ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

มินลา นาคหนุน

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2565

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

มินลา นาคหนุน

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2565
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

FACTORS INFLENCING COVID - 19 CONTROL BEHAVIORS IN THE COMMUNITY AMONG VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS.

MINLA NAKNUN

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF
THE REQUIREMENTS FOR THE MASTER DEGREE OF NURSING SCIENCE
IN COMMUNITY NURSE PRACTITIONER
FACULTY OF NURSING
BURAPHA UNIVERSITY
2022

COPYRIGHT OF BURAPHA UNIVERSITY

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของ มินลา นาคหนุน ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

....

(รองศาสตราจารย์ ดร.ชนัญชิดาดุษฎี ทูลศิริ)

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมสมัย รัตนกรีฑากุล)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.... ประธาน

(รองศาสตราจารย์ ดร.วีณา เที่ยงธรรม)

.... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ชนัญชิดาดุษฎี ทูลศิริ)

.... กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมสมัย รัตนกรีฑากุล)

.... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.พรนภา หอมสินธุ์)

.... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรชัย จูลเมตต์)

วันที่..........เดือน.........................พ.ศ...............

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ของมหาวิทยาลัยบูรพา

.... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่..........เดือน.........................พ.ศ...............

62920244: สาขาวิชา: การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน; พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
คำสำคัญ: ปัจจัย, พฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

มินลา นาคหนุน : ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. (FACTORS INFLENCING COVID - 19 CONTROL BEHAVIORS IN THE COMMUNITY AMONG VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS.) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: ชนัญชิดาดุษฎี ทูลศิริ, ปร.ด, สมสมัย รัตนกรีฑากุล, ส.ด. ปี พ.ศ. 2565.

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่มีความสำคัญในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดชลบุรี ซึ่งได้มาด้วยการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 150 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดำเนินงานควบคุมโรค การรับรู้ความรุนแรงต่อโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการดำเนินงานควบคุมโรค ทัศนคติต่อโรคและการดำเนินงานควบคุมโรค การรับรู้นโยบายในการดำเนินงานควบคุมโรค การได้รับแรงจูงใจในการดำเนินงานควบคุมโรค การได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุ อุปกรณ์ในการดำเนินงานควบคุมโรค และ พฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรค วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก (M = 4.34, SD = 0.75) และปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม ปัจจัยเอื้อที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมด 4 ปัจจัย ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดำเนินงานควบคุมโรค (β = .578) การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการดำเนินงานควบคุมโรค (β = .179) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุ อุปกรณ์ ในการดำเนินงานควบคุมโรค (β = .183) และปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การรับรู้นโยบายในการดำเนินงานควบคุมโรค (β =.148) โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ร้อยละ 74.2 (R^2 = .742, p < .001)

จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่าพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและบุคลากรด้านสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนากิจกรรม/โปรแกรมเพื่อส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยเน้นเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคและการดำเนินงานควบคุมโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการดำเนินงานควบคุมโรค การได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุ อุปกรณ์ ในการดำเนินงานควบคุมโรค และการรับรู้นโยบายในการดำเนินงานควบคุมโรค

62920244: MAJOR: COMMUNITY NURSE PRACTITIONER; M.N.S. (COMMUNITY NURSE PRACTITIONER)

KEYWORDS: FACTORS, COVID-19 CONTROL BEHAVIORS, VILLAGE HEALTH VOUNTEERS

MINLA NAKNUN : FACTORS INFLENCING COVID - 19 CONTROL BEHAVIORS IN THE COMMUNITY AMONG VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS.. ADVISORY COMMITTEE: CHANANDCHIDADUSSADEE TOONSIRI, Ph.D., SOMSAMAI RATTANAGREETHAKUL, Dr.P.H. 2022.

Village health volunteers are public health personnel who are essential for COVID-2019 control. This research aimed to identify factors influencing COVID-19 control behaviors in the community among village health volunteers. One hundred and fifty village health volunteers in Chon Buri province were recruited using the simple random sampling technique. Research instruments included questionnaires to gather data for demographic information, knowledge, perceived severity, perceived susceptibility, attitude, perceived policy, obtaining motivation, obtaining materials and equipment support, and COVID-19 control behaviors. Descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis were used to analyze data.

The results revealed that the COVID-19 control behaviors of the participants were at a very good level (M = 4.34, SD = 0.75). The predisposing factors, reinforcing factors, and enabling factors that can significant predictors of COVID-19 control behaviors of the participants.The predisposing factors were knowledge (β = .578), perceived susceptibility (β = .179), reinforcing factors were obtaining materials and equipment support (β = .183),and enabling factors were perceived policy (β = .148). These predictors could together explain 74.2 % of the variance in COVID-19 control behaviors in the community among village health volunteers (R^2 = .742, p < .001).

These findings suggest that nurse practitioners and other health care providers should apply these study results to develop interventions or programs to promote COVID-19 control behaviors in the community among village health volunteers by focusing on knowledge, perceived susceptibility, obtaining materials, and equipment support, and perceived policy.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี เพราะได้รับความกรุณา แนะนำ ช่วยเหลือเป็นอย่างดี จาก รองศาสตราจารย์ ดร. ชนัญชิดาดุษฎี ทูลศิริ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักและ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สมสมัย รัตนกรีฑากุล ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ท่านได้เสียสละเวลาอันมีค่ายิ่ง ในการให้คำปรึกษาการดำเนินงานวิจัยตลอดจนได้ตรวจสอบและแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆอันเป็นประโยชน์ในการจัดทำวิทยานิพนธ์ ตั้งแต่เริ่มดำเนินการจนกระทั่งดำเนินการเสร็จสมบูรณ์ ซึ่งผู้ศึกษารู้สึกซาบซึ้งและเป็นพระคุณอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณอาจารย์ผู้สอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต ที่ได้ประสิทธิประสาทวิชาความรู้ความเข้าใจในวิชาการด้านต่างๆ จนทำให้ผู้วิจัยสามารถดำเนินการวิจัยสำเร็จลงได้ รวมทั้งบัณฑิตวิทยาลัย บุคลากรสำนักหอสมุดมหาวิทยาลัยบูรพา ที่ได้ให้คำปรึกษา ช่วยเหลือ แนะนำและแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ให้งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จ

ขอขอบคุณมหาวิทยาลัยบูรพาที่ได้ให้โอกาสในการศึกษาและให้ทุนอุดหนุนงานวิจัยในระดับบัณฑิตศึกษา ประจำปี 2564 เพื่อใช้ในการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้

สุดท้ายนี้ขอขอบคุณครอบครัวอันเป็นที่รักยิ่ง หัวหน้างาน เพื่อนร่วมงานตึกธารน้ำใจ 1 และศูนย์โรคหัวใจโรงพยาบาลชลบุรี ตลอดทั้งเพื่อน ๆ รุ่นพี่รุ่นน้องในสาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน เพื่อนร่วมหลักสูตรพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิตทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ เป็นกำลังใจให้ตลอดเวลา ทำให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

มินลา นาคหนุน

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย .... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .... จ

กิตติกรรมประกาศ .... ฉ

สารบัญ .... ช

สารบัญตาราง .... ฌ

สารบัญภาพ .... ญ

บทที่ 1 บทนำ 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1

วัตถุประสงค์ของการวิจัย 5

สมมุติฐานของการวิจัย 6

กรอบแนวคิดในการวิจัย 6

ขอบเขตของการวิจัย 7

นิยามศัพท์เฉพาะ 8

บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 11

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID – 19) 11

การดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID – 19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 21

แนวคิด PRECEDE-PROCEED MODEL 28

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID – 19) 32

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย 38

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 38
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย....................41
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย 45
การเก็บรวบรวมข้อมูล....................46
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง....................48
การวิเคราะห์ข้อมูล 48
บทที่ 4 ผลการวิจัย....................50
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล 50
ส่วนที่ 2 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยที่ศึกษา 52
ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)...54
ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)....................56
บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผล....................60
สรุปผลการวิจัย....................60
อภิปรายผล 61
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้....................71
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป 71
บรรณานุกรม 73
ภาคผนวก 80
ภาคผนวก ก 81
ภาคผนวก ข 83
ภาคผนวก ค 92
ประวัติย่อของผู้วิจัย 96

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างแยกตามตำบล..40

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล........50

ตารางที่ 3 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยที่ศึกษา...............................53

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมการดำเนินงาน 54

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรค 56

ตารางที่ 6 การวิเคราะห์อำนาจการทำนายแบบพหุคูณแบบขั้นตอนของปัจจัยที่ศึกษา....................57

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 93

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย..7

ภาพที่ 2 ผังบทบาทอสม.ในการเฝ้าระวัง ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน............27

ภาพที่ 3 แนวคิด PRECEDE-PROCEED MODEL (Green & Kreuter, 2005)................................29

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) เป็นวิกฤติทางสุขภาพครั้งยิ่งใหญ่ โดยเริ่มต้นการระบาดในวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.2562 พบผู้ป่วยกลุ่มแรกในตลาดค้าอาหารทะเล นครอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน ถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอักเสบแบบไม่ทราบสาเหตุ ต่อมาองค์การอนามัยโลกกำหนดชื่อโรคปอดอักเสบจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ว่า โควิด – 19 (COVID -19) และในวันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2563 องค์การอนามัยโลกประกาศการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ การแพร่ระบาดนี้ได้ทวีความรุนแรงไปยังทวีปต่าง ๆ ทั่วโลกอย่างรวดเร็ว องค์การอนามัยโลกยกระดับสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นภาวะแพร่ระบาดทั่วโลก (Pandemic) (World Health Organization, 2020a) และในวันที่ 27 มกราคม พ.ศ.2565 พบผู้ติดเชื้อยืนยันสะสมทั่วโลกจำนวน 360,166,711 คน อัตราการติดเชื้อจำนวน 46,662 ต่อประชากร 1,000,000 คน อัตราการป่วยตาย (Case-fatality rate) จำนวน 724.5 ต่อประชากร 1,000,000 คน หรือร้อยละ 1.93 (Worldometer, 2022)

ประเทศไทยเป็นประเทศแรกนอกประเทศจีน ที่พบติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยพบผู้ติดเชื้อรายแรกเมื่อวันที่ 13 มกราคม พ.ศ.2563 ส่งผลให้วันที่ 1 มีนาคม พ.ศ.2563 กระทรวงสาธารณสุขออกประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่ออันตรายลำดับที่ 14 ภายใต้พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558 (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563ค) และยังพบการระบาดกลุ่มใหญ่หลายครั้งในประเทศอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีความหนาแน่นและแออัดของประชากร เช่น เดือนมีนาคม พ.ศ.2563 เกิดที่สนามมวย, สถานบันเทิง โดยมีจำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว (Golden period) คิดเฉลี่ยเพิ่มขึ้นร้อยละ 33 ต่อวัน เดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 ในตลาดกลางกุ้ง จังหวัดสมุทรสาคร พบผู้ติดเชื้อร้อยละ 43 จากการคัดกรองโรคเชิงรุกของจังหวัด ส่งผลให้มีการระบาดและแพร่กระจายเชื้อสู่ชุมชนอย่างต่อเนื่อง มีจำนวนติดเชื้อเพิ่มขึ้นมหาศาล โดยวันที่ 27 มกราคม พ.ศ.2565 พบผู้ติดเชื้อยืนยันสะสมทั่วประเทศจำนวน 2,407,022 คน อัตราการติดเชื้อจำนวน 34,349 ต่อประชากร 1,000,000 คน อัตราการป่วยตาย (Case-fatality rate) จำนวน 315 ต่อประชากร 1,000,000 คน หรือร้อยละ 0.93 (Worldometer, 2022) จากสถานการณ์การแพร่ระบาดที่ทวีความรุนแรงในหลายจังหวัดทั่วประเทศ จึงมีมติประกาศยกระดับพื้นที่ควบคุมเป็นพื้นที่สีแดง 28 จังหวัดและพื้นที่สีส้ม 11 จังหวัด (ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค

กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ซึ่งจังหวัดชลบุรีเป็นจังหวัดหนึ่งที่อยู่ในเขตพื้นที่สีแดง และจากการคัดกรองโรคเชิงรุกของจังหวัดในวันที่ 3 มกราคม พ.ศ. 2564 พบผู้ติดเชื้อยืนยันรายใหม่ร้อยละ 43.2 ของผู้ติดเชื้อทั้งประเทศ จากอุบัติการณ์นี้มีการแพร่ระบาดสูงอย่างต่อเนื่อง วันที่ 27 มกราคม พ.ศ. 2565 มีจำนวนผู้ติดเชื้อยืนยันสะสมรวม 15,617 คน อัตราผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้นร้อยละ 2.1 อัตราการป่วยตาย (Case – fatality rate) ร้อยละ 0.12 (ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จังหวัดชลบุรี, 2564)

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) เป็นโรคติดเชื้อที่สามารถแพร่กระจายเชื้อจากคนสู่คน ซึ่งโดยเฉลี่ยผู้ติดเชื้อ 1 คน สามารถแพร่กระจายให้คนอื่นได้เฉลี่ย 2- 4 คน (95%CI = 1.4- 3.9 คน) มีระยะฟักตัว 2 - 14 วันหรือเฉลี่ย 5 วัน (95%CI = 4.1-7.0) เมื่อเชื้อไวรัสเข้าสู่ร่างกายมีเป้าหมายในการทำลายปอดเป็นอวัยวะหลัก ทำให้ผู้ติดเชื้อมีภาวะปอดอักเสบ และอาจมีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่รุนแรง เช่น หายใจล้มเหลวเฉียบพลัน(ร้อยละ 19.6) หายใจลำบาก (ร้อยละ 16.7) และอาการอักเสบทั่วร่างกาย ทำให้อวัยวะภายในร่างกายเสียหายหรือล้มเหลว เช่น อักเสบของกล้ามเนื้อหัวใจ (ร้อยละ 7.2)ไตวายเฉียบพลัน (ร้อยละ 3.6) เป็นต้น จากความรุนแรงของโรคพบมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 2.3 โดยเฉพาะประชากรที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง คือ กลุ่มผู้สูงอายุและภาวะอ้วน (ร้อยละ14.8-19.0) (นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ, 2563) กลุ่มคนที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวาน (ร้อยละ 19) ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ30) โรคหัวใจ (ร้อยละ15) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ร้อยละ 3), โรคมะเร็งและโรคไต (ร้อยละ 1) (Zhou et al., 2020) ซึ่งโรคนี้เป็นโรคอุบัติใหม่ ที่ติดต่อได้ง่าย มีการแพร่กระจายเชื้ออย่างรวดเร็ว การควบคุมโรคจึงเป็นไปได้ยากมาก ส่งผลให้ประเทศไทยมีการระบาดที่ขยายออกเป็นวงกว้างกระจายไปในหลายพื้นที่ นายกรัฐมนตรีได้ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักร อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ.2548 และมาตรา 11 แห่งพระราชบัญญัติระเบียบการบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2534 ยกระดับพื้นที่ควบคุมสูงสุด มีมาตรการปิดประเทศ ปิดเมือง ปิดพื้นที่ควบคุม (Lockdown measure) (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563ค) ส่งผลให้ระบบเศรษฐกิจของประเทศในไตรมาส 3 หดตัวลดลงร้อยละ 6.4 (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.), 2563) สะท้อนให้เห็นปัญหาในหลายด้าน คือ ขาดรายได้หรือรายได้ลดลง (ร้อยละ 80), รายได้ไม่พอใช้ (ร้อยละ 78), ถูกพักงานชั่วคราว (ร้อยละ 71), ถูกเลิกจ้าง (ร้อยละ 67.5) (นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล และคณะ, 2564) เครียด วิตกกังวล (ร้อยละ 51.85) และอัตราการฆ่าตัวตายเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 8.59 ต่อแสนประชากร จาก 6.31 ต่อแสนประชากร (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2563) จากปัญหาและผลกระทบดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขจึงเร่งดำเนินงานการแก้ปัญหาตามแนวทางการดำเนินงานด้านสาธารณสุขเพื่อควบคุมโรค

การดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กระทรวงสาธารณสุข ใช้มาตรการทางกฎหมาย คือ พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 เข้ามาดำเนินการจัดการแก้ไขปัญหา ตามแนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุข จัดระบบการปฏิบัติการภาคสนามเพื่อตอบโต้ภาวะฉุกเฉินในพื้นที่ แจ้งแต่ละจังหวัดจัดทำแผนปฏิบัติการค้นหา เฝ้าระวังและควบคุมโรค โดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านร่วมเป็นทีมอาสา COVID-19 จัดระบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทำหน้าที่หลักในการดำเนินงานควบคุมโรคเชิงรุก ค้นหา เฝ้าระวัง และควบคุมโรคในระดับตำบลหรือชุมชน สื่อสารไปยังชุมชนโดยให้อมูลที่เป็นประโยชน์และแจ้งเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่สำคัญกับชุมชน (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563) โดยมีพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรค 3 ขั้นตอน คือ 1) การเตรียมพร้อมก่อนการดำเนินงาน 2) แนวทางป้องกันตนเองในการดำเนินงานควบคุมโรคเชิงรุก และ 3) การดำเนินงานเคาะประตูบ้าน ได้แก่ จำแนกกลุ่มเป้าหมาย คัดกรองอาการสำคัญ ติดตาม เฝ้าระวัง สื่อสารให้ความรู้ พร้อมทั้งประสานงานและรายงานผลดำเนินงาน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงเป็นบุคคลสำคัญในการดำเนินงานควบคุมโรคในระดับชุมชน เห็นจากการดำเนินงานช่วงแรก ๆ ตั้งแต่วันที่ 27 มีนาคม พ.ศ. 2563 - 11 เมษายน พ.ศ. 2563 พบว่าสามารถดำเนินงานเคาะประตูบ้านต้านโควิด -19 ได้ 11.8 ล้านหลังคาเรือนทั่วประเทศ ทำหน้าที่แจ้งข่าวสารให้ความรู้/คำแนะนำวิธีป้องกันโรค การดูแลสุขภาพจำนวน 7,424,625 คน ติดตามเฝ้าระวังคัดกรองความเสี่ยงจำนวน 2,917,820 คน เยี่ยมติดตามกลุ่มเสี่ยงจำนวน 40,250 คน (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563) แต่ด้วยสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคที่ต่อเนื่องยาวนาน ส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้เป็นด่านหน้าต้องทำงานหนักตามจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นทุกวัน ภายใต้ทรัพยากรคนที่มีอยู่อย่างจำกัดต่อการปฏิบัติงาน สิ่งผลให้เกิดความรู้สึกเหนื่อยล้าอ่อนล้า หมดไฟและเครียด (กรมสุขภาพจิต, 2564) สะท้อนปัญหาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นบุคคลสำคัญ เป็นตัวแทนชาวบ้านในแต่ละชุมชน ผ่านการฝึกฝน เรียนรู้ตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เป็นกลุ่มบุคคลที่ทำหน้าที่ต่อยอดการดูแลสุขภาพครัวเรือน ปฏิบัติงานตามทักษะที่เชี่ยวชาญ ชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ในการจูงใจประชาชนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพ จึงเป็นบุคคลสำคัญทางด้านสาธารณสุข ซึ่งเห็นได้จากจังหวัดชลบุรีที่เป็นพื้นที่เศรษฐกิจ แหล่งประมง และอุตสาหกรรมที่มีประชากรหลากหลายเชื้อชาติ หลากหลายพื้นที่เดินทางเข้า – ออกและอยู่อาศัยจำนวนมาก จึงมีความแออัดของประชากร โดยเฉพาะสถานบันเทิง ชายทะเล ร้านอาหาร ตลาดอาหารทะเล เป็นต้น จากเหตุผลทั้งหมดดังกล่าว

จังหวัดชลบุรีจึงมีการระบาดของโรคและแพร่กระจายเชื้อสูงอย่างต่อเนื่องเช่นในปัจจุบัน จังหวัดจึงมีมาตรการควบคุมโรคโดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดำเนินงานร่วมกับท้องถิ่นและบุคลากรด้านสาธารณสุข ทำหน้าที่ควบคุมโรคเชิงรุกอย่างเข้มข้นในพื้นที่ ออกคัดกรองอาการสำคัญ ค้นหา เฝ้าระวัง และแยกกลุ่มเป้าหมาย โดยกำกับ ดูแล ให้ความรู้ แจ้งข้อมูลข่าวสาร เยี่ยมติดตามพร้อมทั้งรายงานอาการกลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วยยืนยัน และขอความร่วมมือประชาชนให้ปฏิบัติตามมาตรการควบคุมโรคของสาธารณสุข ดังนั้น พฤติกรรมดำเนินงานควบคุมโรคจึงมีความสำคัญ นักวิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

พฤติกรรมดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ผลทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ไม่พบการศึกษาพฤติกรรมดังกล่าวในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ลักษณะการศึกษาวิจัยที่พบมีเพียงความคล้ายคลึง บางวิจัยเป็นเพียงศึกษาเปรียบเทียบ หรือหาความสัมพันธ์ ซึ่งมีเพียงส่วนน้อยที่หาอำนาจเชิงทำนาย และเป็นงานวิจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและในกลุ่มตัวอย่างอื่น ๆ เช่น ประชาชน ทันตาภิบาล ผู้สูงอายุ เป็นต้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงศึกษาเอกสารงานวิจัยที่มีลักษณะคล้ายคลึงดังกล่าวกับกลุ่มอาสามัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เช่น พฤติกรรมเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค การมีส่วนร่วมดำเนินงานป้องกัน เฝ้าระวังโรค ความสำเร็จของการควบคุมโรค บทบาทดำเนินงานควบคุมโรค และในกลุ่มโรคอื่น ๆ เช่น โรคไข้หวัดนก โรคติดต่อ โรคไข้เลือดออก เป็นต้น พบว่า มีหลายปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยภายในร่างกายที่ติดตัวของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดพฤติกรรม เช่น 1) ความรู้เกี่ยวกับโรค (Eric Y, 2018; Saqlain et al., 2020; Yeunyow T & Boonserm P , 2020; ธัญสิริ ธัญสวัสดิ์ และคณะ, 2562; ธานี กล่อมใจ และคณะ, 2563) 2) การรับรู้บทบาทการดำเนินงาน (Pornpat P. et al., 2020; นภชา สิงห์วีรธรรม และคณะ, 2563; ปรางค์ จักรไชยและคณะ, 2560; เมธี สุทธศิลป์ และคณะ, 2560; ยุทธนา แยบคาย, 2561) 3)การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Bashirian et al., 2020; กิตติพร เนาว์สุวรรณ และคณะ, 2563 ก) 4) การรับรู้โอกาสเสี่ยง (Eric Y, 2018; Bashirian et al., 2020; ภัคณัฐ วีรขจร และคณะ, 2563; สุภาภรณ์ วงธิ, 2564) 5) ทัศนคติ (Saqlain et al., 2020; Yeunyow T & Boonserm P, 2020; เมธี สุทธศิลป์ และคณะ, 2560; วิมลรัตน์ ถนอมศรีเดชชัย และคณะ, 2560; สิวลี รัตนปัญญา, 2561 นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยภายนอกที่สนับสนุนพฤติกรรม คือ 1) ได้รับแรงจูงใจ (Fungwith C, 2020; Bashirian et al., 2020; Siripiyanon S , 2020; จรูญลักษณ์ ป้องเจริญ และยุคนธ์ เมืองช้าง, 2561; ปรางค์ จักรไชย และคณะ, 2560; ยุทธนา แยบคาย, 2561; สิวลี รัตนปัญญา, 2561) 2) การรับรู้

นโยบายดำเนินงานควบคุม ป้องกันโรค (Fungwith C, 2020; เมธี สุทธศิลป์ และคณะ, 2560) 3) การได้รับการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ งบประมาณ (เอกรินทร์ โปตะเวช และคณะ, 2551) และ 4) การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข เพื่อนและครอบครัว (Siripiyanon S., 2020) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้

พฤติกรรมดำเนินงานควบคุมโรคและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำเป็นต้องอาศัยแนวคิด PRECEDE PROCEED Model ของ Green and Kreuter (2005) ซึ่งกล่าวถึง พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลว่ามีสาเหตุมาจาก " สหปัจจัย " (Multiple factors) ต้องวิเคราะห์ถึงสาเหตุของพฤติกรรมต่าง ๆ ทั้งปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคล และนำปัจจัยที่ศึกษาได้มาเป็นแนวทางปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนั้น ผู้วิจัยนำปัจจัยที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมมาศึกษาตามแนวคิด PRECEDE PROCEED Model โดยนำส่วนที่ 1 ตามขั้นตอนที่ 3 มาประยุกต์เพื่อหาปัจจัยทำนายพฤติกรรมดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังนี้ ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดำเนินงานควบคุมโรค การรับรู้ความรุนแรงต่อโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการดำเนินงานควบคุมโรค ทัศนคติต่อโรคและการดำเนินงานควบคุมโรค ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การรับรู้นโยบายในการดำเนินงานควบคุมโรค ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงจูงใจในการดำเนินงานควบคุมโรค การสนับสนุนด้านวัสดุ อุปกรณ์ในการดำเนินงานควบคุมโรค โดยเชื่อว่าพฤติกรรมจะเกิดขึ้นหรือเปลี่ยนแปลงได้ขึ้นอยู่กับหลาย ๆ ปัจจัยดังกล่าวโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีบทบาทสำคัญต่อการสนับสนุนการดำเนินงานควบคุมโรคของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน เป็นตัวแทนภาคประชาชน มีส่วนสำคัญของระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับภาวะวิกฤตสุขภาพที่มีการแพร่กระจายเชื้อในปัจจุบัน ดังนั้น การหาปัจจัยทำนายพฤติกรรมดำเนินงานควบคุมโรคในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในครั้งนี้ เพื่อนำผลศึกษาไปเป็นแนวทางพัฒนาโปรแกรมและสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีพฤติกรรมควบคุมโรคที่ดี พร้อมรับมือกับสถานการณ์แพร่ระบาด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดำเนินงานควบคุมโรค การรับรู้ความรุนแรงต่อโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการดำเนินงานควบคุมโรค และทัศนคติต่อโรคและการดำเนินงานควบคุมโรค ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การรับรู้นโยบายในการดำเนินงานควบคุมโรค ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงจูงใจในการดำเนินงานควบคุมโรค และการ ได้รับการ

สนับสนุนด้านวัสดุ อุปกรณ์ในการดำเนินงานควบคุมโรคต่อพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

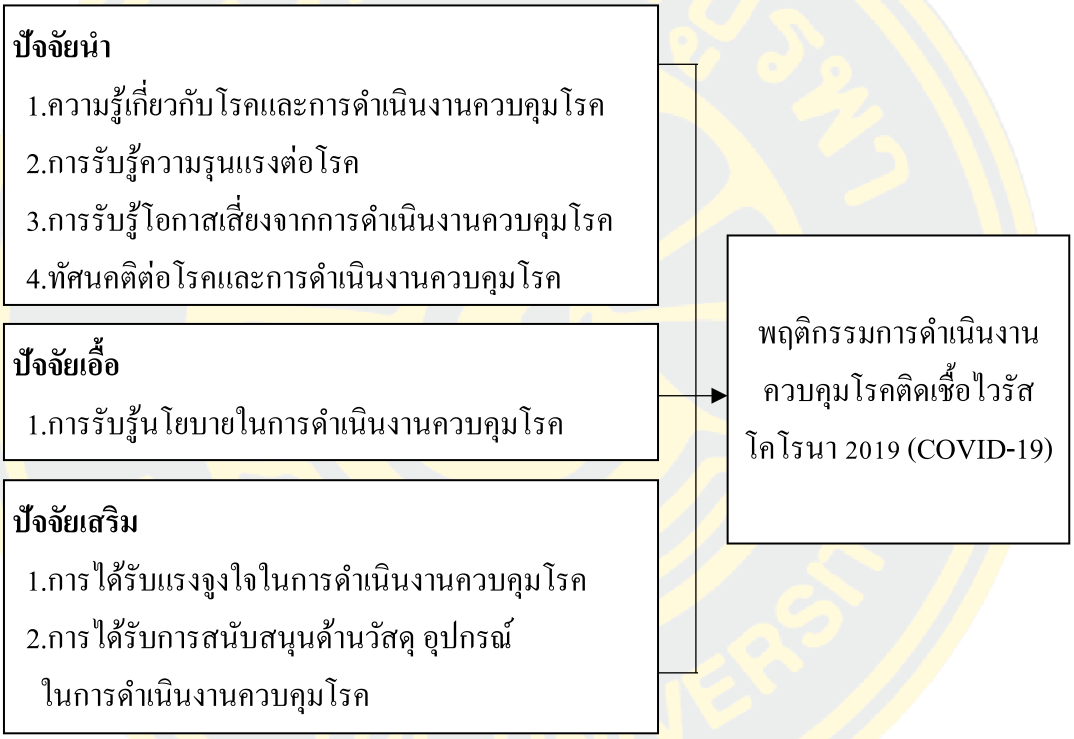
สมมุติฐานของการวิจัย

ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดำเนินงานควบคุมโรค การรับรู้ความรุนแรงต่อโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการดำเนินงานควบคุมโรค และทัศนคติต่อโรคและการดำเนินงานควบคุมโรค ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การรับรู้นโยบายในการดำเนินงานควบคุมโรค ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงจูงใจในการดำเนินงานควบคุมโรค และการได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุ อุปกรณ์ในการดำเนินงานควบคุมโรค สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ครั้งนี้ได้นำแนวคิด PRECEDE-PROCEED MODEL (Green & Kreuter, 2005) ระยะ 1 คือ ระยะวินิจฉัย ที่เรียกว่า PRECEDE ในขั้น 3 คือ ประเมินทางการศึกษาและปัจจัยสิ่งแวดล้อม (Educational ecological assessment) มาสร้างกรอบแนวคิดหลักในการศึกษา โดยแนวคิดนี้กล่าวว่า บุคคลจะเกิดพฤติกรรมสุขภาพได้มาจากหลายสาเหตุหรือเกิดโดย "สหปัจจัย" (Multiple factors) ดังนั้น เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สำคัญต่อพฤติกรรม สิ่งที่ได้จากการศึกษาหรือปัจจัยที่ค้นพบเหล่านี้จะนำไปใช้ในการวางแผนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งในการศึกษานี้ปัจจัยนำ เป็นองค์ประกอบภายในตัวบุคคล ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล อันได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดำเนินงานควบคุมโรค เป็นปัจจัยนำที่สำคัญในการแสดงพฤติกรรมและสัมพันธ์กับพฤติกรรมนั้น รวมทั้งการรับรู้ความรุนแรงต่อโรคและการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการดำเนินงานควบคุมโรค การรับรู้ทั้งสองอย่างเป็นส่วนหนึ่งของความเชื่อในตัวบุคคล โดยมีความเชื่อว่าบุคคลมีโอกาสเสี่ยงเกิดโรคหรือเจ็บป่วยจากการติดเชื้อ และมีความเชื่อว่าความรุนแรงของโรคเป็นสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ทั้งสองการรับรู้จึงเป็นตัวกระตุ้นให้แสดงพฤติกรรม และยังมีทัศนคติต่อโรคและการดำเนินงานควบคุมโรค ที่เป็นปัจจัยนำอีกตัวที่แสดงถึงความรู้สึก ความตระหนักที่มีทั้งทางบวกและทางลบในตัวบุคคลที่มีผลต่อการแสดงพฤติกรรม ปัจจัยเอื้อ เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล รวมทั้งช่วยสนับสนุนให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ได้แก่ การรับรู้นโยบายในการดำเนินงานควบคุมโรค เป็นการรับรู้หรือได้รับสิ่งที่เป็นประโยชน์ อำนวยความสะดวกและช่วยให้การแสดง

