



รายงานฉบับสมบูรณ์ (ระยะที่ 2)

ปัจจัยทำนaylorการปฏิบัติของประชาชนไทยต่อผู้ที่เคยติดเชื้อหรือผู้ถูกกักกัน
และผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 (ระยะที่ 2)

Predicting Factors of Thai Population Practices Amid People Have Been Infected /
Quarantined and Impacts of COVID-19 Outbreak (Phase II)

โดย

ศาสตราจารย์ ดร.นงเยาว์	เกษตรภิบาล
รองศาสตราจารย์ ดร.นงศ์คราญ	วิเศษกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขวัญพนมพร	ธรรมไทย
นางสาวคำพอง	คำนนท์
นายศรีสกุล	สังกำปัง
นางสาวรุชีลา	โตะกิเล

ภายใต้แผนงานยุทธศาสตร์เป้าหมาย (Spearhead) ด้านสังคม คนไทย 4.0

สนับสนุนโดย

สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.)

มิถุนายน 2564

รายงานฉบับสมบูรณ์ (ระยะที่ 2)

ปัจจัยทำนายการปฏิบัติของประชาชนไทยต่อผู้ที่เคยติดเชื้อหรือผู้ถูกกักกัน
และผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 (ระยะที่ 2)

Predicting Factors of Thai Population Practices Amid People Have Been Infected /
Quarantined and Impacts of COVID-19 Outbreak (Phase II)

โดย

ศาสตราจารย์ ดร.นงเยาว์	เกษตรภิบาล
รองศาสตราจารย์ ดร.นงศ์คราญ	วิเศษกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขวัญพนมพร	ธรรมไทย
นางสาวคำพอง	คำนนท์
นายศรีสกุล	สังกำปัง
นางสาวรุชีลา	โตะกิเล

ภายใต้แผนงานยุทธศาสตร์เป้าหมาย (Spearhead) ด้านสังคม คนไทย 4.0

สนับสนุนโดย

สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.)

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัย ขอขอบพระคุณศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร. มิ่งสรรพ์ ขาวสอาด และ ดร.อัครพงศ์ อ้นทอง ที่กรุณาให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ และให้กำลังใจในการทำวิจัยของโครงการวิจัยระยะที่ 2 จนทำให้การวิจัยในระยนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการออกแบบการวิจัย การตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และการจัดทำรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์

ขอขอบคุณปลัดกรุงเทพมหานคร ผู้อำนวยการสถาบันป้องกันและควบคุมโรคเขตเมือง ผู้อำนวยการสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครสาธารณสุข (ออส.) ผู้นำชุมชน ผู้ประสานงาน และกลุ่มตัวอย่าง ในจังหวัดกรุงเทพมหานคร จังหวัดชลบุรี จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดนครราชสีมา และจังหวัดยะลา ตลอดจนผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ทุกฝ่าย ที่ให้ความร่วมมือ และความช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการวิจัย และมีส่วนช่วยเหลือและสนับสนุนอย่างมากในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่หน่วยบริหารจัดการและส่งมอบผลลัพธ์ (ODU) แผนงานคนไทย 4.0 ทุกท่านที่อำนวยความสะดวก ให้คำแนะนำ และความช่วยเหลือในการติดต่อประสานงาน และการบริหารจัดการโครงการวิจัย

ขอขอบคุณสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) และหน่วยบริหารจัดการและส่งมอบผลลัพธ์ (ODU) แผนงานคนไทย 4.0 ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัย

คณะผู้วิจัย

มิถุนายน 2564

บทสรุปผู้บริหาร

การระบาดของโรคโควิด-19 เป็นปัญหาสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อรุนแรงทั่วโลก มีผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจากโรคนี้เป็นจำนวนมาก จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเกี่ยวกับระบาดวิทยาของโรค ความรู้ ทักษะคิด การรับรู้ การปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 และผลกระทบจากโรค ยังมีการศึกษาน้อยเกี่ยวกับปัจจัยทำนายการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 และส่วนใหญ่ทำการศึกษาในบุคลากรสุขภาพ นักศึกษา และประชาชนทั่วไป และที่สำคัญยังไม่พบการศึกษาเชิงโครงสร้างความสัมพันธ์ของปัจจัยทำนายการปฏิบัติของประชาชนไทยต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา ปัจจัยทำนายการปฏิบัติของประชาชนไทยต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน นอกจากนี้ผู้วิจัยจะศึกษาผลกระทบด้านสังคม ด้านวัฒนธรรม ด้านเศรษฐกิจ และด้านจิตใจ ของประชาชนไทยจากการระบาดของโรคโควิด-19 ทั้งผลกระทบโดยตรงจากโรคโควิด-19 และผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการในการป้องกันโรคโควิด-19 ของรัฐบาล

คำถามการวิจัย

1. ประชาชนไทยมีความรู้ ทักษะคิด การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และการปฏิบัติของประชาชนไทยต่อผู้เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน อย่างไร
2. มีปัจจัยอะไรบ้างที่สามารถทำนายการปฏิบัติของประชาชนไทยต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน
3. ประชาชนไทยรับรู้ถึงผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 และจากนโยบายหรือมาตรการในการป้องกันโรคโควิด-19 ของรัฐบาลอย่างไร
4. ควรมีการดำเนินนโยบายอย่างไรเพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 และลดผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ที่มีต่อประชาชนไทย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ประเมินความรู้ ทักษะคิด การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และการปฏิบัติของประชาชนไทยต่อผู้เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน
2. ศึกษาปัจจัยทำนายการปฏิบัติของประชาชนไทยต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน
3. ประเมินการได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ต่อประชาชนไทย ทั้งผลกระทบโดยตรงจากโรค และผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการในการป้องกันโรคโควิด-19 ของรัฐบาล
4. สังเคราะห์ผลการศึกษาเพื่อเสนอแนะนโยบายการป้องกันโรคโควิด-19 และการลดผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ต่อประชาชนไทย

รูปแบบและวิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย โดยทำการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ (predictive mixed method study) ศึกษาในประชาชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดกรุงเทพมหานคร จังหวัดชลบุรี จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดนครราชสีมา และจังหวัดยะลา รวมทั้งสิ้น 2,500 คน (500 คนต่อจังหวัด) เก็บรวบรวมข้อมูล

เชิงปริมาณ ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2563 ถึงมกราคม พ.ศ. 2564 โดยใช้แบบสอบถาม และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2564 ในผู้ที่รับผิดชอบงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 จำนวน 75 คน ประกอบด้วย คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้บริหารสถานกักกันของรัฐ พยาบาล ผู้อำนวยการส่วนส่งเสริมสาธารณสุข และสิ่งแวดล้อมระดับจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุข (กทม.) ผู้บริหารมหาวิทยาลัย ผู้อำนวยการโรงเรียนและครู ผู้นำศาสนา ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน และสมาชิกสภาเทศบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง (Structural Equation Model [SEM]) และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล สรุปได้ดังนี้

1. การปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อของกลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มลดลงทั้งการสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาเมื่อออกจากบ้าน ความเพียงพอของแอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือ การพกแอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือทุกครั้งที่ออกจากบ้าน ความเพียงพอของหน้ากากอนามัย การเว้นระยะห่างจากบุคคลอื่น 1-2 เมตรตลอดเวลา โดยเฉพาะระหว่างสมาชิกในครอบครัว

2. บริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติป้องกันการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 และต่อผู้ถูกกักกันสูงสุดคือ อสม. หรือ อสส. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอหรือผู้นำชุมชน รวมถึงมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม

3. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูง โดยรับรู้ข้อมูลจากสื่อออนไลน์มากที่สุด รองลงมาคือโทรทัศน์ และหนังสือพิมพ์น้อยที่สุด

4. กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด โดยประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้น้อย ได้แก่ การฉีดพ่นยาฆ่าเชื้อในสิ่งแวดล้อมไม่ใช่วิธีป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ที่สำคัญ การให้เดินผ่านสเปรย์พ่นยาฆ่าเชื้อไม่ใช่วิธีลดความเสี่ยงของโรคโควิด-19 ที่สำคัญ และกรณีที่มีมือเปื้อนน้ำมูก น้ำลาย หรือเสมหะ ไม่ควรทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจล เพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19

5. กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง มีทัศนคติทางลบต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 และผู้ถูกกักกันในประเด็นเกี่ยวกับผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ได้รับเชื้อหรือมีโอกาสได้รับเชื้อจากการไปในสถานที่ที่โคจร ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อว่ากลุ่มคนดังกล่าวมีอัตราการติดเชื้อที่สูงกว่าประชาชนทั่วไป และสามารถแพร่เชื้อเข้าสู่ตนเองได้สูง แต่กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 60 มีทัศนคติทางบวกต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 และผู้ถูกกักกันว่า เป็นบุคคลที่สมาชิกและคนในชุมชนต้องดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผ่านภาวะวิกฤติของชีวิตไปได้ และกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 50 มีความเห็นว่าคนในชุมชนไม่ควรตีตราผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน แต่ควรช่วยลดการตีตราในกลุ่มคนดังกล่าว

6. กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติป้องกันการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 และต่อผู้ถูกกักกันอยู่ในระดับสูง มากที่สุด แต่ยังมีน้อยกว่าร้อยละ 50 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

7. กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งมีความคิดเห็นว่าได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 และผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาลอยู่ในระดับสูง โดยได้รับผลกระทบมากที่สุดคือ ด้าน

สุขภาพและการป้องกันโรค รองลงมาคือ ด้านเศรษฐกิจ ด้านจิตใจ ด้านการศึกษา ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านวัฒนธรรมหรือประเพณีหรือวิถีชีวิตของชุมชน และด้านครอบครัว ตามลำดับ โดยมีความเห็นว่าได้รับผลจากการระบาดของโรคโควิด-19 มากกว่าผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาล

8. จากผลการวิเคราะห์ด้วย SEM ในแบบจำลองการปฏิบัติ พบว่า ตัวแปรที่ส่งผลโดยตรงกับการปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและผู้ที่ถูกกักกัน มีจำนวน 11 ตัวแปร ได้แก่ บริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 การรับรู้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 ทักษะคติเกี่ยวกับการแบ่งแยกทางสังคม ทักษะคติเกี่ยวกับโอกาสการได้รับเชื้อ ผลกระทบ สุขภาพจิต อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ และศาสนา ซึ่งตัวแปรสามอันดับแรกที่มีอิทธิพลมากต่อการปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและผู้ที่ถูกกักกัน คือ บริบทแวดล้อม การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และการได้รับผลกระทบจากโรคโควิด-19 ซึ่งสามารถอธิบายได้โดยข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

บริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 การศึกษาครั้งนี้พบว่า อสม. หรือ อสส. บุคลากรสุขภาพ สมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน เครือข่ายทางสังคมออนไลน์ ผู้นำชุมชน ผู้นำทางศาสนา วัฒนธรรมของชุมชน บรรทัดฐานทางสังคม กฎระเบียบข้อบังคับของชุมชน และนโยบายในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 มีผลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อหรือผู้ถูกกักกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากบริบทแวดล้อมดังกล่าวมีความใกล้ชิดกับกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชุมชน ซึ่งจะมีความสัมพันธ์และกฎระเบียบข้อบังคับของชุมชนที่ต้องยอมรับและต้องปฏิบัติตาม หากไม่ปฏิบัติตามอาจได้รับการลงโทษและอาจนำไปสู่การกีดกันออกจากชุมชน นอกจากนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างยอมรับและเคารพนับถือ อสม. หรือ อสส. บุคลากรสุขภาพ และผู้นำชุมชน รวมถึงยอมรับและปฏิบัติตามนโยบายของรัฐ

การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 การศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 มีผลต่อการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและผู้ถูกกักกัน และยังพบว่าการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 มีผลต่อทัศนคติที่ดีในการป้องกันโรคโควิด-19 ส่งผลให้มีการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 เพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องจากการปฏิบัติที่ถูกต้องขึ้นอยู่กับความสามารถในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร กระบวนการคิด วิเคราะห์ และการนำข้อมูลไปใช้ในการตัดสินใจที่จะปฏิบัติ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สื่อต่าง ๆ เช่น สื่อออนไลน์และสื่อโทรทัศน์ ทำให้ประชาชนเกิดความหวาดกลัวต่อการติดเชื้อ ส่งผลให้ประชาชนปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 ได้ดีขึ้น โดยเฉพาะการระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะแรก ซึ่งยังไม่มีวัคซีนและไม่มียารักษาการติดเชื้อ นอกจากนี้สื่อยังมีผลทำให้ประชาชนมีความรู้และมีสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น ซึ่งการศึกษาครั้งนี้พบว่าสื่อออนไลน์และสื่อโทรทัศน์ ไม่ได้ส่งผลโดยตรงต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 แต่สื่อออนไลน์และสื่อโทรทัศน์ไปมีผลต่อการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และทัศนคติในการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ก่อน แล้วจึงส่งผลต่อการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19

ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการรัฐ และสุขภาพจิต การศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 และผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐ มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและผู้ถูกกักกัน นอกจากนี้ยังส่งผลทางอ้อมต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 โดยไปมีผลต่อทัศนคติในการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 และสุขภาพจิต ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการให้เกิดผลกระทบต่อ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเอง ต่อครอบครัว วัฒนธรรม ประเพณี วิถีชีวิตของชุมชน การศึกษาของตนเองและบุตรหลาน สุขภาพและการป้องกันโรค เศรษฐกิจ และด้านจิตใจ รวมถึงไม่ต้องการให้ตนเองเกิด

ปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ภาวะวิตกกังวล ความเครียด และภาวะซึมเศร้า จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 มากขึ้น

ทัศนคติในการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 การศึกษาครั้งนี้พบว่า ทัศนคติมีผลต่อการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและผู้ถูกกักกัน โดยกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติทางลบว่า ผู้ที่ติดเชื้อโรคโควิด-19 และผู้ถูกกักกัน ได้รับเชื้อหรือมีโอกาสได้รับเชื้อจากการไปในสถานที่สาธารณะ เช่น สนามมวย บ่อนไก่ สถานบันเทิง และการมีส่วนร่วมสุราหรือเสพยาเสพติด ได้รับเชื้อหรือมีโอกาสได้รับเชื้อจากการประกอบอาชีพ เช่น ขับรถแท็กซี่ โกดังทัวร์ ให้บริการนวด และบุคลากรทางการแพทย์ ได้รับเชื้อหรือมีโอกาสได้รับเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์หรือการหลับนอนกับผู้ติดเชื้อหรือกลุ่มเสี่ยง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 โดยไม่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 และผู้ถูกกักกัน เพราะคิดว่าตนเองมีโอกาสติดเชื้อได้ง่ายขึ้น

อายุ อายุส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน ทั้งนี้การส่งผลทางอ้อมต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 โดยส่งผ่านตัวแปรการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 การได้รับผลกระทบ และสุขภาพจิต

เพศ การศึกษาครั้งนี้พบว่า เพศหญิงมีการปฏิบัติในการป้องกันต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 และผู้ถูกกักกันได้ดีกว่าเพศชาย ทั้งนี้อาจเนื่องจากเพศหญิงมีความใส่ใจในการดูแลสุขภาพและการปฏิบัติในการป้องกันโรคมกกว่าเพศชาย โดยเพศชายไม่ใส่ใจและไม่เห็นความสำคัญของการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19

อาชีพและระดับการศึกษา ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรและอาศัยอยู่ในชนบท ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา มีการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อหรือผู้ถูกกักกัน สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า รวมถึงผู้ที่ประกอบอาชีพเกษตรกร มีการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อหรือผู้ถูกกักกัน สูงกว่าอาชีพรับจ้าง ค้าขาย/ธุรกิจ พนักงานบริษัท ราชการ นักเรียน/นักศึกษา ข้าราชการบำนาญ พนักงานราชการ รัฐวิสาหกิจ และผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ทั้งนี้อาจเนื่องจากบริบททางสังคมของกลุ่มเกษตรกรที่อาศัยอยู่ในชนบท จะมีบรรทัดฐาน (social norm) สำหรับคนที่อาศัยในชุมชน ซึ่งต้องปฏิบัติตามความคาดหวัง กฎ กติกา ที่ชุมชนสร้างขึ้น ซึ่งคนในชุมชนต้องยอมรับและปฏิบัติตาม เป็นสิ่งที่ช่วยควบคุมพฤติกรรมของคนในชุมชน และทำให้สมาชิกในชุมชนทราบว่าสิ่งใดที่ควรปฏิบัติหรือไม่ควรปฏิบัติ ผู้ที่ไม่ปฏิบัติตามบรรทัดฐานที่ชุมชนกำหนด อาจได้รับการลงโทษและอาจนำไปสู่การกีดกันออกจากชุมชน นอกจากนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างให้การยอมรับและให้ความเคารพนับถือผู้นำชุมชน บุคลากรสุขภาพ และ อสม. หรือ อสส. รวมถึงการยอมรับและปฏิบัติตามนโยบายของรัฐ และการที่มีสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนบ้านที่มีความใกล้ชิดกัน เป็นผู้ที่เคยติดเชื้อหรือผู้ที่ถูกกักกัน ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อหรือผู้ถูกกักกันได้ดี นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังเชื่อข้อมูลจากสื่อสาธารณะหรือสื่อออนไลน์ ที่ระบุถึงความรุนแรงของโรคโควิด-19 ส่งผลให้เกิดความกลัว จึงมีความเคร่งครัดในการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19

ศาสนา การศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่นับถือศาสนาอิสลามมีการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่นับถือศาสนาพุทธ ทั้งนี้อาจเนื่องจากมีประกาศจากสำนักจุฬาราชมนตรีแจ้งให้ผู้นำศาสนาอิสลามที่อยู่ทั่วประเทศ ไปแจ้งแก่ผู้ที่ยังนับถือศาสนาอิสลามให้ปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างเคร่งครัด และสร้างความเข้าใจกับชาวมุสลิมในการงดเว้นการละหมาดที่มีสยิดได้

ส่วนบางตัวแปรส่งผลกระทบทั้งโดยตรงและโดยอ้อม ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ศาสนา บริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 การรับรู้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 ทศนคติเกี่ยวกับโอกาสการได้รับเชื้อ และผลกระทบ ส่วนตัวแปรความรู้ สื่อออนไลน์ และโทรทัศน์ ส่งผลทางอ้อมต่อการปฏิบัติที่ถูกต้องต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน

เมื่อนำแบบจำลองมาตรวจสอบกับข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ได้จาก 5 พื้นที่ ได้แก่ จังหวัดกรุงเทพมหานคร จังหวัดชลบุรี จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดนครราชสีมา และจังหวัดยะลา พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและผู้ที่ถูกกักกัน มีความแตกต่างกันในแต่ละจังหวัด

จากการวิเคราะห์โครงสร้างความสัมพันธ์พบว่าสื่อออนไลน์มีผลต่อการปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อโอกาสการได้รับเชื้อโรคโควิด-19 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากสื่อออนไลน์ส่วนใหญ่ เป็นสื่อที่โต้ตอบกันได้ ระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสาร (two-way communication) ทำให้ผู้ใช้สื่อมีความรู้สึกรู้สีกว่าตนเองได้มีปฏิสัมพันธ์โต้ตอบและมีส่วนร่วมกับสื่อ สามารถเข้าถึงได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว และสามารถกลับไปดูเนื้อหาเดิมซ้ำ ๆ ได้ ดังนั้นหากรัฐบาลต้องการปรับเปลี่ยนทัศนคติของคน เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติการป้องกันได้ดีขึ้นควรใช้สื่อออนไลน์ให้มากขึ้น และหากต้องการลดผลกระทบที่เกิดขึ้นกับประชาชน รัฐบาลควรใช้สื่อโทรทัศน์

เมื่อพิจารณาจากน้ำหนักความสำคัญของผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 พบว่า จังหวัดที่เป็นคนท้องถิ่นดั้งเดิม และมีความผูกพันแบบเครือญาติ ได้แก่ เชียงใหม่ นครราชสีมา และยะลา ได้รับผลกระทบเกี่ยวกับที่เกี่ยวข้องกับการวิถีชีวิตทั้งการดำเนินชีวิตประจำวัน ด้านครอบครัว ด้านวัฒนธรรม/ประเพณี และวิถีชีวิตชุมชน เพราะประชาชนยังมีความใกล้ชิดสนิทสนม และไปมาหาสู่กัน ส่วนในเมืองใหญ่ที่มีคนย้ายถิ่นฐานเข้ามาทำงาน คือ จังหวัดกรุงเทพมหานคร และจังหวัดชลบุรี น้ำหนักการได้รับผลกระทบที่สำคัญ คือ ด้านการศึกษาของตนเองและบุตรหลาน และด้านเศรษฐกิจ เพราะคนส่วนใหญ่ต้องทำมาหากินและเลี้ยงดูบุตรหลานไปด้วย เมื่อบุตรหลานต้องเรียนออนไลน์ก็ต้องหยุดงานเพื่อมาดูแล ทำให้ขาดรายได้ จนทำให้บางครอบครัวมีเงินไม่พอใช้

เมื่อพิจารณาจากน้ำหนักความสำคัญของผลกระทบจากจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐ พบว่า มีลักษณะใกล้เคียงกับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ ได้รับผลกระทบมากขึ้นอีกหนึ่งด้าน คือ ด้านสุขภาพด้านการป้องกันโรค ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในจังหวัดชลบุรี ได้รับผลกระทบมากขึ้นอีกหนึ่งด้าน คือ ด้านจิตใจ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากการรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยสรุปข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับผู้บริหารประเทศและการบริหารจัดการในพื้นที่ กรณีที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 สรุปได้ดังนี้

1. การสื่อสาร ควรมีความชัดเจน ถูกต้อง สั้น กระชับ ตรงประเด็น ใช้ข้อมูลชุดเดียวกัน (single message) และสื่อสารตรงกัน (one team one message)

2. การจัดทำฐานข้อมูลชุมชน การป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชนให้มีประสิทธิภาพ ควรมีการจัดทำฐานข้อมูลชุมชน เพื่อเอื้อให้ผู้นำชุมชนมีฐานข้อมูลของประชาชนในชุมชนโดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง และข้อมูลขององค์กรต่าง ๆ ที่ชุมชนสามารถติดต่อขอความช่วยเหลือได้ ทั้งด้านสาธารณสุข ด้านเศรษฐกิจ และด้านสังคม ในกรณีที่มีปัญหา

3. การบริหารจัดการในภาวะฉุกเฉิน การเตรียมความพร้อมในการรับมือกับการระบาดของโรคในแต่ละพื้นที่ ทั้งการคัดกรอง การเฝ้าระวัง การกักกัน การจัดการโรงพยาบาลสนาม และวัคซีน โดยควรมีระบบและกระบวนการการจัดซื้อจัดจ้างเฉพาะสำหรับกรณีฉุกเฉิน ซึ่งต้องมีความรวดเร็ว ทันเวลา และได้มาตรฐาน

4. การปลูกจิตสำนึกสาธารณะ ควรให้ความสำคัญกับวิถีชุมชน โดยศึกษาวิถีชีวิตปัจจุบันของคนในแต่ละชุมชน และปรับให้เหมาะสมกับแนวทางการดำเนินชีวิตวิถีใหม่ (new normal) โดยมุ่งเน้นการปลูกฝังจิตสำนึกสาธารณะ (public mind) ในการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคโควิด-19 เพื่อก่อให้เกิดการปฏิบัติที่ถูกต้องอย่างยั่งยืน

บทคัดย่อภาษาไทย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาปัจจัยทำนายนายการปฏิบัติของประชาชนไทยต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน และประเมินผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 และผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการในการป้องกันโรคโควิด-19 ของรัฐบาล ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างน้อยกว่าครึ่งหนึ่งปฏิบัติการณ์ป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 และต่อผู้ถูกกักกันอยู่ในระดับสูง โดยบริบทแวดล้อม การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และการได้รับผลกระทบจากโรคโควิด-19 เป็นสามตัวแปรสำคัญในการทำนายนายการปฏิบัติของประชาชนไทยต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน ขณะที่การสื่อสารผ่านสื่อออนไลน์จะส่งผลกระทบต่อทัศนคติของคน ส่วนการสื่อสารผ่านโทรทัศน์จะมีอิทธิพลต่อการรับรู้ถึงผลกระทบที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ ผลการศึกษายังแสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับผลกระทบมากในเรื่องของสุขภาพและการป้องกันโรค และเศรษฐกิจ ดังนั้นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องควรส่งเสริมให้ประชาชนไทยปฏิบัติการณ์ป้องกันโรคโควิด-19 ที่ถูกต้องต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและผู้ถูกกักกัน เพิ่มขึ้น ซึ่งต้องมุ่งเน้นการค้นหาข้อเท็จจริง การอ้างอิงหลักฐาน การสื่อสารที่ชัดเจน และมุ่งเน้นการพัฒนาจิตใจ โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ การจัดทำฐานข้อมูล เพื่อใช้ในการตัดสินใจที่ถูกต้อง แม่นยำ ตรงประเด็น รวดเร็วทันเวลา ควบคู่กับการมีกรอบการดำเนินงานที่ชัดเจนและการบังคับใช้กฎหมายที่เข้มงวดต่อไป

ABSTRACT

This study aimed to identify predicting factors for practices taken by the Thai population with regards to people with COVID-19 (PWCOVID-19) or people in quarantine. It also aimed to document the impact of the COVID-19 outbreak, government policies, and COVID-19 prevention measures. The study revealed that less than half of participants engaged in high level preventive practices for PWCOVID-19 or for those in quarantine. The three most potential factors affecting COVID-19 prevention practices among Thai population for PWCOVID-19 or for those in quarantine were the contexts, perception of information about COVID-19, and the impact of COVID-19. Online media and news affected people's attitudes, while information received from television influenced perceptions of the impact. The participants were greatly affected in terms of health, disease prevention, and the economy. Therefore, it is recommended that Thai people be encouraged to improve their engagement in correct preventive practices for PWCOVID-19 or for those in quarantine. This would consist of finding factual information, using the evidence base, communicating clearly, and focusing on mental health. Information technology and a database should be used to make accurate, precise, relevant, and timely decisions along with providing a clear framework and strict enforcement of the law.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ.....	ก
บทสรุปผู้บริหาร.....	ค
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ฅ
ABSTRACT.....	ง
สารบัญ.....	ฐ
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ถ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	5
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	5
นิยามศัพท์.....	5
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19.....	9
ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19.....	9
การป้องกันโรคโควิด-19.....	11
โรงพยาบาลสนาม.....	17
วัคซีนป้องกันโรคโควิด-19.....	18
การเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตเชิงรุกในสถานการณ์โรคโควิด-19.....	19
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	20
แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง.....	28
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	29
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	31
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	31
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	31

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	36
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	36
ขั้นตอนและวิธีการรวบรวมข้อมูล.....	37
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	38
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	39
ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของจังหวัด.....	40
ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	42
ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นต่อบริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของ ประชาชนต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน.....	49
ส่วนที่ 4 การปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน.....	54
ส่วนที่ 5 ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19.....	65
ส่วนที่ 6 ทศนคติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน.....	69
ส่วนที่ 7 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19.....	77
ส่วนที่ 8 ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19.....	82
ส่วนที่ 9 ตัวแปรและแบบจำลองที่ใช้ในการศึกษา.....	95
ส่วนที่ 10 กรณีศึกษาจากข้อมูลเชิงคุณภาพ	135
เอกสารอ้างอิง.....	145
ภาคผนวก.....	155
ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	157
ภาคผนวก ข รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ.....	173
ภาคผนวก ค ภาพการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	175
ภาคผนวก ง เป้าหมายของผลผลิต (Output).....	177
ภาคผนวก จ เป้าหมายของผลลัพธ์ (Outcome).....	182
ประวัตินักวิจัย.....	217

สารบัญญัตราง

ตาราง	หน้า
1. ข้อมูลพื้นฐานของจังหวัด.....	41
2. เปรียบเทียบข้อมูลเพศ อาชีพ อายุ ศาสนา และระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจังหวัด...42	42
3. เปรียบเทียบข้อมูลจำนวนสมาชิก โรคประจำตัว พื้นที่บ้าน ฐานะทางครอบครัว และการได้รับเงินเยียวยาจากรัฐบาลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจังหวัด.....	44
4. เปรียบเทียบข้อมูลการรับรู้การติดเชื้อ การรับรู้การกักกันโรคโควิด-19 การป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโรคโควิด-19 และแหล่งที่ได้รับข้อมูลข่าวสารของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจังหวัด.....	46
5. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความคิดเห็นต่อบริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 และผู้ถูกกักกัน.....	49
6. เปรียบเทียบคะแนนความคิดเห็นต่อบริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่างต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 จำแนกตามจังหวัด.....	51
7. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความคิดเห็นต่อบริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19.....	52
8. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความคิดเห็นต่อบริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนต่อผู้ถูกกักกัน.....	53
9. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคะแนนและระดับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ถูกต้องต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 และผู้ถูกกักกัน.....	54
10. เปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่างต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 จำแนกตามจังหวัด.....	56
11. เปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่างต่อผู้ถูกกักกันจากโรคโควิด-19 จำแนกตามจังหวัด.....	56
12. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีการปฏิบัติที่ถูกต้องต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19.....	57
13. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีการปฏิบัติที่ถูกต้องต่อผู้ถูกกักกัน.....	59
14. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคะแนนและระดับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19.....	65
15. เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจังหวัด.....	66
16. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ถูกต้อง จำแนกตามรายข้อ.....	66

สารบัญญัตราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
17. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคะแนนและระดับทัศนคติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและผู้ถูกกักกัน.....	69
18. เปรียบเทียบคะแนนทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 จำแนกตามจังหวัด.....	71
19. เปรียบเทียบคะแนนทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างต่อผู้ถูกกักกันจากโรคโควิด-19 จำแนกตามจังหวัด.....	71
20. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามทัศนคติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19.....	72
21. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามทัศนคติต่อผู้ที่ถูกกักกัน.....	74
22. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคะแนนและระดับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19.....	77
23. เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจังหวัด.....	78
24. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19.....	79
25. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคะแนนและระดับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 และผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาล.....	82
26. เปรียบเทียบคะแนนผลกระทบของการระบาดของโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจังหวัด.....	85
27. เปรียบเทียบคะแนนผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจังหวัด.....	85
28. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19.....	86
29. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาล.....	89
30. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคะแนนและระดับสุขภาพจิตจากการระบาดของโรคโควิด-19.....	92
31. ตัวแปรแฝง ตัวแปรสังเกต และข้อคำถามที่ใช้ในการศึกษา.....	95
32. ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานของโมเดลการวัดความคิดเห็นต่อบริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชน.....	98
33. ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานของโมเดลการวัดการปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน.....	99

สารบัญดาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
34. ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานของโมเดลการวัดทัศนคติต่อโอกาสในการรับเชื้อโรคโควิด-19 ของประชาชนที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน.....	99
35. ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานของโมเดลการวัดทัศนคติต่อการแบ่งแยกทางสังคมของประชาชนต่อที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน.....	100
36. ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานของโมเดลการวัดการรับรู้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 ของประชาชน.....	100
37. ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานของโมเดลการวัดการได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 และจากนโยบายบาย/มาตรการของรัฐบาลของประชาชน.....	101
38. ขนาดอิทธิพลที่ตัวแปรต่าง ๆ มีต่อตัวแปรการปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและถูกกักกัน.....	103
39. ขนาดอิทธิพลที่ตัวแปรต่าง ๆ มีต่อตัวแปรผลกระทบ.....	104
40. ขนาดอิทธิพลที่ตัวแปรต่าง ๆ มีต่อตัวแปรการปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและถูกกักกันของจังหวัดกรุงเทพมหานคร.....	118
41. ขนาดอิทธิพลที่ตัวแปรต่าง ๆ มีต่อตัวแปรผลกระทบของจังหวัดกรุงเทพมหานคร.....	119
42. ขนาดอิทธิพลที่ตัวแปรต่าง ๆ มีต่อตัวแปรการปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและถูกกักกันของจังหวัดชลบุรี	121
43. ขนาดอิทธิพลที่ตัวแปรต่าง ๆ มีต่อตัวแปรผลกระทบของจังหวัดชลบุรี.....	122
44. ขนาดอิทธิพลที่ตัวแปรต่าง ๆ มีต่อตัวแปรการปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและถูกกักกันของจังหวัดเชียงใหม่.....	124
45. ขนาดอิทธิพลที่ตัวแปรต่าง ๆ มีต่อตัวแปรผลกระทบของจังหวัดเชียงใหม่.....	125
46. ขนาดอิทธิพลที่ตัวแปรต่าง ๆ มีต่อตัวแปรการปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและถูกกักกันของจังหวัดนครราชสีมา.....	127
47. ขนาดอิทธิพลที่ตัวแปรต่าง ๆ มีต่อตัวแปรผลกระทบของจังหวัดนครราชสีมา.....	128
48. ขนาดอิทธิพลที่ตัวแปรต่าง ๆ มีต่อตัวแปรการปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและถูกกักกันของจังหวัดยะลา..	130
49. ขนาดอิทธิพลที่ตัวแปรต่าง ๆ มีต่อตัวแปรผลกระทบของจังหวัดยะลา.....	131
50. ผลการทดสอบสมมติฐานของขนาดอิทธิพลที่มีต่อการปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและถูกกักกัน (ภาพรวมทั้งหมด).....	131
51. ผลการทดสอบสมมติฐานของขนาดอิทธิพลที่มีต่อการปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและถูกกักกัน (กรุงเทพฯ).....	132

สารบัญชาราย (ต่อ)

ตาราง	หน้า
52. ผลการทดสอบสมมติฐานของขนาดอิทธิพลที่มีต่อการปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและถูกกักกัน (ชลบุรี)..	132
53. ผลการทดสอบสมมติฐานของขนาดอิทธิพลที่มีต่อการปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและถูกกักกัน (เชียงใหม่).....	132
54. ผลการทดสอบสมมติฐานของขนาดอิทธิพลที่มีต่อการปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและถูกกักกัน (นครราชสีมา).....	132
55. ผลการทดสอบสมมติฐานของขนาดอิทธิพลที่มีต่อการปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและถูกกักกัน (ยะลา)....	132
56. ผลการทดสอบความแตกต่างของน้ำหนักร่องประกอบมาตรฐานของโมเดลการวัดการได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 และจากนโยบาย/มาตรการของรัฐบาล (ทั้งประเทศ).....	133
57. ผลการทดสอบความแตกต่างของน้ำหนักร่องประกอบมาตรฐานของโมเดลการวัดการได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 และจากนโยบาย/มาตรการของรัฐบาล (กรุงเทพฯ)	133
58. ผลการทดสอบความแตกต่างของน้ำหนักร่องประกอบมาตรฐานของโมเดลการวัดการได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 และจากนโยบาย/มาตรการของรัฐบาล (ชลบุรี).....	133
59. ผลการทดสอบความแตกต่างของน้ำหนักร่องประกอบมาตรฐานของโมเดลการวัดการได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 และจากนโยบาย/มาตรการของรัฐบาล (เชียงใหม่).....	134
60. ผลการทดสอบความแตกต่างของน้ำหนักร่องประกอบมาตรฐานของโมเดลการวัดการได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 และจากนโยบาย/มาตรการของรัฐบาล (นครราชสีมา).....	134
61. ผลการทดสอบความแตกต่างของน้ำหนักร่องประกอบมาตรฐานของโมเดลการวัดการได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 และจากนโยบาย/มาตรการของรัฐบาล (ยะลา).....	134

สารบัญญภาพ

ภาพ	หน้า
1. กรอบแนวคิดในการวิเคราะห์โครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ในแบบจำลองการปฏิบัติ.....	102
2. ปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและผู้ที่ถูกกักกัน.....	105
3. สื่อที่มีอิทธิพลต่อปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและผู้ที่ถูกกักกัน.....	115
4. การวิเคราะห์โครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ในการปฏิบัติของประชาชนในจังหวัดกรุงเทพมหานคร.....	117
5. การวิเคราะห์โครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ในการปฏิบัติของประชาชนในจังหวัดชลบุรี.....	120
6. การวิเคราะห์โครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ในการปฏิบัติของประชาชนในจังหวัดเชียงใหม่.....	123
7. การวิเคราะห์โครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ในการปฏิบัติของประชาชนในจังหวัดนครราชสีมา.....	126
8. การวิเคราะห์โครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ในการปฏิบัติของประชาชนในจังหวัดยะลา.....	129

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 เป็นโรคติดเชื้อที่มีการแพร่ระบาดไปทั่วโลก และก่อให้เกิดผลกระทบซึ่งเป็นอันตรายถึงชีวิต รวมถึงส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมอย่างรุนแรง ข้อมูล ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2564 พบว่ามีผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 สะสมจำนวนทั้งสิ้น 171,456,676 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 21,996 ต่อล้านประชากร โดยมีผู้ป่วยเสียชีวิตสะสม 3,564,772 ราย คิดเป็นอัตราราย 457.3 ต่อล้านประชากร ปัจจุบันมีผู้ป่วยที่รักษาหายแล้ว 153,902,556 ราย มีผู้ป่วยอาการหนัก 91,742 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.05 ของผู้ป่วยทั้งหมด^{1,2} สำหรับประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 สะสมทั้งสิ้น 159,792 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 2,414.3 ต่อล้านประชากร เสียชีวิต 973 ราย คิดเป็นอัตราราย 14.7 ต่อล้านประชากร ปัจจุบันมีผู้ป่วยที่รักษาหายแล้ว 108,345 ราย และยังคงรักษาตัวในโรงพยาบาล 50,416 ราย³ จะเห็นว่าอัตราป่วยและอัตรารายจากโรคโควิด-19 ในประเทศไทยต่ำกว่าสถิติของหลายประเทศ ซึ่งชุมชนมีส่วนสำคัญในการเฝ้าระวังและสอดส่องคนแปลกหน้าที่เข้ามาในชุมชน รวมถึงการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโรคโควิด-19 อย่างเคร่งครัด นอกจากนี้การที่ประชาชนในชุมชนจะอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขและปลอดภัยจากการติดเชื้อโรคโควิด-19 ชุมชนจะต้องมีผู้นำที่เข้มแข็ง ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ มีทัศนคติที่ดี และมีการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันโรคโควิด-19 รวมถึงมีนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาลสนับสนุน โดยต้องคำนึงถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับประชาชน

จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ในประชาชน ดังเช่นการศึกษาในประเทศเคนยาพบว่า ประชาชนร้อยละ 84.0 มีการจัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับทำความสะอาดมือ ร้อยละ 81.0 ทำความสะอาดมือเมื่อกลับมาจากข้างนอก แต่มีเพียงร้อยละ 65.0 ที่ทำความสะอาดมือหลังเข้าห้องน้ำ ร้อยละ 56.0 ทำความสะอาดมือก่อนรับประทานอาหาร สำหรับการสวมหน้ากากอนามัยพบว่า ประชาชนร้อยละ 89.0 สวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกนอกบ้าน โดยร้อยละ 99.0 ไม่ใช้หน้ากากอนามัยร่วมกับผู้อื่น และร้อยละ 66.0 ใช้หน้ากากอนามัยซ้ำมากกว่า 1 วัน นอกจากนี้ในช่วงที่มีมาตรการให้ประชาชนอยู่บ้านเพื่อเว้นระยะห่างทางสังคมพบว่า ร้อยละ 81.0 มีการออกนอกบ้าน⁴ สำหรับในประเทศไทยพบว่า ประชาชนปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับสูง โดยร้อยละ 80.0-94.0 ไม่มีกิจกรรมหรือการสังสรรค์ ร้อยละ 92.0-96.0 ไม่มีการสัมผัสผู้ป่วยที่มีอาการหวัด ร้อยละ 63.0-79.0 ไม่มีการเข้าไปในพื้นที่แออัด ร้อยละ 79.0-85.0 ล้างมือก่อนรับประทานอาหาร ร้อยละ 71.0-92.0 ล้างมือหลังเข้าห้องน้ำ และร้อยละ 98.0 สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าเมื่อออกนอกบ้าน ยกเว้นการใช้มือจับใบหน้า พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการใช้มือจับใบหน้าเป็นบางครั้งถึงร้อยละ 65.0-90.0 และการเว้นระยะห่างทางสังคม ที่พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 11.7-16.7 ที่รักษาระยะห่างได้ 1-2 เมตร⁵ คล้ายคลึงกับอีกหนึ่งการศึกษาที่พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในการป้องกันโรคโควิด-19 ได้ถูกต้อง โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างสวมหน้ากากอนามัยเมื่อพูดคุยกับผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 (ร้อยละ 94.5) และผู้ถูกกักกัน (ร้อยละ 93.0) ล้างมือหลังพูดคุยกับผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 (ร้อยละ 92.0) และผู้ถูกกักกัน (ร้อยละ 89.5) ล้างมือหลังรับประทานอาหารร่วมกับผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 (ร้อยละ 88.5) และผู้ถูกกักกัน (ร้อยละ 87.5) สนับสนุนให้แยกผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 (ร้อยละ 87.5) และผู้ถูกกักกัน (ร้อยละ 85.5) โดยให้อยู่แยกห้องหรือแยกบ้าน พูดคุยกับ

ผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 แต่เว้นระยะห่างอย่างน้อย 1-2 เมตร (ร้อยละ 86.0) และผู้ถูกกักกัน (ร้อยละ 88.5)⁶ แตกต่างกับการศึกษาในประชาชนที่มีฐานะยากจนที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง ซึ่งพบว่ามีการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ค่อนข้างน้อย โดยพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 44.3 ที่พกเจลหรือแอลกอฮอล์ล้างมือทุกครั้งที่ออกจากบ้าน และร้อยละ 43.8 ไม่สามารถใช้พื้นที่อยู่อาศัยเป็นที่กักสมาชิกในครอบครัวโดยแยกจากคนอื่นเนื่องจากมีพื้นที่ไม่เพียงพอ ส่วนการปฏิบัติที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติได้คือ สวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งที่ออกจากบ้าน คิดเป็นร้อยละ 89.9⁷

จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 พบปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ และ การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกหรือทางลบกับการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19

การศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 ในต่างประเทศ ดังเช่น การศึกษาในนักศึกษามหาวิทยาลัยประเทศบังกลาเทศพบว่า เพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 สูงกว่าเพศชาย ($p < 0.01$) และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยวมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย ($p < 0.05$) นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทมีทัศนคติที่ดีในการป้องกันโรคโควิด-19 สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง ($p < 0.05$)⁸ ส่วนการศึกษาในประเทศเคนยาพบว่า ประชาชนเพศหญิงมีความกลัวตงงาน ไม่มีรายได้ และธุรกิจปิดกิจการ มากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่ากลุ่มที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดอาการรุนแรงเมื่อมีการติดเชื้อโรคโควิด-19 มากที่สุด คือ ผู้สูงอายุ (ร้อยละ 64.0) รองลงมาคือ ผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ (ร้อยละ 26.0) อีกทั้งการศึกษานี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความเสี่ยงของการติดเชื้อโรคโควิด-19 เพิ่มขึ้นตามกลุ่มอายุ และกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงมีความตระหนักเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ และความเสี่ยงของการติดเชื้อโรคโควิด-19 มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการศึกษา⁹ อีกทั้งยังพบว่าเศรษฐกิจทางสังคมส่งผลให้ประชาชนเข้าถึงการปฏิบัติในการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ไม่เท่าเทียมกัน¹⁰

การศึกษานำร่องในประเทศไทยพบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 คือ การเว้นระยะห่างทางสังคม ($r = 0.168$, $p = 0.05$) และมีแอลกอฮอล์เจลทำความสะอาดมือเพียงพอ ($r = 0.140$, $p = 0.05$) นอกจากนี้พบว่าเศรษฐกิจทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 คือ มีพื้นที่อยู่อาศัยเพียงพอในการเว้นระยะห่างทางสังคม ($r = 0.273$, $p = 0.01$) มีแอลกอฮอล์เจลทำความสะอาดมือเพียงพอ ($r = 0.312$, $p = 0.01$) พกแอลกอฮอล์เจลติดตัว ($r = 0.317$, $p = 0.01$) และสวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้าน ($r = 0.173$, $p = 0.05$) อีกทั้งยังพบว่าการรับรู้ว่ามีผู้ถูกกักกันในชุมชนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีแอลกอฮอล์เจลทำความสะอาดมือเพียงพอ ($r = 0.199$, $p = 0.01$) แต่พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์ทางลบกับการให้ฉีดพ่นยาฆ่าเชื้อทั่วร่างกายผู้ที่เคยติดเชื้อ ($r = -0.254$, $p = 0.01$) และผู้ถูกกักกัน ($r = -0.158$, $p = 0.01$) ก่อนเข้ามาอยู่ร่วมกับคนในชุมชน นอกจากนี้พบว่าทัศนคติต่อการป้องกันการติดเชื้อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อต่อผู้ที่เคยติดเชื้อ ($r = 0.388$, $p = 0.01$) และผู้ถูกกักกัน ($r = 0.379$, $p = 0.01$)⁶

การศึกษาปัจจัยด้านความรู้ ทักษะ และ การรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 ในต่างประเทศดังเช่น การศึกษาดังการศึกษาในประเทศบังกลาเทศที่พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 ($r = 0.291$, $p < 0.01$)¹¹ ส่วนการศึกษาในประเทศอิหร่านพบว่า การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรค ($r = 0.210$, $p = 0.001$) ความรุนแรงของโรค ($r = 0.240$, $p = 0.001$) ความคาดหวังใน

ประสิทธิผลของการตอบสนอง ($r=0.270$, $p=0.001$) ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ($r=0.370$, $p=0.001$) และค่าใช้จ่ายในการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ($r=0.130$, $p=0.001$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการปฏิบัติของบุคลากรสุขภาพ ($p<0.001$)¹² การศึกษาในประเทศปากีสถานพบว่า บุคลากรสุขภาพที่มีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 5 ปี มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ในการป้องกันการติดเชื้อมากกว่าบุคลากรที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 1 ปี (odd ratio: OR=2.00, 95% confidence interval: CI=1.29-4.81) และมีการปฏิบัติมากกว่าบุคลากรที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 1 ปี (OR=10.71, 95%CI=2.80-40.75)¹³

การปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนยังเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมหรือบรรทัดฐานทางสังคม (social norms) ดังการศึกษาที่พบว่า การปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนรายบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตัวของคนในชุมชนหรือสังคม ($r=0.89$, $p<0.05$)⁵ และยังอาจขึ้นกับนโยบายหรือมาตรการในการป้องกันโรคโควิด-19 และมาตรการการผ่อนปรนข้อบังคับของรัฐบาล ซึ่งจะปรับเปลี่ยนไปตามจำนวนกลุ่มเสี่ยง จำนวนผู้ติดเชื้อ จำนวนผู้เสียชีวิต และระยะการระบาดของโรค¹⁴⁻¹⁶ นอกจากนี้การปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนยังขึ้นกับการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ผ่านแหล่งข้อมูลต่างๆ ดังเช่นการศึกษาในประเทศแอฟริกาใต้ เคนยา และไนจีเรียพบว่า ประชาชนรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 จากสื่อสังคมออนไลน์ร้อยละ 46.0 และโทรทัศน์ร้อยละ 35.0 แต่มีเพียงร้อยละ 20.0 ที่มีความเห็นว่าข้อมูลจากสื่อสังคมออนไลน์มีความถูกต้องทั้งหมด¹⁴

นอกจากการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 แล้ว สิ่งที่มีความสำคัญไม่น้อยกว่ากันคือ ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโรคโควิด-19 และผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการในการป้องกันโรคโควิด-19 ของรัฐบาล มีความคล้ายคลึงกันทั่วโลก โดยส่งผลกระทบทางด้านสังคม วัฒนธรรม การศึกษา เศรษฐกิจ และจิตใจ

การศึกษาผลกระทบทางด้านสังคมและวัฒนธรรมเกี่ยวกับโรคโควิด-19 พบว่าการระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน งดกิจกรรมทางศาสนา ประเพณี และวัฒนธรรม มีการเว้นระยะห่างระหว่างเพื่อนและสมาชิกในครอบครัว ส่งผลให้ขาดความใกล้ชิด¹⁷ นอกจากนี้ผู้ป่วยผู้ถูกกักกัน ผู้ดูแล ครอบครัว เพื่อนฝูง และชุมชน อาจได้รับการตีตราทางสังคม (social stigma) โดยมีการเลือกปฏิบัติต่อกลุ่มคนเหล่านี้ เนื่องจากยังมีองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคน้อย ส่งผลให้เกิดความสับสน ความกลัว ความหวาดระแวง และความวิตกกังวล เกิดขึ้นในสังคม นอกจากนี้การตีตราทางสังคมทำให้เกิดการแยกตัวทางสังคมและทำให้ความสมัครสมาน สามัคคี ของประชาชนในสังคมลดลง^{18,19} สำหรับประเทศไทย พบว่าประชาชนได้รับผลกระทบจากโรคโควิด-19 และนโยบายของรัฐบาลหลายด้าน คือ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีผลกระทบมากที่สุด คือ การเดินทางไปต่างจังหวัด (ร้อยละ 63.5) การรับประทานอาหารนอกบ้าน (ร้อยละ 63.0) การสืบสานขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม (ร้อยละ 61.5) การไปร้านเสริมสวย (ร้อยละ 61.0) และการไปช้อปปิ้งหรือไปเดินเล่นในห้างสรรพสินค้า (ร้อยละ 58.0)⁶

สำหรับด้านการศึกษา พบว่า การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในประเทศแซมเบียส่งผลกระทบต่อการจัดการศึกษาของนักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยครูและนักเรียนขาดสิ่งสนับสนุนในการจัดการเรียนการสอนออนไลน์ ทำให้ไม่สามารถจัดการเรียนการสอนแบบมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนและผู้สอน อาจส่งผลต่อการสอบเข้าศึกษาต่อในระดับอุดมศึกษาของนักเรียน²⁰ สำหรับประเทศไทย พบว่า นักเรียนหรือนักศึกษาสำเร็จการศึกษาช้าลง (ร้อยละ 61.0) ไม่มีคอมพิวเตอร์ โน้ตบุ๊ก แท็บเล็ตสำหรับการเรียนหรือการสอบออนไลน์ (ร้อยละ 43.0) ไม่ผู้ให้ความช่วยเหลือ ช่วยแก้ปัญหาในการเรียนหรือการสอบออนไลน์ (ร้อยละ

43.0) ไม่มีอินเทอร์เน็ตสำหรับการเรียนหรือการสอบออนไลน์ (ร้อยละ 38.5) และไม่มีทักษะในการเรียนหรือการสอบออนไลน์ (ร้อยละ 38.0)⁶

การระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงในด้านเศรษฐกิจ โดยทำให้ภาวะเศรษฐกิจของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกเกิดการชะลอตัว ทั้งในยุโรป อเมริกา และเอเชีย²² ทำให้ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (gross domestic product: GDP) และการเติบโตทางเศรษฐกิจ (economic growth) ลดลง²¹ การผลิตสินค้าที่จำเป็นได้ซ้าลง และส่งผลกระทบต่อห่วงโซ่อุปทาน (supply chain)¹⁷ นอกจากนี้มีการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ทำให้เกิดภาวะวิกฤติทางการเงินในกลุ่มผู้มีรายได้น้อย โดยร้อยละ 43.0 ตกงานหรือถูกตัดเงินเดือน ส่งผลให้ร้อยละ 53.0 มีเงินไม่เพียงพอในเดือนแรก และมีเพียงร้อยละ 23.0 ที่คาดว่าจะมีเงินพอใช้ในระยะเวลา 3 เดือน²² และมีการคาดการณ์ว่าสถานการณ์ดังกล่าวอาจส่งผลกระทบที่รุนแรง โดยทำให้ประชาชนเกิดความยากจนทั่วโลกสูงถึง 420-580 ล้านคน²³ สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาคณนในเขตเมือง พบว่า ประชาชนได้รับผลกระทบจากโรคโควิด-19 และนโยบายของรัฐบาล มากน้อยแตกต่างกัน สำหรับกลุ่มวัยทำงานไม่สามารถประกอบอาชีพและหารายได้ตามปกติ โดยนายจ้างให้หยุดงานโดยสิ้นเชิงร้อยละ 18.9 นายจ้างให้ลดเวลาทำงานและรายได้ลดลงร้อยละ 18.0 ผู้ประกอบอาชีพค้าขายหาบเร่ แผงลอย ไม่สามารถค้าขายได้ร้อยละ 18.2 ส่วนผู้ประกอบอาชีพอิสระ เช่น รับเหมาก่อสร้าง คนขับรถตู้/ รถรับจ้าง/มอเตอร์ไซค์รับจ้าง มีผู้ว่าจ้างลดลงหรือไม่มีเลยร้อยละ 18.4 นอกจากนี้พบว่าประชาชนร้อยละ 60.2 รายได้ลดลงเกือบทั้งหมด และร้อยละ 31.2 รายได้ลดลงประมาณครึ่งหนึ่ง มีเพียงน้อยกว่าร้อยละ 10.0 ที่ได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจน้อยหรือไม่ได้รับผลกระทบเลยเนื่องจากมีเงินเดือนประจำ⁷

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผลกระทบที่สำคัญจากการระบาดของโรคโควิด-19 อีกด้านหนึ่งคือ ผลกระทบด้านจิตใจ ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนมีความกลัว ความวิตกกังวล ความเครียด และอาจรุนแรงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ดังการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า ประชาชนมีความกลัวการติดเชื้อ มีความเครียดสูงจากปัญหาการว่างงาน ขาดรายได้ ถูกลดเงินเดือน และต้องปรับตัวภายใต้การใช้ชีวิตวิถีใหม่ เช่น การเว้นระยะห่างทางสังคม การทำงานหรือเรียนที่บ้าน การทำงานหรือเรียนออนไลน์ มาตรการห้ามประชาชนออกนอกเคสสถาน (curfew) หรือล็อกดาวน์ เป็นต้น ซึ่งประชาชนบางส่วนอยู่ในภาวะเครียดรุนแรงและเรื้อรังจนถึงขั้นพยายามฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อ²⁴⁻²⁹ โดยพบว่า ความถี่ในการรับสื่อสังคมออนไลน์ เพิ่มความเสี่ยงของความวิตกกังวล (OR=1.72, 95%CI=1.31-2.26) และเพิ่มความเสี่ยงของทั้งภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล (OR=1.91, 95%CI=1.52-2.41)³⁰ สำหรับประเทศไทยมีการสำรวจในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ในประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตปริมณฑล และต่างจังหวัดพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความเครียดระดับปานกลาง (ร้อยละ 54.1) รองลงมาคือ ระดับต่ำ (ร้อยละ 28.3) ระดับสูง (ร้อยละ 13.3) ระดับสูงมาก (ร้อยละ 4.2) ส่วนการสำรวจความวิตกกังวลของประชาชนพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลระดับปานกลาง (ร้อยละ 74.2) ระดับต่ำ (ร้อยละ 22.7) ระดับสูง (ร้อยละ 3.1)³¹ นอกจากนี้มีการศึกษาที่พบว่า ประชาชนได้รับผลกระทบด้านจิตใจ ได้แก่ ความเครียดจากการเลิกจ้าง (ร้อยละ 63.5) ความเครียดจากการหยุดงาน (ร้อยละ 62.5) วิตกกังวลว่าจะหางานทำไม่ได้เมื่อสถานการณ์ดีขึ้น (ร้อยละ 62.0) วิตกกังวลว่าจะถูกเลิกจ้าง (ร้อยละ 61.0) และภาวะซึมเศร้าจากการไม่ได้พบปะผู้คน (ร้อยละ 39.0)⁶

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น จะเห็นว่าการศึกษเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเกี่ยวกับระบาดวิทยาของโรค ความรู้ ทศนคติ การรับรู้ การปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 และผลกระทบจากโรค ยังมีการศึกษาค้นข่างน้อยเกี่ยวกับปัจจัยทำนายการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 ส่วนใหญ่ทำการศึกษาในบุคลากรสุขภาพ นักศึกษา และประชาชนทั่วไป และที่สำคัญยังไม่

พบการศึกษาเชิงโครงสร้างความสัมพันธ์ของปัจจัยทำนายการปฏิบัติของประชาชนไทยต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทำนายการปฏิบัติของประชาชนไทยต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน และศึกษาผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ทั้งผลกระทบโดยตรงจากโรคโควิด-19 และผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการในการป้องกันโรคโควิด-19 ของรัฐบาล

คำถามการวิจัย

1. ประชาชนไทยมีความรู้ ทักษะ การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และการปฏิบัติของประชาชนไทยต่อผู้เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน อย่างไร
2. มีปัจจัยอะไรบ้างที่สามารถทำนายการปฏิบัติของประชาชนไทยต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน
3. ประชาชนไทยรับรู้ถึงผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 และจากนโยบายหรือมาตรการในการป้องกันโรคโควิด-19 ของรัฐบาลอย่างไร
4. ควรมีการดำเนินนโยบายอย่างไรเพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 และลดผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ที่มีต่อประชาชนไทย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ประเมินความรู้ ทักษะ การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และการปฏิบัติของประชาชนไทยต่อผู้เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน
2. ศึกษาปัจจัยทำนายการปฏิบัติของประชาชนไทยต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน
3. ประเมินการได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ต่อประชาชนไทย ทั้งผลกระทบโดยตรงจากโรค และผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการในการป้องกันโรคโควิด-19 ของรัฐบาล
4. สังเคราะห์ผลการศึกษาเพื่อเสนอแนะนโยบายการป้องกันโรคโควิด-19 และการลดผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ต่อประชาชนไทย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย โดยทำการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ (predictive mixed method study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการปฏิบัติของประชาชนไทยต่อผู้ที่เคยติดเชื้อหรือผู้ถูกกักกัน และผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ในประชาชนที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร จังหวัดชลบุรี จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดนครราชสีมา และจังหวัดยะลา เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ระหว่างเดือนตุลาคม 2563 ถึงมกราคม 2564 และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก ระหว่างเดือนตุลาคม 2563 ถึงพฤษภาคม 2564

นิยามศัพท์

ปัจจัยทำนายการปฏิบัติของประชาชนไทยต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน หมายถึง สิ่งที่มีผลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนไทยต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน ประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การวิจัยครั้งนี้ศึกษาปัจจัยทำนาย ประกอบด้วย

ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง คุณลักษณะส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ศาสนา และฐานะทางเศรษฐกิจ

ความรู้ในการป้องกันโรคโควิด-19 หมายถึง สิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้หรือสิ่งสมมติได้มาจากการสังเกต ประสบการณ์ การได้ยิน การฟังเกี่ยวกับข้อเท็จจริง แนวปฏิบัติหรือกฎเกณฑ์ในแนวปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ประกอบด้วย ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และวิธีการป้องกันโรคโควิด-19 ได้แก่ ความรู้เรื่องโรค อาการของโรค วิธีการติดต่อ การรักษา การทำความสะอาดมือ การสวมหน้ากากอนามัย การดูแลสุขภาพส่วนบุคคล การเว้นระยะห่างทางสังคม และการทำความสะอาดและการทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อม ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความรู้ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ทัศนคติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน หมายถึง ความคิดเห็น ความรู้สึก ความเชื่อ ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน ในการป้องกันโรคโควิด-19 ประกอบด้วย ความคิดเห็นเกี่ยวกับโรค อาการของโรค วิธีการติดต่อ และวิธีการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ประเมินจากแบบสอบถามทัศนคติที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 หมายถึง กระบวนการซึ่งแต่ละบุคคลเลือกสรร (selects) จัดระเบียบ (organizes) และตีความ (interprets) โดยอาศัยประสาทสัมผัสทั้ง 5 คือ ตา หู จมูก ปาก และผิวหนังเพื่อสร้างภาพที่มีความหมายออกมา ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาเกี่ยวกับแหล่งข้อมูลข่าวสาร และการรับรู้เกี่ยวกับโรค อาการของโรค วิธีการติดต่อ และวิธีการป้องกันโรคโควิด-19 ประเมินจากแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน หมายถึง การกระทำของประชาชนเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 จากผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน ประกอบด้วย การทำความสะอาดมือ การสวมหน้ากากอนามัย การดูแลสุขภาพส่วนบุคคล การเว้นระยะห่างทางสังคม และการทำความสะอาดและการทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อม ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการปฏิบัติที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 หมายถึง ผลที่เนื่องมาจากการระบาดของโรคโควิด-19 ที่ก่อให้เกิดความเสียหายต่อด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเอง ต่อครอบครัว ด้านวัฒนธรรม/ประเพณี/วิถีชีวิตของชุมชน ด้านการศึกษาของตนเอง และ/หรือบุตรหลาน ด้านสุขภาพและการป้องกันโรค ด้านเศรษฐกิจ และด้านจิตใจของประชาชนไทย ทั้งผลกระทบโดยตรงจากโรคโควิด-19 และผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการในการป้องกันโรคโควิด-19 ของรัฐบาล ประเมินโดยใช้แบบสอบถามผลกระทบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สำหรับแบบสอบถามผลกระทบด้านจิตใจประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และเครียด (depression anxiety stress scale [DASS-21]) ฉบับภาษาไทย โดย สุกัลยา สว่าง และคณะ³⁴

ผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หมายถึง ผู้ที่เคยป่วยด้วยโรคโควิด-19 ที่รักษาหายแล้วและแพทย์อนุญาตให้กลับเข้ามาอยู่ในชุมชน

ผู้ถูกกักกัน หมายถึง ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 ที่ถูกกักกันหรือกักกันตนเอง เพื่อสังเกตอาการป่วยด้วยโรคโควิด-19 ซึ่งผู้ที่เข้าข่ายเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เช่น กลับจากต่างประเทศหรือมีประวัติใกล้ชิดกับผู้ป่วย แม้ยังไม่มีอาการ แต่ควรถูกกักกันหรือกักกันตนเองตามระยะฟักตัวของโรค เพื่อดูอาการเป็นเวลา 14 วัน เพื่อป้องกันการไปแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่นโดยไม่รู้ตัว

ประชาชนไทย หมายถึง คนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ 5 จังหวัดของประเทศไทย ประกอบด้วย กรุงเทพมหานคร ชลบุรี เชียงใหม่ นครราชสีมา และยะลา

ครอบครัว หมายถึง กลุ่มคนตั้งแต่สองคนขึ้นไปที่อาศัยอยู่ร่วมกันในสถานที่เดียวกัน อาจจะมีหรือไม่มีการสืบสายโลหิตหรืออาจจะเลี้ยงดูผู้อื่นโดยการรับมาอุปการะ รวมถึงญาติพี่น้องหรือผู้อื่นมาอาศัยอยู่ด้วยในสถานที่เดียวกัน

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัยทำนายนการปฏิบัติของประชาชนไทยต่อผู้ที่เคยติดเชื้อหรือผู้ถูกกักกัน และผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 การป้องกันโรคโควิด-19 งานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 และแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคโควิด-19

สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19

โรคโควิด-19 เกิดจากเชื้อโคโรนาไวรัส-2019³² ถูกพบครั้งแรกในอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน หลังจากประชาชนมีอาการปอดบวมโดยไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด และวัคซีนหรือยาที่มีอยู่ไม่สามารถใช้รักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ³³ มีหลักฐานแสดงว่าไวรัสชนิดนี้สามารถแพร่จากคนสู่คน และการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว³⁷ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการไข้ ไอ และหายใจลำบาก และอาจถึงแก่ชีวิตได้³⁴

จนกระทั่งวันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2563 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศการระบาดของโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ 2019 ให้เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern)³⁵⁻³⁷ หลังจากนั้นการติดเชื้อโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ 2019 หรือโรคโควิด-19 ได้มีการระบาดไปยังประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก (pandemic) อย่างรวดเร็ว ข้อมูล ณ วันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2564 พบว่ามีผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 สะสมจำนวนทั้งสิ้น 171,456,676 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 21,996 ต่อล้านประชากร โดยมีผู้ป่วยเสียชีวิตสะสม 3,564,772 ราย คิดเป็นอัตราตาย 457.3 ต่อล้านประชากร ปัจจุบันมีผู้ป่วยที่รักษาหายแล้ว 153,902,556 ราย มีผู้ป่วยอาการหนัก 91,742 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.05 ของผู้ป่วยทั้งหมด^{1,2} สำหรับประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 สะสมทั้งสิ้น 159,792 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 2,414.3 ต่อล้านประชากร เสียชีวิต 973 ราย คิดเป็นอัตราตาย 14.7 ต่อล้านประชากร ปัจจุบันมีผู้ป่วยที่รักษาหายแล้ว 108,345 ราย และยังคงรักษาตัวในโรงพยาบาล 50,416 ราย³ จะเห็นว่าอัตราป่วยและอัตราตายจากโรคโควิด-19 ในประเทศไทยต่ำกว่าหลายประเทศ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนได้ร่วมมือกันในการป้องกันและรักษาอย่างเต็มกำลังความสามารถ^{1,2} อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยเข้าเกณฑ์เฝ้าระวังและต้องถูกกักกันหรือกักตัวเองในชุมชนต่าง ๆ ในทุกจังหวัดของประเทศไทยเป็นจำนวนสูงถึง 1,979,656 ราย³

ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19

ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ที่สำคัญ ประกอบด้วย เชื้อก่อโรค ระยะฟักตัวของโรค อาการของโรค วิธีการติดต่อ และวิธีการป้องกันโรคโควิด-19³⁸

เชื้อก่อโรค โรคโควิด-19 เกิดจากเชื้อโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ 2019 มีชื่ออย่างเป็นทางการว่า SARS-CoV-2 เป็นเชื้อไวรัสลำดับที่ 7 ในตระกูล coronaviruses lineage B จีนัส betacoronavirus ซึ่งเป็นไวรัสอาร์เอ็นเอชนิดสายเดี่ยว มีลำดับสารพันธุกรรมเหมือน เอ็มอาร์เอ็นเอ (positive-sense single-stranded RNA virus) เป็นตระกูลเดียวกับไวรัสที่ก่อให้เกิดโรคซาร์ส (SARS) ที่เคยระบาดในเอเชียเมื่อปี ค.ศ. 2002 และโรคเมอร์ส (MERS) ที่พบในตะวันออกกลางเมื่อปี ค.ศ. 2012 จากการศึกษาทางพันธุกรรมของ

ไวรัส มีข้อมูลที่ยืนยันว่า ต้นตอของโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ 2019 เกิดจากการผสมสารพันธุกรรมระหว่างโคโรนาไวรัสของค้างคาวกับโคโรนาไวรัสในงูเห่า กลายพันธุ์เป็นโคโรนาไวรัส สายพันธุ์ SARS-CoV-2 ที่แพร่เชื้อจากสัตว์มาสู่คนได้ ดังนั้นต้นตอการแพร่ระบาดของโรคอาจมาจากตลาดค้าสัตว์ นอกจากนี้แหล่งของเชื้อโรค (reservoir) อาจมาจากสัตว์ปีก เช่น นก ค้างคาว ไก่ หรือสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม เช่น ม้า วัว แมว สุนัข กระต่าย หนู อูฐ หรือสัตว์เลื้อยคลาน เช่น งู เป็นต้น อย่างไรก็ตามการที่โรคโควิด-19 มีการแพร่ระบาดไปทั่วโลก (pandemic) ได้อย่างรวดเร็วและมีผู้ติดเชื้อจำนวนมากนั้น เนื่องจากโรคนี้สามารถแพร่เชื้อจากคนสู่คนได้⁴⁴

ระยะฟักตัวของโรค ไวรัสโคโรนา 2019 มีระยะฟักตัวประมาณ 2-14 วัน แต่ผู้ป่วยบางรายอาจมีระยะฟักตัวนานถึง 27 วัน

อาการของโรค ผู้ติดเชื้อประมาณร้อยละ 80 ไม่มีอาการ (asymptomatic infection) หรือมีอาการป่วยเพียงเล็กน้อย (mild symptoms) คล้ายไข้หวัดธรรมดา คือ มีไข้ ไอ จาม เจ็บคอ น้ำมูกไหล หายใจไม่สะดวก ปวดเมื่อยตามร่างกาย และอาจมีอาการท้องเสียได้ มีเพียงร้อยละ 15-20 ที่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง คือ ทำให้มีอาการปอดอักเสบ (pneumonia) และร้อยละ 1-5 จะมีอาการของโรกระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (severe acute respiratory syndrome: SARS) เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิต

วิธีการติดต่อ ขณะนี้มีหลักฐานยืนยันว่าโรคนี้สามารถติดต่อจากคนสู่คนได้ สามารถแพร่กระจายโดยการสูดดมละอองฝอยขนาดใหญ่ (droplet transmission) เข้าสู่ระบบทางเดินหายใจ หรือจากการไอ จามรดกันในระยะ 1-2 เมตร นอกจากนี้ยังแพร่เชื้อโดยการสัมผัสกับผู้ติดเชื้อโดยตรง (direct contact transmission) หรือการสัมผัสทางอ้อม (indirect contact transmission) เช่น การสัมผัสสิ่งของเครื่องใช้ที่ปนเปื้อนสารคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อ เช่น เสมหะ น้ำมูก น้ำลาย หรืออุจจาระ แล้วมาสัมผัสเยื่อต่างๆ ในร่างกาย เช่น ขี้ตา สัมผัสปาก หรือหยิบของกินเข้าปาก เป็นต้น ยิ่งไปกว่านั้นบางการศึกษารายงานว่าโรคโควิด-19 สามารถแพร่กระจายผ่านละอองฝอยขนาดเล็กในอากาศได้ (airborne transmission)³⁹ ดังนั้นวิธีการติดต่อที่สำคัญ คือ สัมผัสกับน้ำมูก น้ำลาย สารคัดหลั่ง ละอองจากการไอ จาม หรือสัมผัสเสื้อผ้าหรือของใช้ของผู้ติดเชื้อ โดยผู้ติดเชื้ออาจแพร่เชื้อให้ผู้อื่นได้โดยไม่รู้ตัว เนื่องจากผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อยคล้ายไข้หวัดธรรมดา ทำให้ผู้ติดเชื้อจำนวนมากไม่ได้รับการตรวจคัดกรองและไม่ได้รับการรักษา นอกจากนี้เชื้อโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ 2019 ยังสามารถติดต่อจากสัตว์สู่คนได้ดังกล่าวข้างต้น

การแพร่กระจายเชื้อ การแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด-19 จากผู้ติดเชื้อไปสู่คนปกติ และทำให้เกิดการติดเชื้อ หรือที่รู้จักโดยทั่วไป คือ R ย่อมาจาก reproduction number หมายถึง ผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 หนึ่งรายสามารถทำให้คนปกติติดเชื้อได้กี่คนในช่วงที่มีเชื้อโรคโควิด-19 อยู่ในร่างกาย โดยจุดเริ่มต้นของการแพร่กระจายเชื้อ เรียกว่า R0 เพราะเวลาที่ 0 คือ เวลาที่เริ่มต้น ซึ่งอัตราการแพร่กระจายเชื้อขึ้นกับ 3 ปัจจัยดังนี้

1. อัตราการสัมผัสระหว่างผู้ติดเชื้อ (infectious หรือ I) กับผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ (susceptible หรือ S)
2. ความน่าจะเป็นของการแพร่กระจายเชื้อ (transmission probability) ระหว่างผู้ติดเชื้อกับผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ ถ้าสัมผัสกันใกล้ชิดเป็นเวลานาน โอกาสเกิดการแพร่กระจายเชื้อจะสูง
3. ช่วงเวลาที่ผู้ติดเชื้อสามารถแพร่กระจายเชื้อได้ (duration of transmission)

จากการศึกษาในห้องงพบว่ามีร้อยละ 20 ของผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 แพร่กระจายเชื้อไปสู่บุคคลอื่นร้อยละ 80³⁸ ส่วนการศึกษาในประเทศจีนพบว่าผู้ป่วยโรคโควิด-19 1 ราย สามารถแพร่กระจายเชื้อให้แก่บุคคลอื่นได้ 3 คน⁴⁰ ใกล้เคียงกับการศึกษาในประเทศเกาหลีและอิตาลีพบว่า ผู้ป่วย 1 ราย ในประเทศเกาหลี

สามารถแพร่กระจายเชื้อให้แก่บุคคลอื่นได้ 2.6 คน (95% CI=2.3-2.9) และผู้ป่วย 1 ราย ในประเทศอิตาลี สามารถแพร่กระจายเชื้อให้แก่บุคคลอื่นได้ 3.3 คน (95% CI=3.0-3.6)⁴¹ นอกจากนี้การศึกษาในแถบยุโรป พบว่าผู้ป่วย 1 ราย ในประเทศอิตาลี สามารถแพร่กระจายเชื้อให้แก่บุคคลอื่นได้ 3.1 คน (95% CI=2.2-4.1) ผู้ป่วย 1 ราย ในประเทศสเปน สามารถแพร่กระจายเชื้อให้แก่บุคคลอื่นได้ 4.0 คน (95% CI=0.0-10.2) ผู้ป่วย 1 ราย ในประเทศเยอรมัน 1 ราย สามารถแพร่กระจายเชื้อให้แก่บุคคลอื่นได้ 4.4 คน (95% CI=1.8-7.9) และผู้ป่วย 1 ราย ในประเทศฝรั่งเศส สามารถแพร่กระจายเชื้อให้แก่บุคคลอื่นได้ 6.7 คน (95% CI=2.0-12.3)⁴² และการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่าผู้ป่วยโรคโควิด-19 1 ราย สามารถแพร่กระจายเชื้อให้แก่บุคคลอื่นได้ 3.3 คน (95% CI=2.8-3.8)⁴³ ซึ่งขณะนี้องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า ผู้ป่วยโรคโควิด-19 1 ราย สามารถแพร่กระจายเชื้อให้แก่บุคคลอื่นได้ประมาณ 2-3 คน⁴⁴ แต่มีผู้ป่วยโรคโควิด-19 บางรายที่สามารถแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่นเป็นจำนวนมาก (super-spreader) คือ ผู้ติดเชื้อที่มีความสามารถในการแพร่กระจายเชื้อไปยังบุคคลอื่น ๆ มากกว่าค่าเฉลี่ยจำนวนหลายเท่า หรือแพร่กระจายเชื้อได้ประมาณ 20 คน⁴⁵ ดังการศึกษาในประเทศจีนพบว่าผู้ป่วยโรคโควิด-19 1 ราย สามารถแพร่กระจายเชื้อให้แก่บุคคลอื่นได้ 28 คน⁴⁶ ประเทศเกาหลีใต้พบว่าผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 1 ราย สามารถแพร่กระจายเชื้อให้แก่คนที่เข้าร่วมพิธีทางศาสนา ในโบสถ์ได้มากถึง 31 คน⁴⁷ และผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 1 ราย สามารถแพร่กระจายเชื้อให้แก่คนที่เข้าร่วมงานเลี้ยงในสถานบันเทิงมากถึง 54 คน⁴⁸ สำหรับในประเทศไทยพบว่าผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 จากสนามมวยลุมพินี 1 ราย สามารถแพร่กระจายเชื้อให้แก่บุคคลอื่นได้มากกว่า 50 คน⁴⁹

การป้องกันโรคโควิด-19

โรคโควิด-19 เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ หากปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคที่ถูกต้อง ดังนั้นการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งวิธีการป้องกันการติดเชื้อใช้หลักการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ร่วมกับการป้องกันการติดเชื้อทางการสัมผัส มีดังนี้⁶

1. สวมหน้ากากอนามัย สำหรับประเทศไทยได้มีการรณรงค์ให้ประชาชนทุกคนสวมหน้ากากอนามัย (universal masking) เพื่อลดการแพร่เชื้อ (ระยะไม่แสดงอาการ ก่อนแสดงอาการ หรือแสดงอาการ) และเป็นการเตือนให้ประชาชนเกิดความตระหนักในการป้องกันโรค และเว้นระยะห่างทางสังคม องค์การอนามัยโลกจึงแนะนำให้ทุกคนสวมหน้ากากอนามัยเมื่อเข้าไปในชุมชนที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ในวงกว้าง และในสถานบริการสุขภาพ แม้ว่าปัจจุบันยังไม่มีผลการวิจัยที่ชัดเจนเกี่ยวกับประสิทธิผลและผลไม่พึงประสงค์ของการใช้หน้ากากอนามัยตลอดเวลากับการป้องกันโรคโควิด-19⁵⁰

2. การเว้นระยะห่างทางสังคม (social distancing) หรือการเว้นระยะห่างทางกายภาพ (physical distancing) สามารถปฏิบัติได้ ดังนี้³

- 2.1 การเว้นระยะห่างระหว่างตัวเรากับผู้อื่น 1-2 เมตร เพราะไวรัสนั้นสามารถติดต่อได้ผ่านละอองขนาดเล็กที่มาจากการไอหรือจาม ซึ่งถ้าหากอยู่ใกล้ชิดกันเกินไปเราก็อาจจะสูดเอาไวรัสเข้าร่างกายได้

- 2.2 หลีกเลี่ยงการสัมผัสทางกายภาพ เพราะอาจเป็นการนำเชื้อมาสู่ตัวเอง หรือในขณะเดียวกันก็เป็นการแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่น

- 2.3 หลีกเลี่ยงการเดินทางออกนอกบ้าน หรือการใช้ขนส่งสาธารณะ เนื่องจากไวรัสโคโรนา 2019 นั้นสามารถติดต่อได้ง่ายผ่านการสัมผัสและละอองขนาดเล็ก เพราะเราอาจอยู่ใกล้ชิดกับผู้ที่ติดเชื้อแต่ไม่มีอาการ ซึ่งสามารถแพร่เชื้อมาสู่เราได้

2.4 การ Work from Home หรือการทำงานที่บ้าน เป็นวิธีที่ช่วยลดความเสี่ยงในการติดเชื้อ และการแพร่เชื้อจากผู้ร่วมงาน

2.5 การเรียนการสอนผ่านทางช่องทางออนไลน์ก็เป็นอีกช่องทางหนึ่งที่มหาวิทยาลัยหรือสถานศึกษาต่าง ๆ สามารถนำมาใช้ได้เพื่อป้องกันการระบาดภายในมหาวิทยาลัยและสถานศึกษา ซึ่งความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีในปัจจุบันมีแพลตฟอร์มต่าง ๆ มารองรับการเรียนแบบระยะไกล เช่น Zoom, Microsoft Teams และ Google Hangout

3. หมั่นล้างมือให้สะอาดอยู่เสมอด้วยน้ำกับสบู่ น้ำกับน้ำยาฆ่าเชื้อ หรือแอลกอฮอล์เจล
4. ไม่นำมือมาสัมผัสตา จมูก และปากโดยไม่จำเป็น
5. ไม่ใช้ของส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น เช่น ผ้าเช็ดหน้า ผ้าเช็ดตัว และแก้วน้ำ เป็นต้น
6. รับประทานอาหารที่ปรุงสุกและร้อน
7. รักษาร่างกายให้อบอุ่น
8. นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ
9. ไม่อยู่ใกล้ชิดผู้ติดเชื้อ ไม่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยไอจาม และไม่คลุกคลีกับผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจ หากหลีกเลี่ยงไม่ได้ให้สวมหน้ากากอนามัย
10. หลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่แออัดหรือมีมลภาวะทางอากาศ หากหลีกเลี่ยงไม่ได้ให้สวมหน้ากากอนามัย
11. หลีกเลี่ยงการเดินทางไปในประเทศจีนหรือพื้นที่ซึ่งมีการระบาดของโรค
12. หลีกเลี่ยงการไปตลาดที่ขายซากสัตว์ป่าหรือที่มีชีวิตและการสัมผัสโดยไม่ใช้ถุงมือ
13. ภายใน 14 วัน หลังเดินทางกลับจากประเทศจีนและพื้นที่ซึ่งมีการระบาดของโรค หากมีไข้ร่วมกับอาการทางเดินหายใจ ได้แก่ ไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก หายใจเหนื่อยหอบ ควรรีบพบแพทย์ทันที พร้อมทั้งแจ้งประวัติการเดินทางไปประเทศจีนหรือพื้นที่ซึ่งมีการระบาดของโรค
14. การเฝ้าระวังโรคในชุมชน กรณีที่พบนักท่องเที่ยวที่เดินทางมาจากพื้นที่ระบาดของโรค มีอาการไข้ ร่วมกับมีอาการระบบทางเดินหายใจ เช่น ไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก หายใจเหนื่อยหอบ ให้แจ้งบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ หรือ สายด่วนกรมควบคุมโรค DDC Hotline 1422

การทำความสะอาดและการทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อม

การทำความสะอาดและการทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อม สำหรับประเทศไทย กรมควบคุมโรคแนะนำให้ใช้น้ำยาไฮโปคลอไรท์ให้ทิ้งไว้นานอย่างน้อย 15 นาที แล้วเช็ดออกด้วยผ้าชุบน้ำสะอาดเพื่อป้องกันสนิม ความเข้มข้นของน้ำยาไฮโปคลอไรท์ที่ใช้สำหรับทำความสะอาดในบ้านเรือนคือ 0.05% สำหรับทำความสะอาดในสถานพยาบาล 0.5% กรณีที่เช็ดทำความสะอาดด้วย 70% แอลกอฮอล์ ให้รอจนแอลกอฮอล์แห้งจึงจะออกฤทธิ์ฆ่าเชื้อโรค แต่ต้องระวังไฟไหม้ เพราะแอลกอฮอล์เป็นสารที่ติดไฟได้ การเช็ดทำความสะอาดเพื่อกำจัดเชื้อโรคและสิ่งสกปรกต้องมีการออกแรงขัดถู (friction rub) การพ่นน้ำยาทำลายเชื้อโดยไม่ออกแรงขัดถูไม่มีประสิทธิภาพในการกำจัดเชื้อบนผิวสัมผัส

กรณีพบผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่บ้านหรือหอพัก ควรดำเนินการดังนี้³

1. เพิ่มความตระหนักให้กับแม่บ้าน พนักงาน และพนักงานทำความสะอาด ถึงความเสี่ยงในการปนเปื้อนเชื้อ โดยให้ความสำคัญในการป้องกันตนเอง เช่น การสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า และถุงมือขณะปฏิบัติงาน และการดูแลทำความสะอาดสิ่งของที่ใช้งานบ่อย ๆ เช่น โต๊ะทำงาน คอมพิวเตอร์อุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการทำงาน รวมถึงอุปกรณ์ทำความสะอาดอื่น ๆ

2. การทำความสะอาดอาคารบ้านเรือน หอพัก ให้มีการทำความสะอาดอุปกรณ์ และบริเวณที่มีผู้สัมผัสปริมาณมากอย่างสม่ำเสมอ เช่น ราวจับ กลอนประตู ห้องน้ำ อุปกรณ์ต่าง ๆ ด้วยน้ำยาฟอกขาวความเข้มข้น 6% ผสมน้ำสะอาด (โดยใช้น้ำยา 1 ส่วนต่อน้ำ 99 ส่วน) หรือ 70% แอลกอฮอล์

สิ่งที่ไม่ควรปฏิบัติ ไม่ควรพ่นละอองน้ำยาฆ่าเชื้อในลักษณะอุโมงค์หรือห้องระบบปิด เพราะอุโมงค์พ่นน้ำยาฆ่าเชื้อ ไม่ได้ช่วยตัดช่องทางการแพร่โรค แต่อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 เนื่องจาก

1. ทำให้ไวรัสฟุ้งและเป็นแหล่งแพร่โรคได้
2. ทำให้เกิดไอ จาม และ/หรืออาการแพ้ น้ำยา เพราะน้ำยาอาจจะระคายเคืองเยื่อทางเดินหายใจ และเยื่อตาได้
3. หลงผิด ทำให้การระมัดระวังตนเองของบุคคลลดลง เพราะเชื่อว่าจะช่วยป้องกันการแพร่โรคได้
4. ไม่มีผลการพิสูจน์ถึงประสิทธิภาพในการควบคุมป้องกันโรค และองค์การอนามัยโลกชี้ว่าไม่จำเป็นต้องทำ

ปัจจุบันกรมควบคุมโรคได้สรุปมาตรการการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 โดยไม่ใช้ยา เพื่อให้ประชาชนจำได้ง่าย โดยใช้คำว่า D-M-H-T-T-A ได้แก่ D : Distancing เว้นระยะระหว่างบุคคล หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับผู้อื่น M : Mask wearing สวมหน้ากากผ้า หรือหน้ากากอนามัยตลอดเวลา H : Hand washing ล้างมือบ่อย ๆ จัดให้มีจุดบริการเจลล้างมืออย่างทั่วถึงเพียงพอ T : Temperature ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายก่อนเข้าใช้บริการ เพื่อคัดกรองผู้ใช้บริการที่อาจไม่สบาย T : Testing ตรวจหาเชื้อโควิด-19 และ A : Application ติดตั้งและใช้แอปพลิเคชัน “ไทยชนะ” และ “หมอชนะ” ก่อนเข้า-ออกสถานที่ทุกครั้ง

ประสิทธิภาพของมาตรการการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามาตรการการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ที่มีประสิทธิภาพสูงสุด คือ การเว้นระยะห่างทางสังคม ดังการศึกษาในฮ่องกงพบว่า การปฏิบัติตามมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคมในช่วงระยะเวลาของการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 สามารถลดการแพร่กระจายเชื้อในชุมชนได้ร้อยละ 44.0 โดยพบว่า การหยุดเรียนหรือปิดโรงเรียนจะช่วยลดอัตราการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด-19 จาก 1.28 คน (95% CI=1.26-1.30) เหลือ 0.72 คน (95% CI=0.70-0.74)⁵¹ อย่างไรก็ตามการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบยังไม่สามารถสรุปได้อย่างชัดเจนว่าการปิดโรงเรียนจะช่วยลดการแพร่กระจายเชื้อได้ และยังพบว่าความเหมาะสมของมาตรการการปิดโรงเรียนขึ้นอยู่กับบริบทและสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ของแต่ละประเทศ และมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคมอย่างอื่น เช่น การทำงานที่บ้าน อาจจะมีประสิทธิภาพมากกว่า⁵² โดยการเว้นระยะห่างทางสังคมควรมีระยะอย่างน้อย 1 เมตร ดังการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า การเว้นระยะห่าง 1 เมตรหรือมากกว่า ช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 เมื่อเทียบกับการเว้นระยะห่างน้อยกว่า 1 เมตร (OR=0.18, 95%CI=0.09-0.38) นอกจากนี้พบว่าการสวมหน้ากากป้องกันโรค (N95 หน้ากากอนามัย หน้ากากผ้า) และเครื่องป้องกันหน้า (face shield) ช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 แต่น้อยกว่าการเว้นระยะห่างทางสังคม คือ การสวมหน้ากากป้องกันโรคช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 เมื่อเทียบกับการไม่สวมหน้ากากป้องกันโรค (OR=0.15, 95%CI=0.07-0.34) และการสวมเครื่องป้องกันช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 เมื่อเทียบกับการไม่สวมเครื่องป้องกันหน้า (OR=0.22, 95%CI=0.12-0.39)⁵³

การคัดกรองและเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ในชุมชน

การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้ประชาชนและชุมชนเกิดความตระหนักและให้ความร่วมมือในมาตรการต่าง ๆ ดังนั้นชุมชนจึงมีการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคโควิด-19³

1. มาตรการการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เข้าสู่ชุมชน

1.1 การตั้งด่านชุมชน โดย

- การจัดตั้งด่านชุมชนหน้าบริเวณทางเข้า-ออก ชุมชนที่เป็นเส้นทางเข้า-ออกสำคัญทุกเส้นทาง
- จัดให้มีเจ้าหน้าที่ประจำด่านหน้าชุมชน
- บันทึกข้อมูลการเดินทางของผู้เดินทางเข้า-ออกชุมชน รวมถึงคัดกรองผู้ที่มาจากพื้นที่เสี่ยง

และผู้ที่เดินทางเข้า-ออก ชุมชนทุกคน ต้องรายงานตัวต่อเจ้าหน้าที่ด่านชุมชน

1.2 การคัดกรองผู้ที่มาจากพื้นที่เสี่ยง ค้นหาและคัดกรองว่ามีคนในชุมชนที่เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงเข้ามาพักอาศัยอยู่ในชุมชนหรือไม่ ดังนี้

- ผู้ที่เดินทางกลับมาจากพื้นที่เสี่ยง ได้แก่ จังหวัดที่มีการรายงานข้อมูลว่ามีผู้ป่วยโรคโควิด-19 ระบาด เช่น กรุงเทพมหานคร สมุทรปราการ สมุทรสาคร นครปฐม นนทบุรี ปทุมธานี เป็นต้น รวมถึงประเทศที่เป็นเขตโรคติดต่ออันตราย และประเทศที่มีการระบาดต่อเนื่อง หรือผู้ที่เดินทางกลับจากสถานที่เสี่ยงต่อการแพร่ระบาดมีคนแออัด เปียกเสียด (สนามมวย สนามกีฬา สนามม้า สนามชนโค สนามชนไก่ สถาบันเทิง) หรือกลับจากไปร่วมกิจกรรมที่มีคนร่วมเป็นจำนวนมาก เป็นต้น)

- ติดตามข่าวสารหรือสถานการณ์การแพร่ระบาดทุกระยะอย่างใกล้ชิด ประกอบการคัดกรองบุคคลที่มาจากสถานที่/ จังหวัด/ ประเทศที่มีความเสี่ยง

- ผู้ที่อยู่ในระยะใกล้ชิดกับผู้ป่วยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรืออยู่ในสถานที่ร่วมกับผู้ป่วยโรคโควิด-19

1.3 การปฏิบัติในกรณีที่ชุมชนใดมีผู้เข้าข่ายตามข้อ 1.2 ดังนี้

- จัดทำบัญชีรายชื่อคนในชุมชนที่เป็นผู้เข้าข่าย
- เฝ้าติดตามสังเกตอาการเป็นระยะเวลา 14 วัน นับแต่วันที่ผู้เข้าข่ายเดินทางไปยังสถานที่เสี่ยงต่อการระบาด

- ขอความร่วมมือผู้เข้าข่ายพักอาศัยอยู่แต่ในบ้านเรือนเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 14 วัน และให้งดหรือหลีกเลี่ยงการเดินทางไปยังสถานที่ต่าง ๆ นอกชุมชนไว้ก่อน

- รายงานข้อมูลดังกล่าว ไปยังผู้นำชุมชน เพื่อรายงานตามขั้นตอนต่อไป โดยให้รายงานทุกวัน

2. มาตรการเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ภายในชุมชน

บุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) มีหน้าที่โดยตรงในการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน นอกจากนี้ควรให้ความรู้ประชาชน เมื่อพบนักท่องเที่ยวที่เดินทางมาจากพื้นที่ระบาดของโรคมีอาการไข้ ร่วมกับมีอาการระบบทางเดินหายใจ เช่น ไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก หายใจเหนื่อยหอบ ให้แจ้งบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ หรือสายด่วนกรมควบคุมโรค DDC Hotline 1422 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้³

2.1 แจ้งเตือนประชาชนในชุมชน ดังนี้

- ประชาชนทุกคนต้องสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าทุกครั้ง เมื่อออกจากบ้านไปในที่ชุมชนหรืออยู่ร่วมกับผู้ที่ต้องกักกัน ทั้งกรณีที่มาจากต่างจังหวัด และต่างประเทศ

- ให้ประชาสัมพันธ์สร้างการรับรู้และความเข้าใจ สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 การป้องกัน และการเฝ้าระวังดูแลตัวเอง ผ่านสื่อในทุกช่องทาง เช่น หอกระจายข่าวชุมชน แอปพลิเคชันไลน์ ป้ายประชาสัมพันธ์ต่าง ๆ เป็นต้น ทั้งนี้ให้ประกาศผ่านหอกระจายข่าวชุมชน อย่างต่อเนื่องทุกวัน

- ให้ทุกคนในครอบครัว สังเกตอาการทุกคนในครอบครัว หากพบว่า มีอาการเป็นไข้หรือ มีเหตุอันควรสงสัยเป็นโรคโควิด-19 ให้เจ้าบ้านรีบแจ้งผู้นำชุมชน เช่น ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน แพทย์ประจำตำบล สารวัตรกำนัน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน พนักงานควบคุมโรคติดต่อ โดยทันที

2.2 กรณีบุคคลที่เดินทางมาจากประเทศที่เป็นเขตโรคติดต่ออันตราย และประเทศที่มีการระบาด ต่อเนื่อง

- แจ้งบุคคลดังกล่าวให้กักกันตัวไว้เพื่อสังเกตอาการ เป็นระยะเวลา 14 วัน

- เฝ้าระวัง สังเกต และควบคุมผู้เดินทางมาจากต่างประเทศ ให้กักกันตัวไว้สังเกตอาการให้ครบ 14 วัน โดยห้ามออกจากที่กักกันอาการ

- กรณีถูกกักกันหรือถูกคุมไว้สังเกตอาการ มีอาการป่วยเป็นไข้ หรือมีเหตุอันควรหรืออาการต้องสงสัย ให้แจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยทันที และหากมีเหตุอันควรหรือมีอาการต้องสงสัยให้แจ้งโรงพยาบาลที่รับผิดชอบดำเนินการรับตัวไปรักษาทันที

2.3 กรณีบุคคลที่เดินทางกลับ หรือมีการเดินทางไปยังสถานที่เสี่ยงต่อการแพร่ระบาดที่มีคนแออัดเป็ดเสียด ตามข้อ 2.2 แล้วมีอาการป่วยเป็นไข้ให้แจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยทันที และหากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประเมินอาการว่าเข้าข่ายสงสัยอาจจะติดเชื้อโรคโควิด-19 ให้แจ้งโรงพยาบาลที่รับผิดชอบดำเนินการรับตัวไปรักษาทันที

2.4 กรณีบุคคลที่เป็นผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือไปร่วมอยู่ในสถานที่ที่ผู้ป่วยติดเชื้อโรคโควิด-19 ไปปรากฏตัว ให้แจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทราบทันที เพื่อดำเนินการตามมาตรการคัดกรองแยกกักกัน หรือคุมไว้สังเกตอาการ

2.5 กรณีมีความจำเป็นต้องใช้รถส่วนบุคคล ในการนำส่งตัวผู้เข้าข่าย ให้ผู้เข้าข่ายต้องสงสัยติดเชื้อโรคโควิด-19 แยกห้องโดยสารจากผู้อื่นให้ชัดเจน รวมถึงต้องจัดหาอุปกรณ์ป้องกัน เช่น หน้ากากอนามัย เจลล้างมือ แอลกอฮอล์ล้างมือ เป็นต้น

2.6 กรณีมีคนในชุมชน ได้รับการยืนยันว่าเป็นผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 ให้แจ้งเทศบาลหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องเข้าไปดำเนินการทำความสะอาดฆ่าเชื้อพื้นที่ที่มีผู้ติดเชื้อไปทำกิจกรรม เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโดยเร็ว

3. การป้องกันและเฝ้าระวัง กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง เด็ก และหญิงตั้งครรภ์ ในชุมชน

3.1 ให้อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) จัดทำทะเบียนกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง เด็ก และหญิงมีครรภ์ในชุมชน ซึ่งเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 ได้ง่าย

3.2 ให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ให้ปฏิบัติตัวอย่างเคร่งครัด ดังนี้

- ให้หลีกเลี่ยงการพบปะ และสัมผัสกับบุคคลที่เดินทางกลับจากจังหวัดที่มีการระบาด จากต่างประเทศ หรือมีการเดินทางไปยังสถานที่เสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

- งดไปร่วมกิจกรรมที่มีคนมารวมตัวกันจำนวนมาก และงดการไปในชุมชน

สำหรับประเทศไทย การเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงมี 3 รูปแบบคือ การกักกันโรคที่ศูนย์ควบคุมโรคซึ่งหน่วยงานของรัฐจัดตั้งขึ้น (state quarantine) การกักกันโรคในท้องถิ่น (local quarantine) และการให้ผู้ที่เข้าข่ายเสี่ยงกักกันที่บ้าน (home quarantine)

บทบาทของชุมชนในการป้องกันโรคโควิด-19

ชุมชนมีบทบาทสำคัญอย่างมากในการป้องกันการแพร่กระจายของโรคโควิด-19 เนื่องจากในชุมชนต่าง ๆ อาจมีผู้ติดเชื้อ และประชาชนกลุ่มเสี่ยงกระจายอยู่ในพื้นที่ ดังนั้นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพประชาชน/สุขภาพตนเอง และป้องกันการแพร่กระจายของโรคโควิด-19 รวมถึงมีบทบาทในการฟื้นฟู ดูแล การเปิดพื้นที่เมืองและชุมชน เพื่อให้ประชาชนสามารถใช้ชีวิตและประกอบอาชีพตามปกติ ได้อย่างมั่นใจ ซึ่งบทบาทสำคัญของชุมชนในการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19 มีดังนี้⁵⁴⁻⁵⁶

