

Original research

Citation:

กรรณิกา ปานศิริ, วรรณัฐ สงเกิด, อภิชาติ ไชยจิตต์. พฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ของประชาชนในอำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสาธารณสุข. 2567;2(3):12-23.

พฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ของประชาชนในอำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล

กรรณิกา ปานศิริ¹, วรรณัฐ สงเกิด², อภิชาติ ไชยจิตต์³

¹สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปากพะยูน จังหวัดพัทลุง

²คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ

³โรงพยาบาลทุ่งหว้า จังหวัดสตูล

บทคัดย่อ

บทนำ: สถานการณ์การติดเชื้อ COVID-19 ของจังหวัดสตูล เมื่อวันที่ 21 ตุลาคม 2564 พบยอดผู้ติดเชื้อสะสม 3,720 คน เสียชีวิตสะสม จำนวน 33 คน สำหรับอำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล มียอดผู้ติดเชื้อสะสม จำนวน 104 คน อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าจะมีการใช้มาตรการการป้องกันควบคุมโรคโดยเน้นสวมหน้ากาก ล้างมือบ่อยๆ และเว้นระยะห่าง รวมถึงหลีกเลี่ยงการสัมผัสจุดเสี่ยงที่สัมผัสร่วมกันบ่อยๆ แต่การระบาดของโรคก็ยังไม่มียอดที่ลดลง ดังนั้นผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ในอำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล

วิธีการศึกษา: เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 388 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.95 ตรวจสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.85 สถิติที่ใช้ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ และ Logistic regression

ผลการศึกษา: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ อายุระหว่าง 30-44 ปี ($OR=2.0$; $p\text{-value} = 0.014$) และทัศนคติของบุคคลต่อโรค COVID-19 ($OR=2.0$; $p\text{-value} = 0.002$) สำหรับเพศ อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค COVID-19 และความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 ไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปผล: อายุระหว่าง 30-44 ปี และทัศนคติของบุคคลต่อโรค COVID-19 มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ดังนั้นการสื่อสารองค์ความรู้ผ่านสื่อต่างๆ เป็นสิ่งสำคัญในการสร้างความเข้าใจ และปรับทัศนคติของประชาชนได้

คำสำคัญ: โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ทัศนคติ พฤติกรรม

วันรับ: 10 ธ.ค. 2567

วันแก้ไข: 28 ธ.ค. 2567

วันตอบรับ: 30 ธ.ค. 2567

ผู้นิพนธ์ประสานงาน:

กรรณิกา ปานศิริ;

Email: Kannikapansiri@hotmail.com

Original research

Self-protective behavior during the COVID-19 pandemic among people in Thung Wa District, Satun Province

Citation:

Kannika Pansiri, Worranut Songkaed, Apichat Chaipayjit. Self-protective behavior during the COVID-19 pandemic among people in Thung Wa District, Satun Province. Journal of Public Health Research and Innovation. 2024;2(3):12-24.

Kannika Pansiri¹, Worranut Songkaed², Apichat Chaipayjit³

¹ Pak phayun District Health Office, Phatthalung

² Faculty of Health and Sport Science, Thaksin University, Phatthalung

³ Thungwa Hospital, Satun

Abstract

Background: The COVID-19 infection situation in Satun Province as of October 21, 2021, reported a total of 3,720 cumulative cases and 33 deaths. In Thung Wa District, Satun Province, the cumulative total of cases stood at 104. However, despite the implementation of disease prevention and control measures such as wearing masks, frequent handwashing, maintaining social distancing, and avoiding contact with high-risk shared surfaces, the outbreak has not shown a declining trend. Therefore, the researcher is interested in studying the factors associated with COVID-19 prevention behaviors in Thung Wa District, Satun Province.

Methods: The study design is analytical, involving a sample of 388 participants selected through a systematic sampling method. Data were collected using a questionnaire, with content validity verified by three experts, yielding an IOC score of 0.95. The instrument's reliability was assessed with a Cronbach's alpha coefficient of 0.85. Statistical methods used included percentages, mean, standard deviation, median, Percentile, and logistic regression analysis.

Results: Factors significantly associated with COVID-19 prevention behaviors (p-value < 0.05) included age between 30-44 years (OR = 2.0; p-value = 0.014) and individuals' attitudes toward COVID-19 (OR = 2.0; p-value = 0.002). Gender, occupation, marital status, income, access to COVID-19-related information, and knowledge about COVID-19 were not significantly associated with COVID-19 prevention behaviors at the 0.05 significance level.

