



PREVENTIVE BEHAVIORS AGAINST COVID-19 IN THE NEW NORMAL IN ELDERLY



ฉัตรอรุณ ศรีวิสัย

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

2564

พฤติกรรมกำรป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในช่งชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ



ปริญญาฉนฉนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ศิลปศาสตรมหาบัณฉิต สาขาวิชาจิตวิทยาประยุกต์  
บัณฉิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  
ปีการศึกษา 2564  
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

PREVENTIVE BEHAVIORS AGAINST COVID-19 IN THE NEW NORMAL IN ELDERLY



CHATWARUN SRIWILAI

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of MASTER OF ARTS  
(Applied Psychology)

Graduate School, Srinakharinwirot University

2021

Copyright of Srinakharinwirot University

ปรินญาณินพนธ์  
 เรือง  
 พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ  
 ของ  
 ฉัตรวรรณ ศรีวิสัย

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
 ปรินญาณศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาประยุกต์  
 ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

-----  
 (รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)  
 คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

-----  
 คณะกรรมการสอบปากเปล่าปรินญาณินพนธ์

..... ที่ปรึกษาหลัก .....	..... ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นริศรา พึ่งโพธิ์สภ)	(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารยา เขียงทอง)
	..... กรรมการ
	(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อมราพร สุรการ)

ชื่อเรื่อง	พฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ
ผู้วิจัย	ฉัตรวรรณ ศรีวิลัย
ปริญญา	ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต
ปีการศึกษา	2564
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นริศรา พึ่งโพธิ์สภ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุและค้นหาตัวทำนายสำคัญที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ ระยะเวลาเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพใช้แนวคำถามสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้างเพื่อสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 4 คน ผลการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา พบว่า ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ ผู้สูงอายุป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านลด ด้านเลี่ยง ด้านดูแล ทำโดยสวมหน้ากากให้เหมาะสม สวมใส่อย่างถูกวิธี จัดการให้ถูกสุขลักษณะ รวมทั้งล้างมือให้สะอาดตามขั้นตอนและล้างด้วยอุปกรณ์ทำความสะอาดที่หลากหลาย ด้านเลี่ยง ทำโดยเลื่อนนัดพบแพทย์ที่โรงพยาบาล ดกกิจกรรมสังสรรค์พบปะผู้คน ออกข้างนอกเท่าที่จำเป็น ชื้อของออนไลน์แทนการจับจ่ายนอกบ้าน ด้านดูแล ทำโดยกินอาหารปรุงสุกและแยกสำหรับ ออกกำลังกาย เอนกายพักผ่อน และรักษาอารมณ์ การวิจัยระยะที่สอง เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 246 คน สุ่มตัวอย่างหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบวัดมาตรฐานประเมินรวมค่า 7 แบบวัด และ 1 แบบวัดเลือกตอบ ถูก ผิด มีความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา ระหว่าง .76 ถึง .94 ผลการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณขั้นตอน พบว่าตัวแปรสำคัญที่ทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และระดับการศึกษาประถม สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 26.30 ข้อค้นพบทั้งสองระยะสามารถนำไปปรับเปลี่ยนมาตรการการป้องกันโรคอุบัติใหม่ที่มาจากเชื้อไวรัสและใช้เป็นแนวปฏิบัติภายในชุมชนอย่างจริงจัง และ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคได้อย่างถูกต้องตามหลักปฏิบัติ

คำสำคัญ : พฤติกรรมการป้องกันตนเอง, โรคโควิด-19, ชีวิตวิถีใหม่, ผู้สูงอายุ

Title	PREVENTIVE BEHAVIORS AGAINST COVID-19 IN THE NEW NORMAL IN ELDERLY
Author	CHATWARUN SRIWILAI
Degree	MASTER OF ARTS
Academic Year	2021
Thesis Advisor	Assistant Professor Dr. Narisara Peungposop

