

# การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรค COVID-19 บ้านหนองสวรรค์ ตำบลเชียงพิณ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

## Community Participation in COVID-19 Prevention at Nongsawan Village, Chiangpin Sub-district, Mueang District, Udonthani Province

กาญจนา ปัญญาธร, พย.ม. (การพยาบาลชุมชน) <sup>1</sup>

Kanchana Panyathorn, M.N.S. (Community Nursing) <sup>1</sup>

กฤษณา ทรัพย์สิริโสภา, วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) <sup>2</sup> กมลทิพย์ ตั้งหลักมันคง, Ph.D. (Nursing) <sup>3</sup>

Krissana Sapsirisopa, M.Sc. (Public Health) <sup>2</sup> Kamonthip Tanglakmankhong, Ph.D. (Nursing) <sup>3</sup>

วรรณิ์ ครองยุติ, พย.บ. <sup>4</sup>

Watanee Krongyuth, B.N.S. <sup>4</sup>

Received: January 29, 2021 Revised: June 9, 2021 Accepted: June 10, 2021

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรค COVID-19 และศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนา ณ บ้านหนองสวรรค์ ตำบลเชียงพิณ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วยแกนนำชุมชน รวมจำนวน 50 คน และตัวแทนสมาชิกครัวเรือน จำนวน 100 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคล แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 มีค่าความเชื่อมั่น .62 แบบสอบถามการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค COVID-19 มีค่าความเชื่อมั่น .81 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 มีค่าความเชื่อมั่น .92 แบบบันทึกข้อมูลชุมชน แบบสัมภาษณ์

<sup>1</sup> อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี

<sup>1</sup> Lecturer, Faculty of Nursing, Ratchathani University, Udonthani Campus

<sup>1</sup> ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: kanchana.p@rtu.ac.th

<sup>2,3</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี สถาบันพระบรมราชชนก

<sup>2,3</sup> Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromrajonani College of Nursing, Udonthani, Praboromarajchanok Institute

<sup>4</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเชียงพิณ

<sup>4</sup> Registered Nurse, Professional Level, Chiangpin Sub-district Health Promoting Hospital

เชิงลึกแก่นำชุมชน แบบสนทนากลุ่ม และแบบสังเกตแบบมีส่วนร่วม ดำเนินการ 2 วนรอบ วนรอบละ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนผล ในช่วงเดือน พฤษภาคมถึงเดือนตุลาคม 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน paired *t*-test และวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) สถานการณ์ก่อนการพัฒนา ประชาชนขาดความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 ขาดการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค COVID-19 มีพฤติกรรมป้องกันการโรค COVID-19 ไม่เหมาะสม และชุมชนขาดมาตรการในการป้องกันโรค COVID-19 2) กิจกรรมการพัฒนาประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 การเสริมสร้างการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค COVID-19 การพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการโรค COVID-19 และการสร้างมาตรการในการป้องกันโรค COVID-19 ของชุมชน และ 3) หลังการพัฒนา ทั้งแก่นำชุมชนและตัวแทนสมาชิกครัวเรือนมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรค คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการโรค สูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันโรค COVID-19 และไม่พบผู้ป่วยโรค COVID-19 ในชุมชน

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทางสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนไปใช้ในการป้องกันโรค COVID-19 ในพื้นที่อื่น โดยจัดกิจกรรมให้ความรู้ เสริมสร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรค และพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีในการดำเนินงาน

คำสำคัญ: การป้องกันโรค โรค COVID-19 การมีส่วนร่วมของชุมชน

### **Abstract**

This participatory action research aimed to study the community participatory development process in COVID-19 prevention and determine the outcomes of the development at Nongsawan Village, Chiangpin Sub-district, Mueang District, Udonthani Province. The participants were composed of 50 community leaders and 100 household members. The research instruments included the demographic questionnaire, the COVID-19 knowledge test with reliability as .62, the perceived risk and severity of COVID-19 questionnaire with reliability as .81, the preventing behaviors of COVID-19 questionnaire with reliability as .92, the community data record form, the in-depth interview guide for community leader, the focus group guide, and the observation form. Two cycles of this research (each cycle comprised 4 steps including planning, action, observation, and reflection) were conducted from May to October, 2020. Data

were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, paired *t*-test, and content analysis.

The research results revealed that 1) situation before the development: the participants lacked the knowledge about COVID-19 and the perceived risk and severity of COVID-19, they also had inappropriate preventing behaviors of COVID-19, and the community lacked the measures of COVID-19 prevention; 2) the developing activities were composed of providing health education about COVID-19, promoting the perceived risk and severity of COVID-19, enhancing preventing behaviors of COVID-19, and setting the community measures of COVID-19 prevention; and 3) after the development, both community leaders and household members had statistically significant higher mean scores of knowledge about COVID-19, perceived risk and severity of COVID-19, and preventing behaviors of COVID-19 than those of before the development ( $p < .001$ ). In addition, it was found that the community members participated in COVID-19 prevention and there was no COVID-19 patient in community.

This research suggests that health personnel and the relevant agencies should apply the community participation for COVID-19 prevention in other settings, through educating knowledge, promoting the perception of disease, and enhancing health behaviors among the community members in order to achieve the good outcomes of disease prevention.

**Keywords:** Disease prevention, COVID-19, Community participation

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์วิกฤตด้านโรคติดต่ออันตรายที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ที่องค์การอนามัยโลกประกาศให้เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขทั่วโลก เมื่อวันที่ 11 มีนาคม 2563 เนื่องจากมีการระบาดไปทั่วโลก ทำให้มีจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้น ปัจจุบันยังคงมีการระบาดไปทั่วโลก และโรคได้ทวีความรุนแรงเนื่องจากมีการกลายพันธุ์ของเชื้อ ทำให้ผู้ติดเชื้อมีอาการรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก สำหรับประเทศไทยพบว่ามีการระบาดอย่างต่อเนื่อง โดยการระบาด

ระลอกแรกเกิดขึ้นเมื่อวันที่ 13 มกราคม 2563 ซึ่งผู้ป่วยยืนยันรายแรกเป็นผู้เดินทางมาจากประเทศจีน การระบาดระลอกที่สองเกิดขึ้นเมื่อวันที่ 17 ธันวาคม 2563 ในจังหวัดสมุทรสาคร และการระบาดระลอกที่สามเกิดขึ้นเมื่อวันที่ 1 เมษายน 2564 ในกรุงเทพมหานคร ปัจจุบันยังคงมีการระบาดไปทั่วทุกจังหวัด ช่องทางหลักในการติดต่อของโรค คือจากคนสู่คน ผ่านทางละอองเสมหะ เมื่อได้รับเชื้อร้อยละ 80 จะมีอาการคล้ายไข้หวัดหรือไข้หวัดใหญ่ ร้อยละ 14 มีอาการหนักจากปอดอักเสบ ร้อยละ 5 มีอาการวิกฤตจากการหายใจล้มเหลว จากการป่วย