Conclusions: Age between 30-44 years and attitudes toward COVID-19 are associated with COVID-19 prevention behaviors. Therefore, disseminating knowledge through various media is essential for fostering understanding and shaping public attitudes.

Keywords: COVID-19, knowledge, Behavior

Received: 10 Dec 2024

Revised: 28 Dec 2024

Accepted: 30 Dec 2024

Correspondence to

Kannika Pansiri;

Email: Kannikapansiri@hotmail.com

บทนำ

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ได้เริ่มต้นเมื่อปลายปี พ.ศ. 2562 และลุกลามไปทั่วโลก สร้างความหวาดกลัว และส่งผลกระทบต่อสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจของประชากร และเมื่อต้นเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 มีการระบาดใหญ่ (Pandemic) ซึ่งเป็นการติดเชื้อทั่วโลกอย่างรวดเร็ว¹⁻⁴ จากสถิติเมื่อวันที่ 4 พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 ประชากรทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อ 219,456,675 คน และตาย 4,547,782 คน โดย 5 ลำดับแรกของประเทศมีผู้ติดเชื้อสูงสุดคือ ประเทศสหรัฐอเมริกา (46,395,307 คน) เป็นอันดับหนึ่งตามด้วยอินเดีย (34,344,6838 คน) บราซิล (21,862,458 คน) สหราชอาณาจักร (9,241,916 คน) และรัสเซีย (9,241,916 คน) และเมื่อพิจารณา 5 ลำดับแรกของประเทศที่มีจำนวนผู้เสียชีวิตมากที่สุด ได้แก่ สหรัฐอเมริกา (753,517 คน) บราซิล (609,060 คน) อินเดีย (460,265 คน) รัสเซีย (239,245 คน) และ สหราชอาณาจักร (141,588 คน) ตามลำดับ⁵

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) รอบแรกในประเทศไทย พบผู้ป่วยต้องสงสัย รายแรกเมื่อ วันที่ 21 มกราคม พ.ศ. 2563 เป็นนักท่องเที่ยวหญิงชาวจีนอายุ 74 ปี ซึ่งเดินทางมาถึงกรุงเทพมหานคร โดยเที่ยวบินจากนครอู่ฮั่น เมืองหลวงของมณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน และจากสถิติ เมื่อวันที่ 22 เมษายน พ.ศ. 2563 ประเทศไทยมีการระบาดและมีจำนวนผู้ติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 2,826 คน จำนวนผู้รักษาหาย 2,352 คน คิดเป็นร้อยละ 83.2 ร้อยละของการรักษาหายอยู่ในลำดับที่ 2 ของโลกรองจากประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน⁶ ส่วนการระบาดรอบที่ 2 ในประเทศไทยนั้น เริ่มช่วงปลายเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 ซึ่งเป็นการติดเชื้อจากแรงงานชาวเมียนมาในตลาดกุ่ม แม้ระบบควบคุมโรคของประเทศไทยมีการแยกผู้ป่วยที่ติดเชื้อหรือเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้อย่างรวดเร็วรวมทั้งมีการติดตาม ผู้ที่สัมผัสเชื้อทุกราย และมีการตรวจเชื้อจากผู้ป่วยให้ได้อย่างรวดเร็ว แต่การระบาดในประเทศไทยก็ยังคงดำเนินอย่างต่อเนื่อง ส่วนการระบาดในระลอกที่ 3 พบเชื้อโควิดสายพันธุ์อังกฤษเป็นครั้งแรกที่ทำให้เกิดการระบาดได้รวดเร็วขึ้นมากกว่าโควิด-19 สายพันธุ์เดิม ถึง 1.7 เท่า ทำให้มีผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้น⁷

ประเทศไทยได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา (COVID-19) (ศบค.) ซึ่งเป็นคณะกรรมการบริหารโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 แห่งชาติที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ได้ประกาศภาวะฉุกเฉินของประเทศไทย โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนอยู่บ้าน (Stay at Home) ปฏิบัติงานที่บ้าน (Work From Home: WFH) รักษาระยะห่างทางกายภาพ (Physical Distancing) รักษา ระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) สวมหน้ากากอนามัย และล้างมือบ่อยๆ ซึ่งการประกาศภาวะฉุกเฉินส่งผลให้ประชาชนต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตทั้งหมด นอกจากนี้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 นี้ได้ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของประชาชนทั้งทางสังคม และเศรษฐกิจ เช่น ตกงาน หรือถูก เลิกจ้าง สมาชิกครอบครัวต้องอยู่ห่างกัน และมีการรักษาระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) รวมถึงสัมผัสสภาพในครอบครัวและชุมชนลดลง ทำให้วิถีชีวิตเปลี่ยนไป เกิดปัญหาการขาดรายได้ และ ชีวิตประจำวันที่ต้องปรับเปลี่ยนไป^{1, 8-10}