The aim of this research is to understand the Coronavirus 2019 or COVID-19 self-prevention behaviors in the new lifestyle of the elderly, and to identify the key predictors related to COVID-19 self-prevention behaviors as a part of their new lifestyle. The first phase was qualitative research. A semi-structured interview was used to conduct in-depth interviews with four elderly people living in the Bangkok metropolitan area. The data were analyzed by the content analysis method. The results showed that in this new way of life, elderly people can protect themselves from COVID-19 in three aspects: the reduction aspect; the avoidance aspect; and the care aspect. The reduction aspect was performed by wearing a mask properly, being hygienic, and washing hands thoroughly with a variety of cleaning equipment. The aspect of avoidance was achieved by postponing an appointment to see a doctor at a hospital, refraining from socializing and meeting people, going out as needed, and shopping online instead of outside. As for the care aspect, it was performed by eating cooked food separately from other individuals, exercising, laying down and relaxing, and maintaining a good mood. The second phase of the research was quantitative research, with a sample of 246 elderly people living in the Bangkok metropolitan area and using multistage sampling. The tools included seven aggregate rating assessment scales, with an alpha coefficient and at a range between .76 and .94. The data was analyzed with a Stepwise multiple regression analysis. The analysis results found that important variables predicting behavior in preventing COVID-19 which had a statistical significance of .05 and included the following: self-efficacy in disease prevention, perception of the risk of disease, education in primary. It predicted behavior preventing COVID-19 among elderly people at 26.3%. The findings of both phases can lead to the modifying measures to prevent emerging diseases caused by viruses; genuinely used them as community guidelines, applied them in a concrete manner, and encouraged elderly people to act appropriately in accordance with disease prevention principles.

Keyword : Preventive behavior COVID-19 New normal Elderly people

## กิตติกรรมประกาศ

ปริญญานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีจากความช่วยเหลือ เมตตาและความเอาใจใส่ตลอดจนการให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นสำหรับการปรับแก้ไขจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลายท่าน ดังนี้

ขอขอบคุณแหล่งทุนที่มอบ “ทุนอุดหนุนการทำกิจกรรมส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัยและนวัตกรรมจากสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ” (ทุนพัฒนาบัณฑิตศึกษา ประจำปี 2564)

ขอขอบคุณ ผศ.ดร.อมราพร สุรการ ประธานหลักสูตรฯ และ ผศ.ดร. อารยา เขียงของ ประธานสอบปากเปล่าฯ และอาจารย์ที่ปรึกษา ผศ.ดร. นริศรา พึ่งโพธิ์สม ที่ให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์สำหรับงานวิจัยนี้

ขอขอบคุณ ผศ.ดร.อมราพร สุรการ, ผศ.ดร.สุเมษย์ หนกหลัง, อ.ดร.นฤมล พระใหญ่, ผศ.ดร.กาญจนา ภัทรารัตน์, ผศ.ดร.วิญญู อึ้งในศีล, ผศ.ดร.อัจฉรา ประเสริฐสิน, อ.ดร.ชัยยุทธ กลีบบัว อ.ดร.ภิญญาพันธ์ เพี้ยซ้าย ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ขอขอบคุณคณาจารย์หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาประยุกต์ทุกท่าน ที่ให้การอบรมสั่งสอนให้ความรู้แก่ผู้วิจัยด้วยความเมตตาโดยตลอด

ขอขอบคุณ คุณเพ็ญอรินทร์ สาตราจรรย์ นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สำนักงานแพทย์ ที่ให้ความช่วยเหลือเรื่องการเก็บข้อมูล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้ทุกท่าน

ขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลและกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ยินดีให้ข้อมูล จนทำให้งานวิจัยครั้งนี้บรรลุตามวัตถุประสงค์และสำเร็จเป็นอย่างดี

