

การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 ของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วม
ของชุมชน ในอำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา
DEVELOPMENT OF BEHAVIOR MODIFICATION MODEL FOR PREVENTION COVID 19
AMONG THE ELDERLY BY COMMUNITY PARTICIPATION IN BANG NAM PRAIO DIS-
TRICT CHACHOENGSAO PROVINCE.

นันทน์ภัท ธนฐากร* วรพจน์ ทำเนียบ และ อมรรัตน์ ดอกไม้ขาว
สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์ ฉะเชิงเทรา 24000

Nunnaphat Tanathakorn *, Woraphot Thamniab and Amornrat Dokmaikaw
Department of Public Health, Faculty of Science, Rajabhat Rajanagarindra University, Chachoengsao 24000

*E-mail: nunnaphat.eve@gmail.com

Received: 2024-09-10

Revised: 2024-12-06

Accepted: 2024-12-12

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 ของผู้สูงอายุ และ 2) พัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 ของผู้สูงอายุ วิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ในอำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 400 คน สุ่มแบบหลายขั้นตอน ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ความรู้การป้องกันโควิด 19 3) ทักษะการป้องกันโควิด 19 4) ความเชื่อด้านสุขภาพ 5) พฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 ใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน พบ 9 ปัจจัยมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ มัธยมตอนต้น การรับรู้ความรุนแรง เกษตรกรรม คู่สมรสและบุตรหลาน ไม่ได้รับการศึกษา ศาสนาอิสลาม มัธยมตอนปลาย ปวส. / อนุปริญญา วิจัยเชิงคุณภาพ สัมภาษณ์ 3 กลุ่มๆ ละ 6-10 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างกรณีหลากหลาย 1) ผู้สูงอายุ 2) ผู้ดูแลของผู้สูงอายุ 3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาล อสม. และผู้นำชุมชน พบว่า ผู้สูงอายุไม่กลัวการติดโควิด 19 ขาดความตระหนัก จึงไม่ล้างมือ ไม่ใช้ช้อนกลางในการรับประทานอาหารร่วมกัน ไม่ใส่หน้ากากอนามัย ขาดความรู้และมีความเชื่อที่แตกต่างกัน ผลการวิจัยรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 ของผู้สูงอายุ ได้ 4 กิจกรรมหลัก 1) ประชาสัมพันธ์ 2) ให้ความรู้ 3) ปรับเปลี่ยนทัศนคติ ความเชื่อด้านสุขภาพ และ 4) การกระตุ้นเตือน

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 ผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมของชุมชน

ABSTRACT

The purpose of this mixed-method study is to investigate the factors influencing elderly people's COVID-19 preventative behavior and to create a model for altering conduct to shield elderly people from COVID-19. The quantitative study made up the sample group of 400 senior citizens (60 years of age and over) who reside in Bang Nam Piao District, Chachoengsao Province, which used multi-stage random sampling. Tools used; General details, awareness of how to prevent COVID-19, perceptions of preventing COVID-19, attitudes towards health, and the act of self-defense against COVID-19. The nine factors were identified as influencing COVID-19 preventive behavior such as lower secondary level, perceived benefits, perceived aggression, farming, spouse and kids, lack of education, Islam, higher secondary level, and associate's degree or vocational certificate. The qualitative research: three groups of six to ten interview subjects by using content analysis on a range of randomly chosen cases such as elderly people, carers for the elders, community leaders, professional nurses, village health volunteers, and public health officers. It was discovered that elderly people lacked knowledge and lacked awareness such as they did not share meals with serving spoons, did not wear masks, did not wash their hands, had different beliefs, and were not afraid of contracting COVID-19. To avoid COVID-19 in the elderly, the researchers used the factors they had collected to create four primary activities; 1. public relations; 2. knowledge sharing; 3. altering attitudes and health beliefs; and 4. encouragement.

Keywords: Behavior to preventing COVID 19, Elderly, Community participation

บทนำ

การระบาดของโควิด 19 ได้เริ่มต้นเมื่อปลายปี พ.ศ. 2562 และลุกลามไปทั่วโลกสร้างความหวาดกลัวและส่งผลกระทบต่อสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจของประชากร และเมื่อต้นเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 มีการระบาดใหญ่ (Pandemic) ซึ่งเป็นการติดเชื้อทั่วโลกอย่างรวดเร็วและมีผู้เสียชีวิตเป็นจำนวนมาก (Department of disease control, 2020) จากการรายงานของ World Health Organization (2023) พบว่า ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2562 มีรายงานผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด 19 เป็นจำนวน 760 ล้านรายและมีผู้เสียชีวิต มีจำนวน 6.9 ล้านรายทั่วโลก ขณะเดียวกันจากการรายงานรายสัปดาห์ของกระทรวงสาธารณสุขระบุว่าสถานการณ์โควิด 19 ในประเทศไทย ตั้งแต่ เดือนมีนาคม 2564 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากโควิด 19 เพิ่มขึ้น โดยข้อมูลล่าสุดระบุว่าผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น 1,672 ราย และเสียชีวิต 9 ราย โดยมีผู้ป่วยอาการหนักจำนวน 390 ราย และต้องใช้เครื่องช่วยหายใจในโรงพยาบาล จำนวน 148 ราย (World Health Organization, 2024) ในปัจจุบันถึงแม้จะมีความก้าวหน้าในด้านวัคซีน ยาต้านไวรัส และมาตรการป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 รายใหม่ แต่การระบาดของโรคก็ยังคงมีการดำเนินต่อไป (Clifford & Rosen, 2024)

