

นิพนธ์ต้นฉบับ

ระดับการตีตราและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ที่ติดเชื้อ COVID-19 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
ประเทศไทย

กนกพร ยอดยศ⁽¹⁾, วงศา เล้าหิรีวงศ์⁽²⁾, รจิตรา นววงศ์อนันต์^{(2)*}, กฤษณะ อุ่นทะโคตร⁽²⁾, จิตติมา นุตราวงศ์⁽³⁾, ปาริชา นิพพานนท์⁽²⁾,
นพรัตน์ เสนาฮาด⁽²⁾

วันที่ได้รับต้นฉบับ: 5 พฤษภาคม 2568

วันที่ตอบรับการตีพิมพ์: 22 กรกฎาคม 2568

* ผู้รับผิดชอบบทความ

email: rajina@kku.ac.th

(1) นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎี

บัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

(2) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

(3) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทคัดย่อ

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ก่อให้เกิดผลกระทบทางสุขภาพจิตและสังคมต่อผู้ที่เคยติดเชื้อ หนึ่งในประเด็นสำคัญคือ “การตีตรา (Stigmatization)” โดยหมายถึง การไม่ยอมรับหรือเลือกปฏิบัติต่อบุคคลหรือกลุ่มในสังคม นำไปสู่การถูกลดคุณค่าและการตัดสินใจทำให้เกิดความรู้สึกว่า มีความแตกต่างจากผู้อื่นอย่างไม่พึงประสงค์ โดยอาจเกิดจากสังคม บุคคลใกล้ชิด หรือเกิดจากตนเอง ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตและการเข้าถึงสังคมของผู้ป่วยในระยะยาว การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการตีตราและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ที่ติดเชื้อ COVID-19 เก็บข้อมูลในประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่เคยติดเชื้อ COVID-19 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย จำนวน 1,250 คน ช่วงที่มีการระบาดของโรคฯ ในปี 2566 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมานวิเคราะห์ด้วย Generalized Linear Mixed Models: GLMM นำเสนอค่า Adjusted Odds Ratio (Adj.OR), 95%CI และค่า p-value

ผลการศึกษา: ตัวอย่าง 1,250 คน ที่เคยติดเชื้อ COVID-19 ส่วนใหญ่มีระดับการตีตราในระดับน้อย (ร้อยละ 77.20) ค่าคะแนนเฉลี่ยการตีตราภาพรวมอยู่ที่ 27.26 (S.D.=12.36) พิจารณาแยกตามมิติ พบว่า การตีตราตนเอง การตีตราจากเพื่อนร่วมงาน การตีตราจากครอบครัว และการตีตราจากชุมชนอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 92.00, 93.84, 92.08 และร้อยละ 92.00 ตามลำดับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตีตราของผู้ที่ติดเชื้อ COVID-19 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย ได้แก่ อาชีพกลุ่ม “ลูกจ้างของรัฐ” มีแนวโน้มได้รับการตีตราน้อยกว่ากลุ่มเกษตรกรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adj.OR=2.66, 95%CI=1.40–5.05) ระยะเวลาการรักษาน้อยกว่า 7 วัน มีโอกาสได้รับการตีตราน้อยกว่าผู้ที่รักษานานกว่า 10 วัน (Adj.OR = 1.95, 95%CI = 1.20–3.17) และผู้ที่รักษาระหว่าง 7–10 วัน (Adj.OR=1.70, 95%CI=1.07–2.72) พฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 พบว่า ผู้ที่มีพฤติกรรมในระดับดีมีแนวโน้มได้รับการตีตราน้อยกว่าผู้ที่มีพฤติกรรมไม่ดีหรือปานกลาง (Adj.OR=1.73, 95%CI=1.16–2.56) ความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับ “ดีเยี่ยม” มีความสัมพันธ์กับระดับการตีตราที่ลดลง (Adj.OR=1.84, 95%CI=1.25–2.72) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีความรู้ในระดับ “พอเพียง” ความเครียด พบว่า กลุ่มที่มีระดับความเครียด “สูงกว่าปกติเล็กน้อยถึงปานกลาง” มีแนวโน้มถูกตีตราน้อยกว่ากลุ่มที่มีความเครียดในระดับรุนแรงอย่างชัดเจน (Adj.OR=4.34, 95%CI=2.76–6.83) ผู้ที่มีระดับ PTSD ในระดับ “ปานกลาง” มีโอกาสได้รับการตีตราน้อยกว่าผู้ที่มีระดับ PTSD สูง-รุนแรง อย่างมีนัยสำคัญ (Adj.OR=5.01, 95%CI=2.35–10.70) จากผลการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตีตราน้อย ได้แก่ การเป็นลูกจ้างของรัฐเมื่อเทียบกับเกษตรกร ระยะเวลาการรักษาน้อยกว่า 7 วัน พฤติกรรมการป้องกันโรคในระดับดี ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดีเยี่ยม รวมถึงระดับความเครียดและ PTSD ที่อยู่ในระดับปานกลางหรือต่ำกว่ารุนแรงอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสะท้อนว่าปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรม และภาวะจิตใจมีผลต่อการรับรู้การตีตราที่ผู้ติดเชื้อ

ข้อเสนอแนะ: ควรเสริมสร้างสุขภาพจิตและการจัดการความเครียดของผู้ติดเชื้อ รวมทั้งส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคที่ดีและเพิ่มพูนความรู้ด้านสุขภาพในชุมชนและเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียม เพื่อช่วยลดการตีตราจากสังคม

คำสำคัญ: การตีตรา, ผู้ที่ติดเชื้อ COVID-19

Original Article

Prevalence and Correlates of Stigma among Covid-19 Patients in Northeastern Thailand

Kanokporn Yodyot⁽¹⁾, Wongs Laohasiriwong⁽²⁾, Rajitra Nawawonganun^{(2)*}, Kritsana Aunthakhot⁽²⁾,
Thitima Nutrawong⁽³⁾, Paricha Nippanon⁽²⁾, Nopparat Senahad⁽²⁾

Received Date: May 5, 2025

Accepted Date: July 22, 2025

Abstract

The COVID-19 pandemic has brought about substantial psychological and social impacts, particularly stigma, among individuals who have previously contracted the virus. This cross-sectional research aimed to investigate the levels of stigma and associated factors among COVID-19 survivors in Northeastern Thailand. A total of 1,250 samples aged 18 years and above who had recovered from COVID-19 were recruited through multi-stage sampling across 12 provinces. Data were collected via an online structured questionnaire in 2023 and analyzed using descriptive statistics and Generalized Linear Mixed Models (GLMM).

