

การพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วย โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่รักษาตัวเองที่บ้านของ อสม. หมอบระจําบ้าน อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

Development and evaluation of a home isolation care model for
COVID-19 patients among village health volunteers,
Uthumphon Phisai district, Sisaket province, Thailand

จําริญ อสิพงษ์¹, พุทธิไกร ประมวล²

¹สำนักงานสาธารณสุขอำเภออุทุมพรพิสัย, ²สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

Jumroon Asipong¹, Putthikrai Pramual²

¹Uthumphon Phisai District Health Office, ²Sisaket Provincial Health Office

Corresponding author: jumroon_2510@hotmail.com

Received 2023 Nov 18, Revised 2023 Dec 15, Accepted 2023 Dec 18

DOI:

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด 19 พัฒนาและประเมินรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด 19 ที่รักษาตัวเองที่บ้านของ อสม. หมอบระจําบ้าน อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด 19 ของ อสม. ระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนารูปแบบฯ ตามกระบวนการของ PDCA ระยะที่ 3 เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Multivariable linear regression การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่า มี 4 ปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ของ อสม. หมอบระจําบ้าน ได้แก่ ระดับการศึกษา ประวัติเคยป่วยโรคโควิด 19 ความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพโดย อสม. ที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป

อสม.ที่เคยป่วยเป็นโควิด 19 มีความรู้เกี่ยวกับโควิด 19 และความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดี จะมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด 19 มากกว่า (Mean diff =2.17, 95% CI= 1.46-3.18, Mean diff =2.76, 95% CI= 2.34-7.82, Mean diff =3.36, 95% CI= 1.73-8.92 และ Mean diff =3.78, 95% CI= 2.84-7.62) รูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่รักษาตัวเองที่บ้านของ อสม.หมอบประจำบ้าน ประกอบด้วย 1) Knowledge-based: การให้ความรู้ความเข้าใจ 2) People empowerment: การให้โอกาสและสร้างคุณค่า 3) Coordination and Networking: การประสานความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายที่ดี 4) Coacher: พี่เลี้ยง 5) Self-care: การพัฒนาศักยภาพในการดูแลป้องกันตนเอง 6) Stuff: วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น 7) Social support: การสนับสนุนทางสังคม 8) Follow up: การติดตามดูแลผู้ป่วย และหลังใช้รูปแบบฯ พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมมีผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะคติ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด 19 มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ : อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.), หมอบประจำบ้าน, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, อุทุมพรพิสัย

Abstract

This research investigated factors associated with the behavior of prevention and home isolation care of COVID-19 patients and developed and evaluated a model for home isolation care of COVID-19 patients among village health volunteers in Uthumphon Phisai district, Sisaket province. The research consisted of three phases: Phase 1, an analytical cross-sectional study aimed to demonstrate factors with the behavior of prevention and home isolation care of COVID-19 patients; Phase 2, the action research aimed to develop a home isolation care model for COVID-19 patients among village health volunteers based on the PDCA model; and Phase 3, a quasi-experimental study aimed to assess the effect of the developed model from Phase 2. Data were analyzed using multivariable linear regression, content analysis, and independent t-test statistics. The results indicated 4 predicted factors of the behavior of prevention and home isolation care of COVID-19 patients including the education level more than primary school (Mean diff =2.17, 95% CI= 1.46-3.18), history of COVID-19 illness (Mean diff =2.76, 95% CI= 2.34-7.82), a good level of COVID-19 knowledge (Mean diff =3.36, 95% CI= 1.73-8.92) and a good level of COVID-19 health literacy (Mean diff =3.78, 95% CI= 2.84-7.62). A model for home isolation care of COVID-19 patients among Village Health Volunteers contains a knowledge-based, people empowerment, coordination

& networking, coacher, self-care, staff & system, social support, and follow-up. After an experiment, the score of knowledge, attitude, health literacy, and behavior of prevention and home isolation care of COVID-19 patients of the experimental group was significantly more than the comparison group.

Keywords: Village Health Volunteers, The First Doctor or Moh#1, COVID-19, Uthumphon Phisai

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด 19 (COVID-19) เป็นโรคติดต่อทางเดินหายใจที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา SARS-CoV-2 เริ่มพบผู้ป่วยครั้งแรกเมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 ที่เมืองอู่ฮั่น เมืองหลวงของมณฑลหูเป่ย์ ภาคกลางของสาธารณรัฐประชาชนจีน จากนั้นเกิดการระบาดใหญ่ในเมืองอู่ฮั่นและประเทศจีนอย่างรวดเร็ว มีทั้งคนป่วยหนักและเสียชีวิตจำนวนมาก จนประเทศจีนต้องปิดประเทศ ในขณะที่นั้นถือเป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีการแพร่ระบาดไปทั่วโลก มีอัตราการติดเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จนเมื่อวันที่ 30 มกราคม 2563 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้การระบาดของโรคโควิด 19 เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public health emergency of international concern: PHEIC) และประกาศเข้าสู่ภาวะการระบาดไปทั่วโลก เมื่อวันที่ 11 มีนาคม 2563 สำหรับประเทศไทย พบผู้ป่วยโควิด 19 รายแรกเมื่อวันที่ 13 มกราคม 2563 เป็นคนจีนที่เดินทางเข้ามาในประเทศไทย โดยได้รับเชื้อจากการระบาดในประเทศจีน โดยเชื้อโควิด 19 ที่มีการแพร่ระบาดในประเทศไทย เริ่มแรกเป็นสายพันธุ์อู่ฮั่น การระบาดระลอก 2 เป็นสายพันธุ์จีเอช (GH) ระลอกที่ 3 เป็นสายพันธุ์อัลฟา

(อังกฤษ) ระลอกที่ 4 เป็นสายพันธุ์เดลต้า (อินเดีย) และระลอกที่ 5 มีการระบาดได้อย่างรวดเร็วและเป็นที่ยอมรับขององค์การอนามัยโลกคือ สายพันธุ์โอไมครอน (Omicron) ที่ถูกรายงานครั้งแรกในแอฟริกา และในประเทศไทยพบผู้ป่วยติดเชื้อโอไมครอนจำนวนมาก มีการแพร่เชื้อติดต่อระหว่างคนได้อย่างรวดเร็วและกระจายไปทุกจังหวัดของประเทศไทย⁽¹⁾

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เมื่อรับเชื้อเข้าสู่ร่างกายแล้วจะมีการแพร่กระจายเชื้อได้ง่ายและรวดเร็ว จากการติดต่อผ่านลมหายใจหรือสัมผัสกับสารคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีอาการไข้ ไอ หายใจหอบเหนื่อย ปวดกล้ามเนื้อ สูญเสียการรับรส และกลิ่น หรือบางรายอาจพบว่า ไม่มีไข้ แต่มีเยื่อตาอักเสบ มีอาการผื่นคล้ายลมพิษ หรือตุ่มน้ำขึ้นตามลำตัว ส่วนในรายที่มีอาการรุนแรงมักมีอาการปอดบวมอักเสบ ระบบการหายใจล้มเหลวหรืออวัยวะอื่น ๆ ในร่างกายล้มเหลวร่วมด้วย จนกระทั่งมีภาวะเจ็บป่วยเข้าสู่ระยะวิกฤตและเสียชีวิตได้⁽¹⁾ ประเทศไทย โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่ออันตราย ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558⁽²⁾ มีการบริหารสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขโดยศูนย์บริหารสถานการณ์

