



ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกัน โรคโควิด-19 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดอุดรธานี

ทิพธัญญา บุตรโคตร พย.ม.¹

อรุณณี ใจเที่ยง ประ.ด.²

ลัทธิ ปิยะบัณฑิตกุล ประ.ด.³

(วันรับบทความ: 16 สิงหาคม พ.ศ.2566/ วันแก้ไขบทความ: 29 กันยายน พ.ศ.2566/ วันตอบรับบทความ: 10 ตุลาคม พ.ศ.2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนา วิธีการสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ 2) ระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 และ 3) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 294 คน ในจังหวัดอุดรธานี สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม – มิถุนายน พ.ศ. 2565 เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันโรค ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) ของแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันโรคเท่ากับ 0.88 และ 0.91 ตามลำดับ และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา เท่ากับ 0.94 และ 0.90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี พฤติกรรมในการป้องกันโรคอยู่ในระดับดี ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) การมีผู้ดูแลนักเรียนเป็นหลักมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19 ของบุคคลในครอบครัวและประวัติการได้รับวัคซีนของนักเรียนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$ และ $< .01$) ตามลำดับ ดังนั้นพยาบาล บุคลากรสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมให้นักเรียนและผู้ปกครองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคและการป้องกันโรค

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

¹นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²ผู้ประพันธ์บรรณกิจ E-mail: arunja@kku.ac.th Tel: 081-9745366



The Relationship between Personal Factors, Health Literacy, and COVID-19 Preventive Behaviors among High School Students in Udon Thani Province

Tiptanya Butekote M.N.S¹

Arunnee Jaitieng PhD²

Lukawee Piyabunditkul PhD³

(Received Date: August 16, 2023, Revised Date: September 29, 2023, Accepted Date: October 10, 2023)

Abstract

This descriptive cross-sectional study aimed to examine the levels 1) of health literacy and 2) coronavirus disease 2019 (COVID-19) preventive behavior, and 3) the relationship between personal factors, health literacy, and COVID-19 preventive behavior among 294 high school students in Udon Thani Province. This study utilized a multistage random sampling method. Data collection took place from May to June 2022. The research instruments were questionnaires composed of items regarding personal information, health literacy, and COVID-19 behavior. The content validity index (CVI) of the health literacy and preventive behavior questionnaires were 0.88 and 0.91, respectively, and their Cronbach's alpha coefficients were 0.94 and 0.90, respectively. The data analysis was conducted using descriptive statistics and Pearson correlation coefficients.

The research findings revealed that students had a good overall health literacy level, as well as for COVID-19 preventive behavior. Health literacy was positively correlated with COVID-19 preventive behavior ($p < .05$). Having a caregiver had a significantly negative correlation with health literacy ($p < .05$). A history of family members contracting COVID-19 and a history of vaccination among the students were significantly positively correlated with COVID-19 preventive behavior ($p < .05$, $p < .01$). Therefore, nurses, healthcare professionals, and related organizations should promote health literacy among students and parents, as well as provide knowledge about diseases and disease prevention.

Keywords: health literacy, behavior of COVID-19 prevention, high school student

¹Master's degree student of Nursing Science program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, KhonKaen University

²Lecturer, Department of Family and Community Nursing, Faculty of Nursing, KhonKaen University

³Assistant professor, Department of Family and Community Nursing, Faculty of Nursing, KhonKaen University

²Corresponding author, arunja@kku.ac.th Tel: 081-9745366



บทนำ

การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) โดยเฉพาะในกลุ่มเด็ก วัยรุ่น และผู้ใหญ่ มักไม่แสดงอาการจึงอาจไม่ทราบว่าตนเองติดเชื้อนำไปสู่การแพร่ระบาดได้¹ โดยสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ในประเทศไทย ข้อมูลผู้ติดเชื้อ พ.ศ. 2565 มีอัตราป่วยและอัตราตาย 36,545 ราย และ 319 รายต่อล้านประชากรตามลำดับ² จังหวัดอุดรธานีมีอัตราป่วยด้วยโควิด-19 1,316 รายต่อแสนประชากร และเสียชีวิต 46 ราย เป็นจังหวัดที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตสูงสุดในระดับเขตสุขภาพที่ 8³ แม้ในภาพรวมระดับประเทศและจังหวัดอุดรธานี พบว่า ผู้ติดเชื้อในกลุ่มวัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่มีผู้ติดเชื้อน้อยกว่าช่วงวัยอื่น แต่จากการระบาดเมื่อเดือนเมษายน - สิงหาคม พ.ศ. 2564 กลับพบว่าวัยรุ่นมีการติดเชื้อโควิด-19 เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยอัตราความชุกของการติดเชื้อโควิด-19 พ.ศ. 2563 เทียบกับ พ.ศ. 2564 ในระดับประเทศเพิ่มขึ้นจาก 9.90 รายต่อแสนประชากรเป็น 751.33 รายต่อแสนประชากร และในจังหวัดอุดรธานีจาก 1.6 รายต่อแสนประชากรเป็น 90.97 รายต่อแสนประชากร⁴ ซึ่งจากการสัมภาษณ์พยาบาลผู้รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียน 3 แห่ง และครู 3 คน ในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี เมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายเป็นกลุ่มวัยที่พบการติดเชื้อมากที่สุด และถึงแม้ว่าจังหวัดอุดรธานีจะมีนโยบายเรียนออนไลน์ที่บ้าน แต่จากเส้นเวลา (Timeline) การติดเชื้อของกลุ่มวัยรุ่นในพื้นที่พบว่า วัยรุ่นยังคงนัดรวมกลุ่มเพื่อเรียนออนไลน์ ท่องเที่ยว เรียนพิเศษ นอนพักค้างคืนร่วมกัน เล่นกีฬาไม่ได้ สวมหน้ากากอนามัย และดื่มน้ำแก้วเดียวกัน⁵ ซึ่งเป็นพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 เมื่อพิจารณาพัฒนาการด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น พบว่า วัยรุ่นเป็นวัยที่รักอิสระ สนุกกับเพื่อนเป็นกลุ่ม ใช้เวลากับเพื่อนเป็นส่วนใหญ่ และอยากรู้ อยากลองตามเพื่อน⁶ ทำให้กลุ่มวัยรุ่นอาจรับเชื้อและแพร่เชื้อโควิด-19 ทั้งในรูปแบบจากบุคคลอื่นมาสู่บุคคลในครอบครัวและจากบุคคลในครอบครัวไปสู่บุคคลอื่นได้ สอดคล้องกับข้อมูลของศูนย์ควบคุมโรคติดต่อสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention: CDC) ที่พบว่า การระบาดในกลุ่มวัยรุ่นส่วนใหญ่มาจากกลุ่มที่ไปเข้าค่าย แข่งขันกีฬา และไปโรงเรียน แสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นสามารถแพร่เชื้อโควิด-19 ไปยังผู้อื่นได้เช่นกัน⁷

