

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19  
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช  
The Relationships between Perception and Self-protection Behaviors from  
Covid-19 among Village Health Volunteers in Rural Nakhon Si Thammarat

ชัยณรงค์ ทรงทอง

Chainarong Thrunghong

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช

Thungsong District Health Office, Nakhon Si Thammarat Province

(Received: December 16, 2022, Revised: January 22, 2023, Accepted: February 19, 2023)

บทคัดย่อ

การศึกษาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และ 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ของ อสม. ประชากรที่ศึกษา คือ อสม. ในอำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 2,369 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 95 และค่า  $Z \alpha/2$  เท่ากับ 1.96 ได้จำนวน 242 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ รวบรวมข้อมูลในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2565 โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช ดังนี้ ด้านการรับรู้เท่ากับ 0.815 พฤติกรรมการป้องกันตนเอง เท่ากับ 0.864 และทั้งฉบับ เท่ากับ 0.893 วิเคราะห์โดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ Spearman rank correlation coefficient

ผลการวิจัย พบว่า ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ในการป้องกันโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $M= 3.85, 3.83$  และ  $3.79; S.D.= 0.45, 0.39$  และ  $0.40$ ) ตามลำดับ สำหรับการรับรู้ต่ออุปสรรคในการป้องกันโรค มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ( $M= 3.38, S.D.= 0.45$ ) พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในภาพรวมอยู่ในระดับเหมาะสม ( $M= 3.91, S.D.= 0.57$ ) และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 อยู่ในระดับต่ำ ( $r_s= 0.298$  และ  $0.292$ ) ส่วนการรับรู้ถึงประโยชน์ในการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 อยู่ในระดับต่ำมาก ( $r_s= 0.187$ ) สำหรับการรับรู้ต่ออุปสรรคในการป้องกันโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19

ข้อเสนอแนะ จากผลการวิจัยหน่วยงานควบคุมโรค ควรมีกิจกรรมหนุนเสริมให้ อสม. มีการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคโควิด-19 มากขึ้น

คำสำคัญ: การรับรู้, พฤติกรรมการป้องกันโรค, โรคโควิด-19, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: sming56@gmail.com)

## Abstract

This cross-sectional study aimed to examine the relationships between perception and self-protective behaviors from Covid-19, and to explore the level of awareness and self-protective behaviors from Covid-19 among village health volunteers (VHV) in rural Thung Song District of Nakhon Si Thammarat Province. The participants were 242 VHVs, selected with random sampling. Data were collected in March 2022. The research tool was a questionnaire. Its reliability was tested using Cronbach's alpha coefficient, obtaining a value of .893. The collected data were analysed using percentage, mean, standard deviation, and Spearman's rank correlation coefficient.

The results indicated that perceived susceptibility, perceived benefit to the disease prevention, and perceived severity of the disease, were at a high level ( $M = 3.85, 3.83,$  and  $3.79; SD = 0.45, .39,$  and  $.40,$  respectively). Perceived barriers to disease prevention was at a moderate level ( $M=3.38, SD=.45$ ). Overall, the preventive behaviors from Covid-19 was at a good level ( $M =3.91, SD=.57$ ). Perceived susceptibility and perceived severity were correlated with self-protective behaviors against Covid-19 at a low level ( $r = .298$  and  $.292$ ), while perceive benefit was correlated with self-protective behaviors against Covid-19 at a very low level ( $r= .187$ ). There was no relationship between perceived barriers and self-protective behaviors against Covid-19.

Per findings, the Ministry of Public Health should continue to implement the D-M-H-T-T-A measure and continue to educate the public and village health volunteers about the Covid-19 infection and consequences of the infection.

**Keywords:** Perception, Self-protective Behaviors, Covid-19, Village Health Volunteers

## บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด-19 (Coronavirus Disease 2019; COVID-19) เป็นโรคระบาดใหญ่ (Pandemic) เมื่อวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2563 (World Health Organization, 2020) โดยพบการระบาดเริ่มต้นที่ประเทศจีน เมื่อปลายปี พ.ศ. 2562 และมีจำนวนผู้ป่วยยืนยันเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว พบผู้ป่วยสะสมรวมมากกว่า 190 ล้านคน โดยมีจำนวนผู้ป่วยรายวันเริ่มมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอีกครั้งหลังจากเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2564 จนอยู่ในระดับมากกว่า 5 แสนคนต่อวัน (Department of Disease Control, 2021)

