

ประสบการณ์การได้รับผลกระทบด้านอาหารและการปรับตัวของชุมชนในสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด-19

นฤมล เปียชื่อ* ศศ.ม.(คหกรรมศาสตรศึกษา)

พัชรภรณ์ ไหวคิด** พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

นพวรรณ เปียชื่อ*** Ph.D. (Nursing), Dip, ACNP

บทคัดย่อ :

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การได้รับผลกระทบด้านอาหารและการปรับตัวของชุมชนในสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด-19 กลุ่มผู้ให้ข้อมูล เป็นผู้มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่ในชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด-19 ในกรุงเทพมหานคร คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง จำนวน 100 ราย ระหว่างเดือน สิงหาคม 2564 ถึง กุมภาพันธ์ 2565 โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการเข้าถึงอาหารและความมั่นคงทางอาหาร และแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย และ การวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า การแพร่ระบาดของโควิด-19 ส่งผลกระทบต่ออาหาร ได้แก่ 1) การได้มาซึ่งอาหาร/การเข้าถึงอาหาร 2) ปริมาณและคุณภาพอาหาร 3) การรับประทานอาหาร และ 4) ระบบทางเดินอาหาร และการแพร่ระบาดนี้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ได้แก่ จิตใจและร่างกาย ซึ่งนำไปสู่การปรับตัวของชุมชนดังนี้ 1) สู้เพื่อความอยู่รอด 2) ช่วยเหลือกันไม่ทอดทิ้งกัน 3) หาแนวทางการดูแลเรื่องอาหารในชุมชน และ 4) เดินหน้าผ่านพ้นวิกฤติไปด้วยกัน ผลการศึกษามีข้อเสนอแนะในการสร้างหรือพัฒนาระบบอาหาร การวางแผนกำหนดแนวทางในการช่วยเหลือ การดูแลเรื่องอาหารในชุมชนในสถานการณ์วิกฤติอย่างเป็นระบบโดยคำนึงถึงจริยธรรม ประกอบด้วย การมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการผลิตและแปรรูปอาหาร การกระจายอาหาร และการบริโภคอย่างยั่งยืนเพื่อเสริมสร้างโภชนาการ สุขภาพและสุขภาพของชุมชน

คำสำคัญ : ชุมชน โควิด-19 อาหาร ผลกระทบ การปรับตัว

*อาจารย์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

**อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียว เฉลิมพระเกียรติ

***Corresponding author, ศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล,

E-mail: noppawan.pia@mahidol.edu

วันที่รับบทความ 13 เมษายน 2567 วันที่แก้ไขบทความ 9 มิถุนายน 2567 วันที่ตอบรับบทความ 10 มิถุนายน 2567

Experiences of Community Food Impacts and Resilience during the COVID-19 Pandemic

Narumon Piaseu* MA. (Home Economics Education)

Phatcharaphon Whaikid** M.N.S. (Community Nurse Practitioner)

Noppawan Piaseu*** Ph.D. (Nursing), Dip, ACNP

Abstract:

This qualitative research aimed to explore the experiences of community food impacts and resilience during the COVID-19 pandemic. The participants were adults aged 20 and above residing in communities affected by the COVID-19 pandemic in Bangkok. Through purposive sampling, 100 participants were recruited. Data were collected between August 2021 and February 2022, using a personal data questionnaire, the Food Accessibility and Security Questionnaire, and semi-structured interviews. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis. Findings revealed that the COVID-19 pandemic significantly impacted communities' food and health. Effects on food included 1) food acquisition or access, 2) food quantity and quality, 3) food consumption, and 4) gastrointestinal systems. These effects also impact health, including both psychological and physical aspects. Community resilience included 1) Struggling to make ends meet, 2) Mutual help and support, 3) Community food care strategies, and 4) Navigating through crises. This study proposes recommendations for developing or improving food systems, planning for assistance, and community food care during crises systematically and ethically. These recommendations include creating environments that foster sustainable food production, processing, and efficient distribution and consumption, aiming to improve community nutrition, health, and well-being.

Keywords: Community, COVID-19, Food, Impacts, Resilience

*Lecturer, Faculty of Science and Technology, Suansunandha Rajabhat University

**Lecturer, Faculty of Nursing, Huachiew Chalermprakiet University, Thailand.

***Corresponding author, Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University,

E-mail: noppawan.pia@mahidol.edu

Received April 13, 2024, Revised June 9, 2024, Accepted June 10, 2024

ความสำคัญของปัญหา

ความไม่เพียงพอของอาหารเป็นปัญหาที่เพิ่มขึ้นทั่วโลกภายหลังการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ประชากรร้อยละ 8 ทั่วโลกหรือเกือบ 700 ล้านคน จะต้องเผชิญกับความหิวโหยในปี ค.ศ. 2030 (พ.ศ. 2573) และมากกว่าสองพันล้านคนที่ต้องเผชิญปัญหาจากการขาดสารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกาย¹ โดยเฉพาะครัวเรือนที่มีรายได้น้อยต้องปรับตัวโดยการซื้ออาหารในปริมาณน้อย จำกัดปริมาณอาหารหลักที่บริโภค เพิ่มการแสวงหาอาหารฉุกเฉินหรืออาหารจากชุมชนเพื่อเติมเต็ม²

วิกฤติการระบาดของโรคโควิด-19 มีอัตราการติดเชื้อที่สูง ส่งผลกระทบรุนแรงทั่วโลก ทำให้องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ประกาศให้เป็นโรคระบาดในเดือนมีนาคม 2563³ มีการจัดการกับโรคระบาดโดยใช้มาตรการต่าง ๆ การเว้นระยะห่างทางสังคม การล็อกดาวน์เป็นเวลานาน ส่งผลอย่างยิ่งต่อสังคมและเศรษฐกิจของชุมชน อาทิ การปิดโรงเรียน สถานที่ทำงาน อัตราการว่างงานที่เพิ่มขึ้น ซึ่งแสดงถึงผลกระทบของวิกฤติครั้งนี้ต่อชุมชน⁴ มีการเปลี่ยนแปลงการดำรงชีวิตโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ที่มีย่อจำกัดทางเศรษฐกิจและสังคม ขาดการจ้างงานที่มั่นคง การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จึงส่งผลกระทบต่อระบบอาหารของครอบครัวและชุมชนอย่างชัดเจน อาจนำไปสู่ภาวะทุพโภชนาการ ผลกระทบดังกล่าวเชื่อมโยงกับความเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อน⁵

จากสถานการณ์ว่างงานและรายได้ที่ลดลงหรือขาดรายได้โดยไม่ได้คาดคิดมาก่อน มีผลต่อความไม่เพียงพอของอาหารและความเครียด⁶ โดยเฉพาะในชุมชนเมืองที่ส่วนใหญ่ไม่ได้ผลิตอาหารเอง จึงมีความบั่นคั้นและวิตกกังวลว่าจะหาอาหารจากที่ไหนและอย่างไร ในขณะที่ความช่วยเหลือจากภาครัฐยังกระจายลงไม่ถึงถึง ชุมชนจึงต้องมีการปรับตัวเพื่อตอบสนอง

ต่อปัญหาที่เกิดขึ้น โดยการปรับตัวในการรับมือและฟื้นคืนสภาพจะเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่นั้น ขึ้นกับปัจจัยด้านรายได้ ความเปราะบางของชุมชนและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม⁷ สิ่งสำคัญคือทุนสังคมและทุนมนุษย์ของชุมชน หากประชาชนสามารถปรับตัวจากวิกฤติและดำรงอยู่ได้ ก็จะสามารถพัฒนาและชดเชยความเสียหายทางเศรษฐกิจและโครงสร้างพื้นฐานได้⁸