พฤติกรรมนั้นได้ง่ายขึ้น และปัจจัยเสริมเป็นผลตอบแทนหรือสิ่งจูงใจที่บุคคลจะได้รับหรือคาดว่าจะได้รับจากบุคคลอื่น ภายหลังที่ได้แสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ออกมา ซึ่งจะช่วยให้เกิดความมั่นคงของพฤติกรรม ได้แก่ การได้รับแรงจูงใจในการดำเนินงานควบคุมโรค การได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุ อุปกรณ์ในการดำเนินงานควบคุมโรค ทั้งปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมดังที่กล่าวมาข้างต้น เป็นปัจจัยที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลที่ได้จึงแสดงให้เห็นความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคซึ่งสามารถสรุปกรอบแนวคิดได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้งเพศชายและหญิงในจังหวัดชลบุรี เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2564

ตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยตัวแปรต้นและตัวแปรตาม ดังนี้

1. ตัวแปรต้น ประกอบด้วย ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดำเนินงานควบคุมโรค การรับรู้ความรุนแรงต่อโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการดำเนินงานควบคุมโรค และทัศนคติต่อโรคและการดำเนินงานควบคุมโรค ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การรับรู้นโยบายในการดำเนินงานควบคุมโรค และปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงจูงใจในการดำเนินงานควบคุมโรค และการสนับสนุนด้านวัสดุ อุปกรณ์ในการดำเนินงานควบคุมโรค

2. ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 19)

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ปัจจัยนำ หมายถึง ปัจจัยภายในตัวบุคคลที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจให้แสดงพฤติกรรม ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่

1.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดำเนินงานควบคุมโรค หมายถึง ทักษะ ความสามารถของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านที่ติดตัวมาเกิดจากสิ่งเรียนรู้ ประสบการณ์ แล้วตอบสนองเอาสิ่งเร้านั้นออกมาเป็นพฤติกรรมดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ได้แก่ ความหมาย อาการสำคัญ อันตรายของโรค และการป้องกันโรค และความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานควบคุมโรค วัดโดยใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคและการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) นักวิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและปรับปรุงจากแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 โดย ธานี กล่อมใจ และคณะ (2563)

1.2 การรับรู้ความรุนแรงต่อโรค หมายถึง ความเชื่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ถึงภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคนั้น ๆ เป็นอันตราย กระทบรุนแรงกับสุขภาพร่างกาย วัดโดยแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงต่อโรค ที่ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดย กิตติพร เนาว์สุวรรณ และคณะ (2563ข)

1.3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการดำเนินงานควบคุมโรค หมายถึง ความเชื่อหรือการคาดการณ์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านถึงความเป็นไปได้ โอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยหรือการเป็นโรคจากการดำเนินงานควบคุมโรค ซึ่งจะแตกต่างกันออกไปแต่ละบุคคล วัดโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการดำเนินงานควบคุมโรค นักวิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและปรับปรุงจากแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการปฏิบัติงาน โดย ภัคณัฐ วีรขจร และคณะ (2563)

1.4 ทัศนคติต่อโรคและการดำเนินงานควบคุมโรค หมายถึง ความรู้สึก นึกคิดที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีต่อโรคและต่อการควบคุมโรค ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวประกอบด้วยความรู้สึกดีและไม่ดีต่อการแสดงพฤติกรรม วัดโดยใช้แบบสอบถามทัศนคติต่อโรคและการดำเนินงานควบคุมโรค นักวิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและปรับปรุงจากแบบสอบถามทัศนคติต่อโควิด -19 โดย Pornpat P. and et al. (2020)

2. ปัจจัยเอื้อ หมายถึง คุณลักษณะของสิ่งแวดล้อม ทั้งด้านกายภาพ สังคมวัฒนธรรม ทักษะส่วนบุคคล และทรัพยากรที่จะช่วยเกื้อกูลให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ รวมทั้งทักษะที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ได้ ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่

2.1 การรับรู้นโยบายในการดำเนินงานควบคุมโรค หมายถึง รับรู้นโยบายเกี่ยวกับการดำเนินงาน หรือมาตรการและข้อปฏิบัติที่กำหนดขึ้นเพื่อควบคุมโรคในพื้นที่จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เทศบาล วัดโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้นโยบายในการดำเนินงานควบคุมโรค นักวิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและปรับปรุงจากแบบสอบถามการรับรู้นโยบายการควบคุมป้องกันโรคติดต่อโดย เมธี สุทธศิลป์ และคณะ (2560)

3. ปัจจัยเสริม หมายถึง ปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ค่าผลตอบแทน รางวัล การเสริมแรงจูงใจจากครอบครัว เพื่อน ครู บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่

3.1 การได้รับแรงจูงใจในการดำเนินงานควบคุมโรค หมายถึง สิ่งผลักดันและสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยเชื่อว่าเมื่อมีพฤติกรรมสุขภาพนั้นหรือดำเนินงานควบคุมโรคได้ดีจะได้รับสิ่งนั้น เช่น ค่าตอบแทน ความก้าวหน้า การยอมรับนับถือ คำชมเชย เป็นต้น วัดโดยใช้แบบสอบถามการได้รับแรงจูงใจในการดำเนินงานควบคุมโรค นักวิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและปรับปรุงจากแบบสอบถามความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดย กิตติพร เนาว์สุวรรณ และคณะ (2563ข)

3.2 การได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุ อุปกรณ์ ในการดำเนินงานควบคุมโรค หมายถึง สิ่งที่ได้รับหรือแหล่งทรัพยากรที่ใช้ดำเนินงานควบคุมโรค เช่น หน้ากากอนามัย ชุด PPE face shield ถุงมือ อุปกรณ์วัดไข้ เป็นต้น วัดโดยใช้แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ ในการดำเนินงานควบคุมโรค นักวิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและปรับปรุงจากแบบสอบถามความสำเร็จของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดย กิตติพร เนาว์สุวรรณ และคณะ (2563ข)

4. พฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในชุมชน หมายถึง สิ่งที่แสดงออกซึ่งบทบาทการปฏิบัติงานตามแนวทางกระทรวงสาธารณสุขสำหรับควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

4.1 การเตรียมพร้อมก่อนดำเนินงาน ได้แก่ ติดตามรายชื่อจากรายงานระบาดของชุมชน มีความรู้ ความเข้าใจ รู้ระบบการดูแล เฝ้าระวังและควบตุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID – 19) สำรวจสุขภาพของตนเอง เตรียมพร้อมด้านวัสดุ อุปกรณ์และการเตรียมประสานครัวเรือนที่รับผิดชอบก่อนออกดำเนินงานเคาะประตูบ้าน

4.2 แนวทางป้องกันตนเองในการดำเนินงานควบคุมโรคเชิงรุก ได้แก่ สวมหน้ากากอนามัยและอุปกรณ์ป้องกันอื่น ๆ ขณะปฏิบัติงาน ล้างมือ เว้นระยะห่างกับผู้อื่นอย่างน้อย 2 เมตร รับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ เมื่อปฏิบัติงานเสร็จสิ้นอาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้าทันทีเมื่อเข้าบ้าน ต้องสังเกตตนเองเมื่อมีอาการไข้ ไอ น้ำมูก จาม เจ็บคอ หายใจเหนื่อย หรือ หายใจลำบาก หากพบอาการข้อใดข้อหนึ่ง ให้หยุดปฏิบัติงานในชุมชน และรีบไปพบแพทย์ทันที

4.3 การดำเนินงานเคาะประตูบ้าน ได้แก่ จำแนกกลุ่มเป้าหมาย คัดกรองอาการสำคัญ ติดตามและเฝ้าระวัง รายงานผลดำเนินงาน

วัดโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) นักวิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและสร้างขึ้นเองตามแนวทางการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID – 19) ของ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2563

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID – 19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้วิจัยศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งสรุปดังต่อไปนี้

1. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID – 19)
2. การดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID – 19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
3. แนวคิด PRECEDE-PROCEED MODEL
4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID – 19)

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID – 19)

ความเป็นมาของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID – 19)

เมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 ที่เมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน เริ่มพบผู้ป่วยมีลักษณะอาการคล้ายกัน คือ ปอดอักเสบโดยไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งต่อมาได้ประเทศจีนสามารถระบุได้ว่า โรคปอดอักเสบนี้เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 และได้มีแพร่ระบาดใหญ่อย่างรวดเร็ว การดูแลรักษาเป็นไปอย่างฉุกเฉิน มีรายงานผู้ติดเชื้อที่เจ็บป่วยอาการหนักและเสียชีวิตมากเกินที่จะควบคุม จนประเทศจีนได้ประกาศภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระดับสูงสุด เพื่อยับยั้งการระบาดของเชื้อไวรัส แต่ในขณะที่ประเทศจีนเริ่มสามารถควบคุมโรคได้ในระดับหนึ่ง กลับพบผู้ป่วยรายแรกนอกประเทศที่มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ที่ประเทศไทยเมื่อวันที่ 13 มกราคม พ.ศ. 2563 เป็นคนจีนที่รับเชื้อจากประเทศจีนและได้เดินทางมาประเทศไทย หลังจากนั้นพบว่ามีการแพร่ระบาดและพบผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ในหลายประเทศ โดยเฉพาะประเทศแถบทวีปยุโรป ส่งผลให้การระบาดของไวรัสโคโรน่าสายพันธุ์ใหม่ 2019 (novel coronavirus 2019, 2019 -nCoV) ถูกประกาศ “ ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ ” (Public Health Emergency of International Concern หรือ PHEIC) โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) เมื่อวันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2563 และขอความร่วมมือจากนานาประเทศในการรับมือกับเหตุการณ์ระบาดนี้ ต่อมาวันที่ 11 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 องค์การ

อนามัยโลกได้ประกาศชื่ออย่างเป็นทางการของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 โดยใช้ชื่อว่า COVID-19 ซึ่งย่อมาจาก “coronavirus disease starting in 2019” หรือโรคไวรัสโคโรนาที่เริ่มต้นในปี 2019 (World Health Organization, 2020a)

สำหรับประเทศไทยกระทรวงสาธารณสุขออกประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) เป็นโรคติดต่ออันตรายลำดับที่ 14 ภายใต้พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558 เมื่อวันที่ 1 มีนาคม พ.ศ.2563 (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563ค)

ลักษณะการเกิดโรค

ลักษณะการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) คล้ายคลึงกับปีพ.ศ.2545 กับเกิดโรคซาร์ส (Severe Acute Respiratory Syndrome: SARS) และปีพ.ศ.2557 เกิดโรคเมอร์ส (MERS Corona Virus : MERS) แต่แตกต่างตรงการระบาดของโรค ซึ่งโรคซาร์สและเมอร์ส ผู้ป่วยจะมีภาวะโรคที่รุนแรงต้องเข้ารับการักษาเป็นผู้ป่วยใน จึงควบคุมโรคได้ง่ายกว่า แต่ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 บางรายมีอาการน้อยหรืออาจไม่มี บางรายอาจติดเชื้อโดยไม่รู้ตัว ไม่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพียงกักตัวที่บ้าน การระบาดที่ใกล้เคียงกับครั้งนี้มากที่สุด คือ การระบาดของไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ ใหม่ 2009 (Influenza A (H1N1) virus)

เชื้อไวรัสโคโรนาที่ก่อโรคในมนุษย์ในขณะนี้มีทั้งหมด 7 ชนิด

ชนิดที่ 1 - 4 โรคหวัดธรรมดา

ชนิดที่ 5 โรค SARS (ซาร์) จากไวรัสสายพันธุ์ใหม่ เมื่อ พ.ศ. 2545-2546

ชนิดที่ 6 โรค MERS (เมอร์ส) จากไวรัสสายพันธุ์ใหม่ เมื่อ พ.ศ. 2557

ชนิดที่ 7 โรค COVID-19 (โควิด-19) จากไวรัสสายพันธุ์ใหม่ในปัจจุบัน

เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แพร่เชื้อจากสู่คนอื่นทางสิ่งคัดหลั่งจากทางเดินหายใจ เชื้อไวรัสมีโครงสร้างพันธุกรรมที่ทำให้เกิดโรคปอดอักเสบ และจับกับตัวรับที่เซลล์ในตำแหน่งเดียวกัน คือ Angiotensin-converting enzyme 2 (ACE2) ซึ่งเป็นไวรัสที่มีเปลือกเป็นไขมันหุ้ม แหล่งแพร่เชื้อคาดว่าเริ่มจากไวรัสของค้างคาวที่มีการผสมพันธุ์กับไวรัสอื่นและกลายพันธุ์ เมื่อมนุษย์นำสัตว์ป่ามาขายในตลาดสดเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน ซึ่งคนไปสัมผัสเกิดการติดเชื้อและนำมาสู่การติดต่อ

ลักษณะการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19)

1. ทางตรง (Direct) โดยทางละอองฝอย (droplet) คนที่ติดเชื้อ ไอ จาม หรือพูด โดยไม่มีอุปกรณ์ปิดปากในระยะใกล้ชิด (น้อยกว่า 2 เมตร) มีผลให้ละอองฝอยเสมหะ น้ำมูก น้ำลาย ที่มีไวรัสอยู่ด้วย ฟุ้งกระจายออกมา เรียกว่า airborne droplet ที่ลอยในอากาศ (ขนาด >5 micron) ซึ่งจะตกลงบนพื้นในระยะ 2 เมตร ทำให้เกิดการฟุ้งของไวรัสในอากาศ และเข้าสู่ร่างกายโดยเริ่มจากจมูกลงไปถึงถุงลมในปอด แบ่งออกเป็นทางเดินหายใจส่วนบน (จมูก โพรงรอบจมูกหรือไซนัส

กล่องเสียง) และส่วนล่าง (หลอดลม และปอด) ความเจ็บป่วยจากการติดเชื้อที่ทางเดินหายใจส่วนบน จะไม่รุนแรงเท่าการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง ความเจ็บป่วยจากการติดเชื้อไวรัสที่เกาะติดและเข้าไปแบ่งตัวในเซลล์ของเยื่อบุทางเดินหายใจ ตั้งแต่รับเชื้อจนถึงเริ่มมีอาการป่วย ระยะฟักตัวของโรคเท่ากับ 2 - 14 วัน ซึ่งเป็นเหตุผลที่ให้ผู้สัมผัสโรคกักกันตัวจากคนอื่น 14 วัน

2. ทางอ้อม (indirect) โดยการสัมผัส (contact) โดยการสัมผัสบริเวณ พื้นผิว สิ่งของ มือของคนอื่น ที่มีการปนเปื้อนเชื้อโรคจาก ผู้ป่วยจากการไอ จาม แล้วนำไปเข้า จมูก ปาก ตา ของตนเอง มีสิ่งอื่นนำเชื้อไปโดยการสัมผัส เช่น ของเล่นของเด็กที่ปนเปื้อนเชื้อ สัตว์เลี้ยงที่มีผู้นำเชื้อมาสัมผัสทิ้งไว้ หรือพื้นผิววัตถุ หรือสิ่งของ ที่ผู้ติดเชื้อได้นำเชื้อโรคมาทิ้งไว้อาจอยู่ได้หลายชั่วโมง หรือหลายวัน

3. หัตถการทางการแพทย์ที่ทำให้เกิดละอองในอากาศ (Aerosol) เป็นกรณีเฉพาะ การปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อบางลักษณะในสถานพยาบาล (เช่น การใช้อุปกรณ์พ่นยาเข้าทางเดินหายใจ การใช้สาย ยางดูดเสมหะ การส่องกล้องตรวจภายในหลอดลม การใส่และถอดท่อหายใจให้ผู้ป่วยการดูดเสมหะด้วยระบบเปิด) ก่อให้เกิดละอองขนาดเล็กมาก (fine mist) เรียกว่า airborne aerosol (ขนาด < 5 micron) ซึ่งคล้ายกับไวรัสที่ฟุ้งในอากาศ ไวรัสโคโรนาจะมีชีวิตสั้นมากถ้าอากาศแห้ง แต่อยู่ได้นานหลายชั่วโมงหากอากาศเย็นและชื้น

อาการและอาการแสดง

โดยทั่วไปผู้ป่วยจะมีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ มีอาการ “ไข้ และ ไอ” เป็น พื้นฐานส่วนใหญ่เริ่มจากไอแห้ง ตามด้วย ไข้ ร้อยละ 80 มีอาการน้อย คือ อาการทั่วไปมีดังนี้ มีไข้ ไอแห้ง อ่อนเพลีย ปวดเมื่อยเนื้อตัว เจ็บคอ ท้องเสีย ตาแดง ปวดศีรษะ สูญเสียความสามารถในการดมกลิ่นและรับรส มีผื่นบนผิวหนัง หรือนิ้วมือนิ้วเท้าเปลี่ยนสี ร้อยละ 14 มีอาการรุนแรง คือ ภาวะปอดอักเสบ จะมีอาการหายใจลำบาก หายใจหอบเหนื่อย เจ็บหน้าอกหรือแน่นหน้าอก สูญเสียความสามารถในการพูดและเคลื่อนไหว และอาการอักเสบของอวัยวะในร่างกาย ร้อยละ 5 มีอาการวิกฤติ เช่น การหายใจล้มเหลว ภาวะช็อคจากการป่วยรุนแรง ร้อยละ 1 - 2 เสียชีวิตโดยเฉลี่ยแล้วผู้ที่ติดเชื้อไวรัสจะแสดงอาการป่วยใน 5 - 6 วัน

ความรุนแรงของโรค

ความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับปริมาณไวรัสที่ได้รับเข้าทางเดินหายใจ ปัจจัยทางผู้ติดเชื้อ เช่น สุขภาพโรคประจำตัว ปฏิกิริยาอิมมูน การปฏิบัติตนเมื่อเริ่มป่วย และการดูแลรักษาเมื่อติดเชื้อและเจ็บป่วย เมื่อเชื้อไวรัสเข้าสู่ร่างกายมีเป้าหมายในการทำลายปอดเป็นอวัยวะหลัก ผู้ติดเชื้อที่มีอาการรุนแรงจะมีภาวะปอดอักเสบ และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง คือ ภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลันร้อยละ 19.6 ภาวะหายใจลำบากร้อยละ 16.7 โดยกลุ่มจะมีอาการอักเสบทั่ว

ร่างกาย ทำให้อวัยวะภายในร่างกายเสียหาย คือ ภาวะระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลวร้อยละ 9 ภาวะหัวใจได้รับบาดเจ็บหรือล้มเหลวเฉียบพลันร้อยละ 7.2 และไตวายเฉียบพลันร้อยละ 3.6 จากความรุนแรงของโรคพบมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 2.3 (นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ, 2563) โดยกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง จากผลการวิจัยอัตราการติดเชื้อและความรุนแรงของโรค ทั้งจากองค์การอนามัยโลกประเทศจีน และอิตาลี พบข้อมูลเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ได้แก่

1. ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงที่สุดที่จะติดเชื้อรุนแรงและเสียชีวิต โดยความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น คือ ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 60 ปีมีอัตราการเสียชีวิตน้อยกว่าร้อยละ 1 ในขณะที่ผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไปมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 8.0 - 9.6 และอายุ 80 ปีขึ้นไปมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 14.8 - 19.0 (World Health Organization, 2020c)

2. โอกาสเสี่ยงเสียชีวิตของผู้ที่มีโรคประจำตัว คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองร้อยละ 40, โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 30, โรคเบาหวานร้อยละ19, โรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ15, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร้อยละ 3, โรคมะเร็งและโรคไตร้อยละ 1 (Zhou et al., 2020)

การวินิจฉัยโรค และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1. การตรวจหารหัสพันธุกรรมของเชื้อ SARS-CoV-2 โดยใช้วิธี nucleic acid-based polymerase chain reaction

องค์การอนามัยโลก ประกาศ ณ วันที่ 19 มีนาคม 2563 ให้เป็นการตรวจหาสารพันธุกรรมด้วยวิธี RT – PCR ที่เป็นมาตรฐาน ใช้เวลาทดสอบประมาณ 2-3 ชั่วโมง สิ่งส่งตรวจที่สามารถตรวจพบได้ คือ สิ่งคัดหลั่งในทางเดินหายใจ (World Health Organization, 2020b) โดยใช้วิธีเก็บจากระบบทางเดินหายใจส่วนบน (Upper respiratory tract) ได้แก่ Nasopharyngeal swab หรือ Oropharyngeal swab หรือเก็บจากระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง (Lower respiratory tract) เช่น sputum หรือ endotracheal aspirate หรือจาก bronchoalveolar lavage ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง

2. การตรวจหาภูมิคุ้มกันในซีรั่ม (Serology testing)

เมื่อร่างกายได้รับเชื้อจะสร้างภูมิคุ้มกันขึ้นมาต่อสู้กับเชื้อโรค ภูมิคุ้มกันจะเกิดขึ้นประมาณ 5 - 7 วัน สามารถตรวจพบได้ในเลือดหลังจากการติดเชื้อ

3. การตรวจหาภูมิคุ้มกันในเลือด

การตรวจหาแอนติบอดีจำเพาะ SARS-CoV-2 (IgM และ IgG) ร่วมกับการตรวจกรดนิวคลีอิกเป็นพื้นฐานของการวินิจฉัย พบว่าการตอบสนองของ IgG ที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์อย่างกับความรุนแรงของโรคใน 7 วันแรกของการเจ็บป่วยซึ่งจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วถึง 100% ในวันที่ 15 หลังจากเริ่มมีอาการแอนติบอดีที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับอาการทางคลินิก (Yang et al., 2020)

4. การ Antigen Test Kit – ATK

คือ การตรวจหาเชื้อแบบเร่งด่วน ด้วยการ Swab เก็บตัวอย่างสารคัดหลั่งทางจมูกลึกถึงคอ ผลการตรวจบวกคือติดเชื้อโดยจะปรากฏแถบสีแดง 2 ขีด ทั้งแถบทดสอบ (T) และแถบควบคุม (C) ผลการตรวจลบ คือไม่ติดเชื้อโดยจะปรากฏแถบสีแดง 1 ขีด ที่แถบควบคุม(C)

การรักษา

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID – 19) แบ่งการรักษาตามกลุ่มอาการได้เป็น 4 กรณี (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ดังนี้

1. ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ไม่มีอาการ (Asymptomatic COVID-19)

1.1 ให้ดูแลรักษาตามดุลยพินิจของแพทย์ไม่ให้ยาต้านไวรัส ส่วนมากหายได้เอง

1.2 พิจารณาให้ยาฟ้าทะลายโจรขึ้นกับดุลยพินิจของแพทย์

1.3 ไม่ให้ยาฟ้าทะลายโจรร่วมกับยาต้านไวรัส อาจมีผลข้างเคียงจากยา

2. ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีอาการไม่รุนแรง ไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรงหรือโรคร่วมสำคัญและภาพถ่ายรังสีปอดปกติ (Symptomatic COVID-19 without pneumonia and no risk factors for severe disease)

2.1 พิจารณาให้ favipiravir เริ่มยาให้เร็วที่สุด

2.2 หากตรวจพบเชื้อเกิน 7 วันและผู้ป่วยไม่มีอาการหรืออาการน้อยอาจไม่จำเป็นต้องให้ยาต้านไวรัส เพราะหายได้เองโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน

3. ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID – 19) ที่มีอาการไม่รุนแรง แต่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรง หรือมีโรคร่วมสำคัญ (Symptomatic COVID-19 without pneumonia but with risk factors for severe disease) ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ได้แก่ อายุ > 60 ปี โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รวมถึงโรคปอดเรื้อรังอื่น ๆ โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด รวมโรคหัวใจแต่กำเนิด โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ภาวะอ้วน (น้ำหนัก > 90 กก.หรือ BMI $\geq$30 กก./ ตร.ม.) ตับแข็ง ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ พิจารณาให้ยาต้านไวรัสโดยเร็ว Favipiravir ระยะเวลา 5 - 10 วันขึ้นกับอาการทางคลินิก โดยแพทย์พิจารณาความเหมาะสมหรือปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ

4. ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID – 19) ร่วมกับอาการปอดอักเสบ (pneumonia) รวมถึงผู้ที่มีอาการรุนแรงขึ้น มีภาวะพร่องออกซิเจน (resting O_2 saturation $\leq$ 96%) หรือ พบว่ามีภาวะลดลงของออกซิเจน SpO_2 > 3% ของค่าที่วัดได้ครั้งแรกขณะออกแรง (exercise-induced hypoxemia) หรือ ภาพรังสีทรวงอกมีความก้าวหน้าของโรคแย่ลงมีภาวะปอดอักเสบเกิดขึ้นใหม่ หรือปอดอักเสบมากกว่าของเดิม (progression pulmonary infiltrates) ให้เริ่มยา Favipiravir เป็นเวลา 5 - 10 วัน หากไม่ตอบสนองต่อการรักษา พิจารณาเปลี่ยนเป็น Remdesivir

แนวทางการสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) กรมควบคุมโรค

1. ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (patients under investigation: PUI)

กรณีที่1 การเฝ้าระวังที่ด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ

มีอาการแสดงดังต่อไปนี้ อุณหภูมิร่างกายตั้งแต่ 37.3 องศาเซลเซียสขึ้นไป ร่วมกับมีอาการอย่างน้อยหนึ่งอาการดังนี้ ไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส ถ่ายเหลว ตาแดง ผื่นขึ้น หายใจเร็ว หายใจเหนื่อย หรือหายใจลำบาก และมีประวัติเดินทางไปหรือมาจากประเทศที่มีการระบาดของโรค

กรณีที่ 2 การเฝ้าระวังในผู้สงสัยติดเชื้อ/ผู้ป่วย

กรณีที่ 2.1 ผู้สงสัยติดเชื้อที่มีอาการ

มีอาการแสดงดังต่อไปนี้ ให้ประวัติว่ามีไข้/วัดอุณหภูมิได้ตั้งแต่ 37.5 องศาเซลเซียสขึ้นไปร่วมกับมีอาการ ไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับ รส ถ่ายเหลว ตาแดง ผื่นขึ้น หายใจเหนื่อยหรือหายใจลำบาก และมีปัจจัยเสี่ยงอย่างใดอย่างหนึ่งภายใน 14 วัน ดังต่อไปนี้ 1) เข้าไปยังพื้นที่ที่พบผู้ติดเชื้อยืนยันภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา 2) สัมผัสกับกลุ่มเสี่ยงติดหรือผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อ 3) ไปในสถานที่ชุมนุมชนที่มีการรวมตัวของกลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มผู้ติดเชื้อในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา 4) ปฏิบัติงานในสถานกักกันโรค และแพทย์สงสัยว่าเป็นผู้ติดเชื้อ

กรณีที่ 2.2 ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ

มีอาการแสดงดังต่อไปนี้ 1) ใส่เครื่องช่วยหายใจ หรือเสียชีวิต 2) หาสาเหตุโรคหรือการตายไม่ได้ใน 48 ชั่วโมง 3) แพทย์สงสัยว่าเป็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19)

กรณีที่ 3 การเฝ้าระวังในบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข

มีอาการแสดงดังต่อไปนี้ ให้ประวัติว่ามีไข้/วัดอุณหภูมิได้ตั้งแต่ 37.5 องศาเซลเซียสขึ้นไปร่วมกับมีไอ มีน้ำมูก เจ็บ คอ จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส ถ่ายเหลว ตาแดง ผื่นขึ้น หายใจเหนื่อยหรือหายใจลำบาก และมีปัจจัยเสี่ยง คือ ปฏิบัติหน้าที่ในสถานบริการสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาล คลินิก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สถานที่ตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ ร้านขายยา หรือเป็นสมาชิกทีมสอบสวนโรค หรือ ปฏิบัติงานในสถานที่กักกันโรค

