

Received: 24 Aug 2025, Revised: 10 Sep 2025

Accepted: 5 Oct 2025

บทความวิจัย

ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย

ทักษนัย พัตตุ¹, วงศา เล้าหศิริวงศ์², กฤษณะ อุ่นทะโคตร^{3*},
ฐิติมา นุตราวังศ์⁴, กิตติพงษ์ สอนล่อม⁵

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 210 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่เป็นอิสระต่อกัน กลุ่มทดลองคัดเลือกจากพื้นที่ตำบลหนึ่งในอำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้รับการเข้าโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกัน COVID-19 ขณะที่กลุ่มควบคุมคัดเลือกจากตำบลหนึ่งในอำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด ได้รับเพียงการให้ความรู้สุขภาพทั่วไปตามมาตรฐาน ในช่วงเดือน สิงหาคม - ตุลาคม 2567 ดำเนินการทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ จำนวน 6 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 สร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคโควิด-19 กิจกรรมที่ 2 ทบทวนความรู้และบทบาทการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กิจกรรมที่ 3 ออกแบบแนวทางการป้องกันโรคโควิด-19 กิจกรรมที่ 4 เพิ่มทักษะการตรวจคัดกรอง กิจกรรมที่ 5 การสร้างแรงจูงใจ การสนับสนุนด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 และจัดทำฐานข้อมูล google site สื่อออนไลน์ กิจกรรมที่ 6 การสร้างแรงจูงใจด้วยการกระตุ้นอารมณ์ทางบวก ใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเป็นเครื่องมือ เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) เพื่อเปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่ม โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโดยรวมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (95% CI = -0.58-3.19, p-value = 0.17) แต่คะแนนพฤติกรรมด้านการปฏิบัติหน้าที่ในการป้องกันโรคของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = 0.24-4.36, p-value = 0.02) ดังนั้น โปรแกรมนี้สามารถเสริมบทบาทหน้าที่ของ อสม. ได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่อาจยังไม่เพียงพอในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยรวม จึงควรพัฒนาโปรแกรมเพิ่มเติมให้เน้นการฝึกทักษะ การมีส่วนร่วม และส่งเสริมแรงสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และเครือข่ายสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19, พฤติกรรมการปฏิบัติหน้าที่ในการป้องกันโรคโควิด-19

^{1*} นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

² ศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

³ อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

⁴ รองศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

⁵ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*Corresponding author Email: kritaun@kku.ac.th

*Original Article***Effectiveness of the Developed Preventive Behaviors Covid-19 Virus Program Among Village Health Volunteers in the Northeast of Thailand**

Thuksanai Pussadu¹, Wongsra Laohasiriwong², Kritsana Aunthakhot^{3*},
Thitima Nutrawong⁴, Kittipong Sornlorm⁵

Abstract

A quasi-experimental study was conducted to evaluate the effectiveness of a behavioral development program for the prevention of COVID-19 among Village Health Volunteers (VHVs) in Northeastern Thailand. The sample consisted of 210 participants from two provinces: an experimental group from Kalasin province and a control group from Roi Et province. The experimental group received a 12-week comprehensive behavioral development program, while the control group received standard general health education. The program, implemented from August to October 2024, included six key activities: enhancing knowledge, reviewing VHV roles, designing prevention guidelines, improving screening skills, and providing motivation through health information access and positive emotional reinforcement. Data were collected using a validated questionnaire before and after the intervention. Descriptive statistics and Analysis of Covariance (ANCOVA) were used for data analysis, with statistical significance set at $p < 0.05$. This study provides a model for strengthening community health interventions and improving VHV performance during public health crises.

The results showed no statistically significant difference in overall COVID-19 preventive behaviors between the experimental and control groups (95% CI = -0.58 to 3.19, $p = 0.17$). However, the experimental group demonstrated significantly higher role performance in disease prevention compared to the control group (95% CI = 0.24 to 4.36, $p = 0.02$). These findings suggest that the program was effective in enhancing the preventive role performance of VHVs but may not be sufficient to improve overall preventive behaviors. Therefore, future programs should be further developed to emphasize skill-based training, participatory activities, and continuous support from families, communities, and health networks to promote sustainable behavioral change.

Keywords: Village Health Volunteers; COVID-19 Prevention Program; Preventive Behavior; Role Performance

¹Doctor of Public Health Student Faculty of Public Health, Khon Kaen University

² Prof. Faculty of Public Health, Khon Kaen University

³ Lecturer, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

⁴ Assoc. Prof. Special instructor staffs Medical Microbiology Faculty of Medicine, Khon Kaen University

