



ปัจจัยทำนายการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ต่อบุคคลทั่วไป ของประชาชนไทยในชุมชนเมืองแออัดและตลาด

Predictive Factors for COVID-19 Prevention Practices of Public Among Thai People in Urban Slums and Markets

นงเยาว์ เกษตรภิบาล¹, นงคราญ วิเศษกุล¹, คำพอง คำนนท์², อัครพงศ์ อันทอง³

Nongyao Kasatpibal¹, Nongkran Viseskul¹, Kampong Kamnon², Akarapong Untong³

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ² การกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลราชวิถี

³ คณะพัฒนาการท่องเที่ยว มหาวิทยาลัยแม่โจ้

¹ Faculty of Nursing Chiang Mai University, ² Cluster of Nursing Rajavithi Hospital

³ Faculty of Tourism Development Maejo University

Corresponding author: Nongyao Kasatpibal; Email: nongyaok2003@gmail.com

Received: April 5, 2023 Revised: July 22, 2023 Accepted: Octobre 20, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ต่อบุคคลทั่วไปของประชาชนไทยในชุมชนเมืองแออัดและตลาด กลุ่มตัวอย่าง คือ คนที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองแออัดและตลาดในกรุงเทพมหานครและเชียงใหม่ จำนวน 1,996 คน โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2564 ถึงมีนาคม 2565 โดยใช้แบบสอบถาม ผ่านการตรวจสอบคุณภาพได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาระหว่าง .93-.98 ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 เท่ากับ .81 และสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคระหว่าง .94-.99 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสมการโครงสร้าง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งมีคะแนนการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ต่อบุคคลทั่วไปอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 53.2) ปัจจัยทำนายและขนาดอิทธิพลรวม (total effect: TE) ที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ต่อบุคคลทั่วไปที่สำคัญ ได้แก่ บริบทแวดล้อม (TE=.71) ประสิทธิภาพการสื่อสารของรัฐบาล (TE=.06) การรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรสุขภาพ และสื่อออนไลน์ (TE=.13 และ .08 ตามลำดับ) ความน่าเชื่อถือของข้อมูลข่าวสารจากสื่อออนไลน์ (TE=.07) ทักษะคิดต่อผลที่เกิดจากการมีผู้ติดเชื้อหรือถูกกักกัน (TE=.14) และการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 มากกว่า 2 เข็ม (TE=.04) โดยภาพรวมโมเดลสามารถทำนายการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด 19 ได้ร้อยละ 65 ($R^2=.65$) จากการวิเคราะห์กลุ่มย่อยเฉพาะกลุ่มตัวอย่างในชุมชนเมืองแออัดพบว่า ความเข้มแข็งของชุมชนมีผลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด 19 ของกลุ่มตัวอย่างต่อบุคคลทั่วไป (TE=.09) ดังนั้นผู้กำหนดนโยบาย ควรสร้างบริบทแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 สร้างการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพผ่านบุคลากรสุขภาพ สื่อออนไลน์ โทรทัศน์ สร้างทัศนคติที่ดีในการป้องกันโรค และสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน เพื่อนำไปสู่การป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชนเมืองแออัดและตลาดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: โรคโควิด 19; ตลาด; การปฏิบัติการป้องกัน; ชุมชนเมืองแออัด



Predictive Factors for COVID-19 Prevention Practices of Public Among Thai People in Urban Slums and Markets

Nongyao Kasatpibal¹, Nongkran Viseskul¹, Kampong Kamnon², Akarapong Untong³

¹ Faculty of Nursing Chiang Mai University, ² Cluster of Nursing Rajavithi Hospital

³ Faculty of Tourism Development Maejo University

Corresponding author: Nongyao Kasatpibal; E-mail: nongyaok2003@gmail.com

Received: April 5, 2023 Revised: July 22, 2023 Accepted: Octobre 20, 2023

Abstract

This aim of this predictive study was to examine factors that predict COVID-19 prevention behaviours among Thai people living in urban slums and markets in Bangkok and Chiang Mai. The sample consisted of 1,996 participants. Data were collected between December 2021 and March 2022 using a questionnaire. The indices for content validity, Kuder-Richardson 20, and Cronbach's alpha of the questionnaires ranged from .93-.98, .81, and .94-.99, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and structural equation modeling [SEM]). The study demonstrated that about half of the participants had a high level of COVID-19 prevention practices when interacting with the public (53.2%). Potential predictive factors and their total effects (TE) for COVID-19 prevention practices of the participants for the general public included context (TE=.71); effective government communication (TE=.06); perceived information about COVID-19 from healthcare personnel and social media (TE=.13 and .08, respectively); reliability of information about COVID-19 from social media (TE=.07); attitudes towards the consequences of infection or quarantine (TE=.14), and receiving more than two doses of the COVID-19 vaccine (TE=.04). Overall, these factors predicted 65% of the variation in COVID-19 prevention practices ($R^2=.65$). Subgroup analysis of participants in urban slums determined that community strength influenced the COVID-19 prevention practice of the participants in public (TE=.09). Therefore, policymakers should create an environment that supports COVID-19 prevention practices, build effective communication through healthcare personnel, online media, and television, create a positive attitude toward disease prevention, and strengthen the community to enhance proper COVID-19 prevention practices that lead to effective prevention and control of COVID-19 in urban slums and markets.

Keywords: COVID-19; market; preventive practice; urban slum



ความเป็นมาและความสำคัญ

การระบาดของโรคโควิด 19 ก่อให้เกิดผลกระทบที่รุนแรง และเป็นอันตรายถึงชีวิต โดยเฉพาะคนในชุมชนเมืองแออัด เนื่องจากที่อยู่อาศัยไม่ได้มาตรฐาน มีสภาพแวดล้อมไม่เหมาะสม ชุมชนมีสภาพทรุดโทรม เกิดความเหลื่อมล้ำในสังคม มีปัญหาคุณภาพชีวิต การเข้าถึงสวัสดิการของรัฐ รายได้ต่ำ และมีหนี้สิน รวมถึงประชาชนในชุมชนเมืองแออัดส่วนใหญ่มีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพและการป้องกันโรคที่ไม่ถูกต้อง¹ ส่งผลให้ชุมชนเมืองแออัดในเขตเมืองมีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อและการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 สำหรับประเทศไทยการระบาดของโรคโควิด 19 พบผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองแออัด โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานคร พบผู้ติดเชื้อเป็นเป็นกลุ่มก้อน (cluster) ในแคมป์คนงานก่อสร้าง และพบการระบาดเป็นกลุ่มก้อนในตลาด ส่วนการระบาดในชุมชนเมืองแออัดและตลาดนอกเมืองหลวง คือ จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีผู้ติดเชื้อจากตลาดแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่มากกว่า 2,000 ราย² ทั้งนี้อาจเนื่องจากคนกลุ่มนี้อาจมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพและการป้องกันโรคที่ไม่ถูกต้อง ส่งผลให้มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อและการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ได้อย่างรวดเร็ว

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ที่ผ่านมามีพบว่า ประชาชนที่อยู่ในชุมชนของประเทศเคนยาพบว่า ร้อยละ 97.1 ทำความสะอาดมือบ่อยครั้ง ร้อยละ 94.1 หลีกเลี่ยงการไปในที่ชุมชน ร้อยละ 81.5 รักษาระยะห่างจากบุคคลอื่นอย่างน้อย 2 เมตร ร้อยละ 79.3 อยู่บ้าน และร้อยละ 73.2 ให้คำแนะนำผู้อื่นในการสังเกตอาการของการติดเชื้อ³ คล้ายคลึงกับอีกหนึ่งการศึกษาจากประเทศเคนยาที่พบว่าประชาชนปฏิบัติถูกต้องเกี่ยวกับการทำความสะอาดมือร้อยละ 56.0-84.0 สำหรับการสวมหน้ากากอนามัยพบว่าประชาชนร้อยละ 89.0 สวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกนอกบ้าน แต่ไม่ใช้หน้ากากอนามัยร่วมกับผู้อื่นร้อยละ 99.0 และใช้หน้ากากอนามัยซ้ำมากกว่า 1 วัน ร้อยละ 66.0 นอกจากนี้ในช่วงที่มีมาตรการให้อยู่บ้านเพื่อเว้นระยะห่างทางสังคมพบว่าประชาชนมีการออกนอกบ้านสูงถึงร้อยละ 81.0⁴ และในประเทศจีนพบว่า ประชาชนสวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้านร้อยละ 98.0 และหลีกเลี่ยงการไปในสถานที่แออัดร้อยละ 96.4⁵ สำหรับในประเทศไทยพบว่าประชาชนส่วนใหญ่ปฏิบัติตามกิจกรรมในการป้องกันโรคโควิด 19 ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด 19 หรือผู้ถูกกักกันได้ถูกต้องทุกครั้งร้อยละ 86.0-94.5 เช่น สวมหน้ากากอนามัยเมื่อพูดคุยกับผู้ที่เคยติดเชื้อร้อยละ 94.5 และผู้ถูกกักกันร้อยละ 93.0 ไม่ใช้จาน ชาม ช้อน ส้อม ร่วมกับผู้ที่เคยติดเชื้อร้อยละ 94.0 และผู้ถูกกักกันร้อยละ 92.0 ล้างมือหรือทำความสะอาดมือด้วยเจลแอลกอฮอล์หลังพูดคุยกับผู้ที่เคยติดเชื้อร้อยละ 92.0 และผู้ถูกกักกันร้อยละ 89.5 และเว้นระยะห่างอย่างน้อย 1-2 ระหว่างพูดคุยกับผู้ที่เคยติดเชื้อร้อยละ 86.0 และผู้ถูกกักกันร้อยละ 88.5⁶

การปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ที่ถูกต้องของประชาชนขึ้นกับปัจจัยที่สำคัญ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ศาสนา ความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ บริบทแวดล้อม สุขภาพจิต และความเข้มแข็งของชุมชน ดังการศึกษาปัจจัยทำนายในประเทศสหรัฐอเมริกา⁷ พบว่าเพศหญิงมีการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ได้ดีกว่าเพศชาย และการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่าเพศหญิงทำนายการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ได้ดีกว่าเพศชายร้อยละ 11.0⁶ ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาในประเทศคองโกที่พบว่า เพศหญิงมีการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 น้อยกว่าเพศชาย ทั้งนี้อาจเนื่องจากเพศชายมีการศึกษาสูงกว่าเพศหญิง⁸ อายุ เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่อาจมีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 โดยการศึกษาในประเทศเกาหลีใต้พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการสวมหน้ากากอนามัย และการทำความสะอาดมือ แต่พบว่าอายุที่มากขึ้นทำให้ประชาชนหลีกเลี่ยงการเข้าไปอยู่สถานที่แออัดเพิ่มขึ้น⁹

ระดับการศึกษา อาชีพ และเขตที่พักอาศัย เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 โดยการศึกษาในประเทศคองโกและประเทศเกาหลีใต้ที่พบว่าประชาชนที่มีระดับการศึกษาในระดับมหาวิทยาลัยจะปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด 19 ได้ดีกว่าประชาชนที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า⁸ สอดคล้องกับการศึกษาใน

ประเทศจีน¹⁰ พบว่า ประชาชนที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ได้ดีกว่าประชาชนที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเว้นระยะห่างทางสังคม ($r=.168$, $p=.05$) และการมีเจลแอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือเพียงพอ ($r=.140$, $p=.05$)⁶ ทางด้านศาสนา มีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในประเทศอังกฤษพบว่า ผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามมีความเชื่อและความศรัทธาในหลักศาสนาอย่างเคร่งครัด รวมถึงมีความรับผิดชอบในการปฏิบัติตามหลักศาสนานโยบายและมาตรการในการป้องกันโรคโควิด 19 ตามประกาศของรัฐ¹¹ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่า คนที่นับถือศาสนาอิสลามมีการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันโรคโควิด 19 ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่นับถือศาสนาพุทธ¹² การศึกษาในประเทศจีน พบว่า การมีทัศนคติที่ดีในการป้องกันโรคโควิด 19 ทำให้ประชาชนปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 เพิ่มขึ้น¹⁰ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทย พบว่า การมีทัศนคติที่ดีในการป้องกันโรคโควิด 19 ทำให้ประชาชนปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 เพิ่มขึ้นร้อยละ 37 ($\beta = .37$, $p < .001$) และพบว่า การมีทัศนคติเกี่ยวกับโอกาสการได้รับเชื้อ และผลกระทบส่งผลให้ประชาชนมีการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและผู้ถูกกักกันเพิ่มขึ้น ส่วนการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด 19 มีผลต่อทัศนคติที่ดีในการป้องกันโรคโควิด 19 ส่งผลให้ประชาชนมีการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและผู้ถูกกักกันเพิ่มขึ้น⁶

จากการทบทวนวรรณกรรมจะพบว่า สื่อต่าง ๆ เช่น สื่อออนไลน์และสื่อโทรทัศน์ ทำให้ประชาชนเกิดความหวาดกลัวต่อการติดเชื้อ โดยเฉพาะการระบาดของโรคโควิด 19 ในระยะแรก ซึ่งยังไม่มีวัคซีนและไม่มียาการรักษา การติดเชื้อ ส่งผลให้ประชาชนปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด 19 ได้ดีขึ้น และสื่อยังมีผลทำให้ประชาชนมีความรู้และมีสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น¹³ ซึ่งการศึกษาในประเทศไทย พบว่า สื่อออนไลน์และสื่อโทรทัศน์ ไม่ได้ส่งผลโดยตรงต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด 19 แต่สื่อออนไลน์และสื่อโทรทัศน์มีผลต่อการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด 19 และทัศนคติในการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด 19 ส่งผลต่อการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด 19 การศึกษานี้ยังพบว่า บริบทแวดล้อม ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน เครือข่ายทางสังคมออนไลน์ ผู้นำชุมชน อสม. บุคลากรสุขภาพ ผู้นำทางศาสนา วัฒนธรรมของชุมชน บรรทัดฐานทางสังคม กฎระเบียบข้อบังคับของชุมชน และนโยบายในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 รวมถึงส่งผลให้การปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด 19 ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อหรือผู้ถูกกักกัน¹² ความเข้มแข็งของชุมชนที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของประชาชน ได้แก่ การจัดตั้งศูนย์กลางเฝ้าระวังโรคระดับตำบลและจัดทำโครงการ การจัดกิจกรรมจิตอาสา การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ประชาชนในการป้องกันโรคติดเชื้อในจุดที่ชุมชนมองเห็นได้ชัดเจน การเป็นหูเป็นตา สอดส่องดูแลบุคคลที่เป็นกลุ่มเสี่ยง การส่งเสริมการออกกำลังกายในชุมชนอย่างปลอดภัย การหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่มีการรวมตัวกันของคนหมู่มาก และการจัดสถานที่มุงสับในชุมชนเพื่อให้คนพักผ่อน หรือทำกิจกรรมผ่อนคลายเพื่อความสงบทางใจ ทำให้ประชาชนในชุมชนปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 เพิ่มขึ้น¹⁴

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าบางปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ยังไม่มีความชัดเจน เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา เป็นต้น อีกทั้งยังไม่พบการศึกษาปัจจัยทำนายการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ของประชาชนในชุมชนเมืองแออัดและตลาดในประเทศไทย ผู้วิจัยจึงสนใจทำการวิจัยในเรื่องดังกล่าว เพื่อนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชนเมืองแออัดและตลาดได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

