ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดนครปฐม

เอ็นดู ธรรมวงษ์การณ์[1] มณฑา เก่งการพานิช[2*] ศรัณญา เบญจกุล[3]

[1]นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษาและส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

[2*]รองศาสตราจารย์ สาขาสุขศึกษาและส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

[3]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาสุขศึกษาและส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนทั่วโลก ในประเทศไทยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกำลังสำคัญในการควบคุมและป้องกันโรคในชุมชน การวิจัยเชิงสำรวจนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้เรื่องโรคโควิด 19 และพฤติกรรมการป้องกันโรค ของ อสม. ในจังหวัดนครปฐม รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และความรอบรู้เรื่องโรคโควิด 19 กับพฤติกรรมการป้องกันโรค จำนวนตัวอย่าง 280 คน สุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มชนิด 2 ขั้นตอน เก็บข้อมูลในช่วงพฤษภาคมถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2564 โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ สถิติ Chi-Square วิเคราะห์ความสัมพันธ์ตัวแปรต่อเนื่อง และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษา พบว่า ความรอบรู้เรื่องโรคโควิด 19 ภาพรวมของ อสม. อยู่ในระดับดี และพฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับมาก ปัจจัยโรคประจำตัวและการมีโทรศัพท์มือถือสมาร์ทโฟนมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้เรื่องโรคโควิด 19 และระดับการศึกษาและความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน คือ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.011 และ p=0.009 ตามลำดับ) โดยความรอบรู้เรื่องโรคโควิด 19 ภาพรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ในระดับปานกลาง (r=0.444) ซึ่งปัจจัยระดับการศึกษา การมีสถานภาพอื่น ๆ ในชุมชน เช่น ผู้นำผู้ชุมชน สมาชิก อบต. และกลุ่มในชุมชน และความรอบรู้ด้านการจัดการตนเอง สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ได้ร้อยละ 26.4

ดังนั้น ควรส่งเสริมความรอบรู้เรื่องโรคโควิด 19 ให้แก่ อสม. อย่างจริงจังโดยเฉพาะด้านการจัดการตนเอง เพื่อให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ที่ถูกต้อง ซึ่งจะช่วยป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ/ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019/ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)/ พฤติกรรมการป้องกันโรค

[*]ผู้รับผิดชอบบทความ: มณฑา เก่งการพานิช, อีเมล: mondha.ken@mahidol.ac.th, โทร.: 08 9777 7043

Received: 29 กุมภาพันธ์ 2567/ Revised: 2 เมษายน 2567/ Accepted: 21 พฤษภาคม 2567

Coronavirus Disease 2019 Health Literacy and Preventive Behavior among Village Health Volunteers (VHVs), Nakhon Pathom Province

Endu Thammawongkan[1] Mondha Kengganpanich[2*] Sarunya Benjakul[3]

[1]Master of Science (Public Health) Program in Health Education and Health Promotion, Faculty of Public Health, Mahidol University

[2*]Assoc. Prof., Program in Health Education and Health Promotion, Faculty of Public Health, Mahidol University

[3]Asst. Prof., Program in Health Education and Health Promotion, Faculty of Public Health, Mahidol University

Abstract

The coronavirus disease 2019 or COVID-19 outbreak is affecting the global health. In Thailand, the village health volunteers (VHVs) are considered as an important workforce for controlling and preventing diseases in communities. This cross-sectional survey research aimed (1) to explore the level of literacy and prevention behaviors that related to COVID-19, and (2) to study the relation between individual factors, level of literacy and prevention behaviors related to COVID-19 among 280 VHVs in Nakhon Pathom province. The samples were selected using two-stage cluster sampling. Data collection was processed during May to July, 2021 by questionnaires. Descriptive statistics, chi-square test and multiple regression analysis were used for data analysis.

The study revealed that the majority of VHVs had COVID-19 literacy and prevention behaviors relevant to COVID-19 in high level. The factors of health conditions and having smartphone of VHVs significantly related with literacy level. Education level of VHVs and all the six dimensions of health literacy including access skill, cognitive skill, communication skill, self-management skill, decision skill, and media literacy skill were significantly associated with prevention behaviors ($p<0.05$). Additionally, the overall of COVID-19 literacy has a positive relationship with COVID-19 prevention behaviors at a moderate level ($r=0.444$). Furthermore, education level, having other community status, and health literacy in self-management skill could predict 26.4%. of COVID-19 prevention behaviors.

Therefore, knowledge about COVID-19 should be actively promoted to VHVs, especially in the area of self-management in order to have COVID-19 disease prevention behavior correctly that will help prevent and control COVID-19 in the community effectively.

Keywords: Health Literacy/ COVID-19/ Village Health Volunteers/ Prevention Preventive Behavior

---

*Corresponding author: Mondha Kengganpanich, email: mondha.ken@mahidol.ac.th, Tel.: 08 9777 7043

Received: February 29, 2024/ Revised: April 2, 2024/ Accepted: May 21, 2024

บทนำ

ปัจจุบัน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 ยังคงมีอุบัติการณ์เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าในปัจจุบันจะมีวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 เป็นตัวช่วยในการลดความรุนแรงของการติดเชื้อ ดังนั้นในทุกประเทศทั่วโลกยังให้ความสำคัญกับการวางมาตรการป้องกันโรคอยู่อย่างต่อเนื่อง[1] ซึ่งสถานการณ์โรคโควิด 19 ของประเทศไทยนั้น พบผู้ติดเชื้อรายแรกในวันที่ 8 มกราคม พ.ศ. 2563 ซึ่งเป็นผู้ที่กลับมาจากประเทศจีนหรือมีประวัติสัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วย และมีการระบาดใหญ่นั้นเกิดขึ้นอีกหลายรอบ[2,3] จากข้อมูลวันที่ 30 ธันวาคม พ.ศ. 2563 มีผู้ติดเชื้อโควิด 19 ทั้งหมดจำนวน 6,690 ราย แบ่งเป็นผู้ติดเชื้อในประเทศจำนวน 4,688 ราย ผู้ติดเชื้อเดินทางจากต่างประเทศจำนวน 2,002 ราย และมีผู้เสียชีวิตจำนวน 61 ราย จากสถานการณ์ครั้งนี้ส่งผลให้พบผู้ติดเชื้อกระจายไปหลายจังหวัด รัฐบาลไทยจึงมีการเตรียมความพร้อมป้องกันการระบาดระลอกใหม่โดยมีการแบ่งพื้นที่สถานการณ์ตามความรุนแรงออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ พื้นที่ควบคุมสูงสุด พื้นที่ควบคุม พื้นที่เฝ้าระวังสูง และพื้นที่เฝ้าระวัง โดยแต่ละพื้นที่จะมีมาตรการควบคุมที่แตกต่างกันไปตามความรุนแรงของพื้นที่[4]

