

ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)  
ของประชาชนในชุมชนแออัด กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่ง เทศบาลนครขอนแก่น  
Knowledge, attitude, and behavior on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)  
prevention and control among people in the slum: A case study of  
a community in Khon Kaen Municipality

กานตกริตรา	อำมะเหียะ
เนตรชนก	พันธ์สุระ
รัตนารณ์	ยศศรี
อัจฉรี	คงศิลา
ณัตชญา	ยะบึง

ที่ปรึกษาโครงการวิจัย R2R : นางสาวกั้งสดาล สุวรรณรงค์  
กลุ่มยุทธศาสตร์แผนงานและเครือข่าย สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น  
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2565

## บทคัดย่อ

การวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และศึกษาสถานการณ์และบริบทการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในพื้นที่ชุมชนแออัด เทศบาลนครขอนแก่น เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่อาศัยในเขตเมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 130 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .79 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 45-59 ปี ระดับการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ 47.69 อาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 49.23 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 67.7 ความรู้ในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับสูง มีทัศนคติเชิงบวกมากในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.28 ระดับมีพฤติกรรมดี สำหรับการเข้าถึงบริการ การรักษา และสาธารณสุข พบว่าร้อยละ 53.08 ประชาชนได้รับวัคซีนเข็มที่ 2 และไม่ได้รับวัคซีน ร้อยละ 21.54 และกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีการตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้รับชุดตรวจหาเชื้อโควิด 19 (ATK) จากการตรวจคัดกรองเชิงรุกจากเจ้าหน้าที่รัฐและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดังนั้น นอกจากเน้นด้านพฤติกรรมการป้องกันตนเองอย่างสม่ำเสมอ ประเด็นที่ผู้บริหารควรให้ความสำคัญคือกระตุ้นให้ประชาชนได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้นเพื่อให้เกิดภูมิคุ้มกันในชุมชน ลดความรุนแรงหากเกิดการระบาด

**คำสำคัญ:** โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID – 19), ความรู้, ทักษะ, พฤติกรรม, การเข้าถึงบริการ การรักษาและสาธารณสุข

## Abstract

The objectives of this research were to explore assess knowledge, attitudes and behaviors on the prevention and control of coronavirus disease 2019, and to study the situation and context of coronavirus disease 2019 prevention and control of people in slum areas. Khon Kaen Municipality It is a survey research. The sample was people living in urban areas. Khon Kaen Province consisted of 130 people. Data were collected using a knowledge questionnaire. Attitudes and behaviors in the prevention and control of coronavirus disease 2019, the confidence value was .79. Data were analyzed using descriptive statistics. The results showed that most of the samples were aged between 45-59 years, with primary education level or lower, 47.69 percent, general labor 49.23 percent, no underlying disease, 67.7 percent. Knowledge of Coronavirus Disease 2019 Prevention and Control is at a high level. There was a very positive attitude in the prevention and control of coronavirus disease 2019 and the prevention and control behavior of coronavirus 2019 (COVID-19), the mean was 2.28 at the level of good behavior. As for access to services, treatment and public health, 53.08 percent of people received the second dose and did not receive the vaccine, 21.54 percent and more than half of the samples tested for coronavirus 2019 received a coronavirus test kit. 19 (ATK) from proactive screening by government officials and public health officials, therefore, in addition to focusing on self-defense behaviors regularly The issue that the management should focus on is to encourage people to get a booster vaccination in order to gain immunity in the community. Reduce the severity of the outbreak.

**Keywords:** coronavirus disease 2019 (COVID-19), knowledge, attitude, behavior, access to services treatment and public health

## กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัย เรื่อง ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของประชาชนในชุมชนแออัด กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่ง เทศบาลนครขอนแก่น สำเร็จลุล่วงได้ด้วย ความกรุณาและช่วยเหลือเป็นอย่างสูงจากผู้บริหารหน่วยงานและผู้เกี่ยวข้องทุกส่วนของการดำเนินงานครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สมาน พุตระกูล ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ที่สนับสนุนโครงการวิจัย เรื่อง พัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนแออัด กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่ง เทศบาลนครขอนแก่น จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบคุณ นางสาวกังสดาล สุวรรณรงค์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ที่ปรึกษาโครงการที่คอยสนับสนุน ให้ข้อเสนอแนะการปรับแก้ไขงานวิจัยให้สมบูรณ์ ตลอดจนช่วยแก้ไขปัญหาต่างๆ ในระหว่าง การดำเนินงาน จนสามารถดำเนินงานวิจัยได้สำเร็จตามเป้าหมายอย่างมีคุณภาพ

ขอขอบคุณ นายแพทย์ธราวิทย์ อุปพงษ์ รองผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ดร.เชิดพงษ์ มงคลสินธุ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ และดร.กรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยจนสามารถนำมาเก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างมีคุณภาพ

ขอขอบคุณ งานวิจัย กลุ่มพัฒนาองค์กร สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ที่ขับเคลื่อนให้เกิดเวทีการพัฒนางานวิจัยสู่งานประจำ (R2R) ในหน่วยงาน ตลอดจนส่งเสริมความรู้ให้ผู้วิจัยได้นำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างถูกต้อง

ขอขอบคุณ เครือข่ายฝ่ายป้องกันและควบคุมโรค สำนักการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลนครขอนแก่น ที่ได้สนับสนุนการประสานพื้นที่และร่วมเก็บข้อมูล ให้เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่างานวิจัยฉบับนี้จะมีประโยชน์ไม่มากนักน้อยสำหรับผู้สนใจศึกษาสถานการณ์ บริบท ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม การป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนแออัด ที่อาจจะนำไปต่อยอดสู่การพัฒนาแนวทางการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่เหมาะสมสำหรับชุมชนแออัดในพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกันต่อไป

คณะผู้วิจัย  
สิงหาคม 2565

## สารบัญ

เรื่อง	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพ / แผนภูมิ / อื่น ๆ (ถ้ามี)	ช
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 คำถามวิจัย	2
1.3 วัตถุประสงค์	2
1.4 ขอบเขตการศึกษา	2
1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ	3
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
2.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ทัศนคติและพฤติกรรม (KAP)	4
2.2 โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus Disease 2019 : COVID-19)	8
2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	14
2.4 กรอบแนวคิดการวิจัย	20
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
3.1 รูปแบบการวิจัย	21
3.2 ประชากรศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง	21
3.3 ขั้นตอนการวิจัย	22
3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและคุณภาพเครื่องมือ	22
3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล	24
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล	25
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
4.1 คุณลักษณะส่วนบุคคล	26
4.2 ความรู้ด้านการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	28
4.3 ความรู้ด้านการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	30
4.4 พฤติกรรมด้านการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	32
4.5 การเข้าถึงบริการ การรักษา และสาธารณสุข	34
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ	
5.1 สรุปผลการศึกษา	36
5.2 อภิปรายผลการวิจัย	37
5.3 ข้อเสนอแนะ	39
เอกสารอ้างอิง	40

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก แบบสอบถามความคิดเห็น

42

## สารบัญตาราง

	เรื่อง	หน้า
ตารางที่ 1	จำนวนและร้อยละของประชาชนในพื้นที่ชุมชนแออัดของประชาชนชุมชน เทพารักษ์ 1 เทศบาลนครขอนแก่น จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล	26
ตารางที่ 2	แสดงจำนวน ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้านความรู้ ด้านการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	28
ตารางที่ 3	แสดงจำนวน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและความหมายของทัศนคติ ด้านการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	30
ตารางที่ 4	แสดงจำนวน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและความหมายของพฤติกรรม ด้านการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	32
ตารางที่ 5	จำนวน และร้อยละ การเข้าถึงบริการ การรักษา และสาธารณสุข	34

## สารบัญภาพ

	เรื่อง	หน้า
ภาพที่ 1	ลักษณะโครงสร้างของไวรัส "Beta CoV/Wuhan/IVDC-HB-01/2019" หรือ SARS-CoV-2	9
ภาพที่ 2	การจัดการผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูงของผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	13
ภาพที่ 3	แผนภาพกรอบแนวคิดการวิจัยใช้กรอบ PAOR	20



## บทที่ 1 บทนำ

### 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) ผู้ติดเชื้อทั่วโลกระหว่างวันที่ 31 ธันวาคม ถึงวันที่ 7 มกราคม 2565 มีจำนวน 11,244,199 ราย เฉลี่ยพบผู้ติดเชื้อวันละ 1,874,033 ราย มีจำนวนประเทศที่มีรายงาน พบว่าผู้ติดเชื้อโควิด 19 สายพันธุ์โอไมครอน จำนวน 141 ประเทศ มีจำนวนผู้ติดเชื้อรวม 495,630 ราย โดยจำนวนผู้ติดเชื้อทั่วโลกเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดในวันที่ 1 มกราคม 2565 และยังพบว่ามีหลายประเทศ กำลังประสบกับภาวะการระบาดของเชื้อโควิด 19 สายพันธุ์โอไมครอน ทำให้จำนวนผู้ติดเชื้อภายในประเทศสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ นักระบาดวิทยาของ Washington DC ยังเชื่อว่าเชื้อไวรัสสายพันธุ์ดังกล่าวยังคงเป็นสายพันธุ์ที่น่ากังวล เนื่องจากมีอัตราการแพร่เชื้อมากกว่าสายพันธุ์เดลต้าถึง 4 ถึง 6 เท่า ถึงแม้ว่าความรุนแรงจะน้อยกว่าเชื้อสายพันธุ์เดลต้า แต่ก็อาจก่อให้เกิดความล้มเหลวทางด้านสาธารณสุขได้ (กรมควบคุมโรค, 2565)

สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย พบการแพร่ระบาดกระจายไปทั่วทุกจังหวัด และรุนแรงในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑลที่มีจำนวนประชากรหนาแน่น มีความเป็นชุมชนเมือง โดยเฉพาะพื้นที่ชุมชนแออัดเป็นที่รวมของประชากรหนาแน่น และแต่ละครอบครัวมีสมาชิกอาศัยอยู่รวมกันในบ้านอย่างหนาแน่น เป็นเหตุแพร่กระจายของการติดเชื้อในวงกว้าง ในประเทศไทยพบชุมชนแออัดเกิดขึ้นโดยทั่วไปตามเมืองใหญ่ที่มีประชากรอพยพจากชนบท เข้ามาประกอบอาชีพด้วยปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคมทั้งด้านที่เป็นแรงผลักดัน (Push Factor) และปัจจัยดึงดูด (Pull Factors) (เดชา สังขวรรณ และรุ่งนภา เทพภาพ, 2553) การเคลื่อนย้ายประชากรตามเมืองหากขาดการวางแผน ควบคุมการใช้ประโยชน์ที่ดินอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดการตั้งถิ่นฐานอย่างไร้ทิศทาง เกิดปัญหาชุมชนแออัด ที่อยู่อาศัยที่ไม่ได้มาตรฐาน ขาดสภาพแวดล้อมที่ดีชุมชนมีสภาพทรุดโทรมไร้ระเบียบ ปัญหาเหล่านี้เป็นปัญหาสำคัญ ต่อการพัฒนาและการเติบโตของเมือง โดยเฉพาะในเขตกรุงเทพมหานคร-ปริมณฑล ชุมชนแออัดในกรุงเทพมหานครมีกำเนิดและพัฒนากายาวนานมากกว่าครึ่งศตวรรษ จากสภาพการเติบโตทางเศรษฐกิจของสังคมเมือง ผลทำให้เกิดภาวะความเหลื่อมล้ำที่เป็นรูปธรรม ปัญหาคุณภาพชีวิตการเข้าถึงสวัสดิการของรัฐ ปัญหาเศรษฐกิจการมีรายได้ต่ำและหนี้สิน ปัญหาความไม่มั่นคงในที่อยู่อาศัย บริเวณพื้นที่ที่ส่วนใหญ่มีที่อยู่อาศัยอย่างหนาแน่น ไร้ระเบียบ และชำรุดทรุดโทรม ประชาชนอยู่กันอย่างแออัดหรือที่อาศัยอยู่รวมกัน แม้แต่ในชุมชนแออัดที่พัฒนา ก็ยังพบปัญหาเกี่ยวกับการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมของคนในชุมชน ที่เกิดจากตัวของคนในชุมชนเองที่มีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง ขาดสุขลักษณะ เป็นปัญหาคุณภาพชีวิต และสุขภาพอนามัยของประชากร สภาพปัญหาที่มีอยู่เดิม ยิ่งทำให้ชุมชนแออัดในเขตเมืองจัดเป็นพื้นที่ที่เสี่ยงที่สำคัญในการเกิดการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เป็นไปได้ง่ายชุมชนแออัดจึงมีความเสี่ยงแต่ยากที่จะหลีกเลี่ยงได้ (กองนโยบายและแผนงาน สำนักการวางแผนและพัฒนาเมือง, 2561)

ข้อมูลจากการสำรวจของการเคหะแห่งชาติ ปี 2562 เขตสุขภาพที่ 7 มีชุมชนแออัด จำนวน 28 ชุมชน 1,405 ครัวเรือน ประชากร 5,620 คน โดยจังหวัดขอนแก่นมีชุมชนแออัดมากที่สุด 23 ชุมชน 1,265 ครัวเรือน ประชากรในชุมชนแออัด 5,060 คน พื้นที่เทศบาลนครขอนแก่น ในปี 2559 มีชุมชนแออัด 13 ชุมชน ประชากร 5,862 คน ผู้ที่อยู่อาศัยในชุมชนแออัดส่วนมากเป็นแรงงานนอกระบบ เช่น เร่ขายอาหาร เก็บของเก่า และลูกจ้างแรงงานรายวัน และงานบริการอื่นๆ สำหรับพื้นที่ที่จะศึกษา คือ ชุมชนเทพารักษ์ 1 มี 140 หลังคาเรือน ประชากร 331 คน ร้อยละ 80 ประกอบอาชีพรับจ้าง ซึ่งมีรายได้ไม่แน่นอน ร้อยละ 90 การใช้บริการสาธารณสุขที่ศูนย์แพทย์มิตรภาพโรงพยาบาลขอนแก่น เนื่องจากชุมชนชุมชุมเทพารักษ์ 1 เป็นพื้นที่ที่มีความเปราะบาง มีจำนวนประชากรอาศัยอยู่แออัด สภาพการอยู่อาศัยที่แออัดดังกล่าวไม่เพียงแต่จะส่งผลกระทบต่อความเปราะบางทางสุขภาพ ยังรวมถึงการ

เข้าถึงบริการและการรักษาพยาบาลที่ไม่ครอบคลุม และไม่มีระบบการดูแลสุขภาพที่เข้มแข็ง ซึ่งมีสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) ในชุมชน พบผู้ยืนยันติดเชื้อโควิด - 19 จำนวน 88 คน ข้อมูลระหว่างวันที่ 4 เม.ย. 64 - 31 ก.ค.65 (ข้อมูลจากฝ่ายป้องกันและควบคุมโรค สำนักสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลนครขอนแก่น)

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เพื่อศึกษาสถานการณ์และบริบทการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) ของประชาชนในพื้นที่ชุมชนแออัดตามมาตรการภาครัฐเพื่อเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค COVID-19 ในชุมชน และการดำเนินงานของชุมชน รวมถึงกลไกการดำเนินงานของภาครัฐ และหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องจากภาคส่วนต่างๆ เพื่อนำผลการศึกษามาใช้ในการจัดทำแนวทางการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค COVID-19 ที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ โดยไม่ต้องรอนกว่าจะเกิดเหตุการณ์ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019(COVID -19) พื้นที่อื่นๆ ต่อไป รวมถึงเพื่อเป็นแนวทางในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพอื่นๆ ของชุมชนแออัด ในอนาคต

## 1.2 คำถามวิจัย

1. ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) ของประชาชนในพื้นที่ชุมชนแออัดเป็นอย่างไร
2. สถานการณ์และบริบทการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) ของประชาชนในพื้นที่ชุมชนแออัด เป็นอย่างไร

## 1.3 วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) ของประชาชนในพื้นที่ชุมชนแออัด
2. เพื่อศึกษาสถานการณ์และบริบทการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) ในพื้นที่ชุมชนแออัด

## 1.4 ขอบเขตการศึกษา

### 1.4.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ครอบคลุมเนื้อหา 2 ด้าน ได้แก่

- (1) ด้านการประเมินความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) ของประชาชนในพื้นที่ชุมชนแออัด
- (2) ด้านสถานการณ์การและบริบทการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) ในพื้นที่ชุมชนแออัด ครอบคลุมการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) ในชุมชน

### 1.4.2 ขอบเขตด้านประชากร

ประชาชนผู้อาศัยอยู่จริงในชุมชนเทศบาลฯ 1 อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง สิงหาคม 2565

### 1.4.3 ขอบเขตด้านเวลา สถานที่

ดำเนินการเก็บข้อมูลความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เดือนกุมภาพันธ์ ถึง สิงหาคม 2565 ณ ชุมชนแออัด เทศบาลฯ 1 อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

## 1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ

**1.5.1 สถานการณ์และบริบทการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19)** หมายถึง ขนาดของปัญหาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) การเฝ้าระวังป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) การสอบสวน การกักตัว HI CI การเข้าสู่ระบบการรักษา การรับวัคซีนป้องกันโรค ฯลฯ

**1.5.2 ความรู้ (Knowledge)** หมายถึง ประชาชนมีความเข้าใจต่อการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) ตามมาตรการ DMHTT และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้

**1.5.3 ทักษะ (Attitude)** หมายถึง ความคิด ความรู้สึกของบุคคล ในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) โดยเกิดขึ้นจากรากฐานค่านิยม ความเชื่อของแต่ละบุคคล และมีแนวโน้มที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมในอนาคต

**1.5.4 พฤติกรรม (Practice)** หมายถึง การกระทำของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) ตามมาตรการ D-M-H-T-T

โดย DMHTT เป็นตัวอักษรย่อภาษาอังกฤษของแนวทางปฏิบัติที่กระทรวงสาธารณสุขแนะนำ มาจากคำเต็มว่า

D ย่อมาจาก Distancing คือการเว้นระยะห่างกับคนอื่นอย่างน้อย 1-2 เมตร เพราะละอองฝอยจากการพูด ไอ จาม จะฟุ้งมากในระยะ 1-2 เมตร

M ย่อมาจาก Mask Wearing คือการสวมหน้ากากผ้า หรือหน้ากากอนามัยเพื่อลดการฟุ้งกระจายของละอองฝอย โดยประชาชนทั่วไปสามารถสวมหน้ากากผ้าได้ตลอด เพราะยิ่งซักบ่อยก็จะมีประสิทธิภาพในการกรองเชื้อที่ดี

H ย่อมาจาก Hand Washing คือการหมั่นล้างมือบ่อยๆ ทั้งน้ำสบู่ และเจลแอลกอฮอล์ฆ่าเชื้อ เพราะมีโอกาสที่เราจะนำมาสัมผัสใบหน้าโดยไม่รู้ตัวได้

T ย่อมาจาก Testing คือตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายสม่ำเสมอ ทั้งก่อนเข้าทำงาน ร้านสะดวกซื้อ และหากทราบว่า มีประวัติไปพื้นที่เสี่ยง ควรเข้ารับการตรวจโควิด-19

T ย่อมาจาก Thai Cha na คือการสแกนแอปไทยชนะทุกครั้งที่ได้เดินทางไปสถานที่ต่างๆ และโหลดแอปหมอชนะพร้อมลงทะเบียนหากทำได้ เพื่อให้ทราบความเสี่ยงติดโรคของตนเอง หากมี SMS แจ้งเตือนว่ามีประวัติไปที่เสี่ยงมา จะได้กักตัว หรือตรวจโควิด-19 ได้อย่างรวดเร็ว

## 1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น มีและใช้ฐานข้อมูล ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมด้านการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) ของประชาชน เพื่อวางแผนระบบการบริหารจัดการร่วมกับเทศบาลนคร และเครือข่ายในพื้นที่ ในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

## บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

“ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของประชาชนในชุมชนแออัด กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่ง เทศบาลนครขอนแก่น” ผู้วิจัยได้อาศัยแนวคิดและทฤษฎีเพื่อใช้เป็นกรอบแนวทางในการศึกษา ดังนี้