การแพร่ระบาดของโควิด-19 ส่งผลต่อวัยรุ่นในหลายมิติดังนี้⁸⁻¹² 1) การเรียนรู้ พบว่า สถานศึกษาหลายแห่งปรับการเรียนการสอนเป็นรูปแบบออนไลน์สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงศึกษาธิการที่เน้นการเรียนรู้ผ่านแพลตฟอร์มดิจิทัล แต่วัยรุ่นส่วนใหญ่ยังขาดการเตรียมความพร้อมในการเรียนออนไลน์ 2) เศรษฐกิจ พบว่าครอบครัวที่ยากจนไม่สามารถหาซื้ออุปกรณ์การเรียนได้ เช่น คอมพิวเตอร์ โทรศัพท์มือถือ อินเทอร์เน็ต 3) ด้านสุขภาพ พบว่าวัยรุ่นบางส่วนไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์และกลุ่มที่ติดเชื้อมีโอกาสถูกตีตราทางสังคมจากกลุ่มเพื่อนวัยเดียวกัน เช่น เรียกชื่อแบบดูแคลน และเลือกปฏิบัติ อันนำไปสู่การปกปิดข้อมูลการติดเชื้อ และ 4) แบบแผนการดำเนินชีวิต โดยประชาชนทุกช่วงวัยรวมทั้งวัยรุ่นต้องปรับตัวและดำเนินชีวิตตามแนวทางวิถีใหม่ (New normal) เช่น สวมหน้ากากอนามัยเมื่อเข้าไปยังสถานที่แออัด หมั่นล้างมือ เป็นต้น นอกจากนี้โควิด-19 ยังส่งผลให้เกิดภาวะข้อมูลระบาด บิดเบือนข่าวสารและเผยแพร่ข้อมูลอันเป็นเท็จทั้งรูปแบบออนไลน์และออฟไลน์ (Infodemic) ในเรื่องสถานการณ์การระบาด การป้องกันและรักษาโรค¹³ ส่งผลให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ เพิ่มการตีตรา นำไปสู่การปฏิบัติตามมาตรการด้านสาธารณสุขที่ไม่เหมาะสม ทำให้การรับรู้ข่าวสารและการตัดสินใจไม่ดีเกิดการปฏิบัติตนที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ¹⁴ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็นในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของโควิด-19 อย่างต่อเนื่อง¹⁵ ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะส่วนบุคคลประกอบด้วย ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่ช่วยกำหนดความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง ประยุกต์ใช้ข้อมูลเพื่อแก้ไข ส่งเสริมและรักษาสุขภาพ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2) ทักษะความรู้ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) ทักษะการจัดการตนเอง 5) ทักษะการตัดสินใจ และ 6) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ¹⁶ ถึงแม้กลุ่มวัยรุ่นอาจจะมีปฏิสัมพันธ์กับระบบบริการสุขภาพน้อยกว่าและค่ารักษาพยาบาลต่ำกว่าวัยผู้ใหญ่ แต่ถ้าวัยรุ่นส่วนใหญ่มิระดับความรู้ด้านสุขภาพในเรื่องหนึ่ง ๆ ต่ำ จะทำให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ไม่ดี ส่งผลให้เสียค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น และมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่ไม่เหมาะสม¹⁷



พฤติกรรมในการป้องกันโรค (Preventive health behavior) หมายถึง การกระทำใด ๆ ของบุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคหรือการค้นหาโรคตั้งแต่ยังไม่มีอาการ เช่น การรับวัคซีน การรับประทานอาหารปรุงสุกใหม่ การหมั่นล้างมือบ่อยครั้ง¹⁸ จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลและความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ของประเทศไทย การศึกษาในกลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ พบว่า ระดับการศึกษา และอาชีพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19^{19,20} เพศ อายุ ระดับการศึกษา ลักษณะครอบครัว ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ²¹ ผลการศึกษาในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัยของประเทศจีน พบว่า ระดับปีการศึกษา เศรษฐกิจครอบครัว สถานะสุขภาพของตนเอง การติดเชื้อของบุคคลในครอบครัว และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19²²

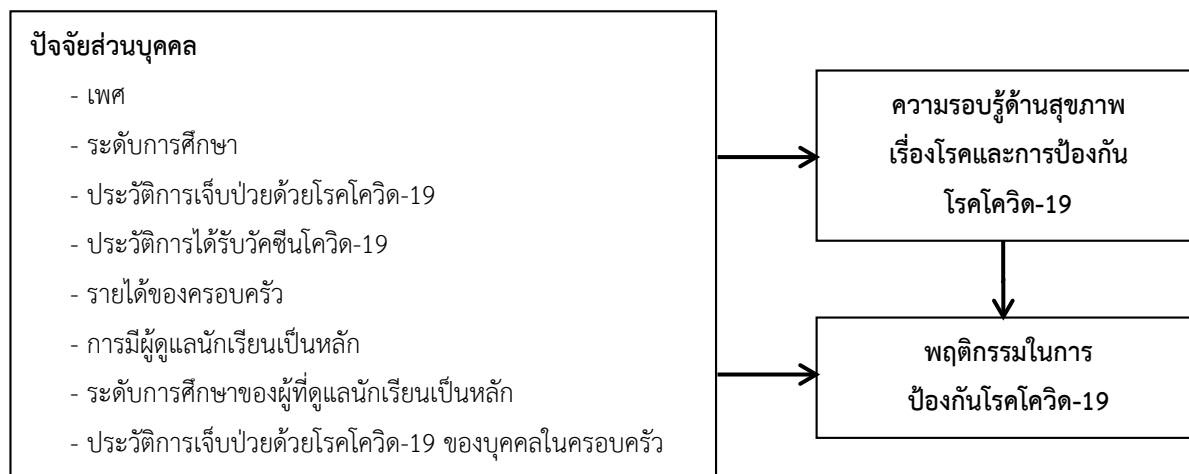
การควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายของโควิด-19 วิทยาลัยต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ติดตามข้อมูลข่าวสาร มีทักษะในการสื่อสาร ตัดสินใจ พิจารณาข้อมูลการใช้สื่อต่าง ๆ เพื่อนำไปสู่การมีพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ที่เหมาะสม และบุคลากรสุขภาพจำเป็นต้องทราบและเข้าใจปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรค ซึ่งในบริบทกลุ่มวัยรุ่นโดยเฉพาะในจังหวัดอุดรธานียังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ทั้งที่กลุ่มวัยนี้มีอัตราการติดเชื้อที่เพิ่มขึ้นเช่นเดียวกับวัยอื่น ๆ แม้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่มีมาตรการต่าง ๆ เพื่อควบคุมและป้องกันการติดเชื้อและมีนโยบายเรียนออนไลน์ก็ตาม แต่จาก Timeline การติดเชื้อยังแสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 จึงต้องการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ที่อาศัยในจังหวัดอุดรธานี เพื่อนำผลการศึกษาไปออกแบบแผนงานโครงการในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ทั้งในสถานศึกษา ชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคโควิด-19 ของกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดอุดรธานี
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดอุดรธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของกองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข²³ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบได้แก่ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 2) ทักษะความรู้ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) ทักษะการจัดการตนเอง 5) ทักษะการตัดสินใจ และ 6) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดแนวทางการพัฒนาโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพของกรมอนามัย สำหรับปัจจัยส่วนบุคคลที่คาดว่าจะสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 จำนวน 8 ตัวแปร ได้จากกรอบแนวคิดของ Manganello¹⁷ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย เพศ ระดับการศึกษา ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19 ของนักเรียน ประวัติการได้รับวัคซีนของนักเรียน รายได้ของครอบครัว การมีผู้ดูแลนักเรียนเป็นหลัก ระดับการศึกษาของผู้ที่ดูแลนักเรียนเป็นหลัก และประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19 ของบุคคลในครอบครัวสามารถสรุปกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) วิธีการสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional study) ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือน พฤษภาคม – มิถุนายน พ.ศ. 2565