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) ภายใต้พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นผู้อำนวยการศูนย์ฯ เพื่อบูรณาการการทำงานของทุกภาคส่วนให้เป็นไปอย่างเป็นเอกภาพ นับได้ว่าเป็นความสำเร็จในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ที่ทำให้อัตราการติดเชื้อและอัตราป่วยตายลดลงอย่างเห็นได้ชัด เป็นที่ยอมรับของนานาชาติ และตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 เป็นต้นมาประเทศไทยได้ประกาศให้โรคโควิด 19 เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง โดยกระทรวงสาธารณสุขได้มีการจัดทำแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการเพื่อรองรับการเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง เพื่อให้สามารถเฝ้าระวัง ตรวจจําการระบาด และสามารถควบคุมโรคโควิด 19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽¹⁾

ในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 เมื่อปี 2564-2565 จังหวัดศรีสะเกษพบผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 จำนวนมากกระจายไปทุกอำเภอ ทั้ง 22 อำเภอ โดยข้อมูล ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2565 จังหวัดศรีสะเกษ พบผู้ติดเชื้อโควิด 19 จำนวน 48,810 ราย แบ่งเป็นผู้ติดเชื้อโควิด 19 ในพื้นที่ 2,408 ราย ผู้ติดเชื้อโควิดมาจากต่างจังหวัดและตรวจพบในพื้นที่ 34,172 รายและผู้ติดเชื้อโควิด 19 ที่ตรวจพบจากพื้นที่อื่นมาขอรักษาในจังหวัดศรีสะเกษ 1,288 ราย โดยพบผู้ป่วยโควิด 19 จำนวนมากในช่วงการแพร่ระบาดหลังเทศกาลสงกรานต์ 2564 และช่วงสถานการณ์ “ฝั่งแตกวัง” หรือ Bangkok Shutdown” ที่มีการระบาดของเชื้อโควิด 19 สายพันธุ์เดลต้า ในกลุ่มแคมป์คนงานในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล โดย

รัฐบาลได้ประกาศภาวะฉุกเฉินและสั่งปิดแคมป์คนงานก่อสร้างทั้งหมด ซึ่งผู้ติดเชื้อจำนวนมากได้เดินทางกลับมาพื้นที่ภูมิลำเนา และพบผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงวันที่ 28 มิถุนายน 2564 - 29 กันยายน 2564 ในภาพรวม อำเภอที่พบผู้ป่วยโควิด 19 มากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ อำเภอกันทรลักษ์ ชุขันธ์ เมืองศรีสะเกษ ขุนหาญ และอุทุมพรพิสัย พบผู้ป่วย 7,071, 5,485, 4,793, 4,004 และ 3,476 รายตามลำดับ⁽³⁾ อำเภออุทุมพรพิสัย เป็นอำเภอที่พบผู้ป่วยโควิด 19 เป็นอันดับที่ 5 ของจังหวัดศรีสะเกษ พบผู้ป่วยโควิด 19 จำนวนมากในช่วงต้นเดือนมิถุนายน 2564 - เดือนมิถุนายน 2565 จำนวน 3,476 ราย ผู้ป่วยโควิด 19 ร้อยละ 79 เป็นผู้ป่วยโควิด 19 ที่มีการติดเชื้อกันในครอบครัว พบผู้ป่วยโควิด 19 มากที่สุดที่ตำบลกำแพง รองลงมาคือ ตำบลลำโรง ตำบลก้านเหลือง ตำบลชะยุง และตำบลโคกจาน ซึ่งโดยลักษณะทางวัฒนธรรมครอบครัวจะมีสมาชิกจำนวนมาก บ้านหรือที่พักอาศัยตั้งอยู่ติดกันและแออัด จึงมีการติดเชื้อในพื้นที่และมีการแพร่เชื้อกันในชุมชนอย่างรวดเร็ว เนื่องจากการปฏิบัติตัวในการกักตัวเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อของประชาชนที่เป็นผู้สัมผัสเสี่ยงสูงยังไม่ดีพอ และผู้ป่วยโควิด 19 ที่รักษาตัวเองที่บ้านมีการลักลอบออกจากกักตัว เนื่องจากต้องทำมาหาเงินมาเลี้ยงชีพซึ่งถือเป็นเรื่องหลักของครอบครัว เมื่อมีการเจ็บป่วยเล็กน้อยจึงไม่ค่อยได้ใส่ใจตนเอง ไม่กังวลต่อความรุนแรงของโรคโควิด 19 และครอบครัวที่มีสมาชิกอยู่ด้วยกันจำนวนมาก การแยกกักตัวจึงทำได้ยาก ทำให้การป้องกันตนเองไม่ดี และขาดการปฏิบัติตน

ที่ดีในการป้องกันการแพร่เชื้อในครอบครัว จึงเกิดการแพร่เชื้อในชุมชนอย่างต่อเนื่อง⁽⁴⁾

ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 เมื่อปี 2564-2565 การดูแลติดตามประเมินมาตรการกักตัวของกลุ่มเสี่ยง และการติดตามกำกับเรื่องการตรวจวัดดัชนีทางสุขภาพ ตลอดจนการส่งยารักษาอาการเบื้องต้นของผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด 19 ที่กักตัวรักษาตัวเองที่บ้านเป็นบทบาทหน้าที่หลักของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งต้องทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยแทนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยที่ต้องดูแลในชุมชนเป็นจำนวนมาก และในปี 2563 กระทรวงสาธารณสุขได้มีการกำหนดนโยบาย “อสม. เคาะประตูบ้าน ต้านโควิด 19” เพื่อให้ อสม. ได้ออกติดตามเยี่ยมกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโควิด 19 เพื่อแนะนำวิธีการปฏิบัติตัว การติดตามดูแลกำกับการกักตัวรักษาของผู้ป่วย รวมถึงการตรวจคัดกรองโควิด 19 ด้วยการตรวจ ATK (Antigen test kit) ให้กลุ่มเสี่ยงสูงในครอบครัวของผู้ป่วย⁽⁵⁾ และในเวลาต่อมาช่วงกลางปี 2563 กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายการพัฒนา ระบบสุขภาพปฐมภูมิที่เข้มแข็งและเป็นรากฐานของระบบสาธารณสุขไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ได้พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพแบบวิถีใหม่ และต่อยอดการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้วยนโยบาย “คนไทยทุกคนครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน” ประสานการทำงานดูแลประชาชนที่บ้านและชุมชนแบบ “ใกล้ตัว

ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” เน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการส่งต่อรักษาในโรคที่ซับซ้อนยุ่งยาก โดยหมอคนที่ 1 หมอประจำบ้าน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีอยู่ในชุมชน หมอคนที่ 2 หมอสาธารณสุข คือ บุคลากรในสถานบริการปฐมภูมิหรือ รพ.สต. และหมอคนที่ 3 คือ แพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้ประชาชนคนไทยทุกคนได้รับการดูแลด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะในสถานการณ์โรคโควิด 19 ที่จะต้องมีการประสานดูแล กำกับ ติดตาม การเก็บข้อมูล เพื่อส่งต่อรับยาและประเมินการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽⁶⁾ ถึงแม้ว่าในปัจจุบันโรคโควิด 19 จะเป็นโรคประจำถิ่น และได้มีการปรับมาตรการกักตัวของกลุ่มเสี่ยง ตลอดจนผู้ป่วยโควิด 19 ที่มีอาการเล็กน้อยก็ให้สามารถปฏิบัติงานได้ โดยต้องปฏิบัติตามมาตรการป้องกันตนเองไม่ให้แพร่เชื้อสู่คนอื่นอย่างเคร่งครัด แต่ก็ยังพบว่ามีการติดเชื้อกันในครอบครัวและเพื่อนร่วมงาน และกรณีผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วยเรื้อรังอื่น ๆ ยังต้องมีการติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง โดย อสม. ยังคงเป็นแกนนำสุขภาพหลัก ๆ ในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน ซึ่งจำเป็นต้องมีการจัดกระบวนการเพื่อพัฒนาศักยภาพด้านความรู้และทักษะต่าง ๆ ในการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว และการดูแลรักษาอาการเบื้องต้นของผู้ป่วยโควิด 19 ที่รักษาตัวเองที่บ้าน ให้มีประสิทธิภาพ เพื่อเป้าหมายสูงสุดคือ การรักษาหายและไม่แพร่กระจายเชื้อสู่คนในครอบครัวและคนในชุมชน

ดังนั้น การศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบ การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่รักษาตัวเองที่บ้านของ อสม. หมอประจำบ้าน โดยมีจุดเน้นเพื่อจัดกระบวนการให้ความรู้ และการพัฒนาศักยภาพด้านความรู้ ทักษะ และกระบวนการต่าง ๆ ในการให้ความรู้ การชักประวัติ การกำกับ ติดตาม ประเมินอาการ การให้คำแนะนำมาตรการป้องกันโรคโควิด 19 ของ อสม. เพื่อให้ อสม. เป็นกลไกสำคัญในการ ส่งเสริมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดเชื้อ โควิด 19 ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง และการ ดูแลรักษาผู้ป่วยที่รักษาตัวเองที่บ้าน (Home isolation) โดย อสม. มีการจัดการตนเองที่ดี (Self-management) บุคคลในครอบครัวเกื้อหนุน ให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง อย่างเหมาะสม (Family support) รวมถึง การพัฒนาความรู้ ทักษะ และความสามารถของ ตนเอง (Knowledge, self-regulation skill and abilities) และการดูแลสนับสนุนที่ดีขององค์กร ภาครัฐหรือข่ายในชุมชน เพื่อมุ่งสู่ความสำเร็จ ในการควบคุมการระบาดของโรคโควิด 19 ในชุมชน และเพื่อเตรียมความพร้อมรับมือ สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในระลอกใหม่หรือโรคอุบัติใหม่ที่อาจเกิดขึ้น ในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยโรค ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. หมอประจำ บ้าน อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลรักษา ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่รักษา ตัวเองที่บ้านของ อสม. หมอประจำบ้าน อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่รักษาตัวเองที่บ้านของ อสม. หมอประจำบ้าน อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบ ผสมผสาน (Mixed Method) โดยใช้วิธีการ ของรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R&D) แบ่งเป็น 3 ระยะ ตามกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังภาพที่ 2 โดยมี รายละเอียด ดังนี้

1. การวิจัยระยะที่ 1 เป็นการวิจัย เชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Analytical cross-sectional study) เพื่อศึกษาปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกัน และดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. หมอประจำบ้าน อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างคือ อสม. หมอประจำบ้าน อำเภออุทุมพรพิสัย 298 คน ที่ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณ ความแม่นยำในการประมาณค่าพารามิเตอร์ (Accuracy Parameter Estimated: AIPE)⁽⁷⁾ โดยกำหนดค่าพารามิเตอร์จากวิจัยของภัทรนุช วิฑูรสถกุล และคณะ⁽⁸⁾ ทำการสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) เพื่อให้ได้ตัวแทน อสม.

ที่เป็นตัวแทนอย่างที่ดี ในการทำการศึกษาดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 ใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) สุ่มเลือก อสม. ตามสัดส่วนโซนบริการของ รพ.สต. ในเขตพื้นที่อำเภออุทุมพรพิสัย ขั้นตอนที่ 2 ใช้วิธีการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster random sampling) เพื่อเลือก อสม. ในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต. จำนวน 1 แห่งในแต่ละโซนบริการ ขั้นตอนที่ 3 ใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) เพื่อเลือก อสม. ตามสัดส่วนจำนวน อสม. ในแต่ละหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต. ที่เลือกในขั้นตอนที่ 2 และขั้นตอนที่ 4 ใช้วิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) สุ่มเลือก อสม. แต่ละหมู่บ้าน ด้วยการนำรายชื่อ อสม. มาจัดเรียง แล้วทำการสุ่มเป็นช่วง ตามช่วงที่คำนวณได้ จนครบกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป 13 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 เป็นคำถามแบบถูกผิด 2 ตัวเลือก 15 ข้อ ส่วนที่ 3 ทักษะในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 เป็นคำถามประมาณค่า 5 ตัวเลือก 10 ข้อ ส่วนที่ 4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด 19 รวมทักษะ 5 ด้าน เป็นคำถามประมาณค่า 5 ตัวเลือก 40 ข้อ และส่วนที่ 5 พฤติกรรมการพฤติกรรมป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นคำถามประมาณค่า 5 ตัวเลือก 15 ข้อ และ ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในด้านความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธีวิจัย

ด้านสถิติและด้านเนื้อหาการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด 19 จำนวน 3 ท่าน หลังจากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ใน อสม. อำเภอใกล้เคียง และนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยแบบสอบถามด้านความรู้ใช้วิธีการของ Kuder-Richardson 20 (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.76 และแบบสอบถามทัศนคติ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยโรคโควิด 19 ใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.73, 0.82 และ 0.80 ตามลำดับ

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและการวัดระดับความรู้ทัศนคติ ความรอบรู้ และพฤติกรรมการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด 19 ของ อสม. โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด และการวิเคราะห์เพื่อปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด 19 ของ อสม.หมอบระจำบ้าน โดยใช้สถิติ Multivariable linear regression นำเสนอขนาดความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (Adjusted mean difference) และช่วงความเชื่อมั่น 95%

2. การวิจัยระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ตามแนวคิดของเคมมิส และแมกแทกการ์ด⁽⁹⁾ ร่วมกับการนำทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ตามแบบความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนจากครอบครัวและสมรรถนะแห่งตน มาออกแบบกิจกรรมผ่านกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามวงล้อของ DEMMING

CYCLE (PDCA 3 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย ขั้นตอน 4 ขั้นตอน ดังนี้คือการวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด 19 และการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด 19 ที่รักษาตัวเองที่บ้านของ อสม. หมอประจำบ้าน อำเภออุทุมพรพิสัย ได้แก่ ผู้ป่วยโควิด 19 ที่รักษาหายมาแล้ว 90 วัน ผู้ที่เคยมีประวัติเป็นผู้สัมผัสเสี่ยงสูง สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโควิด 19 ที่รักษาหายแล้ว แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานด้านควบคุมโรค อสม. ผู้ช่วยเลขาธิการผู้สูงอายุ (CG) ผู้นำชุมชน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล และเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองอำเภอ รวมทั้งสิ้น 60 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเชิงลึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญ ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย ตรวจสอบความเชื่อถือได้ของเครื่องมือวัดข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้หลักการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation Techniques) ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านข้อมูล (Data Triangulation) ด้านการเก็บรวบรวมข้อมูล (Methodology Triangulation) และด้านผู้สืบค้น จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญที่มีความชำนาญในการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์และ

