตโดยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นสองเท่าในกลุ่มอายุที่มากที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มที่อายุน้อยที่สุด (31.4 เทียบกับ 15.8) ระดับการรับรู้ความเสี่ยงในการเสียชีวิตหรือการติดเชื้อสูงสุดในช่วงที่ 2 และต่ำสุดในช่วงที่ 1 เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมกำป้องกันตามอายุในแต่ละเดือน คือ มีนาคม เมษายน และพฤษภาคม พบว่า พฤติกรรมกำป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา COVID-19 เปลี่ยนไปตามกาลเวลาเนื่องจากการระบาดใหญ่ และการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้แตกต่างกันตามกลุ่มอายุ กล่าวคือ ในช่วงการระบาดเดือนแรกประชาชนมีพฤติกรรมกำป้องกันมากที่สุด แต่หลังจากนั้นพฤติกรรมบางส่วนเริ่มลดลงหลังจากเดือนเมษายน การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในเดือนแรกหลังการระบาดใหญ่ อย่างไรก็ตาม การสวมหน้ากากอนามัยยังคงเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ เมื่อเวลาผ่านไป ทำให้ในเดือนพฤษภาคมมีผู้สวมหน้ากากเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าของเดือนเมษายน ความสัมพันธ์ระหว่างอายุและพฤติกรรมกำป้องกันตนเองเปลี่ยนแปลงไปตามช่วงเวลา โดยผู้ที่มีอายุมากกว่า 55 ปีมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมกำป้องกันตนเองจากการติดเชื้อมากกว่าผู้ที่มีอายุ 18-34 ปี กล่าวคือ ช่วงที่ 3 ผู้ที่มีอายุมากที่สุด (มากกว่า 65 ปีขึ้นไป) มีการสวมหน้ากาก 2.9 เท่า ล้างมือ 5.7 เท่า หลีกเลี่ยงสถานที่สาธารณะ 3.1 เท่า และมีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ร้านอาหาร 5.5 เท่า มากกว่ากลุ่มที่อายุน้อยที่สุด ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับพฤติกรรมกำป้องกันเหล่านี้เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเวลาผ่านไป คนที่มีอายุมากกว่าและอายุน้อยกว่ามีพฤติกรรมกำป้องกันในช่วงเริ่มต้นของการระบาดใหญ่ไม่แตกต่างกัน เมื่อเวลาผ่านไปกลุ่มที่มีอายุมากกว่ายังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงน้อยกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่อายุน้อยที่สุด และยังคงพบว่า

ผู้หญิงมีพฤติกรรมป้องกันมากกว่าผู้ชาย และผู้ที่มีการศึกษาดำรงจะไม่สวมหน้ากาก และมีแนวโน้มที่จะใกล้ชิดกับคนที่ไม่ใช่คนในครัวเรือนและมีแขกมาเยี่ยมบ้านมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาสูง ส่วนผู้ที่มียานทำ มีแนวโน้มที่จะสวมหน้ากากมากกว่าผู้ที่ไม่มียานทำ

Badillo-Goicoechea et al. ศึกษาแนวโน้มทั่วโลกและการคาดการณ์การใช้หน้ากากอนามัยในช่วงการระบาดของ COVID-19 เป็นการสำรวจภาคตัดขวางดำเนินการโดย University of Maryland (Global) และ Carnegie Mellon University (US) ร่วมกับ Facebook กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไปใน 38 ประเทศที่ได้รับการสุ่มเลือก จำนวน 13,723,810 ตัวอย่าง รวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 23 เมษายน 2020 ถึง 31 ตุลาคม 2020 พบว่า แนวโน้มเมื่อเวลาผ่านไปความแตกต่างในการสวมหน้ากากอนามัยในที่สาธารณะ บางประเทศมีการสวมหน้ากากอนามัยสูงอย่างต่อเนื่อง (มากกว่าร้อยละ 75) ตั้งแต่เดือนเมษายนจนถึงเดือนตุลาคม เช่น อิตาลี ญี่ปุ่น อาร์เจนตินา โคลอมเบีย ตุรกี โรมานี ฯลฯ ในบางประเทศ การสวมหน้ากากอนามัยค่อนข้างต่ำในเดือนเมษายน แต่ในที่สุดก็เพิ่มขึ้นและยังคงอยู่ที่ระดับที่สูงขึ้น เช่น บราซิล โปรตุเกส แอฟริกาใต้ เยอรมนี ฝรั่งเศส เบลเยียม กรีซ แคนาดา เป็นต้น การสวมหน้ากากอนามัยค่อนข้างต่ำอย่างสม่ำเสมอ หรือน้อยกว่าร้อยละ 25 ในบางประเทศ เช่น เดนมาร์ก สวีเดน และนอร์เวย์ และมีการสวมหน้ากากอนามัยที่ผิดปกติมากขึ้นในบางประเทศ เช่น ออสเตรเลีย สาธารณรัฐเช็ก สโลวีเนีย เป็นต้น เมื่อเวลาผ่านไปแนวโน้มการสวมหน้ากากอนามัย โดยบุคคลที่มาจากประเทศส่วนใหญ่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในยุโรปเหนือ มีแนวโน้มที่จะสวมหน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ในที่สาธารณะน้อยกว่าบุคคลในญี่ปุ่นอย่างมีนัยสำคัญ และยังคงพบปัจจัยทางสังคมและสังคมต่าง ๆ เช่น อายุมากขึ้น เพศหญิง การศึกษาระดับอุดมศึกษา และความเป็นเมือง มีความสัมพันธ์กับการสวมหน้ากากอนามัยที่สูงขึ้น และนโยบายที่เข้มงวดเกี่ยวกับการสวมหน้ากากอนามัยมีความสัมพันธ์กับการสวมหน้ากากที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>10</sup>

Khezay Hayat et al. ศึกษามุมมองของชาวปากีสถานที่มีต่อโรคโคโรนาไวรัส (COVID-19) ในช่วงการระบาด เป็นการศึกษาระบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือประชากรที่อาศัยอยู่ในปากีสถาน จำนวน 1,257 คน รวบรวมข้อมูลจากแพลตฟอร์มตั้งแต่วันที่ 29 มีนาคม - 15 เมษายน 2020 พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 82.1 ไม่ไปในสถานที่ที่มีผู้คนพลุกพล่านและสวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกนอกบ้าน ร้อยละ 85.8 ล้างมือเป็นประจำเป็นเวลาสี่วินาที ร้อยละ 88.1 และยังคงพบว่า อายุ เพศ การศึกษา สถานภาพการสมรสและอาชีพ มีความสัมพันธ์กับการไปสถานที่ที่มีผู้คนพลุกพล่านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>11</sup>

Helena J. Hutchins et al., ศึกษาพฤติกรรมการปรับตัวจากผลกระทบโควิด-19 ตามกลุ่มอายุในสหรัฐอเมริกา เป็นการสำรวจแบบภาคตัดขวาง ดำเนินการในสามช่วง ช่วงที่ 1 วันที่ 20-26 เมษายน 2020 ช่วงที่ 2 วันที่ 4-10 พฤษภาคม 2020 และช่วงที่ 3 วันที่ 30 พฤษภาคม-8 มิถุนายน 2020 รวบรวมข้อมูลจากแพลตฟอร์มออนไลน์ จำนวน 6,475 รายการ พบว่า การสวมหน้ากาก การล้างมือ การเว้นระยะห่าง การหลีกเลี่ยงฝูงชนและร้านอาหาร และการยกเลิกกิจกรรมทางสังคม มีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามกลุ่มอายุ โดยพฤติกรรมป้องกันเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น เมื่อเวลาผ่านไปการสวมหน้ากากเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกกลุ่มอายุ ส่วนพฤติกรรมป้องกันอื่น ๆ ทั้งหมดจะลดลง

ในช่วงเดือนเมษายน-มิถุนายน 2020 โดยความชุกของพฤติกรรมเหล่านี้ต่ำสุดในกลุ่มอายุ 18-29 ปี และสูงที่สุดกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมทางสังคมในการป้องกันการแพร่เชื้อลดลงในกลุ่มคนหนุ่มสาว อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วย COVID-19 เพิ่มขึ้น<sup>12</sup>

Firouzbakht, M ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกัน COVID-19 ของประชากรอิหร่าน เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง สืบหาข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตผ่านแพลตฟอร์ม ผู้ตอบแบบสำรวจทั้งหมด 2,097 คน ในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 สูงสุดครั้งแรก (ตั้งแต่วันที่ 25 มีนาคม 2020 ถึง 5 เมษายน 2020) ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนมีการล้างมือเป็นประจำ ร้อยละ 55.7 และสวมหน้ากากอนามัย ร้อยละ 58.2 และยังพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการล้างมือ และการสวมหน้ากากอนามัยอย่างมีนัยสำคัญ โดยผู้หญิงมีพฤติกรรมป้องกันดีกว่าผู้ชาย<sup>43</sup>

Wise T et al., 2020. ศึกษาการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความเสี่ยงและพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงสัปดาห์แรกของการระบาดใหญ่ของ COVID-19 ในสหรัฐอเมริกา เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง รวบรวมข้อมูลจากแพลตฟอร์มออนไลน์ในวันที่ 11, 12, 13, 14 และ 16 มีนาคม 2020 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,591 คน พบว่า พฤติกรรมการป้องกัน เช่น การล้างมือและการเว้นระยะห่างทางสังคม กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติบ่อยขึ้นใน 5 วันหลังจากการประเมินครั้งแรกเนื่องจากการรับรู้ความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้น และยังพบว่าผู้หญิงมีพฤติกรรมป้องกันมากกว่าเพศชาย และผู้ที่มีการศึกษาระดับวิทยาลัยมีพฤติกรรมป้องกันภาพรวมมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่าระดับวิทยาลัย<sup>44</sup>

Xuyu Chen และคณะ ได้ศึกษาพฤติกรรมล้างมือ การสวมหน้ากาก และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในช่วงการระบาดของ COVID-19 ในนักเรียนระดับประถมศึกษาที่เมืองหูฮั่น ประเทศจีน สืบหาข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตผ่านแพลตฟอร์ม จำนวน 8,569 คน พบว่า เด็กผู้หญิงล้างมือได้ดีกว่าเด็กผู้ชาย 1.12 เท่า<sup>45</sup>

Zettler et al., 2020 ศึกษาพฤติกรรมส่วนบุคคลของชาวอเมริกันในสถานการณ์โควิด-19 ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ การประเมินและพฤติกรรม พบว่า อายุส่งผลต่อพฤติกรรมส่วนบุคคลและสังคมในสถานการณ์ COVID-19 โดยช่วง 1-2 เดือนหลังจากการระบาดใหญ่ ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามพฤติกรรมและข้อบังคับที่แนะนำ รวมถึงการปฏิบัติตามสุขอนามัยที่ดีขึ้น การกักกัน และการเว้นระยะห่างทางสังคม หนึ่งเดือนหลังจากการระบาดใหญ่ ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อน้อยกว่าคนอายุน้อย และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเมื่อเวลาผ่านไปจะแตกต่างกันตามอายุ ประเภทของพฤติกรรม และช่วงของเวลา<sup>46</sup>

Rita Pasion ศึกษาผลกระทบของอายุต่อพฤติกรรมป้องกันในช่วงการระบาดของ COVID-19: บทบาททางสังคมวิทยา การรับรู้และจิตวิทยา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,696 คน ตอบแบบสำรวจออนไลน์ในช่วงเริ่มต้นของการระบาดของ COVID-19 ครั้งแรกในโปรตุเกส พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 18 ถึง 85 ปี ผู้ที่มีความวิตกกังวลและรู้สึกกลัวความตายจะเพิ่มพฤติกรรมป้องกันผ่านการรับรู้ความเสี่ยงที่สูงขึ้น<sup>47</sup>

Park et al., 2020 ศึกษาความเครียด การเผชิญปัญหา และการปฏิบัติตามแนวทาง CDC ของชาวอเมริกันจากโควิด-19 รวบรวมข้อมูลจากแพลตฟอร์มออนไลน์ ตั้งแต่วันที่ 7 - 9 เมษายน 2020 กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่ในสหรัฐอเมริกาและพูดภาษาอังกฤษได้ จำนวน 1,015 คน พบว่า เมื่อต้นเดือนเมษายน 2020 กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม ร้อยละ 87 ปฏิบัติตามขั้นตอนการล้างมือ ร้อยละ 88 และปฏิบัติตามมาตรการการทำความสะอาดและฆ่าเชื้อพื้นผิว ร้อยละ 75 กลัวการติดเชื้อโควิด-19 ร้อยละ 57 และกลัวว่าตนเองจะแพร่เชื้อให้ผู้อื่นโดยไม่ตั้งใจ ร้อยละ 24 และยังพบว่า ปัจจัยกดดันที่ส่งผลต่อความเครียด คือ การอ่าน/ได้ยินเกี่ยวกับความรุนแรงและการแพร่กระจายของเชื้อโควิด-19 ความไม่แน่นอนเกี่ยวกับระยะเวลาของการกักกันและข้อกำหนดในการเว้นระยะห่างทางสังคม และการเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวันทางสังคมและการดูแลส่วนบุคคล<sup>48</sup>

Kelly A et al. ศึกษาความวิตกกังวลและพฤติกรรมความปลอดภัยในช่วงการระบาดใหญ่ของ COVID-19 เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาระดับปริญญาตรีของมหาวิทยาลัยเอกชนทางตะวันออกเฉียงใต้ในสหรัฐอเมริกา จำนวน 189 คน รวบรวมข้อมูลจากแพลตฟอร์มออนไลน์ ในช่วงกลางเดือนมกราคม 2020 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 18 - 22 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75 ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ และความรู้สึกลัวการติดเชื้อทำนายพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อย่างมีนัยสำคัญ<sup>49</sup>

Guiqian Shi et al., ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันในช่วงหลังโควิด-19 ในประเทศจีน เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง รวบรวมข้อมูลจากแพลตฟอร์มออนไลน์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 2,830 คน พบว่า อารมณ์ทางสังคมส่งผลต่อพฤติกรรมและความตั้งใจในการป้องกันการติดเชื้อ ความตั้งใจเชิงพฤติกรรมในการป้องกันมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการป้องกันอย่างมีนัยสำคัญ ระดับการรับรู้ความเสี่ยงที่มากเกินไปอาจลดความตั้งใจและความถี่ของพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)<sup>50</sup>

Morad Ali Zareipour et al., ศึกษาการทำนายพฤติกรรมการป้องกัน COVID-19 ในผู้สูงอายุในเมืองเออร์เมีย ประเทศอิหร่าน : การประยุกต์ใช้แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุอาศัยในเมืองเออร์เมีย ประเทศอิหร่าน รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ จำนวน 1,400 คน พบว่า คะแนนพฤติกรรมการป้องกัน COVID-19 เพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น และเพศหญิงมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองมากกว่าผู้ชาย<sup>51</sup>

Firouzbakht, M et al., ศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยที่ส่งผลต่อการป้องกัน COVID-19 ของประชากรอิหร่าน เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง รวบรวมข้อมูลจากแพลตฟอร์มออนไลน์ในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 สูงสุดครั้งแรก ตั้งแต่วันที่ 25 มีนาคม - 5 เมษายน 2020 จากกลุ่มตัวอย่าง 2,097 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างล้างมือเป็นประจำร้อยละ 61.9 สวมหน้ากากอนามัยเป็นประจำ ร้อยละ 55.7

และเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการล้างมือ การใช้หน้ากากอนามัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือผู้หญิงมีพฤติกรรมการล้างมือ การใช้หน้ากากอนามัยสูงกว่าผู้ชาย<sup>52</sup>

Pasion R et al., ศึกษาผลกระทบของอายุต่อพฤติกรรมการป้องกันในช่วงการระบาดของ COVID-19: สังคมวิทยา การรับรู้ และจิตวิทยา เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง รวบรวมข้อมูลจากแพลตฟอร์มออนไลน์ตั้งแต่วันที่ 25 มีนาคม - 2 เมษายน 2020 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,696 คน อายุระหว่าง 18 - 85 ปี พบว่า ความวิตกกังวลและความรู้สึกกลัวความตายเพิ่มพฤติกรรมป้องกันผ่านการรับรู้ความเสี่ยงที่สูงขึ้น<sup>53</sup>

Sanchez-Arenas R et al., ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกัน COVID-19 ของประชาชนในเม็กซิโก เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง รวบรวมข้อมูลจากแพลตฟอร์มตั้งแต่วันที่ มิถุนายนถึงตุลาคม 2020 กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่อาศัยอยู่ในเม็กซิโกซิตี้ อายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป จำนวน 1,030 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการล้างมือเพิ่มขึ้นร้อยละ 85.4 สวมหน้ากากเมื่อออกไปข้างนอกบ้าน ร้อยละ 80.8 ปิดปากด้วยแขนเสื้อเมื่อไอ ร้อยละ 80.5 ใช้เจลทำความสะอาดมือร้อยละ 77.4 หลีกเลียง การจับมือและจูบร้อยละ 77.1 หลีกเลียงการพบปะกับกลุ่มมากกว่าห้าคนร้อยละ 73 การรักษาห่าง จากผู้อื่นในที่สาธารณะอย่างน้อย 1.5 เมตรร้อยละ 71.1 หลีกเลียงสถานที่สาธารณะร้อยละ 68.5 หลีกเลียงการเดินทางร้อยละ 64.7 ไม่ใช้ระบบขนส่งสาธารณะร้อยละ 62.1 อยู่บ้านร้อยละ 61 ประเมินความเสี่ยง COVID-19 ผ่านแอปพลิเคชันของรัฐบาลและสถาบันสุขภาพ ร้อยละ 22.6 และปัจจัยที่มีผล ต่อพฤติกรรมการป้องกันคือเพศหญิง ผู้สูงอายุ อาชีพเป็นแม่บ้านหรือเกษียณอายุ และผู้ที่มีการศึกษาสูง และการเข้าถึงอินเทอร์เน็ต และยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงแรก ของการระบาดใหญ่ของโควิดมากที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>54</sup>

