

Chulalongkorn University

Chula Digital Collections

Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD)

2020

การเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้ และพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น: กรณีโควิด 19

กัลยภัทร ศรีไพโรจน์
คณะครุศาสตร์

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd>



Part of the [Health and Physical Education Commons](#)

Recommended Citation

ศรีไพโรจน์, กัลยภัทร, "การเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้ และพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น: กรณีโควิด 19" (2020). *Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD)*. 3922.

<https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/3922>

This Thesis is brought to you for free and open access by Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD) by an authorized administrator of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

การเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้ และพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลก
ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น: กรณีโควิด 19



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสุขศึกษาและพลศึกษา ภาควิชาหลักสูตรและการสอน
คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2563
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

MEDIA EXPOSURE, PERCEPTION, KNOWLEDGE, AND BEHAVIORS IN HEALTH
PROTECTION ON PANDEMIC FOR JUNIOR HIGH SCHOOL STUDENTS: CASE OF COVID-19



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Education in Health and Physical Education

Department of Curriculum and Instruction

FACULTY OF EDUCATION

Chulalongkorn University

Academic Year 2020

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	การเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้ และพฤติกรรมด้านการ ป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลกของนักเรียน มัธยมศึกษาตอนต้น: กรณีโควิด 19
โดย	น.ส.กัลยาภัฏร์ ศรีไพโรจน์
สาขาวิชา	สุขศึกษาและพลศึกษา
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ศาสตราจารย์ ดร.จินตนา สรายุทธพิทักษ์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	อาจารย์ ดร.สรินญา รอดพิพัฒน์

คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของ
การศึกษาตามหลักสูตรปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะครุศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริเดช สุชีวะ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิรดี เอกกรณรงค์ชัย)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ศาสตราจารย์ ดร.จินตนา สรายุทธพิทักษ์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(อาจารย์ ดร.สรินญา รอดพิพัฒน์)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุธนะ ติงศภัทิย์)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิรดี เอกกรณรงค์ชัย)

กัลยภัทร์ ศรีไพโรจน์ : การเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้ และพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น: กรณีโควิด 19. (MEDIA EXPOSURE, PERCEPTION, KNOWLEDGE, AND BEHAVIORS IN HEALTHPROTECTION ON PANDEMIC FOR JUNIOR HIGH SCHOOL STUDENTS: CASE OF COVID-19) อ.ที่ปรึกษาหลัก : ศ. ดร. จินตนา สรายุทธพิทักษ์, อ.ที่ปรึกษาร่วม : อ. ดร.สรินญา รอดพิพัฒน์

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 และพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น: กรณีโควิด 19 กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นจาก 10 โรงเรียนในประเทศไทย จำนวน 540 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามออนไลน์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.99 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้ และพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลก: กรณีโควิด 19 อยู่ในระดับปานกลางถึงระดับมาก โดยสื่อสังคมออนไลน์ (เฟซบุ๊ก ไลน์ ทวิตเตอร์ ฯลฯ) เป็นแหล่งข้อมูลที่มีการเปิดรับสื่อมากที่สุด ส่วนประเด็นที่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารมากที่สุด คือ การดู ฟัง พูดคุย อ่าน หรือสืบค้นข้อมูลสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ในประเทศไทย เนื้อหาสาระด้านที่มีความรู้มากที่สุด คือ ด้านอาการและการดำเนินโรค และพฤติกรรมด้านการป้องกันที่ปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมมากที่สุด คือ การสวมหน้ากากอนามัย ส่วนด้านความสัมพันธ์พบว่า การเปิดรับสื่อ การรับรู้ และความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่: กรณีโควิด 19 ($r = 0.58, 0.61$ และ 0.20 ตามลำดับ) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการเปิดรับสื่อ การรับรู้ และความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลก: กรณีโควิด 19 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สาขาวิชา สุขศึกษาและพลศึกษา
ปีการศึกษา 2563

ลายมือชื่อนิสิต
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม

6280009927 : MAJOR HEALTH AND PHYSICAL EDUCATION

KEYWORD: MEDIA EXPOSURE, PERCEPTION, KNOWLEDGE, BEHAVIORS IN HEALTH
PROTECTION COVID-19

Kanyaphat Sripairoj : MEDIA EXPOSURE, PERCEPTION, KNOWLEDGE, AND BEHAVIORS IN
HEALTHPROTECTION ON PANDEMIC FOR JUNIOR HIGH SCHOOL STUDENTS: CASE OF
COVID-19. Advisor: Prof. JINTANA SARAYUTHPITAK, Ph.D. Co-advisor: SARINYA
RODPIPAT, Ph.D.

This research was a cross-sectional analytical study with the objective of studying media exposure, perception, knowledge and behaviors in health protection on the pandemic for junior high school students: case of COVID-19. The sample was 540 junior high school students from 10 schools in Thailand. Obtained by multi-stage sampling. The tool used was online questionnaires. The data was analyzed using Pearson's Correlation Coefficient statistics. The results of the research were as follows: The samples had media exposure, perception of information, Knowledge regarding COVID-19 and behaviors in health protection on the pandemic of the COVID-19 ranged from medium to high level. Social media such as Facebook, Line, Twitter, etc. were the most exposed sources of information. The issues which provide the most perception of information were watching, listening, talking, reading or researching the situation of the COVID-19 outbreak in Thailand. The subjects which provide the most information were the symptoms and treatments of COVID-19 and the most appropriate behaviors in health protection during pandemic: case COVID-19 was the behavior of wearing mask. Furthermore, It was found that media exposure, perception of information and knowledge regarding COVID-19 was positively correlated with behaviors in health protection on COVID-19 ($r = 0.58, 0.61$ and 0.20 respectively). The study result showed that media exposure, perception and knowledge regarding COVID-19 are factors that affect behaviors in health protection during the pandemic for junior high school students in COVID-19 situation.

Field of Study:	Health and Physical Education	Student's Signature
Academic Year:	2020	Advisor's Signature
		Co-advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความดูแลเอาใจใส่อย่างดียิ่งจากศาสตราจารย์ ดร. จินตนา สรายุทธพิทักษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ในการให้คำปรึกษา คำแนะนำ ตลอดจนการตรวจพิจารณา แก่ไขวิทยานิพนธ์ให้มีความถูกต้องสมบูรณ์ มีคุณค่าทางวิชาการ รวมทั้งการให้กำลังใจและความช่วยเหลือในทุกด้านมา โดยตลอด ซึ่งนอกจากจะทำให้ผู้วิจัยได้รับประสบการณ์ในการทำวิจัยแล้ว ท่านยังเป็นต้นแบบของอาจารย์ที่ทุ่มเท ให้กับนิสิต เป็นแรงบันดาลใจในการทำวิจัยและงานการศึกษา ตลอดจนงานวิชาการต่าง ๆ ซึ่งผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความ เมตตาและปลอบปลื้มที่ได้เป็นลูกศิษย์ของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณด้วยเคารพเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

กราบขอบพระคุณอาจารย์ ดร.สรินญา รอดพิพัฒน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้ซึ่งสละเวลาคอยให้ คำปรึกษาในการทำงานวิจัยมาโดยตลอด ทำให้ผู้วิจัยก้าวผ่านปัญหาและอุปสรรคได้อย่างราบรื่น จนทำให้งานวิจัย สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

กราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิรติ เอกธรรงค์ชัย ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วย ศาสตราจารย์ ดร.สุธนะ ติงศภักดิ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อคิดและเสนอแนะแนวทางในการปรับปรุง แก้ไข ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

กราบขอบพระคุณท่านผู้ทรงคุณวุฒิ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ยง ภู่วรวรรณ แพทย์หญิงสุนิ วัชรสินธุ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิรติ เอกธรรงค์ชัย อาจารย์ ดร.จักรกฤษณ์ พลราชม และอาจารย์ ชญาภัส สมกระโทก ที่ กรุณาสละเวลามาตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและให้คำแนะนำต่าง ๆ จนทำให้ได้เครื่องมือวิจัยที่มีประสิทธิภาพ อัน ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัยครั้งนี้

กราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ คณะผู้บริหาร และคณาจารย์ของโรงเรียนทั้ง 10 แห่งที่เปิดโอกาสให้ผู้วิจัย ได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ และขอบคุณนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ที่ ตระหนักถึงความสำคัญของการให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่องานวิจัย พร้อมทั้งให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นอย่างดี

กราบขอบพระคุณผู้บริหารบริษัท สำนักพิมพ์วัฒนาพานิช จำกัด ที่มอบโอกาสและทุนการศึกษาให้ผู้วิจัยได้ เข้ารับการศึกษาในหลักสูตรปริญญาโทบริหารธุรกิจ ซึ่งผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและระลึกถึงพระคุณของท่านเสมอมา ทั้งนี้ ผู้วิจัย จะนำความรู้ที่ได้รับไปพัฒนาองค์กรให้มีคุณภาพทางด้านวิชาการและเกิดประโยชน์ต่อการศึกษาไทยต่อไป

กราบขอบพระคุณครอบครัวศรีโพธิ์โรจน์ที่ให้การสนับสนุนทางด้านการศึกษาและเป็นพลังใจให้เสมอมา จน สามารถสำเร็จการศึกษาได้อย่างภาคภูมิใจ

สุดท้ายนี้ ขอขอบคุณเพื่อน ๆ นิสิต สาขาวิชาสุขศึกษาและพลศึกษา ผู้เป็นกัลยาณมิตรที่คอยหยิบยื่นน้ำใจ ไม่ตรีและเกื้อกูลกันอยู่เสมอ ผู้วิจัยจะจดจำเรื่องราวดี ๆ ประทับไว้ในใจตลอดไป

กัลยาณมิตร ศรีโพธิ์โรจน์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....ค	
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... ง	
กิตติกรรมประกาศ..... จ	
สารบัญ..... ฉ	
สารบัญตาราง..... ฅ	
สารบัญภาพ..... ฎ	
บทที่ 1 บทนำ..... 1	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... 1	
คำถามการวิจัย..... 7	
วัตถุประสงค์การวิจัย..... 7	
สมมติฐานการวิจัย..... 8	
ขอบเขตของการวิจัย..... 9	
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย..... 10	
ประโยชน์ที่รับจากการวิจัย..... 14	
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 15	
1. แนวคิดเกี่ยวกับการเปิดรับสื่อ..... 16	
1.1 ความหมายของการเปิดรับสื่อ..... 16	
1.2 องค์ประกอบของการเปิดรับสื่อ..... 17	
1.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการเปิดรับสื่อ..... 19	
1.4 การประเมินการเปิดรับสื่อ..... 24	
1.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปิดรับสื่อ..... 27	

2. แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้.....	36
2.1 ความหมายของการรับรู้.....	36
2.2 องค์ประกอบของการรับรู้.....	37
2.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้.....	39
2.4 การประเมินการรับรู้.....	42
2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้.....	44
3. ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19	55
3.1 ความหมายของความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19	55
3.2 องค์ประกอบของความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19	57
3.3 ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19	61
3.4 การประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19	100
3.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19	103
4. พฤติกรรมด้านการป้องกันโรคโควิด 19	110
4.1 ความหมายของพฤติกรรมด้านการป้องกันโรคโควิด 19	110
4.2 องค์ประกอบของพฤติกรรมด้านการป้องกันโรคโควิด 19	111
4.3 การประเมินพฤติกรรมด้านการป้องกันโรคโควิด 19	116
4.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมด้านการป้องกันโรคโควิด 19	118
5. กรอบแนวคิดการวิจัย	126
บทที่ 3 วิธีการดำเนินงานวิจัย	128
ขั้นที่ 1 การเตรียมการวิจัย	128
1.1 การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	128
1.2 การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	128
1.3 การสร้างและพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	131
ขั้นที่ 2 การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย	146

2.1 การติดต่อประสานงานก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล	146
2.2 การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล	146
2.3 การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	147
ขั้นที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย	148
3.1 การวิเคราะห์ข้อมูล	148
3.2 สถิติที่ใช้ในการวิจัย	148
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	150
ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ระดับการเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้ และพฤติกรรมด้านการป้องกันใน สถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น: กรณีโควิด 19	151
ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะทั่วไป การเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้ และพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลกของนักเรียน มัธยมศึกษาตอนต้น: กรณีโควิด 19	158
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ	165
สรุปผลการวิจัย	165
อภิปรายผลการวิจัย	169
ข้อเสนอแนะ	187
บรรณานุกรม	192
ภาคผนวก	206
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	207
ภาคผนวก ข ใบรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสห สถาบัน ชุดที่ 2 สังคมศาสตร์ มนุษยศาสตร์ และศิลปกรรมศาสตร์ สำนักบริหารวิจัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	209
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย	211
ประวัติผู้เขียน	213

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 การสังเคราะห์องค์ประกอบของการเปิดรับสื่อ	18
ตารางที่ 2 การสังเคราะห์ตัวชี้วัดที่นำมาใช้ประเมินการเปิดรับสื่อ.....	24
ตารางที่ 3 การสังเคราะห์เครื่องมือที่นำมาใช้ประเมินการเปิดรับสื่อ	25
ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ตัวแปรที่ศึกษา สถิติที่ใช้ และเครื่องมือที่ใช้ จากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กับแนวคิดเกี่ยวกับการเปิดรับสื่อ.....	33
ตารางที่ 5 การสังเคราะห์องค์ประกอบของการรับรู้.....	39
ตารางที่ 6 การสังเคราะห์เครื่องมือที่นำมาใช้ประเมินการรับรู้.....	43
ตารางที่ 7 การวิเคราะห์ตัวแปรที่ศึกษา สถิติที่ใช้ และเครื่องมือที่ใช้ จากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กับแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้.....	52
ตารางที่ 8 การสังเคราะห์องค์ประกอบของความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19	59
ตารางที่ 9 ข้อมูลสถิติเกี่ยวกับโรคจากไวรัส.....	69
ตารางที่ 10 การสังเคราะห์เครื่องมือที่นำมาใช้ประเมินความรู้.....	101
ตารางที่ 11 การวิเคราะห์ตัวแปรที่ศึกษา สถิติที่ใช้ และเครื่องมือที่ใช้ จากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19	108
ตารางที่ 12 ข้อมูลพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลก: กรณีโควิด 19	112
ตารางที่ 13 การสังเคราะห์องค์ประกอบของพฤติกรรมด้านการป้องกันโรคโควิด 19	114
ตารางที่ 14 การสังเคราะห์เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินพฤติกรรมด้านการป้องกันโรคโควิด 19...	117
ตารางที่ 15 การวิเคราะห์ตัวแปรที่ศึกษา สถิติที่ใช้ และเครื่องมือที่ใช้ จากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กับพฤติกรรมด้านการป้องกันโรคโควิด 19.....	125
ตารางที่ 16 สรุปการสุ่มกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย	130
ตารางที่ 17 แผนผังออกแบบข้อคำถาม	131

ตารางที่ 18 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลลักษณะทั่วไปของประชากร...	151
ตารางที่ 19 ผลการวิเคราะห์ระดับการเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น	152
ตารางที่ 20 ผลการวิเคราะห์ระดับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น	153
ตารางที่ 21 ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น	154
ตารางที่ 22 ผลการวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น: กรณีโควิด 19	156
ตารางที่ 23 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะทั่วไปของประชากรกับระดับการเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น	159
ตารางที่ 24 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะทั่วไปของประชากรกับระดับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น	160
ตารางที่ 25 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะทั่วไปของประชากรกับระดับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น	161
ตารางที่ 26 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะทั่วไปของประชากรกับระดับพฤติกรรมด้านการป้องกันโรคโควิด 19 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น	163
ตารางที่ 27 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับสื่อ การรับรู้ และความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 กับพฤติกรรมด้านการป้องกันโรคของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น	164

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 องค์ประกอบของการรับรู้.....	38
ภาพที่ 2 ขั้นตอนของกระบวนการรับรู้.....	38
ภาพที่ 3 SAR-CoV-2 เมื่อดูจากกล้องจุลทรรศน์อิเล็กตรอน.....	65
ภาพที่ 4 อาการของโรคโควิด 19	70
ภาพที่ 5 การเก็บตัวอย่างเชื้อจากโพรงจมูกด้านใน.....	82
ภาพที่ 6 การตรวจหาโรคโควิด 19 แบบเร็ว (Rapid Test).....	83
ภาพที่ 7 เทคนิคล้างมือให้ห่างไกลไวรัสโควิด 19	92
ภาพที่ 8 วิธีการสวมหน้ากากอนามัยอย่างถูกต้อง.....	93
ภาพที่ 9 การไอจามอย่างถูกวิธี	94
ภาพที่ 10 การรักษาระยะห่างทางสังคม	95
ภาพที่ 11 แนวทางการกักตัวอยู่บ้าน 14 วัน.....	96
ภาพที่ 12 แนวทางการป้องกันโรคโควิด 19 โดยทั่วไป	97
ภาพที่ 13 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	127

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงของโลกตามกระแสโลกาภิวัตน์แม้นำมาซึ่งความเจริญก้าวหน้าทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ตลอดจนเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัย แต่ในอีกมิติหนึ่งยังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตของคนในสังคมและการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมในทิศทางที่อ่อนแอลงด้วย ทั้งนี้เนื่องมาจากการเพิ่มขึ้นและขยายตัวของจำนวนประชากรบนโลกและการรบกวนระบบนิเวศตามธรรมชาติทั้งทางตรงและทางอ้อมของมนุษย์ เมื่อระบบนิเวศถูกรบกวนจนเสียสมดุล จึงสะท้อนออกมาเป็นปรากฏการณ์ต่าง ๆ เช่น ปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม ภาวะโลกร้อน ภัยพิบัติธรรมชาติ รวมถึงปัญหาด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะการเกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่และโรคติดต่ออุบัติซ้ำ ซึ่งเป็นภัยคุกคามที่ขยายวงกว้างอย่างรวดเร็วและรุนแรงมากขึ้น จากการศึกษา (วิรงรอง แก้วสมบุญ และคณะ) พบว่า การเกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่เป็นผลมาจากปัจจัยหลายประการ เช่น การเปลี่ยนแปลงด้านประชากร การเปลี่ยนแปลงของเชื้อโรค การใช้ยาที่ไม่ถูกต้องจนทำให้เกิดการดื้อยาปฏิชีวนะ การเปลี่ยนแปลงด้านวิถีชีวิตและพฤติกรรมของมนุษย์ ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี การรบกวนธรรมชาติและระบบนิเวศวิทยา การเดินทางที่สะดวกรวดเร็วจึงทำให้การแพร่กระจายของโรคดำเนินไปอย่างรวดเร็ว ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนมีส่วนทำให้เกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่ขึ้นมากมายบนโลก

ในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมาได้เกิดการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ขึ้นทั่วโลกอย่างต่อเนื่อง ทั้งโรคติดเชื้อชนิดใหม่ที่เพิ่งเคยค้นพบการระบาดในคนหรือโรคติดเชื้อที่พบในพื้นที่ใหม่ รวมทั้งโรคที่เพิ่งเคยค้นพบการติดเชื้อในสัตว์และมีแนวโน้มที่ติดต่อมายังคน เช่น การระบาดของโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรงหรือโรคซาร์ส (Severe Acute Respiratory disease Syndrome: SARS) ในช่วง พ.ศ. 2546-2547 การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ (H1N1) 2009 หรือไข้หวัดใหญ่ 2009 ใน พ.ศ. 2552 การระบาดของโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลางหรือโรคเมอร์ส (Middle East Respiratory disease Syndrome: MERS) ในภูมิภาคตะวันออกกลาง ในช่วง พ.ศ. 2555-2558 การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสซิกา (Zika virus Disease) ในทวีปอเมริกาใต้และประเทศในกลุ่มประเทศลาตินอเมริกา กลุ่มประเทศแคริบเบียน และในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ใน พ.ศ. 2558 (วิรงรอง แก้วสมบุญ และคณะ, 2561; พนม คลีฉายา, 2561) และในกรณีล่าสุดที่พบการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Severe acute respiratory syndrome coronavirus: SARS-CoV-2) ที่มีแหล่งกำเนิดมาจากประเทศจีนและระบาดหนักไปใน

หลายประเทศทั่วโลก รวมถึงในประเทศไทย ซึ่งไม่เพียงก่อให้เกิดความสูญเสียต่อชีวิต ยังสร้างความเสียหายทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างมหาศาลอีกด้วย

ปัจจุบันประชากรทั่วโลกกำลังเผชิญกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus 2019) หรือโรคโควิด 19 (COVID-19) ซึ่งเป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่เกิดอาการของโรคทางเดินหายใจ จนอาจรุนแรงถึงขั้นมีภาวะปอดอักเสบและเสียชีวิตได้ ตามที่องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2020) ได้ประกาศเมื่อวันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2563 ว่าการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งเป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่และระบาดอยู่ในหลายประเทศทั่วโลก ตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2562 เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ และต่อมาเมื่อวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2563 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นการระบาดใหญ่ โดยในประเทศไทยได้ปรากฏการระบาดของโรคภายในประเทศ อันเนื่องมาจากผู้ป่วยที่เดินทางมาจากประเทศที่มีการระบาดของโรค ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้อาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ประกาศว่า โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่ออันตราย (สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา, 2563)

จากรายงานสถานการณ์ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2020; Worldometer, 2020) ข้อมูล ณ วันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2564 พบว่า ทั่วโลกมียอดตัวเลขของผู้ติดเชื้อสะสมที่ยืนยันแล้ว (Confirmed) จำนวน 114,991,089 (+290,225) คน ผู้เสียชีวิต (Deaths) จำนวน 2,550,192 (+6,609) คน ผู้ป่วยที่รักษาหายแล้ว (Recovered) จำนวน 90,707,422 คน และผู้ป่วยที่ยังรักษาอยู่ในโรงพยาบาล (Active Cases) จำนวน 21,733,475 คน ส่วนสถานการณ์ในประเทศไทย ข้อมูล ณ วันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2563 ที่เผยแพร่โดยศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร่วมกับกรมควบคุมโรค (กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค, 2563) พบว่า มียอดผู้ติดเชื้อสะสมที่ยืนยันแล้วจำนวน 26,031 (+80) คน โดยมีจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งสิ้น 83 (+0) คน มีจำนวนผู้ป่วยที่กำลังเข้ารับการรักษายู่ในโรงพยาบาล 624 คน และมีจำนวนผู้ป่วยที่รักษาหายแล้ว 25,324 คน จะเห็นได้ว่า โรคอุบัติใหม่นี้มีอัตราความรุนแรงทวีคูณขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งไม่เพียงนำมาสู่การเจ็บป่วยและเสียชีวิตของผู้คนจำนวนมาก แต่ยังส่งผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิตของมวลมนุษยชาติด้วย ไม่ว่าจะเป็นทางด้านการศึกษา เศรษฐกิจ สังคม ฯลฯ สำหรับการรับมือของประเทศไทยที่ผ่านมาถือว่าประสบผลดีอย่างต่อเนื่อง พิจารณาจากอัตราการลดลงของจำนวนผู้เจ็บป่วยและเสียชีวิตและอัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ที่รักษาหาย อย่างไรก็ตาม ยังไม่สามารถที่จะไว้วางใจต่อสถานการณ์ของโรคได้ เนื่องจากยังพบการแพร่ระบาดอย่างหนักในอีกหลายประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศในภูมิภาคตะวันออกเฉียงใต้หรือกลุ่มประเทศเพื่อนบ้านของไทย ซึ่งยังคงมี

ความเป็นไปได้ที่อาจส่งผลกระทบต่อประเทศไทยด้วย ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องไม่ประมาทและมีการรับมืออย่างเข้มข้นในการป้องกันและควบคุมโรคอย่างต่อเนื่องต่อไป

นอกจากนี้ ข้อมูลทางระบาดวิทยา (กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค, 2563; ยง ภู่วรวรรณ และ ยืน ภู่วรวรรณ, 2563) พบว่า ช่วงวัยของผู้ป่วยโรคโควิด 19 อายุน้อยที่สุด คือ 1 เดือน อายุมากที่สุด คือ 97 ปี และอายุเฉลี่ย คือ 37 ปี ซึ่งอัตราการเสียชีวิตจะมากขึ้นตามอายุที่มากขึ้น คือ อายุ 40-50 ปี เสียชีวิตร้อยละ 0.40, อายุ 50-60 ปี เสียชีวิตร้อยละ 1.30, อายุ 60-69 ปี เสียชีวิตร้อยละ 3.60, อายุ 70-79 ปี เสียชีวิตร้อยละ 8, และอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป เสียชีวิตร้อยละ 14.80 โดยผู้ป่วยที่เสียชีวิตส่วนใหญ่จะมีโรคอื่นรวมอยู่ด้วย เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคทางเดินหายใจ อย่างไรก็ตาม ผู้ที่อยู่ในวัยเด็กและวัยรุ่นถือเป็นอีกวัยหนึ่งที่ไม่ควรประมาทเช่นกัน เนื่องจากผลจากการแถลงสรุปรายงานเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ในแปซิฟิกตะวันตก โดย Takeshi Kasai ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตก เมื่อวันที่ 18 สิงหาคม พ.ศ. 2563 ปรากฏข้อมูลที่สำคัญว่า บุคคลที่อยู่ในช่วงวัยรุ่นและวัยรุ่นหนุ่มสาวหากได้รับเชื้อหรือสัมผัสเชื้อโรคโควิด 19 มักจะไม่แสดงอาการหรือมีอาการไม่รุนแรงแม้จะติดเชื้อแล้ว ทำให้บุคคลในวัยดังกล่าวมีโอกาสสูงที่จะส่งต่อเชื้อโรคโควิด 19 ไปยังผู้อื่นได้โดยไม่รู้ตัว ทั้งนี้เนื่องจากวัยนี้เป็นวัยที่มีสภาพร่างกายแข็งแรงกว่าบุคคลในกลุ่มเปราะบาง เมื่อบุคคลในวัยดังกล่าวดำเนินชีวิตตามปกติและยังคงมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวดังเดิม ก็จะทำมาสู่การแพร่เชื้อต่อไปยังสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะครอบครัวที่มีผู้สูงอายุและมีโรคประจำตัวอยู่ด้วย ถือว่าเสี่ยงเป็นอย่างมากที่สมาชิกในครอบครัวคนดังกล่าวจะเจ็บป่วยจนถึงขั้นเสียชีวิตได้ (WHO, 2020) และจากข้อมูลผลการสำรวจระหว่างวันที่ 24 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 ถึง 12 กรกฎาคม พ.ศ. 2563 ยังพบอีกว่า สัดส่วนของเด็กและเยาวชนที่ติดเชื้อโควิด 19 เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยสัดส่วนของเด็กอายุ 5-14 ปี ติดเชื้อเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.80 เป็นร้อยละ 4.60 ในขณะที่เด็กอายุ 15-24 ปี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.50 เป็นร้อยละ 15 (WHO, 2020)

การศึกษาสถานการณ์ในประเทศไทย จากผลการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในช่วงมาตรการผ่อนปรน ระหว่างวันที่ 8 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 ถึง 4 มิถุนายน พ.ศ. 2563 หรือดีดีซีโพล (DDC Poll) โดยกรมควบคุมโรค ภายใต้ MIU ร่วมกับคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ และองค์การอนามัยโลก (WHO) ด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูล 3 วิธี คือ ผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยส่งให้ผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 143,827 คน ผ่านทางระบบออนไลน์ ซึ่งมีผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 69,489 คน และผ่านทางโทรศัพท์โดยนักศึกษาแพทยรามาธิบดีที่สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,882 คน พบว่า ประชาชนมีแนวโน้มในการสวมหน้ากากอนามัยลดลง โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสสัมผัส

โรค ได้แก่ กลุ่มอายุ 15-24 ปี (ร้อยละ 15.65) ซึ่งเป็นกลุ่มที่มักจะออกไปทำกิจกรรมนอกบ้านอย่างต่อเนื่อง จึงมีความจำเป็นที่จะต้องเน้นย้ำและกระตุ้นเตือนให้สวมหน้ากากอนามัยอยู่เสมอจนติดเป็นนิสัย อีกทั้งประเทศไทยยังคงต้องเผชิญกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ไปอีกอย่างน้อย 1 ปี ดังนั้น จึงควรระลึกลักษณะของ หน้ากากอนามัยถือเป็นปัจจัยที่ 6 ของชีวิต นอกจากปัจจัย 4 พื้นฐาน และปัจจัยที่ 5 คือ โทรศัพท์มือถือ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สำนักสารนิเทศ, 2563) จากข้อมูลดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า วัยรุ่นถือเป็นอีกหนึ่งกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสสัมผัสเชื้อโรคโควิด 19 สูง และอาจทำให้เกิดการแพร่เชื้อกระจายไปยังผู้ที่ใกล้ชิดได้ ซ้ำร้ายไปกว่านั้นหากวัยรุ่นเหล่านี้ขาดวินัยในการป้องกันตนเองอย่างถูกต้อง ก็อาจเป็นผู้ที่แพร่เชื้อไปยังบุคคลอื่น ๆ ในสังคม จนเกิดการระบาดใหญ่แบบ Super spread ที่ขยายวงกว้างจนยากที่จะควบคุมได้ ทั้งนี้การจะปูพื้นฐานความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรมการป้องกันโรคด้วยตนเองนั้นควรเริ่มตั้งแต่ช่วงวัยรุ่นตอนต้น หรือนักเรียนในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น เนื่องจากเป็นวัยที่ก้าวข้ามจากวัยเด็กและเริ่มต้นที่จะเปลี่ยนผ่านไปสู่ผู้ใหญ่ อีกทั้งยังเป็นวัยที่เริ่มเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมากขึ้นกว่าวัยเด็ก ชอบทำกิจกรรมรวมกลุ่มกับเพื่อน ในขณะเดียวกันยังเป็นวัยที่ให้ความสำคัญต่อการรับผิดชอบตนเองและรับผิดชอบต่อสังคมไม่มากพอ ซึ่งขึ้นอยู่กับวุฒิภาวะและปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง แต่โดยภาพรวมแล้วถือเป็นวัยที่ต้องได้รับการกระตุ้นเตือนอยู่เป็นระยะ ดังนั้น วัยนี้จึงเป็นวัยเริ่มต้นของความเสี่ยงในการรับเชื้อโควิด 19 สูง ซึ่งหากบุคคลในวัยนี้ให้ความสนใจ รู้เท่าทัน เกิดความตระหนัก และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคด้วยตนเองที่ดี นอกจากจะสร้างความปลอดภัยให้แก่ตนเองแล้ว ยังช่วยควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ภายในประเทศ ซึ่งจะส่งผลดีต่อภาพรวมของทุกประเทศทั่วโลก อันจะนำไปสู่การผ่านพ้นวิกฤตนี้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้นได้

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันตนเองจากโควิด 19 ตามคำแนะนำของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะในประเด็นที่สำคัญ ได้แก่ หมั่นล้างมือ (Hand washing) สวมหน้ากากอนามัย (Wear mask) และรักษาระยะห่าง (Keep physical distancing) อย่างเคร่งครัด จึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อการรับมือกับการระบาดของโรคโควิด 19 อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ในประเด็นของการลดการเกิดโรคและภัยสุขภาพ ทั้งนี้ รวมถึงการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคระบาดและสถานการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขอื่น ๆ ให้กลับสู่สภาวะปกติภายในระยะเวลาที่สั้นที่สุดอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในการป้องกันยับยั้งไม่ให้เกิดโรคและภัยสุขภาพแพร่กระจายออกไปในวงกว้าง และไม่เกิดความเสียหายแก่ชีวิต เศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งการฟื้นฟูภายหลังเหตุการณ์ให้กลับสู่สภาวะปกติ (กระทรวงสาธารณสุข. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ, 2559) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อมป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ

พ.ศ. 2560-2564 ที่มุ่งเน้นให้ประเทศไทยสามารถป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่อย่างเป็นระบบ มีประสิทธิภาพ และทันการณ์ (กรมควบคุมโรค. ศูนย์ข้อมูลข่าวสารของราชการ, 2561)

อย่างไรก็ตาม การจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 ในวัยรุ่นได้นั้น สิ่งสำคัญคือกระบวนการที่จะนำมาปรับใช้ให้เข้ากับบริบทของช่วงวัยและกระแสการเปลี่ยนแปลงของสังคมไทยในปัจจุบันที่มีความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเป็นอย่างมาก การศึกษาของ ยง ภู่วรรณ และ ยืน ภู่วรรณ (2563) พบว่า การควบคุมการระบาดของโรคโควิด 19 ต้องอาศัยความรู้และความจริงทางวิชาการของข้อมูลบนฐานวิทยาศาสตร์ ซึ่งถือว่ามีความสำคัญมาก เพราะข้อมูลคือความจริง ทำให้เกิดการเรียนรู้และถอดบทเรียนได้ โดยเฉพาะในภาวะการระบาดของโรคโควิด 19 ข้อมูลมีความสำคัญที่จะช่วยบอกสถานการณ์ เป็นแหล่งเรียนรู้ และสร้างความรู้ให้แก่บุคคลได้เป็นอย่างดี โดยแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด 19 จะช่วยให้เกิดการค้นหา แสวงหาความรู้ แต่ทั้งนี้การใช้ข้อมูลจำเป็นต้องหาข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ และอาจจะต้องหาข้อมูลจากหลายแหล่ง เพื่อตรวจสอบและอ้างอิงได้อย่างถูกต้อง โดยมีหน่วยงานต่าง ๆ ที่ให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 อย่างต่อเนื่อง เช่น องค์การอนามัยโลก (WHO) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเมื่อผู้รับสารประมวลผลข้อมูลจะทำให้เกิดเป็นความรู้และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้นได้ แต่ในขณะเดียวกันยังพบว่า มีข้อมูลข่าวสารอีกเป็นจำนวนมากบนสื่อต่าง ๆ ที่ผสมปนเปกันทั้งข่าวจริงและข่าวปลอม (Fake News) จึงเป็นหน้าที่ของผู้รับสารที่ต้องเลือกเปิดรับสื่อ เลือกรับรู้ข้อมูลข่าวสาร เพื่อให้รู้เท่าทันข้อมูลข่าวสารดังกล่าวด้วย นอกจากนี้ การสร้างความเข้าใจทางด้านสาธารณสุขในปัจจุบันยังนิยมใช้การสื่อสารผ่านสื่ออินเทอร์เน็ตเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลด้วย เนื่องจากเป็นข้อมูลที่เข้าถึงประชาชนทุกเพศทุกวัยอย่างทั่วถึง รวดเร็ว และตอบสนองต่อวิถีการดำเนินชีวิตในยุคดิจิทัลได้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กและเยาวชนใน Generation Z (Gen Z) หรือผู้ที่มีอายุระหว่าง 8-20 ปี (กระทรวงสาธารณสุข. กรมสุขภาพจิต, 2563) ที่มักเสพสื่ออินเทอร์เน็ตอยู่เป็นประจำ สอดคล้องกับรายงานผลการสำรวจพฤติกรรมผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทย พ.ศ. 2562 (กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์, 2563) พบว่า นักเรียน/นักศึกษาเป็นกลุ่มที่ใช้อินเทอร์เน็ตสูงสุด โดยใช้เฉลี่ยวันละ 10 ชั่วโมง 50 นาที นอกจากนี้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด 19 โดยอาศัยการสื่อสารเป็นตัวกลางในการเผยแพร่ข้อมูลดังกล่าวนี้ยังสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อมป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ พ.ศ. 2560-2564 ที่มีสาระสำคัญในประเด็นของการพัฒนาระบบการสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์โรคติดต่ออุบัติใหม่ เพื่อส่งเสริมการจัดการความรู้ในการป้องกันโรคให้แก่ประชาชนอีกด้วย (กรมควบคุมโรค. ศูนย์ข้อมูลข่าวสารของราชการ, 2561)

จากข้อมูลข้างต้นสรุปได้ว่า พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในยุคศตวรรษที่ 21 นี้ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องอาศัยแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลข่าวสาร โดยเฉพาะการเปิดรับสื่อ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และความรู้ ซึ่งเป็นกระบวนการขั้นต้นที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ ทั้งนี้ การทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารและข้อมูลข่าวสาร (Hawkins and Mothersbaugh, 2010; สายทิพย์ วชิรพงศ์, 2556) พบว่าการเปิดรับสื่อส่งผลให้บุคคลมีความรู้ มีความเข้าใจในสภาพแวดล้อม และเป็นคนที่มีความรู้เท่าทันต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นมากกว่าบุคคลที่เปิดรับข่าวสารน้อยกว่า ดังการศึกษาเอกสารงานวิจัยหลายแหล่งข้อมูล (นันท์นัช โสมรินทร์ และ ณัฏฐชุต วิจิตรจามรี, 2556; มณฑล หวานวาจา, 2557; วรพรรณ เรืองโชติช่วง, 2559; สิริลักษณ์ อุบลรัศมี, 2560; นิรันดา ศรีบุญทิพย์ และคณะ, 2561; พนม คลีฉายา, 2561; Smith Boonchutima et al., 2017; Yang and Wu, 2019) แสดงให้เห็นว่าการเปิดรับสื่อส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงการป้องกันโรคไปในทางที่ดีขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการเปิดรับสื่อของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โดยพิจารณาจากการแสวงหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 จนเกิดการรับรู้ข่าวสารและเกิดประสบการณ์การเรียนรู้จากการอ่าน การดู และการฟัง ผ่านแหล่งข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ

นอกจากนี้ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเป็นแนวคิดที่มีหน่วยงานและนักวิชาการ (สุธรรม รัตนโชติ, 2552; พีร์ พวงมะลิ, พรเพ็ญ ไตรพงษ์ และ ยุทธพงษ์ สีสากิจไพศาล, 2561; กรมควบคุมโรค. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ, 2562) กล่าวว่า เป็นกระบวนการซึ่งสมองตีความหรือแปลความหมายข้อมูลที่ได้จากการสัมผัส (Sensation) ของร่างกายกับสิ่งแวดล้อมที่เป็นสิ่งเร้า ส่งผลให้เกิดการตอบสนองในรูปแบบของการกระทำหรือความนึกคิด ดังจะเห็นได้จากงานวิจัยหลายแหล่งข้อมูล (กรมควบคุมโรค. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ, 2558; ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง, 2559; สุจิตต์ แสนมงคล, 2559; นิรันดา ศรีบุญทิพย์ และคณะ, 2561; กุ๊เกียรติ ก้อนแก้ว, ฐิติวรดา สังเกต และ ศยามล ภูพิศ, 2561; Wackowski, Sontag and Hammond, 2019; Yilmaz et al., 2020; Shiina et al., 2020; Coninck, d'Haenens and Matthijs, 2020; Gohel et al., 2020) พบว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติ ความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะพฤติกรรมการป้องกันโรค ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โดยพิจารณาจากการได้รับเนื้อหาสาระต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ได้แก่ สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค สาเหตุ อาการ การดำเนินโรค ความรุนแรงของโรค การรักษาและการพัฒนาวัคซีน และการป้องกันโรคจากแหล่งข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ

แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ ก็เป็นอีกแนวคิดหนึ่งที่เมื่อได้ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง (สุพงษ์ ไสธนะเสถียร, 2559; กรมควบคุมโรค. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ, 2562)

พบว่า เป็นความสามารถในการระลึก จดจำ และเข้าใจข้อเท็จจริงของสารสนเทศที่ได้รับมาจากการศึกษา เรียนรู้ การค้นคว้า หรือประสบการณ์ได้อย่างถูกต้องแม่นยำ จนนำไปสู่การเกิดทัศนคติ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีและมีประสิทธิภาพ ซึ่งมีทั้งความรู้ที่เป็นข้อเท็จจริง ความรู้ที่เป็นความคิดรวบยอด ความรู้ที่เป็นวิธีการ/กระบวนการ และความรู้เกี่ยวกับการรู้คิดในตน ซึ่งความรู้นั้นเป็นประโยชน์และสามารถใช้เป็นแนวทางในการรณรงค์ให้กลุ่มเป้าหมายเกิดทัศนคติที่ดีและส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ สอดคล้องกับงานวิจัยหลายแหล่งข้อมูล (ปวีณา วงษ์ชะอุ่ม, 2557; พัทธี ศรีฤตา และคณะ, 2560; รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์ และคณะ, 2561; ชลลดา บุตรวิศา, 2561; รัชฎาภรณ์ มีคุณ, กรรณิกา สาสีอาจ, และ ชลการ ทรงศรี, 2562; หทัยรัตน์ ตัลยารักษ์, 2562; บุษกร พันธุ์เมธาฤทธิ, 2562; Wang, Xu et al., 2018; Larasati et al., 2018; Alves, Precioso, and Becona, 2020; Raia-Barjat et al., 2020) พบว่า ความรู้ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของบุคคล

จากสภาพปัญหาการแพร่ระบาดใหญ่ทั่วโลกของโรคโควิด 19 พฤติกรรมการป้องกันโรคจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อประชากรทุกวัย โดยเฉพาะเด็กวัยเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีสังคมกลุ่มเพื่อนสูง และจากการศึกษาพบว่าแนวคิดการเปิดรับสื่อ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ จึงเป็นเหตุผลให้ผู้วิจัยศึกษาความสัมพันธ์ของการเปิดรับสื่อ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการส่งเสริมและพัฒนากิจกรรมเปิดรับสื่อ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ที่ส่งผลให้นักเรียนมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ถูกต้องเป็นภูมิคุ้มกันตนเองให้ปลอดภัยจากโรคโควิด 19 ตลอดจนสามารถช่วยควบคุมการแพร่ระบาดของโรคในวงกว้างได้

คำถามการวิจัย

1. การเปิดรับสื่อ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ และพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น: กรณีโควิด 19 อยู่ในระดับใด
2. ปัจจัยลักษณะทั่วไปของประชากร การเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้ และพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น: กรณีโควิด 19 มีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้ และพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น: กรณีโควิด 19

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะทั่วไป การเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้ และพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น: กรณีโควิด 19

สมมติฐานการวิจัย

การตั้งสมมติฐานการวิจัยครั้งนี้มีที่มาจากการพิจารณาข้อมูลต่อไปนี้

จากการศึกษามีสาระสำคัญของแนวคิดเกี่ยวกับการเปิดรับสื่อ (Hawkins and Mothersbaugh, 2010; สำนักงานคุ้มครองผู้บริโภคในกิจการกระจายเสียงและโทรทัศน์, 2557; กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. กองสุขศึกษา, 2560) พบว่า เป็นการที่บุคคลเลือกเปิดรับข่าวสาร เลือกให้ความสนใจ เลือกรับรู้และตีความหมาย และเลือกจดจำ จนเกิดประสบการณ์การเรียนรู้ ยิ่งเปิดรับมากจะยิ่งมีโอกาสรู้เท่าทันมาก โดยเฉพาะการสื่อสารด้านสุขภาพซึ่งมีบทบาทสำคัญในการเผยแพร่ข่าวสารและความรู้ การชักจูงใจให้คล้อยตามหรือให้คำแนะนำ การกระตุ้นเตือนในด้านสุขภาพ จนอาจนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลได้ และจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปิดรับสื่อ (นันทนซ์ โสมรรินทร์ และ ญัฐชดา วิจิตรจามรี, 2556; มณฑล หวานวาจา, 2557; วรพรรณ เรืองโชติช่วง, 2559; สิริลักษณ์ อุบลรัศมี, 2560; นิรันดา ศรีบุญทิพย์ และคณะ, 2561; พนม คลีฉายา, 2561; Smith Boonchutima et al., 2017; Yang and Wu, 2019) พบว่า การเปิดรับสื่อมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง คือ การเปิดรับสื่อส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น

ส่วนแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ จากการศึกษา (Schiffman and Kanuk, 2000; พีร์ พวงมะลิ และคณะ, 2561; กรมควบคุมโรค. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ, 2562) พบว่า เป็นกระบวนการแปลความหมายข้อมูลของสมองที่ได้จากการสัมผัสกับสิ่งเร้า โดยอาศัยประสบการณ์เป็นเครื่องช่วยในการตีความหรือแปลความ จนมีผลทำให้เกิดการตอบสนองในรูปแบบของการกระทำหรือความนึกคิดที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ซึ่งจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ (กรมควบคุมโรค. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ, 2558; ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง, 2559; สุจิตต์ แสนมงคล, 2559; นิรันดา ศรีบุญทิพย์ และคณะ, 2561; กุเกียรติ ก้อนแก้ว และคณะ, 2561; Wackowski et al., 2019; Yilmaz et al., 2020; Shiina et al., 2020; Coninck et al., 2020; Gohel et al., 2020) พบว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล แสดงให้เห็นว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพเป็นปัจจัยที่ส่งผลดีต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล

สำหรับแนวคิดเกี่ยวกับความรู้ จากการศึกษา (สุรพงษ์ โสธนะเสถียร, 2559; กรมควบคุมโรค. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ, 2562) พบว่า เป็นความสามารถในการระลึก จดจำ และเข้าใจข้อเท็จจริงของสารสนเทศที่ได้รับมาจากการศึกษาเรียนรู้ การค้นคว้า หรือประสบการณ์ได้อย่างถูกต้องแม่นยำ จนนำไปสู่การเกิดทัศนคติและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดี และมีประสิทธิภาพ ซึ่งมีทั้งความรู้ที่เป็นข้อเท็จจริง ความรู้ที่เป็นความคิดรวบยอด ความรู้ที่เป็นวิธีการ/กระบวนการ และความรู้เกี่ยวกับการรู้คิดในตน ซึ่งจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ (ปวีณา วงษ์ชะอุ่ม, 2557; พิชรี ศรีฤตา และคณะ, 2560; รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์ และคณะ, 2561; ชลดา บุตรวิธา, 2561; รัชฎาภรณ์ มีคุณ และคณะ, 2562; หทัยรัตน์ ตัลยารักษ์, 2562; บุษกร พันธเมธาฤทธิ, 2562; Wang, Xu et al., 2018; Larasati et al., 2018; Alves et al., 2020; Raia-Barjat et al., 2020) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพในด้านนั้น ๆ แสดงให้เห็นว่า ความรู้เป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของบุคคล

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. การเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้ และพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น: กรณีโควิด 19 อยู่ในระดับมาก
2. ปัจจัยลักษณะทั่วไป การเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้ และพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น: กรณีโควิด 19 มีความสัมพันธ์กัน

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้กำหนดขอบเขตในการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytic study) ซึ่งมุ่งศึกษาการเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 และพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น: กรณีโควิด 19
2. ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ปีการศึกษา 2563 โรงเรียนในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ จำนวน 1,687,690 คน (กระทรวงศึกษาธิการ. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. กลุ่มสารสนเทศ, 2563)
3. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่
 - 3.1 ตัวแปรอิสระ
 - 3.1.1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปของประชากร
 - 1) เพศ
 - 2) ระดับชั้น

3.1.2 การเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคโควิด 19

- 1) การเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคโควิด 19 จากแหล่งข้อมูลที่เป็นสื่อบุคคล
- 2) การเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคโควิด 19 จากแหล่งข้อมูลที่เป็นสื่อมวลชน
- 3) การเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคโควิด 19 จากแหล่งข้อมูลที่เป็นสื่อเฉพาะกิจ

3.1.3 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19

- 1) การคัดเลือกข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด 19
- 2) การรวบรวมและเรียบเรียงข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด 19
- 3) การแปลความหมายของข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด 19

3.1.4 ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19

- 1) ความเป็นมาของโรคโควิด 19
- 2) สาเหตุการเกิดโรคโควิด 19
- 3) อาการและการดำเนินโรคโควิด 19
- 4) การตรวจวินิจฉัยโรคโควิด 19
- 5) แนวทางการรักษาโรคโควิด 19
- 6) การป้องกันโรคโควิด 19

3.2 ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น: กรณีโควิด 19 ได้แก่

- 3.2.1 พฤติกรรมการล้างมือ
- 3.2.2 พฤติกรรมการรักษาระยะห่างระหว่างบุคคลและทางสังคม
- 3.2.3 พฤติกรรมการสวมหน้ากากอนามัย
- 3.2.4 พฤติกรรมการไอหรือจามอย่างถูกวิธี
- 3.2.5 พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการสัมผัสบริเวณตา จมูก และปาก
- 3.2.6 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยในการรับประทานอาหาร
- 3.2.7 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพความสะอาดสถานที่ อุปกรณ์ เครื่องใช้
- 3.2.8 พฤติกรรมการตรวจสอบสุขภาพของตนเอง
- 3.2.9 พฤติกรรมการติดตามข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. ข้อมูลลักษณะทั่วไปของประชากร หมายถึง ลักษณะเฉพาะของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1.1 เพศ หมายถึง ลักษณะของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยแบ่งออกตามเพศโดยกำเนิด ได้แก่ เพศชายและเพศหญิง

1.2 ระดับชั้น หมายถึง ชั้นเรียนที่นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ กำลังศึกษา แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ มัธยมศึกษาปีที่ 1 มัธยมศึกษาปีที่ 2 และมัธยมศึกษาปีที่ 3

2. การเปิดรับสื่อ หมายถึง การที่บุคคลมีการแสวงหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 จากการอ่าน การดู และการฟังผ่านแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ซึ่งวัดได้จากความถี่ในการเปิดรับสื่อผ่าน แหล่งข้อมูลจากสื่อ 3 ประเภท ดังนี้

2.1 การเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคโควิด 19 จากแหล่งข้อมูลที่เป็นสื่อบุคคล หมายถึง การเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคโควิด 19 จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (แพทย์ พยาบาล บุคลากรสาธารณสุข) เพื่อน สมาชิกในครอบครัว/ญาติ ครู/อาจารย์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

2.2 การเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคโควิด 19 จากแหล่งข้อมูลที่เป็นสื่อมวลชน หมายถึง การเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคโควิด 19 จากโทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต (บทเรียนออนไลน์, ฐานข้อมูลต่าง ๆ โดยค้นหาคำว่า COVID-19 หรือ โควิด 19 ฯลฯ) สื่อสังคมออนไลน์ (เฟซบุ๊ก ไลน์ ทวิตเตอร์ ฯลฯ) วิทยุ/พอดแคสต์ (รายการวิทยุออนไลน์) หนังสือพิมพ์/นิตยสาร/วารสาร แผ่นพับ/โปสเตอร์/ป้ายปิด ประกาศทุกชนิด

2.3 การเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคโควิด 19 จากแหล่งข้อมูลที่เป็นสื่อเฉพาะกิจ หมายถึง การเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคโควิด 19 จากการจัดงานตามสถานที่ต่าง ๆ เสียงตามสาย/หอกระจายข่าว

3. การรับรู้ หมายถึง กระบวนการแปลความหมายของข้อมูลจากการสัมผัสกับสิ่งเร้าในรูปของแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ของบุคคลผ่านกระบวนการรับรู้ใน 3 ขั้นตอน ดังนี้

3.1 การคัดเลือกข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด 19 หมายถึง การเลือกรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด 19 จากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ซึ่งประเมินได้จากพฤติกรรมการรับรู้ผ่านการฟัง การพูดคุย สนทนา การแลกเปลี่ยน การดู และการอ่านข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด 19

3.2 การรวบรวมและเรียบเรียงข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด 19 หมายถึง การจัดองค์ประกอบของข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ที่ได้รับจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ซึ่งประเมินได้จากพฤติกรรมการจัดระบบข้อมูลข่าวสารที่ให้ความสนใจ การรวบรวมและเรียบเรียงเพื่อประมวลผลข้อมูลที่ได้รับ และการจัดกรอบความคิดหรือการจัดกลุ่มข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด 19

3.3 การแปลความหมายของข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด 19 หมายถึง การตีความหรือแปลความหมายของข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ที่ได้รับจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ซึ่งประเมินได้จากพฤติกรรมการประเมินหรือการให้ความหมายกับข้อมูลนั้น การทำความเข้าใจกับข้อมูลที่ได้รับมา การให้เหตุผลของข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด 19

4. ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 หมายถึง ความสามารถในการระลึก จดจำ และเข้าใจ ข้อเท็จจริงของสารสนเทศเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ที่ได้รับมาจากการศึกษาเรียนรู้ การค้นคว้า หรือ ประสบการณ์ได้อย่างถูกต้องแม่นยำ ซึ่งประกอบด้วย ความเป็นมาของโรคโควิด 19 สาเหตุการเกิด โรคโควิด 19 อาการและการดำเนินโรคโควิด 19 การตรวจวินิจฉัยโรคโควิด 19 แนวทางการรักษาโรค โควิด 19 และการป้องกันโรคโควิด 19

4.1 ความเป็นมาของโรคโควิด 19 หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับต้นกำเนิดของการเกิดโรค โควิด 19 ในต่างประเทศ การพบผู้ป่วยโรคโควิด 19 รายแรกในประเทศไทย สถานการณ์การ แพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ

4.2 สาเหตุการเกิดโรคโควิด 19 หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับชื่อของไวรัสก่อโรคโควิด 19 ลักษณะจำเพาะของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019

4.3 อาการและการดำเนินโรคโควิด 19 หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับอาการทั่วไปของโรค โควิด 19 การดำเนินโรคโควิด 19 ใน 4 ระยะ ได้แก่ การรับเชื้อ การติดเชื้อ การฟักตัว และการแพร่เชื้อ

4.4 การตรวจวินิจฉัยโรคโควิด 19 หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับกลุ่มเสี่ยงและการคัดกรอง การวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการใน 2 วิธี ได้แก่ การตรวจหาตัวเชื้อไวรัสด้วยวิธีการแยงจุลหาเชื้อโดยตรง (Real-time RT-PCR) และการหาภูมิคุ้มกันที่ร่างกายสร้างขึ้นโดยใช้ชุดทดสอบแบบเร็ว (Rapid test)

4.5 แนวทางการรักษาโรคโควิด 19 หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการรักษาโรคโควิด 19 โดยใช้การรักษาแบบประคับประคองเพื่อบรรเทาอาการป่วยตามแนวทางเวชปฏิบัติของกรมการ แพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และแนวทางการพัฒนาวัคซีนในประเทศไทย

4.6 การป้องกันโรคโควิด 19 หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 ตาม คำแนะนำขององค์การอนามัยโลกและกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ การล้างมือบ่อย ๆ การมีวินัยในการรักษาระยะห่างระหว่างบุคคลและสังคม การสวมหน้ากากอนามัยอย่างถูกวิธี การไอ หรือจามอย่างถูกวิธี การหลีกเลี่ยงการสัมผัสบริเวณตา จมูก และปาก การดูแลสุขภาพอนามัยในการ รับประทานอาหารโดยกินอาหารที่สะอาดและปรุงสุกใหม่ ๆ การดูแลสุขภาพความสะอาดสถานที่ อุปกรณ์ เครื่องใช้ ทำความสะอาดและฆ่าเชื้อพื้นผิวที่สัมผัสบ่อย ๆ การหมั่นสังเกตและตรวจสอบ สุขภาพของตนเอง และการติดตามข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 อยู่เสมอ

5. พฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลก: กรณีโควิด 19 หมายถึง การปฏิบัติเพื่อป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่นำไปสู่การป่วยเป็นโรคโควิด 19 ประกอบด้วย พฤติกรรมหลัก 4 ด้าน ตามหลักการและแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคของ WHO (2020) และ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2563) ประกอบด้วย การแสดงพฤติกรรม 9 ด้าน ดังนี้

5.1 พฤติกรรมการล้างมือ หมายถึง การปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางการ สัมผัส (Contact precaution) โดยการล้างมือบ่อย ๆ ด้วยน้ำและสบู่ อย่างน้อย 20 วินาที และถูมือ

ให้ทั่วตามวิธีล้างมือ 7 ขั้นตอน หรือใช้แอลกอฮอล์เจลที่มีแอลกอฮอล์อย่างน้อย 70 เปอร์เซ็นต์ ทุกครั้งหลังสิ่งน้ำมูก ไอ หรือจาม เมื่อมาถึงและหลังจากออกจากสถานที่สาธารณะ ก่อนรับประทานอาหารหรือเตรียมอาหาร ก่อนจับใบหน้า หลังจากใช้ห้องน้ำ ก่อนสวมและหลังจากถอดหน้ากากอนามัย หลังสัมผัสกับผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจ หลังจากสัมผัสกับผ้าอ้อม หลังจากสัมผัสสัตว์หรือสัตว์เลี้ยง และทุกครั้งเมื่อมือสกปรก

5.2 พฤติกรรมการรักษาระยะห่างระหว่างบุคคลและทางสังคม หมายถึง การปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางละอองฝอยของสารคัดหลั่งในระบบทางเดินหายใจ (Droplet precaution) โดยรักษาระยะห่างอย่างน้อย 1 เมตรจากผู้อื่นในทุกบริบท หลีกเลี่ยงการอยู่ในบริเวณที่มีคนหนาแน่น บริเวณที่มีคนพูดเสียงดังหรือไอจาม และพื้นที่เสี่ยงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19

5.3 พฤติกรรมสวมหน้ากากอนามัย หมายถึง การปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางละอองฝอยของสารคัดหลั่งในระบบทางเดินหายใจ (Droplet precaution) โดยสวมหน้ากากอนามัยที่ได้มาตรฐานอย่างถูกวิธีเมื่ออยู่ใกล้กับบุคคลอื่น โดยเฉพาะในสถานที่สาธารณะ ซึ่งวิธีการสวมหน้ากากอนามัยที่ถูกต้อง คือ ล้างมือก่อนสวมทุกครั้ง ในการสวมควรให้ด้านสีเข้มออก ด้านนอกเสมอ คลุมให้ปิดจมูก ปาก คาง คล้องหูด้วยสายรัด ขยับให้พอดีกับใบหน้า กดลวดขอบบนให้สนิทกับสันจมูก ไม่ให้มีช่องว่างด้านข้าง หลีกเลี่ยงการจับหน้ากากขณะใส่อยู่ เปลี่ยนหน้ากากอนามัยทุกวัน ล้างมือด้วยน้ำและสบู่หรือแอลกอฮอล์เจลก่อนถอดหน้ากากอนามัยทุกครั้ง ถอดโดยดึงสายรัดจากหลังใบหูโดยไม่จับด้านหน้าของหน้ากาก หน้ากากอนามัยที่ใช้แล้วต้องม้วนเก็บให้มิดชิด ก่อนทิ้งลงในถังขยะที่มีฝาปิด และล้างมืออีกครั้ง หากเป็นหน้ากากอนามัยแบบผ้าเมื่อเลิกใช้แล้วให้ซักในน้ำสบู่หรือผงซักฟอก โดยควรใช้น้ำร้อน (อุณหภูมิอย่างน้อย 60 องศา) จากนั้นล้างให้สะอาดด้วยน้ำเปล่าอีกครั้ง แล้วผึ่งแดด และต้องไม่ใช้หน้ากากอนามัยร่วมกับผู้อื่น

5.4 พฤติกรรมไอหรือจามอย่างถูกวิธี หมายถึง การปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางละอองฝอยของสารคัดหลั่งในระบบทางเดินหายใจ (Droplet precaution) โดยปิดปากและจมูกด้วยกระดาษทิชชูหรือต้นแขนด้านในเมื่อไอหรือจาม จากนั้นทิ้งกระดาษทิชชูที่ใช้แล้วลงในถังขยะที่มีฝาปิดมิดชิด และล้างมือทันทีด้วยสบู่และน้ำ หรือแอลกอฮอล์เจล

5.5 พฤติกรรมหลีกเลี่ยงการสัมผัสบริเวณตา จมูก และปาก หมายถึง การปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัส (Contact precaution) โดยหลีกเลี่ยงการเอามือมาสัมผัสตา จมูก และปาก โดยไม่ได้ล้างมือด้วยน้ำและสบู่ หรือเช็ดถูด้วยแอลกอฮอล์เจล

5.6 พฤติกรรมดูแลสุขภาพอนามัยในการรับประทานอาหาร หมายถึง การปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัส (Contact precaution) โดยรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ ๆ ไม่รับประทานอาหารชุดเดียวกับผู้อื่น ควรมีการแยกชุดอาหารสำหรับรับประทานอาหารส่วนบุคคล และนั่งรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่นโดยมีฉากกั้นหรือเว้นระยะห่างอย่างเหมาะสม

5.7 พฤติกรรมการดูแลรักษาความสะอาดสถานที่ อุปกรณ์ เครื่องใช้ หมายถึง การปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัส (Contact precaution) โดยทำความสะอาดและฆ่าเชื้อพื้นผิวที่สัมผัสบ่อย ๆ ทุกวัน ด้วยน้ำยาทำความสะอาดหรือเช็ดด้วยแอลกอฮอล์ 70 เปอร์เซ็นต์ อย่างน้อยวันละ 1-2 ครั้ง

5.8 พฤติกรรมการตรวจสอบสุขภาพของตนเอง หมายถึง การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อโดยหมั่นสังเกตอาการไข้ ไอ หายใจถี่ หรืออาการอื่น ๆ ของโรคโควิด 19 ทุกวัน หากสงสัยว่าตนเองอาจเป็นโรคโควิด 19 ให้กักตัวอยู่บ้าน พร้อมทั้งปฏิบัติตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขแนะนำ และติดตามอาการ แต่หากมีอาการหายใจลำบากและ/หรือเจ็บหน้าอกให้ไปพบแพทย์ทันทีและแจ้งประวัติการเดินทางเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยและรักษาต่อไป

5.9 พฤติกรรมการติดตามข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 หมายถึง การปฏิบัติเพื่อป้องกันการรับหรือสัมผัสกับเชื้อ โดยติดตามข่าวสารข้อมูลล่าสุดเกี่ยวกับการระบาดของโรคโควิด 19 จากแหล่งที่น่าเชื่อถือ เช่น องค์การอนามัยโลก กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

6. นักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น หมายถึง นักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ปีการศึกษา 2563 ภาคเรียนที่ 2 โรงเรียนในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ได้ข้อมูลพื้นฐานและระดับการเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 และพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น: กรณีโควิด 19
2. ได้ปัจจัยที่มีผลต่อการเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 และพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น: กรณีโควิด 19 ตามลักษณะทางประชากร
3. ได้ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับสื่อ การรับรู้ และความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 กับพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น: กรณีโควิด 19
4. เป็นข้อมูลพื้นฐานที่สามารถนำไปปรับใช้ในการดำเนินงานด้านการสื่อสาร รณรงค์ ประชาสัมพันธ์ เพื่อนำไปสู่การมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด 19 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น
5. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับครูหรือผู้ที่สนใจจะนำไปใช้ประกอบการจัดกิจกรรมหรือโปรแกรม สร้างเสริมพฤติกรรมการเปิดรับสื่อ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 เพื่อป้องกันโรคโควิด 19 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง การเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้ และพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น: กรณีโควิด 19 ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเด็นต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการเปิดรับสื่อ
 - 1.1 ความหมายของการเปิดรับสื่อ
 - 1.2 องค์ประกอบของการเปิดรับสื่อ
 - 1.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการเปิดรับสื่อ
 - 1.4 การประเมินการเปิดรับสื่อ
 - 1.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปิดรับสื่อ
2. แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้
 - 2.1 ความหมายของการรับรู้
 - 2.2 องค์ประกอบของการรับรู้
 - 2.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้
 - 2.4 การประเมินการรับรู้
 - 2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้
3. ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19
 - 3.1 ความหมายของความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19
 - 3.2 องค์ประกอบของความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19
 - 3.3 ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19
 - 3.4 การประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19
 - 3.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19
4. พฤติกรรมด้านการป้องกันโรคโควิด 19
 - 4.1 ความหมายของพฤติกรรมด้านการป้องกันโรคโควิด 19
 - 4.2 องค์ประกอบของพฤติกรรมด้านการป้องกันโรคโควิด 19
 - 4.3 การประเมินพฤติกรรมด้านการป้องกันโรคโควิด 19
 - 4.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมด้านการป้องกันโรคโควิด 19
5. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. แนวคิดเกี่ยวกับการเปิดรับสื่อ

1.1 ความหมายของการเปิดรับสื่อ

ปัจจุบันเทคโนโลยีการสื่อสารมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งเครือข่ายอินเทอร์เน็ตที่เข้าถึงได้สะดวกมากขึ้น ทำให้การเปิดรับสื่อมีบทบาทสำคัญในการดำเนินชีวิตของบุคคลมากยิ่งขึ้นตามไปด้วย โดยแนวคิดเกี่ยวกับการเปิดรับสื่อ (Media Exposure Theory) ที่กล่าวมานี้ได้พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theory) โดยมีนักวิชาการ (Hawkins and Mothersbaugh, 2010; สายทิพย์ วชิรพงศ์, 2556) ได้ให้ความหมายของการเปิดรับสื่อว่า การเปิดรับสื่อ หมายถึง การที่บุคคลมีการเปิดรับข่าวสารมากและกว้างขวาง และมีทักษะในการแสวงหาข้อมูลอย่างมาก คือ บุคคลที่รู้ว่าข้อมูลประเภทไหนจะต้องหาจากแหล่งไหน ก็จะส่งผลให้มีความรู้ มีความเข้าใจในสภาพแวดล้อม และเป็นบุคคลที่มีความรู้เท่าทันทันต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นมากกว่าบุคคลอื่น ๆ ที่เปิดรับข้อมูลข่าวสารน้อยกว่า

ส่วน Becker (1987) ได้ให้ความหมายของการเปิดรับสื่อ โดยจำแนกตามพฤติกรรมในการเปิดรับสื่อหรือข่าวสารไว้ดังนี้

1) การแสวงหาข้อมูล (Information Seeking) หมายถึง บุคคลจะแสวงหาข้อมูลเมื่อต้องการให้ตนเองมีความคล้ายคลึงกับบุคคลอื่นในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือในเรื่องทั่ว ๆ ไป

2) การเปิดรับข้อมูล (Information Receptivity) หมายถึง บุคคลจะเปิดรับข่าวสารเพื่อต้องการทราบข้อมูลที่ตนเองอยากรู้และสนใจ หากมีข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับตนเองก็จะให้ความสนใจใส่ใจในการอ่าน หรือดู หรือฟังเป็นพิเศษ

3) การเปิดรับประสบการณ์ (Experience Receptivity) หมายถึง บุคคลจะเปิดรับข่าวสารเพราะต้องการกระทำสิ่งใด ๆ เพื่อผ่อนคลายอารมณ์ อาจอธิบายได้ว่า พฤติกรรมการเปิดรับสื่อของบุคคลเกิดขึ้นจากความสนใจ ความต้องการที่มีต่อสื่อและข่าวสาร หรือสิ่งเร้าต่าง ๆ แต่ในบางสถานการณ์ก็อาจเปิดรับสารแต่ไม่ได้ให้ความสนใจ ซึ่งขึ้นอยู่กับความต้องการในขณะนั้น ดังนั้นพฤติกรรมการเปิดรับสื่อของบุคคลจะต้องถูกให้ความสนใจโดยบุคคลนั้นก่อน จึงจะมีการเปิดรับสื่อตามมา

ส่วน สำนักงานคุ้มครองผู้บริโภคในกิจการกระจายเสียงและโทรทัศน์ (2557); กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. กองสุขศึกษา, (2560) กล่าวว่า การเปิดรับสื่อ คือ การที่ประสาทสัมผัส หู ตา จมูก ลิ้น ของเราเปิดรับสื่อแล้วสมองจะสั่งการให้คิดและปรุงแต่งให้เกิดอารมณ์ต่าง ๆ ตามมา ซึ่งเราต้องมีการวิเคราะห์ ทำความเข้าใจ ประเมินค่า เพื่อให้รู้เท่าทันสื่อและนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ภายใต้ความรับผิดชอบต่องสังคมต่อไป

สรุปได้ว่า การเปิดรับสื่อ หมายถึง การที่บุคคลมีการแสวงหาข้อมูลข่าวสาร จนเกิดการรับรู้ข่าวสารและเกิดประสบการณ์การเรียนรู้ จากการอ่าน การดู และการฟัง ผ่านแหล่งข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้หมายถึง การที่บุคคลมีการแสวงหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 จากการอ่าน การดู และการฟังผ่านแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ซึ่งวัดได้จากความถี่ในการเปิดรับสื่อผ่านแหล่งข้อมูลจากสื่อ 3 ประเภท ประกอบด้วย การเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคโควิด 19 จากแหล่งข้อมูลที่เป็นสื่อบุคคล การเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคโควิด 19 จากแหล่งข้อมูลที่เป็นสื่อมวลชน และการเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคโควิด 19 จากแหล่งข้อมูลที่เป็นสื่อเฉพาะกิจ

1.2 องค์ประกอบของการเปิดรับสื่อ

การเปิดรับสื่อจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลได้รับการกระตุ้นประสาทสัมผัสจากสิ่งเร้าผ่านแหล่งข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ จากการศึกษาความรู้เกี่ยวกับแหล่งข้อมูลข่าวสารที่ใช้ในการสื่อสารด้านสุขภาพ (ปรมะ สตะเวทนี, 2541; ดวงฤทัย พงศ์ไพฑูรย์, 2544; โชติกา ตั้งบุญเต็ม, 2551; วรธรณี จันทรมิตร, 2554; วณิพงษ์ ฐิติรักษ์ และ รุ่งนภา พิตรปรีชา, 2558; กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. กองสุขศึกษา, 2560; สำนักงานคุ้มครองผู้บริโภคในกิจการกระจายเสียงและโทรทัศน์, 2561; Ishikawa, Kato, and Kiuchi, 2016) พบว่า สื่อที่ใช้ในการสื่อสารด้านสุขภาพแบ่งออกเป็น 3 แหล่งข้อมูล ประกอบด้วย แหล่งข้อมูลที่เป็นสื่อบุคคล แหล่งข้อมูลที่เป็นสื่อมวลชน และแหล่งข้อมูลที่เป็นสื่อเฉพาะกิจ ดังนั้นการเปิดรับสื่อจึงมีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1) การเปิดรับสื่อจากแหล่งข้อมูลที่เป็นสื่อบุคคล เป็นการเปิดรับสื่อจากแหล่งข้อมูลพื้นฐานดั้งเดิมของมนุษย์ที่มีมาก่อนสื่ออื่น ๆ สื่อบุคคลในสังคม ประกอบด้วย สื่อบุคคลภายในท้องถิ่น ได้แก่ ผู้นำความคิดในท้องถิ่น เช่น ผู้ใหญ่บ้าน ครู พระ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แพทย์ ฯลฯ และสื่อบุคคลภายนอกท้องถิ่น ได้แก่ นักพัฒนา เจ้าหน้าที่ส่งเสริม ผู้เชี่ยวชาญ ฯลฯ ซึ่งเป็นผู้นำแนวคิดใหม่มาเผยแพร่ในท้องถิ่น โดยสื่อบุคคลถือว่ามีค่าอย่างมาก เพราะสามารถเข้าถึงประชาชนและสามารถทำให้กลุ่มประชาชนเกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมด้านสุขภาพได้ แต่ทั้งนี้สื่อบุคคลนั้น ๆ จะต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติตนที่สอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาสาธารณสุขหรือแนวทางการให้สุศึกษาที่ถูกต้อง ตลอดจนมีคุณสมบัติของผู้ส่งสารที่มีประสิทธิภาพด้วย

2) การเปิดรับสื่อจากแหล่งข้อมูลที่เป็นสื่อมวลชน เป็นอีกหนึ่งเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาสุขภาพของบุคคล สื่อมวลชนที่ยังพบในปัจจุบัน เช่น สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อวิทยุ สื่อโทรทัศน์ สื่ออินเทอร์เน็ต ซึ่งสื่อมวลชนแต่ละประเภทต่างก็มีจุดเด่นและจุดด้อยแตกต่างกันออกไปตามคุณสมบัติของสื่อนั้น ๆ

3) การเปิดรับสื่อจากแหล่งข้อมูลที่เป็นสื่อเฉพาะกิจ คือ สื่ออื่น ๆ นอกเหนือจากสื่อบุคคลและสื่อมวลชน เป็นการประยุกต์ใช้สื่อหลาย ๆ ประเภทมาใช้เป็นเครื่องมือเฉพาะกิจในการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งจะมีการเปลี่ยนเนื้อหาไปตามเหตุการณ์หรือสถานการณ์ด้านสุขภาพ โดยสื่อ

เฉพาะกิจที่สำคัญในทางสาธารณสุข เช่น หอกระจายข่าวประจำหมู่บ้านหรือเสียงตามสาย หน่วยเคลื่อนที่สาธารณสุข การจัดอบรมความรู้เรื่องโรคอุบัติใหม่ในโรงพยาบาลประจำชุมชน

ทั้งนี้ สิ่งสำคัญในการสื่อสารเพื่อให้ความรู้ด้านสุขภาพ คือ ผู้ส่งสารจะต้องมีความรู้และความชำนาญในเรื่องนั้น ๆ อย่างแท้จริง องค์ความรู้ที่นำเสนอควรมีแหล่งอ้างอิงที่น่าเชื่อถือ ควรเป็นความรู้ที่ได้รับการพิสูจน์ข้อเท็จจริงผ่านการศึกษาวิจัยมาแล้ว มีรายละเอียดในทางปฏิบัติอย่างครบถ้วน อีกทั้งยังต้องมีความสามารถในการสื่อสารทางบวก นอกจากนี้การสื่อสารเพื่อให้ความรู้ที่จะเกิดประสิทธิผลได้นั้น ผู้ส่งสารควรใช้ภาษาในการสื่อสารให้สอดคล้องกับลักษณะส่วนบุคคลและบริบทของผู้รับสารด้วย เช่น ให้ความรู้เรื่องโรคติดต่อแก่ประชาชนในชุมชนก็ควรใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ไม่เยิ่นเย้อ หลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์เทคนิคทางการแพทย์เชิงลึก และควรมีการยกตัวอย่างหรือสถิติประกอบการสื่อสารเพื่อให้เกิดความชัดเจนมากยิ่งขึ้น จนนำไปสู่การรับรู้ จดจำ และนำไปใช้เพื่อการมีสุขภาพพลานามัยที่สมบูรณ์แข็งแรงต่อไปได้

จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยสังเคราะห์องค์ประกอบของการเปิดรับสื่อได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การสังเคราะห์องค์ประกอบของการเปิดรับสื่อ

ที่มา	องค์ประกอบของการเปิดรับสื่อ				
	การเปิดรับสื่อจากแหล่งข้อมูลที่เป็นสื่อบุคคล	การเปิดรับสื่อจากแหล่งข้อมูลที่เป็นสื่อมวลชน	การเปิดรับสื่อจากแหล่งข้อมูลที่เป็นสื่อเฉพาะกิจ	การเปิดรับสื่อจากแหล่งข้อมูลที่เป็นสื่อสิ่งพิมพ์	การเปิดรับสื่อจากแหล่งข้อมูลที่เป็นสื่อใหม่
ประมะ สตะเวทนี (2541)	✓	✓	✓		
ดวงฤทัย พงศ์ไพฑูรย์ (2544)	✓	✓	✓		
โชติกา ตั้งบุญเต็ม (2551)	✓	✓	✓		
วรรณิ์ จันทรมิตร (2554)	✓	✓	✓		
วณิพงษ์ ฐิติรักษ์ และ รุ่งนภา พิตรปรีชา (2558)	✓	✓	✓		
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. กองสุขศึกษา (2560)	✓	✓	✓		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ที่มา	องค์ประกอบของการเปิดรับสื่อ				
	การเปิดรับสื่อจากแหล่งข้อมูลที่เป็นสื่อบุคคล	การเปิดรับสื่อจากแหล่งข้อมูลที่เป็นสื่อมวลชน	การเปิดรับสื่อจากแหล่งข้อมูลที่เป็นสื่อเฉพาะกิจ	การเปิดรับสื่อจากแหล่งข้อมูลที่เป็นสื่อสิ่งพิมพ์	การเปิดรับสื่อจากแหล่งข้อมูลที่เป็นสื่อใหม่
สำนักงานคุ้มครองผู้บริโภคในกิจการกระจายเสียงและโทรทัศน์ (2561)	✓				✓
Ishikawa, Kato, and Kiuchi (2016)	✓	✓		✓	

จากตารางที่ 1 พบว่า องค์ประกอบของการเปิดรับสื่อ ได้แก่ การเปิดรับสื่อจากแหล่งข้อมูลที่เป็นสื่อบุคคล การเปิดรับสื่อจากแหล่งข้อมูลที่เป็นสื่อมวลชน และการเปิดรับสื่อจากแหล่งข้อมูลที่เป็นสื่อเฉพาะกิจ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้องค์ประกอบของการเปิดรับสื่อประกอบด้วย 1) การเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคโควิด 19 จากแหล่งข้อมูลที่เป็นสื่อบุคคล ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (แพทย์ พยาบาล บุคลากรสาธารณสุข) เพื่อน สมาชิกในครอบครัว/ญาติ ครู/อาจารย์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 2) การเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคโควิด 19 จากแหล่งข้อมูลที่เป็นสื่อมวลชน ได้แก่ โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต (บทเรียนออนไลน์, ฐานข้อมูลต่าง ๆ โดยค้นหาคำว่า COVID-19 หรือ โควิด 19 ฯลฯ) สื่อสังคมออนไลน์ (เฟซบุ๊ก ไลน์ ทวิตเตอร์ ฯลฯ) วิทยุ/พอดแคสต์ (รายการวิทยุออนไลน์) หนังสือพิมพ์/นิตยสาร/วารสาร แผ่นพับ/โปสเตอร์/ป้ายปิดประกาศทุกชนิด และ 3) การเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคโควิด 19 จากแหล่งข้อมูลที่เป็นสื่อเฉพาะกิจ ได้แก่ การจัดงานตามสถานที่ต่าง ๆ เสียงตามสาย/หอกระจายข่าว

1.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการเปิดรับสื่อ

การสื่อสารเป็นเครื่องมือที่ทำให้บุคคลเกิดความเข้าใจร่วมกัน ทั้งนี้เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสังคมปัจจุบันที่มีการหลั่งไหลของข้อมูลข่าวสารอย่างกว้างขวางและรวดเร็วทั้งในช่องทางของสื่อดั้งเดิม (Tradition media) เช่น โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ วารสาร และสื่อใหม่ (New media) ที่เผยแพร่ผ่านระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ต เช่น ทีวีออนไลน์ เครือข่ายสังคมออนไลน์ต่าง ๆ ดังนั้นในสถานะของผู้รับสารจึง

จำเป็นต้องเลือกรับสื่อที่ตอบสนองวัตถุประสงค์ที่ตนเองวางไว้ ซึ่งแตกต่างกันไปตามประสบการณ์ ความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ ความเชื่อ ความต้องการส่วนบุคคล รวมถึงรูปแบบการใช้สื่อต่าง ๆ (Media Forms) ที่บุคคลในแต่ละเจนเนอเรชันมีความคุ้นเคย (ปรีชญา แม่นมินทร์, 2558) อันเป็นผล ทำให้พฤติกรรมการเปิดรับข่าวสารจากสื่อของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันออกไปด้วยนั่นเอง ซึ่งสอดคล้องกับ (Assael, 1995; Solomon, 2009) ที่ได้กล่าวถึงการเปิดรับ (Exposure) ว่าเป็นกระบวนการสำคัญในกระบวนการรับรู้ (Perceptual process) ซึ่งจะเกิดขึ้นเมื่อประสาทสัมผัสของบุคคลถูกกระตุ้นจากสิ่งเร้าผ่านตัวรับสัมผัส ซึ่งได้แก่ ตา (การมองเห็น) หู (การได้ยิน) จมูก (การได้กลิ่น) และผิวหนัง (การสัมผัส) และจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีความสนใจ (Interestingness) จนนำไปสู่การตีความ (Interpretation) ต่อไป ทั้งนี้การเปิดรับต่อสิ่งเร้านั้นไม่จำเป็นจะต้องเกิดขึ้นทุกครั้งที่ได้รับ การกระตุ้น ดังนั้นการเปิดรับสื่อจึงสะท้อนให้เห็นถึงระดับความสนใจที่ผู้บริโภคมีต่อสิ่งเร้าหรือสารนั้น ๆ อย่างไรก็ตาม การเปิดรับสื่อของบุคคลย่อมจะมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องและส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการเลือกเปิดรับสื่อ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.3.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

นักวิชาการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้กล่าวถึง การเลือกเปิดรับสื่อที่นำเสนอข่าวสารตามปัจจัยส่วนบุคคล ดังนี้ (Merill and Lowenstein, 1971; Schramm, 1973; Hunt and Ruben, 1993; กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. กองสุกศึกษา, 2560)

1) ความเหงา (Loneliness) เป็นเหตุผลทางจิตวิทยาว่า โดยปกติคนเรามักจะไม่ชอบการอยู่ตามลำพัง จึงมีการเข้าสังคม การรวมกลุ่มพบปะสังสรรค์ตามโอกาส แต่หากไม่สามารถติดต่อสังสรรค์กับบุคคลได้โดยตรงก็จะใช้เวลาอยู่กับสื่อต่าง ๆ เป็นการทดแทน ในขณะที่บางคนก็มีความพึงพอใจที่จะอยู่กับสื่อที่ตนเองสนใจมากกว่าการเข้าร่วมสังคม เนื่องด้วยช่วยคลายความเจ็บเหงาโดยไม่สร้างแรงกดดันทางสังคมให้แก่ตนเอง

2) ความอยากรู้อยากเห็น (Curiosity) ถือเป็นคุณสมบัติพื้นฐานของมนุษย์ โดยสื่อประเภทต่าง ๆ ถือเอาความอยากรู้อยากเห็นเป็นหลักสำคัญอย่างหนึ่งในการนำเสนอข่าวสารตามปกติแล้วมนุษย์จะอยากรู้อยากเห็นในสิ่งที่อยู่ใกล้ตัวเองมากที่สุด ไม่ว่าสิ่งนั้นจะเป็นวัตถุสิ่งของ ความคิด หรือการกระทำ นอกจากนั้นพฤติกรรมความอยากรู้อยากเห็น อาจจะเป็นความอยากรู้อยากเห็นในแง่มุมต่าง ๆ เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อตนเองทั้งทางตรงและทางอ้อม หรืออาจเป็นผลกระทบต่อผู้อื่น

3) ความต้องการ (Need) เป็นปัจจัยสำคัญที่เป็นตัวกำหนดการเลือกของบุคคล โดยบุคคลจะเลือกเปิดรับสื่อที่ตอบสนองความต้องการของตนเอง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ต้องการ หรือเพื่อแสดงรสนิยม การยอมรับในสังคม และความพึงพอใจส่วนบุคคลเป็นสำคัญ

4) ประโยชน์ใช้สอยของตนเอง (Self-aggrandizement) บุคคลจะเริ่มแสวงหาข่าวสารที่เป็นประโยชน์ เพื่อสนับสนุนความคิดเห็นของตนเอง เพื่อช่วยให้ความคิดของตนบรรลุผลเพื่อให้ได้ข่าวสาร เพื่อที่จะช่วยให้ตนเองได้รับความสะดวกสบาย รวมทั้งเพื่อให้ได้มาซึ่งข่าวสารที่ทำให้ตนเองได้รับความสนุกสนานบันเทิง โดยการเลือกรับสื่อที่ใช้ความพยายามน้อยที่สุด (Less Effort) แต่ได้รับผลประโยชน์ตอบแทนดีที่สุด (Promise of Reward)

