

Received: 29 Aug 2022, Revised: 19 Sep 2022

Accepted: 21 Sep 2022

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิด และการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19
ในกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูง ผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ในเขตอำเภอเมืองมุกดาหาร
จังหวัดมุกดาหาร

ธวัชชัย สีสิตติ^{1*} ชัญญา จิระพรกุล²
ทงศักดิ์ ราชเจริญ³ นาวรัตน์ มณีนิล⁴

บทคัดย่อ

ผู้มีประวัติสัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยโควิด-19 มีความเสี่ยงสูงติดเชื้อโควิด-19 หากมีความรู้ ทักษะคิดที่ถูกต้องจะทำให้ป้องกันตนเองจากการกระจายโรคได้ การวิจัยนี้ใช้รูปแบบภาคตัดขวางมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุก และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคิด และการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 ในกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูงผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 เก็บข้อมูลเดือนเมษายน พ.ศ.2565 จำนวน 687 คน ในอำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ Multiple logistic regression เสนอค่า OR_{adj} และ 95%CI

ผลการศึกษา ความชุกด้านความรู้ระดับดี (95%CI = 51.0 – 59.0) และทักษะคิดระดับปานกลาง (95%CI = 39.0–46.0) การป้องกันตนเองในการเว้นระยะห่างมีความสัมพันธ์กับความรู้ เป็น 0.76 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนที่ต่ำกว่า (95% CI 0.62 – 0.95; p -value=0.013) และทักษะคิด เป็น 0.70 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนที่ต่ำกว่า (95%CI 0.54 – 0.91; p -value=0.008) การตรวจหาเชื้อโควิด-19 มีความสัมพันธ์ด้านความรู้ เป็น 1.26 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนที่ต่ำกว่า (95%CI 1.12 – 1.42; p -value<0.001) การสวมใส่หน้ากากอนามัย เป็น 0.87 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนที่ต่ำกว่า (95%CI 0.78 – 0.98 ; p -value=0.018) การล้างมือ เป็น 0.85 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนที่ต่ำกว่า (95%CI 0.73 – 1.00 ; p -value=0.001) การติดตั้งแอปพลิเคชันเป็น 0.89 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนที่ต่ำกว่า (95%CI 0.80 – 0.99; p -value=0.032) ส่วนความสัมพันธ์ด้านทักษะคิด และการวัดอุณหภูมิมีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติทั้งด้านความรู้ และทักษะคิด การมีความรู้และทักษะคิดส่งผลต่อการป้องกันตนเองต้องให้ความรู้ สร้างความตระหนักในโรคโควิด-19 เพื่อลดความเสี่ยงในการติดและแพร่กระจายเชื้อ

คำสำคัญ : ผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูงผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ความรู้ ทักษะคิด การป้องกันตนเอง

¹นักศึกษา หลักสูตร สม.สาขาวิชาวิทยาการระบาด มหาวิทยาลัยขอนแก่น,

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

³นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

*Corresponding author : chananya@kku.ac.th

Original Article

Associations between knowledge, attitudes and covid-19
self-prevention among high-risk contact groups
in Mukdahan district, Mukdahan province

Tawatchai seechot^{1*} Chananya Jirapornkul²
Tanongsak Rachjarean³ Naowarat Maneenin⁴

Abstract

People with a history of close contact with COVID-19 patients. are high risk of contracting COVID-19. Knowledge and attitudes are appropriate to protect themselves from illness. This study used a cross-sectional analytical study. This study was conducted to study the prevalence of associations between knowledge, attitudes and COVID-19 self-prevention among high-risk contact groups in District, Mukdahan Province. Data were collected from high-risk contact groups of 687 people through online surveys in during April 2022. Multiple logistic regressions were applied to association analysis. The presented as OR_{adj}, 95%CI

The result of the prevalence analysis revealed that knowledge was at high level or 55.3% (95%CI = 51.0 – 59.0) and attitudes was at moderate level or 42.9% (95%CI = 39.0 – 46.0). The result of association between knowledge could lead to 0.76 times probability of self-prevention by social distancing and avoidance of close contact with others, compared to the lower scores (95%CI 0.62 – 0.95; p -value = 0.013), attitudes toward could lead to 0.70 times probability of self-prevention (95%CI 0.54 – 0.91; p -value = 0.008). Knowledge could lead to 1.26 times probability of self-prevention by COVID-19 testing (95%CI 1.12 – 1.42; p -value < 0.001). Attitudes toward COVID-19 could lead to 0.87 times probability of self-prevention by wearing mask (95%CI 0.78 – 0.98; p -value = 0.018). Attitudes toward COVID-19 self-prevention could lead to 0.85 times probability of self-prevention by washing hands (95%CI 0.73 – 1.00; p -value = 0.001). Attitudes toward COVID-19 self-prevention could lead to 0.89 times probability of self-prevention by installing applications (95%CI 0.80 – 0.99; p -value = 0.032), self-prevention by on-site temperature screening, under control of the effect from variables of the last equation, demonstrated that the score of knowledge was insignificantly related to the score of attitudes. With these results, both knowledge and attitudes have influence on self-prevention, so educating and raising awareness of COVID-19 to reduce the risks of transmission.