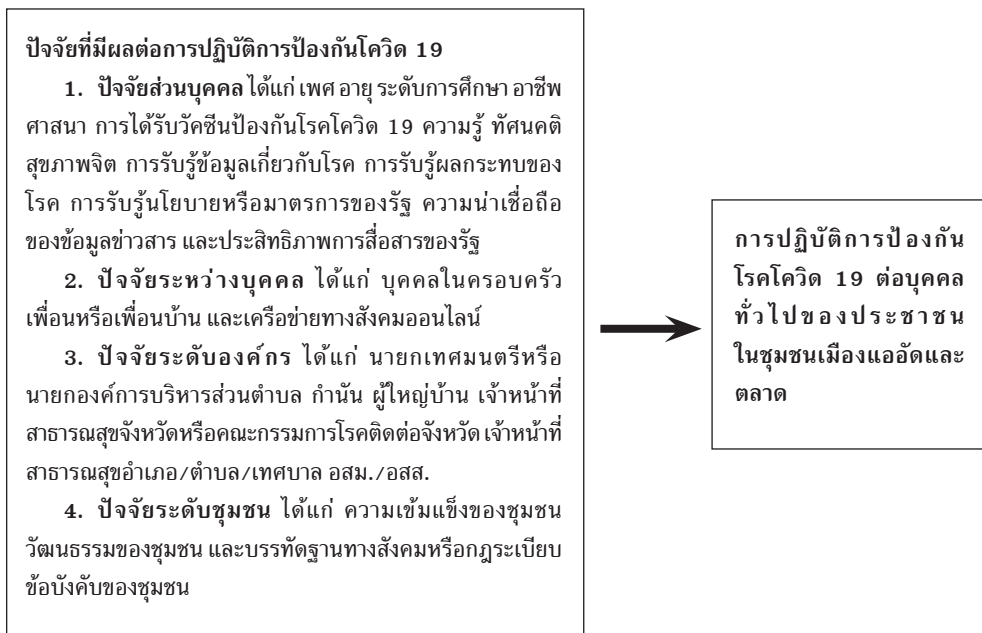


วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการปฏิบัติตัวของประชาชนไทยในชุมชนเมืองแออัดและตลาดในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19
2. เพื่อค้นหาปัจจัยทำนายการปฏิบัติกาป้องกันโรคโควิด 19 ต่อบุคคลทั่วไปของประชาชนไทยในชุมชนเมืองแออัดและตลาด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การปฏิบัติที่ถูกต้องของประชาชนในการป้องกันโรคโควิด19 ต่อบุคคลทั่วไปขึ้นกับหลายปัจจัย ในการศึกษครั้งนี้ใช้แนวคิดโมเดลเชิงนิเวศวิทยา¹⁵ ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติกาป้องกันโรคโควิด 19 ประกอบด้วย 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ศาสนา ความรู้ ทักษะคติ สุขภาพจิต การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรับรู้ผลกระทบของโรค และการรับรู้นโยบายหรือมาตรการของรัฐ 2) ปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ บุคคลในครอบครัว เพื่อนหรือเพื่อนบ้าน และเครือข่ายทางสังคมออนไลน์ 3) ปัจจัยระดับองค์กร ได้แก่ นายกเทศมนตรีหรือนายกองคการบริหารส่วนตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดหรือคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ/ตำบล/เทศบาล อสม./อสส. 4) ปัจจัยระดับชุมชน ได้แก่ วัฒนธรรมของชุมชน บรรทัดฐานทางสังคมหรือกฎระเบียบข้อบังคับของชุมชน และความเข้มแข็งของชุมชน และ 5) ปัจจัยระดับนโยบายสาธารณะ ได้แก่ นโยบายและมาตรการของรัฐในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 สรุปได้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย โดยทำการศึกษาในชุมชนเมืองแออัดในจังหวัดกรุงเทพมหานคร และจังหวัดเชียงใหม่ ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2564 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 ประชากร คือ คนที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองแออัดและตลาดของประเทศไทย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ตามหลักการวิเคราะห์ โดยใช้ Structural Equation Modeling (SEM) ซึ่งกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำไม่น้อยกว่า 200 คน¹⁶ แต่จาก ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า model ที่พัฒนาขึ้นโดยใช้ SEM มีความแตกต่างกันตามสภาพแวดล้อมและพื้นที่¹² ดังนั้นเพื่อให้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเพียงพอต่อการวิเคราะห์จำแนกตามพื้นที่ จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง 500 คน ต่อพื้นที่ (ชุมชนแออัดและตลาดในกรุงเทพมหานครและจังหวัดเชียงใหม่) รวมทั้งสิ้น 2,000 คน และเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากคนที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองแออัดแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยเลือกจังหวัดที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 ที่รุนแรง จำนวน 2 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดกรุงเทพมหานคร และจังหวัดเชียงใหม่ เนื่องจาก เป็นพื้นที่ที่ประชากรอยู่อย่างหนาแน่น และเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด 19 หลังจากเลือกชุมชนและตลาด แล้วสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่าง 1,000 คนต่อ จังหวัด (ชุมชน 500 คน และตลาด 500 คน) รวมทั้งสิ้น 2,000 คน แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วนจำนวน 4 คน จึงคงเหลือกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 1,996 คน แบ่งเป็นจังหวัดกรุงเทพมหานคร 996 คน (ชุมชน 496 คน และตลาด 500 คน) และจังหวัดเชียงใหม่ 1,000 คน (ชุมชน 500 คน และตลาด 500 คน) มีเกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่างชุมชนเมืองแออัด คือ อายุ 18 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในจังหวัดกรุงเทพฯ และจังหวัด เชียงใหม่ สื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้ ยินยอมเข้าร่วม และให้ความร่วมมือในการวิจัย และเกณฑ์คัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง ในตลาด เพิ่มเติมคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างคือ ใช้บริการซื้อขายในตลาดอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ ส่วนเกณฑ์ คัดออกของกลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อโรคโควิด 19 ขณะที่ยังไม่สิ้นสุดการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจากของนางเยาว์ เกษตรภิบาล¹² ประกอบด้วย 9 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย จังหวัดที่พักอาศัย อายุ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษาสูงสุด ศาสนา โรคประจำตัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว การได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ความเพียงพอของพื้นที่บ้าน หรือห้องที่กักตัว พื้นที่สำหรับกักตัวและดูแลผู้ป่วยโรคโควิด 19 ใน แหล่งข้อมูลข่าวสาร และอื่นๆ รวมทั้งสิ้นจำนวน 33 ข้อ โดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิดและแบบปลายเปิด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อบริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 จำนวน 16 ข้อ ข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ให้เลือกตอบคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ เห็น ด้วยอย่างยิ่ง 4 คะแนน เห็นด้วย 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน การแปลผล ช่วงคะแนน 16-32 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำ คะแนน 33-48 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง และคะแนน 49-64 คะแนน หมายถึง ระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ต่อบุคคลทั่วไป จำนวน 26 ข้อ ข้อคำถามเป็น มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ให้เลือกคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ปฏิบัติทุกครั้ง 4 คะแนน ปฏิบัติ บ่อยครั้ง 3 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง 2 คะแนน และไม่ปฏิบัติ 1 คะแนน การแปลผลช่วงคะแนน 26-52 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำ คะแนน 53-78 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง และคะแนน 79-104 คะแนน หมายถึง ระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 จำนวน 33 ข้อ คำตอบเป็นแบบตัวเลือก ถูกและผิด ตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิดได้ 0 คะแนน การแปลผล คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 26 หมายถึง มีความรู้ระดับสูง คะแนน 21-25 หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง และคะแนนเท่ากับหรือน้อยกว่า 20 หมายถึง มีความรู้ระดับต่ำ



ส่วนที่ 5 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 ต่อบุคคลทั่วไป จำนวน 18 ข้อ ข้อเป็นข้อคำถามปลายปิดและปลายเปิด และเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 10 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ทัศนคติทางบวก เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 10 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งเท่ากับ 1 คะแนน ส่วนทัศนคติทางลบ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 1 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งเท่ากับ 10 คะแนน การแปลผล ช่วงคะแนน 18-72 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำ คะแนน 73-126 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง และคะแนน 127-180 คะแนน หมายถึง ระดับสูง

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการสื่อสาร ประกอบด้วย ประสิทธิภาพการสื่อสาร การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และความน่าเชื่อถือของข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 มีจำนวน 33 ข้อ ข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยให้เลือกคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง 4 คะแนน เห็นด้วย 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน การแปลผล ช่วงคะแนน 33-66 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำ คะแนน 67-99 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง และคะแนน 100-132 คะแนน หมายถึง ระดับสูง

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด 19 และมาตรการเยียวยา จำนวน 14 ข้อ ข้อคำถามปลายปิดและปลายเปิด เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ มาก 4 คะแนน ปานกลาง 3 คะแนน น้อย 2 คะแนน และไม่กระทบ 1 คะแนน การแปลผล ช่วงคะแนน 14-28 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำ คะแนน 29-42 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง และคะแนน 43-56 คะแนน หมายถึง ระดับสูง

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามสุขภาพจิต ผู้วิจัยประเมินโดย แบบประเมินภาวะซึมเศร้า วิดกกังวล และเครียด (depression anxiety stress scale [DASS-21])¹⁷ จำนวน 21 ข้อ

ส่วนที่ 9 แบบสอบถามชุมชนเข้มแข็ง มีจำนวน 19 ข้อ เป็นคำถามมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยให้เลือกคำตอบเดียว โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง 4 คะแนน เห็นด้วย 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย 2 คะแนน และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน การแปลผล ช่วงคะแนน 19-38 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำ คะแนน 39-57 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง และคะแนน 58-76 คะแนน หมายถึง ระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ทั้งฉบับเท่ากับ 0.95 และได้ค่า CVI ของแบบสอบถามความคิดเห็นต่อบริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคฯ แบบสอบถามการปฏิบัติการป้องกันโรคฯ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 แบบสอบถามการสื่อสาร การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และความน่าเชื่อถือของข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 แบบสอบถามผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด 19 และมาตรการเยียวยาของรัฐบาล ได้ค่า CVI เท่ากับ .96 แบบสอบถามสุขภาพจิต และแบบสอบถามชุมชนเข้มแข็ง ได้ค่า CVI เท่ากับ .97, .96, .98, .93, .96, .93, .98 ตามลำดับ ผู้วิจัยนำแบบประเมินทั้งหมดไปทดลองใช้กับผู้ที่มิคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 เท่ากับ .81 และแบบสอบถามส่วนอื่นๆ นำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ประกอบด้วย แบบสอบถามความคิดเห็นต่อบริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคฯ แบบสอบถามการปฏิบัติการป้องกันโรคฯ ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฯ แบบสอบถามการสื่อสาร การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และความน่าเชื่อถือของข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคฯ แบบสอบถามผลกระทบจากการระบาดของโรคฯ และมาตรการเยียวยาของรัฐบาล แบบสอบถามสุขภาพจิต และแบบสอบถามชุมชนเข้มแข็ง เท่ากับ .99, .98, .94, .96, .99, .96 และ .98

จริยธรรมการวิจัย การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารเลขที่ 105/2020

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลหลังจากโครงการการทำงานวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตัวพร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ในการดำเนินการวิจัย วิธีการและขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม การตอบแบบสอบถาม เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้ตอบคำถามแล้ว ให้ส่งแบบสอบถามและเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย ในซองและปิดผนึก ให้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม 2 สัปดาห์ โดยผู้ประสานงานในพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูล ส่งให้ผู้วิจัย แล้วนำแบบสอบถามที่ได้รับมาตรวจสอบความสมบูรณ์ ใช้เวลาเก็บรวบรวมข้อมูลรวมทั้งสิ้น 3 เดือน อัตราการตอบกลับร้อยละ 99.8