The findings revealed that 77.20% of participants experienced low stigma, 13.28% moderate stigma, and 9.52% high stigma, with a mean stigma score of 27.26 (S.D.=12.36). Stigma across all four dimensions—self-stigma, workplace, family, and community—was predominantly low. Factors significantly associated with lower stigma included being a government employee (Adj.OR=2.66, 95%CI: 1.40–5.05), shorter treatment duration (<7 days) (Adj.OR=1.95, 95%CI: 1.20–3.17), good COVID-19 preventive behaviors (Adj.OR=1.73, 95%CI: 1.16–2.56), excellent health literacy (Adj.OR=1.84, 95%CI: 1.25–2.72), mild-to-moderate stress (Adj.OR=4.34, 95%CI: 2.76–6.83), and moderate post-traumatic stress (Adj.OR=5.01, 95%CI: 2.35–10.70).

This study underscores the importance of addressing psychological, behavioral, and sociodemographic factors when developing stigma-reduction interventions. Public health strategies should therefore emphasize on promoting health literacy, mental health screening, alleviating stigma in communities.

Keywords: Stigma, COVID-19 Survivors

* Corresponding author

email: rajina@kku.ac.th

(1) Doctor of Public Health Student,

Faculty of Public Health,

Khon Kaen University

(2) Faculty of Public Health,

Khon Kaen University

(3) Faculty of Medicine,

Khon Kaen University

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) คือ โรคอุบัติใหม่ที่เกิดการระบาดใหญ่ระดับโลก ส่งผลให้มีผู้ติดเชื้อสะสมหลายล้านคน ผลกระทบจากการแพร่ระบาดไม่ได้จำกัดเฉพาะด้านร่างกายเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อทางจิตใจและสังคมอย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะปรากฏการณ์การตีตราทางสังคมที่เกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อ COVID-19 ซึ่งมักมีสาเหตุมาจากความไม่รู้ ความกลัว และความไม่มั่นใจของประชาชนต่อโรคอุบัติใหม่นี้ (Fu et al., 2022) การรับรู้ที่ผิดพลาดเกี่ยวกับความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค รวมถึงการขาดข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับแนวทางการรักษา เป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การตีตรา (Stigmatization) ซึ่งหมายถึง การไม่ยอมรับหรือเลือกปฏิบัติต่อบุคคลหรือกลุ่มในสังคม นำไปสู่การถูกลดคุณค่า และการตัดสินใจทำให้เกิดความรู้สึกว่า มีความแตกต่างจากผู้อื่นอย่างไม่พึงประสงค์ รวมถึงการเลือกปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมต่อผู้ป่วย โดยปัจจัยที่เอื้อต่อการเกิดหรือรับรู้การตีตรา ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล เช่น อายุ เพศ ปัจจัยด้านความรู้และการรับรู้ความเสี่ยง ดังนั้นจึงจำเป็นต้องพัฒนาองค์ความรู้เพื่อป้องกันผลกระทบด้านสุขภาพจิตและสังคมในวิกฤตสาธารณสุข Dayton et al. (2022) การศึกษาของ Fu et al. (2022) ในประเทศจีนพบว่าหลังจากผู้ป่วย COVID-19 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่เผชิญกับการถูกเลือกปฏิบัติ การตีตราตนเอง และการตีตราจากสังคม ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับที่แย่ลงอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ Lin et al. (2021) ศึกษาการตีตราที่รับรู้ในผู้ป่วย COVID-19 ช่วงต้นของการระบาดในจีน พบว่าผู้ป่วยจำนวนมากยังคงมีความกลัวที่จะถูกตีตราและกังวลว่าจะเป็นผู้แพร่เชื้อซ้ำ รวมถึงประสบกับอาการทางกายและจิตใจที่หลงเหลือ เช่น ความเหนื่อยล้าเรื้อรังและความรู้สึกโดดเดี่ยวจากการแยกตัวในสถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลสนาม นอกจากนี้ ครอบครัวของผู้รอดชีวิตจาก COVID-19 ยังต้องการการสนับสนุนด้านสุขภาพจิต เนื่องจากการเห็นญาติในสภาวะวิกฤตที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งก่อให้เกิดความรู้สึกใกล้ชิดกับความตายและความสูญเสีย (Lin et al., 2021) งานวิจัยส่วนใหญ่ในประเทศไทยที่ผ่านมาเน้นไปที่การศึกษากลยุทธ์เพื่อลดการตีตราทางสังคมในช่วงการระบาด เช่น สุกัลลักษณ์ ธาณิรัตน์ และคณะ (2563) ศึกษาแนวทาง

ปฏิบัติเพื่อลดการตีตรา พบว่า แนวทางปฏิบัติเพื่อลดการตีตรามีกลยุทธ์สำคัญ 4 ประการ คือ การปรับทัศนคติของบุคคลในสังคม การสร้างแนวปฏิบัติที่ดีในวิถีชีวิตใหม่ สร้างเครือข่ายสังคมที่เกื้อกูล และส่งเสริมความรับผิดชอบต่อสังคม ซึ่งแนวทางเหล่านี้สะท้อนถึงการรับมือกับปัญหาการตีตราที่ครอบคลุมทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยเน้นการสร้างความเข้าใจและความร่วมมือทางสังคม ซึ่งมีความเชื่อมโยงโดยตรงกับการยอมรับผู้ติดเชื้อ COVID-19 ในสังคม และการศึกษาของ Ramaci et al. (2020) ที่ได้ศึกษาผลกระทบด้านสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศอิตาลีซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในการเผชิญกับการตีตราและการเลือกปฏิบัติจากสังคม โดยพบว่าบุคลากรทางการแพทย์จำนวนมากเผชิญกับการตีตรา เช่น การถูกมองว่าเป็นพาหะของโรคหรือถูกหลีกเลี่ยงจากสังคม ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต เช่น ความเครียด ความไม่พึงพอใจในการทำงาน และแรงจูงใจลดลง โดยผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การตีตราไม่เพียงส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตต่อผู้ปฏิบัติงานด้านหน้าเท่านั้น แต่ยังสะท้อนให้เห็นถึงโครงสร้างทางสังคมและทัศนคติของประชาชนที่มีต่อผู้ที่เกี่ยวข้องกับ COVID-19 ในระดับกว้าง ด้วยเหตุนี้ การศึกษาระดับการตีตราและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ติดเชื้อ COVID-19 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อให้ได้ข้อมูลจากประสบการณ์ตรงของผู้ป่วยและวิเคราะห์หาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตีตรา เพื่อช่วยสนับสนุน พัฒนาส่งเสริมคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพในอนาคต โดยเฉพาะในช่วงที่เกิดโรคอุบัติใหม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาระดับการตีตราและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ติดเชื้อ COVID-19 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือประเทศไทย

วิธีดำเนินการวิจัย

- **รูปแบบการวิจัย**

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง

- **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรที่ศึกษา คือ ประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่เคยติดเชื้อ COVID-19 และอาศัยในพื้นที่ภาค

ตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย ขนาดตัวอย่าง (Sample) คำนวณโดยใช้สูตรคำนวณตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ถดถอยพหุลอจิสติก (Multiple logistics regression) (Hsieh, Bloch, & Larsen, 1998) และปรับค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ได้ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว 1,250 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างหลายขั้นตอน (Multi-Stage Sampling) (Creswell, 2014) ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 จัดทำบัญชีรายชื่อจังหวัดในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ทั้งสิ้น 20 จังหวัด โดยจำแนกเป็น เขตสุขภาพ จำนวน 4 เขตสุขภาพ ขั้นตอนที่ 2 ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน เพื่อเลือกจังหวัดเป็นตัวแทนในแต่ละเขตสุขภาพในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 12 แห่ง จำแนกตามเขตสุขภาพที่ 7-10 หรือคิดเป็น ร้อยละ 60 ของจังหวัดทั้งหมดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยสุ่มได้จังหวัดที่เป็นพื้นที่ในการวิจัย 12 จังหวัด ขั้นตอนที่ 3 ใช้วิธีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของแต่ละจังหวัดตามสัดส่วน ขั้นตอนที่ 4 ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืนตามรหัสทะเบียนผู้ป่วยจนได้ตัวอย่างแต่ละจังหวัดจนครบ 1,250 คน

● เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามระดับการตีตราและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ที่ติดเชื้อ COVID-19 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย โดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผ่านการตรวจจากผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ด้านกระบวนการวิจัย ด้านระบาดวิทยา จำนวน 5 ท่าน แล้วปรับแก้ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach Method)

● การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เคยติดเชื้อ COVID-19 จำนวน 1,250 คน ในช่วงเดือน สิงหาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2566

● การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยการวิเคราะห์ระดับการตีตรา ลักษณะคำถามเป็นตัวเลือกแบบประมาณค่า (Rating Scale) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของลิเกิร์ต (Likert Scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด และให้เลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียวเท่านั้น จากนั้นทำการแปลผลเกี่ยวกับระดับการตีตรา โดยใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่มเป็น 3 ระดับขั้น โดยการนำค่าสูงสุดด้วยค่าต่ำสุด และหารด้วยจำนวนขั้นที่ต้องการ จะได้คะแนนดังนี้ คะแนน $\geq$ ร้อยละ 40 หมายถึง การตีตรา อยู่ในระดับสูง คะแนน ร้อยละ 30-39 หมายถึง การตีตรา อยู่ในระดับปานกลาง คะแนน $<$ ร้อยละ 30 หมายถึง การตีตรา อยู่ในระดับต่ำ (Best & Kahn, 2006)

2) สถิติเชิงอนุมานใช้วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ด้วยสถิติที่สามารถควบคุมผลกระทบระหว่างกลุ่ม (Clustering effect) โดยใช้จังหวัดที่กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ เป็นตัวแปรที่อยู่ในสมการเพื่อสุ่มผลกระทบ (Random effects equations) โดยใช้การวิเคราะห์แบบผสมเชิงเส้นวางนัยทั่วไป (Generalized Linear Mixed Model: GLMM)

● การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยได้นำโครงการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการ และได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่นเมื่อวันที่ 12 กรกฎาคม 2566 เลขที่ HE 662119 โดยให้มีผู้ประสานในแต่ละจังหวัดเพื่อประสานงานเก็บข้อมูล

ผลการวิจัย

● ลักษณะทางประชากรทั่วไป

ผลการศึกษาพบว่า ตัวอย่าง 1,250 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.72 มีอายุเฉลี่ย 42 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=13.11) ศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 37.76 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 63.76 อาชีพรับจ้างทั่วไป/อาชีพอิสระ ร้อยละ 38.48 มีรายได้เฉลี่ย 13,002.55 บาท (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=3,885.91) และพักอาศัยอยู่กับครอบครัว ร้อยละ 60.96

● ลักษณะทางประชากรด้านสุขภาพและการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 83.20 สาเหตุของการติดเชื้อ COVID-19 คือติดจากที่ทำงาน ร้อยละ 42.48 มีระยะเวลาการรักษาเฉลี่ย 7.83 วัน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=3.58) เกือบครึ่งมีระยะเวลาการรักษา 7-10 วัน ร้อยละ 41.92 จำนวนครั้งที่ติดเชื้อมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.27 ครั้ง (S.D.=0.54) ส่วนใหญ่ติดเชื้อ จำนวน 1 ครั้ง ร้อยละ 77.76 เกินครึ่งมีอาการแสดงคือ มีไข้/ไอ/เจ็บคอ ร้อยละ 62.96 เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสนาม ร้อยละ 35.04 ได้รับวัคซีนจำนวน 2 เข็ม ร้อยละ 37.20 ส่วนใหญ่ไม่มีเชื้อลงปอด ร้อยละ 88.00 ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ ร้อยละ 96.16 ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 87.12 และไม่มีอาการหลังติดเชื้อ COVID-19 ที่หลงเหลือ ร้อยละ 79.28 ส่วนกลุ่มที่มีอาการหลังติดเชื้อ COVID-19 ที่หลงเหลือ ร้อยละ 20.72 จะมีอาการเหนื่อยง่าย/หายใจไม่อิ่ม/ใจสั่น/ไอเรื้อรัง ร้อยละ 14.72 และส่วนใหญ่ไม่มีการสูญเสียสมาชิกครอบครัวจากการติดเชื้อ COVID-19 ร้อยละ 98.80

