



**ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19
ของอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดปทุมธานี**
**Effectiveness of health belief program to preventive behavior with COVID-19
of public health volunteers in Pathumthani province**

สมหมาย หิรัญนุ^{1*} สิริกาญจน์ กระจำงโพธิ์¹ และ ไพลิน นุกุลกิจ²

¹ ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี ปทุมธานี 1400

² ภาควิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี ปทุมธานี 1400

Sommai Hirunnu^{1*}, Sirikan Krajangpho¹ and Pailin Nukulkit²

¹ Department of Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing,
Pathumthani University, Pathumthani 1400

² Department of Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Pathumthani University, Pathumthani 1400

Received: 30 July 2021/ Revised: 25 December 2021/ Accepted: 27 December 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 54 คน โดยเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อย่างละ 27 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงกันยายน 2563 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ 3) แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ และ 4) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้แก่ โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน มีค่าเท่ากับ 1.00, 0.90 และ 1.00 ตามลำดับ และตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.89 และ 0.82 ตามลำดับ ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบด้วยสถิติเชิงอนุมานด้วยการทดสอบค่าที ผลการวิจัยพบว่า 1) อาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ มีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 2) อาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 บทสรุปพบว่า โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพมีประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ได้ ดังนั้นบุคลากรผู้เกี่ยวข้องสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันโรคโควิด-19 เพื่อส่งเสริมสุขภาพประชาชนต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อาสาสมัครสาธารณสุข



Abstract

This research was quasi experimental research. The purposes of this research were to effects of health belief program to preventive behavior with COVID-19 of public health volunteers in Pathumthani Province. The samples were 54 public health volunteers selected by purposive sampling between July to September 2020. Data were collected using the demographic data record form, the health belief program, the health belief questionnaire, and the COVID-19 preventive behavior questionnaire. The content validity by 5 qualified persons which health belief program, the health belief questionnaire, and the COVID-19 preventive behavior were at 1.00, 0.90 and 1.00 respectively. The reliability of health belief and behavior in COVID-19 prevention which was conducted using Cronbach's alpha coefficient, the result were 0.89 and 0.82, respectively. The descriptive statistics to analyze by using frequencies, percentages, means, standard deviation and inferential statistics by t-test. The results of the study showed that 1) the average scores of health belief model after experimental was higher than before participating in the program at statistically significant difference of 0.05. 2) The average scores of the behavior in COVID-19 prevention after experimental was higher than before participating in the program at statistically significant difference of 0.05. It can be concluded that the health belief programs are helpful in promoting health in the prevention of COVID-19. Therefore, relevant personnel can be applied to prevent the spread of COVID-19 to promote continuously good health.

Keyword: Health belief program, Preventive behaviors for Covid-19, Public health volunteers

บทนำ

โรคโควิด-19 เกิดจากการติดเชื้อไวรัส และมีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วไปทั่วโลกกลายเป็นภัยคุกคามที่รุนแรงกับคนทั่วโลก ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้การระบาดนี้เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ[1] ขณะนี้พบผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 ในหลายประเทศจากทุกภูมิภาคทั่วโลก มีผู้ติดเชื้อ จำนวน 6,866,121 ราย มีอาการรุนแรง จำนวน 53,652 ราย เสียชีวิต จำนวน 398,535 ราย โดยสถานการณ์ในประเทศไทยขณะนี้ (6 มิถุนายน 2563) พบผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) แล้ว จำนวน 3,104 ราย และมีผู้เสียชีวิต จำนวน 58 ราย [2] ดังนั้นจากการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 จึงเป็นความท้าทายอย่างมากของการสาธารณสุขในด้านต่าง ๆ ทั้งการศึกษา การวิจัย และด้านการแพทย์ [3] เพื่อเตรียมและรับมือและหาแนวทางหรือมาตรการป้องกันเพื่อลดโอกาสการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโรคโควิด-19