กรุงเทพมหานครเป็นศูนย์กลางที่ได้รับผลกระทบจากวิกฤติการระบาดของโรคโควิด-19 มีผู้ติดเชื้อที่มีอาการรุนแรงและเสียชีวิตสูงที่สุดของประเทศมีการพบกลุ่มก่อนการระบาดในชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชุมชนที่มีประชาชนอาศัยอยู่ร่วมกันอย่างหนาแน่นทั้งในลักษณะที่เป็นชุมชนระบบเปิด เช่นชุมชนที่อยู่อาศัยทั่วไป อาทิ ชุมชนแออัด ชุมชนเมือง เคหะชุมชน และชุมชนจัดสรร และชุมชนระบบปิด เช่น แค้มป์ก่อสร้าง สถานกักกันคนไร้ที่พึ่ง ทนตสถาน เป็นต้น ทำให้มีความเสี่ยงและการแพร่กระจายของการติดเชื้อสูงในชุมชนการระบาดมีอยู่ทั้งในสถานที่ทำงานและในครอบครัว ทำให้สภาพการณ์การระบาดเป็นไปอย่างต่อเนื่อง

ประเทศไทยได้แบ่งระดับความรุนแรงของการระบาดของโรคโควิด-19 เป็นระลอก เมื่อเปรียบเทียบกับสถานการณ์การแพร่ระบาดจากการติดเชื้อรายวัน และอัตราการเสียชีวิต พบว่า การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่เกิดขึ้นในระลอกที่ 3 ที่เริ่มตั้งแต่ เมษายน พ.ศ. 2564 มีความรุนแรงสูงสุด โดยการแพร่ระบาดเริ่มต้นจากกรุงเทพมหานคร สถานการณ์ยากที่จะควบคุม และในที่สุดก็ไม่สามารถควบคุมได้ พบผู้ติดเชื้อโควิด-19 สูงถึง 23,418 รายต่อวัน การแพร่ระบาดกระจายตัวอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะในชุมชนที่มีประชาชนอาศัยอยู่ร่วมกันค่อนข้างหนาแน่น มีผู้ป่วยที่มีอาการหนักและต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดมากถึง 5,458 ราย ซึ่งมีผู้ที่ต้องใส่ท่อหายใจคิดเป็นร้อยละ 21.16 ของผู้ป่วยที่มีอาการหนักทั้งหมด⁹ การติดเชื้ออย่างต่อเนื่องและรุนแรง

เกินกว่าระบบจะรองรับได้ จึงต้องมีการใช้มาตรการ Home isolation (HI) และ Community isolation (CI) เพื่อให้การจัดการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ชุมชนต้องเผชิญกับความท้าทายในหลากหลายรูปแบบในการรับมือกับสถานการณ์วิกฤติที่ส่งผลต่อสุขภาพ ครอบครัว ชุมชน และสังคม อันเป็นผลมาจากการระบาดของโรคโควิด-19 โดยเฉพาะการบริหารจัดการด้านอาหาร ซึ่งพบว่าครัวเรือนจำนวนมากประสบปัญหาเรื่องอาหารในลักษณะที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน ทั้งการเข้าถึงและการกระจายอาหาร การบริหารจัดการอาหารในครัวเรือน และในชุมชนในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด แม้กระทั่งพนักงานที่เป็นตัวแทนในการส่งสินค้า มีผลทำให้เกิดการชะงักของระบบการขนส่งอาหาร การกระจายสินค้ามีปัญหา สินค้าหลายรายการที่ขาดตลาด สถานการณ์โควิดทำให้ประชาชนมีความตื่นตระหนก โดยบางครอบครัวมีการกักตุนอาหารและบางครอบครัวไม่สามารถทำได้ ซึ่งส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ทางการเงินที่ไม่เพียงพอขาดรายได้และมีรายจ่ายเพิ่มเติม จะเห็นได้ว่าการบริหารจัดการด้านอาหารเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากการได้รับสารอาหารที่ไม่เพียงพอ ส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการและสุขภาพทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ทั้งในระยะสั้นและระยะยาวที่อาจนำไปสู่ภาวะทุพโภชนาการและการเจ็บป่วยตามมา⁵

จากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การได้รับผลกระทบด้านอาหารและการปรับตัวของชุมชนในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ในบริบทของประเทศไทย ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงจำเป็นต้องทำการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับ ประสบการณ์การได้รับผลกระทบของการแพร่ระบาดของโควิด-19 ด้านอาหารและการปรับตัวของชุมชน ผลการศึกษาจะช่วยให้เกิดความเข้าใจประสบการณ์ของชุมชนเกี่ยวกับผลกระทบและการปรับตัว ซึ่งจะช่วยให้ชุมชนสามารถเตรียมพร้อมรับมือกับสถานการณ์การวิกฤติในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์การได้รับผลกระทบด้านอาหารและการปรับตัวของชุมชนในสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด-19

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเชิงคุณภาพ (qualitative research) ครั้งนี้ เป็นการศึกษาทฤษฎีของโครงการวิจัยผลกระทบและการปรับตัวของชุมชนในสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด-19 ที่ได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากการระดมความคิด การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก

ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารเข้าใจภาษาไทยและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 100 ราย ได้แก่ บุคลากรทีมสุขภาพ (25 ราย) อาสาสมัครสาธารณสุขและจิตอาสา (10 ราย) ผู้นำหรือกรรมการชุมชน (10 ราย) ผู้แทนหน่วยงานทั้งภาครัฐ เอกชน (10 ราย) และองค์กรเพื่อสาธารณะ (10 ราย) ผู้ที่เคยติดโควิด-19 และครอบครัว (25 ราย) และเจ้าหน้าที่เขตฯ (10 ราย) ที่เกี่ยวข้องกับชุมชนกรณีศึกษา 6 แห่ง ได้แก่ 1) ชุมชนคลองเตย เป็นชุมชนแรกในกรุงเทพมหานครที่ได้รับผลกระทบจากโควิด-19 และมีการบริหารจัดการตอบสนองและปรับตัวต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 โดยการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดตั้งศูนย์พักคอยในชุมชน 2) ชุมชนย่านนวัตกรรมการแพทย์โยธีเป็นชุมชนที่มีการปรับตัวโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ เอกชนและประชาสังคม ในการจัดระบบสนับสนุนการกักตัวของกลุ่มเสี่ยงสูงในชุมชน 3) ชุมชนทวีวัฒนา เป็นชุมชนที่ตั้งของโครงการพัฒนาศูนย์การบริหารจัดการและป้องกันการระบาดของโควิด-19 ที่มีการแต่งตั้งคณะกรรมการจากหน่วยงานต่าง ๆ จากส่วนกลาง

จากพื้นที่เขตและชุมชน มีการจัดตั้งศูนย์ประสานงาน เพื่อการควบคุมป้องกันโควิด-19 4) ชุมชนแคมป์ก่อสร้างที่อาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัวในพื้นที่ก่อสร้าง 5) ชุมชนที่พักสถานของกรมราชทัณฑ์ และ 6) สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งในสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มี 10 ข้อคำถาม ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ การประกอบอาชีพ จำนวนสมาชิกในครอบครัว จำนวนเด็กในครอบครัว จำนวนผู้สูงอายุในครอบครัว และจำนวนผู้ป่วยติดเตียงในครอบครัว

