

## นิพนธ์ต้นฉบับ

## Original Article

# ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลตำ อำเภอนาตาล จังหวัดเขียงราย

## Factors Associated with Preventive Behavior Towards Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) among Village Health Volunteers at Ta sub-district, Khun Tan district, Chiang Rai Province

พีรฉัตต์ แจกจัด\*

Pheerachat Chaekhachat\*

ทวีวรรณ ศรีสุคคำ\*\*

Taweewun Srisookkum\*\*

\*คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

\*School of Medicine, University of Phayao

\*\* คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

\*\* School of Public Health, University of Phayao

Received: July 9, 2021 | Revised: March 23, 2022 | Accepted: May 5, 2022

## บทคัดย่อ

การศึกษาภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุข ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 179 คน เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน – 30 ธันวาคม 2564 ในพื้นที่ ต.ตำ อ.นาตาล จ.เขียงราย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ด้วยสถิติ Fisher's exact test และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.0 มีอายุเฉลี่ย 53.1 ปี มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 4,088.3 บาท จบมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 49.7 และมีอาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 71.5 กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 71.1, 95.0, 75.4, 62.0, 88.2, 86.0 และ 96.6 ตามลำดับ) สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในขณะที่รายได้ต่อเดือนมีผลทางลบต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 จากผลลัพท์นี้ ภาครัฐควรเพิ่มค่าตอบแทนให้ อสม. และควรนำผลวิจัยนี้ไปวางแผนป้องกันโรคโควิด-19 ในชุมชน รวมถึงพัฒนารูปแบบกิจกรรมที่ส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของ อสม.ในพื้นที่ศึกษา

ติดต่อผู้พิมพ์: พีรฉัตต์ แจกจัด

อีเมล: tiknatadee@hotmail.com

## Abstract

This cross-sectional study aimed to explore 1) personal characteristics, perceived vulnerability, perceived severity, perceived benefits, perceived barriers, cues to action, health literacy and preventive behaviors of COVID -19 and 2) factors associated with preventive behaviors among Village Health Volunteers (VHVs). One hundred and seventy-nine VHVs were selected using stratified random sampling and data were collected between 1 November 2021 and 30 December 2021 in Ta sub-district, Khun Tan district, Chiang Rai province. The instrument was a questionnaire prepared by the literature and the researcher. The data were analyzed using Fisher's exact test and Spearman's rank correlation coefficient. The results showed that 81.0% of the samples were female, the mean age was 53.1 years, the mean monthly income was 4,088.3 baht, 49.7% of the samples had a high school diploma, and 71.5% of the samples earned their living from agriculture. For most of the sample groups, the perceived vulnerability, perceived severity, perceived benefits, perceived barriers, cues to action, health literacy and prevention behavior of COVID-19 were high (77.1%, 95.0%, 75.4%, 62.0%, 88.2%, 86.0% and 96.6%, respectively). The factors associated with preventive behavior among Village Health Volunteers (VHVs) at a p-value of < 0.01 were as follows: Cues to Action, Health Literacy, Perceived Severity and Perceived Vulnerability, which promoted preventive behavior among Village Health Volunteers (VHVs). Income, on the other hand, was negatively related to preventive behavior COVID-19. The findings of this study should prompt the government to increase the payment of VHVs and this research should be used to plan for the prevention of COVID-19, including established interventions and the establishment of interventions among VHVs in the study area.

Correspondence: Pheerachat Chaekhachat E-mail: tiknatadee@hotmail.com

### คำสำคัญ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

พฤติกรรมกำรป้องกัน

### Keywords

Coronavirus disease 2019

Village Health Volunteer

Preventive Behavior

## บทนำ

นับตั้งแต่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019(โควิด-19) ในจีน ตั้งแต่เดือนธันวาคม เป็นต้นมา 2562 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้การแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 เป็น pandemic จนถึงปัจจุบัน จากรายงานข้อมูล ณ วันที่ 2564 สิงหาคม 11พบผู้ติดเชื้อจำนวน ราย 204,994,907 อัตราป่วยต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 2,615.73 และเสียชีวิต ราย 4,331,168อัตราตายต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 55.27 <sup>(1)</sup>สถานการณ์ในประเทศไทย ณ วันที่ 11 สิงหาคม 2564 พบผู้ป่วยจำนวน 816,989 ราย อัตราป่วยต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 1,234.66 และเสียชีวิต 6,795 ราย อัตราตายต่อ

ประชากรแสนคนเท่ากับ 10.27<sup>(2)</sup> และในจังหวัดเชียงราย ณ วันที่ 11 สิงหาคม 2564 พบผู้ป่วยสะสม 2,215 ราย อัตราป่วยต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 170.59 และเสียชีวิต 24 ราย อัตราตายต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 1.85<sup>(3)</sup> ในอำเภอขุนตาล พบผู้ป่วยจำนวน 33 ราย อัตราป่วยต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 106.61 ไม่พบผู้เสียชีวิต ในส่วนสถานการณ์ของตำบลต้า ณ วันที่ 11 สิงหาคม 2564 พบผู้ป่วยจำนวน 12 ราย อัตราป่วยต่อประชากรแสนคนเท่ากับ 96.05 ไม่พบผู้เสียชีวิต<sup>(4)</sup>