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป การปฏิบัติการป้องกันโรคฯ การได้รับวัคซีนป้องกันโรคฯ บริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคฯ ความรู้เกี่ยวกับโรคฯ ทักษะเกี่ยวกับการป้องกันโรคฯ การสื่อสาร การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และความน่าเชื่อถือของข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคฯ ผลกระทบจากการระบาดของโรคฯ สุขภาพจิต และความเข้มแข็งของชุมชน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายการปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคฯ โดยประยุกต์ใช้การวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง (Structural Equation Model: SEM)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในเชียงใหม่และกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 50.1 และ 49.9 ตามลำดับ เป็นเพศชายมากที่สุดร้อยละ 61.1 อายุเฉลี่ย 43.8 ปี ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุดร้อยละ 32.1 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษามากที่สุดร้อยละ 32.7 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 88.6 และมีโรคประจำตัวเพียงร้อยละ 18.9 โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 36.7 รองลงมาคือ โรคเบาหวานร้อยละ 36.5 ส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัว 1-5 คนร้อยละ 89.0 ถ้ามีสมาชิกในครอบครัวติดเชื้อโรคโควิด 19 มีห้องที่กักตัวร้อยละ 50.6 ส่วนใหญ่คิดว่ามีฐานะยากจนเหมือนคนอื่นในชุมชนร้อยละ 88.5 กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีผู้เคยติดเชื้อโรคโควิด 19 และผู้ถูกกักกันโรคโควิด 19 ในชุมชนร้อยละ 64.4 และ 55.7 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ชุมชนไม่มีพื้นที่สำหรับดูแลผู้ป่วยโรคโควิด 19 ร้อยละ 86.2 กลุ่มตัวอย่างรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ทางสื่อโทรทัศน์มากที่สุดร้อยละ 45.7 รองลงมาคือ เฟซบุ๊กร้อยละ 27.3

2. การปฏิบัติและปัจจัยทำนายการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ต่อบุคคลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปฏิบัติการป้องกันโรคฯ อยู่ในระดับสูงร้อยละ 53.2 มีความคิดเห็นต่อการรับรู้ต่อบริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคฯ อยู่ในระดับสูงร้อยละ 57.0 มีความรู้เกี่ยวกับโรคฯ อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 44.1 มีทัศนคติต่อบุคคลทั่วไปอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 67.0 มีการรับรู้ว่าการสื่อสารของรัฐบาลเกี่ยวกับโรคฯ มีประสิทธิภาพอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 45.1 มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคฯ อยู่ในระดับสูงร้อยละ 49.0 มีการรับรู้แหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคฯ ในระดับปานกลางร้อยละ 61.1 มีการรับรู้ความน่าเชื่อถือของข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคฯ ในระดับปานกลางร้อยละ 62.7 มีคะแนนความคิดเห็นว่าได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคฯ อยู่ในระดับสูงร้อยละ 83.5 และมีความคิดเห็นว่าได้รับความช่วยเหลือ



จากมาตรการเฝ้าระวังของรัฐบาลจากการระบาดของโรคฯ อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 43.0 มีภาวะวิตกกังวลจากการระบาดของโรคฯ อยู่ในระดับรุนแรงมากร้อยละ 15.1 และอยู่ในระดับรุนแรงร้อยละ 4.2 มีความเครียดจากการระบาดของโรคฯ อยู่ในระดับรุนแรงมากร้อยละ 6.2 และอยู่ในระดับรุนแรงร้อยละ 9.6 มีภาวะซึมเศร้าจากการระบาดของโรคฯ อยู่ในระดับรุนแรงมากร้อยละ 10.4 และอยู่ในระดับรุนแรงร้อยละ 3.7 มีความคิดเห็นว่าชุมชนมีความเข้มแข็งในการป้องกันและควบคุมโรคฯ ในภาพรวม อยู่ในระดับสูงร้อยละ 82.7 เมื่อจำแนกตามรายด้าน พบว่า ด้านทุนสังคม ชุมชนมีความเข้มแข็งอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 50.4 ด้านผู้นำชุมชนอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 52.3 และด้านการป้องกันและควบคุมโรคฯ อยู่ในระดับสูงร้อยละ 46.1

กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติที่ถูกต้องทุกครั้งต่อบุคคลทั่วไป มากที่สุด 5 อันดับแรก คือ สวมหน้ากากอนามัยเมื่อพูดคุยร้อยละ 71.6 ไม่ใช้จาน ชาม ช้อน ส้อม แก้วน้ำ ร่วมกับคนเหล่านี้ร้อยละ 61.8 ล้างมือ หรือทำความสะอาดมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ หลังรับประทานอาหารร่วมกับคนเหล่านี้ร้อยละ 61.1 ล้างมือ หรือทำความสะอาดมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ ก่อนรับประทานอาหารร่วมกับคนเหล่านี้ร้อยละ 61.0 ล้างมือ หรือทำความสะอาดมือด้วยเจลแอลกอฮอล์หลังพูดคุยกับคนเหล่านี้ทุกครั้งร้อยละ 58.1 และกลุ่มตัวอย่างที่มีการปฏิบัติทุกครั้งที่ถูกต้องต่อบุคคลทั่วไปน้อยที่สุดคือ ให้อาหาร สิ่งของ เครื่องใช้ หรือเงินแก่คนเหล่านี้ร้อยละ 28.9 และต่อต้านการให้คนเหล่านี้เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนร้อยละ 28.8 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีการปฏิบัติกาป้องกันโรคโควิด 19 ต่อบุคคลทั่วไป จำแนกตามรายชื่อ (n=1,996)

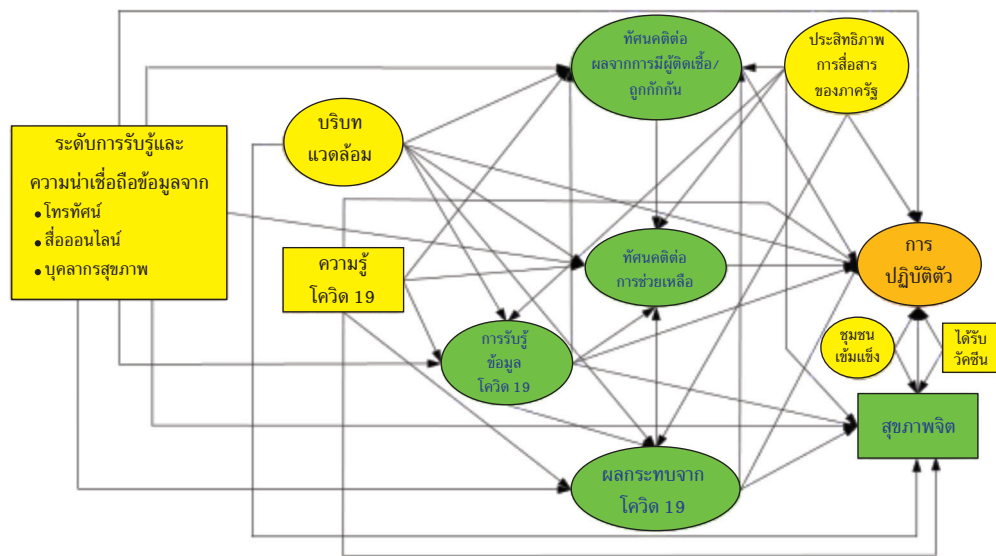
ข้อ	กิจกรรม	การปฏิบัติกาป้องกันโรคโควิด 19 ต่อบุคคลทั่วไป			
		ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1.	สวมหน้ากากอนามัยเมื่อพูดคุยกับคนเหล่านี้	1,430(71.6)	494(24.7)	65(3.3)	7(0.4)
2.	ไม่ใช้จาน ชาม ช้อน ส้อม แก้วน้ำ ร่วมกับคนเหล่านี้	1,233(61.8)	578(29.0)	113(5.7)	72(3.6)
3.	ล้างมือ หรือทำความสะอาดมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ หลังรับประทานอาหารร่วมกับคนเหล่านี้	1,219(61.1)	567(28.4)	156(7.8)	54(2.7)
4.	ล้างมือ หรือทำความสะอาดมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ ก่อนรับประทานอาหารร่วมกับคนเหล่านี้	1,218(61.0)	592(29.7)	151(7.6)	35(1.8)
5.	ล้างมือ หรือทำความสะอาดมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ หลังพูดคุยกับคนเหล่านี้ทุกครั้ง	1,159(58.1)	690(34.6)	136(6.8)	11(0.6)
6.	ไม่สัมผัสร่างกายคนเหล่านี้	1,152(57.7)	592(29.7)	165(8.3)	87(4.4)
7.	พูดคุยกับคนเหล่านี้ แต่เว้นระยะห่างอย่างน้อย 1-2 เมตร	1,128(56.5)	718(36.0)	140(7.0)	10(0.5)
8.	สนับสนุนให้ชุมชนฉีดพ่นยาฆ่าเชื้อในสิ่งแวดล้อมต่างๆ ในชุมชน ที่มีคนเหล่านี้อาศัยอยู่ เช่น วัด ตลาด	1,126(56.4)	500(25.1)	241(12.1)	129(6.5)
9.	สนับสนุนให้ชุมชนฉีดพ่นยาฆ่าเชื้อในสิ่งแวดล้อม ที่บ้านของคนเหล่านี้	1,095(54.9)	534(26.8)	252(12.6)	115(5.8)
10.	ไม่รับประทานอาหารร่วมกับคนเหล่านี้	1,079(54.1)	670(33.6)	205(10.3)	42(2.1)
11.	รับประทานอาหารร่วมกับคนเหล่านี้ แต่เว้นระยะห่างอย่างน้อย 1-2 เมตร	964(48.3)	702(35.2)	266(13.3)	64(3.2)
12.	สนับสนุนให้แยกคนเหล่านี้ โดยให้อยู่แยกห้อง/ แยกบ้านกับผู้อื่น	846(42.4)	695(34.8)	305(15.3)	150(7.5)



