

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุม
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ในจังหวัดปทุมธานี*

The Factors Related to COVID-19 Prevention and Control Behaviors
among Village Health Volunteers in Pathum Thani Province*

กรวรรณ เกียรติพัฒนาชัย** ปรียกมล รัชกุล*** วิภาดา แสงนิมิตชัยกุล****
Korawan Keaitipattanachai** Pregamol Rutchanagul*** Wipada Sangnimitchaikul****

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 และหาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติงานความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้สมรรถนะต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้นโยบายการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค กับพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 โดยใช้แบบจำลอง PRECEDE-PROCEED เป็นแนวคิดในการเลือกสรรตัวแปร กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 4 ตำบล ในจังหวัดปทุมธานี จำนวน 116 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 การรับรู้สมรรถนะต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้นโยบายการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 และพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.82, 1, 1, 0.97 และ 1 ตามลำดับ และค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.74, 0.82, 0.84, 0.83 และ 0.90 ตามลำดับ และแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค

Received: June 27, 2024

Revised: December 3, 2024

Accepted: December 6, 2024

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

* A Thesis for the Degree of Master of Nursing Science Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Thammasat University

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปทุมธานี ประเทศไทย 12120. Email: Mheekorawan@gmail.com

** A Student of Master of Nursing Science Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Thammasat University, Pathum Thani, Thailand 12120. Email: Mheekorawan@gmail.com

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปทุมธานี ประเทศไทย 12120. Email: Pregamol@nurse.tu.ac.th

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Thammasat University, Pathum Thani, Thailand 12120. Email: Pregamol@nurse.tu.ac.th

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปทุมธานี ประเทศไทย 12120. Email: Wipada@nurse.tu.ac.th

**** Corresponding Author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Thammasat University, Pathum Thani, Thailand 12120. Email: Wipada@nurse.tu.ac.th

โควิด-19 ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.88 ค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ 0.75 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียลและสหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (Mean = 26.72, SD = 4.50) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค ได้แก่ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ($r_s = .257, p < .01$) การรับรู้สมรรถนะต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค ($r_s = .580, p < .01$) การรับรู้ความรุนแรงของโรค ($r_s = .455, p < .01$) การรับรู้นโยบายการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค ($r_s = .709, p < .01$) และแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูล และด้านทรัพยากร ($r_s = .587, p < .01$)

สรุปพยาบาลชุมชน สามารถนำปัจจัยการรับรู้สมรรถนะต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้นโยบายการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค และแรงสนับสนุนทางสังคม ไปพัฒนาเป็นโปรแกรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของ อสม.

คำสำคัญ: การป้องกันและควบคุมโรค โควิด-19 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

This descriptive correlational research aimed to study disease prevention and control behaviors related to COVID-19 and describe the relationship of gender, educational level, work experience, knowledge of disease prevention and control, perceived severity of disease, perceived self-efficacy for disease prevention and control, social support, and perceptions of the disease prevention and control operations policy regarding disease prevention and control behaviors. The framework is based on the PRECEDE-PROCEED model. The sample consisted of 116 village health volunteers (VHVs) from four subdistricts working in Pathum Thani Province who were selected using multi-stage sampling. Data were collected using questionnaires on the following: personal data; perceived severity of COVID-19; perceived self-efficacy for COVID-19 prevention and control; social support; perceptions of COVID-19 prevention and control operations policy; and COVID-19 prevention and control behaviors. The content validity index for these items was 0.82, 1, 1, 0.97 and 1, respectively. The reliability of the instruments, as measured by Cronbach's alpha, was 0.74, 0.82, 0.84, 0.83, and 0.90, respectively. Regarding knowledge about the prevention and control of COVID-19, the content validity index was 0.88. The reliability KR-20 was 0.75. Data were analyzed using point biserial correlation and Spearman's correlation statistics.

The results revealed that the average score for disease prevention and control behaviors was rated as high (Mean = 26.72, SD = 4.50), and factors related to disease prevention and control behaviors were statistically significant, including work experience ($r_s = .257, p < .01$), perceived self-efficacy for the prevention and control of disease ($r_s = .580, p < .01$), perceived severity of disease ($r_s = .455, p < .01$), perceptions of the disease prevention and

control operations policy ($r_s = .709$, $p < .01$) and social support, consisting of emotional support, appraisal support, information support, and instrument support ($r_s = .587$, $p < .01$).

In summary, community nurses can use factors such as perceived self-efficacy for the prevention and control of disease, reduce perceived severity of disease, improve perceptions of disease prevention and control operations policy, and develop social support into a program to promote COVID-19 prevention and control behaviors among village health volunteers in the community.

Keywords: prevention and control, covid-19, health volunteer

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โควิด-19 (COVID-19) เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ซึ่งสามารถก่อโรคในมนุษย์ ทั้งนี้มีรายงานครั้งแรกจากเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน เมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 จากนั้นมีการระบาดไปยังประเทศต่างๆ อย่างรวดเร็ว ต่อมาองค์การอนามัยโลกได้ประกาศว่าโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นสถานการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขทั่วโลก ตั้งแต่ 30 มกราคม พ.ศ. 2563 และประกาศให้เป็นโรคที่เป็นการระบาดใหญ่ทั่วโลก (Pandemic) เมื่อวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2563¹ นับตั้งแต่เริ่มระบาด ถึงสิ้นปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยติดเชื้อสะสมทั่วโลก 656,987,692 ราย และมีผู้เสียชีวิตสะสม 6,669,877 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตาย ร้อยละ 1.02² หลังจากนั้นสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 มีการกลายพันธุ์เป็นหลายสายพันธุ์ยังคงมีความรุนแรงและมีแนวโน้มต่อเนื่องเป็นโรคที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่ต้องมีการติดตามดูแลต่อเนื่อง^{3,4}