- 2.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม (KAP)
- 2.2 โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
- 2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.4 กรอบแนวคิดการวิจัย

โดยมีรายละเอียด ดังนี้

### 2.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม (KAP)

ทฤษฎีนี้ให้ความสำคัญกับตัวแปร 3 ตัว คือ **ความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Attitude) และการยอมรับปฏิบัติ (Practice)** ของผู้รับสารอันมีผลกระทบต่อพฤติกรรมจากการรับสารนั้นๆ การเปลี่ยนแปลงทั้งสามประเภทนี้จะเกิดขึ้นในลักษณะต่อเนื่อง กล่าวคือ เมื่อผู้รับสารได้รับสาร จะทำให้เกิดความรู้ เมื่อเกิดความรู้ขึ้นก็จะไปมีผลทำให้เกิดทัศนคติ และขั้นสุดท้าย คือ การก่อให้เกิดการกระทำ ซึ่งมีลักษณะสัมพันธ์กันเป็นลูกโซ่ เป็นที่ยอมรับกันว่า การสื่อสารเป็น เครื่องมือ อันสำคัญในการเพิ่มพูนความรู้ สร้างทัศนคติที่ดีและเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไป ในทางที่เหมาะสม โดยผ่านสื่อชนิดต่างๆ ไปยังประชาชนกลุ่มเป้าหมาย

**แนวความคิดด้านความรู้** The Modern American Dictionary ได้ให้คำจำกัดความของความรู้ที่แตกต่างกัน 3 ลักษณะ ดังนี้ความรู้คือ ความคุ้นเคยกับข้อเท็จจริง (Fact) ความจริง (Truths) หรือหลักการโดยทั่วไป (principles) ความรู้คือรู้ (Known) หรืออาจจะรู้ (May be known) ความรู้คือจิตสำนึก ความสนใจ (Awareness) เกษม วัฒนชัย (2544 : 39-40) ให้ความหมายของความรู้ว่า หมายถึง การรวบรวมความคิดของมนุษย์จัดให้เป็นหมวดหมู่และประมวลสาระที่สอดคล้องกัน โดยนำมาใช้ ให้เกิดประโยชน์ในทัศนะของ ฮอสเปอร์ (อ้างใน มาโนช เวชพันธ์, 2532 : 15-16) คำว่า ความรู้ (Knowledge) นั้น นับเป็นขั้นแรกของพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการจดจำ ซึ่งอาจจะโดยการนึกได้ มองเห็น ได้ยิน หรือ ได้ฟัง ความรู้นี้เป็นหนึ่งในขั้นตอนของการเรียนรู้ โดยประกอบไปด้วยคำจำกัดความหรือความหมาย ข้อเท็จจริง ทฤษฎี กฎ โครงสร้างวิธีการแก้ไขปัญหา และมาตรฐาน เป็นต้น ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า ความรู้เป็นเรื่องของการจำอะไรได้ ระลึกได้ โดยไม่จำเป็นต้องใช้ความคิดที่ซับซ้อนหรือใช้ความสามารถของสมองมากนัก ด้วยเหตุนี้ การจำได้ จึงถือว่าเป็นกระบวนการที่สำคัญในทางจิตวิทยา และเป็นขั้นตอนที่นำไปสู่พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความเข้าใจ การนำความรู้ไปใช้ในการวิเคราะห์ การสังเคราะห์ การประเมินผล ซึ่งเป็นขั้นตอน ที่ได้ใช้ความคิดและความสามารถทางสมองมากขึ้นเป็นลำดับ

**ความเข้าใจ (Comprehension)** นั้น Hopper ชี้ให้เห็นว่า เป็นขั้นตอนต่อมาจากความรู้ โดยเป็นขั้นตอนที่จะต้องใช้ความสามารถของสมองและทักษะในขั้นที่สูงขึ้น จนถึงระดับของ การสื่อความหมาย ซึ่งอาจเป็นไปได้โดยการใช้ปากเปล่า ข้อเขียน ภาษา หรือการใช้สัญลักษณ์ โดยมักเกิดขึ้นหลังจากที่บุคคลได้รับข่าวสารต่าง ๆ แล้ว อาจจะโดยการฟัง การเห็น การได้ยิน หรือ เขียน แล้วแสดงออกมาในรูปของการใช้ทักษะหรือการแปลความหมายต่าง ๆ เช่น การบรรยาย ข่าวสารที่ได้ยินมาโดยคำพูดของตนเอง หรือการแปลความหมายจากภาษาหนึ่งไปเป็นอีกภาษาหนึ่ง โดยคงความหมายเดิมเอาไว้ หรืออาจเป็นการแสดงความคิดเห็นหรือให้ข้อสรุปหรือการคาดคะเน ได้และ Benjamin S. Bloom (อ้างใน อักษร สวัสดิ์, 2542: 26-28) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับ

การรับรู้ (cognitive domain) ของคนวาประกอบด้วยความรู้ตามระดับต่าง ๆ รวม 6 ระดับ ซึ่งอาจพิจารณาจากรดับความรู้ในขั้นต่ำไปสู่ระดับของความรู้ในระดับที่สูงขึ้นไป และได้แจกแจงรายละเอียดของแต่ละระดับไว้ ดังนี้

**1) ความรู้ (Knowledge)** หมายถึง การเรียนรู้ที่เน้นถึงการจำและการระลึกได้ถึงความคิด วัตถุ และปรากฏการณ์ต่างๆ ซึ่งเป็นความจำที่เริ่มจากสิ่งง่ายๆ ที่เป็นอิสระแก่กัน ไปจนถึงความจำในสิ่งที่ยุ่งยาก ซับซ้อนและมีความสัมพันธ์ระหว่างกัน

**2) ความเข้าใจหรือความคิดรวบยอด (Comprehension)** เป็นความสามารถทางสติปัญญา ในการขยายความรู้ ความจำให้กว้างออกไปจากเดิมอย่างสมเหตุสมผล การแสดง พฤติกรรมเมื่อเผชิญกับสื่อ ความหมาย และความสามารถในการแปลความหมาย การสรุปหรือการขยายความสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

**3) การนำไปปรับใช้ (Application)** เป็นความสามารถในการนำความรู้ (knowledge) ความเข้าใจหรือความคิดรวบยอด (comprehension) ในเรื่องใด ๆ ที่มีอยู่เดิม ไปแก้ไขปัญหาที่แปลกใหม่ของเรื่องนั้น โดยการใช้ความรู้ต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งวิธีการกับความคิดรวบยอดมา ผสมผสานกับความสามารถในการแปลความหมาย การสรุปหรือการขยายความสิ่งนั้น

**4) การวิเคราะห์ (Analysis)** เป็นความสามารถและทักษะที่สูงกว่าความเข้าใจและการนำไปปรับใช้ โดยมีลักษณะเป็นการแยกแยะสิ่งที่จะพิจารณาออกเป็นส่วนย่อย ที่มีความสัมพันธ์กัน รวมทั้งการสืบค้น ความสัมพันธ์ของส่วนต่าง ๆ เพื่อดูว่าส่วนประกอบปลีกย่อยนั้นสามารถเข้ากันได้หรือไม่ อันจะช่วยให้เกิดความเข้าใจต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดอย่างแท้จริง

**5) การสังเคราะห์ (Synthesis)** เป็นความสามารถในการรวบรวมส่วนประกอบย่อยๆ หรือ ส่วนใหญ่ๆ เข้าด้วยกันเพื่อให้เป็นเรื่องราวอันหนึ่งอันเดียวกัน การสังเคราะห์จะมีลักษณะของการเป็น กระบวนการรวบรวมเนื้อหาสาระของเรื่องต่าง ๆ เข้าไว้ด้วยกัน เพื่อสร้างรูปแบบหรือโครงสร้างที่ยังไม่ชัดเจน ขึ้นมาก่อน อันเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยความคิดสร้างสรรค์ ภายในขอบเขตของสิ่งที่กำหนดให้

**6) การประเมินผล (Evaluation)** เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับความคิด ค่านิยม ผลงาน คำตอบ วิธีการและเนื้อหาสาระเพื่อวัตถุประสงค์บางอย่าง โดยมีการกำหนดเกณฑ์ (criteria) เป็นฐานในการพิจารณาตัดสิน การประเมินผล จัดได้ว่าเป็นขั้นตอนที่สูงสุดของพุทธิ ลักษณะ (characteristics of cognitive domain) ที่ต้องใช้ความรู้ความเข้าใจ การนำไปปรับใช้ การ วิเคราะห์และการสังเคราะห์เข้ามาพิจารณาประกอบกันเพื่อทำการประเมินผลสิ่งหนึ่งสิ่งใด

#### **แนวความคิดด้านทัศนคติ (Attitude)**

**ทัศนคติ** เป็นแนวความคิดที่มีความสำคัญมากแนวหนึ่งทางจิตวิทยาสังคม และ การสื่อสารและมีการใช้ คำนี้กันอย่างแพร่หลาย สำหรับการนิยามคำว่าทัศนคตินั้น ได้มีนักวิชาการ หลายคนให้ความหมายไว้ดังนี้

**Roger** (อ้างใน สุรพงษ์ โสธนะเสถียร, 2533 : 122) ได้กล่าวถึง ทัศนคติ ว่าเป็นดัชนีชี้ว่า บุคคลนั้นคิด และรู้สึกอย่างไรกับคนรอบข้าง วัตถุหรือสิ่งแวดล้อมตลอดจนสถานการณ์ต่างๆ โดย ทัศนคตินั้นมีรากฐานมาจาก ความเชื่อที่อาจส่งผลถึงพฤติกรรมในอนาคตได้ ทัศนคติจึงเป็นเพียง “ความพร้อม” ที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้า และเป็นมิติของการประเมินเพื่อแสดงว่า ชอบหรือไม่ชอบ ต่อประเด็นหนึ่งๆ ซึ่งถือเป็นการสื่อสารภายในบุคคล (Interpersonal Communication) ที่เป็นผลกระทบมาจากการรับสารอันจะมีผลต่อพฤติกรรมต่อไป ซึ่ง **Good** (อ้างใน จิตฐิพร ศิริตานนท์, 2543 : 35) อธิบายทัศนคติว่าเป็นความพร้อมที่จะแสดงออกในลักษณะใดลักษณะหนึ่งที่จะเป็นการสนับสนุน หรือต่อต้านสถานการณ์บางอย่าง บุคคลบางคน หรือสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เป็นสิ่งที่เกิดจากการสะสมประสบการณ์ในอดีตที่จัดเรียงเป็นระบบโดยจะสะท้อนออกมาเมื่อปัจเจกบุคคลเผชิญกับสถานการณ์ใหม่ ๆ และ **Fishbein & Ajzen** (อ้างใน อรจิรา เนตรอารีย์, 2543 : 35) อธิบายว่า ทัศนคติเป็นความคิดเห็นซึ่งมีอารมณ์เป็นส่วนประกอบ เป็นส่วนที่พร้อมที่จะมีปฏิกิริยาเฉพาะ อย่างต่อสถานการณ์ภายนอก ทัศนคติเป็น ความรู้สึกและความเห็นของบุคคล ที่มีต่อสิ่งของ บุคคล สถานการณ์ สถาบัน และข้อเสนอใดๆ ในทางที่ยอมรับ

หรือปฏิเสธซึ่งมีผลทำให้บุคคลพร้อมที่จะแสดงปฏิกิริยาตอบสนองด้วยพฤติกรรมตามแนวคิดนั้น เป็นความรู้สึกในด้านบวกหรือลบของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นผลมาจากการประเมินผลกระทบที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการแสดงพฤติกรรมโดยตรง และ **ธงชัย สันติวงษ์** (2540 : 75-76) เห็นสอดคล้องว่า ทศนคติจะก่อตัวจากการประเมินภายหลัง จากที่ได้เกี่ยวข้องกับสิ่งภายนอกดังกล่าว โดยอาจเกิดจากอิทธิพลของกลุ่มที่เกี่ยวข้องด้วยหรือกลุ่มทางสังคมที่ได้ไปเกี่ยวข้องกับด้วย นอกจากนี้ทศนคดียังขึ้นอยู่กับบุคลิกลักษณะท่าทางซึ่งเป็นผล ของการเรียนรู้ที่ได้จากการปฏิบัติ ต่อต่อโลกภายนอกอีกด้วย จากการศึกษาพบว่า ทศนคติจะมีลักษณะมั่นคงถาวร ทั้งนี้เพราะทศนคติที่ก่อตัวขึ้น นั้น จะมีกระบวนการคิด วิเคราะห์ ประเมิน และสรุปจัดระเบียบเป็นความเชื่อตั้งนั้นการเปลี่ยนแปลงทศนคติจึง ต้องใช้เวลาเพื่อปรับตาม กระบวนการดังกล่าวด้วย

### องค์ประกอบของทศนคติ

Katz (อ้างใน กุลภรณ์ เทพพัตรา, 2548) แยกองค์ประกอบของทศนคติออกเป็น

1) **องค์ประกอบด้านความรู้ ความนึกคิด (cognitive component)** เป็นส่วนที่เป็นความ เชื่อของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ ทั่วไปทั้งสิ่งที่ชอบและไม่ชอบ

2) **องค์ประกอบด้านความรู้สึก (affective component)** เป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับสิ่งต่างๆ ซึ่งมีผลแตกต่างกันไปตามบุคลิกลักษณะของบุคคล เป็นลักษณะที่ค่านิยมของ แต่ละบุคคลเป็นตัวเร้าความคิดอีกทอดหนึ่ง

3) **องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (behavior component)** เป็นการแสดงออกของบุคคล ต่อสิ่งหนึ่งหรือบุคคลใดบุคคลหนึ่งซึ่งเป็นผลมาจากองค์ประกอบด้านความรู้ความคิด และความรู้สึก

ทศนคติเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเฉพาะบุคคลและจะแตกต่างกันตามปัจจัยแวดล้อมที่แตกต่างกันของบุคคลนั้น บุคคลสามารถแสดงทศนคติออกได้ 3 ประเภท ด้วยกัน คือ

1) **ทศนคติเชิงบวก** คือ ทศนคติที่ชักนำให้บุคคลแสดงออก มีความรู้สึกหรืออารมณ์จาก สภาพจิตใจ โต้ตอบในด้านดีต่อบุคคลหรือเรื่องราวใดเรื่องราวหนึ่ง รวมถึงหน่วยงาน องค์การ สถาบัน และการดำเนินกิจการขององค์การและอื่นๆ

2) **ทศนคติเชิงลบ** คือ ทศนคติที่สร้างความรู้สึกเป็นไปในทางเสื่อมเสีย ไม่ได้รับความเชื่อถือหรือไว้วางใจ อาจมีความเคลือบแคลงระแวงสงสัยรวมทั้งเกลียดชังต่อบุคคลใด เรื่องราวใด เรื่องราวหนึ่ง หรือปัญหาใดปัญหาหนึ่ง หรือหน่วยงานองค์การ สถาบัน และการดำเนินกิจการขององค์การ

3) **ทศนคติที่บุคคลไม่แสดงความคิดเห็น** ในเรื่องราวหรือปัญหาใดปัญหาหนึ่งหรือต่อบุคคลหน่วยงาน สถาบัน องค์การ และอื่น ๆ โดยสิ้นเชิง

อนึ่ง บุคคลอาจมีทศนคติทั้ง 3 ประการนี้เพียงประเภทเดียวหรือหลายประเภทรวมกัน ก็ได้ขึ้นอยู่กับความมั่นคงในเรื่องความเชื่อ ความรู้สึก ความคิด หรือค่านิยมที่มีต่อบุคคล สิ่งของ การกระทำ หรือสถานการณ์ เป็นต้น ส่วนทศนคติจะทำหน้าที่ เป็นกลไกที่สำคัญ 4 ประการ คือ เพื่อการปรับตัว (adjustment) ทศนคติสามารถเป็นกลไกที่จะสะท้อนให้เห็นถึงเป้าหมายพึงประสงค์และที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคล เพื่อการป้องกันตัว (ego defense) โดยปกติบุคคล มักมีแนวโน้มที่จะไม่ยอมรับความจริงในสิ่งที่ขัดแย้งกับความนึกคิดของตน (self-image) เพื่อการแสดงความหมายของค่านิยม (value expression) ทศนคติเป็นส่วนหนึ่งของค่านิยมต่าง ๆ โดยสามารถสะท้อนให้เห็นถึงค่านิยมในลักษณะที่จำเพาะเจาะจงมากยิ่งขึ้น และ เพื่อใช้เป็นตัวจัดระเบียบความรู้ (knowledge) ทศนคติจะเป็นมาตรฐานที่ตัวบุคคลสามารถใช้ประเมินและทำความเข้าใจกับสภาพแวดล้อมที่มีอยู่รอบๆ ตัว มีผลทำให้บุคคลสามารถรู้และเข้าใจถึงระบบและระเบียบ ของสิ่งต่างๆ ที่อยู่รอบตัวได้

ปัจจัยต่างๆ ของการก่อตัวของทัศนคติ เท่าที่กล่าวมาข้างต้นนั้นในความเป็นจริงจะมีได้ มีการเรียงลดับตามความสำคัญแต่อย่างไรเลย ทั้งนี้เพราะปัจจัยแต่ละทางเหล่านี้ ตัวไหนจะ มีความสำคัญต่อการก่อตัวของทัศนคติ มากหรือน้อยยอมสุดแล้ว แต่ว่าการพิจารณาสร้างทัศนคติ ต่อสิ่งดังกล่าวจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยใดมากที่สุด

### การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ (Attitude Change)

Herbert C. Kelman (อ้างใน พรทิพย์ บุญนิพัทธ์, 2531 : 50-54) ได้อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ โดยมีความเชื่อว่าทัศนคติอย่างเดียวกัน อาจเกิดในตัวบุคคลด้วยวิธีที่ต่างกัน จากความคิดนี้ Herbert ได้แบ่งกระบวนการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ออกเป็น 3 ประการ คือ

1) การยินยอม (Compliance) จะเกิดได้เมื่อการยอมกระทำตามนี้ เป็นกระบวนการ เปลี่ยนแปลงทัศนคติ ซึ่งจะมีพลังผลักดันให้บุคคลยอมกระทำตามมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับจำนวน หรือความรุนแรงของรางวัล และการลงโทษ

2) การเลียนแบบ (Identification) เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงทัศนคติซึ่งพลังผลักดัน ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนี้จะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความน่าโน้มน้าวใจของสิ่งเร้าที่มีต่อบุคคลนั้น การเลียนแบบจึงขึ้นอยู่กับพลัง (Power) ของผู้ส่งสาร ทัศนคติของบุคคลจะเปลี่ยนไปมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

3) ความต้องการที่อยากจะเปลี่ยน (Internalization) เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้น เมื่อบุคคลยอมรับสิ่งที่มีอิทธิพลเหนือกว่า ซึ่งตรงกับความต้องการภายในค่านิยมของเขา พฤติกรรม ที่เปลี่ยนไปในลักษณะนี้จะสอดคล้องกับค่านิยมที่บุคคลมีอยู่เดิม ความพึงพอใจที่ได้จะขึ้นอยู่กับ เนื้อหารายละเอียดของพฤติกรรมนั้นๆ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ถ้าความคิดความรู้สึก และพฤติกรรมถูกกระทบไม่ว่าจะในระดับใดก็ตามจะมีผลต่อการเปลี่ยนทัศนคติทั้งสิ้น นอกจากนี้ ทัศนคติของบุคคลเมื่อเกิดขึ้นแล้วแม้จะคงทน แต่ก็ยังสามารถเปลี่ยนได้โดยตัวบุคคล สถานการณ์ ข่าวสาร การชวนเชื่อ และสิ่งต่างๆ ที่ทำให้เกิดการยอมรับในสิ่งใหม่ แต่จะต้องมีความสัมพันธ์กับ ค่านิยมของบุคคลนั้น นอกจากนี้ อาจเกิดจากการยอมรับโดยการบังคับ เช่น กฎหมาย ข้อบังคับ

### ความหมายของพฤติกรรม

ประภา เพ็ญสุวรรณ (2526, น. 15) กล่าวว่า พฤติกรรม คือ กิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำ ไม่ว่าสิ่งนั้นจะสังเกตได้หรือไม่ เช่น การทำงานของหัวใจ การทำงานของกล้ามเนื้อ การเดิน การพูด การคิด ความรู้สึก ความชอบ ความสนใจ