รุนแรง และร้อยละ 1-2 เสียชีวิต ซึ่งการระบาดในระลอกที่สามมีความแตกต่างจากในระลอกแรก ทั้งด้านความรวดเร็วของการระบาดและความรุนแรง โดยมีรูปแบบเป็นการติดเชื้อภายในครัวเรือนหรือผู้สัมผัสใกล้ชิด ส่วนใหญ่เกิดจากการสัมผัสผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการ จากข้อมูล ณ วันที่ 26 พฤษภาคม 2564 พบผู้ป่วยโรค COVID-19 สะสม 137,894 คน รักษาในโรงพยาบาล 45,256 คน และเสียชีวิต 873 คน (กรมควบคุมโรค, 2564ข) ซึ่งการระบาดของโรคนี้นำผลกระทบต่อทั้งด้านสาธารณสุข สังคม และเศรษฐกิจของประเทศ

จากความสูญเสียและผลกระทบที่เกิดจากโรค COVID-19 ข้างต้น การรับมือกับการระบาดของโรคจึงเป็นสิ่งสำคัญเร่งด่วนที่จะต้องดำเนินการเพื่อหยุดยั้งและควบคุมไม่ให้โรค COVID-19 มีการระบาดมากขึ้น อันจะก่อให้เกิดความสูญเสียและผลกระทบมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้ รัฐบาลได้กำหนดกรอบยุทธศาสตร์การดำเนินงานด้านสาธารณสุขในการตอบสนองต่อการระบาดของโรค COVID-19 โดยมีเป้าหมายเพื่อลดการติดเชื้อ ลดการป่วย และลดการเสียชีวิตจากโรค COVID-19 ซึ่งกลยุทธ์ที่สำคัญ คือ การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมการแพร่ระบาดของโรค (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2563) โดยกำหนดให้มีการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ในระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ระดับตำบล และระดับหมู่บ้าน สำหรับระดับหมู่บ้าน กรมควบคุมโรคได้กำหนดมาตรการให้ผู้นำชุมชนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ดำเนินการให้ความรู้แก่ประชาชนในหมู่บ้าน พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง คัดกรองความเสี่ยง ประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และรายงานผลการปฏิบัติ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ส่วนระดับครัวเรือน

มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการป้องกันแก่สมาชิกครัวเรือน รวมทั้งการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสถานการณ์การเกิดโรค เพื่อให้ประชาชนมีการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค ตลอดจนการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยรักษาสุขภาพให้แข็งแรง ลดการสัมผัสผ่านละอองเสมหะและการสัมผัสโดยตรง ล้างมือหรือเช็ดมือด้วยแอลกอฮอล์บ่อย ๆ สวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่างทางสังคม และอยู่บ้าน หลีกเลี่ยงการอยู่ในที่แออัด จะช่วยป้องกันการเกิดโรค COVID-19 ได้ (กรมควบคุมโรค, 2564ก)

กระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นกระบวนการที่สนับสนุนให้เกิดปฏิสัมพันธ์ของผู้เกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนกับการดำเนินการที่นำไปสู่การแลกเปลี่ยนและสร้างความเข้าใจร่วมกันจนบรรลุเป้าหมายของชุมชนด้วยความรู้สึกรับผิดชอบร่วมกัน ก่อให้เกิดผลต่อความต้องการที่สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของคนในชุมชน (รัตนานิกิ รัชตะวรรณ และคณะ, 2561) ซึ่งกระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของชุมชนถือเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาของชุมชน ดังการศึกษาที่พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญต่อการรับมือกับวิกฤตโรคระบาด COVID-19 (วรยุทธ นาคอ้าย, กมลนันทน์ ม่วงอ้อม, และเดชา วรรณพาทูล, 2563; สอยฤทัย เกลี้ยงนิล, 2563; สุมาลี จุทอง, 2563; Gilmore et al., 2020; Sathiadas, 2020)

บ้านหนองสวรรค์เป็นหมู่บ้านขนาดเล็ก ตั้งอยู่ในเขตตำบลเชียงพิณ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี มีจำนวน 257 หลังคาเรือน ประชากร 1,052 คน ประชากรวัยทำงานส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และรับจ้าง โดยทำงานในตัวเมือง ต่างจังหวัดและต่างประเทศ ในช่วงที่มีการระบาดของโรค COVID-19 ระลอกแรก รัฐบาลได้กำหนดพระราชบัญญัติ

สถานการณ์ฉุกเฉินและปิดกิจการที่เสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรค ทำให้ประชากรวัยทำงานจำนวนมากเดินทางกลับเข้าสู่หมู่บ้าน ทำให้หมู่บ้านเป็นพื้นที่เสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรค ประชาชนเกิดความกลัวติดโรค COVID-19 จากการศึกษาชุมชน จำนวน 100 ครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 38.91 ของครัวเรือนทั้งหมด และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่ชุมชนต้องการแก้ไข พบว่า ประชาชนให้ความสำคัญกับโรค COVID-19 เป็นลำดับแรก เนื่องจากเป็นโรคอันตรายและเป็นเรื่องใกล้ตัวที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตจากการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา พบว่ามาจากสาเหตุ 4 ประการ ได้แก่ 1) ประชาชนขาดความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 เนื่องจากเป็นโรคอุบัติใหม่ ประชาชนยังไม่เคยมีความรู้มาก่อน บุคลากรทางสุขภาพและผู้นำชุมชนให้ความรู้ไม่ทั่วถึงและไม่เพียงพอ 2) ประชาชนขาดการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค จากการที่อยู่แต่บ้าน เป็นผู้สูงอายุที่อยู่บ้านคนเดียว เจ็บป่วย และการมุ่งทำงานหาเลี้ยงชีพ 3) ประชาชนมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่เหมาะสม โดยไม่สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า เนื่องจากรู้สึกอึดอัด หายใจไม่สะดวก เคยชินกับการที่ไม่ต้องสวม คิดว่าไม่จำเป็นต้องสวม เพราะอยู่ในหมู่บ้าน มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ยุ่งยากในการใช้ หน้ากากมีไม่เพียงพอ และบางครั้งลืมใช้ไม่เว้นระยะห่างทางสังคม ยังใช้ชีวิตตามปกติที่เคยทำมา มีการรวมกลุ่มทำกิจกรรมในชุมชน และ 4) ชุมชนขาดมาตรการป้องกันโรคที่จะนำไปปฏิบัติในแนวทางเดียวกัน จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษากระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านหนองสวรรค์ ในการป้องกันโรค COVID-19 และศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนา โดยมุ่งหวังว่า