2. แบบสอบถามการเข้าถึงอาหารและความมั่นคงทางอาหาร มี 3 ข้อคำถาม ประกอบด้วย ร้านขายของชำปิด อาหารในครอบครัวหมดลง และน้ำดื่มในครอบครัวหมดลง ลักษณะการตอบเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เคย บางครั้ง บ่อยครั้งและเป็นประจำ

3. แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม (focus group interview) ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด ตัวอย่างของข้อคำถาม ได้แก่ ช่วยเล่าประสบการณ์ว่าชุมชน/หน่วยงานของท่านได้รับผลกระทบในภาพรวมและด้านอาหารอย่างไรบ้างจากการแพร่ระบาดของโควิด-19 จากผลกระทบดังกล่าว ชุมชน/หน่วยงานของท่านทำอย่างไรบ้าง

4. แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) สำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด ตัวอย่างของข้อคำถาม ได้แก่ ท่านและ/หรือครอบครัวของท่านได้รับผลกระทบในภาพรวมและด้านอาหารอย่างไรบ้างจากการแพร่ระบาดของโควิด-19 ช่วยเล่าประสบการณ์ว่าทำอะไรบ้างจากผลกระทบที่ได้รับ

5. อุปกรณ์ในการบันทึกเสียง ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียง แอปพลิเคชันการบันทึกเสียงในโทรศัพท์มือถือ และ Zoom ในคอมพิวเตอร์

6. แบบบันทึกภาคสนาม (field note) สำหรับการบันทึกรายละเอียดระหว่างการสัมภาษณ์โดยการสังเกต ลักษณะสีหน้า ท่าทาง และสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

เครื่องมือวิจัยในการศึกษาครั้งนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (เลขที่ COA No. MURA2021/560 และ COA No. MURA2024/323) ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูล ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ รับทราบสิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา พร้อมลงนามยินยอมในเอกสารยินยอมตนเข้าร่วมงานวิจัย โดยข้อมูลที่ได้รับถูกเก็บเป็นความลับ และการนำเสนอผลงานวิจัยทำในภาพรวมไม่มีการระบุชื่อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาลักดำเนินการระหว่างเดือน สิงหาคม 2564 ถึง กุมภาพันธ์ 2565 ซึ่งอยู่ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 จนถึงสถานการณ์เริ่มคลี่คลาย ผู้วิจัยดำเนินการอย่างเคร่งครัดตามหลักจริยธรรมของการวิจัย โดยมีขั้นตอนดังนี้

1) ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ประชุมทีมวิจัยเพื่อวางแผนในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพอย่างเป็นระบบ ในทุกขั้นตอนของการดำเนินงานวิจัย เพื่อให้การเก็บข้อมูลวิจัยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

2) ก่อนการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยติดต่อผู้ให้ข้อมูลเพื่อนัดหมายกำหนดวัน เวลา และสถานที่สะดวกในการสัมภาษณ์ เช่น ที่บ้าน ผ่านทางโทรศัพท์ หรือผ่านการสื่อสารทางวิดีโอคอลตามความสะดวกของผู้เข้าร่วมวิจัย

3) ขั้นตอนสัมภาษณ์ ผู้วิจัยแนะนำตัวเองและอธิบายวัตถุประสงค์ การสัมภาษณ์ และความร่วมมือในการเข้าร่วมการสัมภาษณ์ โดยต้องลงนามในแบบฟอร์มยินยอมเพื่อเข้าร่วมการสัมภาษณ์ รวมทั้งชี้แจงระยะเวลาการสัมภาษณ์ซึ่งใช้เวลาประมาณ 60 -120 นาที และขออนุญาตบันทึกเสียงการสัมภาษณ์

3.1 ผู้วิจัยดำเนินการสนทนากลุ่มกับบุคลากรทีมสุขภาพ ผู้แทนหน่วยงานทั้งภาครัฐ เอกชน และองค์กรเพื่อสาธารณะโดยใช้คำถามตามแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม ร่วมกับใช้แบบบันทึกภาคสนามและอุปกรณ์ในการบันทึกเสียงเพื่อยืนยันความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้รับ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลเบื้องต้น หลังสิ้นสุดการสนทนากลุ่ม

3.2 ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ที่เคยติดโควิด-19 สมาชิกครอบครัว จิตอาสา ผู้นำหรือกรรมการชุมชน โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก ร่วมกับใช้แบบบันทึกภาคสนาม และอุปกรณ์ในการบันทึกเสียง เพื่อยืนยันความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้รับ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลเบื้องต้น หลังสิ้นสุดการสนทนากลุ่ม

4) ก่อนสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้ทบทวนข้อมูลหรือประเด็นสำคัญเพื่อตรวจสอบความเข้าใจตรงกันกับผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติบรรยาย (descriptive statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้เทคนิคการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (triangulation) และดำเนินการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ตามแนวทางของ Miles และคณะ¹⁰

โดยมุ่งเน้นชุมชนเป็นหน่วยของการวิเคราะห์ (unit of analysis) การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (trustworthiness) ตามวิธีของ Lincoln และ Guba¹¹ ประกอบด้วย 1) การตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (credibility) โดยการตรวจสอบซ้ำและยืนยันโดยผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล (member checking) เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ 2) เพื่อตรวจสอบความคงที่ของข้อมูล (dependability) ได้นำแบบบันทึกภาคสนาม การบันทึกการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์กับทีมวิจัยที่มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ 3) เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและลดอคติที่อาจเกิดขึ้น และยืนยันผลลัพธ์ของการวิจัย (confirmability) สามารถตรวจสอบหรือติดตามข้อมูลได้ (audit trail) ทุกกระบวนการของการดำเนินการวิจัย และ 4) เพื่อยืนยันความสามารถในการถ่ายโอนผลงานวิจัย (transferability) ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลอย่างชัดเจนในทุกกระบวนการขั้นตอนของการดำเนินการวิจัยแก่ผู้ให้ข้อมูล เพื่อยืนยันความสามารถในการอ้างอิงผลการวิจัยที่คล้ายคลึงกับการศึกษาในครั้งนี้

ผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลมีอายุเฉลี่ย 46.07 ปี (SD = 15.57) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60) สถานภาพสมรส โสดมากที่สุด (ร้อยละ 44) ศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี (ร้อยละ 44) รายได้ไม่เพียงพอเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 73) ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด (ร้อยละ 42) มีสมาชิกครอบครัวจำนวน 3-4 คน (ร้อยละ 37) ครั้งหนึ่งไม่มีเด็กในครอบครัว (ร้อยละ 50) ในขณะที่มีเด็ก 1-2 คนในครอบครัว (ร้อยละ 41) มากกว่าครึ่งไม่มีผู้สูงอายุในครอบครัว (ร้อยละ 57) ในขณะที่มีผู้สูงอายุ 1-2 คนในครอบครัว (ร้อยละ 37) และมีสมาชิกครอบครัวที่ติดเตียงจำนวน 1-2 คน (ร้อยละ 19) (Table 1)

Table 1 Characteristics of participants (n=100)