สุดท้ายขอขอบคุณกำลังใจและการสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัวของผู้วิจัย คุณประโยชน์อันใดที่เกิดจากปริญญานิพนธ์นี้ ผู้วิจัยขอมอบให้กับบิดามารดา และครอบครัว ซึ่งคอยอบรมสั่งสอนให้ลูกเป็นคนที่มีความวิริยะอุตสาหะ ต่อสู้และอดทนต่อการดำเนินชีวิตตลอดมา ตลอดจนถึงครู อาจารย์ที่อบรม สั่งสอนให้ความรู้ ผู้วิจัยด้วยดีตลอดมา

ฉัตรวรุณ ศรีวิสัย

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ .....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญรูปภาพ .....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ภูมิหลัง.....	1
คำถามการวิจัย .....	6
ความมุ่งหมายของงานวิจัย .....	6
ความสำคัญของงานวิจัย.....	6
ขอบเขตของการวิจัย.....	7
นิยามศัพท์เฉพาะ .....	8
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
ส่วนที่ 1 ผู้สูงอายุ กับ โรคโควิด-19.....	9
ส่วนที่ 2 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคโควิด-19.....	13
ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่.....	18
ส่วนที่ 4 แนวทางการวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ .....	27
ส่วนที่ 5 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	58
นิยามเชิงปฏิบัติการ.....	59



สมมติฐานการวิจัย .....	63
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย .....	64
วิธีการดำเนินการวิจัยระยะที่ 1 .....	64
วิธีการดำเนินการวิจัยระยะที่ 2 .....	70
บทที่ 4 ผลการศึกษา.....	84
ตอนที่ 1 ลักษณะพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ .....	84
ตอนที่ 2 การเชื่อมโยงผลการวิจัยเชิงคุณภาพสู่การวิจัยเชิงปริมาณ.....	105
ตอนที่ 3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ของ ผู้สูงอายุ.....	107
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	127
การสรุปผลการวิจัย .....	127
การสรุปและอภิปรายผลการวิจัยระยะที่ 1 .....	127
การสรุปและอภิปรายผลการวิจัยระยะที่ 2 .....	132
ข้อเสนอแนะในการวิจัย.....	135
บรรณานุกรม .....	138
ภาคผนวก.....	159
ภาคผนวก ก ใบรับองค์การวิจัยในมนุษย์ .....	160
ภาคผนวก รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจเครื่องมือวิจัย .....	162
164	
ประวัติผู้เขียน.....	175

## สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1 แนวคำถามสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้าง .....	66
ตาราง 2 จำนวนผู้สูงอายุจำแนกตามสำนักงานเขตของกรุงเทพมหานคร .....	71
ตาราง 3 การสุ่มชมรมผู้สูงอายุจาก 6 เขต.....	73
ตาราง 4 ตัวอย่างแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ .....	74
ตาราง 5 ตัวอย่างแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19.....	75
ตาราง 6 ตัวอย่างแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19.....	76
ตาราง 7 ตัวอย่างแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันโรคโควิด-19.....	77
ตาราง 8 ตัวอย่างแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคโควิด-19.....	77
ตาราง 9 ตัวอย่างแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคโควิด-19 .....	78
ตาราง 10 ตัวอย่างแบบสอบถามการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 .....	79
ตาราง 11 ตัวอย่างแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 .....	80
ตาราง 12 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้ข้อมูลผู้สูงอายุ .....	85
ตาราง 13 การเชื่อมโยงผลการวิจัยเชิงคุณภาพสู่การวิจัยเชิงปริมาณ.....	105
ตาราง 14 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามจำแนกตามปัจจัยชีวิตสังคม (n = 246)...	109
ตาราง 15 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่.....	111
ตาราง 16 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด-19 .....	112
ตาราง 17 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 .....	114
ตาราง 18 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันโรคโควิด-19 .....	115

