



รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

ปัจจัยทำนายการปฏิบัติของประชาชนไทยต่อผู้ที่เคยติดเชื้อหรือผู้ถูกกักกัน

และผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 (ระยะที่ 1)

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

โดย

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

ภายใต้แผนงานยุทธศาสตร์เป้าหมาย (Spearhead) ด้านสังคม คนไทย 4.0

สนับสนุนโดย

สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.)

กันยายน 2563

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

ปัจจัยทำนายการปฏิบัติของประชาชนไทยต่อผู้ที่เคยติดเชื้อหรือผู้ถูกกักกัน

และผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 (ระยะที่ 1)

Predicting Factors of Thai Population Practices Amid People Have Been Infected /
Quarantined and Impacts of COVID-19 Outbreak (ระยะที่ 1)

โดย

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

ภายใต้แผนงานยุทธศาสตร์เป้าหมาย (Spearhead) ด้านสังคม คนไทย 4.0

สนับสนุนโดย

สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.)

กันยายน 2563

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัย ขอขอบพระคุณศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร. มิ่งสรรพ์ ขาวสอาด ศาสตราจารย์ ดร.วิภาดา คุณาวิกติกุล คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และ ดร.อัครพงศ์ อันทอง ที่กรุณาให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ และให้กำลังใจในการทำวิจัยระยะที่ 1 จนทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการออกแบบการวิจัย การตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และการจัดทำรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์

ขอขอบคุณปลัดกรุงเทพมหานคร ผู้อำนวยการสถาบันป้องกันและควบคุมโรคเขตเมือง ผู้อำนวยการสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี เชียงใหม่ นครราชสีมา และยะลา ผู้นำชุมชน ผู้ประสานงาน และกลุ่มตัวอย่าง ตลอดจนผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านทุกฝ่ายที่ให้ความร่วมมือ และความช่วยเหลือ ในการการเก็บรวบรวมข้อมูล และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการวิจัย และมีส่วนช่วยเหลือและสนับสนุนอย่างมากในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่หน่วยบริหารจัดการและส่งมอบผลลัพธ์ (ODU) แผนงานคนไทย 4.0 ทุกท่านที่อำนวยความสะดวก ให้คำแนะนำ และความช่วยเหลือในการติดต่อประสานงาน และการบริหารจัดการโครงการวิจัย

ขอขอบคุณหน่วยบริหารจัดการและส่งมอบผลลัพธ์ (ODU) แผนงานคนไทย 4.0 ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัย

คณะผู้วิจัย

กันยายน 2563

บทสรุปผู้บริหาร

การระบาดของโรคโควิด-19 เป็นปัญหาสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อคนทั่วโลก มีผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจากโรคนี้นับเป็นจำนวนมาก การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย โดยทำการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ (mixed method study) ในชุมชนที่มีผู้เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 และผู้ถูกกักกัน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการปฏิบัติของประชาชนไทยต่อผู้ที่เคยติดเชื้อหรือผู้ถูกกักกัน และผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ใน 5 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร ชลบุรี เชียงใหม่ นครราชสีมา และยะลา การวิจัยระยะที่ 1 เป็นการศึกษาสำรวจ ใช้ระยะเวลา 2 เดือน ระหว่างเดือนสิงหาคม ถึงกันยายน 2563 เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชน จำนวน 220 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน พบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาเมื่อออกจากบ้านร้อยละ 92.7 มีแอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือพอใช้ร้อยละ 81.4 พกแอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือทุกครั้งเมื่อออกจากบ้านร้อยละ 83.6 มีหน้ากากอนามัยพอใช้ร้อยละ 80.0 แต่เว้นระยะห่างจากบุคคลอื่น 1-2 เมตรตลอดเวลาร้อยละ 78.6 และเว้นระยะห่างจากสมาชิกในครอบครัว 1-2 เมตรตลอดเวลาเพียงร้อยละ 55.5

2. กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติกำบังโรคโควิด-19 ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 และต่อผู้ถูกกักกันอยู่ในระดับสูงมากที่สุดร้อยละ 60.9 เท่ากัน โดยสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติกำบังโรคโควิด-19 ของประชาชนต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ในระดับมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ มาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคมร้อยละ 56.4 อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) ร้อยละ 41.4 และบุคคลในครอบครัวร้อยละ 48.2 ส่วนสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติกำบังโรคโควิด-19 ของประชาชนต่อผู้ถูกกักกันอยู่ในระดับมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ มาตรการการจัดการการเว้นระยะห่างทางสังคมร้อยละ 51.8 อสม. ร้อยละ 47.7 และวัฒนธรรมการอยู่ร่วมกันในครอบครัวร้อยละ 43.6

3. กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติกำบังโรคโควิด-19 ที่ถูกต้องต่อผู้ที่เคยติดเชื้ออยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 45.0 และมีการปฏิบัติกำบังโรคโควิด-19 ที่ถูกต้องต่อผู้ถูกกักกันอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 50.5 โดยกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติที่ถูกต้องต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ในระดับมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ สวมหน้ากากอนามัยเมื่อพูดคุยกับผู้ติดเชื้อร้อยละ 68.2 ล้างมือหรือทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจลหลังรับประทานอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อร้อยละ 63.2 และล้างมือหรือทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจลก่อนรับประทานอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อร้อยละ 62.7 นอกจากนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติที่ถูกต้องต่อผู้ถูกกักกันในระดับมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ สวมหน้ากากอนามัยเมื่อพูดคุยกับผู้ถูกกักกันร้อยละ 66.8 ล้างมือหรือทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจลหลังพูดคุยกับผู้ถูกกักกันทุกครั้ง และล้างมือหรือทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจลก่อนรับประทานอาหารร่วมกับผู้ถูกกักกันร้อยละ 60.9 เท่ากัน

4. กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุดร้อยละ 61.4 แต่ร้อยละ 22.3 มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับต่ำ โดยกลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 80 มีความรู้พื้นฐานที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ได้แก่ วิธีหลักในการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด-19 คือละอองฝอยจากการไอจาม และโรคโควิด-19 สามารถรักษาให้หายได้ แต่กลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 80 มีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับอัตราการแพร่กระจายเชื้อ และโรคโควิด-19 มีการแพร่กระจายจาก

คนสู่คนเท่านั้น ส่วนความรู้ด้านการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 80 มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการล้างมือ แต่กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 65 มีความรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการให้คนเดินผ่านสเปรย์พ่นยาฆ่าเชื้อ และการฉีดพ่นยาฆ่าเชื้อในสิ่งแวดล้อมเป็นวิธีการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ที่สำคัญ

5. กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 50 มีทัศนคติทางลบต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 โดยมีความเห็นว่าผู้ที่เคยติดเชื้อได้รับเชื้อหรือมีโอกาสได้รับเชื้อจากการไปในสถานที่สาธารณะร้อยละ 65.5 จากการประกอบอาชีพที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อร้อยละ 58.2 และจากการมีเพศสัมพันธ์หรือการหลับนอนกับผู้ติดเชื้อหรือกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 50.9 กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 50 มีทัศนคติทางลบต่อผู้ที่ถูกกักกัน โดยมีความเห็นว่าผู้ที่ถูกกักกันได้รับเชื้อหรือมีโอกาสได้รับเชื้อจากการไปในสถานที่สาธารณะร้อยละ 57.3 และจากการประกอบอาชีพที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อร้อยละ 50.5

6. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูงร้อยละ 79.1 กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 มากที่สุด 3 อันดับแรก คือ วิธีการป้องกันโรคร้อยละ 64.1 การแพร่ระบาดของโรคร้อยละ 59.5 และความรุนแรงของโรคร้อยละ 61.3 แต่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 น้อยที่สุด คือ อาการและอาการแสดงของโรคร้อยละ 49.1 และอุปสรรคในการป้องกันโรคร้อยละ 45.0 โดยรับรู้จากสื่อออนไลน์มากที่สุดร้อยละ 70.9 รองลงมาคือ โทรทัศน์ร้อยละ 59.5 บุคลากรสุขภาพร้อยละ 55.0 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)/อาสาสมัครสาธารณสุข (ออส.) ร้อยละ 50.5 และสมาชิกในครอบครัวร้อยละ 50.0

7. กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นในภาพรวมเกี่ยวกับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูงมากที่สุดร้อยละ 48.6 และผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาลอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุดร้อยละ 46.9 เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า

7.1 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าได้รับผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจจากการระบาดของโรคโควิด-19 และจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาลอยู่ในระดับสูงมากที่สุดร้อยละ 72.7 และ 69.5 ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 65.0-70.0 มีความคิดเห็นที่ได้รับผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจจากการระบาดของโรคโควิด-19 และประมาณร้อยละ 55.0-60.0 มีความคิดเห็นที่ได้รับผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาลอยู่ในระดับมาก มากที่สุด คือ รายได้ลดลง รายได้ไม่พอใช้ ไม่มีรายได้ ถูกเลิกจ้างหรือตกงาน และค่าใช้จ่ายจากการเรียน/ทำงานที่บ้านเพิ่มขึ้น เช่น ค่าไฟฟ้าและค่าอินเทอร์เน็ต

7.2 ผลกระทบด้านการศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าได้รับผลกระทบทางด้านการศึกษาจากการระบาดของโรคโควิด-19 และจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาลอยู่ในระดับสูงมากที่สุดร้อยละ 73.2 และ 69.5 ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 45.0-60.0 มีความคิดเห็นที่ได้รับผลกระทบทางด้านการศึกษาจากการระบาดของโรคโควิด-19 และประมาณร้อยละ 45.0-55.0 มีความคิดเห็นที่ได้รับผลกระทบทางด้านการศึกษาจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาลอยู่ในระดับมาก มากที่สุด คือ สำเร็จการศึกษาช้าลง ไม่สามารถไปเรียนกวดวิชาได้ และไม่มีคอมพิวเตอร์ โน้ตบุ๊ก แท็บเล็ต ไม่มีผู้ให้ความช่วยเหลือ

หรือช่วยแก้ปัญหาในการเรียน/การสอบออนไลน์ ไม่มีอินเทอร์เน็ต และไม่มีทักษะในการเรียน/การสอบออนไลน์

7.3 ผลกระทบด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าได้รับผลกระทบทางด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจากการระบาดของโรคโควิด-19 และจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาลอยู่ในระดับสูงมากที่สุดร้อยละ 60.0 และ 51.8 ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 45.0-50.0 มีความคิดเห็นที่ได้รับผลกระทบทางด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจากการระบาดของโรคโควิด-19 และประมาณร้อยละ 40.0-50.0 มีความคิดเห็นที่ได้รับผลกระทบทางด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาลอยู่ในระดับมาก มากที่สุด คือ การเดินทางไปต่างประเทศ การเดินทางไปต่างจังหวัด การออกกำลังกายนอกบ้าน การรับประทานอาหารนอกบ้าน การไปซื้อของใช้หรือการจ่ายตลาด และการไปร้านเสริมสวย สระผม ทำผม

7.4 ผลกระทบด้านสุขภาพและการป้องกันโรค กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าได้รับผลกระทบทางด้านสุขภาพและการป้องกันโรคจากการระบาดของโรคโควิด-19 และจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาลอยู่ในระดับสูงมากที่สุดร้อยละ 76.9 และ 70.0 ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 45.0-50.0 มีความคิดเห็นที่ได้รับผลกระทบทางด้านสุขภาพและการป้องกันโรคจากการระบาดของโรคโควิด-19 และประมาณร้อยละ 30.0-45.0 มีความคิดเห็นที่ได้รับผลกระทบทางด้านสุขภาพและการป้องกันโรคจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาลอยู่ในระดับมาก มากที่สุด คือ การขาดแคลนหน้ากากอนามัย การขาดแคลนแอลกอฮอล์เจล และการเข้ารับบริการทางการแพทย์

7.5 ผลกระทบด้านวัฒนธรรม/ประเพณี/วิถีชีวิตของชุมชน กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าได้รับผลกระทบทางด้านวัฒนธรรม/ประเพณี/วิถีชีวิตของชุมชนจากการระบาดของโรคโควิด-19 และจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาลอยู่ในระดับสูงมากที่สุดร้อยละ 76.9 และ 70.0 ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 40 มีความคิดเห็นที่ได้รับผลกระทบทางด้านวัฒนธรรม/ประเพณี/วิถีชีวิตของชุมชนจากการระบาดของโรคโควิด-19 และประมาณร้อยละ 30.0-40.0 มีความคิดเห็นที่ได้รับผลกระทบทางด้านวัฒนธรรม/ประเพณี/วิถีชีวิตของชุมชนจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาลอยู่ในระดับมาก มากที่สุด คือ การประกอบพิธีกรรมทางศาสนา การช่วยเหลือเกื้อกูลกันในสังคมลดลง และการสืบสานขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรม

7.6 ผลกระทบด้านครอบครัว กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าได้รับผลกระทบครอบครัวจากการระบาดของโรคโควิด-19 และจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาลอยู่ในระดับสูงมากที่สุดร้อยละ 76.9 และ 70.0 ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 20.0-25.0 มีความคิดเห็นที่ได้รับผลกระทบทางด้านครอบครัวจากการระบาดของโรคโควิด-19 และประมาณร้อยละ 10.0-25.0 มีความคิดเห็นที่ได้รับผลกระทบทางด้านครอบครัวจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาลอยู่ในระดับมาก มากที่สุด คือ การขาดผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง การขาดผู้ดูแลผู้สูงอายุ การขาดผู้ดูแลเด็กอ่อนหรือเด็กเล็ก นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 10.0 ไม่กล้านอนกับแฟน/คู่รัก สามี/ภรรยา และเลิก/หย่าร้างกับแฟน/คู่รัก

7.7 ผลกระทบด้านจิตใจ กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจจากการระบาดของโรคโควิด-19 และจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาลอยู่ในระดับสูงมากที่สุดร้อยละ 76.0 และ 69.5 ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 45.0-60.0 มีความคิดเห็นที่ได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจ

จากการระบาดของโรคโควิด-19 และประมาณร้อยละ 40.0-55.0 มีความคิดเห็นว่าได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาลอยู่ในระดับมาก มากที่สุด คือ ความเครียดจากการเลิกจ้างหรือตกงาน ไม่มีงานทำ ความเครียดจากการหยุดงานชั่วคราวหรือพักงาน วิตกกังวลว่าจะถูกเลิก วิตกกังวลว่าจะหางานทำไม่ได้เมื่อสถานการณ์ดีขึ้น และภาวะซึมเศร้าจากการไม่ได้พบปะผู้คน

8. กลุ่มตัวอย่างมีภาวะวิตกกังวลจากการระบาดของโรคโควิด-19 อยู่ในระดับรุนแรงมากสูงถึงร้อยละ 20.9 และอยู่ในระดับรุนแรงร้อยละ 5.0 กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดจากการระบาดของโรคโควิด-19 อยู่ในระดับรุนแรงมากสูงถึงร้อยละ 10.0 และอยู่ในระดับรุนแรงร้อยละ 11.4 กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าจากการระบาดของโรคโควิด-19 อยู่ในระดับรุนแรงมากสูงถึงร้อยละ 17.3 และอยู่ในระดับรุนแรงร้อยละ 4.5

9. สิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 และผู้ถูกกักกัน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับปานกลาง ($r=0.437, p<0.001$; $r=0.449, p<0.001$) และการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 และผู้ถูกกักกัน ในระดับต่ำ ($r=0.240, p<0.001$; $r=0.322, p<0.001$)

สรุป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 และต่อผู้ถูกกักกันอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างได้รับผลกระทบมากที่สุดคือ เศรษฐกิจ และพบว่ากลุ่มตัวอย่างบางส่วนมีภาวะวิตกกังวล ความเครียด และภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงมาก ดังนั้นรัฐบาลและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องยังคงต้องรณรงค์ให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 เพื่อให้ประชาชนมีการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับสูง เพื่อป้องกันการระบาดของโรคโควิด-19 ระลอกสอง นอกจากนี้ยังคงต้องให้ความช่วยเหลือแก่ประชาชนที่ได้รับผลกระทบโดยเฉพาะด้านเศรษฐกิจและด้านจิตใจ เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตที่รุนแรง

บทคัดย่อภาษาไทย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย โดยทำการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการปฏิบัติของประชาชนไทยต่อผู้ที่เคยติดเชื้อหรือผู้ถูกกักกัน และผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ใน 5 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร ชลบุรี เชียงใหม่ นครราชสีมา และยะลา การวิจัยระยะที่ 1 เป็นการศึกษาสำรวจ ใช้ระยะเวลา 2 เดือน ระหว่างเดือนสิงหาคม ถึงกันยายน 2563 เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชน จำนวน 220 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาเมื่อออกจากบ้านร้อยละ 92.7 มีแอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือพอใช้ร้อยละ 81.4 พกแอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือทุกครั้งที่ออกจากบ้านร้อยละ 83.6 มีหน้ากากอนามัยพอใช้ร้อยละ 80.0 แต่เว้นระยะห่างจากบุคคลอื่น 1-2 เมตรตลอดเวลาร้อยละ 78.6 และเว้นระยะห่างจากสมาชิกในครอบครัว 1-2 เมตรตลอดเวลาเพียงร้อยละ 55.5 กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 และต่อผู้ถูกกักกันอยู่ในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 60.9 เท่ากัน กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ถูกต้องต่อผู้ที่เคยติดเชื้ออยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 45.0 และมีการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ถูกต้องต่อผู้ถูกกักกันอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 50.5 กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุดร้อยละ 61.4 กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 50 มีทัศนคติทางลบต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 และต่อผู้ถูกกักกัน โดยมีความเห็นว่าผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 และผู้ที่ถูกกักกันได้รับเชื้อหรือมีโอกาสได้รับเชื้อจากการไปในสถานที่แออัด และจากการประกอบอาชีพที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูงร้อยละ 79.1 กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 จากสื่อออนไลน์มากที่สุดร้อยละ 70.9 รองลงมาคือสื่อโทรทัศน์ร้อยละ 59.5 บุคลากรสุขภาพร้อยละ 55.0 อสม./อาสาสมัครสาธารณสุข (ออส.) ร้อยละ 50.5 และสมาชิกในครอบครัวร้อยละ 50.0 กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นในภาพรวมเกี่ยวกับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูงมากที่สุดร้อยละ 48.6 และผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาลอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุดร้อยละ 46.9 โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าได้รับผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจจากการระบาดของโรคโควิด-19 และจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาลอยู่ในระดับสูงมากที่สุดร้อยละ 72.7 รองลงมาคือ ได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจจากการระบาดของโรคโควิด-19 และจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาล อยู่ในระดับสูงมากที่สุดร้อยละ 76.0 และ 69.5 ตามลำดับ นอกจากนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะวิตกกังวลจากการระบาดของโรคโควิด-19 อยู่ในระดับรุนแรงมากสูงถึงร้อยละ 20.9 และอยู่ในระดับรุนแรงร้อยละ 5.0 กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดจากการระบาดของโรคโควิด-19 อยู่ในระดับรุนแรงมากสูงถึงร้อยละ 10.0 และอยู่ในระดับรุนแรงร้อยละ 11.4 กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า จากการระบาดของโรคโควิด-19 อยู่ในระดับรุนแรงมากสูงถึงร้อยละ 17.3 และอยู่ในระดับรุนแรงร้อยละ 4.5

นอกจากนี้ พบว่า สิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 และผู้ถูกกักกัน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับปานกลาง ($r=0.437, p<0.001$; $r=0.449, p<0.001$) และการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 และผู้ถูกกักกัน ในระดับต่ำ ($r=0.240, p<0.001$; $r=0.322, p<0.001$)

สรุป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 และต่อผู้ถูกกักกันอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างได้รับผลกระทบมากที่สุดคือ เศรษฐกิจ และพบว่ากลุ่มตัวอย่างบางส่วนมีภาวะวิตกกังวล ความเครียด และภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงมาก

ABSTRACT

This predictive mixed quantitative and qualitative study aimed to examine factors predicting how the Thai population would treat people with COVID-19 (PWCOVID-19) and people in quarantine. This study also looked at the impact of the COVID-19 outbreak. The sample included people living in five provinces: Bangkok, Chonburi, Chiang Mai, Nakorn Ratchasima, and Yala. This pilot study was phase I of a larger study and was conducted from August to September 2020. Quantitative data were collected from 220 people using a questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman rank correlation coefficient statistics.

The findings of this study revealed that most participants always wore a mask when leaving their homes (92.7%), had adequate alcohol hand sanitizer (81.4%), carried alcohol hand sanitizer when they left their homes (83.6%), had an adequate supply of masks (80.0%), and always maintained a social distance of 1-2 meters from others (78.6%) and from family members (55.5%). The participants felt that the social environment highly impacted preventive practices for COVID-19, as well as for PWCOVID-19 and people in quarantine (60.9% equally). Participants engaged in preventive practices that would provide a moderate level of protection when interacting with PWCOVID-19 (45.0%) and people in quarantine (50.5%). Most participants had a moderate level of knowledge about COVID-19 (61.4%). More than half had negative attitudes towards PWCOVID-19 and people in quarantine. Participants generally felt that PWCOVID-19 and those in quarantine may have contracted or potentially contracted COVID-19 by going to places they should have avoided (57.3%) and from working in occupations with high risk for COVID-19 (50.5%). Most participants had high levels of knowledge about COVID-19 (79.1%) and received information about COVID-19 from social media (70.9%), television (59.5%), health care personnel (55.0%), village health volunteers/health volunteers (50.5%), and family members (50.0%). Most participants felt that they were highly impacted by the COVID-19 outbreak (48.6%) and by government policies/regulations in response to COVID-19 (46.9%). People felt that the biggest impact of the COVID-19 outbreak and the resulting government policies/regulations were to the economy (72.7% equally), followed by mental health (76.0%, 69.5%). Participants experienced the following mental health problems as a result of the COVID-19 outbreak: very severe anxiety (20.9%) or severe anxiety (5.0%), very severe stress (10.0%) or severe stress (11.4%), or very severe depression (17.3%) or severe depression (4.5%). The social environmental moderately impacted COVID-19 prevention practices regarding PWCOVID-19 and people in quarantined people ($r=0.437$, $p<0.001$; $r=0.449$, $p<0.001$) and awareness of COVID-19 had a low impact on PWCOVID-19 and people in quarantined people ($r=0.240$, $p<0.001$; $r=0.322$, $p<0.001$).

In summary, most participants had moderate levels of using correct COVID-19 preventive practices when interacting with PWCOVID-19 and people in quarantine. COVID-19 has left participants with economic burdens, and very severe anxiety, stress, and depression.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ.....	ก
บทสรุปผู้บริหาร.....	ค
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ช
ABSTRACT.....	ฅ
สารบัญ.....	ฎ
สารบัญตาราง.....	ฒ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	9
คำถามการวิจัย.....	10
ขอบเขตการวิจัย.....	10
นิยามศัพท์.....	10
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19.....	13
ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19.....	15
วิธีการป้องกันโรคโควิด-19.....	17
มาตรการของรัฐในการป้องกันโรคโควิด-19.....	19
ประเภทของสถานที่กักกันโรคโควิด-19.....	37
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	41
แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง.....	49
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	51
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	53
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	53
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	54

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	58
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	59
ขั้นตอนและวิธีการรวบรวมข้อมูล.....	60
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	61
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	63
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	64
ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นต่อสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติกาป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน.....	71
ส่วนที่ 3 การปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน.....	76
ส่วนที่ 4 ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19.....	81
ส่วนที่ 5 ทศนคติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน.....	84
ส่วนที่ 6 การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19.....	90
ส่วนที่ 7 ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19.....	94
ส่วนที่ 8 สุขภาพจิตจากการระบาดของโรคโควิด-19.....	108
ส่วนที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติกาป้องกันโรคโควิด-19 และการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 กับการปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน.....	112
ส่วนที่ 10 การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุม การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19.....	113
การอภิปรายผล.....	115
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	121
สรุปผลการวิจัย.....	121
ข้อดีและข้อจำกัดในการทำวิจัย.....	125
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	125
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	126

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
สรุปการดำเนินงานในระยะที่ 1 และแนวทางการดำเนินงานในระยะที่ 2.....	127
เอกสารอ้างอิง.....	129
ภาคผนวก.....	137
ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	139
ภาคผนวก ข การหาความตรงของเนื้อหา	155
ภาคผนวก ค เอกสารรับรองเชิงจริยธรรมการวิจัย.....	163
ภาคผนวก ง รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	165
ภาคผนวก จ ภาพการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	167
ประวัตินักวิจัย.....	169

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจังหวัดที่พักอาศัย เพศ อาชีพ อายุ ศาสนา และระดับการศึกษา.....	64
2. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจำนวนสมาชิก โรคประจำตัว พื้นที่บ้าน ฐานะทางครอบครัว และการได้รับเงินเยียวยาจากรัฐบาล.....	66
3. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้การติดเชื้อ การรับรู้การกักกันโรคโควิด-19 การป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโรคโควิด-19 และแหล่งที่ได้รับข้อมูลข่าวสาร.....	69
4. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคะแนนและระดับความคิดเห็นต่อสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 และผู้ถูกกักกัน.....	71
5. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความคิดเห็นต่อสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19.....	72
6. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความคิดเห็นต่อสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนต่อผู้ถูกกักกัน.....	74
7. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคะแนนและระดับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ถูกต้องต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 และผู้ถูกกักกัน.....	76
8. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีการปฏิบัติที่ถูกต้องต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19.....	77
9. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีการปฏิบัติที่ถูกต้องต่อผู้ถูกกักกัน.....	79
10. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคะแนนและระดับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19.....	81
11. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ถูกต้อง จำแนกตามรายข้อ.....	82
12. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคะแนนและระดับทัศนคติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและผู้ถูกกักกัน.....	84
13. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามทัศนคติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19.....	85
14. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามทัศนคติต่อผู้ที่ถูกกักกัน.....	88
15. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคะแนนและระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19.....	90
16. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19.....	92

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
17. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคะแนนและระดับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 และผลกระทบจากนโยบาย/มาตรการของรัฐบาล.....	94
18. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19.....	100
19. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบจากนโยบาย/มาตรการของรัฐบาล.....	104
20. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคะแนนและระดับสุขภาพจิตจากการระบาดของโรคโควิด-19.....	108
21. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างด้านสุขภาพจิตต่อการระบาดของโรคโควิด-19.....	110
22. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน ระหว่างสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติกำบังโรคโควิด-19 และการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 กัการปฏิบัติของประชาชนไทยต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน.....	112

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 หรือโรคโควิด-19 เป็นโรคติดเชื้อที่มีการแพร่ระบาดไปทั่วโลก และก่อให้เกิดผลกระทบซึ่งเป็นอันตรายถึงชีวิต รวมถึงส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมอย่างรุนแรง ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2563 พบว่ามีผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 สะสมจำนวนทั้งสิ้น 34,150,561 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 4,381 ต่อล้านประชากร โดยมีผู้ป่วยเสียชีวิตสะสม 1,018,211 ราย คิดเป็นอัตราตาย 130.6 ต่อล้านประชากร ปัจจุบันมีผู้ป่วยที่รักษาหายแล้ว 25,422,273 ราย มีผู้ป่วยอาการหนัก 66,012 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.0 ของผู้ป่วยทั้งหมด^{1,2} สำหรับประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 สะสมทั้งสิ้น 3,564 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 51 ต่อล้านประชากร เสียชีวิต 59 ราย คิดเป็นอัตราตาย 0.8 ต่อล้านประชากร ปัจจุบันมีผู้ป่วยที่รักษาหายแล้ว 3,374 ราย และยังคงรักษาตัวในโรงพยาบาล 131 ราย³ จะเห็นว่าอัตราป่วยและอัตราตายจากโรคโควิด-19 ในประเทศไทยต่ำกว่าสถิติของทั่วโลกอย่างมาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนได้ร่วมมือกันในการป้องกันและรักษาอย่างเต็มกำลังความสามารถ ส่งผลให้ประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยมากเป็นอันดับที่ 138 ของโลก^{1,2} อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยเข้าเกณฑ์เฝ้าระวัง และต้องผู้ถูกกักกันหรือกักตัวเองในชุมชนต่าง ๆ ในทุกจังหวัดของประเทศไทยเป็นจำนวนสูงถึง 451,067 ราย³ 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) ทั้งนี้การคัดกรอง การเฝ้าระวังและการกักกันในประเทศไทยมีการดำเนินการได้ค่อนข้างครอบคลุม โดยเฉพาะผู้ที่เดินทางเข้าประเทศโดยสายการบินสามารถดำเนินการได้ร้อยละ 100 แต่พบว่ามีผู้เดินทางบางส่วนเดินทางเข้าประเทศโดยผ่านช่องทางธรรมชาติ ที่ไม่สามารถคัดกรองโรคโควิด-19 ได้ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุสำคัญที่จะก่อให้เกิดการระบาดของโรคโควิด-19 ในระลอกที่ 2 ดังนั้นชุมชนจึงมีส่วนสำคัญในการที่จะช่วยเฝ้าระวัง และสอดส่องดูแลคนแปลกหน้าที่เข้ามาในชุมชน รวมถึงการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อ และการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโรคโควิด-19 ในชุมชนอย่างเคร่งครัด นอกจากนี้การที่ประชาชนในชุมชนจะอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขและปลอดภัยจากการติดเชื้อโควิด-19 ชุมชนจะต้องมีผู้นำที่เข้มแข็ง ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ มีทัศนคติที่ดี และมีการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันโรคโควิด-19 รวมถึงมีนโยบายหรือมาตรฐานของรัฐบาลสนับสนุน โดยต้องคำนึงถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับประชาชน

จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาการปฏิบัติและความตั้งใจในการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ในต่างประเทศมีการศึกษาในบุคลากรสุขภาพ นักศึกษามหาวิทยาลัย และประชาชน ดังเช่นการศึกษาในประเทศปากีสถานพบว่า บุคลากรสุขภาพร้อยละ 88.7 มีการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19

อยู่ในระดับดี⁴ ส่วนการศึกษาในประเทศอิหร่านพบว่าบุคลากรสุขภาพร้อยละ 73.1 มีความตั้งใจในการปฏิบัติภารกิจป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 อยู่ในระดับที่น่าพอใจ โดยมีความตั้งใจในการทำความสะอาดมือร้อยละ 87.0 และหลีกเลี่ยงการอยู่ร่วมกับผู้อื่นระหว่างปฏิบัติงานร้อยละ 84.6 อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 51.8 มีความตั้งใจในการสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา ร้อยละ 43.3 สวมถุงมือทุกครั้งในการทำหัตถการ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 7.9 มีความตั้งใจไม่สวมถุงมือขณะดูแลผู้ป่วย และร้อยละ 3.7 ไม่สวมหน้ากากอนามัยขณะดูแลผู้ป่วย⁴ นอกจากนี้การศึกษาในนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยประเทศบังคลาเทศเกี่ยวกับการปฏิบัติภารกิจป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 พบว่านักศึกษาส่วนใหญ่ร้อยละ 89.5 มีการทำความสะอาดมือบ่อยครั้ง ร้อยละ 82.3 มีการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ร้อยละ 59.7 มีการเว้นระยะห่างทางสังคม โดยการอยู่บ้านและหลีกเลี่ยงการไปในที่ชุมชน และร้อยละ 53.8 สวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกนอกบ้าน⁵ การศึกษาประชาชนที่อยู่ในชุมชนของประเทศเคนยาพบว่า ร้อยละ 97.1 ทำความสะอาดมือบ่อยครั้ง ร้อยละ 94.1 หลีกเลี่ยงการไปในที่ชุมชน ร้อยละ 81.5 รักษาระยะห่างจากบุคคลอื่นอย่างน้อย 2 เมตร ร้อยละ 79.3 อยู่บ้าน และร้อยละ 73.2 ให้คำแนะนำผู้อื่นในการสังเกตอาการของการติดเชื้อ⁶ 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 มีการออกนอกบ้าน⁷

สำหรับการศึกษาการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ในประเทศไทยพบว่า ประชาชนปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 ของกระทรวงสาธารณสุขได้ในระดับสูง โดยร้อยละ 80.0-94.0 ไม่มีกิจกรรมหรือการสังสรรค์ ร้อยละ 92.0-96.0 ไม่มีการสัมผัสผู้ป่วยที่มีการหวัด ร้อยละ 63.0-79.0 ไม่มีการเข้าไปในพื้นที่แออัด ร้อยละ 79.0-85.0 ล้างมือก่อนรับประทานอาหาร ร้อยละ 71-92 ล้างมือหลังเข้าห้องน้ำ และร้อยละ 98.0 ใส่หน้ากากอนามัย/หน้ากากผ้าเมื่อออกนอกบ้าน ยกเว้นการใช้มือจับใบหน้า พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการใช้มือจับใบหน้าเป็นบางครั้งสูงถึงร้อยละ 65.0-90.0 และการเว้นระยะห่างทางสังคม ที่พบว่ามียกเว้นระยะห่างเพียง ร้อยละ 11.7-16.7 ที่รักษาระยะห่างได้ 1-2 เมตร⁸ คล้ายคลึงกับอีกหนึ่งการศึกษาที่พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในการป้องกันโรคโควิด-19 ได้ถูกต้อง โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างใส่หน้ากากอนามัยเมื่อพูดคุยกับผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 (ร้อยละ 94.5) และผู้ที่ถูกกักกันหรือผู้กักกันตนเอง (ร้อยละ 93.0) ไม่ใช้จาน ชาม ช้อน ส้อม ร่วมกับผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 (ร้อยละ 94.0) และผู้ที่ถูกกักกันหรือผู้กักกันตนเอง (ร้อยละ 92.0) ล้างมือหรือทำความสะอาดด้วยแอลกอฮอล์เจลหลังพูดคุยกับผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 (ร้อยละ 92.0) และผู้ที่ถูกกักกันหรือผู้กักกันตนเองทุกครั้ง (ร้อยละ 89.5) ไม่สัมผัสร่างกายผู้ที่เคยติดเชื้อโรค โควิด-19 (ร้อยละ 90.5) และผู้ที่ถูกกักกันหรือผู้กักกันตนเอง (ร้อยละ 86.0) ไม่รับประทานอาหารร่วมกับผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 (ร้อยละ 90.0) และผู้ที่ถูกกักกันหรือผู้กักกันตนเอง (ร้อยละ 86.0) ล้างมือหรือทำความสะอาดด้วยแอลกอฮอล์เจลหลังรับประทานอาหารร่วมกับผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 (ร้อยละ 88.5) และผู้ที่ถูกกักกันหรือผู้กักกันตนเอง (ร้อยละ 87.5) สนับสนุนให้แยกผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 (ร้อยละ 87.5) และผู้ที่ถูกกักกันหรือผู้กักกันตนเอง (ร้อยละ 85.5) โดยให้อยู่แยกห้อง/แยกบ้านกับผู้อื่น ล้างมือหรือทำความสะอาดด้วยแอลกอฮอล์เจลก่อนรับประทานอาหารร่วมกับผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 (ร้อยละ 87.0) และผู้ที่ถูกกักกันหรือผู้กักกันตนเอง (ร้อยละ 86.5) แนะนำวิธีป้องกันการติดเชื้อ/การแพร่เชื้อโรคโควิด-19

ให้ผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 (ร้อยละ 87.0) และผู้ที่ถูกกักกันหรือผู้กักกันตนเอง (ร้อยละ 86.0) พุดคุยกับผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 แต่เว้นระยะห่างอย่างน้อย 1-2 เมตร (ร้อยละ 86.0) และพุดคุยกับผู้ที่ถูกกักกันหรือผู้กักกันตนเอง แต่เว้นระยะห่างอย่างน้อย 1-2 เมตร (ร้อยละ 88.5)⁹ แตกต่างกับการศึกษาในประชาชนที่มีฐานะยากจนที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง ซึ่งพบว่ามีการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ค่อนข้างน้อย โดยพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 44.3 ที่พกเจลหรือแอลกอฮอล์ล้างมือทุกครั้งที่ออกจากบ้าน และร้อยละ 43.8 ไม่สามารถใช้พื้นที่อยู่อาศัยเป็นที่กักสมาชิกในครอบครัวโดยแยกจากคนอื่นเนื่องจากมีพื้นที่ไม่เพียงพอ ส่วนการปฏิบัติที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติได้คือ ใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้งที่ออกจากบ้าน คิดเป็นร้อยละ 89.9¹⁰

จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 โดยการศึกษาในต่างประเทศ ดังเช่นการศึกษาในประเทศปากีสถานพบว่า บุคลากรสุขภาพมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคโควิด-19 คือ เกิดจากเชื้อไวรัส (ร้อยละ 100.0) อาการและอาการแสดง (ร้อยละ 98.8) การทำความสะอาดมือป้องกันการติดเชื้อได้ (ร้อยละ 98.3) ยังไม่มีวัคซีนป้องกันโรค (ร้อยละ 97.6) ทำให้เกิดการติดเชื้อโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (ร้อยละ 96.4) ระยะฟักตัวของโรค (ร้อยละ 96.4) การติดเชื้อโรคโควิด-19 ทำให้เสียชีวิตได้ (ร้อยละ 90.8) และวัคซีนใช้หวัดใหญ่ไม่สามารถป้องกันโรคโควิด-19 ได้ (ร้อยละ 76.8)¹¹ 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)⁵ 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)¹²

สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ดังเช่นการศึกษาของคณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจากทั่วทุกภาคของประเทศไทย พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 62.0 มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับวิธีการป้องกันตนเองโดยการอยู่บ้าน/ทำงานที่บ้าน การไม่ใช้ภาชนะร่วมกับคนอื่น การใส่หน้ากากอนามัย/หน้ากากผ้า การกินร้อน การล้างมือให้สะอาดเป็นประจำ การเว้นระยะห่างทางสังคม และห้ามจับใบหน้า และมีความรู้ที่ถูกต้องว่า การยึนการแฉะ การดื่มเหล้า/แอลกอฮอล์ไม่สามารถฆ่าเชื้อโรคได้ แต่มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 28.0 เข้าใจผิดว่า การยึนการแฉะ การดื่มเหล้า/แอลกอฮอล์สามารถฆ่าเชื้อโรคได้³ ส่วนการศึกษานำร่องในภาคเหนือมาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ระดับปานกลาง (11-15 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 71.5 คะแนนความรู้เฉลี่ย 14.0 คะแนน (+2.3 คะแนน) โดยความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ที่ถูกต้องน้อยกว่าร้อยละ 50.0 คือ โรคโควิด-19 ไม่ได้มีการแพร่กระจายจากคนสู่คนเท่านั้น ส่วนความรู้ด้านการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ที่ถูกต้องน้อยกว่าร้อยละ 30.0 ได้แก่ การให้คนเดินผ่านสเปรย์พ่นยาฆ่าเชื้อไม่ใช่วิธีการสำคัญ

ที่ช่วยลดการติดเชื้อโรคโควิด-19 การฉีดพ่นยาฆ่าเชื้อในสิ่งแวดล้อมไม่ใช่วิธีการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ที่สำคัญ และรัฐบาลไม่ควรให้ทุกชุมชนหรือทุกหมู่บ้านรณรงค์ให้มีการฉีดพ่นยาฆ่าเชื้อเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19⁹

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 ทำให้ขาดแคลนอาหาร⁶

สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อมั่นว่าการปฏิบัติตามแนวทางของสาธารณสุขจะช่วยลดการแพร่กระจายของเชื้อในระดับมากถึงมากที่สุด กลุ่มตัวอย่างคิดว่าการปฏิบัติตามแนวทางของสาธารณสุขมีความสำคัญในระดับมากถึงมากที่สุด กลุ่มอย่างมีความตั้งใจในการปฏิบัติตามแนวทางของสาธารณสุขในระดับมากถึงมากที่สุด และกลุ่มตัวอย่างคิดว่าคนในชุมชน/สังคมสามารถปฏิบัติตามแนวทางของสาธารณสุขได้ดีในระดับมาก⁸ นอกจากนี้มีการศึกษาที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติทางลบต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ที่ถูกกักกันหรือผู้กักกันตนเองในหลายประเด็น โดยกลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 90.0 มีความเห็นว่าผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ที่ถูกกักกันหรือผู้กักกันตนเอง ได้รับเชื้อหรือมีโอกาสได้รับเชื้อจากพฤติกรรมกรรมกรรมมั่วสุ่มในสถานที่โศจร และมีความเห็นว่าการได้รับเชื้อหรือมีโอกาสได้รับเชื้อเกิดจากการไม่รับผิดชอบต่อนตนเอง นอกจากนี้มีความเห็นว่าผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ที่ถูกกักกันหรือผู้กักกันตนเอง เป็นบุคคลที่น่าเชื่อถือมาแพร่ให้คนในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 87.5 และ 84.5 ตามลำดับ แต่มีทัศนคติทางบวกคือ มีความเห็นว่าผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ที่ถูกกักกันหรือผู้กักกันตนเอง เป็นบุคคลที่สมาชิกในครอบครัวต้องดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผ่านภาวะวิกฤติของชีวิตไปได้ คิดเป็นร้อยละ 87.0 และ 87.5 ตามลำดับ และเป็นบุคคลที่คนในชุมชนต้องดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผ่านภาวะวิกฤติของชีวิตไปได้ คิดเป็นร้อยละ 86.0 และ 84.5 ตามลำดับ⁹

จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 โดยการศึกษาในต่างประเทศ ดังเช่นการศึกษาในประเทศเคนยาพบว่า ประชาชนร้อยละ 42.0 มีการรับรู้ว่าตนเองความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อโรคโควิด-19 และร้อยละ 24.0 รับรู้ว่าจะตนเองมีความเสี่ยงต่ำ เนื่องจากมีการเว้นระยะห่างทางสังคม อยู่บ้านสวมหน้ากากอนามัย และทำความสะอาดมือ⁷ สำหรับการศึกษาในประเทศแอฟริกาใต้ เคนยา และไนจีเรียพบว่า ประชาชนร้อยละ 94.0 วิตกกังวลเกี่ยวกับการระบาดของโรคโควิด-19 โดยร้อยละ 23.0 วิตกกังวลว่าตนเองจะติดเชื้อ ร้อยละ 19.0 วิตกกังวลเกี่ยวกับผลกระทบทางเศรษฐกิจ ร้อยละ 14.0 วิตกกังวลเรื่องการจำกัดการเดินทาง และร้อยละ 10.0 วิตกกังวลเกี่ยวกับการติดเชื้อในพื้นที่¹³ 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 ทำความสะอาดและทำลายเชื้อบนอุปกรณ์และพื้นผิวสัมผัส นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 56.0 มีความเห็นว่ามาตรการในการจำกัดการเดินทางและให้อยู่บ้าน

ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ¹² การศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อและผลกระทบของโรคโควิด-19 ของนักศึกษามหาวิทยาลัยในประเทศบังคลาเทศ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ในระดับมากถึงมากที่สุด โดยร้อยละ 70.2 กลัวที่จะติดเชื้อ ร้อยละ 67.9 วิตกกังวลเกี่ยวกับผลกระทบ และร้อยละ 66.3 วิตกกังวลที่จะติดเชื้อ⁵

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 จากเพื่อน/ครอบครัว ซึ่งประชาชนเพียงร้อยละ 20.0 ที่มีความเห็นว่าข้อมูลจากสื่อสังคมออนไลน์มีความถูกต้องทั้งหมด ร้อยละ 65.0 เพียงบางส่วน และร้อยละ 15.0 ไม่มีความถูกต้อง¹³ 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 จากผู้นำศาสนาคริสต์⁶ 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 จากผู้นำทางศาสนาอิสลาม¹²

จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 พบปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกหรือทางลบกับการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19

การศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 ในต่างประเทศ ดังเช่น การศึกษาในนักศึกษามหาวิทยาลัยประเทศบังคลาเทศพบว่า เพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 สูงกว่าเพศชาย ($p < 0.01$) และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยวมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย ($p < 0.05$) นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทมีทัศนคติที่ดีในการป้องกันโรคโควิด-19 สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง ($p < 0.05$)⁵ ส่วนการศึกษาในประเทศเคนยาพบว่า ประชาชนเพศหญิงมีความกลัวตงงาน ไม่มีรายได้ และธุรกิจปิดกิจการ มากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่ากลุ่มที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดอาการรุนแรงเมื่อมีการติดเชื้อโรคโควิด-19 มากที่สุด คือ ผู้สูงอายุ (ร้อยละ 64.0) รองลงมาคือ ผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ (ร้อยละ 26.0) อีกทั้งการศึกษานี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ความเสี่ยงของการติดเชื้อโรคโควิด-19 เพิ่มขึ้นตามกลุ่มอายุ และกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงมีความตระหนักเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ และความเสี่ยงของการติดเชื้อโรคโควิด-19 มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการศึกษา⁶ อีกทั้งยังพบว่าเศรษฐกิจทางสังคมส่งผลให้ประชาชนเข้าถึงการปฏิบัติในการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ไม่เท่าเทียมกัน¹⁴

การศึกษานำร่องในประเทศไทยพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติ การป้องกันโรคโควิด-19 คือ การเว้นระยะห่างทางสังคม ($r=0.168$, $p=0.05$) และมีแอลกอฮอล์เจลทำความสะอาดมือเพียงพอ ($r=0.140$, $p=0.05$) นอกจากนี้พบว่าเศรษฐกิจทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติ การป้องกันโรคโควิด-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 การรับรู้ว่ามีผู้ถูกกักกันในชุมชนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีแอลกอฮอล์เจลทำความสะอาดมือเพียงพอ ($r=0.199$, $p=0.01$) แต่พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์ทางลบกับการให้นิยามว่าเชื่อทั่วร่างกายผู้ที่เคยติดเชื้อ ($r= -0.254$, $p=0.01$) และผู้ถูกกักกัน ($r= -0.158$, $p=0.01$) ก่อนเข้ามาอยู่ร่วมกับคนในชุมชน นอกจากนี้พบว่าทัศนคติต่อการป้องกันการติดเชื้อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติ การป้องกันการติดเชื้อต่อผู้ที่เคยติดเชื้อ ($r=0.388$, $p=0.01$) และผู้ถูกกักกัน ($r=0.379$, $p=0.01$)⁹

การศึกษาปัจจัยด้านความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 ในต่างประเทศดังเช่น การศึกษาดังการศึกษาในประเทศบังกลาเทศที่พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ การป้องกันโรคโควิด-19 ($r=0.291$, $p<0.01$)¹⁵ ส่วนการศึกษาในประเทศอิหร่านพบว่า 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 ($p<0.001$)⁴ 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)¹¹

การศึกษาส่วนใหญ่พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 มีความเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 นอกจากนี้การปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนยังเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรม/บรรทัดฐานทางสังคม (social norms) ดังการศึกษาที่พบว่า การปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนรายบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตัวของคนในชุมชน/สังคม ($r=0.89$, $p<0.05$)⁸ และยังอาจขึ้นกับนโยบายหรือมาตรการในการป้องกันโรคโควิด-19 และมาตรการการผ่อนปรนข้อบังคับของรัฐบาล ซึ่งจะปรับเปลี่ยนไปตามจำนวนกลุ่มเสี่ยง จำนวนผู้ติดเชื้อ จำนวนผู้เสียชีวิต และระยะการระบาดของโรค^{13,16,17}

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

จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาผลกระทบทางด้านสังคมและวัฒนธรรมเกี่ยวกับโรคโควิด-19 พบว่าการระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการชะลอตัวทางด้านเศรษฐกิจ โดยผู้ให้บริการไม่สามารถเปิดให้บริการได้ตามปกติ ยกเลิกหรือเลื่อนการแข่งขันกีฬา หลีกเลี่ยงการ

เดินทางภายในประเทศและระหว่างประเทศ ส่งผลให้ผู้ให้บริการถูกยกเลิกการให้บริการ งดกิจกรรมทางศาสนา วัฒนธรรม และเทศกาลต่าง ๆ มีการเว้นระยะห่างระหว่างเพื่อนและสมาชิกในครอบครัว ส่งผลให้ความใกล้ชิด มีการปิดโรงแรม ร้านอาหาร และศาสนสถาน ปิดสถานบันเทิง เช่น โรงภาพยนตร์ โรงละคร สถานที่อยู่อาศัย สระว่ายน้ำ และอื่น ๆ เป็นต้น¹⁸ นอกจากนี้ผู้ป่วย ผู้ถูกกักกัน ผู้ดูแล ครอบครัว เพื่อนฝูง และชุมชน อาจได้รับการตีตราทางสังคม (social stigma) โดยมีการเลือกปฏิบัติต่อกลุ่มคนเหล่านี้ ที่ประชาชนในสังคมเข้าใจว่ามีการสัมผัสกับเชื้อไวรัส และมีโอกาสแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่น ทั้งนี้เนื่องจากโรคโควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ และยังมีองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคน้อย ส่งผลให้เกิดความสับสน ความกลัว ความหวาดระแวง และความวิตกกังวล เกิดขึ้นในสังคม นอกจากนี้การตีตราทางสังคมทำให้เกิดการแยกตัวทางสังคมและทำให้ความสมัครสมาน สามัคคี ของประชาชนในสังคมลดลง^{19,20} ยิ่งไปกว่านั้นการศึกษาในประเทศแซมเบียพบว่า การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อการจัดการศึกษาของนักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยครูและนักเรียนขาดสิ่งสนับสนุนในการจัดการเรียนการสอนออนไลน์ ทำให้ไม่สามารถจัดการเรียนการสอนแบบมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนและผู้สอน อาจส่งผลต่อการสอบเข้าศึกษาต่อในระดับอุดมศึกษาของนักเรียน²¹

สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาผลกระทบด้านสังคมและวัฒนธรรมเกี่ยวกับโรคโควิด-19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับผลกระทบจากโรคโควิด-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) ผลกระทบด้านการศึกษา ได้แก่ นักเรียน/นักศึกษาสำเร็จการศึกษาช้าลง (ร้อยละ 61.0) ไม่มีคอมพิวเตอร์ โน้ตบุ๊ก แท็บเล็ตสำหรับการเรียน/การสอบออนไลน์ (ร้อยละ 43.0) ไม่มีผู้ให้ความช่วยเหลือ ช่วยแก้ปัญหาในการเรียน/การสอบออนไลน์ (ร้อยละ 43.0) ไม่มีอินเทอร์เน็ตสำหรับการเรียน/การสอบออนไลน์ (ร้อยละ 38.5) และไม่มีทักษะในการเรียน/การสอบออนไลน์ (ร้อยละ 38.0) ผลกระทบด้านมาตรการของรัฐมากที่สุด คือ การขาดแคลนหน้ากากอนามัย (ร้อยละ 50.5) การขาดแคลนแอลกอฮอล์เจล (ร้อยละ 48.5) การจัดหาอุปกรณ์ป้องกันร่างกายขณะฉีดพ่นยาฆ่าเชื้อ (ร้อยละ 41.5) การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุลดลง (ร้อยละ 40.0) และการดื่มแอลกอฮอล์ เสพสารเสพติดในชุมชนลดลง (ร้อยละ 38.5)⁹

การระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรงในด้านเศรษฐกิจ โดยทำให้ภาวะเศรษฐกิจของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกเกิดการชะลอตัว ทั้งในยุโรป อเมริกา และเอเชีย²² ทำให้ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (gross domestic product: GDP) และการเติบโตทางเศรษฐกิจ (economic growth) ลดลง²³ การผลิตสินค้าที่จำเป็นได้ช้าลง และส่งผลกระทบต่อห่วงโซ่อุปทาน (supply chain)¹⁸ นอกจากนี้มีการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ทำให้เกิดภาวะวิกฤตทางการเงินในกลุ่มผู้ที่มีรายได้น้อย โดยร้อยละ 43.0 ตกงานหรือถูกตัดเงินเดือน ส่งผลให้ร้อยละ 53.0 มีเงินไม่เพียงพอในเดือนแรก และมีเพียงร้อยละ 23.0 ที่คาดว่าจะมีเงินพอใช้ในระยะเวลา 3 เดือน²⁴ และมีการคาดการณ์ว่าสถานการณ์ดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อที่รุนแรง โดยทำให้ประชาชนเกิดความยากจนทั่วโลกสูงถึง 420-580 ล้านคน²⁵

สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาผลกระทบด้านเศรษฐกิจของโควิด-19 ดังเช่นการศึกษาคนจนในเขตเมืองพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบจากโรคโควิด-19 และนโยบายของรัฐบาล ในระดับที่มากน้อยแตกต่างกันไป สำหรับกลุ่มวัยทำงานพบว่าไม่สามารถประกอบอาชีพและหารายได้ตามปกติ โดยนายจ้างให้หยุดงานโดยสิ้นเชิงร้อยละ 18.9 นายจ้างให้ลดเวลาทำงานและรายได้ลดลงร้อยละ 18.0 ผู้ประกอบอาชีพ

ค้าขายหาบเร่ แผงลอย ไม่สามารถค้าขายได้ร้อยละ 18.2 ส่วนผู้ประกอบอาชีพอิสระ เช่น รับเหมาก่อสร้าง คนขับรถตู้/รถรับจ้าง/มอเตอร์ไซค์รับจ้าง มีผู้ว่างงานหรือไม่มีเลยร้อยละ 18.4 นอกจากนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60.2 รายได้ลดลงเกือบทั้งหมด และร้อยละ 31.2 รายได้ลดลงประมาณครึ่งหนึ่ง มีเพียงน้อยกว่าร้อยละ 10.0 ที่ได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจน้อยหรือไม่ได้รับผลกระทบเลยเนื่องจากมีเงินเดือนประจำ¹⁰ ส่วนอีกหนึ่งการศึกษา ประชาชนได้รับผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจในระดับมาก 5 อันดับแรก ได้แก่ ขาดรายได้ หรือรายได้ลดลง (ร้อยละ 80.0) รายได้ไม่พอใช้ (ร้อยละ 78.0) ค่าไฟฟ้าเพิ่มขึ้นจากการเรียน/ทำงานที่บ้าน (ร้อยละ 76.0) ถูกพักงานชั่วคราว (ร้อยละ 71.0) และถูกเลิกจ้าง (ร้อยละ 67.5)⁹