กรณีที่ 4 การเฝ้าระวังผู้มีอาการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเป็นกลุ่มก้อน

มีอาการแสดงดังต่อไปนี้ มีผู้มีอาการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเป็นกลุ่มก้อน (cluster) ตั้งแต่ 5 รายขึ้นไป ในสถานที่เดียวกัน และมีปัจจัยเสี่ยงว่าเดินทางในสถานที่ดังกล่าวในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมาเชื่อมโยงได้ในทางระบาดวิทยา

การจัดการกลุ่มผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (patients under investigation: PUI)

1. ให้ผู้สัมผัสวัดไข้ตนเองทุกวันเป็นระยะเวลา 14 วัน นับจากวันที่สัมผัสผู้ป่วยยืนยันวัน

2. สุดท้าย หากพบว่ามีไข้ให้แจ้งทีมสอบสวนโรคทันที

2. กักกันตนเองอย่างเคร่งครัด ไม่ควรเดินทางออกจากบ้าน/ที่พัก โดยไม่จำเป็น โดยเฉพาะการเดินทางไปในที่สาธารณะหรือแหล่งชุมชน (home quarantine)

3. ให้ป้องกันตนเองและผู้ใกล้ชิดโดยล้างมืออย่างสม่ำเสมอ และสวมหน้ากากอนามัย

4. ทีมสอบสวนโรคโทรศัพท์สอบถามอาการทุกวัน

2. ผู้ติดเชื้อเข้าข่าย (Probable case)

ผู้ติดเชื้อเข้าข่าย (Probable case) คือ 1) ผู้ที่มีผลตรวจ Antigen test kit (ATK) ต่อเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 ให้ผลบวก ทั้งมีอาการ/ไม่แสดงอาการ 2) ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรคที่มีผลตรวจแอนติบอดีชนิด IgM ต่อเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 ให้ผลบวก และไม่มีประวัติเคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19)

3. ผู้ป่วยยืนยัน (Confirmed case)

ผู้ป่วยยืนยัน (Confirmed case) คือ ผู้ที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรคหรือผู้ติดเชื้อไม่มีอาการตรวจ PCR พบสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัส SARS-CoV-2

หมายเหตุ

1. กรณีที่ผลตรวจ ATK เป็นบวก และผลตรวจ RT - PCR เป็น inconclusive/not detected ให้เก็บตัวอย่าง ส่งตรวจ RT-PCR ซ้ำหลังจากเก็บตัวอย่างครั้งแรก 24 ชั่วโมง และให้ถือว่าบุคคลนั้นเป็นผู้ติดเชื้อเข้าข่าย การดูแลรักษาให้เป็นไปตามดุลยพินิจของแพทย์ผู้ทำการรักษา

2. กรณีที่ผลตรวจ ATK ประเภท Self-test เป็นบวก และดำเนินการรักษาใน Home Isolation (HI) และ ผลตรวจ ATK ประเภท professional use ที่ทำโดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นลบให้ถือว่า บุคคลนั้นเป็นผู้ติดเชื้อเข้าข่ายและให้ดำเนินการตรวจ ATK ประเภท professional use ซ้ำ ในวันที่ 3 - 5 หลังจากเก็บตัวอย่างครั้งแรก การดูแลรักษาให้ดำเนินการตามแนวทางของกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข

3. เข้าข่ายโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) ซึ่งมีผลการตรวจ ATK เป็นบวก ให้ตรวจยืนยันการติดเชื้อด้วยวิธี RT - PCR ทุกราย

การจัดการกลุ่มผู้ติดเชื้อเข้าข่าย (Probable case) และผู้ป่วยยืนยัน (Confirmed case)

1. เข้ารับการรักษาผู้ป่วยไว้ในสถานพยาบาลประมาณ 2 สัปดาห์หลังจากเริ่มป่วย และให้กลับไปพักที่สถานพักฟื้นที่เหมาะสม

2. สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าทุกครั้ง เมื่อต้องอยู่ร่วมกับผู้อื่น

3. ล้างมือด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์เป็นประจำ ก่อนและหลังสัมผัสจุดเสี่ยงที่มีผู้อื่นในบ้านใช้ร่วมกัน โดยเฉพาะหลังเข้าห้องน้ำถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ

4. ไม่ใช้อุปกรณ์รับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น

5. ดื่มน้ำสะอาดให้เพียงพอ รับประทานอาหารให้ครบถ้วนตามหลักโภชนาการ

กรณีที่ผู้ป่วยกักตัวที่บ้านหรือกลับบ้านก่อน 14 วัน หลังจากเริ่มป่วย ให้ปฏิบัติตัวดังนี้

1. หลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับบุคคลอื่นในที่พักอาศัย โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง

2. หากจำเป็นต้องใกล้ผู้อื่นต้องสวมหน้ากากอนามัย รักษาระยะห่างอย่างน้อย 2 เมตร

3. ในกรณีที่เป็นมารดาให้นมบุตร สามารถให้นมบุตรได้ เนื่องจากไม่พบเชื้อในน้ำนม มารดาต้องสวมหน้ากากอนามัย ทุกครั้งก่อนสัมผัสทารกหรือให้นมบุตรต้องล้างมือให้สะอาด

4. แยกสิ่งของส่วนตัวไม่ใช้ร่วมกับผู้อื่น โทรศัพท์ คอมพิวเตอร์

5. ไม่ร่วมรับประทานอาหารกับผู้อื่น

6. แยกซักผ้า ผ้าปูเตียง ผ้าขนหนู ฯลฯ ซักด้วยน้ำสบู่หรือผงซักฟอก

7. แยกถุงขยะของตนต่างหาก ผูกปากถุงให้สนิทก่อนทิ้งรวมกับขยะทั่วไปหลังจากนั้น ต้องล้างมือด้วยน้ำและสบู่ทุกครั้ง

8. ใช้ห้องน้ำแยกจากผู้อื่น

9. ระหว่างการแยกตัว ควรทำความสะอาดพื้นที่ที่พัก และวัสดุอุปกรณ์ที่มีการสัมผัส บ่อย ๆ ได้แก่ เครื่องเรือน เครื่องใช้ (เช่น เตียง โต๊ะ เก้าอี้ โทรศัพท์บ้าน) ด้วยน้ำสบู่และผงซักฟอก อย่างเหมาะสมกับวัสดุอุปกรณ์นั้น ๆ

10. นอนพักผ่อนมาก ๆ ในห้องที่อากาศไม่เย็นเกินไปและมีอากาศถ่ายเทสะดวก

11. หากมีอาการป่วยเกิดขึ้นใหม่หรืออาการเดิมมากขึ้น เช่น ไข้สูง ไอมาก เหนื่อย แน่นหน้าอก หอบหายใจไม่สะดวก เบื่ออาหาร ให้รีบโทรศัพท์ติดต่อสถานพยาบาล

แนวทางปฏิบัติของบุคคลในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

แนวทางปฏิบัติสำหรับกลุ่มประชาชนทั่วไป

ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID – 19) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขให้ประชาชนยึดหลัก D-M-H-T-A (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564ก) เป็นแนวทางป้องกันการติดเชื้อ ซึ่งได้แก่

D: Social distancing เว้นระยะห่างอย่างน้อย 1 - 2 เมตรในการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น หลีกเลี่ยงสถานที่แออัดหรือพื้นที่ปิด ประชากรหนาแน่น โดยเฉพาะผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ > 70 ปี กลุ่มโรคเรื้อรัง (608) เช่น โรคปอดเรื้อรัง โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะอ้วน และเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

M: Mask wearing สวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยตลอดเวลา

H: Hand washing ล้างมือด้วยน้ำสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ ก่อนรับประทานอาหาร หลังเข้าห้องน้ำ หรือหลังสัมผัสสารคัดหลั่ง หลังสัมผัสสิ่งแวดล้อมที่เป็นจุดเสี่ยง เช่น ลูกบิดประตู ราวบันไดหรือราวจับ เป็นต้น ไม่สัมผัสบริเวณใบหน้า ดวงตา ปาก จมูก โดยไม่จำเป็น

T: Testing วัดอุณหภูมิและตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกรณีที่มีอาการเข้าข่ายกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อ หมั่นสังเกตอาการตนเองหากมีอาการไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส ให้ไปรับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านทันที

A: Application ติดตั้งและใช้แอปพลิเคชัน “ไทยชนะ” และ “หมอชนะ” ก่อนเข้า-ออกสถานที่ทุกครั้งและปฏิบัติตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุข

แนวทางปฏิบัติสำหรับกลุ่มเสี่ยง

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค กลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีโรคเรื้อรัง (608) ภาวะอ้วน เด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี หญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด ถือเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่มีอาการรุนแรงมากกว่ากลุ่มอื่น ดังนั้น กลุ่มเสี่ยงและบุคคลในครอบครัวควรมีการปฏิบัติตน เพื่อการป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ ดังนี้ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564ข)

1 ล้างมืออย่างถูกวิธีด้วยน้ำสบู่ หรือ 70 % แอลกอฮอล์ทุกครั้งก่อนรับประทานอาหาร หลังเข้าห้องน้ำ หลังสัมผัสสารคัดหลั่ง หลังสัมผัสสิ่งแวดล้อมที่เป็นจุดเลี่ยง ไม่สัมผัสใบหน้า ตา ปาก จมูก โดยไม่จำเป็น

2. รับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ แยกรับประทาน หรือหากรับประทานอาหารร่วมกันให้ใช้ช้อนกลาง

3. หากไอ จาม ปิดปากหรือใช้ข้อศอกปิดและล้างมือด้วยน้ำสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ทันที เลี่ยงใกล้ชิดผู้ที่มีอาการติดเชื้อทางเดินหายใจ เช่น มีไข้ ไอ จาม มีน้ำมูก

4. งดเข้าไปในพื้นที่แออัด หากจำเป็นให้ใส่หน้ากากอนามัย ใช้เวลาน้อยที่สุด และรักษาระยะห่างจากบุคคลอื่นอย่างน้อย 2 เมตร

5. งดใช้ของหรือเครื่องใช้ส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น

6. กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ที่มีโรคเรื้อรัง (608) ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โรคปอดเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และหญิงตั้งครรภ์ ควรจัดเตรียมยาสำรองสำหรับรักษาโรคประจำตัวไว้ภายใต้ดุลยพินิจของแพทย์ หากถึงกำหนดตรวจตามนัด และกำหนดนัดฝากครรภ์ ให้ติดต่อขอคำแนะนำจากแพทย์และสถานพยาบาลก่อนนัดถึงการปฏิบัติตน เช่น จำเป็นต้องไปรับยาและรับการตรวจรักษา หรือให้ญาติไปรับยาแทน หรือติดต่อรับยาทางไปรษณีย์ตามแนวทางปฏิบัติของแต่ละสถานพยาบาลที่รับบริการกำหนด และมีหมายเลข

โทรศัพท์ติดต่อของสถานพยาบาลที่รักษาประจำ เพื่อปรึกษาปัญหาสุขภาพ หากมีอาการป่วยฉุกเฉินให้โทรเรียก 1669

7. เด็กที่อายุน้อยกว่า 5 ปี ต้องสอนเด็กล้างมือ สวมหน้ากาก หากเด็กติดเชื้อและมีอาการของโรคเริ่มตั้งแต่มีอาการหวัดน้อย ๆ จนถึงปอดอักเสบ ร่วมกับมีโรคประจำตัวต้องรีบไปพบแพทย์ ผู้ดูแลเด็กถ้าจำเป็นต้องออกนอกบ้าน เมื่อกลับมาถึงบ้านต้องอาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้าใหม่ก่อนมาดูแลเด็ก

8. ทำความสะอาดเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ต้องใช้ประจำร่วมกันในบ้าน เช่น เครื่องวัดความดันโลหิตเช็ดด้วยแอลกอฮอล์

9. กลุ่มมารดาหลังคลอดที่ให้นมบุตร ต้องหมั่นล้างมือ ทำความสะอาดบริเวณเต้านมและหัวนมให้สะอาดสม่ำเสมอ และล้างทำความสะอาดอุปกรณ์ เช่น ที่ปั๊มนม ขวดนม ด้วยน้ำยาล้างอุปกรณ์ และทำการอบฆ่าเชื้อหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม

10. ดูแลสภาพจิตใจไม่ให้เครียดเกินไป หาวิธีผ่อนคลายความเครียด เช่น การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสุขภาพ เช่น รำมวยจีน โยคะ ฟังเพลง ร้องเพลงหรือเล่นดนตรี ปลูกต้นไม้ ทำสวน สวดมนต์ นั่งสมาธิ การฝึกหายใจคลายเครียด และพักผ่อนให้เพียงพอ

คำแนะนำสำหรับผู้ที่อยู่ร่วมกับกลุ่มเสี่ยง

1. หากมีอาการผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ เช่น มีน้ำมูก ไอ เจ็บคอ หรือรู้สึกมีไข้ ต้องงดการให้การดูแลหรืออยู่ใกล้ชิด ควรมอบหมายผู้อื่นทำหน้าที่แทน

2. สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาและล้างมือทุกครั้งก่อนให้การดูแล

สรุป โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) เป็นโรคติดต่อที่อุบัติใหม่สามารถแพร่กระจายเชื้อผ่านฝอยละออง เมื่อผู้ติดเชื้อไอ จาม หรือหายใจออก จะตกลงบนพื้นผิวและสามารถแพร่กระจายให้คนอื่นได้เฉลี่ย 2 - 4 คน มีระยะฟักตัวอยู่ในช่วง 2 - 14 วันหรือเฉลี่ย 5 วัน และเมื่อเชื้อไวรัสเข้าสู่ร่างกายมีเป้าหมายในการทำลายปอดเป็นอวัยวะหลัก ผู้ติดเชื้อที่มีอาการรุนแรงจะมีภาวะปอดอักเสบ และกลุ่มจะมีอาการอักเสบทั่วร่างกาย ทำให้อวัยวะภายในร่างกายล้มเหลวเฉียบพลัน โดยเฉพาะผู้กลุ่มเสี่ยง คือ กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มโรคอ้วน กลุ่มคนที่มีโรคประจำตัว กลุ่มเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด ผู้ติดเชื้อบางรายที่ไม่มีอาการแสดงจะสามารถแพร่กระจายเชื้อได้อย่างรวดเร็วโดยไม่รู้ตัว จึงจำเป็นต้องมีแนวทางปฏิบัติ ควบคู่กับมาตรการควบคุมโรค ได้แก่ แนวปฏิบัติด้านสาธารณสุขเพื่อการควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในพื้นที่ควบคุมสูงสุด การสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และจัดการกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อและผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 เพื่อควบคุมการ

แพร่กระจายของเชื้อ กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาแนวปฏิบัติด้านสาธารณสุขเพื่อเป็นแนวทางในการควบคุมโรคในชุมชน

การดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID – 19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านร่วมปฏิบัติการควบคุมโรคในชุมชนในฐานะทีมอาสา COVID-19 เฝ้าระวังการระบาดในระดับตำบล จัดระบบอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านดำเนินการตามแนวทางกระทรวงสาธารณสุข แจ้งจังหวัดพัฒนาแผนปฏิบัติการค้นหา ติดตามและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ในระดับอำเภอ/ชุมชน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) คือ บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากแต่ละชุมชน ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่กำหนด มีบทบาทสำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีทำหน้าที่ประสานกับชุมชน เป็นสื่อกลางข่าวสารด้านสาธารณสุขในพื้นที่ โดยร่วมเป็นทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตลอดจนให้บริการด้านสาธารณสุขต่างๆ เช่น การปฐมพยาบาล การควบคุมโรคติดเชื้อ การแนะนำผู้ป่วย การเข้าถึงบริการส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ จัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพ สำหรับหมู่บ้าน/ชุมชน (ประยุทธ แสงสุรินทร์ และคณะ, 2554)

การคัดเลือกบุคคลเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดประชุมตัวแทนชุมชน คณะกรรมการหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน และทุกคนในหมู่บ้าน ชี้แจงบทบาทและจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่จำเป็นต่อผู้นำชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน และรวมคัดเลือกสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.แบ่งความรับผิดชอบตามจำนวนครัวเรือน แต่ละคนรับผิดชอบ 8-15 ครัวเรือน แล้วหาผู้ที่มีคุณสมบัติตรงตามข้อกำหนดและสมัครใจ รับการศึกษาและฝึกอบรมตามหลักสูตร หากผู้สมัครมีมาก ให้เจ้าภาพจัดประชุมเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านด้วยคะแนนเสียงข้างมาก โดยกำหนดจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านเฉลี่ยประมาณ 10 - 20 คนต่อหมู่บ้าน และจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดชลบุรี จำแนกตามอำเภอ ดังนี้ (ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2563)

อำภอแมืองชลบุรี	จำนวน	2,931	คน
อำเภอพนัสนิคม	จำนวน	2,256	คน
อำเภอศรีราชา	จำนวน	1,931	คน
อำเภอบางละมุง	จำนวน	1,861	คน

อำเภอบ้านบึง	จำนวน	1,491	คน
อำเภอพานทอง	จำนวน	897	คน
อำเภอบ่อทอง	จำนวน	835	คน
อำเภอสัตหีบ	จำนวน	794	คน
อำเภอเกาะจันทร์	จำนวน	677	คน
อำเภอหนองใหญ่	จำนวน	321	คน
อำเภอเกาะสีชัง	จำนวน	59	คน
รวม	จำนวน	12,063	คน

คุณสมบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1. อายุไม่ต่ำกว่า 18 ปี มีชื่อในทะเบียนบ้านร่วมกับอาศัยในหมู่บ้านไม่น้อยกว่า 6 เดือน
2. มีความประพฤติดี เป็นบุคคลที่คนในชุมชนยอมรับนับถือ
3. สมัครใจ เต็มใจช่วยเหลือชุมชนด้วยความเสียสละ
4. มีเวลาเพียงพอที่จะช่วยเหลือชุมชน และมีการประสานงานที่คล่องตัว
5. มีความรู้ความสามารถ อ่านหนังสือออกและเขียนได้
6. มีความประสงค์จะเข้าร่วมกิจกรรมด้านพัฒนาสุขภาพ และการพัฒนาชุมชนสุขภาพดีทั้งกายและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นแบบอย่างที่ดี

พฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID–19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การดำเนินงานควบคุมโรคเป็นการจัดการภาวะระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID–19) กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุขที่สอดคล้องกับพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และมาตรการในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 ให้ปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนด เพื่อคุ้มครองสุขภาพของประชาชน ตลอดจนการจัดการสภาพแวดล้อมในสถานที่ต่าง ๆ เพื่อควบคุมโรค โดยแบ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็น 3 กลุ่ม (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563) คือ

กลุ่มที่ 1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเคลื่อนที่เร็ว (เข้าร่วมกับทีม SRRT)

กลุ่มที่ 2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดำเนินงานควบคุมโรคเชิงรุก

กลุ่มที่ 3 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอายุมากกว่า 70 ปี มีโรคประจำตัว มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

กลุ่มที่ 1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเคลื่อนที่เร็ว (เข้าร่วมกับทีม SRRT)

ทีม SRRT ดำเนินงานควบคุมโรคขั้นต้น (Preliminary control measures) อย่างรวดเร็ว

จัดการการระบาดและสอบสวนหาสาเหตุ และแหล่งโรคที่แท้จริง ดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หรือทีมควบคุมโรคที่ชำนาญเฉพาะทาง โดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเคลื่อนที่เร็วดำเนินงาน ดังนี้

1. ป้องกันตนเองจากการติดเชื้อและอันตรายขณะสอบสวนโรค ได้แก่ การมีความรู้ในหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ (Precautions) และการป้องกันตนเอง การสวมใส่ชุด PPE ได้อย่างถูกต้อง

2. ป้องกันควบคุมการแพร่กระจายเชื้อจากผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงตามนิยามการเฝ้าระวังโรคในชุมชน โดยการแยกผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงออกจากกลุ่มคนปกติมีทั้งมาตรการต่อบุคคล (การแยกกัก การจัดการผู้สัมผัส) และต่อกลุ่มคนหรือชุมชนที่อาจสัมผัสโรค (การพักอยู่กับบ้าน ปิดสถานที่)

กลุ่มที่ 2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเชิงรุก โดยมีพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรค ดังนี้

1. การเตรียมพร้อมก่อนการดำเนินงาน ได้แก่

1.1 การเตรียมพร้อมตนเองในการดำเนินงานเคาะประตูบ้าน คือ ติดตามรายงานการระบาดในชุมชนตามรายชื่อ มีความรู้และเข้าใจโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID – 19) รู้วิธีการป้องกันตนเองและป้องกันโรค รู้ระบบดูแล เฝ้าระวังและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID – 19) ของภาครัฐ ท้องถิ่น ภาคีเครือข่ายที่มีในชุมชน สามารถสำรวจสุขภาพของตนเองก่อนการปฏิบัติงาน เยี่ยมบ้านในพื้นที่ของตนเอง หากมีอาการเจ็บป่วยควรงดหน้าที่ทันที เตรียมประสานครัวเรือนที่รับผิดชอบ ประสานงานเตรียมความพร้อมของชุมชนร่วมกับผู้นำ แกนนำ เครือข่ายและเจ้าหน้าที่ เพื่อสะดวกต่อการออกเคาะประตูบ้านต้านโควิด - 19

1.2 การเตรียมพร้อมด้านวัสดุ อุปกรณ์ในการดำเนินงานเคาะประตูบ้านได้แก่ หน้ากากอนามัย ปรอทวัดไข้ แอลกอฮอล์ สติกเกอร์สัญลักษณ์ครัวเรือนที่ได้คัดกรอง สื่อแนวทางการปฏิบัติตนสำหรับประชาชนในการป้องกันโรค แบบฟอร์มรายงานผล กระเป๋าใส่อุปกรณ์

2. แนวทางป้องกันตนเองในดำเนินงานควบคุมโรคเชิงรุก ได้แก่

พฤติกรรมป้องกันตนเองเมื่อต้องออกดำเนินงานควบคุมโรค การสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งที่ปฏิบัติงาน และอุปกรณ์ป้องกันอื่น ๆ ขณะปฏิบัติงาน เช่น หน้ากากใสหรือกระจังป้องกันใบหน้า (Face Shield) ที่สามารถป้องกันเชื้อโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นเมื่อสวมใส่ร่วมกับหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า ต้องล้างมือด้วยน้ำสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ที่มากกว่า 70% อย่างน้อย 20 วินาที ทุกครั้งที่หลังสัมผัสสารคัดหลั่ง และเมื่อสัมผัสสิ่งของ เช่น ลูกบิดประตู หลังไอหรือจาม ควรรักษาระยะห่างกับผู้อื่นอย่างน้อย 2 เมตร รับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ (กินร้อน

ช้อนกลาง) และมีประโยชน์ เมื่อปฏิบัติงานเสร็จสิ้นอาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้าทันทีเมื่อเข้าบ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้องสังเกตตนเอง เมื่อมีอาการไข้ ไอ น้ำมูก จาม เจ็บคอ หายใจเหนื่อย หรือ หายใจลำบาก หากพบอาการข้อใดข้อหนึ่ง ให้หยุดปฏิบัติงานในชุมชน และรีบไปพบแพทย์ทันที

3. การดำเนินงานเคาะประตูบ้าน ได้แก่

3.1 จำแนกกลุ่มเป้าหมาย โดยบูรณาการความร่วมมือของบุคลากรในหมู่บ้าน/ ชุมชนทุกภาคส่วน ได้แก่ ข้าราชการ สมาชิกสภาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สารวัตรกำนัน แพทย์ประจำตำบล คณะกรรมการหมู่บ้าน อสม. อปพร. ฯลฯ ร่วมกันค้นหาและจำแนกกลุ่มเป้าหมายระหว่างกลุ่มเสี่ยง กับกลุ่มประชาชนทั่วไปในหมู่บ้าน/ ชุมชน

หมายเหตุ:

กลุ่มเสี่ยง คือ ผู้ที่เดินทางกลับจากพื้นที่เสี่ยงและกลับจากต่างประเทศหรือผู้ที่มีการเดินทางไปยังพื้นที่ที่มีคนแออัด เบียดเสียด ได้แก่ สนามมวย สนามชนไก่ บ่อนการพนัน สถานบันเทิง หรือการไปร่วมกิจกรรมที่มีคนเข้าร่วมเป็นจำนวนมาก เช่น โดยสารรถประจำทางร่วมกัน ร่วมงานประเพณีต่างๆ เข้าชมการแสดงคอนเสริต เป็นต้น และผู้ที่อยู่ในระยะใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID – 19) ไปปรากฏตัว

กลุ่มประชาชนทั่วไป คือ กลุ่มประชาชนในชุมชนหรือพื้นที่ที่ไม่มีประวัติเข้าเกณฑ์กลุ่มเสี่ยง เป็น บุคคลที่ไม่มีความเสี่ยงอยู่ในพื้นที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3.2 การคัดกรองอาการสำคัญ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านคัดกรองโรค โดยเป็นการปฏิบัติงานเน้นการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชน ติดตามกลุ่มเสี่ยงเพื่อเป็นการป้องกันและลดความเสี่ยงในการแพร่ระบาดเข้าสู่หมู่บ้าน/ชุมนุมตลอดจนเพื่อป้องกันกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีโรคประจำตัว ผู้ที่มีดัชนีมวลกายเกิน 35 กลุ่มเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ง่ายต่อการติดเชื้อที่อยู่ในหมู่บ้าน/ชุมชน ในการดำเนินงานค้นหาและเฝ้าระวังคนในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงมีความสำคัญ โดยหลังจากที่คัดกรองกลุ่มเป้าหมายแบ่งเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มประชาชนทั่วไป จำเป็นต้องมีการคัดกรองและเฝ้าระวังอาการดังนี้

กลุ่มเสี่ยง

1. มีไข้ (>37.3 องศาเซลเซียส) แจ้งเจ้าหน้าที่ขึ้นทะเบียนและกักตัวตามสถานที่ที่ภาครัฐกำหนดอย่างต่ำเป็นระยะเวลา 14 วัน

2. ไม่มีไข้ แจ้งเจ้าหน้าที่ขึ้นทะเบียน และกักตัวที่บ้านตนเองอย่างต่ำเป็นระยะเวลาที่

กำหนด ให้วัดไข้ทุกวัน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านติดตามโดยการโทร/ ไลน์/ วิดีโอคอล เพื่อติดตามสอบถามอาการ (ไม่ควรสัมผัสกับกลุ่มเสี่ยงโดยตรง)

กลุ่มประชาชน

1. มีไข้ (>37.3 องศาเซลเซียส) ร่วมกับมีอาการไอ มีน้ำมูก หายใจเหนื่อย จาม เจ็บคอ แจ้งเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลใน 24 ชั่วโมง

2. ไม่มีอาการแนะนำประชาชนให้เฝ้าระวังอาการผิดปกติที่พบ ได้แก่ “ มีไข้ (> 37.3 องศาเซลเซียส) ร่วมกับมีอาการไอ จาม เจ็บคอ มีน้ำมูก หายใจ เหนื่อยหายใจเหรือหายใจลำบาก จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส ถ่ายเหลว ” หากพบให้แจ้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อแจ้งเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลใน 24 ชั่วโมง

3.3 การติดตามและเฝ้าระวัง สื่อสารต่อเนื่องเรื่องการปฏิบัติตัว การป้องกันโรค หลีกเลี่ยงไปในที่ชุมชนแออัด แนะนำกิจกรรมคลายเครียด สร้างพลังใจ ออกกำลังกาย งานอดิเรก ติดตามสอบถามอาการและเฝ้าระวังติดตามอาการตามเกณฑ์เฝ้าระวังโรค และจดบันทึกและรายงานผลการปฏิบัติงานจากการเยี่ยมบ้านทุกครั้ง บันทึกกลุ่มผู้เดินทางกลับจากพื้นที่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID – 19) และมีกรณีเข้าเกณฑ์กลุ่มเสี่ยงหรือสอบสวนโรค อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้องทำหน้าที่ประสานงาน ส่งต่อ แจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในแต่ละกรณี ดังนี้

3.3.1 กรณีบุคคลที่เดินทางกลับจากพื้นที่เสี่ยงและจากต่างประเทศ หรือมีการเดินทางไปยังสถานที่ที่เสี่ยงต่อการแพร่ระบาดที่มีคนแออัด มีอาการที่ต้องเฝ้าระวัง คือ ไข้ (>37.3 องศาเซลเซียส) ไอ น้ำมูก จาม เจ็บคอ หายใจเหนื่อยหรือหายใจลำบาก จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส ถ่ายเหลว รีบแจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทราบทันที เพื่อเข้ารับการรักษาและประเมิน และสอบสวนโรคตามเกณฑ์เฝ้าระวังอาการต้องสงสัยว่าจะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID – 19)

3.3.2 กรณีบุคคลที่เป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID –19) หรือไปร่วมอยู่ในสถานที่เสี่ยงที่มีผู้ที่ติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID – 19) ไปปรากฏ รีบแจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทราบทันที เพื่อดำเนินการตามมาตรการคัดกรอง คัดแยก กักกัน หรือคุมไว้สังเกต ตามที่คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติกำหนด

3.3.3 กรณีมีคนในหมูบ้าน/ชุมชน ได้รับการยืนยันว่าติดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID – 19) ดำเนินการร่วมกับให้กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้ผู้ที่อยู่ในระยะใกล้ชิดกับผู้ป่วยตามดำเนินการตามมาตรการคัดกรอง คัดแยก กักกัน หรือคุมไว้สังเกต ตามที่

คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติกำหนด และให้แจ้งเทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบลเข้าไปดำเนินการทำความสะอาดฆ่าเชื้อพื้นที่ที่ผู้ติดเชื้อไปทำกิจกรรมเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดต่อโดยเร็ว

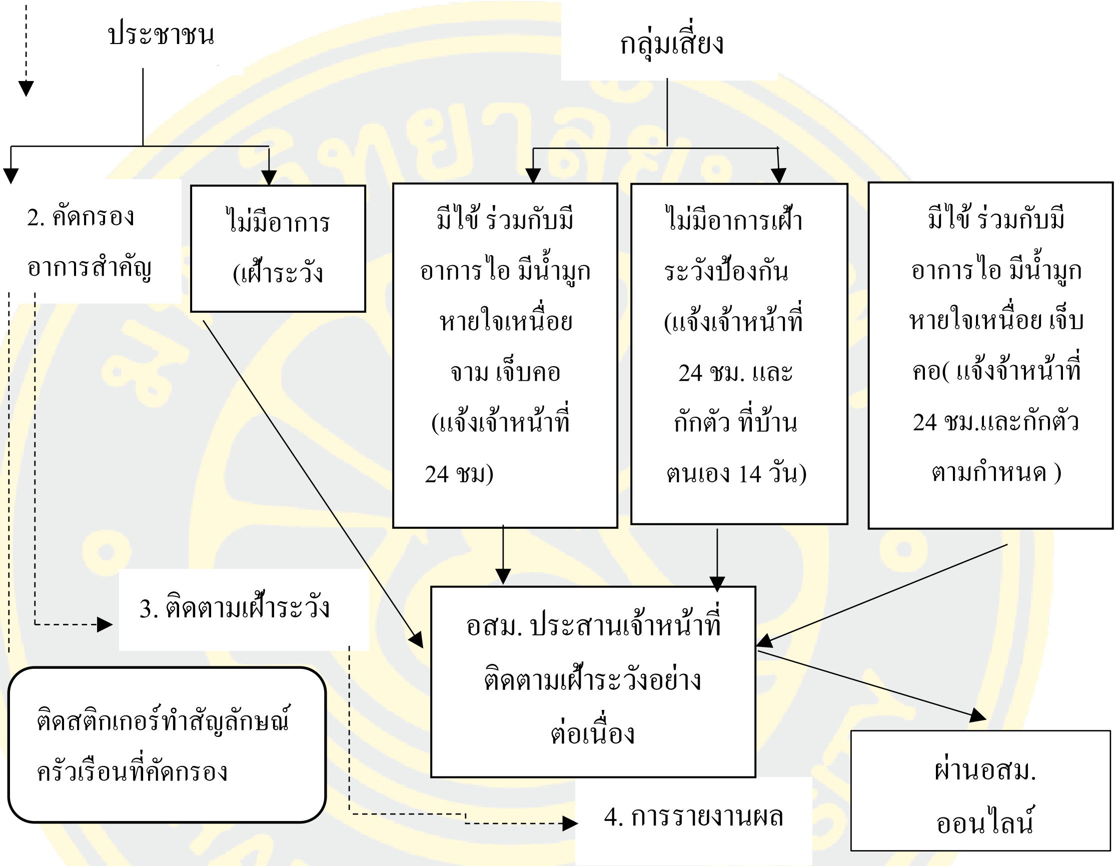
3.3.4 กรณีที่หมู่บ้าน/ชุมชนใดปรากฏว่ามีผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID – 19) ส่งต่อเข้ารับการรักษา และแจ้งตามลำดับขั้น ให้คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดได้พิจารณาใช้อำนาจตามมาตรา 35 แห่งพระราชบัญญัติโรคติดต่อแห่งชาติ ปี 2558 ในการปิดการเข้า - ออกหมู่บ้าน/ชุมชนนั้นไว้เป็นการชั่วคราวเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดต่อไปยังสถานที่ต่าง ๆ หรือดำเนินการอื่นใด ให้รายงานกระทรวงมหาดไทยทราบทุกครั้ง การแจ้งเตือนประชาชนในหมู่บ้านในฐานะเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ แจ้งเจ้าบ้าน หรือผู้ดูแลบ้าน ให้ปฏิบัติตามมาตรา 31 แห่งพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558 ว่า กรณีมีผู้ที่เป็นหรือมีเหตุอันควรสงสัยเป็นโรคติดเชื้ออยู่ในบ้านให้รีบแจ้งกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน แพทย์ประจำตำบล สารวัตรกำนัน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ในฐานะเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อโดยทันที และให้กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน รีบแจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทราบ และในกรณีของชุมชนในเขตเทศบาลที่ไม่มีกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประสานงานกับ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นายอำเภอแจ้งเทศบาลให้แจ้งประธานกรรมการชุมชน และคณะกรรมการชุมชน

3.3.5 กรณีกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีโรคประจำตัว ผู้ที่มีดัชนีมวลกายเกิน 35 กลุ่มเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ง่ายต่อการติดเชื้อที่อยู่ในหมู่บ้าน/ชุมชน ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้คำแนะนำให้หลีกเลี่ยงการพบและสัมผัสกับบุคคลที่เดินทางกลับจากพื้นที่เสี่ยงภัย จากต่างประเทศ หรือมีการเดินทางไปยังสถานที่เสี่ยง และบุคคลที่เป็นผู้ที่อยู่ในระยะใกล้ชิดกับผู้ป่วยติดเชื้อ หรือไปร่วมอยู่ในสถานที่ที่มีผู้ป่วยติดเชื้อ ไปปรากฏตัวที่อยู่ในช่วงระยะเวลาเฝ้าสังเกตอาการ 14 วัน รวมทั้งงดกิจกรรมนอกบ้านและงดการไปในที่ชุมชน

3.4 ประสานงานและรายงานผลการดำเนินงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ติดตามอาการของกลุ่มเสี่ยงต่อเนื่อง 14 วัน นับแต่วันที่ผู้นั้นเดินทางไปยังสถานที่เสี่ยงต่อการแพร่ระบาด และให้ขอความร่วมมือผู้นั้นให้งดหรือหลีกเลี่ยงการเดินทางไปยังสถานที่ต่าง ๆ นอกหมู่บ้าน/ ชุมชนไว้ก่อนหรือพักอาศัยอยู่แต่ในบ้านเรือนเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 14 วัน และขอให้รายงานข้อมูลดังกล่าวให้เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อติดตาม และเฝ้าระวัง และให้ส่งข้อมูลให้อำเภอทราบเพื่อบันทึกข้อมูลเข้าระบบรายงานและติดสติกเกอร์ ทำสัญลักษณ์ครัวเรือนที่ได้คัดกรอง และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรายงานผล ผ่านอสม.ออนไลน์ หัวข้อรายงานเหตุ"

เฝ้าระวังโควิด 19" และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเคาะประตูบ้าน (เจ้าหน้าที่บันทึกในระบบ www.thaiphc.net)

1. จำแนกกลุ่มเป้าหมาย



ภาพที่ 2 ผังบทบาทอสม.ในการเฝ้าระวัง ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน

กลุ่มที่ 3 กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอายุมากกว่า 70 ปี มีโรคประจำตัว มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่ได้ให้ออกทำงานภาคสนาม ให้ช่วยเหลือในด้านจัดเตรียมอุปกรณ์ เตรียมหน้ากากอนามัย ยารักษาโรค จัดส่งยาทางไปรษณีย์ และบันทึกรายงานข้อมูล เป็นต้น

สรุป อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกและผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีหน้าที่สำคัญในการดำเนินงานควบคุมโรคในชุมชน ปฏิบัติงานทางด้านสาธารณสุข ตามแนวทางของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โดยแบ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเคลื่อนที่เร็ว ทำหน้าที่ดำเนินการควบคุมโรคขั้นต้น ป้องกันตนเองจาก

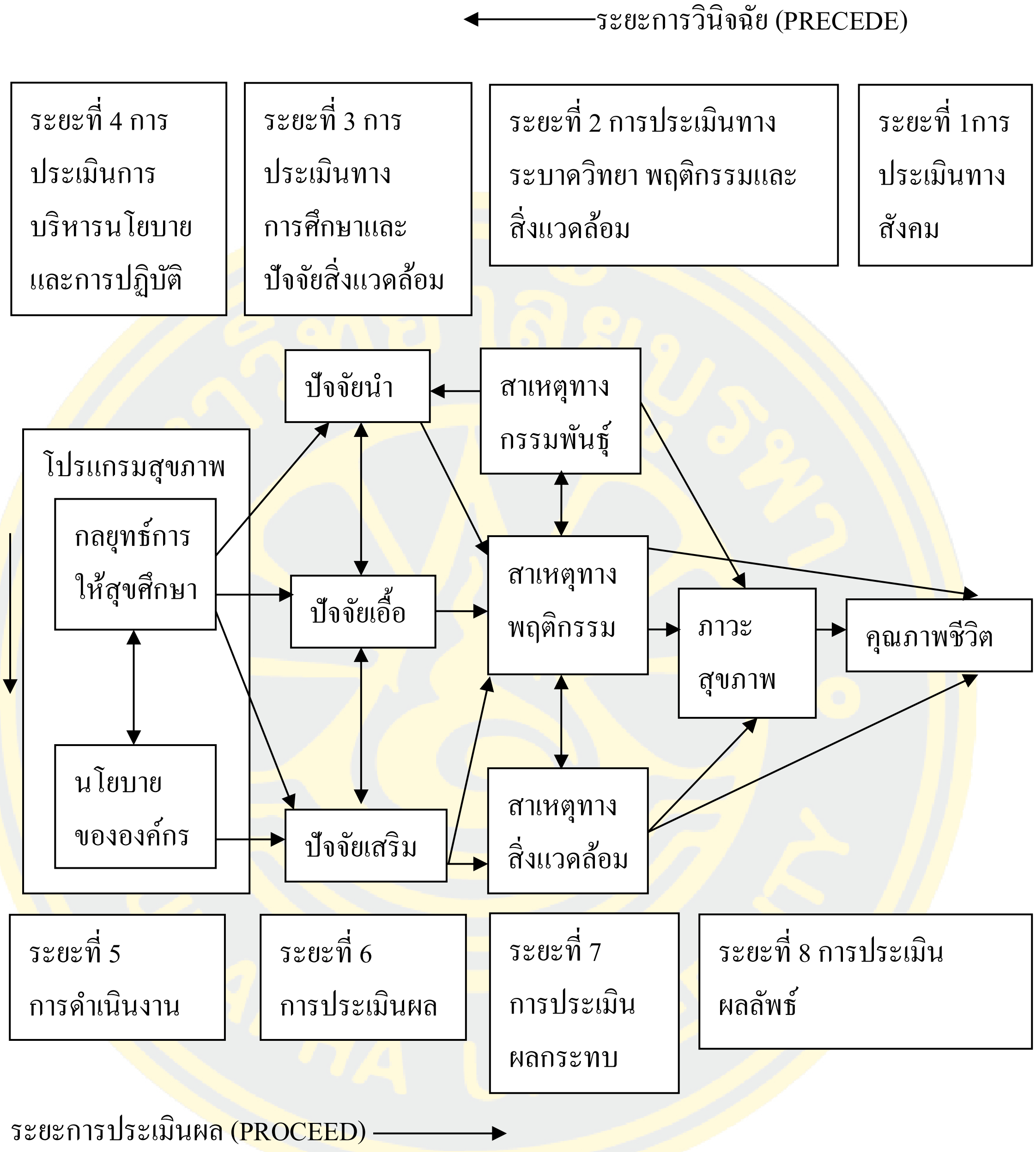
การติดเชื้อและอันตรายขณะสอบสวนโรค และป้องกันควบคุมการแพร่กระจายของโรคได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ กลุ่มที่ 2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดำเนินงานควบคุมโรคเชิงรุก หน้าที่หลักในการเคาะประตูบ้าน โดยมีพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรค 3 ขั้นตอน คือ 1) การเตรียมพร้อมก่อนการดำเนินงาน 2) แนวทางป้องกันตนเองในการดำเนินงานควบคุมโรคเชิงรุก 3) การดำเนินงานเคาะประตูบ้าน ได้แก่ จำแนกกลุ่มเป้าหมาย คัดกรองอาการสำคัญ ติดตามและเฝ้าระวัง สื่อสารให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งประสานงานและรายงานผลการดำเนินงาน และกลุ่มที่ 3 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอายุมากกว่า 70 ปี มีโรคประจำตัว มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เป็นกลุ่มที่ไม่ได้ให้ออกดำเนินงานภาคสนาม ทำหน้าที่ช่วยเหลือในด้านการจัดเตรียมอุปกรณ์ จัดส่งยาทางไปรษณีย์ และการบันทึกข้อมูล เป็นต้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 เนื่องจาก ทำหน้าที่ควบคุมโรคเชิงรุกและปฏิบัติงานในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563) โดยการดำเนินงานควบคุมโรคในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำเป็นต้องมีปัจจัยหลายปัจจัยสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพ

แนวคิด PRECEDE-PROCEED MODEL

แนวคิด PRECEDE-PROCEED MODEL (Green & Kreuter, 2005) ได้รับการพัฒนาขึ้นมาโดยนักพฤติกรรมศาสตร์ และนักสุขศึกษา 2 ท่าน คือ Green and Kreuter (2005) เป็นแนวคิดที่กล่าวถึงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลว่า มีสาเหตุจาก "สหปัจจัย"(Multiple factors) วิเคราะห์ถึงสาเหตุของพฤติกรรมต่างๆทั้งปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคล

PRECEDE PROCEED เป็นคำย่อมาจาก Policy Regulatory and Organizational Constructs in Education and Environment Development ซึ่งหมายถึง กระบวนการใช้ปัจจัยหลักหรือปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมในการวินิจฉัย และประเมินผลการดำเนินงานเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เป็นกระบวนการวิเคราะห์ย้อนกลับว่าสิ่งที่เป็นอยู่นั้น มีองค์ประกอบหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรม แล้วจึงนำข้อมูลเหล่านั้นมาวางแผน แก้ไขและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

กรอบแนวคิดเกี่ยวกับ PRECEDE-PROCEED model สามารถนำไปประยุกต์ใช้ศาสตร์ต่าง ๆ หลายศาสตร์ เช่น ระบาดวิทยา สังคมวิทยา พฤติกรรมศาสตร์ จิตวิทยา แพทยศาสตร์และการบริหารสาธารณสุข เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพตามกระบวนการที่กำหนด 8 ระยะ ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 แนวคิด PRECEDE-PROCEED MODEL (Green & Kreuter, 2005)

ระยะที่ 1 การประเมินด้านสังคม (Social assessment): จุดประสงค์ของการประเมินในระยะนี้ เพื่อค้นหา ข้อมูลและประเมินปัญหาด้านสังคมที่ส่งผลกระทบต่อ คุณภาพชีวิต (Quality of life [QOL]) ของประชากร เป้าหมาย

ระยะที่ 2 การประเมินด้านระบาดวิทยา พฤติกรรม และสิ่งแวดล้อม (Epidemiological, behavioral and environ mental assessment)

การประเมินด้านระบาดวิทยา (Epidemiological assessment) โดยศึกษาดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพ ได้แก่ อัตราป่วย อัตราตาย ความพิการ ภาวะ สุขภาพ และอุบัติการณ์ของโรค เป็นต้น เพื่อ

เป็นข้อมูล สำหรับวางแผนงานสุขศึกษา

การประเมินด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม (Behavioral and environmental assessment) เป็นการวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาสุขภาพ ซึ่งเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ และองค์ประกอบทางด้านสิ่งแวดล้อมที่สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพ เป็นการศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต รวมถึงการวิเคราะห์เหตุการณ์สิ่งแวดล้อมรอบตัวซึ่งเป็นเงื่อนไข ที่ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ หรือมีอิทธิพลทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ (พรสุข หุ่นนิรันดร์, 2545)

ระยะที่ 3 การประเมินการศึกษาและนิเวศวิทยา (Education and ecological assessment) ระยะนี้เป็นการวิเคราะห์ หาสาเหตุ ของพฤติกรรมสุขภาพที่ระบุไว้ในระยะที่ 2 ซึ่งการประเมินประกอบด้วย 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ปัจจัยเสริมแรงให้เกิดพฤติกรรมต่อเนื่อง (Reinforcing factors) และปัจจัยเอื้อให้เกิดพฤติกรรม (Enabling factors)

ปัจจัยนำหรือปัจจัยโน้มน้าว (Predisposing factors) หมายถึง ปัจจัยพื้นฐานที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจ หรือสิ่งกระตุ้นให้แสดงพฤติกรรม หรือในอีกด้านหนึ่งสิ่งกระตุ้นที่ได้จากประสบการณ์ในการเรียนรู้ (Education experience) ปัจจัยซึ่งเป็นองค์ประกอบของปัจจัย ได้แก่

ความรู้ เป็นปัจจัยนำที่สำคัญในการแสดงพฤติกรรม หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่การเพิ่มความรู้ไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสมอไปถึงแม้ความรู้จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม พฤติกรรมต้องมีปัจจัยอื่น ๆ ประกอบด้วย

การรับรู้ การที่ร่างกายรับสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่ผ่านมาทางประสาท สัมผัสส่วนใดส่วนหนึ่งแล้วตอบสนองเอาสิ่งเร้านั้นออกมาเป็นลักษณะของจิตใจที่เกิดขึ้นจากการผสมกันระหว่างพวกประสาทสัมผัสชนิดต่าง ๆ และความคิดร่วมกับประสบการณ์เดิมที่มีอยู่การรับรู้เป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่เป็นส่วนหนึ่งของความเชื่อ

ความเชื่อ เป็นความรู้สึก ความมั่นใจในสิ่งต่าง ๆ ว่าสิ่งนั้น ๆ เป็นสิ่งที่ถูกต้องเป็นจริงให้ความไว้วางใจ โดยมีความเชื่อว่าพฤติกรรมสุขภาพจะขึ้นอยู่กับความเชื่อใน 3 ด้านคือ ความเชื่อว่าบุคคลมีโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหรือการได้รับเชื้อโรค ความเชื่อเกี่ยวกับว่า ความรุนแรงของสุขภาพ เกิดจากสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และความเชื่อว่าบุคคลจะมีสุขภาพดีเกิดจากการแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้อง

ค่านิยม การให้ความสำคัญและความพอใจในสิ่งต่าง ๆ ซึ่งบางครั้งค่านิยมของบุคคลก็ขัดแย้งกันเอง ค่านิยมมีส่วนในการช่วยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ทัศนคติ เป็นรู้สึกที่ค่อนข้างคงที่ของบุคคลต่างที่มีทั้งด้านบวกและลบต่อสิ่งต่างๆ เช่น บุคคล วัตถุ สิ่งของ การกระทำ ความคิดที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

นอกจากนี้การแสดงพฤติกรรมยังขึ้นอยู่กับปัจเจกบุคคลของแต่ละบุคคล หรือคุณลักษณะของบุคคลที่ติดตัวกับบุคคลเหล่านั้นมาก่อนแล้ว ได้แก่ สถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ขนาดของครอบครัว เป็นต้น

ปัจจัยเสริมแรงหรือปัจจัยสนับสนุน (Reinforcing factors) หมายถึง รางวัลหรือผลตอบแทนหรือการได้รับการลงโทษภายหลังที่ได้แสดงพฤติกรรมต่างๆ ออกมา ซึ่งจะช่วยให้เกิดความมั่นคงของการเกิดพฤติกรรม การเสริมแรงจะได้รับจากครอบครัว เพื่อน ครู บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข หรือสื่อมวลชน เป็นต้น

ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) หมายถึง เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคลชุมชนรวมทั้งทักษะที่จะช่วยให้บุคคล สามารถแสดงพฤติกรรมนั้นๆได้และความสามารถที่จะใช้แหล่งทรัพยากรต่าง ๆ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องคุณลักษณะของสิ่งแวดล้อม ทั้งด้านกายภาพ และสังคม วัฒนธรรม ทักษะส่วนบุคคล และนอกจากนั้นสิ่งที่ส าคัญก็คือการหาได้ง่าย (Available) และความสามารถเข้าถึงได้ (Accessibility) ทั้งนี้ปัจจัยเอื้อ หมายรวมถึง สิ่งอำนวยความสะดวก ซึ่งสามารถทำให้บุคคลสามารถใช้บริการสิ่งของและสถานที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพได้ ดังนั้น ปัจจัยเอื้อจึงเป็นสิ่งช่วยให้การแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ เป็นไปได้ง่ายยิ่งขึ้นและหรือทรัพยากรที่จะช่วยเกื้อกูลให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์

ระยะที่ 4 การประเมินด้านการบริหารและนโยบาย และการปฏิบัติ (Administrative and policy assessment and intervention alignment)เป็นการประเมินความสามารถของการบริหาร และนโยบายของการจัดการโครงการส่งเสริมสุขภาพ

ระยะที่ 5 การดำเนินงานตามแผนงาน ดำเนินงานตามกลวิธี วิธีการและกิจกรรม โดยผู้รับผิดชอบในแต่ละเรื่องและประเด็น ที่กำหนดไว้ตามตารางการปฏิบัติกิจกรรม

ระยะที่ 6 การสรุปผลขั้นตอน เป็นการประเมินกระบวนการที่ใช้ใน การดำเนินงานตามแผนงานโครงการ

ระยะที่ 7 การสรุปผลกระทบ เป็นการวัดประสิทธิผลของแผนงาน โครงการตามวัตถุประสงค์ระยะสั้นที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงปัจจัยนำ (Predisposing factors) ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) และปัจจัยเสริมแรง (Reinforcing factors)

ระยะที่ 8 การประเมินผลลัพธ์สุดท้าย และสรุปผลรวมของวัตถุประสงค์ที่มีการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตที่เกิดขึ้นหรือประโยชน์ที่ได้รับด้านสุขภาพ ซึ่งอาจต้องใช้เวลานาน จึงจะสามารถประเมินผลลัพธ์ของพฤติกรรมที่มีต่อคุณภาพชีวิตได้

แนวคิด PRECEDE-PROCEED MODEL (Green & Kreuter, 2005) เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ดังกล่าวมาแล้วข้างต้น ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิด

ในระยะที่ 1 เป็นระยะของการวินิจฉัย เรียกว่า PRECEDE ตามขั้นตอนที่ 3 การประเมินทางการศึกษาและปัจจัยสิ่งแวดล้อม เพื่อวินิจฉัยและประเมินสาเหตุของพฤติกรรม ซึ่งแนวคิดนี้ได้กล่าวถึงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลว่า มีสาเหตุจาก "สหปัจจัย" (Multiple factors) ดังนั้น จะต้องวิเคราะห์หาปัจจัยสำคัญ ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้น ๆ เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดระยะที่ 1 เป็นระยะของการวินิจฉัย เรียกว่า PRECEDE ในขั้นตอนที่ 3 การประเมินทางการศึกษาและปัจจัยสิ่งแวดล้อม มาเป็นกรอบแนวคิดหลักในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดำเนินงานควบคุมโรค การรับรู้ความรุนแรงต่อโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการดำเนินงานควบคุมโรค และทัศนคติต่อโรคและการดำเนินงานควบคุมโรค ปัจจัยเอื้อได้แก่ การรับรู้นโยบายในการดำเนินงานควบคุมโรค ปัจจัยเสริมได้แก่ การได้รับแรงจูงใจในการดำเนินงานควบคุมโรค และ การได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุ อุปกรณ์ในการดำเนินงานควบคุมโรค โดยศึกษาว่าปัจจัยคัดสรรที่กล่าวมามีผลต่อพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือไม่ และปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคนั้น เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษา มาเป็นแนวทางในการแก้ปัญหา ส่งเสริมปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้สามารถดำเนินงานควบคุมโรค และสามารถเผชิญภาวะวิกฤตสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID – 19)

จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังไม่มีงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้วิจัยจึงศึกษางานวิจัยซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงตามแนวคิด PRECEDE-PROCEED MODEL และมาประยุกต์จัดหมวดหมู่ปัจจัยสำคัญ ๆ เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID – 19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังนี้

1. ปัจจัยนำ เป็นปัจจัยภายในตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจให้แสดงพฤติกรรมดำเนินงานควบคุมโรค ซึ่งในการศึกษานี้ ได้แก่

1.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดำเนินงานควบคุมโรค

ความรู้ หมายถึง สิ่งที่สั่งสมมาจากการศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้าหรือประสบการณ์รวมทั้งความสามารถเชิงปฏิบัติและทักษะความเข้าใจ ที่ได้รับมาจากประสบการณ์ สิ่งที่ได้รับมา

จากการได้ยิน ได้ฟัง การคิด (ราชบัณฑิตยสถาน, 2546) ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดำเนินงานควบคุมโรคของอาสามารถสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับจากการศึกษา อบรม หรือเรียนรู้จากประสบการณ์ จึงเป็นสิ่งกระตุ้นให้อาสามารถสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแสดงพฤติกรรมการดำเนินควบคุมโรคได้ จากการศึกษางานวิจัยที่มีลักษณะคล้ายคลึง พบว่าการศึกษาของวิชัย ศิริวรวัจนชัย (2564) ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ระดับสูง (*M* =16.56, *SD* = 2.204) โดยความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานตามบทบาทของอสม.ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด19 ได้ร้อยละ 21.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (R^2 = 21.6, p = .001) การศึกษาของ Yeunyow T and Boonserm P (2020) พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหญิง ในจังหวัดสุรินทร์ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในระดับสูง (*M* = 12.1, *SD* = 0.9) และความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .001 (X^2 = 11.064, p < .001) และการศึกษา ธัญสิริ ธัญสวัสดิ์ และคณะ (2562) พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในระดับปานกลาง (r =.514, p < 0.001) ส่วนการศึกษาในต่างประเทศพบการศึกษาของ Saqlan et al. (2020) ว่าบุคลากรทางการแพทย์ในปากีสถานมีความรู้ที่ดีเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 93.2 และความรู้มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนที่ดีต่อโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ.005 (r = 0.142, p < 0.05)

1.2 การรับรู้ความรุนแรงต่อโรค

เป็นความเชื่อ ความรู้สึกหรือความเข้าใจที่บุคคล ประเมินว่าความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีต่อร่างกายสามารถก่อให้เกิดโรคแทรกซ้อน ความพิการ การเสียชีวิต (สุภาภรณ์ วงธิ, 2564) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชื่อว่า เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรคจะมีความรุนแรงมากขึ้น เมื่อบุคคลมีปัจจัยเสี่ยง เช่น ผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัว เป็นต้น ก่อให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้ จึงเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมดำเนินงานควบคุมโรค และจากการศึกษางานวิจัยที่มีลักษณะคล้ายคลึงของ กิตติพร เนาว์สุวรรณ และคณะ (2563ก) พบ อสม.มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.75, *SD* = 0.42) และมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางรวมทั้งสามารถทำนายบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคได้ร้อยละ 17.30 (R^2 = 0.173, r = 0.416, p < 0.001)) และงานวิจัย พีรยุทธ บุญปาล (2564) พบภาพรวมความสำเร็จการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =4.37, *SD* = 0.49) และมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.56, *SD* = 0.56) สำหรับผลศึกษาในต่างประเทศของ Bashirian et al. (2020) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัศโคโรนา

2019 ของบุคลากรทางการแพทย์ประเทศอิหร่าน ผลการศึกษาว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีผลทางบวกต่อความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.240, p < 0.001)

1.3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการดำเนินงานควบคุมโรค

เป็นความเชื่อ ความรู้สึกหรือความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านถึงความเป็นไปได้ โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (สุภาภรณ์ วงธิ, 2564) และเมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชื่อว่ามุกครั้งที่ปฏิบัติงานมีโอกาสเสี่ยงติดเชื้อ จึงเป็นสิ่งกระตุ้นให้แสดงพฤติกรรมดำเนินงานควบคุมโรค และจากการศึกษางานวิจัยที่มีลักษณะคล้ายคลึงของ สุภาภรณ์ วงธิ (2564) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านภาพรวมอยู่ในระดับดีมากที่สุด ($\bar{x}$= 4.62, SD = 0.86) และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค (β = 0.251, p = < 0.001) การศึกษาของสุรีพร คนละเอียด และคณะ (2564) พบว่า บุคลากรสาธารณสุขที่อยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงมากรับรู้ว่าการปฏิบัติงานมีความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 75.4 การศึกษาของภัคณัฐ วีรขจร และคณะ (2563) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการปฏิบัติงานของกำลังพลที่ปฏิบัติงานสายแพทย์ ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.52,SD = 0.39) สำหรับการศึกษาในต่างประเทศพบว่า การศึกษาของ Bashirian et al. (2020) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากรทางการแพทย์ในอิหร่าน พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r =0.210, p < 0.001)