Key words: high-risk contact COVID-19 group, knowledge, attitude, self-prevention

¹Master's student/ MPH. Program in Epidemiology, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

²Assistant Professor, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

³Medical Physician, Professional Level Yang Talad Hospital, Kalasin

*Corresponding author : chananya@kku.ac.th

บทนำ

โรคโควิด-19 เป็นเชื้อที่มีการแพร่ระบาดของโรคในระดับทั่วภูมิภาค พบการติดเชื้อในคนครั้งแรกพบที่สาธารณรัฐประชาชนจีน¹ การแพร่กระจายของโรคโควิด-19 สามารถแพร่กระจายผ่านสารคัดหลั่งในร่างกายส่งผลต่อระบบหายใจเป็นหลัก² โดยแนวโน้มการระบาดจากทั่วทุกภาคของประเทศพบการแพร่กระจายเปลี่ยนไปจากเดิมเป็นการระบาดในกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ซึ่งประกอบไปด้วย สถานที่ทำงาน โรงเรียน ชุมชนและครอบครัวเป็นหลัก^{2,4} โดยสถิติของการแพร่กระจายของผู้ติดเชื้อโควิด-19 ในประเทศไทยตั้งแต่เดือนเมษายน 2564 ถึงเดือนเมษายน 2565 มีผู้ติดเชื้อสะสมทั้งหมด 3,627,863 คน เสียชีวิต 25,128 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบผู้ติดเชื้อสะสมทั้งหมด 286,508 คน เสียชีวิตสะสม 640 คน และในจังหวัดมุกดาหารพบผู้ติดเชื้อสะสมทั้งหมด 4,178 คน เสียชีวิตสะสม 10 คน³

โดยประเทศไทยมีแนวทางปฏิบัติที่กระทรวงสาธารณสุขนำมาใช้เป็นมาตรการควบคุมโรคเป็นมาตรการป้องกันตนเองตามหลัก DMHTTA ดังนี้ D หมายถึง Distancing คือการเว้นระยะห่างระหว่างบุคคลและหลีกเลี่ยงการสัมผัสผู้อื่น M หมายถึง Mask คือการสวมใส่หน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยตลอดเวลา H หมายถึง Hand washing คือการล้างมือบ่อยๆ เมื่อมีการสัมผัสกับสิ่งต่างๆ ในสิ่งแวดล้อม T หมายถึง Testing temperature คือการตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายก่อนเข้าใช้บริการหรือสถานที่ต่างๆ เพื่อคัดกรองผู้ให้บริการในแต่ละสถานที่นั้นๆ T หมายถึง Test for COVID-19 คือการตรวจหาเชื้อโควิด-19 กรณีมีการสัมผัสกับผู้ป่วย จากพื้นที่ที่มีการติดเชื้อจำนวนมากหรือมีอาการบ่งชี้ของการติดเชื้อและ A หมายถึง Application คือการมีแอปพลิเคชัน “ไทยชนะ” และ “หมอชนะ” เพื่อทำการลงทะเบียนก่อนเข้าและออกจากสถานที่หน่วยงานราชการ เอกชน ที่มีพื้นที่ใช้ร่วมกัน⁴

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโรคโควิด-19 โดยกลุ่มผู้ที่มีแนวโน้มเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ได้แก่ ผู้สัมผัสใกล้ชิดในครัวเรือน สถานพยาบาล ที่ทำงานและชุมชน ยานพาหนะ ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มบุคคลทั่วไป⁵ กลุ่มผู้มีโรคประจำตัว หรือกลุ่มบุคลากร

ด้านสุขภาพ แต่มีการศึกษาน้อยมากในกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูงผู้ป่วยโรคติดเชื้อโควิด-19 ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีโอกาสสูงในการรับหรือแพร่เชื้อกับผู้ป่วยโควิด-19 และมีแนวโน้มในการติดเชื้อมากในพื้นที่การระบาด⁶ ดังนั้นจึงศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะกับการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 ของกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูงเพื่อเป็นแนวทางจัดการในพื้นที่ที่เกิดการแพร่ระบาดของโรคให้สามารถมีพฤติกรรมป้องกันตนเองตามมาตรการกระทรวงสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความความชุก และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และทัศนคติกับการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 ในกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูงผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ในเขตอำเภอเมืองมุกดาหาร จังหวัดมุกดาหาร

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา เป็นผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูงผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ในพื้นที่เขตอำเภอเมืองมุกดาหาร จังหวัดมุกดาหาร

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูงผู้ป่วยติดเชื้อและได้รับการกักตัวครบ 14 วัน อย่างน้อย 1 ครั้ง และมีเอกสารทางราชการในการกักตัว (จพต. 01,02,03)⁶ ระหว่างเดือนเมษายน-กรกฎาคม พ.ศ. 2564 ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 22 แห่ง ที่อยู่ในพื้นที่ศึกษา ดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนเมษายน 2565

การคำนวณขนาดตัวอย่างพิจารณาตามรูปแบบการวิจัยและวิธีการทางสถิติที่ใช้วิเคราะห์ในงานวิจัย โดยพิจารณาตามรูปแบบการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง และวิธีการทางสถิติที่ใช้วิเคราะห์ คือ การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบโลจิสติกส์ (Multiple logistic regression) ซึ่งสูตรคำนวณตัวอย่างแบบ Multiple logistic regression⁷ ดังต่อไปนี้ คือ

$$n = \frac{\left\{ Z_{1-\alpha/2} \sqrt{\frac{P(1-P)}{B}} + Z_{1-\beta} \sqrt{P_0(1-P_0) + \frac{P_1(1-P_1)(1-B)}{B}} \right\}^2}{[(P_0 - P_1)^2(1-B)]}$$