ขณะเดียวกันกลุ่มผู้สูงอายุและคนที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ และสมอง โรคระบบทางเดินหายใจ โรคภูมิแพ้ มีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าคนทั่วไปหากมีการติดเชื้อโควิด 19 (Department of Disease Control, 2021) ซึ่งผู้สูงอายุจะมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโควิด 19 มากกว่าและผู้สูงอายุยังมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด 19 ในระยะยาวมากกว่าผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า จากอาการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องแล้วโควิด 19 ยังอาจกระตุ้นหรือทำให้เกิดโรคเรื้อรังที่มีอยู่แล้ว เช่น โรคเบาหวานและโรคหัวใจและหลอดเลือด (Victoria

et al., 2022) นอกจากนี้กลุ่มผู้สูงอายุยังมีปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเกิดลองโควิดมากกว่ากลุ่มวัยอื่น ซึ่งอาการที่สามารถพบได้ คือ อ่อนเพลีย หายใจไม่เต็ม เกิดภาวะสมองล้า (World Health Organization Thailand, 2024) สอดคล้องกับ ผลการวิจัยอัตราการติดเชื้อและความรุนแรงของโควิด 19 ขององค์การอนามัยโลก ประเทศจีน และอิตาลี พบข้อมูล เป็นไปในทิศทางเดียวกัน คือ ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงที่สุดที่จะติดเชื้อรุนแรงและเสียชีวิต โดยความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้น เมื่อผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้นและมีโรคไม่ติดต่อโรคเรื้อรังร่วมด้วย เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง มีอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 7.6-13.2 ผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป มีอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 8.0-9.6 และอายุ 80 ปีขึ้นไป มีอัตราการเสียชีวิตสูงถึง ร้อยละ 14.8-19.0 (Corporate Communications, General Administration Division, Office of the President, Mahidol University, 2022) และจากการรายงานโควิด 19 ระลอก 4 ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2565 จนถึงปัจจุบัน แยกตามรายจังหวัด โดยจังหวัดฉะเชิงเทรา ยังพบผู้ป่วยด้วย โรคโควิด 19 จำนวน 38,539 คน และชีวิตจำนวน 311 คน (Digital Division for Disease Control, Department of Disease Control, 2024) ซึ่งสอดคล้องกับการรายงานประจำปีงบประมาณ 2564 สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดฉะเชิงเทรา จากผลการสำรวจปัญหาสุขภาพ 10 อันดับแรก พบว่า โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับที่ 1 (Chachoengsao Provincial Public Health Office, 2021)

ในปัจจุบันแม้ว่าสถานการณ์โควิด 19 จะมีแนวโน้มที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีการผ่อนคลายมาตรการต่าง ๆ เพื่อให้ ผู้สูงอายุสามารถกลับมาใช้ชีวิตอย่างปกติได้โดยกระทรวงสาธารณสุขได้มีการปรับแผนการดำเนินงานเข้าสู่ระยะหลังการ ระบาดครั้งใหญ่ (Post pandemic) ให้เกิดความปลอดภัยในการดำเนินชีวิต (Ministry of Public Health, 2022) ดังนั้น เพื่อความสอดคล้องกับมาตรการดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเห็นถึงความสำคัญของผู้สูงอายุในการป้องกันโควิด 19 โดยอาศัยความร่วมมือของชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งสอดคล้องกับศึกษาของ Esmat et al. (2021) ศึกษาบทบาทของการ มีส่วนร่วมของชุมชนและกลุ่มอาสาสมัครในการป้องกันและควบคุมโควิด 19 ในอิหร่าน ผลการศึกษา พบว่า ประสิทธิภาพ สูงสุดและความสำเร็จในการควบคุมการแพร่ระบาดของโควิด 19 จำเป็นต้องมีการมีส่วนร่วมของประชาชนโดยการมี ส่วนร่วมด้วยความสมัครใจในการทำกิจกรรมของอาสาสมัครเพื่อควบคุมและป้องกันโควิด 19 นอกจากสถานการณ์ การระบาดของโควิด 19 ในปัจจุบันทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด 19 ของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญ ของการสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโควิด 19 โดยมีการประยุกต์ใช้แนวคิดเกี่ยวกับ ความรู้ ทักษะ พฤติกรรมในการป้องกันโควิด 19 ในผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Daranchanok & Pongsit (2021) ศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 ของประชาชน ในตำบลปรุใหญ่ อำเภอมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 ข้อมูลนี้สามารถใช้เป็น แนวทางในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโควิด 19 ในชุมชนให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และมีการประยุกต์ใช้ แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ของเบเคอร์ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโควิด 19 การรับรู้ความรุนแรงของโควิด 19 การรับรู้ประโยชน์ของโควิด 19 การรับรู้อุปสรรคของโควิด 19 โดยนำแบบจำลอง ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางกำหนดตัวแปรปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เนื่องจาก เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 ซึ่งจะนำไปใช้เป็นแนวทาง วางแผนดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 และเพื่อเป็นการเสริมสร้างสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ ผู้วิจัย จึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 ของผู้สูงอายุในชุมชนเขตอำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา เพื่อนำผลที่ได้มาพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 ซึ่งจะสามารถนำผลวิจัย ไปใช้ประโยชน์ในการป้องกันโควิด 19 ของผู้สูงอายุ นอกจากนี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำรูปแบบการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 ที่ได้จากการศึกษาไปกำหนดนโยบายและได้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกัน โควิด 19 ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

วิธีการ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบ (Mixed methods research) ผู้วิจัยใช้ Convergent designs แบบแผนคู่ขนาน เก็บข้อมูลด้วยวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) คู่ขนาน การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ซึ่งเป็นการรวมข้อมูลเพื่อมาอธิบายทั้ง 2 วิธี โดยเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลออกจากกันโดยจะรวมข้อมูลทั้งสองชุดเข้าด้วยกัน (Samrit et al., 2022) แล้วนำผลของข้อมูลที่ได้มาสร้างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโควิด 19 ของผู้สูงอายุ มีวิธีการดำเนินการ ดังนี้

การศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) ประชากร คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยและมีภูมิลำเนา ในอำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 15,991 คน (Provincial Public Health Office, 2021) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง อาศัยในอำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 400 คน ใช้สูตรของเครซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ที่ความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05 ดังนั้น ตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่ากับ 375 คน และสำรองไว้เพื่อป้องกันการสูญหาย ปิดให้เป็นจำนวนเต็ม 15 คน จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง เป็น 400 คน การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) ดังนี้ 1) สุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ในอำเภอบางน้ำเปรี้ยว ให้ได้ตัวแทนของตำบล รวม 10 ตำบล 2) สุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับฉลาก ให้ได้ตัวแทนของตำบล ๆ ละ 1 หมู่บ้าน รวม 10 หมู่บ้าน 3) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของครัวเรือน 4) เลือกตัวอย่าง ครัวเรือนแบบบังเอิญ (Accidental sampling) ครัวเรือนละ 1 คน โดยตัวแทนครัวเรือนที่ให้ข้อมูล มีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ มีความยินดีที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยที่ไม่สามารถให้สัมภาษณ์ได้