1. ควบคุม กำกับ ดูแลรักษาความสะอาดป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อโรคอย่างเคร่งครัด ของสถานประกอบการและกิจการในพื้นที่รับผิดชอบ โดยจัดเตรียมอุปกรณ์ในการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล และการป้องกันตนเองสำหรับผู้ประกอบการ และผู้รับบริการ

2. ควบคุม กำกับ ดูแลสถานที่สาธารณะในชุมชน สถานที่แออัด อาทิ ศาสนสถาน สถานีขนส่งโดยสาร ตลาดนัด เป็นต้น โดยผู้ประกอบการต้องจัดจุดล้างมือด้วยน้ำและสบู่ หรือเจลแอลกอฮอล์ และทำความสะอาดพื้นที่อย่างทั่วถึง โดยเฉพาะบริเวณที่เป็นจุดเสี่ยง เช่น จุดให้บริการน้ำดื่มในสถานที่สาธารณะ โต๊ะ เก้าอี้ และห้องน้ำสาธารณะ

3. การจัดการมูลฝอย ตัดคัดแยกกระดังยี่เรื้อน การเก็บรวบรวม และการกำจัด ตามคำแนะนำ การจัดการมูลฝอยสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และจัดจุดรวบรวม มูลฝอย พร้อมภาชนะรองรับที่มีฝาปิดอย่างเพียงพอและทั่วถึง กรณีมูลฝอยที่ปนเปื้อนน้ำมูก น้ำลาย สารคัดหลั่ง เช่น หน้ากากอนามัย กระดาษทิชชู ต้องใส่ถุงขยะ 2 ชั้น โดยถุงขยะใบแรกที่บรรจุมูลฝอยแล้วให้มัดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อหรือน้ำยาฟอกขาว มัดปากถุงให้แน่นและซ้อนด้วยถุงขยะอีก 1 ชั้น มัดปากถุงให้แน่น นำไปทิ้งรวมกับขยะทั่วไป หรือจัดเก็บรวบรวมแยกไว้เฉพาะตามที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด

4. ฝ้าระวังอาการผิดปกติของตนเอง และครอบครัว

5. ให้ความร่วมมือกับ อสม. และเจ้าหน้าที่รัฐในการปฏิบัติตามมาตรการของรัฐที่กำหนด

5. มีส่วนร่วมในการสังเกตและแจ้งข้อมูลความผิดปกติที่อาจเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด-19 แก่ อสม. และเจ้าหน้าที่ของรัฐ

7. การคัดกรองผู้ที่มาจากพื้นที่เสี่ยง ผู้นำชุมชนและประชาชนในพื้นที่ร่วมกันค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่เข้ามาพักอาศัยอยู่ในหมู่บ้านหรือชุมชน ดังนี้

7.1 ผู้ที่เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง เช่น สนามมวย สนามกีฬา สนามม้า สนามชนโค สนามชนไก่ สถานบันเทิง ศาสนสถาน หรือการไปร่วมกิจกรรมที่มีคนเข้าร่วมเป็นจำนวนมาก เป็นต้น

7.2 ผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคโควิด-19 หรือไปร่วมอยู่ในสถานที่ที่ผู้ป่วยโรคโควิด-19 ไปปรากฏตัว

8. การฝ้าระวังผู้ที่มาจากพื้นที่เสี่ยง ผู้นำชุมชนและประชาชนในพื้นที่ร่วมกันฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงที่เข้ามาพักอาศัยอยู่ในหมู่บ้านหรือชุมชน ดังนี้

8.1 จัดทำบัญชีรายชื่อเพื่อเฝ้าติดตามสังเกตอาการเป็นระยะเวลา 14 วัน นับแต่วันที่ผู้นั้นเดินทางไปยังสถานที่เสี่ยงต่อการแพร่ระบาด

8.2 ขอความร่วมมือผู้นั้นในห้างหรือหลีกเลี่ยงการเดินทางไปยังสถานที่ต่าง ๆ นอกหมู่บ้านหรือชุมชนไว้ก่อนหรือพักอาศัยอยู่แต่ในบ้านเรือนเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 14 วัน

8.3 ขอให้รายงานข้อมูลดังกล่าวให้เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อติดตาม ฝ้าระวัง และให้ส่งข้อมูลให้อำเภอทราบเพื่อบันทึกข้อมูลเข้าระบบรายงาน

โรงพยาบาลสนาม⁵⁷

การเตรียมความพร้อมเพื่อรับการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) คาดการณ์ว่า จะมีแนวโน้มของจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในระยะเวลาอันสั้น ขีดความสามารถของโรงพยาบาลในการ รับผิดชอบต่อผู้ป่วยอาจไม่เพียงพอ แนวคิดในการจัดตั้งสถานที่รักษาพยาบาล และการเตรียมระบบบริการใน การดูแลผู้ป่วยจำนวนมากเป็นสิ่งสำคัญ เช่น การจัดทำแคมป์กักกัน (camp quarantine) หรือ การจัดตั้ง โรงพยาบาลสนาม ซึ่งหมายถึง สถานที่ที่ให้การรักษาพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่แสดงอาการหรือมีอาการ น้อย เป็นอีกแนวทางหนึ่งในการดูแลผู้ป่วย อาจจัดตั้งขึ้นในบริเวณที่เป็นโรงพยาบาล หรือสถานที่ที่ไม่ได้เป็น หน่วยงานด้านสาธารณสุขมาก่อน เช่น วัด โรงเรียน โรงยิม หรือ หอประชุมขนาดใหญ่ เป็นต้น ขึ้นอยู่กับ วัตถุประสงค์ของการจัดตั้ง และความต้องการของชุมชน รวมถึงทรัพยากรทางสาธารณสุขที่มีอยู่ โดยจะมุ่งเน้น เรื่องของการดูแลและประคับประคองผู้ป่วยโรคโควิด-19 ในสถานการณ์ที่มีการระบาด ทั้งนี้ผู้รับผิดชอบหลัก ในการดำเนินการ คือ ผู้ว่าราชการจังหวัด หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดและอื่น ๆ และควรมีการกำหนดคณะทำงานผู้รับผิดชอบใน การดำเนินงาน ประกอบด้วยหัวหน้าส่วนราชการระดับจังหวัดที่เกี่ยวข้องรวมถึงภาคเอกชน

การบริหารจัดการในการจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม

1. การเลือกสถานที่ในชุมชนที่มีคุณสมบัติ ดังนี้
 - 1.1 อากาศโปร่ง และเป็นสถานที่ที่มีการถ่ายเทอากาศได้ดี
 - 1.2 ไม่ควรอยู่ในที่ชุมชนแออัด เช่น ตลาดสด
 - 1.3 มีสิ่งอำนวยความสะดวกทางด้านสาธารณูปโภคที่สำคัญในการดำเนินงาน เช่น ไฟฟ้า ประปา และอื่น ๆตัวอย่างโรงพยาบาลสนาม เช่น อาคารเรียน หอพัก หอประชุมวัด ที่อยู่ห่างจากชุมชน แต่มี ระบบน้ำประปา และไฟฟ้า
2. การจัดเตรียมวัสดุ อุปกรณ์และเวชภัณฑ์ที่จำเป็น รวมถึงวัสดุสำนักงาน เครื่องอุปโภคบริโภค และน้ำดื่ม เสบียง อาหาร รวมถึงการฝึกอบรม ปฐมนิเทศ ตลอดจนการกำกับดูแลการทำงานของบุคลากร โดยเฉพาะอาสาสมัคร
3. ระบบการดูแลการรักษาผู้ป่วย ให้เป็นไปตามแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคโควิด-19 ของกระทรวงสาธารณสุข (ซึ่งจะมี update เป็นระยะ ให้ติดตามอย่างใกล้ชิด)
4. ระบบการบริหารจัดการหน่วยผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วย การจัดเวร ประเมินความเพียงพอของการ ให้บริการ
5. ระบบการขนส่งต่าง ๆ รวมถึง ระบบการส่งต่อผู้ป่วย การขนส่งวัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์ วัสดุอุปกรณ์อื่น ๆ ขยะติดเชื้อ การจัดการ และการเคลื่อนย้ายศพ
6. ระบบการเชื่อมโยง และระบบสื่อสาร เช่น ระบบเวชระเบียน การติดต่อสื่อสารทั่วไป ระหว่าง โรงพยาบาลสนามกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานป้องกัน ควบคุมโรค การประชาสัมพันธ์ เป็นต้น
7. ระบบการป้องกันควบคุมการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ
 - 7.1 ควรสำรวจ และเตรียมสำรองอุปกรณ์ป้องกันตนเอง (Personal Protective Equipment: PPE) ให้พร้อมและเพียงพอ เมื่อมีการระบาด และสามารถจัดหาเพิ่มเติมได้
 - 7.2 การฝึกซ้อม การสวมและถอด PPE

7.3 การทำความเข้าใจ หลักการพื้นฐานของการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection prevention and control)

8. ระบบสนับสนุน รวมถึงการจัดการด้านสาธารณสุขปโภค ที่พิกบุคคลกร โภชนาการ เครื่องปั่นไฟ เครื่องกรองน้ำ ประปาสนาม ฯลฯ

9. ระบบรักษาความปลอดภัยแก่บุคคลกร ผู้ป่วย ยา เวชภัณฑ์ และวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ

10. งานสังคมสงเคราะห์และจิตวิทยา

11. การจัดระบบการสื่อสารความเสี่ยง ให้ผู้ป่วย ญาติ รวมถึง ประชาชน ให้เข้าใจตั้งแต่ก่อนจัดตั้ง และในระหว่างการรักษา

วัคซีนป้องกันโรคโควิด-19

สิ่งสำคัญที่สุดในการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด-19 คือการปฏิบัติตามมาตรการต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้างต้น แต่อย่างไรก็ตามประชาชนไม่สามารถที่จะปฏิบัติตามมาตรการได้อย่างเคร่งครัดและถูกต้อง รวมถึงประชาชนที่เคยติดเชื้อแล้วและมีภูมิคุ้มกันที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติมีจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับประชากรโลก ดังนั้นจึงมีความจำเป็นในการเสริมสร้างเพิ่มภูมิคุ้มกันเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 โดยการใช้วัคซีน ซึ่งวัคซีนมีความสำคัญต่อการหยุดยั้งการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ หลายประเทศจึงคิดค้นและพัฒนาวัคซีน เพื่อนำมาใช้ในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ให้แก่ประชาชน

วัคซีนที่ใช้ป้องกันโรคโควิด-19 ทั้งหมดในปัจจุบัน มีอยู่ 4 ชนิดหลัก ๆ โดยแบ่งจากเทคนิคที่ใช้ในการผลิตวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ได้แก่⁵⁸

1. วัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ชนิดสารพันธุกรรม (mRNA vaccines) เป็นเทคโนโลยีใหม่ ที่เคยใช้กับการพัฒนาวัคซีนป้องกันอีโบล่า สำหรับกรณีโรคโควิด-19 วัคซีนนี้ผลิตขึ้นจากการใช้สารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสซาร์ส-โควิ-2 (SARS-CoV-2) ซึ่งเมื่อฉีดเข้าไปในร่างกาย mRNA จะเข้าไปกำกับการสร้างโปรตีนส่วนหนาม (spike protein) ของไวรัสแล้วทำให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสตัวนี้ออกมา วัคซีนที่ใช้เทคโนโลยีนี้คือ BioNTech/ Pfizer และ Moderna

2. วัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ชนิดใช้ไวรัสเป็นพาหะ (viral vector vaccines) โดยใช้ไวรัสที่ถูกทำให้อ่อนฤทธิ์จนไม่สามารถทำให้ป่วยหรือไม่สามารถแบ่งตัวได้อีก แล้วตัดแต่งพันธุกรรมเพื่อใช้เป็นพาหะ โดยฝากสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสซาร์ส-โควิ-2 (SARS-CoV-2) เข้าไป ทำให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสขึ้นมา วัคซีนประเภทนี้สามารถกระตุ้นการสร้างภูมิคุ้มกันได้ดี เนื่องจากเลียนแบบให้ใกล้เคียงกับการติดเชื้อตามธรรมชาติ ได้แก่ วัคซีนของ Johnson & Johnson, Oxford–AstraZeneca และวัคซีน Sputnik V

3. วัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ที่ทำจากโปรตีนส่วนหนึ่งของเชื้อ (protein-based vaccines) โดยจะใช้โปรตีนบางส่วนของเชื้อไวรัสซาร์ส-โควิ-2 (SARS-CoV-2) เช่น โปรตีนส่วนหนาม (spike protein) แล้วนำมาผสมกับสารกระตุ้นภูมิ เมื่อฉีดเข้าไปแล้วจะกระตุ้นให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสขึ้นมา เทคนิคนี้ใช้กันมานานแล้ว เพราะเป็นเทคนิคที่ใช้ผลิตวัคซีนไข้หวัดใหญ่ และวัคซีนตับอักเสบบี วัคซีนที่ใช้เทคนิคดังกล่าว เช่น Novavax เป็นต้น

4. วัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ชนิดเชื้อตาย (inactivated vaccines) จะผลิตจากไวรัสซาร์ส-โควิ-2 (SARS-CoV-2) ที่ถูกทำให้ตายแล้วด้วยสารเคมีหรือความร้อน เมื่อฉีดเข้าไปในร่างกายจะกระตุ้นให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัส เป็นเทคนิคที่เคยใช้กับการผลิตวัคซีนตับอักเสบบี หรือวัคซีนโปลิโอ (ชนิดฉีด)

มาแล้ว แต่ต้องทำในห้องปฏิบัติการนิรภัยระดับ 3 ทำให้ผลิตได้ช้า และมีต้นทุนการผลิตที่สูง สำหรับวัคซีนที่ใช้เทคนิคดังกล่าว ได้แก่ Sinovac และ Sinopharm

จากการเปรียบเทียบผลการศึกษาด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัยของวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ที่มีในปัจจุบันสามารถสรุปได้ดังนี้

1. ประสิทธิภาพของวัคซีนในการป้องกันโรคโควิด-19 ที่มีอาการมีความแตกต่างกันในแต่ละผู้ผลิต โดยวัคซีนของ Moderna มีประสิทธิภาพสูงสุด ตามมาด้วย Pfizer ส่วนประสิทธิภาพของ Sinovac และ Astra/Oxford ไม่มีความแตกต่างกันมากนัก โดยผลที่ได้คือร้อยละ 93.0-94.0, 81.8-95.0, 78.2 และ 70.4 ตามลำดับ

2. ถ้าสามารถให้วัคซีนแก่คนทุก ๆ 1,000 คนด้วยวัคซีนของ Moderna, Pfizer, Sinovac และ Astra/Oxford จะสามารถป้องกันโรคโควิด-19 ที่มีอาการได้ 12-17, 8-10, 10 และ 12 คนตามลำดับ

3. จำนวนผู้ป่วยอาการรุนแรง (ที่ต้องเข้ารับการรักษาใน ICU หรือเสียชีวิต) ในการศึกษาที่มีจำนวนน้อยมาก พบเพียงร้อยละ 0-0.04 ในกลุ่มวัคซีนและร้อยละ 0-0.05 ในกลุ่มเปรียบเทียบจากข้อมูลที่มีอยู่จึงเปรียบเทียบได้ยาก

4. ข้อมูลในกลุ่มหญิงมีครรภ์ เด็ก และผู้สูงอายุยังมีไม่เพียงพอ ยังไม่มีข้อมูลสนับสนุนหรือต่อต้านการรับวัคซีน

5. ผลข้างเคียงที่พบบ่อยคือ อ่อนเพลีย ปวดหัว ปวดกล้ามเนื้อ และมีไข้ ส่วนผลข้างเคียงรุนแรงพบเพียงร้อยละ 0.5 ในวัคซีน Pfizer (อาการบาดเจ็บของหลอดเลือดที่เกี่ยวข้องกับวัคซีน ต่อม น้ำเหลืองที่รักแร้โต หัวใจห้องล่างเต้นผิดจังหวะและอาการชาที่ขา) และร้อยละ 0.6 ในวัคซีน Astra/Oxford (รวมอาการไขสันหลังอักเสบ)

6. ผลสรุปนี้มาจากข้อมูลเชิงประจักษ์ระดับดี (1B) ที่ทำในระยะสั้น (2 เดือน) ยกเว้นข้อมูลวัคซีนของ Sinovac มาจากข้อมูลการรายงานอย่างไม่เป็นทางการ (ไม่ได้ตีพิมพ์) ทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือได้

การเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตเชิงรุกในสถานการณ์โรคโควิด-19

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตเชิงรุก และเตรียมความพร้อมในการรับมือกับการติดเชื้อโรคโควิด-19 ระลอกสอง โดยมีแผนการดำเนินงาน ดังนี้ 1) มีการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตของประชากรกลุ่มเสี่ยง (active surveillance) โดยรายงานผลการเฝ้าระวังทุกสัปดาห์ 2) มีทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤติ (Mental Health Crisis Assessment and Treatment Team: MCATT) ทุกอำเภอ เพื่อรองรับปัญหาวิกฤติสุขภาพจิตจากการระบาดของโรคโควิด-19 3) มีระบบบริการจิตเวชแบบวิถีใหม่ (new normal psychiatric service) 4) มีระบบสายด่วนสุขภาพจิต 1323 และสายด่วนในแต่ละภูมิภาคเพื่อรองรับผู้ต้องการคำปรึกษาทางสุขภาพจิต และ 5) ปรับหอบุคลากรเพื่อรองรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อหรือแพร่เชื้อโรคโควิด-19 สำหรับการเฝ้าระวังทางจิตมีการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้ 1) แบบประเมิน online 2) ประสานข้อมูลผ่านเครือข่ายในพื้นที่ 3) ข้อมูลจากทีม MCATT 4) ไลน์ของกรมสุขภาพจิต(line bot) และ 5) ลงพื้นที่เก็บข้อมูลประชาชนในชุมชน โดยการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตด้วยการค้นหาคัดกรองเชิงรุก (active screening) สำหรับกลุ่มเสี่ยงใน 4 ประเด็น (stress, depression, suicide, burnout)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติการป้องกันโรค ความรู้ ทักษะ การรับรู้เกี่ยวกับโรค ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการป้องกันโรค ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 และแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคโควิด-19 สรุปได้ดังนี้

การปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19

จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาการปฏิบัติและความตั้งใจในการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ในต่างประเทศมีการศึกษาในบุคลากรสุขภาพ นักศึกษามหาวิทยาลัย และประชาชน ดังเช่น การศึกษาในประเทศปากีสถานพบว่า บุคลากรสุขภาพร้อยละ 88.7 มีการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับดี¹³ ส่วนการศึกษาในประเทศอิหร่านพบว่าบุคลากรสุขภาพร้อยละ 73.1 มีความตั้งใจในการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 อยู่ในระดับที่น่าพอใจ โดยมีความตั้งใจในการทำความสะอาดมือ ร้อยละ 87.0 และหลีกเลี่ยงการอยู่ร่วมกับผู้อื่นระหว่างปฏิบัติงานร้อยละ 84.6 อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างเพียง ร้อยละ 51.8 มีความตั้งใจในการสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา ร้อยละ 43.3 สวมถุงมือทุกครั้งในการทำหัตถการ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 7.9 มีความตั้งใจไม่สวมถุงมือขณะดูแลผู้ป่วย และร้อยละ 3.7 ไม่สวมหน้ากากอนามัยขณะดูแลผู้ป่วย¹² นอกจากนี้การศึกษาในนักศึกษามหาวิทยาลัยประเทศบังคลาเทศเกี่ยวกับการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 พบว่านักศึกษาร้อยละ 89.5 มีการทำความสะอาดมือบ่อยครั้ง ร้อยละ 82.3 มีการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ร้อยละ 59.7 มีการเว้นระยะห่างทางสังคม โดยการอยู่บ้านและหลีกเลี่ยงการไปในที่ชุมชน และร้อยละ 53.8 สวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกนอกบ้าน⁸ การศึกษาประชาชนที่อยู่ในชุมชนของประเทศเคนยาพบว่า ร้อยละ 97.1 ทำความสะอาดมือบ่อยครั้ง ร้อยละ 94.1 หลีกเลี่ยงการไปในที่ชุมชน ร้อยละ 81.5 รักษาระยะห่างจากบุคคลอื่นอย่างน้อย 2 เมตร ร้อยละ 79.3 อยู่บ้าน และร้อยละ 73.2 ให้คำแนะนำผู้อื่นในการสังเกตอาการของการติดเชื้อ⁹ คล้ายคลึงกับอีกหนึ่งการศึกษาจากประเทศเคนยาที่พบว่า ประชาชนร้อยละ 84.0 มีการจัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับทำความสะอาดมือ ร้อยละ 81.0 ทำความสะอาดมือเมื่อกลับมาจากข้างนอก แต่มีเพียงร้อยละ 65.0 ที่ทำความสะอาดมือหลังเข้าห้องน้ำ ร้อยละ 56.0 ทำความสะอาดมือก่อนรับประทานอาหาร สำหรับการสวมหน้ากากอนามัยพบว่า ประชาชนร้อยละ 89.0 สวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกนอกบ้าน โดยร้อยละ 99.0 ไม่ใช้หน้ากากอนามัยร่วมกับผู้อื่น และร้อยละ 66.0 ใช้หน้ากากอนามัยซ้ำมากกว่า 1 วัน นอกจากนี้ในช่วงที่มีมาตรการให้ประชาชนอยู่บ้านเพื่อเว้นระยะห่างทางสังคมพบว่า ร้อยละ 81.0 มีการออกนอกบ้าน⁴ การศึกษาการปฏิบัติต่อการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนในประเทศจีน ปี ค.ศ. 2020 พบว่า ร้อยละ 98.0 ของกลุ่มตัวอย่างสวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้าน ร้อยละ 96.4 ของประชาชนหลีกเลี่ยงการไปในสถานที่แออัด⁵⁹

สำหรับการศึกษาการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ในประเทศไทยพบว่า ประชาชนปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 ของกระทรวงสาธารณสุขได้ในระดับสูง โดยร้อยละ 80.0-94.0 ไม่มีกิจกรรมหรือการสังสรรค์ ร้อยละ 92.0-96.0 ไม่มีการสัมผัสผู้ป่วยที่มีอาการหวัด ร้อยละ 63.0-79.0 ไม่มีการเข้าไปในพื้นที่แออัด ร้อยละ 79.0-85.0 ล้างมือก่อนรับประทานอาหาร ร้อยละ 71.0-92.0 ล้างมือหลังเข้าห้องน้ำ และร้อยละ 98.0 สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าเมื่อออกนอกบ้าน ยกเว้นการใช้มือจับใบหน้า พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการใช้มือจับใบหน้าเป็นบางครั้งสูงถึงร้อยละ 65.0-90.0 และการเว้นระยะห่างทางสังคม ที่พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 11.7-16.7 ที่รักษาระยะห่างได้ 1-2 เมตร⁵ คล้ายคลึงกับอีกหนึ่งการศึกษาที่พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในการป้องกันโรคโควิด-19 ได้ถูกต้อง โดยพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างสวมหน้ากากอนามัยเมื่อพูดคุยกับผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 (ร้อยละ 94.5) และผู้ที่ถูกกักกันหรือ

ผู้กักกันตนเอง (ร้อยละ 93.0) ไม่ใช่จาน ชาม ช้อน ส้อม ร่วมกับผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 (ร้อยละ 94.0) และผู้ที่ถูกกักกันหรือผู้กักกันตนเอง (ร้อยละ 92.0) ล้างมือหรือทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจลหลังพูดคุยกับผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 (ร้อยละ 92.0) และผู้ที่ถูกกักกันหรือผู้กักกันตนเองทุกครั้ง (ร้อยละ 89.5) ไม่สัมผัสสร้างกายผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 (ร้อยละ 90.5) และผู้ที่ถูกกักกันหรือผู้กักกันตนเอง (ร้อยละ 86.0) ไม่รับประทานอาหารร่วมกับผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 (ร้อยละ 90.0) และผู้ที่ถูกกักกันหรือผู้กักกันตนเอง (ร้อยละ 86.0) ล้างมือหรือทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจลหลังรับประทานอาหารร่วมกับผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 (ร้อยละ 88.5) และผู้ที่ถูกกักกันหรือผู้กักกันตนเอง (ร้อยละ 87.5) สนับสนุนให้แยกผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 (ร้อยละ 87.5) และผู้ที่ถูกกักกันหรือผู้กักกันตนเอง (ร้อยละ 85.5) โดยให้อยู่แยกห้องหรือแยกบ้านกับผู้อื่น ล้างมือหรือทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจลก่อนรับประทานอาหารร่วมกับผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 (ร้อยละ 87.0) และผู้ที่ถูกกักกันหรือผู้กักกันตนเอง (ร้อยละ 86.5) แนะนำวิธีป้องกันการติดเชื้อหรือการแพร่เชื้อโรคโควิด-19 ให้ผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 (ร้อยละ 87.0) และผู้ที่ถูกกักกันหรือผู้กักกันตนเอง (ร้อยละ 86.0) พูดคุยกับผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 (ร้อยละ 86.0) และผู้ที่ถูกกักกันหรือผู้กักกันตนเอง (ร้อยละ 88.5) แต่เว้นระยะห่างอย่างน้อย 1-2 เมตร⁶ แตกต่างกับการศึกษาในประชาชนที่มีฐานะยากจนที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง ซึ่งพบว่ามีการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ค่อนข้างน้อย โดยพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 44.3 ที่พกเจลหรือแอลกอฮอล์ล้างมือทุกครั้งที่ออกจากบ้าน และร้อยละ 43.8 ไม่สามารถใช้พื้นที่อยู่อาศัยเป็นที่กักสมาชิกในครอบครัวโดยแยกจากคนอื่นเนื่องจากมีพื้นที่ไม่เพียงพอ ส่วนการปฏิบัติที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติได้คือ สวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งที่ออกจากบ้านร้อยละ 89.9⁷

ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19

จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 โดยการศึกษาในต่างประเทศ ดังเช่นการศึกษาในประเทศปากีสถานพบว่า บุคลากรสุขภาพมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคโควิด-19 คือ เกิดจากเชื้อไวรัส (ร้อยละ 100.0) อาการและอาการแสดง (ร้อยละ 98.8) การทำความสะอาดมือสามารถป้องกันการติดเชื้อได้ (ร้อยละ 98.3) ยังไม่มีวัคซีนป้องกันโรค (ร้อยละ 97.6) ทำให้เกิดการติดเชื้อโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (ร้อยละ 96.4) ระยะฟักตัวของโรค (ร้อยละ 96.4) การติดเชื้อโรคโควิด-19 ทำให้เสียชีวิตได้ (ร้อยละ 90.8) และวัคซีนไขหวัดใหญ่ไม่สามารถป้องกันโรคโควิด-19 ได้ (ร้อยละ 76.8)¹³ สำหรับการศึกษาในนักศึกษามหาวิทยาลัยประเทศบังคลาเทศพบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบได้ถูกต้องเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของโรคโควิด-19 โดยมีอาการไข้ (ร้อยละ 91.8) มีอาการไอแห้ง ๆ (ร้อยละ 81.3) มีอาการหายใจลำบาก (ร้อยละ 78.4) มีความรู้สึกไม่สบาย (ร้อยละ 77.7) มีอาการปวดศีรษะ (ร้อยละ 55.1) มีอาการคัดจมูก (ร้อยละ 54.8) มีอาการเจ็บคอ (ร้อยละ 49.8) และมีอาการท้องเสีย (ร้อยละ 16.4) นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างตอบได้ถูกต้องเกี่ยวกับวิถีทางการแพร่กระจายเชื้อของโรคโควิด-19 โดยสามารถแพร่จากคนสู่คน (ร้อยละ 97.0) คนได้รับเชื้อจากการไอ จาม (ร้อยละ 94.1) นำเชื้อเข้าสู่ร่างกายทางปากและจมูกหลังสัมผัสผู้ติดเชื้อ (ร้อยละ 84.9) แพร่จากสัตว์สู่คน (ร้อยละ 78.7) จากการสัมผัสสิ่งของที่มีการปนเปื้อน (ร้อยละ 78.0) ไม่สามารถแพร่จากการถูกยุงกัด (ร้อยละ 77.4) และแพร่จากอาหารและน้ำ (ร้อยละ 52.5)⁸ ส่วนการศึกษาในประเทศอัฟกานิสถานพบว่า ประชาชนต้องการความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ในประเด็น วิถีทางติดต่อของโรค (ร้อยละ 63.0) อาการและอาการแสดง (ร้อยละ 59.0) การดูแลตนเอง (ร้อยละ 35.0) ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนของการติดเชื้อ (ร้อยละ 31.0) และมาตรการการป้องกันโรคโควิด-19 ของรัฐบาล (ร้อยละ 27.0)⁶⁰ การศึกษาประชาชนในประเทศอินโดนีเซียพบว่า ประชาชนมีความรู้ในระดับดี ร้อยละ 98.0⁶¹

การศึกษาในประเทศอียิปต์พบว่า ประชาชนมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 16.4 คะแนน จากคะแนนเต็ม 23.0 คะแนน ซึ่งกลุ่มที่มีคะแนนความรู้ต่ำ คือ กลุ่มประชาชนที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป กลุ่มที่ไม่ได้รับการศึกษา หรือมีการศึกษาระดับประถม และมีรายได้น้อย และผู้อาศัยอยู่ในชนบท⁶²

สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ดังเช่นการศึกษาของคณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจากทั่วทุกภาคของประเทศไทย พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 62.0 มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับวิธีการป้องกันตนเองโดยการอยู่บ้าน/ทำงานที่บ้าน การไม่ใช้ภาชนะร่วมกับผู้อื่น การสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า การกินร้อน การล้างมือให้สะอาดเป็นประจำ การเว้นระยะห่างทางสังคม และห้ามจับใบหน้า และมีความรู้ที่ถูกต้องว่า การยืนกลางแจ้ง การตี้มเหล่าหรือแอลกอฮอล์ไม่สามารถฆ่าเชื้อโรคได้ แต่มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 28.0 เข้าใจผิดว่า การยืนกลางแจ้ง การตี้มเหล่าหรือแอลกอฮอล์สามารถฆ่าเชื้อโรคได้⁵ ส่วนการศึกษานำร่องในภาคเหนือมาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ระดับปานกลาง (11-15 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 71.5 คะแนนความรู้เฉลี่ย 14.0 คะแนน โดยความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ที่ถูกต้องน้อยกว่าร้อยละ 50.0 คือ โรคโควิด-19 ไม่ได้มีการแพร่กระจายจากคนสู่คนเท่านั้น ส่วนความรู้ด้านการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ที่ถูกต้องน้อยกว่าร้อยละ 30.0 ได้แก่ การให้คนเดินผ่านสเปรย์พ่นยาฆ่าเชื้อไม่ใช่วิธีการสำคัญที่ช่วยลดการติดเชื้อโรคโควิด-19 การฉีดพ่นยาฆ่าเชื้อในสิ่งแวดล้อมไม่ใช่วิธีการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ที่สำคัญ และรัฐบาลไม่ควรให้ทุกชุมชน/หมู่บ้านรณรงค์ให้มีการฉีดพ่นยาฆ่าเชื้อเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19⁶

ทัศนคติในการป้องกันโรคโควิด-19

จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาทัศนคติเกี่ยวกับโรคโควิด-19 โดยการศึกษาในต่างประเทศ ดังเช่นการศึกษาในประเทศเคนยาพบว่า ประชาชนมีความกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 โดยร้อยละ 67.9 มีความเชื่อว่าโรคโควิด-19 ทำให้เสียชีวิตได้ ร้อยละ 39.5 มีความเชื่อว่าโรคโควิด-19 ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ร้อยละ 34.4 มีความกลัวตงงาน ไม่มีรายได้ และธุรกิจปิดกิจการ ร้อยละ 25.8 มีความเชื่อว่าตนเองสามารถแพร่เชื้อไปให้ผู้อื่นได้ และร้อยละ 21.8 มีความเชื่อว่าโรคโควิด-19 ทำให้ขาดแคลนอาหาร⁹ การศึกษาประชาชนในประเทศอินโดนีเซียพบว่า ประชาชนมีทัศนคติทางบวกเกี่ยวกับการระบาดร้อยละ 96.0 แต่อย่างไรก็ตามมีทัศนคติเชิงลบอยู่ 2 ประเด็น คือ ต้องรักษาระยะห่าง 1-5 เมตร เมื่อเข้าไปอยู่ในที่ชุมชนร้อยละ 78.6 ทำให้ไม่สามารถออกกำลังกาย หรือการออกไปรับประทานอาหารได้ตามปกติร้อยละ 79.1⁶¹

สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อมั่นว่าการปฏิบัติตามแนวทางของสาธารณสุขจะช่วยลดการแพร่กระจายของเชื้อในระดับมากถึงมากที่สุด กลุ่มตัวอย่างคิดว่า การปฏิบัติตามแนวทางของสาธารณสุขมีความสำคัญในระดับมากถึงมากที่สุด กลุ่มอย่างมีความตั้งใจในการปฏิบัติตามแนวทางของสาธารณสุขในระดับมากถึงมากที่สุด และกลุ่มตัวอย่างคิดว่าคนในชุมชนหรือสังคมสามารถปฏิบัติตามแนวทางของสาธารณสุขได้ดีในระดับมาก⁵ นอกจากนี้มีการศึกษาที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติทางลบต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ที่ถูกกักกันหรือผู้กักกันตนเองในหลายประเด็น โดยกลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 90 มีความเห็นว่าผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ที่ถูกกักกันหรือผู้กักกันตนเอง ได้รับเชื้อหรือมีโอกาสได้รับเชื้อจากพฤติกรรมกรรมกรรมมา่วมในสถานที่โศจร และมีความเห็นว่าการได้รับเชื้อหรือมีโอกาสได้รับเชื้อเกิดจากการไม่รับผิดชอบตนเอง นอกจากนี้มีความเห็นว่าผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ที่ถูกกักกันหรือผู้กักกันตนเอง เป็นบุคคลที่น่าเชื่อถือมาแพร่ให้คนในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 87.5 และ 84.5 ตามลำดับ แต่มีทัศนคติทางบวกคือ มีความเห็นว่าผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ที่ถูกกักกันหรือผู้กักกัน

ตนเอง เป็นบุคคลที่สมาชิกในครอบครัวต้องดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผ่านภาวะวิกฤติของชีวิตไปได้ คิดเป็นร้อยละ 87.0 และ 87.5 ตามลำดับ และเป็นบุคคลที่คนในชุมชนต้องดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผ่านภาวะวิกฤติของชีวิตไปได้ คิดเป็นร้อยละ 86.0 และ 84.5 ตามลำดับ⁶

การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19

จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 โดยการศึกษาในต่างประเทศ ดังเช่นการศึกษาในประเทศเคนยาพบว่า ประชาชนร้อยละ 42.0 มีการรับรู้ว่าตนเองความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อโรคโควิด-19 และร้อยละ 24.0 รับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่ำ เนื่องจากการเว้นระยะห่างทางสังคม อยู่บ้าน สวมหน้ากากอนามัย และทำความสะอาดมือ⁴ สำหรับการศึกษาในประเทศแอฟริกาใต้ เคนยา และไนจีเรียพบว่า ประชาชนร้อยละ 94.0 วิตกกังวลเกี่ยวกับการระบาดของโรคโควิด-19 โดยร้อยละ 23.0 วิตกกังวลว่าตนเองจะติดเชื้อ ร้อยละ 19.0 วิตกกังวลเกี่ยวกับผลกระทบทางเศรษฐกิจ ร้อยละ 14.0 วิตกกังวลเรื่องการจำกัดการเดินทาง และร้อยละ 10.0 วิตกกังวลเกี่ยวกับการติดเชื้อในพื้นที่¹⁴ ส่วนการศึกษาในประเทศอัฟกานิสถานพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีการรับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 ดังนี้ ร้อยละ 93.0 การทำความสะอาดมือ ร้อยละ 92.0 หลีกเลี่ยงการสัมผัสผู้ที่มีอาการคล้ายโรคไข้หวัด หรือไข้หวัดใหญ่ ร้อยละ 89.0 ไม่ใช้มือสัมผัสตา จมูก และปาก ร้อยละ 87.0 หลีกเลี่ยงการชุมนุม ร้อยละ 85.0 ปิดจมูกและปากหลังการไอ จาม ร้อยละ 80.0 หลีกเลี่ยงการสัมผัสมือ ร้อยละ 72.0 หากมีอาการป่วยให้พักรักษาตัวที่บ้าน และไปพบแพทย์เมื่อมีอาการรุนแรง และร้อยละ 69.0 ทำความสะอาดและทำลายเชืบบนอุปกรณ์และพื้นผิวสัมผัส นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 56.0 มีความเห็นว่ามาตรการในการจำกัดการเดินทางและให้อยู่บ้าน ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ⁶⁰ การศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อและผลกระทบของโรคโควิด-19 ของนักศึกษามหาวิทยาลัยในประเทศบังคลาเทศ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ในระดับมากถึงมากที่สุด โดยร้อยละ 70.2 กลัวที่จะติดเชื้อ ร้อยละ 67.9 วิตกกังวลเกี่ยวกับผลกระทบ และร้อยละ 66.3 วิตกกังวลที่จะติดเชื้อ⁸

จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาแหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 โดยการศึกษาในต่างประเทศ ดังเช่นการศึกษาในประเทศแอฟริกาใต้ เคนยา และไนจีเรียพบว่า ประชาชนรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 จากหลายแหล่งดังนี้ ร้อยละ 46.0 จากสื่อสังคมออนไลน์ ร้อยละ 35.0 จากโทรทัศน์ ร้อยละ 25.0 จากวิทยุ ร้อยละ 12.0 ข่าวสารจากรัฐบาล ร้อยละ 11.0 จากหนังสือพิมพ์ และร้อยละ 6.0 จากเพื่อนหรือครอบครัว ซึ่งประชาชนเพียงร้อยละ 20.0 ที่มีความเห็นว่าข้อมูลจากสื่อสังคมออนไลน์มีความถูกต้องทั้งหมด ร้อยละ 65.0 เพียงบางส่วน และร้อยละ 15.0 ไม่มีความถูกต้อง¹⁴ คล้ายคลึงกับการศึกษาประชาชนประเทศเคนยาซึ่งพบว่า ประชาชนรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 จากหลายแหล่งดังนี้ ร้อยละ 83.8 จากช่องโทรทัศน์ของรัฐบาล ร้อยละ 78.0 จากการส่งข้อความจากรัฐบาล (short message service: SMS) ร้อยละ 72.9 จากสถานีวิทยุของรัฐบาล ร้อยละ 71.4 จากสถานีโทรทัศน์ทั่วไป ร้อยละ 68.6 จากสถานีวิทยุทั่วไป ร้อยละ 64.0 จากเพื่อน ร้อยละ 57.6 จากเพื่อนบ้าน ร้อยละ 45.0 จากสื่อสังคมออนไลน์ ร้อยละ 35.9 จากเพื่อนร่วมงาน และร้อยละ 31.1 จากผู้นำศาสนาคริสต์⁹ ส่วนการศึกษาในประเทศอัฟกานิสถานพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 61.0 ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 จากบุคลากรสุขภาพ ร้อยละ 47.0 ได้รับจากสื่อสาธารณะ เช่น วิทยุ และโทรทัศน์ เป็นต้น ร้อยละ 45.0 จากสื่อสังคมออนไลน์ ร้อยละ 36.0 จากสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 29.0 จากสมาชิกในชุมชน และร้อยละ 28.0 จากผู้นำทางศาสนา โดยประชาชนมีความเห็นว่าแหล่งข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือมากที่สุดคือ ร้อยละ 89.0 จากบุคลากรสุขภาพ ร้อยละ 75.0 จากวิทยุ

ร้อยละ 52.0 จากสื่อสังคมออนไลน์ และร้อยละ 37.0 จากผู้นำทางศาสนาอิสลาม⁶⁰ การศึกษาในประเทศ อียิปต์พบว่า ประชาชนได้รับความรู้จากสื่อสังคมออนไลน์ ร้อยละ 66.9 จากอินเทอร์เน็ต ร้อยละ 58.3 จาก โทรทัศน์ ร้อยละ 52.6 จากเพื่อนและสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 38.1 จากบุคลากรสุขภาพ ร้อยละ 35.4 และจากหนังสือพิมพ์ ร้อยละ 6.3⁶²

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19

จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 พบ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ และ การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ ทางบวกหรือทางลบกับการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19

การศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 ในต่างประเทศ ดังเช่น การศึกษาในนักศึกษามหาวิทยาลัยประเทศบังกลาเทศพบว่า เพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการ ป้องกันโรคโควิด-19 สูงกว่าเพศชาย ($p < 0.01$) และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยวมีคะแนน เฉลี่ยการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย ($p < 0.05$) นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทมีทัศนคติที่ดีในการป้องกันโรคโควิด-19 สูงกว่ากลุ่ม ตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง ($p < 0.05$)⁸ ส่วนการศึกษาในประเทศเคนยาพบว่า ประชาชนเพศหญิงมีความ กลัวตกราง ไม่มียารักษา และธุรกิจปิดกิจการ มากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่ากลุ่มที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดอาการรุนแรงเมื่อมีการติดเชื้อโรคโควิด-19 มากที่สุด คือ ผู้สูงอายุ (ร้อยละ 64.0) รองลงมาคือ ผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ (ร้อยละ 26.0) อีกทั้งการศึกษานี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความเสี่ยงของการติดเชื้อโรคโควิด-19 เพิ่มขึ้นตามกลุ่มอายุ และกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับ การศึกษาสูงมีความตระหนักเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ และความเสี่ยงของการติดเชื้อ โรคโควิด-19 มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการศึกษา⁹ อีกทั้งยังพบว่า เศรษฐฐานะทางสังคมส่งผลให้ประชาชน เข้าถึงการปฏิบัติในการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ไม่เท่าเทียมกัน¹⁰

การศึกษานำร่องในประเทศไทยพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติ การป้องกันโรคโควิด-19 คือ การเว้นระยะห่างทางสังคม ($r = 0.168, p = 0.05$) และมีแอลกอฮอล์เจลทำความสะอาด มือเพียงพอ ($r = 0.140, p = 0.05$) นอกจากนี้พบว่า เศรษฐฐานะทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการ ปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 คือ มีพื้นที่อยู่อาศัยเพียงพอในการเว้นระยะห่างทางสังคม ($r = 0.273, p = 0.01$) มีแอลกอฮอล์เจลทำความสะอาดมือเพียงพอ ($r = 0.312, p = 0.01$) พกแอลกอฮอล์เจลติดตัว ($r = 0.317, p = 0.01$) และสวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้าน ($r = 0.173, p = 0.05$) อีกทั้งยังพบว่า การรับรู้ว่ามีผู้ถูกกักกันในชุมชน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีแอลกอฮอล์เจลทำความสะอาดมือเพียงพอ ($r = 0.199, p = 0.01$) แต่พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ทางลบกับการให้ฉีดพ่นยาฆ่าเชื้อทั่วร่างกายผู้ติดเชื้อ ($r = -0.254, p = 0.01$) และผู้ถูก กักกัน ($r = -0.158, p = 0.01$) ก่อนเข้ามาอยู่ร่วมกับคนในชุมชน นอกจากนี้พบว่าทัศนคติต่อการป้องกันการ ติดเชื้อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อต่อผู้ที่เคยติดเชื้อ ($r = 0.388, p = 0.01$) และผู้ถูกกักกัน ($r = 0.379, p = 0.01$)⁶

การศึกษาปัจจัยด้านความรู้ ทักษะ และ การรับรู้เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 ในต่างประเทศ ดังเช่นการศึกษาในประเทศบังกลาเทศที่พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการป้องกัน โรคโควิด-19 ($r = 0.291, p < 0.01$)¹¹ ส่วนการศึกษาในประเทศอิหร่านพบว่า การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรค ($r = 0.210, p = 0.001$) ความรุนแรงของโรค ($r = 0.240, p = 0.001$) ความคาดหวังในประสิทธิผลของ การตอบสนอง ($r = 0.270, p = 0.001$) ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ($r = 0.370, p = 0.001$) และ

ค่าใช้จ่ายในการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ($r=0.130$, $p=0.001$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการปฏิบัติของบุคลากรสุขภาพ ($p<0.001$)¹² การศึกษาในประเทศปากีสถานพบว่า บุคลากรสุขภาพที่มีประสบการณ์ในการทำงานมากกว่า 5 ปี มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ในการป้องกันการติดเชื้อมากกว่าบุคลากรที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 1 ปี (odds ratio: $OR=2.00$, $95\%CI=1.29-4.81$) และมีการปฏิบัติมากกว่าบุคลากรที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 1 ปี ($OR=10.71$, $95\%CI=2.80-40.75$)¹³

สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรกระบบทางเดินหายใจอื่น ๆ เช่น โรคไข้หวัดใหญ่ของผู้รับบริการงานผู้ป่วยนอก โดยพบว่า อายุ ($r=0.168$, $p=0.001$) ทักษะติดต่อการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ($r=0.126$, $p=0.012$) ค่านิยมต่อการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ($r=0.140$, $p=0.005$) และการรับรู้สถานะสุขภาพ ($r=0.158$, $p=0.001$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ($p<0.05$) แต่ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่⁵⁵ นอกจากนี้ มีการศึกษาพบว่า รายได้ต่อเดือน ($r=0.151$, $p=0.003$) และทัศนคติ ($r=0.179$, $p<0.001$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) ของประชาชน ส่วนการรับรู้ ($r=-0.019$, $p<0.001$) และความรู้ ($r=-0.020$, $p<0.001$) มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) ของประชาชน⁵⁶ จะเห็นได้ว่าการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 มีความเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 นอกจากนี้การปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนยังเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรม (culture) และบรรทัดฐานทางสังคม (social norms) โดยพบว่าวัฒนธรรมการทักทายของประชาชนในประเทศแถบยุโรปและอเมริกา ใช้วิธีการจับมือ การจูบ หรือการกอด ทำให้เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ ซึ่งประเทศในแถบเอเชียส่วนใหญ่ใช้การทักทายโดยการไหว้ โอกาสการแพร่กระจายเชื้อจะน้อยกว่า ส่วนวัฒนธรรมการกิน ประเทศทางแถบเอเชียจะมีโอกาสแพร่กระจายเชื้อมากกว่าประเทศทางแถบยุโรปและอเมริกา เนื่องจากการรับประทานอาหารร่วมกัน โดยใช้จาน ชาม ช้อน หรือตะเกียบร่วมกัน สำหรับบรรทัดฐานทางสังคมพบว่า บุคคลที่ได้รับการยอมรับในชุมชนเป็นผู้ที่มีความสำคัญที่จะทำให้ประชาชนในชุมชนเกิดความคล้อยตามและปฏิบัติตามการป้องกันการติดเชื้อตามสิ่งประชาชนรับรู้จากบุคคลเหล่านี้⁶³ ดังการศึกษาที่พบว่า การปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนรายบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตัวของคนในชุมชนหรือสังคม ($r=0.89$, $p<0.05$)⁸ และยังอาจขึ้นกับนโยบายหรือมาตรการในการป้องกันโรคโควิด-19 และมาตรการการผ่อนปรนข้อบังคับของรัฐบาล ซึ่งจะปรับเปลี่ยนไปตามจำนวนกลุ่มเสี่ยง จำนวนผู้ติดเชื้อ จำนวนผู้เสียชีวิต และระยะการระบาดของโรค¹⁴⁻¹⁶

ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19

นอกจากการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 แล้ว สิ่งที่มีความสำคัญไม่น้อยกว่าคือ ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโรคโควิด-19 และผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการในการป้องกันโรคโควิด-19 ของรัฐบาล มีความคล้ายคลึงกันทั่วโลก โดยส่งผลกระทบทางด้านสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และจิตใจ

จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาผลกระทบทางด้านสังคมและวัฒนธรรมเกี่ยวกับโรคโควิด-19 พบว่าการระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อการศึกษาปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการชะลอตัวทางด้านเศรษฐกิจ โดยผู้ให้บริการไม่สามารถเปิดให้บริการได้ตามปกติ ยกเลิกหรือเลื่อนการแข่งขันกีฬา หลีกเลี่ยงการเดินทางภายในประเทศและระหว่างประเทศ ส่งผลให้ผู้ให้บริการถูกยกเลิกการให้บริการ งดกิจกรรมทางศาสนา วัฒนธรรม และเทศกาลต่าง ๆ มีการเว้นระยะห่างระหว่างเพื่อนและสมาชิกในครอบครัว ส่งผลให้ขาดความใกล้ชิด มีการปิดโรงแรม ร้านอาหาร และศาสนสถาน ปิดสถานบันเทิง เช่น โรงภาพยนตร์ โรงละคร

สถานที่ออกกำลังกาย สระว่ายน้ำ และอื่น ๆ เป็นต้น¹⁷ นอกจากนี้ผู้ป่วย ผู้ถูกกักกัน ผู้ดูแล ครอบครัว เพื่อนฝูง และชุมชน อาจได้รับการตีตราทางสังคม (social stigma) โดยมีการเลือกปฏิบัติต่อกลุ่มคนเหล่านี้ ที่ประชาชนในสังคมเข้าใจว่ามีการสัมผัสกับเชื้อไวรัส และมีโอกาสแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่น ทั้งนี้เนื่องจากโรคโควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ และยังมีองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคน้อย ส่งผลให้เกิดความสับสน ความกลัว ความหวาดระแวง และความวิตกกังวล เกิดขึ้นในสังคม นอกจากนี้การตีตราทางสังคมทำให้เกิดการแยกตัวทางสังคมและทำให้ความสมัครสมาน สามัคคี ของประชาชนในสังคมลดลง^{18,19} ยิ่งไปกว่านั้นการศึกษาในประเทศแซมเบียพบว่า การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อการจัดการศึกษาของนักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยครูและนักเรียนขาดสิ่งสนับสนุนในการจัดการเรียนการสอนออนไลน์ ทำให้ไม่สามารถจัดการเรียนการสอนแบบมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนและผู้สอน อาจส่งผลต่อการสอบเข้าศึกษาต่อในระดับอุดมศึกษาของนักเรียน²⁰

สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาผลกระทบด้านสังคมและวัฒนธรรมเกี่ยวกับโรคโควิด-19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับผลกระทบจากโรคโควิด-19 และนโยบายของรัฐบาลหลายด้าน คือ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีผลกระทบมากที่สุด คือ การเดินทางไปยังต่างจังหวัด (ร้อยละ 63.5) การรับประทานอาหารนอกบ้าน (ร้อยละ 63.0) การสืบสานขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม (ร้อยละ 61.5) การไปร้านเสริมสวย (ร้อยละ 61.0) และการไปช้อปปิ้งหรือไปเดินเล่นในห้างสรรพสินค้า (ร้อยละ 58.0) ผลกระทบด้านการศึกษา ได้แก่ นักเรียน/นักศึกษาสำเร็จการศึกษาช้าลง (ร้อยละ 61.0) ไม่มีคอมพิวเตอร์ โน้ตบุ๊ก แท็บเล็ตสำหรับการเรียนหรือการสอบออนไลน์ (ร้อยละ 43.0) ไม่มีผู้ให้ความช่วยเหลือ ช่วยแก้ปัญหาในการเรียนหรือการสอบออนไลน์ (ร้อยละ 43.0) ไม่มีอินเทอร์เน็ตสำหรับการเรียนหรือการสอบออนไลน์ (ร้อยละ 38.5) และไม่มีทักษะในการเรียนหรือการสอบออนไลน์ (ร้อยละ 38.0) ผลกระทบด้านมาตรการของรัฐบาลมากที่สุด คือ การขาดแคลนหน้ากากอนามัย (ร้อยละ 50.5) การขาดแคลนแอลกอฮอล์เจล (ร้อยละ 48.5) การจัดหาอุปกรณ์ป้องกันร่างกายขณะฉีดพ่นยาฆ่าเชื้อ (ร้อยละ 41.5) การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุลดลง (ร้อยละ 40.0) และการดื่มแอลกอฮอล์ เสพสารเสพติดในชุมชนลดลง (ร้อยละ 38.5)⁶

การระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงในด้านเศรษฐกิจ โดยทำให้ภาวะเศรษฐกิจของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกเกิดการชะลอตัว ทั้งในยุโรป อเมริกา และเอเชีย⁶⁴ ทำให้ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (gross domestic product: GDP) และการเติบโตทางเศรษฐกิจ (economic growth) ลดลง²³ การผลิตสินค้าที่จำเป็นได้ช้าลง และส่งผลกระทบต่อห่วงโซ่อุปทาน (supply chain)¹⁷ นอกจากนี้มีการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ทำให้เกิดภาวะวิกฤติทางการเงินในกลุ่มผู้ที่มีรายได้น้อย โดยร้อยละ 43.0 ตกงานหรือถูกตัดเงินเดือน ส่งผลให้ร้อยละ 53.0 มีเงินไม่เพียงพอในเดือนแรก และมีเพียงร้อยละ 23.0 ที่คาดว่าจะมีเงินพอใช้ในระยะเวลา 3 เดือน²² และมีการคาดการณ์ว่าสถานการณ์ดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อแรงงาน โดยทำให้ประชาชนเกิดความยากจนทั่วโลกสูงถึง 420-580 ล้านคน²³

สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาผลกระทบด้านเศรษฐกิจของโควิด-19 ดังเช่นการศึกษาคนจนในเขตเมืองพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบจากโรคโควิด-19 และนโยบายของรัฐบาล ในระดับที่มากน้อยแตกต่างกันไป สำหรับกลุ่มวัยทำงานพบว่าไม่สามารถประกอบอาชีพและหารายได้ตามปกติ โดยนายจ้างให้หยุดงานโดยสิ้นเชิงร้อยละ 18.9 นายจ้างให้ลดเวลาทำงานและรายได้ลดลงร้อยละ 18.0 ผู้ประกอบอาชีพค้าขายหาบเร่ แผงลอย ไม่สามารถค้าขายได้ร้อยละ 18.2 ส่วนผู้ประกอบการอาชีพอิสระ เช่น รับเหมาก่อสร้าง คนขับรถตู้/ รถรับจ้าง/ มอเตอร์ไซด์รับจ้าง มีผู้ว่าจ้างลดลงหรือไม่มีเลยร้อยละ 18.4 นอกจากนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60.2 รายได้ลดลงเกือบทั้งหมด และร้อยละ 31.2 รายได้ลดลงประมาณครึ่งหนึ่ง มีเพียงน้อยกว่าร้อยละ 10 ที่ได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจน้อยหรือไม่ได้รับผลกระทบเลยเนื่องจากมีเงินเดือนประจำ¹⁰

ส่วนอีกหนึ่งการศึกษา ประชาชนได้รับผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจในระดับมาก 5 อันดับแรก ได้แก่ ขาดรายได้หรือรายได้ลดลง (ร้อยละ 80.0) รายได้ไม่พอใช้ (ร้อยละ 78.0) ค่าไฟฟ้าเพิ่มขึ้นจากการเรียนหรือทำงานที่บ้าน (ร้อยละ 76.0) ถูกพักงานชั่วคราว (ร้อยละ 71.0) และถูกเลิกจ้าง (ร้อยละ 67.5)⁶

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผลกระทบที่สำคัญจากการระบาดของโรคโควิด-19 อีกด้านหนึ่งคือ ผลกระทบด้านจิตใจ ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนมีความกลัว ความวิตกกังวล ความเครียด และอาจรุนแรงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ดังเช่นการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ประชาชนมีความกลัวการติดเชื้อ มีความเครียดสูงจากปัญหาการว่างงาน ขาดรายได้ ถูกลดเงินเดือน และต้องปรับตัวภายใต้การใช้ชีวิตวิถีใหม่ เช่น การเว้นระยะห่างทางสังคม การทำงานหรือเรียนที่บ้าน การทำงานหรือเรียนออนไลน์ มาตรการห้ามประชาชนออกนอกเคหสถาน (curfew) หรือล็อกดาวน์ เป็นต้น ซึ่งประชาชนบางส่วนอยู่ในภาวะเครียดรุนแรงและเรื้อรังจนถึงขั้นพยายามฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อ²⁴⁻²⁹ โดยมีการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วยผู้ดูแล และบุคลากรทางสุขภาพที่มีประสบการณ์ในการถูกกักกันพบว่า ภาวะสุขภาพจิตของผู้ที่ถูกกักกันและแยกจากสังคม (quarantine and isolation) เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ปัญหาสุขภาพจิตที่พบมาก ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล กลัว โรคอารมณ์ผิดปกติ ความรู้สึกเป็นตราบาป การรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ โรคเครียด ความทุกข์ทรมานด้านจิตใจ และนอนไม่หลับ²⁵ นอกจากนี้การศึกษาผลกระทบของประชาชนในเมืองอุซัน ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน พบว่าประชาชนมีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 48.3) วิตกกังวล (ร้อยละ 22.6) และมีทั้งภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล (ร้อยละ 19.4) ซึ่งพบว่าปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า ได้แก่ กลุ่มอายุ 21-30 ปี (OR=1.49, 95%CI=1.12-1.99) และกลุ่มอายุ 31-40 ปี (OR=1.54, 95%CI=1.11-2.14) มีความเสี่ยงมากกว่าอายุ 20 ปี ระดับการศึกษาพบว่า ผู้สำเร็จการศึกษาระดับระดับวิทยาลัย (OR=0.69, 95%CI=0.53-0.91) และระดับปริญญาโท (OR=0.46, 95%CI=0.63-0.85) มีความเสี่ยงน้อยกว่าผู้ที่สำเร็จการศึกษามัธยมต้น กลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท มีความเสี่ยงน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง (OR=0.74, 95%CI=0.64-0.87) ส่วนปัจจัยเสี่ยงของความวิตกกังวล ได้แก่ กลุ่มอายุ 31-40 ปี มีความเสี่ยงมากกว่าอายุ 20 ปี (OR=1.63, 95%CI=1.06-2.51) ระดับการศึกษาพบว่า ผู้สำเร็จการศึกษาระดับวิทยาลัย (OR = 0.40, 95%CI=0.30-0.53) และระดับปริญญาโท (OR=0.31, 95%CI=0.22-0.44) มีความเสี่ยงน้อยกว่าผู้ที่สำเร็จการศึกษามัธยมต้น สถานภาพโสดมีความเสี่ยงน้อยกว่าสถานภาพสมรส (OR=0.80, 95%CI=0.66-0.96) ผู้ที่มีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี/ปานกลาง/ต่ำ มีความเสี่ยงมากกว่าผู้ที่มีภาวะสุขภาพ ดีเยี่ยม (OR=1.77, 95%CI=1.41-2.21) นอกจากนี้พบว่า ความถี่ในการรับสื่อสังคมออนไลน์ ทำให้เพิ่มความเสี่ยงของความวิตกกังวล (OR=1.72, 95%CI=1.31-2.26) สำหรับปัจจัยเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่างที่มีทั้งภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล ได้แก่ กลุ่มอายุ 31-40 ปี มีความเสี่ยงมากกว่าอายุ 20 ปี (OR=1.69, 95%CI=1.07-2.68) ระดับการศึกษาพบว่า ผู้สำเร็จการศึกษาระดับวิทยาลัย (OR=0.50, 95%CI=0.37-0.68) และระดับปริญญาโท (OR=0.40, 95%CI=0.28-0.57) มีความเสี่ยงน้อยกว่าผู้ที่สำเร็จการศึกษามัธยมต้น สถานภาพโสดมีความเสี่ยงน้อยกว่าสถานภาพสมรส (OR=0.79, 95%CI=0.64-0.97)³⁰

สำหรับประเทศไทยมีการสำรวจในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ในประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตปริมณฑล และต่างจังหวัดพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความเครียดระดับปานกลาง (ร้อยละ 54.1) รองลงมาคือระดับต่ำ (ร้อยละ 28.3) ระดับสูง (ร้อยละ 13.3) ระดับสูงมาก (ร้อยละ 4.2) ส่วนการสำรวจมีความวิตกกังวลของประชาชนพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลระดับปานกลาง (ร้อยละ 74.2) ระดับต่ำ (ร้อยละ 22.7) ระดับสูง (ร้อยละ 3.1)³¹ ส่วนผลการวิเคราะห์ข้อมูลการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตประชาชนไทยในภาพรวม ดังนี้ 1) ความเครียดสูง คิดเป็นร้อยละ 2.5 จาก 85,640 คน 2) เสี่ยงซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 3.1

จาก 109,899 คน 3) ซึมเศร้ารุนแรง คิดเป็นร้อยละ 0.05 จาก 824 คน 4) เสี่ยงฆ่าตัวตาย คิดเป็นร้อยละ 0.1 จาก 1,048 คน และ 5) มีภาวะหมดไฟ คิดเป็นร้อยละ 3.3 จาก 19,014 คน ซึ่งสถานการณ์การเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายประเทศไทยระหว่างวันที่ 1 มกราคม-30 มิถุนายน 2563 จากรายงานการฆ่าตัวตาย (รง.506 S) พบผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย 2,181 ราย คิดเป็นอัตราการตาย 3.32 ต่อประชากรแสนคน สรุปสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิต จากการระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 อยู่ในสถานการณ์ที่สามารถควบคุมได้⁶⁵ นอกจากนี้มีการศึกษาที่พบว่า ประชาชนได้รับผลกระทบด้านจิตใจ ได้แก่ ความเครียดจากการเลิกจ้าง (ร้อยละ 63.5) ความเครียดจากการหยุดงาน (ร้อยละ 62.5) วิตกกังวลว่าจะหางานทำไม่ได้เมื่อสถานการณ์ดีขึ้น (ร้อยละ 62.0) วิตกกังวลว่าจะถูกเลิกจ้าง (ร้อยละ 61.0) และภาวะซึมเศร้าจากการไม่ได้พบปะผู้คน (ร้อยละ 39.0)⁶

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการนำทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์หลากหลายทฤษฎีมาใช้ในการป้องกันโรค เพื่อให้มีการปฏิบัติป้องกันโรคที่ถูกต้อง เช่น ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (protection motivation theory) ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (transtheoretical model/stage of change) และโมเดลเชิงนิเวศวิทยา (ecological model) เป็นต้น สำหรับการป้องกันโรคโควิด-19 ซึ่งมีการระบาดไปทั่วโลก ดังนั้นการดำเนินการป้องกันจะมีประสิทธิภาพ ต้องมีการดำเนินการร่วมกันในหลายระดับ ตั้งแต่ระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคล ระดับองค์กร ระดับชุมชน และระดับนโยบายสาธารณะ ดังนี้

ระดับบุคคล หมายถึง คุณลักษณะส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ศาสนา ฐานะทางเศรษฐกิจ ความรู้ และทัศนคติ

ระดับระหว่างบุคคล หมายถึง สิ่งที่ทำให้มีการเชื่อมโยงระหว่างประชาชนไทยกับบริบทแวดล้อมทางสังคมรอบ ๆ ตัว และสังคมที่ประชาชนไทยมีปฏิสัมพันธ์ด้วย ซึ่งปฏิสัมพันธ์นั้นมีทั้งแบบเป็นทางการ และไม่เป็นทางการ รวมทั้งระบบสนับสนุนทางสังคม หรือเครือข่ายความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วยบุคคลในครอบครัว เพื่อนหรือเพื่อนบ้าน และเครือข่ายทางสังคมออนไลน์ เช่น Facebook, line group เป็นต้น

ระดับองค์กร หมายถึง สิ่งที่มีผลต่อการปฏิบัติของประชาชนทั้งในระดับบุคคลและระดับระหว่างบุคคล ประกอบด้วย นายกเทศมนตรี/นายกองค์การบริหารส่วนตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัด/คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ/ตำบล/เทศบาล อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) ครูประจำโรงเรียนในชุมชน และผู้นำทางศาสนา เช่น พระสงฆ์ บาทหลวง จุฬาราชมนตรี โต๊ะอิหม่าม เป็นต้น

ระดับชุมชน หมายถึง ลักษณะของกลุ่มคนหรือสังคมในหมู่บ้านที่มีผลต่อการปฏิบัติของประชาชนทั้งในระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคล และระดับองค์กร ประกอบด้วย วัฒนธรรมของชุมชน และบรรทัดฐานทางสังคมหรือกฎระเบียบข้อบังคับของชุมชน

ระดับนโยบายสาธารณะ หมายถึง นโยบาย มาตรการ กฎระเบียบ และข้อบังคับที่ประกาศโดยรัฐบาลไทย ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติของประชาชน ประกอบด้วย วัฒนธรรมของชุมชน และบรรทัดฐานทางสังคม/กฎระเบียบข้อบังคับของชุมชน

สำหรับการศึกษานี้ มุ่งเน้นศึกษาปัจจัยในระดับบุคคลของประชาชนไทยที่มีผลต่อการปฏิบัติ การป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อหรือผู้ถูกกักกัน ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ศาสนา ฐานะทางเศรษฐกิจ ความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 รวมทั้งผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้มีผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก การศึกษาปัจจัยทำนาย การปฏิบัติของประชาชนไทยต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาปัจจัย ส่วนบุคคล (เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ศาสนา และฐานะทางเศรษฐกิจ) ความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้ เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ต่อการปฏิบัติของประชาชนไทยต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน ซึ่งได้มา จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ส่วนการศึกษาผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ต่อ ประชาชนไทย ผู้วิจัยศึกษาผลกระทบด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเอง ครอบครัว วัฒนธรรม/ ประเพณี/ วิถีชีวิตของชุมชน การศึกษา สุขภาพและการป้องกันโรค เศรษฐกิจ และจิตใจของประชาชนไทย ทั้ง ผลกระทบโดยตรงจากโรคโควิด-19 และผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการในการป้องกันโรคโควิด-19 ของ รัฐบาล

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย ทำการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ (predictive mixed method study) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2563 ถึงพฤษภาคม 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ใน 77 จังหวัดของประเทศไทย

กลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเชิงปริมาณ เป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยเลือกจังหวัดที่มีผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน จำนวนมากเป็นอันดับ 1-2 ในแต่ละภาค รวมทั้งกรุงเทพมหานคร ได้จังหวัดที่ทำการศึกษา จำนวน 5 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร ชลบุรี เชียงใหม่ นครราชสีมา และยะลา หลังจากนั้นเลือกชุมชนที่มีผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน แล้วสุ่มเลือกประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนดังกล่าวเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่าง 500 คนต่อจังหวัด รวมทั้งสิ้น 2,500 คน การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้กฎแห่งการปฏิบัติ (Rule of Thumb) ที่ชูแมคเกอร์ และโลแมกซ์ แฮร์ และคณะ⁶⁶ ซึ่งกำหนดว่า ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิเคราะห์ปัจจัยทำนาย คือ 20 คนต่อ 1 ตัวแปร โดยการศึกษาครั้งนี้คาดว่ามีความแปรที่ต้องการศึกษาทั้งสิ้น 25 ตัวแปร

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเชิงคุณภาพ เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของชุมชน เป็นผู้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชน โดยคัดเลือกผู้นำชุมชนมา 15 คนต่อจังหวัด รวมทั้งสิ้น 75 คน

คุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ของกลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษาเชิงปริมาณและคุณภาพ

1. อายุ 18 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในจังหวัดกรุงเทพฯ ชลบุรี เชียงใหม่ นครราชสีมา หรือยะลา
2. สื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้
3. ยินยอมเข้าร่วม และให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

คุณสมบัติตามเกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) ของกลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษาเชิงปริมาณและคุณภาพ

1. มีเหตุการณ์ฉุกเฉินที่ทำให้ไม่สามารถตอบแบบสอบถามหรือให้ข้อมูลการสัมภาษณ์ได้ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลที่ผู้วิจัยจะสร้างขึ้น จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ คือ แบบสอบถามปัจจัยทำนายการปฏิบัติของประชาชนต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน และผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ประกอบด้วย 8 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย จังหวัดที่พักอาศัย อายุ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษาสูงสุด ศาสนา จำนวนสมาชิกในครอบครัว จำนวนสมาชิกอายุไม่เกิน 1 ปี จำนวนสมาชิกอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่มีโรคประจำตัว ความเพียงพอของพื้นที่บ้านสำหรับการเว้นระยะห่างทางสังคม ฐานะทางครอบครัว การได้รับเงินเยียวยา จำนวนผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ในชุมชนและในครอบครัว จำนวนผู้กักกันในชุมชนและในครอบครัว ความเพียงพอของแอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือ การพกแอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือติดตัว การสวมหน้ากากอนามัย การเว้นระยะห่างทางสังคม และแหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 มีจำนวน 21 ข้อ โดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิดและแบบปลายเปิด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อบริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติกาป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน ประกอบด้วย บริบทแวดล้อมระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคล ระดับองค์กร ระดับชุมชน และระดับนโยบายสาธารณะ มีจำนวน 21 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ⁶⁷ โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกเพียงคำตอบเดียว โดยเขียนเครื่องหมาย ✓ ในช่องข้อความที่ตรงกับความถี่ของการปฏิบัติ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นมีผลในการปฏิบัติของท่านต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกันมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นมีผลในการปฏิบัติของท่านต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกันมาก
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นมีผลในการปฏิบัติของท่านต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกันน้อย
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นไม่มีผลในการปฏิบัติของท่านต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน

กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน คือ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ	4	คะแนน
เห็นด้วย	เท่ากับ	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	เท่ากับ	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ	1	คะแนน

การแปลผลทำโดยรวมคะแนนของความคิดเห็นต่อบริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติกาป้องกันโรคโควิด-19 แบบสอบถามมีคะแนนรวม 84 คะแนน ซึ่งคะแนนอยู่ระหว่าง 21 ถึง 84 คะแนน หลังจากนั้นนำผลคะแนนมาวิเคราะห์ และแปลผลระดับแบ่งตามอันตรภาคชั้น⁶⁸ โดยแบ่งช่วงคะแนนความคิดเห็นต่อบริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติกาป้องกันโรคโควิด-19 เป็น 3 ระดับ ดังนี้

ช่วงคะแนน	21-41	คะแนน	หมายถึง	ระดับต่ำ
ช่วงคะแนน	42-62	คะแนน	หมายถึง	ระดับปานกลาง
ช่วงคะแนน	63-84	คะแนน	หมายถึง	ระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน มีจำนวน 27 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นข้อคำถามปลายปิดและปลายเปิด และเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า โดยที่แบบสอบถามที่เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยไม่เห็นว่าด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง⁶⁷ โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกเพียงคำตอบเดียว โดยเขียนเครื่องหมาย ✓ ในช่องข้อความที่ตรงกับความเห็นของผู้ตอบ ดังนี้

ปฏิบัติทุกครั้ง	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นมีการปฏิบัติเป็นประจำทุกครั้ง
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นมีการปฏิบัติเกือบทุกครั้ง
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นมีการปฏิบัติเป็นบางครั้ง
ไม่ปฏิบัติ	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นไม่มีการปฏิบัติ

กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน คือ

ปฏิบัติทุกครั้ง	4
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	3
ปฏิบัติบางครั้ง	2
ไม่ปฏิบัติ	1

การแปลผลทำโดยรวมคะแนนของการปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกันแบบสอบถามมีคะแนนรวม 108 คะแนน ซึ่งคะแนนอยู่ระหว่าง 27 ถึง 108 คะแนน หลังจากนั้นนำผลคะแนนมาวิเคราะห์ และแปลผลระดับแบ่งตามอันตรายภาคชั้น⁶⁸ โดยแบ่งช่วงคะแนนการปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน เป็น 3 ระดับ ดังนี้

ช่วงคะแนน	27-53	คะแนน	หมายถึง	ระดับต่ำ
ช่วงคะแนน	54-80	คะแนน	หมายถึง	ระดับปานกลาง
ช่วงคะแนน	81-108	คะแนน	หมายถึง	ระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ประกอบด้วย ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และวิธีการป้องกันโรคโควิด-19 ได้แก่ ความรู้เรื่องโรค อาการของโรค วิธีการติดต่อ การรักษา การทำความสะอาดมือ การสวมหน้ากากอนามัย การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การเว้นระยะห่างทางสังคม และการทำความสะอาดและการทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อม มีจำนวน 30 ข้อ คำตอบเป็นแบบ 2 ตัวเลือก คือ ถูกและผิด โดยเขียนเครื่องหมาย ✓ ในช่องข้อความที่ตรงกับความเห็นของผู้ตอบ เกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิดได้ 0 คะแนน แบบสอบถามมีคะแนนรวม 30 คะแนน

หลังจากนั้นนำผลคะแนนมาวิเคราะห์ โดยแบ่งคะแนนอิงตามเกณฑ์การประเมิน ดังนี้⁶⁹

ค่าคะแนน	การแปลผลระดับคะแนน
คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 24	มีความรู้ระดับสูง
คะแนนตั้งแต่ 18-23	มีความรู้ระดับปานกลาง
คะแนนเท่ากับหรือน้อยกว่า 17	มีความรู้ระดับต่ำ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามทัศนคติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน มีจำนวน 15 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นข้อคำถามปลายปิดและปลายเปิด และเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า โดยที่แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบ่งเป็น 10 ระดับ คือ 10 เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 1 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง⁷⁰ ดังนี้

กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน คือ

		ทัศนคติทางบวก	ทัศนคติทางลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ	10 คะแนน	1 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ	1 คะแนน	10 คะแนน

การแปลผลทำโดยรวมคะแนนทัศนคติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกันแบบสอบถามมีคะแนนรวม 150 คะแนน ซึ่งคะแนนอยู่ระหว่าง 15 ถึง 150 คะแนน หลังจากนั้นนำผลคะแนนมาวิเคราะห์ และแปลผลแบ่งตามอันตรภาคชั้น⁶⁸ โดยแบ่งช่วงคะแนนทัศนคติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน เป็น 3 ระดับ ดังนี้

ช่วงคะแนน	15-59	คะแนน	หมายถึง	ระดับต่ำ
ช่วงคะแนน	60-104	คะแนน	หมายถึง	ระดับปานกลาง
ช่วงคะแนน	105-150	คะแนน	หมายถึง	ระดับสูง

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ประกอบด้วย ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค อาการของโรค วิธีการติดต่อ วิธีการป้องกันโรคโควิด-19 และแหล่งข้อมูลข่าวสาร มีจำนวน 24 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง⁶⁷

โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกเพียงคำตอบเดียว โดยเขียนเครื่องหมาย ✓ ในช่องข้อความที่ตรงกับความเห็นของผู้ตอบ ดังนี้

กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน คือ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ	4	คะแนน
เห็นด้วย	เท่ากับ	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	เท่ากับ	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ	1	คะแนน

การแปลผลทำโดยรวมคะแนนของการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 แบบสอบถามมีคะแนนรวม 96 คะแนน ซึ่งคะแนนอยู่ระหว่าง 24 ถึง 96 คะแนน หลังจากนั้นนำผลคะแนนมาวิเคราะห์ และแปลผลระดับแบ่งตามอันตรภาคชั้น⁶⁸ โดยแบ่งช่วงคะแนนการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 เป็น 3 ระดับ ดังนี้

ช่วงคะแนน	24-47	คะแนน	หมายถึง	ระดับต่ำ
ช่วงคะแนน	48-71	คะแนน	หมายถึง	ระดับปานกลาง
ช่วงคะแนน	72-96	คะแนน	หมายถึง	ระดับสูง

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ประกอบด้วย ผลกระทบด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเอง ด้านครอบครัว ด้านวัฒนธรรม/ประเพณี/วิถีชีวิตของชุมชน ด้านการศึกษาของตนเอง และ/หรือบุตรหลาน ด้านสุขภาพและการป้องกันโรค ด้านเศรษฐกิจ และด้านจิตใจ จำนวน 48 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นข้อคำถามปลายปิดและปลายเปิด และเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า โดยที่แบบสอบถามที่เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ⁶⁷ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกเพียงคำตอบเดียว โดยเขียนเครื่องหมาย ✓ ในช่องข้อความที่ตรงกับความเห็นของผู้ตอบ ดังนี้

กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน คือ

มาก	เท่ากับ	4	คะแนน
ปานกลาง	เท่ากับ	3	คะแนน
น้อย	เท่ากับ	2	คะแนน
ไม่กระทบ	เท่ากับ	1	คะแนน

การแปลผลทำโดยรวมคะแนนของผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 แบบสอบถาม มีคะแนนรวม 192 คะแนน ซึ่งคะแนนอยู่ระหว่าง 48 ถึง 192 คะแนน หลังจากนั้นนำผลคะแนนมาวิเคราะห์ และแปลผลระดับแบ่งตามอันตรายภาคชั้น⁶⁸ โดยแบ่งช่วงคะแนนผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 เป็น 3 ระดับ ดังนี้

ช่วงคะแนน	48-95	คะแนน	หมายถึง	ระดับต่ำ
ช่วงคะแนน	96-143	คะแนน	หมายถึง	ระดับปานกลาง
ช่วงคะแนน	144-192	คะแนน	หมายถึง	ระดับสูง

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามสุขภาพจิต ผู้วิจัยประเมินโดย แบบประเมินภาวะซึมเศร้า วิดกกังวล และ เครียด (depression anxiety stress scale [DASS-21]) ฉบับภาษาไทย พัฒนาโดย สุภัทลยา สว่างและคณะ⁷¹ ซึ่งมีจำนวน 21 ข้อ โดยมีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) ของเครื่องมือเท่ากับ 0.75 ด้าน ภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 0.82 ภาวะวิตกกังวลเท่ากับ 0.78 และความเครียดเท่ากับ 0.69 เกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อมีคะแนนระหว่าง 0-3 คะแนน โดยแบ่งเป็น 1) ด้านภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย คำถามข้อ 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21 2) ด้านภาวะวิตกกังวล ประกอบด้วยคำถามข้อ 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20 และ 3) ด้านความเครียด ประกอบด้วยคำถามข้อ 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18 โดยมีเกณฑ์ในการแปลผลค่าคะแนน ดังนี้

	ปกติ	ระดับเล็กน้อย	ระดับปานกลาง	ระดับรุนแรง	ระดับรุนแรงมาก
ภาวะวิตกกังวล	0-3	4-5	6-7	8-9	10+
ความเครียด	0-7	8-9	10-12	13-16	17+
ภาวะซึมเศร้า	0-4	5-6	7-10	11-13	14+

2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย

2.1 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีลักษณะเป็นแบบ กึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

2.1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย สถานที่ทำงาน จังหวัด ตำแหน่ง เพศอายุ บทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จำนวนผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 ในหมู่บ้านหรือตำบล แหล่งของเชื้อหรือวิธีการที่ได้รับเชื้อโรคโควิด-19 จำนวนผู้ถูกกักกันโรคโควิด-19 ในหมู่บ้านหรือตำบล และแหล่งของเชื้อหรือวิธีการที่ได้รับเชื้อโรคโควิด-19 โดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ ปลายปิดและแบบปลายเปิด

2.1.2 แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบโดยตรงของโรคโควิด-19 และผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการในการป้องกันโรคโควิด-19 ของรัฐบาลต่อการดำเนินชีวิตของคนในชุมชน มาตรการต่าง ๆ ของรัฐในชุมชน ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับวิถีชีวิตปกติรูปแบบใหม่ของคนในชุมชน และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการจัดการปัญหาโรคโควิด-19 ในชุมชน

2.2 ผู้วิจัย มีคุณสมบัติ ดังนี้

2.2.1 มีประสบการณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ

2.2.2 เข้าร่วมประชุมเตรียมความพร้อมสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพของการ

วิจัยครั้งนี้

2.3 เทปบันทึกเสียง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ความตรงของเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยาหรือโรคติดเชื้อ 2 ท่าน พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ 2 ท่าน และนักวิชาการสาธารณสุข 2 ท่าน ทำการตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ในแบบสอบถาม แล้วนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index [CVI]) ได้ค่าเท่ากับ 0.99⁷² ซึ่งเป็นค่าของเครื่องมือทั้งฉบับ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้คำนวณค่า CVI ของเครื่องมือตามตัวแปรที่ศึกษา ได้ค่า CVI ดังนี้

1. แบบสอบถามความคิดเห็นต่อบริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.99
2. แบบสอบถามการปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน ได้ค่า CVI เท่ากับ 1
3. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.99
4. แบบสอบถามทัศนคติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน ได้ค่า CVI เท่ากับ 1
5. แบบสอบถามการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ได้ค่า CVI เท่ากับ 1
6. แบบสอบถามผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ได้ค่า CVI เท่ากับ 1

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิและได้รับการแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ไปหาความเชื่อมั่นกับประชาชนที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 ราย แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ได้มาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรครูดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson20: KR-20) ได้ค่าเท่ากับ 0.89 สำหรับแบบสอบถามส่วนอื่นนำมาคำนวณค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Chronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นดังนี้ แบบสอบถามความคิดเห็นต่อบริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 เท่ากับ 0.82 แบบสอบถามการปฏิบัติเท่ากับ 0.88 แบบสอบถามทัศนคติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกันเท่ากับ 0.86 แบบสอบถามการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 เท่ากับ 0.96 แบบสอบถามผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 เท่ากับ 0.84 และแบบสอบถามสุขภาพจิตจากการระบาดของโรคโควิด-19 เท่ากับ 0.83

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยโครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาคณะกรรมการจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารเลขที่ 105/2020 เลขที่โครงการ 2563-118 รหัสโครงการ 2563-EXP091 ได้รับการอนุมัติวันที่ 18 กันยายน พ.ศ. 2563 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับข้อมูลการทำวิจัยครั้งนี้เกี่ยวกับวัตถุประสงค์การทำวิจัย วิธีการทำวิจัย และประโยชน์ที่ได้รับ นอกจากนี้การทำวิจัยไม่มีการระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีใส่รหัสแทน ข้อมูลที่ได้นำมาใช้เพื่อการ

วิจัยเท่านั้นและเก็บเป็นความลับ สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพมีการบันทึกเสียงคำสัมภาษณ์ แต่ไม่มีการระบุชื่อของผู้ให้สัมภาษณ์ ใช้วิธีใส่รหัสแทน ข้อมูลที่ได้นำมาใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้นและถูกเก็บเป็นความลับ มีการปกป้องความลับ โดยการเข้าถึงข้อมูลต้องใส่รหัสผ่าน และจะมีการทำลายไฟล์บันทึกเสียง หลังการศึกษาวิจัยเสร็จสิ้นและผลงานวิจัยได้รับการตีพิมพ์ในวารสารแล้ว 2 ปี ข้อมูลที่ได้ถูกวิเคราะห์ในภาพรวมเพื่อใช้ในการวิจัยเท่านั้น ทั้งนี้การวิจัยนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยหรือไม่ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย โดยไม่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งผู้ร่วมวิจัยสามารถถอนตัวหรือยกเลิกในการเข้าร่วมงานวิจัยได้ตามต้องการ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบ และผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในแบบฟอร์มเข้าร่วมการวิจัย

ขั้นตอนและวิธีการรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยยื่นโครงการทำวิจัย เพื่อขอรับรองด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

2. หลังจากโครงการทำวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่แล้ว ผู้วิจัยเข้าพบผู้ประสานงานในพื้นที่ เพื่อแนะนำตัวพร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ในการดำเนินการวิจัย วิธีการและขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการและขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงชื่อในใบยินยอมทำการวิจัย และแจ้งให้ทราบว่าข้อมูลที่ได้นำมาใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น การบันทึกข้อมูลและนำเสนอข้อมูลการวิจัยในภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อและไม่มีผลต่อการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัยและแบบสอบถามถูกบรรจุแยกซอง เพื่อไม่ให้ทราบว่าข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างรายใด และข้อมูลที่ได้ถูกเก็บเป็นความลับ

4. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

4.1 การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ: การตอบแบบสอบถาม

4.1.1 เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้ตอบคำถามแล้ว ให้กลุ่มตัวอย่างส่งแบบสอบถามและเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัยในซองและปิดผนึก และผู้ประสานงานจะมารับเอกสารแบบสอบถามคืน โดยผู้วิจัยให้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม 2 สัปดาห์

4.1.2 ผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถามนำมาตรวจสอบความสมบูรณ์เพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

4.2 การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ: การสัมภาษณ์เชิงลึก

4.2.1 หลังจากดำเนินการวิจัยตามข้อ 1-2 ผู้วิจัยทำการนัดหมายวันเวลา และทำการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยผู้วิจัย การสัมภาษณ์เริ่มต้นโดยคำถามกว้าง ๆ เมื่อการสัมภาษณ์ก้าวหน้า ผู้สัมภาษณ์ใช้คำถามเจาะลึกเพื่อค้นหาและอธิบายปรากฏการณ์ที่สนใจและไม่ยึดติดกับแนวคำถาม ผู้ให้ข้อมูลถูกสัมภาษณ์ประมาณ 30-50 นาที

4.2.2 การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายสิ้นสุดลง ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา เมื่อพบว่าข้อมูลอิ่มตัว (saturation) คือ ไม่มีข้อมูลใหม่เพิ่มเติมจากข้อมูลที่มีอยู่เดิมจะหยุดทำการสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์และเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของภาพรวมและรายจังหวัด ประกอบด้วย ข้อมูลความคิดเห็นต่อบริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ข้อมูลความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ การรับรู้ และผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) สถิติการทดสอบฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) สถิติการทดสอบของครัสคาล-วัลลิส (Kruskal-Wallis test) และสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวน (Analysis of Variance: ANOVA)

2. ทดสอบการกระจายของข้อมูลที่มีระดับการวัดเป็นมาตราส่วน (interval scale) และอัตราส่วน (ratio scale) โดยใช้สถิติโคลโมโกรอฟ-สเมอรโนฟ (Kolmogorov-Smirnov test) พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ

3. วิเคราะห์คะแนนความคิดเห็นต่อบริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 คะแนนความรู้ คะแนนทัศนคติ คะแนนการปฏิบัติ คะแนนการรับรู้ และคะแนนผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ในภาพรวม โดยใช้สถิติการทดสอบของครัสคาล-วัลลิส (Kruskal-Wallis test)

4. ประยุกต์ใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis [CFA]) ในการยุบรวมตัวแปรบริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 และผู้ถูกกักกัน ตัวแปรการปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน ตัวแปรทัศนคติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน ตัวแปรการรับรู้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 และตัวแปรผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 หรือจากนโยบาย/มาตรการของรัฐบาล

5. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 และปัจจัยทำนายผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ตาม domain ในภาพรวมและจำแนกตามจังหวัด โดยใช้การวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง (Structural Equation Model [SEM])

6. ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ได้แก่ การถอดเทปจากการสัมภาษณ์ชนิดคำต่อคำ (transcribing verbatim) จัดระบบและจำแนกประเภทของข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ ทำการให้รหัส (coding) การตีความข้อมูล (interpreting data) และสร้างข้อสรุป กระบวนการเก็บ และวิเคราะห์ข้อมูลทุกขั้นตอนโดยมีการปรึกษาหารือ ทำข้อตกลงกับทีมวิจัย เพื่อให้ได้ข้อสรุปเป็นแนวทางเดียวกัน

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ระหว่างเดือนตุลาคม 2563 ถึงมกราคม 2564 และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก ระหว่างเดือนตุลาคม 2563 ถึงพฤษภาคม 2564 การวิจัยเชิงปริมาณเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชน จำนวน 2,500 คน และการวิจัยเชิงคุณภาพสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการป้องกันโรคโควิด-19 จำนวน 75 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในรูปแบบของการบรรยาย และตารางประกอบการบรรยาย แบ่งออกเป็น 10 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของจังหวัด

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นต่อบริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติป้องกันการโรคโควิด-19 ของประชาชนต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน

ส่วนที่ 4 การปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน

ส่วนที่ 5 ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19

ส่วนที่ 6 ทักษะติดต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน

ส่วนที่ 7 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19

ส่วนที่ 8 ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19

ส่วนที่ 9 ตัวแปรและแบบจำลองที่ใช้ในการศึกษา

ส่วนที่ 10 กรณีศึกษาจากข้อมูลเชิงคุณภาพ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของจังหวัด

พื้นที่ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 5 จังหวัด คือ กรุงเทพมหานคร ชลบุรี เชียงใหม่ นครราชสีมา และยะลา ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อในระลอกแรกสูงสุดของแต่ละภาค และทุกจังหวัดมีผู้ถูกกักกัน ซึ่งมีทั้งการกักกันโรคที่ศูนย์ควบคุมโรคซึ่งหน่วยงานของรัฐจัดตั้งขึ้น (state quarantine) สถานกักกันโรคแห่งรัฐทางเลือก (alternative state quarantine) สถานกักกันแบบเฉพาะองค์กร (organizational quarantine) สถานกักกันโรคในท้องถิ่น (local quarantine) สถานกักกันโรคในท้องถิ่นแบบทางเลือก (alternative local quarantine) ส่วนผู้ที่สงสัยติดเชื้อที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรคโควิด-19 (patient under investigation: PUI) จะทำการกักกันในโรงพยาบาลที่รัฐจัดให้ (hospital quarantine) หรือโรงพยาบาลทางเลือก (alternative hospital quarantine) เพื่อสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด นอกจากนี้ผู้ที่เข้าข่ายเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 ให้กักกันที่บ้าน (home quarantine) ซึ่งจำนวนประชากรในพื้นที่ ช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล และจำนวนผู้ติดเชื้อทั้งหมด จำแนกตามจังหวัด แสดงดังตารางที่ 1

จังหวัดกรุงเทพมหานคร

- ประชากรตามทะเบียนราษฎรมีจำนวน 5,666,264 คน และประชากรแฝง 5,154,657 คน รวมประชากรทั้งสิ้น 10,820,921 คน แบ่งการปกครองออกเป็น 6 โชน ประกอบด้วย กรุงเทพมหานคร กรุงเทพมหานครใต้ กรุงเทพมหานครตะวันออก กรุงเทพมหานครเหนือ และกรุงเทพมหานครรวมทั้งหมดมี 50 เขต มีรองปลัดกรุงเทพมหานครดูแลด้านสาธารณสุข

- ผู้ติดเชื้อทั้งหมดในจังหวัดกรุงเทพมหานครในระลอกที่ 1 มีจำนวน 1,547 คน และระลอกที่ 2 จำนวน 954 คน

- ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณใน 14 เขต ซึ่งมีผู้ติดเชื้อในระลอกที่ 1 จำนวน 136 คน ใน 14 เขต ได้แก่ เขตดินแดง (17 คน) จตุจักร (2 คน) ราชเทวี (23 คน) ห้วยขวาง (4 คน) ปทุมวัน (6 คน) วัฒนา (10 คน) สวนหลวง (8 คน) บางกอกน้อย (13 คน) พญาไท (11 คน) ประเวศ (5 คน) บางกะปิ (2 คน) คลองเตย (6 คน) บางขุนเทียน (9 คน) และคั่นนายาว (10 คน) และระลอกที่ 2 จำนวน 143 คน ใน 14 เขต ได้แก่ เขตดินแดง (2 คน) จตุจักร (1 คน) ราชเทวี (13 คน) ห้วยขวาง (2 คน) ปทุมวัน (7 คน) วัฒนา (18 คน) สวนหลวง (13 คน) บางกอกน้อย (8 คน) พญาไท (2 คน) ประเวศ (1 คน) บางกะปิ (1 คน) คลองเตย (2 คน) บางขุนเทียน (17 คน) และคั่นนายาว (56 คน)

จังหวัดชลบุรี

- ประชากรตามทะเบียนราษฎรมีจำนวน 1,558,301 คน แบ่งการปกครองออกเป็น 11 อำเภอ ประกอบด้วย อำเภอเมืองชลบุรี พนัสนิคม พานทอง บ้านบึง อำเภอสัตหีบ หนองใหญ่ บางละมุง สัตหีบ และเกาะสีชัง

- ผู้ติดเชื้อทั้งหมดในจังหวัดชลบุรีในระลอกที่ 1 มีจำนวน 87 คน ใน 8 อำเภอ ได้แก่ อำเภอบางละมุง (41 คน) เมือง (27 คน) ศรีราชา (6 คน) พานทอง (5 คน) พนัสนิคม (1 คน) หนองใหญ่ (1 คน) บ้านบึง (1 คน) สัตหีบ (4 คน) และมาจากจังหวัดระยอง (1 คน ซึ่งสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีเป็นผู้รายงาน) สำหรับผู้ติดเชื้อในระลอกที่ 2 มีจำนวน 630 คน ใน 7 อำเภอ ได้แก่ อำเภอสัตหีบ (307 คน) บางละมุง (239 คน) เมือง (39 คน) สัตหีบ (23 คน) พนัสนิคม (8 คน) บ้านบึง (13 คน) และเกาะสีชัง (1 คน)

- ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณใน 8 อำเภอ ได้แก่ อำเภอบางละมุง เมือง ศรีราชา พานทอง พนัสนิคม หนองใหญ่ บ้านบึง และสัตหีบ

จังหวัดเชียงใหม่

- ประชากรตามทะเบียนราษฎรมีจำนวน 1,779,254 คน แบ่งการปกครองออกเป็น 25 อำเภอ ประกอบด้วย อำเภอเมือง เชียงดาว เวียงแหง แม่แจ่ม แม่แตง แม่ริม แม่วาง แม่อน แม่ฮาย ไชยปราการ จอมทอง ดอยเต่า ดอยสะเก็ด ดอยหล่อ ฝาง พร้าว สะเมิง สันกำแพง สันทราย สันป่าตอง สารภี หางดง อมก๋อย ฮอด และกัลยาณิวัฒนา

- ผู้ติดเชื้อทั้งหมดในจังหวัดเชียงใหม่ในระลอกที่ 1 มีจำนวน 46 คน และระลอกที่ 2 จำนวน 23 คน

- ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณใน 5 อำเภอ ซึ่งมีผู้ติดเชื้อในระลอกแรกสูงสุด ได้แก่ อำเภอเมือง (22 คน) หางดง (7 คน) สันทราย (3 คน) สันกำแพง (3 คน) และแม่ริม (2 คน) รวมจำนวนผู้ติดเชื้อในระลอกแรก 37 คน

จังหวัดนครราชสีมา

- ประชากรตามทะเบียนราษฎรมีจำนวน 2,648,927 คน แบ่งการปกครองออกเป็น 32 อำเภอ ประกอบด้วย อำเภอเมือง นครบุรี เลิงสาง คง บ้านเหลื่อม จักราช โชคชัย ด่านขุนทด โนนไทย โนนสูง ขามสะแกแสง บัวใหญ่ ประทาย ปักธงชัย พิมาย ห้วยแถลง ชุมพวง สูงเนิน ขามทะเลสอ สีคิ้ว ปากช่อง หนองบุญมาก แก้งสนามนาง โนนแดง วังน้ำเขียว เทพารักษ์ เมืองยาง พระทองคำ ลำทะเมนชัย บัวลาย สีดา และเฉลิมพระเกียรติ

- ผู้ติดเชื้อทั้งหมดในจังหวัดนครราชสีมาในระลอกที่ 1 มีจำนวน 19 คน และระลอกที่ 2 จำนวน

13 คน

จังหวัดยะลา

- ประชากรตามทะเบียนราษฎรมีจำนวน 536,330 คน แบ่งการปกครองออกเป็น 8 อำเภอ ประกอบด้วย อำเภอเมือง รามัน กรงปินัง ยะหา กาบัง บันนังสตา ธารโต และเบตง

- ผู้ติดเชื้อทั้งหมดในจังหวัดยะลาในระลอกที่ 1 มีจำนวน 133 คน และระลอกที่ 2 จำนวน 7 คน

- ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณใน 6 อำเภอ ได้แก่ อำเภอบันนังสตา (83 คน) เมือง (33 คน) ยะหา (8 คน) รามัน (6 คน) ธารโต (6 คน) และเบตง (4 คน) รวมจำนวนผู้ติดเชื้อในระลอกทั้งหมด 140 คน

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของจังหวัด

ข้อมูลพื้นฐาน	กรุงเทพฯ		ชลบุรี		เชียงใหม่		นครราชสีมา		ยะลา	
	การระบาด		การระบาด		การระบาด		การระบาด		การระบาด	
	ระลอก		ระลอก		ระลอก		ระลอก		ระลอก	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
จำนวนประชากรในพื้นที่	5,666,264 คน		1,558,301 คน		1,779,254 คน		2,648,927 คน		536,330 คน	
ช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล*	1 ต.ค.-19 ธ.ค. 63	20-31 ธ.ค. 63	1 ต.ค.-19 ธ.ค. 63	20-31 ธ.ค. 63	1 ต.ค.-19 ธ.ค. 63	-	1 ต.ค.-19 ธ.ค. 63	20 ธ.ค. 63 15 ม.ค. 64	1 ต.ค.-19 ธ.ค. 63	20-31 ธ.ค. 63
จำนวนผู้ติดเชื้อทั้งหมด (คน)	136	143	87	630	46	23	19	13	133	7

หมายเหตุ * ช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์

ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งสิ้น 75 คน ประกอบด้วย คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้บริหารสถานกักกันของรัฐ พยาบาล ผู้อำนวยการส่วนส่งเสริมสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมระดับจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุข (กทม.) ผู้บริหารมหาวิทยาลัย ผู้อำนวยการโรงเรียนและครู ผู้นำศาสนา ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน และสมาชิกสภาเทศบาล

กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล อาศัยอยู่ในจังหวัดกรุงเทพมหานครจำนวน 15 คน เป็นเพศชาย 3 คน หญิง 12 คน จังหวัดชลบุรี จำนวน 15 คน เป็นเพศชาย 5 คน หญิง 10 คน จังหวัดเชียงใหม่จำนวน 15 คน เป็นเพศชาย 8 คน หญิง 7 คน จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 15 คน เป็นเพศชาย 9 คน หญิง 6 คน จังหวัดยะลา จำนวน 15 คน เป็นเพศชาย 10 คน หญิง 5 คน มีอายุระหว่าง 28 ปี ถึง 68 ปี อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 46.8 ปี ระยะเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ 20 นาที ถึง 136 นาที ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง 56 นาที

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาคือ ประชาชนที่อยู่ใน 5 จังหวัด รวมทั้งสิ้น 2,500 คน ซึ่งรายละเอียดข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แสดงดังในตารางที่ 2-4

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลเพศ อาชีพ อายุ ศาสนา และระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจังหวัด (n=2,500)

ข้อมูลทั่วไป	รวม	กรุงเทพฯ	ชลบุรี	เชียงใหม่	นครราชสีมา	ยะลา	χ^2 P-value
	(n=2,500) จำนวน (ร้อยละ)	(n=500) จำนวน (ร้อยละ)	(n=500) จำนวน (ร้อยละ)	(n=500) จำนวน (ร้อยละ)	(n=500) จำนวน (ร้อยละ)	(n=500) จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ							0.083**
หญิง	1,791(71.6)	359(71.8)	353(70.6)	339(67.8)	379(75.8)	361(72.2)	
ชาย	709(28.4)	141(28.2)	147(29.4)	161(32.2)	121(24.2)	139(27.8)	
อาชีพ							0.000**
รับจ้าง	866(34.6)	119(23.8)	203(40.6)	186(37.2)	152(30.4)	206(41.2)	
เกษตรกร	444(17.8)	9(1.8)	30(6.0)	24(4.8)	244(48.8)	137(27.4)	
ค้าขาย/ธุรกิจ	278(11.1)	28(5.6)	99(19.8)	80(16.0)	38(7.6)	33(6.6)	
พนักงานบริษัท	220(8.8)	147(29.4)	28(5.6)	32(6.4)	7(1.4)	6(1.2)	
รับราชการ	199(8.0)	77(15.4)	42(8.4)	70(14.0)	6(1.2)	4(0.8)	
นักเรียน/นักศึกษา	121(4.8)	67(13.4)	7(1.4)	16(3.2)	14(2.8)	17(3.4)	
ข้าราชการบำนาญ	83(3.3)	7(1.4)	49(9.8)	4(0.8)	17(3.4)	6(1.2)	
พนักงานราชการ	36(1.4)	12(2.4)	4(0.8)	16(3.2)	2(0.4)	2(0.4)	
รัฐวิสาหกิจ	15(0.6)	6(1.2)	4(0.8)	3(0.6)	1(0.2)	1(0.2)	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	238(9.6)	28(5.6)	34(6.8)	69(13.8)	19(3.8)	88(17.6)	

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลเพศ อาชีพ อายุ ศาสนา และระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจังหวัด (n=2,500) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	รวม	กรุงเทพฯ	ชลบุรี	เชียงใหม่	นครราชสีมา	ยะลา	χ ² P-value
	(n=2,500) จำนวน (ร้อยละ)	(n=500) จำนวน (ร้อยละ)	(n=500) จำนวน (ร้อยละ)	(n=500) จำนวน (ร้อยละ)	(n=500) จำนวน (ร้อยละ)	(n=500) จำนวน (ร้อยละ)	
อายุ (ปี)							0.000**
≤ 30	649(26.0)	215(43.0)	91(18.2)	94(18.8)	45(9.0)	204(40.8)	
31-40	421(16.8)	105(21.0)	74(14.8)	76(15.2)	54(10.8)	112(22.4)	
41-50	527(21.0)	90(18.0)	96(19.2)	88(17.6)	145(29.0)	108(21.6)	
51-60	579(23.2)	74(14.8)	155(31.0)	116(23.2)	172(34.4)	62(12.4)	
> 60	324(13.0)	16(3.2)	84(16.8)	126(25.2)	84(16.8)	14(2.8)	
Median**, Range	44.5, 18-70	34.0, 18-68	50.0, 18-70	50.0, 18-70	51.0, 18-70	35.0, 18-70	
Mean***, SD	43.4, 14.4	36.4, 12.9	46.9, 13.9	47.8, 15.0	49.5, 11.7	36.4, 12.5	
ศาสนา							0.000**
พุทธ	1,951(78.0)	464(92.8)	480(96.0)	488(97.6)	500(100.0)	19(3.8)	
อิสลาม	521(20.8)	27(5.4)	14(2.8)	0(0.0)	0(0.0)	480(96.0)	
คริสต์	28(1.2)	9(1.8)	6(1.2)	12(2.4)	0(0.0)	1(0.2)	
ระดับการศึกษา							0.000**
ประถมศึกษา	877(35.2)	69(13.8)	175(35.0)	168(33.6)	299(59.8)	166(33.2)	
มัธยมศึกษา	850(34.0)	152(30.4)	151(30.2)	130(26.0)	163(32.6)	254(50.8)	
ประกาศนียบัตร/ อนุปริญญา	231(9.2)	88(17.6)	56(11.2)	47(9.4)	14(2.8)	26(5.2)	
ปริญญาตรี	501(20.0)	174(34.8)	113(22.6)	138(27.6)	23(4.6)	53(10.6)	
สูงกว่าปริญญาตรี	41(1.6)	17(3.4)	5(1.0)	17(3.4)	1(0.2)	1(0.2)	

หมายเหตุ สํารวจข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2563 ถึงมกราคม 2564

* Fisher's exact test, ** Kruskal-Wallis test, *** ANOVA test

จากตารางที่ 2 พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร ชลบุรี เชียงใหม่ นครราชสีมา และยะลา ร้อยละ 20.0 เท่ากัน เป็นเพศหญิงมากที่สุดร้อยละ 71.6 ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุดร้อยละ 34.6 มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปีมากที่สุดร้อยละ 26.0 โดยมีอายุเฉลี่ย 43.4 ปี กลุ่มตัวอย่างนับถือศาสนาพุทธมากที่สุดร้อยละ 78.0 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุดร้อยละ 35.2 รองลงมาคือมัธยมศึกษาร้อยละ 34.0 ซึ่งพบว่า อาชีพ อายุ ศาสนา และระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละจังหวัดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ส่วนเพศของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละจังหวัดไม่มีความแตกต่างกัน ($p = 0.083$)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อมูลจำนวนสมาชิก โรคประจำตัว พื้นที่บ้าน ฐานะทางครอบครัว และการได้รับเงิน เยียวยาจากรัฐบาลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจังหวัด (n=2,500)

ข้อมูลทั่วไป	รวม	กรุงเทพฯ	ชลบุรี	เชียงใหม่	นครราชสีมา	ยะลา	χ^2 P-value
	(n=2,500) จำนวน (ร้อยละ)	(n=500) จำนวน (ร้อยละ)	(n=500) จำนวน (ร้อยละ)	(n=500) จำนวน (ร้อยละ)	(n=500) จำนวน (ร้อยละ)	(n=500) จำนวน (ร้อยละ)	
จำนวนสมาชิก							0.000**
1-2	576(23.0)	178(35.6)	143(28.6)	155(31.0)	73(14.6)	27(5.4)	
3-4	1,057(42.3)	226(45.2)	208(41.6)	232(46.4)	239(47.8)	152(30.4)	
5-6	602(24.1)	68(13.6)	110(22.0)	90(18.0)	154(30.8)	180(36.0)	
> 6	265(10.6)	28(5.6)	39(7.8)	23(4.6)	34(6.8)	141(28.2)	
Median**, Range	4.0, 1-17	3.0, 1-10	4.0, 1-10	3.0, 1-10	4.0, 1-12	5.0, 1-17	
Mean***, SD	4.0, 2.0	3.3, 1.7	3.7, 1.8	3.4, 1.6	4.2, 1.6	5.6, 2.5	
จำนวนสมาชิกอายุ ≤ 1 ปี							0.000**
ไม่มี	2,298(91.9)	476(95.2)	461(92.2)	467(93.4)	462(92.4)	432(86.4)	
มี	202(8.1)	24(4.8)	39(7.8)	33(6.6)	38(7.6)	68(13.6)	
1-2	170(84.2)	21(87.5)	29(74.4)	24(72.7)	32(84.2)	64(94.1)	0.002**
3-4	20(9.9)	3(12.5)	7(17.9)	6(18.2)	3(7.9)	1(1.5)	
> 4	12(5.9)	0(0.0)	3(7.7)	3(9.1)	3(7.9)	3(4.4)	
Median**, Range	1.0, 1-13	1.0, 1-3	1.0, 1-7	1.0, 1-7	1.0, 1-6	1.0, 1-13	
Mean***, SD	1.7, 1.5	1.3, 0.7	2.0, 1.6	2.1, 1.8	1.7, 1.2	1.4, 1.7	
จำนวนสมาชิกอายุ ≥ 60 ปี							0.000**
ไม่มี	1449(58.0)	363(72.6)	286(57.2)	228(45.6)	247(49.4)	325(65.0)	
มี	1051(42.0)	137(27.4)	214(42.8)	272(54.4)	253(50.6)	175(35.0)	
1-2	1010(89.6)	131(95.6)	205(95.8)	262(96.3)	241(95.2)	171(97.7)	0.012**
3-4	37(9.4)	6(4.4)	8(3.7)	10(3.7)	10(4.0)	3(1.7)	
> 4	4(1.0)	0(0.0)	1(0.5)	0(0.0)	2(0.8)	1(0.6)	
Median**, Range	1.0, 1-6	1.0, 1-3	1.0, 1-5	1.0, 1-4	1.0, 1-6	1.0, 1-6	
Mean***, SD	1.4, 0.6	1.4, 0.6	1.4, 0.6	1.5, 0.6	1.5, 0.7	1.3, 0.6	
จำนวนสมาชิกที่มีโรค							0.000**
ประจำตัว							
ไม่มี	1,411(56.4)	327(65.4)	258(51.6)	202(40.4)	291(58.2)	333(66.6)	
มี	1,089(43.6)	173(34.6)	242(48.4)	298(59.6)	209(41.8)	167(33.4)	
พื้นที่บ้านเพียงพอสำหรับ							0.000**
การเว้นระยะห่างทาง							
สังคม							
เพียงพอ	2,122(84.9)	418(83.6)	440(88.0)	446(89.2)	466(93.2)	352(70.4)	
ไม่เพียงพอ	378(15.1)	82(16.4)	60(12.0)	54(10.8)	34(6.8)	148(29.6)	

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อมูลจำนวนสมาชิก โรคประจำตัว พื้นที่บ้าน ฐานะทางครอบครัว และการได้รับเงินเยียวยาจากรัฐบาลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจังหวัด (n=2,500) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	รวม	กรุงเทพฯ	ชลบุรี	เชียงใหม่	นครราชสีมา	ยะลา	χ ² P-value
	(n=2,500) จำนวน (ร้อยละ)	(n=500) จำนวน (ร้อยละ)	(n=500) จำนวน (ร้อยละ)	(n=500) จำนวน (ร้อยละ)	(n=500) จำนวน (ร้อยละ)	(n=500) จำนวน (ร้อยละ)	
ฐานะทางครอบครัว							0.000**
รวย	23(0.9)	2(0.4)	10(2.0)	3(0.6)	5(1.0)	3(0.6)	
ปานกลาง	2,092(83.7)	466(93.2)	452(90.4)	442(88.4)	408(81.6)	324(64.8)	
จน	330(13.2)	31(6.2)	30(6.0)	50(10.0)	82(16.4)	137(27.4)	
ไม่มีรายได้	55(2.2)	1(0.2)	8(1.6)	5(1.0)	5(1.0)	36(7.2)	
สมาชิกในครอบครัวได้รับ							
การเยียวยา							0.000**
ไม่ทราบ	62(2.5)	30(6.0)	14(2.8)	5(1.0)	2(0.4)	11(2.2)	
ไม่ได้รับ	962(38.5)	297(59.4)	246(49.2)	188(37.6)	118(23.6)	113(22.6)	
ได้รับ	1,476(59.0)	173(34.6)	240(48.0)	307(61.4)	380(76.0)	376(75.2)	
1-2 คน	1,290(87.4)	161(93.1)	216(90.0)	283(92.2)	350(92.1)	280(74.4)	0.000**
3-4 คน	171(11.6)	12(6.9)	4.8(10.0)	24(7.8)	28(7.4)	83(22.1)	
5-6 คน	13(0.9)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(0.5)	11(2.2)	
> 6 คน	2(0.1)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	2(0.5)	
Median**, Range	1.0, 1-12	1.0, 1-4	1.0, 1-4	1.0, 1-4	1.0, 1-6	2.0, 1-12	
Mean***, SD	1.6, 0.9	1.4, 0.6	1.5, 0.7	1.4, 0.7	1.5, 0.8	2.0, 1.2	

หมายเหตุ: สํารวจข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2563 ถึงมกราคม 2564

* Fisher's exact test, ** Kruskal-Wallis test, *** ANOVA test

จากตารางที่ 3 พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 3-4 คนมากที่สุด ร้อยละ 42.3 โดยมีสมาชิกเฉลี่ย 4 คน ซึ่งมีสมาชิกในครอบครัวที่อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี ร้อยละ 8.1 และมีสมาชิกในครอบครัวอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี ร้อยละ 42.0 สมาชิกในครอบครัวมีโรคประจำตัว ร้อยละ 43.6 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพื้นที่บ้านเพียงพอสำหรับการเว้นระยะห่างทางสังคม ร้อยละ 84.9 มีฐานะทางครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 83.7 สมาชิกในครอบครัวได้รับการเยียวยาร้อยละ 59.0 โดยครอบครัวที่ได้รับการเยียวยาส่วนใหญ่ได้รับการเยียวยาจำนวน 1-2 คนต่อครอบครัว ร้อยละ 87.4 ซึ่งพบว่าจำนวนสมาชิก โรคประจำตัว พื้นที่บ้าน ฐานะทางครอบครัว และการได้รับเงินเยียวยาจากรัฐบาลของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละจังหวัดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) นอกจากนี้พบว่าจำนวนสมาชิกที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี จำนวนสมาชิกที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับการเยียวยาในแต่ละจังหวัดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.002$, $p = 0.012$, $p < 0.001$ ตามลำดับ)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบข้อมูลการรับรู้การติดเชื้อ การรับรู้การกักกันโรคโควิด-19 การป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโรคโควิด-19 และแหล่งที่ได้รับข้อมูลข่าวสารของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจังหวัด (n=2,500)

ข้อมูลทั่วไป	รวม	กรุงเทพฯ	ชลบุรี	เชียงใหม่	นครราชสีมา	ยะลา	P-value
	(n=2,500)	(n=500)	(n=500)	(n=500)	(n=500)	(n=500)	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
มีผู้เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ในชุมชน							
ไม่มี	2,321(92.8)	497(99.4)	457(91.4)	426(85.2)	477(95.4)	464(92.8)	0.000**
มี	179(7.2)	3(0.6)	43(8.6)	74(14.8)	23(4.6)	36(7.2)	
Median**, Range	1.0, 1-10	1.0, -	1.0, 1-2	1.0, 1-3	1.0, 1-4	1.0, 1-10	0.000**
Mean***, SD	1.4, 1.2	1.0, 0	1.0, 0.1	1.2, 0.5	1.1, 0.6	2.4, 2.4	
มีผู้กักกันโรคโควิด-19 ในชุมชน							
ไม่มี	1,478(59.1)	477(95.4)	446(89.2)	304(60.8)	15(3.0)	236(47.2)	0.000**
มี	1,022(40.9)	23(4.6)	54(10.8)	196(39.2)	485(97.0)	264(52.8)	
Median**, Range	1.0, 1-60	1.0, 1-5	1.0, 1-13	4.0, 1-32	1.0, 1-60	1.0, 1-26	0.000**
Mean***, SD	3.9, 7.9	1.3, 0.9	1.9, 2.5	4.7, 4.8	4.9, 10.6	2.4, 3.4	
มีผู้เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ในครอบครัว							
ไม่มี	2,472(98.9)	500(100.0)	494(98.8)	497(99.4)	499(99.8)	482(96.4)	0.000**
มี	28(1.1)	0(0.0)	6(1.2)	3(0.6)	1(0.2)	18(3.6)	
Median**, Range	1.0, 1-5	NA	1.0, -	1.0, 1-5	1.0, -	1.0, 1-2	0.276**
Mean***, SD	1.2, 0.8	NA	1.0, 0	2.3, 2.3	1.0, 0	1.1, 0.2	
มีผู้กักกันโรคโควิด-19 ในครอบครัว							
ไม่มี	1,737(69.5)	488(97.6)	485(97.0)	458(91.6)	26(7.2)	270(54.0)	0.000**
มี	763(30.5)	12(2.4)	15(3.0)	42(8.4)	464(92.8)	230(46.0)	
Median**, Range	1.0, 1-10	1.0, 1-5	NA	1.0, 1-5	1.0, 1-6	1.0, 1-10	0.000**
Mean***, SD	1.3, 0.9	1.4, 1.2	1.0, 0	1.2, 0.7	1.1, 0.4	1.7, 1.4	
แอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือมีพอใช้							
ไม่เพียงพอ	626(25.0)	72(14.4)	70(14.0)	80(16.0)	164(32.8)	240(48.0)	0.000**
เพียงพอ	1,874(75.0)	428(85.6)	430(86.0)	420(84.0)	336(67.2)	260(52.0)	
พกแอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือทุกครั้งที่ออกจากบ้าน							
ไม่ใช่	668(26.7)	83(16.6)	93(18.6)	82(16.4)	176(35.2)	234(46.8)	0.000**
ใช่	1,832(73.3)	417(83.4)	407(81.4)	418(83.6)	324(64.8)	266(53.2)	
เว้นระยะห่างจากสมาชิกในครอบครัว 1-2 เมตร ตลอดเวลา							
ไม่ใช่	1,344(53.8)	2880(56.0)	261(52.2)	263(52.6)	263(52.6)	277(55.4)	0.000**
ใช่	1,156(46.2)	220(44.0)	239(47.8)	237(47.4)	237(47.4)	223(44.6)	
เว้นระยะห่างจากบุคคลอื่น 1-2 เมตร ตลอดเวลา							
ไม่ใช่	680(27.2)	153(30.6)	122(24.4)	114(22.8)	168(33.6)	123(24.6)	0.000**
ใช่	1,820(72.8)	347(69.4)	378(75.6)	386(77.2)	332(66.4)	377(75.4)	

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบข้อมูลการรับรู้การติดเชื้อ การรับรู้การกักกันโรคโควิด-19 การป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโรคโควิด-19 และแหล่งที่ได้รับข้อมูลข่าวสารของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจังหวัด (n=2,500) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	รวม	กรุงเทพฯ	ชลบุรี	เชียงใหม่	นครราชสีมา	ยะลา	P-value
	(n=2,500)	(n=500)	(n=500)	(n=500)	(n=500)	(n=500)	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
แหล่งที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19							0.000**
โทรทัศน์	1,192(47.7)	157(31.4)	250(50.0)	260(52.0)	340(68.0)	185(37.0)	
สื่อออนไลน์ เช่น ไลน์ เฟซบุ๊ก ยูทูบ และ เว็บไซต์	1,002(40.1)	318(63.6)	182(36.4)	197(39.4)	108(21.6)	197(39.4)	
อสม. / อสส.	156(6.2)	0(0.0)	34(6.8)	31(6.2)	27(5.4)	64(12.8)	
บุคลากรสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล	70(2.8)	13(2.6)	21(4.2)	6(1.2)	14(2.8)	16(3.2)	
วิทยุ	39(1.6)	2(0.4)	2(0.4)	3(0.6)	9(1.8)	23(4.6)	
หนังสือพิมพ์	15(0.6)	4(0.8)	5(1.0)	2(0.4)	1(0.2)	3(0.6)	
สมาชิกในครอบครัว	7(0.3)	3(0.6)	2(0.4)	0(0.0)	0(0.0)	2(0.4)	
โปสเตอร์	5(0.2)	1(0.2)	2(0.4)	0(0.0)	0(0.0)	2(0.4)	
เพื่อนบ้าน	5(0.2)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	5(1.0)	
เพื่อนร่วมงาน	5(0.2)	2(0.4)	1(0.2)	1(0.2)	0(0.0)	1(0.2)	
ผู้นำชุมชน เช่น นายกเทศมนตรี กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน	4(0.2)	0(0.0)	1(0.2)	0(0.0)	1(0.2)	2(0.4)	

หมายเหตุ สํารวจข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2563 ถึงมกราคม 2564

* Fisher's exact test, ** Kruskal-Wallis test, *** ANOVA test

จากตารางที่ 4 พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีผู้เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ในชุมชนเพียงร้อยละ 7.2 รับรู้ว่ามีผู้ถูกกักกันโรคโควิด-19 ในชุมชนร้อยละ 40.9 มีผู้เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ในครอบครัวร้อยละ 1.1 และมีผู้ถูกกักกันโรคโควิด-19 ในครอบครัวร้อยละ 30.5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือพอใช้ร้อยละ 75.0 พกแอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือทุกครั้งที่ออกจากบ้านร้อยละ 73.3 มีหน้ากากอนามัยพอใช้ร้อยละ 76.6 สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาเมื่อออกจากบ้านร้อยละ 91.1 เว้นระยะห่างจากบุคคลอื่น 1-2 เมตรตลอดเวลาร้อยละ 72.8 แต่เว้นระยะห่างจากสมาชิกในครอบครัว 1-2 เมตรตลอดเวลาเพียงร้อยละ 46.2 และกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ทางโทรทัศน์มากที่สุดร้อยละ 47.7 รองลงมาคือ สื่อออนไลน์ร้อยละ 40.1 แต่ได้รับข้อมูลข่าวสารจากหนังสือพิมพ์ร้อยละ 1.0 ซึ่งพบว่า การรับรู้การติดเชื้อ การรับรู้การกักกันโรคโควิด-19 การป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโรคโควิด-19 และแหล่งที่ได้รับข้อมูลข่าวสารของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละจังหวัดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

การศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาเมื่อออกจากบ้าน ร้อยละ 91.1 ซึ่งต่ำกว่าการศึกษาในระยะที่ 1 (ร้อยละ 92.7)⁷⁴ แต่สูงกว่าการศึกษาในประเทศเคนยาที่พบว่า ประชาชนสวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกนอกบ้านร้อยละ 89.0⁹ แต่ต่ำกว่าการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทยที่

พบว่า ประชาชนสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าเมื่อออกนอกบ้านร้อยละ 98.0^{5,6} นอกจากนี้ยังมีการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 อีกหลายประเด็นที่ต่ำกว่าการศึกษาที่ผ่านมา เช่น พกแอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือทุกครั้งที่ออกจากบ้านร้อยละ 73.3 ซึ่งต่ำกว่าการศึกษาในระยะที่ 1 (ร้อยละ 83.6)⁷⁴ และอีกหนึ่งการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่า ประชาชนพกแอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือทุกครั้งที่ออกจากบ้านร้อยละ 86.0⁶ การเว้นระยะห่างจากบุคคลอื่น 1-2 เมตรตลอดเวลาร้อยละ 72.8 ซึ่งต่ำกว่าการศึกษาในระยะที่ 1 (ร้อยละ 78.6)⁷⁴ และเว้นระยะห่างจากสมาชิกในครอบครัว 1-2 เมตรตลอดเวลาเพียงร้อยละ 46.2 ซึ่งต่ำกว่าการศึกษาในระยะที่ 1 (ร้อยละ 55.5)⁷⁴ ในขณะที่การศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทยพบว่า ประชาชนมีการเว้นระยะห่างจากบุคคลอื่น 1-2 เมตรตลอดเวลาร้อยละ 95.0 แต่เว้นระยะห่างจากสมาชิกในครอบครัว 1-2 เมตรตลอดเวลาเพียงร้อยละ 68.5⁶ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษาที่ผ่านมาทำการศึกษาในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ในประเทศไทยในระยะแรกซึ่งมีผู้ติดเชื้อจำนวนมาก ทำให้ประชาชนมีความกลัวต่อการติดเชื้อ ส่งผลให้มีการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างเคร่งครัด แต่การศึกษาในระยะที่ 2 การเก็บข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ในช่วงเดือนตุลาคมถึงธันวาคม 2563 ซึ่งเป็นช่วงที่ไม่พบผู้ติดเชื้อภายในประเทศ ทำให้ประชาชนมีการปฏิบัติที่หย่อนยาน จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ต่ำกว่าการศึกษาในระยะที่ 1

การที่พบว่าการเว้นระยะห่างทางสังคม 1-2 เมตรตลอดเวลา โดยเฉพาะการเว้นระยะห่างจากสมาชิกในครอบครัว มีการปฏิบัติค่อนข้างต่ำ ดังนั้นหากมีสมาชิกในครอบครัวมีการติดเชื้อโรคโควิด-19 จะส่งผลให้สมาชิกคนอื่นเกิดการติดเชื้อโรคโควิด-19 ดังเช่นกรณีที่พบผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 ในจังหวัดลำปาง จำนวน 1 ราย ซึ่งติดเชื้อจากเพื่อนชาวต่างชาติและเดินทางกลับจากกรุงเทพมหานคร สามารถแพร่เชื้อไปยังสมาชิกจำนวน 2 คน ซึ่งอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน⁷⁵ คล้ายคลึงกับผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 จำนวน 1 ราย ในกรุงเทพมหานคร ที่เดินทางกลับจากประเทศญี่ปุ่น สามารถแพร่เชื้อไปยังสมาชิกจำนวน 2 คน ซึ่งอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน⁷⁶ ดังนั้นรัฐบาลและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องควรเข้มงวดเรื่องการเว้นระยะห่างทางสังคมอย่างน้อย 1 เมตร เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามาตรการการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ที่มีประสิทธิภาพสูงสุด คือ การเว้นระยะห่างทางสังคม ดังการศึกษาในฮ่องกงพบว่าการศึกษาปฏิบัติตามมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคมในช่วงระยะเวลาของการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 สามารถลดการแพร่กระจายเชื้อในชุมชนได้ร้อยละ 44 โดยพบว่าการหยุดเรียนหรือปิดโรงเรียนจะช่วยลดอัตราการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด-19 จาก 1.28 คน (95%CI=1.26-1.30) เหลือ 0.72 คน (95%CI=0.70-0.74)⁵¹ รวมถึงมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคมอย่างอื่น เช่น การทำงานที่บ้าน เป็นต้น⁵² อีกทั้งมีการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า การเว้นระยะห่าง 1 เมตรหรือมากกว่า ช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 เมื่อเทียบกับการเว้นระยะห่างน้อยกว่า 1 เมตร (OR=0.18, 95%CI=0.09-0.38)⁵³

การเว้นระยะห่างเป็นมาตรการป้องกันโรกระบบทางเดินหายใจและโรคโควิด-19 ได้ดี แต่ในทางปฏิบัติค่อนข้างทำได้ยาก ดังนั้นการรณรงค์ให้ประชาชนทุกคนสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาเมื่อออกนอกบ้าน (universal mask policy) จึงเป็นมาตรการที่มีความสำคัญและได้ผลในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในหลายประเทศรวมทั้งประเทศไทย⁷⁷

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นต่อบริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน

การศึกษาครั้งนี้ สอบถามความคิดเห็นต่อบริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน จำนวน 2,500 คน ซึ่งนำเสนอผลการศึกษานี้ตามรายจังหวัดและภาพรวม แสดงดังตารางที่ 5-8

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคะแนนและระดับความคิดเห็นต่อบริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 และผู้ถูกกักกัน (n=2,500)

คะแนน	ระดับ ความคิดเห็น	บริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการ ปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อ		บริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการ ปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ถูกกักกัน	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
		จังหวัดกรุงเทพมหานคร			
≤ 41	ต่ำ	54	10.8	49	9.8
42-62	ปานกลาง	214	42.8	200	40.0
63-84	สูง	232	46.4	251	50.2
คะแนนเฉลี่ยบริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อ (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 60.6 (14.7) คะแนน ค่ามัธยฐาน 60.0 คะแนน พิสัย 21-84 คะแนน					
คะแนนเฉลี่ยบริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ถูกกักกัน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 60.7 (14.5) คะแนน ค่ามัธยฐาน 60.7 คะแนน พิสัย 21-84 คะแนน					
จังหวัดชลบุรี					
≤ 41	ต่ำ	25	5.0	29	5.8
42-62	ปานกลาง	196	39.2	192	38.4
63-84	สูง	279	55.8	279	55.8
คะแนนเฉลี่ยบริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อ (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 63.7 (12.4) คะแนน ค่ามัธยฐาน 64.0 คะแนน พิสัย 21-84 คะแนน					
คะแนนเฉลี่ยบริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ถูกกักกัน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 63.6 (12.4) คะแนน ค่ามัธยฐาน 64.0 คะแนน พิสัย 21-84 คะแนน					
จังหวัดเชียงใหม่					
≤ 41	ต่ำ	12	2.4	18	3.6
42-62	ปานกลาง	161	32.2	161	32.2
63-84	สูง	327	65.4	321	64.2
คะแนนเฉลี่ยบริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อ (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 67.2 (12.5) คะแนน ค่ามัธยฐาน 69.0 คะแนน พิสัย 21-84 คะแนน					
คะแนนเฉลี่ยบริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ถูกกักกัน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 66.7 (12.7) คะแนน ค่ามัธยฐาน 67.5 คะแนน พิสัย 28-84 คะแนน					

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคะแนนและระดับความคิดเห็นต่อบริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 และผู้ถูกกักกัน (n=2,500) (ต่อ)

คะแนน	ระดับ ความคิดเห็น	บริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการ ปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อ		บริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการ ปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ถูกกักกัน	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
		จังหวัดนครราชสีมา			
≤ 41	ต่ำ	19	3.8	19	3.8
42-62	ปานกลาง	142	28.4	136	27.2
63-84	สูง	339	67.8	345	69.0
คะแนนเฉลี่ยบริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อ (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 65.8 (12.8) คะแนน ค่ามัธยฐาน 67.0 คะแนน พิสัย 22-84 คะแนน					
คะแนนเฉลี่ยบริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ถูกกักกัน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 66.4 (12.5) คะแนน ค่ามัธยฐาน 67.5 คะแนน พิสัย 21-84 คะแนน					
จังหวัดยะลา					
≤ 41	ต่ำ	20	4.0	46	9.2
42-62	ปานกลาง	125	25.0	155	31.0
63-84	สูง	355	71.0	299	59.8
คะแนนเฉลี่ยบริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อ (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 66.6 (11.9) คะแนน ค่ามัธยฐาน 68.0 คะแนน พิสัย 21-84 คะแนน					
คะแนนเฉลี่ยบริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ถูกกักกัน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 63.2 (13.6) คะแนน ค่ามัธยฐาน 66.0 คะแนน พิสัย 21-84 คะแนน					
ภาพรวม					
≤ 41	ต่ำ	130	5.2	161	6.4
42-62	ปานกลาง	838	33.5	844	33.8
63-84	สูง	1,532	61.3	1,495	59.8
คะแนนเฉลี่ยบริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อ (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 64.7 (13.1) คะแนน ค่ามัธยฐาน 66.0 คะแนน พิสัย 21-84 คะแนน					
คะแนนเฉลี่ยบริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ถูกกักกัน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 64.1 (13.4) คะแนน ค่ามัธยฐาน 65.0 คะแนน พิสัย 21-84 คะแนน					

หมายเหตุ สํารวจข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2563 ถึงมกราคม 2564, คะแนนเต็ม 84 คะแนน

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างโดยรวมมีความคิดเห็นต่อบริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูงมากที่สุดร้อยละ 61.3 โดยมีคะแนนความคิดเห็นต่อบริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 เฉลี่ย 64.7 คะแนน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อบริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ถูกกักกันอยู่ในระดับสูงมากที่สุดร้อยละ 59.8 โดยมีคะแนนความคิดเห็นต่อบริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 เฉลี่ย 64.1 คะแนน

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนความคิดเห็นต่อบริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่างต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 จำแนกตามจังหวัด (n=2,500)

จังหวัด	Minimum	Maximum	Median	IQR*	Mean rank	Kruskal-Wallis test	
						χ^2	p-value
จังหวัด						91.67	0.000
กรุงเทพฯ	21	84	61.00	20	1,014.97		
ชลบุรี	21	84	64.00	17	1,176.22		
เชียงใหม่	21	84	69.00	20	1,385.88		
นครราชสีมา	22	84	67.00	19	1,316.27		
ยะลา	21	84	68.00	14	1,359.17		

หมายเหตุ สํารวจข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2563 ถึงมกราคม 2564

* IQR=interquartile range

จากตารางที่ 6 พบว่า คะแนนความคิดเห็นต่อบริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่างต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ในแต่ละจังหวัดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสําคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยในจังหวัดเชียงใหม่ มีค่ามัธยฐานคะแนนความคิดเห็นต่อบริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่างต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 มากที่สุด (median=69.00, IQR=20) และกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยในจังหวัดกรุงเทพมหานคร มีค่ามัธยฐานคะแนนความคิดเห็นต่อบริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่างต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 น้อยที่สุด (median=61.00, IQR=20)

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความคิดเห็นต่อบริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติกรป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 (n=2,500)

ข้อ	บริบทแวดล้อม	ระดับความคิดเห็นที่มีผลต่อการปฏิบัติ การป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อ			
		ไม่มีผล	น้อย	มาก	มากที่สุด
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1.	อสม. / อสส.	152(6.1)	324(13.0)	701(28.0)	1,323(52.9)
2.	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ/ตำบล/เทศบาล	168(6.7)	289(11.6)	723(28.9)	1,320(52.8)
3.	มาตรการการจัดการเว้นระยะห่างทางสังคม	107(4.3)	267(10.7)	813(32.5)	1,313(52.5)
4.	บุคคลในครอบครัว	190(7.6)	234(9.4)	811(32.4)	1,265(50.6)
5.	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัด/คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด	202(8.1)	316(12.6)	732(29.3)	1,250(50.0)
6.	มาตรการการสั่งปิดสถานศึกษา	164(6.6)	385(15.4)	798(31.9)	1,153(46.1)
7.	มาตรการงดกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน เช่น ประเพณีสงกรานต์ การทำบุญวันสำคัญทางศาสนา	177(7.1)	415(16.6)	790(31.6)	1,118(44.7)
8.	มาตรการการงดออกจากบ้านหลังเวลา 24.00 น.	210(8.4)	390(15.6)	801(32.0)	1,099(44.0)
9.	กฎระเบียบข้อบังคับของชุมชน	166(6.6)	366(14.6)	889(35.6)	1,079(43.2)
10.	เครือข่ายทางสังคมออนไลน์ เช่น Facebook, line	184(7.4)	318(12.7)	922(36.9)	1,076(43.0)
11.	วัฒนธรรมการกินอาหารร่วมกัน	183(7.3)	474(19.0)	839(33.6)	1,004(40.2)
12.	การผ่อนปรนมาตรการควบคุมของรัฐบาล	156(6.2)	372(14.9)	994(39.8)	978(39.1)
13.	เพื่อน/เพื่อนบ้านของท่าน	174(7.0)	352(14.1)	1,000(40.0)	974(39.0)
14.	วัฒนธรรมการอยู่ร่วมกันในชุมชน	167(6.7)	488(19.5)	880(35.2)	965(38.6)
15.	วัฒนธรรมการอยู่ร่วมกันในครอบครัว	197(7.9)	403(16.1)	964(38.6)	936(37.4)
16.	พิธีกรรมทางศาสนา	275(11.0)	460(18.4)	862(34.5)	903(36.1)
17.	กำนัน	314(12.6)	471(18.8)	844(33.8)	871(34.8)
18.	ครูประจำโรงเรียนในชุมชน	328(13.1)	485(19.4)	851(34.0)	836(33.4)
19.	นายกเทศมนตรี/นายกองค์การบริหารส่วนตำบล	295(11.8)	478(19.1)	909(36.4)	818(32.7)
20.	ผู้ใหญ่บ้าน	351(14.0)	504(20.2)	866(34.6)	779(31.2)
21.	ผู้นำทางศาสนา เช่น พระสงฆ์ บาทหลวง จุฬาราชมนตรี โต๊ะอิหม่าม	388(15.5)	584(23.4)	869(34.8)	659(26.4)

หมายเหตุ สํารวจข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2563 ถึงมกราคม 2564

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อบริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติกรป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ในระดับมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ อสม. / อสส. (ร้อยละ 52.9) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ/ตำบล/เทศบาล (ร้อยละ 52.8) มาตรการการจัดการเว้นระยะห่างทางสังคม (ร้อยละ 52.5) บุคคลในครอบครัว (ร้อยละ 50.6) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัด/คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด (ร้อยละ 50.0)

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความคิดเห็นต่อบริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติ การป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนต่อผู้ถูกกักกัน (n=2,500)

ข้อ	บริบทแวดล้อม	ระดับความคิดเห็นที่มีผลต่อการปฏิบัติ การป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ถูกกักกัน			
		ไม่มีผล จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	มาก จำนวน (ร้อยละ)	มากที่สุด จำนวน (ร้อยละ)
1.	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ/ตำบล/เทศบาล	157(6.3)	318(12.7)	755(30.2)	1,270(50.8)
2.	อสม. / อสส.	165(6.6)	340(13.6)	733(29.3)	1,262(50.5)
3.	มาตรการการจัดการเว้นระยะห่างทางสังคม	118(4.7)	271(10.8)	851(34.0)	1,260(50.4)
4.	บุคคลในครอบครัว	207(8.3)	229(9.2)	879(35.2)	1,185(47.4)
5.	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัด/คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด	223(8.9)	312(12.5)	782(31.3)	1,183(47.3)
6.	มาตรการการสั่งปิดสถานศึกษา	170(6.8)	381(15.2)	829(33.2)	1,120(44.8)
7.	กฎระเบียบข้อบังคับของชุมชน	173(6.9)	421(16.8)	837(33.5)	1,069(42.8)
8.	มาตรการงดกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน เช่น ประเพณีสงกรานต์ การทำบุญวันสำคัญทางศาสนา	172(6.9)	387(15.5)	894(35.8)	1,047(41.9)
9.	มาตรการการงดออกจากบ้านหลังเวลา 24.00 น.	199(8.0)	428(17.1)	841(33.6)	1,032(41.3)
10.	เครือข่ายทางสังคมออนไลน์ เช่น Facebook, line	206(8.2)	317(12.7)	957(38.3)	1,020(40.8)
11.	วัฒนธรรมการกินอาหารร่วมกัน	187(7.5)	477(19.1)	870(34.8)	966(38.6)
12.	การผ่อนปรนมาตรการควบคุมของรัฐบาล	170(6.8)	383(15.3)	1,019(40.8)	928(37.1)
13.	วัฒนธรรมการอยู่ร่วมกันในชุมชน	182(7.3)	474(19.0)	916(36.6)	928(37.1)
14.	เพื่อน/เพื่อนบ้านของท่าน	191(7.6)	352(14.1)	1,034(41.4)	923(36.9)
15.	วัฒนธรรมการอยู่ร่วมกันในครอบครัว	207(8.3)	426(17.0)	955(38.2)	912(36.5)
16.	พิธีกรรมทางศาสนา	256(10.2)	494(19.8)	873(34.9)	877(35.1)
17.	กำนัน	311(12.4)	456(18.2)	892(35.7)	841(33.6)
18.	ครูประจำโรงเรียนในชุมชน	324(13.0)	491(19.6)	893(35.7)	792(31.7)
19.	นายกเทศมนตรี/นายกองค์การบริหารส่วนตำบล	286(11.4)	485(19.4)	951(38.0)	778(31.1)
20.	ผู้ใหญ่บ้าน	353(14.1)	505(20.2)	894(35.8)	748(29.9)
21.	ผู้นำทางศาสนา เช่น พระสงฆ์ บาทหลวง จุฬาราชมนตรี โต๊ะอิหม่าม	393(15.7)	592(23.7)	863(34.5)	652(26.1)

หมายเหตุ สํารวจข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2563 ถึงมกราคม 2564

จากตารางที่ 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อบริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติ การป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนต่อผู้ถูกกักกัน ในระดับมากที่สุด 5 อันดับแรก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ/ตำบล/เทศบาล (ร้อยละ 50.8) อสม. / อสส. (ร้อยละ 50.5) มาตรการการจัดการเว้นระยะห่างทางสังคม (ร้อยละ 50.4) บุคคลในครอบครัว (ร้อยละ 47.4) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัด/คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด (ร้อยละ 47.3)

ส่วนที่ 4 การปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน

การศึกษาครั้งนี้ สอบถามการปฏิบัติการณ์ป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน จำนวน 2,500 คน ซึ่งนำเสนอผลการศึกษานี้จำแนกตามรายจังหวัดและภาพรวม แสดงดังตารางที่ 9-13

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคะแนนและระดับการปฏิบัติการณ์ป้องกันโรคโควิด-19 ที่ถูกต้องต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 และผู้ถูกกักกัน (n=2,500)

คะแนน	ระดับการปฏิบัติ	การปฏิบัติการณ์ป้องกันโรคโควิด-19 ที่ถูกต้องต่อผู้ที่เคยติดเชื้อ		การปฏิบัติการณ์ป้องกันโรคโควิด-19 ที่ถูกต้องต่อผู้ถูกกักกัน	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จังหวัดกรุงเทพมหานคร					
≤ 53	ต่ำ	65	13.0	52	10.4
54-80	ปานกลาง	258	51.6	252	50.4
81-108	สูง	177	35.4	196	39.2
คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการณ์ป้องกันโรคโควิด-19 ที่ถูกต้องต่อผู้ที่เคยติดเชื้อ (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 73.7 (16.7) คะแนน ค่ามัธยฐาน 73.7 คะแนน พิสัย 31-102 คะแนน					
คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการณ์ป้องกันโรคโควิด-19 ที่ถูกต้องต่อผู้ถูกกักกัน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 74.6 (15.9) คะแนน ค่ามัธยฐาน 74.6 คะแนน พิสัย 32-102 คะแนน					
จังหวัดชลบุรี					
≤ 53	ต่ำ	53	10.6	51	10.2
54-80	ปานกลาง	249	49.8	237	47.4
81-108	สูง	198	39.6	212	42.4
คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการณ์ป้องกันโรคโควิด-19 ที่ถูกต้องต่อผู้ที่เคยติดเชื้อ (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 74.8 (16.5) คะแนน ค่ามัธยฐาน 77.0 คะแนน พิสัย 28-102 คะแนน					
คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการณ์ป้องกันโรคโควิด-19 ที่ถูกต้องต่อผู้ถูกกักกัน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 75.4 (16.7) คะแนน ค่ามัธยฐาน 78.0 คะแนน พิสัย 29-102 คะแนน					
จังหวัดเชียงใหม่					
≤ 53	ต่ำ	34	6.8	37	7.4
54-80	ปานกลาง	243	48.6	241	48.2
81-108	สูง	223	44.6	222	44.4
คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการณ์ป้องกันโรคโควิด-19 ที่ถูกต้องต่อผู้ที่เคยติดเชื้อ (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 77.6 (16.5) คะแนน ค่ามัธยฐาน 78.0 คะแนน พิสัย 31-104 คะแนน					
คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการณ์ป้องกันโรคโควิด-19 ที่ถูกต้องต่อผู้ถูกกักกัน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 77.5 (16.2) คะแนน ค่ามัธยฐาน 78.0 คะแนน พิสัย 31-104 คะแนน					

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคะแนนและระดับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ถูกต้องต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 และผู้ถูกกักกัน (n=2,500) (ต่อ)

คะแนน	ระดับการปฏิบัติ	การปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ถูกต้องต่อผู้ที่เคยติดเชื้อ		การปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ถูกต้องต่อผู้ถูกกักกัน	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จังหวัดนครราชสีมา					
≤ 53	ต่ำ	17	3.4	9	1.8
54-80	ปานกลาง	200	40.0	140	28.0
81-108	สูง	283	56.6	351	70.2
คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ถูกต้องต่อผู้ที่เคยติดเชื้อ (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 81.8 (14.5) คะแนน ค่ามัธยฐาน 84.0 คะแนน พิสัย 33-107 คะแนน					
คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ถูกต้องต่อผู้ถูกกักกัน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 86.2 (13.1) คะแนน ค่ามัธยฐาน 87.0 คะแนน พิสัย 36-108 คะแนน					
จังหวัดยะลา					
≤ 53	ต่ำ	23	4.6	40	8.0
54-80	ปานกลาง	186	37.2	229	45.8
81-108	สูง	291	58.2	231	46.2
คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ถูกต้องต่อผู้ที่เคยติดเชื้อ (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 81.6 (14.6) คะแนน ค่ามัธยฐาน 84 คะแนน พิสัย 33-104 คะแนน					
คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ถูกต้องต่อผู้ถูกกักกัน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 78.1 (15.2) คะแนน ค่ามัธยฐาน 79.0 คะแนน พิสัย 38-104 คะแนน					
ภาพรวม					
≤ 53	ต่ำ	192	7.7	189	7.6
54-80	ปานกลาง	1,136	45.4	1,099	44.0
81-108	สูง	1,172	45.9	1,212	48.5
คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ถูกต้องต่อผู้ที่เคยติดเชื้อ (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 77.8 (16.1) คะแนน ค่ามัธยฐาน 79.0 คะแนน พิสัย 28-107 คะแนน					
คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ถูกต้องต่อผู้ถูกกักกัน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 78.3 (16.0) คะแนน ค่ามัธยฐาน 80.0 คะแนน พิสัย 29-108 คะแนน					

หมายเหตุ สํารวจข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2563 ถึงมกราคม 2564, คะแนนเต็ม 108 คะแนน

จากตารางที่ 9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างโดยรวมมีคะแนนการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ถูกต้องต่อผู้ที่เคยติดเชื้ออยู่ในระดับสูงมากที่สุดร้อยละ 45.9 โดยมีคะแนนการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ถูกต้องต่อผู้ที่เคยติดเชื้อเฉลี่ย 77.8 คะแนน นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ถูกต้องต่อผู้ถูกกักกันอยู่ในระดับสูงมากที่สุดร้อยละ 48.5 โดยมีคะแนนการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ถูกต้องต่อผู้ถูกกักกันเฉลี่ย 78.3 คะแนน

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติกรป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่างต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 จำแนกตามจังหวัด (n=2,500)

จังหวัด	Minimum	Maximum	Median	IQR*	Mean rank	Kruskal-Wallis test	
						χ^2	p-value
จังหวัด						95.86	0.000
กรุงเทพฯ	31	102	76.00	22	1,069.09		
ชลบุรี	28	102	77.00	21	1,124.45		
เชียงใหม่	31	104	78.00	23	1,240.79		
นครราชสีมา	33	107	84.00	22	1,390.97		
ยะลา	33	104	84.00	20	1,427.21		

หมายเหตุ สํารวจข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2563 ถึงมกราคม 2564

* IQR=interquartile range

จากตารางที่ 10 พบว่า คะแนนการปฏิบัติกรป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่างต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ในแต่ละจังหวัดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยในจังหวัดนครราชสีมาและจังหวัดยะลา มีค่ามัธยฐานคะแนนการปฏิบัติกรป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 มากที่สุด (median=84.00, IQR=22 และ median=84.00, IQR=20) และกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยในจังหวัดกรุงเทพมหานครมีค่ามัธยฐานคะแนนการปฏิบัติกรป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 น้อยที่สุด (median=76.00, IQR=22)

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติกรป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่างต่อผู้ถูกกักกันจากโรคโควิด-19 จำแนกตามจังหวัด (n=2,500)

จังหวัด	Minimum	Maximum	Median	IQR*	Mean rank	Kruskal-Wallis test	
						χ^2	p-value
จังหวัด						174.75	0.000
กรุงเทพฯ	32	102	77.00	21	1,074.77		
ชลบุรี	29	102	78.00	21	1,130.12		
เชียงใหม่	31	104	78.00	22	1,207.41		
นครราชสีมา	36	108	87.00	17	1,616.66		
ยะลา	38	104	79.00	21	1,223.53		

หมายเหตุ สํารวจข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2563 ถึงมกราคม 2564

* IQR=interquartile range

จากตารางที่ 11 พบว่า คะแนนการปฏิบัติกรป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่างต่อผู้ถูกกักกันจากโรคโควิด-19 ในแต่ละจังหวัดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยในจังหวัดนครราชสีมา มีค่ามัธยฐานคะแนนการปฏิบัติกรป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ถูกกักกันจากโรคโควิด-19 มากที่สุด (median=87.00, IQR=17) และกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยในจังหวัดกรุงเทพมหานครมีค่ามัธยฐานคะแนนการปฏิบัติกรป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ถูกกักกันจากโรคโควิด-19 น้อยที่สุด (median=77.00, IQR=21)

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีการปฏิบัติที่ถูกต้องต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 (n=2,500)

ข้อ	กิจกรรม	การปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19			
		ไม่ปฏิบัติ	นาน ๆ ครั้ง	เกือบทุกครั้ง	ทุกครั้ง
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1.	สวมหน้ากากอนามัยเมื่อพูดคุยกับคนเหล่านี้	158(6.3)	178(7.1)	450(18.0)	1,714(68.6)
2.	ล้างมือหรือทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจล หลังพูดคุยกับคนเหล่านี้ทุกครั้ง	169(6.8)	213(8.5)	548(21.9)	1,570(62.8)
3.	ล้างมือหรือทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจล ก่อนรับประทานอาหารร่วมกับคนเหล่านี้	216(8.6)	242(9.7)	506(20.2)	1,536(61.4)
4.	ล้างมือหรือทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจล หลังรับประทานอาหารร่วมกับคนเหล่านี้	211(8.4)	217(8.7)	544(21.8)	1,528(61.1)
5.	ไม่ใช้จาน ชาม ช้อน ส้อม แก้วน้ำ ร่วมกับคนเหล่านี้	354(14.2)	252(10.1)	431(17.2)	1,463(58.5)
6.	สนับสนุนให้แยกคนเหล่านี้ โดยให้อยู่แยกห้อง/ แยกบ้านกับผู้อื่น	302(12.1)	272(10.9)	544(21.8)	1,382(55.3)
7.	ไม่สัมผัสสร้างกายคนเหล่านี้	419(16.8)	323(12.9)	465(18.6)	1,293(51.7)
8.	มีส่วนร่วมในการสอดส่องดูแลคนเหล่านี้ในระหว่าง ที่มีการเฝ้าระวังโรคโควิด-19 จนครบ 14 วัน	385(15.4)	361(14.4)	523(20.9)	1,231(49.2)
9.	พูดคุยกับคนเหล่านี้ แต่เว้นระยะห่างอย่างน้อย 1-2 เมตร	222(8.9)	437(17.5)	647(25.9)	1,194(47.8)
10.	มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ติดตามอาการ ของคนเหล่านี้	400(16.0)	358(14.3)	549(22.0)	1,193(47.7)
11.	ไม่รับประทานอาหารร่วมกับคนเหล่านี้	425(17.0)	395(15.8)	525(21.0)	1,155(46.2)
12.	รับประทานอาหารร่วมกับคนเหล่านี้ แต่เว้นระยะห่างอย่างน้อย 1-2 เมตร	457(18.3)	352(14.1)	581(23.2)	1,110(44.4)
13.	แนะนำวิธีป้องกันการติดเชื้อ/การแพร่เชื้อ โรคโควิด-19 ให้คนเหล่านี้	290(11.6)	439(17.6)	665(26.6)	1,106(44.2)
14.	มีส่วนร่วมในการรายงาน/แจ้งข้อมูลความผิดปกติ ที่อาจเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด-19 แก่ อสม. หรือ ผู้นำชุมชน	342(13.7)	453(18.1)	618(24.7)	1,087(43.5)
15.	มีส่วนร่วมในการคัดกรองโรคโควิด-19 ในคนเหล่านี้	429(17.2)	481(19.2)	566(22.6)	1,062(42.5)
16.	ห้ามบุตรหลานไปเล่นกับเด็กหรือสมาชิกใน ครอบครัวคนเหล่านี้	468(18.7)	481(19.2)	522(20.9)	1,029(41.2)

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีการปฏิบัติที่ถูกต้องต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 (n=2,500) (ต่อ)

ข้อ	กิจกรรม	การปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19			
		ไม่ปฏิบัติ	นาน ๆ ครั้ง	เกือบทุกครั้ง	ทุกครั้ง
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
17.	ไม่ใช้ห้องน้ำร่วมกับคนอื่น	433(17.3)	490(19.6)	604(24.2)	973(38.9)
18.	ห้ามคนในครอบครัวไปเยี่ยมเยียนคนอื่น	559(22.4)	500(20.0)	516(20.6)	925(37.0)
19.	พบปะคนอื่นเพื่อปลอบใจพูดคุยให้กำลังใจ โดยรักษาระยะห่างอย่างน้อย 1-2 เมตร	533(21.3)	476(19.0)	581(23.2)	910(36.4)
20.	ไม่ใช้โต๊ะ เก้าอี้ และเครื่องใช้อื่น ๆ ภายในชุมชน/ภายในบ้านร่วมกับคนอื่น	442(17.7)	496(19.8)	684(27.4)	878(35.1)
21.	ปลอบใจพูดคุยให้กำลังใจคนอื่นทางโทรศัพท์	497(19.9)	463(18.5)	662(26.5)	878(35.1)
22.	ไม่ร่วมกิจกรรมใด ๆ ที่คนอื่นเข้าร่วมกิจกรรม	589(23.6)	550(22.0)	525(21.0)	836(33.4)
23.	ต่อต้านการให้คนอื่นเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน	685(27.4)	570(22.8)	479(19.2)	766(30.6)
24.	ไม่พูดคุยกับคนอื่น	530(21.2)	662(26.5)	572(22.9)	736(29.4)
25.	ให้อาหาร สิ่งของ เครื่องใช้ หรือเงินช่วยเหลือแก่คนอื่น	477(19.1)	631(25.2)	729(29.2)	663(26.5)
26.	สนับสนุนให้ชุมชนฉีดพ่นยาฆ่าเชื้อในสิ่งแวดล้อมที่บ้านของคน	1,351(54.0)	554(22.2)	294(11.8)	301(12.0)
27.	สนับสนุนให้ชุมชนฉีดพ่นยาฆ่าเชื้อในสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ในชุมชน ที่มีคนอื่นอาศัยอยู่ เช่น วัด ตลาด	1,302(52.1)	630(25.2)	313(12.5)	255(10.2)

หมายเหตุ: สํารวจข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2563 ถึงมกราคม 2564

จากตารางที่ 12 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติที่ถูกต้องต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ในระดับมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ สวมหน้ากากอนามัยเมื่อพูดคุยกับผู้ติดเชื้อ (ร้อยละ 68.6) ล้างมือหรือทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจลหลังพูดคุยกับผู้ติดเชื้อทุกครั้ง (ร้อยละ 62.8) ล้างมือหรือทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจลก่อนรับประทานอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อ (ร้อยละ 61.4) ล้างมือหรือทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจลหลังรับประทานอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อ (ร้อยละ 61.1) และไม่ใช้จาน ชาม ช้อน ส้อม แก้วน้ำร่วมกับผู้ติดเชื้อ (ร้อยละ 58.5) และกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติที่ถูกต้องต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 น้อยที่สุดคือ ให้อาหาร สิ่งของ เครื่องใช้ หรือเงินช่วยเหลือแก่ผู้ติดเชื้อ (ร้อยละ 26.5) สนับสนุนให้ชุมชนทำนฉีดพ่นยาฆ่าเชื้อในสิ่งแวดล้อมที่บ้านของผู้ติดเชื้อ (ร้อยละ 12.0) และสนับสนุนให้ชุมชนทำนฉีดพ่นยาฆ่าเชื้อในสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ในชุมชนที่มีผู้ติดเชื้ออาศัยอยู่ เช่น วัด ตลาด (ร้อยละ 10.2)

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีการปฏิบัติที่ถูกต้องต่อผู้ถูกกักกัน (n=2,500)

ข้อ	กิจกรรม	การปฏิบัติต่อผู้ถูกกักกัน			
		ไม่ปฏิบัติ	นาน ๆ ครั้ง	เกือบทุกครั้ง	ทุกครั้ง
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1.	สวมหน้ากากอนามัยเมื่อพูดคุยกับคนเหล่านี้	152(6.1)	196(7.8)	521(20.8)	1,631(65.2)
2.	ล้างมือหรือทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจล ก่อนรับประทานอาหารร่วมกับคนเหล่านี้	210(8.4)	223(8.9)	537(21.5)	1,530(61.2)
3.	ล้างมือหรือทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจล หลังพูดคุยกับคนเหล่านี้ทุกครั้ง	158(6.3)	240(9.6)	575(23.0)	1,527(61.1)
4.	ล้างมือหรือทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจล หลังรับประทานอาหารร่วมกับคนเหล่านี้	214(8.6)	222(8.9)	555(22.2)	1,509(60.4)
5.	ไม่ใช้จาน ชาม ช้อน ส้อม แก้วน้ำ ร่วมกับคนเหล่านี้	337(13.5)	237(9.5)	484(19.4)	1,442(57.7)
6.	สนับสนุนให้แยกคนเหล่านี้ โดยให้อยู่แยกห้อง/แยก บ้านกับผู้อื่น	224(9.0)	293(11.7)	618(24.7)	1,365(54.6)
7.	ไม่สัมผัสร่างกายคนเหล่านี้	383(15.3)	323(12.9)	540(21.6)	1,254(50.2)
8.	มีส่วนร่วมในการสอดส่องดูแลคนเหล่านี้ในระหว่าง ที่มีการเฝ้าระวังโรคโควิด-19 จนครบ 14 วัน	349(14.0)	339(13.6)	600(24.0)	1,212(48.5)
9.	พูดคุยกับคนเหล่านี้ แต่เว้นระยะห่างอย่างน้อย 1-2 เมตร	213(8.5)	422(16.9)	675(27.0)	1,190(47.6)
10.	มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ติดตามอาการ ของคนเหล่านี้	346(13.8)	365(14.6)	619(24.8)	1,170(46.8)
11.	ไม่รับประทานอาหารร่วมกับคนเหล่านี้	410(16.4)	366(14.6)	571(22.8)	1,153(46.1)
12.	แนะนำวิธีป้องกันการติดเชื้อ/การแพร่เชื้อ โรคโควิด-19 ให้คนเหล่านี้	281(11.2)	419(16.8)	716(28.6)	1,084(43.4)
13.	รับประทานอาหารร่วมกับคนเหล่านี้ แต่เว้นระยะห่างอย่างน้อย 1-2 เมตร	440(17.6)	371(14.8)	613(24.5)	1,076(43.0)
14.	มีส่วนร่วมในการคัดกรองโรคโควิด-19 ในคนเหล่านี้	402(16.1)	404(16.2)	631(25.2)	1,063(42.5)
15.	มีส่วนร่วมในการรายงาน/แจ้งข้อมูลความผิดปกติ ที่อาจเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด-19 แก่ อสม. หรือ ผู้นำชุมชน	339(13.6)	442(17.7)	662(26.5)	1,057(42.3)
16.	ห้ามบุตรหลานไปเล่นกับเด็กหรือสมาชิกใน ครอบครัวคนเหล่านี้	424(17.0)	445(17.8)	576(23.0)	1,055(42.2)

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีการปฏิบัติที่ถูกต้องต่อผู้ถูกกักกัน (n=2,500) (ต่อ)

ข้อ	กิจกรรม	การปฏิบัติต่อผู้ถูกกักกัน			
		ไม่ปฏิบัติ	นาน ๆ ครั้ง	เกือบทุกครั้ง	ทุกครั้ง
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
17.	ไม่ใช่ห้องน้ำร่วมกับคนอื่น	437(17.5)	465(18.6)	658(26.3)	940(37.6)
18.	ห้ามคนในครอบครัวไปเยี่ยมเยียนคนอื่น	495(19.8)	523(20.9)	549(22.0)	933(37.3)
19.	ไม่ใช่โต๊ะ เก้าอี้ และเครื่องใช้อื่น ๆ ภายในชุมชน/ ภายในบ้านร่วมกับคนอื่น	385(15.4)	480(19.2)	731(29.2)	904(36.2)
20.	พบปะคนอื่นเพื่อปลอบใจพูดคุยให้กำลังใจ โดยรักษาระยะห่างอย่างน้อย 1-2 เมตร	497(19.9)	449(18.0)	669(26.8)	885(35.4)
21.	ปลอบใจพูดคุยให้กำลังใจคนอื่นทางโทรศัพท์	473(18.9)	449(18.0)	712(28.5)	866(34.6)
22.	ไม่เข้าร่วมกิจกรรมใด ๆ ที่คนอื่น เข้าร่วมกิจกรรม	515(20.6)	554(22.2)	599(24.0)	832(33.3)
23.	ต่อต้านการให้คนอื่นเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน	631(25.2)	533(21.3)	552(22.1)	784(31.4)
24.	ให้อาหาร สิ่งของ เครื่องใช้ หรือเงินช่วยเหลือ แก่คนอื่น	470(18.8)	595(23.8)	747(29.9)	688(32.8)
25.	ไม่พูดคุยกับคนอื่น	491(19.6)	669(26.8)	679(27.2)	661(26.4)
26.	สนับสนุนให้ชุมชนฉีดพ่นยาฆ่าเชื้อในสิ่งแวดล้อมที่บ้าน ของคนอื่น	1,290(51.6)	615(24.6)	303(12.1)	292(11.7)
27.	สนับสนุนให้ชุมชนฉีดพ่นยาฆ่าเชื้อในสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ในชุมชน ที่มีคนอื่นอาศัยอยู่ เช่น วัด ตลาด	1,240(49.6)	655(26.2)	356(14.2)	249(10.0)

หมายเหตุ สืบจากข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2563 ถึงมกราคม 2564

จากตารางที่ 13 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติที่ถูกต้องต่อผู้ถูกกักกัน ในระดับมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ สวมหน้ากากอนามัยเมื่อพูดคุยกับผู้ถูกกักกัน (ร้อยละ 65.2) ล้างมือหรือทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจล ก่อนรับประทานอาหารกับผู้ถูกกักกันทุกครั้ง (ร้อยละ 61.2) ล้างมือหรือทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจล หลังพูดคุยกับผู้ถูกกักกัน (ร้อยละ 61.1) ล้างมือหรือทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจล หลังรับประทานอาหารร่วมกับผู้ถูกกักกัน (ร้อยละ 60.4) และไม่ใช่จาน ชาม ช้อน ส้อม แก้วน้ำร่วมกับผู้ถูกกักกัน (ร้อยละ 57.7) และกลุ่มตัวอย่างที่มีการปฏิบัติที่ถูกต้องต่อผู้ถูกกักกันน้อยที่สุดคือ ไม่พูดคุยกับผู้ถูกกักกัน (ร้อยละ 26.4) สนับสนุนให้ชุมชนทำนฉีดพ่นยาฆ่าเชื้อในสิ่งแวดล้อมที่บ้านของผู้ถูกกักกัน (ร้อยละ 11.7) และสนับสนุนให้ชุมชนทำนฉีดพ่นยาฆ่าเชื้อในสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ในชุมชน ที่มีผู้ถูกกักกันอาศัยอยู่ เช่น วัด ตลาด (ร้อยละ 10.0)

ข้อค้นพบจากข้อมูลเชิงคุณภาพที่เกี่ยวกับการปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและผู้ถูกกักกัน

การปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและผู้ถูกกักกันตามนโยบายและมาตรการการป้องกันโรคโควิด-19 ได้แก่ การเว้นระยะห่างทางสังคม การสวมหน้ากากอนามัย การทำความสะอาดมือ การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคโควิด-19 และการใช้แอปพลิเคชันไทยชนะและหมอชนะ ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก สรุปได้ดังนี้

การเว้นระยะห่างทางสังคม การเว้นระยะห่างเป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ยาก โดยเฉพาะการเว้นระยะห่างในครอบครัว เนื่องจากวิถีความเป็นอยู่เป็นครอบครัวใหญ่ และสิ่งแวดล้อมในบ้านที่ไม่มีกำแพงพื้นที่เป็นสัดส่วนส่วนใหญ่อาศัยอยู่ด้วยกัน รับประทานอาหาร และนอนด้วยกัน ไม่เหมือนครอบครัวเดี่ยว ทั้งนี้บุคลากรสุขภาพและอสม. ในพื้นที่ได้ช่วยกันส่งเสริมความรู้และสร้างความเข้าใจให้แก่ประชาชน เพื่อให้ประชาชนสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“มีน้อยคนที่กินอาหารแยกจากคนอื่น ร้านค้าส่วนน้อยที่กำหนดให้นั่งแบบเว้นระยะห่าง และพยายามรณรงค์ให้มีการซื้อกลับบ้านมากกว่านั่งกินที่ร้าน...ส่วนใหญ่ก็ยังทำแบบเดิม กินด้วยกันเป็นกลุ่ม...ไม่เว้นระยะห่าง”

“ลูกสาวมาจากกรุงเทพฯ ก็กินช้อนใครช้อนมัน นั่งโต๊ะอยู่คนละที่ แยกแยะถ้วยใครถ้วยมัน เขาก็กลัวเราติด เราก็กลัวติดเขา...แต่คนที่อยู่ด้วยกันมาตลอด ก็กินด้วยกัน ถ้วยเดียวกัน เพราะไม่เสี่ยงอะไร”

“มีความยากที่ต้องปฏิบัติ...การรักษาระยะห่างที่บ้านทำไม่ได้เลย...ที่โรงเรียนครูก็พยายามรักษา ระยะห่าง โดยปรับตาราง ให้เด็กสลับกันมาเรียน แต่ในทางปฏิบัติก็ยากอยู่”

“...ถ้าไม่มีคนในครอบครัวติดเชื้อหรือเสี่ยงกับโรคโควิด จะไม่เว้นระยะห่าง ส่วนใหญ่กินข้าวด้วยกัน ไม่ใช่ช้อนกลาง พ่อแม่ลูกก็กอดจูบกันเหมือนเดิม คิดว่าไม่ได้เสี่ยงอะไร อยู่ด้วยกันทุกวัน”

“...คนที่อยู่หอพัก บ้านเช่า ก็อยู่ด้วยกันเป็นกลุ่มก้อน ยังคุยกัน กินข้าวด้วยกัน ทำกิจกรรมด้วยกันเหมือนเดิม ไม่เห็นมีใครไหนเว้นระยะห่าง”

“ปัญหาคือการ concern ของชาวบ้านมากกว่า เพราะไม่ได้มองถึงผลกระทบที่ตามมา ไม่ว่าจะเป็นการออกไปนอกบ้าน แล้วเอาเชื้อมาติด และไม่ระวังตัวในที่ทำงาน แม้แต่ตอนที่ระบาดก็ยังไปรวมกลุ่มกันอยู่เลย ไปรวมกลุ่มก็เกิด cluster ใหม่ ๆ ขึ้นมา”

“ตอนสงกรานต์ไปปี๊บสันทามหมู่ แล้วคุณก็ป่วยกันมาหมดเลย หรือแม้กระทั่งพิธีกรรมทางศาสนา ทุกศาสนาเลยนะ ไม่ใช่แค่ศาสนาพุทธอย่างเดียวนะ ที่มันมี cluster ใหม่เกิดขึ้น ก็เป็นศาสนาคริสต์ ไปเข้าโบสถ์ ไปงานศพ ก็บอกแล้วว่าอย่าไป ก็เข้าใจนะ ว่ามันเป็นแค่ครั้งเดียว แต่ผลตามหลังมา มันกระทบไปหมดเลย พอกระทบปุ๊บ เราก็ต้องทำให้คนไม่เกี่ยวข้องได้รับผลกระทบไปด้วย อย่างเช่นว่า เกิดจากผับ เราปิดผับอย่างเดียวได้ไหม ไม่ได้ ก็บอกแล้วว่าต้องตัด route หมด ร้านอาหารก็ต้องโดน เพราะมันเป็น route ใจ ถ้ามันไม่มีตัวตั้งต้น ตัวกระจาย มันก็ไม่มีปัญหา”

“...ถ้าเป็นงานชุมนุมคนนี่เราก็ต้องจำกัดการเข้า แต่ถ้ากลับไปบ้าน อันนี้ไม่มีใครสั่งอะไรได้ อันนี้ก็กลับไปที่ความตระหนักรู้ดีกว่า ตรวจสอบก็ยากละ อาจจะต้องตรวจได้ครึ่งหนึ่งถ้าเราไม่ตรวจก็อาจจะใกล้กันเหมือนเดิม ถ้าไม่ตระหนักรู้ ถ้าอยู่บ้านนี้ก็จบเพราะต้องใช้ชีวิตร่วมกัน ส่วนใหญ่ก็น่าจะไม่ค่อยจะเว้นกัน หรือถ้ารู้ว่าไปไหนมากก็ถึงจะเว้นกัน”

“...การเว้นระยะห่างทางสังคม ช่วงที่เกิดการระบาดของโรคโควิด-19 ประชาชนให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามนโยบาย และมาตรการต่าง ๆ ในการปฏิบัติตามมาตรการอย่างเคร่งครัด”

“การละหมาดที่มัสยิด หากมัสยิดใดไม่พร้อมเปิดสำหรับทำการละหมาดฮารีรายอ แก้ไขปัญหาโดยให้ประชาชนละหมาดนั้นจะไปละหมาดมัสยิดใกล้เคียงแห่งอื่นแทน มีการกำหนดจุดละหมาดของแต่ละคนให้ห่าง 1-2

เมตร มีการจำกัดจำนวนคน และกำหนดช่วงอายุในการละหมาดที่มีสยิด ผู้ใหญ่ละหมาดที่มีสยิด เด็กและผู้สูงอายุ ให้ทำการละหมาดที่บ้าน มีการงดประชุมกลุ่มผู้เฒ่าในพื้นที่ ช่วงระบาดระลอกแรก เพื่อหลีกเลี่ยงการรวมกลุ่มพบปะ นอกจากนี้ตามแหล่งสถานที่สาธารณะอื่น ๆ เช่น 7-Eleven ธนาคารหรือตามห้าง กำหนดให้มีการต่อคิวเข้าแบบ เว้นระยะห่าง ตามมาตรการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดอย่างเคร่งครัด”

การสวมหน้ากากอนามัย ระยะเวลาที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 และมีผู้ติดเชื้อในพื้นที่ ประชาชนส่วนใหญ่จะสวมหน้ากากอนามัย แต่ในช่วงที่ไม่พบผู้ติดเชื้อหรือมีผู้ติดเชื้อน้อย การปฏิบัติก็จะหย่อนยาน การสวมหน้ากากอนามัย ชาวบ้าน นักเรียน นักศึกษาบางคนไม่ได้สวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งที่ออกจากบ้านหรือเมื่ออยู่ในที่สาธารณะ รวมทั้งสวมหน้ากากอนามัยไม่ถูกต้อง เช่น ใส่ใต้จมูกหรือใต้คาง และเมื่อถอดหน้ากากอนามัย ชาวบ้านส่วนใหญ่จะสัมผัสด้านนอกของหน้ากากอนามัย ซึ่งถือว่าเป็นส่วนที่สกปรกและอาจมีเชื้อโรคโควิด-19 ที่ปนออกมากับลมหายใจ น้ำมูกน้ำลายของผู้ติดเชื้อ

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“...ไม่สวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกนอกบ้าน หรือสวมบ้างไม่สวมบ้าง การสวมหน้ากากของชาวบ้านมีประมาณร้อยละ 10-20 ซึ่งน่าห่วงว่าถ้ามี super spreader เข้ามา จะควบคุมไม่ได้”

“...บอกว่าต้องใส่หน้ากากตลอดเวลาที่ออกนอกบ้าน แต่ไม่ชิน หายใจไม่ออก”

“การใส่หน้ากากอนามัย ในช่วงการระบาดระลอกแรก หน้ากากอนามัยมีราคาค่อนข้างสูงมาก เนื่องจากขาดตลาด”

“อสม. มีการรวมตัวกันทำหน้ากากอนามัยด้วยผ้าแจกให้ชาวบ้าน และแจกตามจำนวนครัวเรือนที่ อสม. แต่ละคนรับผิดชอบเพื่อส่งเสริมให้ชาวบ้านใส่หน้ากากอนามัยทุกคน อย่างไรก็ตามคนในชุมชนไม่เคร่งครัดการป้องกันมากเท่ากับคนที่อาศัยในชุมชนเมือง เช่น ประชาชนในชุมชนไม่ค่อยป้องกันตนเองในการดำรงชีวิตในแต่ละวัน หากสมาชิกในบ้านไม่มีอาการป่วย จะให้อยู่ห่างจากกัน ใส่ mask ตลอดเวลาภายในบ้าน เป็นสิ่งที่ยากในวิถีชีวิตของชาวบ้านในพื้นที่ชนบท และพบการใส่หน้ากากอนามัยไม่ถูกต้อง ใส่ไว้ใต้คาง ไม่ปิดจมูก ซึ่งต้องร่วมกันสร้างความตระหนักให้เกิดในประชาชนมากขึ้น”

การทำความสะอาดมือ ชาวบ้าน นักเรียน นักศึกษาบางคนละเลยการทำความสะอาดมือเนื่องจากไม่เห็นความสำคัญและเร่งรีบ

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“...ปกติชาวบ้าน ล้างมือก็ล้างน้ำธรรมดา เนื่องจากเขาไม่มีเงินจะซื้อแอลกอฮอล์เจล ซึ่งเป็นข้อจำกัด”

“ในจังหวัดมีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันสุขภาพส่วนบุคคล ปฏิบัติตามมาตรการอยู่ห่างกัน หมั่นล้างมือ แอสต้องใส่ ชีวิตวิถีใหม่ สู้ภัยโควิด-19 และให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่”

“การล้างมือของประชาชนในตอนนี้ มีความตระหนักมากขึ้น มีการพกพาสเปรย์แอลกอฮอล์ หรือเจลแบบพกพามากขึ้น เพราะกลัวติดเชื้อโควิด-19”

การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคโควิด-19 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ เช่น เจ้าหน้าที่ สสจ. สสอ. รพ.สต. เป็นต้นแบบในการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรค ทำให้ อสม. มีต้นแบบที่ดีในการทำงาน รวมถึงเจ้าหน้าที่ทุกภาคส่วนทุ่มเทและเป็นหลักในการทำงาน มีการเตรียมคนโดยการจัดอบรมให้ความรู้ ฝึกการสวมและถอดอุปกรณ์ร่างกายส่วนบุคคล (PPE) จัดอัตรากำลัง และจัดหา PPE โดย อสม. สามารถประสานงาน ขอคำแนะนำ คำปรึกษา และความช่วยเหลืออื่น ๆ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตลอด

24 ชั่วโมง ทั้งในและนอกเวลาราชการ สามารถเข้าพบเพื่อปรึกษาหารือได้ทั้งในที่ทำงาน ผ่านทางโทรศัพท์ และระบบออนไลน์ เช่น ไลน์กลุ่มโควิดของสาธารณสุขจังหวัด/อำเภอ/ตำบล/หมู่บ้าน และโปรแกรม Zoom เป็นต้น ส่งผลให้การดำเนินงานทางด้านสาธารณสุขทุกด้านได้ผลดีมาก ซึ่งรวมถึงการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคโควิด-19 ในชุมชน นอกจากนี้ชาวบ้านจะช่วยกันสอดส่องคนแปลกหน้าที่เข้ามาในชุมชน เช่น กลุ่มคนที่มาจากต่างพื้นที่หรือผีน้อย เป็นต้น โดยจะมีการแจ้ง อสม. ให้เข้ามาคัดกรองในเบื้องต้น โดย อสม. จะมีหน้าที่วัดไข้-เข้า-เย็น ทุกวัน และบางครั้งจะถ่ายรูปปรอทมาด้วยเพื่อความมั่นใจ อีกทั้ง อสม. จะกรอกข้อมูลประวัติการเดินทางของคนเข้ามาในพื้นที่ และส่งแจ้งข้อมูลดังกล่าวให้ผู้นำชุมชน/ประธาน อสม. รับทราบทันทีผ่านทางไลน์กลุ่ม

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“การตรวจวัดอุณหภูมิ ปฏิบัติตามมาตรการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดอย่างเคร่งครัด มีเฉพาะช่วงแรกที่มีการคัดกรองไม่มีคุณภาพไม่ตรงตามนียมการคัดกรองโรคที่ถูกต้อง แต่ดำเนินการเพื่อให้เห็นว่ามีมาตรการในการควบคุมโรคคือการคัดกรองวัดอุณหภูมิร่างกาย ส่วนน้อยมากที่จะพบเจอคนไข้ที่เข้าเกณฑ์นียมสอบสวนโรค หรือบางคนนั่งรถมาร้อน ๆ วัดอุณหภูมิร่างกายแล้วไม่คงที่ ต้องแนะนำให้นั่งพักและวัดซ้ำทำให้เสียเวลา”

“การจัดคอนเสิร์ต...เจ้าหน้าที่ จะมีการติดตามผู้จัดงานหรือเจ้าของสถานที่ว่ามีการปฏิบัติการคัดกรองและมาตรการต่าง ๆ ตามข้อตกลงที่ได้ทำร่วมกันไว้หรือไม่ หากไม่ปฏิบัติหรือปฏิบัติไม่เคร่งครัด จะได้รับการลงโทษ นอกจากนี้ต้องทำข้อตกลงร่วมกับเทศบาล เพื่อปฏิบัติตามมาตรการของรัฐ โดยผู้จัดงานต้องทำหนังสือถึงเทศบาลล่วงหน้า โดยแนบแผนผังบริเวณจัดงาน จุดเข้า-ออก จุดวางแอลกอฮอล์เจลทำความสะอาดมือ และแผนการเว้นระยะห่างของผู้เข้าร่วมงาน ทั้งนี้จะมีเจ้าหน้าที่ลงไปสุ่มตรวจในวันจัดงานว่าตรงตามแผนที่อนุมัติหรือไม่”

“ช่วงแรกให้ อสม. ไปวัดไข้-เข้า-เย็นทุกวันและถ่ายรูปปรอทมาด้วยเพื่อความชัวร์ ซึ่งได้ผลดีมาก”

“ส่วนที่ตามมาถูกต้องก็ตรวจเขาแค่นั้นเอง เท่าที่ทดลองทำ ก็คือในกลุ่มนี้เขาจะอยู่กับเป็นกลุ่มก็บอกเขาเลยว่าถ้ามีใครหน้าใหม่เข้ามา คุณอย่าให้เข้านะ คุณแจ้งเรา เพราะถ้าเข้ามาแล้วติดเชื้อ คุณทั้งหมดลำบากหมดเลย ต้องไปนั่งคุยกับเขา”

“อย่างบางหมู่บ้านที่อยู่ชายแดน เขามีคนเข้าออก แต่เขาไม่ติดโควิด เพราะเขารู้จักคนในหมู่บ้านหมด และเขาบอกเลยว่าถ้าใครแปลกหน้าเข้ามา คุณห้ามเข้า หรือลูกหลานที่มาจากข้างนอก เขาจะไปทำกระท่อปให้เลย ให้ไปอยู่ตรงนั้น มันมีการกักตัวตั้งแต่แรกไง กลไกของ microcolony มันทำงานได้ดีในแง่ของ macro คือการหลุดเข้าไป แต่ไม่ได้ส่งเสริมกลไกด้านนี้มากนัก เพราะถ้าส่งเสริมกลไกด้านนี้ มันก็ต้องมีแรงจูงใจให้เขารู้สึกปลอดภัย และเขาควรจะทำเพื่อป้องกันอะไรบางอย่าง”

การใช้แอปพลิเคชันไทยชนะและหมอชนะ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนใช้แอปพลิเคชันไทยชนะและหมอชนะ หรือลงชื่อ-นามสกุล พร้อมเบอร์โทรศัพท์ ก่อนเข้าสถานที่สาธารณะเพื่อติดตามผู้สัมผัสที่พบผู้ติดเชื้อ

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“...การคัดกรองก็เริ่มน้อยไป แม้แต่ในเรื่องของไทยชนะ ก็น่าเสียดาย มันไม่ได้ใช้กันอย่างจริงจัง ในห้างใหญ่ ๆ ช่วงหลัง ๆ ก็ไม่มีใครใช้ ใช้วิธีลงทะเบียนง่ายกว่า ธนาคารช่วงแรกก็ใช้ไทยชนะ อะไรที่มันยุ่งยากเกินไป มันก็ยากแก่การใช้ มันน่าจะง่าย ๆ สำหรับชาวบ้าน เช่นการเปรียบเทียบกันระหว่างให้ลงทะเบียนแล้วไปใช้บริการบริการก็มีวัดไข้ ล้างเจลหรือล้างมือ แบบนี้จะง่าย แต่ถ้าจะไทยชนะก็ต้องไปเปิด app ถ้าเขาไม่มีอินเทอร์เน็ตมันก็

ยาก ต้องสแกน ต้องเข้าและออกจาก app มันจะเป็นความยุ่งยากเกินไปสำหรับชาวบ้าน คือ แนวคิดดีแต่ปฏิบัติยาก”

“การใช้แอปพลิเคชันไทยชนะ มีความยุ่งยากเกินไปสำหรับชาวบ้าน เนื่องจากต้องเปิดแอปพลิเคชัน ต้องสแกนเข้าและออก และถ้าไม่มีอินเทอร์เน็ต ก็ใช้งานไม่ได้ อีกทั้งการลงชื่อด้วยการเขียน ก็มีความยุ่งยากต่อควยวามในช่วงแรก ๆ แต่เมื่อเปรียบเทียบกับการใช้แอปพลิเคชันไทยชนะ การลงทะเบียนโดยการเขียนก็จะง่ายกว่า”

“กรณีที่มีการจัดกิจกรรมที่มีการรวมตัวกันจำนวนมาก เช่น การจัดคอนเสิร์ต... จะมีการคัดกรองผู้เข้าร่วมงานโดยมีการกำหนดจุดเข้าออกพื้นที่ มีให้ทุกคน scan แอปพลิเคชันไทยชนะ เพื่อสามารถติดตามผู้เข้าร่วมงานได้กรณีที่พบผู้ติดเชื้อ”

การศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติกำบังกันโรคโควิด-19 ที่ถูกต้องในภาพรวมต่อผู้ที่เคยติดเชื้ออยู่ในระดับสูง มากที่สุดร้อยละ 45.9 และผู้ถูกกักกันอยู่ในระดับสูง มากที่สุดร้อยละ 48.5 ซึ่งสูงกว่าการศึกษาในระยะที่ 1⁷⁴ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากบริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติ และการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติกำบังกันต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 และผู้ที่ถูกกักกัน

กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติที่ถูกต้องต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ในระดับมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ สวมหน้ากากอนามัยเมื่อพูดคุยกับผู้ติดเชื้อร้อยละ 68.6 ล้างมือหรือทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจลหลังพูดคุยกับผู้ติดเชื้อทุกครั้งร้อยละ 62.8 และล้างมือหรือทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจลก่อนรับประทานอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อร้อยละ 61.4 นอกจากนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติที่ถูกต้องต่อผู้ถูกกักกันในระดับมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ สวมหน้ากากอนามัยเมื่อพูดคุยกับผู้ถูกกักกันร้อยละ 65.2 ล้างมือหรือทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจล ก่อนรับประทานอาหารกับผู้ถูกกักกันทุกครั้งร้อยละ 61.2 และล้างมือหรือทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจล หลังพูดคุยกับผู้ถูกกักกันร้อยละ 61.1 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาในระยะที่ 1⁷⁴ แต่ต่ำกว่าการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทยทุกประเด็น เช่น การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าประชาชนส่วนใหญ่ป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโรคโควิด-19 จากผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 และผู้ที่ถูกกักกันหรือผู้กักกันตนเอง โดยการสวมหน้ากากอนามัยเมื่อพูดคุยกับผู้เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ร้อยละ 94.5 และผู้ที่ถูกกักกันหรือผู้กักกันตนเอง ร้อยละ 93.0 ล้างมือหรือทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจลทุกครั้งหลังพูดคุยกับผู้เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ร้อยละ 92.0 และผู้ที่ถูกกักกันหรือผู้กักกันตนเอง (ร้อยละ 89.5)⁶ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษารั้งนี้ ศึกษาในช่วงที่ไม่พบผู้ติดเชื้อภายในประเทศมาเป็นระยะเวลาเวลานาน ทำให้ประชาชนมีความหย่อนยานในการปฏิบัติกำบังกันโรคโควิด-19

ส่วนที่ 5 ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19

การศึกษาครั้งนี้ สอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ของประชาชน จำนวน 2,500 คน ซึ่งนำเสนอผลการศึกษานำเสนอตามรายจังหวัดและภาพรวม แสดงดังตารางที่ 14-16

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคะแนนและระดับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 (n=2,500)

คะแนน	ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
จังหวัดกรุงเทพมหานคร			
≤ 17	ต่ำ	107	21.4
18-23	ปานกลาง	304	60.8
24-30	สูง	89	17.8
คะแนนเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 20.5 (4.3) คะแนน คำมัธยฐาน 21.0 คะแนน พิสัย 9-29 คะแนน			
จังหวัดชลบุรี			
≤ 17	ต่ำ	61	12.2
18-23	ปานกลาง	314	62.8
24-30	สูง	125	25.0
คะแนนเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 21.8 (3.8) คะแนน คำมัธยฐาน 23.0 คะแนน พิสัย 7-27 คะแนน			
จังหวัดเชียงใหม่			
≤ 17	ต่ำ	87	17.4
18-23	ปานกลาง	296	59.2
24-30	สูง	117	23.4
คะแนนเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 21.1 (3.9) คะแนน คำมัธยฐาน 22.0 คะแนน พิสัย 9-28 คะแนน			
จังหวัดนครราชสีมา			
≤ 17	ต่ำ	153	30.6
18-23	ปานกลาง	262	52.4
24-30	สูง	85	17.0
คะแนนเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 20.1 (4.3) คะแนน คำมัธยฐาน 20.1 คะแนน พิสัย 8-28 คะแนน			
จังหวัดยะลา			
≤ 17	ต่ำ	165	33.0
18-23	ปานกลาง	313	62.6
24-30	สูง	22	4.4
คะแนนเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 18.9 (3.6) คะแนน คำมัธยฐาน 19.0 คะแนน พิสัย 6-26 คะแนน			
ภาพรวม			
≤ 17	ต่ำ	573	22.9
18-23	ปานกลาง	1,489	59.6
24-30	สูง	438	17.5
คะแนนเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 20.5 (4.1) คะแนน คำมัธยฐาน 21.0 คะแนน พิสัย 6-29 คะแนน			

หมายเหตุ สุ่มสำรวจข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2563 ถึงมกราคม 2564, คะแนนเต็ม 30 คะแนน

จากตารางที่ 14 พบว่า กลุ่มตัวอย่างโดยรวมมีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลาง (18-23 คะแนน) มากที่สุดร้อยละ 59.6 โดยมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 20.5 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.1 คะแนน) แต่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 22.9 มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับต่ำ (≤ 17 คะแนน) โดยเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในจังหวัดยะลามีเพียงร้อยละ 4.4 ที่มีความรู้อยู่ในระดับสูง

ตารางที่ 15 เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจังหวัด (n=2,500)

จังหวัด	Minimum	Maximum	Median	IQR*	Mean rank	Kruskal-Wallis test	
						χ^2	p-value
จังหวัด						170.30	0.000
กรุงเทพฯ	9	29	21.00	6	1,272.60		
ชลบุรี	7	29	23.00	5	1,496.35		
เชียงใหม่	9	28	22.00	6	1,359.12		
นครราชสีมา	8	28	21.00	8	1,190.23		
ยะลา	6	26	19.00	5	934.21		

หมายเหตุ สํารวจข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2563 ถึงมกราคม 2564

* IQR=interquartile range

จากตารางที่ 15 พบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่าง ในแต่ละจังหวัดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยในจังหวัดชลบุรี มีค่ามัธยฐานคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 มากที่สุด (median=23.00, IQR=5) และกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยในจังหวัดยะลามีค่ามัธยฐานคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 น้อยที่สุด (median=19.00, IQR=5)

ตารางที่ 16 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ถูกต้อง จำแนกตามรายข้อ (n=2,500)

ข้อ	กิจกรรม	ตอบถูกต้อง	
		จำนวน	ร้อยละ
ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคโควิด-19			
1.	วิธีทางหลักในการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด-19 คือ ละอองฝอยจากการไอจาม	2,405	96.2
2.	ผู้ถูกกักกันเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด-19 อาจมีเชื้อโรคโควิด-19 ในร่างกาย และสามารถแพร่เชื้อสู่ผู้อื่นได้	2,074	83.0
3.	ผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 ไม่สามารถรักษาให้หายได้	2,001	80.0
4.	ผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 จะไม่สามารถติดเชื้อโรคนี้ได้อีก	1,989	79.6
5.	การได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่สามารถป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ได้	1,761	70.4
6.	ผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 สามารถแพร่เชื้อให้ผู้อื่นได้ตลอดชีวิต	1,740	69.6
7.	ฟ้าทะลายโจรสามารถใช้รักษาโรคโควิด-19 ได้	1,681	67.2
8.	โรคโควิด-19 มีการแพร่กระจายจากคนสู่คนเท่านั้น	718	28.7
9.	โดยเฉลี่ยผู้ป่วยโรคโควิด-19 1 ราย สามารถแพร่กระจายเชื้อไปสู่บุคคลอื่นได้ 10 ราย	631	25.2

ตารางที่ 16 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ถูกต้อง จำแนกตามรายข้อ (n=2,500) (ต่อ)

ข้อ	กิจกรรม	ตอบถูกต้อง	
		จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ด้านการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19			
1.	การเว้นระยะห่างระหว่างตัวท่านกับผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 1-2 เมตร ช่วยลดความเสี่ยงของการติดเชื้อโรคโควิด-19	2,189	87.6
2.	การปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 คือ การเว้นระยะห่างทางสังคม	2,181	87.2
3.	การเดินทางโดยใช้ระบบขนส่งสาธารณะ เพิ่มความเสี่ยงของการติดเชื้อโรคโควิด-19	2,156	86.2
4.	การล้างมือด้วยน้ำกับสบู่หรือน้ำกับน้ำยาฆ่าเชื้อ ใช้เวลาอย่างน้อย 20 วินาที	2,148	85.9
5.	การดื่มเหล้า/แอลกอฮอล์สามารถฆ่าเชื้อโรคโควิด-19 ได้	2,134	85.4
6.	การใช้ห้องน้ำร่วมกับผู้ถูกกักกันเพื่อเผาระวังโรคโควิด-19 มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19	2,086	83.4
7.	การเว้นระยะห่างระหว่างตัวท่านกับผู้ถูกกักกันเพื่อเผาระวังโรคโควิด-19 ไม่มีความจำเป็น	1,942	77.7
8.	การใช้โต๊ะ เก้าอี้ และเครื่องใช้อื่น ๆ ภายในชุมชน/ภายในบ้านร่วมกับผู้ถูกกักกันเพื่อเผาระวังโรคโควิด-19 มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19	1,939	77.6
9.	การประกอบพิธีกรรมทางศาสนาไม่จำเป็นต้องเว้นระยะห่างทางสังคม เพราะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 ต่ำ	1,916	76.6
10.	การรับประทานอาหารร่วมกับผู้ถูกกักกันเพื่อเผาระวังโรคโควิด-19 ไม่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19	1,866	74.6
11.	การเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้ถูกกักกันเพื่อเผาระวังโรคโควิด-19 ไม่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19	1,831	73.2
12.	เมื่อไอ จาม ให้ใช้ข้อพับบริเวณข้อศอกและต้นแขนด้านในปิดปากและจมูก ช่วยป้องกันการแพร่กระจายของโรคโควิด-19	1,824	73.0
13.	การรับประทานอาหารร่วมกับผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 และผลการตรวจเชื้อโรคโควิด-19 เป็นลบ โดยเว้นระยะห่างอย่างน้อย 1-2 เมตร มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 น้อย	1,806	72.2
14.	การสัมผัสหน้ากากอนามัยด้านนอก ไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19	1,787	71.5
15.	การสัมผัสร่างกายผู้ถูกกักกันเพื่อเผาระวังโรคโควิด-19 ไม่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19	1,741	69.6
16.	การใช้หน้ากากอนามัยอันเดิมมากกว่า 1 วัน ยังมีประสิทธิภาพในการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19	1,734	69.4
17.	การยื่นตากแดด สามารถฆ่าเชื้อโรคโควิด-19 ได้	1,634	65.4
18.	การล้างมือด้วยน้ำเปล่าสามารถป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ได้	1,540	61.6
19.	การฉีดพ่นยาฆ่าเชื้อในสิ่งแวดล้อมเป็นวิธีการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ที่สำคัญ	795	31.8
20.	การให้คนเดินผ่านสเปรย์พ่นยาฆ่าเชื้อช่วยลดการติดเชื้อโรคโควิด-19 ที่สำคัญ	650	26.0
21.	กรณีที่มีมือเปื้อนน้ำมูก น้ำลาย หรือเสมหะ ควรทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจล เพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19	341	13.6

หมายเหตุ สํารวจข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2563 ถึงมกราคม 2564

จากตารางที่ 16 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 80 มีความรู้พื้นฐานที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ได้แก่ วิธีทางหลักในการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด-19 คือ ละอองฝอยจากการไอจาม ผู้ที่ถูกกักกันหรือผู้กักกันตนเองเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด-19 อาจมีเชื้อโรคโควิด-19 ในร่างกาย และสามารถแพร่เชื้อสู่ผู้อื่นได้ ผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ส่วนความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ที่ถูกต้องน้อยกว่าร้อยละ 50 คือ โรคโควิด-19 มีการแพร่กระจายจากคนสู่คนเท่านั้น และโดยเฉลี่ยผู้ป่วยโรคโควิด-19 1 ราย สามารถแพร่กระจายเชื้อไปสู่บุคคลอื่นได้ 10 ราย

การศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุดร้อยละ 59.6 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาในระยะที่ 1 (ร้อยละ 61.4)⁷⁴ และระดับต่ำมากถึงร้อยละ 22.9 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาในระยะที่ 1 (ร้อยละ 22.3)⁷⁴ ซึ่งจะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ต่ำกว่าการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทยที่พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 71.5 และระดับต่ำร้อยละ 6.5⁶ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษาที่ผ่านมาทำการศึกษาเพียงจังหวัดเดียวและประชาชนอาศัยอยู่ในเขตเมืองทั้งหมด แต่การศึกษานี้ทำการศึกษาใน 5 จังหวัด ซึ่งประชาชนอาศัยอยู่ในเขตเมืองและชนบท อาจส่งผลต่อการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่างใน 2 การศึกษาดังกล่าวมีความแตกต่างกัน

ส่วนที่ 6 ทศนคติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน

การศึกษาครั้งนี้ สอบถามทัศนคติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน ของประชาชน จำนวน 2,500 คน ซึ่งนำเสนอผลการศึกษานี้จำแนกตามรายจังหวัดและภาพรวม แสดงดังตารางที่ 17-21

ตารางที่ 17 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคะแนนและระดับทัศนคติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและผู้ถูกกักกัน (n=2,500)

คะแนน	ระดับทัศนคติ	ทัศนคติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อ		ทัศนคติต่อผู้ถูกกักกัน	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จังหวัดกรุงเทพมหานคร					
≤ 59	ต่ำ	191	38.2	165	33.0
60-104	ปานกลาง	264	52.8	288	57.6
105-150	สูง	45	9.0	47	9.4
คะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อ (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 64.5 (21.6) คะแนน ค่ามัธยฐาน 68.6					
คะแนน พิสัย 15-135 คะแนน					
คะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อผู้ถูกกักกัน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 70.7 (21.5) คะแนน ค่ามัธยฐาน 67.0					
คะแนน พิสัย 16-142 คะแนน					
จังหวัดชลบุรี					
≤ 59	ต่ำ	203	40.6	192	38.4
60-104	ปานกลาง	229	45.8	237	47.4
105-150	สูง	68	13.6	71	14.2
คะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อ (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 70.1 (24.2) คะแนน ค่ามัธยฐาน 66.0					
คะแนน พิสัย 32-141 คะแนน					
คะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อผู้ถูกกักกัน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 70.8 (24.3) คะแนน ค่ามัธยฐาน 66.0					
คะแนน พิสัย 32-144 คะแนน					
จังหวัดเชียงใหม่					
≤ 59	ต่ำ	298	59.6	261	52.2
60-104	ปานกลาง	173	34.6	203	40.6
105-150	สูง	29	5.8	36	7.2
คะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อ (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 61.3 (21.2) คะแนน ค่ามัธยฐาน 53.0					
คะแนน พิสัย 24-127 คะแนน					
คะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อผู้ถูกกักกัน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 64.8 (22.4) คะแนน ค่ามัธยฐาน 58.0					
คะแนน พิสัย 24-137 คะแนน					