ผู้วิจัยใช้ค่า P_1 , P_2 และ B จากการศึกษา Investigation on the knowledge, attitude and behavior of residents in severely affected areas on COVID-19⁸

โดย n = จำนวนขนาดตัวอย่างทั้งหมดในวิเคราะห์

$Z_{1-\alpha/2}$ = ค่าสถิติแจกแจงปกติมาตรฐาน เมื่อกำหนดระดับนัยสำคัญ (α) = 0.05 จึงมีค่าเท่ากับ 1.96

$Z_{1-\beta}$ = ค่าสถิติแจกแจงปกติมาตรฐานเมื่อกำหนดอำนาจการทดสอบร้อยละ 80 (β = 0.20) จึงมีค่าเท่ากับ 0.84

P_0 = มีค่าสัดส่วนของการปฏิบัติดีต่อความรู้ เท่ากับ $\frac{1525}{1555} = 0.98$

P_1 = มีค่าสัดส่วนของการปฏิบัติดีต่อความรู้ ไม่ดี เท่ากับ $\frac{401}{432} = 0.93$

B = มีค่าสัดส่วนของการปฏิบัติตัวดี เท่ากับ $\frac{432}{1987} = 0.21$

P = ค่าสัดส่วนของการเกิดเหตุการณ์ หาได้จาก $(1-B)P_0 + BP_1$ มีค่าเท่ากับ แทนค่าในสูตร เพื่อหาค่า P

$P = (1-B)P_0 + BP_1 \approx 0.97$
เพื่อหาค่า n

$$n = \frac{\left\{ 1.96 \sqrt{\frac{0.97(1-0.97)}{0.21}} + 0.84 \sqrt{0.98(1-0.98) + \frac{0.93(1-0.93)(1-0.21)}{B}} \right\}^2}{[(0.98-0.93)^2(1-0.21)]}$$

จากการแทนค่า สัมประสิทธิ์สัมพันธ์บางส่วนระหว่างตัวแปรที่ศึกษาทั้งหมดด้วยค่า 0.1 ถึง 0.9 เพื่อปรับขนาดตัวอย่าง และเมื่อคำนึงถึงระดับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นด้วยกัน ตามวิธีการวิเคราะห์การถดถอย โลจิสติกส์ทำให้ได้ขนาดตัวอย่างจากการแทนค่า P แต่ในการกำหนดขนาดตัวอย่างของการศึกษาในครั้งนี้ได้ทำการพิจารณาอีก 2 ประเด็นคือ ตัวแปรที่

นำมาใช้พยากรณ์ไม่ควรมีความสัมพันธ์กัน (Multicollinearity) และต้องมีความเป็นไปได้ในการทำวิจัยให้สำเร็จจึงได้เลือกสัมประสิทธิ์ค่าสหสัมพันธ์บางส่วนมากกว่า 0.2 ดังนั้น ขนาดตัวอย่างของกลุ่มศึกษาจึงเท่ากับ 687 คน

การสุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยพิจารณากลุ่มตัวอย่างจากเกณฑ์คัดเข้าการศึกษา คือผู้ที่เคยสัมผัสผู้ป่วยติดเชื้อและได้รับการกักตัวครบ 14 วันและตรวจหาเชื้อระหว่างกักตัวอย่างน้อย 1 ครั้ง และมีเอกสารทางราชการในการกักตัว(จพต.01, 02, 03)ระหว่างเดือนเมษายน-กรกฎาคม พ.ศ.2564 โดยกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูงผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ได้แก่ ผู้สัมผัสใกล้ชิดในครัวเรือน สถานพยาบาล ที่ทำงานและชุมชน ยานพาหนะตามสัดส่วนแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด 22 แห่ง โดยโปรแกรม STATA Version 10.1 แล้วสุ่มตัวอย่างตามขนาดตัวอย่างและสัดส่วนแต่ละแห่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยเป็นชนิดแบบสอบถาม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยนำ QR-Code ที่สร้างขึ้นจาก Google form มืองค์ประกอบทั้งหมด 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ด้านลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านความรู้ ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านทัศนคติโควิด-19 และส่วนที่ 4 ปัจจัยด้านการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 สำหรับตัวแปรที่ศึกษาและการวัดตัวแปร ดังนี้

ด้านลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อคำถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อโควิด-19

ด้านความรู้ เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแปลผล โดยนำมาประยุกต์ใช้ ตามเกณฑ์ของ Bloom B.(1975) โดยเกณฑ์การวัดเป็น 3 ระดับ⁹ คือ ระดับความรู้ดี คือ ช่วงคะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป ระดับความรู้ปานกลาง คือ ช่วงคะแนนระหว่างร้อยละ 60-79 ระดับความรู้ต่ำ คือ คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60

ด้านทัศนคติ เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแปลผล โดยนำมาประยุกต์ใช้ ตามเกณฑ์ของ Bloom B.(1975) โดยเกณฑ์การวัดเป็น 3 ระดับ⁹ คือ ระดับทัศนคติดี คือ ช่วงคะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป

ระดับทัศนคติปานกลาง คือ ช่วงคะแนนระหว่างร้อยละ 60–79 ระดับระดับทัศนคติต่ำ คือ คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60

