



ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ  
ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี

จรัญ มาลาศรี

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2565

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ  
ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี



จรรย์ มาลาศรี

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต  
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
2565  
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

FACTORS RELATED TO THE PARTICIPATION OF COMMUNITY LEADERS FOR THE  
PREVENTION AND CONTROL OF CORONAVIRUS DISEASE 2019 (COVID-19)  
IN PHANAT NIKHOM DISTRICT, CHONBURI PROVINCE



A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF  
THE REQUIREMENTS FOR THE MASTER DEGREE OF PUBLIC HEALTH  
FACULTY OF PUBLIC HEALTH  
BURAPHA UNIVERSITY

2022

COPYRIGHT OF BURAPHA UNIVERSITY

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้พิจารณา  
วิทยานิพนธ์ของ จรรย์ มาลาศรี ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
สาขารัฐศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

.....  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชณา ใจดี)

..... ประธาน  
(รองศาสตราจารย์ ดร.วสุธร ต้นวัฒนกุล)

..... กรรมการ  
(ศาสตราจารย์ ดร.เอ็มอัชมา วัฒนบูรานนท์)

..... กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชณา ใจดี)

..... คณบดีคณะสาขารัฐศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี รอดจากภัย)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของ  
การศึกษาตามหลักสูตรสาขารัฐศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยบูรพา

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย  
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

62920059: สาขาวิชา: -; ส.ม. (-)

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน/ การป้องกันโรค/ การควบคุมโรค/ โรคติดเชื้อ COVID-19/ ผู้นำชุมชน

จรัญ มาลาศรี : ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน ในการดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี. (FACTORS RELATED TO THE PARTICIPATION OF COMMUNITY LEADERS FOR THE PREVENTION AND CONTROL OF CORONAVIRUS DISEASE 2019 (COVID-19) IN PHANAT NIKHOM DISTRICT, CHONBURI PROVINCE) คณะกรรมการควบคุม วิทยานิพนธ์: พชนา ใจดี, สด. ปี พ.ศ. 2565.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มผู้นำชุมชน จำนวน 264 คน ที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบ หลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) โดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของ เนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.69 - 0.92 และความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ระหว่าง 0.74 - 0.94 ส่วนความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 ทดสอบความยากง่าย ของข้อคำถาม (Difficulty) ได้ค่าความยากง่ายเท่ากับ 0.66 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความสัมพันธ์ โดยใช้ค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product moment correlation) และการทดสอบค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-square)

ผลการศึกษาพบว่า ผู้นำชุมชนส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย (ร้อยละ 71.59) อายุเฉลี่ย 50.14 ( $\pm 8.15$ ) ปี การศึกษามัธยมศึกษาตอนปลายหรือปวช. มากที่สุด (ร้อยละ 35.98) มีรายได้เฉลี่ย 13,960.72 ( $\pm 15,588.43$ ) บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่ดำรงตำแหน่งผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน (ร้อยละ 60.61) และมีระยะเวลาดำรงตำแหน่งเฉลี่ย 7.03 ( $\pm 5.49$ ) ปี มีประสบการณ์ในการป้องกันควบคุมโรค เฉลี่ย 1.28 ( $\pm 3.62$ ) ปี โดยมีประสบการณ์ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อก่อนหน้านี้โดยแมลงมากที่สุด (ร้อยละ 66.86) ผู้นำชุมชนมีความรู้ (Mean = 9.59 $\pm$ 1.46) และทัศนคติ (Mean = 3.20 $\pm$ 0.56) เกี่ยวกับโรค COVID-19 อยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้โอกาสเสี่ยง (Mean = 4.13 $\pm$ 0.53) การรับรู้ความรู้ แรง (Mean = 4.38 $\pm$ 0.65) การรับรู้ประโยชน์ (Mean = 3.87  $\pm$ 0.62) การได้รับการสนับสนุนทาง สังคม (Mean = 3.65  $\pm$ 0.68) และความคาดหวังของสังคม (Mean = 3.66  $\pm$ 0.74) พบว่าอยู่ใน ระดับสูง ส่วนการได้รับการสนับสนุนทรัพยากร (Mean = 3.55  $\pm$ 0.70) อยู่ในระดับปานกลาง การมี

ส่วนร่วมของผู้นำชุมชน พบว่าอยู่ในระดับมาก (Mean = 2.42 ±0.39) โดยมีส่วนร่วมลงมือปฏิบัติมากที่สุด (ร้อยละ 67.43) ทักษะคิด ( $r = 0.156$ ,  $p\text{-value} = 0.011$ ) การรับรู้โอกาสเสี่ยง ( $r = 0.182$ ,  $p\text{-value} = 0.003$ ) การรับรู้ความรุนแรง ( $r = 0.252$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) การรับรู้ประโยชน์ ( $r = 0.207$ ,  $p\text{-value} = 0.001$ ) การได้รับการสนับสนุนทรัพยากร ( $r = 0.291$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ( $r = 0.488$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) และความคาดหวังของสังคม ( $r = 0.475$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ ควรเน้นให้มีการสื่อสารกับผู้นำชุมชนในเรื่องความรุนแรงและการปรับสภาพแวดล้อมเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรค COVID-19 ทั้งในชุมชนและสถานประกอบการเพิ่มมากขึ้น รวมถึงพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมที่เน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและรักษาสุขภาพที่สำคัญในแต่ละพื้นที่ให้เกิดความยั่งยืนและเป็นรูปธรรม

62920059: MAJOR: -; M.P.H. (-)

KEYWORDS: PARTICIPATION/ DISEASE PREVENT/ DISEASE CONTROL/ COVID-19/ COMMUNITY LEADER

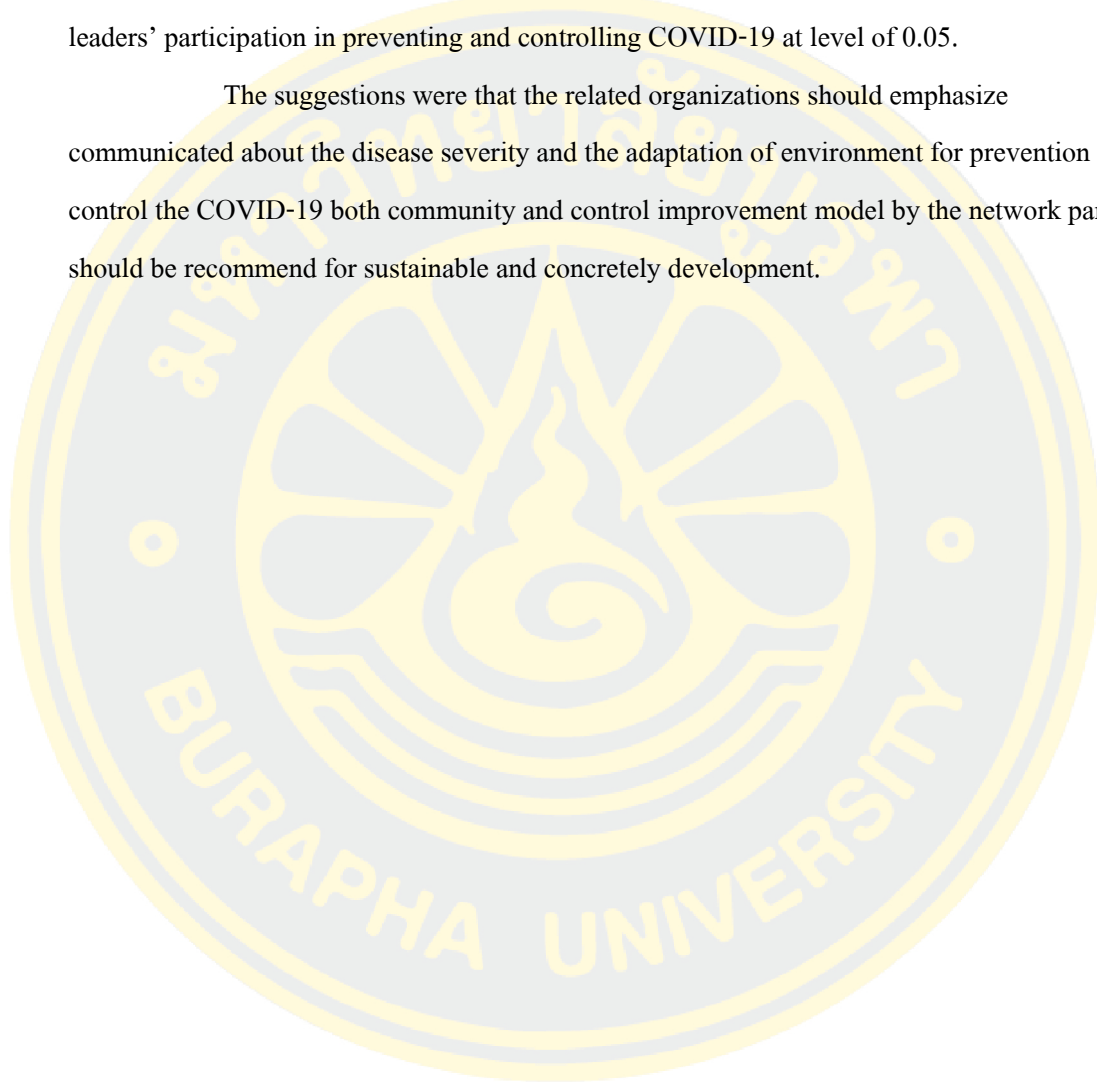
JARUN MALASRI : FACTORS RELATED TO THE PARTICIPATION OF COMMUNITY LEADERS FOR THE PREVENTION AND CONTROL OF CORONAVIRUS DISEASE 2019 (COVID-19) IN PHANAT NIKHOM DISTRICT, CHONBURI PROVINCE. ADVISORY COMMITTEE: PATCHANA JAIDEE, Dr.P.H 2022.

This study is a cross-sectional descriptive research study. The purpose of the study is to investigate the factors of the community leaders' participation in preventing and controlling the COVID-19 in Phanat Nikhom District, Chon Buri Province. The data were collected from a group of 264 community leaders obtained from multi-stage sampling by using the questionnaires with the content validation by the three experts. The IOC values were 0.69 - 0.92. The Cronbach's alpha coefficients were 0.74 – 0.94. Regarding the knowledge about COVID-19, the difficulty was 0.66. The data were analyzed with percentage, mean, standard deviation, Pearson product moment correlation and chi-square statistic.

The results was found that most of the community leaders were male (71.59%). Their average age was 50.14 ( $\pm 8.15$ ) years. Their highest education level was the secondary school or vocational certificate (35.98%). Their average income was 13,960.72 ( $\pm 15,588.43$ ) baht per month. Most of them were the assistant village head man (60.61%). Their average term to be the officer was 7.03 ( $\pm 5.49$ ) years. They had the average time of experiences in preventing and controlling other diseases of 1.28 ( $\pm 3.62$ ) years. They had the highest percentage of the experiences in preventing and controlling the vector bovver diseases (66.86%). The community leaders had the knowledge (Mean =  $9.59 \pm 1.46$ ) and attitudes (Mean =  $3.20 \pm 0.56$ ) about the prevent control of COVID-19 at the moderate levels. it was found that the risk perception (Mean =  $4.13 \pm 0.53$ ), severity perception (Mean =  $4.38 \pm 0.65$ ), benefit perception (Mean =  $3.87 \pm 0.62$ ), received social supports (Mean =  $3.65 \pm 0.68$ ) and societies' expectations (Mean =  $3.66 \pm 0.74$ ) were at the high levels. The received resources (Mean =  $3.55 \pm 0.70$ ) was at the moderate level. It was found that the community leaders' participation was at the high level (Mean =  $2.42 \pm 0.39$ ). Most of them participated in the implementation period (67.43%). The attitudes ( $r = 0.156$ ,

p-value = 0.011), risk perception ( $r = 0.182$ , p-value = 0.003), severity perception ( $r = 0.252$ , p-value < 0.001), benefit perception ( $r = 0.207$ , p-value = 0.001), received resources ( $r = 0.291$ , p-value < 0.001), received social supports ( $r = 0.488$ , p-value < 0.001) and societies' expectations ( $r = 0.475$ , p-value < 0.001) were positive statistically significant related with the community leaders' participation in preventing and controlling COVID-19 at level of 0.05.

The suggestions were that the related organizations should emphasize communicated about the disease severity and the adaptation of environment for prevention and control the COVID-19 both community and control improvement model by the network partners should be recommend for sustainable and concretely development.





## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชณา ใจดี อาจารย์ที่ปรึกษาหลักที่ให้คำปรึกษาแนะนำแนวทางการวิจัยที่ถูกต้องและแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วนและเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมาจนทำให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์ ข้าพเจ้ารู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่งจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณนายอำเภอพนัสนิคม นายกองตรีปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน แพทย์ประจำตำบล และสารวัตรกำนัน อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี ที่ให้ความอนุเคราะห์และความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดีขอขอบคุณศูนย์ประสานงานกำนัน ผู้ใหญ่บ้านอำเภอพนัสนิคม ที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ทุกขั้นตอน

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.วสุธร ตันวิฒนกุล นายผดุงศักดิ์ ศรีवास และนางอรพรรณ เสริมชีพ ได้กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแก้ไขข้อเสนอแนะปรับปรุงเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี ให้ความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ได้ทุนสนับสนุนการดำเนินงานวิจัยประจำปีงบประมาณ 2564 ในครั้งนี้

วิทยานิพนธ์เสร็จสิ้นสมบูรณ์ขอขอบพระคุณคณาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ทุกท่านที่กรุณาให้ความรู้และเสียสละเวลาอันมีค่าเพื่อให้ความรู้และเสนอรายละเอียดต่าง ๆ อันเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินการศึกษาในครั้งนี้ และขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.วสุธร ตันวิฒนกุล และศาสตราจารย์ ดร.เอมอัชมา วัฒนบูรานนท์ ที่ให้ความกรุณาเป็นประธานและกรรมการในการสอบครั้งนี้

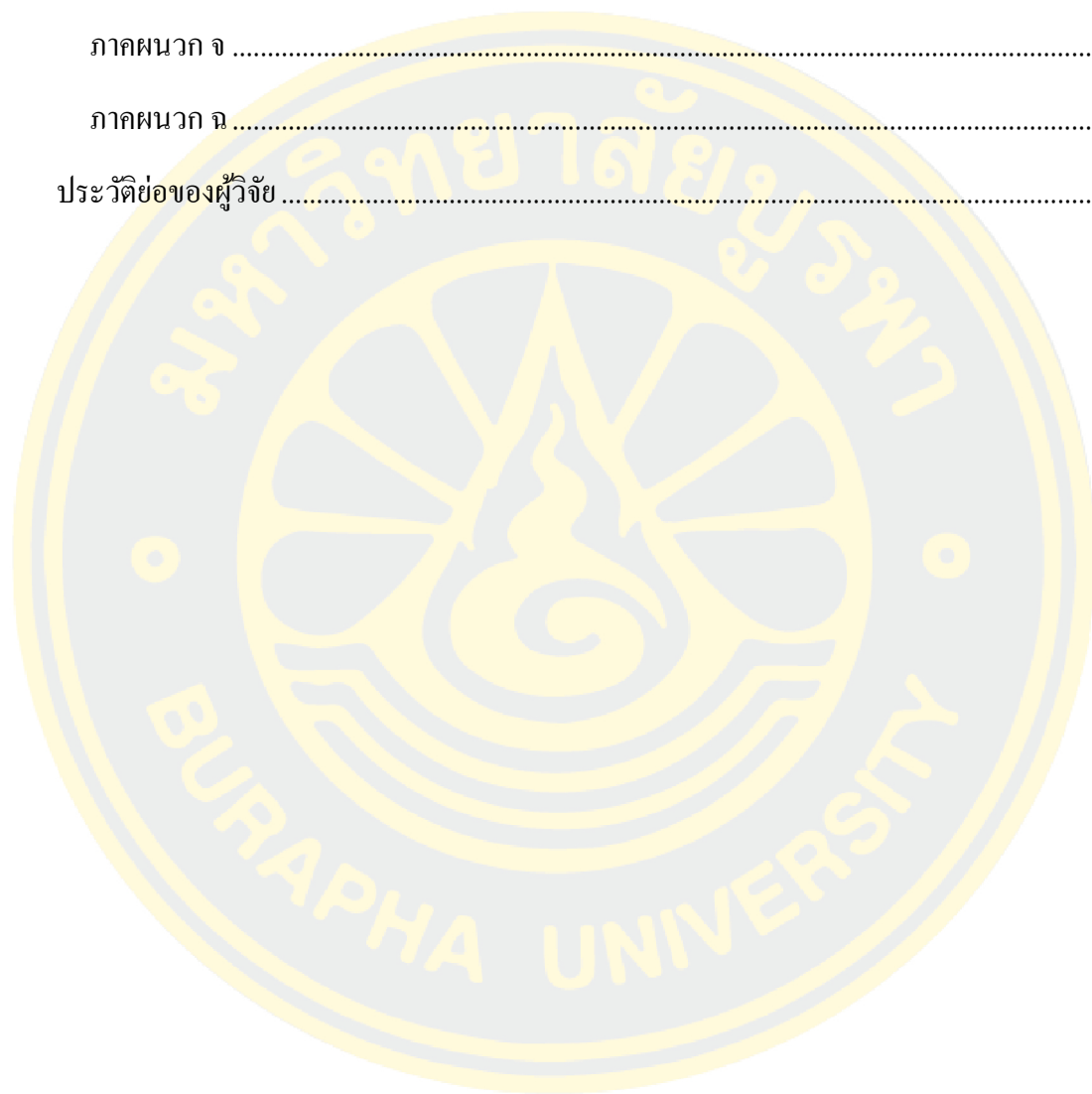
ขอขอบคุณบิดา มารดา และครอบครัวของข้าพเจ้า ตลอดจนพี่ ๆ เพื่อน ๆ ทุกคนที่ให้กำลังใจ เข้าใจ และให้การช่วยเหลือสนับสนุนข้าพเจ้าในทุก ๆ ด้าน จนทำให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี คุณค่าและประโยชน์ที่เกิดจากวิทยานิพนธ์นี้ ผู้ศึกษาขอมอบเป็นกตัญญูกตเวทิตา แต่บุพการี คณาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบันที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษาและประสบความสำเร็จจนทุกวันนี้

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ .....	ช
สารบัญ .....	ฅ
สารบัญตาราง .....	ฉ
สารบัญภาพ .....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย .....	6
สมมติฐานของการวิจัย .....	7
กรอบแนวคิดในการวิจัย .....	7
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย .....	9
ขอบเขตของการวิจัย .....	9
นิยามศัพท์เฉพาะ .....	10
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	14
ความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 .....	14
การป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 .....	23
แนวคิด PRECEDE-PROCEDE Model .....	39
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม .....	44
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	57
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย .....	70

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างประชากรที่ใช้ในการวิจัย .....	70
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง .....	72
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	72
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	77
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	78
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	79
ข้อจำกัดในการศึกษาวิจัย.....	79
บทที่ 4 ผลการศึกษา .....	80
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	81
ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล.....	81
ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำ.....	84
ส่วนที่ 3 ปัจจัยเอื้อ .....	94
ส่วนที่ 4 ปัจจัยเสริม.....	97
ส่วนที่ 5 ผลการศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุม โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) .....	101
ส่วนที่ 6 การศึกษาความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนต่อการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) .....	110
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	129
สรุปผลการวิจัย.....	130
อภิปรายผลการวิจัย.....	134
ข้อเสนอแนะ.....	154
บรรณานุกรม.....	156
ภาคผนวก .....	165
ภาคผนวก ก.....	166

ภาคผนวก ข .....	171
ภาคผนวก ค .....	185
ภาคผนวก ง.....	196
ภาคผนวก จ .....	199
ภาคผนวก ฉ .....	201
ประวัติย่อของผู้วิจัย .....	213



## สารบัญตาราง

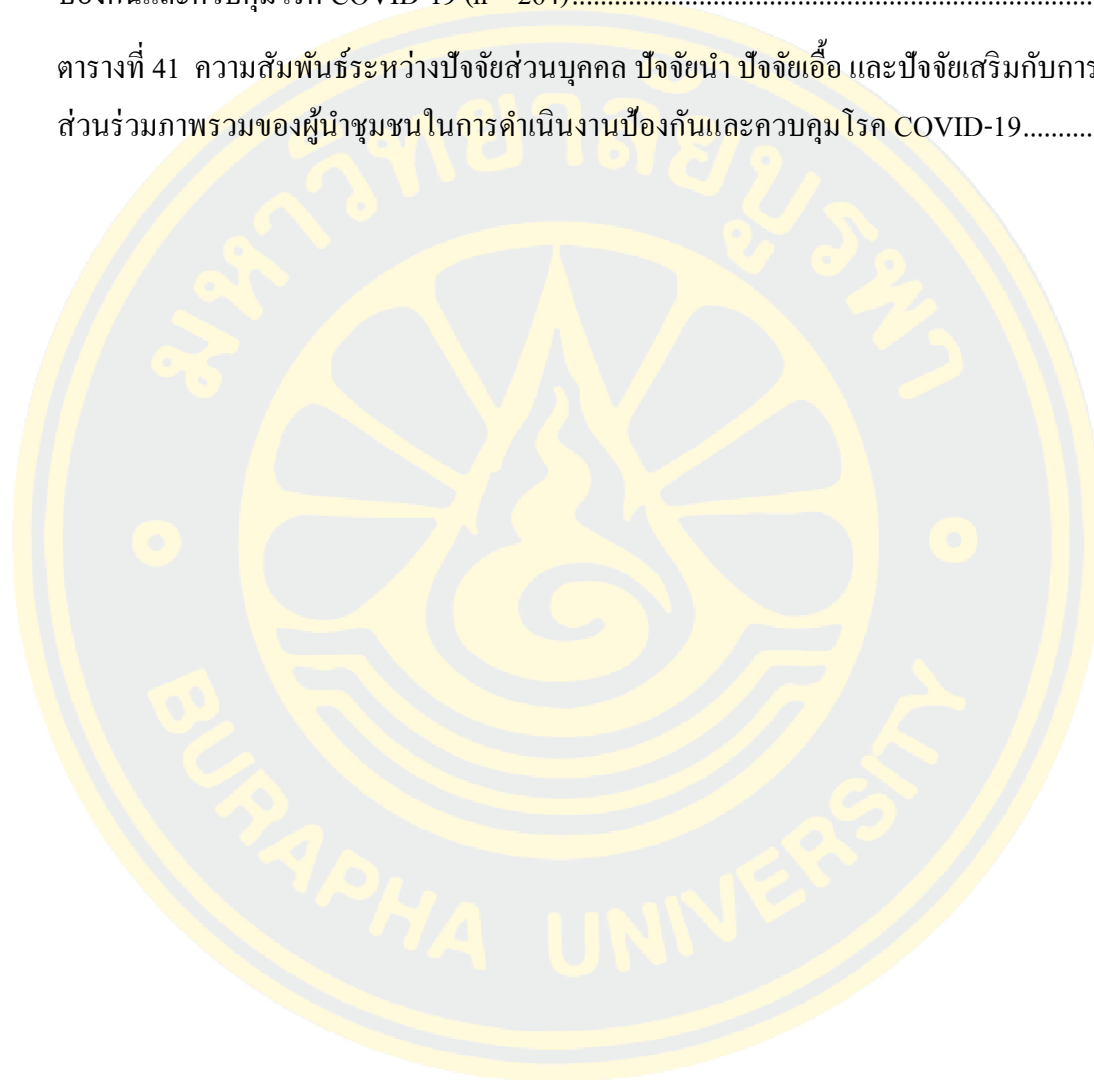
หน้า

ตารางที่ 1	เปรียบเทียบคุณลักษณะตามแนวคิด และ ทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม.....	56
ตารางที่ 2	การแบ่งสัดส่วนตามบทบาทหน้าที่ของประชากร .....	71
ตารางที่ 3	คะแนนความเที่ยงตรง (Content validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือ .....	78
ตารางที่ 4	จำนวน และร้อยละของผู้นำชุมชน จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n = 264).....	81
ตารางที่ 5	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้นำชุมชน จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 (n = 264).....	84
ตารางที่ 6	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้นำชุมชน จำแนกตามข้อคำถามความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 (n = 264).....	85
ตารางที่ 7	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้นำชุมชน จำแนกตามระดับทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 (n = 264).....	87
ตารางที่ 8	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของผู้นำชุมชน (n = 264).....	87
ตารางที่ 9	จำนวน และร้อยละ ของผู้นำชุมชน จำแนกตามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค COVID-19 (n = 264).....	89
ตารางที่ 10	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค COVID-19 ของผู้นำชุมชน (n = 264).....	89
ตารางที่ 11	จำนวน และร้อยละ ของผู้นำชุมชน จำแนกตามระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรค COVID-19 (n = 264).....	91
ตารางที่ 12	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรค COVID-19 ของผู้นำชุมชน (n = 264).....	91
ตารางที่ 13	จำนวน และร้อยละ ของผู้นำชุมชน จำแนกตามระดับการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 (n = 264).....	92

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของผู้นำชุมชน จำแนกรายชื่อ (n = 264).....	93
ตารางที่ 15 จำนวน และร้อยละของผู้นำชุมชน จำแนกตามระดับการได้รับการสนับสนุนทรัพยากรในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของผู้นำชุมชน (n = 264) .....	94
ตารางที่ 16 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการได้รับการสนับสนุนทรัพยากรเพื่อใช้ในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของผู้นำชุมชน จำแนกรายชื่อ (n = 264).....	95
ตารางที่ 17 จำนวน และร้อยละของผู้นำชุมชน จำแนกตามประสบการณ์ในการป้องกันควบคุมโรคของผู้นำชุมชน (n = 264).....	96
ตารางที่ 18 จำนวน และร้อยละของผู้นำชุมชน จำแนกตามการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 (n = 264).....	98
ตารางที่ 19 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค COVID-19 ของผู้นำชุมชน จำแนกรายชื่อ (n = 264).....	99
ตารางที่ 20 จำนวน และร้อยละของผู้นำชุมชน จำแนกตามความคาดหวังของสังคมในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 (n = 264).....	100
ตารางที่ 21 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความคาดหวังของสังคมในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของผู้นำชุมชน จำแนกรายชื่อ (n = 264).....	100
ตารางที่ 22 จำนวน และร้อยละของผู้นำชุมชน จำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 (n = 264).....	101
ตารางที่ 23 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของผู้นำชุมชน จำแนกรายชื่อ (n = 264).....	102
ตารางที่ 24 จำนวน และร้อยละของผู้นำชุมชน จำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 (n = 264) .....	103
ตารางที่ 25 ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของผู้นำชุมชน จำแนกรายชื่อ (n = 264).....	103
ตารางที่ 26 จำนวน และร้อยละของผู้นำชุมชน จำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 (n = 264) .....	105

ตารางที่ 27 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติของผู้นำชุมชน ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 จำแนกรายข้อ (n = 264).....	105
ตารางที่ 28 จำนวน และร้อยละของผู้นำชุมชน จำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมในการรับ ผลประโยชน์ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 (n = 264).....	107
ตารางที่ 29 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ของ ผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 จำแนกรายข้อ (n = 264) .....	107
ตารางที่ 30 จำนวน และร้อยละของผู้นำชุมชน จำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมในการติดตาม ประเมินผล การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค (COVID-19 (n = 264) .....	108
ตารางที่ 31 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลของ ผู้นำชุมชน ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 จำแนกรายข้อ (n = 264) .....	109
ตารางที่ 32 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับการมีส่วนร่วมในภาพรวมของผู้นำชุมชนใน การป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 (n = 264).....	110
ตารางที่ 33 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล กับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้นำ ชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 (n = 264).....	113
ตารางที่ 34 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล กับการมีส่วนร่วมลงมือปฏิบัติของผู้นำ ชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 (n = 264).....	115
ตารางที่ 35 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล กับการมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ของผู้นำ ชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 (n = 264).....	117
ตารางที่ 36 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล กับการมีส่วนร่วมติดตามประเมินผลของผู้นำ ชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 (n = 264).....	119
ตารางที่ 37 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการ ป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 (n = 264).....	121
ตารางที่ 38 การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำของการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 (n = 264).....	122

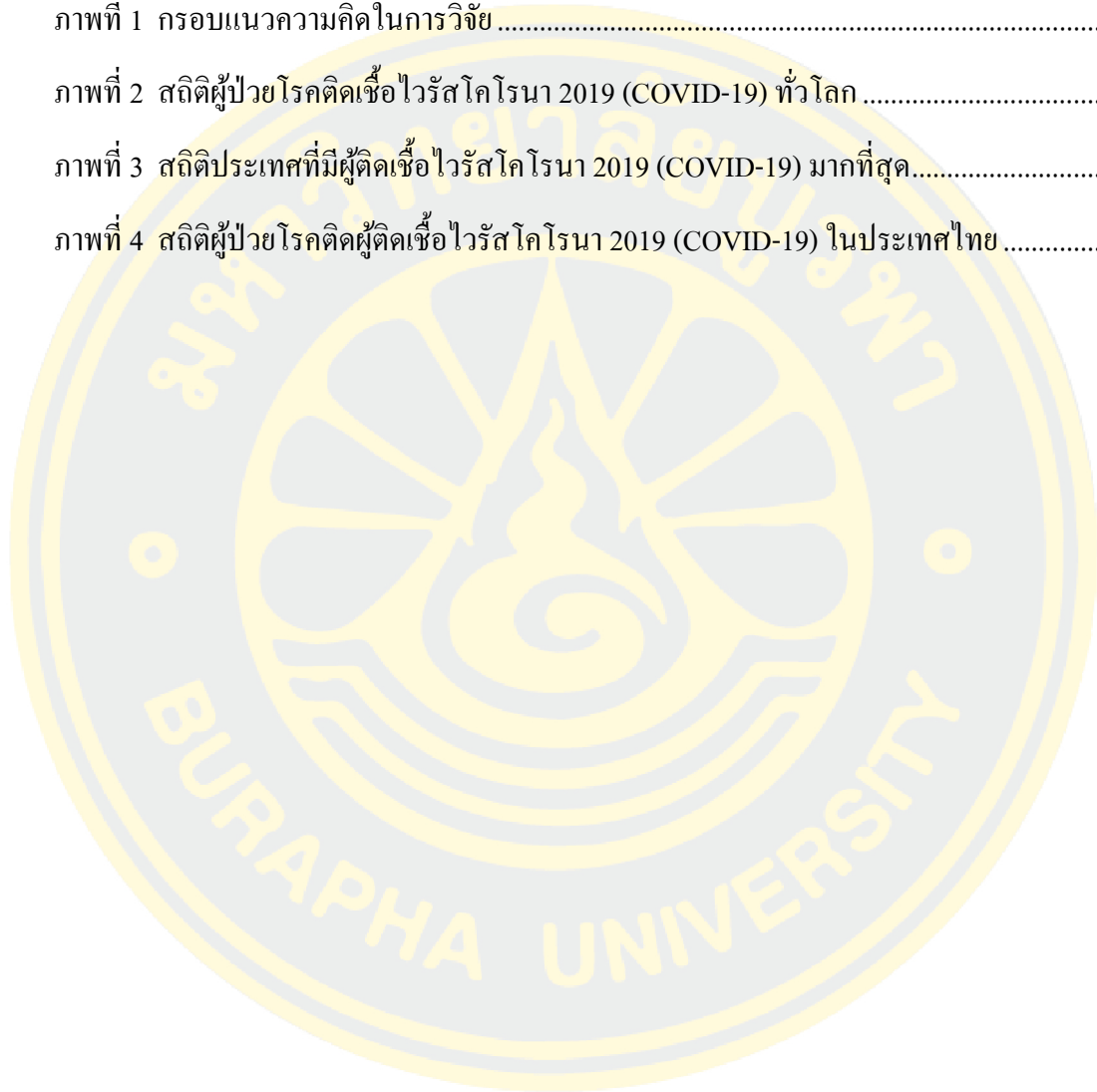
ตารางที่ 39 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อ กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนการดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 (n = 264).....	124
ตารางที่ 40 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริม กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 (n = 264).....	126
ตารางที่ 41 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับการมี ส่วนร่วมภาพรวมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19.....	127





## สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวความคิดในการวิจัย .....	8
ภาพที่ 2 สถิติผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ทั่วโลก .....	15
ภาพที่ 3 สถิติประเทศที่มีผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มากที่สุด.....	16
ภาพที่ 4 สถิติผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในประเทศไทย .....	17



# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคติดต่ออุบัติใหม่เป็นปัญหาที่สำคัญของทั่วโลกตั้งแต่มีการแพร่ระบาดของโรคซาร์ส (Severe Acute Respiratory Syndrome - SARS) ในปี พ.ศ. 2546 และในต่อมาปี พ.ศ. 2557 ถึง พ.ศ. 2559 มีผู้ป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า (Ebola virus disease) จำนวน 28,646 คน เสียชีวิตมากถึง 11,323 คน ในช่วงเวลาเดียวกันองค์การอนามัยโลกรายงานข้อมูลว่า พบการแพร่ระบาดของโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลางหรือโรคเมอร์ส (Middle East Respiratory Syndrome - MERS) ในระหว่างปี พ.ศ. 2555 ถึง พ.ศ. 2561 มีผู้ป่วยทั่วโลก จำนวน 2,266 ราย และเสียชีวิต 804 ราย ในพื้นที่ 27 ประเทศ ซึ่งความเสี่ยงของการเกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่จะมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และจากการรายงานพบว่า ส่วนใหญ่มีต้นกำเนิดมาจากสัตว์ป่า ซึ่งฐานข้อมูลเรื่องเชื้อไวรัสโคโรนา (Coronavirus) ถูกพบครั้งแรกในปี พ.ศ. 2503 แต่ยังไม่ทราบแหล่งที่มาอย่างชัดเจน เนื่องจากเป็นไวรัสที่สามารถติดต่อได้ทั้งในมนุษย์และสัตว์หลายชนิด เช่น สัตว์ปีก สัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม และสัตว์ป่าอื่น ๆ ไวรัสโคโรนามีขนาดใหญ่ที่สุดในบรรดาสารพันธุกรรมที่เป็นอาร์เอ็นเอ (RNA) ซึ่งถูกแบ่งเป็น 4 ชนิด คือ Alpha-coronavirus, Beta-coronavirus, Gamma-coronavirus และ Delta-coronavirus โดยทั่วไปไวรัสโคโรนาที่ก่อโรครุนแรงในคนและข้ามสายพันธุ์มาจากสัตว์จัดอยู่ในชนิด Beta-Coronavirus การแพร่ระบาดของโรคทางเดินหายใจร้ายแรงในมนุษย์ที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ได้แก่ โรคซาร์ส (SARS-CoV), โรคเมอร์ส (MERS-CoV) ที่เป็นไวรัสโคโรนาข้ามสายพันธุ์มาจากค้างคาว และอูฐ (สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

เมื่อวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2562 มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (n-CoV 2019) ที่เมืองอู่ฮั่น สาธารณรัฐประชาชนจีน จากการรายงานข้อมูลครั้งแรกพบว่า ผู้ป่วยมีอาการปอดอักเสบที่ไม่ทราบสาเหตุใด ต่อมาได้มีการรายงานอย่างเป็นทางการในวันที่ 3 มกราคม พ.ศ. 2563 ว่าโรคปอดอักเสบที่ระบาดในเมืองอู่ฮั่น สาธารณรัฐประชาชนจีนนั้น มีสาเหตุจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (n-CoV 2019) และองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ตั้งชื่อใหม่อย่างเป็นทางการว่า “โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ COVID-19” ในวันที่ 11 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 ซึ่งสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 กลายเป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่เกิดจากเชื้อไวรัส ที่สร้างความหวาดกลัวให้กับประชากร

ทั่วทั้งโลก เนื่องจากสามารถติดต่อจากคนสู่คนด้วยระบบทางเดินหายใจ และการสัมผัสสารคัดหลั่งจากร่างกายของผู้ติดเชื้อ มีระยะฟักตัวของโรคประมาณ 2-14 วัน โดยสาเหตุการตายส่วนใหญ่มาจากระบบทางเดินหายใจล้มเหลวจากการติดเชื้ออย่างรุนแรงที่ปอด และการแพร่กระจายของโรคที่แปลกใหม่โดยเฉพาะอย่างยิ่งความสามารถในการแพร่กระจายในประชากรมนุษย์ และความรุนแรงของอาการแทรกซ้อน ส่งผลให้ทุกประเทศได้ออกมาตรการป้องกันและควบคุม เพื่อยับยั้งการแพร่กระจายของโรค ต่อมาองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้รายงานข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ที่ระบาดหนักในสาธารณรัฐประชาชนจีน และอีกหลายประเทศทั่วโลก พบว่า มีผู้ติดเชื้อ จำนวน 249,834,566 ราย เสียชีวิตกว่า 5,053,454 ราย และรักษาหายแล้วจำนวน 226,187,718 ราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ 2.02 ประเทศที่มีผู้ติดเชื้อมากที่สุดคือ สหรัฐอเมริการองลงมาคือ ประเทศอินเดีย และประเทศบราซิล ตามลำดับ (World Health Organization, 2021)

สถานการณ์การแพร่ระบาดในประเทศไทยในปัจจุบัน มีผู้ติดเชื้อทั้งสิ้น 1,975,591 ราย เสียชีวิต 19,703 ราย และรักษาหายแล้วกว่า 1,857,463 ราย เมื่อวันที่ 12 มกราคม พ.ศ. 2563 ประเทศไทยพบผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันรายแรกในประเทศไทยและนับเป็นรายแรกที่พบนอกสาธารณรัฐประชาชนจีน โดยเป็นหญิงชาวจีน อายุ 61 ปี ได้เดินทางกับครอบครัวและกลุ่มทัวร์จากนครอู่ฮั่นมายังท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ อาการโดยรวมคือ เจ็บคอ มีไข้ มีอาการหนาวสั่น และปวดศีรษะ ถูกตรวจพบด้วยกล้องตรวจจับความร้อน แล้วถูกนำตัวส่งโรงพยาบาลในเวลาต่อมา โดยจำนวนผู้ป่วยยังมีน้อยตลอดเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ แต่เพิ่มขึ้นมากในกลางเดือนมีนาคม ในปี พ.ศ. 2563 ซึ่งมีการระบุสาเหตุที่พบการแพร่ระบาดของเชื้อมาจากหลายกลุ่ม โดยกลุ่มที่ใหญ่ที่สุดเกิดขึ้นที่กิจกรรมการชกมวยไทย ณ สนามมวยเวทีลุมพินี เมื่อวันที่ 6 มีนาคม พ.ศ. 2563 และในอีก 1 สัปดาห์ต่อมาพบผู้ป่วยยืนยันเพิ่มขึ้นเกิน 100 คนต่อวัน และหลังจากนั้นพบการแพร่ระบาดอย่างต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน ที่มีการแพร่ระบาดระลอกใหม่เดือนเมษายน 2564 ที่เพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

เขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลพบว่า มีผู้ติดเชื้อมากที่สุดในประเทศไทย จำนวน 791,325 ราย เสียชีวิต 10,740 ราย โดยจังหวัดที่พบมากที่สุด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร สมุทรปราการ และสมุทรสาคร ตามลำดับ รองลงมาคือ ภาคใต้ พบผู้ติดเชื้อ จำนวน 310,070 ราย เสียชีวิต 2,131 ราย จังหวัดที่พบมากที่สุด ได้แก่ สงขลา ยะลา และปัตตานี ตามลำดับ และภาคตะวันออก พบผู้ติดเชื้อ จำนวน 262,623 ราย เสียชีวิต 1,904 ราย จังหวัดที่พบมากที่สุด ได้แก่ ชลบุรี ระยอง และฉะเชิงเทรา ตามลำดับ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

ในจังหวัดชลบุรีเป็นจังหวัดที่มีการแพร่ระบาดของโรคในเขตพื้นที่ 11 อำเภอ ปัจจุบันพบ ผู้ติดเชื้อ จำนวน 106,194 ราย เสียชีวิต 743 ราย รักษาหายแล้ว 99,435 ราย โดยพบผู้ติดเชื้อราย

แรกในจังหวัดเมื่อวันที่ 28 มกราคม พ.ศ. 2563 คือ หญิงชาวจีน อายุ 28 ปี เป็นนักท่องเที่ยวที่เดินทางมาจากอู่ฮั่น ส่วนอำเภอพนัสนิคมพบผู้ติดเชื้อ 1 ราย ซึ่งเป็นอันดับต้น ๆ ของจังหวัดชลบุรี มีการระบุนสาเหตุมาจากกลุ่มที่รวมกิจกรรมการชมการชกมวยไทย ณ สนามมวยเวทีลุมพินี เมื่อวันที่ 6 มีนาคม 2563 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2564)

การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ในครั้งนี้ถือว่าเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่จำเป็นต้องมีระบบป้องกัน เตรียมความพร้อมในการจัดการภาวะฉุกเฉิน สำหรับประเทศไทยได้มีการเตรียมความพร้อมในการรับมือกับการแพร่ระบาด โดยระบุให้โรค COVID-19 เป็นโรคติดต่ออันตรายลำดับที่ 14 ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

จะเห็นได้ว่ากระบวนการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรค COVID-19 ในประเทศไทยมีการบูรณาการการดำเนินงานทุกภาคส่วนทั้งส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่น โดยเน้นการจัดการในพื้นที่ด้วยตนเอง ซึ่งตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แต่งตั้งเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 (ฉบับที่ 2-5) พ.ศ. 2563 ได้มีแต่งตั้งเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อหรือโรคระบาด มีการกำหนดมาตรการ และแนวทางการดำเนินงานเพื่อป้องกัน และควบคุมการแพร่ระบาดของโรคอย่างต่อเนื่องทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและระดับประเทศ ที่เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในชุมชน ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อลดอัตราการติดเชื้อ COVID-19 ลง เช่น การจัดตั้งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 เพื่อเป็นหน่วยงานกำกับดูแล และวางแผนดำเนินงานแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 (ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (ศบค.), 2563)

การป้องกันการแพร่กระจายของโรค COVID-19 ที่ระบาดอย่างหนักจำเป็นต้องเร่งและส่งเสริมให้ประชาชนนำพฤติกรรมป้องกันโรคระดับบุคคลและชุมชนไปใช้ให้มากขึ้น ซึ่งจะประสบความสำเร็จอย่างมากหากมีคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญที่ร่วมกับความรู้ชุมชนในท้องถิ่นนั้น (Health Promotion International, 2020) สะท้อนได้จากประสบการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสอีโบล่าในประเทศแอฟริกา แสดงให้เห็นว่าการไว้วางใจให้ชุมชนดำเนินการจะสามารถช่วยให้การป้องกันและควบคุมโรคได้เป็นอย่างดี ไม่เพียงแต่จะตอบสนองต่อความต้องการของครอบครัวและชุมชนเท่านั้น ยังเป็นเครื่องมือที่ทรงพลังในการเสริมสร้างความร่วมมือ และระดมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วย (Marais, 2016)

ดังนั้น การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนจะช่วยจูงใจให้ประชาชนกระทำกิจกรรมด้วยความเต็มใจ เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ร่วมกันของคนในชุมชน ซึ่งการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค เช่น ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนก เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดนก และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานปกป้องควบคุมโรคไข้หวัดนกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ศักดิ์ชัย ธิววงศ์, 2560) ประกอบกับการศึกษาปัจจัยด้านอิทธิพลทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สุคใจ มอนไข, 2556) และการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการชายแดนระดับอำเภอ ในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนไทย – กัมพูชา ยังพบว่า การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการฯ มีความสัมพันธ์เชิงระดับสูงในขั้นตอนการวางแผน และการปฏิบัติตามแผน แสดงให้เห็นว่าการวางแผนและการปฏิบัติตามแผนสำเร็จได้นั้น เนื่องจากการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการฯ (รวีสร่า จิรโรจนวัฒน์ และคณะ, 2556) รวมถึงการศึกษาการเฝ้าระวังโรคไข้หวัดใหญ่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ชายแดนไทย-สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว กรณีศึกษาจังหวัดอุบลราชธานี โดยสำรวจการเฝ้าระวังโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้นำชุมชน/ องค์การบริหารส่วนตำบล/ กำนัน/ ผู้ใหญ่บ้าน/ อสม. พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค สัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ในระดับมาก (มนัสนันท์ ลิ้มปวีทยากุล และชมพูนุท โมราชาติ, 2558)

นอกจากนี้แนวคิด PRECEDE-PROCEDE Model ซึ่งอธิบายการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมว่าเกิดจากการดำเนินการหลายด้านประกอบกัน ทำให้เปลี่ยนแปลงอย่างมีประสิทธิภาพ กระบวนการวิเคราะห์ใน PRECEDE Framework เป็นการวิเคราะห์ที่เริ่มจากผล (Outcome) ที่ต้องการหรือคุณภาพชีวิตของบุคคลที่พึงประสงค์ โดยประกอบด้วย 7 ขั้นตอน (นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2562) ซึ่งในขั้นตอนที่ 4 เป็นการวิเคราะห์ทางการศึกษาและองค์กร (Educational and organization diagnosis) ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งที่เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล แบ่งออกเป็นปัจจัยนำที่เอื้ออำนวยหรือยับยั้งแรงจูงใจของบุคคลที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ความรู้ ทักษะคิด ฯลฯ ปัจจัยเอื้อที่เป็นทักษะและทรัพยากรที่จำเป็นต่อการแสดงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลให้สูงขึ้น และปัจจัยเสริมที่แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติหรือพฤติกรรมสุขภาพได้รับการสนับสนุนมากน้อยเพียงใด ในขณะที่เดียวกันการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ต้องอาศัยทักษะความรู้และความสามารถเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค

ซึ่งเป็นปัจจัยนำที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมกำบังกันและควบคุมโรค COVID-19 ที่เหมาะสม ทั้งใน  
 ระยะเริ่มแรกก่อนที่จะเกิด โรคหรือปัญหาสุขภาพหรือระยะที่เพิ่งเกิดโรคขึ้น เพื่อลดความรุนแรง  
 ของโรคและให้การรักษาคิดทันที่ เช่น การตรวจหาเชื้อ COVID-19 การแยกกักหรือกักกันเพื่อ  
 สังเกตอาการ ฯลฯ ทั้งนี้ยังต้องอาศัยทรัพยากรที่เป็นปัจจัยเอื้อต่อการปฏิบัติงาน เพื่อให้กำบังกัน  
 และควบคุมโรค COVID-19 เป็นไปได้อย่างขึ้น สามารถลดความชุกและการแพร่กระจายของโรคให้  
 อยู่ในวงจำกัดได้ และในระหว่างการทำงานนั้นต้องได้รับการสนับสนุนและส่งเสริมในด้าน  
 ต่าง ๆ จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หรือบุคคลอื่น ๆ เช่น การการยกย่องชมเชย การให้กำลังใจ เพื่อ  
 กระตุ้นให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น

จากผลการศึกษาดังกล่าวทำให้ทราบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล  
 ย่อมเกิดจากหลายปัจจัยประกอบกัน ได้แก่ ปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยที่เกิดจากการสนับสนุน  
 หรือแรงกระตุ้นภายนอกบุคคล ที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ ร่วมกับการที่ประชาชนในสังคม  
 เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานกิจกรรมร่วมกัน โดยมีวัตถุประสงค์เหมือนกัน ซึ่งประกอบไป  
 ด้วยการมีส่วนร่วมการตัดสินใจและเสนอความคิดเห็น การมีส่วนร่วมลงมือปฏิบัติ การมีส่วนร่วม  
 ในการแบ่งปันและรับผลประโยชน์จากการปฏิบัติ รวมถึงการมีส่วนร่วมในการประเมินผลจากการ  
 กระทำ โดยอาจจะมีทั้งตรงและทางอ้อม ทั้งนี้เพื่อเป็นประโยชน์ในการเสริมสร้างความสามัคคี  
 ความรู้สึกร่วมรับผิดชอบร่วมกันด้วย ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เหมาะสมกับการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่มี  
 ความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 เพราะการ  
 ดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคในปัจจุบัน ต้องได้รับการสนับสนุนทั้งตัวบุคคล แรงกระตุ้น  
 ภายนอกจากบุคคล และปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่ช่วยเกื้อกูลให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้ แต่อย่างไร  
 ก็ตามปัญหาโรค COVID-19 คงจะอยู่ในสังคมไทยและสังคมโลกไปอีกนาน การดำเนินมาตรการ  
 เข้มงวดให้ครอบคลุมทุกพื้นที่เป็นเรื่องที่สำคัญอย่างมาก เช่น เฝ้าระวังเชิงรุกและควบคุมโรคทันที่  
 ทันเวลา (Real-time) สามารถตรวจชันสูตรโรคเพื่อค้นหาผู้ป่วยและผู้ติดเชื้ออย่างเข้มข้น ครอบคลุม  
 ทุกพื้นที่ โดยการคาดการณ์และพยากรณ์การแพร่ระบาดทั้งในระดับพื้นที่และระดับประเทศ ทุก  
 พื้นที่เตรียมแผนรองรับ มีกำลังคน มีอุปกรณ์และทรัพยากรต้องพร้อมที่จะสามารถรองรับกับ  
 สถานการณ์ที่เลวร้ายที่สุดได้ (รุ่งเรือง กิจผาดี, 2563)

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แต่งตั้งเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ ตาม  
 พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2563 ซึ่งเห็นสมควรว่าให้มีการแต่งตั้งเจ้า  
 พนักงานควบคุมโรคติดต่อตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 เพิ่มเติม เพื่อประโยชน์ในการ  
 ปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อหรือโรคระบาด โดยในข้อ 4 ระบุว่าให้  
 ข้าราชการและเจ้าหน้าที่สังกัดกระทรวงมหาดไทย ที่ดำรงตำแหน่ง เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน แพทย์

ประจำตำบล ฯลฯ และข้อ 5 ให้ข้าราชการสังกัดราชการส่วนท้องถิ่นที่ดำรงตำแหน่ง เช่น นายกเทศมนตรี นายกองกำกับการบริหารส่วนตำบล ฯลฯ เป็นเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 เฉพาะในเขตท้องที่ที่ตนมีอำนาจหน้าที่ดูแลและรับผิดชอบในการปฏิบัติราชการ ทั้งนี้เพื่อให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ซึ่งเน้นการจัดการในพื้นที่ด้วยตนเอง มีการกำหนดมาตรการและแนวทางการดำเนินงานเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคอย่างต่อเนื่องทั้งในระดับบุคคลและชุมชน เพื่อลดอัตราการติดเชื้อ COVID-19 ลง

จากข้อมูลข้างต้นแสดงถึงบทบาทของผู้นำชุมชนที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค ประกอบกับสภาพปัญหาอำเภอพนัสนิคม ที่พบพบผู้ติดเชื้อเป็นอันดับต้น ๆ ของประเทศไทยในช่วงต้นปี พ.ศ. 2563 และผลกระทบที่เป็นวงกว้างแสดงให้เห็นถึงความสำคัญและความจำเป็นที่ต้องมีกระบวนการพัฒนาการบริหารจัดการงานด้านสาธารณสุขให้เกิดการบริการรูปแบบใหม่ (New normal of health service) ซึ่งไม่ใช่เป็นแค่หน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น จำเป็นต้องมีการกระจายบทบาทหน้าที่ไปสู่ผู้นำชุมชนของแต่ละพื้นที่เพื่อให้เกิดการบูรณาการในการสนับสนุนการมีส่วนร่วมดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคในทุกระดับด้วย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี โดยมีความคาดหวังว่าองค์ความรู้ที่ได้รับจะนำไปสู่การเสนอแนะแนวทางในการสนับสนุนและส่งเสริมการมีส่วนร่วมดำเนินงานป้องกันโรคและควบคุมโรคระบาด การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา และแนวทางการส่งเสริมการให้บริการงานสาธารณสุขด้านการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคในชุมชนให้เกิดความยั่งยืนต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเสริมแรง และปัจจัยเอื้อของผู้นำชุมชน ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี
3. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมแรง กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี

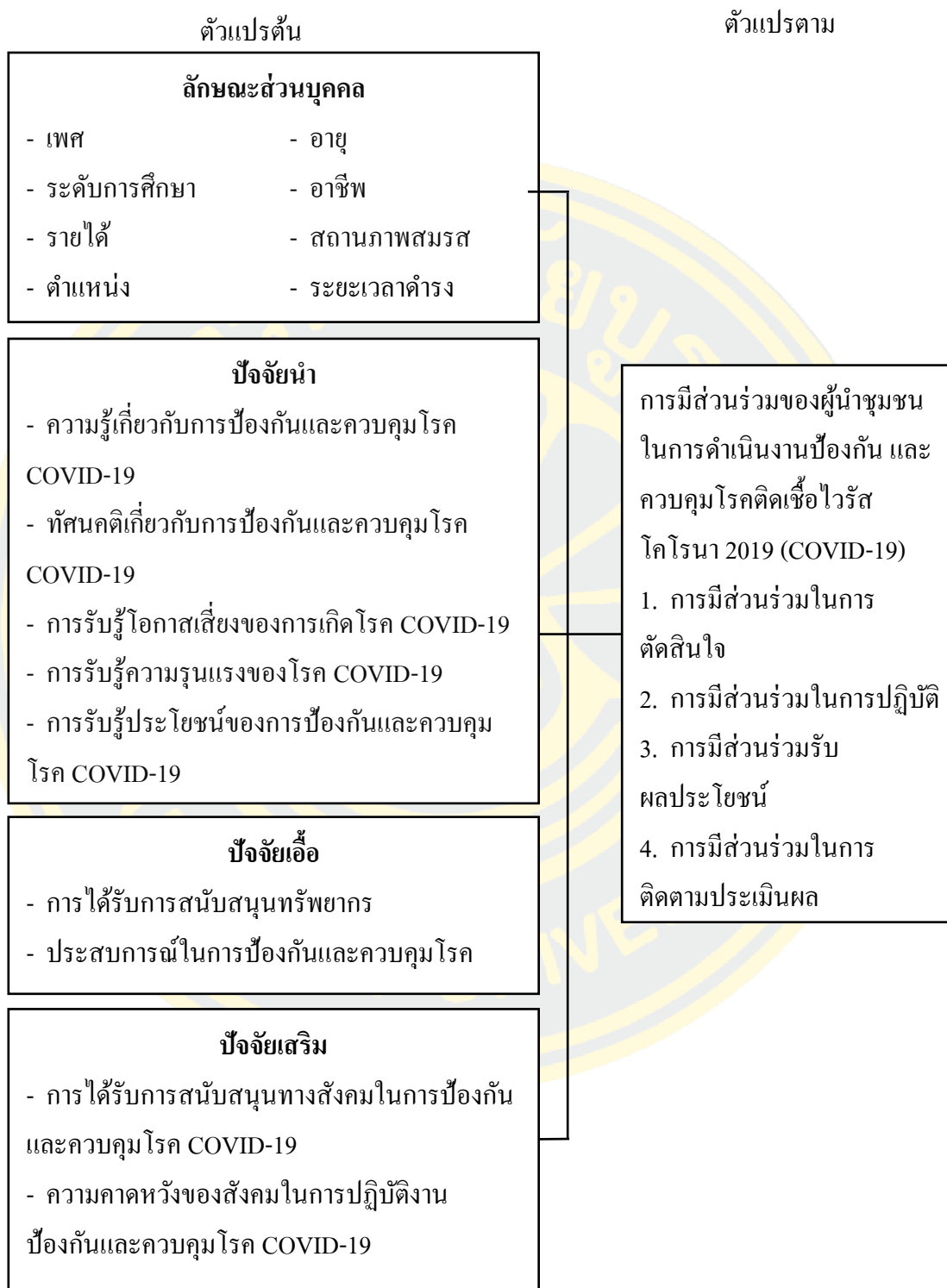
## สมมติฐานของการวิจัย

ลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของผู้นำชุมชนอำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี ผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนแนวคิด PRECEDE-PROCEDE Model ที่อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมที่เกิดจากการดำเนินการหลายด้านประกอบกัน ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งที่เป็นปัจจัยนำที่เอื้ออำนวยหรือยับยั้งแรงจูงใจของบุคคล ปัจจัยเอื้อที่เป็นทักษะและทรัพยากรที่จำเป็นต่อการแสดงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลให้ดีขึ้น และปัจจัยเสริมที่แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติหรือพฤติกรรมสุขภาพได้รับการสนับสนุนเพิ่มขึ้น เพื่อเป็นกรอบแนวคิดของการศึกษา ดังภาพที่ 1





ภาพที่ 1 กรอบแนวความคิดในการวิจัย

## ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ใช้เป็นแนวทางในการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19
2. การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ในชุมชนมีประสิทธิภาพมากขึ้น
3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถนำผลการศึกษานี้ไปใช้เป็นแนวทางในการสร้างการมีส่วนร่วมเพื่อระวังทางระบาดวิทยา และเป็นแนวทางด้านการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในรูปแบบภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนต่อไป

## ขอบเขตของการวิจัย

### ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) เพื่อศึกษาลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมแรง มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกัน และควบคุมโรค COVID-19 ของผู้นำชุมชน อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี

### ตัวแปรที่ศึกษา

- ตัวแปรต้น ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ตำแหน่งของผู้นำชุมชน และระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง ปัจจัยนำ คือ ความรู้ ทักษะ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค COVID-19 การรับรู้ความรุนแรงของโรค COVID-19 และการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ปัจจัยเอื้อ คือ การได้รับการสนับสนุนทรัพยากร และประสบการณ์ในการป้องกันควบคุมระบาด และปัจจัยเสริม คือ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 และความคาดหวังของสังคมในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19

- ตัวแปรตาม คือ การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค COVID-19 ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการคิดตัดสินใจ การมีส่วนร่วมลงมือปฏิบัติ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล

### ขอบเขตด้านพื้นที่และประชากร

#### ขอบเขตด้านพื้นที่

พื้นที่ในการศึกษานี้ คือ เขตการปกครองอำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี จำนวน 20 ตำบล 182 หมู่บ้าน

### ขอบเขตด้านประชากร

ประชากรที่ศึกษา คือ ข้าราชการและเจ้าหน้าที่สังกัดกระทรวงมหาดไทย ที่เป็นผู้นำชุมชนในเขตการปกครองอำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี ที่ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แต่งตั้งเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2563 และได้ปฏิบัติงานในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรค COVID-19

### นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้นำชุมชน หมายถึง ข้าราชการและเจ้าหน้าที่สังกัดกระทรวงมหาดไทย ที่ได้รับการแต่งตั้งหรือการเลือกตั้งอย่างเป็นทางการ และได้รับการแต่งตั้งให้เป็นเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แต่งตั้งเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2563 ได้แก่ นายกองตรีปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน แพทย์ประจำตำบล และสารวัตรกำนัน อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หมายถึง โรคติดต่อในระบบทางเดินหายใจที่เกิดจากไวรัสซาร์ส-โควิ-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome-Coronavirus-2; SARS-CoV-2) ประเทศไทยระบุให้เป็นโรคติดต่ออันตรายลำดับที่ 14 ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558

การป้องกันและควบคุมโรค หมายถึง การดำเนินงานตามมาตรการและกิจกรรมที่ดำเนินการก่อนที่จะเกิดโรค หรือก่อนที่จะมีการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 และดำเนินการหลังจากที่เกิดโรค COVID-19 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้โรคนั้นสงบโดยเร็ว โดยก่อให้เกิดความเสียหายต่อชีวิตและความสูญเสียน้อยที่สุด หรือไม่ให้เกิดขึ้นอีก หรือหากเกิดขึ้นก็สามารถรับมือได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีประสิทธิผลมากขึ้น

การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่ผู้นำชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานตั้งแต่การตัดสินใจ การปฏิบัติ การรับผลประโยชน์ และการติดตามประเมินผล เพื่อการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ซึ่งประกอบไปด้วย

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ หมายถึง การริเริ่มตัดสินใจพิจารณาสภาพปัญหาสถานการณ์โรค COVID-19 การแสดงความคิดเห็นเพื่อการวางแผนเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 เป็นต้น

2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ หมายถึง การเข้าร่วมประชุมปรึกษาหารือกับคนอื่นในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 การเข้าร่วมประชุมเพื่อวางแผนการป้องกันและควบคุม

โรค COVID-19 การให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19) การร่วมเป็นคณะทำงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ร่วมสำรวจข้อมูลและประสานงานกับเจ้าหน้าที่ของทางราชการในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 COVID-19 การประชาสัมพันธ์และเชิญชวนให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 เป็นต้น

3. การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ หมายถึง การรับรู้ของชุมชนต่อการเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 กับเจ้าหน้าที่ว่าที่ได้รับเป็นรูปแบบใด ซึ่งอาจเป็นผลประโยชน์ทางวัตถุผลประโยชน์แห่งสังคม หรือผลประโยชน์ส่วนบุคคล เช่น ในรูปของเงินเกียรติยศ ชื่อเสียง หรือได้รับการยกย่อง เป็นต้น

4. การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล หมายถึง การร่วมประเมินกิจกรรมที่ดำเนินการเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ที่ผู้นำชุมชนได้มีส่วนร่วมในการดำเนินการที่เกี่ยวข้อง การร่วมวิเคราะห์ประมวลผลการดำเนินงาน การให้ข้อเสนอแนะในการดำเนิน การร่วมเสนอรายงานผลการดำเนินงานต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการร่วมเผยแพร่ผลการดำเนินงานให้สาธารณชนทราบ เป็นต้น

ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้นำชุมชนที่ศึกษา ประกอบด้วย

1. เพศ หมายถึง เพศที่กำเนิดตามธรรมชาติที่เป็นลักษณะทางกายภาพที่ถูกกำหนดจากชีววิทยา
2. อายุ หมายถึง อายุปีเต็มบริบูรณ์ (ถ้าเกิน 6 เดือนให้นับเป็น 1 ปี) ของผู้นำชุมชน
3. ระดับการศึกษา หมายถึง การศึกษาสูงสุดของผู้นำชุมชนที่ได้รับจากสถาบันการศึกษา แบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า มัธยมศึกษา อนุปริญญาหรือเทียบเท่า ปริญญาตรี และสูงกว่าปริญญาตรี
4. อาชีพ หมายถึง การประกอบกิจกรรมที่ใช้เวลาส่วนมากในการทำงาน ได้แก่ เกษตรกรรมข้าราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ ธุรกิจส่วนตัว/ ค้าขาย พนักงาน/ ลูกจ้างบริษัทเอกชน และอื่น ๆ (แม่บ้าน, รับจ้างทั่วไป เป็นต้น)
5. รายได้ หมายถึง รายได้รวมทั้งหมดต่อเดือน โดยไม่หักค่าใช้จ่าย
6. สถานภาพสมรส หมายถึง ลักษณะของสถานภาพการมีคู่ครอง ได้แก่ โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่
7. ตำแหน่ง หมายถึง ภาระงาน ความรับผิดชอบของผู้นำชุมชนที่จะต้องปฏิบัติตามสิทธิและหน้าที่อันเนื่องมาจากสถานภาพของบุคคลที่ได้รับแต่งตั้งหรือมอบหมาย

8. ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง หมายถึง ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งติดต่อกันของแต่ละบุคคลโดยนับเป็นปี

ปัจจัยนำ หมายถึง ปัจจัยพื้นฐานภายในตัวบุคคลของผู้นำชุมชนที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรม ได้แก่

1. ความรู้ หมายถึง สิ่งที่อยู่ในตัวบุคคลที่สั่งสมมาจากการศึกษาเล่าเรียน หรือประสบการณ์ รวมทั้งความสามารถเชิงการปฏิบัติและทักษะความเข้าใจของผู้นำชุมชนเกี่ยวกับสาเหตุ อากาศ และการป้องกันควบคุมโรค COVID-19
2. ทักษะคิด หมายถึง ระดับของความรู้สึกรู้สึกนึกคิดหรือความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับภาวะทางจิตใจของผู้นำชุมชนที่มีต่อการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 อันเป็นผลมาจากการเรียนรู้ประสบการณ์ และพฤติกรรมที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง ซึ่งอยู่ในรูปแบบของการสนับสนุนหรือคัดค้านก็ได้
3. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค COVID-19 หมายถึง กระบวนการรับรู้ที่เป็นสมรรถภาพทางสรีระภาพของผู้นำชุมชนถึงโอกาสเสี่ยงในการเจ็บป่วยจากโรค COVID-19
4. การรับรู้ความรุนแรงของโรค COVID-19 หมายถึง กระบวนการรับรู้ที่เป็นสมรรถภาพทางสรีระภาพถึงความรุนแรงของโรค COVID-19 ของผู้นำชุมชน
5. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 หมายถึง กระบวนการรับรู้ของผู้นำชุมชนถึงประโยชน์ของการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19