⁵ Asst Prof. Faculty of Public Health, Khon Kaen University

* Corresponding author: kritaun@kku.ac.th

บทนำ

โรคโควิด-19 (COVID-19) เป็นโรคอุบัติใหม่ที่ส่งผลกระทบรุนแรงในระดับโลก โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประกาศให้เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ และต่อมาได้ประกาศให้เป็นโรคระบาดใหญ่อย่างเป็นทางการ¹² การแพร่ระบาดเริ่มขึ้นจากเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน เมื่อปลายเดือนธันวาคม 2562 และแพร่กระจายอย่างรวดเร็วไปยังหลายประเทศ⁵ ข้อมูลในเดือนสิงหาคม 2563 พบผู้ป่วยยืนยันทั่วโลกกว่า 22 ล้านราย และเสียชีวิตกว่า 780,000 ราย ในกว่า 213 ประเทศ¹² และภายในเดือนตุลาคม 2565 มีผู้ติดเชื้อสะสมทั่วโลกเกิน 600 ล้านคน และเสียชีวิตกว่า 6.5 ล้านคน โดยประเทศที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อสะสมสูงสุด 10 อันดับแรก ได้แก่ สหรัฐอเมริกา อินเดีย ฝรั่งเศส เยอรมนี บราซิล เกาหลีใต้ ญี่ปุ่น และรัสเซีย ขณะที่ประเทศไทยอยู่ในลำดับที่ 30 ของโลก⁴ ประเทศไทยพบผู้ป่วย COVID-19 รายแรกเมื่อวันที่ 13 มกราคม 2563 เป็นชาวจีนที่เดินทางมาจากเมืองอู่ฮั่น ซึ่งถือเป็นประเทศแรกที่มีรายงานผู้ติดเชื้อ⁵ ต่อมาเกิดการแพร่ระบาดในหลายจังหวัดทั่วประเทศอย่างรวดเร็ว จนนำไปสู่การประกาศให้เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และมีการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินตามพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 ตั้งแต่วันที่ 26 มีนาคม พ.ศ. 2563 เพื่อควบคุมการระบาดทั่วราชอาณาจักร² รัฐบาลได้ออกมาตรการด้านสาธารณสุข เช่น การเว้นระยะห่างทางสังคม การสวมหน้ากากอนามัย รวมถึงการปิดสถานที่เสี่ยง ซึ่งสามารถชะลอการระบาดในระยะแรกได้ อย่างไรก็ตาม ในช่วงปลายปี พ.ศ. 2563 พบการระบาดเป็นกลุ่มก้อน (Cluster) ในหลายพื้นที่ เช่น การระบาดในกลุ่มแรงงานข้ามชาติในจังหวัดสมุทรสาคร และการแพร่กระจายจากสนามมวยหรือสถานบันเทิงในกรุงเทพมหานครช่วงต้นปี พ.ศ. 2564 จนนำไปสู่การระบาดในวงกว้างทั่วประเทศ² ภายในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อสะสมมากกว่า 4.5 ล้านราย และเสียชีวิตกว่า 31,000 ราย⁴ ส่งผลให้ต้องพึ่งพาทบทางของภาคประชาชน โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อย่างเข้มแข็งในการควบคุมและป้องกันโรคในระดับชุมชน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทหลักในการเฝ้าระวัง คัดกรอง และป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดต่อในพื้นที่ ติดตามผู้ที่มีความเสี่ยง ให้คำแนะนำประชาชนเกี่ยวกับมาตรการป้องกันโรค และสนับสนุนการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับปฐมภูมิอย่างใกล้ชิด³ จากลักษณะงานดังกล่าว อสม. จำเป็นต้องมีความรู้และทักษะที่เพียงพอในการป้องกันตนเองจากโรค รวมถึงการแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพในภาวะการระบาดของโรคโควิด-19³ หนึ่งในภารกิจสำคัญของ อสม. ในช่วงการระบาดคือ การสื่อสารความเสี่ยง การรณรงค์ให้ประชาชนปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรค และการส่งเสริมการรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 โดยพบว่าพฤติกรรมรับวัคซีนของบุคคลนั้นได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย โดยเฉพาะ “ความรู้ด้านสุขภาพ” (Health Literacy)⁹ ระดับความรู้ด้านสุขภาพที่ดีจะช่วยให้ประชาชนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และส่งผลต่อการตัดสินใจ ทั้งนี้ ความรู้ด้านสุขภาพของแต่ละบุคคลได้รับอิทธิพลจากทั้งปัจจัยภายใน เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ด้านสุขภาพ และปัจจัยภายนอก เช่น ระบบสุขภาพ สื่อสารสาธารณะ ความเชื่อทางสังคม รวมถึงการสนับสนุนจากชุมชนและครอบครัว⁹ ดังนั้น การส่งเสริมศักยภาพของ อสม. จึงควรมุ่งเน้นทั้งด้านองค์ความรู้ พฤติกรรม และทักษะการสื่อสารเพื่อให้สามารถทำหน้าที่ได้อย่างครอบคลุมในการควบคุมโรคระบาดในชุมชนด้วยบทบาทสำคัญของ อสม. ในการป้องกันโรคในชุมชน จึงจำเป็นที่อสม. จะต้องมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่เหมาะสมเพื่อการเฝ้าระวังและควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรค COVID-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความสำคัญ โดยเฉพาะในฐานะที่เป็น กำลังสำคัญในการควบคุมโรคในระดับชุมชน มีบทบาทหลักในการช่วยนักระบาดในพื้นที่เฝ้าระวัง คัดกรอง และให้คำแนะนำด้านสุขภาพ แก่ประชาชนโดยตรง ดังนั้น พฤติกรรมป้องกันโรคของ อสม. จึงไม่ได้ส่งผลแค่ต่อความปลอดภัยส่วนบุคคลเท่านั้น แต่ยังส่งผล

กระทบโดยตรงต่อประสิทธิภาพของการปฏิบัติงานและการป้องกันการแพร่ระบาดในวงกว้างอีกด้วย อย่างไรก็ตาม ยังมีงานวิจัยที่จำกัดเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคและปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน รวมถึงคุณภาพชีวิตในช่วงการระบาด ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ของ อสม. ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคในอนาคต

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 และพฤติกรรมการปฏิบัติหน้าที่ในการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย
2. เพื่อศึกษาผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกัน และพฤติกรรมการปฏิบัติหน้าที่ในการป้องกันโรคโควิด-19 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) กำหนดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่เป็นอิสระต่อกันจำนวน 210 คน กลุ่มทดลองเลือกพื้นที่ตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ จะได้รับการส่งเสริมและเข้าโปรแกรมฯ กลุ่มควบคุม เลือกเป็นพื้นที่ตำบลแห่งหนึ่ง ในอำเภอมือ จังหวัดร้อยเอ็ด จะไม่ได้รับโปรแกรมฯ (แต่ได้รับการให้ความรู้ด้านสุขภาพตามมาตรฐาน) ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์ ในช่วงเดือน สิงหาคม - ตุลาคม 2567 ระยะเวลา 3 เดือน

กลุ่มตัวอย่างและวิธีการสุ่ม

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย ที่มีการขึ้นทะเบียนและมีข้อมูลในระบบสารสนเทศสุขภาพภาคประชาชน โดยผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ G-Power Program การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยอ้างอิงงานวิจัยที่ใกล้เคียง¹² ในการวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (Power Analysis) = 0.95 กำหนดค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ (Effect Size) = 0.53 กำหนดค่าระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.05 จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 94 คน ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างเป็นร้อยละ 10 เนื่องจากอาจจะมีปัญหาช่วงการเข้าร่วมโครงการไม่ได้ อันเป็นสาเหตุของการออกจากการวิจัย จึงได้กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มทดลอง 105 และกลุ่มควบคุม 105 รวมเป็น 210 คน

สุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการกลุ่มตัวอย่างได้มาโดยการสุ่มจับฉลาก โดยเริ่มจับเพื่อเลือกพื้นที่ 2 จังหวัด ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ทั้งหมด 20 จังหวัด หลังจากที่ได้จังหวัดแล้ว จึงทำการสุ่มจับฉลากอีกครั้งเพื่อเลือกพื้นที่อำเภอ และสุ่มจับฉลากเลือกพื้นที่ตำบล จึงทำให้ได้พื้นที่ตำบลที่เป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) ได้แก่ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่ที่

ศึกษาไม่น้อยกว่า 1 ปี และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ เจ็บป่วยจนเป็นอุปสรรคในระดับที่ไม่สามารถร่วมการวิจัยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา โดยมีแบบสอบถาม จำนวน 3 ตอน

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพ รายได้ ต่อเดือน โรคประจำตัว ระยะเวลาการเป็น อสม. เคยอบรมหลักสูตร อสม.หมอบริการบ้านหรือไม่ และจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ

ตอนที่ 2 พฤติกรรมการป้องกันโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นตัวเลือกแบบประมาณค่า (Rating Scale) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของลิเคิร์ต (Likert Scale) 5 ระดับ คือ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บ้างบางครั้ง นานๆครั้ง และไม่ปฏิบัติ ให้เลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียวเท่านั้น การแปลผลเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 นำมาจัด 3 ระดับ โดยหาค่าคะแนนของพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 โดยคิดเป็นร้อยละของคะแนนทั้งหมด ดังนี้ พฤติกรรมระดับไม่ดี จะมีคะแนนน้อยกว่า 60 คะแนน, ระดับปานกลาง มีคะแนนระหว่าง 60-79 คะแนน และ ระดับสูง มีคะแนนตั้งแต่ 80 คะแนนขึ้นไป

ตอนที่ 3 พฤติกรรมการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 20 ข้อ ประยุกต์ใช้แนวคิดของลิเคิร์ต (Likert Scale) 5 ระดับ คือ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บ้างบางครั้ง นานๆครั้ง และไม่ปฏิบัติ ให้เลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียวเท่านั้น การแปลผลเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 นำมาจัด 3 ระดับ โดยหาค่าคะแนนของพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 โดยคิดเป็นร้อยละของคะแนนทั้งหมด ดังนี้ พฤติกรรมระดับไม่ดี จะมีคะแนนน้อยกว่า 60 คะแนน, ระดับปานกลาง มีคะแนนระหว่าง 60-79 คะแนน และ ระดับสูง มีคะแนนตั้งแต่ 80 คะแนนขึ้นไป

เกณฑ์ที่ใช้ในการแบ่งระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่มตามแนวคิดของ (ชูชัย อรรถวิสัย, 2556:35 อ้างอิงมาจาก Bloom, 1971) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับพฤติกรรมดี	หมายถึง	มีคะแนนพฤติกรรม ≥ 80 คะแนน
ระดับพฤติกรรมปานกลาง	หมายถึง	มีคะแนนพฤติกรรมระหว่าง 60-79 คะแนน
ระดับพฤติกรรมไม่ดี	หมายถึง	มีคะแนนพฤติกรรม < 60 คะแนน

2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และพฤติกรรมการปฏิบัติหน้าที่ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย ดำเนินการ 12 สัปดาห์ มีทั้งหมด 6 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคโควิด-19 โดยการบรรยายให้ความรู้ โดยใช้ power point presentation หลังจากนั้นผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามและร่วมอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็น โดยมีหัวข้อการบรรยาย ได้แก่ สาเหตุของการติดเชื้อ อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น และพฤติกรรมการป้องกันโรค ใช้เวลา 60 นาที

กิจกรรมที่ 2 (สัปดาห์ที่ 3) ทบทวนความรู้และบทบาทการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันการเกิดโรคโควิด-19 พร้อมทั้งร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น/ปัญหา/อุปสรรคในการปฏิบัติ

พฤติกรรมเพื่อป้องกันและควบคุมโรค ให้แบ่งกลุ่ม 10 กลุ่ม ๆ ละ 10 - 11 คน ร่วมแลกเปลี่ยนประเด็นข้อคิดเห็น และเขียนลงในกระดาษชาร์ตและส่งตัวแทนออกมานำเสนอ ใช้เวลา 90 นาที