ด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 จำนวน 6 ข้อ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแปลผล โดยนำมาประยุกต์ใช้ ตามเกณฑ์ของ Bloom B.(1975) โดยเกณฑ์การวัดเป็น 3 ระดับ⁹ คือ ระดับดี คือ ปฏิบัติร้อยละ 80 ขึ้นไป ระดับปานกลาง คือปฏิบัติร้อยละ 60–79 ระดับต่ำ คือ ปฏิบัติต่ำกว่าร้อยละ 60

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยได้มีการทดสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์ จำนวน 3 ท่าน รวมไปถึงการทดสอบความเชื่อมั่น หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค และค่า KR20 โดยด้านทัศนคติ มีค่า 0.78 และความรู้มีค่า KR20 เท่ากับ 0.77

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูลในเดือน เมษายน พ.ศ. 2565 โดยนำ QR-Code ที่สร้างขึ้นจากระบบ Google form ให้กลุ่มตัวอย่างสแกนเข้าระบบเพื่อทำแบบสอบถาม ใช้เวลาในตอบแบบสอบถามประมาณ 5-10 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน อาชีพ และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยติดเชื้อโรคโควิด-19 นำเสนอในรูปตารางแจกแจงความถี่ ร้อยละกรณีเป็นตัวแปรต่อเนื่อง ที่มีการแจกแจงปกติ นำเสนอค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) กรณีข้อมูลที่มีการแจกแจงไม่ปกติ นำเสนอค่ามัธยฐาน (Median) และค่าต่ำสุด (Min) ค่าสูงสุด (Max) การวิเคราะห์ตัวแปรเดียว (Univariate analysis) เป็นการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัย

ด้านลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติด้วยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยแบบโลจิสติกส์ อย่างง่าย (Simple logistic regression) โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบและปัจจัยอื่นๆเพื่อนำเสนอค่า Crude Odds ratio (OR), ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และค่า p-value ที่ระดับ 0.05 วิเคราะห์ตัวแปรพหุ (Multivariable analysis) เป็นการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติโดยใช้สถิติพหุถดถอยแบบโลจิสติกส์ (Multiple logistic regressions) ที่ละหลายตัวแปรโดยควบคุมผลกระทบจากตัวแปรอื่นแบบขจัดออกทีละตัวแปร (Backward elimination) นำเสนอด้วยค่า Adjusted Odds ratio (OR_{adj}), ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และค่า p-value โดยใช้โปรแกรม STATA Version 10.1

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองการจดแจ้งการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น หมายเลขสำคัญโครงการ HE 652044 ลงวันที่ 7 มีนาคม 2565

ผลการวิจัย

ปัจจัยด้านลักษณะประชากร ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.8 มีอายุไม่เกิน 30 ปี ร้อยละ 39.6 ค่ามัธยฐานเท่ากับ 33 บาท (ต่ำสุด 18 ปี : สูงสุด 75 ปี)ระดับการศึกษาในชั้นมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า ร้อยละ 55.0 สถานภาพโสด ร้อยละ 51.7 รายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วงไม่เกิน 5,000 บาท ร้อยละ 51.8 ค่ามัธยฐานเท่ากับ 5,000 บาท (ต่ำสุด 0 บาท : สูงสุด 70,000 บาท) ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม ร้อยละ 39.0 มีความสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อที่เป็นผู้สัมผัสใกล้ชิดร่วมงาน/โรงเรียน/ชุมชน ร้อยละ 55.5 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลของในกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูงผู้ป่วยติดเชื้อ โควิด-19 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร (n=687)

ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	283	41.2
หญิง	404	58.8
อายุ (ปี)		
ไม่เกิน 30 ปี	272	39.6
31 - 40 ปี	251	36.5
41 - 50 ปี	102	14.9
51 - 60 ปี	54	7.9
60 ปี ขึ้นไป	8	1.1
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	34.96 ปี (10.15)	
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด : ค่าสูงสุด)	33 (18 : 75)	
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	25	3.7
ประถมศึกษา	72	10.5
มัธยมศึกษา/เทียบเท่า	378	55.0
ปริญญาตรี	183	26.6
สูงกว่าปริญญาตรี	29	4.2
สถานภาพสมรส		
โสด	355	51.7
สมรส	256	37.3
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	76	11.0
รายได้ต่อเดือน		
ไม่เกิน 5,000 บาท	356	51.8
5,001 - 10,000 บาท	175	25.5
10,001- 15,000 บาท	82	11.9
15,001- 20,000 บาท	28	4.1
20,001- 25,000 บาท	7	1.0
25,001- 30,000 บาท	9	1.3
มากกว่า 30,000 บาท	30	4.4
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	8,456.85 บาท (10,143.7)	
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด : ค่าสูงสุด)	5,000 (0 : 70,000)	
อาชีพ		
งานราชการ	104	15.1
รัฐวิสาหกิจ/บริษัทเอกชน	25	3.6
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	21	3.1
รับจ้างทั่วไป	118	17.2
เกษตรกร	261	38.0

ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ว่างงาน	96	14.0
อื่นๆ	62	9.0
ความสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อ		
ผู้สัมผัสใกล้ชิดครัวเรือน	281	40.9
ผู้สัมผัสใกล้ชิดในสถานพยาบาล	9	1.3
ผู้สัมผัสใกล้ชิดร่วมงาน/โรงเรียน/ชุมชน	381	55.5
ผู้สัมผัสใกล้ชิดในยานพาหนะ	16	2.3

