

บทความวิจัย

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกัน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในชุมชน The Relationship between Health Belief and Coronavirus Disease - 2019 Preventive Behavior among Older Adults in Community

อนันต์ศักดิ์ จันทรศรี*

Anansak Janthasri

อุมพร เคนศิลา*

Umaporn Kensila

*คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี อุดรธานี 41000

*Faculty of Nursing, Udon Thani Rajabhat University, Udon Thani, 41000 Thailand

Corresponding author, E-mail: anansak.jan@gmail.com

Received: September 11, 2021; Revised: December 23, 2021; Accepted: May 19, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 และความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุในชุมชน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 173 คน เครื่องมือรวบรวมข้อมูลวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุในชุมชน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้เท่ากับ .85 และ .90 และวิเคราะห์ความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ .93 และ .85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 69.36 พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุในชุมชนมีความสัมพันธ์กับสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา และป้องกันโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด 19 ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยนี้ ควรส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด 19 เพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการติดเชื้อ และการแพร่ระบาดของโรค

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกันโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุ โรคโควิด 19

Abstract

This descriptive research aimed to investigate the level of COVID-19 preventive behavior and relationship between health belief and COVID-19 preventive behavior among community-dwelling older adults. The sample comprised 173 older adults in the community. Data were collected through demographic interview form, a health belief perception questionnaire on COVID-19 prevention and the COVID-19 preventive behavior among community-dwelling older adults. The validity was approved by five experts with the CVI of .85 and .90. The reliability was measured by Cronbach's alpha coefficient at .93 and .85. Data were analyzed by descriptive statistics and correlation coefficient of spearman.

The results revealed that 69.36% of the participants had a high level of COVID-19 prevention behavior. This preventive behavior among community-dwelling older adults was associated with cues to action, perceived self-efficacy, perceived benefits, perceived susceptibility and perceived barriers at the significance level of .01. However, there was no relationship with perceived severity. Research suggested promoting health beliefs for COVID-19 infection prevention behaviors among older adults to undertake the preventive measures and prevent further community spread during the pandemic.

Keywords: Preventive behavior, Health belief, Older adults, COVID-19

บทนำ

ปัจจุบันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โควิด 19 เป็นปัญหาทางสาธารณสุขของโลก รวมทั้งประเทศไทย จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่า ทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อจำนวน 148,128,030 คน เสียชีวิตจำนวน 3,124,905 คน¹ ในประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อจำนวน 61,699 คน และมีผู้เสียชีวิตจำนวน 178 คน² องค์การอนามัยโลกได้ประกาศชื่อที่เป็นทางการสำหรับโรคทางเดินหายใจ ที่เกิดจากไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ว่า “โควิด-ไนน์ทีน” (COVID-19) เมื่อ 11 กุมภาพันธ์ 2563³ การระบาดของโรคนี้มีต้นกำเนิดที่เมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ของประเทศจีน ซึ่งมีการแพร่กระจายเชื้อมาจากตลาดขายอาหารทะเลสด⁴ และเกิดการระบาดไปในหลายประเทศทั่วโลก

โรคโควิด 19 ประกอบด้วยเชื้อไวรัสโคโรนาหลายชนิดที่ก่อโรคในคนตั้งแต่โรคไข้หวัดธรรมดา เช่น Coronavirus OC43 HKU1 และ 229E เป็นชนิด

ก่อโรคหวัด⁵ แต่อาจก่อโรคทางเดินหายใจส่วนล่างรุนแรงในกลุ่มผู้ป่วยเด็กเล็กหรือผู้สูงอายุได้ ส่วนไวรัส Coronavirus NL63 เป็นเชื้อที่ก่อโรคหลอดลมฝอยอักเสบในเด็ก จนถึงไวรัสที่สามารถก่อโรคทางเดินหายใจรุนแรง เช่น เชื้อไวรัสโคโรนาที่ก่อโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (Middle east respiratory syndrome corona virus: MERS-CoV) หรือเชื้อไวรัสโคโรนาที่ก่อโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (Severe acute respiratory syndrome: SARS) การระบาดของโรคโควิด 19 ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ทำให้มีผู้ป่วยติดเชื้อจำนวนมาก และมีการแพร่กระจายเชื้ออย่างรวดเร็ว โดยผู้ที่ติดเชื้อไวรัสโควิด 19 จะแสดงอาการเริ่มแรก คือ มีไข้ ปวดเมื่อย ครั่นเนื้อครั่นตัว ไอแห้ง ๆ บางครั้งมีเสมหะ ถ้าอาการรุนแรงจะมีไข้สูง การหายใจเหนื่อยหอบ หายใจลำบากเนื่องจากปอดอักเสบ ผู้ป่วยบางรายมีอาการรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ⁶