Characteristics	n	%
Age (years) Min-Max= 20-93; M (SD) = 46.07 (15.57)		
20-59	78	78.0
60-69	15	15.0
70-79	6	6.0
≥ 80	1	1.0
Gender		
male	40	40.0
female	60	60.0
Marital status		
Single	44	44.0
Married	40	40.0
Divorced/Separated	16	16.0
Education		
No formal education	16	16.0
Lower than bachelor degree	69	69.0
Bachelor degree	14	14.0
Higher than bachelor degree	1	1.0
Income		
Adequate	27	27.0
Inadequate	73	73.0
Occupation		
Unemployed	27	27.0
Employee	42	42.0
Merchant	20	20.0
Government officer/ State enterprise employee	11	11.0
Number of family members		
1-2	31	31.0
3-4	37	37.0
5-9	29	29.0
≥10	3	3.0
Number of children		
none	50	50.0
1	26	26.0
2	15	15.0
3-4	8	8.0
≥ 5	1	1.0

ประสบการณ์การได้รับผลกระทบด้านอาหารและการปรับตัวของชุมชนในสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด-19

Table 1 Characteristics of participants (n=100) (con't)

Characteristics	n	%
Number of older adults		
0	57	57.0
1	21	21.0
2	16	16.0
3-4	4	4.0
≥ 5	2	2.0
Number of bed-bound in family		
0	81	81.0
1	14	14.0
2	5	5.0

ผู้ให้ข้อมูลได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ในด้านอาหาร ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 43) กลุ่มตัวอย่างมี

ประสบการณ์ที่อาหารและน้ำดื่มในครอบครัวหมดลง บางครั้งถึงบ่อยครั้ง (ร้อยละ 40 และ 39 ตามลำดับ) (Table 2)

Table 2 Impacts of Covid-19 on food access in participants (n=100)

Food access	n	%
Running out of food		
Never	51	51.0
Sometimes	26	26.0
Frequently	14	14.0
Always	9	9.0
Running out of drinking water		
Never	55	55.0
Sometimes	26	26.0
Frequently	13	13.0
Always	6	6.0
Grocery store is closed		
Never	20	20.0
Sometimes	29	29.0
Frequently	43	43.0
Always	8	8.0

ผลการวิเคราะห์เนื้อหา พบว่า ชุมชนได้รับผลกระทบด้านอาหาร โดยเชื่อมโยงอย่างชัดเจนกับผลกระทบด้านเศรษฐกิจสังคมของโควิด-19 จากการเปลี่ยนแปลงด้านการทำงานประกอบอาชีพ และรายได้ที่ไม่คาดคิด แบ่งเป็น 1) ผลกระทบจาก

การแพร่ระบาด ได้แก่ ผลกระทบด้านอาหารและผลกระทบด้านสุขภาพ และ 2) การปรับตัว ประกอบด้วย สู้เพื่อความอยู่รอด ช่วยเหลือกันไม่ทอดทิ้งกัน หาแนวทางการดูแลเรื่องอาหารในชุมชน และเดินทางผ่านพื้นที่วิกฤติไปด้วยกัน

ผลกระทบด้านอาหารโรคโควิด-19 เป็นโรคใหม่ ที่ทุกคนไม่มีประสบการณ์ สถานการณ์การระบาดเป็น สิ่งที่ไม่คาดคิดมาก่อน ประกอบกับปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคมและลักษณะของชุมชนเมืองที่อาศัยอยู่ร่วมกัน อย่างหนาแน่น ชุมชนจึงได้รับผลกระทบมาก จากการที่ไม่ได้มีการเตรียมพร้อมโดยเฉพาะเรื่องอาหาร

ผลกระทบต่ออาหารประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการได้มาซึ่งอาหาร/การเข้าถึงอาหาร เช่น มีการกักตุนอาหาร ไร้การเข้าถึงอาหาร 2) ด้านปริมาณ และคุณภาพอาหาร เช่น อาหารไม่หลากหลาย อาหาร บุดเสีย 3) ด้านการรับประทานอาหาร เช่น เบื่ออาหาร และ 4) ผลต่อระบบทางเดินอาหาร เช่น ปัญหาการ ขบถาย ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“ขาดแคลนอาหารสด ต้องซื้ออาหารประเภท สำเร็จรูป ไข่ต้มมา มาเก็บไว้ทำให้อาหารไม่หลากหลาย เหมือนเช่นที่ผ่านมา...อาหารที่ได้รับการช่วยเหลือมาก็ ไม่เพียงพอ ไม่หลากหลาย คุณภาพไม่ดี และมีการบูด เสียอาจเกิดปัญหาเรื่องอาหารเป็นพิษ” (03501, L154-156)

“บางที่อาศัยช่วงมืด ๆ แอบไปกด เพราะว่าเรา ไม่อยากให้เขาเห็นว่าเราออกไป ต้องปิดออกไป คือเรา ไม่มีน้ำกินจริง ๆ ค่ะเราก็ต้องออกไปกด กดตู้ที่เขาหยอด เหรียญค่ะ” (02504, L88-90)

“ทานได้น้อย กินอาหารไม่อร่อย ทานมากไม่ได้ ระบบขับถ่ายเราคือถ่ายไม่ออก 2 วันจะถ่ายที และ อุจจาระจะแข็ง ถ่ายลำบาก” (03504, L88-89)

“กินข้าวไม่ได้เลย...ไม่ได้อร่อย ไม่ได้กลิ่นเลย เช่น กลิ่นข้าวหุงมา ก็ไม่ได้กลิ่นครับ” (03501, L80,84)

“โดยปกติตอนที่ยังไม่มีโควิด ถ้าเขาไม่มีเงินหรือ ว่ารายได้น้อย เขาจะไปหาพื้นที่แจกข้าวฟรี หรือว่าไปที่ สภาสังคมสงเคราะห์ ตรงที่รามฯ หรือว่าไปที่วัดต่าง ๆ ที่เขามีแจก แต่ว่าพอโควิด เขาก็ไม่สามารถไปที่จุดแจก ตรงนั้นได้ เพราะว่ามี การปิดเพื่อป้องกันการแพร่ระบาด โควิด พอตั้งแต่ช่วงต้นปีที่ผ่านมา เราก็กินเห็นว่าทำไม่

คนตรงที่ราชดำเนินเยอะจังเลย เนื่องจากตรงนั้นเป็นจุด แจกอาหารที่ไม่เป็นทางการ ก็มีคนใจดีมาแจกอาหารให้ ตรงนั้น แต่พอมารวมกลุ่มกันที่เดียวก็มีเรื่องความเสี่ยง การติดเชื้อ...ช่วงโควิดก็ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตใน เรื่องอาหารการกินพอสมควร” (060402: L37-42)

ผลกระทบด้านสุขภาพ ประกอบด้วยผลกระทบต่อสุขภาพด้านจิตใจและด้านร่างกาย ในสถานการณ์การ แพร่ระบาดของโควิด-19 เกิดการจ้างงานลดลง รายได้ ลดลง ส่งผลต่อความเครียด และความไม่เพียงพอของ อาหาร นำไปสู่พฤติกรรมสุขอนามัยที่ไม่สะอาด และ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 นอกจากนี้ยัง พบผลกระทบจากอาการหลงเหลือหลังโควิดที่ผู้ติดเชื้อ ภายหลังได้รับการรักษาแล้วกลับสู่ชุมชน พบว่ามีอาการ หลงเหลือหลังโควิด เช่น มีปัญหาเรื่องการรับประทาน อาหาร การกลืน ไม่รับรสและกลิ่นของอาหาร เป็นต้น