5) เป้าหมาย (Goal) เป็นการกำหนดเป้าหมายในการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล ซึ่งเป้าหมายของกิจกรรมที่กำหนดขึ้นจะมีอิทธิพลต่อการเลือกเปิดรับสื่อด้วยเช่นกัน ทั้งนี้เพื่อตอบสนองต่อเป้าหมายที่ตนวางไว้นั่นเอง

6) เจตคติและค่านิยม (Attitude and Values) เจตคติเป็นความชอบและมีใจโน้มเอียงต่อเรื่องต่าง ๆ ส่วนค่านิยมคือหลักพื้นฐานที่ยึดถือ ดังนั้นเจตคติและค่านิยมจึงมีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อการเลือกเปิดรับสื่อ เลือกรับข้อมูลข่าวสาร เลือกตีความหมาย และเลือกจดจำ

7) ความสามารถ (Capability) เป็นความสามารถของผู้รับสารเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเลือกรับข่าวสาร เลือกตีความหมาย และเลือกเก็บเนื้อหาของข่าว

8) รูปแบบการสื่อสาร (Communication Style) เป็นส่วนของผู้รับสารที่ขึ้นอยู่กับรูปแบบการสื่อสารของตนเอง นั่นคือ ความชอบหรือไม่ชอบสื่อบางประเภท ดังจะเห็นได้ว่า บางคนชอบที่จะเปิดรับสื่อทางโทรทัศน์ ในขณะที่บางคนชอบที่จะเปิดรับสื่อทางอินเทอร์เน็ต

9) ลักษณะเฉพาะของสื่อ (Characteristics of Media) นอกจากองค์ประกอบเกี่ยวกับอายุ เพศ การศึกษา สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ หรือองค์ประกอบที่ไม่สามารถเห็นเด่นชัด เช่น ทักษะคิด ความคาดหวัง จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้สื่อแล้ว ผู้รับสารแต่ละคนย่อมจะหันเข้าหาลักษณะบางอย่างจากสื่อที่จะสนองความต้องการและทำให้ตนเกิดความพึงพอใจเป็นสำคัญ

10) บริบท (Context) เป็นส่วนของผู้รับสารที่จะเลือกรับสื่อตามอิทธิพลที่ได้รับจากบริบทที่เกี่ยวข้อง เช่น สถานที่ บุคคล เวลา

11) ประสบการณ์และนิสัย (Experience and Habit) เป็นส่วนของผู้รับสารที่จะพัฒนานิสัยการรับสารอันเป็นผลมาจากประสบการณ์ในการรับข่าวสารของตนเอง

12) ความสะดวก (Convenience) เป็นส่วนของผู้รับสารที่มักจะเลือกเปิดรับสื่อที่อยู่ใกล้ตัวหรือสามารถเข้าถึงได้ง่าย มีความคุ้นเคย และไม่สร้างความยากลำบากให้กับตนเองมากเกินไป

13) ความโดดเด่น (Prominence) เป็นส่วนของผู้รับสารที่มักจะเลือกให้ความสนใจข่าวสารที่มีจุดเด่นแตกต่างจากสารอื่น

สอดคล้องกับแนวคิดด้านลักษณะทางประชากรศาสตร์ (วิชาญ ปาวัน และคณะ, 2559) ที่กล่าวถึง ลักษณะทางประชากรศาสตร์ที่แตกต่างกัน ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานะ

ทางเศรษฐกิจและสังคม (อาชีพและรายได้) ส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมเปิดรับข่าวสารที่แตกต่างกัน ซึ่งชี้ให้เห็นว่าหากต้องการสื่อสารให้สัมฤทธิ์ผลควรจะต้องเข้าใจถึงคุณลักษณะทางประชากร ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมการใช้สื่อและการรับฟังข่าวสารของผู้รับสาร และสอดคล้องกับ De fleur (1970) ที่ได้เสนอทฤษฎีกลุ่มสังคม (Social Categories Theory) โดยกำหนดให้ปัจจัยทางสังคมเป็นตัวแปรแทรก (Intervening Variables) ซึ่งกล่าวได้ว่า ประชาชนมีลักษณะทางสังคมที่คล้ายคลึงกัน เช่น ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ ชาติพันธุ์ ศาสนา เพศ อายุ ภูมิฐานะ ฯลฯ จะทำให้บุคคลเหล่านั้นแสดงพฤติกรรมการสื่อสารที่คล้ายคลึงกัน เช่น การเปิดรับสื่อ ผลของการสื่อสาร

1.3.2 ปัจจัยด้านกระบวนการในการเปิดรับสื่อ

ปัจจัยด้านกระบวนการในการเปิดรับสื่อ (Klapper, 1967; สุวัฒน์ สงวนงาม, 2557; กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. กองสุศึกษา, 2560) กล่าวว่า กระบวนการในการเปิดรับสื่อหรือข่าวสาร (Selective Process) เป็นเหมือนเครื่องกรองข่าวสารในการรับรู้ของบุคคล โดยแบ่งขั้นตอนกระบวนการในการเปิดรับสื่อไว้ 4 ขั้นตอน ดังนี้

1) การเลือกเปิดรับ (Selective Exposure) คือ บุคคลจะเลือกเปิดรับสื่อและข่าวสารจากแหล่งข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ตามความสนใจและความคิดเห็นของตนเอง ซึ่งสามารถเลือกรับสื่อจากแหล่งต่าง ๆ ได้หลายที่ตามความต้องการ เพื่อนำมาใช้แก้ปัญหาหรือสนองความต้องการของตน แต่จะหลีกเลี่ยงข่าวสารที่ขัดแย้งกับความรู้สึกนึกคิดของตน

2) การเลือกให้ความสนใจ (Selective Attention) คือ บุคคลมีแนวโน้มที่จะเลือกให้ความสนใจข่าวสารที่สอดคล้องกับเจตคติและความเชื่อดั้งเดิมของตน เพื่อสนับสนุนเจตคติและความเชื่อดั้งเดิมที่มีอยู่ ซึ่งในขณะเดียวกันจะหลีกเลี่ยงข่าวสารที่ขัดแย้งกับความคิดเดิมของตน และมีแนวโน้มที่จะแสวงหาข่าวสารที่สนับสนุนการตัดสินใจนั้นมากกว่าข่าวสารที่ขัดกับกระบวนการรู้คิดของตน

3) การเลือกรับรู้และตีความหมาย (Selective Perception and Selective Interpretation) คือ เมื่อบุคคลมีการเปิดรับข่าวสารแล้ว อาจมีการเลือกรับรู้และเลือกตีความสารที่ได้รับตามประสบการณ์ ความเข้าใจ เจตคติ ความเชื่อ ความต้องการ และแรงจูงใจของตนในขณะนั้น ซึ่งอาจทำให้ข่าวสารบางส่วนถูกบิดเบือนไปจากข้อเท็จจริงหรือถูกตัดทอนออกไปได้ตามแต่การตีความของแต่ละบุคคล

4) การเลือกจดจำ (Selective Retention) คือ เมื่อผ่านขั้นตอนของการเลือกเปิดรับ การเลือกให้ความสนใจ การเลือกรับรู้และตีความหมายข่าวสารไปในทิศทางที่สอดคล้องกับความคิดของตนเองแล้ว บุคคลยังเลือกที่จะจดจำเนื้อหาสาระของสารในส่วนที่ต้องการไว้เป็นประสบการณ์ และมักจะไม่นำสิ่งที่ตนเองไม่สนใจหรือขัดแย้งกับความคิดตนเอง ซึ่งการจดจำและการรับรู้ดังกล่าวสามารถพัฒนาเป็นความเข้าใจที่ถาวรได้หากไม่มีการเสาะแสวงหาความรู้ใหม่ ๆ เพิ่มเติม

1.3.3 ปัจจัยด้านการสื่อสารด้านสุขภาพ

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสุศึกษา (2560) ได้ให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยด้านการสื่อสารด้านสุขภาพว่า การสื่อสารด้านสุขภาพมีความสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนาองค์ความรู้และทักษะของประชาชนด้านสุขภาพในการป้องกันโรคและสร้างเสริมสุขภาพ โดยอาศัยกระบวนการถ่ายทอดสาร แลกเปลี่ยนข่าวสาร ความรู้ ทักษะ ทักษะการรับรู้ และการปฏิบัติระหว่างกันและกัน โดยมุ่งให้ประชาชนเกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ การรับรู้ ทักษะ และพฤติกรรมไปในทางที่พึงประสงค์ โดยเฉพาะพฤติกรรมด้านสุขภาพ ซึ่งสามารถสรุปบทบาทของปัจจัยด้านการสื่อสารด้านสุขภาพได้ดังนี้

1) การเผยแพร่ข่าวสารและความรู้ การสื่อสารมีบทบาทในการเผยแพร่ข่าวสารและให้ความรู้แก่ประชาชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจในประเด็นต่าง ๆ เกี่ยวกับสุขภาพที่เป็นข้อสงสัย หรือเพื่อประชาชนได้รับทราบข่าวสารความรู้ที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ หรือเพื่อให้ประชาชนเกิดความสนใจและเห็นความสำคัญ ซึ่งจะนำไปสู่การให้ความร่วมมือในการแก้ปัญหาสุขภาพ เช่น การเสนอข่าวสารเกี่ยวกับอันตรายของโรคโควิด 19 ตลอดจนให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการป้องกันและรักษาโรคอย่างถูกต้อง

2) การชักจูงใจให้คล้อยตามหรือให้คำแนะนำ การสื่อสารมีบทบาทในการจูงใจให้ประชาชนเกิดการรับรู้ และเกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม และพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง หรือชักจูงประชาชนในการให้ความร่วมมือกับโครงการพัฒนาระบบสาธารณสุขต่าง ๆ และต้องการที่จะเข้าร่วมกิจกรรม ตัวอย่างเช่น การจูงใจให้ประชาชนใช้บริการฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยัก การจูงใจให้ประชาชนหยุดอยู่บ้านเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19

3) การกระตุ้นเตือน การสื่อสารมีบทบาทในการกระตุ้นหรือชักจูงใจให้ประชาชนมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อข่าวสารความรู้ที่มากขึ้นและต่อเนื่อง เนื่องจากประชาชนอาจได้รับข่าวสารความรู้ในเรื่องใด ๆ หรือได้รับการชักจูงใจมาแล้ว แต่อาจมีปฏิกิริยาโต้ตอบน้อยหรือไม่สม่ำเสมอ จึงจำเป็นต้องมีการกระตุ้นให้ประชาชนมีการปฏิบัติมากขึ้นและต่อเนื่อง เช่น การกระตุ้นให้ประชาชนรับประทานอาหารและดื่มน้ำที่สะอาดในช่วงที่หวาดกลัวโรคระบาด การจูงใจให้ประชาชนล้างมือบ่อย ๆ สวมหน้ากากอนามัย และรักษาระยะห่างทางสังคมเพื่อป้องกันโรคโควิด 19

จากที่กล่าวมาจึงสรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเปิดรับสื่อของบุคคลประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ความเหงา ซึ่งเป็นเหตุผลทางจิตวิทยา ความอยากรู้อยากเห็น ความต้องการ ประโยชน์ใช้สอยของตนเอง เป้าหมาย เจตคติและค่านิยม ความสามารถ รูปแบบการสื่อสาร ลักษณะเฉพาะของสื่อ บริบทต่าง ๆ ประสบการณ์และนิสัย ความสะดวก ความโดดเด่นของสื่อที่ตอบสนองต่อบุคคล และลักษณะทางประชากรศาสตร์ที่แตกต่างกัน ปัจจัยด้านกระบวนการในการเปิดรับสื่อ ได้แก่ การเลือกเปิดรับ การเลือกให้ความสนใจ การเลือกรับรู้และตีความหมาย และการเลือกจดจำ ปัจจัยการ

สื่อสารด้านสุขภาพ ได้แก่ การเผยแพร่ข่าวสารและความรู้ การชักจูงใจให้คล้อยตามหรือให้คำแนะนำ และการกระตุ้นเตือน ซึ่งสำหรับการวิจัยครั้งนี้หมายความว่าความเฉพาะถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

1.4 การประเมินการเปิดรับสื่อ

นักวิชาการและหน่วยงาน (McLeod and O'Keefe, 1972; กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. กองสุขศึกษา, 2560) ได้เสนอว่า ตัวชี้วัด (Index) ที่นำมาใช้ประเมินการเปิดรับสื่อ ได้แก่ เวลาที่ใช้กับสื่อและความถี่ของการใช้สื่อ ดังนั้นผู้วิจัยจึงจำแนกแนวทางการประเมินการเปิดรับสื่อออกเป็น 2 วิธี ดังนี้

1) การประเมินการเปิดรับสื่อในเรื่องเวลาที่ใช้กับสื่อ เป็นการวัดจากระยะเวลาหรือความนานในการใช้สื่อ โดยพิจารณาจากช่วงเวลาเริ่มต้นและสิ้นสุดของการใช้สื่ออย่างเฉพาะเจาะจงในเนื้อหาเรื่องใดเรื่องหนึ่งในแต่ละครั้ง เช่น การเปิดรับสื่อที่นำเสนอเนื้อหาเรื่องการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพจากแหล่งข้อมูลที่เป็นสื่ออินเทอร์เน็ตครั้งหนึ่ง ๆ โดยใช้เวลา 1 ชั่วโมง โดยเกณฑ์การประเมินจะนิยมใช้เป็นจำนวนตัวเลขที่ได้จากการนับระยะเวลาที่ใช้สื่อ เช่น 2 ชั่วโมง 4 ชั่วโมง เป็นต้น

2) การประเมินการเปิดรับสื่อในเรื่องความถี่ของการใช้หรือเปิดรับสื่อ เป็นการวัดจากความถี่หรือความบ่อยของการใช้หรือเปิดรับสื่ออย่างเฉพาะเจาะจงในเนื้อหาในแต่ละช่วงเวลาหนึ่ง ๆ เช่น การเปิดรับสื่อที่นำเสนอเนื้อหาเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกจากแหล่งข้อมูลที่เป็นสื่อบุคคล คือ ครูผู้สอน เป็นประจำในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา เป็นต้น โดยเกณฑ์การประเมินจะนิยมใช้เป็นจำนวนมาตราประมาณค่า (Rating scale) โดยมีหน่วยของมาตราวัดในระดับต่าง ๆ เช่น มาตราวัด 5 หน่วย ได้แก่ ได้รับเป็นประจำ ได้รับบ่อยครั้ง ได้รับบางครั้ง ได้รับนาน ๆ ครั้ง และไม่เคยได้รับ

ทั้งนี้ จากการศึกษาเกี่ยวกับตัวชี้วัดที่นำมาใช้ประเมินการเปิดรับสื่อจาก 8 แหล่งที่มา (สถาพร สิงหะ, 2556; มณฑล หวานวาจา, 2557; ศรีนธ์ ยี่หลั่นสุวรรณ, 2558; วรพรรณ เรืองโชติช่วง, 2559; สิริลักษณ์ อุบลรัตน์, 2560; กัตติกา แก้วมณี, 2560; พนม คลีฉายา, 2561; นิรันดา ศรีบุญทิพย์ และคณะ, 2561) ผู้วิจัยได้สังเคราะห์ตัวชี้วัดที่นำมาใช้ประเมินการเปิดรับสื่อได้ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การสังเคราะห์ตัวชี้วัดที่นำมาใช้ประเมินการเปิดรับสื่อ

ที่มา	ตัวชี้วัดที่นำมาใช้ประเมินการเปิดรับสื่อ	
	เวลาที่ใช้กับสื่อ	ความถี่ของการใช้หรือเปิดรับสื่อ
สถาพร สิงหะ (2556)		✓
มณฑล หวานวาจา (2557)		✓
ศรีนธ์ ยี่หลั่นสุวรรณ (2558)		✓

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ที่มา	ตัวชี้วัดที่นำมาใช้ประเมินการเปิดรับสื่อ	
	เวลาที่ใช้กับสื่อ	ความถี่ของการใช้หรือเปิดรับสื่อ
วรพรรณ เรืองโชติช่วง (2559)		✓
สิริลักษณ์ อุบลรัมย์ (2560)		✓
กัตติกา แก้วมณี (2560)		✓
พนม คลีฉายา (2561)	✓	✓
นิรันดา ศรีบุญทิพย์ และคณะ (2561)		✓

จากตารางที่ 2 พบว่า ตัวชี้วัดที่นำมาใช้ประเมินการเปิดรับสื่อประกอบด้วย 2 ตัวชี้วัด คือ การประเมินการเปิดรับสื่อในเรื่องเวลาที่ใช้กับสื่อและการประเมินการเปิดรับสื่อในเรื่องความถี่ของการใช้หรือเปิดรับสื่อ เห็นได้ว่างานวิจัยส่วนใหญ่จะใช้การประเมินจากความถี่ของการใช้หรือเปิดรับสื่อ ซึ่งทั้งนี้ย่อมขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ในการวิจัยเป็นสำคัญ

นอกจากนี้ จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปิดรับสื่อจาก 9 แหล่งที่มา (นันทนัช โสมรรินทร์ และ ณัฏฐ์ชุตา วิจิตรจามรี, 2556; วรพรรณ เรืองโชติช่วง, 2559; กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, กองสุขศึกษา, 2560; สิริลักษณ์ อุบลรัมย์, 2560; นิรันดา ศรีบุญทิพย์ และคณะ, 2561; พนม คลีฉายา, 2561; Smith Boonchutima et al., 2017; Li, 2018; Yang and Wu, 2019) ผู้วิจัยได้สังเคราะห์เครื่องมือที่นำมาใช้ประเมินการเปิดรับสื่อได้ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การสังเคราะห์เครื่องมือที่นำมาใช้ประเมินการเปิดรับสื่อ

ที่มา	เครื่องมือที่นำมาใช้ประเมินการเปิดรับสื่อ				
	แบบสอบถามแบบคำถามปลายปิด	แบบสอบถามแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ	แบบสอบถามแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ	แบบสอบถามแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ	แบบสอบถามแบบมาตราประมาณค่า 6 ระดับ
นันทนัช โสมรรินทร์ และ ณัฏฐ์ชุตา วิจิตรจามรี (2556)	✓				
วรพรรณ เรืองโชติช่วง (2559)	✓			✓	

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ที่มา	เครื่องมือที่นำมาใช้ประเมินการเปิดรับสื่อ				
	แบบสอบถามแบบ คำถามปลายปิด	แบบสอบถามแบบ มาตราประมาณค่า 3 ระดับ	แบบสอบถามแบบ มาตราประมาณค่า 4 ระดับ	แบบสอบถามแบบ มาตราประมาณค่า 5 ระดับ	แบบสอบถามแบบ มาตราประมาณค่า 6 ระดับ
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. กองสุกศึกษา (2560)		✓			
สิริลักษณ์ อุบลรัศมี (2560)	✓			✓	
นิรันดา ศรีบุญทิพย์ และคณะ (2561)					✓
พนม คลีฉายา (2561)				✓	
Smith Boonchutima et al. (2017)			✓		
Li (2018)				✓	
Yang and Wu (2019)				✓	

จากตารางที่ 3 พบว่า เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการเปิดรับสื่อ คือ แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถามแบบปลายปิด แบบสอบถามแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ แบบสอบถามแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ แบบสอบถามแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ และแบบสอบถามแบบมาตราประมาณค่า 6 ระดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่างานวิจัยที่นำเสนอข้างต้นส่วนใหญ่จะใช้ แบบสอบถามแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากแบบสอบถามในลักษณะดังกล่าวมีเกณฑ์ในการวัดที่มีความละเอียดและให้สารสนเทศที่เพียงพอต่อการศึกษาวิจัย อย่างไรก็ตาม การเลือกหรือออกแบบเครื่องมือในแต่ละงานวิจัยย่อมขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของงานวิจัยนั้น ๆ เป็นประเด็นสำคัญ

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ออกแบบเครื่องมือในการประเมินการเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคโควิด 19 จากแหล่งข้อมูลที่เป็นสื่อบุคคล สื่อมวลชน และสื่อเฉพาะกิจ โดยใช้ดัชนีชี้วัดในเรื่องของความถี่ในการเปิดรับสื่อ ซึ่งประเมินจากความบ่อยของการใช้หรือเปิดรับสื่ออย่างเฉพาะเจาะจงในเนื้อหาเกี่ยวกับโรคโควิด 19 โดยเลือกใช้เป็นแบบสอบถามแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ หรือมีมาตรวัด 5 หน่วย ได้แก่ ได้รับเป็นประจำ ได้รับบ่อยครั้ง ได้รับบางครั้ง ได้รับนาน ๆ ครั้ง และไม่เคยได้รับ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อตรวจสอบระดับการเปิดรับสื่อและประเภทของสื่อที่ประชากรเลือกเปิดรับ

อยู่เสมอ ทั้งนี้เพื่อให้ทราบถึงแหล่งในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและความสนใจในการเปิดรับสื่อของกลุ่มประชากร อันจะประโยชน์ในการศึกษาในประเด็นที่เกี่ยวข้องต่อไป

1.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปิดรับสื่อ

การเปิดรับสื่อที่ให้ข้อมูลข่าวสารสุขภาพถือว่ามีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับสาร จึงเป็นที่มาของการศึกษาวิจัยในประเด็นดังกล่าว โดยมีนักวิจัยหลายท่านได้ศึกษาเรื่องการเปิดรับสื่อ จำนวน 10 เรื่อง ดังนี้

เรื่องที่ 1 นันทนช โสมรรินทร์ และ ญัฐชฎา วิจิตรจามรี (2556) ศึกษาเกี่ยวกับการเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ของประชาชนในจังหวัดนนทบุรี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในจังหวัดนนทบุรี ตลอดจนวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรทั้งสี่ตัวแปร ได้แก่ ความสัมพันธ์ของการเปิดรับข่าวสารและความรู้ ความสัมพันธ์ของความรู้และทักษะ และความสัมพันธ์ของทักษะและการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนในจังหวัดนนทบุรี จำนวน 400 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามการเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาค่า T-test และ ANOVA (Analysis of Variance) หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเปิดรับข่าวสารเรื่องการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับต่ำ ส่วนใหญ่ได้รับข่าวสารจากสื่อโทรทัศน์ ส่วนความรู้เรื่องการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง ทักษะที่มีต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูงมาก และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้เลือดออกส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงมาก ปัจจัยด้านการเปิดรับข่าวสารเรื่องการป้องกันโรคไข้เลือดออกมีความแตกต่างกันตามคุณลักษณะประชากร คือ อาชีพและอำเภอที่อาศัยอยู่ จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า การเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กันในเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งจากผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าการเปิดรับข่าวสารส่งผลดีต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

เรื่องที่ 2 มณฑล หวานวาจา (2557) ศึกษาความสัมพันธ์ของการเปิดรับข่าวสาร กับความรู้ ทักษะ และ พฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของประชาชนในกรุงเทพมหานคร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการเปิดรับข่าวสาร กับความรู้ ทักษะ และ พฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของประชาชนในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนในช่วงอายุ 15-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 450 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามเรื่อง

ความสัมพันธ์ของการเปิดรับข่าวสาร กับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของประชาชนในกรุงเทพมหานคร วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า สื่อที่ประชาชนในกรุงเทพมหานครมีการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วนมากที่สุด คือ โทรทัศน์ (ร้อยละ 91.78) รองลงมา คือ เฟซบุ๊ก (ร้อยละ 80.89) ช่วงเวลาที่ประชาชนเปิดรับข่าวสารมากที่สุด คือ ช่วงเวลา 18.01-22.00 น. (ร้อยละ 41.33) ประชาชนในกรุงเทพมหานครมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วนอยู่ในระดับดีมาก มีทัศนคติต่อการป้องกันโรคอ้วนอยู่ในระดับสูง และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่า การเปิดรับข่าวสารมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.23 ซึ่งจากผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า การเปิดรับข่าวสารส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของประชาชนในกรุงเทพมหานคร

เรื่องที่ 3 วรพรรณ เรืองโชติช่วง (2559) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการเปิดรับสื่อสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารคลีนของคนไทยในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจและวิเคราะห์การเปิดรับสื่อสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารคลีนของคนไทยที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรที่มีอายุระหว่าง 18-60 ปี อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 200 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม การเปิดรับสื่อสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารคลีนของคนไทยในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เปิดรับสื่อสังคมเฟซบุ๊ก โดยมีวัตถุประสงค์หลักในการเปิดรับสื่อสังคมคือ การใช้งานตามกระแสนิยม มักนิยมดูคลิปวิดีโอเกี่ยวกับการสาธิตวิธีการทำอาหารคลีน โดยสนใจในองค์ประกอบต่าง ๆ ที่ปรากฏอยู่ในสื่อสังคมเฟซบุ๊กเกี่ยวกับอาหารคลีนในระดับมาก และพบว่า เจตคติเรื่องการรักษาสุขภาพมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารคลีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยผู้บริโภคที่มีความสนใจอาหารคลีนจะมีเจตคติที่ดีเกี่ยวกับการรักษาสุขภาพในระดับมาก เนื่องจากอาหารคลีนส่งผลดีต่อสุขภาพร่างกาย ดังนั้นจากผลการวิจัยนี้จึงสรุปได้ว่า การเปิดรับสื่อสังคมที่มีความน่าสนใจจะส่งผลในทางบวกต่อการมีเจตคติที่ดีทางด้านสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคอาหารคลีนเพื่อสุขภาพของบุคคล

เรื่องที่ 4 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. กองสุขภาพ (2560) ศึกษาเกี่ยวกับการเข้าถึงและใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อการบริโภคอาหารของประชาชนในกลุ่มวัยทำงาน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทราบสถานการณ์การเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลข่าวสารสุขภาพเพื่อการบริโภคอาหารของประชาชนในกลุ่มวัยทำงาน กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนกลุ่มวัยทำงานอายุระหว่าง 15-60 ปี ที่พักอาศัยอยู่ใน 12

เขตบริการสุขภาพ จำนวน 2,400 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามการเข้าถึงและใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อการบริโภคอาหาร วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงพรรณนา (Descriptive Analysis) การสรุปสาระสำคัญของข้อมูล (Common Themes) และการหาลำดับ ค่าเฉลี่ย ผลการศึกษาพบว่า สื่อที่ประชาชนเข้าถึงข้อมูลมากที่สุดคือ โทรทัศน์ (1-2 ครั้งต่อสัปดาห์) แหล่งข้อมูลข่าวสารเพื่อการบริโภคอาหารที่ประชาชนให้ความน่าเชื่อถือมากที่สุดคือ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่วนในประเด็นการใช้ประโยชน์จากข้อมูลข่าวสารสุขภาพเพื่อการบริโภคอาหารพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะนำไปปฏิบัติกับตนเองมากที่สุด รองลงมาคือ สามารถนำข้อมูลไปบอกต่อกับคนรอบข้าง และสามารถให้ข้อเสนอแนะได้หากคิดว่าข้อมูลที่น่าเสนอนั้นบิดเบือนความเป็นจริง ตามลำดับ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าสื่อโดยเฉพาะสื่อที่นำเสนอข้อมูลด้านสุขภาพนั้นมีอิทธิพลอย่างมากต่อประชากรที่จะนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพในชีวิตประจำวัน

เรื่องที่ 5 สิริลักษณ์ อุบลรัมย์ (2560) ศึกษาเกี่ยวกับการเปิดรับสื่อ การแบ่งปันข้อมูล และการรู้เท่าทันข้อมูลด้านสุขภาพในสื่อสังคมออนไลน์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะทางประชากร พฤติกรรม และความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับสื่อ การแบ่งปันข้อมูล และการรู้เท่าทันข้อมูลด้านสุขภาพในสื่อสังคมออนไลน์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนทั่วไปในเขตกรุงเทพมหานครที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เคยมีการเปิดรับข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพจากสื่อสังคมออนไลน์ และเคยแบ่งปันข้อมูลสุขภาพในสื่อสังคมออนไลน์ จำนวน 400 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามออนไลน์ (Online Questionnaire) ซึ่งเป็นแบบสอบถามชนิดปลายปิด (Close-Ended Questionnaire) ที่ให้ผู้ตอบแบบสอบถามกรอกข้อมูลด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาลำดับ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบ T-test การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA) และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเปิดรับข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อสังคมออนไลน์เพซบุ๊ก ช่วงเวลาที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เปิดรับข่าวสารสุขภาพอยู่ระหว่าง 18:01-21:00 น. โดยมักใช้สมาร์ทโฟนเป็นอุปกรณ์ในการเปิดรับ เนื้อหาข้อมูลด้านสุขภาพที่เปิดรับส่วนใหญ่เกี่ยวกับเรื่องการออกกำลังกาย และความถี่ในการเปิดรับข่าวสารสุขภาพจากสื่อสังคมออนไลน์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการรู้เท่าทันข้อมูลด้านสุขภาพในสื่อสังคมออนไลน์ของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งจากผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าการเปิดรับข่าวสารสุขภาพมีส่วนสำคัญต่อการรู้เท่าทันสื่อของบุคคล

เรื่องที่ 6 นิรันดา ศรีบุญทิพย์ และคณะ (2561) ศึกษาเกี่ยวกับการเปิดรับสื่อ การรับรู้ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชนไทย ประจำปี 2561 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเปิดรับสื่อ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค

และภัยสุขภาพของประชาชนไทย กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน จำนวน 2,889 คน จากทั่วทุกภูมิภาคของประเทศไทย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ เพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเปิดรับสื่ออยู่ในระดับปานกลาง โดยสื่อที่กลุ่มตัวอย่างเข้าถึง มาก 3 อันดับแรก ได้แก่ โทรทัศน์/เคเบิลทีวี บุคลากรทางสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ส่วนการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกัน โรคและภัยสุขภาพอยู่ในระดับมาก และพบว่า การเปิดรับสื่อ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และความรู้เรื่อง โรคและภัยสุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ ($r = 0.381, 0.477$ และ 0.348 ตามลำดับ) ซึ่งจากผลการวิจัยในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการเปิดรับสื่อเป็นอีกหนึ่ง ปัจจัยที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของบุคคล

เรื่องที่ 7 พนม คลีณา (2561) ศึกษาเกี่ยวกับการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูล ข่าวสารสุขภาพเพื่อการดูแลตนเองให้ปลอดภัยจากโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศของ ประชาชนในเขตเมือง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจการเข้าถึง ความเข้าใจ การประเมินคุณค่าและ ความถูกต้องของข้อมูลข่าวสารสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศของ ประชาชนในเขตเมือง และการนำข้อมูลข่าวสารมาใช้ในการป้องกันและดูแลตนเองให้ปลอดภัย กลุ่มตัวอย่าง คือ แพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และ สื่อมวลชนในจังหวัดที่ด่านตรวจคนเข้าเมืองระหว่างประเทศ 4 จังหวัด ได้แก่ เชียงราย หนองคาย อุบลราชธานี และสงขลา รวมถึงกรุงเทพมหานคร จำนวน 18 คน และประชาชนที่อาศัยอยู่เขตเมือง อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองและอำเภอที่มีด่านตรวจคนเข้าเมืองหรือมีสนามบินนานาชาติใน 7 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร เชียงราย ตาก สงขลา หนองคาย อุบลราชธานี และภูเก็ต จำนวน 1,400 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามความเข้าใจข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์การ ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regressions analysis) การวิเคราะห์ความ แปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) และการวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Least Significant Difference (LSD) ผลการวิจัยพบว่า กระทรวงสาธารณสุขมีระบบงานและมาตรการ ควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศอย่างชัดเจนและรัดกุม มีการทำงานร่วมกับ หน่วยงานสาธารณสุขของต่างประเทศอย่างเข้มข้น มีทั้งมาตรการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันการ ระบาด รวมทั้งแผนการบริหารจัดการสื่อสารความเสี่ยง ประชาชนมักจะมีการตื่นตัวเมื่อโรคเข้าใกล้ตัว และเกิดการตื่นตัวขึ้นเฉพาะพื้นที่ที่ระบาด เมื่อการระบาดเข้ามาใกล้หรือเข้ามาในประเทศจะมีการ ตื่นตัวมากขึ้นตามความกังวลใจเกี่ยวกับอันตรายของโรคที่ใกล้ตัวมากขึ้น และมักจะตื่นตัวใน

ช่วงแรกที่มีข่าวการระบาด แต่การตื่นตัวก็จะลดลงเมื่อข่าวเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ไม่ได้รับการรายงานในสื่อมวลชน ซึ่งจากผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า ข่าวสารจากสื่อมวลชนที่นำเสนออย่างต่อเนื่องมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่คงทนของประชาชน

เรื่องที่ 8 Smith Boonchutima et al. (2017) ศึกษาเกี่ยวกับการเปิดรับสื่อ ความรู้ และพฤติกรรมของคนไทยในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อระบุระดับความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกและความรู้ของประชากรไทยในการป้องกันและควบคุมโรค การมีส่วนร่วมของสื่อในการให้ความรู้ มาตรการควบคุมสัตว์ที่เป็นพาหะนำโรค โดยดำเนินการใน 25 จังหวัดของประเทศไทยระหว่างปี 2556-2558 กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่เข้าร่วมเป็นอาสาสมัครที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป และไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิต จำนวน 7,772 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามการรับรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การป้องกัน และมาตรการควบคุม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสถิติ F-test ผลการวิจัยพบว่า การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในช่วงสามปีมีแนวโน้มเชิงบวก ซึ่งเกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของสื่อในการให้ความรู้และเตือนสติคนไทย แต่เนื่องด้วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้รับสื่อมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์หรือทุกวัน ซึ่งเป็นระยะเวลาที่เพียงพอต่อการสร้างการรับรู้ แสดงให้เห็นว่ายังมีการเปิดรับสื่อเพื่อรับข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับไข้เลือดออกไม่สม่ำเสมอ ไม่เพียงพอ จึงส่งผลให้กระบวนการรับรู้และนำไปใช้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกขาดประสิทธิภาพ ดังนั้น สหวิทยาการที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของชุมชน สื่อมวลชน และรัฐบาลจึงจำเป็นต้องดำเนินการในเรื่องดังกล่าว เพื่อเอาชนะภัยไข้เลือดออกในประเทศไทย รวมถึงโรคระบาดอื่น ๆ ต่อไป

เรื่องที่ 9 Li (2018) ศึกษาารูปแบบของสื่อ การรับรู้สถานการณ์ และพฤติกรรมการป้องกันโรคทางสาธารณสุข โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการเปิดรับสื่อแบบดั้งเดิมและโซเชียลมีเดียที่มีต่อพฤติกรรมป้องกันในภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ภายใต้บริบทของการแพร่กระจายของเชื้ออีโบล่าทั่วโลกในปี 2014 กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนชาวฮ่องกงที่พูดภาษาจีนกวางตุ้งและมีอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 717 คน ดำเนินการวิจัยโดยการสัมภาษณ์ความคิดเห็นสาธารณะทางโทรศัพท์ ในช่วงเวลาที่มีการระบาดของโรคอีโบล่าตามการแจ้งเตือนที่มีผลบังคับใช้ในฮ่องกง ช่วงเดือนกรกฎาคม ค.ศ. 2014 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามด้วยวาจาเกี่ยวกับรูปแบบของการรับรู้สถานการณ์ และพฤติกรรมป้องกันโรคอีโบล่า โดยเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และการวิเคราะห์การถดถอยของการเปิดรับสื่อต่อการรับรู้สถานการณ์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างให้ความสนใจข่าวการแพร่กระจายของเชื้ออีโบล่าจากสื่อสังคมออนไลน์มากที่สุด (ร้อยละ 42.3) รองลงมาคือโทรทัศน์ และการเปิดรับสื่อมีผลต่อการรับรู้ความเสี่ยงในระดับบุคคลและความเสี่ยงระดับสังคม อีกทั้งการรับรู้ดังกล่าวยังเป็นตัวทำนาย

พฤติกรรมป้องกันสุขภาพของบุคคล ซึ่งจากผลการศึกษาี้แสดงให้เห็นว่า สื่อเป็นองค์ประกอบหลักของการรับรู้สถานการณ์เสี่ยงทางสุขภาพหรือภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ซึ่งมีบทบาทสำคัญที่นำไปสู่การพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล

เรื่องที่ 10 Yang and Wu (2019) ศึกษาเกี่ยวกับการเปิดรับข้อมูลสุขภาพผ่านสื่อสังคมออนไลน์ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพในด้านมลพิษทางอากาศของประชาชนจีน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบการเปิดรับข้อมูลด้านสุขภาพในสื่อสังคมออนไลน์ โดยเฉพาะ Weibo และพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพในการตอบสนองต่อหมอกควันโดยเฉพาะการสวมหน้ากากป้องกันฝุ่น PM 2.5 ของประชาชนจีน กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนจีนที่อาศัยอยู่ในจีนแผ่นดินใหญ่ในจังหวัดที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาหมอกควัน เช่น ปักกิ่ง เหอเป่ย์ หูเป่ย์ เจียงซี หูหนาน ซานซี และได้รับคัดเลือกโดยใช้แพลตฟอร์มเว็บไซต์ <http://www.sojump.com> จำนวน 1,091 คน ในระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2559 ถึงมกราคม พ.ศ. 2560 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามเกี่ยวกับการเปิดรับข้อมูลสุขภาพผ่านสื่อสังคมออนไลน์ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพในด้านมลพิษทางอากาศของประชาชนจีน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า การใช้ Weibo เพื่อค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการสวมหน้ากากอนามัยเพื่อป้องกันฝุ่น PM 2.5 ในช่วงที่มีปัญหาหมอกพิษทางอากาศ การเปิดรับข้อมูลสุขภาพบน Weibo เพิ่มทัศนคติในการตระหนักถึงอันตรายที่เกิดจากมลพิษทางอากาศและวิธีการป้องกันตัวเองอย่างถูกต้อง เช่น การสวมหน้ากากอนามัยเพื่อป้องกันฝุ่น PM 2.5 ซึ่งจากการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าการเผยแพร่ข้อมูลด้านสุขภาพผ่านสื่อสังคมออนไลน์ เพื่อให้ความรู้แก่สาธารณชนเกี่ยวกับความรู้และข้อมูลด้านสุขภาพสามารถเพิ่มทัศนคติเชิงบวกที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรค ซึ่งจะช่วยกำหนดสถานะทางสุขภาพของบุคคลได้

สรุป จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดเกี่ยวกับการเปิดรับสื่อ จำนวน 10 เรื่องพบว่า ทุกงานวิจัยมีการประเมินระดับของการเปิดรับข่าวสารตามความถี่และช่วงเวลาที่ใช้สื่อ ตลอดจนแหล่งของสื่อที่เข้าถึง (นันทนัช โสมรรินทร์ และ ญัฐชดา วิจิตรจามรี, 2556; มณฑล หวานวาจา, 2557; วรพรรณ เรืองโชติช่วง, 2559; กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. กองสุขศึกษา, 2560; สิริลักษณ์ อุบลรัตน์, 2560; นิรันดา ศรีบุญทิพย์ และคณะ, 2561; พนม คลีฉายา, 2561; Smith Boonchutima et al., 2017; Li, 2018; Yang and Wu, 2019) ซึ่งโดยส่วนใหญ่มีการเปิดรับสื่ออยู่ในระดับสูง แต่ไม่สม่ำเสมอ ทำให้ขาดประสิทธิภาพในการนำไปใช้ประโยชน์ และมีงานวิจัย 8 เรื่องระบุว่าแหล่งข้อมูลในการเปิดรับสื่อที่ประชากรเปิดรับมากที่สุด 2 อันดับแรก คือ โทรทัศน์และเฟซบุ๊ก (นันทนัช โสมรรินทร์ และ ญัฐชดา วิจิตรจามรี, 2556; มณฑล หวานวาจา, 2557; วรพรรณ เรืองโชติช่วง, 2559; กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. กองสุขศึกษา, 2560; สิริลักษณ์ อุบลรัตน์, 2560; นิรันดา ศรีบุญทิพย์ และคณะ,

2561; Li, 2018; Yang and Wu, 2019) ส่วนทางด้านความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับสื่อและพฤติกรรมสุขภาพพบว่ามีการวิจัยจำนวน 7 เรื่องที่บ่งชี้ว่า การเปิดรับสื่อหรือข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ (นันทนซ์ โสมรินทร์ และ ณัฏฐชุตา วิจิตรจามรี, 2558; มณฑล หวานวาจา, 2557; วรพรรณ เรื่องโชติช่วง, 2559; สิริลักษณ์ อุบลศรี, 2560; นิรันดา ศรีบุญทิพย์ และคณะ, 2561; Smith Boonchutima et al., 2017; Yang and Wu, 2019) ดังนั้นจากงานวิจัยทั้งหมดที่กล่าวมานี้จึงแสดงให้เห็นว่าการเปิดรับสื่อส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้น รวมถึงการป้องกันโรคด้วย ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้จะศึกษาในประเด็นดังกล่าวร่วมกับตัวแปรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องต่อไป

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ตัวแปรที่ศึกษา สถิติที่ใช้ และเครื่องมือที่ใช้ จากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดเกี่ยวกับการเปิดรับสื่อ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ตัวแปรที่ศึกษา สถิติที่ใช้ และเครื่องมือที่ใช้ จากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดเกี่ยวกับการเปิดรับสื่อ

ผู้วิจัย/ปี	ตัวแปรที่ศึกษา	สถิติที่ใช้	เครื่องมือที่ใช้
1. นันทนซ์ โสมรินทร์ และ ณัฏฐชุตา วิจิตรจามรี (2556)	การเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตนในการ ป้องกันโรคไข้เลือดออก ของประชาชนใน จังหวัดนนทบุรี	แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน การหาค่า t-test และ ANOVA (Analysis of Variance) และค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์เพียร์สัน	แบบสอบถามการเปิดรับ ข่าวสาร ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติในการ ป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยในส่วนของกรเปิดรับ ข่าวสารเป็นคำถามแบบ ปลายปิด
2. มณฑล หวานวาจา (2557)	ความสัมพันธ์ของการ เปิดรับข่าวสาร กับ ความรู้ ทักษะ และ พฤติกรรมป้องกัน โรคอ้วนของประชาชน ในกรุงเทพมหานคร	แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน และการหาค่า สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เพียร์สัน	แบบสอบถามความสัมพันธ์ ของการเปิดรับข่าวสาร กับความรู้ ทักษะ และ พฤติกรรมป้องกันโรค อ้วนของประชาชนใน กรุงเทพฯ โดยในส่วนของ การเปิดรับข่าวสารเป็น คำถามแบบปลายปิด จำนวน 18 ข้อ

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ผู้วิจัย/ปี	ตัวแปรที่ศึกษา	สถิติที่ใช้	เครื่องมือที่ใช้
3. วรพรรณ เรืองโชติช่วง (2559)	การเปิดรับสื่อสังคมที่ ส่งผลต่อพฤติกรรมการ บริโภคอาหารคลีนของ คนไทยในกรุงเทพฯ และปริมณฑล	แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน และการหาค่า สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เพียร์สัน	แบบสอบถามการเปิดรับสื่อ สังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการ บริโภคอาหารคลีน เป็น คำถามแบบปลายปิดร่วมกับ มาตรประมาณค่า 5 ระดับ
4. กรม สนับสุนน บริการสุขภาพ. กองสุขศึกษา (2560)	การเข้าถึงและใช้ข้อมูล ข่าวสารเพื่อการบริโภค อาหารของประชาชน ในกลุ่มวัยทำงาน	ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และ การสรุปสาระหลักสำคัญ ของข้อมูล (Common Themes)	แบบสอบถามการเข้าถึง และใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อ การบริโภคอาหาร โดยใน ส่วนของการเปิดรับข้อมูล ข่าวสารเป็นแบบมาตร ประมาณค่า 3 ระดับ
5. สิริลักษณ์ อุบลรัศมี (2560)	การเปิดรับสื่อ การ แบ่งปันข้อมูล และการ รู้เท่าทันข้อมูลด้าน สุขภาพในสื่อสังคม ออนไลน์	ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบ t-test ความแปรปรวนทางเดียว และการหาค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์เพียร์สัน	แบบสอบถามการเปิดรับสื่อ การแบ่งปันข้อมูล และการ รู้เท่าทันข้อมูลด้านสุขภาพ ในสื่อสังคมออนไลน์ โดย ในส่วนของการเปิดรับสื่อ เป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ร่วมกับคำถาม แบบปลายปิด
6. นิรันดา ศรีบุญทิพย์ และคณะ (2561)	การเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้และพฤติกรรม การป้องกันโรคและภัย สุขภาพของประชาชน ไทย ประจำปี 2561	ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์เพียร์สัน	แบบสอบถามการเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้และ พฤติกรรมการป้องกันโรค และภัยสุขภาพ โดยในส่วน ของการเปิดรับสื่อเป็นแบบ มาตรประมาณค่า 6 ระดับ
7. พนม คลีฉายา (2561)	การเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลข่าวสาร สุขภาพเพื่อการดูแล	แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน วิเคราะห์การ	แบบสอบถามการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ ข้อมูลข่าวสารสุขภาพเพื่อ

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ผู้วิจัย/ปี	ตัวแปรที่ศึกษา	สถิติที่ใช้	เครื่องมือที่ใช้
	ตนเองให้ปลอดภัยจากโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศ	ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว และวิเคราะห์ความแตกต่างรายคู่	การดูแลตนเองให้ปลอดภัยจากโรคติดต่ออุบัติใหม่ โดยในส่วนของ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ
8. Smith Boonchutima et al. (2017)	การเปิดรับสื่อ ความรู้ และพฤติกรรมของคนไทยในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสถิติ F-test	แบบสอบถามการรับรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การป้องกัน และมาตรการควบคุม โดยในส่วนของ การเปิดรับสื่อเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ
9. Li (2018)	รูปแบบของสื่อ การรับรู้สถานการณ์ และพฤติกรรมการป้องกันโรคทางสาธารณสุข	ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และการวิเคราะห์ความถดถอย	แบบสอบถามด้วยวาจาเกี่ยวกับรูปแบบของสื่อ การรับรู้สถานการณ์ และพฤติกรรมการป้องกันโรคอีโบล่า โดยในส่วนของรูปแบบของสื่อเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ
10. Yang and Wu (2019)	การเปิดรับข้อมูลสุขภาพผ่านสื่อสังคมออนไลน์ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพในด้านมลพิษทางอากาศของประชาชนจีน	ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน	แบบสอบถามการเปิดรับข้อมูลสุขภาพผ่านสื่อสังคมออนไลน์ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันปัญหามลพิษทางอากาศ โดยในส่วนของ การเปิดรับข้อมูลสุขภาพเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ

จากตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ตัวแปรที่ศึกษา สถิติที่ใช้ และเครื่องมือที่ใช้ จากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดเกี่ยวกับการเปิดรับสื่อ จำนวน 10 เรื่อง พบว่า งานวิจัยทุกเรื่องใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการเปิดรับสื่อหรือข้อมูลข่าวสารพบว่ามี 2 เรื่อง (นันทนซ์ โสมรรินทร์ และ ญัฏฐ์ชุตติ วิจิตรจามรี, 2558; มณฑล หวานวาจา, 2557) ใช้คำถามแบบปลายปิด 2 เรื่อง (วรพรรณ เรื่องโชติช่วง, 2559; สิริลักษณ์ อุบลรัตน์, 2560) เป็นคำถามแบบปลายปิดร่วมกับมาตราประมาณค่า 5 ระดับ 1 เรื่อง (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. กองสุขศึกษา, 2560) เป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ 1 เรื่อง (นิรินตา ศรีบุญทิพย์ และคณะ, 2561) เป็นแบบมาตราประมาณค่า 6 ระดับ 3 เรื่อง (พนม คลีฉายา, 2561; Li, 2018; Yang and Wu, 2019) เป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ และ 1 เรื่อง (Smith Boonchutima et al., 2017) เป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ

สรุปได้ว่า การประเมินการเปิดรับสื่อส่วนใหญ่จะเลือกใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเป็นแบบมาตราประมาณค่าตั้งแต่ 3 ถึง 6 ระดับ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยที่เลือกประเมินการเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคโควิด 19 โดยใช้แบบสอบถามการเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้ และพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลก: กรณีโควิด 19 สำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ซึ่งจะระบุไว้ในส่วนที่ 2 ของแบบสอบถาม โดยมีคำถามเกี่ยวกับการเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อวัดความถี่ในการเปิดรับสื่อจากแหล่งข้อมูลที่เป็นสื่อบุคคล สื่อมวลชน และสื่อเฉพาะกิจ ซึ่งประเมินจากความบ่อยของการใช้หรือเปิดรับสื่ออย่างเฉพาะเจาะจงในเนื้อหาเกี่ยวกับโรคโควิด 19 โดยมีมาตรวัด 5 หน่วย ได้แก่ ได้รับเป็นประจำ ได้รับบ่อยครั้ง ได้รับบางครั้ง ได้รับนาน ๆ ครั้ง และไม่เคยได้รับ ทั้งนี้เพื่อให้ได้สารสนเทศที่เพียงพอต่อการศึกษาความเชื่อมโยงของการเปิดรับสื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างรอบด้านและมีความสมบูรณ์มากที่สุด

2. แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้

2.1 ความหมายของการรับรู้

นักวิชาการและหน่วยงาน (Santrock, 2004; สุธรรม รัตนโชติ, 2552; พีร์ พวงมะลิ และคนอื่น ๆ, 2560; กรมควบคุมโรค สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ, 2562) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ไว้อย่างสอดคล้องกันว่า การรับรู้ (Perception) เป็นกระบวนการที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ที่เกิดจากการตีความหรือแปลความหมายข้อมูลเป็นความจำ ความคิด และประสบการณ์ทางความคิด โดยผ่านกระบวนการรับรู้ข่าวสาร คือ การคัดเลือกข้อมูล (Selection) การรวบรวมและเรียบเรียงข้อมูล (Organization) และการแปลความหมายของข้อมูล (Interpretation) ที่ได้จากการสัมผัส (Sensation) ของร่างกายกับสิ่งแวดล้อมที่เป็นสิ่งเร้าผ่านการอ่าน การดู และการฟัง ทำให้เกิดการตอบสนองในรูปแบบของการกระทำหรือความนึกคิด โดยอาศัยประสบการณ์เป็นเครื่องช่วยในการตีความหรือแปลความ

สรุปได้ว่า การรับรู้ หมายถึง กระบวนการแปลความหมายของข้อมูลจากการสัมผัสกับสิ่งเร้าของบุคคลผ่านกระบวนการรับรู้ใน 3 ขั้นตอน ประกอบด้วย การคัดเลือกข้อมูล การรวบรวมและเรียบเรียงข้อมูล และการแปลความหมายของข้อมูล โดยอาศัยประสบการณ์เป็นเครื่องช่วยในการแปลความ แล้วตอบสนองออกมาในลักษณะของการกระทำหรือความคิด ซึ่งแตกต่างกันไปตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องในแต่ละบุคคล ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้หมายถึง กระบวนการแปลความหมายของข้อมูลจากการสัมผัสกับสิ่งเร้าในรูปของแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ของบุคคลผ่านกระบวนการรับรู้ใน 3 ขั้นตอน ประกอบด้วย การคัดเลือกข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด 19 การรวบรวมเรียบและเรียงข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด 19 และการแปลความหมายของข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ซึ่งจะสะท้อนออกมาเป็นผลรวมของการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

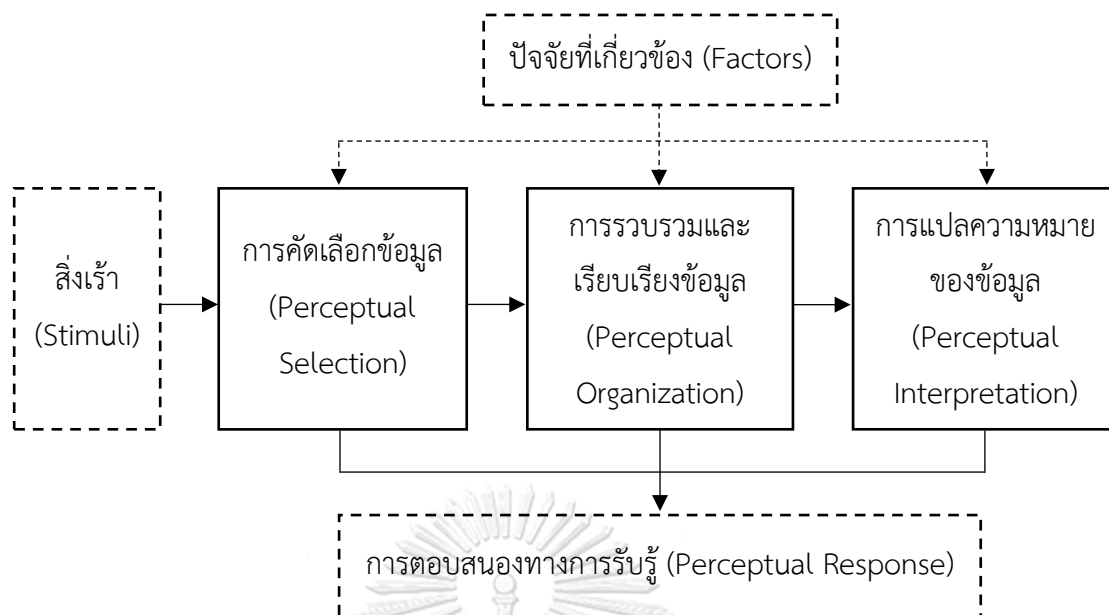
2.2 องค์ประกอบของการรับรู้

นักวิชาการ (Assael, 1998; Schiffman and Kanuk, 2000; วลีรัตน์ ใจสูงเนิน, 2551; สุธรรมรัตน์โชติ, 2553; กรมควบคุมโรค. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ, 2562) ได้ให้ความรู้เกี่ยวกับองค์ประกอบของการรับรู้ไว้อย่างสอดคล้องกันว่า ประกอบด้วยกระบวนการรับรู้ใน 3 ขั้นตอน ดังนี้

1) การคัดเลือกข้อมูล (Perceptual Selection) เป็นการคัดสรรทางการรับรู้จากประสาทสัมผัส ที่ได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้า ซึ่งจะแตกต่างกันตามความสามารถในการรับสัมผัสและการให้ความสนใจหรือตั้งใจของแต่ละบุคคล โดยเมื่อบุคคลเปิดรับสิ่งเร้า (Exposure) และตั้งใจรับสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบแล้ว (Attention) บุคคลจะเลือกสรรเฉพาะสิ่งเร้าที่ตรงกับความต้องการและทัศนคติของตนเท่านั้น หรือมักคัดเลือกโดยอาศัยพื้นฐานทางจิตวิทยาของตนเองเป็นสำคัญ

2) การรวบรวมและเรียบเรียงข้อมูล (Perceptual Organization) เป็นขั้นการรวบรวมและเรียบเรียงเพื่อประมวลผลสิ่งเร้าหรือข้อมูลที่ได้เปิดรับจากแหล่งต่าง ๆ โดยสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาจะเข้าสู่กระบวนการประมวลผล เพื่อให้มีความหมายที่เข้าใจได้มากขึ้นและเพื่อให้สามารถแสดงพฤติกรรมตอบสนองได้ถูกต้อง โดยใช้การจัดกรอบความคิดหรือการจัดกลุ่มตามหลักเกณฑ์ต่าง ๆ ที่แต่ละคนใช้ในการรับรู้ เช่น ใช้หลักของความคล้ายคลึงกัน ความต่อเนื่องกัน

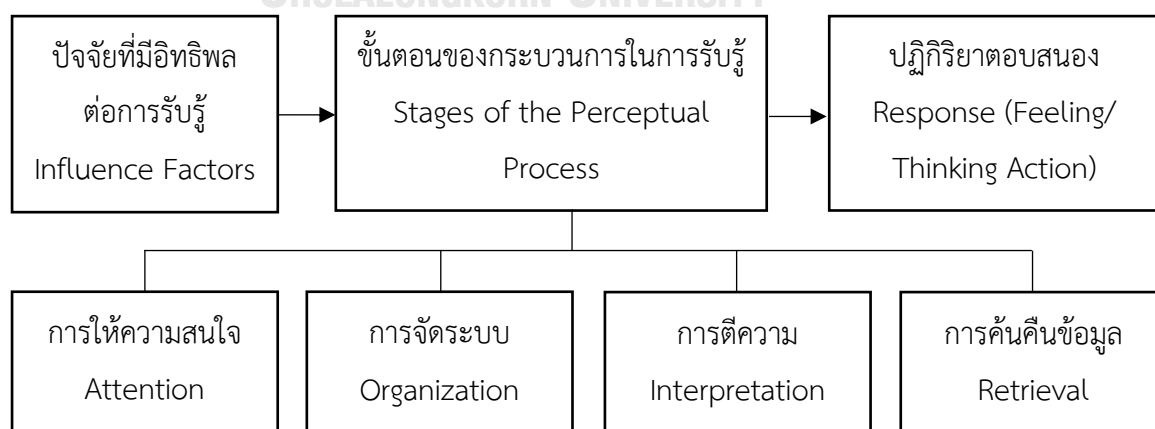
3) การแปลความหมายของข้อมูล (Perceptual Interpretation) เป็นขั้นการแปลผลการประเมินหรือการให้ความหมายกับสิ่งเร้า นั้น เพื่อทำความเข้าใจกับสิ่งเร้าที่เลือกรับมาและทำให้ทราบถึงเหตุผลของการกระทำที่จะเกิดขึ้นตามมา ซึ่งผลของการแปลความหมายดังกล่าวจะขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคล เช่น ประสบการณ์เดิม ความรู้เดิม ความต้องการ เจตคติ ความเชื่อ อคติส่วนบุคคล แรงจูงใจ สภาวะทางร่างกายและจิตใจ และยังขึ้นอยู่กับบริบทที่เกี่ยวข้องด้วย เช่น สังคม วัฒนธรรม ทั้งนี้องค์ประกอบของการรับรู้แสดงดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 องค์ประกอบของการรับรู้

ที่มา: ผู้วิจัยจัดทำขึ้น

ส่วน Schermerhorn et al. (2011) แบ่งกระบวนการรับรู้ออกเป็น 4 ขั้นตอน โดยขั้นตอนที่ 1-3 สอดคล้องกับองค์ประกอบของการรับรู้ใน 3 ขั้นตอนดังที่ได้กล่าวไปแล้วในข้างต้น แต่ได้เพิ่มขั้นตอนที่ 4 เข้ามาเพื่อให้เกิดเข้าใจในผลการรับรู้ปลายทางมากยิ่งขึ้น คือ ขั้นตอนการค้นคืนข้อมูล (Retrieval) โดยอธิบายว่า จากการเลือกให้ความสนใจ จัดระบบข้อมูลข่าวสารที่เลือกให้ความสนใจ มาจนถึงขั้นตอนของการตีความ ข้อมูลทั้งหมดที่เกิดจากการรับรู้จะถูกเก็บอยู่ในส่วนความทรงจำของแต่ละบุคคล ดังนั้นในส่วนของขั้นตอนการค้นคืนข้อมูลนั้นจึงเป็นการนำข้อมูลที่เข้าใจและถูกเก็บอยู่ในความทรงจำขึ้นมาเมื่อต้องการ ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ขั้นตอนของกระบวนการรับรู้

ที่มา: Schermerhorn et al. (2011)

จากข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้น แสดงการสังเคราะห์องค์ประกอบของการรับรู้ได้ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การสังเคราะห์องค์ประกอบของการรับรู้

ที่มา	องค์ประกอบของการรับรู้			
	การคัดเลือกข้อมูล	การรวบรวมและเรียบเรียงข้อมูล	การแปลความหมายของข้อมูล	การค้นคืนข้อมูล
วลีรัตน์ ใจสูงเนิน (2551)	✓	✓	✓	
สุธรรม รัตนโชติ (2553)	✓	✓	✓	
กรมควบคุมโรค. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ (2562)	✓	✓	✓	
Assael (1998)	✓	✓	✓	
Schiffman and Kanuk (2000)	✓	✓	✓	
Schermerhorn et al. (2011)	✓	✓	✓	✓

จากตารางที่ 5 พบว่า องค์ประกอบของการรับรู้หลัก ๆ ประกอบด้วยกระบวนการรับรู้ใน 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนการคัดเลือกข้อมูล (Perceptual Selection) โดยจะคัดสรรเฉพาะสิ่งเร้าที่ตรงกับความต้องการและทัศนคติของตน ขั้นการรวบรวมและเรียบเรียงข้อมูล (Perceptual Organization) เพื่อประมวลผลข้อมูลที่ได้เปิดรับให้มีความหมายที่เข้าใจได้มากขึ้น และขั้นการแปลความหมายของข้อมูล (Perceptual Interpretation) เพื่อทำความเข้าใจกับสิ่งเร้าที่เลือกรับมาโดยขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคล โดยเฉพาะประสบการณ์เดิม ความรู้เดิม เจตคติ ฯลฯ ของตนเองมาประกอบการแปลความ

สำหรับงานวิจัยนี้ องค์ประกอบของการรับรู้ประกอบด้วยกระบวนการรับรู้ใน 3 ขั้นตอน ได้แก่ การคัดเลือกข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด 19 การรวบรวมและเรียบเรียงข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด 19 และการแปลความหมายของข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ซึ่งจะสะท้อนออกมาเป็นผลรวมของการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

2.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้

นักวิชาการและหน่วยงาน (จิราภรณ์ ตังกิตติภาภรณ์, 2556; กรมควบคุมโรค. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ, 2562) ได้อธิบายไว้อย่างสอดคล้องกันว่า การรับรู้สิ่งเร้า

จะแตกต่างกันตามปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนและจำแนกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้เป็น 2 ด้าน ดังนี้

1) ปัจจัยทางด้านตัวผู้รับรู้

ปัจจัยหรือลักษณะคุณสมบัติบางประการของผู้ที่จะรับรู้ ซึ่งมีผลต่อการรับรู้ ประกอบด้วยปัจจัยที่สำคัญ ได้แก่

(1) ความสมบูรณ์หรือความบกพร่องของอวัยวะรับสัมผัส บุคคลที่มีอวัยวะรับสัมผัสที่สมบูรณ์ย่อมเกิดการรับรู้ได้ถูกต้องหรือผิดพลาดน้อยกว่าบุคคลที่อวัยวะรับสัมผัสผิดปกติหรือเสื่อมสมรรถภาพ

(2) ประสบการณ์เดิม (Previous experience) การรับรู้จะถูกต้อง ผิดพลาด หรือชัดเจนมากน้อยเพียงใด ย่อมขึ้นอยู่กับประสบการณ์เดิมที่แต่ละบุคคลมีอยู่ อย่างไรก็ตาม ประสบการณ์เดิมที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคลจะขึ้นอยู่กับวัยและการเรียนรู้จากสังคมที่แตกต่างกันเป็นสำคัญด้วย

(3) ความรู้เดิม (Prior Knowledge) กระบวนการรับรู้เมื่อเกิดการรับสัมผัสแล้ว ต้องแปลงเป็นสิ่งที่มีความหมายโดยอาศัยความรู้เดิมที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่เราจะต้องรับรู้ หากการรับรู้เดิมเป็นไปอย่างถูกต้อง การรับรู้ครั้งใหม่ก็จะต้อง ถ้าไม่มีการรับรู้เดิมหรือการรับรู้เดิมมีความคลาดเคลื่อน การรับรู้ครั้งใหม่ก็อาจจะผิดหรือคลาดเคลื่อนตามไปด้วย

(4) ความต้องการที่จะรับรู้ (Need) ตามปกติแล้วบุคคลจะเกิดการรับรู้สิ่งเร้าใด ๆ บุคคลนั้นมักจะเกิดความต้องการที่จะรับรู้ขึ้นเสียก่อน ทั้งนี้เนื่องจากความต้องการจะสร้างแรงขับหรือแรงจูงใจที่จะรับรู้สิ่งเร้านั้น ๆ

(5) ความตั้งใจ (Attention) และทางเลือก (Selection) ที่จะรับรู้สิ่งเร้า ถ้าบุคคลตั้งใจหรือให้ความสนใจและเลือกที่จะรับรู้สิ่งเร้าใด บุคคลนั้นก็จะสามารถรับรู้สิ่งเร้านั้นได้ก่อนเป็นอันดับแรก อย่างไรก็ตาม ปัจจัยสำคัญของการให้ความสนใจและเลือกที่จะรับรู้สิ่งเร้านั้นจะขึ้นอยู่กับคุณสมบัติบางประการของสิ่งเร้านั้นว่ามีอิทธิพลในการดึงดูดใจให้เกิดการรับรู้ได้มากน้อยเพียงใดด้วย

(6) ความสนใจ (Interest) บุคคลมักจะเลือกรับรู้ข้อมูลที่ตนเองสนใจเพื่อตอบสนองความสนใจใคร่รู้นั้นก่อน

(7) สภาวะทางอารมณ์ (Emotion state) สภาวะทางอารมณ์ของบุคคลก่อนหรือในขณะที่รับรู้จะส่งผลให้การแปลความหมายถูกต้องหรือผิดพลาดได้เช่นกัน เช่น คนที่มีความเครียดหรือวิตกกังวลมาก ๆ ก็มักจะเกิดการรับรู้ข้อมูลและตีความไปในด้านลบเกินความเป็นจริงได้

(8) ความคาดหวัง (Expectancy) ต่อสิ่งเร้า โดยทั่วไปแล้วบุคคลมักจะมี ความคาดหวัง ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งเอาไว้ล่วงหน้า ความคาดหวังนี้เองจะเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดความสนใจที่จะรับรู้ต่อสิ่งเร้าหรือสถานการณ์นั้น ๆ มากกว่าการไม่มีความคาดหวัง

(9) สติปัญญาและความสามารถ (Intelligence and capacity) บุคคลที่มีสติปัญญาอยู่ในระดับดีมักจะแปลความหมายของสิ่งเร้าได้อย่างลึกซึ้ง มีเหตุผล สามารถที่จะวิเคราะห์และประมวลผลข้อมูลโดยอาศัยความรู้และประสบการณ์เดิมมาช่วยได้อย่างมาก จึงส่งผลให้มีการรับรู้ข้อมูลได้เป็นอย่างดี

(10) เจตคติ (Attitude) เจตคติหรือแนวความคิดของบุคคลย่อมแตกต่างกันจึงส่งผลทำให้การรับรู้ของแต่ละบุคคลแตกต่างกันด้วย ซึ่งหากบุคคลหนึ่ง ๆ มีทัศนคติที่ขัดแย้งกับความเป็นจริงและยึดมั่นกับทัศนคตินั้น ๆ การรับรู้ก็จะบิดเบือนไปจากความเป็นจริงด้วย

(11) อายุ (Age) ผู้รับรู้ที่เป็นผู้ใหญ่ที่มีประสบการณ์ชีวิตมักจะนำประสบการณ์ในอดีตพร้อมทั้งเหตุผลมาประกอบการรับรู้มากกว่าผู้รับรู้ที่อยู่ในวัยเด็ก

(12) การให้คุณค่า (Value) ต่อสิ่งที่รับรู้ สิ่งเร้าใดที่บุคคลให้คุณค่าและความสำคัญ สิ่งเร้านั้นจะสามารถเพิ่มความสนใจและความตั้งใจที่จะรับรู้ให้มากขึ้นได้

(13) การถูกชักจูง (Persuasion) บุคคล กลุ่มบุคคล หรือสังคมจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคล โดยบุคคลมักจะให้ความสนใจที่จะรับรู้ข้อมูลจากการชักจูงของบุคคล กลุ่มบุคคล หรือสังคมนวมถึงกระแสของสังคมที่เกิดขึ้นด้วย

2) ปัจจัยทางด้านคุณลักษณะของสิ่งเร้า

ปัจจัยทางด้านคุณลักษณะของสิ่งเร้าเป็นปัจจัยภายนอกที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคล ทั้งนี้เนื่องจากสิ่งเร้าที่มีคุณสมบัติแตกต่างกันจะมีผลต่อการรับรู้ของบุคคลที่แตกต่างกันด้วย หรืออาจจะทำให้การรับรู้เกิดความคลาดเคลื่อนได้ ซึ่งในที่นี้สามารถจำแนกคุณลักษณะของสิ่งเร้าได้ดังนี้

(1) ขนาดของสิ่งเร้า (Size) สิ่งเร้าที่มีขนาดใหญ่จะสร้างความสนใจที่จะรับรู้ได้ดีกว่าสิ่งเร้าที่มีขนาดเล็ก เช่น ผู้รับสารมักจะสนใจอ่านพาดหัวข่าวใหญ่ของหนังสือพิมพ์ก่อนอ่านพาดหัวรอง

(2) ความเข้มของสิ่งเร้า (Intensity) สิ่งเร้าที่มีความเข้ม เช่น วัตถุที่มีสีเข้ม เสียงที่มีความดังมาก สิ่งเหล่านี้จะดึงดูดความสนใจที่จะรับรู้ได้ดีกว่าสิ่งเร้าที่มีความเจือจาง เช่น คนที่พูดเสียงดังจะได้รับความสนใจมากกว่าคนพูดเสียงเบา

(3) การเคลื่อนไหว (Movement) สิ่งเร้าที่มีการเคลื่อนไหวจะทำให้เป็นจุดสนใจที่จะรับรู้มากกว่าสิ่งเร้าที่อยู่นิ่ง ๆ เช่น ผู้รับสารที่เป็นวัยรุ่นมักจะสนใจสื่อเผยแพร่ความรู้ในรูปแบบมัลติมีเดียมากกว่ารูปแบบของเอกสาร

(4) การกระทำซ้ำ ๆ (Repetition) ในบางครั้งบุคคลจะให้ความสนใจที่จะรับรู้หรือเกิดการรับรู้เร็วขึ้น ถ้าสิ่งเร้านั้นเกิดขึ้นซ้ำกันบ่อย ๆ หรือมีความถี่ในการเกิดสูงมากกว่าสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นนาน ๆ ครั้ง เช่น เสียงตามสายที่มีเนื้อหาเรื่องการป้องกันโรค หากเปิดซ้ำจะทำให้ผู้รับสารได้ยินผ่านหูมากขึ้นจนเกิดการรับรู้มากขึ้นได้

(5) สีส่น (Color) สิ่งเร้าที่มีสีส่นสวยงาม สะดุดตา จะช่วยดึงดูดสายตาให้เกิดความสนใจ และเลือกรับรู้ข้อมูลมากขึ้น

(6) ความแตกต่าง (Different) สิ่งเร้าที่แตกต่างไปจากสิ่งเร้าทั้งหลาย สิ่งเร้า นั้นมักจะเร้า ความสนใจที่จะรับรู้ได้ดีกว่า เนื่องจากมีความแตกต่างไปจากสิ่งเร้าอื่น

(7) ความเป็นสมัยใหม่ (Modernity) สิ่งเร้าที่มีความร่วมสมัย ทันตามกระแสสังคม จะช่วย เสริมให้ข้อมูลมีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกับผู้คนในสังคมได้มากขึ้น จึงมักจะได้รับความสนใจและ นำไปสู่การรับรู้ที่มากขึ้นตามไปด้วย

สรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้จำแนกออกเป็น 2 ด้าน ประกอบด้วย ปัจจัยแรก คือ ปัจจัยทางด้านตัวผู้รับรู้ ได้แก่ ความสมบูรณ์หรือความบกพร่องของอวัยวะรับสัมผัส ประสบการณ์ เดิม ความรู้เดิม ความต้องการที่จะรับรู้ ความตั้งใจและทางเลือก ความสนใจ สภาวะทางอารมณ์ ความคาดหวัง สถิติปัญญาและความสามารถ เจตคติ อายุ การให้คุณค่า และการถูกชักจูง และปัจจัย ที่สอง คือ ปัจจัยทางด้านคุณลักษณะของสิ่งเร้า ได้แก่ ขนาดของสิ่งเร้า ความเข้มของสิ่งเร้า การเคลื่อนไหว การกระทำซ้ำ ๆ สีส่น ความแตกต่าง และความเป็นสมัยใหม่ ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ การรับรู้ที่กล่าวมานี้จะเป็นประโยชน์ในการอภิปรายผลการศึกษาเพื่อตอบคำถามการวิจัยได้ตรงตาม วัตถุประสงค์ที่วางไว้ได้อย่างถูกต้องและสมบูรณ์ยิ่งขึ้นต่อไป

2.4 การประเมินการรับรู้

การศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ จำนวน 12 เรื่อง (สุธรรม รัตนโชติ, 2553; กรมควบคุมโรค. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ, 2558; ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง, 2559; สุจิตต์ แสนมงคล, 2559; นิรันดา ศรีบุญทิพย์ และคณะ, 2561; กุ้เกียรติ ก้อนแก้ว และคณะ, 2562; Schiffman and Kanuk, 2000; Wackowski et al., 2019; Yilmaz et al., 2020; Shiina et al., 2020; Coninck et al., 2020; Gohel et al., 2020) พบว่า การประเมินการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร เป็นการใช้อย่างแบบสอบถามเพื่อประเมินใน 3 องค์ประกอบ คือ การคัดเลือกข้อมูล ได้แก่ การฟัง การ พุดคุยสนทนา การแลกเปลี่ยน การดู และการอ่าน 2) การรวบรวมและเรียบเรียงข้อมูล ได้แก่ การ จัดระบบข้อมูลข่าวสารที่ให้ความสนใจ การรวบรวมและเรียบเรียงเพื่อประมวลผลข้อมูลที่ได้รับ และการจัดกรอบความคิดหรือการจัดกลุ่มข้อมูล และ 3) การแปลความหมายของข้อมูล ได้แก่ การ ประเมินหรือการให้ความหมายกับข้อมูลนั้น การทำความเข้าใจกับข้อมูลที่ได้รับมา และการให้เหตุผล ของข้อมูล โดยแบบสอบถามมีมาตรวัด 5 ระดับ ได้แก่ เป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่เคยเลย ตามลำดับ

นอกจากนี้ จากข้อมูลที่กำลังกล่าวมาข้างต้นสามารถแสดงการสังเคราะห์เครื่องมือที่นำมาใช้
ประเมินการรับรู้ได้ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การสังเคราะห์เครื่องมือที่นำมาใช้ประเมินการรับรู้

ที่มา	เครื่องมือที่นำมาใช้ประเมินการรับรู้						
	แบบสอบถามแบบคำถามปลายเปิด	แบบสอบถามแบบเลือกตอบ 2 คำตอบ	แบบสอบถามแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ	แบบสอบถามแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ	แบบสอบถามแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ	แบบสอบถามแบบมาตราประมาณค่า 6 ระดับ	แบบสอบถามแบบมาตราประมาณค่า 7 ระดับ
กรมควบคุมโรค. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ (2558)				✓			
ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง (2559)				✓			
สุจิตต์ แสนมงคล (2559)					✓		
ยุพรัตน์ อดกลิ่น และคณะ (2559)			✓	✓	✓	✓	
นิรันดา ศรีบุญทิพย์ และคณะ (2561)						✓	
กู่เกียรติ ก้อนแก้ว และคณะ (2562)		✓					
Wackowski et al. (2019)				✓			
Yilmaz et al. (2020)					✓		
Shiina et al. (2020)					✓		
Coninck et al. (2020)							✓
Gohel et al. (2020)	✓						

จากตารางที่ 6 พบว่า เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการเปิดรับสื่อ คือ แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถามแบบปลายเปิด แบบสอบถามแบบเลือกตอบ 2 คำตอบ แบบสอบถามแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ แบบสอบถามแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ แบบสอบถามแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ แบบสอบถามแบบมาตราประมาณค่า 6 ระดับ และแบบสอบถามแบบมาตราประมาณค่า 7 ระดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่างานวิจัยที่นำเสนอข้างต้นมีการใช้แบบสอบถามในหลายลักษณะ แต่โดยส่วนใหญ่แล้วจะนิยมใช้เป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ และมาตราประมาณค่า 5 ระดับ กล่าวโดยสรุป คือ การเลือกใช้แบบสอบถามในแต่ละลักษณะจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพิจารณาเลือกใช้ให้เหมาะสมและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงานวิจัยเป็นสำคัญ

สำหรับงานวิจัยครั้งนี้เป็นการประเมินการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 โดยใช้แบบสอบถามการเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้ และพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลก: กรณีโควิด 19 สำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ซึ่งจะระบุไว้ในส่วนที่ 3 ของแบบสอบถาม เพื่อประเมิน 1) การคัดเลือกข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ได้แก่ การฟัง การพูดคุย สนทนา การแลกเปลี่ยน การดู การอ่านข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด 19 2) การรวบรวมและเรียบเรียงข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ได้แก่ การจัดระบบข้อมูลข่าวสารที่ให้ความสนใจ การรวบรวมและเรียบเรียงเพื่อประมวลผลข้อมูลที่ได้รับ การจัดกรอบความคิดหรือการจัดกลุ่มข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด 19 และ 3) การแปลความหมายของข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ได้แก่ การประเมินหรือการให้ความหมายกับข้อมูลนั้น การทำความเข้าใจกับข้อมูลที่ได้รับมา การให้เหตุผลของข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด 19 โดยมีมาตรวัด 5 หน่วย ได้แก่ เป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่เคยเลย ตามลำดับ

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้

การรับรู้เป็นกระบวนการขั้นต้นที่จะนำไปสู่การตอบสนองทางพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งในส่วนของการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพก็มักจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของบุคคลด้วยเช่นกัน ทั้งนี้ มีนักวิชาการที่ให้ความสำคัญและสนใจศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ข่าวสารทางด้านสุขภาพ จำนวน 11 เรื่อง ดังนี้

เรื่องที่ 1 กรมควบคุมโรค. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ (2558) ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าของประชาชนไทย พ.ศ. 2558 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าของประชาชนไทย กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่มีอายุระหว่าง 15-65 ปี ที่พักอาศัยใน 10 จังหวัด ใน 5 ภูมิภาคของประเทศไทย ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคใต้ ภาคกลาง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พร้อมทั้งกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 2,500 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ แบบสอบถามการรับรู้เรื่องโรคติดเชื้อ

ไวรัสอีโบล่าของประชาชนและแนวคำถามการประชุมกลุ่มย่อย โดยในส่วนของแบบสอบถามด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ เป็นประจำ ค่อนข้างบ่อย นาน ๆ ได้ และไม่เคยได้เลย วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติไคว์สแควร์ (Chi-square) และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าจากสื่อบุคคล เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อน ครอบครัว ครูอาจารย์ ในระดับปานกลาง ซึ่งมากกว่าการรับรู้ข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อบางประเภท เช่น วิทยุ วารสาร ป้ายประกาศ และพบว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในระดับปานกลาง ($r = .400$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าประชาชนที่มีการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่ามากก็จะส่งผลให้ประชาชนมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่ามากขึ้นตามไปด้วย

เรื่องที่ 2 ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง (2559) ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ใช้บริการกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ใช้บริการกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ใช้บริการกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 240 คน จากการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามการรับรู้สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ แบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงโดยรวมและรายด้านในระดับดี การรับรู้สุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการควบคุมน้ำหนัก การจัดการความเครียด และพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 การรับรู้สุขภาพด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการทำกิจกรรมและออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และการรับรู้สุขภาพด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม และมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการควบคุมน้ำหนักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งจากผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า การรับรู้ข้อมูลสุขภาพจะส่งผลทางบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล

เรื่องที่ 3 สุจิตต์ แสนมงคล (2559) ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นนครแรก จังหวัดภูเก็ต โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์และปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นนครแรก ในจังหวัดภูเก็ต กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นนครแรกที่มาใช้บริการในคลินิกฝาก

ครรภ์ ของโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ในช่วงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2558 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2559 จำนวน 450 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นนครแรก จังหวัดภูเก็ต โดยในส่วนของ การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น มีจำนวน 10 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วน ประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด วิเคราะห์ข้อมูลโดยการ แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยทางด้านความรู้ การรับรู้ภาวะเสี่ยงทาง สุขภาพ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นนครแรก ($r = 0.313, 0.453$ และ 0.512 ตามลำดับ) และความรู้เกี่ยวกับการ ดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ การรับรู้ภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นนครแรกได้ร้อยละ 51.5 ซึ่งจากผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าควรมีการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยการกระตุ้น ให้เกิดความรู้และการรับรู้ภาวะเสี่ยงทางสุขภาพที่อาจจะเกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและทารกในครรภ์

เรื่องที่ 4 ยุพรัตน์ อटकัล และคณะ (2559) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ข่าวสาร ความรู้ และ การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคกระดุกพุนของประชาชนในอำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก โดยมี วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ข่าวสาร ความรู้ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคกระดุกพุนของ ประชาชนในอำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรผู้สูงอายุเพศชายและหญิง อายุเฉลี่ย 70 ปี จำนวน 122 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามที่ประกอบด้วยปัจจัย ด้านการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคกระดุกพุน ด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคกระดุก พุน และด้านการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคกระดุกพุน เป็นแบบมาตราประมาณค่า วิเคราะห์ ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคกระดุก พุนของประชากรส่วนใหญ่ได้รับจากสื่ออื่น ๆ เช่น แผ่นพับ, โปสเตอร์ประชาสัมพันธ์, อาสาสมัคร สาธารณสุข และเสียงตามสายในชุมชน รองลงมาคือ วิทยุ โทรทัศน์ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรค กระดุกพุนอยู่ในระดับต่ำ ทั้งในเรื่องอาหาร การทำกิจกรรม การออกกำลังกาย โดยมีความรู้ในเรื่อง สาเหตุโรคกระดุกพุนและการป้องกันโรคกระดุกพุนอยู่ในระดับต่ำมาก การปฏิบัติตนในการป้องกัน โรคกระดุกพุนส่วนใหญ่มีการปฏิบัติอยู่ในระดับต่ำ การรับรู้ข่าวสารเรื่องการป้องกันโรคกระดุกพุนมี ความแตกต่างกันตามคุณลักษณะประชากรด้านอาชีพ ซึ่งจากผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าควรมีการ พัฒนาการให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพแก่ประชาชนผ่านสื่อในหลากหลายช่องทางและเลือกสรรให้ สอดคล้องกับคุณลักษณะทางด้านประชากรที่แตกต่างกัน อันจะช่วยส่งเสริมระดับการรับรู้ข้อมูล ข่าวสารทางด้านสุขภาพ ซึ่งจะนำไปสู่การมีความรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่ดีให้เกิดขึ้นตามมาได้

เรื่องที่ 5 นิรันดา ศรีบุญทิพย์ และคณะ (2561) ศึกษาเกี่ยวกับการเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชนไทย ประจำปี 2561 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเปิดรับสื่อ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชนไทย ประจำปี 2561 กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน จำนวน 2,889 คน จากทั่วทุกภูมิภาคของประเทศไทย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามประเด็นการสื่อสารที่เป็นจุดเน้นของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2018) ได้แก่ โรคไข้หวัดใหญ่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคฉี่หนู และโรคพิษสุนัขบ้า ซึ่งในส่วนของ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพของประชาชนมีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 6 ระดับ ได้แก่ ได้รับมากที่สุด ได้รับมาก ได้รับปานกลาง ได้รับน้อย ได้รับน้อยที่สุด และไม่ได้รับ จำนวน 20 ข้อ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเปิดรับสื่ออยู่ในระดับปานกลาง โดยสื่อที่กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงมาก 3 อันดับแรก ได้แก่ โทรทัศน์/เคเบิลทีวี บุคลากรทางสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพอยู่ในระดับมาก และพบว่า การเปิดรับสื่อ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ ($r = 0.381, 0.477$ และ 0.348 ตามลำดับ) ซึ่งจากผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าการรับรู้ข้อมูลข่าวสารมีอิทธิพลต่อความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชน ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาเพื่อเพิ่มศักยภาพในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของประชาชนให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