ประชากร คือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อายุ 15 – 18 ปี ที่ศึกษาในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ (สามัญศึกษา) จำนวน 63 แห่ง ใน 9 สหวิทยาเขตจังหวัดอุดรธานี จำนวน 20,533 คน โดยประชากรนักเรียนจากแต่ละวิทยาเขต มีรายละเอียดดังนี้ ประชากรจากวิทยาเขตที่ 1 จำนวน 3,201 คน วิทยาเขตที่ 2 จำนวน 2,040 คน วิทยาเขตที่ 3 จำนวน 2,597 คน วิทยาเขตที่ 4 จำนวน 1,466 คน วิทยาเขตที่ 5 จำนวน 2,649 คน วิทยาเขตที่ 6 จำนวน 2,407 คน วิทยาเขตที่ 7 จำนวน 1,815 คน วิทยาเขตที่ 8 จำนวน 1,887 คน วิทยาเขตที่ 9 จำนวน 2,471 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 294 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ โปรแกรม G*Power 3.1.9.7 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าอำนาจการทดสอบ เท่ากับ .95 และเพื่อให้ได้ตัวแทนของกลุ่มตัวอย่างที่ดี ผู้วิจัยได้ศึกษาจากงานวิจัยที่คล้ายคลึงกันเรื่องความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19¹⁹ โดยอ้างอิงจากค่าความสัมพันธ์ของงานวิจัยได้ขนาดอิทธิพล เท่ากับ .426 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้น้อยกว่า 65 คน เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ คือ 1) มีภูมิลำเนาในจังหวัดอุดรธานี 2) มีความสามารถในการติดต่อสื่อสาร 3) เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายที่มีอายุระหว่าง 15 – 18 ปี ที่ศึกษาในสังกัดกระทรวงศึกษา และ 4) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยด้วยตนเองและผ่านความยินยอมจากผู้ปกครองเกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) คือ นักเรียนที่ไม่ได้อยู่ในพื้นที่ในระหว่างเก็บข้อมูล มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดอื่น และผู้ปกครองไม่ยินยอมให้เข้าร่วมงานวิจัย เนื่องจากระหว่างการเก็บข้อมูลอยู่ในช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างหรือแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ รวมถึงคำนึงถึงสัดส่วนของนักเรียนจากแต่ละวิทยาเขตที่มีจำนวนประชากรไม่เท่ากันและคำนึงถึงขนาดของโรงเรียน จึงเก็บข้อมูลเพิ่ม 3 เท่าจากสัดส่วนจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้จริง อีกทั้งเพื่อไม่ให้นักเรียนรู้สึกว่าเป็นผู้ได้รับเลือกหรือไม่ได้รับเลือกในการทำวิจัย จึงใช้วิธีเก็บข้อมูลแบบยกชั้นเรียนได้กลุ่มตัวอย่าง 294 ราย ซึ่งวิธีการเลือกสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multiple stage sampling) จากการแบ่งเขตการศึกษาของจังหวัดอุดรธานี ออกเป็น 9 สหวิทยาเขตแต่ละสหวิทยาเขตมี 7 โรงเรียน รวมเป็น 63 แห่ง ดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากจากแต่ละสหวิทยาเขตได้เป็น 9 โรงเรียน และจับฉลากโรงเรียนละ 1 ห้องเรียน โดยจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 294 คน แบ่งเป็นนักเรียนจากวิทยาเขตที่ 1 จำนวน 45 คน วิทยาเขตที่ 2 จำนวน 30 คน วิทยาเขตที่ 3 จำนวน 36 คน วิทยาเขตที่ 4 จำนวน 21 คน วิทยาเขตที่ 5 จำนวน 39 คน วิทยาเขตที่ 6 จำนวน 33 คน วิทยาเขตที่ 7 จำนวน 27 คน วิทยาเขตที่ 8 จำนวน 27 คน วิทยาเขตที่ 9 จำนวน 36 คน



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19 ของนักเรียน ประวัติการได้รับวัคซีนของนักเรียน รายได้ของครอบครัว การมีผู้ดูแลนักเรียนเป็นหลัก ระดับการศึกษาของผู้ที่ดูแลนักเรียนเป็นหลัก ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19 ของบุคคลในครอบครัว และช่องทางการรับข้อมูลข่าวสาร

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคโควิด-19 ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของกองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข²³ แนวคิดของ Manganello¹⁷ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพโรคโควิด-19 2) ทักษะความรู้ความเข้าใจโรคโควิด-19 3) ทักษะการสื่อสารโรคโควิด-19 4) ทักษะการจัดการตนเองโรคโควิด-19 5) ทักษะการตัดสินใจโรคโควิด-19 และ 6) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อโรคโควิด-19 แต่ละองค์ประกอบมี 6 ข้อ รวม 36 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ (1) น้อยที่สุด (2) น้อย (3) ปานกลาง (4) มาก และ (5) มากที่สุด คะแนนอยู่ระหว่าง 36 - 180 คะแนน โดยเกณฑ์การแปลผลรายองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีรายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงเกณฑ์การแปลผลรายองค์ประกอบอ้างอิงตามเกณฑ์กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข²³