ปัจจัยเอื้อ หมายถึง ปัจจัยที่อาศัยอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดพฤติกรรมโดยตรงของผู้นำชุมชน อาจเป็นปัจจัยสนับสนุนหรือยับยั้งให้เกิดหรือไม่ให้เกิดพฤติกรรมของบุคคล ได้แก่

1. การได้รับการสนับสนุนทรัพยากร หมายถึง การที่ผู้นำชุมชนได้รับการสนับสนุนทรัพยากรในด้านต่าง ๆ เพื่อใช้ในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19
2. ประสบการณ์ในการป้องกัน และควบคุมโรค หมายถึง ประสบการณ์หรือการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันหรือควบคุมโรคต่าง ๆ ในอดีต ก่อนที่จะมีการแพร่ระบาดของโรค COVID-19

ปัจจัยเสริม หมายถึง ปัจจัยที่เป็นแรงเสริมหรือแรงกระตุ้นให้ผู้นำชุมชนกระทำพฤติกรรมนั้นซึ่งมาจากบุคคลหรือกลุ่มคนที่มีอิทธิพลช่วยสนับสนุนหรือเป็นแรงกระตุ้นในการแสดงพฤติกรรมทางสุขภาพ ได้แก่

1. การได้รับการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง กระบวนการที่ผู้นำชุมชนได้รับการสนับสนุนจากสังคม ได้แก่ ได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานอื่นในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ประกอบด้วย

1.1 การได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติงาน หมายถึง กระบวนการที่ผู้นำชุมชนได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่อื่น ๆ เกี่ยวกับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19

1.2 การสนับสนุนด้านข่าวสาร หมายถึง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานอื่นให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์สามารถนำไปแก้ปัญหา หรือให้ข้อมูลป้อนกลับ ทำให้ผู้นำชุมชนรับรู้ถึงพฤติกรรมและการกระทำของตน ซึ่งสามารถที่จะนำไปปรับปรุงเพื่อใช้ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19

2. ความคาดหวังของสังคม หมายถึง ความมุ่งหวัง ความต้องการของสังคม ความเชื่อมั่น และไว้วางใจต่อผู้นำชุมชนในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19

## บทที่ 2

### แนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า แนวคิด ทฤษฎี ที่เกี่ยวข้องจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยต่าง ๆ และได้กำหนดขอบเขตของการทบทวนเนื้อหาที่เกี่ยวข้อง โดยมีสาระสำคัญในการนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19
2. การป้องกันและควบคุมโรค COVID-19
3. แนวคิด PRECEDE – PROCEED Model
4. แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### ความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19

ความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 ในการศึกษาครั้งนี้ขอกกล่าวถึง สาเหตุการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 และสถานการณ์ที่กำลังแพร่ระบาดทั่วโลกในปัจจุบันว่ามีจุดต้นเหตุเกิดจากสิ่งใด ซึ่งมีการติดต่อของโรคหรือถ่ายทอดโรคอย่างไร รวมถึงอาการทั่วไปที่แสดงหลังจากการได้รับเชื้อ ทั้งนี้ยังกล่าวถึงการวินิจฉัยและการรักษาโรค COVID-19 โดยมีรายละเอียดดังนี้

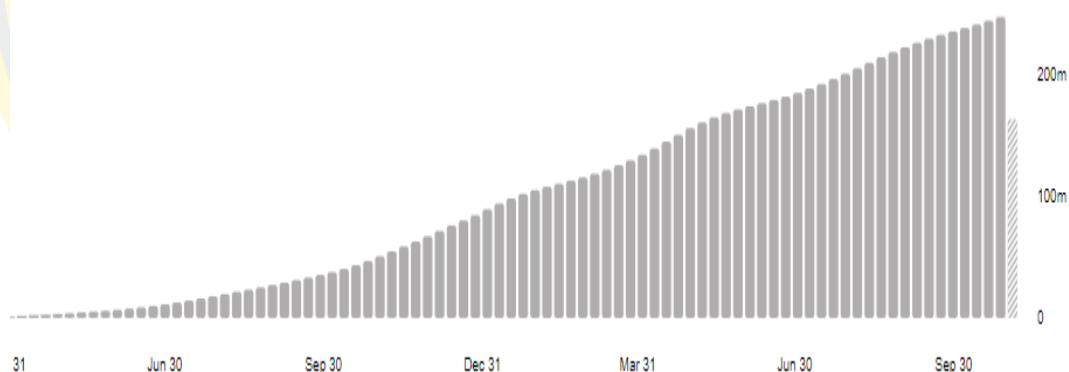
#### โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ COVID-19

โรคติดเชื้อที่มีสาเหตุมาจากไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (Coronavirus Disease 2019) เป็นโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจที่เกิดจากเชื้อไวรัส Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) ไวรัสโคโรนาถูกแบ่งสายพันธุ์เป็น 4 ชนิด คือ Alpha-coronavirus, Beta-coronavirus, Gamma-coronavirus และ Delta-coronavirus โดยไวรัสโคโรนาที่ก่อโรคในคนที่ทำให้มีอาการของระบบทางเดินหายใจที่ไม่รุนแรง และมักมีการติดเชื้อแบบไม่มีอาการ ซึ่งจัดอยู่ในชนิด Alpha-coronavirus ส่วนไวรัสโคโรนาที่ก่อโรครุนแรงในคนและข้ามสายพันธุ์มาจากสัตว์ เช่น SARS-CoV และ MERS-CoV จัดอยู่ในชนิด Beta-coronavirus ไวรัสโคโรนามีสารพันธุกรรมเป็นอาร์เอ็นเอจึงมีโอกาสกลายพันธุ์สูง และสามารถก่อการติดเชื้อข้ามชนิดได้มากขึ้นในสถานที่ที่นำสัตว์เหล่านี้มาอยู่รวมกันอย่างหนาแน่น เช่น ในตลาดค้าสัตว์เพื่อเป็นอาหาร ที่เป็นแหล่งแพร่เชื้อ SARS-CoV จาก civet cat สุนัข และไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 มีเปลือกหุ้มด้านนอกที่

ประกอบด้วยโปรตีนคลุมด้วยกลุ่มคาร์โบไฮเดรตเป็นปุ่ม ๆ (Spikes) ยื่นออกไปจากอนุภาคไวรัส ทำให้เมื่อดูด้วยกล้องจุลทรรศน์อิเล็กตรอนจะเห็นเป็นเหมือนมงกุฎ (ภาษาละติน Corona แปลว่า crown หรือ มงกุฎ) ล้อมรอบ จึงเป็นที่มาของชื่อเชื้อไวรัสในกลุ่มนี้ (ภาควิชาจุลชีววิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2563) โรคติดเชื้อที่มีสาเหตุมาจากไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (n-coV-2019) พบการระบาดครั้งแรกเมื่อวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2562 ในเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน จากนั้นมีการแพร่ระบาดอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบันพบการแพร่ระบาดไปทั่วทั้งโลก ต่อมาวันที่ 11 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 องค์การอนามัยโลก (WHO) ตั้งชื่อใหม่อย่างเป็นทางการว่า โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ COVID-19

### สถานการณ์แพร่ระบาดของโรค COVID-19

จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO) เกี่ยวกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ในสาธารณรัฐประชาชนจีน และอีกหลายประเทศทั่วโลก พบว่า มีผู้ติดเชื้อทั่วโลกจำนวน 249,834,566 ราย เสียชีวิตกว่า 5,053,454 ราย และรักษาหายแล้วจำนวน 226,187,718 ราย ซึ่งมีอัตราป่วยตาย ร้อยละ 2.02 ดังภาพที่ 2

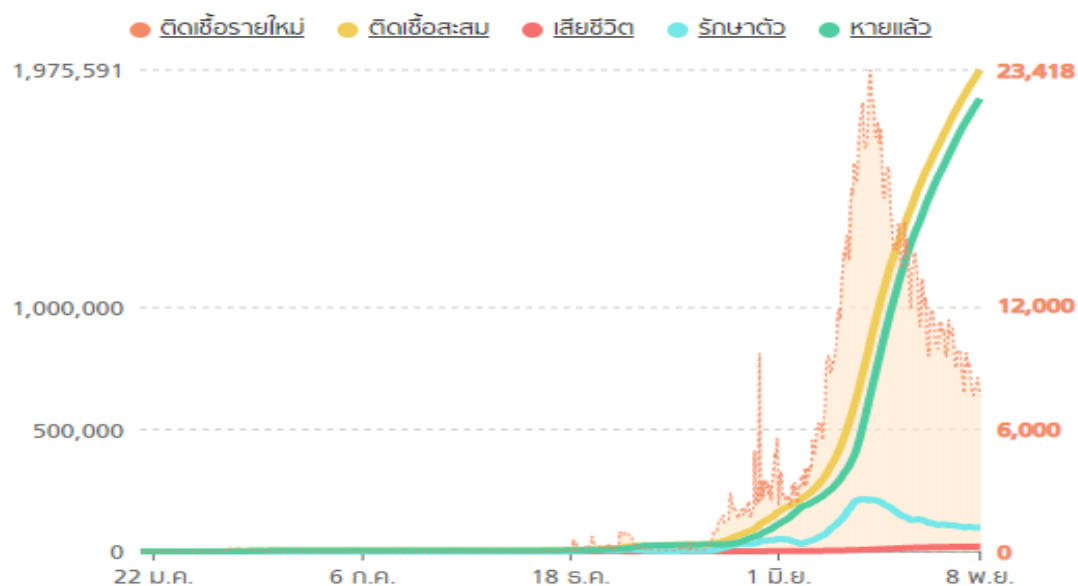


ภาพที่ 2 สถิติผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ทั่วโลก  
(ที่มา : องค์การอนามัยโลก (WHO), 2021)

ปัจจุบันพบการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ทุกทวีปทั่วโลก ซึ่งก้าวเข้าสู่ปีที่ 2 ของการแพร่ระบาด ซึ่งพบผู้ติดเชื้อแล้วมากกว่า 200 ประเทศและเขตปกครองพิเศษ โดยประเทศที่มีผู้ติดเชื้อมากที่สุดคือ สหรัฐอเมริกา รองลงมาคือ ประเทศอินเดีย และประเทศบราซิล ดังภาพที่ 3







ภาพที่ 4 สถิติผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในประเทศไทย (ที่มา : กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล พบว่า มีผู้ติดเชื้อมากที่สุดในประเทศไทย จำนวน 791,325 ราย เสียชีวิต 10,740 ราย โดยจังหวัดที่พบมากที่สุด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร สมุทรปราการ และสมุทรสาคร ตามลำดับ รองลงมาคือ ภาคใต้ พบผู้ติดเชื้อ จำนวน 310,070 ราย เสียชีวิต 2,131 ราย จังหวัดที่พบมากที่สุด ได้แก่ สงขลา ยะลา และปัตตานี ตามลำดับ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 262,623 ราย เสียชีวิต 1,904 ราย จังหวัดที่พบมากที่สุด ได้แก่ ชลบุรี ระยอง และฉะเชิงเทรา ตามลำดับ ซึ่งจังหวัดชลบุรีเป็นจังหวัดที่มีการแพร่ระบาดของโรคในเขตพื้นที่ 11 อำเภอ มีผู้ติดเชื้อ จำนวน 106,194 ราย เสียชีวิต 743 ราย รักษาหายแล้ว 99,435 ราย โดยพบผู้ติดเชื้อรายแรกในจังหวัดเมื่อวันที่ 28 มกราคม พ.ศ. 2563 คือหญิงชาวจีน อายุ 28 ปี เป็นนักท่องเที่ยวที่เดินทางมาจากอู่ฮั่น ส่วนอำเภอพนัสนิคมพบผู้ติดเชื้อ 4,800 ราย ซึ่งเป็นอันดับต้น ๆ ของจังหวัดชลบุรี มีการระบุนสาเหตุมาจากกลุ่มที่รวมกิจกรรมการชมการชกมวยไทย ณ สนามมวยเวทีลุมพินี เมื่อวันที่ 6 มีนาคม 2563 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2564)

#### อาการและอาการแสดงโรค COVID-19

ระยะฟักตัวของโรค COVID-19 ส่วนมากนั้นจะอยู่ในช่วง 2-14 วัน หลังสัมผัสเชื้อ โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ประมาณ 5.2 วัน มีอาการและอาการแสดงที่หลากหลาย โดยพบว่า ส่วนใหญ่ของผู้ติดเชื้อมีอาการที่ไม่รุนแรง ร้อยละ 81 มีอาการรุนแรง (Dyspnea, Hypoxia, Lung parenchymal involvement) ร้อยละ 14 และอาการรุนแรงวิกฤต (Respiratory failure, Multiorgan dysfunction) พบ

ร้อยละ 5 ซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตที่ประมาณร้อยละ 2.3 ผู้ป่วยโรค COVID-19 อาการเริ่มแรกของผู้ติดเชื้อ คือ มีไข้ ร้อยละ 83 รองลงมามีอาการไอ ร้อยละ 70 ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อและตัว ร้อยละ 40 และมีอาการเจ็บคอ น้ำมูกไหล คัดจมูก ปวดศีรษะ ร้อยละ 40 30 และ 23 ตามลำดับ (สมาคมนักระบาดวิทยาภาคสนามแห่งประเทศไทย, 2563)

จากรายงานผู้ป่วยที่ติดเชื้อแต่ไม่มีอาการ พบกลไกการเกิดโรคในมนุษย์นั้นยังไม่มีผลการวิจัยที่แน่ชัด แต่จากข้อมูลในปัจจุบันพบว่า มีลักษณะใกล้เคียงและสามารถอ้างอิงจากกลไกการเกิดโรคของโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรงหรือที่รู้จักกันในชื่อ โรคซาร์ส (Severe Acute Respiratory Syndrome ; SARS) โดยอาจแบ่งกลไกการเกิดโรคหลัก ๆ ของผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงได้แก่ Viral replication, Immune hyperactivity และ Pulmonary destruction viral replication การติดเชื้อในมนุษย์นั้นเริ่มจากการที่ได้รับเชื้อผ่านระบบทางเดินหายใจ โดยหลังจากที่เชื้อได้ลงไปสู่ทางเดินหายใจส่วนล่างส่วน Spike ของไวรัสจะเข้าสู่ร่างกายโดยกระบวนการรวมตัวกับ Pulmonary epithelial cell โดยมี Receptor คือ Angiotensin-converting enzyme (ACE2) receptor หลังจากไวรัสเข้าสู่ Pulmonary epithelial cell แล้วไวรัสจะกระตุ้นให้เกิดการหลั่งของ Proinflammatory cytokines โดย Alveoli macrophage จากนั้นจะเกิดกระบวนการเพิ่มจำนวนของไวรัสขึ้นในเซลล์ โดยเริ่มจากกระบวนการ Translation ผ่าน Polyprotein 2 ชนิด คือ pp1a และ pp1ab จากนั้นจะเกิดเป็น mRNAs complex เพื่อสร้าง Virions ตัวใหม่และหลังจากนั้น Virions ตัวใหม่ที่เกิดขึ้นจะ Budding เข้าไปใน Intracellular membrane และกระจายออกจากเซลล์ไปยังเซลล์อื่น ๆ โดยกระบวนการ Secretory ผ่านทาง Vesicle Immune hyperactivity หลังจากไวรัสเพิ่มจำนวนขึ้นมากในปอด จะเกิดการกระตุ้นให้เกิดการ Migration ของ Neutrophils และ Macrophages ซึ่งจะทำให้เกิดการอักเสบตามมาภายหลัง นอกจากนี้ SAR-CoV ยังสามารถกระตุ้นให้เกิดภาวะ Lymphoid - penia และ CD4/ CD8 T-cell5 ลดลงเป็นอย่างมากในช่วง 10 วันแรกหลังการติดเชื้อ แต่ในขณะเดียวกัน CD4 และ CD8 ที่ลดลงนั้นก็กลับอยู่ในสภาวะ Hyperactive โดยยังคงสร้าง Proinflammatory cytokines ได้อยู่ซึ่งส่งผลโดยตรงกับการเพิ่มขึ้นของปริมาณไวรัสอย่างรวดเร็ว และสัมพันธ์กับอาการที่แย่งของผู้ป่วย Pulmonary destruction หลังจากเกิดภาวะ Immune hyperactivity จะทำให้เนื้อเยื่อของปอดถูกทำลายโดยตรงจากการ Autopsy ผู้เสียชีวิตจาก COVID-19 พบลักษณะที่คล้ายกันกับผู้ป่วยที่เสียชีวิตจาก SARS และ MERS คือ พบลักษณะเป็น Diffuse alveolar damage with cellular fibro myxoid exudates, Interstitial mononuclear inflammatory infiltrates (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

### การติดต่อของโรค COVID-19

โรคแพร่กระจายจากคนสู่คนได้หลายลักษณะ โดยการสัมผัสกับผู้ติดเชื้อในระยะ 1-2 เมตร การสัมผัสสิ่งคัดหลั่งจากผู้ติดเชื้อ มีช่องทางหลัก คือ แพร่ผ่านทางฝอยละอองเสมหะขนาดใหญ่ (Droplet transmission) จากการไอ จาม น้ำมูก น้ำลาย ส่วนช่องทางอื่น ๆ ได้แก่ สิ่งคัดหลั่งของผู้ป่วยมาสัมผัสเยื่อต่างๆ ผ่านการขี้นตา การสัมผัสใบหน้าและปาก (Contact transmission) และยังสามารถแพร่ผ่านสิ่งของเครื่องใช้ต่าง ๆ ที่มีการปนเปื้อนเชื้อ (Transmission via fomite) ได้ด้วย (วรรมน จันทรเบญจกุล, 2563) ในบางกรณีพิเศษอาจแพร่ผ่านทางละอองฝอยขนาดเล็ก (Aerosol transmission) ขณะที่มีการทำหัตถการที่ทำให้เกิดละอองฝอยขนาดเล็ก เช่น การพ่นยา (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563) นอกจากนี้พบว่า เชื้อขับออกทางอุจจาระได้ จึงแนะนำให้ป้องกันการติดเชื้อจากช่องทางนี้ด้วย แม้จะยังไม่มียารายงานแพร่เชื้อผ่านทาง fecal-oral route ก็ตาม (World health organization, 2020)

ดังนั้น ช่องทางการติดต่อของโรค COVID-19 ระหว่างบุคคล มีหลากหลายช่องทาง ทำให้เกิดการแพร่ระบาดที่เป็นวงกว้างอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะประเทศที่มีระบบสาธารณสุขที่ไม่ดี

### การวินิจฉัยโรค COVID-19

สำหรับแนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัยกรณีโรค COVID-19 สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข มีดังนี้ (กรมการแพทย์, กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

1. ผู้ป่วยที่มีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ มีประวัติไข้หรือวัดอุณหภูมิได้ตั้งแต่ 37.5°C ขึ้นไป ไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ ไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส หายใจเร็ว หายใจเหนื่อย หรือหายใจลำบาก ตาแดง ผื่น ถ่ายเหลว และมีประวัติเสี่ยง ในช่วง 14 วัน ก่อนวันเริ่มป่วยอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้

- 1.1 เดินทางไปยัง หรือมาจาก หรืออยู่อาศัยในประเทศที่มีรายงานผู้ป่วยในช่วง 1 เดือน ย้อนหลังนับจากวันที่ออกจากพื้นที่นั้น
  - 1.2 สัมผัสกับผู้ป่วยยืนยันเชื้อ COVID-19
  - 1.3 ไปในสถานที่ชุมนุมชนหรือสถานที่ที่มีการรวมกลุ่มคน เช่น สถานบันเทิง ตลาดนัด ห้างสรรพสินค้า สถานพยาบาล หรือขนส่งสาธารณะที่มีรายงานผู้ป่วยยืนยันเชื้อ COVID-19 ในช่วง 1 เดือน ย้อนหลังนับจากวันที่ออกจากพื้นที่นั้น
  - 1.4 ปฏิบัติงานในสถานกักกันโรค
2. ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่แพทย์ผู้ตรวจรักษาสงสัยว่าติดเชื้อ COVID-19
3. เป็นบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข ทั้งในโรงพยาบาล คลินิก รพ.สต. สถานที่ตรวจห้องปฏิบัติการ ร้านขายยา ทิมสอบสวนโรคหรือปฏิบัติงานในสถานกักกันโรคที่มี

อาการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้ คือ ไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ ไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส หายใจเร็ว หายใจเหนื่อย หรือหายใจลำบาก ตามแดง ผื่น ถ่ายเหลว และ/ หรือ มีประวัติไข้หรือวัดอุณหภูมิได้ตั้งแต่ 37.5°C ขึ้นไป ที่แพทย์ผู้ตรวจรักษาสงสัยว่าเป็นติดเชื้อ COVID-19

4. พบผู้มีอาการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเป็นกลุ่มก้อนตั้งแต่ 5 ราย ขึ้นไป ในสถานที่เดียวกันในช่วงสัปดาห์เดียวกัน โดยมีความเชื่อมโยงกันทางระบาดวิทยา (เช่น ในโรงเรียนที่อยู่ห้องเรียนเดียวกัน)

5. ผู้สัมผัสเสี่ยงสูงทั้งที่มีอาการและไม่มีอาการ (ตามนิยามของกรมควบคุมโรค)

#### การรักษาโรค COVID-19

ในปัจจุบันผู้ป่วยที่มีอาการน้อยยังคงใช้การรักษาตามอาการ ในโรงพยาบาลสนาม การดูแลตัวเองที่บ้าน (Home Isolation) การดูแลโดยชุมชน (Community isolation) หรือสถานพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะกิจ (Hospital) ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการหนักจะให้การรักษาตามอาการ พร้อมติดตามอย่างใกล้ชิดในโรงพยาบาล โดยปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานชัดเจนในการใช้ Antiviral therapy แต่จากการศึกษาในประเทศจีน พบว่า การให้ยาในกลุ่ม Favipiravir/ chloroquine ฯลฯ อาจให้ผลที่ดีในการรักษา (ทรงภูมิ อธิภูณก และกุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ, 2563)

การรักษาโรค COVID-19 โดยทั่วไปผู้ติดเชื้อเข้าข่าย (Probable case) ผู้ที่มีผลตรวจ Antigen test kit (ATK) ต่อเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 ให้ผลบวก และรวมผู้ติดเชื้อยืนยันทั้งผู้ที่มีอาการและไม่แสดงอาการ แบ่งกลุ่มตามอาการได้เป็น 4 กรณี ดังนี้ (กรมการแพทย์, กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

1. กรณีผู้ติดเชื้อ COVID-19 ไม่มีอาการอื่น ๆ หรือสบายดี (Asymptomatic COVID-19)

1.1 แนะนำให้แยกกักตัวที่บ้านหรือในสถานที่รัฐจัดให้อย่างน้อย 14 วัน นับจากวันที่ตรวจพบเชื้อ ระยะเวลาการกักตัว (ในสถานพยาบาลรวมกับที่บ้าน) อาจนานกว่านี้ในผู้ป่วยบางราย ขึ้นกับดุลยพินิจของแพทย์

1.2 ให้ดูแลรักษาตามดุลยพินิจของแพทย์ ไม่ให้ยาด้านไวรัส เนื่องจากส่วนมากหายได้เองและอาจได้รับผลข้างเคียงจากยา

1.3 พิจารณาให้ยาฟ้าทะลายโจรในกลุ่มที่ไม่มีอาการขึ้นกับดุลยพินิจของแพทย์โดยไม่ให้ยาฟ้าทะลายโจร และยาด้านไวรัสร่วมกัน อาจมีผลข้างเคียงจากยา

2. กรณีผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง ไม่มีปอดอักเสบ ไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรง/ โรคร่วมสำคัญ ภาพถ่ายรังสีปอดปกติ (Symptomatic COVID-19 without pneumonia and no risk factors for severe disease)

2.1 ให้แพทย์พิจารณาให้ยา Favipiravir เริ่มให้ยาเร็วที่สุด

2.2 เมื่อตรวจพบเชื้อมาเกิน 7 วัน และผู้ป่วยไม่มีอาการหรือมีอาการน้อยอาจไม่จำเป็นต้องให้ยาต้านไวรัส เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้น่าจะหายได้เองโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน

2.3 ให้แนะนำการแยกกักตัวที่บ้านหรือในสถานที่รัฐจัดให้ หากเข้าเกณฑ์ที่จะรับการรักษาแบบ Home isolation หรือ Community isolation ก็สามารถให้การรักษาลักษณะดังกล่าวได้ โดยให้ปฏิบัติตามหลักการแยกโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ เป็นเวลาอย่างน้อย (รวมทุกระบบการรักษา) 14 วัน นับจากวันที่เริ่มมีอาการหรือจนกว่าอาการจะดีขึ้น อย่างน้อย 24-48 ชั่วโมง

3. กรณีผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ หรือมีอาการไม่รุนแรง แต่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรง หรือมีโรคร่วมสำคัญ หรือผู้ป่วยที่มีปอดบวม (Pneumonia) เล็กน้อย ซึ่งไม่เข้าเกณฑ์ข้อ 1.6.4 (COVID-19 with risk factors for severe disease or having co-morbidity or mild pneumonia) ปัจจัยเสี่ยงข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ ได้แก่ อายุมากกว่า 60 ปี โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) รวมโรคปอดเรื้อรังอื่น ๆ โรคไตเรื้อรัง (CKD) โรคหัวใจและหลอดเลือดรวม โรคหัวใจแต่กำเนิด โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ภาวะอ้วน (น้ำหนักมากกว่า 90 กก. หรือ BMI  $\geq$  30 กก./ตร.ม.) ตับแข็ง ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำและ Lymphocyte น้อยกว่า 1,000 เซลล์/ลบ.มม. หรือผู้ป่วยที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงแต่มีแนวโน้มที่จะมีความรุนแรงของโรคมกขึ้น

3.1 แนะนำให้รักษาในโรงพยาบาล โดยให้อยู่ในระบบการรักษาและการแยกโรค อย่างน้อย 14 วัน นับจากวันที่เริ่มมีอาการหรือจนกว่าอาการจะดีขึ้น (อาจอยู่โรงพยาบาลน้อยกว่า 14 วัน แล้วกลับไปกักตัวที่บ้านจนครบ 14 วัน)

3.2 พิจารณาให้ยา Favipiravir โดยเริ่มให้ยาเร็วที่สุด ให้ยานาน 5 วัน หรือมากกว่า ขึ้นกับอาการทางคลินิกตามความเหมาะสมหรือปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ

3.3 พิจารณาให้ยา Corticosteroid ร่วมกับยา Favipiravir ในกรณีที่มีผู้ป่วยมีอาการและภาพถ่ายรังสีปอดที่แย่ลง คือ มี Progression of infiltrates หรือค่า Room air SpO<sub>2</sub>  $\leq$  96% หรือพบว่า มี SpO<sub>2</sub> ขณะออกแรงลดลง  $\geq$  3% ของค่าที่วัดได้ครั้งแรก (Exercise-induced hypoxia)

4. กรณีผู้ป่วยยืนยันที่มีปอดบวมที่มี Hypoxia (Resting O<sub>2</sub> saturation  $\leq$  96 %) หรือมีภาวะลดลงของออกซิเจน SpO<sub>2</sub>  $\geq$  3% ของค่าที่วัดได้ครั้งแรกขณะออกแรง (Exercise-induced hypoxemia) หรือภาพรังสีทรวงอกมี Progression ของ Pulmonary infiltrates

4.1 พิจารณาให้ยา Favipiravir เป็นเวลา 5-10 วัน ขึ้นกับอาการทางคลินิก

4.2 อาจพิจารณาให้ยา Lopinavir/ ritonavir 5-10 วัน ร่วมด้วย (ตามดุลยพินิจของแพทย์)

4.3 แนะนำให้ยา Corticosteroid เพิ่มเติมตามความเห็นของแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญ

การรักษาโรค COVID-19 ในผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ผู้ติดเชื้อเข้าข่าย (Probable case) ผู้ที่มีผลตรวจ Antigen test kit (ATK) ต่อเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 ให้ผลบวก และรวมถึงผู้ติดเชื้อยืนยัน ทั้งผู้ที่มีอาการและไม่แสดงอาการ ให้ใช้ยาในการรักษาจำเพาะดังนี้

1. ผู้ติดเชื้อ COVID-19 ไม่มีอาการ (Asymptomatic COVID-19) แนะนำให้ดูแลรักษาตามอาการและดุลยพินิจของแพทย์
  2. ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง ไม่มีปอดบวม ไม่มีปัจจัยเสี่ยง (Symptomatic COVID-19 without pneumonia and no risk factors) แนะนำให้ดูแลรักษาตามอาการ พิจารณาให้ยา Favipiravir เป็นเวลา 5 วัน
  3. ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง แต่มีปัจจัยเสี่ยงหรือมีอาการปอดบวม (Pneumonia) เล็กน้อยไม่เข้าเกณฑ์ข้อ 1.6.4 (Symptomatic COVID-19 without pneumonia but with risk factors) หากพบปัจจัยเสี่ยง หรือ โรคร่วมสำคัญ ได้แก่ อายุน้อยกว่า 1 ปี และภาวะเสี่ยงอื่น ๆ เหมือนเกณฑ์ในผู้ใหญ่ แนะนำให้ยา Favipiravir เป็นเวลา 5 วัน อาจให้นานกว่านี้ได้หากอาการยังมาก โดยแพทย์พิจารณาตามความเหมาะสม
  4. ผู้ป่วยยืนยันที่มีอาการปอดบวม หายใจเร็วกว่าอัตราการหายใจตามกำหนดอายุ (60 ครั้งต่อนาที ในเด็กอายุ <2 เดือน, 50 ครั้ง/ นาที ในเด็กอายุ 2-12 เดือน, 40 ครั้ง/ นาที ในเด็กอายุ 1-5 ปี, 30 ครั้ง/ นาที ในเด็กอายุ >5 ปี) แนะนำให้ยา Favipiravir เป็นเวลา 5-10 วัน (อาจพิจารณาให้ร่วมกับยา Lopinavir หรือ Ritonavir เป็นเวลา 5-10 วัน) อาจพิจารณาให้ยา Corticosteroid ร่วมด้วย
- ดังนั้น การศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 ทำให้ทราบถึงต้นเหตุของการเกิดโรคที่มาจากไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (Coronavirus Disease, 2019) ที่เป็นโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ (SARS-CoV-2) ซึ่งข้ามสายพันธุ์มาจากสัตว์ป่า โดยพบการระบาดครั้งแรกในเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน จากนั้นมีการแพร่ระบาดมากกว่า 200 ประเทศและเขตปกครองพิเศษทั่วโลกอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน โรค COVID-19 ส่วนมากมีระยะฟักตัว 2-14 วัน (เฉลี่ย 5.2 วัน) มีการแพร่กระจายได้หลายลักษณะโดยการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อ การสัมผัสสิ่งคัดหลั่ง เช่น ฝอยละอองเสมหะ น้ำมูก น้ำลาย และยังสามารถติดต่อผ่านเยื่อไผ่ได้อีกด้วย สำหรับแนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัยกรณีโรค COVID-19 จะแบ่งตามลักษณะทางกายภาพของผู้ติดเชื้อ และประวัติหรือปัจจัยเสี่ยงในการติดเชื้อ ซึ่งการรักษาโรค COVID-19 โดยทั่วไปสำหรับผู้เข้าข่ายติดเชื้อ ผู้ที่มีผลตรวจ Antigen test kit (ATK) ต่อเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 ให้ผลบวก โดยจะแบ่งกลุ่มผู้ติดเชื้อยืนยันที่มีอาการ และไม่แสดงอาการออกเป็นกรณี เช่น ไม่มีอาการหรือสบายดี (Asymptomatic COVID-19) ให้แยกกักตัวที่บ้านหรือในสถานที่รัฐจัดให้อย่างน้อย 14 วันนับจาก

วันที่ตรวจพบเชื้อ โดยรักษาตามอาการ หรือผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง ไม่มีปัจจัยเสี่ยงรุนแรงรักษา โดยให้ยา Favipiravir จนกว่าอาการจะดีขึ้นอย่างน้อย 24-48 ชั่วโมง เป็นต้น

## การป้องกันและควบคุมโรค COVID-19

การศึกษาครั้งนี้กล่าวถึงการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ในด้านความรู้ทั่วไป เกี่ยวกับการป้องกันโรคและรูปแบบการป้องกันโรคในแต่ละระยะ ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกก่อนที่จะเกิดโรคจนถึงแสดงอาการป่วยมากหรือมีความพิการเกิดขึ้น ซึ่งได้อธิบายความสำคัญของการดำเนินงานป้องกันโรคและการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ในปัจจุบัน รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพจิตใจและสังคมในที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 รายละเอียดดังนี้

### ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค

รูปแบบการป้องกันโรค โดยทั่วไปรูปแบบการป้องกันโรคแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังต่อไปนี้ (ณัฐจาพร พิชัยณรงค์ และวิศิษฎ์ ฉวีพจน์กำจร, 2550 ; อ้างถึงใน เขมิกา สมบัติโยธา, 2556)

1. การป้องกันขั้นปฐมภูมิ (Primary prevention)
2. การป้องกันขั้นทุติยภูมิ (Secondary prevention)
3. การป้องกันขั้นตติยภูมิ (Tertiary prevention)

#### 1. การป้องกันขั้นปฐมภูมิ (Primary prevention)

การป้องกันขั้นปฐมภูมิเป็นการป้องกันโรคในระยะเริ่มแรกก่อนที่จะเกิดโรค หรือปัญหาสุขภาพ การป้องกันในระดับนี้มีจุดมุ่งหมาย 2 ประการ คือ การส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) และการป้องกันเฉพาะทาง (Specific protection) โดยมีจุดประสงค์ที่จะลดอุบัติการณ์ของโรคโดยการควบคุมปัจจัยที่คาดว่าเป็นสาเหตุของโรคที่ศึกษา โดยทั่วไปแบ่งการป้องกันขั้นปฐมภูมิออกเป็น 2 หัวข้อใหญ่ (ณัฐจาพร พิชัยณรงค์ และวิศิษฎ์ ฉวีพจน์กำจร, 2550 ; อ้างถึงใน เขมิกา สมบัติโยธา, 2556) ดังนี้

1.1 การส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) จะมุ่งหมายเพื่อที่จะสร้าง และผดุงไว้ซึ่งสุขภาพของร่างกาย และจิตใจให้สมบูรณ์ดี อันมีผลไปถึงการป้องกันโรคโดยทั่วไป ไม่ได้จำเพาะว่าจะเป็นโรคหรือสิ่งผิดปกติอันใด ได้แก่

1.1.1 การให้สุขศึกษา และกระตุ้นเตือนในเรื่องความรู้ การเปลี่ยนแปลงเจตคติ และการปฏิบัติตนให้ถูกต้องตามหลักสุขวิทยาส่วนบุคคลและชุมชน

1.1.2 การจัดโภชนาการให้ถูกต้องตามมาตรฐานให้แก่บุคคล เช่น วัยเด็ก วัยรุ่น



เป็นต้น

1.1.3 การจัดให้มีผู้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น คลินิกให้คำปรึกษาการสมรส และเพศศึกษา เป็นต้น

โดยปัจจัยพื้นฐานในการส่งเสริมสุขภาพ แบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ ปัจจัยด้านโภชนาการ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านพฤติกรรม รายละเอียดดังนี้

1) ปัจจัยด้านโภชนาการ (Nutritional factors) คือ การให้คำแนะนำทางโภชนาการหลักการโดยทั่วไป เช่น ควรบริโภคอาหารด้วยความหลากหลาย ไม่ควรบริโภคอาหารชนิดเดิมซ้ำกันบ่อย ๆ และบริโภคอย่างมีคุณภาพ

2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม แบ่งออกเป็นหลายประเภท เช่น มลพิษทางอากาศ มลพิษทางน้ำ ขยะ และอาหารที่มีสิ่งปนเปื้อน มีผลเสียต่อสุขภาพโดยเฉพาะก่อให้เกิดโรคในระบบทางเดินหายใจ เช่น Passive smoking ในผู้ที่อยู่ใกล้กับผู้สูบบุหรี่ปัจจุบัน

3) ปัจจัยด้านพฤติกรรม (Behavioral factors) ที่ส่งเสริมสุขภาพ เช่น การให้คำปรึกษาหญิงก่อนและระหว่างตั้งครรภ์เพื่อหลีกเลี่ยงผลที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การให้ Folic acid เป็นอาหารเสริมในช่วงตั้งครรภ์ จะลดภาวะเสี่ยงที่เด็กจะเกิดความบกพร่องทางสติปัญญาลงได้

1.2 การป้องกันเฉพาะทาง (Specific protection) มีจุดมุ่งหมายที่จะบดขวางความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระหว่างบุคคล (Host) สิ่งคุกคาม (Agent) และสิ่งแวดล้อม (Environment) ที่จะก่อให้เกิดโรค ได้แก่

1.2.1 การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค โดยการฉีดวัคซีนป้องกันโรคต่าง ๆ

1.2.2 การให้บุคคลมีสุขวิทยาส่วนบุคคลที่ดีเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

1.2.3 อนามัยสิ่งแวดล้อมจะช่วยกำจัดและป้องกันการติดเชื้อ

1.2.4 การพิจารณาค้นหาองค์ประกอบที่เกิดโรคตามบุคคล (Host) สิ่งคุกคาม (Agent) และสิ่งแวดล้อม (Environment) เพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นจากการประกอบอาชีพ

ดังนั้น การป้องกันโรคขั้นปฐมภูมิเป็นการป้องกันโรคในระยะเริ่มแรกก่อนที่จะเกิดโรคหรือทำอะไรไม่ให้เกิดโรค โดยต้องอาศัยองค์ประกอบ (ฉันทาพร พิชัยณรงค์ และวิศิษฐ์ ฌวีพจน์ กัจจร, 2550 ; อ้างถึงใน เขมิกา สมบัติโยธา, 2556) ดังนี้

1. การส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานในการสร้างเสริมสุขภาพที่พึงประสงค์ เช่น ปัจจัยด้านโภชนาการ กล่าวคือ การที่ร่างกายได้รับการบริโภคอาหารในปริมาณที่เพียงพอถูกสัดส่วน หลากหลาย มีความเหมาะสมและครบถ้วนตามความต้องการของร่างกาย เพื่อให้ร่างกายสามารถนำสารอาหารที่ได้รับไปใช้ให้เกิดประโยชน์ เสริมสร้างภูมิคุ้มกันของร่างกายและจิตใจ

ส่งผลให้มีสมรรถภาพร่างกายที่ดี เช่น วิธีการให้คำแนะนำทางโภชนาการที่มีประโยชน์สารอาหารครบทั้ง 5 หมู่เพื่อสร้างเสริมให้ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง หรือการเลือกรับประทานผัก ผลไม้ สมุนไพร ที่ช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกันและต้านเชื้อไวรัส อาทิ กลุ่มวิตามินซีและสารต้านอนุมูลอิสระสูง เช่น มะระ มะรุม คენห่า กระเพรา หอมแดง ฯลฯ เป็นต้น ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม โดยทั่วไปปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคมะเร็ง 3 ปัจจัยหลัก คือ บุคคล (Host) สิ่งคุกคาม (Agent) และสิ่งแวดล้อม (Environment) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมก็เป็นปัจจัยที่สามารถกำหนดสภาวะสุขภาพที่ดีได้ เช่น การปรับปรุงสภาพแวดล้อมการดำรงชีวิต โดยเฉพาะสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยของบุคคลต้องสะอาดถูกสุขลักษณะ จะทำให้ไม่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของเชื้อโรคและพาหะนำโรค ซึ่งทุกชุมชนต้องทำให้การปฏิบัติในวิถีชีวิตประจำวันของแต่ละบุคคลแต่ละหลังคาเรือน มีการปรับปรุงรักษาความสะอาดของที่พักอาศัยให้ได้มาตรฐาน ก็จะเป็นการป้องกันโรคติดต่อดังกล่าวได้ และปัจจัยด้านพฤติกรรม คือ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพขึ้นอยู่กับความเชื่อของแต่ละบุคคล โดยเฉพาะการที่บุคคลมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่ส่วนใหญ่จะมาจากพื้นฐานการเชื่อว่ามีพฤติกรรมไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสมแล้วจะทำให้ตนเอง ครอบครัว จะทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคได้

2. การป้องกันเฉพาะทาง โดยทั่วไปการป้องกันนี้มีวัตถุประสงค์ให้ปัจจัยที่กำหนดสุขภาพมีความสมดุลหรือเป็นพลวัตรที่จะไม่ก่อให้เกิดโรค ได้แก่ การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันของร่างกาย โดยธรรมชาติและการรับภูมิคุ้มกันจากภายนอก และการสร้างอนามัยสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย เช่น การทำความสะอาดห้องน้ำ ห้องส้วม อย่างสม่ำเสมอด้วยน้ำยาทำความสะอาด การทำความสะอาดที่อยู่อาศัยเป็นประจำและบ่อยครั้งขึ้น เป็นต้น

## 2. การป้องกันขั้นทุติยภูมิ (Secondary prevention)

การป้องกันในระดับนี้ เป็นการป้องกันในระยะที่เพิ่งเกิดโรคขึ้น (Early detection of disease) เพื่อลดความรุนแรงของโรค ป้องกันการแพร่ระบาดไปยังผู้อื่น ป้องกัน Complication of disease โดยดำเนินการตรวจคัดกรองโรค และให้การรักษาได้ทันที เช่น

2.1 การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านม (Breast cancer) โดยวิธี Mammography ในหญิงที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ควรได้รับการตรวจโรคปีละ 1 ครั้ง

2.2 การตรวจคัดกรองโรค Preeclampsia ในหญิงตั้งครรภ์ โดยควรได้รับการตรวจความดันโลหิตตั้งแต่ฝากครรภ์อย่างต่อเนื่อง

2.3 การตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน (Diabetes mellitus) โดยตรวจวัดระดับน้ำตาลในกระแสเลือด มักทำในกลุ่มเสี่ยง และหญิงตั้งครรภ์ระหว่างสัปดาห์ที่ 2 ถึง 28 ของการตั้งครรภ์ เป็นต้น

สรุปการป้องกันโรคขั้นทุติยภูมิคือ การป้องกันโรคในระยะเริ่มแรก เพื่อที่จะลดความรุนแรงของการเกิดโรค ลดอัตราการป่วยของโรค เช่น การเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคของหญิงที่ตั้งครรภ์ การตรวจคัดกรองระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อค้นหาผู้ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานให้ได้เข้ารับการรักษา ฯลฯ

### 3. การป้องกันขั้นตติยภูมิ (Tertiary prevention)

การป้องกันในระดับนี้มีจุดมุ่งหมายหลัก 2 ประการ คือ

3.1 จำกัดความพิการ (Disability limitation) ลดความรุนแรง (Severity) และภาวะแทรกซ้อน (Progress and complications of established disease) ในโรคบางโรคเราไม่สามารถจะป้องกันโรคได้ในระยะแรก ๆ ทำให้โรคดำเนินไปจนก่อให้เกิดความเสียหายและอาจเกิดความพิการแก่คนไข้ได้แก่ คนไข้ที่เป็นโรค Poliomyelitis และโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น การป้องกันในระดับนี้จะต้องป้องกันไม่ให้คนไข้ได้รับความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ และมีความเป็นอยู่ในสังคมไปตลอดชีวิต เช่น การให้การรักษาโดยการผ่าตัด เพื่อแก้ไขความพิการ เป็นต้น

3.2 ฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) ทางร่างกายและจิตใจ มีจุดมุ่งหมายที่จะลดความบกพร่องในการเข้าสังคม (Social disability) โดยให้เขาได้มีชีวิตอยู่อย่างปกติสุข และปฏิบัติงานเป็นประโยชน์แก่สังคม การให้คำแนะนำและการฝึกฝนต่าง ๆ เท่าที่จะทำได้ การป้องกันในลักษณะนี้ยังมีความหมายรวมถึงการปรับปรุงคุณภาพชีวิต หรือวิถีชีวิตให้ดีขึ้นและเหมาะสมกับรายได้ของครอบครัวตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก การฟื้นฟูสภาพทางร่างกายจะต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยและสมาชิกของผู้ป่วยควบคู่ไปกับการรักษากระดูกที่หัก การทำกายภาพบำบัดเพื่อเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เพิ่มการเคลื่อนไหวการยืดหยุ่นของข้อไม่ให้เกิดอาการข้อติด และเมื่อร่างกายแข็งแรงแล้วหายป่วยแล้วการกลับไปทำงานใหม่ อาจต้องได้รับคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้เข้าสังคม และใช้ชีวิตอย่างปกติสุข

สรุป การป้องกันโรคขั้นตติยภูมิ เป็นการป้องกันในระยะที่มีอาการป่วยมากหรือมีความพิการ ได้แสดงอาการชัดเจนแล้วและกำลังได้รับการรักษาอยู่ ทั้งนี้เพื่อช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรค และกำจัดความพิการที่เราไม่สามารถป้องกันโรคที่เกิดขึ้นได้

### ความสำคัญของการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค COVID-19

การป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ปัจจุบันนับว่ามีความสำคัญมากขึ้นทุกขณะเพราะสามารถ ลดความเสียหายที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งการระบาดของโรค COVID-19 จะควบคุมได้โดย

1. การกำจัด หรือลดแหล่งแพร่เชื้อในกรณีของการระบาดที่เกิดจากแหล่งร่วม เช่น มาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม การควบคุมพื้นที่ที่มีการรวมตัวของคนจำนวนมาก และมาตรการป้องกันตัวเองแบบครอบจักรวาล (Universal prevention for COVID-19)

2. หยุดการแพร่กระจายของเชื้อ COVID-19 ในกรณีของการแพร่กระจายจากคนสู่คน ทั้งทางตรงหรือทางอ้อม เช่น การสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย การล้างมือด้วยน้ำและสบู่ อย่างน้อย 15-20 วินาที หรือทำความสะอาดมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ ความเข้มข้น 70 % มาตรการงดจัดกิจกรรมที่เสี่ยงต่อการเป็นแหล่งแพร่ระบาดของโรคในด้านต่าง ๆ และป้องกันตัวเองแบบครอบจักรวาล (Universal prevention for COVID-19)

3. การตัดการถ่ายทอดโรคด้วยการควบคุมที่ทำให้การแพร่ระบาดของโรคหยุด ช้าลง หรือ อยู่ในเขตจำกัด เช่น การแยกกักผู้ที่มีอาการป่วยหรือลักษณะเข้าข่ายติดเชื้อ การจัดการผู้สัมผัสเชื้อ COVID-19 โดยการกักตัวอยู่กับบ้านโดยสมัครใจ การกักกันในสถานที่ที่รัฐจัดให้ (State quarantine) การปิดอาคารสถานที่ ห้างสรรพสินค้า ระวังการใช้ระบบขนส่งสาธารณะ งดการแสดงหรือแข่งขันกีฬา ปิดสระว่ายน้ำสาธารณะ หรือสถานที่ กิจกรรมที่เป็นการรวมกันของคนจำนวนมาก เป็นต้น

4. การให้ความรู้ต่อชุมชน เป็นส่วนหนึ่งของการสื่อสารความเสี่ยงได้เป็นอย่างดี ต้องมีเนื้อหาที่เน้นความสำคัญของการล้างมือ สนับสนุนให้พักอยู่กับบ้านเมื่อมีอาการป่วย ให้ระวังเมื่อต้องเข้าไปและเน้นความสำคัญของวิธีการป้องกันโรคที่ดี เช่น การใช้กระดาษเช็ดหน้าเมื่อไอหรือจาม การล้างมือเมื่อสัมผัสสิ่งปนเปื้อนต่าง ๆ

5. การป้องกันควบคุมการระบาดที่แพร่จากคนสู่คน ในกลุ่มผู้ป่วย ได้แก่ การป้องกันการแพร่กระจายของโรค การแยกกัก และการทำลายเชื้อ กลุ่มผู้สัมผัส ควรประเมินความเสี่ยงของการติดเชื้อ เช่น ผู้สัมผัสใกล้ชิดพิจารณาระยะเวลา และความใกล้ชิดของการสัมผัส ที่ได้สัมผัสผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงระยะติดต่อของโรค คือ อยู่ใกล้น้อยกว่า 1 เมตร เป็นเวลา 5 นาที อยู่ในสถานที่ปิดอากาศไม่ถ่ายเท ฯลฯ

### **การป้องกันโรค COVID-19**

การป้องกันโรค COVID-19 อาจแบ่งได้ 3 รูปแบบ ดังนี้

1. การดำเนินงานป้องกันโรค COVID-19 ขึ้นปฐมภูมิเป็นการป้องกันโรคในระยะเริ่มแรกก่อนที่จะเกิดโรคหรือทำอะไรที่จะไม่ให้มีผู้ติดเชื้อ โดยต้องมีการเตรียมความพร้อมในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรค ต้องอาศัยองค์ประกอบ ดังนี้

1.1 การส่งเสริมสุขภาพ บังคับพื้นฐานในการส่งเสริมสุขภาพ แบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ

1.1.1 ปัจจัยด้านโภชนาการ กล่าวคือ การที่ร่างกายได้รับการบริโภคอาหารใน ปริมาณที่เพียงพอถูกสัดส่วน หลากหลาย มีความเหมาะสมและครบถ้วนตามความต้องการของ ร่างกาย เพื่อให้ร่างกายสามารถนำสารอาหารที่ได้รับไปใช้ให้เกิดประโยชน์ เสริมสร้างภูมิคุ้มกัน ของร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้มีสมรรถภาพร่างกายที่ดี เช่น วิธีการให้คำแนะนำทางโภชนาการที่มี ประโยชน์สารอาหารครบทั้ง 5 หมู่เพื่อสร้างเสริมให้ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง หรือการเลือก รับประทานผัก ผลไม้ สมุนไพร ที่ช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกันและต้านเชื้อไวรัส อาทิ กลุ่มวิตามินซี และสารต้านอนุมูลอิสระสูง เช่น มะระ มะรุม คื่นช่าย กระเพรา หอมแดง ฯลฯ เป็นต้น

1.1.2 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม โดยทั่วไปปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคมะเร็ง 3 ปัจจัยหลัก คือ บุคคล (Host) สิ่งคุกคาม (Agent) และสิ่งแวดล้อม (Environment) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมก็เป็นปัจจัย ที่สามารถกำหนดสภาวะสุขภาพที่ดีได้ เช่น การปรับปรุงสภาพแวดล้อมการดำรงชีวิตโดยเฉพาะ สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยของบุคคลต้องสะอาดถูกสุขลักษณะ จะทำให้ไม่เป็นที่แพร่พันธุ์ของ เชื้อโรคและพาหะนำโรค ซึ่งทุกชุมชนต้องทำให้การปฏิบัติในวิถีชีวิตประจำวันของแต่ละบุคคล แต่ละหลังคาเรือน มีการปรับปรุงรักษาความสะอาดของที่พักอาศัยให้ได้มาตรฐาน ก็จะเป็นการ ป้องกันโรคติดต่อดังกล่าวได้

1.1.3 ปัจจัยด้านพฤติกรรม คือ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพขึ้นอยู่กับความเชื่อ ของแต่ละบุคคล โดยเฉพาะการที่บุคคลมีพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 เช่น สวม หน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยตลอดเวลาที่ไปในที่ชุมชน หรือกิจกรรมที่มีคนมาก การดูแลรักษา สุขอนามัยส่วนบุคคลด้วยการล้างมือบ่อย ๆ หลีกเลี่ยงการสัมผัสตา ปาก และจมูก การใช้ภาชนะ หรือสิ่งของส่วนตัวไม่รวมกับบุคคลอื่น ส่วนใหญ่จะมาจากพื้นฐานการเชื่อว่าถ้ามีพฤติกรรมไม่ ถูกต้องหรือเหมาะสมแล้วจะทำให้ตนเอง ครอบครัวยุ จะทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อ COVID-19 ได้

2. การป้องกันเฉพาะทาง โดยทั่วไปการป้องกันนี้มีวัตถุประสงค์ให้ปัจจัยที่กำหนด สุขภาพมีความสมดุลหรือเป็นพลวัตร ที่จะไม่ก่อให้เกิดโรค ได้แก่

2.1 การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันของร่างกาย โดยการรับวัคซีนป้องกันโรค COVID-19 และหมั่นดูแลตัวเองด้วยการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

2.2 การส่งเสริมให้บุคคลมีสุขวิทยาส่วนบุคคลที่ดี เพื่อป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 เช่น การล้างมือด้วยน้ำและสบู่ อย่างน้อย 15-20 วินาที หรือการล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ความ เข้มข้น 70 % เป็นประจำ การสวมใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าอย่างถูกวิธี ตลอดจนการดูแล ความสะอาดสิ่งของเครื่องใช้ส่วนตัว เช่น เสื้อผ้า ผ้าปูที่นอน ผ้าขนหนู ลดการเข้าร่วมงานเลี้ยง สังสรรค์ หรือปฏิบัติตามมาตรการ 3 ล กล่าวคือ การลดความเสี่ยงจากการสัมผัสด้วยการล้างมือด้วย น้ำและสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ให้บ่อยขึ้น โดยเฉพาะเมื่ออยู่ในพื้นที่สาธารณะและก่อนรับประทานอาหาร

อาหาร และเมื่อไม่สบาย ไอ จาม ให้สวมหน้ากากอนามัย การหลีกเลี่ยงเข้าไปในพื้นที่ ที่มีการระบาดของโรคหรือไปในพื้นที่ที่มีคนหนาแน่น และการดูแลรักษาสุขภาพตนเองและพักผ่อนให้เพียงพอ ตลอดจนรับผิดชอบต่อสังคมในกรณีที่เกิดทางกลับจากพื้นที่เสี่ยง ต้องแยกและสังเกตอาการไม่น้อยกว่า 14 วัน

2.3 การสร้างอนามัยสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยจะช่วยกำจัดและป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 เช่น การทำความสะอาดห้องน้ำ ห้องส้วม อย่างสม่ำเสมอด้วยน้ำยาทำความสะอาด การทำความสะอาดที่อยู่อาศัยเป็นประจำและบ่อยครั้งขึ้น เป็นต้น

3. การป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ขันทุติยภูมิ คือ การป้องกันการแพร่ระบาดของโรคไปยังผู้อื่น เพื่อที่จะลดความรุนแรงของการเกิดโรค ลดอัตราการป่วยของโรค จึงต้องมีวิธีการดังนี้

3.1 สำรวจและดำเนินมาตรการคัดกรองเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดในกลุ่มเสี่ยงที่จะติดเชื้อจากผู้ที่เดินทางกลับจากพื้นที่ระบาดของโรค COVID-19 ได้แก่ ผู้ที่เดินทางมาจากต่างประเทศหรือเขตที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุข ผู้ที่สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยสงสัยติดเชื้อ โดยวิธีการ ดังนี้

3.2 การตรวจหาเชื้อ COVID-19 ในกลุ่มเสี่ยงหรือผู้ที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (Patients under investigation: PUI) เพื่อค้นหาผู้ติดเชื้อให้เข้ารับการรักษาทันที

3.3 แยกกักเพื่อสังเกตอาการ อย่างน้อย 14 วัน ในที่ที่รัฐจัดให้หรือที่พักอาศัยของตนเอง โดยมีการดำเนินการเฝ้าระวังเพื่อสังเกตการติดเชื้อ คือ แยกห้องนอน ห้องน้ำ ของใช้ส่วนตัวกับบุคคลอื่น มีการวัดอุณหภูมิร่างกายทุกวัน มีอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ (เจลแอลกอฮอล์ 70 % หน้ากากอนามัย) และการดูแลความสะอาดส่วนบุคคล หากมีอาการเข้าเกณฑ์ป่วยด้วยโรค COVID-19 คือ ไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ ไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส หายใจเร็ว หายใจเหนื่อย หรือหายใจลำบาก ตาแดง ผื่น ถ่ายเหลว และ/ หรือ มีประวัติไข้หรือวัดอุณหภูมิได้ตั้งแต่ 37.5°C ขึ้นไป ให้รีบแจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผู้นำชุมชนที่อยู่ใกล้เคียงโดยด่วน

3.4 หากแยกกักเพื่อสังเกตอาการ ครบ 14 วัน ต้องใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากตลอดเวลาที่ออกไปนอกที่อยู่อาศัย การอยู่ห่างบุคคลอื่นอย่างน้อย 2 เมตร กรณีที่มีการทำงานร่วมกับผู้อื่นต้องแยกห้องทำงาน และไม่รับประทานอาหารร่วมกันกับผู้อื่น จนครบ 1 เดือน

3.5 กรณีมีการแพร่ระบาดในสถานที่ใดให้ดำเนินการปิดสถานที่นั้นเพื่อทำความสะอาดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ และติดตามข้อมูลผู้ที่มาใช้บริการในสถานที่นั้น ๆ เพื่อติดตามให้ดำเนินการตามมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดไปยังบุคคลที่ 3 โดยเร็ว เช่น การตรวจหาเชื้อเพื่อเข้าการรักษา การกักตัวเพื่อสังเกตอาการ ฯลฯ

4. การป้องกันโรคขั้นตติยภูมิ เป็นการป้องกันในระยะที่มีอาการป่วยมากหรือมีความพิการ ได้แสดงอาการชัดเจนแล้วและกำลังได้รับการรักษาอยู่ ทั้งนี้เพื่อช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรค และกำจัดความพิการที่เราไม่สามารถป้องกันโรคที่เกิดขึ้นได้ ดังนี้

4.1 การกำจัดความพิการ เช่น ลดอาการปอดอักเสบอย่างรุนแรง อาการทางระบบหัวใจและหลอดเลือด การดูแลรักษาภาวะวิกฤตระบบการหายใจในผู้ป่วยโรค COVID-19 ที่ควรหลีกเลี่ยงการพ่นยาโดยวิธี Nebulizer ที่มีโอกาสเพิ่มการแพร่กระจายของเชื้อ COVID-19 ได้

4.2 การฟื้นฟูสภาพ อาจแบ่งได้ ดังนี้

4.2.1 การฟื้นฟูสภาพร่างกาย กรณีผู้ป่วยได้รับอนุญาตให้ออกจากโรงพยาบาลได้ บางรายอาจมีความผิดปกติหรืออาการแทรกซ้อนระหว่างการรักษา ต้องได้รับการฟื้นฟูร่างกายให้คืนสู่ความปกติให้มากที่สุด เช่น ผลข้างเคียงจากการรักษาโดยเฉพาะอย่างยิ่งการรักษาด้วยยาบางชนิด ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ เป็นต้น

4.2.2 การฟื้นฟูสภาพจิตใจและสังคม ซึ่งข้อมูลข่าวพบว่า ผู้ที่ติดเชื้อ COVID-19 หรือผู้ที่เดินทางมาจากต่างประเทศหรือเขตที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 ในประเทศไทย สังคมมีการต่อต้านในด้านต่าง ๆ เช่น การไม่ยอมรับ การกีดกันการดำรงชีวิตประจำวัน ซึ่งมีข้อเท็จจริงว่า ไม่เข้าใจการดำเนินของการเกิดโรคและวิธีการป้องกันโรค ทำให้ผู้ที่เสี่ยงที่จะติดเชื้อที่เดินทางมาจากต่างประเทศหรือเขตที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 ใช้ชีวิตอย่างยากลำบาก จึงมีความจำเป็นที่ต้องมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานที่ดูแลเรื่องของสุขภาพจิต หน่วยงานที่ดูแลเรื่องเศรษฐกิจและสังคมเข้าไปดูแลควบคู่ไปกับการทำความเข้าใจการดำเนินของการเกิดโรค การติดเชื้อและวิธีการป้องกันโรคที่ถูกต้องให้ประชาชนรับทราบอย่างต่อเนื่อง

จากการศึกษาการป้องกันโรค COVID-19 สรุปได้ว่าการป้องกันโรค COVID-19 ประกอบด้วย การป้องกันขั้นปฐมภูมิที่เป็นการป้องกันโรคในระยะเริ่มแรกก่อนที่จะเกิดโรคหรือปัญหาสุขภาพ มีจุดมุ่งหมาย คือ การส่งเสริมสุขภาพ เช่น การส่งเสริมด้านโภชนาการ การจัดการปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และการจัดการปัจจัยด้านพฤติกรรมส่วนบุคคลที่เอื้อต่อการป้องกันโรค ในส่วนการป้องกันเฉพาะทาง คือ การลดอุบัติการณ์ของโรค โดยการควบคุมปัจจัยที่คาดว่าเป็นสาเหตุของโรคด้วยการจัดการกับปัจจัยที่กำหนดสุขภาพให้มีความสมดุลหรือเป็นพลวัต ที่จะไม่ก่อให้เกิดโรค เช่น การรับวัคซีนป้องกันโรค COVID-19 รวมถึงการส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพส่วนบุคคลที่ดี การป้องกันขั้นตติยภูมิเป็นการป้องกันในระยะที่เพิ่งเกิดโรคขึ้น เพื่อลดความรุนแรงของโรคและให้การรักษาได้ทันที เช่น การตรวจหาเชื้อ COVID-19 ในกลุ่มเสี่ยงหรือผู้ที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค การแยกกักหรือกักกันเพื่อสังเกตอาการอย่างน้อย 14 วัน ในกลุ่มสัมผัสเสี่ยงสูง ฯลฯ และการป้องกันขั้นตติยภูมิ มีจุดมุ่งหมายหลัก 2 ประการ คือ การกำจัดความพิการและ

ภาวะแทรกซ้อน เป็นการป้องกันในระยะที่มีอาการป่วยมากหรือมีความพิการได้แสดงอาการชัดเจนแล้วและกำลังได้รับการรักษาอยู่ ทั้งนี้เพื่อช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรค และกำจัดความพิการที่เราไม่สามารถป้องกันโรคที่เกิดขึ้นได้ เช่น ลดอาการปอดอักเสบอย่างรุนแรงด้วยการให้ยา Favipiravir ในผู้ป่วยกลุ่มอาการรุนแรง การฟื้นฟูสภาพร่างกาย ในรายที่มีความผิดปกติหรืออาการแทรกซ้อนระหว่างการรักษาให้คืนสู่ความปกติให้มากที่สุด รวมถึงการฟื้นฟูสภาพจิตใจและสังคม เช่น การไม่ยอมรับ การกีดกันการดำรงชีวิตประจำวัน จำเป็นที่ต้องมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานที่ดูแลเรื่องของสุขภาพจิต หน่วยงานที่ดูแลเรื่องเศรษฐกิจและสังคมเข้าไปดูแลควบคู่ไปกับการทำความเข้าใจการดำเนินการของการเกิดโรค การติดเชื้อและวิธีการป้องกันโรคที่ถูกต้องให้ประชาชนรับทราบอย่างต่อเนื่อง

### **ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรค**

การควบคุมโรค (Disease control) หมายถึง การลดอัตราการเกิดและอัตราการตายจากโรค ด้วยมาตรการแทรกแซง เพื่อหยุดยั้งอุบัติการณ์ของโรคไม่ว่าจะด้วยสาเหตุใดก็ตาม รวมทั้งการหยุดยั้งกระบวนการที่จะเกิดตามมาจากการเกิดโรค (สุนิรัตน์ ยั่งยืน, 2552, หน้า 10 - 16 อ้างถึงใน เขมิกา สมบัติโยธา, 2556)

วรลักษณ์ ดังคณะกุล (2555) ได้ให้ความหมายของการควบคุมโรค หมายถึง การดำเนินการเพื่อจัดการ จำกัด หรือการแก้ไขสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เพื่อให้กลับคืนสู่สภาวะปกติหรืออยู่ในระดับที่เหมาะสมซึ่งการลดขนาดและความรุนแรงลงโดยการป้องกันคือการดำเนินงานขณะที่เกิดโรคขึ้นแล้ว

ดังนั้น การควบคุมโรคเป็นการดำเนินงานขณะที่เกิดโรคขึ้นแล้ว โดยการควบคุมโรคอาจแบ่งได้เป็นระดับ คือ การควบคุมโรคระดับทุติยภูมิ หมายถึง การควบคุมโรคในระยะที่ค้นหาผู้ป่วยแต่ไม่แสดงอาการเพื่อวินิจฉัยแรกเริ่มและรักษาทันทีลดความชุกและการแพร่กระจาย และการควบคุมโรคระดับตติยภูมิ คือ การลดความรุนแรงของการแพร่ระบาดของโรค เพื่อลดผู้ที่ติดเชื้อรายใหม่

### **แนวคิดหลักการควบคุมโรค**

การควบคุมโรคนั้นสามารถทำให้สำเร็จได้โดยการให้การรักษาโรคนั้น ๆ ผลที่ตามมาจะเป็นการลดความชุกของโรค (Disease prevalence) ในที่สุด แต่หากเพิ่มมาตรการป้องกันโรคควบคู่กันจะเป็นการลดทั้งอุบัติการณ์และความชุกของโรคไปในคราวเดียวกัน ปัจจุบันการควบคุมโรคโรคการป้องกันนับว่ามีความสำคัญมากขึ้นทุกขณะเพราะสามารถป้องกันไม่ให้เกิดความเสียหายขึ้นก่อนที่จะมีการระบาดของโรค ในการดำเนินงานควบคุมโรคตามมาตรการและแนวทางการควบคุมโรคนั้นได้คัดเลือกเทคโนโลยีที่เหมาะสมมาใช้ เช่น วัคซีน การควบคุมแหล่งรังโรค สัตว์รังโรค