1.4 ทัศนคติต่อโรคและการดำเนินงานควบคุมโรค

ทัศนคติ หมายถึง ความคิดความเชื่อที่มีต่อพฤติกรรมเป็นกระบวนการคิดที่เกิดขึ้นภายในความคิดความเชื่อนี้จะส่งผลต่อความตั้งใจและพฤติกรรม (Ajzen, & Fishbein, 1998 อ้างถึงใน พรนภา หอมสินธุ์, 2558) ดังนั้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงมีความคิด ความรู้สึกแง่บวกและลบต่อต่อโรคและการดำเนินงานควบคุมโรค และเป็นตัวกระตุ้นทำให้เกิดพฤติกรรม ซึ่งจากการศึกษางานวิจัยที่มีลักษณะคล้ายคลึง Yeunyow T and Boonserm P (2020) พบทัศคติมีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหญิง จังหวัดสุรินทร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001 (X^2 = 23.234, p < .001) และผลศึกษา เมธี สุทธศิลป์ และคณะ (2560) พบว่า ทัศนคติต่อการปฏิบัติงานสามารถทำนายการมีส่วนร่วมต่อการจัดการควบคุมป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (r = 0.387, p < 0.005) สอดคล้องกับการศึกษาของสิวลี รัตนปัญญา (2561) พบว่า คะแนนเฉลี่ยเจตคติเกี่ยวกับการเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับ

พอใช้ - ดี ($\bar{X}$ = 3.60, $S.D.$ = 0.44) และทำนายการเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ร้อยละ28.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (R^2 = 0.284, p < 0.05) เช่นเดียวกับการศึกษาของ วิมลรัตน์ ถนอมศรีเดชชัย และคณะ (2560) พบว่าทัศนคติเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นั้นมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สำหรับการศึกษาในต่างประเทศพบการศึกษาของ Bashirian et al. (2020) พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ในประเทศปากีสถานมีทัศนคติเชิงบวกต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (M = 8.43, SD = 1.78) และทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติที่ดีต่อโรค (r = 0.174, p < 0.005)

2. ปัจจัยเอื้อ เป็นคุณลักษณะของสิ่งแวดล้อม ทั้งด้านกายภาพ และสังคมวัฒนธรรม ทักษะส่วนบุคคล และทรัพยากรที่จะช่วยเกื้อกูลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดพฤติกรรมควบคุมโรคที่ดี ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่

2.1 การรับรู้นโยบายในการดำเนินงานควบคุมโรค

นโยบาย หมายถึง หลักและวิธีปฏิบัติซึ่งถือเป็นแนวดำเนินการ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2546) การรับรู้นโยบายในการดำเนินงานควบคุมโรค เป็นการรับนโยบายจากหน่วยงานและเจ้าหน้าที่ เช่น รพ.สต. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น กระตุ้นให้ปฏิบัติตามแนวทาง หรือดำเนินงานตามนโยบายที่ได้รับ สอดคล้องศึกษาผลศึกษา เมธี สุทธศิลป์ และคณะ (2560) พบ การรับรู้นโยบายดำเนินงานควบคุม ป้องกันโรคติดต่อสามารถทำนายการมีส่วนร่วมในการดำเนินควบคุมป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (r = 0.012, R^2 = 0.438, p <.005)

3. ปัจจัยเสริม เป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรค เช่น ค่าตอบแทน รางวัล การเสริมแรงจากครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่

3.1 การได้รับแรงจูงใจในการดำเนินงานควบคุมโรค

แรงจูงใจ หมายถึง เป็นสิ่งที่โน้มน้าวหรือมักชักนำบุคคลเกิดการกระทำหรือปฏิบัติการ (Kidd, 1973) เมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับแรงจูงใจ เช่น ค่าตอบแทน ความก้าวหน้า การได้รับการยอมรับนับถือ การได้รับคำชมเชย เป็นต้น จะสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมดำเนินงานควบคุมโรค จากผลศึกษาที่ผ่านมามีงานวิจัยที่สอดคล้อง คือ วิชัย ศิริวรวัจนชัย (2564) พบ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีแรงจูงใจระดับสูง (M = 2.89, SD = 0.155) และสามารถร่วมพยากรณ์การปฏิบัติงานตามบทบาทเฝ้าระวัง ป้องกันโรคโควิด19 ในอสม.ได้ร้อยละ 21.6 (R^2 = 0.216, p < .001) เช่นเดียวกับการศึกษาของ สรวุฒิ เอี่ยมนุ้ย (2564) พบว่า อาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานในระดับสูง (ร้อยละ 64.1) และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีผลต่อการปฏิบัติงานในบทบาทของ อสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด - 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.168, p < .001$) และการศึกษาของ รุ่งเรือง กิจผาติ และคณะ (2564) พบ แรงจูงใจในการทำงานป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระลอกแรกในชุมชนของ อสม. ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (*M*=4.71, *SD*=0.39) และสามารถทำนายการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระลอกแรกในชุมชนของ อสม.ได้ร้อยละ 15.90 (R^2=0.159, r = .399, *p* .001) และการศึกษาของ จรูญลักษณ์ ป้องเจริญ และยุคนธ์ เมืองช้าง (2561) พบว่า แรงจูงใจมีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r =.60, $p < .01$)ได้แก่ ค่าตอบแทนและสวัสดิการ (r=.69, $p < 0.01$) ความก้าวหน้า (r =.64, p <0.01) การยอมรับนับถือ (r=.62, $p < 0.01$) สอดคล้องกับ Siripiyanon S. (2020) พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับแรงจูงใจจากบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และประชาชนในชุมชนในภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 57.78 และการได้รับแรงจูงใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.594, R^2 = 0.353, \beta = 0.460, p < .001$) การศึกษาของ ปรางค์ จักรไชย และคณะ (2560) พบว่า อสม.มีแรงจูงใจปฏิบัติงานในทีมหมอครอบครัวโดยภาพรวมที่ระดับสูงร้อยละ 82.40 (*M* = 4.00, *SD* = 0.65) และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานในทีมหมอครอบครัวของอสม.อย่างมีนัยสัมพันธ์ทางสถิติที่ระดับ 01 ($r = .33, p = .001$) สำหรับการศึกษาของต่างประเทศพบการศึกษาของ Bashirian et al. (2020) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรค ของบุคลกรทางการแพทย์ พบว่าแรงจูงใจสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (R^2= .012, $p < .001$)

3.2 การได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุ อุปกรณ์ ในการดำเนินงานควบคุมโรค

การได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุ อุปกรณ์ เช่น หน้ากากอนามัย ชุด PPE face shield ถุงมือ อุปกรณ์วัดไข้ เป็นต้น เป็นการสนับสนุนทรัพยากรดังกล่าว และกระตุ้นให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแสดงพฤติกรรมดำเนินงานควบคุมโรค จากการศึกษางานวิจัยที่มีลักษณะคล้ายคลึงของ เอกรินทร์ โปตะเวช และคณะ (2551) พบว่า การได้รับการสนับสนันวัสดุ อุปกรณ์ งบประมาณในการปฏิบัติงานมีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .475, p < .05$) การศึกษาของ สรวุฒิ เอี่ยมนุ้ย (2564) พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (การได้รับการสนับสนุนเครื่องมือ ประสานงาน และแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากจากครอบครัว เพื่อน ชุมชน และเจ้าหน้าที่) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อ

การปฏิบัติงานตามบทบาท อสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด -19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β= 0.360, $p < 0.001$) และการศึกษาของ Siripiyanon S. (2020) พบว่า ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข เพื่อน อสม.และครอบครัวโดยภาพรวมอยู่ระดับปานกลางมากที่สุดร้อยละ 63.70 และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (R = 0.594, R^2 = 0.353, β = 0.280, $p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของสิวลี รัตนปัญญา (2561) พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความพอเพียงในทรัพยากร อยู่ระดับปานกลาง - มาก (M= 3.72, SD = 0.60) คะแนนเฉลี่ยของปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้ข่าวสารและคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ภาครัฐ อยู่ในระดับมาก (M= 4.21, SD = 0.65) และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออกในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (R^2= 0.284, $p < 0.05$)

ซึ่งผลการทบทวนวรรณกรรมแสดงให้เห็นว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นกำลังสำคัญในชุมชนในการดูแลสุขภาพของมวลชน โดยเฉพาะกับการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ประเทศไทยสามารถควบคุมการแพร่กระจายของโรค และดำเนินการควบคุมโรคโดยขับเคลื่อนระบบและมีมาตรการควบคุมโรคที่เข้มงวดจนเป็นที่ยอมรับและยกย่องจากองค์การอนามัยโลก ซึ่งพฤติกรรมการควบคุมโรคนี้เกิดจากปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดนี้ PRECEDE-PROCEED MODEL ที่กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคล เกิดจาก "สหปัจจัย" (Multiple factors) โดยปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดำเนินงานควบคุมโรค การรับรู้ความรุนแรงต่อโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการดำเนินงานควบคุมโรค และทัศนคติต่อโรคและการดำเนินงานควบคุมโรค ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การรับรู้นโยบายในการดำเนินงานควบคุมโรค ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงจูงใจในการดำเนินงานควบคุมโรค และการได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุ อุปกรณ์ ในการดำเนินงานควบคุมโรค ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19)ในชุมชน ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้มุ่งศึกษาปัจจัยดังกล่าว ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2 กลุ่ม คือ กลุ่มเคลื่อนที่เร็วและกลุ่มดำเนินงานควบคุมโรคเชิงรุก

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยวิธีการดำเนินงานวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้งเพศชายและหญิง ที่ปฏิบัติงานในจังหวัดชลบุรี จำนวน 12,063 คน จาก 11 อำเภอ คือ อำเภอเมืองชลบุรี อำภอพนัสนิคม อำเภอบ้านบึง อำเภอหนองใหญ่ อำเภอบางละมุง อำเภอพานทอง อำเภอศรีราชา อำเภอเกาะสีชัง อำเภอสัตหีบ อำเภอบ่อทอง และอำเภอเกาะจันทร์ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้งเพศชายและหญิงที่ปฏิบัติงานในจังหวัดชลบุรี ซึ่งมีเกณฑ์ในการคัดเข้าศึกษา (Inclusion criteria) ดังนี้

1. มีอายุระหว่าง 20 - 60 ปี
2. เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่จังหวัดชลบุรีมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี และผ่านการอบรมกลุ่มความรู้พื้นฐานแล้ว
3. สมัครใจและยินยอมเข้าร่วมวิจัย

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในวิจัยครั้งนี้ ใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power 3.1.9.7 (Faul et al., 2009) สำหรับวิเคราะห์สถิติสมการถดถอยพหุคูณ (Liear multiple regression: Fixed model, R^2 deviation from zero) เพื่อหาปัจจัยทำนายสำหรับตัวแปรต้น 7 ตัวแปร ที่คำนึงถึงการควบคุมความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 (Type I error) และชนิดที่ 2 (Type II error) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติ (Alpha) = .05 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) = 0.95 และกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ด้วยค่า Estimated population R^2 จากงานวิจัยที่ผ่านมา เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย (กิตติพร เนาว์สุวรรณ และคณะ, 2563ก) ที่พบว่า การรับรู้

ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถทำนายบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ ซึ่งมีค่า R^2 = .17 จึงกำหนดค่าอิทธิพล (Effect size) = .17 หลังจากนั้นคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power ได้กลุ่มตัวอย่าง 136 คน ผู้วิจัยป้องกันการตอบแบบสอบถามไม่ครบและไม่สมบูรณ์ของข้อมูล จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2555) จำนวน 14 คน ดังนั้นได้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ทั้งหมดจำนวน 150 คน

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยกำหนดพื้นที่ในการทำการศึกษาครั้งนี้เป็น จังหวัดชลบุรี แบ่งเป็น 11 อำเภอ คือ อำเภอเมืองชลบุรี อำภอพนัสนิคม อำเภอบ้านบึง อำเภอหนองใหญ่ อำเภอบางละมุง อำเภอพานทอง อำเภอศรีราชา อำเภอเกาะสีชัง อำเภอสัตหีบ อำเภอบ่อทอง และอำเภอเกาะจันทร์

2. เลือกพื้นที่ในการศึกษาจากอำเภอที่มีความชุกของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สูง 3 อันดับแรก คือ อำเภอบางละมุง ประกอบด้วย 8 ตำบล อำเภอศรีราชา ประกอบด้วย 8 ตำบล และอำเภอเมืองชลบุรี ประกอบด้วย 18 ตำบล

3. สุ่มตัวอย่างตำบลในแต่ละอำเภอทั้ง 3 อำเภอ มาร้อยละ 50 ของตำบลทั้งหมด ด้วยการสุ่มอย่างง่ายโดยวิธีการจับฉลาก (Simple random sampling) ได้ ดังนี้

3.1 อำเภอบางละมุงมี 4 ตำบล ได้แก่ มีอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ตำบลบางละมุง 198 คน ตำบลหนองปรือ 598 คน ตำบลหนองปลาไหล 233 คน และตำบลโป่ง 185 คน รวมเป็น 1,214 คน

3.2 อำเภอศรีราชามี 4 ตำบล ได้แก่ มีอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ตำบลศรีราชา 118 คน ตำบลสุรศักดิ์ 341 คน ตำบลทุ่งสุขลา 133 คน และตำบลหนองขาม 302 คน รวม 894 คน

3.3 อำเภอเมืองชลบุรีมี 9 ตำบล ได้แก่ มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลบางทราย 184 คน ตำบลบางปลาสร้อย 93 คน ตำบลบ้านสวน 304 คน ตำบลเสม็ด 297 คน ตำบลแสนสุข 365 คน ตำบลหนองข้างคอก 70 คน ตำบลหนองรี 198 คน ตำบลห้วยกะปิ 213 คน และตำบลอ่างศิลา 171 คน รวมเป็น 1,895 คน

4. คำนวณกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านในแต่ละตำบลใน 3 อำเภอ มีทั้งหมด 17 ตำบล และสุ่มตัวอย่างจำนวน 150 ตัวอย่าง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างแยกตามตำบล

อำเภอ	ตำบล	จำนวน อสม.	สัดส่วนกลุ่มตัวอย่าง
อำเภอเมืองชลบุรี	ตำบลบางทราย	184	7
	ตำบลบางปลาสร้อย	93	4
	ตำบลบ้านสวน	304	11
	ตำบลเสม็ด	297	11
	ตำบลแสนสุข	365	14
	ตำบลหนองข้างคอก	70	3
	ตำบลหนองรี	198	8
	ตำบลห้วยกะปิ	213	8
	ตำบลอ่างศิลา	171	6
อำเภอศรีราชา	ตำบลศรีราชา	118	4
	ตำบลสุรศักดิ์	341	13
	ตำบลทุ่งสุขลา	133	5
	ตำบลหนองขาม	302	11
อำเภอบางละมุง	ตำบลบางละมุง	198	7
	ตำบลหนองปรือ	598	22
	ตำบลหนองปลาไหล	233	9
	ตำบลโป่ง	185	7
รวม		4,003	150

5. ดำเนินการสุ่มตัวอย่าง ด้วยการสุ่มอย่างง่ายโดยวิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน (Simple random sampling without replacement) จากทะเบียนรายชื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ของแต่ละตำบลที่สุ่มตัวอย่างได้จากทั้ง 17 ตำบล ตามจำนวนสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 150 คน (วิธีการสุ่มรายชื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีรายละเอียดในขั้นตอนการเก็บข้อมูล)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยแบบสอบถามเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง 9 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล สร้างขึ้นมาเพื่ออธิบายลักษณะของอาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ และเวลาที่ใช้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ และกรอกข้อความให้ครบ 7 คำถาม

2. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคและการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สอบถามเกี่ยวกับความสามารถในการจำและเข้าใจ ประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับโรคและความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานควบคุมโรค นักวิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและปรับปรุงจากแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ของ ธานี กล่อมใจ และคณะ (2563) มีทั้งหมด 12 ข้อ เป็นแบบเลือกเพียงคำตอบเดียว โดยกำหนดคำตอบที่ถูกต้องได้ 1 คะแนน คนที่ตอบผิดได้ 0 คะแนน และช่วงคะแนน
คือ 0-12 คะแนน

การแปลผล คะแนนมาก หมายถึง มีความรู้ต่อโรคและการดำเนินงานควบคุมโรค มาก

3. แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงต่อโรค สอบถามเกี่ยวกับความเชื่อหรือถึงภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ว่ามีอันตรายหรือมีผลกระทบที่รุนแรงต่อสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของ กิตติพร เนาว์สุวรรณ และคณะ (2563ข) รวมทั้งหมด 6 ข้อ ลักษณะการวัดแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) ให้เลือก 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด โดยมีคะแนนตั้งแต่ 6 -30 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
น้อยที่สุด	1
น้อย	2
ปานกลาง	3
มาก	4
มากที่สุด	5

แปลผล คะแนนมาก หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงของโรค ระดับมาก

4. แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการดำเนินงานควบคุมโรค สอบถามเกี่ยวกับความเชื่อหรือการคาดการณ์ถึงความเป็นไปต่อความเจ็บป่วย หรือติดเชื้อจากการดำเนินงานควบคุมโรค ใช้แบบสอบถามที่นักวิจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรมและปรับปรุงมาจากแบบสอบถาม

เกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการปฏิบัติงานของ ภัคณัฐ วีรขจร และคณะ (2563) รวมทั้งหมด 7 ข้อ ลักษณะการวัดแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) ให้เลือก 5 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วย เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด โดยมีคะแนนตั้งแต่ 7 -35 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	1
เห็นด้วยน้อย	2
เห็นด้วยปานกลาง	3
เห็นด้วยมาก	4
เห็นด้วยมากที่สุด	5

การแปลผล คะแนนมาก หมายถึง รับรู้โอกาสเสี่ยงจากการดำเนินงานควบคุมโรค ระดับมาก

5. แบบสอบถามทัศนคติต่อโรคและการดำเนินงานควบคุมโรค สอบถามความรู้สึกหรือมุมมองความคิดต่อโรคและการควบคุมโรค ซึ่งมีทั้งแง่บวกและลบ ใช้แบบสอบถามจากการที่ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมและแก้ไขแบบสอบถามทัศนคติต่อ COVID-19 ของ Pornpat et al. (2020) มีทั้งหมด 9 ข้อ ลักษณธการวัดแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) ให้เลือก 5 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วย เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด โดยมีคะแนนตั้งแต่ 9 - 45 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน	เชิงบวก	เชิงลบ
ไม่เห็นด้วย	1	5
เห็นด้วยน้อย	2	4
เห็นด้วยปานกลาง	3	3
เห็นด้วยมาก	4	2
เห็นด้วยมากที่สุด	5	1

การแปลผล คะแนนมาก หมายถึง มีทัศนคติในการดำเนินงานควบคุมโรค ระดับดี

6. แบบสอบถามการรับรู้นโยบายการดำเนินงานควบคุม สอบถามเกี่ยวกับสิ่งที่รับรู้หรือนโยบายดำเนินงาน หรือมาตรการและข้อปฏิบัติที่กำหนดขึ้นเพื่อควบคุมโรคในพื้นที่จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เทศบาล นักวิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและปรับปรุงจากแบบสอบถามการรับรู้นโยบายการควบคุมป้องกันโรคติดต่อของ เมธี สุทธศิลป์ และคณะ (2560) รวมทั้งหมด 9 ข้อ ลักษณะการวัดแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) ให้เลือก 5

ระดับ คือ ไม่เห็นด้วย เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด โดยมีคะแนนตั้งแต่ 8 - 40 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	1
เห็นด้วยน้อย	2
เห็นด้วยปานกลาง	3
เห็นด้วยมาก	4
เห็นด้วยมากที่สุด	5

การแปลผล คะแนนมาก หมายถึง มีการได้รับนโยบายการดำเนินงานควบคุมโรค ระดับมาก

7. แบบสอบถามการได้รับแรงจูงใจในการดำเนินงานควบคุมโรค สอบถามเกี่ยวกับสิ่งที่ได้รับและสนับสนุนในด้านต่าง ๆ เช่น ค่าตอบแทน ความก้าวหน้า การยอมรับนับถือ ได้รับคำชมเชย เป็นต้น โดยเชื่อว่าจะได้รับสิ่งนี้หากดำเนินงานควบคุมโรคได้ดี โดยใช้แบบสอบถามที่นักวิจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรมและปรับปรุงมาจากแบบสอบถามความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของ กิตติพร เนาว์สุวรรณ และคณะ (2563ข) รวมทั้งหมด 6 ข้อ ลักษณะการวัดแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) ให้เลือก 5 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วย เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด โดยมีคะแนนตั้งแต่ 6 - 30 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	1
เห็นด้วยน้อย	2
เห็นด้วยปานกลาง	3
เห็นด้วยมาก	4
เห็นด้วยมากที่สุด	5

การแปลผล คะแนนมาก หมายถึง มีการได้รับแรงจูงใจในการดำเนินงานควบคุมโรค ระดับมาก

8. แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุ อุปกรณ์ ในการดำเนินงานควบคุมโรค สอบถามสิ่งที่ได้รับหรือแหล่งทรัพยากรสนับสนุนเพื่อดำเนินงานควบคุมโรค เช่น หน้ากากอนามัย ชุด PPE face shield ถุงมือ อุปกรณ์วัดไข้ ข้อมูลข่าวสาร เป็นต้น โดยใช้แบบสอบถามที่นักวิจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรมและปรับปรุงมาจากแบบสอบถามความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุม

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดย กิตติพร เนาว์สุวรรณ และคณะ (2563ข) รวมทั้งหมด 6 ข้อ ลักษณะการวัดแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) ให้เลือก 5 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วย เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก และมากที่สุด โดยมีคะแนนตั้งแต่ 6 - 30 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	1
เห็นด้วยน้อย	2
เห็นด้วยปานกลาง	3
เห็นด้วยมาก	4
เห็นด้วยมากที่สุด	5

การแปลผล คะแนนมาก หมายถึง ได้รับสนับสนุน วัสดุ อุปกรณ์ต่อการดำเนินงานควบคุมโรค ระดับมาก

9. แบบสอบถามพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สอบถามเกี่ยวกับการดำเนินงานควบคุมโรค 3 ขั้นตอน คือ 1) เตรียมพร้อมก่อนดำเนินงาน 2) แนวทางป้องกันตนเองในการดำเนินงานควบคุมโรคเชิงรุก 3) ดำเนินงานเคาะประตูบ้าน ใช้แบบสอบถามที่นักวิจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรมและสร้างขึ้นเองตามแนวทางการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID – 19) ของ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2563) รวมทั้งหมด 25 ข้อ ลักษณะการวัดแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) ให้เลือก 5 ระดับ คือ ไม่เคยปฏิบัติเลย ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติประจำ ข้อความมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ โดยมีคะแนน 25 - 125 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน	เชิงบวก	เชิงลบ
ไม่เคยปฏิบัติเลย	1	5
ปฏิบัติบางครั้ง	2	4
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	3	3
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	4	2
ปฏิบัติประจำ	5	1

การแปลผลคะแนน พิจารณาระดับ พฤติกรรมการดำเนินควบคุมโรคสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้เกณฑ์การแปลความหมายคะแนนเฉลี่ย (Best & Kahn, 2006) ดังนี้

4.50 – 5.00 หมายถึง พฤติกรรมการดำเนินควบคุมโรค ระดับดีมากที่สุด

3.50 – 4.49 หมายถึง พฤติกรรมการดำเนินควบคุม ระดับดีมาก

2.50 – 3.49 หมายถึง พฤติกรรมการดำเนินควบคุมโรค ระดับดีปานกลาง

1.50 – 2.49 หมายถึง พฤติกรรมการดำเนินควบคุมโรค ระดับดีน้อย

1.00 – 1.49 หมายถึง พฤติกรรมการดำเนินควบคุมโร ระดับดีน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

นักวิจัยนำแบบสอบถาม 7 ส่วน ประกอบไปด้วยแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคและการดำเนินงานควบคุมโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ทัศนคติต่อโรคและการดำเนินงานควบคุมโรค การรับรู้นโยบายในการดำเนินงานควบคุมโรค การได้รับแรงจูงใจในการดำเนินงานควบคุมโรค การได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุ อุปกรณ์ในการดำเนินงานควบคุมโรค และแบบสอบถามพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรค ที่ผ่านการตรวจสอบและแก้ไขจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ แล้วนำเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการผู้ปฏิบัติงานเฉพาะทางด้านโรคติดเชื้อ 1 ท่าน และอาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จำนวน 1 หลังจากนั้นนักวิจัยได้นำเครื่องมือวิจัยมาปรับปรุงตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และนำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index [CVI]) ได้เท่ากับ 1.0 ทุกด้าน ซึ่งค่าดัชนีความตรงเนื้อหาที่มีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป (David, 1992 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2553) ส่วนแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค นักวิจัยขออนุญาตใช้จากนักวิจัยท่านอื่น ซึ่งไม่มีการปรับปรุงหรือดัดแปลง ดังนั้น จึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

นักวิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดไปทดลองใช้ (Try out) กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลบ้านสวนหมู่ที่ 7 และตำบลเสม็ดหมู่ที่ 4 ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด และไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงต่อโรคเท่ากับ 0.86 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเท่ากับ 0.75 แบบสอบถามทัศนคติต่อโรคและการดำเนินงานควบคุมโรคเท่ากับ 0.72 แบบสอบถามการรับรู้นโยบายในการดำเนินงานควบคุมโรคเท่ากับ 0.83 แบบสอบถามการได้รับแรงจูงใจในการดำเนินงานควบคุมโรคเท่ากับ 0.81 แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุน ด้านวัสดุ

อุปกรณ์ในการดำเนินงานควบคุมโรคเท่ากับ 0.89 และแบบสอบถามพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคเท่ากับ 0.95 ตามลำดับ ค่าที่ยอมรับได้คือ 0.70 ขึ้นไป (Cronbach, 1951 อ้างถึงใน จุฬาลักษณ์ บารมี, 2551) ส่วนแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคและการดำเนินงานควบคุมโรค นำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยใช้วิธีคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson 20 [KR 20]) ค่าที่ได้ คือ 0.62

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากเค้าโครงวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรม จาก จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (รหัสจริยธรรมวิจัย G-HS053/ 2564) นักวิจัยดำเนินเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นเตรียมการ

1. นำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอ ณ สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลตามอำเภอที่สุ่มตัวอย่างได้

2. เมื่อได้รับการอนุมัติ เข้าณ สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล พื่อแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์วิจัย พร้อมทั้งขออนุญาตเก็บข้อมูล ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2564

ขั้นดำเนินการ

1. อำเภอที่มาตรการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรโรนา 2019 ผ่อนคลายและอนุญาตให้เข้าพื้นที่ได้ ผู้วิจัยประสานงานขอเข้าพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ณ เทศบาลเมืองชลบุรี อำเภอบางละมุง และเทศบาลเมืองศรีราชา เพื่อขออนุญาตชี้แจ้งวัตถุประสงค์โครงการวิจัย ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัย และขอทะเบียนรายชื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละตำบล สุ่มจับฉลากรายชื่อแบบไม่ใส่คืนตามจำนวนสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้แต่ละตำบล ให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

2. อำเภอที่มาตรการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรโรนา 2019 ห้ามเข้าพื้นที่ติดต่อ ผู้วิจัยประสานงานผ่านตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทางออนไลน์ คือ ไลน์ (Line application) ประชุมกลุ่มผ่านวิดีโอออนไลน์ เพื่อขออนุญาตชี้แจ้งวัตถุประสงค์โครงการวิจัยและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัย พร้อมทั้งขอทะเบียนรายชื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละตำบล ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสุ่มจับฉลากรายชื่อแบบไม่ใส่คืนตามจำนวนสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้แต่ละตำบล ให้ได้

ตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ (หากรายชื่อที่สุ่มกลุ่มตัวอย่างไม่ยินดีเข้าร่วมโครงการ และไม่สามารถทำแบบสอบถามออนไลน์ได้ ทำการสุ่มรายชื่อใหม่ซ้ำอีกครั้งจนได้จำนวนที่ต้องการ)

3. เชิญอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ที่ยินดีเข้าร่วมโครงการและสามารถใช้ไลน์ หรือตอบแบบสอบถามออนไลน์เข้าร่วมกลุ่มไลน์ของโครงการวิจัย ประชุมกลุ่มผ่านวิดีโอออนไลน์ในแต่ละตำบล

3.1 เพื่อชี้แจ้งวัตถุประสงค์โครงการวิจัย

3.2 เพื่อชี้แจ้งขั้นตอนการทำแบบสอบถามออนไลน์ และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงโดยมิต้องระบุ ชื่อ นามสกุล ในการตอบแบบสอบถาม ข้อมูลที่ตอบจะถือเป็นความลับและใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น และหน้าแรกของแบบสอบถามออนไลน์จะเป็นการชี้แจ้งรายละเอียดข้อมูลการวิจัยและมีข้อคำถาม 1 ข้อ ถามว่า " ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ และขอแสดงความยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ" โดยมีข้อคำถามให้เลือก ยินยอม หรือ ไม่ยินยอม หากเลือกคำตอบ " ยินยอม " จะเข้าสู่ระบบตอบแบบสอบถามในส่วนถัดไป คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล หากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยนั้นเลือกคำตอบ "ไม่ยินยอม" จะมีข้อความในระบบแจ้งว่า " การปฏิเสธเข้าร่วมโครงการวิจัย ไม่มีผลต่อการรับบริการ การรักษาโรค และการปฏิบัติงานในหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ท่านพึงได้รับ "