องค์การอนามัยโลกและกระทรวงสาธารณสุขของไทยตระหนักถึงการป้องกันโรคโควิด 19 จึงออกมาตรการต่าง ๆ มากมาย เช่น วัคซีนและการปฏิบัติ DMHTTA[5] รวมถึงการปรับพฤติกรรมอื่น ๆ เช่น การทำงานที่บ้าน การกักกันตนเองเมื่อไปในพื้นที่เสี่ยงอย่างน้อย 14 วัน ปิดปากและจมูกเวลาไอหรือจาม ทำความสะอาดพื้นผิวสัมผัสด้วยแอลกอฮอล์ เป็นต้น ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้ประชาชนปฏิบัติตนตามวิถีใหม่หรือชีวิตวิถีใหม่ (New Normal)[1] ซึ่งในช่วงแรกของการระบาดนั้นประชาชนให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี แต่เมื่อระยะเวลาผ่านไปจากการสำรวจพบว่า ประชาชนมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองในภาพรวมลดลง โดยเฉพาะการสัมผัสบริเวณหน้า จมูก และปาก การเว้นระยะห่างระหว่างกัน และการใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลา อีกทั้งยังพบการรวมกลุ่มทางสังคมเพิ่มขึ้น[6,7] กระทรวงสาธารณสุขจึงปฏิบัติงานเชิงรุกมากขึ้น มีการตรวจคัดกรองผู้ที่เดินทางไปพื้นที่เสี่ยง และคัดกรองแรงงานต่างชาติ โดยอาศัยการทำงานร่วมกันของข้าราชการและเจ้าหน้าที่จากหลายหน่วยงาน โดยมีกำลังสำคัญคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีบทบาทหน้าที่ในการประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ในท้องถิ่น เป็นด่านหน้าตรวจคัดกรองผู้ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ ลงพื้นที่เคาะประตูเยี่ยมบ้านนำกลุ่มเสี่ยงเข้าสู่ระบบการรักษาอย่างรวดเร็ว ให้คำแนะนำแก่ประชาชน การเยี่ยมและติดตามผู้ที่ถูกกักกันที่บ้าน ทำบัญชีรายชื่อกลุ่มเสี่ยง และรายงานสถานการณ์ของโรคให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ทราบ[8] ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวเป็นการพัฒนายกระดับ อสม. เป็น “อสม. หมอประจำบ้าน” เพื่อช่วยดูแลประชาชนในระดับครัวเรือน[9] และกิจกรรม อสม. เคาะประตูเยี่ยมบ้านถือเป็นผลงานที่องค์การอนามัยโลกให้การยอมรับและชื่นชมว่าเป็นพลังฮีโร่เงียบสู้โรคโควิด 19 ช่วยทำให้จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ของประเทศไทยมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง และเป็นตัวอย่างแนวทางการควบคุมโรคให้กับหลายประเทศได้อีกด้วย[10]

จังหวัดนครปฐม เป็นจังหวัดหนึ่งที่เป็นพื้นที่ควบคุมโรคโควิด 19 จากข้อมูลวันที่ 7 มีนาคม พ.ศ. 2564 มีผู้ติดเชื้อระลอกใหม่สะสมจำนวน 120 ราย และมีแนวโน้มจะพบผู้ติดเชื้อมากขึ้นเรื่อย ๆ แม้ยังไม่พบผู้เสียชีวิต แต่การระบาดส่งผลสภาพเศรษฐกิจของคนในชุมชนและจังหวัด เนื่องจากเป็นแหล่งสินค้าเกษตรและสินค้าอุตสาหกรรมมากมาย รวมทั้งยังเป็นสถานที่ท่องเที่ยวเชิงประวัติศาสตร์ที่สำคัญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐมจึงเน้นการปฏิบัติงานเชิงรุก มีการเน้นย้ำให้ประชาชนปฏิบัติตามมาตรการควบคุมและป้องกันโรคโควิด 19 อย่างเคร่งครัด โดยจะมี อสม. เป็นแกนนำหลักในการลงพื้นที่ต่าง ๆ[11] ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่ อสม. ควรมีความรอบรู้ในพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ซึ่งจะช่วยให้ อสม. ป้องกันตนเองได้และสามารถให้ความรู้ และแนะนำประชาชนในพื้นที่ให้ปลอดภัยจากโรคโควิด 19 ได้ สอดคล้องกับกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จึงส่งเสริมให้ อสม. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เพื่อใช้ดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และประชาชนในชุมชนได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะนำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดีในอนาคต ตามเป้าประสงค์ของกระทรวงสาธารณสุขและยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี พ.ศ.2561-2580 จากการทบทวนงานวิจัย พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ[12] และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[13] และพบว่า

อสม. ไม่มีทักษะการอ่านและแปลความข้อมูลด้านสุขภาพจากสื่อสิ่งพิมพ์[14] อีกทั้งยังพบว่า ปัจจัย เพศ[15] อายุ ระดับการศึกษา[14] และระยะเวลาที่เป็น อสม.[16] ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ (3อ 2ส) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[12] และการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับบทบาทการควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชนของ อสม. และสามารถทำนายบทบาทการควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชนได้ร้อยละ 17.30[17]

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาเกี่ยวกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ในชุมชนของ อสม. รวมถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของ อสม. จังหวัดนครปฐม เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและทักษะในการป้องกันโรคโควิด 19 ให้แก่ อสม. สามารถปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคโควิด 19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล และระดับความรอบรู้เรื่องโรคโควิด 19 ที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดนครปฐม

วัตถุประสงค์เฉพาะ

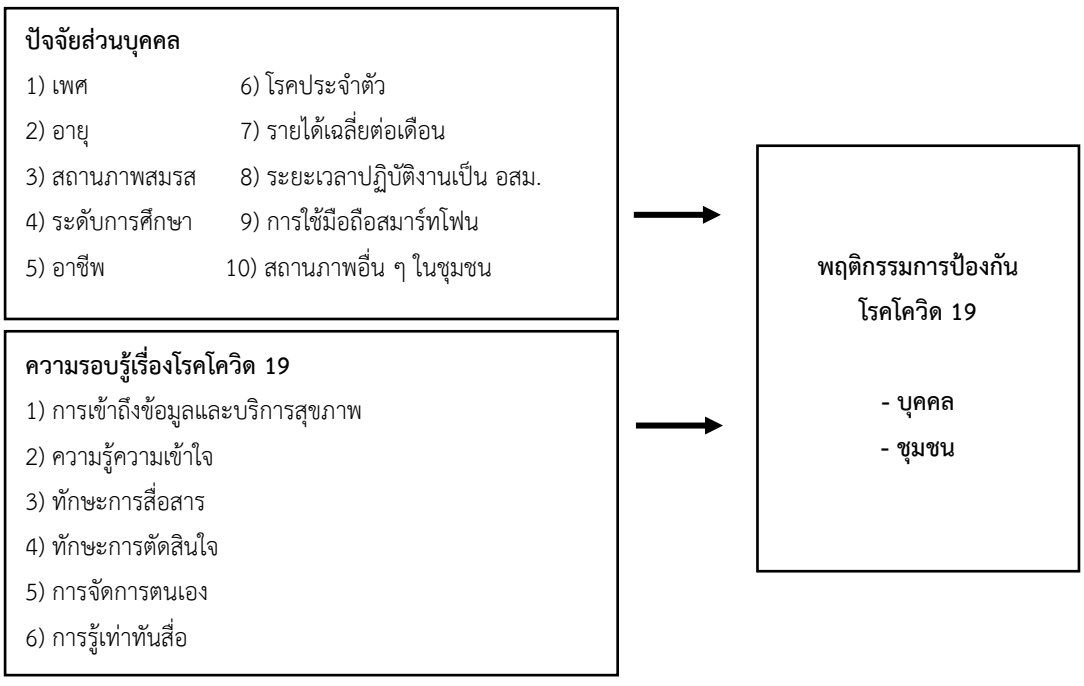
1) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความรอบรู้เรื่องโรคโควิด 19 ของ อสม. จังหวัดนครปฐม

2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของ อสม. จังหวัดนครปฐม

3) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้เรื่องโรคโควิด 19 และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของ อสม. จังหวัดนครปฐม

4) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของ อสม. จังหวัดนครปฐม

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการดำเนินการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) เก็บข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคม ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2564 โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ประชากร คือ อสม. ที่มีประสบการณ์ทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป และมีรายชื่อในทะเบียน อสม. จังหวัดนครปฐม ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 11,132 คน[18]

คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ Daniel[19] ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ค่าความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ 0.05 และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประชากรในการวิจัยนี้ใช้ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมของ อสม. ในเขตสุขภาพที่ 11 ในระดับดี มีค่าเท่ากับ 0.411[20] คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้ 254 คน และเพื่อป้องกันแบบสอบถามที่ตอบกลับมาด้วยตนเองไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 10[21] ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการจัดเก็บมีจำนวนทั้งสิ้น 280 คน

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มชนิด 2 ขั้นตอน (Two-stage cluster sampling) ได้ 2 อำเภอ ประกอบด้วย 1) อำเภอเมืองนครปฐม ได้แก่ ตำบลโพรงมะเดื่อ จำนวน 122 คน ตำบลห้วยจระเข้ จำนวน 24 คน และ ตำบลหนองปากโลง จำนวน 33 คน และ 2) อำเภอนครชัยศรี ได้แก่ ตำบลท่าตำหนัก จำนวน 60 คน และ ตำบลโคกพระเจดีย์ จำนวน 41 คน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการประชาสัมพันธ์เชิญชวนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมในการวิจัย คือ เป็น อสม. อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่จังหวัดนครปฐม ที่มีประสบการณ์ทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง สามารถอ่านเข้าใจภาษาไทย สามารถกรอกแบบสอบถามด้วยตนเองได้ และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วน และมีเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย คือ ผู้ที่ไม่สะดวกให้ข้อมูลในช่วงเวลาของการเก็บรวบรวมข้อมูลหรือขอยุติการให้ข้อมูลในระหว่างที่ยังกรอกข้อมูลไม่สมบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง โดยประยุกต์แบบวัดระดับความฉลาดด้านสุขภาพของ Osborne และคณะ[22] และแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. และประชาชนวัยทำงาน สำหรับหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในตำบลจัดการคุณภาพชีวิต[23] นำมาสร้างข้อคำถามเพื่อวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้านตามแนวคิดของ Nutbeam[24] ซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาปฏิบัติงานเป็น อสม. การใช้มือถือสมาร์ทโฟน และสถานภาพอื่น ๆ ในชุมชน จำนวน 10 ข้อ โดยทุกคำถามมีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบตามความเป็นจริง

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคโควิด 19 จำนวน 12 ข้อ แบ่งเป็นคำถามเชิงบวกและเชิงลบอย่างละ 6 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจเรื่องสาเหตุ การแพร่ระบาด การติดต่อ อาการและอาการแสดง และการป้องกันโรคโควิด 19 มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว คือ ใช่ ไม่ใช่หรือไม่แน่ใจ/ไม่ทราบ โดยคำตอบถูกให้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดหรือตอบไม่แน่ใจ/ไม่ทราบ ให้ 0 คะแนน แบ่งระดับความรอบรู้ด้านความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคใช้เกณฑ์ของ Bloom[25] แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับน้อย ปานกลาง และมาก

ส่วนที่ 3 ความรอบรู้เรื่องโรคโควิด 19 (อีก 5 ด้าน) ได้แก่ ความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 9 ข้อ ด้านทักษะการสื่อสาร จำนวน 9 ข้อ ด้านทักษะการตัดสินใจ จำนวน 8 ข้อ ด้านการจัดการตนเอง จำนวน 9 ข้อ และด้านการรู้เท่าทันสื่อ จำนวน 8 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด จำนวนทั้งสิ้น 43 ข้อ โดยประยุกต์จากแบบวัดระดับความฉลาดด้านสุขภาพ ของ Osborne[22] และแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. และประชาชนวัยทำงาน[26] โดยมีข้อคำถามเกี่ยวกับความรอบรู้ทั้ง 3 ระดับ คือ ระดับพื้นฐาน ระดับปฏิสัมพันธ์ และระดับ

วิจารณญาณ เกณฑ์การให้คะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด การแปลผลระดับความรอบรู้แต่ละด้านจะแบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ได้แก่ ความรอบรู้ระดับดีมาก ดี พอใช้ และควรปรับปรุง

ภาพรวมของความรอบรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ความรอบรู้ด้านความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคโควิด 19 ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านทักษะการตัดสินใจ ด้านการจัดการตนเอง และด้านการรู้เท่าทันสื่อ คะแนนเต็มรวมทั้งสิ้น 227 คะแนน การแปลผลระดับความรอบรู้ในภาพรวม จะแบ่งคะแนนรวมเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ความรอบรู้ระดับดีมาก ดี พอใช้ และควรปรับปรุง

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด จำนวน 17 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของ อสม. จำนวน 10 ข้อ และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ในชุมชน จำนวน 7 ข้อ เป็นการวัดความถี่ในการปฏิบัติ แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ทุกครั้ง เกือบทุกครั้ง น้อยครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ คะแนนเต็ม 51 คะแนน เนื่องจากข้อคำถามพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของ อสม. และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ในชุมชน มีข้อคำถามจำนวนแตกต่างกัน จึงมีการปรับการคำนวณค่าคะแนนของพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ทั้งในระดับบุคคล (อสม.) และระดับชุมชน ให้มีค่าน้ำหนักเท่ากัน สำหรับการแปลผลระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ในภาพรวมใช้เกณฑ์อ้างอิงตามแนวคิดของ Bloom[25] แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อย ปานกลาง และมาก

การสร้างและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความถูกต้อง และความตรงเชิงเนื้อหาโดยอาจารย□ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน แล้วนำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหารายข้อ (Content Validity for Item: I-CVI) ซึ่งค่า I-CVI และ ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (Content Validity Index for Scale: S-CVI) ของแบบสอบถามส่วนที่ 3 และ 4 มีค่าเท่ากับ 0.97 และ 0.96 ตามลำดับ หลังจากนั้นนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับ อสม. ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างวิจัย จำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (Reliability) โดยวิธีของ Kuder Richardson (KR-20) ของแบบสอบถามส่วนที่ 2 ได้ค่าเท่ากับ 0.78 และหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามส่วนที่ 3 และ 4 ได้ค่า 0.96 และ 0.81 ตามลำดับ

การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล หมายเลขการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ COA. No. MUPH 2021-059 ณ วันที่ 2 พฤศจิกายน 2565

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือแจ้งคณะกรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐมให้รับทราบ และทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลวิจัยไปยังสาธารณสุขอำเภอเมืองนครปฐม และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ที่ต้องการเก็บข้อมูล จากนั้นประสานงานกับประธาน อสม. อำเภอเมืองนครปฐมและประธาน อสม.ระดับตำบลที่ต้องการเก็บข้อมูล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษา พร้อมกับนัดหมาย วัน เวลา สถานที่ ผู้วิจัยมีการจัดทำแผนการเก็บข้อมูลและแผนการจัดเตรียมสถานที่ โดยคำนึงถึงมาตรการป้องกันโรคโควิด 19 เป็นหลัก ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองในวันประชุมประจำเดือนของ อสม. ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของพื้นที่ศึกษา กระบวนการเก็บข้อมูลนั้นผู้วิจัยเริ่มแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษา ชี้แจงเรื่องการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคม ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลนำมาประมวลและวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS v.18 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytical

Statistics) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย โดยใช้สถิติ Chi-Square วิเคราะห์ความสัมพันธ์ตัวแปรต่อเนื่อง (ค่า r) และวิเคราะห์ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ด้วยวิธีวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษาวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของ อสม.

อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อายุเฉลี่ย 55.43 ± 9.90 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 66.1 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 46.8 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 27.5 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 50.3 มีรายได้เฉลี่ย 6,297.22 ± 4,693.93 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่รายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 52.9 มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานเป็น อสม. เฉลี่ย 12.53 ± 8.55 ปี ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานอยู่ในช่วง 6-10 ปี ร้อยละ 31.1 อสม. ส่วนใหญ่มีมือถือสมาร์ทโฟน ร้อยละ 96.4 โดยมีความสามารถใช้งานมือถือสมาร์ทโฟนได้ โดยต้องมีผู้อื่นช่วยอธิบายเป็นบางครั้ง ร้อยละ 55.9 และ อสม. ส่วนใหญ่ไม่มีสถานภาพอื่นในชุมชน (มีสถานภาพเป็น อสม. อย่างเดียว) ร้อยละ 63.2

2. ความรอบรู้เรื่องโรคโควิด 19

ภาพรวมความรอบรู้เรื่องโรคโควิด 19 ทั้ง 6 ด้าน อยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า อสม. มีความรอบรู้ด้านความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับมาก ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านทักษะการตัดสินใจ และด้านการจัดการตนเอง อยู่ในระดับดีมาก และด้านทักษะการสื่อสาร และด้านการรู้เท่าทันสื่อ อยู่ในระดับดี โดยความรอบรู้ด้านความรู้ความเข้าใจที่ อสม. มีมากที่สุด คือ เมื่อพบคนในชุมชนที่ประวัติสัมผัสกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสติดเชื้อโรคโควิด 19 จะแนะนำให้กักกันตนเองเพื่อสังเกตอาการอย่างน้อย 14 วัน ร้อยละ 98.6 ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ คือ การค้นหาสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 จนเข้าใจได้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 44.3 ด้านทักษะการสื่อสาร คือ การอธิบายวิธีการใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า การล้างมือ รวมถึงแนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ให้ผู้อื่น เช่น คนในครอบครัว เพื่อนบ้าน หรือคนในชุมชน ให้เข้าใจและปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง ร้อยละ 43.2 ด้านทักษะการตัดสินใจ คือ การหลีกเลี่ยงไม่ไปเดินในที่ชุมชนแออัด เมื่อได้ยินว่ามีคนติดโควิดในชุมชน ร้อยละ 47.5 ด้านทักษะการจัดการตนเอง คือ การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ได้ตรงตามเป้าหมาย เช่น ใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้งที่ออกจากบ้าน ล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ทุกครั้งหลังจากสัมผัสลูกบิดประตู รักษาระยะห่างระหว่างบุคคลทุกครั้งเมื่อต้องไปแหล่งที่มีคนหนาแน่น เป็นต้น ร้อยละ 53.6 และด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อ คือ การตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ที่เกินจริงได้ และการตรวจสอบข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ว่ามาจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือก่อนส่งต่อไปให้ผู้อื่น ร้อยละ 25.0

3. พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19

ภาพรวมพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของ อสม. และพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ของ อสม. ในชุมชน อยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน โดยพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ที่ อสม. ปฏิบัติมากที่สุด คือ การสวมใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าเมื่อออกนอกบ้าน ร้อยละ 99.3 และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของ อสม. ในชุมชนที่ปฏิบัติทุกครั้งมากที่สุด คือ การสวมใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าตลอดเวลาเมื่อปฏิบัติงานคัดกรองผู้ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อหรือปฏิบัติงานในชุมชน ร้อยละ 96.4 และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของ อสม. ในชุมชนที่ไม่ได้ปฏิบัติมากที่สุด คือ การจัดทำบัญชีรายชื่อกลุ่มเสี่ยงโรคโควิด 19 ในชุมชนที่รับผิดชอบ ร้อยละ 13.2

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้เรื่องโรคโควิด 19 และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19

4.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความรอบรู้เรื่องโรคโควิด 19 พบ 2 ปัจจัยส่วนบุคคล คือ การมีโรคประจำตัวและการมีโทรศัพท์มือถือสมาร์ทโฟนมีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้เรื่องโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.011 และ p=0.009 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความรอบรู้เรื่องโรคโควิด 19 (n = 280)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับความรอบรู้เรื่องโรคโควิด 19 จำนวน (ร้อยละ)			χ^2	p-value
	ควรปรับปรุงและพอใช้	ดี	ดีมาก		
โรคประจำตัว				9.102	0.011*
ไม่มีโรคประจำตัว	8 (5.8)	62 (44.9)	68 (49.3)		
มีโรคประจำตัว	22 (15.5)	46 (32.4)	74 (52.1)		
โทรศัพท์มือถือสมาร์ทโฟน				9.376	0.009*
ไม่มีมือถือสมาร์ทโฟน	4 (40.0)	3 (30.0)	3 (30.0)		
มีมือถือสมาร์ทโฟน	26 (9.6)	105 (38.9)	139 (51.5)		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 พบเพียง 1 ปัจจัย คือ ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.004) (ตารางที่ 2) ซึ่งปัจจัยส่วนบุคคลอื่น ๆ ได้แก่ เพศ และอายุ พบความแตกต่างกันของระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 หากแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 (n = 280)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 จำนวน (ร้อยละ)		χ^2	p-value
	น้อยและปานกลาง**	มาก		
ระดับการศึกษา			13.102	0.004*
ประถมศึกษา	12 (10.1)	107 (89.9)		
มัธยมศึกษา	13 (9.9)	118 (90.1)		
อนุปริญญา/ปวส.	5 (45.5)	6 (54.5)		
ปริญญาตรีขึ้นไป	2 (10.5)	17 (89.5)		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ** รวมกลุ่มน้อยและปานกลางเนื่องจากมีเซลล์ศูนย์ (0)

4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้เรื่องโรคกับพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 พบว่า ปัจจัยความรอบรู้เรื่องโรคโควิด 19 ภาพรวมทั้ง 6 ด้านนั้นมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.444, p<0.001) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความรอบรู้ด้านการจัดการตนเอง และด้านการรู้เท่าทันสื่อมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) ส่วนความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านทักษะ

การสื่อสาร และด้านทักษะการตัดสินใจมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) แต่ความรอบรู้ด้านความรู้ความเข้าใจไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 (r=0.108, p=0.071) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้เรื่องโรคโควิด 19 และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 (n = 280)

ความรอบรู้เรื่องโรคโควิด 19	พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19		
	ค่าความสัมพันธ์ (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
1. ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	0.331**	< 0.001	น้อย
2. ด้านความรู้ความเข้าใจ	0.108	0.071	ไม่มี
3. ด้านทักษะการสื่อสาร	0.325**	< 0.001	น้อย
4. ด้านทักษะการตัดสินใจ	0.379**	< 0.001	น้อย
5. ด้านการจัดการตนเอง	0.419**	< 0.001	ปานกลาง
6. ด้านการรู้เท่าทันสื่อ	0.406**	< 0.001	ปานกลาง
ภาพรวม	**0.444****	< 0.001	**ปานกลาง**

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

5. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความรอบรู้เรื่องโรคโควิด 19 (รายด้าน) ที่ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 โดยใช้วิธีการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) แบบ Enter พบตัวแปรที่มีอิทธิพลในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จำนวน 3 ตัวแปร ได้แก่ ระดับการศึกษา การมีสถานภาพอื่น ๆ ในชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน สมาชิก อบต./เทศบาล และสมาชิกกลุ่มในชุมชน เป็นต้น และความรอบรู้เรื่องโรคโควิด 19 ด้านการจัดการตนเอง สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ได้ร้อยละ 26.4 (R^2 เท่ากับ 0.264) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความรอบรู้เรื่องโรคโควิด 19 (รายด้าน) ที่ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 (n = 280)