Zhang L et al., ศึกษาปัจจัยการสวมหน้ากากของประชาชนในประเทศจีน เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง รวบรวมข้อมูลจากแพลตฟอร์ม ทำการสำรวจสองช่วง ช่วงที่หนึ่งดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 - 5 กุมภาพันธ์ 2520 ซึ่งเป็นสัปดาห์ที่สองหลังจากอยู่บ้านปิดเมือง การสำรวจช่วงที่สองดำเนินการตั้งแต่วันที่ 20 - 25 กุมภาพันธ์ 2520 ซึ่งเป็นสัปดาห์แรกหลังจากที่ประชาชนกลับมาทำงาน รวบรวมข้อมูลจาก แพลตฟอร์ม สุ่มตัวอย่างในสามพื้นที่ คือเมืองอู่ฮั่น เมืองหูเป่ย์ และเมืองอื่น ๆ ในประเทศจีน พบว่า สัดส่วนของการสวมหน้ากากเพิ่มขึ้นตามการเพิ่มขึ้นของระดับการศึกษาและอายุ กล่าวคือ อัตราการ สวมหน้ากากมีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสัดส่วนของอายุที่สูงขึ้น มีแนวโน้มการสวมหน้ากากมากขึ้น และกลุ่มตัวอย่างมีการสวมหน้ากากอนามัยมากกว่าร้อยละ 90.0 ในการสำรวจทั้งสองช่วง และอัตราการสวมหน้ากากอนามัยของคนทุกระดับสูงกว่าร้อยละ 90.0 ในช่วงที่ 1 อัตราการสวมหน้ากากในโรงเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นต่ำกว่าในโรงเรียนมัธยมปลาย และอัตราการสวมหน้ากากในช่วงที่ 1 นั้นต่ำกว่าช่วงที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญ และในการสำรวจช่วงแรก พบว่า ความแตกต่างด้านเพศ การศึกษา ส่งผลต่อการสวมหน้ากากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้หญิง มีแนวโน้มที่จะสวมหน้ากากมากกว่าผู้ชาย 1.5 เท่า ระดับมัธยมปลาย วิทยาลัย และระดับปริญญาโทขึ้นไป มีแนวโน้มที่จะสวมหน้ากาก 3.80, 2.75 และ 4.42 เท่าของระดับมัธยมศึกษาตอนต้นหรือต่ำกว่า ตามลำดับ

และผลการสำรวจยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างสวมหน้ากากร้อยละ 95.9 ในการสำรวจช่วงที่ 1 และร้อยละ 96.8 ในการสำรวจช่วงที่ 2 ตามลำดับ สัดส่วนของช่วงที่ 2 นั้นสูงกว่าช่วงที่ 1 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการรับรู้ของ ผู้คนในการป้องกันตนเองเพิ่มขึ้น และการสวมหน้ากากอนามัยกลายเป็นนิสัยการใช้ชีวิตของผู้คน การสวมหน้ากากเป็นหนึ่งในมาตรการป้องกันและควบคุมการระบาดของไวรัสโควิด-19 ที่มีประสิทธิภาพ หลังจากที่รัฐบาลจีนบังคับใช้หน้ากากอนามัยในที่สาธารณะ ประชาชนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการป้องกันตนเอง โดยการสวมหน้ากากจนเป็นนิสัย ส่งผลให้การสวมหน้ากากในจีนมีอัตราที่สูงขึ้น<sup>55</sup>

Y. Guo et al. ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเว้นระยะห่างทางสังคม เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของ COVID-19 ในชุมชนของประชาชนชาวจีน เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงชาวจีน ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป รวบรวมข้อมูลจากแพลตฟอร์มตั้งแต่วันที่ 14 กุมภาพันธ์ - 3 มีนาคม 2020 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีการปฏิบัติตามมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม ร้อยละ 95.6 และปัจจัยส่วนบุคคล เพศ อากาศชื้นแฉะ และความทุกข์ทางจิตใจ เป็นตัวทำนายการปฏิบัติตามมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม กล่าวคือ ผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคมมากกว่าผู้ชาย 3.12 เท่า และความทุกข์ทางจิตใจที่มากขึ้นทำนายโอกาสที่มากขึ้นในการรักษาระยะห่างทางสังคม<sup>56</sup>

Adetunji Obadeji et al., ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการสวมหน้ากากอนามัยในประเทศเยอรมนี ในช่วงการระบาด เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง รวบรวมข้อมูลจากแพลตฟอร์ม วันที่ 20 - 22 เมษายน 2020 กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาและพนักงานของ University of Trier ประเทศเยอรมนี จำนวน 274 คน พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการสวมหน้ากากอนามัยคือความกังวลเกี่ยวกับวิกฤตในปัจจุบัน กล่าวคือ ความกังวลที่มากขึ้นส่งผลให้มีการสวมหน้ากากอนามัยมากขึ้น<sup>57</sup>

Vladimir M. Cvetković et al., ศึกษาการเตรียมความพร้อมและพฤติกรรมในการป้องกันภัยพิบัติ จากโรคระบาดที่เกิดจากโควิด-19 ในเซอร์เบีย เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง รวบรวมข้อมูลจาก แพลตฟอร์มในเดือนเมษายน 2020 สองสัปดาห์หลังจากประกาศสถานการณ์ฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่าง เป็นชาวเซอร์เบียอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไปจำนวน 975 คน พบว่า ความแตกต่างระหว่างเพศมีผลต่อการใช้มาตรการป้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะฆ่าเชื้อที่บ้าน เสื้อผ้า และมีการเว้นระยะห่างทางสังคมมากกว่าผู้ชาย<sup>58</sup>

Helena J. Hutchins et al., ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโควิด-19 ตามกลุ่มอายุใน สหรัฐอเมริกา เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี จำนวน 6,475 คน รวบรวมข้อมูลจากแพลตฟอร์ม ดำเนินการในสามช่วง ช่วงที่ 1 วันที่ 20-26 เมษายน 2020 ช่วงที่ 2 วันที่ 4-10 พฤษภาคม 2020 และช่วงที่ 3 วันที่ 30 พฤษภาคม - 8 มิถุนายน 2020 พบว่า ประชาชนมีการสวมหน้ากากอนามัยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 78 ในเดือนเมษายน เป็นร้อยละ 83 ในเดือนพฤษภาคม และเพิ่มขึ้นถึง ร้อยละ 89 ในเดือนมิถุนายน อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมการป้องกันตนเอง เช่น การล้างมือ การเว้นระยะห่างทางสังคม และการหลีกเลี่ยงสถานที่สาธารณะหรือที่แออัด ลดลงเล็กน้อยหรือไม่เปลี่ยนแปลงในแต่ละช่วงเวลา และยังพบว่าความชุกของพฤติกรรมการป้องกันตนเอง ต่ำที่สุดในกลุ่มวัยรุ่น (อายุ 18-29 ปี) และสูงที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุ (อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี)<sup>59</sup>

Bolanle Olapeju et al. ศึกษาแนวโน้มพฤติกรรมกรรมการล้างมือเพื่อป้องกัน COVID-19: หลักฐานระยะยาวจากการสำรวจออนไลน์ใน 10 ประเทศย่อยในแอฟริกาใต้สะฮารา เป็นการสำรวจแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป รวบรวมข้อมูลจากแพลตฟอร์ม รอบที่ 1 เดือนกรกฎาคม 2020 จำนวน 9,876 คน และรอบที่ 2 เดือนพฤศจิกายน 2020 จำนวน 20,088 คน พบว่า การล้างมือระหว่างรอบที่ 1 และรอบที่ 2 ลดลงในระดับประเทศและภูมิภาคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในทุกประเทศและภูมิภาค และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการล้างมือ ได้แก่ อายุที่มากขึ้น ผู้หญิงและการศึกษา ระดับอุดมศึกษา<sup>60</sup>

Dwipayanti NMU et al. ศึกษาการรับรู้ของประชาชนและพฤติกรรมกรรมการล้างมือในช่วงการระบาดของ COVID-19 ในอินโดนีเซีย เป็นการสำรวจแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนซึ่งปัจจุบันอาศัยอยู่ในอินโดนีเซียและมีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป รวบรวมข้อมูลจากแพลตฟอร์ม ตั้งแต่วันที่ 28 พฤษภาคม - 12 มิถุนายน 2020 พบว่า ผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะรายงานความถี่ของการล้างมือในช่วงการระบาดใหญ่ของ COVID-19 มากกว่าผู้ชาย ความถี่ในการล้างมือที่เพิ่มขึ้น มีความแตกต่างทางสถิติระหว่างช่วงเวลาก่อนและระหว่างการระบาดของ COVID-19 นอกจากนี้ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมีการล้างมือบ่อยกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า<sup>61</sup>

Mojgan Firouzbakht et al. ศึกษาพฤติกรรมกรรมการป้องกัน COVID-19 และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประชากรอิหร่าน เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือประชากรชาวอิหร่านมีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป จำนวน 2,097 คน รวบรวมข้อมูลจากแพลตฟอร์มตั้งแต่วันที่ 25 มีนาคม - 5 เมษายน 2020 ซึ่งเป็นช่วงที่มีการระบาดของ COVID-19 สูงสุดครั้งแรก พบว่า กลุ่มตัวอย่างล้างมือและสวมหน้ากากอนามัยประจำ ร้อยละ 61.9 และ 55.7 ตามลำดับ และยังพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการล้างมือและการสวมหน้ากากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้หญิงมีพฤติกรรมป้องกันที่ดีกว่าเพศชาย<sup>62</sup>

Tang, CC., Chen, H. & Wu, WW ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันของบุคคลในช่วง COVID-19: การสำรวจข้ามชาติ เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือประชากรอาศัยอยู่ในไต้หวัน สหรัฐอเมริกา แคนาดา และญี่ปุ่น มีอายุอย่างน้อย 20 ปี จำนวน 384 คน รวบรวมข้อมูลจากแพลตฟอร์มตั้งแต่วันที่ 8 มิถุนายน - 22 มิถุนายน 2020 พบว่า กลุ่มตัวอย่างสวมหน้ากากอนามัย ร้อยละ 70.1 รักษาระยะห่างทางสังคม ร้อยละ 63.8 ล้างมือ ร้อยละ 60.2 หลีกเลี่ยงการเดินทาง ร้อยละ 56.8 และทำความสะอาด/ระบายอากาศ สิ่งแวดล้อม ร้อยละ 54.7 และยังพบว่าผู้หญิงมีการล้างมือทำความสะอาดและการระบายอากาศมากกว่าผู้ชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>63</sup>

Khezhar Hayat et al. ศึกษามุมมองของชาวปากีสถานที่มีต่อโรคโคโรนาไวรัส (โควิด-19) ในช่วงการระบาด เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือประชากรที่อาศัยอยู่ในปากีสถาน จำนวน 1,257 คน รวบรวมข้อมูลจากแพลตฟอร์มตั้งแต่วันที่ 29 มีนาคม - 15 เมษายน 2020 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 82.1 ไม่ไปในสถานที่ที่มีผู้คนพลุกพล่านและสวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกนอกบ้าน ร้อยละ 85.8 ล้างมือเป็นประจำเป็นเวลา 15 วินาที ร้อยละ 88.1 และยังพบว่าอายุ เพศ การศึกษา สถานภาพการสมรสและอาชีพ มีความสัมพันธ์กับการไปสถานที่ที่มีผู้คนพลุกพล่านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>64</sup>

### บทที่ 3

## วิธีดำเนินการวิจัย

### รูปแบบการวิจัย

การศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชนเขตสุขภาพที่ 6 เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบศึกษาย้อนหลัง (Retrospective analytical research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6 จากสถานการณ์ในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 2) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6 3) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6 โดยมีขั้นตอนการศึกษาตามลำดับดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การวิเคราะห์ข้อมูล

#### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากร ( Population)

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 ประกอบด้วย 8 จังหวัดคือ จังหวัดชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี สระแก้ว และสมุทรปราการ (กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย) ซึ่งเป็นประชากรที่ตอบแบบสอบถามอนามัยโพลทั้งหมด 16,050 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรที่ตอบแบบสำรวจออนไลน์อนามัยโพลครบถ้วนทุกรายการ จำนวน 14,988 ราย

##### การดำเนินการเกี่ยวกับอาสาสมัคร

- เกณฑ์คัดเข้าอาสาสมัคร (Inclusion Criteria) ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 ประกอบด้วย 8 จังหวัดคือ จังหวัดชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี สระแก้ว และสมุทรปราการ ที่อ่านหนังสือออก เข้าถึงสัญญาณเครือข่ายอินเทอร์เน็ต และสมัครใจทำแบบสำรวจออนไลน์

- เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) แยกอาสาสมัครออกจากโครงการ กรณีผู้ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน อ่านหนังสือไม่ออก เข้าไม่ถึงสัญญาณเครือข่ายอินเทอร์เน็ต หรืออายุน้อยกว่า 15 ปี

- เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation Criteria) ไม่มี

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในการป้องกัน COVID-19 (อนามัยโพล) ที่จัดทำขึ้นโดยทีมศูนย์คาดการณ์ผลกระทบต่อสุขภาพ กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย การทดสอบเครื่องมือโดยผ่านผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย นักวิชาการสาธารณสุขทรงคุณวุฒิ กรมอนามัย 2 ท่าน และอาจารย์จากสถาบันการศึกษา (Think tank team Anamai poll) เพื่อพิจารณาความถูกต้องด้านเนื้อหา ความครอบคลุมด้านภาษา และรูปแบบของเครื่องมือ ความเหมาะสมของกลุ่มตัวอย่าง แบบสำรวจรูปแบบออนไลน์ประกอบด้วย 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ที่ตั้งที่อยู่อาศัย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ครั้งที่ทำการสำรวจ

ส่วนที่ 2 ความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดโรค COVID-19

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค COVID-19

โดยผู้วิจัยได้นำแบบสำรวจฯ มาสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้แก่ประชาชนในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบผ่านกลไกคณะทำงานตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและสาธารณสุขด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ศูนย์อนามัยที่ 6 ที่มีผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 6 เป็นประธาน และมีคณะทำงานประกอบด้วย บุคลากรจากกลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัย กลุ่มพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม กลุ่มโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และพัฒนากำลังคน เพื่อให้แบบสำรวจได้กระจายผ่านเครือข่ายที่เชื่อมโยงระดับจังหวัด ซึ่งมีการกำหนด sentinel surveillance ตามแนวทางยกระดับการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนด้วยอนามัยโพล และขอใช้ข้อมูลผลการสำรวจจากกองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพมาวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในพื้นที่เพื่อวางแผนขับเคลื่อนการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ต่อไป

**ตัวแปรต้น** ได้แก่ ที่ตั้งที่อยู่อาศัย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ครั้งที่ทำการสำรวจ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองตามมาตรการ DMHTT ประกอบด้วย การสวมหน้ากากตลอดเวลา ในที่สาธารณะ การล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์ การรักษาระยะห่างและใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุด ตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรอง และการลงทะเบียน “ไทยชนะ” หรือบันทึกชื่อ ก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ

**ตัวแปรตาม** ได้แก่ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองของประชาชนในการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19

## 3. วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชนเขตสุขภาพที่ 6 มีขั้นตอนการวิจัยและพัฒนา ดังนี้



### การทบทวน/ตรวจสอบ/สิ่งที่พัฒนา ก่อนทดลองใช้

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบศึกษาย้อนหลัง ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ที่ตั้งที่อยู่อาศัย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความรู้สึกกังวลต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด ช่วงเวลาการเก็บข้อมูล (สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19) และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ COVID-19 ตามมาตรการ DMHTT

รวบรวมข้อมูลทุติยภูมิในระบบฐานข้อมูลออนไลน์ การสำรวจอนามัยโพลครั้งที่ 1-10 (9 พฤศจิกายน – 17 พฤษภาคม 2564) ซึ่งสามารถเข้าถึงข้อมูลผลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในการป้องกันโรค COVID-19 และ download ในรูปแบบ excel ตามลิงก์ที่กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพกำหนด โดยแบ่งรอบครั้งที่สำรวจ ดังนี้

ครั้งที่สำรวจ

- ครั้งที่ 1 : 9 - 13 พ.ย. 2563
- ครั้งที่ 2 : 23 - 27 พ.ย. 2563
- ครั้งที่ 3 : 7 - 11 ธ.ค. 2563
- ครั้งที่ 4 : 21 - 25 ธ.ค. 2563
- ครั้งที่ 5 : 28 ธ.ค. 2563 – 8 ม.ค. 2564
- ครั้งที่ 6 : 10 - 22 ม.ค. 2564
- ครั้งที่ 7 : 8 - 20 ก.พ. 2564
- ครั้งที่ 8 : 23 ก.พ. - 29 มี.ค. 2564
- ครั้งที่ 9 : 22 มี.ค. -16 เม.ย. 2564
- ครั้งที่ 10 : 18 เม.ย. – 17 พ.ค. 2564

#### 4. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิจัยเชิงวิเคราะห์แบบศึกษาย้อนหลัง ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ที่ตั้งที่อยู่อาศัย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความรู้สึกกังวลต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด ช่วงเวลาการเก็บข้อมูล (สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19) และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ COVID-19 ตามมาตรการ DMHTT วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรด้วยการทดสอบ ไคสแควร์ และปัจจัยที่ส่งผลต่อตัวแปรด้วยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

#### 5. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ดำเนินการโดยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง มีการอธิบายวัตถุประสงค์ ความสำคัญของการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล การรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง ในการวิเคราะห์ข้อมูล และการนำเสนอผลการวิจัย

ผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้จะได้รับรู้ถึงสิทธิต่าง ๆ ดังนี้ คือ สิทธิในการออกจากการศึกษา ผู้ศึกษาไม่มีการเก็บข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ในการเผยแพร่ข้อมูลและผลการวิจัยจะนำเสนอในทางวิชาการ ไม่เปิดเผยชื่อ ประวัติต่าง ๆ ของผู้เข้าร่วมการวิจัย

