

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

นางฉัตรโณม	ศิริพล
นางศิริพร	จริยาจิรวัฒนา

ศูนย์อนามัยที่ 6
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

กิตติกรรมประกาศ

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

คุณค่าและประโยชน์ที่เกิดจากวิจัยนี้ ผู้วิจัยหวังว่าจะเป็นแนวทางในการเฝ้าระวัง และส่งเสริมสุขภาพ มีพฤติกรรมป้องกันตนเองอย่างดี เพื่อให้สามารถรับมือกับภาวะการระบาดของโรคโควิด 19 อันจะเป็นประโยชน์ต่อประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6 ต่อไป

คณะผู้วิจัย

กรกฎาคม 2567

ชื่อเรื่อง ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชน
เขตสุขภาพที่ 6

ผู้วิจัย นางเจดโณม ศิริผล และนางศิริพร จรียาจิรวัดนา

ปีที่ศึกษา พ.ศ.2567

บทคัดย่อ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นวิกฤติด้านระบาดวิทยาครั้งใหญ่ของโลก องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ประกาศเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public health emergency of international concern: PHEIC) รัฐบาลและผู้เชี่ยวชาญในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อดำเนินการให้ความรู้ด้านสุขภาพและคำแนะนำด้านพฤติกรรมผ่านช่องทางต่าง ๆ ปัจจุบันยังไม่มี การรักษาเฉพาะ มีการให้วัคซีนแก่ประชาชน แต่ปัญหาการคงอยู่ของภูมิคุ้มกันยังไม่เป็นที่แน่ชัด ดังนั้น พฤติกรรมการป้องกันส่วนบุคคลจึงลดอัตราการติดเชื้อ COVID-19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพและรวดเร็ว การ วิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบศึกษาย้อนหลัง (Retrospective analytical research) มุ่งศึกษา สถานการณ์การป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการ ป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 ประชากรที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้ คือประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 สุ่มตัวอย่างแบบไม่ใช้ความน่าจะเป็น (Nonprobability sampling) ด้วยวิธี Voluntary sampling รวบรวมข้อมูลทุติยภูมิในระบบฐานข้อมูลออนไลน์ การสำรวจอนามัยโพลครั้งที่ 1 - 10 (พฤศจิกายน 2563 – 17 พฤษภาคม 2564) จำนวน 14,988 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบ สสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในการป้องกันโรคโควิด 19 (อนามัยโพล) ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย โดยค่าไคสแควร์ (Chi-square) และ ปัจจัยที่รวมทำนายผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 โดยใช้สถิติ logistic regression ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยในเขตเทศบาล ร้อยละ 58.2 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.5 อายุระหว่าง 25-44 ปี ร้อยละ 37.8 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 41.4 อาชีพรับ ราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 37.6 ตอบแบบสำรวจมากที่สุดในการระบาดระลอกที่ 2 ร้อยละ 73.5 มีความรู้สึกกังวลต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิดระดับปานกลาง ร้อยละ 39.0 กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม ป้องกันครบตามมาตรการ DMHTT เป็นประจำ ร้อยละ 56.1 โดยสวมหน้ากากตลอดเวลาในที่สาธารณะเป็น ประจำมากที่สุด ร้อยละ 95.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองตามมาตรการ DMHTT ครบทั้ง 5 มาตรการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ครั้งที่สำรวจ และความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เมื่อคัดเลือกปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการป้องกันตนเองครบตามมาตรการ DMHTT (สวมหน้ากาก, ล้างมือ, เว้นระยะห่างทางสังคม, ตรวจวัดอุณหภูมิ และ ลงทะเบียนไทยชนะ หรือบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ) เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองครบตามมาตรการ DMHTT ภายหลังปรับค่าด้วย ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ ครั้งที่สำรวจ และความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ ระบาดของโรคโควิด-19

คำสำคัญ : พฤติกรรมป้องกันตนเอง โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา โควิด 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

Coronavirus disease 2019 is a major epidemiological crisis in the world. World Health Organization (World Health Organization: WHO) declared a Public Health Emergency of International Concern (PHEIC), the government and experts in the prevention and control of infectious diseases provide health education and behavioral advice through various channels. Currently, there is no cure. Specifically vaccines are given to the public but the issue of immunity persistence is still not clear. Therefore, personal protective behaviors can effectively and quickly reduce the COVID-19 infection rate. This research is a retrospective analytical research. The aim is to study the situation of self-protection during the COVID-19 crisis and study factors affecting self-protection behavior during the COVID-19 crisis. The population is people aged 15 years and over in Health Region 6 were sampled without using probability with voluntary sampling method. Collect secondary data in an online database system. Anamai Poll No.1-10 (November 2020 - 17 May 2021) number of 14,988 people. The tool used in the study was a survey of public health behavior in preventing COVID-19 disease (Anamai Poll) using descriptive statistics. Analyze to find relationships between factors. The Chi-square value and factors that predict the effect on self-protective behavior during the COVID-19 crisis using logistic regression statistics. The results of the research found that the majority of the sample lived in the municipality, 58.2% were female, 81.5% were between the ages of 25-44 years, 37.8% graduated with a bachelor's degree or higher, 41.4% were working in government organization/state enterprise, 37.6% responded to the survey the most during the second wave of the outbreak, 73.5% there was a moderate level of concern about the COVID-19 outbreak situation, 39% of the sample group had complete protective behavior according to the DMHTT measures. Regularly, 56.1% were wearing mask all the time in public the most. Regularly, 95.2% Factors related to self-protective behavior according to the DMHTT measure. All 5 measures were statistically significant ($p < 0.05$) including gender, age, education level, occupation, time of survey and feelings about the COVID-19 outbreak situation when selecting important factors that are related to self-protection behavior, complete according to the DMHTT measures (wearing a mask, washing hands, keeping social distance, checking temperature and registering for Thai Chana or recording names before entering various places)

when controlling for other factors, it was found the factors that were related to self-protection behavior were all in accordance with the DMHTT measure. After adjusting for other factors, including gender, age, highest level of education, occupation, time of survey and feeling about the COVID-19 outbreak situation.

Keywords: Self-protective behavior Corona Virus Disease COVID 19

สารบัญ

หน้า

กิตติกรรมประกาศ.....	ก
บทคัดย่อ.....	ข
สารบัญ.....	ง
สารบัญตาราง.....	ง
บทที่	
1 บทนำ.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	2
สมมติฐานการวิจัย.....	2
ขอบเขตของการวิจัย.....	3
ตัวแปรที่ศึกษา.....	3
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	4
2 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	5
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19).....	5
แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับประชากรศาสตร์.....	7
แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ.....	7
แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล.....	9
มาตรการ DMHTT.....	12
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	21
รูปแบบการวิจัย.....	21
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	21
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	22
วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	22
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	23
การพิทักษ์สิทธิตัวอย่าง.....	23

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการศึกษา.....	24
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป.....	24
ส่วนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมกำรป้องกันตนเองในช่วงเเพชณภวระวณคคค COVID-19 ของ ประชาชนในเขตสุขภพที่ 6.....	26
ส่วนที่ 3 ปัจจยที่มคความสมพนธ์กัภพฤติกรรมกำรป้องกันตนเองในช่วงเเพชณภวระวณคคค COVID-19 ของประชาชนในเขตสุขภพที่ 6.....	27
ส่วนที่ 4 ปัจจยที่มีผลต่อพฤติกรรมกำรป้องกันตนเองในช่วงเเพชณภวระวณคคค COVID-19 ของประชาชนในเขตสุขภพที่ 6.....	38
5 สรุป อภปรยผลและข้อเสนอแนะ.....	49
สรุปผลการวณจย.....	49
อภปรยผล.....	54
ข้อเสนอแนะ.....	56
บรรณานุกรม.....	57
ภคผนวก.....	63
ภคผนวก ก.....	64
ภคผนวก ข.....	65

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
4.1 ข้อมูลส่วนบุคคล.....	24
4.2 จำนวนและร้อยละพฤติกรรมกำรป้องกันและลดการแพร่ระบาดของโรคโควิด19 ตามมาตรการ DMHTT.....	26
4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้สึกรู้สอกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด กำกับการสวมหน้ากากตลอดเวลาในที่สาธารณะ.....	27
4.4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้สึกรู้สอกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด กำกับการล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์.....	29
4.5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้สึกรู้สอกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด กำกับการรักษาระยะห่างและใช้เวลากพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุด.....	31
4.6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้สึกรู้สอกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด กำกับการตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรอง.....	33
4.7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้สึกรู้สอกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด กำกับการลง ทะเบียน “ไทยชนะ” หรือบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่างๆ.....	35
4.8 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้สึกรู้สอกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด กำกับพฤติกรรมกำการป้องกันตนเองตามมาตรการ DMHTT ครบทั้ง 5 มาตรการ.....	37
4.9 ปัจจัยที่มีผลต่อการล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์ประจำ.....	41
4.10 ปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาระยะห่างและใช้เวลากพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุด.....	43
4.11 ปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรอง.....	44
4.12 ปัจจัยที่มีผลต่อการลงทะเบียน “ไทยชนะ” หรือบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ.....	46
4.13 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกำการป้องกันตามมาตรการ DMHTT.....	48

บทที่ 1

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นวิกฤติด้านระบาดวิทยาครั้งใหญ่ของโลก สถานการณ์โรคระบาดของไวรัสโคโรนา (Coronavirus Disease 2019: COVID-19) ได้ส่งผลให้มีผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจำนวนมาก องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้ประกาศให้การระบาดของโรคดังกล่าวเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public health emergency of international concern: PHEIC)¹ จากสถิติเมื่อ วันที่ 15 เมษายน 2563 ประชากรทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อ 1,982,939 คน และตาย 126,761 คน โดย 5 ลำดับแรกของประเทศที่มีผู้ติดเชื้อสูงสุด คือ ประเทศสหรัฐอเมริกา (609,516 คน) เป็นอันดับหนึ่ง ตามด้วยสเปน (174,060 คน) อิตาลี (162,488 คน) เยอรมัน (132,362 คน) และฝรั่งเศส (131,362 คน) ตามลำดับ² เมื่อเผชิญกับการระบาดใหญ่ของ COVID-19 ทั่วโลกมีการใช้มาตรการป้องกันต่าง ๆ เพื่อป้องกันการระบาดและการแพร่กระจายของโรค การแยกชุมชน การปิดเมืองปิดประเทศดำเนินการโดยรัฐบาลในหลายประเทศ³ นอกจากนี้ รัฐบาลและผู้เชี่ยวชาญในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อได้ดำเนินการให้ความรู้ด้านสุขภาพและคำแนะนำด้านพฤติกรรมผ่านช่องทางต่างๆ⁴ ปัจจุบันยังไม่มีการรักษาเฉพาะสำหรับ COVID-19 กระบวนการให้วัคซีนแก่ประชาชนเพื่อต่อต้านโควิด-19 ได้ดำเนินการในทุกประเทศ แต่ปัญหาของการคงอยู่ของภูมิคุ้มกันยังไม่เป็นที่แน่ชัด ที่สำคัญ ผู้เชี่ยวชาญแนะนำให้รักษาการป้องกันส่วนบุคคลแก่กระทั่งผู้ที่ได้รับการฉีดวัคซีน ดังนั้น พฤติกรรมการป้องกันส่วนบุคคลจึงเป็นอาวุธที่มีประสิทธิภาพและรวดเร็วที่สุดในการลดอัตราการติดเชื้อ COVID-19³

การป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดให้ได้ผล แต่ละประเทศได้มีการประกาศมาตรการต่างๆ ออกมาบังคับใช้ และจากผลการสำรวจมาตรการป้องกันการติดเชื้อของประชาชนในประเทศต่าง ๆ พบว่า ประชาชนในฮ่องกง จีน⁵ และเกาหลีใต้⁶ สวมหน้ากากมากกว่าร้อยละ 98 ในอิตาลีหลีกเลี่ยงสถานที่แออัด ร้อยละ 99⁷ ในเยอรมนียกเลิกกิจกรรมทางสังคมร้อยละ 97⁷ เนเธอร์แลนด์และเยอรมนีมีการล้างมือด้วยเจลล้างมือร้อยละ 28.3 และ 47 ตามลำดับ⁷ ในเกาหลีใต้หลีกเลี่ยงสถานที่แออัดร้อยละ 41.5⁶ ในอิตาลีมีมาตรการให้เด็กอยู่บ้าน ร้อยละ 60.6⁷ และในอิหร่านหลีกเลี่ยงการสัมผัสหน้าร้อยละ 33.5⁸ จากการทบทวนงานวิจัย พบว่า เพศ อายุ การศึกษา ช่วงเวลาการระบาด และความวิตกกังวลต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{9,10,11,12}

ประเทศไทย พบผู้ป่วยต้องสงสัยรายแรกเมื่อ วันที่ 21 มกราคม พ.ศ. 2563 เป็นนักท่องเที่ยวหญิงชาวจีน ณ วันที่ 8 เมษายน พ.ศ. 2563 พบอัตราการติดเชื้อในประเทศไทย จำนวน 2,369 คน มีผู้เสียชีวิต 30 คน⁷ การระบาดรอบ 2 เริ่มช่วงปลายเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 จำนวนผู้ติดเชื้อมีจำนวนมากกว่ารอบแรก และมีการแพร่ระบาดในหลายจังหวัด¹³ การระบาดรอบที่ 3 มีการติดเชื้อเพิ่มขึ้นตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2564 เมื่อเปรียบเทียบสถานการณ์การแพร่ระบาดที่เกิดขึ้นในรอบที่ 1-3 พบว่าการแพร่ระบาดในรอบที่ 3 มีความรุนแรงมากกว่า โดยการระบาดรอบที่ 1 เกิดขึ้นระหว่างวันที่ 18 มีนาคม 2563 และลดลงอย่างมีนัยสำคัญในวันที่ 12 เมษายน 2563 รวมเป็นเวลา 25 วัน โดยมีจุดสูงสุดอยู่ที่การติดเชื้อต่อวันที่ 188 ราย สำหรับการแพร่ระบาดรอบที่ 2 เกิดขึ้นเป็นเวลา 103 วันและมีจำนวนผู้ติดเชื้อรายวันสูงสุดที่ 959 ราย แต่สำหรับการแพร่ระบาดใน

รอบที่ 3 เกิดขึ้นตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2564 จนถึงวันที่ 20 พฤษภาคม 2564 ยังคงมีจำนวนผู้ติดเชื้อในระดับสูง โดยตัวเลขผู้ติดเชื้อรายวันสูงสุดอยู่ที่ 9,635 ราย¹⁴

การระบาดของโควิด-19 ส่งผลกระทบกับการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนแห่ง สหประชาชาติ (Sustainable Development Goals: SDGs) ทั้ง 13 เป้าหมาย เช่น หลายโรงเรียนต้องถูกปิดกิจกรรมทางเศรษฐกิจหยุดชะงัก รายได้ลดลง บางอาชีพว่างงาน (United Nations Industrial Development Organization, 2020) ซึ่งส่งผลกระทบในวงกว้าง ทั้งทางด้าน สุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม¹⁵ และในส่วนของ การระบาดของโควิด-19 ในประเทศไทยทั้ง 3 รอบ ตั้งแต่ปลายปี 2562 จนถึงเดือนเมษายน 2564 ก่อให้เกิด ความกังวลกับประชาชน ทั้งความกังวลจากการติดเชื้อ และกังวลจากผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมที่จะ ตามมา โดยเฉพาะภาคตะวันออกเป็นพื้นที่ที่พบการระบาดของ โควิด-19 ค่อนข้างสูง และในช่วงการระบาด รอบที่ 2 ถูกประกาศให้เป็นพื้นที่ควบคุมสูงสุดหรือพื้นที่สีแดงทุกจังหวัด ประกอบด้วยจังหวัดฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี สระแก้ว สมุทรปราการ จันทบุรี ชลบุรี ตราด ระยอง เป็นพื้นที่ในเขตรับผิดชอบของเขตสุขภาพที่ 6 ทั้ง 8 จังหวัด ประกอบกับเป็นแหล่งเศรษฐกิจที่สำคัญของประเทศรองลงมาจากกรุงเทพฯ และภาคกลาง ซึ่งมี พื้นที่สำคัญคือ เขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (EEC) เป็นเขตพื้นที่ที่มีศักยภาพด้านเศรษฐกิจ โดยเฉพาะเป็น เขตอุตสาหกรรมหลักของประเทศ การขนส่ง การค้า และการลงทุน¹⁶ และเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ (SEZ) ในจังหวัดสระแก้วและตราด เป็นพื้นที่พัฒนาเพื่อเชื่อมโยงประชาคมอาเซียนในประเทศเพื่อนบ้าน ในมิติของ เศรษฐกิจ สังคม และการคมนาคมขนส่ง¹⁷

จากข้อมูลดังกล่าวศูนย์อนามัยที่ 6 จึงสนใจศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะ วิกฤติ COVID-19 ของประชาชน เขตสุขภาพที่ 6 เพื่อศึกษาสถานการณ์พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการ ติดเชื้อ และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเอง และนำข้อมูลจากการศึกษารั้วนี้ไปพัฒนาและ ส่งเสริมมาตรการอื่นๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชนในเขต สุขภาพที่ 6
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของ ประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยด้านข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เขตที่อยู่อาศัย เพศ อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพมีความสัมพันธ์ และมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6
2. ครั้งที่สำรวจหรือช่วงการแพร่ระบาด มีความสัมพันธ์และมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเอง ในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6
3. ความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์และมีผลต่อพฤติกรรม การป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบศึกษาย้อนหลัง (Retrospective analytical research) เพื่อศึกษาสถานการณ์การป้องกันตนเอง และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรต้น ได้แก่ ที่ตั้งที่อยู่อาศัย เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ ครั้งที่สำรวจ และ ความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 ได้แก่ การสวมหน้ากากตลอดเวลาในที่สาธารณะ การล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์ การรักษาระยะห่างและใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุด การตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรอง และการลงทะเบียน “ไทยชนะ” หรือบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่างๆ

นิยามศัพท์เฉพาะ

แนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หรือโควิด 19 สำหรับประชาชนทั่วไป ตามหลัก DMHTT¹⁸

แนวทางการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล เพื่อป้องกันและลดการแพร่เชื้อโควิด 19

1. ออกจากบ้านเมื่อจำเป็นเท่านั้น หากออกนอกบ้านให้เว้นระยะห่าง (Distancing) กับคนอื่นอย่างน้อย 1-2 เมตร หลีกเลี่ยงการเข้าไปในพื้นที่ที่มีคนหนาแน่น แออัด หรือพื้นที่ปิด

2. การสวมหน้ากากผ้า หรือหน้ากากอนามัย (Mask Wearing) เพื่อลดการฟุ้งกระจายของละอองฝอย สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าตลอดเวลา เมื่ออยู่นอกบ้าน