ช่วงคะแนน	ระดับ
< 60% ของคะแนนเต็มหรือ < 18 คะแนน	ไม่ดี
≥ 60 ถึง < 70% ของคะแนนเต็ม หรือ ≥ 18 ถึง < 21 คะแนน	พอใช้
≥ 70 - < 80% ของคะแนนเต็มหรือ ≥ 21 ถึง < 24 คะแนน	ดี
≥ 80% ของคะแนนเต็ม ≥ 24 คะแนน	ดีมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของกองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข²³ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เป็นคำถามที่แสดงให้เห็นถึงการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและประเมินความเสี่ยงของการติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 15 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับตามระดับความถี่ในการปฏิบัติ ได้แก่ (1) ไม่ได้ปฏิบัติ (2) ปฏิบัติ 1 - 2 วัน / สัปดาห์ (3) ปฏิบัติ 3 วัน / สัปดาห์ (4) ปฏิบัติ 4 - 5 วัน / สัปดาห์ และ (5) ปฏิบัติ 6 - 7 วัน / สัปดาห์ คะแนนอยู่ระหว่าง 15 - 75 คะแนน โดยเกณฑ์การแปลผลพฤติกรรมมีรายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงเกณฑ์การแปลผลพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด - 19

ช่วงคะแนน	ระดับ	การแปลผลระดับพฤติกรรม
< 60% หรือ < 45 คะแนน	ไม่ดี	พฤติกรรมปฏิบัติตนในการป้องกันโรคโควิด-19 ไม่ถูกต้อง
≥ 60 ถึง < 70% หรือ ≥ 45 ถึง < 52.5 คะแนน	พอใช้	พฤติกรรมปฏิบัติตนในการป้องกันโรคโควิด-19 ถูกต้องเป็นส่วนน้อย
≥ 70 ถึง < 80% หรือ ≥ 52.5 ถึง < 60 คะแนน	ดี	มีพฤติกรรมปฏิบัติตนในการป้องกันโรคโควิด-19 ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่
≥ 80% หรือ ≥ 60 คะแนน	ดีมาก	มีพฤติกรรมปฏิบัติตนในการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างถูกต้องสม่ำเสมอ



การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญ 2 ท่าน และพยาบาลชำนาญการอนามัยชุมชน 3 ท่านตรวจสอบหาความตรงต่อเนื้อหา (Content validity index: CVI) ของแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 เท่ากับ 0.88 และ 0.91 ตามลำดับ ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ 0.80 ขึ้นไป²⁴ นำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไข จากนั้นนำไปทดลองใช้กับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นโดยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 เท่ากับ 0.94 และ 0.90 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านผู้ประสานงานคือครูอนามัยหรือครูประจำชั้นเพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 โดยมีการจัดทำ QR code ในการเข้าถึงคลิปวิดีโอชี้แจงความเป็นมาของการวิจัย วัตถุประสงค์ ประโยชน์ แบบสอบถามที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล และคลิปวิดีโอสาธิตวิธีการทำแบบสอบถามให้แก่กลุ่มตัวอย่าง โดยผู้ประสานงานทั้ง 9 โรงเรียนประสานงานกับผู้ปกครองและนักเรียน เพื่อชี้แจงและขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เมื่อผู้ปกครองและนักเรียนยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยลงนามยินยอมในกระดาษแล้ว นักเรียนสามารถเลือกทำแบบสอบถามได้ผ่านทาง Google form กรณีนักเรียนมีเครื่องมือสื่อสารเพื่อเข้าถึงแบบสอบถาม หรือทำในรูปแบบกระดาษกรณีนักเรียนไม่มีเครื่องมือสื่อสาร ระหว่างทำแบบสอบถามหากมีข้อสงสัยสามารถติดต่อผู้วิจัยผ่านทางโทรศัพท์ได้ตลอด 24 ชั่วโมง เมื่อทำเสร็จให้นักเรียนส่งแบบลงนามยินยอมและแบบสอบถามคืนที่กล่องที่ปิดสนิทที่โรงเรียน หลังจากนั้นผู้ประสานงานดำเนินการส่งกล่องตอบรับแบบสอบถามและแบบยินยอมของผู้ปกครองและนักเรียนนี้คืนมายังผู้วิจัย ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูลในแบบสอบถาม และนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่โครงการ HE 652059 ลงวันที่ 10 พฤษภาคม พ.ศ. 2565 ผู้วิจัยได้ทำหนังสือถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กระทรวงศึกษาธิการจังหวัด และโรงเรียนที่เกี่ยวข้องเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล และปฏิบัติตามแนวทางการวิจัยในมนุษย์ในช่วงที่มีการระบาดของโรคตามประกาศของมหาวิทยาลัยอย่างเคร่งครัด ลดการสัมผัส โดยกระบวนการขอความยินยอมจากผู้ปกครองและนักเรียนผ่านครูอนามัยโรงเรียนหรือครูประจำชั้น ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์จากการเข้าร่วมการวิจัยผ่านทางคลิปวิดีโอและการชี้แจงรายละเอียดในกระดาษนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมและข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ เมื่อผู้ปกครองและนักเรียนยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ จะมีเอกสารลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยทั้งของนักเรียนและของผู้ปกครอง จึงดำเนินการวิจัยต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและระดับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 โดยใช้สถิติ Pearson's Product Moment Correlation วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 โดยใช้สถิติ Pearson's Product Moment Correlation



ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่าง 294 คน โดยตอบใน Google form ร้อยละ 79.61 ตอบแบบกระดาษ ร้อยละ 20.39 กลุ่มตัวอย่างเป็น เพศหญิงร้อยละ 75.51 เพศชายร้อยละ 24.49 อายุเฉลี่ย 16.30 ปี (S.D. = .851) ส่วนใหญ่เรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษา ปีที่ 5 ร้อยละ 47.28 ยังไม่เคยติดเชื้อโควิด-19 ร้อยละ 52.04 ได้รับวัคซีนโควิด-19 แล้ว 1 เข็ม ร้อยละ 79.59 รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ โรคโควิด-19 ทางอินเทอร์เน็ต เช่น ไลน์ เฟสบุ๊ก ยูทูบ ร้อยละ 78.57 ในนักเรียนกลุ่มตัวอย่างนี้ส่วนใหญ่พบว่าบุคคลที่ดูแลนักเรียน เป็นหลักคือแม่ คิดเป็นร้อยละ 55.44 รองลงมาคือ ย่าหรือยาย ร้อยละ 23.81 ระดับการศึกษาของผู้ดูแลหลัก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ มัธยมศึกษาตอนต้น ตอนปลาย ปวช. คิดเป็นร้อยละ 49.32 รายได้ของครอบครัว พบว่าอยู่ในระดับเพียงพอ (รายได้พอ ๆ กับรายจ่าย) ร้อยละ 78.23 ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19 ของบุคคลในครอบครัว พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยเป็น ร้อยละ 46.94 เคยเป็น ร้อยละ 41.50 และเป็นกลุ่มเสี่ยงสัมผัสต้องกักตัว คิดเป็นร้อยละ 11.56 ตามลำดับ

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคและการป้องกันโรคโควิด-19 โดยรวมอยู่ในระดับดีมากร้อยละ 39.46 ระดับดี ร้อยละ 25.85 ระดับพอใช้ร้อยละ 30.95 และระดับไม่ดีร้อยละ 3.74 (Mean = 136.02, S.D. = 10.3) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า องค์ประกอบที่ 4 ทักษะการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคและการป้องกัน โรคโควิด-19 อยู่ในระดับดี มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด (Mean = 23.03, S.D. = 4.11) รองลงมาคือ องค์ประกอบที่ 5 ทักษะ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับดี (Mean = 22.94, S.D. = 4.05) องค์ประกอบที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลและการเข้ารับบริการด้านสุขภาพเรื่องโรคและการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับดี (Mean = 22.71, S.D. = 4.24) องค์ประกอบที่ 2 ทักษะความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับดี (Mean = 22.64, S.D. = 3.94) องค์ประกอบที่ 3 ทักษะการสื่อสารเรื่องโรคและการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับดี (Mean = 22.36, S.D. = 4.25) และ องค์ประกอบที่ 6 ทักษะการรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับดี (Mean = 22.35, S.D. = 4.27) ตามลำดับ สำหรับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 โดยรวมอยู่ในระดับดี (Mean = 56.16, S.D. = 9.83) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 294)

ตัวแปร	Mean	S.D.	การแปลผล
ด้านที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลและการเข้ารับบริการเกี่ยวกับโรคโควิด-19	22.71	4.24	ระดับดี
ด้านที่ 2 ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรคโควิด-19	22.64	3.94	ระดับดี
ด้านที่ 3 การสื่อสารเรื่องโรคและการป้องกันโรคโควิด-19	22.36	4.25	ระดับดี
ด้านที่ 4 การจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรคโควิด-19	23.03	4.11	ระดับดี
ด้านที่ 5 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรคโควิด-19	22.94	4.05	ระดับดี
ด้านที่ 6 การรู้เท่าทันสื่อเกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรคโควิด-19	22.35	4.27	ระดับดี
พฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19	56.16	9.83	ระดับดี

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า พฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือข้อ 1 นักเรียนไม่สัมผัสสา จมูก และปาก หากจำเป็นต้องสัมผัส จะล้างมือก่อนเสมอ (Mean = 3.30, S.D. = 1.04) รองลงมาคือข้อ 9 นักเรียนทำความสะอาด พื้นผิวที่สัมผัส เช่น โต๊ะ เก้าอี้ ลูกบิดประตู (Mean = 3.41, S.D. = 1.02) และข้อ 2 นักเรียนหลีกเลี่ยงการไปรวมกลุ่มเล่นกีฬา หากจำเป็นต้องไป นักเรียนสวมใส่หน้ากากอนามัย (Mean = 3.62, S.D. = 0.96) ดังแสดงในตารางที่ 4



ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 รายข้อ (n = 294)

ข้อคำถามโดยสังเขป	Mean	S.D.
1. นักเรียนไม่สัมผัสตา จมูก และปาก...	3.30	1.04
2. นักเรียนหลีกเลี่ยงการไปรวมกลุ่มเล่นกีฬา...	3.62	0.96
3. นักเรียนไม่ชวนเพื่อนมาเรียนออนไลน์ร่วมกัน...	3.72	1.20
4. นักเรียนไม่ดื่มน้ำรวมแก้ว...	3.76	1.21
5. นักเรียนแยกรับประทานอาหาร...	3.81	1.08
6. นักเรียนรับประทานอาหารร้อนปรุงสุก...	4.22	0.90
7. นักเรียนสวมใส่หน้ากากอนามัย...	3.97	0.93
8. นักเรียนทิ้งหน้ากากอนามัย...	3.70	0.97
9. นักเรียนทำความสะอาดพื้นผิว...	3.41	1.02
10. นักเรียนทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจลหรือน้ำและสบู่ทันที...	3.66	0.93
11. นักเรียนวัดอุณหภูมิ...	4.02	0.98
12. เมื่อมีอาการไข้ ไอ เจ็บคอ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ นักเรียนหยุดพัก...	3.90	0.96
13. นักเรียนลงทะเบียนชื่อและเบอร์โทรศัพท์ตามมาตรการที่กำหนด...	3.67	1.00
14. นักเรียนติดตามสถานการณ์การระบาดของโควิด -19 ...	3.65	0.96
15. นักเรียนตรวจ ATK ทันทีหลังเดินทางไปยังสถานที่เสี่ยง...	3.74	1.09

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19

พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .675, p < .05$)

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคและการป้องกันโรคโควิด-19

ผลการศึกษาพบว่า มีเพียงปัจจัยด้านการมีผู้ดูแลนักเรียนเป็นหลักมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคและการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.117, p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคและการป้องกันโรคโควิด-19 (n = 294)

ตัวแปร	ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคและการป้องกันโรคโควิด - 19	
	ค่าสหสัมพันธ์ (r)	p-value
เพศ	-0.091	0.119
ระดับการศึกษา	-0.045	0.445
ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรค โควิด - 19 ของนักเรียน	-0.047	0.423
ประวัติการได้รับวัคซีนของนักเรียน	0.089	0.129
รายได้ของครอบครัว	-0.056	0.341
การมีผู้ดูแลนักเรียนเป็นหลัก	-0.117*	0.045*
ระดับการศึกษาของผู้ที่ดูแลนักเรียนเป็นหลัก	0.103	0.078
ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด -19 ของบุคคลในครอบครัว	-0.029	0.626