## บทที่ 4

### ผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6 จากสถานการณ์ในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 2) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6 และ 3) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6 จากการเก็บข้อมูลทุติยภูมิในระบบฐานข้อมูลออนไลน์ การสำรวจอนามัยโพลของกรมอนามัยครั้งที่ 1-10 (9 พฤศจิกายน 2563 – 17 พฤษภาคม 2564) จำนวน 16,050 ราย เมื่อตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 14,988 ราย คิดเป็น ร้อยละ 93.4 ผู้วิจัยได้จำแนกผลการวิเคราะห์ออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยในเขตเทศบาลจำนวน 8,861 คน คิดเป็นร้อยละ 59.1 เป็นเพศหญิงจำนวน 12,219 คน คิดเป็นร้อยละ 81.5 อายุระหว่าง 25-44 ปี จำนวน 5,670 คน คิดเป็นร้อยละ 37.8 ระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่า จำนวน 6,099 คน คิดเป็นร้อยละ 40.7 รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ จำนวน 5,640 คน คิดเป็นร้อยละ 37.6 มีผู้ตอบแบบสำรวจครั้งที่ 4 มากที่สุด จำนวน 4,140 คน คิดเป็นร้อยละ 27.6 ส่วนใหญ่มีความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19 ระดับกังวลปานกลาง จำนวน 5,846 คน คิดเป็นร้อยละ 39.0 ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลทั่วไป (N=14,988)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>ที่ตั้งที่อยู่อาศัย</b>		
ในเขตเทศบาล	8,861	59.1
นอกเขตเทศบาล	6,127	40.9
<b>เพศ</b>		
ชาย	2,769	18.5
หญิง	12,219	81.5
<b>อายุ</b>		
15-24 ปี	734	4.9
25-44 ปี	5,670	37.8
45-59 ปี	4,823	32.2
60 ปีขึ้นไป	3,761	25.1
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	3,097	20.7
มัธยมศึกษา/ปวช.	4,604	30.7
อนุปริญญา/ปวส	1,188	7.9
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	6,099	40.7
<b>อาชีพ</b>		
เกษตรกร	2,272	15.2
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	1,784	11.9
เอกชน	921	6.1
รับจ้างทั่วไป	1,458	9.7
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	5,640	37.6
อาสาสมัครสาธารณสุข	1,472	9.8
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	749	5.0
เกษียณราชการ/ผู้สูงอายุ	311	2.1
นักเรียน/นักศึกษา/ว่างงาน	381	2.5

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลทั่วไป (N=14,988) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>ครั้งที่สำรวจ (ระลอก 1 ครั้งที่ 1-3, ระลอก 2 ครั้งที่ 4-8, ระลอก 3 ครั้งที่ 9-10)</b>		
ครั้งที่ 1 : วันที่ 9-13 พฤศจิกายน 2563	404	2.7
ครั้งที่ 2 : วันที่ 23-27 พฤศจิกายน 2563	434	2.9
ครั้งที่ 3 : วันที่ 7-11 ธันวาคม 2563	874	5.8
ครั้งที่ 4 : วันที่ 21-25 ธันวาคม 2563	4,140	27.6
ครั้งที่ 5 : วันที่ 28 ธันวาคม 2563-9 มกราคม 2564	3,824	25.5
ครั้งที่ 6 : วันที่ 10-22 มกราคม 2564	1,587	10.6
ครั้งที่ 7 : วันที่ 8-20 กุมภาพันธ์ 2564	1,051	7.0
ครั้งที่ 8 : วันที่ 1-19 มีนาคม 2564	420	2.8
ครั้งที่ 9 : วันที่ 1-16 เมษายน 2564	1,230	8.2
ครั้งที่ 10 : วันที่ 1-14 พฤษภาคม 2564	1,024	6.8
<b>ความรู้สึกรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19</b>		
เฉยๆไม่กังวล	572	3.8
กังวลเล็กน้อย	3,103	20.7
กังวลปานกลาง	5,846	39.0
กังวลมาก	5,467	36.5

ส่วนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6

ผลการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างสวมหน้ากากตลอดเวลาในที่สาธารณะทำประจำมากที่สุด จำนวน 14,272 คน คิดเป็นร้อยละ 95.2 ล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์ทำประจำจำนวน 13,145 คน คิดเป็นร้อยละ 87.7 การรักษาระยะห่างและใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุดทำประจำจำนวน 11,729 คน คิดเป็นร้อยละ 78.3 ตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรองทำประจำจำนวน 14,093 คน คิดเป็นร้อยละ 94.1 การลงทะเบียน “ไทยชนะ” หรือบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ ทำประจำจำนวน 10,259 คน คิดเป็นร้อยละ 68.4 และพฤติกรรมป้องกันครบตามมาตรการ DMHTT ทำประจำจำนวน 8,402 คน คิดเป็นร้อยละ 56.1 ดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละพฤติกรรมกำรป้องกันและลดการแพร่ระบาดของ COVID-19 ตามมาตรการ DMHTT (N=14,988)

พฤติกรรมกำรป้องกันและลดการแพร่ระบาดของ COVID-19	จำนวน	ร้อยละ
<b>การสวมหน้ากากตลอดเวลาในที่สาธารณะ</b>		
ทำไม่ประจำ	716	4.8
ทำประจำ	14,272	95.2
<b>การล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์</b>		
ทำไม่ประจำ	1,843	12.3
ทำเป็นประจำ	13,145	87.7
<b>รักษาระยะห่างและใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุด</b>		
ทำไม่ประจำ	3,259	21.7
ทำเป็นประจำ	11,729	78.3
<b>ตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรอง</b>		
ทำไม่ประจำ	895	5.9
ทำเป็นประจำ	14,093	94.1
<b>ลงทะเบียน “ไทยชนะ” หรือบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ</b>		
ทำไม่ประจำ	4,729	31.6
ทำเป็นประจำ	10,259	68.4
<b>พฤติกรรมป้องกันครบตามมาตรการ DMHTT</b>		
ทำไม่ประจำ	6,586	43.9
ทำเป็นประจำ	8,402	56.1

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำรป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6

### 3.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสวมหน้ากากตลอดเวลา

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสวมหน้ากากตลอดเวลาในที่สาธารณะทำประจำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ได้แก่ ที่ตั้งที่อยู่อาศัย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ครั้งที่สำรวจ และความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 เมื่อพิจารณาปัจจัยต่าง ๆ พบว่า ผู้ที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมีการสวมหน้ากากตลอดเวลาในที่สาธารณะทำประจำ (ร้อยละ 96.3) มากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล ร้อยละ 95.7 ผู้หญิงมีการสวมหน้ากาก (ร้อยละ 95.9) มากกว่าผู้ชาย (ร้อยละ 92.1) กลุ่มอายุระหว่าง 25-44 ปี มีการสวมหน้ากาก (ร้อยละ 96.0) มากกว่ากลุ่มอายุอื่น ผู้ที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่ามีการสวมหน้ากาก (ร้อยละ 96.3) มากที่สุด ผู้ที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขมีการสวมหน้ากาก

(ร้อยละ 97.7) มากกว่า กลุ่มอาชีพอื่น ผู้ที่ทำการสำรวจครั้งที่ 9-10 หรือช่วงการระบาดระลอก 3 มีการสวมหน้ากากมากที่สุด (ร้อยละ 97.9) และความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19 ผู้ที่กังวลมาก มีการสวมหน้ากากมากที่สุด (ร้อยละ 97.1) ดังตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19 กับการสวมหน้ากากตลอดเวลาในที่สาธารณะ

ตัวแปร (N=14,988)	การสวมหน้ากากตลอดเวลาในที่สาธารณะ		$\chi^2$	p-value
	ทำไม่ประจำ	ทำประจำ		
<b>ที่ตั้งที่อยู่อาศัย</b>			4.832	0.029*
ในเขตเทศบาล	384 (4.3)	8,477 (95.7)		
นอกเขตเทศบาล	224 (3.7)	5,903 (96.3)		
<b>เพศ</b>			73.235	<0.001*
ชาย	219 (7.9)	2,550 (92.1)		
หญิง	497 (4.1)	11,722 (95.9)		
<b>อายุ</b>			17.530	0.001*
15-24 ปี	50 (6.8)	684 (93.2)		
25-44 ปี	229 (4.0)	5,441 (96.0)		
45-59 ปี	231 (4.8)	4,592 (95.2)		
60 ปีขึ้นไป	206 (5.5)	3,555 (94.5)		
<b>ระดับการศึกษา</b>			86.512	<0.001*
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	265 (8.6)	2,832 (91.4)		
มัธยมศึกษา/ปวช.	266 (5.8)	4,338 (94.2)		
อนุปริญญา/ปวส.	54 (4.5)	1,134 (95.5)		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	224 (3.7)	5,875 (96.3)		

ตารางที่ 4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19 กับการสวมหน้ากากตลอดเวลาในที่สาธารณะ (ต่อ)

ตัวแปร (N=14,988)	การสวมหน้ากากตลอดเวลาในที่สาธารณะ		$\chi^2$	p-value
	ทำไม่ประจำ	ทำประจำ		
<b>อาชีพ</b>			140.856	<0.001*
เกษตรกร	152 (6.7)	2,120 (93.3)		
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	113 (6.3)	1,671 (93.7)		
เอกชน	26 (2.8)	895 (97.2)		
รับจ้างทั่วไป	115 (7.9)	1,343 (92.1)		
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	186 (3.3)	5,454 (96.7)		
อาสาสมัคร สาธารณสุข	34 (2.3)	1,438 (97.7)		
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	31 (4.1)	718 (95.9)		
เกษียณราชการ/ ผู้สูงอายุ	20(6.4)	291 (93.6)		
นักเรียน/นักศึกษา/ ว่างงาน	39 (10.2)	342 (89.8)		
<b>ครั้งที่สำรวจ</b>			330.587	<0.001*
ครั้งที่ 1-3 (ระลอก 1)	211 (14.0)	1,294 (86.0)		
ครั้งที่ 4-8 (ระลอก 2)	458 (4.1)	1,0771 (95.9)		
ครั้งที่ 9-10 (ระลอก 3)	47 (2.1)	2,207 (97.9)		
<b>ความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19</b>			89.542	<0.001*
เฉยๆไม่กังวล	58 (10.1)	514 (89.9)		
กังวลเล็กน้อย	174 (5.6)	2,929 (94.4)		
กังวลปานกลาง	324 (5.5)	5,522 (94.5)		
กังวลมาก	160 (2.9)	5,307 (97.1)		

\*p<.05

### 3.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์ทำประจำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ครั้งที่สำรวจ และความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19 เมื่อพิจารณาปัจจัยต่าง ๆ พบว่า ผู้หญิงมีการล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 89.1) มากกว่าผู้ชาย (ร้อยละ 81.3) กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป มีการล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 89.9) มากกว่ากลุ่มอายุอื่น ผู้ที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขมีการล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 94.3) มากกว่ากลุ่มอาชีพอื่น ผู้ที่ทำการสำรวจครั้งที่ 9-10 มีการล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์ มากที่สุด (ร้อยละ 91.0) และความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19 ผู้ที่มีความกังวลมาก มีการล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์ มากที่สุด (ร้อยละ 91.2) ดังตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19 กับการล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์

ตัวแปร (N=14,988)	ล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์		$\chi^2$	p-value
	ทำไม่ประจำ	ทำประจำ		
<b>ที่ตั้งที่อยู่อาศัย</b>			3.156	0.081
ในเขตเทศบาล	819 (9.2)	8,0422 (90.8)		
นอกเขตเทศบาล	501 (8.2)	5,626 (91.8)		
<b>เพศ</b>			12.7.975	<0.001*
ชาย	517 (18.7)	2,252 (81.3)		
หญิง	1,326 (10.9)	10,893 (89.1)		
<b>อายุ</b>			102.601	<0.001*
15-24 ปี	170 (23.2)	564 (76.8)		
25-44 ปี	737 (13.0)	4,933 (87.0)		
45-59 ปี	557 (11.5)	4,266 (88.5)		
60 ปีขึ้นไป	379 (10.1)	3,382 (89.9)		
<b>ระดับการศึกษา</b>			2.139	0.544
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	368 (11.9)	2,729 (88.1)		
มัธยมศึกษา/ปวช.	547 (11.9)	4,057 (88.1)		
อนุปริญญา/ปวส.	167 (14.1)	1,021 (85.9)		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	780 (12.8)	5,319 (87.2)		

ตารางที่ 4.4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19 กับการล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์ (ต่อ)

ตัวแปร (N=14,988)	ล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์		$\chi^2$	p-value
	ทำไม่ประจำ	ทำประจำ		
<b>อาชีพ</b>			221.942	<0.001*
เกษตรกร	294 (12.9)	1,978 (87.1)		
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	218 (12.2)	1,566 (87.8)		
เอกชน	119 (12.9)	802 (87.1)		
รับจ้างทั่วไป	238 (16.3)	1,220 (83.7)		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	642 (11.4)	4,998 (88.6)		
อาสาสมัครสาธารณสุข	84 (5.7)	1,388 (94.3)		
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	77 (10.3)	672 (89.7)		
เกษียณราชการ/ผู้สูงอายุ	52 (16.7)	259 (83.3)		
นักเรียน/นักศึกษา/ว่างงาน	119 (31.2)	262 (68.8)		
<b>ครั้งที่สำรวจ</b>			137.861	<0.001*
ครั้งที่ 1-3 (ระลอก 1)	320 (21.3)	1,185 (78.7)		
ครั้งที่ 4-8 (ระลอก 2)	1,320 (11.8)	9,909 (88.2)		
ครั้งที่ 9-10 (ระลอก 3)	203 (9.0)	2,051 (91.0)		
<b>ความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19</b>			100.440	<0.001*
เฉยๆไม่กังวล	88 (15.4)	484 (84.6)		
กังวลเล็กน้อย	447 (14.4)	2,656 (85.6)		
กังวลปานกลาง	829 (14.2)	5,017 (85.8)		
กังวลมาก	479 (8.8)	4,988 (91.2)		

\*p<.05

### 3.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาระยะห่างและใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุด

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาระยะห่างและใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุดทำประจำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.05$ ) ได้แก่ ที่ตั้งที่อยู่อาศัย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ครั้งที่สำรวจ และความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19 เมื่อพิจารณาปัจจัยต่าง ๆ พบว่า ผู้ที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมีการรักษาระยะห่างและใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุด (ร้อยละ 86.6) มากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล (ร้อยละ 84.2) ผู้หญิงมีการรักษาระยะห่างและใช้เวลาพบปะผู้อื่น

ให้สั้นที่สุด (ร้อยละ 79.5) มากกว่าผู้ชาย (ร้อยละ 72.8) กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปมีการรักษาระยะห่างและใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุด (ร้อยละ 82.4) มากกว่ากลุ่มอายุอื่น ผู้ที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า มีการรักษาระยะห่างและใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุด มากที่สุด (ร้อยละ 78.5) ผู้ที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขมีการรักษาระยะห่างและใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุด มากที่สุด (ร้อยละ 88.0) ผู้ที่ทำการสำรวจครั้งที่ 9-10 หรือช่วงการระบาดระลอก 3 มีการรักษาระยะห่างและใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุด (ร้อยละ 85.0) มากกว่าการสำรวจช่วงอื่น และความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19 ผู้ที่มีความกังวลมาก มีการรักษาระยะห่างและใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุด มากที่สุด (ร้อยละ 83.6) ดังตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19 กับการรักษาระยะห่างและใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุด

ตัวแปร (N=14,988)	รักษาระยะห่างและใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุด		$\chi^2$	p-value
	ทำไม่ประจำ	ทำประจำ		
<b>ที่ตั้งที่อยู่อาศัย</b>			7.457	0.006*
ในเขตเทศบาล	1,396 (15.8)	7,465 (84.2)		
นอกเขตเทศบาล	818 (13.4)	5,309 (86.6)		
<b>เพศ</b>			60.078	<0.001*
ชาย	754 (27.2)	2,015 (72.8)		
หญิง	2,505 (20.5)	9,714 (79.5)		
<b>อายุ</b>			137.650	<0.001*
15-24 ปี	253 (34.5)	481 (65.5)		
25-44 ปี	1,378 (24.3)	4,292 (75.7)		
45-59 ปี	965 (20.0)	3,858 (80.0)		
60 ปีขึ้นไป	663 (17.6)	3,098 (82.4)		
<b>ระดับการศึกษา</b>			11.084	0.011*
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	665 (21.5)	2,432 (78.5)		
มัธยมศึกษา/ปวช.	1,043 (22.7)	3,567 (77.3)		
อนุปริญญา/ปวส.	315 (26.5)	873 (73.5)		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	1,417 (23.2)	4,682 (76.8)		

ตารางที่ 4.5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19 กับการรักษาระยะห่างและใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุด (ต่อ)

ตัวแปร (N=14,988)	รักษาระยะห่างและใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุด		$\chi^2$	p-value
	ทำไม่ประจำ	ทำประจำ		
<b>อาชีพ</b>			139.169	<0.001*
เกษตรกร	670 (20.5)	2,602 (79.5)		
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	443 (23.0)	1,482 (77.0)		
เอกชน	228 (24.8)	693 (75.2)		
รับจ้างทั่วไป	228 (24.8)	693 (75.2)		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	373 (25.6)	1,085 (74.4)		
อาสาสมัครสาธารณสุข	366 (12.0)	2,684 (88.0)		
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	341 (19.5)	1,408 (80.5)		
เกษียณราชการ/ผู้สูงอายุ	249 (19.0)	1,062 (81.0)		
นักเรียน/นักศึกษา/ ว่างงาน	126 (33.1)	255 (66.9)		
<b>ครั้งที่สำรวจ</b>			274.564	<0.001*
ครั้งที่ 1-3 (ระลอก 1)	560 (37.2)	945 (62.8)		
ครั้งที่ 4-8 (ระลอก 2)	2,360 (21.0)	8,869 (79.0)		
ครั้งที่ 9-10 (ระลอก 3)	339 (15.0)	1,915 (85.0)		
<b>ความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19</b>			152.689	<0.001*
เฉยๆไม่กังวล	148 (25.9)	424 (74.1)		
กังวลเล็กน้อย	726 (23.4)	2,377 (76.6)		
กังวลปานกลาง	1,491 (25.5)	4,355 (74.5)		
กังวลมาก	894 (16.4)	4,573 (83.6)		

\*p<.05

### 3.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรอง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรองทำประจำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.05$ ) ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ครั้งที่สำรวจ และความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19 เมื่อพิจารณาปัจจัยต่าง ๆ พบว่า ผู้หญิงมีการตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่

ที่มีจุดตรวจคัดกรอง (ร้อยละ 94.6) มากกว่าผู้ชาย (ร้อยละ 91.4) กลุ่มอายุ 45-59 ปี มีการตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรอง (ร้อยละ 94.7) มากกว่ากลุ่มอายุอื่น ผู้ที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. มีการตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรอง มากที่สุด (ร้อยละ 94.7) ผู้ที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข มีการตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรอง (ร้อยละ 96.4) มากกว่า กลุ่มอาชีพอื่น ผู้ที่ทำการสำรวจครั้งที่ 9-10 มีการตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรอง มากที่สุด (ร้อยละ 96.1) และความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19 ผู้ที่มีความกังวลมาก มีตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรองมากที่สุด ร้อยละ (95.1) ดังตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19 กับการตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรอง

ตัวแปร (N=14,988)	ตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรอง		$\chi^2$	p-value
	ทำไม่ประจำ	ทำประจำ		
<b>ที่ตั้งที่อยู่อาศัย</b>			1.202	0.292
ในเขตเทศบาล	355 (4.0)	8,506 (96.0)		
นอกเขตเทศบาล	220 (3.6)	5,907 (96.4)		
<b>เพศ</b>			40.503	<0.001*
ชาย	237 (8.6)	2,532 (91.4)		
หญิง	658 (5.4)	11,561 (94.6)		
<b>อายุ</b>			19.663	<0.001*
15-24 ปี	69 (9.4)	665 (90.6)		
25-44 ปี	350 (6.2)	5,320 (93.8)		
45-59 ปี	256 (5.3)	4,567 (94.7)		
60 ปีขึ้นไป	220 (5.8)	3,541 (94.2)		
<b>ระดับการศึกษา</b>			12.084	0.007*
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	213 (6.9)	2,884 (93.1)		
มัธยมศึกษา/ปวช.	242 (5.3)	4,362 (94.7)		
อนุปริญญา/ปวส.	88 (7.4)	1,100 (92.6)		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	407 (6.7)	5,692 (93.3)		

ตารางที่ 4.6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19 กับการตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรอง (ต่อ)

ตัวแปร (N=14,988)	ตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรอง		$\chi^2$	p-value
	ทำไม่ประจำ	ทำประจำ		
<b>อาชีพ</b>			57.905	<0.001*
เกษตรกร	109 (4.8)	2,163 (95.2)		
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	118 (6.6)	1,666 (93.4)		
เอกชน	43 (4.7)	878 (95.3)		
รับจ้างทั่วไป	113 (7.8)	1,345 (92.2)		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	352 (6.2)	5,288 (93.8)		
อาสาสมัครสาธารณสุข	53 (3.6)	1,419 (96.4)		
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	38 (5.1)	711 (94.9)		
เกษียณราชการ/ผู้สูงอายุ	25 (8.0)	286 (92.0)		
นักเรียน/นักศึกษา/ ว่างงาน	44 (11.5)	337 (88.5)		
<b>ครั้งที่สำรวจ</b>			51.216	<0.001*
ครั้งที่1-3 (ระลอก 1)	144 (9.6)	1,361 (90.4)		
ครั้งที่4-8 (ระลอก 2)	662 (5.9)	10,567 (94.1)		
ครั้งที่9-10 (ระลอก 3)	89 (3.9)	2,165 (96.1)		
<b>ความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19 (N=14,988)</b>			22.675	<0.001*
เฉยๆไม่กังวล	47 (8.2)	525 (91.8)		
กังวลเล็กน้อย	220 (7.1)	2,883 (92.9)		
กังวลปานกลาง	358 (6.1)	5,488 (93.9)		
กังวลมาก	270 (4.9)	5,197 (95.1)		

\*p<.05

### 3.5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการลงทะเบียน “ไทยชนะ” หรือบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการลงทะเบียน “ไทยชนะ” หรือบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ ทำประจำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ได้แก่ ที่ตั้งที่อยู่อาศัย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ครั้งที่สำรวจ และความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19 เมื่อพิจารณาปัจจัยต่าง ๆ พบว่า ผู้ที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมีการลงทะเบียน “ไทยชนะ” หรือบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ (ร้อยละ 75.6) มากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล (ร้อยละ 71.8) ผู้หญิงมีการลงทะเบียน “ไทยชนะ” หรือบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ (ร้อยละ 69.5) มากกว่าผู้ชาย (ร้อยละ 64.08) กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป มีการลงทะเบียน “ไทยชนะ” หรือบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ (ร้อยละ 73.2) มากกว่ากลุ่มอายุอื่น ผู้ที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. มีการลงทะเบียน “ไทยชนะ” หรือบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ มากที่สุด (ร้อยละ 72.4) ผู้ที่เกษียณราชการ/ผู้สูงอายุ มีการลงทะเบียน “ไทยชนะ” หรือบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ (ร้อยละ 77.0) มากกว่ากลุ่มอาชีพอื่น ผู้ที่ทำการสำรวจครั้งที่ 9-10 มีการลงทะเบียน “ไทยชนะ” หรือบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ มากที่สุด (ร้อยละ 70.1) และความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19 ผู้ที่มีความกังวลมาก มีลงทะเบียน “ไทยชนะ” หรือการบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ มากที่สุด (ร้อยละ 73.7) ดังตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19 กับการลงทะเบียน “ไทยชนะ” หรือบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ

ตัวแปร (N=14,988)	บันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ		$\chi^2$	p-value
	ทำไม่ประจำ	ทำประจำ		
<b>ที่ตั้งที่อยู่อาศัย</b>			18.705	<0.001*
ในเขตเทศบาล	2,499 (28.2)	6,362 (71.8)		
นอกเขตเทศบาล	1,494 (24.4)	4,633 (75.6)		
<b>เพศ</b>			31.705	<0.001*
ชาย	998 (36.0)	1,771 (64.0)		
หญิง	3,731 (30.5)	8,488 (69.5)		
<b>อายุ</b>			123.296	<0.001*
15-24 ปี	333 (45.4)	401 (54.6)		
25-44 ปี	1,928 (34.0)	3,742 (66.0)		
45-59 ปี	1,459 (30.3)	3,364 (69.7)		
60 ปีขึ้นไป	1,009 (26.8)	2,752 (73.2)		

ตารางที่ 4.7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19 กับการลง ทะเบียน “ไทยชนะ” หรือบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ (ต่อ)

ตัวแปร (N=14,988)	บันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ		$\chi^2$	p-value
	ทำไม่ประจำ	ทำประจำ		
<b>ระดับการศึกษา</b>			100.132	<0.001*
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	860 (27.8)	2,237 (72.2)		
มัธยมศึกษา/ปวช.	1,269 (27.6)	3,335 (72.4)		
อนุปริญญา/ปวส.	400 (33.7)	788 (66.3)		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	2,220 (36.4)	3,879 (63.6)		
<b>อาชีพ</b>			199.203	<0.001*
เกษตรกร	597 (26.3)	1,675 (73.7)		
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	94 (30.2)	217 (69.8)		
เอกชน	527 (29.5)	1,257 (70.5)		
รับจ้างทั่วไป	352 (38.2)	569 (61.8)		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	215 (28.7)	534 (71.3)		
อาสาสมัครสาธารณสุข	445 (30.5)	1,013 (69.5)		
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	1,968 (34.9)	3,672 (65.1)		
เกษียณราชการ/ผู้สูงอายุ	338 (23.0)	1,134 (77.0)		
นักเรียน/นักศึกษา/ ว่างงาน	193 (50.7)	188 (49.3)		
<b>ครั้งที่สำรวจ</b>			31.446	<0.001*
ครั้งที่ 1-3 (ระลอก 1)	569 (37.8)	936 (62.2)		
ครั้งที่ 4-8 (ระลอก 2)	3,486 (31.0)	7,743 (69.0)		
ครั้งที่ 9-10 (ระลอก 3)	674 (29.9)	1,580 (70.1)		
<b>ความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19</b>			121.111	<0.001*
เฉยๆไม่กังวล	187 (32.7)	385 (67.3)		
กังวลเล็กน้อย	1,139 (36.7)	1,964 (63.3)		
กังวลปานกลาง	1,967 (33.6)	3,879 (66.4)		
กังวลมาก	1,436 (26.3)	4,031 (73.7)		

\*p<.05

### 3.6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองตามมาตรการ DMHTT ครบทั้ง 5 มาตรการ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองตามมาตรการ DMHTT ครบทั้ง 5 มาตรการ ทำประจำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ครั้งที่สำรวจ และความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 เมื่อพิจารณาปัจจัยต่าง ๆ พบว่า ผู้หญิงมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองตามมาตรการ DMHTT (ร้อยละ 57.7) มากกว่าผู้ชาย (ร้อยละ 49.0) กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองตามมาตรการ DMHTT (ร้อยละ 62.7) มากกว่ากลุ่มอายุอื่น ผู้ที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่ามีพฤติกรรมการป้องกันตนเองตามมาตรการ DMHTT (ร้อยละ 58.4) มากที่สุด ผู้ที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองตามมาตรการ DMHTT (ร้อยละ 68.3) มากกว่ากลุ่มอาชีพอื่น ผู้ที่ทำการสำรวจครั้งที่ 9-10 หรือช่วงการระบาดระลอก 3 มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองตามมาตรการ DMHTT (ร้อยละ 61.5) มากกว่าการระบาดระลอก 1 และ 2 และความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ผู้ที่มีความกังวลมากมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองตามมาตรการ DMHTT มากที่สุด (ร้อยละ 63.4) ดังตาราง ที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองตามมาตรการ DMHTT ครบทั้ง 5 มาตรการ

ตัวแปร (N=14,988)	มาตรการ DMHTT		$\chi^2$	p-value
	ทำไม่ประจำ	ทำประจำ		
<b>ที่ตั้งที่อยู่อาศัย</b>			23.714	0.055
ในเขตเทศบาล	3,428 (38.7)	5,433 (61.3)		
นอกเขตเทศบาล	2,260 (36.9)	3,867 (63.1)		
<b>เพศ</b>			69.261	<0.001*
ชาย	1,413 (51.0)	1,356 (49.0)		
หญิง	5,173 (42.3)	7,046 (57.7)		
<b>อายุ</b>			179.741	<0.001*
15-24 ปี	448 (61.0)	286 (39.0)		
25-44 ปี	2,669 (47.1)	3,001 (52.9)		
45-59 ปี	2,067 (42.9)	2,756 (57.1)		
60 ปีขึ้นไป	1,402 (37.3)	2,359 (62.7)		

ตารางที่ 4.8 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19 กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองตามมาตรการ DMHTT ครบทั้ง 5 มาตรการ (ต่อ)

ตัวแปร (N=14,988)	มาตรการ DMHTT		$\chi^2$	p-value
	ทำไม่ประจำ	ทำประจำ		
<b>ระดับการศึกษา</b>			59.597	<0.001*
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	1,289 (41.6)	1,808 (58.4)		
มัธยมศึกษา/ปวช.	1,918 (41.7)	2,686 (58.3)		
อนุปริญญา/ปวส.	586 (49.3)	602 (50.7)		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	2,961 (48.5)	3,138 (51.5)		
<b>อาชีพ</b>			198.392	<0.001*
เกษตรกร	906 (39.9)	1,366 (60.1)		
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	780 (43.7)	1,004 (56.3)		
เอกชน	469 (50.9)	452 (49.1)		
รับจ้างทั่วไป	667 (45.7)	791 (54.3)		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2,618 (46.4)	3,022 (53.6)		
อาสาสมัครสาธารณสุข	466 (31.7)	1,006 (68.3)		
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	309 (41.3)	440 (58.7)		
เกษียณราชการ/ผู้สูงอายุ	131 (42.1)	180 (57.9)		
นักเรียน/นักศึกษา/ว่างงาน	240 (63.0)	141 (37.0)		
<b>ครั้งที่สำรวจ</b>			149.920	<0.001*
ครั้งที่1-3 (ระลอก 1)	872 (57.9)	633 (42.1)		
ครั้งที่4-8 (ระลอก 2)	4,847 (43.2)	6,382 (56.8)		
ครั้งที่9-10 (ระลอก 3)	867 (38.5)	1,387 (61.5)		
<b>ความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19</b>			192.377	<0.001*
เฉยๆไม่กังวล	255 (44.6)	317 (55.4)		
กังวลเล็กน้อย	1,504 (48.5)	1,599 (51.5)		
กังวลปานกลาง	2,827 (48.4)	3,019 (51.6)		
กังวลมาก	2,000 (36.6)	3,467 (63.4)		

\*p<.05

## ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6

### 4.1 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการสวมหน้ากากตลอดเวลาในที่สาธารณะ

จากการคัดเลือกปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการสวมหน้ากากตลอดเวลาในที่สาธารณะเป็นประจำเมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการสวมหน้ากากตลอดเวลาในที่สาธารณะภายหลังปรับค่าด้วยปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ ที่ตั้งที่อยู่อาศัย เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ครั้งที่สำรวจ และความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19 โดยผู้ที่อาศัยนอกเขตเทศบาล มีพฤติกรรมกรรมการสวมหน้ากากตลอดเวลาในที่สาธารณะมากกว่าผู้ที่อาศัยในเขตเทศบาล 1.32 เท่า (95%CI = 1.03-1.68) ผู้หญิงมีพฤติกรรมกรรมการสวมหน้ากากตลอดเวลาในที่สาธารณะมากกว่าผู้ชาย 1.81 เท่า (95%CI = 1.51-2.18) ผู้ที่จบระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า 2.42 เท่า (95%CI = 1.81-3.23), อนุปริญญา/ปวส. 2.24 เท่า (95%CI = 1.50-3.33), และมัธยมศึกษา/ปวช. 1.67 เท่า (95%CI = 1.35-2.07) มีพฤติกรรมกรรมการสวมหน้ากากตลอดเวลาในที่สาธารณะมากกว่าผู้ที่จบระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ตามลำดับ ผู้ที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข 4.30 เท่า (95%CI = 2.32-7.96), ผู้ที่ทำงานเอกชน 3.06 เท่า (95%CI = 1.64-5.71), พ่อบ้าน/แม่บ้าน 2.52 เท่า (95%CI = 1.39-4.57), รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ 2.13 เท่า (95%CI = 1.32-3.44), เกษตรกร 1.79 เท่า (95%CI = 1.11-2.89), และรับจ้างทั่วไป 1.72 เท่า (95%CI = 1.06-2.78) มีพฤติกรรมกรรมการสวมหน้ากากตลอดเวลาในที่สาธารณะมากกว่านักเรียนนักศึกษาหรือว่างงาน ตามลำดับ ผู้ที่ทำการสำรวจครั้งที่ 9-10 หรือช่วงการระบาดระลอกสาม 4.99 เท่า (95%CI = 2.81-8.87) และการสำรวจครั้งที่ 4-8 หรือช่วงการระบาดระลอกสอง 2.96 เท่า (95%CI = 2.47-3.55) มีพฤติกรรมกรรมการสวมหน้ากากตลอดเวลาในที่สาธารณะมากกว่า ผู้ที่ทำการสำรวจครั้งที่ 1-3 หรือช่วงการระบาดระลอกแรก ตามลำดับ ความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19 ผู้ที่มีความกังวลมาก มีพฤติกรรมกรรมการสวมหน้ากากตลอดเวลาในที่สาธารณะ 3.57 เท่า (95%CI = 2.47-5.15) มากกว่าผู้ที่รู้สึกเฉย ๆ ไม่กังวล ดังตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการสวมหน้ากากตลอดเวลาในที่สาธารณะ

ตัวแปร	B	S.E.	Wald	P	OR	95% CI
ที่ตั้งที่อยู่อาศัย (ref=ในเขตเทศบาล)	0.275	0.126	4.79	0.029*	1.32	1.03-1.68
เพศ (ref=ชาย)	0.596	0.093	41.21	<0.001*	1.81	1.51-2.18
อายุ (ref=15-24ปี)			3.54	0.315		
25-44 ปี	0.284	0.203	1.96	0.162	1.33	0.89-1.98
45-59 ปี	0.183	0.207	0.78	0.377	1.20	0.80-1.80
60 ปีขึ้นไป	0.321	0.214	2.25	0.134	1.38	0.91-2.10

ตารางที่ 4.9 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสวมหน้ากากตลอดเวลาในที่สาธารณะ (ต่อ)

ตัวแปร	B	S.E.	Wald	P	OR	95% CI
ระดับการศึกษา(ref=ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า)			41.88	<0.001*		
มัธยมศึกษา/ปวช.	0.511	0.110	21.79	<0.001*	1.67	1.35-2.07
อนุปริญญา/ปวส.	0.805	0.203	15.74	<0.001*	2.24	1.50-3.33
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	0.883	0.148	38.83	<0.001*	2.42	1.81-3.23
อาชีพ(ref=นักเรียน นักศึกษา ว่างาน)			39.743	<0.001*		
เกษตรกร	0.581	0.245	5.63	0.018*	1.79	1.11-2.89
เกษียณราชการ/ผู้สูงอายุ	0.411	0.347	1.40	0.236	1.51	0.76-2.97
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	0.354	0.249	2.02	0.155	1.42	0.88-2.32
เอกชน	1.119	0.318	12.37	<0.001*	3.06	1.64-5.71
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	0.924	0.304	9.21	0.002*	2.52	1.39-4.57
รับจ้างทั่วไป	0.542	0.245	4.89	0.027*	1.72	1.06-2.78
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1.758	0.244	9.65	0.002*	2.13	1.32-3.44
อาสาสมัครสาธารณสุข	1.458	0.315	21.47	<0.001*	4.30	2.32-7.96
ครั้งที่สำรวจ(ref=ครั้งที่1-3 (ระลอก 1))			138.811	<0.001*		
ครั้งที่ 4-8 (ระลอก 2)	1.085	0.933	135.68	<0.001*	2.96	2.47-3.55
ครั้งที่ 9-10 (ระลอก 3)	1.607	0.293	6.80	<0.001*	4.99	2.81-8.87
ความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19 (ref=เฉยๆไม่กังวล)			74.846	<0.001*		
กังวลเล็กน้อย	0.607	0.185	10.74	0.001	1.83	1.28-2.64
กังวลปานกลาง	0.469	0.175	7.13	0.008	1.60	1.13-2.25
กังวลมาก	1.271	0.187	46.066	<0.001*	3.57	2.47-5.15
ค่าคงที่	-0.576	0.275		0.036*	0.56	

\*p&lt;.05

#### 4.2 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์ประจำ

จากการคัดเลือกปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์ประจำเมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์ทำประจำภายหลังปรับค่าด้วยปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ครั้งที่สำรวจ และความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19 โดยผู้หญิงมีโอกาสที่จะล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์มากกว่าผู้ชาย 1.8 เท่า (95%CI = 1.59-2.04) อายุ 60 ปีขึ้นไป 2.15 เท่า (95%CI = 1.65-2.81), อายุระหว่าง 45-59 ปี 1.65 เท่า (95%CI = 1.29-2.12) มีโอกาสที่จะล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์มากกว่าอายุระหว่าง 15-24 ปี ตามลำดับ อาสาสมัครสาธารณสุข 4.52 เท่า (95%CI = 3.03-6.74), รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ 3.04 เท่า (95%CI = 2.23-4.15) , พ่อบ้าน/แม่บ้าน 2.59 เท่า (95%CI = 1.75-3.85), เอกชน 2.55 เท่า (95%CI = 1.77-3.68), เกษตรกร 2.22 เท่า (95%CI = 1.60-3.06), ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย 2.21 เท่า