สำหรับประเทศไทย มีผู้ป่วยติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจสะสมเกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 จำนวน 4,682,132 ราย และมีผู้เสียชีวิตสะสม 32,771 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.70⁵ (ข้อมูล ณ 1 ตุลาคม 2565) ในจังหวัดปทุมธานี พบผู้เสียชีวิตสูงสุดลำดับที่ 4 ของประเทศไทย และถูกยกระดับให้เป็นพื้นที่ควบคุมสูงสุดและเข้มงวด⁶ ด้วยที่จังหวัดปทุมธานี เป็นลักษณะสังคมเมือง มีการผลิตในภาคอุตสาหกรรมเพิ่มมากขึ้น มีแรงงานไทยและต่างด้าวเพิ่มขึ้น มีความหนาแน่นของประชากร เกิดชุมชนแออัด⁷⁻⁹ ย่อมทำให้โควิด-19 สามารถแพร่กระจายได้อย่างง่ายไปยังผู้คนเป็นจำนวนมากในเวลาอันรวดเร็ว และยากต่อการควบคุมโรค จากสถิติสถานการณ์โรคโควิด-19 ในจังหวัดปทุมธานี ตั้งแต่เริ่มระบาด ถึงวันที่ 1 ตุลาคม 2565 ซึ่งเป็นวันที่โรคโควิด-19 ถูกปรับเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ตาม พ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อสะสม 87,599 ราย และจำนวนผู้เสียชีวิตสะสม 1,060 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตาย ร้อยละ 1.21⁵ จนถึง ณ ปัจจุบันยังคงมีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ซึ่งได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ยรายวัน จำนวน 43 ราย/วัน มีผู้เสียชีวิตเฉลี่ยรายวัน 1 ราย/วัน¹⁰ อย่างไรก็ตามองค์การอนามัยโลกยังคงติดตามการเปลี่ยนแปลงของสายพันธุ์ใหม่เนื่องจากเป็นเชื้อที่สามารถแพร่กระจายเชื้อได้ง่าย และรวดเร็ว คือต่อภูมิคุ้มกัน^{3,4}

ขณะที่ประเทศไทยกำลังเผชิญกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ด้วยการเร่งดำเนินการจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคในทุกอำเภอ หมู่บ้าน/ชุมชน¹¹ และมีความเห็นว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นส่วนสำคัญของระบบสาธารณสุขมูลฐาน สามารถเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change agents) ในการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน รณรงค์ให้ข้อมูลสุขภาพ รวมทั้งการป้องกัน และควบคุมโรคในสถานการณ์โควิด-19 ดังนั้น อสม. จึงเป็นกลไกสำคัญในการประสานกับประชาชนในชุมชน ตามพันธกิจซึ่งระบุว่า “แจ้งข่าวร้ายกระจายข่าวดี”¹² เพื่อให้ประชาชนในชุมชนได้รับข่าวสารความรู้ที่ถูกต้อง ลดการระบาดของโรคโควิด-19 ในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ จากนโยบายการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ดังกล่าว อสม. และพันธกิจที่กล่าวมาจึงมีบทบาทเป็นด้านหน้าและพลังสำคัญในภารกิจนี้ อสม. ถูกคาดหวังให้ กระทำบทบาท คือ 1) การให้ความรู้กับประชาชนในเรื่องของการเฝ้าระวัง ป้องกันโรค 2) การตรวจคัดกรอง กลุ่มเสี่ยงในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคโควิด-19 ชุมชน โดยลงพื้นที่เคาะประตูบ้าน ทำการซัก ประวัติ สอบถามข้อมูลการเดินทาง 3) ประสานงานส่งต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อนำผู้ติดเชื้อเข้าสู่ระบบ รักษาพยาบาล 4) การรณรงค์รับวัคซีนป้องกันโรค^{11,12}

พฤติกรรมการทำงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดปทุมธานี เป็นการให้ความรู้กับประชาชนในเรื่องของการเฝ้าระวัง ป้องกัน โรค การตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การนำผู้ติดเชื้อเข้าสู่ระบบรักษาพยาบาล และการรณรงค์รับวัคซีนป้องกันโรค จากหลักฐานงานวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า การดำเนินงานดังกล่าวของ อสม. ยังพบปัญหาในการปฏิบัติงาน ได้แก่ อสม. บางส่วนกลัวการติดโรคจากการปฏิบัติงานในสถานะที่มีการระบาดของโรค รู้สึกเหนื่อยและกังวล กับภาระงาน อุปกรณ์ปฏิบัติงานไม่เพียงพอ และความไม่สะดวกในขั้นตอนการกรอกข้อมูลเพื่อรายงานผล¹³ การที่ อสม. จะปฏิบัติหน้าที่ในภารกิจดังกล่าวได้อย่างครบถ้วน ถูกต้องและมีประสิทธิภาพขึ้นอยู่กับหลาย ปัจจัย จากการศึกษาที่ผ่านมางานวิจัยเรื่อง การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโควิด-19 ในชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย พบว่า อสม. ส่วนใหญ่ มีพื้นฐานการศึกษาระดับประถมศึกษา ขาดความมั่นใจในความรู้ที่มี ขาดแนวทางการทำงานที่ชัดเจน ขาด ความรู้และทักษะในการใช้เทคโนโลยีในการรายงานผลในการดำเนินงานการเฝ้าระวัง และการคัดกรองทาง ออนไลน์ เนื่องจาก อสม. ที่เป็นผู้สูงอายุขาดความคล่องตัว และมีความสามารถในการใช้เทคโนโลยีน้อย และ อสม. ส่วนใหญ่ศึกษาเรื่องโควิด-19 จากโซเชียลออนไลน์ ไม่มีผู้ตรวจสอบข้อมูลข่าวสารที่น่าเชื่อถือในสื่อ โซเชียล อาจทำให้ส่งต่อข้อมูลคลาดเคลื่อนให้กับประชาชนในชุมชน¹⁴ แต่ในจังหวัดปทุมธานียังไม่มีการศึกษา พฤติกรรมการทำงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของ อสม.