และกลุ่มเสี่ยง ซึ่งการระบาดของโรคติดต่อจะควบคุมได้โดย (สุนีรัตน์ ยั่งยืน, 2552 ; 10 - 16 อ้างถึงใน เหมิกา สมบัติโยธา, 2556)

1. การกำจัดหรือลดแหล่งแพร่เชื้อ ในกรณีของการระบาดที่เกิดจากแหล่งร่วม
2. ชัดขวางการแพร่กระจายของเชื้อโรค ในกรณีของการแพร่กระจายจากคนสู่คน ทั้ง

ทางตรงหรือทางอ้อม

3. การปกป้องประชากรกลุ่มเสี่ยงการค้นหาเชื้อก่อโรคในขณะที่เกิดการระบาดจะเสียเวลาอยู่ระยะหนึ่ง ดังนั้น การดำเนินการมาตรการควบคุมจำเพาะจึงจะงักอยู่ในช่วงแรก เช่น การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันของบุคคลกลุ่มเสี่ยง หรือการรักษาพาหะนำโรค ในกรณีฉุกเฉินขั้นตอนแรกที่จะต้องกระทำก่อนอื่นคือการชัดเจนการแพร่กระจายเชื้อโรค และการสืบสวนทางระบาดวิทยาจะให้ข้อมูลรายละเอียดหรือข้อบ่งชี้ของลักษณะการแพร่ระบาด ซึ่งได้แก่ การแพร่กระจายจากคนสู่คนทั้งทางตรงหรือทางอ้อม การติดเชื้อจากแหล่งโรคร่วม หรือผลรวมของการแพร่กระจายของโรคทั้งจากแหล่งโรคร่วม และจากคนสู่คน โดยในกรณีฉุกเฉิน มาตรการควบคุมอาจจะต้องใช้สิ่งที่มีอยู่ใกล้ตัวไปก่อน โดยเฉพาะผู้ดำเนินการควบคุมโรคต้องมีความเข้าใจในหลักการควบคุมการระบาดด้วย โดยทั่วไปประกอบด้วย ดังนี้

- 3.1 การควบคุมแหล่งโรค (Controlling the source) เช่น การปรับปรุงปริมาณและคุณภาพน้ำ การวินิจฉัยและรักษาทันที การแยกผู้ป่วย การควบคุมแหล่งโรคในสัตว์ เป็นต้น

- 3.2 การป้องกันกลุ่มเสี่ยง (Protecting susceptible group) เช่น การให้ภูมิคุ้มกัน การให้ยาป้องกัน การปรับปรุงภาวะโภชนาการ เป็นต้น

- 3.3 การตัดการถ่ายทอดโรค (Interrupting transmission) เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมสัตว์และแมลงนำโรค เป็นต้น

4. วิธีการควบคุมการระบาดของโรค มีดังนี้

- 4.1 การควบคุมการระบาดแบบ Disease containment ทำให้การแพร่ระบาดของโรคหยุด ช้าลง หรืออยู่ในเขตจำกัด โดยมีกลวิธีดังนี้ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

- 4.1.1 มาตรการต่อบุคคล ได้แก่

การแยกกักผู้ที่ไม่มีอาการป่วย (Solation of asymptomatic persons) คือ การจัดระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขดูแลผู้ป่วย COVID-19 ในชุมชน เพื่อการวินิจฉัยเร็ว รักษาให้เร็ว ลดการเสียชีวิตและลดการแพร่ระบาดของโรคในชุมชน ครอบคลุมทั้งในส่วนของสุขภาพทางกายและสุขภาพทางใจ รวมถึงสุขภาพจิตสิ่งแวดล้อมในส่วนบุคคลและส่วนรวม

การกักกันผู้ติดเชื้อ (Quarantine of exposed persons) คือ การกักกันผู้สัมผัส (Expose) กับผู้ป่วยโรคติดเชื้อระหว่างช่วงที่แพร่เชื้อ (Period of communicability) หรือผู้ที่มีอาการ

ไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ ไม่ได้กลิ่น หายใจเร็ว หายใจเหนื่อย หรือ หายใจลำบาก ร่วมกับ มีประวัติ เดินทางไปยัง หรือ มาจากต่างประเทศ ผ่านช่องทางระหว่างประเทศใด ๆ ก็ตาม โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ

การจัดการผู้สัมผัส (Management of contacts) คือ ผู้สัมผัสใกล้ชิด ที่มีโอกาสสูง ในการรับหรือแพร่เชื้อกับผู้ป่วยที่มีโอกาสสัมผัสสารคัดหลั่งจากทางเดินหายใจของผู้ป่วย และ ผู้สัมผัสที่มีโอกาสต่ำในการรับหรือแพร่เชื้อกับผู้ป่วย และติดตามผู้สัมผัส (Contact tracing) เมื่อพบ ผู้ป่วยยืนยัน แล้วให้สังเกตอาการตนเอง (Self-monitoring) เป็นเวลา 14 วันนับจากวันที่สัมผัสผู้ป่วย ยืนยันครั้งสุดท้าย

4.1.2 มาตรการต่อกลุ่มคนหรือชุมชนที่อาจสัมผัสโรค เช่น ผู้ที่อาจรับเชื้อจาก บุคคลในครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มคนที่มาชุมนุมกัน ผู้โดยสารยานพาหนะซึ่งมาตรการที่ใช้ เช่น การ แยกตัวอยู่กับบ้านโดยสมัครใจ และการปิดอาคารสถานที่ ห้างสรรพสินค้า ระเบียบการใช้ระบบขนส่ง สาธารณะ งดการแสดง หรือแข่งขันกีฬา ปิดสระว่ายน้ำสาธารณะ

4.1.3 การป้องกันเป็นกลุ่ม (Mass prophylaxis) โดยให้ยาในกลุ่มเสี่ยงอย่าง ระมัดระวัง หรือสร้างเสริมภูมิคุ้มกันเป็นกลุ่มโดยรอบศูนย์กลางที่มีการระบาด

4.1.4 การให้ความรู้ต่อชุมชน (Public education) เป็นส่วนหนึ่งของการสื่อสาร ความเสี่ยงกรณีการระบาดที่สำคัญ ได้แก่ เน้นความสำคัญของการล้างมือ สนับสนุนให้พักอยู่กับ บ้านเมื่อมีอาการป่วย หรือให้ระวังเมื่อต้องเข้าไปในที่ชุมนุมชน ทั้งนี้เน้นความสำคัญของวิธีการ ป้องกันโรคที่ดี เช่น การใช้กระดาษเช็ดหน้าเมื่อไอหรือจาม การล้างมือเมื่อสัมผัสสิ่งปนเปื้อนต่าง ๆ

4.2 การควบคุมโดยใช้หลัก Standard precautions เป็นวิธีป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ในผู้ป่วยทุกราย โดยให้คำนึงว่าทุกรายของจะมีเชื้อโรคที่ติดต่อได้ทางเลือด สารคัดหลั่งทุกชนิด (Body fluid, Secretion, Excretion ยกเว้นเหงื่อ) ผิวหนังที่มีแผลและเยื่อ ดังนี้

4.2.1 การล้างมือ (Hand washing) ที่ถูกวิธี ก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วย

4.2.2 การสวมเครื่องป้องกันร่างกาย (Use of PPE - Personal protective equipment) เช่น จมูก (Mask) หน้ากาก (Face shield) แว่นตา (Goggles) เสื้อคลุม (Gown) และถุงมือ (Gloves)

4.2.3 การดูแลอุปกรณ์ หรือ เครื่องมือเครื่องใช้ของผู้ป่วย (Appropriate handling of patients care equipment) ทำความสะอาดอย่างระมัดระวัง

4.3 การควบคุมการระบาดโดยวิธี Transmission based precautions เป็นวิธีป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากผู้ป่วยที่ทราบหรือสงสัยว่าติดเชื้อจากเชื้อที่ทราบชนิดเป็นมาตรการเพิ่มเติม

จาก Standard precaution โดยเพิ่มการป้องกันตามวิธีการถ่ายทอดโรคบางโรคอาจใช้มากกว่า 1 วิธี จากทั้งหมด 3 วิธี

4.3.1 Contact precautions เป็นวิธีป้องกันเชื้อโรคที่ติดต่อโดยการสัมผัสทั้งทางตรงและทางอ้อม

4.3.2 Droplet precautions เป็นวิธีการป้องกันเชื้อโรคที่แพร่กระจายทางละอองเสมหะ และการสัมผัสเยื่อบุตา เยื่อบุปาก และจมูก

4.3.3 Airborne precautions เป็นวิธีการป้องกันเชื้อโรคที่มีขนาดเล็กมากซึ่งแพร่ไปด้วยกระแสลม

5. การป้องกันควบคุมการระบาดของที่แพร่จากคนสู่คน หรือ Person to person transmission

5.1 กลุ่มผู้ป่วย มาตรการที่ใช้ ได้แก่ การป้องกันการแพร่กระจายของโรค (Precaution) การแยกกัก (Isolation) และการทำลายเชื้อ (Disinfection)

5.2 กลุ่มผู้สัมผัส ควรประเมินความเสี่ยงของการติดเชื้อ จากปัจจัยต่อไปนี้

5.2.1 ระยะเวลาที่สัมผัสผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงระยะติดต่อของโรค

5.2.2 ระยะห่างหรือความใกล้ชิดของการสัมผัส และวิธีการถ่ายทอดโรค

5.2.3 ระดับความร้ายแรงของโรค

โดยการแยกผู้สัมผัส ได้แก่

1) ผู้สัมผัสใกล้ชิด (Close contact)

2) ผู้อาจจะสัมผัสโรค (Possible contact)

5.3 การกักกัน (Quarantine) เป็นการจำกัดการเดินทางของผู้สัมผัสโรค จนกว่าจะแน่ใจว่าไม่มีการป่วยเกิดขึ้น การกักกันต้องระมัดระวังไม่มากจนเกินเหตุด้านมนุษยธรรมหรือกระทบต่อเศรษฐกิจ

#### การควบคุมโรค COVID-19

การดำเนินงานควบคุมโรค COVID-19 ในประเทศไทยมีมาตรการของรัฐบาล ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) และศูนย์ได้ตอบภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (EOC) ตั้งแต่พบผู้ป่วยรายแรกในประเทศเมื่อวันที่ 12 มกราคม พ.ศ. 2563 อาจแยกมาตรการการดำเนินงานเพื่อควบคุมโรค COVID-19 ได้ดังนี้ (ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.), 2564)

1. มีการคัดกรองผู้ที่เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง โดยกรมควบคุมโรคได้ดำเนินการเฝ้าระวังคัดกรองผู้ที่เดินทางโดยเครื่องบินในเส้นทางที่บินตรงมาจากเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน ในทุกท่าอากาศยาน และต่อมามีการเพิ่มกลุ่มประเทศที่เป็นพื้นที่เสี่ยงหรือพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดอย่างต่อเนื่อง

2. มาตรการแยกเพื่อสังเกตอาการ ณ ที่พักอาศัยเพื่อสังเกตอาการ 14 วัน สำหรับที่เดินทางมาจากต่างประเทศหรือเขตที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 ปัจจุบันหลักเกณฑ์การเปิดรับผู้เดินทางเข้าประเทศไทยแบบไม่กักตัวและไม่จำกัดพื้นที่ เริ่ม 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 ด้วยกลยุทธ์การเปิดประเทศอย่างปลอดภัย (Smart entry) ที่เน้นเฉพาะผู้ที่เดินทางเข้ามาทางอากาศ เพื่อสร้างประโยชน์ด้านเศรษฐกิจแก่ภาคธุรกิจ เอกชน และประชาชนควบคู่กับการกำหนดมาตรการด้านสาธารณสุขโดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

2.1 คนไทยและต่างชาติที่เดินทางจาก 46 ประเทศ (บวกเขตบริหารพิเศษฮ่องกง) เข้ามาโดยไม่จำเป็นต้องมีการกักตัว และสามารถเดินทางได้ทุกจังหวัด เงื่อนไขคือ ผู้ที่จะเดินทางจะต้องพำนักในประเทศที่กำหนดนั้น ๆ ต่อเนื่องอย่างน้อย 21 วัน ก่อนที่จะเดินทางเข้ามาในประเทศไทย ยกเว้นคนไทยหรือเดินทางออกจากประเทศไทย ซึ่งต้องมีการจองโรงแรม Alternative Hospital Quarantine 1 คืนระหว่างรอผลตรวจ Real time polymerase chain reaction (RT-PCR)

2.2 ผู้ที่เดินทางมาจากประเทศไหนก็ได้ (กรณีที่ไม่เข้าเกณฑ์ในกลุ่มที่แรก) โดยใช้หลักการเดียวกัน โปรแกรมแซนด์บ็อกซ์ (Sandbox) และต้องเดินทางเข้ามาในพื้นที่นำร่อง 17 จังหวัด (พื้นที่สีฟ้า) คือ ได้รับวัคซีนครบ 2 เข็มมีการตรวจหาเชื้อโควิดก่อนเดินทาง 72 ชั่วโมงด้วย Real time polymerase chain reaction (RT-PCR) และมีประกันสุขภาพอย่างน้อย 50,000 ยูโรสดอลลาร์ จองที่พัก 7 คืน ตามมาตรฐานและต้องเป็นโรงแรมที่อยู่ใน Sandbox area มีการตรวจหาเชื้อซ้ำในวันที่ 6 หรือ 7 สามารถเดินทางท่องเที่ยวในพื้นที่แซนด์บ็อกซ์ และเมื่อครบ 7 วันแล้ว จึงจะสามารถเดินทางไปยังพื้นที่อื่นได้

2.3 กรณีกลุ่มคนที่ไม่เข้าเกณฑ์ทั้ง 2 ประเภท เช่น คนที่ยังไม่ได้รับวัคซีนเลย หรือได้รับแล้วยังไม่ครบ สามารถเดินทางเข้าประเทศไทยได้ภายใต้เงื่อนไขการกักกันในสถานที่ที่ทางราชการกำหนด ทั้งสถานกักกันโรคที่รัฐจัดให้ (State quarantine) สถานกักกันโรคทางเลือก (Alternative hospital quarantine) ที่จัดการโดยเอกชน สถานกักกันโรคของหน่วยงานหรือองค์กร (Organizational quarantine) และสถานที่กักกันในส่วนของโรงพยาบาล (Hospital quarantine) ซึ่งเป็นกลุ่มที่เดินทางเข้ามาประเทศไทยเพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ซึ่งแต่ละกรณีจำเป็นต้องเข้ารับการกักตัวโดยจะมีรายละเอียดที่แตกต่างกัน บางกลุ่มจะมีการกักตัว 7-10 วัน

2.4 คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติได้ขอให้ผู้ว่าราชการจังหวัดทุกจังหวัดบังคับใช้มาตรการคัดกรองและค้นหาผู้ป่วย และมาตรการป้องกันโรคในระดับอำเภอ และตำบล โดยการตรวจโรค การแยกผู้ป่วยติดเชื้อและการสืบหาผู้สัมผัสใกล้ชิดเพื่อจำกัดการแพร่เชื้อ COVID-19

2.5 มีการประกาศใช้ประกาศพระราชกำหนดภาวะฉุกเฉินแห่งชาติแต่วันที่ 26 มีนาคม จนถึงปัจจุบัน โดยให้อำนาจแก่หน่วยงานของรัฐบางหน่วยในการบังคับใช้มาตรการที่

จำเป็นในการลดและควบคุมการแพร่กระจายของโรค COVID-19 ขอความร่วมมือจากประชาชนให้อยู่แต่ในบ้านของคุณและจำกัดการติดต่อทางสังคมทั้งหมด เช่น การลดการเดินทางไป-มาในต่างพื้นที่ การปิดสถานที่ที่เสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของเชื้อ เป็นต้น

### การป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ในระดับสังคมและชุมชน

การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ COVID-19 ในประเทศไทยได้มีการกำหนดรูปแบบมาตรการและคำแนะนำของศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ดังนี้ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

1. การป้องกันและควบคุมโรคกรณีมีเหตุจำเป็นเร่งด่วนหรือมีการแพร่ระบาด ประกอบด้วย

1.1 ปิดสถานที่เป็นการชั่วคราวจนกว่าสถานการณ์จะคลี่คลาย เช่น สนามมวย สนามม้า สนามกีฬา สถานที่จัดหรือแข่งกีฬา สถานที่ชนไก่ หรือสถานที่ซึ่งใช้สำหรับการเล่นต่าง ๆ ซึ่งใช้สัตว์ต่อสู้หรือแข่งกัน เช่น ชนโค ชนไก่ กัดปลา แข่งม้า ฯลฯ

1.2 งดหรือเลื่อนการจัดกิจกรรมในสถานที่ซึ่งควรมีมาตรการลดความเสี่ยงของการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ในกรณีสถานที่ซึ่งมีความจำเป็นต่อการใช้ชีวิตประจำวันของประชาชน เช่น ห้างสรรพสินค้า ตลาด สถานที่จำหน่ายอาหารหรือเครื่องดื่ม โรงแรม ศาสน-สถาน หรือสถานที่ซึ่งใช้จัดกิจกรรมที่มีการรวมตัวกันของบุคคลจำนวนมาก เช่น การจัดการประชุม อบรม สัมมนา สถานที่สอบ สถานที่ซึ่งจัดกิจกรรมตามประเพณีหรือกิจกรรมทางศาสนา

1.3 ปิดสถานที่ กรณีพบผู้ติดเชื้อ COVID-19 หรือสถานที่ซึ่งผู้ที่เป็นโรคโควิด 19 ได้พำนักหรือพักอาศัย ทำกิจกรรม มีภารกิจ หรือเข้าไปในสถานที่นั้นภายในระยะเวลา 14 วันก่อนพบว่า บุคคลดังกล่าวติดเชื้อ COVID-19 ไว้เป็นการชั่วคราวเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 14 วัน และให้แจ้งต่อเจ้าของผู้ครอบครอง หรือผู้รับผิดชอบสถานที่ดังกล่าวให้ดำเนินการตามแนวทางปฏิบัติหรือแนวทางการป้องกันหรือควบคุมโรคที่กรมควบคุมโรคกำหนดอย่างเคร่งครัด

1.4 ให้ผู้ที่เป็นหรือผู้ที่มีเหตุอันควรสงสัยว่าติดเชื้อ COVID-19 หรือเป็นผู้สัมผัสหรือเป็นพาหะของโรค COVID-19 มารับการตรวจรักษา รับการชันสูตรทางการแพทย์ และเพื่อความปลอดภัยอาจแยกกัก กักกัน หรือคุมไว้สังเกต ณ สถานที่ที่เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อกำหนด จนกว่าจะพ้นระยะติดต่อของโรคหรือสิ้นสุดเหตุอันควรสงสัย และให้เจ้าของ ผู้ครอบครอง หรือผู้รับผิดชอบสถานที่ดังกล่าวให้ดำเนินการตามแนวทางปฏิบัติหรือแนวทางการป้องกันหรือควบคุมโรคที่กรมควบคุมโรคกำหนดอย่างเคร่งครัด

## การป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ในสถานประกอบการหรือการจัดกิจกรรม

แนวทางการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ในสถานประกอบการหรือการจัดกิจกรรม (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ประกอบด้วย

1. การทำความสะอาดพื้นบริเวณสถานที่และอุปกรณ์เครื่องใช้ เช่น บริเวณที่มีการสัมผัสร่วมกันบ่อย ๆ ด้วยน้ำผสมผงซักฟอก หรือน้ำยาฟอกขาว (โซเดียมไฮโปคลอไรท์ 5% ปริมาณ 1 ส่วนผสมน้ำ 49 ส่วน) และทำความสะอาดห้องน้ำ ห้องส้วม ด้วยน้ำยาล้างห้องน้ำอย่างสม่ำเสมอ ทั้งนี้ในขณะที่ทำความสะอาดควรเปิดประตู หน้าต่าง เพื่อให้มีการระบายอากาศ หลังทำความสะอาดควรซักผ้าสำหรับเช็ดทำความสะอาดและไม้ถูพื้น ด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ แล้วนำไปฟึ่งตากแดดให้แห้ง

2. เพิ่มความตระหนักให้แก่พนักงานและพนักงานทำความสะอาดให้เห็นถึงความเสี่ยงในการปนเปื้อนเชื้อในสิ่งแวดล้อม โดยให้ความสำคัญในการป้องกันตนเองและผู้อื่น เช่น การใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า เมื่อไปในสถานที่ชุมนุมชน การล้างมือบ่อย ๆ การเว้นระยะห่างจากบุคคลอื่น 1 - 2 เมตร

3. ในกรณีที่พบผู้ป่วยหรือผู้มีความเสี่ยงสูงสงสัยว่าป่วยด้วยโรค COVID-19 ในสถานที่ดังกล่าวข้างต้น ให้ปฏิบัติดังนี้

3.1 เฝ้าระวังและสังเกตอาการตนเอง พนักงาน และเจ้าหน้าที่ในสถานที่ หากพบว่าตนเองหรือบุคคลดังกล่าวมีอาการป่วยหรือมีความเสี่ยงสูงสงสัยว่าป่วย เช่น มีไข้ ร่วมกับมีอาการไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ หายใจหอบเหนื่อย ให้แจ้งเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อทันที

3.2 ให้ความร่วมมือกับเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อในการแจ้งข้อมูลของผู้ที่พักอาศัย ทำกิจกรรม หรือมีภารกิจหรือเข้ามายังสถานที่ดังกล่าวภายในระยะเวลา 14 วัน ก่อนพบผู้ป่วยหรือมีความเสี่ยงสูงสงสัยว่าป่วยในสถานที่นั้น

3.3 ในกรณีที่มีการจัดกิจกรรมที่มีการรวมกลุ่มของคนจำนวนมาก ในช่วงที่สถานการณ์การแพร่ของโรคคลี่คลาย ให้ปฏิบัติ ดังนี้

3.3.1 ให้จัดระบบคัดกรองผู้มีอาการไอ หรือมีอาการไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ หายใจหอบเหนื่อย และขอความร่วมมือให้ไปพบแพทย์ทันที

3.3.2 จัดหาแอลกอฮอล์เจลสำหรับล้างมือ หรือจุดล้างมือพร้อมสบู่ ไว้บริการแก่ผู้เข้าร่วมกิจกรรม โดยติดตั้งจุดบริการไว้ให้ทั่วถึง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในจุดที่มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมจำนวนมาก และจัดให้มีหน้ากากอนามัย หรือหน้ากากผ้าไว้ให้บริการแก่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมตามความจำเป็น

3.3.3 จัดให้มีระบบลงทะเบียนผู้เข้าร่วมกิจกรรม เช่น ชื่อ นามสกุล ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ของผู้เข้าร่วมกิจกรรม ไว้สำหรับกรณีที่มีความจำเป็นต้องติดตามตัวบุคคลดังกล่าวเพื่อให้มารับการตรวจในภายหลัง

3.3.4 จัดให้มีการทำความสะอาดอุปกรณ์ และบริเวณที่มีผู้สัมผัสร่วมกันจำนวนมาก เช่น ราวบันได ลูกบิดประตู ห้องน้ำ ด้วยน้ำยาความสะอาดที่มีส่วนผสมของโซเดียมไฮโปคลอไรท์ 0.5% หรือแอลกอฮอล์ 70% อย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง ในระหว่างที่จัดกิจกรรมและเมื่อสิ้นสุดกิจกรรม

3.3.5 ควบคุมความแออัดของผู้เข้าร่วมกิจกรรม เช่น กระจายจุดจำหน่ายบัตร จุดจำหน่ายอาหาร ฯลฯ และจัดหาหรือจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อให้ผู้ร่วมกิจกรรมทราบข้อมูล

#### **การป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ในระดับบุคคล**

แนวทางการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ในระดับบุคคล (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ประกอบด้วย

1. หลีกเลี่ยงการเดินทางไปยังพื้นที่เสี่ยงหรือพื้นที่ที่มีการรายงานว่ามีแพร่ระบาดต่อเนื่อง
2. หากมีประวัติการเดินทางไปพื้นที่เสี่ยงในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา แล้วมีอาการไข้ ไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ หายใจเหนื่อยหอบ ให้ไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลทันที พร้อมทั้งแจ้งประวัติการเดินทางด้วย
3. หลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่แออัด เว้นระยะห่าง อย่างน้อย 1 – 2 เมตร ในที่ชุมชนและควรสวมหน้ากากอนามัย
4. อยู่ห่างจากผู้มีอาการของทางเดินหายใจ เช่น ไอ จาม
5. หมั่นล้างมือด้วยสบู่และให้น้ำไหลผ่านอย่างน้อย 20 วินาที หรือใช้แอลกอฮอล์เจลล้างมือ
6. ไม่นำมือมาสัมผัสตา จมูก ปาก โดยไม่จำเป็น

#### **การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ COVID-19 ตามบทบาทหน้าที่ของผู้นำชุมชน**

การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ COVID-19 ตามบทบาทหน้าที่ของผู้นำชุมชนในฐานะเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ โดยการวางแผนปฏิบัติการในการค้นหา คัดกรอง แยกกัก กัน และคุมไว้สังเกตในระดับตำบลหรือหมู่บ้าน (กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข, 2564) มีดังนี้

1. จัดตั้งทีมอาสาโรค COVID-19 ระดับตำบลและหมู่บ้าน เพื่อดำเนินการค้นหาหรือคัดกรอง โดยมีนายก อบต. หรือ กำนันเป็นประธาน ให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นเลขานุการ และมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้ใหญ่บ้านเป็นกรรมการ
  2. จัดทำฐานข้อมูลผู้ที่เป็็น หรือ มีเหตุอันควรสงสัยว่าเป็น โรค COVID-19 หรือผู้ที่เสี่ยงสัมผัสโรค
  3. จัดตั้งด่านชุมชนบริเวณทางเข้า-ออก ชุมชน หรือ หมู่บ้าน เพื่อคัดกรองผู้ที่เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยงหรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าเป็น โรค COVID-19
  4. ค้นหา คัดกรอง สำหรับผู้ที่มีภาวะเสี่ยงโดยแจ้งให้บุคคลนั้นกักกันตัวเอง และติดตามเฝ้าระวังสังเกตอาการตลอดระยะเวลาการกักตัว 14 วัน
  5. การแจ้งเตือนราษฎรในหมู่บ้าน หรือ ชุมชน ในการป้องกันโรค COVID-19 โดยให้ประชาชนทุกคน ต้องใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าทุกครั้งเมื่อออกจากบ้าน ภายในหมู่บ้าน หรือ ไปในที่ชุมนุมชน หรือ การอยู่ร่วมกับผู้ที่ต้องกักกัน ทั้งกรณีที่มาจากต่างจังหวัดและต่างประเทศ
  6. ให้ประชาสัมพันธ์สร้างการรับรู้และความเข้าใจ สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 และการป้องกันเฝ้าระวังดูแลตัวเอง ผ่านสื่อในทุกช่องทาง เช่น หอกระจายข่าวหมู่บ้าน, ชุมชน, Line, Facebook หรือ ป้ายประชาสัมพันธ์ เป็นต้น ทั้งนี้ให้ประกาศผ่านหอกระจายข่าวหมู่บ้าน หรือ ชุมชนอย่างต่อเนื่องทุกวัน โดยเน้นให้ทุกคนรอบครัว สังเกตอาการคนในครอบครัว หากพบว่า มีอาการ ไข้หรือมีเหตุอันควรสงสัยเป็นโรค COVID-19 ให้เข้าบ้านรีบแจ้งกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน แพทย์ประจำตำบล สารวัตรกำนัน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ในฐานะเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อโดยทันที และรีบแจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทราบโดยด่วน
- ดังนั้น การป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ไม่ว่าจะในระดับบุคคล หรือในระดับชุมชน ล้วนแล้วเป็นความจำเป็นเร่งด่วนทั้งสิ้น ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อลดความเสียหายที่จะเกิดขึ้น โดยบูรณาการการป้องกันและควบคุมโรคในทุกระดับ

### แนวคิด PRECEDE-PROCEDE Model

จากการศึกษาทบทวนแนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพมีหลากหลายแนวคิด เช่น แบบจำลอง PRECEDE-PROCEDE Model เป็นแบบจำลองในการส่งเสริมสุขภาพของ Green and Kreuter ซึ่งเป็นแบบจำลองที่นำมาประยุกต์ใช้ในการวางแผนและประเมินผลโครงการ



ส่งเสริมสุขภาพ โดยเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุหลากหลายปัจจัยร่วมกัน (Multiple factors) (Green & Kreuter, 2005) แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของ Pender ที่เชื่อว่าบุคคลทุกคนพยายามแสวงหาวิธีการต่าง ๆ ที่สร้างสรรค์ความเป็นอยู่เพื่อการมีสุขภาพที่ดี และการที่บุคคลจะลงมือกระทำกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพนั้นจะต้องปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่องจนเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิต เป็นต้น (Pender, 2006) ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิด ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ คือ

#### **แนวคิด PRECEDE-PROCEED Model**

PRECEDE – PROCEED Model สร้างขึ้น โดยมีแนวคิดมาจาก PRECEDE Framework ซึ่ง Green and Kreuter เป็นผู้พัฒนารูปแบบจนเป็นแบบจำลองดังกล่าว โดยแบบจำลองนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน (Green & Kreuter, 2005 อ้างถึงใน ชนภา อุดเวช, 2560, หน้า 26) คือ ส่วนที่ 1 ระยะเวลาของการวินิจฉัยปัญหา (Diagnostic Phase) เรียกว่า PRECEDE (Predisposing, Enabling and Reinforcing Constructs in Educational Environmental Diagnosis and Evaluation)

ส่วนที่ 2 ระยะเวลาของการพัฒนาแผนและนำสู่การดำเนินงานและประเมินผล เรียกว่า PROCEED(Policy Regulatory and Organizational in Education and Environmental Development) เป็นระยะของการพัฒนาซึ่งจะต้องทำส่วนที่ 1 ให้เสร็จก่อนจึงจะวางแผนและนำไปสู่การดำเนินงานและประเมินผล

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเฉพาะส่วนแนวคิดในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ (PRECEDE Framework) ซึ่งเป็นรูปแบบการวิเคราะห์ปัจจัยภายในตัวบุคคล และภายนอกตัวบุคคลของ Green and Kreuter มาอธิบาย โดย PRECEDE Framework เป็นคำย่อมาจาก Predisposing, Enabling and Reinforcing Constructs in Educational Environmental Diagnosis and Evaluation เป็นกระบวนการวิเคราะห์ เพื่อวางแผนการดำเนินงานสุขภาพที่มีแนวคิดว่าเป็นพฤติกรรมของบุคคลที่มีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย (Multiple Factors)

#### **ความหมายของแนวคิด PRECEDE Model**

แนวคิดและหลักการของ PRECEDE Model ตามความหมายของ วัชรระ กันทะโย อธิบายว่าเป็นกระบวนการวิเคราะห์เพื่อการวางแผนการดำเนินงานสุขภาพที่มีแนวคิดที่ว่า พฤติกรรมสุขภาพของคนเรานั้นมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย และในการดำเนินงานเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นจะต้องวิเคราะห์สาเหตุพฤติกรรมเสียก่อน เพื่อทราบถึงปัจจัยสำคัญ ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้น ๆ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนและกำหนดวิธีการทางสุขภาพเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อไป (วัชรระ กันทะโย, 2556)

นรลักษณ์ เอื้อกิจ (2562) กล่าวว่าแนวคิด PRECEDE Model มีพื้นฐานที่ว่าสุขภาพและพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการมีสุขภาพไม่ดีเกิดขึ้นจากหลายสาเหตุร่วมกัน ทั้งปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคล การดำเนินงานหรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะต้องมีการวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมนั้นก่อน แล้วจึงวางแผนและกำหนดกลวิธีเพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ โดยพฤติกรรมนี้อาจจะเป็นพฤติกรรมของผู้นำชุมชน พ่อแม่ ลูก เพื่อน ครู และบุคลากรสาธารณสุข (นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2562)

กล่าวอีกนัยหนึ่งตามความหมายของจักรรินทร์ ก็คือ มีปัจจัยหลายปัจจัยร่วมกันกำหนดพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริมแรง และปัจจัยเอื้อ ดังนั้นจึงเป็นการเน้นให้เห็นอย่างชัดเจนว่ามีใช่เพียงแต่ความรู้ และเจตคติที่ดีแล้วจะเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการได้เสมอไป (จักรรินทร์ สิวา, 2542)

ดังนั้นการดำเนินงานหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะต้องมีการดำเนินการหลาย ๆ ด้านประกอบกันและจะต้องวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้น ๆ ก่อน จึงจะสามารถวางแผนและกำหนดวิธีการในการเปลี่ยนแปลงได้อย่างมีประสิทธิภาพกระบวนการวิเคราะห์ใน PRECEDE Framework เป็นการวิเคราะห์ที่เริ่มจากผล (Outcome) ที่ต้องการหรืออีกนัยหนึ่ง คือ คุณภาพชีวิตของบุคคลที่พึงประสงค์ และพิจารณาย้อนกลับไปหาต้นเหตุหรือปัจจัยที่เป็นสาเหตุของปัญหาอื่น ๆ นั้น การวิเคราะห์ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ทั้งสิ้น 7 ขั้นตอน (นรลักษณ์ เอื้อกิจ, 2562) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ทางสังคม (Social diagnosis) เป็นการพิจารณาและวิเคราะห์คุณภาพชีวิต โดยการประเมินปัญหาต่าง ๆ ของบุคคลหรือชุมชน ซึ่งปัญหาต่าง ๆ ที่ประเมินได้จะเป็นเครื่องชี้วัดระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน

ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์ทางระบาดวิทยา (Epidemiology diagnosis) เป็นการวิเคราะห์ว่ามีปัญหาสุขภาพที่สำคัญอะไรบ้างในกลุ่มหรือชุมชนที่ศึกษา ซึ่งปัญหาสุขภาพเหล่านี้จะเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาสังคมหรือได้รับผลกระทบจากปัญหาสังคม ในขณะที่เดียวกันปัญหาสุขภาพก็มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเช่นกัน ข้อมูลทางด้านระบาดวิทยาจะชี้ให้เห็นถึงการเจ็บป่วย การเกิดโรคและสภาวะสุขภาพตลอดจน ประโยชน์ในการวางแผนการดำเนินการด้านสุขศึกษาอย่างเหมาะสม

ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์ทางพฤติกรรม (Behavioral diagnosis) เป็นการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพที่พบจากการวิเคราะห์ในข้อที่ 2 นำมาวิเคราะห์สาเหตุที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งเป็นสาเหตุอันเนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคลและสาเหตุที่ไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ถึงแม้ว่าในการ

ดำเนินงานสุขศึกษาจะเป็นปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม แต่ก็ควรจะได้พิจารณาถึงสาเหตุต่าง ๆ ที่ไม่ใช่พฤติกรรมควบคู่ไปด้วย

ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์ทางการศึกษาและองค์กร (Educational and organization diagnosis) เป็นการวิเคราะห์เพื่อหาปัญหาด้านต่าง ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งที่เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนสุขศึกษา โดยขั้นตอนนี้จะแบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

- ปัจจัยนำ (Predisposing factors) หมายถึง ปัจจัยที่เอื้ออำนวยหรือยับยั้งแรงจูงใจของบุคคลที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยซึ่งเป็นองค์ประกอบของปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ ทศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม และการรับรู้ นอกจากนี้ยังรวมไปถึง ปัจจัยด้านประชากร และสถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจซึ่งปัจจัยเหล่านี้ จะมีผลต่อการวางแผนโครงการทางสุขศึกษาด้วย

- ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) หมายถึง ทักษะและทรัพยากรที่จำเป็นต่อการแสดงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล รวมทั้งความสามารถในการเข้าถึงบริการหรือทรัพยากรที่จำเป็นเหล่านั้น เช่น ค่าใช้จ่าย ระยะเวลา ฯลฯ นอกจากนี้สิ่งที่สำคัญก็คือ การหาได้ง่าย (Available) และความสามารถในการเข้าถึงได้ (Accessibility) ของทรัพยากรที่จำเป็นต่อการแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่จะช่วยให้การแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ เป็นไปได้ง่ายขึ้น

- ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) หมายถึง ปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติหรือพฤติกรรมสุขภาพได้รับการสนับสนุนหรือไม่เพียงใด ลักษณะและแหล่งของปัจจัยเสริม จะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับโครงการสุขภาพ หรือการดำเนินงานสุขศึกษาในแต่ละเรื่อง เช่น การดำเนินงานสุขศึกษาในโรงเรียน หรือสถานศึกษาในกลุ่มเป้าหมายที่เป็นนักเรียน นักศึกษา ปัจจัยเสริมที่สำคัญ ได้แก่ เพื่อนนักเรียน ครู อาจารย์ บุคลากรอื่น ๆ ในโรงเรียน บิดา มารดา ผู้ปกครอง หรือบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัว สำหรับในชุมชนปัจจัยเสริมที่สำคัญได้แก่ เพื่อนบ้าน บุคคลในครอบครัว บุคลากรสาธารณสุข ฯลฯ ส่วนในสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาล ปัจจัยเสริมที่สำคัญได้แก่ เพื่อน ผู้ป่วย หรือผู้ใช้บริการ แพทย์ พยาบาล และบุคลากรอื่น ๆ ที่ได้ติดต่อหรือมีความสัมพันธ์กันปัจจัยเสริมส่วนใหญ่เป็นไปในลักษณะของการกระตุ้นเตือน การยกย่องชมเชย ให้กำลังใจ การเอาเป็นแบบอย่าง การตำหนิตืดเย็น การลงโทษ หรืออาจเป็นกฎ ระเบียบที่บังคับคุมให้บุคคลนั้น ๆ ปฏิบัติตามก็ได้การดำเนินงานตามขั้นตอนการวิเคราะห์ทางการศึกษา และองค์กร จะเป็นการพิจารณาว่าปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมนั้น มีปัจจัยเฉพาะอะไรบ้าง ที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพในลักษณะที่ต้องการได้ ถ้าได้มีการปรับปรุงแก้ไข หรือเปลี่ยนแปลงใหม่ให้เหมาะสม จัดลำดับความสำคัญของปัจจัย จัดกลุ่มปัจจัย และความยากง่ายของการเปลี่ยนแปลงปัจจัยต่าง ๆ เหล่านั้น ซึ่งจะทำให้การวางแผนในขั้นต่อไปเหมาะสมยิ่งขึ้น

ขั้นตอนที่ 5 การวิเคราะห์เลือกกลวิธีการศึกษา (Selective strategical education diagnosis) เป็นการวิเคราะห์หาแนวทาง หรือวิธีการที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในปัจจุบันต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ตามที่ต้องการในการเลือกกลวิธีการศึกษา จะต้องคำนึงถึงการผสมผสานหลายวิธีการทางสุขภาพเข้าด้วยกัน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

ขั้นตอนที่ 6 การวิเคราะห์ทางการบริหาร เป็นการวิเคราะห์เพื่อประเมินปัญหาด้านการบริหารจัดการ ซึ่งรวมทั้งการวิเคราะห์ด้านงบประมาณ และปัจจัยต่าง ๆ ที่จะมีผลกระทบต่อการดำเนินโครงการทั้งนี้ เพื่อลดปัจจัยต่าง ๆ ที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินโครงการให้น้อยที่สุด หรือเพื่อส่งเสริมให้โครงการประสบความสำเร็จและมีผลกระทบในด้านดีให้มากที่สุด

ขั้นตอนที่ 7 การประเมินผลการดำเนินงาน ขั้นตอนนี้ไม่ได้แสดงไว้ในแผนภูมิของ PRECEDE Framework เนื่องจากโดยแท้จริงแล้วการประเมินผลมิได้เป็นขั้นตอนสุดท้ายของการดำเนินงานแต่อย่างใด แต่เป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินงานที่ผสมผสานอยู่ในการดำเนินงานตั้งแต่การวางแผนดำเนินงานแล้ว โดยการกำหนดเป็นวัตถุประสงค์ของการประเมินในแต่ละขั้นตอนเอาไว้แต่แรกและต่อเนื่องกันไป ตั้งแต่ก่อนการดำเนินงานจนถึงสิ้นสุดการดำเนินงาน และภายหลังการดำเนินงานด้วย

จากการศึกษาแบบจำลอง PRECEDE – PROCEED Model ที่ Green and Kreuter เป็นผู้พัฒนารูปแบบ พบว่า ระยะเวลาของการวินิจฉัยปัญหา เรียกว่า PRECEDE และระยะเวลาของการพัฒนาแผนและนำสู่การดำเนินงานและประเมินผล เรียกว่า PROCEED ซึ่งเป็นแนวคิดในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ เป็นรูปแบบการวิเคราะห์ปัจจัยภายในตัวบุคคลและภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ที่เอื้ออำนวยหรือยับยั้งแรงจูงใจของบุคคลที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย ความรู้ ทักษะคิด ความเชื่อ ค่านิยม และการรับรู้ นอกจากนี้ยังรวมไปถึงปัจจัยด้านประชากรและสถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจด้วย ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) คือทักษะและทรัพยากรที่จำเป็นต่อการแสดงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล รวมทั้งความสามารถในการเข้าถึงบริการหรือทรัพยากรที่จำเป็นเหล่านั้น เช่น ความสามารถในการเข้าถึงได้ทรัพยากรที่จำเป็นต่อการแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่จะช่วยให้การแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ เป็นไปได้ง่ายขึ้น และปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) คือปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติหรือพฤติกรรมสุขภาพได้รับการสนับสนุนหรือไม่เพียงใด

ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้เลือกปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย ปัจจัยนำที่อำนวยหรือยับยั้งแรงจูงใจของบุคคลที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย ความรู้ ทักษะคิด และการรับรู้ ปัจจัยเอื้อที่อธิบายถึงทักษะและทรัพยากรที่

จำเป็นต่อการแสดงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล รวมทั้งความสามารถในการเข้าถึงบริการหรือทรัพยากรที่จำเป็น ประกอบด้วย การได้รับทรัพยากร และประสบการณ์ที่จำเป็นต่อการแสดงพฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยเสริมที่แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติหรือพฤติกรรมสุขภาพได้รับการสนับสนุนหรือไม่เพียงใด ประกอบด้วย การได้รับสนับสนุนจากสังคมรวมถึงสิ่งที่ความคาดหวังเพื่อนำมาเป็นตัวแปรในการกำหนดกรอบแนวคิดของการวิจัย เนื่องจากการดำเนินงานหรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะต้องมีการดำเนินการหลาย ๆ ด้านประกอบกัน อีกทั้งการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคในปัจจุบัน ต้องมีปัจจัยนำที่ทำให้เกิดพฤติกรรม ปัจจัยเอื้อที่จำเป็นต่อการแสดงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล และปัจจัยเสริมแรงที่แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติหรือพฤติกรรมสุขภาพได้รับการสนับสนุนหรือไม่เพียงใด ปัจจัยเหล่านี้จึงเหมาะสมกับการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19

### **แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม**

การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหรือการทำกิจกรรมใด ๆ ให้ประสบผลสำเร็จ ประกอบด้วยหลายปัจจัย เพื่อให้เกิดการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ต้องการร่วมกัน ซึ่งการมีส่วนร่วมเป็นสิ่งสำคัญที่จะขับเคลื่อนการพัฒนาชุมชนให้ดำเนินงานตามแผนหรือเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยกระบวนการที่มีการร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมลงมือปฏิบัติ นักวิชาการจำนวนมากทั้งชาวไทยและต่างชาติได้อธิบายความหมายของคำว่ามีส่วนร่วมไว้มากมายโดยมีรายละเอียดแตกต่างกัน

#### **ความหมายของการมีส่วนร่วม**

Arnstien (1969) กล่าวว่า การเข้าไปมีส่วนร่วมโดยไม่มีบทบาทอะไรเลยย่อมไม่ได้ผล การมีส่วนร่วมที่มีคุณภาพนั้น ผู้เข้าร่วมจะต้องรู้จักใช้อำนาจและสามารถควบคุมกิจกรรมนั้นได้จึงจะทำให้เกิดผลอย่างมีประสิทธิภาพ

Berkley (1975) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมนั้น คือ การที่ผู้นำเปิดโอกาสให้ผู้ตามทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมตัดสินใจในการทำงานเท่าที่จะสามารถกระทำได้

โคเฮน และอัฟฮอฟ (Cohen & Uphoff, 1980 อ้างถึงใน ปองทิพย์ นาकिनทร์, 2556) กล่าวถึงหลักการและความหมายการมีส่วนร่วม หมายถึง การที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมเกี่ยวข้องในการตัดสินใจ แต่ก็ไม่ได้หมายถึงว่าจะเป็นการตัดสินใจควบคู่ไปกับการดำเนินงานด้วย เช่น ในการจัดองค์กรการกำหนดกิจกรรมพัฒนา เป็นต้น และการตัดสินใจยังมีส่วนเกี่ยวข้องกับประชาชนในเรื่องผลประโยชน์และการประเมินผลในกิจกรรมนั้นด้วยจะเห็นว่าการตัดสินใจเกี่ยวข้องโดยตรงกับการดำเนินงานผลประโยชน์และการประเมินผลด้วยเหมือนกัน

Putti (1987) การมีส่วนร่วมเป็นพื้นฐานของกิจกรรมต่าง ๆ ที่จะส่งผลให้การบริหารจัดการมีลักษณะกว้าง ซึ่งเป็นทางหนึ่งที่จะทำให้การมีส่วนร่วมขยายไปสู่การปฏิบัติงานในระดับล่างขององค์การ

United Nations (1981) อธิบายว่าการมีส่วนร่วมคือการเข้าร่วมอย่างกระตือรือร้นและมีพลังของประชาชนในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ในการตัดสินใจเพื่อกำหนดเป้าหมายของสังคมและการจัดสรรทรัพยากรเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และปฏิบัติตามแผนการหรือโครงการต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจ

William Erwin (1976) การมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานพัฒนา ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ แก้ปัญหาของตนเอง

อุบลวรรณ แก้วพรหม (2556) ให้ความหมายว่า กระบวนการที่ประชาชนสามารถมีส่วนร่วมในการคิดริเริ่ม การแสดงความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการพัฒนา พิจารณาและการตัดสินใจ การวางแผน พัฒนาหาข้อตกลงร่วมกัน ตลอดจนร่วมปฏิบัติการกับเจ้าหน้าที่ของรัฐในการดำเนินโครงการพัฒนาและแก้ไขปัญหาของชุมชน

ปิยธิดา ปาลรังสี (2557) ได้ให้ความหมายการมีส่วนร่วม ว่า บทบาทของชุมชนในการที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการหาสาเหตุของปัญหา มีส่วนร่วมในการวางแผนและการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล รวมทั้งการรักษาทรัพยากรอันจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อท้องถิ่น

ถวิลวดี บุรีกุล ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมที่สามารถอธิบายได้หลายมิติ (ถวิลวดี บุรีกุล, 2551 อ้างถึงใน อุบลวรรณ แก้วพรหม, 2556, หน้า 10-11) ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในความหมายที่แคบ คือ การที่ประชาชนเข้ามามีส่วนในการพิจารณาโครงการสาธารณะต่าง ๆ โดยสมัครใจ แต่ไม่ได้มีการหวังว่าจะให้ประชาชนเปลี่ยนแปลงโครงการหรือวิจารณ์เนื้อหาของโครงการ

2. การมีส่วนร่วมในความหมายที่กว้าง หมายถึง ประชาชนรู้สึกตื่นตัวในการที่จะได้รับทราบถึงความช่วยเหลือและการตอบสนองต่อโครงการพัฒนา และในขณะเดียวกันก็สนับสนุนความคิดริเริ่มของคนในท้องถิ่น

3. ในมิติด้านการพัฒนาชนบท การมีส่วนร่วม หมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ การดำเนินการ และรับผลประโยชน์จากโครงการพัฒนา ตลอดจนการประเมินผลโครงการนั้น ๆ ด้วย

4. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา คือ การที่ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในกระบวนการตัดสินใจต่าง ๆ ซึ่งจะมีผลกระทบต่อประชาชน

5. การมีส่วนร่วมในชุมชน หมายถึง ประชาชนจะมีทั้งสิทธิและหน้าที่ในการเข้าร่วม ดำเนินการแก้ไขปัญหาของชุมชน ตระหนักถึงการสำรวจตรวจสอบความจำเป็นในเรื่องต่าง ๆ การ ระดมทรัพยากรท้องถิ่น ตลอดจนการเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหา

6. การมีส่วนร่วมนั้นจะต้องเป็นกระบวนการดำเนินการอย่างแข็งขัน หมายถึง บุคคล หรือกลุ่มที่เข้ามามีส่วนร่วมจะเป็นผู้มีริเริ่มความคิดและใช้ความพยายาม รวมไปถึงความเป็นตัวของ ตัวเองในการดำเนินการตามความคิดที่ตนได้ริเริ่ม

7. การมีส่วนร่วม คือ การจัดการที่ใช้ความพยายามในการเพิ่มความสามารถต่อการ ควบคุมทรัพยากรและระเบียบในสถาบันต่าง ๆ ของสภาพสังคมนั้น ๆ กลุ่มบุคคลที่ดำเนินการ ตลอดจนความเคลื่อนไหวไม่ควรถูกควบคุมโดยทรัพยากรและระเบียบต่าง ๆ

การมีส่วนร่วมตามความหมายของกันต์สินี บุญสม คือ กระบวนการสื่อสารสองทาง ระหว่างบุคคลกลุ่มบุคคล ชุมชน หรือประชาชน กับเจ้าหน้าที่ของรัฐผู้ดำเนินโครงการ หรือ นโยบายสาธารณะ ซึ่งการมีส่วนร่วมของประชาชนจะเกี่ยวข้องกับการร่วมในกระบวนการ ตัดสินใจ การร่วมในกระบวนการดำเนินการ และร่วมรับผลประโยชน์(กันต์สินี, 2558)(กันต์สินี บุญ สม, 2558) มีเป้าหมายคือ การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างปัจเจกบุคคล กลุ่มบุคคล ชุมชน ข้าราชการในพื้นที่หรือในท้องถิ่น โดยการให้ข้อมูลต่อประชาชนและประชาชนแสดงความคิดเห็น ต่อโครงการหรือนโยบายสาธารณะนั้น ๆ ทั้งผลบวกและผลลบ (ณัฐกิตติ์ พรจะเด็ด, 2558) โดย เป็นกระบวนการที่เปิดโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมทั้งกระบวนการพัฒนา เริ่มตั้งแต่การมีส่วนร่วมใน การค้นหาและสาเหตุของปัญหา การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแนวทางและวางแผนการ ดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหา การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานในกิจกรรมของการพัฒนา การมีส่วน ร่วมในการรับผลประโยชน์และการมีส่วนร่วมในการประเมินผลงานและกิจกรรมการพัฒนา (ชาญศิษฏ์พงษ์ เกื้อนไย, 2558) โดยการเปิดโอกาสให้ประชาชนทุกภาคส่วนร่วมมือกันอย่างมี อิสรภาพ เสมอภาค ซึ่งใช้ความคิดสร้างสรรค์ และความเชี่ยวชาญของแต่ละคนในการแก้ปัญหาของ ชุมชนและพัฒนางานในกลุ่มให้มีความโปร่งใสและให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (วชิรวัชร งาม ละม่อม, 2559) และเข้ามามีบทบาทในการค้นคว้าหาสาเหตุของปัญหาเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ถูกต้องตรงตามความต้องการด้วยความเต็มใจ (ณัฐนิชา รัตนธรรม, 2560) นอกจากนี้ การเปิด โอกาสให้ทุกคนเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานไม่ว่าจะเป็นทางตรงหรือทางอ้อมเพื่อให้ บรรลุเป้าหมายและปฏิบัติตามแผนที่เห็นพ้องต้องกัน ยังต้องร่วมรับผิดชอบหรือเข้าร่วมกิจกรรมที่ เป็นประโยชน์ต่อสังคมตามอุดมการณ์ที่ตั้งไว้ (สมบัติ นามบุรี, 2562)

จากความหมายของการมีส่วนร่วมสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วม คือ การที่ประชาชนใน สังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน กิจกรรมร่วมกัน โดยมีวัตถุประสงค์เหมือนกัน ซึ่ง

ประกอบไปด้วยการมีส่วนร่วมในการวางแผน เสนอความคิดเห็น การร่วมลงมือทำ และการรับผลประโยชน์ อาจจะมีทั้งตรงและทางอ้อมทั้งนี้เพื่อประโยชน์ของชุมชนและเป็นการเสริมสร้างความสามัคคี ความรู้สึกร่วมรับผิชอบร่วมกันด้วย

### ทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

ทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมมี 5 ทฤษฎี ซึ่งอकिन รพีพัฒน์ (อ้างถึงใน ยุทธพงษ์ เข้าประมงค์, 2555, หน้า 10 – 12) ได้สรุปไว้ดังนี้

#### 1. ทฤษฎีการเกลี้ยกล่อมมวลชน (Mass persuasion)

Maslow กล่าวว่า การเกลี้ยกล่อม หมายถึง การใช้คำพูดหรือการเขียน เพื่อมุ่งให้เกิดความเชื่อถือและการกระทำ ซึ่งการเกลี้ยกล่อมมีประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งในการปฏิบัติงานและถ้าจะให้เกิดผลดีผู้เกลี้ยกล่อมจะต้องมีศิลปะในการสร้างความสนใจในเรื่องที่จะเกลี้ยกล่อม โดยเฉพาะเรื่องความต้องการของคนตามหลักทฤษฎีของ Maslow ที่เรียกว่าลำดับขั้นความต้องการ (Hierarchy of needs) ซึ่งก็คือความต้องการของคนจะเป็นไปตามลำดับจากน้อยไปมาก มีทั้งหมด 5 ระดับ (อकिन รพีพัฒน์, 2527 อ้างถึงใน ยุทธพงษ์ เข้าประมงค์, 2555, หน้า 10 – 12) ดังนี้

1.1 ความต้องการทางด้านสรีระวิทยา (Physiological needs) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ (Survival needs) ได้แก่ ความต้องการทางด้านอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย ยา รักษาโรค และความต้องการทางเพศ

1.2 ความต้องการความมั่นคงปลอดภัยของชีวิต (Safety and security needs) ได้แก่ ความต้องการที่อยู่อาศัยอย่างความปลอดภัยจากการถูกทารุณร่างกาย หรือถูกขโมยทรัพย์สิน หรือความมั่นคงในการทำงานและการมีชีวิตอยู่อย่างมั่นคงในสังคม

1.3 ความต้องการทางด้านสังคม (Social needs) ได้แก่ ความต้องการด้านความรัก ความต้องการที่จะให้สังคมยอมรับว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

1.4 ความต้องการที่จะมีเกียรติยศชื่อเสียง (Self-esteem needs) ได้แก่ ความภาคภูมิใจ ความต้องการดีเด่นในเรื่องหนึ่งที่จะให้ได้รับการยกย่องจากบุคคลอื่น ความต้องการด้านนี้เป็นความต้องการระดับสูงที่เกี่ยวกับความมั่นใจในตัวเองในเรื่องความสามารถ และความสำคัญของบุคคล

1.5 ความต้องการความสำเร็จแห่งตน (Self-actualization needs) เป็นความต้องการในระดับสูงสุด ที่อยากจะทำให้เกิดความสำเร็จในทุกสิ่งทุกอย่างตามความนึกคิดของตนเอง เพื่อจะพัฒนาตนเองให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ ความต้องการนี้จึงเป็นความต้องการพิเศษของบุคคลที่จะพยายามผลักดันชีวิตของตนเองให้เป็นแนวทางที่ดีที่สุด



จากการศึกษาทฤษฎีการเกลี้ยกล่อมมวลชน พบว่า เป็นการใช้คำพูดหรือการเขียนมุ่งให้เกิดความเชื่อถือและการกระทำเพื่อใช้แก้ไขปัญหาคความขัดแย้งในการปฏิบัติงาน โดยใช้ความต้องการของคนในการดำเนินการ เช่น ความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ความต้องการทางด้านสังคม เป็นต้น

## 2. ทฤษฎีการระดมสร้างขวัญของคนในชาติ (National morale)

คนเรามีความต้องการทางกายและใจ ถ้าคนมีขวัญดีพอ ผลของการทำงานจะสูงตามไปด้วย แต่ถ้าขวัญไม่ดีผลงานก็ต่ำไปด้วย ทั้งนี้เนื่องจากว่าขวัญเป็นสถานการณ์ทางจิตใจที่แสดงออกในรูปพฤติกรรมต่าง ๆ นั่นเอง การจะสร้างขวัญให้ดีต้องพยายามสร้างทัศนคติที่ดีต่อผู้ร่วมงาน เช่น การไม่เอารอดเอาเปรียบ การให้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับงาน การเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น เป็นต้น และเมื่อใดก็ตามถ้าคนทำงานมีขวัญดีจะเกิดสำนึกในความรับผิดชอบอันจะเกิดผลดีแก่หน่วยงาน ทั้งในส่วนที่เป็นขวัญส่วนบุคคลและขวัญของกลุ่ม ดังนั้นเป็นไปได้ว่าขวัญของคนเราโดยเฉพาะคนมีขวัญที่ดีย่อมเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะนำไปสู่การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ได้เช่นกัน (ยุพาพร รูปงาม, 2545 อ้างถึงใน ยุทธพงษ์ เฝ้าประมงค์, 2555 : 11)

## 3. ทฤษฎีสร้างความรู้รักชาตินิยม (Nationalism)

ปัจจัยประการหนึ่งที่นำสู่การมีส่วนร่วมคือการสร้างความรู้รักชาตินิยมให้เกิดขึ้น ซึ่งหมายถึง ความรู้สึกเป็นตัวของตัวเองที่จะอุทิศหรือเน้นค่านิยมเรื่องผลประโยชน์ส่วนรวมของชาติ มีความพอใจในชาติของตัวเอง พอใจเกียรติภูมิ จงรักภักดี ผูกพันต่อท้องถิ่น (ยุพาพร รูปงาม, 2545 อ้างถึงใน ยุทธพงษ์ เฝ้าประมงค์, 2555: 11)

## 4. ทฤษฎีการสร้างผู้นำ (Leadership)

การสร้างผู้นำจะช่วยจูงใจให้ประชาชนทำงานด้วยความเต็มใจ เพื่อบรรลุเป้าหมาย หรือบรรลุวัตถุประสงค์ร่วมกัน ทั้งนี้เพราะผู้นำเป็นปัจจัยสำคัญของการรวมกลุ่มคน จูงใจไปยังเป้าประสงค์โดยทั่วไปแล้วผู้นำอาจจะมีทั้งผู้นำที่ดีเรียกว่า ผู้นำปฏิฐาน (Positive leader) หรือผู้นำพลวัต ซึ่งก็คือ เคลื่อนไหวทำงานอยู่เสมอ (Dynamic leader) และ ผู้นำที่ไม่มีผลงานสร้างสรรค์ ที่เรียกว่า ผู้นำนิเสธ (Negative leader) ผลของการใช้ทฤษฎีการสร้างผู้นำจึงทำให้เกิดการระดมความร่วมมือปฏิบัติงานอย่างมีขวัญกำลังใจ งานมีคุณภาพ มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และร่วมรับผิดชอบ ดังนั้น การสร้างผู้นำที่ดี ย่อมจะนำไปสู่การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยดีนั่นเอง (ยุพาพร รูปงาม, 2545 อ้างถึงใน ยุทธพงษ์ เฝ้าประมงค์, 2555, หน้า 12)

## 5. ทฤษฎีการใช้วิธีและระบบทางการบริหาร (Administration and method)

การใช้ระบบบริหารในการระดมความร่วมมือเป็นวิธีหนึ่งที่ย่าง เพราะการใช้กฎหมายระเบียบ แบบแผน เป็นเครื่องมือในการดำเนินการ แต่ผลของความร่วมมือยังไม่มียระบบใดที่ดีที่สุด

เรื่องการใช้บริหาร เพราะธรรมชาติของคน ถ้าทำงานตามความสมัครใจอย่างตั้งใจ ไม่มีใครบังคับก็จะทำงานด้วยความรัก แต่ถ้าไม่ควบคุมเลยก็ไม่เป็นไปตามนโยบายและความจำเป็นของรัฐ เพราะการใช้ระบบบริหาร เป็นการให้ปฏิบัติตามนโยบายเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย เพิ่มความคาดหวัง (ยุพาพร รูปงาม, 2545 อ้างถึงใน ยุทธพงษ์ เข้าประมงค์, 2555, หน้า 12 )

### ลักษณะและรูปแบบของการมีส่วนร่วม

ลักษณะการมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนไว้ใน เอกสารประกอบการสอนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาเมืองและชนบท โดยได้ข้อสรุปลักษณะการมีส่วนร่วมแบ่งออกเป็น 6 ลักษณะ (ไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม และพรรณทิพย์ เพชรมาก, 2551) ได้แก่

1. การรับรู้ข่าวสาร (Public information) การมีส่วนร่วมแบบนี้ ประชาชนเป็นผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย และบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องได้รับการแจ้งให้ทราบถึงรายละเอียดของโครงการที่จะดำเนินการ รวมทั้งผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ทั้งนี้ การแจ้งข่าวสารดังกล่าวจะต้องเป็นการแจ้งก่อนที่จะมีการตัดสินใจดำเนินโครงการ

2. การปรึกษาหารือ (Public consultation) เป็นรูปแบบของการมีส่วนร่วมที่มีการจัดการหารือระหว่างผู้ดำเนินการ โครงการกับประชาชนที่เกี่ยวข้องและได้รับผลกระทบ เพื่อรับฟังความคิดเห็นและการตรวจสอบข้อมูลเพิ่มเติม นอกจากนี้ยังเป็นช่องทางการกระจายข่าวสารข้อมูลไปยังประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้เกิดความเข้าใจ และเพื่อให้มีการให้ข้อเสนอแนะเพื่อประกอบทางเลือกการตัดสินใจ

3. การประชุมรับฟังความคิดเห็น (Public meeting) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนและฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับโครงการหรือกิจกรรมและผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจ ใช้เวทีสาธารณะในการทำความเข้าใจ การประชุมรับฟังความคิดเห็นมีหลายวิธีการ เช่น การประชุมระดับชุมชน (Community meeting) การประชุมรับฟังความคิดเห็นเชิงวิชาการ (Technical meeting)

4. การประชาพิจารณ์ (Public hearing) เป็นการประชุมที่มีขั้นตอนการดำเนินงานที่เป็นระบบ และมีความชัดเจนมากขึ้น เป็นเวทีในการเสนอข้อมูลอย่างเปิดเผยไม่มีการปิดบังของผู้ที่มีส่วนได้และส่วนเสียของโครงการ การประชาคมและคณะกรรมการจัดประชุมจะต้องมีองค์ประกอบของผู้เข้าร่วมที่เป็นที่ยอมรับ มีหลักเกณฑ์และประเด็นในการพิจารณาที่ชัดเจน และมีการแจ้งให้ทุกฝ่ายทราบอย่างชัดเจน

5. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision making) เป็นเป้าหมายสูงสุดของการมีส่วนร่วมของประชาชนให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจต่อประเด็นปัญหานั้น ๆ ซึ่งอาจจะดำเนินการโดยการเลือกตัวแทนเข้าไปเป็นกรรมการที่มีอำนาจการตัดสินใจ

6. การใช้กลไกทางกฎหมายรูปแบบนี้ไม่ถือว่าเป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนโดยตรง ในเชิงการป้องกันและแก้ไข แต่เป็นลักษณะของการเรียกร้องและการป้องกันสิทธิของตนเองอัน เนื่องมาจากการไม่ได้รับความเป็นธรรม เพื่อให้ได้มาซึ่งผลประโยชน์ที่ตนเองควรจะได้รับ ซึ่ง รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยได้ให้หลักเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้หลายประการ และ ประชาชนสามารถใช้สิทธิตามรัฐธรรมนูญทั้งในรูปแบบของปัจเจกหรือในรูปแบบกลุ่มองค์กร ตามที่กฎหมายบัญญัติไว้

การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนควรยึดกรอบแนวคิดในการมีส่วนร่วมของ ประชาชนตามหลักประชาธิปไตยที่มีแนวคิดสามเสาหลัก (พงษ์ธร รัฐยุติรี, 2552) คือ

เสาหลักที่ 1 เป็นสิทธิของประชาชนที่ควรรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่เที่ยงตรงถูกต้องสมบูรณ์ ทันสมัย ในลักษณะที่ว่าประชาชนต้องได้รับข้อมูลเมื่อได้รับการร้องขอ กับลักษณะที่ประชาชนต้อง ได้รับข้อมูลโดยไม่ต้องร้องขอ