ประเทศไทยได้กำหนดให้มีการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อโดยการประยุกต์ใช้แนวทางด้านการสาธารณสุขมูลฐานเข้ามาเป็นหลักเกณฑ์ในการดำเนินงาน โดยการนำประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือดูแลสุขภาพทั้งของตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ถือว่าเป็นบุคลากรด้านหน้าที่ต้องปฏิบัติงานในการเฝ้าระวังและควบคุมโรคโควิด-19 ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 และมีโอกาสเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่าบุคคลอื่น ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงเพื่อที่จะลดการป่วยและเสียชีวิตจากการติดเชื้อโควิด-19 ดังรายงานการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะมีอัตราตายสูง<sup>(5)</sup> ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบ่อยครั้งกว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง<sup>(6)</sup>

งานวิจัยในต่างประเทศที่ผ่านมาเกี่ยวกับพฤติกรรมกาป้องกันโรคโควิด-19 พบว่ามีการดำเนินงานในกลุ่มนักศึกษา<sup>(7)</sup> และประชาชน<sup>(8)</sup> ซึ่งใช้แนวคิดตัวแบบเชิงเหตุผล (rational model) โดยแนวคิดนี้ตั้งอยู่บนสมมติฐานที่ว่าบุคคลที่มีความรู้เพิ่มมากขึ้น จะส่งผลต่อทัศนคติและการปฏิบัติ หรือที่รู้จักคือตัวแบบความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติ (KAP model)<sup>(9)</sup> ในขณะที่ประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมกาป้องกันโรคโควิด-19 พบว่ามีการดำเนินงานในกลุ่ม อสม.<sup>(10-11)</sup> บุคลากรทางการแพทย<sup>(12-13)</sup> นักศึกษา<sup>(14)</sup> และในผู้สูงอายุ<sup>(15)</sup> โดยงานวิจัยในประเทศไทยส่วนใหญ่ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) นอกจากนี้ในประเทศไทยยังพบอีกหนึ่งการศึกษาที่ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้สูงอายุ และผู้พิการทางทางการเห็น โดยใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy)<sup>(16)</sup>

สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ พบว่าอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนของโรคโควิด-19 ในตำบลต้า อำเภอขุนตาล จังหวัดเชียงราย ต่ำกว่าอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนของโรคโควิด-19 ทั่วโลก และต่ำกว่าของประเทศไทย แต่เนื่องจากโรคโควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่แพร่ระบาดทั่วโลก ซึ่งแต่ละประเทศพยายามอย่างมากในการเฝ้าระวังและควบคุมการระบาดของโรค ในประเทศไทยมีบุคลากรด้านหน้าทั้งบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมถึง อสม. ที่ร่วมมือในการเฝ้าระวังป้องกันโรคโควิด-19 และจากบทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่พบการศึกษาโดยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยมีโดยมีวัตถุประสงค์สำคัญ 2 ประการคือ เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค สิ่งชักนำให้ปฏิบัติในการป้องกันโรค ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมกาป้องกันโรคโควิด-19 ของ อสม. ต.ต้า อ.ขุนตาล จ.เชียงราย และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกาป้องกันโรคโควิด-19 ของ อสม. ต.ต้า อ.ขุนตาล จ.เชียงราย

## วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย

ประชากรเป้าหมาย คือ อสม.ต.ตำ อ.ขุนตาล จ.เชียงราย จำนวน 300 คน การคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างประเภทการประมาณค่าสัดส่วนแบบทราบขนาดประชากร ตามหลักการ n4studies<sup>(17-18)</sup> ดังนี้

$$n = \frac{Np(1-p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}{d^2(N-1) + p(1-p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}$$

เมื่อคำนวณเสร็จได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 162 คน เพื่อป้องกันการสูญหายหรือความครบถ้วนของข้อมูล จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ 179 คน

การสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ โดยแบ่งประชากรตามลักษณะพื้นที่ตำบลตำ ออกเป็น 20 หมู่บ้าน แล้วสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลาก ได้ 13 หมู่บ้าน มี อสม. รวม 187 คน หลังจากนั้นผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลาก โดยนำชื่อ อสม. จากหมู่บ้านที่ถูกสุ่มครั้งแรกมาทำเป็นสลาก โดยทำสลาก 1 ชื่อ ต่อ 1 แผ่น หลังจากนั้นจับสลาก ชื่อ อสม. ตามสัดส่วนที่คำนวณไว้จนครบ 179 คน ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ ได้แก่ เป็น อสม.ต.ตำ ที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอขุนตาล สามารถสื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และมีความสนใจเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และประยุกต์ใช้จากงานวิจัยต่างประเทศ<sup>(19)</sup> ประกอบไปด้วย 8 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ รายได้ การศึกษา และอาชีพหลัก เป็นแบบสำรวจรายการ (check list) และเติมข้อความในช่องว่าง จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด-19 มีจำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำถามเป็น Rating scale เป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง, เห็นด้วย, ไม่แน่ใจ, ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง 5 คะแนน เห็นด้วย 4 คะแนน ไม่แน่ใจ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมด 30 คะแนน แปลผลคะแนนโดยนำคะแนนจริงที่ได้หารด้วยจำนวนข้อเป็นคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยง และแบ่งเป็นระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงโดยใช้แบบค่าพิสัย นำคะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด และนำผลลัพธ์ที่ได้ แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยมีคะแนนค่าเฉลี่ยระหว่าง 6 - 30 ใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่มตามแนวคิดการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยของเบสท์<sup>(20)</sup> แปลผลคะแนนเฉลี่ย คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 6 - 14 คะแนน หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 15 - 22 คะแนน หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 23 คะแนนขึ้นไป หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็น Rating scale เป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง, เห็นด้วย, ไม่แน่ใจ, ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง 5 คะแนน เห็นด้วย 4 คะแนน ไม่แน่ใจ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมด 25 คะแนน แปลผลคะแนนโดยนำ