“นั่งเก้าอี้ยาว ๆ เอาถาดอาหารมาวางแล้วก็นั่งติดกัน แก้วน้ำไม่มี มีแต่ช้อนแค่คนละอัน แคนั้นเองที่เป็น สมบัติส่วนตัว” (05501, L220-225...แล้วก็สถานที่ กินอาหาร ต้องเปิดหน้าต่างอาหารมานั่งติดกัน แนนอน ติดเชื้อ” (05501, L423-424)

“เครียด...ไม่มีงานไม่มีเงิน ปากท้องก็ไม่อิ่ม... กินน้ำจากน้ำก๊อกตามป้ายรถเมล์” (06501, L50)

“ช่วงนั้นไม่มีรายได้เลย โรงพยาบาลนครปฐมที่ ติดต่อมาให้ไปรักษาก็คือไม่มีเงินไปต้องระงับตัวเองค่ะ ต้องเอาตัวยานั้นไปซื้อทานเองค่ะ” (0201, L78-80)

“ดีได้ 1 เดือน แล้วกลับมาแล้วไม่มีรสชาติ กินข้าว ไม่ได้ ไปตรวจแล้วก็ไม่ได้มีติดเชื้อนะ แต่ยังมีอาการ ตกใจนะ เพิ่งมากินข้าวได้หลัง 2 เดือน...” (03506, L46-47)

จากผลกระทบที่ได้รับ ชุมชนได้มีการปรับตัวดังนี้

- 1) สู้อเพื่อความอยู่รอด
- 2) ช่วยเหลือกันไม่ทอดทิ้งกัน
- 3) หาแนวทางการดูแลเรื่องอาหารในชุมชน และ
- 4) เดินหน้าผ่านพ้นวิกฤติไปด้วยกัน

รู้เพื่อความอยู่รอด คนในชุมชนแออัดเป็นกลุ่มเปราะบางของสังคมเมืองโดยเฉพาะผู้ที่ไม่มีเงินสำรองในครอบครัว ไม่สามารถหรือไม่ต้องการพึ่งพาผู้อื่น จึงต้องต่อสู้เพื่อความอยู่รอด

“หาเข้ากินคำ...ปากกัดตีนถีบ...เขาไม่กลัวเรื่องโรค แต่เขากลัวว่าจะอดตายก่อนบางคนก็กลัวจะครบ 14 วัน แต่คนในบ้านดันมาติดอีก นโยบายคือว่าต้องกักตัวอีก พอนานวันเข้าเรื่องปากท้องมีความสำคัญไม่ต่างกัน ทุกคนพยายามดิ้นรนตามสัญชาตญาณ”

“เครียดที่สุดคือเรื่องกินอยู่...ผมต้องทำมาหากิน ผมก็ลุยเลยครับ เพราะหยุดมาเป็นเดือน ขาดรายได้ ไม่มีกิน เราไม่สามารถไปพึ่งพาใครได้...” (01501, L135,179-180)

“...เอาพวกข้า ตะไคร้ มะกรูด สมุนไพรทั้งต้มทั้งกิน เพราะรู้ว่าทำทำจะเป็นหวัดหรือเป็นอะไรก็เอามาต้มเป็นหม้อใหญ่แบบนี้แล้วก็ต้มข้า ตะไคร้ มะกรูด ขิง อะไรเนี่ย...ใส่แล้วก็กระชาย ต้มกิน ทั้งกิน ทั้งต้ม เนี่ย เป็นเดือน ๆ เลยเป็นหม้อ ๆ เลยนะ เป็นเดือน ๆ กินตลอดเลย” (02021, L508-515)

ช่วยเหลือกันไม่ทอดทิ้งกัน ความช่วยเหลือมาจากรอบด้าน ได้แก่ ญาติ ชุมชน วัด บุคลากรทีมสุขภาพ ผู้มีจิตเมตตา หน่วยงานต่าง ๆ จัดอาสาให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและคนในชุมชน ตั้งแต่ส่งกระจายอาหารให้ผู้ป่วยและผู้กักตัวโดยเฉพาะกลุ่มเปราะบางที่เป็นเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้ป่วยติดเตียง อย่างไรก็ตามความช่วยเหลืออาจได้รับมากเกินความต้องการ หรืออาจไม่เพียงพอหรือไม่สม่ำเสมอ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“...หลังจากที่หายแล้วไข้ไหม ก็คือข่าวสารแล้วก็ใช่คือเหลือเยอะเลยคะ ต้องขอบคุณคะ คือเขาให้เยอะมาก ๆ แล้วก็มาจากแหล่งที่อื่นเขาก็ให้มา...” (02505, L74-76)

“ผู้ป่วยโควิด ลูกก็มาดูแลดูแลแทนป้าเรื่องอาหารการกิน...หลายเรื่องเพราะว่าลุงช่วยเหลือตัวเองไม่ได้

เป็นโรคหลอดเลือดสมอง อ่อนแรงด้านขวา ลุงเข้าห้องน้ำไม่ค่อยทัน คลาดสายตาไม่ได้บางทีล้มก็ลุกไม่ขึ้น ดินว่าหัวไม่ได้ฟาดพื้น ไม่มีใครนอนเฝ้า” (03-5-07, L38,43)

“มีข่าวสารอาหารแห้งมาให้คะ ช่วงเย็นจะมีข้าวกล่องแจก ของบริจาคที่ได้จะมาจากทางวัดหมดเลยคะ ข้าวกล่องมาจากชุมชน เขาก็เอามาแจกคนในชุมชน แต่ก็ได้มาให้ทุกวัน บางทีก็มาแค่ช่วงเที่ยงหรือเย็น ถ้าทุกวันแม่จะเอามาให้...คือแม่ไม่ได้ติด ซื้อเสร็จแม่ก็เข้าบ้านเลย” (015023, L172-174)

“หนูก็ปิดร้านแล้วก็ไม่มีรายได้แล้วก็ไม่มีอะไรเลยคะ...ไหนจะลูกเล็กอีก แล้วไหนจะยาย คือครอบครัวเรามีอยู่ 4 คน ติดไป 2 คน พอหลังจากที่ติดแล้วไปกักตัวก็คือคนในบ้านก็ต้องกักตัวอีก...แต่ว่าก็คือยังได้กินข้าวกล่องกับอาหารแห้งที่เขาให้มากกกกทุนไว้” (02504, L51-55)

“เราเป็นมูลนิธิก็จะมีหน่วยงานต่าง ๆ ที่สนใจนำเงินมาบริจาค หรือเอาข่าวสารอาหารแห้งมาให้กับมูลนิธิคะ ถือเป็นจุดเด่นที่มูลนิธิได้นำสิ่งนี้ไปต่อยอดส่งต่อตามวัตถุประสงค์ เช่นได้รับข่าวสารก็นำไปส่งต่อให้กับชุมชน มีรับเงินบริจาคเพื่อจัดทำถุงน้ำใจ ถุงยังชีพ” (03302, L86-88)

“แค้มป์คนงาน...ไม่ได้ทอดทิ้งเลยครับ ส่งให้กิน 3 มื้อเลยครับ” (04205, L 124)

“จัดหาอาหารสดเข้าไปให้ ช่วงแรกก็จะจัดหาอาหารสด แต่สำนักงานใหญ่ให้นโยบายมาว่าเราก็น่าจะทำอาหารให้เขาหรือให้เขาทำเองในส่วนที่เป็นอาหารสด ส่งซัพพลายให้เขาไปเราก็วิ่งไปรับที่ตลาดไทเข้ามาแล้วก็มาแจกจ่ายพนักงานเรา มันก็จะดีกว่าที่จะให้เขาในลักษณะข้าวกล่อง...” (04204, L 99-101)