ตารางที่ 17 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคะแนนและระดับทัศนคติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและผู้ถูกกักกัน (n=2,500) (ต่อ)

คะแนน	ระดับทัศนคติ	ทัศนคติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อ		ทัศนคติต่อผู้ถูกกักกัน	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จังหวัดนครราชสีมา					
≤ 59	ต่ำ	215	43.0	210	42.0
60-104	ปานกลาง	235	47.0	244	48.8
105-150	สูง	50	10	46	9.2
คะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อ (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 69.5 (25.4) คะแนน ค่ามัธยฐาน 63.0					
คะแนน พิสัย 19-136 คะแนน					
คะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อผู้ถูกกักกัน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 67.8 (23.5) คะแนน ค่ามัธยฐาน 64.0					
คะแนน พิสัย 24-148 คะแนน					
จังหวัดยะลา					
≤ 59	ต่ำ	287	57.4	180	36.0
60-104	ปานกลาง	194	38.8	275	55.0
105-150	สูง	19	3.8	45	9.0
คะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อ (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 60.2 (18.1) คะแนน ค่ามัธยฐาน 56.0					
คะแนน พิสัย 16-124 คะแนน					
คะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อผู้ถูกกักกัน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 71.1 (21.4) คะแนน ค่ามัธยฐาน 67.0					
คะแนน พิสัย 18-149 คะแนน					
ในภาพรวม					
≤ 59	ต่ำ	1,194	47.8	1,008	40.3
60-104	ปานกลาง	1,095	43.8	1,247	49.9
105-150	สูง	211	8.4	245	9.8
คะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อ (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 65.9 (22.6) คะแนน ค่ามัธยฐาน 60.0					
คะแนน พิสัย 15-141 คะแนน					
คะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อผู้ถูกกักกัน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 68.9 (22.8) คะแนน ค่ามัธยฐาน 65.0					
คะแนน พิสัย 16-149 คะแนน					

หมายเหตุ สุ่มตรวจสอบระหว่างเดือนตุลาคม 2563 ถึงมกราคม 2564, คะแนนเต็ม 150 คะแนน

จากตารางที่ 17 พบว่า กลุ่มตัวอย่างโดยรวมมีทัศนคติต่อผู้ที่เคยติดเชื้ออยู่ในระดับต่ำ (น้อยกว่า 59 คะแนน) มากที่สุดร้อยละ 47.8 โดยมีคะแนนทัศนคติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อเฉลี่ย 65.9 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 22.6 คะแนน) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อผู้ถูกกักกันอยู่ในระดับปานกลาง (60-104 คะแนน) มากที่สุด ร้อยละ 49.9 โดยมีคะแนนทัศนคติต่อผู้ถูกกักกันเฉลี่ย 68.9 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 22.8 คะแนน)

ตารางที่ 18 เปรียบเทียบคะแนนทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 จำแนกตามจังหวัด (n=2,500)

จังหวัด	Minimum	Maximum	Median	IQR*	Mean rank	Kruskal-Wallis test	
						χ^2	p-value
จังหวัด						80.12	0.000
กรุงเทพฯ	15	135	64.50	31	1,370.26		
ชลบุรี	32	141	66.00	36	1,374.17		
เชียงใหม่	24	127	53.00	30	1,084.83		
นครราชสีมา	19	136	63.00	46	1,319.45		
ยะลา	16	124	56.00	22	1,103.79		

หมายเหตุ สํารวจข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2563 ถึงมกราคม 2564

* IQR=interquartile range

จากตารางที่ 18 พบว่า คะแนนทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ในแต่ละจังหวัดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยในจังหวัดชลบุรี มีค่ามัธยฐานคะแนนทัศนคติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 มากที่สุด (median=66.00, IQR=36) และกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยในจังหวัดเชียงใหม่มีค่ามัธยฐานคะแนนทัศนคติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 น้อยที่สุด (median=53.00, IQR=30)

ตารางที่ 19 เปรียบเทียบคะแนนทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างต่อผู้ถูกกักกันจากโรคโควิด-19 จำแนกตามจังหวัด (n=2,500)

จังหวัด	Minimum	Maximum	Median	IQR*	Mean rank	Kruskal-Wallis test	
						χ^2	p-value
จังหวัด						38.26	0.000
กรุงเทพฯ	16	142	67.00	30	1,309.41		
ชลบุรี	32	144	66.00	35	1,293.10		
เชียงใหม่	24	137	58.00	34	1,100.79		
นครราชสีมา	24	148	64.00	34	1,200.55		
ยะลา	18	149	67.00	33	1,348.66		

หมายเหตุ สํารวจข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2563 ถึงมกราคม 2564

* IQR=interquartile range

จากตารางที่ 19 พบว่า คะแนนทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างต่อผู้ถูกกักกันจากโรคโควิด-19 ในแต่ละจังหวัดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยในจังหวัดกรุงเทพมหานครและจังหวัดยะลา มีค่ามัธยฐานคะแนนทัศนคติต่อผู้ถูกกักกันจากโรคโควิด-19 มากที่สุด (median=67.00, IQR=30 และ median=67.00, IQR=33) และกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยในจังหวัดเชียงใหม่มีค่ามัธยฐานคะแนนทัศนคติต่อผู้ถูกกักกันจากโรคโควิด-19 น้อยที่สุด (median=58.00, IQR=34)

ตารางที่ 20 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามทัศนคติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 (n=2,500)

ข้อ	กิจกรรม	คะแนนทัศนคติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1.	คนเหล่านี้ได้รับเชื้อหรือมีโอกาสได้รับเชื้อจากการไปในสถานที่อโคจร เช่น สนามมวย บ่อนไก่ สถานบันเทิง และการมั่วสุมดื่มสุราหรือเสพยาเสพติด	35 (1.4)	4 (0.2)	14 (0.6)	10 (0.4)	88 (3.5)	25 (1.0)	57 (2.3)	173 (6.9)	199 (8.0)	1,895 (75.8)
2.	คนเหล่านี้เป็นบุคคลที่สมาชิกในครอบครัวต้องดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผ่านภาวะวิกฤติของชีวิตไปได้	62 (2.5)	18 (0.7)	22 (0.9)	12 (0.5)	122 (4.9)	70 (2.8)	111 (4.4)	198 (7.9)	202 (8.1)	1,683 (67.3)
3.	คนเหล่านี้เป็นบุคคลที่คนในชุมชนต้องดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผ่านภาวะวิกฤติของชีวิตไปได้	63 (2.5)	22 (0.9)	17 (0.7)	23 (0.9)	137 (5.5)	79 (3.2)	118 (4.7)	204 (8.2)	223 (8.9)	1,614 (64.6)
4.	คนเหล่านี้ได้รับเชื้อหรือมีโอกาสได้รับเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์หรือการหลับนอนกับผู้ติดเชื้อหรือกลุ่มเสี่ยง	78 (3.1)	25 (1.0)	23 (0.9)	29 (1.2)	150 (6.0)	44 (1.8)	80 (3.2)	245 (9.8)	214 (8.6)	1,612 (64.5)
5.	คนเหล่านี้ได้รับเชื้อหรือมีโอกาสได้รับเชื้อจากการประกอบอาชีพ เช่น ขับรถแท็กซี่ โกดังทัวร์ ให้บริการนวด และบุคลากรการแพทย์	33 (1.3)	14 (0.6)	11 (0.4)	19 (0.8)	143 (5.7)	52 (2.1)	131 (5.2)	288 (11.5)	307 (12.3)	1,502 (60.1)
6.	คนในชุมชนไม่ควรตีตราบุคคลเหล่านี้ แต่ควรช่วยลดการตีตรา	183 (7.3)	33 (1.3)	36 (1.4)	30 (1.2)	197 (7.9)	90 (3.6)	132 (5.3)	308 (12.3)	198 (7.9)	1,293 (51.7)
7.	ไม่ควรอยู่ใกล้ชิดกับคนเหล่านี้ เพราะจะทำให้ติดเชื้อได้	196 (7.8)	38 (1.5)	35 (1.4)	28 (1.1)	235 (9.4)	70 (2.8)	127 (5.1)	244 (9.8)	244 (9.8)	1,283 (51.3)
8.	คนเหล่านี้เป็นบุคคลที่น่าเชื่อถือมาแพร่ให้คนในครอบครัวหรือชุมชน	142 (5.7)	27 (1.1)	24 (1.0)	30 (1.2)	216 (8.6)	88 (3.5)	152 (6.1)	335 (13.4)	265 (10.6)	1,221 (48.8)

ตารางที่ 20 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามทัศนคติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 (n=2,500) (ต่อ)

ข้อ	กิจกรรม	คะแนนทัศนคติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
9.	คนเหล่านี้ทำให้คนถูกเลิกจ้างหรือพักงาน	330 (13.3)	53 (2.1)	42 (1.7)	27 (1.1)	255 (10.2)	137 (5.5)	136 (5.4)	230 (9.2)	182 (7.3)	1,107 (44.3)
10.	คนเหล่านี้ทำให้การจัดกิจกรรมร่วมกันของชุมชนลดลง	248 (9.9)	63 (2.5)	49 (2.0)	58 (2.3)	286 (11.4)	130 (5.2)	158 (6.3)	303 (12.1)	190 (7.6)	1,015 (40.6)
11.	คนเหล่านี้ทำให้ผู้อื่นมีความยุ่งยากในการดำเนินชีวิตประจำวัน	351 (14.0)	55 (2.2)	47 (1.9)	55 (2.2)	275 (11.0)	91 (3.6)	124 (5.0)	256 (10.2)	235 (9.4)	1,010 (40.4)
12.	คนเหล่านี้ทำให้เศรษฐกิจของประเทศชาติเสียหาย	366 (14.6)	80 (3.2)	57 (2.3)	42 (1.7)	318 (12.7)	84 (3.4)	141 (5.6)	221 (8.8)	181 (7.2)	1,010 (40.4)
13.	คนเหล่านี้ทำให้ขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุขที่จะไปดูแลผู้ป่วยโรคอื่น	369 (14.8)	70 (2.8)	65 (2.6)	48 (1.9)	288 (11.5)	97 (3.9)	142 (5.7)	297 (11.9)	213 (8.5)	911 (36.4)
14.	คนเหล่านี้ทำให้คนในครอบครัวถูกเพื่อนบ้านรังเกียจ	387 (15.5)	85 (3.4)	57 (2.3)	40 (1.6)	402 (16.1)	96 (3.8)	185 (7.4)	311 (12.4)	198 (7.9)	739 (29.6)
15.	คนเหล่านี้ทำให้คนในชุมชน/หมู่บ้านถูกรังเกียจ	412 (16.5)	80 (3.2)	60 (2.4)	56 (2.2)	395 (15.8)	110 (4.4)	171 (6.8)	301 (12.0)	220 (8.8)	695 (27.8)

หมายเหตุ สํารวจข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2563 ถึงมกราคม 2564

จากตารางที่ 20 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติทางลบต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ในหลายประเด็น โดยกลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 50 มีความเห็นว่าผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ได้รับเชื้อหรือมีโอกาสได้รับเชื้อจากการไปในสถานที่สาธารณะ เช่น สนามมวย บ่อนไก่ สถานบันเทิง และการมีว้สุ่มดื่มสุราหรือเสพสารเสพติด (ร้อยละ 75.8) มีความเห็นว่าผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ได้รับเชื้อหรือมีโอกาสได้รับเชื้อจากการประกอบอาชีพ เช่น ขับรถแท็กซี่ ไกด์ทัวร์ ให้บริการนวด และบุคลากรการแพทย์ (ร้อยละ 60.1) มีความเห็นว่าผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ได้รับเชื้อหรือมีโอกาสได้รับเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์หรือการหลับนอนกับผู้ติดเชื้อหรือกลุ่มเสี่ยง (ร้อยละ 64.5) และมีความเห็นว่าไม่ควรอยู่ใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 เพราะจะทำให้ติดเชื้อได้ (ร้อยละ 51.3) แต่มีทัศนคติทางบวกคือ มีความเห็นว่าผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 เป็นบุคคลที่คนในชุมชนต้องดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผ่านภาวะวิกฤติของชีวิตไปได้ (ร้อยละ 67.3) และเป็นบุคคลที่สมาชิกในครอบครัวต้องดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผ่านภาวะวิกฤติของชีวิตไปได้ (ร้อยละ 64.6) และมีความเห็นว่าคนในชุมชนไม่ควรตีตราผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 แต่ควรช่วยลดการตีตรา (ร้อยละ 51.7)

ตารางที่ 21 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามทัศนคติต่อผู้ที่ถูกกักกัน (n=2,500)

ข้อ	กิจกรรม	คะแนนทัศนคติต่อผู้ที่ถูกกักกัน									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1.	คนเหล่านี้ได้รับเชื้อหรือมีโอกาสได้รับเชื้อจากการไปในสถานที่ อโคจร เช่น สนามมวย บ่อนไก่ สถานบันเทิง และการมั่วสุมดื่ม สุราหรือเสพสารเสพติด	49 (2.0)	9 (0.4)	15 (0.6)	25 (1.0)	155 (6.2)	49 (2.0)	69 (2.8)	226 (9.0)	216 (8.6)	1,687 (67.5)
2.	คนเหล่านี้เป็นบุคคลที่สมาชิกใน ครอบครัวต้องดูแลช่วยเหลืออย่าง ใกล้ชิด ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผ่านภาวะวิกฤติของชีวิต ไปได้	65 (2.6)	25 (1.0)	38 (1.5)	21 (0.8)	152 (6.1)	82 (3.3)	114 (4.6)	231 (9.2)	202 (8.1)	1,570 (62.8)
3.	คนเหล่านี้เป็นบุคคลที่คนในชุมชน ต้องดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดทั้ง ด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผ่าน ภาวะวิกฤติของชีวิตไปได้	79 (3.1)	28 (1.1)	25 (1.0)	26 (1.0)	177 (7.1)	84 (3.4)	129 (5.2)	215 (8.6)	219 (8.8)	1,518 (60.7)
4.	คนเหล่านี้ได้รับเชื้อหรือมีโอกาส ได้รับเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์ หรือการหลับนอนกับผู้ติดเชื้อ หรือกลุ่มเสี่ยง	87 (3.5)	34 (1.4)	53 (2.1)	40 (1.6)	183 (7.3)	61 (2.4)	99 (4.0)	296 (11.8)	214 (8.6)	1,433 (57.3)
5.	คนเหล่านี้ได้รับเชื้อหรือมีโอกาส ได้รับเชื้อจากการประกอบ อาชีพ เช่น ขับรถแท็กซี่ ไกด์ทัวร์ ให้บริการนวด และบุคลากร การแพทย์	36 (1.4)	28 (1.1)	29 (1.2)	37 (1.5)	202 (8.1)	58 (2.3)	150 (6.0)	319 (12.8)	313 (12.5)	1,328 (53.1)
6.	คนในชุมชนไม่ควรตีตราบุคคล เหล่านี้ แต่ควรช่วยลดการตีตรา	196 (7.8)	42 (1.7)	47 (1.9)	33 (1.3)	225 (9.0)	104 (4.2)	130 (5.2)	306 (12.2)	203 (8.1)	1,214 (48.6)
7.	คนเหล่านี้เป็นบุคคลที่น่าเชื่อถือ แพร่ให้คนในครอบครัวหรือชุมชน	135 (5.4)	45 (1.8)	43 (1.7)	37 (1.5)	281 (11.2)	111 (4.4)	172 (6.9)	362 (14.5)	232 (9.3)	1,082 (43.3)
8.	ไม่ควรอยู่ใกล้ชิดกับคนเหล่านี้ เพราะจะทำให้ติดเชื้อได้	171 (6.8)	51 (2.0)	50 (2.0)	34 (1.4)	282 (11.3)	87 (3.5)	162 (6.5)	306 (12.2)	262 (10.5)	1,095 (43.8)

ตารางที่ 21 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามทัศนคติต่อผู้ที่ถูกกักกัน (n=2,500) (ต่อ)

ข้อ	กิจกรรม	คะแนนทัศนคติต่อผู้ที่ถูกกักกัน									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
9.	คนเหล่านี้ทำให้คนถูกเลิกจ้างหรือพักงาน	356 (14.2)	67 (2.7)	52 (2.1)	41 (1.6)	322 (12.9)	138 (5.5)	140 (5.6)	263 (10.5)	201 (8.0)	920 (36.8)
10.	คนเหล่านี้ทำให้เศรษฐกิจของประเทศชาติเสียหาย	399 (15.9)	103 (4.1)	68 (2.7)	58 (2.3)	341 (13.6)	92 (3.7)	142 (5.7)	224 (9.0)	201 (8.0)	872 (34.9)
11.	คนเหล่านี้ทำให้ผู้อื่นมีความยุ่งยากในการดำเนินชีวิตประจำวัน	329 (13.2)	83 (3.3)	68 (2.7)	63 (2.5)	301 (12.0)	102 (4.1)	192 (7.7)	277 (11.1)	216 (8.6)	869 (34.8)
12.	คนเหล่านี้ทำให้การจัดกิจกรรมร่วมกันของชุมชนลดลง	253 (10.1)	89 (3.6)	62 (2.5)	75 (3.0)	340 (13.6)	120 (4.8)	189 (7.6)	317 (12.7)	200 (8.0)	855 (34.2)
13.	คนเหล่านี้ทำให้ขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุขที่จะไปดูแลผู้ป่วยโรคอื่น	346 (13.8)	88 (3.5)	83 (3.3)	76 (3.0)	311 (12.4)	150 (6.0)	155 (6.2)	322 (12.9)	205 (8.2)	764 (30.6)
14.	คนเหล่านี้ทำให้คนในครอบครัวถูกเพื่อนบ้านรังเกียจ	406 (16.2)	105 (4.2)	64 (2.6)	41 (1.6)	450 (18.0)	114 (4.6)	180 (7.2)	310 (12.4)	198 (7.9)	632 (25.3)
15.	คนเหล่านี้ทำให้คนในชุมชน/หมู่บ้านถูกรังเกียจ	429 (17.2)	102 (4.1)	73 (2.9)	56 (2.2)	428 (17.1)	133 (5.3)	173 (6.9)	307 (12.3)	211 (8.4)	588 (23.5)

หมายเหตุ: สํารวจข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2563 ถึงมกราคม 2564, คะแนนเต็ม 150 คะแนน

จากตารางที่ 21 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติทางลบต่อผู้ที่ถูกกักกัน ในหลายประเด็น โดยกลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 50 มีความเห็นว่าผู้ที่ถูกกักกันได้รับเชื้อหรือมีโอกาสได้รับเชื้อจากการไปในสถานที่สาธารณะ เช่น สนามมวย บ่อนไก่ สถานบันเทิง และการมีส่วนร่วมสุราหรือเสพสารเสพติด (ร้อยละ 67.5) มีความเห็นว่าผู้ที่ถูกกักกันได้รับเชื้อหรือมีโอกาสได้รับเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์หรือการหลับนอนกับผู้ติดเชื้อหรือกลุ่มเสี่ยง (ร้อยละ 57.3) และมีความเห็นว่าผู้ที่ถูกกักกันได้รับเชื้อหรือมีโอกาสได้รับเชื้อจากการประกอบอาชีพ เช่น ขับรถแท็กซี่ ไกด์ทัวร์ ให้บริการนวด และบุคลากรการแพทย์ (ร้อยละ 53.1) แต่มีทัศนคติทางบวกคือ มีความเห็นว่าผู้ที่ถูกกักกัน เป็นบุคคลที่สมาชิกในครอบครัวต้องดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผ่านภาวะวิกฤติของชีวิตไปได้ (ร้อยละ 62.8) และมีความเห็นว่าผู้ที่ถูกกักกัน เป็นบุคคลที่คนในชุมชนต้องดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผ่านภาวะวิกฤติของชีวิตไปได้ (ร้อยละ 60.7)

การศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 50 มีทัศนคติทางลบต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 และผู้ถูกกักกันในประเด็นเกี่ยวกับผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ได้รับเชื้อหรือมีโอกาสได้รับเชื้อจากการไปในสถานที่สาธารณะ เช่น สนามมวย บ่อนไก่ สถานบันเทิง และการมีส่วนร่วมสุราหรือเสพสารเสพติด (ร้อยละ 75.8, ร้อยละ 67.5) ผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ได้รับเชื้อหรือมีโอกาสได้รับเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์หรือการหลับนอนกับผู้ติดเชื้อหรือกลุ่มเสี่ยง (ร้อยละ 64.5, ร้อยละ 57.3) และผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ได้รับเชื้อหรือมีโอกาสได้รับเชื้อจากการประกอบอาชีพ เช่น ขับรถแท็กซี่ ไกด์ทัวร์ ให้บริการนวด และบุคลากรการแพทย์ (ร้อยละ 60.1, ร้อยละ 53.1) ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างอาจมีความเชื่อว่าผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 และผู้ถูกกักกัน รวมถึงผู้ที่ประกอบอาชีพเสี่ยง เช่น บุคลากรการแพทย์ คนขับแท็กซี่ ไกด์ และพนักงานสถานบันเทิง เป็นต้น

เป็นบุคคลที่อาจแพร่กระจายเชื้อมาสู่ตนเองได้สูง เนื่องจากกลุ่มคนดังกล่าวมีอัตราการติดเชื้อที่สูงกว่าประชาชนทั่วไป³

ทัศนคติทางลบดังกล่าวอาจก่อให้เกิดการตีตราทางสังคม (social stigma) โดยมีการเลือกปฏิบัติต่อกลุ่มเสี่ยงเพราะประชาชนเข้าใจว่ากลุ่มเสี่ยงดังกล่าวมีการสัมผัสกับเชื้อไวรัส และมีโอกาสแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่น ทั้งนี้เนื่องจากโรคโควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ และยังมีองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคน้อย ส่งผลให้เกิดความสับสน ความกลัว ความหวาดระแวง และความวิตกกังวล เกิดขึ้นในสังคม นอกจากนี้การตีตราทางสังคมทำให้เกิดการแยกตัวทางสังคมและทำให้ความสมัครสมาน สามัคคี ของประชาชนในสังคมลดลง^{18,19} แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้พบว่า ประชาชนมีทัศนคติทางบวกต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 และผู้ถูกกักกันในประเด็นเกี่ยวกับผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 เป็นบุคคลที่คนในชุมชนต้องดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผ่านภาวะวิกฤติของชีวิตไปได้ (ร้อยละ 67.3, ร้อยละ 62.8) และเป็นบุคคลที่สมาชิกในครอบครัวต้องดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผ่านภาวะวิกฤติของชีวิตไปได้ (ร้อยละ 64.6, ร้อยละ 60.7) และคนในชุมชนไม่ควรตีตราผู้ที่เคยติดเชื้อ โรคโควิด-19 แต่ควรช่วยลดการตีตรา (ร้อยละ 51.7, ร้อยละ 48.6) ทั้งนี้อาจเนื่องจากสังคมไทยเป็นสังคมที่มีความเห็นอกเห็นใจ และมีความเอื้ออาทรกับผู้ที่ได้รับความทุกข์ยาก โดยเฉพาะคนในครอบครัวและคนใกล้ชิด ดังนั้นรัฐบาล บุคลากรสุขภาพ ผู้นำชุมชน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ควรสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องให้กับประชาชนเพื่อลดผลกระทบดังกล่าว

ส่วนที่ 7 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19

การศึกษาครั้งนี้ สอบถามการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ของประชาชน จำนวน 2,500 คน ซึ่งนำเสนอผลการศึกษานี้ตามรายจังหวัดและภาพรวม แสดงดังตารางที่ 22-24

ตารางที่ 22 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคะแนนและระดับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 (n=2,500)

คะแนน	ระดับการรับรู้	จำนวน	ร้อยละ
จังหวัดกรุงเทพมหานคร			
≤ 47	ต่ำ	5	1.0
48-71	ปานกลาง	179	35.8
72-96	สูง	316	63.2
คะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 จังหวัดกรุงเทพมหานคร (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 75.2 (11.9) คะแนน ค่ามัธยฐาน 75.5 คะแนน พิสัย 24-96 คะแนน			
จังหวัดชลบุรี			
≤ 47	ต่ำ	1	0.2
48-71	ปานกลาง	118	23.6
72-96	สูง	381	76.2
คะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 จังหวัดชลบุรี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 78.7 (10.2) คะแนน ค่ามัธยฐาน 80.0 คะแนน พิสัย 46-96 คะแนน			
จังหวัดเชียงใหม่			
≤ 47	ต่ำ	1	0.2
48-71	ปานกลาง	124	24.8
72-96	สูง	375	75.0
คะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 จังหวัดเชียงใหม่ (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 79.4 (11.7) คะแนน ค่ามัธยฐาน 81.0 คะแนน พิสัย 44-96 คะแนน			
จังหวัดนครราชสีมา			
≤ 47	ต่ำ	2	0.4
48-71	ปานกลาง	100	20.0
72-96	สูง	398	79.6
คะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 จังหวัดนครราชสีมา (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 80.1 (9.4) คะแนน ค่ามัธยฐาน 81.0 คะแนน พิสัย 43-96 คะแนน			
จังหวัดยะลา			
≤ 47	ต่ำ	12	2.4
48-71	ปานกลาง	148	29.6
72-96	สูง	340	68.0
คะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 จังหวัดยะลา (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 75.0 (11.2) คะแนน ค่ามัธยฐาน 76.0 คะแนน พิสัย 40-96 คะแนน			

ตารางที่ 22 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคะแนนและระดับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 (n=2,500) (ต่อ)

คะแนน	ระดับการรับรู้	จำนวน	ร้อยละ
ในภาพรวม			
≤ 47	ต่ำ	21	0.8
48-71	ปานกลาง	669	26.8
72-96	สูง	1,810	72.4
คะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ภาพรวม (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 77.7 (11.1) คะแนน ค่ามัธยฐาน 79.0 คะแนน พิสัย 24-96 คะแนน			

หมายเหตุ สํารวจข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2563 ถึงมกราคม 2564

จากตารางที่ 22 พบว่า กลุ่มตัวอย่างโดยรวมมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (72-96 คะแนน) มากที่สุดร้อยละ 72.4 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 77.7 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.1 คะแนน)

ตารางที่ 23 เปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจังหวัด (n=2,500)

จังหวัด	Minimum	Maximum	Median	IQR*	Mean rank	Kruskal-Wallis test	
						χ^2	p-value
จังหวัด						83.08	0.000
กรุงเทพฯ	24	96	75.50	18	1,096.66		
ชลบุรี	46	96	80.00	15	1,303.55		
เชียงใหม่	44	96	81.00	18	1,364.62		
นครราชสีมา	43	96	81.00	15	1,396.99		
ยะลา	40	96	76.00	14	1,090.69		

หมายเหตุ สํารวจข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2563 ถึงมกราคม 2564

* IQR=interquartile range

จากตารางที่ 23 พบว่า คะแนนการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละจังหวัดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยในจังหวัดเชียงใหม่และจังหวัดนครราชสีมา มีค่ามัธยฐานคะแนนการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 มากที่สุด (median=81.00, IQR=18 และ median=81.00, IQR=15) และกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยในจังหวัดกรุงเทพมหานครมีค่ามัธยฐานคะแนนการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 น้อยที่สุด (median=75.50, IQR=18)

ตารางที่ 24 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 (n=2,500)

ข้อ	การรับรู้	การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19			
		ไม่รับรู้ จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	มาก จำนวน (ร้อยละ)	มากที่สุด จำนวน (ร้อยละ)
ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19					
1.	วิธีการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19	36(1.4)	126(5.0)	646(25.8)	1,692(67.7)
2.	ความรุนแรงของโรคโควิด-19	34(1.4)	156(6.2)	764(30.6)	1,546(61.8)
3.	การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เช่น จำนวนผู้ติดเชื้อ จำนวนผู้ป่วย	47(1.9)	147(5.9)	814(32.6)	1,492(59.7)
4.	ประโยชน์ของการป้องกันโรคโควิด-19	40(1.6)	168(6.7)	821(32.8)	1,471(58.8)
5.	วิธีการติดต่อโรคโควิด-19	30(1.2)	173(6.9)	869(34.8)	1,428(57.1)
6.	วิธีการเฝ้าระวังโรคโควิด-19	31(1.2)	212(8.5)	867(34.7)	1,390(55.6)
7.	วิธีการคัดกรองโรคโควิด-19	30(1.2)	239(9.6)	861(34.4)	1,370(54.8)
8.	อาการและอาการแสดงของโรคโควิด-19	40(1.6)	208(8.3)	909(36.4)	1,343(53.7)
9.	โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคโควิด-19	44(1.8)	220(8.8)	997(39.9)	1,239(49.6)
10.	วิธีการรักษาโรคโควิด-19	87(3.5)	350(14.0)	895(35.8)	1,168(46.7)
11.	สิ่งสนับสนุนการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19	137(5.5)	331(13.2)	935(37.4)	1,097(43.9)
12.	อุปสรรคในการป้องกันโรคโควิด-19	110(4.4)	350(14.0)	1079(43.2)	961(38.4)
แหล่งของข้อมูลข่าวสารที่ท่านรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19					
1.	สื่อออนไลน์ เช่น ไลน์ เฟซบุ๊ก ยูทูป และเว็บไซต์	86(3.4)	181(7.2)	493(19.7)	1,740(69.9)
2.	โทรทัศน์	67(2.7)	209(8.4)	697(27.9)	1,527(61.1)
3.	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)/ อาสาสมัครสาธารณสุข (ออส.)	146(5.8)	294(11.8)	703(28.1)	1,357(54.3)
4.	บุคลากรสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล	64(2.6)	245(9.8)	823(32.9)	1,368(54.7)
5.	สมาชิกในครอบครัว	69(2.8)	356(14.2)	931(37.2)	1,144(45.8)
6.	เพื่อนร่วมงาน	109(4.4)	401(16.0)	1000(40.0)	990(39.6)
7.	ผู้นำชุมชน เช่น นายกเทศมนตรี กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน	216(8.6)	558(22.3)	845(33.8)	881(35.2)
8.	วิทยุ	360(14.4)	558(22.3)	771(30.8)	811(32.4)
9.	โปสเตอร์ให้ความรู้	261(10.4)	499(20.0)	947(37.9)	793(31.7)
10.	เพื่อนบ้าน	160(6.4)	530(21.2)	1027(41.1)	783(31.3)
11.	ผู้นำทางศาสนา เช่น พระสงฆ์ บาทหลวง จุฬาราชมนตรี โต๊ะอิหม่าม	397(15.9)	626(25.0)	806(32.2)	671(26.8)
12.	หนังสือพิมพ์	733(29.3)	686(27.4)	532(19.1)	549(22.0)

หมายเหตุ สํารวจข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2563 ถึงมกราคม 2564

จากตารางที่ 24 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค มากที่สุด 5 อันดับแรก คือ วิธีการป้องกันตนเองโรคโควิด-19 (ร้อยละ 67.7) ความรุนแรงของโรคโควิด-19 (ร้อยละ 61.8) การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เช่น จำนวนผู้ติดเชื้อ จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ 59.7) ประโยชน์ของการป้องกันโรคโควิด-19 (ร้อยละ 58.8) และวิธีการติดต่อโรคโควิด-19 (ร้อยละ 57.1) และกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 น้อยที่สุด คือ วิธีการรักษาโรคโควิด-19 (ร้อยละ 46.7) สิ่งสนับสนุนการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 (ร้อยละ 43.9) และอุปสรรคในการป้องกันโรคโควิด-19 (ร้อยละ 38.4) โดยกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้แหล่งของข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 มากที่สุด 5 อันดับแรก คือ สื่อออนไลน์ (ร้อยละ 69.9) โทรทัศน์ (ร้อยละ 61.1) อสม. หรือ อสส. (ร้อยละ 54.3) บุคลากรสุขภาพ (ร้อยละ 54.7) และสมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 45.8) แต่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้แหล่งของข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 น้อยที่สุด คือ เพื่อนบ้าน (ร้อยละ 31.3) ผู้นำทางศาสนา (ร้อยละ 26.8) และหนังสือพิมพ์ (ร้อยละ 22.0)

การศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ในภาพรวมอยู่ในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 72.4 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาในระยะที่ 1 (ร้อยละ 70.4)⁷⁴ และมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับต่ำเพียงร้อยละ 0.8 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาในระยะที่ 1 (ร้อยละ 0.5)⁷⁴ โดยกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค มากที่สุด 5 อันดับแรก คือ วิธีการป้องกันตนเองโรคโควิด-19 ร้อยละ 67.7 ความรุนแรงของโรคโควิด-19 ร้อยละ 61.8 การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ร้อยละ 59.7 ประโยชน์ของการป้องกันโรคโควิด-19 ร้อยละ 58.8 และวิธีการติดต่อโรคโควิด-19 ร้อยละ 57.1 สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอัฟกานิสถานที่พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีการรับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 โดยร้อยละ 93.0 การทำความสะอาดมือ ร้อยละ 92.0 หลีกเลี่ยงการสัมผัสผู้ที่มีอาการคล้ายโรคไข้หวัด หรือไข้หวัดใหญ่ ร้อยละ 89.0 ไม่ใช้มือสัมผัสตา จมูก และปาก ร้อยละ 87.0 หลีกเลี่ยงการชุมนุม ร้อยละ 85.0 ปิดจมูกและปากหลังการไอ จาม ร้อยละ 80.0 หลีกเลี่ยงการสัมผัสมือ ร้อยละ 72.0 หากมีอาการป่วยให้พักรักษาตัวที่บ้านและไปพบแพทย์เมื่อมีอาการรุนแรง และร้อยละ 69.0 ทำความสะอาดและทำลายเชือบนอุปกรณ์และพื้นผิวสัมผัส⁶⁰

การศึกษาคั้งนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 จากสื่อออนไลน์มากที่สุดร้อยละ 69.9 รองลงมาคือ โทรทัศน์ร้อยละ 61.1 และกลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 จาก อสม./ อสส. บุคลากรสุขภาพ และสมาชิกในครอบครัว คล้ายคลึงกับการศึกษาในประเทศแอฟริกาใต้ เคนยา และไนจีเรียที่พบว่า ประชาชนรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 จากหลายแหล่ง ดังนี้ ร้อยละ 46.0 จากสื่อสังคมออนไลน์ ร้อยละ 35.0 จากโทรทัศน์ ร้อยละ 25.0 จากวิทยุ ร้อยละ 12.0 ข่าวสารจากรัฐบาล ร้อยละ 11.0 จากหนังสือพิมพ์ และร้อยละ 6.0 จากเพื่อน/ครอบครัว¹⁴ เช่นเดียวกับการศึกษาประชาชนประเทศเคนยาซึ่งพบว่า ประชาชนรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 จากหลายแหล่งดังนี้ ร้อยละ 83.8 จากช่องโทรทัศน์ของรัฐบาล ร้อยละ 78.0 จากการส่งข้อความจากรัฐบาล (short message service: SMS) ร้อยละ 72.9 จากสถานีวิทยุของรัฐบาล ร้อยละ 71.4 จากสถานีโทรทัศน์ทั่วไป ร้อยละ 68.6 จากสถานีวิทยุทั่วไป ร้อยละ 64.0 จากเพื่อน ร้อยละ 57.6 จากเพื่อนบ้าน ร้อยละ 45.0 จากสื่อสังคมออนไลน์ ร้อยละ 35.9 จากเพื่อนร่วมงาน และร้อยละ 31.1 จากผู้นำศาสนาคริสต์⁹ แตกต่างจากการศึกษาในประเทศอัฟกานิสถานที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 61.0 ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 จากบุคลากรสุขภาพ ร้อยละ 47.0 ได้รับจากสื่อสาธารณะ เช่น วิทยุ และโทรทัศน์ เป็นต้น ร้อยละ 45.0 จากสื่อสังคมออนไลน์ ร้อยละ 36.0 จากสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 29.0 จากสมาชิกในชุมชน และร้อยละ 28.0 จากผู้นำทางศาสนา โดย

ประชาชนมีความเห็นว่าแหล่งข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือมากที่สุดคือ ร้อยละ 89.0 จากบุคลากรสุขภาพ ร้อยละ 75.0 จากวิทยุ ร้อยละ 52.0 จากสื่อสังคมออนไลน์ และร้อยละ 37.0 จากผู้นำทางศาสนาอิสลาม⁶⁰ แม้ว่าการรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อออนไลน์สามารถเข้าถึงได้ง่าย มีการนำเสนอข้อมูลที่รวดเร็วและเป็นปัจจุบัน แต่ข้อมูลข่าวสารดังกล่าวอาจไม่ถูกต้อง ดังการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่ามีความเห็นว่ามีประชาชนมีความเห็นว่าการเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์มีความถูกต้องทั้งหมดเพียงร้อยละ 20.0 ถูกต้องเพียงบางส่วนร้อยละ 65.0 และไม่มีความถูกต้อง ร้อยละ 15.0¹⁴ แต่การศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้แหล่งของข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 น้อยที่สุด คือ เพื่อนบ้านร้อยละ 31.3 ผู้นำทางศาสนามาร้อยละ 26.8 และหนังสือพิมพ์ร้อยละ 22.0 ทั้งนี้เนื่องจากในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 การพบปะเพื่อนบ้านและผู้นำทางศาสนามีน้อย เพราะประชาชนกลัวการติดเชื้อ จึงไม่ออกนอกบ้านหรือออกนอกบ้านน้อยลง นอกจากนี้หนังสือพิมพ์ไม่เป็นที่นิยมในปัจจุบันเพราะประชาชนส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงสื่อออนไลน์ได้ มีเพียงร้อยละ 3.4 ไม่สามารถเข้าถึงสื่อออนไลน์ได้ ดังนั้นการให้ข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อบุคคลก็ยังคงมีความจำเป็น เพื่อช่วยให้ประชาชนได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 เพิ่มมากขึ้น

ส่วนที่ 8 ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19

การศึกษาครั้งนี้ สอบถามผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ของประชาชน จำนวน 2,500 คน ซึ่งนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวม แสดงดังตารางที่ 25-30

ตารางที่ 25 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคะแนนและระดับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 และผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาล (n=2,500)

คะแนน	ระดับผลกระทบ	ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19		ผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาล	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านเศรษฐกิจ (คะแนนเต็ม 32 คะแนน)					
≤ 15	ต่ำ	228	9.1	246	9.8
16-23	ปานกลาง	430	17.2	488	19.5
24-32	สูง	1,842	73.7	1,766	70.6
คะแนนเฉลี่ยผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 25.6 (6.1) คะแนน					
ค่ามัธยฐาน 27.0 คะแนน พิสัย 8-32 คะแนน					
คะแนนเฉลี่ยผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาล (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 25.1 (6.2)					
คะแนน ค่ามัธยฐาน 26.0 คะแนน พิสัย 8-32 คะแนน					
ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (คะแนนเต็ม 48 คะแนน)					
≤ 23	ต่ำ	198	7.9	221	8.8
24-35	ปานกลาง	738	29.5	779	31.2
36-48	สูง	1,564	62.6	1,500	60.0
คะแนนเฉลี่ยผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 36.9 (8.6) คะแนน					
ค่ามัธยฐาน 38.0 คะแนน พิสัย 12-48 คะแนน					
คะแนนเฉลี่ยผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาล (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 36.4 (8.7)					
คะแนน ค่ามัธยฐาน 38.0 คะแนน พิสัย 12-48 คะแนน					
ด้านจิตใจ (คะแนนเต็ม 20 คะแนน)					
≤ 9	ต่ำ	364	14.5	356	14.2
10-14	ปานกลาง	367	14.7	462	18.5
15-20	สูง	1,769	70.8	1,682	67.3
คะแนนเฉลี่ยผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 15.6 (4.8) คะแนน					
ค่ามัธยฐาน 17.0 คะแนน พิสัย 5-20 คะแนน					
คะแนนเฉลี่ยผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาล (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 15.3 (4.8)					
คะแนน ค่ามัธยฐาน 17.0 คะแนน พิสัย 5-20 คะแนน					

ตารางที่ 25 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคะแนนและระดับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 และผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาล (n=2,500) (ต่อ)

คะแนน	ระดับผลกระทบ	ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19		ผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาล	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านการศึกษา (คะแนนเต็ม 24 คะแนน)					
≤ 11	ต่ำ	164	6.6	182	7.3
12-17	ปานกลาง	601	24.0	616	24.6
18-24	สูง	1,735	69.4	1,702	68.1
คะแนนเฉลี่ยผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 19.4 (4.6) คะแนน ค่ามัธยฐาน 20.0 คะแนน พิสัย 6-24 คะแนน					
คะแนนเฉลี่ยผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาล (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 18.8 (4.6) คะแนน ค่ามัธยฐาน 20.0 คะแนน พิสัย 6-24 คะแนน					
ด้านสุขภาพและการป้องกันโรค (คะแนนเต็ม 12 คะแนน)					
≤ 5	ต่ำ	153	6.1	171	6.8
6-8	ปานกลาง	432	17.3	492	19.7
9-12	สูง	1,915	76.6	1,837	73.5
คะแนนเฉลี่ยผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 9.7 (2.3) คะแนน ค่ามัธยฐาน 10.0 คะแนน พิสัย 3-12 คะแนน					
คะแนนเฉลี่ยผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาล (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 9.5 (2.4) คะแนน ค่ามัธยฐาน 10.0 คะแนน พิสัย 3-12 คะแนน					
ด้านวัฒนธรรม/ประเพณี/วิถีชีวิตของชุมชน (คะแนนเต็ม 20 คะแนน)					
≤ 9	ต่ำ	219	8.8	223	8.9
10-14	ปานกลาง	745	29.8	791	31.6
15-20	สูง	1,536	61.4	1,486	59.5
คะแนนเฉลี่ยผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 15.0 (4.1) คะแนน ค่ามัธยฐาน 15.0 คะแนน พิสัย 5-20 คะแนน					
คะแนนเฉลี่ยผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาล (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 14.8 (4.1) คะแนน ค่ามัธยฐาน 15.0 คะแนน พิสัย 5-20 คะแนน					
ด้านครอบครัว (คะแนนเต็ม 36 คะแนน)					
≤ 17	ต่ำ	1,033	41.3	1,018	40.7
18-26	ปานกลาง	893	35.7	897	35.9
27-36	สูง	574	23.0	585	23.4
คะแนนเฉลี่ยผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 19.7 (7.7) คะแนน ค่ามัธยฐาน 19.0 คะแนน พิสัย 9-36 คะแนน					
คะแนนเฉลี่ยผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาล (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 19.8 (7.7) คะแนน ค่ามัธยฐาน 19.0 คะแนน พิสัย 9-36 คะแนน					

ตารางที่ 25 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคะแนนและระดับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 และผลกระทบจากนโยบาย/มาตรการของรัฐบาล (n=2,500) (ต่อ)

คะแนน	ระดับผลกระทบ	ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19		ผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาล	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 และผลกระทบจากนโยบาย/มาตรการของรัฐบาลในภาพรวม (คะแนนเต็ม 192 คะแนน)					
≤ 95	ต่ำ	169	6.8	186	7.4
96-143	ปานกลาง	1,040	41.6	1,076	43.0
144-192	สูง	1,291	51.6	1,238	49.5
คะแนนเฉลี่ยผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 141.8 (28.1) คะแนน ค่ามัธยฐาน 145.0 คะแนน พิสัย 48-192 คะแนน					
คะแนนเฉลี่ยผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาล (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 139.9 (28.2) คะแนน ค่ามัธยฐาน 143.0 คะแนน พิสัย 48-192 คะแนน					

หมายเหตุ สุ่มตรวจสอบระหว่างเดือนตุลาคม 2563 ถึงมกราคม 2564

จากตารางที่ 25 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ในภาพรวมอยู่ในระดับสูงมากที่สุดร้อยละ 51.6 และกลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาลภาพรวมอยู่ในระดับสูงมากที่สุดร้อยละ 49.5 โดยจำแนกรายด้าน ดังนี้

ด้านเศรษฐกิจ ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูงมากที่สุดร้อยละ 73.7 และผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาล อยู่ในระดับสูงมากที่สุดร้อยละ 70.6

ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูงมากที่สุดร้อยละ 62.6 และผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาล อยู่ในระดับสูงมากที่สุดร้อยละ 60.0

ด้านจิตใจ ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูงมากที่สุดร้อยละ 70.8 และผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาล อยู่ในระดับสูงมากที่สุดร้อยละ 67.3

ด้านการศึกษา ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูงมากที่สุดร้อยละ 69.4 และผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาล อยู่ในระดับสูงมากที่สุดร้อยละ 68.1

ด้านสุขภาพและการป้องกันโรค ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูงมากที่สุดร้อยละ 76.6 และผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาล อยู่ในระดับสูงมากที่สุดร้อยละ 73.5

ด้านวัฒนธรรม/ประเพณี/วิถีชีวิตของชุมชน ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูงมากที่สุดร้อยละ 61.4 และผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาล อยู่ในระดับสูงมากที่สุดร้อยละ 59.5

ด้านครอบครัว ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 อยู่ในระดับต่ำมากที่สุดร้อยละ 41.3 และผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาล อยู่ในระดับสูงมากที่สุดร้อยละ 40.7

ตารางที่ 26 เปรียบเทียบคะแนนผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจังหวัด (n=2,500)

จังหวัด	Minimum	Maximum	Median	IQR*	Mean rank	Kruskal-Wallis test	
						χ^2	p-value
จังหวัด						61.58	0.000
กรุงเทพฯ	61	192	142.00	38	1,203.54		
ชลบุรี	57	192	144.00	40	1,153.16		
เชียงใหม่	48	192	139.50	41	1,150.24		
นครราชสีมา	57	192	146.50	41	1,293.64		
ยะลา	62	192	152.00	31	1,451.93		

หมายเหตุ สํารวจข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2563 ถึงมกราคม 2564

* IQR=interquartile range

จากตารางที่ 26 พบว่า คะแนนผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละจังหวัดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยในจังหวัดยะลา มีค่ามัธยฐานคะแนนผลกระทบของการระบาดของโรคโควิด-19 มากที่สุด (median=152.00, IQR=31) และกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยในจังหวัดเชียงใหม่มีค่ามัธยฐานคะแนนผลกระทบของการระบาดของโรคโควิด-19 น้อยที่สุด (median=139.50, IQR=41)

ตารางที่ 27 เปรียบเทียบคะแนนผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจังหวัด (n=2,500)

จังหวัด	Minimum	Maximum	Median	IQR*	Mean rank	Kruskal-Wallis test	
						χ^2	p-value
จังหวัด						35.36	0.000
กรุงเทพฯ	59	192	143.00	37	1,225.22		
ชลบุรี	53	192	144.00	40	1,206.07		
เชียงใหม่	48	192	136.00	41	1,126.76		
นครราชสีมา	48	192	145.00	37	1,337.12		
ยะลา	60	192	146.50	36	1,357.33		

หมายเหตุ สํารวจข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2563 ถึงมกราคม 2564

* IQR=interquartile range

จากตารางที่ 27 พบว่า คะแนนผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาลของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละจังหวัดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยในจังหวัดยะลา มีค่ามัธยฐานคะแนนผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาล มากที่สุด (median=146.50, IQR=36) และกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยในจังหวัดเชียงใหม่มีค่ามัธยฐานคะแนนผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาล น้อยที่สุด (median=136.00, IQR=41)

ตารางที่ 28 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 (n=2,500)

ข้อ	ผลกระทบ	ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19			
		ไม่กระทบ	น้อย	ปานกลาง	มาก
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ					
1.	รายได้ลดลง	151(6.0)	210(8.4)	492(19.7)	1,647(65.9)
2.	รายได้ไม่พอใช้	156(6.2)	217(8.7)	493(19.7)	1,634(65.4)
3.	ถูกหยุดงาน พักงานชั่วคราว	215(8.6)	206(8.2)	515(20.6)	1,564(62.6)
4.	ไม่มีรายได้	228(9.1)	215(8.6)	519(20.8)	1,538(61.5)
5.	ถูกเลิกจ้าง ตกงาน	276(11.0)	247(9.9)	468(18.7)	1,509(60.4)
6.	ค่าใช้จ่ายจากการเรียน/ทำงานที่บ้านเพิ่มขึ้น เช่น ค่าไฟฟ้าและค่าอินเทอร์เน็ต	163(6.5)	221(8.8)	646(25.8)	1,470(58.8)
7.	รายได้เพิ่มขึ้นจากการให้บริการส่งอาหารและเครื่องดื่ม	512(20.5)	441(17.6)	676(27.0)	871(34.8)
8.	รายได้เพิ่มขึ้นจากการขายของออนไลน์	626(25.0)	433(17.3)	649(26.0)	792(31.7)
ผลกระทบด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเอง					
1.	การเดินทางไปต่างประเทศ	391(15.6)	242(9.7)	381(15.2)	1,486(59.4)
2.	การเดินทางไปต่างจังหวัด	229(9.2)	299(12.0)	599(24.0)	1,373(54.9)
3.	การไปช้อปปิ้งหรือไปเดินเล่นในห้างสรรพสินค้า	137(5.5)	337(13.5)	745(29.8)	1,281(51.2)
4.	การไปซื้อของใช้ การจ่ายตลาด	106(4.2)	322(12.9)	887(35.5)	1,185(47.4)
5.	การไปร้านเสริมสวย สระผม ทำผม	241(9.6)	385(15.4)	706(28.2)	1,168(46.7)
6.	การรับประทานอาหารนอกบ้าน	158(6.3)	364(15.5)	835(33.4)	1,143(45.7)
7.	การสังสรรค์กับเพื่อนนอกบ้าน	265(10.6)	439(17.6)	699(28.0)	1,097(43.9)
8.	การออกกำลังกายนอกบ้าน	185(7.4)	388(15.5)	910(36.4)	1,017(40.7)
9.	การใช้บริการธนาคาร	205(8.2)	458(18.3)	825(33.0)	1,012(40.5)
10.	การดูหนัง ฟังเพลงนอกบ้าน	384(15.4)	473(18.9)	674(27.0)	969(38.8)
11.	การพบปะเพื่อนสนิท	266(10.6)	545(21.8)	871(34.8)	818(32.7)
12.	การพบปะแฟน/คู่รัก	505(20.2)	496(19.8)	758(30.3)	741(29.6)
ผลกระทบด้านจิตใจ					
1.	วิตกกังวลว่าจะถูกเลิกจ้าง	309(12.4)	256(10.2)	544(21.8)	1,391(55.6)
2.	ความเครียดจากการเลิกจ้าง ตกงาน ไม่มีงานทำ	306(12.2)	290(11.6)	524(21.0)	1,380(55.2)
3.	วิตกกังวลว่าจะหางานทำไม่ได้เมื่อสถานการณ์ดีขึ้น	282(11.3)	273(10.9)	622(24.9)	1,323(52.9)
4.	ความเครียดจากการหยุดงานชั่วคราว พักงาน	323(12.9)	275(11.0)	609(24.4)	1,293(51.7)
5.	ภาวะซึมเศร้าจากการไม่ได้พบปะผู้คน	479(19.2)	354(14.2)	646(25.8)	1,021(40.8)

ตารางที่ 28 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 (n=2,500) (ต่อ)

ข้อ	ผลกระทบ	ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19			
		ไม่กระทบ	น้อย	ปานกลาง	มาก
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ผลกระทบด้านการศึกษาของตนเอง และ/หรือบุตรหลาน					
1.	นักเรียน/นักศึกษาสำเร็จการศึกษาช้าลง	155(6.2)	322(12.9)	676(27.0)	1,347(53.9)
2.	นักเรียน/นักศึกษาไม่สามารถไปเรียนกวดวิชาได้	151(6.0)	324(13.0)	734(29.4)	1,291(51.6)
3.	นักเรียน/นักศึกษาไม่มีคอมพิวเตอร์ โน้ตบุ๊ก แท็บเล็ต สำหรับการเรียน/การสอบออนไลน์	219(8.8)	349(14.0)	783(31.3)	1,149(46.0)
4.	นักเรียน/นักศึกษาไม่มีผู้ให้ความช่วยเหลือ ช่วยแก้ปัญหาในการเรียน/การสอบออนไลน์	206(8.2)	390(15.6)	766(30.6)	1,138(45.5)
5.	นักเรียน/นักศึกษาไม่มีอินเทอร์เน็ต สำหรับการเรียน/การสอบออนไลน์	243(9.7)	386(15.4)	750(30.0)	1,121(44.8)
6.	นักเรียน/นักศึกษาไม่มีทักษะในการเรียน/การสอบออนไลน์	198(7.9)	403(16.1)	819(32.8)	1,080(43.2)
ผลกระทบด้านสุขภาพและการป้องกันโรค					
1.	การขาดแคลนหน้ากากอนามัย	165(6.6)	298(11.9)	787(31.5)	1,250(50.0)
2.	การเข้ารับบริการทางการแพทย์ กรณีเจ็บป่วย	141(5.6)	314(12.6)	815(32.6)	1,230(49.2)
3.	การขาดแคลนแอลกอฮอล์เจล	174(7.0)	333(13.3)	820(32.8)	1,173(46.9)
ผลกระทบด้านวัฒนธรรม/ประเพณี/วิถีชีวิตของชุมชน					
1.	การช่วยเหลือเกื้อกูลกันในสังคมลดลง เช่น การลงแขก งานแต่ง งานบวช งานขึ้นบ้านใหม่ และงานศพ เป็นต้น	189(7.6)	469(18.8)	788(31.5)	1,054(42.2)
2.	การประกอบพิธีกรรมทางศาสนา	235(9.4)	500(20.0)	760(30.4)	1,005(40.2)
3.	การติดตามตรวจสอบการกักตัวของผู้เดินทางจากพื้นที่อื่น	249(10.0)	496(19.8)	785(31.4)	970(38.8)
4.	การสืบสานขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม	189(7.6)	543(21.7)	812(32.5)	956(38.2)
5.	การติดตามตรวจสอบการกักตัวของกลุ่มเสี่ยงในชุมชน	237(9.5)	502(20.1)	910(36.4)	851(34.0)
ผลกระทบต่อครอบครัว					
1.	การขาดผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง	771(30.8)	500(20.0)	635(25.4)	594(23.8)
2.	การขาดผู้ดูแลผู้สูงอายุ	731(29.2)	521(20.8)	682(27.3)	566(22.6)
3.	การขาดผู้ดูแลเด็กอ่อน เด็กเล็ก	760(30.4)	578(23.1)	641(25.6)	521(20.8)
4.	สัมพันธภาพของคนในชุมชนลดลง	569(22.8)	716(28.6)	709(28.4)	506(20.2)
5.	การช่วยลดการมีเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	936(37.4)	653(26.1)	522(20.9)	389(15.6)
6.	สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวลดลง	924(37.0)	642(25.7)	593(23.7)	341(13.6)
7.	การไม่กล้านอนกับแฟน/คู่รัก สมาชิก/ภรรยา	1,046(41.8)	610(24.4)	508(20.3)	336(13.4)

ตารางที่ 28 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 (n=2,500) (ต่อ)

ชื่อ	ผลกระทบ	ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19			
		ไม่กระทบ	น้อย	ปานกลาง	มาก
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ผลกระทบต่อครอบครัว (ต่อ)					
8.	การทะเลาะกับแฟน/คู่รัก	1,189(47.6)	593(23.7)	441(17.6)	277(11.1)
9.	การเลิก/หย่าร้างกับแฟน/คู่รัก	1,312(52.5)	541(21.6)	388(15.5)	259(10.4)

หมายเหตุ: สำรวจข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2563 ถึงมกราคม 2564

จากตารางที่ 28 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจในระดับมากที่สุด คือ รายได้ลดลง (ร้อยละ 65.9) รายได้ไม่พอใช้ (ร้อยละ 65.4) ถูกหยุดงาน พักงานชั่วคราว (ร้อยละ 62.6) ไม่มีรายได้ (ร้อยละ 61.5) และถูกเลิกจ้างหรือตกงาน (ร้อยละ 60.4) รองลงมาคือผลกระทบด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเอง โดยมีผลกระทบในระดับมากที่สุด คือ การเดินทางไปต่างประเทศ (ร้อยละ 59.4) การเดินทางไปต่างจังหวัด (ร้อยละ 54.9) การไปช้อปปิ้งหรือไปเดินเล่นในห้างสรรพสินค้า (ร้อยละ 51.2)

ผลกระทบทางผลกระทบด้านจิตใจ โดยมีผลกระทบในระดับมากที่สุด คือ วิตกกังวลว่าจะถูกเลิกจ้าง (ร้อยละ 55.6) ความเครียดจากการเลิกจ้างหรือตกงาน ไม่มีงานทำ (ร้อยละ 55.2) วิตกกังวลว่าจะหางานทำไม่ได้เมื่อสถานการณ์ดีขึ้น (ร้อยละ 52.9) ความเครียดจากการหยุดงานชั่วคราวหรือพักงาน (ร้อยละ 51.7) และภาวะซึมเศร้าจากการไม่ได้พบปะผู้คน (ร้อยละ 40.8)

ส่วนผลกระทบผลกระทบด้านการศึกษาของตนเอง และ/หรือบุตรหลานในระดับมากที่สุด คือ สำเร็จการศึกษาช้าลง (ร้อยละ 53.9) ไม่สามารถไปเรียนมหาวิทยาลัยได้ (ร้อยละ 51.6) ไม่มีคอมพิวเตอร์ โน้ตบุ๊ก แท็บเล็ต สำหรับการเรียนหรือการสอบออนไลน์ (ร้อยละ 46.0) ไม่มีผู้ให้ความช่วยเหลือหรือช่วยแก้ปัญหาในการเรียนหรือการสอบออนไลน์ (ร้อยละ 45.5) และไม่มีอินเทอร์เน็ตสำหรับการเรียนหรือการสอบออนไลน์ (ร้อยละ 44.8)

ผลกระทบด้านสุขภาพและการป้องกันโรคที่ได้รับผลกระทบในระดับมากที่สุด คือ การขาดแคลนหน้ากากอนามัย (ร้อยละ 50.0) การเข้ารับบริการทางการแพทย์เจ็บป่วย (ร้อยละ 49.2) และการขาดแคลนแอลกอฮอล์เจล (ร้อยละ 46.9)

ผลกระทบทางด้านวัฒนธรรม/ประเพณี/วิถีชีวิตของชุมชนที่ได้รับผลกระทบในระดับมากที่สุด คือ การช่วยเหลือเกื้อกูลกันในสังคมลดลง (ร้อยละ 42.2) การประกอบพิธีกรรมทางศาสนา (ร้อยละ 40.2) การติดตามตรวจสอบการกักตัวของผู้เดินทางจากพื้นที่อื่น (ร้อยละ 38.8) การสืบสานขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม (ร้อยละ 38.2) และการติดตามตรวจสอบการกักตัวของกลุ่มเสี่ยงในชุมชน (ร้อยละ 34.0)

ผลกระทบด้านครอบครัวที่ได้รับผลกระทบในระดับมากที่สุด คือ การขาดผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง (ร้อยละ 23.8) การขาดผู้ดูแลผู้สูงอายุ (ร้อยละ 22.6) การขาดผู้ดูแลเด็กอ่อนหรือเด็กเล็ก (ร้อยละ 20.8) สัมพันธภาพของคนในชุมชนลดลง (ร้อยละ 20.2) และการช่วยลดการมีเพศสัมพันธ์หรือการตั้งครภภในวัยรุ่น (ร้อยละ 15.6)

ตารางที่ 29 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาล (n=2,500)

ข้อ	ผลกระทบ	ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาล			
		ไม่กระทบ	น้อย	ปานกลาง	มาก
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ					
1.	รายได้ลดลง	173(6.9)	248(9.9)	588(23.5)	1,491(59.6)
2.	รายได้ไม่พอใช้	180(7.2)	232(9.3)	613(27.8)	1,475(59.0)
3.	ถูกหยุดงาน พักงานชั่วคราว	230(9.2)	226(9.0)	642(25.7)	1,402(56.1)
4.	ถูกเลิกจ้าง ตกลงงาน	275(11.0)	273(10.9)	558(22.3)	1,394(55.8)
5.	ไม่มีรายได้	244(9.8)	247(9.9)	627(25.1)	1,382(55.3)
6.	ค่าใช้จ่ายจากการเรียน/ทำงานที่บ้านเพิ่มขึ้น เช่น ค่าไฟฟ้าและค่าอินเทอร์เน็ต	179(7.2)	264(10.6)	696(27.8)	1,361(54.4)
7.	รายได้เพิ่มขึ้นจากการให้บริการส่งอาหารและเครื่องดื่ม	515(20.6)	449(18.0)	749(30.0)	787(31.5)
8.	รายได้เพิ่มขึ้นจากการขายของออนไลน์	605(24.2)	466(18.6)	702(28.1)	727(29.1)
ผลกระทบด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเอง					
1.	การเดินทางไปต่างประเทศ	390(15.6)	271(10.8)	479(19.2)	1,360(54.4)
2.	การเดินทางไปต่างจังหวัด	236(9.4)	356(14.2)	639(25.6)	1,269(50.8)
3.	การไปช้อปปิ้งหรือไปเดินเล่นในห้างสรรพสินค้า	175(7.0)	318(12.7)	826(33.0)	1,181(47.2)
4.	การไปซื้อของใช้ การจ่ายตลาด	129(5.2)	349(14.0)	920(36.8)	1,102(44.1)
5.	การไปร้านเสริมสวย สระผม ทำผม	254(10.2)	383(15.3)	793(31.7)	1,070(42.8)
6.	การรับประทานอาหารนอกบ้าน	171(6.8)	374(15.0)	899(36.0)	1,056(42.2)
7.	การสังสรรค์กับเพื่อนนอกบ้าน	268(10.7)	455(18.2)	791(31.6)	986(39.4)
8.	การใช้บริการธนาคาร	205(8.2)	476(19.0)	859(34.4)	960(38.4)
9.	การออกกำลังกายนอกบ้าน	199(8.0)	391(17.3)	964(38.6)	946(37.8)
10.	การดูหนัง ฟังเพลงนอกบ้าน	362(14.5)	464(18.6)	778(31.1)	896(35.8)
11.	การพบปะเพื่อนสนิท	276(11.0)	581(23.2)	885(35.4)	758(30.3)
12.	การพบปะแฟน/คู่รัก	468(18.7)	554(22.2)	754(30.2)	724(29.0)
ผลกระทบด้านจิตใจ					
1.	วิตกกังวลว่าจะถูกเลิกจ้าง	304(12.2)	305(12.2)	625(25.0)	1,266(50.6)
2.	ความเครียดจากการหยุดงานชั่วคราว พักงาน	325(13.0)	331(13.2)	623(24.9)	1,221(48.8)
3.	ความเครียดจากการเลิกจ้าง ตกลงงาน ไม่มีงานทำ	317(12.7)	322(12.9)	653(26.1)	1,208(48.3)
4.	วิตกกังวลว่าจะหางานทำไม่ได้เมื่อสถานการณ์ดีขึ้น	295(11.8)	327(13.1)	707(28.3)	1,171(46.8)
5.	ภาวะซึมเศร้าจากการไม่ได้พบปะผู้คน	464(18.6)	419(16.8)	654(26.2)	963(38.5)

ตารางที่ 29 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาล (n=2,500) (ต่อ)

ข้อ	ผลกระทบ	ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบ จากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาล			
		ไม่กระทบ	น้อย	ปานกลาง	มาก
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ผลกระทบด้านการศึกษาของตนเอง และ/หรือบุตรหลาน					
1.	นักเรียน/นักศึกษาสำเร็จการศึกษาช้าลง	165(6.6)	285(11.4)	791(31.6)	1,259(50.4)
2.	นักเรียน/นักศึกษาไม่สามารถไปเรียนกวดวิชาได้	159(6.4)	328(13.1)	827(33.1)	1,186(47.4)
3.	นักเรียน/นักศึกษาไม่มีอินเทอร์เน็ต สำหรับการเรียน/การสอบออนไลน์	237(9.5)	380(15.2)	785(31.4)	1,098(43.9)
4.	นักเรียน/นักศึกษาไม่มีผู้ให้ความช่วยเหลือ ช่วยแก้ปัญหาในการเรียน/การสอบออนไลน์	211(8.4)	398(15.9)	814(32.6)	1,077(43.1)
5.	นักเรียน/นักศึกษาไม่มีคอมพิวเตอร์ โน้ตบุ๊ก แท็บเล็ต สำหรับการเรียน/การสอบออนไลน์	217(8.7)	367(14.7)	852(34.1)	1,064(42.6)
6.	นักเรียน/นักศึกษาไม่มีทักษะในการเรียน/การสอบออนไลน์	206(8.2)	400(16.0)	859(34.4)	1,035(41.4)
ผลกระทบด้านสุขภาพและการป้องกันโรค					
1.	การขาดแคลนหน้ากากอนามัย	179(7.2)	345(13.8)	803(32.1)	1,173(46.9)
2.	การเข้ารับบริการทางการแพทย์ กรณีเจ็บป่วย	158(6.3)	331(13.2)	880(35.2)	1,131(45.2)
3.	การขาดแคลนแอลกอฮอล์เจล	191(7.6)	356(14.2)	840(33.6)	1,113(44.5)
ผลกระทบด้านวัฒนธรรม/ประเพณี/วิถีชีวิตของชุมชน					
1.	การช่วยเหลือเกื้อกูลกันในสังคมลดลง เช่น การลงแขก งานแต่งงาน งานบวช งานขึ้นบ้านใหม่ และงานศพ เป็นต้น	186(7.4)	495(19.8)	859(34.4)	960(38.4)
2.	การประกอบพิธีกรรมทางศาสนา	227(9.1)	548(21.9)	785(31.4)	940(37.6)
3.	การติดตามตรวจสอบการกักตัวของผู้เดินทางจากพื้นที่อื่น	264(10.6)	525(21.0)	802(32.1)	909(36.4)
4.	การสืบสานขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม	186(7.4)	568(22.7)	849(34.0)	897(35.9)
5.	การติดตามตรวจสอบการกักตัวของกลุ่มเสี่ยงในชุมชน	243(9.7)	521(20.8)	919(36.8)	817(32.7)
ผลกระทบต่อครอบครัว					
1.	การขาดผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง	768(30.7)	529(21.2)	670(26.8)	533(21.3)
2.	การขาดผู้ดูแลผู้สูงอายุ	723(28.9)	575(23.0)	672(26.9)	530(21.2)
3.	การขาดผู้ดูแลเด็กอ่อน เด็กเล็ก	727(29.1)	596(23.8)	677(27.1)	500(20.0)
4.	สัมพันธภาพของคนในชุมชนลดลง	584(23.4)	711(28.4)	726(29.0)	479(19.2)
5.	การช่วยลดการมีเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	932(37.3)	649(26.0)	560(22.4)	359(14.4)
6.	สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวลดลง	890(35.6)	620(24.8)	662(26.5)	328(13.1)
7.	การไม่กล้านอนกับแฟน/คู่รัก สามเษก/ภรรยา	1,015(40.6)	630(25.2)	538(21.5)	317(12.7)

ตารางที่ 29 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาล (n=2,500) (ต่อ)

ข้อ	ผลกระทบ	ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาล			
		ไม่กระทบ	น้อย	ปานกลาง	มาก
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ผลกระทบต่อครอบครัว (ต่อ)					
8.	การทะเลาะกับแฟน/คูรัก	1,129(45.2)	613(24.5)	492(19.7)	266(10.6)
9.	การเลิก/หย่าร้างกับแฟน/คูรัก	1,233(49.3)	574(23.0)	449(18.0)	244(9.8)

หมายเหตุ สำรวจข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2563 ถึงมกราคม 2564

จากตารางที่ 29 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาล โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจในระดับมากที่สุด คือ รายได้ลดลง (ร้อยละ 59.6) รายได้ไม่พอใช้ (ร้อยละ 59.0) ถูกหยุดงาน พักงานชั่วคราว (ร้อยละ 56.1) ถูกเลิกจ้าง ตกงาน (ร้อยละ 55.8) และไม่มีรายได้ (ร้อยละ 55.3) รองลงมาคือ ผลกระทบด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองในระดับมากที่สุด คือ การเดินทางไปต่างประเทศ (ร้อยละ 54.4) การเดินทางไปต่างจังหวัด (ร้อยละ 50.8) การไปช้อปปิ้งหรือไปเดินเล่นในห้างสรรพสินค้า (ร้อยละ 47.2)

ส่วนผลกระทบทางผลกระทบด้านจิตใจ มีผลกระทบในระดับมากที่สุด คือ วิตกกังวลว่าจะถูกเลิกจ้าง (ร้อยละ 50.6) ความเครียดจากการหยุดงานชั่วคราวหรือพักงาน (ร้อยละ 48.8) มีความเครียดจากการเลิกจ้างหรือตกงานหรือไม่มีงานทำ (ร้อยละ 48.3) วิตกกังวลว่าจะหางานทำไม่ได้เมื่อสถานการณ์ดีขึ้น (ร้อยละ 46.8) และภาวะซึมเศร้าจากการไม่ได้พบปะผู้คน (ร้อยละ 38.5)

สำหรับผลกระทบด้านการศึกษาของตนเอง และ/หรือบุตรหลานในระดับมากที่สุด คือ สำเร็จการศึกษาช้าลง (ร้อยละ 50.4) ไม่สามารถไปเรียนกวดวิชาได้ (ร้อยละ 47.4) ไม่มีอินเทอร์เน็ตสำหรับการเรียนหรือการสอบออนไลน์ (ร้อยละ 43.9) ไม่มีผู้ให้ความช่วยเหลือหรือช่วยแก้ปัญหาในการเรียนหรือการสอบออนไลน์ (ร้อยละ 43.1) และไม่มีคอมพิวเตอร์ โน้ตบุ๊ก แท็บเล็ต สำหรับการเรียนหรือการสอบออนไลน์ (ร้อยละ 42.6)

ผลกระทบด้านสุขภาพและการป้องกันโรคที่ได้รับผลกระทบในระดับมากที่สุด คือ การขาดแคลนหน้ากากอนามัย (ร้อยละ 46.9) การเข้ารับบริการทางการแพทย์เจ็บป่วย (ร้อยละ 45.2) และการขาดแคลนแอลกอฮอล์เจล (ร้อยละ 44.5)

ผลกระทบทางด้านวัฒนธรรม/ประเพณี/วิถีชีวิตของชุมชนในระดับมากที่สุด คือ การช่วยเหลือเกื้อกูลกันในสังคมลดลง (ร้อยละ 38.4) การประกอบพิธีกรรมทางศาสนา (ร้อยละ 37.6) การติดตามตรวจสอบการกักตัวของผู้เดินทางจากพื้นที่อื่น (ร้อยละ 36.4) การสืบสานขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม (ร้อยละ 35.9) และการติดตามตรวจสอบการกักตัวของกลุ่มเสี่ยงในชุมชน (ร้อยละ 32.7)

ผลกระทบด้านครอบครัวในระดับมากที่สุด คือ การขาดผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง (ร้อยละ 21.3) การขาดผู้ดูแลผู้สูงอายุ (ร้อยละ 21.2) การขาดผู้ดูแลเด็กก่อน เด็กเล็ก (ร้อยละ 20.0) สัมพันธภาพของคนในชุมชนลดลง (ร้อยละ 22.7) และการช่วยลดการมีเพศสัมพันธ์หรือการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (ร้อยละ 14.4)

ตารางที่ 30 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคะแนนและระดับสุขภาพจิตจากการระบาดของโรคโควิด-19 (n=2,500)

คะแนน	ระดับ	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะวิตกกังวล (คะแนนเต็ม 21 คะแนน)			
0-3	ปกติ	1,688	67.5
4-5	เล็กน้อย	261	10.4
6-7	ปานกลาง	180	7.2
8-9	รุนแรง	95	3.8
≥ 10	รุนแรงมาก	276	11.0
คะแนนเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 3.4 (4.6) คะแนน คำมัธยฐาน 2.00 คะแนน พิสัย 0-21 คะแนน			
ความเครียด (คะแนนเต็ม 21 คะแนน)			
0-7	ปกติ	1,898	75.9
8-9	เล็กน้อย	172	6.9
10-12	ปานกลาง	194	7.8
13-16	รุนแรง	132	5.3
≥ 17	รุนแรงมาก	104	4.2
คะแนนเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 4.9 (4.8) คะแนน คำมัธยฐาน 3.0 คะแนน พิสัย 0-21 คะแนน			
ภาวะซึมเศร้า (คะแนนเต็ม 21 คะแนน)			
0-4	ปกติ	1,791	71.6
5-6	เล็กน้อย	227	9.1
7-10	ปานกลาง	216	8.6
11-13	รุนแรง	108	4.3
≥ 14	รุนแรงมาก	158	6.3
คะแนนเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 3.6 (4.6) คะแนน คำมัธยฐาน 2.0 คะแนน พิสัย 0-21 คะแนน			

หมายเหตุ: สํารวจข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2563 ถึงมกราคม 2564

จากตารางที่ 30 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะวิตกกังวลจากการระบาดของโรคโควิด-19 อยู่ในระดับรุนแรงมากสูงถึงร้อยละ 11.0 และอยู่ในระดับรุนแรงร้อยละ 3.8 กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดจากการระบาดของโรคโควิด-19 อยู่ในระดับรุนแรงมากร้อยละ 4.2 และอยู่ในระดับรุนแรงร้อยละ 5.3 กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าจากการระบาดของโรคโควิด-19 อยู่ในระดับรุนแรงมากร้อยละ 6.3 และอยู่ในระดับรุนแรงร้อยละ 4.3

การศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 51.6 มีความคิดเห็นในภาพรวมเกี่ยวกับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูงมากที่สุด ซึ่งสูงกว่าการศึกษาในระยะที่ 1 เล็กน้อย (ร้อยละ 48.6)⁷⁴ แต่ผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาลอยู่ในระดับสูงมากที่สุดร้อยละ 49.5 ซึ่งสูงกว่าการศึกษาในระยะที่ 1 ที่พบว่าอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุดร้อยละ 48.6⁷⁴ เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าได้รับผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจจากการระบาดของโรคโควิด-19 และจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาลอยู่ในระดับสูงมากที่สุด (มากกว่าร้อยละ 60) ได้แก่ รายได้ลดลง รายได้ไม่พอใช้ ถูกหยุดงาน พักงานชั่วคราว ไม่มีรายได้ และถูกเลิกจ้างหรือตกงาน ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาในระยะที่ 1⁷⁴ และสอดคล้องกับ

การศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า ปัจจัยผลกระทบทางลบที่ส่งผลต่อความสุขของพนักงานบริษัท การศึกษาพบว่าการระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตการทำงานด้าน สภาพเศรษฐกิจของพนักงาน ด้านสภาพแวดล้อมส่วนบุคคลของพนักงาน ด้านสภาพแวดล้อมในที่ทำงาน และด้านสภาพสังคม นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยผลกระทบจากโรคโควิด-19 ส่งผลต่อความสุขในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05⁷⁸ จากรายงานผลกระทบของโรคโควิด-19 ต่อแรงงานต่างด้าวที่ทำงานในประเทศไทย แรงงานต่างด้าวมีปัญหาเรื่องอุปสรรคป้องกันร่างกายส่วนบุคคล เช่น หน้ากากอนามัย น้ำยาทำความสะอาดมือ นอกจากนี้ยังมีปัญหาในเรื่องของการเว้นระยะห่างตามมาตรการ เนื่องจากแรงงานกลุ่มนี้อาศัยอยู่ในแคมป์คนงานที่มีสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันโรคโควิด-19 โดยเฉพาะอย่างยิ่งมาตรการเว้นระยะห่าง และแรงงานส่วนหนึ่งยังต้องเผชิญกับปัญหาการถูกเลิกจ้าง ตกงาน ถูกส่งกลับประเทศ เช่น แรงงานพม่า กัมพูชา และลาว⁷⁹ และการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของโรคโควิด-19 ที่มีต่อสุขภาพและความปลอดภัยในโรงงาน การระบาดของโรคโควิด-19 ที่พบในโรงงาน มีความยากลำบากในการบริหารจัดการ โดยผลการวิจัยให้ข้อเสนอแนะว่าควรให้มีการจัดการความเสี่ยงอย่างเข้มงวด โดยผู้ที่มีความเกี่ยวข้องต้องมีความเข้าใจในการแก้ไขปัญหาตามมาตรการที่ถูกต้อง และกระตุ้นให้พนักงานมีความตระหนักในการทำงานอย่างปลอดภัย มีการปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างถูกต้องและเหมาะสม อาทิ การสวมหน้ากากอนามัย การล้างมืออย่างสม่ำเสมอ โดยจะต้องมีการคัดกรองรับรองความเสี่ยงของพนักงาน เช่น การวัดอุณหภูมิ การสังเกตอาการของการติดเชื้อ จะต้องมีการสื่อสารเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มพนักงานให้มีความเข้าใจอย่างทั่วถึง เพื่อหลีกเลี่ยงการติดเชื้อในโรงงาน⁸⁰ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบด้านการศึกษาในระดับสูงมากที่สุด (ร้อยละ 45-54) ได้แก่ ทำให้นักเรียนหรือนักศึกษาสำเร็จการศึกษาช้าลง ไม่สามารถไปเรียนกวดวิชาได้ ไม่มีคอมพิวเตอร์ โน้ตบุ๊ก แท็บเล็ต สำหรับการเรียนหรือการสอบออนไลน์ ไม่มีผู้ให้ความช่วยเหลือหรือช่วยแก้ปัญหาในการเรียนหรือการสอบออนไลน์ และไม่มีอินเทอร์เน็ตสำหรับการเรียนหรือการสอบออนไลน์ ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาในระยะที่ 1⁷⁴ ยกเว้นประเด็นทักษะในการเรียนหรือการสอบออนไลน์ของนักเรียน/นักศึกษามีปัญหาลดลง ทั้งนี้อาจเนื่องจากนักเรียน/นักศึกษาเริ่มมีความคุ้นเคยกับการเรียนหรือการสอบออนไลน์มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า การระบาดของโรคโควิด-19 มีผลต่อสังคมและการศึกษาในมุมมองของนักศึกษาในประเทศซาอุดีอาระเบีย นักศึกษามหาวิทยาลัยมีการรับรู้ทั้งผลกระทบทางบวกและทางลบต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองในด้านสังคมและบริบทแวดล้อมมากกว่าด้านการศึกษา ทั้งนี้การศึกษาพบว่าผลกระทบที่ได้รับ ปัจจัยในเรื่องเพศไม่มีความแตกต่างกัน โดยผลกระทบทางด้านการศึกษาที่ได้รับ คือ ทำให้ต้องปรับรูปแบบการเรียนเป็นระบบออนไลน์⁸¹

อีกทั้งส่งผลกระทบทางด้านวัฒนธรรม/ประเพณี/วิถีชีวิตของชุมชน โดยพบว่า การช่วยเหลือเกื้อกูลกันในสังคมได้รับผลกระทบมากกว่าการประกอบพิธีกรรมทางศาสนา และการสืบสานขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรม ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาในระยะที่ 1 ที่พบว่า พิธีกรรมทางศาสนาได้รับผลกระทบมากที่สุด⁷⁴ เนื่องจากมาตรการต่าง ๆ ในการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ไม่เอื้อให้ประชาชนอยู่รวมกันเป็นกลุ่มก้อน และกรณีที่ต้องมีการรวมตัวกัน ประชาชนต้องปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างเคร่งครัด เช่น การวัดอุณหภูมิร่างกาย การสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือ การเว้นระยะห่างทางสังคม และการกักกันกลุ่มเสี่ยง เป็นต้น^{54-56,82} นอกจากนี้ การศึกษาคั้งนี้ยังพบว่าการระบาดของโรคโควิด-19 และนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาลส่งผลกระทบต่อครอบครัว คือ ขาดผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ขาดผู้ดูแลผู้สูงอายุ ขาดผู้ดูแลเด็กอ่อนหรือเด็กเล็ก สัมพันธภาพของคนในชุมชนลดลง และการช่วยลดการมีเพศสัมพันธ์หรือการตั้งครภภใน

วัยรุ่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในระยะที่ 1⁷⁴ ดังนั้นรัฐบาล ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง รวมถึงประชาชนต้องตระหนักถึงปัญหาดังกล่าวและร่วมมือกันในการป้องกันและลดผลกระทบดังกล่าว

นอกจากนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะวิตกกังวลจากการระบาดของโรคโควิด-19 อยู่ในระดับรุนแรงมากสูงถึงร้อยละ 11.0 และอยู่ในระดับรุนแรงร้อยละ 3.8 กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดจากการระบาดของโรคโควิด-19 อยู่ในระดับรุนแรงมากร้อยละ 4.2 และอยู่ในระดับรุนแรงร้อยละ 5.3 กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า จากการระบาดของโรคโควิด-19 อยู่ในระดับรุนแรงมากร้อยละ 6.3 และอยู่ในระดับรุนแรงร้อยละ 4.3 ซึ่งผลกระทบทางด้านจิตใจต่ำกว่าการศึกษาในระยะที่ 1⁷⁴ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษาครั้งนี้ศึกษาในช่วงที่ไม่พบผู้ติดเชื้อภายในประเทศมาเป็นระยะเวลาอันยาวนาน ทำให้ประชาชนสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น ซึ่งอาจทำให้รู้สึกผ่อนคลายและความวิตกกังวลลดลง ส่งผลให้ความเครียดและภาวะซึมเศร้าลดลง อย่างไรก็ตามประชาชนยังได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจจากการถูกเลิกจ้างหรือตกงาน ไม่มีงานทำ เครียดจากการหยุดงานชั่วคราวหรือพักงาน วิตกกังวลว่าจะถูกเลิกจ้างงานและจะหางานทำไม่ได้เมื่อสถานการณ์ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่ทำการศึกษาผลกระทบทางด้านจิตใจของประชาชนในประเทศสเปน ศึกษาในประเด็นความวิตกกังวลการระบาดของโรคร้อยละ 36.0 ของผู้ตอบแบบสอบถามได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรงร้อยละ 25 ได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจอยู่ในระดับน้อยถึงรุนแรงร้อยละ 41.0 มีรายงานของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 41.0 มีภาวะเครียด (เป็นการศึกษาที่เกิดการระบาดในระลอกแรก เดือนเมษายน 2020) ในขณะที่ผู้หญิงและคนที่มีอายุน้อย มีอาการที่เกิดปัญหาภาวะสุขภาพจิตน้อยกว่าผู้ชาย และน้อยกว่าคนที่อายุมาก และสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย ในระหว่างที่ต้องอยู่ในบ้าน การเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวันเนื่องจากสถานการณ์การระบาดด้านอื่น ๆ เช่น ความกลัวที่จะติดเชื้อ ความกลัวการระบาด ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคโควิด-19 ภาวะสุขภาพของประชาชนพบว่า ผลกระทบที่ประชาชนรับรู้คือเรื่องของการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวัน การถูกยกเลิกกิจกรรมที่สำคัญ ผลกระทบที่ได้รับคือผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ ปัจจัยที่ทำให้มีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น คือ การได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องและเหมาะสม การรับรู้เรื่องภาวะสุขภาพที่ดี และการทำกิจกรรมยามว่าง คนที่ไม่ได้เข้ารับการศึกษาระบบของรัฐจะมีภาวะเครียดวิตกกังวลซึมเศร้ามากกว่าคนที่ได้รับการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คนที่มีรายได้ต่ำมีภาวะเครียดวิตกกังวลซึมเศร้ามากกว่าคนที่รายได้สูง และคนที่หย่าร้าง มีความเครียดวิตกกังวล และซึมเศร้า น้อยกว่าคนกลุ่มที่แต่งงาน คนที่อยู่กับครอบครัว และคนโสด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากคนกลุ่มที่หย่าร้างผ่านวิกฤติของชีวิตมาก่อน⁸³ อีกทั้งโรคโควิด-19 มีผลกระทบต่อสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ทางสังคมในหลายกลุ่ม ได้แก่ เด็ก นักเรียน นักศึกษา และคนทำงาน โดยทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้การที่ต้องปฏิบัติตามมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม ส่งผลกระทบต่อสัมพันธ์ทางบุคคล ดังนั้นการที่ประยุกต์ใช้การให้คำปรึกษาทางสุขภาพทางไกล โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ จึงมีบทบาทสำคัญที่จะลดปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้น⁸⁴ และจากการศึกษาพบว่า ประชาชนมีความกลัวการติดเชื้อ มีความเครียดสูงจากปัญหาการว่างงาน การขาดรายได้ การถูกลดเงินเดือน และต้องปรับตัวภายใต้การใช้ชีวิตวิถีใหม่ เช่น การเว้นระยะห่างทางสังคม การทำงานหรือเรียนที่บ้าน การทำงานหรือเรียนออนไลน์ มาตรการห้ามประชาชนออกนอกเคหสถาน (curfew) หรือล็อกดาวน์ เป็นต้น ซึ่งประชาชนบางส่วนอยู่ในภาวะเครียดรุนแรงและเรื้อรังจนถึงขั้นพยายามฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อ^{37-39,85-86} นอกจากนี้การศึกษาผลกระทบของประชาชนในเมืองอู่ฮั่น ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน พบว่าประชาชนมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 48.3 วิตกกังวลร้อยละ 22.6 และมีทั้งภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลร้อยละ 19.4⁴⁰ คล้ายคลึงกับผลการสำรวจในประเทศไทยในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ที่พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความเครียดระดับปานกลาง

ร้อยละ 54.1 รองลงมาคือ ระดับต่ำร้อยละ 28.3 ระดับสูงร้อยละ 13.3 และระดับสูงมากร้อยละ 4.2 และยังพบว่าประชาชนส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลระดับปานกลางร้อยละ 74.2 รองลงมาคือระดับต่ำร้อยละ 22.7 และระดับสูงร้อยละ 3.1⁴¹ เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่า การระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบทางด้านจิตใจหลายประการ คือ ความเครียดจากการเลิกจ้างหรือตกงาน ความเครียดจากการหยุดงานหรือพักงาน วิตกกังวลว่าจะหางานทำไม่ได้ วิตกกังวลว่าจะถูกเลิกจ้าง และมีภาวะซึมเศร้า⁶

ส่วนที่ 9 ตัวแปรและแบบจำลองที่ใช้ในการศึกษา

จากชุดคำถามในแบบสอบถาม ถูกนำมาพัฒนาเป็นตัวแปรแฝง (latent variables) เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างของแบบจำลองการปฏิบัติตัวผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 และผู้ถูกกักกัน โดยประยุกต์ใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis: CFA) ในการยุบรวมตัวแปรสังเกตต่างๆ ซึ่งบางตัวได้มาจากการรวมข้อคำถามเข้าด้วยกันด้วยการหาค่าเฉลี่ย (ดูรายละเอียดของชุดตัวแปรต่าง ๆ ได้ในตารางที่ 31)

ตารางที่ 31 ตัวแปรแฝง ตัวแปรสังเกต และข้อคำถามที่ใช้ในการศึกษา

ตัวแปรแฝง	ตัวแปรสังเกต	ข้อคำถามต่อผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 และผู้ถูกกักกัน
1. การความคิดเห็นต่อบริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชน	1. ครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด	1. บุคคลในครอบครัวของท่าน 2. เพื่อน/เพื่อนบ้านของท่าน
	2. ผู้นำชุมชน	4. นายกเทศมนตรี/นายกองค์การบริหารส่วนตำบล 5. กำนัน 6. ผู้ใหญ่บ้าน
	3. บุคลากรสุขภาพ	7. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัด/คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด 8. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ/ตำบล/เทศบาล 9. อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.)
	4. นโยบาย/มาตรการ	18. มาตรการการงดออกจากบ้านหลังเวลา 24.00 น. 19. มาตรการงดกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน เช่น สงกรานต์ การทำบุญวันสำคัญทางศาสนา 20. มาตรการการสั่งปิดสถานศึกษา 21. การผ่อนปรนมาตรการควบคุมของรัฐบาล
2. การปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน	1. การไม่รับประทานอาหารร่วมกัน	7. ไม่ใช้จาน ชาม ช้อน ส้อม แก้วน้ำ ร่วมกับคนเหล่านี้ 8. ล้างมือ/ทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจลก่อนรับประทานอาหารร่วมกับคนเหล่านี้ 9. ล้างมือ/ทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจลหลังรับประทานอาหารร่วมกับคนเหล่านี้
	2. การไม่ใช้ของร่วมกัน	10. ไม่ใช้โต๊ะ เก้าอี้ และเครื่องใช้อื่น ๆ ภายในชุมชน/ ภายในบ้านร่วมกับคนเหล่านี้ 11. ไม่ใช้ห้องน้ำร่วมกับคนเหล่านี้ 12. ไม่สัมผัสร่างกายคนเหล่านี้ 13.ต่อต้านการให้คนเหล่านี้เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน
	3. การไม่เข้าร่วมกิจกรรม	14. ไม่เข้าร่วมกิจกรรมใด ๆ ที่คนเหล่านี้ เข้าร่วมกิจกรรม 15. ห้ามคนในครอบครัวไปเยี่ยมเยียนคนเหล่านี้ 16. ห้ามบุตรหลานไปเล่นกับเด็กหรือสมาชิกในครอบครัวคนเหล่านี้
	4. การเฝ้าระวัง	17. มีส่วนร่วมในการคัดกรองโรคโควิด-19 ในคนเหล่านี้ 19. มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ติดตามอาการของคนเหล่านี้ 20. มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ติดตามอาการของคนเหล่านี้ 21. มีส่วนร่วมในการรายงาน/แจ้งข้อมูลความผิดปกติที่อาจเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด-19 แก่ อสม. หรือผู้นำชุมชน
5. การช่วยเหลือและให้กำลังใจ	24. ให้อาหาร สิ่งของ เครื่องใช้ หรือเงินช่วยเหลือแก่คนเหล่านี้	24. ให้อาหาร สิ่งของ เครื่องใช้ หรือเงินช่วยเหลือแก่คนเหล่านี้
	25. แนะนำวิธีป้องกันการติดเชื้อ/การแพร่เชื้อโรคโควิด-19 ให้คนเหล่านี้	25. แนะนำวิธีป้องกันการติดเชื้อ/การแพร่เชื้อโรคโควิด-19 ให้คนเหล่านี้
	26. ปลอบใจพูดคุยให้กำลังใจคนเหล่านี้ทางโทรศัพท์	26. ปลอบใจพูดคุยให้กำลังใจคนเหล่านี้ทางโทรศัพท์
		27. พบปะคนเหล่านี้เพื่อปลอบใจพูดคุยให้กำลังใจ โดยรักษาระยะห่าง 1-2 เมตร

ปัจจัยทำนายนการปฏิบัติต่อผู้เคยติดเชื้อหรือผู้ถูกกักกันโรคโควิด-19 และผลกระทบ

ตารางที่ 31 ตัวแปรแฝง ตัวแปรสังเกต และข้อคำถามที่ใช้ในการศึกษา (ต่อ)

ตัวแปรแฝง	ตัวแปรสังเกต	ข้อคำถามต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 และผู้ถูกกักกัน
3.ทัศนคติต่อโอกาสการได้รับเชื้อ	เป็นตัวเดียวกับข้อคำถาม	<ol style="list-style-type: none"> 1. คนเหล่านี้ได้รับเชื้อหรือมีโอกาสได้รับเชื้อจากการไปในสถานที่ที่โคจร เช่น สนามมวย บ่อนไก่ สถานบันเทิง และการมีวามสัมพันธ์สุราหรือเสพยาเสพติด 2. คนเหล่านี้ได้รับเชื้อหรือมีโอกาสได้รับเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์หรือการหลับนอนกับผู้ติดเชื้อหรือกลุ่มเสี่ยง 3. คนเหล่านี้ได้รับเชื้อหรือมีโอกาสได้รับเชื้อจากการประกอบอาชีพ เช่น ขับรถแท็กซี่ ไกด์ทัวร์ ให้บริการนวด และบุคลากรการแพทย์
4. ทัศนคติต่อการแบ่งแยกทางสังคม	เป็นตัวเดียวกับข้อคำถาม	<ol style="list-style-type: none"> 6. คนเหล่านี้ทำให้คนในครอบครัวถูกเพื่อนบ้านรังเกียจ 7. คนเหล่านี้ทำให้คนในชุมชน/หมู่บ้านถูกรังเกียจ 8. คนเหล่านี้ทำให้การจัดกิจกรรมร่วมกันของชุมชนลดลง
5. การรับรู้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19	1. อุบัติการณ์ วิธีการติดต่อและอาการ	<ol style="list-style-type: none"> 1. การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เช่น จำนวนผู้ติดเชื้อจำนวนผู้ป่วย 2. วิธีการติดต่อโรคโควิด-19 3. อาการและอาการแสดงของโรคโควิด-19
	2. ความเสี่ยง การคัดกรองและการเฝ้าระวัง	<ol style="list-style-type: none"> 6. วิธีการคัดกรองโรคโควิด-19 7. วิธีการเฝ้าระวังโรคโควิด-19 8. โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคโควิด-19
	3. สิ่งสนับสนุนและอุปสรรคต่อการปฏิบัติในการป้องกัน	<ol style="list-style-type: none"> 11. อุปสรรคในการป้องกันโรคโควิด-19 12. สิ่งสนับสนุนการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19
6. ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 หรือจากนโยบาย/มาตรการของรัฐบาล	1. ผลกระทบด้านการดำเนินชีวิต	<ol style="list-style-type: none"> 1. การออกกำลังกายนอกบ้าน 2. การรับประทานอาหารนอกบ้าน 5. การไปซื้อของใช้ การจ่ายตลาด 3. การไปร้านเสริมสวย สระผม ทำผม 4. การไปช้อปปิ้งหรือไปเดินเล่นในห้างสรรพสินค้า 10. การใช้บริการธนาคาร 7. การสังสรรค์กับเพื่อนนอกบ้าน 8. การพบปะเพื่อนสนิท 9. การพบปะแฟน/คู่อุป 11. การเดินทางไปต่างจังหวัด 12. การเดินทางไปต่างประเทศ
	2. ผลกระทบต่อครอบครัว	<ol style="list-style-type: none"> 13. การทะเลาะกับแฟน/คู่อุป 14. การเลิก/หย่าร้างกับแฟน/คู่อุป 15. การช่วยลดการมีเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 16. การไม่กล้านอนกับแฟน/คู่อุป สามี/ภรรยา 18. สัมพันธภาพของคนในชุมชนลดลง 19. การขาดผู้ดูแลเด็กก่อน เด็กเล็ก 20. การขาดผู้ดูแลผู้สูงอายุ 21. การขาดผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง

ตารางที่ 31 ตัวแปรแฝง ตัวแปรสังเกต และข้อคำถามที่ใช้ในการศึกษา (ต่อ)

ตัวแปรแฝง	ตัวแปรสังเกต	ข้อคำถามต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 และผู้ถูกกักกัน
6. ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 หรือจากนโยบาย/มาตรการของรัฐบาล	3. ผลกระทบด้านวัฒนธรรม/ประเพณี/วิถีชีวิตของชุมชน	22. การประกอบพิธีกรรมทางศาสนา
		23. การสืบสานขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม
		24. การช่วยเหลือเกื้อกูลกันในสังคมลดลง เช่น การลงแขก งานแต่ง งานบวช งานขึ้นบ้านใหม่ และงานศพ เป็นต้น
		25. การช่วยติดตามตรวจสอบการกักตัวของกลุ่มเสี่ยงในชุมชน
		26. การช่วยติดตามตรวจสอบการกักตัวของผู้เดินทางจากพื้นที่อื่น
		29. นักเรียน/นักศึกษาไม่มีคอมพิวเตอร์ โน้ตบุ๊ก แท็บเล็ต สำหรับการเรียน/การสอบออนไลน์
		30. นักเรียน/นักศึกษาไม่มีอินเทอร์เน็ต สำหรับการเรียน/การสอบออนไลน์
4. ผลกระทบด้านการศึกษาของตนเอง และ/หรือบุตรหลาน	4. ผลกระทบด้านการศึกษาของตนเอง และ/หรือบุตรหลาน	31. นักเรียน/นักศึกษาไม่มีทักษะในการเรียน/การสอบออนไลน์
		32. นักเรียน/นักศึกษาไม่มีผู้ให้ความช่วยเหลือ ช่วยแก้ปัญหาในการเรียน/การสอบออนไลน์
		29. นักเรียน/นักศึกษาไม่มีคอมพิวเตอร์ โน้ตบุ๊ก แท็บเล็ต สำหรับการเรียน/การสอบออนไลน์
		34. การขาดแคลนหน้ากากอนามัย
5. ผลกระทบด้านสุขภาพและการป้องกันโรค	5. ผลกระทบด้านสุขภาพและการป้องกันโรค	35. การขาดแคลนแอลกอฮอล์เจล
		36. ถูกหยุดงาน พักงานชั่วคราว
6. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	6. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ	37. ถูกเลิกจ้าง ตกลงงาน
		38. ไม่มีรายได้
		39. รายได้ลดลง
		44. วิตกกังวลว่าจะถูกเลิกจ้าง
7. ผลกระทบด้านจิตใจ	7. ผลกระทบด้านจิตใจ	45. วิตกกังวลว่าจะหางานทำไม่ได้เมื่อสถานการณ์ดีขึ้น
		46. ความเครียดจากการเลิกจ้าง ตกลงงาน ไม่มีงานทำ
		47. ความเครียดจากการหยุดงานชั่วคราว พักงาน