ผลการศึกษาความชุกด้านความรู้ในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 ความรู้อยู่ในระดับดี ร้อยละ 55.3 (95%CI = 51.0 – 59.0) รองลงมาอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 26.4 (95%CI = 23.0 – 29.0) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความชุกของความรู้ในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 (n=687)

ความชุก	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95
ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)	126	18.3	15.0 – 21.0
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60- 79)	181	26.4	23.0 – 29.0
ระดับดี (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	380	55.3	51.0 – 59.0

ผลการศึกษาความชุกด้านทัศนคติในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 ทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.9 (95%CI = 33.0 – 51.0) รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 37.1 (95%CI = 33.0 – 40.0) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความชุกของทัศนคติในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 (n=687)

ความชุก	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95
ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)	255	37.1	33.0 – 40.0
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60- 79)	295	42.9	39.0 – 46.0
ระดับดี (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	137	20.0	17.0 – 23.0

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ด้านความรู้ และทัศนคติกับการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 โดยวิธีการวิเคราะห์พหุคูณแบบโลจิสติกส์ (Multiple Logistic Regression) มีการควบคุมผลกระทบจากปัจจัยรบกวน (Confounding Factors) โดยเทคนิคการวิเคราะห์แบบขจัดออกทีละตัวแปร (Backward Elimination) โดยพิจารณาตัวแปรที่ได้จากการวิเคราะห์ตัวแปรเดียวที่ระดับนัยสำคัญ $p\text{-value} < 0.05$ เข้าสมการ และตัวแปรด้านความรู้ และทัศนคติพฤติกรรมในการป้องกันตนเอง

ผลการศึกษาการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ด้านความรู้ และทัศนคติกับการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 พบว่า

ความสัมพันธ์ระหว่างด้านความรู้ และทัศนคติกับการเว้นระยะห่างระหว่างบุคคลและหลีกเลี่ยงการสัมผัสผู้อื่น เมื่อควบคุมผลกระทบจากตัวแปรในสมการสุดท้ายแล้ว พบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ที่เพิ่มขึ้น 1 คะแนนจะมีโอกาสปฏิบัติตัวในการเว้นระยะห่างระหว่างบุคคลและหลีกเลี่ยงการสัมผัสผู้อื่นเป็น 0.76 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนที่ต่ำกว่า ($OR_{adj} = 0.76$; 95%CI 0.62 – 0.95; $p\text{-value} = 0.013$) และคะแนนทัศนคติ เกี่ยวกับโรคโควิด-19 เพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมีโอกาสปฏิบัติตัวในการเว้นระยะห่างระหว่างบุคคล และหลีกเลี่ยงการสัมผัสผู้อื่นเป็น 0.70 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนที่ต่ำกว่า ($OR_{adj} = 0.70$; 95%CI 0.54 – 0.91; $p\text{-value} = 0.008$)

ความสัมพันธ์ด้านทัศนคติ กับการสวมหน้ากากอนามัย หรือหน้ากากผ้าตลอดเวลา เมื่อควบคุมผลกระทบจากตัวแปรในสมการสุดท้ายแล้ว พบว่า คะแนนทัศนคติ เกี่ยวกับโรคโควิด-19 เพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมีโอกาสปฏิบัติตัวในการสวมหน้ากากอนามัย หรือหน้ากากผ้าตลอดเวลา เป็น 0.87 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนที่ต่ำกว่า ($OR_{adj} = 0.87$; 95%CI 0.78 – 0.98 ; p -value=0.018) และด้านความรู้มีความสัมพันธ์กับการสวมหน้ากากอนามัย หรือหน้ากากผ้าตลอดเวลา อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value=0.180)

ความสัมพันธ์ด้านทัศนคติ กับการล้างมือด้วยน้ำสบู่ หรือเจล ล้างมือ เมื่อควบคุมผลกระทบจากตัวแปรในสมการสุดท้ายแล้ว พบว่า คะแนนทัศนคติ เกี่ยวกับโรคโควิด-19 เพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมีโอกาสปฏิบัติตัวในการล้างมือด้วยน้ำสบู่ หรือเจลล้างมือ เป็น 0.85 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนที่ต่ำกว่า ($OR_{adj} = 0.85$; 95%CI 0.73 – 1.00; p -value=0.001) และด้านความรู้มีความสัมพันธ์กับการล้างมือด้วยน้ำสบู่ หรือเจล ล้างมือ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value=0.233)

ความสัมพันธ์ด้านความรู้ และทัศนคติกับการตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายก่อนเข้าใช้บริการ เพื่อคัดกรองผู้ใช้บริการในสถานที่ต่างๆ เมื่อควบคุมผลกระทบจากตัวแปรในสมการสุดท้ายแล้ว พบว่า คะแนนด้านความรู้ และทัศนคติมีความสัมพันธ์ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value=0.696 และ 0.644) ตามลำดับ

ความสัมพันธ์ด้านความรู้ กับการตรวจหาเชื้อโควิด-19 เมื่อควบคุมผลกระทบจากตัวแปรในสมการสุดท้ายแล้ว พบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ที่เพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมีโอกาสปฏิบัติตัวในการตรวจหาเชื้อโควิด-19 ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 เป็น 1.26 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนที่ต่ำกว่า ($OR_{adj} = 1.26$; 95%CI 1.12 – 1.42; p -value<0.001) และ