ตาราง 19 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคโควิด-19 .....	116
ตาราง 20 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคโควิด-19.....	117
ตาราง 21 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 .....	118
ตาราง 22 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 .....	120
ตาราง 23 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสถิติในการตรวจสอบภาวะร่วมเส้นตรงพหุ (Multicollinearity).....	121
ตาราง 24 ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นแบบพหุด้านความเป็นเอกพันธ์ของความแปรปรวนเศษเหลือจากการทำนาย (Homoscedasticity) โดยใช้ Breusch-Pagan and Koenker Test.....	123
ตาราง 25 ผลการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุขั้นต้นของพฤติกรรมกำบังตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวัยผู้ใหญ่ (Stepwise Multiple Regression).....	125

## สารบัญรูปภาพ

	หน้า
ภาพประกอบ 1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ.....	30
ภาพประกอบ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย .....	59
ภาพประกอบ 3 ลักษณะพฤติกรรมการป้องกันโควิด-19 ของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร .....	104



## บทที่ 1

### บทนำ

#### ภูมิหลัง

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นโรคติดต่อชนิดหนึ่งที่กำลังเป็นปัญหาในระบบสาธารณสุขไปทั่วโลก สถานการณ์การแพร่ระบาดได้กระจายไปทั่วโลกตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ.2562 เริ่มพบจำนวนผู้ป่วยรายแรกในเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน จากนั้นได้กระจายไปประเทศอื่นๆ โดยพบผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทุกภูมิภาคทั่วโลก องค์การอนามัยโลกได้ประกาศการระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 เป็น “ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ” (Public Health Emergency of International Concern; PHEIC) และพร้อมกำหนดชื่อ โควิด-นายทิน (COVID-19) เป็นโรคระบาดครั้งใหญ่ของโลก (Pandemic) อย่างเป็นทางการ (World Health Organization, 2020e, 2020f) ในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะกล่าวถึงชื่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในครั้งต่อไปว่า **โรคโควิด-19**

องค์การอนามัยโลกได้รายงานสถานการณ์ผู้ติดเชื้อไวรัสโควิด-19 นับตั้งแต่การติดเชื้อไวรัสในวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2562 จนถึงวันที่ 28 เมษายน พ.ศ. 2565 พบจำนวนผู้ติดเชื้อสะสมทั่วโลก 508,498,877 ราย จำนวนผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อไวรัส 6,235,962 ราย (European Centre for Disease Prevention and Control, 2022) ส่วนสถานการณ์ในประเทศไทยกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้โรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่ออันตราย สถานการณ์การติดเชื้อในประเทศไทยพบการแพร่ระบาดในหลายระลอก เริ่มพบการระบาดระลอกแรก เกิดขึ้นช่วงเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 พบคลัสเตอร์ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ในสถานบันเทิงย่านทองหล่อ ในสนามมวย เป็นการระบาดสายพันธุ์อู่ฮั่น จากนั้นเกิดการระบาดระลอกใหม่ ในช่วงปลายธันวาคม พ.ศ.2563 ถึง ช่วงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 ที่ตลาดกลางกุ้ง จังหวัดสมุทรสาคร เป็นการระบาดจากแม่ค้าที่ติดตามจากแรงงานต่างด้าวที่มาจากประเทศเพื่อนบ้านสายพันธุ์ที่พบเชื่อเป็นสายพันธุ์อัลฟา เบต้า ต่อมาเกิดการระบาดระลอกสามช่วงเดือนเมษายน พ.ศ.2564 ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2564 พบคลัสเตอร์ที่สถานบันเทิงย่านสุขุมวิท ทองหล่อและมีความเชื่อมโยงหลายๆสถานบันเทิง เชื้อไวรัสโควิด-19 ที่พบคือสายพันธุ์อัลฟา (อังกฤษ) (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564b; สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2021; สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ, 2564) ต่อมาเกิดการแพร่ระบาดระลอกสี่ ช่วงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2564 ถึง เดือนธันวาคม 2564 คลัสเตอร์จากแคมป์ก่อสร้างหลักสี่ และขยายวงกว้างการติดเชื้ออย่างรวดเร็ว เชื้อไวรัสที่พบการแพร่ระบาดในระลอกนี้คือสายพันธุ์เดลต้า (อินเดีย) จากนั้นช่วงเดือนมกราคม พ.ศ. 2565 ถึง ปัจจุบัน (ช่วง เดือน พฤษภาคม พ.ศ.