3.3 เพื่ออธิบายการตอบแบบสอบถาม ให้ตอบแบบสอบถามผ่าน QR CODE ตามความเป็นจริงด้วยตัวของท่าน ซึ่งแบบสอบถามมีจำนวน 9 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคและการดำเนินงานควบคุมโรค 3) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงต่อโรค 4) แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการดำเนินงานควบคุม 5) แบบสอบถามทัศนคติต่อโรคและการดำเนินงานควบคุมโรค 6) แบบสอบถามการรับรู้นโยบายในการดำเนินงานควบคุมโรค 7) แบบสอบถามการได้รับแรงจูงใจในการดำเนินงานควบคุมโรค 8) แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุ อุปกรณ์ ในการดำเนินงานควบคุมโรค 9) แบบสอบถามพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 (COVID-19) โดยจะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 45-60 นาที

3.4 ขอความร่วมมือจากอาสาสมัครประจำหมู่บ้านในกลุ่มไลน์เป็นตัวแทนแต่ละตำบลเพื่อส่งต่อแบบสอบถามให้กับกลุ่มอาสาสมัครประจำหมู่บ้านที่ไม่สามารถทำแบบสอบถามออนไลน์ผ่านการสแกนคิวอาร์โค้ดได้

4. ดำเนินเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยส่งคิวอาร์โค้ด (QR CODE) ผ่านกลุ่มไลน์ของโครงการวิจัย ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยสแกนคิวอาร์โค้ดเพื่อตอบแบบสอบถามตามขั้นตอนที่ได้อธิบาย

ข้างต้น หากไม่เข้าใจในขั้นตอนการตอบแบบสอบถามหลังสิ้นสุดการประชุม สามารถติดต่อซักถามรายละเอียดได้ทางเบอร์โทรศัพท์ที่แจ้งไว้ หรือโทรไลน์ติดต่อ

5. เมื่อตอบแบบสอบถามออนไลน์เสร็จจะไม่สามารถทำแบบสอบถามหรือเข้าระบบได้

6. กรณีกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถทำแบบสอบถามออนไลน์ผ่านคิวอาร์โค้ดได้ ทำการแจกแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวแทนของโครงการวิจัยแต่ละตำบลที่ได้ขอความร่วมมือไว้ข้างต้น ส่งต่อแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างที่เหลือจำนวน 183 ราย พร้อมทั้งชี้แจ้งขั้นตอนการทำแบบสอบถาม การลงนามให้ความยินยอมเข้าร่วมวิจัยในใบยินยอมผ่านตัวแทนของโครงการวิจัย

7. เมื่อกลุ่มตัวอย่างในตำบลดังกล่าวทำแบบสอบถามครบ ให้นำส่งคืนกับตัวแทนโครงการวิจัยเพื่อรวบรวมส่งคืนนักวิจัย แล้วตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามทั้งหมดที่ได้รับคืน จากนั้นนำมาวิเคราะห์รวมกับแบบสอบถามออนไลน์ที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามทางคิวอาร์โค้ด และวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิทักษ์สิทธิ์ ดังนี้

1. เสนอเค้าโครงวิทยานิพนธ์ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา (รหัสจริยธรรมวิจัย G-HS053/2564) เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว จึงดำเนินการวิจัย

2. พบกลุ่มตัวอย่าง แนะตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์การวิจัย ขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างทราบในวันที่เก็บรวบรวมข้อมูล

3. ให้ข้อมูลผู้เข้าร่วมวิจัยและขอความยินยอม โดยขึ้นกับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง การปฏิเสธไม่เข้าร่วมวิจัยไม่มีผลต่อการรับบริการและการปฏิบัติงานที่ได้รับแต่อย่างใด เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัยในใบยินยอม ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกนำเสนอในภาพรวมที่เป็นประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

4. ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเก็บเป็นความลับ ในแบบสอบถามไม่มีการระบุชื่อนามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้รหัสในแบบสอบถามแทน

5. แบบสอบถามที่ตอบเสร็จเรียบร้อยแล้ว ถูกเก็บมิดชิดในซองกระดาษ ข้อมูลที่ได้จากทุกอย่างถือเป็นความลับ มีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่ได้อ่านและรับทราบข้อมูล ผลการวิจัยถูกนำเสนอในภาพรวม การทำลายข้อมูลกระทำภายหลังจากผลการวิจัยมีการเผยแพร่และตีพิมพ์แล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive

statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ช่วงคะแนน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. พฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. อำนาจการทำนายปัจจัยต่อพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

บทที่ 4
ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019(COVID-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดชลบุรี โดยผู้วิจัยนำเสนอการวิเคราะห์ข้อมูล โดยจำแนกออกเป็น 4 ส่วนดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยที่ศึกษา

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ และระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ได้ผลดังตารางที่ 1

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ของกลุ่มตัวอย่าง (*N* = 150)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	23	15.3
หญิง	127	84.7
อายุ		
31-35 ปี	7	4.7
36-40 ปี	6	4.0
41-45 ปี	14	9.3

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
46-50 ปี	27	18.0
51-55 ปี	28	18.7
56-60 ปี	68	45.3
(Min = 31, Max = 60, *M* = 52.33, *SD* = 7.39)		
สถานภาพสมรส		
คู่	97	64.7
หม้าย/ หย่าร้าง/ แยก	29	19.3
โสด	24	16.0
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	54	36.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	39	26.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	28	18.7
อนุปริญญา/ ปวส.	17	11.3
ปริญญาตรี	11	7.3
สูงกว่าปริญญาตรี	1	0.7
จำนวนปีที่ศึกษา (Min = 6, Max = 18, *M* = 9.73, *SD* = 3.56)		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
≤ 5,000	50	33.3
5,001-10,000	54	36.0
10,001-15,000	20	13.3
15,001-20,000	14	9.3
20,001-25,000	3	2.1
≥ 25,001	9	6.0
(Min = 1,000, Max = 50,000, *M*= 10,612, *SD* = 8,898.8)		
อาชีพ		
ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว	59	39.3
รับจ้างทั่วไป	46	30.7

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
แม่บ้าน/ ไม่ได้ประกอบอาชีพ	25	16.7
เกษตรกรรม	11	7.3
พนักงานรัฐวิสาหกิจ/ พนักงานบริษัท	8	5.3
ข้าราชการ	1	0.7
ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน		
< 10 ปี	86	57.3
10-20 ปี	43	28.7
> 20 ปี	21	14.0
(Min =1, Max = 41, *M* = 11.83, *SD* = 8.53)		

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 84.7) มีอายุระหว่าง 56 - 60 ปี (ร้อยละ 45.3) โดยมีอายุเฉลี่ย 52.33 ปี (*SD* = 7.39) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 64.7) มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 36.0) รองลงมามีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 26.0) มีรายได้อยู่ระหว่าง 5,001 – 10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 36.0) โดยเฉลี่ย 10,612 บาทต่อเดือน (*SD* = 8,898.8) มีอาชีพค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 39.3) รองลงมามีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 30.7) และมีระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านน้อยกว่า 10 ปี (ร้อยละ 57.3) รองลงมาคืออยู่ระหว่าง 10-20 ปี (ร้อยละ 28.7) โดยมีระยะเวลาเฉลี่ย 11.83 ปี (*SD* = 8.53)

ส่วนที่ 2 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยที่ศึกษา

วิเคราะห์ปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ ปัจจัยนำ คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดำเนินงานควบคุมโรค การรับรู้ความรุนแรงต่อโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการดำเนินงานควบคุมโรค ทัศนคติต่อโรคและการดำเนินงานควบคุมโรค ปัจจัยเอื้อ คือ การรับรู้นโยบายในการดำเนินงานควบคุมโรค ปัจจัยเสริม คือ การได้รับแรงจูงใจในการดำเนินงานควบคุมโรค การได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ ในการดำเนินงานควบคุมโรค นำเสนอด้วย ช่วงคะแนน โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยที่ศึกษา
(N = 150)

ปัจจัยที่ศึกษา	**ช่วงคะแนน**		***M***	***SD***
	คะแนนที่เป็นไปได้	**คะแนนที่ได้**		
ปัจจัยนำ				
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดำเนินงานควบคุมโรค	0-12	7-12	9.19	1.11
2. การรับรู้ความรุนแรงต่อโรค	6-30	18-30	28.17	2.52
3. การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการดำเนินงานควบคุมโรค	7-35	19-35	32.02	3.45
4. ทัศนคติต่อโรคและการดำเนินงานควบคุมโรค	9-45	25-45	40.02	4.33
ปัจจัยเอื้อ				
5. การรับรู้นโยบายในการดำเนินงานควบคุมโรค	8-40	24-40	35.07	2.92
ปัจจัยเสริม				
6. การได้รับแรงจูงใจในการดำเนินงานควบคุมโรค	6-30	17-30	24.37	3.40
7. การได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุ อุปกรณ์ ในการดำเนินงานควบคุมโรค	6-30	18-30	24.43	3.44

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยที่ศึกษา ดังนี้ ปัจจัยนำ ได้แก่ คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคและการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เฉลี่ยเท่ากับ 9.19 (*SD* = 1.11) คะแนนการรับรู้ความรุนแรงต่อโรคเฉลี่ยเท่ากับ 28.17 (*SD* = 2.52) คะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการดำเนินงานควบคุมโรคเฉลี่ยเท่ากับ 32.02 (*SD* = 3.45) คะแนนทัศนคติต่อโรคและการดำเนินงานควบคุมโรคเฉลี่ยเท่ากับ 40.02 (*SD* = 4.33) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ คะแนนการรับรู้นโยบายในการดำเนินงานควบคุมโรคเฉลี่ยเท่ากับ 35.07 (*SD* = 2.92) และปัจจัยเสริม ได้แก่ คะแนนการได้รับแรงจูงใจในการดำเนินงานควบคุมโรคเฉลี่ยเท่ากับ 24.37 (*SD* = 3.40) และคะแนนการได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุ อุปกรณ์ ในการดำเนินงานควบคุมโรคเฉลี่ยเท่ากับ 24.43 (*SD* = 3.44)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

วิเคราะห์พฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวมและรายข้อ (*N* = 150)

พฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	***M***	***SD***	**ระดับ**
การเตรียมพร้อมก่อนการดำเนินงาน			
1. สำรวจสุขภาพตนเองก่อนออกดำเนินงาน	4.69	0.58	มากที่สุด
2. เตรียมความพร้อมด้านวัสดุ อุปกรณ์ต่าง ๆ ในการดำเนินงาน	4.54	0.62	มากที่สุด
3. ติดตามรายชื่อที่มีรายงานการระบาดในชุมชน	4.35	0.82	มาก
4. เตรียมประสานกับชุมชนและครัวเรือนที่รับผิดชอบ	4.35	0.83	มาก
แนวทางป้องกันตนเองในการดำเนินงานควบคุมโรคเชิงรุก			
5. สวมใส่ชุดอุปกรณ์ป้องกันต่า งๆ ตามแนวทางปฏิบัติ	4.49	0.70	มาก
การดำเนินงานเคาะประตูบ้าน			
6. เน้นย้ำและเข้มงวดเรื่องการสวมหน้ากากอนามัยของประชาชน	4.55	0.61	มากที่สุด
7. เน้นย้ำและเข้มงวดเรื่องการงดรวมกลุ่ม เว้นระยะห่างทางสังคม	4.53	0.60	มากที่สุด
8. แนะนำประชาชนให้สังเกตอาการผิดปกติ	4.49	0.60	มาก
9. ให้ความรู้แก่ประชาชน เรื่อง การป้องกันตนเอง	4.49	0.62	มาก
10. แนะนำประชาชนในพื้นที่ให้เฝ้าระวังอาการผิดปกติ	4.43	0.74	มาก
11. แจ้งเจ้าหน้าที่หากพบประชาชนในพื้นที่ "มีไข้ ร่วมกับมีไอ "	4.41	0.69	มาก
12. หากพบคนในชุมชนกลับมาจากพื้นที่เสี่ยง แจ้งเจ้าหน้าที่	4.33	0.81	มาก
13. กรณีพบกลุ่มประชาชนทั่วไป มีไข้ ไอ แจ้งเจ้าหน้าที่	4.32	0.71	มาก
14. ติดตาม เยี่ยมบ้าน แนะนำการปฏิบัติตนกับกลุ่มผู้สูงอายุ	4.31	0.69	มาก
15. แจ้งข่าวสารการหลีกเลี่ยงไปในพื้นที่เสี่ยงให้กับประชาชน	4.31	0.75	มาก
16. กรณีพบผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดำเนินการทำความสะอาด	4.31	0.77	มาก
17. เน้นย้ำและเข้มงวด ให้ปฏิบัติตามมาตรการการเข้า – ออกพื้นที่	4.30	0.73	มาก

ตารางที่ 4 (ต่อ)

พฤติกรรมการดำเนินงานควบคุม โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019(COVID-19)	***M***	***SD***	**ระดับ**
18. หากพบกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ของท่านมีไข้ แจ้งเจ้าหน้าที่	4.29	0.82	มาก
19. ติดตามอาการผู้ที่กักตัวที่บ้านทุกวันตลอดระยะเวลา 14 วัน	4.28	0.74	มาก
20. คัดกรองอาการไข้ ไอ เจ็บคอ หายใจลำบาก กับประชาชน	4.26	0.81	มาก
21. บันทึกรายงานและส่งต่อผลการติดตามเยี่ยมกลุ่มเสี่ยงในชุมชน	4.21	0.81	มาก
22. รวบรวมข้อมูลการเข้า - ออกพื้นที่ และการกลับจากพื้นที่เสี่ยง	4.15	0.87	มาก
23. ติดตามอาการไข้ ร่วมกับ มีอาการไอ ของคนในพื้นที่รับผิดชอบ	4.10	0.78	มาก
24. บันทึกรายงาน ติดสติกเกอร์ ทำสัญลักษณ์ครัวเรือน	3.96	0.88	มาก
25. รายงานผลดำเนินงานเคาะประตูบ้าน ผ่านอสม. ออนไลน์	3.94	1.05	มาก
คะแนนเฉลี่ย	**4.34**	**0.75**	**มาก**

จากตารางที่ 4 พบว่าพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของกลุ่มตัวอย่าง โดยภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ($M = 4.34$, $SD = 0.75$) เมื่อพิจารณาขั้นตอนของพฤติกรรมการดำเนินรายข้อ พบว่า ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมพร้อมก่อนการดำเนินงาน ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด 2 อันดับ ได้แก่ การสำรวจสุขภาพตนเองก่อนออกดำเนินงานการควบคุมโรคในชุมชน ($M= 4.69$, $SD = 0.58$) และการเตรียมความพร้อมด้านวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ในการดำเนินงานเคาะประตูบ้าน ($M = 4.54$, $SD = 0.62$) สำหรับขั้นตอนที่ 2 แนวทางป้องกันตนเองในการดำเนินงานควบคุมโรคเชิงรุก พบมีคะแนนเฉลี่ยการสวมใส่ชุดอุปกรณ์ป้องกันต่าง ๆ ตามแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องและสวมใส่ตลอดเวลาขณะปฏิบัติงานในระดับมาก ($M = 4.49$, $SD = 0.70$) และขั้นตอนที่ 3 การดำเนินงานเคาะประตูบ้าน ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด 2 อันดับ ได้แก่ การเน้นย้ำและเข้มงวดเรื่องการสวมหน้ากากอนามัยของประชาชนในชุมชน ($M = 4.55$, $SD = 0.61$) กับการเน้นย้ำและเข้มงวด เรื่อง การงดรวมกลุ่ม เว้นระยะห่างทางสังคมของคนในชุมชน ($M = 4.53$, $SD = 0.60$) สำหรับพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของกลุ่มตัวอย่าง และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด 2 อันดับสุดท้าย ได้แก่ การรายงานผลดำเนินงานเคาะประตูบ้าน ผ่านอสม.ออนไลน์หัวข้อรายงานเหตุ " เฝ้าระวังโควิด 19 " ($M = 3.94$, $SD = 1.05$) และการบันทึกรายงาน ติดสติกเกอร์ ทำสัญลักษณ์ครัวเรือนที่คัดกรองโรคแล้ว ($M = 3.96$, $SD = 0.88$)

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) เพื่อหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดำเนินงานควบคุมโรค การรับรู้ความรุนแรงต่อโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการดำเนินงานควบคุมโรค ทัศนคติต่อโรคและการดำเนินงานควบคุมโรค ปัจจัยเอื้อได้แก่ การรับรู้นโยบายในการดำเนินงานควบคุมโรค ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงจูงใจในการดำเนินงานควบคุมโรค และการได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุ อุปกรณ์ ในการดำเนินงานควบคุมโรค ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่า ตัวแปรทำนายมีระดับการวัดตัวแปรเป็นช่วงมาตรา (Interval scale) และระดับอัตราส่วน (Ratio scale) ซึ่งมีการแจกแจงแบบปกติ เป็นอิสระต่อกัน และข้อมูลไม่เกิด Autocorrelation (ค่า Durbin-Watson = 1.756) มีคุณสมบัติเป็น Homoscedasticity ไม่มี Outliers เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนายทั้งหมด ไม่มีคู่ใดที่มีความสัมพันธ์กันเองเกิน .85 (ไม่มี Multicollinearity) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (N = 150)

ตัวแปร	y	x_1	x_2	x_3	x_4	x_5	x_6	x_7
y	1.000							
x_1	0.788***	1.000						
x_2	0.231**	0.087	1.000					
x_3	0.577***	0.422***	0.471***	1.000				
x_4	0.363***	0.269***	0.457***	0.534***	1.000			
x_5	0.521***	0.363***	0.285***	0.483***	0.385***	1.000		
x_6	0.224**	0.152*	0.274***	0.239**	0.509***	0.195**	1.000	
x_7	0.580***	0.440***	0.278***	0.452***	0.362***	0.416***	0.322***	1.000

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

โดยที่

X_1 คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดำเนินงานควบคุมโรค

X_2 คือ การรับรู้ความรุนแรงต่อโรค

X_3 คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการดำเนินงานควบคุมโรค

X_4 คือ ทัศนคติต่อโรคและการดำเนินงานควบคุมโรค

X_5 คือ การรับรู้นโยบายในการดำเนินงานควบคุมโรค

X_6 คือ การได้รับแรงจูงใจในการดำเนินงานควบคุมโรค

X_7 คือ การได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุ อุปกรณ์ ในการดำเนินงานควบคุมโรค

Y คือ พฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

วิเคราะห์อำนาจการทำนายแบบพหุคูณแบบขั้นตอนของปัจจัยที่ศึกษาต่อพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของกลุ่มตัวอย่าง ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การวิเคราะห์อำนาจการทำนายแบบพหุคูณแบบขั้นตอนของปัจจัยที่ศึกษาต่อพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของกลุ่มตัวอย่าง (N = 150)

ตัวแปร	R^2	b	SE(b)	Beta	t	p
ปัจจัยนำ						
1. ความรู้เกี่ยวกั บโรคและการดำเนินงานควบคุมโรค	0.620	4.914	0.420	0.578	11.699	< .001
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการดำเนินงานควบคุมโรค	0.693	0.489	0.142	0.179	3.439	< .001
ปัจจัยเสริม						
3. การได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุ อุปกรณ์ ในการดำเนินงานควบคุมโรค	0.726	0.501	0.139	0.183	3.602	< .001
ปัจจัยเอื้อ						
4. การรับรู้นโยบายในการดำเนินงานควบคุมโรค	0.742	0.478	0.162	0.148	2.953	.004
ค่าคงที่		18.592	5.197		3.577	< .001
R^2 = 0.742, $F_{(4,145)}$ = 104.14, p < .001						

จากตารางที่ 6 พบว่าปัจจัยนำ ปัจจัยเสริมและปัจจัยเอื้อที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของกลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมด 4 ปัจจัย ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดำเนินงานควบคุมโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการดำเนินงานควบคุมโรค ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุ อุปกรณ์ในการดำเนินงานควบคุมโรค และปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การรับรู้นโยบายในการดำเนินงานควบคุมโรค โดยสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) ในชุมชนของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 74.2 (R^2 = 0.742, p < .001) ปัจจัยตัวแรกที่ถูกคัดเลือกที่เข้าสมการทำนาย คือ ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดำเนินงานควบคุมโรค โดยสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนได้ร้อยละ 62 (R^2 = 0.620, p < .001) ปัจจัยนำตัวที่ 2 ที่ถูกคัดเลือกเพิ่มเข้าในสมการทำนาย ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการดำเนินงานควบคุมโรค โดยสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนได้เพิ่มเป็นร้อยละ 69.3 (R^2 = 0.693, p < .001) ปัจจัยตัวที่ 3 ที่ถูกคัดเลือกเพิ่มเข้าในสมการทำนาย คือ ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุ อุปกรณ์ ในการดำเนินงานควบคุมโรค โดยสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนได้เพิ่มเป็นร้อยละ 72.6 (R^2 = 0.726, p < .001) และปัจจัยตัวที่ 4 ที่ถูกคัดเลือกเพิ่มเข้าในสมการทำนาย คือ ปัจจัยเอื้อได้แก่ การรับรู้นโยบายในการดำเนินงานควบคุมโรคโดยสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนได้เพิ่มเป็นร้อยละ 74.2 (R^2 = 0.742, p = .004)

แสดงว่าการเพิ่มของปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการดำเนินงานควบคุมโรค ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุ อุปกรณ์ในการดำเนินงานควบคุมโรค และปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การรับรู้นโยบายในการดำเนินงานควบคุมโรคสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดสำหรับการทำนายพฤติกรรมดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดำเนินงานควบคุมโรค (β = 0.578) ปัจจัยที่มีอิทธิพลอันดับที่สอง ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุ อุปกรณ์ ในการดำเนินงานควบคุมโรค (β = 0.183) ปัจจัยที่มีอิทธิพลอันดับสาม ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการดำเนินงานควบคุมโรค (β = 0.179) และปัจจัยอันดับสุดท้ายที่มีอิทธิพล ได้แก่

การรับรู้นโยบายในการดำเนินงานควบคุมโรค (β = 0.148)

จากการวิเคราะห์ข้างต้น สามารถสร้างสมการถดถอยเพื่อทำนายพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชน ในรูปสมการคะแนนดิบได้ดังนี้

พฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชน = 18.592 + 4.914 (ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดำเนินงานควบคุมโรค) + 0.489 (การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการดำเนินงานควบคุมโรค) + 0.501 (การได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุ อุปกรณ์ ในการดำเนินงานควบคุมโรค) + 0.478 (การรับรู้นโยบายในการดำเนินงานควบคุมโรค)

มหาวิทยาลัยบูรพา BURAPHA UNIVERSITY

บทที่ 5
สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research design) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งได้จากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างในอำเภอที่มีความชุกของโรคสูง 3 อันดับแรกของจังหวัดชลบุรี คือ อำเภอบางละมุง อำเภอศรีราชา และอำเภอเมืองทั้งหมด 150 ราย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคและการดำเนินงานควบคุมโรค แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงต่อโรค แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการดำเนินงานควบคุมโรค แบบสอบถามทัศนคติต่อโรคและการดำเนินงานควบคุมโรค แบบสอบถามการรับรู้นโยบายในการดำเนินงานควบคุมโรค แบบสอบถามการได้รับแรงจูงใจในการดำเนินงานควบคุมโรค แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุ อุปกรณ์ ในการดำเนินงานควบคุมโรค และแบบสอบถามพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยส่งแบบสอบถามออนไลน์ผ่านคิวอาร์โค้ดและแจกแบบสอบถามให้กับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแต่ละคนผ่านตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขแต่ละตำบลที่อยู่ในโครงการวิจัยจำนวน 150 ราย ในระหว่างเดือนมิถุนายน - สิงหาคม พ.ศ. 2564 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 84.7) มีอายุระหว่าง 56 - 60 ปี (ร้อยละ 45.3) โดยมีอายุเฉลี่ย 52.33 ปี (*SD* = 7.39) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 64.7) ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 36.0) รายได้อยู่ระหว่าง 5,001 – 10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 36.0) โดยรายได้เฉลี่ย 10,612 บาทต่อเดือน (*SD* = 8,898.8) อาชีพค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 39.3) รองลงมาอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 30.7) และมีระยะเวลาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านน้อยกว่า 10 ปี (ร้อยละ 57.3) รองลงมาคืออยู่ระหว่าง 10-20 ปี (ร้อยละ 28.7) โดยระยะเวลาเฉลี่ยเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 11.83 ปี (*SD* = 8.53)

2. พฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก (*M* = 4.34, *SD* = 0.75)

3. ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชน ได้แก่ ปัจจัยนำ คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดำเนินงานควบคุมโรค (β = 0.578) และการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการดำเนินงานควบคุมโรค (β = 0.179) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุ อุปกรณ์ ในการดำเนินงานควบคุมโรค (β = 0.183) และ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การรับรู้นโยบายในการดำเนินงานควบคุมโรค (β = 0.148) โดยสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนได้ร้อยละ 74.2 (R^2 = 0.742, p < .001) ซึ่งสามารถสร้างสมการถดถอยเพื่อทำนายพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนในรูปสมการคะแนนดิบได้ดังนี้

พฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชน = 18.592 + 4.914 (ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดำเนินงานควบคุมโรค) + 0.489 (การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการดำเนินงานควบคุมโรค) + 0.501 (การได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุ อุปกรณ์ ในการดำเนินงานควบคุมโรค)+0.478 (การรับรู้นโยบายในการดำเนินงานควบคุมโรค)

อภิปรายผล

1. พฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นด่านหน้ามีหน้าที่สำคัญดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนโดยมีพฤติกรรมมดำเนินงาน 3 ขั้นตอน ได้แก่ เตรียมพร้อมก่อนการดำเนินงาน แนวทางป้องกันตนเองในการดำเนินงานควบคุมโรคเชิงรุก และการดำเนินงานเคาะประตูบ้าน ซึ่งขั้นตอนนี้จะประกอบด้วย จำแนกกลุ่มเป้าหมาย คัดกรองอาการสำคัญ ติดตามและเฝ้าระวัง สื่อสารให้ความรู้กับประชาชน พร้อมทั้งประสานงานและรายงานผลการดำเนินงาน จากผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคในชุมชนอยู่ในระดับดีมาก (*M* = 4.34, *SD* = 0.75) ซึ่งส่วนมากมีอายุเฉลี่ย 52.33 ปี (*SD* = 7.39) และระยะเวลาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเฉลี่ย 11.83 ปี (*SD* = 8.53) อธิบายได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนมากเป็นวัยผู้ใหญ่ มีประสบการณ์ทำงานโดยเฉลี่ยมากกว่า 10 ปี จึงมีความชำนาญในการปฏิบัติงานและวัยผู้ใหญ่เป็นผู้ที่มีพัฒนาการทางความคิดสติปัญญาอยู่ในระดับสูง มีความสามารถทางสติปัญญาสมบูรณ์ที่สุด คือ คุณภาพของความคิดเป็นระบบ สามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดีและมีการแก้ไขปัญหาที่ดี (Diane E Papalia & Sally Wendkos Olds, 1995) เป็นบุคคลที่มีความรู้

ได้รับการฝึกอบรมในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อ และตระหนักถึงความเสี่ยงที่จะแพร่เชื้อ และรับทราบขั้นตอนนโยบายที่ชัดเจนจากพยาบาลชุมชน มีวัสดุ อุปกรณ์พร้อมในการทำงาน สามารถทำงานร่วมกับทีมสาธารณสุขชุมชน ทุ่มเท เสียสละต่อการปฏิบัติงาน ส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีพฤติกรรมดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในระดับดีมาก และมีผลการศึกษาที่มีลักษณะคล้ายคลึงสนับสนุน คือ การศึกษาของ พีรยุทธ บุญปาล (2564) ที่สนับสนุนว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยความสำเร็จการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอายุน้อยกว่า 50 ปี หรือแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สรวุฒิ เอี่ยมนุ้ย (2564) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภองไกรลาศ จังหวัดสุโขทัยต่อการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด - 19 พบว่า ผลปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 85.7) ทั้งนี้เนื่องมาจากความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติที่เป็นแบบอย่างของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านมีการประสานงานที่ดี อดทน และอุทิศตนเพื่อส่วนรวม ความสามารถในการติดตามและควบคุมโรคโควิด-19 ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ วิชัย ศิริวรวัจนชัย (2564) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม.ในอำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน ต่อการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด - 19 พบว่า การปฏิบัติงานตามบทบาทโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 2.75, *SD* = 0.194) สอดคล้องกับงานวิจัยของ กิตติพร เนาว์สุวรรณ และคณะ (2563ก) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงต่อบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า บทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X}$ = 2.75, *SD* = 0.32) การศึกษาของ วิทยา ชินบุตร และ นภัทร ภักดีสรวิชญ์ (2564) ศึกษาบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี ต่อการป้องกันการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามนโยบายรัฐบาล พบว่า มีการปฏิบัติงานตามบทบาทโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 4.39, *S.D.* = 0.573) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ด้านการป้องกันโรคมีผลปฏิบัติงานในระดับสูงตามบทบาท ($\bar{X}$= 4.43, *S.D* = .586) การศึกษาของ สุภาภรณ์ วงธิ (2564) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 89.60 และสอดคล้องกับการศึกษาของ สหัทยา ถึงรัตน์ (2556) ศึกษาการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตเทศบาลเมืองอ่างศิลา อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี พบว่า ด้านการควบคุมและป้องกันโรคตามบทบาทหน้าที่โดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างมาก ($\bar{X}$ = 2.80, *SD* = 0.68) เกิด

จากเทศบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ สามารถประสานงานโครงการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมและป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านภายในเขตเทศบาลเมืองอ่างศิลามีการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ในด้านควบคุมและป้องกันโรคอยู่ในระดับค่อนข้างมาก