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผลกระทบที่สำคัญจากการระบาดของโรคโควิด-19 อีกด้านหนึ่งคือ ผลกระทบด้านจิตใจ ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนมีความกลัว ความวิตกกังวล ความเครียด และอาจรุนแรงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ดังเช่นการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ประชาชนมีความกลัวการติดเชื้อ มีความเครียดสูงจากปัญหาการว่างงาน ขาดรายได้ ถูกลดเงินเดือน และต้องปรับตัวภายใต้การใช้ชีวิตวิถีใหม่ เช่น การเว้นระยะห่างทางสังคม การทำงานหรือเรียนที่บ้าน การทำงานหรือเรียนออนไลน์ มาตรการห้ามประชาชนออกนอกเคหสถาน (curfew) หรือล็อกดาวน์ เป็นต้น ซึ่งประชาชนบางส่วนอยู่ในภาวะเครียดรุนแรงและเรื้อรังจนถึงขั้นพยายามฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อ²⁶⁻³¹ โดยมีการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วยผู้ดูแล และบุคลากรทางสุขภาพที่มีประสบการณ์ในการถูกกักกันพบว่า ภาวะสุขภาพจิตของผู้ที่ถูกกักกันและแยกจากสังคม (quarantine and isolation) เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ปัญหาสุขภาพจิตที่พบมาก ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล กลัว โรคอารมณ์ผิดปกติ ความรู้สึกเป็นตราบาป การรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ โรคเครียด ความทุกข์ทรมานด้านจิตใจ และนอนไม่หลับ²⁷ นอกจากนี้การศึกษาผลกระทบของประชาชนในเมืองอุ้ยอัน 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 ผู้สำเร็จการศึกษาระดับระดับวิทยาลัย (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 มีความเสี่ยงมากกว่าผู้ที่มีภาวะสุขภาพดีเยี่ยม (OR=1.77, 95%CI=1.41-2.21) ส่วนปัจจัยเสี่ยงของภาวะวิตกกังวล ได้แก่ 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 ผู้สำเร็จการศึกษาระดับระดับวิทยาลัย (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) ผู้ที่มีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี/ปานกลาง/ต่ำ มีความเสี่ยงมากกว่าผู้ที่มีภาวะสุขภาพดีเยี่ยม (OR=1.77, 95%CI=1.41-2.21) ส่วนปัจจัยเสี่ยงของภาวะวิตกกังวล ได้แก่ นอกจากนี้พบว่า ความถี่

ในการรับสื่อสังคมออนไลน์ ทำให้เพิ่มความเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล (OR=1.91, 95%CI=1.52-2.41)³²

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)³³ นอกจากนี้มีการศึกษาที่พบว่า ประชาชนได้รับผลกระทบด้านจิตใจ ได้แก่ ความเครียดจากการเลิกจ้าง (ร้อยละ 63.5) ความเครียดจากการหยุดงาน (ร้อยละ 62.5) วิตกกังวลว่าจะหางานทำไม่ได้เมื่อสถานการณ์ดีขึ้น (ร้อยละ 62.0) วิตกกังวลว่าจะถูกเลิกจ้าง (ร้อยละ 61.0) และภาวะซึมเศร้าจากการไม่ได้พบปะผู้คน (ร้อยละ 39.0)⁹

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น จะเห็นว่าการศึกษาเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเกี่ยวกับระบาดวิทยาของโรค ความรู้ ทักษะคิด การรับรู้ การปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 และผลกระทบจากโรค ยังมีการศึกษาค่อนข้างน้อยเกี่ยวกับปัจจัยทำนายการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 และส่วนใหญ่ทำการศึกษาในบุคลากรสุขภาพ นักศึกษา และประชาชนทั่วไป ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายในเรื่องดังกล่าวในผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกันในประเทศไทย ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา ปัจจัยทำนายการปฏิบัติของประชาชนไทยต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน นอกจากนี้ผู้วิจัยจะศึกษาผลกระทบด้านสังคม ด้านวัฒนธรรม ด้านเศรษฐกิจ และด้านจิตใจ ของประชาชนไทยจากการระบาดของโรคโควิด-19 ทั้งผลกระทบโดยตรงจากโรคโควิด-19 และผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการในการป้องกันโรคโควิด-19 ของรัฐบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะคิด การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และการปฏิบัติของประชาชนไทยต่อผู้เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน
2. ศึกษาปัจจัยทำนายการปฏิบัติของประชาชนไทยต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน
3. ศึกษาผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ต่อประชาชนไทย ทั้งผลกระทบโดยตรงจากโรค และผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการในการป้องกันโรคโควิด-19 ของรัฐบาล
4. สังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการป้องกันโรคโควิด-19 และการลดผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ต่อประชาชนไทย

คำถามการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และการปฏิบัติของประชาชนไทยต่อผู้เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน เป็นอย่างไร
2. ปัจจัยทำนายการปฏิบัติของประชาชนไทยต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน มีอะไรบ้าง อย่างไร
3. ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ต่อประชาชนไทย ทั้งผลกระทบโดยตรงจากโรคและผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการในการป้องกันโรคโควิด-19 ของรัฐบาล มีอะไรบ้าง อย่างไร
4. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการป้องกันโรคโควิด-19 และการลดผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ต่อประชาชนไทย มีอะไรบ้าง อย่างไร

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย โดยทำการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ (predictive mixed method study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการปฏิบัติของประชาชนไทยต่อผู้ที่เคยติดเชื้อหรือผู้ถูกกักกัน และผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ในประชาชนที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร จังหวัดชลบุรี จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดนครราชสีมา และจังหวัดยะลา ดำเนินการวิจัยเป็นระยะเวลา 1 ปี ซึ่งโครงการวิจัยในระยะที่ 1 ใช้ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 2 เดือน ระหว่างเดือนสิงหาคม ถึง กันยายน 2563

นิยามศัพท์

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

ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง คุณลักษณะส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา และฐานะทางเศรษฐกิจ

ความรู้ในการป้องกันโรคโควิด-19 หมายถึง สิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้หรือสั่งสมที่ได้มาจากการสังเกต 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 ประเมินจากแบบสอบถามที่ทัศนคติที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

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 ที่รักษาหายแล้วและแพทย์อนุญาตให้กลับเข้ามาอยู่ในชุมชนที่ทำการศึกษ

ผู้ถูกกักกัน หมายถึง ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดโรคโควิด-19 ที่ถูกกักกันหรือกักกันตนเองในชุมชนที่ทำการศึกษา เพื่อสังเกตอาการป่วยด้วยโรคโควิด-19 ซึ่งผู้ที่เข้าข่ายเสี่ยงต่อการติดโรค เช่น กลับจากต่างประเทศหรือมีประวัติใกล้ชิดกับผู้ป่วย แม้ยังไม่มีอาการ แต่ควรถูกกักกันหรือกักกันตนเองตามระยะฟักตัวของโรค เพื่อดูอาการเป็นเวลา 14 วัน เพื่อป้องกันการไปแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่นโดยไม่รู้ตัว

ประชาชนไทย หมายถึง คนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ 5 จังหวัดของประเทศไทย ประกอบด้วย กรุงเทพมหานคร ชลบุรี เชียงใหม่ นครราชสีมา และยะลา

ครอบครัว หมายถึง กลุ่มคนตั้งแต่สองคนขึ้นไปที่อาศัยอยู่ร่วมกันในสถานที่เดียวกัน อาจจะมีหรือไม่มีการสืบสายโลหิตหรืออาจจะเลี้ยงดูผู้อื่นโดยการรับมาอุปการะ รวมถึงญาติพี่น้องหรือผู้นอนมาอาศัยอยู่ในสถานที่เดียวกัน

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัยทำนายนโยบายปฏิบัติของประชาชนไทยต่อผู้ที่เคยติดเชื้อหรือผู้ถูกกักกัน และผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 1) ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 วิธีการป้องกันโรคโควิด-19 มาตรการของรัฐในการป้องกันโรค ประเภทของสถานที่กักกันโรคโควิด-19 และ 2) งานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และการป้องกันโรคโควิด-19 ทศนคติในการป้องกันโรคโควิด-19 การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 และแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคโควิด-19

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19

โรคโควิด-19 เกิดจากเชื้อโคโรนาไวรัส-2019³⁵ ถูกพบครั้งแรกในอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน หลังจากประชาชนมีอาการปอดบวมโดยไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด และวัคซีนหรือยาที่มีอยู่ไม่สามารถใช้รักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ³⁶ มีหลักฐานแสดงว่าไวรัสชนิดนี้สามารถแพร่จากคนสู่คน และการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว³⁷ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการไข้ ไอ และหายใจลำบาก และอาจถึงแก่ชีวิตได้³⁸

จนกระทั่งวันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2563 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศการระบาดของโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ 2019 ให้เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern)³⁹⁻⁴¹ หลังจากนั้นการติดเชื้อโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ 2019 หรือโรคโควิด-19 ได้มีการระบาดไปยังประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก (pandemic) อย่างรวดเร็ว ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2563 พบว่ามีผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 สะสมจำนวนทั้งสิ้น 34,150,561 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 4,381 ต่อล้านประชากร โดยมีผู้ป่วยเสียชีวิตสะสม 1,018,211 ราย คิดเป็นอัตราตาย 130.6 ต่อล้านประชากร ปัจจุบันมีผู้ป่วยที่รักษาหายแล้ว 25,422,273 ราย มีผู้ป่วยอาการหนัก 66,012 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.0 ของผู้ป่วยทั้งหมด^{1,2} สำหรับประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 สะสมทั้งสิ้น 3,564 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 51 ต่อล้านประชากร เสียชีวิต 59 ราย คิดเป็นอัตราตาย 0.8 ต่อล้านประชากร ปัจจุบันมีผู้ป่วยที่รักษาหายแล้ว 3,374 ราย และยังคงรักษาตัวในโรงพยาบาล 131 ราย³ จะเห็นว่าอัตราป่วยและอัตราตายจากโรคโควิด-19 ในประเทศไทยต่ำกว่าสถิติของทั่วโลกอย่างมาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนได้ร่วมมือกันในการป้องกันและรักษาอย่างเต็มกำลังความสามารถ ส่งผลให้ประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยมากเป็นอันดับที่ 138 ของโลก^{1,2} อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยเข้าเกณฑ์เฝ้าระวัง และต้องผู้ถูกกักกันหรือกักตัวเองในชุมชนต่าง ๆ ในทุกจังหวัดของประเทศไทยเป็นจำนวนสูงถึง 451,067 ราย³

ระยะของการระบาดของโรคโควิด-19

การระบาดของโรคโควิด-19 แบ่งออกเป็น 3 ระยะ³ ดังนี้

ระยะที่ 1 ผู้ป่วยติดเชื้อที่ปล้นเป็นผู้ป่วยนำเข้ามาจากต่างประเทศ และไม่พบการติดเชื้อที่เกิดขึ้นในประเทศ ซึ่งคล้ายกับสถานการณ์ในประเทศไทย ในช่วงต้นเดือนมกราคมที่ผ่านมา ซึ่งผู้ติดเชื้อปล้นเป็นชาวต่างชาติที่มีประวัติเดินทางมาจากประเทศเสี่ยง

ระยะที่ 2 การพบผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย ไม่ได้ออกไปติดเชื้อจากต่างประเทศ โดยเป็นการติดเชื้อต่อมาจากผู้ที่ติดเชื้อจากต่างประเทศมาอีกทอดหนึ่ง เช่น การพบผู้ติดเชื้อที่ทำงาน หรืออาศัยใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อที่เดินทางกลับมาจากประเทศกลุ่มเสี่ยง (คนขับรถแท็กซี่ที่รับผู้โดยสารต่างชาติที่ติดเชื้อ และญาติพี่น้องที่อาศัยอยู่ร่วมบ้านเดียวกันกับผู้ที่พักกลับมาจากการท่องเที่ยวในประเทศเสี่ยง) แต่ยังไม่พบการติดต่อในกลุ่มคนในประเทศจากคนในประเทศด้วยกันที่ไม่เคยมีประวัติเดินทางไปยังกลุ่มประเทศเสี่ยง

ระยะที่ 3 เป็นช่วงที่มีการระบาดเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยจะพบว่ามีกรณีติดเชื้อระหว่างคนในประเทศด้วยกัน ระหว่างผู้ที่ไม่เคยมีประวัติเดินทางไปยังต่างประเทศ โดยพบเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คล้ายกับกรณีที่เกิดขึ้นในเกาหลีใต้ หลังจากที่มีประวัติเดินทางไปต่างประเทศได้แพร่กระจายต่อชุมชนในลัทธิแห่งหนึ่ง ทำให้เกิดการแพร่กระจายต่อในชุมชนต่าง ๆ เป็นวงกว้าง (สาเหตุที่มีการรณรงค์ให้กักตัวเมื่อทราบว่าตัวเองเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดสู่คนหมู่มากทั้งโดยรู้ตัวและไม่รู้ตัว)

ในขณะนี้ประเทศส่วนใหญ่ทั่วโลกเป็นการระบาดอยู่ในระยะที่ 2 หรือ 3 ซึ่งเป็นการระบาดต่อเนื่องจากการระบาดในระลอกแรก (first wave) โดยเฉพาะประเทศเพื่อนบ้านซึ่งมีพรมแดนธรรมชาติติดกับประเทศไทยทั้งทางทะเลและทางบก เช่น มาเลเซีย ลาว และสาธารณรัฐสหภาพเมียนมา เป็นต้น ดังนั้นการควบคุมผู้ลักลอบเข้าประเทศต้องเข้มงวด เพื่อป้องกันผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 เข้ามาในประเทศ กระทรวงมหาดไทยจึงได้ออกประกาศและสั่งการให้ผู้ว่าราชการจังหวัดชายแดนด้านเมียนมา จำนวน 10 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดกาญจนบุรี จังหวัดชุมพร จังหวัดเชียงราย จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดตาก จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จังหวัดเพชรบุรี จังหวัดแม่ฮ่องสอน จังหวัดระนอง และจังหวัดราชบุรี ให้ดำเนินการ ดังนี้⁴²

1. การเดินทางเข้ามาในประเทศผ่านช่องทางทางการเข้าออก ด่าน จุดผ่านแดน หรือจุดผ่อนปรนในพื้นที่รับผิดชอบ ให้ดำเนินการตามมาตรการและแนวทางปฏิบัติของการป้องกันโรคสำหรับผู้ที่เดินทางเข้ามาในราชอาณาจักรฯ ตามคำสั่งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อย่างเคร่งครัด

2. บูรณาการร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ชายแดน เพื่อเพิ่มความเข้มงวด ฝ้าระวัง ป้องกันการเดินทางเข้าพื้นที่ของบุคคลจากประเทศเพื่อนบ้านไม่ให้มีการลักลอบเดินทางเข้ามาอย่างผิดกฎหมาย ผ่านช่องทางธรรมชาติบริเวณชายแดน ซึ่งหากพบกรณีดังกล่าว ให้ดำเนินการตามระเบียบกฎหมายที่เกี่ยวข้องและมาตรการป้องกันโรคที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดอย่างเข้มงวด

ดังนั้นการกำหนดนโยบายและมาตรการต่าง ๆ ในการป้องกันโรคโควิด-19 จะขึ้นกับระยะของการระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งการป้องกันการระบาดอย่างมีประสิทธิภาพต้องอาศัยความร่วมมือกันของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก นอกจากนี้ประชาชนจะต้องมีความรู้ และการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคโควิด-19

ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19

ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ที่สำคัญ ประกอบด้วย เชื้อก่อโรค ระยะฟักตัวของโรค อาการของโรค วิธีการติดต่อ และวิธีการป้องกันโรคโควิด-19⁴³

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) เป็นตระกูลเดียวกับกับไวรัสที่ก่อให้เกิดโรคซาร์ส (SARS) ที่เคยระบาดในเอเชียเมื่อปี ค.ศ. 2002 และโรคเมอร์ส (MERS) ที่พบในตะวันออกกลางเมื่อปี ค.ศ. 2012 จากการศึกษาทางพันธุกรรมของไวรัส มีข้อมูลที่ยืนยันว่า ต้นตอของโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ 2019 เกิดจากการผสมสารพันธุกรรมระหว่างโคโรนาไวรัสของค้างคาวกับโคโรนาไวรัสในงูเห่า กลายเป็นโคโรนาไวรัส สายพันธุ์ SARS-CoV-2 ที่แพร่เชื้อจากสัตว์มาสู่คนได้ ดังนั้นต้นตอการแพร่ระบาดของโรคอาจมาจากตลาดค้าสัตว์ นอกจากนี้แหล่งของเชื้อโรค (reservoir) อาจมาจากสัตว์ปีก เช่น นก ค้างคาว ไก่ หรือสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม เช่น ม้า วัว แมว สุนัข กระต่าย หนู อูฐ หรือสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม เช่น งู เป็นต้น อย่างไรก็ตามการที่โรคโควิด-19 มีการแพร่ระบาดไปทั่วโลก (pandemic) ได้อย่างรวดเร็วและมีผู้ติดเชื้อจำนวนมากนั้น เนื่องจากโรคนี้สามารถแพร่เชื้อจากคนสู่คนได้⁴⁴

ระยะฟักตัวของโรค ไวรัสโคโรนา 19 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 จะมีอาการของโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (severe acute respiratory syndrome: SARS) เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิต

วิธีการติดต่อ ขณะนี้มีหลักฐานยืนยันว่าโรคนี้สามารถติดต่อจากคนสู่คนได้ สามารถแพร่กระจายโดยการสูดดมละอองฝอยขนาดใหญ่ (droplet transmission) เข้าสู่ระบบทางเดินหายใจ หรือจากการไอ จาม รดกันในระยะ 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)⁴⁴ ดังนั้นวิธีการติดต่อที่สำคัญ คือ สัมผัสกับน้ำมูก น้ำลาย สารคัดหลั่ง ละอองจากการไอ จาม หรือสัมผัสเสื้อผ้าหรือของใช้ของผู้ติดเชื้อ โดยผู้ติดเชื้ออาจแพร่เชื้อให้ผู้อื่นได้โดยไม่รู้ตัว เนื่องจากผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อย คล้ายไข้หวัดธรรมดา ทำให้ผู้ติดเชื้อจำนวนมากไม่ได้รับการตรวจคัดกรองและไม่ได้รับการรักษา นอกจากนี้เชื้อโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ 2019 ยังสามารถติดต่อจากสัตว์สู่คนได้ดังกล่าวข้างต้น

สาเหตุหลักการระบาดในประเทศไทย สาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชาชนประเทศไทยมีการติดเชื้อโรคโควิด-19 คือ การมีพฤติกรรมเสี่ยง และการปฏิบัติในการป้องกันตนเองที่ไม่ถูกต้อง เช่น ผู้ที่เดินทางกลับมา

จากประเทศที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุข ไม่สวมหน้ากากอนามัย ไม่ล้างมือเมื่อหยิบจับสิ่งของต่าง ๆ เวลาไอ จาม ไม่ใช้ผ้า หรือทิชชูปิดปาก ปิดจมูก การใช้สิ่งของส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น (เช่น ผ้าเช็ดหน้า แก้วน้ำ ผ้าเช็ดตัว) การรวมกลุ่มเพื่อนสนิทร่วมวงสังสรรค์ ดื่มสุรากลั้วเดียวกัน สูบบุหรี่รวมเดียวกัน การรับประทานอาหารสำหรับเดียวกัน ไม่ใช่ช้อนกลาง และใช้เวลาอยู่ด้วยกันกับผู้ป่วยในห้องแอร์ที่ปิดมิดชิด และสถานที่ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 ได้แก่ สนามมวย สถานบันเทิง โรงภาพยนตร์ และที่สาธารณะ หรือแหล่งชุมชนแออัด เป็นต้น และอีกหนึ่งสาเหตุที่สำคัญ คือ การสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยยืนยัน⁴⁵

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) ระหว่างผู้ติดเชื้อมกับผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ ถ้าสัมผัสกันใกล้ชิดเป็นเวลานาน โอกาสเกิดการแพร่กระจายเชื้อจะสูง
3. ช่วงเวลาที่ผู้ติดเชื้อสามารถแพร่กระจายเชื้อได้ (duration of transmission)

จากการศึกษาในฮ่องกงพบว่าร้อยละ 20 ของผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 แพร่กระจายเชื้อไปสู่บุคคลอื่น ร้อยละ 80⁴⁶ ส่วนการศึกษาในประเทศจีนพบว่าผู้ป่วยโรคโควิด-19 1 ราย สามารถแพร่กระจายเชื้อให้แก่บุคคลอื่นได้ 3 คน⁴⁷ ใกล้เคียงกับการศึกษาในประเทศเกาหลีและอิตาลีพบว่า ผู้ป่วย 1 ราย ในประเทศเกาหลีสามารถแพร่กระจายเชื้อให้แก่บุคคลอื่นได้ 2.6 คน (95% CI=2.3-2.9) และผู้ป่วย 1 ราย ในประเทศอิตาลีสามารถแพร่กระจายเชื้อให้แก่บุคคลอื่นได้ 3.3 คน (95% CI=3.0-3.6)⁴⁸ นอกจากนี้การศึกษาในแถบยุโรปพบว่าผู้ป่วย 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 1 ราย สามารถแพร่กระจายเชื้อให้แก่บุคคลอื่นได้ 6.7 คน (95% CI=2.0-12.3)⁴⁹ และการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่าผู้ป่วยโรคโควิด-19 1 ราย สามารถแพร่กระจายเชื้อให้แก่บุคคลอื่นได้ 3.3 คน (95% CI=2.8-3.8)⁵⁰ ซึ่งขณะนี้อองค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า ผู้ป่วยโรคโควิด-19 1 ราย สามารถแพร่กระจายเชื้อให้แก่บุคคลอื่นได้ประมาณ 2-3 คน⁵¹ แต่มีผู้ป่วยโรคโควิด-19 บางรายที่สามารถแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่นเป็นจำนวนมาก (super-spreader) คือ ผู้ติดเชื้อที่มีความสามารถในการแพร่กระจายเชื้อไปยังบุคคลอื่น ๆ มากกว่าค่าเฉลี่ยจำนวนหลายเท่า หรือแพร่กระจายเชื้อได้ประมาณ 20 คน⁵² ดังการศึกษาในประเทศจีนพบว่าผู้ป่วยโรคโควิด-19 1 ราย สามารถแพร่กระจายเชื้อให้แก่บุคคลอื่นได้ 28 คน⁵³ ประเทศเกาหลีใต้พบว่าผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 1 ราย สามารถแพร่กระจายเชื้อให้แก่คนที่เข้าร่วมพิธีทางศาสนาในโบสถ์ได้มากถึง 31 คน⁵⁴ และผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 1 ราย สามารถแพร่กระจายเชื้อให้แก่คนที่เข้า

ร่วมงานเลี้ยงในสถานบันเทิงมากถึง 54 คน⁵⁵ สำหรับในประเทศไทยพบว่ามีผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 จากสนามมวยลุมพินี 1 ราย สามารถแพร่กระจายเชื้อให้แก่บุคคลอื่นได้มากกว่า 50 คน⁵⁶

วิธีการป้องกันโรคโควิด-19

โรคโควิด-19 เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ หากปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคที่ถูกต้อง ดังนั้นการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 จึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งวิธีการป้องกันการติดเชื้อใช้หลักการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ร่วมกับการป้องกันการติดเชื้อทางการสัมผัส มีดังนี้⁹

1. ใส่หน้ากากอนามัย สำหรับประเทศไทยได้มีการรณรงค์ให้ประชาชนทุกคนสวมหน้ากากอนามัย (universal masking) เพื่อลดการแพร่เชื้อ (ระยะไม่แสดงอาการ ก่อนแสดงอาการ หรือแสดงอาการ) และเป็นการเตือนให้ประชาชนเกิดความตระหนักในการป้องกันโรค และเว้นระยะห่างทางสังคม องค์การอนามัยโลกจึงแนะนำให้ทุกคนสวมหน้ากากอนามัยเมื่อเข้าไปในชุมชนที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ในวงกว้าง และในสถานบริการสุขภาพ แม้ว่าปัจจุบันยังไม่มีผลการวิจัยที่ชัดเจนเกี่ยวกับประสิทธิผลและผลไม่พึงประสงค์ของการใช้หน้ากากอนามัยตลอดเวลากับการป้องกันโรคโควิด-19⁵⁷

2. ไม่อยู่ใกล้ชิดผู้ติดเชื้อ ไม่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยไอจาม และไม่คลุกคลีกับผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจ หากหลีกเลี่ยงไม่ได้ให้สวมหน้ากากอนามัย

3. หลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่แออัดหรือมีมลภาวะทางอากาศ หากหลีกเลี่ยงไม่ได้ให้สวมหน้ากากอนามัย

4. หมั่นล้างมือให้สะอาดอยู่เสมอด้วยน้ำกับสบู่ น้ำกับน้ำยาฆ่าเชื้อ หรือแอลกอฮอล์เจล

5. ไม่นำมือมาสัมผัสตา จมูก และปากโดยไม่จำเป็น

6. หลีกเลี่ยงการเดินทางไปในประเทศจีนหรือพื้นที่ซึ่งมีการระบาดของโรค

7. หลีกเลี่ยงการไปตลาดที่ขายซากสัตว์ป่าหรือที่มีชีวิตและการสัมผัสโดยไม่ใช้ถุงมือ

8. ไม่ใช้ของส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น เช่น ผ้าเช็ดหน้า ผ้าเช็ดตัว และแก้วน้ำ เป็นต้น

9. รับประทานอาหารที่ปรุงสุกและร้อน

10. รักษาร่างกายให้อบอุ่น

11. นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ

12. การเว้นระยะห่างทางสังคม

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 กรมควบคุมโรคแนะนำให้ใช้น้ำยาโซเดียมไฮโปคลอไรท์ให้ทิ้งไว้นานอย่างน้อย 15 นาที แล้วเช็ดออกด้วยผ้าชุบน้ำสะอาดเพื่อป้องกันสนิม ความเข้มข้นของน้ำยาโซเดียมไฮโปคลอไรท์ที่ใช้สำหรับทำความสะอาดในบ้านเรือนคือ 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 อุปกรณ์ต่างๆที่ ด้วยน้ำยาฟอกขาวความเข้มข้น 6% ผสมน้ำสะอาด (โดยใช้น้ำยา 1 ส่วนต่อน้ำ 99 ส่วน) หรือ 70% แอลกอฮอล์

สิ่งที่ไม่ควรปฏิบัติ

สิ่งที่ไม่ควรปฏิบัติ ไม่ควรพ่นละอองน้ำยาฆ่าเชื้อในลักษณะอุโมงค์/ห้องระบบปิด เพราะอุโมงค์พ่นน้ำยาฆ่าเชื้อ ไม่ได้ช่วยตัดช่องทางการแพร่โรค แต่อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 เนื่องจาก

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

มาตรการของรัฐในการป้องกันโรคโควิด-19

มาตรการของรัฐในการป้องกันโรคโควิด-19 ที่สำคัญของประเทศไทย ประกอบด้วย การจัดการการเว้นระยะห่างทางสังคม การงดออกจากบ้านตามประกาศห้ามประชาชนออกนอกเคหสถาน (curfew) การงดกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน (เช่น ประเพณีสงกรานต์ การทำบุญวันสำคัญทางศาสนา) การสั่งปิดสถานศึกษา การผ่อนปรนข้อบังคับของรัฐบาล การเยียวยาของรัฐ และการคัดกรองและเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ในชุมชน

การเว้นระยะห่างทางสังคม

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

1. การเว้นระยะห่างระหว่างตัวเรากับผู้อื่น 1-2 เมตร เพราะไวรัสนั้นสามารถติดต่อได้ผ่านละอองขนาดเล็กที่มากจากการไอหรือจามได้ ซึ่งถ้าหากอยู่ใกล้ชิดกันเกินไปเราก็อาจจะสูดเอาไวรัสเข้าร่างกายได้

2. หลีกเลี่ยงการสัมผัสทางกายภาพ เพราะอาจเป็นการนำเชื้อมาสู่ตัวเอง หรือในขณะเดียวกันก็เป็นการแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่น

3. หลีกเลี่ยงการเดินทางออกนอกบ้าน หรือการใช้ขนส่งสาธารณะ เนื่องจากไวรัส COVID-19 นั้นสามารถติดต่อได้ง่ายผ่านการสัมผัสและละอองขนาดเล็ก เพราะเราอาจอยู่ใกล้ชิดกับผู้ที่ติดเชื้อแต่ไม่มีอาการ ซึ่งสามารถแพร่เชื้อมาสู่เราได้

4. การ Work from Home หรือการทำงานที่บ้าน เป็นวิธีที่ช่วยลดความเสี่ยงในการติดเชื้อและการแพร่เชื้อจากผู้ร่วมงาน

5. การเรียนการสอนผ่านทางช่องทางออนไลน์ก็เป็นอีกช่องทางหนึ่งที่มหาลัยหรือสถานศึกษาต่าง ๆ สามารถนำมาใช้ได้เพื่อป้องกันการระบาดภายในมหาลัยและห้องเรียน ต้องขอบคุณความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีในปัจจุบันที่ทำให้มีแพลตฟอร์มต่าง ๆ มารองรับการเรียนแบบระยะไกล เช่น Zoom, Microsoft Teams และ Google Hangout

ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักร ฉบับที่ 1

ในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 และพบผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในระยะแรก รัฐบาลได้ประกาศใช้สถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักร ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 25 มีนาคม พ.ศ. 2563 เพื่อควบคุมสถานการณ์การระบาดของโรค โดยสรุปได้ดังนี้

1. การห้ามเข้าพื้นที่เสี่ยง ห้ามประชาชนเข้าไปในพื้นที่หรือสถานที่ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19

2. การปิดสถานที่เสี่ยงต่อการติดต่อโรค พิจารณาสั่งปิดสถานที่ซึ่งมีคนจำนวนมากไปทำกิจกรรมร่วมกันและเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อโรคโควิด-19 เป็นการชั่วคราว แต่อย่างน้อยให้สั่งปิดสถานที่ดังต่อไปนี้

2.1 สนามมวย สนามกีฬา สนามแข่งขัน สนามเด็กเล่น สนามม้า ผับ สถานบริการ สถานที่แสดงมหรสพ สถานที่ที่มีการแสดงหรือการละเล่นสาธารณะ สถานที่ประกอบการ อาบ อบ นวด และนวดแผนโบราณ สปา สถานที่ออกกำลังกาย (ฟิตเนส) สถานบันเทิง

2.2 สถานที่อื่นนอกจากนี้ เช่น แหล่งท่องเที่ยวธรรมชาติ พิพิธภัณฑ์สถาน ห้องสมุดสาธารณะ ศาสนสถาน สถานีขนส่งหรือโดยสาร ตลาด ห้างสรรพสินค้า ให้พิจารณาโดยสังเขปเฉพาะส่วนหรือทั้งหมดและอาจกำหนดเงื่อนไขและเงื่อนไขตามความจำเป็นและเหมาะสมโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดหรือกรุงเทพมหานครแล้วแต่กรณี

3. การปิดช่องทางเข้ามาในราชอาณาจักร ในการใช้ยานพาหนะไม่ว่าจะเป็นอากาศยาน เรือ รถยนต์ หรือพาหนะอื่นใด หรือในการใช้เส้นทางคมนาคมไม่ว่าทางอากาศ ทางน้ำ หรือทางบกเพื่อเดินทางเข้ามาในราชอาณาจักร ให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบปิดช่องทางเข้าออก ด่าน จุดผ่านแดน หรือจุดผ่อนปรนตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อและกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง สำหรับผู้โดยสารหรือผู้ที่เดินทางเข้ามาในราชอาณาจักร เว้นแต่มีความจำเป็นจะมีการพิจารณาเป็นกรณีไป

4. การห้ามกักตุนสินค้า ห้ามผู้ใดกักตุนสินค้า ซึ่งป็นยา เวชภัณฑ์ อาหาร น้ำดื่ม หรือสินค้าอื่นที่จำเป็นต่อการอุปโภคบริโภคในชีวิตประจำวันไม่ว่าจะเป็นสินค้าควบคุมตามพระราชบัญญัติว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ พ.ศ. 2542 หรือไม่ก็ตาม สำหรับกรณีที่เป็นสินค้าควบคุมการผลิตสินค้าให้มีคุณภาพ ปริมาณการผลิต การควบคุมราคาจำหน่ายและการส่งออกป็นราชอาณาจักรให้เป็นไปตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

5. การห้ามชุมนุม ห้ามมิให้มีการชุมนุม การทำกิจกรรม หรือการมั่วสุมกัน ณ ที่ใด ๆ ในสถานที่แออัดหรือกระทำการดังกล่าวอันเป็นการยุยงให้เกิดความไม่สงบเรียบร้อย

6. การเสนอข่าว ห้ามการเสนอข่าวหรือทำให้แพร่หลายทางสื่อต่างๆ ซึ่งมีข้อความหรือข่าวสารเกี่ยวกับสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (โควิด-19) อันไม่เป็นความจริงและอาจทำให้ประชาชนเกิดความหวาดกลัว หรือเจตนาบิดเบือนข้อมูลข่าวสารดังกล่าวอันทำให้เกิดความเข้าใจผิดในสถานการณ์ฉุกเฉินจนกระทบต่อการดูแลรักษาความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชนในกรณีเช่นนี้ให้เจ้าหน้าที่เตือนให้ระงับหรือสั่งให้แก้ไขข่าว หรือหากเป็นกรณีที่มีผลกระทบรุนแรงให้ดำเนินคดี

7. มาตรการเตรียมรับสถานการณ์

7.1 ให้ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครและผู้ว่าราชการจังหวัดทุกจังหวัดเป็นผู้กำกับการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉินทุกมิติในเขตท้องที่ที่ตนรับผิดชอบ หากมีปัญหาให้รายงานกระทรวงมหาดไทย

7.2 ให้นำหน่วยงานของรัฐทุกแห่งกำหนดและประชาสัมพันธ์เผยแพร่มาตรการเพื่อช่วยเหลือหรือบรรเทาผลกระทบอันเกิดจากการบังคับใช้มาตรการของรัฐต่อประชาชนตามหน้าที่และอำนาจโดยพิจารณาใช้งบประมาณของตนเองเป็นอันดับแรก ในกรณีไม่อาจดำเนินการได้ให้เสนอหรือขอรับการสนับสนุนจากรัฐบาล

7.3 ให้โรงพยาบาล สถานพยาบาลหรือหน่วยงานที่มีหน้าที่และอำนาจในการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งภาครัฐและเอกชน จัดหายา เวชภัณฑ์ เครื่องมือในการตรวจโรค เครื่องช่วยในการหายใจและ

อุปกรณ์อื่น ๆ ที่จำเป็นให้เพียงพอตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดหรือแนะนำ ทั้งนี้ ให้รวมถึงการเตรียมบุคลากรทางการแพทย์จากแหล่งต่าง ๆ และการเตรียมสถานที่กักกันสถานที่คุมไว้สังเกตหรือเตียงเพื่อรองรับผู้ป่วยที่อาจเพิ่มจำนวนขึ้นโดยขอความร่วมมือดัดแปลงสถานที่ต่าง ๆ เช่น โรงแรม โรงเรียน มหาวิทยาลัย หอประชุม สถานที่ปฏิบัติธรรม ศาลาวัด อาคารของเอกชนที่ยังไม่ได้ใช้งานหรือสถานที่ราชการ สถานที่เอกชนอื่น ๆ เป็นโรงพยาบาลชั่วคราว

7.4 ในการกักกันตัวเองไว้สังเกตอาการตามคำสั่งหรือคำแนะนำของเจ้าหน้าที่หรือเป็นผู้เดินทางข้ามเขตมาจากพื้นที่จังหวัดอื่นให้เจ้าหน้าที่หรือหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อที่ผู้ว่าราชการจังหวัดจัดตั้งขึ้น หรืออาสาสมัครที่ปฏิบัติงานให้แก่ทางราชการสามารถเข้าตรวจสอบการเฝ้าระวังหรือความเข้มงวดจริงจังในการกักกันตนเองและให้คำแนะนำวิธีปฏิบัติที่ถูกต้องได้ ในกรณีนี้อาจขอความร่วมมือจากประชาชนในท้องถิ่นให้ช่วยตรวจสอบด้วยก็ได้

8. มาตรการพึงปฏิบัติสำหรับบุคคลบางประเภท ให้กลุ่มคนที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 ได้ง่ายดังต่อไปนี้ อยู่ในเคสสถานหรือบริเวณสถานที่พำนักของตน เพื่อป้องกันตนเองจากการติดเชื้อจากสภาพแวดล้อมภายนอก

8.1 ผู้สูงอายุตั้งแต่เจ็ดสิบปีขึ้นไป

8.2 กลุ่มคนที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง โรคในระบบทางเดินหายใจ โรคภูมิแพ้ซึ่งมีภูมิคุ้มกันต่ำตามธรรมชาติของโรคและด้วยยาที่ใช้รักษา

8.3 กลุ่มเด็กเล็กที่มีอายุต่ำกว่าห้าปีลงมา

ทั้งนี้ เว้นแต่บุคคลดังกล่าวมีความจำเป็นเพื่อการพบแพทย์ การรักษาพยาบาล การปฏิบัติหน้าที่ที่แพทย์พยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์ หรือมีเหตุจำเป็นอื่น ๆ โดยได้รับอนุญาตจากพนักงานเจ้าหน้าที่ที่ได้รับแต่งตั้งหรือมอบหมาย เว้นแต่จะมีประกาศผ่อนผันหรือกำหนดเงื่อนไขหรือเงื่อนไขเป็นประการอื่น ทั้งนี้ ต้องปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคตามที่ทางราชการกำหนด

9. มาตรการเกี่ยวกับการออกนอกราชอาณาจักร ให้กระทรวงการต่างประเทศ กระทรวงมหาดไทย และสำนักงานตำรวจแห่งชาติเข้มงวดในการตรวจลงตราหรือออกวีซ่าหรืออนุญาตให้ชาวต่างประเทศซึ่งมิได้มีกิจการงานปกติหรือถิ่นที่อยู่ในราชอาณาจักรยังคงอยู่ในราชอาณาจักร

10. มาตรการดูแลความสงบเรียบร้อย ในกรุงเทพมหานคร ให้สำนักงานตำรวจแห่งชาติจัดเวรยามหรือตั้งจุดตรวจตามถนน เส้นทางคมนาคม สถานีขนส่งหรือโดยสาร เพื่อป้องกันอุบัติเหตุ การก่ออาชญากรรม และการรวมกลุ่มชุมนุมหรือมั่วสุมในลักษณะที่เสี่ยงต่อการแพร่เชื้อโรคหรือการกระทำอันเป็นการฉวยโอกาสซ้ำเติมความเดือดร้อนของประชาชนหรือการก่อกวนเพื่อแพร่เชื้อโรค และหากพบเห็นการกระทำดังกล่าวให้ดำเนินคดีตามกฎหมายทันที ส่วนในจังหวัดอื่นนอกกรุงเทพมหานครให้หัวหน้าผู้รับผิดชอบในการแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินในส่วนที่เกี่ยวกับความมั่นคง หรือสำนักงานตำรวจแห่งชาติพิจารณาตามความเหมาะสม แต่อย่างน้อยให้มีมาตรการตั้งด่านตรวจหรือจุดสกัดดูแลการเดินทางข้ามพื้นที่จังหวัดเพื่อจัดระเบียบการเดินทาง การจราจร การเฝ้าระวังหรือสังเกตอาการผู้เดินทาง และพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดต่อโรค

11. มาตรการป้องกันโรค ให้มีมาตรการป้องกันโรคตามที่ทางราชการกำหนดเพื่อใช้ปฏิบัติเป็นการทั่วไป หรือใช้ในกรณีผ่อนผันหรือยกเว้นการปฏิบัติตามข้อกำหนดนี้ ดังนี้

11.1 ให้ทำความสะอาดโดยการเช็ดทำความสะอาดพื้นผิวสัมผัสของสถานที่ที่เกี่ยวข้องก่อนการจัดกิจกรรม และให้กำจัดขยะมูลฝอยทุกวัน

11.2 ให้เจ้าหน้าที่ ผู้ประกอบการ ผู้ร่วมงาน ผู้ร่วมกิจกรรม ลูกจ้าง ผู้ใช้บริการสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า

11.3 ให้บุคคลตาม 11.2 ล้างมือด้วยสบู่ แอลกอฮอล์ เจลหรือน้ำยาฆ่าเชื้อโรค

11.4 ให้บุคคลตาม 11.2 เว้นระยะนั่งหรือยืนห่างกันอย่างน้อยหนึ่งเมตรเพื่อป้องกันการติดต่อสัมผัส หรือแพร่เชื้อโรคทางฝอยละอองน้ำลาย

11.5 ให้ควบคุมจำนวนผู้ร่วมกิจกรรมมิให้อัด หรือลดเวลาในการทำกิจกรรมให้สั้นลงเท่าที่จำเป็นโดยถือหลักการหลีกเลี่ยงการติดต่อสัมผัสระหว่างกัน

12. นโยบายการยังคงให้เปิดสถานที่ทำการ เช่น โรงพยาบาล สถานพยาบาล คลินิกแพทย์รักษาโรค ร้านขายยา ร้านอาหาร ธุรกิจการเงิน ธนาคาร และตู้เอทีเอ็ม เป็นต้น

สถานที่ราชการ รัฐวิสาหกิจ หน่วยงานอื่น ๆ ของรัฐ ยังคงเปิดดำเนินการในวันและเวลาราชการตามปกติ เว้นแต่ที่มีประกาศให้ปิดหรือลดดำเนินการไปก่อนแล้ว เช่น สถาบันการศึกษา

13. คำแนะนำเกี่ยวกับการเดินทางข้ามเขตพื้นที่จังหวัด ในช่วงเวลานี้ประชาชนพึงงดหรือชะลอการเดินทางข้ามเขตพื้นที่จังหวัดในระยะนี้โดยไม่จำเป็นและควรพักหรือทำงานอยู่ ณ ที่พำนักของตน กรณีจำเป็นต้องเดินทางข้ามเขตพื้นที่ ต้องรับการตรวจคัดกรองและปฏิบัติตามมาตรการที่ทางราชการกำหนด ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการติดตามตัวมารับการตรวจอาการหรือกักกันตัว

14. คำแนะนำในการจัดกิจกรรมอื่นๆ การจัดกิจกรรมหรือพิธีการทางสังคมตามประเพณีนิยม เช่น พิธีมงคลสมรส พิธีเซ่นไหว้บรรพบุรุษ พิธีบำเพ็ญกุศล พิธีศพ พิธีสงกรานต์หรือกิจกรรมภายในครอบครัว ตลอดจนกิจกรรมหรืองานพิธีที่ทางราชการจัดขึ้นหรือเป็นไปตามหมายกำหนดการของทางราชการ ยังคงจัดได้ตามความเหมาะสม แต่ต้องปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคตามที่ทางราชการกำหนด

ประกาศห้ามประชาชนออกนอกเคหสถาน

รัฐบาลได้ประกาศห้ามประชาชนออกนอกเคหสถาน (curfew) เพื่อควบคุมสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 มีผลตั้งแต่วันที่ 3 เมษายน 2563 ดังนี้

1. ห้ามบุคคลใดที่ราชอาณาจักรออกนอกเคหสถาน ระหว่างเวลา 22:00-4:00 น. ของวันรุ่งขึ้น เว้นแต่มีความจำเป็นหรือเป็นผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์ การธนาคาร การขนส่งสินค้าอุปโภค บริโภค ผลผลิต การเกษตร ยาเวชภัณฑ์ เครื่องมือแพทย์ หนังสือพิมพ์ การขนส่งน้ำมันเชื้อเพลิง การขนส่งพัสดุภัณฑ์ การ

ขนส่งสินค้า เพื่อการนำเข้าหรือส่งออกการขนย้ายประชาชนไปสู่ที่เอือกเทศ เพื่อกักกันตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ

2. การเข้าออกเวรทำงานผลัดกลางคืนตามปกติ หรือการเดินทางมาจากหรือไปยังท่าอากาศยาน โดยมีเอกสารรับรองความจำเป็น หรือเอกสารเกี่ยวกับสินค้าหรือการเดินทาง และมีมาตรการป้องกันโรคตามข้อกำหนด หรือเป็นเจ้าของหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานตามข้อกำหนดประกาศ หรือคำสั่งต่าง ๆ ของทางราชการ หรือมีเหตุจำเป็นอื่น โดยได้รับการอนุญาตจากเจ้าหน้าที่

เมื่อวันจันทร์ที่ 15 มิถุนายน 2563 รัฐบาลประกาศยกเลิกคำสั่งห้ามประชาชนออกนอกเคสสถาน แต่ยังคงควบคุมการเดินทางเข้าราชอาณาจักรทั้งทางบก ทางน้ำ และทางอากาศให้เป็นไปตามคำสั่งเดิม

มาตรการผ่อนปรน ระยะที่ 4

เมื่อสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ดีขึ้น จึงเริ่มมีการผ่อนปรนมาตรการต่าง ๆ เป็นลำดับ ซึ่งปัจจุบันเพิ่มการผ่อนปรนลือกดาวน์ ระยะที่ 4 ดังนี้

1. การผ่อนผันการใช้อาคารสถานที่ของโรงเรียน หรือสถาบันการศึกษา โดยผ่อนผันการใช้อาคารสถานที่ของโรงเรียน หรือสถาบันการศึกษา หน่วยงานราชการ หน่วยงานในกำกับของรัฐ สำหรับการเรียน การสอน อบรม สัมมนา ในรูปแบบวิถีใหม่

1.1 การใช้อาคารสถานที่เพื่อจัดการเรียนการสอนของโรงเรียนประเภทนานาชาติ หรือสถาบันการศึกษาหลักสูตรนานาชาติ และโรงเรียนนอกระบบ ประเภททวดวิชา

1.2 การจัดการเรียนการสอนของโรงเรียนในระบบที่มีนักเรียนรวมทั้งห้องไม่เกิน 120 คน

1.3 การใช้อาคารสถานที่ของหน่วยงานราชการและหน่วยงานในกำกับของรัฐ เพื่อการอบรม สัมมนาในหลักสูตรฝึกอบรมที่หน่วยงานจัดขึ้น

2. กิจกรรมด้านเศรษฐกิจและการดำเนินชีวิต

2.1 การจัดการประชุม การอบรม สัมมนา นิทรรศการ งานพิธี งานเลี้ยง การแสดงดนตรี นาฏศิลป์ คอนเสิร์ต หรือกิจกรรมต่าง ๆ ที่จัดขึ้นในโรงแรม มหรสพ ห้องประชุม ศูนย์ประชุม ศูนย์แสดงสินค้า โรงหนัง หรือสถานที่อื่น ๆ

2.2 การบริโภคสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในภัตตาคาร สวนอาหาร ศูนย์อาหาร โรงแรม ร้านอาหาร หรือเครื่องดื่มทั่วไป หรือในสถานที่ที่ได้รับอนุญาตตามกฎหมาย และได้ผ่อนคลาให้เปิดดำเนินการก่อนหน้านี้ ยกเว้น สถานบันเทิง ผับ บาร์ คาราโอเกะ และโรงเบียร์

2.3 สถานรับเลี้ยงเด็ก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เด็กก่อนวัยเรียน ศูนย์เด็กพิเศษ สถานดูแลผู้สูงอายุ สถานบริการดูแล สถานที่พำนักอาศัย หรือสถานสงเคราะห์ที่จัดสวัสดิการให้แก่เด็กหรือผู้สูงอายุ

2.4 ศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อการศึกษา อุทยานวิทยาศาสตร์ ศูนย์วิทยาศาสตร์และวัฒนธรรม

2.5 การถ่ายทำรายการโทรทัศน์ ภาพยนตร์และวีดิทัศน์

3. กิจกรรมด้านการออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพ หรือ สันทนาการ

3.1 การอบตัว อบสมุนไพร หรืออบไอน้ำแบบรวมในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ สปา หรือ สถานประกอบการนวดแผนไทย ยกเว้นสถานประกอบการกิจการอาบน้ำ, อบ นวด

3.2 การออกกำลังกายแบบกลุ่มในสวนสาธารณะ ลานกิจกรรม พื้นที่กิจกรรมสาธารณะหรือ ลานกีฬากลางแจ้ง

3.3 สวนน้ำ สนามเด็กเล่น สวนสนุก ยกเว้นการใช้เครื่องเล่นในลักษณะที่เป็นการติดตั้งชั่วคราว หรือเครื่องเล่นที่มีพื้นผิวสัมผัสมาก เช่น บ้านบอล บ้านลม เป็นต้น

3.4 สนามกีฬาหรือสถานที่เพื่อการออกกำลังกาย ลานเล่นกีฬา หรือเพื่อการเรียนการสอน ในทุกประเภทกีฬา สามารถจัดการแข่งขันและจัดให้มีการถ่ายทอดสดทางโทรทัศน์ การแข่งขันกีฬา แต่ต้องไม่มีผู้ชมในสนามแข่งขัน และผู้จัดต้องดำเนินการตามขั้นตอนและวิธีการตามที่ราชการกำหนด

3.5 ตู้เกม เครื่องเล่นหยอดเหรียญ ที่ได้รับอนุญาตตามกฎหมายและตั้งอยู่ในห้างสรรพสินค้า ศูนย์การค้า และคอมมูนิตี้ออลล์

มาตรการผ่อนปรน ระยะที่ 5

เมื่อสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ดีขึ้น จึงเริ่มมีการผ่อนปรนมาตรการต่าง ๆ เป็นลำดับ ซึ่งปัจจุบันรัฐบาลเพิ่มการผ่อนปรนล็อกดาวน์ ระยะที่ 5 ตามประกาศศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด- 19) ฉบับที่ 6 ลงวันที่ 30 มิถุนายน 2563 ดังนี้

1. การเปิดเรียนและรูปแบบการเรียนการสอนในโรงเรียน สถาบันการศึกษาหรือมหาวิทยาลัยต่าง ๆ โดยมีมาตรการดังนี้

1.1 ทำความสะอาดพื้นผิวที่มีการสัมผัสบ่อย ๆ ทั้งก่อนและหลังการเรียนการสอน

1.2 ให้ผู้ประกอบการ เจ้าหน้าที่ ครู อาจารย์ นักเรียน นักศึกษา ผู้ปกครอง และผู้ร่วมกิจกรรม สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าตลอดเวลา เว้นในระหว่างการออกกำลังกาย

1.3 มีจุดบริการล้างมือด้วยสบู่ หรือแอลกอฮอล์เจล หรือน้ำยาฆ่าเชื้อโรคที่เพียงพอ

1.4 เว้นระยะนั่งหรือยืนห่างกัน และเว้นระยะห่าง ระหว่างโต๊ะเรียนและที่นั่งเรียนอย่างน้อย 1 เมตร

1.5 มีมาตรการคัดกรองไข้ และอาการไอ หอบเหนื่อย จาม หรือเป็นหวัด

1.6 จัดให้มีการระบายอากาศที่ดีภายในอาคาร รวมถึงห้องสุขา ทั้งนี้ ให้ทำความสะอาดเครื่องปรับอากาศ และจัดการฆ่าเชื้อโรคอย่างสม่ำเสมอ

1.7 จัดให้มีระบบคิว และมีพื้นที่รอคิวที่มีที่นั่ง หรือยืนห่างกัน อย่างน้อย 1 เมตร ทั้งบริเวณจุดรับประทานอาหาร ห้องน้ำ

2. ห้างสรรพสินค้า ศูนย์การค้า คอมมูนิตีมอลล์ ศูนย์แสดงสินค้า ศูนย์ประชุม หรือสถานที่จัดนิทรรศการ สามารถเปิดดำเนินการ ตามกำหนดเวลาทำการปกติของสถานที่นั้น ๆ แต่ไม่เกินเวลา 22.00 นาฬิกา ส่วนร้านสะดวกซื้อ ซูเปอร์มาร์เก็ต หรือสถานประกอบการอื่นที่มีลักษณะคล้ายกันสามารถเปิดดำเนินการตามกำหนดเวลาทำการปกติของสถานที่นั้น ๆ โดยมีมาตรการดังนี้

2.1 ทำความสะอาดพื้นผิวที่มีการสัมผัสบ่อย ๆ ทั้งก่อนและหลังการให้บริการ รวมทั้งห้องสุขา และให้กำจัดขยะมูลฝอยทุกวัน

2.2 ผู้ประกอบการ พนักงานบริการ ผู้ใช้บริการ สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าตลอดเวลา

2.3 มีจุดบริการล้างมือด้วยสบู่ หรือแอลกอฮอล์เจล หรือน้ำยาฆ่าเชื้อโรคที่เพียงพอ

2.4 เว้นระยะนั่งหรือยืนห่างกัน และเว้นระยะห่าง ในการเลือกสินค้าและชำระสินค้า อย่างน้อย 1 เมตร

2.5 มีมาตรการคัดกรองไข้ และอาการไอ หอบเหนื่อย จาม หรือเป็นหวัด

2.6 จัดให้มีระบบระบายอากาศที่ดีภายในอาคาร รวมถึงห้องสุขา ทั้งนี้ ให้ทำความสะอาดเครื่องปรับอากาศ และจัดการฆ่าเชื้อโรค อย่างสม่ำเสมอ

2.7 ควบคุมมิให้มีกิจกรรมที่ใช้เสียงดังภายใน สถานที่ รวมถึงงดกิจกรรมส่งเสริมการขาย และงดกิจกรรมที่ทำให้เกิดความแออัดหรือ มีการรวมกลุ่มคน

2.8 จัดให้มีระบบคิว และมีพื้นที่รอคิวที่มีที่นั่ง หรือยืนห่างกัน อย่างน้อย 1 เมตร ทั้งบริเวณจุดรับ - ส่งผู้โดยสารขนส่งสาธารณะ และภายใน อาคาร

2.9 ควบคุมทางเข้าและออก ลงทะเบียน ก่อนเข้าและออกจากสถานที่

3. สถานบริการ สถานประกอบการที่มีลักษณะคล้ายสถานบริการ ผับ บาร์ คาราโอเกะ สามารถเปิดดำเนินการได้ โดยเปิดทำการตามเวลาปกติที่กฎหมายกำหนด จนถึงเวลา 24.00 นาฬิกา ของวันเดียวกัน และงดเว้นการจัดกิจกรรมส่งเสริมการขายในส่วนของการจำหน่ายอาหารหรือเครื่องดื่ม ส่วนในภัตตาคาร สวนอาหาร โรงแรม ร้านอาหารหรือเครื่องดื่มทั่วไป สามารถเปิดให้บริการหลังเวลา 24.00 นาฬิกาได้ แต่งดการบริโภคสุราหรือเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์ภายในสถานที่ให้บริการ โดยมีมาตรการดังนี้

3.1 ทำความสะอาดพื้นผิวที่มีการสัมผัสบ่อย ๆ ทั้งก่อนและหลังการให้บริการ รวมทั้งห้องสุขา และกำจัดขยะมูลฝอยทุกวัน

3.2 ผู้ประกอบการ พนักงานบริการ ผู้ใช้บริการ สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าตลอดเวลา

3.3 มีจุดบริการล้างมือด้วยสบู่ หรือแอลกอฮอล์เจล หรือน้ำยาฆ่าเชื้อโรคที่เพียงพอ

3.4 เว้นระยะนั่งหรือยืนห่างกัน และเว้นระยะห่าง ในการเลือกสินค้าและชำระสินค้า อย่างน้อย 1 เมตร

3.5 ควบคุมจำนวนผู้ใช้บริการ มิให้แออัด โดยคิดจำนวนใช้บริการตามขนาดพื้นที่ เกณฑ์ไม่น้อยกว่า ๔ ตารางเมตร ต่อผู้ใช้บริการ 1 คน และจัดรอบ การเข้าใช้บริการให้เป็นไปตามมาตรการป้องกันควบคุมโรค โดยจำกัดระยะเวลาการใช้บริการในระบบ ไม่เกิน 2 ชั่วโมง ต่อรอบ ทั้งนี้มีการพักทำความสะอาด 15 นาทีต่อรอบ

3.6 มีการลงทะเบียนก่อนเข้าและออกจากสถานที่

3.7 มีการคัดกรองไข้ และอาการไอ หอบเหนื่อย จาม หรือเป็นหวัด

3.8 จัดให้มีระบบระบายอากาศที่ดีภายในอาคาร รวมถึงห้องสุขา ทั้งนี้ให้ทำความสะอาดเครื่องปรับอากาศ และจัดการฆ่าเชื้อโรค อย่างสม่ำเสมอ

3.9 งดให้จำหน่ายสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในรูปแบบเหยือก ถ้วย หรือใส่ ในภาชนะที่มีโอกาสจับหรือใช้ร่วมกัน

3.10 จัดให้มีระบบคิว และมีพื้นที่รอคิวที่มีที่นั่ง หรือยืนห่างกัน อย่างน้อย 1 เมตร ทั้งบริเวณจุดรับ - ส่งผู้โดยสารขนส่งสาธารณะ และภายใน อาคาร

3.11 งดนั่ง ร้องเพลง เต้นหรือยินยอมให้มีการเต้น กับผู้ใช้บริการ งดการเต้นนอกพื้นที่บริเวณโต๊ะ หรือที่นั่งของผู้ใช้บริการ รวมทั้งจัดให้มีการเปลี่ยนปลอกหุ้มไมโครโฟนทุกครั้งก่อนใช้บริการ

4. สถานประกอบการกิจการอาบ อบ นวด โรงน้ำชา เปิดดำเนินการได้ตามเวลาปกติที่กฎหมายกำหนด โดยมีมาตรการดังนี้

4.1 ทำความสะอาดพื้นผิวที่มีการสัมผัสบ่อย ๆ ทั้งก่อนและหลังการให้บริการ รวมทั้งห้องสุขา และกำจัดขยะมูลฝอยทุกวัน

4.2 ผู้ประกอบการ พนักงานบริการ ผู้ใช้บริการ สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าตลอดเวลา ในพื้นที่ส่วนรวม ทั้งนี้ พนักงานบริการสามารถ สวมหน้ากากป้องกันหน้าแทนได้

4.3 มีจุดบริการล้างมือด้วยสบู่ หรือแอลกอฮอล์เจล หรือน้ำยาฆ่าเชื้อโรคที่เพียงพอ

4.4 เว้นระยะนั่งหรือยืนห่างกัน และเว้นระยะห่าง ในการเลือกสินค้าและชำระสินค้า อย่างน้อย 1 เมตร

4.5 ควบคุมจำนวนผู้ใช้บริการมิให้แออัดและ รวมกลุ่มกัน หรือลดเวลาในการทำกิจกรรมเท่าที่ จำเป็น โดยถือหลักหลีกเลี่ยงการติดต่อสัมผัส ระหว่างกัน

4.6 มีการลงทะเบียนก่อนเข้าและออกจากสถานที่

4.7 มีการคัดกรองไข้ และอาการไอ หอบเหนื่อย จาม หรือเป็นหวัด

4.8 จัดให้มีระบบระบายอากาศที่ดีภายในอาคาร รวมถึงห้องสุขา ทั้งนี้ ให้ทำความสะอาดเครื่องปรับอากาศ และจัดการฆ่าเชื้อโรค อย่างสม่ำเสมอ

4.9 จัดให้มีระบบคิว และมีพื้นที่รอคิวที่มีที่นั่ง หรือยืนห่างกัน อย่างน้อย 1 เมตร

4.10 การจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่ม สุรา และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ให้ปฏิบัติตามมาตรการควบคุมหลักและมาตรการเสริม เช่นเดียวกับสถานบริการ ผับ บาร์ คาราโอเกะ

5. ร้านเกมส์และร้านอินเทอร์เน็ต ให้เปิด ดำเนินการได้ โดยจำกัดช่วงเวลาการให้บริการร้านเกมส์และร้านอินเทอร์เน็ต ให้เปิด ดำเนินการได้ โดยจำกัดช่วงเวลาการให้บริการ ดังนี้

อายุ < 15 ปี : จ-ศ 14.00-20.00 น. วันหยุด 10.00 – 20.00 น.