2565) พบการแพร่ระบาดระลอกที่ห้า เป็นสายพันธุ์โอมิครอน พบโดยผู้ที่เดินทางมาจากต่างประเทศ (ศบค.กระทรวงสาธารณสุข, 2564, 2565)

จากรายงานการติดเชื้อโควิด-19 ในประเทศไทย ข้อมูล ณ วันที่ 4 พฤษภาคม พ.ศ.2565 พบจำนวนผู้ติดเชื้อทั้งหมดจำนวน 4,290,824 ราย มีผู้เสียชีวิตจำนวน 28,860 ราย แบ่งตามภูมิภาคพบว่า กรุงเทพมหานครและปริมณฑล มีจำนวนผู้ติดเชื้อสะสมและจำนวนผู้เสียชีวิตมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.41 และ 43.97 ตามลำดับ รองลงมา ได้แก่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีจำนวนผู้ติดเชื้อสะสม คิดเป็นร้อยละ 16.91 จำนวนผู้เสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 11.53 ภาคใต้ จำนวนผู้ติดเชื้อสะสม คิดเป็นร้อยละ 16.12 จำนวนผู้เสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 13.44 ภาคตะวันออก จำนวนผู้ติดเชื้อสะสม คิดเป็นร้อยละ 12.96 จำนวนผู้เสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 9.94 ภาคเหนือ จำนวนผู้ติดเชื้อสะสม คิดเป็นร้อยละ 6.88 จำนวนผู้เสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 7.72 ภาคกลาง จำนวนผู้ติดเชื้อสะสม คิดเป็นร้อยละ 6.43 จำนวนผู้เสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 7.99 ภาคตะวันตก จำนวนผู้ติดเชื้อสะสม คิดเป็นร้อยละ 6.28 จำนวนผู้เสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 5.41 (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565a) ในจำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสทั้งหมด พบว่า ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยเรียนและกลุ่มวัยทำงาน โดยกลุ่มนี้เป็นผู้ที่มีร่างกายแข็งแรงเมื่อมีการติดเชื้อไวรัสเข้าสู่ร่างกายจะไม่แสดงอาการของโรค จึงมีความเสี่ยงสูงที่จะแพร่กระจายเชื้อไวรัสสู่ผู้อื่นได้ง่าย (รัฐบาลไทย, 2563a)

เมื่อพิจารณาช่วงวัยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสได้ง่ายและมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่ากลุ่มอื่นพบว่า เป็นช่วงวัยสูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย มีภูมิคุ้มกันร่างกายที่ลดลงตามวัยและมักมีปัญหาทางด้านสุขภาพ (สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ, 2556) หากผู้สูงอายุได้รับเชื้อเข้าสู่ร่างกายจะมีอาการที่รุนแรงและมีโอกาสเสียชีวิตได้ง่ายกว่าคนกลุ่มอื่น โดยเฉพาะกับผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคปอดเรื้อรัง โรคไตเรื้อรัง โรคมะเร็ง เป็นต้น (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2563) ซึ่งข้อมูลจากหน่วยงานป้องกันและควบคุมโรคของสหรัฐฯ ระบุว่า โอกาสเสี่ยงต่ออาการเจ็บป่วยรุนแรงจากการติดเชื้อโควิด-19 จะเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยพบว่า 8 ใน 10 รายของผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคโควิด-19 เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปี ขึ้นไป (Centers for Disease Control and Prevention, 2020a) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข รายงานอัตราการเสียชีวิตจากโรคโควิด-19 ข้อมูล ณ วันที่ 20 เมษายน พ.ศ. 2565 จำนวนผู้ป่วยโควิด-19 ที่เสียชีวิต จำนวนทั้งหมด 128 ราย พบว่า ผู้ป่วยโควิด-19 ที่เสียชีวิต จำนวนถึง 105 ราย มีอายุ 60ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 82 (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565b)