จากการทบทวนวรรณกรรม พบผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูงกว่าวัยอื่น ๆ โดยพบว่า ผู้สูงอายุมีอัตราการตายจากโรคโควิด 19 ร้อยละ 15.00⁷ และพบเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี มากถึงร้อยละ 80.00⁸ ดังนั้น ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษกว่าวัยอื่น ๆ เนื่องจากเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายในหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นระบบฮอร์โมน และภูมิคุ้มกัน มีผลให้ร่างกายมีการเจ็บป่วยอยู่เสมอ ซึ่งระบบภูมิคุ้มกันเป็นระบบที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากในผู้สูงอายุ ทั้งในด้านภูมิคุ้มกันที่มีมาแต่กำเนิด และภูมิคุ้มกันที่มีการเปลี่ยนแปลงในภายหลัง โดยส่วนใหญ่มักจะเป็นการเปลี่ยนแปลงในด้านที่ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานของเซลล์ในระบบภูมิคุ้มกันเสื่อมถอยลงหรือระบบการควบคุมการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันมีการเปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้สูงอายุมักติดเชื้อจุลชีพได้ง่าย รวมถึงการตอบสนองต่อวัคซีนต่าง ๆ ก็ลดลงอีกด้วย⁹ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว¹⁰⁻¹¹ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปอด โรคหัวใจ กลุ่มนี้เป็นกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับเชื้อโควิด 19 ได้ง่าย หากไม่ได้มีการดูแล และป้องกันอย่างดี ดังนั้นการหยุดยั้งการแพร่กระจายของโรคติดเชื้อที่สำคัญที่สุด คือ การมีพฤติกรรมป้องกันการโรคตามแนวทางการป้องกันอย่างเคร่งครัด

พฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคโควิด 19 จะมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ การทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด 19 อยู่ในระดับดี¹²⁻¹³ และปัจจัยที่มีความสำคัญ พร้อมทั้งมีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด 19 ได้แก่ ความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นแนวคิดที่อธิบายพฤติกรรมป้องกันการโรคของบุคคล¹⁴ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา และป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง

เนื่องจากความเชื่อเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และช่วยให้พฤติกรรมนั้นคงอยู่ในระยะยาว จากการศึกษาของ สุภาภรณ์ ชูเชิดรัตนและคณะ¹⁵ พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมของพนักงานรักษาความปลอดภัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .31$) ในรายด้าน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค และการรับรู้ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .29, .29$, และ $.22$ ตามลำดับ) การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.25$) ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของพนักงานรักษาความปลอดภัยอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > .05$) และการศึกษาของ วิญญูทัณญ บัญทันและคณะ¹² ที่ศึกษาในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ร่วมกับนักศึกษาพยาบาล พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .660$ และ $.606$, $p\text{-value} = .000$) และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.328$, $p\text{-value} = .000$) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ยังไม่มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในชุมชน ดังนั้น ผู้วิจัยสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งผลการศึกษานี้จะสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน

ในการพัฒนาแนวปฏิบัติ และแนวทางในการวางแผนดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน พร้อมทั้งลดอัตราการติดเชื้อโรคโควิด 19 ในผู้สูงอายุในระยะยาวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