อายุ 15-16 ปี : จ-ศ 14.00 – 22.00 น. วันหยุด 10.00 – 22.00 น.

อายุ >18 ปี: ใช้บริการทุกวัน ตลอด 24 ชม.

โดยมีมาตรการดังนี้

5.1 ทำความสะอาดพื้นผิวที่มีการสัมผัสบ่อย ๆ ทั้งก่อนและหลังการให้บริการ รวมทั้งห้องสุขา และกำจัดขยะมูลฝอยทุกวัน

5.2 ผู้ประกอบการ พนักงานบริการ ผู้ใช้บริการ สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าตลอดเวลา

5.3 มีจุดบริการล้างมือด้วยสบู่ หรือแอลกอฮอล์เจล หรือน้ำยาฆ่าเชื้อโรคที่เพียงพอ

5.4 เว้นระยะนั่งหรือยืนห่างกัน และเว้นระยะห่าง ในการเลือกสินค้าและชำระสินค้า อย่างน้อย 1 เมตร

5.5 ควบคุมจำนวนผู้ให้บริการ มิให้แออัด โดยคิด จำนวนผู้บริการตามขนาดพื้นที่ เกณฑ์ไม่น้อยกว่า 4 ตารางเมตร ต่อผู้บริการ 1 คน และจัดรอบ การเข้าใช้บริการให้เป็นไปตามมาตรการป้องกันควบคุมโรค โดยจำกัดระยะเวลาการให้บริการในระบบ ไม่เกิน 2 ชั่วโมง ต่อบรรยากาศ ทั้งนี้ มีการ พักทำความสะอาด 15 นาทีต่อบรรยากาศ

5.6 มีการลงทะเบียนก่อนเข้าและออกจากสถานที่

5.7 มีการคัดกรองไข้ และอาการไอ หอบเหนื่อย จาม หรือเป็นหวัด

5.8 จัดให้มีระบบระบายอากาศที่ดีภายในอาคาร รวมถึงห้องสุขา ทั้งนี้ ให้ทำความสะอาดเครื่องปรับอากาศ และจัดการฆ่าเชื้อโรค อย่างสม่ำเสมอ

5.9 จัดให้มีระบบคิว และมีพื้นที่รอคิวที่มีที่นั่ง หรือยืนห่างกัน อย่างน้อย 1 เมตร

5.10 งดบริการอาหารและเครื่องดื่มภายในร้าน

5.11 งดกิจกรรมที่ทำให้เกิดความแออัดหรือมีการ รวมกลุ่มคน เช่น กิจกรรมการแจก หรือมอบของรางวัล

6. ขนส่งสาธารณะ มีมาตรการ ดังนี้

6.1 ทำความสะอาดพื้นผิวอุปกรณ์ที่มีการสัมผัสบ่อย ๆ เช่น ราวจับ บัตรโดยสาร ภายในยานพาหนะ ทั้งก่อนและหลังการให้บริการ รวมทั้งห้องสุขา และให้กำจัดขยะมูลฝอยทุกวัน

6.2 ผู้ประกอบการ พนักงาน ผู้ใช้บริการ สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าตลอดเวลา

6.3 มีจุดบริการล้างมือด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์เจล หรือน้ำยาฆ่าเชื้อโรคที่เพียงพอ บริเวณสถานี ขนส่ง/โดยสาร ท่าเรือ ท่าอากาศยาน

6.4 เว้นระยะนั่งหรือยืนห่างกัน อย่างน้อย 1 เมตร

6.5 การโดยสารรถโดยสารประจำทาง รถปรับอากาศ รถไฟ รถไฟฟ้า เรือโดยสาร อาจพิจารณาจัดบริการ ให้ผู้โดยสารนั่งได้ทุกที่นั่ง และมีผู้โดยสารยืน โดยไม่หันหน้าเข้าหากัน ทั้งนี้ ให้มีจำนวนผู้โดยสารรวมทั้งหมดได้ไม่เกินร้อยละ 70 ของความจุตามมาตรฐานของพาหนะดังกล่าว ข้างต้น

6.6 มีการควบคุมทางเข้าและออก

6.7 มีการคัดกรองไข้ และอาการไอ หอบเหนื่อย จาม หรือเป็นหวัด

6.8 จัดให้มีการระบายอากาศที่ดีภายในอาคาร สถานีโดยสาร ชานชาลา ท่าเรือ ท่าอากาศยาน รวมถึงห้องสุขา และภายในยานพาหนะ ทั้งนี้ ให้ทำความสะอาดเครื่องปรับอากาศ อย่างสม่ำเสมอ

6.9 จัดให้มีระบบคิว และมีพื้นที่รอคิวที่มีที่นั่ง หรือยืนห่างกัน อย่างน้อย 1 เมตร บริเวณสถานีโดยสาร ชานชาลา ท่าเรือ ท่าอากาศยาน และห้องน้ำ

6.10 ควบคุมมิให้มีกิจกรรมที่ใช้เสียงดังภายใน สถานี และงดกิจกรรมที่ทำให้เกิดความแออัด หรือมีการรวมกลุ่มคน

ประสิทธิภาพของมาตรการการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามาตรการการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ที่มีประสิทธิภาพสูงสุด คือ การเว้นระยะห่างทางสังคม ดังการศึกษาในฮ่องกงพบว่าการปฏิบัติตามมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคมในช่วงระยะเวลาของการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 สามารถลดการแพร่กระจายเชื้อในชุมชนได้ ร้อยละ 44 โดยพบว่าการหยุดเรียนหรือปิดโรงเรียนจะช่วยลดอัตราการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 จาก 1.28 คน (95% CI=1.26–1.30) เหลือ 0.72 คน (95% CI=0.70–0.74)⁵⁸ อย่างไรก็ตามการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบยังไม่สามารถสรุปได้อย่างชัดเจนว่าการปิดโรงเรียนจะช่วยลดการแพร่กระจายเชื้อได้ และยังพบว่าความเหมาะสมของมาตรการการปิดโรงเรียนขึ้นอยู่กับบริบทและสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ของแต่ละประเทศ และมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคมอย่างอื่น เช่น การทำงานที่บ้าน อาจจะมีประสิทธิภาพมากกว่า⁵⁹ โดยการเว้นระยะห่างทางสังคมควรมีระยะอย่างน้อย 1 เมตร ดังการทบทวน

วรรณกรรมที่พบว่า การเว้นระยะห่าง 1 เมตรหรือมากกว่า ช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 เมื่อเทียบกับการเว้นระยะห่างน้อยกว่า 1 เมตร (OR=0.18, 95%CI=0.09-0.38) นอกจากนี้พบว่า การสวมหน้ากากป้องกันโรค (N95 หน้ากากอนามัย หน้ากากผ้า) และเครื่องป้องกันหน้า (face shield) ช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 แต่น้อยกว่าการเว้นระยะห่างทางสังคม คือ การสวมหน้ากากป้องกันโรค ช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 เมื่อเทียบกับการไม่สวมหน้ากากป้องกันโรค (OR=0.15, 95%CI=0.07-0.34) และการสวมเครื่องป้องกันช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 เมื่อเทียบกับการไม่สวมเครื่องป้องกันหน้า (OR=0.22, 95%CI=0.12-0.39)⁶⁰

มาตรการการเยียวยาของรัฐ

จากการประเมินสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 พบว่า ประชาชนได้รับผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจเป็นอย่างมาก รัฐจึงมีมาตรการในการเยียวยา โดยการให้เงินช่วยเหลือ ดังนี้

1. มาตรการดูแลและเยียวยาอื่นๆ สำหรับแรงงานลูกจ้าง ลูกจ้างชั่วคราวและอาชีพอิสระ รวมถึงผู้ประกอบการที่ได้รับผลกระทบจากโรคโควิด-19 โดยจะได้รับเงินสนับสนุนจากโครงการ "เราไม่ทิ้งกัน" คนละ 5,000 บาท เป็นเวลา 3 เดือน

2. ช่วยเหลือผู้มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ โดยจ่ายให้กับผู้มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ ที่ไม่ได้รับความช่วยเหลือเยียวยาจากโครงการของภาครัฐ เดือนละ 1,000 บาท ระยะเวลา 3 เดือน โดยจ่ายผ่านบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ

3. ช่วยเหลือกลุ่มผู้เปราะบาง ตามที่กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เสนอ กลุ่มเปราะบาง ซึ่งเป็นผู้ที่ไม่ได้รับการเยียวยาจากมาตรการอื่นของรัฐ และไม่เข้าซ้อนกับระบบประกันสังคม และระบบสวัสดิการของภาครัฐ ประกอบด้วย เด็กจากครัวเรือนยากจน (แรกเกิด-6 ปี) ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป และผู้พิการ โดยจ่ายเงินเยียวยารายละ 1,000 บาทต่อเดือน เพิ่มเติมจากเงินอุดหนุนเพื่อเลี้ยงเด็กแรกเกิด เพิ่มเติมจากเบี้ยความพิการ และเพิ่มเติมจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เป็นเวลา 3 เดือน

4. ช่วยเหลือเกษตรกรที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ของกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ โดยจะได้รับเงินสนับสนุนจากโครงการ "เยียวยาเกษตรกร" คนละ 5,000 บาท เป็นเวลา 3 เดือน

นอกจากนี้ภาคเอกชนและภาคประชาชนได้จัดทำ “ตู้ปันสุข” เพื่อแบ่งปันอาหารและของใช้จำเป็นให้แก่ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคโควิด-19 ซึ่งมีการจัดทำในทุกพื้นที่ ทุกจังหวัด ทั่วประเทศ ซึ่งส่งผลให้ประชาชนไทยทุกคนมีความรัก ความสามัคคี มีน้ำใจ แบ่งปันซึ่งกันและกัน เพื่อให้เป็นวิถีชีวิตแบบใหม่ (new normal) ของประเทศไทย

แผนบูรณาการความร่วมมือพหุภาคีเพื่อความปลอดภัยและลดผลกระทบจากโรคโควิด-19

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดเป้าหมายเพื่อรองรับสถานการณ์โรคโควิด-19 ของประเทศไทย ดังนี้ เพื่อลดโอกาสการแพร่เชื้อเข้าสู่ประเทศไทย ทุกคนในประเทศไทยปลอดภัยจากโรคโควิด-19 และลดผลกระทบทางสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม เพิ่มความมั่นคงของประเทศการบูรณาการมาตรการเฝ้า

ระวัง ป้องกัน การความร่วมมือพหุภาคีเพื่อความปลอดภัยและลดผลกระทบจากโรคโควิด-19 โดยมี 3 เป้าหมายหลัก และ 6 กลยุทธ์ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้⁶¹

เป้าหมายที่ 1 ลดโอกาสการแพร่เชื้อเข้าสู่ประเทศไทย มาตรการสำคัญ คือ เพิ่มสมรรถนะการคัดกรองและตรวจจับผู้ติดเชื้อผู้เดินทางทุกคนที่เดินมาจากเขตติดโรค (ตาม พ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ. 2558) ต้องได้รับการตรวจวัดอุณหภูมิ และคัดกรองโรค (Exit Screening) ณ สนามบินต้นทางโดยนำเนินการติดตั้งเครื่องตรวจวัดอุณหภูมิกาย (Thermo scan) และจัดให้มีการแยกโรคในช่องทางหลักเข้าออกระหว่างประเทศ เช่น สนามบินนานาชาติ และช่องทางรองที่มีผู้เดินทางมาจากประเทศที่มีการระบาด โดยหน่วยงานหลักในการดำเนินงาน ได้แก่ บริษัทท่าอากาศยานไทย สำนักตำรวจแห่งชาติ (สำนักงานตรวจคนเข้าเมือง) กระทรวงคมนาคม กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการต่างประเทศ และกระทรวงการคลัง

เป้าหมายที่ 2 ทุกคนในประเทศไทยต้องปลอดภัยจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019 มีมาตรการสำคัญ คือ

2.1 เพิ่มการเฝ้าระวังและลดการแพร่เชื้อในชุมชน โดยให้ดำเนิน

2.1.1 การรณรงค์ในหมู่ประชาชนทุกจังหวัดเรื่องการล้างมือเพื่อป้องกันโรค การทำความสะอาดพื้นผิวสัมผัสในพื้นที่สาธารณะ และการสวมใส่หน้ากากอนามัย

2.1.2 จัดให้มีหน้ากากอนามัยสำหรับประชาชนในประเทศอย่างเพียงพอ และซื้อได้ในราคาที่เหมาะสม

2.1.3 ส่งเสริมการสวมใส่หน้ากากอนามัยในระบบขนส่งมวลชนอย่างทั่วถึงและสม่ำเสมอในผู้ใช้บริการ พนักงานขับรถ รวมทั้งแท็กซี่ รถรับจ้างทั่วไป

2.1.4 ให้ผู้ประกอบการในธุรกิจท่องเที่ยว เช่น บริษัทนำเที่ยว มัคคุเทศก์ และผู้ประกอบการโรงแรมที่พักสอบถามและสังเกตอาการนักท่องเที่ยวในความรับผิดชอบของตน หากพบสิ่งผิดปกติให้ประสานงานกับหน่วยงานสุขภาพในพื้นที่

2.1.5 มีการจัดการหน้ากากอนามัยที่ใช้แล้วให้ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม หน่วยงานหลักในการดำเนินการ ได้แก่ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงแรงงาน กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงคมนาคม กระทรวงการคลัง กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม สำนักนายกรัฐมนตรี(กรมประชาสัมพันธ์)และกรุงเทพมหานคร

2.2 เพิ่มความพร้อมในการรักษาพยาบาล เตรียมการจัดตั้งคลินิกโรคทางเดินหายใจในทุกโรงพยาบาลของทุกสังกัด กำหนดบทบาทหน้าที่ของสถานพยาบาลแต่ละประเภท เพื่อให้เกิดการรวมหมู่ในการรองรับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีจำนวนเยอะมากขึ้น บูรณาการผู้เชี่ยวชาญและระดมกำลังบุคลากรเพื่อร่วมกันรับมือการระบาด สำรองเวชภัณฑ์และอุปกรณ์ที่จำเป็นในการรักษาพยาบาลให้เพียงพอ หน่วยงานหลักในการดำเนินการ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงแรงงาน กระทรวงศึกษาธิการ

กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงการต่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงคมนาคม กระทรวงการคลัง และกรุงเทพมหานคร

เป้าหมายที่ 3 ลดผลกระทบทางสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และเพิ่มความมั่นคงของประเทศ มาตรการสำคัญ คือ

3.1 สร้างความเชื่อมั่นของประชาชนและภาพลักษณ์ของประเทศ โดยลดความตระหนักรู้ของประชาชน เพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารความเสี่ยงให้ข้อมูลที่ถูกต้องทันเวลา จัดการข่าวลือ/ข่าวปลอมในสาธารณะอย่างเหมาะสม ดำเนินมาตรการต่างๆรวมทั้งให้ข้อมูลกับประชาชนอย่างโปร่งใสโดยยึด " ชีวิตและสุขภาพของประชาชนเป็นสำคัญ" และสนับสนุนความร่วมมือระหว่างประเทศในการควบคุมโรคกับสาธารณสุขประชาชนจีน อาเซียน และนานาชาติ

3.2 ส่งเสริมความร่วมมือของทุกภาคในการลดผลกระทบ โดยส่งเสริมวิสาหกิจชุมชน ท้องถิ่น และครัวเรือนในการผลิตหน้ากากอนามัยแบบผ้า เพิ่มมาตรการบรรเทาและเยียวยาผลกระทบทางเศรษฐกิจที่เกิดจากสถานการณ์ของโรคให้ครอบคลุมทุกภาคส่วน เช่น การออกมาตรการสนับสนุนผู้ประกอบการธุรกิจท่องเที่ยว การหาตลาดใหม่เพื่อทดแทน

3.3 เตรียมความพร้อมในทุกระดับเพื่อรับมือกับภัยจากโรคระบาด โดยการเตรียมระบบการจัดการสาธารณสุขจากโรคระบาด ซึ่งกระทรวงมหาดไทยและทุกหน่วยงานภายใต้ระบบจัดการฯเริ่มดำเนินการจัดทำแผนเตรียมความพร้อมและแผนเผชิญเหตุโดยทันที ทุกจังหวัดเตรียมทรัพยากรและระบบการจัดการรับมือกับปัญหาให้มีความพร้อมสูงสุด

หน่วยงานหลักในการดำเนินการ ได้แก่ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงแรงงาน กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงการต่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงคมนาคม กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม กระทรวงการคลัง สำนักนายกรัฐมนตรี (กรมประชาสัมพันธ์) และกรุงเทพมหานคร

กลยุทธ์ในการดำเนินงาน

กลยุทธ์ในการดำเนินงาน มี 6 กลยุทธ์ ดังนี้ คือ

กลยุทธ์ที่ 1 Capture การเฝ้าระวัง ด้านฯ สถานพยาบาล และชุมชน โดยมีมาตรการดังนี้

1. คัดกรองที่ช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศ
2. จุดคัดกรองที่โรงพยาบาลและจัด ARI clinic แบบ One stop service
3. เฝ้าระวังเชิงรุกในชุมชน ในคนไทยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการรับเชื้อ ได้แก่ ผู้ประกอบการทัวร์ โรงแรม สถานที่ท่องเที่ยว สถานทำงาน และสถานศึกษาที่มีผู้เดินทางมาจากพื้นที่ระบาดจำนวนมาก
4. เฝ้าระวังและสอบสวนเหตุการณ์ระบาดของอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ในชุมชน
5. เฝ้าระวังการป่วยในบุคลากรและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

กลยุทธ์ที่ 2 Case management ดูแลรักษาและป้องกันการแพร่เชื้อ โดยมีมาตรการดังนี้

1. เตรียมพื้นที่รองรับผู้ป่วย จุดคัดกรอง ห้องแยกโรค Cohort ward, ICU/RCU แยกเฉพาะ
2. ทุกโรงพยาบาลซ้อม flow การคัดกรอง การดูแลผู้ป่วยใน ARI clinic และการส่งต่อผู้ป่วย
3. เตรียมโรงพยาบาลขนาดใหญ่เพื่อรองรับผู้ป่วยจำนวนมาก เช่น กำหนดให้มี โรงพยาบาลดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เฉพาะ
4. กำหนดพื้นที่ และจัดทำแผนการจัดการพื้นที่ดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อรองรับผู้ป่วยจำนวนมากเกินกว่าศักยภาพของโรงพยาบาลเตรียมห้องปฏิบัติการให้เพียงพอทุกจังหวัด
5. เตรียมห้องปฏิบัติการวินิจฉัยยืนยันให้เพียงพอทุกจังหวัด ทั้งในสังกัดกระทรวง สาธารณสุข มหาวิทยาลัย กระทรวงอื่นๆ ที่มีศักยภาพ และภาคเอกชนจัดระบบป้องกันแพร่กระจายเชื้อในสถานพยาบาล
6. ประเมินการและจัดหาเวชภัณฑ์ในการดูแลผู้ป่วยให้เพียงพอ เช่น ห้องแยกโรคความดันลบ เครื่องช่วยหายใจ ยาต้านไวรัส และบริหารจัดการ เวชภัณฑ์ระหว่างหน่วยงานเพื่อให้มีการกระจายอย่างเหมาะสม
7. จัดระบบป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในสถานพยาบาล
8. ประเมินการ และจัดหาอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ ให้เพียงพอในทุกจังหวัด

กลยุทธ์ที่ 3 Contact tracing การติดตามผู้สัมผัสและควบคุมโรค โดยมีมาตรการดังนี้

1. ติดตามผู้สัมผัสเสี่ยงสูงของผู้ป่วยยืนยันทุกรายเพื่อคัดกรองอาการและตรวจหาการติดเชื้อ
2. ค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมในพื้นที่ที่พบการระบาดเป็นกลุ่มก้อนและพิจารณาจัดโซนนิ่ง เพื่อแยกโรคในพื้นที่ที่จัดไว้ หรือ home quarantine
3. ส่งเสริมมาตรการ Home isolation เพื่อลดความแออัดของโรงพยาบาล
4. ให้ผู้ที่มีอาการทางเดินหายใจหยุดงาน หยุดเรียน โดยมีมาตรการชดเชยที่เหมาะสม
5. กำหนดมาตรการให้ทำงานที่บ้าน หลีกเลี่ยงการไปในที่คนแออัดโดยเฉพาะเมื่อมีอาการป่วย
6. ส่งเสริมการป้องกันโรคในระดับสาธารณะ (Social distancing) โดยให้เลื่อนหรืองดการจัดชุมนุมขนาดใหญ่ที่เสี่ยงต่อการแพร่โรค
7. การปิดสถานที่ที่เกิดการระบาดและควบคุมการระบาดในสถานที่ที่มีคนจำนวนมาก เช่น โรงเรียน เรือนจำ ค่ายทหาร
8. การพิจารณาประกาศพื้นที่ประสบภัยพิบัติเพื่อควบคุมการระบาดในชุมชน

กลยุทธ์ที่ 4 Communication การสื่อสารความเสี่ยง โดยมีมาตรการดังนี้

1. การจัดทำและเผยแพร่สถานการณ์การระบาดในต่างประเทศและในประเทศไทย ตามช่องทางการสื่อสารต่างๆ เพื่อให้ประชาชนรับทราบความเสี่ยงและลดความตระหนก
2. การสื่อสารสถานการณ์และมาตรการในพื้นที่ที่เกิดการระบาด
3. การรณรงค์เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ

กลยุทธ์ที่ 5 Community participation & Law มาตรการทางกฎหมายและชุมชนมีส่วนร่วม โดยมีมาตรการดังนี้

1. การชี้แจงมาตรการทางกฎหมายที่จำเป็นต้องใช้เพื่อควบคุมการระบาด
2. รณรงค์หรือบังคับใช้หน้ากากอนามัย 100% ในพื้นที่ระบาด และในกิจกรรมชุมชน
3. องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นบังคับใช้เทศบัญญัติหรือข้อบัญญัติท้องถิ่นตามความจำเป็น

กลยุทธ์ที่ 6 Coordinating and Joint Information Center ประสานงานรวบรวมข้อมูล โดยมีมาตรการดังนี้

1. จัดตั้งศูนย์ประสานงานและติดตามข้อมูลระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ
2. ประสานข้อมูลกับหน่วยงานภายในจังหวัด และหน่วยงานอื่น ๆ เพื่อติดตามสถานการณ์ข้อสั่งการ วิเคราะห์ความเสี่ยง
3. รายงานการประเมินสถานการณ์ ผลการดำเนินงานของทีมปฏิบัติการ และทีมสนับสนุนวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค และให้ข้อเสนอแนะแก่คณะกรรมการโรคติดต่อระดับจังหวัด

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 สถานบันเทิง) หรือกลับจากไปร่วมกิจกรรมที่มีคนร่วมเป็นจำนวนมาก เป็นต้น

- ติดตามข่าวสาร/สถานการณ์การแพร่ระบาดทุกระยะอย่างใกล้ชิด ประกอบการคัดกรองบุคคลที่มาจากสถานที่/จังหวัด/ประเทศที่มีความเสี่ยง

- ผู้ที่อยู่ในระยะใกล้ชิดกับผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 หรือไปรวมอยู่ในสถานที่ที่ผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19

1.3 การปฏิบัติในกรณีที่มีผู้เข้าข่ายตามข้อ 1.2 ดังนี้

- จัดทำบัญชีรายชื่อคนในชุมชนที่เป็นผู้เข้าข่าย

- ฝ้าติดตามสังเกตอาการเป็นระยะเวลา 14 วัน นับแต่วันที่ผู้เข้าข่ายเดินทางไปยังสถานที่เสี่ยงต่อการระบาด

- ขอความร่วมมือผู้เข้าข่ายพักอาศัยอยู่แต่ในบ้านเรือนเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 14 วัน และให้งดหรือหลีกเลี่ยงการเดินทางไปยังสถานที่ต่างๆ นอกชุมชนไว้ก่อน

- รายงานข้อมูลดังกล่าว ไปยังผู้นำชุมชน เพื่อรายงานตามขั้นตอนต่อไป โดยให้รายงานทุกวัน

2. มาตรการเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ภายในชุมชน

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

2.1 แจ้งเตือนประชาชนในชุมชน ดังนี้

- ประชาชนทุกคนต้องใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าทุกครั้ง เมื่อออกจากบ้านไปในพื้นที่ชุมชนหรืออยู่ร่วมกับผู้ที่ต้องกักกัน ทั้งกรณีที่มาจากต่างจังหวัด และต่างประเทศ

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

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

2.2 กรณีบุคคลที่เดินทางมาจากประเทศที่เป็นเขตโรคติดต่ออันตราย และประเทศที่มีการระบาดต่อเนื่อง

- แจ้งบุคคลดังกล่าวให้กักกันตัวไว้เพื่อสังเกตอาการ เป็นระยะเวลา 14 วัน

- เผื่อระวัง สังเกต และควบคุมผู้เดินทางมาจากต่างประเทศ ให้กักกันตัวไว้สังเกตอาการให้ครบ 14 วัน โดยห้ามออกจากที่กักกันอาการ

- กรณีถูกกักกันหรือถูกคุมไว้สังเกตอาการ มีอาการป่วยเป็นไข้ หรือมีเหตุอันควรหรืออาการต้องสงสัย ให้แจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยทันที และหากมีเหตุอันควรหรือมีอาการต้องสงสัยให้แจ้งโรงพยาบาลที่รับผิดชอบดำเนินการรับตัวไปรักษาทันที

2.3 กรณีบุคคลที่เดินทางกลับ หรือมีการเดินทางไปยังสถานที่เสี่ยงต่อการแพร่ระบาดที่มีคนแออัดเบียดเสียด ตามข้อ 2.2 แล้วมีอาการป่วยเป็นไข้ให้แจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยทันที และหากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประเมินอาการว่าเข้าข่ายสงสัยอาจจะติดเชื้อโควิด-19 ให้แจ้งโรงพยาบาลที่รับผิดชอบดำเนินการรับตัวไปรักษาทันที

2.4 กรณีบุคคลที่เป็นผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 หรือไปร่วมอยู่ในสถานที่ที่ผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ไปปรากฏตัว ให้แจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทราบทันที เพื่อดำเนินการตามมาตรการคัดกรองแยกกักกัน หรือคุมไว้สังเกตอาการ

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

2.6 กรณีมีคนในชุมชน ได้รับการยืนยันว่าเป็นผู้ติดเชื้อโควิด-19 ให้แจ้งเทศบาลหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องเข้าไปดำเนินการทำความสะอาดฆ่าเชื้อพื้นที่ที่มีผู้ติดเชื้อไปทำกิจกรรม เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโดยเร็ว

3. การป้องกันและเผื่อระวัง กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง เด็ก และหญิงตั้งครรภ์ ในชุมชน

3.1 ให้อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) จัดทำทะเบียนกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง เด็ก และหญิง มีครรภ์ในชุมชน ซึ่งเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 ได้ง่าย

3.2 ให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ให้ปฏิบัติตัวอย่างเคร่งครัด ดังนี้

- ให้หลีกเลี่ยงการพบปะ และสัมผัสกับบุคคลที่เดินทางกลับจากจังหวัดที่มีการระบาด จากต่างประเทศ หรือมีการเดินทางไปยังสถานที่เสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

- งดไปร่วมกิจกรรมที่มีคนมารวมตัวกันจำนวนมาก และงดการไปในชุมชน

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

บทบาทของชุมชนในการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19

ชุมชนมีบทบาทสำคัญอย่างมากในการป้องกันการแพร่กระจายของโรคโควิด-19 เนื่องจากในชุมชนต่าง ๆ อาจมีผู้ติดเชื้อ และประชาชนกลุ่มเสี่ยงกระจายอยู่ในพื้นที่ ดังนั้นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพประชาชน/สุขภาพตนเอง และป้องกันการแพร่กระจายของโรคโควิด-19 รวมถึงมีบทบาทในการฟื้นฟู ดูแล การเปิดพื้นที่เมืองและชุมชน เพื่อให้ประชาชนสามารถใช้ชีวิตและประกอบอาชีพตามปกติ ได้อย่างมั่นใจ ซึ่งบทบาทสำคัญของชุมชนในการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19 มีดังนี้⁶²⁻⁶⁴

1. ควบคุม กำกับ ดูแลรักษาความสะอาดป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อโรคร้ายอย่างเคร่งครัด ของสถานประกอบการและกิจการในพื้นที่รับผิดชอบ โดยจัดเตรียมอุปกรณ์ในการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล และการป้องกันตนเองสำหรับผู้ประกอบการ และผู้รับบริการ

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

3. การจัดการมูลฝอย ต้องคัดแยกกระตักครัวเรือน การเก็บรวบรวม และการกำจัด ตามคำแนะนำการจัดการมูลฝอยสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และจัดจุดรวบรวม มูลฝอย พร้อมภาชนะรองรับที่มีฝาปิดอย่างเพียงพอและทั่วถึง กรณีมูลฝอยที่ปนเปื้อนน้ำมูก น้ำลาย สารคัดหลั่ง เช่น หน้ากากอนามัย กระดาษทิชชู ต้องใส่ถุงขยะ 2 ชั้น โดยถุงขยะใบแรกที่บรรจุมูลฝอยแล้วให้ราดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อหรือน้ำยาฟอกขาว มัดปากถุงให้แน่นและซ้อนด้วยถุงขยะอีก 1 ชั้น มัดปากถุงให้แน่น นำไปทิ้งร่วมกับขยะทั่วไป หรือจัดเก็บรวบรวมแยกไว้เฉพาะตามที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด

4. เฝ้าระวังอาการผิดปกติของตนเอง และครอบครัว

5. ให้ความร่วมมือกับ อสม. และเจ้าหน้าที่รัฐในการปฏิบัติตามมาตรการของรัฐที่กำหนด

5. มีส่วนร่วมในการสังเกตและแจ้งข้อมูลความผิดปกติที่อาจเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด-19 แก่ อสม. และเจ้าหน้าที่ของรัฐ

7. การคัดกรองผู้ที่มาจากพื้นที่เสี่ยง ผู้นำชุมชนและประชาชนในพื้นที่ร่วมกันค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่เข้ามาพักอาศัยอยู่ในหมู่บ้าน/ชุมชน ดังนี้

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

7.2 ผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคโควิด-19 หรือไปร่วมอยู่ในสถานที่ที่ผู้ป่วยโรคโควิด-19 ไปปรากฏตัว

8. การเฝ้าระวังผู้ที่มาจากพื้นที่เสี่ยง ผู้นำชุมชนและประชาชนในพื้นที่ร่วมกันเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงที่เข้ามาพักอาศัยอยู่ในหมู่บ้าน/ชุมชน ดังนี้

8.1 จัดทำบัญชีรายชื่อเพื่อเฝ้าติดตามสังเกตอาการเป็นระยะเวลา 14 วัน นับแต่วันที่ผู้นั้นเดินทางไปยังสถานที่เสี่ยงต่อการแพร่ระบาด

8.2 ขอความร่วมมือผู้ในเฝ้าหรือหลีกเลี่ยงการเดินทางไปยังสถานที่ต่าง ๆ นอกหมู่บ้าน/ชุมชนไว้ก่อนหรือพักอาศัยอยู่แต่ในบ้านเรือนเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 14 วัน

8.3 ขอให้รายงานข้อมูลดังกล่าวให้เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อติดตาม เฝ้าระวัง และให้ส่งข้อมูลให้อำเภอรอบเพื่อบันทึกข้อมูลเข้าระบบรายงาน

ประเภทของสถานที่กักกันโรคโควิด-19

คณะทำงานด้านภารกิจมาตรฐานการกักกัน (quarantine) ภายใต้ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค ได้กำหนดแนวทางปฏิบัติในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 จากผู้เดินทางซึ่งมาจากท้องที่หรือเมืองท่านอกราชอาณาจักร โดยแบ่งสถานที่กักกันสำหรับกลุ่มคนดังกล่าว ออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้⁶⁵

1. State Quarantine (SQ) สามารถแบ่งออกตามพื้นที่ และหน่วยงานที่รับผิดชอบได้ดังนี้

1.1 State Quarantine (SQ) หมายความว่า การกักกันผู้เดินทางเข้ามาในราชอาณาจักร โดยใช้สถานประกอบการธุรกิจโรงแรม หรือสถานที่ที่รัฐกำหนดให้เป็นสถานที่กักกันเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคโควิด 19 เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 14 วัน ตามหลักเกณฑ์แนวทางที่รัฐกำหนด ซึ่งเริ่มดำเนินงานตั้งแต่เดือนเมษายน 2563

1.2 Alternative State Quarantine (ASQ) หมายความว่า การกักกันผู้เดินทางทั้งชาวไทย และชาวต่างชาติเข้ามาในราชอาณาจักร โดยใช้สถานประกอบการ ธุรกิจโรงแรม หรือสถานที่ที่รัฐกำหนดให้เป็นสถานที่กักกัน เพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคโควิด 19 เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 14 วัน ตามหลักเกณฑ์แนวทางที่รัฐกำหนด โดยยินยอมชำระค่าใช้จ่ายเองทั้งหมดระหว่างกักกันตนโดยสมัครใจ ซึ่งเริ่มดำเนินงานตั้งแต่เดือนเมษายน 2563

1.3 Local Quarantine (LQ) หมายความว่า การกักกันผู้เดินทางเข้ามาในพื้นที่ปกครองระดับจังหวัด โดยใช้สถานที่ที่รัฐกำหนดให้เป็นสถานที่กักกัน เพื่อการเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคโควิด 19 เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 14 วัน ตามหลักเกณฑ์แนวทางที่รัฐกำหนด ซึ่งเริ่มดำเนินงานตั้งแต่เดือนมีนาคม 2563

1.4 Alternative Local Quarantine (ALQ) หมายความว่า การกักกันผู้เดินทางเข้ามาในพื้นที่ปกครองระดับจังหวัด โดยใช้สถานที่ที่รัฐกำหนดให้เป็นสถานที่กักกัน เพื่อการเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคโควิด 19 เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 14 วัน ตามหลักเกณฑ์แนวทางที่รัฐกำหนด โดยยินยอมชำระค่าใช้จ่ายเองทั้งหมดระหว่างกักกันตนโดยสมัครใจ

2. Organizational Quarantine (OQ) หมายความว่า การกักกันผู้เดินทางที่ดำเนินการโดยองค์กรหรือหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน โดยใช้สถานประกอบการธุรกิจโรงแรม หรือสถานที่ที่รัฐกำหนดให้เป็นสถานที่กักกันเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคโควิด 19 ตามหลักเกณฑ์แนวทางที่รัฐกำหนด โดยองค์กรหรือหน่วยงานนั้นเป็นผู้รับผิดชอบการบริหารจัดการและค่าใช้จ่ายทั้งหมดในการดำเนินการกักกัน ซึ่งเริ่มดำเนินงานตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2563

3. Hospital Quarantine (HQ) หมายถึง การกักกันผู้เดินทางเข้ามาในราชอาณาจักร โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะเพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ซึ่งได้มีการนัดหมายไว้ล่วงหน้า โดยใช้สถานพยาบาลที่รัฐกำหนดให้เป็นสถานที่กักกัน เฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อโควิด 19 พร้อมกับการรักษาพยาบาลตามกลุ่มโรค/ อาการ/ หัตถการที่นัดหมาย เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 14 วัน ตามหลักเกณฑ์และแนวทางที่รัฐกำหนด โดยยินยอมชำระค่าใช้จ่ายเองทั้งหมดระหว่างกักกันตนโดยสมัครใจ ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการกักกันตัวในสถานพยาบาลภาครัฐและภาคเอกชนให้เป็นไปตามสิทธิรวมทั้งให้ชำระส่วนเกินสิทธิด้วยตนเองโดยสมัครใจ ซึ่งเริ่มดำเนินงานตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2563

4. Alternative Hospital Quarantine (AHQ) หมายถึง การกักกันผู้เดินทางต่างชาติเข้ามาในราชอาณาจักร โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะเพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ซึ่งได้มีการนัดหมายไว้ล่วงหน้า โดยใช้สถานพยาบาลที่รัฐกำหนดให้เป็นสถานที่กักกัน เฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อโควิด 19 พร้อมกับการรักษาพยาบาลตามกลุ่มโรค/ อาการ/ หัตถการที่นัดหมาย เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 14 วัน ตามหลักเกณฑ์และแนวทางที่รัฐกำหนด โดยยินยอมชำระค่าใช้จ่ายเองทั้งหมดระหว่างกักกันตนโดยสมัครใจ ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการกักกันตัวในสถานพยาบาลให้เป็นไปตามสิทธิรวมทั้งให้ชำระส่วนเกินสิทธิด้วยตนเองโดยสมัครใจ ซึ่งเริ่มดำเนินงานตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2563

นอกจากนี้ผู้ที่เข้าข่ายเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 ให้กักกันที่บ้าน (home quarantine) โดยกักกันตัว สังเกตอาการไข้ และอาการผิดปกติของการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจตนเองที่บ้าน เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 14 วัน

สำหรับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของประเทศที่ผ่านมาประสบความสำเร็จและได้รับการยกย่องจากองค์การอนามัยโลกและจากการจัดอันดับโดย The Global COVID-19 Index (GCI) จัดอันดับประเทศไทย เป็นประเทศที่ฟื้นตัวจากสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด-19 และรับมือได้ดีที่สุดของโลก เป็นอันดับ 1 ของโลก⁶⁶ เนื่องจากประเทศไทยมีระบบสาธารณสุขพื้นฐานที่เข้มแข็ง ที่พัฒนามายาวนานถึง 40 ปี มีการออกแบบระบบให้ปรับเปลี่ยนได้ตามความต้องการตอบสนองได้อย่างรวดเร็ว ทุกภาคส่วนในสังคมมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคโควิด-19 ส่งผลให้การค้นหา กักกันรักษา และติดตามผู้สัมผัส เป็นไปได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครสาธารณสุข (ออส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) ซึ่งทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการเฝ้าระวังและควบคุมการแพร่ระบาดในชุมชน มีบุคลากรทางการแพทย์ที่มีแรงจูงใจ ทุ่มเททำงาน มีนักระบาดวิทยาภาคสนามที่มีความชำนาญ ห้องปฏิบัติการมีศักยภาพสูง และความร่วมมือของทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาสังคม เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ประเทศไทยควบคุมการระบาดของโรคโควิด 19 ได้

แม้ว่าประเทศไทยจะควบคุมการระบาดของโรคโควิด-19 ในช่วงเวลาที่ผ่านมาได้ดี แต่ไม่สามารถเป็นหลักประกันได้ว่าจะไม่เกิดการระบาดที่รุนแรงในระลอกสอง ดังตัวอย่างในหลายประเทศที่ควบคุมได้ดีในระยะแรก แต่เกิดการระบาดครั้งใหม่ เช่น จีน ฮองกง ญี่ปุ่น เกาหลี สิงคโปร์ และออสเตรเลีย เป็นต้น ดังนั้นประเทศไทยก็มีโอกาสสูงที่จะเกิดการระบาดระลอกสอง เพราะประเทศไทยต้องมีการติดต่อกับต่างประเทศ และมีพรมแดนทางธรรมชาติติดกับประเทศเพื่อนบ้านโดยรอบ ทำให้มีผู้ลักลอบเดินทางเข้าประเทศแบบผิดกฎหมายเป็นจำนวนมาก นอกจากนี้ในการแก้ไขปัญหาการตกรงาน หากเร่งการเติบโตทางเศรษฐกิจโดยที่ไม่มีความพร้อม ไม่มีกระบวนการ และการเตรียมการที่ดี ในระยะเวลาที่เหมาะสม อาจจะทำให้เกิดการระบาดครั้งใหม่ได้ ดังนั้นภาครัฐจึงได้จัดเตรียมแผนรับการระบาดครั้งใหม่ของโรคโควิด-19 รวมถึงประชาชนต้องปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างเคร่งครัด

มาตรการสำคัญในการป้องกันการระบาดของโรคโควิด-19 ในระลอกสอง

มาตรการสำคัญในการป้องกันการระบาดของโรคโควิด-19 ในระลอกสอง สรุปได้ดังนี้

1. ประชาชนต้องคงมาตรการส่วนบุคคล ได้แก่ การสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยในที่สาธารณะ การล้างมือ การเว้นระยะห่างทางสังคม การไม่รวมตัวกันจำนวนมาก และงดทำกิจกรรมที่เสี่ยงต่อการแพร่ระบาด
2. การควบคุมโรคขั้นพื้นฐาน ได้แก่ การตรวจหาผู้ติดเชื้ออย่างรวดเร็ว การแยกผู้ติดเชื้อ การรักษา การเตรียมความพร้อมของสถานพยาบาลเพื่อรองรับผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงให้เพียงพอ การค้นหาผู้สัมผัสใกล้ชิด การกักกัน และการเฝ้าระวังการติดเชื้อโรคโควิด-19 ด้วยตนเองที่บ้าน
3. สถานประกอบการ สถานบันเทิง และสถานที่ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของโรคโควิด-19 ต้องมีการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดอย่างเคร่งครัด หากเกิดการระบาดเป็นกลุ่มก้อนและจำเป็นต้องปิดกิจการหรือสถานบันเทิงและงดกิจกรรมที่ก่อให้เกิดการระบาดดังกล่าว
4. กรณีที่มีการระบาดในระลอกสอง อาจจำเป็นต้องมีการล็อกดาวน์ เพื่อจำกัดการระบาดของโรคโควิด-19 ไม่ให้เกิดการระบาดในวงกว้าง
5. ต้องมีการจัดทำแผนเตรียมรับการระบาดครั้งใหม่ของโรคโควิด-19 และซ้อมแผนการควบคุมการระบาดเพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ

แผนเตรียมรับการระบาดครั้งใหม่ของโรคโควิด-19⁶⁷

การเตรียมรับมือการระบาดครั้งใหม่ของโรคโควิด-19 มีเป้าหมาย ดังนี้

1. เพื่อลดโอกาสการแพร่เชื้อเข้าสู่ประเทศไทย
2. ทุกคนในประเทศไทยต้องปลอดภัยจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
3. ลดผลกระทบทางสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม เพิ่มความมั่นคงของประเทศ

การบูรณาการความร่วมมือพหุภาคีเพื่อความปลอดภัยและลดผลกระทบจากโรคโควิด-19 โดยใช้กลยุทธ์ OTTIQ ซึ่งสรุปได้ดังนี้

Q: Quarantine การกักกันกลุ่มเสี่ยง ซึ่งผู้ถูกกักกัน ได้แก่ 1) ผู้ที่เดินทางมาจากพื้นที่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่เดินทางผ่านช่องทางเข้าออกประเทศ เช่น สนามบิน ท่าเรือ และด่านพรมแดน เป็นต้น 2) ผู้ที่สงสัยติดเชื้อที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรคโควิด-19 จะทำการกักกันในโรงพยาบาลที่รัฐจัดให้ หรือโรงพยาบาลทางเลือกเพื่อสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด และ 3) ประชาชนกลุ่มเสี่ยง และจุดเสี่ยงในชุมชน โรงเรียน และแหล่งท่องเที่ยว

T: Testing การเฝ้าระวัง และตรวจจับที่รวดเร็ว (early detection) โดยเพิ่มศักยภาพห้องปฏิบัติการในการตรวจหาเชื้อโควิด-19 ให้ได้มาตรฐาน และเพิ่มศักยภาพของบุคลากรสุขภาพในการเก็บตัวอย่างส่งตรวจ และตรวจหาเชื้อด้วยวิธี reverse transcription polymerase chain reaction (RT-PCR)

T: Tracing การติดตามผู้สัมผัสและควบคุมโรค ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่ 1) การติดตามผู้สัมผัสใกล้ชิด (close contact tracing) 2) การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก (active case finding) และ 3) การค้นหาผู้ติดเชื้อในชุมชน (asymptomatic infection finding)

I: Isolation การแยกกักผู้ป่วย โดยการเตรียมความพร้อมของสถานพยาบาลเพื่อรองรับผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงให้เพียงพอ เช่น การเตรียมความพร้อมของบุคลากรสุขภาพ จำนวนเตียง และครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เป็นต้น

Q: Quarantine การกักกันผู้สัมผัสกลุ่มเสี่ยง ผู้ที่เข้าข่ายเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 ให้กักกันที่บ้าน

การเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตเชิงรุกในสถานการณ์โรคโควิด-19

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตเชิงรุก และเตรียมความพร้อมในการรับมือกับการติดเชื้อโรคโควิด-19 ระลอกสอง โดยมีแผนการดำเนินงาน ดังนี้ 1) มีการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตของประชากรกลุ่มเสี่ยง (active surveillance) โดยรายงานผลการเฝ้าระวังทุกสัปดาห์ 2) มีทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต (Mental Health Crisis Assessment and Treatment Team: MCATT) ทุกอำเภอ เพื่อรองรับปัญหาวิกฤติสุขภาพจิตจากการระบาดของโควิด-19 3) มีระบบบริการจิตเวชแบบวิถีใหม่ (new normal psychiatric service) 4) มีระบบสายด่วนสุขภาพจิต 1323 และสายด่วนในแต่ละภูมิภาคเพื่อรองรับผู้ต้องการคำปรึกษาทางสุขภาพจิต และ 5) ปรับห่อผู้ป่วยเพื่อรองรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อหรือแพร่เชื้อโควิด-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 อยู่ในระดับดี¹¹ 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 ไม่สวมหน้ากากอนามัยขณะดูแลผู้ป่วย⁴ นอกจากนี้การศึกษาในนักศึกษามหาวิทยาลัยประเทศบังคลาเทศเกี่ยวกับการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 พบว่านักศึกษาส่วนใหญ่ร้อยละ 89.5 มีการทำความสะอาดมือบ่อยครั้ง ร้อยละ 82.3 มีการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ร้อยละ 59.7 มีการเว้นระยะห่างทางสังคม โดยการอยู่บ้านและหลีกเลี่ยงการไปในที่ชุมชน และร้อยละ 53.8 สวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกนอกบ้าน⁵ การศึกษาประชาชนที่อยู่ในชุมชนของประเทศเคนยาพบว่า ร้อยละ 97.1 ทำความสะอาดมือบ่อยครั้ง ร้อยละ 94.1 หลีกเลี่ยงการไปในที่ชุมชน ร้อยละ 81.5 รักษาระยะห่างจากบุคคลอื่นอย่างน้อย 2 เมตร ร้อยละ 79.3 อยู่บ้าน และร้อยละ 73.2 ให้คำแนะนำผู้อื่นในการสังเกตอาการของการติดเชื้อ⁶ คล้ายคลึงกับอีกหนึ่ง การศึกษาจากประเทศเคนยาที่พบว่า 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 มีการออกนอกบ้าน⁷ การศึกษาการปฏิบัติต่อการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนในประเทศจีน ปี ค.ศ. 2020 พบว่า ร้อยละ 98 ของกลุ่มตัวอย่างสวมใส่หน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้าน ร้อยละ 96.4 ของประชาชนหลีกเลี่ยงการไปในสถานที่แออัด⁶⁸

สำหรับการศึกษาการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ในประเทศไทยพบว่า ประชาชนปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 ของกระทรวงสาธารณสุขได้ในระดับสูง โดยร้อยละ 80.0-94.0 ไม่มีกิจกรรม/สังสรรค์ 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 ใส่หน้ากากอนามัย/หน้ากากผ้าเมื่อออกนอกบ้าน ยกเว้นการใช้มือจับใบหน้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการใช้มือจับใบหน้าเป็นบางครั้งสูงถึงร้อยละ 65.0-90.0 และการเว้นระยะห่างทางสังคม ที่