ประเทศไทยพบผู้ป่วยรายแรกเป็นผู้เดินทางจากประเทศจีนในวันที่ 8 มกราคม พ.ศ. 2563 ได้รับการตรวจยืนยันผล และแถลงสถานการณ์ในวันที่ 14 มกราคม พ.ศ. 2563 ผู้ป่วยช่วงแรกเป็นผู้เดินทางจากพื้นที่เสี่ยง จากนั้นพบผู้ป่วยที่ประกอบอาชีพสัมผัสกับนักท่องเที่ยว กลุ่มนักท่องเที่ยวไทยที่นิยมไปกิน ต้ม ซึ่งเป็นสาเหตุที่พบการระบาดที่เป็นกลุ่มก้อนใหญ่ รัฐบาลจึงได้ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินตามพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน โดยได้ออกข้อกำหนดและข้อปฏิบัติแก่ส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินให้ยุติลงได้โดยเร็วและป้องกันมิให้เกิดเหตุการณ์ร้ายแรงมากขึ้น (Department of Disease Control, 2020) ประเทศไทยได้ประเมินสถานการณ์ และมีการติดตามสถานการณ์การระบาดทุกวัน พบว่า มีผู้ติดเชื้อยืนยันสะสม ณ วันที่ 23 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 จำนวน 467,707 ราย มีผู้เสียชีวิต 3,811 ราย (Department of Disease Control, 2021) สำหรับจังหวัดนครศรีธรรมราช มีผู้ติดเชื้อระลอกใหม่ จำนวน 2,612 ราย เสียชีวิต จำนวน 28 ราย (Nakhon Si Thammarat Provincial Public Health Office, 2021)

อำเภอทุ่งสง เป็นอำเภอที่เป็นเมืองใหญ่และเป็นทางผ่านที่ผู้เดินทางเข้าพัก พบผู้ป่วย 125 ราย ยังไม่มีผู้เสียชีวิต มีผู้ป่วยกระจายไปทุกตำบล โดยตำบลที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ตำบลปากแพรก จำนวน 35 คน รองลงมา คือ ตำบลลำใหญ่ จำนวน 33 คน และตำบลหนองหงส์ จำนวน 28 คน ตามลำดับ (Thungsong District Public Health Office, 2021) โดยอำเภอทุ่งสงได้ถูกจัดเป็นอำเภอที่มีความเสี่ยงสูง และประกาศ จังหวัดนครศรีธรรมราช เรื่อง มาตรการเร่งด่วนในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 มีมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อเข้าสู่หมู่บ้าน/ชุมชน ที่ให้มีการคัดกรองผู้มาจากพื้นที่เสี่ยง โดยแนวทางการเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ของ Department of Disease Control (2020) ซึ่งมีกลุ่มประชาชนที่ต้องเฝ้าระวัง ได้แก่ ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ต้องสอบสวน (PUI) ผู้ป่วยยืนยันโรคแล้ว ผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการ (Asymptomatic) ผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีการติดเชื้อมานานแล้ว (Late infection) และผู้สัมผัสใกล้ชิด (Close contact) ดังนั้น ในการเฝ้าระวังการแพร่ระบาด จึงจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจาก “อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน” หรือ “อสม.” ในการเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้วางแนวทางในการปฏิบัติงานของ อสม. ในการเฝ้าระวังโรคในพื้นที่ 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นเตรียมความพร้อม อสม. โดยการจัดตั้งทีมอาสา COVID-19 ระดับอำเภอ/หมู่บ้าน รวมถึงการเตรียมข้อมูล อุปกรณ์ แบบฟอร์มต่าง ๆ 2) การค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ร่วมกับกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชน ในกลุ่มเสี่ยงทั้งที่เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยงทั้งจากในประเทศและต่างประเทศ รวมถึงผู้ที่อยู่ใกล้ชิดหรือไปร่วมอยู่ในสถานที่ที่มีผู้ป่วย 3) จัดทำบัญชีรายชื่อกลุ่มเสี่ยง โดยการสอบถาม สังเกตอาการ และให้คำแนะนำ หากมีอาการให้ประสานและส่งต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 4) ผู้ที่ไม่มีอาการ อสม. ต้องติดตามให้ครบ 14 วัน และ 5) รายงานผลให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบันทึกผ่านระบบออนไลน์

จะเห็นได้ว่า อสม. เป็นกลไกสำคัญอย่างยิ่งที่ในการดำเนินการเฝ้าระวังการระบาดของโรคโควิด-19 อสม. จะมีบทบาทในการเฝ้าระวังตั้งแต่เริ่มแรก คือ อสม. ทุกคนต้องมีทักษะ มีความรู้ เพื่อที่จะสามารถค้นหา และคัดกรองกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้ง อสม. เป็นทรัพยากรที่สำคัญ เป็นคนในพื้นที่ทำให้ทราบ ข้อมูลและประสานงานคนในพื้นที่ได้ดีที่สุด และสามารถที่จะประสานกับภาคีเครือข่ายในการเฝ้าระวังโรค ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Department of Health Service Support, 2013)