* $p < .05$



6. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19

ผลการศึกษาพบว่า มีเพียงปัจจัยด้านประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19 ของบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .175, p < .05$) และปัจจัยด้านประวัติการได้รับวัคซีนของนักเรียนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .173, p < .01$) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมในการป้องกันโควิด-19 ($n = 294$)

ตัวแปร	พฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด - 19	
	ค่าสหสัมพันธ์ (r)	p -value
เพศ	-0.104	0.075
ระดับการศึกษา	-0.029	0.622
ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19 ของนักเรียน	-0.067	0.251
ประวัติการได้รับวัคซีนของนักเรียน	0.173**	0.003**
รายได้ของครอบครัว	-0.032	0.588
การมีผู้ดูแลนักเรียนเป็นหลัก	-0.046	0.436
ระดับการศึกษาของผู้ดูแลนักเรียนเป็นหลัก	0.096	0.100
ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19 ของบุคคลในครอบครัว	0.175*	0.033*

* $p < .05$ และ ** $p < .01$

การอภิปรายผล

ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคและการป้องกันโรคโควิด-19 โดยรวมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดอุดรธานีอยู่ในระดับดี ($\text{Mean} = 56.16, \text{S.D.} = 9.83$) อาจเนื่องมาจากหน่วยงานรัฐ โรงเรียน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของจังหวัดอุดรธานี มีการเฝ้าระวังการระบาดของโควิด-19 อย่างเข้มข้น โรงเรียนปรับเปลี่ยนรูปแบบการเรียนเป็นออนไลน์จนการระบาดสามารถควบคุมได้ จึงเริ่มมีการเปิดการเรียนการสอนแบบปกติที่โรงเรียน (On site) ภายใต้การเฝ้าระวังอย่างเคร่งครัด อีกทั้งมีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารอย่างต่อเนื่อง เช่น จากสื่อโทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต การแจ้งข่าวสารจากครูและไลน์กลุ่มโรงเรียน ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลและบริการได้หลายแหล่ง แต่เนื่องจากวัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่สนิทกับเพื่อนเป็นกลุ่มและใช้สื่อจากอินเทอร์เน็ตเป็นส่วนใหญ่ จึงอาจได้รับข้อมูลข่าวสารที่สร้างความตระหนักหรือหวาดกลัวจากการบอกเล่าต่อกันได้ทำให้ระดับความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างนี้อยู่ในระดับดี แตกต่างกับการศึกษาของราฟิง นุ่มสารพัดนึก²⁵ พบว่านักเรียนมัธยมศึกษา มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคโควิด-19 ระดับสูง โดยมีทักษะการเข้าใจมากที่สุด ส่วนในงานวิจัยนี้พบว่าด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ทักษะการจัดการตนเอง ($\text{Mean} = 23.03, \text{S.D.} = 4.11$) อธิบายได้ว่า การระบาดของโรคโควิด-19 ที่ผ่านมามีให้นักเรียนมีการแสวงหาความรู้ เพื่อป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ ซึ่งช่องทางที่นักเรียนเลือกในการค้นหาข้อมูลมากที่สุด คือทางอินเทอร์เน็ต สอดคล้องกับแนวคิดของ Manganello¹⁷ ที่ว่าแม้กลุ่มวัยรุ่นอาจจะมีปฏิสัมพันธ์กับระบบบริการสุขภาพน้อยกว่าและคำรักษาพยาบาลต่ำกว่าวัยผู้ใหญ่ แต่เป็นผู้ใช้สื่อและเทคโนโลยีต่าง ๆ อยู่เสมอเพื่อเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและจะติดตัววัยรุ่นเมื่อก้าวเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ แต่ต่างกับการศึกษาของ Riiser และคณะ²⁶ พบว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคโควิด-19 ที่ไม่เพียงพอ เพราะระหว่างการศึกษาวิจัยเป็นช่วงที่เพิ่งเริ่มมีการระบาด ยังไม่มีมาตรการและสื่อที่หลากหลายในการควบคุมโรคโควิด-19 ส่วนวัยรุ่นมีการติดตามข้อมูลผ่านทางโทรทัศน์และบุคคลในครอบครัวเป็นส่วนใหญ่



นอกจากนี้ยังพบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายมีพฤติกรรมระดับดี (Mean = 56.16, S.D. = 9.83) โดยพฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุดคือ การรับประทานอาหารปรุงสุก การสวมใส่หน้ากากอนามัย และการวัดอุณหภูมิร่างกายก่อนเข้าไปยังสถานที่ต่าง ๆ แม้ภายหลังมีการประกาศให้โรคโควิด-19 เป็นโรคประจำถิ่น ยกเลิกการตรวจวัดอุณหภูมิ และสวมหน้ากากอนามัยตามความสมัครใจแล้ว แต่นักเรียนยังคงมีการสวมหน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ในห้องเรียน โรงเรียนยังคงย้ำเตือนนักเรียนให้ปฏิบัติตามมาตรการ รวมทั้งมีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ดี เช่น การติดป้ายวิธีการสวมใส่และถอดหน้ากากอนามัยที่ถูกต้อง การเพิ่มจุดล้างมือ เป็นต้น จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของเอมอซมา วัฒนบุรณนัทและคณะ²⁷ พบว่า พฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการพักผ่อน ซึ่งนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีและมีภูมิคุ้มกันในการป้องกันโรค และการศึกษาของ Taghrir และคณะ²⁸ พบว่า พฤติกรรมในการป้องกันโควิด-19 ของกลุ่มนักศึกษาอยู่ในระดับสูง เพราะกระทรวงสาธารณสุขในประเทศไทยมีการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ เช่น การให้ความรู้ในการป้องกันโรค การจำกัดการเดินทางหรือการออกจากบ้านในระหว่างที่มีการแพร่ระบาด เป็นต้น