เรื่องที่ 6 กุญเกียรติ ก้อนแก้ว และคณะ (2562) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสซิกาในหญิงตั้งครรภ์ อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสซิกาในหญิงตั้งครรภ์ อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 186 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามและแบบทดสอบ แบ่งออกเป็น 8 ส่วน โดยในส่วนของ การรับรู้ข่าวสารเป็นแบบเลือกตอบว่าได้รับหรือไม่ได้รับ จำนวน 15 ข้อ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อีตา (Eta correlation coefficient) ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสซิกา ได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้ (ร้อยละ 23.12) การรับรู้ข่าวสาร (ร้อยละ 56.45) การรับรู้ความรุนแรง (ร้อยละ 60.22) การรับรู้ประโยชน์

(ร้อยละ 43.01) และการรับรู้อุปสรรคต่อการเกิดโรค (ร้อยละ 46.78) ซึ่งจากผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าการรับรู้ข้อมูลข่าวสารมีส่วนสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรมีการประชาสัมพันธ์เผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโรคต่าง ๆ และการป้องกันโรคผ่านสื่อสารมวลชนอยู่เสมอเพื่อเพิ่มโอกาสให้ประชาชนได้รับรู้ข้อมูล จนเกิดความรู้และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ถูกต้อง

เรื่องที่ 7 Wackowski et al. (2019) ศึกษาเกี่ยวกับการเปิดรับข่าวสารและการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของวัยรุ่นเกี่ยวกับบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ในสหรัฐอเมริกา แคนาดา และอังกฤษ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพของการเปิดรับข่าวสารและการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของวัยรุ่นเกี่ยวกับบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ในสหรัฐอเมริกา แคนาดา และอังกฤษ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์กับระดับการรับรู้อันตรายจากบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ กลุ่มตัวอย่างคือ วัยรุ่นที่มีอายุ 16-19 ปี ในประเทศแคนาดา อังกฤษ และสหรัฐอเมริกา จำนวน 12,064 คน เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนกรกฎาคมถึงเดือนสิงหาคม ค.ศ. 2017 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามออนไลน์เรื่องการเปิดรับข่าวสารและการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ บ่อย บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่เคย วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับข่าวสารเรื่องบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์อย่างน้อยที่สุด "บางครั้ง" ในช่วงเวลา 30 วันที่ผ่านมา หรือคิดเป็นร้อยละ 17.1 ในขณะที่อีกร้อยละ 73.4 ไม่เคยเห็นหรือได้ยินข่าวบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์เลย เมื่อศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ได้ยินหรือเห็นข่าวบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์พบว่า ข่าวสารเรื่องบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ที่ได้รับส่วนใหญ่เป็นเชิงลบ (35.7%) รองลงมาคือเป็นข่าวแบบผสมผสาน (34.8%) และน้อยที่สุดคือเป็นข่าวเชิงบวก (19%) และยังพบอีกว่า ผู้ที่ได้รับข่าวสารเรื่องบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่จะรับรู้ข่าวบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ก่อให้เกิดอันตรายเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้รับข่าวบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้บุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ภายใน 30 วันที่ผ่านมาพบว่า มีความตั้งใจที่จะเลิกบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ในเดือนหน้า ซึ่งจากผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า การเปิดรับข่าวสารเรื่องบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์ โดยเฉพาะเนื้อหาในเชิงลบส่งผลต่อการรับรู้อันตรายจากบุหรี่ยิเล็กทรอนิกส์และความตั้งใจหรือพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ได้

เรื่องที่ 8 Yilmaz et al. (2020) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพของนักศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพและทัศนคติต่อการใช้บริการการแพทย์ทางเลือก (Complementary and Alternative Medicine: CAM) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสื่อสิ่งพิมพ์และสื่อสังคมออนไลน์ที่มีบทบาทสำคัญในการเข้าถึงความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ และประเมินความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ข่าวสารสุขภาพกับทัศนคติต่อการใช้ CAM ของนักศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่ในคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ ประเทศตุรกี จำนวน 736 คน เครื่องมือที่ใช้

ในการวิจัย คือ แบบสอบถามการรับรู้ข่าวสารสุขภาพและทัศนคติต่อการใช้บริการการแพทย์ทางเลือก โดยในด้านการรับรู้ข่าวสารสุขภาพเป็นลักษณะข้อคำถามแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ฉันไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ฉันไม่เห็นด้วย ฉันไม่มีความเห็น ฉันเห็นด้วย และฉันเห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 11 ข้อ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยด้วย Mann-Whitney U Test การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงกลุ่ม (Kruskal-Wallis test) การวิเคราะห์ความแปรปรวน (Analysis of Variance: ANOVA) และการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ติดตามข่าวสารด้านสุขภาพบนสื่อสังคมออนไลน์ (ร้อยละ 82.2) รองลงมาคือ ติดตามข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อบทความที่เป็นลายลักษณ์อักษร (ร้อยละ 79.1) ด้านการใช้อินเทอร์เน็ตและสื่อสังคมออนไลน์พบว่า มีแนวโน้มที่นักศึกษาจะใช้ข้อมูลออนไลน์โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มพูนข้อมูลความรู้เรื่องสุขภาพ ส่วนการรับรู้ข้อมูลข่าวสารสุขภาพพบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อทัศนคติในการใช้ CAM ของนักศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ($r = 0.189$, $p = 0.000$) ซึ่งจากงานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า การรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพส่งผลต่อทัศนคติด้านสุขภาพของบุคคลและมีส่วนสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล

เรื่องที่ 9 Shiina et al. (2020) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคโควิด 19 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับการรับรู้และความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคโควิด 19 และศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้และความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคโควิด 19 กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนในประเทศญี่ปุ่น จำนวน 4,000 คน ที่ได้จากการรับสมัครทั่วประเทศ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามออนไลน์เกี่ยวกับการรับรู้และความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคโควิด 19 โดยใช้คำถามที่ครอบคลุมระดับความกลัวและความวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด 19 ความถี่ของการเปิดรับสื่อ ความไว้วางใจในแหล่งที่มาของสื่อแต่ละแหล่ง และความถี่ของพฤติกรรมต่อต้านการติดเชื้อ โดยในส่วนของ การประเมินความถี่ของการเปิดรับสื่อและระดับความไว้วางใจในสื่อแต่ละแหล่งเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1 (แทบไม่มี/ไม่เลย) ถึง 5 (มาก) วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ความแปรปรวน ANOVA และการวิเคราะห์การถดถอยแบบขั้นตอน (Stepwise regression procedure) ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้และความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 13.3) ส่วนด้านความวิตกกังวลพบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่มีความกังวลว่าจะติดเชื้อและแพร่เชื้อไปยังผู้อื่น (ร้อยละ 11.7) ไม่มีความกังวลเกี่ยวกับอาการรุนแรงของโรค (ร้อยละ 18.0) และไม่มีความกังวลอย่างจริงจังเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 (ร้อยละ 8.1) ซึ่งจากผลการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้สรุปว่า เมื่อการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 อยู่ในระดับต่ำ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับอันตรายของโรคก็ย่อมมีระดับต่ำตามไปด้วย ซึ่งไม่เป็นผลดีต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค และยังอธิบาย

อีกว่า การเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารจะมีส่วนทำให้ประชาชนมีการรับรู้และความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 เพิ่มขึ้น และมีแนวโน้มที่จะช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคโควิด 19 ให้ดีขึ้นได้

เรื่องที่ 10 Coninck et al. (2020) ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับการระบาดของโรคโควิด 19 ในเขต Flanders ราชอาณาจักรเบลเยียม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด 19 การบริโภคข่าวสารจากสื่อใหม่ และทัศนคติต่อมาตรการด้านสาธารณสุขของรัฐบาลในระหว่างการระบาดของโรคโควิด 19 ในหมู่ผู้ใหญ่กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ใหญ่ที่มีอายุ 18-70 ปี ในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 ในเขต Flanders ราชอาณาจักรเบลเยียม โดยรวบรวมข้อมูลระยะยาว แบ่งเป็น 3 ครั้งในปี 2020 ตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ครั้งที่ 1 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,000 คน ครั้งที่ 2 จำนวน 870 คน และครั้งที่ 3 จำนวน 768 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามออนไลน์เกี่ยวกับการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด 19 การบริโภคข่าวสารจากสื่อใหม่ ทัศนคติต่อมาตรการด้านสาธารณสุขของรัฐบาล ซึ่งในประเด็นของการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด 19 เป็นแบบมาตรประมาณค่า 7 ระดับ จำนวน 15 ข้อ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และการวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด 19 การบริโภคข่าวสารจากสื่อใหม่ และทัศนคติต่อมาตรการด้านสาธารณสุขของรัฐบาลในระหว่างการระบาดของโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งจากข้อมูลเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่าการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด 19 จะทำให้ผู้รับสารเกิดความกลัวอันตรายของโรค รวมถึงการรับรู้แนวการป้องกันและควบคุมโรคก็จะทำให้แนวโน้มของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด 19 ดีขึ้นได้

เรื่องที่ 11 Gohel et al. (2020) ศึกษาเกี่ยวกับความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ของนักศึกษาด้านการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพในประเทศอินเดีย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ในกลุ่มนักศึกษาทางการแพทย์และสหเวชศาสตร์ กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาด้านการแพทย์และสหเวชศาสตร์ในประเทศอินเดีย จำนวน 730 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามออนไลน์ เป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 24 ข้อ ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลหลัก เช่น ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (11 ข้อ) ความเป็นมาของโรค (1 ข้อ) ข้อควรระวังและการป้องกันความเสี่ยง (1 ข้อ) และการรับรู้เรื่องโรคโควิด 19 (11 ข้อ) วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และการทดสอบไคสแควร์ ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 จากสื่อสังคมออนไลน์ (ร้อยละ 65.17) ส่วนความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคโควิด 19 อยู่ในระดับพอใช้ ในขณะที่ประมาณร้อยละ 18 มีความรู้บางส่วน ซึ่งจากผลการวิจัยดังกล่าวผู้วิจัยได้สรุปเพิ่มเติมว่า การรับรู้ข่าวสารและความรู้เป็นสิ่งจำเป็นในการสร้างความตระหนัก

และสร้างเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 นอกจากนี้ข้อมูลจากสื่อสังคมออนไลน์โดยทั่วไปนั้น อาจเป็นแหล่งข้อมูลที่นำเสนอเนื้อหาไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค ส่งผลทำให้การรับรู้และความรู้บิดเบือนไปจากข้อเท็จจริง ดังนั้นประชาชนทุกคนจึงควรได้รับแจ้งเกี่ยวกับแหล่งข้อมูลที่แท้จริง ซึ่งจัดทำโดยหน่วยงานด้านสุขภาพระดับโลกและกระทรวงสาธารณสุขของแต่ละประเทศเป็นสำคัญ

สรุป จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ จำนวน 11 เรื่อง พบว่า มีงานวิจัยจำนวน 10 เรื่อง ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเรียนรู้ข้อมูลข่าวสารกับพฤติกรรมสุขภาพ (กรมควบคุมโรค. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ, 2558; ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง, 2559; สุจิตต์ แสนมงคล, 2559; นิรันดา ศรีบุญทิพย์ และคณะ, 2561; กู้เกียรติ ก้อนแก้ว และคณะ, 2562; Wackowski et al., 2019; Yilmaz et al., 2020; Shiina et al., 2020; Coninck et al., 2020; Gohel et al., 2020) ซึ่งผลการวิจัยที่ได้มีความสอดคล้องกัน คือ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพใด ๆ ล้วนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับทัศนคติ ความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะพฤติกรรมการป้องกันโรค อีกทั้งการรับรู้ภาวะเสี่ยงทางสุขภาพยังสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลด้วย และมีงานวิจัยจำนวน 5 เรื่อง ได้ทำการศึกษาระดับการเรียนรู้ข้อมูลข่าวสาร (ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง, 2559; ยุพารัตน์ อดกลั่น และคณะ, 2559; นิรันดา ศรีบุญทิพย์ และคณะ, 2561; Shiina et al., 2020; Gohel et al., 2020) ซึ่งให้ข้อมูลไปในทิศทางเดียวกัน คือ ความรู้และพฤติกรรมสุขภาพจะแปรผันตรงตามการเรียนรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ กล่าวคือ หากการเรียนรู้ของบุคคลอยู่ในระดับต่ำจะส่งผลให้ความรู้และพฤติกรรมทางสุขภาพอยู่ในระดับต่ำไปด้วย แต่หากการเรียนรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของบุคคลอยู่ในระดับสูงก็จะส่งผลให้ความรู้และพฤติกรรมทางสุขภาพอยู่ในระดับสูงตามไปด้วย นอกจากนี้ยังมีงานวิจัย 5 เรื่อง ศึกษาแหล่งการเรียนรู้ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งในจำนวนนี้มี 1 เรื่อง (กรมควบคุมโรค. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ, 2558) ระบุว่าแหล่งหรือสื่อในการรับรู้ข้อมูลส่วนใหญ่ คือ สื่อบุคคล มี 1 เรื่อง (ยุพารัตน์ อดกลั่น และคณะ, 2559) ระบุว่าสื่ออื่น ๆ เช่น แผ่นพับ เสียงตามสาย มี 1 เรื่อง (นิรันดา ศรีบุญทิพย์ และคณะ, 2561) ระบุว่าสื่อโทรทัศน์/เคเบิลทีวี บุคลากรทางสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และมี 2 เรื่อง (Yilmaz et al., 2020; Gohel et al., 2020) ระบุว่าสื่อสังคมออนไลน์ ดังนั้นประเด็นนี้จึงขึ้นอยู่กับลักษณะและบริบทของประชากรที่ศึกษาเป็นสำคัญ

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ตัวแปรที่ศึกษา สถิติที่ใช้ และเครื่องมือที่ใช้ จากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การวิเคราะห์ตัวแปรที่ศึกษา สถิติที่ใช้ และเครื่องมือที่ใช้ จากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
กับแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้

ผู้วิจัย/ปี	ตัวแปรที่ศึกษา	สถิติที่ใช้	เครื่องมือที่ใช้
1. กรมควบคุมโรค. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ (2558)	การรับรู้เรื่องโรคติดต่อไวรัสโปลิโอของประชาชนไทย พ.ศ. 2558	การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติไคส์แควร์ (Chi-square) และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน	แบบสอบถามการรับรู้เรื่องโรคติดต่อไวรัสโปลิโอและแนวคำถามการประชุมกลุ่มย่อย โดยในส่วนของแบบสอบถามการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดต่อไวรัสโปลิโอเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ
2. ดวงใจเปลี่ยนบำรุง (2559)	การรับรู้สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ใช้บริการกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง	การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน	แบบสอบถามการรับรู้สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ เป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ
3. สุจิตต์ แส่นมงคล (2559)	การรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรม การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น นครศรีธรรมราช จังหวัดภูเก็ต	การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ	แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรม การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น นครศรีธรรมราช โดยในส่วนของ การประเมินการรับรู้เป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ
4. ยุพารัตน์ อดกลั่น และคณะ (2559)	การรับรู้ข่าวสาร ความรู้ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคกระดูกพรุนของประชาชนในอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก	การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย	แบบสอบถามการรับรู้ข่าวสาร ความรู้ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคกระดูกพรุน โดยในด้าน การรับรู้ข่าวสารเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3-6 ระดับ

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ผู้วิจัย/ปี	ตัวแปรที่ศึกษา	สถิติที่ใช้	เครื่องมือที่ใช้
5. นิรันดา ศรีบุญทิพย์ และคณะ (2561)	การเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้และพฤติกรรม การป้องกันโรคและภัย สุขภาพของประชาชน ไทย ประจำปี 2561	การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน และ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน	แบบสอบถามการเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้ และ พฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชนไทย ซึ่งในส่วนของการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเป็นแบบมาตราประมินค่า 6 ระดับ จำนวน 20 ข้อ
6. กู้เกียรติ ก้อนแก้ว และคณะ (2562)	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสซิกาในหญิงตั้งครรภ์ อำเภอไทรยางม จังหวัดกำแพงเพชร	การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อีตา	แบบสอบถามและแบบทดสอบ โดยในส่วนของการรับรู้ข่าวสารเป็นแบบเลือกตอบว่าได้รับหรือไม่ได้รับ จำนวน 15 ข้อ
7. Wackowski et al. (2019)	การเปิดรับข่าวสารและการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของวัยรุ่นเกี่ยวกับบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ในสหรัฐอเมริกา แคนาดา และอังกฤษ	การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis)	แบบสอบถามออนไลน์ เรื่องการเปิดรับข่าวสารและการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ แบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ
8. Yilmaz et al. (2020)	การรับรู้ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพของนักศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพและทัศนคติต่อการใช้บริการ การแพทย์ทางเลือก (Complementary and Alternative Medicine: CAM)	การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยด้วย Mann-Whitney U Test การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงกลุ่ม การวิเคราะห์ความแปรปรวน และการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน	แบบสอบถามการรับรู้ข่าวสารสุขภาพและทัศนคติต่อการใช้บริการ การแพทย์ทางเลือก โดยในด้านการรับรู้ข่าวสารสุขภาพเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 11 ข้อ

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ผู้วิจัย/ปี	ตัวแปรที่ศึกษา	สถิติที่ใช้	เครื่องมือที่ใช้
9. Shiina et al. (2020)	การรับรู้และความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคโควิด 19	การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ความแปรปรวน ANOVA และการวิเคราะห์การถดถอยแบบขั้นตอน (Stepwise regression procedure)	แบบสอบถามออนไลน์ เกี่ยวกับการรับรู้และความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคโควิด 19 เป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ
10. Coninck et al. (2020)	การรับรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับการระบาดของโรคโควิด 19 ในเขต Flanders ราชาอาณาจักรเบลเยียม	การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และการวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก	แบบสอบถามออนไลน์ ซึ่งในประเด็นของการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด 19 เป็นแบบมาตรประมาณค่า 7 ระดับ จำนวน 15 ข้อ
11. Gohel et al. (2020)	ความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ของนักศึกษาชั้น การแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ ในประเทศอินเดีย	การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และการทดสอบไคสแควร์	แบบสอบถามออนไลน์ เป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 24 ข้อ ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลหลัก เช่น ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (11 ข้อ) ความเป็นมาของโรค (1 ข้อ) ข้อควรระวังและการป้องกันความเสี่ยง (1 ข้อ) และการรับรู้เรื่องโรคโควิด 19 (11 ข้อ)

จากตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ตัวแปรที่ศึกษา เครื่องมือ สถิติที่ใช้ จากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ จำนวน 11 เรื่อง พบว่า งานวิจัยทุกเรื่องใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการประเมินการรับรู้ข้อมูลข่าวสารพบว่าแบบสอบถามส่วนใหญ่จะครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับโรค ความเสี่ยง และการป้องกันตนเอง ซึ่งในจำนวนนี้มี 9 เรื่อง (กรมควบคุมโรค. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ, 2558; ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง, 2559; Wackowski et al., 2019; สุจิตต์ แสนมงคล, 2559; Yilmaz et al., 2020; Shiina et al., 2020; นิรันดา ศรีบุญทิพย์ และคณะ, 2561; Coninck et al., 2020; ยุกพรัตน์ อดกลั่น และคณะ, 2559) เป็นลักษณะคำถามแบบมาตราประมาณค่าเริ่มต้นตั้งแต่ 4 ระดับ จนถึง 7 ระดับ มี 1 เรื่อง (Gohel et al., 2020) เป็นแบบคำถามปลายเปิด ส่วนอีก 1 เรื่อง (กัญเกียรติ ก้อนแก้ว และคณะ, 2562) เป็นแบบเลือกตอบว่าได้รับและไม่ได้รับ และยังพบว่า มีงานวิจัยจำนวน 4 เรื่อง (Wackowski, et al., 2019; Shiina et al., 2020; Coninck et al., 2020; Gohel et al., 2020) เป็นแบบสอบถามออนไลน์อีกด้วย

สรุปได้ว่า การประเมินการรับรู้ข้อมูลข่าวสารส่วนใหญ่จะนิยมใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่าเริ่มต้นตั้งแต่ 4 ระดับ จนถึง 7 ระดับ ดังนั้นสำหรับการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือกประเมินการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์เพื่อประเมิน 1) การคัดเลือกข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด 19 2) การรวบรวมและเรียบเรียงข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด 19 และ 3) การแปลความหมายของข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด 19 โดยใช้มาตราประมาณค่า 5 ระดับ ซึ่งมีมาตรวัด 5 หน่วย ได้แก่ เป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่เคยเลย ตามลำดับ

3. ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19

3.1 ความหมายของความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19

3.1.1 ความหมายของความรู้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 (2556) ให้นิยามว่า ความรู้ หมายถึง สิ่งที่สั่งสมมาจากการศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้า หรือประสบการณ์ รวมทั้งความสามารถเชิงปฏิบัติ และทักษะ เช่น ความรู้เรื่องประวัติศาสตร์ สิ่งที่ได้รับมาจากการได้ยิน ได้ฟัง การคิด หรือการปฏิบัติ เช่น ความรู้เรื่องสุขภาพ ความรู้เรื่องนิทานพื้นบ้าน

Bloom (1971) ได้ให้ความหมายของความรู้ว่า หมายถึง สิ่งที่เกี่ยวข้องกับการระลึกถึงเฉพาะเรื่องหรือเรื่องทั่ว ๆ ไป ระลึกถึงวิธี กระบวนการ หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ความรู้จึงเป็นความจำที่เลือกสรรให้สอดคล้องกับสภาพจิตใจของตน โดยเน้นความจำ ประสบการณ์ และการระลึกเหตุการณ์

กรมควบคุมโรค. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ (2562) กล่าวว่า ความรู้ คือ ความสามารถด้านสติปัญญาของบุคคลที่แสดงออกโดยการจำเกี่ยวกับข้อเท็จจริง ซึ่งความรู้มีความสำคัญต่อการเกิดทัศนคติต่อสิ่งนั้นภายหลังการรับรู้ โดยแบ่งระดับความรู้ ออกเป็น 6 ระดับ จากง่ายไปสู่สิ่งที่ซับซ้อน และจากรูปธรรมไปสู่นามธรรม ซึ่งความรู้นั้นเป็น ประโยชน์และสามารถใช้เป็นแนวทางในการรณรงค์ให้กลุ่มเป้าหมายเกิดทัศนคติที่ดี และส่งต่อไปยัง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้

กล่าวโดยสรุปได้ว่า ความรู้ หมายถึง ความสามารถในการระลึก จดจำ และเข้าใจ ข้อเท็จจริงของสารสนเทศที่ได้รับมาจากการศึกษาเรียนรู้ การค้นคว้า หรือประสบการณ์ได้อย่าง ถูกต้องแม่นยำ จนนำไปสู่การเกิดทัศนคติและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีและมีประสิทธิภาพได้

3.1.2 ความหมายของโรคโควิด 19

หน่วยงานและนักวิชาการทางด้านสุขภาพ (WHO, 2020; กระทรวงสาธารณสุข. กรม ควบคุมโรค, 2563; มหาวิทยาลัยมหิดล. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2563; ยง ภู่วรรณ และ ยืน ภู่วรรณ, 2563) ได้ให้ความหมายของโรคโควิด 19 ไว้อย่างสอดคล้องกันว่า โรคโควิด 19 หรือโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) คือ โรคที่เกิดจาก การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2)) ซึ่งเป็นเชื้อไวรัสที่สามารถก่อให้เกิดโรคทางเดินหายใจ โดยหลังติดเชื้ออาจไม่มีอาการ หรืออาจมี อาการตั้งแต่ไม่รุนแรง คือ คล้ายกับไข้หวัดธรรมดา หรืออาจก่อให้เกิดอาการรุนแรง เช่น ปอดอักเสบ และเสียชีวิตได้ จึงถือเป็นโรคติดต่ออันตรายตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยเรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563 ที่ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 เพื่อประโยชน์ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่ออันตราย โดยให้เพิ่มความต่อไปนี้เป็น (14) ของข้อ 1 แห่งประกาศ กระทรวงสาธารณสุขเรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย พ.ศ. ๒๕๕๙ ความว่า “(14) โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) มีอาการใช้ ไอ เจ็บคอ หอบเหนื่อย หรือมีอาการของโรคปอดอักเสบ ในรายที่มีอาการรุนแรงจะมีอาการระบบ ทางเดินหายใจล้มเหลว และอาจถึงขั้นเสียชีวิต” (สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา, 2563)

สรุปว่า โรคโควิด 19 หมายถึง โรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2)) ทำให้ผู้ที่ติดเชื้อเกิดอาการทางระบบหายใจ ตั้งแต่ ไม่แสดงอาการใด ๆ หรือมีอาการคล้ายไข้หวัดธรรมดา และในบางรายอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้

3.1.3 ความหมายของความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19

ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 หมายถึง ความสามารถในการระลึก จดจำ และเข้าใจ ข้อเท็จจริงที่ได้รับมาจากการศึกษาเรียนรู้ การค้นคว้า หรือประสบการณ์เกี่ยวกับความเป็นมาของ โรคโควิด 19 ความรู้เกี่ยวกับไวรัสโคโรนาที่ก่อโรคโควิด 19 อาการของโรคโควิด 19 การดำเนินโรค โควิด 19 (การรับเชื้อ การติดเชื้อ การฟักตัว และการแพร่เชื้อ) อัตราความรุนแรงของโรคโควิด 19 กลุ่มเสี่ยงและการคัดกรองโรคโควิด 19 แนวทางการรักษาโรคโควิด 19 และการป้องกันโรคโควิด 19 จนนำไปสู่การมีพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคโควิด 19 ที่มีประสิทธิภาพ

3.2 องค์ประกอบของความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19

องค์ประกอบของความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 สามารถแบ่งตามระดับของความรู้จากพฤติกรรมการเรียนรู้ด้านพุทธิพิสัยตามแนวคิดของ Bloom (1956) โดย Anderson and Krathwohl (eds.) (2001) เป็นพื้นฐาน ซึ่งประกอบด้วย 6 ระดับของความรู้ จากความรู้ระดับต่ำไปยังความรู้ระดับสูง ดังนี้ (รัฐพล ประดับเวทย์, 2560; วิษณุ ทรัพย์สมบัติ, 2563)

1) **ระดับความรู้ความจำ (Remembering)** เป็นความสามารถในการระลึก/จำความรู้หรือสารสนเทศที่เก็บไว้ในสมอง เช่น แสดงรายการได้ บอกได้ ระบุนุ บอกชื่อได้

2) **ระดับความเข้าใจ (Understanding)** เป็นความสามารถในการสร้างความหมายหรือความรู้จากสื่อหรือเครื่องมือทางการศึกษาด้วยตนเอง เข้าใจถึงความสัมพันธ์ของสิ่งที่ได้เรียนรู้และจดจำมา และสามารถอธิบายตามความเข้าใจของตนเองได้ โดยทักษะย่อยของความสามารถในขั้นนี้ ได้แก่ การแปลความหมาย (Interpreting) การให้ตัวอย่าง (Exemplifying) การจัดจำแนก (Classifying) การสรุป (Summarizing) การเปรียบเทียบ (Comparing) และการอธิบาย (Explaining)

3) **ระดับการประยุกต์ใช้ (Applying)** จัดเป็นกระบวนการทางสมองในการใช้กระบวนการที่ได้เรียนรู้มาในสถานการณ์ใหม่หรือสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกัน หรือสามารถนำความรู้ที่ได้รับมาใช้ในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้

4) **ระดับการวิเคราะห์ (Analyzing)** กระบวนการทางปัญญาในขั้นนี้เป็นการแยกความรู้ ออกเป็นส่วน ๆ โดยสามารถให้เหตุผลได้ว่า ความรู้ส่วนย่อยที่แยกแต่ละส่วนนั้นมีความเกี่ยวข้องกับ โครงสร้างของความรู้ทั้งหมดอย่างไร บุคคลที่มีความสามารถในการวิเคราะห์จะต้องสามารถจำแนก ความแตกต่างได้ จัดระบบความรู้ได้ และบอกที่มาของความรู้หรือองค์ประกอบแต่ละส่วนได้

5) **ระดับการประเมินผล (Evaluating)** เดิมความสามารถด้านการประเมินจัดเป็นความรู้ ขั้นสูงสุด เป็นความสามารถของสติปัญญาเกี่ยวกับการตรวจสอบและการวิพากษ์ต่าง ๆ หรือการที่ บุคคลสามารถตั้งเกณฑ์ตัดสิน เปรียบเทียบคุณภาพหรือประสิทธิภาพของการเรียนรู้ได้

6) ระดับการสร้างสรรค์ (Creating) เป็นความสามารถของสติปัญญาในการสร้างสิ่งใหม่จากสิ่งที่เคยเรียนรู้หรือสิ่งที่พบเห็นในบริบทต่าง ๆ บุคคลที่มีความสามารถในการสร้างสรรค์จะต้องสามารถสร้างสรรค์งานที่แปลกใหม่ รวมถึงสามารถตั้งสมมุติฐานใหม่ ๆ ได้

นอกจากนี้ รัฐพล ประดับเวทย์ (2560) ยังกล่าวอีกว่า ด้วยความก้าวหน้าของเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในโลกยุคดิจิทัล การเรียนรู้จึงไม่ได้อยู่แค่ผู้สอนและผู้เรียนในห้องเรียนหรือเหตุการณ์ในการดำเนินชีวิตทั่วไปแบบเดิม ๆ แต่ยังมีสื่อและเครื่องมือดิจิทัลมาเป็นหนึ่งในสื่อการเรียนรู้อีกด้วย ทำให้ Churches (2009) ซึ่งเป็นนักการศึกษายุคใหม่ได้ปรับจุดมุ่งหมายของการเรียนรู้ด้วยการเพิ่มเติมวิธีการและการใช้เครื่องมือเทคโนโลยีลงไป และใช้ชื่อว่า อนุกรมวิธานดิจิทัลของ Bloom หรือ Bloom's Digital Taxonomy โดยการจัดระดับนั้นยังคงเดิม แต่มีส่วนที่เพิ่มเติม คือ แฉกแสดงจาก Lower Order Thinking Skills: LOTS (ทักษะการคิดขั้นต่ำ) ไปยัง Higher Order Thinking Skills: HOTS (ทักษะการคิดขั้นสูง) ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 6 ระดับ ได้ดังนี้

1) ระดับความรู้ความจำ (Remembering) เช่น สามารถใช้เทคโนโลยีในการช่วยบันทึกในโปรแกรม Word processor, Document, Presentation สามารถใช้บุ๊คมาร์กหรือบันทึก URL เว็บไซต์ที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่ต้องการ สามารถใช้เครื่องมือค้นหาบนคอมพิวเตอร์หรืออินเทอร์เน็ต เช่น การใช้ Google ค้นหาสิ่งที่ต้องการ

2) ระดับความเข้าใจ (Understanding) เช่น สามารถสืบค้นแบบขั้นสูง (Advanced Search) ใช้เครื่องมือค้นหาบนเว็บสำหรับการสืบค้นที่มีค่าสำคัญมากกว่าหนึ่งชุด หรือมีความต้องการในการสืบค้นมากกว่า 1 เงื่อนไข การพิจารณาเลือกรับข้อมูลเป็นกระบวนการพัฒนาความเข้าใจที่ต้องอาศัยการอ่านและการตรวจสอบข้อมูล

3) ระดับการประยุกต์ใช้ (Applying) เช่น การแชร์ข้อมูลข่าวสารที่เหมาะสมบนเว็บไซต์/เครือข่ายสังคมออนไลน์ เช่น google site หรือ facebook

4) ระดับการวิเคราะห์ (Analyzing) เช่น การผสมรวมแหล่งข้อมูลหลายอย่างเข้าด้วยกัน

5) ระดับการประเมินผล (Evaluating) เช่น การเขียนข้อความบนเครือข่ายสังคม การตอบกลับข้อความ การเขียนแสดงความคิดเห็นในเว็บบอร์ดอย่างสร้างสรรค์ การตรวจสอบความถูกต้องของแหล่งข้อมูลบนอินเทอร์เน็ตหรือในโซเชียลมีเดียต่าง ๆ

6) ระดับการสร้างสรรค์ (Creating) การสร้างหรือประดิษฐ์เครื่องมือ/โปรแกรมใหม่ ๆ ที่ช่วยในการเรียนรู้ เช่น การพัฒนาโปรแกรม แอปพลิเคชัน เว็บไซต์

จากข้อมูลทีกล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า องค์ประกอบของความรู้แบ่งตามระดับของความรู้จากพฤติกรรมการเรียนรู้ด้านพุทธิพิสัยของ Bloom ที่มีการปรับปรุงใหม่ ซึ่งประกอบด้วย 1) ระดับความรู้ความจำ 2) ระดับความเข้าใจ 3) ระดับการประยุกต์ใช้ 4) ระดับการวิเคราะห์ 5) ระดับการ

ตารางที่ 8 (ต่อ)

ที่มา	องค์ประกอบของความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19									
	ความเป็นมาของโรคโควิด 19	สาเหตุการเกิดโรคโควิด 19	อาการและการดำเนินโรคโควิด 19	การตรวจวินิจฉัยโรคโควิด 19	แนวทางการรักษาโรคโควิด 19	การป้องกันโรคโควิด 19	ระบาดวิทยาเกี่ยวกับโรคโควิด 19	ผลกระทบของโรคโควิด 19	มาตรการการควบคุมการระบาด	ฐานข้อมูลและแหล่งความรู้
กระทรวงสาธารณสุข. กรมการแพทย์ (2563)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
สภากาชาดไทย. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (2563)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
มหาวิทยาลัยมหิดล. คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี (2563)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
ยง ภู่วรวรรณ และ ยืน ภู่วรวรรณ (2563)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

จากตารางที่ 8 พบว่า องค์ประกอบของความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ประกอบด้วย ความเป็นมาของโรคโควิด 19 สาเหตุการเกิดโรคโควิด 19 อาการและการดำเนินโรคโควิด 19 การตรวจวินิจฉัยโรคโควิด 19 แนวทางการรักษาโรคโควิด 19 การป้องกันโรคโควิด 19 ระบาดวิทยาเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ผลกระทบของโรคโควิด 19 มาตรการการควบคุมการระบาด และฐานข้อมูลและแหล่งความรู้

สำหรับในงานวิจัยครั้งนี้ มุ่งเน้นความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ที่มีความสำคัญและจำเป็นต่อการดำเนินชีวิต อีกทั้งยังต้องมีความเหมาะสมกับช่วงวัยของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ผู้วิจัยจึงจำแนกองค์ประกอบของความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ออกเป็น 6 เรื่องที่สำคัญ คือ 1) ความเป็นมาของโรคโควิด 19 2) สาเหตุการเกิดโรคโควิด 19 3) อาการและการดำเนินโรคโควิด 19 4) การตรวจวินิจฉัยโรคโควิด 19 5) แนวทางการรักษาโรคโควิด 19 และ 6) การป้องกันโรคโควิด 19 ดังรายละเอียดต่อไปนี้

- 1) ความเป็นมาของโรคโควิด 19 หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับต้นกำเนิดของการเกิดโรคโควิด 19 ในต่างประเทศ การพบผู้ป่วยโรคโควิด 19 รายแรกในประเทศไทย สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ
- 2) สาเหตุการเกิดโรคโควิด 19 หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับชื่อของไวรัสก่อโรคโควิด 19 ลักษณะจำเพาะของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019
- 3) อาการและการดำเนินโรคโควิด 19 หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับอาการทั่วไปของโรคโควิด 19 การดำเนินโรคโควิด 19 ใน 4 ระยะ ได้แก่ การรับเชื้อ การติดเชื้อ การฟักตัว และการแพร่เชื้อ
- 4) การตรวจวินิจฉัยโรคโควิด 19 หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับกลุ่มเสี่ยงและการคัดกรอง การวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการใน 2 วิธี ได้แก่ การตรวจหาตัวเชื้อไวรัสด้วยวิธีการแย่งจุลหาเชื้อโดยตรง (Real-time RT-PCR) และการหาภูมิคุ้มกันที่ร่างกายสร้างขึ้นโดยใช้ชุดทดสอบแบบเร็ว (Rapid test)
- 5) แนวทางการรักษาโรคโควิด 19 หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการรักษาโรคโควิด 19 โดยใช้การรักษาแบบประคับประคองเพื่อบรรเทาอาการป่วยตามแนวทางเวชปฏิบัติของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และแนวทางการพัฒนาวัคซีนในประเทศไทย
- 6) การป้องกันโรคโควิด 19 หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกและกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ การล้างมือบ่อย ๆ การมีวินัยในการรักษาระยะห่างระหว่างบุคคลและสังคม การสวมหน้ากากอนามัยอย่างถูกวิธี การไอหรือจามอย่างถูกวิธี การหลีกเลี่ยงการสัมผัสผิวบริเวณตา จมูก และปาก การดูแลสุขอนามัยในการรับประทานอาหารโดยกินอาหารที่สะอาดและปรุงสุกใหม่ ๆ การดูแลรักษาความสะอาดสถานที่อุปกรณ์ เครื่องใช้ ทำความสะอาดและฆ่าเชื้อพื้นผิวที่สัมผัสบ่อย ๆ การหมั่นสังเกตและตรวจสอบสุขภาพของตนเอง และการติดตามข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 อยู่เสมอ

3.3 ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19

จากการทบทวนเอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด 19 ของหน่วยงานและนักวิชาการ (WHO, 2020; CDC, 2020; กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค, 2563; กระทรวงสาธารณสุข. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, 2563; กระทรวงสาธารณสุข. กรมการแพทย์, 2563; สภาวิชาชีพ. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2563; มหาวิทยาลัยมหิดล. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2563; ยง ภู่วรวรรณ และ ยืน ภู่วรวรรณ, 2563; สุรัชย์ โชคครรชิตไชย, 2563; ชีระวัฒน์ เหมะจุฑา, 2563) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ประกอบด้วยเนื้อหาสาระที่เกี่ยวข้องกับความเป็นมาของโรคโควิด 19 สาเหตุการเกิดโรคโควิด 19 การระบาดของโรคโควิด 19 อาการของโรคโควิด 19 การดำเนินโรคโควิด 19 ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด 19 การตรวจวินิจฉัย โรคโควิด

19 แนวทางการรักษาโรคโควิด 19 และการพัฒนาวัคซีน และการป้องกันโรคโควิด 19 โดยมีรายละเอียดที่สำคัญดังนี้

3.3.1 ความเป็นมาของโรคโควิด 19

WHO (2020) กล่าวว่า ต้นตอของไวรัสน่าจะมาจากการที่ไวรัสจากสัตว์ตัวกลาง ระบาดมาสู่คน ซึ่งพบผู้ป่วยรายแรกที่มีอาการตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม ค.ศ. 2019 ในสาธารณรัฐประชาชนจีน ซึ่งหลังจากตรวจสอบพบว่า ไม่มีความเชื่อมโยงกับตลาดต้องสงสัยในเมืองอู่ฮั่นแต่อย่างใด ทั้งนี้ มีความเป็นไปได้ว่า ผู้ป่วยหลายรายอาจมีอาการมาตั้งแต่ช่วงกลางเดือนพฤศจิกายน ค.ศ. 2019 หรือช่วงก่อนหน้า โดยได้มีการเก็บตัวอย่างจากสิ่งแวดล้อมในตลาดไปส่งตรวจ ปรากฏว่า พบเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และพบมากที่สุดบริเวณที่ค้าสัตว์ป่าและสัตว์เลี้ยงในฟาร์ม จึงอาจกล่าวได้ว่า ตลาดในเมืองอู่ฮั่นอาจเป็นต้นกำเนิดของไวรัสหรืออาจมีบทบาทในการขยายวงของการระบาดในระยะเริ่มแรก

กระทรวงสาธารณสุข, กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (2563); ยง ภู่วรวรรณ และ ยืน ภู่วรวรรณ (2563) กล่าวว่า โรคโควิด 19 เริ่มระบาดที่สาธารณรัฐประชาชนจีนตั้งแต่ปลายเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 ต่อมาวันที่ 3 มกราคม พ.ศ. 2563 มีรายงานอย่างเป็นทางการว่า โรคปอดอักเสบที่ระบาด ณ เมืองอู่ฮั่นมีสาเหตุมาจากไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 และพบการแพร่เชื้อจากคนสู่คน โดยสถานการณ์ได้เริ่มจากเมืองอู่ฮั่นและระบาดไปอีกหลายเมืองในเวลาต่อมา ซึ่งในช่วงต้นเดือนมกราคมนั้นเอง ทีมแพทย์เมืองอู่ฮั่นได้มีการสืบสวนผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องหรือเคยไปตลาดขายส่งอาหารทะเลสด (Huanan Seafood Wholesale Market) และที่ตลาดแห่งนี้ยังมีการขายสัตว์ป่า จึงน่าจะเป็นไปได้ว่า ไวรัสนี้ได้เข้ามาจากสัตว์ป่ามาสู่คน และจากการสืบสวนในภายหลัง โดยมีรายงานจากทีมค้นหาพบว่า คนไข้รายแรกเป็นชาวเมืองอู่ฮั่น อายุ 55 ปี ป่วยเป็นโรคปอดบวม เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2562 และไม่ได้มีความสัมพันธ์กับตลาดดังกล่าว จากนั้นประเทศไทยถือเป็นประเทศแรกนอกสาธารณรัฐประชาชนจีนที่ตรวจพบผู้ติดเชื้อเป็นรายแรก ในวันที่ 13 มกราคม พ.ศ. 2563 ต่อมาจึงมีผู้ป่วยกระจายไปยังญี่ปุ่นและอีกหลายประเทศ จนกระทั่งกระจายเข้าสู่ยุโรป อเมริกา ซึ่งใช้เวลาเพียง 3-4 เดือน ก็สามารถกระจายไปเกือบสองร้อยประเทศทั่วโลก ทำให้วันที่ 30 มกราคม 2563 องค์การอนามัยโลกประกาศให้โรคโควิด 19 เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern) และต่อมาวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2563 ได้ประกาศเป็นการระบาดทั่วโลก (Pandemic) ซึ่งยังไม่มีแนวโน้มที่จะหยุดการระบาดได้

สอดคล้องกับ สุรัชย์ โชคครรชิตไชย (2563) ที่ศึกษาพบว่า การระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 พบในประเทศไทยตั้งแต่ 13 มกราคม พ.ศ. 2563 โดยประเทศไทยเป็นประเทศที่มีผู้ป่วยยืนยันรายแรกนอกสาธารณรัฐประชาชนจีน จากนั้นเริ่มมีการเฝ้าระวังผู้ที่เดินทางมาจากสาธารณรัฐ

ประชาชนจีน โดยในเดือนกุมภาพันธ์ยังพบผู้ป่วยจำนวนน้อย เป็นผู้ป่วยยืนยันประมาณ 35 ราย ต่อมาพบว่ามีผู้ป่วยเพิ่มจำนวนขึ้นในกลางเดือนมีนาคม โดยเกิดการแพร่เชื้อเป็นกลุ่มใหญ่ ซึ่งพบผู้ป่วยมาจากสนามมวยลุมพินีและสถานบันเทิงจากย่านทองหล่อ จากนั้นหนึ่งสัปดาห์ต่อมาในประเทศไทยพบสถานการณ์ผู้ป่วยยืนยันเกิน 100 คนต่อวัน ทำให้รัฐบาลต้องประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในวันที่ 26 มีนาคม 2563 และประกาศห้ามออกนอกเคหสถานยามวิกาล ตั้งแต่วันที่ 3 เมษายน พ.ศ. 2563 เป็นต้นมา ซึ่งสอดคล้องกับคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (2563) ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยโควิด 19 รายแรกที่รับการรักษาในประเทศไทย เมื่อวันที่ 13 มกราคม พ.ศ. 2563 เป็นชาวจีนที่รับเชื้อจากการระบาดในสาธารณรัฐประชาชนจีน และได้เดินทางมายังประเทศไทย หลังจากนั้นจึงมีผู้ป่วยอีกหลายรายที่มาจากประเทศอื่น ๆ ส่วนผู้ป่วยที่ติดเชื้อในประเทศไทยรายแรก มีการรายงานเมื่อ 31 มกราคม พ.ศ. 2563 จากนั้นวันที่ 11 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 จึงได้มีการกำหนดชื่อโรคและชื่อไวรัสอย่างเป็นทางการว่า COVID-19 (อ่านว่า โควิดโนน่ทิน ย่อมาจาก Coronavirus Disease 2019) ซึ่งกำหนดชื่อโดยองค์การอนามัยโลก (WHO) นั่นเอง

จากข้อมูลดังกล่าวมาข้างต้นจึงสรุปได้ว่า จุดกำเนิดของโรคโควิด 19 มาจากการที่ไวรัสจากสัตว์ตัวกลางระบาดมาสู่คน ซึ่งยังไม่เป็นที่แน่ชัดว่าเป็นสัตว์ชนิดใด โดยพบการระบาดครั้งแรกในเมืองอู่ฮั่น สาธารณรัฐประชาชนจีน ประมาณช่วงเดือนพฤศจิกายนถึงธันวาคม พ.ศ. 2562 สำหรับประเทศไทย ตรวจพบผู้ป่วยรายแรกในวันที่ 13 มกราคม พ.ศ. 2563 ทำให้ประเทศไทยถือเป็นประเทศแรกนอกสาธารณรัฐประชาชนจีนที่ตรวจพบผู้ติดเชื้อ หลังจากนั้นก็มีผู้ป่วยกระจายไปยังอีกหลายประเทศทั่วโลก ทำให้วันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2563 องค์การอนามัยโลกประกาศให้โรคโควิด 19 เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern) และต่อมาวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2563 ได้ประกาศเป็นการระบาดทั่วโลก (Pandemic) ส่วนในประเทศไทยได้ยกระดับความรุนแรงโดยรัฐบาลประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในวันที่ 26 มีนาคม พ.ศ. 2563 เป็นต้นมา แม้ในช่วงหลังจะมีการผ่อนปรน แต่ยังคงมีมาตรการเข้มงวดอย่างต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน (มีนาคม พ.ศ. 2564)

3.3.2 สาเหตุการเกิดโรคโควิด 19

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ให้ความรู้เกี่ยวกับไวรัสโคโรนาที่ก่อโรคโควิด 19 (WHO, 2020; กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค, 2563) โดยกล่าวว่า ไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 มาจากตระกูลของไวรัสที่ก่อให้เกิดอาการป่วยตั้งแต่โรคไข้หวัดธรรมดาไปจนถึงโรคที่มีความรุนแรงมาก เช่น โรคระบบทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MERS-CoV) และโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (SARS-CoV) และสามารถแพร่เชื้อจากคนสู่คนได้ แต่สายพันธุ์ใหม่นี้ไม่เคยพบมาก่อนในมนุษย์ โดยพบครั้งแรกในเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน ในช่วงปลายปี ค.ศ. 2019 ที่ผ่านมา

ซึ่งความรุนแรงของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 เมื่อเทียบกับไวรัสโคโรนาสายพันธุ์อื่น ๆ พบว่าผู้ที่ติดเชื้อไวรัสโควิด 19 จะมีอาการคล้ายไข้หวัด เช่น มีไข้ ไอ มีน้ำมูก ในผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการรุนแรงจนทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดบวม ปอดอักเสบ ไตวาย หรืออาจเสียชีวิตได้ แม้ว่าอาการหลายอย่างจะคล้ายคลึงกัน แต่เนื่องจากเกิดจากเชื้อไวรัสที่แตกต่างกัน จึงเป็นเรื่องยากที่จะสามารถระบุโรคตามอาการเพียงอย่างเดียว จึงต้องอาศัยการทดสอบทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันเชื้อไวรัสดังกล่าว

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (2563) กล่าวว่า ไวรัสโคโรนาเป็นไวรัสในสัตว์ มีหลายสายพันธุ์ โดยปกติไม่ก่อโรคในคน แต่เมื่อกลายพันธุ์เป็นสายพันธุ์ใหม่ จึงก่อโรคในมนุษย์ได้ (ซึ่งมักเกิดจากการจัดการที่ผิดธรรมชาติโดยมนุษย์) ในขณะที่มนุษย์ยังไม่รู้จัก และไม่มีภูมิคุ้มกัน ก็จะเกิดการระบาดของโรคในคน ทั้งนี้ไวรัสอาจจะมีแหล่งเริ่มต้นคือค้างคาว และกลายพันธุ์เมื่อผ่านสัตว์ตัวกลาง กลายเป็นไวรัสสายพันธุ์ใหม่ที่ก่อโรคในคน และคนไปรับเชื้อมาแพร่ระหว่างคนสู่คน ทั้งนี้ต้องรอการพิสูจน์ต่อไป สอดคล้องกับ กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค (2563) ที่ระบุว่า หลักฐานจากการถอดรหัสพันธุกรรมพบว่า SARS-CoV-2 มีต้นกำเนิดมาจากค้างคาว มงกุฎเทาแดง แต่ยังไม่ยืนยันว่าสัตว์ตัวกลางหรือสัตว์ที่นำเชื้อมาสู่คนเป็นสัตว์ประเภทใด ต่อมาเมื่อวันที่ 11 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 คณะกรรมการระหว่างประเทศว่าด้วยอนุกรมวิธานของไวรัส (ICTV) ได้มีการกำหนดชื่อไวรัสอย่างเป็นทางการว่า ไวรัส SARS-CoV-2 (อ่านว่า ซาร์สคอฟทู ย่อมาจาก Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2) แต่มักจะเรียกสั้น ๆ ว่า ไวรัสโควิด 19

ด้านกระทรวงสาธารณสุข. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (2563) ได้ระบุคุณสมบัติทางไวรัสวิทยาว่า ไวรัสโคโรนาอยู่ในวงศ์ (Family) Coronaviridae แบ่งเป็น 4 สกุล (Genus) ได้แก่ Alphacoronavirus, Betacoronavirus, Gammacoronavirus และ Deltacoronavirus ซึ่งพบเป็นสาเหตุของโรคตั้งแต่ไข้หวัดธรรมดาจนถึงก่อโรครุนแรง สัญญาณที่พบบ่อยของการติดเชื้อ ได้แก่ มีไข้ ไอ หายใจถี่ และหายใจลำบาก ในกรณีที่รุนแรงมากขึ้นอาจพบอาการปอดอักเสบ โรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง ไตวาย จนถึงขั้นเสียชีวิต ไวรัสโคโรนามีสารพันธุกรรมเป็นอาร์เอ็นเอ มีโปรตีนเป็นเปลือกหุ้มด้านนอกและมีกลุ่มคาร์โบไฮเดรตเป็นปุ่มๆ (Spikes) ยื่นออกไปจากอนุภาคไวรัส ซึ่งจะมีลักษณะเป็นเหมือนมงกุฎล้อมรอบเมื่อดูด้วยกล้องจุลทรรศน์อิเล็กตรอน ไวรัสในกลุ่มนี้มีสมาชิกหลากหลาย เป็นสาเหตุก่อโรคได้ทั้งในคนและสัตว์หลายชนิด เช่น สัตว์ปีก สัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม และสัตว์ป่าอื่น ๆ ซึ่งมีโอกาสแพร่ระหว่างสัตว์และคนได้ทั้งสายพันธุ์ที่ก่อโรคระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร และระบบประสาท เชื้อไวรัสโคโรนา 6 ชนิด ที่มีรายงานก่อโรคในคน ได้แก่ 229E (Alphacoronavirus), OC43 (Betacoronavirus), NL63 (Alphacoronavirus) และ HKU1 (Betacoronavirus) ซึ่งมีอาการไม่รุนแรง ส่วนเชื้อ MERS-CoV (Betacoronavirus) และ SARS-CoV (Betacoronavirus) มักจะก่ออาการโรครุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิตได้ (CDC, 2020) โดย SARS-CoV

เป็นสาเหตุการระบาดเมื่อ พ.ศ. 2545–2546 (ค.ศ. 2002-2003) ณ มณฑลกว่างตง สาธารณรัฐประชาชนจีน และ MERS-CoV เป็นสาเหตุการระบาดของโรคทางเดินหายใจรุนแรง เมื่อ พ.ศ. 2557 (ค.ศ. 2012) ณ ประเทศซาอุดีอาระเบีย ไวรัส SARS-CoV-2 มีสารพันธุกรรมเป็นอาร์เอ็นเอสายเดี่ยว ความยาวประมาณ 30,000 คู่เบส จากรายงานผลลำดับเบสของสารพันธุกรรมอาร์เอ็นเอของเชื้อ 2019-nCoV ที่ได้จากผู้ป่วยพบว่า ไวรัส SARSCoV-2 เป็นสมาชิกใหม่ในสกุล Betacoronavirus เช่นเดียวกับ SARS-CoV และ MERS-CoV และจีโนมมีความใกล้เคียงกับ SARS-CoV (ร้อยละ 80) และ SARS-like bat CoV (ร้อยละ 88)

สอดคล้องกับ ยง ภู่วรรณ และ ยืน ภู่วรรณ (2563) ที่อธิบายว่า ไวรัสโคโรนา (Coronavirus) เป็นไวรัสที่มีขนาดใหญ่ มีขนาดประมาณ 120 นาโนเมตร เป็นไวรัสที่รู้จักกันมานานกว่า 80 ปี ตั้งชื่อจากการดูด้วยกล้องจุลทรรศน์อิเล็กตรอน แล้วเห็นภาพคล้ายมงกุฎ จึงตั้งชื่อว่า Coronavirus ซึ่งไวรัสโคโรนาในสัตว์มีโอกาสติดต่อผ่านจากสัตว์ข้ามมาสู่คน ทำให้เกิดโรคในคนได้ โดยไวรัสในกลุ่มไวรัสโคโรนาส่วนใหญ่จะทำให้เกิดโรคทางเดินหายใจ ทำให้หลอดลมอักเสบ ปอดบวม ดังเช่นในปลายปี พ.ศ. 2562 ที่ผ่านมาได้พบไวรัสโคโรนาชนิดใหม่ที่เมืองอู่ฮั่น สาธารณรัฐประชาชนจีน และแพร่ระบาดไปทั่วโลก ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO) เรียกชื่อว่า Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) ดังภาพที่ 3 และตั้งชื่อโรคที่เกิดจากไวรัส SARS-CoV-2 นี้ว่า COVID-19 มาจากคำว่า Coronavirus Disease 2019 นั่นเอง



ภาพที่ 3 SARS-CoV-2 เมื่อดูจากกล้องจุลทรรศน์อิเล็กตรอน

แหล่งที่มา: The National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID) (2020)

ส่วนโครงสร้างของไวรัส SARS-CoV-2 พบว่า เป็นไวรัสมีชั้นไขมันหุ้มล้อมรอบ หรือที่เรียกว่า มีเปลือกหุ้มแกนกลางอีกชั้นหนึ่ง ซึ่งจะเรียกไวรัสพวกนี้ว่า ไวรัสมีเปลือกหุ้ม (Enveloped virus) ที่เปลือกหุ้มของไวรัสโคโรนา SARS-CoV-2 จะมีปุ่มยื่นออกมาจากชั้นเปลือก เรียกว่า สไปค์

(Spike) ซึ่งมีความสำคัญในการใช้เกาะกับตัวจับ (Receptor) บนผิวเซลล์และบางชนิดเป็นตัวกระตุ้นภูมิคุ้มกันที่ดี Spike ของไวรัสอาจมีคุณสมบัติเป็นสารบางอย่างหรือเป็นเอนไซม์ เนื่องจากไวรัสโคโรนา SARS-CoV-2 มีเปลือกหุ้มด้วยไขมัน จึงไม่มีความทนทานต่อสภาพแวดล้อม ทำให้ถูกทำลายได้ด้วยความร้อน แสงแดด และสารละลายไขมัน เช่น แอลกอฮอล์ สบู่ จึงเป็นเหตุผลการล้างมือด้วยสบู่สามารถช่วยขจัดไวรัสชนิดนี้ได้ และจากการนำข้อมูลพันธุกรรมของไวรัสโคโรนาที่ทำให้เกิดโรคปอดบวมอยู่ย่นมาตรวจสอบความคล้ายกับไวรัสตัวอื่น พบว่า พันธุกรรมของไวรัสชนิดนี้มีความเหมือนกับไวรัส MERS ร้อยละ 52 เหมือน SARS ร้อยละ 79 เหมือนไวรัสที่เคยพบในค้างคาว ร้อยละ 87.6 ทั้งนี้ การรู้รหัสพันธุกรรมจะทำให้สามารถนำมาวินิจฉัยโรคและรู้เกี่ยวกับวิวัฒนาการเพื่อหาต้นตอแหล่งที่มาของโรคต่อไปได้ ซึ่งการศึกษาค้นคว้าต้นตอของที่มาของไวรัส ที่นักวิทยาศาสตร์จากหลายที่เริ่มมีความเห็นตรงกันว่า น่าจะมาจากสัตว์ป่า คือ ตัวนิ่ม (Pangolin) ซึ่งต้องมีการศึกษาต่อไป

การศึกษาของนักวิจัยชาวจีนที่ศึกษาพันธุกรรมของไวรัสโควิด 19 จากทั่วโลกจำนวนทั้งสิ้นจำนวน 103 ตัวอย่าง พบว่า สามารถแบ่งกลุ่มย่อยตามการเปลี่ยนแปลงของลำดับเบส 2 ตำแหน่ง โดยตำแหน่งแรกไม่เปลี่ยนการสร้างกรดอะมิโน ตำแหน่งที่ 2 เปลี่ยนการสร้างกรดอะมิโน โดยพบต้นตอที่เกิดที่เมืองอยู่ย่น ตำแหน่งกรดอะมิโนนี้ คือ Serine และต่อมาวิวัฒนาการเปลี่ยนเป็น Leucine จึงแยกชนิดของไวรัสเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกเรียก S type (Serine) และกลุ่มที่ 2 เรียก L type (Leucine) ซึ่ง L type วิวัฒนาการมาจาก S type ต่อมาพบว่า L type แพร่กระจายได้ดีกว่า จึงทำให้พบ L type มากกว่า S type ซึ่งจากการควบคุมการเดินทาง การกักกันโรค ในช่วงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2563 พบว่า S type เหลือน้อยลง และ L type พัฒนาการแพร่ขยายไปอย่างรวดเร็วในยุโรป และถูกแบ่งออกเป็นสายพันธุ์ V (valine) และ G (glycine) โดยสายพันธุ์ G เมื่อแพร่ขยายต่อไปได้จะแบ่งออกต่อไปอีกเป็น GH (histidine) และ GR (arginine) type

นอกจากนี้ ยง ภู่วรรณ และ ยืน ภู่วรรณ (2563) ยังกล่าวอีกว่า จากการศึกษาโดยศูนย์วิจัยเฉพาะทางไวรัสวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่า ในการระบาดถึงสิ้นเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 ยังเป็นชนิด L type ระบาดมากที่สุดทั่วโลก ทั้งในฝั่งของเอเชียและยุโรป ในขณะที่อเมริกาและออสเตรเลีย พบว่าเริ่มมีการระบาดของ S type ด้วย อย่างไรก็ตาม ขณะนี้การระบาดส่วนใหญ่ได้กระจายเป็นสายพันธุ์ L สายพันธุ์ V และสายพันธุ์ G แล้ว จนถึงสิ้นเดือนกรกฎาคม 2563 การระบาดทั่วโลกจึงเป็นสายพันธุ์ GH กับ GR ทั้งนี้ จะต้องมีการติดตามต่อไปและต้องศึกษาความสัมพันธ์ทางคลินิก ความรุนแรงของโรคระบาดวิทยา รวมทั้งระบบภูมิคุ้มกันที่เกิเกิดขึ้น อย่างไรก็ตาม ภูมิคุ้มกันจะเกี่ยวข้องกับส่วนของ Spike gene มากกว่า จากข้อมูลในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2563 พบว่า วิวัฒนาการของไวรัสโควิด 19 เมื่อเปรียบเทียบกับไข้หวัดใหญ่ยังช้ากว่าไข้หวัดใหญ่ที่มี

วิวัฒนาการเร็วมากกว่า ซึ่งยังไม่มีหลักฐานการเปลี่ยนแปลงพันธุกรรมที่เกี่ยวกับความรุนแรงที่ทำให้โรครุนแรงขึ้น

จากการติดตามสายพันธุ์ของโรคโควิด 19 ที่ระบาดในประเทศไทย จากการถอดรหัสพันธุกรรมของผู้ป่วยในประเทศไทยของศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านไวรัสวิทยาคลินิก จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่า โควิดไวรัสสายพันธุ์ใหม่ที่ระบาดในประเทศไทยในเดือนมกราคมเป็นสายพันธุ์ที่เข้ามาจากประเทศจีน ซึ่งสายพันธุ์นี้ยังเป็นชนิด L (leucine) ต่อมาพบการระบาดมากในเดือนมีนาคมที่สนามมวยและสถานบันเทิงทองหล่อพบว่าเป็นสายพันธุ์เดียวกัน คือ สายพันธุ์ S (Serine) ทั้งนี้ S type ในประเทศไทยยังมีลักษณะจำเพาะที่เรียกว่า T type หรือมีการเปลี่ยนแปลงพันธุกรรมในส่วน S gene 1 ตำแหน่งไปเป็น Threonine

สายพันธุ์สนามมวยและสถานบันเทิงทองหล่อเป็นเชื้อที่ไม่ได้มาจากประเทศอิตาลีตามที่เข้าใจกัน เพราะสายพันธุ์อิตาลีที่พบในประเทศไทยมาจากคนที่เดินทางกลับมาจากประเทศอิตาลี ซึ่งเป็นชนิด L (Leucine) แต่การระบาดที่มากขึ้นในกรุงเทพมหานครในเดือนมีนาคมถึงพฤษภาคม 2563 เป็นชนิด S (Serine) มากกว่าชนิด L (leucine) นอกจากนี้ มีบางสายพันธุ์เป็นการรับมาจากสิงคโปร์ โดยพบว่าเป็นชนิด L ซึ่งสายพันธุ์ที่ระบาดมากในกรุงเทพมหานครมีลักษณะคล้ายคลึงกัน ดังนั้นจึงไม่อาจสรุปได้ว่า สายพันธุ์ที่มาจากสนามมวยมีความรุนแรงกว่าสถานบันเทิง ทั้งนี้ ความรุนแรงน่าจะเกิดจากปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยจากสนามมวยน่าจะเป็นกลุ่มเสี่ยงมากกว่า เนื่องด้วยผู้รับเชื้อมีอายุมากกว่า รวมถึงอาจมีปัจจัยอื่น ๆ เข้ามาเกี่ยวข้องมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยจากสถานบันเทิงทองหล่อ

การวิวัฒนาการทางสายพันธุ์พอจะแยกได้ด้วยจุดที่มีลำดับเบสในสายจีโนม เรียกว่า SNP หรือ Polymorphism เพียงไม่กี่ตำแหน่ง ไม่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงของโรค และไม่เกี่ยวกับการกลายพันธุ์เพื่อหลีกเลี่ยงภูมิคุ้มกัน เป็นเพียงการบอกประโยชน์ในด้านระบาดวิทยาว่ามาจากที่ใดเท่านั้น

สรุปได้ว่า ไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ซึ่งเป็นเชื้อก่อโรคโควิด 19 องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้กำหนดชื่ออย่างเป็นทางการว่า Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) โดยเชื้อไวรัสชนิดนี้ที่นักวิทยาศาสตร์จากหลายที่เริ่มมีความเห็นตรงกันว่า น่าจะมาจากสัตว์ป่า คือ ตัวนิ่ม (Pangolin) ซึ่งต้องมีการศึกษาต่อไป เมื่อคนไปรับเชื้อมาจึงเกิดการแพร่เชื้อระหว่างคนสู่คน โดยไวรัสชนิดนี้หลัก ๆ จะแยกออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกเรียก S type (Serine) และกลุ่มที่ 2 เรียก L type (Leucine) ซึ่ง L type จะแพร่กระจายได้ดีกว่า และพบว่าเชื้อที่ระบาดในประเทศไทยส่วนหนึ่งก็เป็นชนิดนี้ด้วย ในส่วนโครงสร้างของไวรัส SARS-CoV-2 พบว่า เป็นไวรัสมีชั้นไขมันหุ้มล้อมรอบหรือมีเปลือกหุ้มด้วยไขมัน จึงถูกทำลายด้วยสารละลายไขมัน เช่น แอลกอฮอล์ สบู่ ดังนั้นจึงเป็นเหตุผลว่าการล้างมือด้วยสบู่สามารถช่วยขจัดไวรัสชนิดนี้ได้

3.3.3 ลักษณะของโรคโควิด 19

ยง ภู่วรรณ และ ยืน ภู่วรรณ (2563) ได้ให้ความรู้เกี่ยวกับลักษณะของโรคโควิด 19 ว่า ก่อนมีการตั้งชื่อว่า โรคโควิด 19 (COVID-19) มีการเรียกชื่อตามอาการว่า โรคปอดบวมอู่ฮั่นที่มาจากไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ สำหรับประเทศไทยได้ประกาศเป็นโรคติดต่ออันตรายเพื่อช่วยให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถดำเนินงานในการควบคุมโรคได้ง่ายขึ้นเพราะมีกฎหมายรองรับ ซึ่งที่ผ่านมาถึงแม้ว่าจะไม่ได้ประกาศเป็นโรคติดต่ออันตรายร้ายแรง ก็ได้รับความร่วมมือจากประชาชนทั่วไปเป็นอย่างดี เช่น การขอตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค การกักกันโรค 14 วัน ทั้งนี้ หากไม่มีประกาศประชาชนอาจจะไม่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีเช่นนี้ก็ยอมทำได้ เนื่องจากไม่ถือว่าผิดกฎหมาย แต่เมื่อมีการประกาศแล้ว ถ้าไม่ร่วมมือจะถือว่าผิดกฎหมาย ซึ่งมีบทลงโทษ ตัวอย่างในประเทศเกาหลีใต้ การขอตรวจวินิจฉัย ถ้าผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ ไม่ยอมให้ตรวจ จะทำให้เกิดการแพร่กระจายของโรคอย่างมาก ที่เรียกว่า Super spread จากบุคคลคนเดียว (Super spreader) แพร่โรคไปได้มากมาย ซึ่งอาจสร้างความสูญเสียอย่างใหญ่หลวงได้ ในอดีตที่ผ่านมาประเทศไทยเคยมีการประกาศโรคติดต่ออันตรายร้ายแรงหลายครั้ง เช่น การระบาดของโรค SARS, MERS, Ebola ประเทศไทยก็ผ่านมาได้ด้วยดีเกือบทุกโรค

โรคโควิด 19 เป็นโรคเกี่ยวกับไวรัสที่ติดเชื้ในทางเดินหายใจ ปกติโรคที่เกี่ยวกับทางเดินหายใจถือว่ามีจำนวนมากและพบได้บ่อย เช่น โรคหวัดตามฤดูกาล และมักจะเป็นปัญหาในเด็กที่ทำให้เกิดอาการหลอดลมอักเสบ เจ็บคอ ถ้าไม่ได้รับการตรวจจะไม่สามารถรู้ได้ว่าเป็นไวรัสชนิดใด การรักษาจึงต้องเป็นการรักษาตามอาการ เด็กก็จะมีภูมิคุ้มกันเกิดขึ้น และจะป้องกันการติดเชื้อในผู้ใหญ่ ทำให้ผู้ใหญ่เป็นโรคได้น้อยกว่าในเด็ก ทั้งนี้ โรคทางเดินหายใจที่พบในหลายโรคมักมีอาการไม่รุนแรงและไม่ค่อยมีผู้ให้ความสนใจ เพราะรู้ความสามารถหายเองได้ แต่โรคโควิด 19 มีความรุนแรงมากกว่าไข้หวัดใหญ่ แต่น้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับ SARS และ MERS จึงสามารถระบาดไปได้อย่างกว้างขวางและรวดเร็ว จึงต้องยอมรับว่าการป้องกันการแพร่ระบาดจะทำได้ยากกว่าโรค SARS โดยจะเห็นได้จากการระบาดของโควิด 19 ที่ผ่านมาเพียง 2-3 เดือนแรก จำนวนผู้ป่วยที่รายงานยืนยันการตรวจเชื้อโควิด 19 ก็มีมากกว่าจำนวนผู้ติดเชื้อ SARS ในอดีตเป็นอย่างมาก ดังนั้น จึงเป็นสาเหตุที่โรคโควิด 19 มีการระบาดไปทั่วโลก สอดคล้องกับ มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี (2563) ที่กล่าวว่า เคยมีเหตุการณ์ที่คล้ายคลึงกันจากไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ที่เกิดขึ้นในอดีต คือ การเกิดโรค SARS (พ.ศ. 2545) และ MERS (พ.ศ. 2557) ซึ่งทั้งสองโรคนั้นผู้ป่วยมีอาการหนักทั้งหมดและต้องอยู่ในโรงพยาบาล จึงสกัดการแพร่โรคได้ไม่ยากนัก ส่วนผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่แพร่เชื้อ มีทั้งผู้ที่มีอาการน้อยหรืออาจไม่มีอาการ นอกเหนือจากผู้มีอาการหนักซึ่งมีน้อยกว่ามาก จึงควบคุมการระบาดได้ยากกว่า การระบาดที่ใกล้เคียงกับครั้งนี้มากที่สุด คือ การระบาดของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 (Influenza A (H1N1) pdm09 virus) ใน พ.ศ. 2552 ซึ่งเริ่มจากประเทศสหรัฐอเมริกา

แล้วจึงระบาดหนักไปทั่วโลก แต่ผู้ที่ติดเชื้อโควิด 19 สามารถแพร่เชื้อได้ในช่วงเวลาของการติดเชื้อได้นานกว่า การระบาดจึงกว้างขวางและควบคุมยากกว่า ดังจะเห็นได้อย่างชัดเจนจากข้อมูลทางสถิติที่นำเสนอในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ข้อมูลสถิติเกี่ยวกับโรคจากไวรัส

ไวรัส	ปีที่เกิด	จำนวนผู้ป่วย	เสียชีวิต	อัตราการตาย	ประเทศที่ระบาด
อีโบล่า	1976	33577	13562	40.40%	9
สมองอักเสบ Nipah	1998	513	398	77.60%	2
ซาร์ส	2002	8098	774	9.60%	29
เมอร์ส	2012	2494	858	34.40%	28
โควิด 19**	2020	10487022	511686	4.88%	188

แหล่งที่มา: Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2020); WHO (2020);

ยง ภู่วรวรรณ และ ยืน ภู่วรวรรณ (2563)

**ข้อมูล ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2563

สรุปลักษณะของโรคโควิด 19 ได้ว่า เป็นโรคติดเชื้อในทางเดินหายใจที่มีอาการรุนแรงมากกว่าโรคไข้หวัด แต่น้อยกว่าโรค SARS และ MERS อีกทั้งยังพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการหนักมีเพียงส่วนน้อย ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีอาการน้อยหรือไม่แสดงอาการใด ๆ เลยมีจำนวนมากกว่า จึงเป็นโรคที่ควบคุมการระบาดได้ยากกว่า เนื่องจากการแยกผู้ป่วยกับผู้ที่ไม่ป่วยนั้นทำได้ยาก ทำให้เกิดการแพร่ระบาดไปอย่างรวดเร็วในหลายประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากผู้ที่ติดเชื้อปกปิดหรือไม่ให้ความร่วมมือในการแยกตัวก็จะยิ่งทำให้การแพร่กระจายโรคเป็นไปอย่างรวดเร็วและเพิ่มจำนวนมากขึ้นที่เรียกว่า super spread จากบุคคลคนเดียว (super spreader) ได้ และส่งผลทำให้การควบคุมการระบาดของโรคทำได้ยากมากยิ่งขึ้นด้วย

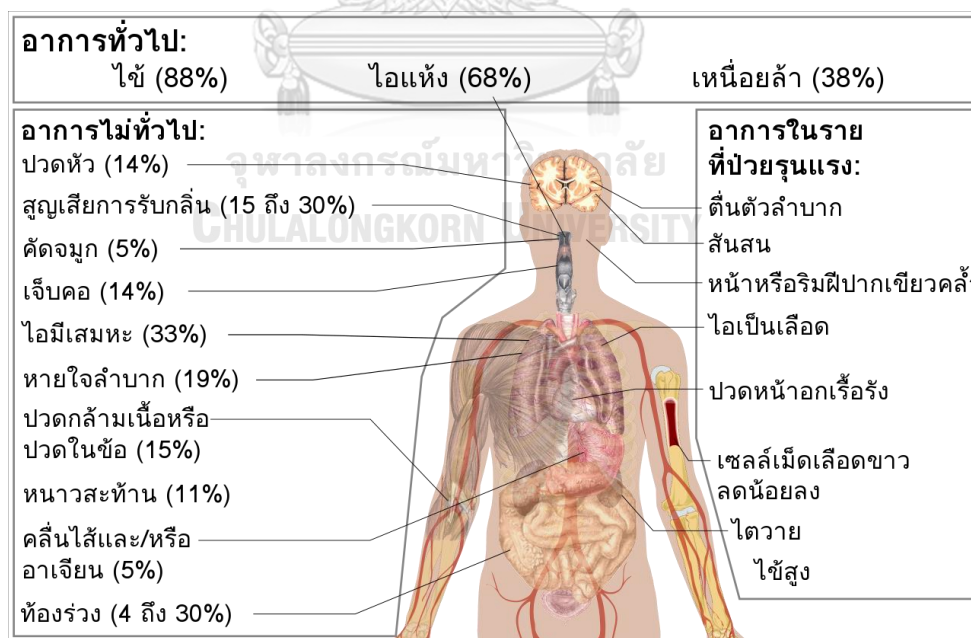
3.3.4 อาการของโรคโควิด 19

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคโควิด 19 (WHO, 2020; CDC, 2020) โดยกล่าวว่า อาการทั่วไปของโรคโควิด 19 ที่พบมากที่สุดคือ มีไข้ ไอ และอ่อนเพลีย อาการที่พบน้อยกว่า แต่อาจมีผลต่อผู้ป่วยบางรายคือ ปวดเมื่อย คัดจมูก น้ำมูกไหล เจ็บคอ ท้องเสีย ลิ้นไม่รับรส จมูกไม่ได้กลิ่น หรือผื่นตามผิวหนัง หรือสับสนเปลี่ยนแปลงตามนิ้วมือนิ้วเท้า อาการเหล่านี้มักจะไม่รุนแรงนักและค่อย ๆ เริ่มทีละน้อย บางรายติดเชื้อแต่มีอาการไม่รุนแรง ทั้งนี้สามารถจำแนกอาการของโรคโควิด

19 ที่เกิดขึ้นได้ว่า ผู้ป่วยร้อยละ 88 มีไข้, ร้อยละ 68 ไอ, ร้อยละ 38 อ่อนเพลีย, ร้อยละ 19 หายใจขัด, ร้อยละ 15 ปวดข้อ/กล้ามเนื้อ, ร้อยละ 14 เจ็บคอ/ปวดศีรษะ, ร้อยละ 11 หนาวสั่น, ร้อยละ 5 คลื่นไส้ อาเจียน/คัดจมูก, ร้อยละ 4 ท้องเสีย, ร้อยละ 1 ไอเป็นเลือด/ตาแดงอักเสบ ตามลำดับ ดังภาพที่ 2.4

สอดคล้องกับ กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค (2563) ที่รายงานว่า อาการทั่วไปของโรคโควิด 19 ได้แก่ อาการระบบทางเดินหายใจ มีไข้ ไอ หายใจถี่ หายใจลำบาก ในกรณีมีอาการรุนแรงมาก อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดบวม ปอดอักเสบ ไตวาย หรืออาจเสียชีวิต และสอดคล้องกับ มหาวิทยาลัยมหิดล. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี (2563) ที่ระบุว่า โดยทั่วไปผู้ป่วยโรคโควิด 19 จะมีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ โดยมีอาการ “ไข้ และ ไอ” เป็นพื้นฐาน ส่วนใหญ่เริ่มจากไอแห้ง ๆ ตามด้วยไข้ ผู้ป่วยส่วนน้อย คือ ร้อยละ 5 มีน้ำมูก เจ็บคอ หรือจาม ไม่มีอาการเสียงแหบหรือเสียงหาย ร้อยละ 98.6 มีไข้ (ไข้อาจจะไม่ได้เริ่มในวันแรกของการป่วย) ร้อยละ 69.6 มีอาการอ่อนเพลียผิดปกติ และร้อยละ 59.4 ไอแห้ง ๆ

ส่วน ยง ภู่วรรณ และ ยืน ภู่วรรณ (2563) กล่าวว่า ผู้ป่วยร้อยละ 87.9 มีไข้, ร้อยละ 67.7 มีอาการไอ, ร้อยละ 38.1 อ่อนเพลีย และร้อยละ 33.4 มีเสมหะ ส่วนบางรายมีอาการอื่น ๆ เช่น หายใจติดขัด เจ็บคอ และปวดศีรษะ ผู้ติดเชื้อจะเริ่มมีอาการในช่วง 5-6 วัน หลังจากได้รับเชื้อโดยเฉลี่ย ซึ่งแสดงรายละเอียดดังภาพที่ 4



ภาพที่ 4 อาการของโรคโควิด 19

แหล่งที่มา: Häggström (2020); ยง ภู่วรรณ และ ยืน ภู่วรรณ (2563)

ทั้งนี้ ร้อยละ 81 ของผู้ติดเชื้อโควิด 19 จะมีอาการค่อนข้างน้อย บางรายไม่มีอาการ ปอดอักเสบ ร้อยละ 14 มีอาการรุนแรงและหายใจลำบาก ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 5 มีอาการวิกลจริต ต้องดูแลด้วยการใส่เครื่องช่วยหายใจ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปและผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง และโรคมะเร็ง มีโอกาสมากขึ้นที่จะมีอาการรุนแรงหรือเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ทั้งนี้ มีรายงานไม่ก่ฉบับที่ระบุถึงเด็กติดเชื้อหรือมีอาการรุนแรง ผู้ติดเชื้ออายุ 18 ปี หรือน้อยกว่ามีเพียงร้อยละ 2.4 ของจำนวนผู้ติดเชื้อทั้งหมด โดยผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ที่พบเริ่มแรกที่มาหาแพทย์หรือตรวจพบ ผู้ป่วยมักจะมีอาการ คือ มีน้ำมูก เจ็บคอ และไอ ทั้งหมดมีอาการอ่อนเพลีย และมีไข้ อุณหภูมิร่างกายเกิน 37.5 องศาหรือสูงกว่า และมักจะเป็นยาวนานราว 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยบางรายยังมีไข้สูงหลังจาก 1 สัปดาห์ และอาการต่าง ๆ มีแนวโน้มจะยาวนานกว่าโรคหวัดตามฤดูกาลหรือโรคติดเชื้อจากไวรัสอื่น ๆ ซึ่งการพัฒนาต่อไปของโรคโควิด 19 อาจนำไปสู่การเป็นปอดบวม เกิดภาวะติดเชื้อ และเสียชีวิตได้ ผู้ติดเชื้อบางรายอาจไม่มีการแสดงอาการ ซึ่งให้ผลการทดสอบที่ยืนยันว่าติดเชื้อแต่ไม่มีอาการแสดง ดังนั้นนักวิจัยจึงได้ให้คำแนะนำว่า บุคคลที่มีการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันว่าติดเชื้อแล้ว ควรมีการติดตามและทดสอบการติดเชื้ออย่างใกล้ชิด ทั้งนี้ผู้เสียชีวิตจำนวนมากจากเชื้อไวรัสโควิด 19 คือ ผู้ที่มีภูมิโรคอื่นร่วมด้วย ซึ่งส่งผลให้ระบบภูมิคุ้มกันอ่อนแอ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจ ดังนั้นผู้ที่มีโรคที่ส่งผลทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายอ่อนแอลงจึงควรระมัดระวังเป็นพิเศษ ซึ่งรวมถึงผู้ที่ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน เช่น โรคไขข้อ และผู้สูงอายุ สอดคล้องกับข้อมูลของ สภาวิชาชีพเวชกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (2563) ที่ให้ข้อมูลว่า อาการบ่งชี้ของผู้ติดเชื้อโควิด 19 ได้แก่ เป็นผู้ที่ไข้ อุณหภูมิสูงกว่า 37.5 องศาเซลเซียสและมีปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ เนื่องจากโรคโควิด 19 มีความซับซ้อนขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งอาจทำให้อาการบ่งชี้ผันแปรไปได้ เช่น จากอาการปอดบวมกลายเป็นไข้สมองอักเสบ และพบเชื้อไวรัสในน้ำไขสันหลังโดยไม่แสดงอาการอื่น ๆ ผู้ป่วยส่วนมาก (ร้อยละ 80) หายป่วยได้โดยไม่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประมาณ 1 ใน 5 ของผู้ติดเชื้อโควิด 19 มีอาการหนักและหายใจลำบาก ผู้สูงอายุและมีโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน หรือมะเร็ง มีแนวโน้มที่จะมีอาการป่วยรุนแรงกว่าคนปกติ อย่างไรก็ตาม ทุกคนสามารถติดโรคโควิด 19 และอาจป่วยรุนแรงได้ ดังนั้นบุคคลทุกเพศทุกวัยที่มีอาการไข้ และ/หรือไอร่วมกับอาการหายใจลำบาก/ติดขัด เจ็บหน้าอก เสียหาย หรือเคลื่อนไหวไม่ได้ ควรปรึกษาแพทย์ทันที หากเป็นไปได้ควรโทรศัพท์ติดต่อสถานพยาบาลก่อนล่วงหน้า เพื่อสถานพยาบาลจะได้ให้คำแนะนำที่เหมาะสมต่อไปได้

สรุปได้ว่า อาการของโรคโควิด 19 ที่พบมากที่สุด คือ มีไข้ (อุณหภูมิสูงกว่า 37.5 องศาเซลเซียสขึ้นไป) ไอแห้ง อ่อนเพลีย บางรายมีอาการปวดเมื่อย ปวดศีรษะ คัดจมูก น้ำมูกไหล หายใจติดขัด เจ็บคอ มีเสมหะ ท้องเสีย ลิ้นไม่รับรส จมูกไม่ได้กลิ่น หรือมีผื่นขึ้นตามผิวหนัง หรือสีผิว

เปลี่ยนตามนิ้วมือนิ้วเท้า ซึ่งอาการเหล่านี้มักจะไม่น่ารุนแรง ในกรณีที่อาการรุนแรงมากอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดบวม ปอดอักเสบ ไตวาย หรืออาจเสียชีวิตได้ นอกจากนี้ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง และโรคเมอริ่งชนิดต่าง ๆ มีโอกาสมากขึ้นที่จะมีอาการรุนแรงหรือเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ ทั้งนี้โดยเฉลี่ยแล้วผู้ติดเชื้อจะเริ่มมีอาการในช่วง 5-6 วัน หลังจากได้รับเชื้อดังกล่าว