คะแนนจริงที่ได้หารด้วยจำนวนข้อเป็นคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรง และแบ่งเป็นระดับการรับรู้ความรุนแรงโดยใช้แบบค่าพิสัย นำคะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด และนำผลลัพธ์ที่ได้ แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยมีคะแนนค่าเฉลี่ยระหว่าง 5 - 25 ใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่มตามแนวคิดการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยของเบสท์<sup>(20)</sup> แปลผลคะแนนเฉลี่ย คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 5.00 - 11.67 คะแนน หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 11.68 - 18.34 คะแนน หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 18.35 คะแนนขึ้นไป หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 4 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคโควิด-19 จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็น Rating scale เป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง, เห็นด้วย, ไม่แน่ใจ, ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง 5 คะแนน เห็นด้วย 4 คะแนน ไม่แน่ใจ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมด 50 คะแนน แปลผลคะแนนโดยนำคะแนนจริงที่ได้หารด้วยจำนวนข้อเป็นคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ และแบ่งเป็นระดับการรับรู้ประโยชน์โดยใช้แบบค่าพิสัย นำคะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด และนำผลลัพธ์ที่ได้ แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยมีคะแนนค่าเฉลี่ยระหว่าง 10 - 50 ใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่มตามแนวคิดการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยของเบสท์<sup>(20)</sup> แปลผลคะแนนเฉลี่ย คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 10.00-23.33 คะแนน หมายถึง การรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 23.34-36.67 คะแนน หมายถึง การรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 36.68 คะแนนขึ้นไป หมายถึง การรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 5 การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคโควิด-19 จำนวน 13 ข้อ ลักษณะคำถามเป็น Rating scale เป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง, เห็นด้วย, ไม่แน่ใจ, ไม่เห็นด้วย และ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง 5 คะแนน เห็นด้วย 4 คะแนน ไม่แน่ใจ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมด 65 คะแนน แปลผลคะแนนโดยนำคะแนนจริงที่ได้หารด้วยจำนวนข้อเป็นคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรค และแบ่งเป็นระดับการรับรู้อุปสรรคโดยใช้แบบค่าพิสัย นำคะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด และนำผลลัพธ์ที่ได้ แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยมีคะแนนค่าเฉลี่ยระหว่าง 13 - 65 ใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่มตามแนวคิดการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยของเบสท์<sup>(20)</sup> แปลผลคะแนนเฉลี่ย คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 13.00 - 30.33 คะแนน หมายถึง การรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 30.34 - 47.67 คะแนน หมายถึง การรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 47.68 คะแนนขึ้นไป หมายถึง การรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 6 สิ่งชักนำให้ปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 จำนวน 13 ข้อ ลักษณะคำถามเป็น Rating scale เป็น 5 ระดับ คือมากที่สุด, มาก, ปานกลาง, น้อย และน้อยที่สุด กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน คือ มากที่สุด 5 คะแนน มาก 4 คะแนน ปานกลาง 3 คะแนน น้อย 2 คะแนน และน้อยที่สุด 1 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมด 65 คะแนน แปลผลคะแนนโดยนำคะแนนจริงที่ได้หารด้วยจำนวนข้อเป็นคะแนนเฉลี่ยของสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ และแบ่งเป็นระดับสิ่งชักนำให้ปฏิบัติโดยใช้แบบค่าพิสัย นำคะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด และนำผลลัพธ์ที่ได้ แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยมีคะแนนค่าเฉลี่ยระหว่าง 13 - 65 ใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่มตามแนวคิดการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยของเบสท์<sup>(20)</sup> แปลผลคะแนนเฉลี่ย คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 13.00 - 30.33 คะแนน หมายถึง สิ่งชักนำให้ปฏิบัติอยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง

30.34 – 47.67 คะแนน หมายถึง สิ่งชักนำให้ปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 47.68 คะแนนขึ้นไป หมายถึง สิ่งชักนำให้ปฏิบัติอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 7 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด-19 นำมาจากการวิจัยในต่างประเทศ<sup>(20)</sup> ได้พัฒนาขึ้น มีจำนวน 13 ข้อ ที่ได้ผ่านการหาคุณภาพค่า Alpha's Cronbach = 0.85 ข้อ ลักษณะคำถามเป็น Rating scale เป็น 5 ระดับ คือมากที่สุด, มาก, ปานกลาง, น้อย และน้อยที่สุด กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน คือ มากที่สุด 5 คะแนน มาก 4 คะแนน ปานกลาง 3 คะแนน น้อย 2 คะแนน และน้อยที่สุด 1 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมด 65 คะแนน แปลผลคะแนนโดยนำคะแนนจริงที่ได้หารด้วยจำนวนข้อเป็นคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบ่งเป็นระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยใช้แบบค่าพิสัย นำคะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด และนำผลลัพธ์ที่ได้ แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยมีคะแนนค่าเฉลี่ยระหว่าง 13 – 65 ใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่มตามแนวคิดการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยของเบสท์<sup>(20)</sup> แปลผลคะแนนเฉลี่ย คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 13.00 – 30.33 คะแนน หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 30.34 – 47.67 คะแนน หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 47.68 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 8 พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 จำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำถามเป็น Rating scale เป็น 5 ระดับ คือปฏิบัติเป็นประจำ, ปฏิบัติบ่อยครั้ง, ปฏิบัติค่อนข้างบ่อย, ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน คือ ปฏิบัติเป็นประจำ 5 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง 4 คะแนน ปฏิบัติค่อนข้างบ่อย 3 คะแนน ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง 2 คะแนน และไม่เคยปฏิบัติ 1 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมด 60 คะแนน แปลผลคะแนนโดยนำคะแนนจริงที่ได้หารด้วยจำนวนข้อเป็นคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกัน และแบ่งเป็นระดับพฤติกรรมการป้องกันโดยใช้แบบค่าพิสัย นำคะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด และนำผลลัพธ์ที่ได้ แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยมีคะแนนค่าเฉลี่ยระหว่าง 12 – 60 ใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่มตามแนวคิดการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยของเบสท์<sup>(20)</sup> แปลผลคะแนนเฉลี่ย คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 12.00 – 28.00 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันอยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 29.00 – 44.00 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 45 คะแนนขึ้นไป หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ 1 ท่าน อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ 1 ท่าน และอาจารย์คณะแพทยศาสตร์ 1 ท่าน และผู้วิจัยปรับแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิให้เหมาะสมกับการนำไปใช้งาน โดยใช้เกณฑ์การเห็นพ้องต้องกันของผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 ใน 3 ของแต่ละข้อคำถาม มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ทุกข้ออยู่ระหว่าง 0.67–1.00 นำไปหาค่าความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้กับ อสม. ต.ป่าตาล อ.ขุนตาล จ.เชียงราย จำนวน 30 ราย วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นดังนี้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเท่ากับ 0.76, การรับรู้ความรุนแรงของโรคเท่ากับ 0.62, การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเท่ากับ 0.75, การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเท่ากับ 0.92, สิ่งชักนำให้ปฏิบัติในการป้องกันโรคเท่ากับ 0.89, ความรอบรู้ด้านสุขภาพเท่ากับ 0.74 และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 เท่ากับ 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยแนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์ของงานวิจัย รวมถึงขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูลให้อาสาสมัครทราบ รวมทั้งประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และชี้แจงถึงสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย หลังจากนั้นให้อาสาสมัครเซ็นยินยอมในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และให้อาสาสมัครตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลาประมาณ 25–30 นาที แล้วผู้วิจัยเก็บแบบสอบถามด้วยตนเอง ตรวจสอบความครบถ้วน ลงรหัสแบบสอบถาม เพื่อเตรียมวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติเชิงพรรณนา หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และใช้สถิติ Fisher's exact test เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโควิด-19 และใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมนในการความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากข้อมูลมีลักษณะการแจกแจงแบบไม่เป็นโค้งปกติ โดยใช้เกณฑ์กำหนดค่าระดับความสัมพันธ์จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ( $r$ )<sup>(21)</sup> ดังนี้

| ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ( $r$ ) | ระดับความสัมพันธ์      |
|-----------------------------------|------------------------|
| 0.70 หรือสูงกว่า                  | มีความสัมพันธ์สูงมาก   |
| 0.50 – 0.69                       | มีความสัมพันธ์สูง      |
| 0.30 – 0.49                       | มีความสัมพันธ์ปานกลาง  |
| 0.10 – 0.29                       | มีความสัมพันธ์ต่ำ      |
| 0.01 – 0.09                       | แทบจะไม่มีความสัมพันธ์ |

## ผลการศึกษา

นำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยนำเสนอ 1) คุณลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 และ 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ดังนี้

คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 53.1 ปี อายุต่ำสุด 28 ปี และอายุสูงสุด 74 ปี เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.0 เพศชาย ร้อยละ 19.0 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนตั้งแต่ 3,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 53.6 และจบมัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป ร้อยละ 53.6 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 71.5 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ( $n = 179$ )

| ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล         | จำนวน  | ร้อยละ  |
|-------------------------------|--------|---------|
| อายุ [เฉลี่ย] (ต่ำสุด-สูงสุด) | [53.1] | (28–74) |
| ต่ำกว่า 49 ปี                 | 56     | 31.3    |
| 50 – 69 ปี                    | 121    | 67.6    |
| 70 ปีขึ้นไป                   | 2      | 1.1     |

**ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 179)(ต่อ)**

| ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล                        | จำนวน   | ร้อยละ         |
|----------------------------------------------|---------|----------------|
| เพศ                                          |         |                |
| ชาย                                          | 34      | 19.0           |
| หญิง                                         | 145     | 81.0           |
| รายได้ (บาท/เดือน) [มัธยฐาน] (ต่ำสุด-สูงสุด) | [3,000] | (1,000-40,000) |
| ต่ำกว่า 3,000 บาท                            | 83      | 46.4           |
| 3,000 บาทขึ้นไป                              | 96      | 53.6           |
| การศึกษา                                     |         |                |
| ประถมศึกษา                                   | 41      | 22.9           |
| มัธยมศึกษาตอนต้น                             | 42      | 23.5           |
| มัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป                      | 96      | 53.6           |
| อาชีพหลัก                                    |         |                |
| เกษตรกร                                      | 128     | 71.5           |
| รับจ้างรายวัน                                | 24      | 13.4           |
| ค้าขาย                                       | 10      | 5.6            |
| อื่นๆ                                        | 17      | 9.5            |

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด-19 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงร้อยละ 77.1 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 24.3 คะแนน (S.D.= 2.3) การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงร้อยละ 95.0 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 22.4 คะแนน (S.D.= 1.9) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคโควิด-19 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงร้อยละ 75.4 มีคะแนนการรับรู้ประโยชน์เฉลี่ย 39.4 คะแนน (S.D.= 4.3) การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคโควิด-19 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงร้อยละ 62.0 มีคะแนนการรับรู้อุปสรรคเฉลี่ย 48.9 คะแนน (S.D.= 8.3) สิ่งชักนำให้ปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาร้อยละ 88.2 มีคะแนนสิ่งชักนำให้ปฏิบัติเฉลี่ย 54.9 คะแนน (S.D.= 6.8) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาร้อยละ 86.0 มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเฉลี่ย 53.3 คะแนน (S.D.= 5.1) และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงร้อยละ 96.6 มีคะแนนพฤติกรรมเฉลี่ย 54.3 คะแนน (S.D.= 4.5) ดังตารางที่ 2

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของ อสม. ต.ตำบ.อ.ขุนตาล จ.เชียงราย พบว่า เพศ การศึกษา และอาชีพหลัก ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของ อสม. ต.ตำบ.อ.ขุนตาล จ.เชียงราย ( $p > 0.05$ ) ดังตารางที่ 3

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ได้แก่ สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้โอกาสเสี่ยง ซึ่งส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $r = 0.379$ ,  $r = 0.320$ ,  $r = 0.245$ )

และ  $r = 0.178$  ตามลำดับ) ในขณะที่ รายได้ต่อเดือนมีผลทางลบต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $r = -0.214$ ) ดังตารางที่ 4 ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด และแปลผลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับของปัจจัย ( $n = 179$ )

| ระดับของปัจจัย                     | $\bar{X} \pm S.D.$ | Min – Max | แปลผล |
|------------------------------------|--------------------|-----------|-------|
| การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค  | $24.3 \pm 2.3$     | 16 – 30   | สูง   |
| การรับรู้ความรุนแรงของโรค          | $22.4 \pm 1.9$     | 17 – 25   | สูง   |
| การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค  | $39.4 \pm 4.3$     | 29 – 50   | สูง   |
| การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค   | $48.9 \pm 8.3$     | 28 – 65   | สูง   |
| สิ่งชักนำให้ปฏิบัติในการป้องกันโรค | $54.9 \pm 6.8$     | 20 – 65   | สูง   |
| ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรค   | $53.3 \pm 5.1$     | 39 – 65   | สูง   |
| พฤติกรรมป้องกันโรค                 | $54.3 \pm 4.5$     | 38 – 60   | สูง   |

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของ  
อสม. ต.ตำ อ.ขุนตาล จ.เชียงราย ด้วยสถิติ Fisher's exact test

| ตัวแปร            | ระดับพฤติกรรม       |                 |                 | p-value |
|-------------------|---------------------|-----------------|-----------------|---------|
|                   | ปานกลาง<br>(ร้อยละ) | สูง<br>(ร้อยละ) | รวม<br>(ร้อยละ) |         |
| เพศ               |                     |                 |                 | 1.000   |
| ชาย               | 1(2.9)              | 33(97.1)        | 34(100)         |         |
| หญิง              | 5(3.4)              | 140(96.6)       | 145(100)        |         |
| รวม               | 6(3.4)              | 173(96.6)       | 179(100)        |         |
| การศึกษา          |                     |                 |                 | 0.134   |
| ประถมศึกษา        | 3(7.3)              | 38(92.7)        | 41(100)         |         |
| สูงกว่าประถมศึกษา | 3(2.2)              | 135(97.8)       | 138(100)        |         |
| รวม               | 6(3.4)              | 173(96.6)       | 179(100)        |         |
| อาชีพหลัก         |                     |                 |                 | 0.355   |
| เกษตรกร           | 3(2.3)              | 125(97.7)       | 128(100)        |         |
| ไม่ใช่เกษตรกร     | 3(5.9)              | 48(94.1)        | 51(100)         |         |
| รวม               | 6(3.4)              | 173(96.6)       | 179(100)        |         |