ลักขณา สรีวัฒน์ (2544, น. 17) ให้ความหมายของพฤติกรรม ว่าเป็นการกระทำซึ่งเป็นการแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความต้องการของจิตใจที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้า ซึ่งอาจสังเกตเห็นได้โดยทางตรงหรือทางอ้อม บางลักษณะอาจสังเกตได้โดยไม่ใช้เครื่องมือหรือต้องใช้เครื่องมือช่วย

อรวรรณ ปิรันธน์โอวาท (2542, น. 39) พฤติกรรม หมายถึง การกระทำที่เป็นการแสดงออกของบุคคลที่เป็นผลมาจากการกระทำโดยมีพื้นฐานมาจาก ความรู้และทัศนคติของบุคคล การที่บุคคลมีพฤติกรรมแตกต่างกัน เนื่องมาจากมีความรู้และทัศนคติที่แตกต่างกัน พฤติกรรมใดๆ ของคนส่วนใหญ่มักเกิดจากทัศนคติของบุคคลนั้น ทัศนคติจึงเหมือนกับเครื่องควบคุมการกระทำของบุคคลซึ่งเกิดจากการเปิดรับสื่อและการแปลความหมายของสารที่แตกต่างกัน จึงก่อให้เกิดประสบการณ์สิ่งสมที่แตกต่างกัน ซึ่งมีผลกระทบต่อพฤติกรรมของบุคคล นอกจากนี้ พฤติกรรมยังเป็นปฏิกริยาที่บุคคลตอบสนองต่อสิ่งเร้าในสถานการณ์ต่าง ๆ โดยมีองค์ประกอบ 7 ประการ (Seven Elements in Behavior) ดังนี้ (Cronbach, 1963, pp. 68-70)

1. เป้าหมายหรือความมุ่งหมาย (Goal) คือ วัตถุประสงค์หรือความต้องการที่ก่อให้เกิดการกระทำขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการนั้นๆ ของบุคคล แต่เมื่อใดก็ตามที่บุคคลมีเป้าหมายพร้อมกันทีเดียวหลายๆ เป้าหมาย

บุคคลมักเลือกตอบสนองต่อเป้าหมายที่มีความเร่งด่วนก่อนและค่อยตอบสนองต่อเป้าหมายที่มีความเร่งด่วนน้อยกว่าไปตามลำดับ

2. ความพร้อม (Readiness) คือ ระดับวุฒิภาวะของแต่ละบุคคลรวมไปถึงความสามารถที่จำเป็นต่อการทำกิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อความต้องการ เช่น ความพร้อมของพนักงานในองค์กรต่อการใช้เทคโนโลยีในการสื่อสารภายในองค์กร

3. สถานการณ์ (Situation) คือ โอกาสหรือเหตุการณ์ที่เปิดโอกาสให้บุคคลสามารถเลือกทำกิจกรรมที่สามารถตอบสนองความต้องการของแต่ละบุคคลได้

4. การแปลความหมาย (Interpretation) คือ การพิจารณาโอกาสหรือสถานการณ์ของบุคคลเพื่อเลือกหาวิธีที่จะตอบสนองความต้องการที่เป็นที่พึงพอใจของบุคคลนั้นๆ ได้มากที่สุด ซึ่งบุคคลแต่ละคนจะมีการแปลความหมายแตกต่างกัน

5. การตอบสนอง (Response) คือ การทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามที่ได้แปลความหมายและได้ตัดสินใจเลือกแล้ว

6. ผลที่ตามมา (Consequence) คือ ผลที่เกิดขึ้นจากการที่บุคคลเลือกกระทำกิจกรรมนั้นๆ ซึ่งผลที่ได้อาจตรงกับที่คาดไว้หรือตรงกันข้ามกับที่คาดไว้ก็ได้

7. ปฏิกริยาต่อความผิดหวัง (Reaction to Thwarting) คือ ปฏิกริยาที่เกิดขึ้น เมื่อผลที่ตามมาไม่สามารถตอบสนองความต้องการของบุคคลนั้นๆ ได้ ซึ่งอาจจะเริ่มจากการย้อนกลับไปแปลงความหมายใหม่เพื่อเลือกหาวิธีที่จะตอบสนองต่อความต้องการได้ แต่ถ้าบุคคลนั้นเห็นว่าความต้องการนั้นเกินความสามารถก็อาจจะรุนแรงถึงขั้นล้มเลิกความตั้งใจได้

ดังนั้น ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม จึงความสัมพันธ์ มีผลซึ่งกันและกัน กล่าวคือ ความรู้มีผลต่อทักษะ ทักษะมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ในขณะที่เดียวกันการแสดง พฤติกรรมของ บุคคลก็มีผลต่อความรู้ความเข้าใจของบุคคลด้วย

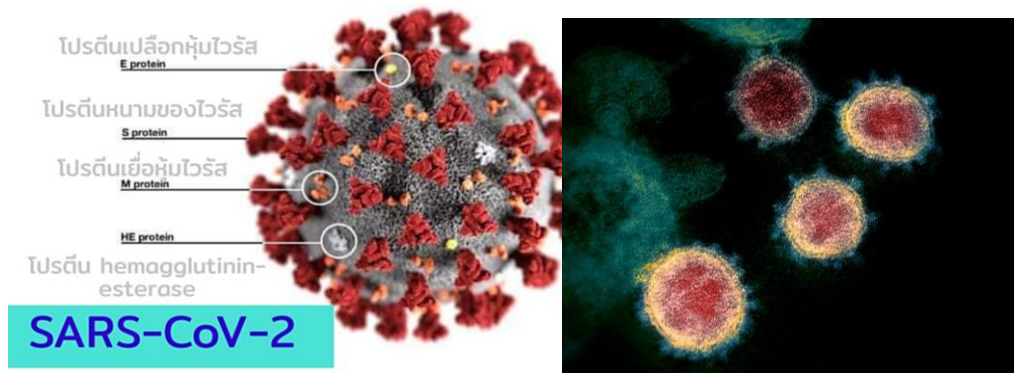
## 2.2 โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus Disease 2019 : COVID-19) (กรมควบคุมโรค, 2564)

### 2.2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus Disease 2019: COVID-19)

เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus Disease 2019: COVID-19) เป็นไวรัสชนิดอาร์เอ็นเอสายเดี่ยว (single stranded RNA virus) ใน Family Coronaviridae มีรายงานการพบเชื้อมาตั้งแต่ช่วงปี ค.ศ. 1965 โดยสามารถติดเชื้อได้ทั้งในคนและสัตว์ เช่น หนู ไก่ วัว ควาย สุนัข แมว กระต่าย และสุกร ประกอบด้วยชนิดย่อยหลายชนิดและทำให้มีอาการแสดงในระบบต่างๆ เช่น ระบบทางเดินหายใจ (รวมถึงโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง หรือซาร์ส; SARS-CoV) ระบบทางเดินอาหาร ระบบประสาท หรือระบบอื่นๆ

โครงสร้างของไวรัส "Beta CoV/Wuhan/IVDC-HB-01/2019" หรือ SARS-CoV-2 จัดอยู่ใน Beta coronavirus (เหมือนกับ SARS-CoV และ MERS-CoV) กลุ่มคาร์โบไฮเดรทเพนปุ่มๆ (Spikes: S protein) ยื่นออกไปจากตัวอนุภาคไวรัส เมื่อดูด้วยกล้องจุลทรรศน์อิเล็กตรอนจะเห็นเป็นเหมือนมงกุฎ (ภาษาละติน corona=crown) (ภาพที่ 2.2)





ภาพที่ 1 ลักษณะโครงสร้างของไวรัส "Beta CoV/Wuhan/IVDC-HB-01/2019" หรือ SARS-CoV-2

ก. แบบจำลองไวรัส SARS-CoV-2

ข. ไวรัส SARS-CoV-2 จากกล้องจุลทรรศน์อิเล็กตรอน แสดงให้เห็นสไปก์

ที่มา: กระทรวงสาธารณสุข (2563)

ไวรัส SARS-CoV-2 จัดอยู่ในตระกูลของเชื้อไวรัสโคโรนาซึ่งประกอบด้วยเชื้อไวรัสโคโรนาหลายชนิดที่ก่อโรคในคนได้ตั้งแต่โรคหวัดธรรมดา เช่น Coronavirus OC43 HKU1 และ 229E เป็นชนิดที่ก่อโรคหวัด (common cold) แต่อาจก่อโรคทางเดินหายใจส่วนล่างรุนแรงได้ในกลุ่มผู้ป่วยเด็กเล็กหรือ ผู้สูงอายุส่วนไวรัส Coronavirus NL63 เป็นเชื้อที่มักก่อโรคหลอดลมฝอยอักเสบ (bronchiolitis) ในเด็ก จนถึงเชื้อที่สามารถก่อโรคทางเดินหายใจรุนแรง เช่น เชื้อไวรัสโคโรนาที่ก่อโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง Middle East Respiratory Syndrome (MERS-CoV) หรือเชื้อไวรัสโคโรนาที่ก่อโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (Severe acute respiratory syndrome: SARS) สำหรับเชื้อไวรัสโคโรนาชนิดใหม่ที่ไม่เคยค้นพบมาก่อนที่ก่อโรคในมนุษย์ ในระยะแรกจะเรียกชื่อว่าเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (a novel coronavirus) จนกว่าจะมีการตั้งชื่ออย่างเป็นทางการ ซึ่งเชื้อไวรัสที่ก่อโรค COVID-19 แรกเริ่มนั้นพบมาก่อนที่เมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2562 (ค.ศ. 2019) ในระยะแรกมีชื่อเรียกไวรัสว่าเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (2019 novel coronavirus; 2019-nCoV) ต่อมาเมื่อวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2563 องค์การอนามัยโลกได้ตั้งชื่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาที่เกิดขึ้น ใหม่ชื่อว่า Coronavirus disease 2019 (COVID-19) โดยเชื้อไวรัสที่ก่อโรคให้ชื่อว่า Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

### ลักษณะการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus Disease 2019: COVID-19)

จากการศึกษาในประเทศจีนพบว่า โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจชนิดเฉียบพลัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 86.6 อายุ 30-79 ปี อัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชายเท่ากับ 1: 1.04 อาการและอาการแสดงของโรคแยกได้ยากจากโรคติดเชื้อทางเดินหายใจชนิดเฉียบพลันที่มีสาเหตุจากเชื้ออื่นๆ เช่น ไข้หวัดใหญ่ ผู้ป่วยร้อยละ 80.9 อาการไม่รุนแรง ได้แก่ มีไข้ อ่อนเพลีย ไอแห้ง ปวดกล้ามเนื้อ คัดจมูก มีน้ำมูก เจ็บคอ หรืออาจจะมีถ่ายเหลวได้ ผู้ป่วยร้อยละ 13.8 อาการรุนแรง ได้แก่ หายใจหอบเหนื่อย หรือหายใจลำบาก ผู้ป่วยร้อยละ 4.7 มีภาวะวิกฤติ ได้แก่ ภาวะหายใจล้มเหลว ภาวะช็อกจากติดเชื้อในกระแสเลือด หรืออวัยวะล้มเหลว และพบผู้ติดเชื้อที่ไม่แสดงอาการประมาณร้อยละ 1.2 ของผู้ติดเชื้อที่พบทั้งหมดในประเทศจีน ระหว่างวันที่ 8 ธันวาคม 2562 ถึง 11 กุมภาพันธ์ 2563 อัตราป่วยเสียชีวิตของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับร้อยละ 2.3 น้อยกว่าโรคซาร์ส และโรคเมอร์ส ซึ่งมีอัตราป่วยเสียชีวิตเท่ากับร้อยละ 9.6 และ 34.4 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม อัตราป่วยเสียชีวิตจะเพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้สูงอายุ 60-69 ปี 70-79 ปี และ มากกว่าเท่ากับ 80 ปี

อัตราป่วยตายเท่ากับร้อยละ 3.6, 8.0 และ 14.8 ตามลำดับ ผู้ที่มีโรคประจำตัว โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคปอดเรื้อรัง ความดันโลหิตสูง และโรคมะเร็ง อัตราป่วยตายเท่ากับ 10.5, 7.3, 6.3, 6.0 และ 5.6 ตามลำดับ (Zunyou and Jennifer, 2020)

จากเอกสารบรรยาย COVID-19 Case Management and Infection Control กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น ผู้ป่วย COVID-19 จำนวน 138 ราย ใน โรงพยาบาล Zhongnan, Wuhan University ในช่วง วันที่ 1 - 28 มกราคม 2563 อายุเฉลี่ย 56 ปี (22-92 ปี) อายุ มากกว่า 75 ปี (54.3%) มีอาการของปอดบวมทุกราย พบว่า 36 ราย (26.5%) อยู่ ICU เสียชีวิต 6 ราย ซึ่งภาวะแทรกซ้อน ที่พบ ได้แก่ ARDS (day 8 after onset) 19.6%, Arrhythmia 16.7%, Acute Cardiac Injury 7.2%, Acute Kidney Injury 3.6% (นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ, 2563)

### สถานการณ์การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus Disease 2019: COVID-19)

มีรายงานผู้ป่วยยืนยันทั่วโลก รวม 210 ประเทศ 2 เขตบริหารพิเศษ 1 นครรัฐ ในวันที่ 17 มกราคม 2565 จำนวน 213,798,464 ราย เสียชีวิต 4,453,781 ราย รักษาหาย 2,222,011 ราย โดยประเทศที่มีจำนวน ผู้ป่วยยืนยัน 10 อันดับแรก ได้แก่ สหรัฐอเมริกา, อินเดีย, บราซิล, ฝรั่งเศส, รัสเซีย, สหราชอาณาจักร, สเปน, อิตาลี, เปรู และเยอรมนี มีจำนวนผู้ป่วย 37,939,641 , 32,474,773 , 20,583,994 , 6,708,163 , 6,672,373 , 6,555,419 , 6,234,490 , 5,139,966 , 4,892,235 และ 4,794,352 ราย ตามลำดับ พบว่าผู้ติดเชื้อ โควิด 19 สายพันธุ์โอไมครอน จำนวน 141 ประเทศ (รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค วันที่ 17 มกราคม 2565 เวลา 09.00 น.)

ประเทศไทย พบผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 2,331,414 ราย รักษาหาย และแพทย์ให้กลับบ้าน 2,227,266 ราย ผู้ป่วยยืนยันที่เสียชีวิตสะสม 21,938 ราย จำนวนการได้รับวัคซีนสะสม 109,317,122 โดส (รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค วันที่ 17 มกราคม 2565 เวลา 09.00 น.)

เขตสุขภาพที่ 7 พบผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 6,686 ราย กำลังรักษา อยู่ 2,906 ราย ผู้ป่วยยืนยันที่เสียชีวิตสะสม 7 ราย (รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สคร.7 ขอนแก่น ระลอกมกราคม 2565 วันที่ 17 มกราคม 2565 เวลา 09.00 น.)

### 2.2.2 ระบาดวิทยาของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus Disease 2019: COVID-19)

การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เริ่มมีรายงานจากเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน ตั้งแต่เดือน ธันวาคม 2562 โดยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อาจจะได้รับเชื้อมาจากตลาดค้าอาหารทะเลแห่งหนึ่งในเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน มีการวิเคราะห์รหัสพันธุกรรมของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า 96.2% มีความคล้ายคลึงกับเชื้อใน ค้างคาว ต่อมาไวรัสมีการปรับตัวให้สามารถแพร่เชื้อจากคนสู่คน หลังจากนั้นเชื้อไวรัสได้มีการแพร่ระบาดเป็นวง กว้างในหลายประเทศ และองค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้ไวรัสโคโรนา 2019 เป็นภาวะฉุกเฉินระหว่างประเทศ และต่อมาได้มีการประกาศเป็นภาวะที่มีการระบาดไปทั่วโลก จากรายงานผู้เชี่ยวชาญขององค์การอนามัยโลกร่วมกับ ผู้เชี่ยวชาญจากหลายประเทศ สรุปข้อมูลการระบาดเบื้องต้น โดยพบว่า มีการระบาดเริ่มจากเมืองอู่ฮั่น ประเทศ จีน พบค่ามัธยฐานของอายุผู้ป่วย คือ 51 ปี โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 30-69 ปี การแพร่กระจายเชื้อหลักสู่ผู้ สัมผัสใกล้ชิดคือละอองฝอย และการสัมผัสสิ่งแวดล้อมที่มีเชื้อปนเปื้อนอยู่บนผิวดิน อาการผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 80 มีอาการน้อย มีอาการปอดอักเสบร่วมด้วยประมาณร้อยละ 13.8 และเสียชีวิตประมาณร้อยละ 3.8 โดยผู้ที่อยู่ใน กลุ่มเสี่ยงที่มีอาการรุนแรง ได้แก่ ผู้ที่อายุมากกว่า 60 ปี และ ผู้ที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคปอดเรื้อรัง และโรคมะเร็ง พบผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ร้อย ละ 2.4 ของรายงานผู้ป่วยทั้งหมด โดยพบว่าส่วนใหญ่รับเชื้อมาจากคนป่วยในครอบครัวเป็นสำคัญ ผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่อาการไม่รุนแรง

ประเทศไทยได้เริ่มมีระบบเฝ้าระวังและคัดกรองผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่อาจติดเชื้อตั้งแต่เดือนมกราคม 2563 และมีการประกาศโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่ออันตราย ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ข้อมูล ณ วันที่ 7 เมษายน 2563 ประเทศไทยพบผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้ตามนิยาม จำนวน 27,049 ราย เป็นผู้ป่วยยืนยัน 2,258 คน เสียชีวิต 27 ราย (ร้อยละ 1.2) ในจำนวนผู้ป่วยยืนยันนี้พบอัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชาย 1: 1.3 ช่วงอายุตั้งแต่ 1 เดือน ถึง 86 ปี อายุเฉลี่ย 37 ปี ช่วงอายุที่มีผู้ป่วยมากที่สุดคือ 20-29 ปี (ร้อยละ 24) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 96 ไม่มีโรคประจำตัว ผู้ป่วยที่พบว่ามีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ภูมิแพ้ เบาหวาน หอบหืด หัวใจโต ไชมันสูง เป็นต้น การระบาดในช่วงแรก ๆ ในประเทศไทย คือช่วงเดือนมกราคม 2563 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นชาวต่างชาติที่เดินทางเข้ามาในประเทศ ระยะต่อมาช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2563 เริ่มพบผู้ป่วยที่เป็นคนไทยมากขึ้น โดยมีประวัติเสี่ยงและมีความเชื่อมโยงกับชาวต่างชาติ หรือเดินทางกลับมาจากต่างประเทศ ในช่วงเดือนมีนาคม 2563 เป็นช่วงที่พบผู้ป่วยคนไทยมากขึ้น และขยายวงกว้างขึ้น โดยเฉพาะการแพร่สู่คนในครอบครัว สถานการณ์การระบาดเริ่มก้าวกระโดด หลังมีเหตุการณ์การระบาดในสนามมวยและแหล่งสถานบันเทิง การระบาดเริ่มกระจายจากกรุงเทพและปริมณฑลไปยังต่างจังหวัด รายงาน ณ วันที่ 7 เมษายน 2563 พบว่า 10 อันดับแรกที่พบผู้ป่วยสูงสุด ได้แก่ ภูเก็ต กรุงเทพ ยะลา นนทบุรี สมุทรปราการ ปัตตานี สตูล ชลบุรี กระบี่ และสงขลา

ในการวิเคราะห์ผู้ป่วยยืนยัน แบ่งผู้ป่วยได้ตามกลุ่ม ได้แก่ ผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยยืนยัน ผู้ที่เดินทางมาจากต่างประเทศ อาชีพเสี่ยงที่ต้องเกี่ยวข้องหรือสัมผัสนักท่องเที่ยว การเดินทางไปยังสถานที่ที่มีการระบาด (สนามมวย สถานบันเทิง บุคลากรทางการแพทย์) และอีกกลุ่มหนึ่งกำลังสอบสวนหาแหล่งที่มาของเชื้อ ดังนั้น มาตรการการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้ตามนิยาม โควิด-19 หรือ PUI นั้น จะมุ่งเน้นไปยังกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว ซึ่งสถานที่ที่มีการระบาดที่เป็นปัจจัยเสี่ยงนั้นจะมีการเปลี่ยนแปลงตามระยะเวลา จะต้องมีการติดตามข้อมูลอย่างใกล้ชิด อย่างไรก็ตาม ปัจจัยเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวังและคงไว้เป็นมาตรการที่จะต้องปฏิบัติอย่างเข้มข้น ได้แก่ การคัดกรองผู้ที่เดินทางมาจากต่างประเทศ คัดกรองอาชีพเสี่ยงที่เกี่ยวข้องหรือสัมผัสกับนักท่องเที่ยว คัดกรองบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยยืนยัน และคัดกรองบุคลากรทางการแพทย์ (จุไร วงศ์สวัสดิ์, 2563)