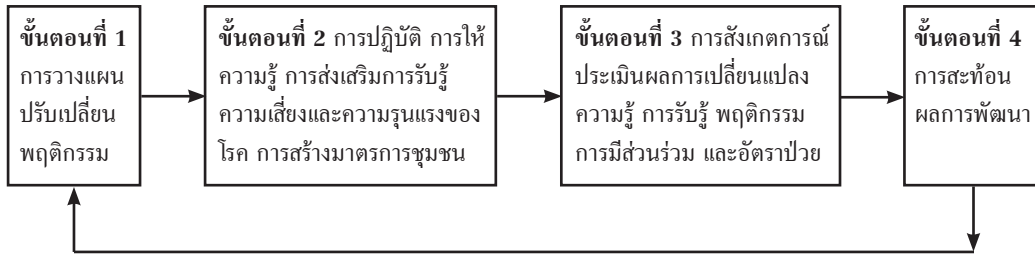
กระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมจะทำให้ประชาชนตระหนักถึงปัญหาโรค COVID-19 และร่วมกันแก้ไข อันเป็นการส่งเสริมให้ชุมชนมีการจัดการกับปัญหาโดยชุมชนเอง สามารถดูแลชุมชนของตนเองได้ และเป็นชุมชนที่เข้มแข็งต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรค COVID-19
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนา ต่อความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค COVID-19 และพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ของแกนนำชุมชนและตัวแทนสมาชิกครัวเรือน

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยให้กระบวนการ PAR self-reflective spiral cycles ของ Kemmis, McTaggart, and Nixon (2014) ซึ่งมุ่งมันตั้งใจแก้ไขปัญหาของพื้นที่โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ที่เน้นการเรียนรู้อย่างเป็นอิสระร่วมกันระหว่างผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมประเมินผล ผ่านกระบวนการพัฒนาประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 2) การปฏิบัติ 3) การสังเกตการณ์ ประเมินผลการเปลี่ยนแปลง และ 4) การสะท้อนผลการพัฒนา ร่วมกับแนวทางปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ของกรมควบคุมโรค สรุปลงเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research [PAR]) ประกอบด้วย 2 วนรอบ วนรอบละ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนผล โดยดำเนินการในพื้นที่เป้าหมาย คือ บ้านหนองสวรรค์ (หมู่ที่ 5) ตำบลเชียงพิณ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

ผู้ร่วมวิจัย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 แกนนำชุมชน ประกอบด้วยผู้นำชุมชน จำนวน 2 คน กรรมการหมู่บ้าน จำนวน 2 คน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 10 คน หัวหน้าคุ้ม จำนวน 4 คน แกนนำนักเรียน จำนวน 20 คน พระภิกษุ จำนวน 5 รูป และตัวแทนครัวเรือน จำนวน 5 คน รวมจำนวน 50 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) เป็นบุคคลที่เป็นที่ยอมรับของคนในหมู่บ้าน 2) สามารถเป็นตัวแทนของชุมชนในการให้ข้อมูล วิเคราะห์ปัญหา เสนอแนวทางแก้ไข ร่วมปฏิบัติ และติดตามประเมินผลได้ และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และสามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอด

กลุ่มที่ 2 ตัวแทนสมาชิกครัวเรือน จำนวน 100 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) มีอายุ 15 ปีขึ้นไป 2) อาศัยอยู่ในหมู่บ้าน และ 3) ยินยอมเข้าร่วม

การวิจัย และสามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอด

**เครื่องมือการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือการวิจัยเชิงปริมาณ ผู้วิจัยสร้างขึ้น มี 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับเพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพหลัก รายได้ การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค การกลัวติดโรค การติดตามข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค และแหล่งที่มาของข้อมูลข่าวสาร จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 จำนวนทั้งสิ้น 30 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่าถูกหรือผิด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ หากตอบว่าถูก ให้ 1 คะแนน และหากตอบว่าผิด ให้ 0 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความรู้เกี่ยวกับโรคในระดับน้อย (0-17 คะแนน) ในระดับปานกลาง (18-23 คะแนน) และในระดับดี (24-30 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค COVID-19 จำนวนทั้งสิ้น 25 ข้อ ประกอบด้วยข้อความทางบวก จำนวน 19 ข้อ และข้อความทางลบ จำนวน 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ของข้อความทางบวก ได้แก่ เห็นด้วยน้อยที่สุด

เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง และเห็นด้วยมาก ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคในระดับน้อย (25-50 คะแนน) ในระดับปานกลาง (51-75 คะแนน) และในระดับมาก (76-100 คะแนน) ส่วนเกณฑ์การแปลผลในรูปแบบค่าเฉลี่ย แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคในระดับน้อยที่สุด (1-2.32 คะแนน) ในระดับน้อย (2.33-2.88 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.89-3.44 คะแนน) และในระดับมาก (3.45-4 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค COVID-19 จำนวนทั้งสิ้น 25 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามทางบวก จำนวน 20 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ปฏิบัติน้อยที่สุด ปฏิบัติน้อย ปฏิบัติปานกลาง และปฏิบัติมาก ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคในระดับน้อย (25-50 คะแนน) ในระดับปานกลาง (51-75 คะแนน) และในระดับมาก (76-100 คะแนน) ส่วนเกณฑ์การแปลผลในรูปแบบค่าเฉลี่ย แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคในระดับน้อยที่สุด (1-2.32 คะแนน) ในระดับน้อย (2.33-2.88 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.89-3.44 คะแนน) และในระดับมาก (3.45-4 คะแนน)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้น มี 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลชุมชน ประกอบด้วย ลักษณะชุมชนและข้อมูลพื้นฐานของชุมชน รูปแบบการดำเนินชีวิต และการเคลื่อนย้ายประชากร

ในหมู่บ้าน

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแก่นำชุมชน ประกอบด้วย การรับรู้สถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 สถานการณ์ความเสี่ยงและการเจ็บป่วยด้วยโรค COVID-19 ของประชาชนในหมู่บ้าน ปัญหา สาเหตุ พฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชน และความพร้อมของชุมชนในการแก้ไขปัญหา

ชุดที่ 3 แบบสนทนากลุ่ม ประกอบด้วย การวิเคราะห์โยงโยสาเหตุของปัญหา การวางแผนการกำหนดกิจกรรม การประเมินผล และการสร้างมาตรการในการป้องกันโรค COVID-19 ของชุมชน

ชุดที่ 4 แบบสังเกตแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย พฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชนทั้งในครัวเรือน โรงเรียน และวัด การมีส่วนร่วมของประชาชน และการปฏิบัติตามมาตรการในการป้องกันโรค COVID-19 ของชุมชน