3.3.5 การดำเนินโรคโควิด 19

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (WHO, 2020; CDC, 2020; มหาวิทยาลัยมหิดล. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2563; กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค, 2563; สภาวิชาชีพ. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2563; ยง ภู่วรรณ และ ยืน ภู่วรรณ, 2563) พบว่าการดำเนินโรคประกอบด้วยสัมผัสเชื้อหรือรับเชื้อจากแหล่งแพร่เชื้อไวรัสโควิด 19 การติดเชื้อ การฟักตัว และการป่วยด้วยโรคโควิด 19 จนนำไปสู่การแพร่เชื้อ ผู้วิจัยจึงแบ่งการดำเนินโรคออกเป็น 4 ระยะ คือ 1) การรับเชื้อ 2) การติดเชื้อ 3) การฟักตัว และ 4) การแพร่เชื้อ ซึ่งแต่ละระยะของการดำเนินโรคโควิด 19 มีรายละเอียดดังนี้

1) การรับเชื้อ WHO (2020) กล่าวว่า คนเราสามารถรับเชื้อโควิด 19 จากผู้ติดเชื้อคนอื่นได้ เนื่องจากโรคนี้สามารถแพร่จากคนสู่คนผ่านทางละอองน้ำมูก น้ำลาย เสมหะ จากจาม หรือปาก ซึ่งจะพ่นออกมาเมื่อผู้ป่วยโรคโควิด 19 ไอ จาม หรือพูด เราจึงรับเชื้อดังกล่าวได้จากการหายใจเอาละอองเหล่านั้นเข้าไปในร่างกาย ทั้งนี้ละอองเหล่านี้ค่อนข้างมีน้ำหนักมาก เคลื่อนที่ไปได้ไม่ไกล และจะตกลงสู่พื้นอย่างรวดเร็ว เพราะฉะนั้นจึงเป็นเหตุผลและความจำเป็นที่เราจะต้องรักษาระยะห่างจากผู้อื่นอย่างน้อย 1 เมตร เพื่อป้องกันการรับเชื้อจากละอองดังกล่าว นอกจากนั้นละอองฝอยเหล่านี้ยังตกลงสู่วัตถุและพื้นผิวต่าง ๆ เช่น โต๊ะ ลูกบิดประตู ราวจับต่าง ๆ และเมื่อคนเอามือไปจับพื้นผิวเหล่านั้น แล้วมาจับตา จมูก หรือปาก ก็จะทำให้รับเชื้อได้ ซึ่งเป็นเหตุผลว่าเหตุใดเราจึงต้องล้างมือบ่อย ๆ ด้วยน้ำและสบู่ หรือใช้แอลกอฮอล์เจลถูมือตนเอง ทั้งนี้ สิ่งสำคัญที่สุดที่ควรรู้เกี่ยวกับไวรัสโคโรนาบนพื้นผิวต่าง ๆ คือ สามารถทำความสะอาดได้อย่างง่ายดายด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อที่ใช้สำหรับงานบ้านทั่วไป จากงานวิจัยระบุว่า เชื้อโรคนี้อาจมีชีวิตอยู่บนพื้นผิวสเตนเลสและพลาสติกถึง 72 ชั่วโมง น้อยกว่า 4 ชั่วโมงบนทองแดง และน้อยกว่า 24 ชั่วโมงบนกล่องกระดาษแข็ง ดังนั้นวิธีการป้องกันการรับเชื้อที่ดีที่สุดจึงอยู่ที่การทำความสะอาดมือด้วยการใช้เจลแอลกอฮอล์หรือล้างมือด้วยน้ำและสบู่ ตลอดจนหลีกเลี่ยงการสัมผัสตา จมูก และปาก

สอดคล้องกับข้อมูลของ มหาวิทยาลัยมหิดล. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี (2563) ที่ระบุว่า ผู้ที่สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อหรืออาจจะสัมผัสกับเชื้อที่ออกมาจากสิ่งคัดหลั่ง

จากระบบหายใจของผู้ป่วย (น้ำลาย เสมหะ น้ำมูก) แล้วอาจจะนำเข้าสู่ร่างกายทางตา จมูก ปาก (อวัยวะที่มีเยื่อเมือกบุ) โดยได้อยู่ในชุมชนที่มีผู้ป่วยอยู่ด้วยและไม่ระมัดระวังเพียงพอ หากมีการสัมผัสดังกล่าว ก็อาจเกิดการติดเชื้อตามมาและเป็นแหล่งแพร่เชื้อต่อไปได้ ซึ่งผลจากการสัมผัสกับเชื้อโรค ผู้ที่สัมผัสกับเชื้อโรคโควิด 19 หากได้รับเชื้อโรคมานี้จะมีผลเป็น 1) พาหะของเชื้อ คือ ผู้ที่รับเชื้อโรคแต่ไม่เกิดการติดเชื้อ ซึ่งเชื้อมักจะติดมาทางมือ 2) ผู้ติดเชื้อ คือ ผู้ที่ตรวจพบเชื้อและมีปฏิกิริยาทางภูมิคุ้มต่อเชื้อ ซึ่งตรวจพบได้ทางการตรวจเลือด แบ่งเป็นผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการและผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อที่มีอาการ ซึ่งอาจจะมีอาการน้อยหรือมาก นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค (2563) ได้กล่าวว่า กลุ่มเสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อโรคโควิด 19 หลัก ๆ ได้แก่ 1) ผู้ที่อาศัยในพื้นที่เสี่ยงต่อการสัมผัสโรคหรือประเทศหรือเมืองที่มีการระบาดของโรคอย่างต่อเนื่อง 2) ผู้ที่เดินทางเข้าไป-ออกจากหรือแวะเปลี่ยนเครื่องบินในประเทศหรือเมืองที่มีการระบาดของโรคอย่างต่อเนื่อง 3) บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข 4) บุคคลที่ทำงานให้บริการนักท่องเที่ยว และ 5) ผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป และมีโรคประจำตัวเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด

2) การติดเชื้อ มหาวิทยาลัยมหิดล. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี (2020) กล่าวว่า ไวรัสโควิด 19 รวมถึงไวรัสอื่นที่ทำให้ติดเชื้อที่ทางเดินหายใจ เข้าสู่ร่างกายโดยทาง “ตา จมูก ปาก” โดยที่ไวรัสจะเข้าไปเกาะติดและเข้าไปแบ่งตัวในเซลล์ของเยื่อบุทางเดินหายใจ ทำให้เป็นผู้ติดเชื้อ

CDC (2020) กล่าวว่า โรคโควิด 19 แพร่ทางละอองจากระบบทางเดินหายใจของผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยไอ หรือมีอาการอื่น เช่น ไข้ หรืออ่อนเพลีย ผู้ป่วยโรคโควิด 19 จำนวนมากมีอาการเพียงเล็กน้อย โดยเฉพาะในระยะเริ่มแรก ดังนั้นจึงมีความเป็นไปได้ที่เราจะติดเชื้อโรคโควิด 19 จากผู้ป่วยที่ไอเล็กน้อยหรือไม่แสดงอาการป่วยเลย นอกจากนั้นงานวิจัยยังระบุว่า เด็กและวัยรุ่นก็มีแนวโน้มที่จะติดเชื้อได้เท่ากับกลุ่มอายุอื่น ๆ จึงเป็นหลักฐาน ณ ปัจจุบัน (สิงหาคม พ.ศ. 2563) ที่บ่งชี้ว่าเด็กและวัยรุ่นหนุ่มสาวมักจะไม่ค่อยมีอาการรุนแรง แต่อาการรุนแรงก็ยังคงเกิดในกลุ่มอายุนี้ได้เช่นกัน

นอกจากนี้ ยง ภู่วรรณ และ ยืน ภู่วรรณ (2563) ยังกล่าวว่า มีข้อมูลการติดเชื้อโรคโควิด 19 ครั้งที่ 2 จากฮ่องกง เนเธอร์แลนด์ และเบลเยียม ซึ่งการติดเชื้อที่ฮ่องกง แสดงให้เห็นได้อย่างชัดเจนว่า การติดเชื้อครั้งแรกเป็นสายพันธุ์ V การติดเชื้อครั้งที่ 2 เป็นสายพันธุ์ G ซึ่งเป็นคนละสายพันธุ์กับครั้งแรก การติดเชื้อห่างกัน 4 เดือนครึ่ง ในการติดเชื้อครั้งแรกมีการตรวจวัดภูมิคุ้มกัน ไม่สามารถตรวจพบภูมิคุ้มกันในช่วง 10 วันแรกของการติดเชื้อครั้งแรก มาตรวจอีกครั้งหนึ่งใน 3 วันแรกของการติดเชื้อครั้งที่ 2 ก็ยังไม่พบภูมิคุ้มกัน ภูมิคุ้มกันเริ่มเกิดขึ้นหลังวันที่ 5 ไปแล้วของการติดเชื้อครั้งที่ 2 อย่างไรก็ตาม ทั้ง 3 รายที่ติดเชื้อในประเทศต่าง ๆ ครั้งที่ 2 มีอาการไม่รุนแรง ซึ่งไวรัสโคโรนาที่พบในโรคทางเดินหายใจตัวอื่น ภูมิคุ้มกันเกิดขึ้นไม่ได้

ยาวนาน ก็พบว่าเป็นแล้วเป็นซ้ำได้อีก ส่วนภูมิคุ้มกันของโควิด 19 จากการศึกษาของศูนย์ไวรัสฯ ในผู้ที่ติดเชื้อแล้ว หลัง 4 สัปดาห์ ตรวจไม่พบประมาณ 10 เปอร์เซ็นต์ โดยเฉพาะผู้ที่มีอาการน้อย ภูมิคุ้มกันจะสูง ในผู้ที่มีอาการมากหรือมีปอดบวม การกลับมาติดเชื้อซ้ำจึงมีความเป็นไปได้ โดยเฉพาะผู้ที่ติดเชื้อแล้วมีภูมิคุ้มกันต่ำหรือตรวจไม่พบภูมิคุ้มกันเกิดขึ้น ซึ่งในการกลับมาเป็นซ้ำใหม่ ถ้ามีอาการน้อยหรือเป็นเพียงแค่หวัดก็น่าจะยอมรับได้ แต่ที่สำคัญการจะเป็นผู้แพร่กระจายเชื้อ ยังต้องมีการศึกษาข้อมูลอย่างละเอียดมากกว่านี้ ทั้งนี้ ข้อมูลดังกล่าวจะมีผลต่อการศึกษาในบทบาทของวัคซีนในการป้องกันโรค เพราะฉะนั้นการศึกษาระบบภูมิคุ้มกันและการคงอยู่ของระบบภูมิคุ้มกันของโรคโควิด 19 จึงมีความสำคัญยิ่ง โดยเฉพาะต่อการป้องกันโรคด้วยวัคซีนที่จะมีต่อไปในอนาคต

3) การฟักตัว WHO (2020); มหาวิทยาลัยมหิดล. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี (2563) กล่าวว่า ระยะฟักตัว (Incubation period, IP) หมายถึง ระยะเวลาดังแต่รับเชื้อจนถึงเริ่มมีอาการป่วย โดยระยะฟักตัวของโรคโควิด 19 เท่ากับ 2-14 วัน ซึ่งเป็นเหตุผลที่ให้ผู้สัมผัสโรคกักกันตัวจากคนอื่น 14 วัน โดยปัจจัยที่มีผลต่อระยะฟักตัว ได้แก่ ปริมาณของเชื้อไวรัสที่ได้รับ ถ้ามากจะทำให้เกิดโรคเร็ว คือ ระยะฟักตัวสั้น, ทางเข้าของเชื้อโรค เช่น ไวรัสโควิด 19 หากเข้าสู่ปอดโดยตรงทางจมูกและปากจะเกิดโรคเร็วกว่าการรับเชื้อทางเยื่อเมือก, ความเร็วของการเพิ่มจำนวนไวรัสในร่างกายมนุษย์, สุขภาพของผู้ที่ได้รับเชื้อ และปฏิกิริยาทางภูมิคุ้มกันของผู้ติดเชื้อต่อไวรัส ซึ่งมีผลทั้งในการกำจัดเชื้อและการอักเสบ โดยมีผลให้เกิดอาการของโรค เช่น ไข้ ไอ หอบ

ส่วน ยง ภู่วรรณ และ ยืน ภู่วรรณ (2563) กล่าวถึงความเป็นไปที่จะพบเชื้อในผู้ที่ผ่านการกักกันโรคมาแล้ว 14 ว่า ระยะฟักตัวของโรคส่วนใหญ่จะเป็น 2 ถึง 7 วัน อาจพบได้ถึง 14 วัน และอาจจะเป็นไปได้ไม่น้อยมากถึง 21 วัน ดังนั้นในทางปฏิบัติผู้ที่พ้นระยะการกักกันโรคและ 14 วัน มักจะแนะนำให้ไปกักกันที่บ้านต่ออีก 14 วัน เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการป้องกัน การกระจายโรค ดังนั้นการตรวจพบเชื้อหลังจาก 14 วันไปแล้วก็สามารถเกิดขึ้นได้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีการติดเชื้อเกิดขึ้นในช่วง 14 วัน ที่อยู่ในสถานที่กักกัน ดังที่เคยเกิดขึ้นในอดีต เช่น ในเรือสำราญ ดังนั้นในสถานที่กักกันจึงต้องเคร่งครัด ไม่ให้มีการพบปะกันระหว่างผู้ที่กักกันด้วยกันหรือบุคคลภายนอก

4) การแพร่เชื้อ CDC (2020) กล่าวว่า โรคโควิด 19 แพร่เชื้อโดยการสัมผัสใกล้ชิดจากคนสู่คนเป็นหลัก ระหว่างคนที่สัมผัสใกล้ชิดกัน (ในระยะประมาณ 6 ฟุต) ผ่านละอองทางเดินหายใจที่เกิดขึ้น เมื่อผู้ติดเชื้อไอจามหรือพูดคุยน ละอองเหล่านี้สามารถตกลงในปากหรือจมูกของผู้ที่อยู่ใกล้เคียง หรืออาจถูกสูดเข้าปอดของบุคคลผู้นั้นได้ และยังกล่าวอีกว่า ไวรัสที่เป็นสาเหตุของโควิด 19 นี้ สามารถแพร่กระจายระหว่างคนได้ง่ายและยั่งยืน โดยข้อมูลจากการระบาดของโควิด 19 ที่กำลังดำเนินการศึกษาอยู่ในขณะนี้ชี้ให้เห็นว่า ไวรัสนี้แพร่กระจายได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าไข้หวัดใหญ่ แต่ไม่มีประสิทธิภาพเท่ากับโรคหัด ซึ่งโดยทั่วไปยังบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอย่างใกล้ชิดและนาน

เท่าใด ความเสี่ยงของการแพร่เชื้อของโควิด 19 ก็จะมีสูงขึ้นตามไปด้วยเท่านั้น สอดคล้องกับ กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค (2563) ที่กล่าวว่า ไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 สามารถแพร่กระจายเชื้อได้ โดยพบว่าไวรัสชนิดนี้มีความเป็นไปได้ที่มีสัตว์เป็นแหล่งรังโรค ส่วนใหญ่แพร่กระจายผ่านการสัมผัสกับผู้ติดเชื้อ ผ่านทางละอองเสมหะ (Droplet) จากการไอ จาม น้ำมูก น้ำลาย การขี้น้ำตา (เชื้อผ่านเยื่อตา) สัมผัสใบหน้าและปาก และสอดคล้องกับ ยง ภู่วรรณ และ ยืน ภู่วรรณ (2020) ที่กล่าวว่า การแพร่เชื้อของโรคโควิด 19 มีวิธีการติดต่อโรคหลัก ๆ คือ การติดต่อจากคนสู่คน ซึ่งโดยทั่วไปจะเกิดจากละอองของสารคัดหลั่งจากระบบการหายใจของบุคคลที่ติดเชื้อ ที่แพร่ออกมาจากการไอ หรือจาม หรือการสั่นน้ำมูก อีกทั้งการติดต่อหรือการแพร่กระจายโรคโควิด 19 ได้ดีนั้นจะเกิดในกลุ่มคนหมู่มากที่มีการใช้เสียงตะโกน พูดเสียงดัง เช่น ในกิจกรรมทางศาสนา สถานบันเทิง สนามกีฬา การชุมนุมทางการเมือง เชื้อแพร่กระจายได้ดีในที่อับ ปกปิด อากาศถ่ายเทไม่ดี มากกว่าที่โล่งแจ้ง โรคแพร่กระจายได้ดีตั้งแต่เริ่มก่อนมีอาการ หรือในผู้ไม่มีอาการก็สามารถแพร่กระจายโรคได้ การแพร่กระจายจะเข้าสู่เมืองใหญ่ก่อน แล้วค่อยกระจายไปสู่เมืองเล็กและชนบท และจากผู้ใหญ่มาก่อนไปสู่เด็ก ส่วนในเด็กเล็กจะมีอาการน้อย แต่มีปริมาณไวรัสสูงบริเวณลำคอมากกว่าเด็กโตหรือผู้ใหญ่ การแพร่กระจายสู่เด็กด้วยกันในวัยเรียนสามารถเกิดขึ้นได้ และเด็กจะนำโรคกลับบ้านไปติดให้กับผู้ใหญ่อีกทอดหนึ่งเป็นการย้อนกลับ ดังนั้นทั้งเด็กและผู้ใหญ่จึงควรทำตามข้อแนะนำเรื่องการกักตัวและการแยกตัวหากมีความเสี่ยงต่อการสัมผัสโรคหรือมีอาการต่าง ๆ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่เด็กควรหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีความเสี่ยงสูงที่จะมีอาการรุนแรง นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค (2563) ยังระบุอีกว่า ผู้ป่วย 1 ราย สามารถแพร่เชื้อให้คนอื่นได้เฉลี่ย 2-4 คน

CDC (2020) ยังกล่าวอีกว่า ไวรัสอาจแพร่กระจายด้วยวิธีอื่น ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าคน ๆ หนึ่งสามารถติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ได้โดยการสัมผัสพื้นผิวหรือวัตถุที่มีเชื้อไวรัส จากนั้นเมื่อบุคคลผู้นั้นไปสัมผัสปาก จมูก หรือตาของตนเองก็อาจทำให้ได้รับเชื้อและติดเชื้อได้ แต่ลักษณะดังกล่าวไม่ถือว่าเป็นวิธีหลักในการแพร่เชื้อของไวรัสแต่อย่างใด ทั้งนี้ยังต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป สอดคล้องกับ กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค (2563) ที่กล่าวว่า ยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนว่าไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 อยู่บนพื้นผิวได้นานเพียงใด ขณะที่ข้อมูลเบื้องต้นแสดงให้เห็นว่าไวรัสอาจอยู่รอดได้ในไม่กี่ชั่วโมง โดยน้ำยาฆ่าเชื้อสามารถฆ่าเชื้อไวรัสไม่ให้อาจแพร่เชื้อได้ แต่ปัจจุบัน (สิงหาคม พ.ศ. 2563) ยังไม่มีหลักฐานสนับสนุนการแพร่กระจายเชื้อผ่านทางพื้นผิวสัมผัสที่มีไวรัสแล้วมาสัมผัสปาก จมูก และตา

ส่วนการแพร่เชื้อไวรัสโควิด 19 จากสัตว์สู่คนถือว่าอยู่ในระดับต่ำ แต่ปรากฏว่าไวรัสที่เป็นสาเหตุของโรคโควิด 19 นั้นสามารถแพร่กระจายจากคนสู่สัตว์ได้ในบางสถานการณ์ ซึ่ง CDC (2020) ตระหนักถึงสัตว์เลี้ยงจำนวนไม่น้อยทั่วโลก รวมถึงแมวและสุนัขที่มีรายงานว่าติดเชื้อ

ไวรัสที่ทำให้เกิดโรคโควิด 19 ด้วย ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อโควิด 19 ดังนั้นผู้ที่เลี้ยงสัตว์จึงควรเรียนรู้ถึงแนวทางปฏิบัติที่ป้องกันการแพร่เชื้อจากคนสู่สัตว์ด้วย

นอกจากนี้โรคโควิด 19 ยังสามารถแพร่กระจายโดยผู้ที่ไม่แสดงอาการใด ๆ ได้ ซึ่งสอดคล้องกับ สภาอากาศไทย. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (2563) ที่กล่าวว่า มีการแพร่เชื้อโดยไม่แสดงอาการ โดยการแพร่เชื้อที่สำคัญที่สุดมาจากคนหนุ่มสาวที่แข็งแรงและไม่แสดงอาการใด ๆ ซึ่งมีรายงานอธิบายและยืนยันจากวารสารต่าง ๆ ทั่วโลกเกี่ยวกับการแพร่เชื้อโดยไม่แสดงอาการ ได้แก่ จากกรณีศึกษาสำคัญในเรือสำราญ Diamond Princess ซึ่งระยะแรกมีการตรวจโรคและพบผู้ติดเชื้อเพียงประมาณ 700 ราย โดยอีกร้อยละ 18 พบว่าไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ จากรายงานในวารสาร Science (ฉบับวันจันทร์ที่ 16 มีนาคม พ.ศ. 2563) ที่วิเคราะห์สถานการณ์ก่อนวันพฤหัสบดีที่ 23 มกราคม พ.ศ. 2563 ว่า ในประเทศจีนยังไม่ได้ห้ามการเดินทาง และพบว่ามีผู้ติดเชื้อไม่มีอาการสูงกว่าที่คาดไว้ ซึ่งส่งผลให้ตัวเลขจริงอาจจะสูงกว่าตัวเลขที่รายงานไปแล้วหลายเท่า จากวารสารโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ (EID วันจันทร์ที่ 16 มีนาคม พ.ศ. 2563) แสดงให้เห็นว่ามีคนจำนวนมากถึงร้อยละ 12.6 ที่แพร่เชื้อได้ก่อนที่จะแสดงอาการ จากวารสาร Nature (Nature news) วันศุกร์ที่ 20 มีนาคม พ.ศ.2563 ตอกย้ำถึงการแพร่เชื้อโดยไม่แสดงอาการ และจาก South China morning post ซึ่งรายงานเมื่อวันอาทิตย์ที่ 22 มีนาคม พ.ศ. 2563 ว่า จากการรวบรวมข้อมูลทั้งในสาธารณรัฐประชาชนจีนและเกาหลีใต้พบว่า ผู้ติดเชื้อที่ไม่แสดงอาการสามารถแพร่เชื้อได้อาจมีจำนวนมากถึงร้อยละ 30 และสอดคล้องกับ กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค (2563) ที่กล่าวว่า มีรายงานบางฉบับระบุว่าผู้ป่วยที่ไม่แสดงอาการก็สามารถแพร่เชื้อได้ ซึ่งยังไม่เป็นที่ทราบกันว่ากรณีนี้เกิดขึ้นมากน้อยเท่าใด ซึ่งองค์การอนามัยโลกกำลังทำการศึกษาวิจัยเรื่องการแพร่เชื้อและจะเผยแพร่ข้อค้นพบที่ได้ในลำดับต่อไป

จากข้อมูลข้างต้นสรุปได้ว่า การดำเนินโรคโควิด 19 แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่

- 1) การรับเชื้อ คือ คนปกติสามารถรับเชื้อโรคโควิด 19 ได้จากผู้ติดเชื้อผ่านทางละอองของสารคัดหลั่งในระบบหายใจ (น้ำลาย เสมหะ น้ำมูก) แล้วอาจจะนำเข้าสู่ร่างกายทางตา จมูก ปาก จนเกิดการติดเชื้อตามมาและเป็นแหล่งแพร่เชื้อต่อไปได้
- 2) การติดเชื้อ คือ การที่ไวรัสเข้าไปเกาะติดและแบ่งตัวในเซลล์ของเยื่อทางเดินหายใจ ทำให้เป็นผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยที่มีทั้งแสดงอาการและไม่แสดงอาการ
- 3) การฟักตัว คือ ระยะของโรคตั้งแต่รับเชื้อจนถึงเริ่มมีอาการป่วย โดยระยะฟักตัวเท่ากับ 2-14 วัน
- 4) การแพร่เชื้อ คือ การแพร่กระจายของเชื้อก่อโรค ซึ่งโรคโควิด 19 จะแพร่เชื้อโดยการสัมผัสจากคนสู่คนเป็นหลัก ระหว่างคนที่สัมผัสใกล้ชิดกัน (ในระยะประมาณ 6 ฟุต) ผ่านละอองสารคัดหลั่งจากระบบการหายใจของบุคคลที่ติดเชื้อที่แพร่ออกมาจากการไอ หรือจาม หรือการส่งน้ำมูก ซึ่งละอองเหล่านี้สามารถตกลงไปในปากหรือจมูกของผู้ที่อยู่ใกล้เคียง หรืออาจถูกสูดเข้าปอดของบุคคลผู้นั้นได้

นอกจากนี้ โควิด 19 อาจแพร่เชื้อได้โดยการสัมผัสพื้นผิวหรือวัตถุที่มีเชื้อไวรัส จากนั้นเมื่อบุคคลผู้นั้นไปสัมผัสตา จมูก หรือปากของตนเองก็อาจทำให้ได้รับเชื้อและติดเชื้อได้ ทั้งนี้ยังต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป อีกทั้งโควิด 19 ยังอาจแพร่กระจายโดยผู้ที่ไม่แสดงอาการใด ๆ ได้อีกด้วย

3.3.6 ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด 19

โรคโควิด 19 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่น่าจะมีความรุนแรงและขยายวงกว้างไปในหลายประเทศทั่วโลกอย่างรวดเร็ว เนื่องจากเป็นโรคที่ยังต้องอาศัยการศึกษาวิจัยเพื่อค้นหาวิธีการป้องกันและรักษา จึงส่งผลกระทบอย่างต่อเนื่องต่อประชากรโลกที่ต้องเผชิญกับวิกฤตการระบาดของโรคดังกล่าว ทำให้ต้องมีการแก้ไขปัญหาอย่างเร่งด่วนไปพร้อม ๆ กับการปรับตัวในหลากหลายด้านตามไปด้วย ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด 19 ในประเทศไทย นอกเหนือจากผลกระทบโดยตรงที่มีต่อสุขภาพทางกายของผู้ป่วยแล้ว ยังส่งผลกระทบในด้านอื่น ๆ ด้วย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) ผลกระทบต่อระบบสาธารณสุข ทำให้ทั้งหน่วยงาน เจ้าหน้าที่ และบุคคลที่เกี่ยวข้องกับระบบสาธารณสุขต้องทำงานที่มีความยากอย่างหนักเพื่อรับมือกับวิกฤตการระบาดของโรค โดยหน่วยงานหลัก เช่น กระทรวงสาธารณสุข ต้องดำเนินการทั้งการปฏิบัติงาน ติดตามการปฏิบัติงาน การป้องกันและควบคุมการระบาด และการรักษาผู้ป่วยโรคโควิด 19 ซึ่งเมื่อสถานการณ์ภายในประเทศมีการพบผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นก็ย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ที่ต้องเผชิญกับความเสี่ยงต่อการรับเชื้ออยู่ตลอดเวลา จึงเกิดปรากฏการณ์ในการสร้างขวัญและกำลังใจให้กับบุคลากรทางการแพทย์ในเวลาต่อมา และที่สำคัญยังส่งผลต่อขีดความสามารถของสถานพยาบาลมากขึ้นตามไปด้วย ทำให้เสียโอกาสในการดูแลผู้ป่วยปกติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยเรื้อรังที่ไม่ได้ติดเชื้อโรคโควิด 19 เนื่องจากสถานพยาบาลต้องปรับเปลี่ยนแนวทางการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนทั่วไป นอกจากนี้ยังส่งผลให้เกิดภาวะการขาดแคลนโลหิตในธนาคารเลือดด้วย ทั้งนี้มีสาเหตุมาจากผู้บริจาคมีจำนวนลดลงอย่างมาก ผู้คนลดการเดินทางตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรค รวมถึงส่วนหนึ่งอาจหวาดกลัวการติดเชื้อโควิด 19 จากการบริจาคเลือดด้วย

2) ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ ตามมาตรการการควบคุมโรค เช่น การลดการเดินทางเข้าออกพื้นที่ การปิดสถานที่ ปิดสถานการค้า การใช้มาตรการ Social distancing ฯลฯ ย่อมมีผลกระทบต่อการขับเคลื่อนทางด้านเศรษฐกิจของประเทศ ธุรกิจการค้าและอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวต้องหยุดชะงักและซบเซา เกิดภาวะการตกงาน การสูญเสียรายได้ และการว่างงานของประชาชน ทำให้คุณภาพชีวิตต่างย่ำแย่ไปตาม ๆ กัน นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบที่สำคัญอีกด้าน คือ เกิดปัญหาการเก็งกำไรหรือการกักตุนสินค้า และการขาดแคลนสินค้าที่จำเป็น เช่น อุปกรณ์ทางการแพทย์ หน้ากากอนามัย เจลแอลกอฮอล์ล้างมือ เป็นต้น

3) ผลกระทบทางด้านสังคม จากมาตรการที่เข้มข้นในการต่อสู้กับโรคระบาดดังกล่าวทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคมหลายประการ ทุกคนต้องปรับตัวให้เข้ากับวิถีชีวิตแบบใหม่ (New normal) รวมถึงต้องมีความรับผิดชอบต่อตนเองและสังคม โดยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามมาตรการของรัฐบาลอย่างเคร่งครัด บางคนอาจจะต้องเรียนรู้และทำความเข้าใจสื่อดิจิทัลเพิ่มมากขึ้นเพื่อตอบสนองต่อวิถีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ไม่ว่าจะเป็นด้านการเรียน การทำงาน ตลอดจนการดำรงชีวิตประจำวัน ทำให้ผู้ที่มิชดจำกัดของความสามารถในการใช้เทคโนโลยีหรือการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมยุคใหม่เฉพาะกิจนี้ได้และต้องเผชิญกับความเครียด ความกดดันในชีวิต ซึ่งนำไปสู่การเกิดผลกระทบทางลบต่อสุขภาพของครุวม โดยเฉพาะสุขภาพทางกาย และสุขภาพทางจิตตามมา

4) ผลกระทบทางด้านจิตใจ จากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 นอกจากจะทำให้ระดับความเครียดของบุคลากรทางสาธารณสุขเพิ่มสูงขึ้นแล้ว ในด้านประชาชนที่ต้องเสพสื่อและติดตามข่าวสารมากมายที่หลั่งไหลเข้ามาเกี่ยวกับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 อย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีทั้งสื่อที่น่าเชื่อถือที่แท้จริงที่เกิดขึ้นและสื่อที่มีเนื้อหาบิดเบือนหรือ Fake News ก็ทำให้หลายคน โดยเฉพาะประชากรกลุ่มเปราะบางต่อปัญหาสุขภาพจิต ต้องเผชิญกับความกลัว ความเครียด วิตกกังวล หวาดระแวง ที่หนักไปกว่านั้น คือ บางคนอาจเสียสุขภาพจิตจนเกิดอาการคล้ายกับผู้ที่เป็นโรคความผิดปกติทางจิตภายหลังภัยอันตราย (Post-Traumatic Stress Disorder: PTSD) กล่าวคือ มีอาการนอนไม่หลับ หวาดกลัว ตื่นตัว สะดุ้ง ไม่มีสมาธิในการทำงาน เครียดง่าย (ยง ภู่วรวรรณ และ ยืน ภู่วรวรรณ, 2563) นอกจากนี้เนื่องด้วยมาตรการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นทำให้วิถีชีวิตของผู้คนต้องเปลี่ยนไปทั้งในการทำงาน การเรียน การดำรงชีวิต บางคนต้องถูกพักงาน ทำให้สูญเสียรายได้ ในการเลี้ยงชีพ จนประสบภาวะความเครียดทางการเงิน ส่วนนักเรียนและนักศึกษาที่ต้องหยุดเรียนหรือปรับมาเรียนการสอนมาเป็นรูปแบบออนไลน์ก็ทำให้บางคนเกิดความเครียดกับการปรับตัวไม่น้อย จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการฟื้นฟูจิตใจหลังจากนี้

5) ผลกระทบทางการศึกษา การเกิดสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 มีผลกระทบกับการศึกษาเป็นอย่างมากในทุกประเทศที่มีการระบาดของโรค นักเรียนและนักศึกษาทั่วโลกมากกว่า 1,500 ล้านคนต้องหยุดการเรียนการสอนในโรงเรียน (ยง ภู่วรวรรณ และ ยืน ภู่วรวรรณ, 2563) ทำให้การดำเนินการทางการศึกษาต้องหยุดหรือขาดตอนไป สำหรับในประเทศไทยในช่วงแรกได้มีการปรับเปลี่ยนการเรียนการสอนเป็นการสอนทางไกล เรียนที่บ้าน โดยใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วย ซึ่งการเรียนการสอนแบบออนไลน์ดังกล่าวทำให้ทั้งเด็กและผู้ปกครอง รวมถึงครูอาจารย์จำเป็นต้องปรับตัวอย่างหนักภายในระยะเวลาอันสั้น เนื่องจากไม่ใช่ระบบการศึกษาตามปกติที่เคยมีมา แม้ว่าในช่วงหลังเปิดภาคเรียนจะใช้การเรียนการสอนในโรงเรียนที่เกือบจะเป็นปกติ แต่ก็มีมีการปรับเปลี่ยน

ระบบการศึกษาและรูปแบบการใช้ชีวิตร่วมกันตามวิถีชีวิตแบบ New normal ซึ่งในส่วนนี้ก็ยังต้องอาศัยการเรียนรู้และมีการปรับตัวกันไปอีกในระยะยาว

สรุปโดยภาพรวมของผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด 19 จะพบว่าสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ส่งผลกระทบต่อหลายภาคส่วนและหลายด้าน ทั้งในด้านระบบสาธารณสุข เศรษฐกิจ สังคม จิตใจ และการศึกษา โดยในด้านระบบสาธารณสุขส่งผลให้บุคลากรทางการแพทย์ต้องทำงานอย่างหนักท่ามกลางความเสี่ยงของโรค การให้บริการทางสาธารณสุขแก่ผู้ป่วยปกติและประชาชนทั่วไปไม่เพียงพอ ทางด้านเศรษฐกิจเสียหายอย่างหนัก ธุรกิจการค้าและอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวต้องหยุดชะงัก ประชาชนต้องสูญเสียรายได้และเกิดปัญหาวิกฤตการว่างงานตามมา ทางด้านสังคมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต ทุกคนต้องปรับตัวให้เข้ากับวิถีชีวิตแบบใหม่ (New normal) ทางด้านจิตใจทำให้ระดับความเครียดของบุคลากรทางสาธารณสุขและประชากรเพิ่มสูงขึ้น และเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมาได้ ส่วนทางด้านการศึกษาทำให้การดำเนินกิจกรรมทางการศึกษาต้องหยุดหรือขาดตอนไป จึงหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่นักเรียน นักศึกษา ผู้ปกครอง ครู อาจารย์ และบุคลากรทางการศึกษาต้องเร่งเรียนรู้และปรับตัวให้เข้ากับระบบการศึกษาใหม่ภายในระยะเวลาอันรวดเร็ว

3.3.7 การตรวจวินิจฉัยโรคโควิด 19

กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค (2563) กล่าวว่า เนื่องด้วยข้อจำกัดของเครื่องมือที่มีราคาสูง ประกอบกับการเกิดโรคโควิด 19 ต้องมีระยะฟักตัว ดังนั้นการตรวจคัดกรองเชื้อโควิด 19 จึงใช้เฉพาะกับผู้สัมผัสหรือผู้สงสัยติดเชื้อเท่านั้น ไม่ใช่เพื่อยืนยันการไม่ติดเชื้อในบุคคลทั่วไป เนื่องจากไม่สามารถรับรองได้ว่าไม่ได้อยู่ในระยะฟักตัวหรือจะไม่ติดเชื้อหลังจากการตรวจ จึงทำให้ในปัจจุบัน (สิงหาคม พ.ศ. 2563) ประเทศไทยยังไม่มีกรมสุ่มตรวจผู้ติดเชื้อโควิด 19 ในประชากรทั่วไป ตรวจเฉพาะกลุ่มเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเดิมหรือผู้ที่มีอาการชัดเจนเท่านั้น สอดคล้องกับ ยง ภูวรวรรณ และ ยืน ภูวรวรรณ (2563) ที่กล่าวว่า ในการป้องกันการระบาดของเชื้อโควิด 19 ได้ดีที่สุดอย่างหนึ่ง คือ การค้นหาผู้ป่วยให้พบโดยเร็วที่สุด แล้วทำการคัดแยก เพื่อการรักษาและป้องกันการแพร่เชื้อต่อไปยังผู้อื่น แต่เนื่องจากผู้ที่ได้รับเชื้ออาจจะยังไม่แสดงอาการหรือผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีอาการไม่มาก อีกทั้งกระบวนการตรวจเชื้อโควิด 19 มีกระบวนการที่ยุ่งยากและต้องใช้ห้องปฏิบัติการ จึงต้องมีการคัดกรองเบื้องต้นในการหาผู้ต้องสงสัย เพื่อให้การตรวจหาผู้ป่วยมีประสิทธิภาพสูงสุด

1) กลุ่มเสี่ยงและการคัดกรอง กระทรวงสาธารณสุข. กรมการแพทย์ (2563) มีหลักเกณฑ์สอบสวนโรค หาผู้ที่อยู่ในข่ายที่จะตรวจหาเชื้อ (Patient Under Investigation: PUI) เพื่อส่งตรวจโดยใช้เงื่อนไขเริ่มจาก หากบุคคลใดที่มีไข้ มีอาการไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ หายใจเหนื่อยหรือหายใจ

ลำบาก ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ และที่เพิ่มล่าสุด คือ อาการจุกไม่ไ้กลืน หรือผู้ป่วยที่มีประวัติมีไข้ และอุณหภูมิร่างกายสูงกว่า 37.5 องศาเซลเซียส จึงจะเป็นผู้ที่อยู่ในข่ายที่จะตรวจหาเชื้อ ซึ่งผู้ถูกตรวจ ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุข (2563) ได้เฝ้าระวังโรคโควิด 19 อย่างเป็นระบบ โดยมีการเฝ้าระวัง 3 ส่วนหลัก ๆ คือ 1. ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ 2. กลุ่มผู้สงสัยติดเชื้อโควิด 19 ที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (Patient Under Investigation: PUI) และ 3. การสอบสวนโรคในกลุ่มผู้สัมผัสกับผู้ติดเชื้อ ซึ่งนิยามผู้สงสัยติดเชื้อที่เข้าเกณฑ์ PUI แบ่งเป็น 4 กรณี (ปรับปรุงข้อมูลเมื่อวันที่ 23 มิถุนายน 2563) ดังนี้

(1) กรณีที่ 1 การเฝ้าระวังที่ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ อุณหภูมิร่างกาย ตั้งแต่ 37.3 องศาเซลเซียสขึ้นไป หรืออาการของระบบทางเดินหายใจอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ ไอ น้ำมูก เจ็บคอ ไม่ได้กลืน หายใจเร็ว หายใจเหนื่อย หรือหายใจลำบาก ร่วมกับปัจจัยเสี่ยงมีประวัติเดินทางไปยัง หรือมาจากต่างประเทศทุกเที่ยวบิน ทุกช่องทางระหว่างประเทศ ต้องเข้าสู่มาตรการการกักกัน โดยในกรณีตรวจไม่พบเชื้อกักกันอย่างน้อย 14 วัน หรือเป็นไปตามมาตรการที่รัฐบาลกำหนด

(2) กรณีที่ 2 การเฝ้าระวังในผู้สงสัยติดเชื้อ/ผู้ป่วย โดยจำแนกเป็น 2 กรณีย่อย ดังนี้

- กรณีย่อยที่ 2.1 ผู้สงสัยติดเชื้อที่มีอาการ ได้แก่ อาการของระบบทางเดินหายใจอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ ไอ น้ำมูก เจ็บคอ ไม่ได้กลืน หายใจเร็ว หายใจเหนื่อย หรือหายใจลำบาก และ/หรือประวัติมีไข้ หรืออุณหภูมิร่างกายตั้งแต่ 37.5 องศาเซลเซียสขึ้นไป ร่วมกับปัจจัยเสี่ยง คือ การมีประวัติในช่วงเวลา 14 วันก่อนวันเริ่มป่วยอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยแบ่ง 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงสูง คือ มีประวัติเดินทางไปยัง หรือมาจาก หรืออยู่อาศัยในพื้นที่เกิดโรคในช่วงเวลานั้น สัมผัสกับผู้ป่วยยืนยันโรคโควิด 19 ไปในสถานที่ชุมนุมชน หรือสถานที่ที่มีการรวมกลุ่มคนที่มีการรายงานผู้ป่วยยืนยันฯ เช่น ตลาดนัด ห้างสรรพสินค้า สถานพยาบาล หรือขนส่งสาธารณะ และกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่ำ คือ ประกอบอาชีพที่เกี่ยวข้องกับนักท่องเที่ยว สถานที่แออัด หรือติดต่อกับคนจำนวนมาก ไปในสถานที่ชุมนุมชน หรือสถานที่ที่มีการรวมกลุ่มคน เช่น ตลาดนัด ห้างสรรพสินค้า สถานพยาบาล หรือขนส่งสาธารณะ ต้องเข้าสู่มาตรการการกักกัน โดยกรณีตรวจไม่พบเชื้อกักกันอย่างน้อย 14 วัน กรณีตรวจพบเชื้อให้รักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติของโรคที่เป็น

- กรณีย่อยที่ 2.2 ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ร่วมกับปัจจัยเสี่ยง คือ ไม่พบสาเหตุที่ชัดเจน หรือแพทย์ผู้ตรวจรักษาสงสัยว่าเป็นโรคโควิด 19 ต้องเข้าสู่มาตรการการกักกัน โดยกรณีตรวจไม่พบเชื้อให้รักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติของโรคที่เป็น

(3) กรณีที่ 3 การเฝ้าระวังในบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข อาการของระบบทางเดินหายใจอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ ไอ น้ำมูก เจ็บคอ ไม่ได้กลืน หายใจเร็ว หายใจเหนื่อย หรือหายใจลำบาก และ/หรือประวัติมีไข้ หรืออุณหภูมิร่างกายตั้งแต่ 37.5 องศาเซลเซียสขึ้นไป

หรือปอดอักเสบ ร่วมกับปัจจัยเสี่ยง คือ แพทย์ผู้ตรวจรักษาสงสัยว่าเป็นโรคโควิด 19 หรือมีประวัติสัมผัสผู้ป่วย/ผู้สงสัยว่าป่วยฯ ต้องเข้าสู่มาตรการการกักกัน โดยกรณีตรวจพบเชื้อให้รักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติของโรคที่เป็น

(4) กรณีที่ 4 การเฝ้าระวังผู้มีอาการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเป็นกลุ่มก้อน ผู้มีอาการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเป็นกลุ่มก้อน (cluster) ตั้งแต่ 5 รายขึ้นไปในสถานที่เดียวกัน (กรณีโรงเรียน ในห้องเรียนเดียวกัน) ร่วมกับปัจจัยเสี่ยง คือ เป็นกลุ่มก้อนในสถานที่และช่วงสัปดาห์เดียวกัน โดยมีความเชื่อมโยงทางระบาดวิทยา ต้องเข้าสู่มาตรการการกักกัน โดยกรณีตรวจพบเชื้อให้รักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติของโรคที่เป็น

ทั้งนี้ การประกาศรายงานผลผู้ติดเชื้อโควิดจะใช้หลักตามมาตรฐานสากลที่ใช้กันทั่วโลก คือ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตรวจพบสารพันธุกรรมของไวรัสโควิด 19 ส่วนเกณฑ์ PUI จะมีการเปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์ของโรค

ส่วนผู้สงสัยติดเชื้อโรคโควิด 19 ที่เข้ารับการตรวจทางห้องปฏิบัติการมี 3 กลุ่ม คือ

(1) กลุ่ม PUI ซึ่งได้รับการตรวจวินิจฉัยตามดุลยพินิจของแพทย์ หรือกรณีผู้ที่มีอาการแต่ไม่เข้าเกณฑ์ PUI แต่หากแพทย์พิจารณาส่งตรวจก็สามารถส่งตรวจได้เช่นกัน ทั้งนี้ กรณีที่กลุ่ม PUI มีอาการของโรคจะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แต่ในกรณีที่ตรวจแล้วไม่พบเชื้อแพทย์จะรักษาตามอาการและกักตัวที่บ้าน 14 วัน ส่วนกลุ่ม PUI ที่ไม่มีอาการหรืออาการเล็กน้อยจะให้กลับบ้าน แต่ต้องแยกกักตัวสังเกตอาการ 14 วัน โดยเมื่อได้รับผลการตรวจจากห้องปฏิบัติการแล้ว โรงพยาบาลจะแจ้งผลให้ทราบ ถ้าตรวจพบเชื้อจะรับกลับมารักษา

(2) กลุ่มผู้สัมผัสเสี่ยงสูง แบ่งเป็น กลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูงที่ต้องเก็บตัวอย่างส่งตรวจแม้ไม่มีอาการ ประกอบด้วย สมาชิกในบ้านทุกคน, บุคลากรทางการแพทย์หรือสาธารณสุขที่สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยโดยไม่ได้สวม PPE (Personal Protective Equipment) ที่เหมาะสม และผู้ที่คลุกคลีใกล้ชิดกับผู้ป่วยอย่างชัดเจนโดยไม่สวมหน้ากากป้องกัน ส่วนกลุ่มสัมผัสที่อยู่ในข่ายต้องเก็บตัวอย่างส่งตรวจเมื่อมีอาการ ประกอบด้วย ผู้ท่องเที่ยวร่วมกลุ่ม, ผู้โดยสารขนส่งสาธารณะนั่งแถวเดียวกัน สองแถวหน้า และสองแถวหลัง, พนักงานบนเครื่องบิน โชนผู้ป่วย, เจ้าหน้าที่ด่านที่ตรวจผู้ป่วย, ผู้ป่วยอื่นที่อยู่ห้องเดียวกัน และผู้ร่วมงาน/ร่วมโรงเรียนที่พบปะกับผู้ป่วย ทั้งนี้ผู้สัมผัสเสี่ยงสูงจะต้องกักตัว 14 วันทุกราย ดังนั้นแม้ไม่ได้รับการตรวจก็ต้องกักตัว ถ้ามีอาการป่วยจึงจะเข้าเกณฑ์ PUI และได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

(3) ผู้สงสัยว่าป่วยหรือติดเชื้อ กลุ่มนี้หากไม่เข้าเกณฑ์ PUI ก็ยังสามารถส่งเบิกค่าใช้จ่ายจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ หากถ้าตรวจพบเชื้อก็รับตัวมารักษาที่โรงพยาบาล แต่หากตรวจไม่พบก็ให้แยกกักตัวสังเกตอาการ 14 วัน

2) การวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ

ยง ภู่วรรณ และ ยืน ภู่วรรณ (2563) กล่าวว่า ในช่วงเวลาที่มีการระบาดอย่างหนักในเมืองอุฮั่น การตรวจทางห้องปฏิบัติการด้วยการดูเชื้อไวรัสโดยตรงไม่สามารถทำได้ทันทั้งที่ แนวทางการวินิจฉัยที่ออกโดยโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยอุฮั่นจึงแนะนำวิธีการตรวจหาการติดเชื้อตามลักษณะทางคลินิกและความเสี่ยงทางการระบาดวิทยาประกอบกัน เพื่อให้ระบุผู้ป่วยจากโรคนี้ได้เร็ว โดยดูความเสี่ยงของผู้ป่วยที่มีโอกาสติดโรค ร่วมกับอาการมีไข้ มีผลภาพทางรังสีส่วนตัดที่ไขคอมพิวเตอร์ประมวลผลภาพ (CT Scan) โดยการวินิจฉัยทางการแพทย์ที่มีโรคปอดอักเสบ ร่วมกับการนับเม็ดเลือดขาวได้ปกติหรือลดลง หรือนับเม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์ได้ลดลง หลังจากนั้นจึงมีการศึกษาวิจัยอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งปัจจุบัน (ข้อมูลล่าสุด สิงหาคม พ.ศ. 2563) ความรู้เกี่ยวกับโรคและตัวไวรัสมีมากขึ้น จึงมีการพัฒนาเทคนิควิธีการตรวจหาเชื้อและการสร้างชุดตรวจเชื้อ ซึ่งวิธีการหลัก ๆ ที่ทั่วโลกนำไปใช้ คือ การตรวจหาตัวเชื้อ (Real-time RT-PCR) หรือการหาภูมิคุ้มกันที่ร่างกายสร้างขึ้น (Rapid test)

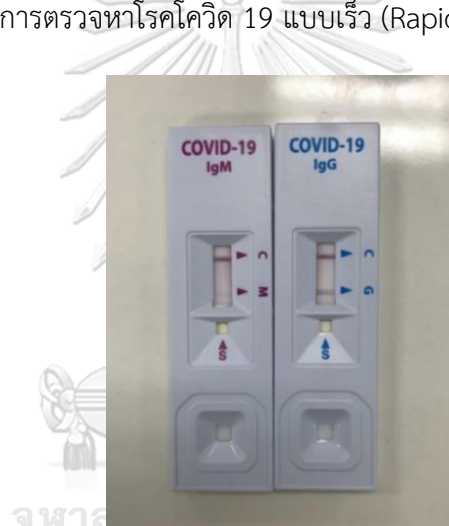
Real-time RT-PCR เป็นการตรวจหาตัวไวรัสโดยดูจากสารพันธุกรรม RNA ของไวรัสด้วยวิธีการเก็บตัวอย่างเชื้อจากโพรงจมูกด้านใน ดังภาพที่ 5 ซึ่งเป็นวิธีที่องค์การอนามัยโลกแนะนำและประเทศไทยพร้อมใช้อยู่ในปัจจุบัน (ข้อมูลล่าสุด สิงหาคม พ.ศ. 2563) องค์การอนามัยโลกแนะนำการตรวจด้วยวิธีนี้เพราะมีข้อดี คือ มีความไว มีความจำเพาะสูง สามารถทราบผลภายใน 3-5 ชั่วโมง และสามารถตรวจจับเชื้อไวรัสในปริมาณน้อย ๆ ได้ ดังนั้น ไม่ว่าจะเชื้อไวรัสนั้นคือเชื้อเป็นหรือเชื้อตาย ถ้ามีสารพันธุกรรม จาก RNA ก็สามารถตรวจจับได้หมด สารนี้มาจากสารคัดหลั่งทางเดินหายใจส่วนบนและส่วนล่างของผู้สงสัยติดเชื้อ ถือว่าเป็นวิธีที่เหมาะสมสำหรับการตรวจวินิจฉัยโรคเพื่อการรักษาที่รวดเร็วตั้งแต่ระยะแรกของการเกิดโรค



ภาพที่ 5 การเก็บตัวอย่างเชื้อจากโพรงจมูกด้านใน

แหล่งที่มา: Spekking (2020)

Rapid test เป็นชุดทดสอบแบบเร็วโดยการเจาะเลือดเพื่อนำไปตรวจหาภูมิต้านทานที่ร่างกายสร้างขึ้นมาหลังได้รับเชื้อก่อโรคโควิด 19 (ภูมิต้านทานดังกล่าวเกิดจากกลไกของร่างกายที่เมื่อรับเชื้อผ่านเข้าสู่ร่างกาย ร่างกายจะสร้างภูมิต้านทาน เพื่อต่อสู้กับเชื้อโรค หรือที่เรียกว่า แอนติบอดี (Antibody) ขึ้นมาต่อต้านสิ่งแปลกปลอมดังกล่าว) ซึ่งการตรวจวิธีนี้จะทำได้หลังจากมีอาการป่วยแล้ว 5-7 วัน หรือได้รับเชื้อมาแล้ว 10-14 วัน ร่างกายจึงจะสร้างภูมิต้านทานขึ้นมาต้านเชื้อโรค โดยจะทราบผลได้ในเวลาประมาณ 15 นาที ดังนั้นการใช้ Rapid Test ตรวจภูมิต้านทานในช่วงแรกของการรับเชื้อหรือช่วงแรกที่มีอาการ ผลการตรวจจะขึ้นลบ ซึ่งไม่ได้แสดงว่าผู้ป่วยไม่ได้ติดเชื้อโควิด 19 แต่ที่เป็นเช่นนั้นเนื่องจากภูมิต้านทานยังไม่เกิดขึ้น ทั้งนี้ การตรวจแบบ Rapid Test มีองค์ประกอบสำคัญก็คือ น้ำยาตรวจเชื้อที่องค์การอาหารและยา (อย.) อนุญาตให้เฉพาะสถานพยาบาลเท่านั้น ดังนั้นประชาชนจึงไม่ควรหาซื้อมาตรวจเอง เพราะอาจได้ผลที่บอกข้อมูลไม่ตรงกับข้อเท็จจริงและเกิดความสับสนตามมาได้ ตัวอย่างการตรวจหาโรคโควิด 19 แบบเร็ว (Rapid Test) ดังแสดงในภาพที่ 6



ภาพที่ 6 การตรวจหาโรคโควิด 19 แบบเร็ว (Rapid Test)

แหล่งที่มา: ยง ภู่วรรณ และ ยืน ภู่วรรณ (2563)

นอกจากนี้ยังมีชุดตรวจหาภูมิต้านทานที่ใช้เครื่องมือตรวจ หรือที่เรียกว่า ELISA ซึ่งปัจจุบัน (ข้อมูลล่าสุด สิงหาคม พ.ศ. 2563) มีการใช้อย่างแพร่หลาย มีความถูกต้องมากกว่าชุดตรวจแบบเร็ว แต่ต้องใช้เครื่องมือในการทำและได้ผลช้ากว่า ยง ภู่วรรณ และ ยืน ภู่วรรณ (2563) ยังกล่าวอีกว่า ในการทำชุดตรวจหาภูมิต้านทาน ถึงแม้จะเป็นการตรวจหาการรับเชื้อมาก่อนให้ได้อย่างรวดเร็ว แต่วิธีการคิดค้นจะมีหลักการคล้าย ๆ กัน คือ การศึกษาถึงความไว การจำแนกความถูกต้อง และต้องหาความจำเพาะว่ามีความจำเพาะกับไวรัสโควิด 19 เท่านั้น ไม่มีผลข้างเคียงให้ผลบวกปลอมกับไวรัสโคโรนาตัวอื่นอีก 6 ตัว โดยเฉพาะ Coronavirus ที่พบบ่อยและทำให้เกิดโรคหัด 4 ตัว ได้แก่ OC43, 229E, NL63 และ HKU1 รวมทั้ง SARS-CoV, MERS-CoV และไวรัส

ที่ทำให้เกิดโรคทางเดินหายใจอื่น ๆ อีกจำนวนมาก ดังนั้นขั้นตอนในการทำชุดตรวจจึงมีขั้นตอนมากมายกว่าจะสามารถนำมาใช้จริงได้ ซึ่งวิธีการคิดค้นในห้องปฏิบัติการนั้นทำได้ไม่ยาก แต่วิธีการที่จะให้ได้มาซึ่งความไวและความจำเพาะมีขั้นตอนมาก อุปสรรคคือการเก็บตัวอย่างไวรัสเกือบทุกชนิดของโรคทางเดินหายใจไว้เปรียบเทียบยังต้องมีปัญหา ด้วยเหตุนี้ชุดตรวจที่มาจากต่างประเทศจึงต้องผ่านการทดสอบความไว ความจำเพาะ และความถูกต้องก่อนที่จะถูกนำมาใช้ในการวินิจฉัยโรค ดังนั้นประชาชนจึงไม่ควรซื้อมาใช้เอง หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่ควรปล่อยให้มีการโฆษณาหรือซื้อขายกันได้อย่างอิสระ

ส่วน ธีระวัฒน์ เหมะจุฑา (2563) กล่าวว่า ในกรณีของผู้ที่จะเดินทางเข้ามาภายในประเทศไทย มีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการตรวจยืนยันว่าไม่มีการติดเชื้อโควิด 19 สำหรับวิธีการตรวจและเจาะเลือดตรวจภูมิคุ้มกัน ถ้าได้ผลเป็นลบก็สามารถเข้าสู่ประเทศได้อย่างปลอดภัย อย่างไรก็ตาม แม้ว่าผลการตรวจเลือดจะเป็นลบ ผู้เดินทางอาจจะต้องได้รับการกักตัวต่อ 14 วัน หรือตรวจซ้ำด้วยวิธีการแย่งจุก ซึ่งถ้าไม่พบเชื้อแล้วจะสามารถเข้าสู่ประเทศได้ นอกจากนี้ยังสามารถตรวจเชิงรุกได้โดยการตรวจเลือดที่สามารถเจาะปลายนิ้วและทำการตรวจ ซึ่งจะทราบผลได้ภายใน 2 นาที โดยใช้ชุดทดสอบ COVID-19: ชุดตรวจแอนติเจนและแอนติบอดีของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 19 โดยที่วิธีการตรวจนี้เป็นหาหลักฐานการติดเชื้อคือแอนติบอดีในเลือด ซึ่งจะปรากฏให้เห็นเริ่มตั้งแต่ 4 วันหลังติดเชื้อแม้ไม่มีอาการ และต้องมีความไวสูง นั่นคือไม่หลุดรอดไป แต่มีผลบวกปลอมได้ ซึ่งสามารถนำเลือดไปตรวจยืนยันอีกครั้งได้ด้วยวิธีมาตรฐานของห้องปฏิบัติการ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพโรคอุบัติใหม่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ซึ่งจะทราบผลภายใน 3 ชั่วโมง

นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค (2563) ได้กล่าวว่า สถานที่ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อโควิด 19 ในปัจจุบัน (ข้อมูลล่าสุด 15 พฤษภาคม 2563) ประกอบด้วย สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข (NIH) กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่เปิดให้บริการ, ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพโรคอุบัติใหม่ สภากาชาดไทย (TRC-EID) และห้องปฏิบัติการอื่น ๆ ที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ประกาศ

จากข้อมูลที่กล่าวมาสรุปได้ว่า การตรวจวินิจฉัยโรคโควิด 19 ในเบื้องต้นจะต้องทำการตรวจคัดกรองก่อน ซึ่งจะใช้เฉพาะกับผู้สัมผัสหรือผู้สงสัยติดเชื้อเท่านั้น แล้วจึงเข้าสู่การวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อต่อไป โดยมีหลักเกณฑ์สอบสวนโรคเพื่อหาผู้ที่อยู่ในข่ายที่จะตรวจหาเชื้อเพื่อส่งตรวจ โดยใช้เงื่อนไขเริ่มจาก หากใครที่มีไข้ มีอาการไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ หายใจเหนื่อยหรือหายใจลำบาก ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ และที่เพิ่มล่าสุดคือ อาการจุกไม่ไ้กลืน หรือผู้ป่วยที่มีประวัติมีไข้ และอุณหภูมิร่างกายสูงกว่า 37.5 องศาเซลเซียส จึงจะเป็นผู้ที่อยู่ในข่ายที่จะตรวจหาเชื้อ โดยในกรณีตรวจไม่พบเชื้อให้กักกันอย่างน้อย 14 วัน หรือเป็นไปตามมาตรการที่รัฐบาลกำหนด

ส่วนกรณีตรวจพบเชื้อให้รักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติของโรคที่เป็นต่อไป ส่วนการวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการมีวิธีการหลัก ๆ ที่ใช้ในปัจจุบัน (ข้อมูลล่าสุด สิงหาคม พ.ศ. 2563) คือ การตรวจหาตัวเชื้อไวรัสโดยดูจากสารพันธุกรรม RNA ของไวรัสด้วยวิธีการแยงจุลหาเชื้อโดยตรง (Real-time RT-PCR) และการหาภูมิคุ้มกันที่ร่างกายสร้างขึ้น เรียกว่า ชุดทดสอบแบบเร็ว (Rapid test) โดยต้องดำเนินการโดยสถานพยาบาลที่กำหนดเท่านั้น ประชาชนไม่ควรซื้อมาตรวจเองเนื่องจากจะได้ผลไม่ตรงกับข้อเท็จจริง

3.3.8 แนวทางการรักษาโรคโควิด 19 และการพัฒนาวัคซีน

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการรักษาโรคโควิด 19 และการพัฒนาวัคซีน (WHO, 2020; CDC, 2020) ไว้ว่า ปัจจุบัน (มีนาคม พ.ศ. 2564) เริ่มมีการผลิตวัคซีนโควิด 19 จากหลายแห่งเป็นผลสำเร็จและมีกลุ่มผู้ที่ได้รับวัคซีนแล้วในหลายประเทศทั่วโลก แต่ยังไม่มียาสำหรับรักษาโรคโควิด 19 โดยเฉพาะ การรักษาขึ้นอยู่กับอาการและการตรวจสอบและจะได้รับการทดสอบในการวิจัยทางคลินิกอย่างต่อเนื่องต่อไป แต่โดยภาพรวมองค์การอนามัยโลกให้คำแนะนำว่า หากมีอาการที่เข้าข่ายเพียงเล็กน้อยและไม่มีปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ให้แยกกักกันตัวเอง หรือติดต่อผู้ให้บริการทางการแพทย์หรือสายด่วนข้อมูลโรคโควิด 19 เพื่อขอคำแนะนำ และไปพบแพทย์หากมีไข้ ไอ และหายใจลำบาก โดยควรติดต่อล่วงหน้า ทั้งนี้เพื่อความปลอดภัยของทั้งตนเองและส่วนรวม โดยองค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของการแยกตัวว่า หมายถึง การแยกผู้ป่วยที่มีอาการของโรคโควิด 19 และอาจแพร่เชื้อได้ เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค โดยถือว่าการแยกตัวเป็นมาตรการสำคัญที่ผู้ติดเชื้อควรปฏิบัติ เพื่อหลีกเลี่ยงการแพร่เชื้อให้กับผู้อื่นในชุมชน รวมถึงสมาชิกในครอบครัวด้วย ซึ่งการแยกตัวนี้จะทำเมื่อบุคคลมีอาการไข้ เจ็บคอ หรืออาการของโรคโควิด 19 อื่น ๆ ปฏิบัติได้โดยการอยู่บ้าน งดการไปทำงาน ไปโรงเรียน หรือไปในที่สาธารณะ ดังนั้นหากมีบุคคลต้องแยกตัวเพราะป่วย แต่ไม่ต้องอยู่ในการดูแลของแพทย์ ก็ควรคำนึงถึงแนวทางปฏิบัติดังนี้ บ้านควรมีพื้นที่กว้างที่ระบายอากาศได้ดี พร้อมอุปกรณ์ดูแลสุขอนามัยของมือและห้องน้ำ ควรแยกเตียงออกจากผู้อื่น โดยห่างกันอย่างน้อย 1 เมตร รักษาระยะห่างอย่างน้อย 1 เมตร จากสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งบุคคลอื่น ๆ หมั่นติดตามอาการรายวัน แยกตัวเองอย่างน้อย 14 วัน แม้จะรู้สึกแข็งแรงดีแล้วก็ตาม หากมีอาการหายใจลำบากให้ติดต่อผู้ให้บริการทางการแพทย์ โดยควรโทรศัพท์ไปแจ้งก่อนล่วงหน้า ตลอดจนพยายามคิดบวกและสร้างพลังให้ตัวเองด้วยการติดต่อกับคนที่รักทางโทรศัพท์หรือทางระบบออนไลน์ รวมถึงหมั่นออกกำลังกายที่บ้านเพื่อสร้างเสริมสุขภาพให้แข็งแรงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งแนวทางการรักษาโรคโควิด 19 และการพัฒนาวัคซีนในประเทศไทย มีรายละเอียดดังนี้

1) แนวทางการรักษาโรคโควิด 19 กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค (2563) กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคโควิด 19 ต้องใช้การรักษาแบบประคับประคองเพื่อบรรเทาอาการป่วยต่าง ๆ โดย

ดำเนินการตามแนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย และดูแลรักษาของกรมการแพทย์ ทั้งนี้ กรมควบคุมโรคยังได้กำหนดนิยามของผู้ป่วยยืนยัน (Confirmed case) ว่าหมายถึง ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรคที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งพบสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสโควิด 19 ด้วยวิธี PCR จากห้องปฏิบัติการตามที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ประกาศอย่างน้อย 1 แห่ง หรือด้วยวิธี Sequencing หรือเพาะเชื้อ โดยยาที่มีรายงานการใช้รักษาผู้ป่วยโรคโควิด 19 เป็นยาต้านไวรัสเอดส์ (lopinavir ผสม Rotronavir) โดยใช้ร่วมกับยาต้านไข้หวัดใหญ่ นอกจากนี้ยังมีรายงานการใช้ยาต้านไข้มาลาเรีย รายงานการใช้ยา Remdesivir ที่พบว่าใช้ได้ผลในห้องทดลองและสัตว์ทดลองที่ติดเชื้อ SARS และ MERS อย่างไรก็ตาม ยาทั้งหมดนี้ยังไม่มีผลการวิจัยที่เป็นระบบและเชื่อถือได้ว่ามีประสิทธิภาพการรักษาในคน สอดคล้องกับ ยง ภู่วรรณ และ ยืน ภู่วรรณ (2563) ที่กล่าวว่า โรคโควิด 19 เป็นโรคใหม่ ยังไม่มียาที่ใช้รักษาจำเพาะ ต้องรอการพัฒนา คัดค้นยาที่มีผลต่อการรักษาโดยตรง ซึ่งต้องใช้เวลาศึกษาวิจัย การรักษาในปัจจุบัน (มีนาคม พ.ศ. 2564) จึงรักษาตามอาการ และใช้ยาที่ใช้รักษาโรคอื่น มาช่วย ยาที่ใช้รักษาขณะนี้จึงใช้ยาที่มาจากยารักษาไวรัสชนิดอื่น ซึ่งก็ยังคงต้องการผลการวิจัยสนับสนุน ผลอีกมาก เช่น ยารักษาโรคเอดส์ ยารักษามาลาเรีย ยารักษาไข้หวัดใหญ่ ดังนั้นประสิทธิภาพสูง จึงยังไม่ได้ตามเป้าหมาย ยังคงต้องการยาที่พัฒนามาใช้รักษาโรคนี้โดยตรงที่มีประสิทธิภาพสูง ซึ่งการพัฒนาจนได้ยาจำเพาะกับโรคนี้จะต้องใช้เวลาอีกระยะหนึ่งในการศึกษาตั้งแต่สัตว์ทดลอง ความปลอดภัย และประสิทธิภาพของยา

2) แนวทางการพัฒนาวัคซีน ยง ภู่วรรณ และ ยืน ภู่วรรณ (2563) กล่าวว่า วัคซีนที่ใช้ ในปัจจุบันแบ่งการป้องกันเป็น 3 ลักษณะ คือ ป้องกันการติดเชื้อ ป้องกันการเกิดโรค และลดความรุนแรงของโรค ซึ่งในการพัฒนาวัคซีนตามวิธีเดิมมีแนวทางในการดำเนินการได้หลายทาง ดังนี้

(1) วัคซีนที่มีชีวิต เป็นวัคซีนเชื้อเป็นอ่อนฤทธิ์ (Live attenuated vaccine) วิธีการนี้ยังคงห่างไกลต่อความเป็นไปได้ เพราะต้องใช้เวลาคัดเลือกหาสายพันธุ์ที่ไม่ทำให้เกิดโรคและร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันต้านต่อเชื้อโรคโควิด 19

(2) วัคซีนเชื้อตาย (Inactivated vaccine) หลักการคือ นำเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่นี้มาทำให้ตาย แล้วนำมาให้กับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสร้างภูมิคุ้มกันต้านทาน ปัญหาของวัคซีนชนิดนี้ที่สำคัญคือ ไวรัสตัวนี้เป็นสายพันธุ์ใหม่ที่ก่อโรครุนแรง ในการผลิตจะต้องใช้ระดับความปลอดภัยที่สูงในการเพาะเชื้อเพิ่มจำนวน ดังนั้นจึงเป็นการยากในการลงทุน เนื่องจากจะมีค่าใช้จ่ายในการสร้างห้องปฏิบัติการที่สูงมาก

(3) วัคซีน Recombinant เป็นการตัดส่วนหนึ่งของยีนไวรัสให้เข้ากับสิ่งมีชีวิต เช่น แบคทีเรีย ยีสต์ เพื่อสร้างโปรตีนขึ้นมา ซึ่งเป็นโปรตีนที่เป็นส่วนสำคัญของแอนติเจน (Antigen) ที่ทำให้ร่างกายสร้างแอนติบอดี (Antibody) แล้วเอาส่วนนั้นมาทำเป็นวัคซีน เช่น วัคซีนป้องกันไวรัสตับ

อีกเสบปี ข้อสำคัญของโรคโควิด 19 เราจะต้องรู้ว่าส่วนไหนของไวรัสที่มีความสำคัญในการกระตุ้นภูมิคุ้มกัน ขณะนี้ทุกคนรู้ว่าน่าจะเป็นส่วน Spike gene ที่เป็นหนามแหลมออกมา

(4) DNA หรือ mRNA วัคซีน แนวทางการพัฒนาวัคซีนสำหรับโรคโควิด 19 จำเป็นต้องเป็นแนวทางใหม่ที่ทำได้ง่ายและรวดเร็ว ซึ่งปัจจุบัน (สิงหาคม พ.ศ. 2563) มีความพยายามในการใช้วิธีสร้างสายพันธุกรรม เรียกว่า วัคซีน mRNA และ วัคซีน DNA โดยใช้อนุพันธ์ของอาร์เอ็นเอ หรือดีเอ็นเอที่ให้ผลต่อการแปลโค้ดสร้างโปรตีนในส่วนที่ใช้ป้องกันโรคโควิด 19 แล้วให้เซลล์ของร่างกายมนุษย์สร้างโปรตีนตัวนี้ขึ้นมาเพื่อป้องกันโรค วัคซีน mRNA อาจจะเหนือกว่า วัคซีน DNA เพราะสลายไปเองได้ วัคซีนชนิดนี้ยังอยู่ในขั้นทดลองในหนู ถ้าจะนำมาใช้ในคนต้องดำเนินการอีกหลายขั้นตอนและใช้เวลานานเป็นปี ถึงแม้ว่าขั้นตอนในการผลิตจะทำได้ง่ายกว่ามากก็ตาม

(5) อนุภาคเทียม (Pseudovirus) เป็นการใส่ไวรัสไม่ก่อโรค แล้วฝากส่วนหนึ่งของไวรัสที่ก่อโรคเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของตัวไวรัสที่เรียกว่า อนุภาคเทียม วัคซีนชนิดนี้ที่มีการทดลองใช้ในคนขณะนี้ คือ วัคซีนที่ใช้ป้องกันเชื้ออีโบล่าที่กำลังรอประเมินผลในประเทศคองโก

(6) วัคซีนชนิดรับประทาน มีข่าวจากทีมนักวิจัยในสาธารณรัฐประชาชนจีนว่า สามารถผลิตวัคซีนชนิดรับประทานได้ ซึ่งถือว่าไม่ใช่เรื่องแปลกแต่อย่างใด เนื่องจากนักวิทยาศาสตร์สามารถที่จะฝากส่วนหนึ่งของไวรัสเข้าไปอยู่ในสิ่งมีชีวิตอีกชนิดหนึ่ง เช่น แบคทีเรีย ยีสต์ ยาสูบ มะเขือเทศ หรือแม้กระทั่งกล้วยหอมได้ แต่สิ่งสำคัญอยู่ที่ส่วนของโปรตีนที่สิ่งมีชีวิตใหม่สร้างให้ นั้นจะต้องมีความสามารถในการกระตุ้นภูมิคุ้มกันได้ โรคโควิด 19 เป็นโรคที่ติดต่อทางเยื่อทางเดินหายใจและทางเดินอาหารก็มีความเป็นไปได้อีกอย่างหนึ่ง ถ้าแอนติเจนนี้สามารถกระตุ้นเยื่อให้ภูมิคุ้มกันปกป้องไม่ให้ไวรัสนี้เข้าไปติดเชื้อได้

อย่างไรก็ตาม การทำในห้องปฏิบัติการสามารถทำได้ แต่ยังต้องผ่านขั้นตอนการศึกษาในสัตว์ทดลอง ความปลอดภัยในสัตว์ทดลอง ประสิทธิภาพในการป้องกันในสัตว์ทดลอง แล้วจึงเริ่มเข้ามาศึกษาในมนุษย์ และศึกษาความปลอดภัยในมนุษย์ ซึ่งมีขั้นตอนที่ยาวนานพอสมควร โดยผลของการกระตุ้นภูมิคุ้มกันในมนุษย์และประสิทธิภาพในการป้องกันโรคด้วยการสร้างวัคซีน จะมีขั้นตอนแต่ละลำดับ ตั้งแต่ในสัตว์ทดลองขนาดเล็ก เช่น หนู กระต่าย มาสู่สัตว์ทดลองขนาดใหญ่ เช่น ลิง แล้วจึงทำการทดลองศึกษาในมนุษย์อีกสามระยะ ระยะที่หนึ่งเน้นดูความปลอดภัย ระยะที่สองดูเรื่องภูมิคุ้มกัน และระยะที่สามดูประสิทธิภาพในการป้องกันโรค ซึ่งต้องใช้เวลา จึงเป็นการยากที่จะทำวัคซีนให้ได้ภายใน 1 ปี แต่เมื่อเกิดโรคระบาดร้ายแรง หลายประเทศได้มีการทุ่มเทระดม นักวิทยาศาสตร์จำนวนมาก เครื่องมือ และเงินทุน ที่จะต้องเอาชนะกับโรคภัยนี้ให้ได้ จึงเชื่อว่าวัคซีนที่จะผลิตมาใช้ก็น่าจะสำเร็จได้อย่างแน่นอน

สอดคล้องกับ อีระวัฒน์ เหมะจุธา (2563) ที่กล่าวว่า ขณะนี้ (ข้อมูลวันที่ 29 สิงหาคม พ.ศ. 2563) นักวิจัยไทย บริษัทไบยา ไฟโตฟาร์ม ที่ก่อตั้งโดย นักวิทยาศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นิสิตเก่า จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และได้รับการบริจาคงบประมาณจากประชาชนนั้น สามารถพัฒนาวัคซีนโควิด 19 ซึ่งเป็นโปรตีนที่ทำจากไบยาพืช โดยการใส่รหัสพันธุกรรมที่กำหนดการสร้างโปรตีนของไวรัส ภายใน 1 สัปดาห์ พืชจะสร้างโปรตีนที่ต้องการ ลักษณะโครงสร้างและลำดับของโปรตีนไม่ผิดเพี้ยนไป เมื่อเปรียบเทียบกับการสร้างวัคซีนด้วยวิธีอื่น ๆ ซึ่งเมื่อเข้าสู่ขั้นตอนของการทดลอง โดยลิงด้วยการฉีดสองเข็มห่างกันสามสัปดาห์นั้นพบว่า ลิงมีความปลอดภัย ไม่ปรากฏมีผลข้างเคียง ผลเลือดในลิง ค่าเอนไซม์ตับปกติ เม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาวปกติ ทั้งนี้สิ่งที่น่ายินดีคือ ลิงมีระดับภูมิคุ้มกันสูงมาก ที่เรียกว่า Neutralizing antibody สามารถยับยั้งไวรัสได้ ทั้งนี้จากการตรวจสอบด้วยการวัดระดับจากการตรวจทาง Elisa surrogate isotype independent virus neutralizing antibody และจากการทดสอบในการยับยั้งไวรัสจริงในเซลล์ของลิงแล้ว จากการกระตุ้นด้วยเปปไทด์ พบว่ามีค่าการสร้าง IFN gamma แสดงว่ากระตุ้น T cell ได้ ทั้งนี้จุดเด่น คือ วัคซีนที่ทำจากไบยาเป็นพืชไม่ได้มีกระบวนการยุ่งยากใด ๆ แม้จะผลิตเป็นล้านโดส โดยที่สามารถยกระดับจากการผลิตในห้องทดลองเพื่อเป็นระดับอุตสาหกรรมได้ทันที ซึ่งเป้าหมายต่อไปคือ การทำโรงงานวัคซีนเพื่อผลิตเองในประเทศ สอดคล้องกับ สถาบันวัคซีนแห่งชาติ (2563) ที่นำเสนอข้อมูลในวันที่ 3 กันยายน พ.ศ. 2563 ว่า วัคซีนต้นแบบของบริษัทไบยา ไฟโตฟาร์ม จำกัดนี้ อยู่ในขั้นตอนของสัตว์ทดลองที่ได้ผลการทดสอบดีในลิง ซึ่งจำเป็นต้องมีการวิจัยทดสอบต่อในคน จนพิสูจน์ผลในการป้องกันโรคได้ จึงจะถือว่ามียาวัคซีนของคนไทยที่ใช้ได้ต่อไป

จากข้อมูลโดยภาพรวมของแนวทางการรักษาโรคโควิด 19 และแนวทางการพัฒนาวัคซีนที่กล่าวมาสรุปได้ว่า ปัจจุบัน (มีนาคม พ.ศ. 2564) เริ่มมีการผลิตวัคซีนสำหรับลดความรุนแรงของโรคโควิด 19 และนำไปใช้ในบางประเทศ รวมถึงประเทศไทย สำหรับแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคโควิด 19 ยังคงต้องใช้การรักษาแบบประคับประคองเพื่อบรรเทาอาการป่วยต่าง ๆ โดยดำเนินการตามแนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย และดูแลรักษาของกรมการแพทย์ ซึ่งต้องใช้ยาที่ใช้รักษาโรคอื่นมาช่วย เช่น ยาต้านไวรัสเอดส์ โดยใช้ร่วมกับยาด้านไขหวัดใหญ่ ยาด้านไขมาลาเรีย เป็นต้น ก่อนจะการพัฒนาจนได้ยาจำเพาะกับโรคนี้ได้สำเร็จในอนาคต ส่วนการใช้พลาสมาของผู้ที่หายป่วยโรคโควิด 19 มารักษาผู้ป่วยโควิด 19 นั้นจำเป็นต้องมีการศึกษาต่อไป รวมถึงแนวทางการพัฒนาวัคซีนในประเทศไทยที่พบว่าในขณะนี้ นักวิจัยไทย บริษัทไบยา ไฟโตฟาร์ม จำกัด สามารถพัฒนาวัคซีนโควิด 19 ที่ทำจากไบยาพืช และอยู่ในขั้นตอนของสัตว์ทดลองที่ได้ผลการทดสอบดีในลิง ก็ยังคงจำเป็นต้องมีการวิจัยทดสอบต่อในคนเพื่อพิสูจน์ผลในการป้องกันโรค จึงจะถือว่ามียาวัคซีนที่ใช้ได้ต่อไป

3.3.9 การป้องกันโรคโควิด 19

WHO (2020) กล่าวว่า วิธีที่ได้ผลที่สุดที่จะป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 มีดังนี้

1) การล้างมือบ่อย ๆ ให้สะอาดด้วยแอลกอฮอล์เจล หรือด้วยน้ำและสบู่ เพราะการทำความสะอาดมือด้วยสองวิธีนี้เป็นการฆ่าเชื้อโรคที่อยู่บนมือเรา

2) รักษาระยะห่างอย่างน้อย 1 เมตรจากผู้อื่น เพราะเมื่อคนเราไอ จาม หรือพูด จะทำให้เกิดละอองฝอยขนาดเล็กจากจมูกและลำคอ ซึ่งอาจมีเชื้อโรคได้ ถ้าอยู่ใกล้เกินไปก็จะหายใจเอาละอองฝอยเหล่านั้นเข้าไปด้วย ซึ่งมีเชื้อโรคปนอยู่ในกรณีที่คุณคนนั้น ๆ ป่วย

3) ปิดปากและจมูกด้วยกระดาษทิชชูหรือต้นแขนด้านในเมื่อไอหรือจาม จากนั้นทิ้งกระดาษทิชชูทันทีและล้างมือ เพราะละอองฝอยแพร่เชื้อได้ ถ้ามีสุขนิสัยในการไอหรือจามที่ดี เราจะสามารถช่วยป้องกันคนรอบตัวจากเชื้อโรคอื่น ๆ ไปพร้อมกันด้วย เช่น โรคไข้หวัด โรคไข้หวัดใหญ่

4) หลีกเลี่ยงการเอามือมาสัมผัสตา จมูก และปาก เพราะมือไปสัมผัสกับสิ่งต่าง ๆ มากมายและอาจไปสัมผัสเชื้อโรคมาด้วย เมื่อมือปนเปื้อนก็จะส่งต่อเชื้อโรคไปยังตา จมูก และปาก จากนั้นเชื้อโรคก็จะเข้าสู่ร่างกายและทำให้คนเราป่วยได้

5) สวมหน้ากากอนามัยอย่างถูกวิธี โดยพึงระลึกไว้เสมอว่า การสวมหน้ากากอนามัยเพียงอย่างเดียวไม่สามารถป้องกันโรคโควิด 19 อย่างเพียงพอได้ ทั้งนี้ยังคงต้องรักษาระยะห่างระหว่างบุคคลอย่างน้อย 1 เมตร ล้างมือบ่อย ๆ และหลีกเลี่ยงการใช้มือจับใบหน้าหรือหน้ากากอนามัยด้วย สำหรับหน้ากากอนามัยที่จะนำมาใช้นั้น องค์การอนามัยโลกแบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ หน้ากากทางการแพทย์และหน้ากากผ้า

- หน้ากากทางการแพทย์ คือ หน้ากากที่มีตัวกรอง หรือ FFP (Filtering facepiece respirators) ซึ่งมีระดับการกรองต่างกัน เช่น FFP2, FFP3, N95 และ N99 โดยองค์การอนามัยโลกแนะนำให้กลุ่มบุคคลดังต่อไปนี้สวมหน้ากากทางการแพทย์ ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ที่มีอาการบ่งชี้ว่าอาจเป็นโรคโควิด 19 รวมทั้งผู้ที่มีอาการไม่รุนแรง ผู้ดูแลผู้ป่วยยืนยันหรือต้องสงสัยในบริบทนอกสถานพยาบาล และผู้ที่มีความเสี่ยงเมื่ออยู่ในพื้นที่ที่มีการระบาด และในกรณีที่ไม่สามารถเว้นระยะ 1 เมตรระหว่างตนเองและผู้อื่นได้ โดยเฉพาะผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป และบุคคลทุกกลุ่มอายุที่มีโรคประจำตัว

- หน้ากากผ้า คือ หน้ากากที่ไม่ใช่หน้ากากทางการแพทย์ หน้ากากประเภทนี้หาซื้อได้หรือทำเองได้ และโดยทั่วไปไม่ได้มาตรฐานเท่าเทียมกับหน้ากากทางการแพทย์ ทั้งนี้ หน้ากากผ้ามีหลายประเภท แต่ทุกประเภทเมื่อสวมแล้วควรปิดจมูก ปาก และคาง และรัดกระชับด้วยสายยางยืดหรือเชือกผูก อีกทั้งควรมีหลายชั้นและสามารถซักนำกลับมาใช้ใหม่ได้ ซึ่งองค์การอนามัยโลกแนะนำให้ภาครัฐสนับสนุนให้ประชาชนสวมหน้ากากผ้า โดยเฉพาะในกรณีที่ไม่สามารถรักษาระยะห่าง 1 เมตรได้

เช่น ในระบบขนส่งสาธารณะ ในร้านค้า ในพื้นที่คับแคบหรือแออัด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับข้อเสนอแนะของภาครัฐในแต่ละพื้นที่ว่ามีแนวทางปฏิบัติอย่างไร นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกยังเสนอแนะวิธีสวมและดูแลหน้ากากผ้าที่ถูกต้อง ดังนี้