(95%CI = 1.59-3.07), รับจ้างทั่วไป 1.88 เท่า (95%CI = 1.36-2.59) และ เกษียณราชการ/ผู้สูงอายุ 1.75 เท่า (95%CI = 1.09-2.80) มีโอกาสที่จะล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์มากกว่านักเรียน นักศึกษาหรือว่างงาน ตามลำดับ ผู้ที่ทำการสำรวจครั้งที่ 4-8 หรือช่วงการระบาดระลอกสอง 1.70 เท่า (95%CI = 1.48-1.96) มีโอกาสที่จะล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์มากกว่าการสำรวจครั้งที่ 1-3 หรือช่วงการระบาดระลอกแรก และความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19 ผู้ที่มีความรู้สึกกังวลมาก มีโอกาสที่จะล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์มากกว่าผู้ที่รู้สึกเฉย ๆ ไม่กังวล 1.67 เท่า (95%CI = 1.26-2.23) ดังตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 ปัจจัยที่มีผลต่อการล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์ประจำ

ตัวแปร	B	S.E.	Wald	P	OR	95% CI
เพศ (ref.=ชาย)	0.587	0.063	85.75	<0.001*	1.80	1.59-2.04
อายุ (ref=15-24ปี)			40.49	<0.001*		
25-44 ปี	0.344	0.122	7.95	0.005	1.41	1.11-1.79
45-59 ปี	0.501	0.127	15.48	<0.001*	1.65	1.29-2.12
60 ปีขึ้นไป	0.766	0.135	32.07	<0.001*	2.15	1.65-2.81
ระดับการศึกษา(ref=ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า)			5.92	0.116		
มัธยมศึกษา/ปวช.	0.154	0.083	3.47	0.063	1.17	0.992-1.373
อนุปริญญา/ปวส.	0.009	0.126	0.01	0.940	1.01	0.788-1.293
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	-0.010	0.099	0.010	0.92	0.99	0.815-1.202
อาชีพ(ref=นักเรียน นักศึกษา ว่างงาน)			88.19	<0.001*		
เกษตรกร	0.796	0.165	23.19	<0.001*	2.22	1.60-3.06
เกษียณราชการ/ผู้สูงอายุ	0.56	0.24	5.41	0.020*	1.75	1.09-2.80
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	0.794	0.168	22.30	<0.001*	2.21	1.59-3.07
เอกชน	0.938	0.187	25.20	<0.001*	2.55	1.77-3.68
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	0.953	0.201	22.55	<0.001*	2.59	1.75-3.85
รับจ้างทั่วไป	0.629	0.165	14.55	<0.001*	1.88	1.36-2.59
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1.112	0.158	49.55	<0.001*	3.04	2.23-4.15
อาสาสมัครสาธารณสุข	1.51	0.20	54.75	<0.001*	4.52	3.03-6.74
ครั้งที่สำรวจ (ref=ครั้งที่ 1-3)			60.690	<0.001*		
ครั้งที่ 4-8	0.533	0.073	53.85	<0.001*	1.70	1.48-1.96
ครั้งที่ 9-10	-0.022	0.225	0.009	0.923	0.98	0.63-1.52

ตารางที่ 4.10 ปัจจัยที่มีผลต่อการล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์ประจำ (ต่อ)

ตัวแปร	B	S.E.	Wald	P	OR	95% CI
ความรู้สึกล่อต้อสถานการณการแพรระบาด			82.326	<0.001*		
COVID-19 (ref=เฉยๆไมกั้วล)						
กั้วลเล็กนัอย	-0.005	0.147	0.00	0.974	0.99	0.75-1.33
กั้วลปานกลาง	-0.066	0.142	0.21	0.643	0.94	0.71-1.24
กั้วลมาก	0.515	0.146	12.37	<0.001*	1.67	1.26-2.23
ค้าคงที่	-0.579	0.208		0.005*	0.56	

\*p&lt;.05

### 4.3 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรการรักษาระยะห่างและใช้เวลาลบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุด

จากการคัดเลือกปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมกรการรักษาระยะห่างและใช้เวลาลบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุดเมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรการรักษาระยะห่างและใช้เวลาลบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุดภายหลังปรับค่าด้วยปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ ที่ตั้งที่อยู่อาศัย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ครั้งที่สำรวจ และความรู้สึกล่อต้อสถานการณการแพรระบาด COVID-19 โดยผู้ที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล มีโอกาสที่จะรักษาระยะห่างและใช้เวลาลบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุดมากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล 1.18 เท่า (95%CI = 1.04-1.30) ผู้หญิงมีโอกาสที่จะรักษาระยะห่างและใช้เวลาลบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุดมากกว่าผู้ชาย 1.31 เท่า (95%CI = 1.18-1.46) ผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป 2.46 เท่า (95%CI = 1.97-3.06, อายุระหว่าง 45-59 ปี 2.0 เท่า (95%CI = 1.63-2.47), และ 25-44 ปี 1.53 เท่า (95%CI = 1.25-1.87) มีโอกาสที่จะรักษาระยะห่างและใช้เวลาลบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุดมากกว่ากลุ่มอายุ 15-24 ปี ตามลำดับ ผู้ที่จบการศึกษาระดับอนุปริญญา/ปวส. 1.19 เท่า (95%CI = 1.02-1.39) และระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า 1.17 เท่า (95%CI = 1.03-1.34) มีโอกาสที่จะรักษาระยะห่างและใช้เวลาลบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุดมากกว่าผู้ที่จบระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ตามลำดับ ผู้ที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข มีโอกาสที่จะรักษาระยะห่างและใช้เวลาลบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุดมากกว่านักเรียนนักศึกษาหรือว่างงาน 1.99 เท่า (95%CI = 1.42-2.78) ผู้ที่ทำการสำรวจครั้งที่ 9-10 หรือช่วงการระบาดระลอกสาม 2.19 เท่า (95%CI = 1.62-2.95) และการสำรวจครั้งที่ 4-8 หรือช่วงการระบาดระลอกสอง 2.06 เท่า (95%CI = 1.83-2.32) มีโอกาสที่จะรักษาระยะห่างและใช้เวลาลบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุดมากกว่าผู้ทำการสำรวจครั้งที่ 1-3 หรือช่วงการระบาดระลอกแรก ตามลำดับ และความรู้สึกล่อต้อสถานการณการแพรระบาด COVID-19 ผู้ที่รู้สึกกั้วลมาก มีโอกาสที่จะรักษาระยะห่างและใช้เวลาลบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุดมากกว่าผู้ที่รู้สึกเฉย ๆ ไมกั้วล 1.56 เท่า (95%CI = 1.23-1.98) ดังตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.11 ปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาระยะห่างและใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุด

ตัวแปร	B	S.E.	Wald	P	OR	95% CI
ที่ตั้งที่อยู่อาศัย (ref=ในเขตเทศบาล)	0.155	0.057	7.42	0.006*	1.18	1.04-1.30
เพศ (ref.=ชาย)	0.270	0.055	24.283	<0.001*	1.31	1.18-1.46
อายุ (ref=15-24ปี)			88.89	<0.001*		
25-44 ปี	0.425	0.102	17.49	<0.001*	1.53	1.25-1.87
45-59 ปี	0.695	0.106	42.98	<0.001*	2.00	1.63-2.47
60 ปีขึ้นไป	0.898	0.112	64.71	<0.001*	2.46	1.97-3.06
ระดับการศึกษา(ref=ปริญญาตรีหรือสูงกว่า)			8.16	0.043*		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	0.158	0.067	5.61	0.018*	1.17	1.03-1.34
มัธยมศึกษา/ปวช.	0.025	0.101	0.063	0.802	1.03	0.84-1.25
อนุปริญญา/ปวส.	0.174	0.080	4.662	0.031*	1.19	1.02-1.39
อาชีพ(ref=นักเรียน นักศึกษา ว่างาน)			38.27	<0.001*		
เกษตรกร	0.241	0.154	2.47	0.116	1.27	0.94-1.72
เกษียณราชการ/ผู้สูงอายุ	0.241	0.222	1.18	0.278	1.27	0.82-1.97
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	0.031	0.155	0.04	0.839	1.03	0.76-1.39
เอกชน	0.090	0.168	0.29	0.593	1.09	0.79-1.52
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	0.191	0.174	1.20	0.273	1.21	0.86-1.70
รับจ้างทั่วไป	0.091	0.154	0.35	0.553	1.09	0.81-1.48
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	0.182	0.147	1.53	0.216	1.20	0.89-1.60
อาสาสมัครสาธารณสุข	0.687	0.173	15.74	<0.001*	1.99	1.42-2.78
ครั้งที่สำรวจ(ref=ครั้งที่1-3)			142.01	<0.001*		
ครั้งที่ 4-8	0.721	0.061	141.90	<0.001*	2.06	1.83-2.32
ครั้งที่ 9-10	0.783	0.153	26.06	<0.001*	2.19	1.62-2.95
ความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด			116.19	<0.001*		
COVID-19 (ref=เฉยๆไม่กังวล)						
กังวลเล็กน้อย	0.051	0.123	0.17	0.681	1.05	0.82-1.34
กังวลปานกลาง	-0.111	0.118	0.88	0.349	0.89	0.71-1.13
กังวลมาก	0.444	0.121	13.52	<0.001*	1.56	1.23-1.98
ค่าคงที่	-0.656	0.186		<0.001*	0.52	

\*p&lt;.05

#### 4.4 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรอง

จากการคัดเลือกปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมการตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรอง เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรอง ภายหลังปรับค่าด้วยปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ครั้งที่สำรวจ และความรู้สึก ต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19 โดยผู้หญิงมีโอกาสที่จะตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรองมากกว่าผู้ชาย 1.47 เท่า (95%CI = 1.39-1.95) ผู้ที่จบระดับมัธยมศึกษา/ปวช. มีโอกาสที่จะตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรองมากกว่าผู้ที่จบระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า 1.46 เท่า (95%CI = 1.17-1.82) ผู้ที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข 2.68 เท่า (95%CI = 1.53-4.71), เกษตรกร 1.91 เท่า (95%CI = 1.18-3.09) และ เอกชน 1.86 เท่า (95%CI = 1.07-3.22) มีโอกาสที่จะตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรองมากกว่านักเรียนนักศึกษาหรือว่างงาน ตามลำดับ ผู้ที่ทำการสำรวจ ครั้งที่ 9-10 หรือช่วงการระบาดระลอกสาม 1.78 เท่า (95%CI = 1.07-2.97) และสำรวจครั้งที่ 4-8 หรือช่วงการระบาดระลอกสอง 1.51 เท่า (95%CI = 1.24-1.84) มีโอกาสที่จะตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรองมากกว่าการสำรวจครั้งที่ 1-3 หรือช่วงระบาดระลอกแรก ตามลำดับ ความรู้สึก ต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19 ผู้ที่รู้สึกกังวลมาก มีโอกาสที่จะตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรองมากกว่าผู้ที่รู้สึกเฉย ๆ ไม่กังวล 1.41 เท่า (95%CI = 1.26-2.53) ดังตารางที่ 4.12

ตารางที่ 4.12 ปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรอง

ตัวแปร	B	S.E.	Wald	P	OR	95% CI
เพศ (ref.=ชาย)	0.499	0.086	33.69	0.001*	1.47	1.39-1.95
อายุ (ref=15-24ปี)			3.29	0.350		
25-44 ปี	0.121	0.174	0.49	0.485	1.13	0.80-1.59
45-59 ปี	0.251	0.181	1.92	0.166	1.29	0.90-1.84
60 ปีขึ้นไป	0.246	0.189	1.69	0.193	1.28	0.88-1.85
ระดับการศึกษา(ref=ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า)			12.09	0.007*		
มัธยมศึกษา/ปวช.	0.378	0.113	11.17	0.001*	1.46	1.17-1.82
อนุปริญญา/ปวส.	0.099	0.167	0.35	0.552	1.11	0.79-1.53
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	0.241	0.133	3.27	0.071	1.27	0.98-1.65
อาชีพ(ref=นักเรียน นักศึกษา ว่างงาน)			30.12	0.001*		
เกษตรกร	0.648	0.246	6.96	0.008*	1.91	1.18-3.09
เกษียณราชการ/ผู้สูงอายุ	0.059	0.324	0.03	0.857	1.06	0.56-2.00
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	0.311	0.245	1.61	0.204	1.37	0.84-2.21
เอกชน	0.621	0.280	4.91	0.027*	1.86	1.07-3.22

ตารางที่ 4.12 ปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรอง (ต่อ)

ตัวแปร	B	S.E.	Wald	P	OR	95% CI
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	0.513	0.287	3.20	0.074	1.67	0.95-2.93
รับจ้างทั่วไป	0.176	0.241	0.54	0.464	1.19	0.74-1.91
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	0.314	0.232	1.84	0.175	1.37	0.87-2.16
อาสาสมัครสาธารณสุข	0.987	0.287	11.82	0.001*	2.68	1.53-4.71
ครั้งที่สำรวจ(ref=ครั้งที่1-3)			17.41	0.001*		
ครั้งที่ 4-8	0.412	0.100	17.00	0.001*	1.51	1.24-1.84
ครั้งที่ 9-10	0.576	0.261	4.87	0.027*	1.78	1.07-2.97
ความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19 (ref=เฉยๆไม่กังวล)			78.64	0.001*		
กังวลเล็กน้อย	-0.094	0.112	0.69	0.405	0.91	0.93-1.88
กังวลปานกลาง	0.011	0.109	0.01	0.920	1.01	1.03-2.04
กังวลมาก	0.340	0.11	9.49	0.002*	1.41	1.26-2.53
ค่าคงที่	0.765	0.279		0.006*	2.15	

\*p&lt;.05

#### 4.5 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการลงทะเบียน “ไทยชนะ” หรือบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ

จากการคัดเลือกปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมการลงทะเบียน “ไทยชนะ” หรือบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการลงทะเบียน “ไทยชนะ” หรือบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ ภายหลังปรับค่าด้วยปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ ที่ตั้งที่อยู่อาศัย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ครั้งที่สำรวจ และความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19 โดยผู้ที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมีโอกาที่จะลงทะเบียน “ไทยชนะ” หรือบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ มากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล 1.32 เท่า (95%CI = 1.09-1.95) ผู้หญิงมีโอกาที่จะบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ มากกว่าผู้ชาย 1.28 เท่า (95%CI = 1.16-1.41) ผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป 1.63 เท่า (95%CI = 1.33-1.99), อายุระหว่าง 45-59 ปี 1.48 เท่า (95%CI = 1.22-1.80) และ 25-44 ปี 1.34 เท่า (95%CI = 1.11-1.62) มีโอกาที่จะบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ มากกว่าอายุระหว่าง 15-24 ปี ตามลำดับ ผู้ที่จบระดับมัธยมศึกษา/ปวช. 1.13 เท่า (95%CI = 1.01-1.28) ปริญญาตรีหรือสูงกว่า 0.84 เท่า (95%CI = 0.73-0.96) มีโอกาที่จะบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ มากกว่าผู้ที่จบระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ตามลำดับ ผู้ที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข 2.24 เท่า (95%CI = 1.66-3.03), เกษตรกร 2.07 เท่า (95%CI = 1.56-2.74), เกษียณราชการ/ผู้สูงอายุ 1.97 เท่า (95%CI = 1.34-2.90), ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย 1.95 เท่า (95%CI = 1.48-2.60), รับจ้างทั่วไป 1.81 เท่า (95%CI = 1.37-2.41), รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ 1.79 เท่า (95%CI = 1.37-2.35) , พ่อบ้าน/แม่บ้าน 1.77 เท่า (95%CI = 1.29-2.42) และเอกชน 1.61 เท่า (95%CI = 1.18-2.18) มีโอกาที่จะบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ มากกว่านักเรียนนักศึกษา

หรือว่างงาน ตามลำดับ ผู้ที่ทำการสำรวจครั้งที่ 9-10 หรือช่วงการระบาดระลอกสาม 1.51 เท่า (95%CI = 1.17-1.95) และ สำรวจครั้งที่ 4-8 หรือช่วงการระบาดระลอกสอง 1.32 เท่า (95%CI = 1.18-1.49) มีโอกาสที่จะบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ มากกว่าผู้ที่ทำการสำรวจครั้งที่ 1-3 หรือช่วงการระบาดระลอกแรก ตามลำดับ และความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19 ผู้ที่รู้สึกกังวลมาก มีโอกาสที่จะลงทะเบียน “ไทยชนะ” หรือบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ มากกว่าผู้ที่รู้สึกเฉย ๆ ไม่กังวล 1.41 เท่า (95%CI = 1.13-1.74) ดังตารางที่ 4.13

ตารางที่ 4.13 ปัจจัยที่มีผลต่อการลงทะเบียน “ไทยชนะ” หรือบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ

ตัวแปร	B	S.E.	Wald	P	OR	95% CI
ที่ตั้งที่อยู่อาศัย (ref=ในเขตเทศบาล)	0.275	0.059	21.53	<0.001*	1.32	1.09-1.95
เพศ (ref.=ชาย)	0.245	0.050	23.65	<0.001*	1.28	1.16-1.41
อายุ (ref=15-24ปี)			25.88	<0.001*		
25-44 ปี	0.291	0.097	9.03	0.003*	1.34	1.11-1.62
45-59 ปี	0.393	0.100	15.39	<0.001*	1.48	1.22-1.80
60 ปีขึ้นไป	0.488	0.104	21.94	<0.001*	1.63	1.33-1.99
ระดับการศึกษา(ref=ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า)			26.18	<0.001*		
มัธยมศึกษา/ปวช.	0.125	0.060	4.28	0.039*	1.13	1.01-1.28
อนุปริญญา/ปวส.	-0.091	0.092	0.98	0.323	0.91	0.76-1.10
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	-0.178	0.072	6.06	0.014*	0.84	0.73-0.96
อาชีพ(ref=นักเรียน นักศึกษา ว่างงาน)			34.41	<0.001*		
เกษตรกร	0.728	0.143	25.87	<0.001*	2.07	1.56-2.74
เกษียณราชการ/ผู้สูงอายุ	0.678	0.198	11.75	0.001*	1.97	1.34-2.90
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	0.672	0.145	21.57	<0.001*	1.95	1.48-2.60
เอกชน	0.473	0.156	9.20	0.002*	1.61	1.18-2.18
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	0.571	0.160	12.76	<0.001*	1.77	1.29-2.42
รับจ้างทั่วไป	0.595	0.144	16.98	<0.001*	1.81	1.37-2.41
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	0.584	0.137	18.04	<0.001*	1.79	1.37-2.35
อาสาสมัครสาธารณสุข	0.806	0.154	27.54	<0.001*	2.24	1.66-3.03
ครั้งที่สำรวจ(ref=ครั้งที่1-3)			23.81	<0.001*		
ครั้งที่ 4-8	0.281	0.059	22.59	<0.001*	1.32	1.18-1.49
ครั้งที่ 9-10	0.431	0.123	10.21	0.001*	1.51	1.17-1.95