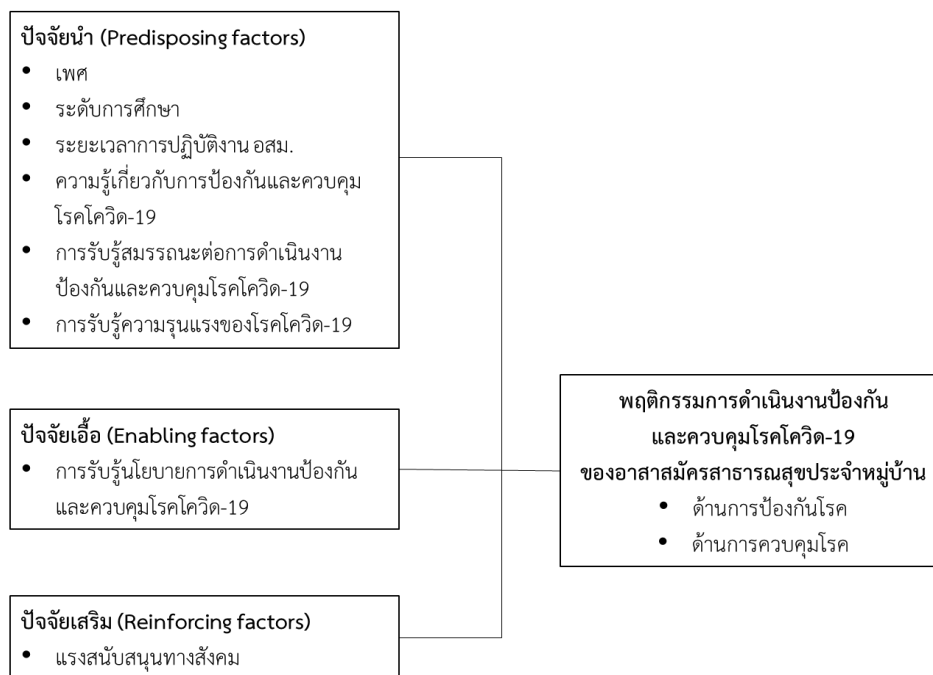
จากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับใช้แนวคิด Predisposing, Reinforcing, and Enabling Constructs in Educational/Ecological Diagnosis and Evaluation- Policy, Regulatory, and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development (PRECEDE-PROCEED MODEL) ของ Green and Kreuter¹⁵ เพื่อคัดเลือกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการทำงานป้องกันและควบคุม โรคโควิด-19 ของ อสม. ได้แก่ ปัจจัยนำซึ่งเป็นคุณลักษณะส่วนบุคคล เช่น เพศ^{16,17} ระดับการศึกษา¹⁶⁻¹⁸ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน^{16,19-21} ซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการทำงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ส่วนระยะเวลาการปฏิบัติงานที่เพิ่มขึ้น^{16,19-21} จะเพิ่มความสามารถเกิดพฤติกรรมการทำงานป้องกัน และควบคุมโรคโควิด-19 ส่วนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19^{20,22-28} ทำให้ อสม. มีความรู้ เกี่ยวกับโรค การติดต่อและแพร่กระจายโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการทำงานป้องกันและควบคุม โรคโควิด-19 สำหรับการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19^{16,29} จะกระตุ้นให้ อสม. ตระหนักถึงความสำคัญของ พฤติกรรมการทำงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 รวมทั้งการรับรู้สมรรถนะต่อการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคโควิด-19²⁶ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการทำงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19

ส่วนปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การรับรู้นโยบายการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19^{19,25} และปัจจัยเสริม คือ แรงสนับสนุนทางสังคมในด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูล และด้านทรัพยากร³⁰ พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิดของ อสม. งานวิจัยในอดีตที่ผ่านมาพบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของ อสม. ในจังหวัดชลบุรี²⁵ จังหวัดน่าน²⁰ จังหวัดสุพรรณบุรี³¹ จังหวัดสุโขทัย¹⁹ จังหวัดเชียงใหม่²¹ ผลการวิจัยจากงานเหล่านี้ยังไม่พบในจังหวัดปทุมธานี ยังไม่มีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของ อสม. ยังไม่สามารถระบุปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมได้อย่างชัดเจน เช่น เพศ^{16,17,19,20} ระยะเวลาการปฏิบัติงาน^{16,19-21} ระดับการศึกษา¹⁶⁻¹⁸ ความรู้เกี่ยวกับโรค^{20,22-28}

จากที่กล่าวมาผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลชุมชน จึงสนใจศึกษาพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ทั้งปัจจัยภายในและภายนอกของบุคคล และเพื่อให้ได้ข้อค้นพบที่สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางการวางแผนส่งเสริมพฤติกรรมเพื่อป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 รวมทั้งโรคติดต่ออุบัติใหม่ระบบทางเดินหายใจที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ประยุกต์ใช้ขั้นตอนที่ 3 ของ PRECEDE-PROCEED MODEL โดยการวิเคราะห์องค์ประกอบที่สัมพันธ์ต่อพฤติกรรม 3 กลุ่มปัจจัย¹⁵ ประกอบด้วย ปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติงาน อสม. ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 การรับรู้สมรรถนะต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 และการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การรับรู้นโยบายงานดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 และปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งปัจจัยที่กล่าวมาคาดว่าจะสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 (ภาพแสดงที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย)



ภาพแสดงที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการทำงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปทุมธานีเป็นอย่างไร
2. เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติงานของ อสม. ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 การรับรู้สมรรถนะต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 การรับรู้นโยบายการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการทำงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดปทุมธานีหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาพฤติกรรมการทำงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดปทุมธานี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติงานของ อสม. ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 การรับรู้สมรรถนะต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 การรับรู้นโยบายการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 และแรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการทำงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดปทุมธานี

สมมติฐานการวิจัย

เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติงานของ อสม. ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 การรับรู้สมรรถนะต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 การรับรู้นโยบายการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดปทุมธานี

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากร คือ อสม. ผู้ที่ปฏิบัติงานอยู่ในจังหวัดปทุมธานี ปี 2566 จำนวน 10,165 คน³²

กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. ผู้ที่ปฏิบัติงานอยู่ในจังหวัดปทุมธานี

เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) 1) เคยปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 2) มีความสามารถในการใช้แอปพลิเคชัน สมาร์ท อสม. 3) อาศัยอยู่ในจังหวัดปทุมธานี และ 4) ปฏิบัติงานในเดือนตุลาคม 2566 ถึง เดือนพฤศจิกายน 2566