### 2.2.3 นโยบาย/มาตรการ การดำเนินงานป้องกันและคัดกรอง โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus Disease 2019: COVID-19)

2.2.3.1 แนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุขเพื่อการจัดการภาวะระบาดของโรคโควิด-19 ในข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 1) ส่วนที่ 4 มาตรการตามพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 และแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับด้านสาธารณสุข

ผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง และโรคทางเดินหายใจ หากมีการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 จะมีความเสี่ยงต่อการป่วยรุนแรงมากกว่าคนทั่วไป เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อหรือป่วยรุนแรง จึงมีคำแนะนำดังนี้

#### ก. คำแนะนำสำหรับผู้ป่วย

- 1) ให้อยู่ในที่พักอาศัย เว้นการคลุกคลีใกล้ชิดกับบุคคลที่ไม่ใช่ผู้ดูแล รักษา ระยะห่างระหว่างบุคคล 1 - 2 เมตร
- 2) งดใช้ของหรือเครื่องใช้ส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น
- 3) หากต้องออกนอกที่พักอาศัย ไปในพื้นที่ที่มีคนแออัด หรือโดยสารรถสาธารณะ ให้สวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยตลอดเวลา
- 4) มีหมายเลขโทรศัพท์ติดต่อของสถานพยาบาลที่รักษาประจำ เพื่อปรึกษาปัญหาสุขภาพ

5) ติดต่อสถานพยาบาลที่รักษาประจำก่อนกำหนดนัด เพื่อรับทราบข้อปฏิบัติ เช่น ให้ญาติหรือผู้อื่นไปรับยาแทน ให้ไปรับยาใกล้บ้าน หรือให้ย้ายไปตรวจที่สถานพยาบาลอื่น

6) รับประทานยาสม่ำเสมอ และหมั่นตรวจสุขภาพตนเอง เช่น วัดความดันโลหิต หรือวัดระดับน้ำตาลในเลือดเองที่บ้าน

7) หากมีอาการป่วยฉุกเฉิน ให้โทรเรียก 1669

#### **ข. คำแนะนำสำหรับญาติและผู้ใกล้ชิด ผู้ดูแล**

1) สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาที่ให้การดูแล

2) ล้างมือก่อนและหลังการให้การดูแล

3) หากมีอาการผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ เช่น มีน้ำมูก ไอ เจ็บคอ หรือรู้สึกมีไข้ ต้องงดการให้การดูแล หรืออยู่ใกล้ชิด ควรมอบหมายผู้อื่นทำหน้าที่แทน

4) ทำความสะอาดเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ต้องใช้ประจำร่วมกันในบ้าน เช่น ทำความสะอาดเครื่องวัดความดันโลหิตด้วยแอลกอฮอล์ (กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

2.2.2 การคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) นิยามผู้สงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เข้าเกณฑ์การสอบสวนโรค (Patient Under investigation)

#### **กรณีที่ 1 การเฝ้าระวังที่ด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ**

1. อุณหภูมิร่างกายตั้งแต่ 37.3 องศาเซลเซียสขึ้นไป หรือ อาการของระบบทางเดินหายใจอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้ ไอ น้ำมูก เจ็บคอ ไม่ได้กลิ่น หายใจเร็ว หายใจเหนื่อย หรือหายใจลำบาก

2. มีประวัติเดินทางไปยัง หรือ มาจากต่างประเทศทุกเที่ยวบิน ทุกช่องทาง ระหว่างประเทศ

#### **กรณีที่ 2 การเฝ้าระวังในผู้สงสัยติดเชื้อ/ผู้ป่วย**

1. ผู้สงสัยติดเชื้อที่มีอาการ ได้แก่ อาการทางระบบทางเดินหายใจอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้ ไอ น้ำมูก เจ็บคอ ไม่ได้กลิ่น หายใจเร็ว หายใจเหนื่อย หรือหายใจลำบาก และ/หรือ ประวัติมีไข้หรืออุณหภูมิร่างกายตั้งแต่ 37.5 °C ขึ้นไป ร่วมกับการมีประวัติ ในช่วงเวลา 14 วันก่อนวันเริ่มป่วยอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

1.1 มีประวัติเดินทางไปยัง หรือมาจาก หรืออยู่อาศัยในพื้นที่เกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

1.2 ประกอบอาชีพที่เกี่ยวข้องกับนักท่องเที่ยว สถานที่แออัด หรือติดต่อกับคนจำนวนมาก

1.3 ไปในสถานที่ชุมนุมชน หรือ สถานที่ที่มีการรวมกลุ่มคน เช่น ตลาดนัด ห้างสรรพสินค้า

สถานพยาบาล หรือ ชนส่งสาธารณสุข

1.4 สัมผัสผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

#### **กรณีที่ 3 การเฝ้าระวังในบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข**

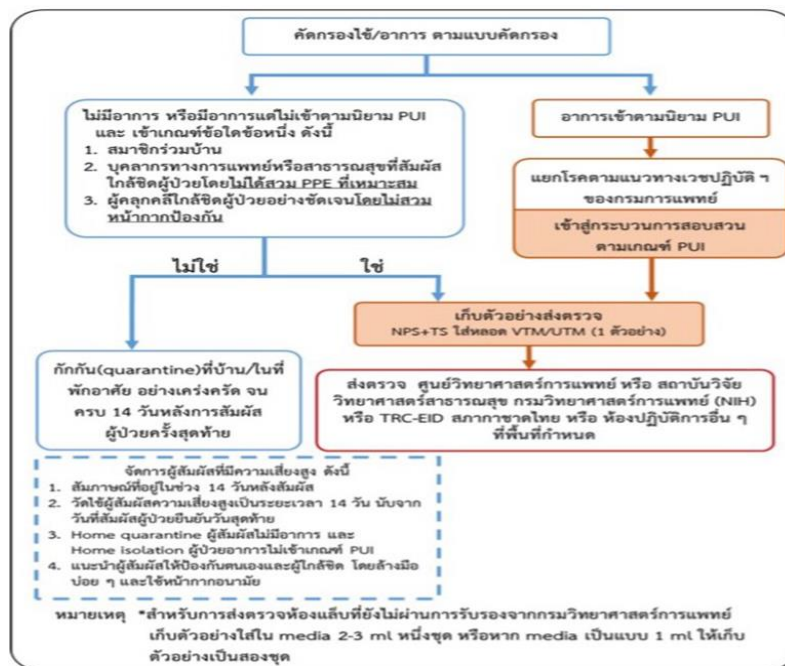
1. อาการของระบบทางเดินหายใจอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้ ไอ น้ำมูก เจ็บคอ ไม่ได้กลิ่น หายใจเร็ว หายใจเหนื่อย หรือหายใจลำบาก และ/หรือ ประวัติมีไข้หรืออุณหภูมิร่างกายตั้งแต่ 37.5 °C ขึ้นไป หรือปอดอักเสบ

2. แพทย์ผู้ตรวจรักษาสงสัยว่าเป็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือมีประวัติสัมผัสผู้ป่วย/ผู้ป่วยสงสัยว่าป่วยฯ เป็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

**กรณีที่ 4 การเฝ้าระวังผู้ที่มีอาการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในกลุ่มก้อนในชุมชน** ได้แก่ ผู้ที่มีอาการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเป็นกลุ่มก้อน (Cluster) ตั้งแต่ 5 รายขึ้นไป ในสถานที่เดียวกัน และช่วงสัปดาห์เดียวกัน โดยมีความเชื่อมโยงทางระบาดวิทยา

**กลุ่มเสี่ยงต่อการสัมผัสโรค**

1. ผู้ที่อาศัยในพื้นที่เสี่ยงต่อการสัมผัสโรค หรือประเทศ หรือเมืองที่มีการระบาดของโรคอย่างต่อเนื่อง
2. ผู้ที่เดินทางเข้า-ออก หรือแวะเปลี่ยนเครื่องบินในประเทศหรือเมืองที่มีการระบาดของโรคอย่างต่อเนื่อง
3. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข
4. บุคคลที่ทำงานให้บริการนักท่องเที่ยว
5. ผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี และมีโรคประจำตัวเรื้อรัง เป็นต้น (กรมควบคุมโรค, 2563) โดยที่ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้ ต้องได้รับการคัดกรองตามภาพที่ 2.1



**ภาพที่ 2** การจัดการผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูงของผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ที่มา: กรมควบคุมโรค, 2563)

**2.2.4 มาตรการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019**

แนวทางการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินเป็นมาตรการสำคัญ 6 ด้าน ดังนี้

1. การคัดกรองและเฝ้าระวังผู้ป่วยที่ด่าน สถานพยาบาล และชุมชน (Capture) มีการคัดกรองที่ช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศ การคัดกรองที่โรงพยาบาล และจัด ARI Clinic แบบ One stop service ดำเนินการเฝ้าระวังเชิงรุกในชุมชน ในคนไทยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการรับเชื้อ ได้แก่ ผู้ประกอบการรถทัวร์ โรงแรม สถานที่ท่องเที่ยว สถานทำงาน และสถานศึกษาที่มีผู้เดินทางมาจากพื้นที่ระบาดจำนวนมาก มีการเฝ้าระวังและสอบสวนเหตุการณ์ระบาดของอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ในชุมชน อีกทั้งยังต้องมีการเฝ้าระวังการป่วยในบุคลากรสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

2. การดูแลรักษาผู้ป่วยและป้องกันการติดเชื้อ (Case management and infection control)

**2.1 การดูแลผู้ป่วย**

- จัดเตรียมพื้นที่ในการรองรับผู้ป่วยในสถานพยาบาล ได้แก่ จุดคัดกรองที่โรงพยาบาล ห้องแยกโรค Cohort ward ICU/RCU แยกเฉพาะ

- ทุกโรงพยาบาลจะต้องซักซ้อม Flow การคัดกรองและการดูแลผู้ป่วยใน ARI Clinic แบบ One stop service และการส่งต่อผู้ป่วย

- เตรียมโรงพยาบาลขนาดใหญ่เพื่อรองรับผู้ป่วยจำนวนมาก เช่น กำหนดให้มีโรงพยาบาลดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เฉพาะ

- กำหนดพื้นที่ และจัดทำแผนการจัดการพื้นที่ดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อรองรับผู้ป่วยจำนวนมาก เกินกว่าศักยภาพของโรงพยาบาล

- เตรียมห้องปฏิบัติการวินิจฉัยยืนยันให้พอทุกจังหวัด ทั้งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัย กระทรวงอื่นๆ ที่มีศักยภาพ และภาคเอกชน

- ประเมินการ และจัดหาเวชภัณฑ์ในการดูแลผู้ป่วยให้เพียงพอ เช่น ห้องแยกโรคความดันลบ เครื่องช่วยหายใจ ยาต้านไวรัส และบริหารจัดการเวชภัณฑ์ระหว่างหน่วยงานเพื่อให้มีการกระจายอย่างเหมาะสม

2.2 การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ จัดระบบป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล มีการประเมินการ และจัดหาอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อให้เพียงพอในทุกจังหวัด

3. การติดตามผู้สัมผัสโรคและควบคุมการระบาดในชุมชน (Contact tracing and containment) ติดตามผู้สัมผัสเสี่ยงสูงของผู้ป่วยยืนยันทุกรายเพื่อคัดกรองอาการและตรวจหาการติดเชื้อ มีการค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมในพื้นที่ที่พบการระบาดเป็นกลุ่มก้อนและพิจารณาจัดโซนนิ่งเพื่อแยกโรคในพื้นที่ที่จัดไว้ หรือจัดทำ Home quarantine พร้อมทั้งส่งเสริมการใช้มาตรการ Home isolation เพื่อลดความแออัดของโรงพยาบาล ให้ผู้ที่มีอาการทางเดินหายใจหยุดงาน หยุดเรียน โดยมีมาตรการชัดเจนที่เหมาะสม กำหนดให้มีมาตรการให้ทำงานที่บ้าน ส่งเสริมให้บุคคลมีการป้องกันในระดับสาธารณะ (Social distancing) โดยให้เลื่อนหรืองดการจัดประชุมขนาดใหญ่ที่เสี่ยงต่อการแพร่โรค ปิดสถานที่ที่เกิดการระบาดและควบคุมการระบาดในสถานที่ที่มีคนจำนวนมาก เช่น โรงเรียน เรือข้ามฟาก ค่ายทหาร และพิจารณาประกาศพื้นที่ประสบภัยพิบัติเพื่อควบคุมการระบาดในชุมชน

4. การสื่อสารความเสี่ยง (Communication) การจัดทำและเผยแพร่สถานการณ์การแพร่ระบาดในต่างประเทศและในประเทศไทย ตามช่องทางการสื่อสารต่างๆ เพื่อให้ประชาชนรับทราบความเสี่ยงและลดความตระหนก สื่อสารสถานการณ์และมาตรการในพื้นที่ที่เกิดการระบาด รวมทั้งรณรงค์เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ

5. การใช้มาตรการทางสังคมและกฎหมาย (Community intervention and Law enforcement) ชี้แจงมาตรการทางกฎหมายที่จำเป็นต้องใช้เพื่อการควบคุมการระบาด รวมทั้งมีการรณรงค์ หรือบังคับใช้หน้ากากอนามัย 100% ในพื้นที่ที่มีการระบาดและในกิจกรรมชุมนุม มีการประสานองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นในการบังคับใช้เทศบัญญัติหรือข้อบัญญัติท้องถิ่นตามความจำเป็น ประสาน ปก. และผู้ว่าราชการจังหวัดในการประกาศพื้นที่ประสบภัยพิบัติกรณีเกิดการระบาดในวงกว้าง

6. การประสานงานและการจัดการข้อมูล (Coordinating and joint Information center ) จัดตั้งศูนย์ประสานงานและติดตามข้อมูลระหว่างหน่วยงานต่างๆ ประสานข้อมูลกับหน่วยงานภายในจังหวัด และหน่วยงานอื่นๆ เพื่อติดตามสถานการณ์ ข้อสั่งการ และวิเคราะห์ความเสี่ยง รวมทั้งการรายงานการประเมินสถานการณ์ผลการดำเนินงานของทีมปฏิบัติการ และทีมสนับสนุน วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และให้ข้อเสนอแนะแก่คณะกรรมการโรคติดต่อระดับจังหวัดเพื่อการตัดสินใจทุกเดือน

### 2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ดรัญชนก พันธุ์สุมา (2564) ได้ศึกษา ความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 ของประชาชนในตำบลปรุใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา โดยเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางในกลุ่มตัวอย่าง 348 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้ ทศนคติและพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน และสถิติไคสแควร์ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ในระดับปาน

กลาง ทักษะคิดและพฤติกรรมกำบังกันโควิด 19 อยู่ในระดับดี กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 62.4, 71.3 และ 72.4 ตามลำดับ พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสัมพันธ์ทางสถิติระหว่างความรู้กับทักษะคิด ( $r_s = 0.49$ ) ความรู้กับพฤติกรรม ( $r_s = 0.47$ ) และทักษะคิดกับพฤติกรรม ( $r_s = 0.79$ ) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมกำบังกันโควิด 19 ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และช่องทางการรับข้อมูลโควิด 19 ผ่านอินเทอร์เน็ต/สื่อสังคมออนไลน์

ณัฐวรรณ คำแสน (2564) ได้ศึกษา ความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของประชาชนในเขตอำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี ในกลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชน 445 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมกำบังกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ซึ่งมีความเชื่อมั่นเท่ากับ .81 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า 1) ประชาชนในอำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรีส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30-49 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 46.07 มีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ในระดับมาก ร้อยละ 80.70 เชื่อมั่นว่าประเทศไทย จะเอาชนะโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ได้ และร้อยละ 83.40 มั่นใจว่าในที่สุดโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 จะถูกควบคุมได้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 99.80 สวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้าน 2) ระดับการศึกษา ความรู้ และทักษะคิดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกำบังกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .10, .18, \text{ และ } .16$  ตามลำดับ) บุคลากรทางสุขภาพสามารถนำผลการศึกษาไปใช้เพื่อส่งเสริมประชาชนให้มีความรู้ และป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ได้

ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง (2564) ศึกษา การวิจัยถอดบทเรียนการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือประเทศไทย ผลการศึกษาจากการสอบถาม อสม พบว่า การดำเนินงานเฝ้าระวังฯ โควิด-19 ในชุมชนของ อสม พบว่า อสม มีการดำเนินงานสูงสุดคือ ค้นหาคัดกรองกลุ่มเสี่ยง (97.6%) รองลงมาคือเคาะประตูเยี่ยมบ้านติดตามสังเกตอาการ (89.4%) ประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ (87.9%) บันทึกรายงานผลการดำเนินงาน (86.0%) จัดทำบัญชีรายชื่อกลุ่มเสี่ยงแยกกลุ่มเสี่ยงเพื่อสังเกตอาการ (84.5%) ตามลำดับ ปัจจัยที่มีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการดำเนินงานเป็นประจำทั้ง 5 ขั้นตอน คือ อาชีพของ อสม. เขตสุขภาพ และช่องทางการสื่อสาร โดยพบว่า อสม. กลุ่มที่มีอาชีพเกษตรกร มีการดำเนินงานเป็นประจำ คิดเป็น 6.87 เท่าของอสม.ที่มีอาชีพอื่นๆ (95% CI 2.63 - 17.91,  $p$ -value < 0.001) อสม. ในเขตสุขภาพ ที่ 10 มีการดำเนินงานเป็นประจำ คิดเป็น 2.76 เท่า ของอสม.ในเขต 7, 8 และ 9 (95% CI 1.17- 6.53,  $p$ -value 0.021) และ อสม.สื่อสารข้อมูลผ่าน 5 ช่องทางเป็นประจำให้กับชุมชน ประกอบด้วย การแจ้งข่าวเชิงรุกตามบ้าน ออกเสียงตามสาย เดินแจกแผ่นพับ เอกสารความรู้ แจ้งทางกลุ่มไลน์ชุมชน โทรศัพทแจ้ง การบอกรายบุคคล การแจ้งตามคุ่ม แจ้งในที่ประชุม คิดเป็น 3.98 เท่า ของอสม.ที่ใช้ช่องทางน้อยกว่า (95%CI 1.61 - 9.84,  $p$ -value 0.003)

เดชา สังขวรรณ (2563) ศึกษาปัญหาคนจนเมืองในชุมชนแออัด : องค์กรความรู้และกระบวนการขับเคลื่อน เปรียบเทียบประเทศไทย และประเทศเกาหลี พบว่าองค์กรความรู้ และกระบวนการขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาคนจนเมือง 1 ในชุมชนแออัด เปรียบเทียบประเทศไทยและประเทศเกาหลี มีประเด็นเปรียบเทียบ 4 ประเด็น คือ (1) สถานการณ์และลักษณะของปัญหาที่คนจนเมืองในชุมชนแออัดหรือชุมชนบุกรุกเผชิญ พบว่าโดยภาพรวมคนจนเมืองในชุมชนแออัดหรือชุมชนบุกรุกในเมืองเผชิญปัญหาที่คล้ายคลึงกัน ได้แก่ ปัญหาคุณภาพชีวิต การเข้าถึงสวัสดิการของรัฐ ปัญหาเศรษฐกิจ การมีรายได้ต่ำ และหนี้สิน ปัญหาความไม่มั่นคงในที่อยู่อาศัย และการถูกไล่รื้อ (2) มุมมองต่อคนจนเมือง พบว่า มุมมองของ ผู้คนในสังคมรวมถึงภาครัฐของทั้ง 2 ประเทศ มีมุมมองต่อปัญหาการเกิดขึ้นและดำรงอยู่ของคน จนเมือง และชุมชนของคนจนเมืองในเชิงลบ เช่น ในประเทศเกาหลีมองว่า เป็นสิ่งกีดขวางทำลาย กระบวนการเข้าสู่ความเป็นสมัยใหม่ (modernization) ในประเทศไทยมองว่า เป็นแหล่งของ มลพิษ เป็นแหล่งปัญหาสังคม และเป็นแหล่งของอาชญากร (3) เหตุแห่งปัญหานั้น พบว่าใน