3. การหมั่นล้างมือบ่อยๆ (Hand Washing) ด้วยน้ำและสบู่ หรือเจลแอลกอฮอล์ฆ่าเชื้อ 70 % ทุกครั้ง ก่อนรับประทานอาหาร หลังออกจากห้องน้ำ หรือหลังจากไอจาม หรือหลังสัมผัสจุดเสี่ยงที่มีผู้ใช้งานร่วมกันในที่สาธารณะ เช่น กลอน หรือลูกบิดประตู ราวจับ หรือราวบันได เป็นต้น และหลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสใบหน้า ตา ปาก จมูก โดยไม่จำเป็น

4. ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกาย (Testing) สม่ำเสมอ ทั้งก่อนเข้าทำงาน ร้านสะดวกซื้อ และหากทราบว่า มี ประวัติไปพื้นที่เสี่ยง ควรเข้ารับการตรวจโควิด 19

5. สแกนแอปไทยชนะ (Thai Cha na) ทุกครั้งที่เดินทางไปสถานที่ต่างๆ และโหลดแอปหมอชนะ พร้อม ลงทะเบียนหากทำได้ เพื่อให้ทราบความเสี่ยงติดโรคของตนเอง หากมี SMS แจ้งเตือนว่ามีประวัติไปที่เสี่ยงมา จะได้กักตัว หรือตรวจโควิด-19 ได้อย่างรวดเร็ว

6. ความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 คือ การที่บุคคลรับรู้ และประเมินจากสิ่งกระตุ้นที่มากุ่คามว่าจะเป็นอันตรายต่อตน 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 เพื่อการขับเคลื่อนความรู้ด้านสุขภาพให้แก่ประชาชน เขตสุขภาพที่ 6 ให้ตรงกับกลุ่มเป้าหมาย

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ 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 จัดอยู่ในตระกูลของเชื้อไวรัสโคโรนาซึ่งประกอบด้วยเชื้อไวรัสโคโรนาหลายชนิดที่ก่อโรคในคนได้ตั้งแต่โรคหัดธรรมดาเช่น Coronavirus OC43 HKU1 และ 229E เป็นชนิดที่ก่อโรคหวัด (common cold) แต่อาจก่อโรคทางเดินหายใจส่วนล่างรุนแรงได้ในกลุ่มผู้ป่วยเด็กเล็กหรือ ผู้สูงอายุส่วนไวรัส Coronavirus NL63 เป็นเชื้อที่มักก่อโรคหลอดลมฝอยอักเสบ(bronchiolitis) ในเด็ก จนถึงเชื้อที่สามารถก่อโรคทางเดินหายใจรุนแรงเช่นเชื้อไวรัสโคโรนาที่ก่อโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง Middle East Respiratory Syndrome (MERS-CoV) หรือเชื้อไวรัสโคโรนาที่ก่อโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (WHO, 2020)สำหรับเชื้อไวรัสโคโรนาชนิดใหม่ที่ไม่เคยค้นพบมาก่อนในมนุษย์ในระยะแรกจะเรียกชื่อว่าเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่(a novel corona virus) จนกว่าจะมีการตั้งชื่ออย่างเป็นทางการซึ่งเชื้อไวรัสที่ก่อโรค COVID-19 แรกเริ่มนั้นพบที่ก่อกำเนิดที่เมืองอู่ฮั่นมณฑลหูเป่ย์ประเทศจีนตั้งแต่เดือนธันวาคม 2562 ในระยะแรกมีชื่อเรียกไวรัสว่าเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ต่อมาเมื่อวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2563 องค์การอนามัยโลกได้ตั้งชื่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาที่เกิดขึ้นใหม่นี้ว่า Corona virus disease 2019 (WHO, 2020) โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นไวรัสอุบัติใหม่ที่พบที่มีการระบาดตั้งแต่เดือนธันวาคม 2562 โดยรายงานครั้งแรกที่มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน เชื้อไวรัส COVID-19 สามารถแพร่กระจายจากคนสู่คนผ่านทางไอ จาม สัมผัสโดยตรงกับสารคัดหลั่ง เช่น น้ำมูก น้ำลายของคน ผู้ติดเชื้อจะมีการหายใจแบบตั้งแต่ติดเชื้อไม่มีอาการ อาการเล็กน้อยคล้ายเป็นไข้หวัดธรรมดา อาการปานกลางเป็นปอดอักเสบ และอาการรุนแรงมากจนอาจเสียชีวิต¹⁹

1.1 สถานการณ์การแพร่ระบาด

จากสถิติเมื่อวันที่ 15 เมษายน พ.ศ. 2563 ประชากรทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อ 1,982,939 คน และตาย 126,761 คน โดย 5 ลำดับแรกของประเทศที่มีผู้ติดเชื้อสูงสุด ประเทศสหรัฐอเมริกา (609,516 คน) เป็นอันดับ

หนึ่ง ตามด้วยสเปน (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) ตามลำดับ²

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 ZCOVID-19) เป็นโรคติดต่ออันตราย ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 เมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2563²⁰

การระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 รอบแรกในประเทศไทย พบผู้ป่วยต้องสงสัยรายแรกเมื่อ วันที่ 21 มกราคม พ.ศ. 2563 เป็นนักท่องเที่ยวหญิงชาวจีนอายุ 74 ปี ซึ่งเดินทางมาถึงกรุงเทพมหานคร โดยเที่ยวบินจากนครอู่ฮั่น เมืองหลวงของมณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน และ วันที่ 8 เมษายน พ.ศ. 2563 พบอัตราการติดเชื้อในประเทศไทย จำนวน 2,369 คน มีผู้เสียชีวิต 30 คน²¹ และจากสถิติ เมื่อวันที่ 22 เมษายน พ.ศ. 2563 ประเทศไทยมีการระบาดและมีจำนวนผู้ติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 2,826 คน จำนวนผู้รักษาหาย 2,352 คน คิดเป็นร้อยละ 83.2 ร้อยละของการรักษาหายอยู่ในลำดับที่ 2 ของโลกรอง จากประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน²²

ส่วนการระบาดรอบที่ 2 ในประเทศไทยนั้น เริ่มช่วงปลายเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 โดยพบ หญิงไทย อายุ 67 ปี อาชีพค้าขายที่ตลาดกลางกุ้ง ตำบลมหาชัย อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร ติดเชื้อ โดยไม่มีประวัติการเดินทางออกนอกประเทศ ซึ่งคาดว่าเป็นการติดเชื้อจากแรงงานชาวจีนมาในตลาดกุ้ง ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีแรงงานชาวจีนมาอาศัยอยู่อย่างหนาแน่น โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาครได้ ลงพื้นที่เพื่อทำการตรวจเชิงรุก (active case finding) และพบว่า มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่ไม่มีอาการในกลุ่มแรงงานชาวจีนมาเป็นจำนวนมาก โดยการระบาดรอบที่ 2 นี้มีความต่างจากการระบาดระลอกแรกใน หลายด้าน เช่น จำนวนผู้ติดเชื้อมีจำนวนมากกว่า มีการกระจายไปหลายจังหวัด¹³ สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้กลับมาแพร่ระบาดอย่างกว้างขวางอีกครั้งเป็นระลอกที่สาม ซึ่งเริ่มมีสถิติการติดเชื้อที่เพิ่มขึ้นตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2564 จากเหตุการณ์การแพร่ระบาดในผับเขตทองหล่อ และเป็นช่วงเวลาเดียวกันกับการแพร่ระบาดระลอกที่สอง ซึ่งเกิดขึ้นจากการแพร่ระบาดของโรคในกลุ่มแรงงานต่างด้าว ในช่วงระหว่างวันที่ 19 ธันวาคม 2563 จนถึงวันที่ 1 เมษายน 2564

เมื่อเปรียบเทียบสถานการณ์การแพร่ระบาดที่เกิดขึ้นในระลอกที่ 3 เทียบกับระลอกที่ 1 และ 2 จะพบว่าการแพร่ระบาดในรอบที่ 3 จะมีความรุนแรงที่มากกว่าอย่างมาก โดยในรอบที่ 1 นั้น เกิดขึ้นในระหว่างช่วงวันที่ 18 มีนาคม 2563 และลดลงอย่างมีนัยสำคัญในวันที่ 12 เมษายน 2563 รวมเป็นเวลา 25 วันโดยมีจุดสูงสุดอยู่ที่การติดเชื้อต่อวันที่ 188 ราย สำหรับการแพร่ระบาดระลอกที่ 2 เกิดขึ้นเป็นเวลา 103 วันและมีจำนวนผู้ติดเชื้อรายวันสูงสุดที่ 959 ราย ส่วนการแพร่ระบาดในรอบที่ 3 เกิดขึ้นตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2564 จนถึงวันที่ 20 พฤษภาคม 2564 จำนวน 50 วัน ก็ยังคงมีจำนวนผู้ติดเชื้อในระดับสูง โดยตัวเลขผู้ติดเชื้อรายวันสูงสุดอยู่ที่ 9,635 ราย ในขณะที่จำนวนผู้ติดเชื้อ ณ วันที่ 20 พฤษภาคม 2564 ยังอยู่ที่ 2,636 ราย¹⁴

2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับประชากรศาสตร์

ลักษณะทางประชากรศาสตร์หมายถึง ข้อมูล เกี่ยวกับตัวบุคคล เช่น อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ รายได้ ศาสนา และเชื้อชาติซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งโดยทั่วไปแล้วใช้เป็นลักษณะพื้นฐานที่นักการตลาดมักจะนำมาพิจารณา สำหรับการแบ่งส่วนตลาด (Market Segmentation) โดยนำมาเชื่อมโยงกับความต้องการ ความชอบ และอัตราการใช้จ่ายสินค้าของผู้บริโภค เพราะคนที่มีลักษณะประชากรศาสตร์ ต่างกันจะมีลักษณะทางจิตวิทยาต่างกัน โดยวิเคราะห์จากปัจจัย ดังนี้^{23,24}

เพศ ความแตกต่างทางเพศ ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมของการติดต่อสื่อสารต่างกัน คือเพศหญิงมีแนวโน้มมีความต้องการที่จะส่งและรับข่าวสารมากกว่าเพศชาย ในขณะที่เพศชายไม่ได้มีความต้องการที่จะส่งและรับข่าวสารเพียงอย่างเดียวเท่านั้น แต่มีความต้องการที่จะสร้างความสัมพันธ์อันดีให้เกิดขึ้นจากการรับและส่งข่าวสารนั้นด้วย นอกจากนี้เพศหญิงและเพศชายมีความแตกต่างกันอย่างมากในเรื่องความคิด ค่านิยม และทัศนคติ ทั้งนี้เพราะวัฒนธรรม และสังคม กำหนดบทบาทและกิจกรรมของคนสองเพศไว้ต่างกัน

อายุ เป็นปัจจัยที่ทำให้คนมีความแตกต่างกันในเรื่องของความคิดและพฤติกรรม คนที่อายุน้อย มักจะมีความคิดเสรีนิยมยึดถืออุดมการณ์ และมองโลกในแง่ดีมากกว่าคนที่อายุมาก ในขณะที่คนที่อายุมาก มักจะมีความคิดที่อนุรักษนิยม ยึดถือการปฏิบัติ ระเบียบระวาง มองโลกในแง่ร้ายกว่าคนที่อายุน้อย เนื่องมาจากผ่านประสบการณ์ชีวิตที่แตกต่างกัน ลักษณะการใช้สื่อมวลชนก็ต่างกัน คนที่มีอายุมากมักจะใช้สื่อเพื่อแสวงหาข่าวสารหนักๆ มากกว่าความบันเทิง

การศึกษา เป็นปัจจัยที่ทำให้คนมีความคิด ค่านิยม ทัศนคติ และพฤติกรรมแตกต่างกัน คนที่มีการศึกษาสูงจะได้เปรียบอย่างมากในการเป็นผู้รับสารที่ดี เพราะเป็นผู้มีความกว้างขวางและเข้าใจสารได้ดี แต่จะเป็นคนที่ไม่เชื่ออะไรง่ายๆ ถ้าไม่มีหลักฐานหรือเหตุผลเพียงพอ

สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ หมายถึง ตำแหน่ง อาชีพ รายได้ และสถานภาพทางสังคม ของบุคคล มีอิทธิพลอย่างสำคัญต่อปฏิกิริยาของผู้รับสารที่มีต่อผู้ส่งสาร เพราะแต่ละคนมีวัฒนธรรมประสบการณ์ ทัศนคติ ค่านิยมและเป้าหมายที่ต่างกันทฤษฎีความแตกต่างระหว่างปัจเจกบุคคล

3. แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ

3.1 ความหมายเกี่ยวกับพฤติกรรม

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำ การปฏิบัติ การแสดงออก และท่าทีที่จะกระทำ ซึ่งจะก่อให้เกิดผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพของตนเอง ครอบครัวหรือชุมชน ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพสามารถจำแนกออกได้เป็น 2 ลักษณะด้วยกัน คือ²⁵

ลักษณะที่ 1 เป็นการกระทำ (Action) ได้แก่ การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ

ลักษณะที่ 2 เป็นการไม่กระทำ (Non action) ได้แก่ การงดเว้นไม่กระทำ หรือไม่ปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดีหรือผลเสีย

3.2 ความสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพ

ความสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพ โดยแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้²⁵

3.2.1 พฤติกรรมสุขภาพมีความสำคัญต่อปัญหาสาธารณสุข ประกอบด้วย 2 ลักษณะด้วยกัน คือ

3.2.1.1 พฤติกรรมสุขภาพ เป็นปัจจัยโดยตรงของปัญหาสาธารณสุข กล่าวคือ การที่บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสม แล้วทำให้ตนเอง ครอบครัว หรือบุคคลอื่นๆ ในชุมชน เจ็บป่วย บาดเจ็บ เสียชีวิต หรือมีสุขภาวะที่ไม่ดี ทำให้เกิดปัญหาสาธารณสุข

3.2.1.2 พฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญของการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข กล่าวคือ ในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขจำเป็นต้องใช้พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของบุคคลต่างๆ ซึ่งจะทำให้บุคคลนั้นๆ เอง บุคคลอื่นๆ ในครอบครัว หรือบุคคลอื่นๆ ในชุมชน มีสุขภาวะที่ดีไม่เจ็บป่วย บาดเจ็บ พิการ หรือเสียชีวิต ด้วยโรคต่างๆ ที่สามารถป้องกันได้

3.2.2 พฤติกรรมสุขภาพมีความสำคัญเพราะมีผลกระทบโดยตรงต่อปัญหาสุขภาพ ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

3.2.2.1 การที่บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสม เป็นสาเหตุโดยตรงของการเจ็บป่วยของบุคคลนั้นๆ เอง หรือเป็นสาเหตุโดยตรงของการเจ็บป่วยของบุคคลอื่นๆ ในครอบครัว รวมทั้งเป็นสาเหตุโดยตรงของการเจ็บป่วยของบุคคลอื่นๆ ในชุมชนด้วย

3.2.2.2 เมื่อบุคคลเจ็บป่วยด้วยโรคอะไรก็ตามแล้วตัวบุคคลนั้นเองหรือบุคคลอื่นในครอบครัวให้การดูแลสุขภาพพยาบาลที่ไม่ถูกต้อง ก็จะทำให้การเจ็บป่วยนั้นรุนแรงขึ้น หรือเสียชีวิตได้ เช่น การซื้อยามารับประทานเองโดยไม่รู้แน่ชัดว่าป่วยเป็นโรคอะไร หรือเมื่อแพทย์ให้ยามารักษาแล้วแต่ไม่ได้รับประทานยาให้ถูกต้องและครบถ้วนก็จะทำให้โรคไม่หาย และในบางครั้งหรือในบางโรคก็จะทำให้เกิดการดื้อยาของเชื้อโรคด้วย เป็นต้น

3.2.2.3 การแก้ไขปัญหาสุขภาพของแต่ละบุคคล แต่ละครอบครัวและแต่ละชุมชน ต้องอาศัยการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องของบุคคลต่าง ๆ เป็นสำคัญ

3.3 ระดับของพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพเป็นผลมาจากปฏิกิริยาการเรียนรู้ภายในตัวบุคคล (Internalization) ซึ่งมีระดับการเรียนรู้ในแต่ละเรื่องแตกต่างกันไปแล้วแต่กรณี ผลการเรียนรู้ที่แสดงออกเป็นพฤติกรรมสุขภาพมีอยู่ 3 ระดับด้วยกัน คือ²⁵

3.3.1 การเรียนรู้ที่ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพตามกฎหมายและกฎระเบียบ ข้อบังคับต่างๆ รวมทั้งเงื่อนไขต่างๆ โดยทั่วไปแล้ว การเรียนรู้ในระดับนี้เป็นระดับต่ำสุดของพฤติกรรมสุขภาพที่จะเป็นผลดีต่อสุขภาพ การเรียนรู้เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพในระดับนี้ อาศัยเพียงองค์ความรู้ที่มีอยู่หรือที่เกิดขึ้นจากสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งเร้า ตามเนื้อหาสาระที่ต้องการให้เกิดการกระทำของบุคคลใดบุคคลหนึ่งเท่านั้น

3.3.2 การเรียนรู้ที่ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพ ตามคำแนะนำหรือตามทิศทางของการพัฒนาสุขภาพของตนเอง ครอบครัว หรือชุมชนอย่างยั่งยืน การที่จะทำให้พฤติกรรมสุขภาพในระดับที่ได้จำเป็นที่จะต้องทำให้บุคคลนั้นเกิดเจตคติขึ้นเสียก่อน

3.3.3 การเรียนรู้ที่ทำให้บุคคลมีค่านิยมทางสุขภาพที่ถูกต้อง สำหรับตนเองและครอบครัวซึ่งต้องอาศัยการเรียนรู้อย่างลึกซึ้ง จนเกิดความตระหนักในปัญหาสุขภาพ และการแก้ไขปัญหาสุขภาพของตนเองของครอบครัวและของชุมชนได้ตลอดไป

จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพมีความสำคัญมาก เพราะเกี่ยวข้องกับทุกหน่วยงาน ทุกองค์กรของประเทศ และมีผลต่อการพัฒนาประเทศให้มั่นคง ดังนั้น ถ้าบุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและถูกต้อง จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีสุขภาพดี เมื่อบุคคลมีสุขภาพดี จะส่งผลให้ครอบครัว ชุมชน และสังคมมีสุขภาพดีด้วย