จึงกล่าวได้ว่า อสม. อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช จึงเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการสัมผัสโรค จากผู้ป่วย ผลการศึกษาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของ อสม. กลุ่มนี้จึงมีความจำเป็นต่อการส่งเสริมและ สนับสนุนพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ทั้งนี้ Becker & Maiman (1975) ได้พัฒนาความเชื่อ ด้านสุขภาพ โดยการนำทฤษฎีทางจิตสังคมมาวิเคราะห์พฤติกรรมอนามัยของบุคคล อธิบายถึงพฤติกรรม ในการตัดสินใจ การป้องกันโรค และพฤติกรรมอื่น ๆ โดยพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบไปด้วย 6 ปัจจัย คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility) การรับรู้ ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) การรับรู้ถึงประโยชน์ในการป้องกันโรค (Perceived benefits) การรับรู้ต่ออุปสรรคในการป้องกันโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivation) และปัจจัยต่าง ๆ (Modifying factors) ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลหรือผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่บริการสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 เช่น การศึกษาของ Singweratham, Thaopan, Nawsuwan, Pohboon, & Surirak (2020) ที่พบว่า การรับรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ส่วน Moonti (2021) ก็พบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจะส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 และการรับรู้สิ่งใด สิ่งหนึ่งแล้วจะตีความหมายและส่งผลกระทบต่อไปยังอารมณ์ ความรู้สึก ก่อให้เกิดพฤติกรรมขึ้นในแต่ละบุคคล ที่แตกต่างกันไป การนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker & Maiman (1975) ที่ในส่วนของการรับรู้ โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ในการป้องกันโรค และการรับรู้ ต่ออุปสรรคในการป้องกันโรค จะเป็นข้อมูลด้านหนึ่งสำหรับพัฒนา อสม. ในการสร้างความรอบรู้ในพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19

### วัตถุประสงค์วิจัย

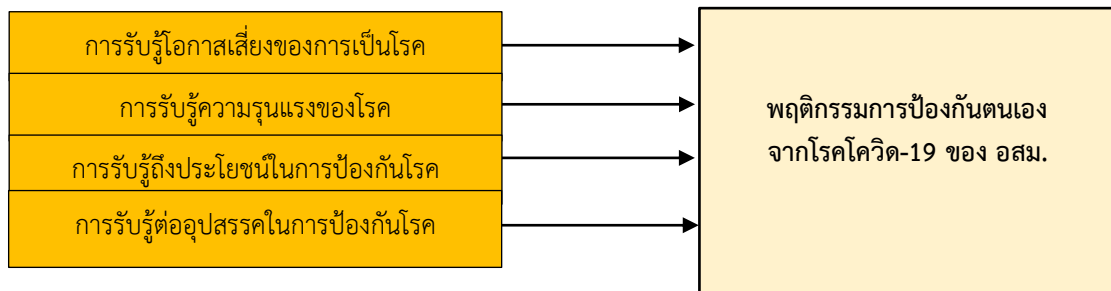
1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช

### สมมุติฐาน

การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker & Maiman (1975) ประกอบด้วย 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 3) การรับรู้ถึงประโยชน์ในการป้องกันโรค และ 4) การรับรู้ต่ออุปสรรคในการป้องกันโรค เพื่อศึกษาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นงานวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study)

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ อสม. อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 2,369 คน

กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม. อำเภอทุ่งสง โดยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณจากสูตรการประมาณค่าเฉลี่ย สำหรับการสุ่มตัวอย่างกรณีทราบค่าประชากร (Chaimay, 2013) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น เท่ากับ 95 และค่า  $Z_{\alpha/2} = 1.96$  จากการทบทวนวรรณกรรมของ Chomeya & Phansri (2020) เรื่อง ความตระหนักเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการติดต่อโรคไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (โควิด-19): การเปรียบเทียบระหว่างวัย ได้ค่าความแปรปรวนของประชากร ( $\delta$ ) เท่ากับ 0.48 และค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับให้เกิดขึ้นได้ ( $e$ ) เท่ากับ 0.05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 210 คน และเพื่อป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 15% จำนวน 32 คน จึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 242 คน

สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ โดยสุ่มจากรายชื่อ อสม. ของแต่ละ รพ.สต./รพ./เทศบาล ซึ่งมีทั้งหมด 25 แห่ง คำนวณตามสัดส่วนของ อสม. อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช แต่ละแห่ง ให้ได้ตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 242 คน จากนั้นหยิบฉลากสุ่มอย่างง่าย โดยกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจะเป็น อสม. อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ปฏิบัติหน้าที่ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามเองจากการทบทวนวรรณกรรม เรื่องการรับรู้กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ของ อสม. อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพหลัก สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด รายได้รวมของครอบครัวต่อปี ระยะเวลาเป็น อสม. และการได้รับข้อมูลข่าวสารโรคโควิด-19