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยเชิงปริมาณทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ จำนวน 5 ท่าน จะต้องมีการประเมิน ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 โดยพบว่า ทุกข้อคำถาม มีค่า IOC มากกว่า 0.50 ขึ้นไป (Sirichai, 2010) จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุ ในตำบลหัวไทร อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา ที่มีความคล้ายคลึงกับตัวอย่าง จำนวน 30 คน ทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพ ผู้ดูแล อาชีพ รายได้ และจบการศึกษา ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) และเติมข้อความ จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโควิด 19 จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามปลายปิด ให้เลือกตอบในช่องที่กำหนด คำตอบเป็นแบบเลือกตอบ ถูก และ ผิด คำตอบที่ถูกต้องให้ 1 คะแนน คำตอบที่ผิดให้ 0 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนนความรู้โดยใช้เกณฑ์การประเมินแบบอิงเกณฑ์ของ (Bloom, 1971) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ เกณฑ์การแปลผลคะแนน ได้แก่ คะแนน 1.00-0.68 ระดับสูง มากกว่า 7 คะแนน คะแนน 0.67-0.34 ระดับปานกลาง 4-6 คะแนน คะแนน 0.00-0.33 ระดับต่ำ น้อยกว่า 3 คะแนน ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (KR-20) เท่ากับ 0.81

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโควิด 19 จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์การแปลผลคะแนน ได้แก่ 4.51-5.00 ระดับมากที่สุด 3.51-4.50 ระดับมาก 2.51-3.50 ระดับปานกลาง 1.51-2.50 ระดับน้อย 1.00-1.50 ระดับน้อยที่สุด มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.84

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโควิด 19 ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโควิด 19 การรับรู้ความรุนแรงของโควิด 19 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโควิด 19 การรับรู้อุปสรรคในการ

ป้องกันโควิด 19 ซึ่งนำมาจากแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) จำนวน 16 ข้อ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์การแปลผลคะแนน ได้แก่ 4.51-5.00 ระดับมากที่สุด 3.51-4.50 ระดับมาก 2.51-3.50 ระดับปานกลาง 1.51-2.50 ระดับน้อย 1.00-1.50 ระดับน้อยที่สุด มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.85

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโควิด 19 จำนวน 13 ข้อ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น ได้แก่ 4.51-5.00 ปฏิบัติระดับมากที่สุด 3.51-4.50 ปฏิบัติระดับมาก 2.51-3.50 ปฏิบัติระดับปานกลาง 1.51-2.50 ปฏิบัติระดับน้อย 1.00-1.50 ปฏิบัติระดับน้อยที่สุด มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.92

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโควิด 19 ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละ การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโควิด 19 ใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Multiple regression analysis) โดยใช้การคัดเลือกตัวแปรอิสระเข้าโมเดล ด้วยวิธี Stepwise และกำหนดระดับนัยสำคัญ 0.05

การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ทำการบันทึกเก็บข้อมูล โดยการบันทึกพรรณนาอย่างละเอียด ทุกครั้ง ทำการนำเสนอให้เห็นภาพ หลังจากเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูลในแต่ละครั้ง ให้ผู้ช่วยนักวิจัยที่อยู่ในขณะทำการสัมภาษณ์ได้มีการอ่านข้อมูลเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง มีการทบทวน วิเคราะห์ ตีความข้อมูล ว่าตรงกับสถานการณ์ที่เป็นจริงมากน้อยเพียงใด และใช้การตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) เป็นการเปรียบเทียบข้อมูลที่มีการค้นพบจากแหล่งข้อมูลแตกต่างกัน และเป็นการยืนยันความน่าเชื่อถือในข้อมูลที่มีการค้นพบ โดยให้ประชากร คือ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลที่อยู่ในครอบครัวของผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาล ผู้นำชุมชน อสม. อาศัยอยู่อำเภอบางน้ำเปรี้ยว ในจังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 20 คน ประกอบด้วยผู้ให้ข้อมูลหลัก 3 กลุ่ม ดังนี้ 1) ผู้สูงอายุ 6 คน 2) ผู้ดูแลที่อยู่ในครอบครัวของผู้สูงอายุ 6 คน 3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 4 คน พยาบาล 1 คน อสม. 2 คน และผู้นำชุมชน 1 คน (จนข้อมูลอิ่มตัว) โดยใช้วิธีการสุ่มคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบตัวอย่างกรณีหลากหลาย (Maximum variation sampling) เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในอำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา 2) เป็นผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบการดูแลของผู้สูงอายุซึ่งจะต้องมีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป อาศัยอยู่ในครอบครัวของผู้สูงอายุ 3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาล ผู้นำชุมชน อสม. ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 1 ปี ในจังหวัดฉะเชิงเทรา และ 4) มีการรับรู้ มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ มีความยินดีที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ มีความเจ็บป่วยที่ไม่สามารถให้สัมภาษณ์ได้

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ การสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง (Non-structured interview) ซึ่งผู้วิจัยมีการตั้งคำถามหลักเอาไว้ จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ 1) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโควิด 19 ของผู้สูงอายุ 2) ความต้องการในการจัดการป้องกันโควิด 19 ของผู้สูงอายุ 3) แนวทางการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโควิด 19 ของผู้สูงอายุ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบแบบสัมภาษณ์ จำนวน 5 ท่าน จากนั้นนำผลที่ได้มาปรับปรุง แก้ไข ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและนำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้กับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน เพื่อทดสอบความชัดเจนและความครอบคลุมในข้อคำถาม จากนั้นนำเครื่องมือไปปรับปรุงแก้ไขก่อนที่จะนำแบบสัมภาษณ์ไปใช้จริง โดยมีการเก็บข้อมูล ดังนี้ 1) ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยได้ฝึกการสัมภาษณ์ และอบรมก่อนทำการเก็บข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 2) ผู้ที่ถูกสัมภาษณ์สามารถแสดงความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะได้อย่างเสรี และผู้สัมภาษณ์สามารถ

ถามนอกเหนือจากคำถามที่ได้ตั้งไว้ 3) ขออนุญาตบันทึกเสียงและจดประเด็นสำคัญ โดยใช้เวลาสัมภาษณ์คนละไม่เกิน 30-60 นาที หรือจนกว่าข้อมูลมีความอิ่มตัว (Data saturation) 4) จากนั้นทำการถอดข้อความเสียง และตรวจสอบความถูกต้องความสมบูรณ์ของข้อมูล และเปรียบเทียบข้อค้นพบโดยการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) ได้แก่ การตรวจสอบความถูกต้องด้านข้อมูล โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีความแตกต่าง (Data triangulation) ได้แก่ ประสบการณ์ อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ ความคิดและความเชื่อ จากนั้นนำเอาข้อมูลที่มีประเด็นเดียวกันมาเปรียบเทียบกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก และทำการสังเกต เพื่อคุณลักษณะและความสอดคล้องของข้อมูล เข้ามาร่วมอธิบายข้อค้นพบและนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การพิจารณาด้านจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์

การดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยจะทำการเสนอโครงร่างเพื่อขอรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร IRB No.0072/2566

ผลการทดลองและวิจารณ์

การวิจัยเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 ปีขึ้นไป อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่ตอบแบบสอบถามเป็น เพศหญิง ร้อยละ 67.00 อายุ 60-69 ปี มากที่สุด ร้อยละ 65.75 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 49.75 สถานภาพ คู่/สมรส ร้อยละ 62.00 ปัจจุบันกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการดูแลจาก คู่สมรส/บุตรหลาน มากที่สุด ร้อยละ 40.30 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม มากที่สุด ร้อยละ 29.50 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากที่สุด ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ร้อยละ 33.75 จบการศึกษาประถมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 47.25

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโควิด 19 ของผู้สูงอายุในอำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโควิด 19 มีอำนาจการพยากรณ์สูงที่สุด ($\text{Beta}=0.397$, $p\text{-value}<0.001$) อธิบายได้ว่าการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโควิด 19 เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้พฤติกรรมในการป้องกันโควิด 19 ของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นสามารถอธิบายได้ว่า หากผู้สูงอายุมีการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับประโยชน์ในการป้องกันโควิด 19 จากหน่วยงานของภาครัฐและภาคเอกชนเพิ่มมากขึ้น หรือบริเวณในพื้นที่ที่ผู้สูงอายุอาศัยได้รับการกระตุ้นเตือนและประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันโควิด 19 ของผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถหลีกเลี่ยงการติดโควิด 19 ได้ ซึ่งสอดคล้องกับ Veeranuch et al. (2021) ที่พบว่า สถานการณ์การระบาดของโรคทำให้ผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันที่ดีเพราะเป็นทางออกที่ให้ประโยชน์กับตนเองมากที่สุดและมีการรับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างถูกต้องจะสามารถลดการเจ็บป่วยที่คุกคามจากการระบาดของโรคได้ และการรับรู้ความรุนแรงในการป้องกันโควิด 19 ($\text{Beta}=0.127$, $p\text{-value}0.004$) อธิบายได้ว่าการรับรู้ความรุนแรงในการป้องกันโควิด 19 เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้พฤติกรรมในการป้องกันโควิด 19 ของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น สามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยหรือการติดโควิด 19 จะมีความรุนแรงต่อสุขภาพและมีความรุนแรงต่อกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว หากผู้สูงอายุไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโควิด 19 นอกจากนี้ผู้สูงอายุจะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด 19 ได้ง่ายและมีอาการอย่างรุนแรงมากกว่ากลุ่มวัยอื่น ซึ่งสอดคล้องกับ Dedonno et al. (2022) ที่พบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นนั้นสามารถคาดการณ์ความแปรปรวนในแนวทางการป้องกันได้มากกว่าความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด 19 และหากได้ศึกษาตามทฤษฎีแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพจะพบว่าทฤษฎีแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโควิด 19 ได้ ซึ่งสอดคล้องกับ Zewdie et al. (2022) ที่พบว่า แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพมีความสามารถ

ในการทำนายพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับ COVID-19 ได้ดี และที่สำคัญที่สุดสามารถใช้แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ ได้อย่างมีประสิทธิภาพในการวางแผนและออกแบบเพื่อป้องกันและควบคุมการระบาดใหญ่ และสอดคล้องกับ Alyafei & Easton (2024) ที่พบว่า การแก้ไขปัญหาลักษณะเฉพาะเจาะจงและกระตุ้นให้บุคคลต่าง ๆ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อ สุขภาพที่ดีขึ้น ผ่านการใช้กลยุทธ์ที่มุ่งเป้าไปที่การเพิ่มการรับรู้ถึงความเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรค ควบคู่ไปกับการเสริมสร้างสัญญาณบ่งชี้การกระทำ HBM จะช่วยให้บุคคลต่าง ๆ สามารถดำเนินขั้นตอนเชิงรุกเพื่อปกป้อง สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตนเองได้ จบการศึกษา ระดับมัธยมตอนต้น ($Beta=0.175$, $p\text{-value}<0.001$) จบการศึกษา ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ($Beta=0.087$, $p\text{-value}0.042$) จบการศึกษาระดับ (ปวส.)/อนุปริญญา ($Beta=0.084$, $p\text{-value}0.048$) อธิบายได้ว่า หากจบการศึกษาเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้พฤติกรรมในการป้องกันโควิด 19 ของผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้น จากผลการศึกษาสามารถอธิบายได้ว่า การได้รับการศึกษาหรือได้รับความรู้จะทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการป้องกัน โรคที่เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ Ratkhet & Wanida (2022) ที่พบว่า แนวทางในการเพิ่มประสิทธิภาพนโยบายการป้องกัน โรคควรมีการส่งเสริมและให้ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพการรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสุขภาพ และการป้องกันโรค แก่ผู้สูงอายุ จะสามารถทำให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข การประกอบอาชีพเกษตรกรรม ($Beta=-0.149$, $p\text{-value}<0.001$) อธิบายได้ว่า หากประกอบอาชีพเกษตรกรรมลดลงจะทำให้พฤติกรรมในการป้องกันโควิด 19 ของ ผู้สูงอายุลดลง จากผลการศึกษาสามารถอธิบายได้ว่า บริเวณที่ผู้สูงอายุอาศัยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ขณะเดียวกันไม่ต้องมีการเดินทางไปประกอบอาชีพในระยะที่ไกล พบปะกับผู้คนค่อนข้างน้อย ซึ่งสอดคล้องกับ Marian et al. (2022) ที่พบว่า สถานะของบุคคลในตลาดแรงงานและสภาพแวดล้อมในการทำงานส่งผลต่อการแพร่ระบาดของ COVID-19 ในชุมชน การนับศาสนาอิสลาม ($Beta=-0.093$, $p\text{-value}=0.031$) อธิบายได้ว่า หากจำนวนประชากรที่นับถือ ศาสนาอิสลามลดลงจะทำให้พฤติกรรมในการป้องกันโควิด 19 ของผู้สูงอายุลดลง จากผลการศึกษาสามารถอธิบายได้ว่า ศาสนา คือสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจของผู้คน ปัจจุบันมีหลากหลายศาสนา ซึ่งรูปแบบแต่ละศาสนามีการดำเนินการในสังคม ที่แตกต่างกันซึ่งสอดคล้องกับการการศึกษาเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ในพื้นที่อำเภอบางน้ำเปรี้ยวเป็นบริเวณที่มี ผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอิสลามเป็นส่วนใหญ่ จึงทำให้ผู้สูงอายุมีระบบความเชื่อในการดูแลพฤติกรรมที่แตกต่างกัน ดังนั้น ศาสนาจึงมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้สูงอายุ คู่สมรสและบุตรหลานเป็นผู้ดูแล ($Beta=-0.089$, $p\text{-value}=0.037$) อธิบายได้ว่า หากคู่สมรสและบุตรหลานเป็นผู้ดูแลลดลงจะทำให้พฤติกรรมในการป้องกันโควิด 19 ของผู้สูงอายุ ลดลง จากผลการศึกษาสามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีระบบภูมิคุ้มกันเสื่อมถอยลง ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงติดเชื้อ โควิด 19 ได้ง่าย และอาจมีอาการรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ ดังนั้น การดูแลจากญาติในครอบครัวหรือผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด อย่างถูกวิธีจะช่วยลดผลกระทบและความเสี่ยงที่จะเกิดกับต่อผู้สูงอายุในครอบครัว ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ซึ่งสอดคล้องกับ Huichao et al. (2022) ที่พบว่า ประสบการณ์และการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในช่วง การระบาดของ COVID-19 ผลการทบทวนอย่างเป็นระบบเชิงคุณภาพแสดงให้เห็นว่าอารมณ์ ความรู้ และความรู้ของ ผู้ดูแลส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุและของผู้ดูแลในช่วงการระบาด ผลการวิเคราะห์ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple regression analysis) ด้วยวิธี Stepwise เกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันโควิด 19 (n=400)