ภาพรวมการเกิดขึ้นและดำรงอยู่ของปัญหาคนจนเมืองในชุมชนแออัดหรือชุมชนบุกรุก เป็นผล พวงของการพัฒนาประเทศโดยเน้นเศรษฐกิจจำนำ ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาที่ไม่สมดุลระหว่างเมืองและชนบท และการอพยพย้ายถิ่นจากชนบทสู่เมือง เพื่อโอกาสในชีวิตที่ดีกว่า (4) กระบวนการ ขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาคนจนเมืองในชุมชนแออัดหรือชุมชนบุกรุกทั้งในประเทศไทยและเกาหลี มีแนวทางขับเคลื่อน 2 แนวทางหลัก คือ การสร้างที่อยู่อาศัยสำหรับคนจนเมืองในชุมชนแออัด หรือชุมชนบุกรุกโดย การย้ายคนจากชุมชนแออัดหรือชุมชนบุกรุกไปสู่ที่อยู่อาศัยที่เป็นระเบียบ เรียบร้อย ขาดการค้ำอิงถึงบริบทแวดล้อมต่างๆ ไม่สามารถคลี่คลายปัญหาได้อย่างแท้จริง และการสร้างความมั่นคงในที่อยู่อาศัยและในการดำรงชีวิตโดยให้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง ทั้งในไทยและ เกาหลีมีกระบวนการประชาสัมพันธ์ขับเคลื่อนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการสร้างความมั่นคงในที่อยู่ อาศัยและความมั่นคงในการดำรงชีวิตของคนจนเมืองเอง

จักรกฤษ เสลา (2564) ได้ทำการศึกษาวิถีชีวิตใหม่ในการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส COVID-19 ของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย  $36 \pm 11$  ปี และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน  $17,075 \pm 12,744$  บาท คะแนนเฉลี่ยวิถีชีวิตใหม่ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส COVID-19 ( $= 3.87$ ) มาตรการทางสังคมในการป้องกันการแพร่ระบาด ( $= 3.93$ ) และความพึงพอใจของประชาชนต่อจัดการของภาค รัฐในการป้องกันการแพร่ระบาด ( $= 3.71$ ) อยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ยผลกระทบจากการแพร่ระบาด ( $= 2.72$ ) และการช่วยเหลือทางสังคม ( $= 3.42$ ) อยู่ในระดับปานกลาง และความเครียดอยู่ในระดับต่ำมากที่สุด ร้อยละ 52.0 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตใหม่ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 ได้แก่ อายุ รายได้ต่อเดือน ระดับความเห็นที่มีต่อมาตรการทางสังคมในการป้องกันการแพร่ระบาด ระดับ ผลกระทบจากการแพร่ระบาด ระดับความเครียด ความพึงพอใจของประชาชนต่อจัดการของภาครัฐและการช่วยเหลือทางสังคม

อัมพร จันทวิบูลย์ (2563) ได้ทำการศึกษาสภาพแวดล้อม และการดำเนินงานของชุมชนแออัด ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ในชุมชนแออัดและชุมชนแฟลต ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าชุมชนแออัดมีความเสี่ยงแต่หลีกเลี่ยงได้ยาก เนื่องจากการแออัดของการอยู่อาศัย พฤติกรรมเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพ การขาดความตระหนักและการจัดการด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะการจัดการเรื่องขยะ และคนในชุมชนเริ่มไม่ปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดไว้อย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะเมื่อเริ่มประกาศมาตรการผ่อนคลายนโยบายและเปิดเมือง ทั้งนี้ชุมชนเริ่มมีความกังวลกับคนทำงาน และวัยรุ่น ที่ออกไปนอกชุมชน จะเป็นพาหะนำโรคมารับประทานกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเปราะบางในชุมชน คนที่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 42.25 ผู้สูงอายุร้อยละ 19.14 และกลุ่มเด็กปฐมวัย ร้อยละ 4.30

อลงกฏ ดอนละ (2562) ได้ทำการศึกษาความรู้ พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการควบคุมและป้องกันโรคอุจจาระร่วงของประชาชน อำเภอสระใคร จังหวัดหนองคาย พบว่าคะแนนด้านความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง เรื่องโรคอุจจาระร่วง เฉลี่ยเท่ากับ 0.61 (SD= 0.49) คะแนนด้านการปฏิบัติตัวของกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.35 หมายถึง มีการปฏิบัติเป็นประจำ และความรู้ มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการปฏิบัติตัวในเรื่องการควบคุม ป้องกันโรคอุจจาระร่วง ( $p < 0.05$ )

Kluge et al. (2020) ได้ทำการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่ติดเชื้อ COVID-19 ในประเทศต่างๆ และอัตราการเสียชีวิตจากการติดเชื้อ พบว่า ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นกลุ่มเปราะบาง ผู้ป่วยที่เสียชีวิตจาก COVID-19 ในประเทศอิตาลีนั้น มีผู้ป่วยที่เป็นผู้ป่วยเรื้อรังร้อยละ 92 ซึ่งแยกเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ร้อยละ 69.2 โรคเบาหวานร้อยละ 31.8 ตามลำดับ นอกจากนั้นยังมีรายงานความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรค COVID-19 และโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มประเทศสหรัฐอเมริกา สเปน และจีน อีกด้วย

Guan et al. (2020) ได้ทำการรวบรวมข้อมูลอาการของผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันว่าติดเชื้อ COVID-19 ในโรงพยาบาลใน 30 จังหวัด ทั่วประเทศจีน ซึ่งผลการศึกษาออกมาว่าอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยที่ติดอยู่ที่ 47 ปี อาการ



ที่พบมากที่สุดคือ ไข้ (ร้อยละ 88.7) ไอ (ร้อยละ 67.8) อูจาาระร่วง (ร้อยละ 3.8) และผู้ป่วยร้อยละ 23.7 มีโรคประจำตัวไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค (เช่น ความดันโลหิตสูง) นอกจากนี้ยังพบว่าในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวไม่ติดต่อเรื้อรังพบว่ามีโอกาสที่จะมีอาการหนักกว่าคนไม่มีโรคเรื้อรังเมื่อติดเชื้อ COVID-19 (ร้อยละ 38.7 และร้อยละ 21 ตามลำดับ) เมื่อทั้งสองกลุ่มมีประวัติการสัมผัสโรคที่เท่ากัน และการศึกษานี้มีรายงานความรุนแรง (Disease severity) และอัตราการเสียชีวิตจากการติดเชื้อโควิท-19 ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน (ร้อยละ 16.2 และร้อยละ 26.9 ตามลำดับ) และโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 23.7 และ ร้อยละ 35.8 ตามลำดับ)

Lusignan et al. (2020) ได้ทำการศึกษารายงานถึงปัจจัยเสี่ยงรวมถึงกลุ่มประชากร ในผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจยืนยันติดเชื้อ COVID-19 แบบ throat swab และตรวจด้วยวิธี RT-PCR โดยการเก็บข้อมูลในศูนย์บริการปฐมภูมิ (RCPG Research and surveillance Center Primary care sentinel network) ในระยะเวลา 2 เดือน โดยได้ศึกษาแบบ Cross-sectional study ในกลุ่มประชากรหลากหลายทั้งในกลุ่มอายุ เพศ เชื้อชาติ รายได้ฐานะ เขตบ้านที่อยู่อาศัย โรคประจำตัว และดัชนีมวลกาย ซึ่งได้ผลลัพธ์ออกมาในรูปแบบ descriptive study ว่า ในผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ตรวจคัดกรอง (มีอาการของไข้หวัดใหญ่และการติดเชื้อทางเดินหายใจ) และมีผลการตรวจยืนยันการติดเชื้อ พบว่า กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดอยู่ที่มากกว่า 75 ปี (ร้อยละ 19.5, odd ratio 5.23) เพศชาย (ร้อยละ 18.4, odd ratio 1.55) เชื้อชาติผิวดำ (ร้อยละ 62.1, odd ratio 4.75) กลุ่มรายได้ฐานะค่อนข้างยากจนหรือกลุ่ม deprived socioeconomic level (ร้อยละ 29.5, odd ratio 2.35) พื้นที่เมือง (ร้อยละ 26.2, odd ratio 4.59) ดัชนีมวลกายในกลุ่มอ้วนหรือ obese (ร้อยละ 20.9, odd ratio 1.41) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 19.1, odd ratio 0.89) ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง (ร้อยละ 32.9, odd ratio 1.91) ผู้ป่วยเบาหวาน (ร้อยละ 22.7, odd ratio 1.03) ผู้ป่วยโรคหัวใจ (ร้อยละ 22.7, odd ratio 1.21) และผู้ป่วยทางเดินหายใจเรื้อรัง (ร้อยละ 22.5, odd ratio 1.04)

Zhou et al. (2020) ได้ทำการศึกษาแบบ retrospective cohort study ในผู้ป่วยในที่มีอายุมากกว่า 18 ปี แผนกผู้ป่วยในซึ่งได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (RT-PCR) ว่าติดเชื้อ COVID-19 ที่สองโรงพยาบาลในเมือง Wuhan ประเทศจีน พบว่าผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิท-19 สามารถมีอาการตั้งแต่มัมนรุนแรง จนถึงปอดอักเสบติดเชื้อ ระบบทางเดินหายใจล้มเหลวและเสียชีวิตได้ และผลการศึกษาได้ออกมาว่า เพศชายมีโอกาสติดเชื้อได้มากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 62) โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดของผู้ป่วยที่ติดเชื้อคือความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 30, OR 3.05) รองลงมาคือโรคเบาหวาน (ร้อยละ 19, OR 2.85) และโรคหลอดเลือดหัวใจ (ร้อยละ 8, OR 21.4) ตามลำดับ อาการที่พบมากที่สุดคือ ไข้ (ร้อยละ 94) ไอ (ร้อยละ 79) และมีเสมหะ (ร้อยละ 23) และระยะเวลาเฉลี่ยที่เจ็บป่วยนับตั้งแต่ก่อนเข้าโรงพยาบาลจนออกจากโรงพยาบาลที่ 22 วัน และระยะเวลาเฉลี่ยที่เจ็บป่วยตั้งแต่ก่อนเข้าโรงพยาบาลจนเสียชีวิตอยู่ที่ 18.5 วัน การติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นอาการแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด รองลงมาคือระบบทางเดินหายใจล้มเหลวและหัวใจหยุดเต้นตามลำดับ

Sinclair et al. (2020) ได้กล่าวถึงความรุนแรงและอัตราเสียชีวิตในรายที่ติดเชื้อ COVID-19 มักเกิดในผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหลอดเลือดหัวใจ โดยการศึกษานี้ได้ทำการรวบรวมข้อมูลในผู้ป่วย 72,314 คน ที่ติดเชื้อโควิท-19 ในประเทศจีน ซึ่งสัดส่วนช่วงอายุที่มากที่สุดคือมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 44.1) และอัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ร้อยละ 2.3 และแปรผันตรงตามช่วงอายุที่มากขึ้น ซึ่งใน cohort study ของการศึกษานี้ได้พบว่าอายุที่มากขึ้น เป็นปัจจัยสำคัญต่อการเสียชีวิตของโรค COVID-19 (odd ratio 1.10) และมีผลต่อการพัฒนาเป็นโรคทางเดินหายใจล้มเหลวมรุนแรง (Acute respiratory distress syndrome) และเสียชีวิตต่อมา (hazard ratio 3.26 และ 6.17 ตามลำดับ) และนอกจากนั้นโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยต่อการติดเชื้อ COVID-19 (ร้อยละ 17) รองลงมาคือโรคเบาหวาน (ร้อยละ 8) และโรคหลอดเลือดหัวใจ (ร้อยละ 5) แต่อย่างไรก็ตามโรคเบาหวานเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงของการติดเชื้อ COVID-19 มากที่สุด โดยดูได้จากจำนวนผู้ป่วยที่เข้าห้อง ICU เป็นโรคเบาหวานถึงร้อยละ 22.2 สาเหตุเนื่องมาจากว่าผู้ป่วยเบาหวานมี

ภูมิคุ้มกันที่เสียไป เนื่องจากมีการลดลงของการทำงานของ macrophage และ lymphocyte ซึ่งทำให้การพัฒนาไปสู่การติดเชื้อในกระแสเลือดและอวัยวะภายในล้มเหลวได้มากขึ้น (odd ratio 5.65) และเนื่องจากไวรัส COVID-19 สามารถเข้าสู่เซลล์ปอด (pulmonary cell) ด้วยการไปเกาะกับ membrane ACE2 receptors (membrane ชนิดนี้ พบมากในปอด ลำไส้ ไต และหลอดเลือด) ซึ่งการเป็นเบาหวานนั้นเพิ่ม ACE2 receptors ได้

นิพนธ์ เสริมพาณิชย์ (2549) ได้ศึกษาการปัญหาสุขภาพของประชากรในชุมชนแออัด เขตเทศบาลนคร เชียงใหม่ โดยการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบความชุกของภาวะความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือด และ เบาหวานในเขตชุมชนแออัด เทศบาลนครเชียงใหม่ โดยการสำรวจภาวะสุขภาพร่างกายของประชาชน จำนวน 1,003 คน จำแนกเป็น เพศชาย 336 คน เพศหญิง 667 คน พบว่ามีความหนาแน่นของมวลกายมากกว่า 23 กิโลกรัม/ตารางเมตร จำนวน 660 คน (ร้อยละ 65), มีภาวะความดันโลหิตสูง มากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท จำนวน 344 คน (ร้อยละ 34), High density lipoprotein น้อยกว่า 260 คน (ร้อยละ 26) ผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพ ได้รับการแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัว และการรักษาสุขภาพ จากศูนย์สาธารณสุข เพื่อพิจารณาดูแลรักษาตัวเอง ป้องกันโรค และเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานของชุมชนเทศบาลนครเชียงใหม่ ในการศึกษาวิจัย เติริมงบประมาณ สำหรับการดำเนินงานต่อไป

จักรพงษ์ เกะเย็น (2554) ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้อยู่อาศัยในชุมชนของการเคหะแห่งชาติ ในเขต กรุงเทพมหานคร : ศึกษากรณีโครงการเคหะชุมชนทุ่งสองห้อง อาคารแฝดเต่า ผลการศึกษา พบว่า ผู้อยู่อาศัยใน โครงการชุมชนทุ่งสองห้อง อาคารแฝดเต่า มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.11) สำหรับผลการศึกษาคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตใน 3 ด้าน ได้แก่ คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ และคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.65 ,3.47 ,3.14 ตามลำดับ ) มีเพียงคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมเพียงด้านเดียวที่อยู่ในระดับไม่ดี (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.31) สำหรับการศึกษาตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยด้านข้อมูลพื้นฐาน ปัจจัยด้านสัมพันธภาพในครอบครัว และปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม โดยมีตัวแปรอิสระทั้งหมด 19 ตัวแปร พบว่า มีตัวแปรอิสระ 9 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ดังนี้ ระดับการศึกษาและการสนับสนุนทางสังคมจาก สมาชิกครอบครัว มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง และส่วนของรายได้รวมครัวเรือน การมี กิจกรรมร่วมกันในครอบครัว การมีความรัก ความเคารพนับถือต่อกัน การมีส่วนร่วมในการปรึกษาหรือตัดสินใจ เรื่องสำคัญของครอบครัว การอยู่ร่วมกันอย่างสงบสุขและแก้ปัญหาขัดแย้งด้วยเหตุผล การสนับสนุนทางสังคมจาก เพื่อน/เพื่อนบ้าน และการสนับสนุนทางสังคมจากญาติ/พี่น้อง มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ สำหรับการศึกษาความแปรผันของคุณภาพชีวิตพบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ระดับการศึกษา และรายได้รวมครัวเรือนสามารถร่วมอธิบายความแปรผันของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 17.1

สุภารัตน์ มหาโคตร (2562) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาชุมชนแออัดแห่งหนึ่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมในระดับดี (Mean = 3.15, SD. = 0.27) และปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ (rs = .588, p< .001) ด้านการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการ สร้างเสริมสุขภาพ (rs =.547, p< .001) และด้านอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการสร้างเสริมสุขภาพ (rs =.569, p< .001) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปิยวรรณ คำพันธุ์ (2542) ศึกษาความรู้ เจตคติ ค่านิยม ความเชื่อและการรับรู้ กับพฤติกรรมสุขภาพ ของประชาชนในชุมชนแออัด เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมสุขภาพในระดับปานกลาง เมื่อแยกวิเคราะห์ที่เป็นรายด้านพบว่า พฤติกรรมสุขภาพที่มีคะแนนเฉลี่ยในระดับดีมาก คือ การไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พฤติกรรมสุขภาพในระดับดี ได้แก่ การบริโภคอาหาร การไม่สูบบุหรี่ และการจัดการกับความเครียด ส่วนพฤติกรรมสุขภาพที่มีระดับไม่เหมาะสม ได้แก่ การออกกำลังกาย

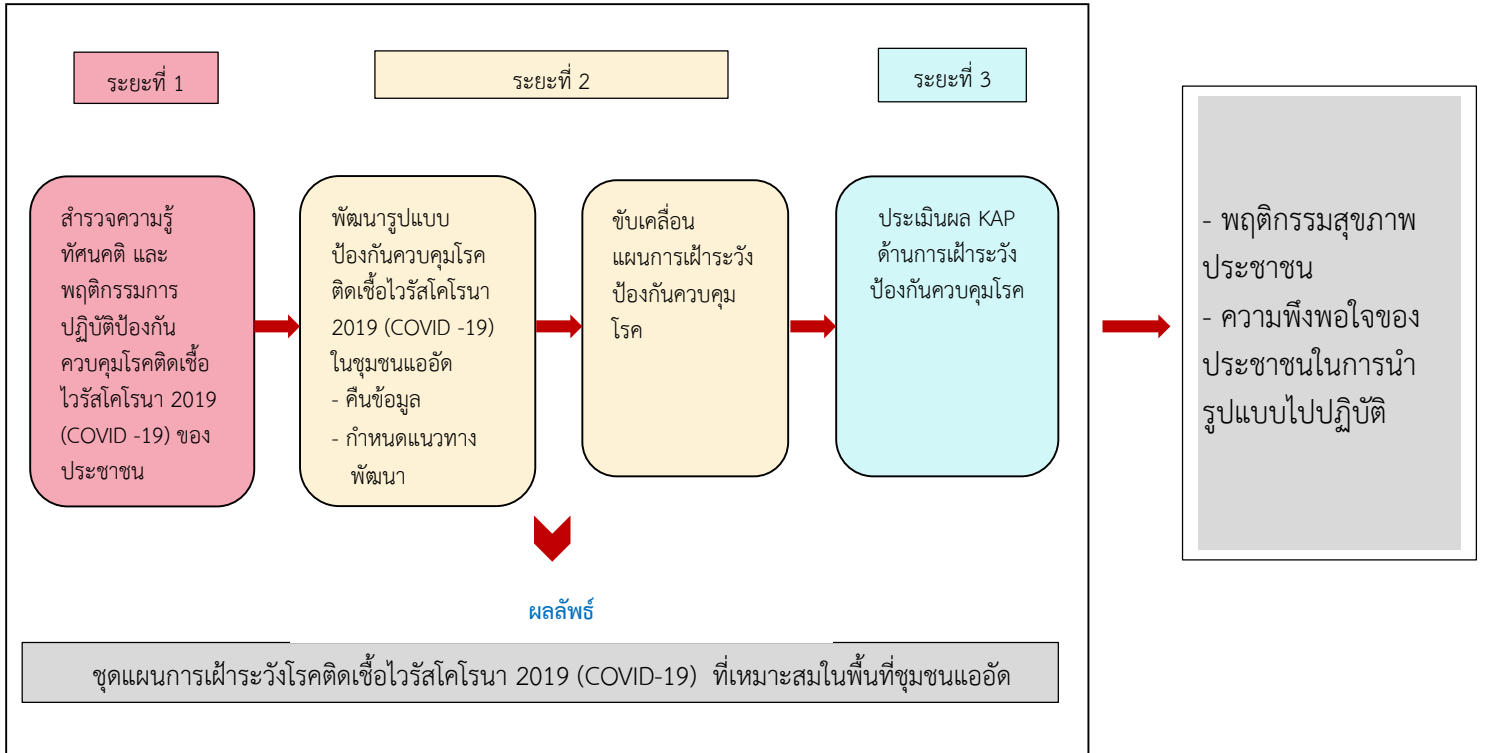
กายและการตรวจสุขภาพประจำปี ในด้านปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ ได้แก่ ความรู้ เจตคติ ค่านิยม ความเชื่อและการรับรู้ พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางทั้ง 4 ปัจจัย คุณลักษณะด้านประชากร ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ อาชีพ รายได้ครอบครัว และศาสนา ( $p < .05$ ) ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .000$ ) ได้แก่ ค่านิยมทางสุขภาพ โดยมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกัน ความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง ( $r_s = 0.612$ ) ความรู้ และเจตคติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ( $p = .001, .038$ ) ในทิศทางตรงข้ามกัน ความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ ( $r_s = -0.159, -0.104$ ) ส่วนปัจจัยด้านความเชื่อและการรับรู้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .150$ ) จากผลการวิจัย ควรมีกิจกรรมการดำเนินงานส่งเสริมให้ประชาชนในชุมชนแออัดมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย และการตรวจสุขภาพประจำปี มีโครงการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพโดยคำนึงถึงความแตกต่างของอาชีพ รายได้ครอบครัว และศาสนา และมีการสร้างเสริมค่านิยมทางสุขภาพที่ถูกต้องให้กับประชาชน เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมต่อไป