กิจกรรมที่ 3 (สัปดาห์ที่ 5) ออกแบบแนวทางการป้องกันโรคโควิด-19 ให้แบ่งกลุ่ม 10 กลุ่ม ๆ ละ 10 - 11 คน ร่วมแลกเปลี่ยนประเด็นข้อคิดเห็นถึงแนวทางหรือรูปแบบดำเนินงานการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อตนเอง และประชาชนในพื้นที่ และเขียนลงในกระดาษชาร์ต ที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ให้ และส่งตัวแทนออกมานำเสนอผลการวิเคราะห์แต่ละกลุ่ม ใช้เวลา 90 นาที

กิจกรรมที่ 4 (สัปดาห์ที่ 7) เพิ่มทักษะการตรวจคัดกรอง โดยจัดอบรมใช้สื่อ Power point presentation และสื่อการเรียนรู้ในรูปแบบ VDO เพื่อให้กลุ่มตัวอย่าง ได้ทบทวนวิธีการตรวจคัดกรอง รวมถึงแลกเปลี่ยนประเด็นปัญหาและข้อเสนอแนะ จากสถานการณ์การระบาดของโรคในช่วงที่ผ่านมา ใช้เวลา 90 นาที

กิจกรรมที่ 5 (สัปดาห์ที่ 9) การสร้างแรงจูงใจ การสนับสนุนด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 โดยผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้ การใช้ฐานข้อมูลด้านสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยได้จัดทำฐานข้อมูล google site เป็นสื่อออนไลน์ มีเนื้อหา ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคโควิด-19 การป้องกัน/ควบคุมโรค อาการและอาการแสดงของโรค แนวทางการคัดกรอง แนวทางการป้องกันโรค และแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 เพื่อเป็นการสนับสนุนด้านข้อมูล สามารถศึกษาความรู้เพิ่มเติม และนำความรู้มาใช้ในการป้องกันโรคให้แก่ตนเอง และนำมาใช้ในการปฏิบัติหน้าที่ของ อสม. ใช้เวลา 90 นาที

กิจกรรมที่ 6 (สัปดาห์ที่ 11) การสร้างแรงจูงใจด้วยการกระตุ้นอารมณ์ทางบวก ชื่นชมให้กำลังใจ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจและเชื่อมั่นในตนเองและผู้อื่น โดยจับกลุ่ม 2-3 คน และให้กลุ่มตัวอย่างเขียนข้อดี ความประทับใจ คำชื่นชม ให้กับสมาชิกในกลุ่ม และให้เขียนคำสัญญากับตนเองว่าจะทำอะไรเพื่อป้องกันไม่ให้ตนเองติดเชื้อโรคโควิด-19 ใช้เวลา 90 นาที ติดตามผลการดำเนินงาน จำนวน 3 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 4, 8 และสัปดาห์ที่ 12 และนัดกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 12 เพื่อติดตามผลการดำเนินงาน และสรุปผลการดำเนินงานที่ผ่านมาทั้งหมด และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 2 (หลังการจัดกิจกรรม) โดยการตอบแบบสอบถาม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรง (Validity) ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาใช้เป็นกรอบในการสร้างแบบสอบถาม หลังจากนั้นได้นำแบบสอบถามให้อาจารย์ที่ปรึกษา และผู้เชี่ยวชาญ ได้ตรวจสอบพิจารณาในด้านความเที่ยงตรง ความเหมาะสมของเนื้อหา ความเหมาะสมในการใช้ภาษา และความชัดเจนของคำถามในแบบสอบถาม เพื่อให้แบบสอบถามสามารถสื่อความหมายได้ตรงตามความประสงค์ ซึ่งจะให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญกับสิ่งที่จะวัดเป็นผู้ทำการตรวจสอบ จำนวน 5 คน โดยมีค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.81 จากนั้นทำการ try out ข้อมูลในกลุ่มที่ใกล้เคียงที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) (Cronbach, 2004) ดังนี้

1. แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.76
2. แบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.78

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ตัวแปรข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพ รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว ระยะเวลาการเป็น อสม. เคยอบรมหลักสูตร อสม.หมอบริการบ้านหรือไม่ และจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม ใช้ในการเปรียบเทียบผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ ANCOVA เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรตามที่มีคุณลักษณะประเภทตัวแปรต่อเนื่อง (Continuous variable) ข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่อิสระต่อกัน โดยคำนึงถึงตัวแปรอื่นร่วมด้วย (Covariates)

จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากมหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 30 กรกฎาคม 2567 เลขที่ HE662134 ผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญและตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมในการศึกษารั้งนี้ และป้องกันไม่ให้เกิดผลกระทบในทางลบแก่ผู้เข้าร่วมการศึกษาโดยไม่ได้เจตนา เช่น การรบกวนเวลา การสร้างความตึงเครียด และความกดดัน ในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อจิตใจเป็นการละเมิดสิทธิส่วนบุคคลได้

