



ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเอง  
ในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019  
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสอยดาว จังหวัดจันทบุรี  
Factors Related to Health Literacy and Self-Protective Behaviors on the  
Coronavirus-2019 Infection Disease Surveillance of Village Health Volunteers  
in Soi-Dao District, Chanthaburi Provinc

เอกราช มีแก้ว<sup>1</sup> วัลลภ ใจดี<sup>2</sup> สุนิศา แสงจันทร์<sup>2</sup>

Ekkarat Meekaew<sup>1</sup> Wanlop Jaidee<sup>2</sup> Sunisa Sangjun<sup>2</sup>

<sup>1</sup>นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

<sup>2</sup>คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

<sup>1</sup>Student of Master of Public Health Program, Faculty of Public Health, Burapha University, Thailand

<sup>2</sup>Faculty of Public Health, Burapha University, Thailand

Corresponding author; Ekkarat Meekaew; Email: ekkmeenew@gmail.com

Received: October 7,2021 Revised: October 25,2021 Accepted: October 28,2021

### บทคัดย่อ

การวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โรคโควิด-19) และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังการระบาดของโรคโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในอำเภอสอยดาว จังหวัดจันทบุรี ตัวอย่างถูกสุ่มด้วยวิธีสุ่มอย่างง่ายจำนวน 410 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์ สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สันและการถดถอยพหุคูณเชิงเส้น ผลการศึกษาพบว่า อสม. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันตนเอง ในระดับต่ำมาก (ร้อยละ 85.12) และ (ร้อยละ 80.24) ตามลำดับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ เขตที่อยู่อาศัย ( $\chi^2=7.457$ ,  $p<.05$ ) การรับรู้การบริการสุขภาพเชิงรุกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ( $r=.148$ ,  $p<.01$ ) การเข้าร่วมกิจกรรมเชิงรุกในชุมชน ( $r=.250$ ,  $p<.01$ ) การเรียนรู้จากการสังเกตต้นแบบ ( $r=.150$ ,  $p<.01$ ) การใช้สื่อสังคมออนไลน์ ( $r=.171$ ,  $p<.01$ ) และแรงเสริมจากบุคคลอื่น ( $r=.125$ ,  $p<.05$ ) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเอง ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการจัดการตนเอง ( $B=.931$ , 95%CI .73-1.14) ด้านการเข้าถึงข้อมูล ( $B=.628$ , 95%CI .37-.88) และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ( $B=.286$ , 95%CI .07-.50) รวมถึงปัจจัยด้านเขตที่อยู่อาศัย (เทศบาล) ( $B=1.168$ , 95%CI .41-1.93) โดยปัจจัยข้างต้นสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันตนเองฯ ได้ถึงร้อยละ 40.90

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ; พฤติกรรมการป้องกันตนเอง; โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน



# Factors Related to Health Literacy and Self-Protective Behaviors on the Coronavirus-2019 Infection Disease Surveillance of Village Health Volunteers in Soi-Dao District, Chanthaburi Provinc

Ekkarat Meekaew<sup>1</sup> Wanlop Jaidee<sup>2</sup> Sunisa Sangjun<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Student of Master of Public Health Program, Faculty of Public Health, Burapha University, Thailand

<sup>2</sup>Faculty of Public Health, Burapha University, Thailand

Corresponding author; Ekkarat Meekaew; Email: ekkmeenew@gmail.com

Received: October 7,2021 Revised: October 25,2021 Accepted: October 28,2021

## Abstract

The aim of this study was to investigate the factors related to health literacy of COVID-19, and the factors influencing self-protective behavior in monitoring COVID-19. The sample consisted of village health volunteers (VHVs) in Soi Dao district, Chanthaburi Province. Four hundred and ten people were selected by simple random sampling. The newly developed questionnaire was used. The data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient, and linear multiple regression. The results of the study revealed that the VHVs had very good levels of both health literacy of COVID-19 (85.12%) and self-protective behaviors (80.24%). The factors related to health literacy were: area of residence ( $\chi^2=7.457$ ,  $p<.05$ ), perceptions of proactive health services by health care workers ( $r=.148$ ,  $p<.01$ ), participation in proactive community activities ( $r=.250$ ,  $p<.01$ ), learning from model observation ( $r=.150$ ,  $p<.01$ ), social media use ( $r=.171$ ,  $p<.01$ ), and personal reinforcement ( $r=.125$ ,  $p<.05$ ). The 4 factors affected that self-protective behaviors were health literacy in 3 aspects: self-management ( $B=.931$ , 95%CI .73-1.14), access to information ( $B=.628$ , 95%CI .37-.88), discrimination decisions ( $B=.286$ , 95%CI .07-.50) and including area of residence (municipality) factors ( $B=1.168$ , 95%CI .41-1.93). The above factors could predict 40.90% of the variation in self-protective behavior.

**Keywords:** health literacy; self-protective behaviors; coronavirus 2019; village health volunteer

## ความเป็นมาและความสำคัญ

สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด-19 ตั้งแต่ปลายปี พ.ศ.2562 ได้ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจต่อประชากรโลกอย่างกว้างขวาง จนกระทั่งองค์การอนามัยโลก ประกาศให้เป็นการระบาดครั้งใหญ่<sup>1</sup> สำหรับประเทศไทยได้ประกาศให้โรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558<sup>2</sup> เพื่อใช้มาตรการทางกฎหมายในการควบคุมการระบาดของโรคภายในประเทศ ร่วมกับการดำเนินงานควบคุมโรคเชิงรุกในชุมชนโดยบุคลากรที่เป็นส่วนสำคัญในการดำเนินงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และทีมบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ แบบเคียงบ่าเคียงไหล่มาตลอดคือกลุ่มประชาชนอาสาสมัครอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือโดยทั่วไปเรียกกันว่า อสม. ทั้งนี้ อสม. ถือว่าเป็นกำลังสำคัญในการร่วมต่อสู้กับโรคร้ายครั้งนี้ และส่งผลให้ประเทศไทยสามารถผ่านวิกฤตการระบาดของโรคโควิด-19 มาได้ตั้งแต่การระบาดในระลอกที่ 1 (มกราคม-พฤศจิกายน 2563) ระลอกที่ 2 (ธันวาคม 2563-มีนาคม 2564) จนเข้าสู่ในระลอกที่ 3 เมื่อเดือนเมษายน 2564 เป็นต้นมา