ส่วนที่ 2 การรับรู้โรคโควิด-19 มีจำนวน 4 ด้าน ได้แก่

2.1 ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค จำนวน 10 ข้อ ในส่วนนี้นำคะแนนทั้งหมดมารวมกันเป็นคะแนนในหมวดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค

2.2 ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค จำนวน 10 ข้อ ในส่วนนี้นำคะแนนทั้งหมดมารวมกันเป็นคะแนนในหมวดการรับรู้ความรุนแรงของโรค

2.3 ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ในการป้องกันโรคจำนวน 10 ข้อ ในส่วนนี้นำคะแนนทั้งหมดมารวมกันเป็นคะแนนในหมวดการรับรู้ถึงประโยชน์ในการป้องกันโรค

2.4 ด้านการรับรู้ต่ออุปสรรคในการป้องกันโรค จำนวน 10 ข้อ ในส่วนนี้นำคะแนนทั้งหมดมารวมกันเป็นคะแนนในหมวดการรับรู้ต่ออุปสรรคในการป้องกันโรค

โดยเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้โรค โดยคำถามจะเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ซึ่งมีระดับการวัด 5 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) จนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) สำหรับคำถามเชิงลบผู้วิจัยจะแปลงคะแนน

การแปลผลจากคะแนนเฉลี่ยเป็นรายข้อ และภาพรวม ระดับการวัดเป็นอัตราส่วนสเกล (Rating Scale) มาจัดเป็น 3 ระดับ คือ การรับรู้ดี ปานกลาง และต่ำ โดยใช้การแบ่งกลุ่มตามแนวคิดของ Best (1981) ดังนี้ การรับรู้ดี (คะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00) การรับรู้ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66) และการรับรู้ต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ตามมาตรการการป้องกันโรค รวมจำนวน 15 ข้อ ในส่วนนี้นำคะแนนทั้งหมดมารวมกันเป็นคะแนนในหมวดพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 โดยคำถามจะเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) ซึ่งมีระดับการวัด 5 ระดับ ตั้งแต่ปฏิบัติทุกครั้งประจำ (5 คะแนน) จนถึงไม่ปฏิบัติเลย (1 คะแนน)

การแปลผลจากคะแนนเฉลี่ยเป็นรายข้อ และภาพรวม แบ่งระดับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ระดับการวัดเป็น 3 ระดับโดยใช้เกณฑ์แนวคิดของ Best (1981) ดังนี้ พฤติกรรมเหมาะสม (คะแนนเฉลี่ย 3.67 – 5.00) พฤติกรรมพอใช้ (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.66) และพฤติกรรมไม่เหมาะสม (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33)

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ** โดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) และความสอดคล้อง ตลอดจนความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรง (Validity) และให้ความเห็นชอบในด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และหาความเหมาะสมเชิงภาษา (Wording) ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นบุคคลที่มีความรู้ ความสามารถ และความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ สาธารณสุขอำเภอ ซึ่งมีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไป นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรม และอาจารย์ ผู้เชี่ยวชาญด้านสถิติในการวิจัย เป็นผู้ตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย และนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อความสมบูรณ์กำหนดให้คะแนนผลการพิจารณาได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00 จากนั้นทำการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับ อสม. อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งเป็นอำเภอที่ติดกับอำเภอทุ่งสง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha Coefficient) การรับรู้ เท่ากับ 0.815 พฤติกรรมการป้องกันตนเอง เท่ากับ 0.864 และทั้งฉบับ เท่ากับ 0.893

การเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงระยะเวลาระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2565 โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/หัวหน้างานเวชปฏิบัติครอบครัว และองค์รวมของโรงพยาบาลทุ่งสง โรงพยาบาลค่ายเทพสตรีศรีสุนทร สถานีกาชาดสิรินธรที่ 12 และเทศบาลเมืองทุ่งสง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และเพื่อขออนุญาต อสม. ของแต่ละแห่ง ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยนัดหมาย อสม. แต่ละแห่ง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขอความยินยอม จากกลุ่มตัวอย่าง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยการแจกแบบสอบถาม ให้ อสม. ที่สุ่มได้เป็นรายบุคคลเพื่อให้ตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงโดยมีอิสระในการตอบแบบสอบถาม

3. ตรวจสอบความสมบูรณ์เรียบร้อยของคำตอบในแบบสอบถามให้ครบถ้วนทุกฉบับ

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา โดยใช้ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ใช้อธิบายข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ระดับการรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันตนเอง จากโรคโควิด-19 ในภาพรวม