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 พบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .675, p < .05$) กล่าวคือ ความรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะเฉพาะของบุคคลที่ช่วยให้เข้าใจ ประยุกต์ใช้ข้อมูลเพื่อนำมาตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam¹⁶ ที่กล่าวถึงการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพต่าง ๆ เช่น การให้ความรู้ทั้งในโรงเรียนหรือโรงพยาบาล มีการใช้สื่อเป็นตัวกลางในการให้ข้อมูล ทำให้เกิดความรู้ด้านสุขภาพอันนำไปสู่การมีปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม และการศึกษาของจิระภา ขำพิสุทธิ์²⁹ พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .635, p < .01$) เนื่องจากนักศึกษามีความรู้ด้านสุขภาพดี ส่งผลให้มีความสามารถในการใช้เหตุผล วิเคราะห์ผลดีและผลเสีย เพื่อเลือกวิธีปฏิบัติตนในการป้องกันโรคโควิด-19 ได้ และจากการศึกษาของ Li และคณะ²² พบว่านักศึกษาที่มีความรู้ด้านสุขภาพที่ดีมีแนวโน้มในการปรับพฤติกรรมเชิงบวกที่ตอบสนองต่อการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 รวมทั้งจากการศึกษาของ ณัฐริกา พรอมพูน และคณะ³⁰ พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .59, p < .01$) เนื่องจากความรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาอยู่ในระดับมากส่งผลให้มีความรู้ ความเข้าใจและมีทักษะในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่หลากหลายสามารถประเมินความถูกต้องของข้อมูลและความน่าเชื่อถือ นำไปสู่การปฏิบัติตนที่เหมาะสม

นอกจากนี้ ยังพบว่า การมีผู้ดูแลนักเรียนเป็นหลักมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคและการป้องกันโรคโควิด-19 ($r = -.117, p < .05$) อาจเนื่องมาจากบุคคลที่ดูแลนักเรียนเป็นหลักในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้คือแม่ คิดเป็นร้อยละ 55.44 ซึ่งอยู่ในวัยทำงาน ขณะที่กลุ่มวัยรุ่นมักนิยมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับกลุ่มเพื่อนมากกว่า แตกต่างกับการศึกษาของ ประไพ กิตติบุญถวัลย์และคณะ³¹ พบว่าคนในครอบครัวและครูอนามัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเด็กวัยเรียน สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของบุคคลที่อยู่รอบข้างนักเรียน ซึ่งมีส่วนช่วยในการถ่ายทอดความรู้ ปลูกฝังนิสัยและสร้างวินัยที่ดีได้

ส่วนผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 พบว่าประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19 ของบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ($r = .175, p < .05$) กล่าวคือ บุคคลในครอบครัวมีส่วนในการกำหนดรูปแบบพฤติกรรม และเป็นแหล่งสร้างคุณลักษณะของสมาชิกให้เป็นไปในรูปแบบเดียวกัน³² ถ้าหากบุคคลในครอบครัวมีพฤติกรรมเสี่ยงก็จะมีแนวโน้มนำไปสู่การติดเชื้อโควิด-19 ได้ ซึ่งจากการศึกษาของฮูตา แวหะยี³³ พบว่า กลุ่มวัยรุ่นที่ออกไปทำงานในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโควิด-19 จะป้องกันตนเองและมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่ดี เพื่อไม่ให้สมาชิกในครอบครัวมีความเสี่ยงไปด้วย และจากการศึกษาของศุภกร หวานกระโทกและจุไรรัตน์ วัชรอาสน์³⁴ พบว่าหากครอบครัวเอาใจใส่ในเรื่องสุขภาพ มีการให้คำแนะนำและให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคอย่างเหมาะสม จะช่วยส่งเสริมให้นักเรียนมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ดีตามมา ส่วนปัจจัยการได้รับวัคซีนของนักเรียนพบว่า ประวัติการได้รับวัคซีนของนักเรียนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ทางบวก ($r = .173, p < .01$) อธิบายได้ว่า จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ปกครองส่วนใหญ่ตัดสินใจนำบุตรหลานเข้ารับวัคซีน เนื่องจากวัคซีนช่วยพัฒนาภูมิคุ้มกัน ลดอาการรุนแรงที่ตามมาและความเสี่ยงต่อคนรอบข้างได้เช่นกัน³⁵



ข้อเสนอแนะต่อพยาบาลชุมชน เจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการสุขภาพ สถานศึกษา โรงเรียน

1. ส่งเสริมให้มีการคงไว้ซึ่งการเฝ้าระวังและป้องกันโรค เพราะแม้ว่าโควิด-19 จะกลายเป็นโรคประจำถิ่นแล้ว แต่ยังคงมีผู้ติดเชื้อและยังเป็นโรคที่สามารถติดต่อไปยังผู้อื่นได้ และผลการวิจัยชิ้นนี้พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลส่วนใหญ่ ได้แก่ เพศ ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19 ของนักเรียน รายได้ของครอบครัว และระดับการศึกษาของผู้ที่ดูแลนักเรียนเป็นหลักไม่สัมพันธ์กับระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรค ดังนั้นการพัฒนาความรู้จึงสามารถกระทำได้กับวัยรุ่นทุกเพศทุกวัยระดับฐานะ ไม่ว่าจะเคยได้รับวัคซีนหรือไม่ก็ตาม เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจ เข้าถึง นำข้อมูลไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. จัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เช่น การได้เวที การจัดเวทีออนไลน์ให้นักเรียนแลกเปลี่ยนความรู้ การผลิตสื่อการสอน คลิปวิดีโอสาธิต หรือการใช้เกมเป็นสื่อในการให้ความรู้เพื่อให้นักเรียนเกิดความรู้ด้านสุขภาพ อันนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่เหมาะสม และส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ปกครองผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาในปัจจัยอื่น ๆ ซึ่งอาจมีความสัมพันธ์ หรือสามารถทำนายความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 เพิ่มเติม เช่น ถิ่นที่อยู่อาศัยในเมือง / ชนบท จำนวนบุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมกัน เป็นต้น

2. การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรค โดยเน้นส่งเสริมปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการป้องกันโรคและพฤติกรรมสุขภาพ

References

1. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Symptoms of COVID-19 [Internet]. 2019 [cited 2022 Nov 18]. Available from: <https://kku.world/d5v7w>
2. Ministry of Public Health. Daily COVID-19 report, country information for Thailand [Internet]. 2022 [cited 2022 May 6]. Available from: <https://data.go.th/dataset/covid-19-daily> (in Thai)
3. Health District Office 8, Ministry of Public Health. COVID-19 Health District Office 8 [Internet]. 2022 [cited 2022 May 6]. Available from: <https://r8way.moph.go.th/r8way/covid-19> (in Thai)
4. Pediatric Infectious Disease Society of Thailand. Situation of COVID-19 in Thai children (0-18 years old) since the outbreak of the new wave as of August 26, 2021 [Internet]. [cited 2022 Feb 2]. Available from: <https://www.pidst.or.th/A1077.html> (in Thai)
5. Udon Thani Municipality Office. Timeline of people infected with COVID-19 [Internet]. 2019 [cited 2022 Jan 19]. Available from: <https://kku.world/f5fwe> (in Thai)
6. Areemit S, Inew S, Manaboriboon B, Hongsangsuang S, Jaruratanasirikul S. Textbook of adolescent medicine. Nonthaburi: Parbpim; 2016.(in Thai)
7. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Science Brief: Transmission of SARS-CoV-2 in K-12 Schools and Early Care and Education Programs – Updated [Internet]. 2021 [cited 2022 Nov 18]. Available from: <https://kku.world/1005j>
8. Ministry of Education. Announcement of the Ministry of Education regarding the educational management policy of Ministry of Education, Fiscal Year 2021 – 2022 [Internet]. 2021 [cited 2022 Mar 15]. Available from: <https://kku.world/lvs8y> (in Thai)