พบว่ามียุทธศาสตร์อย่างเพียงร้อยละ 11.7-16.7 ที่รักษาระยะห่างได้ 1-2 เมตร⁸ คล้ายคลึงกับอีกหนึ่งการศึกษาที่พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในการป้องกันโรคโควิด-19 ได้ถูกต้อง โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างใส่หน้ากากอนามัยเมื่อพูดคุยกับผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 (ร้อยละ 94.5) และผู้ที่ถูกกักกันหรือผู้กักกันตนเอง (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) โดยให้อยู่แยกห้อง/แยกบ้านกับผู้อื่น ล้างมือหรือทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจลก่อนรับประทานอาหารร่วมกับผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 (ร้อยละ 87.0) และผู้ที่ถูกกักกันหรือผู้กักกันตนเอง (ร้อยละ 86.5) แนะนำวิธีป้องกันการติดเชื้อ/การแพร่เชื้อโรคโควิด-19 ให้ผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 (ร้อยละ 87.0) และผู้ที่ถูกกักกันหรือผู้กักกันตนเอง (ร้อยละ 86.0) พูดคุยกับผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 (ร้อยละ 86.0) และผู้ที่ถูกกักกันหรือผู้กักกันตนเอง (ร้อยละ 88.5) แต่เว้นระยะห่างอย่างน้อย 1-2 เมตร⁹ แตกต่างกับการศึกษาในประชาชนที่มีฐานะยากจนที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง ซึ่งพบว่ามีพฤติกรรมการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ค่อนข้างน้อย โดยพบว่ามียุทธศาสตร์เพียงร้อยละ 44.3 ที่พกเจลหรือแอลกอฮอล์ล้างมือทุกครั้งที่ออกจากบ้าน และร้อยละ 43.8 ไม่สามารถใช้พื้นที่อยู่อาศัยเป็นที่กักสมาชิกในครอบครัวโดยแยกจากคนอื่นเนื่องจากมีพื้นที่ไม่เพียงพอ ส่วนการปฏิบัติที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติได้คือ ใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้งที่ออกจากบ้าน คิดเป็นร้อยละ 89.9¹⁰

ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19

จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 โดยการศึกษาในต่างประเทศ ดังเช่นการศึกษาในประเทศปากีสถานพบว่า บุคลากรสุขภาพมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคโควิด-19 คือ เกิดจากเชื้อไวรัส (ร้อยละ 100.0) อาการและอาการแสดง (ร้อยละ 98.8) การทำความสะอาดมือป้องกันการติดเชื้อได้ (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)¹¹ สำหรับการศึกษาในนักศึกษามหาวิทยาลัยประเทศบังคลาเทศพบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบได้ถูกต้องเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของโรคโควิด-19 โดยมีอาการไข้ (ร้อยละ 91.8) มีอาการไอแห้ง ๆ (ร้อยละ 81.3) มีอาการหายใจลำบาก (ร้อยละ 78.4) มีความรู้สึกไม่สุขสบาย (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)⁵ ส่วนการศึกษาในประเทศอัฟกานิสถาน

พบว่า 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)¹² การศึกษาประชาชนในประเทศอินโดนีเซียพบว่า ประชาชนมีความรู้ในระดับดี ร้อยละ 98⁶⁹ การศึกษาในประเทศอียิปต์พบว่า ประชาชนมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 16.39 คะแนน จากคะแนนเต็ม 23.00 คะแนน ซึ่งกลุ่มที่มีคะแนนรู้น้อย คือ กลุ่มประชาชนที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป กลุ่มที่ไม่ได้รับการศึกษา หรือมีการศึกษาระดับประถม และมีธม ผู้ที่มีรายได้น้อย และผู้อาศัยอยู่ในชนบท⁷⁰

สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ดังเช่นการศึกษาของคณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจากทั่วทุกภาคของประเทศไทย พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 62 มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับวิธีการป้องกันตนเองโดยการอยู่บ้าน/ทำงานที่บ้าน การไม่ใช้ภาชนะร่วมกับคนอื่น การใส่หน้ากากอนามัย/หน้ากากผ้า การกินร้อน การล้างมือให้สะอาดเป็นประจำ การเว้นระยะห่างทางสังคม และห้ามจับใบหน้า และมีความรู้ที่ถูกต้องว่า การยืนการแฉ่ง การตีหม้อ/แอลกอฮอล์ไม่สามารถฆ่าเชื้อโรคได้ แต่มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 28 เข้าใจผิดว่า การยืนการแฉ่ง การตีหม้อ/แอลกอฮอล์สามารถฆ่าเชื้อโรคได้⁹ 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-19⁹

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 ทำให้ขาดแคลนอาหาร⁶ การศึกษาประชาชนในประเทศอินโดนีเซียพบว่า ประชาชนมีทัศนคติทางบวกเกี่ยวกับการระบาดร้อยละ 96 แต่อย่างไรก็ตามมีทัศนคติเชิงลบอยู่ 2 ประเด็น คือ ต้องรักษาระยะห่าง 1-5 เมตร เมื่อเข้าไปอยู่ในที่ชุมชนร้อยละ 78.6 ทำให้ไม่สามารถออกกำลังกาย หรือการออกไปรับประทานอาหารได้ตามปกติร้อยละ 79.1⁶⁹

สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อมั่นว่าการปฏิบัติตามแนวทางของสาธารณสุขจะช่วยลดการแพร่กระจายของเชื้อในระดับมากถึงมากที่สุด กลุ่มตัวอย่างคิดว่าการปฏิบัติตามแนวทางของสาธารณสุขมีความสำคัญในระดับมากถึงมากที่สุด กลุ่มอย่างมีความตั้งใจในการปฏิบัติตามแนวทางของสาธารณสุขในระดับมากถึงมากที่สุด และกลุ่มตัวอย่างคิดว่าคนในชุมชน/สังคมสามารถปฏิบัติตามแนวทางของสาธารณสุขได้ดีในระดับมาก⁸ นอกจากนี้มีการศึกษาที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติทางลบต่อ

ผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ที่ถูกกักกันหรือผู้กักกันตนเองในหลายประเด็น โดยกลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 90 มีความเห็นว่าผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ที่ถูกกักกันหรือผู้กักกันตนเอง ได้รับเชื้อหรือมีโอกาสได้รับเชื้อจากพฤติกรรมกรรมกำมั่วสุมนในสถานที่อโคจร และมีความเห็นว่าการได้รับเชื้อหรือมีโอกาสได้รับเชื้อเกิดจากการไม่รับผิดชอบต่อตนเอง นอกจากนี้มีความเห็นว่าผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ที่ถูกกักกันหรือผู้กักกันตนเอง เป็นบุคคลที่น่าเชื่อถือมาแพร่ให้คนในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 87.5 และ 84.5 ตามลำดับ แต่มีทัศนคติทางบวกคือ มีความเห็นว่าผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ที่ถูกกักกันหรือผู้กักกันตนเอง เป็นบุคคลที่สมาชิกในครอบครัวต้องดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผ่านภาวะวิกฤติของชีวิตไปได้ คิดเป็นร้อยละ 87.0 และ 87.5 ตามลำดับ และเป็นบุคคลที่คนในชุมชนต้องดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผ่านภาวะวิกฤติของชีวิตไปได้ คิดเป็นร้อยละ 86.0 และ 84.5⁹

การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19

จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 โดยการศึกษาในต่างประเทศ ดังเช่นการศึกษาในประเทศเคนยาพบว่า ประชาชนร้อยละ 42.0 มีการรับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อโรคโควิด-19 และร้อยละ 24.0 รับรู้ว่าจะตนเองมีความเสี่ยงต่ำ เนื่องจากการเว้นระยะห่างทางสังคม อยู่บ้าน สวมหน้ากากอนามัย และทำความสะอาดมือ⁷ สำหรับการศึกษาในประเทศแอฟริกาใต้ เคนยา และไนจีเรียพบว่า ประชาชนร้อยละ 94.0 วิตกกังวลเกี่ยวกับการระบาดของโรคโควิด-19 โดยร้อยละ 23.0 วิตกกังวลว่าตนเองจะติดเชื้อ ร้อยละ 19.0 วิตกกังวลเกี่ยวกับผลกระทบทางเศรษฐกิจ ร้อยละ 14.0 วิตกกังวลเรื่องการจำกัดการเดินทาง และร้อยละ 10.0 วิตกกังวลเกี่ยวกับการติดเชื้อในพื้นที่¹³ 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 มีความเห็นว่ามาตรการในการจำกัดการเดินทางและให้อยู่บ้านส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ¹² การศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อและผลกระทบของโรคโควิด-19 ของนักศึกษามหาวิทยาลัยในประเทศบังคลาเทศ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ในระดับมากถึงมากที่สุด โดยร้อยละ 70.2 กลัวที่จะติดเชื้อ ร้อยละ 67.9 วิตกกังวลเกี่ยวกับผลกระทบ และร้อยละ 66.3 วิตกกังวลที่จะติดเชื้อ⁵

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 จากเพื่อน/ครอบครัว ซึ่งประชาชนเพียงร้อยละ 20.0 ที่มีความเห็นว่าข้อมูลจากสื่อสังคมออนไลน์มีความถูกต้องทั้งหมด ร้อยละ 65.0 เพียงบางส่วน และร้อยละ 15.0 ไม่มีความถูกต้อง¹³ คล้ายคลึงกับการศึกษาประชาชนประเทศเคนยาซึ่งพบว่า ประชาชนรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 จากหลายแหล่งดังนี้ ร้อยละ 83.8 จากช่องโทรทัศน์

ของรัฐบาล 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 จากผู้นำศาสนาคริสต์⁶ 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 จากผู้นำทางศาสนาอิสลาม¹² การศึกษาในประเทศอียิปต์พบว่า ประชาชนได้รับความรู้จากสื่อสังคมออนไลน์ ร้อยละ 66.9 จากอินเทอร์เน็ต ร้อยละ 58.3 จากโทรทัศน์ ร้อยละ 52.6 จากเพื่อนและสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 38.1 จากบุคลากรสุขภาพ ร้อยละ 35.4 และจากหนังสือพิมพ์ ร้อยละ 6.3⁷⁰

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19

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

การศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 ในต่างประเทศ ดังเช่น การศึกษาในนักศึกษามหาวิทยาลัยประเทศบังคลาเทศพบว่า เพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 สูงกว่าเพศชาย ($p < 0.01$) และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยวมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย ($p < 0.05$) นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทมีทัศนคติที่ดีในการป้องกันโรคโควิด-19 สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง ($p < 0.05$)⁵ ส่วนการศึกษาในประเทศเคนยาพบว่า ประชาชนเพศหญิงมีความกลัวตกงาน 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 มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการศึกษา⁶ อีกทั้งยังพบว่าเศรษฐกิจทางสังคมส่งผลให้ประชาชนเข้าถึงการปฏิบัติในการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ไม่เท่าเทียมกัน¹⁴

การศึกษานำร่องในประเทศไทยพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-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 ($r=0.173$, $p=0.05$) อีกทั้งยังพบว่า การรับรู้ว่ามีผู้ถูกกักกันในชุมชนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีแอลกอฮอล์เจลทำความสะอาดมือเพียงพอ ($r=0.199$, $p=0.01$) แต่พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์ทางลบกับการให้ฉีดพ่นยาฆ่าเชื้อทั่วร่างกายผู้ที่เคยติดเชื้อ ($r=-0.254$, $p=0.01$) และผู้ถูกกักกัน ($r=-0.158$, $p=0.01$) ก่อนเข้ามาอยู่ร่วมกับคนในชุมชน นอกจากนี้พบว่าทัศนคติต่อการป้องกันการติดเชื้อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อต่อผู้ที่เคยติดเชื้อ ($r=0.388$, $p=0.01$) และผู้ถูกกักกัน ($r=0.379$, $p=0.01$)⁹

การศึกษาปัจจัยด้านความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 ในต่างประเทศดังเช่น การศึกษาดังการศึกษาในประเทศบังกลาเทศที่พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติป้องกันการป้องกันโรคโควิด-19 ($r=0.291$, $p<0.01$)¹⁵ ส่วนการศึกษาในประเทศอิหร่านพบว่า 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 ($p<0.001$)⁴ 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)¹¹

สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคระบบทางเดินหายใจอื่น ๆ เช่น โรคไข้หวัดใหญ่ของผู้รับบริการงานผู้ป่วยนอก โดยพบว่า อายุ ($r=0.168$, $p=0.001$) ทัศนคติต่อการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ($r=0.126$, $p=0.012$) ค่านิยมต่อการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ($r=0.140$, $p=0.005$) และการรับรู้สถานะสุขภาพ ($r=0.158$, $p=0.001$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการโรคไข้หวัดใหญ่ ($p<0.05$) แต่ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการโรคไข้หวัดใหญ่⁶³ 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) ของประชาชน⁶⁴ จะเห็นได้ว่าการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 มีความเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 นอกจากนี้การปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนยังเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรม (culture) และบรรทัดฐานทางสังคม (social norms) โดยพบว่าวัฒนธรรมการทักทายของประชาชนในประเทศแถบยุโรปและอเมริกา ใช้วิธีการจับมือ การจูบ หรือการกอด ทำให้เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ ซึ่งประเทศในแถบเอเชียส่วนใหญ่ใช้การทักทายโดยการไหว้ โอกาสการแพร่กระจายเชื้อจะน้อยกว่า ส่วนวัฒนธรรมการกิน ประเทศทางแถบเอเชียจะมีโอกาสแพร่กระจายเชื้อมากกว่าประเทศทางแถบยุโรปและอเมริกา เนื่องจากมีการรับประทานอาหารร่วมกัน โดยใช้จาน ชาม ช้อน หรือตะเกียบร่วมกัน สำหรับบรรทัดฐานทางสังคมพบว่า บุคคลที่ได้รับการยอมรับในชุมชนเป็นผู้ที่มีความสำคัญที่จะทำให้ประชาชนในชุมชนเกิดความคล้อยตามและปฏิบัติตามป้องกันการติดเชื้อตามสิ่งประชาชนรับรู้จากบุคคลเหล่านี้⁷¹ ดังการศึกษาที่พบว่า การปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนรายบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตัวของคนในชุมชน/สังคม

($r=0.89$, $p<0.05$)⁸ และยิ่งอาจขึ้นกับนโยบายหรือมาตรการในการป้องกันโรคโควิด-19 และมาตรการการผ่อนปรนข้อบังคับของรัฐบาล ซึ่งจะปรับเปลี่ยนไปตามจำนวนกลุ่มเสี่ยง จำนวนผู้ติดเชื้อ จำนวนผู้เสียชีวิต และระยะการระบาดของโรค^{13,16,17}

ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19

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

จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาผลกระทบทางด้านสังคมและวัฒนธรรมเกี่ยวกับโรคโควิด-19 พบว่าการระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการชะลอตัวทางด้านเศรษฐกิจ โดยผู้ให้บริการไม่สามารถเปิดให้บริการได้ตามปกติ ยกเลิกหรือเลื่อนการแข่งขันกีฬา หลีกเลี่ยงการเดินทางภายในประเทศและระหว่างประเทศ ส่งผลให้ผู้ให้บริการถูกยกเลิกการให้บริการ งดกิจกรรมทางศาสนา วัฒนธรรม และเทศกาลต่าง ๆ มีการเว้นระยะห่างระหว่างเพื่อนและสมาชิกในครอบครัว ส่งผลให้ขาดความใกล้ชิด มีการปิดโรงแรม ร้านอาหาร และศาสนสถาน ปิดสถานบันเทิง เช่น โรงภาพยนตร์ โรงละคร สถานที่อยู่อาศัย สระว่ายน้ำ และอื่น ๆ เป็นต้น¹⁸ นอกจากนี้ผู้ป่วย ผู้ถูกกักกัน ผู้ดูแล ครอบครัว เพื่อนฝูง และชุมชน อาจได้รับการตีตราทางสังคม (social stigma) โดยมีการเลือกปฏิบัติต่อกลุ่มคนเหล่านี้ ที่ประชาชนในสังคมเข้าใจว่ามีการสัมผัสกับเชื้อไวรัส และมีโอกาสแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่น ทั้งนี้เนื่องจากโรคโควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ และยังมีองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคน้อย ส่งผลให้เกิดความสับสน ความกลัว ความหวาดระแวง และความวิตกกังวล เกิดขึ้นในสังคม นอกจากนี้การตีตราทางสังคมทำให้เกิดการแยกตัวทางสังคมและทำให้ความสมัครสมาน สามัคคี ของประชาชนในสังคมลดลง^{19,20} ยิ่งไปกว่านั้นการศึกษาในประเทศแซมเบียพบว่า การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อการจัดการศึกษาของนักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยครูและนักเรียนขาดสิ่งสนับสนุนในการจัดการเรียนการสอนออนไลน์ ทำให้ไม่สามารถจัดการเรียนการสอนแบบมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนและผู้สอน อาจส่งผลต่อการสอบเข้าศึกษาต่อในระดับอุดมศึกษาของนักเรียน²¹

สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาผลกระทบด้านสังคมและวัฒนธรรมเกี่ยวกับโรคโควิด-19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับผลกระทบจากโรคโควิด-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) ผลกระทบด้านการศึกษา ได้แก่ นักเรียน/นักศึกษาสำเร็จการศึกษาช้าลง (ร้อยละ 61.0) ไม่มีคอมพิวเตอร์ โน้ตบุ๊ก แท็บเล็ตสำหรับการเรียน/การสอบออนไลน์ (ร้อยละ 43.0) ไม่ได้รับความช่วยเหลือ ช่วยแก้ปัญหาในการเรียน/การสอบออนไลน์ (ร้อยละ 43.0) ไม่มีอินเทอร์เน็ตสำหรับการเรียน/การสอบออนไลน์ (ร้อยละ 38.5) และไม่มีทักษะในการเรียน/การสอบออนไลน์ (ร้อยละ 38.0) ผลกระทบด้านมาตรการของรัฐมากที่สุด คือ การขาดแคลนหน้ากากอนามัย (ร้อยละ 50.5) การขาดแคลนแอลกอฮอล์เจล (ร้อยละ 48.5) การจัดหาอุปกรณ์ป้องกันร่างกายขณะฉีดพ่นยาฆ่าเชื้อ (ร้อยละ 41.5) การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุลดลง (ร้อยละ 40.0) และการดื่มแอลกอฮอล์ เสพสารเสพติดในชุมชนลดลง (ร้อยละ 38.5)⁹

การระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงในด้านเศรษฐกิจ โดยทำให้ภาวะเศรษฐกิจของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกเกิดการชะลอตัว ทั้งในยุโรป อเมริกา และเอเชีย²² ทำให้ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (gross domestic product: GDP) และการเติบโตทางเศรษฐกิจ (economic growth) ลดลง²³ การผลิตสินค้าที่จำเป็นได้ช้าลง และส่งผลกระทบต่อห่วงโซ่อุปทาน (supply chain)¹⁸ นอกจากนี้มีการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ทำให้เกิดภาวะวิกฤตทางการเงินในกลุ่มผู้มีรายได้น้อย โดยร้อยละ 43.0 ตกงานหรือถูกตัดเงินเดือน ส่งผลให้ร้อยละ 53.0 มีเงินไม่เพียงพอในเดือนแรก และมีเพียงร้อยละ 23.0 ที่คาดว่าจะมีเงินพอใช้ในระยะเวลา 3 เดือน²⁴ และมีการคาดการณ์ว่าสถานการณ์ดังกล่าวอาจส่งผลกระทบที่รุนแรง โดยทำให้ประชาชนเกิดความยากจนทั่วโลกสูงถึง 420-580 ล้านคน²⁵

สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาผลกระทบด้านเศรษฐกิจของโควิด-19 ดังเช่นการศึกษาคนจนในเขตเมืองพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบจากโรคโควิด-19 และนโยบายของรัฐบาล ในระดับที่มากน้อยแตกต่างกันไป สำหรับกลุ่มวัยทำงานพบว่าไม่สามารถประกอบอาชีพและหารายได้ตามปกติ โดยนายจ้างให้หยุดงานโดยสิ้นเชิงร้อยละ 18.9 นายจ้างให้ลดเวลาทำงานและรายได้ลดลงร้อยละ 18.0 ผู้ประกอบอาชีพค้าขายหาบเร่ แผงลอย ไม่สามารถค้าขายได้ร้อยละ 18.2 ส่วนผู้ประกอบอาชีพอิสระ เช่น รับเหมาก่อสร้าง คนขับรถตู้/รถรับจ้าง/มอเตอร์ไซค์รับจ้าง มีผู้ว่างงานหรือไม่มีเลยร้อยละ 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) ค่าไฟฟ้าเพิ่มขึ้นจากการเรียน/ทำงานที่บ้าน (ร้อยละ 76.0) ถูกพักงานชั่วคราว (ร้อยละ 71.0) และถูกเลิกจ้าง (ร้อยละ 67.5)⁹

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผลกระทบที่สำคัญจากการระบาดของโรคโควิด-19 อีกด้านหนึ่งคือ ผลกระทบด้านจิตใจ ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนมีความกลัว ความวิตกกังวล ความเครียด และอาจรุนแรงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ดังเช่นการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ประชาชนมีความกลัวการติดเชื้อ มีความเครียดสูงจากปัญหาการว่างงาน ขาดรายได้ ถูกลดเงินเดือน และต้องปรับตัวภายใต้การใช้ชีวิตวิถีใหม่ เช่น การเว้นระยะห่างทางสังคม การทำงานหรือเรียนที่บ้าน การทำงานหรือเรียนออนไลน์ มาตรการห้ามประชาชนออกนอกเคหสถาน (curfew) หรือล็อกดาวน์ เป็นต้น ซึ่งประชาชนบางส่วนอยู่ในภาวะเครียดรุนแรงและเรื้อรังจนถึงขั้นพยายามฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อ²⁶⁻³¹ โดยมีการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วยผู้ดูแล และบุคลากรทางสุขภาพที่มีประสบการณ์ในการถูกกักกันพบว่า ภาวะสุขภาพจิตของผู้ที่ถูกกักกันและแยกจากสังคม (quarantine and isolation) เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ปัญหาสุขภาพจิตที่พบมาก ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล กลัว โรคอารมณ์ผิดปกติ ความรู้สึกเป็นตราบาบ การรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ โรคเครียด ความทุกข์ทรมานด้านจิตใจ และนอนไม่หลับ²⁷ นอกจากนี้การศึกษาผลกระทบของประชาชนในเมืองอุ่อฮั่น 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 มีความเสี่ยงน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในเขต

เมือง (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 ผู้สำเร็จการศึกษาระดับระดับวิทยาลัย (OR = 0.40, 95%CI=0.30–0.53) และระดับปริญญาโท (OR=0.31, 95%CI=0.22–0.44) มีความเสี่ยงน้อยกว่าผู้ที่สำเร็จการศึกษามัธยมศึกษา สถานภาพโสดมีความเสี่ยงน้อยกว่าสถานภาพสมรส (OR=0.80, 95%CI=0.66–0.96) ผู้ที่มีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี/ปานกลาง/ต่ำ มีความเสี่ยงมากกว่าผู้ที่มีภาวะสุขภาพดีเยี่ยม (OR=1.77, 95%CI=1.41–2.21) ส่วนปัจจัยเสี่ยงของภาวะวิตกกังวล ได้แก่ 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 ผู้สำเร็จการศึกษาระดับระดับวิทยาลัย (OR=0.50, 95%CI=0.37–0.68) และระดับปริญญาโท (OR=0.40, 95%CI=0.28–0.57) มีความเสี่ยงน้อยกว่าผู้ที่สำเร็จการศึกษามัธยมศึกษา สถานภาพโสดมีความเสี่ยงน้อยกว่าสถานภาพสมรส (OR=0.79, 95%CI=0.64–0.97) ผู้ที่มีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี/ปานกลาง/ต่ำ มีความเสี่ยงมากกว่าผู้ที่มีภาวะสุขภาพดีเยี่ยม (OR=1.77, 95%CI=1.41–2.21) ส่วนปัจจัยเสี่ยงของภาวะวิตกกังวล ได้แก่ นอกจากนี้พบว่า ความถี่ในการรับสื่อสังคมออนไลน์ ทำให้เพิ่มความเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล (OR=1.91, 95%CI=1.52–2.41)³²

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)³³ ส่วนผลการวิเคราะห์ข้อมูลการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตคนไทยในภาพรวม ดังนี้ 1) ความเครียดสูง คิดเป็นร้อยละ 2.46 จาก 85,640 คน 2) เสี่ยงซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 3.14 จาก 109,899 คน 3) ซึมเศร้ารุนแรง คิดเป็นร้อยละ 0.05 จาก 824 คน 4) เสี่ยงฆ่าตัวตาย คิดเป็นร้อยละ 0.10 จาก 1,048 คน และ 5) มีภาวะหมดไฟ คิดเป็นร้อยละ 3.33 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 อยู่ในสถานการณ์ที่สามารถควบคุมได้⁶⁷ นอกจากนี้มีการศึกษาที่พบว่า ประชาชนได้รับผลกระทบด้านจิตใจ ได้แก่ ความเครียดจากการเลิกจ้าง (ร้อยละ 63.5) ความเครียดจากการหยุดงาน (ร้อยละ 62.5) วิตกกังวลว่าจะหางานทำไม่ได้เมื่อสถานการณ์ดีขึ้น (ร้อยละ 62.0) วิตกกังวลว่าจะถูกเลิกจ้าง (ร้อยละ 61.0) และภาวะซึมเศร้าจากการไม่ได้พบปะผู้คน (ร้อยละ 39.0)⁹

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 ดังนั้นการดำเนินการป้องกันจะมี

ประสิทธิภาพ ต้องมีการดำเนินการร่วมกันในหลายระดับ ตั้งแต่ระดับระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคล ระดับองค์กร ระดับชุมชน และระดับนโยบายสาธารณะ ดังนี้

ระดับบุคคล หมายถึง คุณลักษณะส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา ฐานะทางเศรษฐกิจ ความรู้ และทัศนคติ

ระดับระหว่างบุคคล หมายถึง สิ่งที่ทำให้มีการเชื่อมโยงระหว่างประชาชนไทยกับสิ่งแวดล้อมทางสังคมรอบๆ ตัว และสังคมที่ประชาชนไทยมีปฏิสัมพันธ์ด้วย ซึ่งปฏิสัมพันธ์นั้นมีทั้งแบบเป็นทางการ และไม่เป็นทางการ รวมทั้งระบบสนับสนุนทางสังคม หรือเครือข่ายความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วย บุคคลในครอบครัวของท่าน เพื่อน/เพื่อนบ้านของท่าน 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

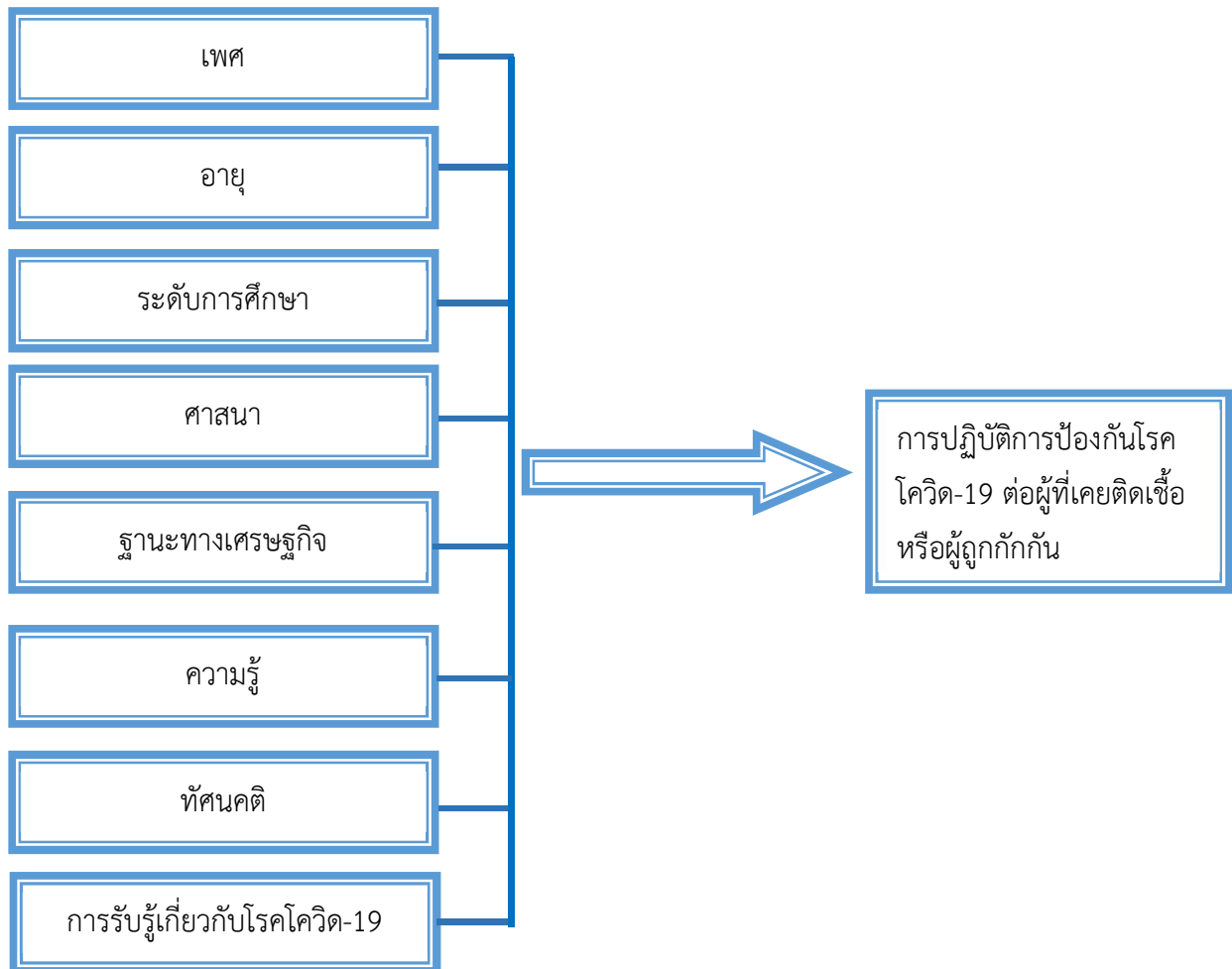
ระดับชุมชน หมายถึง ลักษณะของกลุ่มคนหรือสังคมในหมู่บ้านที่มีผลต่อการปฏิบัติของประชาชนทั้งในระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคล และระดับองค์กร ประกอบด้วย วัฒนธรรมของชุมชน และบรรทัดฐานทางสังคม/กฎระเบียบข้อบังคับของชุมชน

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

สำหรับการศึกษานี้ มุ่งเน้นศึกษาปัจจัยในระดับบุคคลของประชาชนไทยที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อหรือผู้ถูกกักกัน ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา ฐานะทางเศรษฐกิจ ความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 รวมทั้งผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้มีผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก การศึกษาปัจจัยทำนายการปฏิบัติของประชาชนไทยต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ต่อการปฏิบัติของประชาชนไทยต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน ซึ่งได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ส่วนการศึกษาผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ต่อประชาชนไทย ผู้วิจัยจะศึกษาผลกระทบทางสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และจิตใจจากการระบาดของโรคโควิด-19 ทั้งผลกระทบโดยตรงจากโรคโควิด-19 และผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการในการป้องกันโรคโควิด-19 ของรัฐบาล ผู้วิจัยได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แสดงดังภาพที่ 1-2



ภาพที่ 1 ปัจจัยทำนายการปฏิบัติป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อหรือผู้ถูกกักกัน



ภาพที่ 2 ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย โดยทำการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ (predictive mixed method study) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนสิงหาคม 2563 ถึงเดือนกรกฎาคม 2564 ซึ่งการศึกษาในระยะที่ 1 (การศึกษานำร่อง) ใช้ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 2 เดือน ระหว่างเดือนสิงหาคม ถึง กันยายน 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ใน 77 จังหวัดของประเทศไทย

กลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเชิงปริมาณ เป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยเลือกจังหวัดที่มีผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน จำนวนมากเป็นอันดับ 1-2 ในแต่ละภาค รวมทั้งกรุงเทพมหานคร ได้จังหวัดที่ทำการศึกษ 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 และคณะ⁷² ซึ่งกำหนดว่า ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิเคราะห์ปัจจัยทำนาย คือ 20 คนต่อ 1 ตัวแปร โดยการศึกษาครั้งนี้คาดว่ามีความแปรที่ต้องการศึกษาทั้งสิ้น 25 ตัวแปร ซึ่งการศึกษาในระยะที่ 1 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 220 คน

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเชิงคุณภาพ เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของชุมชน เป็นผู้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชน โดยคัดเลือกผู้นำชุมชนมา 15 คนต่อจังหวัด รวมทั้งสิ้น 75 คน ซึ่งการศึกษาในระยะที่ 1 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 2 คน

คุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ของกลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษาเชิงปริมาณและคุณภาพ

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

คุณสมบัติตามเกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) ของกลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษาเชิงปริมาณและคุณภาพ

1. มีเหตุการณ์ฉุกเฉินที่ทำให้ไม่สามารถตอบแบบสอบถามหรือให้ข้อมูลการสัมภาษณ์ได้

ครบถ้วน

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 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อสิ่งแวดลอมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน ประกอบด้วย สิ่งแวดลอมระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคล ระดับองค์กร ระดับชุมชน และระดับนโยบายสาธารณะ มีจำนวน 21 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ⁷⁶ 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

การแปลผลทำโดยรวมคะแนนของความคิดเห็นต่อสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 แบบสอบถามมีคะแนนรวม 84 คะแนน ซึ่งคะแนนอยู่ระหว่าง 21 ถึง 84 คะแนน หลังจากนั้นนำผลคะแนนมาวิเคราะห์ และแปลผลระดับแบ่งตามอันตรภาคชั้น⁷³ โดยแบ่งช่วงคะแนนความคิดเห็นต่อสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-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 เห็นด้วยอย่างยิ่งเห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง⁷⁶ 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 84 คะแนน ซึ่งคะแนนอยู่ระหว่าง 27 ถึง 108 คะแนน หลังจากนั้นนำผลคะแนนมาวิเคราะห์ และแปลผลระดับแบ่งตามอันตรภาคชั้น⁷³ 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 ดังนี้⁷⁴

ค่าคะแนน	การแปลผลระดับคะแนน
คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 25	มีความรู้ระดับสูง
คะแนนตั้งแต่ 19-24	มีความรู้ระดับปานกลาง
คะแนนเท่ากับหรือน้อยกว่า 18	มีความรู้ระดับต่ำ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามทัศนคติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน มีจำนวน 15 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นข้อคำถามปลายปิดและปลายเปิด และเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า โดยที่แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบ่งเป็น 10 ระดับ คือ 10 เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 1 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง⁷⁵ 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 และแปลผลแบ่งตามอันตรายภาคชั้น⁷³ 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 และวิธีการป้องกันโรคโควิด-19 มีจำนวน 24 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง⁷⁶

โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกเพียงคำตอบเดียว โดยเขียนเครื่องหมาย ✓ ในช่องข้อความที่ตรงกับความเห็นของผู้ตอบ ดังนี้

กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน คือ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ	4	คะแนน
เห็นด้วย	เท่ากับ	3	คะแนน

ไม่เห็นด้วย	เท่ากับ	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เท่ากับ	1	คะแนน

การแปลผลทำโดยรวมคะแนนของการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 แบบสอบถาม มีคะแนนรวม 96 คะแนน ซึ่งคะแนนอยู่ระหว่าง 24 ถึง 96 คะแนน หลังจากนั้นนำผลคะแนนมาวิเคราะห์ และแปลผลระดับแบ่งตามอันตรายภาคชั้น⁷³ 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 ต่อครอบครัว ด้านวัฒนธรรม/ประเพณี/วิถีชีวิตของชุมชน ด้านการศึกษาของตนเอง และ/หรือบุตรหลาน ด้านสุขภาพและการป้องกันโรค ด้านเศรษฐกิจ และด้านจิตใจ จำนวน 48 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นข้อคำถามปลายปิดและปลายเปิด และเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า โดยที่แบบสอบถามที่เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ⁷⁶ 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 และแปลผลระดับแบ่งตามอันตรายภาคชั้น⁷³ 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 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และเครียด ผู้วิจัยประเมินโดย แบบประเมินภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และเครียด (depression anxiety stress scale [DASS-21]) ฉบับภาษาไทย พัฒนาโดย สุกัลยา สว่างและคณะ³⁴ ซึ่งมีจำนวน 21 ข้อ โดยมีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) ของเครื่องมือเท่ากับ 0.75 ด้านภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 0.82 ภาวะวิตกกังวลเท่ากับ 0.78 และความเครียดเท่ากับ 0.69 เกณฑ์การให้คะแนน ในแต่ละข้อมีคะแนนระหว่าง 0-3 คะแนน โดยแบ่งเป็น 1) ด้านภาวะ

ซีเมสเร้า 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	ระดับ เล็กน้อย	ระดับ ปานกลาง	ระดับ รุนแรง	ระดับ รุนแรงมาก
ภาวะวิตกกังวล	0-3	4-5	6-7	8-9	10+
ความเครียด	0-7	8-9	10-12	13-16	17+
ภาวะซีเมสเร้า	0-4	5-6	7-10	11-13	14+

2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย

2.1 แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นของผู้นำชุมชนและ อสม. ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีลักษณะเป็นแบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

2.1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย สถานที่ทำงาน จังหวัด ตำแหน่ง เพศอายุ บทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จำนวนผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 ในหมู่บ้าน/ตำบล แหล่งของเชื้อ/วิธีการที่ได้รับเชื้อโรคโควิด-19 จำนวนผู้ถูกกักกันโรคโควิด-19 ในหมู่บ้าน/ตำบล และแหล่งของเชื้อ/วิธีการที่ได้รับเชื้อโรคโควิด-19 โดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิดและแบบปลายเปิด

2.1.2 แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบของโรคโควิด-19 โดยตรง และผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการในการป้องกันโรคโควิด-19 ของรัฐบาลต่อการดำเนินชีวิตของคนในชุมชน

2.2 ผู้วิจัย มีคุณสมบัติ ดังนี้

2.2.1 มีประสบการณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ

2.2.2 เข้าร่วมประชุมเตรียมความพร้อมสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพของการวิจัยครั้งนี้

2.3 เทปบันทึกเสียง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ความตรงของเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยาหรือโรคติดเชื้อ 2 ท่าน พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ 2 ท่าน และนักวิชาการสาธารณสุข 2 ท่าน ทำการตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ในแบบสอบถาม แล้วนำมาคำนวณหาค่าดัชนี

ความตรงตามเนื้อหา (content validity index [CVI]) ได้ค่าเท่ากับ 0.99⁷⁷ ซึ่งเป็นค่าของเครื่องมือทั้งฉบับ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้คำนวณค่า CVI ของเครื่องมือตามตัวแปรที่ศึกษา ได้ค่า CVI ดังนี้

1. แบบสอบถามความคิดเห็นต่อสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติกาป้องกันโรคโควิด-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. แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ได้ค่า CVI เท่ากับ 1
6. แบบสอบถามผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ได้ค่า CVI เท่ากับ 1

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิและได้รับการแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ไปหาความเชื่อมั่นกับประชาชนที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 ราย แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ได้มาคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรครูดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson20: KR-20) ได้ค่าเท่ากับ 0.89 สำหรับแบบสอบถามส่วนอื่นนำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Chronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นดังนี้ แบบสอบถามความคิดเห็นต่อสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติกาป้องกันโรคโควิด-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 โดยการนำโครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาคณะกรรมการจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับข้อมูลการทำวิจัยครั้งนี้ในเรื่องวัตถุประสงค์การทำวิจัย วิธีการทำวิจัย และประโยชน์ที่ได้รับ นอกจากนี้การทำวิจัยไม่มีการระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีใส่รหัสแทน ข้อมูลที่ได้นำมาใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้นและเก็บเป็นความลับ สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพมีการบันทึกเสียงคำสัมภาษณ์ แต่ไม่มีการระบุชื่อของผู้ให้สัมภาษณ์ ใช้วิธีใส่รหัสแทน ข้อมูลที่ได้นำมาใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้นและถูกเก็บเป็นความลับ มีการปกป้องความลับ โดยการเข้าถึงข้อมูลต้องใส่รหัสผ่าน และจะมีการทำลายไฟล์บันทึกเสียง หลังการศึกษาวิจัยเสร็จสิ้นและผลงานวิจัยได้รับการตีพิมพ์ในวารสารแล้ว 2 ปี ข้อมูลที่ได้ถูกวิเคราะห์ในภาพรวมเพื่อใช้ในการวิจัยเท่านั้น ทั้งนี้การวิจัยนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยหรือไม่ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย โดยไม่มีผลกระทบต่อกรดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งผู้ร่วมวิจัยสามารถถอนตัวหรือยกเลิกในการเข้าร่วมงานวิจัยได้ตามต้องการ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบ และผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในแบบฟอร์มเข้าร่วมการวิจัย

ขั้นตอนและวิธีการรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยยื่นโครงการทำวิจัย เพื่อขอรับรองด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

2. หลังจากโครงการทำวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่แล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหน่วยงานของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตัว พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ในการดำเนินการวิจัย วิธีการและขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการและขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงชื่อในใบยินยอมทำการวิจัย และแจ้งให้ทราบว่าข้อมูลที่ได้นำมาใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น การบันทึกข้อมูลและนำเสนอข้อมูลการวิจัยในภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อและไม่มีผลต่อการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง โดยเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัยและแบบสอบถามถูกบรรจุแยกซอง เพื่อไม่ให้ทราบว่าเป็นข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างรายใด 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. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลความคิดเห็นต่อสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติกำบังโรควิด-19 ข้อมูลความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ การรับรู้ และผลกระทบจากการระบาดของโรควิด-19 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

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

3. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกำบังโรควิด-19 เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation) และกำหนดระดับความสัมพันธ์⁷⁸ ดังนี้

> .70 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับสูง

.30-.70 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง

< .30 หมายถึง มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

0 หมายถึง ไม่มีความสัมพันธ์กัน

4. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายคะแนนการปฏิบัติกำบังโรควิด-19 ในภาพรวมและจำแนกตามจังหวัด กรณีที่ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติใช้การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (multiple linear regression) และหากข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติใช้การถดถอยแบบไม่เป็นเชิงเส้น (non-linear regression)

5. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายการปฏิบัติกำบังโรควิด-19 รายข้อ ในภาพรวมและจำแนกตามจังหวัด โดยใช้ การถดถอยพหุคูณแบบโลจิสติกส์ (multiple logistic regression)

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

สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลในระยะที่ 1 ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณตามข้อ 1-2 และข้อ 3 (วิเคราะห์ความสัมพันธ์บางตัวแปร) ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยยังไม่ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล เนื่องจากสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างได้เพียง 2 คน

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยระยะที่ 1 ซึ่งเป็นการศึกษานำร่อง ใช้ระยะเวลา 2 เดือน ระหว่างเดือนสิงหาคม ถึงกันยายน 2563 การวิจัยเชิงปริมาณเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชน จำนวน 220 คน และการวิจัยเชิงคุณภาพสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการป้องกันโรคโควิด-19 จำนวน 2 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในรูปแบบของการบรรยาย และตารางประกอบการบรรยาย แบ่งออกเป็น 10 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นต่อสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน

ส่วนที่ 4 ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19

ส่วนที่ 5 ทักษะติดต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน

ส่วนที่ 6 การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19

ส่วนที่ 7 ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19

ส่วนที่ 8 สุขภาพจิตจากการระบาดของโรคโควิด-19

ส่วนที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 และการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 กับการปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน

ส่วนที่ 10 การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ประกอบด้วย ประชาชนที่อยู่ใน 5 จังหวัด รวมทั้งสิ้น 220 คน ซึ่งรายละเอียดข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แสดงดังในตารางที่ 1-3

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจังหวัดที่พักอาศัย เพศ อาชีพ อายุ ศาสนา และระดับการศึกษา (n=220)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
จังหวัดที่พักอาศัย		
กรุงเทพมหานคร	80	36.4
เชียงใหม่	60	27.2
ยะลา	40	18.2
ชลบุรี	18	8.2
นครราชสีมา	22	10.0
เพศ		
หญิง	143	65.0
ชาย	77	35.0
อาชีพ		
รับจ้าง	61	21.7
รับราชการ	39	17.7
เกษตรกร	27	12.3
พนักงานบริษัท	20	9.1
ค้าขาย/ธุรกิจ	16	7.3
นักเรียน/นักศึกษา	16	7.3
พนักงานราชการ	5	2.3
รัฐวิสาหกิจ	4	1.8
ข้าราชการบำนาญ	4	1.8
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	28	12.7

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจังหวัดที่พักอาศัย เพศ อาชีพ อายุ ศาสนา และระดับการศึกษา (n=220) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
≤ 30	71	32.2
31-40	40	18.2
41-50	47	21.4
51-60	40	18.2
> 60	22	10.0
อายุเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 40.9 (14.3) ปี ค่ามัธยฐาน 40.0 ปี พิสัย 18–72 ปี		
ศาสนา		
พุทธ	168	76.4
อิสลาม	45	20.4
คริสต์	7	3.2
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	49	22.3
มัธยมศึกษา	68	30.9
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	27	12.3
ปริญญาตรี	68	30.9
สูงกว่าปริญญาตรี	8	3.6

หมายเหตุ สํารวจข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน 2563

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครมากที่สุดร้อยละ 36.4 เป็นเพศหญิงมากที่สุดร้อยละ 65.0 ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุดร้อยละ 21.7 มีอายุระหว่าง 41-50 ปีมากที่สุดร้อยละ 18.2 โดยมีอายุเฉลี่ย 40.9 ปี กลุ่มตัวอย่างนับถือศาสนาพุทธมากที่สุดร้อยละ 76.4 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและระดับปริญญาตรีมากที่สุดร้อยละ 30.9 เท่ากัน รองลงมาคือ ประถมศึกษาร้อยละ 22.3

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจำนวนสมาชิก โรคประจำตัว พื้นที่บ้าน ฐานะทางครอบครัว และการได้รับเงินเยียวยาจากรัฐบาล (n=220)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนสมาชิก		
1-2	66	30.0
3-4	91	41.3
5-6	47	21.4
> 6	16	7.3
จำนวนสมาชิกเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 4 (2) คน ค่ามัธยฐาน 3 คน พิสัย 1-17 คน		
จำนวนสมาชิกอายุ ≤ 1 ปี		
ไม่มี	186	84.5
มี	34	15.5
1-2	29	85.3
3-4	5	14.7
จำนวนสมาชิกอายุ ≤ 1 ปีเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 1 (1) คน ค่ามัธยฐาน 1 คน พิสัย 1-4 คน		
จำนวนสมาชิกอายุ ≥ 60 ปี		
ไม่มี	138	62.7
มี	82	37.3
1-2	78	95.1
3-4	4	4.9
จำนวนสมาชิกอายุ ≥ 60 ปีเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 1 (1) คน ค่ามัธยฐาน 1 คน พิสัย 1-3 คน		
จำนวนสมาชิกมีโรคประจำตัว		
ไม่มี	125	56.8
มี	95	43.2
ความดันโลหิตสูง	34	42.5
เบาหวาน	10	12.5
ไขมันในเลือดสูง	9	11.3
โรคหัวใจ	5	6.2
ไมเกรน	4	5.0
เก๊าท์	3	3.7

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจำนวนสมาชิก โรคประจำตัว พื้นที่บ้าน ฐานะทางครอบครัว และการได้รับเงินเยียวยาจากรัฐบาล (n=220) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
โรคไต	2	2.5
โรคหลอดเลือดสมอง	2	2.5
โรคพร่องเอนไซม์ G6PD	2	2.5
โรคอื่น ๆ*	9	11.3
จำนวนโรคของสมาชิกในครอบครัว		
1	80	62.5
2	32	25.0
> 2	16	12.5
พื้นที่บ้านเพียงพอสำหรับการเว้นระยะห่างทางสังคม		
เพียงพอ	195	88.6
ไม่เพียงพอ	25	11.4
ฐานะทางครอบครัว		
ปานกลาง	188	85.5
จน	28	12.7
ไม่มีรายได้	4	1.8
สมาชิกในครอบครัวได้รับการเยียวยา		
ไม่ได้รับ	81	36.8
ได้รับ	139	63.2
1 คน	102	73.4
2 คน	30	21.6
3 คน	6	4.3
4 คน	1	0.7
จำนวนได้รับการเยียวยาเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 1 (1) คน ค่ามัธยฐาน 1 คน พิสัย 1-4 คน		

หมายเหตุ สํารวจข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน 2563

โรคอื่น ๆ: โรคปอด (หอบหืด ถุงลมโป่งพอง) โรคที่ต้องใช้ยากดภูมิคุ้มกัน โรคภูมิแพ้ โรคไทรอยด์ เป็นพิษ โรคพาร์กินสัน โรคลมชัก โรคไขข้ออักเสบ โรคปวดกล้ามเนื้อ และโรคหาวดระแวง โรคละ 1 คน

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 3-4 คนมากที่สุดร้อยละ 41.3 โดยมีสมาชิกเฉลี่ย 4 คน ซึ่งมีสมาชิกในครอบครัวที่อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปีร้อยละ 15.5 และมีสมาชิกในครอบครัวอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปีร้อยละ 37.3 สมาชิกในครอบครัวมีโรคประจำตัวร้อยละ 43.2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพื้นที่บ้านเพียงพอสำหรับการเว้นระยะห่างทางสังคมร้อยละ 88.6 มีฐานะทางครอบครัวอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 85.5 สมาชิกในครอบครัวได้รับการเยียวยาร้อยละ 63.2 โดยครอบครัวที่ได้รับการเยียวยาส่วนใหญ่ได้รับการเยียวยาจำนวน 1 คนต่อครอบครัวร้อยละ 73.4

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้การติดเชื้อ การรับรู้การกักกันโรคโควิด-19 การป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโรคโควิด-19 และแหล่งที่ได้รับข้อมูลข่าวสาร (n=220)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
รับรู้ว่ามีผู้เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ในชุมชน	19	8.6
จำนวนผู้เคยติดเชื้อในชุมชนเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 0 (1) คน ค่ามัธยฐาน 0 คน พิสัย 0-5 คน		
รับรู้ว่ามีผู้กักกันโรคโควิด-19 ในชุมชน	35	15.9
จำนวนผู้กักกันในชุมชนเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 0 (4) คน ค่ามัธยฐาน 0 คน พิสัย 0-26 คน		
มีผู้เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ในครอบครัว	7	3.2
จำนวนผู้เคยติดเชื้อในครอบครัวเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 0 (0) คน ค่ามัธยฐาน 0 คน พิสัย 0-2 คน		
มีผู้กักกันโรคโควิด-19 ในครอบครัว	68	30.9
จำนวนผู้กักกันในครอบครัวเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 0 (1) คน ค่ามัธยฐาน 0 คน พิสัย 0-7 คน		
แอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือมีพอใช้	179	81.4
พกแอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือทุกครั้งที่ออกจากบ้าน	184	83.6
หน้ากากอนามัยมีพอใช้	176	80.0
สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาเมื่อออกจากบ้าน	204	92.7
เว้นระยะห่างจากสมาชิกในครอบครัว 1-2 เมตร ตลอดเวลา	122	55.5
เว้นระยะห่างจากบุคคลอื่น 1-2 เมตร ตลอดเวลา	173	78.6
แหล่งที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19		
โทรทัศน์	109	49.5
สื่อออนไลน์ เช่น ไลน์ เฟซบุ๊ก ยูทูป และเว็บไซต์	90	40.9
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)/ อาสาสมัครกรุงเทพมหานคร (อสส.)	10	4.6
บุคลากรสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล	8	3.6
หนังสือพิมพ์	2	0.9
วิทยุ	1	0.5

หมายเหตุ สํารวจข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน 2563

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีผู้เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ในชุมชนเพียงร้อยละ 8.6 รับรู้ว่ามีผู้กักกันโรคโควิด-19 ในชุมชนร้อยละ 15.9 มีผู้เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ในครอบครัวร้อยละ 3.2 และมีผู้กักกันโรคโควิด-19 ในครอบครัวร้อยละ 30.9 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือพอใช้ร้อยละ 81.4 พกแอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือทุกครั้งที่ออกจากบ้านร้อยละ 83.6 มีหน้ากากอนามัยพอใช้ร้อยละ 80.0 สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาเมื่อออกจากบ้านร้อยละ 92.7 เว้นระยะห่างจากบุคคลอื่น 1-2 เมตรตลอดเวลาร้อยละ 78.6 แต่เว้นระยะห่างจากสมาชิกในครอบครัว 1-2 เมตรตลอดเวลาเพียงร้อยละ 55.5 และกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ทางโทรทัศน์มากที่สุดร้อยละ 49.5 รองลงมาคือสื่อออนไลน์ร้อยละ 40.9 แต่ได้รับข้อมูลข่าวสารจากหนังสือพิมพ์และวิทยุน้อยกว่าร้อยละ 1.0

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นต่อสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน

การศึกษาครั้งนี้ สอบถามความคิดเห็นต่อสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน จำนวน 220 คน ซึ่งรายละเอียดของการปฏิบัติแสดงดังตารางที่ 4-6

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคะแนนและระดับความคิดเห็นต่อสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 และผู้ถูกกักกัน (n=220)

คะแนน	ระดับ ความคิดเห็น	สิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการ ปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อ		สิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการ ปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ถูกกักกัน	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
		≤ 41	ต่ำ	16	7.3
42-62	ปานกลาง	70	31.8	69	31.4
63-84	สูง	134	60.9	134	60.9

คะแนนเฉลี่ยสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อ (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 63.0 (14.4) คะแนน คำมัธยฐาน 65.0 คะแนน พิสัย 21-84 คะแนน

คะแนนเฉลี่ยสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ถูกกักกัน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 63.0 (14.3) คะแนน คำมัธยฐาน 65.0 คะแนน พิสัย 21-84 คะแนน

หมายเหตุ สํารวจข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน 2563, คะแนนเต็ม 84 คะแนน