ถึงแม้ว่าหลายๆ ประเทศจะมีมาตรการต่างๆ เพื่อใช้ในการควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 แต่กลับยังพบว่าในปัจจุบันได้มีการแพร่กระจายของเชื้อ COVID-19 ทั่วโลกที่ยืนยันแล้วเมื่อวันที่ 7 สิงหาคม 2564 จำนวน 201,774,782 ราย ผู้เสียชีวิต 4,281,742 ราย ซึ่งประเทศไทยที่มียอดผู้ติดเชื้อสะสมอยู่ในอันดับที่ 37 จากทั่วโลก ประเทศไทยมีจำนวนผู้ติดเชื้อ COVID-19 เพิ่มขึ้นทุกวัน ในรอบ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ประเทศไทยมีอัตราการติดเชื้อเพิ่มสูงเป็นอันดับ 12 ของโลก เมื่อวันที่ 7 สิงหาคม 2564 ยอดผู้ติดเชื้อสะสม 736,522 ราย ยอดผู้เสียชีวิต 6,066 ราย¹¹ สถานการณ์การติดเชื้อ COVID-19 ของจังหวัดสตูล วันที่ 21 ตุลาคม 2564 ยอด ผู้ติดเชื้อสะสม 3,720 ราย เสียชีวิตสะสม 33 ราย¹²

สำหรับสถานการณ์การระบาดและการติดเชื้อไวรัส COVID-19 ของอำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล วันที่ 21 ตุลาคม 2564 มียอดผู้ติดเชื้อ 2 คน ยอดติดเชื้อสะสม 104 คน¹² อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าจะมีการใช้มาตรการการป้องกันควบคุมโรคหลาย มาตรการ และการให้คำแนะนำโดยยึดหลัก DMHTTA โรคระบาด นั้นก็ยังไม่มียอดที่ลดลง ดังนั้นผู้วิจัยมีความสนใจในประเด็น การป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 จึงมุ่งศึกษาความสัมพันธ์

ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของประชาชนช่วงอายุ 18-59 ปี ในอำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล เพื่อนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนมาตรการการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ COVID-19

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross sectional study)

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขต ตำบลทุ่งหว้า อำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 18 ถึง 59 ปี จำนวน 4,361 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

- 1) อายุระหว่าง 18 ถึง 59 ปี
- 2) มีสติสัมปชัญญะดี ไม่มีปัญหาเรื่องการสื่อสาร

สามารถอ่าน และเขียนภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

- 1) ผู้ที่ไม่เต็มใจที่จะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้
- 2) ผู้ที่เคยป่วยหรือเป็นโรค COVID-19

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วน กรณีทราบประชากร¹³⁻¹⁴

$$n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2 P(1-P)}{d^2 (N-1) + Z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}$$

$Z_{\alpha/2}$ คือ ระดับความเชื่อมั่นที่กำหนด 95% ($Z = 1.96$)

P คือ สัดส่วนของประชาชนที่มีพฤติกรรมการป้องกัน COVID-19 ในระดับดี ($P = 0.428$)

N คือ จำนวนประชากร ($N = 4,361$ คน)

d คือ ค่าการกระชับของการประมาณ ($d = 0.04708$)

กลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณเท่ากับ 386 คน แต่เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลที่อาจเกิดขึ้นจากการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจึงเก็บจำนวนตัวอย่างเพิ่มอีก 5% โดยใช้สูตร¹⁵

$$n_{\text{adjust}} = \frac{N}{1-d} = \frac{386}{1-0.05} = 407.12$$

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงจะเก็บจำนวนข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 408 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค COVID-19

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 ครอบคลุมความรู้เกี่ยวกับอาการทางคลินิก ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการแพร่เชื้อ ความรู้เกี่ยวกับวิธีการรักษา ความรู้เกี่ยวกับกลุ่มเสี่ยงต่ออาการ ที่รุนแรง ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุม

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับโรค COVID-19 ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกัน COVID-19

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหา วัตถุประสงค์ที่ศึกษา และความชัดเจนของภาษาที่ใช้ ค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC 0.85 หลังจากนั้นตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับประชาชนทั่วไปที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งไม่ใช่พื้นที่ศึกษา จำนวน 30 คน นำแบบสอบถามที่ได้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค¹⁶ ได้เท่ากับ 0.70