พฤติกรรมสุขภาพ เป็นการจัดการกิจกรรมหรือปฏิกริยาใดๆ ของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งสามารถวัดได้ ระบุได้และทดสอบได้ พฤติกรรมสุขภาพนั้น มีปัจจัยหลายอย่างที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล เพราะฉะนั้นการที่จะทำให้คนเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีได้นั้น จะต้องแก้ไขที่ต้นเหตุของการเกิดพฤติกรรม ไม่ใช่แก้ที่ปลายเหตุ เพราะผลที่เกิดขึ้น เช่น วิธีการแก้ปัญหาสาธารณสุขโดยใช้กฎหมายบังคับ เป็นวิธีแก้ปัญหที่ปลายเหตุ จะได้ผลในช่วงระยะสั้นๆ เท่านั้น การบังคับจะไม่เกิดผลดีในระยะยาว วิธีการแก้ปัญหที่ได้ผลคงทนถาวรนั้น ควรที่จะทำให้บุคคลนั้นยอมรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างถาวร โดยควรทำให้เขาได้เกิดการตระหนักในความสำคัญของสุขภาพ และยอมรับด้วยตัวของเขาว่า เขาควรปฏิบัติอย่างไรจึงจะถูกต้อง เป็นต้น ทั้งนี้หากมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องจะส่งผลทำให้เกิดเป็นปัญหาสุขภาพในด้านต่างๆ ที่ไม่ถูกต้องต่อไป

4. แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล (Anxiety)

4.1 ความหมายความวิตกกังวล

ความวิตกกังวล เป็นภาวะทางอารมณ์ที่มนุษย์ทุกคนประสบอยู่เสมอในการดำรงชีวิตประจำวัน ความวิตกกังวลตามสถานการณ์ (State Anxiety) เป็นความวิตกกังวลซึ่งเกิดขึ้นเมื่อบุคคล ประสบกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เข้ามา และประเมินเหตุการณ์ล่วงหน้าที่เป็นภัย ความสามารถของตนเองที่เป็นอยู่จริง รวมทั้งบุคคลรู้สึกถึงการถูกคุกคามความมั่นคงปลอดภัยของ ตน เมื่อมนุษย์ต้องเผชิญกับความวิตกกังวลตามสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งเกิดขึ้นตลอดช่วงชีวิต ซึ่งความ วิตกกังวลนี้สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาตามความคิด การรับรู้ต่อตนเองที่เกิดขึ้นในขณะนั้นต่อ สถานการณ์ ดังนั้น หากบุคคลสามารถจัดการกับความวิตกกังวลตามสถานการณ์ โดยฝึกฝนจิตใจให้ มั่นคง สร้างความพึงพอใจต่อตนเอง เข้าใจ เคารพและเห็นคุณค่าของตนเอง มีการเตรียมตัวสร้าง ความพร้อมในการเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ และที่สำคัญคือการใช้ปัญญาในการแก้ไขปัญหาตาม สภาวะตามความเป็นจริง ความวิตกกังวลในระดับที่พอเหมาะจะช่วยกระตุ้นให้บุคคลสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ²⁶

ความวิตกกังวล เป็นภาวะทางอารมณ์ของมนุษย์ที่สามารถ ประสบอยู่เสมอในการดำรงชีวิตประจำวัน เป็นอารมณ์ที่สลับซับซ้อนที่บุคคลตอบสนอง ต่อสิ่ง กระตุ้นหรือสิ่งคุกคาม ตามการรับรู้แล้วแปลผลตามทัศนะของตน ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายกาย หรือจิตใจ มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นมาน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับ ความรุนแรงของสิ่งที่ก่อให้เกิด ความวิตกกังวล ในแนวคิดนี้ได้มีนักจิตวิทยาหลายท่าน ให้ความหมาย ของความวิตกกังวลไว้ว่า ความวิตกกังวล คือความไม่สบายใจ ความกระวนกระวาย

ใจ ความหวาดหวั่นพร่นพริ้ง ซึ่งเกิดขึ้นพร้อมกับความคาดหวังหรือความคาดหวังถึงการที่จะได้รับผลไม่ดีในอนาคต²⁷

ความวิตกกังวล เป็นสิ่งที่ควบคู่กับความเครียด ที่ถูกคุกคามเป็นความกลัว ที่เป็นเหตุการณ์เกิดขึ้น ในอนาคตที่ไม่อาจระบุได้ชัดเจน และเป็นผลจากการประเมินว่าเหตุการณ์ที่เผชิญอยู่นั้น คุกคามต่อสวัสดิภาพ²⁸

4.2 ความวิตกกังวลแบ่งออกเป็น 2 ชนิด²⁹

4.2.1 ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (หรือความวิตกกังวลตามสถานการณ์) (State Anxiety) คือความวิตกกังวลซึ่งเกิดขึ้นในเวลาที่มีเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งเกิดขึ้น เป็นลักษณะที่เกิดขึ้น ชั่วคราวเฉพาะในสถานการณ์นั้น ๆ คือความไม่สุขสบายหวั่นวิตกกังวลกระวนกระวาย มีการ แสดงออกชัดเจนระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้นให้ทำงานผิดปกติไปจากเดิม ความรุนแรงและ ระยะเวลาที่เกิดขึ้นจะขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล และส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับพื้นฐานนิสัยวิตกกังวลที่ประกอบ อยู่ในบุคลิกภาพและประสบการณ์ในอดีต

4.2.2 ความวิตกกังวลแฝง (Trait anxiety) เป็นความวิตกกังวล ซึ่งเป็นลักษณะคงที่ประจำตัวของบุคคล เป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพซึ่งเกี่ยวข้องกับพันธุกรรม ประสบการณ์ในอดีต และความต้องการหรือความรู้สึกในปัจจุบัน

การแสดงออกเมื่อบุคคลมีความวิตกกังวล พฤติกรรมของมนุษย์โดยทั่วไป เมื่อบุคคลมีความวิตกกังวล จะมีการแสดงออกที่แตกต่างกันออกไป ดังนี้³⁰

1) การรับรู้ด้วยตนเอง (Subjective cognitive component) การเปลี่ยนแปลงด้าน จิตใจเป็นความวิตกกังวลที่บุคคลรับรู้ได้ด้วยตน เกิดจากความรู้สึกขัดแย้งและความไม่แน่ใจ ซึ่งแสดงออกทางด้านอารมณ์และความรู้สึกนึกคิด ได้แก่ ความรู้สึกเครียด อึดอัด หวาดหวั่น กลัว กังวล ไม่สบายใจ ตื่นเต้นตกใจง่าย โกรธหรือรู้สึกว่าจะมีบางสิ่งบางอย่างเลวร้ายเกิดขึ้น และรู้สึกว่า ไม่มีใครสามารถช่วยตนได้จึงอาจมีอารมณ์เศร้ามีความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง ความสนใจสิ่งแวดล้อม ลดลง

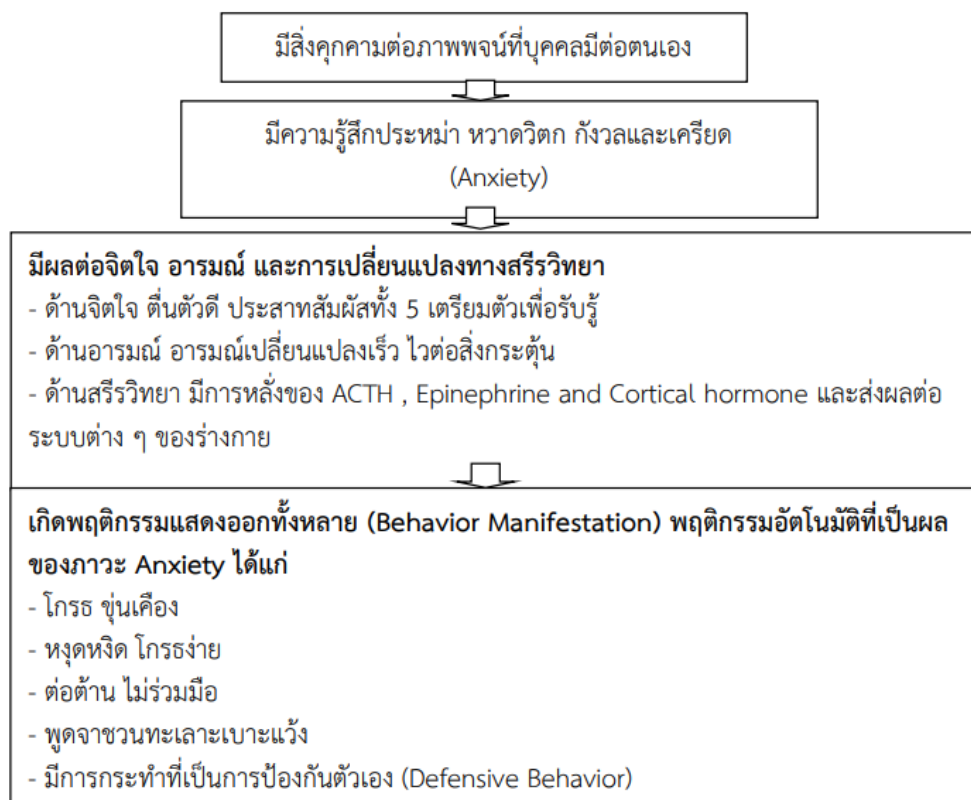
2) พฤติกรรมการแสดงออก (Motor behavioral component) สังเกตจากการ แสดงออก ซึ่งสะท้อนถึงอารมณ์ภายในออกมาหลายรูปแบบทั้งที่เป็นคำพูดและท่าทาง ได้แก่ การแสดงสีหน้าวิตกกังวล กระสับกระส่าย ไม่อยู่นิ่ง กำมือแน่น การเคลื่อนไหวโดยไม่มีจุดหมาย มือสั่น กล้ามเนื้อเกร็ง การพูดชวนทะเลาะ พูดเร็ว พูดเสียงดังหรือเบา พูดติดอ่าง พูดซ้ำ ๆ ในเรื่อง เดิม บ่นจู้จี้ไม่อดทน กลอกตาไป หลบตาหรือพยายามหลบหนีที่แสดงถึงความรู้สึกไม่สบายใจ ไม่มี สมาธิและไม่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ

3) การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (Physiological component) เป็นผลเนื่องมาจาก การเร่งทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ เพื่อตอบสนองต่อภาวะตึงเครียดที่เกิดขึ้นประเมินจากการ เปลี่ยนแปลงของชีพจร หัวใจเต้นแรงและเร็วขึ้น แขนงหน้าอก ความดันโลหิตสูง ปวดศีรษะ เป็นลม ถอดหายใจบ่อย หายใจถี่และเร็ว หน้ามืดวิงเวียน หน้าแดงหรือซีด ท้องอืด ปวดท้องคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ระบบขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ ประจำเดือนผิดปกติ การขยายของม่านตา การมีเหงื่อออก ซึ่งสามารถประเมินได้ด้วยเครื่องมือวัดทางสรีรวิทยาทั่วไป กล่าวโดยภาพรวม การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจเป็นความวิตกกังวลที่บุคคลรับรู้ได้ด้วยตน เกิดจากความรู้สึกขัดแย้งและความไม่แน่ใจ ซึ่งแสดงออกทางด้านอารมณ์และความรู้สึกนึกคิด ได้แก่ ความรู้สึกเครียด อึดอัด หวาดหวั่น กลัว กังวล

4.3 ขั้นตอนของการเกิดความวิตกกังวล³⁰

- 1) บุคคลมีความเชื่อ ความหวังค่านิยมซึ่งได้ร่วมกันก่อตัวเป็นภาพพจน์ที่เขามีต่อตนเอง
- 2) ความเชื่อ ความหวังค่านิยมหรือภาพพจน์ที่เขามีต่อตนเองถูกคุกคาม ทำให้เกิดความ ไม่สมดุลในอารมณ์
- 3) บุคคลนั้นเกิดภาวะหวาดหวั่น ไม่มั่นใจ จะแก้ไขเหตุการณ์เฉพาะหน้าได้อย่างไร
- 4) เกิดความรู้สึกอึดอัด กระวนกระวายใจ เกิดความเครียด มีพลังงานเกิดขึ้นภาวะนี้ เรียกว่าความวิตกกังวล
- 5) บุคคลทำการขจัดพลังงานส่วนเกินอย่างอัตโนมัติโดยเปลี่ยนพลังงานออกเป็น พฤติกรรมอัตโนมัติ เช่น โกรธ เสียงตั้งขึ้น มีการเคลื่อนไหวทางร่างกายมากขึ้น
- 6) เกิดความรู้สึกผ่อนคลายลง เกิดความสมดุลทางจิตใจและอารมณ์ขึ้นใหม่ ดังนั้น บุคคลมีความเชื่อ ความรู้สึกอึดอัดและกระบวนการรู้สึกผ่อนคลาย จึงถือเป็น ภาวะทางจิตใจความรู้สึกตึงเครียดทางอารมณ์ทั้งทางร่างกายและทางจิตใจ กับเหตุการณ์ที่ตอบสนองต่อสิ่งคุกคามที่กำลังเผชิญในขณะนั้น รวมถึงความมั่นคงปลอดภัยของตนถูกคุกคาม ซึ่ง เกิดจากปัญหาความเครียดหรือความวิตกกังวล จึงทำให้เกิดขั้นตอนการรับรู้ การเกิดความวิตกกังวล ที่ถาวรอย่างถูกต้อง ซึ่งในขั้นตอนของการเกิดความวิตกกังวลสามารถเขียนเป็นแผนภูมิได้ดังนี้

แผนภูมิขั้นตอนของการเกิดความวิตกกังวล



การรับรู้ถึงความเสี่ยงเป็นองค์ประกอบสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพ³¹ การรับรู้ความเสี่ยงมีองค์ประกอบด้านความรู้ ความเข้าใจและอารมณ์^{32,33} องค์ประกอบทางปัญญาประกอบด้วยการประเมินความน่าจะเป็นของเหตุการณ์และความรุนแรงที่สันนิษฐานของเหตุการณ์เชิงลบ ความอ่อนไหวเชิงอัตวิสัยถือเป็นองค์ประกอบความเสี่ยงด้านความรู้ความเข้าใจ³⁴ องค์ประกอบทางอารมณ์ของความเสี่ยงหมายถึงความรู้สึก เช่น ความกลัวและความกังวลเนื่องจากเหตุการณ์เชิงลบที่อาจเกิดขึ้นได้³⁵ การรับรู้ความเสี่ยงทางอารมณ์มักเกี่ยวข้องอย่างยิ่งกับพฤติกรรมการป้องกันมากกว่าการรับรู้ความเสี่ยงทางปัญญา^{35,36}

มนุษย์เรามักมองความวิตกกังวลเป็นเรื่องไม่ดี เป็นสิ่งที่เราพยายามหลีกเลี่ยงหรือหลีกเลี่ยง หนีจากสถานะที่ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลนั้น ในทางตรงกันข้ามหากมนุษย์เราสามารถมองความวิตกกังวลในด้านบวก มองว่าเป็นอารมณ์ขั้นพื้นฐานที่มนุษย์ทุกคนต้องประสบ ผูกพันและเปลี่ยน ทักษะที่มีต่อความวิตกกังวล โดยเฉพาะความวิตกกังวลตามสถานการณ์ซึ่งจะเกิดขึ้นตลอดช่วงชีวิตของมนุษย์ ใช้ความวิตกกังวลให้เกิดประโยชน์ เพื่อช่วยกระตุ้นให้เราทำงานได้สำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ ร่างกายเราถูกสร้างและวิวัฒนาการเพื่อให้รองรับสถานการณ์ที่กดดัน ทำให้สามารถเข้าสังคม เข้าหาผู้อื่นเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกันได้ ความวิตกกังวลเป็นความเครียดซึ่งเกิดจากความมั่นคงปลอดภัยของบุคคลถูกคุกคาม โดยสิ่งที่คุกคามนั้นอาจมีจริงหรืออาจเกิดจากการทำนายเหตุการณ์ล่วงหน้า ความวิตกกังวลทำให้ ประสิทธิภาพในการตอบสนองความต้องการของบุคคลลดลง หรือมีผลเสียต่อการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ความวิตกกังวลมีหลายระดับขึ้นอยู่กับความรุนแรงของสิ่งที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล และประสิทธิภาพ ในการประเมินสถานการณ์ของบุคคล ความวิตกกังวลระดับพอเหมาะจะกระตุ้น ให้บุคคลมีการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ ความวิตกกังวลที่น้อยเกินไปหรือมากเกินไปจะทำให้ ประสิทธิภาพของการปฏิบัติงานของบุคคลลดลง³⁷

สรุปความวิตกกังวล (Anxiety) เป็นภาวะทางอารมณ์ หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นความไม่สบายใจ ความกระวนกระวายใจ ความหวาดหวั่นพรั่นพรึง อันเนื่องมาจากการถูกคุกคามต่อความมั่นคง ปลอดภัยของบุคคลนั้น ความวิตกกังวลถือได้ว่าเป็นอารมณ์พื้นฐานของมนุษย์ ซึ่งเกิดขึ้นได้ตลอด ชีวิต เนื่องจากมนุษย์เราต้องพบกับเหตุการณ์มากมายในชีวิต ทั้งเหตุการณ์ที่ทำให้พึงพอใจ และ เหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกตึงเครียด ความวิตกกังวลจากเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เข้ามาในช่วงครั้ง คราวเป็นระยะสั้นนี้ อาจเรียกได้ว่า เป็นความวิตกกังวลตามสถานการณ์ (State Anxiety) หาก บุคคลนั้นสามารถฝึกฝนจิตใจ สร้างความพึงพอใจให้ตนเอง เข้าใจเคารพและเห็นคุณค่าของตนเอง ใช้ปัญญาในการแก้ไขปัญหาตามสถานะตามความเป็นจริง มีการเตรียมตัวสร้างความพร้อมในการ เผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ บุคคลจะสามารถลดความขัดแย้งในใจได้ นอกจากนี้ ความวิตกกังวลระดับพอเหมาะจะกระตุ้นให้บุคคลปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากความวิตกกังวลน้อยเกินไปหรือมากเกินไปจะทำให้ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคคลลดลง ในทางตรงกันข้าม ความวิตกกังวลอันไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากความยุ่งเหยิงภายในจิตใจ อาจส่งผลทางด้านจิตประสาท ความแปรปรวนทางอารมณ์ทั้งยังอาจก่อให้เกิดความตึงเครียดในกล้ามเนื้อและความอึดโรยของร่างกายได้อีกด้วย ความวิตกกังวลในระดับปานกลางสามารถนำไปสู่การตอบสนองเชิงป้องกันที่เหมาะสมเพื่อหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง

5. มาตรการ DMHTT

ประเทศไทยได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด -19) (ศบค.) ซึ่งเป็นคณะกรรมการบริหารโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 แห่งชาติ มี

นายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ได้ประกาศภาวะฉุกเฉินของประเทศไทย โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนอยู่บ้าน (stay at home) ปฏิบัติงานที่บ้าน (Work from home: WFH) รักษาระยะห่างทางกายภาพ (physical distancing) รักษาระยะห่างทางสังคม (social distancing) สวมหน้ากากอนามัย และล้างมือบ่อยๆ³⁸ ซึ่งการประกาศภาวะฉุกเฉิน ส่งผลให้ประชาชนต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตทั้งหมด

แนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หรือโควิด 19 สำหรับประชาชนทั่วไป ตามหลัก DMHTT¹⁸

1. แนวทางการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล เพื่อป้องกันและลดการแพร่เชื้อโควิด 19 1. ออกจากบ้านเมื่อจำเป็นเท่านั้น หากออกนอกบ้านให้เว้นระยะห่าง (Distancing) กับคนอื่นอย่างน้อย 1-2 เมตร หลีกเลี่ยงการเข้าไปในพื้นที่ที่มีคนหนาแน่น แออัด หรือพื้นที่ปิด

2. การสวมหน้ากากผ้า หรือหน้ากากอนามัย (Mask Wearing) เพื่อลดการฟุ้งกระจายของละอองฝอย สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าตลอดเวลา เมื่ออยู่นอกบ้าน

3. การหมั่นล้างมือบ่อยๆ (Hand Washing) ด้วยน้ำและสบู่ หรือเจลแอลกอฮอล์ฆ่าเชื้อ 70 % ทุกครั้ง ก่อนรับประทานอาหาร หลังออกจากห้องน้ำ หรือหลังจากไอจาม หรือหลังสัมผัสจุดเสี่ยงที่มีผู้ใช้งานร่วมกันในที่สาธารณะ เช่น กลอน หรือลูกบิดประตู ราวจับ หรือราวบันได เป็นต้น และหลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสใบหน้า ตา ปาก จมูก โดยไม่จำเป็น

4. ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกาย (Testing) สม่ำเสมอ ทั้งก่อนเข้าทำงาน ร้านสะดวกซื้อ และหากทราบว่า มี ประวัติไปพื้นที่เสี่ยง ควรเข้ารับการตรวจโควิด 19

5. สแกนแอปไทยชนะ (Thai Cha na) ทุกครั้งที่เดินทางไปสถานที่ต่างๆ และโหลดแอปหมอชนะ พร้อม ลงทะเบียนหากท ำได้ เพื่อให้ทราบความเสี่ยงติดโรคของตนเอง หากมี SMS แจ้งเตือนว่ามีประวัติไปพื้นที่เสี่ยงมา จะได้กักตัว หรือตรวจโควิด-19 ได้อย่างรวดเร็ว

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยในประเทศ

สมบูรณ์ ขอสกุล ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้หน้ากากอนามัยแบบผ้าในการป้องกัน โควิด-19 ของประชาชน ในจังหวัดปทุมธานี พบว่า ระดับการศึกษา และอิทธิพลของสถานการณ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้หน้ากากอนามัยแบบผ้าในการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.157$ และ $.216$)³⁹

อภิชาติ อินทเจริญ และคณะ ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองคอหงส์ จังหวัดสงขลา จำนวน 381 คน พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุสถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพและรายได้ต่อเดือน ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การได้รับอิทธิพลระหว่างบุคคล และการได้รับข้อมูลข่าวสาร สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองคอหงส์ จังหวัดสงขลา ได้ร้อยละ 31.1 ($R^2 = .311$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากที่สุด คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ($R^2 = .242$, $p = .000$)⁴⁰

จิตรา มุลทิ ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอองไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย พบว่า พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 60.61 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ 41 - 60 ปี ($OR=2.64$, $95\% CI=1.19 - 5.82$), ระยะเวลาการเป็นอสม. 1-10 ปี ($OR=2.15$, $95\% CI=1.08-4.26$)⁴¹

นภาพร ผ่องศรี และคณะ ศึกษาทัศนคติและพฤติกรรมที่มีต่อแอปพลิเคชันไทยชนะของประชาชน ในเขตพญาไท กรุงเทพมหานคร พบว่า เพศ ระดับการศึกษาและรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่างกัน มีทัศนคติและพฤติกรรมในการใช้งานแอปพลิเคชันที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประชาชนส่วนใหญ่ใช้งานแอปพลิเคชันไทยชนะบ่อยที่สุดที่ห้างสรรพสินค้า คิดเป็นร้อยละ 71.8 รองลงมาที่ร้านสะดวกซื้อ คิดเป็นร้อยละ 16.3 ที่ตลาด ร้อยละ 4.0 ประชาชนส่วนใหญ่ใช้แอปพลิเคชันไทยชนะมีจุดประสงค์เพื่อความปลอดภัย คิดเป็นร้อยละ 65.8 รองลงมาเพื่อสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 16.0 เพื่อค้นหาสถานที่ คิดเป็นร้อยละ 12.8 ปัญหาอุปสรรคในการใช้งานด้านความสะดวก พบว่า ไม่สะดวกในการเข้าใช้งานแอปพลิเคชันไทยชนะเนื่องการมีปัญหาด้านการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต และความไม่เสถียรของตัวแอปพลิเคชัน ทำให้การใช้งานลำบาก ด้านความปลอดภัยพบว่า ประชาชนไม่มีความมั่นใจในการใช้แอปพลิเคชันไทยชนะเนื่องจากกังวลเรื่องข้อมูลส่วนบุคคลด้านมาตรการบังคับใช้ พบว่าสถานที่บางที่มีความหละหลวมในการปฏิบัติ⁴²

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 ได้รับการสุ่มเลือกตามที่อยู่ในสหรัฐฯ ซึ่งครอบคลุมร้อยละ 100 ของครัวเรือนในสหรัฐอเมริกา สุ่มตัวอย่างชาวอเมริกันพื้นเมืองและผู้อยู่อาศัยในลอสแอนเจลิสและแคลิฟอร์เนีย พบว่า อายุ เพศ อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การรับรู้ความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตโดยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นสองเท่าในกลุ่มอายุที่มากที่สุด เมื่อเทียบกับกลุ่มที่อายุน้อยที่สุด (31.4 เทียบกับ 15.8) ระดับการรับรู้ความเสี่ยงในการเสียชีวิตหรือการติดเชื้อสูงสุดในช่วงที่ 2 และต่ำสุดในช่วงที่ 1 เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันตามอายุในแต่ละเดือน คือ มีนาคม เมษายน และพฤษภาคม พบว่า พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา COVID-19 เปลี่ยนไปตามกาลเวลาเนื่องจากการระบาดใหญ่ และการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้แตกต่างกันตามกลุ่มอายุ กล่าวคือ ในช่วงการระบาดเดือนแรกประชาชนมีพฤติกรรมการป้องกันมากที่สุด แต่หลังจากนั้นพฤติกรรมบางส่วนเริ่มลดลงหลังจากเดือนเมษายน การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในเดือนแรกหลังการระบาดใหญ่ อย่างไรก็ตาม การสวมหน้ากากอนามัยยังคงเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ เมื่อเวลาผ่านไป ทำให้ในเดือนพฤษภาคมมีผู้สวมหน้ากากเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าของเดือนเมษายน ความสัมพันธ์ระหว่างอายุและพฤติกรรมการป้องกันตนเองเปลี่ยนแปลงไปตามช่วงเวลา โดยผู้ที่มีอายุมากกว่า 55 ปีมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อมากกว่าผู้ที่มีอายุ 18-34 ปี กล่าวคือ ช่วงที่ 3 ผู้ที่มีอายุมากที่สุด (มากกว่า 65 ปีขึ้นไป) มีการสวมหน้ากาก 2.9 เท่า ล้างมือ 5.7 เท่า หลีกเลี่ยงสถานที่สาธารณะ 3.1 เท่า และมีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยง

การรับประทานอาหารที่ร้านอาหาร 5.5 เท่า มากกว่ากลุ่มที่อายุน้อยที่สุด ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับพฤติกรรมการป้องกันเหล่านี้เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเวลาผ่านไป คนที่มีอายุมากกว่าและอายุน้อยกว่ามีพฤติกรรมป้องกันในช่วงเริ่มต้นของการระบาดใหญ่ไม่แตกต่างกัน เมื่อเวลาผ่านไปกลุ่มที่มีอายุมากกว่ายังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงน้อยกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีอายุน้อยที่สุด และยังพบว่าผู้หญิงมีพฤติกรรมป้องกันมากกว่าผู้ชาย และผู้ที่มีการศึกษาดำรงจะไม่สวมหน้ากาก และมีแนวโน้มที่จะใกล้ชิดกับคนที่ไม่ใช่คนในครัวเรือนและมีแขกมาเยี่ยมบ้านมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาสูง ส่วนผู้ที่ทำงานทำมีแนวโน้มที่จะสวมหน้ากากมากกว่าผู้ที่ไม่ทำงานทำ⁹

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 2020 ถึง 31 ตุลาคม 2020 พบว่า แนวโน้มเมื่อเวลาผ่านไปความแตกต่างในการสวมหน้ากากอนามัยในที่สาธารณะบางประเทศมีการสวมหน้ากากอนามัยสูงอย่างต่อเนื่อง (มากกว่าร้อยละ 75) ตั้งแต่เดือนเมษายนจนถึงเดือนตุลาคม เช่น ซิลิ อิตาลี่ 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 เมื่อเวลาผ่านไป แนวโน้มการสวมหน้ากากอนามัย โดยบุคคลที่มาจากประเทศส่วนใหญ่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในยุโรปเหนือ มีแนวโน้มที่จะสวมหน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ในที่สาธารณะน้อยกว่าบุคคลในญี่ปุ่นอย่างมีนัยสำคัญ และยังพบว่าปัจจัยทางสังคมและสังคมต่างๆ เช่น อายุมากขึ้น เพศหญิง การศึกษาระดับอุดมศึกษา และความเป็นเมือง มีความสัมพันธ์กับการสวมหน้ากากอนามัยที่สูงขึ้น และนโยบายที่เข้มงวดเกี่ยวกับการสวมหน้ากากอนามัยมีความสัมพันธ์กับการสวมหน้ากากที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁰

Khezari Hayat et al. ศึกษามุมมองของชาวปากีสถานที่มีต่อโรคโคโรนาไวรัส (โควิด-19) ในช่วงการระบาด เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือประชากรที่อาศัยอยู่ในปากีสถาน จำนวน 1,257 คน รวบรวมข้อมูลจากแพลตฟอร์มตั้งแต่วันที่ 29 มีนาคม 2020 ถึง 15 เมษายน 2020 พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 82.1 ไม่ไปในสถานที่ที่มีผู้คนพลุกพล่านและสวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกนอกบ้าน ร้อยละ 85.8 ล้างมือเป็นประจำเป็นเวลาสี่วินาที ร้อยละ 88.1 และยังพบว่าอายุ เพศ การศึกษา สถานภาพการสมรสและอาชีพ มีความสัมพันธ์กับการไปสถานที่ที่มีผู้คนพลุกพล่านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹¹

Helena J. Hutchins et al., ศึกษาพฤติกรรมในการปรับตัวจากผลกระทบโควิด-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 เมื่อเวลาผ่านไปการสวมหน้ากากเพิ่มขึ้นอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติในทุกกลุ่มอายุ ส่วนพฤติกรรมการป้องกันอื่นๆ ทั้งหมดจะลดลงในช่วงเดือนเมษายน-มิถุนายน 2020 โดยความชุกของพฤติกรรมเหล่านี้ต่ำสุดในกลุ่มอายุ 18-29 ปี และสูงที่สุดกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมทางสังคมในการป้องกันการแพร่เชื้อลดลงในกลุ่มคนหนุ่มสาว อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วย COVID-19 เพิ่มขึ้น¹²

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 เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการล้างมือและการสวมหน้ากากอย่างมีนัยสำคัญ โดยผู้หญิงมีพฤติกรรมป้องกันดีกว่าผู้ชาย⁴³

Wise T et al., 2020. ศึกษาการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความเสี่ยงและพฤติกรรมป้องกันตนเอง ในช่วงสัปดาห์แรกของการระบาดใหญ่ของ COVID-19 ในสหรัฐอเมริกา เป็นการสำรวจแบบภาคตัดขวาง รวบรวมข้อมูลจากแพลตฟอร์มออนไลน์ในวันที่ 11, 12, 13, 14 และ 16 มีนาคม 2020 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1591 คน พบว่า พฤติกรรมป้องกัน เช่น การล้างมือและการเว้นระยะห่างทางสังคม กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติบ่อยขึ้นใน 5 วันหลังจากการประเมินครั้งแรกเนื่องจากการรับรู้ความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้น และยังพบว่าผู้หญิงมีพฤติกรรมป้องกันมากกว่าเพศชาย และผู้ที่มีการศึกษาระดับวิทยาลัยมีพฤติกรรมป้องกันภาพรวมมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาดำกว่าระดับวิทยาลัย⁴⁴

Xuyu Chen และคณะ ได้ศึกษาพฤติกรรมการล้างมือ การสวมหน้ากาก และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในช่วงการระบาดของ COVID-19 ในนักเรียนระดับประถมศึกษาที่เมืองหวู่ฮั่น ประเทศจีน สืบหาข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตผ่านแพลตฟอร์ม จำนวน 8,569 คน พบว่า เด็กผู้หญิงล้างมือได้ดีกว่าเด็กผู้ชาย 1.12 เท่า⁴⁵

Zettler et al., 2020 ศึกษาพฤติกรรมส่วนบุคคลของชาวอเมริกันในสถานการณ์โควิด-19 ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ การประเมินและพฤติกรรม พบว่า อายุส่งผลต่อพฤติกรรมส่วนบุคคลและสังคมในสถานการณ์ COVID-19 โดยช่วง 1-2 เดือนหลังจากการระบาดใหญ่ ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามพฤติกรรมและข้อบังคับที่แนะนำ รวมถึงการปฏิบัติตามสุขอนามัยที่ดีขึ้น การกักกัน และการเว้นระยะห่างทางสังคม หนึ่งเดือนหลังจากการระบาดใหญ่ ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อน้อยกว่าคนอายุน้อย และ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเมื่อเวลาผ่านไปจะแตกต่างกันตามอายุ ประเภทของพฤติกรรม และช่วงของเวลา⁴⁶

Rita Pasion ศึกษาผลกระทบของอายุต่อพฤติกรรมป้องกันในช่วงการระบาดของ COVID-19: บทบาททางสังคมวิทยา การรับรู้และจิตวิทยา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,696 คน ตอบแบบสำรวจออนไลน์ในช่วงเริ่มต้นของการระบาดของ COVID-19 ครั้งแรกในโปรตุเกส พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 18 ถึง 85 ปี ผู้ที่มีความวิตกกังวลและรู้สึกกลัวความตายจะเพิ่มพฤติกรรมป้องกันผ่านการรับรู้ความเสี่ยงที่สูงขึ้น⁴⁷

Park et al., 2020 ศึกษาความเครียด การเผชิญปัญหา และการปฏิบัติตามแนวทาง CDC ของชาวอเมริกันจากโควิด-19 รวบรวมข้อมูลจากแพลตฟอร์มออนไลน์ ตั้งแต่วันที่ 7 ถึง 9 เมษายน 2020 กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในสหรัฐอเมริกาและพูดภาษาอังกฤษได้ จำนวน 1,015 คน พบว่า เมื่อต้นเดือนเมษายน 2020 กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม ร้อยละ 87 ปฏิบัติตามขั้นตอนการล้างมือ ร้อยละ 88 และปฏิบัติตามมาตรการการทำความสะอาดและฆ่าเชื้อพื้นผิว ร้อยละ 75

กลัวการติดเชื้อโควิด-19 ร้อยละ 57 และกลัวว่าตนเองจะแพร่เชื้อให้ผู้อื่นโดยไม่ตั้งใจ ร้อยละ 24 และยังพบว่า ปัจจัยกดดันที่ส่งผลต่อความเครียดคือ การอ่าน/ได้ยินเกี่ยวกับความรุนแรงและการแพร่กระจายของเชื้อโควิด-19 ความไม่แน่นอนเกี่ยวกับระยะเวลาของการกักกันและข้อกำหนดในการเว้นระยะห่างทางสังคม และการเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวันทางสังคมและการดูแลส่วนบุคคล⁴⁸

Kelly A et al. ศึกษาความวิตกกังวลและพฤติกรรมความปลอดภัยในช่วงการระบาดใหญ่ของ COVID-19 เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาระดับปริญญาตรีของมหาวิทยาลัยเอกชนทางตะวันออกเฉียงใต้ในสหรัฐอเมริกา จำนวน 189 คน รวบรวมข้อมูลจากแพลตฟอร์มออนไลน์ ในช่วงกลางเดือนมกราคม 2020 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 18 ถึง 22 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75 ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ และความรู้สึกกลัวการติดเชื้อ ทำนายพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อย่างมีนัยสำคัญ⁴⁹

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

Morad Ali Zareipour et al., ศึกษาการทำนายพฤติกรรมการป้องกัน COVID-19 ในผู้สูงอายุในเมืองเออร์เมีย ประเทศอิหร่าน : การประยุกต์ใช้แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุอาศัยในเมืองเออร์เมีย ประเทศอิหร่าน รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ จำนวน 1,400 คน พบว่า คะแนนพฤติกรรมการป้องกัน COVID-19 เพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น และเพศหญิงมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองมากกว่าผู้ชาย⁵¹

Firouzbakht, M et al., ศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยที่ส่งผลต่อการป้องกัน COVID-19 ของประชากรอิหร่าน เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง รวบรวมข้อมูลจากแพลตฟอร์มออนไลน์ในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 สูงสุดครั้งแรก ตั้งแต่วันที่ 25 มีนาคม - วันที่ 5 เมษายน 2020 จากกลุ่มตัวอย่าง 2,097 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างล้างมือเป็นประจำร้อยละ 61.9 สวมหน้ากากอนามัยเป็นประจำ ร้อยละ 55.7 และเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการล้างมือ การใช้หน้ากากอนามัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือผู้หญิงมีพฤติกรรมการล้างมือ การใช้หน้ากากอนามัยสูงกว่าผู้ชาย⁵²

Pasion R et al., ศึกษาผลกระทบของอายุต่อพฤติกรรมการป้องกันในช่วงการระบาดของ COVID-19: สังคมวิทยา การรับรู้ และจิตวิทยา เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง รวบรวมข้อมูลจากแพลตฟอร์มออนไลน์ตั้งแต่วันที่ 25 มีนาคม - 2 เมษายน 2020 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,696 คน อายุระหว่าง 18 ถึง 85 ปี พบว่า ความวิตกกังวลและความรู้สึกกลัวความตายเพิ่มพฤติกรรมป้องกันผ่านการรับรู้ความเสี่ยงที่สูงขึ้น⁵³

Sa´nchez-Arenas R et al., ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกัน COVID-19 ของประชาชนในเม็กซิโก เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง รวบรวมข้อมูลจากแพลตฟอร์มตั้งแต่เดือนมิถุนายนถึงตุลาคม 2020 กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่อาศัยอยู่ในเม็กซิโกซิตี้ อายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป จำนวน 1,030 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการล้างมือเพิ่มขึ้นร้อยละ 85.4 สวมหน้ากากเมื่อออกไปข้างนอกบ้านร้อยละ 80.8 ปิดปาก