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (sample size) โดยใช้โปรแกรม G*Power³³ กำหนดอำนาจการทดสอบ (power of the test) ร้อยละ 95³⁴ กำหนดความเชื่อมั่นระดับนัยสำคัญทางสถิติ (level of significance) ที่ 0.05 กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยของ วิชัย ศิริวรวัจน์ชัย เท่ากับ 0.342²⁰ ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 105 คน และเพื่อป้องกันการตอบกลับของแบบสอบถามไม่สมบูรณ์อีก ร้อยละ 10¹⁹ ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ เท่ากับ 116 คน

การสุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi stage random sampling) ดังนี้ 1) ขั้นตอนการสุ่มอำเภอในจังหวัดปทุมธานี 2 อำเภอ 2) สุ่มตำบลจากอำเภอ 2 อำเภอ อำเภอละ 2 ตำบล ได้เป็นจำนวน 4 ตำบล โดยวิธีจับฉลากโดยไม่ใส่คืน (sampling without replacement) 3) สุ่มกลุ่มตัวอย่างจากรายชื่อ อสม. ที่ลงชื่อเข้าร่วมประชุมประจำเดือนของตำบลนั้น ๆ โดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยการหมุนวงล้อ (roulette wheel method)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่นำไปให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตัวเอง (self-administered questionnaires) ซึ่งมี 7 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของ อสม. ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการปฏิบัติงานของ อสม. โรคประจำตัว ประสบการณ์การปฏิบัติงานโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ ได้รับการอบรมความรู้การป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ของกรมควบคุมโรค⁵ มีจำนวน 20 ข้อ ครอบคลุม 3 มิติ ได้แก่ 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 จำนวน 8 ข้อ 2) การป้องกันโรค จำนวน 7 ข้อ 3) การควบคุมโรค จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบ 2 ตัวเลือก ถูก ผิด คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน การแปลผลแบ่งคะแนนรวมเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง (16-20 คะแนน) ปานกลาง (12-15 คะแนน) และต่ำ (0-11 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 สร้างจากทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Stretcher and Rosenstock³⁵ และประยุกต์ใช้เครื่องมือแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกิตติพร เนาว์สุวรรณ, นภชา สิงห์วีระธรรม, และนภาพร ดำแสงสวัสดิ์¹⁶

มีจำนวน 15 ข้อ ครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่ 1) การติดต่อของโรค 2) กลุ่มเสี่ยง 608 กับโรค 3) ภาวะแทรกซ้อนของโรค 4) การกลายพันธุ์ของโรค ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ 0 คือ ไม่เห็นด้วย 1 คือ เห็นด้วยน้อย 2 คือ เห็นด้วยปานกลาง 3 คือ เห็นด้วยมาก การแปลผลแบ่งคะแนนรวมเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับมาก (31-45 คะแนน) ปานกลาง (16-30 คะแนน) และน้อย (0-15 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 สร้างจากแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Albert Bandura³⁶ และประยุกต์ใช้เครื่องมือแบบสอบถามความเชื่อในความสามารถของตนเองในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคไข้หวัดนก ของพงษ์ศักดิ์ เสือมาก²⁶ มีจำนวน 10 ข้อ ครอบคลุม 5 มิติ ได้แก่ 1) การประเมินความน่าเชื่อถือข้อมูล 2) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค 3) การคัดกรองอาการสำคัญ 4) การเชิญชวนประชาชนรับวัคซีน 5) การดูแลกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยในชุมชน ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ 0 คือ ไม่เห็นด้วย 1 คือ เห็นด้วยน้อย 2 คือ เห็นด้วยปานกลาง 3 คือ เห็นด้วยมาก การแปลผลแบ่งคะแนนรวมเป็น 3 ระดับ คือ ระดับมาก (21-30 คะแนน) ปานกลาง (11-20 คะแนน) และน้อย (0-10 คะแนน)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม สร้างจากแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ House³⁰ และประยุกต์ใช้เครื่องมือแบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ของสรุติ เอี่ยมมัญญ์¹⁹ ใช้ประเมินการรับรู้ของ อสม. เกี่ยวกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีจำนวน 15 ข้อ ครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ จำนวน 4 ข้อ 2) ด้านการประเมินค่า 3 ข้อ 3) ด้านข้อมูล จำนวน 3 ข้อ 4) ด้านทรัพยากร จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ 0 คือ ไม่เห็นด้วย 1 คือ เห็นด้วยน้อย 2 คือ เห็นด้วยปานกลาง 3 คือ เห็นด้วยมาก การแปลผลแบ่งคะแนนรวมเป็น 3 ระดับ คือ ระดับมาก (31-45 คะแนน) ปานกลาง (16-30 คะแนน) และน้อย (0-15 คะแนน)

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้นโยบายการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับนโยบายการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 อสม.¹¹ มีจำนวน 11 ข้อ ครอบคลุม 5 มิติ ได้แก่ 1) มาตรการค้นหา และคัดกรองกลุ่มเสี่ยง 2) มาตรการการรับวัคซีนป้องกันโรค 3) แนวทางการแยกกักตัวที่บ้าน 4) ช่องทางการเรียนรู้ออนไลน์ 5) การดูแลกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วย ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ 0 คือ ไม่เห็นด้วย 1 คือ เห็นด้วยน้อย 2 คือ เห็นด้วยปานกลาง 3 คือ เห็นด้วยมาก การแปลผลแบ่งคะแนนรวมเป็น 3 ระดับ คือ ระดับมาก (23-33 คะแนน) ปานกลาง (12-22 คะแนน) และน้อย (0-11 คะแนน)

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 สร้างขึ้นจากแนวปฏิบัติตามนโยบายของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ^{11,12} และประยุกต์ใช้เครื่องมือแบบสอบถามการประเมินตนเองของ อสม. ด้านการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง, จิราพร วรวงศ์, เพ็ญญา ศรีหิรัญ และคณะ¹⁴ มีจำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย 2 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านป้องกัน จำนวน 6 ข้อ และ 2) ด้านควบคุมโรค จำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 3 ระดับ 0 คือ ไม่เคยปฏิบัติ 1 คือ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง 2 คือ ปฏิบัติเป็นประจำ การแปลผลแบ่งคะแนนรวมเป็น 3 ระดับ คือ ระดับมาก (21-30 คะแนน) ปานกลาง (11-20 คะแนน) และน้อย (0-10 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย นำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านแบบจำลอง PRECEDE-PROCEED อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเวชศาสตร์ชุมชนและเวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันและ

ควบคุมโรคโควิด-19 และทดสอบความเที่ยง (reliability) ของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับ อสม. ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ได้ค่า Content Validity Index (CVI) = 0.88, ค่า KR-20 = 0.75 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 ค่า CVI = 0.82, ค่า Cronbach Alpha = 0.74 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ค่า CVI = 1, ค่า Cronbach Alpha = 0.82 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ค่า CVI = 1, ค่า Cronbach Alpha = 0.84 แบบสอบถามการรับรู้นโยบายการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ค่า CVI = 0.97, ค่า Cronbach Alpha = 0.83 แบบสอบถามพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ค่า CVI = 1, ค่า Cronbach Alpha = 0.90

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ เมื่อวันที่ 12 กันยายน 2566 (COA No.077/2566) รหัสโครงการวิจัย 66NU076 ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ และกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ พร้อมทั้งลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการตอบแบบสอบถามได้โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล และไม่มีผลต่อการปฏิบัติงาน ข้อมูลวิจัยเก็บไว้เป็นความลับ และผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอน ดังนี้

1. ภายหลังได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ ผู้วิจัยทำหนังสือถึงคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เพื่อขอให้ออกจดหมาย ถึงผู้อำนวยการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี และผู้อำนวยการสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทั้ง 2 แห่ง พร้อมกับโครงร่างวิทยานิพนธ์ เครื่องมือในการวิจัย หนังสืออนุมัติจริยธรรมการวิจัย เพื่อขออนุญาตลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูล

2. เมื่อได้รับหนังสือตอบรับจากผู้อำนวยการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานีและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผู้วิจัยประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และประธาน อสม. ทั้ง 4 ตำบล เพื่อขอเข้าพื้นที่ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาและจำนวนครั้งในการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

3. ผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลประจำ รพ.สต. และประธาน อสม. ทั้ง 4 ตำบล เพื่อขอความร่วมมือในการนัดกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ในวันประชุมประจำเดือนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และขอใช้สถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในแต่ละตำบล ๆ ละ 1 วัน เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้วันที่จัดประชุมประจำเดือนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลนั้น ๆ รวมจำนวนวันที่เก็บรวบรวมข้อมูล คือ 4 วัน

5. ช่วงเช้าก่อนเริ่มประชุมประจำเดือนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลนั้น ๆ ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากรายชื่อ อสม. ที่ลงชื่อเข้าร่วมประชุมประจำเดือนของตำบลนั้น ๆ ด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย

6. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เป็นรายกลุ่ม แนะนำตัวเอง อธิบายรายละเอียดการทำวิจัยโดยใช้แนวทางชี้แจงตามเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินดีเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงนามใบยินยอมก่อนเก็บข้อมูล

7. เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนเริ่มการประชุม โดยผู้วิจัยมอบแบบสอบถามด้วยตนเองและให้ทำแบบสอบถามในห้องประชุมที่ไม่มีสิ่งรบกวน และจัดที่นั่งห่างกันประมาณ 1 เมตร กรณีมีข้อสงสัย ผู้วิจัยให้คำอธิบายเพิ่มเติม

8. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของข้อมูลที่ได้ก่อนนำไปทำการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษครั้งนี้ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for window version 26 ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลพฤติกรรม การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (assumption) ของสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) พบว่า พฤติกรรม การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ไม่มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ โดยพิจารณาจากค่าสถิติโคลโมโกรอฟ-สเมียร์นอฟ (Kolmogorov-Smirnov test) มีค่านัยสำคัญ (Sig.) เท่ากับ .000 และกราฟฮิสโตแกรมมีความเบ้ไปทางซ้าย (- 7.573) และความโด่งมากกว่าปกติ (6.078) จึงทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยสถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (spearman correlation) และสหสัมพันธ์พอยท์ไบเซรียล (point biserial correlation) โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) คือ $r = 1$ หมายถึง ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันอย่างสมบูรณ์ $r > .70$ หมายถึง ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับสูง r มีค่าระหว่าง .30 - .70 หมายถึง ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง $r < .30$ หมายถึง ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ และ $r = 0$ หมายถึง ตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กัน³⁷

ผลงานวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 56 ปี 8 เดือน (SD = 11.20) ส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 48.30 (n = 56) เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.50 (n = 98) และ เพศชาย ร้อยละ 15.50 (n = 18) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 60.30 (n = 70) รองลงมาเป็นหม้ายหรือหย่า ร้อยละ 26.70 (n = 31) และโสด ร้อยละ 12.90 (n = 15) มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 28.40 (n = 56) รองลงมาเป็นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 26.70 (n = 31) มัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 21.60 (n = 25) อนุปริญญา ร้อยละ 12.10 (n = 14) ปริญญาตรี ร้อยละ 8.60 (n = 10) ไม่ได้ศึกษาร้อยละ 1.70 (n = 2) และปริญญาโท ร้อยละ 0.90 (n = 1) กลุ่มตัวอย่างไม่ได้ประกอบอาชีพมากที่สุด ร้อยละ 34.50 (n = 40) รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 33.60 (n = 39) เกษตรกร ร้อยละ 13.80 (n = 16) ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน อสม. เฉลี่ย 13 ปี 8 เดือน (SD = 7.40) กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ทำงาน อสม. มากกว่า 15 ปี มากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 38.80 (n = 45) และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 51.70 (n = 60) ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 61.67 (n = 37) ไขมันในเส้นเลือด ร้อยละ 41.67 (n = 25) โรคเบาหวาน ร้อยละ 31.67 (n = 19) และได้รับการอบรมความรู้การป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ร้อยละ 63.80 (n = 74)

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดปทุมธานี

พฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดปทุมธานี มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 26.72, SD = 4.50) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า พฤติกรรมการดำเนินงานด้านการป้องกันโรคโควิด-19 มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 10.93, SD = 1.68) และพฤติกรรมการดำเนินงานด้านการควบคุมโรคโควิด-19 มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 15.79, SD = 3.06) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในจังหวัดปทุมธานี (n = 116)

พฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19	$\bar{X}$	SD	แปลผล
พฤติกรรมการดำเนินงานฯ โดยรวม	26.72	4.50	มาก
พฤติกรรมการดำเนินงานด้านการป้องกันโรคโควิด-19	10.93	1.68	มาก
พฤติกรรมการดำเนินงานด้านการควบคุมโรคโควิด-19	15.79	3.06	มาก

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดปทุมธานี

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ปัจจัยนำที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ได้แก่ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 (r_s = .257, p < .01) การรับรู้สมรรถนะต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 และการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 (r_s = .580, r_s = .455 p < .01 ตามลำดับ) ในส่วนของเพศ ระดับการศึกษา ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19

ส่วนปัจจัยเอื้อ คือ การรับรู้นโยบายการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 (r_s = .709, p < .01) และปัจจัยเสริม คือ แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 (r_s = .587, p < .01) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดปทุมธานี (n = 116)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. เพศ	1.000								
2. ระดับการศึกษา	-.213*	1.000							
3. ระยะเวลาการปฏิบัติงาน	-.084 ^{ns}	-.060 ^{ns}	1.000						
4. ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19	.127 ^{ns}	.036 ^{ns}	-.047 ^{ns}	1.000					
5. การรับรู้สมรรถนะต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19	-.097 ^{ns}	-.040 ^{ns}	.267**	.130 ^{ns}	1.000				
6. การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19	-.010 ^{ns}	.011 ^{ns}	.254**	.255**	.560**	1.000			
7. การรับรู้นโยบายการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19	-.063 ^{ns}	-.094 ^{ns}	.226*	.121 ^{ns}	.700**	.535**	1.000		
8. แรงสนับสนุนทางสังคม	-.104 ^{ns}	-.107 ^{ns}	.190*	.158 ^{ns}	.698**	.536**	.779**	1.000	
9. พฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19	-.120 ^{ns}	-.132 ^{ns}	.257**	.020 ^{ns}	.580**	.455**	.709**	.587**	1.000

*p < .05, **p < .01 (2-tailed), ns = no statistical significance p > .05

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ศึกษาพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดปทุมธานี

ผลการศึกษาพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมาก กล่าวคือ ในด้านการป้องกันโรคโควิด-19 พบว่า ข้อที่มีคะแนนสูงสุด คือ การเข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์ให้ข้อมูลข่าวสารความรู้แก่ประชาชน โดยเน้นย้ำมาตรการป้องกันโรค เช่น สวมหน้ากากอนามัย ล้างมือบ่อย ๆ เว้นระยะห่างทางสังคม สำหรับด้านการควบคุมโรคโควิด-19 พบว่าข้อที่มีคะแนนสูงสุด คือ การติดตามอาการสำคัญของกลุ่มเสี่ยง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ มินลา นาคหนู²⁵ และวิทยา ชินบุตร และนภัทร ภัทติสริชญ³¹ ที่พบว่าพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของ อสม. จังหวัดชลบุรี และจังหวัดสุพรรณบุรี โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากถึงดีมาก เนื่องจาก อสม. มีประสบการณ์ทำงานเฉลี่ยมากกว่า 10 ปี มีความชำนาญในการปฏิบัติงาน รับทราบนโยบายและขั้นตอนการดำเนินงานที่ชัดเจน พุดคุยแนะนำให้ความรู้แก่ประชาชนรายบุคคลและรายกลุ่ม พร้อมทั้งได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงานจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประชุมปรึกษาหารือ เพื่อดำเนินการป้องกัน ควบคุม และแก้ไขปัญหาโรคโควิด-19

2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของ อสม. ในจังหวัดปทุมธานี

ผลการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของ อสม. ในจังหวัดปทุมธานีครั้งนี้ พบว่า ระยะเวลาการปฏิบัติงาน เป็นปัจจัยนำที่มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ อธิบายได้ว่า การที่ อสม. ที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานของ อสม. ซึ่งเพิ่มขึ้น ทำให้ อสม. มีพฤติกรรมการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มขึ้น ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของกิตติพร เนาว์สุวรรณ และคณะ¹⁶ ที่พบว่าระยะเวลาการเป็น อสม. ตั้งแต่ 7 ปีขึ้นไป มีค่าคะแนนเฉลี่ยความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มากกว่า 1-6 ปี เนื่องจากระยะเวลาในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. ที่เพิ่มขึ้นเป็นการส่งเสริมประสบการณ์ภายในตัวบุคคล ส่งผลให้ อสม. มีสมรรถนะในการปฏิบัติงานตามบทบาทเพิ่มขึ้นด้วย

การรับรู้สมรรถนะต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 เป็นปัจจัยนำ ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 อธิบายได้ว่า อสม. ผู้ที่รับรู้ว่าคุณสมบัติสามารถปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของตนเองเพิ่มขึ้นมีพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเพิ่มขึ้น จากผลการศึกษาพบว่า อสม. รับรู้ว่าคุณสมบัติสามารถทำหน้าที่ในการประสานงานเข้าสู่ระบบการรักษาเมื่อประชาชนติดเชื้อโควิด-19 สามารถกระจายข้อมูลข่าวสารที่สำคัญเกี่ยวกับสถานการณ์โรคให้กับประชาชนได้อย่างรวดเร็ว สามารถคัดกรองอาการสำคัญ แนะนำวิธีการตรวจ ATK ได้ และสามารถสื่อสารกับประชาชนให้ความร่วมมือในการเฝ้าระวัง ป้องกันโรคและควบคุมโรคได้ ย่อมเกิดการรับรู้ว่าคุณสมบัติสามารถเป็นแบบอย่างและมั่นใจเพิ่มมากขึ้นเกี่ยวกับการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งอาจส่งผลให้สามารถดำเนินงานที่ได้รับมอบหมายให้สำเร็จเพิ่มมากขึ้นด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ พงษ์ศักดิ์ เสือมาก²⁶ ที่พบว่า อสม. ที่มีความเชื่อความสามารถตนเอง จะมีความรู้ความเข้าใจที่เพียงพอ มีทักษะ มีประสบการณ์เกี่ยวกับการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคใช้หวัดนก ก็จะมีมั่นใจที่จะกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด

การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 เป็นอีกหนึ่งปัจจัยนำที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 อธิบายได้ว่า การที่ อสม. รับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 เพิ่ม จะมีพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเพิ่ม อาจเนื่องจาก อสม. ที่รับรู้ผลกระทบที่เกิดขึ้นของโรคโควิด-19 ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงจะมีอาการรุนแรงหรือเสียชีวิต เชื้อก่อโรคสามารถกลายพันธุ์และทำให้เกิดอาการที่รุนแรง และการเกิดภาวะลองโควิด จะกระตุ้นให้ อสม. มีความตระหนักเกี่ยวกับอันตรายของโรค จึงแสดงพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติพร เนาว์สุวรรณ และคณะ¹⁶ และปรีชา โนภาค และภาวิณี แพงสุข²⁹ ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. เนื่องจากการยังรับรู้ถึงการดำเนินการของโรค อันตรายของโรคและผลกระทบที่เกิดขึ้นเมื่อเจ็บป่วย จะยิ่งทำให้ อสม. ได้ร่วมกันดำเนินงานตามแนวปฏิบัติ

การรับรู้นโยบายการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 เป็นปัจจัยเอื้อที่มีความสัมพันธ์ระดับสูงกับพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 อธิบายได้ว่า ยังมีการรับรู้นโยบายการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 มากขึ้น จะทำให้ อสม. ยังมีพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 เพิ่มมากขึ้น อาจเนื่องจาก อสม. ยังรับรู้นโยบายเพิ่มมากขึ้นทำให้เข้าใจขอบเขตการ

ทำงานตามบทบาทหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบจึงเกิดพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 เพิ่มขึ้นเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ เมธี สุทธิศิลป์ และคณะ³⁸ สรวุฒิ เอี่ยมนัย¹⁹ และมินลานาคหนู²⁵ ที่พบว่า การรับรู้นโยบายการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19

แรงสนับสนุนทางสังคม คือปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 อภิปรายได้ว่า การมีแรงสนับสนุนที่เพิ่มขึ้น ได้แก่ ข้อมูลข่าวสาร วัสดุอุปกรณ์ในการปฏิบัติงาน กำลังใจ และสิ่งสนับสนุนต่าง ๆ จากครอบครัว เพื่อน ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จะช่วยสนับสนุนให้ อสม. มีพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ที่เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ สรวุฒิ เอี่ยมนัย¹⁹ และมินลานาคหนู²⁵ ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพิ่มมากขึ้นจะช่วยให้ อสม. มีพฤติกรรมการปฏิบัติการป้องกันและการควบคุมโรคโควิด-19 ได้และเพิ่มขึ้น

สรุป พฤติกรรมการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคโควิด-19 ของ อสม. ที่ปฏิบัติงานในจังหวัดปทุมธานี พบว่า อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 88.80 หมายถึง อสม. ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ที่ดี โดยมีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของ อสม. ได้แก่ ระยะเวลาการปฏิบัติงาน การรับรู้สมรรถนะต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 การรับรู้นโยบายการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 และแรงสนับสนุนทางสังคม ขณะที่ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 และคุณลักษณะส่วนบุคคล คือ เพศ ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของ อสม.

ข้อจำกัดของงานวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของ อสม. ในจังหวัดปทุมธานีเท่านั้น ซึ่งการขยายผลไปยังกลุ่มประชากรที่เป็น อสม. ในจังหวัดอื่น ๆ ควรพิจารณาบริบทที่คล้ายคลึงกัน

ข้อเสนอแนะ

1) การนำไปใช้

พยาบาลชุมชนผู้ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรประเมินปัจจัยต่าง ๆ รวมทั้งพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 เป็นระยะ

2) การทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1) ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของ อสม. โดยนำตัวแปรการรับรู้นโยบายการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค

2.2) ควรศึกษาวิจัยแบบผสมผสาน (mix method) เกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมโรคของ อสม. เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกมากยิ่งขึ้น

2.3) วางแผน ประชาสัมพันธ์นโยบายการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 เพื่อเตรียมความพร้อมให้ อสม. รับรู้มาตรการตามแนวทางการปฏิบัติงานทราบขอบเขตการปฏิบัติงานและหน้าที่รับผิดชอบอย่างชัดเจน รวมทั้งนำแรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค ไปพัฒนาเป็นโปรแกรมเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของ อสม.

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Disease Control. Situation of COVID-19 disease [Internet]. 2024 [cited 2024 Feb 7]. Available from: <https://dmsic.moph.go.th/index/detail/8018> (in Thai)
2. Worldometer. COVID-19 coronavirus pandemic [Internet]. 2024 [cited 2024 Sep 7]. Available from: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>
3. World Health Organization. Tracking SARS-CoV-2 variants [Internet]. 2022 [cited 2024 Sep 10]. Available from: <https://www.who.int/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants> (in Thai)
4. European Centre for Disease Prevention and Control. SARS-CoV-2 variants of concern as of 29 November 2024 [Internet]. 2024 [cited 2024 Sep 17]. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/variants-concern>
5. Department of Disease Control. Situation of COVID-19 patients within the country [Internet]. 2024 [cited 2024 Feb 7]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/> (in Thai)
6. Center for COVID-19 Situation Administration. The highest and strictest control areas are 6 provinces [Internet]. 2021 [cited 2021 May 1]. Available from: <https://thaipublica.org/2021/05/moicovid-daily-report-on-covid-14/> (in Thai)
7. Pathum Thani Provincial Statistical Office. Pathum Thani province social situation report 2022 [Internet]. 2022 [cited 2024 Sep 15]. Available from: https://www.m-society.go.th/ewtadmin/ewt/mso_web/download/article/article_20220920143226.pdf (in Thai)
8. National Statistical Office. Pathum Thani provincial statistical report 2022 [Internet]. 2022 [cited 2024 Feb 7]. Available from: <https://pathumthani.nso.go.th/images/ebook/plan/presen2565.pdf> (in Thai)
9. Ministry of Public Health. Lessons learned from preparing for the outbreak of coronavirus disease 2019 at the health district level between 1 January 2020 and 1 July 2022 [Internet]. 2022 [cited 2024 Feb 7]. Available from: <https://mahidol.ac.th/documents/covid19.pdf> (in Thai)