“เราไม่ได้ทำแค่หน้าที่พยาบาล เราต้องดูแลในส่วนของการอาหารการกิน ชนน้ำชนขยะ ในเรื่องของการจัดการผ้า การจัดการสิ่งแวดล้อม คือ ในช่วงแรกเราทำเองทุกอย่าง เราชนน้ำชนข้าวขึ้นไปเอง เพราะเราไม่

ต้องการให้มีผู้ต้องขังเข้ามาคอนแทคในส่วนนี้มาก” (05101, L474-477)

หาแนวทางการดูแลเรื่องอาหารในชุมชน ครอบครัวและชุมชนมีการกำหนดมาตรการร่วมกัน การจัดระเบียบครอบครัวโดยแยกต้อนรับทานอาหาร ชุมชนบางแห่งมีโรงครัวกลาง

“เราก้ทำแนวทางในการส่งอาหารให้ครบ 3 มื้อ ส่งถึงหน้าบ้านเลยคะ จะมีกรรมการอีกคนก็คือ น้อง.... จะเป็นผู้ส่งอาหารจะเป็นผู้หาอาหารเข้าครัวกลาง มาทำ แล้วส่งทั้ง 3 มื้อ เลย ...จะได้ข้าวจาก Food For Fighters ที่...(ชื่อ)ได้นำมาให้ มื้อเที่ยงบ้าง เย็นบ้างก็นำ เอามาให้เพื่อบรรเทาเราในการทำอาหารทั้ง 3 มื้อ เพราะ แม่ครัวก็ทำอาหารมาทั้งหมด 5 เดือนเต็ม” (01301, L16-18)

“ถ้าคนติดเชื้อมันเยอะ ๆ เราก้ต้องส่งอาหารให้ เขาด้วย เพราะลูกหลานติด เราก้ต้องเข้าไปดูเพราะนอน อยู่คนเดียว...ต้องช่วยเหลือกันเองในชุมชน” (01301, L161-163)

“เราเน้นคนที่เดือดร้อนจริง ๆ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้สูงอายุ เด็ก เราก้จะบอกเขาไป และผู้นำชุมชนจะมีหน้าที่เอาไปแจกตามบ้าน นี่คือโมเดลที่เราทำเพราะเราสร้างความ เป็นอาสาของคนที่ในชุมชนนั่นเอง ทำให้เขารู้จักว่า ตัวเขาเองมีการช่วยเหลือชุมชนอื่น ๆ เพราะว่าเขาเป็น ครัวกลางหลัก เราก้ทำแบบนี้เวียนไปกับชุมชนอื่น ๆ ทำ มาอยู่จนจนครบทุกชุมชนคะ ทั้ง 43 ชุมชน แจกไปกว่า 2 หมื่นกล่อง และมีการแจกไปสู่เขตอื่น ๆ ด้วยคะ แต่เรา ใช้คลองเตยเป็นพื้นที่นำร่อง” (01402, L133-142)

“ต้องไปซื้อเครื่องกรองน้ำเพิ่มติดตั้งให้ทั้งสอง แคมป์ เขาจะได้มีการกรองกินใช้ก็ได้เต็มที่ โดยที่ไม่ต้อง เติบร้อนเรื่องของการซัพพลายน้ำ...ก็แก้ปัญหาเรื่องน้ำ ไปได้ดีเลย” (02404 L92-102)

แคมป์ก่อสร้างใช้มาตรการรองรับประทานอาหาร ร่วมกัน อย่างไรก็ตาม เมื่อแคมป์เริ่มเปิด พนักงานเริ่ม

ทำงานได้ปกติ หัวหน้าแคมป์ อนุญาตให้ญาติของ พนักงานทำร้านค้าขายอาหารแห้ง ผักสดในแคมป์ร้าน อาหารตามสั่ง แต่หากพนักงานเบื่ออาหารในแคมป์ก็ สามารถโทรศัพท์สั่งอาหารทางออนไลน์ได้

ด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดทำให้พัฒนาสถาน มีการปรับเปลี่ยนช่วงเวลาการรับประทานอาหาร โดย มื้อเย็นปรับเวลาเป็น 13.30 น. เพื่อให้ผู้ต้องขังขึ้นเรือน นอน แม้จะไม่ส่งผลกระทบต่อผู้ที่สุขภาพแข็งแรง แต่อาจส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุหรือมีโรคประจำตัว โดยเฉพาะผู้เป็นโรคเบาหวานส่งผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลง ของระดับน้ำตาลในเลือด โดยเฉพาะในผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่มี การติดเชื้อโควิด-19 ยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่ออาการที่ รุนแรงขึ้นได้

“เอ-วัน-ซี (A1C) มันขึ้น 3-4 เดือนที่อยู่ ตอนช่วงอยู่ในเรือนจำฉีดยาครั้งเดียว เพราะว่าอาหาร มันกินเร็ว เสร็จเร็ว เขาก้ฉีดยาครั้งเดียว แล้วก็ตอนอยู่ โรงพยาบาลเขาเกิดไฮโป (Hypoglycemia) ด้วย” (05501, L483-484)

“อาหารมื้อเย็นทานบាយโม่งครึ่ง ขึ้นเรือนนอนไป เราอาจจะเอนมขึ้นไปได้ มันมกล่องนึ่ง แล้วก็น้ำขวดนึ่ง ที่สามารถเอามาขึ้นไปได้” (05502, L109-133)

ด้วยระเบียบและแนวปฏิบัติของทางราชการที่ กำหนดไว้เป็นแบบแผนเดียวกัน ทำให้มีข้อจำกัด ด้านอาหารและสุขภาพ โดยเฉพาะผู้ที่มีโรคประจำตัว ดังตัวอย่างประสบการณ์

“ตื่นเช้าแล้วก็ลงมาข้างล่าง กินข้าวเป็นมื้อ 7 โมง 11 โมง แล้วก็บាយสอง อยู่ข้างนอกตั้งแต่ 7 โมงถึงบាយ 3 พอบาย 3 ก็ต้องกลับเข้าห้องนอนหมดเลย...ทุกคนจะมีช้อนเป็นของตัวเองแล้วก็กินอาหารเป็นถาดหลุม ส่วน อาหาร... กินไม่ค่อยได้ ฉะนั้นก็สามารถที่จะสั่งอาหาร จากข้างนอกเข้าไปโดยที่ญาติก็จะฝากเงินไว้ให้ส่วนผู้ที่ไม่มี สตางค์ก็จะใช้ผงมามาเป็นหลัก ให้อาหารมันมีรสชาติ อะไรแบบเนี้ย” (05501, L11-16)

เดินผ่านกันวิกฤตไปด้วยกัน เป็นการบูรณาการเชื่อมโยงกันของทุกภาคส่วน มุ่งสู่เป้าหมายร่วมกันคือการอยู่รอด “ทุกคนต้องรอด เราจะเดินไปด้วยกันผ่านพ้นวิกฤตไปด้วยกัน” ร่วมกับครอบครัวชุมชนและภาคีเครือข่าย เป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ แล้วนำมาปรับให้มีความเป็นระบบโดยมีชุมชนเป็นฐานเพื่อรับมือกับโควิด-19 ระลอกใหม่หรือโรคอุบัติใหม่ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