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ติดต่อประสานงานผู้นำชุมชน ผู้นำท้องถิ่น เพื่อขออนุญาตลงพื้นที่เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล

2) ประสาน อสม. ในพื้นที่เพื่อช่วยในการวางแผนการเก็บรวบรวมข้อมูล

3) ตรวจสอบความถูกต้อง และความครบถ้วนของข้อมูล หลังจากที่ได้แบบสอบถามกลับคืนมา

4) นำแบบสอบถามที่ได้ตรวจสอบความถูกต้องแล้วทำการบันทึกลงในคีย์ลงในโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

- 1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด
- 2) สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติ Logistic regression เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่าง กำหนดระดับการยอมรับหรือปฏิเสธสมมติฐาน คือ 0.05

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

ดำเนินการเก็บข้อมูลหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยทักษิณ (COA No. TSU 2021_220) ลงวันที่ 22 ธันวาคม 2564 และให้การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตลอดกระบวนการวิจัย

ผลการศึกษา

ลักษณะส่วนบุคคลของตัวอย่าง พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.1 เพศชาย ร้อยละ 30.9 มีอายุอยู่ระหว่าง 30-44 ปี มากที่สุด ร้อยละ 39.5 รองลงมาคือ 45-59 ปี ร้อยละ 38.9 และ 18-29 ปี ร้อยละ 21.6 ค่ามัธยฐานเท่ากับ 40 ปี เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 และ 75 เท่ากับ 30 และ 49 ปี ประกอบอาชีพรับจ้าง

ทั่วไป ร้อยละ 30.2 และรองลงมาคือ ค้าขาย ร้อยละ 19.6 และ ประมง ร้อยละ 12.4 สถานะสมรส ร้อยละ 66.0 และรองลงมาคือ โสด ร้อยละ 24.2 และหม้าย ร้อยละ 6.4 รายได้น้อยกว่า หรือเท่ากับ 8,000 บาท ร้อยละ 67.0 และรองลงมาคือ 8,001-12,000 บาท ร้อยละ 26.8 และ 12,001-16,000 บาท ร้อยละ 3.4 ค่ามัธยฐานเท่ากับ 6,600 บาท เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 และ 75 เท่ากับ 5,000 และ 9,000 บาท การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค COVID-19 ทางโทรทัศน์ มากที่สุด ร้อยละ 75.5 และ รองลงมาคือ วิทยุ ร้อยละ 47.2 และอินเทอร์เน็ต ร้อยละ 35.8 ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 80.2 รองลงมาคือ ระดับสูง ร้อยละ 18.3 และระดับต่ำ ร้อยละ 1.5 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เท่ากับ 9.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.7 ส่วนใหญ่มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 51.2 รองลงมาคือ ระดับสูง ร้อยละ 48.5 และระดับต่ำ ร้อยละ 0.3 ค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติเท่ากับ 55.3 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.2 ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 70.9 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 29.1 ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมเท่ากับ 66.7 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.5 ดังตาราง 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน และร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=388)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	268	69.1
ชาย	120	30.9
อายุ(ปี)		
18-29	84	21.6
30-44	153	39.5
45-59	151	38.9
Median (25 th , 75 th percentile)	40 (30, 49)	
อาชีพ		
รับจ้างทั่วไป	117	30.2
ค้าขาย	76	19.6
ประมง	48	12.4
ว่างงาน	44	11.3

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน และร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=388) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เกษตรกรรวม	43	11.1
นักศึกษา	27	7.0
ข้าราชการ	21	5.3
พนักงานบริษัท	7	1.8
ธุรกิจส่วนตัว	5	1.3
สถานภาพ		
โสด	94	24.2
สมรส	256	66.0
หม้าย	25	6.4
หย่าร้าง	13	3.4
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8,000	260	67.0
8,001-12,000	104	26.8
12,001-16,000	13	3.4
16,001-20,000	7	1.8
20,000 ขึ้นไป	4	1.0
Median (25 th , 75 th percentile)	6,600 (5,000, 9,000)	
การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค COVID-19		
โทรทัศน์	293	75.5
วิทยุ	183	47.2
อินเทอร์เน็ต	139	35.8
บุคลากรทางการแพทย์	108	27.7
หนังสือพิมพ์	13	3.4
โซเชียลมีเดีย	12	3.1
บุคคลข้างเคียง	9	2.3
ระดับความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19		
ระดับต่ำ (0-6 คะแนน)	6	1.5
ระดับปานกลาง (7-9 คะแนน)	311	80.2
ระดับสูง (10-12 คะแนน)	71	18.3
Mean (SD)	9.0 (0.7)	