ทั้งนี้เพื่อความเข้าใจถึงผลลัพธ์ที่ได้จากการวิเคราะห์โมเดลการวัด (Measurement model) ของทั้ง 6 ตัวแปร ตามที่ได้นำเสนอในตารางที่ 32 ถึง 37 โดยตัวเลขที่นำเสนอในตารางดังกล่าวเป็นค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐาน (standardized factor loading scores) ที่ประมาณค่าด้วยวิธี MLR ซึ่งยังไม่มีข้อยุติว่าค่าที่เหมาะสมและเพียงพอควรมีค่าเกินกว่าเท่าไร อย่างเช่น Hair et al. (2010) เสนอว่า ควรมีค่ามากกว่า 0.70 แต่การศึกษาบางชิ้นให้ความเห็นว่าค่าดังกล่าวเป็นค่าที่ค่อนข้างสูง ซึ่งต่อมา Ertz, Karakas and Sarigollu (2016) และ Walker and Maddan (2020) จึงเสนอว่า ไม่ควรมีค่าน้อยกว่า 0.40 และเป็นค่าที่นิยมใช้ในการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมผู้บริโภค ดังนั้นในการศึกษาคั้งนี้จึงพิจารณาเลือกตัวแปรสังเกตที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานไม่ต่ำกว่า 0.40 เนื่องจากเป็นการศึกษาถึงพฤติกรรม การปฏิบัติ ทักษะ และความรู้ โดยตัวแปรสังเกตที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานสูง แสดงว่า ตัวแปรดังกล่าวเป็นตัวแปรที่มีความสำคัญสูงในการบ่งชี้ตัวแปรแฝงในเรื่องนั้นๆ ในการศึกษาจะนำเสนอเฉพาะค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานที่แตกต่างจากศูนย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (p-value < 0.05) ส่วนค่า composite reliability ซึ่งแสดงในก่อนแฉนวนอนสุดท้ายของทุกตาราง เป็นค่าที่ใช้พิจารณาความเที่ยงชุดตัวแปรสังเกตที่ใช้ในการบ่งชี้ตัวแปรแฝง ซึ่ง Hair et al. (2010) เสนอว่า ควรมีค่าสูงกว่า 0.70 ส่วนค่า average variance extracted ที่แสดงในแฉนวนอน

สุดท้ายของทุกตาราง เป็นค่าที่แสดงให้เห็นว่า ตัวแปรแฝง (องค์ประกอบที่สกัดได้) สามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรสังเกตได้มากน้อยอย่างไร โดย Hair et al. (2010) เสนอว่า ควรมากกว่าร้อยละ 50

ผลประมาณค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานเกือบทั้งหมดมีค่าสูงกว่า 0.40 และแบบจำลองเกือบทั้งหมดมีค่า composite reliability ที่แสดงให้เห็นว่า ชุดตัวแปรสังเกตมีความเที่ยงในการบ่งชี้ตัวแปรแฝง โดยตัวแปรแฝงหรือองค์ประกอบที่สกัดได้สามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรสังเกตได้มากกว่าร้อยละ 50 เกือบทั้งหมด ยกเว้น แบบจำลองของบางจังหวัด อย่างเช่น โมเดลการวัดความคิดเห็นต่อบริบทแวดล้อมของจังหวัดเชียงใหม่ ทั้งที่เป็นกรณีของผู้ติดเชื้อและผู้ถูกกักตัว ซึ่งต้องระมัดระวังในการใช้ชุดตัวแปรสังเกตดังกล่าวในการวัดตัวแปรแฝงในเรื่องบริบทแวดล้อม (ดูรายละเอียดในตารางที่ 31)

เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานของโมเดลการวัดความคิดเห็นต่อบริบทแวดล้อมที่แสดงในตารางที่ 32 พบว่า แต่ละพื้นที่มีตัวบ่งชี้ที่มีขนาดค่าน้ำหนักองค์ประกอบที่แตกต่างกัน โดยบริบทแวดล้อมในเรื่องผู้นำชุมชน และบุคลากรสุขภาพ เป็นสองตัวบ่งชี้สำคัญที่วัด “ความคิดเห็นต่อบริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชน” โดยเฉพาะในพื้นที่จังหวัดชลบุรี และนครราชสีมา รวมถึงการปฏิบัติตัวต่อผู้ถูกกักตัว ขณะที่ในกรณีของจังหวัดเชียงใหม่ และยะลา จะมีตัวบ่งชี้ในเรื่องนโยบาย/มาตรการเป็นอีกหนึ่งในตัวบ่งชี้สำคัญ ซึ่งรวมถึงพื้นที่กรุงเทพฯ ในกรณีของการปฏิบัติตัวต่อผู้ติดเชื้อด้วย ซึ่งนอกจากตัวบ่งชี้ในเรื่องของนโยบาย/มาตรการแล้วยังมีตัวบ่งชี้ในเรื่องครอบครัวและบุคคลใกล้ชิดเป็นอีกหนึ่งตัวบ่งชี้สำคัญ เช่นเดียวกับจังหวัดยะลาที่เป็นกรณีของผู้ถูกกักกันตัว

ตารางที่ 32 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานของโมเดลการวัดความคิดเห็นต่อบริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชน

บริบทแวดล้อม	กรุงเทพฯ		ชลบุรี		เชียงใหม่		นครราชสีมา		ยะลา	
	ผู้ติดเชื้อ	ผู้ถูกกักกัน	ผู้ติดเชื้อ	ผู้ถูกกักกัน	ผู้ติดเชื้อ	ผู้ถูกกักกัน	ผู้ติดเชื้อ	ผู้ถูกกักกัน	ผู้ติดเชื้อ	ผู้ถูกกักกัน
1. ครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด	0.767	0.655	0.448	0.635	0.639	0.578	0.641	0.667	0.669	0.837
2. ผู้นำชุมชน	0.678	0.744	0.565	0.798	0.607	0.673	0.850	0.854	0.455	0.560
3. บุคลากรสุขภาพ	0.660	0.749	0.574	0.781	0.707	0.667	0.817	0.812	0.735	0.699
4. นโยบาย/มาตรการ	0.795	0.693	0.639	-	0.786	0.681	0.515	0.545	0.749	0.813
Composite reliability	0.817	0.803	0.644	0.784	0.781	0.745	0.804	0.816	0.752	0.821
Average variance extracted	52.89	50.52	31.43	54.95	47.34	42.34	51.60	53.24	43.86	54.06

หมายเหตุ : ค่า Cronbach's alpha ควรมากกว่า 0.60, ค่า composite reliability ควรมากกว่า 0.70 และ ค่า average variance extracted ควรมากกว่า 50

: ประมาณค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานด้วยวิธี MLR

ที่มา: จากการคำนวณ

สำหรับผลการประมาณค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานของโมเดลการวัดการปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 และผู้ถูกกักกันที่แสดงในตารางที่ 33 พบว่า ในกรณีของกรุงเทพฯ และชลบุรี ซึ่งมีความเป็นเมืองมากกว่า มีตัวบ่งชี้ในเรื่องการไม่รับประทานอาหารร่วมกัน และการไม่ใช้ของร่วมกัน (หรืออาจเรียกได้ว่าเป็นการไม่ทำกิจกรรมในชีวิตร่วมกัน) เป็นสองตัวบ่งชี้สำคัญที่วัด “การปฏิบัติตัวต่อผู้เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 และผู้ถูกกักกัน” เช่นเดียวกับจังหวัดยะลาในกรณีการปฏิบัติตัวต่อผู้เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 สำหรับจังหวัดเชียงใหม่ และนครราชสีมา รวมถึงจังหวัดยะลาในกรณีการปฏิบัติตัวต่อผู้ถูกกักกัน มีการไม่เข้าร่วมกิจกรรมและการเฝ้าระวังเป็นสองตัวบ่งชี้สำคัญที่วัด “การปฏิบัติตัวต่อผู้เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 และผู้ถูกกักกัน”

ตารางที่ 33 คำนวณน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานของโมเดลการวัดการปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน

การปฏิบัติตัว	กรุงเทพฯ		ชลบุรี		เชียงใหม่		นครราชสีมา		ยะลา	
	ผู้ติดเชื้อ	ผู้ถูกกักกัน	ผู้ติดเชื้อ	ผู้ถูกกักกัน	ผู้ติดเชื้อ	ผู้ถูกกักกัน	ผู้ติดเชื้อ	ผู้ถูกกักกัน	ผู้ติดเชื้อ	ผู้ถูกกักกัน
1. การไม่รับประทานอาหารร่วมกัน	0.782	0.720	0.791	0.795	0.641	0.616	0.551	0.597	0.754	0.670
2. การไม่ใช้ของร่วมกัน	0.813	0.762	0.768	0.791	0.599	0.614	0.575	0.688	0.844	0.710
3. การไม่เข้าร่วมกิจกรรม	0.785	0.700	0.411	0.475	0.641	0.646	0.600	0.781	0.747	0.707
4. การเฝ้าระวัง	0.580	0.586	0.515	0.526	0.753	0.770	0.815	0.644	0.614	0.750
5. การช่วยเหลือและให้กำลังใจ	0.403	0.404	0.554	0.557	0.529	0.596	0.808	-	0.614	0.688
Composite reliability	0.812	0.776	0.752	0.771	0.771	0.785	0.806	0.832	0.841	0.832
Average variance extracted	47.70	41.90	39.11	41.38	40.52	42.43	46.19	50.12	51.81	49.74

หมายเหตุ : ค่า Cronbach's alpha ควรมากกว่า 0.60, ค่า composite reliability ควรมากกว่า 0.70 และ ค่า average variance extracted ควรมากกว่า 50
: ประมาณค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานด้วยวิธี MLR

ที่มา: จากการคำนวณ

ส่วนทัศนคติต่อโอกาสในการรับเชื้อโรคโควิด-19 พบว่า การหลบหนีกับกลุ่มเสี่ยงเป็นตัวบ่งชี้สำคัญที่สุดที่วัด “ทัศนคติต่อโอกาสในการรับเชื้อโรคโควิด-19” (ทั้งกรณีผู้ติดเชื้อและผู้ถูกกักกัน ยกเว้น พื้นที่กรุงเทพฯ กรณีของผู้ถูกกักตัว) รองลงมาเป็นในเรื่องของการไปสถานที่ที่โคจร โดยเฉพาะในกลุ่มของผู้ถูกกักตัว (ยกเว้น พื้นที่นครราชสีมา) สำหรับการประกอบอาชีพเป็นตัวบ่งชี้ที่มีน้ำหนักความสำคัญน้อยในเกือบทุกกรณี ยกเว้นในกรณีของผู้ถูกกักตัวของกรุงเทพฯ และผู้ติดเชื้อของจังหวัดยะลา (ดูรายละเอียดในตารางที่ 34) ขณะที่ผลการประมาณค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานของโมเดลการวัดทัศนคติต่อการแบ่งแยกทางสังคมที่แสดงในตารางที่ 35 พบว่า การถูกชุมชนรังเกียจเป็นตัวบ่งชี้หนึ่งที่สำคัญในการวัด “ทัศนคติต่อการแบ่งแยกทางสังคม” ส่วนตัวบ่งชี้ในเรื่องการถูกเพื่อนบ้านรังเกียจ และการร่วมกิจกรรมชุมชนลดลง จะมีน้ำหนักความสำคัญที่แตกต่างกันตามพื้นที่และกรณี อย่างเช่น ในกรณีของชลบุรีและนครราชสีมา พบว่า การถูกเพื่อนบ้านรังเกียจเป็นตัวบ่งชี้สำคัญมากกว่าการร่วมกิจกรรมชุมชนลดลง ส่วนการร่วมกิจกรรมชุมชนลดลงจะเป็นตัวบ่งชี้สำคัญสำหรับพื้นที่ของเชียงใหม่และยะลา

ตารางที่ 34 คำนวณน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานของโมเดลการวัดทัศนคติต่อโอกาสในการรับเชื้อโรคโควิด-19 ของประชาชนที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน

ทัศนคติต่อโอกาสการรับเชื้อจาก	กรุงเทพฯ		ชลบุรี		เชียงใหม่		นครราชสีมา		ยะลา	
	ผู้ติดเชื้อ	ผู้ถูกกักกัน	ผู้ติดเชื้อ	ผู้ถูกกักกัน	ผู้ติดเชื้อ	ผู้ถูกกักกัน	ผู้ติดเชื้อ	ผู้ถูกกักกัน	ผู้ติดเชื้อ	ผู้ถูกกักกัน
1. การไปสถานที่ที่โคจร	0.680	0.751	0.719	0.748	0.576	0.728	0.580	0.659	0.522	0.669
2. การหลบหนีกับกลุ่มเสี่ยง	0.730	0.704	0.752	0.812	0.680	0.814	0.631	0.729	0.728	0.810
3. การประกอบอาชีพ	0.690	0.749	0.462	0.541	0.558	0.687	0.685	0.745	0.601	0.600
Composite reliability	0.742	0.779	0.687	0.748	0.634	0.788	0.667	0.754	0.651	0.738
Average variance extracted	48.98	54.00	43.20	50.38	36.81	55.46	40.13	50.65	38.77	48.76

หมายเหตุ : ค่า Cronbach's alpha ควรมากกว่า 0.60, ค่า composite reliability ควรมากกว่า 0.70 และ ค่า average variance extracted ควรมากกว่า 50
: ประมาณค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานด้วยวิธี MLR

ที่มา: จากการคำนวณ

ตารางที่ 35 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานของโมเดลการวัดทัศนคติต่อการแบ่งแยกทางสังคมของประชาชนต่อที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน

ทัศนคติต่อ การแบ่งแยกทางสังคมในเรื่อง	กรุงเทพฯ		ชลบุรี		เชียงใหม่		นครราชสีมา		ยะลา	
	ผู้ติดเชื้อ	ผู้ถูกกักกัน	ผู้ติดเชื้อ	ผู้ถูกกักกัน	ผู้ติดเชื้อ	ผู้ถูกกักกัน	ผู้ติดเชื้อ	ผู้ถูกกักกัน	ผู้ติดเชื้อ	ผู้ถูกกักกัน
1. การถูกเพื่อนบ้านรังเกียจ	0.890	0.682	0.917	0.748	0.697	0.675	0.838	0.890	0.552	0.518
2. การถูกชุมชนรังเกียจ	0.963	0.756	0.929	0.812	0.746	0.768	0.969	0.899	0.576	0.604
3. การร่วมกิจกรรมชุมชนลดลง	0.664	0.842	0.716	0.541	0.839	0.840	0.728	0.757	0.736	0.874
Composite reliability	0.883	0.805	0.893	0.748	0.806	0.806	0.886	0.887	0.656	0.713
Average variance extracted	71.95	58.14	73.89	50.38	58.16	58.32	72.34	72.39	39.23	46.50

หมายเหตุ : ค่า Cronbach's alpha ควรมากกว่า 0.60, ค่า composite reliability ควรมากกว่า 0.70 และ ค่า average variance extracted ควรมากกว่า 50
: ประเมินค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานด้วยวิธี MLR
ที่มา: จากการคำนวณ

ผลการประเมินค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานของโมเดลการวัดการรับรู้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 ที่แสดงในตารางที่ 36 พบว่า ประเด็นการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยง การคัดกรอง และการเฝ้าระวังเป็นตัวบ่งชี้หนึ่งที่มีน้ำหนักความสำคัญในการวัด “การรับรู้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19” (ยกเว้น ในพื้นที่ชลบุรี) ขณะที่ประเด็นเกี่ยวกับอุบัติเหตุการติดต่อ และอาหาร เป็นประเด็นการรับรู้ที่มีน้ำหนักรองลงมาในพื้นที่กรุงเทพฯ และชลบุรี ซึ่งเป็นพื้นที่เมือง แต่กลับเป็นประเด็นที่มีความสำคัญมากที่สุดในพื้นที่จังหวัดยะลา

ตารางที่ 36 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานของโมเดลการวัดการรับรู้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 ของประชาชน

ประเด็นการรับรู้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19	กรุงเทพฯ	ชลบุรี	เชียงใหม่	นครราชสีมา	ยะลา
1. อุบัติการณ์ วิธีการติดต่อ และอาหาร	0.754	0.752	0.701	0.666	0.794
2. ความเสี่ยง การคัดกรอง และการเฝ้าระวัง	0.845	0.747	0.818	0.806	0.717
3. สิ่งสนับสนุนและอุปสรรคต่อการปฏิบัติในการป้องกัน	0.675	0.785	0.781	-	0.662
Composite reliability	0.804	0.805	0.811	0.705	0.769
Average variance extracted	57.94	57.67	59.00	54.64	52.77

หมายเหตุ : ค่า Cronbach's alpha ควรมากกว่า 0.60, ค่า composite reliability ควรมากกว่า 0.70 และ ค่า average variance extracted ควรมากกว่า 50
: ประเมินค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานด้วยวิธี MLR
ที่มา: จากการคำนวณ

ตารางที่ 37 เป็นค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานของโมเดลการวัดการได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 และจากนโยบาย/มาตรการของรัฐบาล พบว่า ในกรณีของการได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 คนในพื้นที่เมืองอย่างกรุงเทพฯ และชลบุรี มีค่าน้ำหนักความสำคัญของการได้รับผลกระทบในด้านการศึกษาของตนเอง และ/บุตรหลานสูงกว่าด้านอื่น ๆ ซึ่งผลกระทบดังกล่าวได้ส่งผลกระทบต่อเนื้องไปยงด้านเศรษฐกิจอันเนื่องมาจากการที่พ่อและ/แม่ต้องหยุดงานมาอยู่ดูแลลูก ๆ ที่ต้องเรียนออนไลน์ที่บ้าน (ทำให้สูญเสียรายได้ และขาดงาน) ขณะที่คนในพื้นที่ชนบทอย่างเชียงใหม่ นครราชสีมา และยะลา พบว่า การได้รับผลกระทบในด้านวัฒนธรรม/ประเพณี/วิถีชีวิตชุมชน รวมถึงด้านการดำเนินชีวิตที่ต้องลดการปฏิสัมพันธ์กันภายในชุมชน เป็นสองผลกระทบที่มีค่าน้ำหนักความสำคัญในการวัด “การได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19”

ขณะที่ผลการวิเคราะห์การได้รับผลกระทบจากนโยบาย/มาตรการของรัฐบาลให้ผลที่สอดคล้องกันในพื้นที่กรุงเทพฯ และแตกต่างในพื้นที่ชลบุรีที่ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและจิตใจเป็นสองผลกระทบที่มีค่าน้ำหนักความสำคัญในการบ่งชี้และวัด “การได้รับผลกระทบจากนโยบาย/มาตรการของรัฐบาล” สำหรับพื้นที่เชียงใหม่

นครราชสีมา และยะลา เป็นสามพื้นที่ที่ผลกระทบในด้านการดำเนินชีวิตยังคงเป็นผลกระทบสำคัญที่เป็นตัวบ่งชี้ “การได้รับผลกระทบจากนโยบาย/มาตรการของรัฐบาล” ของคนทั้งสามพื้นที่ โดยพื้นที่นครราชสีมา และยะลา เป็นสองพื้นที่ที่การได้รับผลกระทบในด้านวัฒนธรรม/ประเพณี/วิถีชีวิตชุมชนมีค่าน้ำหนักความสำคัญสูงกว่า ตัวบ่งชี้ที่เป็นผลกระทบในด้านอื่นๆ (รวมถึงผลกระทบด้านการดำเนินชีวิต) ซึ่งแตกต่างจากจังหวัดเชียงใหม่ ที่ผลกระทบในด้านสุขภาพและการป้องกันโรคเป็นผลกระทบที่มีค่าน้ำหนักความสำคัญสูงในลำดับรองลงมาจากการดำเนินชีวิตในการบ่งชี้ถึง “การได้รับผลกระทบจากนโยบาย/มาตรการของรัฐบาล” (ดูรายละเอียดใน ตารางที่ 37)

ตารางที่ 37 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานของโมเดลการวัดการได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 และจากนโยบาย/มาตรการของรัฐบาลของประชาชน

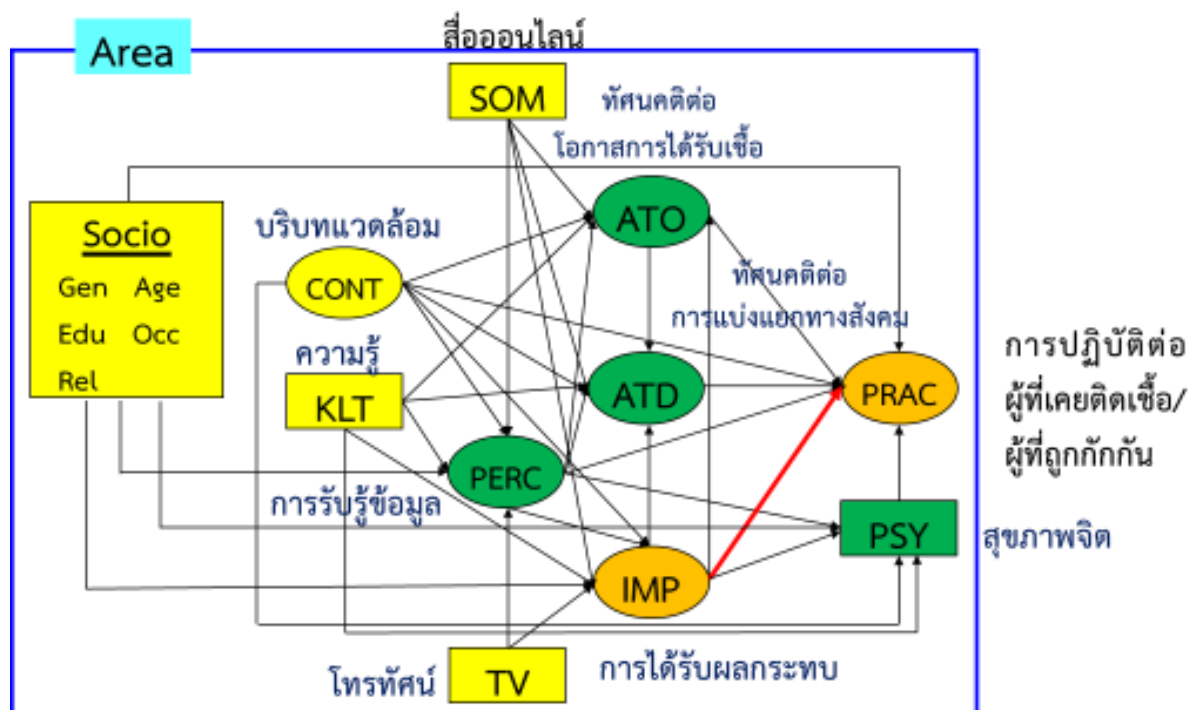
ผลกระทบด้าน	กรุงเทพฯ		ชลบุรี		เชียงใหม่		นครราชสีมา		ยะลา	
	โควิด-19	นโยบาย	โควิด-19	นโยบาย	โควิด-19	นโยบาย	โควิด-19	นโยบาย	โควิด-19	นโยบาย
1. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเอง	0.602	0.594	0.561	0.604	0.758	0.748	0.736	0.692	0.749	0.748
2. ครอบครัว	0.619	0.612	0.708	0.656	0.687	0.619	0.649	0.638	0.551	0.568
3. วัฒนธรรม/ประเพณี/วิถีชีวิตของชุมชน	0.634	0.729	0.703	0.822	0.697	0.693	0.702	0.749	0.699	0.788
4. การศึกษาของตนเอง และ/บุตรหลาน	0.757	0.638	0.657	0.678	0.554	0.563	0.495	0.552	0.569	0.549
5. สุขภาพและการป้องกันโรค	0.534	0.465	0.447	0.413	0.352	0.491	0.317	0.286	0.462	0.432
6. เศรษฐกิจ	0.696	0.640	0.727	0.631	0.556	0.521	0.667	0.654	0.592	0.554
7. จิตใจ	0.658	0.611	0.674	0.692	0.540	0.572	0.509	0.627	0.508	0.518
Composite reliability	0.832	0.809	0.831	0.834	0.794	0.800	0.787	0.802	0.791	0.795
Average variance extracted	41.72	38.05	41.73	42.49	36.6	36.82	35.76	37.87	35.64	36.61

หมายเหตุ : ค่า cronbach's alpha ควรมากกว่า 0.60, ค่า composite reliability ควรมากกว่า 0.70 และ ค่า average variance extracted ควรมากกว่า 50

: ประมาณค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานด้วยวิธี MLR

ที่มา: จากการคำนวณ

การพัฒนาแบบจำลองที่ใช้ในการศึกษา



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิเคราะห์โครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ในแบบจำลองการปฏิบัติ

กรอบแนวคิดข้างต้นถูกนำมาใช้ในการตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างทั้งในกรณีของการปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและผู้ที่ถูกกักกัน (PT) โดยมีตัวแปรการรับรู้ผลกระทบ (IM) แตกต่างกัน 2 ตัวแปร ได้แก่ ตัวแปรการรับรู้ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 กับ การรับรู้ผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐ การวิเคราะห์ด้วย SEM เริ่มด้วยการวิเคราะห์แบบจำลองในภาพรวมที่มีได้มีการแยกตามพื้นที่ที่มีการเก็บข้อมูล (5 พื้นที่) เพื่อให้เห็นภาพรวมของความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างของตัวแปรต่างๆ ในแบบจำลอง 4 แบบจำลอง หลังจากนั้น จะเป็นการวิเคราะห์ในระดับพื้นที่เพื่อให้ภาพความแตกต่างของความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างของตัวแปรต่าง ๆ ในแบบจำลองตามลักษณะเฉพาะบางประการของบุคคลที่ทำงานในภายใต้สภาพแวดล้อมทางสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน

การนำเสนอผลการวิเคราะห์เริ่มด้วยการนำเสนอค่าสถิติที่แสดงให้เห็นถึงความกลมกลืนของแบบจำลองตามสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (ตารางที่ 38) ก่อนที่จะนำเสนอผลการประมาณค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐานที่แสดงอิทธิพลของตัวแปรต่าง ๆ ในแบบจำลองมีต่อตัวแปรการปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและผู้ที่ถูกกักกัน (PT) และตัวแปรการรับรู้ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 กับ การรับรู้ผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐ (IM) ดังแสดงในตารางที่ 38-39

โดยสรุปการวิเคราะห์ด้วย SEM ในแบบจำลองการปฏิบัติพบว่า ตัวแปรที่ส่งผลโดยตรงกับการปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและผู้ที่ถูกกักกัน (PT) มีจำนวน 11 ตัวแปร ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ศาสนา บริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 (CONT) การรับรู้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 (PC) ทัศนคติเกี่ยวกับการแบ่งแยกทางสังคม (ATD) ทัศนคติเกี่ยวกับโอกาสการได้รับเชื้อ (ATO) ผลกระทบ (IM) และสุขภาพจิต (PSY)

สำหรับตัวแปรที่ส่งผลโดยตรงกับผลกระทบ (IM) มีจำนวน 10 ตัวแปร ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ศาสนา บริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติกรป้องกันโรคโควิด-19 (CONT) ความรู้ (KLT) การรับรู้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 (PC) สื่อออนไลน์ (SOM) และ โทรทัศน์ (TV) นอกจากนี้ บางตัวแปรไม่ได้ส่งผลโดยตรง แต่ส่งผลผ่านตัวแปรอื่น ดังภาพที่ 1

ตารางที่ 38 ขนาดอิทธิพลที่ตัวแปรต่าง ๆ มีต่อตัวแปรการปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและถูกกักกัน

ตัวแปร	แบบจำลอง: การปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อ						แบบจำลอง: การปฏิบัติต่อผู้ที่เคยถูกกักกัน					
	ผลกระทบจาก การระบาดของโรค			ผลกระทบจาก นโยบาย/มาตรการรัฐ			ผลกระทบจาก การระบาดของโรค			ผลกระทบจาก นโยบาย/มาตรการรัฐ		
	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE
สภาพแวดล้อม	0.434	0.204	0.638	0.458	0.179	0.637	0.349	0.195	0.544	0.320	0.222	0.542
โอกาสในการรับเชื้อจากแหล่งอโคจร	ns	ns	-0.053	ns	ns	-0.060	-0.110	ns	-0.122	-0.100	ns	-0.115
การรังเกียจและแบ่งแยกทางสังคม	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19	0.163	0.044	0.207	0.162	0.041	0.204	0.232	0.068	0.301	0.232	0.069	0.302
ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19	0.281	0.018	0.299				0.214	ns	0.216			
ผลกระทบจากนโยบาย/มาตรการรัฐ				0.248	0.018	0.267				0.269	ns	0.269
เพศชาย	-0.066	ns	-0.069	-0.068	ns	-0.071	-0.043	ns	-0.045	-0.044	ns	-0.046
อายุ (ปี)	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
มีการศึกษาระดับประถม	ns	-0.024	ns	0.051	-0.030	ns	0.099	-0.024	0.075	0.104	-0.028	0.076
มีการศึกษาระดับมัธยม	0.099	ns	0.095	0.108	ns	0.097	0.107	ns	0.099	0.112	ns	0.101
อาชีพเกษตรกร	0.078	0.018	0.096	0.078	0.020	0.097	0.133	0.021	0.153	0.128	0.025	0.153
ศาสนาพุทธ	-0.066	ns	-0.077	-0.083	ns	-0.078	ns	ns	ns	ns	ns	ns
สุขภาพจิต (คะแนน)	0.048	ns	0.048	0.063	ns	0.063	ns	ns	ns	ns	ns	ns
ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 (คะแนน)		ns	ns		ns	ns		ns	ns		0.022	0.022
รับรู้ข้อมูลจากสื่อโทรทัศน์		ns	ns		ns	ns		ns	ns		ns	ns
รับรู้ข้อมูลจากสื่อออนไลน์		ns	ns		ns	ns		ns	ns		ns	ns
ค่าสัมประสิทธิ์ของการพยากรณ์ (R²)	0.544			0.536			0.458			0.475		
Goodness of fit indicators												
- Chi-square (χ^2) (ค่า p-value)	2,443.036 (0.000)			2,429.284 (0.000)			2,418.821 (0.000)			2,404.926 (0.000)		
- χ^2/df	5.198			5.180			5.114			5.095		
- RMSEA (90% confidence interval)	0.041 [0.039, 0.043]			0.041 [0.039, 0.043]			0.041 [0.039, 0.042]			0.040 [0.039, 0.042]		
- SRMR	0.043			0.042			0.044			0.043		
- Comparative Fit Index (CFI)	0.919			0.919			0.921			0.921		
- Tucker Lewis Index (TLI)	0.904			0.903			0.906			0.907		

หมายเหตุ: ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.10

แถวสีเทา หมายถึง ในแบบจำลองมิได้กำหนดเส้นอิทธิพลของตัวแปรดังกล่าว

ตารางที่ 39 ขนาดอิทธิพลที่ตัวแปรต่าง ๆ มีต่อตัวแปรผลกระทบ

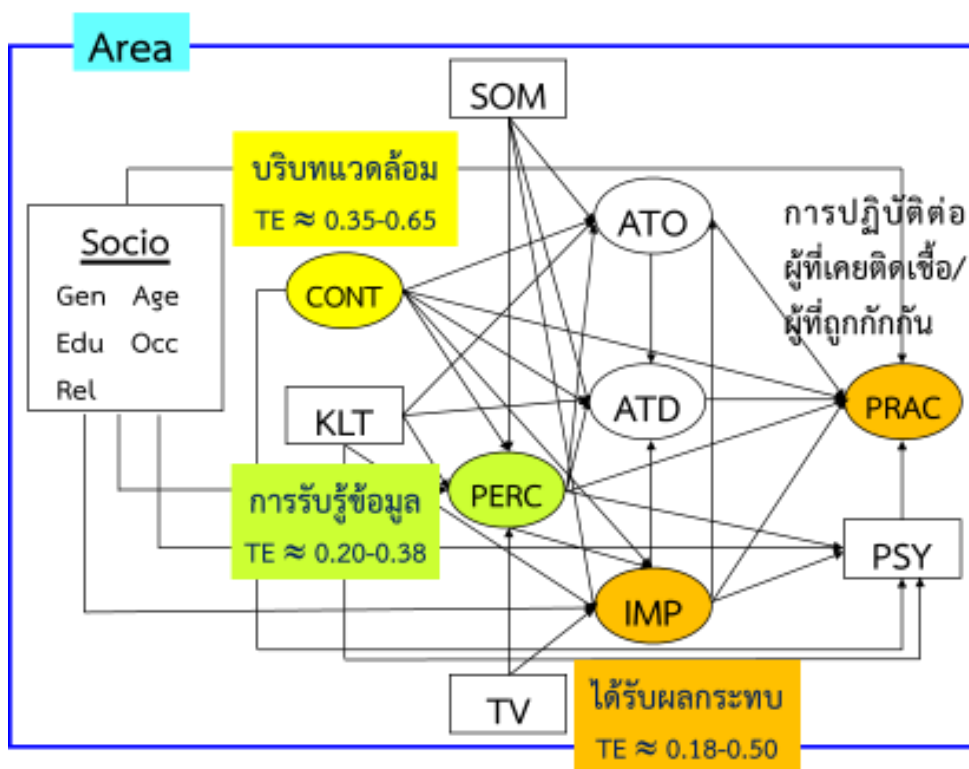
ตัวแปร	แบบจำลอง: การปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อ						แบบจำลอง: การปฏิบัติต่อผู้ที่ถูกกักกัน					
	ผลกระทบจากการระบาดของโควิด-19			ผลกระทบจากนโยบาย/มาตรการรัฐ			ผลกระทบจากการระบาดของโควิด-19			ผลกระทบจากนโยบาย/มาตรการรัฐ		
	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE
สภาพแวดล้อม	0.408	0.051	0.459	0.355	0.057	0.412	0.349	0.057	0.406	0.393	0.050	0.443
การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19	0.142		0.142	0.158		0.158	0.180		0.180	0.159		0.159
เพศชาย		ns	ns		ns	ns		ns	ns		ns	ns
อายุ (ปี)	ns	ns	ns	ns	ns	ns	-0.047	ns	-0.043	-0.053	ns	-0.050
มีการศึกษาระดับประถม	ns	-0.015	ns	ns	-0.017	ns	ns	-0.017	ns	ns	-0.015	ns
มีการศึกษาระดับมัธยม	0.043	-0.009	ns	ns	-0.010	ns	0.050	-0.011	ns	ns	-0.010	ns
อาชีพเกษตรกร	ns	0.007	ns	ns	0.008	0.043	ns	0.009	ns	ns	0.008	0.043
ศาสนาพุทธ	-0.151	0.026	-0.125	-0.095	0.029	-0.066	-0.184	0.030	-0.154	-0.120	0.027	-0.093
ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 (คะแนน)	-0.131	0.023	-0.107	-0.088	0.026	-0.062	-0.142	0.028	-0.113	-0.096	0.025	-0.071
รับรู้ข้อมูลจากสื่อโทรทัศน์	ns	0.010	ns	ns	0.011	ns	ns	0.013	ns	ns	0.011	ns
รับรู้ข้อมูลจากสื่อออนไลน์	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
ค่าสัมประสิทธิ์ของการพยากรณ์ (R ²)	0.270			0.206			0.248			0.242		

หมายเหตุ: ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.10

แถบสีเทา หมายถึง ในแบบจำลองนี้ได้กำหนดเส้นอิทธิพลของตัวแปรดังกล่าว

ข้อค้นพบสำคัญจากแบบจำลอง

จากการวิเคราะห์ด้วย SEM ในแบบจำลองการปฏิบัติ พบว่า ปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและผู้ที่ถูกกักกัน ได้แก่ บริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 (CONT) การรับรู้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 (PC) และผลกระทบ (IM) ดังภาพที่ 2 นอกจากนี้ยังพบว่าสื่อออนไลน์และสื่อโทรทัศน์มีผลต่อปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและผู้ที่ถูกกักกันเช่นเดียวกัน ดังภาพที่ 3 ซึ่งอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้



ภาพที่ 2 ปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและผู้ที่ถูกกักกัน

บริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19

บริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ที่สำคัญ 5 อันดับแรก คือ อสม./อสส. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ/ตำบล/เทศบาล มาตรการการจัดการเว้นระยะห่างทางสังคม บุคคลในครอบครัว และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัด/คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด ทั้งนี้เนื่องจากบริบทแวดล้อมดังกล่าวมีความใกล้ชิดกับประชาชน รวมถึงประชาชนส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชนบท ซึ่งจะมีวัฒนธรรม บรรทัดฐาน และกฎระเบียบข้อบังคับของชุมชนที่ต้องยอมรับและต้องปฏิบัติตาม หากไม่ปฏิบัติตามอาจได้รับการลงโทษและอาจนำไปสู่การกีดกันออกจากชุมชน นอกจากนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างยอมรับและเคารพนับถือ อสม. บุคลากรสุขภาพ และผู้นำชุมชน รวมถึงยอมรับและปฏิบัติตามนโยบายของรัฐ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเชิงคุณภาพ ที่พบว่า อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่อยู่ในพื้นที่เข้าถึงชาวบ้าน มีการรณรงค์และกระตุ้นให้ชาวบ้านปฏิบัติตามมาตรการของรัฐอย่างเคร่งครัดและต่อเนื่อง และมีระบบติดตามและประเมินผล ซึ่งการที่ อสม. มีการปฏิบัติตามมาตรการในการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด-19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ เช่น เจ้าหน้าที่ สสจ. สสอ. รพ.สต. เป็นต้นแบบที่ดีในการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรค รวมถึงเจ้าหน้าที่ทุกภาคส่วนทุ่มเทและเป็นหลักในการทำงาน มีการเตรียมคนโดยการจัดอบรมให้ความรู้ ฝึกการสวมและถอดอุปกรณ์ร่างกายส่วนบุคคล (PPE) จัดอัตรากำลัง และจัดหา PPE โดย อสม. สามารถประสานงาน ขอคำแนะนำ คำปรึกษา และความช่วยเหลืออื่น ๆ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตลอด 24 ชั่วโมง ทั้งในและนอกเวลาราชการ สามารถเข้าพบเพื่อปรึกษาหารือได้ทั้งในที่ทำงาน ผ่านทางโทรศัพท์ และระบบออนไลน์ เช่น ไลน์กลุ่มโควิดของสาธารณสุขจังหวัด/อำเภอ/ตำบล/หมู่บ้าน และโปรแกรม Zoom เป็นต้น ส่งผลให้การดำเนินงานทางด้านสาธารณสุขทุกด้านได้ผลดีมาก ซึ่งรวมถึงการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคโควิด-19 ในชุมชน

นอกจากนี้หน่วยงานสาธารณสุข ร่วมกับ อสม. และผู้นำชุมชน มีการจัดทำป้ายประกาศมาตรการการป้องกันโรคโควิด-19 รวมถึงการจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ในการคัดกรองและการป้องกันโรค เช่น เครื่องวัดอุณหภูมิ หน้ากากอนามัย และแอลกอฮอล์เจล เป็นต้น โดยคนในชุมชนให้ความร่วมมือปฏิบัติตามนโยบายของรัฐบาล และตามที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศเป็นอย่างดี เช่น การเว้นระยะห่าง การตั้งจุดล้างมือก่อนเข้าตลาด โรงเรียน วัด และสถานที่สำคัญอื่น ๆ ในชุมชน มีการวัดไข้ การกินอาหารชุดเดียวต่อ 1 คน ไม่รวมกลุ่มกัน งดกิจกรรมโครงการในชุมชนที่มีการรวมตัวกันของประชาชน งดให้บริการคลินิกแพทย์แผนไทย งดคลินิกทันตกรรมใน รพ.สต. งดการเยี่ยมบ้าน งดการรับยาผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยขอความร่วมมือ อสม. ให้นำยาไปให้ผู้ป่วยที่บ้านหรือจัดส่งทางไปรษณีย์

บริบทแวดล้อมดังกล่าวข้างต้น ส่งผลให้ประชาชนปฏิบัติตามการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ถูกต้องและเคร่งครัด อีกทั้งชาวบ้านยังช่วยกันสอดส่องคนแปลกหน้าที่เข้ามาในชุมชน เช่น กลุ่มคนที่มาจากต่างพื้นที่หรือฝิ่น้อย เป็นต้น โดยจะมีการแจ้ง อสม. ให้เข้ามาคัดกรองในเบื้องต้น โดยการวัดอุณหภูมิเช้า-เย็น ทุกวัน และบางกรณีให้ผู้ถูกกักกันถ่ายรูปพร้อมวัดไข้ส่งให้ อสม. นอกจากนี้ อสม. ต้องกรอกข้อมูลประวัติการเดินทางของคนเข้ามาในพื้นที่ และส่งแจ้งข้อมูลดังกล่าวให้ผู้นำชุมชน/ประธาน อสม. รับทราบทันที ผ่านทางไลน์กลุ่มข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“อสม. มีการรวมตัวกันทำหน้ากากอนามัยด้วยผ้าแจกให้ชาวบ้าน และแจกตามจำนวนครัวเรือนที่ อสม. แต่ละคนรับผิดชอบ เพื่อส่งเสริมให้ชาวบ้านใส่หน้ากากอนามัยทุกคน...ร่วมกันสร้างความตระหนักให้เกิดในประชาชนมากขึ้น”

“การสื่อสารในชุมชน อันดับ 1 คือ เทศบาลและ อสม. จะประกาศเสียงตามสายในหมู่บ้านทุกวัน อันดับ 2 คือ คนในหมู่บ้านจะดูผ่านทางโทรทัศน์ เพราะน่าเชื่อถือและเข้าถึงกันทุกคน”

“ทุกวันนี้ในการทำงานเชิงระบบ ถ้ามีงานใหญ่ ๆ ในพื้นที่ เช่น ประชุมคนเยอะ ๆ อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะเป็นผู้ไปให้คำแนะนำ คัดกรอง ส่วนผู้บริหารในระดับท้องถิ่น ทั้งกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะมีการประชุมหารือเพื่อนำนโยบายจากส่วนกลางมาสู่การปฏิบัติในพื้นที่ โดยการมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบของแต่ละส่วนงานให้ชัดเจน แต่ให้มีการประสานงานกันระหว่างหน่วยงาน โดยมี อสม. เป็นมดงาน”

“ทุกเดือนมีการประชุม อสม. จะแจ้งให้ อสม. ทุกคนเป็นแบบอย่างแก่ประชาชนในพื้นที่เห็นและปฏิบัติตาม โดยเริ่มต้นจากบ้านตนเอง และค่อย ๆ ขยายสู่บ้านใกล้เคียงและกลุ่มบ้านละแวกเดียวกันที่รับผิดชอบ”

“อสม. ก็ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีเพราะเขามีงานทำและต้องส่งงาน ซื่อเจลแอลกอฮอล์ และ หน้ากากอนามัย ถ้าใครไม่ใส่หน้ากากอนามัยเข้ามาจะไม่ให้เข้าตลาดเลยให้ซื้อของเรา คอยดูแลตลอดและมีประชาสัมพันธ์ในตลาดเน้นให้ดูแลความสะอาด ดูแลเรื่องของโควิด มันเป็นความรับผิดชอบของเราอยู่แล้วให้ช่วยกันดูแล”

การที่ประชาชนปฏิบัติได้ถูกต้องในการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อหรือผู้ถูกกักกัน อาจเนื่องจากบริบทแวดล้อมดังกล่าวมีความใกล้ชิดกับกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชนบทซึ่งจะมีวัฒนธรรม บรรทัดฐาน และกฎระเบียบข้อบังคับของชุมชนที่ต้องยอมรับและต้องปฏิบัติตาม หากไม่ปฏิบัติตามอาจได้รับการลงโทษและอาจนำไปสู่การกักกันออกจากชุมชน⁸⁵ นอกจากนี้ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างให้การยอมรับและให้ความเคารพนับถือผู้นำชุมชน บุคลากรสุขภาพ และ อสม. รวมถึงการยอมรับและ

ปฏิบัติตามนโยบายของรัฐ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอิตาลีที่พบว่า วัฒนธรรมและบรรทัดฐานของชุมชนมีผลต่อการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันโรคโควิด-19⁸⁶

การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19

ประชาชนส่วนใหญ่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูง โดยข้อมูลข่าวสารที่ประชาชนรับรู้มากที่สุด 5 อันดับแรก คือ วิธีการป้องกันตนเองโรคโควิด-19 ความรุนแรงของโรคโควิด-19 การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ประโยชน์ของการป้องกันโรคโควิด-19 และวิธีการติดต่อโรคโควิด-19 ซึ่งประชาชนรับรู้ข้อมูลข่าวสารมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ สื่อออนไลน์ โทรทัศน์ อสม./อสส. บุคลากรสุขภาพ และสมาชิกในครอบครัว ทั้งนี้การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 มีผลต่อทัศนคติที่ดีในการป้องกันโรคโควิด-19 ส่งผลให้มีการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเชิงคุณภาพ ที่พบว่า การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ของประชาชน ส่งผลให้ประชาชนมีการปฏิบัติในการป้องกันโรครุนแรงมากขึ้น โดยในระยะแรกปฏิบัติเนื่องจากกลัวติดโรค กลัวตาย แต่ในระยะหลังประชาชนมีการปฏิบัติในการป้องกันตนเอง เนื่องจากมีความรู้และมีความตระหนักมากขึ้น

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“การรับรู้ ทัศนคติต่อโรคโควิด-19 ในระยะแรก ประชาชนเกิดความตื่นตระหนก เนื่องจากเป็นโรคใหม่ ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติ กังวลถึงความรุนแรงของโรค เครียดเรื่องการติดโรค กลัวว่าตัวเองจะติดโรค กลัวตาย แก่แล้ว มีโรคประจำตัวหลายโรค กังวลค่อนข้างสูง ลูกหลานก็เป็นห่วง...พอได้ข้อมูลจากหมออนามัย อสม. สื่อออนไลน์ บางครั้งก็เห็นจากทีวี ก็เลยต้องทำให้ถูกวิธี เพราะกลัวติดโรค”

“...ก็จะเป็น อสม. ที่สื่อสารไปถึงเครือข่าย ชาวบ้านก็ดีขึ้นที่ได้ข้อมูลจากเรา เห็นความสำคัญมากขึ้น และด้วยสถานการณ์มันก็ค่อย ๆ เข้าใจ ช่วงเดือนมีนา เมษานี้ มันจะปั่นป่วน เป็นช่วงที่ไม่รู้จัก ไม่เข้าใจ มีการแตกตื่น พอมาถึงตอนนี้ น่าจะคุ้นเคย น่าจะเริ่มเฉย ๆ จะไม่เห็นสีสันทเหมือนปีที่แล้ว เขาก็จะถามหมอมว่ามีจริง ๆ แล้วใช่ไหม มีแล้วใช่ไหม โทรศัพท์ไปถาม รพ.สต. ก็ลองไปสืบดูเพราะเราไม่มีรายงาน”

“การสื่อสารในชุมชน อันดับ 1 คือ เทศบาลและ อสม. จะประกาศเสียงตามสายในหมู่บ้านทุกวัน อันดับ 2 คือ คนในหมู่บ้านจะดูข่าวสารผ่านทางโทรทัศน์ เพราะน่าเชื่อถือและเข้าถึงกันทุกคน และบางบ้านจะมีลูกหลานที่ดูผ่านทางออนไลน์เล่าให้ฟัง แต่บางที่ข่าวจากทางออนไลน์ก็ไม่น่าเชื่อถือเท่าไร สนับสนุนให้ชาวบ้านรับข่าวสารจากทางโทรทัศน์มากกว่า”

“ชาวบ้านมีความตื่นตระหนกมาก จากภาพสื่อสาธารณะที่ถูกเผยแพร่ แต่ความกลัวและความตื่นตระหนกก็เป็นผลดี เพราะทำให้ชาวบ้านในหมู่บ้านเป็นหูเป็นตาให้ในกรณีมีคนแปลกหน้าเข้ามาในหมู่บ้าน หรือมีครอบครัวไหนเดินทางกลับมาจากประเทศมาเลเซียแบบผิดกฎหมายก็รีบรายงานผู้นำทันที”

การที่ประชาชนปฏิบัติได้ถูกต้องในการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อหรือผู้ถูกกักกัน อาจเนื่องจากการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศเกาหลีใต้⁸⁷ เวียดนาม⁸⁸ อิตาลี⁸⁶ และอียิปต์⁸⁹ ที่พบว่า ประชาชนรับรู้โรคโควิด-19 เป็นโรคที่สามารถติดต่อได้ง่าย⁸⁷⁻⁸⁹ และมีความรุนแรง⁸⁷ รวมถึงการรับรู้ความเสี่ยงของการติดเชื้อโรคโควิด-19^{86,89} ทำให้ประชาชนมีการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ดีขึ้น นอกจากนี้มีการศึกษาที่พบว่า การปฏิบัติที่ถูกต้องยังขึ้นอยู่กับความสามารถในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร กระบวนการคิด วิเคราะห์ และการนำข้อมูลไปใช้ในการตัดสินใจที่จะปฏิบัติ⁹⁰

ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ผลกระทบจากนโยบาย/มาตรการรัฐ และสุขภาพจิต

การรับรู้ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 และผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐ มีผลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและผู้ถูกกักกัน โดยประชาชนได้รับผลกระทบ ด้านเศรษฐกิจ ด้านจิตใจ ด้านการศึกษา และด้านศาสนา ประเพณี วัฒนธรรม และวิถีชีวิตของชุมชน

ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ทำให้ประชาชนตกงาน ขาดรายได้ เพราะในช่วงโรคโควิด-19 ระบาด เศรษฐกิจเหมือนจะชะงักทุกอย่าง คนขายของไม่ได้ขายเนื่องจากว่าไม่มีคนออกมาซื้อ ทุกคนหวาดกลัว จะต้องอยู่ที่บ้าน โดยเฉพาะคนที่รับจ้างบางบริษัท ในกลุ่มท่องเที่ยวโรงแรม หรือรถส่งนักท่องเที่ยว ล้มระเนระนาดกัน ไม่มีงานจ้าง ต้องตกงานซึ่งเป็นกลุ่มที่น่าเป็นห่วง และน่าสงสารมากที่สุด ในกลุ่มชาวบ้าน ถ้าเป็นชาวบ้านระดับรากหญ้าที่มีบ้านเป็นของตัวเองไม่ต้องเช่าบ้านก็พออยู่ได้เพราะกิน อยู่แบบสมถะอยู่แล้ว แต่อีกกลุ่มหนึ่งที่มีอาชีพรับจ้างและต้องเช่าบ้าน บางคนถูกไล่ออกจากงาน ต้องกลับบ้านเกิด ต้องใช้ชีวิตแบบสมถะ เรียบง่าย ปลูกพืชผักรับประทานเอง ครอบครัวยุติสร้างห้องเล็ก ๆ ให้อยู่ด้วยกัน และบางพื้นที่การระบาดของโรคทำให้ต้องปิดตลาดและร้านค้า พ่อค้าแม่ค้าที่ขายของตามตลาดนัด รถขายของเร่ (รถพุ่มพวง) ได้รับผลกระทบสูง เพราะไม่สามารถขายของได้ นอกจากนี้ยังส่งผลให้ผู้ประกอบธุรกิจต่าง ๆ มีรายได้ลดลง เนื่องจากมีลูกค้าหรือผู้ใช้บริการลดลง เพราะกลัวการติดเชื้อ และต้องปฏิบัติตามมาตรการของรัฐ ซึ่งบางธุรกิจต้องปิดกิจการหรือปิดสถานบริการเร็วขึ้นในช่วงที่มีการระบาดของโรค รวมถึงชาวบ้านที่มีอาชีพเกษตรกรก็มีรายได้ตกต่ำ และบางคนต้องเปลี่ยนอาชีพ

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“ประชาชนในพื้นที่ที่ไปทำงานที่มาเลเซียได้รับผลกระทบอย่างชัดเจน เช่น ประกอบอาชีพค้าขาย เปิดร้านอาหาร เนื่องจากรายได้ค่อนข้างดี สามารถสร้างฐานะ และดูแลคนในครอบครัวที่ประเทศไทย ต้องปิดกิจการที่ประเทศมาเลเซีย และเดินทางกลับมาใช้ชีวิตที่ประเทศไทย ซึ่งปัจจุบันการงานค่อนข้างหายาก”

“...ธุรกิจต้องปิดตัวลง ต้องเริ่มต้นกิจการใหม่ ซึ่งค่อนข้างยากที่จะประสบผลสำเร็จ ถ้าต้องเปิดกิจการใหม่ในช่วงที่ภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ...โรงงานบางแห่งปิดกิจการทำให้ชาวบ้านเดือนร้อนไม่มีงานทำ”

“...ธุรกิจโรงแรม ห้องเช่า ไม่มีนักท่องเที่ยว ไม่มีผู้เช่าทำให้ขาดรายได้ ไม่สามารถเลี้ยงชีพได้จะกระทบอำเภอที่เป็นแหล่งท่องเที่ยว เช่น เบตง”

“...ลูกทำงานที่กรุงเทพฯ เป็นกำลังหลักในการส่งเงินกลับมาที่บ้าน วันหนึ่งในช่วงโควิดต้องตกงาน ต้องถูกเลิกจ้าง โทรมาหา คุณยายบอกว่าไม่เป็นไรลูก กลับมาบ้านเรา เก็บผักที่บ้านกินกัน เขาต้องหาทำห้องเล็ก ๆ ให้อู ลูก นี่เป็นภาพที่เกิดขึ้นจริงในช่วงโควิดที่ผ่านมาเรื่องของเศรษฐกิจ และสังคมเป็นพวงกัน”

“...เพราะในช่วงโควิด-19 ระบาดเศรษฐกิจเหมือนจะชะงักทุกอย่าง คนขายของไม่ได้ขาย เนื่องจากว่าไม่มีคนออกมาซื้อ...คนค้าคนขายที่เคยขายได้เยอะ ๆ วันละเป็นพันเหลือวันละร้อย คนที่ขายวันละร้อยเหลือวันละ 10 บาท...ช่วงนี้ ทำมาหากินยาก ขายของไม่ค่อยได้ แต่ก็ต้องไว้ เกิดเป็นคนต้องอดทน ตนเป็นที่พึ่งแห่งตน แล้วจะไม่อดตาย”

“ร้านค้า ร้านอาหารในหมู่บ้าน ประชาชนส่วนใหญ่ในชุมชนจะซื้อของ ซื้ออาหารสด อาหารปรุงสำเร็จ ตามร้านค้าในหมู่บ้าน เมื่อมีมาตรการสังคมที่ไม่สามารถนั่งทานอาหารที่ร้านได้ ต้องปิดร้าน ทำให้ขาดรายได้ในการใช้กินในแต่ละวัน”

“...กระทบกลุ่มผู้ค้าขายตามตลาดนัด ที่ส่งผลให้ยอดขายตกฮวบ จากการปฏิบัติตามมาตรการอย่างเข้มขึ้น”

“ขายลำไยไม่ได้ ให้พริกก็ไม่มีใครเอา ต้องไปจ้างคนมาขึ้น ขายได้ราคาถูก ไม่ได้กำไร ต้องปล่อยให้ลำไยเน่าคาต้น ข้อเสนอแนะ รัฐควรประกันราคาลำไยตามขนาดของลำไย ให้คุ้มค่าจ้าง ค่าปุ๋ย ค่ายา”

“คนในหมู่บ้านเคยออกรถควีสื่อแดง พอมีโควิดเข้ามา ทำให้ผ่อนรถไม่ไหว รถโดนยึด จึงออกมาค้าขาย ก็ขายไม่ได้ เลยออกมาขับ grab เพื่อส่งอาหาร”

“...ไม่มีเงินซื้อนมให้ลูก ไม่มีเงินซื้อข้าวกิน เหล่านี้มันเพิ่มขึ้น”

ผลกระทบด้านจิตใจ ในช่วงของการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ประชาชนได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจจากปัญหารอบด้าน เกิดจากการที่ประชาชนไม่มีงานทำ ตกงาน การทำมาหากินเลี้ยงชีพฝืดเคืองทำให้ขาดรายได้ การปรับเปลี่ยนรูปแบบหรืองดการจัดกิจกรรมตามประเพณี วัฒนธรรม และพิธีกรรมทางศาสนา ทำให้ผู้สูงอายุเหงา รอคอยลูกหลานมารดน้ำคำหัวแต่กิจกรรมนี้หายไป ไม่มีลูกหลานมาคารวะ แต่ลูกหลานเดินทางมาไม่ได้ เหลือแต่ลูกหลานที่ใกล้ชิด การปรับเปลี่ยนรูปแบบการเรียนการสอน พ่อแม่ผู้ปกครองต้องดูแลบุตรหลานในการเรียนออนไลน์หรือทำงานที่คลุมอบหมาย ทำให้เกิดความเครียดเรื่องการเรียนของลูก กลัวลูกเรียนไม่รู้เรื่อง เพราะอธิบายไม่ได้เหมือนครู และเด็กบางคนไม่สนใจ ห่วงเล่น ไม่เหมือนกับที่เรียนในโรงเรียน บางรายไม่มีคนดูแล พ่อแม่ต้องลงนามมาเลี้ยงดูลูก รวมถึงความเครียดจากการไม่มีเงิน ซื้ออุปกรณ์ คอมพิวเตอร์สำหรับเรียนออนไลน์ เป็นต้น นอกจากนี้การเป็นผู้ติดเชื้อหรือมีผู้ติดเชื้อในชุมชน ทำให้สังคมรังเกียจ ไปไหนมาไหนลำบาก เกิดความเครียด

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“ความเครียด และวิตกกังวลกับรายได้ที่ลดลงและขาดไป ขณะที่มียาจ่ายที่ต้องใช้ในครอบครัว เช่นในพื้นที่ตำบลหนึ่งกระทบมาก ประชาชนไม่มีงานทำ ตกงาน ไม่มีรายได้ ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ ขาดสื่อเรื่องสินค้าขึ้นราคา เช่น ข้าวสาร ไข่ ทำให้มีการกักตุนสินค้า ข้าวสาร อาหารแห้ง”

“ในระยะแรก ประชาชนเกิดความตื่นตระหนก เนื่องจากเป็นโรคใหม่ ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตัวตามมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อ กังวลถึงความรุนแรงของโรคเครียดเรื่องการติดโรคกลัวว่าตัวเองจะติดโรคหรือไม่ โดยเฉพาะผู้สูงอายุ และผู้ที่มีโรคประจำตัวจะมีความกังวลค่อนข้างสูง ลูกหลานจะเป็นห่วง”

“...ต้องเลี้ยงดู และส่งลูกเรียนในระดับมัธยม หรือมหาวิทยาลัย บางคนไม่มีทางออก ต้องนำทรัพย์สินไปจำนำ เพื่อนำเงินมาส่งเสียลูกเรียน ซึ่งผู้ปกครองแต่ละคนต่างมีปัญหาและเกิดภาวะเครียดอย่างมาก”

“การใช้ชีวิตในวิถีใหม่ (new normal) การยอมรับ และปรับวิถีชีวิตในรูปแบบใหม่ได้ค่อนข้างยาก ด้วยประชาชนส่วนใหญ่เป็นชาวบ้านในชุมชนชนบท ความรู้ความเข้าใจน้อย ทำให้เกิดความเครียด”

“ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากนโยบาย มาตรการ หรือกฎระเบียบมาตรการที่เข้มงวด และความเครียดต่อความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวันที่มีการประกอบศาสนกิจ พิธีการต่าง ๆ ไม่สะดวกและไม่สามารถจัดได้ จึงทำให้ประชาชนเกิดความเครียดเกิดความกังวลในสถานการณ์โควิดนี้”

“ช่วงระยะแรกของการระบาดของโรค ประชาชนเกิดความตื่นตระหนก หวาดกลัว หวาดระแวง เนื่องจากโรคโควิด-19 เป็นโรคใหม่ ประชาชนเข้าใจว่าเป็นโรคที่ติดต่อได้ง่าย แคพบหน้ากันก็สามารถติดได้ ยังไม่มีความชัดเจนเกี่ยวกับโรค วิธีการแพร่กระจายเชื้อ และการป้องกันตนเอง และตอนนั้นชุมชนไม่มีทางออก ไม่รู้ว่าจะไปทางไหน ประกอบกับคำสั่งหรือนโยบายยังไม่ชัดเจน”

“มีผีน้อย 1 คน...เข้ามาในหมู่บ้าน ทำให้ประชาชนมีความตื่นตระหนกและหวาดกลัวว่าจะติดเชื้อ ทั้งที่ยังไม่ทราบผลการตรวจหาเชื้อ ซึ่งทราบภายหลังว่าผลการตรวจเป็นลบ”

“เขียนมวยที่ป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งต่อมาได้แพร่เชื้อไปสู่แม่และทำให้แม่ต้องเสียชีวิต ทำให้เขียนมวยมีความรู้สึกเสียใจที่ทำให้แม่เสียชีวิต และรู้สึกฝังใจกับความผิด สำหรับในกรณีที่มีผู้ติดเชื้ออาศัยอยู่ในชุมชนเดียวกัน ประชาชนจะเกิดความเครียด ไม่สบายใจ วิตกกังวล กลัว ตื่นตระหนกหวาดระแวง”

“เมื่อได้ยินข่าวว่ามีคนในชุมชนติดเชื้อ จะเกิดความรู้สึกกลัว ทั้งที่ยังไม่รู้ว่าเป็นมากหรือน้อย ดังเช่นในกรณีของดีเจที่ทำงานในสถานบันเทิง ผู้ที่พักอาศัยในคอนโดมิเนียมได้ขอความช่วยเหลือจากเทศบาลให้ช่วยพ่นยาฆ่าเชื้อ ทำความสะอาดชุมชน และทำความสะอาดคอนโดมิเนียม”

“...กลัวคนนอกพื้นที่เข้ามาในชุมชนของตนเอง ไม่อยากให้ผู้ป่วยโรคโควิด-19 กลับบ้านโดยใช้รถสาธารณะ เพราะถ้ามีผู้ติดเชื้อเพิ่มจะทำให้ชุมชนต้องปิดหมู่บ้าน”

ผลกระทบด้านการศึกษา การระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลให้มีการปิดโรงเรียนและสถานศึกษาชั่วคราว ทำให้พ่อแม่ ผู้ปกครองที่ทำงานประจำได้รับผลกระทบอย่างมาก กรณีที่เป็นครอบครัวใหญ่และมีญาติพี่น้องอยู่ใกล้เคียงกัน จะนำลูกหลานซึ่งเป็นเด็กเล็กชั้นอนุบาลหรือประถมศึกษาไปฝากญาติพี่น้องที่ไม่ได้ทำงานและอยู่บ้านช่วยดูแล กรณีที่เป็นครอบครัวเดี่ยว พ่อแม่ ผู้ปกครอง จะสลับกันขาดงานเพื่อมาดูแลลูกหลานที่เรียนออนไลน์ที่บ้าน และบางครั้งจะนำลูกหลานไปที่ทำงานด้วย ซึ่งบางครั้งจะส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของการทำงานของพ่อแม่ ผู้ปกครอง และถูกตำหนิจากเพื่อนร่วมงาน กรณีเด็กโตชั้นมัธยมศึกษาและมหาวิทยาลัย พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่วนใหญ่จะให้ลูกหลานเรียนออนไลน์ที่บ้านโดยลำพัง ซึ่งพบว่าการเรียนออนไลน์มีปัญหาและอุปสรรคมากมาย พ่อแม่ ผู้ปกครอง มีความคิดเห็นว่า ไม่สามารถบังคับลูกหลานให้มีความตั้งใจในการเรียนออนไลน์ได้ ไม่เหมือนครูซึ่งสามารถโน้มน้าวหรือบังคับให้เด็กตั้งใจเรียนได้ พ่อแม่ ผู้ปกครอง จึงอยากให้ลูกหลานเรียนกับครู รวมถึงเด็ก ๆ ก็ชอบเรียนในห้องมากกว่า เพราะเรียนออนไลน์เด็กไม่ค่อยรู้เรื่อง บางครั้งเด็กอยากสอบถาม แต่ไม่กล้าถามหรือถามแล้วได้คำถามไม่ค่อยชัดเจน ไม่สามารถเข้าพบหรือปรึกษาครูแบบตัวต่อตัวได้ รวมทั้งเด็กกังวลว่าจะทำข้อสอบไม่ได้ ทำคะแนนได้น้อย ได้เกรดไม่ดีหรือเกรดลดลง

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“ครอบครัวที่พ่อแม่ต้องออกไปกรีดยาง ยังไงก็ต้องฝากลูกเล็กไว้ที่ศูนย์ฯ ถ้าศูนย์ปิดก็ต้องหาฝากญาติต่อ”

“บิดามารดาไม่มีเวลาในการดูแลบุตร ไม่มีอินเทอร์เน็ต ไม้ตบูก และคอมพิวเตอร์ประกอบการเรียนครูไม่ชำนาญในการสอนออนไลน์”

“พ่อแม่ผู้ปกครองต้องติดตามกำกับดูแลการเรียนออนไลน์ของลูกหลาน กรณีผู้ปกครองต้องทำงานต้องทำงานทุกวัน ไม่มีเวลาดูแลลูก...ระบบป่วยตายายที่เคยมีสมัยเด็ก มันก็น้อยลง ก็เลยว่าออนไลน์ 100% นี้ น่าจะลำบาก”

“เด็กประถมบิดามารดาต้องนั่งเฝ้า และเรียนไปพร้อมกับบุตร ส่วนเด็กโตสามารถเรียนด้วยตนเองได้ แต่มักจะไม่เรียน สำหรับการเตรียมการในระยะที่ 2 จะต้องมีการแก้ไขการเรียนออนไลน์ในเชิงระบบ...ถ้าทำได้เด็กอยากเรียนรู้ตลอดเหมือนเล่นเกมแล้วติด อนาคตเมืองไทยก็จะดี”

“หากดูแลลูกจะไม่สามารถไปทำงานหรือประกอบอาชีพได้ตามปกติ เช่น ชาวบ้านไปกรีดยางไม่ได้ ต้องฝากลูกหลานที่สถานรับเลี้ยงเด็กหรือศูนย์พัฒนาเด็กในชุมชน เพราะผู้ปกครองต้องไปทำงานกรีดยางในตอนเช้า ต้องมีการวางแผนชีวิตใหม่หมด ทั้งเรื่องการเรียนออนไลน์ การทำงานส่งครู ซึ่งพ่อแม่ส่วนใหญ่ทำไม่

เป็น ส่งผลให้ผลการเรียนของเด็กบางคนตกลง ดังนั้น เป็นสิ่งที่ยากที่จะให้ลูกหลานเรียนที่บ้าน ทำให้เป็น ปัญหาทั้งต่อตัวเด็ก และผู้ปกครองผู้ปกครองส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยในการสั่งปิดโรงเรียน”

“เด็กบางคนไม่ยอมเรียน มัวแต่เล่น โดยเปิดหน้าจอทิ้งไว้แต่ไปทำกิจกรรมอื่นที่สนุกกว่า เช่น เล่น เกม เพชบุ๊ก โลกนี้ ดูหนัง ฟังเพลง เป็นต้น”

นอกจากนี้หลายครอบครัวไม่มีเงินซื้ออุปกรณ์ที่ใช้ในการเรียนการสอนออนไลน์ เช่น คอมพิวเตอร์ แท็บเล็ต หูฟัง เป็นต้น รวมถึงปัญหาช่องทางการเข้าถึงสื่อออนไลน์ ไม่มีสัญญาณอินเทอร์เน็ต และบางครั้ง สัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่เสถียรเนื่องจากไม่มีเงินซื้อสัญญาณอินเทอร์เน็ตที่แรง กรณีที่ใช้สัญญาณอินเทอร์เน็ตที่ ทางโรงเรียนหรือมหาวิทยาลัยจัดหาให้ เมื่อมีผู้ใช้จำนวนมาก ทำให้เข้าไม่ได้ สัญญาณช้า และไม่เสถียร ส่งผล ให้การเรียนออนไลน์ไม่มีประสิทธิภาพ เช่น เสียงและภาพขาดหายเป็นระยะ ค้นหาหรือดาวน์โหลดข้อมูลเพื่อ ทำการบ้านหรือรายงานส่งครูได้ช้าหรือไม่ได้

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“...ตอนนี้ไม่รู้ว่าเป็นเด็กคนไหนมีอุปกรณ์ พร้อมเรียนออนไลน์หรือไม่ เข้าถึงอินเทอร์เน็ตมั๊ย ทาง โรงเรียนต้องเร่งสำรวจ ถ้ามีฐานข้อมูลในเรื่องนี้ ก็จะจัดการได้ง่ายขึ้น จะได้ช่วยเหลือได้ถูก เพราะงบบัณฑิต”

“ถือว่าเป็นการเรียนรูไปด้วยกันของคนในชุมชน ทั้งเด็ก พ่อแม่ และคุณครูในโรงเรียน โดยเฉพาะ ชุมชนที่มีเทคโนโลยี ทรัพยากรพร้อม จะไม่ค่อยมีปัญหา เกือบทั้งหมดมีมือถือ และอินเทอร์เน็ตที่สามารถใช้ สื่อสาร และเรียนได้ อีกทั้งเด็กสมัยใหม่ก็เก่ง และเรียนรู้เร็ว”

“การไม่มีอุปกรณ์การเรียนสำหรับการเรียนออนไลน์ ทำให้เกิดความยากลำบาก โดยเฉพาะบ้านที่มี ฐานะค่อนข้างยากจน ไม่มีเทคโนโลยีในการเรียนที่ทันสมัยส่งผลให้เด็กที่ไม่มีอุปกรณ์ และระบบการเรียนที่เอื้อ ต่อการเข้าใจเนื้อหาการเรียน จึงทำให้เด็กไม่สนใจ...การเข้าใจในเนื้อหาเรียนค่อนข้างน้อย”

ผลกระทบด้านศาสนา ประเพณี วัฒนธรรม และวิถีชีวิตของชุมชน การระบาดโรคโควิด-19 ส่งผล กระทบต่อศาสนา ประเพณี วัฒนธรรม และวิถีชีวิตของชุมชน ซึ่งโดยปกติคนในชุมชนส่วนใหญ่ของประเทศ ไทยอาศัยอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัวขนาดใหญ่ มีทั้ง พ่อ แม่ ลูก ปู่ ย่า ตา ยาย และเครือญาติ อาศัยอยู่ใน ครอบครัวเดียวกันหรือในบริเวณเดียวกัน ตลอดจนมีการไปมาหาสู่และทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น การ รับประทานอาหารร่วมกัน การจัดงานวันเกิด การแบ่งปันอาหารของบ้านใกล้เคียง การไปเที่ยว การ ทำบุญร่วมกัน การทำบุญ 9 วัด การสวดมนต์ข้ามปี และการจัดงานวันเด็ก เป็นต้น สถานการณ์การระบาดของ โรคทำให้กิจกรรมดังกล่าว ต้องถูกงด หรือลดลง และมีความยุ่งยาก หากมีการจัดกิจกรรม เนื่องจากต้องปฏิบัติ ตามมาตรการการป้องกันการแพร่ระบาดอย่างเคร่งครัด เช่น การวัดอุณหภูมิ และการเว้นระยะห่างทางสังคม เป็นต้น

ผลกระทบต่อศาสนา

ในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 อย่างหนัก กิจกรรมทางศาสนาบางอย่างถูกงด เช่น วันพระ ซึ่งปกติจะมีคนมาทำบุญเป็นจำนวนมาก ทำให้มีคนที่มาทำบุญน้อยลงหรือบางวัดไม่มีคนมาทำบุญ รวมถึงวัดที่ เคยมีการจัดโรงทานจะถูกงดไปด้วย และกิจของสงฆ์ได้รับผลกระทบหลายประการ เช่น การทำวัตรเย็น เป็น ต้น นอกจากนี้ชาวไทยมุสลิมต้องงดเว้นการละหมาดที่มัสยิด และต้องงดกิจกรรมทางศาสนา เช่น งานเมาลิด (งานกิจกรรมกินเลี้ยงวันเกิดศาสดาทางศาสนาอิสลาม) เป็นต้น

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“...วัดแทบจะไม่มีคนเข้าเนื่องจากกิจกรรมศาสนาถูกระงับทั้งหมด วันพระไม่มีคน งานบุญที่มีคนมาร่วมกันงด งานศพ ในทางสาธารณสุขประกาศห้ามเลี้ยงให้แจกข้าวกล่อง ให้จัดงานศพแค่ 3 วัน คนที่มาเคารพศพต้องรีบ วันที่จะเผาพิธีการฉบับย่อที่วัด ไปป่าช้าให้เฉพาะญาติประมาณไม่เกิน 20 คน”

“ประชาชนต้องงดการใส่บาตรทำบุญที่วัดในวันพระ ส่งผลกระทบต่อพระ และประชาชนที่ต้องการไปทำบุญวันสำคัญทางศาสนา ต้องงดกิจกรรมตามประเพณีสงกรานต์”

“...ทางศาสนาอิสลามจะมีประกาศจากสำนักจุฬาราชมนตรีการปฏิบัติตัวของชาวไทยมุสลิม ขณะที่มีการระบาดของโรค ประชาชนต้องปรับตัวทำละหมาดบ้านตนเอง จากที่สามารถละหมาดที่มีสยิด พบปะเพื่อนฝูงที่มีสยิด และตามหลักการศาสนาอิสลามผู้ชายจะต้องมีการรวมกลุ่มกันละหมาดวันศุกร์ เวลาเที่ยงที่มีสยิด พอมีโรคระบาดต้องต่างคนต่างอยู่”

“กิจกรรมสำคัญในช่วงวันรายออีดิลฟิตรี (วันฉลองการสิ้นสุดเดือนรอมฎอน) ซึ่งเป็นช่วงของการเดินทางเพื่อพบปะเยี่ยมญาติ โดยมาตรการให้มีการละหมาดรายอที่บ้าน ผู้ชายที่อ่านหนังสือไม่ได้หรือไม่เคยนำละหมาดและต้องอ่านคุดบะห์เอง ผู้นำและอิหม่ามมีแนวทางในการละหมาด โดยรวมกลุ่มครอบครัวใหญ่หรือครัวเรือนที่อยู่ใกล้กันให้มาละหมาด และอ่านคุดบะห์ร่วมกันแบบเว้นระยะห่าง และกำหนดเฉพาะกลุ่มวัยกลางคนเท่านั้น”

“พิธีกรรมทางศาสนา ช่วงแรกของการระบาดเกิดความไม่เข้าใจในกลุ่มประชาชนเป็นวงกว้าง โดยเฉพาะเรื่องการงดการละหมาดที่มีสยิดในวันศุกร์ และจำกัดคนในการละหมาด ทำให้ไม่สามารถทำการละหมาดร่วมกันโดยยืนแนบชิดกันตามหลักศาสนาได้”

ผลกระทบต่อประเพณีและวัฒนธรรม

ประเพณีและวัฒนธรรมไทยที่เคยปฏิบัติสืบเนื่องมาอย่างยาวนาน ต้องงดหรือปรับเปลี่ยนรูปแบบการจัดกิจกรรม เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้ต้องงดจัดงานวันพ่อ วันแม่ วันครู ซึ่งพ่อ แม่ ครูบาอาจารย์ เฝ้ารอคอยแต่ไม่มีลูกและลูกศิษย์มาหา ทำให้รู้สึกว้าเหว เหนงหงอย เศร้าสร้อย นอกจากนี้งดการจัดงานปอยหลวง ประเพณีตานก๋วยสลาก หรือสลากภัต ทำให้ชาวบ้านรู้สึกว้าเหวว่าขาดงานบุญที่สำคัญและยิ่งใหญ่ซึ่งทำมาเป็นประจำทุกปี งดการจัดงานประเพณีสงกรานต์ แต่ชาวบ้านยังมีความพยายามในการแสดงความเคารพนับถือ และขอพรจากญาติผู้ใหญ่ โดยมีการซื้อนม ซื้อของกิน ของใช้ไปให้ เพราะเป็นคนที่เคยเคารพนับถือ แต่บรรยากาศเงียบเหงามาก เกิดความห่างเหิน ส่งผลต่อความรู้สึกผูกพันของคนในครอบครัว และชุมชน ส่วนการจัดงานลอยกระทง การจัดงานแต่งงาน งานบวช งานขึ้นบ้านใหม่ งานศพ ถูกปรับเปลี่ยนรูปแบบจากเดิมที่มีญาติสนิทมิตรสหายและคนในชุมชนมาร่วมงานเป็นจำนวนมาก มีการลงแขกช่วยกันจัดเตรียมอาหาร และมีการรับประทานอาหารร่วมกัน ต้องปรับเปลี่ยนเป็นลดขั้นตอนของพิธีการทางศาสนาให้สั้นลง สำหรับการรับประทานอาหารปรับเป็นแจกอาหารกล่องและบางครั้งให้นำกลับไปรับประทานที่บ้าน นอกจากนี้พบว่าจำนวนผู้มาร่วมงานจะลดลงเนื่องจากจะมีเฉพาะแขกผู้ใหญ่และญาติสนิท เพราะชาวบ้านส่วนใหญ่ไม่มาร่วมงานเนื่องจากกลัวการติดเชื้อโรคโควิด-19 แต่ถ้ามีการชำระแก้แค้นของประเพณีอาจพบว่าประเพณีบางอย่างไม่จำเป็นต้องมีคนร่วมงานจำนวนมาก ไม่มีการตี๋มเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ และไม่มีการรื่นเริง

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“ปกติปีใหม่ก็มีกีฬา กัน ไปดำหัวคนแก่ก็ไปกันเป็นหมู่ ก็ต้องงดไป เราไม่ได้พบปะกัน มันเหมือนจะห่างกันไป ก่อนหน้านี้มีกิจกรรม วันเด็ก สงกรานต์ แข่งกีฬาพื้นบ้าน กินอาหารร่วมกัน ดำหัวคนแก่ก็ไปกัน ช่วงปีที่แล้วเงียบมันเหมือนห่างกันไปสักหน่อย ทุกปีเราผูกพัน”

“การจัดงานเลี้ยง งานบุญ และพิธีการต่าง ๆ ไม่สามารถทำได้ หรือทำได้ลดน้อยลง เช่น ชาวไทยมุสลิม ต้องงดงานเมาลิด (งานกินเลี้ยงวันเกิดศาสดาทางศาสนาอิสลาม)”

“งดเว้นการจัดงานแต่งงาน หรือถ้าจัดก็จัดงานเล็ก ๆ ในหมู่บ้าน ไม่มีการรวมกลุ่มของคนหมู่มาก”

“การจัดงานบุญ งานเลี้ยงของบางคนที่ได้เชิญแขกมาร่วมงานจำนวนมาก และได้เชิญล่วงหน้ามาก่อนที่สถานการณ์โควิดจะมา เสียค่าใช้จ่ายต่าง ๆ มากมาย หรือกิจกรรมที่มีการวางแผนจะจัดให้กลุ่มตาดีกา (โรงเรียนสอนศาสนา) จัดกิจกรรมให้แก่เด็ก ๆ ในช่วงปิดเทอมปีละหนึ่งครั้ง ก็ไม่สามารถจะจัดได้ หรือแม้แต่การจัดกิจกรรมในการดำเนินโครงการต่าง ๆ ที่ได้ทำเบิกงบประมาณแล้ว แต่เมื่อประกาศนโยบายมาตรการทางสังคมในเรื่องการป้องกันโควิด ทำให้ไม่สามารถจัดงานได้”

“เห็นชัดมาว่าประเพณีความเชื่อหายไป ประเพณีสงกรานต์ที่คนแก่รอคอยลูกหลานมารดน้ำดำหัวหายไป คนแก่อาจได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจไม่มีลูกหลานที่จะมาคารวะ ซึ่งทำกันมาตลอดเหลือแต่ลูกหลานที่ใกล้ชิด เรื่องของงานต่าง ๆ เช่น งานบุญ งานขึ้นบ้านใหม่ งานแต่งงาน ไม่คึกคักเท่าที่ควร ทุกคนก็ยอมรับไม่มีการต่อต้าน ปฏิบัติตัวได้ดี ถ้ามีการจัดงานต้องมีการขออนุญาตที่อำเภอ ทุกครั้งที่ได้รับทางอำเภอแจ้งมาทางสาธารณสุข เราจะเข้าไปดูแลมาตรการต่าง ๆ ให้ ถึงแม้จะกระทบแต่ก็สามารถปฏิบัติได้ด้วยดี”

“งานศพ...ปกติจะจัดงานเป็นเวลา 5-7 วัน ต้องปรับเปลี่ยนเป็นลดระยะเวลาการจัดงานศพเหลือเพียง 3 วัน ลดขั้นตอนของพิธีการทางศาสนาลงให้เหลือประมาณ 30 นาที แจกอาหารกล่อง...พิธีเผาศพ จะให้เฉพาะคนสนิทและญาติในครอบครัวไปร่วมงานจำนวนไม่เกิน 20 คน”

“ประเพณีบางอย่างไม่ได้ทำ เช่น ประเพณีเข้ากรรมไม่ได้ทำ เป็นความเชื่อของหมู่บ้านว่า หากไม่มีประเพณีเข้ากรรม จะทำให้มีคนในหมู่บ้านตายไปเรื่อย ๆ”

“ประเพณีเข้ากรรมไม่ได้ทำ ทำให้ในหมู่บ้านมีคนตายประมาณเดือนละ 6-7 คน ทั้งคนแก่ รถชนตาย และแขวนคอตาย”

“ทุกประเพณีน่าจะมีความหมายที่มาจากอะไรสักอย่าง แล้วมันคืออะไร แล้วมันก็น่าจะไปกันได้กับมาตรการที่ปลอดภัย ส่วนใหญ่ก็เป็นแค่ความเห็น แต่ก็ยังไม่มีใครมาชำระเรื่องนี้ ...อย่างการห้ามกิน ไขมันที่มีเครื่องเสียง การเต็นรำ น้ำมันก็ไม่น่าจะใช่แก่น แต่จริง ๆ มันเป็นวิถีชาวบ้าน ที่ชอบความสนุกสนาน ครั้นเครงตอนนี้มันเป็นแหล่งแพร่โรค”

“ประเพณีที่ชำระแก่นไปแล้ว เช่น ว่าวคว้น (โคมลอย) ว่าวคว้นนี้นานมาก สมัยเราเด็ก ๆ เขาจะปล่อยที่วัดสักลูกสองลูก... อันนี้ไม่ใช่ประเพณี เหมือนกับการลอยเคราะห์ แต่มันไม่ใช่ ใครอยากจะลอยก็ลอย แล้วมันไปหมู่บ้าน ก็เดือดร้อน สนามบินเดือดร้อน”

ผลกระทบต่อวิถีชีวิตของชุมชน

การระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิตทั้งของผู้ติดเชื้อและบุคคลรอบข้าง โดยผู้ติดเชื้อที่อาศัยอยู่ในชุมชนถูกแบ่งแยกจากคนในชุมชน (social discrimination) และถูกตีตรา (stigma) เนื่องจากชาวบ้านกลัวการติดเชื้อโรคโควิด-19 มาก กลัวว่าหากเข้าใกล้ผู้ติดเชื้อจะเกิดการติดเชื้อได้ง่าย ทำให้ไม่มีใครอยากเข้าใกล้หรือไปยุ่งเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อเพื่อนบ้านของผู้ติดเชื้อ อย่างไรก็ตามผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มีวินัยในตนเอง และได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวและเพื่อนสนิท การระบาดของโรคโควิด-19 ยังส่งผลต่อการดำเนินวิถีชีวิตประจำวันของประชาชน โดยต้องงดกิจกรรมบางอย่าง การจัดประชุมและการจัดอบรมต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบ เลื่อน หรืองด นอกจากนี้การดำเนินชีวิตของคนในชุมชนเปลี่ยนแปลงไป จากที่เคยอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข มีความไว้วางใจกัน และมีความรู้สึกว่าเป็นปกติในชีวิตและทรัพย์สิน แต่การระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้มีการลักขโมยในชุมชนเพิ่มขึ้น

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“...มีผลกระทบต่อเพื่อนบ้านของผู้ติดเชื้อ รวมถึงประชาชนที่อยู่หมู่บ้านเดียวกัน ซึ่งจะถูกรังเกียจไปด้วย ไม่ยอมให้คนที่อยู่ในหมู่บ้านซึ่งมีผู้ติดเชื้อเดินทางเข้าหมู่บ้านอื่น ห้ามเข้าตลาด หรือถ้าเข้าได้ ก็ให้รีบซื้อรีบกลับ โดยเฉพาะคนที่อยู่ข้างบ้านผู้ติดเชื้อยิ่งได้รับผลกระทบที่รุนแรง เพราะกลุ่มแม่ค้าในตลาดไม่ยอมให้ขายของ แม้ว่าไม่ได้ไปคลุกคลีกับผู้ติดเชื้อ มีการสวมหน้ากากอนามัย และล้างมืออย่างถูกต้องแล้วก็ตาม ชาวบ้านบางคนก็ฟัง บางคนก็ไม่ฟัง ก็ยังไม่ยอมให้ขาย”

“ผู้ติดเชื้อกักตัวเองอยู่แต่ในบ้านหรือที่พัก และขอความช่วยเหลือจากคนในครอบครัวหรือเพื่อนสนิทเป็นผู้นำอาหารมาให้ หรือสั่งซื้ออาหารทางออนไลน์ โดยผู้นำอาหารมาให้จะวางอาหารไว้ที่ประตูรั้วบ้านหรือหน้าห้องพัก ผู้ติดเชื้อจะรอจนกระทั่งผู้นำอาหารมาให้กลับไปเรียบร้อยแล้ว จึงออกมาหยิบอาหาร ไม่ได้พบปะหรือใกล้ชิดกัน เพราะไม่อยากให้คนในครอบครัวหรือเพื่อนติดเชื้อจากตนเอง”

“การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 รอบแรก ประชาชนมีความตื่นตัว มีความตระหนักรู้ว่าโควิดเป็นอย่างไร ร้ายแรงขนาดไหน หลังจากมีการให้ข้อมูลประชาชนให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามนโยบายและมาตรการป้องกันโรคโควิด ได้อย่างดี แต่มาตรการต่าง ๆ ที่ค่อนข้างเข้มงวด ส่งผลวิถีชีวิต การดำเนินชีวิตประจำวันแบบใหม่ ทำให้ความเป็นอยู่ทางสังคมเปลี่ยนไป”

“วิถีชีวิตของประชาชนเปลี่ยนไปไม่สามารถไปมาหาสู่กันได้ ปกติหลังจากไปกรีดยางจะมานั่งพูดคุยพบปะที่ร้านน้ำชาตามประสาเพื่อนบ้าน ไม่สามารถไปได้”

“การเดินทางไปไหนมาไหนไม่สะดวก โดยเฉพาะช่วงผู้ว่าราชการจังหวัดได้สั่งปิดหมู่บ้านที่พบผู้ป่วยโควิด...มีการปิดพื้นที่ 2 หมู่บ้าน ที่การดำเนินชีวิตเป็นเหมือนพี่น้องไปมาหาสู่กัน...หากมีธุระจำเป็นต้องไปในพื้นที่ระบาด ต้องมีเอกสารหลักฐานยืนยันตัวตนสำหรับผ่านด่าน ข้ามอำเภอหรือข้ามจังหวัด”

“ชาวบ้านไม่ได้ไปออกกำลังกาย กินข้าวนอกบ้านไม่ได้ ร้านเสริมสวยก็ปิด ห้างก็ปิด ไปช้อปปิ้งไม่ได้ทุกอย่างทำไม่ได้หมด ทั้งไปเที่ยว ดูหนัง ฟังเพลง ดูคอนเสิร์ต ไปต่างจังหวัด ไปต่างประเทศ จะออกไปไหนต้องใส่หน้ากาก พกแอลกอฮอล์ แล้วก็ต้องอยู่ห่างคนอื่น”

“การจัดประชุม อสม.ประจำเดือน ปกติจะมาประชุมด้วยกันเดือนละครั้ง ก็ถูกงดไป ประชุมใหญ่สามัญประจำปีก็ถูกงด ต้องเปลี่ยนมาประชุมกันทางไลน์ ทำให้บางครั้งเกิดความเข้าใจผิดพลาด พูดกันไม่รู้เรื่อง สับสน”

“ที่เคยลงแขกกันก็ทำไม่ได้ เคยช่วยกันขุดลอกคูคลอง ทำความสะอาดวัด สถานที่สำคัญในหมู่บ้านในวันสำคัญ เช่น วันพ่อ วันแม่ ชาวบ้านจะช่วยกันเตรียมอาหาร ก็ต้องงด”

“ตั้งแต่โควิดระบาด มีขโมยมากขึ้น ในหมู่บ้านไม่เคยมีโจรปล้นจี้ ตอนนี้มีหมด ทำให้ต้องระมัดระวังตัวเพิ่มขึ้น ก็เพราะมีคนตกงานเพิ่มขึ้น หลายคนไม่มีข้าวจะกิน ไม่มีเงินซื้อนมให้ลูก เขาก็คงทำเพราะจำเป็น”

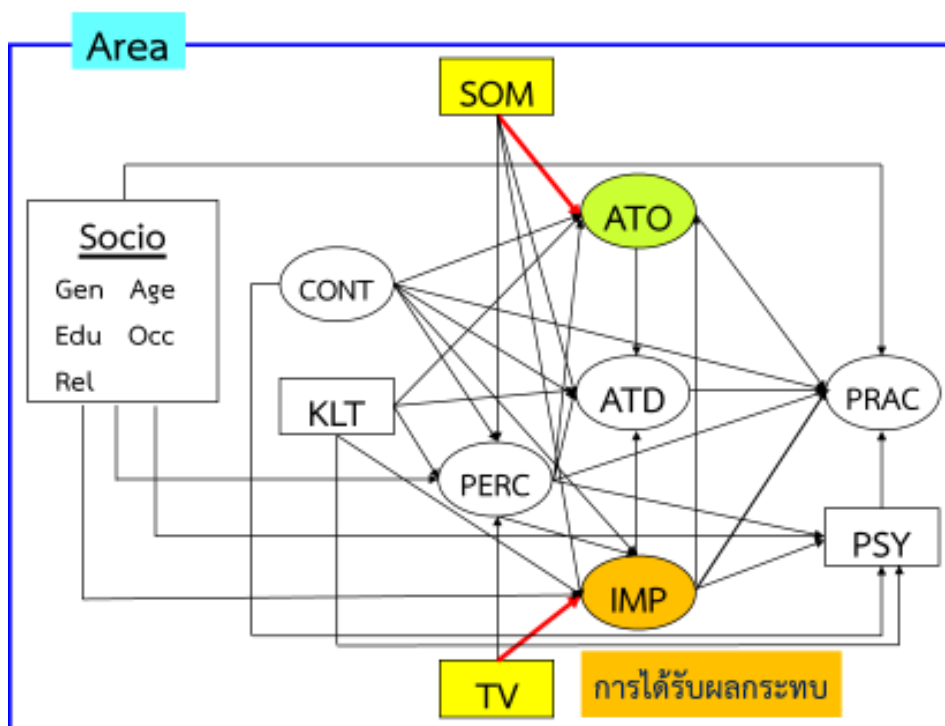
ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลให้ประชาชนมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ติดเชื้อหรือผู้ถูกกักกัน ได้ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากประชาชนไม่ต้องการเผชิญกับผลกระทบจากโรคโควิด-19 เป็นระยะเวลาสั้น ทั้งผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ด้านจิตใจ ด้านการศึกษา และด้านศาสนา ประเพณี วัฒนธรรม และวิถีชีวิตของชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่า บุคลากรสุขภาพที่มีความกลัวและวิตกกังวลมาก มีแนวโน้มที่จะล้างมือ สวมหน้ากากอนามัย และสวมอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคลเพิ่มมากขึ้น⁹¹ นอกจากนี้การศึกษาในประเทศแคนาดาและสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้ที่มีอายุน้อยมีความเครียดและมีจำนวนวันที่มีภาวะเครียดต่อโรคโควิด-19 น้อยกว่าผู้ที่มีอายุมาก⁹²

เมื่อพิจารณาจากน้ำหนักความสำคัญของผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 พบว่า จังหวัดที่เป็นคนท้องถิ่นดั้งเดิม และมีความผูกพันแบบเครือญาติ ได้แก่ เชียงใหม่ นครราชสีมา และยะลา ได้รับผลกระทบเกี่ยวกับที่เกี่ยวข้องกับการวิถีชีวิตทั้งการดำเนินชีวิตประจำวัน ด้านครอบครัว ด้านวัฒนธรรม/ประเพณี และวิถีชีวิตชุมชน เพราะประชาชนยังมีความใกล้ชิดสนิทสนม และไปมาหาสู่กัน ส่วนในเมืองใหญ่ที่มีคนย้ายถิ่นฐานเข้ามาทำงาน คือ จังหวัดกรุงเทพมหานคร และจังหวัดชลบุรี น้ำหนักการได้รับผลกระทบที่สำคัญ คือ ด้านการศึกษาของตนเองและบุตรหลาน และด้านเศรษฐกิจ เพราะคนส่วนใหญ่ต้องทำมาหากินและเลี้ยงดูบุตรหลานไปด้วย เมื่อบุตรหลานต้องเรียนออนไลน์ก็ต้องหยุดงานเพื่อมาดูแล ทำให้ขาดรายได้ จนทำให้บางครอบครัวมีเงินไม่พอใช้

เมื่อพิจารณาจากน้ำหนักความสำคัญของผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐ พบว่า มีลักษณะใกล้เคียงกับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ ได้รับผลกระทบมากขึ้นอีกหนึ่งด้าน คือ ด้านสุขภาพด้านการป้องกันโรค ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในจังหวัดชลบุรี ได้รับผลกระทบมากขึ้นอีกหนึ่งด้าน คือ ด้านจิตใจ

สื่อออนไลน์และสื่อโทรทัศน์

จากการวิเคราะห์ด้วย SEM ในแบบจำลองการปฏิบัติ พบว่า สื่อออนไลน์และสื่อโทรทัศน์มีอิทธิพลต่อปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและผู้ที่ถูกกักกัน ดังภาพที่ 3 ซึ่งอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้



ภาพที่ 3 สื่อที่มีอิทธิพลต่อปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและผู้ที่ถูกกักกัน

จากการวิเคราะห์โครงสร้างความสัมพันธ์พบว่าสื่อออนไลน์มีผลต่อการปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อโอกาสการได้รับเชื้อโรคโควิด-19 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากสื่อออนไลน์ส่วนใหญ่ เป็นสื่อที่โต้ตอบกันได้ (interaction) ระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสาร (two way communication) ทำให้ผู้ใช้สื่อมีความรู้สึกว่าได้มีปฏิสัมพันธ์โต้ตอบและมีส่วนร่วมกับสื่อ สามารถเข้าถึงได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว และสามารถกลับไปดูเนื้อหาเดิมซ้ำ ๆ ได้ ดังนั้นหากรัฐบาลต้องการปรับเปลี่ยนทัศนคติของคน เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติกาป้องกันได้ดีขึ้นควรใช้สื่อ

ออนไลน์ให้มากขึ้น ส่วนสื่อโทรทัศน์จะมีผลต่อการได้รับผลกระทบ ดังนั้นหากต้องการให้ปรับแก้ไขผลกระทบที่เกิดขึ้นกับประชาชน รัฐบาลควรใช้สื่อโทรทัศน์

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“...เข้าเฟซบุ๊ก ยูทูป ไลน์กลุ่ม ก็เห็นว่าคนติดเชื้อชอบไปสนามมวย บ่อนไก่ เล่นไพ่ เทียวกลางคืน เห็นทุกวัน ทำไมคนเหล่านี้ไม่กลัว ไม่อยู่บ้าน ไม่อยากอยู่ใกล้คนพวกนี้”