● ระดับการติตรา

จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,250 คน พบว่า ผู้ที่เคยติดเชื้อ COVID-19 ส่วนใหญ่มีระดับการติตราในภาพรวมอยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 77.20 ขณะที่ร้อยละ 13.28 มีระดับการติตราในระดับปานกลาง และเพียงร้อยละ 9.52 เท่านั้นที่มีระดับการติตราในระดับมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยของการติตราโดยรวมเท่ากับ 27.26 (S.D.=12.36) และช่วงความเชื่อมั่นของค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.29-1.36 เมื่อพิจารณาระดับการติตราในแต่ละมิติ พบผลดังนี้ ระดับการติตราตนเอง พบว่าส่วนใหญ่รู้สึกว่าคุณถูกติตราในระดับน้อยถึง ร้อยละ 92.00 ขณะที่ระดับปานกลางและระดับมากอยู่ที่ ร้อยละ 4.88 และ 3.12 ตามลำดับ ระดับการติตราจากเพื่อนร่วมงาน พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 93.84 มีเพียงร้อยละ 1.44 และ 4.72 ที่รายงานว่า มีระดับการติตราในระดับปานกลางและมากตามลำดับ ระดับการติตราจากครอบครัว พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย โดยร้อยละ 92.08 ขณะที่ร้อยละ 4.80 และ 3.12 ระบุว่าถูกติตราในระดับปานกลางและมากตามลำดับ ในมิติของการติตราจากชุมชน พบว่าร้อยละ 92.00 ของผู้ตอบแบบสอบถามประเมินว่าการติตราอยู่

ในระดับน้อย ขณะที่ร้อยละ 3.04 และ 4.96 รายงานว่าถูกติตราในระดับปานกลางและระดับมาก ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่าคุณได้รับการติตราในระดับที่น้อย ทั้งในภาพรวมและทุกมิติย่อยของการติตรา ซึ่งอาจสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงทางสังคมต่อการยอมรับผู้ที่เคยติดเชื้อ COVID-19 ในระยะหลังของการระบาด อย่างไรก็ตาม ยังมีตัวอย่างบางส่วนที่เผชิญกับการติตราในระดับปานกลางถึงมาก ซึ่งควรได้รับความสนใจในการออกแบบมาตรการลดความรุนแรงของการติตราต่อไป รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

● ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติตราของผู้ที่ติดเชื้อ COVID-19 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย จากการวิเคราะห์แบบทีละคู่ (Bivariate Analysis)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติตราของผู้ที่ติดเชื้อ COVID-19 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย ได้แก่ อายุ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการติตรา โดยพบว่าช่วงอายุ น้อยกว่า 35 ปี มีโอกาสได้รับการติตราน้อยเป็น 1.88 เท่า (95%CI=1.19-2.94) กลุ่มอายุระหว่าง 35-44 ปี มีโอกาสได้รับการติตราน้อยเป็น 1.71 เท่า (95%CI=1.06-2.75) และอายุระหว่าง 45-59 ปี มีโอกาสได้รับการติตราน้อยเป็น 1.80 เท่า (95%CI=1.15-2.81) เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ระดับการศึกษา พบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรีมีโอกาสได้รับการติตราน้อยกว่าผู้ที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (OR=2.34, 95%CI=1.22-4.49) อาชีพ โดยเฉพาะกลุ่มลูกจ้างของรัฐ (OR=2.78, 95%CI=1.72-4.49) และพนักงานเอกชน (OR=1.73, 95%CI=1.05-2.83) มีโอกาสถูกติตราน้อยกว่ากลุ่มเกษตรกร ระยะเวลาการรักษา ผู้ที่มีระยะเวลาการรักษาน้อยกว่า 10 วัน มีโอกาสได้รับการติตราน้อยกว่า 1.74 เท่า โดยเฉพาะกลุ่มที่รักษาน้อยกว่า 7 วัน (OR=1.74, 95%CI=1.22-2.48) จำนวนครั้งที่ติดเชื้อ พบว่า กลุ่มที่ติดเชื้อ 3 ครั้งมีโอกาสดำเนินการติตราน้อยกว่า 2.72 เท่าของกลุ่มที่ติดเชื้อ 1-2 ครั้ง (OR=2.72, 95%CI=1.16-6.42) พฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่า ผู้ที่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายระดับดี มีแนวโน้มได้รับการติตราน้อยกว่า 1.75 เท่าของผู้ที่มีพฤติกรรมระดับปานกลางหรือไม่ดี (OR=1.75, 95%CI=1.19-2.57) พฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 พบว่า ผู้ที่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคในระดับดีมีโอกาสดำเนินการ

ตีตราน้อยกว่า 1.83 เท่าของผู้ที่มีพฤติกรรมไม่ดีหรือปานกลาง ($OR=1.83$, $95\%CI=1.35-2.49$) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) พบว่า กลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดีเยี่ยม มีโอกาสถูกตีตราน้อยกว่า 2.45 เท่าของกลุ่มที่มีความรู้เพียงพอ ($OR=2.45$, $95\%CI=1.81-3.33$) ภาวะซึมเศร้า พบว่า ผู้ที่เข้าข่ายมีภาวะซึมเศร้ากลับมีโอกาสได้รับการตีตราน้อยกว่าผู้ที่ไม่มีภาวะดังกล่าวถึง 2.11 เท่า ($OR=2.11$, $95\%CI=1.37-3.24$) ความเครียด พบว่า ความเครียดระดับสูงกว่าปกติเล็กน้อย-ปานกลาง มีโอกาสถูกตีตราน้อยกว่า 2.26 เท่าของกลุ่มที่มีความเครียดระดับรุนแรง ($OR=2.26$, $95\%CI=1.71-2.99$) ภาวะเครียดหลังเผชิญเหตุการณ์รุนแรง (Post-Traumatic Stress Disorder: PTSD) พบว่า กลุ่มที่ประเมินว่ามีผลกระทบระดับปานกลาง มีโอกาสถูกตีตราต่ำกว่าผลกระทบระดับรุนแรงเป็น 3.29 เท่า ($OR=5.75$, $95\%CI=3.29-10.04$)

