

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทัศนคติและพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของประชาชนที่อาศัยในชุมชนเมือง

Knowledge, Attitude, and Covid-19 Prevention Behavior Among Residents Living in Urban Communities

ตรีอมร วิสุทธิศิริ, เวสารัช สรรพอาษา, เกษรินทร์ ศิริชวนจันทร์
สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

*Treeamorn Visuttisiri, Wasaruch Suppa-asa, Ketsarin Sirichuanjun
Institute for Urban Disease Control and Prevention*

Received 2021Dec 28, Revised 2022 Jan 25, Accepted 2022 Jan 26

บทคัดย่อ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โรคโควิด 19) เป็นโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ เกิดจากเชื้อไวรัส Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) ประเทศไทยค่อนข้างประสบความสำเร็จในการยับยั้งการแพร่ระบาดตลอดปี พ.ศ. 2563 ซึ่งมีการระบาดจำนวน 3 ระลอก การศึกษาภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาในระดับของความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 และ ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการติดเชื้อโรคโควิด 19 กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโควิด 19 ของประชาชนที่อาศัยในชุมชนเมือง เขตบางเขน กรุงเทพมหานคร จำนวน 396 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโรคโควิด 19 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ระดับสูงร้อยละ 50 มีระดับทัศนคติเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ระดับสูงร้อยละ 60.86 และมีระดับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ระดับกลาง ร้อยละ 64.65 จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับโรคโควิด 19 กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 พบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 $p \text{ value} = 0.010^*$, $r = 0.129$ ซึ่งระดับความรู้ และระดับทัศนคติอยู่ในระดับสูง แต่ยังคงมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค ดังนั้นการสื่อสารประชาสัมพันธ์ต้องสร้างความตระหนัก ไม่ใช่สร้างความตระหนก และการสื่อสารประชาสัมพันธ์ต้องมีความสอดคล้อง ไม่ขัดแย้ง น่าเชื่อถือเพื่อไม่ให้เกิด

ความสับสน และต้องมีมาตรการรองรับ หรือมีการให้บริการหลังจากเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ในส่วนระดับ
พฤติกรรม การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ในระดับกลาง จึงควรจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการเกิด
พฤติกรรม ก็จะสามารถส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมที่ดีอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนได้

คำสำคัญ: ความรู้, ทักษะ, พฤติกรรม, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Abstract

The COVID-19 pandemic is an ongoing global pandemic of coronavirus disease 2019 (COVID-19) caused by severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2). Thailand has been quite successful in suppressing the epidemic throughout 2020, with three outbreaks. This cross-sectional study research aims to examine levels of knowledge, attitudes, and preventive behaviors of COVID-19. The associations between knowledge and attitudes about COVID-19 and preventive behaviors of COVID-19. The representative sample were 396 persons living in urban communities, Bang Khen District, Bangkok. The data were collected by using a questionnaire knowledge, attitudes and preventive behaviors of COVID-19. The data were analyzed using descriptive statistics by Pearson's correlation, shows that :Most of them had high level of knowledge about COVID-19 = 50 %, high level of attitude about COVID-19 = 60.86 % and medium level preventive behaviors of COVID-19 = 64.65 %. Attitudes toward COVID-19 are positively and significantly related to preventive practices of COVID-19 at $p = 0.010$, $r=0.129$ Knowledge level and attitude level were high, but there was still concern about the disease. Therefore, the announcement must create awareness. Do not create panic. It must be consistent, non-conflicting, and reliable to avoid confusion and must have measures to support or the service is available after the announcement. The level of preventive behaviors related to COVID-19 at the middle level, environment should be arranged to facilitate the behavior. It will be able to promote good behavior continuously and sustainably.