ความน่าเชื่อถือของข้อมูลเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์การสังเกตติดตาม การประเมินการมีส่วนร่วม และบันทึกข้อมูลจากการทำกิจกรรมสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเนื้อหา (Content analysis) ของข้อมูลอย่างเป็นระบบ รวบรวม ตรวจสอบ และจัดกลุ่มของข้อมูล จัดหมวดหมู่โดยทำการตรวจสอบตั้งแต่การเก็บรวบรวมข้อมูล ความครบถ้วนตรงตามที่ผู้ให้ข้อมูลให้มา

3. การวิจัยระยะที่ 3 เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อน-หลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น (Two group pre-posttest design) เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด 19 ที่รักษาตัวเองที่บ้านของ อสม. หมอประจำบ้าน กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. หมอประจำบ้าน ที่ได้ทำการคัดเลือกแบบเจาะจงตาม รพ.สต. ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง คือ อสม. หมอประจำบ้าน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกจาน และกลุ่มเปรียบเทียบ คือ อสม. หมอประจำบ้าน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ชัยที่ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในประชากร 2 กลุ่มที่อิสระต่อกัน⁽¹⁰⁾ กำหนดค่าพารามิเตอร์จากงานวิจัยของรจนารถ ชูใจ⁽¹¹⁾ ได้ขนาดตัวอย่าง 41 คน เพื่อป้องกันการสูญหายจากการติดตามระหว่างดำเนินกิจกรรม จึงทำการปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างที่คาดว่าจะสูญหายร้อยละ 10⁽¹⁰⁾ เพื่อให้ตัวอย่างมีขนาดที่เพียงพอ

ในการประมาณเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 50 คน สุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ 2 ขั้นตอน (Two-stage random sampling) โดยขั้นตอนที่ 1 ใช้วิธีการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster random sampling) เพื่อเลือก รพ.สต. 2 แห่ง ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวลงตรวจในหน่วยบริการ และขั้นตอนที่ 2 ใช้วิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) สุ่มเลือก อสม. แต่ละหมู่บ้าน ด้วยการนำรายชื่อ อสม. มาจัดเรียง แล้วทำการสุ่มเป็นช่วง ตามที่คำนวณได้ จนครบจำนวน อสม. ทั้งหมดที่ต้องการ

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการวิจัยระยะที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและการวัดระดับความรู้ ทักษะ ความรอบรู้ และพฤติกรรมการป้องกัน การติดเชื้อ และดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ของ อสม. ใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด และการวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบ ความรู้ ทักษะ ความรอบรู้ และพฤติกรรมการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด 19 ของ อสม. หมอประจำบ้าน โดยใช้สถิติ Paired t-test และ Independent t-test นำเสนอขนาดความแตกต่างค่าเฉลี่ย (Mean difference) และช่วงความเชื่อมั่น 95%

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ SPPH 2022-51 EC เมื่อวันที่ 5 สิงหาคม 2565 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

ผลการวิจัย

1. ผลการวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด 19 ของ อสม. หมอประจำบ้าน พบว่า อสม. หมอประจำบ้าน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.57 อายุเฉลี่ย 51.74 ± 9.02 ปี อายุน้อยที่สุด 18 ปี และอายุมากที่สุด 74 ปี ส่วนใหญ่อายุ 50-59 ปี ร้อยละ 46.98 สถานภาพสมรส ร้อยละ 79.19 จบชั้นระดับมัธยมศึกษาหรือสูงกว่า ร้อยละ 60.07 อาชีพเกษตรกรรม 79.19 มัธยฐานด้านรายได้ต่อเดือน 5,000 บาท (Min = 300, Max = 150,000) ระยะเวลาการเป็น อสม. เฉลี่ย 14.77 ± 9.32 ปี เป็น อสม. มาแล้ว 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 56.04 ผ่านการอบรมหลักสูตร อสม. เขียวชาญ ร้อยละ 82.89 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 32.55 เคยป่วยเป็นโรคโควิด 19 ร้อยละ 44.63 สมาชิกในครอบครัวเคยป่วยเป็นโรคโควิด 19 ร้อยละ 62.42 และเคยเป็นผู้สัมผัสเสี่ยงสูง ร้อยละ 78.86 รายละเอียดตามตารางที่ 1 อสม. หมอประจำบ้านมีคะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ทักษะต่อการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด 19 เฉลี่ย 12.64 ± 1.07 , 34.81 ± 4.01 , 178.20 ± 17.12 และ 40.06 ± 2.22 คะแนน ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีระดับความรู้ ทักษะ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด 19 อยู่ในระดับดี ระดับปานกลาง ระดับดี และระดับดี ร้อยละ 88.59, 75.84, 95.64 และ 93.62 ตามลำดับ

พบว่า มี 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด 19 ของ อสม.หมอประจำบ้าน ได้แก่ การศึกษา เคยป่วยเป็นโรคโควิด 19 ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 และความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด 19 โดยพบว่า อสม. ที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป มีคะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด 19 มากกว่า อสม.ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า 2.17 คะแนน (Mean diff =2.17, 95% CI= 1.46-3.18) อสม. ที่เคยป่วยด้วยโควิด 19 มีคะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด 19 มากกว่า อสม.ที่ไม่เคยป่วย 2.76 คะแนน (Mean diff =2.76, 95% CI= 2.34-7.82) อสม. ที่มีความรู้เกี่ยวกับโควิด 19 ในระดับดี มีคะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด 19 มากกว่า อสม.ที่มีความรู้ในระดับไม่ดี 3.36 คะแนน (Mean diff =3.36, 95% CI= 1.73-8.92) และอสม. ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดี มีคะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 มากกว่า อสม.ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่ดี 3.78 คะแนน (Mean diff =3.78, 95% CI= 2.84-7.62) รายละเอียดตามตารางที่ 2

2. ผลการวิจัยระยะ 2 ผลการพัฒนา รูปแบบฯ ที่ผ่านกระบวนการจัดการคุณภาพ (PAOR) จำนวน 3 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วยขั้นตอน 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล จากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกัน

โรคโควิด 19 และการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด 19 ที่รักษาตัวเองที่บ้านของ อสม. หมอประจำบ้าน อำเภออุทุมพรพิสัย และการทดลองใช้ใน อสม. กลุ่มเล็ก ที่มีการปรับปรุงพัฒนาตามประเด็นปัญหาที่พบ จำนวน 3 รอบ จนได้รูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่รักษาตัวเองที่บ้านของ อสม.หมอประจำบ้าน อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 8 องค์ประกอบ ดังนี้

1) Knowledge-Based หมายถึง การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ที่มีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงแนวทางปฏิบัติให้ทันสมัย การฝึกทักษะในการดูแลให้คำแนะนำผู้ป่วยโควิด 19 และการป้องกันการติดเชื้อจากผู้ป่วยโควิด 19 ที่กักตัวรักษาตัวเองที่บ้าน และการสร้างทัศนคติเชิงบวกเพื่อปรับเปลี่ยนวิถีคิดและพฤติกรรมการทำงานดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ที่รักษาตัวเองที่บ้าน

2) People Empowerment หมายถึง การสร้างคุณค่าจากการทำงานดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ของ อสม. หมอประจำบ้าน การสร้างพลังเชิงบวกในการทำงาน และการชื่นชมยินดีเมื่อการทำงานประสบความสำเร็จ

3) Coacher หมายถึง การนำระบบพี่เลี้ยง โดยแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มาเป็นที่ปรึกษา คอยให้คำแนะนำ อสม. ในการปฏิบัติงานในชุมชน และร่วมลงพื้นที่กำกับติดตามการปฏิบัติงานเพื่อดูแล กำกับการรับประทานยา การให้คำแนะนำการปฏิบัติตนระหว่างกักตัวรักษาตัวเองที่บ้านของผู้ป่วยโควิด 19 ของ อสม.หมอประจำบ้าน

4) Self-Care หมายถึง การให้ความรู้ และฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันตนเองไม่ได้รับเชื้อโควิด 19 ในขณะที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ที่รักษาตัวเองที่บ้าน และการป้องกันการติดเชื้อในการใช้ชีวิตประจำวันของ อสม.