(1) วิธีการสวมหน้ากากผ้า ทำได้โดยล้างมือก่อนสวม ตรวจสอบรอยขาด/รู ไม่ใช้หน้ากากที่ชำรุด จากนั้นปรับหน้ากากให้เข้ากับหน้าโดยปิดปาก จมูก และคาง ซึ่งต้องไม่มีช่องว่างด้านข้าง หลีกเลี่ยงการจับหน้ากากขณะสวมอยู่ เปลี่ยนหน้ากากเมื่อสกปรกหรือเปียกโดยล้างมือก่อนถอดหน้ากาก ถอดโดยดึงสายรัดจากหลังใบหูโดยไม่จับด้านหน้าของหน้ากาก และล้างมือหลังจากถอดหน้ากากอีกครั้ง

(2) วิธีดูแลหน้ากากผ้า ทำได้โดยหากหน้ากากยังไม่สกปรก/เปียก และต้องการใช้ซ้ำ ให้เก็บในถุงพลาสติกที่สะอาดหรือถุงที่ปิดปากได้ เมื่อนำกลับมาสวม ให้จับที่สายรัดเวลานำออกจากถุง เมื่อเลิกใช้แล้วให้ซักหน้ากากในน้ำสบู่หรือผงซักฟอก โดยควรใช้น้ำร้อน (อุณหภูมิอย่างน้อย 60 องศา) ซักอย่างน้อยวันละครั้ง หากไม่มีน้ำร้อนให้ซักหน้ากากในน้ำสบู่หรือผงซักฟอกในน้ำอุณหภูมิห้อง จากนั้นนำหน้ากากไปต้มเป็นเวลา 1 นาที หรือแช่หน้ากากในน้ำผสมคลอรีน 0.1 เปอร์เซ็นต์ เป็นเวลาหนึ่งนาทีและล้างให้สะอาดด้วยน้ำเปล่าอีกครั้ง (ระวังไม่ให้มีสารพิษคลอรีนตกค้างบนหน้ากาก) และที่สำคัญคือ ควรใช้หน้ากากของตัวเองเสมอ ต้องไม่ใช้ร่วมกับผู้อื่น

6) หลีกเลี่ยงการไปพื้นที่มีผู้คนหนาแน่น เพราะเมื่อคนมารวมตัวกันเป็นจำนวนมากย่อมมีโอกาสเสี่ยงที่จะเข้าใกล้ผู้ป่วยโรคโควิด 19 อีกทั้งเมื่อคนหนาแน่นจะรักษาระยะห่าง 1 เมตรได้ยาก

7) หากมีอาการไม่รุนแรง เช่น ไอเล็กน้อยหรือใช้ต่ำ ๆ โดยทั่วไปแล้วไม่จำเป็นต้องพบแพทย์ ควรอยู่บ้านกักตนเองและติดตามดูอาการ หากมีอาการหายใจลำบากและ/หรือเจ็บหน้าอก ให้รีบติดต่อสถานพยาบาล โดยควรโทรศัพท์ก่อนล่วงหน้า เพื่อสถานพยาบาลจะได้ให้คำแนะนำได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้เพื่อเป็นการป้องกันตนเองและป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อไวรัส

8) ติดตามข้อมูลข่าวสารล่าสุดเกี่ยวกับการระบาดของโรคโควิด 19 จากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ เช่น องค์การอนามัยโลกและหน่วยงานสาธารณสุขในประเทศที่อาศัยอยู่ เพราะทางการและท้องถิ่นจะให้ข้อมูลได้ดีที่สุดว่าคนในพื้นที่ควรจะทำอย่างไรเพื่อป้องกันตนเอง

ด้าน CDC (2020) กล่าวว่า วิธีป้องกันความเจ็บป่วยจากโรคโควิด 19 ที่ดีที่สุดคือ หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับเชื้อไวรัสนี้ ซึ่งทุกคนสามารถดำเนินการเพื่อชะลอการแพร่กระจายได้ ดังนี้

1) ล้างมือบ่อย ๆ ด้วยน้ำและสบู่ อย่างน้อย 20 วินาที โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลังจากที่อยู่ในที่สาธารณะหรือหลังจากสั่งน้ำมูก ไอหรือจาม โดยเน้นก่อนรับประทานอาหารหรือเตรียมอาหาร ก่อนสัมผัสใบหน้า หลังจากใช้ห้องน้ำ หลังจากออกจากสถานที่สาธารณะ หลังจากสั่งน้ำมูก ไอหรือจาม หลังจากจัดการกับหน้ากากอนามัยของตนเอง หลังจากเปลี่ยนผ้าอ้อม หลังจากดูแลคนป่วย

และหลังจากสัมผัสสัตว์หรือสัตว์เลี้ยง หากไม่มีสบู่และน้ำให้ใช้เจลทำความสะอาดมือที่มีแอลกอฮอล์อย่างน้อย 60 เปอร์เซ็นต์ คลุมพื้นผิวทั้งหมดของมือและถูเข้าด้วยกันจนกว่าจะรู้สึกแห้ง และหลีกเลี่ยงการสัมผัสตา จมูก และปากด้วยมือที่ยังไม่ได้ผ่านการชำระล้างอย่างถูกวิธี

2) หลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิด โดยภายในบ้านให้หลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ที่มีไข้ ถ้าเป็นไปได้ให้รักษา 6 ฟุต ระหว่างคนที่ป่วยกับสมาชิกในบ้านคนอื่น ๆ ส่วนนอกบ้านให้รักษาระยะห่างทางสังคมประมาณ 6 ฟุต

3) ปิดปากและจมูกด้วยหน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ใกล้บุคคลอื่น โดยเฉพาะในสถานที่สาธารณะ แต่ควรหลีกเลี่ยงการใช้หน้ากากอนามัยสำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ เช่น N95 เนื่องจากเป็นอุปกรณ์สำคัญที่ควรสงวนไว้สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ แต่ต้องจำไว้เสมอว่าหน้ากากอย่างเดียวไม่สามารถป้องกันโรคได้ ต้องรักษาระยะห่างระหว่างบุคคลและสังคมร่วมด้วย

4) ปกปิดอาการไอและจาม โดยใช้กระดาษทิชชูปิดปากและจมูกทุกครั้ง หรือใช้ข้อศอกหรือหัวไหล่ด้านใน และอย่าบ้วนน้ำลาย จากนั้นให้ทิ้งกระดาษทิชชูที่ใช้แล้วลงในถังขยะ และล้างมือให้สะอาดทันทีด้วยน้ำและสบู่อย่างน้อย 20 วินาที หากไม่มีน้ำและสบู่ให้ทำความสะอาดมือด้วยเจลทำความสะอาดมือที่มีแอลกอฮอล์อย่างน้อย 60 เปอร์เซ็นต์

5) ทำความสะอาดและฆ่าเชื้อพื้นผิวที่สัมผัสบ่อย ๆ ทุกวัน ซึ่งรวมถึงโต๊ะ ลูกบิด ประตูสวิตช์ไฟ เคาน์เตอร์ มือจับ โต๊ะโทรศัพท์ แป้นพิมพ์ ห้องสุขา ก๊อกน้ำ และอ่างล้างมือ หากพื้นผิวสกปรกให้ทำความสะอาดโดยใช้ผงซักฟอกหรือน้ำและสบู่ก่อนทำการฆ่าเชื้อโรค

6) ตรวจสอบสุขภาพของตนเองทุกวัน โดยสังเกตอาการไข้ ไอ หายใจถี่ หรืออาการอื่น ๆ ของโรคโควิด 19 หากสงสัยว่าตนเองเป็นโรคโควิด 19 ให้กักตัวอยู่บ้าน และติดต่อผู้ให้บริการทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อดูแลสุขภาพต่อไป

ส่วน กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค (2563); สภาวิชาชีพ. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (2563) ได้ให้คำแนะนำในการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 ดังนี้

1) ล้างมือบ่อย ๆ โดยแบ่งเป็นการล้างมือทั่วไป (Normal hand washing) และการล้างมือด้วยแอลกอฮอล์เจล (Alcohol gel)

การล้างมือทั่วไป เป็นการล้างมือด้วยน้ำและสบู่ก่อนหรือสบู่อเลว ใช้เวลาในการฟอกมือประมาณ 15 วินาที เพื่อขจัดสิ่งสกปรกต่าง ๆ เหงื่อ ไขมันที่ออกมาตามธรรมชาติ และลดจำนวนเชื้อโรคที่อาศัยอยู่ชั่วคราวบนมือ การล้างมือด้วยน้ำธรรมดาไม่สามารถทำลายเชื้อโรคได้ การล้างมืออย่างถูกวิธีต้องล้างด้วยสบู่ก่อนหรือสบู่อเลว ใช้เวลาในการฟอกมือนานประมาณ 15-20 วินาที ในกรณีที่ไม่มีสบู่ก่อนหรือสบู่อเลว ให้ล้างน้ำสะอาดปริมาณมาก ๆ นานกว่า 20 วินาที และถูมือให้ทั่วถึงดังภาพที่ 7



ภาพที่ 7 เทคนิคล้างมือให้ห่างไกลไวรัสโควิด 19
แหล่งที่มา: กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค (2563)

การล้างมือด้วยแอลกอฮอล์เจล 70 เปอร์เซ็นต์ เป็นการล้างมือในกรณีเร่งด่วนจากการไม่สะดวกที่จะล้างมือด้วยน้ำ และมือไม่ปนเปื้อนสิ่งสกปรกหรือสารคัดหลั่งจากผู้ป่วย ให้ทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจล การล้างมือด้วยแอลกอฮอล์เจลประมาณ 10 มิลลิลิตร ใช้เวลาประมาณ 15-25 วินาที ซึ่งในกรณีใช้แอลกอฮอล์เจลไม่ต้องล้างมือซ้ำด้วยน้ำและไม่ต้องเช็ดด้วยผ้าเช็ดมือ

2) สวมหน้ากากอนามัย วิธีการสวมหน้ากากอนามัยที่ถูกต้อง ควรให้ด้านสีเข้มออก ด้านนอกเสมอ คลุมให้ปิดจมูก ปาก คาง คล้องหู ขยับให้พอดีกับใบหน้า กดลวดขอบบนให้สนิท กับสันจมูก โดยควรเปลี่ยนหน้ากากอนามัยทุกวันและทิ้งลงในภาชนะที่มีฝาปิด เพื่อป้องกันการติดเชื้อทั้งจากตนเองและผู้อื่น ทั้งนี้ประชาชนทั่วไปไม่จำเป็นต้องใช้หน้ากาก N95 ผู้ที่ไม่มีอาการป่วยสามารถใช้หน้ากากอนามัยแบบผ้า ส่วนผู้ที่มีอาการป่วยให้ใช้หน้ากากอนามัยทางการแพทย์ได้ สำหรับหน้ากาก N95 ที่ใช้ในการแพทย์แนะนำให้ใช้เฉพาะกับบุคลากรที่ต้องปฏิบัติงานกับผู้ติดเชื้อหรือสงสัยติดเชื้อโควิด 19 เท่านั้น ส่วนวิธีการสวมหน้ากากอนามัยที่ถูกต้อง ดังแสดงในภาพที่ 8



ภาพที่ 8 วิธีการสวมหน้ากากอนามัยอย่างถูกต้อง
แหล่งที่มา: กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค (2563)

3) **ไอจามอย่างถูกวิธี** โดยเมื่อรู้สึกว่าจะไอจาม ควรหากระดาษชำระหรือทิชชูมาปิดปาก เพื่อป้องกันไม่ให้เชื้อโรคแพร่กระจาย แล้วนำไปทิ้งลงในถังขยะที่มีฝาปิดให้เรียบร้อย หรือไอจามใส่ ต้นแขนด้านใน โดยยกแขนข้างใดข้างหนึ่งมาจับไหล่ตัวเองฝั่งตรงข้าม และยกต้นแขนด้านในปิดปาก และจมูกตนเองก่อนไอจามทุกครั้ง ไม่ควรไอจามใส่มือ และหลังจากไอจามเสร็จแล้ว ควรล้างมือให้ สะอาดทุกครั้งด้วยน้ำและสบู่หรือแอลกอฮอล์ฆ่าเชื้อ เพื่อกำจัดเชื้อโรคไม่ให้แพร่กระจาย ดังภาพที่ 9



ภาพที่ 9 การไอจามอย่างถูกวิธี

แหล่งที่มา: กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค (2563)

4) รักษาระยะห่างทางสังคมอย่างน้อย 1 เมตร (Social Distancing) ไม่ว่าจะเป็นเพื่อน ร่วมทางโดยสารสาธารณะ ครอบครัว และคนที่อาศัยอยู่ในเคหสถานเดียวกัน และไม่พาตัวเอง เข้าไปอยู่ในพื้นที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ ดังภาพที่ 10



ภาพที่ 10 การรักษา ระยะห่างทางสังคม

แหล่งที่มา: กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค (2563)

5) หลีกเลี่ยงการสัมผัสบริเวณตา จมูก และปาก โดยไม่ได้ล้างมือ ควรล้างมือบ่อย ๆ ด้วยน้ำและสบู่ หรือน้ำยาแอลกอฮอล์ล้างมือ 70 เปอร์เซ็นต์

6) รับประทานอาหารปรุงสุกใหม่ ๆ เพื่อป้องกันเชื้อที่อาจปนเปื้อนมากับอาหาร และไม่ร่วมรับประทานอาหารกับผู้อื่น

7) ควรมีการทำความสะอาดสถานที่ อุปกรณ์ เครื่องใช้ที่มีผู้สัมผัสจำนวนมาก เช่น ลูกบิดประตู ราวบันได โต๊ะอาหาร ผ้าห่ม ผ้าปูเตียง เครื่องครัว จาน ชาม ช้อน ส้อม แก้วน้ำ ด้วยน้ำยาทำความสะอาดหรือเช็ดด้วยแอลกอฮอล์ 70 เปอร์เซ็นต์ อย่างน้อยวันละ 1-2 ครั้ง

8) หากมีอาการป่วยเล็กน้อย ควรป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้อื่น โดยควรพักหรือกักตัวอยู่ที่บ้าน ปิดปากและจมูกด้วยทิชชูทุกครั้ง ไอหรือจาม แล้วทิ้งลงถังขยะ ทำความสะอาดและทำลายเชื้อตามวัสดุสิ่งของและผิวสัมผัสต่าง ๆ แต่หากมีไข้ ไอ หายใจลำบาก ให้ไปพบแพทย์ทันที และแจ้งประวัติการเดินทางเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยและรักษาต่อไป ดังภาพที่ 11

ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน-1422
 กรมควบคุมโรค


How to...คุมไว้มงเกต

ณ ที่พักอาศัย และแนวทางปฏิบัติ



การปฏิบัติตัว
14 วัน




หยุด
 เรียน/ทำงาน กิจกรรมต่างๆ


ปิด
 ปาก/จมูก ด้วยทิชชูทุกครั้ง ที่ ไอ จาม


ห้าม
 งานอาหารร่วมภาชนะ กับผู้อื่นและแยกของใช้ส่วนตัว


สวม
 หน้ากากอนามัย อยู่ห่างจากคนอื่น 1-2 เมตร


แยก
 ห้องนอน


ทำ
 ความสะอาด ที่พัก/ของใช้


ล้าง
 มือบ่อยๆ ด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์


ทิ้ง
 หน้ากากอนามัย หรือทิชชูใช้แล้วให้ถูกวิธี (ใส่ถุงมัดชิดและทำความสะอาดมือทันที)

* หากจำเป็นต้องออกนอกที่พักต้องขออนุญาตเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่

สังเกตอาการ

- วัดอุณหภูมิร่างกายทุกวัน
- สังเกตอาการตัวเอง
 - มีไข้ 37.5 องศาเซลเซียสขึ้นไป
 - ไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ หายใจเหนื่อยหอบ
- บันทึกในรายงาน หรือทางเว็บไซต์ตามที่ตกลงไว้เป็นประจำทุกวัน
- หากพบอาการป่วยอย่างใดอย่างหนึ่ง **ควรพบแพทย์ทันที**
 - ให้แจ้งเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ/หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่





จัดทำ : 16/03/63

ภาพที่ 11 แนวทางการกักตัวอยู่บ้าน 14 วัน
แหล่งที่มา: กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค (2563)

นอกจากนี้ยังมีแนวทางการปฏิบัติตนที่ประชาชนทุกคนควรนำไปใช้ปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ดังภาพที่ 12



ภาพที่ 12 แนวทางการป้องกันโรคโควิด 19 โดยทั่วไป

แหล่งที่มา: กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค (2563)

ส่วน ยง ภู่วรรณ และ ยืน ภู่วรรณ (2563) กล่าวว่า โรคโควิด 19 เป็นโรคระบาดที่กระจายทั่วโลก (Pandemic) เราจึงจะต้องอยู่กับโรคนี้อีกยาวนานจนกว่าจะมีหรือได้รับวัคซีนในการป้องกัน ดังนั้นการป้องกันไม่ให้เกิดโรคจึงเป็นหนึ่งในวิธีการควบคุมที่จะลดการสูญเสียได้ดีที่สุดซึ่งมีวิธีการหลัก ๆ ที่แนะนำดังนี้

1) การลดการสัมผัส โดยพยายามหลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย หมั่นล้างมือให้สะอาด และไม่นำมือมาสัมผัสใบหน้า และหากต้องการสัมผัสบริเวณใบหน้าจะต้องล้างมือก่อนเสมอ หรือจะใช้แอลกอฮอล์เจลทำความสะอาดมือก่อน นอกจากนี้ยังควรดูแลความสะอาดของกินและของใช้ รวมทั้งสิ่งของต่าง ๆ ที่จะต้องมีบุคคลอื่นสัมผัสบ่อย ๆ เช่น ปุ่มกดต่าง ๆ ในลิฟต์ ราวบันได ลูกบิด

2) การล้างมือ หมั่นล้างมือให้สะอาดโดยใช้น้ำและสบู่ล้างให้ถูกวิธี โดยล้างให้ทั่วมือทั้งด้านหน้า ด้านหลัง ซอกมือ ซอกเล็บ ล้างให้นานอย่างน้อย 20 วินาที จากนั้นใช้น้ำที่สะอาดล้างสบู่ออกให้หมด หากไม่สามารถล้างได้ ให้ใช้แอลกอฮอล์หรือแอลกอฮอล์เจลทำความสะอาด ซึ่งการล้างมือนี้จะช่วยป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 ได้ เนื่องจากโครงสร้างของไวรัส SARS-CoV-2 ประกอบด้วยเปลือกหุ้มเป็นไขมัน หุ้มโปรตีนสายพันธุกรรม RNA ถ้าเปลือกหุ้มถูกทำลายจากการล้างมือ ไวรัสก็ถูกทำลายไปด้วย

3) หน้ากากอนามัย การสวมหน้ากากอนามัยช่วยลดการติดต่อโรคโควิด 19 ได้ โดยมีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ชัดเจน และจากข้อมูลที่ได้เห็นได้เด่นชัด คือ ประเทศทางตะวันออก เช่น สาธารณรัฐประชาชนจีน เกาหลีใต้ ไต้หวัน เน้นเรื่องการสวมหน้ากากอนามัยทั้งผู้ป่วยและผู้ไม่ป่วย โดยเฉพาะเมื่อไปในที่ชุมชน โดยเฉพาะในช่วงที่มีการระบาดของโรค ทำให้สามารถลดการแพร่กระจายโรคได้ ซึ่งหน้ากากอนามัยที่ใช้มีหลายประเภท คือ แบบสายคาดที่มีเส้นใยกรองและกันการเปียกน้ำแบบ N95 และแบบผ้า โดยหน้ากากอนามัยแบบที่มีเส้นใยกรองและกันน้ำควรใช้ในผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจและในบุคลากรทางการแพทย์ ส่วน N95 ควรใช้สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในขณะที่มีโอกาสสัมผัสกับผู้ป่วยร่วมกับการใส่ชุดป้องกันตัวเอง (PPE) ส่วนบุคคลทั่วไปอย่างน้อยควรใช้หน้ากากผ้า ทั้งนี้เพื่อให้มีหน้ากากอนามัยเพียงพอกับทุกคน โดยเมื่อสวมหน้ากากอนามัยแล้วจะต้องปฏิบัติตนอย่างเคร่งครัด ไม่ควรเอามาไว้ได้คาง และไม่ควรมือที่ยังไม่ได้ทำความสะอาดมาจับบนหน้ากากอนามัย ก่อนจับถ้าไม่ล้างมือก็ใช้แอลกอฮอล์ทำความสะอาดก่อน เมื่อใช้หน้ากากอนามัยแล้วยังต้องปฏิบัติตนในการกินร้อน ช้อนตัวเอง และหมั่นล้างมือร่วมด้วยอย่างเคร่งครัด ซึ่งควรทำให้ติดเป็นนิสัย ส่วนหน้ากากอนามัยที่ใช้แล้วและต้องการทิ้งต้องมัดเก็บให้มิดชิดก่อนทิ้งลงในถังขยะที่มีฝาปิดมิดชิด เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อโรคต่อไปในสิ่งแวดล้อม สำหรับหน้ากากคลุมหน้า (Face shield) จะให้บุคลากรทางการแพทย์ใช้ และจะต้องสวมทั้งหน้ากากอนามัย โดยเฉพาะ N95 แว่นตา (Goggle) ร่วมด้วย เพื่อป้องกันการติดเชื้อให้สมบูรณ์ ส่วนในคนปกติที่มีข้อเสนอให้สวมหน้ากากคลุมหน้า (Face shield) แทนการสวมหน้ากากอนามัยถือว่าไม่เป็นสิ่งอันสมควร เพราะยังมีช่องว่างบริเวณหน้า จมูก ปาก และตา แต่ถ้าจะสวมหน้ากากอนามัยและคลุมด้วยหน้ากากคลุมหน้าในคนปกติก็สามารถทำได้

4) การเว้นระยะห่างระหว่างบุคคลและสังคม (Social distancing and Personal distancing) การเว้นระยะห่างระหว่างบุคคลและสังคมมีความสำคัญมาก เพราะจะช่วยลดการแพร่ระบาดของโรคได้ โดยในส่วนของการเว้นระยะห่างทางสังคม คือ ควรงดการเข้าสู่สังคมที่มีคน

หม่มากโดยไม่จำเป็น ส่วนการเว้นระยะห่างระหว่างบุคคล แนะนำว่าควรมีระยะห่างอย่างน้อยประมาณ 2 เมตร หรือ 6 ฟุต เพื่อป้องกันละอองฝอยจากการพูดเสียงดังหรือไอจาม

5) การกักกันตัวเอง (Quarantine) โดยปฏิบัติตามคำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุขอย่างเคร่งครัด ซึ่งการปฏิบัติตนของกลุ่มเสี่ยงต่อโรคโควิด 19 มีการกำหนดกลุ่มคน คือ ผู้ที่เดินทางมาจากประเทศที่มีการระบาดหรือประเทศไทยประกาศเป็นเขตระบาด เช่น ประเทศทางแถบยุโรป อเมริกา ตะวันออกกลาง ที่กำลังมีการระบาด หรือตามสถานการณ์ที่ทางรัฐบาลกำหนด เพราะการระบาดเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และผู้สัมผัสกับผู้ป่วยโรคโควิด 19 โดยแนวทางการปฏิบัติในการกักกันตัวเองที่แนะนำ ได้แก่ กักตัวอยู่บ้านอย่างน้อย 14 วัน นับจากวันเดินทางมาถึงประเทศไทยหรือสัมผัสโรค ส่วนผู้ที่เดินทางมาจากต่างประเทศจะต้องกักตัวในสถานที่ที่รัฐจัดให้ (State quarantine) เมื่ออยู่บ้านพยายามแยกตัว กำหนดระยะห่างกับบุคคลอื่นประมาณ 2 เมตร ไม่ออกไปในที่ชุมชนเด็ดขาด ใช้หน้ากากอนามัย แยกของใช้ส่วนตัว ไม่ปะปนกับผู้อื่น ถ้ามีห้องน้ำแยกได้ควรแยก แต่ถ้าไม่สามารถแยกได้ให้เข้าเป็นคนสุดท้ายและทำความสะอาด หมั่นล้างมือบ่อย ๆ หรือใช้แอลกอฮอล์เจล โดยเฉพาะหลังจากใช้ห้องน้ำ และผู้ที่อยู่บ้านเดียวกันควรให้กำลังใจ ไม่ความแสดงความรังเกียจ และรู้วิธีป้องกันตนเอง

นอกจากนี้ (Healthy Green Schools & Colleges, 2020) ได้เสนอแนวทางปฏิบัติในการทำมาสะอาดและฆ่าเชื้อที่มีประสิทธิภาพเพื่อความปลอดภัยในสุขภาพของบุคลากรและนักเรียนในโรงเรียน นอกเหนือจากแนวทางปฏิบัติส่วนบุคคลขั้นพื้นฐานในการป้องกันและควบคุมการแพร่เชื้อโควิด 19 ตามแนวทางที่ CDC ได้ให้คำแนะนำไว้แล้ว ได้แก่ การเว้นระยะห่างระหว่างบุคคล การสวมหน้ากากอนามัย และการรักษาสุขอนามัยด้วยการล้างมือ ซึ่งต้องยึดถือปฏิบัติเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง โดย Healthy Green Schools & Colleges กล่าวว่า เมื่อผู้คนยังต้องดำเนินชีวิตอยู่ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 แต่ในบริบทของการศึกษาจำเป็นต้องดำเนินการต่อไปเพื่อไม่ให้เกิดการเรียนรู้ของเด็กหยุดชะงักลง ดังนั้น จึงมีนโยบายเปิดการเรียนการสอนภายในโรงเรียนหลังจากหยุดพักไปชั่วขณะหนึ่งหรือปรับใช้ระบบออนไลน์เข้ามาเป็นตัวช่วย ซึ่งแผนการปฏิบัติเพื่อเตรียมรองรับการเปิดเรียนต้องให้ความสำคัญและมุ่งเน้นไปที่การทำมาสะอาดและฆ่าเชื้อบริเวณสถานที่ปิด หรือเครื่องมือเครื่องใช้และอุปกรณ์ต่าง ๆ ภายในโรงเรียน ให้มีความปลอดภัยสูงสุด ซึ่งบริเวณที่ควรฆ่าเชื้อเป็นประจำ คือ พื้นผิวที่มีการสัมผัสสูง เช่น ลูกบิดประตู ปุ่มกดลิฟต์ สวิตช์ไฟฟ้า ส่วนสิ่งที่ยากต่อการฆ่าเชื้อ เช่น พรมปูพื้น แก้วน้ำ ผ้า ควรพิจารณากำจัดทิ้งเพื่อความปลอดภัย ทั้งนี้ ในการทำมาสะอาดและฆ่าเชื้อจะต้องเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ที่ได้รับการรับรองด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัยจากหน่วยงานที่รับผิดชอบ และผู้ปฏิบัติงานจำเป็นต้องสวมใส่เครื่องป้องกันในขณะที่ทำมาสะอาดและฆ่าเชื้อทุกครั้ง เช่น สวมใส่อุปกรณ์ PPE ที่ใช้บุคลากรในทางการแพทย์ เป็นต้น

จากข้อมูลทีกล่าวน่าจะสรุปได้ว่า การป้องกันโรคโควิด 19 ทำได้โดยการล้างมือบ่อย ๆ การมีวินัยในการรักษาระยะห่างระหว่างบุคคลและสังคม การสวมหน้ากากอนามัยอย่างถูกวิธีอยู่เสมอ การไอหรือจามอย่างถูกวิธี การหลีกเลี่ยงการสัมผัสบริเวณตา จมูก และปาก การดูแลสุขภาพอนามัยในการรับประทานอาหาร โดยรับประทานอาหารที่สะอาดและปรุงสุกใหม่ ๆ การดูแลสุขภาพความสะอาดสถานที่ อุปกรณ์ เครื่องใช้ ทำความสะอาดและฆ่าเชื้อพื้นผิวที่สัมผัสบ่อย ๆ หมั่นสังเกตและตรวจสอบสุขภาพของตนเอง และติดตามข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 อยู่เสมอ

3.4 การประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19

นักการศึกษา (ศุภกนิษฐ์ พลไพรินทร์, 2540; กระทรวงศึกษาธิการ. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน, 2559) กล่าวว่า การวัดความรู้เป็นการวัดระดับความจำ ความสามารถในการคิด เข้าใจข้อเท็จจริงที่ได้รับการศึกษาและประสบการณ์ต่าง ๆ ที่ได้รับจากการสอน การบอกกล่าว การศึกษาค้นคว้า การฝึกฝน ฯลฯ โดยผ่านการทดสอบคุณภาพด้วยคำถามวัดความรู้ แล้วจะแยกคนที่มีความรู้กับไม่มีความรู้ออกจากกันในระดับหนึ่ง

คำถามเพื่อวัดความรู้ดังกล่าว อาจเป็นได้ทั้งการถามความรู้ในเรื่อง ซึ่งเป็นการถามรายละเอียดของเนื้อหาหรือข้อเท็จจริงต่าง ๆ ของเรื่องราวทั้งหลาย อันประกอบด้วยลักษณะคำถามประเภทต่าง ๆ เช่น ศัพท์ นิยาม กฎ หรือรายละเอียดของเนื้อหา หรือการถามความรู้ในวิธีการดำเนินการ ซึ่งเป็นการถามวิธีการปฏิบัติต่าง ๆ ตามแบบแผนการดำเนินงานหรือกระบวนการ เช่น ถามระเบียบแบบแผน ลำดับขั้น แนวโน้ม การจัดประเภท และหลักเกณฑ์ต่าง ๆ หรือการถามความรู้รวบยอดต่าง ๆ ซึ่งเป็นการถามความสามารถในการจดจำข้อสรุปหรือหลักการของเรื่องที่เกิดจากการผสมผสานหาลักษณะร่วม เพื่อรวบรวมและย่อลงมาเป็นหลักหรือหัวใจของเนื้อหา นั้น ๆ

เครื่องมือที่ใช้วัดความรู้มีหลายชนิด แต่ละชนิดมีความเหมาะสมกับการวัดความรู้ตามคุณลักษณะที่แตกต่างกันออกไป เครื่องมือที่ใช้ในการวัดความรู้ที่นิยมมีทั้งแบบสอบถาม (Questionnaire) และแบบทดสอบ (Test) ซึ่งผู้ใช้ต้องพิจารณาเลือกเครื่องมือให้เหมาะสม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพตรงกับจุดมุ่งหมายที่วางไว้ โดยการวัดความรู้ด้วยแบบสอบถามจะมุ่งเก็บข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงต่าง ๆ ตามความสามารถทางปัญญาของผู้ตอบ ได้แก่ แบบสอบถามปลายปิดและแบบสอบถามปลายเปิด ส่วนการวัดความรู้ด้วยแบบทดสอบ (Test) จะเน้นการประเมินความรู้ของผู้ตอบส่วนใหญ่ ซึ่งมักจะใช้แบบทดสอบ 2 ประเภทหลัก ๆ คือ แบบทดสอบอัตนัย (Subjective Test) และแบบทดสอบปรนัย (Objective Test)

แบบทดสอบอัตนัย แบบทดสอบประเภทนี้มีจุดมุ่งหมายที่จะให้ผู้ตอบได้ตอบยาว ๆ แสดงความคิดเห็นเต็มที่ ผู้สอบมีความรู้ในเนื้อหานั้นมากน้อยเพียงใดก็เขียนออกมาให้หมดภายในเวลาที่กำหนดให้ ซึ่งแบบทดสอบประเภทนี้เหมาะสำหรับวัดความสามารถหลาย ๆ ด้านในแต่ละข้อ

แบบทดสอบปรนัย เป็นแบบทดสอบที่มุ่งให้ผู้สอบตอบสั้น ๆ ในแต่ละข้อ โดยวัดความสามารถเพียงเรื่องใดเรื่องหนึ่งเพียงเรื่องเดียว ซึ่งมีทั้งแบบทดสอบแบบถูก-ผิด (True-False) แบบเติมคำ (Completion) แบบจับคู่ (Matching) และแบบเลือกตอบ (Multiple Choices)

ทั้งนี้การเลือกรูปแบบของแบบวัดหรือแบบทดสอบจะต้องคำนึงถึงสถานการณ์และบริบทที่ต้องการวัดด้วย ซึ่งการเลือกเครื่องมือที่มีคุณภาพถือว่ามีส่วนสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้ผลการวัดหรือการประเมินความรู้มีความถูกต้องแม่นยำและตรงตามความเป็นจริงมากที่สุด

สรุปได้ว่า การวัดความรู้เป็นการวัดระดับความจำ ความคิด สารสนเทศที่เป็นข้อเท็จจริง ซึ่งได้รับจากการศึกษาค้นคว้า การเรียนรู้ และประสบการณ์ ด้วยคำถามวัดความรู้ทั้งจากในเนื้อเรื่องที่เป็นข้อเท็จจริง ความคิดรวบยอด วิธีการ/กระบวนการ ตลอดจนการรู้คิดที่เกิดขึ้นภายในตน โดยใช้เครื่องมือวัด ซึ่งผ่านการเลือกสรรมาให้สอดคล้องกับสถานการณ์และบริบทของเรื่องนั้น ๆ ที่นิยมนำมาใช้ ได้แก่ แบบสอบถามปลายปิด แบบสอบถามปลายเปิด แบบทดสอบอัตนัย และแบบทดสอบปรนัย

นอกจากนี้ จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินความรู้ทางด้านสุขภาพจาก 12 แหล่งข้อมูล (พัชรี ศรีภูตา และคณะ, 2560; ไมลา อิศระสงคราม และคณะ, 2560; ชลลดา บุตรวิชา, 2561; นิรันดา ศรีบุญทิพย์ และคณะ, 2561; หทัยรัตน์ ตัลยารักษ์ และ จุฑาทิพย์ ช่วยคล้าย, 2562; สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ, 2562; กัญเกียรติ ก้อนแก้ว และคณะ, 2562; บุษกร พันธเมธาฤทธิ์ และคณะ, 2562; Ratipark Tamornpark et al., 2563; Narayana et al., 2020; Saefi et al., 2020; Wang, Ma et al., 2020) สามารถแสดงการสังเคราะห์เครื่องมือที่นำมาใช้ประเมินความรู้ได้ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 การสังเคราะห์เครื่องมือที่นำมาใช้ประเมินความรู้

ที่มา	เครื่องมือที่นำมาใช้ประเมินความรู้			
	แบบสอบถามแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก (ถูกหรือใช่/ผิด หรือไม่ใช่)	แบบสอบถามแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก (ถูกหรือใช่/ผิด หรือไม่ใช่/ไม่ทราบ)	แบบทดสอบ 2 ตัวเลือก	แบบทดสอบ 3 ตัวเลือก
พัชรี ศรีภูตา และคณะ (2560)	✓			
ไมลา อิศระสงคราม และคณะ (2560)			✓	

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ที่มา	เครื่องมือที่นำมาใช้ประเมินความรู้			
	แบบสอบถามแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก (ถูกหรือใช่/ผิดหรือไม่ใช่)	แบบสอบถามแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก (ถูกหรือใช่/ผิดหรือไม่ใช่/ไม่ทราบ)	แบบทดสอบ 2 ตัวเลือก	แบบทดสอบ 3 ตัวเลือก
ชลดา บุตรวิชา (2561)		✓		
นิรินตา ศรีบุญทิพย์ และคณะ (2561)		✓		
หทัยรัตน์ ตัลยารักษ์ และ จุฑาทิพย์ ช่วยคล้าย (2562)	✓			
สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ (2562)		✓		
กัญเกียรติ ก้อนแก้ว และคณะ (2562)	✓			
บุษกร พันธเมธาฤทธิ์ และคณะ (2562)		✓		
Ratipark Tamornpark et al. (2563)	✓			
Narayana et al. (2020)		✓		
Saefi et al. (2020)	✓			
Wang, Ma et al. (2020)				✓

จากตารางที่ 10 พบว่า เครื่องมือที่นำมาใช้ประเมินความรู้ ประกอบด้วย แบบสอบถามแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก (ถูกหรือใช่/ผิดหรือไม่ใช่) แบบสอบถามแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก (ถูกหรือใช่/ผิดหรือไม่ใช่/ไม่ทราบ) แบบสอบถามแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ แบบทดสอบ 2 ตัวเลือก และแบบทดสอบ 3 ตัวเลือก ซึ่งจะเห็นได้ว่างานวิจัยที่นำเสนอข้างต้นส่วนใหญ่ใช้เครื่องมือวัดความรู้เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก (ถูกหรือใช่/ผิดหรือไม่ใช่) และแบบสอบถามแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก (ถูกหรือใช่/ผิดหรือไม่ใช่/ไม่ทราบ)

สำหรับงานวิจัยครั้งนี้เป็นการประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ซึ่งผู้วิจัยเลือกใช้เครื่องมือเป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ถูก/ผิด เนื่องจากแบบทดสอบลักษณะนี้มีความเหมาะสม ครอบคลุมเนื้อหา และตอบสนองต่อความรู้ ความสามารถ และช่วงวัยของกลุ่มตัวอย่าง

ซึ่งเป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังใช้เวลาในการทำแบบทดสอบไม่มากนักเกินไป จึงช่วยเอื้อให้นักเรียนยังคงความตั้งใจในการอ่านและตอบคำถามที่ตรงตามความเป็นจริงจนทำให้ได้มาซึ่งข้อมูลสารสนเทศที่มีคุณภาพ ทั้งนี้ ข้อคำถามจะครอบคลุมความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 อันประกอบด้วย ความเป็นมาของโรคโควิด 19 สาเหตุการเกิดโรคโควิด 19 อาการและการดำเนินโรคโควิด 19 การตรวจวินิจฉัยโรคโควิด 19 แนวทางการรักษาโรคโควิด 19 และการป้องกันโรคโควิด 19 ซึ่งมีเนื้อหาเหมาะสมกับช่วงวัยนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

3.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19

การจัดการองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ถือเป็นเรื่องใหม่ ทำให้มีนักวิชาการให้ความสำคัญและสนใจที่จะศึกษาวิจัยในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 จำนวน 6 เรื่อง ดังนี้

เรื่องที่ 1 มิ่งขวัญ ศิริโชติ (2563) ศึกษาความรู้และพฤติกรรมของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาต่อการป้องกันโรคโควิด 19 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้จากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ในการปกป้องตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยเฉพาะสถานศึกษา ในการป้องกันการติดต่อของโรคโควิด 19 เพื่อให้ครูซึ่งมีบทบาทสำคัญในสถานศึกษาสามารถให้ข้อมูลที่ถูกต้องและข้อเท็จจริงบนพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ต่อนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายได้ งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือ ฐานข้อมูลความรู้เรื่องโรคโควิด 19 ได้แก่ องค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย, กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพสำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ผลการศึกษาสรุปรได้ว่า การมีความรู้ด้านสุขภาพที่ดีจะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องรวมทั้งจะทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนมัธยมศึกษาที่อยู่ในช่วงวัยรุ่น เนื่องจากเป็นวัยที่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ มีการปรับตัว และเริ่มที่จะมีความรับผิดชอบตนเอง ดังนั้นครูจะต้องอาศัยการวางแผนการศึกษาเกี่ยวกับการให้ความรู้เรื่องโรคโควิด 19 อย่างเหมาะสมจะช่วยลดความกลัวและความกังวลของนักเรียน รวมทั้งส่งเสริมให้นักเรียนมีความสามารถในการรับมือกับผลกระทบจากสถานการณ์ดังกล่าว โดยสอนให้รู้จักการรักษาระยะห่างทางสังคม มีพฤติกรรมเพื่อสุขอนามัยที่ดี เช่น การไอหรือจามลงบนข้อพับแขน และการล้างมือด้วยน้ำและสบู่ หรือทำความสะอาดด้วยเจลล้างมือที่ผสมแอลกอฮอล์ การสวมหน้ากากอนามัยเพื่อป้องกันการแพร่กระจายและการติดต่อของโรค ซึ่งทุกวิชาควรให้ความรู้ที่มีเนื้อหาสอดคล้องกับวิชาสุขศึกษาในการป้องกันโรคด้วย

เรื่องที่ 2 Ratipark Tamornpark et al. (2563) ศึกษาความพร้อมในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ของวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในจังหวัดเชียงราย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมิน

ความพร้อมของวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงรายต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่มีอายุ 18-23 ปี ที่อาศัยอยู่ใน 5 หมู่บ้าน ของอำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย และนักศึกษาที่เข้าเรียนมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวงที่มีอายุ 18-23 ปี ซึ่งได้รับเชิญให้เข้าร่วมในการศึกษา จำนวนรวม 315 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสอบถามความพร้อมในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ตามข้อมูลที่สังเคราะห์ได้จากองค์การอนามัยโลก (WHO) ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค (CDC) และกระทรวงสาธารณสุขประเทศไทย ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นคำถามแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก จำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 2 ข้อมูลประวัติทางการแพทย์ เป็นคำถามแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก จำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 3 การประเมินความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 เป็นคำถามแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ถูก/ผิด จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 4 การประเมินการรับรู้เกี่ยวกับมาตรการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 เป็นคำถามแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก จำนวน 10 ข้อ และส่วนที่ 5 การประเมินทักษะในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 เป็นคำถามแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก จำนวน 10 ข้อ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square Test) ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด 19 ผ่านโทรทัศน์ (51.7%) และอินเทอร์เน็ต (41.3%) แต่มีเพียง 31.1% เท่านั้นที่ตอบว่ามีข้อมูลเพียงพอ ด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 อยู่ในระดับต่ำ (67.9%) และมีเพียงไม่กี่คนที่มีความเข้าใจที่ดีเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 (1.6%) ในขณะที่มีเพียง 29.5% เท่านั้นที่มีทักษะในการเตรียมความพร้อมสำหรับการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 จากการวิจัยจะเห็นได้ว่าประชากรวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในจังหวัดเชียงรายยังมีความรู้ การรับรู้ และทักษะการเตรียมความพร้อมในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ที่ไม่ดี จำเป็นต้องมีมาตรการป้องกันและควบคุมที่มีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันไม่ให้คนในชนบท เช่น คนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงรายติดเชื้อโควิด 19

เรื่องที่ 3 Narayana et al. (2020) ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ การรับรู้ และการปฏิบัติต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในหมู่ประชาชนทั่วไปของประเทศอินเดีย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความรู้ การรับรู้ และการปฏิบัติต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในประชาชนทั่วไปของประเทศอินเดีย กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนจากโซเซียลมีเดียในเครือข่ายของผู้วิจัยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป และอาศัยอยู่ในประเทศอินเดีย วิธีการวิจัยใช้การศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-sectional studies) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามออนไลน์เกี่ยวกับความรู้ การรับรู้ และการปฏิบัติต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับชื่อไวรัส 1 ข้อ, ระยะฟักตัว 1 ข้อ, อาการ 3 ข้อ, กลุ่มเสี่ยงที่จะเจ็บป่วยรุนแรง 1 ข้อ, การแพร่เชื้อ 2 ข้อ และการป้องกันและควบคุมโรค 2 ข้อ โดยเป็นคำถาม

แบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ จริง/เท็จ/ไม่ทราบ ส่วนที่ 3 ด้านการรับรู้ความเชื่อและข้อเท็จจริงเกี่ยวกับโรคโควิด 19 จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับความเชื่อของการแพร่เชื้อของไวรัส 3 ข้อ, ความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุมโรคโควิด 19 2 ข้อ, มาตรการป้องกันโควิด 19 2 ข้อ, ความเชื่อเกี่ยวกับการทดสอบและวินิจฉัยโรค 1 ข้อ และความเชื่อเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาโรคโควิด 19 2 ข้อ โดยเป็นคำถามแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ จริง/เท็จ/ไม่ทราบ และส่วนที่ 4 ด้านการปฏิบัติต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับการอยู่บ้าน 1 ข้อ, การดูแลสุขภาพอนามัยของระบบทางเดินหายใจ 1 ข้อ, การเว้นระยะห่างทางสังคม 1 ข้อ, การล้างมืออย่างสม่ำเสมอ 1 ข้อ, การสวมหน้ากากอนามัย 1 ข้อ, การหลีกเลี่ยงการเดินทาง 1 ข้อ, การฆ่าเชื้อบริเวณที่สงสัยว่ามีการติดเชื้อ 1 ข้อ, การใช้แอปพลิเคชัน Arogya setu ที่แนะนำโดยรัฐบาลอินเดีย 1 ข้อ, การหลีกเลี่ยงการจับมือ 1 ข้อ และการหลีกเลี่ยงการสัมผัสปาก จมูก และตา 1 ข้อ โดยเป็นคำถามแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่/ไม่ใช่ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบ T-test การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (ANOVA) และการวิเคราะห์ความถดถอย ผลการวิจัยพบว่า แหล่งข้อมูลหลักสำหรับข้อมูลโรคโควิด 19 ในหมู่ประชาชนทั่วไปของประเทศไทย ได้แก่ โทรทัศน์ (74.5%) รองลงมาคือ โซเชียลมีเดีย (71.0%) โดยผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีความรู้คิดเป็นร้อยละ 74.7 การรับรู้ร้อยละ 57.6 และการปฏิบัติต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ร้อยละ 88.1 และพบว่า อายุที่มากขึ้น (มากกว่า 40 ปี) ระดับการศึกษาที่สูงขึ้น การใช้ชีวิตในเขตเมือง และการประกอบอาชีพด้านการรักษาพยาบาล มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคะแนนความรู้ การรับรู้ และการปฏิบัติที่มีต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในระดับสูง สรุปได้ว่าประชากรส่วนใหญ่มีความรู้ที่ดีและถูกต้อง แต่การรับรู้ที่ถูกต้องและการปฏิบัติต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ยังคงมีจุดบกพร่องที่ต้องได้รับการปรับปรุงแก้ไข ดังนั้นจึงควรจัดให้มีโปรแกรมการศึกษาและการเผยแพร่ความรู้ขององค์การอนามัยโลกผ่านสื่อหรือโซเชียลเน็ตเวิร์ก เพื่อให้สามารถแก้ปัญหาด้านความเชื่อหรือความเข้าใจผิดเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ในหมู่ประชาชนชาวอินเดียให้ดีขึ้นได้

เรื่องที่ 4 Saefi et al. (2020) ศึกษาเชิงสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด 19 ของนักศึกษาระดับปริญญาตรีในประเทศอินโดนีเซีย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด 19 ของนักศึกษาระดับปริญญาตรีในประเทศอินโดนีเซีย กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาระดับปริญญาตรีในประเทศอินโดนีเซีย จำนวน 6,249 คน ซึ่งอยู่ในช่วงเดือนแรกของการปิดวิทยาลัยหรือมหาวิทยาลัยเนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามออนไลน์ (Google forms) เกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด 19 แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 การประเมินข้อมูลทั่วไปของประชากร จำนวน 6 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้ที่

เกี่ยวข้องกับโรคโควิด 19 จำนวน 18 ข้อ โดยเป็นคำถามแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ถูก/ผิด ส่วนที่ 3 ทักษะคิดที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด 19 จำนวน 6 ข้อ โดยมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 3 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วย/ไม่แน่ใจ/เห็นด้วย และส่วนที่ 4 การปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด 19 จำนวน 12 ข้อ โดยมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ไม่เคยเลย/เป็นครั้งคราว/เป็นประจำ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการหาค่าเฉลี่ย ความถี่ การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน การหาค่าที (T-test) การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA) การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square Test) การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี (Binary logistic regression analysis) และการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด 19 อยู่ในระดับดี ด้านความสัมพันธ์พบว่า ความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ส่วนปัจจัยทางด้านเพศ อายุ ระดับชั้นปีสามารถร่วมกันอธิบายความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด 19 ได้อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งจากผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าการเสริมสร้างระดับความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด 19 ของนักเรียน จะช่วยสร้างความพร้อมในการป้องกันและยับยั้งการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ได้ดี

เรื่องที่ 5 Wang, Ma et al. (2020) ศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด 19 กับความวิตกกังวลของผู้ที่อยู่อาศัยในมณฑลเหอหนาน สาธารณรัฐประชาชนจีน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความรู้ ทักษะคิด และแนวปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด 19 กับความวิตกกังวลของผู้ที่อยู่อาศัยในมณฑลเหอหนาน สาธารณรัฐประชาชนจีน กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ซึ่งอาศัยอยู่ใน 17 ชุมชน จาก 5 เมือง ในมณฑลเหอหนาน สาธารณรัฐประชาชนจีน จำนวน 385 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบประเมินระดับความวิตกกังวลของ Zung Self Rating (SAS) และแบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 เป็นคำถามแบบปรนัย จำนวน 10 ข้อ เท่ากับ 10 คะแนน (ร้อยละ 100) แบ่งระดับความรู้ออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูงสำหรับคะแนนในช่วง 9-10 (ร้อยละ 80-100) ระดับกลางสำหรับคะแนนในช่วง 6-7 (ร้อยละ 60-79.99) และระดับต่ำสำหรับคะแนน < 6 (< ร้อยละ 60) ส่วนที่ 2 ทักษะคิดต่อการป้องกันโรคโควิด 19 เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วย=0/เป็นกลาง=1/เห็นด้วย=2 จำนวน 10 ข้อ เท่ากับ 10 คะแนน (ร้อยละ 100) แบ่งระดับทักษะคิดออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูงมีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 80 (> 16 คะแนน) ระดับกลางมีสัดส่วนร้อยละ 60-80 (12-16 คะแนน) และระดับต่ำมีสัดส่วนน้อยกว่าร้อยละ 60 (< 12 คะแนน) และส่วนที่ 3 การปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด 19 เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ เสมอ=2/บางครั้ง=1/ไม่ค่อยทำหรือไม่ทำเลย=0 จำนวน 10 ข้อ เท่ากับ 10

คะแนน (ร้อยละ 100) แบ่งระดับการปฏิบัติออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูงมีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 80 (> 16 คะแนน) ระดับกลางมีสัดส่วนร้อยละ 60-80 (12-16 คะแนน) และระดับต่ำมีสัดส่วนน้อยกว่าร้อยละ 60 (< 12 คะแนน) การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติการหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิ และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพหุ เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอธิบายและความวิตกกังวล ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ ทักษะการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 76.7, 60.3 และ 53.3 ตามลำดับ) ส่วนความชุกของความวิตกกังวลคิดเป็นร้อยละ 12.5 โดยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล ได้แก่ วุฒิการศึกษา อาชีพ สถานที่อยู่อาศัย ทักษะการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด 19 ซึ่งจากผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าประชากรจีนมีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 อยู่ระดับสูง แต่ในขณะเดียวกันก็ยังคงมีความวิตกกังวลร่วมด้วยเช่นกัน

สรุปได้ว่า จากการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 จำนวน 5 รายการ ได้แก่ (มิ่งขวัญ ศิริโชติ, 2563; Ratipark Tamornpark et al., 2563; Narayana et al., 2020; Saefi et al., 2020; Wang, Ma et al., 2020) พบว่า ทุกงานวิจัยทั้งของประเทศไทยและต่างประเทศล้วนมีความตื่นตัวและตระหนักถึงความสำคัญของการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 แก่ประชากรในประเทศของตนเอง ซึ่งความรู้ดังกล่าวถือเป็นหัวใจสำคัญที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด 19 อันจะช่วยให้สามารถเผชิญกับสถานการณ์การระบาดของโรคได้อย่างปลอดภัย โดยความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ที่นำมาใช้ออกแบบเครื่องมือการวิจัยหลัก ๆ ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโคโรนาไวรัส 2019 การติดเชื้อ ระยะฟักตัว การแพร่เชื้อ อาการ กลุ่มเสี่ยง การรักษา ตลอดจนการป้องกันและควบคุมโรค และจากผลการศึกษายังทำให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับระดับของความรู้ในการป้องกันโรคโควิด 19 ซึ่งส่วนใหญ่พบว่า ประชากรมีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 อยู่ในระดับสูง ซึ่งถือเป็นเรื่องที่น่ายินดี แต่ทั้งนี้ก็ยังจะต้องให้ความสำคัญกับข้อมูลความรู้อยู่เสมอ เนื่องจากโรคโควิด 19 ถือเป็นโรคอุบัติใหม่ องค์ความรู้ในด้านต่าง ๆ มีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ ดังนั้นทุกประเทศจึงควรผลักดันให้หน่วยงานทุกภาคส่วนเล็งเห็นความสำคัญของการส่งเสริมด้านความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 เพื่อให้เท่าทันสถานการณ์อยู่เสมอด้วย นอกจากนี้ยังทำให้ทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด 19 อีกด้วย ซึ่งจากที่กล่าวมาจึงเป็นเหตุผลที่ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 เนื่องจากเป็นอีกหนึ่งตัวแปรสำคัญที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ในบริบทที่สังคมไทยและสังคมโลกยังคงต้องเผชิญกับวิกฤตการระบาดของโรคดังกล่าวต่อไปอีกในระยะยาว

นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ตัวแปรที่ศึกษา สถิติที่ใช้ และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 การวิเคราะห์ตัวแปรที่ศึกษา สถิติที่ใช้ และเครื่องมือที่ใช้ จากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19

ผู้วิจัย/ปี	ตัวแปรที่ศึกษา	สถิติที่ใช้	เครื่องมือที่ใช้
1. มิ่งขวัญ ศิริโชค (2563)	ความรู้และพฤติกรรมของนักเรียนมัธยมศึกษาต่อการป้องกันโรคโควิด 19	การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)	ฐานข้อมูลความรู้เรื่องโรคโควิด 19 และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย
2. Ratipark Tamornpark et al. (2563)	ความพร้อมในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ของวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในจังหวัดเชียงราย	ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square Test)	แบบสอบถามความพร้อมในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ด้านความรู้ การรับรู้ และทักษะในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 จำนวน 46 ข้อ โดยในส่วนของคำถามประเมินความรู้ เป็นคำถามแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ถูก/ผิด จำนวน 10 ข้อ
3. Narayana et al. (2020)	ความรู้ การรับรู้ และการปฏิบัติต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในหมู่ประชาชนทั่วไปของประเทศอินเดีย	ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบ T-test การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (ANOVA) และการวิเคราะห์การถดถอย	แบบสอบถามออนไลน์เกี่ยวกับความรู้ การรับรู้ และการปฏิบัติต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 จำนวน 30 ข้อ โดยในส่วนของคำถามประเมินความรู้เป็นคำถามแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ จริง/เท็จ/ไม่ทราบ

ตารางที่ 11 (ต่อ)

ผู้วิจัย/ปี	ตัวแปรที่ศึกษา	สถิติที่ใช้	เครื่องมือที่ใช้
4. Saefi et al. (2020)	ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด 19 ของ นักศึกษาระดับปริญญาตรีในประเทศอินโดนีเซีย	ค่าเฉลี่ย ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน การทดสอบ T-test การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว การทดสอบไคสแควร์ การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี และการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน	แบบสอบถามออนไลน์ เกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด 19 จำนวน 42 ข้อ โดยในส่วนของ การประเมินความรู้เป็นคำถามแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ถูก/ผิด จำนวน 18 ข้อ
5. Wang, Ma et al. (2020)	ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด 19 กับความวิตกกังวลของผู้ที่อยู่อาศัยในมณฑลเหอหนาน สาธารณรัฐประชาชนจีน	ค่าเฉลี่ย ร้อยละ การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิ และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพหุ	แบบประเมินระดับความวิตกกังวลและแบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 จำนวน 30 ข้อ โดยในส่วนของ การประเมินความรู้เป็นคำถามแบบปรนัย จำนวน 10 ข้อ

จากตารางที่ 11 การวิเคราะห์ตัวแปรที่ศึกษา สถิติที่ใช้ และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยจากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 จำนวน 5 เรื่อง พบว่า มีงานวิจัยเอกสาร (Documentary Research) ซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จำนวน 1 เรื่อง (มิ่งขวัญ ศิริโชติ, 2563) มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด 19 จำนวน 4 เรื่อง (Ratipark Tamornpark et al., 2563; Narayana et al., 2020; Saefi et al., 2020; Wang, Ma et al., 2020) ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ระบุว่า มี 2 เรื่อง ใช้แบบวัดเป็นคำถามแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ถูก/ผิด (Ratipark Tamornpark et al., 2563; Saefi et al., 2020) มี 1 เรื่อง ใช้แบบวัดเป็นคำถามแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ จริง/เท็จ/ไม่ทราบ (Narayana et al., 2020) และมี 1 เรื่อง เป็นคำถามแบบปรนัย (Wang, Ma et al., 2020)

สำหรับในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยจะประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ การเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้ และพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลก: กรณีโควิด 19 สำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ซึ่งจะระบุไว้ในส่วนที่ 4 ของแบบสอบถาม โดยใช้เป็นแบบทดสอบ จำนวน 2 ตัวเลือก คือ ถูกและผิด จำนวน 22 ข้อ โดยคำถามจะครอบคลุมความรู้เกี่ยวกับไวรัสที่ก่อโรคโควิด 19 ที่มาของโรค การดำเนินโรค อาการ กลุ่มเสี่ยง การรักษา และแนวทางการป้องกันและควบคุมโรค เพื่อวัดความรู้รอบด้านเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ที่จำเป็นต่อการรับมือกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค

4. พฤติกรรมด้านการป้องกันโรคโควิด 19

การศึกษาพฤติกรรมส่วนบุคคล โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันโรคเป็นการศึกษาข้อมูลย้อนกลับเพื่อสะท้อนถึงสถานะความเป็นจริงที่เกิดขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การยอมรับและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เป็นไปในทิศทางที่เหมาะสมต่อไปได้

4.1 ความหมายของพฤติกรรมด้านการป้องกันโรคโควิด 19

พฤติกรรม (Twaddle, 1981; พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554, 2556; กรมควบคุมโรค. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ, 2562) หมายถึง การกระทำ หรือการแสดงออกของบุคคลทั้งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ พฤติกรรมภายในและพฤติกรรมภายนอก พฤติกรรมภายในเป็นพฤติกรรมที่ไม่สามารถสังเกตเห็นได้โดยตรง เช่น ความคิด ความรู้สึก แต่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตและแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมภายนอกได้ เช่น คำพูด สีหน้า ท่าทาง

การป้องกันโรค (Edelman and Mandle, 1994; กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค, 2560) หมายถึง การขจัดหรือยับยั้งพัฒนาการของโรค รวมถึงการประเมินและการรักษาเฉพาะ เพื่อดำเนินการกับพัฒนาการของโรคในทุกระยะ หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นมาตรการและกิจกรรมที่ดำเนินการก่อนที่จะเกิดโรคหรือภัย เพื่อไม่ให้เกิดโรคหรือภัยดังกล่าว ซึ่งการป้องกันโรคทุกโรคจะแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับปฐมภูมิ (Primary prevention) ระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) และระดับตติยภูมิ (Tertiary prevention) โดยแต่ละระดับจะมีวัตถุประสงค์ที่แตกต่างกันไป ดังนี้

1) การป้องกันระดับปฐมภูมิ (Primary prevention) หมายถึง การส่งเสริมสุขภาพโดยทั่วไป รวมถึงการปกป้องและต่อต้านการเกิดเฉพาะโรค ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ดำเนินการก่อนเกิดโรค

กิจกรรมที่สำคัญ ได้แก่ การส่งเสริมให้มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของประชาชน (Healthy environment) การส่งเสริมให้ร่างกายมีความต้านทานต่อโรคต่าง ๆ และการส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (Healthy behaviors) เช่น การให้สุขศึกษา การรับประทานอาหารเหมาะสมตามวัย การพัฒนาบุคลิกภาพ การทำงาน การพักผ่อน การตรวจสุขภาพ เป็นต้น ส่วนในด้านของโรคติดต่อจะเน้นการป้องกันไม่ให้ร่างกายติดเชื้อหรือได้รับเชื้อ เช่น การสวมหน้ากากอนามัย กินช้อนกลางส่วนตัว ล้างมือ รวมถึงการใช้วัคซีนป้องกันโรค เป็นต้น

2) การป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) หมายถึง เป็นกิจกรรมที่ดำเนินการเมื่อเกิดโรคแล้วแต่ยังไม่เกิดอาการ หรือได้รับการวินิจฉัยในระยะแรกของโรคและได้รับการรักษาทันเวลาที่ ความรุนแรงของโรคที่เป็นมีระยะเวลานั้น สามารถกลับสู่สภาวะของการมีสุขภาพดีได้อย่างรวดเร็ว ส่วนในด้านของโรคติดต่อจะเน้นการป้องกันไม่ให้ป่วยเป็นโรคหลังสัมผัสเชื้อ เช่น รมรงค์ให้รับวัคซีนป้องกันโรคภายหลังสัมผัสโรค เป็นต้น

3) การป้องกันระดับตติยภูมิ (Tertiary prevention) เป็นกิจกรรมที่ดำเนินการเมื่อเกิดอาการแล้ว ถือเป็นระดับที่ไม่เพียงแต่หยุดการดำเนินของโรคเท่านั้น แต่จะต้องป้องกันความเสื่อมสภาพอย่างสมบูรณ์ จุดประสงค์คือให้กลับสู่สังคมได้อย่างมีคุณค่า ส่วนในด้านของโรคติดต่อจะเน้นการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการเจ็บป่วย

สรุป พฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลก: กรณีโควิด 19 หมายถึง การป้องกันโรคโควิด 19 แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ 1) ระดับปฐมภูมิ เช่น การสวมหน้ากากอนามัย กินช้อนกลางส่วนตัว ล้างมือ การเว้นระยะห่าง การใช้วัคซีนป้องกันโรค 2) ระดับทุติยภูมิ เช่น การป้องกันไม่ให้เป็นโรคหลังสัมผัสเชื้อ การอยู่บ้านกักตนเองและติดตามดูอาการ การรมรงค์ให้รับวัคซีนป้องกันโรคภายหลังสัมผัสโรค การทำความสะอาดและฆ่าเชื้อพื้นผิวที่สัมผัสบ่อย ๆ ทุกวัน และ 3) ระดับตติยภูมิ เช่น การป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการเจ็บป่วย

4.2 องค์ประกอบของพฤติกรรมด้านการป้องกันโรคโควิด 19

หน่วยงานและนักวิชาการทางด้านสุขภาพ (WHO, 2020; CDC, 2020; Healthy Green Schools & Colleges, 2020; กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค, 2563; สภาวิชาชีพไทย. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2563; ยง ภู่วรรณ และ ยืน ภู่วรรณ, 2563) ได้เสนอพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลก: กรณีโควิด 19 ไว้อย่างสอดคล้องกัน ดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 ข้อมูลพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลก: กรณีโควิด 19

หน่วยงาน/นักวิชาการ	พฤติกรรมด้านการป้องกันโรคโควิด 19
1. WHO (2020)	<ol style="list-style-type: none"> 1) ล้างมือบ่อย ๆ 2) รักษาระยะห่างอย่างน้อย 1 เมตรจากผู้อื่น 3) ปิดปากและจมูกด้วยกระดาษทิชชูหรือต้นแขนด้านในเมื่อไอหรือจาม 4) หลีกเลี่ยงการเอามือมาสัมผัสตา จมูก และปาก 5) สวมหน้ากากอนามัยอย่างถูกวิธี 6) หลีกเลี่ยงการไปพื้นที่ที่มีผู้คนหนาแน่น 7) หากมีอาการไม่รุนแรงควรอยู่บ้านกักตนเองและติดตามอาการ แต่ถ้าหายใจลำบากและ/หรือเจ็บหน้าอกให้รีบติดต่อสถานพยาบาล 8) ติดตามข้อมูลข่าวสารล่าสุดเกี่ยวกับการระบาดของโรคโควิด 19 จากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ
2. CDC (2020)	<ol style="list-style-type: none"> 1) ล้างมือบ่อย ๆ ด้วยสบู่และน้ำ 2) หลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิด 3) ปิดปากและจมูกด้วยหน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ใกล้กับบุคคลอื่น 4) ปกปิดอาการไอและจามโดยใช้กระดาษทิชชูปิดปากและจมูกทุกครั้ง หรือใช้ต้นแขนด้านใน และอย่าบ้วนน้ำลาย 5) ทำความสะอาดและฆ่าเชื้อพื้นผิวที่สัมผัสบ่อย ๆ ทุกวัน 6) ตรวจสอบสุขภาพของตนเองทุกวัน
3. Healthy Green Schools & Colleges (2020)	<ol style="list-style-type: none"> 1) การเว้นระยะห่างระหว่างบุคคล 2) การสวมหน้ากากอนามัย 3) การรักษาสุขอนามัยด้วยการล้างมือ 4) การทำความสะอาดและฆ่าเชื้อพื้นที่สาธารณะ สถานที่ทำงาน แหล่งธุรกิจ โรงเรียน และที่อยู่อาศัย
4. กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค (2563); สภาวิชาชีพ. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (2563)	<ol style="list-style-type: none"> 1) ล้างมือบ่อย ๆ 2) สวมหน้ากากอนามัย 3) ไอ จามอย่างถูกวิธี 4) รักษาระยะห่างทางสังคมอย่างน้อย 1 เมตร 5) หลีกเลี่ยงการสัมผัสบริเวณตา จมูก และปาก

ตารางที่ 12 (ต่อ)

หน่วยงาน/นักวิชาการ	พฤติกรรมด้านการป้องกันโรคโควิด 19
	6) รับประทานอาหารปรุงสุกใหม่ๆ และไม่ร่วมรับประทานอาหารกับผู้อื่น 7) ทำความสะอาดสถานที่ อุปกรณ์ เครื่องใช้ที่มีผู้สัมผัสจำนวนมาก 8) หากมีอาการป่วยเล็กน้อย ควรป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้อื่น โดยควรพักหรือกักตัวอยู่ที่บ้าน
5. ยง ภู่วรวรรณ และ ยีน ภู่วรวรรณ (2563)	1) การลดการสัมผัส 2) การล้างมือ 3) หน้ากากอนามัย 4) การเว้นระยะห่างระหว่างบุคคลและสังคม (Social distancing and Personal distancing) 5) การกักกันตัวเอง (Quarantine)

จากตารางที่ 12 จะเห็นได้ว่า พฤติกรรมด้านการป้องกันโรคโควิด 19 ประกอบด้วย การล้างมือบ่อย ๆ โดยใช้น้ำและสบู่ และล้างให้ถูกวิธี, การรักษาระยะห่างระหว่างบุคคลและระยะห่างทางสังคมอย่างน้อย 1 เมตรจากผู้อื่น, การปิดปากและจมูกด้วยกระดาษทิชชูหรือต้นแขนด้านในเมื่อไอหรือจาม, การหลีกเลี่ยงการเอามือมาสัมผัสตา จมูก และปาก, การสวมหน้ากากอนามัยอย่างถูกวิธี, การหลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิด, การหลีกเลี่ยงการไปพื้นที่หนาแน่น, การลดการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย, การทำความสะอาดและฆ่าเชื้อพื้นผิวที่สัมผัสบ่อย ๆ ทุกวันหรือที่มีผู้สัมผัสจำนวนมาก, การรับประทานอาหารปรุงสุกใหม่ๆ และไม่ร่วมรับประทานอาหารกับผู้อื่น, การกักกันตนเองโดยปฏิบัติตามคำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุขอย่างเคร่งครัดเมื่ออยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคโควิด 19, การตรวจสอบสุขภาพของตนเองทุกวัน หากมีอาการไม่รุนแรงควรอยู่บ้านกักตนเองและติดตามดูอาการ แต่หากมีอาการหายใจลำบากและ/หรือเจ็บหน้าอกให้รีบติดต่อสถานพยาบาล, และการติดตามข่าวสารข้อมูลล่าสุดเกี่ยวกับการระบาดของโรคโควิด 19 จากแหล่งที่น่าเชื่อถือ

จากข้อมูลทีกล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงสังเคราะห์องค์ประกอบของพฤติกรรมด้านการป้องกันโรคโควิด 19 ออกเป็น 9 พฤติกรรม ดังแสดงในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 การสังเคราะห์องค์ประกอบของพฤติกรรมด้านการป้องกันโรคโควิด 19

ที่มา	พฤติกรรมด้านการป้องกันโรคโควิด 19								
	1) ล้างมือ	2) รักษาระยะห่างระหว่างบุคคลและทางสังคม	3) สวมหน้ากากอนามัย	4) ไอหรือจามอย่างถูกวิธี	5) หลีกเลี่ยงการสัมผัสบริเวณตา จมูก และปาก	6) ดูแลสุขอนามัยในการรับประทานอาหาร	7) ดูแลรักษาความสะอาดสถานที่ อุปกรณ์ เครื่องใช้	8) ตรวจสอบสุขภาพของตนเอง	9) ติดตามข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19
WHO (2020)	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓
CDC (2020)	✓			✓			✓	✓	
Healthy Green Schools & Colleges (2020)	✓	✓	✓				✓		
กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค (2563)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
สภากาชาดไทย. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (2563)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
ยง ภู่วรวรรณ และ ยืน ภู่วรวรรณ (2563)	✓	✓	✓	✓	✓			✓	

จากตารางที่ 13 พบว่า องค์ประกอบของพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลก: กรณีโควิด 19 ประกอบด้วย 9 พฤติกรรม คือ 1) พฤติกรรมการล้างมือ 2) พฤติกรรมการรักษาระยะห่างระหว่างบุคคลและทางสังคม 3) พฤติกรรมการสวมหน้ากากอนามัย 4) พฤติกรรมการไอหรือจามอย่างถูกวิธี 5) พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการสัมผัสบริเวณตา จมูก และปาก 6) พฤติกรรมการดูแลสุขอนามัยในการรับประทานอาหาร 7) พฤติกรรมการดูแลรักษาความสะอาดสถานที่ อุปกรณ์ เครื่องใช้ 8) พฤติกรรมการตรวจสอบสุขภาพของตนเอง และ 9) พฤติกรรมการติดตามข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 โดยแต่ละพฤติกรรมมีรายละเอียดดังนี้

1) พฤติกรรมการล้างมือ หมายถึง การปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัส (Contact precaution) โดยการล้างมือบ่อย ๆ ด้วยน้ำและสบู่ อย่างน้อย 20 วินาที และถูมือให้ทั่วตามวิธีการล้างมือ 7 ขั้นตอน หรือใช้แอลกอฮอล์เจลที่มีแอลกอฮอล์อย่างน้อย 70 เปอร์เซ็นต์ ทุกครั้งหลังสั่งน้ำมูก ไอ หรือจาม เมื่อมาถึงและหลังออกจากสถานที่สาธารณะ ก่อนรับประทานอาหารหรือ

เตรียมอาหาร ก่อนจับใบหน้า หลังจากใช้ห้องน้ำ ก่อนสวมและหลังจากถอดหน้ากากอนามัย หลังสัมผัสกับผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจ หลังสัมผัสกับผ้าอ้อม หลังสัมผัสสัตว์หรือสัตว์เลี้ยง และทุกครั้งเมื่อมือสกปรก

2) พฤติกรรมการรักษาระยะห่างระหว่างบุคคลและทางสังคม หมายถึง การปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางละอองฝอยของสารคัดหลั่งในระบบทางเดินหายใจ (Droplet precaution) โดยรักษาระยะห่างอย่างน้อย 1 เมตรจากผู้อื่นในทุกบริบท หลีกเลี่ยงการอยู่ในบริเวณที่มีคนหนาแน่น บริเวณที่มีคนพูดเสียงดังหรือไอจาม และพื้นที่เสี่ยงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19

3) พฤติกรรมมาสวมหน้ากากอนามัย หมายถึง การปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางละอองฝอยของสารคัดหลั่งในระบบทางเดินหายใจ (Droplet precaution) โดยสวมหน้ากากอนามัยที่ได้มาตรฐานอย่างถูกวิธีเมื่ออยู่ใกล้กับบุคคลอื่น โดยเฉพาะในสถานที่สาธารณะ ซึ่งวิธีการมาสวมหน้ากากอนามัยที่ถูกต้อง คือ ล้างมือก่อนสวมทุกครั้ง ในการสวมควรให้ด้านสีเข้มออกด้านนอกเสมอ คลุมให้ปิดจมูก ปาก คาง คล้องหูด้วยสายรัด ขยับให้พอดีกับใบหน้า กดลดขอบบนให้สนิทกับสันจมูก ไม่ให้มีช่องว่างด้านข้าง หลีกเลี่ยงการจับหน้ากากขณะใส่อยู่ เปลี่ยนหน้ากากอนามัยทุกวัน ล้างมือด้วยน้ำและสบู่หรือแอลกอฮอล์เจลก่อนถอดหน้ากากอนามัยทุกครั้ง ถอดโดยดึงสายรัดจากหลังใบหูโดยไม่จับด้านหน้าของหน้ากาก หน้ากากอนามัยที่ใช้แล้วต้องม้วนเก็บให้มิดชิดก่อนทิ้งลงในถังขยะที่มีฝาปิดและล้างมืออีกครั้ง หากเป็นหน้ากากอนามัยแบบผ้าเมื่อเลิกใช้แล้วให้ซักในน้ำสบู่หรือผงซักฟอก โดยควรใช้น้ำร้อน (อุณหภูมิอย่างน้อย 60 องศา) จากนั้นล้างให้สะอาดด้วยน้ำเปล่าอีกครั้ง แล้วผึ่งแดดและต้องไม่ใช้หน้ากากอนามัยร่วมกับผู้อื่น

4) พฤติกรรมไอหรือจามอย่างถูกวิธี หมายถึง การปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางละอองฝอยของสารคัดหลั่งในระบบทางเดินหายใจ (Droplet precaution) โดยปิดปากและจมูกด้วยกระดาษทิชชูหรือต้นแขนด้านในเมื่อไอหรือจาม จากนั้นทิ้งกระดาษทิชชูที่ใช้แล้วลงในถังขยะที่มีฝาปิดมิดชิด และล้างมือทันทีด้วยสบู่และน้ำ หรือแอลกอฮอล์เจล

5) พฤติกรรมหลีกเลี่ยงการสัมผัสบริเวณตา จมูก และปาก หมายถึง การปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัส (Contact precaution) โดยหลีกเลี่ยงการเอามือมาสัมผัสตา จมูก และปาก โดยไม่ได้ล้างมือด้วยน้ำและสบู่ หรือเช็ดถูด้วยแอลกอฮอล์เจล

6) พฤติกรรมดูแลสุขอนามัยในการรับประทานอาหาร หมายถึง การปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัส (Contact precaution) โดยรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ ๆ ไม่รับประทานอาหารชุดเดียวกับผู้อื่น ควรมีการแยกชุดอาหารสำหรับรับประทานแบบส่วนบุคคล และนั่งรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่นโดยมีฉากกั้นหรือเว้นระยะห่างอย่างเหมาะสม

7) พฤติกรรมดูแลรักษาความสะอาดสถานที่ อุปกรณ์ เครื่องใช้ หมายถึง การปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัส (Contact precaution) โดยทำความสะอาดและฆ่าเชื้อ

พื้นผิวที่สัมผัสบ่อย ๆ ทุกวัน ด้วยน้ำยาทำความสะอาดหรือเช็ดด้วยแอลกอฮอล์ 70 เปอร์เซ็นต์ อย่างน้อยวันละ 1-2 ครั้ง

8) พฤติกรรมการตรวจสอบสุขภาพของตนเอง หมายถึง การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ โดยหมั่นสังเกตอาการไข้ ไอ หายใจถี่ หรืออาการอื่น ๆ ของโรคโควิด 19 ทุกวัน หากสงสัยว่าตนเอง อาจเป็นโรคโควิด 19 ให้กักตัวอยู่บ้าน พร้อมทั้งปฏิบัติตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขแนะนำ และติดตามดูอาการ แต่หากมีอาการหายใจลำบากและ/หรือเจ็บหน้าอกให้ไปพบแพทย์ทันทีและแจ้ง ประวัติการเดินทางเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยและรักษาต่อไป

9) พฤติกรรมการติดตามข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 หมายถึง การปฏิบัติเพื่อ ป้องกันการรับหรือสัมผัสกับเชื้อ โดยติดตามข่าวสารข้อมูลล่าสุดเกี่ยวกับการระบาดของโรคโควิด 19 จากแหล่งที่น่าเชื่อถือ เช่น องค์การอนามัยโลก กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

4.3 การประเมินพฤติกรรมด้านการป้องกันโรคโควิด 19

นักการศึกษา (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2556; จิตติรัตน์ แสงเลิศอูทัย, 2558) ได้เสนอวิธีการและ เครื่องมือที่นำมาใช้ในการประเมินพฤติกรรมหรือทักษะปฏิบัติของบุคคลไว้ดังนี้

1) แบบสังเกต (Observation form) เป็นการเก็บข้อมูลด้วยการจดบันทึกพฤติกรรม ของผู้ถูกสังเกตในสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง โดยออกแบบเป็นชุดของพฤติกรรมที่ผู้วิจัย ต้องการ แบบสังเกตมีหลายชนิด เช่น ระเบียบพฤติกรรม แบบตรวจสอบรายการ (Checklist) และ แบบจัดอันดับคุณภาพ (Rating scale) การสังเกตเป็นวิธีการซึ่งใช้ประสาทสัมผัสของผู้สังเกต โดยเฉพาะตาและหู เพื่อติดตามศึกษาพฤติกรรมที่บุคคลที่แสดงออกได้ทุกด้าน และแบบสังเกตยังเป็น เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่ผู้วิจัยสามารถใช้ได้ตลอดเวลา

2) แบบสำรวจรายการ (Checklist) มักใช้เป็นเครื่องมือในการตรวจสอบรายการกิจกรรม และพฤติกรรมในการปฏิบัติงานว่า มีรายการนั้น ๆ หรือไม่ และหากมี มีมากน้อยเพียงใด คุณภาพ เป็นอย่างไร หรือขั้นตอนที่ผู้สอบปฏิบัตินั้นครบตามจุดประสงค์ของการประเมินหรือไม่ ซึ่งขั้นตอน ของการสร้างและการตรวจสอบเครื่องมือไม่แตกต่างจากเครื่องมือที่ใช้วัดจิตพิสัยดังที่ได้กล่าวมาแล้ว

3) แบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นเครื่องมือที่มุ่งเก็บข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงต่าง ๆ ความรู้สึก เจตคติ ความคิดเห็น หรือพฤติกรรมของผู้ตอบ แบบสอบถามมีลักษณะเป็นชุดของคำถาม ที่สร้างขึ้นให้ตรงตามจุดประสงค์ที่วางไว้ แบบสอบถามมีหลายลักษณะ เช่น แบบสอบถามปลายปิด แบบสอบถามปลายเปิด แบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale)

4) แบบบันทึก (Anecdotal) เป็นเครื่องมือสำหรับบันทึกพฤติกรรมของผู้เรียนหรือบุคคล ตามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและเกี่ยวข้องกับผู้เรียนหรือบุคคลในช่วงเวลาหนึ่ง ๆ

จากข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า การประเมินพฤติกรรมของบุคคลสามารถทำได้หลายวิธี ทั้งนี้ ต้องเลือกให้เหมาะสมกับบริบทของการนำไปใช้และตอบสนองตามจุดประสงค์ที่วางไว้ ซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้เป็นการประเมินพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น: กรณีโควิด 19 ตามองค์ประกอบที่ได้กล่าวไปแล้ว ดังนั้นเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทในเรื่องของเวลา สถานที่ ช่วงวัยของกลุ่มตัวอย่าง ฯลฯ ผู้วิจัยจึงสังเคราะห์เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลก: กรณีโควิด 19 จากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพจำนวน 3 แหล่งที่มา ดังแสดงในตารางที่ 14

ตารางที่ 14 การสังเคราะห์เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินพฤติกรรมด้านการป้องกันโรคโควิด 19

ที่มา	เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินพฤติกรรมด้านการป้องกันโรคโควิด 19	
	แบบสอบถาม แบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก	แบบสอบถาม แบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ
Narayana et al. (2020)	✓	
Saefi et al. (2020)		✓
Wang, Ma et al. (2020)		✓

จากตารางที่ 14 พบว่า เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลก: กรณีโควิด 19 ประกอบด้วย แบบสอบถามแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก และแบบสอบถามแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่าเครื่องมือที่นิยมนำมาใช้ในการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล คือ แบบสอบถามแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ

สำหรับงานวิจัยครั้งนี้เป็นการประเมินพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น: กรณีโควิด 19 ดังนั้น เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทในเรื่องเวลา สถานที่ และช่วงวัยของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยจึงเลือกใช้เครื่องมือเป็นแบบสอบถามที่ประกอบด้วยตัวเลือกแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือ เป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่เคยเลย เพื่อประเมินพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลก: กรณีโควิด 19 ทั้ง 9 ด้าน ได้แก่ 1) พฤติกรรมการล้างมือ 2) พฤติกรรมการรักษาระยะห่างระหว่างบุคคลและทางสังคม 3) พฤติกรรมการสวมหน้ากากอนามัย 4) พฤติกรรมการไอหรือจามอย่างถูกวิธี 5) พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการสัมผัสบริเวณตา จมูก และปาก 6) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยในการ

รับประทานอาหาร 7) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพความสะอาดสถานที่ อุปกรณ์ เครื่องใช้ 8) พฤติกรรมการตรวจสอบสุขภาพของตนเอง และ 9) พฤติกรรมการติดตามข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19

4.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมด้านการป้องกันโรคโควิด 19

การระบาดของโรคโควิด 19 จนถึงปัจจุบัน (สิงหาคม พ.ศ. 2563) มีนักวิชาการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ทำการศึกษาและรายงานผลการศึกษาเพื่อประโยชน์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคโควิด 19 อย่างแพร่หลาย ซึ่งมีงานวิจัยที่มีข้อมูลอันเป็นประโยชน์และผู้วิจัยมีความสนใจ จำนวน 13 เรื่อง ดังนี้

เรื่องที่ 1 จักรพันธุ์ ศิริบริรักษ์ และ สมจิต พุกษะรัตนนท์ (2563) นำเสนอบทสัมภาษณ์พิเศษ (Special interview) เรื่องโรคโควิด 19 จากการศึกษาเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสาเหตุของโรค การรักษา และแนวทางป้องกันโรค วิธีการศึกษา คือ ใช้วิธีสัมภาษณ์ออนไลน์และค้นหาข้อมูลจากวารสารต่าง ๆ ที่เป็นปัจจุบันและที่เกี่ยวข้อง เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบบันทึกบทสัมภาษณ์พิเศษ (Special interview) แบบบันทึกข้อมูลจากวารสารต่าง ๆ ที่เป็นปัจจุบันและที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ผลการศึกษาพบว่า โรคโควิด 19 เป็นโรคติดต่อจากละอองไอ จาม หรือสิ่งคัดหลั่งจากผู้ป่วยมีสาเหตุจากโคโรนาไวรัส ผู้ที่ติดเชื้อส่วนใหญ่ไม่มีอาการหรืออาการน้อย มีส่วนน้อยเป็นรุนแรง อาการของโรคมักเป็นทางเดินหายใจส่วนบน หากเป็นมากมักจะมีอาการที่ปอด พบผู้ใหญ่เป็นโรรมากกว่าเด็ก ผู้ที่เป็นรุนแรงมักเป็นผู้สูงอายุและมีโรคเรื้อรังร่วมด้วย อัตราเสียชีวิตพบได้ร้อยละ 2-3 ของผู้ป่วยทั้งหมด ยังไม่มียารักษาโรคโดยตรง แต่มีการใช้ยาต้านไวรัส วิธีป้องกันไม่ให้เป็นโรคใช้หลักการป้องกันโรคที่แหล่งกำเนิดโรค คือ การรักษาระยะห่าง รวมถึงต้องรักษาสุขอนามัยและสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันทางเดินหายใจ และในขณะนี้ยังไม่มีวัคซีนป้องกันโรคนี้ สรุปได้ว่า โรคโควิด 19 เป็นโรคติดต่อโดยทางเดินหายใจ การป้องกันโดยการรักษาสุขอนามัยเป็นวิธีที่ดีที่สุด เนื่องจากยังไม่มียารักษาและไม่มีวัคซีนป้องกัน