ปัจจุบัน อสม. มีจำนวนมากกว่า 1,090,000 คนรวมทั้งประเทศ<sup>3</sup> ถือเป็นกลุ่มประชาชนอาสาสมัครที่มีบทบาททางสุขภาพที่สำคัญของระบบสาธารณสุขไทย และได้ร่วมดำเนินการในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพ มาอย่างต่อเนื่องในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา อสม.ช่วยสนับสนุนการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในทุกสถานการณ์ทั้งในภาวะวิกฤตและภาวะปกติ รวมถึงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ในครั้งนี้ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น และถึงแม้ว่าในระลอกที่ 3 ตั้งแต่เดือนเมษายน 2564 เป็นต้นมา พบผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจำนวนมากขึ้น แต่ทีม อสม. ของแต่ละพื้นที่ยังคงปฏิบัติหน้าที่ด้วยหัวใจของความเป็นประชาชนจิตอาสาอย่างเข้มแข็งเสมอมา สำหรับบทบาทของ อสม. ในการเฝ้าระวังการระบาดของโรคโควิด-19 กระทรวงสาธารณสุขได้มอบหมายให้ทีม อสม. ร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ทั้งผู้ที่เดินทางมาจากต่างประเทศและพื้นที่เสี่ยงในประเทศหรือผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วย มีบทบาทในการติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มเสี่ยงที่อยู่ระหว่างการกักตัว เคาะประตูบ้านเพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยง ปฏิบัติงาน ณ จุดคัดกรองของชุมชน รวมถึงการณรงค์ให้ความรู้ และแพร่กระจายข่าวสารในการป้องกันตนเองสำหรับประชาชนให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อโควิด-19<sup>4</sup> จากบทบาทการทำงานและการดำเนินที่เข้มแข็งของ อสม. จึงเป็นกลไกสำคัญที่นำความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชน และผลงานดังกล่าว นั้นเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปรวมถึงองค์การอนามัยโลกซึ่งเป็นองค์กรที่เป็นที่ยอมรับในระดับสากล ได้กล่าวชื่นชมความเข้มแข็งของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของประเทศไทยว่าเป็นผู้มีส่วนสำคัญทำให้ประเทศไทยมีระบบการดูแลสุขภาพระดับครอบครัวที่เข้มแข็ง และเป็นความภูมิใจของระบบสุขภาพไทย<sup>5</sup>

บทบาทของ อสม. ถือเป็นบทบาทของผู้นำในการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชน และเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะในยุคที่ปัญหาสาธารณสุขมีการเปลี่ยนแปลงรวดเร็ว ประชาชนจึงต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน อสม. จึงจำเป็นต้องพัฒนาศักยภาพอยู่เสมอเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถปฏิบัติงานอาสาในงานสาธารณสุขและเป็นต้นแบบของประชาชนได้ตามแนวคิดของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข<sup>6</sup> ที่ได้เสนอแนวคิดให้พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพจากปัจจัยพื้นฐานที่อยู่ภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ซึ่งเป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีความสำคัญอย่างมากในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ<sup>7-8</sup> มีการศึกษาถึงปัจจัยภายนอกที่มีความเกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพ เช่น การรับรู้การบริการสาธารณสุข การเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ด้านสุขภาพ แรงเสริมจากบุคคลอื่น การเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ การใช้สื่อสังคมออนไลน์ เขตที่อาศัย เป็นต้น<sup>8-9</sup> แต่ยังมีพบว่าการศึกษาด้านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในประเด็นโรคติดต่อยังมีค่อนข้างน้อยในกลุ่ม อสม. เมื่อเทียบกับการศึกษาในประเด็นของกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะในประเด็นของโรคติดต่ออันตรายหรือโรคติดต่ออุบัติใหม่อย่างเช่นโรคโควิด-19 ที่กำลังระบาดอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งในทั่วโลกต่าง



ก็ตระหนักในการออกนโยบายและมาตรการในการป้องกันควบคุมโรคดังกล่าว เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนเกิดความรู้ด้านสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบรูปแบบใหม่เพื่อป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ได้ถูกต้อง จากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ที่ยังมีแนวโน้มการระบาดอย่างต่อเนื่องและอาจจะยากในการคาดการณ์ สถานการณ์ในอนาคตอันใกล้ และบทบาทที่โดดเด่นในการช่วยดำเนินงานการเฝ้าระวังการระบาดของโรคโควิด-19 ของทีม อสม. รวมถึงแนวคิดในการพัฒนาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพในเรื่องความรู้ด้านสุขภาพของรัฐบาล ซึ่งแนวคิดดังกล่าวถือเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญและมีความน่าสนใจดำเนินการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันตนเองในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังการระบาดของโรคโควิด-19 ของ อสม. โดยประชากรกลุ่มเป้าหมายในการศึกษาคือ อสม. ในพื้นที่อำเภอสอยดาว จังหวัดจันทบุรี สำหรับจังหวัดจันทบุรีนั้น เป็นจังหวัดในภาคตะวันออกของไทยที่ได้ดำเนินการตามมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในพื้นที่อย่างเข้มข้นมีทีม อสม. เป็นกำลังหลักร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้อง อำเภอสอยดาวเป็นอำเภอที่เป็นประตูจังหวัดจันทบุรีและหลาย ๆ จังหวัดในภาคตะวันออกจะมีผู้เดินทางและผู้ใช้แรงงานเข้าออกเป็นจำนวนมาก การดำเนินงานเฝ้าระวังการระบาดของโรคโควิด-19 ในชุมชนจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ดังนั้นการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการนำไปพัฒนาศักยภาพเพื่อให้ อสม. มีความสามารถในการรับมือกับสถานการณ์โรคโควิด-19 ที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา โดยมุ่งเน้นการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ที่ถูกต้อง ทั้งนี้ข้อมูลจากการวิจัยนี้ยังเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการพัฒนาศักยภาพของ อสม. และในเตรียมความพร้อมรับมือกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ โรคติดต่ออุบัติซ้ำ และภัยสุขภาพอื่น ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคตต่อไปได้

## วัตถุประสงค์การวิจัย

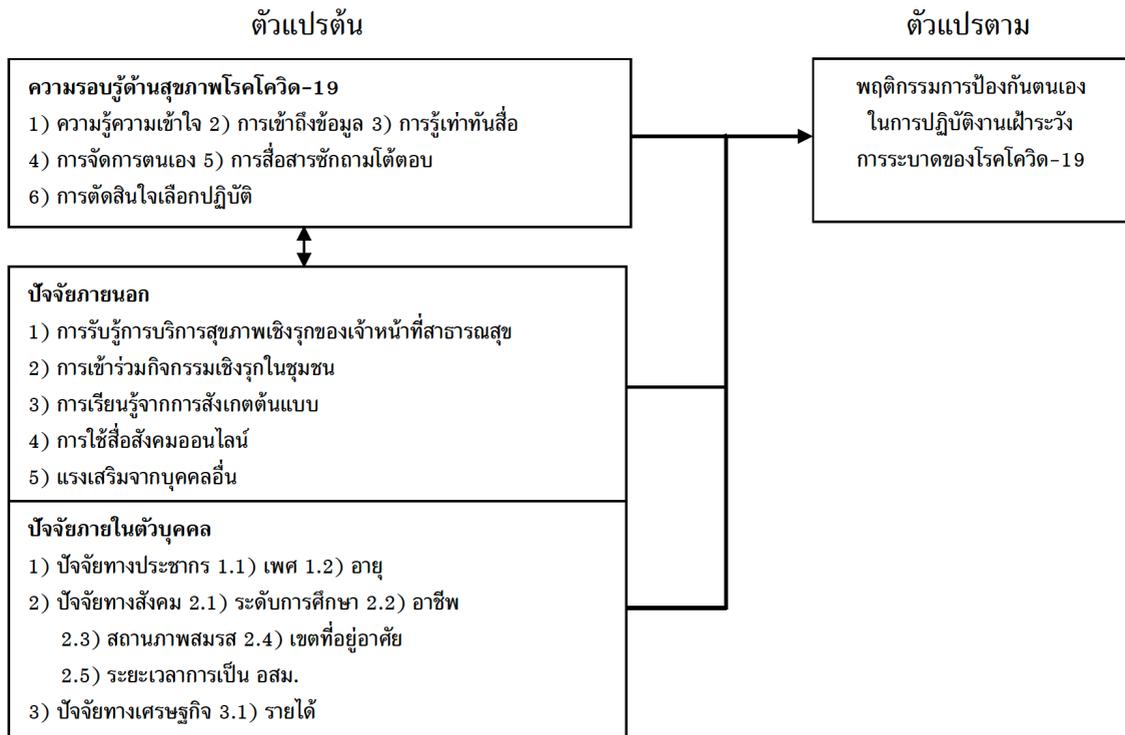
1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพของ อสม. ที่ปฏิบัติงานเฝ้าระวังการระบาดของโรคโควิด-19 อ.สอยดาว จ.จันทบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันตนเองในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังการระบาดของโรคโควิด-19 ของ อสม. อ.สอยดาว จ.จันทบุรี

## สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอก มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพของ อสม. ที่ปฏิบัติงานเฝ้าระวังการระบาดของโรคโควิด-19 อ.สอยดาว จ.จันทบุรี
2. ปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยภายนอกและปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมป้องกันตนเองในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังการระบาดของโรคโควิด-19 ของ อสม. อ.สอยดาว จ.จันทบุรี

## กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยได้พัฒนามาจากแนวคิดของกองสุขศึกษากรมสนับสนุนบริการสุขภาพ<sup>10</sup> และธัญชนก ขุมทอง<sup>8</sup> ดังนี้



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

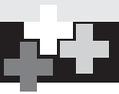
ใช้วิธีการศึกษาแบบสำรวจภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (analytic cross-sectional survey research) โดยมีกลุ่มประชากรคือ อสม. จากหน่วยบริการสาธารณสุขทั้งหมด 12 แห่ง ใน อ.สอยดาว จ.จันทบุรี จากจำนวน อสม. ทั้งหมด 1,121 คน<sup>3</sup>

### การคำนวณและการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

มีขั้นตอนการคำนวณและการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 ใช้วิธีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Cochran<sup>11</sup> เป็นการคำนวณแบบการประมาณค่าเฉลี่ยกรณีที่ทราบจำนวนประชากรได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 287 คน ขั้นตอนที่ 2 ปรับขนาดตัวอย่างให้เหมาะสมกับการนำไปวิเคราะห์สมการที่เป็นตัวแปรทำนายตามวิธีของ Hsieh FY<sup>12</sup> คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นเท่ากับ 410 คน

จากนั้นทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยแบ่งสัดส่วน อสม. แยกตามหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ อ.สอยดาว จ.จันทบุรี ได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชน 1 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 11 แห่ง รวม 12 แห่ง แล้วจึงทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนึงถึงความน่าจะเป็นในการสุ่ม (probability sampling) ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (sample random sampling) เพื่อเปิดโอกาสให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีสิทธิได้รับการคัดเลือกเท่าๆ กันแล้วใช้วิธีการจับฉลาก จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามต้องการ

เกณฑ์การคัดเข้า คือ อสม. ที่ปฏิบัติงานเฝ้าระวังการระบาดของโรคโควิด-19 ในชุมชนและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปนับตั้งแต่เริ่มมีการระบาดของโรคโควิด-19 ในระลอกแรก (นับจากวันที่ 1 ธันวาคม 2562) ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ อสม. ที่ไม่สะดวกให้ข้อมูลต่อหลังจากให้ข้อมูลไปบางส่วนแล้ว หรือขอลอนตัวจากการวิจัย หรือตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วนสมบูรณ์



## เครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือการวิจัยขึ้นมาใหม่ มี 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลด้านปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ 1) ปัจจัยทางประชากร คือ เพศ ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด ให้เลือกตอบ มีระดับการวัดข้อมูลแบบนามบัญญัติ และอายุ ลักษณะคำถามเป็นแบบเติมคำ มีระดับการวัดข้อมูลแบบอัตราส่วน 2) ปัจจัยทางสังคม คือ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส เขตที่อยู่อาศัย ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด ให้เลือกตอบ มีระดับการวัดข้อมูลแบบนามบัญญัติ และระยะเวลาการเป็น อสม. ลักษณะคำถามเป็นแบบเติมคำ มีระดับการวัดข้อมูลแบบอัตราส่วน และ 3) ปัจจัยทางเศรษฐกิจ คือ รายได้ ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด ให้เลือกตอบ มีระดับการวัดข้อมูลแบบจัดอันดับ

ตอนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยภายนอก ได้แก่ 1) การรับรู้การบริการสุขภาพเชิงรุกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (4 ข้อ) 2) การเข้าร่วมกิจกรรมเชิงรุกในชุมชน (4 ข้อ) 3) การเรียนรู้จากการสังเกตต้นแบบ (5 ข้อ) 4) การใช้สื่อสังคมออนไลน์ (9 ข้อ) และ 5) แรงเสริมจากบุคคลอื่น (5 ข้อ) ลักษณะคำถามจะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (เป็นประจำ ค่อนข้างบ่อย บางครั้ง แทบจะไม่เคย ไม่เคยเลย) มีระดับการวัดข้อมูลแบบอันตรายภาค รวมคะแนนแยกเป็นรายหัวข้อ แบ่งช่วงคะแนนรวมเป็น 3 ระดับ<sup>13</sup> คือ น้อย (น้อยกว่าร้อยละ 33.33) ปานกลาง (ร้อยละ 33.34-66.67) และมาก (มากกว่าร้อยละ 66.67)

ตอนที่ 3 แบบทดสอบความรู้ด้านสุขภาพโรคโควิด-19 มีจำนวน 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความรู้ความเข้าใจ (5 ข้อ) แยกเป็นแบบ 4 ตัวเลือก ข้อถูก 1 ตัวเลือก และข้อผิด 3 ตัวเลือก 2) การเข้าถึงข้อมูล (3 ข้อ) 3) การรู้เท่าทันสื่อ (3 ข้อ) 4) การจัดการตนเอง (4 ข้อ) 5) การสื่อสารซักถามโต้ตอบ (3 ข้อ) และ 6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ (4 ข้อ) ลักษณะคำถามจะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (เป็นประจำ ค่อนข้างบ่อย บางครั้ง แทบจะไม่เคย ไม่เคยเลย) มีระดับการวัดข้อมูลแบบอันตรายภาค รวมคะแนนแต่ละด้านและรวมคะแนนทั้งหมดโดยกำหนดเกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนนรวมเป็น 4 กลุ่ม<sup>14</sup> คือ ไม่ถูกต้อง/ไม่ดี (น้อยกว่าร้อยละ 60) ถูกต้องบ้าง/พอใช้ (ร้อยละ 60-70) ถูกต้อง/ดี (ร้อยละ 70-80) และถูกต้องที่สุด/ดีมาก (มากกว่าร้อยละ 80)

ตอนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังการระบาดของโรคโควิด-19 ในชุมชน มีจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามจะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (เป็นประจำ ค่อนข้างบ่อย บางครั้ง แทบจะไม่เคย ไม่เคยเลย) มีระดับการวัดข้อมูลแบบอันตรายภาค จากนั้นจะรวมคะแนนโดยกำหนดเกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนนรวมเป็น 4 กลุ่ม<sup>14</sup> คือ ไม่ดี (น้อยกว่าร้อยละ 60) พอใช้ (ร้อยละ 60-70) ดี (ร้อยละ 70-80) และดีมาก (มากกว่าร้อยละ 80)

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือการวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยหาทัศนคติความสอดคล้องของเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน จำนวน 3 ท่าน และผ่านการทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างในอำเภอโป่งน้ำร้อนซึ่งเป็นอำเภอใกล้เคียงในจังหวัดจันทบุรี ด้วยการทดสอบความยากง่าย (กำหนดเกณฑ์อยู่ระหว่าง .20-.80 ค่าที่ได้ต่ำสุด .47 สูงสุด .83) ค่าอำนาจจำแนก (กำหนดเกณฑ์ .20 ขึ้นไป ค่าที่ได้ต่ำสุด .23 สูงสุด .89) และความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (กำหนดเกณฑ์ .70 ขึ้นไป ค่าที่ได้ต่ำสุด .71 สูงสุด .88) สำหรับข้อคำถามที่ไม่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบ ได้ปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้แบบสอบถามมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้รับผิดชอบงาน อสม. ของหน่วยบริการสาธารณสุขแต่ละแห่ง ประกอบด้วย ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลสอยดาว สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสอยดาว และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขต



อำเภอสอยดาว โดยผู้วิจัยได้ประชุมสื่อสารถึงขั้นตอนและวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยให้กับผู้รับผิดชอบงาน อสม. ทุกแห่งได้รับทราบ พร้อมทั้งประสานขอเก็บข้อมูลตามวันที่มีการประชุมของ อสม. ในช่วงเดือนเมษายน ถึง พฤษภาคม 2564 การเก็บข้อมูลจะชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัยทุกครั้ง พร้อมทั้งสื่อสารทำความเข้าใจแก่ อสม. เพื่อให้มีความเข้าใจที่ชัดเจน และเปิดโอกาสให้ อสม. ชักถามในประเด็นที่มีความกังวล และแจ้งถึงสิทธิการขอถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา พร้อมทั้งให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ อสม. ได้ชี้แจงว่าการตอบแบบสอบถามไม่ได้มีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่หรือผลกระทบอื่น ๆ ต่อหน่วยบริการสาธารณสุขหรือชุมชนแต่อย่างใด จากนั้นให้ อสม. ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ทั้งนี้เพื่อให้ อสม. มีความเป็นอิสระในการตอบแบบสอบถามอย่างมั่นใจ ตลอดจนการตอบแบบสอบถามเพื่อให้สามารถสะท้อนข้อมูลที่ตรงตามความเป็นจริงได้ ในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลได้เน้นให้มีการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคโควิด-19 พร้อมทั้งได้ปฏิบัติตามคำสั่งและประกาศของจังหวัดจันทบุรีเกี่ยวกับมาตรการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างเคร่งครัด เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระหว่างตัวผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยภายนอก ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage;% ) ค่าเฉลี่ยกับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean: Standard Deviation,  $\bar{X} \pm SD$ ) ค่าต่ำสุด-สูงสุด (Min-Max) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของความรู้ด้านสุขภาพกับปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอก ใช้สถิติไคสแควร์ (Pearson Chi-Square;  $\chi^2$ ) สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Correlation Coefficient; r) และระดับความสัมพันธ์ตามเกณฑ์ของโซเบอร์<sup>15</sup> สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ และใช้สถิติการถดถอยพหุคูณเชิงเส้น (multiple linear regression) ในการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองฯ โดยกำหนดความมีนัยสำคัญที่  $<.05$

## จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เอกสารรับรองเลขที่ IRB3-020/2564 วันที่รับรอง 15 มีนาคม 2564

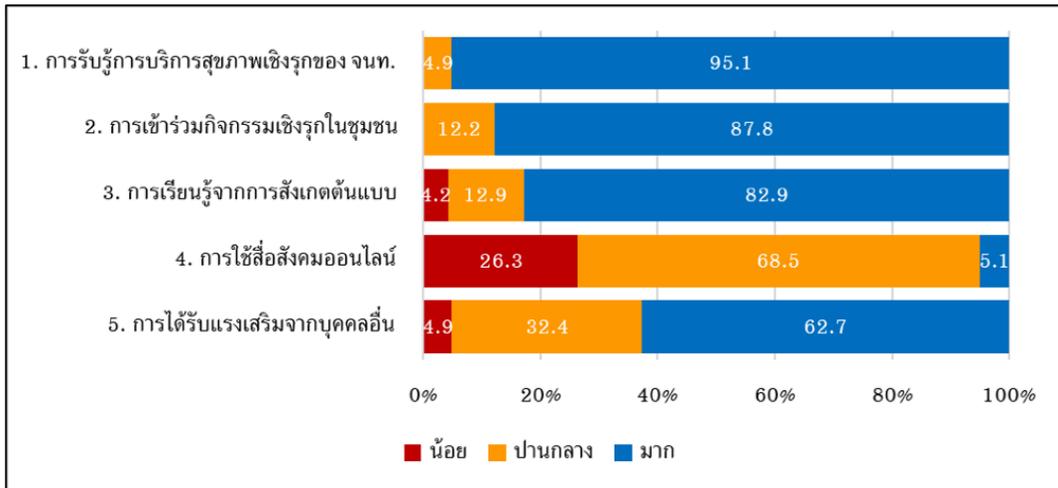
## ผลการวิจัย

### 1. ปัจจัยภายในตัวบุคคล

ผลการวิจัยพบว่า อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 78.05 มากกว่าร้อยละ 90 มีอายุ 35 ขึ้นไป(48.64±9.43, Min-Max 20-78) ครึ่งหนึ่งจบประถมศึกษา (ร้อยละ 50) อาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร (ร้อยละ 62.44) สถานภาพการสมรสส่วนใหญ่อยู่เป็นคู่ (ร้อยละ 82.68) ที่อยู่อาศัยส่วนใหญ่อยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล หรือ อบต. (ร้อยละ 66.10) ระยะเวลาการเป็น อสม.เฉลี่ย 13.14 ปี (8.43, Min-Max 2-41) และมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 52.20) มีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่ารายได้เฉลี่ยขั้นต่ำของประชากรในอำเภอเดียวกัน

### 2. ปัจจัยภายนอก

ผลการวิจัยพบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับมาก (ดังรูปที่ 2) โดยพบว่า อสม. มีการรับรู้การบริการสุขภาพเชิงรุกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากถึงร้อยละ 95.12 (17.79±2.20) รองลงมาคือมีการเข้าร่วมกิจกรรมเชิงรุกในชุมชนร้อยละ 87.80 (17.24±2.69) มีการเรียนรู้จากการสังเกตต้นแบบร้อยละ 82.93 (21.29±4.23) มีการได้รับแรงเสริมจากบุคคลอื่นร้อยละ 62.68 (17.49±3.43) ส่วนด้านการใช้สื่อสังคมออนไลน์ พบว่า อสม. ส่วนใหญ่ใช้สื่อสังคมออนไลน์อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 68.54 (19.54±5.65) โดยพบว่าสื่อสังคมออนไลน์ที่มีการใช้งานมากที่สุดคือ ไลน์ ร้อยละ 91.22 รองลงมาคือ เฟซบุ๊กร้อยละ 84.15 ตามลำดับ