5) Stuff & System หมายถึง การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ที่รักษาตัวเองที่บ้าน ได้แก่ ชุดการตรวจวัดอุณหภูมิร่างกาย เครื่องวัด O₂SAT เครื่องวัดความดันโลหิต แบบพอร์มบ้านที่ก อากาศ หน้ากากอนามัย และชุดรวมยาสามัญ ประจำบ้านและยารักษาโควิด 19 ที่ได้รับจากรพ.อุทุมพรพิสัย รวมถึงอุปกรณ์ในการป้องกันตนเองจากการรับเชื้อจากผู้ป่วยโควิด 19

6) Social support หมายถึง การดำเนินงานจำเป็นที่จะต้องได้รับการสนับสนุน ทั้งงบประมาณ บุคลากร และวัสดุอุปกรณ์จากองค์กรภาคีเครือข่ายทั้งภายในและภายนอกองค์กรหน่วยงานต่าง ๆ ไม่เฉพาะกระทรวงสาธารณสุข และ อสม. ต้องได้รับการสนับสนุน ให้กำลังใจ และสร้างพลังเชิงบวกในการทำงานจากสมาชิกในครอบครัวและชุมชน

7) Coordination and Networking หมายถึง การสร้างเครือข่ายการทำงานระหว่าง อสม.ในตำบลและองค์กรต่างๆที่อยู่ในชุมชนตำบล และอำเภอ เพื่อให้สามารถมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การประสานงานเครือข่ายการทำงานร่วมกัน และการส่งต่อข้อมูลแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด 19 ในชุมชน

8) Follow up หมายถึง การกำกับ ติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินอาการ ซักถามสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ประเมินสุขภาพจิตเบื้องต้น และเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อให้คนอื่นในชุมชน และการประสานส่งต่อผู้ป่วยโควิด 19 เมื่อมีอาการผิดปกติให้ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อไป ดังภาพที่ 2

3. ผลการวิจัยระยะที่ 3 ประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่รักษาตัวเองที่บ้านของ อสม. หมอประจำบ้าน อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ จากการวิจัยระยะที่ 2 พบว่า หลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ที่ทัศนคติต่อการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด 19 และพฤติกรรมการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด 19 มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ ทัศนคติ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด 19 มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.23 (Mean diff = 2.23, 95% CI: 1.81-2.64), 5.42 (Mean diff = 5.42, 95% CI: 4.32-6.51), 20.08 (Mean diff= 20.08, 95% CI: 12.51-27.65) และ 7.24 (Mean diff= 7.24, 95% CI: 6.37-8.11) คะแนนตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของ อสม.หมอบระจําบ้าน

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	43	14.43
หญิง	255	85.57
2. อายุ		
<40 ปี	28	9.40
40-49 ปี	81	27.18
50-59 ปี	140	46.98
60 ปีขึ้นไป	49	16.44
Mean \pm SD	51.74 \pm 9.02	
Median (Min: Max)	52 (18:74)	
3. สถานภาพสมรส		
โสด/หม้าย/หย่า/แยก	62	20.81
สมรส	236	79.19
3. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	119	39.93
มัธยมศึกษาหรือสูงกว่า	179	60.07
4. อาชีพ		
แม่บ้าน	23	7.72
เกษตรกรรวม	236	79.19
รับจ้าง/ค้าขาย/อื่นๆ	39	13.09
5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
<5,000 บาท	123	41.28
5,000 บาทขึ้นไป	175	58.72
Median (Min: Max)	5,000 (300: 150,000)	

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
6. ระยะเวลาการเป็น อสม.		
1-5 ปี	42	14.09
6-10 ปี	89	29.87
>10 ปี	167	56.04
Mean ± SD	14.77±9.32	
Median (Min: Max)	12 (1: 45)	
7. ประวัติการอบรม อสม.เชี่ยวชาญ		
ไม่เคยอบรม	51	17.11
ผ่านการอบรมแล้ว	247	82.89
8. โรคประจำตัว		
ไม่มี	201	67.45
มี	97	32.55
9. ประวัติการป่วยเป็นโรคโควิด 19		
ไม่เคย	165	55.37
เคยป่วย	133	44.63
10. สมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคโควิด 19		
ไม่มี	112	37.58
มีสมาชิกในครอบครัวป่วย 1 คน	80	26.43
มีสมาชิกในครอบครัวป่วย 2-4 คน	106	35.57
11. ประวัติการสัมผัสเสี่ยงสูงของผู้ป่วยเป็นโรคโควิด-19		
ไม่เคย	63	21.14
เคย	235	78.86

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังและดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด 19 ของ อสม.หมอบระจำบ้าน อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ โดยควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่น ๆ แล้ว