ตัวแปร	b	95% Lower	CI Upper	Beta	t	P-value
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโควิด 19	0.402	0.314	0.491	0.397	8.942	<0.001
จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น	0.375	0.193	0.557	0.175	4.042	<0.001
การรับรู้ความรุนแรงของการป้องกันโควิด 19	0.069	0.022	0.116	0.127	2.877	0.004
ประกอบอาชีพเกษตรกรรม	-0.185	-0.291	-0.078	-0.149	-3.409	<0.001
ผู้ดูแล คู่สมรสและบุตรหลาน	0.102	0.006	0.199	-0.089	2.096	0.037
ไม่ได้รับการศึกษา	-0.182	-0.351	-0.013	-0.090	-2.114	0.035
การนับศาสนาอิสลาม	-0.105	-0.201	-0.010	-0.093	-2.167	0.031
จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย	0.163	0.006	0.321	0.087	2.039	0.042
จบการศึกษาระดับ (ปวส.)/อนุปริญญา	0.946	0.009	1.883	0.084	1.985	0.048

Constants=2.036, Adj R^2 = 0.297

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาโดยการจัดหมวดหมู่ของข้อมูลจากการสนทนาและการสัมภาษณ์ ดังนี้

1) สาเหตุปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 ของผู้สูงอายุ

ข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า ผู้สูงอายุไม่กลัวการติดโควิด 19 จึงไม่มีการล้างมือก่อนรับประทานอาหารหรือกลับมาจากนอกบ้าน ผู้สูงอายุไม่ใส่หน้ากากอนามัย ใส่หน้ากากอนามัยผิดวิธี สมาชิกในบ้านไม่มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองและเมื่อคนในบ้านป่วยก็รับประทานอาหารร่วมกัน สมาชิกในบ้านไม่แยกกันรับประทานอาหารมีการใช้ห้องน้ำเดียวกันขณะที่ป่วยด้วยโควิด 19 ซึ่งบริบทในครอบครัวมีผลต่อการป้องกันโควิด 19 ในผู้สูงอายุ ซึ่งบางบ้านอาจจะต้องใช้กฎระเบียบเข้ามาบังคับในการดูแลผู้สูงอายุเวลาที่จะออกไปข้างนอก จากการสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลสอดคล้องกับวิธีการ/กิจกรรมของ ดังนี้

“อะไรที่มีผลสะท้อนต่อการป้องกันอะไร คงเป็นความกลัวหละมั้ง เวลาเห็นข่าว แต่เดี๋ยวนี ไม่ค่อยมีข่าว ยายแกล้งไม่ค่อยกลัวนะ ทำบ้าง ไม่ทำบ้าง ใส่หน้ากากอนามัยอะ รี ล้างมือ ยิ่งมีอนั้นะ ไม่ค่อยล้างหรอก ก็ล้างแต่น้ำเปล่า เตือนแล้วเตือนอีก” (ผู้ดูแลผู้สูงอายุ)

“ผู้สูงอายุคือตื้อมาก แล้วก็เข้าใจว่าจะต้องใส่แมสทำไม หายใจไม่ออก พฤติกรรมการกินการอยู่ยังงี้จะกะเหมือนอยู่แบบนี้มานานหละ และผู้สูงอายุบางคนใส่แมสไว้ได้คางจี้ อันนี้เท่าที่เจออะนะ คืออันใส่หละแต่ไม่ได้ปิดปาก ปิดจมูกอะไร เวลาคุยก็เปิดแมส คือใช้ชีวิตเหมือนเดิม แต่ก็มีกลัวนะ แต่พอแบบตัวเองเป็นก็มีความวิตกกังวล พอให้เป็นอนโรงพยาบาลก็ไม่อยากไปใช้ชีวิตปกติ ผู้สูงอายุจะตื้อมากให้ทำแบบนี้ ก็จะทำแบบนี้ ไม่ปฏิบัติตามกฎ หรือตามมาตรการป้องกัน ตอนนั้นมันเป็นโรคประจำถิ่นไปหละ ในพื้นที่ก็จะไม่มีมาตรการอะไร ซึ่งแต่ก่อนก็มีเว้นระยะห่าง ล้างมือ ใส่หน้ากาก” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

“เวลาเค้ากินข้าวก็รวมกัน ไม่มีช้อนกลางไม่ได้แยก เค้าจะอยู่ด้วยกันจะอยู่เป็นครอบครัวใหญ่ อยู่รวมกัน ในชุมชนเค้าจะไม่ได้แยก” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