เสาหลักที่ 2 เป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการตัดสินใจ โดยจะต้องให้ ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจในกรณีที่ได้รับผลกระทบอย่างใดอย่างหนึ่งจากภาครัฐ กรณีที่มีโครงการหรือนโยบายที่เกี่ยวกับประชาชน หรือแม้กระทั่งร่างกฎหมายที่เป็นกรอบแนวคิด ของภาครัฐที่จะมีผลกระทบต่อประชาชนทั้งหมด ถือว่าเป็นนโยบายสาธารณะที่มีผลกระทบต่อ ประชาชนโดยตรงประชาชนจำเป็นต้องเข้ามามีส่วนร่วม

เสาหลักที่ 3 เป็นการให้ประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการเข้าถึงกระบวนการยุติธรรมที่ เป็นการสร้างความเข้มแข็งและกลไก ควรมีส่วนร่วมทั้งในการบังคับใช้กฎหมายและการอำนวย ความยุติธรรมของหน่วยงานนี้ในกระบวนการยุติธรรม

ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนประกอบด้วย 5 ระดับ (พงษ์ธร รัฐยุติรี, 2552, หน้า 9-10) ดังนี้

ระดับที่ 1 เป็นเรื่องของ การให้ข้อมูลข่าวสาร (Inform) เป็นการมีส่วนร่วมของประชาชน ในระดับที่ต่ำสุดเป็นลักษณะที่ภาครัฐจะให้ข้อมูลทางเดียวกับประชาชน แต่อย่างไรก็ตามจำเป็นต้อง มีการให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นจริง

ระดับที่ 2 เป็นเรื่องของ การมีส่วนร่วมในการหารือ (Consult) หมายถึง เรื่องของการมี ส่วนร่วมในการให้ข้อเท็จจริงกับภาครัฐและให้ภาครัฐเป็นผู้ตัดสินใจ เป็นลักษณะที่ภาครัฐทำการ สืบหาความคิดเห็นจากประชาชน จากนั้นภาครัฐนำไปตัดสินใจในระดับที่สูงขึ้นไป

ระดับที่ 3 การเข้ามามีบทบาท (Involve) เป็นลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชนใน การตัดสินใจเช่นเดียวกัน แต่ความเข้มแข็งมากกว่า เพราะมีความถาวรมากกว่า โดยจะเป็นลักษณะ การประชุมเชิงปฏิบัติการ ที่ให้ประชาชนมีสิทธิออกเสียงในการกระทำต่าง ๆ

ระดับที่ 4 การสร้างความร่วมมือ (Collaboration) เป็นเรื่องของ การให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการทำงานร่วมกัน อาจจะเป็นลักษณะของคณะกรรมการร่วมภาครัฐกับเอกชน หรือลักษณะของคณะที่ปรึกษาฝ่ายภาคประชาชน

ระดับที่ 5 เป็นเรื่องของ การให้อำนาจแก่ประชาชน (Empower) ถือว่าเป็นระดับที่สูงที่สุดที่จะให้ประชาชนเป็นผู้มีอำนาจในการตัดสินใจ อย่างเช่น เรื่องของการลงประชามติต่าง ๆ รูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ลักษณะรูปแบบเป็นการควบคุมตรวจสอบการดำเนินงานกิจกรรมทั้งหมด ซึ่งทั้งหมดมีลักษณะเป็นวงจร มี 4 รูปแบบ ดังนี้

1. รูปแบบการตัดสินใจ หมายถึง กระบวนการประการแรกสุดที่ต้องกระทำ คือ การกำหนดความต้องการและการจัดลำดับความสำคัญต่อจากนั้นก็เลือกนโยบายและประชาชนที่เกี่ยวข้อง โดยเป็นกระบวนการต่อเนื่องที่ต้องดำเนินการไปเรื่อย
2. รูปแบบการปฏิบัติการ หมายถึง การมีส่วนร่วมดำเนินการในสิ่งต่าง ๆ ที่ได้กำหนดขึ้นร่วมกันที่เป็นผลมาจากกระบวนการตัดสินใจ
3. รูปแบบการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ และรับผลประโยชน์ หมายถึง ส่วนที่เกี่ยวกับผลประโยชน์นอกจากความสำคัญของผลประโยชน์ในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแล้ว ยังจะต้องพิจารณาถึงการกระจายผลประโยชน์ภายในกลุ่มด้วย ผลประโยชน์ของโครงการนี้รวมทั้งผลที่เป็นประโยชน์ทางบวกและผลที่เกิดขึ้นในทางลบที่เป็นผลเสียของโครงการ ซึ่งจะเป็นประโยชน์และเป็นโทษต่อบุคคลและสังคมด้วย
4. รูปแบบการมีส่วนร่วมในการประเมินผล หมายถึง การประเมินผลที่สำคัญจะต้องสังเกต คือ ความเห็น ความชอบ และความคาดหวัง ซึ่งมีอิทธิพลสามารถแปรเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลในกลุ่มต่าง ๆ ได้

รูปแบบในการพิจารณาการมีส่วนร่วม เพื่อใช้ในงานวิจัยเรื่อง การมีส่วนร่วมของประชาชนที่มีผลต่อการพัฒนาทางเศรษฐกิจ : ศึกษาเฉพาะกรณี โครงการสารภี ตำบลท่าช้าง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี สามารถแบ่งการมีส่วนร่วมเป็น 10 แบบ (กรรณิกา ชมดี, 2524 อ้างถึงใน ชีรศักดิ์ ศรีสุรกุล, 2555, หน้า 17) ได้แก่

1. การมีส่วนร่วมประชุม (Attendance at meetings) คือ การประชุมในเรื่องที่มีความสำคัญไม่ว่าจะเป็นการตัดสินใจแก้ปัญหา กำหนดกลยุทธ์ หรือกำหนดเป้าหมาย มีส่วนเกี่ยวข้องในการตัดสินใจ
2. การมีส่วนร่วมในการออกเงิน (Financial contribution) คือ การสนับสนุนเงินงบประมาณเพื่อใช้จ่ายในกิจกรรม หรือการจัดหาวัสดุหรืออุปกรณ์ในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ

3. การมีส่วนร่วมเป็นกรรมการ (Membership on committees) คือ การที่กลุ่มคนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เสนอความคิดเห็น และมีส่วนร่วมรับผิดชอบในเรื่องใดเรื่องหนึ่งร่วมกัน

4. การมีส่วนร่วมเป็นผู้นำ (Position of leadership) คือ ผู้นำที่ให้ความสำคัญกับคนและมีส่วนร่วมในฐานะสมาชิกคนหนึ่ง ไม่เน้นการควบคุมสั่งการ พอใจที่จะให้สมาชิกในทีมมีความสุขกับงานรักษาสัมพันธภาพในทีม รับฟังและอำนวยความสะดวก กระตุ้นให้สมาชิกตัดสินใจและแบ่งปันความรับผิดชอบร่วมกัน

5. การมีส่วนร่วมสัมภาษณ์ (Interviewer) คือ การมีส่วนร่วมในการสอบถาม สัมภาษณ์ เพื่อค้นหาข้อมูลต่าง ๆ

6. การมีส่วนร่วมเป็นผู้ชักชวน (Solicitor) คือ การที่บุคคลได้เรียกร้อง ชักชวน หรือ จูงใจ เพื่อให้บุคคลอื่น ๆ เข้าร่วมดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุตามที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้

7. การมีส่วนร่วมเป็นผู้บริโภค (Customers) คือ การร่วมเป็นผู้รับผลประโยชน์จากกิจกรรมต่าง ๆ ที่ร่วมกันดำเนินงาน

8. การมีส่วนร่วมเป็นผู้ริเริ่ม (Entrepreneurs) คือ ชั้นที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาภายในชุมชน ตลอดจนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ กำหนดความต้องการของชุมชน และมีส่วนในการจัดลำดับความสำคัญของความต้องการนั้น ๆ

9. การมีส่วนร่วมเป็นผู้ใช้แรงงาน (Employers) คือ การมีส่วนร่วมออกแรงหรือการใช้กำลังกายในการปฏิบัติงานหรือกิจกรรมที่ได้ร่วมกันทำ

10. การมีส่วนร่วมออกวัสดุอุปกรณ์ (Material contribution) คือ การสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ หรือสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ เพื่อใช้ในกิจกรรมร่วมกัน

ลักษณะการมีส่วนร่วมคือ การมีส่วนร่วมในระดับกิจกรรม ประกอบด้วย การรับรู้ ข่าวสาร การปรึกษาหารือ การประชุมรับฟังความคิดเห็น การประชาพิจารณ์ การลงประชามติ และการมีส่วนร่วมในระดับการบริหาร ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การใช้กลไกทางกฎหมาย ในประเด็นการมีส่วนร่วมในระดับการบริหารนี้ ยังจะต้องพิจารณาจาก ในแนวราบ ทุกแผนกทุกฝ่ายจะมีความเสมอกันในตำแหน่ง และในแนวดิ่งเป็นการมีส่วนร่วมตามสายการบังคับบัญชา (วชิรวัชร งามละม่อม, 2555)

โดยลักษณะของการมีส่วนร่วมมีหลายระดับตั้งแต่เป็นสมาชิกถึงเป็นผู้นำหรือประธานกรรมการ (นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์, 2527 อ้างถึงใน ชีรศักดิ์ ศรีสุรกุล, 2555, หน้า 17) ได้กล่าวไว้ดังนี้

1. เป็นสมาชิก
2. เป็นสมาชิกที่เข้าร่วมประชุม
3. เป็นสมาชิกที่บริจาคเงิน

4. เป็นกรรมการ
5. เป็นประธานกรรมการ
6. สมาชิกผู้ขึ้นทอาะไรระหว่างประชุม
7. สมาชิกผู้ขึ้นเล่นบทอะไรในที่ประชุม

รูปแบบการมีส่วนร่วมตามแนวคิดของ Cohen & Uphoff แบ่งออกเป็น 4 แบบ (วิรุฑฐ ประชารัตนเสรี, 2562, หน้า 8) ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision making) ในกระบวนการของการตัดสินใจ ประการแรก คือ การจัดลำดับความสำคัญ ต่อจากนั้น เลือกลงนโยบายและประชากรที่เกี่ยวข้อง การตัดสินใจนี้เป็นกระบวนการต่อเนื่องที่ต้องดำเนินการไป ตั้งแต่การตัดสินใจในช่วงเริ่มต้นการตัดสินใจในช่วงดำเนินการวางแผน จนถึงการตัดสินใจในช่วงการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้

2. การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ (Implementation) ในส่วนที่เป็นองค์ประกอบของการดำเนินงานตามโครงการนั้น เพื่อตอบคำถามว่า ใครจะทำประโยชน์ให้แก่โครงการใดบ้างและจะทำประโยชน์ได้โดยวิธีใด เช่น การช่วยเหลือด้านทรัพยากร การบริหารงาน การประสานงาน และการขอความช่วยเหลือ เป็นต้น

3. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefits) ในส่วนหนึ่งเกี่ยวกับผลประโยชน์นั้น นอกจากความสำคัญของประโยชน์ในเชิงปริมาณและในเชิงคุณภาพแล้วยังต้องพิจารณาถึงการกระจายผลประโยชน์ภายในกลุ่มด้วย ผลประโยชน์ของโครงการนี้รวมทั้งผลประโยชน์ที่เป็นในทางบวกและผลที่เกิดขึ้นในทางลบที่เป็นผลเสียของโครงการ

4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลนั้น สิ่งที่สำคัญที่จะต้องสังเกตก็คือ ความเห็น (Views) ความชอบ (Preference) และความคาดหวัง (Expectation) ซึ่งจะมีอิทธิพลสามารถแปรเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลในกลุ่มต่าง ๆ ได้

ลักษณะการมีส่วนร่วมของประชาชนจะพิจารณาจากกิจกรรมและการบริหาร ซึ่งจะต้องมีการศึกษาควบคู่กันไปในระดับกิจกรรมนั้น จะเป็นพื้นฐานเบื้องต้นของการทำให้ประชาชนได้มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมมากที่สุด ส่วนในด้านการบริหารนั้น จะเป็นลักษณะของผู้มีอำนาจหน้าที่ที่จะเปิดทางให้ประชาชนได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็น หรือแสดงออกถึงเข้าร่วมในกิจกรรม โดย Huntington & Nelson ได้มีหลักในการพิจารณาถึงลักษณะการมีส่วนร่วมดังมีรายละเอียด (Huntington & Nelson, 1975 อ้างถึงใน สมบัติ นามบุรี, 2562, หน้า 186-187) ดังนี้

1. กิจกรรมลักษณะของการมีส่วนร่วมประเภทนี้ให้ดูจากกิจกรรมที่เข้าร่วม เช่น ด้านการเมือง อาจพิจารณาจากการมีส่วนร่วมของประชาชนในการเลือกตั้ง การลงประชามติ การประท้วง กรณีที่รัฐมีโครงการที่มีผลกระทบต่อประชาชน เป็นต้น ว่าสามารถกระทำได้เพียงใด

2. ระดับการบริหาร โครงสร้างขององค์กรหนึ่งจะต้องมีสายการบังคับบัญชา ดังนั้น การมีส่วนร่วมจะพิจารณาได้จาก

2.1 ในแนวราบ ทุกแผนกทุกฝ่ายจะมีความเสมอกันในตำแหน่ง ดังนั้น การมีส่วนร่วมในแนวราบจึงเป็นไปได้ไปอย่างหลวม ๆ ไม่จริงจัง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะมีสถานะหรือตำแหน่งเท่ากัน

2.2 ในแนวดิ่ง เป็นการมีส่วนร่วมตามสายการบังคับบัญชา เช่น มีหัวหน้าลูกน้อง มีฝ่ายแผนกต่าง ๆ ลดหลั่นกันไป เป็นต้น การทำงานจึงมีการตรวจสอบตามลำดับชั้น การแสวงหาผลประโยชน์เพื่อตนเองหรือผู้อื่นจะได้รับการตรวจสอบจากผู้บังคับบัญชา

2.3 การมีส่วนร่วมทั้งแนวราบและแนวดิ่งนั้น ในบางครั้งจะต้องทำงานร่วมกัน ผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงานในแผนกอื่น จึงต้องแสดงบทบาทตามสถานภาพของแนวราบและแนวดิ่ง

สรุปได้ว่าลักษณะการมีส่วนร่วม สามารถพิจารณาได้หลากหลาย ขึ้นอยู่กับว่าจะสนใจศึกษาในประเด็นบ้าง ซึ่งประเด็นที่สนใจในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เน้นลักษณะการมีส่วนร่วมในประเด็นที่เกิดจากกิจกรรม เช่น การเข้าร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ทั้ง การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ตามกรอบแนวคิดของโคเฮนและอัฟฮอฟฟ์ ซึ่งจะมีอิทธิพลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลในกลุ่มต่าง ๆ ได้ (Cohen & Up Hoff, 1980 อ้างถึงใน วิรุยทศ ประชารัตนเสรี, 2562: 8)

#### **ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม**

ปัจจัยที่เป็นแรงกระตุ้นให้บุคคลเป็นตัวตัดสินใจเข้าร่วมกระทำกิจกรรมใหม่ ๆ ในชุมชนหรือยอมรับสิ่งใหม่ ๆ คือ การติดต่อสื่อสารและลักษณะส่วนตัวของบุคคลนั้น ๆ มีรายละเอียดดังนี้ (Roger, 1978 อ้างถึงใน สมบัติ นามบุรี, 2562, หน้า 194)

1. ปัจจัยช่องทางการสื่อสาร เป็นวิธีการที่ผู้ส่งข่าวสารไปยังผู้รับสารใน 2 ลักษณะ คือ

1.1 ช่องทางการสื่อสารมวลชน (Mass media channel) เป็นวิธีการถ่ายทอดข่าวสารที่เกี่ยวกับการสื่อสาร เช่น หนังสือพิมพ์ นิตยสาร วารสาร และหนังสือประเภทอื่น ๆ เช่น ภาพยนตร์ วิทยุ โทรทัศน์ ซึ่งมีความสำคัญในการเพิ่มความรู้ กระจายข่าวสาร สามารถเปลี่ยนแปลงทัศนคติของบุคคลได้

1.2 ช่องทางการสื่อสารระหว่างบุคคล (Interpersonal channel) เป็นการติดต่อระหว่างบุคคลเพื่อถ่ายทอดข่าวสารระหว่างผู้ส่งสารและผู้รับสาร ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติได้มากกว่าสื่อประเภทอื่น ๆ

2. ปัจจัยเกี่ยวกับลักษณะส่วนตัว (Personal characteristic) ประกอบด้วยอายุ สถานภาพทางสังคม ฐานะทางเศรษฐกิจ รายได้ ขนาดที่ดิน และความสามารถเฉพาะอย่าง รวมถึงระดับการศึกษา รูปแบบของชีวิตสาธารณะ ซึ่งดูเหมือนจะส่งผลกระทบต่อทางอ้อมเท่านั้น

ปัจจัยที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วม (กันต์สินี บุญสม, 2558) ได้แก่

1. ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ต่าง ๆ  
2. ปัจจัยด้านชุมชน ได้แก่ ชุมชนให้การสนับสนุนและเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วม เลือกรับเป็นตัวแทน ชุมชนมีความสามัคคี และมีกลุ่มต่าง ๆ ที่สนับสนุนผลักดันการมีส่วนร่วม

3. ปัจจัยด้านองค์การ ได้แก่ บรรยากาศองค์กร การติดต่อสื่อสาร กฎระเบียบ การเอาใจใส่กระตือรือร้นในการแก้ปัญหา มีประสิทธิภาพประชาคม

4. ปัจจัยด้านทัศนคติ ได้แก่ เจตคติต่อการมีส่วนร่วม และแรงจูงใจในการทำงาน  
เงื่อนไขด้านประชาชนในการมีส่วนร่วมอย่างน้อย 3 ประการ คือ ประชาชนต้องมีอิสรภาพที่จะมีส่วนร่วม ประชาชนต้องสามารถที่จะมีส่วนร่วม ประชาชนต้องเต็มใจที่จะมีส่วนร่วม นอกจากนี้ความสำเร็จของการมีส่วนร่วมยังขึ้นอยู่กับเงื่อนไข ดังต่อไปนี้ ประชาชนต้องมีเวลาที่จะมีส่วนร่วมกิจกรรม ประชาชนต้องไม่เสียเงินค่าใช้จ่ายในการมีส่วนร่วมมากเกินไป ประชาชนต้องไม่เสียผลประโยชน์ที่จะได้รับ ประชาชนต้องมีความสนใจที่สัมพันธ์สอดคล้องกับการมีส่วนร่วม นั้น ประชาชนต้องสามารถสื่อสารรู้เรื่องทั้งสองฝ่าย และประชาชนต้องไม่รู้สึกกระทบกระเทือนต่อตำแหน่งหน้าที่ หรือสถานภาพทางสังคมหากจะมีส่วนร่วม (นิรันดร์ จงวุฒิเวศน์, 2547 อ้างถึงใน สุจินตรา สะพุ่ม, 2559, หน้า 33)

เงื่อนไขของการมีส่วนร่วมที่สำคัญและจำเป็นของการมีส่วนร่วม 3 ประการ (ชาญศิษฏ์พงษ์ เตื่อนไช, 2559, หน้า 20) ได้แก่

1. ความมีอิสระที่จะเข้าร่วม (Freedom to participate autonomy)
2. ความสามารถที่จะเข้าร่วม (Ability to participate)
3. ความเต็มใจที่จะเข้าร่วม (Willingness to participate)

จากการทบทวนเอกสาร แนวคิดและทฤษฎีที่ศึกษาความหมายของการมีส่วนร่วมสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วม คือ การที่ประชาชนในสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานกิจกรรมร่วมกัน โดยมีวัตถุประสงค์เหมือนกัน ซึ่งประกอบไปด้วยลักษณะของการมีส่วนร่วม เช่น การมีส่วนร่วม การตัดสินใจและเสนอความคิดเห็น การมีส่วนร่วมลงมือปฏิบัติตามแผน การมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์จากการปฏิบัติ เป็นต้น ทั้งนี้อาจจะมีทั้งทางตรงและทางอ้อมเพื่อประโยชน์ของชุมชน และเป็นการเสริมสร้างความสามัคคี ความรู้สึกร่วมรับผิดชอบร่วมกันด้วย รายละเอียดดังข้อมูลปรากฏในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคุณลักษณะตามแนวคิด และ ทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

ลักษณะ	ผู้อธิบายคุณลักษณะการมีส่วนร่วม					
	Cohen & Uphoff (1981)	Huntington & Nelson (1975)	พงษ์ธร รัญญูสิริ (2552)	กรรณิกา ชมดี (2524)	นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์ (2527)	ไพบุลย์ วัฒนศิริ ธรรม และ เพชรมาศ (2551)
มีส่วนร่วมในการออกเงิน				✓	✓	
มีส่วนร่วมเป็นกรรมการ				✓	✓	
มีส่วนร่วมเป็นผู้นำ				✓	✓	
มีส่วนร่วมสัมภาษณ์				✓		
มีส่วนร่วมเป็นผู้ชักชวน				✓		✓
มีส่วนร่วมเป็นผู้ชักชวน				✓		✓
มีส่วนร่วมออกวัสดุอุปกรณ์				✓		
เสนอความคิดเห็น						✓
การมีส่วนร่วมร่วมการตัดสินใจ	✓	✓	✓	✓	✓	✓
มีส่วนร่วมตัดสินใจ	✓	✓	✓	✓	✓	✓

แนวคิดและทฤษฎีที่ศึกษา ซึ่งได้อธิบายคุณลักษณะของการมีส่วนร่วมในด้านต่าง ๆ จากตารางที่ 2 จะเห็นได้ว่ามีลักษณะของการมีส่วนร่วมที่มีความถี่สูงเกินครึ่งหนึ่งของผู้ที่อธิบายลักษณะของการมีส่วนร่วม ได้แก่ การมีส่วนร่วมการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ การมีส่วนร่วมในการประเมินผล และการมีส่วนร่วมลงมือปฏิบัติ

การมีส่วนร่วมในด้านต่าง ๆ ที่กล่าวมานั้นอาจเป็นประโยชน์ในการศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ผู้วิจัยจึงได้เลือกลักษณะของการมีส่วนร่วม คือ การมีส่วนร่วมการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมลงมือปฏิบัติ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล เพื่อนำมาเป็นตัวแปรตามในกำหนดกรอบแนวคิดของการวิจัยในครั้งนี้

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีผลการศึกษาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในดำเนินงานการควบคุมและป้องกันโรค และการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในด้านการพัฒนาชุมชนและสังคม สามารถนำมาสรุปโดยสังเขป ได้ดังนี้

#### งานวิจัยในประเทศ

การศึกษาวิจัยในประเทศเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านต่าง ๆ ผู้ศึกษาได้ทบทวนงานวิจัยในประเทศ พบว่า มีประเด็นการวิจัยและข้อค้นพบที่ช่วยเสริมสร้างความรู้ทางวิชาการและเป็นประโยชน์ในการนำไปใช้เพื่อพัฒนาหรือมีความเหมาะสมที่จะดำเนินการวิจัย และเกิดความชัดเจนในการกำหนดปัญหาการวิจัยที่สนใจ โดยนำมาพัฒนากรอบความคิดในการวิจัย และสมมุติฐานการวิจัย ผู้ศึกษาได้แบ่งการทบทวนงานวิจัยในประเทศ ดังนี้

##### 1. การศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค

การศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก หมู่บ้านบางหมู่ ตำบลบ้านน้ำบ่อ อำเภอบางระจิง จังหวัดปัตตานี เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และประเมินผลการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยเป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยการศึกษาแบ่งออกเป็น 5 ระยะ ใช้แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกและแบบสอบถามการมีส่วนร่วมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาพบว่า ชุมชนมีส่วนร่วมต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในทุกๆระยะของการดำเนินการ โดยไม่พบผู้ป่วยไข้เลือดออก และค่า HI, CI อยู่ในเกณฑ์ปกติ ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 2.58, SD = 0.50$ ) เมื่อ

พิจารณารายด้านพบว่า ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $\bar{X} = 2.76$ ,  $SD = 0.44$ ) จากการศึกษาสรุปได้ว่า การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืน ต้องได้รับความร่วมมือ และเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมจากชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล โรงเรียน ผู้นำชุมชนและผู้นำทางศาสนา (ภู่อันวาร ภูมา และคณะ, 2559)

จากการศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนก เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนก ในผู้นำชุมชนตำบลห้วยหม้าย จำนวน 200 คน ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนก มีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 61.0 ระดับปานกลาง ร้อยละ 33.0 และระดับน้อย ร้อยละ 6.0 ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดนก ( $r = 0.598$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) แรงสนับสนุนทางสังคม ( $r = 0.790$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) เพศ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) อาชีพ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) และรายได้ ( $r = -1.72$ ,  $p\text{-value} = 0.01$ ) ซึ่งอธิบายได้ว่า การที่มีรายได้ต่อเดือนที่สูง จึงเป็นปัจจัยผลักดันให้ผู้นำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม และถ้าหากได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครอบครัว ชุมชนจะทำให้ผู้นำชุมชนปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนกได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลอีกด้วย (ศักดิ์ชัย ชิวรงค์, 2560)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของชุมชนบ้านวังไทร ตำบลวังน้ำเขียว อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน และปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ผลการศึกษาพบว่า ประชากรส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกในระดับปานกลาง ( $\mu = 11.59$ ,  $\sigma = 1.93$ ) การมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\mu = 2.02$ ,  $\sigma = 0.40$ ) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การมีส่วนร่วมด้านการร่วมรับผลประโยชน์ ( $\mu = 2.63$ ,  $\sigma = 0.74$ ) และด้านการดำเนินงาน ( $\mu = 2.24$ ,  $\sigma = 0.45$ ) อยู่ในระดับสูง ส่วนการมีส่วนร่วมด้านการค้นหาปัญหา ( $\mu = 1.99$ ,  $\sigma = 0.57$ ) ด้านการประเมินผล ( $\mu = 1.97$ ,  $\sigma = 0.44$ ) และด้านการวางแผนงาน ( $\mu = 1.79$ ,  $\sigma = 0.56$ ) การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง ด้านปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า ปัจจัยด้านอิทธิพลทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการมีส่วนร่วมของชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.598$ ,  $p\text{-value} = 0.000$ ) สำหรับปัจจัยด้าน

ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.258$ ,  $p\text{-value} = 0.003$ ) ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของชุมชน (สุคใจ มอนใจ และคณะ, 2556)

การศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อำเภอทุ่งช้าง จังหวัดน่าน เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะและการปฏิบัติตัวของผู้นำชุมชนกับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของอำเภอทุ่งช้าง ผู้นำชุมชนในพื้นที่ศึกษา จำนวน 165 คน ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจ ( $\bar{X} = 3.82$ ,  $SD = 0.142$ ) ด้านการปฏิบัติการ ( $\bar{X} = 3.69$ ,  $SD = 0.177$ ) และด้านประเมินผล ( $\bar{X} = 4.28$ ,  $SD = 0.141$ ) การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับที่สูง ส่วนด้านการรับผลประโยชน์ ( $\bar{X} = 3.57$ ,  $SD = 0.163$ ) การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์พบว่า ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน ( $r = 0.205$ ,  $p\text{-value} = 0.008$ ) และระยะเวลาการดำรงตำแหน่ง ( $r = 0.215$ ,  $p\text{-value} = 0.006$ ) มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำกับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยด้านความรู้ ( $r = 0.365$ ,  $p\text{-value} = 0.000$ ) ทักษะ ( $r = 0.391$ ,  $p\text{-value} = 0.000$ ) และการปฏิบัติตัว ( $r = 0.639$ ,  $p\text{-value} = 0.000$ ) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ทรงพล ศาลาคาม และคณะ, 2560)

การศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกตำบลโนนผึ้ง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยการวิจัยแบบภาคตัดขวาง(Cross-sectional Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และปัจจัยที่ทำนายการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนมีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเฉลี่ยในระดับดี ( $\bar{X} = 55.43$ ,  $SD = 13.83$ ) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการมีส่วนร่วมรายด้าน พบว่า การร่วมวางแผนกิจกรรมและการปฏิบัติงาน ( $\bar{X} = 13.63$ ,  $SD = 4.56$ ) การร่วมรับผลประโยชน์ ( $\bar{X} = 17.00$ ,  $SD = 3.46$ ) และการร่วมติดตามประเมินผล เฉลี่ยในระดับดี ( $\bar{X} = 11.73$ ,  $SD = 3.17$ ) ส่วนการร่วมค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 13.06$ ,  $SD = 4.92$ ) การหาความสัมพันธ์พบว่า ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้าน ( $r = 0.240$ ,  $p\text{-value} = 0.001$ ) การรับรู้โอกาสเสี่ยง ( $r = 0.174$ ,  $p\text{-value} = 0.013$ ) และการรับรู้ความรุนแรงของโรค ( $r = 0.165$ ,  $p\text{-value} = 0.018$ ) มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายการมีส่วนร่วมของ

ประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกได้แก่ อาชีพ ( $p = 0.000$ ) ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในครอบครัว ( $p = 0.005$ ) และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ( $p = 0.018$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พงษ์ระพี ดวงดี, มธุริน มาลีหวล, ปณิตา ครองยุทธ และถนอมศักดิ์ บุญสู่, 2563)

การศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการพัฒนาท้องถิ่นขององค์การบริหารส่วนตำบลในเขตอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ เพื่อศึกษาปริมาณการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมลักษณะต่าง ๆ ของผู้นำชุมชน ระดับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการพัฒนาท้องถิ่นที่ของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล กำนัน และผู้ใหญ่บ้านใน จำนวน 249 ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการพัฒนาท้องถิ่นขององค์การบริหารส่วนตำบลในเขตอำเภอบางพลี ด้านการเสริมสร้างให้ชุมชนเข้มแข็งปลอดภัยและน่าอยู่ พบว่า ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมให้และรับผลประโยชน์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ( $\bar{X} = 3.84$ ,  $SD = 1.11$ ) อยู่ในระดับมาก และการร่วมติดตาม ตรวจสอบ ประเมินผล มีค่าคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมน้อยที่สุด ( $\bar{X} = 2.51$ ,  $SD = 0.88$ ) อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการพัฒนาท้องถิ่น พบว่า เพศต่างกันมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมเสริมสร้างให้ชุมชนเข้มแข็ง ปลอดภัย และน่าอยู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -1.04$ ,  $P\text{-value} = 0.01$ ) (รักขิ์ม เสงหลิ, 2552)

## 2. การศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุม โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะติดต่อพฤติกรรมกำบังกำบังการติดเชื้อ COVID-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หญิงในจังหวัดสุรินทร์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทักษะติดต่อพฤติกรรมกำบังกำบังการติดเชื้อ COVID-19 ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เรื่องกำบังกำบังการติดเชื้อ COVID-19 อยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 12.4$ ,  $SD = 0.9$ ) และทักษะการกำบังกำบังการติดเชื้อ COVID-19 อยู่ในระดับต่ำ ( $\bar{X} = 4.0$ ,  $SD = 0.3$ ) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังกำบังการติดเชื้อ COVID-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หญิงในจังหวัดสุรินทร์ พบว่า ความรู้เรื่องกำบังกำบังการติดเชื้อ COVID-19 ( $\chi^2 = 11.064$ ,  $p\text{-value} = 0.001$ ) และทักษะการกำบังกำบังการติดเชื้อ COVID-19 ( $\chi^2 = 23.234$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังกำบังการติดเชื้อ COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ชวีชัย ยืนยาวและเพ็ญภา บุญเสริม, 2563)

การศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรค COVID-19 บ้านหนองสวรรค์ ตำบลเชียงพิณ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรค COVID-19 และศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนา ผลการวิจัยพบว่า สถานการณ์ก่อนการพัฒนาประชาชนขาดความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 ขาดการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของ

โรค COVID-19 และมีพฤติกรรมกำบังโรค COVID-19ไม่เหมาะสม รวมถึงชุมชนขาดมาตรการในการกำบังโรค COVID-19 สำหรับกิจกรรมการพัฒนาประกอบด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 การเสริมสร้างการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค COVID-19 การพัฒนาพฤติกรรมกำบังโรค COVID-19 และการสร้างมาตรการในการกำบังโรค COVID-19 ของชุมชน หลังจากการพัฒนาแกนนำชุมชน พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรค ( $t = 28.631, p\text{-value} < 0.001$ ) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค ( $t = 9.194, p\text{-value} < 0.001$ ) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกำบังโรค ( $t = 5.741, p\text{-value} < 0.001$ ) สูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และหลังจากการพัฒนาตัวแทนสมาชิกครัวเรือนพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรค ( $t = 82.592, p\text{-value} < 0.001$ ) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค ( $t = 6.483, p\text{-value} < 0.001$ ) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกำบังโรค ( $t = 7.431, p\text{-value} < 0.001$ ) สูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ชุมชนมีส่วนร่วมในการกำบังโรค COVID-19 และไม่พบผู้ป่วยโรค COVID-19 ในชุมชน (กาญจนา ปัญญาธร, กฤษณา ทรัพย์ศิริ โสภกา, กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคงและวรรณิ ครองยุค, 2564)

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย การศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาการรับรู้ความรุนแรงของโรค บทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค COVID-19 ของอสม. ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = 4.75, SD = 0.42$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ การรับรู้หากมีโรคประจำตัวและติดเชื้อ COVID-19 อาจเพิ่มความรุนแรงและอันตรายถึงชีวิตได้ ( $\bar{X} = 4.83, SD = 0.48$ ) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือการรับรู้ว่ามีสุขภาพแข็งแรงหากได้รับเชื้อ COVID-19 ก็เหมือนติดเชื้อหวัดธรรมดา ( $\bar{X} = 4.40, SD = 0.80$ ) สำหรับบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 2.75, SD = 0.32$ ) ในส่วนการศึกษาความสัมพันธ์พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.416, p\text{-value} < 0.01$ ) และสามารถทำนายบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ในชุมชนของ อสม. ได้ร้อยละ 17.30 ( $t = 43.989, p\text{-value} < 0.001$ ) (กิตติพร เนาวิสุวรรณ, นกษา

สิงห์วีรกรรม และนภาพร คำแสงสวัสดิ์, 2563)

การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ COVID - 19 ใน กรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า ความรอบรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ COVID - 19 ได้แก่ ด้านความรู้เรื่องเชื้อ COVID - 19 ( $\bar{X} = 4.49$ ,  $SD = 0.51$ ) ด้านปัจจัยสนับสนุนทางสังคม ( $\bar{X} = 4.26$ ,  $SD = 0.59$ ) ด้านการรับรู้ข้อมูลและข่าวสารของเชื้อ COVID - 19 ( $\bar{X} = 4.26$ ,  $SD = 0.59$ ) และพฤติกรรมการป้องกันด้านการต้านทานการเกิด เชื้อ COVID - 19 ( $\bar{X} = 4.51$ ,  $SD = 0.49$ ) ในภาพรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อ COVID - 19 พบว่า ปัจจัยนำด้านความรู้เรื่องเชื้อ COVID - 19 ( $r = 0.615$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) ปัจจัยเสริม ด้านการสนับสนุนทางสังคม ( $r = 0.484$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) และปัจจัยเอื้อ ด้านการรับรู้ข้อมูลและข่าวสารของเชื้อ COVID - 19 ( $r = 0.610$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันด้านการต้านทานการเกิดเชื้อ COVID - 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (วิริญญา ศรีบุญเรือง และคณะ, 2564)

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 โดยรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 68.24 ( $\bar{X} = 3.17$ ,  $SD = 0.35$ ) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า การเฝ้าระวังตนเองส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 75.88 ( $\bar{X} = 3.59$ ,  $SD = 0.47$ ) และการหาความสัมพันธ์พบว่า ปัจจัยร่วม คณะวิชา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\chi^2 = 22.81$ ,  $p\text{-value} = 0.001$ ) ส่วนเพศ อายุ ชั้นปี และความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ปัจจัยความเชื่อของบุคคล ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคโควิด-19 ( $r = 0.250$ ,  $p\text{-value} = 0.000$ ) การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 ( $r = 0.303$ ,  $p\text{-value} = 0.000$ ) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคโควิด-19 ( $r = 0.356$ ,  $p\text{-value} = 0.000$ ) และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคโควิด-19 ( $r = 0.583$ ,  $p\text{-value} = 0.000$ ) ส่วนปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ ได้แก่ การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 จากสื่อ ( $r = 0.459$ ,  $p\text{-value} = 0.000$ ) และการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ( $r = 0.506$ ,  $p\text{-value} = 0.000$ ) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดวงพร กัตัญญุตานนท์ และคณะ, 2564)

### 3. การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม

การศึกษาการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน อำเภอห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากร

ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก การสนับสนุนทางสังคม และอิทธิพลทางสังคมกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน คร่าวเรือนในอำเภอห้วยผึ้ง จำนวน 240 คน ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.94$ ,  $SD = 0.30$ ) เมื่อแยกการมีส่วนร่วมในขั้นตอนต่าง ๆ พบว่า การค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา ( $\bar{X} = 2.90$ ,  $SD = 0.23$ ) การมีส่วนร่วมในขั้นตอนการตัดสินใจและวางแผนดำเนิน ( $\bar{X} = 2.66$ ,  $SD = 0.19$ ) และมีส่วนร่วมในขั้นตอนติดตามและประเมินผล ( $\bar{X} = 2.77$ ,  $SD = 0.35$ ) การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการมีส่วนร่วมในขั้นตอนการดำเนินงานตามแผนอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 3.19$ ,  $SD = 0.30$ ) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน พบว่า รายได้ต่อเดือน ( $\bar{X} = 15.27$ ,  $p\text{-value} = 0.02$ ) ระยะเวลาที่อาศัยในชุมชน ( $\bar{X} = 14.01$ ,  $p\text{-value} = 0.01$ ) ตำแหน่งทางสังคม ( $\bar{X} = 17.02$ ,  $P\text{-value} = 0.00$ ) มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการสนับสนุนทางสังคม ( $r = 0.50$ ,  $p\text{-value} < 0.01$ ) และอิทธิพลทาง ( $r = 0.22$ ,  $p\text{-value} < 0.01$ ) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ไพรัตน์ ห้วยทราย และคณะ, 2559)

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลแหลม โตนด อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนภาพรวมมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.6 ( $\bar{X} = 3.50 \pm 0.56$ ) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกด้านการรับผลประโยชน์อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 56.4 ( $\bar{X} = 3.74 \pm 0.59$ ) สำหรับด้านการวางแผน ร้อยละ 63.6 ( $\bar{X} = 3.26 \pm 0.72$ ) การดำเนินงาน ร้อยละ 58.4 ( $\bar{X} = 3.43 \pm 0.72$ ) และการประเมินผล ร้อยละ 58.0 ( $\bar{X} = 3.54 \pm 0.61$ ) การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง พิจารณาความสัมพันธ์พบว่า การมีตำแหน่งในชุมชน ( $OR_{adj.} = 0.22$ ; 95%CI: 0.05-0.39) ความรู้ ( $OR_{adj.} = 0.05$ ; 95%CI: 0.02-0.08) และปัจจัยแวดล้อม ( $OR_{adj.} = 1.10$ ; 95%CI: 0.72-1.50) มีผลเชิงบวกต่อการมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (บุญญพัฒน์ ไชยเมล์ และเสาวนีย์ สังข์แก้ว, 2557)

การศึกษาปัจจัยเชิงจิตอาสาในกิจกรรมสาธารณสุขของผู้นำชุมชนแบบเป็นทางการในจังหวัดชลบุรี เป็นการวิจัยเชิงสำรวจเพื่อประเมินความมีจิตอาสาและวิเคราะห์ปัจจัยการเชิงจิตอาสาในกิจกรรมสาธารณสุขของผู้นำชุมชนแบบเป็นทางการ ด้านการเชิงพบคะแนนเฉลี่ยความรับผิดชอบ ร้อยละ 79.5 ของคะแนนเต็ม ผู้นำชุมชนมีคะแนนเฉลี่ยความมีจิต



อาสา ร้อยละ 79.5 ของคะแนนเต็ม ปัจจัยการจูงใจทุกด้านมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงทางบวกกับ ความมีจิตอาสา และพบว่า การยอมรับนับถือ ( $X_1$ ) ลักษณะงานอาสา ( $X_2$ ) ความก้าวหน้าในงาน ( $X_3$ ) และความสำเร็จของงาน ( $X_4$ ) ร่วมกันอธิบายความมีจิตอาสาของผู้นำชุมชนแบบเป็นทางการ ในจังหวัดชลบุรี ได้ร้อยละ 52.9 (อัจฉนาถ ไชยนาพวงษ์, วนัสรา เชาวน์นิยม และบุญธรรม กิจปริดาปริสุทธิ, 2559)

การศึกษาเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง เพื่อประเมินระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับระดับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภออ่าวลึก จำนวน 270 ราย ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่อำเภออ่าวลึก มีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 65.9) เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ ( $r = -0.167$ ,  $p\text{-value} = 0.006$ ) ประวัติการมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในครอบครัว ( $\chi^2 = 10.406$ ,  $p\text{-value} = 0.006$ ) และเจตคติเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ( $r = 0.281$ ,  $p\text{-value} = 0.001$ ) ปัจจัยเอื้อ ด้านการได้รับการสนับสนุนทรัพยากร ( $r = 0.531$ ,  $p\text{-value} = 0.001$ ) และปัจจัยเสริมด้านการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ( $r = 0.867$ ,  $p\text{-value} = 0.001$ ) มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การมีส่วนร่วมด้านต่าง ๆ การสนับสนุนทางสังคม และแรงกดดันจากเจ้าหน้าที่อยู่ในระดับดี มีเพียงการสนับสนุนทรัพยากร แรงกดดันจากผู้นำชุมชน และแรงกดดันจากประชาชน จะอยู่ในระดับปานกลาง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการควบคุมและการป้องกันโรคไข้เลือดออก (วิมลรัตน์ ถนอมศรีเดชชัย, รัตนาภรณ์ อาษา และอภิเชษฐ์ จำเนียรสุข, 2560)

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสายสี จังหวัดสมุทรสาคร เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ในกลุ่มประชาชน จำนวน 385 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 50.85 ปี ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชนเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 15 ปี มีประวัติการเจ็บป่วยโรคไข้เลือดออกในครอบครัว ร้อยละ 17.10 และช่องทางที่ประชาชนในชุมชนได้รับข่าวสารมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน

และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 65.70, 36.90 และ 27.30 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 61.30 มีความรู้ในระดับปานกลาง ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 68.00, 67.10, 71.40 และ 70.40 ตามลำดับ มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่อาชีพ ( $\chi^2 = 21.671$ , p-value = 0.041) และฐานะเศรษฐกิจของครอบครัว ( $\chi^2 = 11.178$ , p-value = 0.025) ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ( $\chi^2 = 14.227$ , p-value = 0.007) ปัจจัยด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรค ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรง ( $\chi^2 = 14.782$ , p-value = 0.005) การรับรู้ประโยชน์ ( $\chi^2 = 12.028$ , p-value = 0.017) และการรับรู้อุปสรรค ( $\chi^2 = 21.449$ , p-value = 0.000) ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ ได้แก่ การสนับสนุนจาก อสม. ( $\chi^2 = 26.238$ , p-value = 0.000) การสนับสนุนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ( $\chi^2 = 29.390$ , p-value = 0.000) และการสนับสนุนจากเทศบาล ( $\chi^2 = 64.945$ , p-value = 0.000) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ชนิดา มัททวงกูร และคณะ, 2560)

การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการพัฒนาชุมชนต้นแบบพื้นที่สุขภาวะ เขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร มีวัตถุประสงค์เพื่อพื้นที่สุขภาวะเขตภาษี ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ( $r = 0.185$ , p-value < 0.01) และสถานภาพ ( $r = 0.105$ , p-value < 0.05) ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินการ ( $r = 0.486$ , p-value < 0.01) ภาวะผู้นำของผู้นำชุมชน ( $r = 0.559$ , p-value < 0.01) ทักษะดีของประชาชนต่อกิจกรรมการพัฒนาชุมชน ( $r = 0.483$ , p-value < 0.01) และแรงจูงใจของประชาชนในการเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนา ( $r = 0.542$ , p-value < 0.01) มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการพัฒนาชุมชนต้นแบบพื้นที่สุขภาวะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อพิจารณาการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณแต่ละขั้นตอนพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาพื้นที่สุขภาวะ ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินการ ภาวะผู้นำของผู้นำชุมชน ทักษะดีของประชาชนต่อกิจกรรมการพัฒนาชุมชน และแรงจูงใจของประชาชนในการเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนา สามารถรวมอธิบายความผันแปรของความสำเร็จในการพัฒนาชุมชนต้นแบบพื้นที่สุขภาวะได้ร้อยละ 51.6 (อนัญพร อิมจงใจรักษ์, สุรสิทธิ์ วัชรจจร และดุจเดือน พันธุมนาวิน, 2560)

#### 4. การศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรค

การศึกษาการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ของทันตภิบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นวิจัยเชิงสำรวจ (Survey study) เพื่อศึกษาการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 เปรียบเทียบการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการปฏิบัติงาน การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ของหน่วยงาน และความสัมพันธ์พฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ของ

ทันตภิบาล กลุ่มตัวอย่างจำนวน 378 ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการปฏิบัติงาน ( $\bar{X} = 4.52$ ,  $SD = 0.39$ ) และการรับรู้ความรุนแรงของโรค COVID-19 ( $\bar{X} = 4.61$ ,  $SD = 0.39$ ) อยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนการรับรู้ของหน่วยงานต่อการดำเนินงานควบคุมโรค ( $\bar{X} = 3.95$ ,  $SD = 0.68$ ) อยู่ในระดับมาก สำหรับทันตภิบาลที่มีสถานที่ทำงานต่างกัน จะมีการรับรู้ของหน่วยงานต่อการดำเนินงานควบคุมโรค COVID-19 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 3.298$ ,  $df = 376$ ,  $p\text{-value} = 0.001$ ) ในขณะที่ทันตภิบาลมีประสบการณ์การทำงานด้านทันตสาธารณสุขต่างกัน จะมีการรับรู้ความรุนแรงของโรค COVID-19 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -2.041$ ,  $df = 338.142$ ,  $p\text{-value} = 0.042$ ) (นภชา สิงห์วีระธรรม และคณะ, 2563)

การศึกษาผลของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้ การปฏิบัติการคัดกรองและการให้คำแนะนำในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ผลการวิจัยพบว่า ระดับคะแนนความรู้ ( $p = 0.003$ ) การปฏิบัติการคัดกรอง ( $p < .001$ ) และการปฏิบัติการให้คำแนะนำในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ ( $p < .001$ ) ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายหลังได้รับการเรียนรู้เชิงประสบการณ์สูงกว่าก่อนเรียนรู้เชิงประสบการณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และภายหลังได้รับการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (อำพิกา คันทาใจ, เดชา ทำดี และศิวพร อึ้งวัฒนา, 2564)

#### งานวิจัยต่างประเทศ

การศึกษาวิจัยต่างประเทศเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในด้านต่าง ๆ ผลการศึกษาทบทวนงานวิจัยต่างประเทศ พบว่า มีประเด็นการวิจัยที่น่าสนใจ และเป็นประโยชน์ในการศึกษาปัจจัยที่มีผลกับการมีส่วนร่วม ดังนี้

##### 1. การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค

การศึกษาผู้นำชุมชนเป็นแรงกระตุ้นในการพัฒนาชุมชนสำหรับชนบท ในรัฐตรังگانู มีวัตถุประสงค์เพื่อชี้ว่าอิทธิพลของผู้นำชุมชนเป็นแรงกระตุ้นให้กับชุมชนในชนบท ในการพัฒนาที่ส่งผลต่อทิศทางการพัฒนาชุมชนชนบท จากการสำรวจในชุมชนชนบทในรัฐตรังگانู ประเทศมาเลเซีย ประกอบด้วย กันตุง ลั่ว, บังกล กะตง และราไวซ์ ผลการวิจัยพบว่า ชุมชนที่มีประสิทธิภาพผู้นำสามารถมีบทบาทเชิงบวกในการช่วยเหลือชุมชนของตนในฐานะแรงกระตุ้นสำหรับชุมชนในกระบวนการพัฒนา นอกจากนี้ผลการสำรวจยังแสดงถึงบทบาทที่สำคัญของท้องถิ่นผู้นำเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จของโครงการพัฒนา ผู้นำท้องถิ่นในกันตุง ลั่ว, บังกล กะตง และราไวซ์ มีความคิดริเริ่มและมีวิสัยทัศน์ที่ชัดเจนในรับรองความก้าวหน้าในอนาคตของการปรับปรุงสำหรับชุมชนของพวกเขา (Rami, Abdullah & Ibrahim, 2016)

การศึกษาประสิทธิผลของโครงการผู้นำชุมชนเพื่อส่งเสริมวิถีชีวิตที่มีสุขภาพดีในโตเกียว ประเทศญี่ปุ่น เพื่อประเมินโครงการส่งเสริมสุขภาพชุมชนในแง่ของการเปลี่ยนแปลงของเจตคติเกี่ยวกับวิถีชีวิตที่มีสุขภาพดี พฤติกรรมเกี่ยวกับการเข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และทัศนคติและความรู้ด้านสุขภาพ ข้อมูลที่ได้รับสำหรับผู้ตอบแบบสอบถามเพศหญิงอายุ 30 – 59 ปี ในประชากรกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่ม ( $n = 662$  และ  $1,361$  ตามลำดับ) ถูกวิเคราะห์โดยใช้การทดสอบ Chi-squared test การทดสอบ Kruskal–Wallis และวิธีการบันทึกเชิงเส้นหลายตัวแปร ผลการวิจัยพบว่า คนในกลุ่มทดลองมีวิถีชีวิตที่มีสุขภาพดีกว่ากลุ่มควบคุม ผู้ไม่สูบบุหรี่ในปัจจุบันที่ออกกำลังกายและรับประทานอาหารเป็นประจำให้ความสำคัญกับวิถีชีวิตที่มีสุขภาพดีและมีความสนใจในความสัมพันธ์ระหว่างอาหารและสุขภาพมากขึ้น พอใจกับการเข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ผลลัพธ์ของการวิเคราะห์เชิงเส้นของตัวแปรหลายตัวแสดงให้เห็นว่าผู้คนในกลุ่มทดลอง มีการออกกำลังกายมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) โดยสรุป แนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชนนี้โดยใช้รูปแบบคณะกรรมการ มีประสิทธิภาพในการปรับปรุงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและในการส่งเสริมการรู้หนังสือด้านสุขภาพในขณะที่เอาชนะความผันแปรทางเศรษฐกิจและสังคม มีความสนใจด้านสุขภาพ และพอใจกับการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ (Yajima, Takano, Nakamura & Watanabe, 2001)

การศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ใน Swat ประเทศปากีสถาน” การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดบทบาทของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันของโรคไข้เลือดออกในเขต Swat ตั้งอยู่ในพื้นที่ทางตอนเหนือของ Khyber Pakhtunkhwa ประเทศปากีสถาน ผลการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้การปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคไข้เลือดออกด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน แสดงให้เห็นว่าองค์กรของคนที่จะกำจัดยุงไข้เลือดออก ( $\chi^2 = 7.175, p = 0.028$ ), ผู้นำชุมชนมีความกระตือรือร้นในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ( $\chi^2 = 6.154, p = 0.046$ ), ความพยายามของชุมชนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ( $\chi^2 = 50.974, p = 0.000$ ) และการใช้ยาฆ่าแมลงโดยคนในชุมชน ( $\chi^2 = 12.155, p = 0.002$ ) มีความสัมพันธ์กับแนวทางปฏิบัติในการควบคุมไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญ ในทำนองเดียวกันมีความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติเพื่อการควบคุมและการแบ่งปันในชุมชนข้อมูลระหว่างการระบาดของโรคไข้เลือดออก ( $\chi^2 = 13.620, p = 0.001$ ) และความเชื่อมโยงของชุมชนกับหน่วยงานด้านสุขภาพองค์กรพัฒนาเอกชนและหน่วยงานอื่น ๆ ในการควบคุมโรคไข้เลือดออก ( $\chi^2 = 7.175, p = 0.028$ ) อย่างมีนัยสำคัญ เราสรุปได้ว่าการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออก เป็นผลมาจากความไม่รู้ความเกียจคร้านของคนในชุมชน และหน่วยงานภาครัฐ อย่างไรก็ตามผู้คนนักวิชาการ/ ผู้นำศาสนา และ

หน่วยงานของรัฐไม่ได้จัดให้มีส่วนร่วมในการป้องกันและกำจัดโรคไข้เลือดออก จึงมีโอกาสนในการติดเชื้อไข้เลือดออกเพิ่มขึ้นในชุมชน (Zahir et al., 2016)

การศึกษาผลกระทบทางกัญญาวิทยาและการมีส่วนร่วมทางสังคมในการควบคุมโรคไข้เลือดออก (การทดลองสุ่มกลุ่มใน Fortaleza ประเทศบราซิล) โดยการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้กลยุทธ์การสอดแทรกการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพแบบใหม่ในบราซิล แนวทางและวิเคราะห์ประสิทธิภาพและการลดต้นทุน รวมทั้งความเป็นไปได้และความยั่งยืน ผลการศึกษาพบว่าความแตกต่างในแง่ของการมีส่วนร่วมทางสังคม ความมุ่งมั่น และความเป็นผู้นำ ในกลุ่มที่มีการสอดแทรกผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพแบบใหม่ เมื่อเปรียบเทียบกับ โปรแกรมการควบคุมตามปกติความแตกต่างเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายของการสอดแทรกมีความสมเหตุสมผลและสามารถนำมาใช้โดยบริการด้านสาธารณสุข สรุปผล การฝึกการมีส่วนร่วมทางสังคมและการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อการควบคุมสัตว์หรือแมลงที่เป็นพาหะของโรคไข้เลือดออกที่ดีขึ้น ประกอบด้วย ค่าดัชนีของบ้านที่พบลูกน้ำยุงลาย ( $p\text{-value} = 0.029$ ) และค่าดัชนีของภาชนะสำรวจที่พบลูกน้ำยุงลาย ( $p\text{-value} = 0.020$ ) สามารถลดความหนาแน่นของสัตว์หรือแมลงที่เป็นพาหะของโรคได้อย่างมีนัยสำคัญ แนวทางการมีส่วนร่วมเชิงนิเวศเศรษฐกิจแบบมีส่วนร่วมดังกล่าวมีแนวโน้มที่ดี เป็นทางเลือกสำหรับมาตรการควบคุมสัตว์หรือแมลงที่เป็นพาหะของโรคได้เป็นอย่างดี (Caprara et al., 2014)

## 2. การศึกษาเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

การศึกษาความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติต่อ COVID-19 ในหมู่ชาวจีนในช่วงที่การระบาดของ COVID-19 เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เป็นการสำรวจภาคตัดขวางออนไลน์ เพื่อควบคุมการแพร่กระจายของ COVID-19 ที่กำลังดำเนินอยู่อย่างรวดเร็วในประเทศจีน และการสำรวจการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมของผู้คน จากความรู้ ทักษะคิด และแนวปฏิบัติ (KAP) ต่อ COVID-19 จากการสำรวจพบว่า บรรดาผู้ตอบแบบสำรวจ ( $n = 6,910$ ) เป็นผู้หญิง 63.5% สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปและ 56.2% ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ (97.1%) มีความมั่นใจว่าจีนสามารถเอาชนะการต่อสู้กับ COVID-19 ได้ผู้เข้าร่วมเกือบทั้งหมด (98.0%) สวมหน้ากากเมื่อออกไปข้างนอก ในช่วงไม่กี่วันที่ผ่านมา ในการวิเคราะห์ถดถอย คะแนนความรู้โควิด-19 (OR: 0.75-0.90,  $p < 0.001$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาความเกี่ยวข้องกับทักษะคิด พบว่า ทักษะคิดเชิงลบมีผลต่อการปฏิบัติในการป้องกัน COVID-19 ที่ลดลง ดังนั้นควรจัดโปรแกรมสุขศึกษาที่มุ่งพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโควิด-19 มีประโยชน์สำหรับชาวจีนให้มีทักษะคิดที่มองโลกในแง่ดีและรักษาแนวปฏิบัติที่เหมาะสม (Liang zhong et al., 2020)

การศึกษาความสัมพันธ์ของผู้นำชุมชนและสิ่งแวดล้อมวัฒนธรรมทางสังคมกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการ COVID-19 ในเมืองทังเกอริง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับ

สหสัมพันธ์ของภาวะผู้นำของผู้นำชุมชนและสภาพแวดล้อมทางสังคมวัฒนธรรม (ตัวแปรอิสระ) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการ COVID-19 (ตัวแปรตาม) ผลการศึกษาพบว่า ภาวะผู้นำของผู้นำชุมชนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกัน COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.195$   $p < 0.05$ ) 2) สภาพแวดล้อมทางสังคมวัฒนธรรมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการกับโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.697$ ,  $p < 0.01$ ) 3) ภาวะผู้นำของผู้นำชุมชนและสังคมวัฒนธรรมสิ่งแวดล้อมร่วมกันมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการตอบสนองต่อ COVID-19 และมีนัยสำคัญ ( $r = 0.792$ ,  $p < 0.01$ ) (Thoyib, Widodo, Rohati, Mulyadi & Sutarman, 2021)

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน และประชาชนในด้านต่าง ๆ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการเสริมสร้างชุมชนที่เข้มแข็ง ปลอดภัย และน่าอยู่ รวมถึงการปกป้องสุขภาพของชุมชนด้วยการสร้างความร่วมมือของชุมชนเองในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในชุมชน ในภาพรวมปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนและประชาชน ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ตำแหน่ง และระยะเวลาดำรงตำแหน่ง ปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดพฤติกรรม ได้แก่ ความรู้ ทักษะคิด การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ การได้รับสนับสนุนทางสังคม การได้รับสนับสนุนทรัพยากร ความคาดหวังของสังคม และประสบการณ์เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคของผู้นำชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน และประชาชน ประกอบไปด้วย 4 ด้าน คือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมลงมือปฏิบัติ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล ทั้งนี้ควรให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการสนับสนุนกิจกรรม สร้างการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด ดังนั้นหากต้องการพัฒนาความร่วมมือของผู้นำชุมชนจะต้องพัฒนาลักษณะงานอาสาเป็นอันดับแรก อาจจะกระตุ้นให้ผู้นำชุมชนรู้สึกภาคภูมิใจในงานที่ทำ จากตำแหน่งในชุมชนที่มีผลเชิงบวกต่อการมีส่วนร่วม ซึ่งควรส่งเสริมผู้ที่มีตำแหน่งในชุมชนเป็นผู้นำในการป้องกันและควบคุมโรคด้วย นอกจากนี้ควรบริหารจัดการปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วม เช่น การสร้างความร่วมมืออย่างยั่งยืนโดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมจากชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงเรียน ผู้นำชุมชน และผู้นำทางศาสนา

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่างประชากรที่ใช้ในการวิจัย

##### 1. ประชากร

ประชากร คือ ผู้นำชุมชนที่เป็นทางการที่ได้รับการแต่งตั้ง หรือการเลือกตั้ง และได้รับการแต่งตั้งให้เป็นเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แต่งตั้งเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2563 ข้อ 4 (3) และข้อ 5 (2.2) (2.3) ได้แก่ นายกองตรีปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน แพทย์ประจำตำบล และสารวัตรกำนัน ในอำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี จำนวน 662 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 30 สิงหาคม 2563, ที่ว่าการอำเภอพนัสนิคม)

##### 2. กลุ่มตัวอย่างประชากรที่ใช้ในการวิจัย

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของเครซี และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 244 คน จากสูตรดังนี้

$$n = \frac{X^2 N p (1 - p)}{e^2 (N - 1) + X^2 p (1 - p)}$$
$$n = \frac{635.69}{1.65 + 0.96}$$
$$n = 243.30$$
$$\approx 244$$

โดยกำหนดให้

- n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
- N = ขนาดของประชากร
- e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้

$$\chi^2 = \text{ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95\% (\chi^2 = 3.841)}$$

$$p = \text{สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (p = 0.5)}$$

จากการศึกษาอัตราการตอบกลับแบบสอบถามและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่ออัตราการตอบกลับแบบสอบถาม ในการรวบรวมข้อมูลโดยการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ในงานวิจัยด้านพยาบาลศาสตร์และสาธารณสุขศาสตร์ จากมหาวิทยาลัยของรัฐและเผยแพร่ในฐานข้อมูลโครงการเครือข่ายห้องสมุดไทย สำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา ระหว่างปี พ.ศ. 2551-2555 จำนวน 105 ฉบับ พบว่า อัตราการตอบกลับแบบสอบถามเฉลี่ย 90.01 (95% CI = 87.9-92.1) และปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการตอบกลับแบบสอบถามเฉลี่ย คือ จำนวนข้อคำถาม (กันยรัตน์ สมบัติธีระ, 2558) เพื่อป้องกันความผิดพลาดในแง่ของรูปแบบของข้อมูลที่สมบูรณ์จากตัวอย่างที่ดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 10 % ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้มีจำนวน 268 คน

### 3. การสุ่มตัวอย่าง (Sampling)

การศึกษาคั้งนี้ใช้รูปแบบการสุ่มตัวอย่างหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) จากมีบัญชีรายชื่อของประชากรทุกตำแหน่งเพื่อให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 268 คน มีขั้นตอน ดังนี้ Stage 1 คือ การแบ่งสัดส่วนตามบทบาทหน้าที่ของประชากรทุกตำแหน่ง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การแบ่งสัดส่วนตามบทบาทหน้าที่ของประชากร

ตำแหน่ง	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
1. นายกองค้กรปกครองส่วนท้องถิ่น	20	8
2. กำนัน	19	8
3. ผู้ใหญ่บ้าน	166	67
4. ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน	400	162
5. แพทย์ประจำตำบล	19	8
6. สารวัตรกำนัน	38	15
รวม	662	268

Stage 2 คือ ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) จากสัดส่วนจำนวนกลุ่มตัวอย่างในตำแหน่งต่าง ๆ ให้มีสิทธิ์ได้รับการเลือกเท่า ๆ กัน โดยมีบัญชีรายชื่อของกลุ่ม



ตัวอย่างทุกตำแหน่ง แล้วทำการจับฉลากเพื่อให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 268 คน เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างแล้วผู้วิจัยจะประสานงานตัวแทนของแต่ละตำบลเพื่อเป็นตัวแทนรวบรวมแบบสอบถาม ทั้งนี้หากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถตอบแบบสอบถามครบตามจำนวนที่กำหนด ผู้วิจัยได้สำรองบัญชีกลุ่มตัวอย่างไว้และประสานงานตัวแทนของแต่ละตำบลเพื่อดำเนินการเก็บข้อมูลให้ครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างต่อไป

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ระลอกเดือนเมษายน 2564 เมื่อพิจารณาการตอบกลับและความสมบูรณ์ของแบบสอบถามพบว่า มีแบบสอบถามจำนวนเพียง 264 ชุด ที่มีความครบถ้วนสมบูรณ์ คิดเป็นร้อยละ 98.51 จากจำนวนนี้พบว่า มีขนาดกลุ่มตัวอย่างเพียงพอสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลในครั้งนี้ จึงได้ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 264 คน ในการศึกษาครั้งนี้

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยเรื่องนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เมื่อวันที่ 25 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 ตามรหัสโครงการวิจัย : G-HS 107/2563เอกสารรับรอง เลขที่ IRB3-012/2564 เมื่อได้รับการพิจารณาตรวจสอบเรียบร้อยแล้ว จึงได้ดำเนินการขออนุญาตไปยังที่ว่าการอำเภอพนัสนิคม และเมื่อได้รับการอนุมัติจึงดำเนินการวิจัย ทั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และตระหนักถึงความเคารพในความเป็นบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ ระยะเวลาการทำแบบสอบถาม และความเสี่ยงใดบ้างที่จะได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้ในการวิจัยจะมีเฉพาะผู้วิจัยทราบ และข้อมูลที่ได้ในการวิจัยทุกอย่างจะใช้ประโยชน์ทางวิชาการและเสนอในภาพรวมเท่านั้น โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย และมีสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อกรปฏิบัติงานของผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ลักษณะของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ทั้งชนิดปลายปิดและปลายเปิด ซึ่งสร้างขึ้นจากรอบแนวคิดในการวิจัย แบ่งเป็น 6 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้นำชุมชน เป็นคำถามปลายปิด คำถามปลายเปิด และเลือกตอบ (Check lists) ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ตำแหน่ง ระยะเวลาดำรงตำแหน่ง และประสบการณ์ในการป้องกันควบคุมโรค จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว คือ ใช่ หรือไม่ใช่ ประกอบด้วย สาเหตุของการเกิดโรค การติดต่อของโรค อาการแสดงของโรค และการป้องกันควบคุมโรค COVID-19 จำนวน 15 ข้อ โดยผู้วิจัยได้สร้างและพัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎีต่าง ๆ และข้อมูลวิชาการเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ตอบถูกให้เท่ากับ 1 คะแนน และตอบผิด ให้เท่ากับ 0 คะแนน โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนน (Bloom , 1971 อ้างถึงใน วิมลรัตน์ ถนอมศรีเดชชัย, 2560) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ความรู้ระดับสูง	หมายถึง	คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป
ความรู้ระดับปานกลาง	หมายถึง	คะแนนร้อยละ 60-79
ความรู้ระดับต่ำ	หมายถึง	คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60