เรื่องที่ 2 ปองสิน วิเศษศิริ และ อารีย์วรรณ สุทธิพงศ์พันธ์ (2563) ศึกษานิวนอร์มัลในโรงเรียนนายร้อย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและนำเสนอแนวทางการตอบสนองต่อสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 หรือนิวนอร์มัลในโรงเรียนนายร้อย วิธีการศึกษา คือ ศึกษาอ้างอิงจากหลักฐานเชิงประจักษ์ควบคู่กับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยการนำข้อมูลจากสภาพและปัญหาที่เกิดจากวิกฤติโควิด 19 มาวิเคราะห์เทียบกับหลักการและแนวคิดทฤษฎีทางสังคมศาสตร์ การบริหารจัดการ และการศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์สภาพจริงและวิพากษ์ประเด็นนิวนอร์มัลในโรงเรียนนายร้อยพระจุลจอมเกล้า (ร.ร.จปร.) ผลการศึกษาได้ข้อสรุปที่เป็นองค์ความรู้ได้ว่า สิ่งที่โรงเรียนนายร้อยเปลี่ยนแปลงเพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์การระบาดของ

โรคโควิด 19 คือ ต้องปฏิบัติตามมาตรการที่เข้มข้นหลายชั้น ทั้งมาตรการของรัฐ ของกองทัพบก และของโรงเรียนเองอันกลายเป็นวินวนอร์มัล เช่น การระมัดระวังเรื่องสุขภาพ การสื่อสารผ่าน เครือข่ายสังคมออนไลน์ การมีวินัยทางการเงิน การเรียนการสอนทางไกลและออนไลน์

เรื่องที่ 3 มุทิตา ชัยชโลธร, เบญจมาศ เกียรติเกษมศานต์, และ พิพัฒน์ แซ่ยับ (2563) ศึกษาเกี่ยวกับหน้ากาก N95 ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและนำเสนอบทความบทความเกี่ยวกับการใช้หน้ากาก N95 ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 วิธีการศึกษา คือ ศึกษาอ้างอิงจากแหล่งที่มา เช่น องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO), กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (Department of Disease Control) และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผลการศึกษาสรุปได้ว่า เมื่อเกิดการขาดแคลนหน้ากาก N95 สามารถเลือกใช้ หน้ากากที่มีประสิทธิภาพเท่ากันทดแทนได้ เช่น หน้ากาก KN95 ของสาธารณรัฐประชาชนจีน หรือ หน้ากาก FFP2 ของยุโรป ซึ่งการเลือกหน้ากากอนามัยสามารถตรวจสอบเบื้องต้นได้จากลักษณะภายนอก และหากจำเป็นสามารถนำหน้ากากกลับมาใช้ใหม่ได้โดยการทำความสะอาดด้วยวิธีการฆ่าเชื้อ

เรื่องที่ 4 วิลาวัณย์ พิเชียรเสถียร (2563) ศึกษาเกี่ยวกับอุปกรณ์ป้องกันโรคโควิด 19 ส่วนบุคคล สำหรับบุคลากรที่มีสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและนำเสนอบทความบทความเกี่ยวกับการใช้ อุปกรณ์ป้องกันโรคโควิด 19 ส่วนบุคคล สำหรับบุคลากรที่มีสุขภาพ ผลการศึกษาสรุปได้ว่า อุปกรณ์ ป้องกันโรคโควิด 19 ส่วนบุคคล สำหรับบุคลากรที่มีสุขภาพ เช่น ถุงมือ หน้ากากอนามัย แวนครอบตา นิรภัย กระบังป้องกันใบหน้า และเสื้อคลุมแขนยาว ในกรณีมีการทำหัตถการที่ก่อให้เกิดการฟุ้งกระจาย ของฝอยละอองขนาดเล็ก จะต้องใช้หน้ากากกรองอนุภาค N95 แทนการใช้หน้ากากอนามัยทั่วไป ทั้งนี้ บุคลากรที่มีสุขภาพควรเลือกใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลที่เหมาะสมและต้องได้รับการฝึกอบรมการใส่ ถอด และทิ้งทำลายอุปกรณ์ที่ถูกต้องเพื่อหลีกเลี่ยงการปนเปื้อนเชื้อ ประสิทธิภาพของการใช้อุปกรณ์ ป้องกันส่วนบุคคลขึ้นอยู่กับการจัดหาวัสดุอย่างเพียงพอและการฝึกอบรมบุคลากรให้มีการใช้งาน อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลอย่างเหมาะสม

เรื่องที่ 5 WHO (2020) ได้นำเสนอบทความทางวิชาการเพื่อให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ หน้ากากอนามัยในบริบทของการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้คำแนะนำแก่ ผู้มีอำนาจตัดสินใจ ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข ผู้จัดการด้านการดูแลสุขภาพ และเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขเกี่ยวกับการใช้หน้ากากอนามัยทางการแพทย์และที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ในการดูแลสุขภาพ โดยมีสาระสำคัญสรุปได้ดังนี้ หน้ากากทางการแพทย์ เช่น FFP N95 ควรสงวนไว้ใช้ในบุคลากรทาง การแพทย์ที่มีความเสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อ ส่วนประชาชนทั่วไปควรใช้หน้ากากผ้า ร่วมกับการล้างมือ บ่อย ๆ และรักษาระยะห่าง 1 เมตรจากผู้อื่น ซึ่งองค์ประกอบของหน้ากากผ้าที่ดีควรมีลักษณะต่อไปนี้

ชั้นในเป็นวัสดุที่ดูดซับได้ดี เช่น ฝ้าย ชั้นกลางเป็นวัสดุไม่ถักทอ เช่น โพลีโพรพิลีน ชั้นนอกเป็นวัสดุไม่ซับน้ำ เช่น โพลีเอสเตอร์ หรือโพลีเอสเตอร์ผสม วิธีสวมหน้ากากผ้าทำได้โดยล้างมือก่อนสวม ตรวจสอบว่ามีรอยขาด/รู อย่าใช้หน้ากากที่ชำรุด ปรับให้เข้ากับหน้าโดยปิดปาก จมูกและคางโดยไม่มีช่องว่างด้านข้าง หลีกเลี่ยงการจับหน้ากากขณะสวมอยู่ เปลี่ยนหน้ากากเมื่อสกปรกหรือเปียก ล้างมือก่อนถอดหน้ากาก ถอดโดยดึงสายรัดจากหลังใบหูโดยไม่จับด้านหน้าของหน้ากาก และล้างมือหลังจากถอดหน้ากาก ส่วนวิธีดูแลหน้ากากผ้าทำได้โดยหากยังไม่สกปรก/เปียก และต้องการใช้ซ้ำ ให้เก็บในถุงพลาสติกที่สะอาดหรือถุงที่ปิดปากได้ เมื่อนำกลับมาสวม ให้จับที่สายรัดเวลานำออกจากถุง ซักหน้ากากในน้ำสบู่หรือผงซักฟอก ควรใช้น้ำร้อน (อุณหภูมิอย่างน้อย 60 องศา) ซักอย่างน้อยวันละครั้ง หากไม่มีน้ำร้อน ซักหน้ากากในน้ำสบู่หรือผงซักฟอกในน้ำอุณหภูมิห้อง จากนั้นนำหน้ากากไปต้มเป็นเวลา 1 นาที หรือแช่ในน้ำฟสมคลอรีน 0.1 เปอร์เซ็นต์ เป็นเวลาหนึ่งนาทีและล้างให้สะอาดด้วยน้ำเปล่าอีกครั้ง (ระวังไม่ให้มีสารพิษคลอรีนตกค้างบนหน้ากาก) และไม่ใช่หน้ากากร่วมกับผู้อื่น

เรื่องที่ 6 Wang, Pan et al. (2020) ศึกษากลยุทธ์ที่ปรับความเสี่ยงโดยการใช้หน้ากากในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแสดงเส้นทางการแพร่เชื้อของระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันขั้นรุนแรง กล่าวถึงข้อถกเถียงในการใช้หน้ากากอนามัย และให้คำแนะนำสำหรับการใช้หน้ากากอนามัยในช่วงที่โควิด 19 ระบาด วิธีการศึกษา คือ การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้หน้ากากอนามัย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ ฐานข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ PubMed, CNKI และ Web of Science ด้วยการค้นหาคำว่า COVID-19, 2019-nCoV, Novel coronavirus, SARSCoV-2, Mask, Facial mask และ Face mask วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ผลการศึกษาสรุปได้ว่า ในบริบทของผู้ป่วยโรคโควิด 19 ทั่วโลกยังขาดความเห็นพ้องตรงกันว่า การสวมหน้ากากอนามัยมีประสิทธิภาพต่อการแพร่กระจายของโรคหรือไม่ ซึ่งจากการศึกษานี้ ในมุมมองของทัศนคติ ประสิทธิภาพ และความจำเป็นในการสวมหน้ากากอนามัยพบว่า มีหลักฐานว่าการใช้หน้ากากอนามัยจะช่วยขัดขวางการแพร่กระจายของโรคติดเชื้อทั้งในสถานพยาบาลและชุมชนอย่างได้ผล และควรให้ข้อเสนอแนะแก่ประชาชนว่าควรสวมหน้ากากอนามัยในช่วงที่โควิด 19 ระบาดตามท้องถิ่น อีกทั้งเพื่อให้บรรลุเป้าหมายนี้ รัฐบาลควรกำหนดกลยุทธ์การปรับความเสี่ยงของการใช้หน้ากากอนามัยเพื่อเผยแพร่ข้อมูลทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับการใช้หน้ากากอนามัยเพื่อเป็นการรับประกันหรือสร้างความเชื่อมั่นว่าหน้ากากอนามัยมีประสิทธิภาพเพียงพอในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ รวมถึงยังมีปริมาณเพียงพอต่อความต้องการของประชาชนอีกด้วย

เรื่องที่ 7 Shen et al. (2020) ศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ในระบบขนส่งสาธารณะจากประสบการณ์ของสาธารณรัฐประชาชนจีน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแนะนำประสบการณ์ของมาตรการการป้องกันและควบคุมระบบขนส่งสาธารณะในสาธารณรัฐประชาชนจีนให้ส่งเสริม

ประสิทธิภาพในการป้องกันโรคโควิด 19 ของทั่วโลก วิธีการศึกษา คือ การศึกษาอ้างอิงจากแหล่งข้อมูล เช่น World Health Organization, National Health Commission of the People's Republic of China และจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ในระบบขนส่งสาธารณะของสาธารณรัฐประชาชนจีน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ผลการศึกษาสรุปได้ว่า เชื้อโควิด 19 สามารถแพร่กระจายผ่านการสูดดมละอองฝอยจากสารคัดหลั่งในระบบทางเดินหายใจ ในระหว่างการพูดคุย การไอและจาม นอกจากนั้นละอองฝอยเหล่านี้ยังคงสามารถลอยอยู่ในอากาศได้เป็นเวลานานและแพร่กระจายไปในระยะทางไกลด้วย ดังนั้นกลยุทธ์ในการป้องกันและควบคุมโรคจึงมีมาตรการในการรับมือ เช่น การจัดการการฆ่าเชื้อและสุขอนามัยสิ่งแวดล้อม การป้องกันส่วนบุคคล และการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ของระบบขนส่งสาธารณะและผู้โดยสารที่สำคัญ เช่น ควรมีการให้ความรู้แก่พนักงานและผู้โดยสาร โดยอาจนำเสนอผ่านป้ายโฆษณาอิเล็กทรอนิกส์ วิดีโอ หรือแผ่นพับความรู้ พนักงานบนรถโดยสารควรมีอุปกรณ์ เช่น ถุงมือ หน้ากากอนามัย สารฆ่าเชื้อ อุปกรณ์ตรวจสอบอุณหภูมิ โดยเฉพาะอุปกรณ์ล้างมือ อาคารผู้โดยสารและระบบขนส่งสาธารณะควรเพิ่มการระบายอากาศและการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม ฆ่าเชื้อโรคที่พื้นผิวโดยการฉีดพ่นหรือเช็ดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อที่มีประสิทธิภาพ มีการควบคุมจำนวนผู้โดยสาร หลีกเลี่ยงความแออัด นอกจากนี้ผู้โดยสารจำเป็นต้องลงทะเบียนส่วนบุคคล ได้รับการตรวจจับอุณหภูมิ บุคคลที่มีอุณหภูมิสูงเกิน 37.3 องศาเซลเซียส ต้องไปพบแพทย์ทันที ด้านการป้องกันส่วนบุคคล ผู้โดยสารควรสวมหน้ากากตลอดการเดินทาง พกเจลแอลกอฮอล์สำหรับทำความสะอาดมือ และรักษาระยะห่างทางสังคม (มากกว่า 1 เมตร) หลีกเลี่ยงสัมผัสที่จับประตู ปุ่มลิฟต์ และสิ่งอำนวยความสะดวกสาธารณะอื่น ๆ โดยตรง เมื่อสัมผัสแล้วควรล้างมือหรือใช้เจลแอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือทันที ไม่ใช้มือสัมผัสกับตา จมูก หรือปาก ไอจามอย่างถูกวิธี ซึ่งตั้งแต่เดือนมีนาคม ค.ศ. 2020 สาธารณรัฐประชาชนจีนได้ค่อย ๆ พื้นฟูสังคม จนถึงปัจจุบันยังไม่มี การแพร่กระจายของโรคโควิด 19 แบบคลัสเตอร์ แสดงให้เห็นว่ามาตรการเหล่านี้ได้รับการพิสูจน์แล้วว่ามีประสิทธิภาพอย่างแท้จริง

เรื่องที่ 8 Chu et al. (2020) ศึกษาเกี่ยวกับระยะห่างระหว่างบุคคล หน้ากากอนามัย และอุปกรณ์ป้องกันดวงตาเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่เชื้อโควิด 19 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการตรวจสอบระยะทางที่เหมาะสมในการหลีกเลี่ยงการแพร่กระจายของไวรัสจากบุคคลและประเมินการใช้หน้ากากอนามัยและอุปกรณ์ป้องกันดวงตา เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของไวรัส วิธีการศึกษา คือ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ทอริมาน (Meta-analysis) จากงานวิจัยที่ค้นหาในฐานข้อมูลของ World Health Organization และจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับระยะห่าง

ระหว่างบุคคล หน้ากากอนามัย และอุปกรณ์ป้องกันดวงตากับการป้องกันการแพร่เชื้อโควิด 19 จำนวน 172 รายการ จาก 16 ประเทศ ใน 6 ทวีป วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์ห่อถักแบบ Random effects model และใช้กรอบแนวคิดแบบ Bayesian ผลการศึกษาพบว่า การรักษาระยะห่างระหว่างบุคคลอย่างน้อย 1 เมตร มีความสัมพันธ์กับการลดลงอย่างมากในการติดเชื้อ และระยะทาง 2 เมตร อาจมีประสิทธิภาพมากกว่า ข้อมูลเหล่านี้ยังชี้ให้เห็นว่าการสวมหน้ากากอนามัย ช่วยปกป้องผู้คน (ทั้งผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพและประชาชนทั่วไป) จากการติดเชื้อโคโรนาไวรัส และการป้องกันดวงตาอาจให้ประโยชน์เพิ่มเติมอย่างมาก อย่างไรก็ตาม จากงานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าไม่มีวิธีการใดที่สามารถป้องกันการติดเชื้อได้อย่างสมบูรณ์ ดังนั้นอาจต้องมีการประเมินความเสี่ยงและพิจารณาแนวทางปฏิบัติตามความเหมาะสมกับแต่ละบริบทที่เกี่ยวข้องด้วย

เรื่องที่ 9 Sun et al. (2020) ศึกษาประสิทธิภาพและประสิทธิผลของระยะห่างทางสังคมและการระบายอากาศในการป้องกันการแพร่เชื้อโควิด 19 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแบบจำลองแสดงปัจจัยทำนายความน่าจะเป็นของการติดเชื้อไวรัสในอากาศ ซึ่งเป็นเหตุผลพื้นฐานในการรักษาระยะห่างทางสังคมและการระบายอากาศในพื้นที่คับแคบ วิธีการวิจัย คือ การศึกษาแบบจำลองรูปแบบการกระจายและการส่งผ่านของละอองฝอยที่หายใจออก จำนวนและขนาดของหยดสารคัดหลั่งต่าง ๆ จากกิจกรรมของระบบทางเดินหายใจ เพื่อทำนายปริมาณของไวรัสในอากาศ ผลการวิจัยพบว่า แบบจำลองสามารถทำนายความน่าจะเป็นของการติดเชื้อที่คาดการณ์ไว้ในสภาพแวดล้อมภายในอาคารโดยทั่วไปและสำหรับพื้นที่จำกัด ซึ่งบ่งชี้ว่าระยะห่างทางสังคมและการระบายอากาศส่งผลอย่างมากต่อการลดความเสี่ยงในการติดเชื้อโควิด 19

เรื่องที่ 10 Eikenberry (2020) ศึกษาเกี่ยวกับการสร้างแบบจำลองศักยภาพในการใช้หน้ากากอนามัยของประชาชนทั่วไปเพื่อลดการระบาดของโรคโควิด 19 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาศักยภาพในการใช้หน้ากากอนามัยเพื่อลดการระบาดของโรคโควิด 19 วิธีการศึกษา คือ พิจารณาจากแบบจำลองพื้นฐานของการไม่ใช้หน้ากากอนามัยเปรียบเทียบกับการใช้หน้ากากอนามัยจากข้อมูลของรัฐนิวยอร์กและรัฐวอชิงตัน โดยใช้ปัจจัยที่มีความไวต่อการติดเชื้อของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล ผลการศึกษาโดยสรุปชี้ให้เห็นว่า การใช้หน้ากากอนามัยควรได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางและมีความเป็นสากลหรือใช้อย่างทั่วถึง (ทั่วประเทศ) มากขึ้น อีกทั้งควรเร่งดำเนินการโดยเร็วที่สุด แม้ว่าหน้ากากอนามัยส่วนใหญ่จะทำเองและมีคุณภาพค่อนข้างต่ำกว่าหน้ากากอนามัยที่ใช้ทางการแพทย์ แต่มาตรการนี้อาจมีส่วนช่วยอย่างมากในการควบคุมการระบาดของโรคโควิด 19 โดยจะได้รับประโยชน์สูงสุดหากปฏิบัติรวมกับการป้องกันและควบคุมด้วยวิธีอื่น ๆ เช่น การเว้นระยะห่างทางสังคม โดยจะช่วยป้องกันการเจ็บป่วยทั้งในผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงและป้องกันการแพร่เชื้อจากผู้ป่วยที่ไม่แสดงอาการด้วย ตลอดจนช่วยลดอัตราการเสียชีวิตสูงสุดรายวันได้เป็นอย่างดีอีกด้วย

เรื่องที่ 11 Narayana et al. (2020) ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ การรับรู้ และการปฏิบัติต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในหมู่ประชาชนทั่วไปของประเทศอินเดีย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความรู้ การรับรู้ และการปฏิบัติต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในประชาชนทั่วไปของประเทศอินเดีย กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนจากโซเซียลมีเดียในเครือข่ายของผู้วิจัยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป และอาศัยอยู่ในประเทศอินเดีย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามออนไลน์เกี่ยวกับความรู้ การรับรู้ และการปฏิบัติต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ซึ่งในส่วนที่เป็นด้านการปฏิบัติต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 มีจำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่/ไม่ใช่ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบ T-test การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (ANOVA) และการวิเคราะห์ความถดถอย ผลการวิจัยพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีการปฏิบัติต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ร้อยละ 88.1 สรุปได้ว่า ประชากรส่วนใหญ่มีการปฏิบัติต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 อยู่ในระดับดี แต่ยังคงมีช่องว่างหรือข้อบกพร่องที่ต้องปรับปรุงแก้ไข ดังนั้นจึงควรจัดให้มีการเผยแพร่ความรู้ เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคที่ถูกต้องต่อไป

เรื่องที่ 12 Saefi et al. (2020) ศึกษาเชิงสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด 19 ของนักศึกษาระดับปริญญาตรีในประเทศอินโดนีเซีย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด 19 ของนักศึกษาระดับปริญญาตรีในประเทศอินโดนีเซีย กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาระดับปริญญาตรีในประเทศอินโดนีเซีย จำนวน 6,249 คน ซึ่งอยู่ในช่วงเดือนแรกของการปิดวิทยาลัยหรือมหาวิทยาลัยเนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามออนไลน์เกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด 19 แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ซึ่งส่วนที่เป็นด้านการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด 19 มีจำนวน 12 ข้อ โดยมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการหาค่าเฉลี่ย ความถี่ การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน การหาค่า T-test การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว การทดสอบไคสแควร์ การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี และการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด 19 อยู่ในระดับดี ซึ่งจากผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า การเสริมสร้างระดับการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด 19 ของนักเรียน จะช่วยสร้างความพร้อมในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ได้ดี

เรื่องที่ 13 Wang, Ma et al. (2020) ศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด 19 กับความวิตกกังวลของผู้ที่อยู่อาศัยในมณฑลเหอหนาน สาธารณรัฐประชาชนจีน

โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความรู้ ทักษะ และแนวปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด 19 กับความวิตกกังวลของผู้ที่อยู่อาศัยในมณฑลเหอหนาน สาธารณรัฐประชาชนจีน กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ซึ่งอาศัยอยู่ใน 17 ชุมชน จาก 5 เมือง ในมณฑลเหอหนาน สาธารณรัฐประชาชนจีน จำนวน 385 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบประเมินระดับความวิตกกังวลของ Zung Self Rating (SAS) และแบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ซึ่งส่วนที่เป็นด้านการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด 19 มีจำนวน 10 ข้อ เป็นมาตราประมาณค่า 3 ระดับ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติการหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิ และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพหุ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 53.3) ซึ่งจากผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า ประชากรจีนมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ระดับดี จึงส่งผลดีต่อการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคโควิด 19

สรุปได้ว่า จากการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลก: ภาวะโควิด 19 จำนวน 13 รายการ พบว่ามีงานวิจัยและบทความทางวิชาการจำนวน 10 รายการ (จักรพันธ์ ศิริบริรักษ์ และ สมจิต พุกษะรัตนานนท์, 2563; ปองสินวิเศษศิริ และ อารีย์วรรณ สุทธิพงศ์พันธ์, 2563; มุทิตา ชัยชโลธร และคณะ, 2563; วิลาวรรณพิเชียรเสถียร, 2563; WHO, 2020; Wang, Pan et al., 2020; Shen et al., 2020; Chu et al., 2020; Sun et al., 2020; Eikenberry, 2020) ได้นำเสนอผลการทบทวนแนวทางการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ซึ่งส่วนใหญ่ให้ข้อมูลสอดคล้องกันว่า การรักษาสุขอนามัย การปรับตัวให้เข้ากับสังคมแบบนิวนอร์มัลในบริบทที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 การป้องกันตนเองโดยสวมหน้ากากอนามัยอย่างถูกวิธี การรักษาระยะห่างระหว่างบุคคลหรือทางสังคม การไม่ใช้มือสัมผัสปาก ตา หรือจมูก การไอจามอย่างถูกวิธี และการระบายอากาศในพื้นที่คับแคบ สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนมีประสิทธิภาพในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ได้ นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยอีก 3 รายการ (Narayana et al., 2020; Saefi et al., 2020; Wang, Ma et al., 2020) ที่แสดงข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับระดับของการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด 19 ซึ่งส่วนใหญ่พบว่าประชากรมีการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคโควิด 19 อยู่ในระดับดี ซึ่งต้องรักษาวินัยในส่วนนี้ให้คงที่หรือเพิ่มขึ้นอยู่เสมอเพื่อให้รอดพ้นวิกฤตการระบาดของโรคดังกล่าวได้ในเร็ววัน

นอกจากนี้ จากงานวิจัย 3 รายการ (Narayana et al., 2020; Saefi et al., 2020; Wang, Ma et al., 2020) ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาระดับของพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลก: ภาวะโควิด 19 ที่กล่าวไปแล้วในข้างต้น ผู้วิจัยยังได้วิเคราะห์ตัวแปรที่ศึกษา สถิติที่ใช้ และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังตารางที่ 15

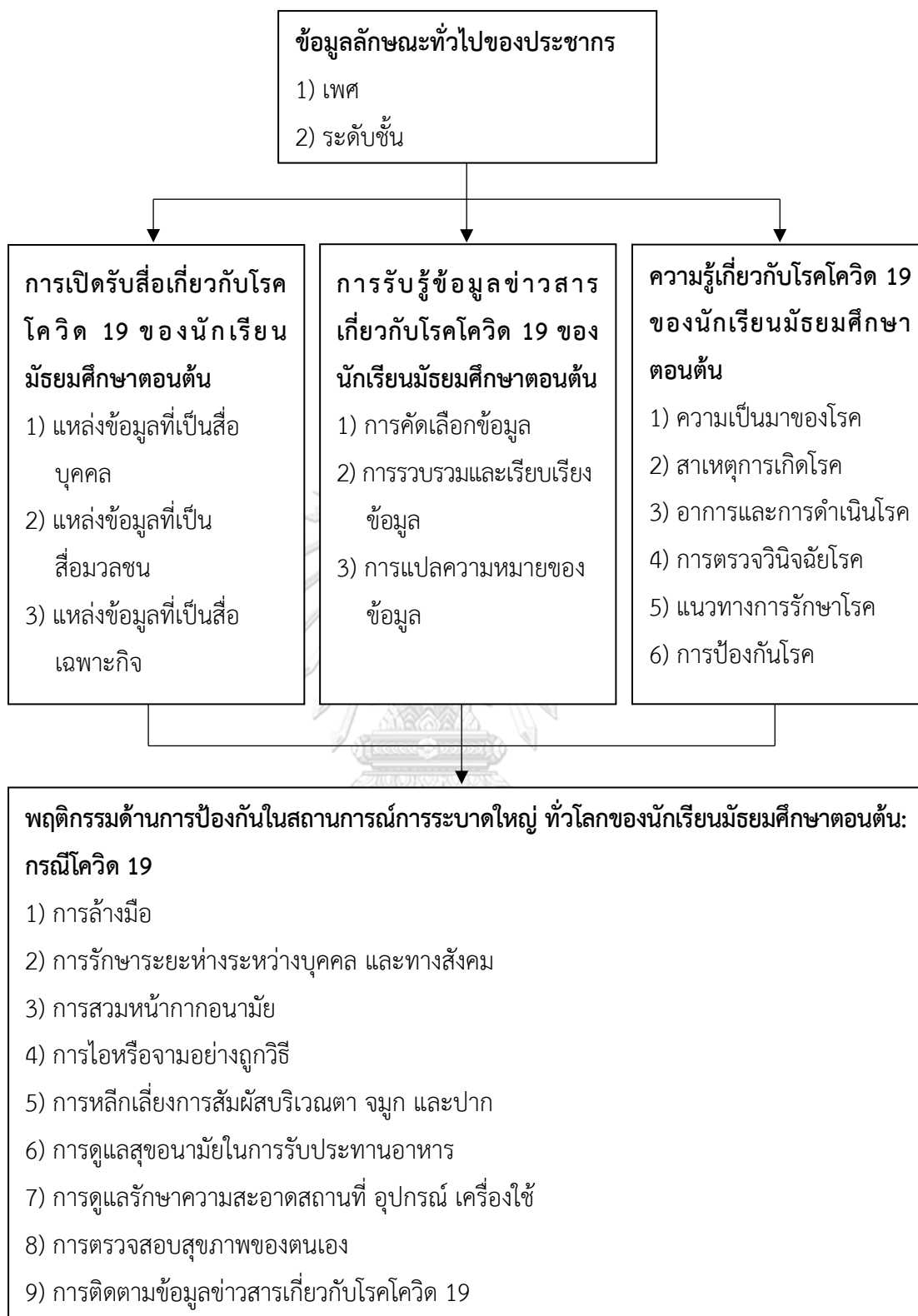
ตารางที่ 15 การวิเคราะห์ตัวแปรที่ศึกษา สถิติที่ใช้ และเครื่องมือที่ใช้ จากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
กับพฤติกรรมด้านการป้องกันโรคโควิด 19

ผู้วิจัย/ปี	ตัวแปรที่ศึกษา	สถิติที่ใช้	เครื่องมือที่ใช้
1. Narayana et al. (2020)	ความรู้ การรับรู้ และการปฏิบัติต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในหมู่ประชาชนทั่วไปของประเทศอินเดีย	ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบ T-test การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (ANOVA) และการวิเคราะห์การถดถอย	แบบสอบถามออนไลน์ เกี่ยวกับความรู้ การรับรู้ และการปฏิบัติต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 จำนวน 30 ข้อ โดยในส่วนของ การปฏิบัติต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 เป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่/ไม่ใช่
2. Saefi et al. (2020)	ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด 19 ของนักศึกษาระดับปริญญาตรีในประเทศอินโดนีเซีย	ค่าเฉลี่ย ความถี่ การหาค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน ค่า t-test การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว การทดสอบไคสแควร์ การวิเคราะห์ความถดถอย โลจิสติกแบบไบนารี และการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน	แบบสอบถามออนไลน์ เกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด 19 จำนวน 42 ข้อ โดยในส่วนของ การปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด 19 เป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ จำนวน 12 ข้อ
3. Wang, Ma et al. (2020)	ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด 19 กับความวิตกกังวลของผู้ที่อยู่อาศัยในมณฑลเหอหนาน สาธารณรัฐประชาชนจีน	ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ การวิเคราะห์การถดถอย โลจิสติกทวิ และการวิเคราะห์การถดถอย โลจิสติกพหุ	แบบประเมินระดับความวิตกกังวลและแบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 จำนวน 30 ข้อ โดยในส่วนของ การปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด 19 เป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ จำนวน 10 ข้อ

จากตารางที่ 15 การวิเคราะห์ตัวแปรที่ศึกษา สถิติที่ใช้ และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยจากเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลก: กรณีโควิด 19 จำนวน 3 เรื่อง (Narayana et al., 2020; Saefi et al., 2020; Wang, Ma et al., 2020) พบว่า ในส่วนของเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลก: กรณีโควิด 19 ระบุว่า มี 1 เรื่องเป็นคำถามแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่/ไม่ใช่ (Narayana et al., 2020) และ 2 เรื่อง เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ (Saefi et al., 2020; Wang, Ma et al., 2020) สำหรับในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยจะประเมินพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น: กรณีโควิด 19 โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่เคยเลย โดยครอบคลุมพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลก: กรณีโควิด 19 ทั้ง 9 ด้าน ดังที่ได้ให้คำนิยามศัพท์ไว้และนำเสนอไปแล้วข้างต้น ได้แก่ 1) พฤติกรรมการล้างมือ 2) พฤติกรรมการรักษาระยะห่างระหว่างบุคคลและทางสังคม 3) พฤติกรรมการสวมหน้ากากอนามัย 4) พฤติกรรมการไอหรือจามอย่างถูกวิธี 5) พฤติกรรมหลีกเลี่ยงการสัมผัสบริเวณตา จมูก และปาก 6) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยในการรับประทานอาหาร 7) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพความสะอาดสถานที่ อุปกรณ์ เครื่องใช้ 8) พฤติกรรมการตรวจสอบสุขภาพของตนเอง และ 9) พฤติกรรมการติดตามข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19

5. กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 และพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลก: กรณีโควิด 19 ผู้วิจัยได้สังเคราะห์สาระสำคัญของการเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 และพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลก: กรณีโควิด 19 ตลอดจนองค์ประกอบรายด้านหรือเนื้อหาที่ต้องการศึกษาเกี่ยวกับความรู้และพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลก: กรณีโควิด 19 บนพื้นฐานขององค์ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ที่เป็นปัจจุบัน และมีความน่าเชื่อถือ ซึ่งข้อมูลแต่ละส่วนผู้วิจัยได้ศึกษาจากผลการวิจัย บทความวิชาการ และแนวคิดทฤษฎีต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยสามารถสร้างเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้



ภาพที่ 13 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีการดำเนินงานวิจัย

การวิจัยเรื่อง การเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้ และพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น: กรณีโควิด 19 เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytic study) มีขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยดังนี้

ขั้นที่ 1 การเตรียมการวิจัย

- 1.1 การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 1.2 การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 1.3 การสร้างและพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นที่ 2 การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย

- 2.1 การติดต่อประสานงานก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 2.2 การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 2.3 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

- 3.1 การวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.2 สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ดังรายละเอียดขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย ต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 การเตรียมการวิจัย

1.1 การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

- 1.1.1 ศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปิดรับสื่อ
- 1.1.2 ศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้
- 1.1.3 ศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19
- 1.1.4 ศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมด้านการป้องกันใน

สถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลก: กรณีโควิด 19

1.2 การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.2.1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ปีการศึกษา 2563 โรงเรียนในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ จำนวน 1,687,690 คน (กระทรวงศึกษาธิการ. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กลุ่มสารสนเทศ, 2563)

1.2.2 ตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ปีการศึกษา 2563 ภาคเรียนที่ 2 โรงเรียนในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ จำนวน 600 คน ซึ่งได้มาจากการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1 (Faul et al., 2009) ซึ่งอ้างอิงกับสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยดังนี้

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยตามลักษณะทั่วไปทางประชากรกับระดับการเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้ และพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น: กรณิไควด 19 โดยสถิติไควร์สแควร์ (Chi-square) กำหนดให้ Effect size (w) เท่ากับ 0.3, α เท่ากับ 0.05, Power เท่ากับ 0.95 และ Degree of Freedom (df) เท่ากับ 12 จะได้ขนาดตัวอย่างที่เหมาะสม เท่ากับ 288 คน

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้ กับพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น: กรณิไควด 19 โดยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) กำหนดให้ Effect size (w) เท่ากับ 0.3, α เท่ากับ 0.05, Power เท่ากับ 0.95 และกำหนดค่า p สำหรับสมมติฐานหลัก เท่ากับ 0 จะได้ขนาดตัวอย่างที่เหมาะสม เท่ากับ 138 คน

ดังนั้น ผลการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมเพื่อใช้ในการศึกษาคั้งนี้ อย่างน้อย 288 คน ซึ่งครอบคลุมการวิเคราะห์ผลทางสถิติทุกประเภทในการวิจัยครั้งนี้ และเพื่อชดเชยอัตราการตอบกลับของข้อมูล ผู้วิจัยจึงกำหนดตัวอย่างในการเก็บข้อมูลจำนวนอย่างน้อย 576 คน โดยทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Stratified Multi-stage sampling) ดังนี้

1.2.2.1 การจัดแบ่งภูมิภาค โดยใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบกำหนดโควตา (quota sampling) ซึ่งจัดแบ่งพื้นที่ตามลักษณะทางภูมิศาสตร์ที่เหมาะสมในทางสถิติ ทั้งนี้ จำแนกได้เป็น 4 ภูมิภาค และ 1 เขตปกครองพิเศษ คือ ภาคเหนือร้อยละ 20 ภาคใต้ร้อยละ 20 ภาคกลางร้อยละ 20 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 20 และกรุงเทพมหานครร้อยละ 20 ดังนั้นจึงทำให้ได้ภาคที่เป็นตัวแทน 4 ภาค และกรุงเทพมหานคร

1.2.2.2 การคัดเลือกจังหวัด โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยสุ่มอย่างง่ายจากจังหวัดให้เป็นตัวแทนแต่ละภาค ภาคละ 2 จังหวัด รวมจังหวัดที่เป็นตัวแทนจำนวน 8 จังหวัด และกรุงเทพมหานคร

1.2.2.3 การคัดเลือกอำเภอหรือเขต โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) คัดเลือกอำเภอที่เป็นตัวแทน จังหวัดละ 1 อำเภอ และเขตในกรุงเทพมหานคร 2 เขต ดังนั้นจึงทำให้ได้อำเภอที่เป็นตัวแทน 8 อำเภอ และ 2 เขต

1.2.2.4 การคัดเลือกโรงเรียน โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) คัดเลือกโรงเรียนที่เป็นตัวแทน อำเภอละ 1 โรงเรียน และในกรุงเทพมหานครเขตละ 1 โรงเรียน ดังนั้นจึงทำให้ได้โรงเรียนที่เป็นตัวแทนทั้งสิ้น 10 โรงเรียน

1.2.2.5 การคัดเลือกนักเรียน โดยใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) คัดเลือกนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่เป็นตัวแทนในแต่ละโรงเรียนแบ่งตามระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 มัธยมศึกษาปีที่ 2 และมัธยมศึกษาปีที่ 3 ระดับชั้นละ 20 คน ซึ่งเป็นนักเรียนที่ทั้งตนเองและผู้ปกครองยินยอมเข้าร่วมตอบแบบสอบถามตามความสมัครใจ ดังนั้นจึงทำให้ได้นักเรียนที่เป็นตัวแทนทั้งสิ้น 600 คน ซึ่งมีจำนวนเพียงพอกับขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแสดงดังตารางที่ 16

ตารางที่ 16 สรุปลการสุ่มกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

ภูมิภาค	จังหวัด	อำเภอ/เขต	โรงเรียน	ระดับชั้น			รวม
				ม. 1	ม. 2	ม. 3	
กรุงเทพ มหานคร	กรุงเทพ มหานคร	พระนคร	สวนกุหลาบวิทยาลัย	20	20	20	60
		บางซื่อ	โยธินบูรณะ	20	20	20	60
กลาง	นนทบุรี	บางกรวย	เทพศิรินทร์ นนทบุรี	20	20	20	60
	พระนคร ศรีอยุธยา	พระนคร ศรีอยุธยา	จอมสุรางค์อุปถัมภ์	20	20	20	60
เหนือ	เชียงใหม่	เมืองเชียงใหม่	ยุพราชวิทยาลัย	20	20	20	60
	ลำพูน	เมือง	จักรคำคณาทร	20	20	20	60
ตะวันออก เฉียงเหนือ	นครราชสีมา	เมือง นครราชสีมา	บุญวัฒนา	20	20	20	60
	บุรีรัมย์	เมืองบุรีรัมย์	บุรีรัมย์พิทยาคม	20	20	20	60
ใต้	นคร ศรีธรรมราช	เมืองนคร ศรีธรรมราช	กัลยาณี ศรีธรรมราช	20	20	20	60
	สงขลา	เมืองสงขลา	มหาวิทยาลัยราชภัฏ	20	20	20	60
รวม	9 จังหวัด	8 อำเภอ 2 เขต	10 โรงเรียน	200	200	200	600

1.2.2.6 การกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกและเกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การตัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง

นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ปีการศึกษา 2563 ภาคเรียนที่ 2
โรงเรียนในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถตอบคำถามได้ครบทุกข้อ

1.3 การสร้างและพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถามออนไลน์การเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้ และพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลก: กรณีโควิด 19 สำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น [Media exposure, Perception, Knowledge, and Behaviors in Health Protection on Pandemic for Junior High School Students: Case of COVID-19 Online Questionnaires (MPKBHP-COVID-19 OQ)] ที่กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง (Self-Questionnaires) ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีวิธีการดำเนินการสร้างเครื่องมือดังนี้

1.3.1 การสร้างแบบสอบถาม ประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

1.3.1.1 ศึกษาองค์ความรู้จากหนังสือ ตำรา วารสาร เอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.3.1.2 กำหนดขอบข่ายการสร้างเครื่องมือให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่ได้กำหนดเอาไว้โดยพิจารณาแต่ละตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย องค์ประกอบ นิยามเชิงปฏิบัติการ จำนวนข้อคำถามที่สอดคล้องกับองค์ประกอบของแต่ละตัวแปรที่ศึกษา ประเภทแบบสอบถาม และเกณฑ์ประมาณค่า ดังแสดงในตารางที่ 17

ตารางที่ 17 แผนผังออกแบบข้อคำถาม

ตัวแปรที่ศึกษา	องค์ประกอบ	นิยามเชิงปฏิบัติการ	จำนวนข้อคำถาม	ประเภทแบบสอบถาม	เกณฑ์ประมาณค่า/ตัวเลือก
การเปิดรับสื่อ	1) การเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคโควิด 19 จากแหล่งข้อมูลที่เป็นสื่อบุคคล	การรับข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ผ่านการสื่อสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครอบครัว เพื่อน	5	มาตราประมาณค่า	5 ระดับได้แก่ ได้รับเป็นประจำ/ได้รับบ่อยครั้ง/

ตารางที่ 17 (ต่อ)

ตัวแปร ที่ศึกษา	องค์ประกอบ	นิยามเชิงปฏิบัติการ	จำนวน ข้อ คำถาม	ประเภท แบบสอบถาม	เกณฑ์ ประมาณค่า/ ตัวเลือก
	2) การเปิดรับสื่อ เกี่ยวกับโรคโควิด 19 จากแหล่งข้อมูลที่เป็น สื่อมวลชน	การรับข้อมูลเกี่ยวกับ โรคโควิด 19 ผ่าน โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต	6		ได้รับ บางครั้ง/ ได้รับนาน ๆ ครั้ง/ไม่เคย ได้รับ
	3) การเปิดรับสื่อ เกี่ยวกับโรคโควิด 19 จากแหล่งข้อมูลที่เป็น สื่อเฉพาะกิจ	การรับข้อมูลเกี่ยวกับ โรคโควิด 19 จากการ จัดงานตามสถานที่ ต่าง ๆ เสี่ยงตามสาย/ หออกระจายข่าว	2		
การรับรู้	1) การคัดเลือก ข้อมูลเกี่ยวกับโรคโค วิด 19	การเลือกรับรู้ข้อมูล เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ผ่านการฟัง การ พูดคุยสนทนา การ แลกเปลี่ยน การดู และ การอ่านข้อมูล	2	มาตร ประมาณค่า	5ระดับได้แก่ เป็นประจำ/ บ่อยครั้ง/ บางครั้ง/ นาน ๆ ครั้ง/ ไม่เคยเลย
	2) การรวบรวมและ เรียบเรียงข้อมูล เกี่ยวกับโรคโควิด 19	การจัดองค์ประกอบ รวบรวม และเรียบ เรียง เพื่อประมวลผล ข้อมูลเกี่ยวกับโรคโค วิด 19	6		
	3)การแปลความหมาย ของข้อมูลเกี่ยวกับ โรคโควิด 19	การตีความหรือแปล ความหมายของข้อมูล เกี่ยวกับโรคโควิด 19 เพื่อสรุป ให้เหตุผล และให้ความหมาย ทำความเข้าใจ	2		

ตารางที่ 17 (ต่อ)

ตัวแปร ที่ศึกษา	องค์ประกอบ	นิยามเชิงปฏิบัติการ	จำนวน ข้อ คำถาม	ประเภท แบบสอบถาม	เกณฑ์ ประมาณค่า/ ตัวเลือก
ความรู้ เกี่ยวกับ โรคโควิด 19	1) ความเป็นมาของ โรคโควิด 19	ข้อมูลเกี่ยวกับต้นกำเนิด ของการเกิดโรคโควิด 19	2	เลือกตอบ	2 ตัวเลือก ได้แก่ ถูก/ ผิด
	2) สาเหตุการเกิด โรคโควิด 19	ข้อมูลชื่อของไวรัส ก่อโรคโควิด 19 และ ลักษณะจำเพาะ	2		
	3) อาการและการ ดำเนินโรคโควิด 19	ข้อมูลอาการและการ ดำเนินของโรคโควิด 19	4		
	4) การตรวจวินิจฉัย โรคโควิด 19	ข้อมูลการตรวจคัดกรอง โรคโควิด 19 การวินิจฉัย ทางห้องปฏิบัติการ	2		
	5) แนวทางการ รักษาโรคโควิด 19	ข้อมูลวิธีการรักษาโรค โควิด 19	2		
	6) การป้องกันโรค โควิด 19	ข้อมูลการป้องกันโรค โควิด 19 ตาม คำแนะนำขององค์การ อนามัยโลกและกรม ควบคุมโรค กระทรวง สาธารณสุข ได้แก่ การ ล้างมือ การรักษา ระยะห่าง การสวม หน้ากากอนามัย การไอ หรือจามอย่างถูกวิธี การหลีกเลี่ยงการ สัมผัสบริเวณตา จมูก และปาก การดูแล	3		

ตารางที่ 17 (ต่อ)

ตัวแปร ที่ศึกษา	องค์ประกอบ	นิยามเชิงปฏิบัติการ	จำนวน ข้อ คำถาม	ประเภท แบบสอบถาม	เกณฑ์ ประมาณ ค่า/ตัวเลือก
		สุขอนามัยในการ รับประทานอาหาร การดูแลรักษาความ สะอาด การสังเกตและ ตรวจสอบสุขภาพของ ตนเอง และการ ติดตามข้อมูลข่าวสาร			
พฤติกรรม ด้านป้องกัน ในสถานการณ์ การระบาดใหญ่ ทั่วโลก: กรณี โควิด 19	1) พฤติกรรมการ ล้างมือ	การปฏิบัติกำมือ 7 ขั้นตอน หรือใช้ แอลกอฮอล์เจลที่มี แอลกอฮอล์อย่างน้อย 70 เปอร์เซ็นต์	2	มาตร ประมาณค่า	5ระดับได้แก่ เป็นประจำ/ บ่อยครั้ง/ บางครั้ง/ นาน ๆ ครั้ง/ ไม่เคยเลย
	2) พฤติกรรมการ รักษาระยะห่าง ระหว่างบุคคล และทางสังคม	การปฏิบัติการรักษา ระยะห่างอย่างน้อย 1 เมตรจากผู้อื่นในทุก บริบท หลีกเลี่ยงการ อยู่ในบริเวณที่มีคน หนาแน่น บริเวณที่มีคน พูดเสียงดังหรือไอจาม	2		
	3) พฤติกรรมการ สวมหน้ากาก อนามัย	การปฏิบัติกำสวม หน้ากากอนามัยเพื่อ ป้องกันการแพร่กระจาย เชื้อทางละอองฝอย ของสารคัดหลั่งใน ระบบทางเดินหายใจ	2		

ตารางที่ 17 (ต่อ)

ตัวแปร ที่ศึกษา	องค์ประกอบ	นิยามเชิงปฏิบัติการ	จำนวน ข้อ คำถาม	ประเภท แบบสอบถาม	เกณฑ์ ประมาณค่า/ ตัวเลือก
	4) พฤติกรรมการไอหรือจามอย่างถูกวิธี	การปฏิบัติการปิดปากและจมูกด้วยกระดาษทิชชูหรือต้นแขนด้านในเมื่อไอหรือจาม จากนั้นทิ้งกระดาษทิชชูที่ใช้แล้วลงในถังขยะที่มีฝาปิดมิดชิด และล้างมือทันทีด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์เจล	1		
	5) พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการสัมผัสบริเวณตา จมูก และปาก	การปฏิบัติการหลีกเลี่ยงการเอามือมาสัมผัสตา จมูก และปาก	2		
	6) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยในการรับประทานอาหาร	การปฏิบัติกรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ ๆ และไม่รับประทานอาหารชุดเดียวกับผู้อื่น แยกชุดอาหารและมีฉากันหรือวันระยะห่างอย่างเหมาะสม	1		
	7) พฤติกรรมการดูแลรักษาความสะอาดสถานที่อุปกรณ์ เครื่องใช้	การปฏิบัติกรทำความสะอาดและฆ่าเชื้อพื้นผิวที่สัมผัสบ่อย ๆ ทุกวันด้วยน้ำยาทำความสะอาดหรือเช็ดด้วยแอลกอฮอล์ 70 เปอร์เซ็นต์	2		

ตารางที่ 17 (ต่อ)

ตัวแปร ที่ศึกษา	องค์ประกอบ	นิยามเชิงปฏิบัติการ	จำนวน ข้อ คำถาม	ประเภท แบบสอบถาม	เกณฑ์ ประมาณค่า/ ตัวเลือก
	8) พฤติกรรมการ ตรวจสอบสุขภาพ ของตนเอง	การปฏิบัติการสังเกต อาการไข้ ไอ หายใจถี่ หรืออาการอื่น ๆ ของ โรคโควิด 19 การกัก ตัวและแจ้งประวัติ การเดินทางเพื่อรับ การตรวจวินิจฉัยและ รักษาต่อไป	3		
	9) พฤติกรรมการ ติดตามข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับโรคโควิด 19	การปฏิบัติการติดตาม ข่าวสารข้อมูลจาก แหล่งที่น่าเชื่อถือ	1		

1.3.1.3 สร้างแนวคำถามแบบมีโครงสร้างโดยมีประเด็นคำถามครอบคลุมในทุกองค์ประกอบของตัวแปรที่เกี่ยวข้อง

1.3.1.4 กำหนดแบบสอบถามการเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้ และพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลก: กรณีโควิด 19 สำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น [Media exposure, Perception, Knowledge, and Behaviors in Health Protection on Pandemic for Junior High School Students: Case of COVID-19 Online Questionnaires (MPKBHP: COVID-19 OQ)] ประกอบด้วย 5 ส่วน โดยส่วนที่ 2-4 กำหนดการแปลผลคะแนนแบบสอบถามในทุกตัวแปรจะแบ่งออกเป็น 3 ระดับ (กรมควบคุมโรค. กองแผนงาน, 2559; กรมควบคุมโรค. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ, 2561) คือ

ระดับมาก	คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ	66.68	–	100.00
ระดับปานกลาง	คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ	33.34	–	66.67
ระดับน้อย	คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ	0.00	–	33.33

ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐาน จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ เพศ ระดับชั้น ลักษณะ
ข้อคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) และเติมคำลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 การเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคโควิด 19 จำนวน 13 ข้อ ลักษณะ
ข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ได้รับเป็นประจำ	ได้คะแนน	4
ได้รับบ่อยครั้ง	ได้คะแนน	3
ได้รับบางครั้ง	ได้คะแนน	2
ได้รับนาน ๆ ครั้ง	ได้คะแนน	1
ไม่เคยได้รับ	ได้คะแนน	0

การแปลผลคะแนนของระดับการเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคโควิด
19 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โดยแปลผลคะแนน คะแนนเต็ม 4 คะแนน:

ระดับมาก	2.66 - 4.00	คะแนน
ระดับปานกลาง	1.33 - 2.65	คะแนน
ระดับน้อย	0.00 - 1.32	คะแนน

ส่วนที่ 3 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 จำนวน 10 ข้อ ลักษณะ
ข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เป็นประจำ	ได้คะแนน	4
บ่อยครั้ง	ได้คะแนน	3
บางครั้ง	ได้คะแนน	2
นาน ๆ ครั้ง	ได้คะแนน	1
ไม่เคยเลย	ได้คะแนน	0

การแปลผลคะแนนของระดับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค
โควิด 19 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โดยแปลผลคะแนน คะแนนเต็ม 4 คะแนน:

ระดับมาก	2.66 - 4.00	คะแนน
ระดับปานกลาง	1.33 - 2.65	คะแนน
ระดับน้อย	0.00 - 1.32	คะแนน

ส่วนที่ 4 ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบทดสอบ
จำนวน 2 ตัวเลือก คือ ถูกและผิด กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ตอบว่าถูก	ตอบว่าผิด
ข้อความที่ถูกต้อง	1	0
ข้อความที่ไม่ถูกต้อง	0	1

การแปลผลคะแนนของความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ของ
นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โดยแปลผลคะแนน คะแนนเต็ม 1 คะแนน:

ระดับมาก	0.66 – 1.00	คะแนน
ระดับปานกลาง	0.33 – 0.65	คะแนน
ระดับน้อย	0.00 – 0.32	คะแนน

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลก:
กรณีโควิด 19 จำนวน 16 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale)
กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความที่มีความหมายทางบวก		ข้อความที่มีความหมายทางลบ	
เป็นประจำ	4		0
บ่อยครั้ง	3		1
บางครั้ง	2		2
นาน ๆ ครั้ง	1		3
ไม่เคยเลย	0		4

การแปลผลคะแนนของพฤติกรรมด้านการป้องกันโรคโควิด 19
ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โดยแปลผล คะแนนเต็ม 4 คะแนน:

ระดับมาก	2.66 - 4.00	คะแนน
ระดับปานกลาง	1.33 - 2.65	คะแนน
ระดับน้อย	0.00 - 1.32	คะแนน

1.3.2 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

1.3.2.1 นำแบบสอบถามการเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้ และพฤติกรรมด้านการ
ป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลก: กรณีโควิด 19 สำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น
(MPKBHP: COVID-19 OQ) ไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบและให้คำแนะนำ เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข

1.3.2.2 นำแบบสอบถามการเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้ และพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลก: กรณีโควิด 19 สำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น (MPKBHP: COVID-19 OQ) ที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน (ดังรายนามในภาคผนวก ก) โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ทรงคุณวุฒิต้องเป็นผู้ที่จบการศึกษาระดับปริญญาโทหรือปริญญาตรี สาขาสุขภาพหรือสาขาที่เกี่ยวข้อง หรือเป็นผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลก: กรณีโควิด 19 ตรวจสอบพิจารณาความตรงตามจุดประสงค์ ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ระดับพฤติกรรมที่ต้องการวัด ลักษณะการใช้คำถาม ความเป็นปรนัย (Objectivity) และความถูกต้องด้านภาษา เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข โดยนำมาหาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับความตรงตามวัตถุประสงค์การวิจัย (Index of Congruence หรือ IOC) พิจารณารายการหรือข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ .50 ขึ้นไป โดยมีสูตรคำนวณ (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2556) ดังนี้

$$\text{สูตร} \quad \text{IOC} = \frac{\sum R}{N}$$

โดย IOC = ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์
 $\sum R$ = ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญ
 N = จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญ

ผลการวิเคราะห์ที่ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องรวมเท่ากับ 0.99 และได้ค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้อทุกข้อ มีค่าตั้งแต่ 0.80-1.00

1.3.2.3 แก้ไขปรับปรุงแบบสอบถามออนไลน์การเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้ และพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลก: กรณีโควิด 19 สำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น (MPKBHP: COVID-19 OQ) ให้มีความสมบูรณ์ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยแบ่งการปรับแก้ไขในส่วนต่าง ๆ ของแบบสอบถาม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปทางประชากร

- ข้อ 3 คำว่า “ท่าน” ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นว่า “ควรปรับเปลี่ยนเป็นคำว่า “นักเรียน” เพื่อให้เหมาะสมกับช่วงวัยของผู้ตอบแบบสอบถาม” ผู้วิจัยจึงปรับตามข้อเสนอแนะ

ส่วนที่ 2 การเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคโควิด 19

- แหล่งข้อมูลที่เป็นสื่อบุคคล ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นว่า “ควรเพิ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เข้าไปด้วย เนื่องจากเป็นหน่วยงานที่มีบทบาทหน้าที่

เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุขในการป้องกันโรคโควิด 19 อย่างชัดเจน” จึงเสนอแนะให้เพิ่มเติมเป็น “ข้อ 5 รับข้อมูลจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)” ผู้วิจัยจึงปรับตามข้อเสนอแนะ

- ข้อ 7 อินเทอร์เน็ตกับสื่อสังคมออนไลน์ (เฟซบุ๊ก ไลน์ ทวิตเตอร์ ฯลฯ)

ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นว่า “ควรแยกเป็นคนละข้อกัน เนื่องจากมีความแตกต่างกัน” จึงเสนอแนะให้เพิ่มเติมเป็น “ข้อ 7 อินเทอร์เน็ต (บทเรียนออนไลน์, ฐานข้อมูลต่าง ๆ โดยค้นหาคำว่า COVID-19 หรือ โควิด 19 ฯลฯ)” และ “ข้อ 8 สื่อสังคมออนไลน์ (เฟซบุ๊ก ไลน์ ทวิตเตอร์ ฯลฯ)” ผู้วิจัยจึงปรับตามข้อเสนอแนะ

- แหล่งข้อมูลที่เป็นสื่อมวลชน ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นว่า “ควรเพิ่มวิทยุเข้าไปด้วย เพื่อให้ครอบคลุมสื่อทุกประเภท” จึงเสนอแนะให้เพิ่มเติมเป็น “ข้อ 9 วิทยุ/พอดแคสต์ (รายการวิทยุออนไลน์)” ผู้วิจัยจึงปรับตามข้อเสนอแนะ

ส่วนที่ 3 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19

- ข้อ 9 และข้อ 10 ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นว่า “ควรปรับข้อความจากคำว่า “ค้นหาและติดตาม” เป็นคำว่า “สรุป” เพื่อให้สะท้อนการตีความหรือแปลความหมายของข้อมูลได้ชัดเจนขึ้น” ผู้วิจัยจึงปรับตามข้อเสนอแนะ

ส่วนที่ 4 ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19

- ข้อ 3 จุดกำเนิดของโรคโควิด 19 มาจากการติดต่อของเชื้อไวรัสจากสัตว์ตัวกลางระบาดมาสู่คน ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นว่า “ปัจจุบันยังไม่ทราบที่มาแน่ชัด” ผู้วิจัยจึงปรับข้อความให้มีความถูกต้อง คือ “จุดกำเนิดของโรคโควิด 19 ยังไม่ทราบที่มาแน่ชัด”

- ข้อ 4 ไวรัสที่ก่อโรคโควิด 19 มีชื่ออย่างเป็นทางการว่า โควิดนาไวรัส 2019 (SARS CoV 2) ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นว่า “ควรใช้ชื่อที่เด็กไทยรู้จักและเข้าใจง่าย” จึงเสนอแนะให้เปลี่ยนเป็น “ไวรัสที่ก่อโรคโควิด 19 มีชื่อว่า โควิดนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ 2019” ผู้วิจัยจึงปรับตามข้อเสนอแนะ

- ข้อ 7 ไวรัสโควิด 19 เป็นไวรัสชนิดเดียวกันกับไวรัสที่ก่อโรคซาร์ส (SARS) ในคน ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นว่า “ควรเปลี่ยนจากคำว่า “ชนิดเดียวกัน” เป็น “กลุ่มเดียวกัน” ซึ่งเป็นข้อความทางบวก เพื่อไม่ให้นักเรียนเกิดความสับสนหรือเข้าใจผิด” ผู้วิจัยจึงปรับตามข้อเสนอแนะ

- ข้อ 8 อาการบ่งชี้ของการติดเชื้อโรคโควิด 19 คือ มีไข้ (อุณหภูมิ 37.5 องศาเซลเซียส) และมีปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ เช่น หายใจลำบาก ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นว่า “ควรเปลี่ยนจากคำว่า “ติดเชื้อโรค” เป็นคำว่า “เป็นโรค” เนื่องจาก

การติดเชื้ออาจไม่เป็นโรคก็ได้ อาการบ่งชี้จึงควรกล่าวถึงเมื่อเป็นโรคจึงจะถูกต้อง” ผู้วิจัยจึงปรับตามข้อเสนอแนะ

- ข้อ 9 ระยะฟักตัวของโรคโควิด 19 ส่วนใหญ่ คือ 21 วัน ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นว่า “ควรเปลี่ยนจาก “21 วัน” ซึ่งเป็นข้อความทางลบ เป็น “2-7 วัน” ซึ่งเป็นข้อความทางบวก เพื่อไม่ให้นักเรียนเกิดความสับสนหรือจดจำข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง” ผู้วิจัยจึงปรับตามข้อเสนอแนะ

- ข้อ 13 ผู้ที่เดินทางเข้ามาภายในประเทศไทยหากได้รับการตรวจยืนยันว่าไม่มีการติดเชื้อโควิด 19 จะไม่ถูกกักตัว 14 วัน ที่สถานกักตัว หรือ State Quarantine ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นว่า “ควรปรับให้เป็นคำถามที่ไม่ปฏิเสธข้อปฏิบัติ และเปลี่ยนจากข้อความทางลบเป็นข้อความทางบวก” ผู้วิจัยจึงปรับข้อความให้มีความชัดเจนและเป็นปรนัยมากขึ้น รวมถึงปรับเป็นข้อความทางบวก คือ “ผู้ที่เดินทางเข้ามาภายในประเทศไทยแม้จะได้รับการตรวจยืนยันว่าไม่มีการติดเชื้อโควิด 19 แต่จะต้องถูกกักตัว 14 วัน ที่สถานกักตัว หรือ State Quarantine”

- ข้อ 15 Real-time RT-PCR เป็นการตรวจหาภูมิต้านทานที่ร่างกายสร้างขึ้นหลังได้รับเชื้อก่อโรคโควิด 19 โดยการเจาะเลือด ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นว่า “ควรปรับภาษาให้เข้าใจง่ายและเหมาะสมกับวัยของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น” จึงเสนอแนะให้เปลี่ยนเป็น “การตรวจด้วยวิธีการแย่งจุลินทรีย์และเจาะเลือดเป็นแนวทางพื้นฐานของการตรวจหาเชื้อโรคโควิด 19” ผู้วิจัยจึงปรับตามข้อเสนอแนะ

- ข้อ 16 ตั้งแต่ต้นปี 2563 จนถึงเดือนตุลาคม ประเทศไทยเริ่มนำวัคซีนต้านเชื้อไวรัสโควิด 19 มาทดลองใช้รักษาผู้ป่วย ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นว่า “วัคซีนเมื่อนำมาใช้รักษาผู้ป่วยแล้วก็คือการใช้ ไม่ใช่การทดลอง ควรปรับแก้ไขให้ถูกต้อง แม้ข้อนี้จะเป็นข้อความทางลบก็ตาม” จึงเสนอแนะให้เปลี่ยนเป็นจากคำว่า “ทดลอง” เป็นคำว่า “มาใช้” ผู้วิจัยจึงปรับตามข้อเสนอแนะ

- ข้อ 19 การสวมหน้ากากอนามัยเพียงอย่างเดียวไม่สามารถป้องกันโรคโควิด 19 ได้ ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นว่า “ข้อความนี้อาจทำให้นักเรียนเข้าใจผิดว่าไม่มีความจำเป็นต้องสวมหน้ากากอนามัย เพราะฉะนั้นควรเปลี่ยนคำถามให้สนับสนุนการสวมหน้ากากอนามัย” จึงเสนอแนะให้เปลี่ยนเป็น “ไม่มีวิธีการใดที่กระทำเพียงอย่างเดียวแล้วจะสามารถป้องกันโรคโควิด 19 ได้สมบูรณ์ ทั้งนี้จำเป็นต้องปฏิบัติร่วมกัน ไม่ว่าจะเป็นการล้างมือ การสวมหน้ากากอนามัย การเว้นระยะห่างทางสังคม ฯลฯ” ผู้วิจัยจึงปรับตามข้อเสนอแนะ

- ข้อ 20 การไอจามใส่ข้อศอกเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อไวรัสโควิด 19 ไปยังผู้อื่นได้ ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นว่า “ควรเปลี่ยนจาก “ไอจามใส่ข้อศอก” เป็น “ไอจามใส่หัวไหล่”

หรือต้นแขนด้านใน” เนื่องจากการไอจามใส่ข้อศอกไม่สามารถปฏิบัติในสภาพจริงได้ ควรไอจามใส่หัวไหล่หรือต้นแขนด้านในจึงจะถูกต้อง” ผู้วิจัยจึงปรับตามข้อเสนอแนะ

- ข้อ 21 การสวมหน้ากากอนามัยประเภทเดียวกับที่บุคลากรทางการแพทย์ใช้จึงจะป้องกันโรคโควิด 19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นว่า “แม้ข้อนี้จะเป็นข้อความทางลบ แต่ควรระบุให้ชัดเจนว่า หน้ากากแบบใดเป็นประเภทเดียวกับที่บุคลากรทางการแพทย์ใช้ เช่น N95” ผู้วิจัยจึงปรับข้อความให้มีความถูกต้อง คือ “การสวมหน้ากากควรเลือกใช้หน้ากาก N95 ซึ่งเป็นประเภทเดียวกับที่บุคลากรทางการแพทย์ใช้จึงจะสามารถป้องกันโรคโควิด 19 ได้”

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ ทั่วโลก: กรณีโควิด 19

- ข้อ 6 ท่านเปลี่ยนหน้ากากอนามัยทุกวันหรือนำหน้ากากอนามัยแบบผ้าไปซักทำความสะอาดก่อนนำกลับมาใช้ใหม่ ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นว่า “ควรเพิ่มเนื้อหาว่า “ผึ่งแดด” เพิ่มเติม” ผู้วิจัยจึงปรับข้อความให้มีความถูกต้อง คือ “นักเรียนเปลี่ยนหน้ากากอนามัยทุกวันหรือนำหน้ากากผ้าไปซักทำความสะอาดและผึ่งแดดก่อนนำกลับมาใช้ใหม่”

- ข้อ 8 ท่านไอหรือจามใส่ข้อศอกเมื่อไม่มีกระดาษทิชชู ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นว่า “ควรเปลี่ยนจาก “ไอหรือจามใส่ข้อศอก” เป็น “ไอหรือจามใส่หัวไหล่หรือต้นแขนด้านใน” เนื่องจากการไอจามใส่ข้อศอกไม่สามารถปฏิบัติในสภาพจริงได้ ควรไอจามใส่หัวไหล่หรือต้นแขนด้านในจึงจะถูกต้อง” ผู้วิจัยจึงปรับตามข้อเสนอแนะ

- ข้อ 9 ท่านใช้มือสัมผัสผืนผ้า จมูก และปากของตนเอง โดยไม่ได้ล้างมือด้วยน้ำและสบู่ หรือฆ่าเชื้อด้วยแอลกอฮอล์เจล ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นว่า “ควรเปลี่ยนจากคำว่า “ฆ่าเชื้อ” เป็น “เช็ดถู” จึงจะถูกต้อง” ผู้วิจัยจึงปรับตามข้อเสนอแนะ

- ข้อ 10 ท่านล้างมือด้วยน้ำและสบู่ หรือฆ่าเชื้อด้วยแอลกอฮอล์เจลก่อนใช้มือสัมผัสกับใบหน้า ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นว่า “ควรเปลี่ยนจากคำว่า “ฆ่าเชื้อ” เป็น “เช็ดถู” จึงจะถูกต้อง” ผู้วิจัยจึงปรับตามข้อเสนอแนะ

- ข้อ 11 ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ ๆ และแยกชุดอาหารส่วนบุคคล ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นว่า “ควรตัดเนื้อหาที่ว่า “แยกชุดอาหารส่วนบุคคล” เนื่องจากในสภาพจริงตามบริบทของครอบครัวถือเป็นขั้นตอนการปฏิบัติที่ทำได้ยาก” ผู้วิจัยจึงตัดออกตามข้อเสนอแนะ

- ข้อ 12 ท่านใช้ช้อนกลางส่วนรวมตักอาหารเมื่อต้องรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นว่า “ควรเปลี่ยนจาก “ช้อนกลางส่วนรวมตักอาหาร”

ซึ่งเป็นข้อความทางลบ เป็น “ข้อกลางส่วนตัวักอาหาร” ซึ่งเป็นข้อความทางบวก เพื่อไม่ให้เกิดความสับสนในทางภาษา” ผู้วิจัยจึงปรับตามข้อเสนอแนะ

- ข้อ 13 ท่านทำความสะอาดบนพื้นผิวที่สัมผัส ด้วยน้ำยาทำความสะอาดหรือเช็ดด้วยแอลกอฮอล์ 70 เปอร์เซ็นต์ ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นว่า “ควรปรับแก้ข้อความให้บ่งชี้ถึงพฤติกรรมกำบังกันโรคโควิด 19 ที่นักเรียนสามารถปฏิบัติด้วยตนเองได้ในชีวิตประจำวัน” ผู้วิจัยจึงปรับข้อความให้มีความชัดเจนขึ้น คือ “นักเรียนทำความสะอาดบนพื้นผิวที่สัมผัสบ่อย ๆ ด้วยน้ำยาทำความสะอาดหรือเช็ดด้วยแอลกอฮอล์ 70 เปอร์เซ็นต์ เช่น โต๊ะและเก้าอี้ที่นั่งเรียน ลูกบิดประตู”

- ข้อ 14 ท่านจัดเก็บข้าวของเครื่องใช้ภายในบ้านให้อากาศถ่ายเทดีขึ้น ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นว่า “ควรปรับแก้ข้อความให้บ่งชี้ถึงพฤติกรรมกำบังกันโรคโควิด 19 ที่นักเรียนสามารถปฏิบัติด้วยตนเองได้ในชีวิตประจำวัน และควรแก้จากจัดเก็บข้าวของเครื่องใช้เป็นเปิดหน้าต่าง เนื่องจากการจัดเก็บข้าวของเป็นเพียงการดูแลรักษาความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อย ไม่ได้ช่วยระบายอากาศแต่อย่างใด” ผู้วิจัยจึงปรับข้อความให้มีความถูกต้องและชัดเจนขึ้น คือ นักเรียนเปิดหน้าต่างภายในบ้านเพื่อระบายอากาศให้ถ่ายเทสะดวก

- ข้อ 16 ท่าน Check in ผ่านแอปพลิเคชันไทยชนะเมื่อเข้ารับบริการในสถานที่สาธารณะ เช่น ห้างสรรพสินค้า ร้านค้า ฯลฯ ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นว่า “ควรเพิ่มคำว่า “Check out” เข้าไปด้วย เพื่อให้ครบทุกขั้นตอนของการยืนยันตัวตน” ผู้วิจัยจึงปรับตามข้อเสนอแนะ

- ข้อ 19 ท่านแบ่งปันหรือแชร์ข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นว่า “ควรเปลี่ยนข้อความจาก “ผ่านสื่อสังคมออนไลน์” เป็น “ที่ผ่านการตรวจสอบความน่าเชื่อถือ” ผู้วิจัยจึงปรับตามข้อเสนอแนะ

เพิ่มเติมอื่น ๆ

- คำสั่งในแบบสอบถาม ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นว่า “ควรเปลี่ยนจาก “6 เดือนที่ผ่านมา” เป็น “1 ปีที่ผ่านมา” เพื่อให้สอดคล้องกับช่วงเวลาที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในประเทศไทย” ผู้วิจัยจึงปรับตามข้อเสนอแนะ

- ในทุกส่วนของแบบสอบถาม ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นว่า “ควรเปลี่ยนจากคำว่า “ท่าน” เป็น “นักเรียน” เพื่อให้เหมาะสมกับช่วงวัยของผู้ตอบแบบสอบถาม” ผู้วิจัยจึงปรับตามข้อเสนอแนะ

1.3.2.4 นำแบบสอบถามการเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้ และพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลก: กรณีโควิด 19 สำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

(MPKBHP: COVID-19 OQ) ไปทดลองใช้ (Try out) กับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ปีการศึกษา 2563 ภาคเรียนที่ 2 จำนวน 50 คน

1.3.2.5 วิเคราะห์ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยข้อคำถามของการเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้ และพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลก: กรณีโควิด 19 สำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ประกอบด้วยแบบสอบถามใน 2 ลักษณะ คือ แบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก ได้แก่ ส่วนที่ 4 ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 และแบบมาตราประมาณค่า ได้แก่ ส่วนที่ 2 การเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ส่วนที่ 3 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 และส่วนที่ 5 พฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลก: กรณีโควิด 19 ดังนั้นจึงมีการตรวจสอบคุณภาพในหลายวิธีที่แตกต่างกัน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

(1) แบบสอบถามการเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้ และพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลก: กรณีโควิด 19 สำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ส่วนที่ 4 ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ตรวจสอบคุณภาพโดยการวิเคราะห์ความยากง่าย (Item difficulty) ค่าอำนาจจำแนก (Discrimination Power) และหาความเที่ยง (Reliability) ดังนี้

(1.1) วิเคราะห์ความยากง่ายของข้อคำถามรายข้อ (Item difficulty) โดยคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าระดับความยากง่ายอยู่ในช่วง 0.20-0.80 โดยมีสูตรในการคำนวณ (โชติกา ภาชีผล และคณะ, 2558) ดังนี้

$$\text{สูตร} \quad P = \frac{R}{N}$$

โดย P = ค่าความยากง่าย
R = จำนวนคนที่ทำข้อสอบถูก
N = จำนวนคนที่เข้าสอบทั้งหมด

ผลการวิเคราะห์ได้ข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ มีค่าความยากง่าย (p) อยู่ในช่วง 0.22-0.80 และมีค่าเฉลี่ยของความยากง่ายของข้อคำถามทั้งหมด เท่ากับ 0.57 ซึ่งจะเห็นว่าแบบสอบถามฉบับดังกล่าวมีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่ยอมรับได้

(1.2) วิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนก (Discrimination Power) โดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียล (Point biserial correlation) จากนั้นคัดเลือกข้อคำถามที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีค่าอำนาจจำแนกรายข้อตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป (โชติกา ภาชีผล และคณะ, 2558) ได้ข้อคำถามที่มีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่ยอมรับได้จำนวน 15 ข้อ ซึ่งมีค่าอำนาจจำแนก (r) มีค่าอยู่ในช่วง 0.34-0.64

(1.3) วิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยใช้สูตร KR-20 ของคูเดอร์ริชาร์ดสัน กำหนดเกณฑ์ค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้ตั้งแต่ 0.80 ขึ้นไป (โชติกา ภาชีผล และคณะ, 2558) ผลการวิเคราะห์พบว่า ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.81 แสดงให้เห็นว่าแบบสอบถามดังกล่าวมีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่ยอมรับได้

(2) แบบสอบถามการเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้ และพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลก: กรณีโควิด 19 สำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ส่วนที่ 2 การเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ส่วนที่ 3 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 และส่วนที่ 5 พฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลก: กรณีโควิด 19 ตรวจสอบคุณภาพโดยการวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination Power) และค่าความเที่ยง (Reliability) ดังนี้

(1.1) วิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนก (Discrimination Power) โดยวิเคราะห์ข้อคำถามรายข้อ (Item Analysis) จากการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยรายข้อด้วยสถิติ (t-test) และหาค่า r (Item-Total Correlation) จากนั้นคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และค่า Item-Total Correlation เท่ากับหรือมากกว่า 0.2 (โชติกา ภาชีผล และคณะ, 2558) จะได้ข้อคำถามที่จะนำไปใช้จริงในส่วนที่ 2 การเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคโควิด 19 จำนวน 13 ข้อ โดยมีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.30-0.71 ส่วนที่ 3 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 จำนวน 10 ข้อ โดยมีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.42-0.80 และส่วนที่ 5 พฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลก: กรณีโควิด 19 จำนวน 16 ข้อ โดยมีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.20-0.67 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแบบสอบถามดังกล่าวมีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่ยอมรับได้

(1.2) วิเคราะห์ค่าความเที่ยง (Reliability) โดยกำหนดเกณฑ์ค่าความเที่ยงตั้งแต่ 0.8 ขึ้นไป (โชติกา ภาชีผล และคณะ, 2558) โดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของ Cronbach (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งในแต่ละส่วนของแบบสอบถามได้ค่าความเที่ยง คือ ส่วนที่ 2 การเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ได้ค่าความเที่ยงรวมทั้งฉบับ เท่ากับ 0.87 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแบบสอบถามดังกล่าวมีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่ยอมรับได้ ส่วนที่ 3 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ได้ค่าความเที่ยงรวมทั้งฉบับ เท่ากับ 0.88 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแบบสอบถามดังกล่าวมีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่ยอมรับได้ และส่วนที่ 5 พฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลก: กรณีโควิด 19 ได้ค่าความเที่ยงรวมทั้งฉบับ เท่ากับ 0.85 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแบบสอบถามดังกล่าวมีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่ยอมรับได้

จากการวิเคราะห์คุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทีกล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า แบบสอบถามการเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้ และพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลก: กรณีโควิด 19 สำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปทางประชากร ได้ข้อคำถามที่มีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่ยอมรับได้จำนวน 3 ข้อ ส่วนที่ 2 การเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ได้ข้อคำถามที่มีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่ยอมรับได้จำนวน 13 ข้อ ส่วนที่ 3 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ได้ข้อคำถามที่มีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่ยอมรับได้จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 4 ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ได้ข้อคำถามที่มีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่ยอมรับได้จำนวน 15 ข้อ และส่วนที่ 5 พฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลก: กรณีโควิด 19 ได้ข้อคำถามที่มีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่ยอมรับได้จำนวน 16 ข้อ ดังนั้นแบบสอบถามการเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 และพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลก: กรณีโควิด 19 สำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นทั้งฉบับจึงได้ข้อคำถามที่มีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่ยอมรับได้จำนวนทั้งสิ้น 57 ข้อ

1.3.2.6 ดำเนินการจัดทำแบบสอบถามในการวิจัยนี้แบบออนไลน์โดยใช้โปรแกรม Google form ทั้งนี้ เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่กลุ่มตัวอย่างในการให้ข้อมูล

ขั้นที่ 2 การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย

2.1 การติดต่อประสานงานก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1.1 ติดต่อขอความร่วมมือ/ขอความอนุเคราะห์ในการทำวิจัยจากผู้บริหารโรงเรียน

2.1.2 ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรในโรงเรียนที่เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการในการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัยและประเมินผล และวิธีการทำแบบสอบถามแก่ผู้อำนวยการโรงเรียน ครูผู้สอน และนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งร่วมกันกำหนดช่วงเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม

2.2 การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.2.1 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามออนไลน์การเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้ และพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลก: กรณีโควิด 19 สำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น (MPKBHP: COVID-19 OQ) ผ่านทางโปรแกรม Google form โดยนำส่ง URL และ QR Code ให้กับกลุ่มตัวอย่างผ่านทาง E-mail หรือ Line Application โดยกำหนดช่วงเวลาในการเก็บข้อมูลในเดือนเมษายน 2563

2.2.2 ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลจากการตอบกลับแบบสอบถามออนไลน์ หลังจากเสร็จสิ้นการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนก่อนจะนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

2.3 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้มีการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์การเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้ และพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลก: ภาวะโควิด 19 สำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น (MPKBHP: COVID-19 OQ) ซึ่งผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรมและจรรยาบรรณนักวิจัย จึงมีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์เข้ารับการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 2 สังคมศาสตร์ มนุษยศาสตร์ และศิลปกรรมศาสตร์ สำนักบริหารวิจัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2. ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธดำเนินการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้โดยความสมัครใจ รวมถึงชี้แจงกับกลุ่มตัวอย่างว่า ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามนี้จะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อผู้ตอบ และปกปิดแหล่งข้อมูลอย่างเคร่งครัด อีกทั้งการนำเสนอรายงานการวิจัยจะระบุข้อมูลเฉพาะในภาพรวม ไม่ชี้เฉพาะในส่วนของผู้ตอบแบบสอบถาม และนำมาใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น ซึ่งไม่ก่อให้เกิดความเสียหายใด ๆ ทั้งต่อบุคคลและองค์กร

หมายเหตุ: คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนอนุมัติให้ยกเว้นการยินยอมของผู้ปกครองนักเรียนจากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

3. แบบสอบถามออนไลน์การเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้ และพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลก: ภาวะโควิด 19 สำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น (MPKBHP: COVID-19 OQ) ได้รับหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (Certificate of Approval: COA) หมายเลข 064/2564 วันที่รับรอง: 29 มีนาคม 2564 และวันหมดอายุ: 28 มีนาคม 2565 จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 2 สังคมศาสตร์ มนุษยศาสตร์ และศิลปกรรมศาสตร์ สำนักบริหารวิจัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ภาคผนวก ข)

ขั้นที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

3.1 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.1.1 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลลักษณะทั่วไปของประชากร และระดับการเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้ และพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น: กรณีโควิด 19

3.1.2 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยตามลักษณะทั่วไปของประชากรกับระดับการเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้ และพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น: กรณีโควิด 19

3.1.3 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับสื่อ การรับรู้ และความรู้ กับพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น: กรณีโควิด 19

3.2 สถิติที่ใช้ในการวิจัย

3.2.1 สถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อศึกษาข้อมูลลักษณะทั่วไปทางประชากร ระดับการเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 และพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น: กรณีโควิด 19

3.2.2 สถิติอ้างอิง ได้แก่

3.2.2.1 สถิติไค์สแควร์ (Chi-square) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยตามลักษณะทั่วไปทางประชากรกับระดับการเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้ และพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น: กรณีโควิด 19 โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.2.2.2 สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับสื่อ การรับรู้ และความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 กับพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น: กรณีโควิด 19 โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และแปลผลของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (ประคอง กรรณสูตร, 2542; สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ, 2561) ได้ดังนี้

สูงกว่าหรือเท่ากับ	0.70	มีความสัมพันธ์ในระดับสูง
อยู่ระหว่าง	0.40–0.69	มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ	0.00–0.39	มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

ทั้งนี้ หากพบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เป็นบวก (+) หมายความว่า ตัวแปรทั้งสองมีลักษณะเพิ่มหรือลดในทิศทางเดียวกันหรือแปรผันตรง ซึ่งเรียกว่า เป็นความสัมพันธ์เชิงบวก แต่หากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เป็นลบ (-) จะหมายความว่า ตัวแปรทั้งสองมีลักษณะเพิ่มหรือลดในทิศทางตรงข้ามกันหรือแปรผกผัน ซึ่งเรียกว่า เป็นความสัมพันธ์เชิงลบ



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่อง การเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้ และพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น: กรณีโควิด 19 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้ และพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น: กรณีโควิด 19 และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะทั่วไปการเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้ และพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น: กรณีโควิด 19 ซึ่งได้รับแบบสอบถามกลับคืนมาจำนวน 540 ชุด (ร้อยละ 90) ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ระดับการเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้ และพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น: กรณีโควิด 19

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะทั่วไป การเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้ และพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น: กรณีโควิด 19

สัญลักษณ์ทางสถิติที่ใช้ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ใช้สัญลักษณ์ทางสถิติในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2555) ดังนี้

N	แทน	จำนวนนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่เป็นประชากรในการวิจัยทั้งหมด
n	แทน	จำนวนนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่เป็นตัวอย่างในการวิจัยทั้งหมด
Mean	แทน	ค่าเฉลี่ยเลขคณิต
SD	แทน	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
χ^2	แทน	ค่าสถิติทดสอบไคสแควร์
r	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)
df	แทน	ขั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of freedom)
α	แทน	ระดับนัยสำคัญหรือค่าความน่าจะเป็นในการปฏิเสธสมมติฐานศูนย์ที่ถูก (Level of significance)
p	แทน	ค่าความน่าจะเป็นของความมีนัยสำคัญ
*	แทน	นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ระดับการเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้ และพฤติกรรมด้านการ
ป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น: กรณีโควิด 19