การที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อหลายด้าน เช่น ผลกระทบต่อตัวผู้สูงอายุเกิดความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยด้วยโรค เช่นมีอาการมีไข้ ไอ หายใจลำบาก เหนื่อยล้าง่าย บางรายจะเกิดอาการโรคปอดอักเสบที่รุนแรง (Wang et al., 2020) ผลกระทบด้านครอบครัวและสังคมเมื่อผู้สูงอายุได้รับเชื้อไวรัสและเกิดการเจ็บป่วยจำเป็นต้องทำการกักตัวอย่างน้อย 14 วัน มีเว้นระยะห่างจากคนในครอบครัว งดเว้นทำกิจกรรมร่วมกับคนรอบข้าง เพื่อป้องกันโรคและเฝ้าดูอาการ ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ตามลำพังเกิดความโดดเดี่ยว ว้าเหว่ ส่งผลต่อสภาพจิตใจตนเอง ผลกระทบด้านเศรษฐกิจทำให้รายได้การประกอบอาชีพลดลง หรือรายได้จากลูกหลานที่ไม่สามารถช่วยเหลือทางการเงินได้ดั้งเดิม ส่งผลต่อมาตรฐานความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุ (United Nations, 2020) นอกจากนี้หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องใช้จ่ายทรัพยากรและงบประมาณในการป้องกัน ดูแล รักษาที่มากขึ้น (สำนักงานสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2563) ดังนั้น วิธีการป้องกันโรคโควิด-19 ที่มีประสิทธิภาพเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญยิ่งที่สามารถช่วยแก้ไขปัญหาค่าการเจ็บป่วย

สำหรับวิธีการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ดีที่สุด คือ การมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมกาป้องกันและรักษาสุขภาพอนามัยที่ดี เช่น การล้างมือบ่อยๆ ให้สะอาดด้วยน้ำและสบู่ หรือเจลแอลกอฮอล์ การสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งที่ออกนอกบ้าน รักษาระยะห่างอย่างน้อย 1 ถึง 2 เมตรจากผู้อื่นเพื่อหลีกเลี่ยงการรับเชื้อไวรัสจากผู้อื่นเมื่อมีคน ไอ จาม หรือพูด หลีกเลี่ยงการสัมผัสบริเวณใบหน้า ตา จมูก ปาก เมื่อขณะอยู่นอกบ้าน ไม่ใช้สิ่งของร่วมกับผู้อื่น เป็นต้น (World Health Organization, 2020a; กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563) สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่าการที่ผู้สูงอายุมีการดูแลสุขภาพอนามัยเป็นอย่างดีสามารถช่วยลดอัตราการเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 และเชื้อโรคต่างๆ ได้ (Feng et al., 2020; Garnier-Crussard et al., 2020; Tomar & Gupta, 2020) ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการดูแลสุขภาพอนามัยที่ถูกต้องและมีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอสามารถช่วยป้องกันโรคโควิด-19 ได้ ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางการป้องกัน การเฝ้าระวัง และควบคุมดูแลการระบาดของโรคโควิด-19 สำหรับกิจการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุและบุคลากรที่เกี่ยวข้องใช้เป็นแนวทางในการป้องกันและควบคุมโรค มีแนวทางการปฏิบัติ เช่น ตรวจคัดกรองวัดอุณหภูมิร่างกาย จัดเตรียมหน้ากากอนามัยและหน้ากากผ้า หรือแอลกอฮอล์เจล หลีกเลี่ยงการจัดกิจกรรมรวมกลุ่มเป็นจำนวนมาก ให้ข้อมูลความรู้การแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด-19 ทำการเว้นระยะห่างในการติดต่อกับผู้รับบริการ ควบคุมอุปกรณ์และเครื่องมือต่างๆ ในการดูแลผู้สูงอายุให้ได้มาตรฐานถูกสุขลักษณะและปลอดภัย (กระทรวงสาธารณสุข, 2020)