เมื่อพิจารณาขั้นตอนของพฤติกรรมการดำเนินควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรายข้อ พบว่า

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมพร้อมก่อนการดำเนินงาน สองอันดับแรกที่พบคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ อันดับที่ 1 การสำรวจสุขภาพตนเองก่อนออกดำเนินงานการควบคุมโรคในชุมชน (M = 4.69, SD = 0.58) และสามารถปฏิบัติได้เป็นประจำร้อยละ 74.7 เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าต้องสำรวจสุขภาพตนเองก่อนการดำเนินงานทุกครั้ง ถือเป็นขั้นตอนแรกของการปฏิบัติงานและเป็นมาตรการสำคัญที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ต้องปฏิบัติเป็นประจำทุกครั้งก่อนออกดำเนินงาน โดยมีข้อกำหนดที่ชัดเจนว่า เมื่อพบความเจ็บป่วย ต้องงดปฏิบัติงานในพื้นที่ของตนเอง และเชื่อว่าหากตัวเองมีอาการเจ็บป่วย มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อหรือเจ็บป่วยขณะปฏิบัติหน้าที่จากสุขภาพอนามัยที่ไม่สมบูรณ์ และตัวเองอาจอยู่ในระยะติดเชื้อโดยไม่รู้ตัว หากไม่สำรวจสุขภาพตัวเองก่อนการปฏิบัติงาน อาจไปแพร่กระจายเชื้อสู่ประชาชน หรือผู้ร่วมงานขณะปฏิบัติงานได้ ทำให้เกิดพฤติกรรมการสำรวจสุขภาพตนเองก่อนออกดำเนินงานการควบคุมโรคในชุมชนในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับงานวิจัยของ กิตติพร เนาว์สุวรรณ และคณะ (2563ก) พบว่า บทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของ อสม.ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด คือ การสำรวจสุขภาพตนเองก่อนเข้าไปปฏิบัติงานการควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน (M= 2.90, SD = 0.35) และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดอันดับสอง คือ การเตรียมความพร้อมด้านวัสดุ อุปกรณ์ต่างในการดำเนินงานเคาะประตูบ้าน (M = 4.54, SD = 0.62) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติได้เป็นประจำร้อยละ 60 เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชื่อว่าการเตรียมอุปกรณ์ก่อนการปฏิบัติงาน เช่น หน้ากากอนามัย ปรอทวัดไข้ แอลกอฮอล์ สติกเกอร์สัญลักษณ์ครัวเรือน สื่อให้ความรู้ แบบบันทึกรายงาน เป็นต้น เป็นสิ่งที่จำเป็นและมีความสำคัญมากในการดำเนินงานควบคุมโรคในชุมชน มีข้อกำหนดและหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติเป็นประจำทุกครั้ง เพื่อให้เกิดการดำเนินงานควบคุมโรคมีความคล่องตัว รวดเร็วและลดอุปสรรคในการทำงาน ทำให้เกิดพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมด้านวัสดุ อุปกรณ์ต่างในการดำเนินงานเคาะประตูบ้านในระดับมากที่สุด

ขั้นตอนที่ 2 แนวทางป้องกันตนเองในการดำเนินงานควบคุมโรคเชิงรุก พบว่า คะแนนเฉลี่ยการสวมใส่ชุดอุปกรณ์ป้องกันต่าง ๆ ตามแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องและสวมใส่ตลอดเวลาขณะ

ปฏิบัติงานอยู่ในระดับดีมาก (*M* = 4.49, *SD* = 0.70) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติได้เป็นประจำร้อยละ 59.3 เนื่องจาก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชื่อว่าโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่อที่มีการแพร่กระจายเชื้อง่าย และตัวเองเป็นกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อ เนื่องจากเป็นด่านหน้าที่ต้องทำหน้าที่คัดกรองโรคในชุมชน และติดตามเยี่ยมกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มผู้ติดเชื้อร่วมกับทีมสุขภาพในชุมชน และกรมควบคุมโรคได้กำหนดแนวปฏิบัติให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติหน้าที่เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคโควิด 19 ต้องสวมใส่อุปกรณ์ เช่น หน้ากากอนามัย เพื่อให้เกิดความปลอดภัยสูงสุดในการฏิบัติงาน ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดพฤติกรรมการสวมใส่ชุดอุปกรณ์ป้องกันต่าง ๆ ตามแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องและสวมใส่ตลอดเวลาขณะปฏิบัติงานในระดับดีมาก และมีผลการศึกษาที่มีลักษณะคล้ายคลึงสนับสนุน คือ การศึกษาของ พรทิพย์ มธุรวาทิน (2565) พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความเข้าใจในการใช้หน้ากากอนามัยเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภาพรวมอยู่ในระดับที่ดี (*M* = 13.04) เช่น เฉลี่ยการใส่หน้ากากอนามัยที่ถูกต้องป้องกันความเสี่ยงจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, การใส่หน้ากากอนามัยที่ไม่ถูกวิธีเป็นสาเหตุให้มีโอกาสติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากขึ้น, การสวมหน้ากากอนามัยที่ถูกต้อง ควรให้ทั้งปากและจมูกอยู่ภายใต้หน้ากาก เป็นต้น การศึกษาของวิชัย ศิริวรวัจนชัย (2564) ได้ศึกษาการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด 19 พบว่า โดยมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเรื่องเมื่อออกจากบ้านและขณะที่ปฏิบัติงานอยู่อาสาสมัครประจำหมู่บ้านต้องสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าตลอดเวลาในระดับดีมากที่สุด ($\bar{X}$ = 2.97)

ขั้นตอนที่ 3 การดำเนินงานเคาะประตูบ้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยการเน้นย้ำและเข้มงวดเรื่องการวมหน้ากากอนามัยของประชาชนในชุมชนอยู่ในระดับดีมากที่สุด (*M* = 4.55, *SD* = 0.61) ซึ่งปฏิบัติเป็นประจำร้อยละ 61.3 และกับการเน้นย้ำและเข้มงวด เรื่อง การงดรวมกลุ่ม เว้นระยะห่างทางสังคมของคนในชุมชน (*M* = 4.53, *SD* = 0.60) ซึ่งปฏิบัติเป็นประจำร้อยละ 58.7 เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ ความเข้าใจและเชื่อว่า การสวมใส่หน้ากากอนามัยและการเว้นระยะห่างทางสังคม หรือ Social distancing เป็นวิธีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและควบคุมโรคได้ดีที่สุด นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขยังได้กำหนดมาตรการควบคุมการแพร่ระบาด โดยให้ทุกคนออกจากบ้าน และรักษาระยะห่างทางสังคม เมื่อต้องทำกิจกรรมร่วมกลุ่ม อาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้านมีความรับผิดชอบที่สำคัญในการควบคุมหรือแนะนำผู้คนให้ปฏิบัติตามมาตรฐานนี้ สนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดพฤติกรรมอยู่ในระดับดีมากที่สุด สอดคล้องกับงวิจัยของ กิตติพร เนาว์สุวรรณ และคณะ (2563ก) พบว่าบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของ อสม. ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ใน

ระดับมากที่สุด คือ เข้มงวดเรื่องการสวมหน้ากากอนามัยของประชาชนในชุมชนอยู่ในระดับดีมาก ($\bar{x}$ = 2.90, *SD* = 0.35) และตามด้วยการปฏิบัติตามมาตรการห้ามคนออกจากบ้าน (เคอร์ฟิว) อย่างเคร่งครัด ($\bar{x}$ =2.85, SD=0.40), ปฏิบัติตามประกาศของจังหวัดอย่างเคร่งครัด เช่น เข้า - ออกพื้นที่ งดจำหน่ายสุรา งดการรวมกลุ่ม เป็นต้น ของประชาชนในชุมชน ($\bar{x}$ = 2.83, *SD* = 0.43)

สำหรับพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด 2 อันดับสุดท้าย ได้แก่ การรายงานผลดำเนินงานเคาะประตูบ้าน ผ่านอสม.ออนไลน์หัวข้อรายงานเหตุ " เฝ้าระวังโควิด 19" (*M* = 3.94, *SD* = 1.05) และการบันทึกรายงาน ติดสติกเกอร์ ทำสัญลักษณ์ครัวเรือนที่คัดกรองโรคแล้ว (*M* = 3.96, *SD* = 0.88) และอยู่ในขั้นตอนที่ 3 การดำเนินงานเคาะประตูบ้าน ซึ่งทั้งสองข้ออาสาสมัครสาธารณสุขปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุดได้ไม่ถึงร้อยละ 50 เนื่องจาก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่ไม่ถนัดการเขียนบันทึกรายงานผลการดำเนินงาน หรือรายงานผลการดำเนินงานทางออนไลน์ ส่วนหนึ่งมองเป็นวิธีการที่ยุ่งยากเกินไป และสอดคล้องกับ นาฏยา นุชนารถ และคณะ (2561) กล่าวว่า อสม.ทำงานมาก แต่ขาดการจดบันทึก หรือบันทึกไม่ถูกต้อง และขาดหลักฐานการทำงานที่เป็นระบบทำให้เป็นปัญหาและอุปสรรคต่อการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมในระดับน้อยที่สุด

2. ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชน

ตามแนวคิด PRECEDE-PROCEED MODEL (Green & Kreuter, 2005) ในการศึกษานี้ ปัจจัยภายในและภายนอกที่สามารถทำนายพฤติกรรมได้ ซึ่งปัจจัยนำ คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดำเนินงานควบคุมโรคและการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการดำเนินงานควบคุมโรค สำหรับปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุ อุปกรณ์ ในการดำเนินงานควบคุมโรค ในการศึกษานักวิจัยได้นำแนวคิดระยะที่ 1 คือ ระยะการวินิจฉัยที่เรียกว่า PRECEDE ตามขั้นตอนที่ 3 ที่เรียกว่า การประเมินทางการศึกษาและปัจจัยสิ่งแวดล้อม (Educational Ecological Assessment) โดยใช้สิ่งนี้เป็นแนวทางวิเคราะห์ปัจจัยสำคัญที่สนับสนุนแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมการควบคุมโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ดังนี้

2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดำเนินงานควบคุมโรค เป็นปัจจัยนำที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ร้อยละ 62 (R^2 = .620, p < .001) และเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อพฤติกรรม (β = 0.578) ดังที่ Green and Kreuter (2005) กล่าวว่า ความรู้เป็นปัจจัยนำที่สำคัญ เป็นคุณลักษณะของบุคคลในการแสดงพฤติกรรมหรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และ

ความรู้จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของมนุษย์ ดังนั้นเมื่ออาสาสมัครประจำหมู่บ้านมีความรู้ที่ดี ส่งผลให้มีพฤติกรรมที่ดีตามมา ซึ่งเห็นได้จากผลการศึกษาระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรค และการดำเนินงานควบคุมโรคของกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในระดับมาก และพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019(COVID-19) ในชุมชนอยู่ในระดับที่ดีมากเช่นเดียวกัน ซึ่งจากการศึกษางานวิจัยที่มีลักษณะคล้ายคลึง พบการศึกษาของ วิชัย ศิริวรวัจนชัย (2564) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของอสม.ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด 19 อำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน พบว่า อสม.มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ในระดับสูง (M = 6.56, SD = 2.204) และมีการปฏิบัติงานตามบทบาทระดับสูง (M = 2.75, SD = 1.194) เช่นเดียวกัน โดยคะแนนความรู้ของอสม. สามารถพยากรณ์ค่าเฉลี่ยการปฏิบัติงานตามบทบาทของอสม.ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด19 ได้ร้อยละ 11.7 (R^2 = .117 , p < .001) โดยความรู้ของอสม. เพิ่มขึ้น 1 คะแนนมีผลทำให้ค่าเฉลี่ยการปฏิบัติงานตามบทบาทอสม.เพิ่มขึ้นร้อยละ 2.7 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Yeunyow T and Boonserm P (2020) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหญิงกับทัศนคติต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้อยู่ในระดับสูง (M = 12.1, SD = 0.9) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอยู่ในระดับที่เหมาะสม (M = 4.3, $S.D.$= 0.5) โดยความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหญิงจังหวัดสุรินทร์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001 (X^2 = 11.064, p < .001)

2.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการดำเนินงานควบคุมโรค เป็นปัจจัยนำตัวที่สองที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 7.3 (R^2change = .073) เป็นร้อยละ 69.3 (R^2 = 0.693, p < .001; β = .179) ดังที่ Green and Kreuter (2005) ได้กล่าวไว้ว่า ความเชื่อเป็นคุณลักษณะของบุคคลที่ติดตัวมา โดยมีความเชื่อว่าบุคคลมีโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหรือการได้รับเชื้อโรค และกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกิดจากการรับรู้ หรือความเชื่อนั้น ดังนั้นในการศึกษานี้อธิบายได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความเชื่อว่าโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่อที่มีการแพร่กระจายเชื้อง่าย และตัวเองเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เนื่องจากเป็นด่านหน้าที่ต้องทำหน้าที่คัดกรองโรคในชุมชน และติดตามเยี่ยมกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มผู้ติดเชื้อยืนยันร่วมกับทีมสุขภาพในชุมชน จำเป็นต้องมีพฤติกรรมดำเนินงานควบคุมโรคที่ดี เช่น การสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือ การสวมใส่และถอดชุดอุปกรณ์ป้องกันโรค (PPE) การรักษาระยะห่าง การทำความสะอาดร่างกาย และการทำความสะอาดอุปกรณ์ของใช้ต่าง ๆ ในการปฏิบัติงานทุกครั้งและเมื่อเกิดการรับรู้ความเสี่ยงมาก ยิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมควบคุมโรคที่

ดี เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อติดเชื้อจากการดำเนินงานควบคุมโรค และพบการศึกษาและงานวิจัยที่มีลักษณะคล้ายคลึงสนับสนุน คือการศึกษาของ สุภาภรณ์ วงธิ (2564) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$= 4.62, *SD* = 0.86) และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.53, *SD* = 0.88) เช่นเดียวกัน และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวก (r = .521, $p < 0.001$) เมื่อตัวแปรอิสระอื่นคงที่ คะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะเพิ่มขึ้น 0.521 คะแนน

2.3 การได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุ อุปกรณ์ ในการดำเนินงานควบคุมโรค เป็นปัจจัยเสริมที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 3.3 (R^2change = .033) เป็นร้อยละ 72.6 (R^2 = 0.726, p < .001; β = .183) ดังที่ Green and Kreuter (2005) ได้กล่าวไว้ว่า ปัจจัยเสริมแรงหรือปัจจัยสนับสนุน (Reinforcing Factors) เป็นปัจจัยที่ได้รับจากบุคคลอื่น ที่มีอิทธิพลต่อบุคคลและต่อสถานการณ์นั้น ช่วยสนับสนุนให้เกิดการแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ออกมา และจะช่วยให้เกิดความมั่นคงของการเกิดพฤติกรรมนั้น ๆ ซึ่งแต่ละบุคคลแตกต่างกันไป ดังนั้นในการศึกษานี้จึงได้อธิบายว่า เมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านได้รับการสนับสนุนด้วยวัสดุและอุปกรณ์ในการควบคุมโรค เช่น หน้ากากอนามัย ชุด PPE ถุงมือ Face shield อุปกรณ์วัดไข้ และข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น สิ่งนี้จูงใจหรือการสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมควบคุมโรคในชุมชนที่ดีของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน และค้นคว้าการศึกษาที่ที่มีลักษณะคล้ายคลึงสนับสนุน คือการศึกษาของสรวุฒิ เอี่ยมนุ้ย (2564) ศึกษาปัจจัยที่มีต่อการปฏิบัติงานในบทบาทอสม.ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด -19 ในกงไกรลาศ สุโขทัย พบว่าการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน ชุมชน และบุคลากรสาธารณสุข มีส่วนช่วยเป็นกำลังใจ สนับสนุนเครื่องมือ ประสานงาน และแลกเปลี่ยนประสบการณ์มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามบทบาทการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด -19 (β = 0.360, p < 0.001) และเมื่อการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมดังกล่าวเพิ่มขึ้น 1 หน่วย การปฏิบัติงานจะเพิ่มขึ้น 0.508 หน่วย และการศึกษาของ สุภาภรณ์ วงธิ (2564) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากรที่มีผลต่อ

พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่าภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.09, *SD* = 1.17) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ท่านได้รับวัสดุหรืออุปกรณ์ เช่น หน้ากากอนามัย หน้ากากแบบใส เครื่องวัดอุณหภูมิสำหรับปฏิบัติงาน ($\bar{x}$ = 4.38, *SD* = 0.98) และภาพรวมแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.36, *SD* = 0.95) คะแนนเฉลี่ยรายข้อ พบว่า ข้อการได้รับเอกสาร สิ่งตีพิมพ์ โปสเตอร์แผ่นพับที่เกี่ยวข้องกับโรค ระดับมาก ($\bar{x}$ 4.22, *SD* = 1.03) โดยแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น 1 คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะเพิ่มขึ้น 0.146 คะแนน และยังพบการศึกษาของ สิวลี รัตนปัญญา (2561) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออกในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า อสม. มีคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความพอเพียงของทรัพยากรในการดำเนินงานเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออก เช่น เคมีภัณฑ์ วัสดุ ทรัพยากรบุคคลที่มีอย่างเพียงพอ อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$= 4.26, *SD* = 0.56) และมีคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้ข่าวสารและคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ภาครัฐเกี่ยวกับการเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$= 4.21, *SD* = 0.65) โดยข้อที่มีคะแนนสูงสุด คือ การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในด้านการนิเทศงาน ($\bar{x}$ = 4.02, *SD* = 0.82) โดยปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความพอเพียงของทรัพยากร (β = 0.159, $p < 0.001$) และปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้ข่าวสารและคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ภาครัฐ (β = 0.780 $p < 0.016$) มีอิทธิพลและสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ร้อยละ 28.4

2.4 การรับรู้นโยบายในการดำเนินงานควบคุมโรค เป็นปัจจัยเอื้อที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 1.6 (R^2change = .016) เป็นร้อยละ 74.2 (R^2 = .742, $p < .001$; β = .148) ดังที่ Green and Kreuter (2005) ได้กล่าวไว้ว่า ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) เป็นแหล่งทรัพยากรที่จะช่วยเกื้อกูลให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ดังนั้นในการศึกษานี้จึงสามารถตีความได้ว่า เมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านได้รับแจ้งนโยบายการดำเนินการควบคุมโรคจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้กำกับ ดูแล ปฏิบัติงานร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ทำหน้าที่เคาะประตูบ้านเพื่อควบคุมโรคในท้องถิ่นหรือชุมชน จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้มีการควบคุมโรคที่ดีของ อสม. นอกจากนี้ยังมีการศึกษาและศึกษาในลักษณะที่คล้ายคลึงกันคือ การศึกษาของเมธี สุทธศิลป์ และคณะ (2560) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการจัดการควบคุมป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา พบว่า การรับรู้นโยบายต่อการควบคุมป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้านอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 53.3 และการรับรู้นโยบายในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดนมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการจัดการควบคุมป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = 0.012, p = .05) และยังพบการศึกษาของ จันทิมา นวะมะวัฒน์ และคณะ (2564) ที่ศึกษาอาสาสมัครสาธารณสุขและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและเฝ้าระวังโควิด-19 สนับสนุนนโยบายให้อสม. มีส่วนร่วมใช้แอปพลิเคชัน " EpiScan Covid19 " เป็นกลยุทธ์สำคัญในการหยุดการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 ในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ปัจจัยที่ไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชน มีดังนี้

ในการศึกษานี้ปัจจัยภายในและภายนอกตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ไม่สามารถกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมดำเนินงานควบคุมโรคได้ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่ ปัจจัยนำ คือ การรับรู้ความรุนแรงต่อโรคและทัศนคติต่อโรคและการดำเนินงานควบคุมโรค และปัจจัยเสริม คือ การได้รับแรงจูงใจในการดำเนินงานควบคุมโรค ดังนี้

3.1 การรับรู้ความรุนแรงต่อโรค หมายถึง ความเชื่อ ความรู้สึกหรือความเข้าใจที่บุคคล ประเมินว่าความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีต่อร่างกายสามารถก่อให้เกิดโรคแทรกซ้อน ความพิการ การเสียชีวิต (สุภาภรณ์ วงธิ, 2564) เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของทุกข้ออยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.7, SD = 0.045) ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชื่อว่าโรคนี้เป็นโรคติดต่อ เป็นโรคอุบัติใหม่ที่ติดต่อได้ง่าย มีความรุนแรงต่อการระบาดของโรค มีความซับซ้อนและยากต่อการจัดการปัญหา มีผลกระทบต่อสุขภาพ แต่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายถึงชีวิต หรือเกิดความพิการได้จากความรุนแรงของโรค ซึ่งมีการศึกษาและงานวิจัยที่มีลักษณะคล้ายคลึง คือ การศึกษาของ สุภาภรณ์ วงธิ (2564) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และไม่สอดคล้องกับการวิจัย กิตติพร เนาว์สุวรรณ และคณะ (2563ก)ได้สำรวจความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางและสามารถทำนายบทบาทการดำเนินงานได้ร้อยละ 17.3

3.2 ทัศนคติต่อโรคและการดำเนินงานควบคุมโรค ซึ่งทัศนคติ หมายถึง ความคิด ความเชื่อที่มีต่อพฤติกรรมเป็นกระบวนการคิดที่เกิดขึ้นภายในความคิดความเชื่อนี้จะส่งผลต่อการ

เกิดพฤติกรรม (Ajzen, & Fishbein, 1998 อ้างถึงใน พรนภา หอมสินธุ์, 2558) ถึงแม้ทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะเชื่อว่า โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นโรคติดต่อ ต้องมีการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคในชุมชน แต่จะอาศัยทัศนคติที่ดี เห็นชอบต่อการควบคุมโรคของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านอย่างเดียวไม่ได้ จำเป็นต้องอาศัยหลาย ๆ องค์ประกอบในการดำเนินงานควบคุมโรคเชิงรุก เช่น ความรู้ การได้รับการฝึกอบรม อุปกรณ์การดำเนินงานควบคุมโรค และการสนับสนุน ช่วยเหลือจากทีมพยาบาลเวชปฏิบัติบัติชุมชน ทีมบุคลากรทางด้านสาธารณสุขในชุมชนควบคู่ไปเพื่อให้เกิดพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรค

ดังที่ Green and Kreuter (2005) ได้กล่าวไว้ว่า ปัจจัยนำหรือปัจจัยโน้มน้าว (Predisposing Factors) หมายถึง ปัจจัยพื้นฐานที่นำไปสู่แรงจูงใจที่จะแสดงพฤติกรรมของคน หรือในทางกลับกันจากประสบการณ์การเรียนรู้ (Education Experience) ซึ่งเป็นองค์ประกอบของปัจจัย ได้แก่ ความรู้ ความเชื่อ และทัศนคติ เป็นความรู้สึกคงที่ของบุคคลที่มีทั้งด้านบวกและลบต่อสิ่งต่าง ๆ ที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และ สร้อยตระกูล (ติวยานนท์) อรรถมานะ (2541) กล่าวว่า ทัศนคติ คือ การผสมผสานระหว่างความนึกคิด ความเชื่อ ความคิดเห็น ความรู้ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด สถานการณ์ใด สถานการณ์หนึ่ง ๆ ซึ่งออกมาในทางยอมรับหรือปฏิเสธก็ได้ และความรู้สึกเหล่านี้ต้องอยู่นานพอสมควร จึงจะมีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมใดพฤติกรรมทั้งในเชิงบวกหรือเชิงลบ โดยที่ทัศนคตินี้สามารถเรียนรู้หรือจัดการได้โดยใช้ประสบการณ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาภรณ์ วงธิ (2564) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคของอสม.ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Yeunyow T and Boonserm P (2020) พบว่า ทัศคติสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหญิง จังหวัดสุรินทร์ และการศึกษาของ เมธี สุทธศิลป์ และคณะ (2560) พบว่า ทัศนคติต่อการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดนที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินการควบคุมป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3.3 การได้รับแรงจูงใจในการดำเนินงานควบคุมโรค เป็นปัจจัยเสริมอีกปัจจัยหนึ่งที่ไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมดำเนินงานควบคุมโรคในการศึกษาครั้งนี้ได้ ซึ่ง แรงจูงใจ คือ สิ่งโน้มน้าวหรือชักชวนให้บุคคลกระทำหรือปฏิบัติการ (Kidd, 1973) เช่น ค่าตอบแทน ยอมรับนับถือ กล่าวยกย่อง ชมเชย และความก้าวหน้าหรือการได้เป็นอสม.ดีเด่น ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าเชื่อว่า แรงจูงใจที่ได้รับนี้ไม่มีผลต่อพฤติกรรมดำเนินควบคุมโรคของตนเอง เพราะ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติหน้าที่ด้วยความเต็มใจ ภาคภูมิใจ พร้อมเสียสละ ถือเป็น

หน้าที่หนึ่งที่สำคัญที่ต้องปฏิบัติ เพื่อให้ยอดผู้ติดเชื้อลดลง ไม่มีผู้เสียชีวิตในพื้นที่ องค์กรประสบความสำเร็จโดยไม่หวังผลตอบแทน การยอมรับนับถือ คำกล่าวยกย่อง ชมเชย และความก้าวหน้าในหน้าที่ของตนเอง ดังผลการศึกษาที่พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนรายข้อที่มีมากที่สุด 3 ข้อ คือ เป็นงานที่มีเกียรติพร้อมเสียสละเวลาปฏิบัติหน้าที่ ยอดผู้ติดเชื้อในพื้นที่ลดลงและไม่พบผู้เสียชีวิต องค์การอนามัยโลกยกย่อง อสม. และค่าเฉลี่ยคะแนนรายข้อที่มีน้อยที่สุด 3 ข้อ การค่าตอบแทน การได้รับการยอมรับนับถือ กล่าวยกย่อง ชมเชย และความก้าวหน้าหรือการได้เป็นอสม.ดีเด่น และดังคำกล่าวของนันทาวดี วรวสุวัส (2560) ที่กล่าวว่า อสม.เป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่าต่อการพัฒนางานสาธารณสุขชุมชน การที่เป็นผู้ทำงานด้วยความเสียสละ เต็มใจช่วยเหลือชุมชน เป็นแบบอย่างด้านการพัฒนาสุขภาพและพัฒนาชุมชน ช่วยดูแลให้คนในชุมชนมีสุขภาพกายและใจที่ดี จึงกล่าวได้อย่างเต็มภาคภูมิว่า อาสาสมัครสาธาณสุขประจำหมู่บ้าน คือ ผู้ที่ทำงานเพื่อสังคม ด้วยหัวใจที่มีจิตอาสาอย่างแท้จริง ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ วิชัย ศิริวรวัจนชัย (2564) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของอสม.ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด 19 อำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน พบว่า ปัจจัยด้านแรงจูงใจของอสม.อยูในระดับสูง ซึ่งมีความรู้สึกภาคภูมิใจและมีเกียรติที่ได้ร่วมปฏิบัติงานและถือเป็นหน้าที่หนึ่งที่สำคัญของ อสม. และสามารถร่วมกันพยากรณ์ปฏิบัติงานตามบทบาทของอสม.ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด 19 ได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้ปฏิบัติงานพยาบาลชุมชนและบุคลากรด้านสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนากิจกรรม/โปรแกรมสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดำเนินการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยเน้น ความรู้เกี่ยวกับโรค จัดอบรม ให้ข้อมูลด้านสุขภาพ เพิ่มข้อมูลการรับรู้โอกาสเสี่ยงสำหรับการดำเนินงานควบคุมโรค สนับสนุนอุปกรณ์ให้เพียงพอ ใช้งานง่าย และสื่อสารนโยบายควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้ชัดเจนและสม่ำเสมอ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานควบคุมโรคและกระตุ้นศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้าน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างการรับรู้/ความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการดำเนินงานควบคุมโรค โปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมที่มุ่งเน้นการสร้างการรับรู้/ให้ความรู้เรื่องโรคติดต่ออุบัติใหม่ในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับบทบาทในการดำเนินงาน

ควบคุมโรคในพื้นที่ การถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ พร้อมทั้งฝึกปฏิบัติ สาธิตการใช้อุปกรณ์การแพทย์ต่าง ๆ เทคนิคการใช้เทคโนโลยีมาช่วยในการส่วนปฏิบัติงาน

2. ควรมีการศึกษาการเตรียมความพร้อมด้านความรู้โรคติดต่ออุบัติใหม่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้ได้ข้อมูลการเตรียมความพร้อมด้านโรคติดต่ออุบัติใหม่อย่างครอบคลุม มีการศึกษาพัฒนาเครื่องมือวิจัยที่เป็นเครื่องมือมาตรฐานต่อไป

3. ควรนำเทคโนโลยีด้านการสื่อสารที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ มาช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล หรือพัฒนาเทคโนโลยีด้านการสื่อสารในรูปแบบต่าง ๆ ให้เหมาะกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา สร้างสื่อเทคโนโลยีที่เหมาะสมมาช่วยในการศึกษาวิจัยต่อไป

บรรณานุกรม

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2564, 2 พฤศจิกายน). แนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัย ดูแลรักษาและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลกรณีโรคติดเชื้อไวรสโคโรนา 2019 (COVID-19) (ฉบับปรับปรุง วันที่ 2 พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข). https:// www.dms.go.th.