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูง (63-84 คะแนน) มากที่สุดร้อยละ 60.9 โดยมีคะแนนความคิดเห็นต่อสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 เฉลี่ย 63.0 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 14.4 คะแนน) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ถูกกักกันอยู่ในระดับสูง (63-84 คะแนน) มากที่สุดร้อยละ 60.9 โดยมีคะแนนความคิดเห็นต่อสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 เฉลี่ย 63.0 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 14.3 คะแนน)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความคิดเห็นต่อสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 (n=220)

ข้อ	สิ่งแวดล้อม	ระดับความคิดเห็นที่มีผลต่อการปฏิบัติ การป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อ			
		ไม่มีผล	น้อย	มาก	มากที่สุด
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1.	มาตรการการจัดการการเว้นระยะห่างทางสังคม	13(5.9)	26(11.8)	57(25.9)	124(56.4)
2.	อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.)	17(7.7)	24(10.9)	66(30.0)	113(51.4)
3.	บุคคลในครอบครัวของท่าน	31(14.1)	14(6.4)	69(31.3)	106(48.2)
4.	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ/ตำบล/เทศบาล	20(9.1)	26(11.8)	75(34.1)	99(45.0)
5.	วัฒนธรรมการกินอาหารร่วมกัน	23(10.5)	24(10.9)	75(34.1)	98(44.5)
6.	วัฒนธรรมการอยู่ร่วมกันในครอบครัว	22(10.0)	28(12.7)	72(32.8)	98(44.5)
7.	กฎระเบียบข้อบังคับของชุมชน	14(6.4)	28(12.7)	81(36.8)	97(44.1)
8.	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัด/คณะกรรมการโรคติดต่อ จังหวัด	17(7.7)	31(14.1)	75(34.1)	97(44.1)
9.	มาตรการงดกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน เช่น ประเพณี สงกรานต์ การทำบุญวันสำคัญทางศาสนา	20(9.2)	41(18.6)	63(28.6)	96(43.6)
10.	มาตรการการงดออกจากบ้านหลังเวลา 24.00 น.	24(10.9)	31(14.1)	70(31.8)	95(43.2)
11.	มาตรการการสั่งปิดสถานศึกษา	24(10.9)	40(18.1)	67(30.5)	89(40.5)
12.	เครือข่ายทางสังคมออนไลน์ เช่น Facebook, line group	27(12.2)	25(11.4)	82(37.3)	86(39.1)
13.	วัฒนธรรมการอยู่ร่วมกันในชุมชน	24(10.9)	29(13.2)	81(36.8)	86(39.1)
14.	พิธีกรรมทางศาสนา	19(8.7)	39(17.7)	77(35.0)	85(38.6)
15.	เพื่อน/เพื่อนบ้านของท่าน	29(13.1)	20(9.1)	89(40.5)	82(37.3)
16.	การผ่อนปรนมาตรการควบคุมของรัฐบาล	25(11.4)	30(13.6)	88(40.0)	77(35.0)
17.	ครูประจำโรงเรียนในชุมชน	32(14.5)	39(17.7)	78(35.5)	71(32.3)
18.	นายกเทศมนตรี/นายกองค์การบริหารส่วนตำบล	30(13.6)	42(19.1)	80(36.4)	68(30.9)
19.	กำนัน	30(13.6)	51(23.2)	79(35.9)	60(27.3)
20.	ผู้ใหญ่บ้าน	27(12.3)	61(27.7)	70(31.8)	62(28.2)
21.	ผู้นำทางศาสนา เช่น พระสงฆ์ บาทหลวง จุฬาราชมนตรี โต๊ะอิหม่าม	35(15.9)	55(25.0)	73(33.2)	57(25.9)

หมายเหตุ สํารวจข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน 2563

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ในระดับมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ มาตรการการจัดการการเว้นระยะห่างทางสังคม (ร้อยละ 56.4) อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) (ร้อยละ 41.4) บุคคลในครอบครัว (ร้อยละ 48.2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ/ตำบล/เทศบาล (ร้อยละ 45.0) และวัฒนธรรมการกินอาหารร่วมกัน (ร้อยละ 44.5) และกลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 น้อยที่สุด คือ ครูประจำโรงเรียนในชุมชน (ร้อยละ 32.3) นายกเทศมนตรี/นายกองค์การบริหารส่วนตำบล (ร้อยละ 30.9) กำนัน (ร้อยละ 27.3) ผู้ใหญ่บ้าน (ร้อยละ 28.2) และผู้นำทางศาสนา เช่น พระสงฆ์ บาทหลวง จุฬาราชมนตรี โต๊ะอิหม่าม (ร้อยละ 25.9)

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความคิดเห็นต่อสิ่งแวดลอมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนต่อผู้ถูกกักกัน (n=220)

ข้อ	สิ่งแวดลอม	ระดับความคิดเห็นที่มีผลต่อการปฏิบัติ การป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ถูกกักกัน			
		ไม่มีผล	น้อย	มาก	มากที่สุด
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1.	มาตรการการจัดการการเว้นระยะห่างทางสังคม	18(8.2)	20(9.1)	68(30.9)	114(51.8)
2.	อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.)	18(8.2)	25(11.4)	72(32.7)	105(47.7)
3.	วัฒนธรรมการอยู่ร่วมกันในครอบครัว	20(9.1)	25(11.4)	79(35.9)	96(43.6)
4.	บุคคลในครอบครัวของท่าน	30(13.6)	20(9.2)	76(34.5)	94(42.7)
5.	วัฒนธรรมการกินอาหารร่วมกัน	18(8.2)	21(9.5)	88(40.0)	93(42.3)
6.	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ/ตำบล/เทศบาล	19(8.6)	29(13.2)	80(36.4)	92(41.8)
7.	เครือข่ายทางสังคมออนไลน์ เช่น Facebook, line group	23(10.5)	26(11.8)	83(37.7)	88(40.0)
8.	มาตรการงดกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน เช่น ประเพณี สงกรานต์ การทำบุญวันสำคัญทางศาสนา	20(9.1)	42(19.1)	70(31.8)	88(40.0)
9.	มาตรการการสั่งปิดสถานศึกษา	18(8.2)	48(21.8)	66(30.0)	88(40.0)
10.	กฎระเบียบข้อบังคับของชุมชน	15(6.8)	35(15.9)	83(37.7)	87(39.6)
11.	มาตรการการงดออกจากบ้านหลังเวลา 24.00 น.	27(12.3)	30(13.6)	77(35.0)	86(39.1)
12.	วัฒนธรรมการอยู่ร่วมกันในชุมชน	22(10.0)	27(12.3)	86(39.1)	85(38.6)
13.	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัด/คณะกรรมการโรคติดต่อ จังหวัด	20(9.1)	31(14.1)	84(38.2)	85(38.6)
14.	พิธีกรรมทางศาสนา	22(10.0)	36(16.4)	78(35.4)	84(38.2)
15.	เพื่อน/เพื่อนบ้านของท่าน	27(12.3)	24(10.9)	87(39.5)	82(37.3)
16.	ครูประจำโรงเรียนในชุมชน	35(15.9)	40(18.2)	71(32.3)	74(33.6)
17.	การผ่อนปรนมาตรการควบคุมของรัฐบาล	25(11.4)	39(17.7)	90(40.9)	66(30.0)
18.	นายกเทศมนตรี/นายกองค์การบริหารส่วนตำบล	25(11.4)	42(19.1)	87(39.5)	66(30.0)
19.	ผู้ใหญ่บ้าน	24(10.9)	56(25.5)	79(35.9)	61(27.7)
20.	กำนัน	28(12.7)	54(24.6)	79(35.9)	59(26.8)
21.	ผู้นำทางศาสนา เช่น พระสงฆ์ บาทหลวง จุฬาราชมนตรี โต๊ะอิหม่าม	33(15.0)	57(25.9)	77(35.0)	53(24.1)

หมายเหตุ สํารวจข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน 2563

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนต่อผู้ถูกกักกัน ในระดับมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ มาตรการการจัดการการเว้นระยะห่างทางสังคม (ร้อยละ 51.8) อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) (ร้อยละ 47.7) วัฒนธรรมการอยู่ร่วมกันในครอบครัว (ร้อยละ 43.6) บุคคลในครอบครัว (ร้อยละ 42.7) และวัฒนธรรมการกินอาหารร่วมกัน (ร้อยละ 42.3) และกลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนต่อผู้ถูกกักกัน น้อยที่สุด คือ ครูประจำโรงเรียนในชุมชน (ร้อยละ 33.6) การผ่อนปรนมาตรการควบคุมของรัฐบาล และนายกเทศมนตรี/นายกองค์การบริหารส่วนตำบล เท่ากัน (ร้อยละ 30.0) ผู้ใหญ่บ้าน (ร้อยละ 27.7) กำนัน (ร้อยละ 26.8) และผู้นำทางศาสนา เช่น พระสงฆ์ บาทหลวง จุฬาราชมนตรี โต๊ะอิหม่าม (ร้อยละ 24.1)

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน

การศึกษาครั้งนี้ สอบถามการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน จำนวน 220 คน ซึ่งรายละเอียดของการปฏิบัติแสดงดังตารางที่ 7-9

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคะแนนและระดับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ถูกต้องต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 และผู้ถูกกักกัน (n=220)

คะแนน	ระดับการปฏิบัติ	การปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ถูกต้องต่อผู้ที่เคยติดเชื้อ		การปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ถูกต้องต่อผู้ถูกกักกัน	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
≤ 53	ต่ำ	24	10.9	21	9.5
54-80	ปานกลาง	99	45.0	111	50.5
81-108	สูง	97	44.1	88	40.0

คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ถูกต้องต่อผู้ที่เคยติดเชื้อ (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 76.0 (16.3) คะแนน ค่ามัธยฐาน 78.0 คะแนน พิสัย 33-102 คะแนน

คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ถูกต้องต่อผู้ถูกกักกัน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 75.0 (15.4) คะแนน ค่ามัธยฐาน 76.0 คะแนน พิสัย 33-102 คะแนน

หมายเหตุ สุ่มข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน 2563, คะแนนเต็ม 108 คะแนน

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ถูกต้องต่อผู้ที่เคยติดเชื้ออยู่ในระดับปานกลาง (54-80คะแนน) มากที่สุดร้อยละ 45.0 โดยมีคะแนนการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ถูกต้องต่อผู้ที่เคยติดเชื้อเฉลี่ย 76.0 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 16.3 คะแนน) นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ถูกต้องต่อผู้ถูกกักกันอยู่ในระดับปานกลาง (54-80 คะแนน) มากที่สุดร้อยละ 50.5 โดยมีคะแนนการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ถูกต้องต่อผู้ถูกกักกันเฉลี่ย 75.0 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 15.4 คะแนน)

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีการปฏิบัติที่ถูกต้องต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 (n=220)

ข้อ	กิจกรรม	การปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19			
		ไม่ปฏิบัติ	นาน ๆ ครั้ง	เกือบทุกครั้ง	ทุกครั้ง
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1.	ท่านสวมหน้ากากอนามัยเมื่อพูดคุยกับคนเหล่านี้	21(9.5)	13(5.9)	36(16.4)	150(68.2)
2.	ท่านล้างมือหรือทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจล หลังรับประทานอาหารร่วมกับคนเหล่านี้	20(9.1)	18(8.2)	43(19.5)	139(63.2)
3.	ท่านล้างมือหรือทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจล ก่อนรับประทานอาหารร่วมกับคนเหล่านี้	26(11.8)	20(9.1)	36(16.4)	138(62.7)
4.	ท่านล้างมือหรือทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจลหลัง พูดคุยกับคนเหล่านี้ทุกครั้ง	19(8.6)	22(10.0)	44(20.0)	135(61.4)
5.	ท่านสนับสนุนให้แยกคนเหล่านี้ โดยให้อยู่แยกห้อง/ แยกบ้านกับผู้อื่น	31(14.1)	21(9.5)	33(15.0)	135(61.4)
6.	ท่านสนับสนุนให้ชุมชนท่านฉีดพ่นยาฆ่าเชื้อในสิ่งแวดล้อมที่ บ้านของคนเหล่านี้	15(6.8)	22(10.0)	61(27.7)	122(55.5)
7.	ท่านสนับสนุนให้ชุมชนท่านฉีดพ่นยาฆ่าเชื้อในสิ่งแวดล้อม ต่าง ๆ ในชุมชน ที่มีคนเหล่านี้อาศัยอยู่ เช่น วัด ตลาด	16(7.2)	29(13.2)	58(26.4)	117(53.2)
8.	ท่านไม่ใช้งาน ชาม ช้อน ส้อม แก้วน้ำ ร่วมกับคนเหล่านี้	47(21.4)	22(10.0)	35(15.9)	116(52.7)
9.	ท่านมีส่วนร่วมในการสอดส่องดูแลคนเหล่านี้ในระหว่างที่มี การเฝ้าระวังโรคโควิด-19 จนครบ 14 วัน	39(17.7)	23(10.4)	45(20.5)	113(51.4)
10.	ท่านมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ติดตามอาการของคนเหล่านี้	32(14.5)	37(16.8)	38(17.3)	113(51.4)
11.	ท่านไม่สัมผัสร่างกายคนเหล่านี้	42(19.1)	30(13.7)	39(17.7)	109(49.5)
12.	ท่านพูดคุยกับคนเหล่านี้ แต่เว้นระยะห่างอย่างน้อย 1-2 เมตร	28(12.7)	25(11.4)	61(27.7)	106(48.2)
13.	ท่านไม่รับประทานอาหารร่วมกับคนเหล่านี้	47(21.4)	23(10.4)	47(21.4)	103(46.8)
14.	ท่านแนะนำวิธีป้องกันการติดเชื้อ/การแพร่เชื้อโรคโควิด-19 ให้คนเหล่านี้	30(13.6)	29(13.2)	62(28.2)	99(45.0)
15.	ท่านมีส่วนร่วมในการคัดกรองโรคโควิด-19 ในคนเหล่านี้	36(16.3)	38(17.3)	49(22.3)	97(44.1)
16.	ท่านไม่ใช้ห้องน้ำร่วมกับคนเหล่านี้	48(21.8)	42(19.1)	38(17.3)	92(41.8)

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีการปฏิบัติที่ถูกต้องต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 (n=220) (ต่อ)

ข้อ	กิจกรรม	การปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19			
		ไม่ปฏิบัติ	นาน ๆ ครั้ง	เกือบทุกครั้ง	ทุกครั้ง
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
17.	ท่านห้ามบุตรหลานไปเล่นกับเด็กหรือสมาชิกในครอบครัวคนอื่นเหล่านี้	49(22.3)	39(17.7)	42(19.1)	90(40.9)
18.	ท่านปลอดภัยพูดคุยให้กำลังใจคนเหล่านี้ทางโทรศัพท์	44(20.0)	37(16.8)	50(22.7)	89(40.5)
19.	ท่านมีส่วนร่วมในการรายงาน/แจ้งข้อมูลความผิดปกติที่อาจเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด-19 แก่ อสม. หรือผู้นำชุมชน	37(16.8)	41(18.7)	55(25.0)	87(39.5)
20.	ท่านรับประทานอาหารร่วมกับคนเหล่านี้ แต่เว้นระยะห่างอย่างน้อย 1-2 เมตร	53(24.1)	34(15.5)	46(20.9)	87(39.5)
21.	ท่านไม่ใช่โต๊ะ เก้าอี้ และเครื่องใช้อื่น ๆ ภายในชุมชน/ภายในบ้านร่วมกับคนเหล่านี้	43(19.5)	45(20.5)	52(23.6)	80(36.4)
22.	ท่านให้อาหาร สิ่งของ เครื่องใช้ หรือเงินช่วยเหลือแก่คนเหล่านี้	36(16.4)	41(18.6)	64(29.1)	79(35.9)
23.	ท่านพบปะคนเหล่านี้เพื่อปลอดภัยพูดคุยให้กำลังใจ โดยรักษาระยะห่างอย่างน้อย 1-2 เมตร	59(26.8)	33(15.0)	49(22.3)	79(35.9)
24.	ท่านห้ามคนในครอบครัวไปเยี่ยมเยียนคนเหล่านี้	58(26.3)	38(17.3)	45(20.5)	79(35.9)
25.	ท่านไม่เข้าร่วมกิจกรรมใด ๆ ที่คนเหล่านี้ เข้าร่วมกิจกรรม	68(30.9)	35(15.9)	47(21.4)	70(31.8)
26.	ท่านไม่พูดคุยกับคนเหล่านี้	64(29.1)	46(20.9)	41(18.6)	69(31.4)
27.	ท่านต่อต้านการให้คนเหล่านี้เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน	74(33.6)	39(17.7)	45(20.5)	62(28.2)

หมายเหตุ สํารวจข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน 2563

จากตารางที่ 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติที่ถูกต้องต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ในระดับมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ สวมหน้ากากอนามัยเมื่อพูดคุยกับผู้ติดเชื้อ (ร้อยละ 68.2) ล้างมือหรือทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจล หลังรับประทานอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อ (ร้อยละ 63.2) ล้างมือหรือทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจลก่อนรับประทานอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อ (ร้อยละ 62.7) ล้างมือหรือทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจลหลังพูดคุยกับผู้ติดเชื้อทุกครั้ง (ร้อยละ 61.4) และสนับสนุนให้แยกผู้ติดเชื้อ โดยให้อยู่แยกห้อง/แยกบ้านกับผู้อื่น (ร้อยละ 61.4) และกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติที่ถูกต้องต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 น้อยที่สุดคือ ไม่เข้าร่วมกิจกรรมใด ๆ ที่ผู้ติดเชื้อเข้าร่วมกิจกรรม (ร้อยละ 31.8) ไม่พูดคุยกับผู้ติดเชื้อ (ร้อยละ 31.4) และต่อต้านการให้ผู้ติดเชื้อเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน (ร้อยละ 28.2)

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีการปฏิบัติที่ถูกต้องต่อผู้ถูกกักกัน (n=220)

ข้อ	กิจกรรม	การปฏิบัติต่อผู้ถูกกักกัน			
		ไม่ปฏิบัติ	นาน ๆ ครั้ง	เกือบทุกครั้ง	ทุกครั้ง
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1.	ท่านสวมหน้ากากอนามัยเมื่อพูดคุยกับคนเหล่านี้	16(7.3)	20(9.1)	37(16.8)	147(66.8)
2.	ท่านล้างมือหรือทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจล หลังพูดคุยกับคนเหล่านี้ทุกครั้ง	13(5.9)	26(11.8)	47(21.4)	134(60.9)
3.	ท่านล้างมือหรือทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจล ก่อนรับประทานอาหารร่วมกับคนเหล่านี้	25(11.4)	24(10.9)	37(16.8)	134(60.9)
4.	ท่านล้างมือหรือทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจล หลังรับประทานอาหารร่วมกับคนเหล่านี้	20(9.1)	18(8.2)	54(24.5)	128(58.2)
5.	ท่านสนับสนุนให้ชุมชนท่านฉีดพ่นยาฆ่าเชื้อในสิ่งแวดล้อมที่ บ้านของคนเหล่านี้	15(6.8)	31(14.1)	59(26.8)	115(52.3)
6.	ท่านสนับสนุนให้แยกคนเหล่านี้ โดยให้อยู่แยกห้อง/แยก บ้านกับผู้อื่น	26(11.8)	29(13.2)	54(24.5)	111(50.5)
7.	ท่านสนับสนุนให้ชุมชนท่านฉีดพ่นยาฆ่าเชื้อในสิ่งแวดล้อม ต่าง ๆ ในชุมชน ที่มีคนเหล่านี้อาศัยอยู่ เช่น วัด ตลาด	17(7.7)	36(16.4)	57(25.9)	110(50.0)
8.	ท่านไม่ใช้จาน ชาม ช้อน ส้อม แก้วน้ำ ร่วมกับคนเหล่านี้	45(20.5)	17(7.7)	48(21.8)	110(50.0)
9.	ท่านมีส่วนร่วมในการสอดส่องดูแลคนเหล่านี้ในระหว่างที่ มีการเฝ้าระวังโรคโควิด-19 จนครบ 14 วัน	34(15.4)	25(11.4)	57(25.9)	104(47.3)
10.	ท่านไม่สัมผัสร่างกายคนเหล่านี้	38(17.3)	31(14.1)	49(22.2)	102(46.4)
11.	ท่านพูดคุยกับคนเหล่านี้ แต่เว้นระยะห่างอย่างน้อย 1-2 เมตร	21(9.6)	39(17.7)	59(26.8)	101(45.9)
12.	ท่านมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ติดตามอาการของคน เหล่านี้	28(12.7)	41(18.6)	51(23.2)	100(45.5)
13.	ท่านไม่รับประทานอาหารร่วมกับคนเหล่านี้	45(20.5)	37(16.7)	38(17.3)	100(45.5)
14.	ท่านแนะนำวิธีป้องกันการติดเชื้อ/การแพร่เชื้อโรคโควิด- 19 ให้คนเหล่านี้	37(16.8)	35(15.9)	57(25.9)	91(41.4)
15.	ท่านไม่ใช้โต๊ะ เก้าอี้ และเครื่องใช้อื่น ๆ ภายในชุมชน/ ภายในบ้านร่วมกับคนเหล่านี้	44(20.0)	38(17.3)	57(25.9)	81(36.8)

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีการปฏิบัติที่ถูกต้องต่อผู้ถูกกักกัน (n=220) (ต่อ)

ข้อ	กิจกรรม	การปฏิบัติต่อผู้ถูกกักกัน			
		ไม่ปฏิบัติ	นาน ๆ ครั้ง	เกือบทุกครั้ง	ทุกครั้ง
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
16.	ท่านรับประทานอาหารร่วมกับคนอื่นนี้ แต่เว้นระยะห่างอย่างน้อย 1-2 เมตร	49(22.3)	35(15.9)	55(20.0)	81(36.8)
17.	ท่านมีส่วนร่วมในการรายงาน/แจ้งข้อมูลความผิดปกติที่อาจเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด-19 แก่ อสม. หรือผู้นำชุมชน	36(16.4)	48(21.8)	55(25.0)	81(36.8)
18.	ท่านห้ามบุตรหลานไปเล่นกับเด็กหรือสมาชิกในครอบครัวคนอื่นเหล่านี้	50(22.7)	40(18.2)	49(22.3)	81(36.8)
19.	ท่านมีส่วนร่วมในการคัดกรองโรคโควิด-19 ในคนอื่นเหล่านี้	32(14.5)	45(20.5)	63(28.6)	80(36.4)
20.	ท่านไม่ใช้ห้องน้ำร่วมกับคนอื่นเหล่านี้	43(19.6)	46(20.9)	52(23.6)	79(35.9)
21.	ท่านปลอบใจพูดคุยให้กำลังใจคนอื่นเหล่านี้ทางโทรศัพท์	44(20.0)	40(18.2)	58(26.3)	78(35.5)
22.	ท่านพบปะคนอื่นเหล่านี้เพื่อปลอบใจพูดคุยให้กำลังใจ โดยรักษาระยะห่างอย่างน้อย 1-2 เมตร	59(26.8)	39(17.7)	48(21.9)	74(33.6)
23.	ท่านให้อาหาร สิ่งของ เครื่องใช้ หรือเงินช่วยเหลือแก่คนอื่นเหล่านี้	37(16.8)	48(21.8)	63(28.6)	72(32.8)
24.	ท่านห้ามคนในครอบครัวไปเยี่ยมเยียนคนอื่นเหล่านี้	60(27.3)	48(21.8)	44(20.0)	68(30.9)
25.	ท่านไม่เข้าร่วมกิจกรรมใด ๆ ที่คนอื่นเหล่านี้ เข้าร่วมกิจกรรม	62(28.2)	38(17.2)	60(27.3)	60(27.3)
26.	ท่านไม่พูดคุยกับคนอื่นเหล่านี้	55(25.0)	56(25.5)	53(24.0)	56(25.5)
27.	ท่านต่อต้านการให้คนอื่นเหล่านี้เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน	73(33.2)	45(20.5)	48(21.8)	54(24.5)

หมายเหตุ สํารวจข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน 2563

จากตารางที่ 9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติที่ถูกต้องต่อผู้ถูกกักกัน ในระดับมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ สวมหน้ากากอนามัยเมื่อพูดคุยกับผู้ถูกกักกัน (ร้อยละ 66.8) ล้างมือหรือทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจล หลังพูดคุยกับผู้ถูกกักกันทุกครั้ง และล้างมือหรือทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจลก่อนรับประทานอาหารร่วมกับผู้ถูกกักกันเท่ากัน (ร้อยละ 60.9) ล้างมือหรือทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจลหลังรับประทานอาหารร่วมกับผู้ถูกกักกัน (ร้อยละ 58.2) และสนับสนุนให้ชุมชนท่านฉีดพ่นยาฆ่าเชื้อในสิ่งแวดล้อมที่บ้านของผู้ถูกกักกัน (ร้อยละ 52.3) และกลุ่มตัวอย่างที่มีการปฏิบัติที่ถูกต้องต่อผู้ถูกกักกันน้อยที่สุดคือ ไม่เข้าร่วมกิจกรรมใด ๆ ที่ผู้ถูกกักกันเข้าร่วมกิจกรรม (ร้อยละ 27.3) ไม่พูดคุยกับผู้ถูกกักกัน (ร้อยละ 25.5) และต่อต้านการให้ผู้ถูกกักกันเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน (ร้อยละ 24.5)

ส่วนที่ 4 ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19

การศึกษาครั้งนี้ สอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ของประชาชน จำนวน 220 คน ซึ่งผลการศึกษาแสดงดังตารางที่ 10-11

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคะแนนและระดับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 (n=220)

คะแนน	ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
≤ 17	ต่ำ	49	22.3
18-24	ปานกลาง	135	61.4
25-30	สูง	36	16.3

คะแนนเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 20.0 (4.2) คะแนน ค่ามัธยฐาน 21.0 คะแนน พิสัย 9-27 คะแนน

หมายเหตุ สุ่มข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน 2563, คะแนนเต็ม 30 คะแนน

จากตารางที่ 10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลาง (18-24 คะแนน) มากที่สุดร้อยละ 61.4 โดยมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 20.0 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.2 คะแนน) แต่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 22.3 มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับต่ำ (≤ 17 คะแนน)

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ถูกต้อง จำแนกตามรายชื่อ (n=220)

ข้อ	กิจกรรม	ตอบถูกต้อง	
		จำนวน	ร้อยละ
ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคโควิด-19			
1.	วิถีทางหลักในการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด-19 คือ ละอองฝอยจากการไอจาม	215	97.7
2.	ผู้ถูกกักกันเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด-19 อาจมีเชื้อโรคโควิด-19 ในร่างกาย และสามารถแพร่เชื้อสู่ผู้อื่นได้	194	88.2
3.	ผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 ไม่สามารถรักษาให้หายได้	184	83.6
4.	ผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 จะไม่สามารถติดเชื้อโรคนี้ได้อีก	175	79.5
5.	ฟ้าทะลายโจรสามารถใช้รักษาโรคโควิด-19 ได้	151	68.6
6.	ผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 สามารถแพร่เชื้อให้ผู้อื่นได้ตลอดชีวิต	149	67.7
7.	การได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่สามารถป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ได้	148	67.3
8.	โดยเฉลี่ยผู้ป่วยโรคโควิด-19 1 ราย สามารถแพร่กระจายเชื้อไปสู่บุคคลอื่นได้ 10 ราย	52	23.6
9.	โรคโควิด-19 มีการแพร่กระจายจากคนสู่คนเท่านั้น	49	22.3
ความรู้ด้านการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19			
1.	การล้างมือด้วยน้ำกับสบู่หรือน้ำกับน้ำยาฆ่าเชื้อ ใช้เวลาอย่างน้อย 20 วินาที	197	89.5
2.	การเว้นระยะห่างระหว่างตัวท่านกับผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 1-2 เมตร ช่วยลดความเสี่ยงของการติดเชื้อโรคโควิด-19	197	89.5
3.	การเดินทางโดยใช้ระบบขนส่งสาธารณะ เพิ่มความเสี่ยงของการติดเชื้อโรคโควิด-19	190	86.4
4.	การปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 คือ การเว้นระยะห่างทางสังคม	188	85.5
5.	การใช้ห้องน้ำร่วมกับผู้ถูกกักกันเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด-19 มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19	187	85.0
6.	การดื่มเหล้า/แอลกอฮอล์สามารถฆ่าเชื้อโรคโควิด-19 ได้	180	81.8
7.	การเว้นระยะห่างระหว่างตัวท่านกับผู้ถูกกักกันเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ไม่มีความจำเป็น	175	79.5
8.	การประกอบพิธีกรรมทางศาสนาไม่จำเป็นต้องเว้นระยะห่างทางสังคม เพราะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 ต่ำ	168	76.4
9.	การรับประทานอาหารร่วมกับผู้ถูกกักกันเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ไม่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19	168	76.4

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ถูกต้อง จำแนกตามรายชื่อ (n=220) (ต่อ)

ข้อ	กิจกรรม	ตอบถูกต้อง	
		จำนวน	ร้อยละ
10.	การรับประทานอาหารร่วมกับผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 และผลการตรวจเชื้อโรคโควิด-19 เป็นลบ โดยเว้นระยะห่างอย่างน้อย 1-2 เมตร มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 น้อย	166	75.5
11.	การใช้โต๊ะ เก้าอี้ และเครื่องใช้อื่น ๆ ภายในชุมชน/ภายในบ้านร่วมกับผู้ถูกกักกันเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด-19 มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19	163	74.1
12.	การสัมผัสหน้ากากอนามัยด้านนอก ไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19	162	73.6
13.	เมื่อไอ จาม ให้ใช้ข้อพับบริเวณข้อศอกและต้นแขนด้านในปิดปากและจมูก ช่วยป้องกันการแพร่กระจายของโรคโควิด-19	161	73.2
14.	การเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้ถูกกักกันเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ไม่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19	156	70.9
15.	การสัมผัสร่างกายผู้ถูกกักกันเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ไม่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19	150	68.2
16.	การใช้หน้ากากอนามัยอันเดิมมากกว่า 1 วัน ยังมีประสิทธิภาพในการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19	144	65.5
17.	การล้างมือด้วยน้ำเปล่าสามารถป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ได้	141	64.1
18.	การยื่นตากแดด สามารถฆ่าเชื้อโรคโควิด-19 ได้	134	60.9
19.	การให้คนเดินผ่านสเปรย์พ่นยาฆ่าเชื้อช่วยลดการติดเชื้อโรคโควิด-19 ที่สำคัญ	71	32.3
20.	การฉีดพ่นยาฆ่าเชื้อในสิ่งแวดล้อมเป็นวิธีการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ที่สำคัญ	44	20.0
21.	กรณีที่มีมือเปื้อนน้ำมูก น้ำลาย หรือเสมหะ ควรทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจล เพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19	27	12.3

หมายเหตุ สํารวจข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน 2563

จากตารางที่ 11 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 80 มีความรู้พื้นฐานที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ได้แก่ วิธีทางหลักในการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด-19 คือ ละอองฝอยจากการไอจาม ผู้ที่ถูกกักกันหรือผู้กักกันตนเองเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด-19 อาจมีเชื้อโรคโควิด-19 ในร่างกาย และสามารถแพร่เชื้อสู่ผู้อื่นได้ ผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 และโรคโควิด-19 สามารถรักษาให้หายได้ ส่วนความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ที่ถูกต้องน้อยกว่าร้อยละ 50 คือ โดยเฉลี่ยผู้ป่วยโรคโควิด-19 1 ราย สามารถแพร่กระจายเชื้อไปสู่บุคคลอื่นได้ 10 ราย และโรคโควิด-19 มีการแพร่กระจายจากคนสู่คนเท่านั้น

สำหรับความรู้ด้านการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ที่กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 80 มีความรู้ที่ถูกต้อง คือ การล้างมือด้วยน้ำกับสบู่หรือน้ำกับน้ำยาฆ่าเชื้อ ใช้เวลาอย่างน้อย 20 วินาที การเว้นระยะห่างกับผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 1-2 เมตร ช่วยลดความเสี่ยงของการติดเชื้อโรคโควิด-19 การเดินทางโดยใช้ระบบขนส่งสาธารณะ เพิ่มความเสี่ยงของการติดเชื้อโรคโควิด-19 การปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพสูงสุดใน

การป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 คือ การเว้นระยะห่างทางสังคม การใช้ห้องน้ำร่วมกับผู้ถูกกักกันเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด-19 มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 การดื่มเหล้า/แอลกอฮอล์สามารถฆ่าเชื้อโรคโควิด-19 ได้ ส่วนความรู้ด้านการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ที่กลุ่มตัวอย่างน้อยกว่าร้อยละ 50 มีความรู้ที่ถูกต้อง ได้แก่ การให้คนเดินผ่านสเปรย์พ่นยาฆ่าเชื้อช่วยลดการติดเชื้อโรคโควิด-19 ที่สำคัญ และการฉีดพ่นยาฆ่าเชื้อในสิ่งแวดล้อมเป็นวิธีการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ที่สำคัญ และกรณีที่มีมือเปื้อนน้ำมูก น้ำลาย หรือเสมหะ ควรทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจล เพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19

ส่วนที่ 5 ทักษะติดต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน

การศึกษานี้ สอบถามทักษะติดต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน ของประชาชน จำนวน 220 คน ซึ่งผลการศึกษาแสดงดังตารางที่ 12-14

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคะแนนและระดับทักษะติดต่อผู้ที่เคยติดเชื้อและผู้ถูกกักกัน (n=220)

คะแนน	ระดับทักษะ	ทักษะติดต่อผู้ที่เคยติดเชื้อ		ทักษะติดต่อผู้ถูกกักกัน	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
≤ 59	ต่ำ	83	37.7	70	31.8
60-104	ปานกลาง	114	51.5	124	56.4
105-150	สูง	23	10.5	26	11.8

คะแนนเฉลี่ยทักษะติดต่อผู้ที่เคยติดเชื้อ (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 71.0 (23.5) คะแนน ค่ามัธยฐาน 67.0 คะแนน พิสัย 24-132 คะแนน

คะแนนเฉลี่ยทักษะติดต่อผู้ถูกกักกัน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 74.0 (23.1) คะแนน ค่ามัธยฐาน 73.0 คะแนน พิสัย 24-132 คะแนน

หมายเหตุ สุ่มข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน 2563, คะแนนเต็ม 150 คะแนน

จากตารางที่ 12 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทักษะติดต่อผู้ที่เคยติดเชื้ออยู่ในระดับปานกลาง (60-104 คะแนน) ร้อยละ 51.5 โดยมีคะแนนทักษะติดต่อผู้ที่เคยติดเชื้อเฉลี่ย 71.0 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 23.5 คะแนน) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีทักษะติดต่อผู้ถูกกักกันอยู่ในระดับปานกลาง (60-104 คะแนน) ร้อยละ 56.4 โดยมีคะแนนทักษะติดต่อผู้ถูกกักกันเฉลี่ย 74.0 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 23.1 คะแนน)

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามทัศนคติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 (n=220)

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.	ท่านคิดว่าคนเหล่านี้ได้รับเชื้อหรือมีโอกาสดำเนินเชื้อจากการไปในสถานที่อโคจร เช่น สนามมวย บ่อนไก่ สถานบันเทิง และการมีวสุมดื่มสุราหรือเสพสารเสพติด	12 (5.5)	0 (0.0)	1 (0.5)	2 (0.9)	11 (5.0)	2 (0.9)	6 (2.6)	29 (13.2)	13 (5.9)	144 (65.5)
2.	ท่านคิดว่าคนเหล่านี้เป็นบุคคลที่คนในชุมชนต้องดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผ่านภาวะวิกฤติของชีวิตไปได้	5 (2.3)	2 (0.9)	1 (0.5)	2 (0.9)	10 (4.5)	4 (1.8)	7 (3.2)	25 (11.3)	21 (9.5)	143 (65.0)
3.	ท่านคิดว่าคนเหล่านี้เป็นบุคคลที่สมาชิกในครอบครัวต้องดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผ่านภาวะวิกฤติของชีวิตไปได้	7 (3.2)	0 (0.0)	3 (1.4)	1 (0.5)	12 (5.4)	2 (0.9)	9 (4.1)	23 (10.4)	20 (9.1)	143 (65.0)
4.	ท่านคิดว่าคนเหล่านี้ได้รับเชื้อหรือมีโอกาสดำเนินเชื้อจากการประกอบอาชีพ เช่น ขับรถแท็กซี่ ไกด์ทัวร์ ให้บริการนวด และบุคลากรการแพทย์	2 (0.9)	5 (2.4)	0 (0.0)	3 (1.4)	18 (8.2)	7 (3.2)	15 (6.8)	29 (13.2)	13 (5.9)	128 (58.2)
5.	ท่านคิดว่าคนเหล่านี้ได้รับเชื้อหรือมีโอกาสดำเนินเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์หรือการหลับนอนกับผู้ติดเชื้อหรือกลุ่มเสี่ยง	6 (2.7)	2 (0.9)	2 (0.9)	6 (2.7)	21 (9.6)	6 (2.7)	10 (4.6)	33 (15.0)	22 (10.0)	112 (50.9)
6.	ท่านคิดว่าคนในชุมชนไม่ควรตีตราบุคคลเหล่านี้ แต่ควรช่วยลดการตีตรา	24 (10.9)	2 (0.9)	2 (0.9)	1 (0.5)	17 (7.7)	7 (3.2)	10 (4.5)	31 (14.1)	15 (6.8)	111 (50.5)
7.	ท่านคิดว่าไม่ควรอยู่ใกล้ชิดกับคนเหล่านี้ เพราะจะทำให้ติดเชื้อได้	14 (6.4)	4 (1.7)	3 (1.4)	9 (4.1)	29 (13.2)	5 (2.3)	13 (5.9)	27 (12.3)	13 (5.9)	103 (46.8)

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามทัศนคติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 (n=220) (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)
8.	ท่านคิดว่าคนเหล่านี้เป็นบุคคลที่นำเชื้อมาแพร่ให้คนในครอบครัวหรือชุมชน	6 (2.7)	6 (2.7)	2 (0.9)	6 (2.7)	30 (13.6)	16 (7.4)	14 (6.4)	26 (11.8)	17 (7.7)	97 (44.1)
9.	ท่านคิดว่าคนเหล่านี้ทำให้คนถูกเลิกจ้าง หรือพักงาน	36 (16.4)	9 (4.1)	6 (2.7)	3 (1.4)	30 (13.6)	8 (3.6)	9 (4.1)	22 (10.0)	12 (5.5)	85 (38.6)
10.	ท่านคิดว่าคนเหล่านี้ทำให้การจัดกิจกรรมร่วมกันของชุมชนลดลง	23 (10.5)	8 (3.6)	8 (3.6)	11 (5.0)	31 (14.1)	8 (3.6)	15 (6.8)	27 (12.3)	12 (5.5)	77 (35.0)
11.	ท่านคิดว่าคนเหล่านี้ทำให้ผู้อื่นมีความยุ่งยากในการดำเนินชีวิตประจำวัน	33 (15.0)	8 (3.6)	3 (1.4)	9 (4.1)	30 (13.6)	9 (4.1)	9 (4.1)	32 (14.5)	11 (5.0)	76 (34.5)
12.	ท่านคิดว่าคนเหล่านี้ทำให้เศรษฐกิจของประเทศชาติเสียหาย	35 (16.0)	9 (4.1)	8 (3.6)	8 (3.6)	32 (14.5)	9 (4.1)	13 (5.9)	17 (7.7)	16 (7.3)	73 (33.2)
13.	ท่านคิดว่าคนเหล่านี้ทำให้คนในชุมชน/หมู่บ้านถูกรังเกียจ	43 (19.5)	12 (5.5)	4 (1.8)	6 (2.7)	38 (17.3)	6 (2.7)	10 (4.5)	23 (10.5)	18 (8.2)	60 (27.3)
14.	ท่านคิดว่าคนเหล่านี้ทำให้คนในครอบครัวถูกเพื่อนบ้านรังเกียจ	40 (18.1)	12 (5.5)	5 (2.3)	9 (4.1)	37 (16.7)	7 (3.2)	12 (5.5)	25 (11.4)	15 (6.8)	58 (26.4)
15.	ท่านคิดว่าคนเหล่านี้ทำให้ขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุขที่จะไปดูแลผู้ป่วยโรคอื่น	32 (14.5)	12 (5.5)	8 (3.6)	6 (2.7)	23 (10.5)	11 (5.0)	19 (8.6)	36 (16.4)	22 (10.0)	51 (23.2)

หมายเหตุ สุ่มตรวจสอบข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน 2563, คะแนนเต็ม 150 คะแนน

จากตารางที่ 13 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติทางลบต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ในหลายประเด็น โดยกลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 50 มีความเห็นว่าผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ได้รับเชื้อหรือมีโอกาสได้รับเชื้อจากการไปในสถานที่สาธารณะ เช่น สนามมวย บ่อนไก่ สถานบันเทิง และการมีวสุ่มดื่มสุราหรือเสพสารเสพติด (ร้อยละ 65.5) มีความเห็นว่าผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ได้รับเชื้อหรือมีโอกาสได้รับเชื้อจากการประกอบอาชีพ เช่น ช่างรถแท็กซี่ โกดังทัวร์ ให้บริการนวด และบุคลากรการแพทย์ (ร้อยละ 58.2) และมีความเห็นว่าผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ได้รับเชื้อหรือมีโอกาสได้รับเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์หรือการหลับ

นอนกับผู้ติดเชื้อหรือกลุ่มเสี่ยง (ร้อยละ 50.9) แต่มีทัศนคติทางบวกคือ มีความเห็นว่าผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 เป็นบุคคลที่คนในชุมชนต้องดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผ่านภาวะวิกฤติของชีวิตไปได้ และเป็นบุคคลที่สมาชิกในครอบครัวต้องดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผ่านภาวะวิกฤติของชีวิตไปได้เช่นกัน (ร้อยละ 65.0) และมีความเห็นว่าคนในชุมชนไม่ควรตีตราผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 แต่ควรช่วยลดการตีตรา (ร้อยละ 50.5)

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามทัศนคติต่อผู้ที่ถูกกักกัน (n=220)

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.	ท่านคิดว่าคนเหล่านี้เป็นบุคคลที่ คนในชุมชนต้องดูแลช่วยเหลือ อย่างใกล้ชิดทั้งด้านร่างกายและ จิตใจ เพื่อให้ผ่านภาวะวิกฤติของ ชีวิตไปได้	3 (1.4)	2 (0.9)	3 (1.4)	2 (0.9)	13 (5.9)	6 (2.7)	10 (4.5)	29 (13.2)	24 (10.9)	128 (58.2)
2.	ท่านคิดว่าคนเหล่านี้เป็นบุคคลที่ สมาชิกในครอบครัวต้องดูแล ช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด ทั้งด้าน ร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผ่าน ภาวะวิกฤติของชีวิตไปได้	2 (0.9)	1 (0.5)	4 (1.8)	2 (0.9)	19 (8.6)	6 (2.7)	11 (5.0)	22 (10.0)	27 (12.3)	126 (57.3)
3.	ท่านคิดว่าคนเหล่านี้ได้รับเชื้อหรือ มีโอกาสได้รับเชื้อจากการไปใน สถานที่อโคจร เช่น สนามมวย บ่อนไก่ สถานบันเทิง และการมั่ว สุ่มดื่มสุราหรือเสพสารเสพติด	12 (5.5)	3 (1.4)	1 (0.5)	5 (2.3)	19 (8.6)	7 (3.2)	7 (3.2)	28 (12.6)	12 (5.5)	126 (57.3)
4.	ท่านคิดว่าคนเหล่านี้ได้รับเชื้อหรือ มีโอกาสได้รับเชื้อจากการ ประกอบอาชีพ เช่น ขับรถแท็กซี่ ไกด์ทัวร์ ให้บริการนวด และ บุคลากรการแพทย์	5 (2.3)	5 (2.3)	3 (1.4)	8 (3.5)	24 (10.9)	7 (3.2)	16 (7.3)	26 (11.8)	15 (6.8)	111 (50.5)
5.	ท่านคิดว่าคนในชุมชนไม่ควรตีตรา บุคคลเหล่านี้ แต่ควรช่วยลดการ ตีตรา	22 (10.0)	3 (1.4)	2 (0.9)	2 (0.9)	21 (9.6)	11 (5.0)	11 (5.0)	37 (16.8)	13 (5.9)	98 (44.5)
6.	ท่านคิดว่าคนเหล่านี้ได้รับเชื้อหรือ มีโอกาสได้รับเชื้อจากการมี เพศสัมพันธ์หรือการหลับนอนกับ ผู้ติดเชื้อหรือกลุ่มเสี่ยง	11 (5.0)	3 (1.4)	8 (3.6)	6 (2.7)	25 (11.4)	7 (3.2)	11 (5.0)	35 (15.9)	17 (7.7)	97 (44.1)
7.	ท่านคิดว่าคนเหล่านี้เป็นบุคคลที่ นำเชื้อมาแพร่ให้คนในครอบครัว หรือชุมชน	8 (3.6)	11 (5.0)	5 (2.3)	3 (1.4)	33 (15.0)	15 (6.8)	15 (6.8)	28 (12.7)	18 (8.2)	84 (38.2)

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามทัศนคติต่อผู้ที่ถูกกักกัน (n=220) (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)
8.	ท่านคิดว่าไม่ควรอยู่ใกล้ชิดกับคนเหล่านี้ เพราะจะทำให้ติดเชื้อได้	13 (5.9)	4 (1.8)	7 (3.2)	9 (4.1)	30 (13.6)	6 (2.7)	18 (8.3)	41 (18.6)	17 (7.7)	75 (34.1)
9.	ท่านคิดว่าคนเหล่านี้ทำให้ผู้อื่นมีความยุ่งยากในการดำเนินชีวิตประจำวัน	32 (14.5)	14 (6.4)	8 (3.6)	8 (3.6)	29 (13.2)	10 (4.5)	8 (3.6)	28 (12.8)	14 (6.4)	69 (31.4)
10.	ท่านคิดว่าคนเหล่านี้ทำให้คนถูกเลิกจ้าง หรือพักงาน	35 (15.9)	12 (5.5)	6 (2.7)	4 (1.8)	35 (15.9)	10 (4.5)	9 (4.1)	26 (11.8)	16 (7.3)	67 (30.5)
11.	ท่านคิดว่าคนเหล่านี้ทำให้การจัดกิจกรรมร่วมกันของชุมชนลดลง	21 (9.5)	11 (5.0)	12 (5.5)	14 (6.4)	30 (13.6)	8 (3.6)	18 (8.2)	29 (13.2)	17 (7.7)	60 (27.3)
12.	ท่านคิดว่าคนเหล่านี้ทำให้เศรษฐกิจของประเทศชาติเสียหาย	37 (16.8)	13 (5.9)	11 (5.0)	8 (3.6)	34 (15.5)	10 (4.5)	12 (5.5)	18 (8.2)	18 (8.2)	59 (26.8)
13.	ท่านคิดว่าคนเหล่านี้ทำให้คนในชุมชน/หมู่บ้านถูกรังเกียจ	39 (17.7)	17 (7.7)	5 (2.3)	7 (3.2)	37 (16.8)	9 (4.1)	13 (5.9)	23 (10.5)	15 (6.8)	55 (25.0)
14.	ท่านคิดว่าคนเหล่านี้ทำให้ขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุขที่จะไปดูแลผู้ป่วยโรคอื่น	35 (15.9)	13 (5.9)	9 (4.1)	9 (4.1)	19 (8.6)	12 (5.5)	19 (8.6)	40 (18.2)	17 (7.7)	47 (21.4)
15.	ท่านคิดว่าคนเหล่านี้ทำให้คนในครอบครัวถูกเพื่อนบ้านรังเกียจ	40 (18.2)	15 (6.8)	7 (3.2)	7 (3.2)	43 (19.5)	7 (3.2)	13 (5.9)	26 (11.8)	15 (6.8)	47 (21.4)

หมายเหตุ สํารวจข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน 2563, คะแนนเต็ม 150 คะแนน

จากตารางที่ 14 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติทางลบต่อผู้ที่ถูกกักกัน ในหลายประเด็น โดยกลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 50 มีความเห็นว่าผู้ที่ถูกกักกัน ได้รับเชื้อหรือมีโอกาสได้รับเชื้อจากการไปในสถานที่สาธารณะ เช่น สนามมวย บ่อนไก่ สถานบันเทิง และการมีวสุมดื่มสุราหรือเสพสารเสพติด (ร้อยละ 57.3) และมีความเห็นว่าผู้ที่ถูกกักกัน ได้รับเชื้อหรือมีโอกาสได้รับเชื้อจากการประกอบอาชีพ เช่น ขับรถแท็กซี่ ไกด์ทัวร์ ให้บริการนวด และบุคลากรการแพทย์ (ร้อยละ 50.5) แต่มีทัศนคติทางบวกคือ มีความเห็นว่าผู้ที่ถูกกักกัน เป็นบุคคลที่คนในชุมชนต้องดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผ่านภาวะวิกฤติของชีวิตไปได้ (ร้อยละ 58.2) และมีความเห็นว่าผู้ที่ถูกกักกัน เป็นบุคคลที่สมาชิกในครอบครัวต้องดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผ่านภาวะวิกฤติของชีวิตไปได้ (ร้อยละ 57.3)

ส่วนที่ 6 การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19

การศึกษาครั้งนี้ สอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ของประชาชน จำนวน 220 คน ซึ่งผลการศึกษาแสดงดังตารางที่ 15-17

ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคะแนนและระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 (n=220)

คะแนน	ระดับการรับรู้	จำนวน	ร้อยละ
ด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 (คะแนนเต็ม 48 คะแนน)			
≤ 23	ต่ำ	1	0.5
24-35	ปานกลาง	45	20.4
36-48	สูง	174	79.1
คะแนนเฉลี่ยด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 41.0 (6.3) คะแนน ค่ามัธยฐาน 43.0 คะแนน พิสัย 21-48 คะแนน			
ด้านแหล่งของข้อมูลข่าวสารที่รับรู้เกี่ยวกับโควิด-19 (คะแนนเต็ม 48 คะแนน)			
≤ 23	ต่ำ	7	3.2
24-35	ปานกลาง	87	39.5
36-48	สูง	126	57.3
คะแนนเฉลี่ยด้านแหล่งของข้อมูลข่าวสารที่รับรู้เกี่ยวกับโควิด-19 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 36.0 (7.7) คะแนน ค่ามัธยฐาน 37.0 คะแนน พิสัย 12-48 คะแนน			
การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ภาพรวม (คะแนนเต็ม 96 คะแนน)			
≤ 47	ต่ำ	1	0.5
48-71	ปานกลาง	64	29.1
72-96	สูง	155	70.4
คะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ภาพรวม (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 77.0 (12.4) คะแนน ค่ามัธยฐาน 78.0 คะแนน พิสัย 46-96 คะแนน			

หมายเหตุ สํารวจข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน 2563

จากตารางที่ 15 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ในภาพรวม อยู่ในระดับสูง (72-96 คะแนน) มากที่สุดร้อยละ 70.4 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 77.0 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.4 คะแนน) เมื่อจำแนกตามรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูง (36-48 คะแนน) มากที่สุดร้อยละ 79.1 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 41.0 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.3 คะแนน) และมีการรับรู้แหล่งของข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโควิด-19 อยู่ในระดับสูง (36-48 คะแนน) มากที่สุดร้อยละ 57.3 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 36.0 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.7 คะแนน)

ตารางที่ 16 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 (n=220)

ข้อ	การรับรู้	การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19			
		ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19					
1.	วิธีการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19	0(0.0)	23(10.5)	56(25.4)	141(64.1)
2.	การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เช่น จำนวนผู้ติดเชื้อ จำนวนผู้ป่วย	3(1.4)	21(9.6)	65(29.5)	131(59.5)
3.	ความรุนแรงของโรคโควิด-19	1(0.5)	18(8.2)	66(30.0)	135(61.3)
4.	ประโยชน์ของการป้องกันโรคโควิด-19	1(0.5)	17(7.7)	76(34.5)	126(57.3)
5.	วิธีการเฝ้าระวังโรคโควิด-19	1(0.5)	23(10.5)	75(34.1)	121(55.0)
6.	สิ่งสนับสนุนการปฏิบัติกรป้องกันโรคโควิด-19	5(2.3)	24(10.9)	74(33.6)	117(53.2)
7.	วิธีการคัดกรองโรคโควิด-19	2(0.9)	23(10.5)	79(35.9)	116(52.7)
8.	โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคโควิด-19	0(0.0)	24(10.9)	81(36.8)	115(52.3)
9.	วิธีการติดต่อโรคโควิด-19	0(0.0)	23(10.5)	83(37.7)	114(51.8)
10.	วิธีการรักษาโรคโควิด-19	14(6.3)	27(12.3)	67(30.5)	112(50.9)
11.	อาการและอาการแสดงของโรคโควิด-19	0(0.0)	17(7.7)	95(43.2)	108(49.1)
12.	อุปสรรคในการป้องกันโรคโควิด-19	3(1.4)	25(11.4)	93(42.2)	99(45.0)
แหล่งของข้อมูลข่าวสารที่ท่านรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19					
1.	สื่อออนไลน์ เช่น ไลน์ เฟซบุ๊ก ยูทูป และเว็บไซต์	9(4.1)	16(7.3)	39(17.7)	156(70.9)
2.	โทรทัศน์	12(5.5)	20(9.1)	57(25.9)	131(59.5)
3.	บุคลากรสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล	7(3.2)	23(10.4)	69(31.4)	121(55.0)
4.	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)/ อาสาสมัครสาธารณสุข (ออส.)	18(8.2)	26(11.8)	65(29.5)	111(50.5)
5.	สมาชิกในครอบครัว	10(4.5)	28(12.8)	72(32.7)	110(50.0)
6.	เพื่อนร่วมงาน	12(5.5)	25(11.4)	91(41.3)	92(41.8)
7.	ผู้นำชุมชน เช่น นายกเทศมนตรี กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน	22(10.0)	39(17.7)	74(33.7)	85(38.6)
8.	โปสเตอร์ให้ความรู้	32(14.5)	48(21.8)	65(29.5)	75(34.2)
9.	ผู้นำทางศาสนา เช่น พระสงฆ์ บาทหลวง จุฬาราชมนตรี โต๊ะอิหม่าม	44(20.0)	50(22.8)	52(23.6)	74(33.6)