ด้วยแขนเสื้อเมื่อไอ ร้อยละ 80.5 ใช้เจลทำความสะอาดมือร้อยละ 77.4 หลีกเลี่ยงการจับมือและจูบร้อยละ 77.1 หลีกเลี่ยงการพบปะกับกลุ่มมากกว่าห้าคนร้อยละ 73. การรักษาห่างจากผู้อื่นในที่สาธารณะอย่างน้อย 1.5 เมตรร้อยละ 71.1 หลีกเลี่ยงสถานที่สาธารณะร้อยละ 68.5 หลีกเลี่ยงการเดินทางร้อยละ 64.7 ไม่ใช้ระบบขนส่งสาธารณะร้อยละ 62.1 อยู่บ้านร้อยละ 61 ประเมินความเสี่ยง COVID-19 ผ่านแอปพลิเคชันของรัฐบาลและสถาบันสุขภาพ ร้อยละ 22.6 และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกำบังกันคือเพศหญิง ผู้สูงอายุ อาชีพเป็นแม่บ้านหรือเกษียณอายุ และผู้ที่มีการศึกษาสูงและการเข้าถึงอินเทอร์เน็ต และยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงแรกของการระบาดใหญ่ของโควิดมากที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁵⁴

Zhang L et al., ศึกษาปัจจัยการสวมหน้ากากของประชาชนในประเทศจีน เป็นการสำรวจแบบภาคตัดขวาง รวบรวมข้อมูลจากแพลตฟอร์ม ทำการสำรวจสองช่วง ช่วงที่หนึ่งดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 - 5 กุมภาพันธ์ 2520 ซึ่งเป็นสัปดาห์ที่สองหลังจากอยู่บ้านปิดเมือง การสำรวจช่วงที่สองดำเนินการตั้งแต่วันที่ 20 - 25 กุมภาพันธ์ 2520 ซึ่งเป็นสัปดาห์แรกหลังจากที่ประชาชนกลับมาทำงาน รวบรวมข้อมูลจากแพลตฟอร์มกลุ่มตัวอย่างในสามพื้นที่ คือเมืองหวู่ฮั่น เมืองหูเป่ย์ และเมืองอื่นๆ ในประเทศจีน พบว่า สัดส่วนของการสวมหน้ากากเพิ่มขึ้นตามการเพิ่มขึ้นของระดับการศึกษาและอายุ กล่าวคือ อัตราการสวมหน้ากากมีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดย สัดส่วนของอายุที่สูงขึ้นมีแนวโน้มการสวมหน้ากากมากขึ้น และกลุ่มตัวอย่างมีการสวมหน้ากากอนามัยมากกว่าร้อยละ 90.0 ในการสำรวจทั้งสองช่วง และอัตราการสวมหน้ากากอนามัยของคนทุกระดับสูงกว่าร้อยละ 90.0 ในช่วงที่ 1 อัตราการสวมหน้ากากในโรงเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นต่ำกว่าในโรงเรียนมัธยมปลาย และอัตราการสวมหน้ากากในช่วงที่ 1 นั้นต่ำกว่าช่วงที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญ และในการสำรวจช่วงแรก พบว่า ความแตกต่างด้านเพศ การศึกษา ส่งผลต่อการสวมหน้ากากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะสวมหน้ากากมากกว่าผู้ชาย 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 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการรับรู้ของผู้คนในการป้องกันตนเองเพิ่มขึ้น และการสวมหน้ากากอนามัยกลายเป็นนิสัยการใช้ชีวิตของผู้คน การสวมหน้ากากเป็นหนึ่งในมาตรการป้องกันและควบคุมการระบาดของไวรัสโควิด-19 ที่มีประสิทธิภาพ หลังจากที่รัฐบาลจีนบังคับใช้หน้ากากอนามัยในที่สาธารณะ ประชาชนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองโดยการสวมหน้ากากจนเป็นนิสัย ส่งผลให้การสวมหน้ากากในจีนมีอัตราที่สูงขึ้น⁵⁵

Y. Guo et al. ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเว้นระยะห่างทางสังคม เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของ COVID-19 ในชุมชนของประชาชนชาวจีน เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงชาวจีนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป รวบรวมข้อมูลจากแพลตฟอร์มตั้งแต่วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2020 ถึง 3 มีนาคม 2020 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีการปฏิบัติตามมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม ร้อยละ 95.6 และปัจจัยส่วนบุคคล เพศ อาการซึมเศร้า และความทุกข์ทางจิตใจ เป็นตัวทำนายการปฏิบัติตามมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม กล่าวคือ ผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคมมากกว่าผู้ชาย 3.12 เท่า และ ความทุกข์ทางจิตใจที่มากขึ้นทำนายโอกาสที่มากขึ้นในการรักษาระยะห่างทางสังคม⁵⁶

Adetunji Obadeji et al., ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการสวมหน้ากากอนามัยในประเทศเยอรมนีในช่วงการระบาด เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง รวบรวมข้อมูลจากแพลตฟอร์ม วันที่ 20 ถึง 22 เมษายน 2020 กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาและพนักงานของ University of Trier ประเทศเยอรมนี จำนวน 274 คน พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการสวมหน้ากากอนามัยคือความกังวลเกี่ยวกับวิกฤตในปัจจุบัน กล่าวคือ ความกังวลที่มากขึ้นส่งผลให้มีการสวมหน้ากากอนามัยมากขึ้น⁵⁷

Vladimir M. Cvetković et al., ศึกษาการเตรียมความพร้อมและพฤติกรรมการป้องกันภัยพิบัติจากโรคระบาดที่เกิดจากโควิด-19 ในเซอร์เบีย เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง รวบรวมข้อมูลจากแพลตฟอร์มในเดือนเมษายน 2020 สองสัปดาห์หลังจากประกาศสถานการณ์ฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่างเป็นชาวเซอร์เบียอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไปจำนวน 975 คน พบว่า ความแตกต่างระหว่างเพศมีผลต่อการใช้มาตรการป้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะฆ่าเชื้อที่บ้าน เสื้อผ้า และมีการเว้นระยะห่างทางสังคมมากกว่าผู้ชาย⁵⁸

Helena J. Hutchins et al., ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโควิด-19 ตามกลุ่มอายุในสหรัฐอเมริกา เป็นการสำรวจแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี จำนวน 6,475 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 และยังพบว่าความชุกของพฤติกรรมการป้องกันตนเองต่ำที่สุดในกลุ่มวัยรุ่น (อายุ 18-29 ปี) และสูงที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุ (อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี)⁵⁹

Bolanle Olapeju et al. ศึกษาแนวโน้มพฤติกรรมกำมือเพื่อป้องกัน 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 ลดลงในระดับประเทศและภูมิภาคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกประเทศและภูมิภาค และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการล้างมือ ได้แก่ อายุที่มากขึ้น ผู้หญิงและการศึกษาระดับอุดมศึกษา⁶⁰

Dwipayanti NMU et al. ศึกษาการรับรู้ของประชาชนและพฤติกรรมกำมือในช่วงการระบาดของ COVID-19 ในอินโดนีเซีย เป็นการสำรวจแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนซึ่งปัจจุบันอาศัยอยู่ในอินโดนีเซียและมีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป รวบรวมข้อมูลจากแพลตฟอร์มตั้งแต่วันที่ 28 พฤษภาคม ถึง 12 มิถุนายน 2020 พบว่า ผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะรายงานความถี่ของการล้างมือในช่วงการระบาดใหญ่ของ COVID-19 มากกว่าผู้ชาย ความถี่ในการล้างมือที่เพิ่มขึ้นมีความแตกต่างทางสถิติระหว่างช่วงเวลาก่อนและระหว่างการระบาดของ COVID-19 นอกจากนี้ผู้ที่มีการศึกษาสูงมีการล้างมือบ่อยกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่า⁶¹

Mojgan Firouzbakht et al. ศึกษาพฤติกรรมกำมือป้องกัน COVID-19 และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประชากรอิหร่าน เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือประชากรชาวอิหร่านที่มีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป จำนวน 2,097 คน รวบรวมข้อมูลจากแพลตฟอร์มตั้งแต่วันที่ 25 มีนาคม 2020 ถึง 5 เมษายน 2020

ซึ่งเป็นช่วงที่มีการระบาดของ COVID-19 สูงสุดครั้งแรก พบว่า กลุ่มตัวอย่างล้างมือและสวมหน้ากากอนามัย ประจำร้อยละ 61.9 และ 55.7 ตามลำดับ และยังพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการล้างมือและการสวมหน้ากากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้หญิงมีพฤติกรรมป้องกันที่ดีกว่าเพศชาย⁶²

Tang, CC., Chen, H. & Wu, WW ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันของบุคคลในช่วง COVID-19: การสำรวจข้ามชาติ เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือประชากรอาศัยอยู่ในไต้หวัน สหรัฐอเมริกา แคนาดา และญี่ปุ่น มีอายุอย่างน้อย 20 ปี จำนวน 384 คน รวบรวมข้อมูลจากแพลตฟอร์ม ตั้งแต่วันที่ 8 มิถุนายน 2020 ถึง 22 มิถุนายน 2020 พบว่า กลุ่มตัวอย่างสวมหน้ากากอนามัยร้อยละ 70.1 รักษาระยะห่างทางสังคมร้อยละ 63.8 ล้างมือร้อยละ 60.2 หลีกเลี่ยงการเดินทางร้อยละ 56.8 และทำความสะอาด/ระบายอากาศ สิ่งแวดล้อมร้อยละ 54.7 และยังพบว่าผู้หญิงมีการล้างมือ ทำความสะอาดและการระบายอากาศมากกว่าผู้ชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁶³

Khezar Hayat et al. ศึกษามุมมองของชาวปากีสถานที่มีต่อโรคโคโรนาไวรัส (โควิด-19) ในช่วงการระบาด เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือประชากรที่อาศัยอยู่ในปากีสถาน จำนวน 1,257 คน รวบรวมข้อมูลจากแพลตฟอร์มตั้งแต่วันที่ 29 มีนาคม 2020 ถึง 15 เมษายน 2020 พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 82.1 ไม่ไปในสถานที่ที่มีผู้คนพลุกพล่านและสวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกนอกบ้าน ร้อยละ 85.8 ล้างมือเป็นประจำเป็นเวลาสี่วินาที ร้อยละ 88.1 และยังพบว่าอายุ เพศ การศึกษา สถานภาพการสมรสและอาชีพ มีความสัมพันธ์กับการไปสถานที่ที่มีผู้คนพลุกพล่านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁶⁴

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชนเขตสุขภาพที่ 6 เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบศึกษาย้อนหลัง (Retrospective analytical research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานการณ์การป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6 และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ 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 ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 5,052,700 คน (กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย)

การคำนวณขนาดตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 ขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของ Yamane (1970) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% และค่าความคลาดเคลื่อนที่ 5% ดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ	n	คือ	ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
	N	คือ	ขนาดประชากร
	E	คือ	ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้

ซึ่งงานวิจัยครั้งนี้สามารถเกิดความคลาดเคลื่อนได้ร้อยละ 5 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

แทนค่าสูตร

$$n = \frac{5,052,700}{1 + 5,052,700 \times (0.05)^2}$$

จากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง $n = 399.96 \approx 400$

ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการสำรวจออนไลน์อนามัยโพลแต่ละครั้งมีจำนวน 400 คน

การดำเนินการเกี่ยวกับอาสาสมัคร

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) แยกอาสาสมัครออกจากโครงการ หากมีผู้ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน

เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation Criteria) ไม่มี

2.เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในการป้องกันโรคโควิด 19 (อนามัยโพล) ที่จัดทำขึ้นโดยทีมศูนย์คาดการณ์ผลกระทบต่อสุขภาพ กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย การทดสอบเครื่องมือโดยผ่านผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิกรมอนามัย และอาจารย์จากสถาบันการศึกษา (Think tank team Anamai poll) แบบสำรวจรูปแบบออนไลน์ประกอบด้วย 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ เขตที่อยู่อาศัย

ส่วนที่ 2 ความรู้สึกต่อสถานการณ์โรคโควิด 19

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคโควิด 19

3.วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ศึกษาพฤติกรรม การป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชนเขตสุขภาพที่ 6 มีขั้นตอนการวิจัยและพัฒนา ดังนี้

3.1 ขั้นตอนเตรียมการ

3.1.1 ประชุมคณะทำงานวิจัยเพื่อวางแผนการดำเนินโครงการ

3.1.2 นำเสนอในที่ประชุมคณะกรรมการ EOC ศูนย์อนามัยที่ 6 มติที่ประชุมเห็นชอบ

3.1.3 ศึกษาสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 และมาตรการต่าง ๆ ในการควบคุมการแพร่ระบาด

3.1.4 ประสานคณะกรรมการจริยธรรม กรมอนามัย เพื่อเสนอขอความเห็นชอบและพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

3.2 ขั้นตอนดำเนินการ

3.2.1 ทีมผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิในระบบฐานข้อมูลออนไลน์ การสำรวจอนามัยโพลครั้งที่ 1-10 (พฤศจิกายน – 17 พฤษภาคม 2564) ซึ่งสามารถเข้าถึงข้อมูลผลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในการป้องกันโรคโควิด 19 และ download ในรูปแบบ excel ได้ที่ <https://bit.ly/3eGwwyd>

3.2.2 นำข้อมูลเข้าโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูล

3.2.3 ตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนของข้อมูล

3.2.4 วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ การทดสอบไคสแควร์ และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

3.2.5 สรุปรายงานผลการศึกษา

การทบทวน/ตรวจสอบ/สิ่งที่พัฒนา ก่อนทดลองใช้

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

รวบรวมข้อมูลทุติยภูมิในระบบฐานข้อมูลออนไลน์ การสำรวจอนามัยโพลครั้งที่ 1-10 (พฤศจิกายน – 17 พฤษภาคม 2564) ซึ่งสามารถเข้าถึงข้อมูลผลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในการป้องกันโรคโควิด 19 และ download ในรูปแบบ excel ได้ที่ <https://bit.ly/3eGwwyd> 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 เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความรู้สึกกังวล ต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด ช่วงเวลาการเก็บข้อมูล (สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19) และ พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ COVID-19 ตามมาตรการ DMHTT วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรด้วยการทดสอบไคสแควร์ และปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อตัวแปรด้วยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

การพิทักษ์สิทธิตัวอย่าง

การวิจัยนี้ดำเนินการโดยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยผ่านการพิจารณา รับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข รหัสโครงการวิจัย 881 เมื่อวันที่ 20 กรกฎาคม 2564 มีการอธิบายวัตถุประสงค์ ความสำคัญของการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล การรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง ในการวิเคราะห์ข้อมูล และการนำเสนอผลการวิจัย

ผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้จะได้รับรู้ถึงสิทธิต่าง ๆ ดังนี้ คือ สิทธิในการออกจากการศึกษา ผู้ศึกษาไม่มีการเก็บข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ในการเผยแพร่ข้อมูลและผลการวิจัยจะนำเสนอในทางวิชาการ ไม่เปิดเผยชื่อ ประวัติต่าง ๆ ของผู้เข้าร่วมการวิจัย

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การป้องกันตนเองและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 จากการเก็บข้อมูลทุติยภูมิในระบบฐานข้อมูลออนไลน์ การสำรวจอนามัยโพลของกรมอนามัยครั้งที่ 1-10 (พฤศจิกายน 2563 – 17 พฤษภาคม 2564) จำนวน 16,050 ราย เมื่อตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 14,988 ราย คิดเป็น ร้อยละ 93.4 ผู้วิจัยได้จำแนกผลการวิเคราะห์ออกเป็น 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 5,861 คน คิดเป็นร้อยละ 58.2 เป็นเพศหญิงจำนวน 12,219 คน คิดเป็นร้อยละ 81.5 อายุระหว่าง 25-44 ปี จำนวน 5,670 คน คิดเป็นร้อยละ 37.8 ระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่า จำนวน 5,099 คน คิดเป็นร้อยละ 41.1 รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ จำนวน 5,640 คน คิดเป็นร้อยละ 37.6 มีผู้ตอบแบบสำรวจครั้งที่ 4 มากที่สุด จำนวน 4,140 คน คิดเป็นร้อยละ 27.6 ส่วนใหญ่มีความรู้สึกปานกลางต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด จำนวน 5,846 คน คิดเป็นร้อยละ 39.0 ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลส่วนบุคคล (N=14,988)

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ที่ตั้งที่อยู่อาศัย (N=10,065)			
ในเขตเทศบาล		5,861	58.2
นอกเขตเทศบาล		4,204	41.8
เพศ			
ชาย		2,769	18.5
หญิง		12,219	81.5
อายุ			
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

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	2,497	20.3
มัธยมศึกษา/ปวช.	3,904	31.7
อนุปริญญา/ปวส	815	6.6
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	5,099	41.4
อาชีพ		
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	31	2.1
นักเรียน/นักศึกษา/ว่างงาน	381	2.5
ครั้งที่สำรวจ		
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 (ระลอก2 กลาง ธ.ค.)	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
ความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด		
เฉยๆไม่กังวล	572	3.8
กังวลเล็กน้อย	3,103	20.7
กังวลปานกลาง	5,846	39.0
กังวลมาก	5,467	36.5

ส่วนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรม การป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6

ผลการศึกษาพฤติกรรม การป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างสวมหน้ากากตลอดเวลาในที่สาธารณะเป็นประจำมากที่สุด จำนวน 14,274 คน คิดเป็นร้อยละ 95.2 รองลงมาคือ ตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรองเป็นประจำ จำนวน 14,093 คน คิดเป็นร้อยละ 94.1 ล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์เป็นประจำจำนวน 13,145 คน คิดเป็นร้อยละ 87.7 การรักษาระยะห่างและใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุดเป็นประจำ จำนวน 11,729 คน คิดเป็นร้อยละ 78.3 และการลงทะเบียน “ไทยชนะ” หรือบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่างๆ จำนวน 10,259 คน คิดเป็นร้อยละ 68.4 ดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละพฤติกรรม การป้องกันและลดการแพร่ระบาดของโรคโควิด19 ตามมาตรการ DMHTT