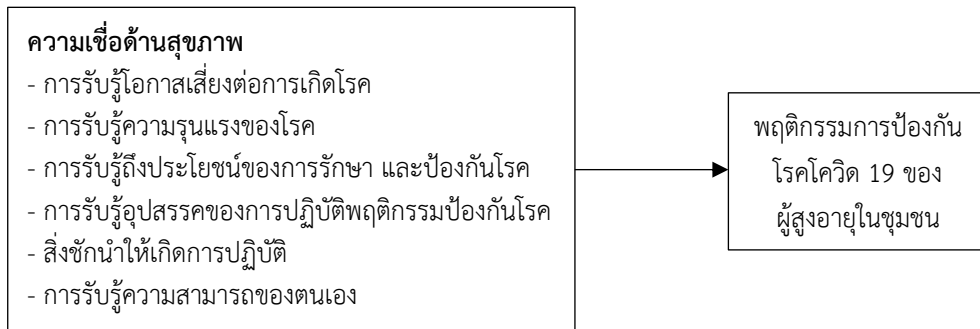
1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุในชุมชน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุในชุมชน

สมมติฐานการวิจัย

ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุในชุมชน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้ศึกษาตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Stretcher and Rosenstock¹⁴ ที่กล่าวว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ขึ้นอยู่กับความเชื่อของบุคคลที่เชื่อว่าปฏิบัติแล้วจะเกิดผลดีกับตนเอง ทำให้มีความยินดีในการปฏิบัติ การให้ข้อมูลอาจได้ผลไม่เต็มที่ หากไม่คำนึงถึงความเชื่อของผู้ปฏิบัติ ความเชื่อเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และช่วยให้พฤติกรรมนั้นคงอยู่ในระยะยาว ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา และป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ และการรับรู้ความสามารถของตนเองจะเป็นตัวผลักดันให้เกิดการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 และดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ มากำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุในชุมชนอำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี จำนวน 10,160 คน ในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2564 ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์

สำเร็จรูป G*Power 3.1.9.2 กำหนดใช้สถิติวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 2 ตัวแปรในการทดสอบแบบสองหาง (Two tail) เนื่องจากงานวิจัยที่ผ่านมาของ Barati และคณะ¹⁶ พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของบุคลากรในโรงพยาบาลในประเทศอิหร่านมีค่าเท่ากับ .21 จึงกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .21 ($d = .21$) กำหนดความเชื่อมั่นทางสถิติที่ .05 และอำนาจการทดสอบที่ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 173 คน เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) 1) สามารถพูดฟัง สื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ 2) ไม่มีความผิดปกติด้านการนึกคิด ประเมินโดยใช้แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา (Chula mental test: CMT) ได้ 15 คะแนนขึ้นไป

เครื่องมือและคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง เป็นแบบประเมินสภาพจิตจุฬา (Chula mental test: CMT) เป็นแบบประเมินภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ พัฒนาโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ¹⁷ เป็นชุดคำถามเกี่ยวกับการนึกคิด การรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล และการตัดสินใจ จำนวนทั้งหมด 13 ข้อ มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .81 คะแนนของแบบประเมินเท่ากับ 0 - 19 คะแนน ถ้า < 15 คะแนน หมายถึง มีความผิดปกติด้านการนึกคิด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 3 ชุด ดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ การอยู่อาศัย และโรคประจำตัว

2.2 แบบสอบถามการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุในชุมชน ถูกสร้างขึ้นตามแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Stretcher and Rosenstock¹⁴ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึก และความคิดเห็น

ต่อความเชื่อในการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุในชุมชน ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด 19 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา และป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรค สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง จำนวน 60 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วย คะแนนรวมของแบบประเมินอยู่ระหว่าง 60 - 300 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (60 - 140 คะแนน) ระดับปานกลาง (141 - 220 คะแนน) และระดับสูง (221 - 300 คะแนน) ตามลำดับ