10. World Health Organization. COVID-19 - WHO Thailand situation reports 2024 [Internet]. 2024 [cited 2024 Sep 5]. Available from: <https://www.who.int/thailand/emergencies/novel-coronavirus-2019/situation-reports> (in Thai)
11. Ministry of Public Health. Village health volunteers prevent coronavirus disease 19 [Internet]. 2020 [cited 2022 Oct 1]. Available from: <https://hss.moph.go.th/> (in Thai)
12. Department of Health Service Support. The role of village health volunteers in preventing and controlling COVID-19 [Internet]. 2023 [cited 2023 Oct 1] Available from: https://hss.moph.go.th/show_topic.php?id=3237 (in Thai)
13. Sarakam T. Village health volunteers' experience on contact tracing in community during coronavirus disease 2019 pandemic. PCFM 2021;4(2):70-9. (in Thai)
14. Sridaorung C, Worawong C, Sriring P, Klungklang R, Howharn C, Jaisue D, et al. The Lesson learned of Implementation role for surveillance, prevention and control of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in communities among village health volunteers in north eastern, Thailand. Health Systems Research Institute 2021;16(2):151-68. (in Thai)
15. Green L, Kreuter M. Health program planning: an educational and ecological approach (4th ed.). New York: McGraw-Hill; 2004.
16. Kaewruang K, Nawsuwan K, Singweratham N, Suriruk S. Factors influencing success in implementing COVID-19 control in communities among village health volunteers. JCCPH 2022;4(2):21-32. (in Thai)
17. Kitphati R, Krates J, Jitvigran S, Nuchklang K, Sankosa R, Kenaphoom S. A Model for developing of surveillance, prevention and control the COVID-19 and protection of people's rights in a new normal way by a virtual community of primary health care service network, Mahasarakham province, Thailand. Turkish Journal of Computer and Mathematics Education 2021;12(3):4089-97.
18. Kok MC, Kane SS, Tulloch O, Ormel H, Theobald S, Dieleman M, et al. How does context influence performance of community health workers in low-and middle-income countries? Evidence from the literature. Health Res Policy Sys 2015;13:13. doi: 10.1186/s12961-015-0001-3.
19. Aiamnui S. Factors influencing surveillance and prevention practices of COVID -19 among village health volunteers in Kongkrait district Sukhothai province. JPHE 2021;1(2):75-90. (in Thai)

20. Siriworawatchai W. Factors influencing in-role performance of village health volunteer (VHV) on COVID-19 surveillance and prevention in Phuphiang district Nan province. Maharaj Nakhon Si Thammarat Medical Journal 2021;4(2):63-75. (in Thai)
21. Thiwannalak W, Kasatpibal N, Viseskul N. Factors related to COVID-19 prevention practices of village health volunteers. JPNC 2023;34(1):72-84. (in Thai)
22. Scott K, Beckham SW, Gross M, Pariyo G, Rao KD, Cometto G, et al. What do we know about community-based health worker programs? A systematic review of existing reviews on community health workers. Hum Resour Health 2018;16:39. doi: 10.1186/s12960-018-0304-x.
23. Bhaumik S, Moola S, Tyagi J, Nambiar D, Kakoti M. Community health workers for pandemic response: a rapid evidence synthesis. BMJ Glob Health 2020;5(6): e002769. doi: 10.1136/bmjgh-2020-002769.
24. Boonmatoon P, Phakdeekul W, Kedthongma W. Factors related of surveillance and prevention of coronavirusdisease 2019 (COVID-19) of Village Health Volunteers (VHVs) in thungfon district Udon Thani province. Research and Development Health System Journal 2022;15(2):300-12. (in Thai)
25. Naknun M. Factors related to COVID-19 control behaviors in the community among village health volunteers in Chon Buri [Thesis]. Chon Buri: Burapha University; 2022. (in Thai)
26. Sueamak P. Factors related to surveillance, prevention, and control avian influenza among village health volunteers in Muang District Suratthani Province. JYRU 2011;6(2):150-60. (in Thai)
27. Salehi Zalani G, Bayat M, Shokri A, Mirbahaeddin SE, Vahid R, Alirezai S, et al. Affecting factors on the performance of community health workers in Iran's rural areas: a review article. Iran J Public Health 2016;45(11):1399-410.
28. do Rosario Costa N, Bellas H, da Silva PRF, de Carvalho PVR, Uhr D, Vieira C, et al. Community health workers' attitudes, practices and perceptions towards the COVID-19 pandemic in brazilian low-income communities. Work 2021;68(1):3-11.
29. Nopad P, Pangsuk P. The relationship between perceived severity social support and practices in control and prevention of COVID-19 among village health volunteers in Muang Surin Municipality. Udonthani Hospital Medical Journal 2022;30(2):269-79. (in Thai)

30. House JS. Work stress and social support. New Jersey: Prentice-Hall; 1981.
31. Chinnabutr W, Phakdisorawit N. The role of Village Health Volunteers (VHVs) in preventing the coronavirus 2019 (COVID-19) outbreak according to government policy of Mueang district Suphanburi province. JSBA 2021;6(2):304-18. (in Thai)
32. Department of Health Service Support. Table report of names and addresses of village health volunteers and family members all classified by sub-district and district. 2023 [cited 2023 March 1]. Available from:
<https://www.thaiphc.net/phc/phcadmin/administrator/Report/OSMRP00002.php>
(in Thai)
33. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G* Power 3.1: test for correlation and regression analyses. Behav Res Methods 2009;41:1149-60.
34. Polit DE, and Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 8th ed. Philadelphia: Lippincott; 2008.
35. Stretcher VJ, Rosenstock IM. The health belief model. In: Glanz K, Lewis FM, Rimer BK, editors. Health behavior and health education: theory, research, and practice. 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass; 1997. p. 41-59.
36. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev 1977;84(2):191-215.
37. Polit DE, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2017.
38. Sootthasil M, Sasang N, Chusak T. Factors influencing participation in managing to control and prevention the spread of contagious disease the border area of the village public health volunteer in Phusang district Phayao province. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2017;18(1):83-93. (in Thai)