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 แบบสอบถามการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค COVID-19 และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยอายุรแพทย์โรคระบบหายใจ พยาบาลวิชาชีพ และอาจารย์ด้านการวิจัย ได้คำดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ .68 ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้นำชุมชนและประชาชนในบ้านเชียงยืน (หมู่ที่ 1) ตำบลเชียงยืน อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับผู้ร่วมวิจัย จำนวน 2 คน และ 28 คน ตามลำดับ หาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 ด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .62 ส่วนแบบสอบถามการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค COVID-19 และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค COVID-19

หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .81 และ .92 ตามลำดับ

**การพิทักษ์สิทธิผู้ร่วมวิจัย** มีดังนี้ 1) หลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาลัยอุดรธานี (เอกสารรับรองเลขที่ IRB RTU UD 05 วันที่ 4 มีนาคม 2563) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

**การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล** ประกอบด้วย 2 วงรอบ วงรอบละ 4 ขั้นตอน ดังนี้

**วงรอบที่ 1** ดำเนินการในช่วงเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนกรกฎาคม 2563 (รวมเวลา 3 เดือน) ดังนี้

1.1 การวางแผน (planning) ดำเนินการในเดือนพฤษภาคม 2563 ผู้วิจัยพบผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานป้องกันโรค COVID-19 ของชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล รวมทั้งประชาชนในหมู่บ้าน ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานที่มุ่งแก้ไขปัญหาของชุมชนโดยคนในพื้นที่ร่วมกับผู้วิจัย ดำเนินการพิทักษ์สิทธิผู้ร่วมวิจัย (ข้อ 2) วิเคราะห์สถานการณ์โรค COVID-19 ของชุมชน ก่อนการพัฒนา โดยศึกษาข้อมูลชุมชนและลงบันทึกในแบบบันทึกข้อมูลชุมชน ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกแกนนำชุมชน โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแกนนำชุมชน เพื่อให้ทราบสภาพปัญหา ความต้องการ และความพร้อมของชุมชนในการแก้ไขปัญหา จากนั้นประเมินความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 การรับรู้ความเสี่ยงและ

ความรุนแรงของโรค COVID-19 และพฤติกรรม การป้องกันโรค COVID-19 ของแกนนำชุมชน และตัวแทนสมาชิกครัวเรือน โดยใช้แบบทดสอบ และแบบสอบถาม มีการประชุมกลุ่มแกนนำชุมชน เพื่อวางแผนดำเนินการ โดยผู้วิจัยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการกลุ่มแกนนำชุมชน จำนวน 3 ครั้ง โดยใช้แบบสนทนากลุ่ม ดำเนินการในเดือนมิถุนายน 2563 ดังนี้

การประชุมครั้งที่ 1 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ แผนการดำเนินงาน นำผลการวิเคราะห์ชุมชนไปนำเสนอ และเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมวิจัยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ยืนยันความถูกต้องของข้อมูล ระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาโรค COVID-19 และแนวทางแก้ไขปัญหา โดยเปิดโอกาสให้แต่ละคน แสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ

การประชุมครั้งที่ 2 ร่วมกันกำหนดเป้าหมาย กิจกรรม ระยะเวลาในการแก้ไขปัญหา และวิธีการประเมินผล

การประชุมครั้งที่ 3 ทบทวนกิจกรรมที่จะดำเนินการทั้งในระดับครัวเรือน โรงเรียน และวัด คัดเลือกคณะกรรมการในการประเมินผลการปฏิบัติ และเสนอแนวทางการประเมินผล โดยระดับครัวเรือน ให้ตัวแทนครัวเรือนเป็นผู้ประเมินการปฏิบัติของสมาชิกครัวเรือนตนเอง ระดับโรงเรียน ให้แกนนำนักเรียนเป็นผู้ประเมินการปฏิบัติของนักเรียนในโรงเรียน ส่วนที่วัด ให้สมาชิกชมรมผู้สูงอายุซึ่งไปร่วมกิจกรรมทางศาสนาเป็นประจำ เป็นผู้ประเมินการปฏิบัติของประชาชนที่ไปร่วมกิจกรรมทางศาสนาที่วัด จากนั้นให้นำเสนอผลการประเมินต่อที่ประชุม

1.2 การปฏิบัติ (action) ดำเนินการในเดือนกรกฎาคม 2563 ผู้ร่วมวิจัยทั้งแกนนำชุมชนและตัวแทนสมาชิกครัวเรือนมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามแผน รวมทั้งสังเกตการณ์ และบันทึกข้อมูล



จากการปฏิบัติ

1.3 การสังเกตการณ์ (observation) มีการนิเทศติดตาม และประเมินผลทุกเดือน (พฤษภาคม-กรกฎาคม 2563) โดยใช้แบบสอบถาม และแบบสังเกตแบบมีส่วนร่วม โดยแกนนำชุมชน วิเคราะห์ผลที่เกิดขึ้นทั้งเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค COVID-19 พฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรค COVID-19 และอัตราป่วยด้วยโรค COVID-19 รวมทั้งมาตรการป้องกันโรคของชุมชน โดยผู้วิจัย สังเกตการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนและการประชุม กลุ่มย่อยทุกเดือน เพื่อติดตามผลการดำเนินงาน

1.4 การสะท้อนผล (reflection) ดำเนินการในเดือนกรกฎาคม 2563 ประกอบด้วยการคืนข้อมูลสู่ชุมชน และการถอดบทเรียน เพื่อเป็นข้อมูลสะท้อนผลการดำเนินงานในรอบที่ 1 โดยพบว่าทั้งแกนนำชุมชนและตัวแทนสมาชิกครัวเรือนมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 เพิ่มขึ้น มีการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค COVID-19 ในระดับมาก สำหรับการมีส่วนร่วมของตัวแทนสมาชิกครัวเรือน พบว่าเข้าร่วมกิจกรรม แต่ไม่ครบทุกขั้นตอน เนื่องจากติดภารกิจการทำงานหาเลี้ยงชีพ การสร้างมาตรการในการป้องกันโรค COVID-19 ของชุมชน พบว่ามีการสร้างมาตรการของชุมชนทั้งในระดับครัวเรือน โรงเรียน และวัด เนื้อหาประกอบด้วย การล้างมือเป็นประจำ การสวมหน้ากากอนามัย และการเว้นระยะห่างทางสังคม ส่วนพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 พบว่า สมาชิกครัวเรือนบางส่วนไม่สวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกนอกบ้าน และยังมีกรรวมกลุ่มทำกิจกรรม เช่น ไปวัด งานศพ แต่มีการป้องกันโรคโดย อสม.ตรวจวัดอุณหภูมิ หากพบว่ามีไข้ (อุณหภูมิสูงกว่า 37.5 องศาเซลเซียส) จะไม่อนุญาตให้เข้าร่วมกิจกรรม สำหรับอัตราป่วย