ตารางที่ 16 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 (n=220) (ต่อ)

ข้อ	การรับรู้	การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19			
		ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
10.	วิทยุ	41(18.6)	45(20.5)	61(27.7)	73(33.2)
11.	เพื่อนบ้าน	24(10.9)	48(21.8)	77(35.0)	71(32.3)
12.	หนังสือพิมพ์	59(26.8)	66(30.0)	42(19.1)	53(24.1)

หมายเหตุ สุ่มตรวจสอบระหว่างเดือนกันยายน 2563

จากตารางที่ 16 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค มากที่สุด 5 อันดับแรก คือ วิธีการป้องกันตนเองโรคโควิด-19 (ร้อยละ 64.1) การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เช่น จำนวนผู้ติดเชื้อ จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ 59.5) ความรุนแรงของโรคโควิด-19 (ร้อยละ 61.3) ประโยชน์ของการป้องกันโรคโควิด-19 (ร้อยละ 57.3) และวิธีการเฝ้าระวังโรคโควิด-19 (ร้อยละ 55.5) และกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 น้อยที่สุด คือ อาการและอาการแสดงของโรคโควิด-19 (ร้อยละ 49.1) และอุปสรรคในการป้องกันโรคโควิด-19 (ร้อยละ 45.0) โดยกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้แหล่งของข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโควิด-19 มากที่สุด 5 อันดับแรก คือ สื่อออนไลน์ (ร้อยละ 70.9) โทรทัศน์ (ร้อยละ 59.5) บุคลากรสุขภาพ (ร้อยละ 55.0) อสม./ อสส. (ร้อยละ 50.5) และสมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 50.0) แต่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้แหล่งของข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโควิด-19 น้อยที่สุด คือ ไปสเตอร์ให้ความรู้ (ร้อยละ 34.2) ผู้นำทางศาสนา (ร้อยละ 33.6) วิทยุ (ร้อยละ 33.2) เพื่อนบ้าน (ร้อยละ 32.3) และหนังสือพิมพ์ (ร้อยละ 24.1)

ส่วนที่ 7 ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19

การศึกษาครั้งนี้ สอบถามผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ของประชาชน จำนวน 220 คน ซึ่งผลการศึกษาแสดงดังตารางที่ 17-19

ตารางที่ 17 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคะแนนและระดับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 และผลกระทบจากนโยบาย/มาตรการของรัฐบาล (n=220)

คะแนน	ระดับผลกระทบ	ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19		ผลกระทบจากนโยบาย/มาตรการของรัฐบาล	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านเศรษฐกิจ (คะแนนเต็ม 32 คะแนน)					
≤ 15	ต่ำ	22	10.0	24	11.0
16-23	ปานกลาง	38	17.3	43	19.5
24-32	สูง	160	72.7	153	69.5
คะแนนเฉลี่ยผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 25.0 (6.7) คะแนน ค่ามัธยฐาน 28.0 คะแนน พิสัย 8-32 คะแนน					
คะแนนเฉลี่ยผลกระทบจากนโยบาย/มาตรการของรัฐบาล (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 25.0 (6.8) คะแนน ค่ามัธยฐาน 26.0 คะแนน พิสัย 8-32 คะแนน					
ด้านจิตใจ (คะแนนเต็ม 20 คะแนน)					
≤ 9	ต่ำ	22	14.5	31	14.1
10-14	ปานกลาง	21	9.5	36	16.4
15-20	สูง	167	76.0	153	69.5
คะแนนเฉลี่ยผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 16.0 (4.9) คะแนน ค่ามัธยฐาน 18.0 คะแนน พิสัย 5-20 คะแนน					
คะแนนเฉลี่ยผลกระทบจากนโยบาย/มาตรการของรัฐบาล (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 15.0 (4.9) คะแนน ค่ามัธยฐาน 18.0 คะแนน พิสัย 5-20 คะแนน					

ตารางที่ 17 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคะแนนและระดับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 และผลกระทบจากนโยบาย/มาตรการของรัฐบาล (n=220) (ต่อ)

คะแนน	ระดับผลกระทบ	ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19		ผลกระทบจากนโยบาย/มาตรการของรัฐบาล	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านการศึกษาของตนเอง และ/หรือบุตรหลาน (คะแนนเต็ม 24 คะแนน)					
≤ 11	ต่ำ	19	8.6	19	8.6
12-17	ปานกลาง	40	18.2	48	21.8
18-24	สูง	161	73.2	153	69.5
คะแนนเฉลี่ยผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 19.0 (4.9) คะแนน ค่ามัธยฐาน 21.0 คะแนน พิสัย 6-24 คะแนน					
คะแนนเฉลี่ยผลกระทบจากนโยบาย/มาตรการของรัฐบาล (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 19.0 (4.7) คะแนน ค่ามัธยฐาน 20.0 คะแนน พิสัย 6-24 คะแนน					
ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (คะแนนเต็ม 48 คะแนน)					
≤ 23	ต่ำ	18	8.2	23	10.5
24-35	ปานกลาง	70	31.8	83	30.7
36-48	สูง	132	60.0	114	51.8
คะแนนเฉลี่ยผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 36.0 (8.3) คะแนน ค่ามัธยฐาน 37.0 คะแนน พิสัย 12-48 คะแนน					
คะแนนเฉลี่ยผลกระทบจากนโยบาย/มาตรการของรัฐบาล (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 35.0 (8.8) คะแนน ค่ามัธยฐาน 36.0 คะแนน พิสัย 12-48 คะแนน					

ตารางที่ 17 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคะแนนและระดับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 และผลกระทบจากนโยบาย/มาตรการของรัฐบาล (n=220) (ต่อ)

คะแนน	ระดับผลกระทบ	ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19		ผลกระทบจากนโยบาย/มาตรการของรัฐบาล	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านสุขภาพ และการป้องกันโรค (คะแนนเต็ม 12 คะแนน)					
≤ 5	ต่ำ	18	8.2	18	8.2
6-8	ปานกลาง	35	15.9	48	21.8
9-12	สูง	167	75.9	154	70.0
คะแนนเฉลี่ยผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 9.0 (2.5) คะแนน ค่ามัธยฐาน 10.0 คะแนน พิสัย 3-12 คะแนน					
คะแนนเฉลี่ยผลกระทบจากนโยบาย/มาตรการของรัฐบาล (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 9.0 (2.6) คะแนน ค่ามัธยฐาน 9.0 คะแนน พิสัย 3-12 คะแนน					
ด้านวัฒนธรรม/ประเพณี/วิถีชีวิตของชุมชน (คะแนนเต็ม 20 คะแนน)					
≤ 9	ต่ำ	20	9.1	26	11.9
10-14	ปานกลาง	71	32.3	74	33.6
15-20	สูง	129	58.6	120	54.5
คะแนนเฉลี่ยผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 14.0 (4.2) คะแนน ค่ามัธยฐาน 15.0 คะแนน พิสัย 5-20 คะแนน					
คะแนนเฉลี่ยผลกระทบจากนโยบาย/มาตรการของรัฐบาล (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 14.0 (4.3) คะแนน ค่ามัธยฐาน 15.0 คะแนน พิสัย 5-20 คะแนน					

ตารางที่ 17 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคะแนนและระดับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 และผลกระทบจากนโยบาย/มาตรการของรัฐบาล (n=220) (ต่อ)

คะแนน	ระดับผลกระทบ	ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19		ผลกระทบจากนโยบาย/มาตรการของรัฐบาล	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านครอบครัว (คะแนนเต็ม 36 คะแนน)					
≤ 17	ต่ำ	84	38.2	86	39.1
18-26	ปานกลาง	100	45.4	88	40.0
27-36	สูง	36	16.4	46	20.9
คะแนนเฉลี่ยผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 19.0 (7.8) คะแนน ค่ามัธยฐาน 19.0 คะแนน พิสัย 9-36 คะแนน					
คะแนนเฉลี่ยผลกระทบจากนโยบาย/มาตรการของรัฐบาล (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 19.0 (7.8) คะแนน ค่ามัธยฐาน 20.0 คะแนน พิสัย 9-36 คะแนน					
ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 และผลกระทบจากนโยบาย/มาตรการของรัฐบาลในภาพรวม (คะแนนเต็ม 192 คะแนน)					
≤ 95	ต่ำ	16	7.3	19	8.6
96-143	ปานกลาง	97	44.1	103	46.9
144-192	สูง	107	48.6	98	44.5
คะแนนเฉลี่ยผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 141.0 (27.2) คะแนน ค่ามัธยฐาน 142.0 คะแนน พิสัย 70-192 คะแนน					
คะแนนเฉลี่ยผลกระทบจากนโยบาย/มาตรการของรัฐบาล (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 138.0 (28.3) คะแนน ค่ามัธยฐาน 140.0 คะแนน พิสัย 58-192 คะแนน					

หมายเหตุ สํารวจข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน 2563

จากตารางที่ 17 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (144-192 คะแนน) ร้อยละ 48.6 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 141.0 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 27.2 คะแนน) และกลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบจากนโยบาย/มาตรการของรัฐบาลภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (96-143 คะแนน) ร้อยละ 46.9 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 138.0 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 28.3 คะแนน) โดยจำแนกรายด้าน ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ด้านเศรษฐกิจอยู่ในระดับสูง (24-32 คะแนน) ร้อยละ 72.7 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 25.0 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.7 คะแนน) และกลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบจากนโยบาย/มาตรการของรัฐบาลด้านเศรษฐกิจอยู่ในระดับสูง (24-32 คะแนน) ร้อยละ 69.5 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 25.0 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.8 คะแนน)

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ด้านจิตใจอยู่ในระดับสูง (15-20 คะแนน) ร้อยละ 76.0 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 16.0 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.9 คะแนน) และกลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบจากนโยบาย/มาตรการของรัฐบาลด้านจิตใจอยู่ในระดับสูง (15-20 คะแนน) ร้อยละ 69.5 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 15.0 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.9 คะแนน)

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ด้านการศึกษาของตนเอง และ/หรือบุตรหลานอยู่ในระดับสูง (18-24 คะแนน) ร้อยละ 73.2 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 19.0 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.9 คะแนน) และกลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบจากนโยบาย/มาตรการของรัฐบาล ด้านการศึกษาของตนเอง และ/หรือบุตรหลานอยู่ในระดับสูง (18-24 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 69.5 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 19.0 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.7 คะแนน)

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับสูง (36-48 คะแนน) ร้อยละ 60.0 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 36.0 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.3 คะแนน) และกลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบจากนโยบาย/มาตรการของรัฐบาล ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับสูง (36-48 คะแนน) ร้อยละ 51.8 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 35.0 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.8 คะแนน)

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ด้านสุขภาพและการป้องกันโรคอยู่ในระดับสูง (9-12 คะแนน) ร้อยละ 76.9 โดยคะแนนเฉลี่ย 9.0 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.5 คะแนน) และกลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบจากนโยบาย/มาตรการของรัฐบาล ด้านสุขภาพและการป้องกันโรคอยู่ในระดับสูง (9-12 คะแนน) ร้อยละ 70.0 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 9.0 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.6 คะแนน)

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ด้านวัฒนธรรม/ประเพณี/วิถีชีวิตของชุมชนอยู่ในระดับสูง (15-20 คะแนน) ร้อยละ 58.6 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 14.0 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.2 คะแนน) และกลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบจากนโยบาย/มาตรการของรัฐบาล ด้านวัฒนธรรม/ประเพณี/วิถีชีวิตของชุมชนอยู่ในระดับสูง (15-20 คะแนน) ร้อยละ 54.4 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 14.0 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.3 คะแนน)

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ด้านครอบครัว อยู่ในระดับปานกลาง (18-26 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 45.4 โดยมีความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 เฉลี่ย 19.0 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.8 คะแนน) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบจากนโยบาย/มาตรการของรัฐบาล ด้านครอบครัว อยู่ในระดับปานกลาง (18-26 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 40.0 โดยมีความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบจากนโยบาย/มาตรการของรัฐบาล เฉลี่ย 19.0 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.8 คะแนน)

ตารางที่ 18 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 (n=220)

ข้อ	ผลกระทบ	ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19			
		ไม่กระทบ	น้อย	ปานกลาง	มาก
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ					
1.	รายได้ลดลง	18(8.2)	14(6.4)	35(15.9)	153(69.5)
2.	รายได้ไม่พอใช้	23(10.5)	12(5.5)	34(15.5)	151(68.5)
3.	ไม่มีรายได้	29(13.2)	15(6.8)	34(15.5)	142(64.5)
4.	ถูกเลิกจ้าง ตกงาน	30(13.6)	16(7.3)	33(15.0)	141(64.1)
5.	ค่าใช้จ่ายจากการเรียน/ทำงานที่บ้านเพิ่มขึ้น เช่น ค่าไฟฟ้าและค่าอินเทอร์เน็ต	14(6.4)	18(8.2)	48(21.8)	140(63.6)
6.	ถูกหยุดงาน พักงานชั่วคราว	30(13.6)	16(7.4)	43(19.5)	131(59.5)
7.	รายได้เพิ่มขึ้นจากการให้บริการส่งอาหารและเครื่องดื่ม	45(20.5)	29(13.2)	62(28.2)	84(38.1)
8.	รายได้เพิ่มขึ้นจากการขายของออนไลน์	56(25.5)	29(13.2)	69(31.3)	66(30.0)
ผลกระทบด้านจิตใจ					
1.	ความเครียดจากการเลิกจ้าง ตกงาน ไม่มีงานทำ	30(13.6)	16(7.3)	38(17.3)	136(61.8)
2.	ความเครียดจากการหยุดงานชั่วคราว พักงาน	28(12.7)	17(7.7)	44(20.0)	131(59.6)
3.	วิตกกังวลว่าจะถูกเลิกจ้าง	26(11.8)	22(10.0)	41(18.6)	131(59.6)
4.	วิตกกังวลว่าจะหางานทำไม่ได้เมื่อสถานการณ์ดีขึ้น	26(11.8)	17(7.7)	52(23.7)	125(56.8)
5.	ภาวะซึมเศร้าจากการไม่ได้พบปะผู้คน	38(17.3)	29(13.2)	46(20.9)	107(48.6)
ผลกระทบด้านการศึกษาของตนเอง และ/หรือบุตรหลาน					
1.	นักเรียน/นักศึกษาสำเร็จการศึกษาช้าลง	11(5.0)	21(9.6)	59(26.8)	129(58.6)
2.	นักเรียน/นักศึกษาไม่สามารถไปเรียนกวดวิชาได้	16(7.3)	18(8.2)	72(32.7)	114(51.8)
3.	นักเรียน/นักศึกษาไม่มีคอมพิวเตอร์ โน้ตบุ๊ก แท็บเล็ต สำหรับการเรียน/การสอบออนไลน์	25(11.4)	28(12.7)	53(24.1)	114(51.8)
4.	นักเรียน/นักศึกษาไม่มีผู้ให้ความช่วยเหลือ ช่วยแก้ปัญหาในการเรียน/การสอบออนไลน์	24(10.9)	29(13.2)	55(25.0)	112(50.9)
5.	นักเรียน/นักศึกษาไม่มีอินเทอร์เน็ต สำหรับการเรียน/การสอบออนไลน์	26(11.8)	26(11.8)	57(25.9)	111(50.5)
6.	นักเรียน/นักศึกษาไม่มีทักษะในการเรียน/การสอบออนไลน์	20(9.1)	36(16.4)	61(27.7)	103(46.8)

ตารางที่ 18 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 (n=220) (ต่อ)

ข้อ	ผลกระทบ	ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19			
		ไม่กระทบ	น้อย	ปานกลาง	มาก
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ผลกระทบด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเอง					
1.	การเดินทางไปต่างประเทศ	47(21.3)	18(8.2)	38(17.3)	117(53.2)
2.	การเดินทางไปต่างจังหวัด	26(11.8)	24(10.9)	54(24.6)	116(52.7)
3.	การออกกำลังกายนอกบ้าน	18(8.2)	34(15.5)	63(28.6)	105(47.7)
4.	การรับประทานอาหารนอกบ้าน	13(5.9)	31(14.1)	73(33.2)	103(46.8)
5.	การไปซื้อของใช้ การจ่ายตลาด	13(5.9)	30(13.6)	74(33.7)	103(46.8)
6.	การไปร้านเสริมสวย สระผม ทำผม	21(9.5)	28(12.7)	69(31.4)	102(46.4)
7.	การไปช้อปปิ้งหรือไปเดินเล่นในห้างสรรพสินค้า	13(5.9)	33(15.0)	72(32.7)	102(46.4)
8.	การสังสรรค์กับเพื่อนนอกบ้าน	29(13.1)	34(15.5)	68(30.9)	89(40.5)
9.	การดูหนัง ฟังเพลงนอกบ้าน	35(15.9)	43(19.6)	65(29.5)	77(35.0)
10.	การใช้บริการธนาคาร	25(11.3)	49(22.3)	79(35.9)	67(30.5)
11.	การพบปะเพื่อนสนิท	28(12.7)	47(21.4)	79(35.9)	66(30.0)
12.	การพบปะแฟน/คู่รัก	61(27.7)	32(14.5)	71(32.3)	56(25.5)
ผลกระทบด้านสุขภาพและการป้องกันโรค					
1.	การขาดแคลนหน้ากากอนามัย	18(8.2)	26(11.8)	70(31.8)	106(48.2)
2.	การขาดแคลนแอลกอฮอล์เจล	19(8.6)	29(13.2)	75(34.1)	97(44.1)
3.	การเข้ารับบริการทางการแพทย์ กรณีเจ็บป่วย	17(7.7)	20(9.1)	89(40.5)	94(42.7)
ผลกระทบด้านวัฒนธรรม/ประเพณี/วิถีชีวิตของชุมชน					
1.	การประกอบพิธีกรรมทางศาสนา	22(10.0)	40(18.2)	65(29.5)	93(42.3)
2.	การช่วยเหลือเกื้อกูลกันในสังคมลดลง เช่น การลงแขก งานแต่งงาน บวช งานขึ้นบ้านใหม่ และงานศพ เป็นต้น	17(7.7)	34(15.5)	83(37.7)	86(39.1)
3.	การสืบสานขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม	19(8.6)	45(20.5)	72(32.7)	84(38.2)
4.	การติดตามตรวจสอบการกักตัวของผู้เดินทางจากพื้นที่อื่น	22(10.0)	50(22.8)	74(33.6)	74(33.6)
5.	การติดตามตรวจสอบการกักตัวของกลุ่มเสี่ยงในชุมชน	21(9.5)	44(20.0)	86(39.1)	69(31.4)

ตารางที่ 18 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 (n=220) (ต่อ)

ข้อ	ผลกระทบ	ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19			
		ไม่กระทบ	น้อย	ปานกลาง	มาก
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ผลกระทบต่อครอบครัว					
1.	การขาดผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง	65(29.6)	43(19.5)	53(24.1)	59(26.8)
2.	การขาดผู้ดูแลผู้สูงอายุ	63(28.7)	43(19.5)	62(28.2)	52(23.6)
3.	การขาดผู้ดูแลเด็กอ่อน เด็กเล็ก	64(29.1)	47(21.4)	59(26.8)	50(22.7)
4.	สัมพันธภาพของคนในชุมชนลดลง	54(24.5)	62(28.2)	56(25.5)	48(21.8)
5.	การช่วยลดการมีเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	90(40.9)	55(25.0)	44(20.0)	31(14.1)
6.	สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวลดลง	98(44.5)	56(25.5)	36(16.4)	30(13.6)
7.	การทะเลาะกับแฟน/คู่รัก	104(47.2)	56(25.5)	37(26.8)	23(10.5)
8.	การไม่กล้านอนกับแฟน/คู่รัก สามปี/ภรรยา	102(45.9)	47(21.4)	50(22.7)	22(10.0)
9.	การเลิก/หย่าร้างกับแฟน/คู่รัก	118(53.6)	45(20.5)	36(16.4)	21(9.5)

หมายเหตุ สํารวจข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน 2563

จากตารางที่ 18 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจในระดับมากที่สุด คือ รายได้ลดลง (ร้อยละ 69.5) รายได้ไม่พอใช้ (ร้อยละ 68.5) ไม่มีรายได้ (ร้อยละ 64.5) ถูกเลิกจ้างหรือตกงาน (ร้อยละ 64.1) และค่าใช้จ่ายจากการเรียน/ทำงานที่บ้านเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 63.6) รองลงมาคือ ผลกระทบทางผลกระทบด้านจิตใจ โดยมีผลกระทบในระดับมากที่สุด คือ ความเครียดจากการเลิกจ้างหรือตกงาน ไม่มีงานทำ (ร้อยละ 61.8) ความเครียดจากการหยุดงานชั่วคราวหรือพักงานและวิตกกังวลว่าจะถูกเลิกจ้าง เท่ากัน (ร้อยละ 59.6) วิตกกังวลว่าจะหางานทำไม่ได้เมื่อสถานการณ์ดีขึ้น (ร้อยละ 56.8) และภาวะซึมเศร้าจากการไม่ได้พบปะผู้คน (ร้อยละ 46.8)

ส่วนผลกระทบผลกระทบด้านการศึกษาของตนเอง และ/หรือบุตรหลานในระดับมากที่สุด คือ สำเร็จการศึกษาช้าลงร้อยละ 58.6 ไม่สามารถไปเรียนกวดวิชาได้ร้อยละ 51.8 และไม่มีคอมพิวเตอร์ โน้ตบุ๊ก แท็บเล็ต สำหรับการเรียน/การสอบออนไลน์ร้อยละ 51.8 ไม่มีผู้ให้ความช่วยเหลือหรือช่วยแก้ปัญหาในการเรียน/การสอบออนไลน์ร้อยละ 50.9 ไม่มีอินเทอร์เน็ตสำหรับการเรียน/การสอบออนไลน์ร้อยละ 50.5 และไม่มีทักษะในการเรียน/การสอบออนไลน์ร้อยละ 46.8

สำหรับผลกระทบด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองในระดับมากที่สุด คือ การเดินทางไปต่างประเทศร้อยละ 53.2 การเดินทางไปต่างจังหวัดร้อยละ 52.7 การออกกำลังกายนอกบ้านร้อยละ 47.7 การรับประทานอาหารนอกบ้าน และการไปซื้อของใช้หรือการจ่ายตลาด เท่ากันร้อยละ 46.8

ผลกระทบด้านสุขภาพและการป้องกันโรคที่ได้รับผลกระทบในระดับมากที่สุด คือ การขาดแคลนหน้ากากอนามัยร้อยละ 48.2 การขาดแคลนแอลกอฮอล์เจลร้อยละ 44.1 และการเข้ารับบริการทางการแพทย์กรณีเจ็บป่วยร้อยละ 42.1

ส่วนผลกระทบทางด้านวัฒนธรรม/ประเพณี/วิถีชีวิตของชุมชนที่ได้รับผลกระทบในระดับมากที่สุด คือ การประกอบพิธีกรรมทางศาสนาร้อยละ 42.3 การช่วยเหลือเกื้อกูลกันในสังคมลดลงร้อยละ 39.1 และการสืบสานขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรมร้อยละ 38.2

ผลกระทบด้านครอบครัวที่ได้รับผลกระทบในระดับมากที่สุด คือ การขาดผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงร้อยละ 26.8 การขาดผู้ดูแลผู้สูงอายุร้อยละ 23.6 การขาดผู้ดูแลเด็กอ่อนหรือเด็กเล็กร้อยละ 22.7 นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อการไม่กล้านอนกับแฟน/คู่อีก สามปี/ภรรยาร้อยละ 10.0 และการเลิก/หย่าร้างกับแฟน/คู่อีกร้อยละ 9.5

ตารางที่ 19 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบจากนโยบาย/มาตรการของรัฐบาล (n=220)

ข้อ	ผลกระทบ	ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบ จากการระบาดของโรคโควิด-19			
		ไม่กระทบ	น้อย	ปานกลาง	มาก
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ					
1.	รายได้ลดลง	21(9.5)	20(9.1)	41(18.7)	138(62.7)
2.	รายได้ไม่พอใช้	23(10.5)	25(11.4)	41(18.6)	131(59.5)
3.	ไม่มีรายได้	28(12.8)	21(9.5)	43(19.5)	128(58.2)
4.	ถูกเลิกจ้าง ตกงาน	31(14.1)	20(9.1)	46(20.9)	123(55.9)
5.	ค่าใช้จ่ายจากการเรียน/ทำงานที่บ้านเพิ่มขึ้น เช่น ค่าไฟฟ้าและค่าอินเทอร์เน็ต	18(8.2)	24(10.9)	58(26.4)	120(54.5)
6.	ถูกหยุดงาน พักงานชั่วคราว	31(14.1)	17(7.7)	53(24.1)	119(54.1)
7.	รายได้เพิ่มขึ้นจากการให้บริการส่งอาหารและเครื่องดื่ม	38(17.3)	40(18.2)	64(29.1)	78(35.4)
8.	รายได้เพิ่มขึ้นจากการขายของออนไลน์	50(22.7)	36(16.4)	69(31.4)	65(29.5)
ผลกระทบด้านจิตใจ					
1.	วิตกกังวลว่าจะถูกเลิกจ้าง	22(10.0)	31(14.1)	45(20.5)	122(55.4)
2.	ความเครียดจากการเลิกจ้าง ตกงาน ไม่มีงานทำ	31(14.1)	24(11.0)	43(19.5)	122(55.4)
3.	ความเครียดจากการหยุดงานชั่วคราว พักงาน	30(13.0)	25(11.4)	44(20.0)	121(55.0)
4.	วิตกกังวลว่าจะหางานทำไม่ได้เมื่อสถานการณ์ดีขึ้น	27(12.3)	27(12.3)	51(23.2)	115(52.2)
5.	ภาวะซึมเศร้าจากการไม่ได้พบปะผู้คน	35(15.9)	41(18.6)	49(22.3)	95(43.2)
ผลกระทบด้านการศึกษาของตนเอง และ/หรือบุตรหลาน					
1.	นักเรียน/นักศึกษาสำเร็จการศึกษาช้าลง	8(3.6)	21(9.6)	70(31.8)	121(55.5)
2.	นักเรียน/นักศึกษาไม่สามารถไปเรียนกวดวิชาได้	12(5.5)	24(10.9)	76(34.5)	108(49.1)
3.	นักเรียน/นักศึกษาไม่มีผู้ให้ความช่วยเหลือ ช่วยแก้ปัญหาในการเรียน/การสอบออนไลน์	19(8.6)	35(15.9)	59(26.9)	107(48.6)
4.	นักเรียน/นักศึกษาไม่มีคอมพิวเตอร์ โน้ตบุ๊ก แท็บเล็ตสำหรับการเรียน/การสอบออนไลน์	19(8.6)	40(18.2)	56(25.5)	105(47.7)
5.	นักเรียน/นักศึกษาไม่มีอินเทอร์เน็ตสำหรับการเรียน/การสอบออนไลน์	22(10.0)	30(13.6)	69(31.4)	99(45.0)
6.	นักเรียน/นักศึกษาไม่มีทักษะในการเรียน/การสอบออนไลน์	19(8.6)	42(19.1)	62(28.2)	97(44.1)

ตารางที่ 19 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบจากนโยบาย/มาตรการของรัฐบาล (n=220) (ต่อ)

ชื่อ	ผลกระทบ	ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบ จากนโยบาย/มาตรการของรัฐบาล			
		ไม่กระทบ	น้อย	ปานกลาง	มาก
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ผลกระทบด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเอง					
1.	การเดินทางไปต่างจังหวัด	27(12.3)	39(17.7)	50(22.7)	104(47.3)
2.	การเดินทางไปต่างประเทศ	50(22.7)	24(10.9)	48(21.8)	98(44.6)
3.	การไปร้านเสริมสวย สระผม ทำผม	19(8.6)	37(16.8)	69(31.4)	95(43.2)
4.	การไปช้อปปิ้งหรือไปเดินเล่นในห้างสรรพสินค้า	13(6.0)	37(16.8)	79(35.9)	91(41.3)
5.	การออกกำลังกายนอกบ้าน	18(8.2)	38(17.3)	73(33.2)	91(41.3)
6.	การไปซื้อของใช้ การจ่ายตลาด	19(8.6)	43(19.6)	68(30.9)	90(40.9)
7.	การรับประทานอาหารนอกบ้าน	15(6.8)	37(16.8)	79(35.9)	89(40.5)
8.	การสังสรรค์กับเพื่อนนอกบ้าน	31(14.1)	39(17.7)	72(32.7)	78(35.5)
9.	การดูหนัง ฟังเพลงนอกบ้าน	35(15.9)	47(21.4)	70(31.8)	68(30.9)
10.	การใช้บริการธนาคาร	21(9.5)	63(28.7)	79(35.9)	57(25.9)
11.	การพบปะเพื่อนสนิท	32(14.6)	55(25.0)	76(34.5)	57(25.9)
12.	การพบปะแฟน/คู่รัก	56(25.5)	45(20.5)	69(31.3)	50(22.7)
ผลกระทบด้านสุขภาพและการป้องกันโรค					
1.	การขาดแคลนหน้ากากอนามัย	19(8.6)	38(17.3)	64(29.1)	99(45.0)
2.	การเข้ารับบริการทางการแพทย์ กรณีเจ็บป่วย	13(5.9)	38(17.3)	77(35.0)	92(41.8)
3.	การขาดแคลนแอลกอฮอล์เจล	17(7.7)	40(18.2)	72(32.7)	91(41.4)
ผลกระทบด้านวัฒนธรรม/ประเพณี/วิถีชีวิตของชุมชน					
1.	การประกอบพิธีกรรมทางศาสนา	25(11.4)	48(21.8)	64(29.1)	83(37.7)
2.	การช่วยเหลือเกื้อกูลกันในสังคมลดลง เช่น การลงแขก งานแต่งงาน บวช งานขึ้นบ้านใหม่ และงานศพ เป็นต้น	20(9.1)	45(20.5)	80(36.4)	75(34.0)
3.	การสืบสานขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม	21(9.6)	52(23.6)	73(33.2)	74(33.6)
4.	การติดตามตรวจสอบการกักตัวของกลุ่มเสี่ยงในชุมชน	25(11.5)	51(23.2)	77(35.0)	67(30.5)
5.	การติดตามตรวจสอบการกักตัวของผู้เดินทางจากพื้นที่อื่น	29(13.2)	50(22.7)	75(34.1)	66(30.0)

ตารางที่ 19 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบจากนโยบาย/มาตรการของรัฐบาล (n=220) (ต่อ)

ข้อ	ผลกระทบ	ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบจากนโยบาย/มาตรการของรัฐบาล			
		ไม่กระทบ	น้อย	ปานกลาง	มาก
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ผลกระทบต่อครอบครัว					
1.	สัมพันธภาพของคนในชุมชนลดลง	51(23.2)	62(28.2)	57(25.9)	50(22.7)
2.	การขาดผู้ดูแลผู้สูงอายุ	64(29.1)	48(21.8)	61(27.7)	47(21.4)
3.	การขาดผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง	71(32.3)	46(20.8)	56(25.5)	47(21.4)
4.	การขาดผู้ดูแลเด็กก่อน เด็กเล็ก	58(26.4)	51(23.2)	65(29.5)	46(20.9)
5.	สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวลดลง	94(42.7)	48(21.8)	45(20.5)	33(15.0)
6.	การช่วยลดการมีเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น	89(40.5)	52(23.6)	48(21.8)	31(14.1)
7.	การทะเลาะกับแฟน/คู่รัก	99(45.0)	55(25.0)	38(17.3)	28(12.7)
8.	การไม่กล้านอนกับแฟน/คู่รัก สามี/ภรรยา	99(45.0)	53(24.1)	43(19.5)	25(11.4)
9.	การเลิก/หย่าร้างกับแฟน/คู่รัก	107(48.7)	53(24.1)	41(18.6)	19(8.6)

หมายเหตุ สํารวจข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน 2563

จากตารางที่ 19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบจากนโยบาย/มาตรการของรัฐบาล โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจในระดับมากที่สุด คือ รายได้ลดลง (ร้อยละ 62.7) รายได้ไม่พอใช้ (ร้อยละ 59.5) ไม่มีรายได้ (ร้อยละ 58.2) ถูกเลิกจ้าง ตกงาน (ร้อยละ 55.9) และค่าใช้จ่ายจากการเรียน/ทำงานที่บ้านเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 54.5) รองลงมาคือ ผลกระทบทางผลกระทบด้านจิตใจ โดยมีผลกระทบในระดับมากที่สุด คือ วิตกกังวลว่าจะถูกเลิกจ้าง (ร้อยละ 55.4) มีความเครียดจากการเลิกจ้างหรือตกงานหรือไม่มีงานทำ (ร้อยละ 55.4) ความเครียดจากการหยุดงานชั่วคราวหรือพักงาน (ร้อยละ 55.0) วิตกกังวลว่าจะหางานทำไม่ได้เมื่อสถานการณ์ดีขึ้น (ร้อยละ 52.2) และภาวะซึมเศร้าจากการไม่ได้พบปะผู้คน (ร้อยละ 43.2)

ส่วนผลกระทบผลกระทบด้านการศึกษาของตนเอง และ/หรือบุตรหลานในระดับมากที่สุด คือ สำเร็จการศึกษาช้าลงร้อยละ 55.5 ไม่สามารถไปเรียนกวดวิชาได้ร้อยละ 49.1 ไม่มีผู้ให้ความช่วยเหลือหรือช่วยแก้ปัญหาในการเรียน/การสอบออนไลน์ร้อยละ 48.6 ไม่มีคอมพิวเตอร์ โน้ตบุ๊ก แท็บเล็ต สำหรับการเรียน/การสอบออนไลน์ร้อยละ 47.7 ไม่มีอินเทอร์เน็ตสำหรับการเรียน/การสอบออนไลน์ร้อยละ 45.0 และไม่มีทักษะในการเรียน/การสอบออนไลน์ร้อยละ 44.1

สำหรับผลกระทบด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองในระดับมากที่สุด คือ การเดินทางไปต่างจังหวัดร้อยละ 47.3 การเดินทางไปต่างประเทศร้อยละ 44.6 การไปร้านเสริมสวยหรือสระผมหรือทำผมร้อยละ 43.3 การรับประทานอาหารนอกบ้านร้อยละ 41.3 และการไปซื้อของใช้หรือการจ่ายตลาดร้อยละ 41.3

ผลกระทบด้านสุขภาพและการป้องกันโรคที่ได้รับผลกระทบในระดับมากที่สุด คือ การขาดแคลนหน้ากากอนามัยร้อยละ 45.0 การเข้ารับบริการทางการแพทย์เจ็บป่วยร้อยละ 41.8 และการขาดแคลนแอลกอฮอล์เจลร้อยละ 41.4

ผลกระทบทางด้านวัฒนธรรม/ประเพณี/วิถีชีวิตของชุมชนในระดับมากที่สุด คือ การประกอบพิธีกรรมทางศาสนาร้อยละ 37.7 การช่วยเหลือเกื้อกูลกันในสังคมลดลงร้อยละ 34.0 และการสืบสานขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรมร้อยละ 33.6

ผลกระทบด้านครอบครัวในระดับมากที่สุด คือ สัมพันธภาพของคนในชุมชนลดลงร้อยละ 22.7 การขาดผู้ดูแลผู้สูงอายุร้อยละ 21.4 และการขาดผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงร้อยละ 21.4 นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อการไม่กล้านอนกับแฟน/คู่รัก สามี/ภรรยาร้อยละ 11.4 และการเลิก/หย่าร้างกับแฟน/คู่รักร้อยละ 8.6

ส่วนที่ 8 สุขภาพจิตจากการระบาดของโรคโควิด-19

การศึกษาครั้งนี้ สอบถามสุขภาพจิตจากการระบาดของโรคโควิด-19 ของประชาชน จำนวน 220 คน ซึ่งผลการศึกษาแสดงดังตารางที่ 20-21

ตารางที่ 20 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคะแนนและระดับสุขภาพจิตจากการระบาดของโรคโควิด-19 (n=220)

คะแนน	ระดับ	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะวิตกกังวล (คะแนนเต็ม 21 คะแนน)			
0-3	ปกติ	129	58.7
4-5	เล็กน้อย	17	7.7
6-7	ปานกลาง	17	7.7
8-9	รุนแรง	11	5.0
≥ 10	รุนแรงมาก	46	20.9
คะแนนเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 5.0 (5.9) คะแนน ค่ามัธยฐาน 2.0 คะแนน พิสัย 0-21 คะแนน			
ความเครียด (คะแนนเต็ม 21 คะแนน)			
0-7	ปกติ	139	63.2
8-9	เล็กน้อย	19	8.6
10-12	ปานกลาง	15	6.8
13-16	รุนแรง	25	11.4
≥ 17	รุนแรงมาก	22	10.0
คะแนนเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 7.0 (5.9) คะแนน ค่ามัธยฐาน 6.0 คะแนน พิสัย 0-21 คะแนน			
ภาวะซึมเศร้า (คะแนนเต็ม 21 คะแนน)			
0-4	ปกติ	123	56.0
5-6	เล็กน้อย	28	12.7
7-10	ปานกลาง	21	9.5
11-13	รุนแรง	10	4.5
≥ 14	รุนแรงมาก	38	17.3
คะแนนเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) 5.0 (5.9) คะแนน ค่ามัธยฐาน 3.0 คะแนน พิสัย 0-21 คะแนน			

หมายเหตุ สํารวจข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน 2563

จากตารางที่ 20 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะวิตกกังวลจากการระบาดของโรคโควิด-19 อยู่ในระดับรุนแรงมากสูงถึงร้อยละ 20.9 และอยู่ในระดับรุนแรงร้อยละ 5.0 กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดจากการระบาดของโรคโควิด-19 อยู่ในระดับรุนแรงมากสูงถึงร้อยละ 10.0 และอยู่ในระดับรุนแรงร้อยละ 11.4 กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า จากการระบาดของโรคโควิด-19 อยู่ในระดับรุนแรงมากสูงถึงร้อยละ 17.3 และอยู่ในระดับรุนแรงร้อยละ 4.5

ตารางที่ 21 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างด้านสุขภาพจิตต่อการระบาดของโรคโควิด-19 (n=220)

ข้อ	ความรู้สึก	ความถี่ของความรู้สึกที่เกิดขึ้น			
		ไม่มี	บางครั้ง	บ่อย	บ่อยที่สุด
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ภาวะวิตกกังวล					
1	ข้าพเจ้ารู้สึกกังวลกับเหตุการณ์ที่อาจทำให้ข้าพเจ้ารู้สึกตื่นกลัวและกระทำการสิ่งใดโดยมิได้คิด	97(44.1)	56(25.5)	38(17.2)	29(13.2)
2	ข้าพเจ้าทราบว่าข้าพเจ้ามีอาการปากแห้ง	121(55.0)	32(14.5)	44(20.0)	23(10.5)
3	ข้าพเจ้ารู้สึกว่าข้าพเจ้ามีอาการคล้ายกับอาการหวั่นวิตก	131(59.5)	33(15.0)	36(16.4)	20(9.1)
4	ข้าพเจ้ารู้สึกกลัวโดยไม่มีเหตุผลใด ๆ	136(61.8)	39(17.7)	29(13.2)	16(7.3)
5	ข้าพเจ้ามีอาการสั่น (เช่น ที่มือทั้งสองข้าง)	158(71.8)	29(13.2)	17(7.7)	16(7.3)
6	ข้าพเจ้ามีอาการหายใจลำบาก (เช่น มีอาการหายใจเร็วขึ้นผิดปกติ มีอาการหายใจไม่ออกแม้ว่าจะไม่ได้ออกกำลังกาย)	150(68.2)	29(13.2)	26(11.8)	15(6.8)
7	ข้าพเจ้ารับรู้ถึงการทำงานของหัวใจของข้าพเจ้าในตอนที่ข้าพเจ้าไม่ได้ออกกำลังกาย (เช่น รู้สึกถึงการเต้นของหัวใจที่เพิ่มขึ้น การหยุดเต้นของหัวใจ)	143(65.0)	35(15.9)	28(12.7)	14(6.4)
ความเครียด					
1	ข้าพเจ้ารู้สึกว่ายากที่จะผ่อนคลาย	38(17.3)	56(25.5)	60(27.2)	66(30.0)
2	ข้าพเจ้ารู้สึกว่าข้าพเจ้าวิตกกังวลมาก	95(43.2)	51(23.2)	45(20.5)	29(13.1)
3	ข้าพเจ้าเริ่มมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งต่าง ๆ มากเกินไป	112(50.9)	51(23.2)	31(14.1)	26(11.8)
4	ข้าพเจ้าเริ่มรู้สึกว่าข้าพเจ้ามีอาการกระวนกระวายใจ	109(49.5)	58(26.4)	28(12.7)	25(11.4)
5	ข้าพเจ้ารู้สึกว่าข้าพเจ้าค่อนข้างมีอาการเหนื่อยง่าย	124(56.3)	42(19.1)	34(15.5)	20(9.1)
6	ข้าพเจ้าทนไม่ได้กับภาวะใดก็ตามที่ทำให้ข้าพเจ้าไม่สามารถทำอะไรต่อจากที่ข้าพเจ้ากำลังกระทำอยู่	117(53.2)	54(24.5)	29(13.2)	20(9.1)
7	ข้าพเจ้ารู้สึกไม่ผ่อนคลาย	102(46.4)	60(27.3)	39(17.7)	19(8.6)
ภาวะซึมเศร้า					
1	ข้าพเจ้ารู้สึกว่าข้าพเจ้าไม่มีเป้าหมาย	112(50.8)	49(22.3)	34(15.5)	25(11.4)
2	ข้าพเจ้ารู้สึกทำกิจกรรมด้วยตนเองค่อนข้างลำบาก	123(55.9)	39(17.7)	34(15.5)	24(10.9)
3	ข้าพเจ้ารู้สึกไม่ดีขึ้นเลย	115(52.3)	34(15.5)	48(21.7)	23(10.5)
4	ข้าพเจ้ารู้สึกจิตใจหงอยและเศร้าซึม	114(51.8)	54(24.5)	34(15.5)	18(8.2)
5	ข้าพเจ้าไม่รู้สึกระแวงหรือร้อนต่อสิ่งใด	117(53.2)	52(23.6)	37(16.8)	14(6.4)
6	ข้าพเจ้ารู้สึกว่าตนเป็นคนไม่มีคุณค่า	137(62.2)	36(16.4)	33(15.0)	14(6.4)
7	ข้าพเจ้ารู้สึกว่าชีวิตไม่มีความหมาย	151(68.6)	27(12.3)	29(13.2)	13(5.9)

หมายเหตุ: สํารวจข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน 2563

จากตารางที่ 21 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกวิตกกังวลจากการระบาดของโรคโควิด-19 บ่อยที่สุด 3 อันดับแรก คือ กังวลกับเหตุการณ์ที่อาจทำให้รู้สึกตื่นกลัวและกระทำสิ่งใดโดยมิได้คิดร้อยละ 13.2 ทราบว่ามีอาการปากแห้งร้อยละ 10.5 และรู้สึกว่ามีความคล้ายกับอาการหวั่นวิตกร้อยละ 9.1 กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกเครียดจากการระบาดของโรคโควิด-19 บ่อยที่สุด 3 อันดับแรก คือ รู้สึกว่ายากที่จะผ่อนคลายร้อยละ 30.0 รู้สึกว่าวิตกกังวลมาร้อยละ 13.1 และเริ่มมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งต่าง ๆ มากเกินไปร้อยละ 11.8 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกซึมเศร้าจากการระบาดของโรคโควิด-19 บ่อยที่สุด 3 อันดับแรก คือ รู้สึกว่าไม่มีเป้าหมายร้อยละ 11.4 รู้สึกทำกิจกรรมด้วยตนเองค่อนข้างลำบากร้อยละ 10.9 และรู้สึกไม่ดีขึ้นเลยร้อยละ 10.5

ส่วนที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติป้องกันโรคโควิด-19 และการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 กับการปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติป้องกันโรคโควิด-19 และการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 กับการปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน ของประชาชนไทย จำนวน 220 คน ซึ่งผลการศึกษาแสดงดังตารางที่ 22

ตารางที่ 22 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน ระหว่างสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติป้องกันโรคโควิด-19 และการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 กับการปฏิบัติของประชาชนไทยต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน (n=220)

ปัจจัย	การปฏิบัติป้องกัน ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19		การปฏิบัติป้องกัน ต่อผู้ถูกกักกัน	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ แบบสเปียร์แมน	p-value	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ แบบสเปียร์แมน	p-value
	สิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อ การปฏิบัติ	0.437	0.000	0.449
การรับรู้เกี่ยวกับ โรคโควิด-19	0.240	0.000	0.322	0.000

หมายเหตุ สํารวจข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน 2563

จากตารางที่ 22 พบว่า สิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 และผู้ถูกกักกัน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการปฏิบัติป้องกันโรคโควิด-19 ($r=0.437, p<0.001$; $r=0.449, p<0.001$) และการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการปฏิบัติป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 และผู้ถูกกักกัน ($r=0.240, p<0.001$; $r=0.322, p<0.001$)

ส่วนที่ 10 การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในชุมชน

การศึกษาครั้งนี้ มีการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน บุคลากรสุขภาพ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในประเด็นการนำนโยบายมาตรการการป้องกันโรคโควิด-19 ของรัฐมาสู่การปฏิบัติในชุมชน เกี่ยวกับการจัดการการเว้นระยะห่างทางสังคม การงดออกจากบ้านตามประกาศห้ามประชาชนออกนอกเคหสถาน (curfew) การงดกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน เช่น ประเพณีสงกรานต์ การทำบุญวันสำคัญทางศาสนา สถานศึกษา การเยี่ยมเยียนของรัฐ เงินเยียวยา ผู้ป่วย สุข การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคโควิด-19 การกักกันและการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 ในชุมชน การผ่อนปรนข้อบังคับของรัฐบาล ตลอดจนผลกระทบของโรคโควิด-19 และผลกระทบของนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาลต่อการดำเนินชีวิตของคนในชุมชน ทั้งผลกระทบด้านสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และผลกระทบทางด้านจิตใจ รวมไปถึงข้อเสนอแนะเกี่ยวกับวิถีชีวิตปกติรูปแบบใหม่ (new normal) ของคนในชุมชน และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการจัดการปัญหาโรคโควิด-19

ข้อมูลการสัมภาษณ์ในระยะที่ 1 ได้มาจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2 คน ได้แก่ ผู้อำนวยการส่วนส่งเสริมสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม 1 คน และปลัดอำเภอที่มีหน้าที่ดูแลสถานที่กักกันของรัฐ 1 คน ซึ่งข้อมูลที่ได้ยังไม่เพียงพอที่จะสามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การอภิปรายผล

การวิจัยระยะที่ 1 ครั้งนี้เป็นการศึกษาสำรวจ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปฏิบัติและปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนไทยต่อผู้ที่เคยติดเชื้อหรือผู้ถูกกักกัน และผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งอภิปรายผลได้ดังนี้

การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาเมื่อออกจากบ้าน ร้อยละ 92.7 ซึ่งสูงกว่าการศึกษาในประเทศเคนยาที่พบว่า ประชาชนสวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกนอกบ้าน ร้อยละ 89.0⁷ แต่ต่ำกว่าการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทยที่พบว่า ประชาชนสวมหน้ากากอนามัย/หน้ากากผ้าเมื่อออกนอกบ้าน ร้อยละ 98.0^{8,9} นอกจากนี้ยังมีการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 อีกหลายประเด็นที่ต่ำกว่าการศึกษาที่ผ่านมา เช่น พกแอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือทุกครั้งที่ออกจากบ้าน ร้อยละ 83.6 ในขณะที่การศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทยพบว่า ประชาชนพกแอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือทุกครั้งที่ออกจากบ้าน ร้อยละ 86.0⁹ การเว้นระยะห่างจากบุคคลอื่น 1-2 เมตรตลอดเวลา ร้อยละ 78.6 และเว้นระยะห่างจากสมาชิกในครอบครัว 1-2 เมตรตลอดเวลาเพียงร้อยละ 55.5 ในขณะที่การศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทยพบว่า ประชาชนมีการเว้นระยะห่างจากบุคคลอื่น 1-2 เมตรตลอดเวลา ร้อยละ 95.0 แต่เว้นระยะห่างจากสมาชิกในครอบครัว 1-2 เมตรตลอดเวลาเพียงร้อยละ 68.5⁹ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษาที่ผ่านมาทำการศึกษาในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ในประเทศไทยในระยะแรกซึ่งมีผู้ติดเชื้อจำนวนมาก ทำให้ประชาชนมีความกลัวต่อการติดเชื้อ ส่งผลให้มีการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างเคร่งครัด

การที่พบว่า การเว้นระยะห่างทางสังคม 1-2 เมตรตลอดเวลา โดยเฉพาะการเว้นระยะห่างจากสมาชิกในครอบครัว มีการปฏิบัติค่อนข้างต่ำ ดังนั้นหากมีสมาชิกในครอบครัวมีการติดเชื้อโรคโควิด-19 จะส่งผลให้สมาชิกคนอื่นเกิดการติดเชื้อโรคโควิด-19 ดังเช่นกรณีที่พบผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 ในจังหวัดลำปาง จำนวน 1 ราย ซึ่งติดเชื้อจากเพื่อนชาวต่างชาติและเดินทางกลับจากกรุงเทพมหานคร สามารถแพร่เชื้อไปยังสมาชิกจำนวน 2 คน ซึ่งอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน⁷⁹ คล้ายคลึงกับผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 จำนวน 1 ราย ในกรุงเทพมหานคร ที่เดินทางกลับจากประเทศญี่ปุ่น สามารถแพร่เชื้อไปยังสมาชิกจำนวน 2 คน ซึ่งอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน⁸⁰ ดังนั้นรัฐบาลและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องควรเข้มงวดเรื่องการเว้นระยะห่างทางสังคมอย่างน้อย 1 เมตร เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามาตรการการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ที่มีประสิทธิภาพสูงสุด คือ การเว้นระยะห่างทางสังคม ดังการศึกษาในฮ่องกงพบว่า การปฏิบัติตามมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคมในช่วงระยะเวลาของการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 สามารถลดการแพร่กระจายเชื้อในชุมชนได้ ร้อยละ 44 โดยพบว่า การหยุดเรียนหรือปิดโรงเรียนจะช่วยลดอัตราการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 จาก 1.28 คน (95% CI=1.26-1.30) เหลือ 0.72 คน (95% CI=0.70-0.74)⁵⁸ รวมถึงมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคมอย่างอื่น เช่น การทำงานที่บ้าน เป็นต้น⁵⁹ อีกทั้งมีการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า การเว้นระยะห่าง 1 เมตรหรือมากกว่า ช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 เมื่อเทียบกับการเว้นระยะห่างน้อยกว่า 1 เมตร (OR=0.18, 95%CI=0.09-0.38)⁶⁰

การศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 และต่อผู้ถูกกักกันอยู่ในระดับสูงมากที่สุด โดยเฉพาะมาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคม อสม. บุคคลในครอบครัว และวัฒนธรรมการอยู่ร่วมกันในครอบครัว รวมถึงพบว่า สิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 และผู้ถูกกักกัน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับปานกลาง ($r=0.437, p<0.001$;

$r=0.449$, $p<0.001$) ดังนั้นหากรัฐบาลและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต้องการส่งเสริมให้ประชาชนมีการปฏิบัติกา
ป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับที่สูงขึ้น จำเป็นต้องคำนึงถึงสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติกาป้องกันโรคโควิด-
19 ซึ่งต้องดำเนินการส่งเสริมในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคล ระดับองค์กร ระดับ
ชุมชน และระดับนโยบายสาธารณะ ตามโมเดลเชิงนิเวศวิทยา (ecological model)

นอกจากนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติกาป้องกันโรคโควิด-19 ที่ถูกต้องต่อผู้ที่เคยติดเชื้ออยู่
ในระดับปานกลางร้อยละ 45.0 และมีการปฏิบัติกาป้องกันโรคโควิด-19 ที่ถูกต้องต่อผู้ถูกกักกันอยู่ในระดับ
ปานกลางร้อยละ 50.5 โดยกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติที่ถูกต้องต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ในระดับมากที่สุด
3 อันดับแรก คือ สวมหน้ากากอนามัยเมื่อพูดคุยกับผู้ติดเชื้อร้อยละ 68.2 ล้างมือหรือทำความสะอาดมือด้วย
แอลกอฮอล์เจลหลังรับประทานอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อร้อยละ 63.2 และล้างมือหรือทำความสะอาดมือด้วย
แอลกอฮอล์เจลก่อนรับประทานอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อร้อยละ 62.7 นอกจากนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการ
ปฏิบัติที่ถูกต้องต่อผู้ถูกกักกันในระดับมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ สวมหน้ากากอนามัยเมื่อพูดคุยกับผู้ถูกกักกัน
ร้อยละ 66.8 ล้างมือหรือทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจลหลังพูดคุยกับผู้ถูกกักกันทุกครั้ง และล้างมือ
หรือทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจลก่อนรับประทานอาหารร่วมกับผู้ถูกกักกันร้อยละ 60.9 เท่ากัน ซึ่ง
ต่ำกว่าการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทยทุกประเด็น เช่น การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าประชาชนส่วนใหญ่ป้องกัน
ตนเองจากการติดเชื้อโรคโควิด-19 จากผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 และผู้ที่ถูกกักกันหรือผู้กักกันตนเอง โดย
การสวมหน้ากากอนามัยเมื่อพูดคุยกับผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ร้อยละ 94.5 และผู้ที่ถูกกักกันหรือผู้กักกัน
ตนเอง ร้อยละ 93.0 ล้างมือหรือทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจลทุกครั้งหลังพูดคุยกับผู้ที่เคยติดเชื้อ
โรคโควิด-19 ร้อยละ 92.0 และผู้ที่ถูกกักกันหรือผู้กักกันตนเอง (ร้อยละ 89.5)⁹ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก
การศึกษานี้ทำในช่วงที่ไม่พบผู้ติดเชื้อภายในประเทศมาเป็นระยะเวลาอันยาวนาน ทำให้ประชาชนมีความ
หย่อนยานในการปฏิบัติกาป้องกันโรคโควิด-19

การศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด
ร้อยละ 61.4 และระดับต่ำมากถึงร้อยละ 22.3 ซึ่งจะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ต่ำกว่าการศึกษาที่ผ่านมาใน
ประเทศไทยที่พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 71.5
และระดับต่ำร้อยละ 6.5⁹ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษาที่ผ่านมาทำการศึกษาเพียงจังหวัดเดียวและประชาชน
อาศัยอยู่ในเขตเมืองทั้งหมด แต่การศึกษานี้ทำการศึกษาใน 5 จังหวัด ซึ่งประชาชนอาศัยอยู่ในเขตเมือง
และชนบท อาจส่งผลต่อการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่างใน
2 การศึกษาดังกล่าวมีความแตกต่างกัน

การศึกษานี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 50 มีทัศนคติทางลบต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโร
คโควิด-19 และผู้ถูกกักกันในประเด็นเกี่ยวกับ ผู้ที่เคยติดเชื้อได้รับเชื้อหรือมีโอกาสได้รับเชื้อจากการไปใน
สถานที่โคจร การมีเพศสัมพันธ์หรือการหลับนอนกับผู้ติดเชื้อหรือกลุ่มเสี่ยง และการประกอบอาชีพที่เสี่ยง
ต่อการติดเชื้อ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างอาจมีความเชื่อว่าผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 และผู้ถูกกักกัน รวมถึงผู้ที่
ประกอบอาชีพเสี่ยง เช่น บุคลากรการแพทย์ คนขับแท็กซี่ ไกด์ และพนักงานสถานบันเทิง เป็นต้น เป็นบุคคล
ที่อาจแพร่กระจายเชื้อมาสู่ตนเองได้สูง เนื่องจากกลุ่มคนดังกล่าวมีอัตราการติดเชื้อที่สูงกว่าประชาชนทั่วไป³
ทัศนคติทางลบดังกล่าวอาจก่อให้เกิดการตีตราทางสังคม (social stigma) โดยมีการเลือกปฏิบัติต่อกลุ่มเสี่ยง
เพราะประชาชนเข้าใจว่ากลุ่มเสี่ยงดังกล่าวมีการสัมผัสกับเชื้อไวรัส และมีโอกาสแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่น ทั้งนี้
เนื่องจากโรคโควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ และยังมีองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคน้อย ส่งผลให้เกิดความสับสน ความ

กลัว ความหวาดระแวง และความวิตกกังวล เกิดขึ้นในสังคม นอกจากนี้การตีตราทางสังคมทำให้เกิดการแยกตัวทางสังคมและทำให้ความสมัคสมาน สามัคคี ของประชาชนในสังคมลดลง^{19,20} ดังนั้นรัฐบาล บุคลากรสุขภาพ ผู้นำชุมชน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ควรสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องให้กับประชาชนเพื่อลดผลกระทบดังกล่าว

นอกจากนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ในภาพรวมอยู่ในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 70.4 มีเพียงร้อยละ 0.5 ที่มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับต่ำ โดยกลุ่มตัวอย่างเกือบร้อยละ 100 ที่รับรู้เกี่ยวกับวิธีการป้องกันโรค การแพร่ระบาดของโรค ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ของการป้องกันโรค วิธีการเฝ้าระวังโรค สิ่งสนับสนุนการปฏิบัติการณ์ป้องกันโรค วิธีการคัดกรองโรค โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค วิธีการติดต่อโรค อาการและอาการแสดงของโรค และอุปสรรคในการป้องกันโรค ยกเว้นวิธีการรักษาโรคที่ประชาชนมีการรับรู้ประมาณร้อยละ 95 สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอัฟกานิสถานที่พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีการรับรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 โดยร้อยละ 93.0 การทำความสะอาดมือ ร้อยละ 92.0 หลีกเลี้ยงการสัมผัสผู้ที่มีอาการคล้ายโรคไข้หวัด หรือไข้หวัดใหญ่ ร้อยละ 89.0 ไม่ใช้มือสัมผัสตา จมูก และปาก ร้อยละ 87.0 หลีกเลี้ยงการชุมนุม ร้อยละ 85.0 ปิดจมูกและปากหลังการไอ จาม ร้อยละ 80.0 หลีกเลี้ยงการสัมผัสมือ ร้อยละ 72.0 หากมีอาการป่วยให้พักรักษาตัวที่บ้านและไปพบแพทย์เมื่อมีอาการรุนแรง และร้อยละ 69.0 ทำความสะอาดและทำลายเชือบนอุปกรณ์และพื้นผิวสัมผัส¹² การศึกษาครั้งนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อออนไลน์มากที่สุด และกลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 จากบุคลากรสุขภาพ อสม./ อสส. และสมาชิกในครอบครัว คล้ายคลึงกับการศึกษาในประเทศแอฟริกาใต้ เคนยา และไนจีเรียที่พบว่า 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/ครอบครัว¹³ 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 จากผู้นำศาสนาคริสต์⁶ 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 จากผู้นำทางศาสนาอิสลาม¹² แม้ว่าการรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อออนไลน์สามารถเข้าถึงได้ง่าย มีการนำเสนอข้อมูลที่รวดเร็วและทันสมัยเป็นปัจจุบัน แต่ข้อมูลข่าวสารดังกล่าวอาจไม่ถูกต้อง ดังการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าประชาชนมีความเห็นว่าข้อมูลจากสื่อสังคมออนไลน์มีความถูกต้องทั้งหมดเพียงร้อยละ 20.0 ถูกต้องเพียงบางส่วนร้อยละ 65.0 และไม่มีความถูกต้อง ร้อยละ 15.0¹³ นอกจากนี้ประชาชนบางส่วนอาจไม่สามารถเข้าถึงสื่อออนไลน์ได้ ดังผลการศึกษานี้ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 4.1 ไม่สามารถเข้าถึงสื่อออนไลน์ได้ ดังนั้นการให้ข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อบุคคลก็ยังคงมีความจำเป็น เพื่อช่วยให้ประชาชนได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 เพิ่มมากขึ้น

ผลการศึกษาคั้งนี้ยังพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกา
ป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 และผู้ถูกกักกันในระดับต่ำ ($r=0.240$, $p<0.001$; $r=0.322$,
 $p<0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอิหร่านที่พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรค ($r=0.210$,
 $p=0.001$) ความรุนแรงของโรค ($r=0.240$, $p=0.001$) ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง
($r=0.270$, $p=0.001$) ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ($r=0.370$, $p=0.001$) และค่าใช้จ่ายในการ
ป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ($r=0.130$, $p=0.001$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการปฏิบัติ
ของบุคลากรสุขภาพ ($p<0.001$)⁴

การศึกษาคั้งนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 50 มีความคิดเห็นในภาพรวมเกี่ยวกับ
ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูงมากที่สุด แต่ผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการ
ของรัฐบาลอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าได้รับ
ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจจากการระบาดของโรคโควิด-19 และจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาลอยู่ใน
ระดับสูงมากที่สุด ได้แก่ รายได้ลดลง รายได้ไม่พอใช้ ไม่มีรายได้ ถูกเลิกจ้างหรือตกงาน และค่าใช้จ่าย
จากการเรียน/ทำงานที่บ้านเพิ่มขึ้น เช่น ค่าไฟฟ้าและค่าอินเทอร์เน็ต นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อการศึกษา
คือ ทำให้นักเรียนหรือนักศึกษาสำเร็จการศึกษาช้าลง ไม่สามารถไปเรียนกวดวิชาได้ และไม่มีคอมพิวเตอร์
โน้ตบุ๊ก แท็บเล็ต ไม่มีผู้ให้ความช่วยเหลือหรือช่วยแก้ปัญหาในการเรียน/การสอบออนไลน์ ไม่มีอินเทอร์เน็ต
และไม่มีทักษะในการเรียน/การสอบออนไลน์ อีกทั้งส่งผลกระทบต่อการประกอบพิธีกรรมทางศาสนาและการ
สืบสานขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรม และการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในสังคมลดลง เนื่องจากมาตรการ
ต่าง ๆ ในการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ไม่เอื้อให้ประชาชนอยู่รวมกันเป็นกลุ่มก้อน และกรณีที่ต้องมีการ
รวมตัวกัน ประชาชนต้องปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างเคร่งครัด เช่น การวัดอุณหภูมิร่างกาย
การสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือ การเว้นระยะห่างทางสังคม และการกักกันกลุ่มเสี่ยง เป็นต้น⁶²⁻⁶⁵
นอกจากนี้ การศึกษาคั้งนี้ยังพบว่าผลกระทบของโรคโควิด-19 และนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาลส่ง
ผลกระทบต่อครอบครัว คือ ขาดผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ขาดผู้ดูแลผู้สูงอายุ ขาดผู้ดูแลเด็กอ่อนหรือเด็กเล็ก ไม่
กล้านอนกับแฟน/คู่รัก สามเษภรรยา และเลิก/หย่าร้างกับแฟน/คู่รัก ดังนั้นรัฐบาล ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง รวมถึง
ประชาชนต้องตระหนักถึงปัญหาดังกล่าวและร่วมมือกันในการป้องกันและลดผลกระทบดังกล่าว

นอกจากนี้พบว่าผลกระทบที่สำคัญคือ ผลกระทบด้านจิตใจ ได้แก่ ความเครียดจากการเลิกจ้าง
หรือตกงาน ไม่มีงานทำ ความเครียดจากการหยุดงานชั่วคราวหรือพักงาน วิตกกังวลว่าจะถูกเลิก วิตกกังวลว่า
จะหางานทำไม่ได้เมื่อสถานการณ์ดีขึ้น และภาวะซึมเศร้าจากการไม่ได้พบปะผู้คน โดยกลุ่มตัวอย่างมีภาวะ
วิตกกังวลจากการระบาดของโรคโควิด-19 อยู่ในระดับรุนแรงมากสูงถึงร้อยละ 20.9 และอยู่ในระดับรุนแรงร้อย
ละ 5.0 กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดจากการระบาดของโรคโควิด-19 อยู่ในระดับรุนแรงมากสูงถึงร้อยละ 10.0
และอยู่ในระดับรุนแรงร้อยละ 11.4 กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าจากการระบาดของโรคโควิด-19 อยู่ในระดับ
รุนแรงมากสูงถึงร้อยละ 17.3 และอยู่ในระดับรุนแรงร้อยละ 4.5 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่
พบว่า ประชาชนมีความกลัวการติดเชื้อ มีความเครียดสูงจากปัญหาการว่างงาน การขาดรายได้ การถูกลด
เงินเดือน และต้องปรับตัวภายใต้การใช้ชีวิตวิถีใหม่ เช่น การเว้นระยะห่างทางสังคม การทำงานหรือเรียนที่บ้าน
การทำงานหรือเรียนออนไลน์ มาตรการห้ามประชาชนออกนอกเคหสถาน (curfew) หรือล็อกดาวน์ เป็นต้น
ซึ่งประชาชนบางส่วนอยู่ในภาวะเครียดรุนแรงและเรื้อรังจนถึงขั้นพยายามฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะผู้ที่ใกล้ชิด
กับผู้ติดเชื้อ⁴¹⁻⁴⁶ นอกจากนี้การศึกษาผลกระทบของประชาชนในเมืองอู่ฮั่น ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน
พบว่าประชาชนมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 48.3 วิตกกังวลร้อยละ 22.6 และมีทั้งภาวะซึมเศร้าและความ

วิตกกังวลร้อยละ 19.4⁴⁷ คล้ายคลึงกับผลการสำรวจในประเทศไทยในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ที่พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความเครียดระดับปานกลางร้อยละ 54.1 รองลงมาคือ ระดับต่ำร้อยละ 28.3 ระดับสูงร้อยละ 13.3 และระดับสูงมากร้อยละ 4.2 และยังพบว่าประชาชนส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลระดับปานกลางร้อยละ 74.2 รองลงมาคือ ระดับต่ำร้อยละ 22.7 และระดับสูงร้อยละ 3.1⁴⁸ เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่า การระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบทางด้านจิตใจหลายประการ คือ ความเครียดจากการเลิกจ้างหรือตกงาน ความเครียดจากการหยุดงานหรือพักงาน วิตกกังวลว่าจะหางานทำไม่ได้ วิตกกังวลว่าจะถูกเลิกจ้าง และมีภาวะซึมเศร้า⁹

ผลการวิจัยนักร้องในระยะที่ 1 ครั้งนี้ ชี้ให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติกำบังโรคโควิด-19 ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 และต่อผู้ถูกกักกันอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างได้รับผลกระทบมากที่สุดคือ เศรษฐกิจ และพบว่ากลุ่มตัวอย่างบางส่วนมีภาวะวิตกกังวล ความเครียด และภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงมาก ดังนั้นรัฐบาลและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องยังคงต้องรณรงค์ให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 เพื่อให้ประชาชนมีการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับสูง เพื่อป้องกันการระบาดของโรคโควิด-19 ระลอกสอง นอกจากนี้ยังคงต้องให้ความช่วยเหลือแก่ประชาชนที่ได้รับผลกระทบโดยเฉพาะด้านเศรษฐกิจและด้านจิตใจ เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตที่รุนแรง ดังนั้นข้อมูลที่ได้สามารถนำไปใช้ในการกำหนดนโยบายหรือมาตรการในการป้องกันโรคโควิด-19 และลดผลกระทบทางด้านสังคม เศรษฐกิจ และจิตใจ รวมถึงส่งเสริมสุขภาพจิตของประชาชน ให้มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ นำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมความรู้ ทักษะ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน และในการเตรียมความพร้อมในการรับมือสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 ในปัจจุบัน และอนาคต ทั้งด้านกำลังคนงบประมาณ ทรัพยากร และการบริหารจัดการ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยระยะที่ 1 ครั้งนี้เป็นการศึกษาสำรวจ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปฏิบัติและปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนไทยต่อผู้ที่เคยติดเชื้อหรือผู้ถูกกักกัน และผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ใน 5 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร ชลบุรี เชียงใหม่ นครราชสีมา และยะลา การวิจัยระยะที่ 1 เป็นการศึกษาสำรวจ ใช้ระยะเวลา 2 เดือน ระหว่างเดือนสิงหาคม ถึงกันยายน 2563 เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชน จำนวน 220 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการป้องกันโรคโควิด-19 จำนวน 2 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ คือ แบบสอบถามปัจจัยทำนายการปฏิบัติของประชาชนต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน และผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ประกอบด้วย 8 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการปฏิบัติ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ส่วนที่ 5 แบบสอบถามทัศนคติ ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ส่วนที่ 7 แบบสอบถามผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 และส่วนที่ 8 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และเครียด ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพ คือ แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นของผู้นำชุมชนและ อสม. ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยาหรือโรคติดเชื้อ 2 ท่าน พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ 2 ท่าน และนักวิชาการสาธารณสุข 2 ท่าน ทำการตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ในแบบสอบถาม แล้วนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index [CVI]) ซึ่งได้ค่าเท่ากับ 0.99 ซึ่งเป็นค่าของเครื่องมือทั้งฉบับ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้คำนวณค่า CVI ของเครื่องมือตามตัวแปรที่ศึกษา ได้ค่า CVI ดังนี้

1. แบบสอบถามความคิดเห็นต่อสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-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. แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ได้ค่า CVI เท่ากับ 1
6. แบบสอบถามผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ได้ค่า CVI เท่ากับ 1

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับประชาชนที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 ราย แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ได้มาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson20: KR-20) ได้ค่าเท่ากับ 0.89 สำหรับแบบสอบถามส่วนอื่นนำมาคำนวณค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Chronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นดังนี้ แบบสอบถามความคิดเห็นต่อสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติ การป้องกันโรคโควิด-19 เท่ากับ 0.82 แบบสอบถามการปฏิบัติเท่ากับ 0.88 แบบสอบถามทัศนคติต่อผู้ที่เคย ติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกันเท่ากับ 0.86 แบบสอบถามการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 เท่ากับ 0.96 แบบสอบถามผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 เท่ากับ 0.84 และแบบสอบถาม สุขภาพจิตจากการระบาดของโรคโควิด-19 เท่ากับ 0.83

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน ผลการศึกษา พบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาเมื่อออกจากบ้านร้อยละ 92.7 มีแอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือพอใช้ร้อยละ 81.4 พกแอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือทุกครั้งที่ออกจากบ้าน ร้อยละ 83.6 มีหน้ากากอนามัยพอใช้ร้อยละ 80.0 แต่เว้นระยะห่างจากบุคคลอื่น 1-2 เมตรตลอดเวลาร้อยละ 78.6 และเว้นระยะห่างจากสมาชิกในครอบครัว 1-2 เมตรตลอดเวลาเพียงร้อยละ 55.5

2. กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติ การป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 และต่อผู้ถูกกักกันอยู่ในระดับสูงมากที่สุดร้อยละ 60.9 เท่ากัน โดยสิ่งแวดล้อมที่มีผล ต่อการปฏิบัติ การป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ในระดับมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ มาตรการการเว้นระยะห่างทางสังคมร้อยละ 56.4 อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) ร้อยละ 41.4 และบุคคลในครอบครัวร้อยละ 48.2 ส่วนสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติ การป้องกันโรคโควิด- 19 ของประชาชนต่อผู้ถูกกักกันอยู่ในระดับมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ มาตรการการจัดการการเว้นระยะห่าง ทางสังคมร้อยละ 51.8 อสม. ร้อยละ 47.7 และวัฒนธรรมการอยู่ร่วมกันในครอบครัวร้อยละ 43.6

3. กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติ การป้องกันโรคโควิด-19 ที่ถูกต้องต่อผู้ที่เคยติดเชื้ออยู่ในระดับ ปานกลางร้อยละ 45.0 และมีการปฏิบัติ การป้องกันโรคโควิด-19 ที่ถูกต้องต่อผู้ถูกกักกันอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.5 โดยกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติที่ถูกต้องต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ในระดับมากที่สุด 3 อันดับ แรก คือ สวมหน้ากากอนามัยเมื่อพูดคุยกับผู้ติดเชื้อร้อยละ 68.2 ล้างมือหรือทำความสะอาดมือด้วย แอลกอฮอล์เจลหลังรับประทานอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อร้อยละ 63.2 และล้างมือหรือทำความสะอาดมือด้วย แอลกอฮอล์เจลก่อนรับประทานอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อร้อยละ 62.7 นอกจากนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการ ปฏิบัติที่ถูกต้องต่อผู้ถูกกักกันในระดับมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ สวมหน้ากากอนามัยเมื่อพูดคุยกับผู้ถูกกักกัน ร้อยละ 66.8 ล้างมือหรือทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจลหลังพูดคุยกับผู้ถูกกักกันทุกครั้ง และล้างมือ หรือทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจลก่อนรับประทานอาหารร่วมกับผู้ถูกกักกันร้อยละ 60.9 เท่ากัน

4. กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุดร้อยละ 61.4 แต่ ร้อยละ 22.3 มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับต่ำ โดยกลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 80 มีความรู้ พื้นฐานที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ได้แก่ วิธีทางหลักในการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด-19 คือละอองฝอย จากการไอจาม และโรคโควิด-19 สามารถรักษาให้หายได้ แต่กลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 80 มีความรู้ พื้นฐานเกี่ยวกับโรคที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับอัตราการแพร่กระจายเชื้อ และโรคโควิด-19 มีการแพร่กระจายจาก

คนสู่คนเท่านั้น ส่วนความรู้ด้านการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 80 มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการล้างมือ แต่กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 65 มีความรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการให้คนเดินผ่านสเปรย์พ่นยาฆ่าเชื้อ และการฉีดพ่นยาฆ่าเชื้อในสิ่งแวดล้อมเป็นวิธีการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ที่สำคัญ

5. กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 50 มีทัศนคติทางลบต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 โดยมีความเห็นว่าผู้ที่เคยติดเชื้อได้รับเชื้อหรือมีโอกาสได้รับเชื้อจากการไปในสถานที่สาธารณะร้อยละ 65.5 จากการประกอบอาชีพที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อร้อยละ 58.2 และจากการมีเพศสัมพันธ์หรือการหลับนอนกับผู้ติดเชื้อหรือกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 50.9 กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 50 มีทัศนคติทางลบต่อผู้ที่ถูกกักกัน โดยมีความเห็นว่าผู้ที่ถูกกักกันได้รับเชื้อหรือมีโอกาสได้รับเชื้อจากการไปในสถานที่สาธารณะร้อยละ 57.3 และจากการประกอบอาชีพที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อร้อยละ 50.5

6. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูงร้อยละ 79.1 กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 มากที่สุด 3 อันดับแรก คือ วิธีการป้องกันโรคร้อยละ 64.1 การแพร่ระบาดของโรคร้อยละ 59.5 และความรุนแรงของโรคร้อยละ 61.3 แต่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 น้อยที่สุด คือ อาการและอาการแสดงของโรคร้อยละ 49.1 และอุปสรรคในการป้องกันโรคร้อยละ 45.0 โดยรับรู้จากสื่อออนไลน์มากที่สุดร้อยละ 70.9 รองลงมาคือ โทรทัศน์ร้อยละ 59.5 บุคลากรสุขภาพร้อยละ 55.0 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)/อาสาสมัครสาธารณสุข (ออสส.) ร้อยละ 50.5 และสมาชิกในครอบครัวร้อยละ 50.0

7. กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นในภาพรวมเกี่ยวกับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูงมากที่สุดร้อยละ 48.6 และผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาลอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุดร้อยละ 46.9 เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า

7.1 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าได้รับผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจจากการระบาดของโรคโควิด-19 และจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาลอยู่ในระดับสูงมากที่สุดร้อยละ 72.7 และ 69.5 ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 65.0-70.0 มีความคิดเห็นที่ได้รับผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจจากการระบาดของโรคโควิด-19 และประมาณร้อยละ 55.0-60.0 มีความคิดเห็นที่ได้รับผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาลอยู่ในระดับมาก มากที่สุด คือ รายได้ลดลง รายได้ไม่พอใช้ ไม่มีรายได้ ถูกเลิกจ้างหรือตกงาน และค่าใช้จ่ายจากการเรียน/ทำงานที่บ้านเพิ่มขึ้น เช่น ค่าไฟฟ้าและค่าอินเทอร์เน็ต

7.2 ผลกระทบด้านการศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าได้รับผลกระทบทางด้านการศึกษาจากการระบาดของโรคโควิด-19 และจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาลอยู่ในระดับสูงมากที่สุดร้อยละ 73.2 และ 69.5 ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 45.0-60.0 มีความคิดเห็นที่ได้รับผลกระทบทางด้านการศึกษาจากการระบาดของโรคโควิด-19 และประมาณร้อยละ 45.0-55.0 มีความคิดเห็นที่ได้รับผลกระทบทางด้านการศึกษาจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาลอยู่ในระดับมาก มากที่สุด คือ สำเร็จการศึกษาช้าลง ไม่สามารถไปเรียนกวดวิชาได้ และไม่มีคอมพิวเตอร์ โน้ตบุ๊ก แท็บเล็ต ไม่มีผู้ให้ความช่วยเหลือ

หรือช่วยแก้ปัญหาในการเรียน/การสอบออนไลน์ ไม่มีอินเทอร์เน็ต และไม่มีทักษะในการเรียน/การสอบออนไลน์

7.3 ผลกระทบด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าได้รับผลกระทบทางด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจากการระบาดของโรคโควิด-19 และจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาลอยู่ในระดับสูงมากที่สุดร้อยละ 60.0 และ 51.8 ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 45.0-50.0 มีความคิดเห็นที่ได้รับผลกระทบทางด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจากการระบาดของโรคโควิด-19 และประมาณร้อยละ 40.0-50.0 มีความคิดเห็นที่ได้รับผลกระทบทางด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาลอยู่ในระดับมาก มากที่สุด คือ การเดินทางไปต่างประเทศ การเดินทางไปต่างจังหวัด การออกกำลังกายนอกบ้าน การรับประทานอาหารนอกบ้าน การไปซื้อของใช้หรือการจ่ายตลาด และการไปร้านเสริมสวย สระผม ทำผม

7.4 ผลกระทบด้านสุขภาพและการป้องกันโรค กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าได้รับผลกระทบทางด้านสุขภาพและการป้องกันโรคจากการระบาดของโรคโควิด-19 และจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาลอยู่ในระดับสูงมากที่สุดร้อยละ 76.9 และ 70.0 ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 45.0-50.0 มีความคิดเห็นที่ได้รับผลกระทบทางด้านสุขภาพและการป้องกันโรคจากการระบาดของโรคโควิด-19 และประมาณร้อยละ 30.0-45.0 มีความคิดเห็นที่ได้รับผลกระทบทางด้านสุขภาพและการป้องกันโรคจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาลอยู่ในระดับมาก มากที่สุด คือ การขาดแคลนหน้ากากอนามัย การขาดแคลนแอลกอฮอล์เจล และการเข้ารับบริการทางการแพทย์

7.5 ผลกระทบด้านวัฒนธรรม/ประเพณี/วิถีชีวิตของชุมชน กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าได้รับผลกระทบทางด้านวัฒนธรรม/ประเพณี/วิถีชีวิตของชุมชนจากการระบาดของโรคโควิด-19 และจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาลอยู่ในระดับสูงมากที่สุดร้อยละ 76.9 และ 70.0 ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 40 มีความคิดเห็นที่ได้รับผลกระทบทางด้านวัฒนธรรม/ประเพณี/วิถีชีวิตของชุมชนจากการระบาดของโรคโควิด-19 และประมาณร้อยละ 30.0-40.0 มีความคิดเห็นที่ได้รับผลกระทบทางด้านวัฒนธรรม/ประเพณี/วิถีชีวิตของชุมชนจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาลอยู่ในระดับมาก มากที่สุด คือ การประกอบพิธีกรรมทางศาสนา การช่วยเหลือเกื้อกูลกันในสังคมลดลง และการสืบสานขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรม

7.6 ผลกระทบด้านครอบครัว กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าได้รับผลกระทบครอบครัวจากการระบาดของโรคโควิด-19 และจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาลอยู่ในระดับสูงมากที่สุดร้อยละ 76.9 และ 70.0 ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 20.0-25.0 มีความคิดเห็นที่ได้รับผลกระทบทางด้านครอบครัวจากการระบาดของโรคโควิด-19 และประมาณร้อยละ 10.0-25.0 มีความคิดเห็นที่ได้รับผลกระทบทางด้านครอบครัวจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาลอยู่ในระดับมาก มากที่สุด คือ การขาดผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียง การขาดผู้ดูแลผู้สูงอายุ การขาดผู้ดูแลเด็กอ่อนหรือเด็กเล็ก นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 10.0 ไม่กล้านอนกับแฟน/คู่รัก สามี/ภรรยา และเลิก/หย่าร้างกับแฟน/คู่รัก

7.7 ผลกระทบด้านจิตใจ กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจจากการระบาดของโรคโควิด-19 และจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาลอยู่ในระดับสูงมากที่สุดร้อยละ 76.0 และ 69.5 ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 45.0-60.0 มีความคิดเห็นที่ได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจ

จากการระบาดของโรคโควิด-19 และประมาณร้อยละ 40.0-55.0 มีความคิดเห็นว่าได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาลอยู่ในระดับมาก มากที่สุด คือ ความเครียดจากการเลิกจ้างหรือตกงาน ไม่มีงานทำ ความเครียดจากการหยุดงานชั่วคราวหรือพักงาน วิตกกังวลว่าจะถูกเลิก วิตกกังวลว่าจะหางานทำไม่ได้เมื่อสถานการณ์ดีขึ้น และภาวะซึมเศร้าจากการไม่ได้พบปะผู้คน

8. กลุ่มตัวอย่างมีภาวะวิตกกังวลจากการระบาดของโรคโควิด-19 อยู่ในระดับรุนแรงมากสูงถึงร้อยละ 20.9 และอยู่ในระดับรุนแรงร้อยละ 5.0 กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดจากการระบาดของโรคโควิด-19 อยู่ในระดับรุนแรงมากสูงถึงร้อยละ 10.0 และอยู่ในระดับรุนแรงร้อยละ 11.4 กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าจากการระบาดของโรคโควิด-19 อยู่ในระดับรุนแรงมากสูงถึงร้อยละ 17.3 และอยู่ในระดับรุนแรงร้อยละ 4.5

9. สิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 และผู้ถูกกักกัน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับปานกลาง ($r=0.437, p<0.001$; $r=0.449, p<0.001$) และการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 และผู้ถูกกักกัน ในระดับต่ำ ($r=0.240, p<0.001$; $r=0.322, p<0.001$)

ข้อดีและข้อจำกัดในการทำวิจัย

ข้อดี

1. กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้อาศัยอยู่ใน 5 จังหวัด ในทุกภาคของประเทศไทย ซึ่งผลการศึกษาที่ได้อาจเป็นตัวแทนประชาชนในประเทศไทยได้
2. การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการโดยผู้เชี่ยวชาญ ทำให้ข้อมูลที่ได้มีความน่าเชื่อถือ

ข้อจำกัด

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษามีจำนวนค่อนข้างน้อย ควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างให้มีขนาดใหญ่ขึ้นและศึกษาในทุกภาคของประเทศไทย
2. ผลการวิจัยนำร่องในระยะที่ 1 อาจเกิดจากปัจจัยรบกวน (confounding factors) เนื่องจากการศึกษาคั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจเบื้องต้น จึงไม่มีการควบคุมปัจจัยรบกวน
3. การเลือกกลุ่มตัวอย่างอาจมีอคติ (selection bias) เนื่องจากผู้วิจัยคัดเลือกจังหวัดที่ศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง โดยเลือกศึกษาในจังหวัดที่มีผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 จำนวนมาก แต่ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายในการเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา ดังนั้นอาจช่วยลดอคติในการเลือกกลุ่มตัวอย่างลงได้
4. ไม่สามารถบ่งบอกได้ชัดเจนว่าอะไรเป็นสาเหตุและอะไรเป็นผลลัพธ์ (temporal ambiguity) เนื่องจากการศึกษาคั้งนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (cross-sectional study)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการส่งเสริมความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน

2. นำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการกำหนดนโยบายหรือมาตรการในการป้องกันโรคโควิด-19 ให้มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

3. นำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการเตรียมความพร้อมในการรับมือสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 ในปัจจุบัน และอนาคต ทั้งด้านกำลังคน งบประมาณ ทรัพยากร และการบริหารจัดการ

4. นำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการกำหนดนโยบายเรื่องการเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบทั้งทางด้านสังคม เศรษฐกิจ และจิตใจ รวมถึงการป้องกันไม่ให้เกิดผลกระทบที่รุนแรง

5. นำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิตของประชาชน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะวิตกกังวล ความเครียด และภาวะซึมเศร้า

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาความรู้ ทักษะคติ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน ในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่

2. ควรศึกษาผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 และผลกระทบจากนโยบายหรือมาตรการของรัฐบาล ในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่

3. ควรศึกษาปัจจัยทำนายนการปฏิบัติของประชาชนต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ที่ถูกกักกันหรือผู้กักกันตนเองในทุกภาคของประเทศไทย

สรุปการดำเนินงานในระยะที่ 1 และแนวทางการดำเนินงานในระยะที่ 2

สรุปการดำเนินงานในระยะที่ 1

การดำเนินโครงการวิจัยในระยะที่ 1 ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยเป็นระยะเวลา 2 เดือน ระหว่างเดือนสิงหาคม - กันยายน 2563 ผู้วิจัยสามารถดำเนินการวิจัยได้ตามแผนกิจกรรมที่กำหนดไว้ ดังนี้

กิจกรรม (activities)	ผลผลิต (outputs)
1. วรรณกรรมปริทัศน์	1. ประเด็นสำคัญที่ได้จากการทำวรรณกรรมปริทัศน์
2. ออกแบบแบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์	2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลฉบับสมบูรณ์: แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์
3. ส่งแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพ	3. รายงานฉบับสมบูรณ์ (ระยะที่ 1) ประกอบด้วย (1) บทนำ (2) วรรณกรรมปริทัศน์และข้อสรุปสำคัญที่ได้จากวรรณกรรมปริทัศน์ (3) ระเบียบวิธีวิจัย (4) ผลที่ได้จากการทำ Pilot test (5) สรุปการดำเนินการระยะที่ 1 และแนวทางการดำเนินการต่อไปในระยะที่ 2 (6) ภาคผนวก: 6.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยฉบับสมบูรณ์ 6.2 การหาความตรงเชิงเนื้อหา 6.3 เอกสารรับรองเชิงจริยธรรมการวิจัย 6.4 รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ 6.5 ภาพการเก็บรวบรวมข้อมูล
4. เสนอขอการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ (ได้รับการรับรองเมื่อวันที่ 14 กันยายน 2563)	
5. หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงได้จัดทำหนังสือขออนุญาตในการขอข้อมูลพื้นที่ซึ่งมีผู้ป่วยโรคโควิด-19 และผู้กักกันใน 5 จังหวัดที่เป็นพื้นที่ในการศึกษาวิจัย ขออนุญาตทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล	
6. ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (reliability) กับประชาชนที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน และนำแบบสัมภาษณ์ไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง 1 คน	
7. การทำ Pilot test สำหรับการวิจัยเชิงปริมาณ จำนวน 220 คน เพื่อนำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์เบื้องต้น สำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพได้ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 2 คน	
8. การประชุมกลุ่มย่อยเชิงเทคนิค จำนวน 20 ครั้ง ตั้งแต่การจัดทำโครงร่างการวิจัย การพัฒนาเครื่องมือวิจัย การเตรียมเอกสารเพื่อเสนอขอการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การจัดทำรายงานการวิจัยระยะที่ 1	
9. จัดทำข้อสรุปเบื้องต้นจากการทำ Pilot test	
10. จัดทำแนวทางการดำเนินงานในระยะที่ 2 ของโครงการ	

แนวทางการดำเนินงานในระยะที่ 2

แนวทางการดำเนินงานในระยะที่ 2 ผู้วิจัยจะดำเนินการวิจัยเป็นระยะเวลา 10 เดือน ระหว่างเดือน ตุลาคม 2563 – กรกฎาคม 2564 ดังนี้

เดือนที่	กิจกรรม (activities)	ผลผลิต (outputs)
3 – 6	<ol style="list-style-type: none"> เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามเพิ่มเติม จำนวน 2,280 คน เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกเพิ่มเติม จำนวน 30 คน ประมวลผลข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ 	<ol style="list-style-type: none"> รายงานความก้าวหน้า ครั้งที่ 1 (ระยะที่ 2) <ul style="list-style-type: none"> - ผลการศึกษาเบื้องต้นทั้งการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ
7 – 11	<ol style="list-style-type: none"> เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกเพิ่มเติม จำนวน 43 คน ประมวลผลข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ 	<ol style="list-style-type: none"> (ร่าง) รายงานฉบับสมบูรณ์ (ระยะที่ 2) <ul style="list-style-type: none"> - บทสรุปผู้บริหาร - บทคัดย่อ (ไทย-อังกฤษ) - เนื้อหาการวิจัย (ร่าง) เอกสารสรุปข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (ร่าง) รายงานสรุปผลการประชุม (ร่าง) บทความเผยแพร่ผ่านสื่อ (ร่าง) บทความวิชาการ
12	<ol style="list-style-type: none"> เขียนรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ จัดทำเอกสารสรุปข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย จัดทำรายงานสรุปผลการประชุม เขียนบทความเผยแพร่ผ่านสื่อ เขียนบทความวิชาการเพื่อตีพิมพ์ การประชุมเผยแพร่ผลการวิจัยผ่าน Webinar / Zoom ฯลฯ 	<ol style="list-style-type: none"> รายงานฉบับสมบูรณ์ (ระยะที่ 2) <ul style="list-style-type: none"> - บทสรุปผู้บริหาร - บทคัดย่อ (ไทย-อังกฤษ) - เนื้อหาการวิจัย เอกสารสรุปข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย รายงานสรุปผลการประชุม บทความเผยแพร่ผ่านสื่อ บทความวิชาการ

เอกสารอ้างอิง

1. Worldometer. 2020. COVID-19 coronavirus pandemic. Retrieved from <https://www.worldometers.info/coronavirus/#countries>. Accessed September 30, 2020.
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 September 30, 2020.
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/situation.php>. สืบค้นเมื่อ 30 กันยายน 2563.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. Behavioral Insights ของครัวเรือนไทยภายใต้สถานการณ์ COVID-19 ภายใต้การสนับสนุนของ สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกว.) และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). 2563. สืบค้นจาก <https://drive.google.com/file/d/1s-tvSan9LHnDWbfb4t8vleqWAJw4ekj/view>. สืบค้นเมื่อ 12 มิถุนายน 2563.

9. นางเยาว์ เกษตร์ภิบาล. รายงานการวิจัย เรื่อง การศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของประชาชนต่อผู้เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ที่ถูกกักกันหรือผู้กักกันตนเอง และผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจจากโรคโควิด-19. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2563.
10. อรรถจักร์ สัตยานุรักษ์, บุญเลิศ วิเศษปรีชา, ประภาส ปิ่นตบแต่ง, สมชาย ปรีชาศิลป์กุล, ณัฐพงศ์ จิตรนิรัตน์, ธนิต โตอดีเทพย์, และคณะ. คนจนเมืองที่เปลี่ยนไปในสังคมเมืองที่กำลังเปลี่ยนแปลง. 2563. สืบค้นจาก <https://www.isranews.org/article/isranews/download/18017/87576/18.html>. สืบค้นเมื่อ 12 มิถุนายน 2563.
11. 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.
12. 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.
13. 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.
14. 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.
15. Rahman A, Sathi NJ. Knowledge, attitude, and preventive practices toward COVID-19 among Bangladeshi internet users. *J Gen Intern Med.* 2020;17(5).
16. 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(3-5):175-9.
17. 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.
18. Haleem A, Javaid M, Vaishya R. Effects of COVID 19 pandemic in daily life. *CMRP.* 2020;10:78-79.

19. 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.
20. 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.
21. 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.
22. 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.
23. 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.
24. 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.
25. Sumner A, Hoy C, Ortiz-Juarez E. Estimates of the impact of COVID-19 on global poverty. *UNU-WIDER.* 2020:800-9.
26. 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.
27. 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.
28. 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.
29. 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.
30. 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.

31. 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.
32. 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.
33. กรมสุขภาพจิต. รายงานผลการคัดกรองความกังวลต่อไวรัสโควิด-19. 2563. สืบค้นจาก <https://www.dmh.go.th/covid19/>. สืบค้นเมื่อ 17 มิถุนายน 2563.
34. 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.
35. 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.
36. 36. 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.
37. CNBC. "China virus death toll rises to 41, more than 1,300 infected worldwide". 2020. Retrieved from: <https://www.cnbc.com/2020/01/24/chinas-hubei-province-confirms-15-more-deaths-due-to-coronavirus.html>. Accessed January 26, 2020.
38. 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.
39. BBC News Online. "Coronavirus declared global health emergency". 2020. Retrieved from: <https://www.bbc.com/news/world-51318246>. Accessed January 31, 2020.
40. 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.
41. 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.
42. กองสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย. คลังข่าวมหาดไทย. สืบค้นจาก <http://newskm.moi.go.th/?p=10226>. สืบค้นเมื่อ 22 กันยายน 2563.
43. Cave E. COVID-19 Super-spreaders: definitional quandaries and implications. 2020 May 16]. *Asian Bioeth Rev*. 2020;1-8.

44. 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.
45. อมร ลีลารัศมี. เรื่องน่ารู้เกี่ยวกับ COVID-19 จากโรคติดเชื้อไวรัส SARS-CoV-2. 2563. สืบค้นจาก <https://rtarf.mi.th/index.php/th/2016-06-23-07-14-55/2016-06-24-03-50-21/424-covid-19-sars-cov-2>. สืบค้นเมื่อ 1 กันยายน 2563.
46. Cave E. COVID-19 Super-spreaders: definitional quandaries and implications. 2020. *Asian Bioeth Rev.* 2020;1-8
47. 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.
48. 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.
49. 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.
50. 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.
51. 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.
52. 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.
53. 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.
54. 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.
55. 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.
56. สำนักข่าวไทยพีบีเอส. หมอไขคำตอบ! ใครซูเปอร์สเปรดเดอร์ COVID-19?. 2020. สืบค้นจาก <https://news.thaipbs.or.th/content/290174>. สืบค้นเมื่อ 17 กรกฎาคม 2563.

57. 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.
58. 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.
59. 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.
60. 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.
61. สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. ประกาศเรื่อง การเตรียมความพร้อมป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. สืบค้นจาก http://soc.soc.go.th/slupload/v63_89.pdf. สืบค้นเมื่อ 15 กันยายน 2563.
62. เทศบาลเมืองคอหงส์. ประชาสัมพันธ์ มาตรการป้องกัน และลดความเสี่ยงในการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) เข้าสู่หมู่บ้าน/ชุมชน. 2563. สืบค้นจาก <http://www.khohongcity.go.th/news/detail/158183>. สืบค้นเมื่อ 17 กรกฎาคม 2563.
63. กชกร สมมิ่ง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ของผู้รับบริการงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. *วารสารสุขศึกษา*. 2557;126:8-21.
64. สัญญา สุปัญญาบุตร. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด A (2009 H1N1) ของประชาชน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*. 2011;18(2):1-1.
65. กลุ่มภารกิจมาตรฐานการกักกัน (QUARANTINE) ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค. แนวทางบริหารจัดการสถานที่กักกันซึ่งทางราชการกำหนด (Quarantine). สืบค้นจาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_quarantine/g_quarantine_state210763n.pdf. สืบค้นเมื่อ 10 กันยายน 2563.
66. ศูนย์ปฏิบัติการด้านนวัตกรรมการแพทย์ และการวิจัยและพัฒนา สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม. "ไทย" ยื่น 1 ประเทศที่ฟื้นตัวและรับมือจากโควิด-19 ได้ดีที่สุดในโลก. สืบค้นจาก <https://www.nationtv.tv/main/content/378787485/>. สืบค้นเมื่อ 22 กันยายน 2563.
67. 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.

68. 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.
69. 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.
70. 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.
71. 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.
72. นงลักษณ์ วิรัชชัย. โมเดลลิสเรล : สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย. 2542:311.
73. ประคอง กรรณสูต. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2542.
74. 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.
75. 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.
76. Grove SK, Burns N, Grey JR. *The practice of nursing research: appraisal, synthesis and generation of evidence.* 7th Ed. Elsevier Health Sciences. 2012.
77. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice.* Lippincott Williams & Wilkins. 2008.
78. รัตน์ศิริ ทาโต. การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2561.
79. ลำปางพบครอบครัวเดียว ติดโควิด 3 คน คาดติดจากลูก หลังเพื่อนต่างชาติมาค้างคอนโด. สืบค้นจาก <https://covid-19.kapook.com/view223713.html>. สืบค้นเมื่อ 10 กันยายน 2563.
80. เปิดใจครอบครัว ปู่ย่าโควิด 19 ร่ำไห้ขอโทษคนไทย ลั่นไม่ตั้งใจปิดประวัติ ตกเป็นจำเลยสังคม. สืบค้นจาก <https://covid-19.kapook.com/view221310.html>. สืบค้นเมื่อ 10 กันยายน 2563.

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 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-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 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-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 แต่ควรถูกกักกันหรือกักกันตนเองตามระยะฟักตัวของโรค เพื่อดูอาการเป็นเวลา 14 วัน เพื่อป้องกันการไปแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่นโดยไม่รู้ตัว

ครอบครัว หมายถึง กลุ่มคนตั้งแต่สองคนขึ้นไปที่อยู่ร่วมกันในสถานที่เดียวกัน 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 | () โรคเมะเร็ง.....คน |
| () โรคหลอดเลือดสมอง.....คน | () อื่น ๆ ระบุ.....คน |
| () ไม่ทราบ.....คน | |
- สมาชิกคนที่ 2 เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ
- | | |
|-------------------------------|---|
| () เบาหวาน.....คน | () ความดันโลหิตสูง.....คน |
| () ไขมันในเลือดสูง.....คน | () โรคหัวใจ.....คน |
| () โรคไต.....คน | () โรคปอด (หอบหืด ถุงลมโป่งพอง).....คน |
| () ใช้ยากดภูมิคุ้มกัน.....คน | () โรคเมะเร็ง.....คน |
| () โรคหลอดเลือดสมอง.....คน | () อื่น ๆ ระบุ.....คน |
| () ไม่ทราบ.....คน | |
- สมาชิกคนที่ 3 เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ
- | | |
|----------------------------|---|
| () เบาหวาน.....คน | () ความดันโลหิตสูง.....คน |
| () ไขมันในเลือดสูง.....คน | () โรคหัวใจ.....คน |
| () โรคไต.....คน | () โรคปอด (หอบหืด ถุงลมโป่งพอง).....คน |

- () ใช้อายัดกุมมิกัน.....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. ท่านพกแอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือติดตัวทุกครั้งเมื่อออกจากบ้าน
 () 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 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-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/คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด								
8.	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ/ตำบล/เทศบาล								
9.	อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.)								
10.	ครูประจำโรงเรียนในชุมชน								
11.	ผู้นำทางศาสนา เช่น พระสงฆ์ บาทหลวง จุฬาราชมนตรี โต๊ะอิหม่าม								
12.	วัฒนธรรมการกินอาหารร่วมกัน								
13.	วัฒนธรรมการอยู่ร่วมกันในครอบครัว								
14.	วัฒนธรรมการอยู่ร่วมกันในชุมชน								

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.	ท่านไม่ใช้จาน 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.	ท่านไม่ใช่โต๊ะ เก้าอี้ และเครื่องใช้อื่น ๆ ภายในชุมชน/ ภายในบ้านร่วมกับคนเหล่านี้								
11.	ท่านไม่ใช่ห้องน้ำร่วมกับคนเหล่านี้								
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.	วิถีทางหลักในการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด-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.	การล้างมือด้วยน้ำสบู่หรือน้ำกับน้ำยาฆ่าเชื้อ 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		

ข้อ	กิจกรรม	ใช่	ไม่ใช่
20.	การเว้นระยะห่างระหว่างตัวท่านกับผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 1-2 เมตร ช่วยลดความเสี่ยงของการติดเชื้อโรคโควิด-19		
21.	การเว้นระยะห่างระหว่างตัวท่านกับผู้ถูกกักกันเพื่อเฝ้าระวังโรคโควิด-19 ไม่มีความจำเป็น		
22.	การเดินทางโดยใช้ระบบขนส่งสาธารณะ เพิ่มความเสี่ยงของการติดเชื้อโรคโควิด-19		
23.	การประกอบพิธีกรรมทางศาสนาไม่จำเป็นต้องเว้นระยะห่างทางสังคม เพราะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 ต่ำ		
24.	การปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 คือ การเว้นระยะห่างทางสังคม		
25.	การฉีดพ่นยาฆ่าเชื้อในสิ่งแวดล้อมเป็นวิธีการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ที่สำคัญ		
26.	การให้คนเดินผ่านสเปรย์พ่นยาฆ่าเชื้อช่วยลดการติดเชื้อโรคโควิด-19 ที่สำคัญ		
27.	การยีนตากแดด 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.	ท่านคิดว่าคนเหล่านี้ได้รับเชื้อหรือมีโอกาสได้รับเชื้อจากการไปในสถานที่อโคจร เช่น สนามมวย บ่อนไก่ สถานบันเทิง และการมั่วสุมดื่มสุราหรือเสพสารเสพติด		
2.	ท่านคิดว่าคนเหล่านี้ได้รับเชื้อหรือมีโอกาสได้รับเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์หรือการหลับนอนกับผู้ติดเชื้อหรือกลุ่มเสี่ยง		
3.	ท่านคิดว่าคนเหล่านี้ได้รับเชื้อหรือมีโอกาสได้รับเชื้อจากการประกอบอาชีพ เช่น ขับรถแท็กซี่ โก้ดท์ัวร์ ให้บริการนวด และบุคลากรการแพทย์		

ข้อ	กิจกรรม	ทัศนคติของท่าน	
		ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19	ต่อผู้ถูกกักกัน
		คะแนน 1-10	คะแนน 1-10
4.	ท่านคิดว่าคนเหล่านี้เป็นบุคคลที่น่าเชื่อถือมาแพร่ให้คนในครอบครัวหรือชุมชน		
5.	ท่านคิดว่าไม่ควรอยู่ใกล้ชิดกับคนเหล่านี้ เพราะจะทำให้ติดเชื้อได้		
6.	ท่านคิดว่าคนเหล่านี้ทำให้คนในครอบครัวถูกเพื่อนบ้านรังเกียจ		
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				

ปัจจัยทำนายการปฏิบัติต่อผู้เคยติดเชื้อหรือผู้ถูกกักกันโรคโควิด-19 และผลกระทบ

ข้อ	ข้อความ	ระดับการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร			
		4	3	2	1
6.	วิธีการคัดกรองโรคโควิด-19				
7.	วิธีการเฝ้าระวังโรคโควิด-19				
8.	โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคโควิด-19				
9.	ความรุนแรงของโรคโควิด-19				
10.	ประโยชน์ของการป้องกันโรคโควิด-19				
11.	อุปสรรคในการป้องกันโรคโควิด-19				
12.	สิ่งสนับสนุนการปฏิบัติกาป้องกันโรคโควิด-19				
แหล่งของข้อมูลข่าวสารที่ท่านรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19					
13.	หนังสือพิมพ์				
14.	โทรทัศน์				
15.	วิทยุ				
16.	สื่อออนไลน์ เช่น ไลน์ เฟซบุ๊ก ยูทูบ 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								

ข้อ	ข้อความ	ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19				ผลกระทบจากนโยบาย/มาตรการของรัฐบาล			
		ระดับผลกระทบ				ระดับผลกระทบ			
		4	3	2	1	4	3	2	1
2.	การรับประทานอาหารนอกบ้าน								
3.	การไปร้านเสริมสวย สระผม ทำผม								
4.	การไปช้อปปิ้งหรือไปเดินเล่นในห้างสรรพสินค้า								
5.	การไปซื้อของใช้ การจ่ายตลาด								
6.	การดูหนัง ฟังเพลงนอกบ้าน								
7.	การสังสรรค์กับเพื่อนนอกบ้าน								
8.	การพบปะเพื่อนสนิท								
9.	การพบปะแฟน/คู่รัก								
10.	การใช้บริการธนาคาร								
11.	การเดินทางไปต่างจังหวัด								
12.	การเดินทางไปต่างประเทศ								
ผลกระทบต่อครอบครัว									
13.	การทะเลาะกับแฟน/คู่รัก								
14.	การเลิก/หย่าร้างกับแฟน/คู่รัก								
15.	การช่วยลดการมีเพศสัมพันธ์/การตั้งครภในวัยรุ่น								
16.	การไม่ก่ล้านอนกับแฟน/คู่รัก สามเีภรรยา								
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								

ข้อ	ข้อความ	ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19				ผลกระทบจากนโยบาย/มาตรการของรัฐบาล			
		ระดับผลกระทบ				ระดับผลกระทบ			
		4	3	2	1	4	3	2	1
29.	นักเรียน/นักศึกษาไม่มีคอมพิวเตอร์ โน้ตบุ๊ก แท็บเล็ต สำหรับการเรียน/การสอบออนไลน์								
30.	นักเรียน/นักศึกษาไม่มีอินเทอร์เน็ต สำหรับการเรียน/การสอบออนไลน์								
31.	นักเรียน/นักศึกษาไม่มีทักษะในการเรียน/การสอบออนไลน์								
32.	นักเรียน/นักศึกษาไม่มีผู้ให้ความช่วยเหลือ ช่วยแก้ปัญหาในการเรียน/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	ข้าพเจ้ารู้สึกจิตใจหงายหงอยและเศร้าซึม				
14	ข้าพเจ้าทนไม่ได้กับภาวะใดก็ตามที่ทำให้ข้าพเจ้าไม่สามารถทำอะไรต่อจากที่ข้าพเจ้ากำลังกระทำอยู่				
15	ข้าพเจ้ารู้สึกว่าข้าพเจ้ามีอาการคล้ายกับอาการหวั่นวิตก				
16	ข้าพเจ้าไม่รู้สึกกระตือรือร้นต่อสิ่งใด				
17	ข้าพเจ้ารู้สึกเป็นคนไม่มีคุณค่า				
18	ข้าพเจ้ารู้สึกว่าข้าพเจ้าค่อนข้างมีอาการเหนื่อยง่าย				
19	ข้าพเจ้ารับรู้ถึงการท้อแท้ของหัวใจของข้าพเจ้าในตอนที่ข้าพเจ้าไม่ได้ออกกำลังกาย (เช่น รู้สึกถึงการเต้นของหัวใจที่เพิ่มขึ้น การหยุดเต้นของหัวใจ)				
20	ข้าพเจ้ารู้สึกกลัวโดยไม่มีเหตุผลใด ๆ				
21	ข้าพเจ้ารู้สึกว่าชีวิตไม่มีความหมาย				

แบบสัมภาษณ์เชิงลึก

โครงการวิจัย: ปัจจัยทำนายการปฏิบัติของประชาชนต่อผู้ที่เคยติดเชื้อหรือผู้ถูกกักกัน
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 ตู้ปันสุข
 - 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) ของคนในชุมชนท่านอย่างไร

.....

.....

.....

.....