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน และร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=388) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับทัศนคติเกี่ยวกับโรค COVID-19		
ระดับต่ำ (0-32 คะแนน)	1	0.3
ระดับปานกลาง (33-34 คะแนน)	199	51.2
ระดับสูง (45-75 คะแนน)	188	48.5
Mean (SD)	55.3 (4.2)	
ระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับโรค COVID-19		
ระดับต่ำ (0-47 คะแนน)	0	0
ระดับปานกลาง (48-63 คะแนน)	113	29.1
ระดับสูง (64-80 คะแนน)	275	70.9
Mean (SD)	66.7 (6.5)	

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรม ระหว่าง 18-29 ปี สำหรับ เพศ อาชีพ สถานภาพ รายได้ และการป้องกันโรค COVID-19 พบว่า ประชาชนที่มีอายุระหว่าง 30-44 ปี มีพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 อยู่ในระดับ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค COVID-19 ไม่มีสัมพันธ์ ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทาง ต่ำเป็น 2 เท่า (OR=2.0) เมื่อเทียบกับกลุ่มประชาชนที่มีอายุ สถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับสูง		ระดับปานกลาง		OR	p-value	95% CI
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ			
เพศ							
ผู้หญิง	194	70.5	74	65.5	Ref		
ผู้ชาย	81	29.5	39	34.5	0.7	0.328	0.4 - 1.2
อายุ (ปี)							
18-29	52	18.9	32	28.3	Ref		
30-44	118	42.9	35	31.0	2.0	0.014	1.1 - 3.7
45-59	105	38.2	46	40.7	1.4	0.235	0.8 - 2.4
อาชีพ							
ว่างงาน	28	10.2	16	14.2	Ref		
รับจ้างทั่วไป	76	27.7	41	36.3	0.4	0.437	0.04 - 4.2
ค้าขาย	54	19.6	22	19.4	0.5	0.463	0.05 - 4.2
ประมง	35	12.7	13	11.4	0.6	0.614	0.06 - 5.8

ตารางที่ 2 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับสูง		ระดับปานกลาง		OR	p-value	95% CI
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ			
เกษตรกรรม	38	13.8	5	4.4	0.7	0.673	0.06 - 6.5
นักศึกษา	18	6.5	9	8.0	0.5	0.900	0.17 - 20.5
ข้าราชการ	18	6.5	3	2.7	0.5	0.500	0.04 - 5.1
พนักงานบริษัท	4	1.5	3	2.7	0.7	0.500	0.12 - 18.4
ธุรกิจส่วนตัว	4	1.5	1	0.9	0.4	0.333	0.02 - 4.7
สถานภาพ							
โสด	67	24.4	27	23.9	Ref		
สมรส	179	65.1	77	68.1	0.9	0.806	0.5 - 1.5
หม้าย	18	6.5	7	6.2	1.0	0.943	0.3 - 2.7
หย่าร้าง	11	4.0	2	1.8	2.2	0.321	0.4 - 10.6
รายได้							
น้อยกว่า 8,000	185	67.3	75	66.4	Ref	0.855	0.5 - 1.5
8,001-12,000	73	26.6	31	27.3	0.9	0.654	0.3 - 5.0
16,001-20,000	4	1.5	3	2.7	1.3	0.428	0.4 - 2.4
16,001-20,000	4	1.5	3	2.7	0.5	1.216	0.1 - 11.8
20,000 ขึ้นไป	3	1.1	1	0.9	1.2	0.855	0.5 - 1.5
การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค COVID-19							
โทรทัศน์							
ไม่เลือก	69	25.1	26	23.0	Ref		
เลือก	206	74.9	87	77.0	0.8	0.665	0.5 - 1.4
วิทยุ							
ไม่เลือก	269	97.8	107	94.7	Ref		
เลือก	6	2.2	6	5.3	0.1	0.398	0.1 - 1.2
อินเทอร์เน็ต							
ไม่เลือก	173	62.9	76	67.3	Ref		
เลือก	102	37.1	37	32.7	0.4	1.211	0.7 - 1.9
โซเชียลมีเดีย							
ไม่เลือก	139	50.5	66	58.4	Ref		
เลือก	136	49.5	47	41.6	1.5	1.374	0.8 - 2.1