กฤษณา ปลั่งเจริญศรี (2554) ศึกษา บุพปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้อาศัยใน โครงการบ้านเอื้ออาทรในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้อาศัยในโครงการบ้านเอื้ออาทร และตัวแปรบุพปัจจัย ได้แก่ ภาวะผู้นำ ของหัวหน้าชุมชน นโยบายรัฐบาลด้านที่อยู่อาศัยที่เกี่ยวข้องกับบ้านเอื้ออาทร เศรษฐฐานะของผู้อาศัยในโครงการ สภาพแวดล้อมของชุมชน และการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน อยู่ในลำดับดี ส่วนความรู้ความเข้าใจของคนในชุมชน อยู่ในระดับมาก นอกจากนี้จากการวิเคราะห์อิทธิพลด้วยสมการถดถอย พบด้วยแบบจำลองสมการโครงสร้าง พบว่า บุพปัจจัยซึ่งประกอบไปด้วย สภาพแวดล้อมของชุมชน นโยบายรัฐบาลด้านที่อยู่อาศัยที่เกี่ยวข้องกับบ้านเอื้ออาทร การมีส่วนร่วมของคนในชุมชน เศรษฐฐานะของผู้อาศัยในโครงการ และความรู้ความเข้าใจของคนในชุมชน ส่งผล ต่อคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยตัวแปรทั้งหมดสามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 75

ทชชญา นิธิศุณยกร (2558) ศึกษาเรื่อง ความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ภาพรวมอยู่ในระดับค่อนข้างดี พฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ไม่มีความสัมพันธ์ กับทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี พฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี โดยมีความสัมพันธ์กันทางบวกอยู่ในระดับน้อย ( $r = .257$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรม เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรีโดยมีความสัมพันธ์ทางบวก อยู่ในระดับน้อย ( $r = .165$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## 2.4 กรอบแนวคิดการวิจัย

ภาพที่ 3 แผนภาพกรอบแนวคิดการวิจัยใช้กรอบ PAOR



## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

“ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนแออัด กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่ง เทศบาลนครขอนแก่น” โดยมีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์และบริบทการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) ในพื้นที่ชุมชนแออัด 2) ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) ของประชาชนในพื้นที่ชุมชนแออัด โดยมีขั้นตอนดังนี้

#### 3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research)

#### 3.2 ประชากรศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

##### 3.2.1 ประชากรที่จะศึกษา

ประชาชนอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในชุมชนเทศบาลฯ 1 อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 200 คน

##### 3.2.1 ประชากรที่จะศึกษา

- 1) ประชาชนอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในชุมชนเทศบาลฯ 1 อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น
- 2) เจ้าหน้าที่รัฐที่เกี่ยวข้อง เทศบาลนคร ศูนย์แพทย์ พัฒนาชุมชน

##### 3.2.2 กลุ่มตัวอย่างและการสุ่ม

ระยะที่ 1 ประชาชน อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่อยู่ในชุมชน จำนวน 200 คน ระยะเวลา ในการวิจัย ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2564 – สิงหาคม 2565

##### การกำหนดขนาดตัวอย่าง

การกำหนดขนาดตัวอย่างโดยการประมาณค่าสัดส่วนกรณีทราบค่าประชากร ดังนี้

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 Np(1-p)}{d^2(N-1) + Z_{\alpha/2}^2 p(1-p)}$$

$$= \frac{3.841 (200)(0.737)(1-0.737)}{0.05^2(199) + 3.841 (0.737)(1-0.737)}$$

$$= \frac{148.9242}{1.242121}$$

$$= 120 \text{ คน}$$

n คือ จำนวนตัวอย่างแต่ละกลุ่ม

$Z_{\alpha/2}$  คือ ค่ามาตรฐานจากตารางแจกแจงปกติมาตรฐาน ( $\alpha = 0.05$ ) ซึ่ง  $Z_{\alpha}$  มีค่า เท่ากับ 1.96

p คือ ค่าสัดส่วนของพฤติกรรมการป้องกันโรคโดยรวม ร้อยละ 0.737 (ปนัดดา ศิริรัตน์มงคล , 2559)

d คือ ระดับความคลาดเคลื่อนที่ของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ ( $d = 0.05$ )

N คือ จำนวนประชากร

### 3.3 ขั้นตอนการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID – 19) ในชุมชนแออัด เทศบาลนครขอนแก่น โดยใช้แบบสำรวจ เป็นเครื่องมือในการศึกษารูปแบบการศึกษาเชิงสำรวจ การควบคุมคุณภาพของเครื่องมือโดยใช้ผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ประสบการณ์ทางด้านที่จะศึกษาพิจารณาแบบสอบถาม เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) และดูความตรงประเด็นของเนื้อหา

3.1 ประสานทีมวิจัยและมอบหมายภาระงานความรับผิดชอบ

3.2 ทำการทบทวนเอกสารเกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อวางแผนการดำเนินงานพัฒนาโครงร่างการวิจัย

3.3 ทบทวน สถานการณ์ สภาพปัญหา การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ชุมชนแออัด เทศบาลนครขอนแก่น เพื่อกำหนดประเด็นปัญหาการวิจัย

3.4 จัดทำโครงร่างงานวิจัย พร้อมทั้งเสนอผู้บริหาร เพื่อขอข้อเสนอแนะสำหรับนำไปปรับปรุงโครงร่างการวิจัย

3.5 พัฒนาเครื่องมือและหาคุณภาพของเครื่อง โดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และหาความเชื่อมั่น (Reliability)

3.6 ปรับปรุงเครื่องมือตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ พร้อมทั้งจัดพิมพ์เครื่องมือฉบับจริงในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.7 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.8 ประมวลผลและวิเคราะห์

3.9 สรุปผลการศึกษา ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID – 19) ในชุมชนแออัด เทศบาลนครขอนแก่น

3.10 จัดทำรูปเล่มและเผยแพร่ผลการพัฒนา

**ดำเนินการศึกษา** ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง สิงหาคม 2565 ณ ชุมชนแออัดเทพารักษ์ 1 อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

### 3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและคุณภาพเครื่องมือ

#### 3.4.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

##### ระยะที่ 1

แบบสำรวจครั้งนี้ ได้ใช้แบบสำรวจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล มีลักษณะเป็นแบบสำรวจรายการ (Check List) ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ และประวัติการเจ็บป่วยและโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 ความรู้ด้านการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ส่วนที่ 3 ทักษะ ด้านการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ส่วนที่ 5 การเข้าถึงบริการ การรักษาและสาธารณสุข มีลักษณะเป็นแบบสำรวจรายการ (Check List) ได้แก่ การได้รับวัคซีน ประวัติการตรวจเชื้อโควิด-19 กรณีพบเชื้อโควิด-19 และได้รับชุดตรวจหาเชื้อโควิด-19 (ATK) จากแหล่งใด

ข้อเสนอแนะ

### หลักเกณฑ์การให้คะแนน

ส่วนที่ 2 ความรู้ ด้านการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ในแต่ละข้อมี 2 ตัวเลือก คือ ถูก ผิด โดยตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน โดยใช้เกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนนแบบอิงเกณฑ์ (Bloom, 1971)

คะแนนคิดเป็นร้อยละ	ค่าคะแนน	ระดับการประเมิน
ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป	10 - 12 คะแนน	มีความรู้ระดับดี
ตั้งแต่ร้อยละ 60 - 79	7 - 9 คะแนน	มีความรู้ระดับปานกลาง
น้อยกว่าร้อยละ 60	0 - 6 คะแนน	มีความรู้ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 ทศนคติ ด้านการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีคำถามทั้งหมด 10 ข้อ โดยมีคำถามด้านบวก 7 ข้อ และด้านลบ 3 ข้อ ซึ่งประกอบด้วยคำถามที่มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามแนวคิดของ Likert โดยให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบมากที่สุด คำตอบแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยที่สุด

#### ทัศนคติเชิงบวก

มากที่สุด	ให้คะแนน 5 คะแนน
มาก	ให้คะแนน 4 คะแนน
ปานกลาง	ให้คะแนน 3 คะแนน
น้อย	ให้คะแนน 2 คะแนน
น้อยที่สุด	ให้คะแนน 1 คะแนน

#### ทัศนคติเชิงลบ

มากที่สุด	ให้คะแนน 1 คะแนน
มาก	ให้คะแนน 2 คะแนน
ปานกลาง	ให้คะแนน 3 คะแนน
น้อย	ให้คะแนน 4 คะแนน
น้อยที่สุด	ให้คะแนน 5 คะแนน

ในการกำหนดเกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยเพื่อการแปลผลของแบบสอบถามที่เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ผู้วิจัยได้กำหนดแบบอิงเกณฑ์ ดังนี้ (ประคอง วรรณสุด, 2542)

คะแนนเฉลี่ย 4.21 - 5.00	หมายถึง	มีทัศนคติเชิงบวกมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 3.21 - 4.20	หมายถึง	มีทัศนคติเชิงบวกมาก
คะแนนเฉลี่ย 2.61 - 3.20	หมายถึงมี	มีทัศนคติเชิงบวกปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.81 - 2.60	หมายถึง	มีทัศนคติเชิงบวกน้อย
คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.80	หมายถึง	มีทัศนคติเชิงบวกน้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมด้านป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มีคำถามทั้งหมด 14 ข้อ ซึ่งประกอบด้วยคำถามที่มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามแนวคิดของ Likert โดยให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวในช่องที่ตรงกับพฤติกรรมของผู้ตอบมากที่สุด คำตอบแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย

ปฏิบัติทุกครั้ง	ให้คะแนน 3 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	ให้คะแนน 2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติเลย	ให้คะแนน 1 คะแนน

ในการกำหนดเกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยเพื่อการแปลผลของแบบสอบถามที่เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ผู้วิจัยได้กำหนดแบบอิงเกณฑ์ ดังนี้ (ประคอง วรรณสุด, 2542)

คะแนนเฉลี่ย 2.22 - 3.00	หมายถึง	มีพฤติกรรมดี
คะแนนเฉลี่ย 1.61 - 2.21	หมายถึง	มีพฤติกรรมปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.60	หมายถึง	มีพฤติกรรมน้อย

### 3.4.2 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

#### ระยะที่ 1

##### 1) ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยได้ส่งแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญเพื่อพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา จำนวน 3 ท่าน ซึ่งคำนวณจากความสอดคล้องระหว่างประเด็นที่ต้องการวัดกับข้อความที่สร้างขึ้น ดัชนีที่ใช้แสดงค่าความสอดคล้องเรียกว่า ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อความและวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index: IOC) โดยให้คะแนนระดับความสอดคล้อง(ริชย์ กาญจนวาสิ,2552) ดังนี้

1 = สอดคล้องกับวัตถุประสงค์

0 = ไม่แน่ใจว่าสอดคล้องกับวัตถุประสงค์

-1 = ไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์

สามารถคำนวณได้จากสูตร

$$IOC = \frac{\sum R}{n}$$

เมื่อ

R = ผลคูณของคะแนนกับจำนวนผู้เชี่ยวชาญในแต่ละระดับความสอดคล้อง

n = จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาพบทุกข้อมีดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อความและวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence Index: IOC) ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป ซึ่งจากการทำการวัดผลแบบสอบถามถูกตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงของเนื้อหา (content validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน นำมาหาค่าความสอดคล้อง เท่ากับ 1

##### 2) ค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

การทดสอบความน่าเชื่อถือ (Reliability) ของแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูล หลังจากผู้ศึกษาได้นำแบบสอบถามที่แก้ไขแล้วไปทำการทดสอบเบื้องต้น (Pretest) กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ชุด เพื่อตรวจสอบว่าคำถามในแต่ละข้อสามารถสื่อความหมายได้ตรงตามวัตถุประสงค์ของผู้วิจัยหรือไม่ โดยนำไปทดสอบด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ส่วนที่นำไปทดสอบหากมีค่าตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไปกล่าวได้ว่าเชื่อถือได้ค่อนข้างสูง ซึ่งจากการทำการวัดผลทำให้ได้ผลรวมทั้งชุดเท่ากับ 0.79 ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้นำแบบสอบถามที่ได้ไปเก็บรวบรวมข้อมูลตามจริง

### 3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย ดังนี้

3.5.1 ประสานผู้บริหารของหน่วยงานเพื่อขออนุญาต

3.5.2 ประสาน และชี้แจงวัตถุประสงค์ภาคีเครือข่ายผู้ร่วมดำเนินการและผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่

3.5.2 ชี้แจงทีมวิจัยเกี่ยวกับแนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน

3.5.3 ดำเนินการเก็บข้อมูลพร้อมทั้งตรวจสอบข้อมูล

3.5.4 นำเข้าข้อมูลในคอมพิวเตอร์เพื่อการวิเคราะห์ต่อไป



### 3.6. การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ดังนี้

- 1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 2) ค่าคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการกำหนดเกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยเพื่อการแปลผลของแบบสอบถามที่เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ผู้วิจัยได้กำหนดแบบอิงเกณฑ์ (Bloom, 1971)

## บทที่ 4 ผลการศึกษา

การศึกษาวิจัย เรื่อง “ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของประชาชนในชุมชนแออัด กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่ง เทศบาลนครขอนแก่น” โดยมีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์และบริบทการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) ในพื้นที่ชุมชนแออัด 2) เพื่อประเมินความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) ของประชาชนในพื้นที่ชุมชนแออัด โดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อแสดงผลการศึกษาค้นคว้า ผู้ศึกษาได้แบ่งการนำเสนอผลการศึกษาดังต่อไปนี้

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล
2. ความรู้ด้านการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
3. ทักษะ ด้านการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
4. พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
5. การเข้าถึงบริการ การรักษาและสาธารณสุข และข้อเสนอแนะ

### 4.1 คุณลักษณะส่วนบุคคล

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของประชาชนในพื้นที่ชุมชนแออัดของประชาชนชุมชนเทพารักษ์ 1 เทศบาลนครขอนแก่น จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล (จำนวน 130 คน) โดยมีรายละเอียดดังนี้

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	51	39.23
หญิง	79	60.77
อายุ		
15 – 29 ปี	42	32.31
30 – 44 ปี	26	20.00
45 – 59 ปี	44	33.85
60 ปีขึ้นไป	18	13.85
สถานภาพ		
โสด	48	36.92
สมรส	65	50.00
ม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	17	13.08

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียน	4	3.08
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	62	47.69
มัธยมศึกษาตอนต้น	36	27.69
มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือเทียบเท่า	24	18.46
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	1	0.77
ปริญญาตรี	3	2.31
สูงกว่าปริญญาตรี	0	0.00
การประกอบอาชีพ		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	0.77
ลูกจ้าง/พนักงานบริษัท	6	4.62
ผู้ประกอบการ/เจ้าของธุรกิจ	4	3.08
ค้าขายรายย่อย/อาชีพอิสระ	14	10.77
นักเรียน/นักศึกษา	11	8.46
รับจ้างทั่วไป	64	49.23
แม่บ้าน/พ่อบ้าน/เกษียณ	11	8.46
เกษตรกร/ประมง	0	0.00
ว่างงาน	15	11.54
อื่นๆ	4	3.08
ประวัติการเจ็บป่วยและโรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	88	67.69
โรคปอด และทางเดินหายใจเรื้อรัง	2	1.54
ไตเรื้อรัง	4	3.08
โรคหัวใจและหลอดเลือด (รวมโรคหัวใจแต่กำเนิด)	2	1.54
โรคเบาหวาน	13	10.00
โรคมะเร็งทุกชนิด	1	0.77
โรคอ้วน	3	2.31
โรคอื่นๆ	17	13.08
เป็นผู้ป่วยติดเตียง	0	0.00

จากตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามสถานภาพส่วนบุคคล พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 60.77 ซึ่งมีอายุอยู่ระหว่าง 45-59 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.85 รองลงมาอยู่ระหว่าง 15 - 29 ปี คิดเป็นร้อยละ 32.31 และอายุระหว่าง 30 - 44 ปี คิดเป็นร้อยละ 20.00) ตามลำดับ มีสถานภาพสมรสมากที่สุด (ร้อยละ 50.00) รองลงมา สถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 36.92 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ คือระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า คิดเป็นร้อยละ 47.69 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 27.69 และระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย หรือเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 18.46 สำหรับการประกอบอาชีพมากที่สุด คือ รับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 49.23 รองลงมา คือ ว่างงาน คิดเป็นร้อยละ 11.54 และค้าขายรายย่อย/อาชีพอิสระ คิดเป็นร้อยละ 10.77 ตามลำดับ และพบว่าส่วนใหญ่ ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 67.7

#### 4.2 ความรู้ด้านการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้านความรู้ด้านการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ประเด็น	ตอบถูก		ตอบผิด		Mean	S.D.
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
2.1 โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ติดต่อผ่านทาง การ ไอ จาม หรือสัมผัสน้ำมูก น้ำลาย	130	100	0	0	1.00	0.00
2.2 อาการสำคัญของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) คือ ไข้ ไอ เจ็บคอ น้ำมูกไหล หายใจเหนื่อย	130	100	0	0	1.00	0.00
2.3 ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จะมีเชื้ออยู่ในร่างกายตลอดชีวิต	82	63.08	48	36.92	0.63	0.48
2.4 น้ำยาฆ่าเชื้อที่สามารถฆ่าเชื้อโควิด 19 ต้องมีปริมาณแอลกอฮอล์อย่างน้อย 70% ขึ้นไป	106	90.60	11	9.40	0.88	0.32
2.5 ผู้ติดเชื้อโควิด 19 ที่ไม่แสดงอาการสามารถแพร่เชื้อให้ผู้อื่นได้	103	88.03	14	11.97	0.85	0.36
2.6 การกักตัวของผู้ที่ติดเชื้อโควิด-19 เป็นวิธีการลดการแพร่เชื้อโควิด-19	107	91.45	10	8.55	0.91	0.29
2.7 โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถแพร่เชื้อในอากาศได้เท่านั้น	74	63.25	43	36.75	0.62	0.49
2.8 การใส่หน้ากากอนามัยช่วยป้องกันไวรัสโคโรนาได้ 100%	79	60.77	51	39.23	0.61	0.49