พฤติกรรม การป้องกันและลดการแพร่ระบาดของโรคโควิด19	จำนวน	ร้อยละ
การสวมหน้ากากตลอดเวลาในที่สาธารณะ		
ไม่ทำเลย	92	0.6
ทำบางครั้ง	624	4.2
ทำเป็นประจำ	14,272	95.2
การล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์		
ไม่ทำเลย	108	0.7
ทำบางครั้ง	1,735	11.6
ทำเป็นประจำ	13,145	87.7
รักษาระยะห่างและใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุด		
ไม่ทำเลย	160	1.1
ทำบางครั้ง	3,099	20.7
ทำเป็นประจำ	11,729	78.3
ตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรอง		
ไม่ทำเลย	154	1.0
ทำบางครั้ง	741	4.9
ทำเป็นประจำ	14,093	94.1
ลงทะเบียน “ไทยชนะ” หรือบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่างๆ		
ไม่ทำเลย	687	4.6
ทำบางครั้ง	4,042	27.0
ทำเป็นประจำ	10,259	68.4
พฤติกรรมป้องกันครบตามมาตรการ DMHTT		
ไม่ทำ/ทำบางครั้งและบางมาตรการ	6,586	43.9
ทำเป็นประจำครบตามมาตรการ DMHTT	8,402	56.1

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกาป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสวมหน้ากากตลอดเวลาในที่สาธารณะเป็นประจำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ ที่ตั้งที่อยู่อาศัย เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ ครั้งที่สำรวจ และความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เมื่อพิจารณาปัจจัยต่าง ๆ พบว่า ผู้ที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมีการสวมหน้ากากตลอดเวลาในที่สาธารณะเป็นประจำ (ร้อยละ 97.6) มากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล (ร้อยละ 96.9) ผู้หญิงมีการสวมหน้ากาก (ร้อยละ 95.9) มากกว่าผู้ชาย (ร้อยละ 92.1) กลุ่มอายุ 25-44 ปี มีการสวมหน้ากาก (ร้อยละ 96.0) มากกว่ากลุ่มอายุอื่น ผู้ที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่ามีการสวมหน้ากาก (ร้อยละ 96.4) มากที่สุด ผู้ที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขมีการสวมหน้ากาก (ร้อยละ 97.7) มากกว่ากลุ่มอาชีพอื่น ผู้ที่ทำการสำรวจครั้งที่ 9-10 หรือช่วงการระบาดระลอก 3 มีการสวมหน้ากาก (ร้อยละ 97.9) ที่สุด และผู้ที่มีความรู้สึกกังวลมากต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด มีการสวมหน้ากาก (ร้อยละ 97.1) มากที่สุด ดังตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด กับการสวมหน้ากากตลอดเวลาในที่สาธารณะ

ตัวแปร	การสวมหน้ากากตลอดเวลาในที่สาธารณะ		χ^2	p-value
	ทำไม่ประจำ	ทำประจำ		
ที่ตั้งที่อยู่อาศัย (N=10,065)			4.832	0.029*
ในเขตเทศบาล	184 (3.1)	5,677 (96.9)		
นอกเขตเทศบาล	101 (2.4)	4,103 (97.6)		
เพศ (N=14,988)			73.235	<0.001*
ชาย	219 (7.9)	2,550 (92.1)		
หญิง	497 (4.1)	11,722 (95.9)		
อายุ (N=14,988)			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)		
การศึกษาสูงสุด (N=12,315)			86.512	<0.001*
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	215 (8.6)	2,282 (91.4)		
มัธยมศึกษา/ปวช.	216 (5.5)	3,688 (94.5)		
อนุปริญญา/ปวส.	34 (4.2)	781 (95.8)		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	184 (3.6)	4,915 (96.4)		

ตารางที่ 4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด กับการ
สวมหน้ากากตลอดเวลาในที่สาธารณะ (ต่อ)

ตัวแปร	การสวมหน้ากากตลอดเวลาในที่สาธารณะ		χ^2	p-value
	ทำไม่ประจำ	ทำประจำ		
อาชีพ (N=14,988)			140.856	<0.001*
เกษตรกร	152 (6.7)	2,120 (93.3)		
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	113 (6.3)	1,671 (93.3)		
เอกชน	26 (2.8)	895 (97.2)		
รับจ้างทั่วไป	115 (7.9)	1,343 (92.1)		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	186 (3.3)	5,454 (96.7)		
อาสาสมัครสาธารณสุข	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)		
ครั้งที่สำรวจ (N=14,988)			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)		
ความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด (N=14,988)			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

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์เป็นประจำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ครั้งที่สำรวจ และความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-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 6 และ 8 มีการล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 93.3) มากที่สุด และผู้ที่มีความรู้สึกกังวลมากต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด มีการล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 91.2) มากที่สุด ดังตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด กับการล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์

ตัวแปร (N=14,988)	ล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์		χ^2	p-value
	ทำไม่ประจำ	ทำประจำ		
ที่ตั้งที่อยู่อาศัย (N=10,065)			3.156	0.081
ในเขตเทศบาล	589 (10.0)	5,272 (90.0)		
นอกเขตเทศบาล	376 (9.0)	3,826 (91.0)		
เพศ (N=14,988)			12.7.975	<0.001*
ชาย	517 (18.7)	2,252 (81.3)		
หญิง	1,326 (10.9)	10,893 (89.1)		
อายุ (N=14,988)			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)		
การศึกษาสูงสุด (N=12,315)			2.139	0.544
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	318 (12.7)	2,179 (87.3)		
มัธยมศึกษา/ปวช.	497 (12.7)	3,407 (87.3)		
อนุปริญญา/ปวส.	117 (14.4)	698 (85.6)		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	680 (13.3)	4,419 (86.7)		
อาชีพ (N=14,988)			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)		
ครั้งที่สำรวจ (N=14,988)			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)		

ตารางที่ 4.4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 กับการล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์ (ต่อ)

ตัวแปร	ล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์		χ^2	p-value
	ทำไม่ประจำ	ทำประจำ		
ความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด (N=14,988)			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

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาระยะห่างและใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุดเป็นประจำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ได้แก่ ที่ตั้งที่อยู่อาศัย เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ ครั้งที่สำรวจ และความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เมื่อพิจารณาปัจจัยต่าง ๆ พบว่า ผู้ที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมีการรักษาระยะห่างและใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุด (ร้อยละ 85.8) มากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล (ร้อยละ 83.9) ผู้หญิงมีการรักษาระยะห่างและใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุด (ร้อยละ 79.5) มากกว่าผู้ชาย (ร้อยละ 72.8) กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปมีการรักษาระยะห่างและใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุด (ร้อยละ 82.4) มากกว่ากลุ่มอายุอื่น ผู้ที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า มีการรักษาระยะห่างและใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุด (ร้อยละ 78.2) มากที่สุด ผู้ที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขมีการรักษาระยะห่างและใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุด (ร้อยละ 88.0) มากที่สุด ผู้ที่ทำการสำรวจครั้งที่ 9-10 หรือช่วงการระบาดระลอก 3 มีการรักษาระยะห่างและใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุด (ร้อยละ 85.0) มากกว่าการสำรวจช่วงอื่น และผู้ที่มีความรู้สึกกังวลมากต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด มีการรักษาระยะห่างและใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุด (ร้อยละ 83.6) มากที่สุด ดังตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด กับการ
รักษาระยะห่างและใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุด

ตัวแปร (N=14,988)	รักษาระยะห่างและใช้เวลาพบปะผู้อื่น ให้สั้นที่สุด		χ^2	p-value
	ทำไม่ประจำ	ทำประจำ		
ที่ตั้งที่อยู่อาศัย (N=10,065)			7.457	0.006*
ในเขตเทศบาล	946 (16.1)	4,915 (83.9)		
นอกเขตเทศบาล	595 (14.2)	3,609 (85.8)		
เพศ (N=14,988)			60.078	<0.001*
ชาย	754 (27.2)	2,015 (72.8)		
หญิง	2,505 (20.5)	9,714 (79.5)		
อายุ (N=14,988)			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)	3098 (82.4)		
การศึกษาสูงสุด (N=12,315)			11.084	0.011*
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	545 (21.8)	1,952 (78.2)		
มัธยมศึกษา/ปวช.	863 (22.1)	3,041 (77.9)		
อนุปริญญา/ปวส.	215 (26.4)	600 (73.6)		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	1,217 (23.9)	3,882 (76.1)		
อาชีพ (N=14,988)			139.169	<0.001*
เกษตรกร	465 (20.5)	1,807 (79.5)		
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	411 (23.0)	1,373 (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	176 (12.0)	1,296 (88.0)		
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	146 (19.5)	60.3 (80.5)		
เกษียณราชการ/ผู้สูงอายุ	59 (19.0)	252 (81.0)		
นักเรียน/นักศึกษา/ว่างงาน	126 (33.1)	255 (66.9)		
ครั้งที่สำรวจ (N=14,988)			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)		

ตารางที่ 4.5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด กับการรักษาระยะห่างและใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุด (ต่อ)

ตัวแปร (N=14,988)	รักษาระยะห่างและใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุด		χ^2	p-value
	ทำไม่ประจำ	ทำประจำ		
ความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด (N=14,988)			<0.001*	152.689
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

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรองเป็นประจำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ ครั้งที่สำรวจ และความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เมื่อพิจารณาปัจจัยต่าง ๆ พบว่า ผู้หญิงมีการตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรอง (ร้อยละ 94.6) มากกว่าผู้ชาย (ร้อยละ 91.4) กลุ่มอายุ 45-59 ปีมีการตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรอง (ร้อยละ 94.7) มากกว่ากลุ่มอายุอื่น ผู้ที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. มีการตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรอง (ร้อยละ 94.7) มากที่สุด ผู้ที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขมีการตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรอง (ร้อยละ 96.4) มากกว่า กลุ่มอาชีพอื่น ผู้ที่ทำการสำรวจครั้งที่ 10 มีการตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรอง (ร้อยละ 97.3) มากกว่าผู้ที่ทำการสำรวจครั้งที่ 1-9 และผู้ที่มีความรู้สึกกังวลมากต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด มีการตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรอง (ร้อยละ 95.1) มากที่สุด ดังตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด กับการ
ตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรอง

ตัวแปร	ตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรอง		χ^2	p-value
	ทำไม่ประจำ	ทำประจำ		
ที่ตั้งที่อยู่อาศัย (N=10,065)			1.202	0.292
ในเขตเทศบาล	234 (4.0)	5,627 (96.0)		
นอกเขตเทศบาล	150 (3.6)	4,054 (96.4)		
เพศ (N=14,988)			40.503	<0.001*
ชาย	237 (8.6)	2,532 (91.4)		
หญิง	658 (5.4)	11,561 (94.6)		
อายุ (N=14,988)			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)		
การศึกษาสูงสุด (N=12,315)			12.084	0.007*
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	173 (6.9)	2,324 (93.1)		
มัธยมศึกษา/ปวช.	205 (5.3)	3,699 (94.7)		
อนุปริญญา/ปวส.	60 (7.4)	755 (92.6)		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	344 (6.7)	4,755 (93.3)		
อาชีพ (N=14,988)			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)		
ครั้งที่สำรวจ (N=14,988)			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)		

ตารางที่ 4.6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด กับการตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรอง (ต่อ)

ตัวแปร (N=14,988)	ตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรอง		χ^2	p-value
	ทำไม่ประจำ	ทำประจำ		
ความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด (N=14,988)			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

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการลงทะเบียน “ไทยชนะ” หรือบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่างๆเป็นประจำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ได้แก่ ที่ตั้งที่อยู่อาศัย เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ ครั้งที่สำรวจ และความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เมื่อพิจารณาปัจจัยต่าง ๆ พบว่า ผู้ที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมีการบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ (ร้อยละ 75.6) มากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล (ร้อยละ 71.89) ผู้หญิงมีการบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ (ร้อยละ 69.5) มากกว่าผู้ชาย (ร้อยละ 64.08) กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปมีการบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ (ร้อยละ 73.2) มากกว่ากลุ่มอายุอื่น ผู้ที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. มีการบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ (ร้อยละ 72.4) มากที่สุด ผู้ที่เกษียณราชการ/ผู้สูงอายุมีการบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ (ร้อยละ 77.0) มากกว่ากลุ่มอาชีพอื่น ผู้ที่ทำการสำรวจครั้งที่ 6 มีการบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ (ร้อยละ 76.4) มากที่สุด และผู้ที่มีความรู้สึกกังวลมากต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด มีการบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ (ร้อยละ 73.7) มากที่สุด ดังตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิดกับการลง ทะเบียน “ไทยชนะ” หรือบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่างๆ

ตัวแปร	บันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่างๆ		χ^2	p-value
	ทำไม่ประจำ	ทำประจำ		
ที่ตั้งที่อยู่อาศัย (N=10,065)			18.705	<0.001*
ในเขตเทศบาล	1,654 (28.2)	4,207 (71.8)		
นอกเขตเทศบาล	1,024 (24.4)	3,180 (75.6)		
เพศ (N=14,988)			31.705	<0.001*
ชาย	998 (36.0)	1,771 (64.0)		
หญิง	3,731 (30.5)	8,488 (69.5)		
อายุ (N=14,988)			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)		
การศึกษาสูงสุด (N=12,315)			100.132	<0.001*
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	695 (27.8)	1,802 (72.2)		
มัธยมศึกษา/ปวช.	1,079 (27.6)	2,825 (72.4)		
อนุปริญญา/ปวส.	275 (33.7)	540 (66.3)		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	1,855 (36.4)	3,244 (63.6)		
อาชีพ (N=14,988)			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)		
ครั้งที่สำรวจ (N=14,988)			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)		

ตารางที่ 4.7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิดกับการลง ทะเบียน “ไทยชนะ” หรือบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่างๆ (ต่อ)

ตัวแปร	บันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่างๆ		χ^2	p-value
	ทำไม่ประจำ	ทำประจำ		
ความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด (N=14,988)			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

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองตามมาตรการ DMHTT ครบทั้ง 5 มาตรการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ครั้งที่สำรวจ และความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-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 ผู้ที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองตามมาตรการ DMHTT (ร้อยละ 68.3) มากกว่ากลุ่มอาชีพอื่น ผู้ที่ทำการสำรวจครั้งที่ 9-10 หรือช่วงการระบาดระลอก 3 มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองตามมาตรการ DMHTT (ร้อยละ 61.5) มากกว่าการระบาดระลอก 1 และ 2 และผู้ที่มีความรู้สึกกังวลมากต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองตามมาตรการ DMHTT (ร้อยละ 63.4) มากที่สุด ดังตาราง ที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด
กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองตามมาตรการ DMHTT ครบทั้ง 5 มาตรการ

ตัวแปร	มาตรการ DMHTT		χ^2	p-value
	ทำไม่ประจำ	ทำประจำ		
ที่ตั้งที่อยู่อาศัย (N=10,065)			23.714	0.055
ในเขตเทศบาล	2,268 (38.7)	3,593 (61.3)		
นอกเขตเทศบาล	1,550 (36.9)	2,653 (63.1)		
เพศ (N=14,988)			69.261	<0.001*
ชาย	1,413 (51.0)	1,356 (49.0)		
หญิง	5,173 (42.3)	7,046 (57.7)		
อายุ (N=14,988)			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)		
การศึกษาสูงสุด (N=12,315)			59.597	<0.001*
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	1,039 (41.6)	1,458 (58.4)		
มัธยมศึกษา/ปวช.	1,628 (41.7)	2,276 (58.3)		
อนุปริญญา/ปวส.	402 (49.3)	413 (50.7)		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	2,471 (48.5)	2,628 (51.5)		
อาชีพ (N=14,988)			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)		
ครั้งที่สำรวจ (N=14,988)			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)		

ตารางที่ 4.8 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด
กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองตามมาตรการ DMHTT ครบทั้ง 5 มาตรการ (ต่อ)

ตัวแปร	มาตรการ DMHTT		χ^2	p-value
	ทำไม่ประจำ	ทำประจำ		
ความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด (N=14,988)			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 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชน ในเขตสุขภาพที่ 6

จากการคัดเลือกปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสวมหน้ากากตลอดเวลาในที่สาธารณะเป็นประจำเมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสวมหน้ากากตลอดเวลาในที่สาธารณะภายหลังปรับค่าด้วยปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ที่ตั้งที่อยู่อาศัย เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ครั้งที่สำรวจและความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดย ผู้ที่อาศัยนอกเขตเทศบาลมีโอกาที่จะสวมหน้ากากตลอดเวลาในที่สาธารณะมากกว่าผู้ที่อาศัยในเขตเทศบาล 1.32 เท่า (95%CI = 1.03-1.68) ผู้หญิงมีโอกาที่จะสวมหน้ากากตลอดเวลาในที่สาธารณะมากกว่าผู้ที่ชาย 1.81 เท่า (95%CI = 1.51-2.18) ผู้ที่จบระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า, อนุปริญญา/ปวส., และ มัธยมศึกษา/ปวช. มีโอกาที่จะสวมหน้ากากตลอดเวลาในที่สาธารณะมากกว่าผู้ที่จบระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า 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 ผู้ที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข, ผู้ที่ทำงานเอกชน, พ่อบ้าน/แม่บ้าน, รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ, เกษตรกร, และรับจ้างทั่วไป มีโอกาที่จะสวมหน้ากากตลอดเวลาในที่สาธารณะมากกว่านักเรียน 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 ผู้ที่ทำการสำรวจครั้งที่ 9-10 หรือช่วงการระบาดรอบสาม และการสำรวจครั้งที่ 4-8 หรือช่วงการระบาดรอบสอง มีโอกาที่จะสวมหน้ากากตลอดเวลาในที่สาธารณะมากกว่า ผู้ที่ทำการสำรวจครั้งที่ 1-3 หรือช่วงการระบาดระลอกแรก 4.99 เท่า (95%CI = 1.03-1.68) และ 2.96 เท่า (95%CI = 2.47-3.55) ตามลำดับ ผู้ที่มีความรู้สึกกังวลมากต่อสถานการณ์การระบาดโควิด มีโอกาที่จะสวมหน้ากากตลอดเวลาในที่สาธารณะมากกว่าผู้ที่เฉย ๆ ไม่รู้สึกกังวล 3.57 เท่า (95%CI = 2.47-5.15) ดังตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการสวมหน้ากากตลอดเวลาในที่สาธารณะ

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
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
ความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด(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<.05

จากการคัดเลือกปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์ประจำเมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์ประจำภายหลังปรับค่าด้วยปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ครั้งที่สำรวจ และความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดย ผู้หญิงมีโอกาสที่จะล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์มากกว่าผู้ชาย 1.80 เท่า (95%CI = 1.59-2.04) อายุ 60 ปีขึ้นไป, อายุระหว่าง 45-59 ปี มีโอกาสที่จะล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์มากกว่าอายุระหว่าง 15-24 ปี 2.15 เท่า (95%CI = 1.65-2.81) และ 1.65 เท่า (95%CI = 1.29-2.12) ตามลำดับ อาสาสมัครสาธารณสุข, รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ, พ่อบ้าน/แม่บ้าน, เอกชน, เกษตรกร, ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย, รับจ้างทั่วไป และ เกษียณราชการ/ผู้สูงอายุ มีโอกาสที่จะล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์มากกว่านักเรียน 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 ผู้ที่ทำการสำรวจครั้งที่ 4-8 หรือช่วงการระบาดรอบสอง มีโอกาสที่จะล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์มากกว่าการสำรวจครั้งที่ 1-3 หรือช่วงการระบาดรอบแรก 1.70 เท่า (95%CI = 1.48-1.96) และผู้ที่รู้สึกกังวลมากต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด มีโอกาสที่จะล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์มากกว่าผู้ที่รู้สึกเฉย ๆ ไม่กังวล 1.67 เท่า (95%CI = 1.26-2.23) ดังตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 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 ว่างาน)			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=ครั้งที่1-3)			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
ความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด(ref=เฉยๆไม่กังวล)			82.326	<0.001*		
กังวลเล็กน้อย	-0.005	0.147	0.00	0.974	0.99	0.75-1.33
กังวลปานกลาง	-0.066	0.142	0.21	0.643	0.94	0.71-1.24
กังวลมาก	0.515	0.146	12.37	<0.001*	1.67	1.26-2.23
ค่าคงที่	-0.579	0.208		0.005*	0.56	

*p<.05

จากการคัดเลือกปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรักษาระยะห่างและใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุดเมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรักษาระยะห่างและใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุดภายหลังปรับค่าด้วยปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ที่ตั้งที่อยู่อาศัย เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ ครั้งที่สำรวจ และความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดย ผู้ที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมีโอกาที่จะรักษาระยะห่างและใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุดมากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล 1.18 เท่า (95%CI = 1.04-1.30) ผู้หญิงมีโอกาที่จะรักษาระยะห่างและใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุดมากกว่าผู้ชาย 1.31 เท่า (95%CI = 1.18-1.46) ผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป, อายุระหว่าง 45-59 ปี, และ 25-44 ปี มีโอกาที่จะรักษาระยะห่างและใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุดมากกว่ากลุ่มอายุ 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 ผู้ที่จบการศึกษาระดับอนุปริญญา/ปวส. และระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า มีโอกาที่จะรักษาระยะห่างและใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุดมากกว่าผู้ที่จบระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า 1.19 เท่า (95%CI = 1.02-1.39) และ 1.17 เท่า (95%CI = 1.03-1.34) ตามลำดับ ผู้ที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข มีโอกาที่จะรักษาระยะห่างและใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุดมากกว่านักเรียนนักศึกษาหรือว่างงาน 1.99 เท่า (95%CI = 1.42-2.78) ผู้ที่ทำการสำรวจครั้งที่ 9-10 หรือช่วงการระบารอบสาม และการสำรวจครั้งที่ 4-8 หรือช่วงการระบารอบสอง มีโอกาที่จะรักษาระยะห่างและใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุดมากกว่าผู้ทำการสำรวจครั้งที่ 1-3 หรือช่วงการระบารอบแรก 2.19 เท่า (95%CI = 1.62-2.95) และ 2.06 เท่า (95%CI = 1.83-2.32) ตามลำดับ และผู้ที่มีความรู้สึกกังวลมากต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด มีโอกาที่จะรักษาระยะห่างและใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุดมากกว่าผู้ที่รู้สึกเฉย ๆ ไม่กังวล 1.56 เท่า (95%CI = 1.23-1.98) ดังตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 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
ความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด(ref=เฉยๆไม่กังวล)			116.19	<0.001*		
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<.05

จากการคัดเลือกปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรองเมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรองภายหลังปรับค่าด้วยปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ ครั้งที่สำรวจ และความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดย ผู้หญิงมีโอกาสที่จะตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรองมากกว่าผู้ชาย 1.47 เท่า (95%CI = 1.39-1.95) ผู้ที่จบระดับมัธยมศึกษา/ปวช. มีโอกาสที่จะตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรองมากกว่าผู้ที่จบระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า 1.46 เท่า (95%CI = 1.17-1.82) ผู้ที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข, เกษตรกร และ พ่อบ้าน/แม่บ้าน มีโอกาสที่จะตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรองมากกว่านักเรียนนักศึกษาหรือว่างงาน 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 ผู้ที่ทำการสำรวจครั้งที่ 9-10 หรือช่วงการระบาดรอบ 3 และ สำรวจครั้งที่ 4-8 หรือช่วงการระบาดรอบสอง มีโอกาสที่จะตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรองมากกว่าการสำรวจครั้งที่ 1-3 หรือช่วงระบาดรอบแรก 1.78 เท่า (95%CI = 1.07-2.97), 1.51 เท่า (95%CI = 1.24-1.84) ตามลำดับ ผู้ที่มีความรู้สึกกังวลมากต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด มีโอกาสที่จะตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรองมากกว่าผู้ที่รู้สึกเฉย ๆ ไม่กังวล 1.41 เท่า (95%CI = 1.26-2.53) ดังตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.11 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 ว่างาน)			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
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
ความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด(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<.05

จากการคัดเลือกปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลงทะเบียน “ไทยชนะ” หรือบันทึกชื่อ ก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการลงทะเบียน “ไทยชนะ” หรือบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ ภายหลังปรับค่าด้วยปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ที่ตั้งที่อยู่อาศัย เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ ครั้งที่สำรวจ และความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดย ผู้ที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมีโอกาที่จะลงทะเบียน “ไทยชนะ” หรือบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ มากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล 1.32 เท่า (95%CI = 1.09-1.95) ผู้หญิงมีโอกาที่จะบันทึกชื่อก่อนเข้า สถานที่ต่าง ๆ มากกว่าผู้ชาย 1.28 เท่า (95%CI = 1.16-1.41) ผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป, อายุระหว่าง 45-59 ปี และ 25-44 ปี มีโอกาที่จะบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง 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 ผู้ที่จบ ระดับมัธยมศึกษา/ปวช. มีโอกาที่จะบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ มากกว่าผู้ที่จบระดับประถมศึกษาหรือ ต่ำกว่า 1.13 เท่า (95%CI = 1.01-1.28) ผู้ที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข, เกษตรกร, เกษียณราชการ/ผู้สูงอายุ, ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย, รับจ้างทั่วไป, รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ, พ่อบ้าน/แม่บ้านและเอกชน มีโอกาที่จะบันทึก ชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง 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 ผู้ที่ทำการสำรวจครั้งที่ 9-10 หรือช่วงการระบาดรอบสาม และ สำรวจครั้งที่ 4-8 หรือ ช่วงการระบาดรอบสอง มีโอกาที่จะบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ มากกว่าผู้ที่ทำการสำรวจครั้งที่ 1-3 หรือ ช่วงการระบาดรอบแรก 1.51 เท่า (95%CI = 1.17-1.95) และ 1.32 เท่า (95%CI = 1.18-1.49) และผู้ที่รู้สึก กังวลมากต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด มีโอกาที่จะบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ มากกว่าผู้ที่รู้สึกเฉย ๆ ไม่กังวล 1.41 เท่า (95%CI = 1.13-1.74) ดังตารางที่ 4.12

ตารางที่ 4.12 ปัจจัยที่มีผลต่อการลงทะเบียน “ไทยชนะ” หรือบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่างๆ

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*	12.8	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 นักศึกษาว่างงาน)			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
ความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด			78.64	<0.001*		
โควิด(ref=เฉยๆไม่กังวล)						
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

จากการคัดเลือกปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองครบตามมาตรการ DMHTT (สวมหน้ากาก, ล้างมือ, เว้นระยะห่างทางสังคม, ตรวจวัดอุณหภูมิ และ ลงทะเบียนไทยชนะ หรือ บันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ) เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองครบตามมาตรการ DMHTT ภายหลังปรับค่าด้วยปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สูงสุด อาชีพ ครั้งที่สำรวจ และความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดย ผู้หญิงมีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองครบตามมาตรการ DMHTT มากกว่าผู้ชาย 1.35 เท่า (95%CI = 1.24-1.47) ผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป, อายุระหว่าง 45-59 ปี และ 25-44 ปี มีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองครบตามมาตรการ 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 ผู้ที่จบระดับมัธยมศึกษา/ปวช. มีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองครบตามมาตรการ DMHTT มากกว่าผู้ที่จบระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า 1.13 เท่า (95%CI = 1.01-1.28) ผู้ที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข, เกษตรกร, รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ, รับจ้างทั่วไป, ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย, พ่อบ้าน/แม่บ้าน, เกษียณราชการ/ผู้สูงอายุและเอกชน มีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองครบตามมาตรการ DMHTT มากกว่านักเรียนนักศึกษาหรือว่างงาน 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), 1.77 เท่า (95%CI = 1.37-2.28) และ 1.31 เท่า (95%CI = 1.00-1.72) ตามลำดับ ผู้ที่ทำการสำรวจครั้งที่ 9-10 หรือช่วงการระบาดรอบสาม และ สำรวจครั้งที่ 4-8 หรือช่วงการระบาดรอบสอง มีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองครบตามมาตรการ DMHTT มากกว่าผู้ที่ทำการสำรวจครั้งที่ 1-3 หรือช่วงการระบาดรอบแรก 1.73 เท่า (95%CI = 1.35-1.47) และ 1.72 เท่า (95%CI = 1.54-1.93) และผู้ที่รู้สึกกังวลมากต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด มีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองครบตามมาตรการ DMHTT มากกว่าผู้ที่รู้สึกเฉย ๆ ไม่กังวล 1.25 เท่า (95%CI = 1.05-1.50) ดังตารางที่ 4.13

ตารางที่ 4.13 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตามมาตรการ 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
ความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด(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<.05

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์การป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6 และ 2) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6 การศึกษาวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบศึกษาย้อนหลัง (Retrospective analytical research) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 ตามสูตรของ Yamane (1970) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% และค่าความคลาดเคลื่อนที่ 5% ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการสำรวจออนไลน์อนามัยโพลแต่ละครั้งมีจำนวน 400 คน

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิในระบบฐานข้อมูลออนไลน์จากการสำรวจอนามัยโพลครั้งที่ 1-10 (พฤศจิกายน – 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 ของประชาชนเขตสุขภาพที่ 6
- 3) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6

5.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นประชาชนที่อาศัยในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 จำนวน 14,988 คน พบว่า ส่วนใหญ่อาศัยในเขตเทศบาล ร้อยละ 58.2 เป็นเพศหญิงร้อยละ 81.5 อายุระหว่าง 25-44 ปี ร้อยละ 37.8 รองลงมาอายุ 45-59 ปี ร้อยละ 32.2 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 41.1 รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจร้อยละ 37.6 และส่วนใหญ่มีความรู้สีกปานกลางต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด ร้อยละ 39.0 รองลงมาารู้สึกกังวลมากร้อยละ 36.5 ตามลำดับ

5.1.2 พฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6

ผลการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างสวมหน้ากากตลอดเวลาในที่สาธารณะเป็นประจำมากที่สุด ร้อยละ 95.2 รองลงมาคือ การตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรองเป็นประจำ ร้อยละ 94.1 การล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์เป็นประจำร้อยละ 87.7 การรักษาระยะห่างและใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุดเป็น

ประจำ ร้อยละ 78.3 และการลงทะเบียน “ไทยชนะ” หรือบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ ร้อยละ 68.4 ตามลำดับ

5.1.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6

การสวมหน้ากากตลอดเวลาในที่สาธารณะ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ ที่ตั้งที่อยู่อาศัย เพศ อายุ ระดับการศึกษาและอาชีพ มีความสัมพันธ์กับการสวมหน้ากากตลอดเวลาในที่สาธารณะเป็นประจำที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการสวมหน้ากากตลอดเวลาในที่สาธารณะ ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6 ได้แก่ **ที่ตั้งที่อยู่อาศัย** โดย ผู้ที่อาศัยนอกเขตเทศบาลสวมหน้ากากตลอดเวลาในที่สาธารณะมากกว่าผู้ที่อาศัยในเขตเทศบาล 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 นักศึกษาและว่างงาน 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 มีความสัมพันธ์กับการสวมหน้ากากตลอดเวลาในที่สาธารณะเป็นประจำที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และมีผลต่อการสวมหน้ากากตลอดเวลาในที่สาธารณะเป็นประจำของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6 โดย ผู้ที่ทำการสำรวจครั้งที่ 9-10 หรือช่วงการระบาดรอบสาม และการสำรวจครั้งที่ 4-8 หรือช่วงการระบาดรอบสอง สวมหน้ากากตลอดเวลาในที่สาธารณะมากกว่า ผู้ที่ทำการสำรวจครั้งที่ 1-3 หรือช่วงการระบาดระลอกแรก 4.99 เท่า (95%CI = 1.03-1.68) และ 2.96 เท่า (95%CI = 2.47-3.55) ตามลำดับ

ความรู้สึกกังวลมากต่อสถานการณ์การระบาดโควิด มีความสัมพันธ์กับการสวมหน้ากากตลอดเวลาในที่สาธารณะเป็นประจำที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และมีผลต่อการสวมหน้ากากตลอดเวลาในที่สาธารณะเป็นประจำของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6 โดย ผู้ที่มีความรู้สึกกังวลมากจะสวมหน้ากากตลอดเวลาในที่สาธารณะมากกว่าผู้ที่เฉย ๆ ไม่รู้สึกกังวล 3.57 เท่า (95%CI = 2.47-5.15)

การล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์ ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศ, อายุและอาชีพ มีความสัมพันธ์กับการล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์เป็นประจำที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์เป็นประจำของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 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 มีความสัมพันธ์กับการล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์เป็นประจำที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และมีผลต่อการล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์เป็นประจำของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6 โดย ผู้ที่ทำการสำรวจครั้งที่ 4-8 หรือช่วงการระบาดรอบสอง ล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์มากกว่าการสำรวจครั้งที่ 1-3 หรือช่วงการระบาดรอบแรก 1.70 เท่า (95%CI = 1.48-1.96)

ความรู้สึกกังวลต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด มีความสัมพันธ์กับการล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์เป็นประจำที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และมีผลต่อการล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์เป็นประจำของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6 โดย ผู้ที่รู้สึกกังวลมากจะล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์มากกว่าผู้ที่รู้สึกเฉย ๆ ไม่กังวล 1.67 เท่า (95%CI = 1.26-2.23)

การรักษาระยะห่างและใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุด ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ ที่ตั้งที่อยู่อาศัย, เพศ, อายุ, ระดับการศึกษาสูงสุดและอาชีพ และความรู้สึกละเลยต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับการรักษาระยะห่างและใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุดเป็นประจำที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรักษาระยะห่างและใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุดเป็นประจำของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6 ได้แก่ ที่ตั้งที่อยู่อาศัย เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ ครั้งที่สำรวจ และความรู้สึกต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดย **ที่ตั้งที่อยู่อาศัย** ผู้ที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมีการรักษาระยะห่างและใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุดมากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล 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 มีการรักษาระยะห่างและใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุดมากกว่านักเรียนนักศึกษาหรือว่างงาน 1.99 เท่า (95%CI = 1.42-2.78)

ครั้งที่สำรวจ มีความสัมพันธ์กับการรักษาระยะห่างและใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุดเป็นประจำที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และมีผลต่อการรักษาระยะห่างและใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุดเป็นประจำของประชาชนเขตสุขภาพที่ 6 โดย ผู้ที่ทำการสำรวจครั้งที่ 9-10 หรือช่วงการระบาดรอบสาม และการสำรวจครั้งที่ 4-8 หรือช่วงการระบาดรอบสอง มีการรักษาระยะห่างและใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุดมากกว่าผู้ทำการสำรวจครั้งที่ 1-3 หรือช่วงการระบาดรอบแรก 2.19 เท่า (95%CI = 1.62-2.95) และ 2.06 เท่า (95%CI = 1.83-2.32) ตามลำดับ

ความรู้สึกกังวลต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด มีความสัมพันธ์กับการรักษาระยะห่างและใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุดเป็นประจำที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และมีผลต่อการรักษาระยะห่างและใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุดเป็นประจำของประชาชนเขตสุขภาพที่ 6 โดยผู้ที่มีความรู้สึกกังวลมากจะรักษาระยะห่างและใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุดมากกว่าผู้ที่รู้สึกเฉย ๆ ไม่กังวล 1.56 เท่า (95%CI = 1.23-1.98)

การตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรอง ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ, ระดับการศึกษาและอาชีพ มีความสัมพันธ์กับการตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรองเป็นประจำที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรองเป็นประจำของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6 ได้แก่ เพศ, ระดับการศึกษาและอาชีพ 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 และ พ่อบ้าน/แม่บ้าน 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 มีความสัมพันธ์กับการตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรองเป็นประจำที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และมีผลต่อการตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรองเป็นประจำของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6 โดย ผู้ที่ทำการสำรวจครั้งที่ 9-10 หรือช่วงการระบาดรอบ 3 และ สำรวจครั้งที่ 4-8 หรือช่วงการระบาดรอบสอง จะตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรองมากกว่าการสำรวจครั้งที่ 1-3 หรือช่วงระบาดรอบแรก 1.78 เท่า (95%CI = 1.07-2.97), 1.51 เท่า (95%CI = 1.24-1.84) ตามลำดับ

ความรู้สึกล่อลวงใจต่อการแพร่ระบาดโควิด มีความสัมพันธ์กับการตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรองเป็นประจำที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และมีผลต่อการตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรองเป็นประจำของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6 โดย ผู้ที่มีความรู้สึกกังวลมากจะตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรองมากกว่าผู้ที่ไม่กังวล 1.41 เท่า (95%CI = 1.26-2.53)

การลงทะเบียน “ไทยชนะ” หรือบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ที่ตั้งที่อยู่อาศัย เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ มีความสัมพันธ์กับการลงทะเบียน “ไทยชนะ” หรือบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ เป็นประจำที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการลงทะเบียน “ไทยชนะ” หรือบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ เป็นประจำของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6 ได้แก่ เพศ, ระดับการศึกษาและอาชีพ โดย **ที่อยู่อาศัย** ผู้ที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมีการลงทะเบียน “ไทยชนะ” หรือบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ มากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล 1.32 เท่า (95%CI = 1.09-1.95) **เพศ** ผู้หญิงมีการบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ มากกว่าผู้ชาย 1.28 เท่า (95%CI = 1.16-1.41) **อายุ** ผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป, อายุระหว่าง 45-59 ปี และ 25-44 ปี มีการบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง 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. มีการบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ มากกว่าผู้ที่จบระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า 1.13 เท่า (95%CI = 1.01-1.28) **อาชีพ** ผู้ที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข, เกษตรกร, เกษียณราชการ/ผู้สูงอายุ, ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย, รับจ้างทั่วไป, รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ, พ่อบ้าน/แม่บ้านและเอกชน มีการบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง 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 เป็นประจำที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และมีผลต่อการลงทะเบียน “ไทยชนะ” หรือบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ เป็นประจำของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6 โดย ผู้ที่ทำการสำรวจครั้งที่ 9-10 หรือช่วงการระบาดรอบสาม และ สำรวจครั้งที่ 4-8 หรือช่วงการระบาดรอบสอง มีการบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ มากกว่าผู้ที่ทำการสำรวจครั้งที่ 1-3 หรือช่วงการระบาดรอบแรก 1.51 เท่า (95%CI = 1.17-1.95) และ 1.32 เท่า (95%CI = 1.18-1.49)