**ตารางที่ 4** ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของ อสม. ต.ตำ อ.ขุนตาล จ.เชียงราย ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

| ตัวแปร                            | พฤติกรรมการป้องกันโรค |         | ระดับความสัมพันธ์ |
|-----------------------------------|-----------------------|---------|-------------------|
|                                   | r                     | p-value |                   |
| อายุ                              | 0.032                 | 0.672   | ไม่มีความสัมพันธ์ |
| รายได้ต่อเดือน                    | -0.214**              | 0.004   | ต่ำ               |
| การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค | 0.178*                | 0.017   | ต่ำ               |
| การรับรู้ความรุนแรงของโรค         | 0.245***              | 0.001   | ต่ำ               |
| การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน    | -0.080                | 0.290   | ไม่มีความสัมพันธ์ |
| การรับรู้อุปสรรคของการป้องกัน     | 0.111                 | 0.139   | ไม่มีความสัมพันธ์ |
| สิ่งชักนำให้ปฏิบัติในการป้องกัน   | 0.379***              | 0.001   | ปานกลาง           |
| ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรค  | 0.320***              | 0.001   | ปานกลาง           |

\*p<0.05, \*\*p<0.01\*\*\*, p<0.001

## วิจารณ์

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 50-69 ปี มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป มีอาชีพเกษตรกร เมื่อพิจารณาระดับคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ( $\bar{X}=24.3, S.D.=2.3$ ) การรับรู้ความรุนแรงของโรค ( $\bar{X}=22.4, S.D.=1.9$ ) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค ( $\bar{X}=39.4, S.D.=4.3$ ) และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค ( $\bar{X}=48.9, S.D.=8.3$ ) อยู่ในระดับสูง เนื่องจากโรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้การแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 เป็น pandemic อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุข เศรษฐกิจ สังคมและการศึกษา ซึ่ง อสม.ต้องเฝ้าระวังป้องกันในชุมชน เริ่มจากการเคาะประตูบ้านทุกหลังคาเรือน เพื่อให้คำแนะนำการป้องกันตนเอง รวมถึงออกติดตามบุคคลที่มาจากต่างจังหวัด โดยให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวและกักกันตนเองเพื่อสังเกตอาการ นอกจากนี้ยังได้ออกคัดกรองเฝ้าระวังโรคในงานต่างๆในชุมชน ดังนั้น อสม. จึงต้องมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ในระดับสูงเพื่อป้องกันตนเอง บุคคลในครอบครัว และชุมชน เพื่อไม่ให้เกิดการระบาดของโรคโควิด-19 เช่นเดียวกับผลการศึกษารับรู้ถึงโรคโควิด-19 ของ อสม. ในอำเภอพรหมบุรี จังหวัดสิงห์บุรี ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก<sup>(11)</sup> และสอดคล้องกับผลการศึกษารับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ของกำลังพลที่ปฏิบัติงานสายแพทย์ศูนย์อำนวยการแพทย์ จังหวัดชายแดนภาคใต้พบว่าภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด<sup>(13)</sup> สำหรับระดับคะแนนสิ่งชักนำให้ปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}=54.9, S.D.=6.8$ ) ซึ่ง อสม. ส่วนใหญ่จะได้รับคำแนะนำ เพื่อกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 จาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อีกทั้งยังได้รับสิ่งสนับสนุนในการป้องกันโรคจาก

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น นอกจากนี้ยังได้รับการกระตุ้นจาก กลุ่ม อสม. ผู้นำชุมชน ที่ส่งผลต่อความเชื่อและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ปัจจัยพยากรณ์การมีส่วนร่วมของ อสม. ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในเขตพื้นที่ตำบลธรรมามูล อำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท พบว่า สิ่งชักนำการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (22)

ด้านระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}=53.3$ , S.D.=5.1) สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของ อสม. เขตตำบลหนองใหญ่ อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับสูง<sup>(23)</sup> อาจเนื่องจากการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร มีทักษะในการสื่อสารที่ดี การรู้เท่าทันสื่อ สามารถวิเคราะห์ประเมินเนื้อหาจากสื่อ ตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันและควบคุมโรคและสามารถจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคได้ดี มีการสร้างความตระหนักในการช่วยกันป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ให้แก่คนในครอบครัว เพื่อนบ้านและชุมชนได้ ในทางกลับกันพบว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะมีอัตราตายสูง<sup>(5)</sup> ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบ่อยครั้งกว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง<sup>(6)</sup>

สำหรับระดับคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}=54.3$ , S.D.=4.5) เนื่องจาก อสม. มีบทบาทสำคัญในการป้องกันโรคโควิด-19 ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้ให้คำแนะนำและกำหนดแนวทางสำหรับ อสม. ในการปฏิบัติหน้าที่ในช่วงสถานการณ์โควิด-19 จึงส่งผลให้ อสม. มีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ดี เช่นเดียวกับการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่ม อสม. และกลุ่มอื่นๆ พบว่า มีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูง<sup>(10,12-13,15,24)</sup>

สำหรับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของ อสม. ต.ตำบ.ขุนตาล จ.เชียงราย พบว่า รายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $r = -0.214$ ) อธิบายได้ว่า อธิบายได้ว่า อสม. ที่มีรายได้ต่ำ จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 สูง จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท และ อสม. เป็นเหมือนบุคลากรด่านหน้าในการป้องกันโรคโควิด-19 ในชุมชน รวมทั้งได้รับคำแนะนำในการป้องกันตนเองและป้องกันโรคในชุมชนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่เสมอ ดังนั้นหาก อสม. ที่มีรายได้ต่ำแล้วเกิดการติดเชื้อโควิด-19 ขึ้น จะเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในการรักษา รวมถึงเสียโอกาสในการออกไปทำงานหาเงินเลี้ยงชีพ เพราะต้องใช้เวลารักษาตัวอย่างน้อย 10 วัน อีกทั้งบุคคลในครอบครัวจะต้องถูกกักกันตนเองเพื่อสังเกตอาการโดยไม่สามารถออกไปทำงานนอกบ้านได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่ารายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์ทางลบในการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของ อสม. ในเขตพื้นที่ตำบลธรรมามูล อำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท<sup>(22)</sup>

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $r = 0.178$ ) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้

โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด-19 สูง จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 สูงขึ้นด้วย สอดคล้องกับการศึกษา การรับรู้ถึงโรคโควิด-19 ของ อสม. มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01<sup>(11-12)</sup> และสอดคล้องกับการศึกษาการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001<sup>(25)</sup>

การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $r = 0.245$ ) อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 สูง จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 สูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษา การรับรู้ถึงโรคโควิด-19 ของ อสม. มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01<sup>(11-12)</sup> และสอดคล้องกับการศึกษาการรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001<sup>(22)</sup>

สิ่งชักนำให้ปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ( $r = 0.379$ ) อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับสิ่งชักนำให้ปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 มาก จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 สูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ วิญญูทัตญญ บัญทัน<sup>(24)</sup> ที่พบว่าอิทธิพลจากสถานการณ์อิทธิพลระหว่างบุคคล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของจันทิมา เหล็กไหล<sup>(22)</sup> ที่พบว่า สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติและแรงจูงใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ( $r = 0.320$ ) อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด-19 สูง จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 สูงตามไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม. เขตตำบลหนองใหญ่ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05<sup>(23)</sup>

การศึกษานี้พบว่า อายุ, เพศ, ระดับการศึกษา, อาชีพหลัก, การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาหลายเรื่องพบว่า อายุ<sup>(8, 26)</sup> เพศ<sup>(8, 27)</sup> ระดับการศึกษา<sup>(8, 27)</sup> อาชีพหลัก<sup>(8, 28)</sup> การรับรู้ประโยชน์<sup>(15, 24)</sup> การรับรู้อุปสรรค<sup>(15, 24)</sup> มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อาจเป็นเพราะว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในแต่ละพื้นที่ของประเทศไทยที่เผชิญกับการระบาดของโรคโควิด-19 มีความแตกต่างกันไปตามบริบทของพื้นที่ ซึ่งอาจจะเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ปัจจัยด้าน อายุ, เพศ, การศึกษา, อาชีพหลัก, การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคโควิด-19 ส่งผลให้พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 มีความแตกต่างกัน ข้อเสนอแนะ บุคลากรสาธารณสุขควรจัดกิจกรรม เพื่อพัฒนาศักยภาพให้ แก่ อสม. โดยเน้นเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด-19 การ

รับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 สิ่งชักนำให้ปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 และความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด-19 เพื่อให้ อสม. มีพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ที่ดี อีกทั้งทางภาครัฐต้องเล็งเห็นถึงความจำเป็นในการพิจารณาเพิ่มค่าตอบแทนของ อสม. และสนับสนุนการประกอบอาชีพของ อสม. ที่สอดคล้องกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคในปัจจุบัน รวมถึงการนำผลการศึกษานี้ไปวางแผนและหามาตรการป้องกันโรคโควิด-19 ในพื้นที่ สำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งต่อไป ควรใส่กิจกรรมโดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพมาพัฒนาเป็นรูปแบบกิจกรรมที่ส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ของ อสม. เช่น การจัดอบรมเชิงปฏิบัติ เพื่อสร้างการเรียนรู้ให้ อสม. และครั้งต่อไปควรมีการศึกษาพฤติกรรมในการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ให้ครบตามเกณฑ์ด้วย สรุป การศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ ความรู้ด้านสุขภาพ และมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูง ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ของ อสม. ได้แก่ รายได้ต่อเดือน การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ และความรู้ด้านสุขภาพ

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Situation by region, country, territory & area [Internet]. [WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard]. 2021 [cited 2021 August 11]. Available from: <https://covid19.who.int/table>
2. ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19. รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประจำวันที่ 11 สิงหาคม 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 11 สิงหาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.facebook.com/informationcovid19>
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย. สถานการณ์โรค COVID-19 จังหวัดเชียงราย ประจำวันที่ 11 สิงหาคม 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 11 สิงหาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.facebook.com/SanaknganSatharnsukhCanghwadCheiyngay>
4. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอขุนตาล. รายงานสถานการณ์โรค COVID-19 อำเภอขุนตาล ประจำวันที่ 11 สิงหาคม 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 11 สิงหาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://line.me/ti/g/xgSeHbPIzX>
5. Baker DW, Wolf MS, Feinglass J, Thompson JA, Gazmararian JA, Huang J. Health literacy and mortality among elderly persons. Arch Intern Med 2007; 167:1503-9.
6. Griffey RT, Kennedy SK, D'Agostino ML, Goodman M, Kaphingst KA. Is low health literacy associated with increased emergency department utilization and recidivism?. Acad Emerg Med 2014; 21:1109-15
7. Singh JP, Sewda A, Gupta SD. Assessing the knowledge, attitude and practices of students regarding the covid-19 pandemic. J Health Manag 2020; 22: 281-90.