13. ไม่ใช้โต๊ะ เก้าอี้ และเครื่องใช้อื่น ๆ ภายในชุมชน/ ภายในบ้านร่วมกับคนอื่น	840(42.1)	737(36.9)	309(15.5)	110(5.5)
14. ไม่ใช้ห้องน้ำร่วมกับคนอื่น	828(41.5)	674(33.8)	360(18.0)	134(6.7)
15. แนะนำวิธีป้องกันการติดเชื้อ/การแพร่เชื้อโรค ให้คนอื่น	774(38.8)	657(32.9)	383(19.2)	182(9.1)
16. พบปะคนเหล่านี้เพื่อปลอบใจพูดคุยให้กำลังใจ โดยรักษาระยะห่างอย่างน้อย 1-2 เมตร	718(36.0)	650(32.6)	353(17.7)	275(13.8)
17. มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ติดตามอาการของคนเหล่านี้	714(35.8)	641(32.1)	390(19.5)	251(12.6)
18. ห้ามคนในครอบครัวไปเยี่ยมเยียนคนอื่น	704(35.3)	724(36.3)	410(20.5)	158(7.9)
19. ปลอบใจพูดคุยให้กำลังใจคนอื่นทางโทรศัพท์	696(34.9)	642(32.2)	379(19.0)	279(14.0)
20. มีส่วนร่วมในการคัดกรองโรค ในคนอื่น	686(34.4)	649(32.5)	443(22.2)	218(10.9)
21. ไม่เข้าร่วมกิจกรรมใด ๆ ที่คนอื่น เข้าร่วมกิจกรรม	685(34.3)	722(36.2)	408(20.4)	181(9.1)
22. ห้ามบุตรหลานไปเล่นกับเด็ก หรือสมาชิกในครอบครัว คนอื่น	680(34.1)	728(36.5)	454(22.7)	134(6.7)
23. มีส่วนร่วมในการรายงาน/แจ้งข้อมูลความผิดปกติ ที่อาจเสี่ยงต่อการเกิดโรค แก่ อสม. หรือผู้นำชุมชน	676(33.9)	594(29.8)	408(20.4)	318(15.9)
24. มีส่วนร่วมในการสอดส่องดูแลคนอื่นในระหว่าง ที่มีการเฝ้าระวังโรค จานครบ 14 วัน	650(32.6)	616(30.9)	448(22.4)	282(14.1)
25. ให้อาหาร สิ่งของ เครื่องใช้ หรือเงินแก่คนอื่น	577(28.9)	702(35.2)	489(24.5)	228(11.4)
26.ต่อต้านการให้คนอื่นเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน	575(28.8)	769(38.5)	408(20.4)	244(12.2)

3. ปัจจัยทำนายและขนาดอิทธิพลที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ต่อบุคคลทั่วไป

จากกรอบแนวคิดที่นำเสนอภาพที่ 1 ถูกนำมาพัฒนาเป็นแบบจำลองเริ่มต้นเพื่อใช้ในการตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างสำหรับค้นหาปัจจัยทำนายการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ต่อบุคคลทั่วไปดังแสดงภาพที่ 2 ที่ซึ่งมีโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่ซับซ้อนและยังมีทั้งตัวแปรภายนอก (สีเหลือง) และตัวแปรคั่นกลาง (สีเขียว) หลังจากนั้นจะประยุกต์ใช้ Maximum Likelihood Estimation with Robust Standard Errors (MLR) ในการประมาณค่าขนาดอิทธิพลของปัจจัยดังกล่าว เนื่องจากข้อมูลที่ใช้ในการพัฒนาแบบจำลองไม่ผ่านเงื่อนไข multivariate normal จึงไม่สามารถประยุกต์ใช้วิธี maximum likelihood estimation (MLE) ในการประมาณค่าได้ เพราะจะทำให้ค่าที่ประมาณได้ไม่มีประสิทธิภาพ (efficiency)



หมายเหตุ: ตัวแปรที่มีสีเหลือง คือ ตัวแปรภายนอก ส่วนตัวแปรที่มีสีเขียว คือ ตัวแปรต้นกลาง สำหรับตัวแปรที่มีสีส้ม คือ ตัวแปรตาม ภาพที่ 2 แบบจำลองปัจจัยทำนายการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ต่อบุคคลทั่วไป

ผลการประมาณค่าขนาดอิทธิพลมาตรฐานที่แสดงในตารางที่ 2 พบว่า ปัจจัยทำนายและขนาดอิทธิพลที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ต่อบุคคลทั่วไปที่สำคัญ ได้แก่ บริบทแวดล้อม (TE=.71) ประสิทธิภาพการสื่อสารของรัฐบาล (TE=.06) การรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรสุขภาพ และสื่อออนไลน์ (TE=.13 และ .08 ตามลำดับ) ความน่าเชื่อถือของข้อมูลข่าวสารจากสื่อออนไลน์ (TE=.07) ทัศนคติต่อผลที่เกิดจากการมีผู้ติดเชื้อหรือถูกกักกัน (TE=.14) และการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 มากกว่า 2 เข็ม (TE=.04) โดยภาพรวมโมเดลสามารถทำนายการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด 19 ได้ร้อยละ 65 ($R^2=.65$) จากการวิเคราะห์กลุ่มย่อยเฉพาะกลุ่มตัวอย่างในชุมชนเมืองแออัด พบว่า ความเข้มแข็งของชุมชนมีผลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด 19 ของกลุ่มตัวอย่างต่อบุคคลทั่วไป (TE=.09) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ขนาดของอิทธิพลของตัวแปรต่างๆ ที่มีต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ต่อบุคคลทั่วไป (n = 1,996)

ตัวแปร	DE	IE	TE
บริบทแวดล้อม	.683	.029	.711
ทัศนคติต่อผลที่เกิดจากการมีผู้ติดเชื้อหรือถูกกักกัน	.146	ns	.144
ทัศนคติต่อการช่วยเหลือเกื้อกูลหากมีผู้ติดเชื้อหรือถูกกักกัน	ns	–	ns
การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวข้องกับโรคโควิด 19	ns	ns	ns
ประสิทธิภาพการสื่อสารของภาครัฐ	ns	ns	.058
ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด 19	ns	ns	ns
ชุมชนเข้มแข็ง	ns	ns	ns
สุขภาพจิต (คะแนน)	ns	–	ns
ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 (คะแนน)		ns	-.030



ตัวแปร	DE	IE	TE
ns			
ระดับการรับรู้ข้อมูลจากสื่อโทรทัศน์	ns	ns	ns
ระดับการรับรู้ข้อมูลจากสื่อออนไลน์	.068	ns	.075
ระดับการรับรู้ข้อมูลจากบุคลากรสุขภาพ	.137	ns	.131
ความน่าเชื่อถือของข้อมูลข่าวสารจากสื่อโทรทัศน์	ns	ns	ns
ความน่าเชื่อถือของข้อมูลข่าวสารจากสื่อออนไลน์	ns	.016	.066
ความน่าเชื่อถือของข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรสุขภาพ	ns	ns	ns
การได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 มากกว่า 2 เข็ม ขึ้นไป	.047	ns	.044
ค่าสัมประสิทธิ์ของการพยากรณ์ (R^2)		.649	
Goodness of fit indicators			
- Chi-square (χ^2) (ค่า p -value) [Low χ^2 , > .05]		4,656.210 (.000)	
- χ^2 / df [≤ 2.00]		5.617	
- RMSEA (90% confidence interval) [$\leq .07$]		.048 [.047, .046]	
- SRMR [$\leq .08$]		.074	
- Comparative Fit Index (CFI) [$\geq .95$]		.910	
- Tucker Lewis Index (TLI) [$\geq .95$]		.895	

หมายเหตุ: ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

DE = อิทธิพลทางตรง (Direct effect), IE = อิทธิพลทางอ้อม (Indirect effect) และ TE = อิทธิพลรวม (Total effect)

อภิปรายผล

ปัจจัยทำนายการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ต่อบุคคลทั่วไป ของชุมชนเมืองแออัดและตลาดในกรุงเทพมหานครและเชียงใหม่ ในภาพรวมสามารถทำนายได้ร้อยละ 65 ($R^2=.65$) ซึ่งอภิปรายผลการศึกษาได้ดังนี้

1. บริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคฯ ประกอบด้วย ครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด ผู้นำชุมชน บุคลากรสุขภาพ/อสส./อสม. วัฒนธรรมชุมชน และนโยบายหรือมาตรการในการป้องกันและควบคุมโรคฯ มีผลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคฯ ของกลุ่มตัวอย่างต่อบุคคลทั่วไป โดยบริบทแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติมาก คือ 1) นโยบายหรือมาตรการควบคุมของรัฐ ได้แก่ การสั่งปิดสถานที่เสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ การเว้นระยะห่างทางสังคม การปิดโรงเรียน การปิดสถานที่ทำงาน การให้เรียนหรือทำงานที่บ้าน และงดการรวมกลุ่มในชุมชน และ 2) บุคคลในครอบครัว นอกจากนี้ผู้นำชุมชน บุคลากรสุขภาพ อสส./อสม. ก็มีผลต่อการปฏิบัติของคนในชุมชนค่อนข้างมาก ทั้งนี้ อาจเนื่องจากการระบาดของโรคฯ ในช่วงที่ทำการศึกษาล้วนแล้วแต่เป็นการระบาดในชุมชน ในตลาด และในครัวเรือน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงให้ความสำคัญกับบริบทแวดล้อมเพื่อให้ตนเอง ครอบครัว และคนในชุมชนปลอดภัยจากโรคฯ และลดการแพร่ระบาดของโรคฯ นอกจากนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างยอมรับและเคารพนับถือผู้นำชุมชน บุคลากรสุขภาพ และ อสส./อสม. รวมถึงยอมรับและปฏิบัติตามนโยบายของรัฐ สอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า อสส./อสม. บุคลากรสุขภาพ สมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน เครือข่ายทางสังคมออนไลน์ ผู้นำชุมชน ผู้นำทางศาสนา วัฒนธรรมของชุมชน บรรทัดฐานทางสังคม กฎระเบียบข้อบังคับของชุมชน และนโยบายในการป้องกันและควบคุมโรคฯ มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคฯ ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคฯ และต่อผู้ถูกกักกัน เนื่องจากบริบทแวดล้อมดังกล่าวมีความใกล้ชิดกับคนในชุมชน รวมถึงคนที่อาศัยในชุมชน จะมีวัฒนธรรม บรรทัดฐาน และกฎระเบียบข้อบังคับของชุมชนที่ต้องยอมรับและต้องปฏิบัติตาม มีการยอมรับและเคารพนับถือ อสส./อสม. บุคลากรสุขภาพ และ



ผู้นำชุมชน รวมถึงยอมรับและปฏิบัติตามนโยบายของรัฐ¹⁸ นอกจากนี้มีการศึกษาที่พบว่าบุคลากรสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนการทำงานเชิงรุกในการจัดการปัญหาและปกป้องชุมชนในมิติต่างๆ ร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน และมีการขยายเครือข่ายทางสังคม ทำให้เกิดจิตอาสาภาคประชาชนลงถึงระดับกลุ่มย่อยของชุมชน ในการรับมือต่อสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคฯ เพื่อลดจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่และลดการติดเชื้อเป็นกลุ่มก้อนใหญ่ เพิ่มความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนโรคฯ ส่งเสริมการดูแลต่อเนื่อง การส่งต่อผู้ป่วย และการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน เพื่อป้องกันและควบคุมโรคฯ¹⁹ เช่นเดียวกับการศึกษาในจังหวัดสงขลา ที่พบว่า การได้รับอิทธิพลระหว่างบุคคล เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคฯ โดยการได้รับการกระตุ้นเตือนเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคฯ รวมไปถึงการได้รับคำแนะนำในการป้องกันตนเองจากโรคฯ จากสมาชิกครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน บุคลากรสุขภาพภายในชุมชน หรือจากองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เป็นส่วนที่ช่วยให้บุคคลเกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพ และปฏิบัติตนเพื่อป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อ²⁰

2. ประสิทธิภาพการสื่อสารของรัฐบาล มีผลต่อการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันโรคฯ ต่อบุคคลทั่วไป ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบจากการศึกษาเชิงคุณภาพ ที่พบว่า คนในชุมชนรับรู้ว่าการสื่อสารเกี่ยวกับโรคฯ จากรัฐบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีความชัดเจน สั้นกระชับได้ใจความ สื่อสารตรงกัน รวดเร็วทันเวลา และโปร่งใส ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การให้ข้อมูลข่าวสารจากศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด 19 (ศบค.) ที่ได้ให้ข้อมูลข่าวสารในทุกช่องทางแก่ประชาชนครอบคลุมทุกด้านในทุกวัน และได้เน้นย้ำให้ประชาชนมีความเชื่อมั่นต่อการทำงานของรัฐบาลที่พยายามควบคุมการระบาด รวมถึงข้อมูลข่าวสารในชุมชนจาก อสม. ผู้นำชุมชน หรือนโยบายระดับชาติจากกระทรวงสาธารณสุข ทำให้ประชาชนมีการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันโรคฯ มากขึ้น²¹

3. การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคฯ มีผลต่อการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันโรคฯ ต่อบุคคลทั่วไป อาจเนื่องจากการปฏิบัติที่ถูกต้องขึ้นอยู่กับความสามารถในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร โดยแหล่งข้อมูลข่าวสารที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ 3 อันดับ คือ บุคลากรสุขภาพ สื่อโทรทัศน์ และสื่อออนไลน์ ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบจากการศึกษาเชิงคุณภาพ ที่พบว่า บุคลากรสุขภาพในพื้นที่เข้าถึงประชาชนในชุมชนเมืองแออัดและตลาด โดยเข้าไปให้ความรู้ในการป้องกันโรคฯ และดำเนินการควบคุมการระบาดของโรคฯ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างยอมรับและปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัดเพิ่มขึ้น ส่วนสื่อโทรทัศน์และสื่อออนไลน์เป็นแหล่งข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงได้ง่าย มีความถี่ในการนำเสนอข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคฯ และสามารถดูซ้ำได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในกรุงเทพมหานครที่พบว่า บุคลากรสุขภาพได้ดำเนินการร่วมกับชุมชนในการสื่อสารความเสี่ยงต่อโรคฯ และทำความเข้าใจให้ประชาชนทุกคนทุกคนรอบรู้ร่วมรณรงค์การฉีดวัคซีน และปฏิบัติตามมาตรการ DMHTT อย่างเคร่งครัด รวมถึงประสานงานและให้การดูแลผู้ติดเชื้อและครอบครัว นอกจากนี้ยังมีการสร้างความรอบรู้สุขภาพเรื่องโรคฯ ให้กับจิตอาสาชุมชน ทำให้คนในชุมชนมีการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันโรคฯ ไม่เกิดการติดเชื้อเป็นกลุ่มก้อนใหญ่ และจำนวนผู้ติดเชื้อลดลง¹⁹ รวมถึงการศึกษาที่ผ่านมา ยังพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคฯ อยู่ในระดับสูง ซึ่งการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคฯ มีผลต่อการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันโรคฯ ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและผู้ถูกกักกัน โดยประชาชนรับรู้ข้อมูลจากสื่อออนไลน์และสื่อโทรทัศน์มากที่สุด¹⁸ และจากการศึกษาในจังหวัดสงขลา พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคฯ มากที่สุด เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคฯ ในปัจจุบัน ที่มีการเผยแพร่ข้อมูลที่กล่าวถึงความรุนแรงของโรคที่ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพ การเจ็บป่วยและเสียชีวิตเมื่อติดเชื้อ ทำให้บุคคลตระหนัก ถึงความรุนแรงของโรคมก และนำไปสู่ความตระหนักถึงการป้องกันตนเอง นอกจากนี้พบว่าการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายการปฏิบัติการป้องกันโรคฯ ของประชาชน ($\beta = .123, p < .05$)²⁰

4. ความน่าเชื่อถือของข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคฯ มีผลต่อการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันโรคฯ ต่อบุคคลทั่วไป แหล่งข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ 3 อันดับ คือ บุคลากรสุขภาพ สื่อโทรทัศน์ และสื่อออนไลน์ ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบจากการศึกษาเชิงคุณภาพ ที่พบว่า บุคลากรสุขภาพที่ได้รับการยอมรับนับถือ ชื่นชม เชื่อในศักยภาพ คุณภาพ และความสามารถที่จะนำพาคนในชุมชนให้บรรลุเป้าหมายในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคฯ จะส่งผลให้คนในชุมชนปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันและควบคุมโรคฯ ส่วนสื่อโทรทัศน์และสื่อออนไลน์ที่คนในชุมชนเชื่อถือ เนื่องจากสื่อดังกล่าวนำเสนอโดย ศบค. กรมควบคุมโรค และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีการวางแผน การเตรียมข้อมูล และการตรวจสอบข้อมูลก่อนการนำเสนอสู่สาธารณะชน ส่งผลให้การสื่อสารข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคฯ มีความถูกต้อง ชัดเจน สั้นกระชับได้ใจความ สื่อสารตรงกัน รวดเร็วทันเวลา และโปร่งใส สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า พยาบาลและทีมบุคลากรสุขภาพที่มีการสื่อสารเชิงเสริมพลัง ทำให้เกิดการร่วมระดมสมอง ร่วมวางแผน ในการป้องกันการติดเชื้อโรคฯ ในชุมชน¹⁹

5. ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคฯ พบว่า ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคฯ ที่ถูกต้องมากที่สุด 3 อันดับ คือ วิถีทางหลักในการแพร่กระจายเชื้อโรคฯ (ร้อยละ 93.0) การสวมหน้ากากอนามัยมีประสิทธิภาพสูงในการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด 19 (ร้อยละ 88.02) และการล้างมือที่ถูกต้องวิธี (ร้อยละ 86.4) อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาค้นพบว่าความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 ไม่มีผลต่อการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันโรคโควิด 19 ต่อบุคคลทั่วไป แตกต่างจากการศึกษาในประเทศบังกลาเทศ ที่พบว่า ประชาชนที่มีมีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ในระดับสูง จะมีการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 สูง ($\beta = .053, p < .001$)²¹

6. ทศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคฯ พบว่า การกลัวหรือกังวลว่าจะติดเชื้อจากผู้ติดเชื้อ/ผู้ถูกกักกัน จะมีผลต่อการปฏิบัติอย่างถูกต้องในการป้องกันโรคมกขึ้น โดยพบว่า 3 อันดับ ที่ส่งผลต่อการปฏิบัติ คือ การมีกิจกรรมเสี่ยงจากการติดเชื้อในสถานที่แออัด การมีเพศสัมพันธ์หรือหลับนอนกับผู้ติดเชื้อหรือกลุ่มเสี่ยง และการติดเชื้อมาจากการทำงาน/ประกอบอาชีพ ซึ่งผลการศึกษาปัจจัยทำนาย พบว่า หากกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการป้องกันโรคฯ จะมีการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันโรคฯ ต่อบุคคลทั่วไปมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพที่พบว่า หากคนในชุมชนมีทัศนคติเชิงบวกเกี่ยวกับการป้องกันโรคฯ จะทำให้มีการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันโรคฯ ต่อบุคคลทั่วไปเพิ่มขึ้น นอกจากนี้การสร้างทัศนคติเชิงบวกในเรื่องการช่วยเหลือซึ่งกันและกันได้ส่งผลต่อพฤติกรรมเชิงบวก และนำมาสู่ความภาคภูมิใจในตนเอง นอกจากนี้หากคนในชุมชนเกิดความกลัวต่อผลที่เกิดจากการมีผู้ติดเชื้อหรือถูกกักกันในชุมชนและในตลาด ได้แก่ การจัดกิจกรรมร่วมกันของชุมชนลดลง คนในชุมชนถูกเลิกจ้างหรือพักงาน มีความยุ่งยากในการดำเนินชีวิตประจำวัน และขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุขที่จะไปดูแลผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ส่งผลให้คนในชุมชนมีการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันโรคฯ มากขึ้น และยังพบว่าคนในชุมชนมีทัศนคติที่ดีในการช่วยเหลือเกื้อกูลหากมีผู้ติดเชื้อหรือถูกกักกันเป็นสมาชิกในครอบครัวหรือเป็นคนในชุมชน ต้องดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ดังผลการศึกษาที่พบว่า คนในตลาดที่มีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันโรคฯ จะให้การยอมรับคนที่ปกป้องตนเอง มีความระมัดระวังในการป้องกันการติดเชื้อโรคฯ และให้ความสำคัญกับการฉีดวัคซีน เนื่องจากคนในตลาดมีความกังวลเรื่องรายได้ที่เป็นจุดหมายร่วมกัน หากตลาดปิดเวลานานย่อมส่งผลกระทบเรื่องรายได้ ดังนั้นจึงต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจกันเพื่อปกป้องพื้นที่ที่ใช้หารายได้ ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า ประชาชนมากกว่าร้อยละ 60 มีทัศนคติทางบวกต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด 19 และผู้ถูกกักกันว่าเป็นบุคคลที่สมาชิกและคนในชุมชนต้องดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผ่านภาวะวิกฤตของชีวิตไปได้ และประชาชนประมาณร้อยละ 50 มีความเห็นว่าการในชุมชนไม่ควรตีตราผู้ที่เคยติดเชื้อโรคฯ หรือผู้ถูกกักกัน แต่ควรช่วยลดการตีตราในกลุ่มคนดังกล่าว¹⁸



7. การได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 มากกว่า 2 เข็ม มีผลต่อการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันโรคติดต่อบุคคลทั่วไป เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคมากกว่า 2 เข็ม เป็นกลุ่มที่ใส่ใจสุขภาพ กลัวการติดเชื้อโรค และผลกระทบจากการติดเชื้อ สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพที่พบว่า การเห็นคนติดเชื้อในชุมชนมีจำนวนมาก และรับรู้ว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคในชุมชน ทำให้คนในชุมชนเกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติในการรับวัคซีนป้องกันโรค และปฏิบัติตามป้องกันตัวเองไม่ให้ติดเชื้อ ในทางตรงกันข้ามพบว่า คนในชุมชนบางส่วนยังคงมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับผลข้างเคียงที่รุนแรงว่ามีผู้เสียชีวิตจำนวนมากจากการได้รับวัคซีน ซึ่งเป็นข่าวปลอม ทำให้ไม่กล้าฉีดวัคซีนเพราะกลัวเสียชีวิต

8. ความเข้มแข็งของชุมชน ทำให้การปฏิบัติการป้องกันโรคมีประสิทธิภาพ จากการวิจัยครั้งนี้ คือ 1) ชุมชนมีต้นทุนทางสังคมที่ดี 3 อันดับ คือ คนในชุมชนช่วยเหลือเกื้อกูลกันและมีความเอื้ออาทรต่อกัน เข้าถึงข้อมูลข่าวสารและมีการติดต่อสื่อสารกันหลายรูปแบบ และมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกัน 2) ชุมชนมีผู้นำที่ดี 3 อันดับ คือ ผู้นำชุมชนเป็นผู้ที่ได้รับการยอมรับและได้รับสนับสนุนจากคนในชุมชน เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ และมีความเสียสละและอดทน และ 3) ชุมชนมีการป้องกันและควบคุมโรคที่ดี 3 อันดับ คือ ผู้นำชุมชนให้ความสำคัญกับการป้องกันและควบคุมโรค คนในชุมชนให้ความสำคัญกับการป้องกันและควบคุมโรค และชุมชนดำเนินการป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบจากการศึกษาเชิงคุณภาพ ที่พบว่า ชุมชนที่มีการบริหารจัดการการป้องกันและควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพ คือ การมีศูนย์กลางคือผู้นำชุมชน ซึ่งเป็นหน่วยจัดการที่เข้มแข็ง การประสานงานผ่านผู้นำชุมชน จะช่วยให้ได้รับความช่วยเหลือและสื่อสารได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ผู้นำชุมชนยังเป็นหน่วยรับและส่งต่อข้อมูลและของบริจาคเพื่อกระจายในพื้นที่ ดังนั้นจึงต้องอาศัยกลุ่มผู้นำชุมชนและสื่อสารมวลชนที่จะเผยแพร่ข่าวสารและสร้างช่องทางที่รวดเร็วขึ้น โดยเฉพาะหากชุมชนมีผู้นำชุมชนที่มีความเข้มแข็ง ย่อมทำให้เกิดความรวดเร็ว และข้อมูลน่าเชื่อถือมากกว่ากลุ่มบุคคลปกติ นอกจากนี้ การมีคณะกรรมการชุมชนและสมาชิกในชุมชนให้ความร่วมมือ มีระบบการเฝ้าระวังและระบบการสื่อสารที่ดี ทำให้คนในชุมชนรับรู้ข้อมูลและร่วมด้วยช่วยกันดำเนินการป้องกันและควบคุมโรค ของชุมชนได้อย่างรวดเร็ว เกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน และเกิดความเข้าใจอันดีต่อกัน รวมถึงการสร้างทีมงานในพื้นที่ที่ช่วยสนับสนุนให้เข้าถึงผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว เพิ่มความรู้ในการดูแลและการป้องกันตนเอง สนับสนุนและสร้างโอกาสการเข้าถึงอุปกรณ์การป้องกันโรค ในขณะที่บริบทของตลาดถือเป็นบริบทที่มีขอบเขตชัดเจนและมีผู้นำ คือ ผู้จัดการตลาดเป็นผู้กำหนดมาตรการ ทั้งนี้แผนรองรับการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพ คือ ไม่ต้องรอให้หน่วยงานภาครัฐเป็นผู้กำหนด ดังนั้นตลาดใช้การวางมาตรการก่อนการกำหนดจากภาครัฐ มีบริการการตรวจเชิงรุก มีบริการการทำความสะอาดและฉีดฆ่าเชื้อในพื้นที่สาธารณะจากสำนักงานเขต และมีการควบคุมป้องกันจากตำรวจสายตรวจเพื่อป้องกันการตั้งวงดื่มสุรา

ปัจจัยหลักในการป้องกันและควบคุมสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคในชุมชนเมืองแออัด คือ การบริหารจัดการที่ดี โดยต้องมีทีมงานหลักและกำลังคนที่มีศักยภาพ และสร้างระบบการมีส่วนร่วมในการทำงาน จัดหาคนมาช่วยเป็นทีมงานเพื่อทำงานได้อย่างต่อเนื่องและทั่วถึง รวมทั้งมีการกำหนดค่านิยมร่วมกัน สอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรค ของคนในชุมชน ทำให้เกิดการรวมกลุ่มทำกิจกรรมและกลุ่มจิตอาสาทำให้เกิดกระบวนการพัฒนาชุมชน โดยมีแกนนำที่มีความพร้อมทั้งด้านองค์ความรู้ ทักษะ และความสามารถ ในด้านการบริหารจัดการ รวมถึงความสามัคคีของคนในชุมชนทั้งกลุ่มคนดั้งเดิมและกลุ่มคนที่โยกย้ายถิ่นฐานมาเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารผ่านช่องทางที่หลากหลายอย่างทั่วถึง ทำให้มีการดำเนินงานป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ²² เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่า การจัดกิจกรรม