“ก็ต้องการอยากได้คำแนะนำบ้าง ตอนนี้นั้นเริ่มไม่ค่อยได้อิน ไม่ค่อยมีใครมาให้ความรู้เลย ก็อยากจะได้ความรู้ว่ามันยังเป็นเหมือนเดิมอยู่หรือเปล่า เราต้องทำตัวอย่างไร เวลาติด” (ผู้สูงอายุ)

“ส่วนใหญ่จะมีห้องน้ำห้องเดียว จะไม่ค่อยแยก ห้องนอนก็จะนอนรวมกันหลายคน หรือบางที่ป่วยแล้วก็ยังกินข้าวด้วยกันไม่ได้แยก ทั้งหมดนี้ก็เป็นสาเหตุที่จะต้องมาป้องกัน” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

2) ความต้องการในการจัดการป้องกันโควิด 19 ของผู้สูงอายุ

ข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า ขณะนี้โรคโควิดได้ประกาศให้เป็นโรคประจำถิ่น และยังพบว่าในพื้นที่มีการติดเชื้อโควิด 19 อยู่ซึ่งอาจเป็นเพราะว่า ขาดหน่วยงานเข้ามาดูแล ไม่มีเจ้าหน้าที่แนะนำข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโควิด 19 ขาดการกระตุ้นเตือนให้แก่สมาชิกในชุมชนและผู้สูงอายุ ตลอดจนผู้ดูแลผู้สูงอายุยังมีความต้องการให้อสม. เข้ามาให้อาหาร ให้คำแนะนำในการรับประทานอาหารร่วมกัน รับประทานอาหารอย่างไรจึงจะถูกริธีในขณะที่ป่วยด้วยโควิด 19 ผู้สูงอายุควรได้รับความรู้ที่ถูกต้องเพราะผู้สูงอายุบางคนยังมีความเชื่อในเรื่องของศาสนา ความรุนแรงอันตรายที่เกิดขึ้นไม่เหมือนกัน จากการสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลสอดคล้องกับวิธีการ/กิจกรรมของ ดังนี้

“แนวทางในการพัฒนาอะไรหรือ ก็อยากให้อสม. มาให้ข้อมูล เพราะตอนนี้โควิดก็เริ่มหายไป ส่วนมากตอนนี้ผู้สูงอายุก็ต้องดูแลตัวเอง และคนดูแลตัวเองก็น้อยบางที่ก็มีคนแนะนำอยู่นะ แต่คนเค้าก็ไม่ค่อยทำตามกันหรอก” (ผู้สูงอายุ)

“ควรที่จะให้ความรู้ นะ ให้ความตระหนัก เพราะคนในพื้นที่เค้าจะไม่ค่อยตระหนัก” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

“สาเหตุในการป้องกันอะไรหรือ เราคิดว่าความเชื่อ นะ เชื่อในเรื่องความรุนแรง เชื่อในสิ่งที่เห็น คือต้องเห็นก่อนอะไรถึงจะเชื่อว่ามันอันตราย ถึงแม้มันจะไม่อันตราย เดียวนี้คนไม่ค่อยกลัว นี่คนที่บ้านยังไม่เชื่อ ไม่กลัวเลยบางที่” (ผู้ดูแลผู้สูงอายุ)

“แล้วก็ความเชื่อทางศาสนา ความเชื่อคือ อันนี้เราพูดเป็นกลางนะค่ะ บางทีเค้าก็ความมันเป็นสิ่งที่เค้ากำหนดมาแล้วว่าถ้าใครจะเป็นอะไรหรือเสียชีวิตเค้าก็กำหนดมาแล้วว่าจะต้องเสียชีวิต หรือความเชื่อว่าการไม่ฉีดวัคซีนก็ไม่ใช่เป็นอะไร บางกลุ่มก็จะไม่เลย ไม่ปฏิบัติเลย บางกลุ่มก็ให้ความร่วมมือหรือเค้าคิดว่าในเรื่องของวิทยาศาสตร์การแพทย์การรักษาช่วยได้เค้าก็ให้ความร่วมมือ” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

3) แนวทางการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโควิด 19 ของผู้สูงอายุ

ข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า การรวมตัวกันในชุมชนค่อนข้างยาก ฉะนั้นควรประชาสัมพันธ์ อาจใช้เสียงตามสาย ใช้ผู้นำทางศาสนาให้ข้อมูลความรู้ การป้องกันที่ถูกต้อง ให้ความรู้ในวันเบาหวาน ความดัน ซึ่งควรจัดกิจกรรมลงพื้นที่ โดยใช้พื้นที่ตามศาสนาที่อยู่จัดกิจกรรม ซึ่งกิจกรรมอาจเป็นสิ่งที่ทำให้เห็นภาพมีตัวอย่างให้เห็นในการเสียชีวิตเพื่อสร้างความตระหนัก หรืออาจจัดโครงการให้ความรู้ จากการสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลสอดคล้องกับวิธีการ/กิจกรรมของ ดังนี้

“การที่จะให้ทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมบางทีมันก็ยากนะค่ะ บางคนทำงานไม่ตรงกัน แต่ก็กันและบางทีเราก็อยากได้คำแนะนำบ้าง เพราะบ้านผู้สูงอายุบางหลัง บางทีก็ ยังตกหล่นอยู่ ในเรื่องของ การดูแล” (ผู้ดูแลผู้สูงอายุ)

“ถ้าจะให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมมันก็ยาก พอโควิดมันจางหายไป ก็ตัวใครตัวมัน ดูกันเอง เมื่อก่อนมีการประชาสัมพันธ์ แต่เดี๋ยวนี้ไม่มี” (ผู้สูงอายุ)

“ก็ อยากให้ความรู้ รวบรวมผู้สูงอายุมาอยู่ทีเดียวกัน คือให้ความรู้ เรื่องการดูแลการป้องกันโควิด อาจจะมีการแจ้งบอกกันปากต่อปากให้รู้ว่า มีกิจกรรมนะ จะทำอะไรกันบ้าง” (ผู้ดูแลผู้สูงอายุ)

“ต้องลงพื้นที่ทุกหมู่เลยคะ ต้องลงพื้นที่ไปให้เห็น ไปทำให้เค้าเห็นภาพ เหมือนต้องมีตัวอย่างว่า มีเคสที่เสียชีวิต เพราะโควิด มันมีจริงนะ อันนั้นมันต้องลงพื้นที่ไปทุกที่คะ เพราะบางพื้นที่ไม่ได้มีโซเชียล เค้าไม่ได้เล่นโทรศัพท์ แล้วเค้าเป็น