ผลการวิจัย

ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย

จากการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย จำนวน 210 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 105 คน ภายหลังจากทดลองมีกลุ่มตัวอย่างที่มีข้อมูลครบถ้วนตามเกณฑ์คัดเข้า ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงกระบวนการสุดท้าย 180 คน ได้แก่ กลุ่มทดลอง 87 คน และกลุ่มควบคุม 93 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการจัดกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมในการป้องกันโรค และการปฏิบัติหน้าที่ให้การป้องกันโรค ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับเพียงแนวทางการดำเนินตามมาตรการป้องกันโรค ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง แล้วนำมาวิเคราะห์เพื่อสรุปผลการศึกษา ดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.81 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 45-59 ปี ร้อยละ 70.48 อายุเฉลี่ย 50 ปี สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษาตอนต้นและมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 28.57 ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 55.24 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส ร้อยละ 73.33 รายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 3,000 – 6,000 บาท ร้อยละ 71.43 รายได้เฉลี่ยอยู่ที่ 5,170 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 61.90 ระยะเวลาการเป็น อสม. น้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 38.10 โดยเฉลี่ย 14 ปี ส่วนใหญ่เคยอบรมหลักสูตรอสม.หมอบริการบ้าน ร้อยละ 85.71 รับผิดชอบดูแลประชาชน อยู่ระหว่าง 10-15 หลังคาเรือน ร้อยละ 67.62 เฉลี่ย 12 หลังคาเรือน ตามลำดับสำหรับกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.71 มีอายุระหว่าง 45-59 ปี ร้อยละ 51.43 อายุเฉลี่ย 53 ปี ศึกษาในระดับสูงกว่ามัธยมศึกษา ร้อยละ 40.00 ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 42.86 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 51.43 มีรายได้มากกว่า 6,000 บาท ร้อยละ 40.00 รายได้เฉลี่ยอยู่ที่ 6,827 บาท ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 52.38 มีระยะเวลาการเป็น อสม. น้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 51.40 ระยะเวลาเฉลี่ย 8 ปี เคยอบรมหลักสูตร อสม.

หมอประจําบ้าน ร้อยละ 75.24 ส่วนใหญ่รับผิดชอบดูแลประชาชน มากกว่า 15 หลังคาเรือนร้อยละ 62.86 เฉลี่ยอยู่ที่ 21 หลังคาเรือน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 105)		กลุ่มควบคุม (n = 105)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	17	16.19	15	14.29
หญิง	88	81.81	90	85.71
อายุ				
อายุน้อยกว่า 35 ปี	1	0.95	2	1.90
อายุ 35 – 44 ปี	17	16.19	17	16.19
อายุ 45 – 59 ปี	74	70.48	54	51.43
อายุ 60 ปีขึ้นไป	13	12.38	32	30.48
	Mean = 50.81		Mean = 53.56	
	SD = 7.74		SD = 9.41	
	Median = 51		Median = 53	
	Max = 71 Min = 30		Max = 78 Min = 32	
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษาตอนต้น	30	28.57	17	16.19
ประถมศึกษาตอนปลาย	21	20.00	10	9.52
มัธยมศึกษาตอนต้น	18	17.14	19	18.10
มัธยมศึกษาตอนปลาย	30	28.57	17	16.19
สูงกว่ามัธยมศึกษา	6	5.71	42	40.00
อาชีพ				
งานบ้าน / ไม่ได้ประกอบอาชีพ	9	8.57	25	23.81
รับจ้าง	16	15.24	27	25.71
เกษตรกร	58	55.24	7	6.67
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	19	18.10	45	42.86
พนักงานของรัฐ/รัฐวิสาหกิจ	3	2.86	1	0.95
สถานภาพ				
โสด	16	15.24	26	24.76
สมรส	77	73.33	54	51.43
หม้าย / หย่าร้าง	12	11.43	25	23.81
รายได้ต่อเดือน				

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 105)		กลุ่มควบคุม (n = 105)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
น้อยกว่า 3,000 บาท	12	11.43	25	23.81
ระหว่าง 3,000 – 6,000 บาท	75	71.43	38	36.19
มากกว่า 6,000 บาท	18	17.14	42	40.00
	Mean = 5,170.48		Mean = 6,827.62	
	SD = 3,679.67		SD = 5,413.08	
	Median = 4,300		Median = 5,000	
	Max = 30,000		Max = 30,000	
	Min = 2,000		Min = 1,000	
โรคประจำตัว				
ปฏิเสธโรคประจำตัว	65	61.90	55	52.38
โรคเบาหวาน	17	16.19	8	7.62
โรคความดันโลหิตสูง	16	15.24	21	20.00
โรคหัวใจและหลอดเลือด	-	-	3	2.86
โรคไขมันในเลือดสูง	3	2.86	7	6.67
โรคภูมิแพ้	4	3.81	11	10.48
ระยะเวลาในการเป็น อสม.				
น้อยกว่า 10 ปี	40	38.10	54	51.43
ระหว่าง 10 – 20 ปี	34	32.38	43	40.95
มากกว่า 20 ปีขึ้นไป	31	29.52	8	7.62
	Mean = 14.06 SD = 8.04		Mean = 8.62 SD = 7.64	
	Median = 12		Median = 9	
	Min = 3 Max = 31		Min = 1 Max = 31	
การอบรมหลักสูตร อสม.หมอบริการบ้าน				
เคย	90	85.71	79	75.24
ไม่เคย	15	14.29	26	24.76
จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ				
น้อยกว่า 10 หลังคาเรือน	12	11.43	3	2.86
ระหว่าง 10 – 15 หลังคาเรือน	71	67.62	36	34.29
มากกว่า 15 หลังคาเรือน	22	20.95	66	62.86
	Mean = 12.29		Mean = 21.66	
	SD = 4.57		SD = 10.07	
	Median = 13		Median = 20	
	Min = 7		Min = 8	
	Max = 32		Max = 59	

2) ระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ก่อนการทดลองอยู่ในระดับดีร้อยละ 55.24 รองลงมาคือระดับปานกลางร้อยละ 31.43 (Mean = 86.03 SD = 10.05) และภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคฯ อยู่ในระดับดี ร้อยละ 77.01 รองลงมาคือระดับปานกลางร้อยละ 20.69 (Mean=90.74 SD = 5.86) ตามลำดับ กลุ่มควบคุม มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ก่อนการทดลองอยู่ในระดับดีร้อยละ 80.95 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 11.43 (Mean = 83.21 SD = 7.09) และภายหลังการทดลอง พบว่า มีระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค อยู่ใน ระดับดีร้อยละ 59.14 รองลงมาคือระดับปานกลางร้อยละ 33.33 (Mean = 89.76 SD = 6.16) ตามลำดับดังแสดงใน ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19

ระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค โรคโควิด-19	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนการทดลอง				
ระดับไม่ดี	14	13.33	8	7.62
ระดับปานกลาง	33	31.43	12	11.43
ระดับดี	58	55.24	85	80.95
	Mean = 86.03, SD = 10.05		Mean = 83.21, SD = 7.09	
หลังการทดลอง				
ระดับไม่ดี	2	2.30	7	7.53
ระดับปานกลาง	18	20.69	31	33.33
ระดับดี	67	77.01	55	59.14
	Mean = 90.74, SD = 5.86		Mean = 89.76, SD = 6.16	

3) ระดับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติหน้าที่ในการป้องกันโรคโควิด-19 ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติหน้าที่ในการป้องกันโรคโควิด-19 ก่อนการทดลองอยู่ในระดับดีร้อยละ 71.43 รองลงมาคือระดับปานกลางร้อยละ 22.86 (Mean = 91.52 SD = 8.44) และภายหลังการทดลอง พบว่า มีระดับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติหน้าที่ในการป้องกันโรค อยู่ในระดับดีร้อยละ 75.86 รองลงมาคือระดับปานกลางร้อยละ 14.94 (Mean = 93.82 SD = 6.27) ตามลำดับ กลุ่มควบคุม มีพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติหน้าที่ในการป้องกันโรคโควิด-19 ก่อนการทดลองอยู่ในระดับดีร้อยละ 81.90 รองลงมาคือระดับปานกลางร้อยละ 14.29 (Mean = 91.19 SD = 5.94) และภายหลังการทดลอง พบว่า มีระดับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติหน้าที่ในการป้องกันโรคอยู่ในระดับดี ร้อยละ 56.99 รองลงมาคือระดับปานกลางร้อยละ 35.48 (Mean = 91.87 SD = 6.69) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติหน้าที่ในการป้องกันโรคโควิด-19

ระดับพฤติกรรมปฏิบัติหน้าที่ ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ก่อนการทดลอง				
ระดับไม่ดี	6	5.71	4	3.81
ระดับปานกลาง	24	22.86	15	14.29
ระดับดี	75	71.43	86	81.90
	Mean = 91.52, SD = 8.44		Mean = 91.19, SD = 5.94	
หลังการทดลอง				
ระดับไม่ดี	8	9.20	7	7.53
ระดับปานกลาง	13	14.94	33	35.48
ระดับดี	66	75.86	53	56.99
	Mean = 93.82, SD = 6.27		Mean = 91.87, SD = 6.69	

4) การเปรียบเทียบคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (Ancova) โดยใช้ตัวแปรกลุ่มเป็นตัวแปรร่วม พบว่า หลังการทดลองโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ไม่แตกต่างกัน (95%CI = -0.58-3.19, p-value = 0.17) ผลการศึกษาคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติหน้าที่ในการป้องกันโรคโควิด-19 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (95%CI= 0.24-4.36, p-value = 0.02) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการป้องกัน และพฤติกรรมการปฏิบัติหน้าที่ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (Ancova) โดยใช้ตัวแปรกลุ่มเป็นตัวแปรร่วม

ตัวแปร พฤติกรรม	กลุ่ม	คะแนนเฉลี่ย ก่อนทดลอง (SD)	คะแนนเฉลี่ย หลังทดลอง (SD)	Mean difference	**Adj. Mean difference	95% CI	P- value
พฤติกรรม การป้องกัน โรค	กลุ่ม ควบคุม	83.21 (7.09)	89.76 (6.16)	0	0		0.17
	กลุ่ม ทดลอง	86.03 (10.05)	90.74 (5.86)	0.97	1.31	-0.58- 3.19	
พฤติกรรม การปฏิบัติ หน้าที่	กลุ่ม ควบคุม	91.19 (5.94)	91.87 (6.69)	0	0		0.02*
	กลุ่ม ทดลอง	91.52 (8.44)	93.82 (6.27)	1.95	2.29	0.24- 4.36	

*หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.05

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แสดงให้เห็นว่าคะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโดยรวมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = -0.58–3.19, $p = 0.17$) ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Srisuk et al.¹⁰ ที่ประเมินผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และพบว่าแม้โปรแกรมจะส่งผลกระทบต่อความรับผิดชอบในการปฏิบัติงาน แต่ไม่พบความแตกต่างที่ชัดเจนในระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโดยรวมหลังการทดลอง อย่างไรก็ตาม ข้อค้นพบนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Miao et al.⁸ ที่ชี้ว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสามารถเพิ่มพฤติกรรมเชิงบวกของอาสาสมัครได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในด้านความรู้และทักษะในการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรค หากพิจารณาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับระดับพฤติกรรม พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมมีระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับดีที่สูงกว่ากลุ่มทดลองอย่างมาก (ร้อยละ 80.95 เทียบกับร้อยละ 55.24) ซึ่งบ่งชี้ว่ากลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมที่ดีอยู่แล้วตั้งแต่ต้น ทำให้โปรแกรมในกลุ่มทดลองไม่สามารถสร้างความแตกต่างที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญได้ นอกจากนี้ ภายหลังจากการทดลอง สัดส่วนของกลุ่มควบคุมที่มีพฤติกรรมดีกลับลดลงเหลือเพียงร้อยละ 59.14 การลดลงนี้อาจเป็นผลมาจากบริบทของการระบาดที่เปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะในช่วงที่กระทรวงสาธารณสุขได้ผ่อนคลายมาตรการควบคุมและปรับสถานะของโรคโควิด-19 จาก “โรคติดต่ออันตราย” เป็น “โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง” สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลให้ทั้งสองกลุ่มได้รับข้อมูลและแนวทางการปฏิบัติที่คล้ายคลึงกันจากภาครัฐ ทำให้พฤติกรรมของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในที่สุด