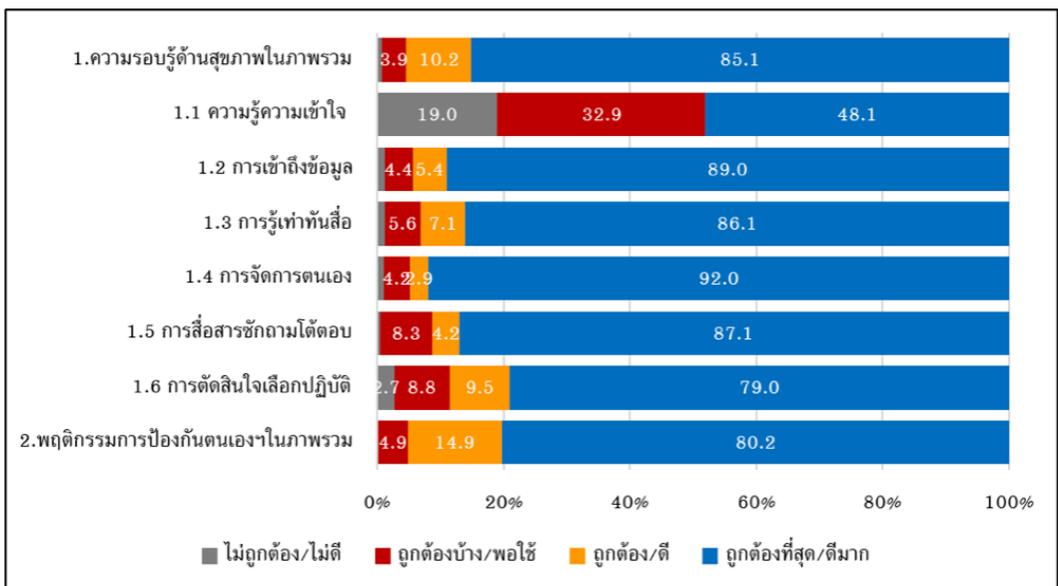


รูปที่ 2 ร้อยละของคะแนนข้อมูลด้านปัจจัยภายนอก (n=410 คน)

### 3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคโควิด-19 และพฤติกรรมการป้องกันตนเอง

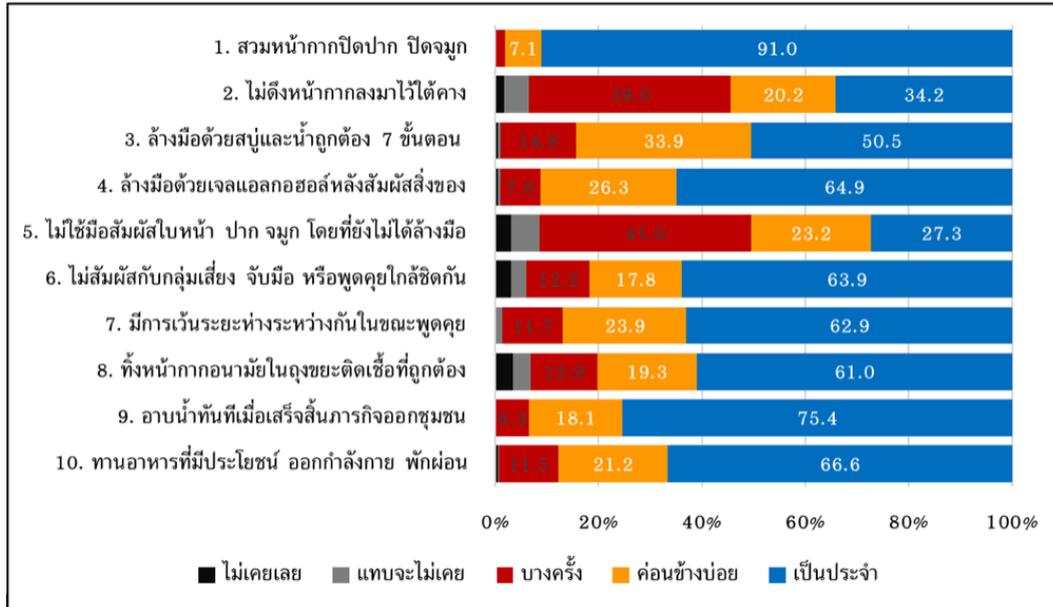
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่า อสม. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคโควิด-19 ในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 85.12) โดยเฉพาะคะแนนด้านการจัดการตนเองที่มีมากที่สุดถึงร้อยละ 91.95 ( $18.59 \pm 2.13$ ) รองลงมา คือ ด้านการเข้าถึงข้อมูล ร้อยละ 89.02 ( $13.61 \pm 1.73$ ) ด้านการสื่อสารซักถามโต้ตอบ ร้อยละ 87.07 ( $13.31 \pm 1.77$ ) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ร้อยละ 86.10 ( $13.34 \pm 1.72$ ) และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ร้อยละ 79.02 ( $13.70 \pm 1.71$ ) ตามลำดับ ส่วนด้านความรู้ความเข้าใจเป็นเพียงด้านเดียวที่ อสม. ได้คะแนนในระดับดีมากน้อยที่สุด ร้อยละ 48.05 ( $3.33 \pm 1.13$ ) (ดังรูปที่ 3)

สำหรับพฤติกรรมการป้องกันตนเอง ผลการวิจัยพบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังการระบาดของโรคโควิด-19 ภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 80.24 ( $43.60 \pm 4.75$ ) (ดังรูปที่ 3)



รูปที่ 3 ร้อยละของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเอง (n=410 คน)

พฤติกรรมการป้องกันตนเองที่มีคะแนนมากที่สุดคือ การสวมหน้ากากปิดปากปิดจมูกเป็นประจำ (ร้อยละ 90.98) รองลงมา คือ การอาบน้ำทำความสะอาดร่างกายทันทีเมื่อเสร็จสิ้นภารกิจออกชุมชนในแต่ละวัน (ร้อยละ 75.39) การรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ พักผ่อนเพียงพอ (ร้อยละ 66.59) การล้างมือที่ถูกต้องด้วยเจลแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 64.88) การเว้นระยะห่างเมื่อต้องพบกับบุคคลอื่น (ร้อยละ 62.93) การทิ้งหน้ากากอนามัยที่ถูกต้อง (ร้อยละ 60.98) และการล้างมือที่ถูกต้องด้วยสบู่และน้ำ (ร้อยละ 50.49) ตามลำดับ (ตั้งรูปที่ 4)



รูปที่ 4 ร้อยละของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันตนเองฯ (n=410 คน)