2. สถิติเชิงอ้างอิง ได้แก่ สถิติสหสัมพันธ์ Spearman rank correlation coefficient เนื่องจากการทดสอบการกระจายของข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ ( $p < 0.05$ ) จึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 (Bartz, 1999) ดังนี้ ความสัมพันธ์สูงมาก ( $r = 0.80 - 1.00$ ) ความสัมพันธ์สูง ( $r = 0.60 - 0.79$ ) ความสัมพันธ์ปานกลาง ( $r = 0.40 - 0.59$ ) ความสัมพันธ์ต่ำ ( $r = 0.20 - 0.39$ ) และ ความสัมพันธ์ต่ำมาก ( $r = 0.01 - 0.19$ )

#### จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยได้ขอรับรองวิจัยโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครศรีธรรมราช เลขที่ 002/2565 วันที่รับรอง 20 มกราคม 2565 – 19 มกราคม 2566

#### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์ ถูกต้อง และครบถ้วน จำนวน 234 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 96.69 มีผลการวิจัย ดังนี้

1. ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง (ร้อยละ 82.91) มีอายุอยู่ในวัยทำงานตอนกลาง (45 – 59 ปี) มากที่สุด (ร้อยละ 60.68) มีอายุเฉลี่ย 52.41 ปี ( $S.D. = 8.97$ ) มีอายุต่ำสุด 27 ปี อายุสูงสุด 75 ปี ประมาณครึ่งหนึ่งประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 53.42) สถานภาพการสมรสคู่ มากที่สุด (ร้อยละ 77.35) เกือบครึ่งหนึ่งจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 47.01) ส่วนใหญ่ มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อปี ตั้งแต่ 40,000 บาทขึ้นไป (ร้อยละ 76.92) รายได้เฉลี่ย 104,329.325 บาท ( $S.D. = 101,113.60$ ) รายได้ต่ำสุด 10,000 บาท รายได้สูงสุด 800,000 บาท มีระยะเป็น อสม. ระหว่าง 11 – 20 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 45.73) ระยะเวลาการเป็น อสม. เฉลี่ย 15.44 ปี ( $S.D. = 8.47$ ) ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 39 ปี ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ทั้งหมด (ร้อยละ 100.00) โดยได้รับข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากที่สุด (ร้อยละ 92.31) รองลงมา คือ เพื่อน อสม. และโทรทัศน์ (ร้อยละ 71.79 และ 70.94)

2. ระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ดังตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19

การรับรู้	M	S.D.	ระดับ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค	3.85	0.45	สูง
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	3.79	0.40	สูง
การรับรู้ถึงประโยชน์ในการป้องกันโรค	3.83	0.39	สูง
การรับรู้ต่ออุปสรรคในการป้องกันโรค	3.38	0.45	ปานกลาง

จากตาราง 1 พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ในการป้องกันโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ( $M = 3.85, 3.83$  และ  $3.79$ ;  $S.D. = 0.45, 0.39$  และ  $0.40$ ) สำหรับการรับรู้ต่ออุปสรรคในการป้องกันโรค มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 3.38, S.D. = 0.45$ )

### 3. ระดับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19

พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19	M	S.D.	ระดับ
1. เว้นระยะห่างอย่างน้อย 1-2 เมตรขณะพูดคุยกับบุคคลอื่น	4.16	0.97	เหมาะสม
2. ไม่สัมผัสมือหรือกอดกับเพื่อนร่วมงานหรือบุคคลใกล้ชิดที่เป็นคนคุ้นเคย*	3.60	1.23	พอใช้
3. หลีกเลี่ยงการเข้าสถานที่แออัด หรือเป็นพื้นที่เสี่ยง	3.93	1.20	เหมาะสม
4. สวมใส่หน้ากากอนามัย หรือหน้ากากผ้าเมื่อพูดคุยกับเพื่อนบ้าน*	3.53	1.47	พอใช้
5. สวมหน้ากากอนามัย หรือหน้ากากผ้าในขณะที่ท่านออกกำลังกายกับบุคคลอื่น*	3.50	1.16	พอใช้
6. เมื่อญาติ หรือเพื่อนสนิทมาหาที่บ้าน ได้สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าในขณะที่อยู่ด้วยกัน*	3.55	1.21	พอใช้
7. สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าในขณะที่นั่งอยู่ในรถเดียวกันกับบุคคลอื่น*	3.63	1.45	พอใช้
8. ล้างมือหลังเข้าห้องน้ำสาธารณะ และหลังการสัมผัสสิ่งของที่อยู่นอกบ้าน	4.39	1.04	เหมาะสม
9. ล้างมือหลังรับของ หรือฉีดแอลกอฮอล์สิ่งของที่ท่านรับจากบุคคลอื่น*	3.69	1.41	เหมาะสม
10. ไม่ใช้หน้ากากอนามัยจนเสื่อมสภาพ แม้ใช้เพียงลำพัง*	4.62	0.93	เหมาะสม
11. เมื่อกลับมาจากที่ทำงานหรือธุระนอกบ้าน จะล้างมือก่อนเข้าบ้าน และอาบน้ำก่อนทำกิจกรรมอื่นในบ้าน	4.31	1.04	เหมาะสม
12. ตรวจวัดอุณหภูมิเมื่อไปติดต่อสถานที่ต่าง ๆ*	3.65	1.41	พอใช้
13. เมื่อมีอาการคล้ายไข้หวัด จะตรวจหาเชื้อโควิด-19 เพราะมีอาการที่เข้าข่าย	3.91	1.15	เหมาะสม
14. เมื่อไปต่างจังหวัดหรือพื้นที่เสี่ยง จะตรวจหาเชื้อโควิด-19 หลังกลับมา	4.08	1.13	เหมาะสม
15. ใช้แอปพลิเคชัน เช่น Thachana, Thai save thai และหมอพร้อมตามนโยบายของรัฐบาล	4.10	1.15	เหมาะสม
<b>ภาพรวม</b>	<b>3.91</b>	<b>0.57</b>	<b>เหมาะสม</b>