โรคโควิด-19 สามารถติดต่อผ่านระบบทางเดินหายใจ โดยทำให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ตั้งแต่อาการคล้ายไข้หวัดธรรมดาไปจนถึงทำให้เกิดการเจ็บป่วยรุนแรงจนถึงเสียชีวิต [1] โดยเชื้อไวรัสจะแฝงตัวอยู่ในละอองเสมหะทางจมูกและปาก ผ่านการไอ การจาม หรือการพูดรวมถึงสารคัดหลั่งน้ำมูกและน้ำลายได้ เพราะหากได้รับเชื้อผ่านจากการสูดดมละอองฝอยเสมหะ ทั้งขนาดเล็กและขนาดใหญ่ในอากาศ หรือจากการสัมผัส จนนำไปสู่การติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจ โดยไวรัสจะค่อย ๆ เพิ่มจำนวนมากขึ้น และกระจายไปยังเซลล์ข้างเคียง ทำลายเซลล์ในหลอดลมและปอด ทำให้ปอดอักเสบเกิดภาวะทางเดินหายใจล้มเหลวได้ [4] นำไปสู่การเสียชีวิตได้ และเนื่องจากที่ผ่านมาการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ยาวนาน จึงส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของประชาชนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ทางสังคม เศรษฐกิจ โดยผลกระทบต่อตนเอง ตักงาน หรือถูกเลิกจ้าง สมาชิก



ครอบครัวต้องอยู่ห่างกันเพราะต้องรักษาระยะห่างทางสังคม รวมถึงสัมผัสกันในครอบครัวและชุมชนลดลงด้วย ส่งผลให้วิถีชีวิตเปลี่ยนไป [5] นอกจากนี้การระบาดของโรคที่ยาวนานยังส่งผลทำให้เศรษฐกิจตกต่ำ [6] ดังนั้นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อในระยะน้อยกว่า 1-2 เมตร จะมีโอกาสที่จะติดเชื้อได้ เพราะหลายคนอาจได้รับเชื้อไวรัสแต่ยังไม่แสดงอาการ ซึ่งการแยกผู้ป่วยกับบุคคลทั่วไปเมื่อเริ่มต้นมีอาการนั้นมีประสิทธิภาพน้อยกว่าที่คาดไว้ [7] จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการควบคุมการติดเชื้อด้วยการเว้นระยะห่างทางสังคม (social distancing) การสวมหน้ากากอนามัยในการป้องกันโรค การหลีกเลี่ยงการสัมผัสบริเวณหน้า การรักษาสุขภาพให้แข็งแรง การเลี่ยงพื้นที่แออัดและการใกล้ชิดผู้ป่วย รวมทั้งกินอาหารร้อน ใช้ช้อนกลางเฉพาะของตนเอง และหมั่นล้างมือให้สะอาดด้วยสบู่อย่างถูกวิธี [8] ดังนั้นหากบุคคลมีความเชื่อด้านสุขภาพว่า การเจ็บป่วยหรือการเป็นโรคนั้น ๆ มีความรุนแรงต่อสุขภาพ หากไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำและมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่ไม่เหมาะสมก็อาจส่งผลต่อการเกิดโรคได้ [9] จึงมีความจำเป็นที่ต้องส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้องในการป้องกันโรค

สำหรับสถานการณ์การระบาดและการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ในจังหวัดปทุมธานี พบว่า วันที่ 19 มีนาคม 2563 มีผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แล้ว จำนวน 2 ราย เผื่อวังผู้ป่วยต้องสงสัย จำนวน 142 ราย [10] โดยจังหวัดปทุมธานีได้มีมาตรการในการเฝ้าระวังติดตามผู้ที่เดินทางกลับมาจากประเทศกลุ่มเสี่ยงที่มีการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 โดยความร่วมมือ ทั้งจากฝ่ายปกครอง สาธารณสุข กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในการเฝ้าระวังในพื้นที่อย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง รวมถึงการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเชิงรุก การส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 โดยสนับสนุนและส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ซึ่งอยู่ในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการเชิงรุกในชุมชนเพื่อป้องกันโรค

อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากประชาชนในหมู่บ้าน และผ่านการอบรมความรู้ด้านสุขภาพจากบุคลากรสาธารณสุขให้มาทำหน้าที่ให้ข้อมูลข่าวสาร ให้บริการด้านสาธารณสุขมูลฐาน