โดยผู้วิจัยนำเสนอข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทั่วไปของประชากร

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทั่วไปของประชากร ปรากฏดังตารางที่ 18

ตารางที่ 18 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลลักษณะทั่วไปของประชากร

ข้อมูลลักษณะทั่วไปของประชากร		กลุ่มตัวอย่าง (n = 540)	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	279	51.7
	หญิง	261	48.3
ระดับ	มัธยมศึกษาปีที่ 1	200	37.0
	มัธยมศึกษาปีที่ 2	194	35.9
	มัธยมศึกษาปีที่ 3	146	27.0
ภูมิภาค	กรุงเทพมหานคร	113	20.9
	ภาคกลาง	107	19.8
	ภาคเหนือ	117	21.7
	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	116	21.5
	ภาคใต้	87	16.1
รวม		540	100.0

จากตารางที่ 18 ข้อมูลลักษณะทั่วไปของประชากรของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศชาย 279 คน (ร้อยละ 51.7) เป็นเพศหญิง 261 คน (ร้อยละ 48.3) กำลังศึกษาอยู่ มัธยมศึกษาปีที่ 1 จำนวน 200 คน คิดเป็นร้อยละ 37.0 (ชาย 108 คน, หญิง 92 คน) มัธยมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 194 คน คิดเป็นร้อยละ 35.9 (ชาย 90 คน, หญิง 104 คน) และมัธยมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 146 คน คิดเป็นร้อยละ 27.0 (ชาย 81 คน, หญิง 65 คน)

1.2 ผลการวิเคราะห์ระดับการเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้ และพฤติกรรมด้าน
การป้องกันโรคโควิด 19 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

1.2.1 ผลการวิเคราะห์ระดับการเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ของ
นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ปรากฏดังตารางที่ 19

ตารางที่ 19 ผลการวิเคราะห์ระดับการเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

แหล่งข้อมูล/ระดับของการเข้าถึงแหล่งข้อมูล	Mean	SD	ระดับ
การเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคโควิด 19	2.83	0.49	มาก
จากแหล่งข้อมูลที่เป็นสื่อบุคคล			
1) รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	2.58	0.99	ปานกลาง
2) รับข้อมูลจากการพูดคุยกับเพื่อน	2.93	0.90	มาก
3) รับข้อมูลจากสมาชิกในครอบครัว/ญาติ	3.38	0.75	มาก
4) รับข้อมูลจากครู/อาจารย์ที่โรงเรียน	3.14	0.77	มาก
5) รับข้อมูลจาก อสม.	2.14	1.20	ปานกลาง
การเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคโควิด 19	2.72	0.69	มาก
จากแหล่งข้อมูลที่เป็นสื่อมวลชน			
6) รับข้อมูลจากโทรทัศน์	3.34	0.88	มาก
7) รับข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต	3.29	0.87	มาก
8) รับข้อมูลจากสื่อสังคมออนไลน์	3.40	0.77	มาก
9) รับข้อมูลจากวิทยุ/พอดแคสต์	2.23	1.22	ปานกลาง
10) รับข้อมูลจากหนังสือพิมพ์/นิตยสาร/วารสาร	1.91	1.29	ปานกลาง
11) รับข้อมูลจากแผ่นพับโปสเตอร์/ป้ายปิดประกาศ	2.16	1.18	ปานกลาง
การเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคโควิด 19	2.48	0.17	ปานกลาง
จากแหล่งข้อมูลที่เป็นสื่อเฉพาะกิจ			
12) รับข้อมูลจากการจัดงานตามสถานที่ต่าง ๆ	2.60	1.12	ปานกลาง
13) รับข้อมูลจากเสียงตามสาย/หอกระจายข่าว	2.36	1.23	ปานกลาง
รวม	2.73	0.54	มาก

จากตารางที่ 19 พบว่า โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคโควิด 19 อยู่ในระดับมาก (Mean = 2.73, SD = 0.54) เมื่อพิจารณาตามแหล่งข้อมูลที่เปิดรับสื่อพบว่า แหล่งข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างมีการเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ใน 5 อันดับแรก คือ สื่อสังคมออนไลน์ (เฟซบุ๊ก ไลน์ ทวิตเตอร์ ฯลฯ) (Mean = 3.40, SD = 0.77), สมาชิกในครอบครัว/ญาติ (Mean = 3.38, SD = 0.75), โทรทัศน์ (รายการโทรทัศน์, ข่าว) (Mean = 3.34, SD = 0.88), อินเทอร์เน็ต (บทเรียนออนไลน์, ฐานข้อมูลต่าง ๆ โดยค้นหาคำว่า COVID-19 หรือ โควิด 19 ฯลฯ) (Mean = 3.29, SD = 0.87) และครู/อาจารย์ที่โรงเรียน (Mean = 3.14, SD = 0.77) ส่วนแหล่งข้อมูล

ที่กลุ่มตัวอย่างมีการเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ใน 3 อันดับสุดท้าย คือ แผ่นพับ/โปสเตอร์/ป้ายปิดประกาศ (Mean = 2.16, SD = 1.18), อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (Mean = 2.14, SD = 1.20) และหนังสือพิมพ์/นิตยสาร/วารสาร (Mean = 1.91, SD = 1.29) ตามลำดับ

1.2.2 ผลการวิเคราะห์ระดับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ปรากฏดังตารางที่ 20

ตารางที่ 20 ผลการวิเคราะห์ระดับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

ประเด็นของการรับรู้/ระดับของการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร	Mean	SD	ระดับ
1) ดู ฟัง พูดคุย อ่าน หรือสืบค้นข้อมูลในประเทศไทย	2.91	0.89	มาก
2) ดู ฟัง พูดคุย อ่าน หรือสืบค้นข้อมูลในต่างประเทศ	2.72	0.99	มาก
3) ค้นคว้าและสรุปความเป็นมา	2.37	1.13	ปานกลาง
4) ค้นคว้าและสรุปสาเหตุ	2.41	1.10	ปานกลาง
5) ค้นคว้าและจัดกลุ่มอาการ	2.30	1.14	ปานกลาง
6) ค้นคว้าและติดตามข้อมูลการฟักตัวและการแพร่เชื้อ	2.62	1.09	ปานกลาง
7) ค้นคว้าและจำแนกกลุ่มเสี่ยง แนวทางการคัดกรอง และการตรวจวินิจฉัยโรค	2.52	1.11	ปานกลาง
8) ติดตามและประเมินอัตราความรุนแรงของโรค	2.77	1.03	มาก
9) ค้นหาและติดตามแนวทางการรักษาโรค และการพัฒนาวัคซีน บนพื้นฐานของข้อเท็จจริง	2.50	1.15	ปานกลาง
10) ค้นหาและติดตามวิธีการป้องกันโรคตามคำแนะนำ	2.74	1.09	มาก
รวม	2.58	0.20	ปานกลาง

จากตารางที่ 20 พบว่า โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.58, SD = 0.20) เมื่อพิจารณาตามประเด็นของการรับรู้พบว่า ประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ใน 5 อันดับแรก คือ การดู ฟัง พูดคุย อ่าน หรือสืบค้นข้อมูลสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ในประเทศไทย (Mean = 2.91, SD = 0.89) รองลงมา คือ การติดตามและประเมินอัตราความรุนแรงของโรคโควิด 19 (Mean = 2.77, SD = 1.03), การค้นหาและติดตามวิธีการป้องกันโรคโควิด 19 ตามคำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุข (Mean = 2.74, SD = 1.09), การดู ฟัง พูดคุย อ่าน หรือสืบค้นข้อมูลสถานการณ์การระบาดของโรค

โควิด 19 ในต่างประเทศ (Mean = 2.72, SD = 0.99) และการค้นคว้าและติดตามข้อมูลระยะเวลาการพักตัวและการแพร่เชื้อโรคโควิด 19 (Mean = 2.62, SD = 1.09) ตามลำดับ ส่วนประเด็นที่มีการรับรู้ใน 3 อันดับสุดท้าย คือ การค้นคว้าและสรุปสาเหตุของโรคโควิด 19 (Mean = 2.41, SD = 1.10), การค้นคว้าและสรุปความเป็นมาของโรคโควิด 19 (Mean = 2.37, SD = 1.13) และการค้นคว้าและจัดกลุ่มอาการของโรคโควิด 19 (Mean = 2.30, SD = 1.14) ตามลำดับ

1.2.3 ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ปรากฏดังตารางที่ 21

ตารางที่ 21 ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

เนื้อหาสาระ/คำถามเกี่ยวกับโรคโควิด 19	Mean	SD	ระดับของการตอบถูก
ด้านความเป็นมาของโรค	0.64	0.47	ปานกลาง
1) โรคโควิด 19 มีการแพร่ระบาดใหญ่ครั้งแรกที่เมืองอู่ฮั่น สาธารณรัฐประชาชนจีน	0.98	0.14	มาก
2) ประเทศไทยเป็นประเทศที่ 2 ที่ตรวจพบผู้ติดเชื้อโรคโควิด 19	0.31	0.46	น้อย
ด้านสาเหตุการเกิดโรค	0.85	0.11	มาก
3) ไวรัสที่ก่อโรคโควิด 19 มีชื่อว่า โคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ 2019	0.93	0.26	มาก
4) ไวรัสโควิด 19 มีเปลือกหุ้มด้วยไขมัน จึงถูกทำลายด้วยสารละลายไขมัน เช่น แอลกอฮอล์ สบู่	0.78	0.41	มาก
ด้านอาการและการดำเนินโรค	0.80	0.27	มาก
5) อาการบ่งชี้ของการเป็นโรคโควิด 19 คือ มีไข้ และหายใจลำบาก	0.96	0.19	มาก
6) ระยะพักตัวของโรคโควิด 19 ส่วนใหญ่ คือ 2-7 วัน	0.40	0.49	ปานกลาง
7) ผู้ที่ติดเชื้อโรคโควิด 19 บางรายอาจไม่แสดงอาการใด ๆ จึงดำเนินชีวิตตามปกติ จนแพร่เชื้อต่อไปยังผู้อื่นได้	0.96	0.19	มาก
8) ผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากเชื้อไวรัสโควิด 19 คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และผู้ที่มีปัญหาสุขภาพหรือมีโรคประจำตัว	0.89	0.32	มาก

ตารางที่ 21 (ต่อ)

เนื้อหาสาระ/คำถามเกี่ยวกับโรคโควิด 19	Mean	SD	ระดับของการตอบถูก
ด้านการตรวจวินิจฉัยโรค	0.93	0.06	มาก
9) ผู้ที่เดินทางเข้ามาภายในประเทศไทยหากได้รับการตรวจยืนยันว่าไม่มีการติดเชื้อโควิด 19 จะไม่ถูกกักตัว 14 วัน ที่สถานกักตัว หรือ State Quarantine	0.97	0.18	มาก
10) การตรวจด้วยวิธีการแยงจมูกและเจาะเลือดเป็นแนวทางพื้นฐานของการตรวจหาเชื้อโรคโควิด 19	0.89	0.31	มาก
ด้านแนวทางการรักษาและการพัฒนาวัคซีน	0.73	0.20	มาก
11) ตั้งแต่ต้นปี 2563 จนถึงเดือนตุลาคม ประเทศไทย นำวัคซีนต้านเชื้อไวรัสโควิด 19 มาใช้รักษาผู้ป่วย	0.59	0.49	ปานกลาง
12) ผู้ป่วยโรคโควิด 19 ต้องใช้การรักษาแบบประคับประคองเพื่อบรรเทาอาการป่วยตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข	0.87	0.33	มาก
ด้านการป้องกันโรค	0.79	0.12	มาก
13) ไม่มีวิธีการใดที่กระทำเพียงอย่างเดียวแล้วจะสามารถป้องกันโรคโควิด 19 ได้สมบูรณ์ จำเป็นต้องปฏิบัติร่วมกัน ไม่ว่าจะเป็นการล้างมือ การสวมหน้ากากอนามัย การเว้นระยะห่างทางสังคม ฯลฯ	0.93	0.25	มาก
14) หากไม่มีกระดาษทิชชูสามารถไอจามตรงบริเวณต้นแขนด้านในของตนเองได้	0.74	0.44	มาก
15) การสวมหน้ากากควรเลือกใช้หน้ากาก N95 ซึ่งเป็นประเภทเดียวกับที่บุคลากรทางการแพทย์ใช้ จึงจะสามารถป้องกันโรค	0.70	0.46	มาก
รวม	0.79	0.21	มาก

จากตารางที่ 21 พบว่า เมื่อพิจารณาโดยภาพรวม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้อยู่ในระดับมาก (Mean = 0.79, SD = 0.21) เมื่อพิจารณาตามเนื้อหาสาระของความรู้เป็นรายด้านพบว่า เนื้อหาสาระของความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สูงสุดในระดับสูงที่สุด คือ ด้านการ

ตรวจวินิจฉัยโรคโควิด 19 (Mean = 0.93, SD = 0.06) รองลงมา คือ ด้านสาเหตุการเกิดโรคโควิด 19 (Mean = 0.85, SD = 0.11), ด้านอาการและการดำเนินโรคโควิด 19 (Mean = 0.80, SD = 0.27), ด้านการป้องกันโรคโควิด 19 (Mean = 0.79, SD = 0.12) และด้านแนวทางการรักษาโรคโควิด 19 และการพัฒนาวัคซีน (Mean = 0.73, SD = 0.20) ตามลำดับ ส่วนเนื้อหาสาระที่มีความรู้ในระดับต่ำที่สุด คือ ด้านความเป็นมาของโรคโควิด 19 (Mean = 0.64, SD = 0.47)

1.2.4 ผลการวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น: กรณีโควิด 19 ปรากฏดังตารางที่ 22

ตารางที่ 22 ผลการวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น: กรณีโควิด 19

พฤติกรรมด้านการป้องกัน	Mean	SD	ระดับ
พฤติกรรมกำล้างมือ	3.27	0.11	มาก
1) นักเรียนล้างมือด้วยน้ำและสบู่อย่างน้อย 20 วินาที ก่อนรับประทานอาหารหรือเตรียมอาหาร/ก่อนจับใบหน้า/หลังจากใช้ห้องน้ำ/ก่อนใส่และหลังถอดหน้ากากอนามัย/หลังสั่งน้ำมูก ไอหรือจาม	3.19	0.82	มาก
2) นักเรียนถูมือด้วยแอลกอฮอล์เจลที่มีแอลกอฮอล์อย่างน้อย 70% หลังสัมผัสวัตถุหรือสถานที่ต่าง ๆ	3.35	0.75	มาก
พฤติกรรมรักษาระยะห่างระหว่างบุคคลและทางสังคม	3.06	1.84	มาก
3) นักเรียนรักษาระยะห่างอย่างน้อย 1 เมตรจากผู้อื่นเมื่อต้องเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	2.93	0.87	มาก
4) นักเรียนหลีกเลี่ยงการอยู่ในบริเวณที่มีคนหมู่มาก และพื้นที่เสี่ยงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19	3.19	0.82	มาก
พฤติกรรมสวมหน้ากากอนามัย	3.54	0.03	มาก
5) นักเรียนสวมหน้ากากอนามัยที่ได้มาตรฐานอย่างถูกวิธีก่อนออกจากบ้าน และเมื่ออยู่ใกล้กับบุคคลอื่น	3.56	0.67	มาก
6) นักเรียนเปลี่ยนหน้ากากอนามัยทุกวันหรือนำหน้ากากผ้าไปซักทำความสะอาดและผึ่งแดดก่อนนำมาใช้ใหม่	3.52	0.72	มาก

ตารางที่ 22 (ต่อ)

พฤติกรรมด้านการป้องกัน	Mean	SD	ระดับ
พฤติกรรมกรไอหรือจามอย่างถูกวิธี	3.29	0.90	มาก
7) นักเรียนปิดปากและจมูกด้วยกระดาษทิชชูเมื่อไอหรือจาม	3.29	0.90	มาก
พฤติกรรมกรหลีกเลี่ยงการสัมผัสบริเวณตา จมูก และปาก	2.80	0.43	มาก
8) นักเรียนใช้มือสัมผัสตา จมูก และปากของตนเอง โดยไม่ได้ล้างมือด้วยน้ำและสบู่ หรือเช็ดด้วยแอลกอฮอล์เจล	2.50	1.20	ปานกลาง
9) นักเรียนล้างมือด้วยน้ำและสบู่ หรือเช็ดด้วยแอลกอฮอล์เจล ก่อนใช้มือสัมผัสกับใบหน้า	3.11	0.87	มาก
พฤติกรรมกรดูแลสุขภาพอนามัยในการรับประทานอาหาร	3.17	0.95	มาก
10) นักเรียนใช้ช้อนกลางส่วนตัวตักอาหารเมื่อต้องรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น	3.17	0.95	มาก
พฤติกรรมกรดูแลสุขภาพความสะอาดสถานที่ อุปกรณ์เครื่องใช้	3.10	0.64	มาก
11) นักเรียนทำความสะอาดบนพื้นผิวที่สัมผัสด้วยน้ำยาทำความสะอาดหรือเช็ดด้วยแอลกอฮอล์ 70 เปอร์เซ็นต์ เช่น โต๊ะเรียนและเก้าอี้ ลูกบิดประตู	3.06	0.91	มาก
12) นักเรียนเปิดหน้าต่างภายในบ้านเพื่อระบายอากาศให้ถ่ายเทสะดวก	3.15	0.94	มาก
พฤติกรรมกรตรวจสอบสุขภาพของตนเอง	3.13	0.51	มาก
13) นักเรียนสังเกตอาการผิดปกติของตนเอง เช่น มีไข้ หวัด ไอ หายใจถี่ หรืออาการอื่น ๆ	3.17	0.98	มาก
14) นักเรียน Check in และ Check out ผ่านแอปพลิเคชันไทยชนะเมื่อเข้ารับบริการในสถานที่สาธารณะ เช่น ห้างสรรพสินค้า สวนสาธารณะ รถโดยสารประจำทาง ฯลฯ	2.61	1.30	ปานกลาง

ตารางที่ 22 (ต่อ)

พฤติกรรมด้านการป้องกัน	Mean	SD	ระดับ
15) นักเรียนผ่านการตรวจสอบอุณหภูมิเมื่อเข้าสถานที่ต่าง ๆ เช่น โรงเรียน ห้างสรรพสินค้า รถไฟฟ้า ฯลฯ	3.62	0.65	มาก
พฤติกรรมการติดตามข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19	3.20	0.87	มาก
16) นักเรียนติดตามข้อมูลข่าวสารล่าสุดเกี่ยวกับการระบาดของโรคโควิด 19 จากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ	3.20	0.87	มาก
รวม	3.16	0.30	มาก

จากตารางที่ 22 พบว่า โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.16, SD = 0.30) เมื่อพิจารณาตามพฤติกรรมรายด้าน พบว่า พฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลก: กรณีโควิด 19 ที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมใน 5 อันดับแรก คือ การสวมหน้ากากอนามัย (Mean = 3.54, SD = 0.03) รองลงมา คือ การไอหรือจามอย่างถูกวิธี (Mean = 3.29, SD = 0.90), การล้างมือ (Mean = 3.27, SD = 0.11), การติดตามข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 (Mean = 3.20, SD = 0.87) และการดูแลสุขภาพอนามัยในการรับประทานอาหาร (Mean = 3.17, SD = 0.95) ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติใน 3 อันดับสุดท้าย คือ การดูแลรักษาความสะอาดสถานที่ อุปกรณ์ เครื่องใช้ (Mean = 3.10, SD = 0.64), การรักษาระยะห่างระหว่างบุคคลและทางสังคม (Mean = 3.06, SD = 1.84) และการหลีกเลี่ยงการสัมผัสบริเวณตา จมูก และปาก (Mean = 2.80, SD = 0.43) ตามลำดับ

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะทั่วไป การเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้ และพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น: กรณีโควิด 19

2.1 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะทั่วไปของประชากรกับการเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

2.1.1 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะทั่วไปของประชากรกับระดับการเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ปรากฏดังตารางที่ 23

ตารางที่ 23 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะทั่วไปของประชากรกับระดับการเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

ปัจจัยลักษณะทั่วไป		ระดับการเปิดรับสื่อ			χ^2	P
ของประชากร		มาก	ปานกลาง	น้อย		
เพศ ชาย		155	113	11	6.41	0.04*
		(28.7)	(20.9)	(2.0)		
	หญิง	141	118	2		
		(26.1)	(21.8)	(0.3)		
รวม		296	231	13	0.63	0.96
		(54.8)	(42.7)	(2.4)		
ระดับ ม. 1		111	83	6		
		(20.5)	(15.3)	(1.1)		
	ม. 2	105	85	4		
		(19.4)	(15.7)	(0.7)		
ม. 3		80	63	3	0.63	0.96
		(14.8)	(11.6)	(0.5)		
	รวม	296	231	13		
		(54.8)	(42.7)	(2.4)		

* $P < 0.05$

จากตารางที่ 23 โดยภาพรวมพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับระดับการเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) โดยเพศชายมีการเปิดรับสื่อคิดเป็นร้อยละ 51.6 มากกว่าเพศหญิง ซึ่งมีการเปิดรับสื่อคิดเป็นร้อยละ 48.3 ส่วนระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

เมื่อพิจารณาระดับการเปิดรับสื่อตามปัจจัยด้านเพศพบว่า เพศหญิงส่วนใหญ่มีการเปิดรับสื่อในระดับมาก (ร้อยละ 26.1) รองลงมา คือ ระดับปานกลางและระดับน้อย (ร้อยละ 21.8 และ 0.3 ตามลำดับ) ส่วนเพศชายส่วนใหญ่มีการเปิดรับสื่อในระดับมาก (ร้อยละ 28.7) รองลงมา คือ ระดับปานกลางและระดับน้อย (ร้อยละ 20.9 และ 2.0 ตามลำดับ)

เมื่อพิจารณาระดับการเปิดรับสื่อตามปัจจัยด้านระดับการศึกษาพบว่า โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่มีการเปิดรับสื่ออยู่ในระดับมาก คือ ผู้ที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 (ร้อยละ

20.5) รองลงมา คือ มัธยมศึกษาปีที่ 2 และมัธยมศึกษาปีที่ 3 (ร้อยละ 19.4 และ 14.8 ตามลำดับ) หรืออาจกล่าวได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1 ส่วนใหญ่มีการเปิดรับสื่ออยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 20.5) รองลงมา ระดับปานกลางและระดับน้อย (ร้อยละ 15.3 และ 1.1 ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 2 ส่วนใหญ่มีการเปิดรับสื่ออยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 19.4) รองลงมา คือ ระดับปานกลางและระดับน้อย (ร้อยละ 15.7 และ 0.7 ตามลำดับ) และกลุ่มตัวอย่างที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 ส่วนใหญ่มีการเปิดรับสื่ออยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 14.8) รองลงมา ระดับปานกลางและระดับน้อย (ร้อยละ 11.6 และ 0.5 ตามลำดับ)

2.1.2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะทั่วไปของประชากรกับระดับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ปรากฏดังตารางที่ 24

ตารางที่ 24 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะทั่วไปของประชากรกับระดับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

ปัจจัยลักษณะทั่วไป ของประชากร	ระดับการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร			รวม	χ^2	P
	มาก	ปานกลาง	น้อยและ ไม่ได้รับ			
เพศ ชาย	153	101	25	279	5.71	0.13
	(28.3)	(18.7)	(4.6)	(51.6)		
หญิง	121	119	21	261		
	(22.4)	(22.0)	(3.8)	(48.3)		
รวม	274	220	46	540		
	(50.7)	(40.7)	(8.5)	(100.0)		
ระดับ ม.1	94	83	23	200	7.88	0.25
	(17.4)	(15.3)	(4.2)	(37.0)		
ม.2	101	77	16	194		
	(18.7)	(14.2)	(2.9)	(35.9)		
ม.3	79	60	7	146		
	(14.6)	(11.1)	(1.2)	(27.0)		
รวม	274	220	46	540		
	(50.7)	(40.7)	(8.5)	(100.0)		

จากตารางที่ 24 โดยภาพรวมพบว่า เพศและระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

เมื่อพิจารณาระดับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ตามปัจจัยด้านเพศพบว่า เพศหญิงส่วนใหญ่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารในระดับมาก (ร้อยละ 22.4) รองลงมา คือ ระดับปานกลางและระดับน้อย (ร้อยละ 22.0 และ 3.8 ตามลำดับ) ส่วนเพศชายส่วนใหญ่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารในระดับมาก (ร้อยละ 28.3) รองลงมา คือ ระดับปานกลางและระดับน้อย (ร้อยละ 18.7 และ 4.6 ตามลำดับ)

เมื่อพิจารณาระดับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ตามปัจจัยด้านระดับการศึกษาพบว่า โดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับมาก คือ ผู้ที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 2 (ร้อยละ 18.7) รองลงมา คือ มัธยมศึกษาปีที่ 1 และมัธยมศึกษาปีที่ 3 (ร้อยละ 17.4 และ 14.6 ตามลำดับ) หรืออาจกล่าวได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1 ส่วนใหญ่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 17.4) รองลงมา คือ ระดับปานกลางและระดับน้อย (ร้อยละ 15.3 และ 4.2 ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 2 ส่วนใหญ่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 18.7) รองลงมา คือ ระดับปานกลางและระดับน้อย (ร้อยละ 14.2 และ 2.9 ตามลำดับ) และกลุ่มตัวอย่างที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 ส่วนใหญ่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 14.6) รองลงมา คือ ระดับปานกลางและระดับน้อย (ร้อยละ 11.1 และ 1.2 ตามลำดับ)

2.1.3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะทั่วไปของประชากรกับระดับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ปรากฏดังตารางที่ 25

ตารางที่ 25 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะทั่วไปของประชากรกับระดับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

ปัจจัยลักษณะทั่วไป ของประชากร	ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19			รวม	χ^2	P
	มาก	ปานกลาง	น้อย			
เพศ ชาย	239	40	0	279	15.66	0.00*
	(44.2)	(7.4)	(0.0)	(51.6)		
หญิง	248	12	1	261		
	(45.9)	(2.2)	(0.1)	(48.3)		
รวม	487	52	1	540		
	(90.1)	(9.6)	(0.1)	(100.0)		

* $P < 0.05$

ตารางที่ 25 (ต่อ)

ปัจจัยลักษณะทั่วไป ของประชากร	ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19			รวม	χ^2	P
	มาก	ปานกลาง	น้อย			
ระดับ ม. 1	178 (32.9)	21 (3.8)	1 (0.1)	200 (37.0)	2.01	0.73
ม. 2	176 (32.6)	18 (3.3)	0 (0.0)	194 (35.9)		
ม. 3	133 (24.6)	13 (2.4)	0 (0.0)	146 (27.0)		
รวม	487 (90.1)	52 (9.6)	1 (0.1)	540 (100.0)		

* $P < 0.05$

จากตารางที่ 25 โดยภาพรวมพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับระดับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) โดยเพศชายมีความรู้คิดเป็นร้อยละ 51.6 มากกว่าเพศหญิง ซึ่งมีความรู้คิดเป็นร้อยละ 48.3 ส่วนระดับชั้นไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

เมื่อพิจารณาระดับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ตามปัจจัยด้านเพศพบว่า เพศหญิงส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับมาก (ร้อยละ 45.9) รองลงมาคือ ระดับปานกลางและระดับน้อย (ร้อยละ 2.2 และ 0.1 ตามลำดับ) ส่วนเพศชายส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับมาก (ร้อยละ 44.2) รองลงมาคือ ระดับปานกลาง (ร้อยละ 7.4)

เมื่อพิจารณาระดับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ตามปัจจัยด้านระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่มีความรู้ในระดับมาก คือ ผู้ที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 (ร้อยละ 32.9) รองลงมา คือ มัธยมศึกษาปีที่ 2 และมัธยมศึกษาปีที่ 3 (ร้อยละ 32.6 และ 24.6 ตามลำดับ) หรืออาจกล่าวได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับมาก (ร้อยละ 32.9) รองลงมา คือ ระดับปานกลางและระดับน้อย (ร้อยละ 3.8 และ 0.1 ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 2 ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับมาก (ร้อยละ 32.6) รองลงมา คือ ระดับปานกลาง (ร้อยละ 3.3) และกลุ่มตัวอย่างที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับมาก (ร้อยละ 24.6) รองลงมา คือ ระดับปานกลาง (ร้อยละ 2.4)

2.1.4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะทั่วไปของประชากรกับระดับพฤติกรรมด้านการป้องกันโรคโควิด 19 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ปรากฏดังตารางที่ 26

ตารางที่ 26 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะทั่วไปของประชากรกับระดับพฤติกรรมด้านการป้องกันโรคโควิด 19 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

ปัจจัยลักษณะทั่วไป ของประชากร	ระดับพฤติกรรมด้านการป้องกันโรค			รวม	r	P
	มาก	ปานกลาง	น้อย			
เพศ ชาย	230	48	1	279	4.56	0.10
	(42.5)	(8.8)	(0.1)	(51.6)		
	231	30	0	261		
	(42.7)	(5.5)	(0.0)	(48.3)		
รวม	461	78	1	540		
	(85.3)	(14.4)	(0.1)	(100.0)		
ระดับ ม. 1	170	29	1	200	1.71	0.79
	(31.4)	(5.3)	(0.1)	(37.0)		
	166	28	0	194		
	(30.7)	(5.1)	(0.0)	(35.9)		
ม. 2	125	21	0	146		
	(23.1)	(3.8)	(0.0)	(27.0)		
รวม	461	78	1	540		
	(85.3)	(14.4)	(0.1)	(100.0)		

จากตารางที่ 26 โดยภาพรวมพบว่า เพศและระดับชั้นไม่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลก: กรณีโควิด 19 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

เมื่อพิจารณาระดับพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลก: กรณีโควิด 19 ตามปัจจัยด้านเพศพบว่า เพศหญิงส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในระดับมาก (ร้อยละ 42.7) รองลงมาคือ ระดับปานกลาง (ร้อยละ 5.5) ส่วนเพศชายส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในระดับมาก (ร้อยละ 42.5) รองลงมาคือ ระดับปานกลางและระดับน้อย (ร้อยละ 8.8 และ 0.1 ตามลำดับ)

เมื่อพิจารณาระดับพฤติกรรมด้านการป้องกันโรคโควิด 19 ตามปัจจัยด้านระดับการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก คือ ผู้ที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 (ร้อยละ 31.4) รองลงมา คือ มัธยมศึกษาปีที่ 2 และ มัธยมศึกษาปีที่ 3 (ร้อยละ

30.7 และ 23.1 ตามลำดับ) หรืออาจกล่าวได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1 ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 31.4) รองลงมา คือ ระดับปานกลางและระดับน้อย (ร้อยละ 5.3 และ 0.1 ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 2 ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 30.7) รองลงมา คือ ระดับปานกลาง (ร้อยละ 5.1) และกลุ่มตัวอย่างที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในระดับมาก (ร้อยละ 23.1) รองลงมา คือ ระดับปานกลาง (ร้อยละ 3.8)

2.2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับสื่อ การรับรู้ และความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 กับพฤติกรรมด้านการป้องกันโรคของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับสื่อ การรับรู้ และความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 กับพฤติกรรมด้านการป้องกันโรคของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ปรากฏดังตารางที่ 27

ตารางที่ 27 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับสื่อ การรับรู้ และความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 กับพฤติกรรมด้านการป้องกันโรคของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

ตัวแปร	พฤติกรรมด้านการป้องกันโรค ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น		
	r	P	ระดับความสัมพันธ์
การเปิดรับสื่อ	0.58	0.00*	ปานกลาง
การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร	0.61	0.00*	ปานกลาง
ความรู้	0.20	0.00*	ต่ำ

* $P < 0.05$

จากตารางที่ 27 พบว่า การเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น: กรณีโควิด 19 โดยมีระดับความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง ($r = 0.58$)

การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น: กรณีโควิด 19 โดยมีระดับความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง ($r = 0.61$)

ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น: กรณีโควิด 19 โดยมีระดับความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ ($r = 0.20$)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง การเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้ และพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น: กรณีโควิด 19 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้ และพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น: กรณีโควิด 19 และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะทั่วไป การเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้ และพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น: กรณีโควิด 19 ประชากรเป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2563 โรงเรียนในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) จำนวน 10 โรงเรียน 9 จังหวัด จำนวน 540 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามออนไลน์การเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้ และพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลก: กรณีโควิด 19 สำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น (MPKBHP: COVID-19 Q) มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.99 และมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติไคว์สแควร์ (Chi-square) และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้ และพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น: กรณีโควิด 19 สามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ผลการศึกษาระดับการเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้ และพฤติกรรมด้านการป้องกันโรค

1.1 ลักษณะทั่วไปของประชากร พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 540 คน เป็นเพศชาย 279 คน (ร้อยละ 51.7) เป็นเพศหญิง 261 คน (ร้อยละ 48.3) โดยกำลังศึกษาอยู่ระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1 จำนวน 200 คน คิดเป็นร้อยละ 37.0 (ชาย 108 คน, หญิง 92 คน) ระดับมัธยมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 194 คน คิดเป็นร้อยละ 35.9 (ชาย 90 คน, หญิง 104 คน) และระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 146 คน คิดเป็นร้อยละ 27.0 (ชาย 81 คน, หญิง 65 คน) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นนักเรียนที่ศึกษาอยู่ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน ภาคกลาง จำนวน 107 คน (ร้อยละ

19.8) ภาคเหนือ จำนวน 117 คน (ร้อยละ 21.7) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 116 คน (ร้อยละ 21.5) ภาคใต้ จำนวน 87 คน (ร้อยละ 16.1) และกรุงเทพมหานคร จำนวน 113 คน (ร้อยละ 20.9) ตามลำดับ

1.2 ระดับการเปิดรับสื่อ มีระดับการเปิดรับสื่ออยู่ในระดับมาก (Mean = 2.73, SD = 0.54) เมื่อพิจารณาตามแหล่งข้อมูลที่เปิดรับสื่อ พบว่า แหล่งข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่มีการเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ใน 5 อันดับแรก คือ สื่อสังคมออนไลน์ (เฟซบุ๊ก ไลน์ ทวิตเตอร์ ฯลฯ) (Mean = 3.40, SD = 0.77), สมาชิกในครอบครัว/ญาติ (Mean = 3.38, SD = 0.75), โทรทัศน์ (รายการโทรทัศน์, ข่าว) (Mean = 3.34, SD = 0.88), อินเทอร์เน็ต (บทเรียนออนไลน์, ฐานข้อมูลต่าง ๆ โดยค้นหาคำว่า COVID-19 หรือ โควิด 19 ฯลฯ) (Mean = 3.29, SD = 0.87) และครู/อาจารย์ที่โรงเรียน (Mean = 3.14, SD = 0.77) ส่วนแหล่งข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่มีการเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ใน 3 อันดับสุดท้าย คือ แผ่นพับ/โปสเตอร์/ป้ายปิดประกาศ (Mean = 2.16, SD = 1.18), อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (Mean = 2.14, SD = 1.20) และหนังสือพิมพ์/นิตยสาร/วารสาร (Mean = 1.91, SD = 1.29) ตามลำดับ

1.3 ระดับการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร มีระดับการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.58, SD = 0.20) เมื่อพิจารณาตามประเด็นของการรับรู้ พบว่า ประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ใน 5 อันดับแรก คือ การดู ฟัง พูดคุย อ่าน หรือสืบค้นข้อมูลสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ในประเทศไทย (Mean = 2.91, SD = 0.89) รองลงมา คือ การติดตามและประเมินอัตราความรุนแรงของโรคโควิด 19 (Mean = 2.77, SD = 1.03), การค้นหาและติดตามวิธีการป้องกันโรคโควิด 19 ตามคำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุข (Mean = 2.74, SD = 1.09), การดู ฟัง พูดคุย อ่าน หรือสืบค้นข้อมูลสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ในต่างประเทศ (Mean = 2.72, SD = 0.99) และการค้นคว้าและติดตามข้อมูลระยะเวลาการฟักตัวและการแพร่เชื้อโรคโควิด 19 (Mean = 2.62, SD = 1.09) ตามลำดับ ส่วนประเด็นที่มีการรับรู้ใน 3 อันดับสุดท้าย คือ การค้นคว้าและสรุปสาเหตุของโรคโควิด 19 (Mean = 2.41, SD = 1.10), การค้นคว้าและสรุปความเป็นมาของโรคโควิด 19 (Mean = 2.37, SD = 1.13) และการค้นคว้าและจัดกลุ่มอาการของโรคโควิด 19 (Mean = 2.30, SD = 1.14) ตามลำดับ

1.4 ระดับความรู้ มีระดับความรู้อยู่ในระดับมาก (Mean = 0.79, SD = 0.21) เมื่อพิจารณาตามเนื้อหาสาระของความรู้เป็นรายด้านพบว่า เนื้อหาสาระของความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สูงสุดในระดับสูงสุด คือ ด้านการตรวจวินิจฉัยโรคโควิด 19 (Mean = 0.93, SD = 0.06) รองลงมา คือ ด้านสาเหตุการเกิดโรคโควิด 19 (Mean = 0.85, SD = 0.11), ด้านอาการและ

การดำเนินโรคโควิด 19 (Mean = 0.80, SD = 0.27), ด้านการป้องกันโรคโควิด 19 (Mean = 0.79, SD = 0.12) และด้านแนวทางการรักษาโรคโควิด 19 (Mean = 0.73, SD = 0.20) ตามลำดับ ส่วนเนื้อหาสาระที่มีความรู้ในระดับต่ำที่สุด คือ ด้านความเป็นมาของโรคโควิด 19 (Mean = 0.64, SD = 0.47)

1.5 ระดับพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น: กรณีโควิด 19 มีระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.16, SD = 0.30) เมื่อพิจารณาตามพฤติกรรมรายด้าน พบว่า พฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลก: กรณีโควิด 19 ที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมใน 5 อันดับแรก คือ การสวมหน้ากากอนามัย (Mean = 3.54, SD = 0.03) รองลงมา คือ การไอหรือจามอย่างถูกวิธี (Mean = 3.29, SD = 0.90), การล้างมือ (Mean = 3.27, SD = 0.11), การติดตามข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 (Mean = 3.20, SD = 0.87) และการดูแลสุขภาพอนามัยในการรับประทานอาหาร (Mean = 3.17, SD = 0.95) ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติใน 3 อันดับสุดท้าย คือ การดูแลสุขภาพความสะอาดสถานที่ อุปกรณ์ เครื่องใช้ (Mean = 3.10, SD = 0.64), การรักษาระยะห่างระหว่างบุคคลและทางสังคม (Mean = 3.06, SD = 1.84) และการหลีกเลี่ยงการสัมผัสบริเวณตา จมูก และปาก (Mean = 2.80, SD = 0.43) ตามลำดับ

2. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะทั่วไป การเปิดรับสื่อ การรับรู้ความรู้ กับพฤติกรรมด้านการป้องกันโรค

2.1 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะทั่วไป การเปิดรับสื่อ การรับรู้ความรู้ กับพฤติกรรมด้านการป้องกันโรค

2.1.1 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะทั่วไปของประชากรกับระดับการเปิดรับสื่อ พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับระดับการเปิดรับสื่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเพศชายมีการเปิดรับสื่อ ร้อยละ 51.6 มากกว่าเพศหญิง ซึ่งมีการเปิดรับสื่อร้อยละ 48.3 เมื่อพิจารณาตามระดับการเปิดรับสื่อ พบว่า เพศหญิงส่วนใหญ่มีการเปิดรับสื่อในระดับมาก ร้อยละ 26.1 ส่วนเพศชายส่วนใหญ่มีการเปิดรับสื่อในระดับมาก ร้อยละ 28.7 ส่วนระดับชั้นไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการเปิดรับสื่อ เมื่อพิจารณาตามปัจจัยด้านระดับชั้นหรือระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการเปิดรับสื่ออยู่ในระดับมาก คือ ผู้ที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 (ร้อยละ 20.5) รองลงมา คือ มัธยมศึกษาปีที่ 2 และมัธยมศึกษาปีที่ 3 (ร้อยละ 19.4 และ 14.8 ตามลำดับ)

2.1.2 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะทั่วไปของประชากรกับระดับการรับรู้ พบว่า เพศและระดับชั้นไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการรับรู้ เมื่อพิจารณาตามปัจจัยด้านเพศ พบว่า เพศหญิงส่วนใหญ่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารในระดับมาก ร้อยละ 22.4 ส่วนเพศชายส่วนใหญ่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารในระดับมาก ร้อยละ 28.3 และเมื่อพิจารณาตามปัจจัยด้านระดับชั้นพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับมาก คือ ผู้ที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 (ร้อยละ 18.7) รองลงมา คือ มัธยมศึกษาปีที่ 1 และมัธยมศึกษาปีที่ 3 (ร้อยละ 17.4 และ 14.6 ตามลำดับ)

2.1.3 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะทั่วไปของประชากรกับระดับความรู้ พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเพศหญิงมีความรู้ ร้อยละ 45.9 มากกว่าเพศชายซึ่งมีความรู้ ร้อยละ 43.8 ส่วนระดับชั้นไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ เมื่อพิจารณาระดับความรู้ตามปัจจัยด้านเพศ พบว่า เพศหญิงส่วนใหญ่มีความรู้ระดับมาก ร้อยละ 45.9 ส่วนเพศชายส่วนใหญ่มีความรู้ระดับมาก ร้อยละ 44.2 และเมื่อพิจารณาตามปัจจัยด้านระดับชั้นหรือระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่มีความรู้อยู่ในระดับมาก คือ ที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 (ร้อยละ 32.9) รองลงมา คือ มัธยมศึกษาปีที่ 2 และมัธยมศึกษาปีที่ 3 (ร้อยละ 32.6 และ 24.6 ตามลำดับ)

2.1.4 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะทั่วไปของประชากรกับระดับพฤติกรรมด้านการป้องกันโรค พบว่า เพศและระดับชั้นไม่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมด้านการป้องกันโรค เมื่อพิจารณาตามปัจจัยด้านเพศ พบว่า เพศหญิงส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคระดับมาก ร้อยละ 42.7 ส่วนเพศชายส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคระดับมาก ร้อยละ 42.5 และเมื่อพิจารณาตามปัจจัยด้านระดับชั้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคระดับมาก คือ ผู้ที่กำลังศึกษาอยู่ระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1 (ร้อยละ 31.4) รองลงมา คือ มัธยมศึกษาปีที่ 2 และมัธยมศึกษาปีที่ 3 (ร้อยละ 30.7 และ 23.1 ตามลำดับ)

2.2 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระดับการเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้ และพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น: กรณีโควิด 19

2.2.1 การเปิดรับสื่อมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมด้านการป้องกันโรค โดยมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง ($r = .582$)

2.2.2 การรับรู้ข้อมูลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมด้านการป้องกันโรค โดยมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง ($r = .610$)

2.2.3 ความรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมด้านการป้องกันโรค โดยมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ ($r = .201$)

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้ และพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น: กรณีโควิด 19 มีประเด็นสำคัญที่นำมาอภิปรายได้ดังนี้

1. ระดับการเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้ และพฤติกรรมด้านการป้องกันโรคของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

จากผลการวิจัย พบว่า ระดับการเปิดรับสื่อ ความรู้ และพฤติกรรมด้านการป้องกันโรคของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น อยู่ในระดับมาก ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ส่วนระดับการรับรู้ อยู่ในระดับปานกลาง สามารถอภิปรายในประเด็น ดังต่อไปนี้

1.1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปของประชากร

จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มากกว่าเพศหญิง เหตุผลที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชายมีความสนใจในเรื่องการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 สูงกว่าเพศหญิง รวมถึงอาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยในหลายด้าน เช่น การได้รับการกระตุ้นหรือชักชวนให้ปฏิบัติ ช่วงเวลาในการตอบแบบสอบถาม ความพร้อมของเครื่องมือหรืออุปกรณ์ดิจิทัลในการใช้เพื่อตอบแบบสอบถาม เป็นต้น เมื่อพิจารณาตามระดับชั้นพบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ในแต่ละระดับชั้นมีจำนวนการตอบแบบสอบถามใกล้เคียงกัน ทั้งนี้ เนื่องมาจากการกำหนดกลุ่มตัวอย่างทำโดยการคัดเลือกนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่เป็นตัวแทนในแต่ละโรงเรียนแบ่งตามระดับชั้น ระดับชั้นละ 20 คน จึงทำให้ได้จำนวนนักเรียนระดับชั้นละเท่า ๆ กัน เมื่อขอความร่วมมือในการทำแบบสอบถามและได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี จึงได้รับการตอบกลับมาเป็นจำนวนใกล้เคียงกันดังกล่าว

1.2 ระดับการเปิดรับสื่อ

การเปิดรับสื่อมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\text{Mean} = 2.73$, $\text{SD} = 0.54$) เหตุผลที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพหรือสื่อสารด้านสุขภาพมีบทบาทสำคัญ คือ เป็นการเผยแพร่ข่าวสารและความรู้ เป็นการชักจูงใจให้คล้อยตามหรือให้คำแนะนำ และเป็นการกระตุ้นเตือน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสุศึกษา, 2560) และอีกประเด็นหนึ่งที่สำคัญ คือ เนื้อหาเกี่ยวกับสื่อสารด้านสุขภาพถือเป็นเรื่องใกล้ตัวที่อยู่ในความสนใจตามธรรมชาติของมนุษย์ ซึ่งสอดคล้องกับหลักการเลือกเปิดรับสื่อที่นำเสนอข่าวสารตามปัจจัยส่วนบุคคล (Merill and Lowenstein, 1971; Schramm, 1973; Hunt and Ruben, 1993; กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. กองสุศึกษา, 2560)

ไม่ว่าจะเป็นความอยากรู้อยากเห็นในเรื่องสุขภาพ ความต้องการและประโยชน์ใช้สอยของตนเองที่มุ่งเน้นการมีสุขภาพดี ทำให้บุคคลเริ่มตั้งแต่วัยเด็กและวัยรุ่นตอนต้นจากแต่เดิมที่อาจจะเลยการใส่ใจสุขภาพของตนเองหรือไม่สนใจที่จะเปิดรับข้อมูลข่าวสารที่เป็นความรู้และทฤษฎีเชิงวิชาการทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข เริ่มเล็งเห็นความสำคัญและหันกลับมาสนใจที่จะเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ที่กำลังแพร่ระบาดอยู่นี้มากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับผลการวิจัยของสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2561) ที่ประเมินผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพพฤติกรรมกำป้องกันควบคุมโรคของประชาชนไทย ประจำปี พ.ศ. 2561 แล้วพบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 58.0 โดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพอยู่ในระดับมากด้วยเช่นกัน นอกจากการเลือกเปิดรับสื่อหลากหลายช่องทางในระดับมากของกลุ่มตัวอย่างแล้วยังพบอีกว่า เด็กในวัยนี้มีบทบาทในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ซึ่งเป็นพฤติกรรมการตอบสนองจากการเปิดรับสื่อ ดังจะเห็นได้จากการแลกเปลี่ยนแนวคิดและวิพากษ์วิจารณ์ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด 19 ผ่านสื่อสังคมออนไลน์ที่หลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นเฟซบุ๊ก ไลน์ ทวิตเตอร์ หรือแอปพลิเคชันอื่น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของสำนักงานคุ้มครองผู้บริโภคในกิจการกระจายเสียงและโทรทัศน์ (2557) และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, กองสุศึกษา, (2560) ที่กล่าวว่า เมื่อคนเรามีการเปิดรับสื่อแล้ว สมองจะสั่งการให้คิดและปรุงแต่งให้เกิดอารมณ์และความนึกคิดต่าง ๆ ตามมา แล้วถ่ายทอดออกมาผ่านการเขียนแสดงความคิดเห็นเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลอันเป็นประโยชน์และตอบสนองตามความต้องการของตน

เมื่อพิจารณาตามแหล่งข้อมูลที่เปิดรับสื่อ พบว่า แหล่งข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างมีการเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคโควิด 19 มากที่สุด คือ สื่อสังคมออนไลน์ (เฟซบุ๊ก ไลน์ ทวิตเตอร์ ฯลฯ) เหตุผลที่เป็นเช่นนี้อาจเกิดจากปัจจุบันสังคมไทยเข้าสู่สังคมยุคดิจิทัล ประชาชนในช่วงวัยต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กและเยาวชนใน Generation Z (Gen Z) หรือผู้ที่มีอายุระหว่าง 8-20 ปี (กระทรวงสาธารณสุข, กรมสุขภาพจิต, 2563) จึงนิยมใช้การสื่อสารผ่านสื่ออินเทอร์เน็ต เนื่องจากเป็นแหล่งข้อมูลที่เข้าถึงได้สะดวก รวดเร็ว กว้างขวาง และตอบสนองต่อวิถีการดำเนินชีวิตตามกระแสโลกาภิวัตน์ได้เป็นอย่างดี ส่งผลให้เมื่อเยาวชนต้องการจะเสพสื่อหรือข้อมูลข่าวสารใด ๆ แหล่งข้อมูลที่เป็นสื่อมวลชนคือ อินเทอร์เน็ตและสื่อสังคมออนไลน์จึงถือเป็นตัวเลือกอันดับต้น ๆ ที่จะเปิดรับ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานผลการสำรวจพฤติกรรมผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทย พ.ศ. 2562 (กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม, สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์, 2563) ที่พบว่า นักเรียน/นักศึกษาเป็นกลุ่มที่ใช้อินเทอร์เน็ตสูงสุด โดยใช้เฉลี่ยวันละ 10 ชั่วโมง 50 นาที และสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Li (2018) ที่ศึกษารูปแบบของสื่อ การรับรู้สถานการณ์ และพฤติกรรม

การป้องกันโรคทางสาธารณสุข แล้วพบว่า กลุ่มตัวอย่างให้ความสนใจข่าวการแพร่กระจายของเชื้ออีโบลามากกว่าสื่อสังคมออนไลน์มากที่สุด (ร้อยละ 42.3)

ส่วนการเปิดรับข้อมูลจากสมาชิกในครอบครัว/ญาติ ของนักเรียน ที่เป็นลำดับรองลงมาสามารถอธิบายได้ว่า สมาชิกในครอบครัว/ญาติถือเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดผูกพัน อีกทั้งยังมีความห่วงใยต่อสุขภาพของนักเรียนที่เป็นสมาชิกของครอบครัว จึงมีการดูแลเอาใจใส่และให้ความสำคัญกับการให้ข้อมูลข่าวสารเพื่อประโยชน์ในการป้องกันภัยอันตรายจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ที่อาจจะมีย่ต่อสุขภาพ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นดังกล่าวจึงได้รับข้อมูลข่าวสารในเรื่องโรคโควิด 19 จากครอบครัวในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับปัจจัยในด้านบริบทที่ผู้รับสารจะเลือกรับสื่อตามอิทธิพลที่ได้รับจากบริบทที่เกี่ยวข้อง ซึ่งในที่นี้ ได้แก่ บุคคล (สมาชิกในครอบครัว/ญาติ) และปัจจัยด้านความสะดวกที่ผู้รับสารมักจะเลือกเปิดรับสื่อที่อยู่ใกล้ตัวหรือสามารถเข้าถึงได้ง่าย มีความคุ้นเคย และไม่สร้างความยากลำบากให้กับตนเองมากเกินไป (Merill and Lowenstein, 1971; Schramm, 1973; Hunt and Ruben, 1993; กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. กองสุกศึกษา, 2560)

นอกจากนี้แหล่งข้อมูลที่นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นเลือกเปิดรับมากอีกหนึ่งแหล่งคือ โทรทัศน์ (รายการโทรทัศน์, ข่าว) ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากโทรทัศน์เป็นแหล่งข้อมูลที่เป็นสื่อมวลชนสื่อหลักที่มีความใกล้ชิดกับประชาชนมาอย่างยาวนาน เป็นช่องทางการสื่อสารที่เรียกได้ว่ามักจะมียู่ทุกบ้าน และยังเป็นสื่อที่เข้าถึงง่าย สะดวก ครอบคลุมข้อมูลข่าวสารหลายด้าน มีความน่าเชื่อถือ มีการเรียบเรียงและสรุปเนื้อหาข่าวพร้อมสรรพ นอกจากนี้ปัจจุบันช่องรายการโทรทัศน์ยังมีตัวเลือกมากมาย ทั้งที่เป็นช่องรายการโทรทัศน์ภาคพื้นดินในระบบดิจิทัล (Digital TV) และช่องรายการโทรทัศน์ดิจิทัลที่เผยแพร่ผ่านระบบเคเบิลและดาวเทียม (สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ, 2563) ทำให้สื่อโทรทัศน์ (รายการโทรทัศน์, ข่าว) เป็นอีกหนึ่งแหล่งข้อมูลที่ยาวชนเลือกเปิดรับในระดับสูง สอดคล้องกับผลการวิจัยของ นันทนัช โสมรินทร์ และ ณัฏฐ์ชุตา วิจิตรจามรี (2556) ที่ศึกษาการเปิดรับข่าวสาร ความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในจังหวัดนนทบุรี แล้วพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกจากสื่อโทรทัศน์ และผลการวิจัยของมณฑล หวานวาจา (2557) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของการเปิดรับข่าวสาร กับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของประชาชนในกรุงเทพมหานคร แล้วพบว่า สื่อที่ประชาชนในกรุงเทพมหานครมีการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคอ้วนมากที่สุด คือ โทรทัศน์ (ร้อยละ 91.78) รองลงมา คือ เฟซบุ๊ก (ร้อยละ 80.89) ผลการวิจัยของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. กองสุกศึกษา (2560) ที่ศึกษาการเข้าถึงและใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อการบริโภคอาหารของประชาชนในกลุ่มวัยทำงานแล้วพบว่า สื่อที่ประชาชนเข้าถึงข้อมูลมากที่สุดคือ โทรทัศน์ (1-2 ครั้งต่อสัปดาห์) และ

ผลการวิจัยของนิรันดา ศรีบุญทิพย์ และคณะ (2561) ที่ศึกษาการเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชนไทย ประจำปี 2561 แล้วพบว่า สื่อที่กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงมากที่สุด คือ โทรศัพท์/เคเบิลทีวี

ส่วนหนังสือพิมพ์/นิตยสาร/วารสารเป็นแหล่งข้อมูลที่มีการเปิดรับน้อยที่สุด อาจเนื่องมาจากถึงแม้หนังสือพิมพ์/นิตยสาร/วารสารจะเป็นแหล่งข้อมูลข่าวสารที่มีประโยชน์ แต่เนื่องด้วยเป็นแหล่งข้อมูลที่มีรูปแบบการสื่อสารทางเดียวที่มีเพียงภาพและตัวอักษร ไม่มีภาพเคลื่อนไหวหรือวิดีโอดึงดูดความสนใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับเยาวชนซึ่งอยู่ในวัยที่ชอบสิ่งแปลกใหม่ ประารถความตื่นเต้นเร้าใจในชีวิต จึงมักไม่ค่อยตอบสนองต่อการสื่อสารผ่านแหล่งข้อมูลดังกล่าวเท่าที่ควร ซึ่งสอดคล้องกับหลักการเลือกเปิดรับสื่อที่นำเสนอข่าวสารตามปัจจัยส่วนบุคคล ในประเด็นของรูปแบบการสื่อสาร (Communication Style) ลักษณะเฉพาะของสื่อ (Characteristics of Media) และความโดดเด่นของสื่อ (Prominence) (Merill and Lowenstein, 1971; Schramm, 1973; Hunt and Ruben, 1993; กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. กองสุศึกษา, 2560) ที่กล่าวว่า ผู้รับสารแต่ละคนจะมีความชอบรูปแบบการสื่อสารที่แตกต่างกัน ซึ่งผู้รับสารแต่ละคนย่อมจะหันเข้าหาลักษณะบางอย่างจากสื่อที่จะสนองความต้องการและทำให้ตนเกิดความพึงพอใจเป็นสำคัญ อีกทั้งบุคคลมักจะเลือกให้ความสนใจข่าวสารที่มีจุดเด่นแตกต่างจากข่าวสารอื่นที่ไม่มีจุดเด่นใด ๆ นอกจากนี้หนังสือพิมพ์/นิตยสาร/วารสาร ยังจัดว่าเป็นสื่อดั้งเดิมที่ในปัจจุบันได้รับความสนใจจากผู้บริโภคหรือประชาชนลดน้อยลง เนื่องจากถูกแทนที่ด้วยสื่อดิจิทัลที่เข้าถึงได้สะดวก รวดเร็ว เท่าทันเหตุการณ์ และมีความหลากหลาย จึงเป็นอีกเหตุผลหนึ่งที่ทำให้นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นมีการเปิดรับสื่อหรือได้รับข้อมูลข่าวสารจากหนังสือพิมพ์/นิตยสาร/วารสารน้อยที่สุด

1.3 ระดับการรับรู้

การรับรู้มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.58, SD = 0.20) เหตุผลที่เป็นเช่นนี้เนื่องมาจากข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพถือว่ามีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของคนเราเป็นอย่างมาก (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสุศึกษา, 2560) สอดคล้องกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ในหลายด้าน โดยด้านสำคัญ ได้แก่ 1) ความต้องการที่จะรับรู้ คือ บุคคลจะเกิดการรับรู้สิ่งเร้าใด ๆ บุคคลนั้นมักจะเกิดความต้องการที่จะรับรู้ขึ้นเสียก่อน ทั้งนี้เนื่องจากความต้องการจะสร้างแรงขับหรือแรงจูงใจที่จะรับรู้สิ่งเร้านั้น ๆ ซึ่งในที่นี้ ได้แก่ ความต้องการที่จะรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ที่กำลังเป็นปัญหาสุขภาพและส่งผลกระทบในหลายด้านต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคมในวงกว้าง 2) ความสนใจ คือ บุคคลมักจะเลือกรับรู้ข้อมูลที่ตนเองสนใจเพื่อตอบสนองความสนใจใคร่รู้นั้นก่อน ซึ่งในที่นี้ ได้แก่ ความสนใจของบุคคลที่มีต่อข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 3) การให้คุณค่าต่อสิ่งที่รับรู้ คือ สิ่งเร้าใดที่บุคคลให้คุณค่าและความสำคัญ

สิ่งเร้านั้นจะสามารถเพิ่มความสนใจและความตั้งใจที่จะรับรู้ให้มากขึ้นได้ ซึ่งในที่นี้ ได้แก่ การให้คุณค่าหรือความสำคัญต่อการระบาดของโรคโควิด 19 ที่ทั้งประเทศไทยและในอีกหลายประเทศทั่วโลก กำลังเผชิญกับภาวะวิกฤติที่รุนแรงและกินเวลายาวนาน และ 4) การถูกชักจูง คือ บุคคลมักจะให้ความสนใจที่จะรับรู้ข้อมูลจากการชักจูงของบุคคล กลุ่มบุคคล หรือสังคม รวมถึงกระแสของสังคมที่เกิดขึ้น ซึ่งในที่นี้ ได้แก่ กระแสสังคมและการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์แนวทางในการป้องกันโรคโควิด 19 ทั้งจากบุคคลและหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง (จิราภรณ์ ตั้งกิตติภาภรณ์, 2556; กรมควบคุมโรค. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ, 2562)

เมื่อพิจารณาตามประเด็นของการรับรู้ พบว่า ประเด็นของการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้มากที่สุด คือ การดู ฟัง พูดคุย อ่าน หรือสืบค้นข้อมูลสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ในประเทศไทย เหตุผลที่เป็นเช่นนี้เนื่องมาจากประเด็นของการดู ฟัง พูดคุย อ่าน หรือสืบค้นข้อมูลสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ในประเทศไทย ถือเป็นเรื่องใกล้ตัวและเป็นกระแสความตื่นตัวทางสังคมที่เผยแพร่ผ่านสื่อต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง ทำให้นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นมีโอกาสได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคภายในประเทศอย่างเข้มข้น ซึ่งสอดคล้องกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ในด้านของการถูกชักจูง คือ บุคคลมักจะให้ความสนใจที่จะรับรู้ข้อมูลจากการชักจูงของบุคคล กลุ่มบุคคล หรือสังคม รวมถึงกระแสของสังคมที่เกิดขึ้นด้วย ซึ่งในที่นี้ ได้แก่ กระแสสังคมและการเผยแพร่สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ทั้งจากบุคคลและหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง (จิราภรณ์ ตั้งกิตติภาภรณ์, 2556; กรมควบคุมโรค. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ, 2562)

ส่วนลำดับรองลงมา คือ การติดตามและประเมินอัตราความรุนแรงของโรคโควิด 19 และการค้นหาและติดตามวิธีการป้องกันโรคโควิด 19 ตามคำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุขตามลำดับ สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างอาจได้รับอิทธิพลมาจากปัจจัยในหลายด้าน โดยด้านที่สำคัญ ได้แก่ 1) ความต้องการที่จะรับรู้ คือ บุคคลจะเกิดการรับรู้สิ่งเร้าใด ๆ บุคคลนั้นมักจะเกิดความต้องการที่จะรับรู้ขึ้นเสียก่อน ทั้งนี้ เนื่องจากความต้องการจะสร้างแรงขับหรือแรงจูงใจที่จะรับรู้สิ่งเร้านั้น ๆ ซึ่งในที่นี้ ได้แก่ ความต้องการที่จะรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับแนวทางการป้องกันโรคโควิด 19 เพื่อนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย 2) ความตั้งใจและทางเลือกที่จะรับรู้สิ่งเร้า คือ ถ้าบุคคลตั้งใจหรือให้ความใส่ใจและเลือกที่จะรับรู้สิ่งเร้าใด บุคคลนั้นก็จะสามารถรับรู้สิ่งเร้านั้นได้ก่อนเป็นอันดับแรก ซึ่งในที่นี้ ได้แก่ การที่นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นตั้งใจหรือใส่ใจและเลือกที่จะรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 3) สภาพทางอารมณ์ คือ สภาพทางอารมณ์ของบุคคลก่อนหรือในขณะรับรู้จะส่งผลให้การแปลความหมายถูกต้องหรือผิดพลาดได้ ซึ่งในที่นี้ ได้แก่ การที่นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นอาจเกิดความวิตกกังวลในอันตรายของการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 จึงติดตามและประเมินอัตราความรุนแรงของโรคโควิด 19 ตลอดจนหาเสาะแสวงหา

แนวทางในการป้องกันตนเองจากโรคดังกล่าว 4) ความคาดหวังต่อสิ่งเร้า คือ บุคคลมักจะมี ความคาดหวังต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งเอาไว้ล่วงหน้า ซึ่งในที่นี้ ได้แก่ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นอาจคาดหวังที่จะได้รับประโยชน์จากข้อมูลข่าวสารในป้องกันโรคโควิด 19 ตามคำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุข จึงรับรู้ในประเด็นดังกล่าวในระดับมาก 5) การให้ คุณค่าต่อสิ่งที่รับรู้ คือ สิ่งเร้าใดที่บุคคลให้คุณค่าและความสำคัญ สิ่งเร้านั้นจะสามารถเพิ่มความสนใจ และความตั้งใจที่จะรับรู้ให้มากขึ้นได้ ซึ่งในที่นี้ ได้แก่ การให้คุณค่าหรือความสำคัญต่อการป้องกัน โรคโควิด 19 ที่เป็นเรื่องใกล้ตัวและอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของตนเองและครอบครัว และ 6) การถูกชักจูง คือ บุคคลมักจะให้ความสนใจที่จะรับรู้ข้อมูลจากการชักจูงของบุคคล กลุ่ม บุคคล หรือสังคม รวมถึงกระแสของสังคมที่เกิดขึ้นด้วย ซึ่งในที่นี้ ได้แก่ กระแสสังคมและการรณรงค์ เผยแพร่เพื่อป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคโควิด 19 ทั้งจากบุคคลและหน่วยงานต่าง ๆ ที่ เกี่ยวข้อง (จิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์, 2556; กรมควบคุมโรค. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนา พฤติกรรมสุขภาพ, 2562)

ส่วนประเด็นที่มีการรับรู้น้อยที่สุด คือ ประเด็นของการค้นคว้าและจัดกลุ่มอาการ ของโรคโควิด 19 เหตุผลที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากประเด็นดังกล่าวเป็นข้อมูลเชิงวิชาการทาง การแพทย์ที่มีความละเอียดลึกซึ้งและซับซ้อน ซึ่งอาจเป็นเรื่องยากลำบากต่อการทำความเข้าใจ จึงทำให้นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นเลือกรับรู้ข้อมูลข่าวสารในประเด็นนี้ในระดับต่ำ สอดคล้องกับปัจจัยหรือ ลักษณะคุณสมบัติบางประการของผู้ที่จะรับรู้ ซึ่งมีผลต่อการรับรู้ เช่น ความต้องการที่จะรับรู้ ความ ตั้งใจ ความสนใจ สติปัญญาและความสามารถ นอกจากนี้ยังอาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางด้าน คุณลักษณะของสิ่งเร้าที่ขาดจุดเด่น จึงทำให้ไม่ได้รับความสนใจและนำไปสู่การรับรู้ในระดับต่ำตามมา (จิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์, 2556; กรมควบคุมโรค. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรม สุขภาพ, 2562)

1.4 ระดับความรู้

ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก เหตุผลที่เป็นเช่นนี้ เนื่องจากสังคมในปัจจุบันเข้าสู่ยุคดิจิทัล ทำให้ความรู้ต่าง ๆ แพร่ผ่านและเปิดกว้างในหลายช่องทาง โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ที่กำลังเป็นประเด็นปัญหาสุขภาพที่ทั้งประเทศไทยและ ในหลายประเทศทั่วโลกกำลังเผชิญและเร่งดำเนินการหยุดยั้งการแพร่ระบาดอย่างเข้มงวด นอกจากนี้ การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ยังสร้างกระแสความตื่นตัวทางสังคมที่ผู้คนต่างให้ความสนใจ ทำให้ โอกาสในการได้รับความรู้ในเรื่องดังกล่าวมีมากยิ่งขึ้นตามไปด้วย อีกทั้งการเรียนรู้ไม่ว่าเรื่องใด ๆ สามารถเกิดขึ้นได้ในทุกสถานที่และทุกช่วงเวลา ไม่ได้จำกัดอยู่ในห้องเรียนหรือห้องสมุดดังเช่นในอดีต ดังนั้นจึงทำให้นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นสามารถสืบค้นความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 จากแหล่งการ

เรียนรู้ต่าง ๆ ได้อย่างสะดวกและเข้าถึงความรู้ในเรื่องนี้ได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับอนุกรมวิธานดิจิทัลของ Bloom หรือ Bloom's Digital Taxonomy ที่แบ่งความรู้ได้ 6 ระดับ เริ่มตั้งแต่ระดับความรู้ความจำ (Remembering) ระดับความเข้าใจ (Understanding) ระดับการประยุกต์ใช้ (Applying) ระดับการวิเคราะห์ (Analyzing) ระดับการประเมินผล (Evaluating) และระดับการสร้างสรรค์ (Creating) (รัฐพล ประดับเวทย์, 2560) ซึ่งหากในเบื้องต้นนักเรียนสามารถใช้เครื่องมือค้นหาบนคอมพิวเตอร์หรืออินเทอร์เน็ต เช่น การใช้ Google ค้นหาสิ่งที่ต้องการ นักเรียนก็จะได้รับความรู้ระดับความรู้ความจำเป็นอย่างน้อย และอาจนำไปสู่การนำความรู้ไปปรับประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันหรือมีความรู้ในขั้นสูงต่อไปได้นั่นเอง ทั้งนี้ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Narayana et al. (2020) ที่ศึกษาความรู้ การรับรู้ และการปฏิบัติต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในหมู่ประชาชนทั่วไปของประเทศอินเดียแล้วพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 74.7

เมื่อพิจารณาตามเนื้อหาสาระของความรู้ พบว่า เนื้อหาสาระของความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้มากที่สุด คือ การตรวจวินิจฉัยโรคโควิด 19 เหตุผลที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากเนื้อหาสาระนี้มีการนำเสนอผ่านสื่อต่าง ๆ อย่างเข้มข้นและแพร่หลาย ทำให้โอกาสในการรับรู้และจดจำข้อมูลข่าวสารจนก่อให้เกิดการค้นคว้าข้อมูลหรือมีปฏิกิริยาตอบสนองในรูปขององค์ความรู้นั้นมีมากยิ่งขึ้นตามไปด้วย สอดคล้องกับปัจจัยทางด้านคุณลักษณะของสิ่งเร้าที่มีต่อการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่ระบุว่า บุคคลจะให้ความสนใจที่จะรับรู้หรือเกิดการรับรู้เร็วขึ้น ถ้าสิ่งเร้านั้นเกิดขึ้นซ้ำกันบ่อย ๆ หรือมีความถี่ในการเกิดสูงมากกว่าสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นนาน ๆ ครั้ง เช่น เสียงตามสายที่มีเนื้อหาเรื่อง การป้องกันโรค หากเปิดซ้ำจะทำให้ผู้รับสารได้ยินผ่านหูมากขึ้น จนเกิดการรับรู้มากขึ้นได้ (จิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์, 2556; กรมควบคุมโรค. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ, 2562)

ส่วนลำดับรองลงมา คือ สาเหตุการเกิดโรคโควิด 19 อาการและการดำเนินโรคโควิด 19 การป้องกันโรคโควิด 19 และด้านแนวทางการรักษาโรคโควิด 19 ตามลำดับ เหตุผลที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากเนื้อหาสาระเหล่านี้นอกจากจะมีการนำเสนอผ่านสื่อต่าง ๆ อย่างเข้มข้นและแพร่หลายแล้วยังเป็นเนื้อหาสาระที่อยู่ในความสนใจและความต้องการของผู้รับสาร เพราะมีความเกี่ยวข้องโดยตรงต่อสุขภาพและการดำเนินชีวิตท่ามกลางสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งสอดคล้องกับปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ในหลายด้าน เช่น ความต้องการที่จะรับรู้ ความสนใจ สติปัญญาและความสามารถ เจตคติ เป็นต้น (จิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์, 2556; กรมควบคุมโรค. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ, 2562) ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล แต่โดยภาพรวมแล้วถือว่าเนื้อหาสาระเหล่านี้ถูกให้คุณค่าจากผู้รับสารที่เป็นนักเรียนมัธยมตอนต้นดังผลการวิจัยดังกล่าวนั่นเอง

ส่วนเนื้อหาสาระที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้น้อยที่สุด คือ ด้านความเป็นมาของโรคโควิด 19 เหตุผลที่เป็นเช่นนี้สามารถอธิบายได้ว่า การนำเสนอความเป็นมาของโรคโควิด 19 ผ่านสื่อต่าง ๆ

จะเกิดขึ้นในช่วงแรกที่มีการค้นพบการระบาดของโรค หลังจากผ่านช่วงเวลาดังกล่าวมาระยะหนึ่ง ได้มีการศึกษาค้นคว้าและวิจัยพัฒนาเพื่อป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคโควิด 19 อย่างต่อเนื่อง เพราะฉะนั้นในช่วงเวลาหลังจากผ่านช่วงแรกมาแล้วนั้น หน่วยงานทางด้านสาธารณสุขจะมุ่งเน้นการจัดการความรู้เพื่อเผยแพร่แก่ประชาชนในด้านอื่น ๆ เป็นสำคัญ โดยเฉพาะด้านการป้องกันและควบคุมโรค ทำให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเป็นมาของโรคโควิด 19 อาจไม่เข้มข้นมากพอที่จะทำให้นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นเกิดการรับรู้และจดจำ ดังนั้นเพื่อประโยชน์ในการเข้าใจที่มาที่ไปของโรคโควิด 19 อย่างรอบด้าน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรให้ความรู้ในเรื่องดังกล่าวสอดแทรกหรือบูรณาการไปพร้อมกับความรู้ในด้านอื่น ๆ เพิ่มเติมด้วย

1.5 ระดับพฤติกรรมด้านการป้องกันโรค

พฤติกรรมด้านการป้องกันโรคมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.16, SD = 0.30) เหตุผลที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากพฤติกรรมด้านการป้องกันโรคเป็นปฏิกริยาตอบสนองที่ได้รับอิทธิพลมาจากการรับรู้สิ่งเร้า โดยเฉพาะสิ่งเร้าในรูปของข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ที่ส่งผ่านมาอย่างเข้มข้นและกว้างขวางในหลากหลายช่องทาง ทำให้เกิดการตื่นตัวอย่างหนักในการป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากโรค สอดคล้องกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ ไม่ว่าจะเป็นในด้านความสนใจใคร่รู้ในอันตรายของโรค สภาพทางอารมณ์ที่อาจมีความวิตกกังวลต่อการแพร่ระบาดของโรค การให้คุณค่าและความสำคัญต่อการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรค การถูกชักจูงโดยบุคคลกลุ่มบุคคล หรือสังคมให้ร่วมกันรักษาวินัยในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรค รวมถึงปัจจัยทางด้านคุณลักษณะของสิ่งเร้า โดยเฉพาะความเข้มของสิ่งเร้าที่พบว่า ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ครอบคลุมพื้นที่ข่าวสารตามสื่อต่าง ๆ อย่างเข้มข้นและกว้างขวาง ซึ่งจะดึงดูดความสนใจที่จะรับรู้ได้ดีกว่าสิ่งเร้าที่มีความเจือจาง อีกทั้งการนำเสนอข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 โดยเฉพาะการสร้างเสริมพฤติกรรมด้านการป้องกันโรคอย่างซ้ำ ๆ ก็จะทำให้ผู้รับสารได้ยืดยุ่นผ่านหูและได้เห็นผ่านตามากขึ้น จนเกิดการรับรู้มากขึ้นตามมาได้ นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับความเป็นสมัยใหม่ของสิ่งเร้า เช่น การนำเสนอแนวทางการป้องกันโรคโควิด 19 ในรูปแบบของภาพเคลื่อนไหว คลิปวิดีโอ หรือแม้แต่บทเพลง สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนเพิ่มความโดดเด่นน่าสนใจ และกระตุ้นให้บุคคล โดยเฉพาะนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่อยู่ในช่วงวัยรุ่นเกิดการรับรู้และตอบสนองออกมาในลักษณะของการแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในการป้องกันโรคได้ (จิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์, 2556; กรมควบคุมโรค. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ, 2562) สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Saefi et al. (2020) ที่ศึกษาเชิงสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ ทักษะคติ และการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด 19 ของนักศึกษาระดับปริญญาตรีในประเทศอินโดนีเซีย แล้วพบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด 19 อยู่ในระดับดี และผลการวิจัยของ

Wang, Ma et al. (2020) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด 19 กับความวิตกกังวลของผู้ที่อยู่อาศัยในมณฑลเหอหนาน สาธารณรัฐประชาชนจีน แล้วพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 53.3)

เมื่อพิจารณาตามพฤติกรรมรายด้าน พบว่า พฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลก: กรณีโควิด 19 ที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมมากที่สุด คือ พฤติกรรมการสวมหน้ากากอนามัย รองลงมา คือ พฤติกรรมการไอหรือจามอย่างถูกวิธี, พฤติกรรมการล้างมือ, พฤติกรรมการติดตามข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยในการรับประทานอาหาร ตามลำดับ เหตุผลที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากพฤติกรรมการป้องกันโรคในระดับปฐมภูมิดังกล่าวถูกเน้นย้ำรณรงค์ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อบุคคล สื่อมวลชน และสื่อเฉพาะกิจอย่างเข้มข้นและสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นแนวทางปฏิบัติที่มีแหล่งที่มาของข้อมูลอย่างชัดเจนจากการให้ความรู้และคำแนะนำของหน่วยงานทางด้านสาธารณสุขในระดับประเทศที่สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย เช่น กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย, ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) รวมถึงหน่วยงานหรือองค์กรในระดับนานาชาติ เช่น องค์การอนามัยโลก (WHO: World Health Organization), ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคสหรัฐอเมริกา (CDC: Centers for Disease Control and Prevention) ซึ่งข้อมูลความรู้เหล่านี้ล้วนแล้วแต่ผ่านการศึกษาวิจัยและถอดบทเรียนจากกรณีศึกษาที่ผ่านมา จนทำให้ได้มาตรการที่เหมาะสมและส่งผลดีอย่างสูงสุดต่อสุขภาพของประชากร สอดคล้องกับหลักการป้องกันโรคระดับปฐมภูมิในการปกป้องและต่อต้านการเกิดเฉพาะโรค ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ดำเนินการก่อนเกิดโรค โดยการส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (Healthy behaviors) เน้นการป้องกันไม่ให้ร่างกายติดเชื้อหรือได้รับเชื้อ เช่น การสวมหน้ากากอนามัย กินช้อนกลางส่วนตัว ล้างมือ การเว้นระยะห่าง เป็นต้น (Edelman and Mandle, 1994; กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค, 2560) ด้วยเหตุนี้เองจึงทำให้นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ตลอดจนประชาชนได้รับรู้ข้อมูลและตอบสนองออกมาเป็นพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ดังกล่าว ส่วนพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติใน 3 อันดับสุดท้าย คือ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพความสะอาดสถานที่ อุปกรณ์ เครื่องใช้, พฤติกรรมการรักษาระยะห่างระหว่างบุคคลและทางสังคม และพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการสัมผัสบริเวณตา จมูก และปาก ตามลำดับ เหตุผลที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากแม้ว่าพฤติกรรมดังที่กล่าวมาจะเป็นมาตรการการป้องกันโรคในระดับปฐมภูมิที่มีการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อบุคคล สื่อมวลชน และสื่อเฉพาะกิจอยู่เสมอเช่นกัน แต่ในทางปฏิบัติอาจทำได้ยาก เนื่องด้วยเป็นพฤติกรรมที่บุคคลมักปฏิบัติด้วยความเคยชินจึงต้องอาศัยวินัยในการปฏิบัติสูง รวมถึงยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่ต้องควบคุมไปพร้อมกันด้วย ซึ่งในทางปฏิบัตินั้นในบางช่วงเวลาอาจไม่สามารถปฏิบัติได้หรือปฏิบัติได้ไม่สมบูรณ์เท่าใดนัก จึงถือเป็นจุดบกพร่องที่ควรได้รับการปรับปรุงแก้ไข ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่หน่วยงานหรือบุคคลที่

เกี่ยวข้อง เช่น ผู้ปกครอง ครูอาจารย์ในโรงเรียนจะต้องมุ่งเน้นรณรงค์ให้นักเรียนรักษาวินัยในการแสดงพฤติกรรมในด้านดังกล่าวไม่ให้ยิ่งหย่อนไปกว่าพฤติกรรมกำกวมโรคอื่น ๆ ที่ปฏิบัติในระดับดี ดังได้กล่าวมาข้างต้น สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ปองสิน วิเศษศิริ และ อารีย์วรรณ สุทธิพงศ์พันธ์ (2563) ที่ศึกษานิพนธ์ในโรงเรียนนายร้อยแล้วได้ข้อสรุปเป็นองค์ความรู้ได้ว่า สิ่งที่โรงเรียนนายร้อยเปลี่ยนแปลงเพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 คือ ต้องปฏิบัติตามมาตรการที่เข้มข้นหลายชั้น ทั้งมาตรการของรัฐ มาตรการของกองทัพ และมาตรการของโรงเรียนเอง อันกลายเป็นนิวนอร์มัล เช่น การระมัดระวังเรื่องสุขภาพ การสื่อสารผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์ เป็นต้น และสอดคล้องกับ Healthy Green Schools & Colleges, 2020) ที่ได้เสนอแนวทางปฏิบัติในการทำสะอาดและฆ่าเชื้อที่มีประสิทธิภาพเพื่อความปลอดภัยในสุขภาพของบุคลากรและนักเรียนในโรงเรียนนอกเหนือจากแนวทางปฏิบัติส่วนบุคคลขั้นพื้นฐานในการป้องกันและควบคุมการแพร่เชื้อโควิด 19 ตามแนวทางที่ CDC ได้ให้คำแนะนำไว้

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะทั่วไปของประชากร ระดับการเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้ และพฤติกรรมด้านการป้องกันโรค

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะทั่วไปของประชากรกับระดับการเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้ และพฤติกรรมด้านการป้องกันโรค

จากผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยลักษณะทั่วไปของประชากรด้านเพศมีความสัมพันธ์กับระดับการเปิดรับสื่อและการรับรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 สามารถนำไปประเดิมมาอภิปรายได้ดังนี้

2.1.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะทั่วไปของประชากรกับระดับการเปิดรับสื่อ

เพศมีความสัมพันธ์กับระดับการเปิดรับสื่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยในภาพรวมเพศชายมีการเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคโควิด 19 คิดเป็นร้อยละ 51.6 ซึ่งมากกว่าเพศหญิงที่เปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคโควิด 19 คิดเป็นร้อยละ 48.3 ส่วนระดับชั้นไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ซึ่งผลการวิจัยดังกล่าว สอดคล้องกับแนวคิดด้านลักษณะทางประชากรศาสตร์ (วิชาญ ปาวัน และคณะ, 2559) ที่กล่าวถึงลักษณะทางประชากรศาสตร์ที่แตกต่างกัน เช่น อายุ เพศ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม (อาชีพและรายได้) ส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมเปิดรับข่าวสารที่แตกต่างกัน ซึ่งชี้ให้เห็นว่าหากต้องการสื่อสารให้สัมฤทธิ์ผลควรจะต้องเข้าใจถึงคุณลักษณะทางประชากรที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้สื่อและการรับฟังข่าวสารของผู้รับสาร และผลการวิจัยครั้งนี้ยังสอดคล้องกับผลการวิจัยของ นิรันดา ศรีบุญทิพย์

และคณะ (2561) ที่ศึกษาการเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชนไทย ประจำปี 2561 แล้วพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับแหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ

เมื่อพิจารณาการเปิดรับสื่อตามปัจจัยด้านเพศ พบว่า เพศหญิงส่วนใหญ่มีการเปิดรับสื่อในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 26.1 ส่วนเพศชายส่วนใหญ่มีการเปิดรับสื่อในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 28.7 ซึ่งจะเห็นได้ว่าเพศชายมีการเปิดรับสื่ออยู่ในระดับสูงกว่าเพศหญิงเล็กน้อย เหตุผลที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากปัจจัยส่วนบุคคล โดยเฉพาะประสบการณ์และนิสัยของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ตามแนวคิดที่ว่า บุคคลจะพัฒนานิสัยการรับสารอันเป็นผลมาจากประสบการณ์ในการรับข่าวสารของตนเอง (Merill and Lowenstein, 1971; Schramm, 1973; Hunt and Ruben, 1993; กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. กองสุศึกษา, 2560) ซึ่งในที่นี้อาจมีความเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชายอาจมีโอกาสดังกล่าวจะได้รับประสบการณ์ในการเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคโควิด 19 มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศหญิง หรือมีนิสัยในการเปิดรับสื่อในเรื่องดังกล่าวมากกว่า