9. Unicef. Risk of mental health problems from having to Stay at home for most of the year according to epidemic control measures [Internet]. [cited 2022 Apr 18]. Available from: <https://uni.cf/3kY2D5J> (in Thai)
10. Office of the National Economic and Social Development Council. Thai society in the first quarter of 2020 [Internet]. 2021 [cited 2022 Mar 15]. Available from: <https://kku.world/4at56> (in Thai)
11. Department of Mental Health. 7 crises that children in the Covid-19 era must risk [Internet]. [cited 2022 Mar 15]. Available from: <https://kku.world/6jp78> (in Thai)
12. Department of Health, Ministry of Public Health. The Department of Health recommends wearing a mask properly, adhering to the D-M-H-T-T-A principle to prevent COVID-19 [Internet]. 2021 [cited 2022 Apr 18]. Available from: <https://kku.world/2n8x9> (in Thai)
13. World Health Organization (WHO). Infodemic [Internet]. Geneva: WHO Headquarters; 2021 [cited 2022 Apr 18]. Available from: https://www.who.int/health-topics/infodemic#tab=tab_3
14. World Health Organization (WHO). Social stigma related to COVID-19 [Internet]. 2020 [cited 2023 May 6]. Available from: <https://kku.world/4ykpw> (in Thai)
15. Cangussu LR, Barros IRP, Filho CA, Filho JD, Lopes MR. COVID-19 and health literacy: the yell of a silent epidemic amidst the pandemic. *Rev Assoc Med Bras* 2020; 66(SUPPL 2):31-3.
16. Kaeodumkoeng K. Health Literacy (access, understand and application). Bangkok: Amarin printing; 2018.(in Thai)
17. Manganello JA. Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. *Health Educ Res* 2008;23(5):840-7.
18. Supachai K. Ecological model: an intervention model addressing factors influencing health behaviors. *Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice*. 2016;3(1):17-27. (in Thai)
19. Luevanich C, Sungthong J, Jitjamnong A, Pichaikan S, Tantiwiboonchai N, Sianglam A, et al. Health literacy and new normal among Phuket Province residents towards Covid-19 prevention. *Journal of Nursing and Health Sciences*. 2020;14(3):73–88. (in Thai)
20. Yatniyom P, Tuanwisetkul S, Hoyrat P. Relationship between health literacy and Coronavirus disease 2019 infection prevention behaviors of older people living in Chaiyaphum Province. *Journal of Nursing and Health Care*. 2023;41(1):1-13. (in Thai)
21. Ruamsook T, Phunthong S, Thammatha P, Wongsawang N, DuangJan N, Boonsiri C, et al. Factors related to health literacy in preventing Coronavirus 2019 of older adults in Bangkok metropolis. *Journal of Public Health Nursing*. 2022;36(1):39-52. (in Thai)
22. Li S, Cui G, Kaminga AC, Cheng S, Xu H. Associations between health literacy, eHealth literacy, and Covid-19–related health behaviors among Chinese College students: cross-sectional online study. *J Med Internet Res*. 2021;23(5):1-13.
23. Health Education Edition, Ministry of Public Health. Creating and assessing health literacy and health behaviors. Nonthaburi: Health education division; 2018.(in Thai)
24. Pattanasombutsook M. Validation of nursing research reports and proper Use of social science research instruments in publishing. *The Southern College Network journal of Nursing and Public Health*. 2020;8(2):329-43. (in Thai)



25. Numsarapadnuk R. Health literacy and preventive behaviors of COVID-19 among high school student, Nakhon Nayok Province. *Sanpasitthiprasong Medical Journal*. 2022;43(3):91-110. (in Thai)
26. Riiser K, Helseth S, Haraldstad K, Torbjørnsen A, Richardsen KR. Adolescents' health literacy, health protective measures, and health-related quality of life during the Covid-19 pandemic. *PLOS ONE* 2020; 15(8):e0238161.
27. Wattanaburanon A, Sirichote M, Piyaaramwong P, Sattayathewa S. Perceptions and preventive behaviors of the Covid-19 among high school students in Bangkok, Thailand. *Journal of Liberal Arts, Maejo University*. 2021;9(1):36-49. (in Thai)
28. Taghrir MH, Borazjani R, Shiraly R. Covid-19 and Iranian Medical students; A survey on their related-knowledge, preventive behaviors and risk perception. *Arch Iran Med*. 2020;23(4):249-54.
29. Khampisut J. Health literacy and COVID-19 prevention behavior among students in Faculty of Education, Northern College. *Academic Journal of Community Public Health*. 2021;7(4):18-28. (in Thai)
30. Promphun N, Leung K, Kongsawat W, Sengna K, Meenakate P. Health literacy in the prevention of COVID-19 and new normal health behaviors of nursing students, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University. *Journal of Health and Nursing Ubon Ratchathani University*. 2022;1(1):16-27. (in Thai)
31. Kittiboonthawal P, Chernchum J, Cheutong S. Health literacy and health behaviors of school-aged children. *Journal of MCU Social Development*. 2022;7(2):71-84. (in Thai)
32. Seangpraw K. Health education and health behavior. Bangkok: Chulalongkorn University; 2018.(in Thai)
33. Waehayi H. Severity perception and preventive behavior on the Coronavirus disease-2019 among youth at Sateng-Nok Subdistrict, Muang District, Yala Province. *Academic Journal of Community Public Health*. 2020;6(4):158-68. (in Thai)
34. Wankrathok S, Watcharaach J. Factors related to health promotion behavior in junior high school students at educational service area office 18 Chon Buri Province. *Journal of Police Nurses*. 2018;10(1):132-41. (in Thai)
35. The Royal College of Pediatricians of Thailand. vaccination advice COVID-19 for children and adolescents 12 years and older and frequently asked questions [Internet]. 2021 [cited 2022 Feb 2]. Available from: <https://www.thaipediatrics.org/?p=2545> (in Thai)