7. ท่านมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการจัดการปัญหาโรคโควิด-19 ในชุมชนของท่าน อย่งไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

ภาคผนวก ข การหาความตรงของเนื้อหา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชน
ต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน จำนวน 21 ข้อ

ลำดับข้อ	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5	คนที่ 6	จำนวน ความเห็นที่ ตรงกัน	ค่า I-CVI
1	4	3	4	4	4	4	5	0.96
2	4	3	4	4	4	4	6	0.96
3	4	4	4	4	4	4	6	1.00
4	4	4	4	4	4	4	6	1.00
5	4	4	4	4	4	4	6	1.00
6	4	4	4	4	4	4	6	1.00
7	4	4	4	4	4	4	6	1.00
8	4	4	4	4	4	4	6	1.00
9	4	4	4	4	4	4	6	1.00
10	4	4	4	4	4	4	6	1.00
11	4	4	4	4	4	4	6	1.00
12	4	4	4	4	4	4	6	1.00
13	4	4	4	4	4	4	6	1.00
14	4	4	4	4	4	4	6	1.00
15	4	4	4	4	4	4	6	1.00
16	4	4	4	4	4	4	6	1.00
17	4	4	4	4	4	4	6	1.00
18	4	4	4	4	4	4	6	1.00
19	4	4	4	4	4	4	6	1.00
20	4	4	4	4	4	4	6	1.00
21	4	4	4	4	4	4	6	1.00
สัดส่วนที่ประเมินโดย ผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละคน	1.00	0.95	1.00	1.00	1.00	1.00	ดัชนีความตรงตามเนื้อหา ทั้งฉบับ (S-CVI) = 0.99	

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการปฏิบัติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน จำนวน 27 ข้อ

ลำดับข้อ	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5	คนที่ 6	จำนวน ความเห็นที่ ตรงกัน	ค่า I-CVI
1	4	4	4	4	4	4	6	1.00
2	4	4	4	4	4	4	6	1.00
3	4	4	4	4	4	4	6	1.00
4	4	4	4	4	4	4	6	1.00
5	4	4	4	4	4	4	6	1.00
6	4	4	4	4	4	4	6	1.00
7	4	4	4	4	4	4	6	1.00
8	4	4	4	4	4	4	6	1.00
9	4	4	4	4	4	4	6	1.00
10	4	4	4	4	4	4	6	1.00
11	4	4	4	4	4	4	6	1.00
12	4	4	4	4	4	4	6	1.00
13	4	4	4	4	4	4	6	1.00
14	4	4	4	4	4	4	6	1.00
15	4	4	4	4	4	4	6	1.00
16	4	4	4	4	4	4	6	1.00
17	4	4	4	4	4	4	6	1.00
18	4	4	4	4	4	4	6	1.00
19	4	4	4	4	4	4	6	1.00
20	4	4	4	4	4	4	6	1.00
21	4	4	4	4	4	4	6	1.00
22	4	4	4	4	4	4	6	1.00
23	4	4	4	4	4	4	6	1.00
24	4	4	4	4	4	4	6	1.00
25	4	4	4	4	4	4	6	1.00
26	4	4	4	4	4	4	6	1.00
27	4	4	4	4	4	4	6	1.00
สัดส่วนที่ประเมินโดย ผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละคน	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	ดัชนีความตรงตามเนื้อหา ทั้งหมด (S-CVI) = 1	

ส่วนที่ 4 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 จำนวน 30 ข้อ

ลำดับข้อ	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5	คนที่ 6	จำนวน ความเห็นที่ ตรงกัน	ค่า I-CVI
1	4	4	4	4	4	4	6	1.00
2	4	4	4	4	4	4	6	1.00
3	4	4	4	4	4	4	6	1.00
4	4	4	4	4	4	4	6	1.00
5	4	4	4	4	4	4	6	1.00
6	4	4	4	4	4	4	6	1.00
7	4	4	4	4	4	4	6	1.00
8	4	4	4	4	4	4	6	1.00
9	4	4	4	4	4	4	6	1.00
10	4	3	4	4	4	4	5	0.96
11	4	4	4	4	4	4	6	1.00
12	4	4	4	4	4	4	6	1.00
13	4	4	4	4	4	4	6	1.00
14	4	4	4	4	4	4	6	1.00
15	4	4	4	4	4	4	6	1.00
16	4	4	4	4	4	4	6	1.00
17	4	4	4	4	4	4	6	1.00
18	4	4	4	4	4	4	6	1.00
19	4	4	4	4	4	4	6	1.00
20	4	4	4	4	4	4	6	1.00
21	4	4	4	4	4	4	6	1.00
22	4	4	4	4	4	4	6	1.00
23	4	4	4	4	4	4	6	1.00
24	4	4	4	4	4	4	6	1.00
25	4	4	4	4	4	4	6	1.00
26	4	4	4	4	4	4	6	1.00
27	4	4	4	4	4	4	6	1.00
28	4	4	4	4	4	4	6	1.00
29	4	3	4	4	4	4	6	0.96
30	4	4	4	4	4	4	6	1.00
สัดส่วนที่ประเมินโดย ผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละคน	1.00	0.97	1.00	1.00	1.00	1.00	ดัชนีความตรงตามเนื้อหา ทั้งฉบับ (S-CVI) = 0.99	

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามทัศนคติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ถูกกักกัน จำนวน 15 ข้อ

ลำดับข้อ	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5	คนที่ 6	จำนวน ความเห็นที่ ตรงกัน	ค่า I-CVI
1	4	4	4	4	4	4	6	1.00
2	4	4	4	4	4	4	6	1.00
3	4	4	4	4	4	4	6	1.00
4	4	4	4	4	4	4	6	1.00
5	4	4	4	4	4	4	6	1.00
6	4	4	4	4	4	4	6	1.00
7	4	4	4	4	4	4	6	1.00
8	4	4	4	4	4	4	6	1.00
9	4	4	4	4	4	4	6	1.00
10	4	4	4	4	4	4	6	1.00
11	4	4	4	4	4	4	6	1.00
12	4	4	4	4	4	4	6	1.00
13	4	4	4	4	4	4	6	1.00
14	4	4	4	4	4	4	6	1.00
15	4	4	4	4	4	4	6	1.00
สัดส่วนที่ประเมินโดย ผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละคน	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	ดัชนีความตรงตามเนื้อหา ทั้งฉบับ (S-CVI) = 1	

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 จำนวน 24 ข้อ

ลำดับข้อ	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5	คนที่ 6	จำนวน ความเห็นที่ ตรงกัน	ค่า I-CVI
1	4	4	4	4	4	4	6	1.00
2	4	4	4	4	4	4	6	1.00
3	4	4	4	4	4	4	6	1.00
4	4	4	4	4	4	4	6	1.00
5	4	4	4	4	4	4	6	1.00
6	4	4	4	4	4	4	6	1.00
7	4	4	4	4	4	4	6	1.00
8	4	4	4	4	4	4	6	1.00
9	4	4	4	4	4	4	6	1.00
10	4	4	4	4	4	4	6	1.00
11	4	4	4	4	4	4	6	1.00
12	4	4	4	4	4	4	6	1.00
13	4	4	4	4	4	4	6	1.00
14	4	4	4	4	4	4	6	1.00
15	4	4	4	4	4	4	6	1.00
16	4	4	4	4	4	4	6	1.00
17	4	4	4	4	4	4	6	1.00
18	4	4	4	4	4	4	6	1.00
19	4	4	4	4	4	4	6	1.00
20	4	4	4	4	4	4	6	1.00
21	4	4	4	4	4	4	6	1.00
22	4	4	4	4	4	4	6	1.00
23	4	4	4	4	4	4	6	1.00
24	4	4	4	4	4	4	6	1.00
สัดส่วนที่ประเมินโดย ผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละคน	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	ดัชนีความตรงตามเนื้อหา ทั้งฉบับ (S-CVI) = 1	

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 จำนวน 48 ข้อ

ลำดับข้อ	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5	คนที่ 6	จำนวน ความเห็นที่ ตรงกัน	ค่า I-CVI
1	4	4	4	4	4	4	6	1.00
2	4	4	4	4	4	4	6	1.00
3	4	4	4	4	4	4	6	1.00
4	4	4	4	4	4	4	6	1.00
5	4	4	4	4	4	4	6	1.00
6	4	4	4	4	4	4	6	1.00
7	4	4	4	4	4	4	6	1.00
8	4	4	4	4	4	4	6	1.00
9	4	4	4	4	4	4	6	1.00
10	4	4	4	4	4	4	6	1.00
11	4	4	4	4	4	4	6	1.00
12	4	4	4	4	4	4	6	1.00
13	4	4	4	4	4	4	6	1.00
14	4	4	4	4	4	4	6	1.00
15	4	4	4	4	4	4	6	1.00
16	4	4	4	4	4	4	6	1.00
17	4	4	4	4	4	4	6	1.00
18	4	4	4	4	4	4	6	1.00
19	4	4	4	4	4	4	6	1.00
20	4	4	4	4	4	4	6	1.00
21	4	4	4	4	4	4	6	1.00
22	4	4	4	4	4	4	6	1.00
23	4	4	4	4	4	4	6	1.00
24	4	4	4	4	4	4	6	1.00
25	4	4	4	4	4	4	6	1.00
26	4	4	4	4	4	4	6	1.00
27	4	4	4	4	4	4	6	1.00
28	4	4	4	4	4	4	6	1.00
29	4	4	4	4	4	4	6	1.00
30	4	4	4	4	4	4	6	1.00
31	4	4	4	4	4	4	6	1.00
32	4	4	4	4	4	4	6	1.00

ปัจจัยทำนายการปฏิบัติต่อผู้เคยติดเชื้อหรือผู้ถูกกักกันโรคโควิด-19 และผลกระทบ

ลำดับข้อ	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5	คนที่ 6	จำนวน ความเห็นที่ ตรงกัน	ค่า I-CVI
33	4	4	4	4	4	4	6	1.00
34	4	4	4	4	4	4	6	1.00
35	4	4	4	4	4	4	6	1.00
36	4	4	4	4	4	4	6	1.00
37	4	4	4	4	4	4	6	1.00
38	4	4	4	4	4	4	6	1.00
39	4	4	4	4	4	4	6	1.00
40	4	4	4	4	4	4	6	1.00
41	4	4	4	4	4	4	6	1.00
42	4	4	4	4	4	4	6	1.00
43	4	4	4	4	4	4	6	1.00
44	4	4	4	4	4	4	6	1.00
45	4	4	4	4	4	4	6	1.00
46	4	4	4	4	4	4	6	1.00
47	4	4	4	4	4	4	6	1.00
48	4	4	4	4	4	4	6	1.00
สัดส่วนที่ประเมินโดย ผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละคน	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	ดัชนีความตรงตามเนื้อหา ทั้งฉบับ (S-CVI) = 1	

ภาคผนวก ค เอกสารรับรองเชิงจริยธรรมการวิจัย



สำนักงานจริยธรรมการวิจัย
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

AF 04-021



เอกสารเลขที่ 105/2020

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

ชื่อคณะกรรมการ : คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ที่อยู่ : เลขที่ 110 ถนนอินทวิโรด ตำบลศรีภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200

ชื่อเรื่องโครงการวิจัย (ภาษาไทย) ปัจจัยทำนายการปฏิบัติของประชาชนไทยต่อผู้ติดเชื้อหรือผู้ถูกกักกัน และผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19

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

เลขที่โครงการ : 2563 – 118 ; รหัสโครงการ : 2563 – EXP091

ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย: รองศาสตราจารย์ ดร.นงเยาว์ เกษศรีภินาส

สังกัดสาขาวิชา : ภาควิชาพยาบาลพื้นฐาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผู้ให้ทุนวิจัย : คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เอกสารที่รับรอง	ฉบับที่รับรอง
โครงการวิจัย	ฉบับที่ 2 วันที่ 14 กันยายน 2563
เอกสารคำชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร	ฉบับที่ 2 วันที่ 14 กันยายน 2563
เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย	ฉบับที่ 2 วันที่ 14 กันยายน 2563
เครื่องมือวิจัย	ฉบับที่ 2 วันที่ 14 กันยายน 2563
อดีตประวัติหัวหน้าโครงการ	ฉบับที่ 1 วันที่ 21 สิงหาคม 2563
เอกสารประชาสัมพันธ์ : ใบประชาสัมพันธ์ "ปัจจัยทำนายการปฏิบัติของประชาชนไทยต่อผู้ติดเชื้อหรือผู้ถูกกักกันและผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19"	ฉบับที่ 2 วันที่ 14 กันยายน 2563

กระบวนการพิจารณาโครงการวิจัย: กระบวนการทบทวนแบบเร่งด่วน (Expedited Review) ประจำเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2563

ผลการพิจารณา : คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ได้พิจารณาแล้ว มีมติเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัยในขอบเขตที่เสนอได้

อนุมัติ ณ วันที่ 18 เดือนกันยายน พ.ศ. 2563 มีผลถึงวันที่ 17 เดือนกันยายน พ.ศ. 2564

Form version 03.1 August 15, 2016

หน้า 1 ของ 2 หน้า



สำนักงานจริยธรรมการวิจัย
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

AF 04-021

กำหนดส่งรายงานความก้าวหน้าของการวิจัย

- ทุก 3 เดือน
 ทุก 6 เดือน
 ทุกปี (ในกรณีนี้โปรดยื่นอย่างน้อย 60 วัน ก่อนวันหมดอายุใบรับรอง)

คณะกรรมการฯ ชุดนี้จัดตั้งและดำเนินการตาม GCPs และแนวทางจริยธรรมสากล กฎหมายและข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง

ลงชื่อ :

(ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ลงชื่อ :

(ศาสตราจารย์ ดร.วิภาดา คุณาวิฑูกุล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

การปฏิบัติหลังจากรับรอง

1. หากจะแก้ไขเปลี่ยนแปลงในข้อมูลสำหรับผู้ป่วย/อาสาสมัคร หรือเอกสารยินยอมหรือโครงการวิจัย ต้องขออนุมัติก่อนวันแต่ว่าเป็นเรื่องเร่งด่วนเพื่อสวัสดิภาพของอาสาสมัคร
2. หากมีข้อมูลใหม่หรือเหตุการณ์ใด ๆ ที่อาจมีผลต่ออัตราส่วนระหว่างผลประโยชน์/ความเสี่ยงของการศึกษาวิจัย ให้รายงานต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโดยรีบด่วน
3. การเบี่ยงเบนฝ่าฝืนโครงการวิจัย ต้องแจ้งคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยทุกครั้ง
4. ขอส่งรายงานผลการวิจัยเมื่อสิ้นสุดโครงการ
5. หากใกล้ระยะสิ้นสุดการอนุมัติแล้ว แต่ผู้วิจัยยังดำเนินการไม่แล้วเสร็จ กรุณาส่งรายงานความก้าวหน้าโครงการวิจัย พร้อมบันทึกขอขยายเวลา โดยระบุเหตุผลความจำเป็นในการขยายเวลา พร้อมทั้งระยะเวลาที่ขอขยาย ทั้งนี้จะต้องดำเนินการก่อนที่สิ้นสุดระยะเวลาการอนุมัติตามที่ระบุในเอกสารรับรองอย่างน้อย 2 เดือน

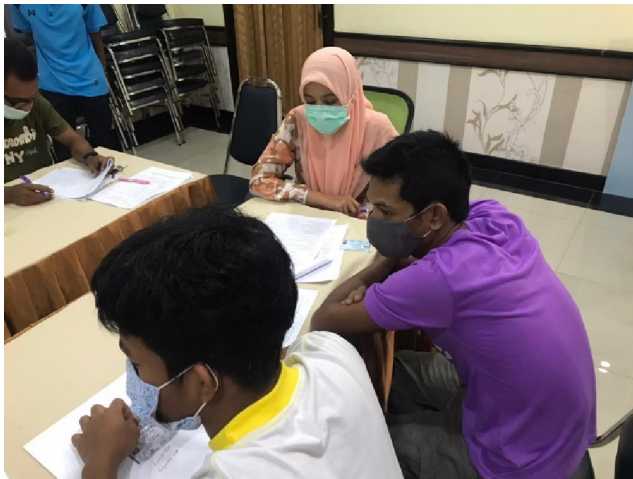
ภาคผนวก ง

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

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

ภาคผนวก จ

ภาพการเก็บรวบรวมข้อมูล



ปัจจัยทำนายนายการปฏิบัติต่อผู้เคยติดเชื้อหรือผู้ถูกกักกันโรคโควิด-19 และผลกระทบ



ประวัตินักวิจัย

หัวหน้าโครงการวิจัย

- ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) รองศาสตราจารย์ ดร.นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล
ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Associate Professor Dr. Nongyao Kasatpibal
- หมายเลขบัตรประจำตัว 3191000013301
- หน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- สถานที่ติดต่อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
110/406 ถนนอินทวโรรส ตำบลสุเทพ
อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200
โทรศัพท์ 0918560700
โทรสาร 053217145
E-mail nongyaok2003@gmail.com
- ประวัติการศึกษา วทบ. (พยาบาลและผดุงครรภ์ชั้น 1) คณะพยาบาล
ศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (2531)
พยม. (การพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ)
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (2540)
รางวัลผลการเรียนดีเยี่ยมตลอดหลักสูตร 4.00
ปรด. (ระบาศติวิทยา) คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (2549)
การอบรมหลังปริญญาเอก Post-doctoral Visiting
Scholar, School of Nursing, University of
Washington, Seattle, WA, USA (2559)
- สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ ระบาศติวิทยา การพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ
การพยาบาลพื้นฐาน การพยาบาลห้องผ่าตัด
- ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ
7.1 หัวหน้าโครงการวิจัย
 - ปี พ.ศ. 2542-2543 หัวหน้าโครงการวิจัยเรื่อง การนำเสนอข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค
เอดส์ผ่านทางสื่อมวลชนได้รับทุนโครงการพัฒนานักวิจัยรุ่นใหม่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

2. ปี พ.ศ. 2547-2549 หัวหน้าโครงการวิจัย เรื่อง การพัฒนาระบบเครือข่ายการเฝ้าระวังการติดเชื้อแผลผ่าตัดในโรงพยาบาล ในเขตภาคใต้ ของประเทศไทย ได้รับทุนจากสถาบันวิจัยระบบสุขภาพ (สวรส.)
3. ปี พ.ศ. 2550-2551 หัวหน้าโครงการวิจัยในชั้นเรียน เรื่อง ผลของการสอนโดยเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลางเรื่อง เทคนิคปราศจากเชื้อต่อความรู้ การปฏิบัติ และความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ได้รับทุน China Medical Board (CMB), Center of Excellence in Nursing Education (CENE)
4. ปี พ.ศ. 2551-2552 หัวหน้าโครงการวิจัย เรื่อง การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ ได้รับทุนจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
5. ปี พ.ศ. 2551-2552 หัวหน้าโครงการวิจัย เรื่อง การประเมินการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยผ่าตัด ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ได้รับทุนจาก ทุนพัฒนานักวิจัยรุ่นใหม่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
6. ปี พ.ศ. 2553-2556 หัวหน้าโครงการวิจัยย่อย เรื่อง การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายโดยใช้เครือข่ายอินเทอร์เน็ต ภายใต้โครงการวิจัยโรคเอดส์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ซึ่งมี ศ.นพ.ธีระ ศิริสัมพันธ์ เป็นหัวหน้าโครงการวิจัย ได้รับทุนจาก สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สกอ.)
7. ปี พ.ศ. 2554-2555 หัวหน้าโครงการวิจัย สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุเข็มทิ่มแทง ของมีคมบาด และการสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งของบุคลากรพยาบาลห้องผ่าตัด ในประเทศไทย ได้รับทุนจาก สมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย
8. ปี พ.ศ. 2556-2558 หัวหน้าโครงการวิจัย/ชุดโครงการ เรื่อง สถานการณ์การประยุกต์ใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลกมาใช้ในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในประเทศไทย (ชุดโครงการวิจัย การพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในประเทศไทย) ได้รับทุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ทุนวิจัยมุ่งเป้าด้านสุขภาพและชีวเวชศาสตร์ ประจำปี 2556
9. ปี พ.ศ. 2556-2558 หัวหน้าโครงการวิจัย เรื่อง การพัฒนาหุ่นจำลองแผลสำหรับการเรียนการสอนนักศึกษาพยาบาล ได้รับทุนจาก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
10. ปี พ.ศ. 2556-2558 หัวหน้าโครงการวิจัย ชุดโครงการผู้สูงอายุ ภายใต้ชุดโครงการวิจัยโครงการประเมินผลผลิต ผลลัพธ์และผลกระทบของโครงการวิจัยที่ได้รับการสนับสนุน จากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ซึ่งมี ศ.นพ.วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์ ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพภาคใต้ (วพส.) เป็นหัวหน้าโครงการ ได้รับทุนจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)
11. ปี พ.ศ. 2558-2560 หัวหน้าโครงการวิจัยเรื่อง Innovation bundle for surgical site infection quality improvement in a university hospital ไม่ได้ขอทุน เนื่องจากใช้ข้อมูล secondary data
12. ปี พ.ศ. 2558-2560 หัวหน้าโครงการวิจัยเรื่อง Effectiveness of probiotics, prebiotics and Synbiotics therapies in reducing postoperative complications: a systematic review and network meta-analysis. ได้รับทุนจาก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และ School of Nursing, University of Washington

13. ปี พ.ศ. 2560-2561 หัวหน้าโครงการวิจัยเรื่อง การพัฒนาและประเมินความเป็นไปได้ของเว็บแอปพลิเคชันสำหรับการเฝ้าระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดหลังจำหน่าย ได้รับทุนจาก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (กำลังเขียนนิพนธ์ต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์)

14. ปี พ.ศ. 2560-2562 หัวหน้าโครงการวิจัยเรื่อง การพัฒนาและส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ใช้ทุนส่วนตัว เนื่องจากเป็นปัญหาสำคัญเร่งด่วนที่จำเป็นต้องทำวิจัย (กำลังเขียนนิพนธ์ต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์)

ผู้ร่วมโครงการวิจัย

1. ปี พ.ศ. 2543-2544 ผู้ร่วมวิจัย โครงการวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีบ้านใหม่หลังมอ หมู่ที่ 14 ตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ได้รับทุนจาก งบประมาณเงินรายได้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

2. ปี พ.ศ. 2550-2551 ผู้ร่วมวิจัย โครงการวิจัยในชั้นเรียน เรื่องผลของการสอนโดยเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลางเรื่อง เทคนิคสะอาดต่อความรู้ การปฏิบัติ และความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ได้รับทุน China Medical Board (CMB), Center of Excellence in Nursing Education (CENE)

3. ปี พ.ศ. 2551-2552 ผู้ร่วมวิจัย เรื่อง The Interim Pre-pandemic Planning Guidance for Avian Influenza: Community (co-researcher, international project, participate with the US Centers of Disease Control and Prevention [CDC])

4. ปี พ.ศ. 2551-2552 ผู้ร่วมวิจัย เรื่อง การพัฒนาการทำความสะอาดมือของบุคลากรทางสุขภาพ (โครงการวิจัยระดับประเทศ) ได้รับทุนจาก กระทรวงสาธารณสุข

5. ปี พ.ศ. 2553-2556 ผู้ร่วมวิจัย โครงการวิจัยย่อย เรื่อง การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมความมีวินัยในการดูแลรักษาเอชไอวีและการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อเอชไอวีในกลุ่มเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี ภายใต้โครงการวิจัยโรคเอดส์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ซึ่งมี ศ.นพ.ธีระ ศิริสัมพันธ์ เป็นหัวหน้าโครงการวิจัย ได้รับทุนจาก สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สกอ.)

6. ปี พ.ศ. 2554-2557 ผู้ร่วมวิจัย โครงการวิจัย เรื่อง Peptic ulcer perforation: Diagnostic indicators, predictions, clinical outcomes and prognostic indicators

7. ปี พ.ศ. 2554-2557 ผู้ร่วมวิจัย โครงการวิจัย เรื่อง Small cell neuroendocrine cervical carcinoma: prognostic value of clinicopathology, differential survival and determinants comparing to adenocarcinoma and squamous cell carcinoma

8. ปี พ.ศ. 2555-2560 ผู้ร่วมวิจัย โครงการวิจัย เรื่อง Cesarean wound infection: Risk factors, risk score for deep, organ or space infection and effectiveness of antibiotic prophylaxis

9. ปี พ.ศ. 2556-2559 ผู้ร่วมวิจัย โครงการวิจัย เรื่อง การศึกษาแนวทางในการนำ liquid based cytology และ HPV DNA test มาใช้ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การวางแผนการรักษาและการติดตามผู้ป่วยที่มีรอยโรคก่อนมะเร็ง ได้รับทุนจาก สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สกอ.)

10. ปี พ.ศ. 2556-2557 ผู้ร่วมวิจัย โครงการวิจัยเรื่อง Implementation of Evidence-Based Care Bundles for Reducing Ventilator-Associated Pneumonia in Neurosurgical Patients ได้รับทุนจาก คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

11. ปี 2561-2562 ผู้ร่วมวิจัย เรื่อง ผลของการใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคปอดสำหรับแรงงานเมียนมา (กำลังเขียนนิพนธ์ต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์)

7.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและทำเสร็จแล้ว

การขึ้นทะเบียนทรัพย์สินทางปัญญา

ยื่นขอจดสิทธิบัตรจากสำนักสิทธิบัตร กรมทรัพย์สินทางปัญญา เมื่อวันที่ 24 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2558 และได้รับคำขอรับสิทธิบัตร เลขที่ 1501001202 ในชื่อการประดิษฐ์ว่า “หุ่นจำลองแผลและกระบวนการผลิต” เมื่อวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2558

การตีพิมพ์ผลงานวิจัย 5 ปีย้อนหลัง

ระดับนานาชาติ (ระหว่างปี ค.ศ. 2015-2020)

1. Kasatpibal N, Senaratana W, Chitreecheur J, Chotirosniramit N, Pakvipas P, Junthasopeepun P. Implementation of the World Health Organization surgical safety checklist at a university hospital in Thailand. *Surg Infect (Larchmt)*. 2012;13(1):50-56.
2. Katip, W., Kanjanarat, P., Mekrirat, R., Kasatpibal, N., Anukool, U., Meeyam, T., Oberdorfer, P. (2018). One health approach to address challenges of antimicrobial resistance and inappropriate use of antibiotics through training of future health workforces. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*, 49(1), 36-42.
3. Kasatpibal N, Sirakamon S, Punjasawadwong Y, et al. An exploration of surgical team perceptions toward implementation of surgical safety checklists in a non-native English-speaking country. *Am J Infect Control*. 2018;46(8):899-905.
4. Assawapalanggool S, Kasatpibal N, Sirichotiyakul S, Arora R, Suntornlimsiri W, Apisarnthanarak A. The efficacy of ampicillin compared with ceftriaxone on preventing cesarean surgical site infections: an observational prospective cohort study. *Antimicrob Resist Infect Control*. 2018;7:13
5. Assawapalanggool S, Kasatpibal N, Sirichotiyakul S, Arora R, Suntornlimsiri W. A prognostic scoring tool for cesarean organ/space surgical site infections: derivation and internal validation. *Surg Infect (Larchmt)*. 2017;18(6):694-701.
6. Kasatpibal N, Whitney JD, Dellinger EP, Nair BG, Pike KC. Failure to redose antibiotic prophylaxis in long surgery increases risk of surgical site infection. *Surg Infect (Larchmt)*. 2017;18(4):474-484.
7. Kasatpibal N, Whitney JD, Saokaew S, Kengkla K, Heitkemper MM, Apisarnthanarak A. Effectiveness of probiotic, prebiotic, and synbiotic therapies in reducing postoperative complications: a systematic review and network meta-analysis. *Clin Infect Dis*. 2017;64(suppl_2):S153-S160.
8. Kasatpibal, N., Sawasdisingha, P., & Whitney, J. D. Innovation of educational wound models for nursing students. *Journal of Nursing Education and Practice*. (2016). 6(9).

9. Assawapalanggool S, Kasatpibal N, Sirichotiyakul S, Arora R, Suntornlimsiri W. Risk factors for cesarean surgical site infections at a Thai-Myanmar border hospital. *Am J Infect Control*. 2016;44(9):990-995.

10. Kasatpibal N, Whitney JD, Katechanok S, et al. Practices and impacts post-exposure to blood and body fluid in operating room nurses: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*. 2016;57:39-47.

11. Kasatpibal N, Whitney JD, Katechanok S, et al. Prevalence and risk factors of needlestick injuries, sharps injuries, and blood and body fluid exposures among operating room nurses in Thailand. *Am J Infect Control*. 2016;44(1):85-90.

ระดับชาติ (ระหว่างปี พ.ศ. 2558-2563)

1. อ้อมทิพย์ น้อยหอม, นางเยาว์ เกษตรภิบาล, และจิตตากรณ์ จิตรีเชื้อ. ผลของการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมของผู้ปกครองในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันของเด็ก. *พยาบาลสาร*. 2562. 46(1):137-148.

2. ชนาธิป หาหลัก, นางเยาว์ เกษตรภิบาล, และจิตตากรณ์ จิตรีเชื้อ. การปฏิบัติในการเฝ้าระวังและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดในโรงพยาบาลรัฐ. *พยาบาลสาร*. 2561;45(4):121-131.

3. ศรีสกุล สังกำปิง, นางเยาว์ เกษตรภิบาล, และนงศ์คราญ วิเศษกุล. การพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี สำหรับกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย. *พยาบาลสาร*. 2561; 45(3):11-22.

4. จิตติมา มานะพัฒนเสถียร, จิตตากรณ์ จิตรีเชื้อ, และนางเยาว์ เกษตรภิบาล. การพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาหลายขนาน สำหรับพยาบาลวิชาชีพ. *พยาบาลสาร*. 2561;45(1):69-80.

5. สุคนธา วัฒนพงษ์, จิตตากรณ์ จิตรีเชื้อ, และนางเยาว์ เกษตรภิบาล. ผลของหลายกลยุทธ์ต่อการปฏิบัติการณ์ป้องกัน และอุบัติการณ์การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งของพยาบาลห้องคลอด. *พยาบาลสาร*. 2559;43(2):57-67.

6. นฤมล จุ้ยเล็ก, วิลาวัลย์ พิเชียรเสถียร, และนางเยาว์ เกษตรภิบาล. การพัฒนาระบบการให้คะแนนปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อดื้อยาหลายกลุ่มสำหรับ ผู้ป่วยใน. *พยาบาลสาร*. 2559;43(3):69-80.

7. แสงดาว เกษตรสุนทร, นางเยาว์ เกษตรภิบาล, และจิตตากรณ์ จิตรีเชื้อ. ปัจจัยทำนายความตั้งใจในการคัดกรองโรคมือ เท้า และปากของครูพี่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในภาคใต้. *พยาบาลสาร*. 2558;42(1):73-83.

8. นัสสุภาพร นันทะจันทร์, นางเยาว์ เกษตรภิบาล, และนงศ์คราญ วิเศษกุล. ผลของการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะต่อความมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี. *พยาบาลสาร*. 2558;42(3):72-83.

9. ปิยะฉัตร วิเศษศิริ, อะเคื้อ อุณหเลขกะ, และนงเยาว์ เกษตร์ภิบาล. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาของบุคลากรพยาบาล แผนกอายุรกรรมในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ. *พยาบาลสา*. 2558;42(3):120-134.

10. แพรวพรรณ โกสินทร, อะเคื้อ อุณหเลขกะ, และนงเยาว์ เกษตร์ภิบาล. ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อและอุบัติการณ์การติดเชื้อในผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องแบบต่อเนื่อง. *พยาบาลสาร*. 2558;42(ฉบับพิเศษ 1):1-12.

11. อุษา หีดนาคราม, นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล, และนงศ์คราญ วิเศษกุล. ผลของการพัฒนาทักษะการสื่อสารของผู้ปกครองต่อการสื่อสารเรื่องการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีระหว่างผู้ปกครองกับบุตรวัยรุ่นตอนต้น. *พยาบาลสาร*. 2558;42(พิเศษ 1):13-24.

7.3 งานวิจัยที่กำลังทำ : ชื่อโครงการวิจัย แหล่งทุน และสถานภาพในการทำวิจัย (ผู้บริหารโครงการ หัวหน้าโครงการ และ/หรือผู้ร่วมวิจัย) *ระบุเดือน และปีที่เริ่มต้นและสิ้นสุด*

1. หัวหน้าโครงการวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อ และผลกระทบของภาวะฉุกเฉินการระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ของประชากรในจังหวัดเชียงใหม่ ได้รับทุนจาก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

สถานภาพในการทำวิจัย: เก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะเวลาการทำวิจัย: 10 เมษายน 2563 – 9 เมษายน 2563

2. ผู้ร่วมโครงการวิจัย เรื่อง การพัฒนาศักยภาพการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรมหาวิทยาลัยเชียงใหม่สำหรับการขับเคลื่อนสู่มหาวิทยาลัยสุขภาพ ได้รับทุนจาก มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

สถานภาพในการทำวิจัย: ดำเนินกิจกรรมของโครงการ

ระยะเวลาการทำวิจัย: 01 มกราคม 2563– 31 ธันวาคม 2563

3. ผู้ร่วมโครงการวิจัย เรื่อง การสร้างเสริมศักยภาพแกนนำสุขภาพสำหรับบุคลากรมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ในการขับเคลื่อนสู่มหาวิทยาลัยสุขภาพ ได้รับทุนจาก มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

สถานภาพในการทำวิจัย: ดำเนินกิจกรรมของโครงการ

ระยะเวลาการทำวิจัย: 01 มกราคม 2563– 31 ธันวาคม 2563

4. ผู้ร่วมโครงการวิจัย เรื่อง พัฒนาระบบสารสนเทศการประเมินความเสี่ยงโรค COVID-19 สำหรับบุคลากร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้รับทุนจาก มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

สถานภาพในการทำวิจัย: วิเคราะห์ข้อมูล

ระยะเวลาการทำวิจัย: 01 ตุลาคม 2562 – 30 กันยายน 2563

5. ผู้ร่วมโครงการวิจัย เรื่อง ผลของการใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็ง ได้รับทุนจาก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

สถานภาพในการทำวิจัย: เก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะเวลาการทำวิจัย: 11 ธันวาคม 2562 – 10 ธันวาคม 2563

6. ผู้ร่วมโครงการวิจัย เรื่อง ความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ได้รับทุนจาก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

สถานภาพในการทำวิจัย: เก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะเวลาการทำวิจัย 25 เมษายน 2562 – 24 เมษายน 2563

ผู้ร่วมโครงการวิจัย คนที่ 1

1. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นงศ์คราญ วิเศษกุล
ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Assistant Professor Dr. Nongkran Viseskul
2. หมายเลขบัตรประจำตัว 3520300567766
3. หน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
4. สถานที่ติดต่อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
110/406 ถนนอินทวโรรส ตำบลสุเทพ
อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200
โทรศัพท์ 053-949020, 086-6703121
โทรสาร 053217145
E-mail viseskul@gmail.com
5. ประวัติการศึกษา
 - พย.บ. (พยาบาลและผดุงครรภ์) พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เกียรตินิยมอันดับ1) (2537)
 - พย.ม. (พยาบาลศึกษา : Nursing Education) มหาวิทยาลัยมหิดล (2543)
 - พย.ด. (Nursing : หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (2552)
6. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ
 - : การพยาบาลศึกษา (Nursing Education)
 - : การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์และการป้องกันการติดเชื้อ/เอชไอวี
 - : การพัฒนาสื่อการเรียนการสอนทางการพยาบาล
 - : การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและและการควบคุมการติดเชื้อ
 - : การสร้างเสริมเสริมสุขภาพ
7. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ
 - 7.1 หัวหน้าโครงการวิจัย
 1. ปี พ.ศ. 2563: ผลของการใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็ง (อยู่ระหว่างดำเนินการ)
 2. ปี พ.ศ. 2557: การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อติดตามความก้าวหน้าของนักศึกษาปริญญาเอกหลักสูตรนานาชาติ
 3. ปี พ.ศ. 2553: ผลของการใช้โปรแกรมอินเทอร์เน็ตเพื่อส่งเสริมสุขนิสัยการบริโภคอาหารในเด็กวัยรุ่นไทย
 4. ปี พ.ศ. 2546: ชุดโครงการ “การพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอนสำหรับนักศึกษา”

5. ปี พ.ศ. 2545: ผลการสอบทบทวนโดยคอมพิวเตอร์ช่วยสอนเรื่อง การจัดทำนอนและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่มีต่อ ความรู้ของนักศึกษาพยาบาล

6. ปี พ.ศ. 2543: ผลการใช้คอมพิวเตอร์ช่วยสอนเรื่อง การให้อาหารทางสายให้อาหารที่มีต่อ ความรู้และการปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล

ผู้ร่วมโครงการวิจัย

1. ปี พ.ศ. 2563: การพัฒนาหุ่นแขนให้สารละลายทางหลอดเลือดและหุ่นสำหรับฉีดยาเข้าชั้นผิวหนัง (อยู่ระหว่างดำเนินการ)

2. ปี พ.ศ. 2562: ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด (อยู่ระหว่างดำเนินการ)

3. ปี พ.ศ. 2561: ผลของการใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคปอด สำหรับแรงงานเมียนมา

4. ปี พ.ศ. 2560: การพัฒนารูปแบบการบริการ สปาเพื่อสุขภาพของล้านนา

5. ปี พ.ศ. 2559: ทักษะทางคลินิกที่จำเป็นของบัณฑิตพยาบาล

6. ปี พ.ศ. 2559: การพัฒนาโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพทางเพศในเด็กวัยรุ่น

7. ปี พ.ศ. 2558: พฤติกรรมเสี่ยงในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

8. ปี พ.ศ. 2558: การพัฒนาโมเดลแบบใช้ชุมชนเป็นฐานเพื่อส่งเสริมสุขภาพทางเพศในเด็กวัยรุ่น

9. ปี พ.ศ. 2557: โครงการวิจัยการป้องกันและการดูแลการติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์ในเด็กวัยรุ่นและเยาวชน

10. ปี พ.ศ. 2556: การพัฒนาโปรแกรมครอบครัวเพื่อการป้องกันเอชไอวีในเด็กวัยรุ่นตอนต้น

11. ปี พ.ศ. 2555: ผลของการพัฒนาทักษะการสื่อสารของผู้ปกครองต่อการสื่อสารเรื่องการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ระหว่างผู้ปกครองกับบุตรวัยรุ่นตอนต้น

12. ปี พ.ศ. 2555: ผลของรูปแบบการให้ข้อมูลการสร้างแรงจูงใจและการพัฒนาทักษะการรับประทายต้านไวรัสเอชไอวีต่อความมีวินัยในการรับประทายต้านไวรัสในกลุ่มเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี

13. ปี พ.ศ. 2555: การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลในการเรียนรู้ผ่านสื่อประเภทมัลติมีเดียต่อการรับประทายต้านสำหรับกลุ่มเยาวชนผู้ติดเชื้อเอชไอวี

14. ปี พ.ศ. 2555: การวิเคราะห์ผลการดำเนินงานเครือข่ายภาคประชาชนเพื่อการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในจังหวัดเชียงใหม่: กรณีศึกษา

7.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและทำเสร็จแล้ว

การตีพิมพ์ผลงานวิจัย 5 ปีย้อนหลัง

ระดับนานาชาติ (ระหว่างปี ค.ศ. 2015-2020)

1. Vichitragoonthavon S, Klunklin A, Wichaikhum OA, Viseskul N, Turale S. Essential clinical skill components of new graduate nurses: A qualitative study. *Nurse Educ Pract.* 2020;44:102778.

2. Viseskul, N., Nantsupawat, A., Tachaudomdach, C., Fongkaew, W., & Sriteerajit, G. (2019). Developing an electronic logbook to monitor progress for international doctoral students in Thailand: A Pilot Study. *Walailak J Sci & Tech.* 2019;16:47-54.
3. Settheekul S, Fongkaew W, Viseskul N, Boonchieng W, Voss JG. Factors influencing sexual risk behaviors among adolescents: A community-based participatory study. *Nurs Health Sci.* 2019;21(2):186-197.
4. Settheekul, S., Fongkaew, W., Viseskul, N., Boonchieng, W., & Voss, J. G. Competitive sexual risk-taking behaviors among adolescents in northern Thailand. *Pacific Rim Int J Nurs R.* 2019;23(1):61-73.
5. Fongkaew W, Udomkhamasuk W, Viseskul N, Guptaruk M. Developing a program for enhancing youth HIV treatment adherence and risk reduction. *Nurs Health Sci.* 2017;19(4):427-435.
6. Sickder, H. K., Lertwathanawilat, W., Sethabouppha, H., & Viseskul, N. Nurses' surgical site infection prevention practices in Bangladesh. *Pacific Rim Int J Nurs R.* 2017;21(3):244-257.
7. Sickder, H. K., Lertwathanawilat, W., Sethabouppha, H., & Viseskul, N. Prevalence of surgical site infection in a tertiary-level hospital in Bangladesh. *Int J Nat Soc Sci.* 2017;4(3):63-68.
8. Viseskul N, Fongkaew W, Settheekul S, Grimes RM. Factors related to sexual self-efficacy among thai youth living with HIV/AIDS. *J Int Assoc Provid AIDS Care.* 2015;14(5):423-427.

ระดับชาติ (ระหว่างปี พ.ศ. 2558-2563)

1. กัญญาณัฐ พยัคฆ์, วิลาวัลย์ พิเชียรเสถียร, ณรงค์คราญ วิเศษกุล. การดำเนินกลยุทธ์หลายวิธีในการส่งเสริมการทำความสะอาดมือในโรงพยาบาลของรัฐ. *พยาบาลสาร.* 2562;46(3):1-13.
2. สมรรถเนตร ตะริโย, วิลาวัลย์ พิเชียรเสถียร, ณรงค์คราญ วิเศษกุล. ความรู้ ทักษะคติและการปฏิบัติในการทำความสะอาดมือของผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาล. *พยาบาลสาร.* 2562;46(3):25-37.
3. ศรีสกุล สังกำปึง, นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล และ ณรงค์คราญ วิเศษกุล. การพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีสำหรับกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย. *พยาบาลสาร.* 2561; 3:11-22.
4. นัสสุภาพร นันทะจันทร์, นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล และ ณรงค์คราญ วิเศษกุล. ผลของการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ และการพัฒนาทักษะต่อความมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี. *พยาบาลสาร.* 2558;42(3):72-83.
5. วารุณี ฟองแก้ว, ชุติมา มีชำนาญ, กาญจนา ธารนะ, ณรงค์คราญ วิเศษกุล. และ รัตนาวดี ชอนตะวัน. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารเพื่อป้องกันเอชไอวีในผู้ปกครองของเด็กวัยรุ่นตอนต้น. *วารสารสภาการพยาบาล.* 2558;30(1):112-122.

6. อุษา หิตนาคราม, นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล และ ณรงค์คราญ วิเศษกุล. ผลของการพัฒนาทักษะการสื่อสารของผู้ปกครองต่อการสื่อสารเรื่องการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีระหว่างผู้ปกครองกับบุตรวัยรุ่นตอนต้น. *พยาบาลสาร*. 2558;42(พิเศษ พฤศจิกายน):13-24.

7.3 งานวิจัยที่กำลังทำ : ชื่อโครงการวิจัย แหล่งทุน และสถานภาพในการทำวิจัย (ผู้บริหารโครงการ หัวหน้าโครงการ และ/หรือผู้ร่วมวิจัย) ระบุเดือน และปีที่เริ่มต้นและสิ้นสุด)

1. หัวหน้าโครงการวิจัย เรื่อง ผลของการใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็ง ได้รับทุนจาก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

สถานภาพในการทำวิจัย: เก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะเวลาการทำวิจัย: 11 ธันวาคม 2562 - 10 ธันวาคม 2563

2. ผู้ร่วมโครงการวิจัย เรื่อง ความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

สถานภาพในการทำวิจัย: เก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะเวลาการทำวิจัย: 25 เมษายน 2562 - 24 ตุลาคม 2563

3. ผู้ร่วมโครงการวิจัย เรื่อง การพัฒนาหุ่นแขนให้สารละลายทางหลอดเลือดและหุ่นสำหรับฉีดยาเข้าชั้นผิวหนัง

สถานภาพในการทำวิจัย: วิเคราะห์ข้อมูล

ระยะเวลาการทำวิจัย: 03 ตุลาคม 2562 - 02 ตุลาคม 2563

ผู้ร่วมโครงการวิจัย คนที่ 2

- ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขวัญพนมพร ธรรมไทย
- ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Assistant Professor Dr. Kwaunpanomporn Thummathai
- หมายเลขบัตรประจำตัว 3670600044776
- หน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- สถานที่ติดต่อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
110/406 ถนนอินทวโรรส ตำบลสุเทพ
อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200
โทรศัพท์ 0845012818
โทรสาร 053217145
E-mail kwaunpanomporn@hotmail.com
- ประวัติการศึกษา - พย.บ. (พยาบาลศาสตรบัณฑิต) พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (2538)
- วทม. (วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต) จิตวิทยาคลินิก มหาวิทยาลัยมหิดล (2544)
- ประกาศนียบัตร (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เด็กและวัยรุ่น) กรมสุขภาพจิต และ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (2551)
- พย.ด. (พยาบาลศาสตร์) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (2560)

6. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ
 - การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น
 - การบำบัดครอบครัว การให้การปรึกษาปัญหาสุขภาพจิต
7. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ
 - 7.1 หัวหน้าโครงการวิจัย
 7. ปี พ.ศ. 2560: การพัฒนาสื่อประสมเพื่อการป้องกันโรคซึ่มเศร้ในวัยรุ่นไทย
 8. ปี พ.ศ. 2552: ความแข็งแกร่งในชีวิตและพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นไทย
 9. ปี พ.ศ. 2550: การสร้างแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท
 10. ปี พ.ศ. 2545: ผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะในการแก้ปัญหาต่อการประเมินภาวะเครียด การเผชิญปัญหาและการสนับสนุนทางสังคมในคู่สมรสของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม
 - ผู้ร่วมโครงการวิจัย
 1. ปี พ.ศ. 2560: โครงการจัดการความรู้และถ่ายทอดนวัตกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้าน
 2. ปี พ.ศ. 2552: ความแข็งแกร่งในชีวิตและพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นไทย
 3. ปี พ.ศ. 2551: ปัจจัยทำนายนคุณภาพชีวิตผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน
 4. ปี พ.ศ. 2551: คุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในประเทศไทย
 5. ปี พ.ศ. 2551: ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท
 6. ปี พ.ศ. 2550: คุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน: มุมมองของผู้ป่วยและญาติ
 7. ปี พ.ศ. 2550: แผนงานวิจัยเรื่อง โปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเวชในชุมชน
 8. ปี พ.ศ. 2547: การรับรู้ทางจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 9. ปี พ.ศ. 2545: ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางโภชนาการต่อภาวะโภชนาการของผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม
 10. ปี พ.ศ. 2545: การลดปัจจัยเสี่ยงทางโภชนาการของการเกิดมะเร็งเต้านมในญาติผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม
 11. ปี พ.ศ. 2545: ประสบการณ์ชีวิตในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม
 12. ปี พ.ศ. 2545: ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองในญาติ
 13. ปี พ.ศ. ผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม
 14. ปี พ.ศ. 2544: ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวโรเจอร์ต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น
 - 7.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและทำเสร็จแล้ว
 - การตีพิมพ์ผลงานวิจัย 5 ปีย้อนหลัง
 - ระดับนานาชาติ (ระหว่างปี ค.ศ. 2015-2020)

1. Thummathai K, Sethabouppha H, Chanprasit C, Lasuka D. Depression prevention in adolescents based on buddhism and sufficiency economy philosophy. *Arch Psychiatr Nurs*. 2020;34(1):70-74.
2. Thummathai, K. Model development of depression prevention for adolescents: participatory action research: proceedings of the nursing education research conference 2018 (NERC18) (pp.252). Indianapolis, IN, USA: Sigma Theta Tau International. 2018.
3. Thummathai K, Sethabouppha H, Chanprasit C, Lasuka D. Depression risk assessment tool for adolescents. *Arch Psychiatr Nurs*. 2018;32(3):343-347.
4. Thummathai, K, Lasuka, D., Sethabouppha, H., & Chanprasit, C. Internet-based depression prevention in adolescents: a systematic review protocol. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*. 2013;11(6):197-206.
5. Thummathai, K. Development of participatory depression prevention model for Thai adolescents [dissertation]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2015.

ระดับชาติ (ระหว่างปี พ.ศ. 2558-2563)

1. ขวัญพนมพร ธรรมไทย, ชาลินี สุวรรณยศ, รจเรข อินทโชติ ซากาโมโต, ณรงค์ มณีทอง, อัครวิน นาคพงศ์พันธุ์, ยุพาพรรณ ศิริอ้าย, อรุณี ปาลี, จิตรา โภคาพานิช, ประเสริฐ ไทยสังคม., ศิริธร เรียบสันเทียะ, ชัชชุดพงศ์ ยแก้ว, อินทวัฒน์ ทาปัญญา, ภาวินี สิงคราช, และ รสสุคนธ์คำโพธิ์. Lesson Distilled of Development of Multimedia for Preventing Thai Teenage Depression. *J Psychiatr Assoc Thailand*. 2019;64(3):235 - 244.

7.3 งานวิจัยที่กำลังทำ : ชื่อโครงการวิจัย แหล่งทุน และสถานภาพในการทำวิจัย (ผู้บริหารโครงการ หัวหน้าโครงการ และ/หรือผู้ร่วมวิจัย) ระบุเดือน และปีที่เริ่มต้นและสิ้นสุด)

1. ผู้ร่วมโครงการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อความเครียดของบุคลากรในมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้รับทุนจาก มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

สถานภาพในการทำวิจัย: เก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะเวลาการทำวิจัย: 01 มิถุนายน 2563 - 31 พฤษภาคม 2564

2. ผู้ร่วมโครงการวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อ และผลกระทบของภาวะฉุกเฉินการระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ของประชากรในจังหวัดเชียงใหม่ ได้รับทุนจาก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

สถานภาพในการทำวิจัย: เก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะเวลาการทำวิจัย: 10 เมษายน 2563 – 9 เมษายน 2563

ผู้ร่วมโครงการวิจัย คนที่ 3

- ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) นางสาวคำพอง คำนนท์
ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Miss Kampong Kamnon
- หมายเลขบัตรประจำตัว 3670800059912
- หน่วยงาน โรงพยาบาลราชวิถี
- สถานที่ติดต่อ เลขที่ 2 ถนนพญาไท แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ 10400
โทรศัพท์ 0819897736
โทรสาร 02206291112
E-mail kampongant@gmail.com
- ประวัติการศึกษา - พย.บ. (พยาบาลและผดุงครรภ์) วิทยาลัยพยาบาล
บรมราชชนนี กรุงเทพฯ สมทบมหาวิทยาลัยมหิดล (2544)
- พยม. (การพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ)
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (2554)
- สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ การพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ
การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต
การพยาบาลอายุรกรรม
- ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ

หัวหน้าโครงการวิจัย

- ปี พ.ศ. 2562 ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลราชวิถี
- ปี พ.ศ. 2562 ระบาดวิทยาและผลกระทบของการติดเชื้อในกระแสโลหิต โรงพยาบาลราชวิถี
- ปี พ.ศ. 2562 ผลของการใช้วิธีการพัฒนาคุณภาพโดยความร่วมมือในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลราชวิถี
- ปี พ.ศ. 2562 ผลกระทบของการติดเชื้อจากการสอดใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์ในโรงพยาบาลราชวิถี
- ปี พ.ศ. 2562 การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตของโรงพยาบาลราชวิถี
- ปี พ.ศ. 2562 ผลของการใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

ผู้ร่วมโครงการวิจัย คนที่ 4

- ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) นายศรีสกุล สังกำปัง
ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Mr. Srisakul sangkampang
- หมายเลขบัตรประจำตัว 3300900046327
- หน่วยงาน โรงพยาบาลลำตะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา
- สถานที่ติดต่อ เลขที่ 222 หมู่ 1 ตำบลขุขันธ์ อำเภอลำตะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา 30270
โทรศัพท์ 0617800002, 0987659899
โทรสาร ชำรุด
E-mail te27112524@hotmail.com;
srisakul27@gmail.com
- ประวัติการศึกษา - วทบ. (พยาบาลและผดุงครรภ์) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (2547)
- พยม. (การพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (2558)
- สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ การพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ
- ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ

7.1 หัวหน้าโครงการวิจัย

ปี พ.ศ. 2556 การพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีสำหรับกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

7.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและทำเสร็จแล้ว

การตีพิมพ์ผลงานวิจัย 5 ปีย้อนหลัง

ระดับชาติ (ระหว่างปี พ.ศ. 2558-2563)

ศรีสกุล สังกำปัง, นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล, และนงศ์คราญ วิเศษกุล. การพัฒนาหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี สำหรับกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย. *พยาบาลสาร*. 2561; 45(3):11-22.

ผู้ร่วมโครงการวิจัย คนที่ 5

1. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) นางสาวรูซีลา โตะกิเล
ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Miss Rusila Tokilay
2. หมายเลขบัตรประจำตัว 1950100082017
3. หน่วยงาน กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา
4. สถานที่ติดต่อ 93 ถนนเทศบาล1 ตำบลสะเตง อำเภอเมือง
จังหวัดยะลา 95000
โทรศัพท์ 0872931212
โทรสาร 073221729
E-mail silla_la@hotmail.com
5. ประวัติการศึกษา - วทบ. (สาขาสาธารณสุขชุมชน) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา (2551)
- วทม. (วิทยาการระบาด) คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (2559)
6. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ ระบาดวิทยา
7. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ

ผู้ร่วมโครงการวิจัย

1. ปี พ.ศ. 2558 การศึกษาปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในประชาชนจังหวัดหนึ่งภาคใต้ตอนล่าง
2. ปี พ.ศ. 2559 การศึกษาสถานะสุขภาพของประชาชนภาคใต้ตอนล่างต่อภาวะเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดกรณีศึกษา อำเภอยะหา จังหวัดยะลา
3. ปี พ.ศ. 2561 การศึกษาความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของผู้ปกครองในเด็กอายุ 0-5 ปี ตำบลยะหา อำเภอยะหา จังหวัดยะลา
4. ปี พ.ศ. 2562 การศึกษาเปรียบเทียบการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกระหว่างพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกเขตเมือง กับพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกเขตชนบท กรณีศึกษาพื้นที่จังหวัดยะลา