ส่วนที่ 3 ทักษะคิดเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นคำถามให้เลือกตอบตามสภาพที่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับภาวะทางจิตใจของผู้นำชุมชนที่มีต่อการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 อันเป็นผลมาจากการเรียนรู้ ประสบการณ์ และพฤติกรรมที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ จำนวน 15 ข้อ ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎีต่าง ๆ และข้อมูลวิชาการเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย ไม่เห็นด้วย ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงมากที่สุด
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงมาก
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงปานกลาง
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ไม่ค่อยตรงกับความรู้สึกเลย
เห็นด้วยน้อยที่สุด	หมายถึง	ไม่ตรงกับความรู้สึกเลย

โดย มีเกณฑ์การให้คะแนนเป็น

เห็นด้วยมากที่สุด	ให้	5 คะแนน
เห็นด้วยมาก	ให้	4 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ให้	3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้	2 คะแนน
เห็นด้วยน้อยที่สุด	ให้	1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของผู้นำชุมชน โดยพิจารณาคัดค่าคะแนนจาก คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด หาค่าด้วยจำนวนชั้น สรุปผล

เป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง (Best, 1997 อ้างถึงใน วรพจน์ พรหมสัตยพรต และสุมัทนา กลางคาร, 2553) ดังนี้

ทัศนคติระดับสูง	หมายถึง	คะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.00 คะแนน
ทัศนคติระดับปานกลาง	หมายถึง	คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67 คะแนน
ทัศนคติระดับต่ำ	หมายถึง	คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 คะแนน

ส่วนที่ 4 การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การได้รับการสนับสนุนทรัพยากร และความคาดหวังของสังคมในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 เป็นคำถามให้เลือกตอบตามสภาพที่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับการได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติ ได้รับสนับสนุนด้านข่าวสาร ได้รับทรัพยากรในด้านต่าง ๆ เพื่อใช้ในการปฏิบัติงานและความคาดหวังของสังคมที่มีต่อตนเอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด และทฤษฎีต่าง ๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 14 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ชนิด 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงมากที่สุด
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงมาก
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงปานกลาง
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ไม่ค่อยตรงกับความรู้สึกเลย
เห็นด้วยน้อยที่สุด	หมายถึง	ไม่ตรงกับความรู้สึกเลย
โดย มีเกณฑ์การให้คะแนนเป็น		
เห็นด้วยมากที่สุด	ให้	5 คะแนน
เห็นด้วยมาก	ให้	4 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ให้	3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้	2 คะแนน
เห็นด้วยน้อยที่สุด	ให้	1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลการได้รับการสนับสนุนทางสังคม การได้รับการสนับสนุนทรัพยากร และการได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติงาน ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของผู้นำชุมชน โดยพิจารณาค่าคะแนนจาก คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด หาค่าด้วยจำนวนชั้น สรุปผลเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ (Best, 1997 อ้างถึงใน วรพจน์ พรหมสัตยพรต และสุมัทนา กลางคาร, 2553) ดังนี้

การได้รับการสนับสนุนสูง	หมายถึง	คะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.00 คะแนน
การได้รับการสนับสนุนปานกลาง	หมายถึง	คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67 คะแนน

การได้รับการสนับสนุนต่ำ หมายถึง คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 คะแนน ส่วนที่ 5 การรับรู้ความรุนแรงของโรค และโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 เป็นคำถามให้เลือกตอบตามสภาพที่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ที่เป็นสมรรถภาพทางสรีระภาพของผู้นำชุมชนถึงโอกาสเสี่ยงในการเจ็บป่วย ความรุนแรงจากโรค COVID-19 และรับรู้ถึงประโยชน์ของการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด และทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) จำนวน 22 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ชนิด 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงมากที่สุด
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงมาก
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงปานกลาง
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ไม่ค่อยตรงกับความรู้สึกเลย
เห็นด้วยน้อยที่สุด	หมายถึง	ไม่ตรงกับความรู้สึกเลย
โดย มีเกณฑ์การให้คะแนนเป็น		
เห็นด้วยมากที่สุด	ให้	5 คะแนน
เห็นด้วยมาก	ให้	4 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ให้	3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้	2 คะแนน
เห็นด้วยน้อยที่สุด	ให้	1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผล การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของผู้นำชุมชน โดยพิจารณาคัดค่าคะแนนจาก คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด หาค่าด้วยจำนวนชั้น สรุปผลเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง (Best, 1997 อ้างถึงใน วรพจน์ พรหมสัตยพรต และสุมัทนา กลางคาร, 2553) ดังนี้

การรับรู้ระดับสูง	หมายถึง	คะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.00 คะแนน
การรับรู้ระดับปานกลาง	หมายถึง	คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67 คะแนน
การรับรู้ระดับต่ำ	หมายถึง	คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 คะแนน

ส่วนที่ 6 การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 เป็นคำถามให้เลือกตอบตามสภาพที่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับการ

ริเริ่มตัดสินใจพิจารณาสภาพปัญหาจากสถานการณ์ของโรคระบาด การเข้าร่วมประชุมปรึกษาหารือ เพื่อการวางแผนเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 การร่วมเป็นคณะทำงานที่ก่อให้เกิดผลประโยชน์ทางวัตถุ ผลประโยชน์แห่งสังคมหรือผลประโยชน์ส่วนบุคคล และร่วมประเมินผลในกิจกรรมที่ได้ลงมือปฏิบัติเพื่อให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานต่อไป ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างและพัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎีต่าง ๆ และข้อมูลวิชาการเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 จำนวน 18 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ชนิด 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย ดังนี้

มาก	หมายถึง	มีส่วนร่วมทุกครั้ง
ปานกลาง	หมายถึง	มีส่วนร่วมเป็นบางครั้ง
น้อย	หมายถึง	ไม่เคยมีส่วนร่วมเลย
โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้		
มีส่วนร่วมทุกครั้ง		ให้คะแนนเท่ากับ 3 คะแนน
มีส่วนร่วมเป็นบางครั้ง		ให้คะแนนเท่ากับ 2 คะแนน
ไม่เคยมีส่วนร่วมเลย		ให้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน

การแปลความหมายโดยพิจารณาจากคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามโดยคิดค่าคะแนนจาก คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด หารด้วยจำนวนชั้น สรุปเป็น 3 ระดับ คือ การมีส่วนร่วมในระดับมาก การมีส่วนร่วมในระดับปานกลางและการมีส่วนร่วมในระดับน้อย (Best, 1997 อ้างถึงใน วรพจน์ พรหมสัตยพรต และสุมัทนา กลางการ, 2553) แบ่งคะแนนได้ 3 ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ระดับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน
2.34 - 3.00	ระดับมาก
1.67 - 2.33	ระดับปานกลาง
1.00 - 1.66	ระดับน้อย

สำหรับเกณฑ์การพิจารณาสัมพันธระหว่างปัจจัยกับการมีส่วนร่วมนั้น แบ่งระดับความสัมพันธ์ ดังนี้ (วัลลภ ใจดี, 2561: 108-118)

ค่า  $r$  มีค่าเป็นบวก หมายถึง ตัวแปรเชิงปริมาณทั้งสองตัวแปรมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกัน คือ ถ้าตัวแปรตัวที่ 1 มีค่าเพิ่มขึ้น ตัวแปรตัวที่ 2 จะมีค่าเพิ่มขึ้นด้วย หรือ ตัวแปรตัวที่ 1 มีค่าลดลง ตัวแปรตัวที่ 2 จะมีค่าลดลงไปด้วย

ค่า  $r$  มีค่าเป็นลบ หมายถึง ตัวแปรเชิงปริมาณทั้งสองตัวแปรมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้าม คือ ถ้าตัวแปรตัวที่ 1 มีค่าเพิ่มขึ้น ตัวแปรตัวที่ 2 จะมีค่าลดลง หรือ ตัวแปรตัวที่มีค่าลดลง ตัวแปรตัวที่ 2 จะมีค่าเพิ่มขึ้น

ค่า  $r$  มีค่าเข้าใกล้ 1 หรือ -1 แสดงว่าตัวแปรเชิงปริมาณทั้งสองตัวมีความสัมพันธ์กันมาก  
แต่ถ้าค่า  $r$  มีค่าเข้าใกล้ 0 แสดงว่า ตัวแปรเชิงปริมาณทั้งสองตัวมีความสัมพันธ์กันน้อย

ถ้าหากค่า  $r = 1$  หรือ  $r = -1$  แสดงว่าตัวแปรทั้งสองตัวมีความสัมพันธ์กันอย่างสมบูรณ์แต่  
ถ้าค่า  $r = 0$  แสดงว่า ตัวแปรทั้งสองตัวไม่มีความสัมพันธ์กันเลย

#### การแปลผลระดับความสัมพันธ์ของตัวแปร

ค่า $r$ มีค่า 0.6-0.8	ถือว่า	มีความสัมพันธ์ในระดับสูง
ค่า $r$ มีค่า 0.4-0.6	ถือว่า	มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
ค่า $r$ มีค่า 0.2-0.4	ถือว่า	มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
ค่า $r$ มีค่าต่ำกว่า 0.2	ถือว่า	มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก
ค่า $r$ มีค่าเท่ากับ 0	ถือว่า	ไม่มีความสัมพันธ์

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อทดสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยจะดำเนินการ ดังนี้

1. การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์ในสถาบันการศึกษา นักวิชาการสาธารณสุข และผู้นำชุมชนที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ใกล้เคียง เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง และความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Index of item – objective: IOC) ว่าเครื่องมือ นั้นตรงกับเนื้อหาที่ต้องการวัดหรือไม่ รวมทั้งตรวจสอบภาษาที่ใช้และการวางรูปแบบข้อความต่าง ๆ ถูกต้องหรือไม่ โดยให้คะแนนดังนี้

- + 1 คือ **แน่ใจ**ว่าข้อความมีความถูกต้องเนื้อหาและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์
- 0 คือ **ไม่แน่ใจ**ว่าข้อความมีความถูกต้องเนื้อหาและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์
- 1 คือ **แน่ใจ**ว่าข้อความ**ไม่**มีความถูกต้องและไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์

4.2 การทดสอบความน่าเชื่อถือ (Reliability) โดยผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามที่แก้ไขปรับปรุงแล้วไปให้กลุ่มผู้นำชุมชนในอำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี ทดลองตอบจำนวน 30 คน และนำมาทดสอบความเชื่อมั่น โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ตามวิธีของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) สามารถสรุปได้ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนความเที่ยงตรง (Content validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือ

แบบสอบถาม	ความเที่ยงตรง (Content validity)	ความเชื่อมั่น (Reliability)
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล	0.85	-
ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19	0.89	ความยากง่าย 0.66
ส่วนที่ 3 ทศนคติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19	0.69	0.74
ส่วนที่ 4 การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การได้รับการสนับสนุนทรัพยากร และความคาดหวังของสังคม	0.91	0.90
ส่วนที่ 5 การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19	0.92	0.86
ส่วนที่ 6 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19	0.89	0.94

โดยภาพรวมคุณภาพของเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) มีคะแนนเฉลี่ยผ่านเกณฑ์ค่ามาตรฐานที่กำหนด

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

#### ขั้นเตรียมความพร้อม

ผู้วิจัยขอหนังสือแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เพื่อนำไปประกอบการขออนุญาตเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจากต้นสังกัดของผู้นำชุมชนในอำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี

#### ขั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามภายใต้มาตรการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กำหนดโดยมีรายละเอียด ดังนี้

1.1 เก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามโดยส่งแบบสอบถามไปยังตัวแทนของแต่ละตำบลตามบัญชีรายชื่อ และผู้วิจัยได้แนะนำตัวพร้อมอธิบายโครงการวิจัยด้วยวิธีประชุมผ่านวิดีโอคอลแบบกลุ่มไลน์ (LINE VDO Call) ตามเอกสารชี้แจงให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยเข้าใจถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธ

1.2 ผู้วิจัยได้ติดตามการตอบแบบสอบถาม โดยประสานตัวแทนผู้นำชุมชนของแต่ละพื้นที่เพื่อติดตามและเก็บรวบรวมแบบสอบถาม

2. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบในแบบสอบถาม และจัดหมวดหมู่ของข้อมูลในแบบสอบถาม เพื่อนำข้อมูลไปทำการวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

3. ในการเก็บรวบรวมแบบสอบถามการวิจัยครั้งนี้มีระยะเวลาตั้งแต่เดือนเมษายน ถึงเดือนกรกฎาคม 2564

## การวิเคราะห์ข้อมูล

### สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) สำหรับใช้บรรยายลักษณะของข้อมูลตัวแปรต่าง ๆ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ ตัวแปรตาม โดยการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product moment correlation) และการทดสอบค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-Square)

## ข้อจำกัดในการศึกษาวิจัย

1. จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ระลอกเดือนเมษายน 2564 กลุ่มผู้นำชุมชนอำเภอพนัสนิคม ร่วมปฏิบัติงาน ณ จุดบริการประชาชนเพื่อคัดกรองผู้ที่เดินทางเข้า-ออกพื้นที่จังหวัดชลบุรี ส่งผลให้การตอบกลับและความสมบูรณ์ของแบบสอบถามมีแบบสอบถามเพียง 264 ชุดเท่านั้น

2. เนื่องจากสัดส่วนผู้นำชุมชนของอำเภอพนัสนิคม ส่วนใหญ่คือตำแหน่งผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ส่งผลให้การกระจายของกลุ่มตัวอย่างตามตำแหน่งในการศึกษารั้งนี้ จึงเป็นผู้ที่ดำรงตำแหน่งผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านมากที่สุด ทำให้อาจส่งผลต่อระดับการมีส่วนร่วมตามบทบาทหน้าที่ของผู้นำชุมชน



## บทที่ 4

### ผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) ในผู้นำชุมชนที่เป็นทางการที่ได้รับการแต่งตั้ง หรือการเลือกตั้ง และได้รับการแต่งตั้งให้เป็นเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 264 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และทดสอบค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค เท่ากับ 0.86 เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2564 ถึง 31 กรกฎาคม 2564 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) สำหรับใช้บรรยายลักษณะของข้อมูลตัวแปรต่าง ๆ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ ตัวแปรตาม โดยการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product moment correlation) และการทดสอบค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-square) ทั้งนี้ผู้ศึกษาได้เสนอผลการศึกษาและการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยแบ่งเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ทักษะคิดเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทรัพยากรในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 และประสบการณ์ในการป้องกันควบคุมโรค

ส่วนที่ 4 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 และความคาดหวังของสังคมในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19

ส่วนที่ 5 ผลการศึกษามีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19

ส่วนที่ 6 ผลการศึกษาความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนต่อการดำเนินงาน  
ป้องกันและควบคุมโรค COVID-19

## ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

### ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล

การศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของผู้นำชุมชน คือการ คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้นำชุมชน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ตำแหน่ง และระยะเวลาดำรงตำแหน่ง ซึ่งผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้นำชุมชน โดยใช้การแจกแจงความถี่ (Frequencies) และค่าสถิติร้อยละ (Percentage) นำมาแจกแจงจำนวน และหาค่าร้อยละ รายละเอียดดังต่อไปนี้

#### ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้นำชุมชน

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของผู้นำชุมชน จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n = 264)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	189	71.59
หญิง	75	28.41
<b>อายุ (ปี)</b>		
< 30	8	3.03
31 - 40	30	11.36
41 - 50	86	32.58
51 - 60	126	47.73
> 60	14	5.30
Mean = 50.14 ±8.15, Min = 25.00, Max = 73.00		
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	42	15.91
มัธยมศึกษาตอนต้น	51	19.32
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	95	35.98

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อนุปริญญา/ ปวส.	25	9.47
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	51	19.32
<b>อาชีพ</b>		
เกษตรกร	66	25.00
ข้าราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ	28	10.61
ธุรกิจส่วนตัว/ ค้าขาย	123	46.59
พนักงาน/ ลูกจ้างบริษัทเอกชน	7	2.65
ขับรถโดยสารประจำทาง/ ขับรถรับจ้างทั่วไป	22	8.33
รับจ้างทั่วไป/ รับเหมาก่อสร้าง	18	6.82
<b>รายได้ต่อเดือน (บาท)</b>		
≤ 5,000	23	8.71
5,001 - 10,000	149	56.44
10,001 - 15,000	44	16.67
15,001 - 20,000	18	6.82
20,001 - 25,000	3	1.13
25,001 - 30,000	8	3.03
≥ 30,000	19	7.20
Mean = 13,960.72 ±15,588.43, Min = 5,000, Max = 150,000		
<b>สถานภาพ</b>		
โสด	43	16.29
สมรสแล้ว	191	72.35
หม้าย/ อย่าน/ แยก	30	11.36
<b>ตำแหน่ง</b>		
นายกองค์กรปกครองท้องถิ่น	8	3.03
กำนัน	8	3.03
ผู้ใหญ่บ้าน	67	25.38
ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน	160	60.61

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
แพทย์ประจำตำบล	8	3.03
สารวัตรกำนัน	13	4.92
ระยะเวลาดำรงตำแหน่ง (ปี)		
< 5.00	113	42.80
5.01 – 10.00	95	35.98
10.01 – 15.00	35	13.26
> 15.01	21	7.96
Mean = 7.03 ±5.49, Min = 0.01, Max = 30.02		

ผลการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของผู้นำชุมชน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 189 คน คิดเป็นร้อยละ 71.59 มีอายุตั้งแต่ 51 – 60 ปี จำนวน 126 คน คิดเป็นร้อยละ 47.73 โดยมีอายุเฉลี่ย 50.14 ( $\pm 8.15$ ) ปี ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช. มากที่สุด จำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 35.98 ประกอบอาชีพ ธุรกิจส่วนตัว หรือค้าขาย มากที่สุด จำนวน 123 คน คิดเป็นร้อยละ 46.59 ซึ่งมีรายได้ตั้งแต่ 5,001 - 10,000 ต่อเดือน จำนวน 149 คน คิดเป็นร้อยละ 56.44 เฉลี่ย 13,960.72 ( $\pm 15,588.43$ ) บาทต่อเดือน ทั้งนี้ผู้นำชุมชนส่วนใหญ่ยังมีสถานภาพสมรสแล้ว มากที่สุด จำนวน 191 คน คิดเป็นร้อยละ 72.35

ในส่วนของตำแหน่งของผู้นำชุมชน พบว่า ผู้นำชุมชนดำรงตำแหน่งผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน มากที่สุด จำนวน 160 คน คิดเป็นร้อยละ 60.6 โดยส่วนใหญ่มีระยะเวลาดำรงตำแหน่งน้อยกว่า 5 ปี จำนวน 113 คน คิดเป็นร้อยละ 42.80 เฉลี่ย 7.03 ( $\pm 5.49$ ) ปี

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในครั้งนี้คือกลุ่มผู้นำชุมชนที่ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แต่งตั้งเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2563 ข้อ 4 (3) และข้อ 5 (2.2) (2.3) และผู้นำชุมชนส่วนใหญ่ดำรงตำแหน่งผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ทำให้กลุ่มตัวอย่างตำแหน่งผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านมีสัดส่วนมากที่สุด

## ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำ

การศึกษาปัจจัยนำ คือ การศึกษาปัจจัยพื้นฐานภายในตัวบุคคลที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ทักษะเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 การรับรู้ความรุนแรงของโรค COVID-19 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค COVID-19 และการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 รายละเอียดดังนี้

### 1. ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของผู้นำชุมชน

สิ่งที่อยู่ในตัวบุคคลที่สั่งสมมาจากการศึกษาเล่าเรียน หรือประสบการณ์ รวมทั้งความสามารถเชิงการปฏิบัติและทักษะความเข้าใจของผู้นำชุมชนเกี่ยวกับ สาเหตุ อากาศ และการป้องกันควบคุมโรค COVID-19 ผู้วิจัยขอนำเสนอผลการศึกษาโดยใช้การแจกแจงความถี่ (Frequencies) และค่าสถิติร้อยละ (Percentage) สำหรับใช้บรรยายลักษณะของข้อมูลตัวแปรความรู้ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้นำชุมชน จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 (n = 264)

ระดับความรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ (0 - 8 คะแนน)	58	21.97
ระดับปานกลาง (9 - 11 คะแนน)	176	66.67
ระดับสูง (12 - 15 คะแนน)	30	11.36
Mean = 9.59 ±1.46, Min = 7.00, Max = 14.00		

การศึกษาพบว่า ผู้นำชุมชนส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 9.59 \pm 1.46$ ) คิดเป็นร้อยละ 66.67 รองลงมาคือระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 21.97 และระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 11.36 ตามลำดับ

ซึ่งสามารถจำแนกความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของผู้นำชุมชนรายชื่อ ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้นำชุมชน จำแนกตามข้อ  
คำถามความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 (n = 264)

ข้อคำถาม	ตอบถูก		ตอบผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. โรคติดเชื้อ COVID-19 เป็นโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ	254	96.21	10	3.79
2. โรคติดเชื้อ COVID-19 เป็นชนิดเดียวกับกับ โรคซาร์ส (SARS) และโรคเมอร์ส (MERS) ซึ่งเป็นโรคติดต่อในระบบทางเดินหายใจ	231	87.50	33	12.50
3. โรคติดเชื้อ COVID-19 เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังใช่หรือไม่	11	4.17	253	95.83
4. โรคติดเชื้อ COVID-19 สามารถแพร่เชื้อจากคนสู่คนได้ทันทีแม้ไม่มีอาการ	259	98.11	5	1.89
5. ระยะฟักตัวของโรคติดเชื้อ COVID-19 ส่วนมากจะอยู่ในช่วง 2-14 วัน หลังสัมผัสเชื้อ	264	100.00	0	0.00
6. โรคติดเชื้อ COVID-19 แพร่ผ่านทางฝอยละอองเสมหะ จากการไอ จาม น้ำมูก น้ำลาย เท่านั้น	224	84.85	40	15.15
7. ผู้ที่เสี่ยงติดเชื้อสูง คือ ผู้ที่สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อในระยะ 1 เมตรและมีระยะเวลาานกว่า 15 นาที	228	86.36	36	13.64
8. โรคติดเชื้อ COVID-19 ข้ามสายพันธุ์มาจากสัตว์ป่า	149	56.44	115	43.56
9. ผู้ที่มีอุณหภูมิร่างกายตั้งแต่ 37. 5 °C ขึ้นไป และมีอาการ ไอ น้ำมูกไหล ร่วมด้วย คือ ผู้ป่วยหรือผู้สงสัยโรคติดเชื้อ COVID-19	240	90.91	24	9.09
10. ผู้ที่ติดเชื้อ COVID-19 ส่วนใหญ่จะมีอาการที่รุนแรง และมีโอกาสสูงต่อการเสียชีวิต	67	25.38	197	74.62
11. อาการป่วยเริ่มต้นของโรคติดเชื้อ COVID-19 คล้ายผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่	243	92.05	21	7.95
12. การล้างมือด้วยน้ำและสบู่ 15-20 วินาที ไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ได้	126	47.73	138	52.27

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ตอบถูก		ตอบผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
13. โรคติดเชื้อ COVID-19 สามารถรักษาได้ โดยใช้ยาปฏิชีวนะในการกำจัดเชื้อ	98	37.11	166	62.89
14. การฉีดพ่นสารเคมีทำลายเชื้อบนร่างกายของบุคคลและสถานที่ จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการกำจัดเชื้อได้ดีที่สุด	81	30.68	183	69.32
15. แอลกอฮอล์ที่มีความเข้มข้นสูงกว่า 70% จะสามารถกำจัดเชื้อไวรัส COVID-19 ได้ดี	57	21.59	207	78.41

การศึกษาความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของผู้นำชุมชน จำแนกรายข้อคำถามพบว่า ข้อคำถามที่ผู้นำชุมชนตอบถูกมากที่สุดคือ ระยะเวลาฟักตัวของโรค COVID-19 ส่วนมากจะอยู่ในช่วง 2-14 วัน หลังสัมผัสเชื้อ (ร้อยละ 100.00) รองลงมาคือ โรค COVID-19 สามารถแพร่เชื้อจากคนสู่คนได้ทันทีแม้ไม่มีอาการ (ร้อยละ 98.11) และโรค COVID-19 เป็นโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ (ร้อยละ 96.21) ตามลำดับ และข้อคำถามที่ผู้นำชุมชนตอบถูกน้อยที่สุดคือ โรค COVID-19 เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง (ร้อยละ 4.17) และความรุนแรงของอาการแสดงของโรคทำให้เสียชีวิต (ร้อยละ 25.38)

## 2. ทักษะเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของผู้นำชุมชน

ระดับของความรู้สึกรู้สึกนึกคิดหรือความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับภาวะทางจิตใจที่มีต่อการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 อันเป็นผลมาจากการเรียนรู้ ประสบการณ์ และพฤติกรรมที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ซึ่งอยู่ในรูปแบบของการสนับสนุนหรือคัดค้านก็ได้ ผู้วิจัยขอนำเสนอผลการศึกษา โดยใช้การแจกแจงความถี่ (Frequencies) และค่าสถิติร้อยละ (Percentage) สำหรับใช้บรรยายลักษณะของข้อมูลตัวแปรทัศนคติ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้นำชุมชน จำแนกตามระดับทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 (n = 264)

ระดับทัศนคติ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ (1.00 - 2.33 คะแนน)	17	6.44
ระดับปานกลาง (2.34 - 3.67 คะแนน)	197	74.62
ระดับสูง (3.68 - 5.00 คะแนน)	50	18.94
Mean = 3.20 ± 0.56, Min = 1.33, Max = 4.67		

จากการศึกษาพบว่า ระดับทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของผู้นำชุมชนส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.20 \pm 0.56$ ) คิดเป็นร้อยละ 74.62 รองลงมาคือระดับสูง ร้อยละ 18.94 และระดับต่ำ ร้อยละ 6.44 ตามลำดับ

สามารถจำแนกรายชื่อคำถามเกี่ยวกับทัศนคติเกี่ยวกับโรค COVID-19 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของผู้นำชุมชน (n = 264)

ข้อความถาม	$\bar{X}$	SD	แปลผล
1. ฉันคิดว่า การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 เป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเท่านั้น	2.86	1.25	ปานกลาง
2. ฉันคิดว่า การสูบบุหรี่หรือเพิ่มความเสี่ยงในการเชื้อ COVID-19	3.00	1.21	ปานกลาง
3. ฉันคิดว่า เด็กและผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อ	3.76	1.11	สูง
4. ฉันคิดว่า ในอนาคตจะไม่มี การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 รอบที่ 2 เกิดขึ้นอีก	2.94	1.33	ปานกลาง
5. ระบบสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพสามารถลดความชุกของการเกิดโรคได้	3.53	1.09	ปานกลาง
6. ฉันคิดว่า โรคติดเชื้อ COVID-19 ไม่รุนแรงเท่ากับโรคเอดส์	2.67	1.31	ปานกลาง
7. ฉันคิดว่า โรคติดเชื้อ COVID-19 ไม่สามารถรักษาให้หายได้	2.71	1.23	ปานกลาง



ตารางที่ 8 (ต่อ)

ข้อคำถาม	$\bar{X}$	SD	แปลผล
8. ฉันคิดว่าบุคคลที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบทไม่มีความเสี่ยงโรคติดเชื้อ COVID-19	2.74	1.17	ปานกลาง
9. ฉันคิดว่าฉันสามารถช่วยดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ได้	3.48	1.06	ปานกลาง
10. ฉันคิดว่า การล้างมืออย่างถูกวิธี (7 ขั้นตอน) การเว้นระยะห่าง และการสวมหน้ากากอนามัยไม่สามารถป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 ได้	2.75	1.50	ปานกลาง
11. อาการป่วยเริ่มต้นของโรคติดเชื้อ COVID-19 คล้ายผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่	3.97	0.83	สูง
12. การล้างมือด้วยน้ำและสบู่ 15-20 วินาที ไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ได้	2.88	1.21	ปานกลาง
13. โรคติดเชื้อ COVID-19 สามารถรักษาได้ โดยใช้ยาปฏิชีวนะในการกำจัดเชื้อ	3.27	1.16	ปานกลาง
14. การฉีดพ่นสารเคมีทำลายเชื้อบนร่างกายของบุคคล และสถานที่ จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการกำจัดเชื้อได้ดีที่สุด	3.48	1.01	สูง
15. แอลกอฮอล์ที่มีความเข้มข้นสูงกว่า 70% จะสามารถกำจัดเชื้อไวรัส COVID-19 ได้ดี	3.90	0.80	สูง

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับทัศนคติเกี่ยวกับโรค COVID-19 ของผู้นำชุมชน จำแนกข้อคำถาม พบว่า อาการป่วยเริ่มต้นของโรค COVID-19 คล้ายผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ มีคะแนนค่าเฉลี่ยมากที่สุด ( $\bar{X} = 3.97 \pm 0.83$ ) รองลงมาคือ แอลกอฮอล์ที่มีความเข้มข้นสูงกว่า 70 % จะสามารถกำจัดเชื้อ COVID-19 ได้ดี ( $\bar{X} = 3.90 \pm 0.80$ ) และความเสี่ยงในการติดเชื้อของเด็กและผู้สูงอายุ ( $\bar{X} = 3.76 \pm 1.11$ ) ทั้งนี้ข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ความรุนแรงของโรค COVID-19 ไม่เท่ากับโรคเอดส์ ( $\bar{X} = 2.67 \pm 1.31$ )

### 3. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค COVID-19 ของผู้นำชุมชน

กระบวนการรับรู้ที่เป็นสมรรถภาพทางสรีระภาพของผู้นำชุมชนถึงโอกาสเสี่ยงในการเจ็บป่วยจากโรค COVID-19 ผู้วิจัยขอเสนอผลการศึกษาโดยใช้การแจกแจงความถี่ (Frequencies)

และค่าสถิติร้อยละ (Percentage) สำหรับใช้บรรยายลักษณะของข้อมูลตัวแปรการรับรู้โอกาสเสี่ยง รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 จำนวน และร้อยละ ของผู้นำชุมชน จำแนกตามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค COVID-19 (n = 264)

ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ (1.00 - 2.33 คะแนน)	1	0.39
ระดับปานกลาง (2.34 - 3.67 คะแนน)	44	16.66
ระดับสูง (3.68 - 5.00 คะแนน)	219	82.95
Mean = 4.13 ±0.53, Min = 2.18, Max = 5.00		

จากการศึกษาการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อ COVID-19 ของผู้นำชุมชน พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 4.13 \pm 0.53$ ) คิดเป็นร้อยละ 82.95 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 16.66 และระดับต่ำ ร้อยละ 0.39 ตามลำดับ

หากพิจารณารายข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของผู้นำชุมชน สามารถอธิบายได้ตามรายละเอียดตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค COVID-19 ของผู้นำชุมชน (n = 264)

ข้อคำถาม	$\bar{X}$	SD	แปลผล
1. โรคติดเชื้อ COVID-19 เป็นโรคที่ติดต่อได้ง่ายเพียงการสัมผัส ละอองน้ำลาย น้ำมูก เสมหะการไอ หรือจาม ของผู้มีเชื้อ	4.34	0.74	สูง
2. เหมือนกับการป่วยเป็นโรคไข้หวัดธรรมดา			
3. ท่านสำรวจสุขภาพตนเองก่อนเข้าไปปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ในชุมชน	4.14	0.80	สูง
4. การไม่สวมหน้ากากอนามัย/ หน้ากากผ้าเมื่อออกจากบ้าน จะเสี่ยงติดเชื้อมากขึ้น	4.32	0.90	สูง

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ข้อคำถาม	$\bar{X}$	SD	แปลผล
5. โรคติดเชื้อ COVID-19 สามารถติดต่อได้โดยการที่มีสัมผัสสิ่งของที่ปนเปื้อนเชื้อ COVID-19 เช่น ธนบัตร โทรศัพท์ กลอนประตู เป็นต้น	4.26	0.80	สูง
6. เมื่อท่านพบผู้มีอาการไอ จาม มีน้ำมูก เจ็บคอ ท่านได้แนะนำให้ไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใกล้บ้าน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือ โรงพยาบาล	4.07	0.82	สูง
7. เมื่อมีอาการเจ็บป่วย ท่านนอนแยกห้องกับบุคคลอื่นในบ้าน	4.13	0.90	สูง
8. การไปอยู่ร่วมกันในสถานที่แออัด เช่น ตลาด ห้างสรรพสินค้า มีโอกาสติดเชื้อ COVID 19 ได้ง่าย	4.25	0.81	สูง
9. เมื่อมีอาการเจ็บป่วย ท่านจะหยุดพักอยู่ที่บ้าน ไม่เดินทางไป ที่ชุมชน หรือที่สาธารณะ	4.32	0.90	สูง
10. การออกกำลังกายในสถานที่ปิดสามารถลดโอกาสเสี่ยงในการเจ็บป่วยจากโรคติดเชื้อ COVID-19 ได้	3.52	1.24	ปานกลาง
11. ท่านงดเดินทางไปยังพื้นที่ที่มีการรายงานเป็นพื้นที่เสี่ยงโรคระบาด	4.42	0.79	สูง

การศึกษาการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค COVID-19 ของผู้นำชุมชน เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า ข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ การงดเดินทางไปยังพื้นที่ที่มีการรายงานเป็นพื้นที่เสี่ยงโรคระบาด ( $\bar{X} = 4.42 \pm 0.79$ ) รองลงมา คือการติดต่อของโรค COVID-19 ได้ง่ายเพียงการสัมผัส ละอองน้ำลาย น้ำมูก เสมหะการไอ หรือจามของผู้มีเชื้อ ( $\bar{X} = 4.34 \pm 0.74$ ) และการไม่สวมหน้ากากอนามัย/ หน้ากากผ้าเมื่อออกจากบ้าน จะเสี่ยงติดเชื้อมากขึ้น ( $\bar{X} = 4.32 \pm 0.90$ ) ตามลำดับ ซึ่งมีข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ การออกกำลังกายในสถานที่ปิดสามารถลดโอกาสเสี่ยงในการเจ็บป่วยจากโรค COVID-19 ได้ ( $\bar{X} = 3.52 \pm 1.24$ )

#### 4. การรับรู้ความรุนแรงของโรค COVID-19 ของผู้นำชุมชน

กระบวนการรับรู้ที่เป็นสมรรถภาพทางสรีระภาพถึงความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของผู้นำชุมชน ผู้วิจัยขอเสนอผลการศึกษาโดยใช้การแจกแจงความถี่ (Frequencies) และค่าสถิติร้อยละ (Percentage) สำหรับใช้บรรยายลักษณะของข้อมูลตัวแปร

### การรับรู้โอกาสเสี่ยง รายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 11 จำนวน และร้อยละ ของผู้นำชุมชน จำแนกตามระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรค COVID-19 (n = 264)

ระดับการรับรู้ความรุนแรง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ (1.00 - 2.33 คะแนน)	1	0.38
ระดับปานกลาง (2.34 - 3.67 คะแนน)	35	13.26
ระดับสูง (3.68 - 5.00 คะแนน)	228	86.36
Mean = 4.38 ±0.65, Min = 2.20, Max = 5.00		

จากการศึกษาการรับรู้ความรุนแรงของโรค COVID-19 ของผู้นำชุมชน พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 4.38 \pm 0.65$ ) คิดเป็นร้อยละ 86.36 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 13.26 และระดับต่ำ ร้อยละ 0.38 ตามลำดับ หากพิจารณารายชื่อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค COVID-19 ของผู้นำชุมชน สามารถอธิบายได้ตามรายละเอียดตารางที่ 12

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรค COVID-19 ของผู้นำชุมชน (n = 264)

ข้อความ	$\bar{X}$	SD	แปลผล
1. โรคติดเชื้อ COVID-19 อันตรายร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิต	4.47	0.76	สูง
2. โรคติดเชื้อ COVID-19 ทำให้ปอดติดเชื้อรุนแรง	4.50	0.72	สูง
3. ผู้สูงอายุมีโอกาสเสียชีวิตสูงหากติดเชื้อ COVID-19	4.38	0.78	สูง
4. หากมีโรคประจำตัวและติดเชื้อ COVID-19 อาจเพิ่มความรุนแรงและอันตรายถึงชีวิตได้	4.42	0.82	สูง
5. ผู้ที่ผ่านการตรวจหาเชื้อ COVID-19 แล้ว ก็ยังคงมีความเสี่ยงในการติดเชื้ออยู่	4.14	0.82	สูง

การศึกษาการรับรู้ความรุนแรงของโรค COVID-19 ของผู้นำชุมชน เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า ข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ ความรุนแรงของโรคติดเชื้อ COVID-19 ทำให้ปอดติดเชื้อรุนแรง ( $\bar{X} = 4.50 \pm 0.72$ ) รองลงมา คือ โรค COVID-19 มีความอันตรายร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิต ( $\bar{X} = 4.47 \pm 0.76$ ) และหากเรามีโรคประจำตัวแล้วติดเชื้อ COVID-19 จะเพิ่มความรุนแรงของโรคและอันตรายถึงชีวิตได้ ( $\bar{X} = 4.42 \pm 0.82$ ) ซึ่งผู้ที่ผ่านการตรวจหาเชื้อ COVID-19 แล้ว ก็ยังคงมีความเสี่ยงในการติดเชื้ออยู่ มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ( $\bar{X} = 4.14 \pm 0.82$ )

### 5. การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19

กระบวนการการรับรู้ของผู้นำชุมชนถึงประโยชน์ของการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ผู้วิจัยขอนำเสนอผลการศึกษาดูโดยใช้การแจกแจงความถี่ (Frequencies) และค่าสถิติร้อยละ (Percentage) สำหรับใช้บรรยายลักษณะของข้อมูลตัวแปรการรับรู้โอกาสเสี่ยง รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 จำนวน และร้อยละ ของผู้นำชุมชน จำแนกตามระดับการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 (n = 264)

ระดับการรับรู้ประโยชน์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ (1.00 - 2.33 คะแนน)	3	1.14
ระดับปานกลาง (2.34 - 3.67 คะแนน)	107	40.53
ระดับสูง (3.68 - 5.00 คะแนน)	154	58.33
Mean = 3.87 $\pm$ 0.62, Min = 2.00, Max = 5.00		

จากการศึกษาการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของผู้นำชุมชน พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 3.87 \pm 0.62$ ) คิดเป็นร้อยละ 58.33 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 40.53 และระดับต่ำ ร้อยละ 1.14 ตามลำดับ หากพิจารณารายข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันควบคุมโรค COVID-19 ของผู้นำชุมชน สามารถอธิบายได้ตามรายละเอียดตารางที่ 14

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของผู้นำชุมชน จำแนกรายข้อ (n = 264)

ข้อคำถาม	$\bar{X}$	SD	แปลผล
1. ท่านใช้กระดาษทิชชูปิดปากปิดจมูกทุกครั้งเมื่อมีอาการไอหรือจาม	3.81	1.01	สูง
2. มาตรการของรัฐบาลโดยการใช้แอปพลิเคชัน “ไทยชนะ” สามารถป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ได้เป็นอย่างดี	3.43	0.99	ปานกลาง
3. การรับประทานอาหารสุก สะอาด ใช้ช้อนกลาง ไม่ทานอาหารที่ทำจากสัตว์ป่าหรือสัตว์หายากสามารถป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ได้	3.59	1.11	ปานกลาง
4. ท่านหลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ที่มีอาการคล้ายไข้หวัด หรืออาการติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง	4.19	0.81	สูง
5. ท่านติดตามข่าวสารสถานการณ์โรคที่เกิดจากการติดเชื้อ COVID-19 ทางโทรทัศน์/ อินเทอร์เน็ต/ วิทยู อย่างต่อเนื่อง	4.13	0.95	สูง
6. หลังทิ้งหน้ากากอนามัยที่ใช้แล้ว ท่านทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจล หรือน้ำและสบู่ทันที	4.05	0.96	สูง

การศึกษาระดับการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันควบคุมโรค COVID-19 ของผู้นำชุมชนเมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า ข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ การหลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ที่มีอาการคล้ายไข้หวัด หรืออาการติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง ( $\bar{X} = 4.19 \pm 0.81$ ) รองลงมาคือ การติดตามข่าวสารสถานการณ์โรคที่เกิดจากการติดเชื้อ COVID-19 ทางโทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต วิทยู อย่างต่อเนื่อง ( $\bar{X} = 4.13 \pm 0.95$ ) และการปฏิบัติตัวหลังทิ้งหน้ากากอนามัยที่ใช้แล้ว ท่านทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจล หรือน้ำและสบู่ทันที ( $\bar{X} = 4.03 \pm 0.96$ ) ตามลำดับ ซึ่งข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การปฏิบัติตามมาตรการของรัฐบาลโดยการใช้แอปพลิเคชัน “ไทยชนะ” สามารถป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ได้เป็นอย่างดี ( $\bar{X} = 3.43 \pm 0.99$ )

### ส่วนที่ 3 ปัจจัยเอื้อ

การศึกษาปัจจัยเอื้อ คือ การศึกษาปัจจัยที่อาศัยอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดพฤติกรรมโดยตรง อาจเป็นปัจจัยสนับสนุนหรือยับยั้งให้เกิดหรือไม่ให้เกิดพฤติกรรมของบุคคล ประกอบด้วย การได้รับการสนับสนุนทรัพยากรในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และประสบการณ์ในการป้องกันควบคุมโรค

#### 1. การได้รับการสนับสนุนทรัพยากร

การที่ผู้นำชุมชนได้รับการสนับสนุนทรัพยากรในด้านต่าง ๆ เพื่อใช้ในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ผู้วิจัยขอนำเสนอผลการศึกษาโดยใช้การแจกแจงความถี่ (Frequencies) และค่าสถิติร้อยละ (Percentage) สำหรับใช้บรรยายลักษณะของข้อมูลตัวแปรความรู้รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 15

ตารางที่ 15 จำนวน และร้อยละของผู้นำชุมชน จำแนกตามระดับการได้รับการสนับสนุนทรัพยากรในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของผู้นำชุมชน (n = 264)

ระดับการได้รับการสนับสนุนทรัพยากร	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (1.00 - 2.33 คะแนน)	12	4.55
ระดับปานกลาง (2.34 - 3.67 คะแนน)	144	54.54
ระดับสูง (3.68 - 5.00 คะแนน)	108	40.91
Mean = 3.55 ±0.70, Min = 1.50, Max = 5.00		

จากการศึกษาการได้รับการสนับสนุนทรัพยากรเพื่อใช้ในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของผู้นำชุมชน พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.55 \pm 0.70$ ) คิดเป็น ร้อยละ 54.54 รองลงมาคือ ระดับสูง ร้อยละ 40.91 และระดับต่ำ ร้อยละ 4.55 ตามลำดับ หากพิจารณารายชื่อคำถามเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนทรัพยากรเพื่อใช้ในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของผู้นำชุมชนสามารถอธิบายได้ตามรายละเอียดตารางที่ 16

ตารางที่ 16 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการได้รับการสนับสนุนทรัพยากร เพื่อใช้ในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของผู้นำชุมชน จำแนกรายข้อ (n = 264)

ข้อคำถาม	$\bar{X}$	SD	แปลผล
1. ท่านได้รับคู่มือเอกสารในการดำเนินงานป้องกันและควบคุม โรคติดเชื้อ COVID-19	3.53	0.89	ปานกลาง
2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดให้มีระบบการติดต่อสื่อสารเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารเรื่องการประชุม การอบรม และการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างรวดเร็วและทันเหตุการณ์	3.55	0.88	ปานกลาง
3. หน่วยงานต้นสังกัดของท่านมีการสื่อสารเรื่องโรคติดเชื้อ COVID-19 อยู่เสมอ	3.97	0.84	สูง
4. หน่วยงานต่าง ๆ จัดหาอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ให้แก่ท่านอย่างเพียงพอ	3.54	0.96	ปานกลาง
5. หน่วยงานของท่านจัดหาอุปกรณ์ในการป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 ที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน	3.61	0.93	ปานกลาง
6. ท่านได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	3.13	1.10	ปานกลาง

การศึกษาการได้รับการสนับสนุนทรัพยากรเพื่อใช้ในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ของผู้นำชุมชน เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า ข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ หน่วยงานต้นสังกัดของผู้นำชุมชนมีการสื่อสารเรื่องโรค COVID-19 อยู่เสมอ ( $\bar{X} = 3.97 \pm 0.84$ ) รองลงมาคือ หน่วยงานต้นสังกัดของผู้นำชุมชนจัดหาอุปกรณ์ในการป้องกันโรค COVID-19 ที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน ( $\bar{X} = 3.61 \pm 0.93$ ) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการจัดระบบการติดต่อสื่อสารเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารอย่างรวดเร็วและทันเหตุการณ์ในกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การประชุมหรือการอบรม ฯลฯ ( $\bar{X} = 3.55 \pm 0.88$ ) ซึ่งข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ผู้นำชุมชนได้รับการสนับสนุนงบประมาณเพื่อใช้ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ( $\bar{X} = 3.13 \pm 1.10$ )



## 2. ประสิทธิภาพในการป้องกันควบคุมโรค

ประสิทธิภาพหรือการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันหรือควบคุมโรคต่าง ๆ ในอดีต ก่อนที่จะมีการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ผู้วิจัยขอเสนอผลการศึกษาโดยใช้การแจกแจงความถี่ (Frequencies) และค่าสถิติร้อยละ (Percentage) สำหรับใช้บรรยายลักษณะของข้อมูลตัวแปรความรู้ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 17

ตารางที่ 17 จำนวน และร้อยละของผู้นำชุมชน จำแนกตามประสิทธิภาพในการป้องกันควบคุมโรคของผู้นำชุมชน (n = 264)

ประสิทธิภาพในการป้องกันควบคุมโรค	จำนวน	ร้อยละ
<b>การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19</b>		
เคย	255	96.59
ไม่เคย	9	3.41
<b>ระยะเวลาที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 (ปี) (n = 255)</b>		
< 1	57	22.35
> 1	198	77.65
Mean = 1.28 ±0.29, Min = 0.10, Max = 2.20		
<b>การป้องกันและควบคุมโรคอื่น ๆ</b>		
เคย	175	66.29
ไม่เคย	89	33.71
<b>โรคที่เคยมีประสิทธิผลในการป้องกันและควบคุม (n = 175)</b>		
โรคติดต่อที่นำโดยแมลง	117	66.86
โรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ	14	8.00
โรคติดต่อระบบทางเดินอาหารและน้ำ	1	0.57
โรคติดต่อทางการสัมผัสหรือเพศสัมพันธ์	21	12.00
โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง/ โรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม	17	9.72
โรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน	3	1.71
โรคจากการประกอบอาชีพ/ อุบัติเหตุและการบาดเจ็บ	2	1.14

ตารางที่ 17 (ต่อ)

ประสบการณ์ในการป้องกันควบคุมโรค	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่เคยมีประสบการณ์ในการป้องกันและควบคุมโรคอื่น ๆ (ปี) (n = 175)		
< 5	121	69.14
5 – 10	41	23.43
> 10	13	7.43
Mean = 4.53 ±3.62, Min = 0.10, Max = 20.00		

จากการศึกษาประสบการณ์ในการป้องกันควบคุมโรคของผู้นำชุมชน พบว่า ผู้นำชุมชนส่วนใหญ่มีประสบการณ์การป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 คิดเป็นร้อยละ 96.59 โดยมีประสบการณ์มากกว่า 1 ปี ร้อยละ 77.65 ในจำนวนนี้ผู้นำชุมชนยังมีประสบการณ์ในการป้องกันและควบคุมโรคอื่น ๆ ร้อยละ 66.29 และส่วนใหญ่มีประสบการณ์น้อยกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 69.14 ทั้งนี้ผู้นำชุมชนยังมีประสบการณ์ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อที่นำโดยแมลง เช่น ไข้เลือดออก ไข้มาลาเรีย โรคไข้วัดข้อขลุ่ย และไข้ชิกา ฯลฯ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 66.86 รองลงมาคือ โรคติดต่อทางการสัมผัสหรือเพศสัมพันธ์ เช่น HIV หนองใน ฯลฯ ร้อยละ 12.00 และมีประสบการณ์ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อระบบทางเดินอาหารและน้ำ คือ โรคอาหารเป็นพิษ น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 0.57

#### ส่วนที่ 4 ปัจจัยเสริม

การศึกษาปัจจัยเสริม คือ ปัจจัยที่เป็นแรงเสริมหรือแรงกระตุ้นให้บุคคลกระทำพฤติกรรมนั้นซึ่งมาจากบุคคลหรือกลุ่มคนที่มีอิทธิพลช่วยสนับสนุนหรือเป็นแรงกระตุ้นในการแสดงพฤติกรรมทางสุขภาพ ประกอบด้วย การได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 และความคาดหวังของสังคมในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19

##### 1. การได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19

กระบวนการที่ผู้นำชุมชนได้รับการสนับสนุนจากสังคม ได้แก่ ได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานอื่น ในด้านการได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติงาน และการสนับสนุนด้านข่าวสารในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19

การศึกษาการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้นำชุมชน ผู้วิจัยขอเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยใช้การแจกแจงความถี่ (Frequencies) และค่าสถิติร้อยละ (Percentage) นำมาแจกแจงจำนวน และหาค่าร้อยละ สำหรับใช้บรรยายลักษณะของข้อมูลตัวแปรความรู้ รายละเอียดดังต่อไปนี้

ตารางที่ 18 จำนวน และร้อยละของผู้นำชุมชน จำแนกตามการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 (n = 264)

ระดับการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ (1.00 - 2.33 คะแนน)	10	3.79
ระดับปานกลาง (2.34 - 3.67 คะแนน)	107	40.53
ระดับสูง (3.68 - 5.00 คะแนน)	147	55.68
Mean = 3.65 ±0.68, Min = 1.60, Max = 5.00		

จากการศึกษา การได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค COVID-19 ของผู้นำชุมชน พบว่า ส่วนใหญ่ ( $\bar{X} = 3.65 \pm 0.68$ ) อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 55.68 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 40.53 และระดับต่ำ ร้อยละ 3.79 ตามลำดับ

หากพิจารณารายข้อคำถามเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการดำเนินงานป้องกันควบคุมติดเชื้อ COVID-19 ของผู้นำชุมชน สามารถอธิบายได้ตามรายละเอียดตารางที่ 19

ตารางที่ 19 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการ  
ดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค COVID-19 ของผู้นำชุมชน จำแนกรายข้อ (n = 264)

ข้อคำถาม	$\bar{X}$	SD	แปลผล
1. ท่านได้รับข้อเสนอแนะ วิธีการและแนวทางการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างเพียงพอ	3.78	0.82	สูง
2. หน่วยงานต่าง ๆ ได้จัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อ COVID-19 ให้กับท่าน	3.62	0.90	ปานกลาง
3. บุคคลในชุมชนสนับสนุนทุก ๆ ด้าน เพื่อให้ท่านสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ	3.72	0.84	สูง
4. ท่านได้รับคำชมเชยจากหน่วยงานต่าง ๆ ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19	3.36	1.05	ปานกลาง

การได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค COVID-19 ของผู้นำชุมชน เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า ข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือการได้รับข้อเสนอแนะ วิธีการ และแนวทางการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างเพียงพอ ( $\bar{X} = 3.78 \pm 0.82$ ) รองลงมา คือการสนับสนุนบุคคลในชุมชนทุก ๆ ด้าน เพื่อให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ( $\bar{X} = 3.75 \pm 0.80$ ) ซึ่งข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือการได้รับคำชมเชยจากหน่วยงานต่าง ๆ ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ( $\bar{X} = 3.36 \pm 1.05$ )

## 2. ความคาดหวังของสังคมในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19

ความมุ่งหวัง ความต้องการของสังคม ความเชื่อมั่นและไว้วางใจต่อผู้นำชุมชนในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19

การศึกษาความคาดหวังของสังคมในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของผู้นำชุมชน ผู้วิจัยขอนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยใช้การแจกแจงความถี่ (Frequencies) และค่าสถิติร้อยละ (Percentage) นำมาแจกแจงจำนวน และหาค่าร้อยละ สำหรับใช้บรรยายลักษณะของข้อมูลตัวแปรความรู้ รายละเอียดดังต่อไปนี้

ตารางที่ 20 จำนวน และร้อยละของผู้นำชุมชน จำแนกตามความคาดหวังของสังคมในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 (n = 264)

ระดับความคาดหวังของสังคม	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (1.00 - 2.33 คะแนน)	18	6.82
ระดับปานกลาง (2.34 - 3.67 คะแนน)	119	45.07
ระดับสูง (3.68 - 5.00 คะแนน)	127	48.11
Mean = 3.66 ±0.74, Min = 1.67, Max = 5.00		

จากการศึกษาความคาดหวังของสังคมในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของผู้นำชุมชน พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 48.11 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 45.07 และระดับต่ำ ร้อยละ 6.82 ตามลำดับ

หากพิจารณารายชื่อคำถามเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของผู้นำชุมชน สามารถอธิบายได้ตามรายละเอียดตารางที่ 21 ตารางที่ 21 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความคาดหวังของสังคมในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของผู้นำชุมชน จำแนกรายชื่อ (n = 264)

ข้อคำถาม	$\bar{X}$	SD	แปลผล
1. ประชาชนเชื่อว่าท่านมีองค์ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19	3.60	0.85	ปานกลาง
2. ท่านเป็นที่ไว้วางใจ และเป็นที่ยอมรับของประชาชนในการปฏิบัติงานป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ	3.72	0.89	สูง
3. ท่านได้รับความไว้วางใจจากหน่วยงานสาธารณสุขให้ดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19	3.65	0.88	ปานกลาง

การศึกษาความคาดหวังของสังคมในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของผู้นำชุมชน เมื่อจำแนกรายชื่อ พบว่า ข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือการไว้วางใจและเป็นที่ยอมรับของประชาชนในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19

( $\bar{X} = 3.72 \pm 0.89$ ) รองลงมาคือ การได้รับความไว้วางใจจากหน่วยงานสาธารณสุขให้ดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ( $\bar{X} = 3.65 \pm 0.88$ ) ซึ่งข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การที่ ประชาชนเชื่อว่าท่านมีองค์ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ( $\bar{X} = 3.60 \pm 0.85$ )

### ส่วนที่ 5 ผลการศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนต่อการดำเนินงานป้องกันและ ควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

การศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน คือ การที่ผู้นำชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการ ดำเนินงานเพื่อการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ซึ่งประกอบไปด้วย การมีส่วนร่วมในการ ตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในกา ประเมินผล

การศึกษาการมีส่วนร่วมโดยรวมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ในครั้งนี้ ผู้วิจัยขอนำเสนอผลการศึกษาโดยใช้การแจกแจงความถี่ (Frequencies) และค่าสถิติร้อยละ (Percentage) นำมาแจกแจงจำนวน และหาค่าร้อยละ สำหรับใช้บรรยายลักษณะของข้อมูลตัวแปร ความรู้ รายละเอียดดังต่อไปนี้

ตารางที่ 22 จำนวน และร้อยละของผู้นำชุมชน จำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 (n = 264)

การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน ในการดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมโรค COVID-19	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้อย (1.00 – 1.66 คะแนน)	8	3.03
ระดับปานกลาง (1.67 – 2.33 คะแนน)	97	36.74
ระดับมาก (2.34 – 3.00 คะแนน)	159	60.23
Mean = 2.42 ± 0.39, Min = 1.22, Max = 3.00		

จากการศึกษา การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 พบว่า โดยรวมส่วนใหญ่ ( $\bar{X} = 2.42 \pm 0.39$ ) อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 60.23 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 36.74 และระดับน้อย ร้อยละ 3.03 ตามลำดับ

หากพิจารณารายด้าน เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของผู้นำชุมชน สามารถอธิบายได้ตามรายละเอียดตารางที่ 23

ตารางที่ 23 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของผู้นำชุมชน จำแนกรายด้าน (n = 264)

การมีส่วนร่วมในด้านต่าง ๆ	$\bar{X}$	SD	แปลผล
การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	2.36	0.45	ระดับมาก
การมีส่วนร่วมลงมือปฏิบัติ	2.60	0.45	ระดับมาก
การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์	2.26	0.44	ระดับปานกลาง
การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล	2.38	0.53	ระดับมาก
การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนโดยรวม	2.42	0.39	ระดับมาก

จากการศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 พบว่า การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนโดยรวม อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 2.42 \pm 0.39$ ) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การมีส่วนร่วมลงมือปฏิบัติ มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ( $\bar{X} = 2.60 \pm 0.45$ ) รองลงมา คือการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล ( $\bar{X} = 2.38 \pm 0.53$ ) และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ( $\bar{X} = 2.36 \pm 0.45$ ) ตามลำดับ ซึ่งการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ มีค่าคะแนนเฉลี่ย น้อยที่สุด ( $\bar{X} = 2.26 \pm 0.44$ )

### 1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

การริเริ่มตัดสินใจพิจารณาสภาพปัญหาสถานการณ์โรค COVID-19 การแสดงความคิดเห็นเพื่อการวางแผนเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19

การศึกษาการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้นำชุมชน ผู้วิจัยขอนำเสนอผลการศึกษา โดยใช้การแจกแจงความถี่ (Frequencies) และค่าสถิติร้อยละ (Percentage) นำมาแจกแจงจำนวน และ หาค่าร้อยละ สำหรับใช้บรรยายลักษณะของข้อมูลตัวแปรความรู้ รายละเอียดดังต่อไปนี้

ตารางที่ 24 จำนวน และร้อยละของผู้นำชุมชน จำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 (n = 264)

การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับน้อย (1.00 - 1.66 คะแนน)	16	6.06
ระดับปานกลาง (1.67 - 2.33 คะแนน)	118	44.70
ระดับมาก (2.34 - 3.00 คะแนน)	130	49.24
Mean = 2.36 ±0.45, Min = 1.00, Max = 3.00		

จากการศึกษา ระดับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของผู้นำชุมชน พบว่า ส่วนใหญ่ ( $\bar{X} = 2.36 \pm 0.45$ ) อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 49.24 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 44.70 และระดับน้อย ร้อยละ 6.06 ตามลำดับ

หากพิจารณารายข้อคำถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของผู้นำชุมชน สามารถอธิบายได้ตามรายละเอียดตารางที่ 25

ตารางที่ 25 ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของผู้นำชุมชน จำแนกรายข้อ (n = 264)

ข้อคำถาม	$\bar{X}$	SD	แปลผล
1. ท่านมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ในพื้นที่ของท่าน	2.44	0.59	สูง
2. ท่านมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและเสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19	2.34	0.58	สูง
3. ท่านมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ในพื้นที่ของท่าน	2.39	0.59	สูง



ตารางที่ 25 (ต่อ)

ข้อความ	$\bar{X}$	SD	แปลผล
4. ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดมาตรการทางสังคมเพื่อนำมาใช้ในป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ในพื้นที่ของท่าน เช่น ผู้ที่เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยงติดเชื้อต้องแจ้งให้ อสม. หรือผู้นำชุมชนทราบทุกครั้ง เป็นต้น	2.58	0.57	สูง
5. ท่านมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนเสนอขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานในพื้นที่	2.06	0.71	ปานกลาง

การศึกษาการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของผู้นำชุมชน เมื่อจำแนกรายข้อพบว่า ข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ การมีส่วนร่วมในการกำหนดมาตรการทางสังคมเพื่อนำมาใช้ในป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ในพื้นที่ของท่าน เช่น ผู้ที่เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยงติดเชื้อต้องแจ้งให้ อสม. หรือผู้นำชุมชนทราบทุกครั้ง เป็นต้น ( $\bar{X} = 2.58 \pm 0.57$ ) รองลงมาคือ การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ในพื้นที่ของท่าน ( $\bar{X} = 2.44 \pm 0.59$ ) ซึ่งข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนเสนอขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานในพื้นที่ ( $\bar{X} = 2.06 \pm 0.71$ )

## 2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ

การเข้าร่วมประชุมปรึกษาหารือหรือการวางแผน กับคนอื่นในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 การร่วมเป็นคณะทำงาน การให้ความรู้ความเข้าใจ และร่วมสำรวจข้อมูลและประสานงานกับเจ้าหน้าที่ของทางราชการในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 การประชาสัมพันธ์และเชิญชวนให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 เป็นต้น

การศึกษาการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติของผู้นำชุมชน ผู้วิจัยขอเสนอผลการศึกษาโดยใช้การแจกแจงความถี่ (Frequencies) และค่าสถิติร้อยละ (Percentage) นำมาแจกแจงจำนวน และหาค่าร้อยละ สำหรับใช้บรรยายลักษณะของข้อมูลตัวแปรความรู้ รายละเอียดดังต่อไปนี้

ตารางที่ 26 จำนวน และร้อยละของผู้นำชุมชน จำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 (n = 264)

การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับน้อย (1.00 - 1.66 คะแนน)	5	1.89
ระดับปานกลาง (1.67 - 2.33 คะแนน)	81	30.68
ระดับมาก (2.34 - 3.00 คะแนน)	178	67.43
Mean = 2.60 ±0.45, Min = 1.00, Max = 3.00		

จากการศึกษา ระดับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของผู้นำชุมชน พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 67.43 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 30.68 และระดับน้อยร้อยละ 1.89 ตามลำดับ

หากพิจารณารายชื่อคำถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติของผู้นำชุมชน ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 สามารถอธิบายได้ตามรายละเอียดตารางที่ 27

ตารางที่ 27 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติของผู้นำชุมชน ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 จำแนกรายชื่อ (n = 264)

ข้อคำถาม	$\bar{X}$	SD	แปลผล
1. มีการมอบหมายงานเกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ในชุมชนให้กับผู้นำชุมชนทุกคนอย่างชัดเจน	2.54	0.63	สูง
2. ท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินคัดกรอง ค้นหาผู้ที่เสี่ยงติดเชื้อ COVID-19 ในพื้นที่ของท่าน	2.56	0.57	สูง
3. ท่านมีส่วนร่วมประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ในพื้นที่ที่ท่านรับผิดชอบ	2.64	0.50	สูง
4. ท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม ตามแผนการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ของกระทรวงสาธารณสุข	2.60	0.55	สูง

ตารางที่ 27 (ต่อ)

ข้อคำถาม	$\bar{X}$	SD	แปลผล
5. ท่านได้ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 ในหมู่บ้านที่ท่านรับผิดชอบ	2.59	0.54	สูง
6. ท่านมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ในหมู่บ้านที่ท่านรับผิดชอบ	2.70	0.51	สูง

การศึกษาการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 เมื่อจำแนกรายข้อพบว่า ข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ การมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ในหมู่บ้านที่ท่านรับผิดชอบ ( $\bar{X} = 2.70 \pm 0.51$ ) รองลงมาคือ การมีส่วนร่วมประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ในพื้นที่ที่ท่านรับผิดชอบ ( $\bar{X} = 2.64 \pm 0.50$ ) และการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมตามแผนการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของกระทรวงสาธารณสุข ( $\bar{X} = 2.60 \pm 0.55$ ) ซึ่งข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือการมอบหมายงานเกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ในชุมชนให้กับผู้นำชุมชนทุกคนอย่างชัดเจน ( $\bar{X} = 2.54 \pm 0.63$ )

### 3. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์

การรับรู้ของชุมชนต่อการเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 กับเจ้าหน้าที่ว่าที่ได้รับเป็นรูปแบบใด ซึ่งอาจเป็นผลประโยชน์ทางวัตถุผลประโยชน์แห่งสังคม หรือผลประโยชน์ส่วนบุคคล เช่น ในรูปของเงิน เกียรติยศ ชื่อเสียง หรือได้รับการยกย่อง เป็นต้น

การศึกษาการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ผู้วิจัยขอนำเสนอผลการศึกษาโดยใช้การแจกแจงความถี่ (Frequencies) และค่าสถิติร้อยละ (Percentage) นำมาแจกแจงจำนวน และหาค่าร้อยละ สำหรับใช้บรรยายลักษณะของข้อมูลตัวแปรความรู้ รายละเอียดดังต่อไปนี้