ปัจจัย	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	p-value
	β	Std. Error	Beta		
ระดับการศึกษา (ประถมศึกษา)	3.905	1.701	0.233	2.296	0.022*
การมีสถานภาพอื่น ๆ ในชุมชน	2.143	0.964	0.125	2.224	0.027*
ความรอบรู้เรื่องโรคโควิด 19 ด้านการจัดการตนเอง	0.433	0.177	0.239	2.440	0.015*

R^2=0.264, * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การอภิปรายผลการวิจัย

ความรอบรู้เรื่องโรคโควิด 19 จากผลการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้เรื่องโรคโควิด 19 ภาพรวมทั้ง 6 ด้านของ อสม. อยู่ในระดับดี เช่นเดียวกับผลการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. จังหวัดราชบุรี ที่อยู่ในระดับดี[27] ซึ่งน่าจะเป็นผลของการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชนวัยทำงานและ อสม. ทั่วประเทศ โดยเน้นพฤติกรรม 8 ประเด็นหลัก ได้แก่ การบริโภคอาหาร ออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การป้องกันวัณโรค การใช้ยาอย่างสมเหตุผล และการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด 19[23] จึงส่งผลให้ อสม. มีความรอบรู้เรื่องโรคโควิด 19 นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคได้อย่างถูกต้อง และสามารถชี้แนะคนในชุมชนได้ โดยเฉพาะความรอบรู้ด้านความรู้

ความเข้าใจเรื่องโรคโควิด 19 ที่พบว่าอยู่ในระดับมาก ได้ผลเช่นเดียวกับการศึกษาใน อสม. เขตสุขภาพที่ 6[28] ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากประเทศไทยมีการรณรงค์และเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับวิธีการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 อย่างต่อเนื่องและเน้นการทำงานเชิงรุก โดยให้ อสม. เป็นกำลังสำคัญในการแนะนำให้คนในชุมชนที่มีประวัติสัมผัสกลุ่มเสี่ยง และกักกันตนเองเพื่อสังเกตอาการอย่างน้อย 14 วัน ซึ่งพบว่าอยู่ในระดับมากที่สุด (ทักษะด้านความรู้ความเข้าใจระดับปฏิสัมพันธ์) และรองลงมาความรอบรู้เรื่องการตรวจวัดอุณหภูมิ สวมหน้ากากอนามัย และล้างมือด้วยแอลกอฮอล์ก่อนเข้าใช้บริการร้านค้าทุกครั้ง (ทักษะด้านความรู้ความเข้าใจระดับพื้นฐาน) อย่างไรก็ดียังพบว่า อสม. มีความรู้ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องในการแนะนำให้คนในชุมชนล้างมือด้วยน้ำเปล่าก่อนรับประทานอาหาร (ทักษะด้านความรู้ความเข้าใจระดับปฏิสัมพันธ์) เช่นเดียวกับผลการศึกษาในประชาชนจังหวัดพะเยาที่พบการล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์เมื่อต้องออกไปที่สาธารณะและล้างมือด้วยสบู่หลังสัมผัสเหรียญหรือธนบัตรน้อยที่สุด[29] ดังนั้นการล้างมืออย่างถูกวิธีเป็นคำแนะนำที่ควรเน้นย้ำใน อสม. มากที่สุด[30] เพื่อการป้องกันโรคโควิด 19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพของ อสม. มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก เหมือนกับผลการศึกษาใน อสม. จังหวัดจันทบุรี[31] ทั้งนี้เนื่องมาจากในจังหวัดนครปฐมมีกลยุทธ์ “นครปฐมโมเดล” เพื่อใช้ในการรับมือกับโรคโควิด 19 โดยมียุทธศาสตร์หลัก คือ การใช้ระบบการดูแลในชุมชน (Community Isolation: CI) เน้นการทำงานเชิงรุก[32] ส่งผลต่อทักษะด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่าง อสม. กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และยังสามารถตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด 19 จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก่อนที่จะเชื่อข้อมูล (ทักษะด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพระดับวิจารณญาณ) ดังนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ถือเป็นแหล่งข้อมูลสำคัญและมีความใกล้ชิดกับ อสม. ทั้งเรื่องตอบข้อสงสัย ให้คำปรึกษา และให้ข้อมูล เพื่อให้ อสม. สามารถตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้รับจากแหล่งต่าง ๆ ได้ แต่พบประเด็นที่ต้องพัฒนา อสม. ให้มีความรอบรู้เกี่ยวกับการค้นหาข้อมูลที่ถูกต้องและเป็นปัจจุบันจากสื่อสิ่งพิมพ์หรือสื่อออนไลน์ และการสอบถามข้อมูล ซึ่งทักษะด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ยังคงเป็นปัญหาต่อเนื่องของ อสม. จังหวัดนครปฐมที่มีการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารโดยใช้ช่องทางอินเตอร์เน็ตอยู่ในระดับไม่ดี[15] และ พบว่า อสม. บางส่วนยังขาดทักษะในการอ่านและแปลความข้อมูลสาธารณสุขจากสื่อสิ่งพิมพ์[14] ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของ การให้ความรู้เกี่ยวกับช่องทางการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร เพื่อให้ อสม. สามารถค้นหาข้อมูลที่ถูกต้องน่าเชื่อถือ และทันสมัยได้ และใช้ช่องทางการเผยแพร่ข้อมูลในชุมชนที่หลากหลาย ได้แก่ การใช้เสียงตามสาย วิทยุชุมชน การบอกกล่าว การใช้สื่อสิ่งพิมพ์ ป้ายประชาสัมพันธ์ (โปสเตอร์ แผ่นพับ ใบปลิว) และช่องทางออนไลน์ เช่น ไลน์ เฟซบุ๊ค แอปพลิเคชั่น หรือเว็บไซต์ รวมถึงการทำตัวเป็นแบบอย่าง เป็นต้น[33] ซึ่งในปัจจุบันควรส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลจากแหล่งข้อมูลออนไลน์มากขึ้น เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบาย อสม. 4.0 ที่เน้นระบบการสื่อสารผ่านทางไลน์และแอปพลิเคชั่น SMART อสม. รวมถึงเว็บไซต์และ/หรือช่องทางที่จะสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ติดต่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ และการส่งผลงานของ อสม. ได้[9] ซึ่งควรประยุกต์ใช้ช่องทางการสื่อสารให้เหมาะสมตามบริบทในแต่ละพื้นที่

ความรอบรู้ด้านทักษะการสื่อสาร อสม. มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี เช่นเดียวกับการศึกษาในจังหวัดราชบุรี[27] ดังนั้น การพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารใน อสม. จึงเป็นสิ่งสำคัญ ทั้งทักษะด้านการพูด อ่าน เขียน และการสื่อสารเพื่อโน้มน้าวให้คนในชุมชนเข้าใจและปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ได้ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพทำให้ประชาชนมีความรู้รู้วิธีการหลีกเลี่ยง ป้องกัน ลดความตื่นตระหนก และทำให้ประชาชนให้ความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งจะช่วยป้องกันการระบาดของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น[33] อีกทั้งยังพบว่า อสม. มีทักษะในด้านการสื่อสารทั้งเป็นผู้ส่งสารและผู้รับสารที่ดี มีทักษะการอธิบายวิธีการใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า การล้างมือ รวมถึงแนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ให้แก่คนในครอบครัว เพื่อนบ้าน หรือคนในชุมชน ให้มีความเข้าใจและปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้องมากที่สุด (ทักษะด้านการสื่อสารระดับปฏิสัมพันธ์) รองลงมา คือ การซักถามหรือติดต่อขอข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด 19 กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ทักษะด้านการสื่อสารระดับปฏิสัมพันธ์) ซึ่งสอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ของ อสม. ในชุมชนที่จะเป็นผู้

เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ จัดรณรงค์ ให้ความรู้ เฝ้าระวัง เป็นแกนนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นกำลังสำคัญในการประสานการดำเนินงานสาธารณสุขในชุมชนและปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานของรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงองค์กรพัฒนาชุมชนอื่น ๆ ในท้องถิ่น[34] หากแต่ อสม. บางส่วนยังมีความรอบรู้เกี่ยวกับการเขียนเพื่อสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด 19 น้อย เช่น เขียนแผ่นพับ ใบปลิว โปสเตอร์ หรือจัดนิทรรศการ (ทักษะการสื่อสารระดับพื้นฐาน) เช่นเดียวกับการศึกษาใน อสม. จังหวัดสมุทรสาคร ที่พบทักษะเรื่องการเขียนแนวทางการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนอยู่ในระดับไม่ดี[35] เป็นผลมาจากปัจจัย อาทิ ระดับการศึกษา ความรู้ และประสบการณ์ในเรื่องที่ต้องการสื่อสารเป็นอย่างดี การมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การใช้ภาษาที่สื่อสารเข้าใจง่าย และเหมาะสมกับผู้รับสาร ซึ่งต้องอาศัยการฝึกฝนและปฏิบัติเป็นประจำ จึงจะสามารถถ่ายทอดความรู้ให้คนในชุมชนเข้าใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความรอบรู้ด้านทักษะการตัดสินใจ อสม. มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก เช่นเดียวกับการศึกษาใน อสม. จังหวัดจันทบุรี[31] ซึ่งทักษะการตัดสินใจเป็นความสามารถของ อสม. ในการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งวิเคราะห์ผลดี ผลเสีย และแสดงข้อมูลเพื่อหักล้างความเข้าใจผิดได้อย่างเหมาะสม[36] จากผลการศึกษาพบว่า อสม. มีทักษะการตัดสินใจในระดับพื้นฐาน คือการหลีกเลี่ยงไม่ไปเดินในที่ชุมชนแออัดและมีความเสี่ยงต่อโรคโควิด 19 และ การเลือกปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ที่ถูกต้อง ได้แก่ การเว้นระยะห่างระหว่างบุคคลและการจำกัดจำนวนบุคคลเป็นคำแนะนำที่ควรเน้นย้ำมากที่สุด[30] อย่างไรก็ดียังพบว่า อสม. ขาดทักษะด้านการตัดสินใจระดับวิจารณญาณไม่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด 19 เพื่อปรับความเข้าใจผิดของคนในชุมชนได้ เนื่องจาก อสม. บางส่วนขาดความมั่นใจในการแนะนำความรู้แก่เพื่อนบ้าน[14] และความเข้าใจของบุคคลนั้นมีพื้นฐานมาจากหลายปัจจัย เช่น ความเชื่อ ทัศนคติ และความรู้พื้นฐาน เป็นต้น

ความรอบรู้ด้านทักษะการจัดการตนเอง อสม. มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมากเช่นเดียวกับ อสม.จังหวัดจันทบุรี[31] เนื่องจากมีการรณรงค์และมีนโยบายที่มุ่งเน้นให้ อสม. เป็นแบบอย่างในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ได้แก่ การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ได้ตรงตามเป้าหมาย เช่น ใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้งที่ออกจากบ้าน ล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ทุกครั้งหลังจากสัมผัสลูกบิดประตู และรักษาระยะห่างเมื่อต้องไปแหล่งที่มีคนหนาแน่น (ทักษะการจัดการตนเองระดับปฏิสัมพันธ์) รองลงมา คือ การทำตามแผนการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ที่กำหนด (ทักษะการจัดการตนเองระดับปฏิสัมพันธ์) สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า อสม. สามารถใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าทุกครั้งที่ออกจากบ้าน[28] ชี้ให้เห็นว่า อสม. ให้ความสำคัญกับการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของตนเองเป็นอย่างมาก เนื่องจากมีการกำหนดเป้าหมาย วางแผน และสามารถทำได้ตามแผนที่วางไว้ได้เป็นอย่างดี แต่การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ในชุมชนยังต่ำอยู่ ซึ่งจำเป็นต้องเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเอง เพื่อให้มีความรู้ที่เพียงพอและสามารถตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเพื่อนำไปแนะนำคนในชุมชนให้ปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ที่ถูกต้องได้

ความรอบรู้ด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อ อสม. มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ขณะที่ อสม. จังหวัดจันทบุรี พบว่าอยู่ในระดับดีมาก[31] เป็นผลมาจากปัจจุบันมีการให้ความสำคัญการรู้เท่าทันสื่อของ อสม. และประชาชนเป็นอย่างมาก เห็นได้จากนโยบาย อสม. 4.0 ซึ่งเน้นให้ อสม. ติดต่อสื่อสารโดยใช้สมาร์ทโฟนมากขึ้น[9] และเนื่องจากมีความพลวัตของสื่อ (Dynamic media) ซึ่งเป็นการผสมผสานระหว่างสื่อสิ่งพิมพ์ สื่อกระจายเสียง และสื่ออินเตอร์เน็ต เพื่อให้เข้าถึงบุคคลจำนวนมากในเวลาเดียวกันและมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสารตลอดเวลา จึงเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่หยุดนิ่ง[37] ดังนั้นการรู้เท่าทันสื่อของ อสม. รวมทั้งการตรวจสอบความน่าเชื่อถือ การเปรียบเทียบ และการประเมินข้อความสื่อ เพื่อนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองและชี้แนะแนวทางให้คนในชุมชน จะเป็นการสร้างภูมิคุ้มกันให้แก่ผู้บริโภคสื่อในยุคปัจจุบันได้[36] ซึ่งผลการศึกษาพบว่าการมีโทรศัพท์มือสมาร์ทโฟนมีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้เรื่องโรคโควิด 19 แต่ อสม. มีความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลใหม่ ๆ จากสื่อออนไลน์ต่าง ๆ เช่น ไลน์ เฟซบุ๊ค ยูทูป และเว็บไซต์น้อยมาก ซึ่งจำเป็นที่ต้องพัฒนา อสม. ให้รู้เท่าทันช่องทางสื่อสมัยใหม่ โดยเฉพาะสื่อสังคมออนไลน์ที่เพิ่มมากขึ้น[38] ทั้งนี้

เนื่องจากมีการแพร่ข่าวปลอมในสื่อดังกล่าวมากขึ้น[39] ส่งผลให้ประชาชนเกิดความสับสนและมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องได้[3] ดังนั้นการรู้เท่าทันสื่อจะช่วยในการพัฒนาสุขภาพของประชาชนได้[40]

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความรอบรู้เรื่องโรคโควิด 19 ทั้ง 6 ด้านของ อสม. พบว่า โรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้เรื่องโรคโควิด 19 เช่นเดียวกันกับประชากรวัยทำงาน จังหวัดเชียงใหม่[41] และการมีโทรศัพท์มือสมาร์ทโฟนมีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้เรื่องโรคโควิด 19 ซึ่งจะสามารถเพิ่มการเข้าถึงข้อมูล ส่งเสริมการเรียนรู้ และสามารถเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพอันจะนำไปสุขภาวะที่ดีในประชาชนได้[40] ดังนั้น การจัดกิจกรรมสร้างเสริมความรอบรู้เรื่องโรคโควิด 19 ใน อสม. นั้น ควรจัดให้เหมาะสมกับสถานะทางสุขภาพของ อสม. โดยประยุกต์ใช้ช่องทางการสื่อสารที่หลากหลาย ทั้งสื่อในรูปแบบสิ่งพิมพ์และสื่อออนไลน์ เพื่อให้การสื่อสารเป็นไปอย่างทั่วถึงและเหมาะสมกับ อสม. แต่ละบุคคล

พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 จากผลการศึกษา พบว่า อสม. มีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของตนเองในชุมชน และภาพรวมอยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกับการศึกษาใน อสม. เขตสุขภาพที่ 11[20] สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580)[26] ที่มีการสนับสนุนความรอบรู้ในประชาชนทุกกลุ่มวัย และ อสม. เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมในการดูแลตนเอง คนในครอบครัว และคนในชุมชน และเป็นตัวอย่างที่ดีในการประพฤติปฏิบัติ อาทิ การสวมใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าเมื่อออกนอกบ้านทุกครั้ง และสวมตลอดเวลาเมื่อปฏิบัติงานคัดกรองผู้ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อหรือปฏิบัติงานในชุมชน รวมทั้งขณะให้คำแนะนำแก่คนในชุมชน[31,42] สำหรับพฤติกรรมที่ อสม. ยังคงปฏิบัติน้อย คือ การลงชื่อเข้าใช้งานสถานที่ต่าง ๆ ผ่านแอปพลิเคชันไทยชนะ การตรวจสอบอาการผิดปกติผ่านแอปพลิเคชันหมอชนะ และการจัดทำบัญชีรายชื่อกลุ่มเสี่ยงโรคโควิด 19 ในชุมชนที่รับผิดชอบ จากผลการศึกษาพบ อสม. ร้อยละ 55.9 สามารถในการใช้งานมือถือสมาร์ทโฟนได้แต่ต้องมีผู้อื่นช่วยอธิบายเป็นบางครั้ง จึงอาจส่งผลให้มีการใช้แอปพลิเคชันน้อยและมีความไม่สะดวกในการใช้บริการ[43] และการมีภาระงาน อสม. ที่แตกต่างกันไปตามสภาพปัญหาและบริบทของแต่ละพื้นที่ มากกว่านั้นผลการศึกษาพบว่าระดับการศึกษาของ อสม. มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19[25] ซึ่ง อสม. ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมและมัธยมศึกษา ดังนั้นจึงต้องมีการส่งเสริมการเรียนรู้ การใช้สื่อ (สมัยใหม่) และการรู้เท่าทัน

สำหรับความรอบรู้เรื่องโรคโควิด 19 ทั้ง 6 ด้าน และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 พบมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับผลการศึกษาใน อสม. เขตสุขภาพที่ 6[28] โดยความรอบรู้ด้านการจัดการตนเองและด้านการรู้เท่าทันสื่อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ในระดับปานกลาง และความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสาร และด้านทักษะการตัดสินใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ในระดับน้อย แต่ความรอบรู้ด้านความรู้ความเข้าใจไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาใน อสม. จังหวัดภูเก็ต[12] และ อสม. จังหวัดสุรินทร์[44] หากแต่เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลและความรอบรู้เรื่องโรคโควิด 19 รายด้านร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 พบว่า ระดับการศึกษา การมีสถานภาพอื่น ๆ ในชุมชน เช่น ผู้นำผู้ชุมชน สมาชิก อบต./เทศบาล และสมาชิกกลุ่มในชุมชน เป็นต้น และความรอบรู้เรื่องโรคโควิด 19 ด้านการจัดการตนเอง สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ได้ร้อยละ 26.4 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาใน อสม. จังหวัดภูเก็ต ที่พบระดับการศึกษาและความรอบรู้ด้านการจัดการตนเอง การตัดสินใจที่ถูกต้อง รวมถึงการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ มีอิทธิพลต่อการทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้ร้อยละ 12.6[12] จะเห็นได้ว่า ทักษะความรอบรู้ด้านการจัดการตนเองมีความสำคัญที่ส่งผลให้ อสม. สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ได้ดี กอปรกับการมีสถานภาพทางสังคมอื่นๆ ร่วมกับการเป็น อสม. เป็นโอกาสในเรียนรู้ มีหน้าที่รับผิดชอบและการสามารถเป็นแบบอย่างให้คนในชุมชน ซึ่งในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 นั้น อสม. ต้องเป็นแกนนำร่วมกับภาคีเครือข่ายหลายภาคส่วนในการปฏิบัติงานเชิงรุก เช่น การช่วยประสานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ช่วยส่งอาหาร

ของใช้จำเป็น และยารักษาให้กับผู้ที่ถูกกักกันที่บ้าน หรือแม้แต่การช่วยรับบริจาคเงินและสิ่งของแก่ผู้ที่ต้องกักตัวที่บ้าน ดังนั้น อสม. จึงเป็นที่พึ่งสำคัญของคนในชุมชน ถือเป็นพลังฮีโร่เงียบตามที่องค์การอนามัยโลกให้การยอมรับ[10]

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัด อำเภอและตำบลและองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ควรจัดทำแผนงานพัฒนาความรอบรู้เรื่องโรคโควิด 19 ของ อสม. โดยเฉพาะความรอบรู้ด้านการจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อสมัยใหม่ เพื่อให้ อสม. มีทักษะที่นำไปใช้ได้จริงกับตนเอง ครอบครัวและชุมชน

2. มีช่องทางการติดต่อสื่อสารที่สะดวกสำหรับ อสม. ในการตรวจสอบข้อมูลข่าวสารและแก้ไขข่าวปลอมที่เผยแพร่อยู่บนโลกออนไลน์ เพื่อให้ อสม. รู้เท่าทัน และกระจายข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง

ข้อจำกัดในการวิจัย

การเก็บข้อมูลดำเนินการในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ผ่านไปไม่นาน เป็นช่วงที่ อสม. ได้รับข้อมูลข่าวสาร และกระตุ้นให้ทำบทบาทหน้าที่ในการป้องกันโรคโควิด 19 จากหน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยงานต่าง ๆ และกลุ่มตัวอย่าง เป็น อสม. ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ อาจทำให้ผลการข้อมูลมีแนวโน้มเชิงบวก

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization [Internet]. Switzerland: World Health Organization; 1948 [updated 2020 Dec 20; cited 2020 Dec 21]. Available from: https://www.who.int/thailand/emergencies/novel-coronavirus-2019/q-a-on-covid-19.
2. Worldometers [Internet]. U.S.A.: Worldometers.info; 2020 [updated 2020 Oct 23; cited 2020 Oct 24]. Available from: https://www. worldometers.info/coronavirus/country/thailand/
3. World Health Organization [Internet]. Switzerland: World Health Organization; 1948 [updated 2022 Jul 19; cited 2022 Jul 20]. Available from: https://www.who.int/health-topics/infodemic#tab=tab_1
4. ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด 19 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมประชาสัมพันธ์; 2563 [วันที่ปรับปรุง 19 ธ.ค. 2563; วันที่อ้างถึง 20 ธ.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก https://www.prd.go.th/th/content/category/index/id/39
5. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2562 [วันที่ปรับปรุง - พ.ค. 2564; วันที่อ้างถึง 4 พ.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=18373
6. สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2561 [วันที่ปรับปรุง 7 ส.ค. 2563; วันที่อ้างถึง 20 ธ.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/04/146046/
7. ฐานเศรษฐกิจ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: บริษัท ฐานเศรษฐกิจ มัลติมีเดีย จำกัด; 2563 [วันที่ปรับปรุง 9 ส.ค. 2563; วันที่อ้างถึง 20 ธ.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก https://www.thansettakij.com/content/normal_news/444884
8. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี; กระทรวงสาธารณสุข; 2563 [วันที่ปรับปรุง 15 เม.ย. 2563; วันที่อ้างถึง 20 ธ.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://phc.moph.go.th/www_hss/data_center/dyn_mod/070502135.pdf
9. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือ อสม. หมอประจำบ้าน. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.; 2562.
10. ไทยพีบีเอส [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ไทยพีบีเอส; 2563 [วันที่ปรับปรุง 15 เม.ย. 2563; วันที่อ้างถึง 20 ธ.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก https://www.thaipbs.or.th/news/content/291157