2.3 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุในชุมชน ถูกสร้างขึ้นเองจากการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย การป้องกันตัวเองเมื่ออยู่ที่บ้าน และการป้องกันตนเองเมื่อไปในสถานที่สาธารณะ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ คะแนนรวมของแบบประเมินอยู่ระหว่าง 10 - 50 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ (10.00 - 23.33 คะแนน) ระดับปานกลาง (23.34 - 36.67 คะแนน) และระดับสูง (36.68 - 50.00 คะแนน) ตามลำดับ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุในชุมชน และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุในชุมชน ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน นำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) ได้เท่ากับ .85 และ .90 ตามลำดับ และนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ .93 และ .85 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี เลขที่ อว 0622.7/647 วันที่รับรอง 23 กันยายน 2563 ก่อนเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ของการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายให้ทราบถึงสิทธิ์ที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้เมื่อต้องการ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ และให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยตนเอง ไม่มีการบังคับ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียใจเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีการบันทึกชื่อหรือเปิดเผยข้อมูล การวิเคราะห์ผลการวิจัยกระทำในภาพรวม ไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างและบุคคลที่เกี่ยวข้อง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี ไปเสนอนายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองหาน ตำบลหนองเม็ก ตำบลพังงู ตำบลสะแบง ตำบลสร้อยพร้าว ตำบลบ้านเชียง เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล และขอรายชื่อผู้สูงอายุ จากนั้นผู้วิจัยทำการสุ่มอย่างง่ายโดยวิธีการจับสลากแบบไม่ใส่คืนจากรายชื่อผู้สูงอายุ หลังจากได้รายชื่อแล้ว ผู้วิจัยไปพบผู้สูงอายุตามรายชื่อเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล และทำการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบประเมินสภาพจิตใจหา เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และเก็บข้อมูลด้วยเครื่องมือที่ได้จัดเตรียมไว้ มีรายละเอียด ดังนี้ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป แบบสัมภาษณ์พฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุในชุมชน และแบบสัมภาษณ์การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อ

ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุในชุมชน ใช้เวลาในการเก็บข้อมูล 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ด้วยสถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายข้อมูลลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุ ได้แก่ การแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในส่วนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุในชุมชน เนื่องจากผู้วิจัยได้ทำการทดสอบการกระจายของข้อมูล พบว่า การกระจายของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ จึงพิจารณาวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.65 อายุอยู่ในช่วง 60 - 69 ปี ร้อยละ 75.72 ($\bar{X}$ = 66.03, S.D = 4.71) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 86.71 สถานภาพคู่ ร้อยละ 54.90 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 55.49 รายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 58.96 อาศัยอยู่กับสามี - ภรรยา ร้อยละ 49.71 และกลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว ร้อยละ 52.02 มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 76.67, 63.33 และ 36.67 ตามลำดับ

การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุในชุมชนอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 212.82, S.D = 28.56) เมื่อพิจารณาการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นรายด้าน พบว่า มีการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง คือ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ($\bar{X}$ = 41.79, S.D = 8.28) การรับรู้ถึงประโยชน์

ของการรักษา และป้องกันโรค ($\bar{X}$ = 41.56, S.D = 6.27) S.D = 6.95) และการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพ
 การรับรู้ความสามารถของตนเอง ($\bar{X}$ = 40.97, S.D = 7.79) อยู่ในระดับต่ำ คือ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ
 การรับรู้ความรุนแรงของโรค ($\bar{X}$ = 37.10, S.D = 8.32) พฤติกรรมป้องกันโรค ($\bar{X}$ = 18.20, S.D = 5.90)
 การรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 1
 คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ($\bar{X}$ = 33.19,

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษา	$\bar{X}$	S.D	ระดับ
1. ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม	212.82	28.56	สูง
2. ความเชื่อด้านสุขภาพรายด้าน			
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	33.19	6.95	ปานกลาง
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	37.10	8.32	สูง
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา และป้องกันโรค	41.56	6.27	สูง
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรค	18.20	5.90	ต่ำ
สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ	41.79	8.28	สูง
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	40.97	7.79	สูง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมป้องกัน ระดับปานกลาง ร้อยละ 27.17 และระดับต่ำ ร้อยละ 3.47
 โรคโควิด 19 ระดับสูง ร้อยละ 69.36 รองลงมาอยู่ใน ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละ ของระดับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุในชุมชน

พฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุในชุมชน	จำนวน	ร้อยละ
1. ระดับต่ำ	6	3.47
2. ระดับปานกลาง	47	27.17
3. ระดับสูง	120	69.36
($\bar{X}$ = 38.88, S.D = 7.66, Min = 18, Max = 50)		

ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์
 ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรค
 โควิด 19 ของผู้สูงอายุในชุมชน (r_s = .46) อย่างมีนัยสำคัญ
 ทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า
 สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถของ
 ตนเอง การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา และ
 ป้องกันโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค
 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง (r_s = .65, .63,

.52 และ .44 ตามลำดับ) และการรับรู้อุปสรรคของ
 การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางลบ
 ในระดับปานกลาง (r_s = -.48) กับพฤติกรรมป้องกันการ
 โรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญ
 ทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของ
 โรคโควิด 19 ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการ
 โรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทาง
 สถิติที่ระดับ .05 (r_s = .14, p-value = .062) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุในชุมชน

ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษา	r_s	p-value
1. ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม	.46	<.001
2. ความเชื่อด้านสุขภาพรายด้าน		
สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ	.65	<.001
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	.63	<.001
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา และป้องกันโรค	.52	<.001
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค	-.48	<.001
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	.44	<.001
การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด 19	.14	.062

การอภิปรายผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ระดับสูง ร้อยละ 69.36 เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูงกว่าวัยอื่น ๆ โดยเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายไปในทางเสื่อม เช่น ระบบฮอร์โมน และภูมิคุ้มกันในการทำงานเซลล์เสื่อมถอยลงหรือเปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้สูงอายุมักติดเชื้อจุลชีพได้ง่าย รวมถึงการตอบสนองต่อวัคซีนต่าง ๆ ลดลง⁹ จึงมีโอกาสติดเชื้อโรคโควิด 19 ได้ง่าย และอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต⁶ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ในระดับสูง และยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว ร้อยละ 52.02 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 76.67, 63.33 และ 36.67 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.65 ซึ่งเป็นเพศที่แสดงออกถึงความอ่อนโยน มีความละเอียดอ่อน และใส่ใจต่อสุขภาพ จึงสามารถดูแลตนเองได้ และมีอายุอยู่ในช่วง 60 - 69 ปี ร้อยละ 75.72 ($\bar{X}$ = 66.03, S.D = 4.71) ซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น และยังเป็นผู้สูงอายุที่ยังมีกิจกรรม พร้อมทั้งยังมีความสามารถในการเรียนรู้ การรับรู้ ข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับสูง มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ วิญญูทัศน์ บุญทัน และคณะ¹²

ที่พบว่า ผู้สูงอายุไทยมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) อยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 2.18, S.D = .50) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Chen และคณะ¹³ ที่พบว่า ผู้สูงอายุจีนมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) อยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 13.73, S.D = 1.62, range 5 - 15) และการศึกษาของ พรพัฒน์ ภูนาภรณ์ และคณะ¹⁸ ที่พบว่า พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ของผู้ใหญ่ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดกาฬสินธุ์ อยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 3.40, S.D = .39)

2. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r_s = .65, p-value < .001) อาจเนื่องจากผู้สูงอายุมีการรับรู้ถึงสิ่งชักนำหรือการรับรู้ปัจจัยกระตุ้นทางบวก เช่น การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของโรค การตรวจคัดกรองปัจจัยเสี่ยงโรคโควิด 19 อาการ และอาการแสดงโรคโควิด 19 และคำแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด 19 จากบุคลากรทางสุขภาพ พร้อมทั้งการสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งพบว่า พฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวจะมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัว และของครอบครัวโดยรวม