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ การศึกษา อาชีพ และพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงภาวะทางจิตใจ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับระดับการตีตราในผู้ที่ติดเชื้อ COVID-19 โดยเฉพาะกลุ่มที่มีพฤติกรรมสุขภาพดี มีการป้องกันตนเองที่เหมาะสม และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง จะมีแนวโน้มได้รับการตีตราต่ำกว่า ทั้งนี้ผลการศึกษาดังกล่าวสามารถนำไปใช้ในการวางแผนเชิงนโยบายเพื่อป้องกันการตีตรา และส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกในสังคมต่อผู้ป่วยโรคติดต่อในอนาคต รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

● ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตีตราของผู้ที่ติดเชื้อ COVID-19 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย วิเคราะห์แบบคร่าวละหลายตัวแปร (Multivariable analysis)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตีตราของผู้ที่ติดเชื้อ COVID-19 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย ได้แก่ อาชีพ พบว่า กลุ่มลูกจ้างของรัฐมีแนวโน้มได้รับการตีตราต่ำกว่ากลุ่มเกษตรกรเป็น 2.66 เท่า ($Adj.OR=2.66$, $95\%CI=1.40-5.05$) ระยะเวลาการรักษา พบว่า ผู้ที่มีระยะเวลารักษาน้อยกว่า 7 วัน มีโอกาสได้รับการตีตราต่ำกว่าเป็น 1.95 เท่า ของผู้ที่รักษานานกว่า 10 วัน ($Adj.OR=1.95$, $95\%CI=1.20-3.17$) และ 1.70 เท่าของผู้ที่รักษาระหว่าง 7-10 วัน ($Adj.OR=1.70$, $95\%CI=1.07-2.72$) พฤติกรรมการป้องกันโรค

COVID-19 พบว่า ผู้ที่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคในระดับดีมีแนวโน้มได้รับการตีตราต่ำกว่าผู้ที่มีพฤติกรรมไม่ดีหรือปานกลางเป็น 1.73 เท่า ($Adj.OR=1.73$, $95\%CI=1.16-2.56$) ความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดีเยี่ยมมีแนวโน้มได้รับการตีตราต่ำกว่ากลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพอเพียงเป็น 1.84 เท่า ($Adj.OR=1.84$, $95\%CI=1.25-2.72$) ความเครียด พบว่า กลุ่มที่มีระดับความเครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อยถึงปานกลางมีแนวโน้มถูกตีตราต่ำกว่ากลุ่มที่มีความเครียดในระดับรุนแรงเป็น 4.34 เท่า ($Adj.OR=4.34$, $95\%CI=2.76-6.83$) ภาวะเครียดหลังเผชิญเหตุการณ์รุนแรง (PTSD) พบว่า ผู้ที่มีระดับ PTSD ปานกลางมีโอกาสดำเนินการตีตราต่ำกว่าผู้ที่มีระดับผลกระทบสูง-รุนแรง เป็น 5.01 เท่า ($Adj.OR=5.01$, $95\%CI=2.35-10.70$)

จากการวิเคราะห์แบบคร่าวละหลายตัวแปร พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตีตราในระดับต่ำของตัวอย่าง ได้แก่ อาชีพ (โดยเฉพาะลูกจ้างของรัฐ), ระยะเวลาการรักษาที่สั้นลง, พฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดี, ความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง, การมีระดับความเครียดที่ไม่รุนแรง และระดับผลกระทบจาก PTSD ที่ไม่สูงเกินไป ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่า ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรม และภาวะทางจิตใจ ต่างมีบทบาทสำคัญในการกำหนดระดับการตีตราที่ผู้ป่วยรู้สึกได้รับ ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการออกแบบมาตรการลดการตีตราทางสังคม และส่งเสริมความเข้าใจในชุมชนได้อย่างเหมาะสม

บทสรุปและอภิปรายผล

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ก่อให้เกิดผลกระทบทางสุขภาพจิต และสังคมต่อผู้ที่เคยติดเชื้อ หนึ่งในประเด็นสำคัญคือ “การตีตรา (Stigmatization)” โดยหมายถึง การไม่ยอมรับหรือเลือกปฏิบัติต่อบุคคลหรือกลุ่มในสังคม นำไปสู่การถูกลดคุณค่า และการตัดสินใจทำให้เกิดความรู้สึกว่า มีความแตกต่างจากผู้อื่นอย่างไม่พึงประสงค์ โดยอาจเกิดจากสังคม บุคคลใกล้ชิด หรือเกิดจากตนเอง ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตและการเข้าสังคมของผู้ป่วยในระยะยาว โดยปัจจัยที่เอื้อต่อการเกิดหรือรับรู้การตีตรา ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล เช่น อายุ เพศ ปัจจัยด้านความรู้และการรับรู้ความเสี่ยง ดังนั้นจึง

จำเป็นต้องพัฒนาองค์ความรู้เพื่อป้องกันผลกระทบด้านสุขภาพจิตและสังคมในวิกฤตสาธารณสุข Dayton et al. (2022) การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการติตราและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ที่ติดเชื้อ COVID-19 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย

ผลการศึกษา พบว่า ตัวอย่างที่เคยติดเชื้อ COVID-19 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือส่วนใหญ่มีระดับการติตราในระดับน้อย ซึ่งอาจสะท้อนถึงพัฒนาการของสังคมไทยในช่วงหลังการระบาด ที่ประชาชนมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมามากขึ้น และสามารถปรับตัวอยู่ร่วมกับผู้ที่เคยติดเชื้อได้ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม ยังพบว่ามีบางส่วนที่ประสบกับการติตราในระดับปานกลางถึงมาก โดยเฉพาะกลุ่มที่เป็นเพศหญิง รายได้น้อย การศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี มีโรคประจำตัว และติดเชื้อจากในชุมชน ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความไม่เท่าเทียมเชิงสังคมและสุขภาพในบริบทของการติตราหลังโรคระบาด จากการวิเคราะห์ พบว่ามีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับการติตราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถจำแนกได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมสุขภาพ และภาวะทางจิตใจ