ผู้สูงอายุและเค้ายังเข้าไม่ถึงอินเทอร์เน็ต” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

จากการสัมภาษณ์นำข้อมูลดิบที่ได้มาจำแนก จัดระบบข้อมูลออกเป็นหมวดหมู่ ให้มีความเชื่อมโยง โดยนำข้อมูลมาอธิบายในแต่ละส่วนอย่างละเอียดโดยทำการวิเคราะห์เชิงประเด็น (Thematic analysis) ในข้อมูลเชิงคุณภาพและนำมาสร้างรูปแบบการป้องกันโควิด 19 ของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยมีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

1) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ในข้อมูลเชิงคุณภาพและสรุปผลปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การป้องกันโควิด 19 ของผู้สูงอายุในข้อมูลเชิงปริมาณ

2) ผู้วิจัยยกร่างรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโควิด 19 ของผู้สูงอายุ จากข้อค้นพบในวิจัยเชิงปริมาณและวิจัยเชิงคุณภาพ โดยประยุกต์ใช้แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) และแนวคิดความรู้ทัศนคติ พฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 เพื่อให้ได้รูปแบบ

3) นำรูปแบบที่ได้นำเสนอในชุมชน ซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย วิพากษ์และพัฒนาปรับปรุงให้เหมาะสม

4) นำรูปแบบที่ได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ วิพากษ์รูปแบบและดำเนินการปรับปรุงแก้ไข ให้มีความสมบูรณ์

5) ผู้วิจัยได้สรุปผลการศึกษาเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโควิด 19 ของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1) ประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับกิจกรรมการป้องกันโควิด 19 ของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยกิจกรรมย่อย ดังนี้ : กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ช่วยกันประชาสัมพันธ์กิจกรรมที่จัดขึ้นเกี่ยวกับเรื่องการป้องกันโควิด 19 ของผู้สูงอายุ จากนั้นประสาน กลุ่มผู้นำชุมชน กลุ่มผู้นำศาสนาในพื้นที่ ทำการประชาสัมพันธ์กิจกรรม ที่จัดขึ้นเกี่ยวกับเรื่องการป้องกันโควิด 19 ของผู้สูงอายุ และประสานกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ดูแลที่อยู่ในครอบครัวของผู้สูงอายุประชาสัมพันธ์กิจกรรม ที่จัดขึ้นเกี่ยวกับเรื่องการป้องกันโควิด 19 ของผู้สูงอายุ

กิจกรรมที่ 2) ให้ความรู้ให้คำแนะนำในผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่อยู่ในครอบครัวของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการป้องกันตนเอง ประกอบด้วยกิจกรรมย่อย ดังนี้ : สร้างสัมพันธ์ภาพกับกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่อยู่ในครอบครัวของผู้สูงอายุ ก่อนการจัดกิจกรรม จากนั้นให้ความรู้เกี่ยวกับโควิด 19 ในผู้สูงอายุ สาธิตวิธีการล้างมือที่ถูกต้อง สาธิตวิธีการใส่หน้ากากอนามัยที่ถูกต้อง หลักวิธีการปฏิบัติในการรับประทานอาหารร่วมกัน การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยด้วยโควิด 19 หลักวิธีการใช้ห้องน้ำร่วมกันกับสมาชิกภายในบ้านจะต้องปฏิบัติอย่างไร โดยการเรียนรู้เป็นรายกลุ่ม (ใช้เวลา ไม่เกิน 60 นาที)

กิจกรรมที่ 3) ปรับเปลี่ยนทัศนคติ สร้างความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วยกิจกรรมย่อย ดังนี้ : สร้างสัมพันธ์ภาพกับกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่อยู่ในครอบครัวของผู้สูงอายุ ก่อนการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนทัศนคติ สร้างความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโควิด 19 และการรับรู้ความความรุนแรงของโควิด 19 โดยให้ดูสื่อและอธิบายประโยชน์ของการป้องกันโควิด 19 ในผู้สูงอายุ และความรุนแรงของโควิด 19 ในผู้สูงอายุ ยกตัวอย่างกิจกรรม เช่น ดูวิดีโอเคสตัวอย่างของการติดเชื้อโควิด 19 และการเสียชีวิตในผู้สูงอายุด้วยโควิด 19 และแจกแผ่นพับให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโควิด 19 (ใช้เวลา ไม่เกิน 60 นาที)

กิจกรรมที่ 4) การกระตุ้นเตือน ประกอบด้วยกิจกรรมย่อย ดังนี้ : ประสานกลุ่มผู้นำทางศาสนา หรือผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำการชี้แจง ทำความเข้าใจ อธิบาย กิจกรรมที่ได้จัดขึ้นในกิจกรรมที่ 2-3 เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน และให้กลุ่มดังกล่าวกระตุ้นเตือน ทบทวน ความรู้ที่ได้รับ กระตุ้นเตือนความเชื่อทางด้านสุขภาพที่ถูกต้องในผู้สูงอายุ



ภาพที่ 1 รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโควิด 19 ของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

- 1) สามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปเป็นแนวทางในการกำหนดทิศทาง วางนโยบาย และมาตรการต่าง ๆ ในการเตรียมรับมือกับสถานการณ์โควิด 19 หากเกิดการระบาดเป็นบริเวณกว้าง
- 2) ภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลการวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโควิด 19 ของผู้สูงอายุมาใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายร่วมกับหลักการปฏิบัติในการทำงาน
- 3) จังหวัดที่ใกล้เคียง หรือพื้นที่ที่มีบริบทคล้ายคลึงกันสามารถนำผลรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโควิด 19 ของผู้สูงอายุไปปรับใช้กับบริบทในพื้นที่ได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโควิด 19 ของผู้สูงอายุ โดยให้มีการติดตามผลการป้องกันโควิด 19 ต่อเนื่อง ทุก 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อเป็นการคงทนของพฤติกรรมในการป้องกันโควิด 19 ของผู้สูงอายุ
- 2) ควรมีการเปรียบเทียบพฤติกรรมในการป้องกันโควิด 19 ของจังหวัดฉะเชิงเทราในอำเภออื่นๆ นอกเหนือจากอำเภอที่ศึกษา
- 3) ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโควิด 19 ของผู้สูงอายุในกลุ่มอื่น ๆ ทั้งผู้ที่มีความเสี่ยงและไม่มีความเสี่ยงของโควิด 19