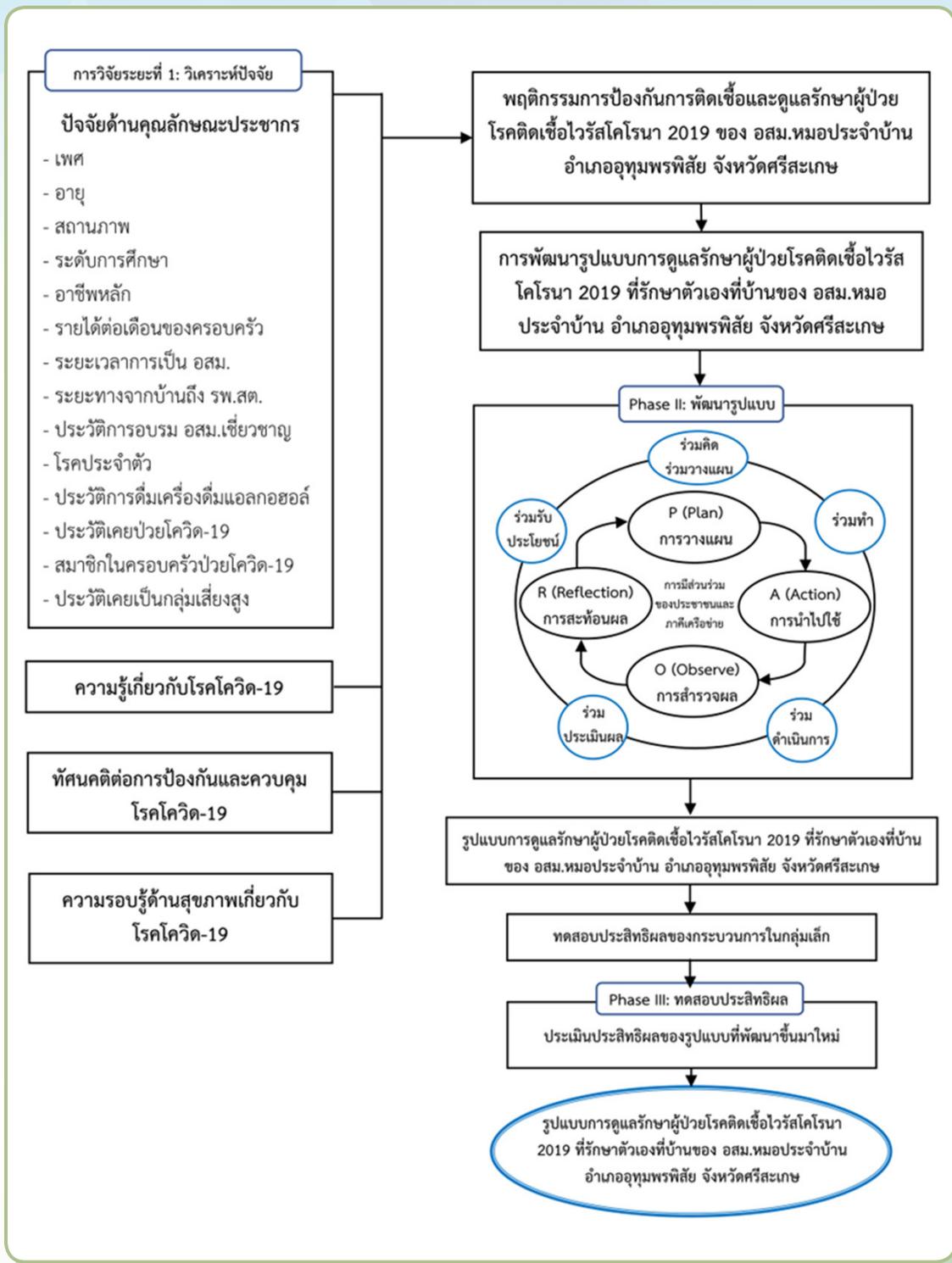
ตัวแปร	n	mean	SD	Un-adjusted Mean difference	Adjusted Mean difference	95% CI	p-value
1. ระดับการศึกษา							<0.0001
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	119	38.02	2.51	0	0		
มัธยมศึกษาขึ้นไป	179	40.20	1.01	2.18	2.17	1.46 to 3.18	
2. ประวัติการป่วยเป็นโรคโควิด 19							0.0074
ไม่เคยป่วย	165	38.67	2.04	0			
เคยป่วย	133	40.83	2.72	2.16	2.76	2.34 to 7.82	
3. ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19							0.0227
ระดับไม่ดี/ปรับปรุง	34	37.04	1.75	0	0		
ระดับดี	264	40.13	2.27	3.09	3.36	1.73 to 8.92	
4. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ							
ระดับไม่ดี/ปรับปรุง	42	38.83	2.84	0	0		0.0001
ระดับดี	256	40.27	2.05	1.43	3.78	2.84 to 7.62	

หมายเหตุ: วิเคราะห์ด้วยสถิติ Multivariable linear regression

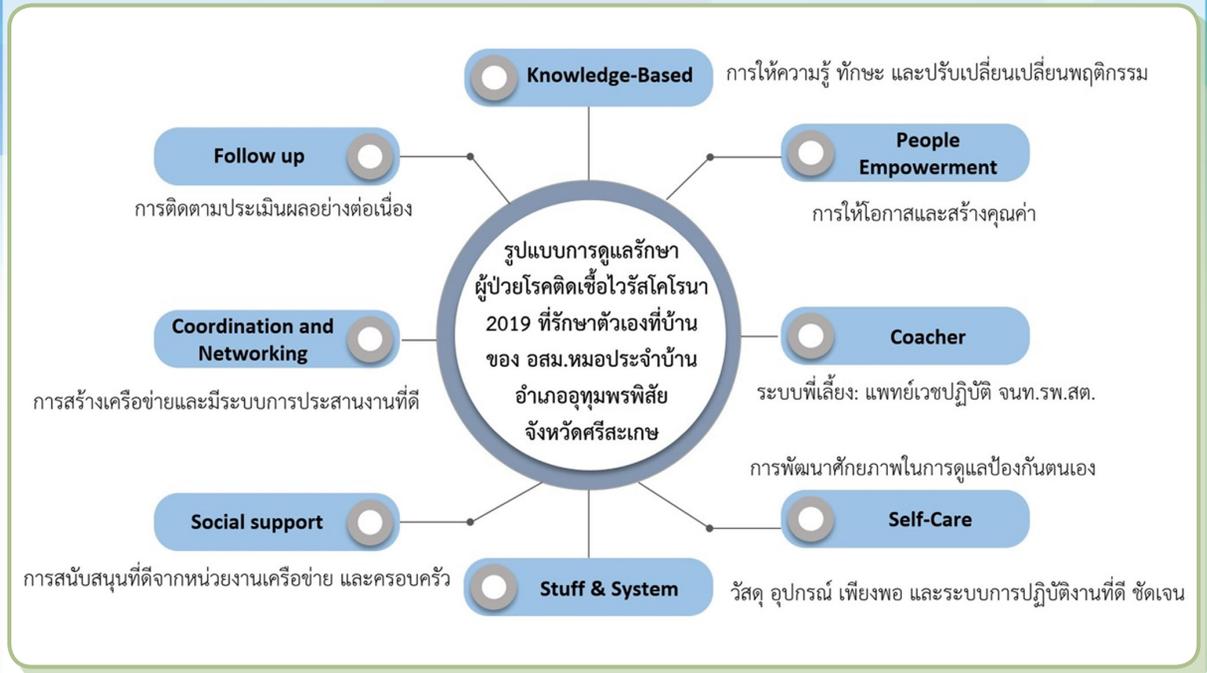
ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนความรู้ ทักษะคติ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด 19 ของ อสม.หมอประจำบ้าน ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ

ช่วงเวลา	ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		Mean difference	95% CI	p-value
		Mean	SD	Mean	SD			
หลังได้รับโปรแกรม	ความรู้	8.49	1.04	6.26	1.07	2.23	1.81 to 2.64	<0.0001
	ทักษะคติ	43.28	2.34	37.86	3.14	5.42	4.32 to 6.51	<0.0001
	ความรอบรู้	172.56	19.61	152.48	18.53	20.08	12.51 to 27.65	<0.0001
	พฤติกรรม	42.42	2.01	35.18	2.36	7.24	6.37 to 8.11	<0.0001
ก่อนได้รับโปรแกรม	ความรู้	6.73	1.54	6.12	1.35	0.61	0.04 to 1.18	0.0377
	ทักษะคติ	39.62	3.71	38.47	4.39	1.15	-0.46 to 2.76	0.1603
	ความรอบรู้	161.73	20.02	159.38	19.21	2.35	-5.44 to 10.14	0.5506
	พฤติกรรม	36.47	2.83	36.37	3.10	0.10	-1.07 to 1.27	0.8666

หมายเหตุ:วิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent t-test



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 2 รูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่รักษาตัวเองที่บ้าน ของอสม.หมอประจำบ้าน อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

อภิปรายผลการศึกษา

1. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด 19 ของ อสม.หมอประจำบ้าน อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษพบว่า มี 4 ปัจจัยได้แก่การศึกษา เคยป่วยเป็นโรคโควิด 19 ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 และความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด 19 โดย อสม. ที่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาขึ้นไปมีคะแนนพฤติกรรม การป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด 19 มากกว่า อสม. ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า 2.17 คะแนน จะเห็นว่าระดับการศึกษา เป็นต้นทุนขั้นพื้นฐานที่จะบ่งชี้ถึงความพร้อมและความสามารถในการรับรู้