ประเด็น	ตอบถูก		ตอบผิด		Mean	S.D.
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
2.9 ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทุกราย เมื่อรักษาหายแล้วจะมีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีภาวะหลังการติดเชื้อ (Long Covid)	84	64.62	46	35.38	0.65	0.48
2.10 การเว้นระยะห่างที่ปลอดภัยจากผู้อื่น (อย่างน้อย 1 เมตร) แม้ว่าผู้นั้นจะไม่ได้ป่วยก็ตาม	116	89.23	14	10.77	0.89	0.31
2.11 การล้างมืออย่างถูกวิธีต้องล้างด้วยสบู่ก่อนหรือสบู่เหลว ใช้เวลาในการฟอกมือนานประมาณ 15 วินาที	123	94.62	7	5.38	0.95	0.23
2.12 หลีกเลี่ยงการเข้าไปในพื้นที่แออัด หรือที่ชุมชนสาธารณะที่มีคนอยู่จำนวนมาก เพื่อลดความเสี่ยงในการติดโรค	124	95.38	6	4.62	0.95	0.21
<b>รวม</b>					<b>0.83</b>	<b>0.31</b>

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้ด้านการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) พบว่าผู้ตอบแบบสอบถาม มีความรู้มากที่สุดในประเด็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) ติดผ่านทาง การ ไอ จาม หรือสัมผัสน้ำมูก น้ำลาย และอาการสำคัญของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) คือ ไข้ ไอ เจ็บคอ น้ำมูกไหล หายใจเหนื่อย คิดเป็นร้อยละ 100 รองลงมาคือความรู้ประเด็นในการล้างมืออย่างถูกวิธีต้องล้างด้วยสบู่ก่อนหรือสบู่เหลว ใช้เวลาในการฟอกมือนานประมาณ 15 วินาที และหลีกเลี่ยงการเข้าไปในพื้นที่แออัด หรือที่ชุมชนสาธารณะที่มีคนอยู่จำนวนมาก เพื่อลดความเสี่ยงในการติดโรค คิดเป็นร้อยละ 94.87 และมีความรู้ในประเด็นการกักตัวของผู้ที่ติดเชื้อโควิด-19 เป็นวิธีการลดการแพร่เชื้อโควิด-19 คิดเป็นร้อยละ 91.45 ตามลำดับ พบว่าประชาชนในชุมชนแออัดผู้ตอบแบบสอบถาม ตอบคำถามในข้อที่ 2.8 ผิดเป็นส่วนใหญ่ คือประเด็นการใส่หน้ากากอนามัยช่วยป้องกันไวรัสโคโรนาได้ 100% คิดเป็นร้อยละ 60.68

ทั้งนี้พบว่า ความรู้ด้านการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ อยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.83 และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.31 โดยมี (คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป) จำนวน 83 คิดเป็นร้อยละ 63.85 มีความรู้ในระดับปานกลาง (คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79) จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 32.31 และมีความรู้ระดับต่ำ (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 59) จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 3.85 ตามลำดับ

### 4.3 ทักษะด้านการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและความหมายของทักษะด้านการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ประเด็นการประเมิน ความต้องการจำเป็น	ระดับความต้องการจำเป็น (n=130)					$\bar{X}$	S.D.	ความหมาย
	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด			
1. มาตรการป้องกันโรค ถ้าเราไม่ทำ แต่คนอื่นๆ ทำ เดียวโรคนี้ก็จะสงบ ไปเอง	63 (48.5)	38 (29.2)	16 (12.3)	8 (6.2)	5 (3.8)	4.12	1.09	ทัศนคติเชิง บวกมาก
2. การฉีดวัคซีนมีความ ปลอดภัย และเป็นการ ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 ที่ดีที่สุด	3 (2.3)	9 (6.9)	53 (40.8)	41 (31.5)	24 (18.5)	3.57	0.95	ทัศนคติเชิง บวกมาก
3. ผู้ที่ติดเชื้อไวรัสโคโร นา 2019 เป็นบุคคลที่ น่ารังเกียจไม่รับผิชอบ ต่อสังคม และไม่ควรรคบ หาสมาคมด้วย	57 (43.8)	33 (25.4)	28 (21.5)	7 (5.4)	5 (3.8)	4.00	1.11	ทัศนคติเชิง บวกมาก
4. โรคติดเชื้อไวรัสโคโร นา 2019 เป็นโรคติดต่อ ร้ายแรง ทำให้ตายได้	5 (3.8)	5 (3.8)	24 (18.5)	61 (46.9)	35 (26.9)	3.89	0.97	ทัศนคติเชิง บวกมาก
5. การล้างมือบ่อย ๆ ช่วยป้องกันการติดโควิด 19	20 (15.4)	4 (3.1)	23 (17.7)	44 (33.8)	39 (30.0)	3.60	1.36	ทัศนคติเชิง บวกมาก
6. โรคติดเชื้อไวรัสโคโร นา 2019 เป็นโรคติดต่อ ที่ส่งผลกระทบต่อทาง เศรษฐกิจ	8 (6.2)	3 (2.3)	16 (12.3)	58 (44.6)	45 (34.6)	3.99	1.06	ทัศนคติเชิง บวกมาก
7. สถานการณ์ระบาดของ โควิด 19 ทำให้ ต้อง ปรับตัว และใช้ชีวิตตาม วิถีแบบใหม่	5 (3.8)	4 (3.1)	16 (12.3)	62 (47.7)	43 (33.1)	4.03	0.96	ทัศนคติเชิง บวกมาก
8. คนที่ติดเชื้อไวรัสโคโร นา 2019 แล้ว จะมี ภูมิคุ้มกันตลอดชีวิต	53 (40.8)	13 (10.0)	32 (24.6)	17 (13.1)	15 (11.5)	3.55	1.43	ทัศนคติเชิง บวกมาก

ประเด็นการประเมิน ความต้องการจำเป็น	ระดับความต้องการจำเป็น (n=130)					$\bar{X}$	S.D.	ความหมาย
	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด			
9. ขยะจากผู้ติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 ถือว่าเป็น ขยะติดเชื้อ ต้องทิ้งใส่ใน ถุงพลาสติกสองชั้น ราด น้ำยาฆ่าเชื้อแล้วมัดปาก ถุงให้แน่นจากนั้นพ่น น้ำยาฆ่าเชื้อก่อนทิ้ง	6 (4.6)	9 (6.9)	22 (16.9)	59 (45.4)	34 (26.2)	3.82	1.05	ทัศนคติเชิง บวกมาก
10. โรคติดเชื้อไวรัสโคโร นา 2019 เป็นเชื้อโรคที่ สามารถกลายพันธุ์ได้ถ้า ทุกคนร่วมมือปฏิบัติตาม มาตรการป้องกันโรคจะ สามารถควบคุมโรคนี้ได้	7 (5.4)	2 (1.5)	14 (10.8)	53 (40.8)	54 (41.5)	4.12	1.03	ทัศนคติเชิง บวกมาก
<b>รวมทั้งหมด</b>						<b>3.87</b>	<b>1.10</b>	<b>ทัศนคติเชิง บวกมาก</b>

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีทัศนคติด้านการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยรวมอยู่ในระดับมีทัศนคติเชิงบวกมาก โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.87 ในประเด็นต่าง ๆ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีทัศนคติประเด็น มาตรการป้องกันโรค ถ้าเราไม่ทำ แต่คนอื่น ๆ ทำ เดียวโรคนี้ก็จะสงบไปเอง และประเด็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นเชื้อโรคที่สามารถกลายพันธุ์ได้ถ้าทุกคนร่วมมือปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคจะสามารถควบคุมโรคนี้ได้ มากที่สุด อยู่ในระดับมีทัศนคติเชิงบวกมาก โดยมีค่าเฉลี่ย อยู่ที่ 4.12 รองลงมาคือ สถานการณ์ระบาดของโควิด 19 ทำให้ต้องปรับตัว และใช้ชีวิตตามวิถีแบบใหม่ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีทัศนคติเชิงบวก โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.03 และในประเด็นผู้ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นบุคคลที่น่ารังเกียจไม่รับผิดชอบต่อสังคม และไม่ควรถูกหาสมาคมด้วย พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีทัศนคติเชิงบวก โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 4.00 สำหรับประเด็น คนที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แล้ว จะมีภูมิคุ้มกันตลอดชีวิต พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีทัศนคติน้อยที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.55 อยู่ในระดับมีทัศนคติเชิงบวกมาก ประเด็นการฉีดวัคซีนมีความปลอดภัย และเป็นการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ดีที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.57 อยู่ในระดับมีทัศนคติเชิงบวกมาก และการล้างมือบ่อย ๆ ช่วยป้องกันการติดโควิด 19 โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.60 อยู่ในระดับมีทัศนคติเชิงบวกมาก ตามลำดับ

#### 4.4 พฤติกรรมด้านการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ตารางที่ 4 แสดงจำนวน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและความหมายของพฤติกรรมด้านการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ประเด็น	ระดับของการปฏิบัติ			$\bar{X}$	S.D.	ความหมาย
	ทุกครั้ง	บางครั้ง	ไม่เคยเลย			
4.1 การสวมใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลา						
4.1.1 เมื่ออยู่ในบ้าน	16(12.3)	101(77.7)	13(10.0)	2.02	0.47	พฤติกรรมปานกลาง
4.1.2 เมื่ออยู่นอกบ้าน	111(85.4)	18(13.8)	1(0.8)	2.85	0.38	พฤติกรรมดี
4.2 การล้างมือด้วยสบู่กับน้ำเมื่อเห็นว่ามีมือสกปรก หรือถูมือด้วยเจลแอลกอฮอล์	92(70.8)	38(29.2)	0	2.71	0.46	พฤติกรรมดี
4.3 การรับประทานอาหารร่วมกัน (มากกว่า 2 คนขึ้นไป)	50(38.5)	77(59.2)	3(2.3)	2.36	0.53	พฤติกรรมดี
4.4 การเว้นระยะห่าง 1-2 เมตร เมื่อมีการพบปะพูดคุยกับบุคคลอื่น	62(47.7)	66(50.8)	2(1.5)	2.46	0.53	พฤติกรรมดี
4.5 การวัดอุณหภูมิตามสถานที่ที่มีการจัดตั้งเครื่องวัดอุณหภูมิไว้	91(70.0)	38(29.2)	1(0.8)	2.69	0.48	พฤติกรรมดี
4.6 ตรวจวัดอุณหภูมิ และตรวจหาเชื้อโควิด 19 ในกรณีที่มีอาการเข้าข่าย	78(60.0)	50(38.5)	2(1.5)	1.58	0.53	พฤติกรรมน้อย
4.6 อาบน้ำชำระล้างทันทีเมื่อกลับถึงบ้าน	73(56.2)	51(39.2)	6(4.6)	2.52	0.59	พฤติกรรมดี
4.7 เข้าไปในพื้นที่ที่มีคนหนาแน่น เช่น						
4.7.1 งานบุญ งานบวช งานศพ	14(10.8)	51(39.2)	65(50.0)	2.38	0.68	พฤติกรรมดี
4.7.2 ตลาด ห้างสรรพสินค้า	37(28.5)	71(54.6)	22(16.9)	1.88	0.67	พฤติกรรมปานกลาง
4.7.3 สถานบันเทิง	8(6.2)	33(25.4)	89(68.5)	2.62	0.60	พฤติกรรมดี
4.8 ไอ/จามหันหน้าออกจากผู้คน และใช้ผ้าหรือกระดาษปิดปาก	101(77.7)	23(17.7)	6(4.6)	2.73	0.54	พฤติกรรมดี



ประเด็น	ระดับของการปฏิบัติ			$\bar{x}$	S.D.	ความหมาย
	ทุกครั้ง	บางครั้ง	ไม่เคยเลย			
4.9 ทำความสะอาดพื้นผิวที่ท่านใช้ เช่น ลูกบิด โต๊ะทำงาน ของใช้ต่างๆ	49(37.7)	73(56.2)	8(6.2)	2.32	0.58	พฤติกรรมดี
4.10 สแกนแอปไทยชนะ (Thai Cha na) ทุกครั้งที่เดินทางไปยังสถานที่ต่างๆ	28(21.5)	39(30.0)	63(48.5)	1.73	0.80	พฤติกรรมปานกลาง
<b>รวม</b>				<b>2.28</b>	<b>0.64</b>	<b>พฤติกรรมดี</b>

จากตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล (COVID-19) พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามทัศนคติมีพฤติกรรมด้านการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยรวมอยู่ในระดับมีพฤติกรรมดี โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 2.28 ในประเด็นต่าง ๆ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีพฤติกรรมประเด็น การสวมใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลาเมื่ออยู่นอกบ้าน มากที่สุด อยู่ในระดับมีพฤติกรรมดี โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 2.85 รองลงมาคือประเด็น ไอ/จามหันหน้าออกจากผู้คน และใช้ผ้าหรือกระดาษปิดปาก อยู่ในระดับมีพฤติกรรมดี โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 2.73 และประเด็น การล้างมือด้วยสบู่กับน้ำเมื่อเห็นว่ามือสกปรก หรือถูมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ อยู่ในระดับมีพฤติกรรมดี โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 2.71 สำหรับประเด็น ตรวจวัดอุณหภูมิและตรวจหาเชื้อโควิด 19 ในกรณีที่มีอาการเข้าข่าย พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีพฤติกรรมน้อยที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 1.58 อยู่ในระดับมีพฤติกรรมน้อย รองลงมาคือประเด็น สแกนแอปไทยชนะ (Thai Cha na) ทุกครั้งที่เดินทางไปยังสถานที่ต่างๆ อยู่ในระดับมีพฤติกรรมปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 1.73 และประเด็น เข้าไปในพื้นที่ที่มีคนหนาแน่น เช่น ตลาด ห้างสรรพสินค้า อยู่ในระดับมีพฤติกรรมปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 1.88 ตามลำดับ

## 4.5 การเข้าถึงบริการ การรักษา และสาธารณสุข

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละ การเข้าถึงบริการ การรักษา และสาธารณสุข

การเข้าถึงบริการ การรักษา และสาธารณสุข	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การได้รับวัคซีน		
ไม่ได้รับ	28	21.54
ได้รับเข็มที่ 1	12	9.23
ได้รับเข็มที่ 2	69	53.08
ได้รับเข็มที่ 3	19	14.62
ได้รับเข็มที่ 4	2	1.54
ประวัติการตรวจเชื้อโควิด-19		
ไม่เคยตรวจ	14	10.77
ตรวจไม่พบเชื้อ	53	40.77
ตรวจพบเชื้อ	63	48.46
กรณีพบเชื้อ		
ติดต่ออสม.	36	57.14
สถานพยาบาลตามสิทธิรักษา	22	34.92
อื่นๆ	5	7.94
ได้รับชุดตรวจหาเชื้อโควิด 19 (ATK) จากแหล่งใด		
สนับสนุนจากชุมชน	3	2.31
การตรวจคัดกรองเชิงรุกจากเจ้าหน้าที่รัฐ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	67	51.54
ร้านขายยาใกล้บ้าน	40	30.77
อื่นๆ	20	15.38

จากตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล การเข้าถึงบริการ การรักษา และสาธารณสุข

การได้รับวัคซีนของประชาชนในชุมชนแออัดเทพารักษ์ 1 เทศบาลนครขอนแก่น พบว่าผู้ตอบแบบสอบถาม ได้รับวัคซีนเข็มที่ 1 จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 9.23 ได้รับวัคซีนเข็มที่ 2 จำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 53.08 ได้รับเข็มที่ 3 จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 14.62 ได้รับวัคซีนเข็มที่ 4 จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.54 และไม่ได้รับวัคซีน จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 21.54 ตามลำดับ

ประวัติการตรวจเชื้อโควิด-19 พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีการตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) จำนวน 116 คน ผลการตรวจพบเชื้อ จำนวน 63 คน คิดเป็นร้อยละ 48.46 ตรวจไม่พบเชื้อ 53 คน คิดเป็นร้อยละ 40.77 และไม่เคยตรวจหาเชื้อ จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 10.77 ตามลำดับ

ในกรณีพบเชื้อ พบว่าส่วนใหญ่ ติดต่ออสม. จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 57.14 รองลงมาติดต่อสถานพยาบาลตามสิทธิรักษา จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 34.92 และอื่นๆ เช่นรักษาตัวเองที่บ้าน

จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 7.94 ซึ่งพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ได้รับชุดตรวจหาเชื้อโควิด 19 (ATK) จากการตรวจคัดกรองเชิงรุกจากเจ้าหน้าที่รัฐและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 51.54 ซื้อจากร้านขายยาใกล้บ้าน จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 30.77 และได้รับสนับสนุนจากชุมชน จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 2.31 ตามลำดับ

## บทที่ 5

### สรุปผล อภิปรายผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) ของประชาชนในชุมชนแออัด กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่ง เทศบาลนครขอนแก่น

#### 5.1 สรุปผลการศึกษา

##### 5.1.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์และบริบทการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) ในพื้นที่ชุมชนแออัด
- 2) ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม การป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) ในพื้นที่ชุมชนแออัด

##### 5.1.2 วิธีดำเนินการวิจัย

###### 5.1.2.1 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

- 1) ประชาชนอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในชุมชนเทศบาลฯ 1 อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 120 คน

###### 5.1.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนเขตเมือง เป็นคำถามแบบปลายปิด และแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale)

###### 5.1.2.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1) ประสานผู้บริหารของหน่วยงานเพื่อขออนุญาต
- 2) ประสาน และชี้แจงวัตถุประสงค์ภาคีเครือข่ายผู้ร่วมดำเนินการและผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่
- 3) ชี้แจงทีมวิจัยเกี่ยวกับแนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน
- 4) ดำเนินการเก็บข้อมูลพร้อมทั้งตรวจสอบข้อมูล

###### 5.1.2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

##### 5.1.3 สรุปผล

ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) ของประชาชนในพื้นที่ชุมชนแออัด สรุปผลดังนี้

5.1.3.1 ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 60.77 ซึ่งมีอายุอยู่ระหว่าง 45-59 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.85 มีสถานภาพสมรสมากที่สุด ร้อยละ 50.00 รองลงมาคือ สถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 36.92 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า คิดเป็นร้อยละ 47.69 การประกอบอาชีพมากที่สุด คือ รับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 49.23 และพบว่าส่วนใหญ่ ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 67.7

5.1.3.2 ผู้ตอบแบบสอบถาม มีความรู้ด้านการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) ภาพรวมทั้งหมดอยู่ในระดับสูง (คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป) คิดเป็นร้อยละ 63.85

5.1.3.3 ผู้ตอบแบบสอบถามมีทัศนคติด้านการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) ภาพรวมทั้งหมดอยู่ในระดับเชิงบวกมาก โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 3.87

5.1.3.4 ผู้ตอบแบบสอบถามมีพฤติกรรมด้านการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) ภาพรวมทั้งหมดอยู่ในระดับ มีพฤติกรรมดี โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 2.28

5.1.3.5 การเข้าถึงบริการ การรักษา และสาธารณสุข ผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนใหญ่ ได้รับวัคซีนเข็มที่ 2 ร้อยละ 53.08 มากที่สุด รองลงมาได้รับเข็มที่ 3 ร้อยละ 14.62 ได้รับวัคซีนเข็มที่ 1 ร้อยละ 9.23 ได้รับวัคซีนเข็มที่ 4 ร้อยละ 1.54 และไม่ได้รับวัคซีน ร้อยละ 21.54 ในส่วนของประวัติการตรวจเชื้อโควิด-19 พบว่าส่วนใหญ่มีการตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) ผลการตรวจพบเชื้อ คิดเป็นร้อยละ 48.46 ตรวจไม่พบเชื้อ ร้อยละ 40.77 และไม่เคยตรวจหาเชื้อ ร้อยละ 10.77 กรณีพบเชื้อ พบว่าส่วนใหญ่ ติดต่ออสม. ร้อยละ 57.14 ติดต่อสถานพยาบาลตามสิทธิรักษา ร้อยละ 34.92 และอื่นๆ เช่นรักษาตัวเองที่บ้าน ร้อยละ 7.94 และส่วนใหญ่ได้รับชุดตรวจหาเชื้อโควิด 19 (ATK) จากการตรวจคัดกรองเชิงรุกจากเจ้าหน้าที่รัฐและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 51.54 ซื้อจากร้านขายยาใกล้บ้าน ร้อยละ 30.77 และได้รับสนับสนุนจากชุมชน ร้อยละ 2.31