การปฏิบัติตัวป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ได้กลายเป็นวิถีปฏิบัติในชีวิตประจำวันไปโดยปริยายหรือเรียกได้ว่าเป็นชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) พฤติกรรมการใช้ชีวิตของคนในสังคมถูกปรับเปลี่ยนไปอย่างถาวรจนเกิดความเคยชิน คำว่า “New Normal” หรือที่เรียกกันว่า “ความปกติรูปแบบใหม่” ถูกนำมาใช้ในการดำเนินชีวิตของคนในสังคมเพื่อเป็นการปรับตัวให้สามารถอยู่ในสังคมแบบใหม่ได้อย่างราบรื่นและเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโควิด-19 ที่กำลังเกิดขึ้น จากวิกฤติโควิด-19 ทำให้เกิดการปรับตัวในหลายมิติทั้งในระดับสังคมและระดับบุคคล ซึ่งการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในการดำรงชีวิตรูปแบบใหม่เพื่อให้มีความปลอดภัยจากโรคโควิด-19 การเปลี่ยนแปลงในด้านการดำเนินชีวิตในช่วงชีวิตวิถีใหม่ เช่น นำเทคโนโลยีเข้ามาใช้ควบคู่กับระบบการสื่อสารแบบออนไลน์เป็นการนำมาใช้ในการปรับตัวรูปแบบใหม่และเพื่อความสะดวกในการใช้ชีวิตรูปแบบใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วรวมถึงหลีกเลี่ยงโอกาสการติดเชื้อไวรัสจากผู้อื่น สอดรับกับมาตรการการกักตัวอยู่บ้านของประชาชน ทั้งนี้การดำเนินชีวิตรูปแบบใหม่เน้นให้ความสำคัญกับการป้องกันตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงการติดเชื้อโควิด-19 โดยหลักพื้นฐานที่สำคัญที่สุดในการใช้ชีวิตประจำวันเป็นเรื่องของการดูแลตนเองขณะออกจากบ้าน (โสมรัชช์ วิไลยุค, 2563) ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวปฏิบัติเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลในการหลีกเลี่ยง ลดการระบาดของโรคโควิด-19 โดยเสนอ 3 แนวทาง คือ “ลด เลี่ยง ดูแล” เช่น การสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่อออกจากบ้าน การล้างมือบ่อยๆด้วยน้ำและสบู่ หรือ การใช้เจลแอลกอฮอล์ล้างมือขณะอยู่นอกบ้าน การหลีกเลี่ยงพื้นที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 หลีกเลี่ยงสัมผัสพื้นผิวที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัส การดูแลสุขภาพร่างกายของตนเอง ทานอาหารปรุงสุกสะอาด ใช้ช้อนกลาง การเว้นระยะห่างทางสังคม การจัดสภาพแวดล้อมใหม่ให้หน้าอยู่สะอาดเป็นระเบียบ และติดตามข่าวสาร สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 อย่างใกล้ชิด (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2563) การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในช่วงชีวิตวิถีใหม่ เพื่อให้ปลอดภัยต่อการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 นอกจากนี้ในส่วนการดูแลรักษาสุขภาพช่วงระบาดของโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญ เช่น การเข้ารับบริการทางการแพทย์ในรูปแบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) แทนการไปโรงพยาบาล การเลือกซื้อสินค้าออนไลน์เพื่อหลีกเลี่ยงเข้าไปในพื้นที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัส การทำธุรกรรมทางออนไลน์ สิ่งเหล่านี้เป็นแนวปฏิบัติชีวิตวิถีใหม่ที่คนทั่วไปหรือผู้สูงอายุใช้ในการดำเนินชีวิตในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรค (คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2563; สถาบันส่งเสริมความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน, 2564)