ตารางที่ 4.13 ปัจจัยที่มีผลต่อการลงทะเบียน “ไทยชนะ” หรือบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ (ต่อ)

ตัวแปร	B	S.E.	Wald	P	OR	95% CI
ความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19 (ref=เฉยๆไม่กังวล)			78.64	<0.001*		
กังวลเล็กน้อย	-0.094	0.112	0.69	0.405	0.91	0.73-1.14
กังวลปานกลาง	0.011	0.109	0.01	0.920	1.01	0.82-1.25
กังวลมาก	0.340	0.110	9.49	0.002*	1.41	1.13-1.74
ค่าคงที่	-0.705	0.175		<0.001*	0.49	

\*p<.05

#### 4.6 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองครบตามมาตรการ DMHTT

จากการคัดเลือกปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองครบตามมาตรการ DMHTT (สวมหน้ากาก, ล้างมือ, เว้นระยะห่างทางสังคม, ตรวจวัดอุณหภูมิ และ ลงทะเบียนไทยชนะ หรือบันทึกชื่อ ก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ) เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเอง ครบตามมาตรการ DMHTT ภายหลังปรับค่าด้วยปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ครั้งที่สำรวจ และความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19 โดยผู้หญิงมีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมการ ป้องกันตนเองครบตามมาตรการ DMHTT มากกว่าผู้ชาย 1.35 เท่า (95%CI = 1.24-1.47) ผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป 2.21 เท่า (95%CI = 1.83-2.67), อายุระหว่าง 45-59 ปี 1.71 เท่า (95%CI = 1.43-2.05) และ 25-44 ปี 1.51 เท่า (95%CI = 1.27-1.80) มีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองครบ ตามมาตรการ DMHTT มากกว่าอายุระหว่าง 15-24 ปี ตามลำดับ ผู้ที่จบระดับมัธยมศึกษา/ปวช. มีโอกาส ที่จะ มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองครบตามมาตรการ DMHTT มากกว่าผู้ที่จบระดับประถมศึกษาหรือ ต่ำกว่า 1.13 เท่า (95%CI = 1.01-1.28) ผู้ที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข 2.05 เท่า (95%CI = 1.58-2.68), เกษตรกร 1.77 เท่า (95%CI = 1.37-2.28) , รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ 1.59 เท่า (95%CI = 1.25-2.02) , รับจ้างทั่วไป 1.53 เท่า (95%CI = 1.18-1.98) , ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย 1.52 เท่า (95%CI = 1.18-1.96), พ่อบ้าน/แม่บ้าน 1.50 เท่า (95%CI = 1.13-1.99), เกษียณราชการ/ผู้สูงอายุ 1.43 เท่า (95%CI = 1.02-1.99) และเอกชน 1.31 เท่า (95%CI = 1.00-1.72) มีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองครบ ตามมาตรการ DMHTT มากกว่านักเรียนนักศึกษาหรือว่างงาน ตามลำดับ ผู้ที่ทำการสำรวจครั้งที่ 9-10 หรือช่วงการระบาดระลอกสาม 1.73 เท่า (95%CI = 1.35-1.47) และ สำรองครั้งที่ 4-8 หรือช่วงการ ระบาดระลอกสอง 1.72 เท่า (95%CI = 1.54-1.93) มีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองครบ ตามมาตรการ DMHTT มากกว่าผู้ที่ทำการสำรวจครั้งที่ 1-3 หรือช่วงการระบาดระลอกแรก ตามลำดับ และความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19 ผู้ที่มีความรู้สึกกังวลมาก มีโอกาสที่จะมี พฤติกรรมการป้องกันตนเองครบตามมาตรการ DMHTT มากกว่าผู้ที่รู้สึกเฉย ๆ ไม่กังวล 1.25 เท่า (95%CI = 1.05-1.50) ดังตารางที่ 4.14

ตารางที่ 4.14 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกำบังตามมาตรการ DMHTT

ตัวแปร	B	S.E.	Wald	P	OR	95% CI
เพศ (ref.=ชาย)	0.298	0.044	46.40	<0.001*	1.35	1.24-1.47
อายุ (ref=15-24ปี)			90.50	<0.001*		
25-44 ปี	0.415	0.089	21.58	<0.001*	1.51	1.27-1.80
45-59 ปี	0.539	0.092	34.65	<0.001*	1.71	1.43-2.05
60 ปีขึ้นไป	0.794	0.096	68.45	<0.001*	2.21	1.83-2.67
ระดับการศึกษา(ref=ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า)			26.18	<0.001*		
มัธยมศึกษา/ปวช.	0.125	0.060	4.276	0.039*	1.13	1.01-1.28
อนุปริญญา/ปวส.	-0.091	0.092	0.978	0.323	0.91	0.76-1.09
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	-0.178	0.072	6.063	0.014	0.84	0.73-0.96
อาชีพ(ref=นักเรียน นักศึกษา ว่างาน)			48.04	<0.001*		
เกษตรกร	0.568	0.130	19.21	<0.001*	1.77	1.37-2.28
เกษียณราชการ/ผู้สูงอายุ	0.356	0.171	4.32	0.038*	1.43	1.02-1.99
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	0.417	0.130	10.32	0.001*	1.52	1.18-1.96
เอกชน	0.270	0.138	3.86	0.050*	1.31	1.00-1.72
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	0.407	0.144	8.06	0.005*	1.50	1.13-1.99
รับจ้างทั่วไป	0.427	0.132	10.52	0.001*	1.53	1.18-1.98
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	0.462	0.124	13.94	<0.001*	1.59	1.25-2.02
อาสาสมัครสาธารณสุข	0.720	0.135	28.47	<0.001*	2.05	1.58-2.68
ครั้งที่สำรวจ(ref=ครั้งที่1-3)			89.60	<0.001*		
ครั้งที่ 4-8	0.546	0.058	89.59	<0.001*	1.72	1.54-1.93
ครั้งที่ 9-10	0.547	0.125	19.06	<0.001*	1.73	1.35-1.47
ความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19 (ref=เฉยๆไม่กังวล)			146.73	<0.001*		
กังวลเล็กน้อย	-0.205	0.094	4.76	0.029	0.82	0.68-0.98
กังวลปานกลาง	-0.215	0.091	5.59	0.081	0.81	0.68-0.97
กังวลมาก	0.225	0.092	5.98	0.014*	1.25	1.05-1.50
ค่าคงที่	-1.234	0.177		<0.001*	0.291	

\*p&lt;.05

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6 จากสถานการณ์ในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 2) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6 3) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6 การศึกษาวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบศึกษาย้อนหลัง (Retrospective analytical research) ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 ประกอบด้วย 8 จังหวัดคือ จังหวัดชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี สระแก้ว และสมุทรปราการ ซึ่งเป็นประชากรที่ตอบแบบสอบถามอนามัยโพล ทั้งหมด 16,050 ราย กลุ่มตัวอย่างคือ ประชากรที่ตอบแบบสำรวจออนไลน์อนามัยโพลครบถ้วนทุกรายการ จำนวน 14,988 ราย

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิในระบบฐานข้อมูลออนไลน์จากการสำรวจอนามัยโพลครั้งที่ 1-10 (9 พฤศจิกายน 2563 – 17 พฤษภาคม 2564) สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ และสถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6 โดยค่าไคสแควร์ (Chi-Square) และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6 โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอย (logistic regression)

#### 5.1 สรุปผลการวิจัย

ผู้วิจัยเสนอผลการวิจัย 3 ส่วน ได้แก่

- 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
- 2) ข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6
- 3) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6

##### 5.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นประชาชนที่อาศัยในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 จำนวน 14,988 คน พบว่า ส่วนใหญ่อาศัยในเขตเทศบาล ร้อยละ 59.1 เป็นเพศหญิงร้อยละ 81.5 อายุระหว่าง 25-44 ปี ร้อยละ 37.8 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 40.7 อาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจร้อยละ 37.6 มีผู้ตอบแบบสำรวจครั้งที่ 4 มากที่สุดจำนวน 4,140 คน คิดเป็นร้อยละ 27.6 และส่วนใหญ่มีความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19 อยู่ในระดับกังวลปานกลาง ร้อยละ 39.0

### 5.1.2 พฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6

ผลการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6 พบว่า ส่วนใหญ่สวมหน้ากากตลอดเวลาในที่สาธารณะทำประจำ ร้อยละ 95.2 การล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์ทำประจำ ร้อยละ 87.7 รักษาระยะห่างและใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุดทำประจำ ร้อยละ 78.3 ตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรอง ทำประจำ ร้อยละ 94.1 ลงทะเบียน “ไทยชนะ” หรือบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ ทำประจำ ร้อยละ 68.4 พฤติกรรมป้องกันครบตามมาตรการ DMHTT ทำประจำ ร้อยละ 56.1 ตามลำดับ

### 5.1.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6

1) การสวมหน้ากากตลอดเวลาในที่สาธารณะ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ที่ตั้งที่อยู่อาศัย เพศ อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพ มีความสัมพันธ์กับการสวมหน้ากากตลอดเวลาในที่สาธารณะที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการสวมหน้ากากตลอดเวลาในที่สาธารณะของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6 ได้แก่ **ที่ตั้งที่อยู่อาศัย** โดยผู้ที่อาศัยนอกเขตเทศบาลสวมหน้ากากตลอดเวลาในที่สาธารณะมากกว่าผู้ที่อาศัยในเขตเทศบาล 1.32 เท่า (95%CI = 1.03-1.68) **เพศ** ผู้หญิงสวมหน้ากากตลอดเวลาในที่สาธารณะมากกว่าผู้ชาย 1.81 เท่า (95%CI = 1.51-2.18) **ระดับการศึกษา** ผู้ที่จบปริญญาตรีหรือสูงกว่า, อนุปริญญา/ปวส., และ มัธยมศึกษา/ปวช. สวมหน้ากากตลอดเวลาในที่สาธารณะมากกว่าผู้ที่จบประถมศึกษาหรือต่ำกว่า 2.42 เท่า (95%CI = 1.81-3.23), 2.24 เท่า (95%CI = 1.50-3.33), 1.67 เท่า (95%CI = 1.35-2.07) ตามลำดับ **อาชีพ** ผู้ที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข, ทำงานเอกชน, พ่อบ้าน/แม่บ้าน, รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ, เกษตรกร, และรับจ้างทั่วไป สวมหน้ากากตลอดเวลาในที่สาธารณะมากกว่านักเรียน นักศึกษา และว่างงาน 4.30 เท่า (95%CI = 2.32-7.96), 3.06 เท่า (95%CI = 2.32-7.96), 2.52 เท่า (95%CI = 1.39-4.57), 2.13 เท่า (95%CI = 1.32-3.44), 1.79 เท่า (95%CI = 1.11-2.89) และรับจ้างทั่วไป 1.72 เท่า (95%CI = 1.06-2.78) ตามลำดับ

**ครั้งที่สำรวจ** มีความสัมพันธ์กับการสวมหน้ากากตลอดเวลาในที่สาธารณะที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และมีผลต่อการสวมหน้ากากตลอดเวลาในที่สาธารณะของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6 โดยผู้ที่ทำการสำรวจครั้งที่ 9-10 หรือช่วงการระบาดระลอกสาม และการสำรวจครั้งที่ 4-8 หรือช่วงการระบาดระลอกสอง สวมหน้ากากตลอดเวลาในที่สาธารณะมากกว่า ผู้ที่ทำการสำรวจครั้งที่ 1-3 หรือช่วงการระบาดระลอกแรก 4.99 เท่า (95%CI = 2.81-8.87 และ 2.96 เท่า (95%CI = 2.47-3.55) ตามลำดับ

**ความรู้สึกต่อสถานการณ์การระบาด COVID-19** ผู้ที่มีความรู้สึกกังวลมากมีความสัมพันธ์กับการสวมหน้ากากตลอดเวลาในที่สาธารณะที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และมีผลต่อการสวมหน้ากากตลอดเวลาในที่สาธารณะของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6 โดยผู้ที่มีความรู้สึกกังวลมากจะสวมหน้ากากตลอดเวลาในที่สาธารณะมากกว่าผู้ที่รู้สึกเฉย ๆ ไม่กังวล 3.57 เท่า (95%CI = 2.47-5.15)

**2) การล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์** ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ, อายุและอาชีพ มีความสัมพันธ์กับการล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6 ได้แก่ **เพศ** โดย ผู้หญิงล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์มากกว่าผู้ชาย 1.80 เท่า (95%CI = 1.59-2.04) **อายุ** ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป, อายุระหว่าง 45-59 ปี ล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์มากกว่าอายุระหว่าง 15-24 ปี 2.15 เท่า (95%CI = 1.65-2.81) และ 1.65 เท่า (95%CI = 1.29-2.12) ตามลำดับ **อาชีพ** ผู้ที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข, รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ, พ่อบ้าน/แม่บ้าน, เอกชน, เกษตรกร, ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย, รับจ้างทั่วไป และ เกษียณราชการ/ผู้สูงอายุ ล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์มากกว่านักเรียน นักศึกษาหรือว่างงาน 4.52 เท่า (95%CI = 3.03-6.74), 3.04 เท่า (95%CI = 2.23-4.15), 2.59 เท่า (95%CI = 1.75-3.85), 2.55 เท่า (95%CI = 1.77-3.68), 2.22 เท่า (95%CI = 1.60-3.06), 2.21 เท่า (95%CI = 1.59-3.07), 1.88 เท่า (95%CI = 1.36-2.59) และ 1.75 เท่า (95%CI = 1.09-2.80) ตามลำดับ

**ครั้งที่สำรวจ** มีความสัมพันธ์กับการล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และมีผลต่อการล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6 โดยผู้ที่ทำการสำรวจครั้งที่ 4-8 หรือช่วงการระบาดระลอกสอง ล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์มากกว่าการสำรวจครั้งที่ 1-3 หรือช่วงการระบาดระลอกแรก 1.70 เท่า (95%CI = 1.48-1.96)

**ความรู้สึกรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19** มีความสัมพันธ์กับการล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และมีผลต่อการล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6 โดยผู้ที่รู้สึกกังวลมากจะล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์มากกว่าผู้ที่รู้สึกเฉย ๆ ไม่กังวล 1.67 เท่า (95%CI = 1.26-2.23)

**3) การรักษาระยะห่างและใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุด** ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ที่ตั้งที่อยู่อาศัย, เพศ, อายุ, ระดับการศึกษา และอาชีพ มีความสัมพันธ์กับการรักษาระยะห่างและใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุดที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาระยะห่างและใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุดของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6 ได้แก่ ที่ตั้งที่อยู่อาศัย เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ ครั้งที่สำรวจ และความรู้สึกรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19 โดย **ที่ตั้งที่อยู่อาศัย** ผู้ที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล มีการรักษาระยะห่างและใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุดมากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล 1.18 เท่า (95%CI = 1.04-1.30) **เพศ** ผู้หญิงจะรักษาระยะห่างและใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุดมากกว่าผู้ชาย 1.31 เท่า (95%CI = 1.18-1.46) **อายุ** ผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป, อายุระหว่าง 45-59 ปี, และ 25-44 ปี รักษาระยะห่างและใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุดมากกว่ากลุ่มอายุ 15-24 ปี 2.46 เท่า (95%CI = 1.97-3.06), 2.00 เท่า (95%CI = 1.63-2.47) และ 1.53 เท่า (95%CI = 1.25-1.87) ตามลำดับ **ระดับการศึกษา** ผู้ที่จบการศึกษาระดับอนุปริญญา/ปวส. และระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า มีการรักษาระยะห่างและใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุดมากกว่าผู้ที่จบระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า 1.19 เท่า (95%CI = 1.02-1.39)

และ 1.17 เท่า (95%CI = 1.03-1.34) ตามลำดับ **อาชีพ** ผู้ที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข มีการรักษาระยะห่าง และใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุดมากกว่านักเรียนนักศึกษาหรือว่างงาน 1.99 เท่า (95%CI = 1.42-2.78)

**ครั้งที่สำรวจ** มีความสัมพันธ์กับการรักษาระยะห่างและใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุดที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และมีผลต่อการรักษาระยะห่างและใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุดของประชาชนเขตสุขภาพที่ 6 โดยผู้ที่ทำการสำรวจครั้งที่ 9-10 หรือช่วงการระบาดระลอกสาม และการสำรวจครั้งที่ 4-8 หรือช่วงการระบาดระลอกสอง มีการรักษาระยะห่างและใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุดมากกว่าผู้ที่ทำการสำรวจครั้งที่ 1-3 หรือช่วงการระบาดระลอกแรก 2.19 เท่า (95%CI = 1.62-2.95) และ 2.06 เท่า (95%CI = 1.83-2.32) ตามลำดับ

**ความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19** มีความสัมพันธ์กับการรักษาระยะห่างและใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุดที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และมีผลต่อการรักษาระยะห่างและใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุดของประชาชนเขตสุขภาพที่ 6 โดยผู้ที่มีความรู้สึกกังวลมากจะรักษาระยะห่างและใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุดมากกว่าผู้ที่ไม่กังวล 1.56 เท่า (95%CI = 1.23-1.98)

**4) การตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรอง** ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ, อายุ, ระดับการศึกษา และอาชีพ มีความสัมพันธ์กับการตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรองที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรองของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6 ได้แก่ เพศ, ระดับการศึกษาสูงสุด และอาชีพ โดย **เพศ** ผู้หญิงจะตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรองมากกว่าผู้ชาย 1.47 เท่า (95%CI = 1.39-1.95) **ระดับการศึกษา** ผู้ที่จบระดับมัธยมศึกษา/ปวช. จะตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรองมากกว่าผู้ที่จบระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า 1.46 เท่า (95%CI = 1.17-1.82) **อาชีพ** ผู้ที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข, เกษตรกร และเอกชน จะตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรองมากกว่านักเรียนนักศึกษาหรือว่างงาน 2.68 เท่า (95%CI = 1.53-4.71), 1.91 เท่า (95%CI = 1.18-3.09) และ 1.86 เท่า (95%CI = 1.07-3.22) ตามลำดับ

**ครั้งที่สำรวจ** มีความสัมพันธ์กับการตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรองที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และมีผลต่อการตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรองของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6 โดยผู้ที่ทำการสำรวจครั้งที่ 9-10 หรือช่วงการระบาดระลอก 3 และสำรวจครั้งที่ 4-8 หรือช่วงการระบาดระลอกสอง จะตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรองมากกว่าผู้ที่ทำการสำรวจครั้งที่ 1-3 หรือช่วงระบาดระลอกแรก 1.78 เท่า (95%CI = 1.07-2.97), 1.51 เท่า (95%CI = 1.24-1.84) ตามลำดับ

**ความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19** มีความสัมพันธ์กับการตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรองที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และมีผลต่อการตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรองของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6 โดยผู้ที่มีความรู้สึกกังวลมากจะตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรองมากกว่าผู้ที่ไม่กังวล 1.41 เท่า (95%CI = 1.26-2.53)

5) การลงทะเบียน “ไทยชนะ” หรือบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ที่ตั้งที่อยู่อาศัย เพศ อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพ มีความสัมพันธ์กับการลงทะเบียน “ไทยชนะ” หรือบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการลงทะเบียน “ไทยชนะ” หรือบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6 ได้แก่ ที่ตั้งที่อยู่อาศัย, เพศ, อายุ, ระดับการศึกษา และอาชีพ, ครั้งที่สำรวจ และความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19 โดยที่ตั้งที่อยู่อาศัย ผู้ที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมีการลงทะเบียน “ไทยชนะ” หรือบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ มากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล 1.32 เท่า (95%CI = 1.09-1.95) เพศ ผู้หญิงมีการลงทะเบียนไทยชนะหรือบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ มากกว่าผู้ชาย 1.28 เท่า (95%CI = 1.16-1.41) อายุ ผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป, อายุระหว่าง 45-59 ปี และ 25-44 ปี มีการลงทะเบียนไทยชนะหรือบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ มากกว่าอายุระหว่าง 15-24 ปี 1.63 เท่า (95%CI = 1.33-1.99), 1.48 เท่า (95%CI = 1.22-1.80) และ 1.34 เท่า (95%CI = 1.11-1.62) ตามลำดับ **ระดับการศึกษา** ผู้ที่จบระดับมัธยมศึกษา/ปวช., ปริญญาตรีหรือสูงกว่า มีการลงทะเบียน “ไทยชนะ” หรือบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ มากกว่าผู้ที่จบระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า 1.13 เท่า (95%CI = 1.01-1.28), 0.84 เท่า (95%CI = 0.73-0.96) ตามลำดับ **อาชีพ** ผู้ที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข, เกษตรกร, เกษียณราชการ/ผู้สูงอายุ, ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย, รับจ้างทั่วไป, รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ, พ่อบ้าน/แม่บ้านและเอกชน การลงทะเบียน “ไทยชนะ” หรือบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ มากกว่านักเรียนนักศึกษาหรือว่างงาน 2.24 เท่า (95%CI = 1.66-3.03), 2.07 เท่า (95%CI = 1.56-2.74), 1.97 เท่า (95%CI = 1.34-2.90), 1.95 เท่า (95%CI = 1.48-2.60), 1.81 เท่า (95%CI = 1.37-2.41), 1.79 เท่า (95%CI = 1.37-2.35), 1.77 เท่า (95%CI = 1.29-2.42) และ 1.61 เท่า (95%CI = 1.18-2.18) ตามลำดับ

**ครั้งที่สำรวจ** มีความสัมพันธ์กับการลงทะเบียน “ไทยชนะ” หรือบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และมีผลต่อการลงทะเบียน “ไทยชนะ” หรือบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6 โดยผู้ที่ทำการสำรวจครั้งที่ 9-10 หรือช่วงการระบาดระลอกสาม และ สำรวจครั้งที่ 4-8 หรือช่วงการระบาดระลอกสอง มีการลงทะเบียน “ไทยชนะ” หรือบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ มากกว่าผู้ที่ทำการสำรวจครั้งที่ 1-3 หรือช่วงการระบาดระลอกแรก 1.51 เท่า (95%CI = 1.17-1.95) และ 1.32 เท่า (95%CI = 1.18-1.49)

**ความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19** มีความสัมพันธ์กับการลงทะเบียน “ไทยชนะ” หรือบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และมีผลต่อการลงทะเบียน “ไทยชนะ” หรือบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6 โดยผู้ที่รู้สึกกังวลมาก มีการลงทะเบียน “ไทยชนะ” หรือบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ มากกว่าผู้ที่รู้สึกเฉย ๆ ไม่กังวล 1.41 เท่า (95%CI = 1.13-1.74)

6) การป้องกันตนเองตามมาตรการ DMHTT ครบ 5 ด้าน (สวมหน้ากาก, ล้างมือ, เว้นระยะห่างทางสังคม, ตรวจวัดอุณหภูมิ และ ลงทะเบียนไทยชนะ หรือบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ) ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพ มีความสัมพันธ์กับการลงทะเบียน “ไทยชนะ” หรือบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ เป็นประจำที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการป้องกันตนเองตามมาตรการ DMHTT ครบ 5 มาตรการของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6 ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุดและอาชีพ โดย เพศ ผู้หญิงมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองครบตามมาตรการ DMHTT มากกว่าผู้ชาย 1.35 เท่า (95%CI = 1.24-1.47) อายุ ผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป, อายุระหว่าง 45-59 ปี และ 25-44 ปี มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองครบตามมาตรการ DMHTT มากกว่าอายุระหว่าง 15-24 ปี 2.21 เท่า (95%CI = 1.83-2.67), 1.71 เท่า (95%CI = 1.43-2.05) และ 1.51 เท่า (95%CI = 1.27-1.80) ตามลำดับ ระดับการศึกษา ผู้ที่จบระดับมัธยมศึกษา/ปวช. มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองครบตามมาตรการ DMHTT มากกว่าผู้ที่จบระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า 1.13 เท่า (95%CI = 1.01-1.28) อาชีพ ผู้ที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข, เกษตรกร, รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ, รับจ้างทั่วไป, ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย, พ่อบ้าน/แม่บ้าน, เกษียณราชการ/ผู้สูงอายุ และเอกชน มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองครบตามมาตรการ DMHTT มากกว่านักเรียนนักศึกษา หรือว่างงาน 2.05 เท่า (95%CI = 1.58-2.68), 1.77 เท่า (95%CI = 1.37-2.28), 1.59 เท่า (95%CI = 1.25-2.02), 1.53 เท่า (95%CI = 1.18-1.98), 1.52 เท่า (95%CI = 1.18-1.96), 1.50 เท่า (95%CI = 1.13-1.99), 1.43 เท่า (95%CI = 1.02-1.99) และ 1.31 เท่า (95%CI = 1.00-1.72) ตามลำดับ

ครั้งที่สำรวจ มีความสัมพันธ์กับการป้องกันตนเองตามมาตรการ DMHTT ครบ 5 มาตรการที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และมีผลต่อป้องกันตนเองตามมาตรการ DMHTT ครบ 5 มาตรการของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6 โดยผู้ที่ทำการสำรวจครั้งที่ 9-10 หรือช่วงการระบาดระลอกสาม และ สำรวจครั้งที่ 4-8 หรือช่วงการระบาดระลอกสอง มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองครบตามมาตรการ DMHTT มากกว่าผู้ที่ทำการสำรวจครั้งที่ 1-3 หรือช่วงการระบาดระลอกแรก 1.73 เท่า (95%CI = 1.35-1.47) และ 1.72 เท่า (95%CI = 1.54-1.93)

ความรู้สึกล่อต่อนสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19 มีความสัมพันธ์กับการป้องกันตนเองตามมาตรการ DMHTT ครบ 5 มาตรการ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองตามมาตรการ DMHTT ครบ 5 มาตรการ ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6 โดยผู้ที่รู้สึกกังวลมากจะมีพฤติกรรมการป้องกันตามมาตรการ DMHTT มากกว่าผู้ที่รู้สึกเฉย ๆ ไม่กังวล 1.25 เท่า (95%CI = 1.05-1.50)

## 5.2 อภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชนเขตสุขภาพที่ 6 ผู้วิจัยแบ่งการอภิปรายออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

- 1) พฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชนเขตสุขภาพที่ 6
- 2) ปัจจัยด้านข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ที่ตั้งที่อยู่อาศัย, เพศ, อายุ, ระดับการศึกษา มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6
- 3) ครั้งที่สำรวจพฤติกรรมการป้องกันตนเอง มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6
- 4) ความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19 มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6

5.2.1 พฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6 จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างสวมหน้ากากตลอดเวลาในที่สาธารณะ ทำประจำมากที่สุด ร้อยละ 95.2 รองลงมาคือ การตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรอง ทำประจำ ร้อยละ 94.1 การล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์ทำประจำ ร้อยละ 87.7 การรักษาระยะห่าง และใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุดทำประจำ ร้อยละ 78.3 การลงทะเบียน “ไทยชนะ” หรือบันทึกชื่อ ก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ ทำประจำ ร้อยละ 68.4 และพฤติกรรมป้องกันครบตามมาตรการ DMHTT ทำประจำ ร้อยละ 56.1 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ สาโรจ นาจจุ<sup>65</sup> ที่ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของประชาชนในกรุงเทพมหานคร โดยเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง 377 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันตัวเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการสวมหน้ากากอนามัยอย่างถูกวิธีตามคำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุข อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.16$ , S.D. = 0.95) และการล้างมือด้วยน้ำและสบู่อย่างน้อย 20 วินาที อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 2.97$ , S.D. = 1.08) สอดคล้องกับการศึกษาของ จงกมลณี ตัญเจริญและคณะ<sup>66</sup> ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง อสม.จำนวน 319 คน พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคภาพรวมระดับสูง ( $\bar{X} = 3.39$ , S.D. = 0.33) เมื่อพิจารณารายพฤติกรรม ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคมากที่สุดคือ การสวมหน้ากากอนามัย ( $\bar{X} = 3.88$ , S.D. = 0.37) และสอดคล้องกับ นภาพร ผ่องศรี และคณะ<sup>42</sup> ศึกษาทัศนคติและพฤติกรรมที่มีต่อแอปพลิเคชันไทยชนะ ของประชาชนในเขตพญาไท กรุงเทพมหานคร พบว่า เพศ ระดับการศึกษาและรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่างกัน มีทัศนคติและพฤติกรรมในการใช้งานแอปพลิเคชันที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประชาชนส่วนใหญ่ใช้งานแอปพลิเคชันไทยชนะบ่อยที่สุดที่ห้างสรรพสินค้า คิดเป็นร้อยละ 71.8 รองลงมาที่ร้านสะดวกซื้อ คิดเป็นร้อยละ 16.3 ที่ตลาด ร้อยละ 4.0 ประชาชนส่วนใหญ่ใช้แอปพลิเคชันไทยชนะ มีจุดประสงค์เพื่อความปลอดภัย คิดเป็นร้อยละ 65.8 รองลงมาเพื่อสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 16.0

เพื่อค้นหาสถานที่ คิดเป็นร้อยละ 12.8 ปัญหาอุปสรรคในการใช้งานด้านความสะดวก พบว่า ไม่สะดวกในการเข้าใช้งานแอปพลิเคชันไทยชนะ เนื่องการมีปัญหาด้านการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต และความไม่เสถียรของตัวแอปพลิเคชัน ทำให้การใช้งานลำบาก ด้านความปลอดภัยพบว่า ประชาชนไม่มีความมั่นใจในการใช้แอปพลิเคชันไทยชนะ เนื่องจากกังวลเรื่องข้อมูลส่วนบุคคล ด้านมาตรการบังคับใช้ พบว่าสถานที่บางที่มีความหละหลวมในการปฏิบัติ

5.2.2 ปัจจัยด้านข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ที่ตั้งที่อยู่อาศัย, เพศ, อายุ, ระดับการศึกษา มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6 การศึกษาครั้งนี้พบว่าปัจจัยด้านข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ มีผลต่อการสวมหน้ากากตลอดเวลาในที่สาธารณะเป็นประจำที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดย ผู้หญิงมีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองครบตามมาตรการ DMHTT มากกว่าผู้ชาย 1.35 เท่า (95%CI = 1.24-1.47) สอดคล้องกับปิยะนันท์ เรือนคำ และคณะ (2565) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชากรผู้ใหญ่: กรณีศึกษาเขตจอมทอง กรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ เพศ ซึ่งเพศหญิงมีส่วนของพฤติกรรมการป้องกันที่ดีต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากกว่าเพศชาย และสอดคล้องกับ สมควร ยางสูง (2567) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนอำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศหญิงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อาจเนื่องมาจาก เพศหญิงจะมีการรับรู้ความเสี่ยงของโรค มีความตื่นตัวในการใช้มาตรการป้องกันโรคมีความใส่ใจและเคร่งครัดในเรื่องสุขภาพมากกว่าเพศชาย ทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่แตกต่างจากเพศชาย ยกตัวอย่างเช่น การทำความสะอาดมือหลังจากเข้าห้องน้ำที่แตกต่างจากเพศชาย การเลือกใช้หน้ากากอนามัย ซึ่งเพศหญิงเลือกที่จะไม่ใช้หน้ากากอนามัยซ้ำเพราะกลัวความสกปรก และเพศชายอาจเป็นกลุ่มเป้าหมายในการเสริมสร้างพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับการศึกษามีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ สิทธิชน จันท์แพง (2563) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของประชาชนอำเภอปากท่อ จังหวัดราชบุรี พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 อาจเป็นเพราะการระบาดและความรุนแรงของโรค ไม่จำกัดว่าจะได้รับการศึกษาสูงแค่ไหน ก็มีอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ทุกคน หากไม่มีการป้องกันที่รัดกุมและมีประสิทธิภาพ

5.2.3 ครั้งที่สำรวจพฤติกรรมการป้องกันตนเอง มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6 พบว่า ผู้ที่ทำการสำรวจครั้งที่ 9-10 หรือช่วงการระบาดระลอกสาม และการสำรวจครั้งที่ 4-8 หรือช่วงการระบาดระลอกสอง มีโอกาสที่จะสวมหน้ากากตลอดเวลาในที่สาธารณะมากกว่า ผู้ที่ทำการสำรวจครั้งที่ 1-3 หรือช่วงการระบาดระลอกแรก 4.99 เท่า (95%CI = 1.03-1.68) และ 2.96 เท่า (95%CI = 2.47-3.55) ตามลำดับ สอดคล้อง

กับ Badillo-Goicoechea et al. ศึกษาแนวโน้มทั่วโลกและการคาดการณ์การใช้หน้ากากอนามัยในช่วงการระบาดของ COVID-19 เป็นการสำรวจภาคตัดขวางดำเนินการโดย University of Maryland (Global) และ Carnegie Mellon University (US) ร่วมกับ Facebook กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไปใน 38 ประเทศที่ได้รับการสุ่มเลือก จำนวน 13,723,810 ตัวอย่าง รวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 23 เมษายน - 31 ตุลาคม 2020 พบว่า แนวโน้มเมื่อเวลาผ่านไปความแตกต่างในการสวมหน้ากากอนามัยในที่สาธารณะ บางประเทศมีการสวมหน้ากากอนามัยสูงอย่างต่อเนื่อง (มากกว่าร้อยละ 75) ตั้งแต่เดือนเมษายนจนถึงเดือนตุลาคม เช่น ชิลี อิตาลี ญี่ปุ่น อาร์เจนตินา โคลอมเบีย ตุรกี โรมานี ฯลฯ ในบางประเทศ การสวมหน้ากากอนามัยค่อนข้างต่ำในเดือนเมษายน แต่ในที่สุดก็เพิ่มขึ้นและยังคงอยู่ที่ระดับที่สูงขึ้น เช่น บราซิล โปรตุเกส แอฟริกาใต้ เยอรมนี ฝรั่งเศส เบลเยียม กรีซ แคนาดา เป็นต้น การสวมหน้ากากอนามัยค่อนข้างต่ำอย่างสม่ำเสมอ หรือน้อยกว่าร้อยละ 25 ในบางประเทศ เช่น เดนมาร์ก สวีเดน และนอร์เวย์ และมีการสวมหน้ากากอนามัยที่ผิดปกติมากขึ้นในบางประเทศ เช่น ออสเตรีย สาธารณรัฐเช็ก สโลวีเนีย เป็นต้น เมื่อเวลาผ่านไปแนวโน้มการสวมหน้ากากอนามัยโดยบุคคลที่มาจากประเทศส่วนใหญ่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในยุโรปเหนือ มีแนวโน้มที่จะสวมหน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ในที่สาธารณะน้อยกว่าบุคคลในญี่ปุ่นอย่างมีนัยสำคัญ

5.2.4 ความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19 มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6 พบว่า ผู้ที่รู้สึกกังวลมากต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด COVID-19 มีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองครบตามมาตรการ DMHTT มากกว่าผู้ที่รู้สึกเฉย ๆ ไม่กังวล 1.25 เท่า (95%CI = 1.05-1.50) สอดคล้องกับ อาคม ทิวทอง ศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดและความวิตกกังวลต่อ COVID-19 ในผู้ที่มาเข้ารับบริการทางการแพทย์ที่แผนกผู้ป่วยนอก อำเภอเมือง มหาสารคาม ซึ่งมีผู้เข้าร่วมการศึกษา 404 ราย พบความชุกของผู้ที่มีระดับความเครียดมากและระดับความเครียดมากที่สุด ร้อยละ 6.19 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียด ได้แก่ สถานภาพสมรส และสมาชิกในครอบครัวเคยติด COVID-19 ความชุกของความวิตกกังวลต่อไวรัส COVID-19 ในระดับมาก ร้อยละ 11.63 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลต่อไวรัส COVID-19 ได้แก่ อาชีพที่ต้องพบกับคนจำนวนมาก และความเพียงพอของรายได้ ความชุกของความเครียดในปัจจุบันอยู่ในระดับต่ำกว่าช่วงต้นของการแพร่ระบาด แต่ความวิตกกังวลต่อไวรัส COVID-19 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง<sup>40</sup>

### 5.3 ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1. ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรการ/แนวทางการป้องกันตนเองของกรมอนามัย (DMHTT) ที่ครอบคลุมมีคุณภาพ
2. พัฒนาและบังคับใช้นโยบายสุขภาพเชิงรุกในระดับองค์กร
3. เสริมสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

### ข้อเสนอเชิงปฏิบัติการ

1. พัฒนาระบบ กลไกการเฝ้าระวัง การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและทรัพยากรด้านสาธารณสุข เพื่อป้องกันตนเองให้ห่างไกลจาก COVID-19
2. ส่งเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกัน COVID-19 และให้การสนับสนุนทางสังคม เพื่อวางแผนในการดำเนินงานควบคุมป้องกัน COVID-19 ในประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง

### ข้อเสนอสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป

ควรติดตามผลของมาตรการ DMHTT ในระยะยาวอย่างต่อเนื่อง และศึกษาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน COVID-19 ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6