ตารางที่ 28 จำนวน และร้อยละของผู้นำชุมชน จำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมในการรับ  
ผลประโยชน์ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 (n = 264)

การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับน้อย (1.00 - 1.66 คะแนน)	19	7.20
ระดับปานกลาง (1.67 - 2.33 คะแนน)	134	50.76
ระดับมาก (2.34 - 3.00 คะแนน)	111	42.04
Mean = 2.26 ±0.44, Min = 1.00, Max = 3.00		

จากการศึกษา ระดับการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ในการดำเนินงานป้องกันและ  
ควบคุมโรค COVID-19 ของผู้นำชุมชน พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 50.76  
รองลงมาคือ ระดับสูง ร้อยละ 42.04 และระดับน้อย ร้อยละ 7.20 ตามลำดับ หากพิจารณารายข้อ  
คำถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและ  
ควบคุมโรค COVID-19 สามารถอธิบายได้ ตามรายละเอียดตารางที่ 29

ตารางที่ 29 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ของ  
ผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 จำแนกรายข้อ  
(n = 264)

ข้อคำถาม	$\bar{X}$	SD	แปลผล
1. ท่านและชุมชนสามารถดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค ติดเชื้อ COVID-19 ได้อย่างดี	2.48	0.62	สูง
2. การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 คือ การ ทำงานเพื่อสุขภาพของประชาชน	2.64	0.55	สูง
3. ท่านได้รับคำตอบแทนพิเศษจากการปฏิบัติงานป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19	1.69	0.76	ปานกลาง
4. ท่านได้รับคำชื่นชมจากประชาชน และหน่วยงานต่าง ๆ ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19	2.22	0.69	ปานกลาง

การศึกษาการมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า ข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ การป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 เป็นการทำงานเพื่อสุขภาพของประชาชน ( $\bar{X} = 2.64 \pm 0.55$ ) รองลงมาคือ การที่ท่านและชุมชนสามารถดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ได้อย่างดี ( $\bar{X} = 2.48 \pm 0.62$ ) และการที่ท่านได้รับคำชื่นชมจากประชาชนและหน่วยงานต่าง ๆ ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ( $\bar{X} = 2.22 \pm 0.69$ )

ในส่วนข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การได้รับคำตอบแทนพิเศษจากการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ( $\bar{X} = 1.69 \pm 0.76$ )

#### 4. การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล

การร่วมประเมินกิจกรรมที่ดำเนินการเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ที่ผู้นำชุมชนได้มีส่วนร่วมในการดำเนินการที่เกี่ยวข้อง การร่วมวิเคราะห์ประมวลผลการดำเนินการให้ข้อเสนอแนะในการดำเนิน การร่วมเสนอรายงานผลการดำเนินงานต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการร่วมเผยแพร่ผลการดำเนินงานให้สาธารณชนทราบ เป็นต้น

การศึกษาการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล ผู้วิจัยขอเสนอผลการศึกษาโดยใช้การแจกแจงความถี่ (Frequencies) และค่าสถิติร้อยละ (Percentage) นำมาแจกแจงจำนวน และหาค่าร้อยละ สำหรับใช้บรรยายลักษณะของข้อมูลตัวแปรความรู้ รายละเอียดดังต่อไปนี้

ตารางที่ 30 จำนวน และร้อยละของผู้นำชุมชน จำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค (COVID-19) (n = 264)

การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับน้อย (1.00 - 1.66 คะแนน)	14	5.30
ระดับปานกลาง (1.67 - 2.33 คะแนน)	142	53.79
ระดับมาก (2.34 - 3.00 คะแนน)	108	40.91
Mean = 2.38 $\pm$ 0.53, Min = 1.00, Max = 3.00		

จากการศึกษาระดับการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของผู้นำชุมชน พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 53.79 รองลงมาคือ ระดับสูงร้อยละ 40.91 และระดับน้อย ร้อยละ 5.30 ตามลำดับ

หากพิจารณารายข้อคำถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลของผู้นำชุมชน ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 อธิบายได้ ดังรายละเอียดตารางที่ 31

ตารางที่ 31 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลของผู้นำชุมชน ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 จำแนกรายข้อ (n = 264)

ข้อคำถาม	$\bar{X}$	SD	แปลผล
1. ท่านมีส่วนร่วมในการสรุปผลการปฏิบัติงานและจัดทำรายงาน ผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ให้กับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทราบ	2.33	0.63	ปานกลาง
2. ท่านได้ติดตามประเมินผลความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ให้เป็นไปตามแผนที่ได้กำหนดไว้	2.39	0.60	สูง
3. ท่านได้ค้นหาข้อดี ข้อบกพร่องจากการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 เพื่อนำมาปรับปรุงการดำเนินงานครั้งต่อไป	2.41	0.60	สูง

การศึกษาการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลของผู้นำชุมชน ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า ข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ การได้ค้นหาข้อดี ข้อบกพร่องจากการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 เพื่อนำมาปรับปรุงการดำเนินงานครั้งต่อไป ( $\bar{X} = 2.41 \pm 0.60$ ) รองลงมาคือการได้ติดตามประเมินผลความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรค COVID-19 ให้เป็นไปตามแผนที่ได้กำหนดไว้ ( $\bar{X} = 2.39 \pm 0.60$ )

ส่วนข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การมีส่วนร่วมในการสรุปผลการปฏิบัติงานและจัดทำรายงานผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ให้กับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทราบ ( $\bar{X} = 2.33 \pm 0.63$ )

## ส่วนที่ 6 การศึกษาความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมแรงที่ทำให้เกิดพฤติกรรมกับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี ผู้วิจัยขอนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ และตัวแปรตาม โดยการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product moment correlation) และการทดสอบค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-square) ดังนี้

### 1. ปัจจัยส่วนบุคคล

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน หมายถึง การศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้นำชุมชน ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ตำแหน่ง และระยะเวลาดำรงตำแหน่ง ปัจจัยในด้านใดมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส และตำแหน่ง โดยการทดสอบค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-square) สรุปผลการศึกษาได้ดังนี้

ตารางที่ 32 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับการมีส่วนร่วมในภาพรวมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 (n = 264)

ตัวแปร	การมีส่วนร่วมภาพรวมของผู้นำชุมชนต่อการดำเนินงาน			$\chi^2$	p-value
	ป้องกันและควบคุมโรค COVID-19				
	ระดับน้อย	ระดับปาน	ระดับมาก		
	จำนวน (ร้อยละ)	กลางจำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ				0.625	0.732
ชาย	6(2.27%)	72(27.27%)	111(42.05%)		
หญิง	2(0.76%)	25(9.47%)	48(18.18%)		

ตารางที่ 32 (ต่อ)

การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนต่อการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรค COVID-19					
ตัวแปร	ระดับน้อย	ระดับปานกลาง	ระดับมาก	$\chi^2$	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
<b>ระดับการศึกษา</b>				8.761	0.363
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	2 (0.76%)	11(4.16%)	29(10.98%)		
มัธยมศึกษาตอนต้น	2(0.76%)	21(7.95%)	28(10.61%)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	3(1.14%)	29(10.98%)	63(23.86%)		
อนุปริญญา/ ปวส.	0(0.0%)	12(4.54%)	13(4.92%)		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	1(0.38%)	24(9.09%)	26(9.85%)		
<b>อาชีพ</b>				9.412	0.309
เกษตรกรรวม	3 (1.14%)	21(7.95%)	42(15.91%)		
ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	0(0.0%)	11(4.17%)	17(6.44%)		
ธุรกิจส่วนตัว/ ก้าขาย	3(1.14%)	42(15.91%)	78(19.54%)		
พนักงาน/ ลูกจ้าง	1(0.37%)	4(1.51%)	2(0.76%)		
รับจ้างขับรถ	1(0.37%)	7(2.65%)	14(5.30%)		
รับจ้าง/ รับเหมา	0(0.0%)	12(4.55%)	6(2.27%)		
<b>สถานภาพสมรส</b>				4.439	0.350
โสด	1(0.4%)	21(8.0%)	21(8.0%)		
สมรสแล้ว	7(2.7%)	65(24.6%)	119(45.1%)		
หม้าย หย่า แยก	0(0.0%)	11(4.2%)	19(7.2%)		
<b>ตำแหน่ง</b>				14.348	0.158
นายก อบท.	0(0%)	6 (2.3%)	2(0.8%)		
กำนัน	0(0.8%)	3 (1.1%)	5 (1.9%)		
ผู้ใหญ่บ้าน	1(0.4%)	21(8.0%)	45(17.0%)		



ตารางที่ 32 (ต่อ)

ตัวแปร	การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนต่อการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรค COVID-19			$\chi^2$	p-value
	ระดับน้อย	ระดับปานกลาง	ระดับมาก		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน	6(2.3%)	61(23.1%)	93(32.5%)		
แพทย์ประจำตำบล	0(0.0%)	0(0.0%)	8(3.0%)		
สารวัตรกำนัน	1(0.4%)	6(2.3%)	6(2.3%)		

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ปัจจัยด้านเพศ ( $\chi^2 = 0.625$ , p-value = 0.732) ระดับการศึกษา ( $\chi^2 = 8.761$ , p-value = 0.363) อาชีพ ( $\chi^2 = 9.412$ , p-value = 0.309) สถานภาพสมรส ( $\chi^2 = 4.439$ , p-value = 0.350) และตำแหน่ง ( $\chi^2 = 14.348$ , p-value = 0.158) ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19

เมื่อพิจารณารายด้านการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 สามารถสรุปได้ดังนี้

ตารางที่ 33 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล กับ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้นำ  
ชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 (n = 264)

ตัวแปร	การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้นำชุมชนในการป้องกัน และควบคุมโรค COVID-19			$\chi^2$	p-value
	ระดับน้อย จำนวน (ร้อยละ)	ระดับ ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับมาก จำนวน (ร้อยละ)		
<b>เพศ</b>				0.713	0.700
ชาย	12(4.54%)	87(32.95%)	90(34.09%)		
หญิง	4(1.51%)	31(11.74%)	40(15.15%)		
<b>ระดับการศึกษา</b>				7.740	0.459
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	2(0.76%)	14(5.30%)	26(9.85%)		
มัธยมศึกษาตอนต้น	31(11.74%)	29(10.98%)	19(7.20%)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	6(2.27%)	38(14.39%)	51(19.32%)		
อนุปริญญา/ ปวส.	2(0.76%)	13(4.92%)	10(3.79%)		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	3(1.13%)	24(9.09%)	24(9.09%)		
<b>อาชีพ</b>				7.288	0.506
เกษตรกร	4(1.51%)	28(10.60%)	34(12.89%)		
ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	0(0.0%)	10(3.79%)	18(6.82%)		
ธุรกิจส่วนตัว/ ค้าขาย	7(2.65%)	56(21.21%)	60(22.73%)		
พนักงาน/ ลูกจ้าง	1(0.39%)	4(1.51%)	2(0.76%)		
รับจ้างขับรถ	2(0.76%)	7(2.65%)	13(4.92%)		
รับจ้าง/ รับเหมา	2(0.76%)	10(3.79%)	6(2.27%)		
<b>สถานภาพสมรส</b>				3.792	0.435
โสด	4(1.51%)	23(8.71%)	16(6.06%)		
สมรสแล้ว	11(4.17%)	83(31.44%)	97(36.74%)		
หม้าย อยู่่า แยก	1(0.39%)	12(4.54%)	17(6.44%)		

ตารางที่ 33 (ต่อ)

ตัวแปร	การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้นำชุมชนในการป้องกัน และควบคุมโรค COVID-19			$\chi^2$	p-value
	ระดับน้อย	ระดับ	ระดับมาก		
	จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ตำแหน่ง				6.835	0.741
นายก อบท.	0(0.0%)	6(2.27%)	2(0.76%)		
กำนัน	0(0.0%)	4(1.51%)	4(1.51%)		
ผู้ใหญ่บ้าน	4(1.51%)	27(10.23%)	36(13.64%)		
ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน	11(4.17%)	73(27.65%)	76(28.79%)		
แพทย์ประจำตำบล	0(0.0%)	2(0.76%)	6(2.27%)		
สารวัตรกำนัน	1(0.37%)	6(2.27%)	6(2.27%)		

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 พบว่า ปัจจัยด้านเพศ ( $\chi^2 = 0.713$ , p-value = 0.700) ระดับการศึกษา ( $\chi^2 = 7.740$ , p-value = 0.459) อาชีพ ( $\chi^2 = 77.288$ , p-value = 0.506) สถานภาพสมรส ( $\chi^2 = 3.792$ , p-value = 0.435) และตำแหน่ง ( $\chi^2 = 6.835$ , p-value = 0.741) ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19

ตารางที่ 34 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล กับการมีส่วนร่วมลงมือปฏิบัติของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 (n = 264)

ตัวแปร	การมีส่วนร่วมลงมือปฏิบัติ ของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19			$\chi^2$	p-value
	ระดับน้อย จำนวน (ร้อยละ)	ระดับปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับมาก จำนวน (ร้อยละ)		
<b>เพศ</b>				1.639	0.429
ชาย	4(1.51%)	62(23.48%)	123(46.59%)		
หญิง	1(0.037%)	19(7.20%)	55(20.83%)		
<b>ระดับการศึกษา</b>				9.180	0.327
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	1(0.38%)	9(3.41%)	32(12.12%)		
มัธยมศึกษาตอนต้น	2(0.76%)	19(7.20%)	30(11.36%)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	2(0.76%)	24(9.10%)	69(26.14%)		
อนุปริญญา/ ปวส.	0(0.00%)	11(4.17%)	14(5.30%)		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	0(0.00%)	18(6.82%)	33(12.50%)		
<b>อาชีพ</b>				13.062	0.110
เกษตรกร	2(0.76%)	21(7.95%)	43(16.29%)		
ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	0(0.00%)	6(2.27%)	22(8.33%)		
ธุรกิจส่วนตัว/ ค้าขาย	2(0.76%)	35(13.26%)	86(32.58%)		
พนักงาน/ ลูกจ้าง	1(0.39%)	4(1.51%)	2(0.76%)		
รับจ้างขับรถ	0(0.00%)	8(3.03%)	14(5.30%)		
รับจ้าง/ รับเหมา	0(0.00%)	7 (2.65%)	11(4.17%)		
<b>สถานภาพสมรส</b>				9.799	0.044
โสด	0(0.00%)	21(7.95%)	22(8.33%)		
สมรสแล้ว	5(1.89%)	53(20.07%)	133(50.4 = 39%)		
หม้าย อยู่่า แยก	0(0.00%)	7(2.7 = 65%)	23(8.71%)		

ตารางที่ 34 (ต่อ)

การมีส่วนร่วมลงมือปฏิบัติของผู้นำชุมชนในการป้องกัน และควบคุมโรค COVID-19					
ตัวแปร	ระดับน้อย	ระดับปาน	ระดับมาก	$\chi^2$	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	กลาง จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ตำแหน่ง				15.608	0.130
นายก อบท.	0(0.00%)	6(2.27%)	2(0.76%)		
กำนัน	0(0.00%)	3(1.14%)	5(1.89%)		
ผู้ใหญ่บ้าน	0(0.0%)	16(6.06%)	51(19.32%)		
ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน	4(1.51%)	51(19.31%)	105(39.77%)		
แพทย์ประจำตำบล	0(0.00%)	1(0.38%)	7(2.65%)		
สารวัตรกำนัน	1(0.38%)	4(1.51%)	8(3.03%)		

จากตารางที่ 34 ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 พบว่า ปัจจัยด้านสถานภาพสมรส สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมลงมือปฏิบัติของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\chi^2 = 9.799$ , p-value = 0.044) ส่วนปัจจัยด้านเพศ ( $\chi^2 = 1.639$ , p-value = 0.429) ระดับการศึกษา ( $\chi^2 = 9.180$ , p-value = 0.327) อาชีพ ( $\chi^2 = 13.062$ , p-value = 0.130) และตำแหน่ง ( $\chi^2 = 15.608$ , p-value = 0.130) ไม่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมปฏิบัติของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19

ตารางที่ 35 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล กับการมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ของผู้นำ  
ชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 (n = 264)

ตัวแปร	การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ของผู้นำชุมชนในการป้องกัน และควบคุมโรค COVID-19			$\chi^2$	p-value
	ระดับน้อย	ระดับปานกลาง	ระดับมาก		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
<b>เพศ</b>				2.528	0.283
ชาย	16(6.06%)	98(37.12%)	75(28.4%)		
หญิง	3(1.12%)	36(13.63%)	36(13.6%)		
<b>ระดับการศึกษา</b>				10.995	0.202
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	2(0.75%)	19(7.20%)	21(7.95%)		
มัธยมศึกษาตอนต้น	2(0.75%)	32(12.12%)	17(6.44%)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	7(2.65%)	40(15.15%)	48(18.18%)		
อนุปริญญา/ ปวส.	2(0.75%)	14(5.30%)	9(3.41%)		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	6(2.27%)	29(10.98%)	16(6.06%)		
<b>อาชีพ</b>				5.250	0.731
เกษตรกร	51.89%	3513.26%	269.85%		
ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	00.00%	155.68%	134.92%		
ธุรกิจส่วนตัว/ ค้าขาย	114.17%	5721.59%	5520.83%		
พนักงาน/ ลูกจ้าง	10.39%	41.51%	20.76%		
รับจ้างขับรถ	2 0.8%	14(5.30%)	6(2.27%)		
รับจ้างทั่วไป/ รับเหมา	00.00%	9(3.41%)	9(3.41%)		
<b>สถานภาพสมรส</b>				1.863	0.761
โสด	4(1.51%)	24(9.09%)	15(5.68%)		
สมรสแล้ว	14(5.30%)	95(35.98%)	82(31.06%)		
หม้าย อยู่่า แยก	1(0.39%)	15(5.68%)	14(5.30%)		

ตารางที่ 35 (ต่อ)

ตัวแปร	การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ของผู้นำชุมชนในการป้องกัน และควบคุมโรค COVID-19			$\chi^2$	p- value
	ระดับน้อย	ระดับปานกลาง	ระดับมาก		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ตำแหน่ง				7.687	0.659
นายก อบท.	2(0.76%)	5(1.89%)	1(0.39%)		
กำนัน	0(0.00%)	4(1.51%)	4(1.51%)		
ผู้ใหญ่บ้าน	6(2.27%)	32(12.12%)	29(10.98%)		
ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน	10(3.79%)	82(31.06%)	68(25.76%)		
แพทย์ประจำตำบล	0(0.00%)	5(1.89%)	3(1.13%)		
สารวัตรกำนัน	1(0.37%)	6(2.27%)	6(2.27%)		

จากตารางที่ 35 พบว่า ปัจจัยด้านเพศ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส และตำแหน่ง ไม่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19

ตารางที่ 36 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล กับการมีส่วนร่วมติดตามประเมินผลของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 (n = 264)

ตัวแปร	การมีส่วนร่วมติดตามประเมินผลของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19			$\chi^2$	p-value
	ระดับน้อย จำนวน (ร้อยละ)	ระดับปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับมาก จำนวน (ร้อยละ)		
<b>เพศ</b>				0.511	0.774
ชาย	9(3.41%)	101(38.26%)	79(29.92%)		
หญิง	5(1.89%)	41(15.53%)	29(10.98%)		
<b>ระดับการศึกษา</b>				5.622	0.690
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	2(0.76%)	2(17.95%)	19(7.20%)		
มัธยมศึกษาตอนต้น	3(1.17%)	30(11.36%)	18(6.82%)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	6(2.27%)	45(17.04%)	44(16.67%)		
อนุปริญญา/ ปวส.	0(0.00%)	17(6.44%)	8(3.03%)		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	3(1.14%)	29(10.98%)	19(7.20%)		
<b>อาชีพ</b>				5.492	0.704
เกษตรกร	4(1.51%)	38(14.39%)	24(9.09%)		
ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	2(0.76%)	12(4.54%)	14(5.30%)		
ธุรกิจส่วนตัว/ ค้าขาย	5(1.89%)	63(23.86%)	55(20.83%)		
พนักงาน/ ลูกจ้าง	1(0.39%)	4(1.51%)	2(0.76%)		
ขับรถรับจ้าง	0(0.00%)	14(5.30%)	8(3.03%)		
รับจ้าง/ รับเหมา	2(0.76%)	11(4.17%)	5(1.89%)		
<b>สถานภาพสมรส</b>				4.064	0.397
โสด	3(1.14%)	28(10.60%)	12(4.54%)		
สมรสแล้ว	10(3.78%)	97(36.74%)	84(31.81%)		
หม้าย/ อ้าย/ แยก	1(0.39%)	17(6.44%)	12(4.54%)		



ตารางที่ 36 (ต่อ)

ตัวแปร	การมีส่วนร่วมติดตามประเมินผลของผู้นำชุมชนในการป้องกัน และควบคุมโรค COVID-19			$\chi^2$	p-value
	ระดับน้อย	ระดับ	ระดับมาก		
	จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ตำแหน่ง				8.225	0.607
นายก อบท.	0(0.0%)	7(2.65%)	1(0.38%)		
กำนัน	0(0.0%)	3(1.13%)	5(1.89%)		
ผู้ใหญ่บ้าน	2(0.76%)	36(13.63%)	29(10.98%)		
ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน	11(4.16%)	83(31.44%)	66(25.00%)		
แพทย์ประจำตำบล	0(0.0%)	5(1.89%)	3(1.13%)		
สารวัตรกำนัน	1(0.38%)	8(3.03%)	4(1.51%)		

จากตารางที่ 36 พบว่า ปัจจัยด้านเพศ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส และตำแหน่ง ไม่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมติดตามประเมินผลของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ รายได้ และระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product moment correlation) สรุปผลการศึกษาได้ดังนี้

ตารางที่ 37 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการ  
ป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 (n = 264)

ตัวแปร	อายุ		รายได้		ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง	
	r	p-value	r	p-value	r	p-value
การมีส่วนร่วมภาพรวม	0.012	0.846	0.031	0.612	0.031	0.612
การมีส่วนร่วมตัดสินใจ	-0.012	0.848	-0.050	0.416	0.004	0.952
การมีส่วนร่วมลงมือปฏิบัติ	-0.041	0.510	0.004	0.952	0.004	0.952
การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์	-0.045	0.471	0.020	0.744	0.020	0.744
การมีส่วนร่วมติดตามประเมินผล	0.020	0.740	-0.024	0.700	0.041	0.508

จากผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 สรุปได้ว่าปัจจัยด้านอายุ รายได้ และระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง ไม่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19

เมื่อพิจารณารายด้านเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของผู้นำชุมชน ทั้งด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมลงมือปฏิบัติ การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมติดตามประเมินผล พบว่า ไม่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19

## 2. ปัจจัยนำ

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนที่มีต่อการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) คือ การศึกษาปัจจัยพื้นฐานภายในตัวบุคคลที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรม ได้แก่ ความรู้ของผู้นำชุมชนในการป้องกันควบคุมโรค COVID-19 ทักษะที่มีต่อการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 อันเป็นผลมาจากการเรียนรู้และประสบการณ์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค ตลอดจนการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ ตัวแปรตาม โดยการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation) รายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 38 การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำของการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 กับ การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 (n = 264)

ตัวแปร	การมีส่วนร่วมภาพรวม		การมีส่วนร่วมตัดสินใจ		การมีส่วนร่วมลงมือปฏิบัติ		การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์		การมีส่วนร่วมติดตามประเมินผล	
	r	p-value	r	p-value	r	p-value	r	p-value	r	p-value
1. ความรู้	0.064	0.299	0.039	0.527	0.046	0.452	-0.024	0.698	0.091	0.142
2. ทักษะ	0.156	0.011	0.112	0.069	0.172	0.005	0.185	0.003	0.149	0.015
3. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	0.182	0.003	0.159	0.010	0.230	0.000	-0.015	0.802	0.127	0.040
4. การรับรู้ความรุนแรงของโรค	0.252	0.000	0.262	0.000	0.294	0.000	0.033	0.594	0.152	0.014
5. การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรค	0.207	0.001	0.252	0.000	0.129	0.036	0.089	0.151	0.173	0.005

จากตารางที่ 38 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 โดยวิเคราะห์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า ปัจจัยด้านทักษะ (r = 0.156, p-value = 0.011) การรับรู้โอกาสเสี่ยง (r = 0.182, p-value = 0.003) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (r = 0.252, p-value = 0.000) และการรับรู้ประโยชน์ (r = 0.207, p-value = 0.001) ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมภาพรวมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของผู้นำชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อพิจารณารายด้านการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 สามารถสรุปได้ดังนี้

การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 สัมพันธ์กับปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง ( $r = 0.159$ ,  $p\text{-value} = 0.010$ ) การรับรู้ความรุนแรงของโรค ( $r = 0.262$ ,  $p\text{-value} = 0.000$ ) และการรับรู้ประโยชน์ ( $r = 0.252$ ,  $p\text{-value} = 0.000$ ) ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การมีส่วนร่วมลงมือปฏิบัติของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 พบว่า ปัจจัยด้านทัศนคติ ( $r = 0.172$ ,  $p\text{-value} = 0.005$ ) การรับรู้โอกาสเสี่ยง ( $r = 0.230$ ,  $p\text{-value} = 0.000$ ) การรับรู้ความรุนแรงของโรค ( $r = 0.294$ ,  $p\text{-value} = 0.000$ ) และการรับรู้ประโยชน์ ( $r = 0.129$ ,  $p\text{-value} = 0.036$ ) ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในส่วนของความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19

การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 พบว่า มีเพียงปัจจัยด้านทัศนคติ ( $r = 0.046$ ,  $p\text{-value} = 0.003$ ) เพียงปัจจัยเดียว ที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนการมีส่วนร่วมติดตามประเมินผลของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 พบว่า ปัจจัยด้านทัศนคติ ( $r = 0.149$ ,  $p\text{-value} = 0.015$ ) การรับรู้โอกาสเสี่ยง ( $r = 0.127$ ,  $p\text{-value} = 0.040$ ) การรับรู้ความรุนแรงของโรค ( $r = 0.152$ ,  $p\text{-value} = 0.014$ ) และการรับรู้ประโยชน์ ( $r = 0.173$ ,  $p\text{-value} = 0.005$ ) ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### 3. ปัจจัยเอื้อ

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) คือ การศึกษาปัจจัยที่อาศัยอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมที่ทำให้ผู้นำชุมชนเกิดพฤติกรรมโดยตรง อาจเป็นปัจจัยสนับสนุนหรือยับยั้งให้เกิดหรือไม่ให้เกิดพฤติกรรมในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19

การศึกษาปัจจัยที่อาศัยอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนหรือยับยั้ง ทำให้ผู้นำชุมชนเกิดพฤติกรรมโดยตรง ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทรัพยากร และประสบการณ์ในการป้องกันและควบคุมโรค ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ ตัวแปรตาม โดยการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product moment correlation) รายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 39 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยอื่น ๆ กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนการดำเนินงาน  
ป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 (n = 264)

ตัวแปร	การมีส่วนร่วม ภาพรวม		การมีส่วนร่วม ตัดสินใจ		การมีส่วนร่วม ลงมือปฏิบัติ		การมีส่วนร่วม รับผล ประโยชน์		การมีส่วนร่วม ติดตาม ประเมินผล	
	r	p- value	r	p- value	r	p- value	r	p- value	r	p- value
	1. การ สนับสนุน ด้านทรัพยากร	0.291	0.000	0.259	0.000	0.248	0.000	0.280	0.000	0.270
2. การ ป้องกัน ควบคุมโรค COVID-19	0.006	0.928	-0.004	0.949	-0.004	0.946	0.073	0.236	-0.063	0.305
3. ระยะเวลา การป้องกัน ควบคุมโรค COVID-19 (n = 255)	0.034	0.588	0.028	0.660	-0.042	0.507	0.088	0.163	0.010	0.878
4. การ ป้องกัน ควบคุมโรค อื่น ๆ	0.100	0.105	0.059	0.342	0.161	0.009	-0.079	0.202	0.152	0.013
5. โรคอื่น ๆ ที่เคยป้องกัน ควบคุม (n = 175)	-0.081	0.285	0.021	0.786	-0.090	0.235	-0.063	0.404	-0.023	0.763
6. ระยะเวลา การป้องกัน ควบคุมโรค อื่น ๆ (n = 175)	0.078	0.304	-0.092	0.226	0.044	0.565	0.115	0.131	0.060	0.427

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับการมีส่วนร่วมภาพรวมของผู้นำชุมชน ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยวิเคราะห์ ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า มีเพียงปัจจัยด้านการได้รับการสนับสนุน ทรัพยากร สัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.291, p\text{-value} < 0.001$ ) เมื่อพิจารณารายด้านการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 สามารถสรุปได้ดังนี้

การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 พบว่า การได้รับการสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 สัมพันธ์เชิงบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.259, p\text{-value} < 0.001$ )

การมีส่วนร่วมลงมือปฏิบัติของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 พบว่า ปัจจัยการได้รับการสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ( $r = 0.248, p\text{-value} < 0.001$ ) และประสบการณ์ในการป้องกันควบคุมโรคอื่น ๆ ( $r = 0.161, p\text{-value} = 0.009$ ) สัมพันธ์เชิงบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 พบว่า มีเพียงปัจจัยการได้รับการสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 สัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.280, p\text{-value} < 0.001$ )

ส่วนการมีส่วนร่วมติดตามประเมินผลของผู้นำชุมชน ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 พบว่า ปัจจัยการได้รับการสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ( $r = 0.270, p\text{-value} < 0.001$ ) และการมีประสบการณ์ในการป้องกันควบคุมโรคอื่น ๆ ( $r = 0.152, p\text{-value} = 0.013$ ) มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

#### 4. ปัจจัยเสริม

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนที่มีต่อการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) คือ การศึกษาปัจจัยที่เป็นแรงเสริมหรือแรงกระตุ้นให้ผู้นำชุมชนกระทำพฤติกรรมนั้น ซึ่งมาจากบุคคลหรือกลุ่มคนอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลช่วยสนับสนุนหรือเป็นแรงกระตุ้นในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ทั้งการได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 การสนับสนุนด้านข่าวสารที่เป็นประโยชน์จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือหน่วยงานอื่น ที่สามารถนำไปแก้ปัญหาและปรับปรุงการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ได้ และความคาดหวังของสังคม ที่มุ่งหวัง เชื่อมั่น และไว้วางใจต่อผู้นำชุมชนในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19

ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ ตัวแปรตาม โดยการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product moment correlation) รายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 40 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริม กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 (n = 264)

ตัวแปร	การมีส่วนร่วม ภาพรวม		การมีส่วนร่วม ตัดสินใจ		การมีส่วนร่วม ลงมือปฏิบัติ		การมีส่วนร่วม รับผลประโยชน์		การมีส่วนร่วม ติดตาม ประเมินผล	
	r	p-value	r	p-value	r	p-value	r	p-value	r	p-value
1. การ ได้รับ สนับสนุน ทางสังคม	0.488	0.000	0.360	0.000	0.430	0.000	0.439	0.000	0.443	0.000
2. ความ คาดหวัง ของสังคม	0.475	0.000	0.365	0.000	0.498	0.000	0.414	0.000	0.443	0.000

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริม กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ( $r = 0.488$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) และความคาดหวังของสังคมในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ( $r = 0.475$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาทางด้านการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 สามารถสรุปได้ดังนี้

การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 พบว่า ปัจจัยด้านการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ( $r = 0.360$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) และความคาดหวังของสังคมในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ( $r = 0.365$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การมีส่วนร่วมลงมือปฏิบัติของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 พบว่า ปัจจัยด้านการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ( $r = 0.430$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) และความคาดหวังของสังคมในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ( $r = 0.498$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 พบว่า ปัจจัยด้านการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ( $r = 0.439$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) และความคาดหวังของสังคมในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ( $r = 0.414$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

และการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 พบว่า ปัจจัยด้านการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ( $r = 0.443$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) และความคาดหวังของสังคมในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ( $r = 0.443$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับการมีส่วนร่วมภาพรวมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สรุปได้ดังนี้

ตารางที่ 41 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับการมีส่วนร่วมภาพรวมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19

ตัวแปร	การมีส่วนร่วมภาพรวมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19	
	r	p-value
ปัจจัยนำ		
ทัศนคติ	0.156	0.011
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	0.182	0.003
การรับรู้ความรุนแรง	0.252	0.000
การรับรู้ประโยชน์	0.207	0.001



ตารางที่ 41 (ต่อ)

ตัวแปร	การมีส่วนร่วมภาพรวมของผู้นำชุมชนในการ ดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19	
	r	p-value
<b>ปัจจัยเอื้อ</b>		
การสนับสนุนด้านทรัพยากร	0.291	0.000
<b>ปัจจัยเสริม</b>		
การได้รับสนับสนุนทางสังคม	0.488	0.000
ความคาดหวังของสังคม	0.475	0.000

## บทที่ 5

### สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 การศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมแรง ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของผู้นำชุมชน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) กลุ่มตัวอย่างคือผู้นำชุมชนที่ใช้ในการศึกษานี้มี จำนวน 264 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Index of Item – objective: IOC) คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค COVID-19 ส่วนที่ 3 ทักษะคิดเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ส่วนที่ 4 การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การได้รับการสนับสนุนทรัพยากร และความคาดหวังของสังคม ส่วนที่ 5 การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 และส่วนที่ 6 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 มีค่าเท่ากับ 0.85, 0.89, 0.69, 0.92, 0.91 และ 0.89 ตามลำดับ และหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาตามวิธีของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) คือ ส่วนที่ 3 ทักษะคิดเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ส่วนที่ 4 การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การได้รับการสนับสนุนทรัพยากร และความคาดหวังของสังคม ส่วนที่ 5 การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 และส่วนที่ 6 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 มีค่าเท่ากับ 0.74, 0.90, 0.86 และ 0.94 ตามลำดับ ซึ่งส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 ทดสอบความยากง่ายของข้อคำถาม (Difficulty) ได้ค่าความยากง่ายเท่ากับ 0.66

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) สำหรับใช้บรรยายลักษณะของข้อมูลตัวแปรต่าง ๆ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ

เชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น ตัวแปรตาม โดยการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product moment correlation) และการทดสอบค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-square) จากผลการวิจัยผู้ศึกษาได้สรุป อภิปรายผล และให้ข้อเสนอแนะ ดังนี้

## สรุปผลการวิจัย

สรุปการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี โดยแบ่งออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

การศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 264 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 71.59 ส่วนใหญ่มีอายุ 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.73 อายุเฉลี่ย 50.14 ( $\pm 8.15$ ) ปี ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับ มัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวช. ร้อยละ 35.98 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัวหรือค้าขาย ร้อยละ 46.59 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือน 5,001 – 10,000 บาท ร้อยละ 56.44 โดยเฉลี่ยมีรายได้ต่อเดือน 13,960.72 ( $\pm 15,588.43$ ) บาท สมรสแล้ว ร้อยละ 72.35 ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ดำรงตำแหน่งผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ร้อยละ 60.61 ซึ่งมีความหมายว่าดำรงตำแหน่งส่วนใหญ่ต่ำกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.80 โดยเฉลี่ย 7.03 ( $\pm 5.49$ ) ปี

### ส่วนที่ 2 การศึกษาปัจจัยนำกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของผู้นำชุมชน อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี

#### 2.1 ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

การศึกษาข้อมูลปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 ของผู้นำชุมชน พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 9.59 \pm 1.46$ ) คิดเป็นร้อยละ 66.67 คำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุดคือ ระยะเวลาฟักตัวของโรค COVID-19 ส่วนมากจะอยู่ในช่วง 2-14 วัน หลังสัมผัสเชื้อ ร้อยละ 100.00 และข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกน้อยที่สุดคือ เข้าใจว่าโรค COVID-19 เป็นแค่โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ร้อยละ 4.17

#### 2.2 ทักษะคิดเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

การศึกษาข้อมูลปัจจัยด้านทัศนคติของผู้นำชุมชน เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 พบว่า ส่วนใหญ่มีทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ใน

ระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.20$ ,  $SD = 0.56$ ) คิดเป็นร้อยละ 74.62 เมื่อจำแนกรายข้อคำถาม พบว่า อาการป่วยเริ่มต้นของโรค COVID-19 นั้นคล้ายกับผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ มีคะแนนค่าเฉลี่ยมากที่สุด ( $\bar{X} = 3.97 \pm 0.83$ ) และข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ คิดว่าโรค COVID-19 มีความรุนแรงไม่เท่ากับโรคเอดส์ ( $\bar{X} = 2.67 \pm 1.31$ )

### 2.3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

การศึกษาข้อมูลปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค COVID-19 ของผู้นำชุมชน พบว่า ส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค COVID-19 อยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 4.13 \pm 0.53$ ) คิดเป็นร้อยละ 82.95 เมื่อจำแนกรายข้อพบว่า ข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ การงดเดินทางไปยังพื้นที่ที่มีการรายงานเป็นพื้นที่เสี่ยงโรคระบาด ( $\bar{X} = 4.42 \pm 0.79$ ) และข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ การออกกำลังกายในสถานที่ปิดสามารถลดโอกาสเสี่ยงในการเจ็บป่วยจากโรค COVID-19 ได้ ( $\bar{X} = 3.52 \pm 1.24$ )

### 2.4 การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

จากการศึกษาข้อมูลปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค COVID-19 ของผู้นำชุมชน อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี พบว่า ส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรค COVID-19 อยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 4.38 \pm 0.65$ ) ร้อยละ 86.36 เมื่อจำแนกรายข้อพบว่า ข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ โรค COVID-19 ทำให้ปอดติดเชื้อรุนแรง ( $\bar{X} = 4.50 \pm 0.72$ ) ในส่วนข้อ การตรวจหาเชื้อ COVID-19 และยังคงมีความเสี่ยงในการติดเชื้ออยู่ มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ( $\bar{X} = 4.14 \pm 0.82$ )

### 2.5 การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

จากการศึกษาข้อมูลปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของผู้นำชุมชน อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี พบว่า ส่วนใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 อยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 3.87 \pm 0.62$ ) คิดเป็นร้อยละ 58.33 เมื่อจำแนกรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ การหลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ที่มีอาการคล้ายไข้หวัด หรืออาการติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง ( $\bar{X} = 4.19 \pm 0.81$ ) ส่วนข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ มาตรการของรัฐบาลโดยการใช้แอปพลิเคชัน “ไทยชนะ” สามารถป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ได้เป็นอย่างดี ( $\bar{X} = 3.43 \pm 0.99$ )

**ส่วนที่ 3 การศึกษาข้อมูลปัจจัยอื่น ๆ กับ การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของผู้นำชุมชน อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี**

### 3.1 การได้รับการสนับสนุนทรัพยากรในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัส

## โคโรนา 2019 (COVID-19)

จากการศึกษาผลการศึกษาข้อมูลปัจจัยด้านการได้รับการสนับสนุนทรัพยากรในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของผู้นำชุมชน พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทรัพยากรในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.55 \pm 0.70$ ) คิดเป็นร้อยละ 54.54 เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดหน่วยงานต้นสังกัดของผู้นำชุมชนมีการสื่อสารเรื่องโรค COVID-19 อยู่เสมอ ( $\bar{X} = 3.97 \pm 0.84$ ) ส่วนข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ( $\bar{X} = 3.13 \pm 1.10$ )

### 3.2 ประสิทธิภาพในการป้องกันควบคุมโรค

ผลการศึกษาประสิทธิภาพในการป้องกันควบคุมโรคของผู้นำชุมชน อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ (ร้อยละ 96.59) มีประสิทธิภาพในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 โดยมีประสิทธิภาพมากกว่า 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 77.65 ประสิทธิภาพเฉลี่ย 1.3 ปี ( $\bar{X} = 1.28 \pm 0.29$ ) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 66.29) ยังมีประสิทธิภาพในการป้องกันและควบคุมโรคอื่น ๆ และมีประสิทธิภาพน้อยกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 69.14 เฉลี่ยมีประสิทธิภาพ 4.53 ปี ( $\bar{X} = 4.53 \pm 3.62$ ) ซึ่งในจำนวนนี้มีประสิทธิภาพในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 66.86

## ส่วนที่ 4 การศึกษาปัจจัยเสริม กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของผู้นำชุมชน อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี

### 4.1 การได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ผลการศึกษาข้อมูลปัจจัยด้านการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของผู้นำชุมชน พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 อยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 3.65 \pm 0.68$ ) คิดเป็นร้อยละ 55.68 เมื่อจำแนกรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ การได้รับข้อเสนอแนะ วิธีการ และแนวทางการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างเพียงพอ ( $\bar{X} = 3.78 \pm 0.82$ ) และข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ผู้นำชุมชนได้รับคำชมเชยจากหน่วยงานต่าง ๆ ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ( $\bar{X} = 3.36 \pm 1.05$ )

### 4.2 ความคาดหวังของสังคมในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ผลการศึกษาระดับจิตวิทยาเกี่ยวกับความคาดหวังของสังคมต่อผู้นำชุมชน ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 พบว่า ส่วนใหญ่ความคาดหวังของสังคมในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 อยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 3.66 \pm 0.74$ ) คิดเป็นร้อยละ 48.11 เมื่อจำแนกรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ การเป็นที่ไว้วางใจและเป็นที่เคารพของประชาชนในการปฏิบัติงานป้องกัน และควบคุมโรค COVID-19 ได้ ( $\bar{X} = 3.72 \pm 0.89$ ) ส่วนข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การที่ประชาชนเชื่อว่าท่านมีองค์ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ( $\bar{X} = 3.60 \pm 0.85$ )

#### ส่วนที่ 5 การศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 โดยภาพรวมพบว่า ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 2.42 \pm 0.39$ ) คิดเป็นร้อยละ 60.23 เมื่อพิจารณารายด้านของการมีส่วนร่วมพบว่า การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 2.36 \pm 0.45$ ) ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ การมีส่วนร่วมในการกำหนดมาตรการทางสังคมเพื่อนำมาใช้ในป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ในพื้นที่ของตนเอง เช่น ผู้ที่เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยงติดเชื้อต้องแจ้งให้ อสม. หรือ ผู้นำชุมชนทราบทุกครั้ง เป็นต้น ( $\bar{X} = 2.58 \pm 0.57$ ) และข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนเสนอขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานในพื้นที่ ( $\bar{X} = 2.06 \pm 0.71$ ) การมีส่วนร่วมลงมือปฏิบัติส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 2.60 \pm 0.45$ ) ร้อยละ 67.43 เมื่อจำแนกรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ การมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ในหมู่บ้านที่ตนเองรับผิดชอบ ( $\bar{X} = 2.70 \pm 0.51$ ) และข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ มีการมอบหมายงานเกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ในชุมชนให้กับผู้นำชุมชนทุกคนอย่างชัดเจน ( $\bar{X} = 2.54 \pm 0.63$ )

การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.26 \pm 0.44$ ) ร้อยละ 50.76 เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ การป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 คือการทำงานเพื่อสุขภาพของประชาชน ( $\bar{X} = 2.64 \pm 0.55$ ) ส่วนข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การได้รับค่าตอบแทนพิเศษจากการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ( $\bar{X} = 1.69 \pm 0.76$ ) และการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.38 \pm 0.53$ ) ร้อยละ 53.79 เมื่อจำแนกรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ การได้ค้นหาข้อดี ข้อบกพร่องจากการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 เพื่อนำมาปรับปรุงการดำเนินงานครั้งต่อไป ( $\bar{X} = 2.41 \pm 0.60$ ) ส่วนข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การมีส่วนร่วม

ในการสรุปผลการปฏิบัติงานและจัดทำรายงาน ผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ให้กับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทราบ ( $\bar{X} = 2.33 \pm 0.63$ )

### ส่วนที่ 6 การศึกษาความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี มี 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยนำ คือ ทักษะคิดเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ( $r = 0.156$ ,  $p\text{-value} = 0.011$ ) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค COVID-19 ( $r = 0.128$ ,  $p\text{-value} = 0.003$ ) การรับรู้ความรุนแรงของโรค COVID-19 ( $r = 0.252$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ( $r = 0.207$ ,  $p\text{-value} = 0.001$ ) ปัจจัยเอื้อ คือ การได้รับการสนับสนุนทรัพยากรในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ( $r = 0.291$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) และปัจจัยเสริม คือ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ( $r = 0.488$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) และความคาดหวังของสังคมในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ( $r = 0.475$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ )

### อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี ผู้ศึกษาได้นำประเด็นมาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ และสมมติฐานของการศึกษา ดังนี้

#### 1. การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี

การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 2.42 \pm 0.39$ ) ร้อยละ 60.23 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และการมีส่วนร่วมลงมือปฏิบัติ พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ยกเว้นการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งผู้ศึกษาได้อภิปรายรายด้าน ดังนี้

ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 2.36 \pm 0.45$ ) อาจเป็นผลมาจากผู้นำชุมชนส่วนใหญ่ในพื้นที่อำเภอพนัสนิคม ได้เผชิญสภาพปัญหากรณีพบผู้ป่วยยืนยันโรค COVID-19 เป็นอันดับต้น ๆ ในช่วงเวลาที่พบการแพร่ระบาด

ภายในประเทศไทย จึงมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 และแสดงความคิดเห็นเสนอแนะต่าง ๆ ตลอดจนการวางแผนในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน เพื่อนำมากำหนดเป็นมาตรการทางสังคมที่ใช้ในป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ในพื้นที่ของตนเอง ( $\bar{X} = 2.58 \pm 0.57$ ) ให้การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเกิดความยั่งยืน และมีประสิทธิภาพสูงสุด สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการวางแผนรับมือกับโรคไข้เลือดออกที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีส่วนร่วมในขั้นตอนการตัดสินใจมากที่สุด (ร้อยละ 38.1) โดยมีร่วมวางแผนเกี่ยวกับการพัฒนากิจกรรมและรูปแบบในการดำเนินงานควบคุมโรค เพื่อให้การดำเนินงานได้อย่างครอบคลุม และเกิดประโยชน์กับประชาชนมากที่สุด (วิมลรัตน์ ถนอมศรีเดชชัย และคณะ, 2560 และพงษ์ระพี ดวงดี และคณะ, 2563) ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของไพรด์น ห้วยทราย ที่พบว่า ประชาชนบางส่วนที่ยังเข้าใจว่าตนเองไม่มีอำนาจหน้าที่ในการตัดสินใจให้ข้อเสนอแนะ และคิดว่าเป็นขั้นตอนที่ต้องอาศัยผู้ที่มีประสบการณ์ ความรู้และมีหน้าที่โดยตรงจึงมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและวางแผนดำเนินการในระดับต่ำที่สุด ( $\bar{X} = 2.66 \pm 0.19$ ) (ไพรด์น ห้วยทราย และคณะ, 2559)

การมีส่วนร่วมลงมือปฏิบัติพบว่า ระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 2.60 \pm 0.45$ ) เนื่องจากผู้นำชุมชนได้รับมอบหมายงานเกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ในชุมชนจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น การคัดกรองค้นหาผู้สัมผัสเสี่ยงสูงในพื้นที่รับผิดชอบของตนเอง รวมทั้งการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ในการเฝ้าระวังเพื่อป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 โดยผ่านสื่อประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ ซึ่งสามารถทำให้ชุมชนเกิดความหวาดกลัวและช่วยให้ปฏิบัติตามคำแนะนำหรือมาตรการป้องกันและควบคุมโรคตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (ศักดิ์ชัย ชิวรงค์, 2560 และสุดใจ มอนไข่ และคณะ, 2556) ซึ่งทั้งหมดนี้ยังเป็นงานอาสาตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในฐานะผู้นำชุมชนที่ได้รับความไว้วางใจจากประชาชนให้ปฏิบัติงานอย่างเป็นทางการ (อัจฉนาถ ไชยนาพงษ์, 2559) เพื่อประโยชน์ในการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ (ศิริชัย จันทุม และคณะ, 2559)

การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ พบว่า การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.26 \pm 0.44$ ) ผู้นำชุมชนส่วนใหญ่มองว่าการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 คือ การทำงานเพื่อสุขภาพของประชาชน ( $\bar{X} = 2.64 \pm 0.55$ ) และยังได้รับคำชื่นชมจากประชาชนและหน่วยงานต่าง ๆ ( $\bar{X} = 2.22 \pm 0.69$ ) ตลอดจนให้ผู้นำชุมชนมีการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ในพื้นที่ตนเอง ซึ่งการป้องกันและควบคุมโรคอย่างยั่งยืนนั้น ต้องได้รับความร่วมมือและเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมจากชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง (ฤกษ์ธรรมา ฤกษ์ธรรมา และคณะ, 2559) เพื่อให้การปฏิบัติงานประสบผลสำเร็จ โดยมาตรการรณรงค์



เผยแพร่และประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสาร และให้ความรู้คำแนะนำเกี่ยวกับโรค COVID-19 ก็เป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถนำมาสื่อสารได้อย่างมีระบบ ในประเด็นสำคัญหรือเนื้อหาสาระที่สื่อต้องสื่อสารให้ประชาชนได้รับทราบและสามารถนำมาใช้ประโยชน์เพื่อป้องกันตนเองได้ (วิริญญา ศรีบุญเรือง และคณะ, 2564 และวิมลรัตน์ ถนอมศรีเดชชัย, 2560) แตกต่างกับสุคใจ มอนไข และคณะ ที่พบว่า หมู่บ้านได้ประโยชน์จากการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เพราะมีความภาคภูมิใจที่ทำให้ครอบครัวและชุมชนมีความปลอดภัยจึงทำให้เข้ามามีส่วนร่วมจำนวนมาก (สุคใจ มอนไข และคณะ, 2556)

การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล พบว่า การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.38 \pm 0.53$ ) อธิบายได้ว่า ผู้นำชุมชนมีการค้นหาข้อดี ข้อบกพร่อง จากการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 เพื่อนำมาปรับปรุงการดำเนินงาน และได้ติดตามผลการดำเนินงานว่าเป็นไปตามแผนที่ได้กำหนดไว้ร่วมกันหรือไม่ นั้น ต้องมีการนำเสนอผลการดำเนินงานร่วมกับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาปรับปรุงการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพสูงสุด (ศักดิ์ชัย ชิวรงค์ และคณะ, 2559) ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของไพรัตน์ ห้วยทราย ที่พบว่า ส่วนใหญ่คิดว่าเป็นขั้นตอนที่ต้องอาศัยผู้ที่มีประสบการณ์ความรู้ และมีหน้าที่โดยตรง เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นต้น จึงเข้ามามีส่วนร่วมติดตามและสรุปผลการดำเนินงานในระดับน้อย (ไพรัตน์ ห้วยทราย และคณะ, 2559)

## 2. ผลการศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ของผู้นำชุมชน ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อำเภอพนสนิมคม จังหวัดชลบุรี

### 2.1 การศึกษาปัจจัยนำในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของผู้นำชุมชน ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 ทักษะที่เกี่ยวข้องกับโรค COVID-19 การรับรู้โอกาสเสี่ยงการติดโรค COVID-19 การรับรู้ความรุนแรงของโรค COVID-19 และการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ซึ่งผู้ศึกษาได้อภิปรายผลการศึกษา ดังนี้

ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 ผู้นำชุมชนส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 9.6 \pm 1.5$ ) อาจเป็นเพราะโรค COVID-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่ไม่เคยเกิดขึ้น ประกอบกับผู้นำชุมชนไม่เคยปฏิบัติงานโดยตรงในลักษณะนี้มาก่อน และคิดว่าไม่ใช่ภารกิจหรือหน้าที่โดยตรงของตนเอง เนื่องจากมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบโดยตรงอยู่แล้ว จึงคิดว่าไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมอบรมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค (สุคใจ มอนไข และคณะ, 2556 และพุทธิพงศ์ บุญชู, 2563) อีกทั้งมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่หลากหลายช่องทาง จึงมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค COVID-19 ที่ต่างกัน

ออกไป ซึ่งมีความแตกต่างจากการศึกษาของรัชชัย ยืนยาวและเพ็ญภา บุญเสริม ที่พบว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถทำให้มีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค COVID-19 อยู่ในระดับสูงได้ (รัชชัย ยืนยาวและเพ็ญภา บุญเสริม, 2563) และรัชชัย ยืนยาว ได้สรุปว่าความรู้ของนักศึกษาพยาบาลเรื่องการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 อยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 12.86 \pm 1.18$ ) เนื่องจากเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการเรียนรู้ในด้านโรคต่าง ๆ เช่น อาการของโรค การแพร่กระจายโรค และการป้องกันโรค เป็นต้น (รัชชัย ยืนยาว, ไวยพร พรหมวงศ์ และกัลยารัตน์ คาศสนิท, 2563)

ผู้นำชุมชนส่วนใหญ่มีทัศนคติเกี่ยวกับโรค COVID-19 อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.20 \pm 0.56$ ) เนื่องจากผู้นำชุมชนมีความเชื่อมั่นว่าระบบสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพจะสามารถลดความชุกของการเกิดโรคได้ และในอนาคตจะไม่มี การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 รอบที่ 2 เกิดขึ้นอีก สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐวรรณ คำแสน ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจว่าในที่สุดแล้วโรค COVID-19 จะสามารถถูกควบคุมได้ และเชื่อมั่นว่าประเทศไทยจะสามารถเอาชนะโรค COVID-19 ได้ (ณัฐวรรณ คำแสน, 2564) ในขณะเดียวกันคิดว่าการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 เป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งเชื่อว่าบุคลากรสาธารณสุขเป็นกำลังสำคัญที่ทำให้เกิดความสำเร็จในการป้องกันควบคุมโรค COVID-19 ทั้งนี้ยังพบว่า ผู้นำชุมชนไม่มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค COVID-19 (กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกษา สิงห์วีรธรรม, และพยงค์ เทพอักษร, 2563) ส่งผลให้ทัศนคติเกี่ยวกับโรค COVID-19 ที่เกิดจากความรู้ ความเข้าใจ และการรับรู้ถึงปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความคิด จึงทำให้มีทัศนคติในระดับน้อยตามไปด้วย (รัชชัย ยืนยาว และเพ็ญภา บุญเสริม, 2563) โดยแตกต่างกับการศึกษาของทรงพล ศาลาคาม และคณะ (2560) ที่พบว่า ทัศนคติต่อการป้องกันการดื้อของผู้นำชุมชนอยู่ในระดับสูง เนื่องจากการป้องกันการดื้อแอลกอฮอล์ในช่วงเทศกาลช่วยลดการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนนได้ และยังเป็นบทบาทหน้าที่ที่สำคัญ เช่นเดียวกับนักศึกษาพยาบาลที่ถือว่าเป็นบุคลากรทางสุขภาพได้รับการบ่มเพาะให้มีความตระหนักในด้านการป้องกันและการแพร่กระจายของโรค จึงทำให้มีทัศนคติการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 อยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 4.65 \pm 0.35$ ) (รัชชัย ยืนยาว, ไวยพร พรหมวงศ์ และกัลยารัตน์ คาศสนิท, 2563)

ปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค COVID-19 ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค COVID-19 ในระดับสูง ( $\bar{X} = 4.13 \pm 0.53$ ) โดยรวมผู้นำชุมชนมีการรับรู้วิธีการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค COVID-19 เช่น การปฏิบัติงานโดยไม่สวมหน้ากากอนามัย หรือหน้ากากผ้าเมื่อออกจากบ้านเสี่ยงติดเชื้อมากขึ้น เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อสามารถแพร่ได้อย่างรวดเร็ว ทำให้ตื่นตัวกับสถานการณ์ครั้งนี้เป็นอย่างมาก จึงรับรู้

ถึงปัญหาสุขภาพที่ส่งผลต่อวิถีชีวิตของตนเอง (สมบูรณ์ ขอสกุล, 2564) และยังพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ COVID-19 ที่เกิดจากการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะการไม่สวมชุดป้องกันส่วนบุคคล แล้วสัมผัสสารคัดหลั่งจากร่างกาย ละอองน้ำลาย น้ำมูก เสมหะ การไอหรือจาม มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ COVID-19 ได้โดยง่าย (นภษา สิงห์วีรธรรม และคณะ, 2563 และกิตติพร เนาวิสุวรรณ, นภษา สิงห์วีรธรรม, และพยงค์ เทพอักษร, 2563) ทั้งนี้ผู้นำชุมชนยังมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเมื่อพบว่า มีผู้ป่วยเกิดขึ้นใกล้เคียงกับครอบครัวของตนเองอีกด้วย (ปริยานุช พลอยแก้ว และคณะ, 2558)

ปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค COVID-19 ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค COVID-19 อยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 4.38 \pm 0.65$ ) ซึ่งผู้นำชุมชนรับรู้ถึงความรุนแรงและอันตรายจากโรค COVID-19 ว่าสามารถทำให้ปอดติดเชื้อส่งผลให้มีอาการแทรกซ้อนอย่างรุนแรงได้ โดยอันตรายที่สำคัญของโรคเมื่อเกิดภาวะล้มเหลวของอวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกาย อาจก่อให้เกิดความรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต (ปริยานุช พลอยแก้ว และคณะ, 2558) ซึ่งถ้าหากมีโรคประจำตัวและติดเชื้อ COVID-19 ร่วมด้วยจะทำให้เพิ่มความรุนแรงของโรคและมีโอกาสที่จะเสียชีวิตสูงขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน หรือผู้ที่มีโรคประจำตัว (นภษา สิงห์วีรธรรม และคณะ, 2563 และกิตติพร เนาวิสุวรรณ, นภษา สิงห์วีรธรรม, และพยงค์ เทพอักษร, 2563)

ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 อยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 3.87 \pm 0.62$ ) อธิบายได้ว่า ผู้นำชุมชนรับรู้ถึงประโยชน์ของการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 เช่น การปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ของรัฐบาล อาทิสถาบันบริหารสถานการณั้แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (สบค.) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ฯลฯ เป็นประจำจะทำให้มีระดับการรับรู้ประโยชน์มากขึ้น ( $\bar{X} = 3.14 \pm 0.47$ ) และมีการป้องกันตนเองโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง และหลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ที่มีอาการป่วยเป็นโรกระบบทางเดินหายใจ (สุรเดช สำราญจิตต์ และมิ่งขวัญ ศิริโชติ, 2563) อีกทั้งการติดตามข่าวสารสถานการณ์ของโรค COVID-19 ในช่องทางต่าง ๆ ที่มีการนำเสนอเรื่องที่เกี่ยวข้องกับ COVID-19 จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จนสามารถพัฒนาสมรรถนะให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพได้โดยง่าย (อวาทิพย์ แว, 2563) สอดคล้องกับการศึกษาของชนิดามัททวางกูร และคณะ (2560) และปริยานุช พลอยแก้ว และคณะ (2558) ที่พบว่า การปรับเปลี่ยนกิจกรรมและพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์จะสามารถลดหรือกำจัดพาหะนำโรคได้ดีเช่นกัน

ทั้งนี้จากการศึกษาการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันควบคุมโรค COVID-19 ยังแสดงให้เห็นว่าเป็นไปได้ที่กลุ่ม

ตัวอย่างจะปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรค COVID-19 ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอีกด้วย

**2.2 การศึกษาปัจจัยเอื้อในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของผู้นำชุมชน** ประกอบด้วย การได้รับการสนับสนุนทรัพยากรในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 และประสบการณ์ในการป้องกันควบคุมโรค ซึ่งอภิปรายผลการศึกษาได้ดังนี้

ปัจจัยด้านการได้รับสนับสนุนทรัพยากรในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ผลการศึกษาพบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.55 \pm 0.70$ ) อธิบายได้ว่าผู้นำชุมชนได้รับการสนับสนุนทรัพยากรเพื่อใช้ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 เช่น ได้รับคู่มือเอกสารในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ( $\bar{X} = 3.53 \pm 0.89$ ) การได้รับข้อมูลข่าวสารในเรื่องต่าง ๆ ได้อย่างรวดเร็วและทันเหตุการณ์อยู่เสมอ ( $\bar{X} = 3.55 \pm 0.88$ ) สอดคล้องกับวิริยญา ศรีบุญเรือง และคณะ (2563) ที่พบว่า การรับข้อมูลและข่าวสารเกี่ยวกับเชื้อ COVID-19 ของประชาชนในกรุงเทพมหานคร อยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = 4.26 \pm 0.59$ ) ซึ่งเป็นที่ชัดเจนว่าการติดตามข้อมูลข่าวสารอย่างมีระบบ และมีการทำความเข้าใจจากสื่อประเภทต่าง ๆ จะสามารถช่วยให้ป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 ได้เป็นอย่างดี ในส่วนอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ที่เหมาะสมและมีคุณภาพตามมาตรฐานยังไม่เพียงพอต่อความต้องการ ( $\bar{X} = 3.54 \pm 0.96$ ) ซึ่งวิมลรัตน์ ถนอมศรีเดชชัย ได้อธิบายว่าทรัพยากรเป็นปัจจัยเอื้ออำนวยความสะดวกให้บุคคลได้มีโอกาสกระทำในสิ่งที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ ดังนั้นทรัพยากรจึงจำเป็นอย่างยิ่งในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค (วิมลรัตน์ ถนอมศรีเดชชัย และคณะ, 2560) รวมถึงการได้รับสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังไม่เพียงพอ ( $\bar{X} = 3.13 \pm 1.10$ ) จึงมีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานเนื่องจากบางกิจกรรมมีความจำเป็นต้องใช้งบประมาณในการดำเนินงาน (กฤษ ตะภา และประจักษ์ บัวผัน, 2553 และวุฒิศักดิ์ คำภาณีและวิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี, 2554)

ปัจจัยด้านประสบการณ์ในการป้องกันควบคุมโรค ผลการศึกษาพบว่า ผู้นำชุมชนส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 และมีประสบการณ์ในการป้องกันและควบคุมโรคอื่น ๆ เช่น โรคติดต่อที่นำโดยแมลง โรคติดต่อทางการสัมผัสหรือเพศสัมพันธ์ โดยมีประสบการณ์มากกว่า 1 ปี ( $\bar{X} = 1.28 \pm 0.29$ ) อาจเป็นเพราะได้รับการสนับสนุนและส่งเสริมจากหน่วยงานต่าง ๆ เช่น ด้านการบริหาร ด้านงบประมาณ จึงมีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรค รวมถึงโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่และชุมชนให้ความสำคัญ จึงทำให้ผู้นำ

ชุมชนส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการป้องกันและควบคุมโรคด้วย (วุฒิสกดิ์ คำภีร์ และวิทัศน์ จันทร์โพธิ์ศรี, 2554)

สอดคล้องกับการศึกษาของอำพิกา คันทาใจ และธนชัย เอกอภิชน ที่พบว่า ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมีผลต่อการควบคุมป้องกันโรค ทั้งนี้อาจเป็นเพราะยังมีอายุหรือ ประสบการณ์การปฏิบัติงานมาก ความเข้าใจถึงบทบาทหน้าที่หลักในการเฝ้าระวังโรค มีวิสัยทัศน์ ในการควบคุมป้องกันโรคให้มีประสิทธิภาพย่อมมีมากกว่า และการมีประสบการณ์มากจะส่งผลให้ มีความรู้ และการปฏิบัติดีขึ้นตามมาด้วย (อำพิกา คันทาใจ และคณะ, 2564 และธนชัย เอกอภิชน, 2561)

### 2.3 การศึกษาปัจจัยเสริมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัส

โคโรนา 2019 (COVID-19) ของผู้นำชุมชน ประกอบด้วย การได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการ ป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 และความคาดหวังของสังคมในการปฏิบัติงานป้องกันและ ควบคุมโรค COVID-19 ซึ่งผู้ศึกษาได้อภิปรายผลการศึกษา ดังนี้

ปัจจัยด้านการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ผลการศึกษาพบว่า ผู้นำชุมชนส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันและควบคุม โรค COVID-19 อยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 3.65 \pm 0.68$ ) อธิบายได้ว่าผู้นำชุมชนได้รับข้อเสนอแนะและ แนวทางการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่าง เพียงพอ ( $\bar{X} = 3.78 \pm 0.82$ ) ผ่านการจัดอบรมให้ความรู้หรือเวทีประชุมต่าง ๆ โดยผู้นำชุมชนที่ได้รับ การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในด้านต่าง ๆ เช่น คำชมเชย การยกย่องสรรเสริญ ฯลฯ มักจะทำให้ผู้นำชุมชนปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (ศักดิ์ชัย ชิงค์ และคณะ, 2559 และวิรัชญา ศรีบุญเรือง และคณะ, 2564)