ด้านทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการตรวจหาเชื้อโควิด-19 อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value=0.619)

ความสัมพันธ์ด้านทัศนคติ กับการติดตั้งและใช้แอปพลิเคชัน ไทยชนะ และหมอพร้อม เมื่อควบคุมผลกระทบจากตัวแปรในสมการสุดท้ายแล้ว พบว่า คะแนนทัศนคติ เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ที่เพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมีโอกาสปฏิบัติตัวในการติดตั้งและใช้แอปพลิเคชัน ไทยชนะ และหมอพร้อม เป็น 0.89 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนที่ต่ำกว่า ($OR_{adj} = 0.89$; 95%CI 0.80 – 0.99; p -value=0.032) และด้านความรู้มีความสัมพันธ์กับการติดตั้งและใช้แอปพลิเคชัน ไทยชนะ และหมอพร้อม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value=0.208) ดังตารางที่ 4

จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้านความรู้ และทัศนคติ กับการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่า กลุ่มผู้ที่มีความรู้โรคโควิด-19 ที่เพิ่มขึ้น ทุกๆ 1 คะแนน จะมีโอกาสปฏิบัติตัวในการตรวจหาเชื้อโควิด-19 เป็น 1.26 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่มีคะแนนที่ต่ำกว่า และในการป้องกันโรคมียุทธศาสตร์ที่จะไม่ปฏิบัติตัว ในการเว้นระยะห่างระหว่างบุคคล หลีกเลี่ยงการสัมผัสผู้อื่น น้อยเป็น 24% เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ที่มีคะแนนที่ต่ำกว่า และผู้ที่มีทัศนคติโรคโควิด-19 ที่เพิ่มขึ้น ทุกๆ 1 คะแนน ในการป้องกันโรคมียุทธศาสตร์ที่จะไม่ปฏิบัติตัว ในการเว้นระยะห่างระหว่างบุคคล หลีกเลี่ยงการสัมผัสผู้อื่น น้อยเป็น 30% การล้างมือด้วยน้ำสบู่หรือเจลล้างมือน้อยเป็น 15% การสวมหน้ากากอนามัยน้อยเป็น 13% และ การติดตั้งและใช้แอปพลิเคชันไทยชนะ และหมอพร้อม น้อยเป็น 11% เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ที่มีคะแนนที่ต่ำกว่า ตามลำดับ

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ด้านความรู้ และทัศนคติกับการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 (n=687)

ตัวแปรต่างๆ	การป้องกันตนเอง		Crude OR	Adjusted OR	ช่วงความ เชื่อมั่นร้อยละ ละ95	p- value
	DMHTTA					
	ปฏิบัติ Mean(SD)	ไม่ปฏิบัติ Mean(SD)				
1. เว้นระยะห่างระหว่างบุคคลและหลีกเลี่ยงการสัมผัสผู้อื่น (D)						
1.1 ความรู้ (15 คะแนน)	11.3 (2.41)	12.5 (1.84)	0.79	0.76	0.62 – 0.95	0.013
1.2 ทัศนคติ (10 คะแนน)	6.8 (1.23)	5.7 (2.10)	0.72	0.70	0.54 – 0.91	0.008
2. สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าอนามัยตลอดเวลา (M)						
2.1 ความรู้ (15 คะแนน)	11.42 (2.38)	11.04 (2.54)	1.07	1.07	0.97 – 1.17	0.180
2.2 ทัศนคติ (10 คะแนน)	5.71 (2.13)	6.25 (1.72)	0.87	0.87	0.78 – 0.98	0.018
3.จากการล้างมือด้วยน้ำสบู่หรือเจลล้างมือ (H)						
3.1 ความรู้ (15 คะแนน)	11.35 (2.43)	11.65 (1.96)	0.95	0.93	0.81 – 1.05	0.233
3.2 ทัศนคติ (10 คะแนน)	5.74 (2.10)	6.28 (1.96)	0.87	0.85	0.73 – 1.00	0.001
4.ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายก่อนเข้าใช้บริการเพื่อคัดกรองผู้ใช้บริการในสถานที่ต่างๆ (T)						
4.1 ความรู้ (15 คะแนน)	11.33 (2.38)	11.54 (2.50)	0.96	0.98	0.91 – 1.07	0.696
4.2 ทัศนคติ (10 คะแนน)	5.77 (2.06)	5.81 (2.23)	0.99	0.98	0.89 – 1.07	0.644
5.ตรวจหาเชื้อโควิด-19 (T)						
5.1 ความรู้ (15 คะแนน)	11.4 (2.34)	10.05 (2.75)	1.26	1.26	1.12 – 1.42	<0.001
5.2 ทัศนคติ (10 คะแนน)	5.77 (2.11)	5.96 (1.81)	0.96	0.96	0.83 – 1.11	0.619
6.มีการติดตั้งและใช้แอปพลิเคชันไทยชนะและหมอพร้อม (A)						
6.1 ความรู้ (15 คะแนน)	11.44 (2.45)	11.04 (2.23)	1.07	1.05	0.97 - 1.14	0.208
6.2 ทัศนคติ (10 คะแนน)	5.71 (2.15)	6.12 (1.75)	0.90	0.89	0.80 - 0.99	0.032