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563, 3 เมษายน). การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID – 19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. https:// ddc.moph.go.th/viralpneumonia/g_health_ care.php.

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563ข, 11 มีนาคม). แนวทางการดำเนินงาน : การจัดระบบ อสม. และภาคประชาชนสำหรับ Local quarantine และ Home quarantine. https:// ddc.moph.go.th.

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563ค, 5 มีนาคม). พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548. https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/laws.php.

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564ก, 3 พฤษภาคม). กรมควบคุมโรคขอความร่วมมือประชาชนเคร่งครัดมาตรการ D-M-H-T-T-A อย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันโรคโควิด 19 ฉบับวันที่ 3 พฤษภาคม 2564.https//ddc.moph.go.th.

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564ข, 3 มกราคม). แนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หรือโควิด 19 สำหรับประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง. https:// ddc.moph.go.th.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563, 23 เมษายน). เตือน 4 กลุ่มเสี่ยงเครียดจาก “โควิด ” แนะโหลดแอปฯ เช็กด่วน ตั้งเป้าลดฆ่าตัวตาย ไม่ให้เหมือนวิกฤตต้มยำกุ้ง. https://www.dmh.go.th/news-dmh/ view.asp?id=30301.

กรมสุขภาพจิต (2564, 28 ตุลาคม). สำรวจสุขภาพใจบุคลากรทางสาธารณสุข. https://www.dmh.go.th/news/view.asp?id =2417.

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2563, 30 กันยายน). ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน:อสม. http://www.thaiphc.net/new2020/ manual.

กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นภชา สิงห์วีรธรรม, และ นวพร ดำแสงสวัสดิ์. (2563ก). ความสัมพันธ์ระหว่าง

การรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)ในประเทศไทย. วารสารสถาบันบำราศนราดูร, 14(2), 92 - 103.

กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นภชา สิงห์วีรธรรม, นวรัตน์ ไวชมภู, และ กชกร ฉายากุล. (2563ข). ความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย.วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 12(3), 195 - 212.

จรูญลักษณ์ ป้องเจริญ, และ ยุคนธ์ เมืองช้าง. (2561). แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 29(1), 60 - 70.

จุฬาลักษณ์ บารมี. (2551). สถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพและการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS (พิมพ์ครั้งที่ 1).ศรีศิลปการพิมพ์.

ธัญสิริ ธัญสวัสดิ์, นิตยา จันทบุตร, และ ใจเพชร นิลบาล. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ. วารสารวิจัยและประเมินผลอุบลราชธานี, 8(1), 1 - 10.

ธานี กล่อมใจ, จรรยา แก้วใจบุญ, และ ทักษิกา ชัชวรัตน์. (2563). ความรู้และพฤติกรรมของประชาชนเรื่องการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา, 21(2), 29 - 39.

นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล, นงค์ราญ วิเศษกุล, ขวัญพนมพร ธรรมไทย, คำพอง คำนนท์, ศรีสกุล สังกำปัง, และ รูซีลา โตะกีเล. (2564). งานวิจัยอ่านง่าย เรื่อง ปัจจัยทำนายการปฏิบัติของประชาชนไทยต่อผู้ที่เคยติดเชื้อหรือผู้ถูกกักกันและผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19.(พิมพ์ครั้งที่ 1). ห้างหุ้นส่วนจำกัด พีเอ็นเอสครีเอชั่น.

นภชา สิงห์วีรธรรม, วัชรพล วิวรรศน์ เถาว์พันธ์, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, เฉลิมชัย เพาะบุญ และสุทธิศักดิ์ สุริรักษ์. (2563). การรับรู้และพฤติกรรมการป้ องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของทันตาภิบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วารสารสถาบันบำราศนราดูร, 14(2), 104-115.

นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ. (2563, 19 กุมภาพันธ์). COVID-19 Case Management and Infection Control. https://ddc.moph.go.th/ viralpneumonia/file/g_km/handout003_26022020.pdf.

นาฎยา นุชนารถ, ศิริชัย เพชรรักษ์, และสุเทพ เชาวลิต. (2561). การ. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร 6 (2), 768 - 779.

นันทาวดี วรวสุวัส. (2560). คู่มือความรู้สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาสุขภาพจิตชุมชน(พิมพ์ครั้งที่ 1). หจก.โรงพิมพ์พระธรรมขันต์.

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. (2553). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์(พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ : ยูแอนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย จำกัด.

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. (2555). การพัฒนาและตรวจสอบเครื่องมือวิจัย : คุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยา. กรุงเทพฯ:จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ประยุทธ แสงสุรินทร์, อัญธิกา ชัชวาลยางกูร, ชยานันต์ ประมวลเจริญกิจ, และ ณัฐวดี ศรีส่ง. (2554). คู่มือ อสม.ยุคใหม่. ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

ปรางค์ จักรไชย, อภิชัย คุณีพงษ์, และ วรเดช ช้างแก้ว. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในทีมหมอครอบครัว จังหวัดปทุมธานี. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 31(1), 16 - 28.

พรทิพย์ มธุรวาทิน. (2565). ความรู้ความเข้าใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดเชียงใหม่ ในเรื่องการใช้หน้ากากอนามัยให้ปลอดภัยจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 [งานวิจัยที่ไม่มีการตีพิมพ์] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ . https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/detail_academic.php?academic_id=11.

พรนภา หอมสินธุ์. (2558). แนวคิด และทฤษฎีสู่การปฏิบัติ : การป้องกันการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่น. ชลบุรี: ชลบุรีการพิมพ์.

พรสุข หุ่นนิรันดร์. (2545). พฤติกรรมศาสตร์ทางสุขศึกษา [เอกสารที่ไม่มีการตีพิมพ์]. ภาควิชา สุขศึกษา คณะพลศึกษา, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

พีรยุทธ บุญปาล. (2564). ความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ (อสต.) พื้นที่หมู่บ้านคู่ขนานชายแดนไทย-เมียนมาร์ อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก. [ผลงานวิจัยที่ไม่มีการตีพิมพ์].สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก.

ภัคณัฐ วีรขจร, โชคชัย ขวัญพิชิต, กิตติพร เนาว์สุวรรณ์, และ นภชา สิงห์วีรธรรม. (2563). การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของกำลังพลที่ปฏิบัติงานสายแพทย์ ศูนย์อำนวยการแพทย์ จังหวัดชายแดนภาคใต้. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 3(3), 106 - 117.

เมธี สุทธศิลป์, เนตรนภา สาสังข์, และ ทัศพร ชูศักดิ์. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการจัดการควบคุมป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้าน อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา. *วารสารพยาบาลทหารบก, 18*(1), 83 - 93.

ยุทธนา แยบคาย. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา, 19*(3), 145-155.

ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). *พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542*. กรุงเทพฯ : นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่น.

รุ่งเรือง กิจผาติ, นภชา สิงห์วีรธรรม, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, และ พินิจ ขอดสันเทียะ. (2564). อิทธิพลของแรงจูงใจต่อการดำเนินงานเชิงรุกเพื่อป้องกันโรคโควิด 19 ระลอกแรกในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข. *วารสารวิชาการสาธารณสุข, 30*(5), 814 - 823.

วิชัย ศิริวรวัจนชัย. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด 19 อำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน. *มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร, 4*(2), 63 - 75.

วิทยา ชินบุตร, และ นภัทร ภักดีสรวิชญ์. (2564). บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ตามนโยบายรัฐบาล อำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ, 6*(2), 304 - 318.

วิมลรัตน์ ถนอมศรีเดชชัย, ทัศวรรณ วัชระ, เปรมิกา เนียมเกตุ, และ มณีรัตน์ สวนดอกไม้. (2560). การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่. *วารสารวิชชา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช, 36*(1), 86 - 97.

ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2563). *อสม.4.0 : แบบรายงานระบบฐานข้อมูล อสม. และเฝ้าระวังไวรัสโคโรนา*. http://www.thaiphc.net.

ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จังหวัดชลบุรี. (2564, 30 มิถุนายน). *ข้อมูลสถานการณ์ COVID-19 จังหวัดชลบุรี*. http://www.chonburi.go.th.

ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จังหวัดชลบุรี. (2565, 30 มกราคม). *ข้อมูลสถานการณ์ COVID-19 จังหวัดชลบุรี*. http://www.chonburi.go.th.

ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563, 31 ธันวาคม). *รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อโคโรนา 2019 ฉบับที่ 363*

https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no363-311263.pdf.

สรวุฒิ เอี่ยมนุ้ย. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด - 19 อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา, 1(2), 75 - 90.

สร้อยตระกูล (ติวยานนท์) อรรถมานะ. (2541). พฤติกรรมองค์การ ทฤษฎีและการประยุกต์ (พิมพ์ครั้งที่ 1).กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สหัทยา ถึงรัตน์. (2556). การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)ในเขตเทศบาลเมืองอ่างศิลาอำเภอเมืองชลบุรีจังหวัดชลบุรี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยบูรพา] ฐานข้อมูลงานวิจัย (ThaiLis).

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.). (2563, 14 พฤศจิกายน). ภาวะเศรษฐกิจรายไตรมาส. https://www nesdc.go.th.

สิวลี รัตนปัญญา. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออกในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่. วารสารราชพฤกษ์, 16(2), 87 - 96.

สุภาภรณ์ วงธิ. (2564). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท,มหาวิทยาลัยนเรศวร]. Naresuan University Intellectual Repository (NUIR). http://nuir.lib.nu.ac.th/dspace/handle/123456789/3227

สุรีพร คนละเอียด, พรทิพย์ ปรีชาไชยวิทย์, นันทิมนัส นนทะภา, จารุกุล เจริญศร, และ ชนัญญู มงคล. (2564). รายงานการศึกษาการประเมินความเสี่ยงการติดเชื้อ Coronavirus Disease 2019 (COVID-2019) ในโรงพยาบาลชายขอบของไทย[ผลงานวิจัยที่ไม่มีการตีพิมพ์].สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์.

เอกรินทร์ โปตะเวช, เรืองยศ จันทรสามารถ, เสาวลักษณ์ โกศลกิตติอัมพร, และ ยุภาพร ยุภาศ. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม, 2(3), 265 - 273.

Best, J. W., & Kahn, J. V. (2006). Research in education(10th ed.) Boston:Allyn and Bacon.

Bashirian S, Jenabi E, Khazaei S, & et al. (2020) Factors Associated With Preventive Behaviours Of Covid-19 Among Hospital Staff In Iran In 2020: An Application Of The Protection Motivation Theory. J Hosp Infect,105(3), 430 - 433. (doi: 0.1016/j.jhin.2020.04.035)

Diane E Papalia, & Sally Wendkos Olds. (1995). New Human development (14th ed).New York : McGraw-Hill.

Eric Y T. Effect of knowledge and perceptions of risks on Ebola-preventive behaviours in Ghana. (2018). International health, 10(3), 202-210. (doi: 10.1093/inthealth/ihy009)

Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1:Tests for correlation and regression analyses. Behavior Research Methods, 41(4), 1149 - 1160.

Fungwith C. (2020). The Factor Affecting to Success of Working for Public Health Village Volunteer. EAU Heritage Journal Social Science and Humanities, 10(2), 123-135.

Green L, & Kreuter M. Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach (4th Edition). New York. McGraw-Hill, 2004.

Kidd, J. R. (1973). How Adults Learn. New York : Association Press.

Pornpat P, Varnish R, Payaowadee A, & Barameht P. (2020). Factors Associated with Preventive Behaviors towards Coronavirus Disease (COVID-19) among Adults in Kalasin Province, Thailand, 2020. Outbreak Surveillance Investigation & Response Journal (OSIR Journal), 13(3), 78 - 89.

Saqlain M., Munir M.M. , Rehman S.U. , Gulzar A. , Naz S., Ahmed Z. , Tahir A.H. , & Mashhood M. (2020,May 11). Knowledge, attitude, practice and perceived barriers among healthcare workers regarding COVID-19: a crosssectional survey from Pakistan. Journal of Hospital Infection,105(3), 419-423. (doi: 10.1016/j.jhin.2020.05.007)

Siripiyanon S. (2020). Factors Affecting the Prevention and Control Behavior of Dengue Hemorrhagic Fever of Village Health Volunteers (VHV) at Wachirabarami District Phichit Province. Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office,4(8),85-121.

World Health Organization. (2020a). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report Retrieved 30 April 2020. https://www.who.int.

World Health Organization. (2020b). Laboratory testing for coronavirus disease 2019 (COVID-19) in suspected human cases: Interim guidance, (update 2 March 2020) https://apps.who.int/iris/handle/10665/331329.

World Health Organization. (2020c). Report of the WHO - China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID -19) & Intergrated surveillance of COVID - 19 in Italy. www.epicentro.iss.it .

World Health Organization. (2020a). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report https://www.who.int.

Worldometer. (2022). COVID -19 CORONAVIRUS : 27/01/2565. https://www.worldometers. info.

Yang, Li Liu, Shasha Liu, Jinyan Zhang, Zhixin Wan, Xiaochun Huang, Bo Chen, & Yang Zhang. (2020, July 25). COVID-19: Immunopathogenesis and Immunotherapeutics. Signal Transduct Target Ther, 5(1), 1 - 28. https://doi:10.1038/s41392-41020-00243- 41392.

Yeunyow T, & Boonserm P. (2020). The relationship between knowledge and attitude toward on prevent behaviors of coronavirus infection 2019 among femal village health volunteers (VHVs), Surin Province. Medical journal of srisaket surin buriram hospitals, 35(3), 558 - 564.

Zhou, FeiYu, Ting Du, Ronghui Fan, Guohui Liu, Ying Liu, Zhibo Xiang, Jie Wang, Yeming Song, Bin Gu, & Xiaoying. (2020, Mar 11). Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study.The lancet,395(10229), 1054-1062.(doi:1010.1016/S0140 6736(1020)30566-30563).

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

มหาวิทยาลัยบูรพา
BURAPHA UNIVERSITY

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

1. ผศ. ดร.พัชรินทร์ พูลทวี	รองคณบดีฝ่ายกิจการนิสิตและศิษย์เก่าสัมพันธ์ อาจารย์ประจำสาขาการพยาบาลชุมชนเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. แพทย์หญิงหัสญา ตันติพงศ์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ แพทย์เฉพาะทางด้านโรคติดเชื้อ โรงพยาบาลชลบุรี
3. นางสาวอารีย์ สุวิทย์เรืองฤทธิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ พยาบาเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ และการป้องกันการติดเชื้อ หัวหน้าหอผู้ป่วยโรคติดเชื้อ โรงพยาบาลชลบุรี

มหาวิทยาลัยบูรพา
BURAPHA UNIVERSITY

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบรายงาน

ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและเอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

แบบสอบถามงานวิจัย

เรื่อง " ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน"

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยแบบสอบถามประกอบด้วย 9 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคและการดำเนินงานควบคุมโรค

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงต่อโรค

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการดำเนินงานควบคุมโรค

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามทัศนคติต่อโรคและการดำเนินงานควบคุมโรค

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้นโยบายในการดำเนินงานควบคุมโรค

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการได้รับแรงจูงใจในการดำเนินงานควบคุมโรค

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุ อุปกรณ์ ในการดำเนินงานควบคุมโรค

ส่วนที่ 9 แบบสอบถามพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

2. ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง โดยมิต้องระบุ ชื่อ นามสกุล ในการตอบ ข้อมูลที่ตอบจะถือเป็นความลับและใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น

ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

นางสาวมินลา นาคหนุน
นิสิตปริญญาโท สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ● ลงในช่องคำตอบหน้าข้อความที่เป็นความจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

1. เพศ ○ 1. ชาย ○ 2. หญิง
2. อายุ.........................ปี................เดือน
3. สถานภาพสมรส
   ○ 1. โสด ○ 2. คู่
   ○ 3. หย่าร้าง ○ 4. หม้าย/ แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษาที่สำเร็จ...
5. อาชีพ
   ○ 1. ข้าราชการ ○ 2. พนักงานรัฐวิสาหกิจ/ พนักงานบริษัท
   ○ 3. ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว ○ 4. รับจ้างทั่วไป
   ○ 5. เกษตรกรรม ○ 6. อื่น ๆ ระบุ...
6. รายได้ของท่าน...บาท/ เดือน
7. ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน.................................ปี

BURAPHA UNIVERSITY

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคและการดำเนินงานควบคุมโรค

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ● ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน และเป็นจริงมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

ข้อความ	**ใช่**	**ไม่ใช่**
ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)		
1. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่อที่มีระยะฟักตัว 3-14 วัน		
2. ………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………		
3. …………………………………………………………………………		
4. …………………………………………………………………………		
5. …………………………………………………………………………		
6.………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………		
ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)		
7. ผู้ที่เดินทางกลับจากต่างจังหวัดทุกคนทุกจังหวัด ที่เข้ามาพักในชุมชนต้องกักตัวเพื่อสังเกตอาการ 14 วัน		
8. ………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………		
9. ………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………..		
10. ……………………………………………………………………… ………………………………………………………………………..		
11. ……………………………………………………………………… …………………………………………………………………………		
12. ………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………..		

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ● ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน และเป็นจริงมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

ข้อความ	**เห็นด้วยมากที่สุด (5)**	**เห็นด้วยมาก (4)**	**เห็นด้วยปานกลาง (3)**	**เห็นด้วยน้อย (2)**	**ไม่เห็นด้วย (1)**
1. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่อได้ง่ายเพียงการสัมผัส ละออง					
2. ……………………………………..					
3. ……………………………………..					
4. ……………………………………..					
5. ……………………………………..					
6. ……………………………………..					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการดำเนินงานควบคุมโรค

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ● ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน และเป็นจริงมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

ข้อความ	**เห็นด้วยมากที่สุด (5)**	**เห็นด้วยมาก (4)**	**เห็นด้วยปานกลาง (3)**	**เห็นด้วยน้อย (2)**	**ไม่เห็นด้วย (1)**
1. การคัดกรองอาการ………………..					
2. ……………………………………..					
3. ……………………………………..					
4. ……………………………………..					
5. ……………………………………..					
6.…………………………………..					
7. …………………………………..					

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามแบบสอบถามทัศนคติต่อโรคและการดำเนินงานควบคุมโรค

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ● ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน และเป็นจริงมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ท่านคิดว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

เห็นด้วยมาก หมายถึง ท่านคิดว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก

เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ท่านคิดว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านปานกลางหรือเพียงครึ่งหนึ่ง

เห็นด้วยน้อย หมายถึง ท่านคิดว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียงเล็กน้อย

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านคิดว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเลย

ข้อความ	**เห็นด้วยมากที่สุด (5)**	**เห็นด้วยมาก (4)**	**เห็นด้วยปานกลาง (3)**	**เห็นด้วยน้อย (2)**	**ไม่เห็นด้วย (1)**
1. ท่านคิดว่าโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้นโยบายในการดำเนินงานควบคุมโรค

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ● ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน และเป็นจริงมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

ข้อความ	**เห็นด้วยมากที่สุด (5)**	**เห็นด้วยมาก (4)**	**เห็นด้วยปานกลาง (3)**	**เห็นด้วยน้อย (2)**	**ไม่เห็นด้วย (1)**
1. ท่านรับรู้ว่ากำหนดให้โรคติดเชื้อ…					
2. …………………………………..					
3. …………………………………..					
4. …………………………………..					
5. …………………………………..					
6 …………………………………..					
7. …………………………………..					
8. …………………………………..					

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการได้รับแรงจูงใจในการดำเนินงานควบคุมโรค

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ● ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน และเป็นจริงมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

ข้อความ	**เห็นด้วยมากที่สุด (5)**	**เห็นด้วยมาก (4)**	**เห็นด้วยปานกลาง (3)**	**เห็นด้วยน้อย (2)**	**ไม่เห็นด้วย (1)**
1. การดำเนินงานควบคุมโรค……..					
2.…………………………………..					
3. …………………………………..					
4. …………………………………..					
5. …………………………………..					
6. …………………………………..					

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนด้านวัสดุ อุปกรณ์ ในการดำเนินงานควบคุมโรค

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ● ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน และเป็นจริงมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

ข้อความ	เห็นด้วยมากที่สุด (5)	เห็นด้วยมาก (4)	เห็นด้วยปานกลาง (3)	เห็นด้วยน้อย (2)	ไม่เห็นด้วย (1)
1. ท่านได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ ……………………………......……..					
2. …………………………………..					
3. …………………………………..					
4. …………………………………..					
5. …………………………………..					
6. …………………………………..					

ส่วนที่ 9 แบบสอบถามพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ● ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน และเป็นจริงมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

ประจำ (5) หมายถึง ท่านปฏิบัติพฤติกรรมตามข้อความในข้อคำถามทุกวัน

บ่อยครั้ง (4) หมายถึง ท่านปฏิบัติพฤติกรรมตามข้อความในข้อคำถาม 5-6 ครั้ง ต่อสัปดาห์

บางครั้ง (3) หมายถึง ท่านปฏิบัติพฤติกรรมตามข้อความในข้อคำถาม 3-4 ครั้ง ต่อสัปดาห์

นาน ๆ ครั้ง (2) หมายถึง ท่านปฏิบัติพฤติกรรมตามข้อความในข้อคำถาม 1-2 ครั้ง ต่อสัปดาห์

ไม่เคยปฏิบัติเลย (1) หมายถึง ท่านไม่เคยมีพฤติกรรมตามข้อความในข้อคำถามนั้น ๆ เลย

ข้อความ	ปฏิบัติประจำ (5)	ปฏิบัติบ่อยครั้ง (4)	ปฏิบัติบางครั้ง (3)	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (2)	ไม่เคยปฏิบัติเลย (1)
1. ท่านสำรวจสุขภาพตนเองก่อนออก…………………………………					

ข้อความ	ปฏิบัติประจำ (5)	ปฏิบัติบ่อยครั้ง (4)	ปฏิบัติบางครั้ง (3)	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (2)	ไม่เคยปฏิบัติเลย (1)
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					
21.					
22.					
23.					
24.					
25. ท่านรายงานผลดำเนินงานเคาะประตูบ้าน ผ่านอสม.ออนไลน์หัวข้อรายงานเหตุ" เฝ้าระวังโควิด 19 "					

มหาวิทยาลัยบูรพา BURAPHA UNIVERSITY

ภาคผนวก ค

ตารางผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายข้อ (*N* = 150)

พฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	ประจำ จำนวน (ร้อยละ)	บ่อยครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	บางครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	นานๆครั้ง จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เคย จำนวน (ร้อยละ)
การเตรียมพร้อมก่อนการดำเนินงาน					
1. สำรวจสุขภาพตนเองก่อนออกดำเนินงาน	112 (74.7)	31 (20.6)	6 (4.0)	1 (0.7)	0 (0.0)
2. เตรียมความพร้อมด้านวัสดุ อุปกรณ์ต่าง ๆ ในการดำเนินงาน	90 (60.0)	52 (34.6)	7 (4.7)	1 (0.7)	0 (0.0)
3. เตรียมประสานกับชุมชนและครัวเรือนที่รับผิดชอบ	50 (53.3)	47 (31.3)	19 (12.7)	3 (2.0)	1 (0.7)
4. ติดตามรายชื่อที่มีรายงานการระบาดในชุมชน	79 (52.6)	49 (32.7)	18 (12.0)	3 (2.0)	1 (0.7)
แนวทางป้องกันตนเองในการดำเนินงานควบคุมโรคเชิงรุก					
5. สวมใส่ชุดอุปกรณ์ป้องกันต่าง ๆ ตามแนวทางปฏิบัติ	89 (59.3)	49 (32.7)	9 (6.0)	3 (2.0)	0 (0.0)
การดำเนินงานเคาะประตูบ้าน					
6. เน้นย้ำและเข้มงวดเรื่องการสวมหน้ากากอนามัยของประชาชน	92 (61.3)	49 (32.7)	9 (6.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
7. เน้นย้ำและเข้มงวด เรื่อง การงดรวมกลุ่ม เว้นระยะห่างทางสังคม	88 (58.7)	54 (36.0)	8 (5.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
8. ให้ความรู้แก่ประชาชน เรื่องการป้องกันตนเอง	83 (55.3)	57 (38.0)	10 (6.7)	0 (0.0)	0 (0.0)
9. แนะนำประชาชนในพื้นที่ ให้เฝ้าระวังอาการผิดปกติ	82 (54.7)	54 (36.0)	11 (7.3)	2 (1.3)	1 (0.7)

ตารางที่ 7 (ต่อ)

พฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคย
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
10. แนะนำประชาชนให้สังเกตอาการผิดปกติ	82 (54.7)	60 (40.0)	8 (5.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
11. แจ้งเจ้าหน้าที่หากพบประชาชนในพื้นที่ " มีไข้ ร่วมกับไอ "	77 (51.3)	58 (38.7)	14 (9.3)	1 (0.7)	0 (0.0)
12. หากพบคนในชุมชนกลับมาจากพื้นที่เสี่ยง แจ้งเจ้าหน้าที่	76 (50.7)	53 (35.3)	17 (11.3)	3 (2.0)	1 (0.7)
13. หากพบกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ของท่านมีไข้ ท่านแจ้งเจ้าหน้าที่	73 (48.7)	52 (34.7)	23 (15.3)	2 (1.3)	0 (0.0)
14. กรณีพบผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ท่านดำเนินการทำความสะอาด	68 (45.3)	67 (44.7)	10 (6.6)	4 (2.7)	1 (0.7)
15. แจ้งข่าวสารการหลีกเลี่ยงไปในพื้นที่เสี่ยง	67 (44.7)	69 (46.0)	8 (5.3)	6 (4.0)	0 (0.0)
16. คัดกรองอาการ ไข้ ไอ กับประชาชนที่กลับจากพื้นที่เสี่ยง	66 (44.0)	63 (42.0)	16 (10.6)	4 (2.7)	1 (0.7)
17. กรณีพบกลุ่มประชาชนทั่วไป มีไข้ ไอ หายใจเหนื่อย ท่านแจ้งเจ้าหน้าที่	66 (44.0)	69 (46.0)	12 (8.0)	3 (2.0)	0 (0.0)
18. เน้นย้ำและการเข้มงวด ให้ปฏิบัติตามมาตรการการเข้า - ออกพื้นที่เสี่ยง	66 (44.0)	55 (43.3)	18 (12.0)	1 (0.7)	0 (0.0)
19. ติดตามอาการผู้ที่กักตัวที่บ้านตลอดระยะเวลา 14 วัน	65 (43.3)	64 (42.7)	20 (13.3)	1 (0.7)	0 (0.0)
20. ติดตาม เยี่ยมบ้าน แนะนำการปฏิบัติตนกับกลุ่มผู้สูงอายุ	63 (42.0)	73 (48.7)	11 (7.3)	3 (2.0)	0 (0.0)

ตารางที่ 7 (ต่อ)

พฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคย
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
21. บันทึกรายงานและส่งต่อผลการติดตามเยี่ยมกลุ่มเสี่ยงในชุมชน	60 (40.0)	69 (46.0)	15 (10.0)	5 (3.3)	1 (0.7)
22. รวบรวมข้อมูลการเข้า - ออกพื้นที่จากพื้นที่เสี่ยงของคนในพื้นที่	58 (38.7)	66 (44.0)	17 (11.3)	8 (5.3)	1 (0.7)
23. รายงานผลดำเนินงานเคาะประตูบ้าน ผ่านอสม.ออนไลน์	50 (33.3)	62 (41.3)	24 (16.0)	7 (4.7)	7 (4.0)
24. ติดตามอาการไข้ ร่วมกับ มีอาการไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก หายใจเหนื่อย	46 (30.7)	79 (52.7)	21 (14.0)	2 (1.3)	2 (1.3)
25. บันทึกรายงาน ติดสติกเกอร์ ทำสัญลักษณ์ครัวเรือน	42 (28.0)	69 (46.0)	34 (22.7)	1 (0.7)	4 (0.0)

จากตารางที่ 7 พบว่า พฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด คือ ขั้นตอนการเตรียมพร้อมก่อนการดำเนินงาน ได้แก่ การการสำรวจสุขภาพตนเองก่อนออกดำเนินงานการควบคุมโรคในชุมชน คิดเป็นร้อยละ 74.7 และการเตรียมความพร้อมด้านวัสดุ อุปกรณ์ต่างในการดำเนินงานเคาะประตูบ้านคิดเป็นร้อยละ 60.0 รองลงมาคือ การดำเนินงานเคาะประตูบ้าน ได้แก่ การเน้นย้ำและเข้มงวดเรื่องการสวมหน้ากากอนามัยของประชาชนในชุมชนคิดเป็นร้อยละ 61.3

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางสาวมินลา นาคหนุน	
วัน เดือน ปี เกิด	28 พฤษภาคม 2526	
สถานที่เกิด	ราชบุรี	
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	81/27 หมู่ที่ 1 ต.หนองข้างคอก อ. เมือง จ.ชลบุรี 20000	
ตำแหน่งและประวัติการทำงาน	พ.ศ. 2549 - 2552	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ แผนกอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลโพธาราม
	พ.ศ. 2552 - 2558	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ แผนกอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลชลบุรี
	พ.ศ. 2558 - 2560	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ แผนกผู้ป่วยโรคติดเชื้อ โรงพยาบาลชลบุรี
	พ.ศ. 2560 - 2563	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ แผนกผู้ป่วยโรคติดเชื้อ โรงพยาบาลชลบุรี
	พ.ศ. 2563 - ปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ แผนกตรวจรักษาพิเศษ ศูนย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลชลบุรี
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2549	พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช
	พ.ศ. 2565	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) มหาวิทยาบูรพา