ต่าง ๆ การใช้ดุลยพินิจในการพิจารณาตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ที่จะต้องมีการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้สามารถอยู่ได้ปกติสุข จึงจะเห็นได้ว่า อสม. ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะมีพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคที่ดีกว่า เพราะการศึกษาส่งผลโดยตรงต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมที่ดีในการป้องกันโควิด 19⁽¹²⁻¹⁴⁾ อสม. ที่เคยมีประวัติการป่วยด้วยโรคโควิด 19 จะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด 19 ได้ดีขึ้นกว่าเดิม เนื่องจากไม่อยากให้ตนเองกับมารับเชื้อซ้ำ ทำให้

ส่งผลต่อสุขภาพ การเสียเวลาในการทำงาน เสียค่าใช้จ่าย ขาดรายได้ และทำให้ครอบครัว และคนรอบข้างได้รับความเดือดร้อน ประกอบกับมีประสบการณ์จึงมีการรับรู้ว่าการปฏิบัติตัวในลักษณะใดมีความเสี่ยงต่อการรับเชื้อโควิด 19 จึงสามารถหาวิธีการป้องกันตนเองมากกว่า คนที่ไม่เคยติดเชื้อโควิด 19⁽⁸⁾ อสม.ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ในระดับดี จะส่งผลให้การแสดงออกซึ่งพฤติกรรมกาป้องกันโรคโควิด 19 ที่เหมาะสม เนื่องจากเป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีการแพร่ระบาดไปทั่วโลก และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของประชาชน ข้อสรุปถึงความรุนแรงของโรค การป้องกันด้วยวัคซีนยังไม่ชัดเจนมากพอ จึงทำให้คนที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ที่ดี เลือกว่าจะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันตนเองไว้ก่อน^(12,15-16) อสม.ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดีมีคะแนนพฤติกรรมกาป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด 19 มากกว่า อสม.ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่ดี อสม.ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดีนั้น จะประกอบด้วย 6 ทักษะ ที่ต้องดีด้วย ได้แก่ ทักษะด้านการเข้าถึงข้อมูลความรู้ ทักษะด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความรู้ ทักษะด้านการสื่อสาร ทักษะด้านการจัดการตนเอง ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการตัดสินใจในการปฏิบัติตน ซึ่งหากคุณสมบัติทั้ง 6 ทักษะ อยู่ในระดับดีแล้ว การปฏิบัติตนของ อสม. ก็จะมีลักษณะการแสดงทางพฤติกรรมกาป้องกันโรคโควิด 19 ในทิศทางที่ดีด้วย⁽¹⁷⁻¹⁸⁾

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่รักษาตัวเองที่บ้านของ อสม.หมอบประจำบ้าน อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ได้รูปแบบ 8 กิจกรรมหลัก ได้แก่ กิจกรรมกาให้ความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้โอกาสและสร้างคุณค่า การจัดระบบที่เลี้ยงจากแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำ รพ.สต. การพัฒนาศักยภาพในการป้องกันตนเอง การสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ และวางระบบการปฏิบัติงานที่ดี การสนับสนุนที่ดีจากภาคีเครือข่ายและครอบครัว การสร้างเครือข่ายการทำงานและมีระบบการประสานงานที่ดี และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการภาวะวิกฤติโควิด 19 และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกาป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 ที่ผ่านมา ประกอบด้วยกระบวนการเสริมสร้างพื้นฐานด้านความรู้ การรับรู้ และความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อและการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 จากนั้นจึงเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสร้างคุณค่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการให้โอกาสในการลงมือปฏิบัติ โดยการที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ขึ้นอยู่กับความเชื่อของตนเอง และเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกาปฏิบัติตนในการป้องกันโรคอย่างเหมาะสมได้ โดยมีเจ้าหน้าที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องช่วยสนับสนุนให้การปฏิบัติตนของประชาชนเป็นไปในทิศทางที่ดี⁽¹⁹⁻²²⁾

3. การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่รักษาตัวเองที่บ้านของ อสม.หมอบระจำบ้าน อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ หลังใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 อสม.หมอบระจำบ้านพบว่ากลุ่มทดลอง มีผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ทัศนคติ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด 19 มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 อสม.ในกลุ่มทดลอง ได้รับการอบรมการเรียนรู้จากกิจกรรมของโปรแกรมฯ ที่มีการให้ความรู้ การฝึกทักษะ และการลงมือปฏิบัติงานจริงในชุมชน ทำให้สามารถเข้าบริบทของปัญหาที่พบเจอ และเรียนรู้ที่จะปรับตัวให้สามารถเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับประชาชนและสมาชิกในครอบครัว นอกจากนี้ยังมีทีมพี่เลี้ยงที่เป็น แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำ รพ.สต. ให้การช่วยเหลือแนะนำ ที่คอยให้คำแนะนำ และเป็นพี่ปรึกษาเมื่อเกิดความสงสัยในการปฏิบัติตัวหรือการแนะนำการปฏิบัติตัวให้กับคนอื่นๆ ในชุมชนก็สามารถประสานขอคำปรึกษาได้ทันที สอดคล้องกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ระบุว่า การที่บุคคลมีการรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ ประโยชน์ และอุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค จะทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลตนเองให้ถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น⁽²³⁾ และสอดคล้องกับผลการวิจัยประสิทธิผลของ

รูปแบบการส่งเสริมความรู้ ความรอบรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด 19 และโรคอุบัติใหม่ของ อสม. ที่พบว่าหลังจากผ่านกระบวนการให้ความรู้ การฝึกทักษะ และการลงมือปฏิบัติจะทำให้ อสม. มีความรู้ความเข้าใจ และเรียนรู้ขั้นตอนการปฏิบัติตนอย่างเหมาะสมในการป้องกันโรคโควิด 19 และโรคอุบัติใหม่ได้ดีกว่าก่อนทดลอง และมีพฤติกรรมที่ดีมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ⁽²⁴⁻²⁵⁾

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ปัจจัยด้านความรู้ หรือปัจจัยที่มีส่วนในการส่งเสริมความรู้และประสบการณ์ในการป้องกันโรคโควิด 19 เช่น การศึกษา ประวัติหรือประสบการณ์เจ็บป่วยโควิด 19 และความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นกลุ่มปัจจัยที่สำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยโรคโควิด 19 ของ อสม.หมอบระจำบ้าน ดังนั้นจึงควรเน้นกิจกรรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพที่มีครบทุกทักษะที่จำเป็นการป้องกันการติดเชื้อและการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคโควิด 19 และประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานของ อสม.หมอบระจำบ้านในการดูแลผู้ป่วยโควิด 19 ในชุมชน
2. ควรนำรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่รักษาตัวเองที่บ้านของ อสม.หมอบระจำบ้าน อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ไปขยายผลในพื้นที่อื่นๆ เพราะเป็นรูปแบบกิจกรรมที่ช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เสริมสร้าง และพัฒนาศักยภาพของ อสม. หมอบระจำบ้าน ในการป้องกันและดูแล

รักษาผู้ป่วยโควิด 19 ได้เป็นอย่างดี มีกิจกรรมที่ส่งเสริมการทำงานเป็นทีม มีระบบพี่เลี้ยงและที่ปรึกษาโดยแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว การสร้างเครือข่ายในการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด 19 ในชุมชน การสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างเพียงพอ ทำให้การขับเคลื่อนการดำเนินงานไปในทิศทางเดียว มีความเข้าใจและร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมตัดสินใจ ร่วมประเมินผล โดยมีเป้าหมายเดียวกัน จะทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วย และการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชนมีประสิทธิภาพที่ดีขึ้น

ข้อเสนอในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาความยั่งยืนของรูปแบบ โดยให้มีการเก็บข้อมูลซ้ำ หลายครั้ง หลังจากทดลองใช้รูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่รักษาตัวเองที่บ้านของ อสม. หมอประจำบ้าน

2. ควรทำการศึกษาผลการให้สุขศึกษาและคำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโควิด 19 ของ อสม. โดยวัดผลที่ผู้ป่วย ญาติ และประชาชนในชุมชน เพื่อสะท้อนผลสัมฤทธิ์ในการพัฒนาศักยภาพ อสม.