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคโควิด-19 และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองฯ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคโควิด-19 ผลการวิจัยจำแนกเป็นด้านปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ เขตที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ส่วนปัจจัยด้านเพศ ระดับการศึกษา อาชีพหลัก สถานภาพสมรส และรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคโควิด-19 สำหรับปัจจัยภายนอกพบที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคโควิด-19 ทุกปัจจัย ได้แก่ การรับรู้การบริการสุขภาพเชิงรุกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ( $r = .148, p < .01$ ) การเข้าร่วมกิจกรรมเชิงรุกในชุมชน ( $r = .250, p < .01$ ) การเรียนรู้จากการสังเกตต้นแบบ ( $r = .150, p < .01$ ) การใช้สื่อสังคมออนไลน์ ( $r = .171, p < .01$ ) และแรงเสริมจากบุคคลอื่น ( $r = .125, p < .05$ ) (ตั้งตารางที่ 1)



ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคโควิด-19

ปัจจัยภายนอก (n=410)		ระดับความสัมพันธ์	P
ปัจจัยภายใน	$\chi^2$		
เขตที่อยู่อาศัย เขตเทศบาล (เทียบกับเขต อบต.)	7.457		.024
ปัจจัยภายนอก	r		
1. การรับรู้การบริการสุขภาพเชิงรุกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	.148	ระดับต่ำ	.003
2. การเข้าร่วมกิจกรรมเชิงรุกในชุมชน	.250	ระดับต่ำ	<.001
3. การเรียนรู้จากการสังเกตต้นแบบ	.150	ระดับต่ำ	.002
4. การใช้สื่อสังคมออนไลน์	.171	ระดับต่ำ	.001
5. แร่งเสริมจากบุคคลอื่น	.125	ระดับต่ำ	.011

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเอง มีขั้นตอนในการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์การถดถอยแบบ Multiple Linear Regression ขั้นตอนที่ 1 ตรวจสอบคุณลักษณะของตัวแปรต้นและตัวแปรตาม โดยได้แปลงข้อมูลตัวแปรที่มีระดับการวัดแบบนามบัญญัติ (Nominal Scale) ให้เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy Variable) ส่วนตัวแปรอื่นๆ ที่มีระดับการวัดแบบเชิงปริมาณ (Scale) อยู่แล้วให้คงคุณลักษณะเดิม ขั้นตอนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลหาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยรายตัวแปร (Crude) เพื่อคัดเลือกตัวแปรต้นที่ละตัวแปรที่มีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในระดับนัยสำคัญทางสถิติ  $p < .05$  ไปวิเคราะห์แบบหลายตัวแปรพร้อมกัน หรือ Multiple Linear Regression โดยพบตัวแปรที่ผ่านการทดสอบในขั้นตอนที่ 2 จำนวน 10 ตัวแปร ได้แก่ ปัจจัยภายในตัวบุคคล 1 ตัวแปร คือ เขตที่อยู่อาศัยเขตเทศบาล ( $B=2.035$ ) ปัจจัยภายนอก 3 ตัวแปร คือ 1) การรับรู้การบริการสุขภาพเชิงรุกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ( $B=.344$ ) 2) การเข้าร่วมกิจกรรมเชิงรุกในชุมชน ( $B=.472$ ) 3) การเรียนรู้จากการสังเกตต้นแบบ ( $B=.205$ ) ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ตัวแปร คือ 1) ความรู้ความเข้าใจ ( $B=.491$ ) 2) การเข้าถึงข้อมูล ( $B=1.400$ ) 3) การรู้เท่าทันสื่อ ( $B=1.191$ ) 4) การจัดการตนเอง ( $B=1.299$ ) 5) การสื่อสารชักถามได้ตอบ ( $B=1.300$ ) และ 6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ( $B=.687$ ) ขั้นตอนที่ 3 นำตัวแปรทั้ง 10 ตัวแปร เข้าสมการวิเคราะห์การถดถอยแบบ Multiple Linear Regression เลือกวิธีนำเข้าสมการแบบ Stepwise ผลการวิเคราะห์มีตัวแปรที่ผ่านการคัดเลือกในขั้นตอนนี้จำนวน 4 ตัวแปร ได้แก่ ปัจจัยภายในตัวบุคคล 1 ตัวแปร คือ เขตที่อยู่อาศัยเขตเทศบาล และปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3 ตัวแปร คือ 1) การเข้าถึงข้อมูล 2) การจัดการตนเอง และ 3) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ขั้นตอนที่ 4 ตรวจสอบผลการวิเคราะห์ตามข้อตกลงเบื้องต้น ได้แก่ 1) พิจารณาค่า F-test ANOVA มีค่า 70.12 ที่ระดับนัยสำคัญ  $p < .05$  แสดงว่าในรูปแบบการวิเคราะห์ครั้งนี้ ตัวแปรต้นกับตัวแปรตามมีความสัมพันธ์กันในลักษณะเชิงเส้นตรง (Linearity) 2) พิจารณาค่า Variance Inflation Factor (VIF) < 10 ค่า Tolerance > .1 ทุกตัวแปร แสดงว่าไม่พบปัญหา Multicollinearity 3) พิจารณาการทดสอบข้อมูลของตัวแปร Y บนทุกค่าของตัวแปร X เมื่อนำค่า Residual มา Plot โดยใช้ Histogram พบมีการแจกแจงแบบปกติ 4) พิจารณาค่าสถิติ Durbin-Watson เท่ากับ 1.53 แสดงว่าความคาดเคลื่อนเป็นอิสระต่อกัน และ 5) พิจารณาค่าส่วนเหลือมาตรฐาน (Standardized Residual) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0 และไม่มีรูปแบบการกระจายที่เป็นระบบ แสดงว่าข้อมูลมีความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนแบบคงที่<sup>16</sup>

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังการระบาดของโรคโควิด-19 สามารถอธิบายจากค่า Beta(B) โดยพบว่าปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3 ปัจจัย ได้แก่ การจัดการตนเอง ( $B=.931$ ) การเข้าถึงข้อมูล ( $B=.628$ ) และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ( $B=.286$ ) ร่วมกับปัจจัยภายในตนเอง 1 ปัจจัย



คือ เขตที่อยู่อาศัยเทศบาล ( $B=1.168$ ) ซึ่งทั้ง 4 ตัวแปร มีระดับนัยสำคัญ  $p<.01$  โดยปัจจัยเหล่านี้สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันตนเองฯ ได้ถึงร้อยละ 40.90 (ดังตารางที่ 2) และสามารถเขียนสมการทำนายในรูปคะแนนดิบได้ ดังนี้

$$\text{พฤติกรรมการป้องกันตนเอง} = 13.420 + .931(\text{การจัดการตนเอง}) + .628(\text{การเข้าถึงข้อมูล}) + .286(\text{การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ}) + 1.168(\text{เขตที่อยู่อาศัย เทศบาล})$$

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองฯ

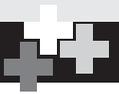
ตัวแปรต้น	ค่าสัมประสิทธิ์แสดงความสัมพันธ์ ( $n=410$ )				
	B	95%CI	$\beta$	t	p
การจัดการตนเอง	.931	.73-1.14	.418	8.896	<.001
การเข้าถึงข้อมูล	.628	.37-.88	.229	4.830	<.001
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ	.286	.07-.50	.103	2.618	.009
เขตที่อยู่อาศัยเขตเทศบาล	1.168	.41-1.93	.117	3.013	.003
ค่าคงที่ (Constant)	13.420	9.42-17.42		6.598	<.001