\* เป็นคำถามเชิงลบ และกลับคะแนนแล้ว

จากตาราง 2 พบว่า พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในภาพรวมอยู่ในระดับที่เหมาะสม ( $M = 3.91, S.D. = 0.57$ ) เมื่อพิจารณารายชื่อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ไม่ใช้หน้ากากอนามัยจนเสื่อมสภาพ แม้ใช้เพียงลำพัง ( $M = 4.62, S.D. = 0.93$ ) รองลงมาคือ ล้างมือหลังเข้าห้องน้ำสาธารณะ และหลังการสัมผัสสิ่งของที่อยู่นอกบ้าน ( $M = 4.39, S.D. = 1.04$ ) และเมื่อกลับมาจากที่ทำงานหรือธุระนอกบ้าน จะล้างมือก่อนเข้าบ้าน และอาบน้ำก่อนทำกิจกรรมอื่นในบ้าน ( $M = 3.91, S.D. = 0.57$ ) ตามลำดับ

ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ เมื่อญาติหรือเพื่อนสนิทมาหาที่บ้าน ได้สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าในขณะที่อยู่ด้วยกัน ( $M = 3.55, S.D. = 1.21$ ) รองลงมาคือ สวมใส่หน้ากากอนามัย หรือหน้ากากผ้า

เมื่อพุดคุยกับเพื่อนบ้าน ( $M= 3.53, S.D.= 1.47$ ) และสวมหน้ากากอนามัย หรือหน้ากากผ้าในขณะที่ออกกำลังกายกับบุคคลอื่น ( $M= 3.50, S.D.= 1.16$ )

#### 4. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ดังตาราง 3

**ตาราง 3** การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช

ความสัมพันธ์	พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19	p-value
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค	0.298	< 0.01*
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	0.292	< 0.01*
การรับรู้ถึงประโยชน์ในการป้องกันโรค	0.187	0.004*
การรับรู้ต่ออุปสรรคในการป้องกันโรค	0.117	0.073

\*p-value < 0.01

จากตาราง 3 พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 อยู่ในระดับต่ำ ( $r_s= 0.298$  และ  $0.292$ ) ส่วนการรับรู้ถึงประโยชน์ในการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 อยู่ในระดับต่ำมาก ( $r_s= 0.187$ ) สำหรับการรับรู้ต่ออุปสรรคในการป้องกันโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ( $p < 0.01$ )

#### อภิปรายผล

1. ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ในการป้องกันโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่า อสม. มีแนวโน้มในการปฏิบัติตัวต่อการป้องกันโรค หรือการให้ความร่วมมือในการป้องกันโรคโควิด-19 จากการรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคโควิด-19 และหากเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19 จะทำให้เกิดความรุนแรงต่อสุขภาพจนมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตในมิติใดมิติหนึ่งได้ ดังนั้น หากได้ปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคนั้นจะสามารถหลีกเลี่ยงจากโรคโควิด-19 ได้ อีกทั้ง การรับรู้ข่าวสารของโรคโควิด-19 ของ อสม. ร้อยละ 100.00 ได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเพื่อน อสม. มากที่สุด (ร้อยละ 92.31 และ 71.79) แสดงให้เห็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเพื่อน อสม. เป็นปัจจัยด้านสังคมจิตวิทยาต่อการป้องกันตนเองของโรคโควิด-19 นอกจากนี้ ด้วยหน้าที่ความรับผิดชอบที่ต้องปฏิบัติหน้าที่ในการเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ร่วมกับประชาชน และองค์กรในชุมชนจึงทำให้การมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยง ความรุนแรง และประโยชน์ในการป้องกันโรคอยู่เสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของ Inthacharoen, Kanchanapoom, Tansakul, & Pattapat (2021) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ในการป้องกันโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรคของประชาชนในเขตเทศบาลคลองสหัส จังหวัดสงขลา อยู่ในระดับสูง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Singweratham, Thaopan, Nawsuwan, Pohboon, & Surirak (2020) ที่พบว่า ทันตาทิบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับมาก ส่วน Phanyathorn, Sapsirisopa, Sriboonpimsuay, Tanglakmankhong, & Srisuwan (2022) ที่พบว่า อสม. ตำบลเชียงพิณ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ในการป้องกันโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง และ Thabtrai, Premrane, Khamkue, Sopon, & Saleeon (2022) ที่พบว่า อสม. ตำบลควนขุน อ.ควนขนุน จ.พัทลุง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ในการป้องกันโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด

สำหรับการรับรู้ต่ออุปสรรคในการป้องกันโรค มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า อสม. กลุ่มนี้มีการคาดการณ์ล่วงหน้าต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคโควิด-19 ในทางลบเพียงในระดับปานกลางเท่านั้น จึงสามารถที่จะสร้างแรงเสริม แรงจูงใจกระตุ้นด้วยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ในการป้องกันโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรคซึ่งอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Phanyathorn, Sapsirisopa, Sriboonpimsuay, Tanglakmankhong, & Srisuwan (2022) ที่พบว่า อสม. ตำบลเชียงพิณ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี และ Inthacharoen, Kanchanapoom, Tansakul, & Pattapat (2021) ที่พบว่า การรับรู้ต่ออุปสรรคในการป้องกันโรคของประชาชนในเขตเทศบาลคองหงส์ จังหวัดสงขลา อยู่ในระดับปานกลาง มีการรับรู้อุปสรรค มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง แต่แตกต่างกับการศึกษาของ Thabtrai, Preamsane, Khamkue, Sapon, & Saleeon (2022) ที่พบว่า อสม. ตำบลควนซุน อำเภอควนซุน จังหวัดพัทลุง มีการรับรู้อุปสรรค มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก

2. พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 อยู่ในระดับที่เหมาะสม ( $M=3.91, S.D.=0.57$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ Yeunyow & Boonserm(2020); Inthacharoen, Kanchanapoom, Tansakul, & Pattapat (2021) และการศึกษา Moonti (2021) ที่พบว่า ประชาชนมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 อยู่ในระดับดีและเหมาะสม อธิบายได้ว่า เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการป้องกันตนเองในภาพรวม อสม. พฤติกรรมป้องกันตนเองอย่างเหมาะสม แต่เมื่อพิจารณาในรายพฤติกรรมในระดับบุคคลจะพบว่า มีการกระจายของคะแนนสูงแสดงให้เห็นระดับพฤติกรรมในขั้นนั้น ๆ อยู่ในระดับพอใช้ และไม่เหมาะสม เช่น การล้างมือหลังเข้าห้องน้ำสาธารณะ และหลังการสัมผัสสิ่งของที่อยู่นอกบ้าน ( $M= 4.39, S.D.=1.04$ ) การไม่ใช้หน้ากากอนามัยจนเสื่อมสภาพแม้ใช้เพียงลำพัง ( $M=4.62, S.D.=0.93$ ) การล้างมือหลังรับของหรือฉีดแอลกอฮอล์สิ่งของที่รับจากบุคคลอื่น ( $M= 3.69, S.D.=1.41$ ) การไม่สัมผัสมือหรือกอดกับเพื่อนร่วมงานหรือบุคคลใกล้ชิดที่เป็นคนคุ้นเคย ( $M= 3.60, S.D.=1.23$ ) และการตรวจวัดอุณหภูมิเมื่อไปติดต่อสถานที่ต่าง ๆ ( $M= 3.65, S.D.=1.41$ ) เป็นต้น ซึ่งจะเป็กรณัที่ต้องนำป้สู่อการพัฒนาดอไป

นอกจากนี้เมื่อหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรคกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ทำให้ระดับความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ และการรับรู้ถึงประโยชน์ในการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 อยู่ในระดับต่ำมากจากระดับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ของรายบุคคลของ อสม. บางส่วนเบี่ยงเบนจากค่าเฉลี่ยสูง จึงส่งผลต่อระดับความสัมพันธ์ ซึ่งไม่สอดคล้องกับแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model)

### การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาจะเห็นว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของ อสม. ยังมีประเด็นของการปฏิบัติตามมาตรฐานการป้องกันและควบคุมโรค ในขณะที่การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพอยู่ในระดับดี ดังนั้น ผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรจัดโครงการหรือกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่มีสาระและกระบวนการในการมุ่งส่งเสริมให้ อสม. มีความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคและความรุนแรงของโรคโควิด-19 โดยเน้นให้เห็นถึงผลที่ตามมาจากพฤติกรรมเสี่ยงระดับบุคคล โดยใช้การถอดบทเรียนตัวอย่างจริงของบุคคลที่ได้รับผลกระทบจากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมดังกล่าว เพื่อสร้างแรงจูงใจทางสุขภาพ (Health motivation) ซึ่งสามารถกระตุ้น ระดับความสนใจ ความใส่ใจ ทศนคติและค่านิยมทางด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับบุคคลได้

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) และปัจจัยร่วม (Modifying factors) ที่ไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ แต่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติ ของ อสม. เนื่องจากสามารถนำไปสู่การจัดกิจกรรม/โครงการในการเสริมแรงได้ตรงจุด

2. ควรมีการประเมินการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ของ อสม. เป็นระยะ ๆ เนื่องจาก อสม. เป็นกำลังสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข โดยการวิจัยแบบมีส่วนร่วม

### References

- Bartz , A. E. (1999). *Basic Statistical Concepts*. 4<sup>th</sup> ed . New Jersey: Prentice–Hall.
- Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1975). The health Belief Model: Origins and Correlation in Psychological Theory. *Health Education Monography*, 2, winter : 336-385.
- Best, J. W. (1981). *Research in education*. New jersey: Prentice-Hall
- Chaimay, B. (2013). Sample size determination in descriptive study in public health. *Thaksin Journal*, 16(2), 9-18.
- Chomeya, R. & Phansri, G. (2020). New Corona Virus (CoVid-19) Disease Prevention Behaviors Awareness: Comparison Between Ages. *Journal of the Humanities and Social Sciences Mahasarakham University*, 39(6), 71-82.
- Department of Disease Control. (2020). *Guide to the prevention and control of coronavirus disease 2019 or COVID-19 for the people*. Ministry of Public Health. Nonthaburi. (in Thai)
- Department of Disease Control. (2021). *Coronavirus disease situation 2021*. Retrieved June 28, 2022 from <http://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/situation.php>. (in Thai)
- Department of Health Service Support. (2013). *Manual of volunteers, surveillance, control and prevention aggressive disease*. Retrieved June 28, 2022 [http://www.phc.moph.go.th/www\\_hss/data\\_center/ifm\\_mod/nw/1-14.pdf](http://www.phc.moph.go.th/www_hss/data_center/ifm_mod/nw/1-14.pdf). (in Thai)
- Inthacharoen, A., Kanchanapoom, K., Tansakul, K., & Pattapat, S. (2021). Factors influencing preventive behavior towards Coronavirus Disease 2019 among people in Khohong Town Municipality Songkhla Province. *Journal of Council of Community Public Health*, 3(2), 14-25
- Moonti, J. (2021). Factors influencing preventive behavior of Coronavirus Disease 2019 among village health volunteers in Kong Krailat District, Sukhothai Province. *The Office of Disease Prevention and Control 9<sup>th</sup> Nakhon Ratchasima Journal*, 27(2), 5-14.
- Nakhon Si Thammarat Provincial Public Health Office. (2021). *Annual report 2021*. Nakhon Si Thammarat: Ministry of Public Health. (in Thai)
- Phanyathorn, K., Sapsirisopa, K., Sriboonpimsuay, W., Tanglakmankhong, K., & Srisuwan, P. (2022). Knowledge, health beliefs and preventing behaviors of COVID-19 among village health volunteers in Cheangpin sub-district, Mueang district, Udonthani Province. *Udonthani Hospital Medical Journal*, 30(1), 1-11.
- Singweratham, N., Thaopan, W. W., Nawsuwan, K., Pohboon, C., & Surirak, S. (2020). Perception and preventive behaviors on the coronavirus disease-2019 (COVID-19) among dental nurses under the Ministry of Public Health. *Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute*, 14(2), 104-115.

- Thabtra, K., Premsane, J., Khamkue, B., Sapon, S., & Saleeon, T. (2022). Perception and behavior of village health volunteers in the prevention of coronavirus disease 2019 (COVID-19) KhuanKhanun Sub-District, KhuanKhanun district, Phatthalung province. *Thaksin University Online Journal*, 2022(1), P-01(09).
- Thungsong District Public Health Office. (2021). *Thungsong district COVID-19 report 2021*. Nakhon Si Thammarat: Ministry of Public Health. (in Thai)
- Yeunyow, T. & Boonserm, P. (2020). The relationship between knowledge and attitude toward on prevention behavior of Coronavirus infection 2019 (COVID-19) among female village health volunteer (VHV), Surin province. *Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospital*, 35(3), 555-564.
- World Health Organization. (2020). *Coronavirus*. Geneva: World Health Organization.