ประสานงานสาธารณสุขตลอดจนเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชน สำหรับประเทศไทยมี อสม. เป็นกำลังสำคัญของระบบบริการปฐมภูมิมาเนิ่นนาน เป็นกลุ่มคนที่มีความสำคัญยิ่งต่องานด้านสาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทย [11] นอกจากนี้ อสม.ยังเป็นบุคลากรด่านหน้าที่สำคัญและมีพลังในการดำเนินการเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อโควิด-19 ในชุมชน และภายใต้การดำเนินงาน อสม. มีกิจกรรมการเยี่ยมบ้านโดยเคาะประตูการวัดอุณหภูมิ การให้ความรู้แก่ประชาชน และบันทึกข้อมูลกลุ่มเสี่ยงให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข [12] ทั้งนี้ อสม. ยังมีชื่อเสียงไปทั่วโลกได้รับคำชมเชยจากหน่วยงานต่าง ๆ โดยเฉพาะในช่วงโควิดที่ผ่านมา อสม. เป็นผู้มีส่วนสำคัญทำให้ประเทศไทยมีระบบการดูแลสุขภาพระดับครอบครัวที่เข้มแข็งจนสามารถควบคุมการระบาดของโรคนี้ ส่งผลให้จำนวนผู้ติดเชื้อในประเทศไทยลดลงอย่างต่อเนื่อง ทำให้หลายประเทศให้การยอมรับในการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพ [13] ดังนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขจึงมีบทบาทสำคัญในการป้องกันโรค โดยการเสริมสร้างความเชื่อพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ถูกต้องให้กับประชาชนในชุมชน เพื่อให้มีความรู้ ความตระหนัก และร่วมมือกันช่วยลดการเกิดโรคและการแพร่ระบาด ซึ่งเป็นตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Bekker [9] ซึ่งกล่าวว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ขึ้นอยู่กับความเชื่อของตนเองว่า ตนเองมีโอกาสเป็นโรคนั้น ๆ โรคนั้นมีความรุนแรง เชื่อในผลประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคนั้น รวมถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติซึ่งเป็นไปเพื่อการมีสุขภาพที่ดีและการรับรู้ความสามารถของตนเอง จะเป็นตัวผลักดันให้เกิดการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคได้

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานีได้ดำเนินกิจกรรมการจัดการเรียนการสอนในภาคปฏิบัติที่ส่งเสริมสนับสนุนด้านสุขภาพให้กับประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบในเขตอำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี และได้ประสานความร่วมมือด้านสุขภาพกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางกระดี่มาอย่างต่อเนื่อง

ในการออกให้บริการวิชาการแก่ชุมชนในการดูแลสุขภาพประชาชน และจากสถานการณ์ที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งเป็นเรื่องใหม่สำหรับประชาชน การส่งเสริมองค์ความรู้ให้แก่ผู้เกี่ยวข้องจึงมีความสำคัญ และจากนโยบายของสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี ที่สนับสนุนและส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนสำคัญในการดูแลสุขภาพพื้นฐานในการป้องกันโรคโควิด-19 เชิงรุก เนื่องจากเข้าถึงชุมชนได้ง่ายในการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 จึงต้องมีการเตรียมความพร้อมให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุข ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดปทุมธานี เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาและส่งเสริมสุขภาพให้กับอาสาสมัครสาธารณสุข และเพื่อนำความรู้สู่ประชาชนได้อย่างมีคุณภาพต่อไป โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัย คือ 1) เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ และ 2) เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ในส่วนของกรอบแนวคิดการวิจัยนั้น ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker [9] มาเป็นแนวทางในการศึกษาที่กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพของบุคคลนั้นจะต้องมีการประเมินถึงการรับรู้ในสิ่งต่าง ๆ รวมถึงสิ่งชักนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคในทางที่ดี โดยการพัฒนาโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ประกอบด้วย 1) การสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติโดยการสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรค 2) การเพิ่มโอกาสในการปฏิบัติโดยสร้างการรับรู้ประโยชน์ และ 3) การลดอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมโดยการสร้างการรับรู้อุปสรรค โดยมีตัวแปรตามที่ศึกษา คือ พฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง

การทดลอง (two group pre - post test) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดปทุมธานี โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงกันยายน 2563