สรุป

การศึกษาวิจัยรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 ของผู้สูงอายุ พบว่า มี 9 ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 ได้นำปัจจัยที่มีอำนาจการพยากรณ์สูงสุด คือ การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโควิด 19 รองลงมา คือ การรับรู้ความรุนแรงในการป้องกันโควิด 19 ซึ่งเป็นแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 ของผู้สูงอายุร่วมกับขบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้รูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ประกอบไปด้วย 4 กิจกรรมหลัก ได้แก่ กิจกรรมที่ 1) ประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับกิจกรรมการป้องกันโควิด 19 ของผู้สูงอายุ กิจกรรมที่ 2) ให้ความรู้ ให้คำแนะนำในผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่อยู่ในครอบครัวของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการป้องกันตนเอง กิจกรรมที่ 3) ปรับเปลี่ยนทัศนคติ สร้างความเชื่อด้านสุขภาพ และกิจกรรมที่ 4) การกระตุ้นเตือน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนอุดหนุนการวิจัยโครงการวิจัยขับเคลื่อนงานวิจัยเชิงพื้นที่ : คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 สัญญาเลขที่ 50/2566 ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยขอขอบพระคุณ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ ที่ให้การสนับสนุนงานวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- Alyafei, A., & Easton, C. R. (2024). **The Health Belief Model of Behavior Change**. Treasure Island (FL). Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK606120/> [2024, 24 Oct.]
- Anees, A., & Raul, E. (2024). **The Health Belief Model of Behavior Change**. StatPearls: Treasure Island. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK606120/> [2024, 24 Oct.]
- Bloom, B., Madaus, G., Hastings, T., & Baldwin, S. (1971). **Handbook on formative and summative evaluation of student learning**. New York: McGraw-Hill.
- Clifford, J., & Rosen, D. (2024). Viral Variants, Vaccinations, and Long Covid-New Insights. **The new england journal of medicine**, 391(6), 561-562.
- Corporate Communications, General Administration Division, Office of the President, Mahidol University. (2022). **Risks and impacts on the elderly during Covid-19**. Retrieved from <https://op.mahidol.ac.th/ga/posttoday-13/> [2022, 7 Mar.] (In Thai)
- Chachoengsao Provincial Public Health Office. (2021). **Annual report for fiscal year 2021**. Retrieved from <https://cco.moph.go.th/cc024/status/annual2564.pdf>. [2021, 10 Apr.] (In Thai)
- Chachoengsao Provincial Public Health Office. (2021). **Percentage of Healthy Ageing in Health Region 6, Chachoengsao Province, Fiscal Year 2018**. Retrieved from https://cco.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id=bbcb40adb960e0564efba686c316c009. [2021, 7 Mar.] (In Thai)
- Daranchanok, P. & Pongsit, B. (2021). Knowledge, Attitudes, and Preventive Behaviors of COVID-19 among Residents in Pru Yai Sub-district, Muang District, Nakhon Ratchasima Province. **Srinagarind Med J**, 35(5), 597-604.
- Dedonno, M. A., Longo, J., Levy, X., & Morris, J. D. (2022). Perceived Susceptibility and Severity of COVID-19 on Prevention Practices, Early in the Pandemic in the State of Florida. **Journal of Community Health**, 47(4), 627-634.
- Department of Disease Control. (2021). **Guidelines for the prevention of coronavirus disease 2019 (COVID-19) or COVID-19 for the general public and at-risk groups**. Retrieved from https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/int_protection/int_protection_030164.pdf. [2024, 23 Oct.] (In Thai)
- Digital Division for Disease Control, Department of Disease Control. (2024). **COVID-19 infection situation updated weekly in API format (JSON/CSV Data Format)**. Retrieved from <https://covid19.ddc.moph.go.th/>. [2024, 23 Oct.] (In Thai)
- Esmat, R., Kiavash, H., Mehdi, R., & Salman, D. (2021). The Role of Community Participation and Volunteer Groups in the Prevention and Control of Covid-19 in Iran. **Journal of Military Health Promotion**, 1(3), 111-114.

- Huichao, Z., Yuan, W., Nannan, W., Xuhan, S., Yuqing, W., & Yuxi, Z. (2022). Caregivers' experiences and perspectives on caring for the elderly during the COVID-19 pandemic: A qualitative systematic review. *J Nurs Manag*, **30**(8), 3972-3995.
- Krejcie, R. & Morgan, D. (1970). Determining sample sizes for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, **30**(3), 607-610.
- Marian, H., Jurgen, L., Matjaz, P., Iulian, O., David, A., Adelina, S., & Maria, C. (2022). Occupations and their impact on the spreading of COVID-19 in urban communities. *Scientific reports*, **12**(14115), 1-12.
- Ministry of Public Health. (2022). **Recommendations for the public to prevent COVID 19 when entering the post-pandemic period**. Retrieved from https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/int_protection/int_protection_220665.pdf. [2022, 20 Aug.] (In Thai)
- Ratkhet, T., & Wanida, S. (2022). Effectiveness of COVID-19 Infection Prevention Policy for Elderly in Bang Khen District, Bangkok. *Journal of Humanities and Social Sciences*, **6**(1), 42-60. (In Thai)
- Samrit, K., Chutipa, B., Somgiet, J., Pasit, A., & Apichat, N. (2022). Mixed Methods Research: Paradigms of Research for 21st Century. *Journal of Intellect Education (JIE)*, **1**(3), 6685-. (In Thai)
- Veeranuch, T., Patcharaporn, A., & Punyanut, P. (2021). The Benefits and Barriers, and Health Behaviors toward Preventing the Spread of Coronavirus in Elderly. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, **22**(3), 105-112. (In Thai)
- Victoria, M., Sally, D., Michael, K., & Felicity, S. (2022). Long COVID and older people. *The Lancet Healthy Longevity*, **12**(3), 849854-.
- World Health Organization. (2024). **COVID 19 WHO Thailand Situation Reports**. Retrieved from <https://www.who.int/thailand/emergencies/novel-coronavirus-9102/situation-reports> [2024, 23 Oct.] (In Thai)
- Zewdie, A., Mose, A., Sahle, T., Bedewi, J., Gashu, M., Kebede, N., & Yimer, A. (2022). The health belief model's ability to predict COVID-19 preventive behavior: A systematic review. *SAGE Open Medicine*, **22**(10), 1-10.