ไม่พบการเจ็บป่วยด้วยโรค COVID-19 ในชุมชน

วงรอบที่ 2 ดำเนินการในช่วงเดือนสิงหาคม ถึงเดือนตุลาคม 2563 (รวมเวลา 3 เดือน) ดังนี้

2.1 การวางแผน (planning) ดำเนินการในเดือนสิงหาคม 2563 ผู้วิจัยนำเสนอปัญหาจากการสังเกตและการประเมินผลในวงรอบที่ 1 ในที่ประชุมแกนนำชุมชน เพื่อเป็นข้อมูลในการพิจารณาปรับเปลี่ยนกิจกรรมการปฏิบัติให้สอดคล้องกับสภาพปัญหา ความต้องการของชุมชน และตามเงื่อนไขที่เหมาะสม ให้ผู้ร่วมวิจัยยืนยันข้อมูลและสะท้อนคิดถึงผลลัพธ์ที่ไม่บรรลุเป้าหมายของการพัฒนา พบว่าเกิดจากสมาชิกครัวเรือนขาดการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการป้องกันโรคที่จัดขึ้นในชุมชน และมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม นักเรียนในโรงเรียนและผู้เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาที่วัด ไม่ปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดอย่างจริงจัง ผู้ร่วมวิจัยได้เสนอแนวทางในการพัฒนาโดยมอบหมายให้แกนนำชุมชนแต่ละกลุ่มกระตุ้นสมาชิกกลุ่มให้เห็นความสำคัญของการปฏิบัติ และติดตามประเมินผลทุกสัปดาห์

2.2 การปฏิบัติ (action) ดำเนินการในเดือนกันยายน 2563 ผู้วิจัยประชุมชี้แจงแผนการพัฒนาในวงรอบที่ 2 นำสู่การปฏิบัติในการสร้างการมีส่วนร่วมและทบทวนมาตรการในการป้องกันโรค COVID-19 ของชุมชน พบว่า ประชาชนและนักเรียนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเดินรณรงค์รอบหมู่บ้าน แจกแผ่นพับให้ความรู้ อสม.เคาะประตูบ้านให้ความรู้รายครัวเรือน กลุ่มแม่บ้านร่วมกันทำหน้ากากผ้าแจกจ่ายให้แก่สมาชิกครัวเรือน สาธิตการทำเจลล้างมือ และระดมทุนสร้างอ่างล้างมือที่ศาลากลางบ้าน

2.3 การสังเกตการณ์ (observation) ใช้วิธีการสังเกตพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ของสมาชิกครัวเรือน และการประชุมกลุ่มย่อยติดตามการดำเนินงานทุกเดือน (สิงหาคม-ตุลาคม 2563)

เพื่อทราบปัญหาและกระบวนการแก้ไข ในขั้นตอนนี้พบว่า ชุมชนให้ความสนใจและเข้าร่วมกิจกรรมเป็นอย่างดี แกนนำชุมชนดำเนินงานด้วยความเข้มแข็งและประชาชนยินดีให้การสนับสนุน เพราะเข้าใจและรับรู้ถึงประโยชน์ที่ตนเองจะได้รับ

2.4 การสะท้อนผล (reflection) ดำเนินการในเดือนตุลาคม 2563 สมาชิกครัวเรือนมีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ในระดับมาก และได้มาตรการในการป้องกันโรค COVID-19 ของชุมชน ทั้งในระดับครัวเรือน โรงเรียน และวัด

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค COVID-19 และพฤติกรรม การป้องกันโรค COVID-19 ระหว่างก่อนกับหลังการพัฒนา วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

### ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ร่วมวิจัย พบว่าผู้ร่วมวิจัยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 83.33 มีอายุต่ำสุด 23 ปี และสูงสุด 75 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 52 ปี ( $SD = 9.45$ ) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.90 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 80.70 มีอาชีพหลักเป็นเกษตรกร มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.80 มีรายได้อยู่ในช่วง 5,000–10,000 บาท/เดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.80 มีการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในระดับปานกลาง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.50 ส่วนใหญ่กลัวการติดโรค คิดเป็นร้อยละ 80.50 มีการติดตามข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค คิดเป็นร้อยละ 98.60 และแหล่งที่มาของข้อมูลข่าวสาร คือ การดู

โทรทัศน์ คิดเป็นร้อยละ 93.20 รองลงมา คือ จากบุคลากรทางสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 90.50

2. สถานการณ์โรค COVID-19 ของชุมชนก่อนการพัฒนา พบว่า ในระยะแรกที่มีการระบาดของโรค COVID-19 มีการเคลื่อนย้ายของประชากรวัยทำงานจำนวนมากกลับเข้าสู่หมู่บ้าน ทำให้ประชาชนในหมู่บ้านเกิดความกลัวการติดโรค เนื่องจากหมู่บ้านตั้งอยู่ในเขตอำเภอเมือง มีประชากรหนาแน่น การโยกย้ายสาเหตุของปัญหาพบว่ามีมาจากสาเหตุ 4 ประการ ได้แก่ 1) ประชาชนขาดความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 2) ประชาชนขาดการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค COVID-19 3) ประชาชนมีพฤติกรรม การป้องกันโรค COVID-19 ไม่เหมาะสม และ 4) ชุมชนขาดมาตรการในการป้องกันโรค COVID-19 ที่จะนำไปปฏิบัติในแนวทางเดียวกัน ผู้นำชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ดำเนินการป้องกันโรค โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 แก่ประชาชนในหมู่บ้าน วิธีการป้องกันโดยการสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือบ่อย ๆ การเว้นระยะห่างทางสังคม และสนับสนุนหน้ากากอนามัย แต่การดำเนินงานดังกล่าวยังไม่ทำให้ประชาชนมีพฤติกรรม การป้องกันโรคที่เหมาะสม และหน้ากากอนามัยที่สนับสนุนไม่เพียงพอต่อความต้องการ ประกอบกับช่วงที่ดำเนินการเป็นช่วงหลังฤดูการเก็บเกี่ยว ทำให้ประชาชนให้ความสำคัญกับการทำงานให้แล้วเสร็จ ส่วนผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค COVID-19 และพฤติกรรม การป้องกันโรค COVID-19 ของแกนนำชุมชนก่อนการพัฒนา พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคเท่ากับ 21.04 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเท่ากับ 3.57 และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การป้องกันโรคเท่ากับ 3.71 ส่วนตัวแทนสมาชิกครัวเรือน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับ

โรคเท่ากับ 21.76 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเท่ากับ 3.66 และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการโรคเท่ากับ 3.85

3. กระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรค COVID-19 มีดังนี้

3.1 การวางแผน ผลการประชุมเชิงปฏิบัติการแกนนำชุมชน พบว่า แกนนำชุมชนเห็นความสำคัญของปัญหาโรค COVID-19 รับรู้ปัญหาของการดำเนินงานที่ผ่านมา และได้เสนอกิจกรรมในการป้องกันโรค ดังนี้

3.1.1 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 แก่แกนนำชุมชนและตัวแทนสมาชิกครัวเรือนทางหอกระจายข่าวหมู่บ้าน เพื่อลดการรวมกลุ่มทำกิจกรรมของคนจำนวนมาก และเคาะประตูบ้านทุกหลังคาเรือนโดยนักศึกษาพยาบาลและ อสม. ที่รับผิดชอบแต่ละคุ้ม

3.1.2 การเสริมสร้างการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค COVID-19 แก่สมาชิกครัวเรือน โดยให้ข้อมูลสถานการณ์การระบาดของโรคที่ทันเหตุการณ์และผลกระทบที่เกิดขึ้นทุกวันทางหอกระจายข่าวหมู่บ้าน และเคาะประตูบ้านทุกหลังคาเรือน

3.1.3 การสำรวจพฤติกรรมป้องกันการโรค COVID-19 ของประชาชนในชุมชน ดำเนินการทั้งในระดับครัวเรือน โรงเรียน และวัด โดยครัวเรือนสำรวจตนเองและลงบันทึกในแบบฟอร์ม และมีการติดตามตรวจสอบการปฏิบัติของครัวเรือนโดย อสม. แกนนำนักเรียนดำเนินการในโรงเรียน และสมาชิกชมรมผู้สูงอายุดำเนินการที่วัด

3.1.4 การทบทวนมาตรการในการป้องกันโรค COVID-19 ของชุมชน

3.2 การดำเนินการตามแผน มีดังนี้

3.2.1 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 ทางหอกระจายข่าวหมู่บ้าน พบว่า ผู้ฟังเป็น

ผู้ที่อยู่บ้านในขณะนั้น ผู้ที่ทำงานนอกบ้านจะไม่ได้รับความรู้โดยวิธีนี้ การรับฟังไม่ต่อเนื่อง และได้ยินไม่ชัดเจน การเคาะประตูบ้านให้ความรู้รายครัวเรือนโดย อสม.ประจำคุ้ม กระทำทั้งในเวลากลางวันและตอนเย็นสำหรับผู้ทำงานนอกบ้านพบว่า ประชาชนให้ความร่วมมือดี มีโอกาสแสดงความคิดเห็น และสามารถซักถามเมื่อมีปัญหา การประเมินความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 หลังทำกิจกรรม พบว่า ทั้งแกนนำชุมชนและตัวแทนสมาชิกครัวเรือนมีความรู้เกี่ยวกับโรคเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนา

3.2.2 การเสริมสร้างการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค COVID-19 ดำเนินการโดย อสม. และนักศึกษาพยาบาล ให้ข้อมูลการระบาดของโรคทุกวัน

3.2.3 การสำรวจพฤติกรรมป้องกันการโรค COVID-19 ทั้งในครัวเรือน โรงเรียน และวัด พบว่า ประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันการโรคที่เหมาะสมมากขึ้น โดยอยู่บ้าน จะออกจากบ้านเมื่อจำเป็น และสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าเมื่อออกจากบ้าน ล้างมือบ่อยๆ และเว้นระยะห่างทางสังคม

3.2.4 การทบทวนมาตรการในการป้องกันโรค COVID-19 ของชุมชน พบว่า มาตรการที่ร่วมกันกำหนดมีความเหมาะสมดีแล้ว แต่มีปัญหามีบางคนไม่ปฏิบัติ และขาดการประเมินผล ซึ่งได้กำหนดให้อสม. แกนนำนักเรียน และสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่ไปร่วมกิจกรรมทางศาสนาเป็นประจำ เป็นผู้ดำเนินการ

3.3 การสังเกตการณ์ มีการสังเกตพฤติกรรมป้องกันการโรค COVID-19 ของแกนนำชุมชนและตัวแทนสมาชิกครัวเรือน มีการประชุมกลุ่มย่อยติดตามการดำเนินงานทุกเดือน เพื่อทราบปัญหาและกระบวนการแก้ไข พบว่า ชุมชนให้ความสนใจและเข้าร่วมกิจกรรมเป็นอย่างดี แกนนำชุมชนดำเนินงานด้วยความเข้มแข็ง และประชาชนยินดี

ให้การสนับสนุน เพราะเข้าใจและรับรู้ถึงประโยชน์ที่ตนเองจะได้รับ

3.4 การสะท้อนผล โดยการคืนข้อมูลสู่ชุมชน และการถอดบทเรียน เพื่อเป็นข้อมูลสะท้อนผลการดำเนินงานในแต่ละวงรอบ ผลการดำเนินงานพบว่า สมาชิกครัวเรือนมีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรค COVID-19 ในระดับมาก และได้มาตรการในการป้องกันโรค COVID-19 ของชุมชนทั้งในระดับครัวเรือน โรงเรียน และวัด

#### 4. ผลลัพธ์ของการพัฒนา มีดังนี้

4.1 ความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค COVID-19 และพฤติกรรมป้องกันการโรค COVID-19 พบว่า หลังการพัฒนา ทั้งแกนนำชุมชนและตัวแทนสมาชิกครัวเรือนมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรค คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการโรค สูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค COVID-19 และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการโรค COVID-19 ของแกนนำชุมชนและตัวแทนสมาชิกครัวเรือน ระหว่างก่อนกับหลังการพัฒนา

ตัวแปร	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
<b>แกนนำชุมชน (n = 50)</b>						
ความรู้เกี่ยวกับโรค	21.04	2.66	26.08	2.98	28.631	< .001
การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค	3.57	.31	3.87	.19	9.194	< .001
พฤติกรรมป้องกันการโรค	3.71	.33	3.94	.06	5.741	< .001
<b>ตัวแทนสมาชิกครัวเรือน (n = 100)</b>						
ความรู้เกี่ยวกับโรค	21.76	3.24	26.54	2.93	82.592	< .001
การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค	3.66	.25	3.94	.11	6.483	< .001
พฤติกรรมป้องกันการโรค	3.85	.19	3.97	.05	7.431	< .001

4.2 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรค COVID-19 พบว่า แกนนำชุมชนจากครัวเรือน โรงเรียน และวัด มีส่วนร่วมในการดำเนินงานทุกขั้นตอน โดยร่วมวิเคราะห์ปัญหา วางแผนแก้ไขปัญหา ดำเนินกิจกรรมการป้องกันโรค และร่วมประเมินผล