“วางเป้าหมายร่วมกัน ทุกคนรับรู้ทุกคนได้รับประโยชน์ ร่วมกับบริษัท การควบคุมการติดเชื้อในแคมป์ก่อสร้างใช้หลักการ bubble and seal พนักงานทุกคนรับทราบนโยบายดังกล่าว ทางบริษัทได้ประกาศให้พนักงานทราบทางไมค์โทรศัพท์ภายในแคมป์ และได้ให้ข้อมูล ชักจูงแก่พนักงานทุกคนว่า “พนักงานทุกคนต้องรอด บริษัทถือพนักงานให้ปลอดภัยเป็นหลักสำคัญ เราจะได้เดินไปด้วยกันผ่านพ้นวิกฤตไปด้วยกัน” แต่พนักงานต้องร่วมด้วยช่วยกัน หากใครปฏิบัติตามบริษัทก็จะได้รับ อาหาร ค่าจ้าง การรักษาพยาบาล แต่หากใครไม่ได้ปฏิบัติตามก็ไม่ได้รับสิทธิดังกล่าว ส่วนหนึ่งพนักงานรับรู้ประโยชน์ ร่วมกันกับบริษัททุกคนยอมทำตาม ไม่มีความวุ่นวายเหมือนแคมป์แห่งอื่น” (02404, L150-152)

“...โรคนี้มันเป็นโรคที่เกี่ยวกับกิเลสแล้วก็ความมีระเบียบวินัย ถ้าเรากิเลสเยอะไปมั่วสุมหรือว่าดื่มเหล้าหรือไปร้านอาหารที่แบบกินเหล้าอย่างนี้ละ...ห่มอว...ส่วนใหญ่ก็เหล้าเป็นหลักละ แล้วก็...กินข้าวเม้ามอยไม่ใส่แมส มันก็วนอยู่แค่นั้น...มันก็สามารถที่จะหลีกเลี่ยงได้” (02209, L559-565)

บูรณาการแก้ไขปัญหาก็เกี่ยวข้องกับระบบอาหารในชุมชนอย่างไร้อยู่ต่อ

“โรคนี้มาจากตลาด เพราะว่าตอนนั้นตลาดเขาไม่ได้ตรวจอะไร เราไปซื้อของจากตลาด แม่ค้าในชุมชนก็ไปซื้อของตลาดเราก็ไม่ได้ว่าตลาดนำเข้ามาให้เรานะ...” (013035, L10-12)

อภิปรายผล

การแพร่ระบาดของโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อระบบ/ห่วงโซ่อาหารและสุขภาพของชุมชนเมืองทั้งชุมชนที่เป็นระบบเปิดและระบบปิด ดังผลการศึกษาครั้งนี้ รวมทั้งมาตรการควบคุมการระบาด ทำให้เกิดปัญหาอาหารไม่เพียงพอ อธิบายได้จากลักษณะของชุมชนเมืองในเขตกรุงเทพมหานครและชุมชนโดยรอบส่วนใหญ่ไม่ได้มีระบบการผลิตอาหารและการจัดการด้วยตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาวะวิกฤติโควิด-19 ที่มีการระบาดเป็นกลุ่มก้อน ความช่วยเหลือจากภาครัฐมีข้อจำกัดหลายประการและอาจไม่ทันทั่วถึง ภาคประชาชนและชุมชนเมื่อได้รับผลกระทบทั้งในเรื่องอาหารและผลกระทบต่อสุขภาพ จึงลุกขึ้นมาจัดการแก้ปัญหาด้วยตัวเองในเบื้องต้นเพื่อความอยู่รอด ดังผลการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าชุมชนมีการปรับตัวโดย “สู้เพื่อความอยู่รอด”

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพสอดคล้องกับข้อมูลเชิงปริมาณที่พบผลกระทบดังนี้ เกือบครึ่งหนึ่งมีประสบการณ์ที่อาหารและน้ำดื่มหมดลง อีกทั้งร้านชำปิดบ่อย (ร้อยละ 48) ผู้ให้ข้อมูลจึงเข้าถึงอาหารได้น้อยลง องค์การอนามัยโลกระบุปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ (social determinants of health: SDOH) คือสถานะที่ส่งผลต่อสุขภาพของบุคคลซึ่งเกี่ยวข้องกับอายุ และสภาพแวดล้อมของสถานที่เกิดและเติบโต การดำรงชีวิต และหน้าที่การงาน หนึ่งในปัจจัยสำคัญที่ไม่ใช่ปัจจัยทางการแพทย์ คือ อาหาร¹⁰ การได้รับสารอาหารที่ไม่เพียงพอ ในช่วงวิกฤติที่เกิดขึ้นจากการระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 อาจนำไปสู่ภาวะทุพโภชนาการ และเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยในระยะยาวได้⁵ นอกจากนี้ ข้อมูลส่วนบุคคลยังสนับสนุนผลการศึกษาในครั้งนี้โดยผู้ให้ข้อมูลอยู่ในวัยทำงาน ศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี อาชีพรับจ้าง รายได้ไม่เพียงพอ จำนวนสมาชิกในครอบครัว 3 คนขึ้นไป ครึ่งหนึ่งมีเด็ก

ในครอบครัว เกือบครึ่งมีผู้สูงอายุในครอบครัว และร้อยละ 19 มีผู้ป่วยติดเตียงในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับองค์การอนามัยโลกที่เปรียบโควิด-19 ว่าเป็นวิกฤตด้านมนุษยธรรม และอธิบายว่าเป็นมากกว่าวิกฤตด้านสุขภาพ โดยโควิด-19 เพิ่มความยากจนและความไม่เท่าเทียมกันทั่วโลก¹¹ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าเกือบร้อยละ 80 ของประชากรที่อาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำ และปานกลาง ต้องเผชิญกับแรงกดดันเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีโครงสร้างพื้นฐานและสิ่งอำนวยความสะดวกไม่เพียงพอ¹² ดังนั้นเมื่อได้รับผลกระทบมากชุมชนจึงต้องปรับตัวให้ผ่านวิกฤตไปได้โดย “ช่วยเหลือกันไม่ทอดทิ้งกัน” “หาแนวทางการดูแลเรื่องอาหารในชุมชน” และ “เดินหน้าผ่านพ้นวิกฤตไปด้วยกัน”

ผลการศึกษาครั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับผลกระทบของโควิด-19 ต่อระบบอาหารในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก¹⁵ พบว่ามีข้อจำกัดในการช่วยเหลือจากภาครัฐและเอกชน โดยความสามารถในการเข้าถึงอาหารมีผลกระทบมากที่สุด เนื่องจากความสามารถในการเข้าถึงทั้งด้านการเงินและทางกายภาพเป็นอุปสรรค¹⁵ และสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในชุมชนเมืองเขตกรุงเทพมหานครที่จัดการปัญหาเรื่องอาหารโดยเน้นการทำงานของกลุ่มแม่บ้านร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในลักษณะของการเป็นหุ้นส่วนและการเสริมพลังสู่การจัดการปัญหาความมั่นคงทางอาหารของชุมชนอย่างยั่งยืน¹⁶ เชื่อมโยงกับการศึกษาเกี่ยวกับผู้มีบทบาทในชุมชน ที่มีความสำคัญในการช่วยให้คนในชุมชนสามารถเข้าถึงอาหาร รวมทั้งการจัดหาและการแจกจ่ายอาหาร อย่างไรก็ตามพบว่าบ่อยครั้งที่ต้องเผชิญกับความล่าช้าหรือไม่เพียงพอจากองค์กรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับระบบอาหาร¹⁷ นอกจากนี้การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการปรับตัวของชุมชนเมื่อเผชิญกับโรคโควิด-19 เกี่ยวข้องกับทุนสังคมและความสามารถในการปรับตัวของประชาชนในชุมชนและเครือข่ายทางสังคม ซึ่งพบว่าเป็นบทบาทสำคัญในการแก้ไขปัญหาของชุมชน¹⁸ สอดคล้องกับการศึกษาที่