เมื่อพิจารณาการเปิดรับสื่อตามปัจจัยด้านระดับชั้น พบว่า ระดับชั้นหรือระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้คือนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ได้แก่ นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ซึ่งเป็นระดับการศึกษาในช่วงชั้นเดียวกัน อยู่ในวัยหรือช่วงอายุที่ใกล้เคียงกัน จึงมีพฤติกรรมการเปิดรับสื่อที่ค่อนข้างใกล้เคียงกันตามไปด้วย สอดคล้องกับทฤษฎีกลุ่มสังคม (Social Categories Theory) ที่กำหนดให้ปัจจัยทางสังคมเป็นตัวแปรแทรก (Intervening Variables) ซึ่งได้กล่าวว่า ประชาชนมีลักษณะทางสังคมที่คล้ายคลึงกัน เช่น อายุ ภูมิฐานะ ฯลฯ จะทำให้บุคคลเหล่านั้นแสดงพฤติกรรมการสื่อสารที่คล้ายคลึงกัน เช่น การเปิดรับสื่อผลของการสื่อสาร (De fleur, 1970)

2.1.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะทั่วไปของประชากรกับระดับการรับรู้

เพศและระดับชั้นไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการรับรู้ โดยในประเด็นด้านเพศ เหตุผลที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศหญิงและเพศชายในการวิจัยครั้งนี้เป็นบุคคลที่มีลักษณะคุณสมบัติบางประการที่มีผลต่อการรับรู้ โดยเฉพาะประสบการณ์เดิม ความรู้เดิม สติปัญญาและความสามารถ และการถูกชักจูงที่ใกล้เคียงกัน จึงทำให้เพศที่แตกต่างกันไม่มีผลต่อการรับรู้ที่แตกต่างกัน (จิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์, 2556; กรมควบคุมโรค. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ, 2562) ส่วนประเด็นที่ระดับชั้นไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการรับรู้สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้คือนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ได้แก่ นักเรียนมัธยมศึกษา

ปีที่ 1-3 ซึ่งเป็นระดับการศึกษาในช่วงชั้นเดียวกัน อยู่ในวัยใกล้เคียงกัน จึงมีพฤติกรรมการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่ไม่แตกต่างกัน

เมื่อพิจารณาระดับการรับรู้ตามปัจจัยด้านเพศ พบว่า เพศหญิงส่วนใหญ่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 22.4 ส่วนเพศชายส่วนใหญ่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 28.3 ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ในด้านของปัจจัยทางด้านตัวผู้รับรู้ หรือสัมพันธ์กับลักษณะคุณสมบัติบางประการของผู้ที่จะรับรู้ ซึ่งมีผลต่อการรับรู้ เช่น ประสบการณ์เดิม ความรู้เดิม สติปัญญาและความสามารถ เจตคติ เพศ อายุ เป็นต้น (จิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์, 2556; กรมควบคุมโรค. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ, 2562) จึงทำให้ระดับของการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่เป็นเพศชายและเพศหญิงมีความแตกต่างกันแม้จะเพียงเล็กน้อยก็ตาม

ส่วนปัจจัยด้านระดับชั้น กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับมาก คือ ผู้ที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 (ร้อยละ 18.7) รองลงมา คือ มัธยมศึกษาปีที่ 1 และมัธยมศึกษาปีที่ 3 (ร้อยละ 17.4 และ 14.6 ตามลำดับ) ทั้งนี้ เป็นไปได้ว่าอาจเกิดจากปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ในด้านของปัจจัยทางด้านตัวผู้รับรู้ ทำให้การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในแต่ละระดับชั้นมีความแตกต่างกันเล็กน้อยดังกล่าว

2.1.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะทั่วไปของประชากรกับระดับความรู้

เพศมีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งโดยภาพรวมเพศชายมีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 คิดเป็นร้อยละ 51.6 มากกว่าเพศหญิงที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 คิดเป็นร้อยละ 48.3 อาจเป็นไปได้ว่า ปัจจัยทางด้านเพศที่แตกต่างกัน อาจมีผลต่อความสามารถด้านสติปัญญาของบุคคลที่แตกต่างกันตามไปด้วย สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Saefi et al. (2020) ที่ศึกษาเชิงสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด 19 ของนักศึกษาระดับปริญญาตรีในประเทศอินโดนีเซีย แล้วพบว่า เพศสามารถร่วมกันอธิบายความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด 19 ได้อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

ส่วนระดับชั้นไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่มีความรู้ในระดับมาก คือ ผู้ที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ร้อยละ 32.9 รองลงมา คือ มัธยมศึกษาปีที่ 2 ร้อยละ 32.6 และมัธยมศึกษาปีที่ 3 ร้อยละ 24.6 เหตุผลที่เป็นเช่นนี้ เนื่องมาจากนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 เป็นระดับการศึกษาในช่วงชั้นเดียวกัน อยู่ในวัยหรือช่วงอายุที่ใกล้เคียงกัน จึงอาจจะมีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ที่ไม่แตกต่างกันมากนัก รวมถึงในปัจจุบัน ความรู้เกี่ยวกับโควิด 19 มีการเผยแพร่ตามสื่อต่าง ๆ อย่างแพร่หลาย เป็นผลให้นักเรียนสามารถเสาะแสวงหาความรู้ได้โดยทั่วถึงกัน แต่อาจจะแตกต่างกันไปตามปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผลการวิจัยนี้

สอดคล้องกับสาระสำคัญของความรู้ที่กล่าวว่า ความรู้เป็นความสามารถด้านสติปัญญาของบุคคลที่แสดงออกโดยการระลึก จดจำ และเข้าใจข้อเท็จจริงของสารสนเทศที่ได้รับมาจากการศึกษาเรียนรู้ การค้นคว้า หรือประสบการณ์ได้อย่างถูกต้องแม่นยำ และอาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความรู้ เช่น ความรู้เดิม ประสบการณ์เดิม จึงทำให้นักเรียนที่ศึกษาอยู่ในระดับที่แตกต่างกันมีความรู้ที่แตกต่างกันแม้เพียงเล็กน้อย

2.1.4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะทั่วไปของประชากรกับระดับพฤติกรรมด้านการป้องกันโรค

เพศและระดับชั้นไม่มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมด้านการป้องกันโรค ซึ่งเพศหญิงมีพฤติกรรมด้านการป้องกันโรคในระดับมาก ร้อยละ 42.7 ส่วนเพศชายมีพฤติกรรมด้านการป้องกันโรคในระดับมาก ร้อยละ 42.5 ซึ่งจะเห็นได้ว่าใกล้เคียงกันเป็นอย่างมาก เหตุผลที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เดิม ประสบการณ์เดิม ความสามารถทางสติปัญญาไม่แตกต่างกัน รวมถึงอาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การถูกชักจูง ปริมาณหรือความเข้มในการได้รับข้อมูลความรู้จากสื่อต่าง ๆ เป็นต้น รวมถึงนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 เป็นระดับการศึกษาในช่วงชั้นเดียวกัน อยู่ในวัยใกล้เคียงกัน จึงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับพฤติกรรมในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น

เมื่อพิจารณาตามระดับชั้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก คือ ผู้ที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 (ร้อยละ 31.4) รองลงมา คือ มัธยมศึกษาปีที่ 2 และมัธยมศึกษาปีที่ 3 (ร้อยละ 30.7 และ 23.1 ตามลำดับ) จะเห็นได้ว่า ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับคะแนนทางด้านความรู้ของกลุ่มตัวอย่างที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับมาก คือ ผู้ที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 (ร้อยละ 32.9) รองลงมา คือ มัธยมศึกษาปีที่ 2 และมัธยมศึกษาปีที่ 3 (ร้อยละ 32.6 และ 24.6 ตามลำดับ) แสดงให้เห็นว่า ระดับความรู้แปรผันตรงกับระดับพฤติกรรมของบุคคล กล่าวคือ หากบุคคลมีความรู้ในระดับมากก็อาจจะส่งผลให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมด้านการป้องกันโรคอยู่ในระดับมากตามไปด้วย ทั้งนี้ เนื่องจากความรู้จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมของบุคคลได้ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ มิ่งขวัญ ศิริโชติ (2563) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความรู้และพฤติกรรมของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาต่อการป้องกันโรคโควิด 19 แล้วพบว่า การมีความรู้ด้านสุขภาพที่ดีจะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง รวมทั้งจะทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนมัธยมศึกษาที่อยู่ในช่วงวัยรุ่น

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้ กับพฤติกรรมด้านการป้องกันโรค

การเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมด้านการป้องกันโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ 2 สามารถนำประเด็นมาอภิปรายได้ดังนี้

2.2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับสื่อกับพฤติกรรมด้านการป้องกันโรค

การเปิดรับสื่อกับพฤติกรรมด้านการป้องกันโรค มีระดับความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง ($r = .582$) กล่าวคือ หากนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นมีการเปิดรับสื่อมากเท่าใด นักเรียนก็จะมีพฤติกรรมด้านการป้องกันโรคมามากตามไปด้วย ซึ่งสาเหตุของผลการศึกษาดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่า การแสดงพฤติกรรมของบุคคล ไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมภายในและพฤติกรรมภายนอก หรือพฤติกรรมทั้งที่สังเกตได้และไม่สามารถสังเกตเห็นได้โดยตรงนั้นล้วนมีปัจจัยหลายประการเข้ามาเกี่ยวข้องเชื่อมโยง โดยเฉพาะปัจจัยส่วนบุคคลที่ผลักดันให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในด้านการป้องกันโรคในระดับปฐมภูมิก่อออกมาได้ นอกจากนี้ยังรวมถึงปัจจัยในด้านการเปิดรับสื่อ ซึ่งในที่นี้คือการเปิดรับสื่อที่มีผลในเชิงบวกต่อพฤติกรรมด้านการป้องกันโรค โดยมีปัจจัยที่มีผลต่อการเปิดรับสื่อเข้ามาเกี่ยวข้อง ทั้งนี้ ปรียญา แม่นมินทร์ (2558) ได้ให้ความคิดเห็นว่า การสื่อสารเป็นเครื่องมือที่ทำให้บุคคลเกิดความเข้าใจร่วมกัน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสังคมปัจจุบันที่มีการหลั่งไหลของข้อมูลข่าวสารอย่างกว้างขวางและรวดเร็วทั้งในช่องทางของสื่อดั้งเดิมและสื่อใหม่ ดังนั้นในสถานะของผู้รับสารจึงจำเป็นต้องเลือกรับสื่อที่ตอบสนองวัตถุประสงค์ที่ตนเองวางไว้ ซึ่งแตกต่างกันไปตามประสบการณ์ ความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ ความเชื่อ ความต้องการส่วนบุคคล รวมถึงรูปแบบการใช้สื่อต่าง ๆ ที่บุคคลในแต่ละเจนเนอเรชันมีความคุ้นเคย ดังนั้นจะเห็นได้ว่า สื่อในปัจจุบันมีทางเลือกที่หลากหลายในการเปิดรับ บุคคลจึงสามารถเลือกสรรสื่อที่ตรงกับความต้องการของตนเองได้สะดวกทั่วถึง และรวดเร็วมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการเลือกเปิดรับสื่อที่นำเสนอข่าวสารตามปัจจัยส่วนบุคคล ดังที่ Merill and Lowenstein, 1971; Schramm, 1973; Hunt and Ruben, 1993; กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. กองสุขศึกษา, 2560 ได้ให้เห็นไว้วว่า การที่ผู้รับสารจะเปิดรับสื่ออาจเกิดจากปัจจัยหลายประการ เช่น ความอยากรู้อยากเห็น ซึ่งในที่นี้อาจเป็นความอยากรู้อยากเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19, ความต้องการ ซึ่งในที่นี้อาจเป็นความต้องการที่จะมีสุขภาพดี ปลอดภัยจากโรคโควิด 19, ประโยชน์ใช้สอยของตนเอง ซึ่งในที่นี้อาจเป็นประโยชน์ในด้านสุขภาพของตนเองและสมาชิกในครอบครัวที่ประสงค์จะให้ทุกคนปลอดภัยจากโรคโควิด 19, บริบท ซึ่งในที่นี้อาจเป็นกระแสความตื่นตัวของสังคมในการณรงค์ป้องกันโรคโควิด 19 อย่างเข้มข้น เป็นต้น

นอกจากนี้ การเปิดรับสื่อยังเป็นกระบวนการขั้นต้นในการสื่อสารเพื่อให้มาซึ่งข้อมูลและอาจจะถูกส่งต่อไปยังจุดมุ่งหมายปลายทาง นั่นคือ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมทางด้านสุขภาพของบุคคลได้ สอดคล้องกับปัจจัยด้านการสื่อสารสุขภาพ ดังที่ กรมสนับสนุนบริการ

สุขภาพ กองสุขศึกษา (2560) กล่าวว่า การเผยแพร่ข่าวสารและความรู้ ทำให้เกิดความสนใจและเห็นความสำคัญ ซึ่งจะนำไปสู่การให้ความร่วมมือในการแก้ปัญหาสุขอนามัย เช่น การนำเสนอข่าวสารเกี่ยวกับอันตรายของโรคโควิด 19 ตลอดจนให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการป้องกันและรักษาโรคอย่างถูกต้อง การชักจูงใจให้คล้อยตามหรือให้คำแนะนำ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม และพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง และยิ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยหลายเรื่องที่ว่า การเปิดรับสื่อมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมของบุคคล ดังผลการวิจัยของ นันทนัช โสมรินทร์ และ ญัฐชดา วิจิตรจามรี (2556) ที่ศึกษาการเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในจังหวัดนนทบุรี แล้วพบว่า การเปิดรับข่าวสารและการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กันในเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งจากผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า การเปิดรับข่าวสารส่งผลดีต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ผลการวิจัยของ มณฑล หวานวาจา (2557) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของการเปิดรับข่าวสาร กับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของประชาชนในกรุงเทพมหานคร แล้วพบว่า การเปิดรับข่าวสารมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งจากผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า การเปิดรับข่าวสารส่งผลดีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนของประชาชนในกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยของ สิริลักษณ์ อุบลรัศมี (2560) ที่ศึกษาการเปิดรับสื่อ การแบ่งปันข้อมูล และการรู้เท่าทันข้อมูลด้านสุขภาพในสื่อสังคมออนไลน์ แล้วพบว่า การเปิดรับข่าวสารสุขภาพจากสื่อสังคมออนไลน์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการรู้เท่าทันข้อมูลด้านสุขภาพในสื่อสังคมออนไลน์ของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งจากผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าการเปิดรับข่าวสารสุขภาพมีส่วนสำคัญต่อการรู้เท่าทันสื่อของบุคคล ผลการวิจัยของ นิรันดา ศรีบุญทิพย์ และคณะ (2561) ที่ศึกษาการเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชนไทย ประจำปี 2561 แล้วพบว่า การเปิดรับสื่อมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ ซึ่งจากผลการวิจัยในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการเปิดรับสื่อเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของบุคคล ผลการวิจัยของ Li (2018) ที่ศึกษารูปแบบของสื่อมีผลต่อการรับรู้ความเสี่ยงในระดับบุคคลและความเสี่ยงระดับสังคม อีกทั้งการรับรู้ดังกล่าวยังเป็นตัวทำนายพฤติกรรมป้องกันสุขภาพของบุคคล ซึ่งจากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า สื่อเป็นองค์ประกอบหลักของการรับรู้สถานการณ์เสี่ยงทางสุขภาพหรือภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ซึ่งมีบทบาทสำคัญที่นำไปสู่การพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล และผลการวิจัยของ Yang and Wu (2019) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการเปิดรับข้อมูลสุขภาพผ่านสื่อสังคมออนไลน์ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพในด้านมลพิษทางอากาศของประชาชนจีน แล้วพบว่า การใช้ Weibo เพื่อค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการสวมหน้ากากอนามัยเพื่อป้องกันฝุ่น PM 2.5 ซึ่งจากการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าการเผยแพร่ข้อมูลด้านสุขภาพผ่าน

สื่อสังคมออนไลน์ ทำให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรค ซึ่งจะช่วยกำหนดสถานะทางสุขภาพของบุคคลได้

2.2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมด้านการป้องกันโรค

การรับรู้กับพฤติกรรมด้านการป้องกันโรค มีระดับความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง ($r = .610$) กล่าวคือ หากนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 มากเท่าใด นักเรียนก็จะมีพฤติกรรมด้านการป้องกันโรคโควิด 19 มากตามไปด้วย เหตุผลที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากการรับรู้ถือเป็นกระบวนการขั้นต้นที่ดำเนินการต่อเนื่องมาจากการเลือกเปิดรับสื่อซึ่งจะมีเป้าประสงค์สำคัญในการตอบสนองทางด้านความรู้สึนึกคิดหรือการแสดงพฤติกรรม โดยเฉพาะการสื่อสารสุขภาพที่ผู้ส่งสารมักจะมีเจตนาปรารถนาให้เกิดการตีความที่ถูกต้องตามหลักเหตุและผล อันจะนำไปสู่การเลือกจดจำเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ต่อสุขภาพต่อไป ดังนั้น หากนักเรียนมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ที่ถูกต้องมากเท่าใด นักเรียนก็จะมีพฤติกรรมด้านการป้องกันโรคโควิด 19 ที่ถูกต้องมากขึ้นตามไปด้วยนั่นเอง สอดคล้องกับแนวคิดด้านองค์ประกอบของการรับรู้ที่อธิบายว่า พฤติกรรมของบุคคลเป็นการตอบสนองทางการรับรู้ที่เกิดจากการที่บุคคลมีการสัมผัสกับสิ่งเร้าตามปัจจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วดำเนินเข้าสู่กระบวนการในการคัดเลือกข้อมูล การรวบรวมและเรียบเรียงข้อมูล และการแปลความหมายของข้อมูล จนเกิดการตอบสนองออกมาในลักษณะของการกระทำหรือความคิด ซึ่งแตกต่างกันไปตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องในแต่ละบุคคล (Assael, 1998; Schiffman and Kanuk, 2000; วลีรัตน์ ใจสูงเนิน, 2551; สุธรรม รัตนโชติ, 2553; กรมควบคุมโรค. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ, 2562)

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการรับรู้ปลายทางที่ Schermerhorn et al. (2011) ได้อธิบายว่า จากการเลือกให้ความสนใจ จัดระบบข้อมูลข่าวสารที่เลือกให้ความสนใจ มาจนถึงขั้นตอนของการตีความ ข้อมูลทั้งหมดที่เกิดจากการรับรู้จะถูกเก็บอยู่ในส่วนความทรงจำของแต่ละบุคคล ดังนั้นในส่วนของการค้นคืนข้อมูลนั้นจึงเป็นการนำข้อมูลที่เข้าใจและถูกเก็บอยู่ในความทรงจำขึ้นมาเมื่อต้องการ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้เป็นกระบวนการแปลความหมายของข้อมูลจากการสัมผัสกับสิ่งเร้าในรูปของแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ของบุคคลผ่านกระบวนการรับรู้ใน 3 ขั้นตอน ประกอบด้วย การคัดเลือกข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด 19 การรวบรวมเรียบเรียงข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด 19 และการแปลความหมายของข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ซึ่งจะสะท้อนออกมาเป็นผลรวมของการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น และสังเกตได้จากพฤติกรรมด้านการป้องกันโรคโควิด 19 ที่นำไปปฏิบัติ ดังนั้นจึงมีการรณรงค์เผยแพร่ประชาสัมพันธ์โดยมุ่งเน้นเป้าหมายในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคอย่างเข้มข้นและ

เร่งด่วน ทำให้การส่งเสริมการรับรู้ข้อมูลข่าวสารได้รับความสำคัญ อันเนื่องมาจากมีผลต่อพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในด้านสุขภาพของบุคคลที่แสดงออกมานั่นเอง ทั้งนี้ ผลการวิจัยครั้งนี้ยังสอดคล้องกับผลการวิจัยหลายเรื่อง เช่น ผลการวิจัยของ กรมควบคุมโรค. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ (2558) ที่ศึกษาการรับรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าของประชาชนไทย พ.ศ. 2558 แล้วพบว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่าในระดับปานกลาง ($r = .400$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการที่ประชาชนมีการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่ามากก็จะส่งผลให้ประชาชนมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบล่ามากขึ้นตามไปด้วย และผลการวิจัยของ ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง (2559) ที่ศึกษาการรับรู้สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ใช้บริการกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง แล้วพบว่า การรับรู้สุขภาพด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม ซึ่งจากผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า การรับรู้ข้อมูลสุขภาพจะส่งผลทางบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ผลการวิจัยของ กุเกียรติ ก้อนแก้ว และคณะ (2562) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสซิกาในหญิงตั้งครรภ์ อำเภอไทรยางม จังหวัดกำแพงเพชร พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสซิกา ได้แก่ การรับรู้ข่าวสาร (ร้อยละ 56.45) การรับรู้ความรุนแรง (ร้อยละ 60.22) การรับรู้ประโยชน์ (ร้อยละ 43.01) และการรับรู้อุปสรรคต่อการเกิดโรค (ร้อยละ 46.78) ซึ่งจากผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าการรับรู้ข้อมูลข่าวสารมีส่วนสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล และในต่างประเทศยังมีงานวิจัยที่สอดคล้องกับของ Yilmaz et al. (2020) ที่พบว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสารสุขภาพพบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อทัศนคติในการใช้ CAM ของนักศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ($r = .189, p = 0.00$) ซึ่งจากงานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า การรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพส่งผลต่อทัศนคติด้านสุขภาพของบุคคลและมีส่วนสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ผลการวิจัยของ Coninck et al. (2020) พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด 19 และทัศนคติต่อมาตรการด้านสาธารณสุขของรัฐบาลในระหว่างการระบาดของโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งจากข้อมูลเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่าการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด 19 จะทำให้ผู้รับสารเกิดความกลัวอันตรายของโรค รวมถึงการรับรู้แนวทางการป้องกันและควบคุมโรคก็จะทำให้แนวโน้มของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด 19 ดีขึ้นได้ และผลการวิจัยของ Gohel et al. (2020) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ของนักศึกษาด้านการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพในประเทศอินเดีย แล้วผู้วิจัยได้สรุปเพิ่มเติมว่า การรับรู้ข่าวสารและความรู้เป็นสิ่งจำเป็นในการสร้างความตระหนักและสร้างเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19

2.2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมด้านการป้องกันโรค

ความรู้กับพฤติกรรมด้านการป้องกันโรคมีระดับความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ ($r = .201$) กล่าวคือ หากนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นมีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 มากเท่าใด นักเรียนก็จะมีพฤติกรรมด้านการป้องกันโรคโควิด 19 มากตามไปด้วย เหตุผลที่เป็นเช่นนี้สอดคล้องกับสาระสำคัญของแนวคิดเกี่ยวกับความรู้ที่ กรมควบคุมโรค. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ (2562) กล่าวว่า ความรู้เป็นความสามารถด้านสติปัญญาของบุคคลที่แสดงออกโดยการจำเกี่ยวกับข้อเท็จจริง ซึ่งความรู้มีความสำคัญต่อการเกิดทัศนคติต่อสิ่งนั้นภายหลังการรับรู้ โดยเป็นประโยชน์และสามารถใช้เป็นแนวทางในการรณรงค์ให้กลุ่มเป้าหมายเกิดทัศนคติที่ดี และส่งต่อไปยังการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ ซึ่งในที่นี้เป็นความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 โดยเป็นความสามารถในการระลึก จดจำ และเข้าใจข้อเท็จจริงที่ได้รับมาจากการศึกษาเรียนรู้ การค้นคว้า หรือประสบการณ์เกี่ยวกับความเป็นมาของโรคโควิด 19 ความรู้เกี่ยวกับไวรัสโคโรนาที่ก่อโรคโควิด 19 อาการของโรคโควิด 19 การดำเนินโรคโควิด 19 (การรับเชื้อ การติดเชื้อ การฟักตัว และการแพร่เชื้อ) อัตราความรุนแรงของโรคโควิด 19 กลุ่มเสี่ยงและการคัดกรองโรคโควิด 19 แนวทางการรักษาโรคโควิด 19 และการป้องกันโรคโควิด 19 จนนำไปสู่การมีพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ที่มีประสิทธิภาพนั่นเอง ซึ่งไม่ว่าบุคคลจะมีความรู้ในระดับใดย่อมสามารถพัฒนาไปสู่การนำความรู้เหล่านั้นมาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อต้องอยู่ท่ามกลางสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ที่ยังคงดำเนินอยู่ในปัจจุบัน การมีความรู้จึงเป็นเสมือนเกราะป้องกันตัวของบุคคลที่ และบุคคลจะแสวงหาความรู้ที่จะช่วยให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อโรคโควิด 19 ได้ ดังที่ รัฐพลระดับแพทย์ (2560) ได้อธิบายไว้ว่า ด้วยความก้าวหน้าของเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในโลกยุคดิจิทัล การเรียนรู้จึงไม่ได้อยู่แค่ผู้สอนและผู้เรียนในห้องเรียนหรือเหตุการณ์ในการดำเนินชีวิตทั่วไปแบบเดิม ๆ แต่ยังมีสื่อและเครื่องมือดิจิทัลมาเป็นหนึ่งในสื่อการเรียนรู้อีกด้วย ดังนั้นจึงพบว่าหลายหน่วยงานหรือองค์กรทั้งในประเทศและในระดับนานาชาติต่างมุ่งเน้นการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพหรือให้สุขศึกษาในประเด็นของโรคโควิด 19 อย่างแพร่หลายและมีความเข้มข้น ไม่ว่าจะเป็นความรู้เกี่ยวกับความเป็นมาของโรค สาเหตุการเกิดโรค อาการและการดำเนินโรค การตรวจวินิจฉัยโรค แนวทางการรักษาโรคโควิด และการป้องกันโรคโควิด 19 โดยมีเป้าหมายเดียวกันคือ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ของบุคคล สอดคล้องกับผลการวิจัยของ มิ่งขวัญศิริโชติ (2563) ที่พบว่า การมีความรู้ด้านสุขภาพที่ดีจะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง รวมทั้งจะทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนมัธยมศึกษาที่อยู่ในช่วงวัยรุ่น เนื่องจากเป็นวัยที่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ มีการปรับตัว และเริ่มที่จะมีความรับผิดชอบตนเอง ดังนั้นครูจะต้องอาศัยการวางแผนการศึกษาเกี่ยวกับการให้ความรู้เรื่องโรคโควิด 19 อย่างเหมาะสม จะช่วยลดความกลัวและความกังวลของนักเรียน รวมทั้งส่งเสริมให้นักเรียนมีความสามารถในการรับมือกับ

ผลกระทบจากสถานการณ์ดังกล่าว โดยสอนให้รู้จักการรักษาระยะห่างทางสังคม มีพฤติกรรมเพื่อสุขอนามัยที่ดี เช่น การไอหรือจามลงบนข้อพับแขน และการล้างมือด้วยน้ำและสบู่ หรือทำความสะอาดด้วยเจลล้างมือที่ผสมแอลกอฮอล์ การสวมหน้ากากอนามัยเพื่อป้องกันการแพร่กระจายและการติดต่อของโรค ซึ่งทุกวิชาควรให้ความรู้ที่มีเนื้อหาสอดคล้องกับวิชาสุขศึกษาในการป้องกันโรคด้วยผลการวิจัยของ นิรันดา ศรีบุญทิพย์ และคณะ (2561) พบว่า ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ ($r = .348$) ซึ่งจากผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า ความรู้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของบุคคล ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาเพื่อเพิ่มศักยภาพด้านความรู้ของบุคคลให้ดียิ่งขึ้นต่อไป ผลการวิจัยของ Narayana et al. (2020) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ การรับรู้ และการปฏิบัติต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในหมู่ประชาชนทั่วไปของประเทศอินเดีย แล้วพบว่า ประชากรส่วนใหญ่มีความรู้ที่ดีและถูกต้อง แต่การรับรู้ที่ถูกต้องและการปฏิบัติต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 และผลการวิจัยของ Saefi et al. (2020) พบว่า ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งจากผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า การเสริมสร้างระดับความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด 19 ของนักเรียน จะช่วยสร้างความพร้อมในการป้องกันและยับยั้งการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ได้ดี

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.1 การเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ของนักเรียนควรมีจากหลายแหล่งข้อมูล ดังนั้นการดำเนินงานด้านการสื่อสารสุขภาพ โดยเฉพาะการป้องกันโรค จึงควรให้ความสำคัญกับการสื่อสารในหลายช่องทางหรือเผยแพร่/ประชาสัมพันธ์ผ่านแหล่งข้อมูลที่หลากหลายมากขึ้น ซึ่งหน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้มาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการสื่อสารด้านสุขภาพ เพื่อประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 รวมถึงช่วยสร้างเสริมสุขภาวะหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของเยาวชนไทยให้ดีขึ้นต่อไป

1.2 หน่วยงานด้านการสื่อสารด้านสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยมาใช้ในการวางแผนกลยุทธ์เพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของเยาวชนไทยอย่างเป็นระบบ ซึ่งนอกจากการกำหนดช่องทางหรือแหล่งข้อมูลที่จะเข้าถึงข้อมูลข่าวสารแล้ว ยังต้องคำนึงถึงเนื้อหาและรูปแบบการนำเสนอข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 รวมถึงโรคระบาดอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตด้วย โดยควรกำหนดโครงสร้างเนื้อหาและรูปแบบการนำเสนอให้สอดคล้องกับลักษณะจำเพาะของกลุ่มเป้าหมาย ในที่นี้ได้แก่ เด็กและวัยรุ่นตอนต้น ซึ่งเป็นวัยที่ชอบสิ่งแปลกใหม่ ความตื่นตัวรวดเร็ว สนุกสนาน ดังนั้นเนื้อหาที่ใช้ควรเป็นภาษาที่เข้าใจง่าย มีการแสดงตัวอย่างและภาพประกอบพอสังเขป ส่วนรูปแบบที่

นำเสนอควรมีความโดดเด่น ทันสมัย ดึงดูดความสนใจด้วยสีสันและภาพประกอบ นอกจากนั้นจะต้องมุ่งเน้นแนวทางการนำความรู้ไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันควบคู่กับข้อมูลเชิงทฤษฎี ลดการกำหนดจุดประสงค์เชิงอุดมคติที่มีลักษณะเป็นนามธรรมมากกว่ารูปธรรม สามารถนำมาปรับใช้ได้จริงในการดำเนินชีวิต รวมถึงควรวางระบบการติดตามประสิทธิภาพของการเลือกใช้สื่อและลักษณะเนื้อหาของสื่อที่ได้ทำการสื่อสารออกไปเป็นระยะ ๆ เพื่อให้การใช้สื่อเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลมากที่สุด

1.3 กลยุทธ์การสื่อสารเพื่อเพิ่มโอกาสในการเปิดรับสื่อ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ควรพิจารณาใช้แหล่งข้อมูลที่เป็นสื่อมวลชนให้แพร่หลายมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอินเทอร์เน็ตและสื่อสังคมออนไลน์ ซึ่งสามารถเข้าถึงเยาวชน รวมถึงประชาชนในช่วงวัยอื่น ๆ ได้ในระดับสูง เนื่องจากปัจจุบันเทคโนโลยีมีความก้าวหน้าและทันสมัยเป็นอย่างมาก ผู้ที่มีสมาร์ตโฟนโดยส่วนใหญ่สามารถเชื่อมต่อกับเครือข่ายอินเทอร์เน็ตเพื่อเข้าถึงข้อมูลออนไลน์ได้ทุกที่ทุกเวลา อย่างไรก็ตาม จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการตรวจสอบข้อมูลข่าวสารอย่างจริงจัง เพื่อลดปัญหาข่าวปลอม (Fake News) ที่ส่งผลกระทบในด้านลบต่อบุคคลและการบริหารจัดการเพื่อควบคุมโรคภายในประเทศ โดยควรมีการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในทุกภาคส่วนในการจัดระบบข้อมูลหรือเนื้อหาที่จะนำเสนอ กลวิธีในการเผยแพร่ข้อมูลให้ดึงดูดความสนใจของผู้รับสาร และแนวทางการกระตุ้นเตือนที่เข้มข้นเพื่อย้ำให้บุคคลมีวินัยในการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอหรือการ์ดไม่ตก ซึ่งจากกลยุทธ์ที่กล่าวมานั้น ถือเป็นอีกหนทางหนึ่งที่จะส่งต่อความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติตนอย่างถูกวิธี ซึ่งช่วยให้เยาวชนเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพได้มากขึ้น เพื่อประโยชน์ในการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง และยังสามารถนำไปเผยแพร่ให้กับบุคคลอื่น ๆ ในวงกว้าง สิ่งเหล่านี้จะทำให้ประเทศไทยรอดพ้นจากวิกฤตการระบาดของโรคโควิด 19 รวมถึงโรคและภัยสุขภาพอื่น ๆ ให้สัมฤทธิ์ผลได้อย่างแท้จริงและยั่งยืน

1.4 หน่วยงานด้านสาธารณสุขและการบริหารจัดการเพื่อป้องกันโรคโควิด 19 ในประเทศไทย เช่น กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กระทรวงมหาดไทย (ศบค.มท.) ฯลฯ ควรดำรงไว้ซึ่งความเข้มแข็งในการดำเนินงานตามมาตรการเชิงรุกเพื่อส่งสารอันมีประโยชน์ โดยมุ่งเป้าในการรณรงค์ให้เยาวชน รวมถึงประชาชนทุกคนที่ต่างมีโอกาสเป็นผู้รับเชื่อและแพร่เชื่อได้ตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ รู้จักวิธีการป้องกันตนเองอย่างถูกวิธีภายใต้ความรับผิดชอบต่อตนเองและสังคมส่วนรวม รวมถึงสร้างความมั่นใจในการควบคุมการระบาด ในการนี้หน่วยงานทุกภาคส่วนควรอาศัยการสื่อสารผ่านสื่อในหลายช่องทาง โดยเฉพาะสื่ออินเทอร์เน็ตและสังคมออนไลน์ที่เยาวชนและประชาชนทั่วไปเข้าถึงได้สะดวกรวดเร็ว อีกทั้งควรเอื้ออำนวยความสะดวกในการให้ความช่วยเหลือ

เช่น ตอบข้อสงสัย ให้ความรู้ คำแนะนำอันเป็นประโยชน์ผ่านแอปพลิเคชันที่ทันสมัย แต่ไม่ยุ่งยาก ซับซ้อนจนเกินไป โดยเผยแพร่ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ที่ไม่ก่อให้เกิดความตื่นตระหนก เน้นสร้างความกระจ่างของข้อมูลอย่างเปิดเผยและมีความละเอียดเพียงพอ เพื่อไม่ให้บุคคลตกเป็นเหยื่อของ ข่าวปลอมใด ๆ และอาจแบ่งปันข้อมูลอันเป็นเท็จที่จะส่งผลเสียตามมาในวงกว้างต่อไป สิ่งเหล่านี้ จะช่วยป้องกันผลกระทบที่มีต่อสุขภาพจิตที่มักเกิดขึ้นในช่วงเวลาวิกฤตได้ไม่มากนัก

1.5 หน่วยงานที่ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ควรมีอย่างรอบด้านผ่านแพลตฟอร์ม ออนไลน์ต่าง ๆ เพื่อเพิ่มทางเลือกในการสื่อสารที่จะช่วยสร้างเสริมองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 รวมถึงโรคอื่น ๆ โดยเน้นการใช้สื่อที่สร้างปฏิสัมพันธ์ (Interactive) ที่สามารถสร้างการมีส่วนร่วม ให้แก่เยาวชนในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้วย เช่น โปรแกรมประชุมออนไลน์ต่าง ๆ เป็นต้น เพื่อให้ ผู้เข้าร่วมสามารถแสดงความคิดเห็น จนเกิดการตกลึกทางความคิด และสามารถนำความรู้ไป ถ่ายทอดและปรับใช้ในการดำเนินชีวิต ซึ่งเป็นไปตามหลักการรับรู้ แลกเปลี่ยน จดจำ และดึงมาใช้ ซึ่งไม่เพียงแต่ช่วยป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 เท่านั้น ยังทำให้คนเราสามารถดำเนินชีวิตแบบใหม่ ภายใต้สถานการณ์วิกฤตได้อย่างชาญฉลาดและเป็นปกติสุขอีกด้วย

1.6 ระบบการศึกษาในโรงเรียน ครู/อาจารย์ควรบูรณาการเรียนการสอนโดยการ สอดแทรกความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 อย่างรอบด้านในทุกรายวิชา ไม่ว่าจะเป็นโรงเรียนหรือการเรียน ทางไกลผ่านระบบออนไลน์ต่าง ๆ รวมถึงจัดทำศูนย์เผยแพร่ความรู้และให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับ ภาวะวิกฤตการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ผ่านช่องทางสื่อสารหรือแพลตฟอร์มออนไลน์ต่าง ๆ โดยเน้นการให้ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคโควิด 19 และวิธีปฏิบัติตนอย่างปลอดภัย โดยมุ่งหวังให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการเปิดเผยข้อมูลตามจริงและละเอียดเพียงพอ เพื่อกระตุ้นเตือนและให้ความช่วยเหลือในด้านที่เกี่ยวข้อง นอกเหนือจากมาตรการที่กำหนดโดยทั่วไป อันจะช่วยส่งเสริมให้นักเรียนทุกระดับชั้นมีความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมด้านการป้องกันการแพร่ ระบาดของโรคโควิด 19 ภายใต้การรับผิดชอบต่อตนเองและสังคมอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

1.7 แหล่งข้อมูลการเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคโควิด 19 น้อยที่สุด ใน 3 อันดับสุดท้าย ได้แก่ แผ่นพับ/โปสเตอร์/ป้ายปิดประกาศ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และ หนังสือพิมพ์/นิตยสาร/วารสาร ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารสุขภาพผ่านแหล่งข้อมูล ดังกล่าวจึงควรวางแผนเพื่อหาแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนากระบวนการทำงานการสื่อสาร สุขภาพที่เอื้อต่อการเข้าถึงข้อมูลของเยาวชน โดยอาจปรับเปลี่ยนรูปแบบหรือวิธีการนำเสนอที่ ทันสมัย หรืออาจนำเสนอออกนอกกรอบเพื่อดึงดูดความสนใจกลุ่มเป้าหมายที่เป็นเยาวชนคนรุ่นใหม่ มากขึ้น เพื่อยกระดับให้เป็นแหล่งหรือฐานข้อมูลทางเลือกที่เยาวชนจะเปิดรับหรือเข้าถึง อันจะ เป็นสื่อกลางที่ส่งผลไปยังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของเยาวชนต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ในรูปแบบของการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง โดยทำการเก็บข้อมูล ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งเพียงครั้งเดียว (Cross-sectional Study) ผลที่ได้จากการศึกษาจึงเป็นลักษณะของการอธิบายสภาพหรือปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในบริบทของสังคมในช่วงเวลานั้น ๆ ซึ่งมีข้อจำกัดในการนำไปใช้ประโยชน์ ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไป เพื่อให้ได้ผลการศึกษาวิจัยในเชิงลึกมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยที่มีความสนใจในประเด็นการศึกษาวิจัยที่คล้ายคลึงกันนี้ จึงอาจจะใช้แนวทางการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ร่วมด้วย เช่น การสัมภาษณ์แบบสนทนากลุ่ม (Focus Group) การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) หรืออาจทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ (Causal Relationship) เพื่อให้สามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้ต่อยอดในการพัฒนารูปแบบการสื่อสารเพื่อเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลในการป้องกันโรคโควิด 19 รวมถึงโรคอื่น ๆ ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

2.2 ข้อมูลลักษณะทั่วไปของประชากรในการวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาเฉพาะปัจจัยที่คาดการณ์ว่าอาจมีความสัมพันธ์หรือเกี่ยวข้องกับการเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้ และพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การแพร่ระบาดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น: กรณีโควิด 19 ได้แก่ เพศ ระดับชั้น ซึ่งทำให้ได้สารสนเทศไม่มากเท่าที่ควร และอาจจะยังขาดปัจจัยที่มีผลต่อตัวแปรเหล่านั้น ซึ่งสามารถนำมาศึกษาเพิ่มเติมได้ ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงถือเป็นการจำกัดการนำความรู้ไปใช้ในพัฒนาการสื่อสารสุขภาพ ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไปจึงควรศึกษาข้อมูลลักษณะของประชากรในด้านอื่น ๆ เพิ่มเติม โดยให้ครอบคลุมปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้ และพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การแพร่ระบาดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น: กรณีโควิด 19 จะทำให้ได้สารสนเทศจากงานวิจัยเพิ่มมากขึ้นและก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาสุขภาวะองค์กรรวมของบุคคลผ่านการสื่อสารสุขภาพต่อไป

2.3 ระบบอินเทอร์เน็ตและสื่อสังคมออนไลน์เป็นแหล่งข้อมูลที่เยาวชนมีการเปิดรับและเข้าถึงได้ในระดับสูง ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไป จึงควรนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปต่อยอดเพื่อหาแนวทางการสร้างเสริมการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 รวมถึงโรคระบาดอื่น ๆ ร่วมกับการใช้แหล่งข้อมูลที่เป็นสื่อมวลชนในรูปแบบออนไลน์ที่มีประสิทธิภาพ เพื่อพัฒนาให้ได้ข้อมูลจากผลการศึกษาวิจัยที่มีความลึกซึ้งหรืออยู่ในขั้นที่สูงขึ้น จนสามารถตอบสนองต่อการปรับเปลี่ยนและพัฒนาให้เยาวชนไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ

2.4 การเลือกกลุ่มประชากรในการศึกษาในช่วงวัยอื่น ๆ ที่มีโอกาสรับเชื้อและแพร่เชื้อโรคโควิด 19 เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่น่าไปต่อยอดในการพัฒนาการสื่อสารสุขภาพที่ตรงกับเป้าหมายของผู้รับสาร ซึ่งจะเป็นอีกหนทางหนึ่งที่จะช่วยป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 รวมถึงโรคระบาดอื่น ๆ ให้บรรลุผลสำเร็จได้

2.5 ควรศึกษาเพิ่มเติมถึงอุปสรรคและปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อการเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้ และพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 อันจะนำมาซึ่ง สารสนเทศที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสารสุขภาพเพื่อป้องกันโรคโควิด 19 รวมถึงโรคอื่น ๆ ที่มี ประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป



บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กรมควบคุมโรค. กองแผนงาน. (2559). *แผนงานควบคุมโรคและภัยสุขภาพ กรอบแนวทางการจัดทำแผนปฏิบัติการเชิงยุทธศาสตร์กรมควบคุมโรค ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560* [เอกสารอัดสำเนา]. นนทบุรี: กลุ่มพัฒนาแผนปฏิบัติการ กองแผนงาน กรมควบคุมโรค.
- กรมควบคุมโรค. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. (2558). *การรับรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่าของประชาชนไทย พ.ศ. 2558*. กรุงเทพฯ: แดเน็กซ์อินเตอร์คอร์ปอเรชั่น.
- กรมควบคุมโรค. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. (2562). *การประเมินผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคและภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคของประชาชนไทย ประจำปี พ.ศ. 2562*. กรุงเทพฯ: ชุมชนสมรรถนะการเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. กองสุศึกษา. (2560). *รายงานผลการศึกษาการเข้าถึงและใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อการบริโภคอาหารของประชาชนในกลุ่มวัยทำงาน*. กรุงเทพฯ: กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.
- กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์. (2563). *รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในประเทศไทยปี 2562*. กรุงเทพฯ: สำนักยุทธศาสตร์สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.
- กระทรวงศึกษาธิการ. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กลุ่มสารสนเทศ. (2563) *สรุปข้อมูลสารสนเทศทางการศึกษา ปี 2563*. [https://www.bopp-obec.info/home/?page_id=33748\(opens%20in%20a%20new%20tab](https://www.bopp-obec.info/home/?page_id=33748(opens%20in%20a%20new%20tab)
- กระทรวงศึกษาธิการ. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. (2559). *คู่มือการพัฒนาวิทยากรแกนนำในการยกระดับคุณภาพผู้เรียนในการทดสอบทางการศึกษาระดับชาติ (NT/ONET)*. กรุงเทพฯ: สำนักทดสอบทางการศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ.
- กระทรวงสาธารณสุข. กรมการแพทย์. (2563). *แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)*. [http://covid19.dms.go.th/backend///Content/Content_File/Bandner_\(Big\)/Attach/25630501105024AM_CPG% 20COVID-19% 20@% 200200% 20am% 20% 201may% 202020%20_ns.pdf](http://covid19.dms.go.th/backend///Content/Content_File/Bandner_(Big)/Attach/25630501105024AM_CPG%20COVID-19%20@%200200%20am%20%201may%202020%20_ns.pdf)

- กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค. (2560). *แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปีด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ (พ.ศ. 2560-2579)*. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนดีไซน์.
- กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค. (2563, 16 มิถุนายน). *นิยามผู้สงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (Patient Under Investigation: PUI)*. https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_srrt/g_srrt_150563.pdf
- กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค. (2563, 15 พฤษภาคม). *แนวทางการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ฉบับ 15 พฤษภาคม 2563*. https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_srrt/g_srrt_150563.pdf
- กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค. (2563). *โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)*. https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/faq_more.php
- กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค. (2563). *สื่อความรู้สำหรับประชาชน*. <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/info.php>
- กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค. (2564, 1 มีนาคม). *รายงานสถานการณ์ โควิด-19*. <https://covid19.ddc.moph.go.th/>
- กระทรวงสาธารณสุข. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. (2563). *คู่มือการตรวจวินิจฉัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)*. <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/guidelines/G37.pdf?fbclid=IwAR0Vd1kdtXQpg-QmXLNDF-YQifJFJKHtbtPpeL5E7RUbAv8REhkCCJHzoo>
- กระทรวงสาธารณสุข. กรมสุขภาพจิต. (2563). *บทความด้านสุขภาพจิต: Gen Y/Gen Me ประชากรกลุ่มใหญ่ของโลกยุคดิจิทัล ผู้กุมชะตาโลกในอนาคต*. <https://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=1251>
- กระทรวงสาธารณสุข. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ. (2559). *แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564)*. http://wops.moph.go.th/ops/oic/data/20180914162453_1_.pdf
- กฤษฎีวรท จันทร์ศรี, ธนภฤต กลึงผล, ณัฐพล วิสุวรงค์, และ ทฤดมณ ศุภะผ่องศรี. (2563). การรับรู้และพฤติกรรมป้องกันฝุ่นละอองขนาดเล็กของประชาชน: กรณีศึกษา บริเวณอนุสาวรีย์ชัยสมรภูมิ กรุงเทพมหานคร. *วารสารสมาคมวิชาชีพสุขภาพ*, 35(1), 41-107.
- กัตติกา แก้วมณี. (2560). *การเปิดรับสื่อสังคม การใช้ประโยชน์และความพึงพอใจ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ)*. DSpace at Bangkok University. http://dspace.bu.ac.th/jspui/bitstream/123456789/3478/1/kattika_kaew.pdf
- กัญเกียรติ ก้อนแก้ว, ฐิติวรดา สังเกต, และ ศยามล ภูพิศ. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม

- การป้องกัน โรคไวรัสซิกาในหญิงตั้งครรภ์ อำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(2), 255-262.
- คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. แพทย์โรคติดเชื้อและระบาดวิทยา. (2563, 23 มีนาคม). *ความรู้พื้นฐาน COVID-19 ตอนที่ 1*. <https://www.niems.go.th/pdfviewer/index.html>
- จักรพันธ์ ศิริบริรักษ์ และ สมจิต พุกษะรัตนานนท์. (2563). บทสัมภาษณ์พิเศษ (Special interview) โรคโควิด-19. *บูรพาเวชสาร*, 7(1), 89-95.
- จิตติรัตน์ แสงเลิศอุทัย. (2558). เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย. *วารสารบัณฑิตศึกษา*, 12(58), 13-24.
- จิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์. (2556). *จิตวิทยาทั่วไป*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชนาภา อุดมเวช และ รัตน์ศิริ ทาโต. (2560). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของพนักงานหญิงขนาดแผนไทย. *วารสารเกื้อการุณย์*, 26(1), 7-23.
- ชลลดา บุตรวิศา. (2561). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในชมรมเสริมสร้างสุขภาพและสิ่งแวดล้อมเขตสายไหม กรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท)*. มหาวิทยาลัยเกริก.
- ชูชัย สมितिไกร. (2550). *การฝึกอบรมบุคลากรในองค์การ* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โชติกา ตั้งบุญเดิม. (2551). *การเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทักษะ และ การมีส่วนร่วมในการสื่อสารเรื่องเพศศึกษา ของอาจารย์โรงเรียนมัธยมศึกษาสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน ในเขตกรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท)*. Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR). <http://cuir.car.chula.ac.th/bitstream/123456789/58710/3/ChotigaTa.pdf>
- โชติกา ภาษีผล ญัฐภรณ์ หลาวทอง, และ กมลวรรณ ตั้งธนากานนท์. (2558). *การวัดและประเมินผลการเรียนรู้*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง. (2559). การรับรู้สุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ใช้บริการกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 34(1), 83-92.
- ดวงฤทัย พงศ์ไพฑูรย์. (2544). *การเปิดรับข่าวสารความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับเพศศึกษาของวัยรุ่นในเขตกรุงเทพมหานคร*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดรรชนี มณีกุลทรัพย์, อมรศักดิ์ โพธิ์อำ, และ สุพัฒน์ อาสนะ. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เขตอำเภอนาแก จังหวัดนครพนม. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 3(2), 1-12.
- ดุขี โยเหลา. (2559). *การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์: ปัจจุบันและอนาคต. พฤติกรรมศาสตร์ มุมมองในศาสตร์ที่แตกต่าง Behavioral Sciences From Diverse Perspective*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์รินท์ติ้ง (สำนักงานใหญ่).

- ธีระวัฒน์ เหมะจุฑา. (2563). “หมอธีระวัฒน์” แนะนำตรวจโควิด-19 ง่ายและถูก. ศ.นพ. ธีระวัฒน์ เหมะจุฑา | หมอคือ. <https://xn--l3cz3ajb3d4g.com/?p=2595>
- ธีระวัฒน์ เหมะจุฑา. (2563). เปิดแล็บวิจัยไбыาสืบ ความหวังวัคซีนโควิด-19 หากสำเร็จคาดปลายปี 64. ศ.นพ. ธีระวัฒน์ เหมะจุฑา | หมอคือ. <https://xn--l3cz3ajb3d4g.com/?p=2610>
- นันทน์ โสมรินทร์ และ ณัฐชุต วิจิตรจามรี. (2556). การเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในจังหวัดนนทบุรี. การประชุมวิชาการ แห่งชาติมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน ครั้งที่ 9. http://esd.kps.ku.ac.th/kuk-conference/img/gallery/article_9/pdf/o_human43.pdf
- นิรันดา ศรีบุญทิพย์, จักรกฤษณ์ พลราช, ประเวศ ชุ่มเกษรกุลกิจ, และ อดุลย์ ฉายพงษ์ (2561). การเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชนไทย ประจำปี 2561. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ, 12(3), 44-57.
- บุญดี บุญญากิจ และคณะ. (2547). การจัดการความรู้...ทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: จิรวัฒน์เอ็กเพรส.
- บุษกร พันธเมธาฤทธิ์, ลักษณะ คงแสง, จุฑารัตน์ คงเพชร, ปราณี คำจันทร์, ลดาวัลย์ ประทีปชัยกุล, และ พรทิพย์ พูลประภัย. (2562). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ปกครองในการป้องกันควบคุมโรคติดต่อที่บ้าน. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 39(2), 23-36.
- บุรชัย ศิริมหาสาร. (2550). จัดการความรู้สู่ความเป็นเลิศ. กรุงเทพฯ: แสงดาว.
- ประมะ สตะเวทิน. (2541). การสื่อสารมวลชน กระบวนการและทฤษฎี (พิมพ์ครั้งที่2). กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.
- ปรีชญา แม้นมินทร์. (2558). ค่านิยมและการใช้สื่อของเจนเอเรชั่นเบบี้บูมเมอร์ เอ็กซ์และวายไทย. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปวีณา วงษ์ชะอุ่ม. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนิสิตภาคปกติ มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี. (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต) มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ปองสิน วิเศษศิริ และ อารีย์วรรณ สุทธิพงศ์พันธ์. (2563). นิวนอร์มัลในโรงเรียนนายร้อย. วารสารวิชาการ มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ โรงเรียนนายร้อยพระจุลจอมเกล้า, 7, 126-144.
- พนม คลีฉายา. (2561). การเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลข่าวสารสุขภาพเพื่อการดูแลตนเองให้ปลอดภัยจากโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศของประชาชนในเขตเมือง (รายงานผลการวิจัย). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).
- พัชรี ศรีกุดา และคณะ (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนบ้านบึงสาร อำเภอมืองนครราชสีมา จังหวัด

- นครราชสีมา. การประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์ ครั้งที่ 4 วันที่ 10 มีนาคม 2560 (น. 328-336). เพชรบูรณ์, ประเทศไทย.
- พีร์ พวงมะลิ, พรเพ็ญ ไตรพงษ์, และ ยุทธพงษ์ ลีลากิจไพศาล. (2561). ทักษะและการรับรู้ของประชาชนต่อกฎหมายเกี่ยวกับการปล่อยโคมลอย. วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์, 12(2), 135-145.
- มณฑล หวานวาจา. (2557). ความสัมพันธ์ของการเปิดรับข่าวสาร กับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม การป้องกันโรคอันตรายของประชาชนในกรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร). Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR). <http://cuir.car.chula.ac.th/bitstream/123456789/46256/1/5678419239.pdf>
- มิ่งขวัญ ศิริโชติ. (2563). ความรู้และพฤติกรรมของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). วารสารวิชาการ สถาบันวิทยาการจัดการแห่งแปซิฟิก, 99-109.
- มุกิตา ชัยชลธร, เบญจมาศ เกียรติเกษมสานต์, และ พิพัฒน์ แซ่ยับ. (2563). หน้ากาก N95 ในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19. วิจัยสุขภาพ, 46(3), 95-102.
- ไมลา อีสระสงคราม, ศันชัย บุญประคอง, และ เกษม จันทร์แก้ว. (2560). ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคติดต่อของผู้ดูแลเด็ก ระหว่างรูปแบบการสอนรายบุคคลด้วยหลักการสิ่งแวดล้อมศึกษากับรูปแบบการสอนแบบบรรยายกลุ่มใหญ่. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น, 24(1), 91-104.
- ยง ภู่วรรณ และ ยืน ภู่วรรณ. (2563, กรกฎาคม). โควิด-19 และระบาดวิทยา บทเรียนออนไลน์ สำหรับนักเรียนและประชาชน จัดทำโดย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ด้วยการสนับสนุนจาก กองทุนพัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์. <https://learningcovid.ku.ac.th/>
- ยุพรัตน์ อุดกลั่น, ขนัญญา ชัยวงศ์โรจน์, ศรีรัฐ รักดิตรณจิต, และ วรินทร์ กฤตยาเกียรติ. (2559). การรับรู้ข่าวสาร ความรู้ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคกระดุกพรุนของประชาชนในอำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก. วารสารวิชาการนวัตกรรมการสื่อสารสังคม, 4(1), 84-98.
- รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์, ประภากร ศรีสว่างวงศ์, เสาวลักษณ์ อนุฤทธิ์, และ อัมพร พันทะลี. (2561). การศึกษาความรู้ การรับรู้และการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของบุคลากรวัยทำงาน กรณีศึกษา: ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองราชภัฏศรีสวัสดิ์. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. 7(2). 78-84.
- รัชฎากรณ์ มีคุณ, กรรณิกา สาลีอาจ, และ ชลการ ทรงศรี. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนบ้านหนองอีบัว ตำบลหนอง อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี. วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา, 2(2), 26-34.

- รัฐพล ประดับเวทย์. (2560). แนวทางการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยเทคโนโลยีตามแนวคิดอนุกรมวิธานของ
 งบлум. *Veridian E-Journal, Silpakorn University ฉบับภาษาไทย สาขามนุษยศาสตร์
 สังคมศาสตร์ และศิลปะ*, 10(3), 1051-1065.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2556). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ:
 นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่นส์.
- วรพรรณ เรืองโชติช่วง และ อริชัย อรรถอุดม. (2560). การเปิดรับสื่อสังคมที่ส่งผลต่อพฤติกรรม
 บริโภคอาหารคลีนของคนไทยในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. *วารสารเทคโนโลยี
 สื่อสารมวลชน มทร.พระนคร*, 2(2), 30-35.
- วรรณิ์ จันทรมิตี. (2554). *การเปิดรับสื่อกับพฤติกรรมการช้อปปิ้งออนไลน์ของกลุ่มวัยรุ่น* (วิทยานิพนธ์
 ปริญญาโท). Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR).
http://cuir.car.chula.ac.th/bitstream/123456789/22247/1/wattanee_ja.pdf
- วลีรัตน์ ใจสูงเนิน. (2551). *การรับรู้และการใช้บริการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชน :
 กรณีศึกษาอำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ*. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- วิจารณ์ พานิช. (2548). *การจัดการความรู้กับการบริหารราชการไทย*. กรุงเทพฯ: สถาบันส่งเสริมการ
 จัดการความรู้เพื่อสังคม.
- วิชาญ ปาวัน, กรัณฐรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์, จักรกฤษณ์ พลราช, มาสรีน ศุกลปักษ์, สิริกาญจน์ ฌม
 ยาศิริกุล, และ ชมพูนุท พรหมมานนต์. (2559). *การประเมินผลการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้
 พฤติกรรมสุขภาพ และภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรค ประจำปี พ.ศ. 2559*. กรุงเทพฯ: อักษร
 กราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
- วิรงรอง แก้วสมบุรณ์, สุธิดา วรโชติชนัน, คัดคนางค์ ศรีพัฒนพิพัฒน์, รุจิรา หมื่นทอง, กษมา นันถิ์ดี, เข
 มพรรณ บุญโญ, และ สรยา ศิริเพชร. (2561). *การจัดทำแผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม
 ป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ. 2560-2564)*. *วารสารควบคุมโรค*,
 44(1), 50-62.
- วิลาวัณย์ พิเชียรเสถียร. (2563). *อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลสำหรับโควิด-19 ของบุคลากรทีมสุขภาพ.
 วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย*, 7(1), 7-24.
- วิชญ์ ทรัพย์สมบัติ. (2563). *การวัดและการประเมินด้านความรู้ความเข้าใจตามแนวคิดของ Bloom's
 Taxonomy (1956) และ Bloom's Revised Taxonomy (2001)*. สำนักทดสอบทางการศึกษา.
<https://bet.obec.go.th/New2020/wp-content/uploads/2020/06/2002.pdf>
- วุฒิพงษ์ ฐิติรักษ์ และ รุ่งนภา พิตรปรีชา. (2558). *การเปิดรับสื่อ ทศนคติ และเจตนาเชิงพฤติกรรม
 ของผู้บริโภคที่มีต่อผลิตภัณฑ์น้ำดื่มบรรจุขวดในประเทศไทย*. *วารสารนิเทศศาสตร์ มสธ.*, 6(2),
 64-76.

- ศรันธ ยี่หลั่นสุวรรณ. (2558). *การเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทักษะ และแนวโน้มพฤติกรรมที่มีต่อโครงการส่งเสริมสังคมของผู้นำเยาวชนประเทศอาเซียนและญี่ปุ่นผ่านช่องทางเฟซบุ๊ก (Facebook) (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต)*. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. http://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2015/TU_2015_5507030327_3459_3412.pdf
- ศิริชัย กาญจนวาสี. (2555). *สถิติประยุกต์สำหรับการวิจัย (พิมพ์ครั้งที่ 6)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริชัย กาญจนวาสี. (2556). *ทฤษฎีการทดสอบแบบดั้งเดิม (พิมพ์ครั้งที่ 7)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศุภกนิษฐ์ พลไพรินทร์. (2540). *เทคนิคการประมวลผล*. กรุงเทพฯ: แพร่พิทยา.
- ศุภกัญญา ชูจันทร์. (2562). *ผลของการให้ข้อมูลผ่านการนำเสนอมิติต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจในเด็กวัยก่อนเรียนในศูนย์เด็กเล็ก (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต)*. Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR). <http://cuir.car.chula.ac.th/bitstream/123456789/64661/1/5977186036.pdf>
- ศูนย์ข้อมูลข่าวสารของราชการ กรมควบคุมโรค. (2560). *แผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2560-2564)*. http://ddcenter.ddc.moph.go.th/infoc/download/201706151497519218_151159_2.pdf
- สถาบันวัคซีนแห่งชาติ. (2563). *สวช.ร่วมกับ วช. ประชุมติดตามความก้าวหน้าการวิจัยพัฒนาวัคซีนป้องกันโรค COVID-19 ของประเทศ*. http://nvi.go.th/index.php/blog/2020/07/NVI_PR20200722
- สถาพร สิงหะ. (2556). *การเปิดรับสื่อ การใช้ประโยชน์ และความพึงพอใจกับการตัดสินใจเลือกท่องเที่ยวแบบดำน้ำลึกของนักท่องเที่ยวชาวไทย (การค้นคว้าอิสระ สาขาวิชาการสื่อสารเชิงกลยุทธ์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยกรุงเทพ)*. DSpace at Bangkok University. http://dspace.bu.ac.th/handle/123456789/1025?mode=full&submit_simple>Show+full+item+record
- สภากาชาดไทย. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. (2563). *คลังความรู้สู้โควิด-19*. <https://chulalongkornhospital.go.th/kcmh/chula-covid-19/covid19-journal/>
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2556). *ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สายทิพย์ วชิรพงศ์. (2556). *การเปิดรับ การรับรู้ และทัศนคติที่มีต่อภาพยนตร์จากข้อมูลข่าวสารที่ปรากฏในทวิตเตอร์ (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต)*. Thammasat University Library.

http://digital.library.tu.ac.th/tu_dc/frontend/Info/item/dc:103443

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาศึกษา. (2563, 10 มีนาคม). *ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. 2563*. <https://www.krisdika.go.th/librarian/get?sysid=854485&ext=pdf>

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. *สำนักนโยบายและแผนการศึกษาขั้นพื้นฐาน. กลุ่มสารสนเทศ (2563). โปรแกรมระบบบริหารจัดการสถานศึกษา: สถิตินักเรียนแยกตามเพศในระดับชั้นต่าง ๆ*. <http://schoolmis.obec.expert/>

สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ. (2563). *โทรทัศน์ดิจิทัล*. <http://broadcast.nbtc.go.th/TVDigital/TVDigitalChannels>

สำนักงานคุ้มครองผู้บริโภคในกิจการกระจายเสียงและโทรทัศน์. (2557). *รู้เท่าทันสื่อ. โครงการสร้างความร่วมมือกับสถาบันการศึกษาเพื่อพัฒนาหลักสูตรและส่งเสริมประชาชนในการรู้เท่าทันสื่อ*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (สำนักงาน กสทช.).

สำนักงานคุ้มครองผู้บริโภคในกิจการกระจายเสียงและโทรทัศน์. (2561). *คู่มือการบูรณาการการจัดการเรียนการสอน “รู้เท่าทันสื่อ” (media Literacy)*. http://bcp.nbtc.go.th/uploads/items/attachments/ab233b682ec355648e7891e66c54191b/_e16faf15acd6f22ac57456b58cda7316.pdf

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สำนักสารนิเทศ. (2563, 11 มิถุนายน). *กระทรวงสาธารณสุขเผยผลสำรวจพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโควิด-19*. <https://pr.moph.go.th?url=pr/detail/2/04/144015/>
สิริลักษณ์ อุบลรัตน์. (2560). *การเปิดรับสื่อ การแบ่งปันข้อมูล และการรู้เท่าทันข้อมูลด้านสุขภาพในสื่อสังคมออนไลน์ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ)* มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สุจิตต์ แสนมงคล. (2559). *การรับรู้ภาวะสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก จังหวัดภูเก็ต*. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*, 30(2), 105-114.

สุธรรม รัตนโชติ. (2552). *พฤติกรรมองค์การและการจัดการ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ท็อป.

สุวัฒน์ สงวนงาม. (2557). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเลือกรับชมรายการข่าวของสถานีโทรทัศน์ของผู้ชมในเขตกรุงเทพมหานคร*. ลำปาง: มหาวิทยาลัยเนชั่น.

สุรัชย์ โชคครรชิตไชย. (2020). *การระบาดของไวรัสโคโรนา (โควิด-19) ในประเทศไทย: บรรณาธิการแถลง*. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 10(1).

สุพงษ์ โสธนะเสถียร. (2559). *ทฤษฎีการสื่อสาร (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ระเปียงทอง.

หทัยรัตน์ ตัลดารักษ์ และ จุฑาทิพย์ ช่วยคล้าย. (2562). *ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันและ*

ควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ในตำบลเคิ่ง อำเภอยะเอนก จังหวัดนครศรีธรรมราช. *การประชุมหาญวิทยการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 10*, 1505-1514.

อมร ลีลาธรรม. (2563). *ความรู้ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่สำหรับแพทย์*. แพทยสภา.
https://tmc.or.th/pdf/tmc_knowledge-26.pdf

ภาษาอังกฤษ

Alves, R. F., Precioso J., and Becona, E. (2020). Smoking behavior and secondhand smoke exposure among university students in northern Portugal: Relations with knowledge on tobacco use and attitude toward smoking. *Pulmonology*. doi: 10.1016/j.pulmoe. 2020.03.004

Anderson, L. W. and Krathwohl, D. R. (eds.). (2001). *A Taxonomy for Learning, Teaching, and Assessing: A revision of Bloom's Taxonomy of Educational Objectives*. New York: Longman.

Assael, H. (1998). *Consumer Behavior and Marketing Action* (6th ed.). Ohio: South Western College.

Becker, S. L. (1987). *Discovering Mass Communication*. Illinois: Scott Foresman and Company Glenview.

Bloom, B. S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. New York: McGraw-Hill.

Bloom, B. S. (ed.). Engelhart, Furst, Hill and Krathwohl. (1956). *Taxonomy of Educational Objectives, Handbook I: The Cognitive Domain*. New York: David McKay.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2020). *Coronavirus Disease*.
<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/index.html>

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2020). *Data & Statistics*.
<https://www.cdc.gov/datastatistics/index.html>

Chu, D.K., Akl, E. A., Duda, S., Solo, K., Yaacoub, S., and Schünemann, H. J. (2020, 27 June). Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2020, 395, 1973-1987. doi: 10.1016/S0140-6736(20) 31142-9

Churches, A. (2009). *Bloom's Digital Taxonomy*. Retrieved from <https://www.pdst.ie/sites/>

default/files/BloomDigitalTaxonomy-AndrewChurches.pdf

- Coninck, D. D., d’Haenens, L., and Matthijs, K. (2020). Perceptions and opinions on the COVID-19 pandemic in flanders, belgium: Data from a three-wave longitudinal study. *Data in Brief*, 32. doi: 10.1016/j.dib.2020.106060
- De Fleur, M. L. (1970). *Theories of Mass Communication*. New York: Mckay.
- Edelman, C. and Mandle, C. L. (1994). *Health Promotion Throughout the Life Span* (3rd ed.) St. Louis: The C.V. Mosby.
- Eikenberry, S. E. et al. (2020). To mask or not to mask: Modeling the potential for face mask use by the general public to curtail the COVID-19 pandemic. *Infectious Disease Modelling*, 5, 293-308. doi: 10.1016/j.idm.2020.04.001
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., and Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149-1160. doi:10.3758/BRM.41.4.1149
- Fazio, R. F. and Olson, M. A. (2003). Implicit Measures in Social Cognition Research: Their Meaning and Uses. *Annual Review of Psychology*, 54, 297-327. doi: 10.1146/annurev.psych.54.101601.145225
- Food and Drug Administration (FDA). (2020). *FDA Issues Emergency Use Authorization for Convalescent Plasma as Potential Promising COVID-19 Treatment, Another Achievement in Administration’s Fight Against Pandemic*. <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-issues-emergency-use-authorization-convalescent-plasma-potential-promising-covid-19-treatment>
- Gohel, K. H., Patel, P. B., Shah, P. M., Patel, J. R., Pandit, N., and Raut, A. (2020). Knowledge and perceptions about COVID-19 among the medical and allied health science students in India: An online cross-sectional survey. *Clinical Epidemiology and Global Health*. doi: 10.1016/j.cegh.2020.07.008
- Hawkins, D. I. and Mothersbaugh, D. L. (2010). *Consumer behavior: Building marketing strategy* (11th ed.). New York: McGraw-Hill/Irwin.
- Healthy Green Schools & Colleges. (2020). *Guidelines for COVID-19 Cleaning and Disinfection*. https://www.healthygreenschools.org/wp-content/uploads/GS_HGSC_DisinfectingGuidelinesReport_07.pdf
- Hunt, T. and Ruben, B. D. (1993). *Mass Communication: Producers and Consumers*. New

York: HarperCollins College.

- Häggström, M. (2020). *File: Symptoms of coronavirus disease 2019 2.0.svg*.
https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Symptoms_of_coronavirus_disease_2019_3.0.svg
- Ishikawa, H., Kato, M., and Kiuchi, T. (2016). Associations of health literacy and Information sources with health-risk anxiety and protective behaviors. *Journal of Communication in Healthcare*, 9(1), 33-39.
- Klapper, J. T. (1967). *Discussion in Thayer (ed.), Communication: Concepts and perspectives*. Washington, D. C: Spartan Books.
- Larasati, L., Afiyanti, Y., Rahmah, H., and Milanti, A. (2018). Women's knowledge, beliefs, and behaviors toward the prevention of human papillomavirus transmission. *Enfermería Clínica*, 28(1), 191-194.
- Li, X. (2018). Media Exposure, Perceived Efficacy, and Protective Behaviors in a Public Health Emergency. *International Journal of Communication*, 12, 2641–2660.
- McLeod, J. M. and O'Keefe, G. J. (1972). *The socialization perspective and communication behavior*. In Kline and Tichenor (eds.), *Current Perspectives in Mass Communication Research*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Merrill, J. C. and Lowenstein, R. L. (1971). *Media, Messages, and Men; New Perspectives in Communication*. New York: David Mckey Company.
- Narayana, G., Pradeepkumar, B., Ramaiah, J. D., Jayasree, T., Yadav D. I., Kumar, B. K., (2020). Knowledge, perception, and practices towards COVID-19 pandemic among general public of India: A cross-sectional online survey. *Current Medicine Research and Practice*, 10, 153-159. doi: 10.1016/j.cmrp.2020.07.013
- Raia-Barjat, T., et al. (2020). Health students' knowledge of sexually transmitted infections and risky behaviors before participation to the health promotion program. *Médecine et maladies infectieuses*, 50, 368–371. doi: 10.1016/j.medmal.2020.01.015
- Ratipark Tamornpark, Fartima Yeemard, Panupong Upala, and Tawatchai Apidechkul. (2020). Readiness in Response the Epidemic of Coronavirus Disease-2019 (COVID-19) among Young Adults in Chiang Rai Province, Thailand. *Journal of Health Science and Alternative Medicine*, 2(1), 25-30.
- Saefi et al. (2020). Survey data of COVID-19-related knowledge, attitude, and practices

- among indonesian undergraduate students. *Data in Brief*, 31, 1-0. doi: 10.1016/j.dib.2020.105855
- Salazar, E., et al. (2020). Treatment of COVID-19 Patients with Convalescent Plasma Reveals a Signal of Significantly Decreased Mortality. *The American Journal of Pathology*, 1-35. doi.org/10.1016/j.ajpath.2020.08.001
- Santrock, J. W. (2004). *Psychology* (7th Ed.). New York: Mcgraw-Hill.
- Schermerhorn, J. R., Osborn, R. N., Hunt, and Uhl-Bien, M. (2011) *Organizational Behavior* (12th Ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Schiffman, L. G. and Kanuk, L. L. (2000). *Consumer Behavior* (7th ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Schramm, W. (1973). *Men, Message and Media: A look at Human Communication*. New York: Hyper & Row.
- Shen, J. et al. (2020). Prevention and control of COVID-19 in public transportation: Experience from China. *Environmental Pollution*, 266, doi: 10.1016/j.envpol.2020.115291
- Shiina, A., et al. (2020). Relationship between perception and anxiety about COVID-19 infection and risk behaviors for spreading infection: A national survey in Japan. *Brain, Behavior, & Immunity-Health*, 6, 1-8. doi: 10.1016/j.bbih.2020.100101
- Smith Boonchutima, Kirati Kachentawa, Manasanun Limpavithayakul, and Anan Prachansri. (2017). Longitudinal study of Thai people media exposure, knowledge, and behavior on dengue fever prevention and control. *Journal of Infection and Public Health*, 10(2017), 836–841.
- Solomon, M. R. (2009). *Consumer Behavior: Buying, Having and Being* (8th ed). New Jersey: Prentice Hall.
- Spekking, R. (2020). *File: Infektionsschutzzentrum im Rautenstrauch-Joest-Museum, Köln-6313.jpg*.
https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Infektionsschutzzentrum_im_Rautenstrauch-Joest-Museum,_K%C3%B6ln-6313.jpg
- Sun, C. and Zhai (John), Z. (2020). The efficacy of social distance and ventilation effectiveness in preventing COVID-19 transmission. *Sustainable Cities and Society*, 62, doi: 10.1016/j.scs. 2020.102390

- The National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID). (2020). *Coronaviruses*. <https://www.niaid.nih.gov/diseases-conditions/coronaviruses>
- The National Institute of Health (NIH). (2020). *NIH expands clinical trials to test convalescent plasma against COVID-19*. <https://www.nih.gov/news-events/news-releases/nih-expands-clinical-trials-test-convalescent-plasma-against-covid-19>
- Turban, E., King, D., Lee, J., and Vieland, D. (2004). *Electronic Commerce: A managerial perspective*. New Jersey: Prentice Hall.
- Twaddle, A. C. (1981). *Sickness Behavior and The Sick-Role*. Massachusetts: Schenkman.
- Wackowski, O. A., Sontag, J. M., and Hammond, D. (2019). Youth and young adult exposure to and perceptions of news media coverage about e-cigarettes in the United States, Canada and England. *Preventive Medicine*, 121, 7–10. doi: 10.1016/j.ypmed.2019.01.013
- Wang, C., Xu, C., Xia J., and Qian, Z. (2018). The effects of safety knowledge and psychological factors on self-reported risky driving behaviors including group violations for e-bike riders in China. *Transportation Research Part F*, 56, doi: 10.1016/j.trf.2018.05.004
- Wang, D., Ma, A. et al. (2020). Association of Knowledge, Attitude and Practice of COVID-19 Prevention with Anxiety Among Residents of Henan Province, China. *Journal of Health Science and Alternative Medicine*, 2(2), 9-16.
- Wang, J., Pan, L., Tang, S., Ji, J. S., and Shi, X. (2020). Mask use during COVID-19: A risk adjusted strategy. *Environmental Pollution*, 266, doi: 10.1016/j.envpol.2020.115099
- World Health Organization. (2020, 5 June). Advice on the use of masks in the context of COVID-19: interim guidance, 5 June 2020. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332293>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- World Health Organization. (2020). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report–51*. <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200311-sitrep-51-Covid-19.pdf>
- World Health Organization. (2020, 17 April). *Q&A on coronaviruses (COVID-19)*. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/q-a-coronaviruses#:~:text=symptoms>
- World Health Organization. (2020, 18 August). *Virtual press conference on COVID-19 in*

- the Western Pacific*. <https://www.who.int/westernpacific/news/speeches/detail/virtual-press-conference-on-covid-19-in-the-western-pacific>
- World Health Organization. (2020, 19 September). *WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard*. <https://covid19.who.int/>
- World Health Organization. (2020, 25 August). *Coronavirus disease (COVID-19) pandemic*. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
- Worldometer. (2020, 19 September). *COVID-19 CORONAVIRUS PANDEMIC*. <https://www.worldometers.info/coronavirus/>
- Yang, Q. and Wu, S. (2019). How Social Media Exposure to Health Information Influences Chinese People's Health Protective Behavior during Air Pollution: A Theory of Planned Behavior Perspective. *Health Communication*, 34, 1-10. doi: 10.1080/10410236.2019.1692486
- Yilmaz, D. U., Dereli, F., Tuncali, S. H., and Karatekin, D. (2020). The relationship between health sciences students' perceptions of health news and their attitudes to using complementary and alternative medicine. *Complementary Therapies in Medicine*.52, 1-6. doi: 10.1016/j.ctim.2020.102441



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามออนไลน์การเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้ และพฤติกรรมด้านการป้องกัน
ในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลก: กรณีโควิด 19 สำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น
Media exposure, Perception, Knowledge, and Behaviors in Health Protection on
Pandemic for Junior High School Students: Case of COVID-19 Online
Questionnaires (MPKBHP-COVID-19 OQ)

1. ศาสตราจารย์ นายแพทย์ ยง ภู่วรวรรณ

หัวหน้าศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านไวรัสวิทยาคลินิก ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะ
แพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (Center of Excellence in Clinical Virology,
Department of Pediatrics, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University)

2. แพทย์หญิงสุนิ วัชรสินธุ์

ผู้อำนวยการสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค กระทรวง
สาธารณสุข

3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิรตี เอกรณรงค์ชัย

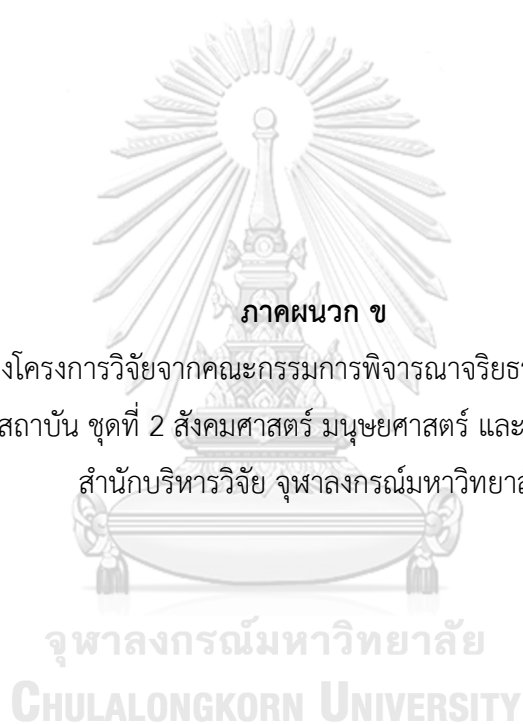
อาจารย์ประจำกลุ่มพลศึกษาและสุขศึกษา คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรราชธานี

4. อาจารย์ ดร.จักรกฤษณ์ พลราชม

อาจารย์ประจำภาควิชาอนามัยชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

5. อาจารย์ชญาภัต สมกระโทก

อาจารย์ประจำกลุ่มสาระสุขศึกษาและพลศึกษา โรงเรียนสาธิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ฝ่ายมัธยม



ภาคผนวก ข

ใบรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน
กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 2 สังคมศาสตร์ มนุษยศาสตร์ และศิลปกรรมศาสตร์
สำนักบริหารวิจัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบัน ชุตที่ 2
สังคมศาสตร์ มนุษยศาสตร์ และศิลปกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารจามจุรี 1 ชั้น 1 ห้อง 114 ถนนพญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330
โทรศัพท์ : 0 2218 3210-11 E-mail: curec2.ch1@chula.ac.th

COA No. 064/2564

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 018/64 การเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้ และพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาด
ใหญ่ทั่วโลกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น กรณีโควิด 19

ผู้วิจัยหลัก นางสาวกัลยาภรณ์ ศรีไพโรจน์

หน่วยงาน คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบัน ชุตที่ 2 สังคมศาสตร์ มนุษยศาสตร์ และ
ศิลปกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พิจารณาจริยธรรมการวิจัยโดยยึดหลัก ของ Declaration of Helsinki,
the Belmont report, CIOMS guidelines และ The international conference on harmonization – Good
clinical practice (ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม วิมลรัตน์ นิลรัตน์
(ศาสตราจารย์กิตติคุณ ดร.ธีระพันธ์ เหลืองทองคำ)
ประธานคณะกรรมการ

ลงนาม นงน พานิช
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.หนึ่งพิศ แร่งผลสัมฤทธิ์)
กรรมการและเลขานุการ

รูปแบบการพิจารณาทบทวน: แบบเดิมขั้นตอน

วันที่รับรอง: 29 มีนาคม 2564

วันหมดอายุ: 28 มีนาคม 2565

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

1. ข้อเสนอโครงการวิจัย
2. ประวัติและผลงานของผู้วิจัย
3. เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่าง/ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
4. หนังสือยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย (ถ้ามี)
5. แบบสอบถาม



เลขที่โครงการ: 018/64
วันที่รับรอง: 29 มี.ค. 2564
วันหมดอายุ: 28 มี.ค. 2565

เงื่อนไข

1. ผู้วิจัยรับทราบว่าการมีจริยธรรม หากดำเนินการกับข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ข้อห้ามในการวิจัยที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่าละเมิด
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่าง/ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มตัวอย่าง/ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เป็นข้อมูลหรือข้อมูลจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงองค์การวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณาใบรับรองก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี สำหรับรายงานสืบสานโครงการวิจัย (AF 03 13) และบทสรุปผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น ทั้งนี้เพื่อเป็นหลักฐานในการปิดโครงการ
8. โครงการวิจัยที่ได้รับการอนุมัติโครงการโดยพิจารณาจากทบทวนแบบข้อยกเว้น (Exemption review) ปฏิบัติตามเงื่อนไข ข้อ 1,6 และ 7 เท่านั้น



รหัสชุด	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	๒๒	๔๔	๕๕/๕๕	๕๕	๕๕

**แบบสอบถามออนไลน์การเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้ และพฤติกรรมด้านการป้องกัน
ในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลก: กรณีโควิด 19**

สำหรับนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

Media exposure, Perception, Knowledge, and Behaviors in Health

Protection on Pandemic for Junior High School Students: Case of COVID-19

Online Questionnaires (MPKBHP: COVID-19 OQ)

คำชี้แจง

แบบสอบถามออนไลน์นี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาระดับการเปิดรับสื่อ การรับรู้ ความรู้ และพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น: กรณีโควิด 19 ตลอดจนความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับสื่อ การรับรู้ และความรู้ กับพฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น: กรณีโควิด 19 โดยแบ่งเนื้อหาออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1	ข้อมูลลักษณะทั่วไปทางประชากร	จำนวน	3	ข้อ
ส่วนที่ 2	การเปิดรับสื่อเกี่ยวกับโรคโควิด 19	จำนวน	13	ข้อ
ส่วนที่ 3	การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19	จำนวน	10	ข้อ
ส่วนที่ 4	ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19	จำนวน	15	ข้อ
ส่วนที่ 5	พฤติกรรมด้านการป้องกันในสถานการณ์การระบาดใหญ่ทั่วโลก: กรณีโควิด 19	จำนวน	16	ข้อ

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	กัลยภัฏร์ ศรีไพโรจน์
วัน เดือน ปี เกิด	29 มีนาคม 2527
สถานที่เกิด	จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
วุฒิการศึกษา	สำเร็จการศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต (วท.ม.) สาขาวิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อปีการศึกษา 2550 และศึกษาต่อในหลักสูตรครุศาสตรมหาบัณฑิต (ค.ม.) สาขาวิชาสุขศึกษาและพลศึกษา ภาควิชาหลักสูตรและการสอน คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2562
ที่อยู่ปัจจุบัน	78/280 หมู่ 5 ตำบลบางคูวัด อำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี 11110