Keyword: Knowledge, Attitude, Behavior, Coronavirus disease 2019

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โรคโควิด 19) เป็นโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ เกิดจากเชื้อไวรัส Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) ซึ่งมีการระบาดไปทั่วโลกและพบมีการระบาดภายในประเทศ (local transmission) เพิ่มขึ้นหลายประเทศ องค์การอนามัยโลกได้ประเมินสถานการณ์ จึงพบว่าการระบาดของโรคโควิด 19 แพร่กระจายได้อย่างรวดเร็ว ในวันที่ 30 มกราคม 2563 องค์การอนามัยโลกจึงได้ประกาศให้โรคโควิด 19 เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern) และแนะนำทุกประเทศให้เร่งรัดการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค¹ ในทวีปเอเชียประชากร 5 ลำดับแรกของประเทศที่มีผู้ติดเชื้อสูงสุด คือ ประเทศอินเดีย (34,747,913 คน) รองลงมาคือประเทศอินโดนีเซีย (4,260,677 คน) ประเทศฟิลิปปินส์ (2,837,730 คน) ประเทศมาเลเซีย (2,721,544 คน) และประเทศไทย (2,196,529 คน) ตามลำดับ⁽²⁾ ส่งผลให้ประเทศไทยมีการประกาศให้โรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID -19)) เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558⁽³⁾ ในประเทศไทย พบการระบาดของโรคโควิด 19 เป็นวงกว้าง โดยระบาดเป็นระยะเวลา 3 ระลอกตั้งแต่เดือนมกราคม 2563 จนถึงปัจจุบัน 4 ระลอกที่ 2 อยู่ในช่วงระหว่างวันที่ 19 ธันวาคม 2563 - 1 เมษายน 2564 ระลอกที่ 3 ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2564 จนถึงปัจจุบัน โดยจุดเริ่มต้นอยู่ที่กรุงเทพมหานคร⁽⁴⁾ จึงกำหนดให้กรุงเทพมหานครเป็นพื้นที่เสี่ยงควบคุมสูงสุดและเข้มงวดที่จำเป็นจะต้องยกระดับมาตรการในการป้องกันและควบคุม

การแพร่ระบาด จึงได้มีประกาศสั่งปิดสถานที่เป็นการชั่วคราว⁽⁵⁾

ซึ่งจากการแถลงการณ์ของศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด (ศบค.) วันที่ 29 เมษายน 2564 พบว่าในกรุงเทพมหานครมีผู้ติดเชื้อโควิด 19 รายใหม่กระจายตัวทั้ง 50 เขต เขตบางเขนพบมากที่สุดจำนวน 18 ราย เขตภาษีเจริญ 11 รายเขต พญาไท 11 ราย6 และในวันที่ 22 พฤษภาคม 2564 ตลาดขนาดใหญ่ในเขตบางเขนพบผู้ติดเชื้อจำนวนมากถึง 100 ราย 7 ซึ่งนอกจากเป็นเขตที่มีการพบผู้ติดเชื้อโควิด 19 จำนวนมากแล้วยังพบว่า จากการจัดแบ่งเขตชุมชน เขตบางเขน มีประชากรหนาแน่นจำนวน 64,996 คน และมีชุมชนเมืองมากที่สุดคือ 77 ชุมชน รองลงมาคือเขตบางซื่อ 50 ชุมชน และเขตจตุจักร 42 ชุมชนตามลำดับ8 ชุมชนเมืองมีความซับซ้อน ประชากรอยู่อย่างหนาแน่นแออัด ซึ่งที่พักอาศัยในกรุงเทพมหานคร มีการแบ่งประเภทเป็น 5 ชุมชน ตามระเบียบกรุงเทพมหานครว่าด้วยชุมชนและกรรมการชุมชนพ.ศ. 25649 คือ

1. ชุมชนแออัด คือมีลักษณะบ้านเรือนหนาแน่น ประชากรอยู่อย่างแออัด
2. ชุมชนเมืองคือ มีลักษณะของบ้านเรือนอยู่รวมกันค่อนข้างหนาแน่นแต่ไม่แออัด มีสาธารณูปโภค การคมนาคมสะดวก
3. ชุมชนอาคารสูง คือ มีสภาพเป็นแฟลต คอนโดมิเนียม อพาร์ทเมนต์ หรืออาคารที่มีลักษณะเดียวกัน
4. ชุมชนชานเมือง คือ ชุมชนที่มีพื้นที่ด้านเกษตรกรรม และชุมชนที่มีบ้านเรือนอยู่รวมกัน
5. ชุมชนรูปแบบพิเศษ คือนอกเหนือจาก 4 ประเภท คือ มีวัด โรงเรียน โรงพยาบาล หมู่บ้านจัดสรรและสถานประกอบการ

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ความรู้ และทัศนคติของประชาชนจะส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกัน ควบคุมโรค⁽¹⁰⁾ ดังนั้น การจะควบคุมการระบาดของโรคได้ ประชาชนต้องมีพฤติกรรมที่เหมาะสมจึงจะควบคุมการระบาดได้ การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์ดังนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับโรคโควิด 19 และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 ของประชาชนที่อาศัยในชุมชนเมือง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับโรคโควิด 19 กับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 ของประชาชนที่อาศัยในชุมชนเมือง