ความรู้สึกกังวลต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด มีความสัมพันธ์กับการลงทะเบียน “ไทยชนะ” หรือบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ เป็นประจำที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และมีผลต่อการลงทะเบียน “ไทยชนะ” หรือบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ เป็นประจำของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6 โดย ผู้ที่รู้สึกกังวลมาก มีการบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ มากกว่าผู้ที่รู้สึกเฉย ๆ ไม่กังวล 1.41 เท่า (95%CI = 1.13-1.74)

การป้องกันตนเองตามมาตรการ DMHTT ครบ 5 ด้าน (สวมหน้ากาก, ล้างมือ, เว้นระยะห่างทางสังคม, ตรวจวัดอุณหภูมิ และ ลงทะเบียนไทยชนะ หรือบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุดและอาชีพ มีความสัมพันธ์กับการลงทะเบียน “ไทยชนะ” หรือบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ เป็นประจำที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการป้องกันตนเองตามมาตรการ DMHTT ครบ 5 ด้าน เป็นประจำของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 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/ผู้สูงอายุและเอกชน มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองครบตามมาตรการ DMHTT มากกว่านักเรียนนักศึกษาหรือว่างงาน 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), 1.77 เท่า (95%CI = 1.37-2.28) และ 1.31 เท่า (95%CI = 1.00-1.72) ตามลำดับ

ครั้งที่สำรวจ มีความสัมพันธ์กับการป้องกันตนเองตามมาตรการ DMHTT ครบ 5 ด้าน เป็นประจำที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และมีผลต่อป้องกันตนเองตามมาตรการ DMHTT ครบ 5 ด้าน เป็นประจำของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6 โดย ผู้ที่ทำการสำรวจครั้งที่ 9-10 หรือช่วงการระบาดรอบสาม และ สำรวจครั้งที่ 4-8 หรือช่วงการระบาดรอบสอง มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองครบตามมาตรการ DMHTT มากกว่าผู้ที่ทำการสำรวจครั้งที่ 1-3 หรือช่วงการระบาดรอบแรก 1.73 เท่า (95%CI = 1.35-1.47) และ 1.72 เท่า (95%CI = 1.54-1.93)

ความรู้สึกกังวลต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด มีความสัมพันธ์กับการป้องกันตนเองตามมาตรการ DMHTT ครบ 5 ด้าน เป็นประจำที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และมีผลต่อป้องกันตนเองตามมาตรการ DMHTT ครบ 5 ด้าน เป็นประจำของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6 โดย ผู้ที่รู้สึกกังวลมากจะมี

พฤติกรรมกำบังกันตนเองครบทตามมาตรการ DMHTT มากกว่าผู้รู้สีกเฉย ๆ ไม่กัวงล 1.25 เท่า (95%CI = 1.05-1.50)

5.2 อภิปรายผล

การศึกษากับังกันตนเองที่มีผลต่อพฤติกรรมกำบังกันตนเองในช่วงเพชฌัญญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชน เขตสุขภาพที่ 6 ผู้วิจัยแบ่งการอภิปรายออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

- 1) พฤติกรรมกำบังกันตนเองในช่วงเพชฌัญญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชนเขตสุขภาพที่ 6
- 2) กับังกันด้านข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ที่ตั้งที่อยู่อาศัย, เพศ, อายุ, การศึกษามีผลต่อพฤติกรรมกำบังกันตนเองในช่วงเพชฌัญญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6
- 3) ครั้งที่สำรวจพฤติกรรมกำบังกันตนเอง มีผลต่อพฤติกรรมกำบังกันตนเองในช่วงเพชฌัญญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6
- 4) ความรู้สีกต่อสถานการณ์โรคโควิด 19 มีผลต่อพฤติกรรมกำบังกันตนเองในช่วงเพชฌัญญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6

5.2.1 พฤติกรรมกำบังกันตนเองในช่วงเพชฌัญญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6 จากการศึกษากับังกันตนเองพบว่า กลุ่มตัวอย่างสวมนักากตลอดเวลาในที่สาธารณะเป็นประจำมากที่สุด ร้อยละ 95.2 รองลงมาคือ การตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจคัดกรองเป็นประจำ ร้อยละ 94.1 การล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์เป็นประจำ ร้อยละ 87.7 การรักษาระยะห่างและใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุดเป็นประจำ ร้อยละ 78.3 และการลงทะเบียน “ไทยชนะ” หรือบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ ร้อยละ 68.4 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ สาโรจ นาคุญ⁶⁵ ที่ศึกษาพฤติกรรมกำบังกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของประชาชนในกรุงเทพมหานคร โดยเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง 377 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกำบังกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการสวมนักากอนามัยอย่างถูกวิธีตามคำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุข อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.16$, S.D. = 0.95) และการล้างมือด้วยน้ำและสบู่อย่างน้อย 20 วินาที อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 2.97$, S.D. = 1.08) สอดคล้องกับการศึกษาของ จงกลณี ตัยเจริญและคณะ⁶⁶ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจกับพฤติกรรมกำบังกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง อสม.จำนวน 319 คน พบว่า พฤติกรรมกำบังกันโรคภาพรวมระดับสูง ($\bar{X} = 3.39$, S.D. = 0.33) เมื่อพิจารณารายพฤติกรรม ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกำบังกันโรคมากที่สุดคือ การสวมนักากอนามัย ($\bar{X} = 3.88$, S.D. = 0.37) และ สอดคล้องกับ นภาพร ผ่องศรี และคณะ⁴² ศึกษาทัศนคติและพฤติกรรมที่มีต่อแอปพลิเคชันไทยชนะของประชาชนในเขตพญาไท กรุงเทพมหานคร พบว่า เพศ ระดับการศึกษาและรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่างกัน มีทัศนคติและพฤติกรรมในการใช้งานแอปพลิเคชันที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประชาชนส่วนใหญ่ใช้งานแอปพลิเคชันไทยชนะบ่อยที่สุดที่ห้างสรรพสินค้า คิดเป็นร้อยละ 71.8 รองลงมาที่ร้านสะดวกซื้อ คิดเป็นร้อยละ 16.3 ที่ตลาด ร้อยละ 4.0 ประชาชนส่วนใหญ่ใช้แอปพลิเคชันไทยชนะมีจุดประสงค์เพื่อความปลอดภัย 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, การศึกษามีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6 การศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยด้านข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ มีผลต่อการสวมหน้ากากตลอดเวลาในที่สาธารณะเป็นประจำที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดย ผู้หญิงมีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองครบตามมาตรการ DMHTT มากกว่าผู้ชาย 1.35 เท่า (95%CI = 1.24-1.47) สอดคล้องกับ ปิยะนันท์ เรือนคำ และคณะ (2565) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชากรผู้ใหญ่: กรณีศึกษาเขตจอมทอง กรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ เพศ ซึ่งเพศหญิงมีส่วนของพฤติกรรมการป้องกันที่ดีต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากกว่าเพศชาย และสอดคล้องกับ สมควร ยางสูง (2567) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนอำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศหญิง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อาจเนื่องมาจาก เพศหญิงจะมีการรับรู้ความเสี่ยงของโรค มีความตื่นตัวในการใช้มาตรการป้องกันโรคมีความใส่ใจและเคร่งครัดในเรื่องสุขภาพ มากกว่าเพศชาย ทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่แตกต่างจากเพศชาย ยกตัวอย่างเช่น การทำความสะอาดมือหลังจากเข้าห้องน้ำที่แตกต่างจากเพศชาย การเลือกใช้หน้ากากอนามัยซึ่งเพศหญิงเลือกที่จะไม่ใช้หน้ากากอนามัยซ้ำเพราะกลัวความสกปรก และเพศชายอาจเป็นกลุ่มเป้าหมายในการเสริมสร้างพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับการศึกษามีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ สิทธิชน จันทรแพง (2563) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของประชาชนอำเภอปากท่อ จังหวัดราชบุรี พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อาจเป็นเพราะการระบาดและความรุนแรงของโรค ไม่จำกัดว่าจะได้รับการศึกษาสูงแค่ไหน ก็มีอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ทุกคนหากไม่มีการป้องกันที่รัดกุมและมีประสิทธิภาพ

5.2.3 ครั้งที่สำรวจพฤติกรรมการป้องกันตนเอง มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6 พบว่า ผู้ที่ทำการสำรวจครั้งที่ 9-10 หรือช่วงการระบาดรอบสาม และการสำรวจครั้งที่ 4-8 หรือช่วงการระบาดรอบสอง 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 สอดคล้องกับ 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 2020 ถึง 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 ออสเตรเลีย สาธารณรัฐเช็ก สโลวีเนีย เป็นต้น เมื่อเวลาผ่านไปแนวโน้มการสวมหน้ากากอนามัย

โดยบุคคลที่มาจากประเทศส่วนใหญ่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในยุโรปเหนือ มีแนวโน้มที่จะสวมหน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ในที่สาธารณะน้อยกว่าบุคคลในญี่ปุ่นอย่างมีนัยสำคัญ

5.2.4 ความรู้สึกต่อสถานการณ์โรคโควิด 19 มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ COVID-19 ของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 6 พบว่า ผู้ที่รู้สึกกังวลมากต่อสถานการณ์การแพร่ระบาด มีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองครบตามมาตรการ DMHTT มากกว่าผู้ที่รู้สึกเฉย ๆ ไม่กังวล 1.25 เท่า (95%CI = 1.05-1.50) สอดคล้องกับ อภิชาติ อินทเจริญ และคณะ⁴⁰ ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองคอหงส์ จังหวัดสงขลา จำนวน 381 คน พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพและรายได้ต่อเดือน ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การได้รับอิทธิพลระหว่างบุคคล และการได้รับข้อมูลข่าวสาร สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองคอหงส์ จังหวัดสงขลา ได้ร้อยละ 31.1 ($R^2 = .311$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากที่สุด คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ($R^2 = .242$, $p = .000$)

5.3 ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1. ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรการ/แนวทางการป้องกันตนเองของกรมอนามัย (DMHTT) ที่ครอบคลุมมีคุณภาพ
2. ขับเคลื่อนการสร้างความรู้ การเฝ้าระวังและป้องกันตนเองให้ห่างไกลจากโรคโควิด 19

ข้อเสนอเชิงปฏิบัติการ

1. พัฒนาระบบ กลไกการเฝ้าระวัง การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและทรัพยากรด้านสาธารณสุข เพื่อป้องกันตนเองให้ห่างไกลจากโรคโควิด 19
2. สนับสนุนสื่อ องค์ความรู้ ทักษะการป้องกันตนเองของกรมอนามัย (DMHTT) ให้กับประชาชน และเครือข่ายเขตสุขภาพที่ 6

ข้อเสนอสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป

ควรติดตามผลของมาตรการ DMHTT ในระยะยาวอย่างต่อเนื่อง และศึกษาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด 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. Guqian 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. 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
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. สุรัชย์ 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, from <https://thailand.un.org/th/50830-karpraeminphlkrathbcakokhwid-19-xphakhxutsahkrmithy>
16. สำนักงานคณะกรรมการนโยบายเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก. เกี่ยวกับ EEC. 2562. ค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2564, จาก www.eeco.or.th
17. การนิคมอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย. เขตเศรษฐกิจพิเศษ. 2558. ค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2564, จาก 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 ในข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 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. ธนวรรณ อัมสมบุญ. 2546. พฤติกรรมสุขภาพและการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. เอกสารการสอนชุดวิชาสุขภาพและการประชาสัมพันธ์งานสาธารณสุข. หน่วยที่ 1-8. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. พิมพ์ครั้งที่ 2. บริษัทประชุมช่างจำกัด, กรุงเทพฯ.
26. ตฤไล จำปาวัลย์. ความวิตกกังวลตามสถานการณ์. วารสารพุทธจิตวิทยา ปีที่3 ฉบับที่1 (มกราคม-มิถุนายน 2561) หน้า 13-20.
27. จำลอง ดิษยวณิช.(2522). จิตเวชศาสตร์. เชียงใหม่: พระสิงห์การพิมพ์.
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 เกี่ยววกักแก้ว.(2527). แนวคิดพื้นฐานทางการพยาบาลจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: โรงพิมพ์ป๋อง.
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 aboutaffect, 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 relation-ship between risk perception and health behavior: The exampleof 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 usingnumerical and affective risk perceptions: The case of A/H1N1influenza.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. สมบุญ ขอสกุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้หน้ากากอนามัยแบบผ้าในการป้องกันโควิด-19 ของประชาชน ในจังหวัดปทุมธานี. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. พฤษภาคม - สิงหาคม 2564 ปีที่ 35 ฉบับที่ 2. หน้า 22-38.

40. อภิชาติ อินทเจริญ และคณะ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองคอหงส์ จังหวัดสงขลา. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน. ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม) – (สิงหาคม) 2564. หน้า 19-30.
41. จิตรา มุลทิ. ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย. วารสารวิชาการ สำนักงานควบคุมป้องกันโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา. ปีที่ 7 ฉบับที่ 2 เดือนกุมภาพันธ์-พฤษภาคม 2564. หน้า 5-14.
42. นภาพร ผ่องศรี และคณะ. ศึกษาทัศนคติและพฤติกรรมที่มีต่อแอปพลิเคชันไทยชนะของประชาชน ในเขตพญาไท 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, MicheleniG, Hagan CC, Mobbs D. 2020 Changes in riskperception and self-reported protective behaviourduring the first week of the COVID-19 pandemicin 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. Guiqian 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 ONE*16(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. สาริโรจน์ นาคจุ (2564). พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของประชาชน ในกรุงเทพมหานคร (Preventive behaviors of Coronavirus disease-2019 (COVID-2019) of people in Bangkok). คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
66. จงกลณี ตัญเจริญ และคณะ. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.). วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์. ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2565)
67. ปิยะนันท์ เรือนคำ และคณะ (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชากรผู้ใหญ่: กรณีศึกษาเขตจอมทอง กรุงเทพมหานคร.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

ใบรับรองโครงการวิจัย

ใบรับรองโครงการวิจัย

รหัสโครงการวิจัย 481/2564	
เรื่อง ศึกษาพฤติกรรม การป้องกันตนเองในช่วงเผชิญภาวะวิกฤติ 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	
ผู้วิจัยหลัก นางศิริพร จริยาจิรวัฒนา	
เป็นการพิจารณาโครงการวิจัยแบบเร่งรัด	☒ ใช่ ☐ ไม่ใช่
เป็นการพิจารณาโครงการวิจัยแบบปกติ	☐ ใช่ ☒ ไม่ใช่
ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ครั้งนี้	
☒ รับรอง วันที่พิจารณารับรอง 20 กรกฎาคม 2564	
โครงการวิจัย 481	ฉบับที่.....1..... วันที่ 20 กรกฎาคม 2564.....
เครื่องมือ (ระบุ) RF09-10.1-478	ฉบับที่.....1..... วันที่ 20 กรกฎาคม 2564.....
 กรมอนามัย MINISTRY OF PUBLIC HEALTH	
ลงนาม <u>นายสมพงษ์ ชัยโอภาณนท์</u> (นายสมพงษ์ ชัยโอภาณนท์) ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ กรมอนามัย รับรองตั้งแต่วันที่ 20 กรกฎาคม 2564..... ถึงวันที่ 19 กรกฎาคม 2565.....	
หมายเหตุ - คณะกรรมการฯ ขอแจ้งเกี่ยวกับหน้าที่และความรับผิดชอบของผู้วิจัยภายหลังได้รับการรับรอง คือ ต้องรายงานความก้าวหน้าของ การวิจัยให้คณะกรรมการฯ ทราบทุก 6 เดือน (RF13-01) และเมื่อเกิดเหตุการณ์ต่อไปนี้ ทุกครั้ง ได้แก่ 1)เมื่อมีอาการไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นในโครงการ หากเป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรงต้องรายงานให้คณะกรรมการฯ ทราบโดยเร็ว และให้ผู้วิจัยวิเคราะห์สถานการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์ว่าเกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยที่ท่านรับผิดชอบหรือไม่ อย่างไร หากเกี่ยวข้องในระดับใด รวมทั้งการดูแลรักษาและป้องกันอาสาสมัครด้วย (RF18-01, RF18-02) 2)เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงในโครงการวิจัยต้องระบุให้ชัดเจนว่า มีการเปลี่ยนแปลงอะไร อย่างไร พร้อมทั้งเหตุผลที่เปลี่ยนแปลง เพื่อขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการฯ ก่อน (RF12-01) 3)เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงหัวหน้าโครงการวิจัยหรือเพิ่มเติมคณะผู้วิจัย ต้องส่งประวัติของคนที่เปลี่ยนแปลง พร้อมทั้งเหตุผลให้ คณะกรรมการฯ เพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบก่อน 4)เมื่อโครงการวิจัยยุติลง ซึ่งอาจจะเป็นการดำเนินการวิจัยเสร็จสมบูรณ์ หรืออาจจะไม่สามารถดำเนินการวิจัยต่อไปได้ พร้อมทั้งสาเหตุ ของการยุติโครงการวิจัยด้วย (RF14-01)	

ภาคผนวก ข

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 ระดับการศึกษาสูงสุด

☐ 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

() ไม่ทำเลย () ทำบางครั้ง () ทำเป็นประจำ

3.1.2 ล้างมือด้วยสบู่และน้ำ หรือเจลแอลกอฮอล์

() ไม่ทำเลย () ทำบางครั้ง () ทำเป็นประจำ

3.1.3 รักษาระยะห่าง และใช้เวลาพบปะผู้อื่นให้สั้นที่สุด

() ไม่ทำเลย () ทำบางครั้ง () ทำเป็นประจำ

3.1.4 ตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ที่มีจุดตรวจวัดไข้

() ไม่ทำเลย () ทำบางครั้ง () ทำเป็นประจำ

3.1.5 ลงทะเบียน “ไทยชนะ” หรือบันทึกชื่อก่อนเข้าสถานที่ต่าง ๆ

() ไม่ทำเลย () ทำบางครั้ง () ทำเป็นประจำ

3.1.6 ปฏิบัติกรรมป้องกันครบตามมาตรการ DMHTT

() ไม่ทำเลย/ ทำบางครั้ง และบางมาตรการ () ทำเป็นประจำครบตามมาตรการ DMHTT