กิตติกรรมประกาศ

ขอบขอบคุณ เครือข่าย อสม. อำเภออุทุมพรพิสัยทุกคน ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและการพัฒนาในกิจกรรมการวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างดี ขอขอบคุณทีมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว ทีมสหวิชาชีพ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภออุทุมพรพิสัยภาคีเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และฝ่ายปกครองอำเภอที่ให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด 19 ที่รักษาตัวเองที่บ้าน ของ อสม. หมอประจำบ้าน อำเภออุทุมพรพิสัยในวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

จำริญ อสิพงษ์, พุทธิไกร ประมวล. การพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่รักษาตัวเองที่บ้านของ อสม. หมอประจำบ้าน อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง. 2567;9(1):78-100.

Suggested citation for this article

Asipong J, Pramual P. Development and evaluation of a home isolation care model for COVID-19 patients among village health volunteers, Uthumphon Phisai district, Sisaket province, Thailand. Institute for Urban Disease Control and Prevention Journal. 2024;9(1):78-100.

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค. แนวทางการดำเนินงานเพื่อป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในระยะ Post Pandemic. นนทบุรี: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2566.
2. กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค, กองระบาดวิทยา. นิยามโรคและแนวทางการรายงานโรคติดต่ออันตรายและโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: แคนนา กราฟฟิก; 2563.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ. รายงานสรุปสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ประจำปี 2564. ศรีสะเกษ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ; 2564.
4. สำนักงานสาธารณสุขอำเภออุทุมพรพิสัย. รายงานสรุปสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำนักงานสาธารณสุขอำเภออุทุมพรพิสัย ประจำปี 2565. ศรีสะเกษ: สำนักงานสาธารณสุขอำเภออุทุมพรพิสัย; 2565.
5. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. แนวทาง อสม. เคาะประตูบ้าน ต้านโควิด-19. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2563.
6. ทิณกร โนรี, ชลิดา พลอยประดับ, วิชาวี พลอยสงศรี, ผกาลักษณ์ ผดุงสันต์. รายงานฉบับสมบูรณ์ การถอดบทเรียนการดำเนินนโยบาย “คนไทยทุกคนครอบครัว มีหมอบริการตัว 3 คน ใน 4 จังหวัดของประเทศไทย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.); 2565.
7. Kelley K, Maxwell SE. Sample size for multiple regression: obtaining regression coefficients that are accurate, not simply significant. Psychological methods. 2003;8(3):305-21.
8. ภัทรนุช วิฑูรสกุล, ชญาภา ชัยสุวรรณ, สมสิริ รุ่งอมรรัตน์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของครูและผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2564;39(4):41-54.
9. Kemmis S, Mc Taggart R, Nixon R. The action research planner: Doing critical participatory action research. New York: Springer; 2014.
10. อรุณ จิรวัดณ์กุล. ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2551.
11. รจนารต ชูใจ, ชลธิรา บุญศิริ, กมลพร แพทย์ชีพ. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลดอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2564;8(1):250-62.

12. ดรัญชนก พันธุ์สุมา, พงษ์สิทธิ์ บุญรักษา. ความรู้ ทักษะคติ และพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 ของประชาชนในตำบลปรุใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2564;36(5):597-604.
13. Zhong BL, Luo W, Li HM, Zhang QQ, Liu XG, Li WT, et al. Knowledge, attitudes, and practices towards COVID-19 among Chinese residents during the rapid rise period of the COVID-19 outbreak: a quick online cross-sectional survey. Int J Biol Sci. 2020;16(10):1745-52.
14. อุษณีย์ภรณ์ จันทร, พจนารถ สารพัด, ศิริยุพา สนั่นเรื่องศักดิ์. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในวัยรุ่นตอนต้น. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี. 2566;6(1):82-96.
15. อภิวดี อินทเจริญ, คันธมาพันธ์ กาญจนภูมิ, กัลยา ต้นสกุล, สุวรรณ ปัตตะพัฒน์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองคองหงส์ จังหวัดสงขลา. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน. 2564;3(2):19-30.
16. ปิยะนันท์ เวื่อนคำ, สุคนธา คงศีล, สุขุม เจียมตน, ยุวรัช สัตยสมบุญ, เพ็ญพักตร์ อูทิศ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชากรผู้ใหญ่: กรณีศึกษาเขตจอมทอง กรุงเทพมหานคร. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2565;31(ฉบับเพิ่มเติม 2):s247-s259.
17. มั่นนญา ผลภิญโญ, ธีรศักดิ์ พาจันท์, ลำพึง วอนอก. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของพระภิกษุและสามเณร อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2566;17(3):827-41.
18. เบญจวรรณ สอนอาจ. แนวทางการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล [ปริญญาานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัย ศิลปากร; 2562.
19. ปัญญา พละศักดิ์. รูปแบบการจัดการภาวะวิกฤตโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในเขตเมืองจังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2564;14(2):78-92.
20. อารักษ์ วงศ์วรชาติ, รุ่งเรือง กิจผาติ, จุฬาร กระทบ, พชร กาญจรัส, สุศักดิ์ สุกใส, ยุยยุทธ ภูริบริบูรณ์, และคณะ. การบูรณาการการดูแลระยะยาวในการป้องกันและควบคุมโรคในถิ่นทุรกันดารร่วมกับโรค COVID-19 ในผู้สูงอายุในจังหวัดเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2565;31(2):224-34.

21. วรยุทธ นาคอ้าย, กมลนัทร ม่วงยิ้ม, เดชา วรณพาทูล. กระบวนการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคโควิด 19 กรณีศึกษาผู้สูงอายุพหุติพิหลังชุมชนหนองตะโก. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธนบุรี. 2563;14(3):20-30.
22. Becker MH, Maiman LA. Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. Med Care. 1975;13(1):10-24.
23. Rosenstock IM. The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. Health Education Monographs. 1974;2(4):354-86.
24. กาญจนา ปัญญาธร, กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่งคั่ง, วรธนี ครองยุติ. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรค COVID-19 บ้านหนองสวรรค์ ตำบลเชียงพิณ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 2564;32(1):189-204.
25. ยูพาพร อินธิไชย, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์, ธีรยุทธ อุดมพร. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนกของแกนนำชุมชน ตำบลโนนกกอก อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ. วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ. 2558;18(2):79-86.