ปัจจัยส่วนบุคคล ในด้านอาชีพ พบว่า กลุ่ม “ลูกจ้างของรัฐ” มีแนวโน้มได้รับการติตราน้อยกว่ากลุ่มเกษตรกรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adj.OR=2.66, 95%CI=1.40–5.05) ซึ่งอาจสะท้อนถึงอาชีพดังกล่าวมีสถานะทางสังคมที่มั่นคง ได้รับการยอมรับมากกว่า และเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้ดีกว่า การค้นพบนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Logie & Turan (2020) ที่ชี้ว่าปัจจัยด้านโครงสร้างทางสังคมมีผลอย่างมากต่อการติตราในผู้ที่เป็โรคติดเชื้อ นอกจากนี้ ระยะเวลาการรักษาที่มีความสัมพันธ์กับระดับการติตรา โดยผู้ที่มีระยะเวลาการรักษาสั้น (น้อยกว่า 7 วัน) หรือรักษาระหว่าง 7–10 วัน มีแนวโน้มได้รับการติตราน้อยกว่าผู้ที่รักษานานกว่า 10 วัน อย่างมีนัยสำคัญ (Adj.OR=1.95 และ 1.70 ตามลำดับ) ซึ่งอาจสะท้อนภาพลักษณ์ของความแข็งแรง พ้นตัวเร็ว และไม่เป็นภาระต่อสังคม

พฤติกรรมสุขภาพ พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ที่ดีมีความสัมพันธ์กับการติตราที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (Adj.OR=1.73, 95%CI=1.16–2.56) โดยผู้ที่ปฏิบัติตามมาตรการ เช่น การสวมหน้ากากอนามัย ล้างมือ และเว้นระยะห่าง มีแนวโน้มได้รับการ

ยอมรับจากผู้อื่นมากกว่า ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ Li et al. (2021) ได้ศึกษาระดับของภาวะความเครียดทางจิตใจ (psychological distress) ในกลุ่มนักศึกษาวิชาชีพด้านสุขภาพ ในประเทศจีนช่วงการระบาดของ COVID-19 ที่ระบุว่าพฤติกรรม การป้องกันโรคมีอิทธิพลต่อการรับรู้และปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ป่วยในช่วงการระบาด ในทำนองเดียวกัน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในระดับ “ดีเยี่ยม” มีความสัมพันธ์กับระดับการติตราที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (Adj.OR=1.84, 95%CI=1.25–2.72) สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2008) ที่ระบุว่า การมีความรู้ด้านสุขภาพสามารถส่งเสริมการตัดสินใจ การสื่อสาร และพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งช่วยลดการติตราในระดับชุมชน

ด้านภาวะทางจิตใจ พบว่า ผู้ที่มีระดับความเครียด “สูงกว่าปกติเล็กน้อยถึงปานกลาง” มีโอกาสได้รับการติตราน้อยกว่าผู้ที่มี PTSD ในระดับรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญ (Adj.OR=4.34, 95%CI=2.76–6.83) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Ryu et al. (2024) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การติตราเกี่ยวกับ COVID-19 กับอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลในกลุ่มผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อในรัฐมิชิแกน สหรัฐอเมริกา พบว่าความกลัวในการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อกับครอบครัว หรือที่ทำงานมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตที่แย่ลง โดยเฉพาะในกลุ่มชนกลุ่มน้อยทางเชื้อชาติและชาติพันธุ์ เช่นเดียวกัน ผู้ที่มีภาวะ PTSD ในระดับ “ปานกลาง” มีโอกาสได้รับการติตราน้อยกว่าผู้ที่มี PTSD ระดับสูงหรือรุนแรงอย่างชัดเจน (Adj.OR=5.01, 95%CI=2.35–10.70) ซึ่งชี้ให้เห็นว่า การจัดการกับผลกระทบทางจิตใจจากเหตุการณ์รุนแรงมีบทบาทสำคัญในการลดความรู้สึกถูกติตรา

สรุป การวิจัยครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่าแม้ระดับการติตราของผู้ที่เคยติดเชื้อ COVID-19 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือโดยรวมจะอยู่ในระดับน้อยแต่การติตราในบริบทของโรคติดเชื้อมีความซับซ้อน และเชื่อมโยงกับปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม การเข้าใจกลุ่มเสี่ยงต่อการถูกติตราจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการกำหนดแนวทางการฟื้นฟูสุขภาพจิต และการสร้างสภาพแวดล้อมทางสังคมที่ปลอดภัยสำหรับผู้ที่เคยติดเชื้อ ดังนั้น ผลการวิจัยนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์เพื่อเสนอแนะต่อหน่วยงานด้านสาธารณสุขใน

การพัฒนาแผนงานลดการตีตราในระดับชุมชน สนับสนุนระบบการดูแลจิตสังคม และวางรากฐานการป้องกันอคติทางสังคมในระยะยาว โดยเฉพาะในบริบทของโรคอุบัติใหม่ที่อาจเกิดขึ้นอีกในอนาคต

ข้อเสนอแนะหรือการนำไปใช้ประโยชน์

ควรดำเนินกิจกรรมสร้างความเข้าใจในชุมชนเกี่ยวกับโรค COVID-19 และลดอคติต่อผู้ที่เคยติดเชื้อ เช่น การจัดเวทีพูดคุย การใช้สื่อสารชุมชนที่เหมาะสมกับบริบททางวัฒนธรรม ผ่านผู้นำชุมชน

ควรบูรณาการแนวทางการจัดการผลกระทบทางสังคมจากโรคระบาดไว้ในแผนงานด้านสุขภาพจิต และการฟื้นฟูหลังวิกฤต เช่น การกำหนดมาตรการเพื่อลดการตีตราในสถานประกอบการ สถานศึกษา และบริการสาธารณะ

ควรสนับสนุนให้มีการวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เพื่อทำความเข้าใจรูปแบบการตีตราในเชิงลึก โดยเฉพาะ

ในกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้หญิง เด็ก ผู้สูงอายุ หรือผู้ที่มีโรคประจำตัว