ตารางที่ 2 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับสูง		ระดับปานกลาง		OR	p-value	95% CI
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ			
หนังสือพิมพ์							
ไม่เลือก	139	50.5	66	58.4	Ref		
เลือก	136	49.5	47	41.6	1.5	0.338	0.8 - 2.1
บุคลากรทางการแพทย์							
ไม่เลือก	192	69.8	88	77.9	Ref		
เลือก	83	30.2	25	22.1	1.5	0.109	0.9 - 2.5
บุคคลข้างเคียง							
ไม่เลือก	267	97.1	112	99.1	Ref		
เลือก	8	2.9	1	0.9	3.3	0.258	0.4 - 27.1

สำหรับความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 ไม่มีความสัมพันธ์ 95% (95% CI = 1.2-3.1) ประชาชนที่มีทัศนคติระดับสูงมี ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญ พฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 อยู่ในระดับดีเป็น 2 เท่า ทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% แต่ทัศนคติของบุคคลมี (OR=2.0) เมื่อเทียบกับกลุ่มประชาชนที่มีทัศนคติระดับต่ำ และ ความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 อย่างมี ระดับปานกลาง ดังตารางที่ 3 นัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.002) ที่ระดับความเชื่อมั่น

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับโรค COVID-19 กับพฤติกรรมการป้องกัน โรค COVID-19

ตัวแปร	ระดับสูง		ระดับปานกลาง		OR	p-value	95% CI
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ			
ระดับความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19							
ระดับต่ำ และ ระดับปานกลาง	228	82.9	87	77.0	Ref		
ระดับสูง	47	17.1	26	23.0	0.6	0.177	0.4 - 1.1
ระดับทัศนคติเกี่ยวกับโรค COVID-19							
ระดับต่ำ และ ระดับปานกลาง	128	46.5	72	63.7	Ref		
ระดับสูง	147	53.5	41	36.3	2.0	0.002	1.2 - 3.1

อภิปรายผล

อายุมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประชาชนที่มีอายุระหว่าง 30-44 ปี มีพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 อยู่ในระดับดี เป็น 2 เท่า (OR=2.0, 95%CI : 1.1-3.7) เมื่อเทียบกับกลุ่มประชาชนที่มีอายุระหว่าง 18-29 ปี (p-value = 0.014) เนื่องจากกลุ่มคนที่มีอายุมากกว่า มีความคิด ความรับผิดชอบ ต่อสังคม มีวิสัยทัศน์ มีความสามารถไตร่ตรอง รอบคอบมากกว่า คนอายุน้อย รู้จักคิด รู้จักใช้ชีวิตอย่างมีสติ และมีเหตุผลมากกว่า คนอายุน้อยกว่า จึงทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 มากขึ้นกว่ากลุ่มคนที่อายุน้อยกว่า สอดคล้องกับงานวิจัยของ Damaris, et.al. (2021) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR=2.54, $p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษา ของ Deriba Bedane พบว่า ประชาชนในเมือง JIMMA ประเทศเอธิโอเปียที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 50 ปี ขึ้นไปมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (AOR = 2.85; 95% CI = 1.24–6.53)¹⁷

ส่วนปัจจัยส่วนบุคคล เพศ อาชีพ สถานภาพ รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% เนื่องจากการระบาดหลายระลอกมาเป็นระยะเวลานาน ทำให้การดำเนินชีวิตประจำวันเป็นไปอย่างยากลำบาก ขาดรายได้ หายงาน หายุดเรียน เป็นต้น ไม่ว่าจะเป็น เพศ อาชีพ หรือสถานภาพแบบใด ดังนั้นประชาชนในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เริ่มปรับตัวกับการแพร่ระบาดและเริ่มคุ้นชินกับโรค COVID-19 เพื่อให้การดำเนินชีวิตประจำวันของตนเองเป็นไปอย่างปกติทำให้บุคคลเกิดความตระหนักที่จะปฏิบัติเพื่อป้องกันตนเองจากโรค COVID-19 และมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรค COVID-19 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 70.9 ปัจจัยการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค COVID-19 ไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค COVID-19 ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 เนื่องจากเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการเก็บข้อมูลอาศัยอยู่ในพื้นที่ใกล้เคียงกัน มีการดำเนินชีวิตและ กิจกรรมประจำวันที่ใกล้เคียงเหมือนกัน