ปัจจัยด้านความคาดหวังของสังคมในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ผลการศึกษาพบว่า ความคาดหวังของสังคมในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของผู้นำชุมชน อยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 3.66 \pm 0.74$ ) โดยประชาชนเชื่อว่าผู้นำชุมชนมีองค์ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและโรค COVID-19 จึงเป็นที่ไว้วางใจ และเป็นທີ່เคารพของประชาชน และได้รับความไว้วางใจจากหน่วยงานสาธารณสุขให้ดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 สอดคล้องกับการศึกษาของวิมลรัตน์ ถนอมศรีเดชชัย และคณะ (2560) ที่สรุปว่าแรง สนับสนุนทางสังคมจะช่วยกระตุ้นให้มีความตั้งใจในการปฏิบัติงาน และทำให้รู้สึกว่าคุณค่า อีกทั้งปัจจัยด้านอิทธิพลทางสังคมมีผลให้การกระทำ ความคิด หรือความรู้สึกเปลี่ยนแปลง นำไปสู่ การปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก (สุดใจ มอนไข่ และคณะ, 2556)

### 3. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี

#### 3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 พบว่า ปัจจัยด้านเพศ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส และตำแหน่งไม่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 โดยอภิปรายผลได้ดังนี้

ผู้นำชุมชนที่มีเพศแตกต่างกันมีบทบาทในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\chi^2 = 0.625$ , p-value = 0.732) เนื่องจากประชาชนทุกเพศมีโอกาสเข้าถึงและรับรู้ในข้อมูลข่าวสารที่หลากหลายช่องทางและหลากหลายวิธีการ ซึ่งเอื้อให้ทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 รวมถึงสามารถพัฒนารูปแบบการดำเนินงานในด้านต่าง ๆ ของชุมชนอย่างเท่าเทียมกัน จึงไม่สามารถแสดงให้เห็นความแตกต่างของการมีส่วนร่วมตัดสินใจ การมีส่วนร่วมลงมือปฏิบัติ การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผลในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 จากทั้งผู้หญิงและผู้ชาย สอดคล้องกับผลการศึกษาของธนชัย เอกอภิชน และไพรัตน์ ห้วยทราย และคณะ ที่พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือประชาชนที่มีเพศต่างกัน การมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันควบคุมโรคไม่แตกต่าง เนื่องจากทั้งชายและหญิงมีโอกาสเข้าถึงและรับรู้ในข้อมูลข่าวสารได้หลากหลายวิธีการซึ่งเอื้อให้ทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานของชุมชนอย่างเท่าเทียมกัน (ธนชัย เอกอภิชน, 2561 และไพรัตน์ ห้วยทราย และคณะ, 2559) แต่แตกต่างจากการศึกษาของศักดิ์ชัย ชิวรงค์ ที่พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคใช้หวัดนก โดยอธิบายว่าผู้นำชุมชนที่เป็นเพศชายจะมีส่วนร่วมในการดำเนินงานมากกว่าผู้นำชุมชนที่เป็นเพศหญิง เนื่องจากว่าในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคใช้หวัดนก เพศชายต้องออกเก็บตัวอย่างสัตว์ ทำลายสัตว์ปีกป่วยตาย ซึ่งเป็นงานหนักและออกนอกพื้นที่ (ศักดิ์ชัย ชิวรงค์, 2559)

อายุไม่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.012$ , p-value = 0.846) เนื่องจากการระบาดในครั้งนี้แพร่กระจายได้อย่างรวดเร็ว เกิดผลกระทบเป็นวงกว้าง และไม่เคยมีปรากฏการณ์เช่นนี้มาก่อน ดังนั้นการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 จึงเป็นเรื่องที่ทุกช่วงอายุให้

ความสำคัญ โดยเฉพาะในฐานะที่เป็นผู้นำชุมชนจึงต้องเป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของศักดิ์ชัย ชิววงศ์ และคณะ (2559) ที่พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนก โดยอธิบายว่าโรคไข้หวัดนกไม่เคยมีการระบาดมาก่อนจึงเป็นปัญหาสำคัญที่รัฐบาลได้มีนโยบายในการดำเนินงานและความสำคัญในเรื่องการสร้างความเข้าใจและการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนให้แพร่หลายมากเพื่อให้สามารถพัฒนาระบบเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้หวัดนกให้ครอบคลุมทุกหมู่บ้านทั่วประเทศ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของอนัญพร อิ่มจงใจรักษ์ และคณะ และการศึกษาของธนชัย เอกอภิชน ที่พบว่า อายุที่แตกต่างกัน มักมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมที่แตกต่างกัน ซึ่งเกิดจากการเรียนรู้และการเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเรื่องของวุฒิภาวะในการรับผิดชอบต่อหน้าที่ (อนัญพร อิ่มจงใจรักษ์ และคณะ, 2562 และธนชัย เอกอภิชน, 2561)

รายได้ไม่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.031$ ,  $p\text{-value} = 0.612$ ) เนื่องจากการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 เป็นความจำเป็นเร่งด่วน ประกอบกับเป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขที่เกิดผลกระทบในทุกมิติ ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม ฯลฯ ดังนั้นทุกภาคส่วนจึงต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ วิมลรัตน์ ถนอมศรีเดชชัย (2560) ที่พบว่า รายได้ของครอบครัวต่อเดือนนั้นไม่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เนื่องจากไข้เลือดออกเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่ทุกคนต้องร่วมกันดำเนินการทั้งยังมีหน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยงานอื่น ๆ ที่คอยสนับสนุนทรัพยากรเพื่อใช้ในการดำเนินงาน และสอดคล้องกับธนชัย เอกอภิชน (2561) ที่พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่างกันมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันโรคไม่แตกต่างกัน เนื่องจากการปฏิบัติงานด้วยความเสียสละ เพื่อหวังให้ประชาชนในเขตรับผิดชอบมีสุขภาพที่ดี ปลอดภัยจากโรค อีกทั้งเรื่องของการจัดสรรงบประมาณในการดำเนินงานก็มีสนับสนุนจากกองทุน สปสช.เทศบาลตำบลต่อเนื่องทุกปี ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของไพรัตน์ ห้วยทราย และคณะ (2559) ที่พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน เนื่องจากบางกิจกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกยังคงต้องจ่ายเงินในการจัดซื้ออุปกรณ์หรือวัสดุ เช่น สเปรย์กระพริบกำจัดแมลง เป็นต้น และศักดิ์ชัย ชิววงศ์ ยังพบอีกว่าการได้รับผลตอบแทนก็เป็นปัจจัยที่ผลักดันให้ผู้นำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินงานด้วย (ศักดิ์ชัย ชิววงศ์, 2559)

ระดับการศึกษาไม่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\chi^2 = 0.871$ ,  $p\text{-value} = 0.363$ ) เนื่องจากโรค COVID-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่สามารถแพร่ได้อย่างรวดเร็วทุกคนจึงให้ความสำคัญและมีข้อมูล

ข่าวสารออกมาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้นำชุมชนทุกระดับการศึกษามีโอกาสเข้าถึงข้อมูลข่าวสารหลายช่องทาง และเทคโนโลยีต่าง ๆ จึงเอื้อให้ทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 สอดคล้องกับการศึกษาของพงษ์ระพี ดวงดี ที่อธิบายว่าการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกต้องได้รับความร่วมมือทุกภาคส่วน ที่เน้นการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ที่เป็นภาชนะมีน้ำขังในบริเวณบ้านพักอาศัยซึ่งเป็นเรื่องที่สามารถดำเนินการได้โดยง่าย และการกำจัดขุยขยะที่เป็นพาหะนำโรคตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับการกำจัดขุยขยะจากสื่อธรรมรงค์ต่าง ๆ (พงษ์ระพี ดวงดี, 2563)

ความแตกต่างของอาชีพไม่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\chi^2 = 9.412$ , p-value = 0.309) เนื่องจากการศึกษาพบว่า ผู้นำชุมชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว หรือค้าขาย ซึ่งอาจทำให้มีเวลาในการร่วมดำเนินการแตกต่างกันออกไป และถ้าหากปล่อยให้มีการแพร่ระบาดของโรคอย่างต่อเนื่องโดยไม่เข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคนั้น อาจมีผลกระทบการประกอบอาชีพได้ในอนาคตได้ สอดคล้องกับวิทยา ศรีแก้ว (2563) ที่พบว่า ปัจจัยด้านอาชีพไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออก ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะว่าส่วนใหญ่ผู้ตอบแบบสอบถามมีอาชีพเกษตรกรรมจึงมีเวลาในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกเนื่องจากอาชีพเกษตรกรรมได้ทำงานอยู่ที่บ้านหรือบริเวณใกล้ ๆ บ้าน ในทำนองเดียวกันกับการศึกษาของไพรัตน์ ห้วยทราย และคณะ (2559) ที่พบว่า อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกของประชาชน ซึ่งไม่สอดคล้องกับชนชัย เอกอภิชน (2561) ที่อธิบายว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอาชีพหลักต่างกัน มีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันวันโรคโรคแตกต่างกันด้วย แม้ว่าจะมีอาชีพเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ มีเวลาให้เวลาร่วมมือได้เต็มที่ แต่ด้วยภาระค่าครองชีพที่เพิ่มขึ้นจึงต้องประกอบอาชีพเสริมเพื่อหารายได้เพิ่มส่งผลให้การมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันวันโรคลดน้อยลง และพงษ์ระพี ดวงดี (2563) พบว่าอาชีพเป็นบทบาทและหน้าที่ที่มีในสังคม แต่ไม่สามารถบ่งบอกได้ว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมการเข้าไปมีส่วนร่วมได้มากหรือน้อย

สถานภาพสมรสไม่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\chi^2 = 4.439$ , p-value = 0.350) อธิบายได้ว่าทุกคนต้องร่วมกันเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการระบาดของโรคในชุมชนของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของวิมลรัตน์ ถนอมศรีเดชชัย และคณะ (2560) อธิบายว่าเนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีสถานภาพแตกต่างกัน แต่ยังคงมีบทบาทหน้าที่และภารกิจหลัก คือการป้องกันควบคุมโรคที่เหมือนกัน เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรส กับการมีส่วนร่วมลงมือปฏิบัติ



ของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\chi^2 = 9.799$ , p-value = 0.044) ซึ่งอธิบายได้ว่าการที่ผู้นำชุมชนมีสถานภาพสมรสที่ต่างกัน การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน เช่น การคัดกรอง ค้นหาผู้สัมผัสเสี่ยงสูงในพื้นที่รับผิดชอบ ตลอดจนการเฝ้าระวังเพื่อป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 จะแตกต่างกันด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของอนัญพร อิ่มจงใจรักษ์ และคณะ (2562) ที่พบว่า สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการพัฒนาชุมชนต้นแบบพื้นที่สุขภาวะ ในด้านความสำเร็จในการพัฒนาชุมชนต้นแบบโดยรวม และการเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรม

ตำแหน่งของผู้นำชุมชนไม่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\chi^2 = 14.348$ , p-value = 0.158) อธิบายได้ว่าไม่ว่าผู้นำชุมชนจะดำรงตำแหน่งใดก็สามารถร่วมดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ได้ เนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคส่งผลกระทบต่อเป็นวงกว้างในทุกมิติ ทุกระดับ และได้รับมอบหมายให้เป็นเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ ทุกคนจึงมีบทบาทหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ และมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคในระดับชุมชนร่วมกัน สอดคล้องกับการศึกษาของศักดิ์ชัย ชิววงศ์ (2559) ที่อธิบายว่าเมื่อรัฐบาลมีนโยบายในการดำเนินงาน และให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน โดยเฉพาะผู้นำชุมชน จะทำให้สามารถพัฒนาระบบเฝ้าระวังและการควบคุมโรคครอบคลุมทุกหมู่บ้านได้ โดยแตกต่างกับปัญญาพัฒน์ ไชยเมล์ และไพรัตน์ ห้วยทราย ที่สรุปว่าบุคคลที่มีตำแหน่งในชุมชนที่สำคัญ ย่อมมีบทบาทหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ และมีส่วนร่วมปฏิบัติในระดับชุมชนต่างกัน ซึ่งการได้รับมอบหมายให้เข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติ จะทำให้มีการปฏิบัติเป็นไปตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบอย่างเป็นทางการ (ปัญญาพัฒน์ ไชยเมล์ และเสาวนีย์ สังข์แก้ว, 2557 และไพรัตน์ ห้วยทราย และคณะ, 2559)

ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งไม่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.031$ , p-value = 0.612) เนื่องจากผู้นำชุมชนไม่เคยมีประสบการณ์ในการป้องกันควบคุมโรค COVID-19 มาก่อน ดังนั้นจากประสบการณ์ที่แปลกใหม่เช่นนี้ ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งจึงไม่มีผลใด ๆ กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคในชุมชน ทั้งนี้ผู้นำชุมชนส่วนใหญ่ยังมองว่าเป็นบทบาทหน้าที่ที่จำเป็นต้องปฏิบัติร่วมกันเพื่อประโยชน์ของชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับวิมลรัตน์ ถนอมศรีเดชชัย และคณะ (2560) พบว่า ระยะเวลาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเนื่องจากเป็นบทบาทหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติร่วมกัน แต่แตกต่างกับการศึกษาของธนชัย เอกอภิชน (2561) ที่พบว่า ยังมีอายุการปฏิบัติงานมาก เกิดความเข้าใจถึงบทบาทหน้าที่หลักในการเฝ้าระวังโรคย่อมทำให้มีประสิทธิภาพมากกว่า ส่งผลให้มีการ

ร่วมมือในการควบคุมป้องกันวัณโรคเพิ่มขึ้น

### 3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้ากับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยปัจจัยนำเข้ากับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ผู้ศึกษาได้อภิปรายผลการศึกษา ดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ไม่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.064$ ,  $p\text{-value} = 0.229$ ) โดยการศึกษาครั้งนี้พบว่า ส่วนใหญ่ผู้นำชุมชนมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 9.59 \pm 1.46$ ) สามารถอธิบายได้ว่า ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ในปัจจุบันนั้นมีการนำเสนอในหลากหลายช่องทาง ทำให้ผู้นำชุมชนสามารถเข้าถึงได้ตลอดเวลาซึ่งส่งผลให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค COVID-19 ประเด็นที่สำคัญ เช่น ระยะฟักตัวของโรค COVID-19 การติดต่อของเชื้อที่สามารถแพร่กระจายได้โดยง่ายเพราะเป็นโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ ทั้งนี้ยังได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานในฐานะเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อที่ต้องมีการค้นคว้าหาความรู้เพื่อใช้ในการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับดวงพร กตัญญูตานนท์ และคณะ (2564) ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 ไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 นั้นเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้สถานการณ์การติดเชื้อ COVID-19 ในเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับโรคและการป้องกันตนเองไม่ให้เกิดการติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง จากสื่อจากการรณรงค์ของภาครัฐและในห้องเรียน ดังนั้นการที่มีความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 แตกต่างกันจะปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ไม่แตกต่างกัน อีกทั้งการศึกษาของวิมลรัตน์ ฌนอมศรีเดชชัย และคณะ (2560) ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกไม่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเข้าใจว่าเป็นงานในหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบตามบทบาทหน้าที่ และได้มีการปฏิบัติอยู่เป็นประจำอยู่แล้ว ซึ่งสรุปว่าความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกที่แตกต่างการจะมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก รวมถึงการศึกษาของไพรัตน์ ห้วยทราย และคณะ (2559) พบว่า ปัจจัยด้านความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกไม่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน เนื่องจากในการดำเนินงานมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งมีหน้าที่ให้คำแนะนำในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกดูแลครอบคลุมทุกพื้นที่ในชุมชนอยู่เสมอ ซึ่งมองว่าโรคไข้เลือดออกสามารถเป็นได้ในทุกเพศ ทุกวัย ถึงฤดูฝนก็มักจะมีการแพร่ระบาดเป็นประจำ แต่อย่างไรก็ตามก็ยังคงขาดความเข้าใจในรายละเอียดของโรคในแง่ของกฎหมายที่เกี่ยวกับโรคติดต่ออันตราย เช่น มีความ

เข้าใจว่าโรคติดเชื้อ COVID-19 เป็นแค่โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ซึ่งสุเทพ วรรณมา และคณะ ได้อธิบายว่าหากองค์กรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้เข้ามาสื่อสาร ความรู้ความเข้าใจบทบาทหน้าที่ของพนักงานเจ้าหน้าที่ ต่อมาตรการบังคับใช้กฎหมายตาม พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 กรณีโรคติดเชื้อ COVID – 19 ในระดับมาก จะทำให้เกิด ประโยชน์กับพนักงานเจ้าหน้าที่ในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคติดต่ออันตรายอย่างมี ประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น การออกคำสั่งให้แยกกัก หรือกักกันผู้สัมผัสเสี่ยงสูงที่จะติดเชื้อ ฯลฯ (สุเทพ วรรณมา, เจนจิรา เกียรติสินทรัพย์ และคมเนตร อินทรพินิจ, 2563)

แต่แตกต่างกับการศึกษาของรัชชัช ยืนยาว และวิรัญญา ศรีบุญเรือง ที่พบว่า ความรู้ เรื่องการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 อธิบายว่าหากมีความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ในระดับสูงยิ่งจะทำให้ การปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ และนำไปปฏิบัติในการดูแลตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะให้ บุคคลรอบข้าง ได้ปฏิบัติอย่างถูกต้อง และกล้าที่จะเข้ามามีส่วนร่วม เนื่องจากคิดว่าตัวเองจะสามารถ ช่วยให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จได้ (รัชชัช ยืนยาว และเพ็ญญา บุญเสริม, 2564 และ วิรัญญา ศรีบุญเรือง และคณะ, 2564)

ทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม ของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.156$ ,  $p\text{-value} = 0.011$ ) อธิบายได้ว่าจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคที่รุนแรง และการ รับรู้ข้อมูลข่าวสารหลากหลายช่องทาง เช่น ความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อ ผู้นำชุมชนจึงทำให้คำนึง และตระหนักถึงผลกระทบในด้านต่าง ๆ รวมทั้งการเจ็บป่วยหรือการติดเชื้อที่อาจส่งผลร้ายแรงต่อ บุคคลในครอบครัว และชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของวิมลรัตน์ ถนอมศรีเดชชัยและคณะ (2560) ที่พบว่า เจตคติหรือทัศนคติเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการ ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เนื่องจากประสบการณ์มีผู้ป่วยอยู่ในครอบครัวมีผลต่อบุคคล ในครอบครัว ทำให้คำนึงและตระหนักถึงการเจ็บป่วยของโรคที่อาจส่งผลต่อบุคคลในครอบครัว และรู้จักหาแนวทางการป้องกันวางแผนไม่ให้บุคคลในครอบครัวเป็นโรคได้ สอดคล้องกับรัชชัช ยืนยาว และเพ็ญญา บุญเสริม (2564) ที่พบว่า ทัศนคติการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 สัมพันธ์ กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากความรู้สึกและการ รับรู้ถึงปรากฏการณ์หรือสถานการณ์ของโรคติดเชื้อ COVID-19 ทำให้เกิดเปลี่ยนแปลงด้าน ความคิด ซึ่งจากการศึกษานี้มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคจากหลายช่องทางจึงส่งผลต่อพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 และสอดคล้องกับณัฐวรรณ คำแสน (2564) ที่สรุปว่ากลุ่ม ตัวอย่างมั่นใจว่าในที่สุดแล้วโรค COVID-19 จะถูกควบคุมได้ และเชื่อมั่นว่าประเทศไทยจะ

สามารถเอาชนะโรคติดเชื้อ COVID-19 ได้ในที่สุด อาจเป็นเพราะ ศบค. ได้ให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชนครอบคลุมทุกด้านในทุกวัน และได้เน้นย้ำให้ประชาชนมีความเชื่อมั่นต่อการทำงานของรัฐที่พยายามควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 จึงทำให้ประชาชนมีทัศนคติทางบวกต่อการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ซึ่งเช่นเดียวกับ Zhong et al. (2020) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างชาวจีนส่วนใหญ่ร้อยละ 97.10 เชื่อมั่นว่าสาธารณรัฐประชาชนจีนจะสามารถเอาชนะและต่อสู้กับโรคติดเชื้อ COVID-19 ได้ในที่สุด

เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านทัศนคติกับการมีส่วนร่วมลงมือปฏิบัติ การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมติดตามประเมินผลของผู้นำชุมชน พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำมาก เนื่องจากผู้นำชุมชนได้รับมอบหมายงานเกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 จึงเกิดความร่วมมือเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่ของตนเองอย่างชัดเจน และเป็นการทำงานเพื่อสุขภาพของประชาชน อีกทั้งได้รับคำชื่นชมจากประชาชน และหน่วยงานต่าง ๆ ซึ่งเป็นผลมาจากผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 เป็นที่ประจักษ์ และเป็นไปตามแผนที่ร่วมกันกำหนดไว้ สอดคล้องกับรวิศรา จิรโรจน์วัฒน์ (2556) ที่พบว่า การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของคณะกรรมการชายแดนระดับอำเภอ สัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติตามแผนในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนไทย – กัมพูชา เนื่องจากคณะกรรมการได้รับมอบหมายให้มีหน้าที่เกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อโดยตรงจึงมีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติ ในส่วนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้นำชุมชนนั้นไม่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 เนื่องจากผู้นำชุมชนมองว่างานดังกล่าวไม่ใช่หน้าที่หลักของตน เหตุเพราะมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับผิดชอบในการปฏิบัติงานนี้โดยตรง จึงมักให้การสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพในการดูแลสุขภาวะของประชาชนพื้นที่

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค COVID-19 โดยรวมสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.128, p\text{-value} = 0.003$ ) อธิบายได้ว่าผู้นำชุมชนส่วนใหญ่รู้ว่าโรค COVID-19 สามารถติดต่อได้ง่าย ( $\bar{X} = 4.34 \pm 0.74$ ) และเมื่อรู้จักวิธีการป้องกันตัวเองในด้านต่าง ๆ จากการปฏิบัติงาน ก็จะสามารถลดความเสี่ยงที่จะติดเชื้อได้ เช่น การสวมหน้ากากอนามัย หรือหน้ากากผ้าเมื่อออกจากบ้าน ( $\bar{X} = 4.32 \pm 0.90$ ) การหลีกเลี่ยงการอยู่ร่วมกันในสถานที่แออัด ( $\bar{X} = 4.25 \pm 0.81$ ) และการสังเกตอาการตนเองปฏิบัติตามมาตรการเมื่อมีอาการเจ็บป่วย ( $\bar{X} = 4.14 \pm 0.80$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของนภษา สิงห์วีระธรรมและคณะ (2563) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการปฏิบัติงานสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมากกับพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 เนื่องจากในระหว่างการ

ปฏิบัติงานทุกขั้นตอนมีความเสี่ยงให้เกิดการฟุ้งกระจายของสารคัดหลั่ง จึงมีความจำเป็นที่ต้องมีการป้องกันตัวเองเป็นอย่างดี โดยเฉพาะใช้อุปกรณ์ในการป้องกันตัวด้วยหน้ากากอนามัย (Surgical mask) และหน้ากากบังหน้า (Face shield) และมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคร่วมด้วย ประกอบกับพงษ์ระพี ดวงดีและคณะ (2563) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกและสามารถทำนายการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เกิดจากการที่ประชาชนมีความเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค แต่มีความแตกต่างกับการศึกษาของนิดา มัททวงกูร (2558) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เพราะประชาชนมองว่าการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกไม่ใช่หน้าที่ของตนจึงไม่มีความตื่นตัวหรือตระหนักในอันตรายและผลกระทบที่เกิดโรคไข้เลือดออก

เมื่อพิจารณาการรับรู้โอกาสเสี่ยงกับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และการมีส่วนร่วมติดตามประเมินผลของผู้นำชุมชนพบว่า ทั้งสองปัจจัยมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับต่ำมากกับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ส่วนปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมลงมือปฏิบัติสัมพันธ์เชิงบวกระดับต่ำกับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 เนื่องด้วยผู้นำชุมชนรับรู้ถึงความเสี่ยงของการเกิดโรค COVID-19 ที่สามารถติดต่อได้หลายช่องทางเพียงการสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ที่มีเชื้อ หรือการเข้าร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีการรวมกันของคนจำนวนมากก็เป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะสามารถรับเชื้อเข้ามาในร่างกายได้ จึงมีส่วนตัดสินใจในและแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ในพื้นที่ของตนเอง และสรุปผลการดำเนินงานให้กับผู้บังคับบัญชาและผู้ที่เกี่ยวข้องดูแลทราบ ถึงสถานการณ์ของการแพร่ระบาดที่เกิดขึ้น และได้ติดตามความสำเร็จภารกิจที่ได้รับมอบหมายเพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามแผนที่ได้กำหนดไว้ สอดคล้องกับการศึกษาของดวงพร กตัญญูตานนท์ และคณะ (2564) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค COVID-19 มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ซึ่งบุคคลที่รับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมักจะให้ความสำคัญกับการมีสุขภาพดี ส่วนการมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์พบว่า ไม่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19

การรับรู้ความรุนแรงของโรค COVID-19 สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมโดยรวมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.252$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) เนื่องจากผู้นำชุมชนที่ปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรค COVID-19 และได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค COVID-19 ทำให้มีความเข้าใจถึงความรุนแรงของเชื้อโรคที่สามารถทำให้ปอดติดเชื้อรุนแรง และหากพบว่า ผู้ที่มีโรคประจำตัว หรือเป็นผู้สูงอายุ แล้วเกิดการติดเชื้อจะทำให้

มีโอกาสเสียชีวิตสูง ซึ่งส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ต่างกัน โดยการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค COVID-19 เกิดจากการได้รับข้อมูล สถานการณ์การระบาดของโรค ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคทุกวัน ด้วยวิธีการที่หลากหลาย และเหมาะสม (กาญจนา ปัญญาธร และคณะ, 2564) กล่าวคือ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมักขึ้น จะทำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมและมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคในระดับที่สูงขึ้นด้วย (กิตติพร เนาวิสุวรรณ และคณะ, 2563 และพงษ์ระพี ดวงดี และคณะ, 2563)

เมื่อพิจารณาการรับรู้ความรุนแรงของโรค COVID-19 กับการมีส่วนร่วมในการ ตัดสินใจ และการมีส่วนร่วมลงมือปฏิบัติของผู้นำชุมชน พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับต่ำกับ การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 เนื่องจากผู้นำ ชุมชน ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 อย่างชัดเจน เช่น การดำเนินคัดกรองค้นหาผู้ที่เสี่ยงติดเชื้อในพื้นที่ การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน และควบคุมโรค COVID-19 จึงมีการศึกษาข้อมูลในด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง จึงพบความรุนแรงที่เกิด จากโรค COVID-19 ที่มีผลกระทบอย่างมากต่อร่างกาย และเมื่อได้ปฏิบัติงานแล้วพบปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานจึงได้ร่วมพัฒนาและกำหนดมาตรการเพื่อนำมาใช้ในป้องกันและ ควบคุมโรค COVID-19 ให้มีประสิทธิภาพสูงสุดสอดคล้องกับดวงพร กัตัญญุตานนท์ และคณะ (2564) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกายก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ใช้ เวลานานในการรักษา เกิดโรคแทรกซ้อนๆ จะทำให้ประชาชนส่วนใหญ่ปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อ ป้องกันโรค ในส่วนของการมีส่วนร่วมติดตามประเมินผล พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับต่ำ มากกับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากผู้นำชุมชนทราบถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจะเข้ามามีส่วนร่วมในการ ดำเนินการวิเคราะห์ปัญหาของการปฏิบัติงาน รวมทั้งมีการให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินเพื่อนำมา พัฒนาแนวทางการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ร่วมกัน ในส่วนการมีส่วนร่วมรับ ผลประโยชน์ไม่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 เนื่องจากผู้นำชุมชนส่วนใหญ่มองว่าการได้รับค่าตอบแทนพิเศษจากการปฏิบัติงานนั้น มีความสำคัญน้อยกว่าการที่ร่วมป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ที่เป็นการทำงานเพื่อสุขภาพ ของประชาชน และยังได้รับคำชื่นชมจากประชาชน และหน่วยงานต่าง ๆ ทุกคนจึงมีความตั้งใจเข้า มาร่วมดำเนินการเพื่อไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ในพื้นที่ (ศักดิ์ชัย ชิวรงค์, 2560)

การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วม โดยรวมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ( $r = 0.207$ ,  $p\text{-value} = 0.001$ ) เนื่องจากผู้นำชุมชนมีการติดตามข่าวสารสถานการณ์ของโรค

ที่เกิดจากการติดเชื้อ COVID-19 ผ่านช่องทางต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง จึงทำให้รับรู้ประโยชน์หรือผลดีของการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 โดยลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค และผลกระทบที่ตามมา ก่อให้เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถร่วมจัดการได้ สอดคล้องกับการศึกษาของชนิตามัททวง ที่อธิบายว่า เมื่อรับรู้ถึงรับรู้ประโยชน์และประสิทธิภาพในการป้องกันโรค ผลการตอบสนองต่อการป้องกันโรคจะมีมากขึ้นตาม (ชนิตามัททวง, 2558) โดยการรับรู้ถึงประโยชน์จากการป้องกันควบคุมการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 นั้นมาพร้อมกับเรียนรู้แนวทางปฏิบัติใหม่ ๆ ซึ่งทำให้สังคมเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพในประเด็นเกี่ยวกับ COVID-19 ได้เป็นอย่างดี (สมบุญ ขอสกุล, 2564) และความตระหนักถึงภัยที่จะเกิดจากโรค COVID-19 ซึ่งมีความจำเป็นในการดำเนินชีวิตจึงต้องความระมัดระวังตนเองเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งปฏิบัติตามคำแนะนำจากข้อมูลของหน่วยงานทางสาธารณสุขอย่างเคร่งครัด เป็นไปตามทฤษฎี Health belief model ที่อธิบายว่า พฤติกรรมใหม่ดีกว่าพฤติกรรมเดิมที่ประพฤติปฏิบัติอยู่ เนื่องจากสามารถลดปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคนั้นได้ (สุรเดช สำราญจิตต์ และมิ่งขวัญ ศิริ โขติ, 2563)

### 3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อ กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

การได้รับการสนับสนุนทรัพยากรสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.291, p\text{-value} < 0.001$ ) ส่วนประสพการณ์ในการป้องกันและควบคุมโรค ไม่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.100, p\text{-value} = 0.105$ ) สามารถอภิปรายผลได้ดังต่อไปนี้

การได้รับการสนับสนุนทรัพยากรสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.291, p\text{-value} < 0.001$ ) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การมีส่วนร่วมตัดสินใจ ( $r = 0.259, p\text{-value} < 0.001$ ) การมีส่วนร่วมลงมือปฏิบัติ ( $r = 0.248, p\text{-value} < 0.001$ ) การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ ( $r = 0.280, p\text{-value} < 0.001$ ) และการมีส่วนร่วมติดตามประเมินผล ( $r = 0.270, p\text{-value} < 0.001$ ) มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับต่ำกับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 เนื่องจากผู้นำชุมชนได้รับการสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ทั้งจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือหน่วยงานอื่น ๆ ในเรื่องของการติดต่อสื่อสารเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารได้อย่างรวดเร็วและทันเหตุการณ์ ( $\bar{X} = 3.55 \pm 0.88$ ) การจัดหาอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงานอย่างเพียงพอและคุณภาพตามมาตรฐาน ( $\bar{X} = 3.54 \pm 0.96$ ) ซึ่งสามารถทำให้ผู้นำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ได้เป็นอย่างดี

สอดคล้องกับการศึกษาของดวงพร กัตัญญุตานนท์ และคณะ (2564) ที่พบว่า ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติที่เกิดจากการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรค COVID-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.459$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) เพราะว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อแหล่งต่าง ๆ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับทราบสถานการณ์เกี่ยวกับโรควิธีปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและส่งผลกระทบต่อพฤติกรรม รวมถึงทรัพยากรเป็นปัจจัยเอื้ออำนวยความสะดวกให้บุคคลได้มีโอกาสกระทำในสิ่งที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ (วิมลรัตน์ ถนอมศรีเดชชัย และคณะ, 2560)

ประสบการณ์ในการป้องกันและควบคุมโรค ไม่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ( $r = 0.100$ ,  $p\text{-value} = 0.105$ ) อธิบายได้ว่าผู้นำชุมชนทั้งที่มีเคยและไม่เคยมีประสบการณ์หรือมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคต่าง ๆ ในอดีต จะมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ไม่แตกต่างกัน เนื่องจากโรค COVID-19 เป็นโรคติดต่ออันตรายชนิดใหม่ที่มีความแตกต่างกับโรคอื่น ๆ ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขเร่งด่วนที่ส่งผลกระทบต่อทั่วโลก จึงทำให้รูปแบบการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมแตกต่างออกไปโดยสิ้นเชิงกับโรคอื่น ๆ ประสบการณ์ในการป้องกันและควบคุมโรคที่เคยผ่านมาจึงไม่มีผลกับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19

เมื่อแยกพิจารณารายด้านพบว่า ผู้นำชุมชนที่มีประสบการณ์ในการป้องกันควบคุมโรคอื่น ๆ ก่อนที่จะมีการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 สัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำมากกับการมีส่วนร่วมลงมือปฏิบัติ ( $r = 0.161$ ,  $p\text{-value} = 0.009$ ) และการมีส่วนร่วมติดตามประเมินผล ( $r = 0.152$ ,  $p\text{-value} = 0.013$ ) ของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากผู้นำชุมชนที่เคยผ่านประสบการณ์ในการดำเนินงานป้องกันหรือควบคุมโรคไม่ว่าโรคใดก็ตาม มักจะมีความคุ้นเคยในรูปแบบการดำเนินงาน เข้าใจกระบวนการดำเนินงาน และสามารถปฏิบัติงานได้เป็นอย่างดี จึงทำผู้นำชุมชนที่มีประสบการณ์มีส่วนร่วมลงมือปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 มากกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์ ทั้งนี้ยังสามารถสะท้อนปัญหาที่พบจากการดำเนินงาน ประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อนำมาพัฒนางานได้อย่างมีประสิทธิภาพอีกด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของวิทยา ศรีแก้ว และชนิดา มัททวางกูร ที่พบว่า การมีผู้ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันหรือตัวบุคคลนั้น มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อาจจะเป็นเพราะว่าถึงแม้ว่าจะไม่มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกภายในครอบครัวก็จะต้องมีการป้องกันเพื่อไม่ให้ป่วยโรคไข้เลือดออกอยู่แล้ว (วิทยา ศรีแก้ว, 2563 และชนิดา มัททวางกูร และคณะ, 2557) ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ พุทธิพงษ์ บุญชู ที่พบว่า ประสบการณ์ป่วยของตนเองและญาติ สัมพันธ์กับ



พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากหากพบการป่วยของตนเอง หรือญาติ จะทำให้มีประสบการณ์ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ส่งผลให้หมู่บ้านเป็นพื้นที่ปลอดโรคไข้เลือดออก (พุทธิพงษ์ บุญชู, 2563)

### 3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริม กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริม กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 พบว่า การได้รับการสนับสนุนทาง (r = 0.488, p-value < 0.001) และความคาดหวังของสังคม (r = 0.475, p-value < 0.001) สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยอภิปรายผลได้ดังนี้

การได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 สัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.488, p-value < 0.001) อธิบายได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยกระตุ้นให้ผู้นำชุมชนมีกำลังใจในการปฏิบัติงาน ซึ่งประกอบด้วย การได้รับคำสั่งให้เข้าร่วมกิจกรรมและได้รับข้อเสนอแนะเพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติงาน ( $\bar{X} = 3.78 \pm 0.82$ ) ซึ่งทำให้รู้สึกว่าคุณค่าสามารถทำประโยชน์ให้กับชุมชนและประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของตนเอง ( $\bar{X} = 3.72$ , SD = 0.84) รวมถึงได้รับคำชมเชยจากหน่วยงานต่าง ๆ ในการดำเนินงาน ( $\bar{X} = 3.36 \pm 1.05$ ) จึงได้เข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 อย่างต่อเนื่อง

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (r = 0.360, p-value < 0.001) การมีส่วนร่วมลงมือปฏิบัติ (r = 0.430, p-value < 0.001) การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ (r = 0.439, p-value < 0.001) และการมีส่วนร่วมติดตามประเมินผล (r = 0.443, p-value < 0.001) สัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 สอดคล้องกับวิริญญา ศรีบุญเรือง ที่พบว่า ปัจจัยเอื้อต่อการรับรู้ข้อมูลและข่าวสารสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมป้องกันด้านการต้านทานการเกิดเชื้อ COVID - 19 โดยเป็นปัจจัยที่มีความชัดเจนจากติดตามข้อมูลข่าวสารได้อย่างมีระบบ และทำความเข้าใจจากสื่อประเภทต่าง ๆ (วิริญญา ศรีบุญเรืองและคณะ, 2564) และเมื่อผู้นำชุมชนได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครอบครัว ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่ว่าจะเป็นด้านวัสดุอุปกรณ์ รวมทั้งการยกย่องชื่นชมการยอมรับนับถือ จะส่งผลให้ผู้นำชุมชนปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ไพรัตน์ ห้วยทรายและคณะ, 2559 และศักดิ์ชัย ชิววงศ์, 2559)

สรุปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลในกลุ่มของสังคมได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ สังคม สิ่งของ หรือข้อมูล ซึ่งการสนับสนุนนี้จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาและสามารถจัดการกับอุปสรรคได้ดียิ่งขึ้น

ความคาดหวังของสังคมในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 สัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.475$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) อธิบายได้ว่าผู้นำชุมชนที่มีส่วนร่วมปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 มักได้รับความเชื่อมั่นและไว้วางใจจากสังคม ( $\bar{X} = 3.72 \pm 0.89$ ) โดยมีความมุ่งหวังที่จะทำให้ชุมชนหรือพื้นที่ของตนเองปลอดภัยจากโรคและไม่เกิดการแพร่ระบาดของโรค ( $\bar{X} = 3.65 \pm 0.88$ ) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ( $r = 0.365$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) การมีส่วนร่วมลงมือปฏิบัติ ( $r = 0.498$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ ( $r = 0.414$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) และการมีส่วนร่วมติดตามประเมินผล ( $r = 0.443$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 เนื่องมาจากอิทธิพลทางสังคมมักส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล และสังคมมักมีความคาดหวังกับบุคคลที่เป็นที่เคารพนับถือ โดยเฉพาะสถานะผู้นำชุมชน จึงต้องปฏิบัติตามความต้องการของชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของไพรัตน์ ห้วยทรายและคณะ (2559) ที่อธิบายว่าอิทธิพลทางสังคมในรูปแบบของปัจเจกบุคคลหรือกลุ่มบุคคล สามารถทำให้บุคคลปรับเปลี่ยนรูปแบบวิธีการกระทำหรือพฤติกรรมได้เพื่อประโยชน์ของสังคมส่วนรวม แต่แตกต่างกับวิมลรัตน์ ฉนวนศรีเดชชัย และคณะ (2560) ที่พบว่าแรงกดดันทางสังคมไม่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอสม. เนื่องจากการปฏิบัติงานในลักษณะจิตอาสา ไม่ใช่อาชีพเฉพาะจึงมักไม่พบแรงกดดันจากคนในชุมชน

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นไปตามกรอบแนวคิด ทฤษฎี PRECEDE Model ขั้นตอนที่ 4 ของกรีน และกรูเตอร์ (Green & Kreuter, 1998) นั่นคือตัวแปรในกลุ่มของปัจจัยนำ (Predisposing Factors) ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) และปัจจัยเสริมแรง (Reinforcing factors) ที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องด้วยปัจจัยนำเป็นปัจจัยพื้นฐานภายในตัวบุคคลซึ่งก่อให้เกิดแรงจูงใจในการมีส่วนร่วม รวมทั้งปัจจัยเอื้อที่เป็นปัจจัยเอื้ออำนวยความสะดวกให้การปฏิบัติพฤติกรรมในการมีส่วนร่วมได้ง่ายสะดวกขึ้น และปัจจัยเสริมแรงเป็นปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดการตัดสินใจที่จะมีส่วนร่วมการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 60 ของผู้นำชุมชนมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 อยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่า ข้อที่มีความเข้าใจคลาดเคลื่อนมากที่สุด คือ ความรุนแรงของการป่วย ( $\bar{X} = 0.25 \pm 0.44$ ) และการปรับสภาพแวดล้อมเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ( $\bar{X} = 0.16 \pm 0.37$ ) ดังนั้นจึงควรเน้นให้มีการสื่อสารในเรื่องความรุนแรงและการปรับสภาพแวดล้อมเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทั้งในชุมชนและสถานประกอบการเพิ่มมากขึ้น

2. จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ทักษะจิตสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 แต่อย่างไรก็ตามผู้นำชุมชนส่วนใหญ่เกินกว่าร้อยละ 70 มีทักษะจิตอยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่า ความรุนแรงของโรค ( $\bar{X} = 2.67 \pm 1.31$ ) โอกาสในการรักษาให้หาย ( $\bar{X} = 2.71 \pm 1.23$ ) สภาพแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค ( $\bar{X} = 2.74 \pm 1.17$ ) มีระดับปานกลาง ดังนั้นผู้ที่เกี่ยวข้องควรปรับทัศนคติในเรื่องดังกล่าวให้แก่ผู้นำชุมชน เพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ให้มากขึ้น

3. จากการศึกษาพบว่า ผู้นำชุมชนมากกว่าร้อยละ 50 ได้รับการสนับสนุนทรัพยากรในด้านงบประมาณในการดำเนินงาน ( $\bar{X} = 3.13 \pm 1.10$ ) อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น ( $\bar{X} = 3.54 \pm 0.96$ ) เพื่อใช้ในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ในระดับปานกลาง ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเข้ามามีส่วนร่วมสนับสนุนทรัพยากรทางการบริหารเพื่อให้ผู้นำสามารถปฏิบัติงานในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

4. จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทาง ( $r = 0.488$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) และความคาดหวังของสังคม ( $r = 0.475$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางกับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน เนื่องจากอำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี พบผู้ติดเชื้อเป็นอันดับต้นในประเทศไทย จึงทำให้ชุมชนและหน่วยงานต่าง ๆ ในพื้นที่ให้การสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้นำชุมชนร่วมดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ดังนั้นหากจะนำผลการศึกษาไปใช้ควรพิจารณาบริบทของแต่ละพื้นที่ให้สอดคล้องกับสถานการณ์

### ข้อเสนอแนะในการการวิจัยครั้งต่อไป

ควรรนำปัจจัยที่พบความสัมพันธ์ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ทักษะจิต การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การได้รับสนับสนุนทรัพยากร การได้รับการสนับสนุนทางสังคม และความคาดหวังของสังคม มาพัฒนาโปรแกรมการปฏิบัติงานแบบมีส่วนร่วมของชุมชน โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Participatory Action Research : PAR) เพื่อหารูปแบบ

ที่เหมาะสม และเน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายต่าง ๆ เพื่อเป็นกรอบแนวทางในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญในแต่ละพื้นที่ให้เกิดความยั่งยืนและเป็นรูปธรรม



## บรรณานุกรม

กมลพร กัลยาณมิตร. (2559). แรงจูงใจ 2 ปัจจัยพลังสู่ความสำเร็จ. *วารสารวไลยอลงกรณ์ปริทัศน์*, 6(3), 175-183.

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข*. เข้าถึงได้จาก <https://covid19.dms.go.th/>

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *คู่มือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย*. วันที่ค้นข้อมูล 8 พฤศจิกายน 2564, เข้าถึงได้จาก [https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/g\\_other.php](https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/g_other.php)

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *สถิติผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ทั่วโลก*. วันที่ค้นข้อมูล 8 พฤศจิกายน 2564, เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/eng/index.php>

กันสินีย์ บุญสม. (2558). *การมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการจัดการขยะมูลฝอย กรณีศึกษา เขตเทศบาลเมืองอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว*. งานนิพนธ์ตรีรัฐศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการเมืองการปกครอง, คณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

กันยรัตน์ สมบัติธีระ. (2558). *อัตราการตอบกลับแบบสอบถามและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่ออัตราการตอบกลับแบบสอบถามในการรวบรวมข้อมูลโดยการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ในงานวิจัยด้านพยาบาลศาสตร์และสาธารณสุขศาสตร์*. *วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิตศึกษา)*, 15(1), 105-113.

กาญจนา ปัญญาธร, กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง และวรัชนี ครองยุติ. (2564). *การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรค COVID-19 บ้านหนองสวรรค์ ตำบลเชิงพิณ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี*. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี*, 32(1), 189-204.

กิตติพร เนาวิสุวรรณ, นกษา สิงห์วีระธรรมและพยงค์ เทพอักษร. (2563). *ความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย*. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 7(2), ก-จ.

กู้อันवार กูมาะ, วิลาสินี อาแว, รุ่งนภา จันทรา, อดิญาณ์ ศรีเกษตริณ และอังสินี กันสุขเจริญ. (2559). *การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก หมู่บ้านบางหมุ ตำบลบ้านน้ำบ่อ อำเภอปะนาเระ จังหวัดปัตตานี*. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก*

โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 33(3), 218-229.

เขมิกา สมบัติโยธา. (2556). เอกสารประกอบการสอนรายวิชา 1401 107 การป้องกันและควบคุมโรค.

มหาสารคาม: คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

คณิง นันทนะ. (2558). ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการ Maslow's Hierarchical Theory of Motivation.

วันที่ค้นข้อมูล 25 ตุลาคม 2563, เข้าถึงได้จาก <http://www.bloggang.com/main>

[blog.php?id=wbj&mont=07-12-2007&group=29&gblog=3](http://www.bloggang.com/main_blog.php?id=wbj&mont=07-12-2007&group=29&gblog=3)

จักรรินทร์ สีมา. (2542). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพัฒนาสังคม, คณะพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

ชนากา อุดมเวช. (2560). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของพนักงานหญิงนวดแผนไทย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชนิดา มัททวางกูร, ปรียานุช พลอยแก้ว, อโนทัย ถวัลย์เสรีวัฒนา, อัมพร สิทธิจิต และธำรงค์ น้อยสิริวัฒนา. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสายสีจังหวัดสมุทรสาคร. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม, 18(34), 34-48.

ชุลีกร ด้านยุทธศิลป์. (2561). แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และการประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพทางการพยาบาล. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 38(2), 132-141.

ญาดา โตอดุชชนม์, โกเมศ อุนรัตน์ และนิยม ไกรปยุ. (2547). รูปแบบเชิงเหตุและผลของปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาก่อนการรักษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารสถาบันราชประชาสมาสัย, 2(3).

ณัฐกิตติ์ พรจะเด็ด. (2558). การจัดการขยะมูลฝอยแบบมีส่วนร่วมของประชาชนในองค์การบริหารส่วนตำบลหนองรี อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์รัฐศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการเมืองการปกครอง, คณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

ณัฐพัชร์ ลาภบำรุงวงศ์. (2562). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน. วารสารวไลยอลงกรณ์ปริทัศน์ (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์), 9(2), 161-171.

ดวงพร กตัญญูดานนท์, ธนภรณ์ ทองศิริ, อารยา พิเชิตชัยณรงค์, ชนยพร กิ่งดอกไม้, สุภาพ ธรรมกุล, ภาวลิน แส่นคำราง และชัชนี้ บิลก่อเต็ม. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระ

- เกียรติ. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี หัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ*, 7(1), 8-20.
- ทรงพล ศาลาคาม, อารยา ประเสริฐชัย และช่อทิพย์ บรมชนรัตน์. (2560). การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อำเภอทุ่งช้าง จังหวัดน่าน. *วารสารควบคุมโรค*, 43(1), 25-34.
- ทรงภูมิ อธิภูณก และกุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ. (2563). *การรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)*. วันที่ค้นข้อมูล 27 พฤษภาคม 2563, เข้าถึงได้จาก <https://www.pidst.or.th/C33.html>
- ชนชัย เอกอภิชน. (2561). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางลึก อำเภอมือง จังหวัดชุมพร. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 1(1), 12-24.
- ธวัชชัย ยืนยาว และเพ็ญญา บุญเสริม. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ที่สคนคติดต่อพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หญิงในจังหวัดสุรินทร์. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์บุรีรัมย์*, 35(3), 555-564.
- นภชา สิงห์วีระธรรม, วัชรพล วิวรรณณ์ เถาว์พันธ์, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, เฉลิมชัย เพาะบุญ และสุทธิศักดิ์ สุริรักษ์. (2563). การรับรู้และพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของทันตภิบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารสถาบันบำราศนราดูร*, 14(3), 104-115.
- นรลักษณ์ เอื้อกิจและลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี. (2562). การประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE MODEL ในการสร้างเสริมสุขภาพ. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 12(1), 38-48.
- นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์. (2527). *การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาท้องถิ่น*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปฎิญา เทพวงศ์. (2556). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานของส่วนสวัสดิการสังคมองค์การบริหารส่วนตำบลในเขตพื้นที่ อำเภอนาคู จังหวัดมหาสารคาม*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรรัฐศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.
- ปรัชญา เวสารัชช. (2528). *การมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมเพื่อพัฒนาชนบท*. กรุงเทพฯ: สถาบันไทยคดีศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ประดิษฐ์ อุปรมย์. (2540). *เอกสารการสอนชุดวิชาพื้นฐานการศึกษา หน่วยที่ 4 มนุษย์กับการเรียนรู้* (พิมพ์ครั้งที่ 15). นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

- บุญญพัฒน์ ไชยเมตต์ และเสาวนีย์ สังข์แก้ว. (2557). ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ตำบลแหลมโดนด อำเภอกวนขนุน จังหวัดพัทลุง. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 9(1), 51-61.
- พงษ์ธร รัญญศิริ. (2552). การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการอำนวยความสะดวกยุติธรรม. *หนังสือชุดโครงการเวทีความคิดเพื่อการปฏิรูปกระบวนการยุติธรรมไทย (Thai Criminal Justice Reform Forum)*. กรุงเทพฯ: โครงการที่ความคิดเพื่อการปฏิรูปกระบวนการยุติธรรมไทยคณะกรรมการปฏิรูปกฎหมาย.
- พงษ์ระพี ดวงดี, มธุริน มาลีหวล, ปณิศา ครองยุทธ์ และถนอมศักดิ์ บุญคู่. (2563). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลโนนผึ้ง อำเภวาริน ชำราบจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 3(1), 1-12.
- ไพบุลย์ วัฒนศิริธรรมและพรรณทิพย์ เพชรมาก. (2551). *การบริหารสังคม ศาสตร์แห่งศตวรรษเพื่อสังคมไทยและสังคมโลก*. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน.
- ไพรัตน์ ห้วยทราย. (2559). การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนอำเภอห้วยผึ้ง จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิชาการแพรวกาฬสินธุ์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์*, 7(3), 64-81.
- มารยาท โยทองยศและปราณี สวัสดิศรพร. (2555). *การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อการวิจัย*. ศูนย์บริการวิชาการ สถาบันส่งเสริมการวิจัยและพัฒนานวัตกรรม.
- เมตต์ เมตต์การุณจิต. (2553). *การบริหารจัดการศึกษาแบบมีส่วนร่วม: ประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและราชการ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บั๊คพอยท์.
- ยศพนต์ สุธรรม. (2561). *รูปแบบการมีส่วนร่วมเพื่อคืนคนดีสู่สังคมระหว่างศูนย์ยุติธรรมชุมชนและเรือนจำกลางฉะเชิงเทรา*. วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาการจัดการเพื่อการพัฒนา, มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์.
- ยุทธพงษ์ เข้าประมงค์. (2555). *การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการชุมชนในการพัฒนาชุมชนในเขตเทศบาลตำบลบางพระ อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี*. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารทั่วไป, วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วิธรา จิรโรจน์วัฒน์, กุลยา เชี่ยวโสธร และอุดมศักดิ์ อิ่มสว่าง. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการชายแดนระดับอำเภอในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนไทย – กัมพูชา. *วารสารควบคุมโรค*, 39(1), 75-81.
- รักขิ์ม เสงหลี. (2552). *การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการพัฒนาท้องถิ่นขององค์การบริหารส่วนตำบลในเขตอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต,



- สาขาวิชาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา, มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี.
- รุ่งเรือง กิจผาติ. (2563). การรบบกับ “โควิด-19” คือการวิ่งมาราธอน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 29(2), 1 - 2.
- วรรณมน จันทระเบญจกุล. (2563). *การป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019*. กรุงเทพฯ: ศูนย์โรคอุบัติใหม่ด้านคลินิก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วราลักษณ์ ตั้งคณะกุล. (2555). *หลักการควบคุมและป้องกันโรค*. นนทบุรี: สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- วัชระ กันทะโย. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตตำบลท่าเตื่อ อำเภอคลองเต่า จังหวัดเชียงใหม่. *พจนานุกรมวารสาร*, 9(2), 63-79.
- วิเชียร ฝ่ายปาน. (2556). *การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันอาชญากรรมในพื้นที่อำเภอโพธิ์สวรรค์จังหวัดนครพนม*. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชา รัฐประศาสนศาสตร์, มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร.
- วิมลรัตน์ ถนอมศรีเดชชัย, รัตนาภรณ์ อาษาและอภิเชษฐ จำเนียรสุข. (2560). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่. *วารสารวิซามมหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช*, 36(1), 86-97.
- วิรัชญา ศรีบุญเรือง, ธนรัตน์ นิลวัฒนา, ศิริโสภา สำราญสุข, กนกพร อนิรัถย์, ศานสันต์ รักแตงาม และปวีณา สปิไลเลอร์. (2564). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ในกรุงเทพมหานคร. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี*, 10(1), 195-206.
- วิรัชพร ประชารัตนเสรี. (2562). *การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยในเขตเทศบาลตำบลเขตรอุดมศักดิ์ อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดชลบุรี*. งานนิพนธ์รัฐศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารงานยุติธรรมและสังคม, คณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ศักดิ์ชัย ชิววงศ์. (2560). *การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนก ตำบลห้วยหม้าย อำเภอสอง จังหวัดแพร่*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารงานสาธารณสุข, มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น.
- ศิริชัย จันทพุ่ม, ชัญญา อภิบาลกุล, สุวิทย์ อุดมพาณิชย์ และสุทิน ชนะบุญ. (2559). ความสัมพันธ์

ระหว่างกรมมีส่วนร่วมกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ  
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในถ้ำน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารการบริหาร  
ท้องถิ่น*, 9(4), 105-118.

สุดใจ มอนไซ. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมต่อการป้องกันและควบคุมโรค  
ไข้เลือดออก ของชุมชนบ้านวังไทร ตำบลวังน้ำเขียว อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม.  
*วารสารวิชาการมนุษยศาสตร์สังคมศาสตร์และศิลปะ มหาวิทยาลัยศิลปากร*, 6(3), 461-477.

สุ่มัทนา กลางการและวราภรณ์ พรหมสัตยพรต. (2553). *หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*  
(พิมพ์ครั้งที่ 6). มหาสารคาม: สารคามการพิมพ์-สารคามเปเปอร์.

สุริย์พันธุ์ วรพศธร. (2558). *ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์กับการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ*. สัมภาษณ์  
การประชุมวิชาการสุศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 17, ชลบุรี.

สุวพร อนุกุลเรื่องกิตติ. (2563). *Infection Prevention and Control for Coronavirus Disease 2019 in  
Healthcare Settings*. วันที่ค้นข้อมูล 27 พฤษภาคม 2563, เข้าถึงได้จาก  
<https://www.pidst.or.th/C33.html>

สมบัติ นามบุรี. (2562). ทฤษฎีการมีส่วนร่วมในงานรัฐประศาสนศาสตร์. *วารสารวิจัยวิชาการ*,  
2(1), 183-197

สมบุญ ขอสกุล. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้น้ำกากอนามัยแบบผ้าในการ  
ป้องกัน โควิด-19 ของประชาชน ในจังหวัดปทุมธานี. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 35(2),  
22-38.

สมหญิง เหง้ามูล. (2558). *ปัจจัยของการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการพัฒนาพื้นที่สร้างสรรค์เพื่อ  
สุขภาวะ เขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร*. สารนิพนธ์หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตร  
มหาบัณฑิต, สาขาวิชาเอกรัฐประศาสนศาสตร์, มหาวิทยาลัยสยาม.

อนัญพร อิมจงใจรักษ์, สุรสิทธิ์ วชิรขจรและดุจเดือน พันธุมนาวิน.(2560). ปัจจัยที่ส่งผลต่อ  
ความสำเร็จในการพัฒนาชุมชนต้นแบบพื้นที่สุขภาวะ เขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร.  
*วารสารสังคมศาสตร์วลัยลักษณ์*, 12(2), 348-364.

อนุตรา รัตนันราทร. (2563). รายงานผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19): ผู้ป่วยราย  
แรกของประเทศไทยและนอกประเทศจีน. *วารสารสถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค  
กระทรวงสาธารณสุข*, 14(2), 116-123.

อนุภาพ ธีรลาภ. (2528). *การวิเคราะห์เชิงสมมติฐานการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชนบท  
: ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี*. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต,  
สาขาวิชาบริหารบริหารรัฐกิจ, คณะรัฐศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- อนุวัตร จุลินทร, คุษฎี โยเหลา และเพ็ชรรัตน์ ไสยสมบัติ. (2562). ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลและทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน: การนำไปประยุกต์ใช้ด้านธุรกิจ. *วารสารวิชาการมนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์และศิลปะ มหาวิทยาลัยศิลปากร*, 12(5), 128-145.
- อรุณ จิรวินน์กุล. (2558). *สถิติวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย*. กรุงเทพฯ: วิทญ์พัฒน์.
- อวาทิพย์ แว. (2563). COVID-19 กับการเรียนรู้สู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในวันนี้. *วารสารสมาคมวิชาชีพสุขภาพ*, 35(1), 24-29
- อังศินันท์ อินทกำแหง. (2556). การวิเคราะห์เชิงสาเหตุแบบพหุระดับด้านจิตสังคมและพฤติกรรมของผู้ให้บริการและผู้รับบริการที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มโรคอ้วน. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อัจฉนา ไชยนาพงษ์, วันสรุา เชาว์นิยม และบุญธรรม กิจปริดาภิสุทธิ์. (2559). ปัจจัยจูงใจความมีจิตอาสาในกิจกรรมสาธารณสุขของผู้นำชุมชนแบบเป็นทางการในจังหวัดชลบุรี. *วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา*, 11(2), 64-75.
- อำพิกา คันทาใจ, เฉชา ทำดี และสิวพร อึ้งวัฒนา. (2564). ผลของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้การปฏิบัติการคัดกรองและการให้คำแนะนำในการป้องกันโรคมาเร็งลำไส้ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 31(1), 83-95.
- เอมอร แสนภูวา. (2559). *บทบาทของผู้นำชุมชนในการมีส่วนร่วมสร้างความมั่นคงตามแนวชายแดนไทย-กัมพูชา กรณีศึกษา อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ*. กรุงเทพฯ: สถาบันพระปกเกล้า.
- โอฬาร พรหมลิขิต, เกียรติศักดิ์ ลิ้มปิติติกุล และพรเทพ สวานดอก. (2563). *PIDST Gazette*. กรุงเทพฯ: นพชัยการพิมพ์.
- Ahmed, E. F., Shehata, M. A. A., & Elheeny, A. A. H. (2020). COVID-19 awareness among a group of egyptians and their perception toward the role of dentists in its prevention: A pilot cross-sectional survey. *J Public Health (Berl.)* (2020). Online; <https://doi.org/10.1007/s10389-020-01318-8>.
- Abdul, Z., Asad, U., Mussawar, S., & Arsalan, M. (2016). Andrea caprara. *International Journal of MCH and AIDS*, 5(1), 39-45.
- Andrea, C., Jose, W.D.O.L., Ana, C.R.P., Cyntia, M.V.M., Joana, M.S.N., Johannes, S., & Axel, K. (2015). *Entomological impact and social participation in dengue control: A cluster randomized trial in Fortaleza, Brazil*. Transactions of the Royal Society of Tropical

Medicine and Hygiene, 99-105.

- Bao, L. Z., Wei, L., Hai, M. L., Qian, Q. Z., Xiao, G. L., Wen, T. L., & Yi, L. (2020). Knowledge, attitudes, and practices towards COVID-19 among Chinese residents during the rapid rise period of the COVID-19 outbreak: a quick online cross-sectional survey. *International Journal of Biological Sciences*, 1745-1752.
- Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1981). *Rural development participation: Concept and measure for project design implementation and evaluation: Rural development committee center for international studies*. New York: Cornell University.
- Frederick, M., Meredith, M., Nancy, G., Baraka, M., Shaheen, M., Folasade, O., Sama, S. B., & Jason, C. (2016). Communityengaged infection prevention and control approach to Ebola. *Health Promotion International*, 31(2), 440-449.
- James, L. C. (2005). *The public participation handbook: Making better decisions through Citizen involvement*. San Francisco: Jossey Bass Publisher.
- Md Rami, A. A., Abdullah, R., & Abdullah, I. A. (2016). The community leaders as a catalyst for rural community development in the State of Terengganu. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 6(12), 788-795.
- Roberto, T. C., Jorge, M. G., & Pierre, B. Z. (2012). Community participation in the prevention and control of dengue: the patio limpiostrategy in Mexico. *Pediatrics and International Child Health*, 32(1), 10-13, 1009-1019.
- Thoyib, M., Widodo, W., Rohati, R., Mulyadi, E., & Sutarman, S. (2021). The relationship of community leaders and social cultural environment with community participation in management of COVID-19 in Tangerang city. *Linguistics and Culture Review*, 5(1), 1009-1019.
- World Health Organization. (2020). *Water, sanitation, hygiene and waste management for COVID-19*. Available from: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1271257/retrieve>. Accessed 8 Mar 2019.
- Yajima, S., Takano, T., Nakamura, K., & Watanabe, M. (2001). Effectiveness of a community leaders' programmer to promote healthy lifestyles in Tokyo. *Japan Health Promotion International*, 16(3), 235-243.





ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

## รายชื่อผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยได้รับความกรุณาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา และปรับปรุงแก้ไขสำนวนภาษาของแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย วิทยานามดังต่อไปนี้

1. รองศาสตราจารย์ ดร.วสุธร ตันวิฒนกุล

ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข

อาจารย์ประจำ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2. นายผดุงศักดิ์ ศรีวาท

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

สำนักงานเขตสุขภาพที่ 10 อุบลราชธานี

3. นางอรพรรณ เสริมชีพ

นายกเทศมนตรีตำบลพานทอง

สำนักงานเทศบาลตำบลพานทอง อำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี





## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. ๒๗๐๐ ต่อ ๗๐๕, ๗๐๗

ที่ อว ๘๑๓๗/๒๕๖๓

วันที่ ๑๗ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๓

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย

เรียน รองศาสตราจารย์ ดร.วสุธร ต้นวัฒนกุล (คณะสาธารณสุขศาสตร์)

ด้วยนายจรัญ มาลาศรี รหัสประจำตัว ๖๒๙๒๐๐๕๙ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19) อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พชญา ใจดี เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และเสนอท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย นั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขอเรียนเชิญท่านซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์สูง เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย (ตั้งแนบ) ทั้งนี้ สามารถติดต่อ นิสิต ดังรายนามข้างต้น ได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๙๕-๗๕๖-๒๗๑๖ หรือที่ E-mail: 62920059@go.buu.ac.th

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



ที่ อว ๘๑๓๗/๘๓๖

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา  
๑๖๙ ถ.ลงหาดบางแสน ต.แสนสุข  
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๑๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำโคงวิทยานิพนธ์ (ฉบับย่อ)  
๒. เครื่องมือวิจัย

ด้วยนายจรัญ มาลาศรี รหัสประจำตัว ๖๒๙๒๐๐๕๙ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ ได้รับอนุมัติคำโคงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19) อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชณา ใจดี เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และเสนอบุคลากรในสังกัดของท่าน คือ นายผดุงศักดิ์ ศรีवास นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย นั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขอเรียนเชิญนายผดุงศักดิ์ ศรีवास ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์สูง เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย (ดังแนบ) ทั้งนี้ สามารถติดต่อ นิสิตตั้งรายนามข้างต้น ได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๙๕-๗๕๖-๒๗๑๖ หรือที่ E-mail: 62920059@go.buu.ac.th

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน  
อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

สำเนาเรียน นายผดุงศักดิ์ ศรีवास

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา  
โทร ๐๓๘ ๑๐๒ ๗๐๐ ต่อ ๗๐๕, ๗๐๗  
E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th

ที่ อว ๘๑๓๗/๘๗๐



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา  
๑๖๙ ถ.ลงหาดบางแสน ต.แสนสุข  
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๑๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย

เรียน นางอรพรรณ เสริมชีพ นายกเทศมนตรีตำบลพานทอง สำนักงานเทศบาลตำบลพานทอง จังหวัดชลบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. คำโครงวิทยานิพนธ์ (ฉบับย่อ)  
๒. เครื่องมือวิจัย

ด้วยนายจรูญ มาลาศรี รหัสประจำตัว ๖๒๙๒๐๐๕๙ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ ได้รับอนุมัติคำโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19) อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พชณา ใจดี เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และเสนอท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย นั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขอเรียนเชิญท่านซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์สูง เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย (ดังแนบ) ทั้งนี้ สามารถติดต่อนิสิต ดังรายนามข้างต้น ได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๙๕-๗๕๖-๒๗๑๖ หรือที่ E-mail: 62920059@go.buu.ac.th

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน  
อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา  
โทร ๐๓๘ ๑๐๒ ๗๐๐ ต่อ ๗๐๕, ๗๐๗  
E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th



**ภาคผนวก ข**

ค่าดัชนีของความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence : IOC) ของเครื่องมือวิจัย

## สรุปผลการตรวจสอบค่า IOC

เรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อคำถาม	ความเห็นผู้เชี่ยวชาญ				แปลผล
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	ค่า IOC	
1. เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	1	1	1	1	ใช้ได้
2. อายุ ..... ปี	0	1	1	0.67	ใช้ได้
3. ระดับการศึกษา <input type="checkbox"/> ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนต้น <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช. <input type="checkbox"/> อนุปริญญา/ ปวส. <input type="checkbox"/> ปริญญาตรีและสูงกว่า	1	1	1	1	ใช้ได้
4. อาชีพ <input type="checkbox"/> เกษตรกรรม <input type="checkbox"/> ข้าราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ <input type="checkbox"/> ธุรกิจส่วนตัว / ค้าขาย <input type="checkbox"/> พนักงาน/ ลูกจ้างบริษัทเอกชน <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (โปรดระบุ).....	1	0	1	0.67	ใช้ได้
5. รายได้ ..... บาท / เดือน	1	1	1	1	ใช้ได้
6. สถานภาพสมรส <input type="checkbox"/> โสด <input type="checkbox"/> สมรสแล้ว <input type="checkbox"/> หม้าย/ หย่าร้าง/ แยกกันอยู่	1	1	1	1	ใช้ได้

ข้อคำถาม	ความเห็นผู้เชี่ยวชาญ				แปลผล
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	ค่า IOC	
<b>7. ตำแหน่งทางสังคม</b> <input type="checkbox"/> นายกองค้กรปกครองส่วนท้องถิ่น <input type="checkbox"/> กำนัน <input type="checkbox"/> ผู้ใหญ่บ้าน <input type="checkbox"/> ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน <input type="checkbox"/> แพทย์ประจำตำบล <input type="checkbox"/> สารวัตรกำนัน	1	1	1	1	ใช้ได้
<b>8. ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งปัจจุบัน.....ปี</b>	0	1	1	0.67	ใช้ได้
<b>9. ประสบการณ์ในการป้องกันและควบคุมโรคของท่าน</b> 9.1 ท่านมีประสบการณ์ในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุระยะเวลา..... ปี .....เดือน 9.2 ท่านมีประสบการณ์ในการป้องกันและควบคุมโรคอื่น ๆ หรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย โปรดระบุโรค..... และระยะเวลา..... ปี .....เดือน	0	1	1	0.67	ใช้ได้

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จำนวน 15 ข้อ

ข้อ	ข้อมูลส่วนบุคคล	ความเห็นผู้เชี่ยวชาญ				แปลผล
		คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	ค่า IOC	
1	โรคติดเชื้อ COVID-19 เป็นโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ	1	1	1	1	ใช้ได้
2	โรคติดเชื้อ COVID-19 เป็นชนิดเดียวกับกับโรคซาร์ส (SARS) และ โรคเมอร์ส (MERS) ซึ่งเป็นโรคติดต่อในระบบทางเดินหายใจ	1	1	0	0.67	ใช้ได้
3	โรคติดเชื้อ COVID-19 เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังใช่หรือไม่	1	1	1	1	ใช้ได้
4	โรคติดเชื้อ COVID-19 สามารถแพร่เชื้อจากคนสู่คนได้ทันทีแม้ไม่มีอาการ	1	1	1	1	ใช้ได้
5	ระยะฟักตัวของโรคติดเชื้อ COVID-19 ส่วนมากจะอยู่ในช่วง 2-14 วัน หลังสัมผัสเชื้อ	1	1	1	1	ใช้ได้
6	โรคติดเชื้อ COVID-19 แพร่ผ่านทางฝอยละอองเสมหะ จากการไอ จาม น้ำมูก น้ำลายเท่านั้น	1	1	1	1	ใช้ได้
7	ผู้ที่เสี่ยงติดเชื้อสูง คือ ผู้ที่สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อในระยะ 1 เมตรและมีระยะเวลาานกว่า 15 นาที	1	1	1	1	ใช้ได้
8	เชื้อโรคที่ก่อให้เกิดโรคติดเชื้อ COVID-19 เป็นเชื้อโรคที่อยู่ในสัตว์แล้วติดต่อมาสู่คน	1	0	1	0.67	ใช้ได้
9	ผู้ที่มีอุณหภูมิร่างกายตั้งแต่ 37.5 °C ขึ้นไป และมีอาการ ไอ น้ำมูกไหล ร่วมด้วย คือ ผู้ป่วยหรือผู้สงสัยโรคติดเชื้อ COVID-19	1	1	0	0.67	ใช้ได้
10	ผู้ที่ติดเชื้อ COVID-19 ส่วนใหญ่จะมีอาการที่รุนแรง และมีโอกาสสูงต่อการเสียชีวิต	1	0	1	0.67	ใช้ได้

ข้อ	ข้อมูลส่วนบุคคล	ความเห็นผู้เชี่ยวชาญ				แปลผล
		คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	ค่า IOC	
11	อาการป่วยเริ่มต้นของโรคติดเชื้อ COVID-19 คล้ายผู้ป่วยโรคไขหวัดใหญ่	1	1	1	1	ใช้ได้
12	การล้างมือด้วยน้ำและสบู่ 15-20 วินาที ไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ได้	1	1	1	1	ใช้ได้
13	โรคติดเชื้อ COVID-19 สามารถรักษาได้ โดยใช้ยาปฏิชีวนะในการกำจัดเชื้อ	1	1	1	1	ใช้ได้
14	การฉีดพ่นสารเคมีทำลายเชื้อบนร่างกายของบุคคล และสถานที่ จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการกำจัดเชื้อได้ดีที่สุด	1	1	1	1	ใช้ได้
15	แอลกอฮอล์ที่มีความเข้มข้นสูงกว่า 70% จะสามารถกำจัดเชื้อไวรัส COVID-19 ได้ดี	1	1	1	1	ใช้ได้

### ส่วนที่ 3 ทศนคติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

จำนวน 15 ข้อ

ข้อ	คำถาม	ความเห็นผู้เชี่ยวชาญ				แปลผล
		คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	ค่า IOC	
1	ฉันคิดว่าการป้องกันและควบคุมโรคเชื้อ COVID-19 เป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเท่านั้น	1	1	1	1	ใช้ได้
2	ฉันคิดว่าการสูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยงในการเชื้อ COVID-19	1	0	1	0.67	ใช้ได้
3	ฉันคิดว่าเด็กและผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อ COVID-19	1	1	1	1	ใช้ได้



ข้อ	คำถาม	ความเห็นผู้เชี่ยวชาญ				แปลผล
		คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	ค่า IOC	
4	ฉันคิดว่าในอนาคตจะไม่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 รอบที่ 2 เกิดขึ้นอีก	1	1	0	0.67	ใช้ได้
5	ระบบสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพสามารถลดความชุกของการเกิดโรคได้	1	1	1	1	ใช้ได้
6	ฉันคิดว่าโรคติดเชื้อ COVID-19 ไม่รุนแรงเท่ากับโรคเอดส์	1	0	1	0.67	ใช้ได้
7	ฉันคิดว่าโรคติดเชื้อ COVID-19 ไม่สามารถรักษาให้หายได้	1	1	1	1	ใช้ได้
8	ฉันคิดว่าบุคคลที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบทไม่มีความเสี่ยงโรคติดเชื้อ COVID-19	1	0	1	0.67	ใช้ได้
9	ฉันคิดว่าฉันสามารถช่วยดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ได้	1	0	1	0.67	ใช้ได้
10	ฉันคิดว่า การล้างมืออย่างถูกวิธี (7 ขั้นตอน) การเว้นระยะห่าง และการสวมหน้ากากอนามัยไม่สามารถป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 ได้	1	1	0	0.67	ใช้ได้
11	ฉันจะนำข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ไปประชาสัมพันธ์ให้กับประชาชนในพื้นที่ที่ได้รับทราบ	0	1	1	0.67	ใช้ได้
12	ฉันคิดว่า การให้ความรู้ต่อชุมชนเป็นส่วนหนึ่งของการสื่อสารความเสี่ยงที่สามารถป้องกันการระบาดได้	1	1	1	1	ใช้ได้

ข้อ	คำถาม	ความเห็นผู้เชี่ยวชาญ				แปลผล
		คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	ค่า IOC	
13	ฉันคิดว่าแอปพลิเคชัน “ไทยชนะ” มีประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19	1	1	1	1	ใช้ได้
14	การปฏิบัติงานลักษณะที่มอสาป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 มีประสิทธิภาพต่ำกว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	1	1	0	0.67	ใช้ได้
15	การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ไม่จำเป็นต้องมีผู้นำชุมชน	1	0	1	0.67	ใช้ได้

ส่วนที่ 4 การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การได้รับการสนับสนุนทรัพยากร และความคาดหวังของสังคม ในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 จำนวน 14 ข้อ

ข้อ	คำถาม	ความเห็นผู้เชี่ยวชาญ				แปลผล
		คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	ค่า IOC	
1	<b>การได้รับการสนับสนุนทางสังคม</b> ท่านได้รับข้อเสนอแนะ วิธีการและแนวทางการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างเพียงพอ	1	1	1	1	ใช้ได้
2	หน่วยงานต่าง ๆ ได้จัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อ COVID-19 ให้กับท่าน	1	1	1	1	ใช้ได้
3	บุคคลในชุมชนสนับสนุนทุก ๆ ด้าน เพื่อให้ท่านสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ	1	1	1	1	ใช้ได้
4	ท่านได้รับคำชมเชยจากหน่วยงานต่าง ๆ ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19	1	1	1	1	ใช้ได้

ข้อ	คำถาม	ความเห็นผู้เชี่ยวชาญ				แปลผล
		คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	ค่า IOC	
5	<b>การได้รับสนับสนุนทรัพยากร</b> ท่านได้รับคู่มือเอกสารในการดำเนินงาน ป้องกันและควบคุม โรคติดเชื้อ COVID-19	1	1	1	1	ใช้ได้
6	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดให้มีระบบการ ติดต่อสื่อสารเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร เรื่องการประชุม การอบรม และการเข้าร่วม กิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างรวดเร็วและทัน เหตุการณ์	1	1	1	1	ใช้ได้
7	หน่วยงานต้นสังกัดของท่านมีการสื่อสารเรื่อง โรคติดเชื้อ COVID-19 อยู่เสมอ	1	1	1	1	ใช้ได้
8	หน่วยงานต่าง ๆ จัดหาอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ที่ ใช้ในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุม โรค ติดเชื้อ COVID-19 ให้แก่ท่านอย่างเพียงพอ	1	1	1	1	ใช้ได้
9	หน่วยงานของท่านจัดหาอุปกรณ์ในการ ป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 ที่มีคุณภาพตาม มาตรฐาน	1	1	1	1	ใช้ได้
10	ท่านได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการ ดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	1	1	1	1	ใช้ได้
11	<b>ความคาดหวังของสังคม</b> ประชาชนเชื่อว่าท่านมีองค์ความรู้เกี่ยวกับการ ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19	0	1	1	0.67	ใช้ได้

ข้อ	คำถาม	ความเห็นผู้เชี่ยวชาญ				แปลผล
		คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	ค่า IOC	
12	ท่านเป็นที่ไว้วางใจ และเป็นที่เคารพของประชาชนในการปฏิบัติงานป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ	1	1	1	1	ใช้ได้
13	ท่านได้รับความไว้วางใจจากหน่วยงานสาธารณสุขให้ดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19	1	1	1	1	ใช้ได้
14	ตำแหน่งและบทบาทหน้าที่ของท่านสามารถป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ได้ดี	1	1	1	1	ใช้ได้

ส่วนที่ 5 การรับรู้โอกาสเสี่ยง และความรุนแรงของโรคติดเชื้อ COVID-19 และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 จำนวน 22 ข้อ

ข้อ	คำถาม	ความเห็นผู้เชี่ยวชาญ				แปลผล
		คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	ค่า IOC	
1	<b>การรับรู้โอกาสเสี่ยง</b> โรคติดเชื้อ COVID-19 เป็นโรคที่ติดต่อดีงายเพียงการสัมผัส ละอองน้ำลาย น้ำมูก เสมหะการไอ หรือจาม ของผู้มีเชื้อ	1	1	1	1	ใช้ได้
2	ผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงหากได้รับเชื้อ COVID-19 ก็จะมีอาการเหมือนกับการป่วยเป็นโรคไข้หวัดธรรมดา	1	1	0	0.67	ใช้ได้
3	ท่านสำรวจสุขภาพตนเองก่อนเข้าไปปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ในชุมชน	1	1	1	1	ใช้ได้

ข้อ	คำถาม	ความเห็นผู้เชี่ยวชาญ				แปลผล
		คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	ค่า IOC	
4	การไม่สวมหน้ากากอนามัย/ หน้ากากผ้าเมื่อออกจากบ้าน จะเสี่ยงติดเชื้อมากขึ้น	1	1	1	1	ใช้ได้
5	โรคติดเชื้อ COVID-19 สามารถติดต่อได้โดยการที่มีสัมผัสสิ่งของที่ปนเปื้อนเชื้อ COVID-19 เช่น ธนบัตร โทรศัพท์ กลอนประตู เป็นต้น	1	1	1	1	ใช้ได้
6	เมื่อท่านพบผู้มีอาการไอ จาม มีน้ำมูก เจ็บคอ ท่านได้แนะนำให้ไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ใกล้บ้าน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือ โรงพยาบาล	0	1	1	0.67	ใช้ได้
7	เมื่อมีอาการเจ็บป่วย ท่านนอนแยกห้องกับบุคคลอื่นในบ้าน	1	1	1	1	ใช้ได้
8	การไปอยู่ร่วมกันในสถานที่แออัด เช่น ตลาด ห้างสรรพสินค้า มีโอกาสติดเชื้อ COVID 19 ได้ง่าย	1	1	1	1	ใช้ได้
9	เมื่อมีอาการเจ็บป่วย ท่านจะหยุดพักอยู่ที่บ้าน ไม่เดินทางไปที่ชุมชน หรือที่สาธารณะ	1	1	1	1	ใช้ได้
10	การออกกำลังกายในสถานที่ปิดสามารถลดโอกาสเสี่ยงในการเจ็บป่วยจากโรคติดเชื้อ COVID-19 ได้	1	1	0	0.67	ใช้ได้
11	ท่านงดเดินทางไปยังพื้นที่ที่มีการรายงานเป็นพื้นที่เสี่ยงโรคระบาด	1	1	1	1	ใช้ได้
12	<b>การรับรู้ความรุนแรง</b> โรคติดเชื้อ COVID-19 อันตรายร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิต	1	1	1	1	ใช้ได้

ข้อ	คำถาม	ความเห็นผู้เชี่ยวชาญ				แปลผล
		คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	ค่า IOC	
13	โรคติดเชื้อ COVID-19 ทำให้ปอดติดเชื้อรุนแรง	1	1	1	1	ใช้ได้
14	ผู้สูงอายุมีโอกาเสียชีวิตสูงหากติดเชื้อ COVID-19	1	1	1	1	ใช้ได้
15	หากมีโรคประจำตัวและติดเชื้อ COVID-19 อาจเพิ่มความรุนแรงและอันตรายถึงชีวิตได้	1	1	1	1	ใช้ได้
16	ผู้ที่ผ่านการตรวจหาเชื้อ COVID-19 แล้ว ก็ยังคงมีความเสี่ยงในการติดเชื้ออยู่	1	1	1	1	ใช้ได้
<b>การรับรู้ประโยชน์</b>						
17	ท่านใช้กระดาษทิชชูปิดปากปิดจมูกทุกครั้งเมื่อมีอาการไอ หรือ จาม	1	0	1	0.67	ใช้ได้
18	มาตรการของรัฐบาลโดยการใช้แอปพลิเคชัน “ไทยชนะ” สามารถป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ได้เป็นอย่างดี	0	1	1	0.67	ใช้ได้
19	การรับประทานอาหารสุก สะอาด ใช้ช้อนกลาง ไม่ทานอาหารที่ทำจากสัตว์ป่าหรือสัตว์หายาก สามารถป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ได้	1	1	1	1	ใช้ได้
20	ท่านหลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ที่มีอาการคล้ายไข้หวัด หรืออาการติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง	1	1	1	1	ใช้ได้
21	ท่านติดตามข่าวสารสถานการณ์โรคที่เกิดจากการติดเชื้อ COVID-19 ทางโทรทัศน์/ อินเทอร์เน็ต/ วิทูย์อย่างต่อเนื่อง	1	1	1	1	ใช้ได้
22	หลังทิ้งหน้ากากอนามัยที่ใช้แล้ว ท่านทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจล หรือน้ำและสบู่ทันที	1	1	1	1	ใช้ได้

ส่วนที่ 6 การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19  
จำนวน 18 ข้อ

ข้อ	คำถาม	ความเห็นผู้เชี่ยวชาญ				แปลผล
		คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	ค่า IOC	
1	<b>การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ</b> ท่านมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา เกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุม โรคติดเชื้อ COVID-19 ในพื้นที่ของท่าน	1	1	1	1	ใช้ได้
2	ท่านมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและ เสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันและ ควบคุม โรคติดเชื้อ COVID-19	1	1	1	1	ใช้ได้
3	ท่านมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการ ดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ในพื้นที่ของท่าน	1	1	1	1	ใช้ได้
4	ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดมาตรการทาง สังคมเพื่อนำมาใช้ในป้องกันและควบคุมโรค ติดเชื้อ COVID-19 ในพื้นที่ของท่าน เช่น ผู้ที่ เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยงติดเชื้อต้องแจ้งให้ อสม. หรือผู้นำชุมชนทราบทุกครั้ง เป็นต้น	1	0	1	0.67	ใช้ได้
5	ท่านมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนเสนอขอรับ การสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานใน พื้นที่	1	1	1	1	ใช้ได้
6	<b>การมีส่วนร่วมลงมือปฏิบัติ</b> มีการมอบหมายงานเกี่ยวกับการดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ในชุมชนให้กับผู้นำชุมชนทุกคนอย่างชัดเจน	1	1	0	0.67	ใช้ได้

ข้อ	คำถาม	ความเห็นผู้เชี่ยวชาญ				แปลผล
		คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	ค่า IOC	
7	ท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินคัดกรอง ค้นหาผู้ที่เสี่ยงติดเชื้อ COVID-19 ในพื้นที่ของท่าน	1	1	1	1	ใช้ได้
8	ท่านมีส่วนร่วมประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ในพื้นที่ที่ท่านรับผิดชอบ	1	1	1	1	ใช้ได้
9	ท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม ตามแผนการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ของกระทรวงสาธารณสุข	1	0	1	0.67	ใช้ได้
10	ท่านได้ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 ในหมู่บ้านที่ท่านรับผิดชอบ	1	1	1	1	ใช้ได้
11	ท่านมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ในหมู่บ้านที่ท่านรับผิดชอบ	1	1	1	1	ใช้ได้
12	<u>การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์</u> ท่านและชุมชนสามารถดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ได้อย่างดี	1	1	1	1	ใช้ได้
13	การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 คือ การทำงานเพื่อสุขภาพของประชาชน	1	1	1	1	ใช้ได้
14	ท่านได้รับคำตอบแทนพิเศษจากการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัส COVID-19	1	1	0	0.67	ใช้ได้
15	ท่านได้รับคำชื่นชมจากประชาชน และหน่วยงานต่าง ๆ ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัส COVID-19	1	0	1	0.67	ใช้ได้



ข้อ	คำถาม	ความเห็นผู้เชี่ยวชาญ				แปลผล
		คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	ค่า IOC	
16	<b>การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล</b> ท่านมีส่วนร่วมในการสรุปผลการปฏิบัติงานและจัดทำรายงาน ผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ให้กับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทราบ	0	1	1	0.67	ใช้ได้
17	ท่านได้ติดตามประเมินผลความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ให้เป็นไปตามแผนที่ได้กำหนดไว้	1	1	1	1	ใช้ได้
18	ท่านได้ค้นหาข้อดี ข้อบกพร่องจากการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 เพื่อนำมาปรับปรุงการดำเนินงานครั้งต่อไป	1	1	1	1	ใช้ได้



**ภาคผนวก ค**

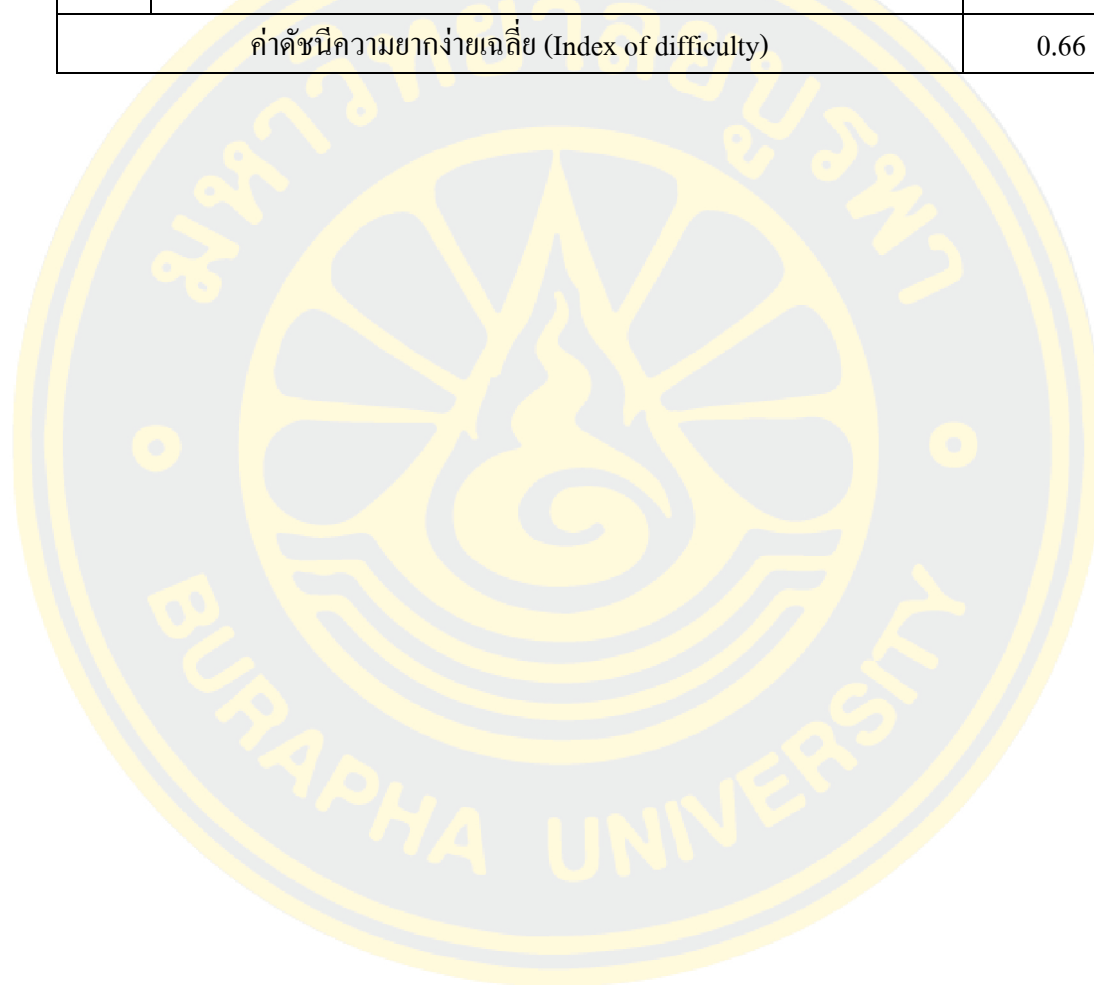
การหาค่าความยากง่าย และการทดสอบความน่าเชื่อถือ (Reliability) ของเครื่องมือ

## ผลการหาค่าความยากง่าย

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ทดสอบความยากง่ายของข้อคำถามโดยใช้การหาค่าดัชนีความยากง่าย (Index of difficulty) ดังนี้

ข้อ	ข้อมูลส่วนบุคคล	Index of difficulty
1	โรคติดเชื้อ COVID-19 เป็นโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ	1.00
2	โรคติดเชื้อ COVID-19 เป็นชนิดเดียวกันกับ โรคซาร์ส (SARS) และ โรคเมอร์ส (MERS) ซึ่งเป็นโรคติดต่อในระบบทางเดินหายใจ	0.97
3	โรคติดเชื้อ COVID-19 เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังใช่หรือไม่	0.03
4	โรคติดเชื้อ COVID-19 สามารถแพร่เชื้อจากคนสู่คนได้ทันทีแม้ไม่มีอาการ	1.00
5	ระยะฟักตัวของโรคติดเชื้อ COVID-19 ส่วนมากจะอยู่ในช่วง 2-14 วันหลังสัมผัสเชื้อ	1.00
6	โรคติดเชื้อ COVID-19 แพร่ผ่านทางฝอยละอองเสมหะ จากการไอ จาม น้ำมูก น้ำลาย เท่านั้น	0.90
7	ผู้ที่เสี่ยงติดเชื้อสูง คือ ผู้ที่สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อในระยะ 1 เมตร และมีระยะเวลาานานกว่า 15 นาที	1.00
8	เชื้อโรคที่ก่อให้เกิดโรคติดเชื้อ COVID-19 เป็นเชื้อโรคที่อยู่ในสัตว์แล้วติดต่อมาสู่คน	0.83
9	ผู้ที่มีอุณหภูมิร่างกายตั้งแต่ 37.5 °C ขึ้นไป และมีอาการ ไอ น้ำมูกไหลร่วมด้วย คือ ผู้ป่วยหรือผู้สงสัยโรคติดเชื้อ COVID-19	0.97
10	ผู้ที่ติดเชื้อ COVID-19 ส่วนใหญ่จะมีอาการที่รุนแรง และมีโอกาสสูงต่อการเสียชีวิต	0.13
11	อาการป่วยเริ่มต้นของโรคติดเชื้อ COVID-19 คล้ายผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่	1.00
12	การล้างมือด้วยน้ำและสบู่ 15-20 วินาที ไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ได้	0.37

ข้อ	ข้อมูลส่วนบุคคล	Index of difficulty
14	การฉีดพ่นสารเคมีทำลายเชื้อบนร่างกายของบุคคล และสถานที่ จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการกำจัดเชื้อได้ดีที่สุด	0.20
15	แอลกอฮอล์ที่มีความเข้มข้นสูงกว่า 70% จะสามารถกำจัดเชื้อไวรัส COVID-19 ได้ดี	0.20
ค่าดัชนีความยากง่ายเฉลี่ย (Index of difficulty)		0.66



## การทดสอบความน่าเชื่อถือ (Reliability)

การทดสอบความน่าเชื่อถือ (Reliability) โดยผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามที่แก้ไขปรับปรุงแล้วไปให้ตัวแทนที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างทดลองตอบ จำนวน 30 คน และนำมาทดสอบความน่าเชื่อถือ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาตามวิธีของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ดังนี้

ส่วนที่ 3 ทศนคติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุม โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จำนวน 15 ข้อ

ข้อ	คำถาม	ค่าความเชื่อมั่น	แปลผล
1	ฉันคิดว่าการป้องกันและควบคุม โรคเชื้อ COVID-19 เป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเท่านั้น	0.706	ใช้ได้
2	ฉันคิดว่าการสูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยงในการเชื้อ COVID-19	0.723	ใช้ได้
3	ฉันคิดว่าเด็กและผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อ COVID-19	0.715	ใช้ได้
4	ฉันคิดว่าในอนาคตจะไม่มี การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 รอบที่ 2 เกิดขึ้นอีก	0.741	ใช้ได้
5	ระบบสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพสามารถลดความชุกของการเกิดโรคได้	0.732	ใช้ได้
6	ฉันคิดว่าโรคติดเชื้อ COVID-19 ไม่รุนแรงเท่ากับโรคเอดส์	0.692	ใช้ได้
7	ฉันคิดว่าโรคติดเชื้อ COVID-19 ไม่สามารถรักษาให้หายได้	0.742	ใช้ได้
8	ฉันคิดว่าบุคคลที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบทไม่มีความเสี่ยงโรคติดเชื้อ COVID-19	0.717	ใช้ได้
9	ฉันคิดว่าฉันสามารถช่วยดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ได้	0.765	ใช้ได้

ข้อ	คำถาม	ค่าความเชื่อมั่น	แปลผล
10	ฉันคิดว่าการล้างมืออย่างถูกวิธี (7 ขั้นตอน) การเว้นระยะห่าง และการสวมหน้ากากอนามัยไม่สามารถป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 ได้	0.699	ใช้ได้
11	ฉันจะนำข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ไปประชาสัมพันธ์ให้กับประชาชนในพื้นที่ได้รับทราบ	0.752	ใช้ได้
12	ฉันคิดว่าการให้ความรู้ต่อชุมชนเป็นส่วนหนึ่งของการสื่อสารความเสี่ยงที่สามารถป้องกันการระบาดได้	0.713	ใช้ได้
13	ฉันคิดว่าแอปพลิเคชัน “ไทยชนะ” มีประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19	0.751	ใช้ได้
14	การปฏิบัติงานลักษณะทีมอาสาป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 มีประสิทธิภาพต่ำกว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	0.740	ใช้ได้
15	การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ไม่จำเป็นต้องมีผู้นำชุมชน	0.733	ใช้ได้

ส่วนที่ 4 การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การได้รับการสนับสนุนทรัพยากร และความคาดหวังของสังคม ในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 จำนวน 14 ข้อ

ข้อ	คำถาม	ค่าความเชื่อมั่น	แปลผล
1	<b>การได้รับการสนับสนุนทางสังคม</b> ท่านได้รับข้อเสนอแนะ วิธีการและแนวทางการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างเพียงพอ	0.901	ใช้ได้
2	หน่วยงานต่าง ๆ ได้จัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อ COVID-19 ให้กับท่าน	0.889	ใช้ได้
3	บุคคลในชุมชนสนับสนุนทุก ๆ ด้าน เพื่อให้ท่านสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ	0.893	ใช้ได้
4	ท่านได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานต่าง ๆ ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19	0.896	ใช้ได้
5	<b>การได้รับสนับสนุนทรัพยากร</b> ท่านได้รับคู่มือเอกสารในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19	0.898	ใช้ได้
6	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดให้มีระบบการติดต่อสื่อสารเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารเรื่องการประชุม การอบรม และการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างรวดเร็วและทันเหตุการณ์	0.886	ใช้ได้
7	หน่วยงานต้นสังกัดของท่านมีการสื่อสารเรื่องโรคติดเชื้อ COVID-19 อยู่เสมอ	0.891	ใช้ได้
8	หน่วยงานต่าง ๆ จัดหาอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ให้แก่ท่านอย่างเพียงพอ	0.887	ใช้ได้
9	หน่วยงานของท่านจัดหาอุปกรณ์ในการป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 ที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน	0.889	ใช้ได้

ข้อ	คำถาม	ค่าความ เชื่อมั่น	แปลผล
11	<b>ความคาดหวังของสังคม</b> ประชาชนเชื่อว่าท่านมีองค์ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและ ควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19	0.894	ใช้ได้
12	ท่านเป็นที่ไว้วางใจ และเป็นที่เคารพของประชาชนในการ ปฏิบัติงานป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ได้ อย่างมีประสิทธิภาพ	0.888	ใช้ได้
13	ท่านได้รับความไว้วางใจจากหน่วยงานสาธารณสุขให้ ดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19	0.905	ใช้ได้
14	ตำแหน่งและบทบาทหน้าที่ของท่านสามารถป้องกันและ ควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ได้ดี	0.892	ใช้ได้



ส่วนที่ 5 การรับรู้โอกาสเสี่ยง และความรุนแรงของโรคติดเชื้อ COVID-19 และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 จำนวน 22 ข้อ

ข้อ	คำถาม	ค่าความเชื่อมั่น	แปลผล
1	<b>การรับรู้โอกาสเสี่ยง</b> โรคติดเชื้อ COVID-19 เป็นโรคที่ติดต่อได้ง่ายเพียงการสัมผัส ละอองน้ำลาย น้ำมูก เสมหะการไอ หรือจาม ของผู้มีเชื้อ	0.850	ใช้ได้
2	ผู้ที่มิสุขภาพแข็งแรงหากได้รับเชื้อ COVID-19 ก็จะมีอาการเหมือนกับการป่วยเป็นโรคไข้หวัดธรรมดา	0.863	ใช้ได้
3	ท่านสำรวจสุขภาพตนเองก่อนเข้าไปปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ในชุมชน	0.842	ใช้ได้
4	การไม่สวมหน้ากากอนามัย/ หน้ากากผ้าเมื่อออกจากบ้านจะเสี่ยงติดเชื้อมากขึ้น	0.861	ใช้ได้
5	โรคติดเชื้อ COVID-19 สามารถติดต่อได้โดยการที่มีสัมผัสสิ่งของที่ปนเปื้อนเชื้อ COVID-19 เช่น ธนบัตร โทรศัพท์ กลอนประตู เป็นต้น	0.835	ใช้ได้
6	เมื่อท่านพบผู้มีอาการไอ จาม มีน้ำมูก เจ็บคอ ท่านได้แนะนำให้ไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใกล้บ้าน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือ โรงพยาบาล	0.850	ใช้ได้
7	เมื่อมีอาการเจ็บป่วย ท่านนอนแยกห้องกับบุคคลอื่นในบ้าน	0.844	ใช้ได้
8	การไปอยู่ร่วมกันในสถานที่แออัด เช่น ตลาด ห้างสรรพสินค้า มีโอกาสติดเชื้อ COVID 19 ได้ง่าย	0.848	ใช้ได้
9	เมื่อมีอาการเจ็บป่วย ท่านจะหยุดพักอยู่ที่บ้าน ไม่เดินทางไปชุมชน หรือที่สาธารณะ	0.845	ใช้ได้
10	การออกกำลังกายในสถานที่ปิดสามารถลดโอกาสเสี่ยงในการเจ็บป่วยจากโรคติดเชื้อ COVID-19 ได้	0.847	ใช้ได้

ข้อ	คำถาม	ค่าความ เชื่อมั่น	แปลผล
11	ท่านงดเดินทางไปยังพื้นที่ ที่มีการรายงานเป็นพื้นที่เสี่ยงโรค ระบาด	0.845	ใช้ได้
12	<b>การรับรู้ความรุนแรง</b> โรคติดเชื้อ COVID-19 อันตรายร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิต	0.845	ใช้ได้
13	โรคติดเชื้อ COVID-19 ทำให้ปอดติดเชื้อรุนแรง	0.847	ใช้ได้
14	ผู้สูงอายุมีโอกาสเสียชีวิตสูงหากติดเชื้อ COVID-19	0.847	ใช้ได้
15	หากมีโรคประจำตัวและติดเชื้อ COVID-19 อาจเพิ่มความ รุนแรงและอันตรายถึงชีวิตได้	0.849	ใช้ได้
16	ผู้ที่ผ่านการตรวจหาเชื้อ COVID-19 แล้ว ก็ยังคงมีความเสี่ยง ในการติดเชื้ออยู่	0.850	ใช้ได้
17	<b>การรับรู้ประโยชน์</b> ท่านใช้กระดาษทิชชูปิดปากปิดจมูกทุกครั้งเมื่อมีอาการไอ หรือ จาม	0.849	ใช้ได้
18	มาตรการของรัฐบาลโดยการใช้แอปพลิเคชัน “ไทยชนะ” สามารถป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ได้เป็น อย่างดี	0.860	ใช้ได้
19	การรับประทานอาหารสุก สะอาด ใช้ช้อนกลาง ไม่ทาน อาหารที่ทำจากสัตว์ป่าหรือสัตว์หายากสามารถป้องกันและ ควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ได้	0.851	ใช้ได้
20	ท่านหลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ที่มีอาการคล้ายไข้หวัด หรืออาการติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง	0.844	ใช้ได้
21	ท่านติดตามข่าวสารสถานการณ์โรคที่เกิดจากการติดเชื้อ COVID-19 ทาง โทรทัศน์/ อินเทอร์เน็ต/ วิทยู อย่างต่อเนื่อง	0.850	ใช้ได้
22	หลังทิ้งหน้ากากอนามัยที่ใช้แล้ว ท่านทำความสะอาดมือ ด้วยแอลกอฮอล์เจล หรือน้ำและสบู่ทันที	0.847	ใช้ได้

ส่วนที่ 6 การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19  
จำนวน 18 ข้อ

ข้อ	คำถาม	ค่าความ เชื่อมั่น	แปลผล
1	<b>การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ</b> ท่านมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ในพื้นที่ของท่าน	0.939	ใช้ได้
2	ท่านมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและเสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19	0.934	ใช้ได้
3	ท่านมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ในพื้นที่ของท่าน	0.936	ใช้ได้
4	ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดมาตรการทางสังคมเพื่อนำมาใช้ในป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ในพื้นที่ของท่าน เช่น ผู้ที่เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยงติดเชื้อต้องแจ้งให้อสม. หรือผู้นำชุมชนทราบทุกครั้ง เป็นต้น	0.933	ใช้ได้
5	ท่านมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนเสนอขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานในพื้นที่	0.939	ใช้ได้
6	<b>การมีส่วนร่วมลงมือปฏิบัติ</b> มีการมอบหมายงานเกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันและ	0.937	ใช้ได้
7	ท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินคัดกรอง ค้นหาผู้ที่เสี่ยงติดเชื้อ COVID-19 ในพื้นที่ของท่าน	0.936	ใช้ได้
8	ท่านมีส่วนร่วมประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆ เพื่อป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ในพื้นที่ที่ท่านรับผิดชอบ	0.939	ใช้ได้
9	ท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม ตามแผนการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ของกระทรวงสาธารณสุข	0.937	ใช้ได้

ข้อ	คำถาม	ค่าความ เชื่อมั่น	แปลผล
10	ท่านได้ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 ในหมู่บ้านที่ท่านรับผิดชอบ	0.938	ใช้ได้
11	ท่านมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ในหมู่บ้านที่ท่านรับผิดชอบ	0.936	ใช้ได้
12	<b>การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์</b> ท่านและชุมชนสามารถดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ได้อย่างดี	0.937	ใช้ได้
13	การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 คือ การทำงานเพื่อสุขภาพของประชาชน	0.939	ใช้ได้
14	ท่านได้รับคำตอบแทนพิเศษจากการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัส COVID-19	0.944	ใช้ได้
15	ท่านได้รับคำชื่นชมจากประชาชน และหน่วยงานต่าง ๆ ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัส COVID-19	0.936	ใช้ได้
16	<b>การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล</b> ท่านมีส่วนร่วมในการสรุปผลการปฏิบัติงานและจัดทำรายงานผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ให้กับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทราบ	0.935	ใช้ได้
17	ท่านได้ติดตามประเมินผลความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ให้เป็นไปตามแผนที่ได้กำหนดไว้	0.934	ใช้ได้
18	ท่านได้ค้นหาข้อดี ข้อบกพร่องจากการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 เพื่อนำมาปรับปรุงการดำเนินงานครั้งต่อไป	0.935	ใช้ได้



ภาคผนวก ง

หนังสือขอทดสอบเครื่องมือและเก็บข้อมูลการวิจัย

ที่ อว ๘๑๓๗/ **มท๕**

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา  
๑๖๙ ถ.ลงหาดบางแสน ต.แสนสุข  
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๑๕ มีนาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน นายอำเภอบ้านบึง ที่ทำการอำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพา  
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (หาคุณภาพ)

ด้วยนายจรัญญ มาลาศรี รหัสนิสิต ๖๒๙๒๐๐๕๙ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19) อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พชญา ใจดี เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และเสนอบุคลากรได้บังคับบัญชาของท่านในการเก็บข้อมูลเพื่อหาคุณภาพจากเครื่องมือวิจัยนั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขออนุญาตให้นิสิตตั้งรายนามข้างต้น ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้นำชุมชนที่เป็นทางการที่ได้รับการแต่งตั้งหรือการเลือกตั้ง ได้แก่ นายกองคักรปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน แพทย์ประจำตำบล และสารวัตรกำนัน จำนวน ๓๐ คน ในระหว่างวันที่ ๑๕ - ๑๙ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ ทั้งนี้ สามารถติดต่อนิสิตตั้งรายนามข้างต้น ได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๙๕-๗๕๖-๒๗๑๖ หรือที่ E-mail: 62920059@go.buu.ac.th

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(ดร.สุภรติ สุขวิสุทธิ)

ผู้ช่วยคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย รักษาการแทน  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน  
อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

สำเนาเรียน ๑. นายกองคักรปกครองส่วนท้องถิ่น ทุกแห่ง  
๒. กำนัน ทุกตำบล  
๓. ผู้ใหญ่บ้าน ทุกหมู่บ้าน

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา  
โทร ๐๓๘ ๑๐๒ ๗๐๐ ต่อ ๗๐๑, ๗๐๕, ๗๐๗  
E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th

ที่ อว ๘๑๓๗/๕๕๒



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา  
๑๖๙ ถ.ลงหาดบางแสน ต.แสนสุข  
อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

มอ มีนาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย

เรียน นายอำเภอพนสนิมคม ที่ทำการอำเภอพนสนิมคม จังหวัดชลบุรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพา  
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วยนายจรัญญ มาลาศรี รหัสนิสิต ๖๒๙๒๐๐๕๙ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-19) อำเภอพนสนิมคม จังหวัดชลบุรี” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พชญา ใจดี เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และเสนอบุคลากรได้บังคับบัญชาของท่านในการเก็บข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัยนั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา จึงขออนุญาตให้นิสิตตั้งรายนามข้างต้น ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้นำชุมชนที่เป็นทางการที่ได้รับการแต่งตั้งหรือการเลือกตั้ง ได้แก่ นายกองค์รปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน แพทย์ประจำตำบล และสารวัตรกำนัน จำนวน ๒๖๘ คน ในระหว่างวันที่ ๑ - ๓๐ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๔ ทั้งนี้ สามารถติดต่อนิสิตตั้งรายนามข้างต้น ได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ ๐๙๕-๗๕๖-๒๗๑๖ หรือที่ E-mail: 62920059@go.buu.ac.th

จึงเรียนมาเพื่อทราบและโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติการแทน  
อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา

สำเนาเรียน ๑. นายกองค์รปกครองส่วนท้องถิ่น ทุกแห่ง  
๒. กำนัน ทุกตำบล  
๓. ผู้ใหญ่บ้าน ทุกหมู่บ้าน

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา  
โทร ๐๓๘ ๑๐๒ ๗๐๐ ต่อ ๗๐๑, ๗๐๕, ๗๐๗  
E-mail: grd.buu@go.buu.ac.th



ภาคผนวก จ

เอกสารรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์





เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาโครงการวิจัย

รหัสโครงการวิจัย : G-HS 107/2563

โครงการวิจัยเรื่อง : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ  
ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อำเภอพนสนิมคม จังหวัดชลบุรี

หัวหน้าโครงการวิจัย : นายจรัญ มาลาศรี

หน่วยงานที่สังกัด : นิสิตระดับบัณฑิตศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า โครงการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามหลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยที่ผู้วิจัยเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ ไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดภัยอันตรายแก่ตัวอย่างการวิจัยและผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ (ดูตามเอกสารตรวจสอบ)

- |  |   |
|--|---|
| 1. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ | ฉบับที่ 2 วันที่ 9 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 |
| 2. เอกสารโครงการวิจัยฉบับภาษาไทย                       | ฉบับที่ 1 วันที่ 21 เดือน มกราคม พ.ศ. 2564    |
| 3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย                 | ฉบับที่ 2 วันที่ 9 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 |
| 4. เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย      | ฉบับที่ 2 วันที่ 9 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 |
| 5. เอกสารแสดงรายละเอียดเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย      | ฉบับที่ 2 วันที่ 9 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 |
| 6. เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี)                                 | ฉบับที่ - วันที่ - เดือน - พ.ศ. -             |

วันที่รับรอง : วันที่ 25 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564  
วันที่หมดอายุ : วันที่ 25 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565

ลงนาม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงมรณ แยมประทุม)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
สำหรับโครงการวิจัย ระดับบัณฑิตศึกษา และระดับปริญญาตรี  
ชุดที่ 3 (กลุ่มคลินิก/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ/ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)



ภาคผนวก ฉ  
แบบสอบถามงานวิจัย

เอกสารชุดที่.....

**แบบสอบถามเพื่อการวิจัย**

**เรื่อง “ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อำเภอพนสนิมคม จังหวัดชลบุรี ”**

\*\*\*\*\*

**คำชี้แจง**

1. แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โดยจัดทำขึ้นเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อำเภอพนสนิมคม จังหวัดชลบุรี โดยมีความคาดหวังว่าองค์ความรู้ที่ได้รับจะนำไปสู่การค้นหาแนวทางในป้องกันโรคและควบคุมโรคระบาด การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา และแนวทางการส่งเสริมการให้บริการงานสาธารณสุขด้านการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคในอนาคตให้เกิดความยั่งยืนต่อไป

2. แบบสอบถามนี้ผู้วิจัยขอใช้คำว่า “โรคติดเชื้อ COVID-19” แทนคำว่า “โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)” โดยแบ่งเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อ COVID-19 จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 3 ทักษะเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 4 การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การได้รับการสนับสนุนทรัพยากร และความคาดหวังของสังคม ในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 จำนวน 14 ข้อ

ส่วนที่ 5 การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความรุนแรงของโรค และโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อ COVID-19 จำนวน 22 ข้อ

ส่วนที่ 6 การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 จำนวน 18 ข้อ

ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่าน

นายจรัญ มาลาศรี

นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



BUU-IRB Approved

25 ก.พ. 2564

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล**

คำอธิบาย : โปรดทำเครื่องหมาย  ลงใน  หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

**1. เพศ**

ชาย  หญิง

**2. อายุ** ..... ปี

**3. ระดับการศึกษา**

ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า  มัธยมศึกษาตอนต้น  มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.  
 อนุปริญญา/ปวส. ปริญญาตรีและสูงกว่า

**4. อาชีพ**

เกษตรกรรม  ข้าราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ  ธุรกิจส่วนตัว / ค้าขาย  
 พนักงาน/ลูกจ้างบริษัทเอกชน  อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

**5. รายได้เฉลี่ย**..... บาท / เดือน

**6. สถานภาพสมรส**

โสด  สมรสแล้ว  หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่

**7. ตำแหน่งทางสังคม**

นายกองค้กรปกครองส่วนท้องถิ่น  กำนัน  ผู้ใหญ่บ้าน  
 ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน  แพทย์ประจำตำบล  สารวัตรกำนัน

**8. ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งปัจจุบันของท่าน**.....ปี

**9. ประสบการณ์ในการป้องกันและควบคุมโรคของท่าน**

9.1 ท่านมีประสบการณ์ในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 หรือไม่

ไม่เคย  
 เคย โปรดระบุระยะเวลา..... ปี .....เดือน

9.2 ท่านมีประสบการณ์ในการป้องกันและควบคุมโรคอื่นๆ หรือไม่

ไม่เคย  
 เคย โปรดระบุโรค..... และระยะเวลา..... ปี .....เดือน



BUU-IRB Approved

25 ก.พ. 2564

Version 2.0/ February 9, 2021

1

## ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อ COVID-19

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับคำตอบของท่านมากที่สุด

ใช่ หมายถึง ข้อความนั้นเป็นจริง  
ไม่ใช่ หมายถึง ข้อความนั้นไม่เป็นความจริง

ข้อ	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1	โรคติดเชื้อ COVID-19 เป็นโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ		
2	โรคติดเชื้อ COVID-19 เป็นชนิดเดียวกับกับ โรคซาร์ส (SARS) และ โรคเมอร์ส (MERS) ซึ่งเป็นโรคติดต่อในระบบทางเดินหายใจ		
3	โรคติดเชื้อ COVID-19 เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังใช่หรือไม่		
4	โรคติดเชื้อ COVID-19 สามารถแพร่เชื้อจากคนสู่คนได้ทันทีแม้ไม่มีอาการ		
5	ระยะฟักตัวของโรคติดเชื้อ COVID-19 ส่วนมากจะอยู่ในช่วง 2-14 วัน หลังสัมผัสเชื้อ		
6	โรคติดเชื้อ COVID-19 แพร่ผ่านทางฝอยละอองเสมหะ จากการไอ จาม น้ำมูก น้ำลาย เท่านั้น		
7	ผู้ที่เสี่ยงติดเชื้อสูง คือ ผู้ที่สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อในระยะ 1 เมตรและมีระยะเวลานานกว่า 15 นาที		
8	โรคติดเชื้อ COVID-19 ข้ามสายพันธุ์มาจากสัตว์ป่า		
9	ผู้ที่มีอุณหภูมิร่างกายตั้งแต่ 37.5 °C ขึ้นไป และมีอาการ ไอ น้ำมูกไหล ร่วมด้วย คือ ผู้ป่วยหรือผู้สงสัยโรคติดเชื้อ COVID-19		
10	ผู้ติดเชื้อ COVID-19 ส่วนใหญ่จะมีอาการที่รุนแรง และมีโอกาสสูงต่อการเสียชีวิต		
11	อาการป่วยเริ่มต้นของโรคติดเชื้อ COVID-19 คล้ายผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่		
12	การล้างมือด้วยน้ำและสบู่ 15-20 วินาที ไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ได้		
13	โรคติดเชื้อ COVID-19 สามารถรักษาได้ โดยใช้ยาปฏิชีวนะในการกำจัดเชื้อ		
14	การฉีดพ่นสารเคมีทำลายเชื้อบนร่างกายของบุคคล และสถานที่ จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการกำจัดเชื้อได้ดีที่สุด		
15	แอลกอฮอล์ที่มีความเข้มข้นสูงกว่า 70% จะสามารถกำจัดเชื้อไวรัส COVID-19 ได้ดี		



ส่วนที่ 3 ทักษะเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

มากที่สุด	หมายถึง	ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงมากที่สุด
มาก	หมายถึง	ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงมาก
ปานกลาง	หมายถึง	ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงปานกลาง
น้อย	หมายถึง	ไม่ค่อยตรงกับความรู้สึกเลย
น้อยที่สุด	หมายถึง	ไม่ตรงกับความรู้สึกเลย

ข้อ	คำถาม	ระดับความเห็น				
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1	ฉันคิดว่า การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 เป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเท่านั้น					
2	ฉันคิดว่า การสูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยงในการเชื้อไวรัส COVID-19					
3	ฉันคิดว่า เด็กและผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อ					
4	ฉันคิดว่า ในอนาคตจะไม่มี การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 รอบที่ 2 เกิดขึ้นอีก					
5	ระบบสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพสามารถลดความชุกของการเกิดโรคได้					
6	ฉันคิดว่า โรคติดเชื้อไวรัส COVID-19 ไม่รุนแรงเท่ากับโรคเอดส์					
7	ฉันคิดว่า โรคติดเชื้อไวรัส COVID-19 ไม่สามารถรักษาให้หายได้					
8	ฉันคิดว่า บุคคลที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบทไม่มีความเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัส COVID-19					
9	ฉันคิดว่า ฉันสามารถช่วยดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัส COVID-19 ได้					
10	ฉันคิดว่า การล้างมืออย่างถูกวิธี (7 ขั้นตอน) การเว้นระยะห่าง และการสวมหน้ากากอนามัยไม่สามารถป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส COVID-19 ได้					



BUU-IRB Approved  
25 ก.พ. 2564

Version 2.0/ February 9, 2021

3

ส่วนที่ 3 ทศนคติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 (ต่อ)

ข้อ	คำถาม	ระดับความเห็น				
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
11	อาการป่วยเริ่มต้นของโรคติดเชื้อ COVID-19 คล้ายผู้ป่วยโรคไขหวัดใหญ่					
12	การล้างมือด้วยน้ำและสบู่ 15-20 วินาที ไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ได้					
13	โรคติดเชื้อ COVID-19 สามารถรักษาได้ โดยใช้ยาปฏิชีวนะในการกำจัดเชื้อ					
14	การฉีดพ่นสารเคมีทำลายเชื้อบนร่างกายของบุคคล และสถานที่ จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการกำจัดเชื้อได้ดีที่สุด					
15	แอลกอฮอล์ที่มีความเข้มข้นสูงกว่า 70% จะสามารถกำจัดเชื้อไวรัส COVID-19 ได้ดี					

ส่วนที่ 4 การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การได้รับการสนับสนุนทรัพยากร และความคาดหวังของสังคม ในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับที่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น ของท่านมากที่สุด

มากที่สุด	หมายถึง	ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงมากที่สุด
มาก	หมายถึง	ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงมาก
ปานกลาง	หมายถึง	ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงปานกลาง
น้อย	หมายถึง	ไม่ค่อยตรงกับความรู้สึกเลย
น้อยที่สุด	หมายถึง	ไม่ตรงกับความรู้สึกเลย

ข้อ	คำถาม	ระดับความเห็น				
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1	การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ท่านได้รับข้อเสนอแนะ วิธีการและแนวทางการปฏิบัติงานในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างเพียงพอ					



ส่วนที่ 4 การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การได้รับการสนับสนุนทรัพยากร และความคาดหวังของสังคม ในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 (ต่อ)

ข้อ	คำถาม	ระดับความเห็น				
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
2	หน่วยงานต่างๆ ได้จัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อ COVID-19 ให้กับท่าน					
3	บุคคลในชุมชนสนับสนุนทุก ๆ ด้าน เพื่อให้ท่าน สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ					
4	บุคคลในชุมชนสนับสนุนทุก ๆ ด้าน เพื่อให้ท่าน สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ					
5	ท่านได้รับคำชมเชยจากหน่วยงานต่าง ๆ ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19					
6	<b>การได้รับสนับสนุนทรัพยากร</b> ท่านได้รับคู่มือเอกสารในการดำเนินงานป้องกันและควบคุม โรคติดเชื้อ COVID-19					
7	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดให้มีระบบการติดต่อสื่อสารเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารเรื่องการประชุม การอบรม และการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างรวดเร็วและทันเหตุการณ์					
8	หน่วยงานต้นสังกัดของท่านมีการสื่อสารเรื่องโรคติดเชื้อ COVID-19 อยู่เสมอ					
9	หน่วยงานต่างๆ จัดหาอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ให้แก่ท่านอย่างเพียงพอ					
10	หน่วยงานของท่านจัดหาอุปกรณ์ในการป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 ที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน					
11	ท่านได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง					
12	<b>ความคาดหวังของสังคม</b> ประชาชนเชื่อว่าท่านมีองค์ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19					





ส่วนที่ 4 การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การได้รับการสนับสนุนทรัพยากร และความคาดหวังของสังคม ในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 (ต่อ)

ข้อ	คำถาม	ระดับความเห็น				
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
13	ท่านเป็นที่ไว้วางใจ และเป็นที่เคารพของประชาชนในการปฏิบัติงานป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ					
14	ท่านได้รับความไว้วางใจจากหน่วยงานสาธารณสุขให้ดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19					

ส่วนที่ 5 การรับรู้โอกาสเสี่ยง และความรุนแรงของโรคติดเชื้อ COVID-19 และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับที่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น ของท่านมากที่สุด

มากที่สุด	หมายถึง	ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงมากที่สุด
มาก	หมายถึง	ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงมาก
ปานกลาง	หมายถึง	ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงปานกลาง
น้อย	หมายถึง	ไม่ค่อยตรงกับความรู้สึกเลย
น้อยที่สุด	หมายถึง	ไม่ตรงกับความรู้สึกเลย

ข้อ	คำถาม	ระดับความเห็น				
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1	<b>การรับรู้โอกาสเสี่ยง</b> โรคติดเชื้อ COVID-19 เป็นโรคที่ติดต่อได้ง่ายเพียงการสัมผัส ละอองน้ำลาย น้ำมูก เสมหะการไอ หรือจาม ของผู้มีเชื้อ					
2	ผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงหากได้รับเชื้อ COVID-19 ก็จะมีอาการเหมือนกับการป่วยเป็นโรคไข้หวัดธรรมดา					
3	ท่านสำรวจสุขภาพตนเองก่อนเข้าไปปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ในชุมชน					



ส่วนที่ 5 การรับรู้โอกาสเสี่ยง และความรุนแรงของโรคติดเชื้อ COVID-19 และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 (ต่อ)

ข้อ	คำถาม	ระดับความเห็น				
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
4	การไม่สวมหน้ากากอนามัย/หน้ากากผ้าเมื่อออกจากบ้าน จะเสี่ยงติดเชื้อมากขึ้น					
5	โรคติดเชื้อ COVID-19 สามารถติดต่อได้โดยการที่มือสัมผัสสิ่งของที่ปนเปื้อนเชื้อ COVID-19 เช่น ธนบัตร โทรศัพท์ กลอนประตู เป็นต้น					
6	เมื่อท่านพบผู้มีอาการไอ จาม มีน้ำมูก เจ็บคอ ท่านได้แนะนำให้ไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใกล้บ้าน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือ โรงพยาบาล					
7	เมื่อมีอาการเจ็บป่วย ท่านนอนแยกห้องกับบุคคลอื่นในบ้าน					
8	การไปอยู่ร่วมกันในสถานที่แออัด เช่น ตลาด ห้างสรรพสินค้า มีโอกาสติดเชื้อ COVID 19 ได้ง่าย					
9	เมื่อมีอาการเจ็บป่วย ท่านจะหยุดพักอยู่ที่บ้าน ไม่เดินทางไป ที่ชุมชน หรือที่สาธารณะ					
10	การออกกำลังกายในสถานที่ปิดสามารถลดโอกาสเสี่ยงในการเจ็บป่วยจากโรคติดเชื้อ COVID-19 ได้					
11	ท่านงดเดินทางไปยังพื้นที่ที่มีการรายงานเป็นพื้นที่เสี่ยงโรคระบาด					
	<b>การรับรู้ความรุนแรง</b>					
12	โรคติดเชื้อ COVID-19 อันตรายร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิต					
13	โรคติดเชื้อ COVID-19 ทำให้ปอดติดเชื้อรุนแรง					
14	ผู้สูงอายุมีโอกาสเสียชีวิตสูงหากติดเชื้อ COVID-19					
15	หากมีโรคประจำตัวและติดเชื้อ COVID-19 อาจเพิ่มความรุนแรงและอันตรายถึงชีวิตได้					
16	ผู้ที่ผ่านการตรวจหาเชื้อ COVID-19 แล้ว ก็ยังคงมีความเสี่ยงในการติดเชื้ออยู่					



ส่วนที่ 5 การรับรู้โอกาสเสี่ยง และความรุนแรงของโรคติดเชื้อ COVID-19 และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 (ต่อ)

ข้อ	คำถาม	ระดับความเห็น				
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	<b>การรับรู้ประโยชน์</b>					
17	ท่านใช้กระดาษทิชชูปิดปากปิดจมูกทุกครั้งเมื่อมีอาการไอหรือ จาม					
18	มาตรการของรัฐบาลโดยการใช้แอปพลิเคชัน “ไทยชนะ” สามารถป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ได้เป็นอย่างดี					
19	การรับประทานอาหารสุก สะอาด ใช้ช้อนกลาง ไม่ทานอาหารที่ทำจากสัตว์ป่าหรือสัตว์หายากสามารถป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ได้					
20	ท่านหลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้มีอาการคล้ายไข้หวัดหรืออาการติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง					
21	ท่านติดตามข่าวสารสถานการณ์โรคที่เกิดจากการติดเชื้อ COVID-19 ทางโทรทัศน์/ อินเทอร์เน็ต/วิทยุอย่างต่อเนื่อง					
22	หลังทิ้งหน้ากากอนามัยที่ใช้แล้ว ท่านทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจล หรือน้ำและสบู่ทันที					



ส่วนที่ 6 การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความและทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับที่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น ของท่านมากที่สุด

มาก หมายถึง ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงมาก  
ปานกลาง หมายถึง ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงปานกลาง  
น้อย หมายถึง ไม่ค่อยตรงกับความรู้สึกเลย

ข้อ	คำถาม	ความคิดเห็น		
		น้อย	ปานกลาง	มาก
	<b>การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ</b>			
1	ท่านมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ในพื้นที่ของท่าน			
2	ท่านมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและเสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19			
3	ท่านมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ในพื้นที่ของท่าน			
4	ท่านมีส่วนร่วมในการกำหนดมาตรการทางสังคมเพื่อนำมาใช้ในป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ในพื้นที่ของท่าน เช่น ผู้ที่เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยงติดเชื้อต้องแจ้งให้ อสม. หรือผู้นำชุมชนทราบทุกครั้ง เป็นต้น			
5	ท่านมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนเสนอขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานในพื้นที่			
	<b>การมีส่วนร่วมลงมือปฏิบัติ</b>			
6	มีการมอบหมายงานเกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ในชุมชนให้กับผู้นำชุมชนทุกคนอย่างชัดเจน			
7	ท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินคัดกรอง ค้นหาผู้ที่เสี่ยงติดเชื้อ COVID-19 ในพื้นที่ของท่าน			
8	ท่านมีส่วนร่วมประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ในพื้นที่ที่ท่านรับผิดชอบ			
9	ท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม ตามแผนการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ของกระทรวงสาธารณสุข			



ส่วนที่ 6 การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 (ต่อ)

ข้อ	คำถาม	ความคิดเห็น		
		น้อย	ปานกลาง	มาก
10	ท่านได้ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 ในหมู่บ้านที่ท่านรับผิดชอบ			
11	ท่านมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ในหมู่บ้านที่ท่านรับผิดชอบ			
	<b>การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์</b>			
12	ท่านและชุมชนสามารถดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ได้อย่างดี			
13	การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 คือ การทำงานเพื่อสุขภาพของประชาชน			
14	ท่านได้รับคำตอบแทนพิเศษจากการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัส COVID-19			
15	ท่านได้รับคำชื่นชมจากประชาชน และหน่วยงานต่าง ๆ ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัส COVID-19			
	<b>การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล</b>			
16	ท่านมีส่วนร่วมในการสรุปผลการปฏิบัติงานและจัดทำรายงาน ผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ให้กับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทราบ			
17	ท่านได้ติดตามประเมินผลความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ให้เป็นไปตามแผนที่ได้กำหนดไว้			
18	ท่านได้ค้นหาข้อดี ข้อบกพร่องจากการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 เพื่อนำมาปรับปรุงการดำเนินงานครั้งต่อไป			

\*\*\*ขอขอบคุณทุกท่านที่สละเวลาตอบแบบสอบถาม\*\*\*



## ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นายจรัญ มาลาศรี
วัน เดือน ปี เกิด	16 มิถุนายน 2537
สถานที่เกิด	อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	เลขที่ 99 หมู่ที่ 6 ตำบลหนองแวง อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร 47120
ตำแหน่งและประวัติการทำงาน	พ.ศ. 2560-2561 นักวิชาการสาธารณสุข โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร จังหวัดสกลนคร พ.ศ. 2561-2564 นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักงานเทศบาลตำบลหัวถนน จังหวัดชลบุรี พ.ศ. 2564-ปัจจุบัน นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2560 สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พ.ศ. 2565 สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
รางวัลหรือทุนการศึกษา	พ.ศ. 2560 รางวัล "คุณธรรม จริยธรรมดีเด่น" จากสภาคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์- แห่งประเทศไทย พ.ศ. 2559 ทุนภูมิพล ประเภทสร้างชื่อเสียงให้มหาวิทยาลัย ในด้านกิจกรรมและวิชาชีพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พ.ศ. 2559 รางวัลนิติตันแบบ "MSU FOR ALL" ระดับดี ภายใต้โครงการคัดเลือกนักศึกษาเพื่อรับรางวัล พระราชทาน ระดับอุดมศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พ.ศ. 2559 โล่เกียรติคุณการบริหารงานสัมพันธ์นิตินักศึกษา

สาขารณศาสตรและวิทยาศาสตร์สุขภาพ  
แห่งประเทศไทย

พ.ศ. 2558

ทุนการศึกษา ประเภททุนกิจกรรมดีเด่น  
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พ.ศ. 2558

รางวัล “คนดี ศรี มมส.” มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