## 5.2 อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ความรู้ด้านการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อยู่ในระดับสูง ผลมาจากการให้ข้อมูลข่าวสารจากศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศบค.) ที่ได้ให้ข้อมูลข่าวสารในทุกช่องทาง รวมถึงข้อมูลข่าวสารในชุมชนจากอสม. ผู้นำชุมชน หรือนโยบายระดับชาติจากกระทรวงสาธารณสุข ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติเกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของประชาชนในประเทศมาเลเซีย (Azlan, Hamzah, Sern, Ayub, & Mohamad, 2020) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 โรคอยู่ในระดับสูง โดยตอบคำถามได้ถูกต้องร้อยละ 82.76 และเมื่อพิจารณาในรายข้อพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อย ได้แก่ ใส่หน้ากากอนามัยช่วยป้องกันไวรัสโคโรนาได้ 100% โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถแพร่เชื้อในอากาศได้เท่านั้น ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) จะมีเชื้ออยู่ในร่างกายตลอดชีวิต และผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทุกราย เมื่อรักษาหายแล้วจะมีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีภาวะหลังการติดเชื้อ (Long Covid) แสดงให้เห็นว่าประชาชน ยังมีความรู้ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง หรือหากประชาชนยังไม่ทราบ อาจมีผลกระทบต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรค และสุขภาพในระยะยาว ดังนั้นการให้ความรู้แก่ประชาชน ควรเน้นย้ำในเรื่องดังกล่าวให้มากขึ้น

ด้านทัศนคติการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) กลุ่มตัวอย่าง มีทัศนคติด้านการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในเชิงบวกมาก โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นเชื้อโรคที่สามารถกลายพันธุ์ได้ ถ้าทุกคนร่วมมือปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคจะสามารถควบคุมโรคนี้ได้ และมาตรการป้องกันโรค ถ้าเราไม่ทำ แต่คนอื่นทำ เดียวโรคนี้ก็จะสงบไปเอง ข้อมูลสนับสนุนส่วนหนึ่งเกิดจากประเทศไทยมีเกณฑ์การพิจารณาตามระดับความรุนแรงของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับประเทศ มาตรการ ข้อสั่งการ ประกาศจังหวัด รวมถึงมาตรการการบังคับใช้กฎหมาย เพื่อควบคุมสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ครอบคลุมทุกด้าน จึงทำให้ประชาชนมีทัศนคติเชิงบวกต่อการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของประชาชนในเขตอำเภออุทอง จังหวัดสุพรรณบุรี (ณัฐวรรณ คำแสน, 2564) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 83. มั่นใจว่าในที่สุดแล้วโรคติดเชื้อไวรัสโควิด - 19 จะถูกควบคุมได้

ด้านพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของประชาชนอยู่ในระดับดี และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่ประชาชนปฏิบัติมากที่สุด ได้แก่สวมใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลาทุกครั้งเมื่ออยู่นอกบ้าน และไอ/จามหันหน้าออกจากผู้คน และใช้ผ้าหรือกระดาษปิด

ปาก ซึ่งเป็นไปตามแนวทางปฏิบัติที่กระทรวงสาธารณสุขแนะนำให้ใช้ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยเน้นย้ำให้ประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงปฏิบัติตามมาตรการ D-M-H-T-T อย่างเคร่งครัด ได้แก่การเว้นระยะห่างกับคนอื่นอย่างน้อย 1-2 เมตร สวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยเพื่อลดการฟุ้งกระจายของละอองฝอย ล้างมือบ่อยๆ ทั้งน้ำสบู่ และเจลแอลกอฮอล์ฆ่าเชื้อ ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายสม่ำเสมอ สแกนแอปไทยชนะ ทุกครั้งที่เดินทางไปสถานที่ต่างๆ และโหลดแอปหมอชนะพร้อมลงทะเบียนหากทำได้ เพื่อให้ทราบความเสี่ยงติดเชื้อโรคของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาการศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ของประชาชนในเขตอำเภออุทุมพร จังหวัดสุพรรณบุรี (ณัฐวรรณ คำแสน, 2564) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 99.80 สวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้านทุกครั้ง

#### **การเข้าถึงบริการ การรักษา และสาธารณสุข**

ด้านวัคซีน กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 53.08 ได้รับวัคซีนเข็มที่ 2 มากที่สุด เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) มีการแพร่ระบาดอย่างต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน และอาการ ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19 รวมถึงข้อมูลประสิทธิภาพของวัคซีน ทำให้ประชาชนตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) เนื่องจากวัคซีนเป็น ตัวช่วยในการป้องกันความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นจากการติดเชื้อ สามารถบรรเทาความรุนแรงของอาการป่วย ลดอัตราการเสียชีวิต และเพื่อปกป้องและดูแลระบบสาธารณสุขตลอดจนดูแลระบบเศรษฐกิจและสังคมภายในประเทศทั้งภาคการท่องเที่ยวและภาคอุตสาหกรรม

ด้านการเข้าถึงบริการ การรักษาและสาธารณสุข ผลการศึกษาพบว่าระหว่างมีสถานการณ์แพร่ระบาดในชุมชน

การรับบริการวัคซีน โดยผู้นำชุมชนและ อสม. ให้บริการจัดหา/เช่ารถยนต์ บริการนำส่งประชาชนในชุมชน ในการเข้ารับบริการวัคซีน ชุมชนมีการประสานและใช้บริการวัคซีน 4 แห่ง ได้แก่ ศูนย์แพทย์หนองแวง ศูนย์ประชุมนานาชาติไคซ์ ห้างสรรพสินค้าเซ็นทรัลพลาซ่า ขอนแก่น และห้างสรรพสินค้าแฟรี่พลาซ่า ซึ่งได้รับบริการวัคซีนอย่างเพียงพอ สะดวก รวดเร็ว และปลอดภัย

การคัดกรองค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก (Active case finding) ในชุมชน ตรวจหาเชื้อด้วย RT-PCR จากศูนย์แพทย์มิตรภาพร่วมกับทีมควบคุมโรคโรงพยาบาลขอนแก่น ทีมฝ่ายป้องกันและควบคุมโรค เทศบาลนครขอนแก่น และโรงพยาบาลค่ายศรีพัชรินทร์

สำหรับการรักษาผู้ป่วย COVID-19 ในชุมชน ที่มีอาการรุนแรงนำส่งรักษาที่โรงพยาบาล หากอาการไม่รุนแรงอาจแยกกักตัวที่บ้าน (home isolation) หรือเข้ารับการแยกกักในชุมชน (community isolation) ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการมากขึ้นได้ แจ้งอสม. เป็นผู้ดำเนินการประสานเจ้าหน้าที่ เพื่อรับการตรวจประเมินให้ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม หากมีอาการรุนแรงนำส่งโรงพยาบาล เพื่อเข้ารับการรักษาต่อไป

กรณีประชาชนในชุมชนตรวจ ATK ด้วยตนเอง พบเชื้อ จะติดต่ออสม. เพื่อขอคำแนะนำก่อนเข้ารับการรักษาตามสิทธิ์

### 5.3 ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากข้อมูลผลการศึกษารายใหญ่ประชาชนมีความรู้ด้านการป้องกันควบคุมโรคค่อนข้างดีแต่มีบางประเด็นที่ยังมีความเข้าใจไม่ถูกต้องในประเด็นการใส่หน้ากากอนามัยช่วยป้องกันไวรัสโคโรนาได้ 100% การติดต่อของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภาวะหลังการติดเชื้อ (Long Covid) ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขของเทศบาลนครและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องควรสะท้อนข้อมูลดังกล่าวให้กับแกนนำชุมชนเพื่อเสริมความรู้และความเข้าใจให้ถูกต้องมากขึ้น
2. บุคลากรสาธารณสุขและผู้ที่เกี่ยวข้อง ควรให้ความสำคัญและสื่อสารประชาสัมพันธ์ เน้นย้ำให้ประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงปฏิบัติตามมาตรการ D-M-H-T-T อย่างเคร่งครัด การเรียนรู้วิถีชีวิตใหม่เพื่อป้องกันตนเองและผู้อื่น ดำเนินชีวิตเป็นปกติบนพื้นฐาน New normal
3. ศูนย์วิชาการควรร่วมกันจัดทำคู่มือหลักสูตรและพัฒนาทักษะแกนนำชุมชนเพื่อสร้างให้แกนนำมีความสามารถในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคในชุมชนเป็นแกนกลางในการเผยแพร่ข้อมูลที่ถูกต้องให้กับประชาชนในชุมชน
4. ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่และผู้เกี่ยวข้องของเทศบาลนครขอนแก่น ควรให้ความสำคัญในการกระตุ้นให้ประชาชนได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้น เพื่อให้เกิดภูมิคุ้มกันในชุมชน ลดความรุนแรงหากเกิดการระบาดและป้องกันการพัฒนาไปสู่ภาวะอาการ Long COVID

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในอนาคต

ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพถึงวิถีชีวิตของประชาชนในชุมชนแออัดในระยะของการก้าวสู่โรคประจำถิ่น

## เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2565). รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ฉบับที่ 731 วันที่ 7 มกราคม 2565 สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/situation.php>
- เดชา สังขวรรณ และรุ่งนภา เทพภาพ. ปัญหาคนจนเมืองในชุมชนแออัด : องค์ความรู้และกระบวนการขับเคลื่อน เปรียบเทียบประเทศไทย และประเทศเกาหลี [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 22 เมษายน 2563]. เข้าถึงได้จาก : [www.asia.tu.ac.th/journal/EA\\_Journal15\\_1/A3.pdf](http://www.asia.tu.ac.th/journal/EA_Journal15_1/A3.pdf)
- กองนโยบายและแผนงาน สำนักการวางผังและพัฒนาเมือง. สถิติข้อมูลชุมชนในเขตกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2561. กรุงเทพมหานคร; กันยายน 2561.
- การเคหะแห่งชาติ. (2564). รายงานสรุปชุมชนผู้มีรายได้น้อยทั่วประเทศ (โครงการปรับปรุงและพัฒนาข้อมูลสารสนเทศและบริการเผยแพร่ ปีงบประมาณ 2562). สืบค้นจาก <https://opendata.nesdc.go.th/dataset/nationwide-low-income-communities-summary-report>
- ฝ่ายป้องกันและควบคุมโรค สำนักสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลนครขอนแก่น. (2565) สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) ในชุมชนแออัดเทพารักษ์ 1 ฝั่งสุวรรณ คำแสน (2564) การศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา -19 ของประชาชนในเขตอำเภออุ้มผาง จังหวัดสุพรรณบุรี (ฝั่งสุวรรณ คำแสน, 2564) วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี, 4 (1), 45-46
- Azlan, A. A., Hamzah, M. R., Sern, T. J., Ayub, S. H., & Mohamad, E. (2020). Public knowledge, attitudes and practices towards COVID-19: A cross-sectional study in Malaysia. PLOS ONE, 15(5), e0233668. doi: 10.1371/journal.pone.0233668.



## ภาคผนวก

## ภาคผนวก 1 แบบฟอร์มแบบสอบถาม

แบบสำรวจความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนเขตเมือง

ประเภทชุมชน.....ชื่อชุมชน.....วันที่.....ลำดับที่.....

## ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล

## 1.1 ข้อมูลทั่วไป

- 1) เพศ  1.ชาย  2.หญิง
- 2) อายุ  1. 15 - 29 ปี  2. 30 - 44 ปี  3. 45 - 59 ปี  
 4. 60 ปี ขึ้นไป
- 3) สถานภาพ  1. โสด  2. สมรส  3. ม่าย / หย่า / แยกกันอยู่
- 4) ระดับการศึกษาสูงสุด  
 1. ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า / ไม่ได้เรียน  2. มัธยมศึกษาตอนต้น  
 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือเทียบเท่า  4. อนุปริญญาหรือเทียบเท่า  
 5. ปริญญาตรี  6. สูงกว่าปริญญาตรี
- 5) การประกอบอาชีพ  
 1. รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ  2. ลูกจ้าง / พนักงานบริษัท  
 3. ผู้ประกอบการ / เจ้าของธุรกิจ  4. ค้าขายรายย่อย / อาชีพอิสระ  
 5. นักเรียน / นักศึกษา  6. รับจ้างทั่วไป  
 7. แม่บ้าน / พ่อบ้าน / เกษียณ  8. เกษตรกร / ประมง  
 9. ว่างาน  10. อื่น ๆ (ระบุ).....

## 1.2 ประวัติการเจ็บป่วยและโรคประจำตัว

<input type="checkbox"/> 1. ไม่มีโรคประจำตัว		<input type="checkbox"/> 2. มีโรคประจำตัว (ใส่เครื่องหมาย ✓ ตามหัวข้อด้านล่าง)	
1	<input type="checkbox"/> โรคปอด และโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง		
2	<input type="checkbox"/> โรคไตเรื้อรัง		
3	<input type="checkbox"/> โรคหัวใจและหลอดเลือด (รวมโรคหัวใจแต่กำเนิด)		
4	<input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน		
5	<input type="checkbox"/> โรคเมเร็งทุกชนิด		
6	<input type="checkbox"/> โรคอ้วน (ผู้ที่มีน้ำหนักเกิน 90 กก. หรือ BMI เกิน 30) (นน. ....กิโลกรัม/ ส่วนสูง.....เซ็นติเมตร)		
7	<input type="checkbox"/> โรคอื่นๆ <input type="checkbox"/> เอดส์ <input type="checkbox"/> ภูมิคุ้มกันต่ำ <input type="checkbox"/> โรคตับ <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ.....		
8	<input type="checkbox"/> เป็นผู้ป่วยติดเตียง		

ส่วนที่ 2 ความรู้ด้านการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ประเด็น	ระดับความรู้	
	ใช่	ไม่ใช่
2.1 โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) ติดต่อผ่านทาง การ ไอ จาม หรือสัมผัส น้ำมูก น้ำลาย		
2.2 ลักษณะอาการของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) คือ ไข้ ไอ เจ็บคอ น้ำมูกไหล หายใจเหนื่อย		
2.3 ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) จะมีเชื้ออยู่ในร่างกายตลอดชีวิต		
2.4 ผลิตภัณฑ์ที่สามารถฆ่าเชื้อโควิด 19 ต้องมีปริมาณแอลกอฮอล์อย่างน้อย 70% ขึ้นไป		
2.5 ผู้ติดเชื้อโควิด 19 ที่ไม่แสดงอาการ สามารถแพร่เชื้อให้ผู้อื่นได้		
2.6 การกักตัวและการรักษา ผู้ที่ติดเชื้อโควิด-19 เป็นวิธีการลดการแพร่เชื้อโควิด-19		
2.7 โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถแพร่เชื้อในอากาศได้เท่านั้น		
2.8 ใส่หน้ากากอนามัยช่วยป้องกันไวรัสโคโรนาได้ 100%		
2.9 ผู้ติดเชื้อเมื่อรักษาหายแล้วจะมีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีภาวะหลังการติดเชื้อ (Long Covid)		
2.10 รักษาระยะห่างที่ปลอดภัยจากผู้อื่น (อย่างน้อย 1 เมตร) แม้ว่าผู้อื่นจะไม่ได้ป่วยก็ตาม		
2.11 การล้างมืออย่างถูกวิธีต้องล้างด้วยสบู่ก่อนหรือสบู่เหลว ใช้เวลาในการฟอกมือนานประมาณ 15 วินาที		
2.12 หลีกเลี่ยงการเข้าไปในพื้นที่แออัด หรือที่ชุมชนสาธารณะที่มีคนอยู่จำนวนมาก เพื่อลดความเสี่ยงในการติดโรค		

## ส่วนที่ 3 ทศนคติ ด้านการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ประเด็น	ระดับความคิดเห็น				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
3.1 มาตรการป้องกันโรค ถ้าเราไม่ทำแต่คนอื่น ๆ ทำ เดียวโรคนี้ก็จะสงบไปเอง					
3.2 การฉีดวัคซีนมีความปลอดภัย และเป็นการป้องกันโรคโรคเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ดีที่สุด					
3.3 ผู้ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นบุคคลที่น่ารังเกียจ ไม่รับผิดชอบต่อสังคมและไม่ควรคบหาสมาคมด้วย					
3.4 โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่อร้ายแรง ทำให้ตายได้					
3.5 การล้างมือบ่อย ๆ ช่วยป้องกันการติดเชื้อโควิด 19					
3.6 โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่อที่ส่งผลกระทบต่อทางเศรษฐกิจ					
3.7 สถานการณ์ระบาดของโควิด 19 ทำให้ ต้องปรับตัว และใช้ชีวิตตามวิถีแบบใหม่					
3.8 คนที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แล้ว จะมีภูมิคุ้มกันตลอดชีวิต					
3.9 ขยะจากผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ถือว่าเป็นขยะติดเชื้อ ต้องทิ้งใส่ในถุงพลาสติกสองชั้น ราดน้ำยาฆ่าเชื้อแล้วมัดปากถุงให้แน่นจากนั้นพ่นน้ำยาฆ่าเชื้อก่อนทิ้ง					
3.10 โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นเชื้อโรคที่สามารถกลายพันธุ์ได้ถ้าทุกคนร่วมมือปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคจะสามารถควบคุมโรคนี้ได้					

**ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)**

ประเด็น	ระดับของการปฏิบัติ		
	ทุกครั้ง	บางครั้ง	ไม่เคยเลย
4.1 การสวมใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลา			
4.1.1 เมื่ออยู่ในบ้าน			
4.1.2 เมื่ออยู่นอกบ้าน			
4.2 การล้างมือด้วยแอลกอฮอล์/สารต่างๆที่ทำความสะอาด			
4.3 การรับประทานอาหารร่วมกัน (มากกว่า 2 คนขึ้นไป)			
4.4 การเว้นระยะห่าง 2 เมตร เมื่อมีการพบปะพูดคุยกับบุคคลอื่น			
4.5 มีการวัดอุณหภูมิตามสถานที่ ที่มีการจัดตั้งเครื่องวัดอุณหภูมิไว้			
4.6 ตรวจวัดอุณหภูมิและตรวจหาเชื้อโควิด 19 ในกรณีที่มีอาการเข้าข่าย			
4.6 อาบน้ำชำระล้างทันทีเมื่อกลับถึงบ้าน			
4.7 เข้าไปในพื้นที่ที่มีคนหนาแน่น เช่น			
4.7.1 งานบุญ งานบวช งานศพ			
4.7.2 ตลาด ห้างสรรพสินค้า			
4.7.3 สถานบันเทิง			
4.8 ไอ/จามหันหน้าออกจากผู้คน และใช้ผ้าหรือกระดาษปิดปาก			
4.9 ทำความสะอาดพื้นผิวที่ท่านใช้ เช่น ลูกบิด โต๊ะทำงาน ของใช้ต่างๆ			
4.10 สแกนแอปไทยชนะ (Thai Cha na) ทุกครั้งที่เดินทางไปสถานที่ต่างๆ			

**ส่วนที่ 5 การเข้าถึงบริการ การรักษาและสาธารณสุข**
**5.1 การได้รับวัคซีน**

- 1) ยังไม่ได้รับวัคซีนโควิด-19   
 2) ได้รับวัคซีนโควิด-19   
 2.1) เข็มที่ 1 ระบุ.....   
 2.2) เข็มที่ 2 ระบุ.....  
 2.3) เข็มที่ 3 ระบุ.....   
 2.4) เข็มที่ 3 ระบุ.....

**5.2 ประวัติการตรวจเชื้อโควิด-19 ด้วย ATK (Antigen Test Kit)**

- 1) ไม่ได้ตรวจ   
 2) ตรวจ   
 2.1) พบเชื้อ วันที่ตรวจ.....  
 2.2) ไม่พบเชื้อ วันที่ตรวจ.....

**5.3 กรณีพบเชื้อโควิด-19 (ผล ATK เป็นบวก)**

- 1) ติดต่อ อสม.   
 2) ติดต่อสถานพยาบาลตามสิทธิการรักษา  
 3) อื่นๆ ระบุ.....

**5.4 ได้รับชุดตรวจหาเชื้อโควิด 19 (ATK) จากแหล่งใด**

- 1) สนับสนุนจากชุมชน   
 2) การตรวจคัดกรองเชิงรุกจากเจ้าหน้าที่รัฐและเจ้าหน้าที่  
สาธารณสุข  
 3) ร้านขายยาใกล้บ้าน   
 4) อื่นๆ ระบุ.....

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....