ควรมีระบบคัดกรองผลกระทบทางจิตสังคมจากการถูกตีตรา และส่งต่อผู้ที่ประสบกับปัญหาดังกล่าวไปยังหน่วยบริการสุขภาพจิตในระดับปฐมภูมิหรือทุติยภูมิอย่างเหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร.วงศาล้ำหศิริวงศ์ ท่านคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ อาจารย์ ดร.จิตรา นววงศ์อนันต์ อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.จิตติมา นุตราชวงศ์ ผู้ทรงคุณวุฒิ อาจารย์ ดร.กฤษณะ อุ่นทะโคตรที่ให้ข้อเสนอแนะต่างๆ เรื่อง ในการทำวิจัยครั้งนี้ และขอขอบพระคุณทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- สุภลักษณ์ ธาณรัตน์, เมทนี ระดาบุตรฐ สุธิรา วิเชียรรัตน์ และศิริพร โอภาสวัชชัย. (2563). กลยุทธ์เพื่อลดการตีตราทางสังคมในสถานการณ์โควิด 19 Strategies to Relieve a Social Stigma on COVID-19. *วารสารเกื้อการณย์*, 27(2), 164-174.
- Best, J. W., & Kahn, J. V. (2006). *Research in education* (10th ed.). Pearson Education.
- Creswell, J. W. (2014). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches* (4th ed.). SAGE Publications.
- Dayton, L., Song, W., Kaloustian, I., Eschliman, E. L., Strickland, J. C., & Latkin, C. (2022). A longitudinal study of COVID-19 disclosure stigma and COVID-19 testing hesitancy in the United States. *Public health*, 212, 14–21.
- Fu, L., Wang, B., Jin, Q., & Liu, X. (2022). Perceived stigma and its relationship with quality of life and sleep quality among COVID-19 survivors in China: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 22(1), 79.
- Hsieh, P., Bloch, D. L. & Larsen, J. M. (1998). The role of internet communication in community building. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 4(1), 1-10.
- Li, D. J., Ko, N. Y., Chen, Y. L., Wang, P. W., Chang, Y. P., Yen, C. F., et al. (2021). COVID-19-related stigma and its influence on psychological distress and mental health quality of life among healthcare students in Taiwan: A cross-sectional study. *BMJ Open*, 11(4), 1-10.
- Lin, C., Li, R., & Guan, Y. (2021). Perceived social stigma and depression among people with COVID-19: A study from mainland China. *Journal of Affective Disorders*, 292, 391–395.
- Logie, C. H., & Turan, J. M. (2020). How do we balance tensions between COVID-19 public health responses and stigma mitigation? Learning from HIV research. *AIDS and Behavior*, 24, 2003–2006.
- Ramaci, T., Barattucci, M., Ledda, C., & Rapisarda, V. (2020). Social stigma during COVID-19 and its impact on HCWs outcomes. *Sustainability*, 12(9), 3834.
- Ryu, S., Kim, H., & Lee, J. (2024). Social stigma and psychological burden during the COVID-19 pandemic: A cross-national study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(2), 123–136.

ตารางที่ 1 ระดับการติดตามของผู้ที่เคยติดเชื้อ COVID-19 (n=1,250)

ระดับการติดตาม	จำนวน	ร้อยละ	95%CI
การติดตาม (โดยรวม)			
การติดตามระดับน้อย	965	77.20	74.79-79.44
การติดตามระดับปานกลาง	166	13.28	11.51-15.28
การติดตามระดับมาก	119	9.52	8.01-11.28
Mean=27.26, S.D.=12.36, Median=23, Min=20, Max=76			
การติดตามตนเอง			
การติดตามระดับน้อย	1,150	92.00	90.36-93.38
การติดตามระดับปานกลาง	61	4.88	3.81-6.22
การติดตามระดับมาก	39	3.12	2.29-4.24
Mean=7.81, S.D.=3.53, Median=7, Min=5, Max=21			
การติดตามจากเพื่อนร่วมงาน			
การติดตามระดับน้อย	1,173	93.84	92.36-95.05
การติดตามระดับปานกลาง	18	1.44	0.90-2.28
การติดตามระดับมาก	59	4.72	3.67-6.04
Mean=6.73, S.D.=3.37, Median=5, Min=5, Max=20			
ระดับการติดตามจากครอบครัว			
การติดตามระดับน้อย	1,151	92.08	91.72-92.44
การติดตามระดับปานกลาง	60	4.80	3.23-6.36
การติดตามระดับมาก	39	3.12	2.29-4.24
Mean=6.63, S.D.=3.52, Median=5, Min=5, Max=21			
ระดับการติดตามในชุมชน			
การติดตามระดับน้อย	1,150	92.00	90.36-93.38
การติดตามระดับปานกลาง	38	3.04	2.22-4.15
การติดตามระดับมาก	62	4.96	3.88-6.31
Mean=6.09, S.D.=2.79, Median=5, Min=5, Max=18			

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดตามของผู้ที่ติดเชื้อ COVID-19 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย จากการวิเคราะห์แบบทีละคู่ (Bivariate Analysis) (n=1,250)

ปัจจัย	จำนวน (คน)	% of การติดตามน้อย	Crude OR	95% CI	p-value
อายุ					0.050*
อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	117	66.67	1		
อายุน้อยกว่า 35 ปี	423	78.96	1.88	1.19-2.94	
อายุระหว่าง 35-44 ปี	278	77.34	1.71	1.06-2.75	
อายุระหว่าง 45-59 ปี	432	78.24	1.80	1.15-2.81	
ระดับการศึกษา					0.013*
ประถมศึกษา	116	68.10	1		
มัธยมศึกษา	347	75.79	1.47	0.92-2.33	
อนุปริญญา	213	73.71	1.31	0.80-2.16	
ปริญญาตรี	472	80.72	1.96	1.25-3.08	
สูงกว่าปริญญาตรี	102	83.33	2.34	1.22-4.49	
อาชีพ					<0.001**
เกษตรกร	130	67.69	1		
ว่างงาน	105	72.38	1.25	0.71-2.19	
รับจ้างทั่วไป/อาชีพอิสระ	481	74.84	1.42	0.93-2.16	
ลูกจ้างของรัฐ	321	85.36	2.78	1.72-4.49	
พนักงานเอกชน	213	78.40	1.73	1.05-2.83	