การอภิปรายผล

ด้านความรู้ กลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูงส่วนใหญ่มีความชุกด้านความรู้ในระดับดีร้อยละ 55.3 ที่สามารถนำความรู้ไปใช้ป้องกันตนเองได้ดีส่งผลให้การศึกษาบางส่วนมีความแตกต่างกัน จึงพบว่า ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 ในกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูงผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 กับการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด-19 กับการเว้นระยะห่างระหว่างบุคคลและหลีกเลี่ยงการสัมผัสผู้อื่นเป็น 0.76 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนที่ต่ำกว่า ($OR_{adj} = 0.76$; 95%CI 0.62 – 0.95; p -value=0.013) และการตรวจหาเชื้อโควิด-19 ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 เป็น 1.26 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนที่ต่ำกว่า ($OR_{adj} = 1.26$; 95% CI 1.12 – 1.42; p -value<0.001) สอดคล้องกับการศึกษาความรู้ระดับสูงมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเป็น 6.91 เท่า ของผู้ที่มีระดับความรู้ต่ำ ($OR_{adj} = 6.91$, 95% CI 1.84 – 56.45)¹⁰ ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีการโอกาสไปในสถานที่คนแออัด เป็น 0.81 เท่า เมื่อเทียบกับคะแนนที่สูงกว่า (Crude OR= 0.81; 95% CI= 0.76 - 0.87)¹¹ และการศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ไม่ดี จะมีพฤติกรรมที่ไม่ดีเป็น 8.6 เท่าของผู้ที่มีความรู้ดีเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ($OR_{adj} = 8.6$, 95% CI=3.81-19.45)¹² แตกต่างกับการศึกษาความรู้มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเองในการป้องกันตนเองคือ ผู้ที่มีความรู้ที่แม่นยำจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีเป็น 1.1 เท่าของผู้ที่ไม่มีความแม่นยำด้านความรู้ (Crude OR 1.1, 95% CI=0.92-1.31)¹³

ด้านทัศนคติ กลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูงส่วนใหญ่มีความชุกด้านทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.9 ที่สามารถนำความรู้ไปใช้ป้องกันตนเองได้ดีในระดับหนึ่งทำให้ผลการศึกษาต่างกล่าวไปในทิศทางเดียวกันความสัมพันธ์ด้านคะแนนทัศนคติ เกี่ยวกับโรคโควิด-19 เพิ่มขึ้น 1 หน่วยจะมีโอกาสปฏิบัติตัวในการสวมหน้ากากอนามัย หรือ หน้ากากผ้าตลอดเวลา เป็น 0.87 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนที่ต่ำกว่า ($OR_{adj} = 0.87$; 95%CI 0.78 –

0.98 ; p -value=0.018) คะแนนทัศนคติเกี่ยวกับโรคโควิด-19 เพิ่มขึ้น 1 หน่วยจะมีโอกาสปฏิบัติตัวในการล้างมือด้วยน้ำสบู่ หรือเจลล้างมือ เป็น 0.85 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนที่ต่ำกว่า ($OR_{adj} = 0.85$; 95%CI 0.75 – 1.00; p -value=0.001) และคะแนนทัศนคติ เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วยจะมีโอกาสปฏิบัติตัวในการติดตั้งและใช้แอปพลิเคชัน ไทยชนะ และหมอพร้อม เป็น 0.89 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนที่ต่ำกว่า ($OR_{adj} = 0.89$; 95%CI 0.80 – 0.99; p -value=0.032) สอดคล้องกับการศึกษาทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเองในการป้องกันตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<0.001) กล่าวคือ การมีทัศนคติเชิงบวกจะทำให้โอกาสมีพฤติกรรมที่ดีในการป้องกันตนเองจากการแพร่ระบาดของโควิด-19 เป็น 1.4 เท่าเมื่อเทียบกับทัศนคติด้านลบ (Crude OR 1.4, 95% CI=1.191-1.711)¹³ และทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเองในการป้องกันตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<0.001) กล่าวคือ การมีทัศนคติเชิงบวกมีโอกาสมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโควิด-19 เป็น 4.47 เท่าเมื่อเทียบกับการมีทัศนคติเชิงลบ (Crude OR 4.47 , 95% CI=2.23-8.98)¹⁴

จากการศึกษาในข้างต้นสามารถอธิบายได้ว่า การป้องกันตนเองตามมาตรการกระทรวงสาธารณสุข จากปัจจัยด้าน DMHTTA จากการติดเชื้อโควิด 19 ในกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูงในการป้องกันตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่า ความรู้โรคโควิด-19 ที่เพิ่มขึ้น จะมีโอกาสปฏิบัติตัวในการตรวจหาเชื้อโควิด-19 เป็น 1.26 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ที่มีคะแนนที่ต่ำกว่า และในการป้องกันโรคมีโอกาสที่จะไม่ปฏิบัติตัว ในการเว้นระยะห่างระหว่างบุคคล หลีกเลี่ยงการสัมผัสผู้อื่นน้อยเป็น 24% เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ที่มีคะแนนที่ต่ำกว่า และกลุ่มผู้ที่มีทัศนคติโรคโควิด-19 ที่เพิ่มขึ้น ในการป้องกันโรคมีโอกาสที่จะไม่ปฏิบัติตัว ในการเว้นระยะห่างระหว่างบุคคล หลีกเลี่ยงการสัมผัสผู้อื่นน้อยเป็น 30% การล้างมือด้วยน้ำสบู่หรือเจลล้างมือน้อยเป็น 15% การสวมหน้ากากอนามัยน้อยเป็น 13% และการติดตั้งและใช้แอปพลิเคชันไทยชนะ และหมอพร้อมน้อยเป็น 11% เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ที่มีคะแนนที่ต่ำกว่า ที่เป็นตัวแปรสำคัญในการนำไปเป็นแนวทางในการป้องกันตนเองทั้งในด้านส่งเสริม และการป้องกันพฤติกรรมตนเองในสถานการณ์การแพร่ระบาด

การนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านบุคลากรการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อเป็นแนวทางจัดการความรู้และทัศนคติ ในกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูงในพื้นที่ ที่เกิดการแพร่ระบาดของโรคให้สามารถป้องกันตนเองตามมาตรการกระทรวงสาธารณสุข และด้านประชาชน เพื่อทำให้เกิดความตระหนักในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

จากการวิจัยด้านความชุก และความสัมพันธ์ ในการป้องกันโรคโควิด-19 ยังสามารถศึกษาพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากรูปแบบวิธีวิจัยอื่นๆที่มีปัจจัยตาม มาตรการ DMHTTA เช่น การได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19 หรือ รูปแบบการวิจัยโดยการวิเคราะห์เปรียบเทียบกับกลุ่ม ตัวอย่างที่แตกต่างกันเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบต่างๆการป้องกันตนเองเพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ในการแพร่ระบาดและการป้องกันโรคในช่วงเวลา ที่น่าสนใจต่อการศึกษา

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณสำนักงานสาธารณสุข อำเภอเมืองมุกดาหาร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคติดต่อทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการช่วยเหลือ ติดตามเพื่อเก็บข้อมูลของผู้วิจัยในครั้งนี้ รวมไปถึงผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่มีส่วนทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Weekly epidemiological update on COVID-19.[Online].2021 [cited 2021 November 2]. Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---2-november-2021>
2. กรมอนามัย. คู่มือการกักตัว สำหรับผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ติดเชื้อโควิด-19 ฉบับประชาชน.[ออนไลน์].2564 [อ้างอิง 1 มิถุนายน 2564].สืบค้นจาก: https://drive.google.com/file/d/1iAcoUFyJZLQuCkq_ny0PJAbErWt0XtVm/view
3. กระทรวงสาธารณสุข.โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019(COVID-19) [ออนไลน์].2563 [อ้างอิง 23 กุมภาพันธ์ 2563].สืบค้นจาก: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/guidelines/G39.pdf>
4. กรมควบคุมโรค. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ [ออนไลน์].2564 [อ้างอิง 3 พฤษภาคม 2564].สืบค้นจาก: <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=18373&deptcode=brc>
5. ญัตติวรณ แสนคำ. ความรู้ ทัศนคติ และ พฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของประชาชนในเขตอำเภออุทอง จังหวัดสุพรรณบุรี Knowledge, Attitudes, and Preventive Behaviors of COVID-19 among People Living in Amphoe U-thong, Suphanburi Province. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ปีที่ 4 ฉบับที่ 1, 33-48.
6. ศาลากลางจังหวัดมุกดาหาร. ขั้นตอนการดำเนินงานคัดกรองเฝ้าระวังบุคคลที่เดินทางกลับเข้ามาในพื้นที่จังหวัดมุกดาหาร กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019(COVID-19). (หน้า 7). มุกดาหาร: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร.
7. Hsieh FY, Bloch DA, Larsen MD. A SIMPLE METHOD OF SAMPLE SIZE CALCULATION. [Online].1998 . Available from: <https://core.ac.uk/download/pdf/205199338.pdf>
8. Youkun Hu, Gaoqiang Zhang, Zhihao Li, Jiani Yang, Lijun Mo, Xiru Zhang, et al.Knowledge, attitudes, and practices related to COVID-19 pandemic among residents in Hubei and Henan Provinces. Retrieved from J South Med Univ[Online].2020 [cited 2020 May 30]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7277320/pdf/nfykdx-40-202005733.pdf>

9. Bloom, B. (1975). Taxonomy of Education Objective. Handbook 1: Cognitive Domain. New York: David McKay
10. จิตรา มุลที. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอองไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย. สคร.9, 5-12.
11. Rios Gonzalez, Carlos Miguel. Knowledge, attitudes and practices towards COVID-19 in Paraguayans during outbreaks: a quick online survey. Retrieved from SciELO - Scientific Electronic Library. [Online].2020 [cited 2020 April 23]. Available from: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/149>
12. Yonas Akalu, Ayelign B, Molla MD. Knowledge, Attitude and Practice Towards COVID-19. [Online].2020 [cited 2020 April 22]. Available from: <https://www.dovepress.com/knowledge-attitude-and-practice-towards-covid-19-among-chronic-disease-peer-reviewed-fulltext-article-IDR>
13. Zannatul Ferdous, Md. Saiful Islam, Md. Tajuddin Sikder, Abu Syed, Md. Mosaddek, J. A. Zegarra-Valdivia, et al. Knowledge, attitude, and practice regarding COVID-19 outbreak in Bangladesh: An online-based cross-sectional study. [Online].2020 [cited 2020 October 9]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7546509/pdf/pone.0239254.pdf>
14. Golam Rabbani, O. A. Knowledge, Attitude and Practice towards COVID-19 among people in Bangladesh during the pandemic: a cross-sectional study. [Online].2020 [cited 2020 September 23]. Available from: <https://doi.org/10.1101/2020.09.22.20198275>