วิธีการศึกษา

การวิจัยแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง เขตบางเขน จังหวัดกรุงเทพมหานคร การสุ่มกลุ่มตัวอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จำนวน 396 คน คำนวณโดยสูตรการหาขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Taro Yamane เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และมีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.8

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูปทางสถิติ (SPSS version 18) โดยการวิเคราะห์หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation coefficient) โดยกำหนดค่าระดับความสัมพันธ์จากค่า r ระหว่าง .01-20 หมายถึง ระดับต่ำมาก ระหว่าง .21-40 หมายถึง ระดับต่ำ ระหว่าง .41-60 หมายถึง ระดับปานกลาง ระหว่าง .61 -80 หมายถึง ระดับสูง มากกว่า .80 หมายถึง ระดับสูงมาก กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 05 ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น คือ การแจกแจงเป็นโค้งปกติของข้อมูลด้วย normal probability plot พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 396 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 79.04 มีอายุอยู่ในช่วง 20-29 ปี ร้อยละ 28.20 ส่วนใหญ่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 81.82 ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 92.93 ส่วนใหญ่ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 51.77 ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด ร้อยละ 48.48 ส่วนใหญ่ไม่ระบุอาชีพ (อื่นๆ) ร้อยละ 37.37 ส่วนใหญ่มีรายได้ 10,000-15,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 45.71 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 77.53 รายละเอียด ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของลักษณะข้อมูลทั่วไปของประชาชนในชุมชนเขตเมือง กรุงเทพมหานคร (n=396)

รายการ		จำนวน	ร้อยละ
เพศ			
	ชาย	83	20.96
	หญิง	313	79.04
อายุ			
	<20	58	14.65
	20-29	112	28.20
	30-39	99	25.00
	40-49	92	23.23
	50-59	35	8.84
แอลกอฮอล์			
	ไม่ดื่ม	324	81.82
	ดื่ม	72	18.18
บุหรี่			
	ไม่สูบ	368	92.93
	สูบ	28	7.07
ระดับการศึกษา			
	ไม่ได้เรียน	2	0.51
	ประถมศึกษา	20	5.05
	มัธยมศึกษา	97	24.49
	ปริญญาตรี	205	51.77
	สูงกว่าปริญญาตรี	72	18.18
สถานภาพสมรส			
	สมรส	164	41.41
	โสด	192	48.48
	หม้าย	18	4.55
	หย่า	22	5.56

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
ข้าราชการ	54	13.64
รัฐวิสาหกิจ	36	9.09
ค้าขาย	42	10.61
รับจ้าง	82	20.71
นักศึกษา	13	3.28
อาชีพอิสระ	21	5.30
อื่นๆ (ไม่ระบุ)	148	37.37
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
<10,000	34	8.59
10,000-15,000	181	45.71
15,001-20,000	33	8.33
20,001-25,000	15	3.79
25,001-30,000	35	8.84
>30,000	98	24.75
โรคประจำตัว		
ความดันโลหิตสูง	44	11.11
เบาหวาน	20	5.05
โรคภูมิแพ้	20	5.05
โรคหัวใจ	5	1.26
ไม่มี	307	77.53

ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคโควิด 19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ในระดับสูง ช่วงคะแนน 13-18 คะแนน จำนวน 198 ราย ร้อยละ 50 (ตารางที่ 2) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ในระดับสูง ช่วงคะแนน 7-10 คะแนน จำนวน 241 ราย ร้อยละ 60 (ตารางที่ 3) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ในระดับกลาง ช่วงคะแนน 4-7 คะแนน จำนวน 256 ราย ร้อยละ 64.65 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 2 ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19

คะแนน	จำนวน	ร้อยละ
มีความรู้ระดับต่ำ (0-5 คะแนน)	2	0.51
มีความรู้ระดับกลาง (6-12 คะแนน)	196	49.49
มีความรู้ระดับสูง (13-18 คะแนน)	198	50.00

ตารางที่ 3 ระดับทัศนคติเกี่ยวกับโรคโควิด 19

คะแนน	จำนวน	ร้อยละ
มีทัศนคติระดับต่ำ (0-3 คะแนน)	6	2.00
มีทัศนคติระดับกลาง (4-6 คะแนน)	149	38.00
มีทัศนคติระดับสูง (7-10 คะแนน)	241	60.00