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุข เทศบาลตำบลบางกระดี ใน 5 หมู่บ้าน จำนวน 246 คน

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขเทศบาลตำบลบางกระดี จำนวนกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป (G*Power) โดยกำหนด effect size เท่ากับ 0.7 ค่าแอลฟาเท่ากับ .05 และค่า power เท่ากับ 0.80 [14] ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 27 คน รวมจำนวนทั้งหมด 54 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม โดยเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คัดเลือกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยวิธีการจับคู่ (matching pair) ในข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ และระดับการศึกษา ซึ่งมีการแบ่งที่พหุอาศัระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแยกออกจากกันอย่างชัดเจนในแต่ละหมู่บ้าน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) โดยมีคุณสมบัติดังนี้

- 1) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเทศบาลตำบลบ้านใหม่ จังหวัดปทุมธานี
- 2) ไม่มีประวัติป่วยเป็นโรคโควิด-19
- 3) ยินดีให้ความร่วมมือเข้าร่วมโปรแกรมจนครบ

เกณฑ์การคัดออก (conclusion criteria) โดยมีคุณสมบัติดังนี้

- 1) ป่วยเป็นโรคโควิด-19
- 2) ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมจนครบตามกำหนดได้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

- 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล



2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker [9] และการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีกิจกรรมทั้งหมด 5 ครั้ง ใน 6 สัปดาห์

3) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดของ Becker [9] และการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ การรับรู้ โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ อุปสรรค และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติต่อการป้องกันโรคโควิด-19 จำนวน 30 ข้อ และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 10 ข้อ

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ (content validity) ได้แก่ โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 2 คน และ นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 1 คน ได้ค่าความตรงของแต่ละเครื่องมือทั้งฉบับเท่ากับ 1.00, 0.90 และ 1.00 ตามลำดับ

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ได้แก่ แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เพื่อหาคุณภาพของเครื่องมือโดยพิจารณาความชัดเจน ความเข้าใจแนวคำถาม และความสมบูรณ์ของภาษา จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Coefficient Alpha) มีค่าเท่ากับ 0.89 และ 0.82 ตามลำดับ

4. การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนดำเนินการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเสนอโครงร่างงานวิจัยพร้อมเครื่องมือวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการวิจัยของสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี และได้ผ่านการรับรองตามเอกสารเลขที่ PPHO-REC 2563/027 ลงวันที่ 24/07/2563 และเมื่อได้รับการพิจารณาตรวจสอบเรียบร้อยแล้ว จึงดำเนินการวิจัยโดยผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความเคารพในความเป็นบุคคลกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ และความเสียใจบ้างที่จะได้รับการวิจัยครั้งนี้ ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้ในการวิจัยจะมีเฉพาะผู้วิจัยทราบ และข้อมูลที่ได้ในการวิจัยทุกอย่างจะใช้ประโยชน์ทางวิชาการและเสนอในภาพรวมเท่านั้น ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างปฏิเสธไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวจากการวิจัยในภายหลัง ไม่ว่าด้วยเหตุผลใดก็ตาม ผลจากการปฏิเสธจะไม่ส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจแล้วให้เซ็นยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง หลังจากผ่านการอนุมัติขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1) ผู้วิจัยแนะนำตัวเองกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย พร้อมทั้งพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตลอดการดำเนินการวิจัย

2) ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบแผนการดำเนินการทดลองตามรายละเอียด ดังนี้

5.1 การดำเนินการทดลอง

1) กลุ่มควบคุม เมื่อผ่านการประเมินและได้รับการคัดเลือกเป็นกลุ่มควบคุมแล้วปฏิบัติดังนี้

1.1) ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมกรรมการป้องกันโควิด-19 ก่อนการทดลอง (ทำ pre-test)

1.2) ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยการให้ความรู้ เกี่ยวกับโรคโควิด-19

1.3) ประเมินผลในสัปดาห์ที่ 6



2) กลุ่มทดลอง เมื่อผ่านการประเมินและได้รับการคัดเลือกเป็นกลุ่มทดลองแล้วปฏิบัติดังนี้