## บรรณานุกรม

1. WHO. Naming the coronavirus disease (COVID-2019) and the virus that causes it. search form [https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-it](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it)
2. Dong E, Du H, Gardner L. An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. *The Lancet Infectious Diseases*. 2020 May;20(5):533-4.
3. Guiqian Shi, Xiaoni Zhong, Wei He, Hui Liu, Xiaoyan Liu & Mingzhu Ma. Factors influencing protective behavior in the post-COVID-19 period in China: a cross-sectional study. *Environmental Health and Preventive Medicine* volume 26, Article number: 95 (2021)
4. Prasetyo YT, Castillo AM, Salonga LJ, Sia JA, Seneta JA. Factors affecting perceived effectiveness of COVID-19 prevention measures among Filipinos during Enhanced Community Quarantine in Luzon, Philippines: Integrating Protection Motivation Theory and extended Theory of Planned Behavior. *Int J Infect Dis*. 2020;99:312–23. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.07.074>.
5. Cowling BJ, Ali ST, Ng TWY, Tsang TK, Li JCM, Fong MW, et al. Impact assessment of non-pharmaceutical interventions against coronavirus disease 2019 and influenza in Hong Kong: an observational study. *Lancet Public Health*. 2020; 5:e279–e288. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30090-6](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30090-6) PMID: 32311320
6. Kim S, Kim S. Analysis of the Impact of Health Beliefs and Resource Factors on Preventive Behaviors against the COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17:8666. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228666> PMID: 33266386
7. Shahnazi H, Ahmadi-Livani M, Pahlavanzadeh B, Rajabi A, Hamrah MS, Charkazi A. Assessing preventive health behaviors from COVID-19: a cross sectional study with health belief model in Golestan Province, Northern of Iran. *Infect Dis Poverty*. 2020; 9:157. <https://doi.org/10.1186/s40249-020-00776-2> PMID: 33203453
8. Meier K, Glatz T, Guijt MC, Piccininni M, van der Meulen M, Atmar K, et al; COVID-19 Survey Study group. Public perspectives on protective measures during the COVID-19 pandemic in the Netherlands, Germany and Italy: A survey study. *PLoS One*. 2020; 15:e0236917. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236917> PMID: 32756573

9. Kim JK, Crimmins EM (2020) How does age affect personal and social reactions to COVID19: Results from the national Understanding America Study. PLoS ONE 15(11): e0241950. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241950>
10. Badillo-Goicoechea et al. Global trends and predictors of face mask usage during the COVID-19 pandemic. BMC Public Health (2021) 21:2099. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12175-9>.
11. Khezari Hayat et al. View of Pakistani Residents toward Coronavirus Disease (COVID-19) during a Rapid Outbreak: A Rapid Online Survey. Int J Environ Res Public Health. 2020 May; 17(10): 3347. Published online 2020 May 12. doi: 10.3390/ijerph17103347
12. Helena J. Hutchins et al., COVID-19 Mitigation Behaviors by Age Group — United States, April–June 2020. Morbidity and Mortality Weekly Report. October 30, 2020 /69(43);1584–1590. <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6943e4.htm>
13. สุรัชชัย โชคครรชิตไชย. (2563). โควิด-19: การระบาดระลอกใหม่ในประเทศไทยปลายปี 2563. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย, 10(3), 1-2.
14. สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ(วช.)ร่วมกับสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (ทีดีอาร์ไอ). ศึกษาและประเมินผลกระทบของโควิด-19 ต่อสังคมและเศรษฐกิจไทย. <https://tdri.or.th/2021/05/covid-119/>
15. United Nations Industrial Development Organization. (2020). Impact assessment of covid19 on thai industrial sector. Retrieved December 4, 2020. [https://www.unido.org/sites/default/files/files/2020-06/Impacts\\_of\\_COVID19\\_on\\_Thai\\_industrial\\_sector\\_0.pdf](https://www.unido.org/sites/default/files/files/2020-06/Impacts_of_COVID19_on_Thai_industrial_sector_0.pdf)
16. สำนักงานคณะกรรมการนโยบายเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก. เกี่ยวกับ EEC. 2562. ค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2564. จาก [www.eeco.or.th](http://www.eeco.or.th)
17. การนิคมอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย. เขตเศรษฐกิจพิเศษ. 2558. ค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2564. จาก [www.ieat.go.th](http://www.ieat.go.th).
18. กรมควบคุมโรค. รวมแนวทางเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข. อ้างอิงจาก (หน้า 31) <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1150920210610033910.pdf>
19. World Health Organization.(2020).Naming the corona virus disease (COVID-2019) and the virus that causes it. RetrievedFebruary 11, 2020 from. <https://www.who.int/emergencies/diseases /novel-coronavirus-2019>

20. กระทรวงสาธารณสุข. 2563. แนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุขเพื่อการจัดการภาวะระบาดของโรคโควิด-19 ในข้อกำหนดออกตามความในมาตราการ 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2558 (ฉบับที่ 1). บริษัททีเอส อินเทอร์เน็ต จำกัด นนทบุรี.
21. กรมควบคุมโรค. กระทรวงสาธารณสุข. (2563ก). คู่มือการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับประชาชน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
22. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563ข). รายงานโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
23. Hanna, N. & Wozniak, R. (2001). *Consumer behavior: An applied approach*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
24. Schiffman, L., & Kanuk, L. (2003). *Consumer behavior*. New Jersey: Prentice Hall.
25. ชนวรรธน์ อิมสมบูรณ์. 2546. พฤติกรรมสุขภาพและการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษาและการประชาสัมพันธ์งานสาธารณสุข. หน่วยที่ 1-8. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. พิมพ์ครั้งที่ 2. บริษัทประชุมช่างจำกัด, กรุงเทพฯ.
26. ตัญญา จำปาวัลย์. ความวิตกกังวลตามสถานการณ์. วารสารพุทธจิตวิทยา ปีที่3 ฉบับที่1 (มกราคม-มิถุนายน 2561) หน้า 13-20.
27. จำลอง ดิษยวงษ์.(2522). จิตเวชศาสตร์. เชียงใหม่: พระสังฆการพิมพ์.
28. Lader and Marks. (1971). *Clinical Anxiety*. New York: Grune and Stratton. Inc.
29. Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
30. สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2527). แนวคิดพื้นฐานทางการพยาบาลจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: โรงพิมพ์ปออง.
31. van der Pligt, 1996. Risk Perception and Self-Protective Behavior. January 1996 *European Psychologist* 1(1):34-43
32. Ferrer, R. A., & Klein, W. M. (2015). Risk perceptions and healthbehavior. *Current Opinion in Psychology*, 5,85–89. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.03.012>
33. Slovic, P., Finucane, M. L., Peters, E., & MacGregor, D. G. (2004). Risk as analysis and risk as feelings: Some thoughts about affect, reason, risk, and rationality. *Risk Analysis*, 24(2),311–322. <https://doi.org/10.1111/j.0272-4332.2004.00433>.
34. Brewer, N. T., Chapman, G. B., Gibbons, F. X., Gerrard, M., McCaul, K. D., & Weinstein, N. D. (2007). Meta-analysis of the relationship between risk perception and health behavior: The example of vaccination. *Health Psychology*, 26(2), 136–145. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.26.2.136>.

35. Loewenstein, G. F., Weber, E. U., Hsee, C. K., & Welch, N. (2001). Risk as feelings. *Psychological Bulletin*, 127(2), 267–286. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.127.2.267>
36. Renner, B., & Reuter, T. (2012). Predicting vaccination using numerical and affective risk perceptions: The case of A/H1N1 influenza. *Vaccine*, 30(49), 7019–7026. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2012.09.064>.
37. Spielberger, C.D. (Ed.). (1966). *Anxiety and Behavior*. New York: Academic Press.
38. ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). ข้อมูลสำหรับการป้องกันตนเองจากโรค COVID-19 เอกสารเผยแพร่สำหรับประชาชน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
39. สมบูรณ์ ขอสกุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้หน้ากากอนามัยแบบผ้าในการป้องกันโควิด-19 ของประชาชน ในจังหวัดปทุมธานี. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. พฤษภาคม - สิงหาคม 2564 ปีที่ 35 ฉบับที่ 2. หน้า 22-38.
40. อาคม ทิวทอง. ศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดและความวิตกกังวลต่อ COVID-19 ในผู้ที่มาเข้ารับบริการทางการแพทย์ที่แผนกผู้ป่วยนอก อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือน พฤษภาคม-สิงหาคม 2565. หน้า 197-212.
41. จิตรา มุลทิ. ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอโกสโกลาต จังหวัดสุโขทัย. วารสารวิชาการสำนักงานควบคุมป้องกันโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา. ปีที่ 7 ฉบับที่ 2 เดือน กุมภาพันธ์-พฤษภาคม 2564. หน้า 5-14.
42. นภาพร ผ่องศรี และคณะ. ศึกษาทัศนคติและพฤติกรรมที่มีต่อแอปพลิเคชันไทยชนะของประชาชนในเขตพญาไท กรุงเทพมหานคร. วารสารการบริหารการปกครองและนวัตกรรมท้องถิ่น : ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 (2564) : มกราคม-เมษายน. หน้า 189-200.
43. Firouzbakht, M., Omidvar, S., Firouzbakht, S. *et al.* COVID-19 preventive behaviors and influencing factors in the Iranian population; a web-based survey. *BMC Public Health* **21**, 143 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10201-4>
44. Wise T, Zbozinek TD, Micheleni G, Hagan CC, Mobbs D. 2020 Changes in risk perception and self-reported protective behaviour during the first week of the COVID-19 pandemic in the United States. *R. Soc. Open Sci.* 7: 200742. <http://dx.doi.org/10.1098/rsos.200742>
45. Xuyu Chen, Li Ran, Qing Liu, Qikai Hu, Xueying Du and Xiaodong Tan. Hand Hygiene, Mask-Wearing Behaviors and Its Associated Factors during the COVID-19 Epidemic.

- Environmental Research and Public Health 2020, 17(8), 2893;  
<https://doi.org/10.3390/ijerph17082893>.
46. Zettler I., Schild C., Lilleholt L., Kroencke L., Utesch T., Moshagen M., Böhm, R., Back, M., & Geukes, K. (2020). The role of personality in COVID-19 related perceptions, evaluations, and behaviors: Findings across five samples, nine traits, and 17 criteria. <https://doi.org/10.31234/osf.io/pkm2a>
47. Rita Pasion,\* Tiago O. Paiva, Carina Fernandes, and Fernando Barbosa. The AGE Effect on Protective Behaviors During the COVID-19 Outbreak: Sociodemographic, Perceptions and Psychological Accounts. *Psychol.*, 16 October 2020  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.561785>
48. Park et al., 2020. Americans' COVID-19 stress, coping, and adherence to CDC guidelines. *Journal of General Internal Medicine*, 35 (2020), pp. 2296-2303,  
[10.1007/s11606-020-05898-9](https://doi.org/10.1007/s11606-020-05898-9)
49. Kelly A. Knowles-Bunmi O. Olatunji. Anxiety and safety behavior usage during the COVID-19 pandemic: The prospective role of contamination fear. *Journal of Anxiety Disorders* Volume 77, January 2021, 102323.  
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102323>.
50. Guqian Shi, Xiaoni Zhong, Wei He, Hui Liu, Xiaoyan Liu and Mingzhu Ma. Factors influencing protective behavior in the post-COVID-19 period in China: a cross-sectional study. *Environmental Health and Preventive Medicine* (2021) 26:95  
<https://doi.org/10.1186/s12199-021-01015-2>.
51. Morad Ali Zareipour, Mojtaba Fattahi Ardakani, Monireh Rezaee Moradali, Mohammad Saeed Jadgal, Ehsan Movahed. Determinants of COVID-19 Prevention Behavior in the Elderly in Urmia: Application of Health Belief Model. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*. 2020 Dec 25; 8(T1):646-650.  
<https://doi.org/10.3889/oamjms.2020.5653>
52. Firouzbakht, M., Omidvar, S., Firouzbakht, S. et al. COVID-19 preventive behaviors and influencing factors in the Iranian population; a web-based survey. *BMC Public Health* 21, 143 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10201-4>
53. Pasion R, Paiva TO, Fernandes C and Barbosa F. (2020) ; The AGE Effect on Protective Behaviors During the COVID-19 Outbreak: Sociodemographic, Perceptions and Psychological Accounts. *Front. Psychol.* 11:561785. doi: 10.3389/fpsyg.2020.561785

54. Sa´nchez-Arenas R, Doubova SV, Gonza´lez-Pe´rez MA, Pe´rez-Cuevas R (2021) Factors associated with COVID-19 preventive health behaviors among the general public in Mexico City and the State of Mexico. PLoS ONE16(7): e0254435. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254435>
55. Zhang L, Zhu S, Yao H, Li M, Si G & Tan X. Study on Factors of People’s Wearing Masks Based on Two Online Surveys: Cross-Sectional Evidence from China. Int. J. Environ. Res. Public Health 2021, 18, 3447. <https://doi.org/doi:10.3390/ijerph18073447>
56. Y. Guo et al. Factors influencing social distancing to prevent the community spread of COVID-19 among Chinese adults. Prev Med. 2021 Feb; 143: 106385. Published online 2020 Dec 31. doi: 10.1016/j.ypmed.2020.106385.
57. Adetunji Obadeji, Banji Ferdinand Kumolalo, Janet Olufisayo Bamidele, Tolulope Funmilayo Olasehinde. To wear or not to wear? Factors influencing wearing face masks in Germany during the COVID-19 pandemic. Year : Social Health and Behavior 2020 | Volume : 3 | Issue : 2 | Page : 43-49. DOI: 10.4103/SHB.SHB\_9\_20
58. Vladimir M. Cvetković, ORCID, Neda Nikolić, na Radovanović Nenadić, dem Öcal ORCID, Eric K. Noji, and Miodrag Zečević. Preparedness and Preventive Behaviors for a Pandemic Disaster Caused by COVID-19 in Serbia. Int. J. Environ. Res. Public Health 2020, 17(11), 4124; <https://doi.org/10.3390/ijerph17114124>
59. Helena J. Hutchins, Brent Wolff, Rebecca Leeb, Jean Y. Ko, Erika Odom, Joe Willey, Allison Friedman, Rebecca H. Bitsko. COVID-19 Mitigation Behaviors by Age Group - United States, April–June 2020. Weekly / October 30, 2020 / 69(43);1584–1590. <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6943e4.htm>
60. Bolanle Olapeju et al. Trends in handwashing behaviours for COVID-19 prevention: Longitudinal evidence from online surveys in 10 sub-Saharan African countries. PLOS Global Public Health | <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000049> November 12, 2021.
61. Dwipayanti NMU, Lubis DS and Harjana NPA (2021) Public Perception and Hand Hygiene Behavior During COVID-19 Pandemic in Indonesia. Front. Public Health 9:621800. doi: 10.3389/fpubh.2021.621800

62. Firouzbakht et al. COVID-19 preventive behaviors and influencing factors in the Iranian population; a web-based survey. *BMC Public Health*. 2021 Jan 15;21(1):143. doi: 10.1186/s12889-021-10201-4
63. Tang, CC., Chen, H. & Wu, WW. Factors influencing the protective behavior of individuals during COVID-19: a transnational survey. *Sci Rep* 11, 21654 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41598-021-01239-w>
64. Khezar Hayat et al. View of Pakistani Residents toward Coronavirus Disease (COVID-19) during a Rapid Outbreak: A Rapid Online Survey. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 May; 17(10): 3347. Published online 2020 May 12. doi: 10.3390/ijerph17103347
65. สาโรจน์ นาคจุ. พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของประชาชน ในกรุงเทพมหานคร (Preventive behaviors of Coronavirus disease-2019 (COVID-2019) of people in Bangkok). *คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง*. (2564)
66. จงกลณี ต้อยเจริญ และคณะ. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.). *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์*. ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2565)
67. ปิยะนันท์ เรือนคำ และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชากรผู้ใหญ่: กรณีศึกษาเขตจอมทอง กรุงเทพมหานคร. (2565).
68. สมควร ยางสูง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนอำเภอ บางเลน จังหวัดนครปฐม. (2567).
69. สิทธิชน จันทร์แพง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของประชาชนอำเภอปากท่อ จังหวัดราชบุรี. *วารสารสาธารณสุขและนวัตกรรม*. ปีที่ 1 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2564

ภาคผนวก

## ภาคผนวก ก

## แบบสอบถาม

อนามัยโพล : การสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในการป้องกันโรคโควิด 19 ครั้งที่...

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

## 1.1 ที่ตั้งที่อยู่อาศัย

- ในเขตเทศบาล                       นอกเขตเทศบาล

## 1.2 เพศ

- ชาย                       หญิง

## 1.3 อายุ

- 15-24 ปี     25-44 ปี     45-59 ปี     60 ปีขึ้นไป

## 1.4 ระดับการศึกษา

- ประถมศึกษา หรือต่ำกว่า     มัธยมศึกษา/ ปวช.     อนุปริญญา/ ปวส.     ปริญญาตรีหรือสูงกว่า

## 1.5 อาชีพ

- เกษตรกร     ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย     เอกชน     รับจ้างทั่วไป  
 รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ     อสม.     แม่บ้าน/พ่อบ้าน  
 เกษียณราชการ/ผู้สูงอายุ     นักเรียน/นักศึกษา/ว่างงาน

## ส่วนที่ 2 ความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด-19

## 2.1 ท่านรู้สึกอย่างไรกับสถานการณ์โรคโควิด 19 ในปัจจุบัน

- เฉย ๆ ไม่กังวล     กังวลเล็กน้อย     กังวลปานกลาง     กังวลมาก

### ส่วนที่ 3 การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคโควิด 19

#### 3.1 ท่านป้องกันตนเองเพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 อย่างไร

3.1.1 สวมหน้ากากอนามัย/หน้ากากผ้า ตลอดเวลาเมื่ออยู่ในที่สาธารณะ

( ) ทำไม่ประจำ ( ) ทำประจำ

3.1.2 ล้างมือด้วยสบู่และน้ำ หรือเจลแอลกอฮอล์

( ) ทำไม่ประจำ ( ) ทำประจำ

3.1.3 รักษาระยะห่าง และใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุด

( ) ทำไม่ประจำ ( ) ทำประจำ

3.1.4 ตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจวัดไข้

( ) ทำไม่ประจำ ( ) ทำประจำ

3.1.5 ลงทะเบียน “ไทยชนะ” หรือบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ

( ) ทำไม่ประจำ ( ) ทำประจำ

3.1.6 ปฏิบัติการป้องกันครบตามมาตรการ DMHTT

( ) ทำไม่ประจำ ( ) ทำประจำ