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ COVID-19 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย จากการวิเคราะห์แบบทีละคู่ (Bivariate Analysis) (n=1,250) (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน (คน)	% of การติดรายน้อย	Crude OR	95% CI	p-value
ระยะเวลาการรักษา					0.001*
มากกว่า 10 วัน	250	70.00	1		
น้อยกว่า 7 วัน	476	80.25	1.74	1.22-2.48	
ระหว่าง 7 – 10 วัน	524	77.86	1.51	1.07-2.12	
จำนวนครั้งที่ติดเชื้อ					0.035*
จำนวน 1 ครั้ง	972	76.44	1		
จำนวน 2 ครั้ง	219	77.17	1.04	0.74-1.48	
จำนวน 3 ครั้ง	59	89.83	2.72	1.16-6.42	
พฤติกรรมออกกำลังกาย					0.002*
ปานกลาง / ไม่ดี	1,003	75.17	1		
ดี	227	84.14	1.75	1.19-2.57	
พฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19					<0.001**
ไม่ดี / ปานกลาง	705	75.18	1		
ดี	465	84.73	1.83	1.35-2.49	
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ					<0.001**
พอเพียง (Sufficient)	675	73.48	1		
ดีเยี่ยม (Excellent)	538	87.17	2.45	1.81-3.33	
ภาวะซึมเศร้า					0.001*
ปกติ	103	65.05	1		
เข้าข่ายมีภาวะซึมเศร้า	1,127	79.68	2.11	1.37-3.24	
ความเครียด					<0.001**
ระดับรุนแรง	665	70.83	1		
สูงกว่าปกติเล็กน้อย - ปานกลาง	583	84.56	2.26	1.71-2.99	
ภาวะเครียดหลังเผชิญกับเหตุการณ์ที่รุนแรง (Post-traumatic Stress Disorder)					<0.001**
ผลกระทบระดับสูง - รุนแรง	1,015	73.30	1		
ผลกระทบระดับปานกลาง	235	94.04	5.75	3.29-10.04	

* หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ COVID-19 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย วิเคราะห์แบบคราวละหลายตัวแปร (Multivariable analysis) (n=1,250)

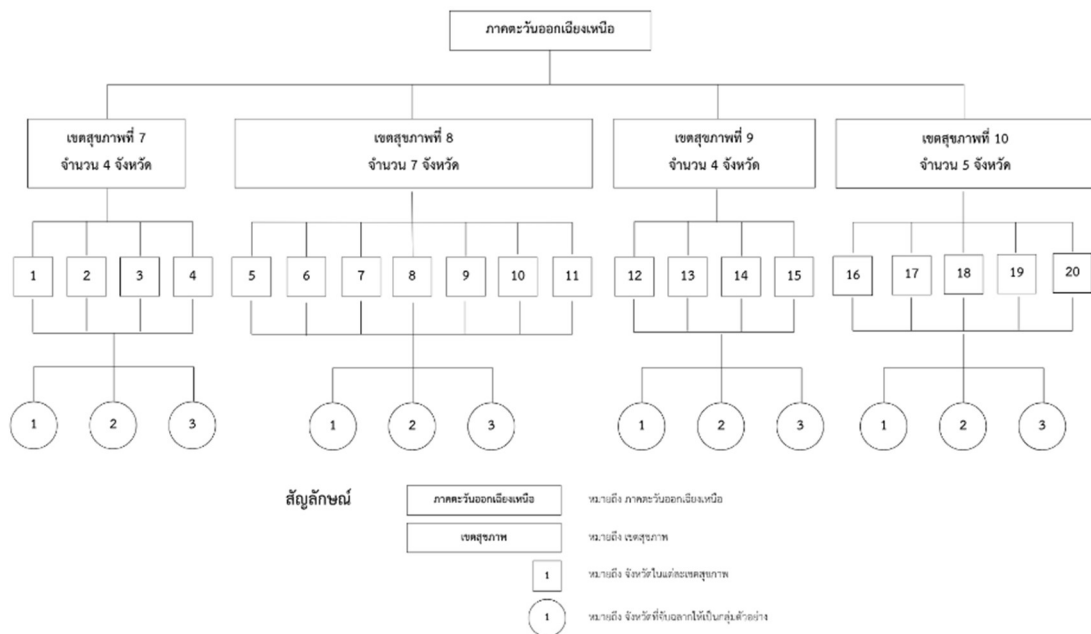
ปัจจัย	จำนวน (คน)	% of การติดรายน้อย	Crude OR	Adj.OR	95% CI	p-value
อาชีพ						0.040*
เกษตรกร	130	67.69	1	1		
ว่างงาน	105	72.38	1.25	1.43	0.65-3.16	
รับจ้างทั่วไป/อาชีพอิสระ	481	74.84	1.42	1.40	0.77-2.56	
ลูกจ้างของรัฐ	321	85.36	2.78	2.66	1.40-5.05	
พนักงานเอกชน	213	78.40	1.73	1.61	0.81-3.17	
ระยะเวลาการรักษา						0.020*
มากกว่า 10 วัน	250	70.00	1	1		
น้อยกว่า 7 วัน	476	80.25	1.74	1.95	1.20-3.17	
ระหว่าง 7 - 10 วัน	524	77.86	1.51	1.70	1.07-2.72	
พฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19						0.006*
ไม่ดี / ปานกลาง	705	75.18	1	1		
ดี	465	84.73	1.83	1.73	1.16-2.56	

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ COVID-19 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย วิเคราะห์แบบครวละหลายตัวแปร (Multivariable analysis) (n=1,250) (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน (คน)	% of การติดรายน้อย	Crude OR	Adj.OR	95% CI	p-value
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ						0.002*
พอเพียง (Sufficient)	675	73.48	1	1		
ดีเยี่ยม (Excellent)	538	87.17	2.45	1.84	1.25-2.72	
ความเครียด						<0.001**
ระดับรุนแรง	665	70.83	1	1		
สูงกว่าปกติเล็กน้อย - ปานกลาง	583	84.56	2.26	4.34	2.76-6.83	
ภาวะเครียดหลังเผชิญกับเหตุการณ์ที่รุนแรง (Post-traumatic Stress Disorder)						<0.001**
ระดับสูง - รุนแรง	1,015	73.30	1	1		
ระดับปานกลาง	235	94.04	5.75	5.01	2.35-10.70	

* หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001



ภาพที่ 1 การสุ่มตัวอย่างหลายขั้นตอน (Multi-Stage Sampling)