ด้วยเช่นกัน¹⁹ โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 54.90 และอาศัยอยู่กับสามี - ภรรยา ร้อยละ 49.71 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง โดยมีโรคประจำตัว ร้อยละ 52.02 และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 76.67, 63.33 และ 36.67 และการรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติในระดับสูง ($\bar{X}$ = 41.79, S.D = 8.28) ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคโควิด 19 ได้ดี ซึ่งสนับสนุนแนวคิดของ Stretcher and Rosenstock¹⁴ ที่กล่าวว่า สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่มากระตุ้นทางบวกให้บุคคลเกิดแรงผลักดันที่จะลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาภรณ์ ชูเชิดรัตน และคณะ¹⁵ ที่พบว่า การรับรู้ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .22)

3. การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r_s = .63, p -value < .001) อาจเนื่องจากสมรรถนะแห่งตน มีความสำคัญมากในการจูงใจบุคคลให้กระทำ พฤติกรรมต่าง ๆ ที่รวมถึงพฤติกรรมสุขภาพ จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงอายุ 60 - 69 ปี ร้อยละ 75.72 ($\bar{X}$ = 66.03, S.D = 4.71) ซึ่งกลุ่มนี้ เป็นกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น และมีการรับรู้ความสามารถ ของตนเองในระดับสูง ($\bar{X}$ = 40.97, S.D = 7.79) จึงมีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติตามขั้นตอน และ วิธีการป้องกันโรคโควิด 19 ที่ถูกต้อง ส่งผลให้ กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรค โควิด 19 อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งสนับสนุนแนวคิดของ Stretcher and Rosenstock¹⁴ ที่กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมของบุคคล บุคคลต้องมีความเชื่อมั่นในการ

ปฏิบัติตามขั้นตอน และวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้อง เหมาะสม เพื่อการเปลี่ยนแปลงสุขภาพของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ วิญญู ทัณญ บัญทัน และคณะ¹² ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัส โควิด 2019 (โควิด 19) ของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .66) การศึกษาของ Nowak และคณะ²⁰ ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับ ปานกลางกับพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .38) และ การศึกษาของ Barati และคณะ¹⁶ พบว่า การรับรู้ ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับปานกลาง กับพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด 19 ของบุคลากรในโรงพยาบาลในประเทศอิหร่าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .37)

4. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา และ ป้องกันโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุ ในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r_s = .52, p -value < .001) สะท้อนให้เห็นว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา และป้องกันโรค มีความสำคัญมากในการจูงใจบุคคลให้กระทำ พฤติกรรมต่าง ๆ ที่รวมถึงพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งการรับรู้ ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรค ว่าเป็นสิ่งที่ทำให้ตนเองไม่ป่วยเป็นโควิด 19 จึงส่งผลให้ ตนเองปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมากขึ้น¹⁵ จากข้อมูลของ กลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงอายุ 60 - 69 ปี ร้อยละ 75.72 ($\bar{X}$ = 66.03, S.D = 4.71) เป็นกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับสูง ($\bar{X}$ = 37.10, S.D = 8.32) รวมทั้งมีการได้รับรู้อัตรา การติดเชื้อ อาการ และอาการแสดง การดำเนินของโรค และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรค โควิด 19 ที่สม่ำเสมอ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ ถึงประโยชน์ของการรักษา และป้องกันโรคในระดับสูง ($\bar{X}$ = 41.56, S.D = 8.28) ซึ่งสนับสนุนแนวคิดของ

Stretcher and Rosenstock¹⁴ ที่กล่าวว่า การที่บุคคลรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา และป้องกันการเกิดโรค รวมทั้งข้อดี และข้อเสียในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรค ว่าเป็นการกระทำที่ดี เหมาะสม และมีประโยชน์ จะแสดงถึงความสัมพันธ์ในการปฏิบัติเกี่ยวกับการให้ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ วิญญูทัณญ์ บุญทัน และคณะ¹² ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวก ระดับปานกลางกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .606$) และการศึกษาของ Nowak และคณะ²⁰ ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .24$)

5. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรค มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุ ในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r_s = -.48$, $p\text{-value} < .001$) อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีอุปสรรคหรืออุปสรรคน้อย มีการรับรู้ และเชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคซึ่งไม่เป็นอุปสรรคสำหรับตนเอง จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 69.36 ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Stretcher and Rosenstock¹⁴ ที่กล่าวว่า การรับรู้อุปสรรคเป็นความรู้สึกหรือความคิดของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค ซึ่งเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัยของบุคคลเพื่อป้องกันโรค หากบุคคลมีการรับรู้อุปสรรคต่ำ จะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ วิญญูทัณญ์ บุญทัน และคณะ¹² ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

($r = -.328$) และการศึกษาของ Nowak และคณะ²⁰ ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบ ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.30$)

6. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r_s = .44$, $p\text{-value} < .001$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยว่า วัยผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในร่างกาย ไปในทางเสื่อม หากมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี ถ้าไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคจะทำให้ มีโอกาสติดเชื้อโรคโควิด 19 ได้ง่าย โดยเฉพาะ ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว¹⁰⁻¹¹ จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 33.19$, $S.D = 6.95$) อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมัน ในเลือดสูง ร้อยละ 76.67, 63.33 และ 36.67 ตามลำดับ จึงมีพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ระดับสูง ร้อยละ 69.36 ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของ Stretcher and Rosenstock¹⁴ ที่กล่าวว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงเป็นความเชื่อหรือความรู้สึกของบุคคล เกี่ยวกับโอกาสที่จะเกิดโรค การที่บุคคลจะแสวงหา และปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพนั้น อย่างน้อย บุคคลต้องมีความเชื่อว่าตนมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และการเจ็บป่วยจะมีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Barati และคณะ¹⁶ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด 19 ของบุคลากรในโรงพยาบาล ในประเทศอิหร่าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .21$) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Nowak และคณะ²⁰ ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .06$)

7. การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด 19 ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_s = .14$, $p\text{-value} = .062$) แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับสูง ($\bar{X} = 37.10$, $S.D = 8.32$) แต่ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60 - 69 ปี ร้อยละ 75.72 ($\bar{X} = 66.03$, $S.D = 4.71$) ยังมีความสามารถในการทำกิจกรรม มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับสูง ($\bar{X} = 40.97$, $S.D = 7.79$) ส่งผลให้การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด 19 ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ซึ่งสนับสนุนแนวคิดของ Stretcher and Rosenstock¹⁴ ที่กล่าวว่า การที่บุคคลรับรู้โรคนั้นมีความรุนแรงต่อตนเองก็ต่อเมื่อโรคนั้นมีอันตรายถึงชีวิต เกิดความพิการหรือส่งผลกระทบต่อตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน การทำงาน รวมถึงครอบครัว และสัมพันธภาพในสังคม บุคคลแต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Barati และคณะ¹⁶ พบว่า การรับรู้ความรุนแรง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของบุคลากรในโรงพยาบาลในประเทศอิหร่านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .24$) และการศึกษาของ Nowak และคณะ²⁰ ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .28$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการพยาบาลควรมีการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคโควิด 19 เพื่อให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 อย่างต่อเนื่อง

ในการป้องกันการติดเชื้อเข้าสู่ร่างกายผู้สูงอายุ และป้องกันการแพร่ระบาดของโรค

2. ด้านการวางแผนและนโยบาย ผู้บริหารทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องควรกำหนดนโยบายในการส่งเสริมการจัดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อในการป้องกันโรค ด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา และป้องกันโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคของผู้สูงอายุในชุมชนได้

3. ด้านการเรียนการสอนทางการพยาบาลสามารถนำไปใช้ในการจัดการเรียนการสอน เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 และสามารถดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกัน และลดการแพร่เชื้อโควิด 19