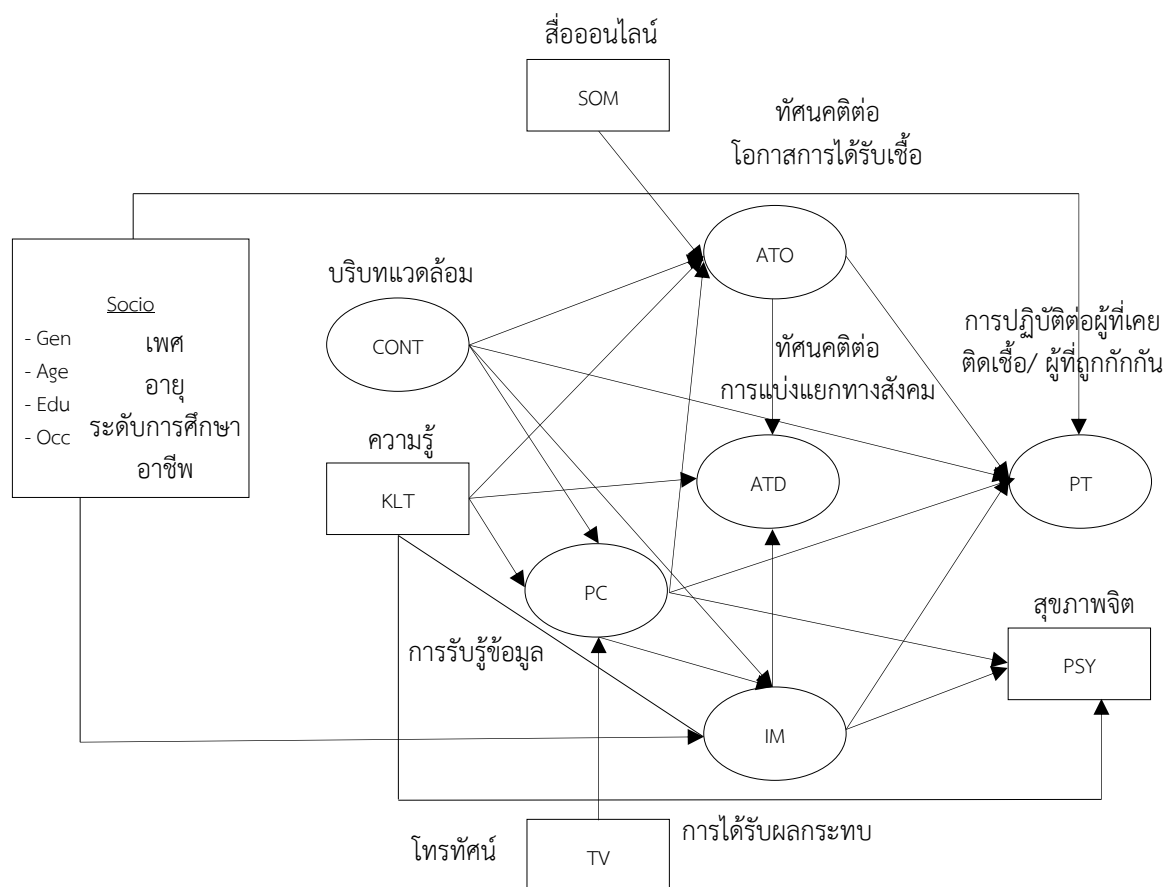
“...ดูทีวีทุกวัน ศบค. ออกข่าวคนติดเชื้อทุกวัน มีแต่เรื่องคนติดเชื้อ คนตาย มีทุกช่อง วันละหลายรอบ มันทำให้กลัว เลยต้องระวังตัวให้มากขึ้น ไปไหนมาไหนก็ต้องใส่แมส ล้างมือบ่อย ๆ”

“...บางบ้านลูกหลานดูข่าวผ่านทางออนไลน์ เเล้วให้ฟัง แต่บางทีข่าวจากทางออนไลน์ก็ไม่น่าเชื่อถือเท่าไร้ จึงสนับสนุนให้ชาวบ้านรับข่าวสารจากทางโทรทัศน์มากกว่า”

แม้ว่าจากการทบทวนวรรณกรรมจะพบว่า สื่อต่าง ๆ เช่น สื่อออนไลน์และสื่อโทรทัศน์ ทำให้ประชาชนเกิดความหวาดกลัวต่อการติดเชื้อ โดยเฉพาะการระบาดของโรคโควิด-19 ในระยะแรก ซึ่งยังไม่มีวัคซีนและไม่มียารักษาการติดเชื้อ ส่งผลให้ประชาชนปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 ได้ดีขึ้น^{93,94} นอกจากนี้สื่อยังมีผลทำให้คนมีความรู้และทัศนคติ ที่ส่งผลให้มีการปฏิบัติที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น^{95,96} ซึ่งการศึกษาครั้งนี้พบว่า สื่อออนไลน์และสื่อโทรทัศน์ ไม่ได้ส่งผลโดยตรงต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 แต่สื่อออนไลน์และสื่อโทรทัศน์มีผลต่อการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และทัศนคติในการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ส่งผลต่อการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19

ข้อค้นพบจากแบบจำลองจำแนกตามรายจังหวัด

จากแบบจำลองภาพที่ 1 นำมาตรวจสอบกับข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ได้จาก 5 พื้นที่ ได้แก่ จังหวัด กรุงเทพมหานคร จังหวัดชลบุรี จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดนครราชสีมา และจังหวัดยะลา พบว่า แบบจำลองที่ได้ มีลักษณะแตกต่างกัน ดังภาพที่ 4-8 และตารางที่ 40-49



ภาพที่ 4 การวิเคราะห์โครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ในการปฏิบัติของประชาชนในจังหวัด กรุงเทพมหานคร

จากการวิเคราะห์ด้วย SEM ของจังหวัดกรุงเทพมหานคร เปรียบเทียบกับแบบจำลอง พบว่า มีเพียง 8 ตัวแปรที่ส่งผลโดยตรงกับการปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและผู้ที่ถูกกักกัน (PT) ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ บริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 (CONT) ทัศนคติเกี่ยวกับโอกาสการได้รับเชื้อ (ATO) และผลกระทบ (IM) นอกจากนี้บางตัวแปรไม่ได้ส่งผลโดยตรง แต่ส่งผลผ่านตัวแปรอื่น ดังภาพที่ 4 สำหรับตัวแปรที่ส่งผลโดยตรงกับผลกระทบ (IM) ของจังหวัดกรุงเทพมหานคร เปรียบเทียบกับแบบจำลอง พบว่า มีเพียง 7 ตัวแปร ที่ส่งผลโดยตรงกับผลกระทบ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ความรู้ (KLT) บริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 (CONT) และการรับรู้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 (PC) นอกจากนี้ บางตัวแปรไม่ได้ส่งผลโดยตรง แต่ส่งผลผ่านตัวแปรอื่น ดังภาพที่ 4

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ของจังหวัดกรุงเทพมหานคร เริ่มด้วยการนำเสนอขนาดอิทธิพลที่ตัวแปรต่าง ๆ มีต่อตัวแปรการปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและถูกกักกันของจังหวัดกรุงเทพมหานคร (ตารางที่ 40) ก่อนที่จะนำเสนอผลการประมาณค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐานที่แสดงอิทธิพลของตัวแปรต่างๆ ในแบบจำลองมีต่อตัวแปรการปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและผู้ที่ถูกกักกัน (PT) และตัวแปรการรับรู้ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 กับการรับรู้ผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐ (IM) ดังแสดงในตารางที่ 40-41

ตารางที่ 40 ขนาดอิทธิพลที่ตัวแปรต่าง ๆ มีต่อตัวแปรการปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและถูกกักกันของจังหวัดกรุงเทพมหานคร

ตัวแปร	แบบจำลอง: การปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อ						แบบจำลอง: การปฏิบัติต่อผู้ที่เคยถูกกักกัน					
	ผลกระทบจากการระบาดของโรค			ผลกระทบจากนโยบาย/มาตรการรัฐ			ผลกระทบจากการระบาดของโรค			ผลกระทบจากนโยบาย/มาตรการรัฐ		
	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE
สภาพแวดล้อม	0.524	0.075	0.599	0.499	0.114	0.613	0.596	0.041	0.637	0.546	0.114	0.661
โอกาสในการรับเชื้อจากแหล่งโคจร	ns	ns	-0.091	-0.090		-0.090	-0.094	ns	ns	-0.095		-0.095
การรังเกียจและแบ่งแยกทางสังคม	ns		ns				ns		ns			
การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19	ns	ns	0.111	0.099	ns	0.112	0.131	ns	0.129	0.115	0.035	0.150
ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19	ns	ns	ns					ns	ns			
ผลกระทบจากนโยบาย/มาตรการรัฐ				0.169	ns	0.168				0.176	ns	0.180
เพศชาย	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns		ns	ns		ns
อายุ (ปี)	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
มีการศึกษาระดับประถม	0.100	ns	0.099	0.104	ns	0.098	0.136	ns	0.135	0.127	ns	0.136
มีการศึกษาระดับมัธยม	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
อาชีพเกษตรกร	-0.098	ns	-0.101	-0.099	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
สุขภาพจิต (คะแนน)	ns		ns	ns		ns	ns		ns	ns		ns
ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 (คะแนน)		ns	ns		ns	ns		0.045	0.045		ns	ns
รับรู้ข้อมูลจากสื่อโทรทัศน์		ns	ns		ns	ns		ns	ns		ns	ns
รับรู้ข้อมูลจากสื่อออนไลน์		ns	ns		ns	ns		ns	ns		ns	ns
ค่าสัมประสิทธิ์ของการพยากรณ์ (R ²)	0.404			0.434			0.443			0.506		
Goodness of fit indicators												
- Chi-square (χ^2) (ค่า p-value)	890.160 (0.000)			900.291 (0.000)			892.168 (0.000)			873.035 (0.000)		
- χ^2/df	1.978			1.970			1.914			1.893		
- RMSEA (90% confidence interval)	0.044 [0.040, 0.048]			0.044 [0.040, 0.048]			0.043 [0.039, 0.047]			0.042 [0.038, 0.047]		
- SRMR	0.056			0.053			0.055			0.050		
- Comparative Fit Index (CFI)	0.922			0.921			0.920			0.923		
- Tucker Lewis Index (TLI)	0.908			0.908			0.909			0.911		

หมายเหตุ: ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.10

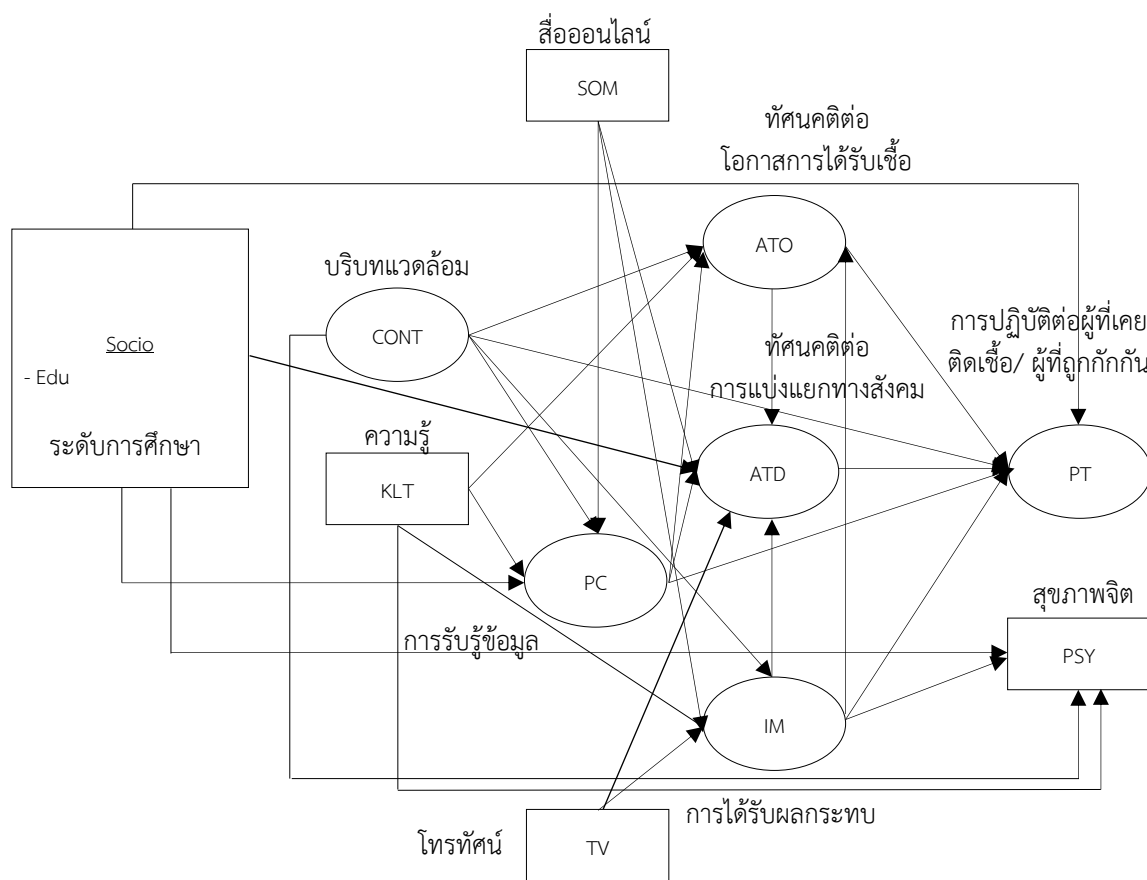
แถบสีเทา หมายถึง ในแบบจำลองนี้ได้กำหนดเส้นอิทธิพลของตัวแปรดังกล่าว

ตารางที่ 41 ขนาดอิทธิพลที่ตัวแปรต่าง ๆ มีต่อตัวแปรผลกระทบของจังหวัดกรุงเทพมหานคร

ตัวแปร	แบบจำลอง: การปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อ						แบบจำลอง: การปฏิบัติต่อผู้ที่เคยถูกกักกัน					
	ผลกระทบจากการระบาดของโควิด-19			ผลกระทบจากนโยบาย/มาตรการรัฐ			ผลกระทบจากการระบาดของโควิด-19			ผลกระทบจากนโยบาย/มาตรการรัฐ		
	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE
สภาพแวดล้อม	0.398	ns	0.427	0.418		0.418	0.379	ns	0.409	0.403	ns	0.432
การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19	ns		ns				ns		ns	ns		ns
เพศชาย		ns	ns									
อายุ (ปี)	-0.092	ns	-0.092	ns		ns	-0.086		-0.086	ns		ns
มีการศึกษาระดับประถม	ns	ns	ns				ns		ns	ns		ns
มีการศึกษาระดับมัธยม	0.076	ns	0.078				0.082		0.082	ns		ns
อาชีพเกษตรกร	ns	ns	ns				ns	ns	ns		ns	ns
ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 (คะแนน)	-0.138	ns	-0.115	-0.094		-0.094	-0.127	ns	-0.101	-0.128	ns	-0.103
รับรู้ข้อมูลจากสื่อโทรทัศน์	ns	ns	ns					ns	ns		ns	ns
รับรู้ข้อมูลจากสื่อออนไลน์	ns	ns	ns									
ค่าสัมประสิทธิ์ของการพยากรณ์ (R ²)	0.222			0.188			0.205			0.212		

หมายเหตุ: ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.10

แถบสีดำ หมายถึง ในแบบจำลองมิได้กำหนดเส้นอิทธิพลของตัวแปรดังกล่าว



ภาพที่ 5 การวิเคราะห์โครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ในการปฏิบัติของประชาชนในจังหวัดชลบุรี

จากการวิเคราะห์ด้วย SEM ของจังหวัดชลบุรี เปรียบเทียบกับแบบจำลอง พบว่า มีเพียง 6 ตัวแปรที่ส่งผลโดยตรงกับการปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและผู้ที่ถูกกักกัน (PT) ได้แก่ ระดับการศึกษา บริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการณ์ป้องกันโรคโควิด-19 (CONT) การรับรู้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 (PC) ทัศนคติเกี่ยวกับการแบ่งแยกทางสังคม (ATD) ทัศนคติเกี่ยวกับโอกาสการได้รับเชื้อ (ATO) และผลกระทบ (IM) นอกจากนี้ บางตัวแปรไม่ได้ส่งผลโดยตรง แต่ส่งผลผ่านตัวแปรอื่น ดังภาพที่ 5

สำหรับตัวแปรที่ส่งผลโดยตรงกับผลกระทบ (IM) ของจังหวัดชลบุรี เปรียบเทียบกับแบบจำลอง พบว่า มีเพียง 4 ตัวแปร ที่ส่งผลโดยตรงกับผลกระทบ ได้แก่ บริบทแวดล้อม (CONT) ความรู้ (KLT) สื่อออนไลน์ (SOM) และโทรทัศน์ (TV) นอกจากนี้ บางตัวแปรไม่ได้ส่งผลโดยตรง แต่ส่งผลผ่านตัวแปรอื่น ดังภาพที่ 5

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ของจังหวัดชลบุรี เริ่มด้วยการนำเสนอขนาดอิทธิพลที่ตัวแปรต่าง ๆ มีต่อตัวแปรการปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและถูกกักกันของจังหวัดกรุงเทพมหานคร (ตารางที่ 42) ก่อนที่จะนำเสนอผลการประมาณค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐานที่แสดงอิทธิพลของตัวแปรต่างๆ ในแบบจำลองมีต่อตัวแปรการปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและผู้ที่ถูกกักกัน (PT) และตัวแปรการรับรู้ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 กับ การรับรู้ผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐ (IM) ดังแสดงในตารางที่ 42-43

ตารางที่ 42 ขนาดอิทธิพลที่ตัวแปรต่าง ๆ มีต่อตัวแปรการปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและถูกกักกันของจังหวัดชลบุรี

ตัวแปร	แบบจำลอง: การปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อ						แบบจำลอง: การปฏิบัติต่อผู้ที่เคยถูกกักกัน					
	ผลกระทบจากการระบาดของโรค			ผลกระทบจากนโยบาย/มาตรการรัฐ			ผลกระทบจากการระบาดของโรค			ผลกระทบจากนโยบาย/มาตรการรัฐ		
	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE
สภาพแวดล้อม	ns	0.174	ns		0.277	0.277	-0.170	0.148	ns	-0.173	0.159	ns
โอกาสในการรับเชื้อจากแหล่งไอจอร์	-0.200	ns	-0.224	-0.299		-0.299	-0.241	-0.055	-0.296	-0.237	-0.049	-0.286
การรังเกียจและแบ่งแยกทางสังคม	ns		ns				-0.137		-0.137	-0.124		-0.124
การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19	0.316	ns	0.359	0.286	ns	0.316	0.299	0.076	0.376	0.301	0.077	0.377
ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19	0.182	0.049	0.231				0.176	0.059	0.235			
ผลกระทบจากนโยบาย/มาตรการรัฐ				0.124	0.033	0.157				0.198	0.069	0.267
เพศชาย		ns	ns				ns		ns			
อายุ (ปี)		ns	ns		ns	ns		ns	ns		ns	Ns
มีการศึกษาระดับประถม	ns	ns	-0.102		ns	ns	-0.134	ns	-0.125	-0.125	ns	-0.128
มีการศึกษาระดับมัธยม		-0.033	-0.033		-0.033	-0.033	ns	ns	ns	ns	ns	ns
อาชีพเกษตรกร												
สุขภาพจิต (คะแนน)	ns	ns	ns				ns		ns			
ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 (คะแนน)		ns	ns		ns	ns		ns	ns		ns	ns
รับรู้ข้อมูลจากสื่อโทรทัศน์		-0.034	-0.034					ns	ns		ns	ns
รับรู้ข้อมูลจากสื่อออนไลน์		ns	ns		0.044	0.044		ns	ns		ns	ns
ค่าสัมประสิทธิ์ของการพยากรณ์ (R ²)	0.232			0.254			0.291			0.291		
Goodness of fit indicators												
- Chi-square (χ^2) (ค่า p-value)	1,131.561 (0.000)			1,014.771 (0.000)			929.173 (0.000)			951.558 (0.000)		
- χ^2/df	2.459			2.154			2.165			2.197		
- RMSEA (90% confidence interval)	0.054 [0.050, 0.058]			0.048 [0.044, 0.052]			0.048 [0.044, 0.053]			0.049 [0.045, 0.053]		
- SRMR	0.066			0.062			0.059			0.060		
- Comparative Fit Index (CFI)	0.869			0.892			0.903			0.900		
- Tucker Lewis Index (TLI)	0.848			0.878			0.887			0.884		

หมายเหตุ: ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.10

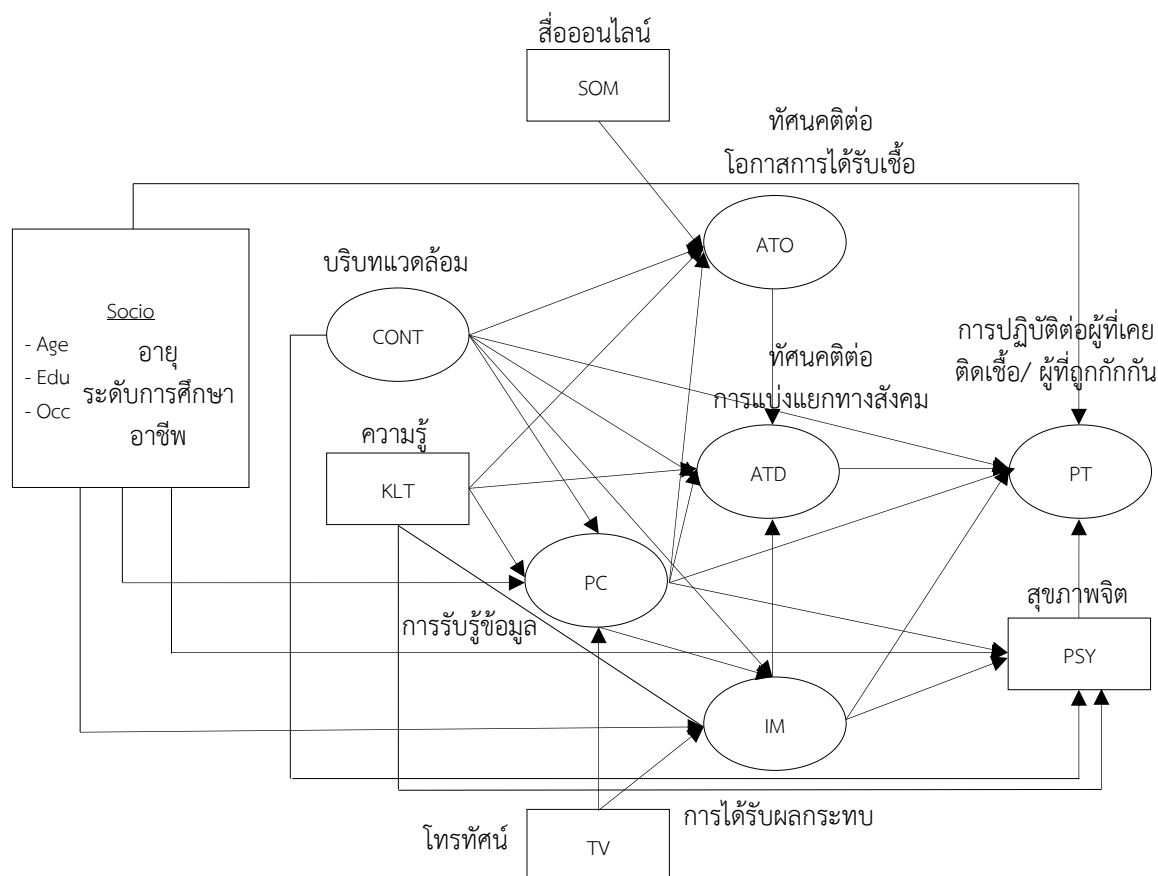
แถบสีเทา หมายถึง ในแบบจำลองมิได้กำหนดเส้นอิทธิพลของตัวแปรดังกล่าว

ตารางที่ 43 ขนาดอิทธิพลที่ตัวแปรต่าง ๆ มีต่อตัวแปรผลกระทบของจังหวัดชลบุรี

ตัวแปร	แบบจำลอง: การปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อ						แบบจำลอง: การปฏิบัติต่อผู้ที่เคยถูกกักกัน					
	ผลกระทบจาก การระบาดของโควิด-19			ผลกระทบจาก นโยบาย/มาตรการรัฐ			ผลกระทบจาก การระบาดของโควิด-19			ผลกระทบจาก นโยบาย/มาตรการรัฐ		
	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE
สภาพแวดล้อม	0.335	ns	0.345	0.370		0.370	0.286	ns	0.295	0.365	ns	0.373
การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19	ns		ns				ns		ns	ns		ns
เพศชาย		ns	ns									
อายุ (ปี)	ns		ns	ns		ns	ns		ns	ns		ns
มีการศึกษาระดับประถม		ns	ns					ns	ns		ns	ns
มีการศึกษาระดับมัธยม		ns	ns					ns	ns		ns	ns
อาชีพเกษตรกร												
ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 (คะแนน)	-0.214	ns	-0.209	-0.192		-0.192	-0.243	ns	-0.235	-0.197	ns	-0.191
รับรู้ข้อมูลจากสื่อโทรทัศน์	-0.146		-0.146				-0.180		-0.180	ns		ns
รับรู้ข้อมูลจากสื่อออนไลน์	-0.140	ns	-0.133	ns		ns	-0.171	ns	-0.159	ns	ns	ns
ค่าสัมประสิทธิ์ของการพยากรณ์ (R²)	0.175			0.180			0.161			0.184		

หมายเหตุ: ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.10

แถบสีดำ หมายถึง ในแบบจำลองมิได้กำหนดเส้นอิทธิพลของตัวแปรดังกล่าว



ภาพที่ 6 การวิเคราะห์โครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ในการปฏิบัติของประชาชนในจังหวัดเชียงใหม่

จากการวิเคราะห์ด้วย SEM ของจังหวัดเชียงใหม่ เปรียบเทียบกับแบบจำลอง พบว่า มีเพียง 8 ตัวแปร ที่ส่งผลโดยตรงกับการปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและผู้ที่ถูกกักกัน (PT) ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ บริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 (CONT) การรับรู้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 (PC) ทัศนคติเกี่ยวกับการแบ่งแยกทางสังคม (ATD) ผลกระทบ (IM) และ สุขภาพจิต (PSY) นอกจากนี้ บางตัวแปรไม่ได้ส่งผลโดยตรง แต่ส่งผลผ่านตัวแปรอื่น ดังภาพที่ 6

สำหรับตัวแปรที่ส่งผลโดยตรงกับผลกระทบ (IM) ของจังหวัดเชียงใหม่ เปรียบเทียบกับแบบจำลอง พบว่า มีเพียง 7 ตัวแปร ที่ส่งผลโดยตรงกับผลกระทบ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ บริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 (CONT) ความรู้ (KLT) การรับรู้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 (PC) และ โทรทัศน์ (TV) นอกจากนี้ บางตัวแปรไม่ได้ส่งผลโดยตรง แต่ส่งผลผ่านตัวแปรอื่น ดังภาพที่ 6

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ของจังหวัดเชียงใหม่ เริ่มด้วยการนำเสนอขนาดอิทธิพลที่ตัวแปร ต่าง ๆ มีต่อตัวแปรการปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและถูกกักกันของจังหวัดเชียงใหม่ (ตารางที่ 44) ก่อนที่จะนำเสนอผลการประมาณค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐานที่แสดงอิทธิพลของตัวแปรต่าง ๆ ในแบบจำลองมีต่อตัวแปรการปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและผู้ที่ถูกกักกัน (PT) และตัวแปรการรับรู้ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 กับการรับรู้ผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐ (IM) ดังแสดงในตารางที่ 44-45

ตารางที่ 44 ขนาดอิทธิพลที่ตัวแปรต่าง ๆ มีต่อตัวแปรการปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและถูกกักกันของจังหวัดเชียงใหม่

ตัวแปร	แบบจำลอง: การปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อ						แบบจำลอง: การปฏิบัติต่อผู้ที่เคยถูกกักกัน					
	ผลกระทบจากการระบาดของโรค			ผลกระทบจากนโยบาย/มาตรการรัฐ			ผลกระทบจากการระบาดของโรค			ผลกระทบจากนโยบาย/มาตรการรัฐ		
	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE
สภาพแวดล้อม	0.328	0.259	0.587	0.382	0.198	0.581	0.306	0.271	0.576	0.563	0.119	0.682
โอกาสในการรับเชื้อจากแหล่งอโคจร				ns	ns	ns		ns	ns			
การรังเกียจและแบ่งแยกทางสังคม				-0.128		-0.128	ns		ns			
การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19	0.173	0.134	0.307	0.227	0.079	0.307	0.220	0.116	0.336	0.287	ns	0.278
ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19	0.484	ns	0.503				0.413	ns	0.420			
ผลกระทบจากนโยบาย/มาตรการรัฐ				0.326	0.063	0.388					0.071	0.071
เพศชาย							ns	ns	ns	ns	ns	ns
อายุ (ปี)		ns	ns		ns	ns		ns	ns	ns	ns	ns
มีการศึกษาระดับประถม	ns	-0.097	ns	ns	-0.090	ns	ns	-0.082	ns	ns	-0.046	ns
มีการศึกษาระดับมัธยม	0.192	ns	0.158	0.201	ns	0.178	0.122	ns	0.091	0.133	ns	0.123
อาชีพเกษตรกร	ns	ns	ns	ns	-0.040	ns		ns	ns	ns	-0.035	ns
สุขภาพจิต (คะแนน)	ns		ns	0.082		0.082	ns		ns	0.137		0.137
ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 (คะแนน)		ns	ns		ns	ns		ns	ns		ns	ns
รับรู้ข้อมูลจากสื่อโทรทัศน์		ns	ns		-0.042	-0.042		ns	ns		0.035	0.035
รับรู้ข้อมูลจากสื่อออนไลน์		ns	ns		ns	ns		ns	ns			
ค่าสัมประสิทธิ์ของการพยากรณ์ (R ²)	0.644			0.582			0.556			0.561		
Goodness of fit indicators												
- Chi-square (χ^2) (ค่า p-value)	917.577 (0.000)			932.482 (0.000)			897.843 (0.000)			927.721 (0.000)		
- χ^2/df	2.034			2.022			1.999			2.012		
- RMSEA (90% confidence interval)	0.045 [0.041, 0.050]			0.045 [0.041, 0.049]			0.045 [0.040, 0.049]			0.045 [0.041, 0.049]		
- SRMR	0.049			0.051			0.048			0.052		
- Comparative Fit Index (CFI)	0.916			0.913			0.921			0.916		
- Tucker Lewis Index (TLI)	0.901			0.900			0.906			0.902		

หมายเหตุ: ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.10

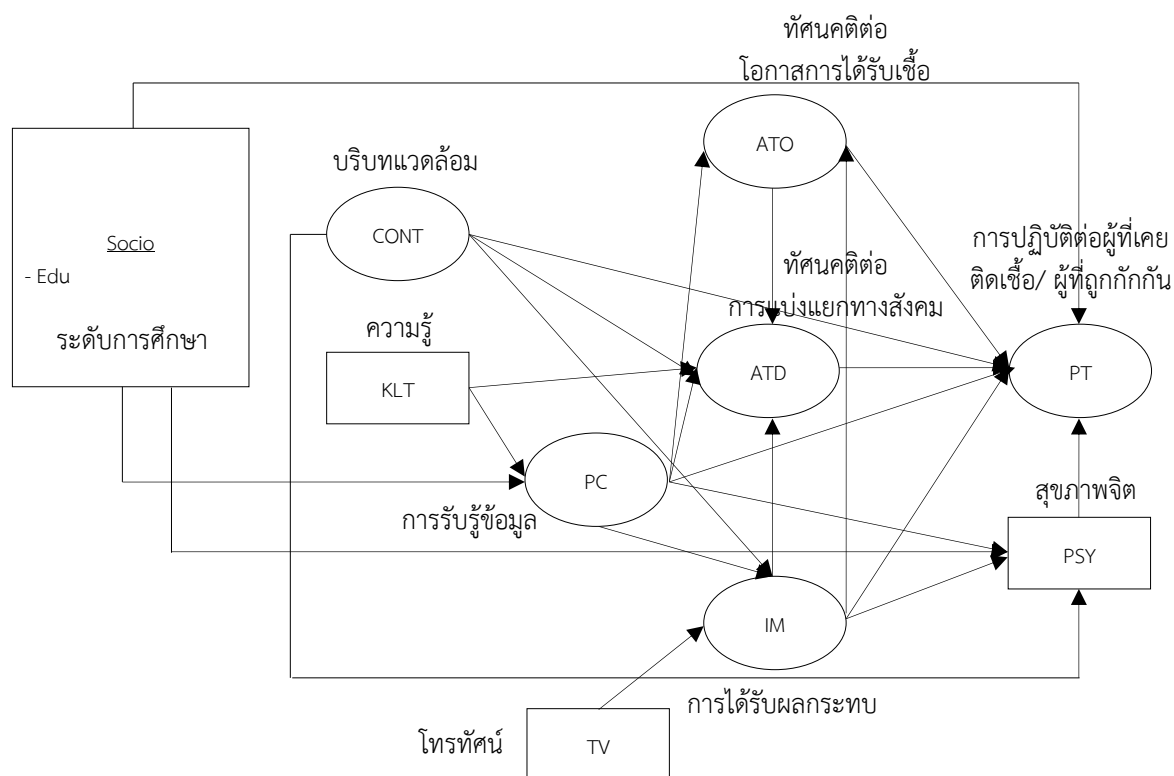
แถบสีเทา หมายถึง ในแบบจำลองมิได้กำหนดเส้นอิทธิพลของตัวแปรดังกล่าว

ตารางที่ 45 ขนาดอิทธิพลที่ตัวแปรต่าง ๆ มีต่อตัวแปรผลกระทบของจังหวัดเชียงใหม่

ตัวแปร	แบบจำลอง: การปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อ						แบบจำลอง: การปฏิบัติต่อผู้ที่เคยถูกกักกัน					
	ผลกระทบจาก การระบาดของโควิด-19			ผลกระทบจาก นโยบาย/มาตรการรัฐ			ผลกระทบจาก การระบาดของโควิด-19			ผลกระทบจาก นโยบาย/มาตรการรัฐ		
	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE
สภาพแวดล้อม	0.292	0.107	0.399	0.196	0.109	0.305	0.346	0.127	0.474	0.386	0.096	0.482
การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19	0.283		0.283	0.286		0.286	0.301		0.301	0.225		0.225
เพศชาย								ns	ns	ns	ns	ns
อายุ (ปี)										ns	ns	ns
มีการศึกษาระดับประถม	ns	-0.046	-0.135	-0.128	-0.037	-0.165	-0.080	-0.041	-0.121	-0.137	-0.030	-0.167
มีการศึกษาระดับมัธยม	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
อาชีพเกษตรกร	ns	-0.038	ns		-0.037	-0.037	ns	ns	ns		-0.028	-0.028
ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 (คะแนน)	-0.141	0.047	ns		0.044	0.044	-0.100	0.050	ns		0.037	0.037
รับรู้ข้อมูลจากสื่อโทรทัศน์	ns	0.039	ns	-0.109		-0.109	ns	0.042	ns	-0.091	0.034	ns
รับรู้ข้อมูลจากสื่อออนไลน์	ns		ns									
ค่าสัมประสิทธิ์ของการพยากรณ์ (R ²)	0.245			0.208			0.308			0.307		

หมายเหตุ: ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.10

แถบสีดำ หมายถึง ในแบบจำลองมิได้กำหนดเส้นอิทธิพลของตัวแปรดังกล่าว



ภาพที่ 7 การวิเคราะห์โครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ในการปฏิบัติของประชาชนในจังหวัดนครราชสีมา

จากการวิเคราะห์ด้วย SEM ของจังหวัดนครราชสีมา เปรียบเทียบกับแบบจำลอง พบว่า มีเพียง 7 ตัวแปร ที่ส่งผลโดยตรงกับการปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและผู้ที่ถูกกักกัน (PT) ได้แก่ ระดับการศึกษา บริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการณ์ป้องกันโรคโควิด-19 (CONT) การรับรู้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 (PC) ทัศนคติเกี่ยวกับการแบ่งแยกทางสังคม (ATD) ทัศนคติเกี่ยวกับโอกาสการได้รับเชื้อ (ATO) ผลกระทบ (IM) และ สุขภาพจิต (PSY) นอกจากนี้ บางตัวแปรไม่ได้ส่งผลโดยตรง แต่ส่งผลผ่านตัวแปรอื่น ดังภาพที่ 7

สำหรับตัวแปรที่ส่งผลโดยตรงกับผลกระทบ (IM) ของจังหวัดนครราชสีมา เปรียบเทียบกับแบบจำลอง พบว่า มีเพียง 3 ตัวแปร ที่ส่งผลโดยตรงกับผลกระทบ ได้แก่ บริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการณ์ป้องกันโรคโควิด-19 (CONT) การรับรู้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 (PC) และโทรทัศน์ (TV) นอกจากนี้ บางตัวแปรไม่ได้ส่งผลโดยตรง แต่ส่งผลผ่านตัวแปรอื่น ดังภาพที่ 7

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ของจังหวัดนครราชสีมา เริ่มด้วยการนำเสนอขนาดอิทธิพลที่ตัวแปรต่าง ๆ มีต่อตัวแปรการปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและถูกกักกันของจังหวัดนครราชสีมา (ตารางที่ 46) ก่อนที่จะนำเสนอผลการประมาณค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐานที่แสดงอิทธิพลของตัวแปรต่างๆ ในแบบจำลองมีต่อตัวแปรการปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและผู้ที่ถูกกักกัน (PT) และตัวแปรการรับรู้ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 กับการรับรู้ผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐ (IM) ดังแสดงในตารางที่ 46-47

ตารางที่ 46 ขนาดอิทธิพลที่ตัวแปรต่าง ๆ มีต่อตัวแปรการปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและถูกกักกันของจังหวัด นครราชสีมา

ตัวแปร	แบบจำลอง: การปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อ						แบบจำลอง: การปฏิบัติต่อผู้ที่เคยถูกกักกัน					
	ผลกระทบจากการระบาดของโรค			ผลกระทบจากนโยบาย/มาตรการรัฐ			ผลกระทบจากการระบาดของโรค			ผลกระทบจากนโยบาย/มาตรการรัฐ		
	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE
สภาพแวดล้อม	0.796	ns	0.807	0.642	0.098	0.741	ns	0.109	ns	0.233	0.068	0.302
โอกาสในการรับเชื้อจากแหล่งอโคจร		ns	ns		-0.040	-0.040	-0.138	-0.101	-0.239	-0.149	-0.095	-0.244
การรังเกียจและแบ่งแยกทางสังคม	ns		ns	-0.097		-0.097	-0.261		-0.261	-0.256		-0.256
การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19		ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	0.087	0.229	ns	0.221
ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19							ns	ns	0.128			
ผลกระทบจากนโยบาย/มาตรการรัฐ				0.178	ns	0.173					ns	ns
เพศชาย	-0.066	ns	-0.067	ns	ns	ns		ns	ns		ns	ns
อายุ (ปี)					ns	ns		ns	ns	ns	ns	ns
มีการศึกษาระดับประถม		ns	ns		ns	ns	0.246	ns	0.241	0.287	ns	0.272
มีการศึกษาระดับมัธยม		ns	ns		ns	ns	0.173	ns	0.157	0.267	ns	0.225
อาชีพเกษตรกร		ns	ns					ns	ns			
สุขภาพจิต (คะแนน)							ns		ns	0.109		0.109
ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 (คะแนน)		ns	ns		ns	ns		-0.056	-0.056		ns	ns
รับรู้ข้อมูลจากสื่อโทรทัศน์								ns	ns		ns	ns
รับรู้ข้อมูลจากสื่อออนไลน์		ns	ns		ns	ns		ns	ns		ns	ns
ค่าสัมประสิทธิ์ของการพยากรณ์ (R ²)	0.660			0.587			0.152			0.228		
Goodness of fit indicators												
- Chi-square (χ^2) (ค่า p-value)	957.628 (0.000)			921.279 (0.000)			744.433 (0.000)			884.975 (0.000)		
- χ^2/df	2.196			2.089			2.108			2.212		
- RMSEA (90% confidence interval)	0.049 [0.045, 0.053]			0.047 [0.042, 0.051]			0.047 [0.042, 0.052]			0.049 [0.045, 0.054]		
- SRMR	0.066			0.067			0.063			0.065		
- Comparative Fit Index (CFI)	0.895			0.905			0.905			0.893		
- Tucker Lewis Index (TLI)	0.879			0.892			0.890			0.875		

หมายเหตุ: ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.10

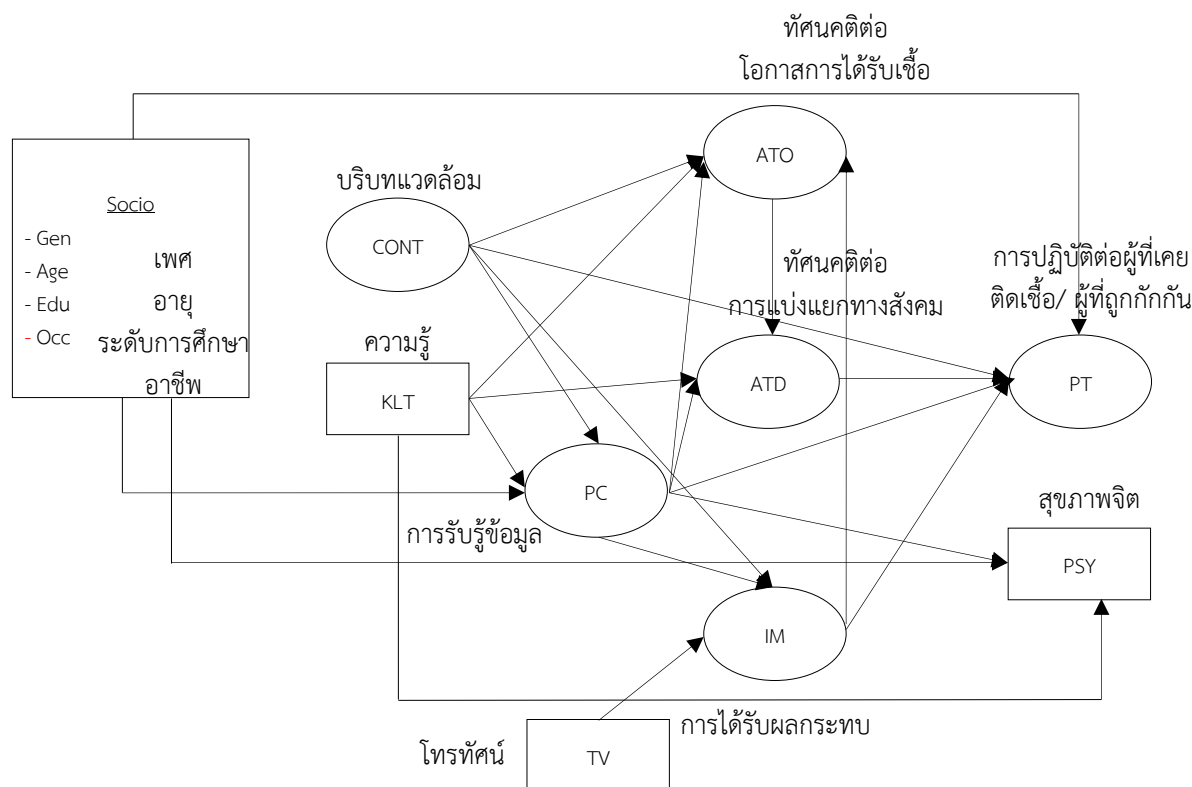
แถบสีเทา หมายถึง ในแบบจำลองมิได้กำหนดเส้นอิทธิพลของตัวแปรดังกล่าว

ตารางที่ 47 ขนาดอิทธิพลที่ตัวแปรต่าง ๆ มีต่อตัวแปรผลกระทบของจังหวัดนครราชสีมา

ตัวแปร	แบบจำลอง: การปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อ						แบบจำลอง: การปฏิบัติต่อผู้ที่เคยถูกกักกัน					
	ผลกระทบจาก การระบาดของโควิด-19			ผลกระทบจาก นโยบาย/มาตรการรัฐ			ผลกระทบจาก การระบาดของโควิด-19			ผลกระทบจาก นโยบาย/มาตรการรัฐ		
	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE
สภาพแวดล้อม	0.624	ns	0.632	0.473		0.473	0.531		0.531	0.469		0.469
การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19	ns		ns	0.125		0.125	0.110		0.110	0.122		0.122
เพศชาย		ns	ns		ns	ns		ns	ns		ns	ns
อายุ (ปี)	ns		ns		ns	ns		ns	ns		ns	ns
มีการศึกษาระดับประถม		ns	ns		ns	ns		ns	ns		ns	ns
มีการศึกษาระดับมัธยม		ns	ns		ns	ns		ns	ns		ns	ns
อาชีพเกษตรกร	ns	ns	ns				ns		ns			
ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 (คะแนน)	ns	ns	ns		ns	ns	ns	ns	ns		ns	ns
รับรู้ข้อมูลจากสื่อโทรทัศน์	0.065		0.065				0.091		0.091	ns		ns
รับรู้ข้อมูลจากสื่อออนไลน์												
ค่าสัมประสิทธิ์ของการพยากรณ์ (R ²)	0.417			0.239			0.307			0.238		

หมายเหตุ: ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.10

แถบสีเทา หมายถึง ในแบบจำลองมิได้กำหนดเส้นอิทธิพลของตัวแปรดังกล่าว



ภาพที่ 8 การวิเคราะห์โครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ในการปฏิบัติของประชาชนในจังหวัดยะลา

จากการวิเคราะห์ด้วย SEM ของจังหวัดยะลา เปรียบเทียบกับแบบจำลอง พบว่า มีเพียง 8 ตัวแปรที่ส่งผลโดยตรงกับการปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและผู้ที่ถูกกักกัน (PT) ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ บริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 (CONT) การรับรู้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 (PC) ทักษะคิดเกี่ยวกับการแบ่งแยกทางสังคม (ATD) และผลกระทบ (IM) นอกจากนี้ บางตัวแปรไม่ได้ส่งผลโดยตรง แต่ส่งผลผ่านตัวแปรอื่น ดังภาพที่ 8

สำหรับตัวแปรที่ส่งผลโดยตรงกับผลกระทบ (IM) ของจังหวัดยะลา เปรียบเทียบกับแบบจำลอง พบว่า มีเพียง 3 ตัวแปร ที่ส่งผลโดยตรงกับผลกระทบ ได้แก่ บริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 (CONT) การรับรู้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 (PC) และโทรทัศน์ (TV) นอกจากนี้ บางตัวแปรไม่ได้ส่งผลโดยตรง แต่ส่งผลผ่านตัวแปรอื่น ดังภาพที่ 8

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ของจังหวัดยะลา เริ่มด้วยการนำเสนอขนาดอิทธิพลที่ตัวแปรต่าง ๆ มีต่อตัวแปรการปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและผู้ที่ถูกกักกันของจังหวัดยะลา (ตารางที่ 48) ก่อนที่จะนำเสนอผลการประมาณค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐานที่แสดงอิทธิพลของตัวแปรต่างๆ ในแบบจำลองมีต่อตัวแปรการปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและผู้ที่ถูกกักกัน (PT) และตัวแปรการรับรู้ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 กับการรับรู้ผลกระทบจากนโยบาย/มาตรการของรัฐ (IM) ดังแสดงในตารางที่ 48-49

ตารางที่ 48 ขนาดอิทธิพลที่ตัวแปรต่าง ๆ มีต่อตัวแปรการปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและถูกกักกันของจังหวัด ยะลา

ตัวแปร	แบบจำลอง: การปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อ						แบบจำลอง: การปฏิบัติต่อผู้ที่เคยถูกกักกัน					
	ผลกระทบจาก การระบาดของโรค			ผลกระทบจาก นโยบาย/มาตรการรัฐ			ผลกระทบจาก การระบาดของโรค			ผลกระทบจาก นโยบาย/มาตรการรัฐ		
	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE
สภาพแวดล้อม	0.543	0.108	0.651	0.563	0.081	0.643	0.480	0.150	0.631	0.393	0.231	0.624
โอกาสในการรับเชื้อจากแหล่งอโคจร	ns	ns	ns		-0.066	-0.066	ns	-0.072	-0.188	ns	-0.058	-0.162
การรังเกียจและแบ่งแยกทางสังคม	ns		ns	-0.100		-0.100	-0.133		-0.133	-0.111		-0.111
การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19	ns	0.067	0.086		0.065	0.065	0.162	0.083	0.245	0.177	0.100	0.276
ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19	0.223	ns	0.237				0.147		0.147			
ผลกระทบจากนโยบาย/มาตรการรัฐ				0.188	ns	0.204				0.276	0.021	0.298
เพศชาย	-0.138	ns	-0.146		ns	ns	ns	-0.025	-0.078	ns	-0.026	-0.094
อายุ (ปี)		ns	ns		ns	ns		ns	ns		ns	ns
มีการศึกษาระดับประถม		ns	ns		-0.019	-0.019	ns	ns	-0.144	ns	-0.068	-0.154
มีการศึกษาระดับมัธยม		ns	ns		-0.010	-0.010	ns	ns	ns	ns	-0.041	ns
อาชีพเกษตรกร	ns	ns	ns	ns	ns	ns	0.088	ns	0.100	0.083	ns	0.097
สุขภาพจิต (คะแนน)							ns		ns	ns		ns
ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 (คะแนน)		ns	ns		ns	ns		ns	ns		ns	ns
รับรู้ข้อมูลจากสื่อโทรทัศน์		-0.026	-0.026		ns	ns		ns	ns		ns	ns
รับรู้ข้อมูลจากสื่อออนไลน์		ns	ns		ns	ns		ns	ns		ns	ns
ค่าสัมประสิทธิ์ของการพยากรณ์ (R ²)	0.508			0.465			0.544			0.589		
Goodness of fit indicators												
- Chi-square (χ^2) (ค่า p-value)	787.191 (0.000)			805.320 (0.000)			810.874 (0.000)			814.607 (0.000)		
- χ^2/df	1.692			1.717			1.770			1.770		
- RMSEA (90% confidence interval)	0.037 [0.033, 0.042]			0.038 [0.033, 0.042]			0.039 [0.035, 0.044]			0.039 [0.035, 0.044]		
- SRMR	0.052			0.054			0.057			0.057		
- Comparative Fit Index (CFI)	0.924			0.924			0.923			0.927		
- Tucker Lewis Index (TLI)	0.913			0.914			0.911			0.915		

หมายเหตุ: ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.10

แถบสีเทา หมายถึง ในแบบจำลองมิได้กำหนดเส้นอิทธิพลของตัวแปรดังกล่าว

ตารางที่ 49 ขนาดอิทธิพลที่ตัวแปรต่าง ๆ มีต่อตัวแปรผลกระทบของจังหวัดยะลา

ตัวแปร	แบบจำลอง: การปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อ						แบบจำลอง: การปฏิบัติต่อผู้ที่เคยถูกกักกัน					
	ผลกระทบจาก การระบาดของโควิด-19			ผลกระทบจาก นโยบาย/มาตรการรัฐ			ผลกระทบจาก การระบาดของโควิด-19			ผลกระทบจาก นโยบาย/มาตรการรัฐ		
	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE
สภาพแวดล้อม	0.285	0.093	0.379	0.198	0.113	0.311	0.212	0.085	0.297	0.413	0.062	0.475
การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19	0.274		0.274	0.316		0.316	0.330		0.330	0.254		0.254
เพศชาย		-0.026	-0.026		ns	ns		-0.033	-0.033		-0.024	-0.024
อายุ (ปี)	ns	0.029	ns		ns	ns		0.031	0.031		ns	Ns
มีการศึกษาระดับประถม		-0.076	-0.076		-0.095	-0.095	ns	-0.087	ns		-0.072	-0.072
มีการศึกษาระดับมัธยม		-0.047	-0.047		-0.051	-0.051	ns	-0.055	ns		-0.042	-0.042
อาชีพเกษตรกร		ns	ns	ns	ns	ns		ns	ns		ns	ns
ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 (คะแนน)	ns	0.029	ns		0.036	0.036	ns	ns	ns	ns	ns	ns
รับรู้ข้อมูลจากสื่อโทรทัศน์	-0.110		-0.110		ns	ns	-0.101	ns	-0.086	ns	ns	ns
รับรู้ข้อมูลจากสื่อออนไลน์												
ค่าสัมประสิทธิ์ของการพยากรณ์ (R ²)	0.220			0.187			0.193			0.286		

หมายเหตุ: ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.10

แถบสีเทา หมายถึง ในแบบจำลองนี้ได้กำหนดเส้นอิทธิพลของตัวแปรดังกล่าว

ผลการทดสอบสมมติฐานของขนาดอิทธิพลของผลกระทบที่มีต่อการปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและถูกกักกัน

การทดสอบสมมติฐานของขนาดอิทธิพลของผลกระทบที่มีต่อการปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและถูกกักกันในภาพรวม พบว่า ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 มีผลต่อการปฏิบัติต่อผู้ที่เคยถูกกักกันมากกว่าผู้ที่เคยติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.012$) ส่วนผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาล มีผลต่อการปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อมากกว่าผู้ที่เคยถูกกักกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000$)

เมื่อพิจารณาเฉพาะการปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อ พบว่า นโยบายหรือมาตรการของรัฐบาลมีผลต่อการปฏิบัติมากกว่าการระบาดของโรคโควิด-19 ($p=0.000$) ส่วนการปฏิบัติต่อผู้ที่เคยถูกกักกัน พบว่า การระบาดของโรคโควิด-19 มีผลต่อการปฏิบัติมากกว่านโยบายหรือมาตรการของรัฐบาล ($p=0.000$) ดังแสดงในตารางที่ 50

เมื่อจำแนกตามรายจังหวัด พบว่า ขนาดอิทธิพลของผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 และผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาล มีต่อการปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและถูกกักกัน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 51-55

เมื่อพิจารณาเฉพาะการปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อ พบว่า นโยบายหรือมาตรการของรัฐบาลมีผลต่อการปฏิบัติมากกว่าการระบาดของโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000$) ส่วนการปฏิบัติต่อผู้ที่เคยถูกกักกัน พบว่า การระบาดของโรคโควิด-19 มีผลต่อการปฏิบัติมากกว่านโยบายหรือมาตรการของรัฐบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000$) ดังแสดงในตารางที่ 50

ตารางที่ 50 ผลการทดสอบสมมติฐานของขนาดอิทธิพลที่มีต่อการปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและถูกกักกัน (ภาพรวมทั้งรวม)

ผลกระทบจาก	การปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อ	การปฏิบัติต่อผู้ที่เคยถูกกักกัน	t-statistic	p-value
1. การระบาดของโรคโควิด-19	0.267	0.269	-2.245	0.012
2. นโยบาย/มาตรการรัฐ	0.299	0.216	88.883	0.000
t-statistic	-34.774	58.557		
p-value	0.000	0.000		

ที่มา: จากการคำนวณ

ตารางที่ 51 ผลการทดสอบสมมติฐานของขนาดอิทธิพลที่มีต่อการปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและถูกกักกัน (กรุงเทพฯ)

ผลกระทบจาก	การปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อ	การปฏิบัติต่อผู้ที่เคยถูกกักกัน	t-statistic	p-value
1. การระบาดของโรคโควิด-19	0.086 ^{ns}	-0.007 ^{ns}	31.742	0.000
2. นโยบาย/มาตรการรัฐ	0.168	0.180	-2.840	0.002
t-statistic	-20.901	56.255		
p-value	0.000	0.000		

หมายเหตุ: ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.10

ที่มา: จากการคำนวณ

ตารางที่ 52 ผลการทดสอบสมมติฐานของขนาดอิทธิพลที่มีต่อการปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและถูกกักกัน (ชลบุรี)

ผลกระทบจาก	การปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อ	การปฏิบัติต่อผู้ที่เคยถูกกักกัน	t-statistic	p-value
1. การระบาดของโรคโควิด-19	0.231	0.235	-1.019	0.154
2. นโยบาย/มาตรการรัฐ	0.157	0.267	-30.782	0.000
t-statistic	19.286	-8.722		
p-value	0.000	0.000		

ที่มา: จากการคำนวณ

ตารางที่ 53 ผลการทดสอบสมมติฐานของขนาดอิทธิพลที่มีต่อการปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและถูกกักกัน (เชียงใหม่)

ผลกระทบจาก	การปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อ	การปฏิบัติต่อผู้ที่เคยถูกกักกัน	t-statistic	p-value
1. การระบาดของโรคโควิด-19	0.503	0.420	20.982	0.000
2. นโยบาย/มาตรการรัฐ	0.388	0.071	99.925	0.000
t-statistic	27.971	116.076		
p-value	0.000	0.000		

ที่มา: จากการคำนวณ

ตารางที่ 54 ผลการทดสอบสมมติฐานของขนาดอิทธิพลที่มีต่อการปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและถูกกักกัน (นครราชสีมา)

ผลกระทบจาก	การปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อ	การปฏิบัติต่อผู้ที่เคยถูกกักกัน	t-statistic	p-value
1. การระบาดของโรคโควิด-19	-	0.128	-	-
2. นโยบาย/มาตรการรัฐ	0.173	-	-	-
t-statistic	-	-		
p-value	-	-		

ที่มา: จากการคำนวณ

ตารางที่ 55 ผลการทดสอบสมมติฐานของขนาดอิทธิพลที่มีต่อการปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและถูกกักกัน (ยะลา)

ผลกระทบจาก	การปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อ	การปฏิบัติต่อผู้ที่เคยถูกกักกัน	t-statistic	p-value
1. การระบาดของโรคโควิด-19	0.237	0.147	23.665	0.000
2. นโยบาย/มาตรการรัฐ	0.204	0.298	-24.936	0.000
t-statistic	8.677	-40.057		
p-value	0.000	0.000		

ที่มา: จากการคำนวณ

เมื่อพิจารณาน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานของโมเดลการวัดการได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 และจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาลในภาพรวม พบว่า การระบาดของโรคโควิด-19 มีน้ำหนักของผลกระทบต่อครอบครัว การศึกษา และเศรษฐกิจ มากกว่านโยบายหรือมาตรการของรัฐบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000$) นอกจากนี้พบว่า นโยบายหรือมาตรการของรัฐบาลมีน้ำหนักของผลกระทบต่อ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเอง วัฒนธรรม/ประเพณี/วิถีชีวิตของชุมชน สุขภาพและการป้องกันโรค และจิตใจ มากกว่าการระบาดของโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000$) ดังแสดงในตารางที่ 56

เมื่อจำแนกตามรายจังหวัด พบว่า น้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานของโมเดลการวัดการได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 และจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาลพบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 57-61

ตารางที่ 56 ผลการทดสอบความแตกต่างของน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานของโมเดลการวัดการได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 และจากนโยบาย/มาตรการของรัฐบาล (ทั้งประเทศ)

ผลกระทบด้าน		นโยบาย/มาตรการของรัฐบาล	t-statistic	p-value
1. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเอง	0.651	0.675	-49.913	0.000
2. ครอบครัว	0.664	0.618	104.871	0.000
3. วัฒนธรรม/ประเพณี/วิถีชีวิตของชุมชน	0.736	0.769	-86.424	0.000
4. การศึกษาของตนเอง และบุตรหลาน	0.562	0.557	9.421	0.000
5. สุขภาพและการป้องกันโรค	0.390	0.410	-32.509	0.000
6. เศรษฐกิจ	0.643	0.572	145.140	0.000
7. จิตใจ	0.584	0.625	-82.799	0.000

ตารางที่ 57 ผลการทดสอบความแตกต่างของน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานของโมเดลการวัดการได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 และจากนโยบาย/มาตรการของรัฐบาล (กรุงเทพฯ)

ผลกระทบด้าน	การระบาดของโรคโควิด-19	นโยบาย/มาตรการของรัฐบาล	t-statistic	p-value
1. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเอง	0.602	0.594	2.764	0.003
2. ครอบครัว	0.619	0.612	2.834	0.002
3. วัฒนธรรม/ประเพณี/วิถีชีวิตของชุมชน	0.634	0.729	-39.528	0.000
4. การศึกษาของตนเอง และบุตรหลาน	0.757	0.638	53.320	0.000
5. สุขภาพและการป้องกันโรค	0.534	0.465	23.212	0.000
6. เศรษฐกิจ	0.696	0.640	24.148	0.000
7. จิตใจ	0.658	0.611	19.529	0.000

ตารางที่ 58 ผลการทดสอบความแตกต่างของน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานของโมเดลการวัดการได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 และจากนโยบาย/มาตรการของรัฐบาล (ชลบุรี)

ผลกระทบด้าน	การระบาดของโรคโควิด-19	นโยบาย/มาตรการของรัฐบาล	t-statistic	p-value
1. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเอง	0.561	0.604	-16.682	0.000
2. ครอบครัว	0.708	0.656	25.831	0.000
3. วัฒนธรรม/ประเพณี/วิถีชีวิตของชุมชน	0.703	0.822	-63.933	0.000
4. การศึกษาของตนเอง และบุตรหลาน	0.657	0.678	-7.377	0.000
5. สุขภาพและการป้องกันโรค	0.447	0.413	11.084	0.000
6. เศรษฐกิจ	0.727	0.631	48.737	0.000
7. จิตใจ	0.674	0.692	-9.408	0.000

ตารางที่ 59 ผลการทดสอบความแตกต่างของน้ำหนักร้อยประกอบมาตรฐานของโมเดลการวัดการได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 และจากนโยบาย/มาตรการของรัฐบาล (เชียงใหม่)

ผลกระทบด้าน	การระบาดของโรคโควิด-19	นโยบาย/มาตรการของรัฐบาล	t-statistic	p-value
1. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเอง	0.758	0.748	5.173	0.000
2. ครอบครัว	0.687	0.619	35.794	0.000
3. วัฒนธรรม/ประเพณี/วิถีชีวิตของชุมชน	0.697	0.693	1.847	0.033
4. การศึกษาของตนเอง และ/บุตรหลาน	0.554	0.563	-3.820	0.000
5. สุขภาพและการป้องกันโรค	0.352	0.491	-48.764	0.000
6. เศรษฐกิจ	0.556	0.521	13.834	0.000
7. จิตใจ	0.540	0.572	-13.580	0.000

ตารางที่ 60 ผลการทดสอบความแตกต่างของน้ำหนักร้อยประกอบมาตรฐานของโมเดลการวัดการได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 และจากนโยบาย/มาตรการของรัฐบาล (นครราชสีมา)

ผลกระทบด้าน	การระบาดของโรคโควิด-19	นโยบาย/มาตรการของรัฐบาล	t-statistic	p-value
1. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเอง	0.736	0.692	20.918	0.000
2. ครอบครัว	0.649	0.638	4.669	0.000
3. วัฒนธรรม/ประเพณี/วิถีชีวิตของชุมชน	0.702	0.749	-24.380	0.000
4. การศึกษาของตนเอง และ/บุตรหลาน	0.495	0.552	-20.597	0.000
5. สุขภาพและการป้องกันโรค	0.317	0.286	9.292	0.000
6. เศรษฐกิจ	0.667	0.654	5.555	0.000
7. จิตใจ	0.509	0.627	-46.994	0.000

ตารางที่ 61 ผลการทดสอบความแตกต่างของน้ำหนักร้อยประกอบมาตรฐานของโมเดลการวัดการได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 และจากนโยบาย/มาตรการของรัฐบาล (ยะลา)

ผลกระทบด้าน	การระบาดของโรคโควิด-19	นโยบาย/มาตรการของรัฐบาล	t-statistic	p-value
1. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเอง	0.749	0.748	0.482	0.315
2. ครอบครัว	0.551	0.568	-7.264	0.000
3. วัฒนธรรม/ประเพณี/วิถีชีวิตของชุมชน	0.699	0.788	-48.460	0.000
4. การศึกษาของตนเอง และ/บุตรหลาน	0.569	0.549	6.728	0.000
5. สุขภาพและการป้องกันโรค	0.462	0.432	10.143	0.000
6. เศรษฐกิจ	0.592	0.554	14.014	0.000
7. จิตใจ	0.508	0.518	-3.475	0.000

ส่วนที่ 10 กรณีศึกษาจากข้อมูลเชิงคุณภาพ

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกมีข้อค้นพบในประเด็นที่สำคัญ ได้แก่ การใช้ฐานข้อมูลชุมชนในการติดตามปัญหาและให้ความช่วยเหลือ การบริหารจัดการในภาวะฉุกเฉิน และการปลูกฝังจิตสำนึกสาธารณะ

การใช้ฐานข้อมูลชุมชนในการติดตามปัญหาและให้ความช่วยเหลือ

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มตัวอย่างให้ข้อคิดเห็นว่า การมีฐานข้อมูลของชุมชน เช่น จำนวนประชากรรายหมู่บ้าน ประชากรแฝง และแรงงานต่างด้าว จำนวนกลุ่มเปราะบาง (เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการ) อาชีพและรายได้ของประชาชนในพื้นที่ และแผนที่ครัวเรือนในชุมชน เป็นต้น เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ใช้ในการแก้ปัญหา การแบ่งปัน และการให้ความช่วยเหลือประชาชนทั้งด้านสาธารณสุข ด้านเศรษฐกิจ และด้านสังคม ตามความเหมาะสม

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“ควรวางระบบและกลไกในการนำประชากรแฝงและแรงงานต่างด้าวเข้าสู่ระบบฐานข้อมูลประชากร เพื่อให้การเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบได้อย่างครอบคลุมและรวดเร็ว”

“ควรทำ big data มีคำสั่งจากข้างบนลงมาคือต้องเหมือนกัน กระทรวงมหาดไทยและกระทรวงสาธารณสุขต้องร่วมกัน ใช้ข้อมูลเดียวกัน ข้อมูลต้องเหมือนกัน ตอนนี้เริ่มดีขึ้นกระทรวงสาธารณสุขเริ่มถามเราแล้วว่ามีการทำแผนที่เดินดิน ทำผังเครือญาติตอนนี้ทำผังเครือญาติโดยมีเรื่องเศรษฐกิจและสังคมไปด้วย ถ้าจะทำ จปฐ. ให้ล้างระบบทั้งทั้งหมดและให้ไปอิงกับ สสส... สสส. จะมีตัวเก็บข้อมูลของประชาชนซึ่งจะดีมาก”

“...ถ้าฐานข้อมูลชุมชนดี เวลาใครมีปัญหาเดือดร้อนก็จะเข้าช่วยได้เร็ว...คนแก่ที่ติดโควิดคงไม่ตาย...เวลามีคนมาบริจาคของบางหมู่บ้านได้เยอะ บางหมู่บ้านได้น้อย จะได้กระจายได้ทั่วถึง ไม่กระจุกที่ใดที่หนึ่ง”

“ตู้ปันสุข...อันนี้เป็นสิ่งที่ Thailand only มันดังมาก ต่างประเทศไม่มี...ตู้ปันสุขไม่น่าจะมีเฉพาะช่วงโควิด น่าจะมีการปันสุขให้กันมาก ๆ ทุกวัน...ถ้ามีฐานข้อมูลชุมชน จะกระจายไปให้คนไม่มีจะกินได้ทั่วถึง”

การบริหารจัดการในภาวะฉุกเฉิน

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มตัวอย่างให้ข้อคิดเห็นว่า ในภาวะฉุกเฉิน เช่น การระบาดของโรคโควิด-19 ควรมีการเตรียมความพร้อมในการรับมือกับการระบาดของโรคในแต่ละพื้นที่ ทั้งการคัดกรอง การเฝ้าระวัง การกักกัน การจัดการโรงพยาบาลสนาม และวัคซีน โดยควรมีระบบ และกระบวนการการจัดซื้อจัดจ้างเฉพาะสำหรับกรณีฉุกเฉิน ซึ่งต้องมีความรวดเร็ว ทันเวลา และได้มาตรฐาน

การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคโควิด-19

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคโควิด-19 ในภาวะฉุกเฉิน มีปัญหาหลายประการ เช่น อุปสรรคในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคโควิด-19 ไม่เพียงพอ ขาดล่ามในการสื่อสารกับชาวต่างด้าวหรือชนกลุ่มน้อย สัดส่วนผู้เข้ารับการตรวจหาเชื้อกับจำนวนบุคลากรไม่เหมาะสม

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“ส่วนที่เป็นพรหมแดนต่าง ๆ ที่เราจะช่วยป้องกันคือป้องกันไม่ให้เชื้อจากนอกประเทศเข้ามา อย่างเชียงใหม่อีกไม่กี่อาทิตย์ก็จะหมดแล้ว เรายังไงไม่ให้เชื้อจากข้างนอกเข้ามา ไม่ได้ เราก็ต้องทำให้จำกัดวงลง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการที่คนเชียงใหม่ไปอยู่นพื้นที่ที่มีความเสี่ยงและกลับมา คุณก็ต้องกักตัวเอง คุณก็ต้องรู้ว่าคุณทำให้มันเป็นปัญหา ถ้าคุณไม่กักตัวเอง คุณไปเจอใคร แล้วคุณ positive พวกนั้นเดือดร้อนหมดเลยนะ เขามีสิทธิ์จะโกรธคุณนะ ไปพื้นที่เสี่ยงมาแล้วคุณไม่บอก วิธีแบบนี้ผมคิดว่ามันเป็นเรื่องของการสร้าง self-responsibility ต่อส่วนรวม จิตสำนึกเป็นเรื่องที่ใหญ่มาก ๆ ของสังคมไทย ถ้าเรามีจิตสำนึกต่อส่วนรวมมาก ๆ เราก็จะทำให้อะไรหลาย ๆ อย่างของเรานั้นง่ายขึ้น”

“ระยะเริ่มต้นของการระบาดระลอกแรก พบว่า งบประมาณที่กระทรวงสาธารณสุขจัดสรรให้ไม่เพียงพอถึงระดับรากหญ้า และอุปสรรคในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคโควิด-19 และการป้องกันโรคขาดตลาด เช่น เครื่องวัดอุณหภูมิ แอลกอฮอล์เจล หน้ากากอนามัย และกระจงหน้า (face shield) เป็นต้น”

“ผู้นำชุมชนหรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการจัดซื้ออุปกรณ์ในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคโควิด-19 และการป้องกันโรค มีความเครียดและวิตกกังวลเกี่ยวกับการถูกตรวจสอบโดยสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) เนื่องจากการจัดซื้อต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วนในภาวะฉุกเฉิน และอุปกรณ์มีไม่เพียงพอกับความ ต้องการ ทำให้ไม่มีสิทธิเลือกและต่อรองราคา รวมถึงบางครั้งไม่สามารถทำตามขั้นตอนที่ สตง. กำหนดไว้ได้ อย่างครบถ้วน”

“การคัดกรอง...มีปัญหาการสื่อสารกับชาวต่างด้าว ชนกลุ่มน้อย ที่มักกักกัน มีปัญหา สื่อสารกันไม่รู้ เรื่อง ต้องทาล่ามในการสื่อสารกัน”

“เชื่อว่าการสร้าง อสต. ในชุมชน ในหมู่บ้านสำคัญมาก ช่วยงานทุกอย่าง ทั้งการคัดกรอง...คนที่มา อยู่เก่าเป็นชาวต่างด้าว เป็นคนอยู่ก่อน สามารถพูดโน้มน้าว สร้างความเชื่อมั่นให้กับคนที่มาอยู่ใหม่ เพราะยัง อยู่ยาวนานเขายังพูดภาษาไทยได้อยู่แล้ว เข้าใจเกี่ยวกับเรื่องบริหารจัดการชุมชน ให้เขาเข้ามาคล้าย ๆ กับ อสม. สามารถจัดสรรงบประมาณให้เขาได้เลย ชุมชนละคนสองคน ในเมื่อคุณก็ให้เงินแก่ อสม. ได้”

“คุณหน่อมแน่นมากเลย คุณไปตรวจจุดวันละพัน คนเป็นสิบล้าน ถ้าย้อนไปดูประสบการณ์ที่ เชียงใหม่ เราพบว่าประมาณวันที่ 6-7 เรามีคนใช้ค้ำที่เข้าคิวรอ swab อยู่ 9,000 คน ซึ่งเป็นคนที่บอกว่า ฉฉัน เป็นกลุ่มเสี่ยง ถ้า 1 ใน 4 เป็น มันก็คือแพร่กระจายเชื้อต่อใช้ใหม่ เพราะเขารอไม่ได้ เขาก็จะวนไปที่อื่น อย่ง ไปลำปาง แล้วยังใช้ capacity เดิมซึ่งไม่ได้ขยายรองรับ พอเห็นข้อมูลว่า 9,000 คน เลยบอกว่าไม่ได้ละ ใน ฐานะที่อยู่ planning คือไม่ได้ ทำแบบนี้ไปก็แปลว่าวันพรุ่งนี้ เพราะแบบนี้ครับ เราตรวจได้วันละ 4,000 คน ตอนนี้อยู่ 9,000 คน คุณก็สะสมต่อ ทำอีกภายในสองวัน แล้วก็มีคนขอทำอยู่ประมาณวันละ 5,000 คน ภายใน 2-3 วัน คุณจะทะลุหมื่นแน่นอน แล้วคุณก็จะเก็บไม่ได้ มันก็จะปูดพอกทางหมู แล้วเมื่อไหร่เราจะ จบ เพราะเคสพวกนี้เป็นเคสที่เกิดขึ้นตามระบบ”

“สิ่งแรกที่ควรทำคือต้องระดมความสามารถในการตรวจต่อวัน มากกว่าความต้องการตรวจ เมื่อไหร่ เราถึงตรงนั้นปั๊บ แปลว่าเรากำลังเห็นหนทางที่จะชนะมัน เรากำลังนำหน้าโรค แต่ในช่วง 6 อาทิตย์แรก เรา ตามหลังตลอด เพราะฉะนั้นเลยตัดสินใจว่าไม่ได้หรอก คุณต้องเปิดเพิ่มอีก 2 จุด แล้วแต่ละ 2 จุดต้องทำได้ วันละประมาณ 5,000 คน เพราะว่าคุณต้องชนะวันที่จำนวนคนต้องการวันละ 5,000 เราตรวจได้วันละ 4,000 คือเราแพ้อยู่ เราต้องตรวจได้มากกว่า 5,000 เพื่อที่จะเอาส่วนต่างไปลบออกจากส่วนที่ค้างอยู่ในระบบ เราก็ ทำได้นะภายใน 3 วัน เราก้ชนะมัน”

“ปัญหาที่ใหญ่ที่สุดก็คือการ triage คนไข้ว่าอาการเล็กน้อยหรืออะไรต่าง ๆ ซึ่งเป็นจุดที่ต้องเรียนรู้ ว่ามีระบบขึ้นมา เราจะทำยังไงที่จะทำให้จัดการให้ได้”

“ประเด็นสำคัญที่สุดเมื่อเกิดการระบาด คุณจะต้องเพิ่มความสามารถในการตรวจจับให้เร็วขึ้น และ ต้องลงมือให้ทันมากกว่านั้น สมมติถ้าเจอ wave 4 วันละ 100 ผมตั้งไปแล้ว ตั้งมากกว่านี้ 5-6 จุด ผมตั้งไปเลย ไม่สนใจแล้ว เพราะว่าประสบการณ์คราวที่แล้วนี่สาหัสมาก กว่าเราจะตั้งตัวได้ มันเข้า 5th generation แล้ว มันก็เลยระบาดหนักขนาดนั้น”

“การ swab มีหลายโรงพยาบาลปฏิเสธการตรวจหาเชื้อในกลุ่มผู้สัมผัสเสี่ยงสูง เพราะเกรงว่าจะเป็นการเมื่อตรวจหาเชื้อพบว่าติดเชื้อ เนื่องจากมีนโยบายที่เหนตรวจที่นั่นต้อง admit”

การเฝ้าระวังและการกักกันกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 ในชุมชน

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า การเฝ้าระวังและการกักกันกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 ในชุมชนในภาวะฉุกเฉิน มีปัญหาหลายประการ เช่น ไม่มีห้องหรือสถานที่กักกันที่บ้าน งบประมาณไม่เพียงพอ อัตราค่าจ้างไม่เพียงพอ สวัสดิการและค่าตอบแทนสำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานไม่เหมาะสม การรายงานข้อมูลผู้ติดเชื้อล่าช้าและขาดส่วนกลางในการรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“ครอบครัวที่ยากจน จะมีปัญหาในการกักตัวหรือเฝ้าระวังตนเองที่บ้านเป็นระยะเวลา 14 วัน เนื่องจากมีบริเวณบ้านไม่เพียงพอและไม่มีห้องที่จะแยกกันอยู่”

“เครื่องใช้ในชีวิตประจำวัน กรณีที่มีผู้ถูกกักกันจำนวนมาก ซึ่งหากเป็นแรงงานต่างด้าวหรือผู้ที่มีรายได้น้อย จะไม่สามารถจัดหาเครื่องใช้ในชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีงบประมาณไม่เพียงพอที่จะสนับสนุนได้ทั้งหมด”

“อัตราค่าจ้างบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานกักกันในพื้นที่ไม่เพียงพอ ทำให้บุคลากรต้องทำงานหนัก หามรุ่งหามค่ำ โดยเฉพาะในช่วงที่มีผู้เดินทางกลับจากต่างประเทศจำนวนมาก เช่น กลับมาจากมาเลเซีย และบุคลากรต้องทำหน้าที่คัดกรอง รวมถึงการเก็บส่งตรวจ จนทำให้เหนื่อยล้าและเจ็บป่วยถึงขั้นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพราะบุคลากรมีจิตใจที่ตึงเครียด มีความรับผิดชอบและความเสียสละสูง แต่ร่างกายสู้ไม่ไหว และต้องการพักผ่อน บางครั้งส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพในครอบครัวและรู้สึกผิด เช่น ไม่ได้กลับบ้าน เพราะต้องอยู่โรงพยาบาล รอให้ค่าปรึกษา และต้องพร้อมที่จะลงไปปฏิบัติงานในพื้นที่ได้ตลอด 24 ชั่วโมง”

“ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานกักกันในพื้นที่ บุคลากรมีโอกาสเสี่ยงที่จะติดเชื้อได้สูงเนื่องจากบางครั้งกลุ่มเสี่ยงบางคนไม่ให้ประวัติตามความเป็นจริง และบางช่วงอุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคลไม่เพียงพอหรือไม่ได้มาตรฐาน เพราะไม่สามารถจัดซื้อของจากบริษัทที่ได้มาตรฐาน เนื่องจากอุปกรณ์ขาดแคลน บางครั้งต้องตัดแปลงจากวัสดุที่มีอยู่ เช่น นำเสื้อกันฝนหรือผ้าเย็บกันฝนมาตัดเป็นเสื้อกาวน์ และทุกพื้นที่ต้องจัดทำหน้ากากอนามัย แอลกอฮอล์เจล และกระจังหน้า มาใช้ในการปฏิบัติงาน นอกจากนี้บุคลากรมีความเหนื่อยล้าจากการทำงานหนักและไม่ได้พัก ส่งผลให้บุคลากรบางคนเกิดการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน”

“สวัสดิการและค่าตอบแทนบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานกักกันในพื้นที่ พบว่า สถานกักกันในพื้นที่บางแห่งไม่ได้จัดหาอาหารให้บุคลากร และสถานกักกันอยู่ห่างไกล ทำให้หาซื้ออาหารมารับประทานได้ยาก นอกจากนี้บุคลากรดังกล่าวไม่ได้รับค่าตอบแทนทั้งที่ต้องอยู่เวรนอกราชการและวันหยุดราชการ ยกเว้นกรณีที่มีผู้กักกันเป็นชาวต่างชาติ”

“ปัญหาการรายงานข้อมูลผู้ติดเชื้อ มาที่ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคอำเภอ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดออกรายงานช้า ทำให้การดำเนินงานสอบสวนโรคล่าช้า”

“การรายงานข้อมูลผู้ติดเชื้อที่ได้จากการเฝ้าระวังจากหน่วยงานต่าง ๆ ไม่มีส่วนกลางที่รวบรวมข้อมูล ทำให้มีการสอบถามข้อมูลหลายส่วน”

โรงพยาบาลสนาม

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า การจัดตั้งและการให้บริการของโรงพยาบาลสนามพบว่ามีปัญหาเกิดขึ้นหลายประการ เช่น ความไม่พร้อมของสถานที่ บุคลากรและอุปกรณ์ไม่เพียงพอ เป็นต้น

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“โรงพยาบาลสนามมีความจำเป็น ต้องรีบดำเนินการ เพราะโรงพยาบาลสนามแห่งแรกที่ศูนย์ประชุมเริ่มล้ม คนไข้เริ่มเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ เดิมทีที่ออกแบบไว้โรงพยาบาลสนามที่ศูนย์ประชุมฯ ไม่สามารถรองรับผู้ป่วยได้ถึงพันคน จึงไปดูสถานที่อื่น ๆ เพิ่มเติม คือ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ เพื่อจะขยายต่ออีก 400-500 เตียง ซึ่งโรงพยาบาลสนามต้องอ้างอิงจากจำนวนเตียงที่รับได้อยู่จริงก่อน (280 เตียง)”

“บทเรียนก็คือว่า เมื่อไหร่ก็ตามที่การแพร่กระจายเชื้อมากกว่า 10-20 ของประชากร ตอนนี้เทียบแค่ปริมาณเตียงที่มีอยู่ เพราะต้องการดูว่าจะระบบเราจะล้มหรือไม่ล้มมันอยู่ที่ว่าจำนวนเตียงเราทำได้มากน้อยแค่ไหน ถ้ามันขึ้นมาครั้งหนึ่ง เราต้องจัดการละ ไม่ไหวละ ปรากฏว่าทุกคนก็ยังคงค่อย ๆ ทำ ซึ่งสภาพนี้คิดว่าเป็นสภาพเดียวกับกรุงเทพฯ เพราะสิ่งแรกตอนนี้ที่ต้องทำมันอยู่สองอัน คืออันที่หนึ่งคุณต้องหาทางสร้างโรงพยาบาลเพื่อเอาคนเข้าไปให้ได้มากที่สุด อันที่สองคือคุณต้องหาคนที่ป่วยให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะหาได้”

“เมื่อไหร่ก็ตามที่หากคนบวก ต่อให้มีเตียงเยอะ ๆ แต่หากคนบวกยัดเข้าไปไม่ได้ มันก็จะมีปัญหาเรื่องควบคุมโรค สิ่งแรกที่ต้องลง intervention เลย คือคุณต้องหา lab มาให้ได้ และคุณต้องตรวจให้ครบ ใครที่เราตรวจปุ๊บ ก็คือคนที่เราสามารถเข้าถึง และเราบอกว่าถ้าตรวจเสร็จแล้ว ให้กักตัวเองนะ อย่าไปไหน เพราะเขาไม่ใช่ปลอดภัย ก็จะทำให้เขากักตัวเองและปลอดภัย ซึ่งถ้าเราไม่ทำเรื่องนี้ เราก็คงเข้าไม่ถึงเขา เขาก็จะวิ่งไปวิ่งมา เราก็คงควบคุมได้ยากขึ้น”

“ต้องดูสถานที่ในจังหวัดไว้ก่อน สามารถเปลี่ยนสถานที่นั้นเป็นโรงพยาบาลสนามได้ไหม ถ้าจะต้องเปลี่ยนต้องใช้อะไรบ้าง ศูนย์ประชุมไปดูไว้ตั้งแต่ wave แรก ว่าต้องมีอะไรบ้าง บางอันต้องใช้เวลาเป็นเดือนกว่าจะเสร็จ เพราะฉะนั้นต้องไปสร้างไว้ เช่น ระบบดูดอากาศ มีเฉพาะ hall 1 ส่วน hall 2, 3 ก็ไม่มีแล้ว สร้างไม่ทัน ไปดู setting อื่นเผื่อไว้ ออกแบบไว้ก่อน เผื่อมีเรื่องฉุกเฉิน ก็สามารถเปิดได้”

“สิ่งที่ต้องคาดการณ์ต่อ คือต้องเปิดได้ภายในกี่ชั่วโมง เช่น ของมหาวิทยาลัย คือ อีก 2 วัน โรงพยาบาลสนามที่ศูนย์ประชุมล้มแล้ว จำนวนคนไข้ที่ยังคงค้างอีก 400 คน จะทำอย่างไร จึงไปดูที่ศูนย์กีฬา มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ เพื่อตั้งเป็นโรงพยาบาลสนาม โครงสร้างค่อนข้างดี ใช้อาคารต่าง ๆ เป็น nurse station มหาวิทยาลัยเป็นสถานที่ที่เหมาะสม มี facility มี power สามารถจัดการได้ทันที สามารถระดมคนจัดการได้ภายใน 48 ชั่วโมง”

“จากประสบการณ์ครั้งนี้ ถ้าตั้ง 100 เตียง คงไม่พอ ตอนแรกกะไว้ 280 เตียง แต่ก็ไม่พอ เวลาตั้งโรงพยาบาลสนามต้องดูจำนวนบุคลากรด้วย เพราะเจ้าหน้าที่ 1 ชุด พยาบาล 4 คน หมอ 1 คน cover คนไข้ได้ 400 คน ถ้าตั้งหลายที่ทีละ 100 คน ใช้บุคลากรไป 3-4 เท่า มันไม่คุ้ม”

“ช่วงที่เกิดการระบาดและผู้ป่วยค่อนข้างเยอะ มักมีปัญหาในกรณีผู้ป่วยทั้งครอบครัวและมีเด็กเล็ก ทำให้ไม่มีความสะดวกสบายที่ต้องอยู่ร่วมกับผู้อื่น”

วัคซีนป้องกันโรคโควิด-19

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า การฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 เป็นสิ่งที่จำเป็นและต้องเร่งดำเนินการ แต่พบว่ามีปัญหาและอุปสรรคหลายประการ เช่น ความรู้ ความเข้าใจของประชาชนเกี่ยวกับชนิดของวัคซีน ช่วงระยะเวลาการฉีดวัคซีน ประสิทธิภาพของวัคซีน อาการไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับวัคซีน และความเพียงพอของวัคซีน เป็นต้น

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“วัคซีนไม่เพียงพอ เนื่องจากเป็นพื้นที่เศรษฐกิจ ประชาชนต้องการรับวัคซีน เพื่อให้สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ การบริหารจัดการวัคซีนจำนวนจำกัด ได้กระจายทุกพื้นที่ในอำเภอ ตามสัดส่วน

จำนวนประชากร วัคซีนไม่เพียงพอ ดังนั้น กระทรวงควรจัดสรรวัคซีนให้พื้นที่แพร่ระบาด ในสัดส่วนที่เหมาะสม”

“บุคลากรและผู้รับบริการไม่มีข้อมูลเรื่องประสิทธิภาพวัคซีน จึงสอบถามมาที่โรงพยาบาลจำนวนมาก”

“ต้องยอมรับว่าประสิทธิภาพทำอะไรก็ต้องใช้ไปก่อน จะดีหรือไม่ดีก็ต้อง try ใน field อีกที หลายอันที่ผลออกมาดูดี ไม่ค่อยน่าเชื่อถือเท่าไร ผลไม่ก็ sample แต่ออกมาดี เราต้องเป็น try out ใน field จริง”

“เป็นเรื่องของการก้าวก้าวของคนที่ไม่รู้เรื่องการกระจายของวัคซีน ทำให้เกิดการซัดเข้าซัดออก มีความปั่นป่วน ถ้าเอาตาม trend จริง ๆ ก็คือ ถ้ามีวัคซีนดูในกลุ่มโรคแรก แต่เนื่องจากวัคซีนที่ได้มาไม่เป็นไปตามแผน ตอนแรกกะไว้มีภูมิต้านทาน แต่มีการระบาดใหญ่ก่อน วัคซีนที่เข้ามาเลยต้องนำมาฉีดก่อน มันก็เลยมั่วพอสมควร”

“ถ้าเข้ามาจริงในภูมิภาคสามารถจัดการได้ เพราะรู้อยู่แล้วว่าพื้นที่ไหนของเราที่มีปัญหา และเราจะจัดการอย่างไร คุณแค่บอกมาว่าต้องทำอะไร แต่ไม่ใช่บอกมาแล้วก็เปลี่ยนกลุ่ม แบบนี้ก็ยุ่ง แล้วคุณก็ออก campaign ไปเรื่อย ๆ วัคซีนมีเท่านี้ เดียวคุณก็บอกว่าเพิ่มกลุ่มนั้นกลุ่มนี้เข้ามา แล้วทำยังไงต่อ”

“ในเชียงใหม่ที่ดำเนินการไปจะมีปัญหาคือกลุ่มอำเภอเมือง เพราะอำเภอเมืองไม่มีเจ้าภาพ แต่ในต่างอำเภอมียุทธศาสตร์ และสภาพแบบนี้ทั้งประเทศมีแค่เชียงใหม่กับกรุงเทพฯ ที่มีปัญหา เพราะที่อื่นมีโรงพยาบาลจังหวัด cover อยู่ในเขตอำเภอเมือง สามารถดำเนินการได้ แต่ที่มีปัญหาคือกรุงเทพฯกับเชียงใหม่ เพราะเป็นพื้นที่ในเขตอำเภอเมืองที่ไม่ได้ถูก cover โดยกระทรวงสาธารณสุขเพียงอย่างเดียว จะเห็นว่าตอนเกิดปัญหาที่คุณไม่ได้คือกรุงเทพฯ เพราะไม่มี single command เวลามีปัญหาฉุกเฉินไม่มี single command ไม่มี IC ที่สามารถดำเนินการได้ แต่เชียงใหม่ขนาดมีโรงพยาบาลเอกชนอยู่ 10 กว่าแห่ง เรามีโรงพยาบาลรัฐบาลในสังกัดและนอกสังกัดเยอะ แต่เรามี single command เราก็เลยสามารถจัดการตอบโต้ได้ เลยทำให้อัตราการติดเชื้อที่เคยเป็นที่สองของประเทศลดลงไปเหลือไม่เกินหลักสิบ”

“จากประสบการณ์ของ wave 2 เราพบว่า จริง ๆ แล้วคนที่ทำ logistic ทั้งหมด น่าจะต้องฉีด เพราะเป็นคนที่นำเชื้อเข้าไปโดยปริยาย ไม่ว่าจะเป็นคนขับรถขนส่งต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นคนรับส่ง เวลาเจอปัญหาอย่าง wave 3 เกิดปั๊บ ไปไล่จับ ไป surveillance ในกลุ่มนี้เลย เพราะว่ามาแน่ ๆ ก็เจอจริง ๆ บางทีเจอเป็น cluster เลย ทั้งบริษัทเลย ตรงนี้ก็ต้องให้เข้าไปดูก่อนเลย”

“ถามว่าครู นักเรียนให้ใหม่ คิดว่ามันก็เป็นส่วนที่ถ้าควบคุมได้มันจะไปไหน มันไม่ใช่ส่วนที่ move ไป move มา ส่วนที่เป็นเมืองหน้าด่านทั้งหมด คนที่ move เข้า move ออก ซึ่งมันมีความจำเป็นของอาชีพเขาอยู่แล้ว อันนั้นก็ต้องให้ คือดูตามนี้ คือเวลาให้ เราอย่าไปดูตามกระแส หยุดอ่าน Facebook บ้างก็ดี ดูแล้วมันก็เป็นความเห็นที่ไม่ค่อยเท่าไร”

“เพราะจริง ๆ ถ้าถามแง่ของการให้วัคซีน มันตรงกับการควบคุมโรคอันที่หนึ่งคือลดพาหะ อันที่สองคือทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ แหล่งเพาะพันธุ์คือมี host อยู่ที่ไหน ถามว่าในกรณีของโควิด host มันคือผับ host คือจุดที่คนมารวมตัวกันแล้วมันลดการใช้หน้ากากลง มีอยู่สองที่เท่านั้นแหละ คือที่ที่เราจะไปคุยกันคือร้านอาหารกับร้านเหล้า ร้านเหล้ามันก็นั่นแหละ เพราะเป็นจุดที่ต้องเปิดหน้าและคุยกัน สังเกตดูทุกครั้งทั้ง 3 wave เกิดจากผับหมด และรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ ส่วนร้านอาหารก็เป็นผลข้างเคียง เพราะว่าเป็น route of infection ถามว่าเสี่ยงไหม ก็คือเสี่ยงที่สุดแล้ว เพราะว่าต้องเปิดหน้าและกินข้าว ถ้ากินข้าวเฉพาะคนในครอบครัวก็ save เพราะว่าแค่ cluster แต่ถ้าเมื่อไหร่ก็ตามที่เปิดหน้าและไปงานประชุมอะไรต่าง ๆ หรือกินร้านอาหารที่เป็นบุฟเฟต์ เปิดหน้า ก็จะเจอ cluster ที่ใหญ่มาก และเอาไม่อยู่”

“ตอนนี้ถ้าเชียงใหม่ควบคุมได้แล้ว อะไรที่เป็นปัจจัยนำเข้าอีก มันก็คือ route ต่าง ๆ ที่เข้า ก็ต้องหาทางไปป้องกัน เราปิดไม่ได้ เราไม่ให้เขาขนส่งสินค้าไม่ได้ เราก็จะอดตาย มันทำยังไงถึงจะ save ก็เป็นประเด็นที่ว่าฉีดวัคซีนในกลุ่มที่จะเป็นพาหะก่อนใหม่ ก็จะช่วยลดการติดเชื้อได้ประมาณ 50% ก็ยิ่งดีกว่าขณะนี้ ที่มีคนติดเชื้อเป็นจำนวนมาก”

“ถ้าคุณมีโอกาสได้ฉีดวัคซีน คุณก็ฉีดเถอะ คุณไม่ต้องไปนั่งรออะไรมา ที่ดี ๆ มันก็มีข้อเสียทั้งนั้น ถ้าเราป้องกันตัวเองได้ดี ออกไปข้างนอกเราใส่ mask เจอคนเยอะ ๆ เราใส่ mask เราหมั่นล้างมือบ่อย ๆ อันนี้ก็เริ่มเป็น normal ของเราแล้ว เวลาไปไหนเราก็ต้องพกเจลล้างมือ เจลแอลกอฮอล์ วันไหนไม่พกออกไปรู้สึกไม่ปลอดภัย”

“จะเข้าสู่เดือนเทศกาล ปอซอ สงกรานต์ ถ้าจะเดินทางเข้ามาประเทศให้แจ้งความประสงค์ก่อนเดินทางกลับ ตอนนี้คนไทยบางส่วนก็ยังไม่อยากกลับประเทศเพราะกำลังรอวัคซีน ถ้าฉีดครบก็คงจะเดินทางกลับประเทศ”

“มีข่าวปลอม ข่าวลือ (fake news) เกี่ยวกับประสิทธิภาพของวัคซีนแต่ละยี่ห้อ ผลข้างเคียง เช่น มีข่าวว่ามีผู้เสียชีวิต หรือมีอาการชา อัมพาต มากกว่า 40 ราย ทำให้ชาวบ้านสับสน กลัว ไม่กล้ามาฉีดวัคซีน”

ข้อเสนอแนะในการบริหารจัดการในภาวะฉุกเฉิน

การบริหารจัดการในภาวะฉุกเฉิน ควรแนวทางที่เป็นมาตรฐาน สามารถบริหารจัดการได้อย่างรวดเร็วทันเวลา และมีประสิทธิภาพ ซึ่งมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ควรมีผู้รับผิดชอบหลักที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการบริหารจัดการในภาวะฉุกเฉินในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19
2. ควรมีการวางแผนการจัดอัตรากำลังบุคลากรสุขภาพและบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการในภาวะฉุกเฉินให้เพียงพอ โดยคำนึงถึงการให้สวัสดิการและค่าตอบแทนให้ครอบคลุมบุคลากรทุกกลุ่ม เช่น เจ้าหน้าที่ สสอ. และ รพ.สต. ตามความเหมาะสม เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจให้แก่บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน
3. ควรมีการวางแผนการจัดซื้อจัดจ้างวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในภาวะฉุกเฉิน เช่น เครื่องตรวจวัดอุณหภูมิ อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล เพื่อให้เพียงพอและได้มาตรฐาน
4. ระบบการจัดซื้อจัดจ้างวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในภาวะฉุกเฉิน ควรมีแนวทางที่บริหารจัดการได้อย่างรวดเร็ว และควรมีการจัดทำข้อมูลการรับรองมาตรฐานและราคาที่สามารถเข้าถึงได้สะดวกและรวดเร็ว
5. ควรมีการดำเนินการจัดหาและจัดอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ และควรมีการบรรจุ อสต. ในโครงสร้างระบบสาธารณสุขของประเทศเช่นเดียวกับ อสม.
6. ควรกำหนดผู้รับผิดชอบหลักในการรวบรวมข้อมูลของผู้ติดเชื้อและกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ มีการรายงานข้อมูลและเชื่อมโยงข้อมูลของพื้นที่ต่าง ๆ ให้เป็นปัจจุบัน โดยใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการบริหารจัดการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในภาวะฉุกเฉิน
7. ควรมีการบูรณาการร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ชายแดน เพื่อเพิ่มความเข้มงวด ฝ้าระวัง ป้องกันการเดินทางเข้าพื้นที่ของบุคคลจากประเทศเพื่อนบ้านไม่ให้มีการลักลอบเดินทางเข้ามาอย่างผิดกฎหมาย ผ่านช่องทางธรรมชาติบริเวณชายแดน ซึ่งหากพบกรณีดังกล่าว ให้ดำเนินการตามระเบียบกฎหมายที่เกี่ยวข้องและมาตรการป้องกันโรคที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดอย่างเข้มงวด

การปลุกฝังจิตสำนึกสาธารณะ

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ข้อคิดเห็นว่า การระบาดของโรคโควิด-19 ทั้งระลอกที่ 1 ระลอกที่ 2 และระลอกที่ 3 เกิดจากประชาชนส่วนหนึ่งขาดความรับผิดชอบต่อสังคม โดยระลอกที่ 1 เริ่มต้นจากประชาชนกลุ่มเสี่ยงไม่กักตัวหลังจากเดินทางกลับจากต่างประเทศ ทำให้เกิดการแพร่ระบาดจากสนามมวย และกระจายไปทั่วประเทศ ส่วนระลอกที่ 2 เริ่มต้นจากการลักลอบเข้าประเทศอย่างผิดกฎหมายทางช่องทางธรรมชาติ สำหรับระลอกที่ 3 เริ่มต้นจากนักท่องเที่ยวกลางคืน ไม่ปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 รวมถึงกลุ่มเสี่ยงที่ไปรับบริการในสถานพยาบาลต่าง ๆ หลายคนไม่ให้ข้อมูลตามความเป็นจริง ทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อไปสู่บุคลากรสุขภาพ นอกจากนี้กลุ่มนักท่องเที่ยวกลางคืนยังมีการรวมกลุ่มกัน มีการสังสรรค์ เลี้ยงฉลองหลังสอบเสร็จหรือสำเร็จการศึกษา โดยมีเพื่อนในกลุ่มที่ปกปิดความเสี่ยงส่งผลให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคไปในวงกว้างและนำเชื้อโรคไปแพร่ให้แก่บุคคลในครอบครัว ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างให้ข้อคิดเห็นว่าควรมีการปลุกฝังจิตสำนึกสาธารณะและความรับผิดชอบต่อสังคมให้กับคนไทยทุกคน เพื่อให้ประเทศรอดพ้นจากภาวะวิกฤติการระบาดของโรคโควิด-19 ได้