ซึ่งส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 70.9 จะเห็นได้ว่าทุกคนเริ่มปรับตัวกับการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรค COVID-19 เป็นไปในทิศทางเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Delshad Noghabi A พบว่า การศึกษา สถานภาพสมรรถาธิบายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ในช่วงของการระบาด ($p = 0.115$, $p = 0.119$, $p = 0.265$)¹⁸ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Chunphen Upake ที่พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในผู้สูงอายุของกรุงเทพฯ ประเทศไทย ($B = -0.093$; $Beta = -0.102$; $t = -2.186$; $p\text{-value} = 0.02$)¹⁹

ความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 ไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่ที่มีความรู้ในระดับปานกลาง ยังขาดความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 ในด้านของอาการทางคลินิกแต่มีความรู้ด้านการป้องกันและควบคุมโรคเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้อง กับงานวิจัยของ Gutu B พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $APR = 2.1$ (95% C.I = 1.2, 3.9) ผู้ที่มีความรู้เพียงพอจะมีพฤติกรรมการป้องกันมากเป็น 2.1 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่มีความรู้ไม่เพียงพอ²⁰ และ Limkunakul C พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -0.911$; 95%CI = $-1.587, -0.234$; $p\text{-value} = 0.009$)²¹ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Chunphen Upake ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในผู้สูงอายุของกรุงเทพฯ ประเทศไทย ($B = 0.155$; $Beta = 0.110$; $t = 2.237$; $p\text{-value} = 0.01$)¹⁹

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติของบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ของประชาชนในอำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล พบว่า ทัศนคติของบุคคลมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีอยู่ในระดับสูง และมีทัศนคติเชิงบวกในด้านของมาตรการในการป้องกันโรค COVID-19 ประชาชนส่วนใหญ่เห็นด้วยเป็นอย่างยิ่งว่า โรค COVID-19 เป็นโรคที่สามารถ

ป้องกันได้ และการสวมหน้ากากอนามัยก่อนออกจากบ้าน หรือไปในที่สาธารณะ การล้างมือบ่อยๆ และการลดกิจกรรมทางสังคมนอกบ้าน ฯลฯ นั้นจะช่วยป้องกันการติดเชื้อโรค COVID-19 ได้อย่างแน่นอน ดังนั้นจึงนำมาสู่การเกิดพฤติกรรมในการป้องกันโรค COVID-19 ไปในทางที่ดี ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Lee S. พบว่า ทักษะการรับมือโรคโควิด-19 ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรค COVID-19 ของวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญ ($\beta = 0.53$; $t = 9.04$; $p\text{-value} = 0.000$)²²

สรุปผล

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 388 คน พบว่า เป็นเพศหญิงร้อยละ 69.1 เพศชายร้อยละ 30.9 มีอายุอยู่ในช่วง 30-44 ปี ร้อยละ 39.4 ค่ามัธยฐานเท่ากับ 40 ปี เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 และ 75 เท่ากับ 30 และ 49 ปี ประกอบอาชีพ รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 30.2 สถานะสมรส ร้อยละ 66 มีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8,000 บาท ร้อยละ 67.0 ค่ามัธยฐานเท่ากับ 6,600 บาท เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 และ 75 เท่ากับ 5,000 และ 9,000 บาท การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค COVID-19 มากที่สุด ทางโทรทัศน์ ร้อยละ 75.5 จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 พบว่า อายุ และทัศนคติของบุคคลมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 อยู่ในระดับปานกลาง และไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ดังนั้นสถานบริการทางสาธารณสุขควรให้ความสำคัญ กับการให้ความรู้ที่ถูกต้อง และเหมาะสมโดยเฉพาะลักษณะอาการทางคลินิก อาการหลงเหลือเมื่อหายจากโรค โควิด (Long COVID) เป็นต้น รวมทั้งการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ด้วยสื่อโปสเตอร์จากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งนำเสนอในรูปแบบที่เข้าใจง่าย และสามารถนำไปใช้ได้จริง

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษารั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการป้องกันของ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา

(COVID-19) มาพิจารณาเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดการป้องกันตนเองที่เหมาะสม และถูกต้อง