เพื่อสร้างความเข้มแข็งในชุมชนโดยการจัดตั้งศูนย์กลางเฝ้าระวังโรคระดับตำบล การจัดกิจกรรมจิตอาสา การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ประชาชนในการป้องกันโรค การสอดส่องดูแลบุคคลที่เป็นกลุ่มเสี่ยง และการหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่มีการรวมตัวกันของคนหมู่มาก ส่งผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ในชุมชน¹⁵ และการศึกษาในสหราชอาณาจักร พบว่าชุมชนเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญต่อภาวะวิกฤตของโรคฯ โดยอาศัยความสามัคคี ความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน มีการสนับสนุนทางสังคมที่ดี มีการประสานงานกัน และมีการช่วยเหลือเกื้อกูลกันระหว่างสมาชิกในชุมชน ทำให้คนในชุมชนมีสุขภาวะที่ดี²³

9. สุขภาพจิต ผลการวิจัย พบว่านโยบายหรือมาตรการรัฐ และการระบาดของโรคฯ กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดหรือความกังวลต่อการติดเชื้อโรคฯ ส่งผลให้ปฏิบัติการป้องกันโรคฯ มากขึ้น โดยกลุ่มตัวอย่างมีภาวะวิตกกังวลอยู่ในระดับรุนแรงมากสูงถึงร้อยละ 15.1 มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับรุนแรงมากสูงถึงร้อยละ 10.4 และมีความเครียดอยู่ในระดับรุนแรงมากสูงถึงร้อยละ 6.2 เนื่องจากในช่วงของการแพร่ระบาดของโรคฯ ประชาชนได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจจากปัญหารอบด้าน เกิดจากการขาดรายได้ การปรับเปลี่ยนรูปแบบหรืองดการจัดกิจกรรมตามประเพณี วัฒนธรรม และพิธีกรรมทางศาสนา การปรับเปลี่ยนรูปแบบการเรียนการสอน นอกจากนี้การเป็นผู้ติดเชื้อหรือมีผู้ติดเชื้อในชุมชน ทำให้สังคมรังเกียจ เกิดความเครียด จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อโรคฯ มากขึ้น

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

การป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคโควิด 19 ในชุมชนเมืองแออัดให้ประสบความสำเร็จ รัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสร้างความเข้มแข็งของชุมชน สร้างบริบทแวดล้อมที่เอื้อต่อการป้องกันและควบคุมโรคระบาด พัฒนาการสื่อสารของรัฐให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ส่งเสริมการรับรู้ของประชาชนผ่านบุคลากรสุขภาพ สื่อออนไลน์ โทรศัพท์ โดยเน้นย้ำประชาชนให้ใช้วิจารณญาณในการวิเคราะห์ความน่าเชื่อถือของข้อมูล สร้างทัศนคติที่ดีและส่งเสริมประชาชนให้เห็นความสำคัญของการปฏิบัติการป้องกันโรคและเข้ารับการฉีดวัคซีน รวมถึงควรมีการประเมินและติดตามสุขภาพจิตของประชาชนอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ต่อบุคคลทั่วไปของประชาชนไทยในชุมชนเมืองแออัดและตลาด
2. ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด 19 ต่อบุคคลทั่วไปของประชาชนไทยในชุมชนเมืองแออัดและตลาด

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัย ขอขอบพระคุณศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.มิ่งสรรพ ขาวสอาด และนายแพทย์ปณิธิ ธรรมวิริยะ ที่กรุณาให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ และให้กำลังใจ จนทำให้การทำวิจัยสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี และขอขอบคุณสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) และหน่วยบริหารจัดการและส่งมอบผลลัพธ์ (ODU) แผนงานคนไทย 4.0 ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัย



References

1. Housing Strategy and Information Division Department of Housing Development National Housing Authority. Information on low-income communities [internet]. 2017 [cited 2022 May 22]. Available from: <https://housingkc.nha.co.th/files/article/attachments/90a0cc4aa77df344b52300cbd3a022c3.pdf>.(in Thai)
2. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Situation of coronavirus disease 2019 (COVID-19) public health measures and problems, obstacles, disease prevention and control in travelers [internet]. 2022 [cited 2022 Apr 10]. Available from: <https://ddc.moph.go.th>.(in Thai)
3. Austrian K, Pinchoff J, Tidwell JB, White C, Abuya T, Kangwana B, Ngo TD. COVID-19 related knowledge, attitudes, practices and needs of households in informal settlements in Nairobi, Kenya. SSRN Electronic 2020. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3576785>
4. Population Council. 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) [internet]. 2022 [cited 2020 Jun 14]. Available from: https://knowledgecommons.popcouncil.org/cgi/viewcontent.cgi?article=2042&context=departments_sbsr-pgy
5. Zhong BL, Luo W, Li HM, Zhang QQ, Liu XG, Li WT. Knowledge, attitudes, and practices towards COVID-19 among Chinese residents during the rapid rise period of the COVID-19 outbreak: A quick online cross-sectional survey. *Int J Biol Sci* 2020; 16(10): 1745–52.
6. Faculty of Economics, Chulalongkorn University (2020). Behavioral insights of Thai households under the COVID-19 situation under the support of Thailand Science Research and Innovation (TSRI) and Health Systems Research Institute (HSRI) [internet]. 2020 [cited 2020 Jun 14]. Available from <https://drive.google.com/file/d/1s-tvSan9LHnDWbfs4t8vIeqWAJw4ekj/view>.(in Thai)
7. Papageorge NW, Zahn MV, Belot M, Broek-Altenburg E, Choi S, Jamison JC, Tripodi E. Socio-demographic factors associated with self-protecting behavior during the COVID-19 pandemic. *J Popul Eco* 2021; 34(2): 691–38.
8. Ditekemena JD, Mavoko HM, Obimpeh M, Van Hees S, Siewe Fodjo JN, Nkamba DM, Colebunders R. Adherence to COVID-19 prevention measures in the Democratic Republic of the Congo, results of two consecutive online surveys. *IJERPH* 2021; 18(5): 2525.
9. Pasion R, Paiva TO, Fernandes C, Barbosa F. The age effect on protective behaviors during the COVID-19 outbreak: Sociodemographic, perceptions and psychological accounts. *Front Psychol* 2020; 11: 561785.
10. Gao H, Hu R, Yin L, Yuan X, Tang H, Luo L, Jiang Z. Knowledge, attitudes and practices of the Chinese public with respect to coronavirus disease (COVID-19): An online cross-sectional survey. *BMC Public Health* 2020; 20(1): 1816.



11. Hassan SM, Ring A, Tahir N, Gabbay M. How do Muslim community members perceive COVID-19 risk reduction recommendations – A UK qualitative study? *BMC Public Health* 2021; 21(1): 449.
12. Kasatpibal N, Viseskul N, Kamnon K, Tokilay R, Sangkampang S, Thummathai K. Predicting factors of Thai population practices amid people have been infected/ quarantined and impacts of COVID -19 outbreak (research report). Chiang Mai: Faculty of Nursing, Chiang Mai University; 2021.
13. Roberts JA, David ME. Improving predictions of COVID-19 preventive behavior: Development of a sequential mediation model. *Int J Res Med* 2021; 23(3): e23218.
14. Suwannarat W, Katekaew M, Sakulrang K. Building community mental strength in the coronavirus 2019 pandemic. *AJCPH* 2022; 8(1): 1-14.
15. Sallis JF, Owen N. Ecological models of health behavior. In Glanz K, Rimer, BK, Viswanath K. (Eds.), *Health behavior: Theory, research, and practice*. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2015.
16. Kline RB. *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: Guilford; 2011.
17. Oei TP, Sawang S, Goh YW, Mukhtar F. Using the Depression Anxiety Stress Scale 21 (DASS-21) across cultures. *Int J Psychol* 2013; 48: 1018-29.
18. Kasatpibal N, Viseskul N, Kamnon K. Development of prevention and control model of COVID-19 outbreak in Thai urban slums: community engagement phase I (research report). Chiang Mai: Faculty of Nursing, Chiang Mai University; 2022.
19. Piaseu N, Neelapaichit N, Deesamer S, Kittipimpanon K, Chaknum P, Tantiprasoplap S, Kongcheep S, et al. Nurses' role in mobilizing community engagement in COVID-19 pandemic: A case study of Bangkok metropolitan community. *TJNMP* 2021; 8(2): 8-20.(in Thai)
20. Inthacharoen A, Kanchanapoom K, Tansakul K, Pattapat S. Factors influencing preventive behavior towards coronavirus disease 2019 among people in Khohong town municipality Songkhla province. *JCCPH* 2021; 3(2): 19-30.(in Thai)
21. Hosen I, Pakpour AH, Sakib N, Hussain N, Al Mamun F, Mamun MA. Knowledge and preventive behaviors regarding COVID-19 in Bangladesh: A nationwide distribution. *PLoS One* 2021; 16(5): e0251151.
22. Panyathorn K, Sapsirisopa K, Tanglakmankhong K, Krongyuth W. Community participation in COVID-19 prevention at Nongsawan village, Chiangpin sub-district, Mueang district, Udonthani province. *J Phrapokklao Nurse College* 2021; 32(1): 189-204.(in Thai)
23. Bowe M, Wakefield JRH, Kellezi B, Stevenson C, McNamara N, Jones BA, Heym N. The mental health benefits of community helping during crisis: coordinated helping, community identification and sense of unity during the COVID-19 pandemic. *J Community Appl Soc Psychol* 2022, 32(3), 521-35.