11. นครปฐม Covid-19 [อินเทอร์เน็ต]. นครปฐม: สำนักงานจังหวัดนครปฐม; 2563. 2563 [วันที่ปรับปรุง 2 มี.ค. 2564; วันที่อ้างถึง 3 มี.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก https://covid.nakhonpathom.go.th/frontpage
12. สุวรรณา หล่อโลหการ, ประพรศรี นรินทร์รักษ์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2564;30(3):414-22.
13. จันทกานต์ วลัยเสถียร, เบญจมาศ อุนรัตน์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าแกนนำชุมชน ในพื้นที่อำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2563;27(1):86-95.
14. ประภัสสร งาแสงใส, ปดิรดา ศรสียน และสุวรรณา ภัทรเบญจพล. กรณีศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน. 2557;9:82-7.
15. ชินตา เตชะวิจิตรจารุ, อัจฉรา ศรีสุภรกรกุล, สุทัตตา ช้างเทศ. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารพยาบาลทหารบก. 2561;19:320-32.
16. จักรี ปัถพี. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพประชาชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2559.
17. กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นภชา สิงห์วีรธรรม, นวพร ดาแสงสวัสดิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย. วารสารสถาบันบำราศนราดูร. 2563;14(2):92-103.
18. ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2562 [วันที่ปรับปรุง 15 ธ.ค. 2563; วันที่อ้างถึง 20 ธ.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก http://www.thaiphc.net/phc/phcadmin/administrator/Report/OSMRP000VHV.php
19. Daniel WW. Biostatistics-A Foundations for Analysis in the Health Sciences. New York-Chichester-Brisbane-Toronto-Singapore: Wiley & Sons; 1995.
20. ทิพวัลย์ ชูประเสริฐ, พลอยไพลิน จันทร์มณี. การศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตสุขภาพที่ 11. สุราษฎร์ธานี: สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 11: 2562
21. อุไรรัตน์ คูหะมณี, ยุวดี รอดจากภัย, นิภา มหารัชพงศ์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันโรคเรื้อรัง. วารสารกรมการแพทย์. 2563;45(1):137-142.
22. Osborne RH, Batterham RW, Elsworth GR, Hawkins M, Buchbinder R. The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). BMC Public Health. 2013;13(1):1-17.
23. กองสุขศึกษา [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2557 [วันที่ปรับปรุง 29 ม.ค. 2563; วันที่อ้างถึง 20 ธ.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก http://www.hed.go.th/linkHed/403
24. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies in the 21st century. Health promotion international. 2000;15(3):259-67.
25. Srichan P, Apidechkul T, Tamornpark R, Yeemard F, Khunthason S, Kitchanapaiboon S, et al. Knowledge, attitude and preparedness to respond to the 2019 novel coronavirus (COVID-19) among the bordered population of northern Thailand in the early period of the outbreak: a cross-sectional study. SSRN Electronic Journal. 2020;9(2):118-25.
26. กองสุขศึกษา. แนวทางการดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ 2563. นนทบุรี: โรงพิมพ์กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
27. รจนารถ ชูใจ, ชลธิชา บุญศิริ, กมลพร แพทย์ชีพ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลดอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2564;8(1):250-62.

28. ดาวรุ่ง เยาวกูล, ปาจรีย์ อับดุลลากาซิม, นิภา มหารัชพงศ์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตสุขภาพที่ 6. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2565;15(1):257-72.
29. ธานี กล่อมใจ, จรรยา แก้วใจบุญ, ทักษิกา ชัชวรัตน์. ความรู้และพฤติกรรมของประชาชนเรื่องการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019. วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา. 2563;21(2):29-39.
30. Riiser K, Helseth S, Haraldstad K, Torbjørnsen A, Richardsen KR.). Adolescents' health literacy, health protective measures, and health-related quality of life during the Covid-19 pandemic. PLoS One. 2020;15(8):1-13.
31. เอกราช มีแก้ว, วัลลภ ใจดี, สุนิศา แสงจันทร์. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเอง ในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสอยดาว จังหวัดจันทบุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2565;32(1):74-87.
32. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2564 [วันที่ปรับปรุง 1 เม.ย. 2564; วันที่อ้างถึง 20 ก.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก https://www.nationalhealth.or.th/th/node/3209
33. กองสุขศึกษา. (2561). กลยุทธ์การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ (ฉบับที่ 1). กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์ จำกัด.
34. กองสุขศึกษา. การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ จากอสม.สู่ อสค. กรุงเทพฯ: บริษัท โอ-วิทย์ (ประเทศไทย) จำกัด; 2560.
35. อัญชลี จันทรินทรากร. ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในเขตเทศบาลตำบลสวนหลวง อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2557.
36. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, นฤมล ตรีเพชรศรีอุไร. ความฉลาดทางสุขภาพ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์นิวธรรมดาการพิมพ์ (ประเทศไทย) จำกัด; 2554.
37. กมลวรรณ โลห์สิวานนท์. ก้าวข้ามให้พ้น "พลวัตของสื่อ". วารสารนิเทศศาสตร์ธุรกิจบัณฑิตย์. 2555;6(2):11-41.
38. พัชราภา เอื้ออมรวานิช. สื่อมวลชนกับการกำกับดูแลตนเอง. วารสารมหาวิทยาลัยศิลปากร. 2562;39(3):150-61.
39. จิรนันท์ หาญธำรงวิทย์, สันติชัย อาภรณ์ศรี, ธิติมา อุรพีพัฒนพงศ์, อาธิติยา จำปาจันทร์, ณัฐพล ศุภสิทธิ์. การวิเคราะห์เปรียบเทียบข่าวปลอมของหน่วยงานตรวจสอบข่าวปลอม (ศูนย์ชัวร์ก่อนแชร์ ศูนย์ต่อต้านข่าวปลอม ประเทศไทย และโครงการโคแฟคประเทศไทย) ในประเทศไทย. วารสารกองทุนพัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์, 2022;1(2):59-88.
40. Vaz N. Mobile health literacy to improve health outcomes in Low-Middle Income Countries. International Journal of Reliable and Quality E-Healthcare. 2017;6(4):4-16.
41. กัลยาณี ตันตรานนท์, อนนท์ วิสุทธิ์ธนานนท์, วีระพร ศุทธากรณ์, บังอร ศุภวิทิตพัฒนา, สุมาลี เลิศมัลลิกาพร, เสาวนีย์ คำปวน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรวัยทำงาน ตำบลหนองป่าครั่ง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. วารสารสาธารณสุขล้านนา, 2563;16(2):61-71.
42. จิตรา มูลทิ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย. วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา. 2564;27(2):5-14.
43. ปรเมศวร์ รัมยากูร. การสื่อสารในภาวะวิกฤตของเว็บไซต์ และแอปพลิเคชัน ที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์โควิด-19 ในประเทศไทย. วารสารนิเทศสยามปริทัศน์. 2563;19(2):231-47.
44. วีระ กองสนั่น, อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตตำบลหนองใหญ่ อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน. 2563;3(1):35-44.