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ดังนี้

“มีผีน้อยเดินทางกลับมาจากเกาหลี และหนีจากการกักตัวจากสถานกักกันของรัฐ เข้ามาในหมู่บ้าน...ไม่ยอมทำตามมาตรการ...ไม่รับผิดชอบต่อส่วนรวม”

“...อย่างบางคนไปสนามมวยลุมพินี...กลับมาบ้าน...แล้วไม่ยอมกักตัว ยังใช้ชีวิตปกติ เที่ยว กิน ดื่ม สุดท้ายรู้ว่าติดเชื้อ เอาเชื้อไปติดคนครอบครัว...ที่เกิดเรื่องแบบนี้เพราะว่าขาดความรับผิดชอบต่อ”

“อยู่ที่เจ้าหน้าที่ที่มีอำนาจปฏิบัติ ตอน wave 2 1G1 มันก็จะมีคนหนีเข้าเมืองมาเรื่อย ๆ พอคุณเข้มงวด คุณจับได้ทุกวันเลย ก่อนหน้านี้คุณจับไม่ได้ มันคืออะไร ผมก็เข้าใจนะเนื่องจากว่าพรมแดนมันยาว แต่ที่นี้กฎหมายเรามันลงโทษคนลักลอบพาเข้าเมืองมันน้อย เพราะมันไม่ผูกกัน จริง ๆ มันควรจะผูกกันว่า คุณพาคนต่างด้าวเข้ามาในประเทศ เมื่อก่อนมันไม่เป็นไร เพราะอย่างที่คุณแค่เข้ามาแย่งงาน แต่ตอนนี้คุณพาเชื้อเข้าประเทศ โทษคุณต้องหนักกว่านี้สิ แต่ตอนนี้โทษคุณไม่รุนแรงเลย ไม่เห็นใครโดนอะไรซักอย่างที่คุณพาเข้าเมืองมา เดียวก็ประกันตัว มันควรจะหนักกว่านี้หรือเปล่า กฎหมายมันต้องรุนแรงกว่านี้ ในกรณีที่คุณพาเชื้อเข้ามา คุณตั้งใจพาเข้ามา และความเสียหายที่เกิดขึ้นจากสิ่งที่คุณทำ มันก็เป็นสิทธิ์ที่คนได้ผลกระทบจะฟ้องคุณไหม มันต้องเป็นเรื่องของความรับผิดชอบต่อ คุณทำอะไรก็ต้องรับผิดชอบต่อผลที่เกิดขึ้น”

“...ไปกินเลี้ยงฉลองจบปี 4 ไม่รู้ว่ามิเพื่อนไปเที่ยวกลางคืนในร้านที่มีคนติดเชื้อมา...เพื่อนก็ไม่ยอมบอก สุดท้ายติดไปกันอีกเป็น 10 ถ้าเพื่อนคิดสักนิดว่ามันทำให้คนอื่นเสี่ยงนะ ก็จะไม่เจอเหตุการณ์แบบนี้”

“ขาดความรับผิดชอบต่อ...ถ้าย้อนกลับไปได้เคยเสนอในช่วงเริ่มระบาดของ wave 3 ให้ปิดผับ ปิดร้านอาหารทันที ถ้ายังไม่ปิดก็จะมีคนไปผจญแพร่อีก ตอนที่เจอเชียงใหม่น่าจะเป็น 3rd generation แล้ว ก็คือต่อกันมาเป็น 3rd แล้ว มันถึงเยอะขนาดนี้ ถ้าไม่ปิด มันจะรวมเป็น 4-5 และจะรวมเป็น cluster ซึ่งจะกระจายกันไปไม่รู้เท่าไร เวลาเปิดผับจะมีคนจากทุกพื้นที่เข้ามา แล้วกระจายกลับไปที่บ้าน แล้วก็จะไหลออกมาแบบไม่คาดฝัน”

“...ขาดจิตสำนึก...คนเที่ยวก็เที่ยวตลอดเลยนะ ไม่ว่าจะมิหรือไม่มีก็เที่ยว เที่ยวจนกระทั่งติด เพราะก็ไม่คิดว่าจะมีปัญหาขนาดนั้น”

“...ปลุกฝังจิตสำนึกสาธารณะ ในการปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันการติดเชื้ออย่างเคร่งครัดและต่อเนื่อง ในประชาชนทุกกลุ่ม แม้ว่าจะได้รับวัคซีนครบถ้วน”

ดังนั้นการที่จะช่วยป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคโควิด-19 ได้ดีขึ้น ประชาชนทุกคนต้องมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อสังคม โดยเริ่มต้นปลูกฝังจิตสำนึกสาธารณะในครอบครัว และควรมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องในสถาบันการศึกษา

สรุป ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า การปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติได้ถูกต้อง โดยกลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 90 สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาเมื่อออกจากบ้าน มากกว่าร้อยละ 70 มีแอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือพอใช้ พกแอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือทุกครั้งที่ออกจากบ้าน มีหน้ากากอนามัยพอใช้ เว้นระยะห่างจากบุคคลอื่น 1-2 เมตรตลอดเวลา แต่มีเพียงไม่ถึงครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างที่เว้นระยะห่างจากสมาชิกในครอบครัว 1-2 เมตรตลอดเวลา

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด โดยประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ได้น้อย ได้แก่ การฉีดพ่นยาฆ่าเชื้อในสิ่งแวดล้อมเป็นวิธีการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ที่สำคัญ การให้คนเดินผ่านสเปรย์พ่นยาฆ่าเชื้อช่วยลดการติดเชื้อโรคโควิด-19 ที่สำคัญ และกรณีที่มีมือเปื้อนน้ำมูก น้ำลาย หรือเสมหะ ควรทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจล เพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19

กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง มีทัศนคติทางลบต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 และผู้ถูกกักกันในประเด็นเกี่ยวกับผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ได้รับเชื้อหรือมีโอกาสได้รับเชื้อจากการไปในสถานที่แออัด ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อว่ากลุ่มคนดังกล่าวมีอัตราการติดเชื้อที่สูงกว่าประชาชนทั่วไป และสามารถแพร่เชื้อมาสู่ตนเองได้สูง สำหรับบริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติป้องกันการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 และต่อผู้ถูกกักกันสูงสุดคือ อสม./อสส. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอหรือผู้นำชุมชน รวมถึงมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูง โดยรับรู้ข้อมูลจากสื่อออนไลน์มากที่สุด รองลงมาคือโทรทัศน์ และหนังสือพิมพ์น้อยที่สุด

จากการวิเคราะห์ด้วย SEM ในแบบจำลองการปฏิบัติ พบว่า ปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและผู้ที่ถูกกักกัน ได้แก่ บริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติป้องกันการป้องกันโรคโควิด-19 การรับรู้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 และผลกระทบ และแตกต่างกันในแต่ละจังหวัด เมื่อพิจารณาน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานของโมเดลการวัดการได้รับผลกระทบในภาพรวม พบว่า การระบาดของโรคโควิด-19 มีน้ำหนักของผลกระทบต่อครอบครัว การศึกษา และเศรษฐกิจ มากกว่านโยบายหรือมาตรการของรัฐบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000$) นอกจากนี้พบว่า นโยบายหรือมาตรการของรัฐบาลมีน้ำหนักของผลกระทบต่อปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเอง วัฒนธรรม/ประเพณี/วิถีชีวิตของชุมชน สุขภาพและการป้องกันโรค และจิตใจมากกว่าการระบาดของโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000$) และแตกต่างกันในแต่ละจังหวัด

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากการรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยสรุปข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับผู้บริหารประเทศและการบริหารจัดการในพื้นที่ กรณีที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 สรุปได้ดังนี้

1. **การสื่อสาร** ควรมีความชัดเจน ถูกต้อง สั้น กระชับ ตรงประเด็น ใช้ข้อมูลชุดเดียวกัน (single message) และสื่อสารตรงกัน (one team one message)

2. **การจัดทำฐานข้อมูลชุมชน** การป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชนให้มีประสิทธิภาพ ควรมีการจัดทำฐานข้อมูลชุมชน เพื่อเอื้อให้ผู้นำชุมชนมีฐานข้อมูลของประชาชนในชุมชนโดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง

และข้อมูลการติดต่อของ เกี่ยวกับองค์กรต่าง ๆ ที่ชุมชนสามารถติดต่อขอความช่วยเหลือด้านสาธารณสุข ด้านเศรษฐกิจและทางสังคมในกรณีมีปัญหา

3. การบริหารจัดการในภาวะฉุกเฉิน การเตรียมความพร้อมในการรับมือกับการระบาดของโรคในแต่ ละพื้นที่ ทั้งการคัดกรอง การเฝ้าระวัง การกักกัน การจัดการโรงพยาบาลสนาม และวัคซีน โดยควรมีระบบ และกระบวนการการจัดซื้อจัดจ้างเฉพาะสำหรับกรณีฉุกเฉิน ซึ่งต้องมีความรวดเร็ว ทันเวลา และได้มาตรฐาน

4. การปลูกจิตสำนึกสาธารณะ ควรให้ความสำคัญกับวิถีชุมชน โดยศึกษาวิถีชีวิตปัจจุบันของคนใน แต่ละชุมชน และปรับให้เหมาะสมกับแนวทางการดำเนินชีวิตวิถีใหม่ (new normal) โดยมุ่งเน้นการปลูกฝัง จิตสำนึกสาธารณะ (public mind) ในการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคโควิด-19 เพื่อก่อให้เกิดการ ปฏิบัติที่ถูกต้องอย่างยั่งยืน

ข้อดีและข้อจำกัดในการทำวิจัย

ข้อดี

1. กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้อาศัยอยู่ใน 5 จังหวัด ที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 อย่าง รุนแรงในระลอก 1 โดยกลุ่มตัวอย่างกระจายอยู่ในทุกภาคของประเทศไทย
2. การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการโดยผู้เชี่ยวชาญ ทำให้ข้อมูลที่ได้มีความน่าเชื่อถือ
3. ได้ผลการวิจัยที่ทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจในประเด็นที่ศึกษาอย่างกว้างขวาง สามารถตอบ คำถามการวิจัยได้อย่างชัดเจนและครอบคลุม เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบผสมผสาน มีการ เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ (mixed method study)
4. การศึกษานี้ได้พัฒนาแบบจำลองการทำนายที่เป็นแบบจำลองความสัมพันธ์เชิงโครงสร้าง และ ประยุกต์ใช้สถิติขั้นสูงในการตรวจสอบและวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อจำกัด

1. การเก็บรวบรวมและการวิเคราะห์ข้อมูลใช้ระยะเวลานาน เนื่องจากเป็นกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ และการรวบรวมเชิงคุณภาพต้องพิจารณากลุ่มตัวอย่างตามหลักเกณฑ์ที่เหมาะสม
2. การเลือกกลุ่มตัวอย่างอาจมีอคติ (selection bias) เนื่องจากงานวิจัยครั้งนี้เลือกกลุ่มตัวอย่าง อย่างเฉพาะเจาะจงแบบ 5 จังหวัด จึงไม่สามารถเป็นตัวแทนประชาชนในประเทศไทยได้ แต่ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการ สุ่มอย่างง่ายในการเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา ดังนั้นอาจช่วยลดอคติในการเลือกกลุ่มตัวอย่างลงได้
3. ข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากการศึกษานี้ ส่วนใหญ่เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงที่มีการระบาดของ โรคโควิด-19 ในระลอกที่ 1 ซึ่งอาจไม่สามารถอ้างอิงไปถึงการระบาดในระลอกที่ 2 และ 3 เนื่องจากการ ระบาดของโรคโควิด-19 เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา (dynamic)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการวิเคราะห์เชิงประจักษ์แสดงให้เห็นว่า ภาครัฐต้องให้ความสำคัญกับการสื่อสารที่ แตกต่างกันระหว่าง การสื่อสารเพื่อเปลี่ยนแปลงทัศนคติซึ่งต้องสื่อสารผ่านสื่อออนไลน์ ในขณะที่การสื่อสาร ผ่านสื่อโทรทัศน์จะเป็นการสร้างความตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดขึ้น
2. การกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติที่ดีภายในชุมชนต้องดำเนินการผ่านการจัดการบริบทแวดล้อม ภายในชุมชน โดยเฉพาะการให้ความรู้ผ่านผู้นำชุมชนท้องถิ่น พร้อมกับการส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับ โรคโควิด-19 และผลกระทบที่เกิดขึ้นกับประชาชน

3. การจัดการกับผลกระทบที่เกิดขึ้นควรมีความแตกต่างกันตามลักษณะพื้นที่ โดยพื้นที่ที่มีความเป็นเมืองต้องให้ความสำคัญเรื่องของการจัดการเรียนของบุตรหลานที่มีผลต่อเนื่องถึงผลกระทบทางเศรษฐกิจของครัวเรือน ขณะที่ในพื้นที่ชนบทควรให้ความสำคัญกับเรื่องผลกระทบที่มีต่อวิถีชีวิต วัฒนธรรม และการปฏิสัมพันธ์กันในครัวเรือน

4. นำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการเตรียมความพร้อมในการรับมือสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 ในปัจจุบัน และอนาคต ทั้งด้านกำลังคน งบประมาณ ทรัพยากร และการบริหารจัดการ

5. นำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการกำหนดนโยบายเรื่องการเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบทั้งทางด้านสังคม เศรษฐกิจ และจิตใจ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะวิตกกังวล ความเครียด และภาวะซึมเศร้า รวมถึงการป้องกันไม่ให้เกิดผลกระทบที่รุนแรง ซึ่งนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาความรู้ ทักษะ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชน ในกลุ่มตัวอย่างอื่น ๆ ที่มีโอกาสในการติดเชื้อโรคโควิด-19 สูง เช่น ผู้ปฏิบัติงานในการป้องกันการติดเชื้อ และชุมชนแออัด เป็นต้น

2. ควรศึกษาผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 และผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาล ในกลุ่มตัวอย่างอื่น ๆ ที่มีโอกาสในการติดเชื้อโรคโควิด-19 เช่น ผู้ปฏิบัติงานในการป้องกันการติดเชื้อ และชุมชนแออัด เป็นต้น

3. ควรศึกษาและถอดบทเรียนต้นแบบของการปฏิบัติที่ดี (best practice) ในการป้องกันโรคโควิด-19 ในชุมชนและ/กลุ่มที่หลากหลาย เช่น ชุมชนเมือง ชุมชนชนบท ชุมชนแออัด และพื้นที่ตลาด เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. Worldometer. 2020. COVID-19 coronavirus pandemic. Retrieved from <https://www.worldometers.info/coronavirus/#countries>. Accessed May 31, 2021.
2. World Health Organization [WHO]. 2020. Coronavirus disease (COVID-19) Weekly Epidemiological Update and Weekly Operational Update. Retrieved from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>. Accessed May 31, 2021.
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/situation.php>. สืบค้นเมื่อ 31 พฤษภาคม 2564.
4. Population Council. (2020). Kenya: COVID-19 perceptions, prevention practices, and impact responses from third round of data collection in five Nairobi informal settlements (Kibera, Huruma, Kariobangi, Dandora, and Mathare). Retrieved from: https://knowledgecommons.popcouncil.org/cgi/viewcontent.cgi?article=2042&context=departments_sbsr-pgy. Accessed June 14, 2020.
5. คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. Behavioral Insights ของครัวเรือนไทยภายใต้สถานการณ์ COVID-19 ภายใต้การสนับสนุนของ สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม (สกสว.) และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). 2563. สืบค้นจาก <https://drive.google.com/file/d/1s-tvSan9LHnDWbfb4t8vleqWAJw4ekj/view>. สืบค้นเมื่อ 12 มิถุนายน 2563.
6. นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล. รายงานการวิจัย เรื่อง การศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการปฏิบัติของประชาชนต่อผู้เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ที่ถูกกักกันหรือผู้กักกันตนเอง และผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจจากโรคโควิด-19. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2563.
7. อรรถจักร์ สัตยานุรักษ์, บุญเลิศ วิเศษปรีชา, ประภาส ปิ่นตบแต่ง, สมชาย ปรีชาศิลปกุล, ณัฐพงศ์ จิตรนิรัตน์, ธนิต โตอติเทพย์, และคณะ. คนจนเมืองที่เปลี่ยนไปในสังคมเมืองที่กำลังเปลี่ยนแปลง. 2563. สืบค้นจาก <https://www.isranews.org/article/isranews/download/18017/87576/18.html>. สืบค้นเมื่อ 12 มิถุนายน 2563.
8. Wadood A, Mamun AS, Rafi A, Islam K, Mohd S, Lee LL, Hossain G. Knowledge, attitude, practice and perception regarding COVID-19 among students in Bangladesh: Survey in Rajshahi University. medRxiv. 2020.04.21.20074757.

9. Austrian K, Pinchoff J, Tidwell JB, White C, Abuya T, Kangwana B, et al. COVID-19 related knowledge, attitudes, practices and needs of households in informal settlements in Nairobi, Kenya. Retrieved from: SSRN: <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3576785> 2020. Accessed June 30, 2020.
10. Khalatbari-Soltani S, Cumming RG, Delpierre C, Kelly-Irving M. Importance of collecting data on socioeconomic determinants from the early stage of the COVID-19 outbreak onwards. *J Epidemiol Community Health*. 2020;0:1-4.
11. Rahman A, Sathi NJ. Knowledge, attitude, and preventive practices toward COVID-19 among Bangladeshi internet users. *J Gen Intern Med*. 2020;17(5).
12. Barati M, Bashirian S, Jenabi E, Khazaei S, Karimi-Shahanjarini A, Zareian S, Rezapur-Shahkolai F, Moeini B. 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*. 2020;105(3):430-433.
13. Saqlain M, Munir MM, Rehman SU, Gulzar A, Naz S, Ahmed Z, Tahir AH, Mashhood M. Knowledge, attitude, practice and perceived barriers among healthcare workers regarding COVID-19: a cross-sectional survey from Pakistan. *J Hosp Infect*. 2020;105(3):419-423.
14. A study of the knowledge and perceptions of coronavirus (COVID-19) in South Africa, Kenya, and Nigeria. 2020. Retrieved from: <https://reliefweb.int/report/world/coronavirus-africa-study-knowledge-and-perceptions-coronavirus-covid-19-south-africa>. Accessed June 14, 2020.
15. Signorelli C, Scognamiglio T, Odone A. COVID-19 in Italy: impact of containment measures and prevalence estimates of infection in the general population. *Acta bio-medica: Atenei Parmensis*. 2020;91(3-S):175-9.
16. Qiu Y, Chen X, Shi W. Impacts of social and economic factors on the transmission of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in China. *J Popul Econ*. 2020;33:1127-1172.
17. Haleem A, Javaid M, Vaishya R. Effects of COVID 19 pandemic in daily life. *CMRP*. 2020;10:78-79.
18. Raude J. Determinants of preventive behaviors in response to the COVID-19 pandemic in France: comparing the sociocultural, psychosocial and social cognitive explanations. Retrieved from: <https://doi.org/10.31234/osf.io/4yvk2>. Accessed June 14, 2020.

19. การตีตราทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับ COVID-19. 2563. สืบค้นจาก https://www.who.int/docs/default-source/searo/thailand/covid19-stigma-guide-th-final.pdf?sfvrsn=1eebbcac_0. สืบค้นเมื่อ 17 มิถุนายน 2563.
20. Sintema EJ. Effect of COVID-19 on the performance of grade 12 students: Implications for STEM education. *EURASIA J Math Sci Tech Ed.* 2020;16(7), em1851.
21. Erken H., Hayat R. and Ji K. Coronavirus: the economic impact of COVID-19 on India. 2020. Retrieved from: <https://economics.rabobank.com/publications/2020/march/coronavirus-economic-impact-covid-19-on-india/>. Accessed June 14, 2020.
22. Parker K, Horowitz JM, Brown A. About Half of Lower-income Americans Report Household Job or Wage Loss Due to COVID-19. Social & Demographic Trends Project, Pew Research Center. 2020.
23. Sumner A, Hoy C, Ortiz-Juarez E. Estimates of the impact of COVID-19 on global poverty. *UNU-WIDER.* 2020:800-9.
24. Ho CS, Chee CY, Ho RC. Mental health strategies to combat the psychological impact of COVID-19 beyond paranoia and panic. *Ann Acad Med Singapore.* 2020;49(1):1-3.
25. Hossain MM, Sultana A, Purohit N. Mental health outcomes of quarantine and isolation for infection prevention: A systematic umbrella review of the global evidence. *Epidemiol Health.* 2020.
26. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, Wu J, Du H, Chen T, Li R, Tan H. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA.* 2020;3(3):e203976.
27. Zhang Y, Ma ZF. Impact of the COVID-19 pandemic on mental health and quality of life among local residents in Liaoning Province, China: A cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(7):2381.
28. Choi EP, Hui BP, Wan EY. Depression and anxiety in Hong Kong during COVID-19. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(10):3740.
29. Torales J, O'Higgins M, Castaldelli-Maia JM, Ventriglio A. The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *Int J Soc Psychiatry.* 2020;66(4):317-320.
30. Gao J, Zheng P, Jia Y, Chen H, Mao Y, Chen S, Wang Y, Fu H, Dai J. Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. *Plos One.* 2020;15(4):e0231924.

31. กรมสุขภาพจิต. รายงานผลการคัดกรองความกังวลต่อไวรัสโควิด-19. 2563. สืบค้นจาก <https://www.dmh.go.th/covid19/>. สืบค้นเมื่อ 17 มิถุนายน 2563.
32. Fox D. What you need to know about the Wuhan coronavirus. 2020. Retrieved from: <https://www.nature.com/articles/d41586-020-00209-y>. Accessed Jun 17, 2020.
33. Editorial. "Is the world ready for the Coronavirus?". The New York Times. 2020. Retrieved from: <https://www.nytimes.com/2020/01/29/opinion/coronavirus-outbreak.html>. Accessed January 30, 2020.
34. Hessen, Margaret Trexler. "Novel coronavirus information center: expert guidance and commentary". 2020. Retrieved from: <https://www.elsevier.com/connect/coronavirus-information-center>. Accessed January 31, 2020.
35. BBC News Online. "Coronavirus declared global health emergency".2020. Retrieved from: <https://www.bbc.com/news/world-51318246>. Accessed January 31, 2020.
36. Joseph, Andrew. "WHO declares coronavirus outbreak a global health emergency". 2020. Retrieved from: <https://www.statnews.com/2020/01/30/who-declares-coronavirus-outbreak-a-global-health-emergency/>. Accessed January 30, 2020.
37. Wee, Sui-Lee; McNeil Jr., Donald G.; Hernández, Javier C. "WHO Declares Global Emergency as Wuhan Coronavirus Spreads". 2020. Retrieved from: <https://www.nytimes.com/2020/01/30/health/coronavirus-world-health-organization.html>. Accessed January 30, 2020.
38. Cave E. COVID-19 Super-spreaders: definitional quandaries and implications. 2020 May 16]. *Asian Bioeth Rev.* 2020;1-8.
39. Ge H, Wang X, Yuan X, et al. The epidemiology and clinical information about COVID-19. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 2020;39(6):1011-1019.
40. Liu Y, Gayle AA, Wilder-Smith A, Rocklöv J. The reproductive number of COVID-19 is higher compared to SARS coronavirus. *J Travel Med.* 2020;27(2):taaa021.
41. Zhuang Z, Zhao S, Lin Q, et al. Preliminary estimates of the reproduction number of the coronavirus disease (COVID-19) outbreak in Republic of Korea and Italy by 5 March 2020. *Int J Infect Dis.* 2020;95:308-310.
42. Yuan J, Li M, Lv G, Lu ZK. Monitoring transmissibility and mortality of COVID-19 in Europe. *Int J Infect Dis.* 2020;95:311-315.
43. Alimohamadi Y, Taghdir M, Sepandi M. Estimate of the basic reproduction number for COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *J Prev Med Public Health.* 2020;53(3):151-157.

44. World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) situation report-24. 2020. Retrieved from: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200213-sitrep-24-covid-19.pdf?sfvrsn=9a7406a4_4. Accessed July 16, 2020.
45. พีพีทีวี ออนไลน์. รู้จักคำว่า Super spreader ความเสี่ยงแพร่เชื้อ Covid-19 ไทยถึงขั้นไหน. 2563. สืบค้นจาก <https://www.pptvhd36.com/news/%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B9%80%E0%B8%94%E0%B9%87%E0%B8%99%E0%B8%A3%E0%B9%89%E0%B8%AD%E0%B8%99/120240>. สืบค้นเมื่อ 17 กรกฎาคม 2563.
46. Lin J, Yan K, Zhang J, Cai T, Zheng J. A super-spreader of COVID-19 in Ningbo city in China. *J Infect Public Health*. 2020;13(7):935-937.
47. AL JAZEERA NEWS. 'Patient 31' and South Korea's sudden spike in coronavirus cases. 2020. Retrieved from: <https://www.aljazeera.com/news/2020/03/31-south-korea-sudden-spike-coronavirus-cases-200303065953841.html>. Accessed Jul 17, 2020.
48. Toronto Sun. South Korean super spreader linked to 54 new cases after one night partying. 2020. Retrieved from: <https://torontosun.com/news/world/south-korean-super-spreader-linked-to-54-new-cases-after-one-night-of-partying>. Accessed Jul 17, 2020.
49. สำนักข่าวไทยพีบีเอส. หมอไขคำตอบ! ใครซูเปอร์สเปรดเดอร์ COVID-19?. 2020. สืบค้นจาก <https://news.thaipbs.or.th/content/290174>. สืบค้นเมื่อ 17 กรกฎาคม 2563.
50. Klompas M, Morris CA, Sinclair J, Pearson M, Shenoy ES. Universal Masking in Hospitals in the Covid -19 Era. *N Engl J Med*. 2020; 382(21): e63.
51. Cowling BJ, Ali ST, Ng TWY, et al. Impact assessment of non-pharmaceutical interventions against coronavirus disease 2019 and influenza in Hong Kong: an observational study. *Lancet Public Health*. 2020;5(5):e279-e288.
52. Viner RM, Russell SJ, Croker H, et al. School closure and management practices during coronavirus outbreaks including COVID-19: a rapid systematic review. *Lancet Child Adolesc Health*. 2020;4(5):397-404.
53. Chu DK, Akl EA, Duda S, et al. Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2020;395(10242):1973-87.
54. เทศบาลเมืองคอหงส์. ประชาสัมพันธ์ มาตรการป้องกัน และลดความเสี่ยงในการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) เข้าสู่หมู่บ้าน/ชุมชน. 2563. สืบค้นจาก <http://www.khohongcity.go.th/news/detail/158183>. สืบค้นเมื่อ 17 กรกฎาคม 2563.

55. กชกร สมมั่ง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ของผู้รับบริการงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. วารสารสุขศึกษา. 2557;126:8-21.
56. สัญญา สุปัญญาบุตร. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด A (2009 H1N1) ของประชาชน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2011;18(2):1-1.
57. กลุ่มอุกเขินทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดเตรียมพื้นที่กรณีมีการระบาดวงกว้างของโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 (COVID-19) : โรงพยาบาลสนาม ฉบับวันที่ 13 มีนาคม พ.ศ. 2563. สืบค้นจาก https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/25631223104436AM_g06.pdf. สืบค้นเมื่อ 25 พฤษภาคม 2564.
58. สมชัย ลีลาศิริวงศ์ และรวีรัตน์ ลิขณรังษี. วัคซีนโควิด19 “ความหวังและทางรอดของประชาชนชาวไทย”. สืบค้นจาก <https://www.pram9.com/covid19-vaccine/>. สืบค้นเมื่อ 25 พฤษภาคม 2564.
59. Zhong BL, Luo W, Li HM, Zhang QQ, Liu XG, Li WT, Li Y. 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. J Biol Sci. 2020;16(10):1745-1752.
60. Ahmad N, Ahmad W, Arman R, et al. Community perception survey – COVID 19 knowledge, attitude and practice survey in Kabul, Kunduz and Khost provinces. 2020. Retrieved from: https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/assessments/afg_community_perception_survey_covid-19_final_report_johanniter_20042020.pdf. Accessed June 14, 2020.
61. Sari DK, Amelia R, Dharmajaya R, Sari LM, Fitri NK. Positive correlation between general public knowledge and attitudes regarding COVID-19 outbreak 1 month after first cases reported in Indonesia. J Community Health. 2020:1-8.
62. Abdelhafz AS, Mohammed Z, Ibrahim ME, Alorabi M, Ayyad M, Sultan EA. Knowledge, perceptions, and attitude of egyptians towards the novel coronavirus disease (COVID-19). J Community Health. 2020:1-10.
63. Bavel JJV, Baicker K, Boggio PS, et al. Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. Nat Hum Behav. 2020;4(5):460-471.
64. United Nations Conference on Trade and Development. Global trade impact of coronavirus (COVID-19) epidemic. 2020. Retrieved from: <https://unctad.org/en/PublicationsLibrary/ditcinf2020d1.pdf>. Accessed June 14, 2020.

65. รายงานการประชุมผู้บริหารระดับสูงกระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 11/2563 เมื่อวันที่ 5 สิงหาคม 2563. สืบค้นจาก http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/2.%20Minutes%2011-63%205-8-63%20edit2.pdf. สืบค้นเมื่อ 22 กันยายน 2563.
66. นงลักษณ์ วิรัชชัย. โมเดลลิสม์ : สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย. 2542:311.
67. Grove SK, Burns N, Grey JR. The practice of nursing research: appraisal, synthesis and generation of evidence. 7th Ed. Elsevier Health Sciences. 2012.
68. ประคอง กรรณสูต. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2542.
69. Bloom BS. Learning for mastery. Evaluation comment, 1(2). Center for the study of evaluation of instructional programs, University of California, Los Angeles, USA. 1968;232.
70. Cummins RA, Gullone E. Why we should not use 5-point Likert scales: the case for subjective quality of life measurement. Proceedings, second International Conference on Quality of Life in Cities. 2000;74-93.
71. Oei TP, Sawang S, Goh YW, Mukhtar F. Using the depression anxiety stress scale 21 (DASS-21) across cultures. Int J Psychol. 2013;48(6):1018-29.
72. Polit DF, Beck CT. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. Lippincott Williams & Wilkins. 2008.
73. รัตน์ศิริ ทาโต. การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2561.
74. นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล, นงศ์คราญ วิเศษกุล, ขวัญพนมพร ธรรมไทย, คำพอง คำนนท์, ศรีสกุล สังกำปิง และรุชีลา โตะกิโล. รายงานการวิจัย เรื่อง ปัจจัยทำนายการปฏิบัติของประชาชนไทยต่อผู้ที่เคยติดเชื้อหรือผู้ถูกกักกัน และผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 (ระยะที่ 1). คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2563.
75. ลำปางพบครอบครัวเดียว ติดโควิด 3 คน คาดติดจากลูก หลังเพื่อนต่างชาติมาค้างคอนโด. สืบค้นจาก <https://covid-19.kapook.com/view223713.html>. สืบค้นเมื่อ 10 กันยายน 2563.
76. เปิดใจครอบครัว ปู่ย่าโควิด 19 ร่ำไห้ขอโทษคนไทย ลั่นไม่ตั้งใจปิดประวัติ ตกเป็นจำเลยสังคม. สืบค้นจาก <https://covid-19.kapook.com/view221310.html>. สืบค้นเมื่อ 10 กันยายน 2563.
77. Howard, Jeremy, et al. An evidence review of face masks against COVID-19. Proceedings of the National Academy of Sciences. 2021;118(4):1-12.

78. Wongwassana, Supitchaya. "ปัจจัยผลกระทบทางลบจาก COVID-19 ส่งผลต่อความสุขในการทำงานของพนักงานฝ่ายการโดยสารกรณีศึกษาบริษัท บางกอกโฟลท์เซอร์วิสเซส จำกัด (BFS)." *Rajapark Journal* 15.39 (2021): 15-30.
79. International Labour Organization. COVID-19: Impact on migrant workers and country response in Thailand. 2020. Retrieved from: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---asia/---ro-bangkok/---sro-bangkok/documents/briefingnote/wcms_741920.pdf. Accessed May 15, 2021
80. Stiles, Shelly, David Golightly, and Brendan Ryan. "Impact of COVID-19 on health and safety in the construction sector." *Human Factors and Ergonomics in Manufacturing & Service Industries*. 2020.
81. กลุ่มภารกิจมาตรฐานการกักกัน (QUARANTINE) ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค. แนวทางบริหารจัดการสถานที่กักกันซึ่งทางราชการกำหนด (Quarantine). สืบค้นจาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_quarantine/g_quarantine_state210763n.pdf. สืบค้นเมื่อ 10 กันยายน 2563.
82. Alghamdi, Abdulelah A. "Impact of the COVID-19 pandemic on the social and educational aspects of Saudi university students' lives." *Plos one*. 2021;16.4: e0250026.
83. Rodríguez-Rey, Rocío, Helena Garrido-Hernansaiz, and Silvia Collado. "Psychological impact and associated factors during the initial stage of the coronavirus (COVID-19) pandemic among the general population in Spain." *Frontiers in psychology*. 2020;11: 1540.
84. Saladino, Valeria, Davide Algeri, and Vincenzo Auriemma. "The psychological and social impact of Covid-19: new perspectives of well-being." *Frontiers in psychology* 11. 2020: 2550.
85. "Social Norms". Retrieved from: http://changingminds.org/explanations/theories/social_norms.htm. Accessed May 22, 2021.
86. Savadori, Lucia, and Marco Lauriola. "Risk Perception and Protective Behaviors During the Rise of the COVID-19 Outbreak in Italy." *Frontiers in psychology*. 2020;11.
87. Lee, Minjung, Bee-Ah Kang, and Myoungsoon You. "Knowledge, attitudes, and practices (KAP) toward COVID-19: a cross-sectional study in South Korea." *BMC public health*.2021;21.1: 1-10.
88. Van Nhu, Ha, et al. "Knowledge, attitudes, and practices of the Vietnamese as key factors in controlling COVID-19." *Journal of Community Health*. 2020;45.6: 1263-1269.

89. Barakat, Ayah M., and Zeinab A. Kasemy. "Preventive health behaviours during coronavirus disease 2019 pandemic based on health belief model among Egyptians." *Middle East Current Psychiatry*. 2020;27.1: 1-9.
90. Niessen, Cornelia, Christine Swarowsky, and Markus Leiz. "Age and adaptation to changes in the workplace." *Journal of Managerial Psychology*. 2010.
91. Apisarnthanarak, Anucha, et al. "Impact of anxiety and fear for COVID-19 toward infection control practices among Thai healthcare workers." *Infection Control & Hospital Epidemiology*. 2020;41.9: 1093-1094.
92. Klaiber, Patrick, et al. "The ups and downs of daily life during COVID-19: Age differences in affect, stress, and positive events." *The Journals of Gerontology: Series B*. 2021;76.2: e30-e37.
93. Maji, Chandan. "Impact of Media-Induced Fear on the Control of COVID-19 Outbreak: A Mathematical Study." *International Journal of Differential Equations* 2021. 2021.
94. Melki, Jad, et al. "Media Exposure and Health Behavior during Pandemics: The Mediating Effect of Perceived Knowledge and Fear on Compliance with COVID-19 Prevention Measures." *Health Communication*. 2020: 1-11.
95. Roberts JA, David ME. Improving Predictions of COVID-19 Preventive Behavior: Development of a Sequential Mediation Model. *J Med Internet Res*. 2021;23(3):e23218. Published 2021 Mar 17. doi:10.2196/23218
96. Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York: W.H. Freeman and Company.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม

โครงการวิจัย: ปัจจัยทำนายการปฏิบัติของประชาชนต่อผู้ที่เคยติดเชื้อหรือผู้ถูกกักกัน และผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19

แบบสอบถามนี้มีทั้งหมด 8 ส่วน กรุณาตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง โดยเริ่มตอบจากส่วนที่ 1 จนถึงส่วนที่ 8 ตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 21 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อบริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน จำนวน 21 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน จำนวน 27 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 จำนวน 30 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามทัศนคติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 จำนวน 24 ข้อ

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 จำนวน 48 ข้อ

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามสุขภาพจิตจากการระบาดของโรคโควิด-19 จำนวน 21 ข้อ

คำอธิบาย

ผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หมายถึง ผู้ที่เคยป่วยด้วยโรคโควิด-19 ที่รักษาหายแล้วและแพทย์อนุญาตให้กลับเข้ามาอยู่ในชุมชนของท่าน

ผู้ถูกกักกัน หมายถึง ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดโรคโควิด-19 ที่ถูกกักกันหรือกักกันตนเอง ในชุมชนของท่าน เพื่อสังเกตอาการป่วยด้วยโรคโควิด-19 ซึ่งผู้ที่เข้าข่ายเสี่ยงต่อการติดโรค เช่น กลับจากต่างประเทศหรือมีประวัติใกล้ชิดกับผู้ป่วย แม้ยังไม่มีอาการ แต่ควรถูกกักกันหรือกักกันตนเองตามระยะพักตัวของโรค เพื่อดูอาการเป็นเวลา 14 วัน เพื่อป้องกันการไปแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่นโดยไม่รู้ตัว

ครอบครัว หมายถึง กลุ่มคนตั้งแต่สองคนขึ้นไปที่อาศัยอยู่ร่วมกันในสถานที่เดียวกัน อาจจะมีหรือไม่มี การสืบสายโลหิตหรืออาจจะเลี้ยงดูผู้อื่นโดยการรับมาอุปการะ รวมถึงญาติพี่น้องหรือผู้อื่นมาอาศัยอยู่ด้วยในสถานที่เดียวกัน

ขอขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม
สำหรับคำตอบของท่านจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ และจะใช้เป็นประโยชน์ในการศึกษานี้เท่านั้น

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง: โปรดเติมข้อความในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงในวงเล็บหน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริง

1. จังหวัดที่พักอาศัย () กรุงเทพฯ () ชลบุรี () เชียงใหม่ () นครราชสีมา () ยะลา
 2. ปัจจุบันท่านอายุ ปี.....เดือน
 3. เพศ () ชาย () หญิง
 4. อาชีพ
 - () เกษตรกร () รับจ้าง () ค้าขาย/ธุรกิจ () รัฐบาล
 - () รัฐวิสาหกิจ () พนักงานบริษัท () นักเรียน / นักศึกษา () อื่น ๆ ระบุ
 - () ไม่ได้ประกอบอาชีพ ระบุ (ว่างงาน / แม่บ้าน / ผู้สูงอายุ)
 5. ระดับการศึกษาสูงสุด
 - () ประถมศึกษา () มัธยมศึกษา () ประกาศนียบัตร /อนุปริญญา
 - ()ปริญญาตรี หรือ เทียบเท่า () สูงกว่าปริญญาตรี ระบุ.....
 6. ศาสนา
 - () พุทธ () อิสลาม () คริสต์ () อื่น ๆ ระบุ.....
 7. จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน.....คน
 - 7.1 อายุไม่เกิน 1 ปี..... คน
 - 7.2 อายุ 60 ปีขึ้นไป.....คน
 - 7.3 จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันที่มีโรคประจำตัวซึ่งได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์.....คน
 - () ไม่มีโรคประจำตัว.....คน () มีโรคประจำตัว.....คน
- สมาชิกคนที่ 1 เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ
- | | |
|-------------------------------|---|
| () เบาหวาน.....คน | () ความดันโลหิตสูง.....คน |
| () ไขมันในเลือดสูง.....คน | () โรคหัวใจ.....คน |
| () โรคไต.....คน | () โรคปอด (หอบหืด ถุงลมโป่งพอง).....คน |
| () ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน.....คน | () โรคมะเร็ง.....คน |
| () โรคหลอดเลือดสมอง.....คน | () อื่น ๆ ระบุ..... |
| () ไม่ทราบ.....คน | |
- สมาชิกคนที่ 2 เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ
- | | |
|-------------------------------|---|
| () เบาหวาน.....คน | () ความดันโลหิตสูง.....คน |
| () ไขมันในเลือดสูง.....คน | () โรคหัวใจ.....คน |
| () โรคไต.....คน | () โรคปอด (หอบหืด ถุงลมโป่งพอง).....คน |
| () ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน.....คน | () โรคมะเร็ง.....คน |
| () โรคหลอดเลือดสมอง.....คน | () อื่น ๆ ระบุ..... |
| () ไม่ทราบ.....คน | |
- สมาชิกคนที่ 3 เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ
- | | |
|----------------------------|---|
| () เบาหวาน.....คน | () ความดันโลหิตสูง.....คน |
| () ไขมันในเลือดสูง.....คน | () โรคหัวใจ.....คน |
| () โรคไต.....คน | () โรคปอด (หอบหืด ถุงลมโป่งพอง).....คน |

- () ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน.....คน () โรคมะเร็ง.....คน
 () โรคหลอดเลือดสมอง.....คน () อื่น ๆ ระบุ.....
 () ไม่ทราบ.....คน
 กรณีที่มีสมาชิกในครอบครัวมีโรคประจำตัวมากกว่า 3 คน ให้ระบุเพิ่มเติม.....

8. บ้านท่านมีพื้นที่เพียงพอสำหรับการเว้นระยะห่างทางสังคมหรือไม่ (พื้นที่ 4 ตารางเมตรต่อคน)
 () ไม่เพียงพอ () เพียงพอ
9. เมื่อเปรียบเทียบกับครอบครัวอื่นในชุมชนของท่าน ท่านคิดว่าฐานะทางครอบครัวท่านเป็นอย่างไร
 () รวย () ปานกลาง () จน () ไม่มีรายได้
10. สมาชิกในครอบครัวที่ได้รับเงินเยียวยาจากรัฐบาลเนื่องจากสถานการณ์โควิด-19 หรือไม่
 () ไม่ได้รับ () ได้รับ () ระบุคน () ไม่ทราบ
11. ในหมู่บ้านท่านมีผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือไม่
 () ไม่มี () มี () ระบุคน () ไม่ทราบ
12. ในหมู่บ้านท่านมีผู้ที่ถูกกักตัว หรือผู้ที่กักกันตนเองเพื่อสังเกตอาการของโรคโควิด-19 หรือไม่
 () ไม่มี () มี () ระบุคน () ไม่ทราบ
13. ในครอบครัวท่านมีผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือไม่
 () ไม่มี () มี () ระบุคน
14. ในครอบครัวท่านมีผู้ที่ถูกกักตัว หรือผู้ที่กักกันตนเองเพื่อสังเกตอาการของโรคโควิด-19 หรือไม่
 () ไม่มี () มี () ระบุคน
15. ท่านมีแอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือพอใช้หรือไม่
 () ไม่เพียงพอ () เพียงพอ
16. ท่านพกแอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือติดตัวทุกครั้งที่ออกจากบ้าน
 () ไม่ใช่ () ใช่
17. ท่านมีหน้ากากอนามัยพอใช้หรือไม่
 () ไม่เพียงพอ () เพียงพอ
18. ท่านสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาเมื่อออกนอกบ้าน
 () ไม่ใช่ () ใช่
19. ท่านเว้นระยะห่างจากสมาชิกในครอบครัวอย่างน้อย 1-2 เมตร ตลอดเวลา () ไม่ใช่ () ใช่
20. ท่านเว้นระยะห่างจากบุคคลอื่นทุกคนอย่างน้อย 1-2 เมตร ตลอดเวลา () ไม่ใช่ () ใช่
21. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 จากแหล่งใดมากที่สุด (ตอบได้เพียง 1 ข้อเท่านั้น)
 () หนังสือพิมพ์
 () สื่อโทรทัศน์
 () สื่อวิทยุ
 () สื่อออนไลน์ เช่น ไลน์ เฟซบุ๊ก ยูทูป และเว็บไซต์
 () ไปสเตอร์ให้ความรู้
 () บุคลากรสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล
 () อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)/ อาสาสมัครกรุงเทพมหานคร (อสส.)

- () ผู้นำชุมชน เช่น นายกเทศมนตรี กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน
- () ผู้นำทางศาสนา เช่น พระสงฆ์ บาทหลวง จุฬาราชมนตรี โต๊ะอิหม่าม
- () สมาชิกในครอบครัว
- () เพื่อนบ้าน
- () เพื่อนร่วมงาน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อบริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชน
ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ท่านเห็นว่าตรงกับความเป็นจริง

- เห็นด้วยอย่างยิ่ง (4) หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นมีผลในการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19
ของท่านต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกันมากที่สุด
- เห็นด้วย (3) หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นมีผลในการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19
ของท่านต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกันมาก
- ไม่เห็นด้วย (2) หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นมีผลในการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19
ของท่านต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกันน้อย
- ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่มีผลในการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19
ของท่านต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน

ข้อ	ข้อความ	มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของท่าน							
		ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19				ต่อผู้ถูกกักกัน			
		4	3	2	1	4	3	2	1
1.	บุคคลในครอบครัวของท่าน								
2.	เพื่อน/เพื่อนบ้านของท่าน								
3.	เครือข่ายทางสังคมออนไลน์ เช่น Facebook, line group								
4.	นายกเทศมนตรี/นายกองค์การบริหารส่วนตำบล								
5.	กำนัน								
6.	ผู้ใหญ่บ้าน								
7.	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัด/คณะกรรมการโรคติดต่อ จังหวัด								
8.	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ/ตำบล/เทศบาล								
9.	อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.)								
10.	ครูประจำโรงเรียนในชุมชน								
11.	ผู้นำทางศาสนา เช่น พระสงฆ์ บาทหลวง จุฬาราชมนตรี โต๊ะอิหม่าม								
12.	วัฒนธรรมการกินอาหารร่วมกัน								
13.	วัฒนธรรมการอยู่ร่วมกันในครอบครัว								
14.	วัฒนธรรมการอยู่ร่วมกันในชุมชน								

ปัจจัยทำนายการปฏิบัติต่อผู้เคยติดเชื้อหรือผู้ถูกกักกันโรคโควิด-19 และผลกระทบ

ข้อ	ข้อความ	มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของท่าน							
		ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19				ต่อผู้ถูกกักกัน			
		4	3	2	1	4	3	2	1
15.	พิธีกรรมทางศาสนา								
16.	กฎระเบียบข้อบังคับของชุมชน								
17.	มาตรการการจัดการการเว้นระยะห่างทางสังคม								
18.	มาตรการการงดออกจากบ้านหลังเวลา 24.00 น.								
19.	มาตรการงดกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน เช่น ประเพณี สงกรานต์ การทำบุญวันสำคัญทางศาสนา								
20.	มาตรการการสั่งปิดสถานศึกษา								
21.	การผ่อนปรนมาตรการควบคุมของรัฐบาล								

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ท่านเห็นว่าตรงกับความเป็นจริง

- | | | |
|----------------------|---------|---|
| ปฏิบัติทุกครั้ง (4) | หมายถึง | ข้อความในประโยคนั้นได้มีการปฏิบัติเป็นประจำทุกครั้ง |
| ปฏิบัติบ่อยครั้ง (3) | หมายถึง | ข้อความในประโยคนั้นได้มีการปฏิบัติเกือบทุกครั้ง |
| ปฏิบัติบางครั้ง (2) | หมายถึง | ข้อความในประโยคนั้นได้มีการปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง |
| ไม่ปฏิบัติ (1) | หมายถึง | ข้อความในประโยคนั้นไม่มีการปฏิบัติ |

ข้อ	กิจกรรม	การปฏิบัติของท่าน							
		ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19				ต่อผู้ถูกกักกัน			
		4	3	2	1	4	3	2	1
1.	ท่านไม่พูดคุยกับคนเหล่านี้								
2.	ท่านพูดคุยกับคนเหล่านี้ แต่เว้นระยะห่างอย่างน้อย 1-2 เมตร								
3.	ท่านสวมหน้ากากอนามัยเมื่อพูดคุยกับคนเหล่านี้								
4.	ท่านล้างมือหรือทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจล หลังพูดคุยกับคนเหล่านี้ทุกครั้ง								
5.	ท่านไม่รับประทานอาหารร่วมกับคนเหล่านี้								
6.	ท่านรับประทานอาหารร่วมกับคนเหล่านี้ แต่เว้นระยะห่างอย่างน้อย 1-2 เมตร								
7.	ท่านไม่ใช้งาน ชาม ช้อน ส้อม แก้วน้ำ ร่วมกับคนเหล่านี้								
8.	ท่านล้างมือหรือทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจล ก่อนรับประทานอาหารร่วมกับคนเหล่านี้								
9.	ท่านล้างมือหรือทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจล หลังรับประทานอาหารร่วมกับคนเหล่านี้								

ปัจจัยทำนายการปฏิบัติต่อผู้เคยติดเชื้อหรือผู้ถูกกักกันโรคโควิด-19 และผลกระทบ

ข้อ	กิจกรรม	การปฏิบัติของท่าน							
		ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19				ต่อผู้ถูกกักกัน			
		4	3	2	1	4	3	2	1
10.	ท่านไม่ใช้โต๊ะ เก้าอี้ และเครื่องใช้อื่น ๆ ภายในชุมชน/ ภายในบ้านร่วมกับคนเหล่านี้								
11.	ท่านไม่ใช้ห้องน้ำร่วมกับคนเหล่านี้								
12.	ท่านไม่สัมผัสสร้างกายคนเหล่านี้								
13.	ท่านต่อต้านการให้คนเหล่านี้เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน								
14.	ท่านไม่เข้าร่วมกิจกรรมใด ๆ ที่คนเหล่านี้ เข้าร่วม กิจกรรม								
15.	ท่านห้ามคนในครอบครัวไปเยี่ยมเยียนคนเหล่านี้								
16.	ท่านห้ามบุตรหลานไปเล่นกับเด็กหรือสมาชิกใน ครอบครัวคนเหล่านี้								
17.	ท่านมีส่วนร่วมในการคัดกรองโรคโควิด-19 ในคนเหล่านี้								
18.	ท่านสนับสนุนให้แยกคนเหล่านี้ โดยให้อยู่แยกห้อง/แยก บ้านกับผู้อื่น								
19.	ท่านมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ติดตามอาการของคน เหล่านี้								
20.	ท่านมีส่วนร่วมในการสอดส่องดูแลคนเหล่านี้ในระหว่าง ที่มีการเฝ้าระวังโรคโควิด-19 จนครบ 14 วัน								
21.	ท่านมีส่วนร่วมในการรายงาน/แจ้งข้อมูลความผิดปกติที่ อาจเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด-19 แก่ อสม. หรือผู้นำ ชุมชน								
22.	ท่านสนับสนุนให้ชุมชนท่านฉีดพ่นยาฆ่าเชื้อในสิ่งแวดล้อม ต่าง ๆ ในชุมชน ที่มีคนเหล่านี้อาศัยอยู่ เช่น วัด ตลาด								
23.	ท่านสนับสนุนให้ชุมชนท่านฉีดพ่นยาฆ่าเชื้อในสิ่งแวดล้อม ที่บ้านของคนเหล่านี้								
24.	ท่านให้อาหาร สิ่งของ เครื่องใช้ หรือเงินช่วยเหลือแก่ คนเหล่านี้								
25.	ท่านแนะนำวิธีป้องกันการติดเชื้อ/การแพร่เชื้อโรคโควิด- 19 ให้คนเหล่านี้								
26.	ท่านปลอบใจพูดคุยให้กำลังใจคนเหล่านี้ทางโทรศัพท์								
27.	ท่านพบปะคนเหล่านี้เพื่อปลอบใจพูดคุยให้กำลังใจ โดยรักษาระยะห่างอย่างน้อย 1-2 เมตร								

ส่วนที่ 4 แบบวัดความรู้ เรื่อง การแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด-19

คำชี้แจง: โปรดตอบคำถามทุกข้อต่อไปนี้ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ท่านเห็นว่าตรงกับความเป็นจริง

ข้อ	กิจกรรม	ใช่	ไม่ใช่
1.	โรคโควิด-19 มีการแพร่กระจายจากคนสู่คนเท่านั้น		
2.	โดยเฉลี่ยผู้ป่วยโรคโควิด-19 1 ราย สามารถแพร่กระจายเชื้อไปสู่บุคคลอื่นได้ 10 ราย		
3.	วิธีทางหลักในการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด-19 คือ ละอองฝอยจากการไอจาม		
4.	ผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 ไม่สามารถรักษาให้หายได้		
5.	ผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 จะไม่สามารถติดเชื้อโรคนี้ได้อีก		
6.	ผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 สามารถแพร่เชื้อให้ผู้อื่นได้ตลอดชีวิต		
7.	ผู้ถูกกักกันเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด-19 อาจมีเชื้อโรคโควิด-19 ในร่างกาย และสามารถแพร่เชื้อสู่ผู้อื่นได้		
8.	เมื่อไอ จาม ให้ใช้ข้อพับบริเวณข้อศอกและต้นแขนด้านในปิดปากและจมูก ช่วยป้องกันการแพร่กระจายของโรคโควิด-19		
9.	การใช้หน้ากากอนามัยอันเดิมมากกว่า 1 วัน ยังมีประสิทธิภาพในการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19		
10.	การสัมผัสหน้ากากอนามัยด้านนอก ไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19		
11.	การล้างมือด้วยน้ำเปล่าสามารถป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ได้		
12.	การล้างมือด้วยน้ำกับสบู่หรือน้ำกับน้ำยาฆ่าเชื้อ ใช้เวลาอย่างน้อย 20 วินาที		
13.	กรณีที่มีมือเปื้อนน้ำมูก น้ำลาย หรือเสมหะ ควรทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจล เพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19		
14.	การรับประทานอาหารร่วมกับผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 และผลการตรวจเชื้อโรคโควิด-19 เป็นลบ โดยเว้นระยะห่างอย่างน้อย 1-2 เมตร มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 น้อย		
15.	การรับประทานอาหารร่วมกับผู้ถูกกักกันเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ไม่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19		
16.	การใช้โต๊ะ เก้าอี้ และเครื่องใช้อื่น ๆ ภายในชุมชน/ภายในบ้านร่วมกับผู้ถูกกักกันเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด-19 มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19		
17.	การใช้ห้องน้ำร่วมกับผู้ถูกกักกันเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด-19 มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19		
18.	การสัมผัสร่างกายผู้ถูกกักกันเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ไม่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19		
19.	การเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้ถูกกักกันเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ไม่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19		
20.	การเว้นระยะห่างระหว่างตัวท่านกับผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 1-2 เมตร ช่วยลดความเสี่ยงของการติดเชื้อโรคโควิด-19		

ปัจจัยทำนายการปฏิบัติต่อผู้เคยติดเชื้อหรือผู้ถูกกักกันโรคโควิด-19 และผลกระทบ

ข้อ	กิจกรรม	ใช่	ไม่ใช่
21.	การเว้นระยะห่างระหว่างตัวท่านกับผู้ถูกกักกันเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ไม่มีความจำเป็น		
22.	การเดินทางโดยใช้ระบบขนส่งสาธารณะ เพิ่มความเสี่ยงของการติดเชื้อโรคโควิด-19		
23.	การประกอบพิธีกรรมทางศาสนาไม่จำเป็นต้องเว้นระยะห่างทางสังคม เพราะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 ต่ำ		
24.	การปฏิบัติที่มีประสิทธิผลสูงสุดในการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 คือ การเว้นระยะห่างทางสังคม		
25.	การฉีดพ่นยาฆ่าเชื้อในสิ่งแวดล้อมเป็นวิธีการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ที่สำคัญ		
26.	การให้คนเดินผ่านสเปรย์พ่นยาฆ่าเชื้อช่วยลดการติดเชื้อโรคโควิด-19 ที่สำคัญ		
27.	การยื่นตากแดด สามารถฆ่าเชื้อโรคโควิด-19 ได้		
28.	การต้มเหล้า/แอลกอฮอล์สามารถฆ่าเชื้อโรคโควิด-19 ได้		
29.	ฟ้าทะลายโจรสามารถใช้รักษาโรคโควิด-19 ได้		
30.	การได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่สามารถป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ได้		

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามทัศนคติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน

คำชี้แจง โปรดใส่ตัวเลข 1-10 ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ลงในช่องที่กำหนดให้

การให้คะแนนทัศนคติ แบ่งเป็น 10 ระดับ โดย

1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 10 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ข้อ	กิจกรรม	ทัศนคติของท่าน	
		ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19	ต่อผู้ถูกกักกัน
		คะแนน 1-10	คะแนน 1-10
1.	ท่านคิดว่าคนเหล่านี้ได้รับเชื้อหรือมีโอกาสได้รับเชื้อจากการไปในสถานที่สาธารณะ เช่น สนามมวย บ่อนไก่ สถานบันเทิง และการมีวสุมดื่มสุราหรือเสพสารเสพติด		
2.	ท่านคิดว่าคนเหล่านี้ได้รับเชื้อหรือมีโอกาสได้รับเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์หรือการหลับนอนกับผู้ติดเชื้อหรือกลุ่มเสี่ยง		
3.	ท่านคิดว่าคนเหล่านี้ได้รับเชื้อหรือมีโอกาสได้รับเชื้อจากการประกอบอาชีพ เช่น ขับรถแท็กซี่ โกดทัวร์ ให้บริการนวด และบุคลากรการแพทย์		
4.	ท่านคิดว่าคนเหล่านี้เป็นบุคคลที่น่าเชื่อถือมาแพร่ให้คนในครอบครัวหรือชุมชน		
5.	ท่านคิดว่าไม่ควรอยู่ใกล้ชิดกับคนเหล่านี้ เพราะจะทำให้ติดเชื้อได้		
6.	ท่านคิดว่าคนเหล่านี้ทำให้คนในครอบครัวถูกเพื่อนบ้านรังเกียจ		

ข้อ	กิจกรรม	ทัศนคติของท่าน	
		ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อ โรคโควิด-19	ต่อผู้ถูกกักกัน
		คะแนน 1-10	คะแนน 1-10
7.	ท่านคิดว่าคนเหล่านี้ทำให้คนในชุมชน/หมู่บ้านถูกรังเกียจ		
8.	ท่านคิดว่าคนเหล่านี้ทำให้การจัดกิจกรรมร่วมกันของชุมชนลดลง		
9.	ท่านคิดว่าคนเหล่านี้ทำให้คนถูกเลิกจ้าง หรือพักงาน		
10.	ท่านคิดว่าคนเหล่านี้ทำให้ผู้อื่นมีความยุ่งยากในการดำเนินชีวิตประจำวัน		
11.	ท่านคิดว่าคนเหล่านี้ทำให้ขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุขที่จะไปดูแลผู้ป่วยโรคอื่น		
12.	ท่านคิดว่าคนเหล่านี้ทำให้เศรษฐกิจของประเทศชาติเสียหาย		
13.	ท่านคิดว่าคนในชุมชนไม่ควรตีตราบุคคลเหล่านี้ แต่ควรช่วยลดการตีตรา		
14.	ท่านคิดว่าคนเหล่านี้เป็นบุคคลที่สมาชิกในครอบครัวต้องดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผ่านภาวะวิกฤติของชีวิตไปได้		
15.	ท่านคิดว่าคนเหล่านี้เป็นบุคคลที่คนในชุมชนต้องดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผ่านภาวะวิกฤติของชีวิตไปได้		

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

- เห็นด้วยอย่างยิ่ง (4) หมายถึง ท่านมีการรับรู้ข้อความในประโยคนั้นมากที่สุด
 เห็นด้วย (3) หมายถึง ท่านมีการรับรู้ข้อความในประโยคนั้นมาก
 ไม่เห็นด้วย (2) หมายถึง ท่านมีการรับรู้ข้อความในประโยคนั้นน้อย
 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) หมายถึง ท่านไม่มีการรับรู้ข้อความในประโยคนั้น

ข้อ	ข้อความ	ระดับการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร			
		4	3	2	1
ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19					
1.	การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เช่น จำนวนผู้ติดเชื้อ จำนวนผู้ป่วย				
2.	วิธีการติดต่อโรคโควิด-19				
3.	อาการและอาการแสดงของโรคโควิด-19				
4.	วิธีการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19				
5.	วิธีการรักษาโรคโควิด-19				
6.	วิธีการคัดกรองโรคโควิด-19				
7.	วิธีการเฝ้าระวังโรคโควิด-19				
8.	โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคโควิด-19				

ปัจจัยทำนายการปฏิบัติต่อผู้เคยติดเชื้อหรือผู้ถูกกักกันโรคโควิด-19 และผลกระทบ

ข้อ	ข้อความ	ระดับการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร			
		4	3	2	1
9.	ความรุนแรงของโรคโควิด-19				
10.	ประโยชน์ของการป้องกันโรคโควิด-19				
11.	อุปสรรคในการป้องกันโรคโควิด-19				
12.	สิ่งสนับสนุนการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19				
แหล่งของข้อมูลข่าวสารที่ท่านรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19					
13.	หนังสือพิมพ์				
14.	โทรทัศน์				
15.	วิทยุ				
16.	สื่อออนไลน์ เช่น ไลน์ เฟซบุ๊ก ยูทูป และเว็บไซต์				
17.	โปสเตอร์ให้ความรู้				
18.	บุคลากรสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล				
19.	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)/ อาสาสมัครกรุงเทพมหานคร (อสส.)				
20.	ผู้นำชุมชน เช่น นายกเทศมนตรี กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน				
21.	ผู้นำทางศาสนา เช่น พระสงฆ์ บาทหลวง จุฬาราชมนตรี โต๊ะอิหม่าม				
22.	สมาชิกในครอบครัว				
23.	เพื่อนบ้าน				
24.	เพื่อนร่วมงาน				

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

มาก (4)	หมายถึง	มีผลกระทบอย่างมาก
ปานกลาง (3)	หมายถึง	มีผลกระทบปานกลาง
น้อย (2)	หมายถึง	มีผลกระทบน้อย
ไม่กระทบ (1)	หมายถึง	ไม่มีผลกระทบ

ข้อ	ข้อความ	ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19				ผลกระทบจากนโยบาย/มาตรการของรัฐบาล			
		ระดับผลกระทบ				ระดับผลกระทบ			
		4	3	2	1	4	3	2	1
ผลกระทบด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเอง									
1.	การออกกำลังกายนอกบ้าน								
2.	การรับประทานอาหารนอกบ้าน								
3.	การไปร้านเสริมสวย สระผม ทำผม								
4.	การไปช้อปปิ้งหรือไปเดินเล่นในห้างสรรพสินค้า								

ข้อ	ข้อความ	ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19				ผลกระทบจากนโยบาย/มาตรการของรัฐบาล			
		ระดับผลกระทบ				ระดับผลกระทบ			
		4	3	2	1	4	3	2	1
5.	การไปซื้อของใช้ การจ่ายตลาด								
6.	การดูหนัง ฟังเพลงนอกบ้าน								
7.	การสังสรรค์กับเพื่อนนอกบ้าน								
8.	การพบปะเพื่อนสนิท								
9.	การพบปะแฟน/คูรััก								
10.	การใช้บริการธนาคาร								
11.	การเดินทางไปต่างจังหวัด								
12.	การเดินทางไปต่างประเทศ								
ผลกระทบต่อครอบครัว									
13.	การทะเลาะกับแฟน/คูรััก								
14.	การเลิก/หย่าร้างกับแฟน/คูรััก								
15.	การช่วยลดการมีเพศสัมพันธ์/การตั้งครรรภ์ในวัยรุ่น								
16.	การไม่กล้านอนกับแฟน/คูรััก สามี/ภรรยา								
17.	สัมพันธ์ภาพของสมาชิกในครอบครัวลดลง								
18.	สัมพันธ์ภาพของคนในชุมชนลดลง								
19.	การขาดผู้ดูแลเด็กก่อน เด็กเล็ก								
20.	การขาดผู้ดูแลผู้สูงอายุ								
21.	การขาดผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง								
ผลกระทบด้านวัฒนธรรม/ประเพณี/วิถีชีวิตของชุมชน									
22.	การประกอบพิธีกรรมทางศาสนา								
23.	การสืบสานขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม								
24.	การช่วยเหลือเกื้อกูลกันในสังคมลดลง								
25.	การติดตามตรวจสอบการกักตัวของกลุ่มเสี่ยงในชุมชน								
26.	การติดตามตรวจสอบการกักตัวของผู้เดินทางจากพื้นที่อื่น								
ผลกระทบด้านการศึกษาของตนเอง และ/หรือบุตรหลาน									
27.	นักเรียน/นักศึกษาสำเร็จการศึกษาช้าลง								
28.	นักเรียน/นักศึกษาไม่สามารถไปเรียนกวดวิชาได้								
29.	นักเรียน/นักศึกษาไม่มีคอมพิวเตอร์ โน้ตบุ๊ก แท็บเล็ต สำหรับการเรียน/การสอบออนไลน์								

ข้อ	ข้อความ	ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19				ผลกระทบจากนโยบาย/มาตรการของรัฐบาล			
		ระดับผลกระทบ				ระดับผลกระทบ			
		4	3	2	1	4	3	2	1
30.	นักเรียน/นักศึกษาไม่มีอินเทอร์เน็ต สำหรับการเรียน/การสอบออนไลน์								
31.	นักเรียน/นักศึกษาไม่มีทักษะในการเรียน/การสอบออนไลน์								
32.	นักเรียน/นักศึกษาไม่มีผู้ให้ความช่วยเหลือช่วยแก้ปัญหาในการเรียน/การสอบออนไลน์								
ผลกระทบด้านสุขภาพและการป้องกันโรค									
33.	การเข้ารับบริการทางการแพทย์ กรณีเจ็บป่วย								
34.	การขาดแคลนหน้ากากอนามัย								
35.	การขาดแคลนแอลกอฮอล์เจล								
ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ									
36.	ถูกหยุดงาน พักงานชั่วคราว								
37.	ถูกเลิกจ้าง ตกงาน								
38.	ไม่มีรายได้								
39.	รายได้ลดลง								
40.	รายได้ไม่พอใช้								
41.	ค่าใช้จ่ายจากการเรียน/ทำงานที่บ้านเพิ่มขึ้น เช่น ค่าไฟฟ้าและค่าอินเทอร์เน็ต								
42.	รายได้เพิ่มขึ้นจากการให้บริการส่งอาหารและเครื่องดื่ม								
43.	รายได้เพิ่มขึ้นจากการขายของออนไลน์								
ผลกระทบด้านจิตใจ									
44.	วิตกกังวลว่าจะถูกเลิกจ้าง								
45.	วิตกกังวลว่าจะหางานทำไม่ได้เมื่อสถานการณ์ดีขึ้น								
46.	ความเครียดจากการเลิกจ้าง ตกงาน ไม่มีงานทำ								
47.	ความเครียดจากการหยุดงานชั่วคราว พักงาน								
48.	ภาวะซึมเศร้าจากการไม่ได้พบปะผู้คน								
ผลกระทบอื่น ๆ โปรดระบุ									

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามสุขภาพจิตจากการระบาดของโรคโควิด-19

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา ทั้งนี้ ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือคำตอบที่ผิด

- | | | |
|---|---------|---|
| 3 | หมายถึง | ตรงกับข้าพเจ้ามาก หรือเกิดขึ้นบ่อยที่สุด |
| 2 | หมายถึง | ตรงกับข้าพเจ้า หรือเกิดขึ้นบ่อย |
| 1 | หมายถึง | ตรงกับข้าพเจ้าบ้าง หรือเกิดขึ้นเป็นบางครั้ง |
| 0 | หมายถึง | ไม่ตรงกับข้าพเจ้าเลย |

ข้อ	ข้อความ	ตรงกับความรู้สึกของท่าน			
		3	2	1	0
1	ข้าพเจ้ารู้สึกว่ายากที่จะผ่อนคลาย				
2	ข้าพเจ้าทราบว่าข้าพเจ้ามีอาการปากแห้ง				
3	ข้าพเจ้ารู้สึกไม่ดีขึ้นเลย				
4	ข้าพเจ้ามีอาการหายใจลำบาก (เช่น มีอาการหายใจเร็วขึ้น ผิดปกติ มีอาการหายใจไม่ออกแม้ว่าจะไม่ได้ออกกำลังกาย)				
5	ข้าพเจ้ารู้สึกทำกิจกรรมด้วยตนเองค่อนข้างลำบาก				
6	ข้าพเจ้าเริ่มมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งต่าง ๆ มากเกินไป				
7	ข้าพเจ้ามีอาการสั่น (เช่น ที่มือทั้งสองข้าง)				
8	ข้าพเจ้ารู้สึกว่าข้าพเจ้าวิตกกังวลมาก				
9	ข้าพเจ้ารู้สึกกังวลกับเหตุการณ์ที่อาจทำให้ข้าพเจ้ารู้สึกตื่นกลัว และกระทำการใดโดยมิได้คิด				
10	ข้าพเจ้ารู้สึกว่าข้าพเจ้าไม่มีเป้าหมาย				
11	ข้าพเจ้าเริ่มรู้สึกว่าข้าพเจ้ามีอาการกระวนกระวายใจ				
12	ข้าพเจ้ารู้สึกไม่ผ่อนคลาย				
13	ข้าพเจ้ารู้สึกจิตใจเหงาหงอยและเศร้าซึม				
14	ข้าพเจ้าทนไม่ได้กับภาวะใดก็ตามที่ทำให้ข้าพเจ้าไม่สามารถทำอะไรต่อจากที่ข้าพเจ้ากำลังกระทำอยู่				
15	ข้าพเจ้ารู้สึกว่าข้าพเจ้ามีอาการคล้ายกับอาการหวั่นวิตก				
16	ข้าพเจ้าไม่รู้สึกกระตือรือร้นต่อสิ่งใด				
17	ข้าพเจ้ารู้สึกเป็นคนไม่มีคุณค่า				
18	ข้าพเจ้ารู้สึกว่าข้าพเจ้าค่อนข้างมีอาการเหนื่อยง่าย				
19	ข้าพเจ้ารับรู้ถึงการท้อแท้ของหัวใจของข้าพเจ้าในตอนที่ข้าพเจ้าไม่ได้ออกกำลังกาย (เช่น รู้สึกถึงการเต้นของหัวใจที่เพิ่มขึ้น การหยุดเต้นของหัวใจ)				
20	ข้าพเจ้ารู้สึกกลัวโดยไม่มีเหตุผลใด ๆ				
21	ข้าพเจ้ารู้สึกว่าชีวิตไม่มีความหมาย				

แบบสัมภาษณ์เชิงลึก

โครงการวิจัย: ปัจจัยทำนายนายการปฏิบัติของประชาชนต่อผู้ที่เคยติดเชื้อหรือผู้ถูกกักกัน
และผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19

สถานที่ทำงาน.....จังหวัด.....ตำแหน่ง..... เพศ..... อายุ.....ปี
ระดับการศึกษา.....
บทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

วันที่ให้สัมภาษณ์.....เริ่มเวลา.....สิ้นสุดเวลา.....รวมเวลา.....นาที

แนวคำถาม

1. ในหมู่บ้าน/ตำบลของท่านมีผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19คน เพศชาย.....คน เพศหญิง.....คน
อายุระหว่าง.....ปี ได้รับเชื้อมาจาก.....

2. ในหมู่บ้าน/ตำบลของท่านมีผู้ที่ถูกกักกันหรือผู้กักกันตนเอง.....คน เพศชาย.....คน เพศหญิง.....คน
อายุระหว่าง.....ปี ได้รับเชื้อมาจาก.....

3. **โรคโควิด-19** ก่อให้ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของคน ในชุมชนของท่าน หรือไม่ อย่างไร

3.1 ผลกระทบด้านสังคม

3.2 ผลกระทบด้านวัฒนธรรม

3.3 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ

3.4 ผลกระทบด้านจิตใจ

4. การดำเนินงานตามมาตรการต่าง ๆ ของรัฐในชุมชนของท่าน เพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19

4.1 การจัดการการเว้นระยะห่างทางสังคม

4.1.1 ในชุมชนของท่านปฏิบัติตามนโยบายอย่างไรบ้าง

4.1.2 การดำเนินงานตามนโยบายรัฐดังกล่าว พบปัญหา หรืออุปสรรคอย่างไรบ้าง แก้ไขอย่างไร

4.2 การงดออกจากบ้านตามประกาศห้ามประชาชนออกนอกเคหสถาน (curfew)

4.2.1 ในชุมชนของท่านปฏิบัติตามนโยบายอย่างไรบ้าง

4.2.2 การดำเนินงานตามนโยบายรัฐดังกล่าว พบปัญหา หรืออุปสรรคอย่างไรบ้าง แก้ไขอย่างไร

4.3 การงดกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน เช่น ประเพณีสงกรานต์ การทำบุญวันสำคัญทางศาสนา

4.3.1 ในชุมชนของท่านปฏิบัติตามนโยบายอย่างไรบ้าง

4.3.2 การดำเนินงานตามนโยบายรัฐดังกล่าว พบปัญหา หรืออุปสรรคอย่างไรบ้าง แก้ไขอย่างไร

4.4 สถานศึกษา

4.4.1 สถานศึกษาในชุมชนของท่านปฏิบัติตามนโยบายอย่างไรบ้าง

- 4.4.2 การดำเนินงานตามนโยบายรัฐดังกล่าว พบปัญหา หรืออุปสรรคอย่างไรบ้าง แก้ไขอย่างไร
- 4.5 การเยียวยาของรัฐ เงินเยียวยา
 - 4.5.1 ในชุมชนของท่านปฏิบัติตามนโยบายอย่างไรบ้าง
 - 4.5.2 การดำเนินงานตามนโยบายรัฐดังกล่าว พบปัญหา หรืออุปสรรคอย่างไรบ้าง แก้ไขอย่างไร
- 4.6 ผู้ป่วยสุขภาพจิต
 - 4.6.1 ในชุมชนของท่านปฏิบัติตามนโยบายอย่างไรบ้าง
 - 4.6.2 การดำเนินงานตามนโยบายรัฐดังกล่าว พบปัญหา หรืออุปสรรคอย่างไรบ้าง แก้ไขอย่างไร
- 4.7 การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคโควิด-19
 - 4.7.1 ในชุมชนของท่านปฏิบัติตามนโยบายอย่างไรบ้าง แก้ไขอย่างไร
 - 4.7.2 การดำเนินงานตามนโยบายรัฐดังกล่าว พบปัญหา หรืออุปสรรคอย่างไรบ้าง แก้ไขอย่างไร
- 4.8 การกักกันและการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 ในชุมชน
 - 4.8.1 ในชุมชนของท่านปฏิบัติตามนโยบายอย่างไรบ้าง แก้ไขอย่างไร
 - 4.8.2 การดำเนินงานตามนโยบายรัฐดังกล่าว พบปัญหา หรืออุปสรรคอย่างไรบ้าง แก้ไขอย่างไร
- 4.9 การผ่อนปรนข้อบังคับของรัฐบาล
 - 4.9.1 ในชุมชนของท่านปฏิบัติตามนโยบายอย่างไรบ้าง
 - 4.9.2 การดำเนินงานตามนโยบายรัฐดังกล่าว พบปัญหาหรืออุปสรรคอย่างไรบ้าง แก้ไขอย่างไร
- 4.10 มาตรการอื่น ๆ
 - 4.10.1 ในชุมชนของท่านปฏิบัติตามนโยบายอย่างไรบ้าง
 - 4.10.2 การดำเนินงานตามนโยบายรัฐดังกล่าว พบปัญหา หรืออุปสรรคอย่างไรบ้าง แก้ไขอย่างไร

5. นโยบายหรือมาตรการของรัฐบาลก่อให้เกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของคน ในชุมชนของท่าน หรือไม่ อย่างไร

- 5.1 ผลกระทบด้านสังคม
- 5.2 ผลกระทบด้านวัฒนธรรม
- 5.3 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ
- 5.4 ผลกระทบด้านจิตใจ

6. ท่านมีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับวิถีชีวิตปกติรูปแบบใหม่ (new normal) ของคนในชุมชนท่าน อย่างไร

.....

.....

.....

7. ท่านมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการจัดการปัญหาโรคโควิด-19 ในชุมชนของท่าน อย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

ภาคผนวก ข

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

- | | | |
|---------------------|------------|--|
| 1. นายแพทย์สงกรานต์ | ไหมซุม | นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดยะลา |
| 2. นายแพทย์พนธ์ | อินทลาภาพร | หัวหน้างานโรคติดเชื้อ กลุ่มงานอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลราชวิถี |
| 3. ดร.दनัย | สารพฤกษ์ | ผู้อำนวยการส่วนส่งเสริมสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม
เทศบาลนครเชียงใหม่ |
| 4. ดร.ศรีสุตา | อศวพลังกุล | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
โรงพยาบาลแม่สอด |
| 5. นางสาวปัทมา | ชัยชมพู | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
โรงพยาบาลแม่สาย |
| 6. นางสาวนิลุไลดา | นิโษะ | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี |

ภาคผนวก ค

ภาพการเก็บรวบรวมข้อมูล





ภาคผนวก ง

เป้าหมายของผลผลิต (Output)

รายงานสรุปผลการประชุม จากการจัดประชุมรับฟังความคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 1 ครั้งต่อจังหวัด

จังหวัดเชียงใหม่

การประชุมประธานอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนในเขตเทศบาล ครั้งที่ 4 ประจำปีงบประมาณ 2564

วันที่ 11 มิถุนายน พ.ศ. 2564

ณ ห้องประชุมฝ้ายคำ อาคาร 6 สำนักงานเทศบาลนครเชียงใหม่

จำนวนผู้เข้าร่วม 93 คน



จังหวัดกรุงเทพมหานคร

ครั้งที่ 1 การประชุมคณะกรรมการที่บริหารคุณภาพโรงพยาบาล (QST) ครั้งที่ 1/2564
วันที่ 15 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 เวลา 12.00-16.30 น.
ณ ห้องประชุมราชวิถี ชั้น 11 อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ โรงพยาบาลราชวิถี
จำนวนผู้เข้าร่วม 13 คน



ครั้งที่ 2 การประชุมภารกิจด้านการพยาบาลโรงพยาบาลราชวิถี ครั้งที่ 7/2564
วันที่ 22 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 เวลา 12.00-16.30 น.
ณ ห้องประชุมพญาไท ชั้น 11 อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ โรงพยาบาลราชวิถี
จำนวนผู้เข้าร่วม 29 คน



จากสถานการณ์โรคโควิด-19 ในปัจจุบัน ทำให้ไม่สามารถจัดการประชุมเพื่อรับฟังความคิดเห็นได้ในอีก 3 จังหวัด ได้แก่ ชลบุรี นครราชสีมา และยะลา ทางคณะผู้วิจัยจึงจัดทำเอกสารเพื่อเผยแพร่สรุปผลการวิจัยให้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องและผู้สนใจ ซึ่งสามารถดาวน์โหลดเอกสารผ่านทาง QR code รายละเอียดเอกสารสรุปผลการวิจัย **ตั้งเอกสารแนบที่ 1**

HONTHAI 4.0

วช. NRCT

ขอเชิญชวน

ผู้สนใจดาวน์โหลดเอกสาร
สรุปรายงานผลการวิจัย

ปัจจัยทำนายการปฏิบัติของประชาชนไทย
ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อหรือผู้ถูกกักกัน
และผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19

ดาวน์โหลดเอกสารผ่าน QR code ด้านล่าง

หากมีข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม กรุณาส่งมาที่
ศาสตราจารย์ ดร.นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล (E-mail: nongyaok2003@gmail.com) หัวหน้าโครงการวิจัย

สรุปข้อคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้องจากการประชุม

งานวิจัยนี้ เป็นงานวิจัยที่มีประโยชน์ สามารถนำข้อมูลมาใช้ในการพัฒนางานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคโควิด-19 ทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนได้ ซึ่งผู้เข้าร่วมการประชุม ได้ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ดังนี้

1. ควรให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน และ อสม. ในพื้นที่ เป็นกำลังหลักในการสร้างความตระหนักและส่งเสริมให้ประชาชนปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคอย่างเคร่งครัดและต่อเนื่อง ตามหลัก D-M-H-T-T-A
2. อสม. อยากให้ทีมวิจัย จัดอบรมหรือจัดทำสื่อที่เข้าใจง่าย ทันสมัย และเข้าถึงง่าย เพื่อเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19
3. อยากให้ทีมวิจัยมีส่วนช่วยเหลือในการพัฒนาระบบการคัดกรอง และระบบเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ของประเทศให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และประชาชนสามารถเข้าถึงการคัดกรองได้ง่าย
4. ควรมีการระดมการจัดหาอุปกรณ์ในการป้องกันการติดเชื้อให้กับบุคลากรที่เพียงพอ เช่น อุปกรณ์ป้องกันร่างกายส่วนบุคคล และ อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจแบบจ่ายอากาศบริสุทธิ์ (Powered Air Purifying Respirator: PAPP) เป็นต้น รวมถึงอุปกรณ์ต่าง ๆ ในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคโควิด-19 เช่น เครื่องให้ออกซิเจนด้วยอัตราการไหลสูง (high flow oxygen therapy)
5. ควรสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีน การจัดหา และการกระจายวัคซีนให้กับประชาชน และเร่งจัดหา mRNA วัคซีน ให้กับบุคลากรด่านหน้า
6. ต้องเข้มงวดและจริงจังในการปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 กับผู้ที่เดินทางเข้าออกระหว่างประเทศ ภายในประเทศ และการเดินทางระหว่างจังหวัดในทุกช่องทาง
7. ควรมีการเชื่อมโยงฐานข้อมูลและประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงมหาดไทย เพื่อให้การดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
8. ผู้บริหารสถานศึกษาต้องให้ความร่วมมือในการดำเนินงานตามมาตรการการคัดกรอง การเฝ้าระวัง การกักกันกลุ่มเสี่ยง และการรายงานอย่างเคร่งครัด เช่น การสวมหน้ากากอนามัย การทำความสะอาดมือ และการเว้นระยะห่าง การจัดการเรียนการสอนออนไลน์ เป็นต้น เพื่อลดโอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อโรคโควิด-19 และลดการแพร่กระจายเชื้อไปในวงกว้าง กรณีที่มีผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19
9. ควรปลูกจิตสำนึกในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ให้แก่ประชาชนทุกกลุ่ม
10. ควรนำทั้งหลักนิติศาสตร์และรัฐศาสตร์มาใช้ในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรค เพื่อช่วยให้ประชาชนปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคเพิ่มมากขึ้น

ภาคผนวก จ

เป้าหมายของผลลัพธ์ (Outcome)

1. เครือข่ายการทำงาน

○ นักวิจัย 6 คน

ลำดับ	รายชื่อ	ตำแหน่ง
1	ศาสตราจารย์ ดร.นงเยาว์ เกษตรภิบาล	หัวหน้าโครงการวิจัย
2	รองศาสตราจารย์ ดร.นงศ์คราญ วิเศษกุล	ผู้ร่วมโครงการวิจัย
3	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขวัญพนมพร ธรรมไทย	ผู้ร่วมโครงการวิจัย
4	นางสาวคำพอง คำนนท์	ผู้ร่วมโครงการวิจัย
5	นายศรีสกุล สังกำปัง	ผู้ร่วมโครงการวิจัย
6	นางสาวรุชีลา โตะกิเล	ผู้ร่วมโครงการวิจัย

○ ผู้ประสานงานโครงการ 11 คน

ลำดับ	รายชื่อ	ตำแหน่ง
1	นางสาวธีรา จำรูญ	กรุงเทพมหานคร
2	นางวัชรวิ ทองอ่อน	ชลบุรี
3	นางสาวปิยะพรรณ วงศ์ทา	ชลบุรี
4	ดร.दनัย สารพฤษ์	เชียงใหม่
5	นางหทัยกานต์ จิตรนัน	เชียงใหม่
6	นางสาวจิตอาารี แก้วกันธา	เชียงใหม่
7	นางสาวศรินทิพย์ กระจ่างโพธิ์	นครราชสีมา
8	นางธนพรรณ สังกำปัง	นครราชสีมา
9	นายชาคริต จิตตศักดิ์	ยะลา
10	นางสาวพารีดาร์ห์ เจ๊ะกายอ	ยะลา
11	นางฮูสนา เห็นสุเด็น	ยะลา

○ ผู้นำชุมชน 25 คน

ลำดับ	รายชื่อ	ตำแหน่ง
1	นายแพทย์สมหมาย บุญเกลี้ยง	ผู้ช่วยเลขานุการ ศูนย์อำนวยการบริหาร จังหวัดชายแดนภาคใต้
2	นายแพทย์มัสลิน ตาเราะ	ผู้ช่วยเลขานุการ ศูนย์อำนวยการบริหาร จังหวัดชายแดนภาคใต้
3	นายเตาพิทธีดาเยห์ บาโจ	สมาชิกองค์การบริหารส่วนจังหวัดยะลา และ อสม. ตำบลกาลูปัง
4	นายยงยุทธ นิชลานนท์	จำจังหวัด
5	นางปภาดา สุธะนันท์	ปลัดเทศบาล
6	ส.ต.ต.ชัยวัฒน์ อินอ่อน	ปลัดอำเภอ
7	นางสาวนริศรา ทิพยางกูร	ปลัดอำเภอ
8	นายชูชาติ พูลทอง	สมาชิกสภาเทศบาลสันทรายหลวง ประธาน อสม. ตำบลสันทรายหลวง
9	นายกามารุดิง การ์รีอูมา	ผู้ใหญ่บ้าน
10	นายอิบรอเฮง ดาราแม	ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน
11	นายบุรณกรณ์ ไชยเนตร์	ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน
12	นางไพลิน วาตานาเป้	ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน
13	นายมะยาก็ นาแเว	ผู้นำศาสนา
14	นายดอลาะ เจ๊ะมะ	ผู้อำนวยการโรงเรียน
15	นางสาวรุ่งราตรี จันทวิวัฒน์	ครูประจำโรงเรียน
16	นางสาวชมทิสรา คงเวช	ประธานชุมชนเคหะชุมชนดินแดง แพลต 1-20 เขตดินแดง
17	นายศิริ คำจัน	ประธานชุมชนพรณี เขตจตุจักร
18	นายคำนวน คำผาด	ประธานชุมชนอยู่ร่วมสุขพัฒนา เขตจตุจักร
19	นางสาวผไทมาศ อันสอน	ประธานชุมชนวัดไผ่ตัน เขตพญาไท
20	นายสมพิศ ผอบเพชร	ประธานชุมชนวัดคลองเตยใน เขตคลองเตย
21	นางรำพึง บุญวิเชียร	ประธานชุมชนข้างโรงกลั่นน้ำมันบางจาก เขตพระโขนง
22	นางประจวบ นิลสังข์	ประธานชุมชนปิ่นเจริญ 2 เขตดอนเมือง
23	นางทองสุข ศรีวิเศษ	ประธานชุมชนหน้าวัดมะกอก เขตราชเทวี
24	นายชัยรัตน์ เลี้ยงบุตร	ประธานชุมชนร่วมใจพัฒนาเหนือ เขตบางเขน
25	นายธีระพันธุ์ จำรูญ	ประธานชุมชนเคหะนคร 2 เขตลาดกระบัง

○ บุคลากรสุขภาพ/ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)/ อาสาสมัครสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร (อสส.) 61 คน

ลำดับ	รายชื่อ	ตำแหน่ง
1	นายแพทย์ไพโรจน์ เครือกาญจนา	ผู้อำนวยการด้านการแพทย์ โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพฯ และผู้ริเริ่ม โครงการ Ambulance Taxi
2	นายแพทย์สงกรานต์ ไหมชุม	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดยะลา และ คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดยะลา
3	นายแพทย์วรวุฒิ โฉมวัชรกุล	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสันทราย และ คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดเชียงใหม่
4	นายแพทย์พจน์ อินทลาภาพร	หัวหน้างานโรคติดเชื้อ กลุ่มงาน อายุรศาสตร์ศาสตร์ โรงพยาบาลราชวิถี
5	แพทย์หญิงนพมณี ตันติเวทเรืองเดช	กลุ่มงานงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชวิถี
6	ดร.ทรงยศ คำชัย	หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ และคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด เชียงใหม่
7	ดร.दनัย สารพฤกษ์	ผู้อำนวยการส่วนบริการสาธารณสุขและ สิ่งแวดล้อม และคณะกรรมการโรคติดต่อ จังหวัดเชียงใหม่
8	นางสปีเนาะ กะโต	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล
9	นางรัชณี เตตียะ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล
10	นายศุภชัย พวงงาม	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านท้อ อำเภอสันทรายจังหวัด เชียงใหม่
11	นายกมนต์ อินทวิชัย	สาธารณสุขอำเภอศรีราชา
12	นางสาวสมฤดี สุขอุดม	สาธารณสุขอำเภอเมืองชลบุรี
13	นายอนุชา แสนไผ่	สาธารณสุขอำเภอแม่ริม
14	นายสาคร ไชยอำมาตย์	สาธารณสุขอำเภอสันกำแพง
15	นางทิพย์วัลย์ อุ่นนันทกาศ	สาธารณสุขอำเภอสันทราย
16	นายศราวุธ สร้อยอินตะ	สาธารณสุขอำเภอหางดง
17	นางสาวเสริมศิริ ทองเปราะ	นักวิชาการสาธารณสุข
18	นางวัชรวี ทองอ่อน	นักวิชาการสาธารณสุข

ปัจจัยทำนายนายการปฏิบัติต่อผู้เคยติดเชื้อหรือผู้ถูกกักกันโรคโควิด-19 และผลกระทบ

ลำดับ	รายชื่อ	ตำแหน่ง
19	นางจิตติรัตน์ นิลพันธ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
20	นางสาวเกศสุตา เหมทานนท์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
21	นายเมธี ส่งเสริม	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ)
22	นางสาวอุทัยวรรณ ทองชุม	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
23	นางจิราก็ญ ปักเคเต	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
24	นางวรางคณา ลิ้มสุวรรณเกษม	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สสจ.
25	นางสาววัลยา ปลอดภัยเชิญ	หัวหน้างานการพยาบาลปฐมภูมิ และบริหารจัดการเกี่ยวกับการได้รับวัคซีนโรคโควิดสำหรับบุคลากรและประชาชน
26	นางจินตนา ตรีเงิน อรรคศรีวร	หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก
27	นางสาวประพิศ พิจิตรวัยปรีชา	หัวหน้างานการพยาบาลหอผู้ป่วยใน
28	นางสาวดารณี ศรสวรรณ	หัวหน้างานการพยาบาลอายุรกรรม
29	นางเสาวลักษณ์ วงศ์กาฬสินธุ์	หัวหน้าศูนย์ปฏิบัติการเฉพาะกิจกรรมการแพทย์
30	นางกาญจนา ประเสริฐพรศักดิ์	หัวหน้าหอผู้ป่วย ที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรคโควิด-19 (Patient Under Investigation: PUI)
31	นางสาวอรพรรณ เพชรบัว	หัวหน้าหอผู้ป่วย ที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรคโควิด-19 (Patient Under Investigation: PUI)
32	นางวรพักตร์ ยามา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
33	นางหทัยกานต์ จิตรนาน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
34	นางผกามาศ อินทกุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
35	นางสาวศรินทิพย์ กระจ่างโพธิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
36	นางสวรรยา รัตน์วิชัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
37	นางสาวสุธาสินี พวงพิมาย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
38	นางสาวดุจฤดี ไชยมงคล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
39	นายสหรัฐ บุตรตะคุ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
40	นางสาวสุภาพร ศรีพนม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
41	นางจินตนา ปะกิระนัง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
42	นางยุภาวดี คำคำ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
43	นางวิภา อภัยเฝ้า	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
44	นางสาวบรรจง จันทร์วิวัฒน์	พยาบาลวิชาชีพ รพ.สต.
45	นางสาวซารีพะ กามาเซ	ประธาน อสม.

ปัจจัยทำนายนการปฏิบัติต่อผู้เคยติดเชื้อหรือผู้ถูกกักกันโรคโควิด-19 และผลกระทบ

ลำดับ	รายชื่อ	ตำแหน่ง
46	นางนุชรีย์ อับดุลคานาน	ประธาน อสม.
47	นางนุชรีย์ มาตา	ประธาน อสม.
48	นายมามะซูฟี อารง	ประธาน อสม.
49	นางศรีลา วิเชียรดี	รองประธาน อสม.
50	นางสาวจาลยากร สายมาธิ	อสม.
51	นางสาวแฉล้ม ขำโพธิ์	อสม.
52	นายอรุณ จินสรระน้อย	อสม.
53	นางพัชราภรณ์ เสาเรือน	อสม.
54	นางเสาวภา ทิพย์ประเสริฐ	อสม.
55	นางอุไร สามแก้ว	อสม.
56	นางอารมณ สิริชัย	อสม.
57	นางยุพิน ธรรมชัย	อสม.
58	นางสาวไพทมาศ อันสอน	อสส.
59	นางนิภาภัทร จรแก้ว	อสส.
60	นางสาวนิภา คงทน	อสส.
61	นางราตรี จำรูญ	อสส.

2. พัฒนานักวิจัยในพื้นที่

○ นักวิจัยในพื้นที่ 3 คน

ลำดับ	รายชื่อ	ตำแหน่ง
1	นางสาวคำพอง คำนนท์	ผู้ร่วมโครงการวิจัย
2	นายศรีสกุล สังกำปง	ผู้ร่วมโครงการวิจัย
3	นางสาวรุชีลา โตะกึเล	ผู้ร่วมโครงการวิจัย

3. พัฒนาศักยภาพของนักศึกษาปริญญาโท

○ นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2 คน

ลำดับ	รายชื่อ
1	นางสาวจิรสุดา จิตตปัญญา
2	นางสาวมรกต ดอกแก้ว

4. บทความเผยแพร่ผ่านสื่อทางวิชาการ/ สื่อสังคมออนไลน์ 1 เรื่อง และบทความวิชาการ ระดับชาติหรือนานาชาติ 1 เรื่อง

○ การถ่ายทอดเทคโนโลยีที่ได้รับจากงานวิจัยในชุมชน / ท้องถิ่น

1. เผยแพร่ผลการวิจัยบางส่วนจากโครงการวิจัย เรื่อง ปัจจัยทำนายการปฏิบัติของประชาชนไทยต่อผู้ที่เคยติดเชื้อหรือผู้ถูกกักกันและผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 (ระยะที่ 1) ในเว็บไซต์คนไทย 4.0 (https://www.khonthai4-0.net/content_detail.php?id=79)

2. เผยแพร่ผลการวิจัยบางส่วนจากโครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายการปฏิบัติของประชาชนไทยต่อผู้ที่เคยติดเชื้อหรือผู้ถูกกักกันและผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 (ระยะที่ 2) ในเฟซบุ๊ก ข้อความที่เผยแพร่ “การสื่อสารจากแหล่งข่าวข้อมูลในสถานการณ์โควิด-19 แบบ Single message และ one team, one message เป็นสิ่งสำคัญอย่างไรต่อการรับรู้และเชื่อมั่นของประชาชนในประเทศ” (<https://www.facebook.com/Khonthai4.0/>)

○ ได้รับหนังสือเรียนเชิญเป็นวิทยากรเพื่อให้ความรู้ในกรอบของผลงานวิจัยจากหน่วยงานต่าง ๆ

1. นำเสนอเรื่อง “สังคมเปราะบางกับโควิด 19” ในการเสวนาผลสำเร็จจากการวิจัยและนวัตกรรมเพื่ออนาคตประเทศไทย “Future Thailand” ในวันพุธที่ 30 มิถุนายน 2564 รูปแบบวีดิทัศน์ทางไกล (VDO Conference) จัดโดย สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม

2. การนำเสนอผลงานวิจัยในการประชุมวิชาการระดับชาติ Thailand Research Expo Symposium 2021 ประมาณวันที่ 25 พฤศจิกายน 2564 **ตั้งเอกสารแนบที่ 2**

○ อื่น ๆ

1. บทความวิชาการ 1 เรื่อง เพื่อตีพิมพ์ใน Proceeding ในการประชุมวิชาการระดับชาติ Thailand Research Expo Symposium 2021 (ได้รับการตอบรับเรียบร้อยแล้ว) **ตั้งเอกสารแนบที่ 3**

2. หนังสือเพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัย ความยาวประมาณ 100 หน้า จำนวน 1,000 เล่ม (อยู่ระหว่างการจัดทำ คาดว่าจะแล้วเสร็จภายใน 31 ตุลาคม 2564)

3. เอกสารสรุปข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เป็นส่วนหนึ่งของหนังสือเพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัย (อยู่ระหว่างการจัดทำ คาดว่าจะแล้วเสร็จภายใน 31 ตุลาคม 2564)



ปัจจัยทำนายการปฏิบัติของประชาชนไทยต่อผู้ที่เคยติดเชื้อหรือผู้ถูกกักกันและผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 (ระยะที่ 1)

โดย น.ส. อริยา อภิรักษ์กุล

สงวนลิขสิทธิ์

นางสาว เกษนตรี กิจและคณะ

ปัจจัยทำนายการปฏิบัติของประชาชนไทยต่อผู้ที่เคยติดเชื้อหรือผู้ถูกกักกัน หมายถึง สิ่งที่มีผลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนไทยต่อผู้เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน ประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องการวิจัยครั้งนี้ศึกษาปัจจัยทำนายประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ในการป้องกันโรคโควิด-19 ที่บุคคลติดต่อกับผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน และการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19

ส่วนผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 หมายถึง ผลที่เนื่องมาจากการระบาดของโรคโควิด-19 ที่ก่อให้เกิดความเสียหายต่อด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเอง ครอบครัว ด้านวัฒนธรรม/ประเพณี/วิถีชีวิตของชุมชน ด้านการศึกษาของตนเอง และ/หรือบุตรหลาน ด้านสุขภาพและการป้องกันโรค ด้านเศรษฐกิจ และด้านจิตใจของประชาชนไทย ทั้งผลกระทบโดยตรงจากโรคโควิด-19 และผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการในการป้องกันโรคโควิด-19 ของ

สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม
ขอเชิญร่วมรับฟังเสวนาออนไลน์

วิจัยและนวัตกรรมเพื่ออนาคตประเทศไทย : Future Thailand

วันพุธที่ 30 มิถุนายน 2564

09.00 - 12.30 น.