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุในชุมชน

2. ควรศึกษาวิจัยกึ่งทดลองเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติหรือโปรแกรมการพยาบาลในการเพิ่มการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี ที่สนับสนุนเวลาในการทำวิจัย ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ช่วยให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือวิจัย และขอบคุณผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างที่เสียสละเวลาในการให้ข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic [Internet]. 2021 [cited 2021 Apr 30]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
2. Department of Disease Control. Covid-19 situation report [Internet]. 2021 [cited 2021 Apr 30]. Available from: <https://covid19.ddc.moph.go.th/> (in Thai)
3. World Health Organization. Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (2019-nCoV) infection is suspected: interim guidance [Internet]. 2020 [cited 2020 May 12]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330893>
4. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *The Lancet* 2020;395(10223):497-506.
5. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *New England Journal of Medicine* 2020;382(8):727-33.
6. Li X, Xu S, Yu M, Wang K, Tao Y, Zhou Y, et al. Risk factors for severity and mortality in adult COVID-19 inpatients in Wuhan. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology* 2020;146(1):110-8.
7. Wilson N, Kvalsvig A, Barnard LT, Baker MG. Case-fatality risk estimates for COVID-19 calculated by using a lag time for fatality. *Emerging Infectious Diseases* 2020;26(6):1339-441.
8. Shahid Z, Kalayanamitra R, McClafferty B, Kepko D, Ramgobin D, Patel R, et al. COVID-19 and older adults: what we know. *Journal of the American Geriatrics Society* 2020;68(5):926-9.
9. Jumnainsong A, Saichua P. The alteration of immune cells in elderly. *Thammasat Medical Journal* 2016;16(2):285-96. (in Thai)
10. Applegate WB, Ouslander JG. COVID-19 presents high risk to older persons. *Journal of the American Geriatrics Society* 2020;68(4):681.
11. Morley JE, Vellas B. Editorial: COVID-19 and older adults. *The Journal of Nutrition, Health & Aging* 2020;24(4):364-5.
12. Bunthan W, Whaikit P, Soysang V, Soynahk C, Akaratanapol P, Kompayak J. Factor influencing to health promotion behavior for coronavirus disease 2019 (COVID-19) prevention of older adults. *Journal of the Police Nurses* 2020;12(2):323-37. (in Thai)
13. Chen Y, Zhou R, Chen B, Chen H, Li Y, Chen Z, et al. Knowledge, perceived beliefs, and preventive behaviors related to COVID-19 among Chinese older adults: cross-sectional web-based survey. *Journal of Medical Internet Research* 2020;22(12):e23729.
14. Stretcher VJ, Rosenstock IM. The health belief model. In: Glanz K, Lewis FM, Rimer BK, editors. *Health behavior and health education: theory, research, and practice*. San Francisco: Jossey-Bass; 1997. p. 31-43.

15. Choocherdrattana S, Srikamsuk J, Pacam C, Tep-udom T, Phuangkham P, Meunkoddee P, et al. Relationship between health belief and prevention behaviors of COVID-19 among security guards at Naresuan University. *Journal of Nursing and Health Sciences* 2021;15(2):78-89. (in Thai)
16. Barati M, Bashirian S, Jenabi E, Khazaei S, Karimi-Shahanjarini A, Zareian S, et al. Factors associated with preventive behaviours of COVID-19 among hospital staff in Iran in 2020: an application of the protection motivation theory. *The Journal of Hospital Infection* 2020;105(3):430-3.
17. Jitapunkul S, Lailert C, Worakul P, Srikiatkachorn A, Ebrahim S. Chula mental test: a screening test for elderly people in less developed countries. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 1996;11(8):715-20.
18. Poonaklom P, Rungram V, Abthaisong P, Piralam B. Factors associated with preventive behaviors towards coronavirus disease (COVID-19) among adults in Kalasin province, Thailand, 2020. *OSIR Journal* 2020;13(3):78-89.
19. Tasuwanin T, Boonjit A, Sukkai C, Sangchan K, Kongsuwan D, Wong-a-thitikul P. Factors related to self - care behaviors in the situation of the pandemic of coronavirus 2019 among people in Chiang Rai province. *Kuakarun Journal of Nursing* 2021;28(2):77-92. (in Thai)
20. Nowak B, Brzóska P, Piotrowski J, Sedikides C, Zemojtel-Piotrowska M, Jonason PK. Adaptive and maladaptive behavior during the COVID-19 pandemic: the roles of dark triad traits, collective narcissism, and health beliefs. *Personality and Individual Differences* 2020;167:110232.