แม้ว่าตัวแทนสมาชิกครัวเรือนจะมีส่วนร่วมน้อยในช่วงแรกของการดำเนินการ เนื่องจากมีภาระงานด้านอาชีพ แต่ช่วงหลังที่เสร็จสิ้นภาระงาน มีส่วนร่วมมากขึ้น แกนนำนักเรียนนำความรู้ไปถ่ายทอดให้นักเรียนในโรงเรียน และปฏิบัติตนเป็นแบบอย่าง

ส่วนพระภิกษุได้ถ่ายทอดความรู้และวิธีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมแก่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมที่วัด

4.3 อัตราป่วยด้วยโรค COVID-19 พบว่า ทั้งก่อนและหลังการพัฒนา ไม่พบการเจ็บป่วยของประชาชนในหมู่บ้าน ทำให้ประชาชนในหมู่บ้าน คลายความวิตกกังวล และปฏิบัติตามมาตรการของชุมชนที่กำหนดร่วมกัน เนื่องจากเห็นว่าการปฏิบัติ ดังกล่าวเกิดผลดี สามารถป้องกันโรค COVID-19 ได้

### การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตาม วัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ในกระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรค COVID-19 ทั้งแกนนำชุมชนและตัวแทนสมาชิกครัวเรือนมีส่วนร่วมในการพัฒนาทุกขั้นตอน ตั้งแต่การวิเคราะห์วางแผน การลงมือปฏิบัติ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนผล ถอดบทเรียนร่วมกัน เนื่องจากเห็นความสำคัญและตระหนักว่าการป้องกันโรค COVID-19 เป็นบทบาทหน้าที่ของตน และรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของครัวเรือน และชุมชน โดยมีการปรับเปลี่ยนกิจกรรมในแต่ละวงรอบไปตามสภาพปัญหาและความต้องการของชุมชน ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ของคนในชุมชน ซึ่งกระบวนการมีส่วนร่วมดำเนินการ ครอบคลุมพื้นที่ในชุมชน ทั้งครัวเรือน โรงเรียน และวัด นับเป็นการสร้างโอกาสให้แกนนำชุมชนและตัวแทนสมาชิกครัวเรือนเกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ สามารถนำเสนอความคิดของตน ต่อกลุ่ม มีความเข้าใจสภาพปัญหา ความต้องการ และข้อจำกัดที่มี ประกอบกับมีการสนับสนุนจาก องค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล และหน่วยงานด้านการศึกษา ทำให้การดำเนินงานเกิดผลดี หลังการพัฒนา

ชุมชนเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 การรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค COVID-19 และพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค COVID-19 อีกทั้งไม่พบผู้ป่วยโรค COVID-19 ในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า กระบวนการมีส่วนร่วมทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาของชุมชน ใช้ทรัพยากรจากชุมชนมาพัฒนา ศักยภาพชุมชน ให้สามารถคิด วิเคราะห์ วางแผน ดำเนินการ และติดตามประเมินผลการแก้ไขปัญหาของชุมชน เกิดความสามัคคี ช่วยเหลือเกื้อกูล เป็นการสร้างคุณค่าให้แก่วัยรุ่น และเกิดประโยชน์แก่ชุมชน (รัตนานภิศ พละศึก, เบญจวรรณ ถนอมชยธวัช, และดลปัทม ทรงเลิศ, 2561; วรยุทธ นาคอ้าย และคณะ, 2563; สุมาลี จุทอง, 2563)

ผลการวิจัยพบว่า หลังการพัฒนา ทั้งแกนนำชุมชนและตัวแทนสมาชิกครัวเรือนมีคะแนนเฉลี่ย ความรู้เกี่ยวกับโรคสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า แกนนำชุมชน เป็นกลุ่มที่ได้รับการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 เป็นกลุ่มแรกๆ ในช่วงที่มีการระบาดของโรค และมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันโรค COVID-19 ในชุมชน ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ส่วนตัวแทนสมาชิกครัวเรือน ได้รับการพัฒนาความรู้โดยใช้วิธีการที่เหมาะสม สอดคล้องกับวิธีการดำเนินชีวิตและสภาพปัญหา ในช่วงที่ต้องเว้นระยะห่างทางสังคม จัดการรวมกลุ่ม จัดกิจกรรม โดยการใช้ความรู้ทางหอกระจายข่าว หมู่บ้านและการเคาะประตูบ้านให้ความรู้รายครัวเรือน ซึ่งนับเป็นวิธีการที่เหมาะสม ทำให้มีโอกาสซักถาม ปัญหา และได้รับคำอธิบาย จึงทำให้ทั้งสองกลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรค COVID-19 เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า กระบวนการมีส่วนร่วม ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านซึ่งเป็นกลุ่มแกนนำ มีคะแนนความรู้ในการป้องกันและ

ควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับดี (วินัย พันอ่อน, จิตมา กัตถัญญ, และวันทนีย์ ชวพงศ์, 2562; วิมลรัตน์ อนุกรมศรีเดชะชัย, ทศวรรษ วัชระ, เปรมิกา เนียมเกตุ, และมณีนรัตน์ สวนดอกไม้, 2560) และการให้ความรู้ และกระบวนการมีส่วนร่วมทำให้ระดับความรู้เรื่อง โรคไข้เลือดออกของประชาชนหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้น (อรพินท์ พรหมวิเศษ, ชาตรี ประชาพิพัฒน์, และ สาโรจน์ เพชรมณี, 2559)

ผลการวิจัยพบว่า หลังการพัฒนา ทั้งแกนนำ ชุมชนและตัวแทนสมาชิกครัวเรือนมีคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค COVID-19 สูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การให้ข้อมูลสถานการณ์ การระบาดของโรค ความเสี่ยงและความรุนแรงของ โรคทุกวัน ด้วยวิธีการที่หลากหลายและเหมาะสม กับกลุ่มเป้าหมาย โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านและนักศึกษาพยาบาล ทำให้กลุ่มเป้าหมาย มีการรับรู้ ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการรับรู้ความรุนแรงของ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับมากที่สุด (กิตติพร เนาวีสุวรรณ, นกชา สิงห์วีระธรรม, และนภาพร คำแสงสวัสดิ์, 2563)

ผลการวิจัยพบว่า หลังการพัฒนา ทั้งแกนนำ ชุมชนและตัวแทนสมาชิกครัวเรือนมีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 สูงกว่าก่อน การพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบาย ได้ว่า กระบวนการมีส่วนร่วมทำให้ผู้ร่วมวิจัยทั้ง 2 กลุ่ม มีการทำงานเป็นทีม และมีการทำงานที่เป็นระบบ ก่อให้เกิดการเรียนรู้ เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับ โรค COVID-19 และสามารถจัดการตัวเองให้ มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สอดคล้องกับ การศึกษาที่พบว่า หลังเข้าร่วมโครงการ ผู้สูงอายุ

มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพดีกว่าก่อนเข้าร่วม โครงการ (อารี พุ่มประไพทย์ และจรรยา เสียงเสนาะ, 2560)

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 บุคลากรทางสุขภาพและหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องควรนำกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ไปใช้ในการป้องกันโรค COVID-19 ในพื้นที่อื่น โดย จัดกิจกรรมให้ความรู้ เสริมสร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรค และพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน เพื่อนำไปสู่ ผลลัพธ์ที่ดีในการดำเนินงาน

1.2 บุคลากรทางสุขภาพและหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องควรนำกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ไปใช้ในการป้องกันโรคอื่นๆ หรือโรคอุบัติใหม่ที่อาจ เกิดขึ้นในอนาคต

### 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาการปฏิบัติบทบาทของ แกนนำชุมชนในการป้องกันโรค COVID-19 ในพื้นที่ ครัวเรือน โรงเรียน และวัด

2.2 ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ โดยใช้ระยะเวลาที่ยาวนานขึ้น เพื่อ ประเมินความต่อเนื่องและความยั่งยืนของผลลัพธ์ ที่เกิดขึ้น

## เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค. (2564ก). *แนวทางปฏิบัติเพื่อ การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หรือโควิด 19 สำหรับประชาชน ทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง*. สืบค้นจาก [https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/int\\_protection/int\\_protection\\_030164.pdf](https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/int_protection/int_protection_030164.pdf)

- กรมควบคุมโรค. (2564ข). *สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย*. สืบค้นจาก <https://covid19.ddc.moph.go.th/>
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *การจัดระบบ อสม. และภาคประชาชน สำหรับ Local quarantine และ Home quarantine*. สืบค้นจาก [https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g\\_km/km08\\_120363.pdf](https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_km/km08_120363.pdf)
- กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกษา สิงห์วีระธรรม, และนภาพร ดำแสงสวัสดิ์. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย. *วารสารสถาบันบำราศนราดูร*, 14(2), 92-103.
- รัตยานภิศ พละศึก, เบญจวรรณ ถนอมชยรัช, และดลปัทม ทรงเลิศ. (2561). การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม: กระบวนการพัฒนาการเสริมสุขภาพชุมชนอย่างมีส่วนร่วม. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 5(1), 211-223.
- รัตยานภิศ รัชตะวรรณ, ธมลวรรณ แก้วกระจก, วรรณรัตน์ จงสตกิจ, ปิยะพร พรหมแก้ว, ดาไลมา ลำแดงสาร, และดลปัทม ทรงเลิศ. (2561). กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพ. *วารสารเทคโนโลยีภาคใต้*, 11(1), 231-238.
- วรายุทธ นาคอ้าย, กมลนันทน์ ม่วงยิ้ม, และเดชาวรรณพาทูล. (2563). กระบวนการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคโควิด 19 กรณีศึกษาผู้สูงอายุพหุพิสัยชุมชนหนองตะโก. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธนบุรี*, 14(3), 20-30.
- วินัย พันอ่อน, จิตติมา กัตัญญ, และวันทนี ชวพงศ์. (2562). ความรู้และทักษะในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน. *พจนานุกรมวารสาร*, 15(2), 149-159.
- วิมลรัตน์ ถนอมศรีเดชชัย, ทศวรรษ วัชระ, เปรมิกา เนียมเกตุ, และมณีนรัตน์ สวนดอกไม้. (2560). การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่. ใน *เอกสารการประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาครั้งที่ 2 มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม* (น. 1730-1734). สืบค้นจาก <http://gs.rmu.ac.th/grc2017/fullpaper/file/SC-P-02.pdf>
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2563). *กรอบยุทธศาสตร์การดำเนินงานด้านสาธารณสุขของประเทศไทยในการตอบสนองต่อการระบาดของโรคโควิด-19*. สืบค้นจาก <http://dmsic.moph.go.th/index/detail/8433>
- สอยฤทัย เกลี้ยงนิล. (2563). *รัฐ-ชุมชนกับการจัดการภัยพิบัติโรคไวรัสโควิด 19 พื้นที่ถนนข้าวสาร เขตพระนคร กรุงเทพมหานคร*. สืบค้นจาก [http://www3.ru.ac.th/mpa-abstract/files/2562\\_1597741815\\_6114832006.pdf](http://www3.ru.ac.th/mpa-abstract/files/2562_1597741815_6114832006.pdf)
- สุมาลี จุกทอง. (2563). *การจัดการภัยพิบัติโรคระบาดโควิด 19 ในพื้นที่ชุมชนริมคลองหัวหมากน้อย สำนักงานเขตบางกะปิ*. สืบค้นจาก [http://www3.ru.ac.th/mpa-abstract/files/2562\\_1597737114\\_6114832048.pdf](http://www3.ru.ac.th/mpa-abstract/files/2562_1597737114_6114832048.pdf)

- อรพินท์ พรหมวิเศษ, ชาตรี ประชาพิพัฒน์, และ  
ศาโรจน์ เพชรมณี. (2559). กระบวนการ  
มีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและ  
ควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยใช้เทคนิค  
กระบวนการ Appreciation Influence  
Control: บ้านช่องอินทนิล หมู่ 10 ตำบล  
ตะกุกเหนือ อำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารการพัฒนาศุภาพชุมชน มหาวิทยาลัย  
ขอนแก่น*, 4(2), 167–183.
- อารี พุ่มประไพทย์, และจรรยา เสียงเสนาะ. (2560).  
การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาพฤติกรรม  
การสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ. *วารสาร  
เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุข  
ภาคใต้*, 4(3), 160–175.
- Gilmore, B., Ndejjo, R., Tchetchia, A., de  
Claro, V., Mago, E., Diallo, A. A., ...  
Bhattacharyya, S. (2020). Community  
engagement for COVID-19 prevention  
and control: A rapid evidence synthesis.  
*BMJ Global Health*, 5(10), e003188.  
doi:10.1136/bmjgh-2020-003188
- Kemmis, S., McTaggart, R., & Nixon, R.  
(2014). *The action research planner:  
Doing critical participatory action  
research*. Singapore: Springer. Retrieved  
from [https://www.worldcat.org/title/  
action-research-planner-doing-critical-  
participatory-action-research/oclc/  
940712579](https://www.worldcat.org/title/action-research-planner-doing-critical-participatory-action-research/oclc/940712579)
- Sathiadas, M. G. (2020). Community  
participation during Covid-19. *Jaffna  
Medical Journal*, 32(1), 1. doi:10.4038/  
jmj.v32i1.84
-