ผลการศึกษาด้านพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติหน้าที่ในการป้องกันโรคโควิด-19 พบว่า หลังการทดลองใช้โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมปฏิบัติหน้าที่ในการป้องกันโรคแตกต่างจากกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (95% CI = 0.24–4.36, $p = 0.02$) ซึ่งบ่งชี้ว่าโปรแกรมมีผลต่อการส่งเสริมพฤติกรรมปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขในการควบคุมโรค และจากผลการศึกษาพบว่า คะแนนพฤติกรรมปฏิบัติหน้าที่ในการป้องกันโรคของกลุ่มทดลองและควบคุม แตกต่างกันเพียงเล็กน้อย เนื่องจากบทบาทหน้าที่ของ อสม. มีการเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ความรุนแรงของโรค โดยในช่วงที่ COVID-19 เป็นโรคติดต่ออันตรายการดำเนินงานของ อสม. เน้นไปที่มาตรการที่เข้มข้น รวดเร็ว เพื่อควบคุมการแพร่ระบาดให้ได้มากที่สุด เช่น การเฝ้าระวังและค้นหาเชิงรุก, การแยกกัก/กักกัน ติดตามกำกับดูแลผู้ที่ต้องกักตัวที่บ้าน (Home Quarantine) หรือแยกกักตัว (Home Isolation) อย่างใกล้ชิด, การสื่อสารและเน้นย้ำ มาตรการป้องกันส่วนบุคคล (สวมหน้ากาก, ล้างมือ, เว้นระยะห่างทางสังคม) อย่างเคร่งครัด, การช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ในการแจกจ่ายเวชภัณฑ์ เช่น หน้ากากอนามัย แอลกอฮอล์ รวมถึงยารักษาโรค และรายงานข้อมูลความเสี่ยงและผู้ป่วย ต่อหน่วยงานสาธารณสุข (รพ.สต./อำเภอ) อย่างรวดเร็วทันที แต่เมื่อสถานการณ์ความรุนแรงของโรคลดลง และโรค COVID-19 ถูกปรับมาเป็นโรคที่ต้องเฝ้าระวัง บทบาทของ อสม. จะปรับไปสู่การจัดการโรคในระยะยาว ที่เน้นการดูแลตนเองของผู้คน โดยมีมาตรการที่ผ่อนคลายและเน้นการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันมากขึ้น เช่น การเฝ้าระวังและสังเกตอาการ การณรงค์และติดตามการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด 19 การให้คำแนะนำด้านสุขภาพ รวมถึงการสื่อสารเพื่อสร้างความตระหนักและปรับความเข้าใจของประชาชนให้ไม่ตื่นตระหนก แต่ให้ตระหนักถึงการอยู่ร่วมกับโรคอย่างปลอดภัยและรับผิดชอบต่อสังคม โดยผลการศึกษาสอดคล้องกับงานวิจัยของ Li, Zhang, และ Chen⁷ ที่พบว่า โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพซึ่งเน้นการให้ความรู้และฝึกอบรมในพื้นที่ชนบทของประเทศจีนสามารถส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มอาสาสมัครได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Miao, Zhang,⁸ และ Li⁷ ที่ชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมการศึกษาด้านสุขภาพมีส่วนช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกัน

โรคของอาสาสมัครสาธารณสุขในชนบทได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ Singh, Sharma, และ Patel¹¹ รายงานว่า โปรแกรมการแทรกแซงพฤติกรรมในประเทศอินเดีย ซึ่งออกแบบมาเพื่อเพิ่มพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ชนบท ก็มีประสิทธิภาพสูง โดยช่วยปรับปรุงการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครในการควบคุมโรคได้อย่างชัดเจน อีกทั้งข้อมูลระดับของพฤติกรรมการปฏิบัติหน้าที่ของ อสม.ชี้ให้เห็นว่า สัดส่วนของกลุ่มควบคุมที่มีพฤติกรรมการปฏิบัติหน้าที่ที่ลดลงจากร้อยละ 81.90 เป็นร้อยละ 56.99 หลังจากสิ้นสุดการทดลอง ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าหากไม่มีโปรแกรมหรือการกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง พฤติกรรมที่เคยดีอยู่แล้วก็อาจลดลงได้ตามบริบทที่เปลี่ยนไป ดังนั้น โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยรักษาระดับพฤติกรรมการปฏิบัติหน้าที่ของ อสม. ในช่วงเวลาที่สถานการณ์ต่างๆ กำลังเปลี่ยนแปลง

ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในครั้งนี้ อาจสะท้อนถึงผลของการออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของผู้เรียน ซึ่งส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความเข้าใจที่ดียิ่งขึ้นเกี่ยวกับวิธีการป้องกันโรค และสามารถประยุกต์ใช้ความรู้ที่ได้รับไปสู่การปฏิบัติจริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยสรุป ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคที่นำมาใช้ มีศักยภาพในการเสริมสร้างพฤติกรรมการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งสามารถเป็นเครื่องมือสำคัญในการสนับสนุนการควบคุมและลดการแพร่ระบาดของโรคในระดับชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อจำกัดของงานวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental study) ซึ่งไม่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากประชากรทั้งหมด กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมาจากคนละพื้นที่ คือ จังหวัดกาฬสินธุ์และจังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งอาจมีบริบทที่แตกต่างกันทั้งในด้านสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม ทำให้ไม่สามารถสรุปอ้างอิงผลไปยังประชากรกลุ่มอื่นได้อย่างครอบคลุม จากการวิเคราะห์พบว่าข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันในหลายด้าน เช่น อายุเฉลี่ยและระดับการศึกษาของกลุ่มควบคุมสูงกว่า รวมถึงความหลากหลายของอาชีพและจำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบก็แตกต่างกัน ความแตกต่างเหล่านี้อาจเป็นตัวแปรแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของทั้งสองกลุ่ม รวมถึงข้อจำกัดด้านบริบทการระบาดที่เปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากการดำเนินการในช่วงที่กระทรวงสาธารณสุขได้ผ่อนคลายมาตรการควบคุมโรคและปรับสถานะโควิด-19 เป็น “โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง” ทำให้ทั้งสองกลุ่มอาจได้รับข้อมูลและแนวปฏิบัติที่คล้ายคลึงกันจากภาครัฐ ส่งผลให้ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในพฤติกรรมป้องกันโดยรวม

เพื่อบรรเทาข้อจำกัดดังกล่าวผู้วิจัยได้มีการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matching) โดยพิจารณาจากปัจจัยพื้นฐานที่อาจส่งผลต่อผลลัพธ์ เช่น อายุ, ระดับการศึกษา, และระยะเวลาการเป็น อสม. เพื่อให้ทั้งสองกลุ่มมีความใกล้เคียงกันก่อนเริ่มการทดลอง และใช้การวิเคราะห์แบบปรับค่าหากไม่สามารถจับคู่กลุ่มตัวอย่างได้โดยการใช้สถิติเชิงอนุมาน เช่น การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) โดยใช้ตัวแปรพื้นฐานที่แตกต่างกันเป็นตัวแปรควบคุม (covariates) จะช่วยลดอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อนได้

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ช่วยเสริมสร้างพฤติกรรมการปฏิบัติหน้าที่ของอสม. ได้อย่างมีนัยสำคัญ แต่ยังไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันโรคโดยรวมได้อย่างเด่นชัด จึงควรพัฒนาโปรแกรมให้ครอบคลุมทั้งด้านความรู้ ทักษะ และแรงจูงใจ ผ่านกิจกรรมที่เน้นการมีส่วนร่วม เช่น สถานการณ์จำลองและการฝึกปฏิบัติ

จริง ควรสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการสร้างเครือข่ายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อความยั่งยืนของพฤติกรรมในระยะยาว

2. โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมกำป้องกันโรคโควิด-19 ช่วยเพิ่มขีดความสามารถและเตรียมความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สำหรับการเฝ้าระวังและรับมือกับสถานการณ์การระบาดของโรคที่อาจเกิดขึ้นในเชิงรุก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงเวลาที่มีความเสี่ยงสูงต่อการแพร่กระจายของโรคตามฤดูกาล เช่น ฤดูฝน และฤดูหนาว หรือเมื่อพบการระบาดของโรคที่ผิดปกติในพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่เสียสละเวลาอันมีค่าในการให้คำปรึกษา แนะนำด้วยความเมตตาและเอาใจใส่ ในการทำวิจัยจนเกิดความสำเร็จในครั้งนี้ จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. อีร์ศักดิ์ คันศร. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในเขตเมืองอุบลราชธานี. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. ปีที่ 26 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2562.
2. ราชกิจจานุเบกษา. ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักร พ.ศ. 2563. เล่ม 137 ตอนพิเศษ 69 ง. 26 มีนาคม 2563.
3. วิจิตรา ดวงขยาย, เทียนทอง ต๊ะแก้ว. บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2557;23(3):241-8.
4. ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19. รายงานสถานการณ์ผู้ติดเชื้อ COVID-19 สะสมในประเทศไทย ปี 2565. กรุงเทพฯ: สำนักนายกรัฐมนตรี; 2565.
5. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. COVID-19 Situation Report in Thailand. Bangkok: DDC; 2020.
6. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University Press; 1988.
7. Li J, Zhang X, Chen Y. Enhancing rural health volunteer performance through targeted health education during the COVID-19 pandemic: Evidence from a quasi-experimental study. BMC Public Health. 2020;20(1):1558.
8. Miao Y, Zhang L, Li Y. Community-based health promotion programs and their effects on COVID-19 prevention behavior among rural health volunteers in China. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(8):4216.
9. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012;12:80.

10. Srisuk W, Kaewkungwal J, Singhasivanon P. Evaluation of a behavioral development program for village health volunteers. *J Public Health Dev.* 2020;18(3):45–56.
11. Singh R, Sharma A, Patel K. Effectiveness of behavioral interventions in improving COVID-19 preventive practices among rural health workers in India. *Asian J Public Health.* 2020;12(2):78–85.
12. World Health Organization. WHO Director-General’s opening remarks at the media briefing on COVID-19 – 11 March 2020 [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2025 Jul 8]. Available from: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/>