ผ่านมาที่พบว่ากลุ่มทางสังคมและเครือข่ายทางสังคมเป็นกลุ่มที่อยู่ในภาวะที่เปราะบางมากในช่วงวิกฤตการระบาดของโรคโควิด-19 ที่ได้ส่งผลกระทบใหญ่ในเชิงสังคม อาจเป็นเหตุให้เกิดการแบ่งแยกทางสังคมได้ เครือข่ายทางสังคมจึงมีบทบาทสำคัญในการรับมือกับสถานการณ์วิกฤตโควิด-19 ในทุกด้านอย่างเป็นรูปธรรม¹⁹

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาค้นครั้งนี้เป็นการนำข้อมูลข้อมูลทุติยภูมิมาวิเคราะห์เพื่อให้เข้าใจประสบการณ์ด้านผลกระทบของการแพร่ระบาดโควิด-19 ด้านอาหารและการปรับตัวของชุมชน มีข้อจำกัดของการได้ข้อมูลเพิ่มเติมเนื่องจากบริบทของการศึกษาและวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ล่วงหน้า ทำให้บางส่วนของข้อมูลอาจไม่ครอบคลุมหรือไม่ครบถ้วนในการศึกษานี้ นอกจากนี้ยังไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องในขณะนั้นได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาครั้งนี้ช่วยให้เกิดความเข้าใจประสบการณ์จากผลกระทบด้านอาหารและการปรับตัวของชุมชน สามารถใช้เป็นข้อมูลในการเตรียมพร้อมรับมือกับสถานการณ์การวิกฤตในอนาคต โดยเฉพาะการเข้าถึงและการกระจายอาหารได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เพื่อเสริมสร้างโภชนาการ สุขภาพและสุขภาวะของชุมชน สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป ควรทำการศึกษาเชิงปริมาณเกี่ยวกับผลกระทบด้านอาหารและการปรับตัวของชุมชนในสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด-19 รวมทั้งการพัฒนาแนวทางการได้มาซึ่งอาหารและการกระจายอาหารของชุมชนในสถานการณ์วิกฤตของโรคอุบัติใหม่หรือโรคอุบัติซ้ำ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำหรับการสนับสนุนทุนวิจัย และศูนย์สร้างเสริมสุขภาพและสุขภาวะ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ที่สนับสนุนด้านการประสานงานการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณ รศ.ดร. ผจกจิตร ไกรถาวร ผศ.ดร.ธีรภรณ์ จันทร์ดา ผศ.ดร. วรณมา สนองเดช ผศ.ดร.สุวิจันนา น้อยแนม ผศ.ดร. สุพรรณนา ครอบแก้ว อ.ดร.สุกัญญา ตันติประสพลาภ อ.ดร.เสาวรส คงชีพ อ.ดร.จันทรา แก้วภักดี และ พว.วาสนา ศรีสุข ที่มามีส่วนร่วมในการศึกษาหลัก รวมทั้งผู้ให้ข้อมูลทุกท่านในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO. The State of Food Security and Nutrition in the World 2020. Transforming food systems for affordable healthy diets. Rome, FAO. 2020.
2. McKenzie HJ, McKay FH. Food as a discretionary item: The impact of welfare payment changes on low-income single mother's food choices and strategies. *Journal of Poverty and Social Justice*. 2017;25(1):35-48.
3. World Health Organization. Advice for the public: Coronavirus disease (COVID-19). 2020. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>.
4. Sharifi A, Khavarian-Garmsir AR. The COVID-19 pandemic: Impacts on cities and major lessons for urban planning, design, and management. *Sci Total Environ*. 2020;749:142391.
5. Beatrice AB, Elizabeth M, Meaghan RB, Lynn R, Rebecca T. The ontario food and nutrition strategy: identifying indicators of food access and food literacy for early monitoring of the food environment. *Health Promot Chronic Dis Prev Can*. 2017;37(9):313.
6. Alloush M, Bloem JR. The psychological toll of food insecurity. *Journal of Economic Behavior & Organization*. 2022;204:618-30.
7. Xu W, Xiang L, Proverbs D, Xiong S. The influence of COVID-19 on community disaster resilience. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(1):88.
8. Alonge O, Sonkarlay S, Gwaikolo W, Fahim C, Cooper JL, Peters DH. Understanding the role of community resilience in addressing the Ebola virus disease epidemic in Liberia: a qualitative study (community resilience in Liberia). *Glob Health Action*. 2019;12(1):1662682.
9. Thitichai Phanthanee, Phantila Thaweewikarn. Coronavirus disease (COVID-19) situation reports and global preventive control measures and Thailand. Retrieved May 2, 2022. Available from: <http://www.thaincd.com/document/file/download/knowledge/COVID19.65.pdf>
10. Miles MB, Huberman AM, Huberman MA, Huberman M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*: sage.
11. Lincoln YS, Guba EG. (1985). *Naturalistic inquiry* SAGE Publishing. Retrieved May 1, 2022. Available from: <http://uk.Sagepub.com/en-gb/asi/naturalistic-inquiry/book842#preview>.
12. World Health Organization. (2022). Social determinants of health. Retrieved May 1, 2022. Available from: https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1
13. Mishra V, Seyedzenouzi G, Almohtadi A, Chowdhury T, Khashkhusha A, Axiaq A, et al. Health inequalities during COVID-19 and their effects on morbidity and mortality. *J Health Leadersh*. 2021;13:19-26.
14. Chiriboga D, Garay J, Buss P, Madrigal RS, Rispel LC. Health inequity during the COVID-19 pandemic: a cry for ethical global leadership. *Lancet*. 2020 May 30;395(10238):1690-1691.
15. Béné C, Bakker D, Chavarro MJ, Even B, Melo J, Sonneveld A. Global assessment of the impacts of COVID-19 on food security. *Glob Food Sec*. 2021;31:100575.

16. Narasri P, Tantiprasoplap S, Mekwiwatanawong C, Sanongdej W, Piaseu N. Management of food insecurity in the COVID-19 pandemic: a model of sustainable community development. *Health Care Women Int.* 2020;41(11-12):1363-1369.
17. Zollet S, Colombo L, De Meo P, Marino D, McGreevy SR, McKeon N, et al. Towards territorially embedded, equitable and resilient food systems? insights from grassroots responses to COVID-19 in Italy and the City Region of Rome. *Sustainability.* 2021; 13(5):2425.
18. Fernández-Prados JS, Lozano-Díaz A, Muyor-Rodríguez J. Factors explaining social resilience against COVID-19: the case of Spain. *European Societies.* 2021;23 (sup1):S111-S21.
19. Bukuluki P, Mwenyango H, Katongole SP, Sidhva D, Palattiyil G. The socio-economic and psychosocial impact of Covid-19 pandemic on urban refugees in Uganda. *Social Sciences & Humanities Open.* 2020;2(1):100045.