$R=.64$ ,  $R^2=.409$ , Adjust  $R^2=.403$ , S.E.=3.667

## อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า อสม. อ.สอยดาว จ.จันทบุรี มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคโควิด-19 และพฤติกรรมการป้องกันตนเองฯ ในภาพรวมอยู่ในระดับที่ดีมาก (ร้อยละ 85.12 และ 80.24 ตามลำดับ) ถึงแม้ว่าการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (self-reporting) ของอสม. อาจจะเป็นข้อจำกัดหนึ่งของงานวิจัยนี้ แต่อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้มีวิธีการลดอคติในส่วนของ self-reporting<sup>17</sup> ด้วยการเก็บข้อมูลในช่วงระยะเวลาที่อสม. ปฏิบัติงานเฝ้าระวังการระบาดของโรคโควิด-19 จริง อีกทั้งผู้วิจัยยังได้สื่อสารทำความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การรักษาความลับของข้อมูล การไม่เปิดเผยตัวตน ทำให้ อสม. มีอิสระในการตอบแบบสอบถาม นอกจากนี้ผลการวิจัยที่พบยังสอดคล้องกับผลการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานและพฤติกรรมการป้องกันตนเองของประชาชนทั่วไปในจังหวัดจันทบุรี ซึ่งผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มากกว่าครึ่งเป็น อสม. พบว่าผลการศึกษาอยู่ในระดับดีมาก<sup>18</sup> และผลการวิจัยที่สำคัญนี้ยังสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย แนวคิดของกองสุศึกษา<sup>6</sup> และอีกหลาย ๆ การศึกษา ดังนี้

ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่พบว่า อสม. มีคะแนนในภาพรวมอยู่ในระดับดีมากนั้น อาจเป็นผลมาจากการเก็บข้อมูลในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งเป็นช่วงที่รัฐบาลและหน่วยงานต่าง ๆ ได้ร่วมรณรงค์เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารให้ความรู้แก่ประชาชนอย่างกว้างขวาง ส่งผลให้ อสม. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่ดีด้วย ดังการศึกษาในประเทศออสเตรเลียที่พบว่า การรณรงค์ของรัฐบาลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สูงขึ้น<sup>19</sup> ผลการศึกษายังสอดคล้องการศึกษาที่มีแนวคิดพื้นฐานที่คล้ายกัน ซึ่งแสดงให้เห็นว่า อสม. มีทักษะพื้นฐานความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีอยู่แล้ว เห็นได้จากการศึกษาของอารีย์ แร่ทอง ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. แล้วพบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอต่อการปฏิบัติงาน<sup>20</sup> สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ 1) การรับรู้การบริการสุขภาพเชิงรุกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2) การเข้าร่วมกิจกรรมเชิงรุกในชุมชน 3) การเรียนรู้จากการสังเกตต้นแบบ 4) แรงเสริมจากบุคคลอื่น 5) การใช้สื่อสังคมออนไลน์ และ 6) ปัจจัยด้านเขตที่อยู่อาศัย โดย 4 ปัจจัยแรกเป็นกิจกรรมสำคัญของ อสม. ในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังป้องกันการระบาดของโรคโควิด-19 ในชุมชนโดยตรงตามที่กระทรวงสาธารณสุขมอบหมายไว้ และสอดคล้องกับการศึกษาของธัญชนก ขุมทองที่ได้ศึกษารูปแบบอิทธิพลเชิงสาเหตุและผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของประชาชนไทย



วัยผู้ใหญ่ที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุทัยธานีและอ่างทอง โดยพบว่าการเข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพเชิงรุก การเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ และแรงเสริมจากบุคคลอื่น เป็นกิจกรรมที่เอื้อให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น ส่งผลให้ปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>8</sup> ส่วนปัจจัยข้อที่ 5) การใช้สื่อสังคมออนไลน์ สอดคล้องกับการศึกษาของสำนักงานวิจัยและพัฒนาเพื่อการปรองมอดวิจัยสุขภาพสู่การปฏิบัติที่ศึกษา ทบทวนสถานการณ์และกลไกการจัดการความแตกฉานด้านสุขภาพ ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการค้นหาข้อมูลสุขภาพแบบออนไลน์ด้วยตนเอง<sup>9</sup> นอกจากนี้ ผลการศึกษายังพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านเขตที่อยู่อาศัย สอดคล้องกับการศึกษาของธัญชนก ชุมทอง ซึ่งอาจเนื่องจากเขตเทศบาลมีแหล่งข้อมูลสุขภาพที่หลากหลายมากกว่า<sup>8</sup>

พฤติกรรมการป้องกันตนเองฯ ผลการศึกษาได้ค้นพบปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการปฏิบัติงาน เฝ้าระวังการระบาดของโรคโควิด-19 ของ อสม. ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพใน 3 ปัจจัย คือ 1) การจัดการตนเอง เป็นทักษะในการจัดการพฤติกรรมตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติตนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง 2) การเข้าถึงข้อมูล เป็นทักษะในการเลือกเข้าถึงแหล่งข้อมูลสุขภาพที่น่าเชื่อถือเพื่อนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง และ 3) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ เป็นทักษะในการกำหนดทางเลือกหรือปฏิเสธหรือหลีกเลี่ยงการปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี<sup>10</sup> โดยปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 3 ปัจจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาอื่นที่มีลักษณะการศึกษาที่คล้ายกัน อาทิเช่น การศึกษาของ ธนะวัฒน์ รวมสุก และคณะ<sup>21</sup> ที่ศึกษาถึงปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรณพฤติกรรมกรณช่วยเลิกบุหรี่ของ อสม. ในจังหวัดสมุทรสงคราม พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพในประเด็นการจัดการตนเอง การเข้าถึงข้อมูล และการตัดสินใจ เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมกรณช่วยเลิกบุหรี่ได้ และการศึกษาของภมร ธรรม และประกันชัย ไกรรัตน์<sup>22</sup> ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจังหวัดบึงกาฬ พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพในประเด็นการจัดการตนเอง การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติ มีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่าปัจจัยด้านเขตที่อยู่อาศัยเขตเทศบาลมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองฯ โดย อสม. ที่อยู่ในเขตที่เทศบาลมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพมากกว่า อสม. เขต อบต. เกือบ 1.2 เท่า ( $B=1.168, p<.01$ ) อาจเนื่องมาจากเขตเทศบาลเป็นชุมชนที่หนาแน่นมากกว่า การเข้าถึงข้อมูลและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์จึงมากกว่าเขต อบต. ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาความแตกต่างของพฤติกรรมป้องกันของโรคโควิด-19 ระหว่างผู้อยู่อาศัยเขตเมืองและชนบท ในประเทศจีน ซึ่งพบว่าผู้ที่อยู่ในเขตชนบทมีพฤติกรรมป้องกันตนเองไม่ค่อยดีนักเมื่อเปรียบเทียบกับคนที่อยู่ในเขตเมือง<sup>23</sup>

## ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงาน

จากผลการวิจัยที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคโควิด-19 ของ อสม. อ.สอยดาว จ.จันทบุรีนั้น นักสาธารณสุขควรพัฒนาศักยภาพของ อสม. ตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างเหมาะสม ได้แก่ ประชาสัมพันธ์ให้ อสม. รับรู้การบริการสุขภาพเชิงรุกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่งเสริมการเข้าร่วมกิจกรรมเชิงรุกในชุมชน การเรียนรู้จากการสังเกตต้นแบบ การใช้สื่อสังคมออนไลน์ และเรียนรู้การเสริมแรงจากบุคคลอื่น พร้อมทั้งพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับ อสม. เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพโดยตรง โดยเน้นมิติด้านการจัดการตนเอง การเข้าถึงข้อมูล และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ โดยเฉพาะในกลุ่ม อสม. เขตเทศบาล ซึ่งผลการศึกษาพบว่ามีความสำคัญทางสถิติ

ถึงแม้ว่าโดยภาพรวมของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ จะพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองฯ ของ อสม. อยู่ในระดับที่ดีมาก แต่หากขาดการส่งต่อถึงประชาชนแล้วนั้น การดำเนินงานในชุมชนก็คงเป็นไปค่อนข้างยาก นักสาธารณสุขจึงควรพัฒนาสร้างกิจกรรมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพให้กับ อสม. เพื่อให้สามารถส่งต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสมและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันตนเองที่ถูกต้องแก่ประชาชนในการดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชนอย่างครอบคลุมทุกมิติต่อไป



## ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งถัดไป

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ ศึกษาเฉพาะกลุ่ม อสม. เท่านั้น แต่ในทางปฏิบัติจริงพบว่าในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 มีหน่วยงานหลายๆ หน่วยงานเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการเฝ้าระวังการระบาดของโรคโควิด-19 อาทิเช่น ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ฝ่ายปกครอง ฝ่ายทหาร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชมรมจิตอาสาต่างๆ เป็นต้น จึงควรศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเหล่านี้ด้วย เพื่อนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคระบาดในอนาคตต่อไป อย่างไรก็ตาม ในยุคที่โลกมีการพัฒนาอย่างรวดเร็ว ปัญหาด้านสาธารณสุขก็มีการเปลี่ยนแปลงรวดเร็วและมีความซับซ้อนมากขึ้นด้วย การเตรียมความพร้อมรับมือกับสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต จึงควรเร่งพัฒนาทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพให้ครอบคลุมทุกมิติปัญหา เพื่อสร้างกระบวนการทางปัญญารวมถึงทักษะทางสังคม ให้กับ อสม. ส่งต่อถึงประชาชนสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับทุกสถานการณ์

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจคุณภาพเครื่องมือวิจัย (อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏโพธิ์พระยา และหัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลนายายอาม จังหวัดจันทบุรี) ผู้ช่วยเหลือการทดสอบเครื่องมือวิจัย (หัวหน้างานควบคุมโรค โรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี) ผู้ช่วยเก็บเครื่องมืองานวิจัย (หัวหน้างานและเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลสอยดาว สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสอยดาว และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในอำเภอสอยดาว จังหวัดจันทบุรี)

## References

1. World health organization. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19-11 March 2020 [internet]. 2020 [cited 2020 June 9]. Available from: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19--11-march-2020>
2. Ministry of public health. Notification of the Ministry of public health (No. 3) Re: affair names and presenting symptoms of dangerous communicable diseases B.E. 2563. Government gazette volume 137, Special section 48 D (Dated 29 February 2020).(in Thai).
3. Public health information system, Primary health care division. National village health volunteers report [internet]. 2020 [cited 2020 June 3]. Available from: <http://www.thaiphc.net/new2020>.(in Thai).
4. Ministry of public health. Ask for cooperation to support the campaign "knock on the door to against covid-19". Official document of office of the permanent secretary ministry of public health No. ST 0705. 03/ W 153 dated 6 March 2020.(in Thai).
5. Human resource for health research and development office. VHV's are worker about health system of Thailand [internet].2020 [cited 2020 June 6].(in Thai).
6. Department of health service support. Enhancing health literacy from village health volunteer to family volunteer. 1<sup>st</sup> ed. Bangkok: O VIT (Thailand);2017.(in Thai).
7. Xinying Sun et al. Determinants of health literacy and health behavior regarding infectious respiratory diseases: a pathway model. BMC Public Health 2013;13(261),1-8.



8. Khumthong T. A causal model and effect of health literacy to health behavior and health outcome of risk Thai adults with diabetes and hypertension in Uthai Thani and Ang Thong province [Dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University.2016.(in Thai).
9. Office for health research translation. Situation review and mechanisms for managing health literacy. Department of preventive and social medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University;2015.(in Thai).
10. Health education division, Department of health service support. Enhancing and assessing health literacy and health behaviors, Children and youth groups (7–14 years old) people aged 15 years or older group. Revised edition 2018;2018.(in Thai).
11. Cochran WG. Sampling Techniques. 3<sup>rd</sup> ed. New York: John wiley & Sons;1977.
12. Hsieh FY, Daniel A, Michael D, Larsen. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. *Statistics in Medicine*1998;17(143):1623–34.
13. John BW. Research in Education: Prentice–Hall;1977.
14. Health education division, Department of health service support. Guidelines for changing health behaviors provincial level. Nonthaburi: Ministry of Public Health;2013.(in Thai).
15. Schober P, Boer C, Schwarte LA. Correlation coefficients: appropriate use and interpretation. *Anesth Analg* 2018 May;126(5):1763–1768.doi:10.1213/ANE.0000000000002864.PMID:29481436.
16. Kim HY. Statistical notes for clinical researchers: simple linear regression 3–residual analysis. *The Restorative Dentistry and Endodontics* 2019;44(1):e11.eISSN 2234–7666
17. Althubaiti A. Information bias in health research: definition, pitfalls, and adjustment methods. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 2016;9:211–7.
18. Chanthaburi provincial public health office. Basic health literacy situation surveillance report. Official document of Chanthaburi provincial public health office No. CB 0032.003/3659 dated 22 Jun 2020.(in Thai)
19. Jhummon–Mahadnac ND, Knott J, Marshall C. A cross–sectional study of pandemic influenza health literacy and the effect of a public health campaign. *BMC Research Notes* 2012;5(377):1–8.
20. Aree R. Health literacy and health behaviour 3Aor 2Sor for the village health volunteers (VHVs): case study of Hintok Sub–district, Ronphibun District, Nakhon Si Thammarat Province. *Journal of Department of Health Service Support* 2019;15(3):62–70.(in Thai).
21. Ruamsook T, Tipwong A, Vorasiha P. Predictors of helping behavior on smoking cessation among village health volunteers in Samut Songkhram province. *Thai journal of nursing* 2020;69(1):10–8.(in Thai).
22. Darun P, Krirat P. Health literacy factors influencing on health behavior of population in Bueng kan province. *Journal of Department of Health Service Support* 2019;15(3):71–82.(in Thai).
23. Chen X, Chen H. Differences in preventive behaviors of COVID–19 between Urban and Rural Residents: Lessons learned from A cross–sectional study in China. *International journal of environmental research and public health* 2020;17(4437):1–14. doi:10.3390/ijerph17124437.