2.1) ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมกรรมการป้องกันโควิด-19 ก่อนการทดลอง (ทำ pre-test)

2.2) ดำเนินการตามโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโควิด-19 กิจกรรมครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) เริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง และดำเนินการตามโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโควิด-19 โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.2.1) สร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติ (ใช้เวลาประมาณ 15 นาที) ประเมินการรับรู้และประสบการณ์เดิมของอาสาสมัครสาธารณสุขต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโควิด-19 ผู้วิจัยซักถามถึงความเชื่อเกี่ยวกับการเกิดโรค ความเสี่ยงต่อการเกิดความเสี่ยงของโรคและภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตนที่ผ่านมา ข้อมูลที่ได้จากผู้วิจัยใช้เป็นข้อมูลในการสร้างเสริมการปฏิบัติตนที่เหมาะสมของอาสาสมัครสาธารณสุข หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้เรื่อง โรคโควิด-19 และพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เกิดความเสี่ยงของโรค หลังจากให้ความรู้ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ และร่วมกันวิเคราะห์และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในกลุ่ม ซึ่งหัวข้อที่ใช้ในการบรรยายประกอบด้วย สาเหตุของการเกิดโรค อาการและอาการแสดงของโรค ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ในช่วงท้ายของแต่ละหัวข้อผู้วิจัยทำการสรุปประเด็นเพื่อทำความเข้าใจร่วมกันกับกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง

2.2.2) เพิ่มโอกาสในการปฏิบัติให้มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโควิด-19 ที่ถูกต้อง (ใช้เวลาประมาณ 15 นาที) โดยการให้กลุ่มตัวอย่างอธิบายถึงประโยชน์ในการปฏิบัติตามพฤติกรรมที่ถูกต้องเพื่อการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19

2.2.3) การลดอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม (ใช้เวลาประมาณ 15 นาที) ให้อาสาสมัครสาธารณสุขร่วมกันอภิปรายถึงปัญหาและอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ ในการป้องกันโรคที่ถูกต้องเหมาะสม และวิเคราะห์ถึงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตนในการป้องกันโรคโควิด-19 และร่วมแก้ไขข้อมูลหรือความเข้าใจผิด ๆ สร้างแรงจูงใจให้เกิดการปฏิบัติตน

2.2.4) การหาสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค (ใช้เวลาประมาณ 10 นาที) โดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขอธิบายถึงความตั้งใจและสามารถของตนในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 และร่วมกันวิเคราะห์เพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมสำหรับการปฏิบัติตน สามารถวางแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กำหนดพฤติกรรมที่ควรปฏิบัติ อย่างชัดเจน และกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม

กิจกรรมครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) ผู้วิจัยโทรติดตามครั้งที่ 1 (ใช้เวลา 10-15 นาที) เพื่อทบทวนเนื้อหาตามสัปดาห์ที่ 1 และนัดหมายกิจกรรมครั้งต่อไป

กิจกรรมครั้งที่ 3 และ 4 (สัปดาห์ที่ 3 และ 4) ผู้วิจัยโทรติดตามครั้งที่ 2 และ 3 (ใช้เวลา 10-15 นาที) โดยผู้วิจัยสอบถามอาสาสมัครสาธารณสุขถึงการปฏิบัติตนที่ผ่านมา ปัญหา และอุปสรรคในการปฏิบัติที่ยังไม่สามารถปฏิบัติได้ และร่วมหาวิธีการแก้ไข และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัย และพูดคุยให้กำลังใจให้เกิดการปฏิบัติตนอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 5) (ใช้เวลาประมาณ 30 นาที) เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นสรุปปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไขปัญหาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19

สัปดาห์ที่ 6 ทำแบบสอบถามหลังการได้รับโปรแกรมทั้งสองกลุ่ม (ทำ post-test) และตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลหลังได้รับแบบสอบถามแล้ว ถ้าพบว่าคำตอบใดไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบเพิ่มเติมจนครบสมบูรณ์ ถูกต้อง ก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์สถิติ ดังนี้

- 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุข นำมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 2) คำนวณค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโควิด-19



ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติ Paired t-test

3) เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การป้องกันโควิด-19 ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ independent t-test

2. เปรียบเทียบพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด-19 ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีทางสถิติ Paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มทดลองภายหลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 (ตารางที่ 1)

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่าง อายุระหว่าง 46 - 66 ปี คิดเป็นร้อยละ 64 เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80 สถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 52 เรียนจบระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 68

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด-19 ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด-19	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	P-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
กลุ่มทดลอง	1.67	1.23	2.95	1.00	11.65	0.00**
กลุ่มควบคุม	1.54	1.05	1.95	0.80	1.65	0.06

หมายเหตุ ** มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

* มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

3. เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด-19 ด้วยสถิติ independent t-test ภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมี

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด-19 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด-19 ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม

พฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด-19	หลังการทดลอง		t	P-value
	$\bar{x}$	SD		
กลุ่มทดลอง	2.95	1.00	12.86	0.01*
กลุ่มควบคุม	1.95	0.80		

หมายเหตุ ** มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

* มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

การศึกษามูลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดพทุมธานี ผู้วิจัยอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. อาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 สูงกว่าก่อนการทดลอง

จากผลการวิจัยพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพหลังการทดลองมีค่าคะแนนเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่กำหนดไว้ ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพนี้เป็นโปรแกรมที่ทำให้บุคคลเลือกปฏิบัติพฤติกรรมใด ๆ ออกมานั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของแต่ละบุคคล มีความสอดคล้องกับแนวคิดของ Becker [9] ที่กล่าวว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมใด ๆ ออกมานั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของปัญหา และการรับรู้อุปสรรค ซึ่งเมื่อบุคคลเชื่อว่ามี ความรุนแรงเกิดขึ้นจะทำให้บุคคลเกิดการเลือกแนวทางการปฏิบัติที่อยู่ภายใต้อิทธิพลของการรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

การที่ผู้วิจัยส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ โดยจัดกิจกรรมการให้ข้อมูลเป็นรายบุคคลเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค หากอาสาสมัครสาธารณสุขไม่ป้องกันตนเองก็จะมีโอกาสเกิดโรคได้ รวมถึงการให้ข้อมูลถึงประโยชน์และความสำคัญในการป้องกันโรคเพื่อที่จะนำข้อมูลไปสื่อสารต่อกับประชาชนในหมู่บ้านให้ดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการเกิดโรคโควิด-19 ซึ่งหากมีสุขภาพที่ดี ไม่ติดเชื้อมากก็ทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติพร และคณะ [12] ที่พบว่า อสม. เมื่อมีการรับรู้ความรุนแรงของโรค จะทำให้การดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 นอกจากนี้กลุ่มทดลองยังได้รับการติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อทบทวน

ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโควิด-19 การให้กำลังใจ กล่าวชมเชย และให้แนวทางปฏิบัติเพิ่ม ซึ่งการโทรศัพท์ติดตามผลยังสามารถเป็นกลยุทธ์หนึ่งที่จะช่วยในการกระตุ้นเตือนให้อาสาสมัครสาธารณสุขยังสามารถคงพฤติกรรมที่เหมาะสมไว้ได้ต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนสุขภาพ พบว่ามีการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาทดลองใช้ โดยกลุ่มทดลองได้รับข้อมูลจากการเข้าร่วมกิจกรรม ประกอบกับมีการติดตามทางโทรศัพท์อีกครั้งหลังจากเสร็จสิ้นการจัดกิจกรรม และได้ประเมินผลกิจกรรมในครั้งที่ 6 พบว่ากลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ข้อมูลตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีคะแนนความร่วมมือในการรักษาสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01

2. อาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

อาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ทั้งนี้เป็นผลจากอาสาสมัครสาธารณสุขได้เข้าร่วมโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพ ทำให้ได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของณฤมล และ ราชานนท์ [15] พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีสมรรถนะด้านความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตัวในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา หลังการทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และการที่ อสม.เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญของ อสม. ในการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ด้วย [12] นอกจากนี้การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตนในการป้องกันโควิด-19 และการรับรู้อุปสรรคที่เกิดขึ้นจากโรคโควิด-19 และมีการเลือกวิธีปฏิบัติตนที่ดีว่าเป็นทางเลือกที่ดีที่สุด ย่อมส่งผลให้มีการ



ปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีในการป้องกันโรคโควิด-19 ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่า โปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพสามารถทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีพฤติกรรมในการป้องกันโควิด-19 ที่ถูกต้องและคงอยู่อย่างต่อเนื่อง

3. ข้อเสนอแนะการวิจัย

3.1 ข้อเสนอแนะด้านการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้บริหารที่ดูแลอาสาสมัครสาธารณสุข หัวหน้าชุมชนหรือผู้ที่สนใจ สามารถนำโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้นโดยการใช้ในหน่วยงานหรือชุมชนในการส่งเสริมพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคโควิด-19

3.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย

ควรมีการศึกษาติดตามพฤติกรรมในการป้องกันโควิด-19 หลังได้รับโปรแกรมในระยะยาวเพื่อดูความคงอยู่ของพฤติกรรมที่ได้จากการเข้าร่วมโปรแกรม รวมทั้งศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจส่งผลทำให้พฤติกรรมเหล่านี้เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นหรือลดลงตามกาลเวลาและสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณมหาวิทยาลัยปทุมธานีในการสนับสนุนทุนในการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Eurosurveillance Editorial Team. Note from the editors: World Health Organization declares novel coronavirus (2019-nCoV) sixth public health emergency of international concern. Euro Surveill 2020;25(5):200131e.
2. ศูนย์ปฏิบัติการข่าวกรองโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 6 มิย. 2563]. เข้าถึงได้จาก: [https:// ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no155-060663.pdf](https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no155-060663.pdf)
3. Ballesterio MFM, de Oliveira RS. The covid-19 outbreak and pediatric neurosurgery guidelines. Arch Pediatr Neurosurg 2020;2(1):53-4.
4. Fisher D, Heymann D. Q&A: the novel coronavirus outbreak causing COVID-19. BMC Med 2020;18(1):1-3.
5. บัญชา เกิดมณี, สุรัชย์ ธรรมทวีธิกุล, ญาณพินิจ วชิรสุรงค์, บดินทร์ชาติ สุขบท, สมบัติ ทิฆัมทรัพย์. แนวคิดและทิศทางการแก้ปัญหาโควิด-19. วารสารก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ 2563;20(1):1-12.
6. สมบูรณ์ ขอสกุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้หน้ากากอนามัยแบบผ้าในการป้องกันโควิด-19 ของประชาชนในจังหวัดปทุมธานี. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2564;35(2):22-38.
7. Ganyani T, Kremer C, Chen D, Torneri A, Faes C, Wallinga J, et al. Estimating the generation interval for COVID-19 based on symptom onset data. Euro Surveill. 2020;25(17):2000257.
8. สุริยา ฆามาณะ, โสภณ เอี่ยมศิริถาวร, สุนนทนต์ อุตมกุล. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). วารสารสถาบันบำราศนราดูร 2563;14(2):124-33.
9. Becker MH. The health belief model and preventive health behavior. Health Educ Monogr 1974;2(4):354-85.



10. บ้านเมือง. ปทุมธานีพบติดเชื้อโควิด-19. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 19 มี.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.banmuang.co.th/news/region/184513>
11. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. คู่มือ อสม. ยุคใหม่. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2554.
12. กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นภชา สิงห์วีระธรรม, นวพร คำแสงสวัสดิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย. วารสารสถาบันบำราศนราดูร 2563;14(2):92-103.
13. กรุงเทพมหานคร. องค์การอนามัยโลก WHO ขึ้นชมไทย หลังลดจำนวนผู้ติดเชื้อ มีระบบที่ดี ปรารถนาไวรัส. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 3 ก.พ. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.bangkokbiznews.com/news/detail/876118>
14. Burns N, Grove SK. The practice of nursing research: conduct, critique and utilization. 5th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2005.
15. นฤมล วงศ์วิทยรักษ์, ราชานนท์ งามใจรัก. ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกาของอาสาสมัครสาธารณสุขศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง อำเภอมือง จังหวัดนครราชสีมา พ.ศ. 2560. วารสาร สคร.9 2562;25(3):24-33.