8. Afzal MS, Khan A, Qureshi UUR, Saleem S, Saqib MAN, Shabbir RMK, et al. Community-Based Assessment of Knowledge, Attitude, Practices and Risk Factors Regarding COVID-19 Among Pakistanis Residents During a Recent Outbreak: A Cross-Sectional Survey. J Community Health. 2021; 46(3):476-86.
9. World Health Organization. Health education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies. a foundation document to guide capacity development of health educators [Internet].2012 [cited2011Jun15]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/119953>
10. จิตรา มุลทิ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอองไกรลาศจังหวัดสุโขทัย.วารสารวิชาการ สคร.9. 2564; 27(2): 5-14.
11. ณัฐวัฒน์ สิริพรวุฒิ. การรับรู้ถึงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019ที่มีผลต่อบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)ในอำเภอบึงสามพันจังหวัดสิงห์บุรี. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ. 2564; 10(1)77-87.
12. นกชา สิงห์วีรธรรม, วัชรพล วิวรรณ เก้าวพันธ์, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, เฉลิมชัย เพาะบุญ ,สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์. การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019(COVID-19) ของทันตภิบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วารสารสถาบันบำราศนราดูร. 2563; 14 (2): 104-15.
13. ภคณัฐ วีระจร, โชคชัย ขวัญพิชิต, กิตติพร เนาว์สุวรรณ และนกชา สิงห์วีรธรรม. การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของกำลังพลที่ปฏิบัติงานสายแพทย์ศูนย์อำนวยการแพทย์ จังหวัดชายแดนภาคใต้. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2563 ; 3(3): 106-17.
14. กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์, เสาวลักษณ์ ศรีตาเกษ, ลำพึง วอนอก, สุพัฒน์ อาสนะ, วรรณศรี แวงงาม, กุลธิดา กิ่งสวัสดิ์ และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดต่อการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)ของนักศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2563;14:(2)138-48.
15. วีรบุษ ไตรรัตนโนภาส, พัชรภรณ์ อารีย์ และปณณนุช พิมพ์ใจใส. การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรมการป้องกัน การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาในผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลทหารบก. 2564; 22(3): 105-112.
16. ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์, วัชรวิฑูริย์, นริมาลย์ นิละไพจิตร และณัฐนารี เอมยงค์. รายงานฉบับสมบูรณ์ (final report)โครงการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับความเข้าใจเรื่องโรคการปฏิบัติตัวและการได้รับวัคซีนโควิด-19 ของประชาชน กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้สูงอายุและผู้พิการทางการเห็น [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 16 มีนาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5436?locale-attribute=th>
17. Daniel, W. W. Biostatistics : A Foundation for Analysis in the Health Sciences. 6th ed. New York: Wiley & Sons ;1995.

18. Ngamjarus C, Chongsuvivatwong V. n4Studies: Sample size and power calculations for iOS. [The Royal Golden Jubilee Ph.D. Program – The Thailand Research Fund & Prince of Songkhla University]. Songkhla: Songkhla University; 2014.
19. Best JW. Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall Inc; 1977.
20. Duong TV, Aringazina A, Baisunova G, Nurjanah N, Pham TV, Pham KM, et al. Development and validation of a new short-form health literacy instrument (HLS-SF12) for the general public in six Asian countries. Health Lit. Res. Pract. 2019; 3: e91–e102.
21. ผ่องพรรณ ตรัยมงคลกุล, สุภาพ นิตราภรณ์. การออกแบบการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. 2536.
22. จันทิมา เหล็กไหล และคันสนีย์. ปัจจัยที่ส่งผลต่อบทบาทหน้าที่ในการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2559; 30(3): 132–144.
23. วีระ กองสนั่น, อมรศักดิ์ โพธิ์อำ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตตำบลหนองใหญ่ อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน. 2563 ; 3(1): 35–44.
24. วิญญูทัศนัย บุญทัน, พิชราภรณ์ ไหวคิด, วิภาพร สร้อยแสง, ชุตติมา ศรีอ่อนนาค, ปรีศนา อัครธนพล และจริยาวัตร คมพัยคย์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อโคโรนา 2019(โควิด 19) ของผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลตำรวจ. 2563; 12(2): 323–337.
25. อมรรดา รงค์ทองและสุพัฒนา คำสอน. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน อำเภอหนองฉาง จังหวัดอุทัยธานี. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2562; 13(1): 147–158.
26. จักรกฤษ เสงลา, มงคล รัชชะ, อนุ สุราช, สาโรจน์ นาคจ, สุเดช สำราญจิตต. วิถีชีวิตใหม่ในการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส COVID-19 ของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสาร โรงพยาบาลสกลนคร. 2564; 24 (2): 58–73.
27. กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกษา สิงห์วีระธรรม, นวรัตน์ ไชยมภู, กชกร ฉายากุล. ความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน(อสม.)ในประเทศไทย. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 2563; 12(3): 195–212.
28. เยาวลักษณ์ ชาวบ้านโพธิ์. บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. 2564; 4 (1): 44–58.