2) ควรศึกษาลักษณะข้อมูลเชิงลึกมากขึ้นเพื่อจะได้รับข้อมูลที่มีรายละเอียดและมีคุณภาพขึ้น เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วมควบคู่ไปกับการตอบแบบสอบถาม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สอดคล้องกับสภาพจริงมากที่สุด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุ่งหว้าที่ให้ ความอนุเคราะห์พื้นที่ในการทำงานวิจัย ทรัพยากร และสถานที่ต่างๆ ตลอดจนบุคลากรของโรงพยาบาลทุกท่านที่ให้ข้อเสนอแนะงานวิจัยสำเร็จไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Pokhrel S, Chhetri RJHeftf. A literature review on impact of COVID-19 pandemic on teaching and learning. 2021;8(1):133-41.
2. Forni G, Mantovani AJCD, Differentiation. COVID-19 vaccines: where we stand and challenges ahead. 2021;28(2):626-39.
3. Sachs JD, Karim SSA, Akinin L, Allen J, Brosbøl K, Colombo F, et al. The Lancet Commission on lessons for the future from the COVID-19 pandemic. 2022;400(10359):1224-80.
4. Kim JH, Marks F, Clemens JDJNm. Looking beyond COVID-19 vaccine phase 3 trials. 2021;27(2):205-11.
5. World Health Organization. Number of COVID-19 cases reported to WHO: WHO; 2021 [cited 2021 Nov 4]. Available from: <https://data.who.int/dashboards/covid19/cases?n=c>.
6. Department of Disease Control. Corona Virus Disease (COVID-19) Bangkok: Ministry of Public Health; 2020 [cited 2020 Jan 21]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/>.
7. Control DoD. Corona Virus Disease (COVID-19) Bangkok: Ministry of Public Health; 2020 [cited

- 2020 Dec 1]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/eng/index.php>.
8. Verma AK, Prakash SJJoGB. Impact of covid-19 on environment and society. 2020;9(5):7352-63.
 9. Cheval S, Mihai Adamescu C, Georgiadis T, Hermegger M, Piticar A, Legates DRJJoer, et al. Observed and potential impacts of the COVID-19 pandemic on the environment. 2020;17(11):4140.
 10. Debata B, Patnaik P, Mishra AJJopa. COVID-19 pandemic! It's impact on people, economy, and environment. 2020;20(4):e2372.
 11. World Health Organization. Number of COVID-19 cases reported to WHO: WHO; 2021 [cited 2021 Aug 7]. Available from: <https://data.who.int/dashboards/covid19/cases?n=c>.
 12. Department of Disease Control. Corona Virus Disease (COVID-19) Bangkok: Ministry of Public Health; 2021 [cited 2021 Oct 21]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/>.
 13. Lwanga SK, Lemeshow S, Organization WH. Sample size determination in health studies: a practical manual: World Health Organization; 1991.
 14. Machin D, Campbell MJ, Tan SB, Tan SH. Sample sizes for clinical, laboratory and epidemiology studies: John Wiley & Sons; 2018.
 15. Suresh K, Chandrashekara SJJohrs. Sample size estimation and power analysis for clinical research studies. 2012;5(1):7-13.
 16. Amirrudin M, Nasution K, Supahar SJJM, Statistika dan Komputasi. Effect of variability on Cronbach alpha reliability in research practice. 2021;17(2):223-30.
 17. Bedane D, Abdissa D, Leta B, Gerema U, Lomboro A, Kune G, et al. Assessment of COVID-19 prevention practice and associated factors in Jimma town, Ethiopia: A mixed study. 2022;10.
 18. Delshad Noghabi A, Mohammadzadeh F, Yoshany N, Javanbakht S. The prevalence of preventive behaviors and associated factors during the early phase of the COVID-19 pandemic among Iranian People: Application of a Health Belief Model. Journal of preventive medicine and hygiene. 2021;62(1):E60-e6.
 19. Upake C, Nanthamongkolchai S, Taechaboonsersak P, Yodmai K, Suksatan W. Factors Predicting the Coronavirus Disease 2019 Preventive Behaviors of Older Adults: A Cross-Sectional Study in Bangkok, Thailand. 2022;19(16):10361.
 20. Gutu B, Legese G, Fikadu N, Kumela B, Shuma F, Mosisa W, et al. Assessment of preventive behavior and associated factors towards COVID-19 in Qellam Wallaga Zone, Oromia, Ethiopia: A community-based cross-sectional study. PLOS ONE. 2021;16(4):e0251062.
 21. Limkunakul C, Phuthomdee S, Srinithiwat P, Chanthanaroj S, Boonsawat W, Sawanyawisuth K. Factors associated with preventive behaviors for COVID-19 infection among healthcare workers by a health behavior model. Tropical Medicine and Health. 2022;50(1):65.
 22. Lee S, Jung GH, Song HY. Factors Related to the COVID-19 Prevention Behaviors of Adolescents: Focusing on Six Middle and High Schools in Korea. Healthcare (Basel). 2023;11(20).