ตารางที่ 4 ระดับพฤติกรรม การปฏิบัติตัวป้องกันโรคโควิด 19

คะแนน	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรม การปฏิบัติตัวป้องกันโรคโควิด 19 ระดับต่ำ (0-3 คะแนน)	36	9.09
พฤติกรรม การปฏิบัติตัวป้องกันโรคโควิด 19 ระดับกลาง (4-7 คะแนน)	256	64.65
พฤติกรรม การปฏิบัติตัวป้องกันโรคโควิด 19 ระดับสูง (8-11 คะแนน)	104	26.26

ความสัมพันธ์ระหว่างระดับ ความรู้ ทัศนคติ กับพฤติกรรม การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคโควิด 19 พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) ทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การปฏิบัติตัวป้องกันโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .129$) รายละเอียด ดังแสดงในตาราง 5

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่าง ความรู้ ทัศนคติ กับพฤติกรรม การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคโควิด 19

ปัจจัย	r	p-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19	0.318	0.050
ทัศนคติเกี่ยวกับโรคโควิด 19	0.129	0.010*

*p-value < 0.05

อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

1. กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้ในระดับสูง ($\bar{x} 2.49 = SD = .51$) ส่วนมากมีอายุระหว่าง 20-29 ปี ร้อยละ 28.30 ซึ่งเป็นวัยทำงาน ที่มีการใช้สื่อโซเชียลมากที่สุด สอดคล้องกับสำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้ทำการสำรวจ ปี 2563 พบว่าวัยทำงานที่มีการใช้โซเชียลมากที่สุด คือกลุ่มอายุ 15 - 24 ปี ร้อยละ 98.4 รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 25 - 34 ปี ร้อยละ 97.3 และกลุ่มอายุ 35 - 49 ปี ร้อยละ 90.6 ตามลำดับ⁽¹¹⁾ จากสถานการณ์ การระบาดของโรคโควิด 19 รัฐบาลมีมาตรการ ให้ประชาชนต้องหยุดอยู่บ้าน หยุดเชื้อเพื่อชาติ ทำให้การสื่อสารเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ อนามัย สิ่งแวดล้อมให้กับประชาชน ผ่านช่องทางต่างๆ โดยเฉพาะสื่อสมัยใหม่ จึงได้รับความนิยมอย่างมาก⁽¹²⁾ จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างซึ่งอยู่ในวัยทำงาน มีความรู้ในระดับสูง จากการเรียนรู้ในเรื่อง การดูแลภาวะสุขภาพผ่านโซเชียล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปราณี อ่อนศรี ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีความรู้ในระดับสูงได้ผ่านการเรียนรู้ในเรื่อง การดูแลภาวะสุขภาพ เกิดความจำได้โดยอาจจะเป็นการนึกได้ การมองเห็น ได้ยิน ได้จำ หรือจำได้⁽¹³⁾ การที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ระดับสูง อาจเป็นผลมาจากการให้ข้อมูลข่าวสารจาก ศบค.ที่มีการให้ข้อมูลข่าวสารในหลายช่องทาง อย่างต่อเนื่องและทันต่อเหตุการณ์ทุกวัน

2. กลุ่มตัวอย่างมีระดับทัศนคติของอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} 2.59 = SD = .52$)

แนวคิดและทฤษฎี K A P ให้ความสำคัญกับ 3 ตัวแปรคือ knowledge (K) attitude (A) Practice (P) กล่าวหาว่าความรู้ ทัศนคติและการ

ปฏิบัติมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน คือความรู้มีผลต่อทัศนคติและทัศนคติที่ดีจะช่วยให้เกิดการปฏิบัติที่ดีความรู้จึงมีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยเชื่อว่าทัศนคติจะเป็นตัวกลางทำให้เกิดการปฏิบัติตามความรู้นั้น⁽¹⁴⁾ จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้สูง อีกทั้ง ร้อยละ 51.77 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี จึงส่งผลให้เกิดทัศนคติที่สูงตามไปด้วยแต่เมื่อพิจารณาในรายข้อพบว่า ข้อที่มี คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ผู้ที่ติดเชื้อโควิด 19 แต่ไม่มีอาการไข้ ไม่สามารถส่งต่อเชื้อไวรัสให้คนอื่นได้ ($M = .24$) ซึ่งประเด็นนี้ ถ้าประชาชนขาดความรู้ ควรมีการประชาสัมพันธ์เน้นย้ำให้ความรู้กับประชาชนให้มากขึ้นเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการระบาดของโรคโควิด 19 มากขึ้น

3. กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมระดับกลาง ($\bar{x} 2.17 = SD = .57$)

ระดับความรู้และทัศนคติระดับสูงแต่ระดับพฤติกรรมระดับกลาง อาจจะเป็นเพราะว่าการจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้นั้นต้องมี องค์ประกอบทั้งที่เป็นปัจจัยภายใน และภายนอกตัวบุคคล คือ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) หมายถึง ปัจจัยภายในตัวบุคคลที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรม เช่น เพศ อายุ การศึกษา เป็นต้น ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) หมายถึง ผลสะท้อนกลับที่บุคคลได้รับ หรือคาดว่าจะได้รับการแสดงพฤติกรรม เช่น การได้รับการฝึกอบรม ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) หมายถึง สภาพของสิ่งแวดล้อมที่จะเลือกให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมีหรือมีพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ทั้ง 3 ปัจจัยจำเป็นต้องใช้ร่วมกันเพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสม⁽¹⁴⁾

จากการศึกษารายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 65 ที่มีคะแนนปานกลาง คือ นั่งกินข้าวร่วมวงกับเพื่อน หรือคนในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับ ผลการสำรวจของกรมอนามัย เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล (Universal Prevention) โดย พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 66.90 นั่งกินข้าวร่วมกับเพื่อนร่วมงาน⁽⁹⁾ ดังนั้นควรมีการเพิ่ม ปัจจัยเสริม คือ องค์กรจัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อสร้างความตระหนัก เช่น ฝึกทักษะการล้างมือที่ถูกต้อง การสวมใส่หน้ากากอนามัย มีการประชาสัมพันธ์ตามสถานที่ต่างๆ ที่ประชาชน มองเห็นได้อย่างชัดเจน ต่อเนื่องสม่ำเสมอ เช่น สื่อโทรทัศน์ สื่อในรถไฟฟ้ายานพาหนะประชาสัมพันธ์ต่างๆ ปัจจัยเอื้อจัดสิ่งแวดล้อมให้อื้อสวดกกับการเกิดพฤติกรรม เช่น จัดสถานที่นั่งรับประทานอาหารโดยการแบ่งกันเป็นสัดส่วน มีระยะห่าง จัดอาหารกล่องแยกอย่างชัดเจน จัดเวลารับประทานอาหารเหลื่อมเวลา เป็นต้น

4. ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับโรคโควิด 19 กับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคโควิด พบว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวป้องกันโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 $r = .129$ จากการพิจารณารายข้อด้านทัศนคติพบว่า ข้อที่มีคะแนนสูงที่สุด ร้อยละ 94 ตอบว่าโรคโควิด 19 สามารถป้องกันได้ดีที่สุดด้วยตนเอง ร้อยละ 72 ตอบว่า เมื่อท่านทราบว่าท่านติดเชื้อโควิด 19 ท่านรู้สึกท้อแท้ และ ร้อยละ 70 ตอบว่าโรคโควิดเป็นโรคน่ากลัวตามลำดับ ถึงแม้มีความ

มั่นใจว่าสามารถป้องกันได้ด้วยตนเองแต่ก็ยังมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค เพราะ องค์การอนามัยโลกประกาศโรคโควิด 19 ระบาดใหญ่ (Coronavirus Pandemic) พบผู้ป่วยรายใหม่ทั่วโลกเพิ่มขึ้นวันละประมาณ 3,000-4,000 ราย มีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นวันละประมาณ 200-300 ราย อัตราการเสียชีวิตจากโรคประมาณร้อยละ 3.503 ทำให้ส่งผลเกิดความหวาดกลัวดังนั้น การสื่อสารประชาสัมพันธ์ต้องสร้างความตระหนัก ไม่ใช่สร้างความตระหนักให้กับประชาชน ว่ามีมาตรการ ต่างๆ เช่น การเว้นระยะห่างทางสังคม การสวมใส่หน้ากากอนามัย เป็นต้น อีกทั้งการสื่อสารประชาสัมพันธ์ต้องมีความสอดคล้อง ไม่ขัดแย้งและ น่าเชื่อถือเพื่อไม่ให้เกิดความสับสน อีกทั้งต้องมีมาตรการรองรับ หรือมีการให้บริการหลังจากเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ก็จะสามารถลดความวิตกกังวลลงได้

ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือ สถานการณ์การระบาดของ โรคโควิด 19 ทำให้ต้องลดการสัมผัสของการใช้กระดาษ ไม่สามารถเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างได้โดยตรง จึงต้องมีการตอบแบบสอบถามออนไลน์ผ่านแอปพลิเคชัน จึงอาจไม่เป็นตัวแทนของประชากรทุกกลุ่มได้ และไม่มีผู้สูงอายุเนื่องจากส่วนใหญ่ไม่มี โทรศัพท์รุ่นที่สามารถรองรับแอปพลิเคชันได้ และไม่สะดวกในการตอบแบบสอบถามในโทรศัพท์

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

ตรียมร วิสุทธิศิริ, เวสารัช สรรพอาษา, เกษรินทร์ ศิริชวนจันทร์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) ของประชาชนที่อาศัยในชุมชนเมือง. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง 2564; 6(2): หน้า 192-202.

Suggested citation for this article

Visuttisiri T., Suppa-asa W., Sirichuanjun K. Knowledge, Attitude, and Covid-19 Prevention Behavior Among Residents Living in Urban Communities. Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal 2021; 6(2): page 192-202.

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 .[เข้าถึงเมื่อ 30 สิงหาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/situation.php>
2. Thailand Development Research Institute (TDRI). การแพร่ระบาดระลอก 3 สถานการณ์ผลกระทบและทางออกเชิงนโยบาย. [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 10 พฤษภาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://tdri.or.th/2021/05/covid-119/>
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินกรณีการระบาดโรคโควิด19 ในประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 30 เมษายน 2564]. เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_other/g_other05.pdf
4. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มาตรการสาธารณสุข และปัญหาอุปสรรคการป้องกันควบคุมโรคในผู้เดินทาง. [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 30 สิงหาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/2017420210820025238.pdf>
5. กรุงเทพมหานคร. ประกาศกรุงเทพมหานคร เรื่องสั่งปิดสถานที่เป็นการชั่วคราว (ฉบับที่ 26) [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 30 เมษายน 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://www.pr-bangkok.com/th/news/detail/19/4478>.
6. กรุงเทพมหานคร. จำนวนผู้ติดเชื้อแต่ละเขตในพื้นที่กรุงเทพมหานครประจำวัน ที่ 29 เมษายน 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 . [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 30 เมษายน 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://www.prachachat.net/general/news-658472>
7. ประกาศตลาดยิ่งเจริญ. ประกาศตลาดยิ่งเจริญเรื่องเลื่อนเปิดการให้บริการประจำวัน ที่ 20 พฤษภาคม 2564. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 .[เข้าถึงเมื่อ วันที่ 30 พฤษภาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://www.thansettakij.com/general-news/481181>

8. กองนโยบายและแผนงาน สำนักงานการวางผังและพัฒนาเมือง กรุงเทพมหานคร (2561). **สถิติข้อมูลชุมชนในเขตกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2561**. [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 30 พฤษภาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://webportal.bangkok.go.th/upload/user/00000354/plan/report/07.pdf>
9. ราชกิจจานุเบกษา. **ระเบียบกรุงเทพมหานคร ว่าด้วยชุมชนและกรรมการชุมชนที่ตั้งชุมชน พ.ศ. 2564**. [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 30 มิถุนายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER9/DRAWER041/GENERAL/DATA0008/00008668.PDF>
10. Dong, E., Du, H., & Gardner, L. (2020). **An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time**. The Lancet Infectious Diseases, 20(5), 533-534. doi: 10.1016/S1473-3099(20)30120-1.
11. องค์การ ประจันเขต . **ความรู้ ทักษะคติ และการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของนักเรียนโรงเรียนเขาเพิ่มนารีผลวิทยา อ.บ้านนา จ.นครนายก**. เวชสารแพทย์ทหารบก 2555; 65 :159-165
12. กรมอนามัย . **วิธีป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล (Universal prevention) ที่ประชาชนทำได้น้อยที่สุด**. [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 30 กันยายน 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://multimedia.anamai.moph.go.th/news/030964/>
13. ปราณี อ่อนศรี* **ความรู้ ทักษะคติ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของนักเรียนพยาบาล กองทัพบก วารสารพยาบาลทหารบก 2559; 17 : 158- 167**.
14. นรลักษณ์ เอื้อกิจ, ลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี. **การประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE MODEL ในการสร้างเสริมสุขภาพ Utilization of the PRECEDE MODEL in Health Promotion** [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 30 สิงหาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/trcnj/article/view/203249/145132>