- การเสวนา Future Thailand: ศึกษางานอนาคตประเทศไทย ด้วยแนวทางวิจัยและนวัตกรรม
- การเสวนา Future Thailand: จากกรณีศึกษาสู่ปฏิบัติการพัฒนา
- การเสวนา แผ่นดินนาคราชธุรกิจและสังคมแห่งชาติ และ Future Thailand
- การเสวนา แนวโน้มโลก แนวโน้มประเทศไทย

13.30 - 16.30 น.

“คนไทยในเมืองไทย 3.0”
กล่าวนำการเสวนาโดย ศาสตราจารย์ ดร.มิ่งศรีสมบัติ ชาวสะอาด ประธานผลงานคนไทย 4.0

“คนเมือง 4.0 ในภาวะโควิด-19”
โดย คณะวิจัยอนาคตประเทศไทย

“สังคมเปราะบางกับโควิด-19”

ดร.มิ่งศรีสมบัติ
ดร.ดร.อภิวัฒน์ สัตวราชะ
ดร.ณรงค์ วิจิตรประเสริฐ
อ.ว่าน อัมภิกาสงค์
อ.กัญทิรา จุฑาขานนท์

ศ.ดร.เมธาว์ เกษตรศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
คุณอนรรช ฝึกังขำปิ่น
สถาบันเอเชียศึกษา
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

f LIVE รับชมการถ่ายทอดสดผ่าน Facebook : nrotoofficial และสามารถลงทะเบียนเข้าร่วมงานผ่านระบบ **zoom**

www.nro.go.th | nrotoofficial | nrotoofficial | nrotoofficial | nrotoofficial | nrotoofficial | 025791370-8

Facebook | Zoom



HONTHAI 4.0

“...กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลที่ชัดเจนว่า หลายครั้งที่เขาสับสน เพราะว่าคนหนึ่งออกมาให้ข่าวแบบหนึ่ง อีกคนออกมาให้ข่าวอีกแบบหนึ่ง เพราะฉะนั้นเขาไม่รู้จะเชื่อข่าวจากแหล่งไหน แล้วแหล่งข่าวตรงไหนที่เขาเชื่อถือได้...”

...ฝากว่าเรื่องของ **single message** เป็นสิ่งสำคัญ แคว่ก็ **one team , one message** เพราะฉะนั้นไม่ว่าใครจะออกมาให้ข่าวก็ตาม มันต้องเป็น **message** เดียวกันที่จะส่งไปถึงประชาชน...”

ศ.ดร.เนงาว์ เทชกรทิบาล

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

จากงานเสวนาออนไลน์หัวข้อ “สัมมนาประชาชนโควิด 19” ในสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ เมื่อวันที่ 30 มิถุนายน 2564

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อพัฒนาชนบท มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



ข่าวสาร

กลุ่มส่องโลกปริทรรศน์

ปัจจัยทำนายนาย

การปฏิบัติขอ...

ประหาหมไทย

🕒 โพสต์ เมื่อ 05 เมษายน 2021

ปัจจัยทำนายนายการปฏิบัติของประชาชนไทยต่อผู้ที่เคยติดเชื้อหรือผู้ถูกกักกันและผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 (ระยะที่ 1)

อ่านเพิ่มเติม [➔](#)

เอกสารแนบที่ 1

ปัจจัยทำนายการปฏิบัติของประชาชนไทยต่อผู้ติดเชื้อหรือผู้ถูกกักกัน และผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 (ระยะที่ 2)
Predicting Factors of Thai Population Practices Amid People Have Been Infected / Quarantined and Impacts of COVID-19 Outbreak (Phase II)

SARS-CoV-2

ทีมวิจัยประกอบด้วย:

- ศ. ดร.ธนพร อภิศติพิบูลย์ (หัวหน้าโครงการวิจัย)
- ดร. ศิลาพร อ้นชนะ (ศึกษาคณะทันตกรรมการต่อเนื้อมหาวิทยาลัยเชียงใหม่)
- ดร. ศ.ดร.ศุภมาส อภิสุข (รองศาสตราจารย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่)
- ดร. ศ.ดร.วิมลพร อภิน้อง (รองศาสตราจารย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่)
- นางสาวกัญญา กิ่งแก้ว (นักศึกษาคณะทันตกรรม)
- นายศุภวิชญ์ สวัสดิ์ (นักศึกษาคณะทันตกรรม)
- นางสาวอุษิตา โฉมใจ (นักศึกษาคณะทันตกรรม)

ความสำคัญของปัญหา

- การศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทย ส่วนใหญ่ศึกษาเชิงพรรณนาเกี่ยวกับระบาดวิทยาของโรค ความรู้ ทักษะการรับรู้ การปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 และผลกระทบจากโรค
- ส่วนใหญ่ศึกษาการปฏิบัติของตนเอง ในบุคลากรสุขภาพ นักศึกษา และประชาชนทั่วไป
- การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 มีน้อย
- ยังไม่พบการศึกษาเชิงโครงสร้างความสัมพันธ์ของปัจจัยทำนายการปฏิบัติของคนไทยต่อผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน

คำถามการวิจัย

- คนไทยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และการปฏิบัติของบุคคลที่ติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน อย่างไร
- มีปัจจัยทำนายการปฏิบัติของคนไทยต่อผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน อย่างไร
- คนไทยปฏิบัติตามมาตรการของโรคโควิด-19 และระมัดระวังไม่พบอาการในการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้ถูกกักกัน อย่างไร
- ความสัมพันธ์ของปัจจัยทำนายการป้องกันโรคโควิด-19 และผลกระทบของการระบาดโรคโควิด-19 มีลักษณะอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

- ประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และการปฏิบัติของบุคคลที่ติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน
- ศึกษาปัจจัยทำนายการปฏิบัติของคนไทยต่อผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน
- ประเมินการปฏิบัติตามมาตรการของโรคโควิด-19 ของคนไทย ซึ่งแตกต่างโดยตรงจากนัก และผลกระทบของนโยบายที่แตกต่างในการป้องกันโรคโควิด-19 ของรัฐบาล
- สังเคราะห์ผลการวิจัยเพื่อสนับสนุนการป้องกันโรคโควิด-19 และการลดผลกระทบการระบาดโรคโควิด-19 ของคนไทย

วิธีดำเนินการวิจัย

- ศึกษาแบบตัดขวาง (cross-sectional study)
- ผู้เข้าร่วมวิจัย คือ ประชากรไม่ทราบขนาดของ กลุ่ม ที่มีแนวโน้มการติดเชื้อและระบาด จำนวน 2,200 คน COVID-19 ระบาดในไทย
- ระยะที่ 1 เก็บข้อมูลก่อนวันที่ 15 มิถุนายน 2020 จำนวน 200 คน
- ระยะที่ 2 เก็บข้อมูลหลังวันที่ 15 มิถุนายน 2020 จำนวน 2,000 คน

การสุ่มตัวอย่าง (Sampling Method): 1) สุ่มระดับจังหวัด (ระดับอำเภอ) 2) สุ่มระดับตำบล (ระดับหมู่บ้าน) 3) สุ่มระดับครัวเรือน (ระดับบุคคล) 4) สุ่มระดับบุคคล (ระดับบุคคล) 5) สุ่มระดับบุคคล (ระดับบุคคล) 6) สุ่มระดับบุคคล (ระดับบุคคล) 7) สุ่มระดับบุคคล (ระดับบุคคล) 8) สุ่มระดับบุคคล (ระดับบุคคล) 9) สุ่มระดับบุคคล (ระดับบุคคล) 10) สุ่มระดับบุคคล (ระดับบุคคล) 11) สุ่มระดับบุคคล (ระดับบุคคล) 12) สุ่มระดับบุคคล (ระดับบุคคล)

การป้องกันโรคติดเชื้อของกลุ่มตัวอย่าง

แนวโน้มลดลง

ระยะที่	จำนวนผู้ติดเชื้อ
ระยะที่ 1	10.7
ระยะที่ 2	8.8

บริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19

บริบท	คิดผู้ติดเชื้อ	คิดผู้ถูกกักกัน
2021/2022	100	100
จนท.สาธารณสุข	100	100
บริการทางการแพทย์	100	100
บุคลากรทางการแพทย์	100	100
บุคลากรทางการแพทย์	100	100

การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19

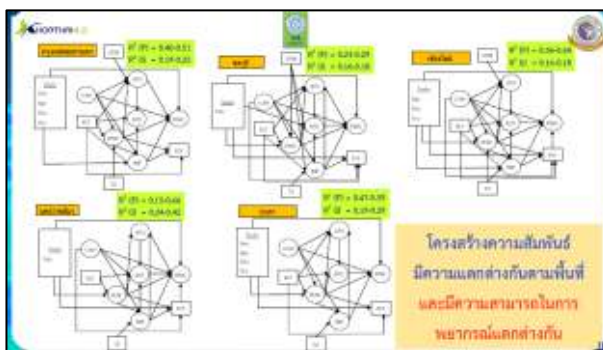
- สื่อออนไลน์ มากที่สุด Fake news
- โทรทัศน์ รองลงมา
- หนังสือพิมพ์ น้อยที่สุด

ปัจจัยทำนายการปฏิบัติต่อผู้เคยติดเชื้อหรือผู้ถูกกักกันโรคโควิด-19 และผลกระทบ



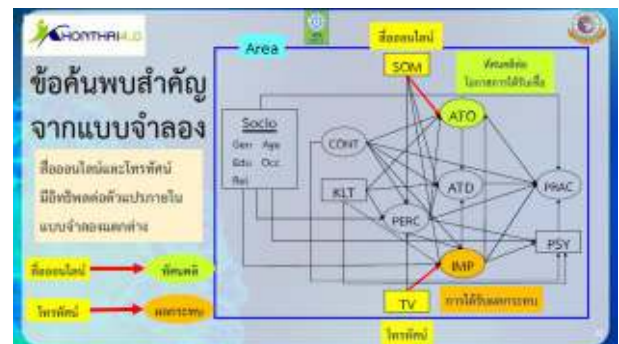
- ปัจจัยทำนายการปฏิบัติของประชาชนไทยต่อผู้เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน**
- จากผลการวิเคราะห์แบบจำลองในภาพรวมด้วย SEM
- ▷ ปัจจัยอายุ → อายุ 25-34 ปี มีค่าทำนายการปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อ
 - ▷ ปัจจัยรายได้บุคคล → รายได้ส่วนบุคคลมีค่าทำนายการปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อและผู้ถูกกักกัน
 - ▷ ปัจจัยระดับการศึกษา → ระดับการศึกษาสูงมีค่าทำนายการปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อและผู้ถูกกักกัน
 - ▷ ปัจจัยระดับการประกอบอาชีพ → ระดับการประกอบอาชีพมีค่าทำนายการปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อและผู้ถูกกักกัน
 - ▷ ปัจจัยระดับโอกาสทางการงาน → โอกาสทางการงานมีค่าทำนายการปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อและผู้ถูกกักกัน
 - ▷ ปัจจัยเมือง → การปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อและผู้ถูกกักกันมีค่าทำนายการปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อและผู้ถูกกักกัน

การวิเคราะห์ด้วย structural equation modeling (SEM) โมเดลจำลองการปฏิบัติ พบว่า ตัวแปรที่ส่งผลกระทบต่อผู้ติดเชื้อและผู้กักกัน มีจำนวน 11 ตัวแปร ได้แก่ บริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติ การป้องกันโรคโควิด-19 การรับรู้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 ทักษะเกี่ยวกับการแบ่งแยกทางสังคม ทักษะเกี่ยวกับโลกาภิวัตน์ได้วิชั่น มลภาวะ สุขภาพจิต อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ และศาสนา ดังแสดงต่อไปนี้



จากการวิเคราะห์โครงสร้างความสัมพันธ์พบว่า

- สื่อออนไลน์มีผลต่อการปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อโลกาภิวัตน์ได้วิชั่นในแง่โรคโควิด-19
 - อาจเนื่องมาจากสื่อออนไลน์มีวิชั่นที่ชัดเจนและมีความน่าเชื่อถือ (two-way communication)
 - ทำให้ผู้ใช้งานมีความรู้ที่มากขึ้นและมีความเข้าใจที่ชัดเจนและมีส่วนร่วมถึง สาธารณชนซึ่งไม่ได้ช่วย ส่งเสริม รวดเร็ว และสามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ทั่ว ๆ ไป
 - หากมีปฏิสัมพันธ์กับประชาชนที่ชัดเจน เพื่อป้องกันการปฏิบัติที่ผิดเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ได้ดีขึ้น ควรใช้สื่อออนไลน์ให้มากขึ้น
- สื่อโทรทัศน์จะมีผลต่อการได้รับผลกระทบ ด้านสุขภาพจิตจากการได้รับผลกระทบกับโรคโควิด-19 ประชาชน รัฐบาลควรใช้สื่อโทรทัศน์



น้ำหนักความสำคัญของผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19

ผลกระทบจากการระบาด	คุณสมบัต	ข้อดี	เชิงลบ	ผลกระทบ	รวม
1. ด้านการกักกันชีวิต	0.593	0.545	0.608	0.728	0.743
2. ด้านครอบครัว	0.596	0.700	0.745	0.621	0.584
3. ด้านวัฒนธรรมประเพณี/วิถีชีวิตชุมชน	0.808	0.694	0.731	0.719	0.706
4. ด้านการศึกษาของหน่วยงาน/อุตสาหกรรม	0.767	0.717	0.586	0.602	0.526
5. ด้านสุขภาพและการป้องกันโรค	0.549	0.522	0.548	0.630	0.236
6. ด้านเศรษฐกิจ	0.694	0.713	0.457	0.648	0.565
7. ด้านจิตใจ	0.656	0.662	0.445	0.541	0.509

น้ำหนักความสำคัญของผลกระทบจากนโยบาย/มาตรการของรัฐ

ผลกระทบจากนโยบาย	คุณสมบัต	ซิงเกิ้ล	เบียร์โบล	นอร์เรจิม่า	ตงซา
1. ด้านการดำเนินงานวิจัย	0.527	0.659	0.745	0.778	0.765
2. ด้านครอบครัว	0.487	0.585	0.647	0.594	0.587
3. ด้านวัฒนธรรมประเพณี/วิถีชีวิตชุมชน	0.590	0.622	0.634	0.787	0.787
4. ด้านการศึกษาของพ่อแม่/บุคคลอื่น	0.750	0.581	0.529	0.495	0.554
5. ด้านสุขภาพและการป้องกันโรค	0.616	0.659	0.725	0.286	0.546
6. ด้านเศรษฐกิจ	0.735	0.862	0.577	0.622	0.542
7. ด้านจิตใจ	0.662	0.797	0.534	0.560	0.499

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำกิจกรรมส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. การศึกษา อบรม ศึกษาดูงาน บุคลากร เจ้าหน้าที่ ฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ (on site and on course)
2. การจัดทำฐานข้อมูลชุมชน การจัดทำแบบสำรวจโรคโควิด-19 ในชุมชนที่มีประชากรสูง การจัดทำฐานข้อมูลชุมชน เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยและสนับสนุนการวิจัย และได้รับการพิจารณา (เป็นต้น) ส่งต่อไปยัง ร. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสังขะบุรี จังหวัดบุรีรัมย์ต่อไป
3. การขยายผลการดำเนินงาน การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการแก่บุคลากรของหน่วยงานและคณะผู้วิจัย การประชุม การทำงาน การติดตามติดตาม และสนับสนุน และการขยายผลการดำเนินงานและ ส่งเสริมการวิจัย ชีวเวชศาสตร์ชุมชน ชีวเวชศาสตร์สาธารณสุข
4. การประชุมเชิงปฏิบัติการ คณะกรรมการผู้วิจัย การประชุม ฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการแก่บุคลากรของชุมชน และจัดทำ แผนงานและแผนการดำเนินงานวิจัย (แบบ ราชการ) โดยมุ่งเน้นการดำเนินงานวิจัยสุขภาพชุมชน (public health) ภายใต งบประมาณของกรมสุขภาพชุมชนจังหวัดบุรีรัมย์ และจังหวัดบุรีรัมย์ต่อไป

ข้อเสนอแนะเชิงบริหาร

1. จัดให้มีคณะกรรมการวิจัยที่ประกอบด้วยบุคลากรที่มีประสบการณ์ด้านงานวิจัยและงานบริหารงานวิจัยและ ควบคุมโรคโควิด-19
2. จัดให้มีคณะกรรมการวิจัยที่ประกอบด้วยบุคลากรที่มีประสบการณ์ด้านงานวิจัยและงานบริหารงานวิจัยและ ควบคุมโรคโควิด-19 (ข้อเสนอแนะเชิงบริหารที่ 1 และ 2)

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์ในท้องถิ่น

1. ประชากรที่มีวิถีชีวิตและอยู่ในพื้นที่เมือง ควรศึกษาและเรียนรู้ถึงผลกระทบของโรคโควิด-19 ภายใต งบประมาณของกรมสุขภาพชุมชน
2. ประชากรที่มีวิถีชีวิตและอยู่ในพื้นที่ชนบท ควรศึกษาและเรียนรู้ถึงผลกระทบของโรคโควิด-19

ขอขอบพระคุณ

แหล่งทุนสนับสนุนการวิจัย

สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.)

หน่วยบริหารจัดการและส่งเสริมผลิตภัณฑ์ (ODU) แผนงานคนไทย 4.0



เอกสารแนบที่ 2

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของประชาชนไทยต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19
Factors Related to Thai Population Practices Amid People Have Been Infected with COVID-19

คณบดีคณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ศาสตราจารย์ ดร.เนาวรัตน์ เกตุวิทยา
รองคณบดีฝ่ายบริหาร
ศาสตราจารย์ ดร.สุวิมล เกตุวิทยา
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ศาสตราจารย์ ดร.สุวิมล เกตุวิทยา
รองคณบดีฝ่ายบริหาร
ศาสตราจารย์ ดร.สุวิมล เกตุวิทยา
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ศาสตราจารย์ ดร.สุวิมล เกตุวิทยา
รองคณบดีฝ่ายบริหาร
ศาสตราจารย์ ดร.สุวิมล เกตุวิทยา
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

สถานการณ์ในประเทศไทย

จำนวนผู้ป่วยยืนยัน	3,542,933	จำนวนผู้เสียชีวิต	1,890,170,387
จำนวนผู้หายป่วย	2,021,000	จำนวนผู้ป่วยในโรงพยาบาล	10,000,000
จำนวนผู้ป่วยในโรงพยาบาล	200,000	จำนวนผู้ป่วยในโรงพยาบาล	2,000,000
จำนวนผู้ป่วยในโรงพยาบาล	100,000	จำนวนผู้ป่วยในโรงพยาบาล	100,000

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการปฏิบัติและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของประชาชนไทยที่มีผลต่อผู้ติดเชื้อโควิด-19

นัยสำคัญของการวิจัย

- ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของประชาชนไทยที่มีผลต่อผู้ติดเชื้อโควิด-19
- การปฏิบัติของผู้ติดเชื้อโควิด-19
- ผู้ติดเชื้อโควิด-19
- ประชาชนไทย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การปฏิบัติในการติดเชื้อโรคโควิด-19

การปฏิบัติเกี่ยวกับโรคโควิด-19

ผู้ติดเชื้อเกี่ยวกับโรคโควิด-19

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19

ปัจจัยส่วนบุคคล

ความรู้

ทัศนคติ

ความเชื่อทางศาสนา

การปฏิบัติเกี่ยวกับโรคโควิด-19

วิธีดำเนินการวิจัย

- การวิจัยเชิงพรรณนา
- กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนในกรุงเทพมหานคร 2000 คน (แบบสุ่มง่าย) จำนวน 2,350 คน
- เก็บข้อมูล : เดือนตุลาคม 2563 ถึงมกราคม 2564
- เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria)
 - 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร เขตพื้นที่ กรุงเทพมหานคร 10 เขต
 - 2) มีอาการโรคโควิด-19
 - 3) ทัศนคติที่รุนแรง และมีความสัมพันธ์ในการวิจัยที่น้อย
- เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ การมีอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม ประกอบด้วย 6 ส่วน	ความสอดคล้อง (Cronbach's alpha)	ความน่าเชื่อถือ (Reliability)
1. แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล	1.00	0.89
2. แบบสอบถามการปฏิบัติของผู้ติดเชื้อโควิด-19 (จำนวน 27 ข้อ) ซึ่งครอบคลุมการปฏิบัติเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติ และความเชื่อทางศาสนา	0.98	0.88
3. แบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคโควิด-19 (จำนวน 20 ข้อ) ซึ่งครอบคลุมการปฏิบัติเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติ และความเชื่อทางศาสนา	1.00	0.88
4. แบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคโควิด-19 (จำนวน 15 ข้อ) ซึ่งครอบคลุมการปฏิบัติเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติ และความเชื่อทางศาสนา	0.99	0.82
5. แบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคโควิด-19 (จำนวน 11 ข้อ) ซึ่งครอบคลุมการปฏิบัติเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติ และความเชื่อทางศาสนา	1.00	0.88
6. แบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคโควิด-19 (จำนวน 24 ข้อ) ซึ่งครอบคลุมการปฏิบัติเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติ และความเชื่อทางศาสนา	0.99	0.88

ความสอดคล้องโดยรวมทั้งหมด 0.99

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง → ผ่านการแจ้งขออนุญาตจากทางจังหวัดและมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ 105/2020

การรวบรวมข้อมูล

1. ไม่มีการการกักตัว
2. ส่วนในการไม่ทราบสาเหตุ
3. ส่วนในการไม่ทราบสาเหตุ
4. ส่วนในการไม่ทราบสาเหตุ

การวิเคราะห์ข้อมูล

- ข้อมูลทั่วไป : ความถี่ ความถี่สัมพัทธ์ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน
- ใช้การหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของผู้ติดเชื้อโควิด-19 : ใช้สถิติสหสัมพันธ์ สเปียร์แมนอันดับ



ผลการวิจัย

จำนวนและร้อยละของผู้มีข้ออ้าง จำนวนตามเพศและระดับการปฏิบัติ (n=2,500)

จำนวน	ระดับการปฏิบัติ	การปฏิบัติต่อผู้เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ที่ถูกต้อง	
		จำนวน	ร้อยละ
≤ 53	ต่ำ	192	7.7
54-108	ปานกลาง	1,136	45.4
81-108	สูง	1,172	45.9

หมายเหตุ: จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม 778 (14.1) คนรวม ค่าเฉลี่ยรวม 79.0 คะแนน คิดเป็น 28-107 คะแนน



ผลการวิจัย

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเบียร์แมน ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของประชาชนไทยต่อผู้เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 (n=2,500)

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเบียร์แมน	p-value
เพศหญิง	0.084	0.000
ทัศนคติที่มีต่อการปฏิบัติ	0.494	0.000
การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19	0.393	0.000

-
- อภิปรายผล**
- **เพศหญิง** มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการปฏิบัติที่ถูกต้องต่อผู้เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ($r=0.084, p<0.001$) ที่น่าจะเนื่องมาจากเพศหญิงมีความใส่ใจในการดูแลสุขภาพและการปฏิบัติในการป้องกันโรคนานกว่าเพศชาย
 - การศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า เพศหญิงมีการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 ได้ดีกว่าเพศชาย (Papageorgio et al., 2021)
 - **ทัศนคติที่มีต่อการปฏิบัติ** มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติที่ถูกต้องต่อผู้เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ($r=0.494, p<0.001$)
 - การศึกษาในประเทศอิตาลี พบว่า วัฒนธรรมและบรรทัดฐานของชุมชนมีผลต่อการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันโรคโควิด-19 (Savadori & Lauriola, 2020)

-
- อภิปรายผล**
- **การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19** มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติที่ถูกต้องต่อผู้เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ($r=0.393, p<0.001$)
 - การศึกษาในประเทศอิหร่าน พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรค ($r=0.210, p=0.001$) ความรุนแรงของโรค ($r=0.240, p=0.001$) ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนอง ($r=0.270, p=0.001$) ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ($r=0.370, p=0.001$) และค่าใช้จ่ายในการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ($r=0.130, p=0.001$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการปฏิบัติของบุคลากรสุขภาพ ($p<0.001$) (Beshirian et al., 2020)
 - การศึกษาในประเทศอิตาลี พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงของการติดเชื้อโรคโควิด-19 ทำให้ประชาชนมีการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ดีขึ้น (Savadori & Lauriola, 2020)

สรุปผลการวิจัย

- กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่เลือกการปฏิบัติที่ถูกต้องต่อผู้เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูง
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติที่ถูกต้องต่อผู้เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ได้แก่ เพศหญิง ทัศนคติที่มีต่อการปฏิบัติ และการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 โดยทุกปัจจัยมีความสัมพันธ์ทางบวก

ข้อเสนอแนะ

- รัฐบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องควรรณรงค์ให้ประชาชนที่มีความเสี่ยงสูงของการปฏิบัติที่ถูกต้องต่อผู้เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ที่ถูกต้องเพื่อลดความรุนแรงของการระบาดโรคโควิด-19 ระลอกใหม่ ไม่ให้ขยายเป็นวงกว้างและหยุดการระบาด
- การส่งเสริมการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 ให้ประชาชน ควรเน้นการส่งเสริมทัศนคติที่มีต่อการปฏิบัติ และการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 โดยผ่านสื่อมวลชน

THANK YOU

ขอขอบพระคุณ

แหล่งทุนสนับสนุนการวิจัย

สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.)

หน่วยบริหารจัดการและส่งเสริมผลลัพธ์ (ODU) แผนงานคนไทย 4.0

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของประชาชนไทยต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19
Factors Related to Thai Population Practices Amid People
Have Been Infected with COVID-19

ชื่อเจ้าของผลงาน : ศาสตราจารย์ ดร.นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล

สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ชื่อแหล่งทุน : สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ภายใต้แผนงานยุทธศาสตร์เป้าหมาย (Spearhead)
ด้านสังคม คนไทย 4.0

ผู้วิจัยร่วม : 1. รองศาสตราจารย์ ดร.นงศ์ราญ วิเศษกุล สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผู้วิจัยร่วม : 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขวัญพนมพร ธรรมไทย สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผู้วิจัยร่วม : 3. นางสาวคำพอง คำนนท์ สังกัด : โรงพยาบาลราชวิถี

ผู้วิจัยร่วม : 4. นายศรีสกุล สังก่าปัง สังกัด : โรงพยาบาลลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา

ผู้วิจัยร่วม : 5. นางสาวรุชีลา โตะกีเล สังกัด : กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา

ผู้วิจัยร่วม : 6. ดร.อัครพงศ์ อ้นทอง สังกัด : คณะพัฒนาการท่องเที่ยว มหาวิทยาลัยแม่โจ้

บทคัดย่อภาษาไทย

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของประชาชนไทยต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนในกรุงเทพมหานคร ชลบุรี เชียงใหม่ นครราชสีมา และยะลา จำนวน 2,500 คน เก็บข้อมูลเดือนตุลาคม 2563 ถึงมกราคม 2564 โดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติป้องกันโรคโควิด-19 ที่ถูกต้องต่อผู้ที่เคยติดเชื้อระดับสูงมากที่สุดร้อยละ 45.9 มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ระดับปานกลางมากที่สุดร้อยละ 59.6 มีทัศนคติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อระดับต่ำมากที่สุดร้อยละ 47.8 มีความคิดเห็นต่อสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติป้องกันระดับสูงมากที่สุดร้อยละ 61.3 และมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ระดับสูงมากที่สุดร้อยละ 72.4 นอกจากนี้พบว่า เพศหญิง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการปฏิบัติป้องกันต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ($r=0.084, p<0.001$) ส่วนความคิดเห็นต่อสิ่งแวดล้อม และการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติป้องกันต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ($r=0.494, p<0.001$; $r=0.393, p<0.001$)

ดังนั้นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องควรส่งเสริมให้ประชาชนไทยปฏิบัติป้องกันโรคโควิด-19 ที่ถูกต้องต่อผู้ที่เคยติดเชื้อเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ : ปัจจัย การป้องกัน โรคโควิด-19

ABSTRACT

This descriptive study aimed to examine factors relating to how the Thai population would treat people with COVID-19 (PWCOVID-19). The sample included 2,500 people living in Bangkok, Chonburi, Chiang Mai, Nakorn Ratchasima, and Yala. Data were collected from October 2020 to January 2021 using a questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman rank correlation coefficient statistics.

The study revealed that most participants engaged in preventive practices that would provide a high level of protection when interacting with PWCOVID-19 (45.9%). Most participants had a moderate level of knowledge about COVID-19 (59.6%) and had low positive attitudes towards PWCOVID-19 (47.8%). The participants felt that the social environment highly impacted preventive practices for COVID-19 for PWCOVID-19 (61.3%). Most participants had high level perception about COVID-19 (72.4%). It was also found that being female was positively correlated at a low level with preventive practices for COVID-19 for PWCOVID-19 ($r=0.084$, $p<0.001$). Social environment and perception about COVID-19 were positively correlated at a moderate level with preventive practices for COVID-19 for PWCOVID-19 ($r=0.494$, $p<0.001$; $r=0.393$, $p<0.001$).

This study suggested that stakeholder engagement in COVID-19 prevention should encourage the Thai population to perform correct preventive practices towards PWCOVID-19.

Keyword: Factor, Prevention, COVID-19

E-mail address : nongyaok2003@gmail.com

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 เป็นโรคติดเชื้อที่มีการแพร่ระบาดไปทั่วโลก และก่อให้เกิดผลกระทบซึ่งเป็นอันตรายถึงชีวิต รวมถึงส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมอย่างรุนแรง ข้อมูล ณ วันที่ 26 มกราคม 2564 พบว่ามีผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 สะสมจำนวนทั้งสิ้น 100,221,840 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 12,936.4 ต่อล้านประชากร โดยมีผู้เสียชีวิตสะสม 2,155,052 ราย คิดเป็นอัตราตาย 278.0 ต่อล้านประชากร ปัจจุบันมีผู้ป่วยที่รักษาหายแล้ว 72,844,940 ราย มีผู้ป่วยอาการหนัก 110,299 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.4 ของผู้ป่วยทั้งหมด (World Health Organization [WHO], 2020; Worldometer, 2020) สำหรับประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 สะสมทั้งสิ้น 14,646 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 210 ต่อล้านประชากร เสียชีวิต 75 ราย คิดเป็นอัตราตาย 1.0 ต่อล้านประชากร ปัจจุบันมีผู้ป่วยที่รักษาหายแล้ว 10,892 ราย และยังคงรักษาตัวในโรงพยาบาล 3679 ราย (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ดังนั้นประชาชนจึงมีส่วนสำคัญในการที่จะช่วยเฝ้าระวัง และสอดส่องดูแลคนแปลกหน้าที่เข้ามาในชุมชน รวมถึงการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโรคโควิด-19 ในชุมชนอย่างเคร่งครัด นอกจากนี้การที่ประชาชนในชุมชนจะอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขและปลอดภัยจากการติดเชื้อโควิด-19 ชุมชนจะต้องมีผู้นำที่เข้มแข็ง ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ มีทัศนคติที่ดี และมีการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันโรคโควิด-19 รวมถึงมีนโยบายหรือมาตรฐานของรัฐบาลสนับสนุน โดยต้องคำนึงถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับประชาชน

จากการทบทวนวรรณกรรมจะพบการศึกษาเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเกี่ยวกับระบาดวิทยาของโรค ความรู้ ทักษะ การรับรู้ การปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 และผลกระทบจากโรค ยังมีการศึกษาค่อนข้างน้อยเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของประชาชนไทยต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 และส่วนใหญ่ทำการศึกษาในบุคลากรสุขภาพ นักศึกษา และประชาชนทั่วไป ยังไม่พบการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของประชาชนไทยต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของประชาชนไทยต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการปฏิบัติและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของประชาชนไทยต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของประชาชนไทยต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หมายถึง สิ่งที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนไทยต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การวิจัยครั้งนี้ศึกษาปัจจัยทำนายประกอบด้วย

ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง คุณลักษณะส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา และฐานะทางเศรษฐกิจ

ความรู้ในการป้องกันโรคโควิด-19 หมายถึง สิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้หรือสั่งสมที่ได้มาจากการสังเกต ประสบการณ์ การได้ยิน การฟังเกี่ยวกับข้อเท็จจริง แนวปฏิบัติหรือกฎเกณฑ์ในแนว ปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ประกอบด้วย ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และวิธีการป้องกันโรคโควิด-19 ได้แก่ ความรู้เรื่องโรค อาการของโรค วิธีการติดต่อ การรักษา การทำความสะอาดมือ การสวมหน้ากากอนามัย การดูแลสุขภาพส่วนบุคคล การเว้นระยะห่างทางสังคม และการทำความสะอาดและการทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อม ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความรู้ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ทัศนคติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หมายถึง ความคิดเห็น ความรู้สึก ความเชื่อ ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ในการป้องกันโรคโควิด-19 ประกอบด้วย ความคิดเห็นเกี่ยวกับโรค อาการของโรค วิธีการติดต่อ และวิธีการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ประเมินจากแบบสอบถามทัศนคติที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ความคิดเห็นต่อสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หมายถึง ความคิดเห็นเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคล ระดับองค์กร ระดับชุมชน และระดับนโยบายสาธารณะ

การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 หมายถึง กระบวนการซึ่งแต่ละบุคคลเลือกสรร (selects) จัดระเบียบ (organizes) และตีความ (interprets) โดยอาศัยประสาทสัมผัสทั้ง 5 คือ ตา หู จมูก ปาก และผิวหนังเพื่อสร้างภาพที่มีความหมายออกมา ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาเกี่ยวกับแหล่งข้อมูลข่าวสาร และการรับรู้เกี่ยวกับโรค อาการของโรค วิธีการติดต่อ และวิธีการป้องกันโรคโควิด-19 ประเมินจากแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หมายถึง การกระทำของประชาชนเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 จากผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ประกอบด้วย การทำความสะอาดมือ การสวมหน้ากากอนามัย

การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การเว้นระยะห่างทางสังคม และการทำความสะอาดและการทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อม ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการปฏิบัติที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หมายถึง ผู้ที่เคยป่วยด้วยโรคโควิด-19 ที่รักษาหายแล้วและแพทย์อนุญาตให้กลับเข้ามาอยู่ในชุมชนที่ทำการศึกษา

ประชาชนไทย หมายถึง คนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ 5 จังหวัดของประเทศไทย ประกอบด้วย กรุงเทพมหานคร ชลบุรี เชียงใหม่ นครราชสีมา และยะลา

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาการปฏิบัติและความตั้งใจในการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ในต่างประเทศมีการศึกษาในบุคลากรสุขภาพ นักศึกษามหาวิทยาลัย และประชาชน ดังเช่น การศึกษาในประเทศปากีสถานพบว่า บุคลากรสุขภาพร้อยละ 88.7 มีการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับดี (Saqlain et al., 2020) สำหรับการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ในประเทศไทยพบว่า ประชาชนปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 ของกระทรวงสาธารณสุขได้ในระดับสูง โดยร้อยละ 80.0-94.0 ไม่มีกิจกรรมหรือการสังสรรค์ ร้อยละ 92.0-96.0 ไม่มีการสัมผัสผู้ป่วยที่มีอาการหวัด ร้อยละ 63.0-79.0 ไม่มีการเข้าไปในพื้นที่แออัด ร้อยละ 79.0-85.0 ล้างมือก่อนรับประทานอาหารร้อยละ 71-92 ล้างมือหลังเข้าห้องน้ำ และร้อยละ 98.0 สวมหน้ากากอนามัย/หน้ากากผ้าเมื่อออกนอกบ้าน ยกเว้นการใช้มือจับใบหน้า พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการใช้มือจับใบหน้าเป็นบางครั้งสูงถึงร้อยละ 65.0-90.0 และการเว้นระยะห่างทางสังคม ที่พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างเพียง ร้อยละ 11.7-16.7 ที่รักษาระยะห่างได้ 1-2 เมตร (คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2563) คล้ายคลึงกับอีกหนึ่งการศึกษาที่พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ปฏิบัติตามกิจกรรมต่าง ๆ ในการป้องกันโรคโควิด-19 ได้ถูกต้อง โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างสวมหน้ากากอนามัยเมื่อพูดคุยกับผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ร้อยละ 94.5 ไม่ใช้จาน ชาม ช้อน ส้อม ร่วมกับผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ร้อยละ 94.0 ล้างมือหรือทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจลหลังพูดคุยกับผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ทุกครั้ง ร้อยละ 92.0 ไม่สัมผัสร่างกายผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ร้อยละ 90.5 ไม่รับประทานอาหารร่วมกับผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ร้อยละ 90.0 ล้างมือหรือทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจลหลังรับประทานอาหารร่วมกับผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ร้อยละ 88.5 สนับสนุนให้แยกผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ร้อยละ 87.5 โดยให้อยู่แยกห้อง/แยกบ้านกับผู้อื่น ล้างมือหรือทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจลก่อนรับประทานอาหารร่วมกับผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ร้อยละ 87.0 แนะนำวิธีป้องกันการติดเชื้อ/การแพร่เชื้อโรคโควิด-19 ให้ผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ร้อยละ 87.0 พูดคุยกับผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ร้อยละ 86.0 แต่เว้นระยะห่างอย่างน้อย 1-2 เมตร (นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล, 2563)

การศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ในประเทศอัฟกานิสถานพบว่า ประชาชนต้องการความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ในประเด็น วิธีทางติดต่อของโรค (ร้อยละ 63.0) อาการและอาการแสดง (ร้อยละ 59.0) การดูแลตนเอง (ร้อยละ 35.0) ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนของการติดเชื้อ (ร้อยละ 31.0) และมาตรการการป้องกันโรคโควิด-19 ของรัฐบาล (ร้อยละ 27.0) (Noor et al., 2020) การศึกษาในประเทศอียิปต์พบว่า ประชาชนมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 16.39 คะแนน จากคะแนนเต็ม 23.00 คะแนน ซึ่งกลุ่มที่มีคะแนนความรู้น้อย คือ กลุ่มประชาชนที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป กลุ่มที่ไม่ได้รับการศึกษา หรือมีการศึกษาระดับประถม และมัธยม ผู้ที่มีรายได้น้อย และผู้อาศัยอยู่ในชนบท (Abdelhafiz et al., 2020) สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ดังเช่นการศึกษาของคณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ซึ่งศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจากทั่วทุกภาคของประเทศไทย พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 62 มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับวิธีการป้องกันตนเองโดยการอยู่บ้าน/ทำงานที่บ้าน การไม่ใช้ภาชนะร่วมกับคนอื่น การสวมหน้ากากอนามัย/หน้ากากผ้า การกินร้อน การล้างมือให้สะอาดเป็นประจำ การเว้นระยะห่างทางสังคม และห้ามจับใบหน้า และมีความรู้ที่ถูกต้องว่า การยึนการแจ้ง การตี้มเหล่า/แอลกอฮอล์ไม่สามารถฆ่าเชื้อโรคได้ แต่มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 28 เข้าใจผิดว่า การยึนการแจ้ง การตี้มเหล่า/แอลกอฮอล์สามารถฆ่าเชื้อโรคได้ (คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2563) ส่วนการศึกษานำร่องในภาคเหนือมาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ระดับปานกลาง (11-15 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 71.5 คะแนนความรู้เฉลี่ย 14.0 คะแนน (± 2.3 คะแนน) โดยความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ที่ถูกต้องน้อยกว่าร้อยละ 50 คือ โรคโควิด-19 ไม่ได้มีการแพร่กระจายจากคนสู่คนเท่านั้น ส่วนความรู้ด้านการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ที่ถูกต้องน้อยกว่าร้อยละ 30 ได้แก่ การให้คนเดินผ่านสเปรย์พ่นยาฆ่าเชื้อไม่ใช่วิธีการสำคัญที่ช่วยลดการติดเชื้อโรคโควิด-19 การฉีดพ่นยาฆ่าเชื้อในสิ่งแวดล้อมไม่ใช่วิธีการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ที่สำคัญ และรัฐบาลไม่ควรให้ทุกชุมชน/หมู่บ้านรณรงค์ให้มีการฉีดพ่นยาฆ่าเชื้อเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 (นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล, 2563)

การศึกษาทัศนคติเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ดังเช่นการศึกษาในประเทศเคนยาพบว่า ประชาชนมีความกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 โดยร้อยละ 67.9 มีความเชื่อว่าโรคโควิด-19 ทำให้เสียชีวิตได้ ร้อยละ 39.5 มีความเชื่อว่าโรคโควิด-19 ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ร้อยละ 34.4 มีความกลัวตงงาน ไม่มีรายได้ และธุรกิจปิดกิจการ ร้อยละ 25.8 มีความเชื่อว่าตนเองสามารถแพร่เชื้อไปให้ผู้อื่นได้ และร้อยละ 21.8 มีความเชื่อว่าโรคโควิด-19 ทำให้ขาดแคลนอาหาร (Austrian et al., 2020) การศึกษาประชาชนในประเทศอินโดนีเซียพบว่า ประชาชนมีทัศนคติทางบวกเกี่ยวกับการระบาดร้อยละ 96 แต่อย่างไรก็ตามมีทัศนคติเชิงลบอยู่ 2 ประเด็น คือ ต้องรักษาระยะห่าง 1-5 เมตร เมื่อเข้าไปอยู่ในที่ชุมชนร้อยละ 78.6 ทำให้ไม่สามารถออกกำลังกาย หรือการออกไปรับประทานอาหารได้ตามปกติร้อยละ 79.1 (Sari, Amelia, Dharmajaya, Sari, & Fitri, 2021)สำหรับประเทศไทยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อมั่นว่าการปฏิบัติตามแนวทางของสาธารณสุขจะช่วยลดการแพร่กระจายของเชื้อในระดับมากถึงมากที่สุด กลุ่มตัวอย่างคิดว่าการปฏิบัติตามแนวทางของสาธารณสุขมีความสำคัญในระดับมากถึงมากที่สุด กลุ่มอย่างมีความตั้งใจในการปฏิบัติตามแนวทางของสาธารณสุขในระดับมากถึงมากที่สุด และกลุ่มตัวอย่างคิดว่าคนในชุมชน/สังคมสามารถปฏิบัติตามแนวทางของสาธารณสุขได้ดีในระดับมาก (คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2563) นอกจากนี้มีการศึกษาที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติทางลบต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ในหลายประเด็น โดยกลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 90 มีความเห็นว่าผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ได้รับความเชื่อหรือมีโอกาสได้รับความเชื่อจากพฤติกรรมกรรมชั่วในสถานที่ที่โคจร และมีความเห็นว่าผู้ที่ได้รับเชื่อหรือมีโอกาสได้รับความเชื่อเกิดจากการไม่รับผิดชอบต่อตนเอง นอกจากนี้มีความเห็นว่าผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 เป็นบุคคลที่น่าเชื่อถือมาแพร่ให้คนในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 87.5 และ 84.5 ตามลำดับ แต่มีทัศนคติทางบวกคือ มีความเห็นว่าผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 เป็นบุคคลที่สมาชิกในครอบครัวต้องดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผ่านภาวะวิกฤติของชีวิตไปได้ คิดเป็นร้อยละ 87.0 และ 87.5 ตามลำดับ และเป็นบุคคลที่คนในชุมชนต้องดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผ่านภาวะวิกฤติของชีวิตไปได้ คิดเป็นร้อยละ 86.0 และ 84.5 (นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล, 2563)

การศึกษารับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ในประเทศเคนยาพบว่า ประชาชนร้อยละ 42.0 มีการรับรู้ว่าตนเองความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อโรคโควิด-19 และร้อยละ 24.0 รับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่ำ เนื่องจากมี

การเว้นระยะห่างทางสังคม อยู่บ้าน สวมหน้ากากอนามัย และทำความสะอาดมือ (Population Council, 2020) ส่วนการศึกษาในประเทศอัฟกานิสถานพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีการรับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 ดังนี้ ร้อยละ 93.0 การทำความสะอาดมือ ร้อยละ 92.0 หลีกเลี่ยงการสัมผัสผู้ที่มีอาการคล้ายโรคไข้หวัด หรือไข้หวัดใหญ่ ร้อยละ 89.0 ไม่ใช้มือสัมผัสตา จมูก และปาก ร้อยละ 87.0 หลีกเลี่ยงการชุมนุม ร้อยละ 85.0 ปิดจมูกและปากหลังการไอ จาม ร้อยละ 80.0 หลีกเลี่ยงการสัมผัสมือ ร้อยละ 72.0 หากมีอาการป่วยให้พักรักษาตัวที่บ้านและไปพบแพทย์เมื่อมีอาการรุนแรง และร้อยละ 69.0 ทำความสะอาดและทำลายเชือบนอุปกรณ์และพื้นผิวสัมผัส นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 56.0 มีความเห็นว่ามีมาตรการในการจำกัดการเดินทางและให้อยู่บ้าน ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ (Noor et al., 2020) จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาแหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ในต่างประเทศ ดังเช่นการศึกษาในประเทศแอฟริกาใต้ เคนยา และไนจีเรียพบว่า ประชาชนรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 จากหลายแหล่งดังนี้ ร้อยละ 46.0 จากสื่อสังคมออนไลน์ ร้อยละ 35.0 จากโทรทัศน์ ร้อยละ 25.0 จากวิทยุ ร้อยละ 12.0 ข่าวสารจากรัฐบาล ร้อยละ 11.0 จากหนังสือพิมพ์ และร้อยละ 6.0 จากเพื่อน/ครอบครัว ซึ่งประชาชนเพียงร้อยละ 20.0 ที่มีความเห็นว่าข้อมูลจากสื่อสังคมออนไลน์มีความถูกต้องทั้งหมด ร้อยละ 65.0 เพียงบางส่วน และร้อยละ 15.0 ไม่มีความถูกต้อง ("A study of the knowledge and perceptions of coronavirus (COVID-19) in South Africa, Kenya, and Nigeria," 2020)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทศนคติ สิ่งแวดล้อมทางสังคม และการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกหรือทางลบกับการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 ดังการศึกษาในประเทศเคนยาพบว่า ประชาชนเพศหญิงมีความกลัวตงงาน ไม่มีรายได้ และธุรกิจปิดกิจการมากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่ากลุ่มที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดอาการรุนแรงเมื่อมีการติดเชื้อโรคโควิด-19 มากที่สุด คือ ผู้สูงอายุ (ร้อยละ 64.0) รองลงมาคือ ผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ (ร้อยละ 26.0) อีกทั้งการศึกษานี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ความเสี่ยงของการติดเชื้อโรคโควิด-19 เพิ่มขึ้นตามกลุ่มอายุ และกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงมีความตระหนักเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ และความเสี่ยงของการติดเชื้อโรคโควิด-19 มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการศึกษา⁶ อีกทั้งยังพบว่าเศรษฐกิจทางสังคมส่งผลให้ประชาชนเข้าถึงการปฏิบัติในการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ไม่เท่าเทียมกัน (Khalatbari-Soltani, Cumming, Delpierre, & Kelly-Irving, 2020) การศึกษาในประเทศบังกลาเทศพบว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 ($r = 0.291, p < 0.01$) (Rahman & Sathi, 2020) นอกจากนี้การปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนยังเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรม (culture) และบรรทัดฐานทางสังคม (social norms) โดยพบว่าวัฒนธรรมการทักทายของประชาชนในประเทศแถบยุโรป และอเมริกา ใช้วิธีการจับมือ การจูบ หรือการกอด ทำให้เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ ซึ่งประเทศในแถบเอเชียส่วนใหญ่ใช้การทักทายโดยการไหว้ โอกาสการแพร่กระจายเชื้อจะน้อยกว่า ส่วนวัฒนธรรมการกิน ประเทศทางแถบเอเชียจะมีโอกาสแพร่กระจายเชื้อมากกว่าประเทศทางแถบยุโรปและอเมริกา เนื่องจากมีการรับประทานอาหารร่วมกัน โดยใช้จาน ชาม ช้อน หรือตะเกียบร่วมกัน สำหรับบรรทัดฐานทางสังคมพบว่าบุคคลที่ได้รับการยอมรับในชุมชนเป็นผู้ที่มีความสำคัญที่จะทำให้ประชาชนในชุมชนเกิดความคล้อยตามและปฏิบัติตามการป้องกันการติดเชื้อตามสิ่งประชาชนรับรู้จากบุคคลเหล่านี้ (Van Bavel et al., 2020) ดังการศึกษาที่พบว่า การปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนรายบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตัวของคนในชุมชน/สังคม ($r = 0.89, p < 0.05$) (คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2563) และยังอาจขึ้นกับนโยบายหรือมาตรการในการป้องกันโรคโควิด-19 และ

มาตรการการผ่อนปรนข้อบังคับของรัฐบาล ซึ่งจะปรับเปลี่ยนไปตามจำนวนกลุ่มเสี่ยง จำนวนผู้ติดเชื้อ จำนวนผู้เสียชีวิต และระยะการระบาดของโรค (Qiu, Chen, & Shi, 2020; Signorelli, Scognamiglio, & Odone, 2020; "A study of the knowledge and perceptions of coronavirus (COVID-19) in South Africa, Kenya, and Nigeria," 2020)

กรอบแนวความคิดในการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของประชาชนไทยต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ ความคิดเห็นต่อสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 และการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ต่อการปฏิบัติของประชาชนไทยต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ซึ่งได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของประชาชนไทยต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนในกรุงเทพมหานคร ชลบุรี เชียงใหม่ นครราชสีมา และยะลา จำนวน 2,500 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม โดยใช้กฎแห่งการปฏิบัติ (Rule of Thumb) ที่ชูแมคเกอร์ และโลแมกซ์ แฮร์ และคณะ (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542) เก็บข้อมูลเดือนตุลาคม 2563 ถึงมกราคม 2564

คุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ของกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในจังหวัดกรุงเทพฯ ชลบุรี เชียงใหม่ นครราชสีมา หรือยะลา 2) สื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้ และ 3) ยินยอมเข้าร่วม และให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ คุณสมบัติตามเกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) ของกลุ่มตัวอย่างคือ มีเหตุการณ์ฉุกเฉินที่ทำให้ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยใช้เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลที่ผู้วิจัยจะสร้างขึ้น จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 6 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย จังหวัดที่พักอาศัย อายุ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษาสูงสุด ศาสนา จำนวนสมาชิกในครอบครัว จำนวนสมาชิกอายุไม่เกิน 1 ปี จำนวนสมาชิกอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่มีโรคประจำตัว ความเพียงพอของพื้นที่บ้านสำหรับการเว้นระยะห่างทางสังคม ฐานะทางครอบครัว การได้รับเงินเยียวยา จำนวนผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ในชุมชนและในครอบครัว จำนวนผู้กักกันในชุมชนและในครอบครัว ความเพียงพอของแอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือ การพกแอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือติดตัว การสวมหน้ากากอนามัย การเว้นระยะห่างทางสังคม และแหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 มีจำนวน 21 ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิดและแบบปลายเปิด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 มีจำนวน 27 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นข้อคำถามปลายปิดและปลายเปิด และเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า โดยที่แบบสอบถามที่เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ กำหนดให้ผู้ตอบเลือกเพียงคำตอบเดียว โดยเขียนเครื่องหมาย ✓ ในช่องข้อความที่ตรงกับความเห็นของผู้ตอบ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน คือ ปฏิบัติทุกครั้ง 4 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง 3 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง 2 คะแนน และไม่ปฏิบัติ 1 คะแนน

การแปลผลทำโดยรวมคะแนน ซึ่งแบบสอบถามมีคะแนนรวม 108 คะแนน คะแนนอยู่ระหว่าง 27 ถึง 108 คะแนน หลังจากนั้นนำผลคะแนนมาวิเคราะห์ และแปลผลระดับแบ่งช่วงคะแนน เป็น 3 ระดับ ดังนี้

ช่วงคะแนน	27-53	คะแนน หมายถึง	ระดับต่ำ
ช่วงคะแนน	54-80	คะแนน หมายถึง	ระดับปานกลาง
ช่วงคะแนน	81-108	คะแนน หมายถึง	ระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ประกอบด้วย ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และวิธีการป้องกันโรคโควิด-19 ได้แก่ ความรู้เรื่องโรค อาการของโรค วิธีการติดต่อ การรักษา การทำความสะอาดมือ การสวมหน้ากากอนามัย การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การเว้นระยะห่างทางสังคม และการทำความสะอาดและการทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อม มีจำนวน 30 ข้อ คำตอบเป็นแบบ 2 ตัวเลือก คือ ถูกและผิด โดยเขียนเครื่องหมาย ✓ ในช่องข้อความที่ตรงกับความเห็นของผู้ตอบ เกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิดได้ 0 คะแนน แบบสอบถามมีคะแนนรวม 30 คะแนน นำผลคะแนนมาวิเคราะห์ โดยแบ่งคะแนนอิงตามเกณฑ์การประเมิน ดังนี้

คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 25	หมายถึง	มีความรู้ระดับสูง
คะแนนตั้งแต่ 19-24	หมายถึง	มีความรู้ระดับปานกลาง
คะแนนเท่ากับหรือน้อยกว่า 18	หมายถึง	มีความรู้ระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามทัศนคติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 มีจำนวน 15 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นข้อคำถามปลายปิดและปลายเปิด และเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า โดยที่แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 10 ระดับ คือ 10 เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 1 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน คือ ทัศนคติทางบวก เห็นด้วยอย่างยิ่ง 10 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน ส่วนคะแนนทัศนคติทางลบ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 10 คะแนน และเห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน

การแปลผลทำโดยรวมคะแนน ซึ่งแบบสอบถามมีคะแนนรวม 150 คะแนน คะแนนอยู่ระหว่าง 15 ถึง 150 คะแนน หลังจากนั้นนำผลคะแนนมาวิเคราะห์ และแปลผลระดับแบ่งช่วงคะแนน เป็น 3 ระดับ ดังนี้

ช่วงคะแนน	15-59	คะแนน หมายถึง	มีทัศนคติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ระดับต่ำ
ช่วงคะแนน	60-104	คะแนน หมายถึง	มีทัศนคติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ระดับปานกลาง
ช่วงคะแนน	105-150	คะแนน หมายถึง	มีทัศนคติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ประกอบด้วย สิ่งแวดล้อมระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคล ระดับองค์กร ระดับชุมชน และระดับนโยบายสาธารณะ มีจำนวน 21 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ กำหนดให้ผู้ตอบเลือกเพียงคำตอบเดียว โดยเขียนเครื่องหมาย ✓ ในช่องข้อความที่ตรงกับความถี่ของการปฏิบัติ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง 4 คะแนน เห็นด้วย 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน

การแปลผลทำโดยรวมคะแนน ซึ่งแบบสอบถามมีคะแนนรวม 84 คะแนน คะแนนอยู่ระหว่าง 21 ถึง 84 คะแนน หลังจากนั้นนำผลคะแนนมาวิเคราะห์ และแปลผลระดับแบ่งช่วงคะแนน เป็น 3 ระดับ ดังนี้

ช่วงคะแนน	21-41	คะแนน หมายถึง	ระดับต่ำ
ช่วงคะแนน	42-62	คะแนน หมายถึง	ระดับปานกลาง

ช่วงคะแนน 63-84 คะแนน หมายถึง ระดับสูง

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ประกอบด้วย ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค อาการของโรค วิธีการติดต่อ และวิธีการป้องกันโรคโควิด-19 มีจำนวน 24 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ กำหนดให้ผู้ตอบเลือกเพียงคำตอบเดียว โดยเขียนเครื่องหมาย ✓ ในช่องข้อความที่ตรงกับความเห็นของผู้ตอบ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง 4 คะแนน เห็นด้วย 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน

การแปลผลทำโดยรวมคะแนน ซึ่งแบบสอบถามมีคะแนนรวม 96 คะแนน คะแนนอยู่ระหว่าง 24 ถึง 96 คะแนน หลังจากนั้นนำผลคะแนนมาวิเคราะห์ และแปลผลระดับแบ่งช่วงคะแนน เป็น 3 ระดับ ดังนี้

ช่วงคะแนน	24-47	คะแนน	หมายถึง	ระดับต่ำ
ช่วงคะแนน	48-71	คะแนน	หมายถึง	ระดับปานกลาง
ช่วงคะแนน	72-96	คะแนน	หมายถึง	ระดับสูง

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยาหรือโรคติดเชื้อ 2 ท่าน พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ 2 ท่าน และนักวิชาการสาธารณสุข 2 ท่าน ทำการตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ในแบบสอบถาม แล้วนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index [CVI]) ได้ค่าเท่ากับ 0.99 ซึ่งเป็นค่าของเครื่องมือทั้งฉบับ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้คำนวณค่า CVI ของเครื่องมือตามตัวแปรที่ศึกษา ได้ค่า CVI ดังนี้ แบบสอบถามการปฏิบัติเท่ากับ 1 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 เท่ากับ 0.99 แบบสอบถามทัศนคติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 เท่ากับ 1 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 เท่ากับ 0.99 และแบบสอบถามการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 เท่ากับ 1

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิและได้รับการแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ไปหาความเชื่อมั่นกับประชาชนที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 ราย แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ได้มาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรครูดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson20: KR-20) ได้ค่าเท่ากับ 0.89 สำหรับแบบสอบถามส่วนอื่นนำมาคำนวณค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นดังนี้ แบบสอบถามการปฏิบัติเท่ากับ 0.88 แบบสอบถามทัศนคติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 เท่ากับ 0.86 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 เท่ากับ 0.82 และแบบสอบถามการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 เท่ากับ 0.96

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารเลขที่ 105/2020

การรวบรวมข้อมูล หลังจากโครงการทำวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตัวพร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ในการดำเนินการวิจัย วิธีการและขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม การตอบแบบสอบถาม เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้ตอบคำถามแล้ว ให้ส่งแบบสอบถามและเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัยในช่องและปิดผนึก ให้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถามและตรวจสอบความสมบูรณ์

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน พิสัย และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบ สเปียร์แมน และกำหนดระดับความสัมพันธ์ ดังนี้ >0.70 หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับสูง $0.30 - 0.70$ หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง, < 0.30 หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ และ 0 หมายถึง ไม่มีความสัมพันธ์

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง การปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ทศนคติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ความคิดเห็นต่อสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติป้องกัน และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 แสดงดังตารางที่ 1-5

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจังหวัดที่พักอาศัย เพศ อาชีพ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา ฐานะทางครอบครัว ความเพียงพอของพื้นที่บ้านสำหรับการเว้นระยะห่างทางสังคม ความเพียงพอของแอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือ และความเพียงพอของหน้ากากอนามัยมีพอใช้ (n=2,500)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
จังหวัดที่พักอาศัย		
กรุงเทพมหานคร	500	20.0
ชลบุรี	500	20.0
เชียงใหม่	500	20.0
นครราชสีมา	500	20.0
ยะลา	500	20.0
เพศ		
หญิง	1,791	71.6
ชาย	709	28.4
อาชีพ		
รับจ้าง	866	34.6
เกษตรกร	444	17.8
ค้าขาย/ธุรกิจ	278	11.1
พนักงานบริษัท	220	8.8
รับราชการ	199	8.0
นักเรียน/นักศึกษา	121	4.8
ข้าราชการบำนาญ	83	3.3
พนักงานราชการ	36	1.4
รัฐวิสาหกิจ	15	0.6
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	238	9.6
อายุ (ปี)		
≤ 30	649	26.0
31-40	421	16.8
41-50	527	21.0

ปัจจัยทำนายการปฏิบัติต่อผู้เคยติดเชื้อหรือผู้ถูกกักกันโรคโควิด-19 และผลกระทบ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
51-60	579	23.2
> 60	324	13.0
อายุเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 43.4 (14.4) ปี ค่ามัธยฐาน 44.5 ปี พิสัย 18-70 ปี		
ศาสนา		
พุทธ	1,951	78.0
อิสลาม	521	20.8
คริสต์	28	1.2
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	877	35.2
มัธยมศึกษา	850	34.0
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	231	9.2
ปริญญาตรี	501	20.0
สูงกว่าปริญญาตรี	41	1.6
ฐานะทางครอบครัว		
รวย	23	0.9
ปานกลาง	2,092	83.7
จน	330	13.2
ไม่มีรายได้	55	2.2
พื้นที่บ้านเพียงพอสำหรับการเว้นระยะห่างทางสังคม	2,122	84.9
แอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือมีพอใช้	1,874	75.0
หน้ากากอนามัยมีพอใช้	1,914	76.6

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร ชลบุรี เชียงใหม่ นครราชสีมา และยะลา ร้อยละ 20.0 เท่ากัน เป็นเพศหญิงมากที่สุดร้อยละ 71.6 ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุดร้อยละ 34.6 มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปีมากที่สุดร้อยละ 26.0 โดยมีอายุเฉลี่ย 43.4 ปี กลุ่มตัวอย่างนับถือศาสนาพุทธมากที่สุดร้อยละ 78.0 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุดร้อยละ 35.2 รองลงมาคือ มัธยมศึกษา ร้อยละ 34.0 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีฐานะทางครอบครัวอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 83.7 มีพื้นที่บ้านเพียงพอสำหรับการเว้นระยะห่างทางสังคมร้อยละ 84.9 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือมีพอใช้ร้อยละ 75.0 และมีหน้ากากอนามัยมีพอใช้ร้อยละ 76.6

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคะแนนและระดับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ถูกต้องต่อผู้ที่เคยติดเชื้อ

คะแนน	ระดับการปฏิบัติ	การปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ถูกต้องต่อผู้ที่เคยติดเชื้อ	
		จำนวน	ร้อยละ
≤ 53	ต่ำ	192	7.7
54-80	ปานกลาง	1,136	45.4
81-108	สูง	1,172	45.9
คะแนนเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 77.8 (16.1) คะแนน ค่ามัธยฐาน 79.0 คะแนน พิสัย 28-107 คะแนน			

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างโดยรวมมีคะแนนการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ถูกต้องต่อผู้ที่เคยติดเชื้ออยู่ในระดับสูง (81-108 คะแนน) มากที่สุดร้อยละ 45.9 โดยมีคะแนนการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ถูกต้องต่อผู้ที่เคยติดเชื้อเฉลี่ย 77.8 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 16.1 คะแนน)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีการปฏิบัติที่ถูกต้องต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 (n=2,500)

ข้อ	กิจกรรม	การปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19			
		ไม่ปฏิบัติ	นาน ๆ ครั้ง	เกือบทุกครั้ง	ทุกครั้ง
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1.	ท่านสวมหน้ากากอนามัยเมื่อพูดคุยกับคนเหล่านี้	158(6.3)	178(7.1)	450(18.0)	1,714(68.6)
2.	ท่านล้างมือหรือทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจลหลังพูดคุยกับคนเหล่านี้ทุกครั้ง	169(6.8)	213(8.5)	548(21.9)	1,570(62.8)
3.	ท่านล้างมือหรือทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจลก่อนรับประทานอาหารร่วมกับคนเหล่านี้	216(8.6)	242(9.7)	506(20.2)	1,536(61.4)
4.	ท่านล้างมือหรือทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจลหลังรับประทานอาหารร่วมกับคนเหล่านี้	211(8.4)	217(8.7)	544(21.8)	1,528(61.1)
5.	ท่านไม่ใช้จาน ชาม ช้อน ส้อม แก้วน้ำ ร่วมกับคนเหล่านี้	354(14.2)	252(10.1)	431(17.2)	1,463(58.5)
6.	ท่านสนับสนุนให้แยกคนเหล่านี้ โดยให้อยู่แยกห้อง/แยกบ้านกับผู้อื่น	302(12.1)	272(10.9)	544(21.8)	1,382(55.3)
7.	ท่านไม่สัมผัสร่างกายคนเหล่านี้	419(16.8)	323(12.9)	465(18.6)	1,293(51.7)
8.	ท่านมีส่วนร่วมในการสอดส่องดูแลคนเหล่านี้ในระหว่างที่มีการเฝ้าระวังโรคโควิด-19 จนครบ 14 วัน	385(15.4)	361(14.4)	523(20.9)	1,231(49.2)
9.	ท่านพูดคุยกับคนเหล่านี้ แต่เว้นระยะห่างอย่างน้อย 1-2 เมตร	222(8.9)	437(17.5)	647(25.9)	1,194(47.8)
10.	ท่านมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ติดตามอาการของคนเหล่านี้	400(16.0)	358(14.3)	549(22.0)	1,193(47.7)
11.	ท่านไม่รับประทานอาหารร่วมกับคนเหล่านี้	425(17.0)	395(15.8)	525(21.0)	1,155(46.2)
12.	ท่านรับประทานอาหารร่วมกับคนเหล่านี้ แต่เว้นระยะห่างอย่างน้อย 1-2 เมตร	457(18.3)	352(14.1)	581(23.2)	1,110(44.4)
13.	ท่านแนะนำวิธีป้องกันการติดเชื้อ/การแพร่เชื้อโรคโควิด-19 ให้คนเหล่านี้	290(11.6)	439(17.6)	665(26.6)	1,106(44.2)
14.	ท่านมีส่วนร่วมในการรายงาน/แจ้งข้อมูลความผิดปกติที่อาจเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด-19 แก่ อสม. หรือผู้นำชุมชน	342(13.7)	453(18.1)	618(24.7)	1,087(43.5)
15.	ท่านมีส่วนร่วมในการคัดกรองโรคโควิด-19 ในคนเหล่านี้	429(17.2)	481(19.2)	566(22.6)	1,062(42.5)
16.	ท่านห้ามบุตรหลานไปเล่นกับเด็กหรือสมาชิกในครอบครัวคนเหล่านี้	468(18.7)	481(19.2)	522(20.9)	1,029(41.2)

ข้อ	กิจกรรม	การปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19			
		ไม่ปฏิบัติ	นาน ๆ ครั้ง	เกือบทุกครั้ง	ทุกครั้ง
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
17.	ท่านไม่ใช้ห้องน้ำร่วมกับคนอื่น	433(17.3)	490(19.6)	604(24.2)	973(38.9)
18.	ท่านห้ามคนในครอบครัวไปเยี่ยมเยียนคนอื่น	559(22.4)	500(20.0)	516(20.6)	925(37.0)
19.	ท่านพบปะคนอื่นเพื่อปลอบใจพูดคุยให้กำลังใจ โดยรักษาระยะห่างอย่างน้อย 1-2 เมตร	533(21.3)	476(19.0)	581(23.2)	910(36.4)
20.	ท่านไม่ใช้โต๊ะ เก้าอี้ และเครื่องใช้อื่น ๆ ภายในชุมชน/ ภายในบ้านร่วมกับคนอื่น	442(17.7)	496(19.8)	684(27.4)	878(35.1)
21.	ท่านปลอบใจพูดคุยให้กำลังใจคนอื่นทางโทรศัพท์	497(19.9)	463(18.5)	662(26.5)	878(35.1)
22.	ท่านไม่เข้าร่วมกิจกรรมใด ๆ ที่คนอื่น เข้าร่วมกิจกรรม	589(23.6)	550(22.0)	525(21.0)	836(33.4)
23.	ท่านต่อต้านการให้คนอื่นเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน	685(27.4)	570(22.8)	479(19.2)	766(30.6)
24.	ท่านไม่พูดคุยกับคนอื่น	530(21.2)	662(26.5)	572(22.9)	736(29.4)
25.	ท่านให้อาหาร สิ่งของ เครื่องใช้ หรือเงินช่วยเหลือแก่คนอื่น	477(19.1)	631(25.2)	729(29.2)	663(26.5)
26.	ท่านสนับสนุนให้ชุมชนท่านฉีดพ่นยาฆ่าเชื้อในสิ่งแวดล้อมที่บ้านของคนอื่น	1,351(54.0)	554(22.2)	294(11.8)	301(12.0)
27.	ท่านสนับสนุนให้ชุมชนท่านฉีดพ่นยาฆ่าเชื้อในสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ในชุมชน ที่มีคนอื่นอาศัยอยู่ เช่น วัด ตลาด	1,302(52.1)	630(25.2)	313(12.5)	255(10.2)

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติที่ถูกต้องต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ในระดับมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ สวมหน้ากากอนามัยเมื่อพูดคุยกับผู้ติดเชื้อ (ร้อยละ 68.6) ล้างมือหรือทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจล หลังพูดคุยกับผู้ติดเชื้อทุกครั้ง (ร้อยละ 62.8) ล้างมือหรือทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจลก่อนรับประทานอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อ (ร้อยละ 61.4) ล้างมือหรือทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจลหลังรับประทานอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อ (ร้อยละ 61.1) และไม่ใช้จาน ชาม ช้อน ส้อม แก้วน้ำร่วมกับผู้ติดเชื้อ (ร้อยละ 58.5)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคะแนน และระดับ ของตัวแปรความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ที่สนใจต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ความคิดเห็นต่อสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อ และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 (n=2,500)

คะแนน	ระดับ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 (คะแนนเต็ม 30 คะแนน)			
≤ 17	ต่ำ	573	22.9
18-24	ปานกลาง	1,489	59.6
25-30	สูง	438	17.5
คะแนนเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 20.5 (4.1) คะแนน คำมัธยฐาน 21.0 คะแนน พิสัย 6-29 คะแนน			

ทัศนคติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 (คะแนนเต็ม 150 คะแนน)

≤ 59	ต่ำ	1,194	47.8
60-104	ปานกลาง	1,095	43.8
105-150	สูง	211	8.4

คะแนนเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 65.9 (22.6) คะแนน คำมัธยฐาน 60.0 คะแนน พิสัย 15-141 คะแนน
ความคิดเห็นต่อสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อ (คะแนนเต็ม 84 คะแนน)

≤ 41	ต่ำ	130	5.2
42-62	ปานกลาง	838	33.5
63-84	สูง	1,532	61.3

คะแนนเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 64.7 (13.1) คะแนน คำมัธยฐาน 66.0 คะแนน พิสัย 21-84 คะแนน
การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 (คะแนนเต็ม 96 คะแนน)

≤ 47	ต่ำ	21	0.8
48-71	ปานกลาง	669	26.8
72-96	สูง	1,810	72.4

คะแนนเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 77.7 (11.1) คะแนน คำมัธยฐาน 79.0 คะแนน พิสัย 24-96 คะแนน

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลาง (18-24 คะแนน) มากที่สุดร้อยละ 59.6 โดยมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 20.5 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.1 คะแนน) แต่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 22.9 มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับต่ำ (≤ 17 คะแนน)

กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อผู้ที่เคยติดเชื้ออยู่ในระดับต่ำ (น้อยกว่า 59 คะแนน) มากที่สุดร้อยละ 47.8 โดยมีคะแนนทัศนคติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อเฉลี่ย 65.9 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 22.6 คะแนน)

กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูง (63-84 คะแนน) มากที่สุดร้อยละ 61.3 โดยมีคะแนนความคิดเห็นต่อสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 เฉลี่ย 64.7 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13.1 คะแนน)

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูง (72-96 คะแนน) มากที่สุดร้อยละ 72.4 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 77.7 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.1 คะแนน)

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของประชาชนไทยต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 (n=2,500)

ปัจจัย	การปฏิบัติการป้องกันต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน	p-value
เพศหญิง	0.084	0.000
ความคิดเห็นต่อสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติ	0.494	0.000
การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19	0.393	0.000

จากตารางที่ 5 พบว่า เพศหญิง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการปฏิบัติการป้องกันต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ($r=0.084, p<0.001$; $r=0.092, p<0.005$) ส่วนความคิดเห็นต่อสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติ และการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติการป้องกันต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ($r=0.494, p<0.001$; $r=0.393, p<0.001$)

อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ถูกต้องต่อผู้ที่เคยติดเชื้ออยู่ในระดับสูง มากที่สุดร้อยละ 45.9 ซึ่งสูงกว่าการศึกษาที่ผ่านมา (นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล และคณะ, 2563) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติ และการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติการป้องกันต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 โดยการปฏิบัติที่ถูกต้องต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ในระดับมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ สวมหน้ากากอนามัยเมื่อพูดคุยกับผู้ติดเชื้อร้อยละ 68.6 ล้างมือหรือทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจลหลังพูดคุยกับผู้ติดเชื้อทุกครั้งร้อยละ 62.8 และล้างมือหรือทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจลก่อนรับประทานอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อร้อยละ 61.4 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมา (นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล และคณะ, 2563) แต่การปฏิบัติบางประเด็นต่ำกว่าการศึกษาที่ผ่านมา เช่น การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าประชาชนส่วนใหญ่ป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโรคโควิด-19 จากผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 โดยการสวมหน้ากากอนามัยเมื่อพูดคุยกับผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 ร้อยละ 94.5 ล้างมือหรือทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจลทุกครั้งหลังพูดคุยกับผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 ร้อยละ 92.0 (นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล, 2563) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษารั้งนี้ศึกษาในช่วงที่ไม่พบผู้ติดเชื้อภายในประเทศมาเป็นระยะเวลานาน ทำให้ประชาชนมีความหย่อนยานในการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างไรก็ตามการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ถูกต้องต่อผู้ที่เคยติดเชื้อของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวม อยู่ในระดับสูงไม่ถึงร้อยละ 80 ดังนั้นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องควรณรงค์ให้ประชาชนมีการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ถูกต้องต่อผู้ที่เคยติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น

การศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุดร้อยละ 59.6 ซึ่งต่ำกว่าการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทยที่พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 71.5 และระดับต่ำร้อยละ 6.5 (นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล, 2563) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษาที่ผ่านมาทำการศึกษาเพียงจังหวัดเดียวและประชาชนอาศัยอยู่ในเขตเมืองทั้งหมด แต่การศึกษารั้งนี้ทำการศึกษาใน 5 จังหวัด ซึ่งประชาชนอาศัยอยู่ในเขตเมืองและชนบท อาจส่งผลต่อการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่างใน 2 การศึกษาดังกล่าวมีความแตกต่างกัน

กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อผู้ที่เคยติดเชื้ออยู่ในระดับต่ำมากที่สุดร้อยละ 47.8 กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 50 มีทัศนคติทางลบต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ในประเด็นเกี่ยวกับผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ได้รับเชื้อหรือมีโอกาสได้รับเชื้อจากการไปในสถานที่อโคจร เช่น สนามมวย บ่อนไก่ สถานบันเทิง และการมีสุ่มดื่มสุราหรือเสพสารเสพติด (ร้อยละ 75.8, ร้อยละ 67.5) ผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ได้รับเชื้อหรือมีโอกาสได้รับเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์หรือการหลับนอนกับผู้ติดเชื้อหรือกลุ่มเสี่ยง (ร้อยละ 64.5, ร้อยละ 57.3) และผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ได้รับเชื้อหรือมีโอกาสได้รับเชื้อจากการประกอบอาชีพ เช่น ขับรถแท็กซี่ ไกด์ทัวร์ ให้บริการนวด และบุคลากรการแพทย์ (ร้อยละ 60.1, ร้อยละ 53.1) ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างอาจมีความเชื่อว่าผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 รวมถึงผู้ที่ประกอบอาชีพเสี่ยง เช่น บุคลากรการแพทย์ คนขับแท็กซี่ ไกด์ และพนักงานสถานบันเทิง เป็นต้น เป็นบุคคลที่อาจแพร่กระจายเชื้อมาสู่ตนเองได้สูง เนื่องจากกลุ่มคนดังกล่าวมีอัตราการติดเชื้อที่สูงกว่าประชาชนทั่วไป (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ทัศนคติทางลบดังกล่าวอาจก่อให้เกิดการตีตราทางสังคม (social stigma) โดยมีการเลือกปฏิบัติต่อกลุ่มเสี่ยงเพราะประชาชนเข้าใจว่ากลุ่มเสี่ยงดังกล่าวมีการสัมผัสกับเชื้อไวรัส และมีโอกาสแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่น ทั้งนี้เนื่องจากโรคโควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ และยังมีองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคน้อย ส่งผลให้เกิดความสับสน ความกลัว ความหวาดระแวง และความวิตกกังวล เกิดขึ้นในสังคม นอกจากนี้การตีตราทางสังคมทำให้เกิดการแยกตัวทางสังคมและทำให้ความสมัครสมาน สามัคคี ของประชาชนในสังคมลดลง (Raude et al., 2020; "การตีตราทางสังคมที่เกี่ยวข้อง

กับ COVID-19," 2563) แต่อย่างไรก็ตามการศึกษารังนี้พบว่า ประชาชนมีทัศนคติทางบวกต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ในประเด็นเกี่ยวกับผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 เป็นบุคคลที่คนในชุมชนต้องดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผ่านภาวะวิกฤติของชีวิตไปได้ (ร้อยละ 67.3, ร้อยละ 62.8) และเป็นบุคคลที่สมาชิกในครอบครัวต้องดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผ่านภาวะวิกฤติของชีวิตไปได้ (ร้อยละ 64.6, ร้อยละ 60.7) และคนในชุมชนไม่ควรตีตราผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 แต่ควรช่วยลดการตีตรา (ร้อยละ 51.7, ร้อยละ 48.6) ทั้งนี้อาจเนื่องจากสังคมไทยเป็นสังคมที่มีความเห็นอกเห็นใจและมีความเอื้ออาทรกับผู้ที่ได้รับความทุกข์ยาก โดยเฉพาะคนในครอบครัวและคนใกล้ชิด ดังนั้นรัฐบาลบุคลากรสุขภาพ ผู้นำชุมชน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ควรสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องให้กับประชาชนเพื่อลดผลกระทบดังกล่าว

การศึกษารังนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูงมากที่สุดร้อยละ 61.3 โดยมีความคิดเห็นต่อสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูงมากที่สุด โดยเฉพาะ อสม./เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ/ตำบล/เทศบาล มาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม บุคคลในครอบครัว และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัด/คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า วัฒนธรรมการอยู่ร่วมกันในครอบครัว มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ใน 5 อันดับแรก (นงเยาว์ เกษตรภิบาล และคณะ, 2563)

นอกจากนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูงมากที่สุดร้อยละ 72.4 โดยมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูงมากที่สุดร้อยละ 72.4 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมา (ร้อยละ 70.4) (นงเยาว์ เกษตรภิบาล และคณะ, 2563) และมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับต่ำเพียงร้อยละ 0.8 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมา (ร้อยละ 0.5) (นงเยาว์ เกษตรภิบาล และคณะ, 2563) โดยกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค มากที่สุด 5 อันดับแรก คือ วิธีการป้องกันตนเองโรคโควิด-19 ร้อยละ 67.7 ความรุนแรงของโรคโควิด-19 ร้อยละ 61.8 การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ร้อยละ 59.7 ประโยชน์ของการป้องกันโรคโควิด-19 ร้อยละ 58.8 และวิธีการติดต่อโรคโควิด-19 ร้อยละ 57.1 สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอัฟกานิสถานที่พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีการรับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 โดยร้อยละ 93.0 การทำความสะอาดมือ ร้อยละ 92.0 หลีกเลี่ยงการสัมผัสผู้ที่มีอาการคล้ายโรคไข้หวัด หรือไข้หวัดใหญ่ ร้อยละ 89.0 ไม่ใช้มือสัมผัสตา จมูก และปาก ร้อยละ 87.0 หลีกเลี่ยงการชุมนุม ร้อยละ 85.0 ปิดจมูกและปากหลังการไอ จาม ร้อยละ 80.0 หลีกเลี่ยงการสัมผัสมือ ร้อยละ 72.0 หากมีอาการป่วยให้พักรักษาตัวที่บ้านและไปพบแพทย์เมื่อมีอาการรุนแรง และ ร้อยละ 69.0 ทำความสะอาดและทำลายเชือบนอุปกรณ์และพื้นผิวสัมผัส (Noor et al., 2020)

การศึกษารังนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 จากสื่อออนไลน์มากที่สุดร้อยละ 69.9 รองลงมาคือ โทรทัศน์ร้อยละ 61.1 และกลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 จาก อสม./อสม. บุคลากรสุขภาพ และสมาชิกในครอบครัว คล้ายคลึงกับการศึกษาในประเทศแอฟริกาใต้ เคนยา และไนจีเรียที่พบว่า ประชาชนรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 จากหลายแหล่ง ดังนี้ ร้อยละ 46.0 จากสื่อสังคมออนไลน์ ร้อยละ 35.0 จากโทรทัศน์ ร้อยละ 25.0 จากวิทยุ ร้อยละ 12.0 ข่าวสารจากรัฐบาล ร้อยละ 11.0 จากหนังสือพิมพ์ และร้อยละ 6.0 จากเพื่อน/ครอบครัว ("A study of the knowledge and perceptions of coronavirus (COVID-19) in South Africa, Kenya, and Nigeria," 2020) เช่นเดียวกับการศึกษาประชาชนประเทศเคนยาซึ่งพบว่า ประชาชนรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19

จากหลายแหล่งดังนี้ ร้อยละ 83.8 จากช่องโทรทัศน์ของรัฐบาล ร้อยละ 78.0 จากการส่งข้อความจากรัฐบาล (short message service: SMS) ร้อยละ 72.9 จากสถานีวิทยุของรัฐบาล ร้อยละ 71.4 จากสถานีโทรทัศน์ทั่วไป ร้อยละ 68.6 จากสถานีวิทยุทั่วไป ร้อยละ 64.0 จากเพื่อน ร้อยละ 57.6 จากเพื่อนบ้าน ร้อยละ 45.0 จากสื่อสังคมออนไลน์ ร้อยละ 35.9 จากเพื่อนร่วมงาน และร้อยละ 31.1 จากผู้นำศาสนาคริสต์ (Austrian et al., 2020) แตกต่างจากการศึกษาในประเทศอัฟกานิสถานที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 61.0 ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 จากบุคลากรสุขภาพ ร้อยละ 47.0 ได้รับจากสื่อสาธารณะ เช่น วิทยุ และโทรทัศน์ เป็นต้น ร้อยละ 45.0 จากสื่อสังคมออนไลน์ ร้อยละ 36.0 จากสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 29.0 จากสมาชิกในชุมชน และร้อยละ 28.0 จากผู้นำทางศาสนา โดยประชาชนมีความเห็นว่าแหล่งข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือมากที่สุดคือ ร้อยละ 89.0 จากบุคลากรสุขภาพ ร้อยละ 75.0 จากวิทยุ ร้อยละ 52.0 จากสื่อสังคมออนไลน์ และร้อยละ 37.0 จากผู้นำทางศาสนาอิสลาม (Noor et al., 2020) แต่การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้แหล่งของข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 น้อยที่สุด คือ เพื่อนบ้านร้อยละ 31.3 ผู้นำทางศาสนา ร้อยละ 26.8 และหนังสือพิมพ์ร้อยละ 22.0 ทั้งนี้เนื่องจากในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 การพบปะเพื่อนบ้านและผู้นำทางศาสนา น้อย เพราะประชาชนกลัวการติดเชื้อ จึงไม่ออกนอกบ้านหรือออกนอกบ้านน้อยลง นอกจากนี้หนังสือพิมพ์ไม่เป็นที่นิยมในปัจจุบันเพราะประชาชนส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงสื่อออนไลน์ได้ มีเพียงร้อยละ 3.4 ไม่สามารถเข้าถึงสื่อออนไลน์ได้ ดังนั้นการให้ข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อบุคคลก็ยังคงมีความจำเป็น เพื่อช่วยให้ประชาชนได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 เพิ่มมากขึ้น

การศึกษานี้พบว่า เพศหญิง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการปฏิบัติป้องกันต่อผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 ($r=0.084$, $p<0.001$) ทั้งนี้เนื่องจากเพศหญิงมีความใส่ใจในการดูแลสุขภาพและการปฏิบัติในการป้องกันโรคมามากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาที่พบว่าเพศหญิงมีการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 ได้ดีกว่าเพศชาย (Papageorge et al., 2021) ส่วนความคิดเห็นต่อสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติ และการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติป้องกันต่อผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 ($r=0.494$, $p<0.001$; $r=0.393$, $p<0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอิตาลีที่พบว่าวัฒนธรรมและบรรทัดฐานของชุมชนมีผลต่อการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันโรคโควิด-19 (Savadori & Lauriola, 2020) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอิหร่านที่พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรค ($r=0.210$, $p=0.001$) ความรุนแรงของโรค ($r=0.240$, $p=0.001$) ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง ($r=0.270$, $p=0.001$) ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ($r=0.370$, $p=0.001$) และค่าใช้จ่ายในการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ($r=0.130$, $p=0.001$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการปฏิบัติของบุคลากรสุขภาพ ($p<0.001$) (Bashirian et al., 2020) และสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอิตาลีที่พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงของการติดเชื้อโรคโควิด-19 ทำให้ประชาชนมีการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ดีขึ้น (Savadori & Lauriola, 2020) ดังนั้นหากรัฐบาลและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต้องการส่งเสริมให้ประชาชนมีการปฏิบัติป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับที่สูงขึ้น จำเป็นต้องคำนึงถึงสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติป้องกันโรคโควิด-19 ซึ่งต้องดำเนินการส่งเสริมในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคล ระดับองค์กร ระดับชุมชน และระดับนโยบายสาธารณะ ตามโมเดลเชิงนิเวศวิทยา (ecological model)

สรุปและข้อเสนอแนะ ผลการวิจัยครั้งนี้ ชี้ให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างเพียงประมาณครึ่งหนึ่งที่มีการปฏิบัติป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติป้องกันต่อผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 ได้แก่ เพศหญิง สิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติ และ

การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ดังนั้นรัฐบาลและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องยังคงต้องรณรงค์ให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 เพื่อให้ประชาชนทุกคนปฏิบัติตามการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ถูกต้องอยู่ในระดับสูง โดยเน้นการส่งเสริมสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติ และการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 โดยเฉพาะในเพศชาย ข้อมูลที่ได้สามารถนำไปใช้ในการกำหนดนโยบายหรือมาตรการในการป้องกันโรคโควิด-19 และลดผลกระทบจากโรค ให้มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ นำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 และในการเตรียมความพร้อมในการรับมือสถานการณ์ระบาดโรคโควิด-19 ในปัจจุบัน และอนาคต ทั้งด้านกำลังคน งบประมาณ ทรัพยากร และการบริหารจัดการเพื่อลดความรุนแรงของการระบาดของโรคโควิด-19 ระลอกใหม่ไม่ให้ขยายเป็นวงกว้างและหยุดการระบาดได้ในเวลาอันใกล้

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/situation.php>.
- การตีตราทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับ COVID-19. (2563). สืบค้นจาก https://www.who.int/docs/default-source/searo/thailand/covid19-stigma-guide-th-final.pdf?sfvrsn=1eebbcac_0
- คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2563). Behavioral Insights ของครัวเรือนไทยภายใต้สถานการณ์ COVID-19 ภายใต้การสนับสนุนของ สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม (สกสว.) และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). สืบค้นจาก <https://drive.google.com/file/d/1s-tvSan9LHnDWbfb4t8vleqWAJw4ekj/view>
- นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล. (2563). รายงานการวิจัย เรื่อง การศึกษาความรู้ ทศนคติ และการปฏิบัติของประชาชนต่อผู้เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ที่ถูกกักกันหรือผู้กักกันตนเอง และผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจจากโรคโควิด-19. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล, นงค์ราญ วิเศษกุล, ขวัญพนมพร ธรรมไทย, คำพอง คำนนท์, ศรีสกุล สังกำแพง และ รุชีลา โตะก็เล. (2563). รายงานการวิจัย เรื่อง ปัจจัยทำนายการปฏิบัติของประชาชนไทยต่อผู้ที่เคยติดเชื้อหรือผู้ถูกกักกัน และผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 (ระยะที่ 1). คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2542). โมเดลลิสเรล : สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย.
- Abdelhafiz, A. S., Mohammed, Z., Ibrahim, M. E., Ziady, H. H., Alorabi, M., Ayyad, M., & Sultan, E. A. (2020). Knowledge, perceptions, and attitude of Egyptians towards the novel coronavirus disease (COVID-19). *Journal of Community Health, 45*(5), 881-890.
- A study of the knowledge and perceptions of coronavirus (COVID-19) in South Africa, Kenya, and Nigeria. (2020). Retrieved from <https://reliefweb.int/report/world/coronavirus-africa-study-knowledge-and-perceptions-coronavirus-covid-19-south-africa>
- Austrian, K., Pinchoff, J., Tidwell, J. B., White, C., Abuya, T., Kangwana, B., . . . Mbushi, F. (2020). COVID-19 related knowledge, attitudes, practices and needs of households in informal settlements in Nairobi, Kenya. Retrieved from https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3576785

- Bashirian, S., Jenabi, E., Khazaei, S., Barati, M., Karimi-Shahanjarini, A., Zareian, S., . . . Moeini, B. (2020). Factors associated with preventive behaviours of COVID-19 among hospital staff in Iran in 2020: an application of the Protection Motivation Theory. *Journal of Hospital Infection, 105*(3), 430-433.
- Khalatbari-Soltani, S., Cumming, R. C., Delpierre, C., & Kelly-Irving, M. (2020). Importance of collecting data on socioeconomic determinants from the early stage of the COVID-19 outbreak onwards. *Journal of Epidemiology and Community Health, 74*(8), 620-623.
- Noor, A., Waqar, A., Reza, A., Waseel, R., Akbar, A., Shah, M. S., & Vijay, R. (2020). Community perception survey – COVID 19 knowledge, attitude and practice survey in Kabul, Kunduz and Khost provinces. Retrieved from https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/assessments/afg_community_perception_survey_covid-19_final_report_johanniter_20042020.pdf
- Papageorge, N. W., Zahn, M. V., Belot, M., van den Broek-Altenburg, E., Choi, S., Jamison, J. C., & Tripodi, E. (2021). Socio-demographic factors associated with self-protecting behavior during the Covid-19 pandemic. *Journal of Population Economics, 1-48*.
- Population Council. (2020). Kenya: COVID-19 perceptions, prevention practices, and impact responses from third round of data collection in five Nairobi informal settlements (Kibera, Huruma, Kariobangi, Dandora, and Mathare). Retrieved from https://knowledgecommons.popcouncil.org/cgi/viewcontent.cgi?article=2042&context=departments_sbsr-pgy
- Qiu, Y., Chen, X., & Shi, W. (2020). Impacts of social and economic factors on the transmission of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in China. *Journal of Population Economics, 33*, 1127-1172.
- Rahman, A., & Sathi, N. J. (2020). Knowledge, attitude, and preventive practices toward COVID-19 among Bangladeshi internet users. *Electronic Journal of General Medicine, 17*(5).
- Raude, J., Lecrique, J.-M., Lasbeur, L., Leon, C., Guignard, R., Roscoät, E. D., & Arwidson, P. (2020). Determinants of preventive behaviors in response to the COVID-19 pandemic in France: comparing the sociocultural, psychosocial and social cognitive explanations. *Frontiers in Psychology, 11*, 3345.
- Saqlain, M., Munir, M. M., Rehman, S. U., Gulzar, A., Naz, S., Ahmed, Z., . . . Mashhood, M. (2020). Knowledge, attitude, practice and perceived barriers among healthcare workers regarding COVID-19: a cross-sectional survey from Pakistan. *Journal of Hospital Infection, 105*(3), 419-423.

- Sari, D. K., Amelia, R., Dharmajaya, R., Sari, L. M., & Fitri, N. K. (2021). Positive correlation between general public knowledge and attitudes regarding COVID-19 outbreak 1 month after first cases reported in Indonesia. *Journal of Community Health, 46*(1), 182-189.
- Savadori, L., & Lauriola, M. (2020). Risk perception and protective behaviors during the rise of the COVID-19 outbreak in Italy. *Frontiers in Psychology, 11*, 577331.
- Signorelli, C., Scognamiglio, T., & Odone, A. (2020). COVID-19 in Italy: impact of containment measures and prevalence estimates of infection in the general population. *Acta Bio Medica: Atenei Parmensis, 91*(Suppl 3), 175.
- Van Bavel, J. J., Baicker, K., Boggio, P. S., Capraro, V., Cichocka, A., Cikara, M., . . . Druckman, J. N. (2020). Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. *Nature Human Behaviour, 4*(5), 460-471.
- World Health Organization [WHO]. (2020). Coronavirus disease (COVID-19) Weekly Epidemiological Update and Weekly Operational Update. Retrieved from <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>
- Worldometer. (2020). COVID-19 coronavirus pandemic. Retrieved from <https://www.worldometers.info/coronavirus/#countries>

ประวัตินักวิจัย

หัวหน้าโครงการวิจัย

- | | |
|-----------------------------|---|
| 1. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) | ศาสตราจารย์ ดร.นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล |
| ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) | Professor Dr. Nongyao Kasatpibal |
| 2. หมายเลขบัตรประจำตัว | 3191000013301 |
| 3. หน่วยงาน | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 4. สถานที่ติดต่อ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
110/406 ถนนอินทวโรรส ตำบลสุเทพ
อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200 |
| 5. โทรศัพท์ | 0918560700 |
| 6. โทรสาร | 053217145 |
| 7. E-mail | nongyaok2003@gmail.com |

ผู้ร่วมโครงการวิจัย คนที่ 1

- | | |
|-----------------------------|---|
| 1. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) | รองศาสตราจารย์ ดร.นงศ์คราญ วิเศษกุล |
| ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) | Associate Professor Dr. Nongkran Viseskul |
| 2. หมายเลขบัตรประจำตัว | 3520300567766 |
| 3. หน่วยงาน | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 4. สถานที่ติดต่อ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
110/406 ถนนอินทวโรรส ตำบลสุเทพ
อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200 |
| 5. โทรศัพท์ | 053-949020, 086-6703121 |
| 6. โทรสาร | 053217145 |
| 7. E-mail | viseskul@gmail.com |

ผู้ร่วมโครงการวิจัย คนที่ 2

- | | |
|-----------------------------|---|
| 1. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) | ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขวัญพนมพร ธรรมไทย |
| ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) | Assistant Professor Dr. Kwaunpanomporn Thummathai |
| 2. หมายเลขบัตรประจำตัว | 3670600044776 |
| 3. หน่วยงาน | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 4. สถานที่ติดต่อ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
110/406 ถนนอินทวโรรส ตำบลสุเทพ
อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200 |
| 5. โทรศัพท์ | 0845012818 |
| 6. โทรสาร | 053217145 |
| 7. E-mail | kwaunpanomporn@hotmail.com |

ผู้ร่วมโครงการวิจัย คนที่ 3

1. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) นางสาวคำพอง คำนนท์
ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Miss Kampong Kamnon
2. หมายเลขบัตรประจำตัว 3670800059912
3. หน่วยงาน โรงพยาบาลราชวิถี
4. สถานที่ติดต่อ เลขที่ 2 ถนนพญาไท แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ 10400
5. โทรศัพท์ 0819897736
6. โทรสาร 02206291112
7. E-mail kampongant@gmail.com

ผู้ร่วมโครงการวิจัย คนที่ 4

1. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) นายศรีสกุล สังกำปัง
ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Mr. Srisakul sangkampang
2. หมายเลขบัตรประจำตัว 3300900046327
3. หน่วยงาน โรงพยาบาลลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา
4. สถานที่ติดต่อ เลขที่ 222 หมู่1 ตำบลขุข อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัด
นครราชสีมา 30270
5. โทรศัพท์ 0617800002, 0987659899
6. โทรสาร -
7. E-mail te27112524@hotmail.com; srisakul27@gmail.com

ผู้ร่วมโครงการวิจัย คนที่ 5

1. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) นางสาวรุชีลา โตะกิเล
ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Miss Rusila Tokilay
2. หมายเลขบัตรประจำตัว 1950100082017
3. หน่วยงาน กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
ยะลา
4. สถานที่ติดต่อ 93 ถนนเทศบาล1 ตำบลสะเตง อำเภอเมือง
จังหวัดยะลา 95000
5. โทรศัพท์ 0872931212
6. โทรสาร 073221729
7. E-mail silla_la@hotmail.com