ท่ามกลางการระบาดของโรคโควิด-19 แวดวงวิชาการให้ความสนใจศึกษาค้นคว้าวิจัย เพื่อทำความเข้าใจกับโรคอุบัติใหม่นี้ จากการสืบค้นงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ ในช่วงเดือนเมษายน พ.ศ. 2564 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2565 ด้วยคำค้นว่า “พฤติกรรมกำบังกันโรคโควิด-19 “ ภาษาอังกฤษว่า “Preventive Behavior Covid-19 “ จากฐานข้อมูลในไทย THAIJO และ ในต่างประเทศ Scopus พบว่ามีงานวิจัยในประเทศที่ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุค่อนข้างน้อย เท่าที่สืบค้นพบการศึกษาพบว่า นักวิชาการให้ความสนใจ 3 ประเด็น ได้แก่ ประเด็นที่หนึ่งการมีส่วนร่วมในกระบวนการกำบังกันโควิด-19 ของผู้สูงอายุในชุมชน ออกแบบการวิจัยด้วยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (วรยุทธ นาคอ้าย, กมลนัทร ม่วงยิ้ม, & เตชา วรรณพาทูล, 2563) ประเด็นที่สองปัจจัยที่เกี่ยวข้อง หรือทำนายพฤติกรรมกำบังกันโรคโควิด-19 ออกแบบการวิจัยเชิงสำรวจ (นงศัณพัชร มณีอินทร์ & อธิพิล ดวงจินดา, 2564; ประศักดิ์ สันติภาพ, ภิรวดี ชูประวัตติ, & เทื่อน ทองแก้ว, 2564) ประเด็นที่สาม ประสิทธิภาพของโปรแกรมต่อพฤติกรรมกำบังตนเองเพื่อกำบังกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุ ออกแบบการวิจัยด้วยวิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (วรรณมา มุ่งทวิเกียรติ, เพ็ญภา วิเชียร, พัฒนา ขวลิขิตศุภเศรษฐี, อรทัย นุ่นดี, & ชัชวาล วงศ์สารี, 2564) แม้งานในอดีตจะศึกษาพฤติกรรมกำบังกันตนเองจากโรคโควิด-19 แต่ยังมีข้อจำกัด ในบางประการเกี่ยวกับการกำบังกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งเป็นวัยที่เปราะบางทางสังคม และเป็นกลุ่มที่มีทุนทางสังคมน้อยกว่ากลุ่มอื่น กล่าวคือ ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มวัยเกษียณ มีรายได้ที่น้อยลง ความสามารถในการปรับตัวน้อย หากเกิดการติดเชื้อโควิด-19 ย่อมได้รับผลกระทบที่รุนแรงกว่ากลุ่มอื่น นอกจากศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุแล้ว ยังมีงานอื่น ๆ ในประเทศไทยและต่างประเทศที่ศึกษากลุ่มประชาชนทั่วไปและใช้วิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Alrubaiee, Al-Qalah, & Al-Aawar, 2020; Holshue et al., 2020; Liu, 2020; Ngwewondo A et al., 2020; Rivera-Izquierdo et al., 2020; Salman et al., 2020; จิตอารี & เพียรชัย, 2018; วรารัตน์ ทิพย์รัตน์, สายพิน เม่งเอียด, & เบญจวรรณ ช่วยแก้ว, 2562; วิชะการ แสงหัวช้าง & และคณะ, 2560; ศิริพรรณ บุตรศรี, 2558; ศุศยา หวางษ์, วิณา เทียงธรรม, & สุธรรม นันทมงคลชัย, 2560; สุนทรียพันธ์ อ่อนสีแดง, 2558)

จากการทบทวนงานวิจัยดังที่กล่าวมา แม้งามีงานวิจัยจำนวนมากที่ศึกษาพฤติกรรมกำบังกันโรคติดเชื้อโควิด-19 แต่ส่วนใหญ่ศึกษาในกลุ่มประชาชนและใช้การวิจัยเชิงปริมาณเพื่อตอบคำถามวิจัยเป็นหลัก(Qin & Xu, 2016; จิตอารี ซอนสุข & เพียรชัย คำวงษ์, 2018; วรารัตน์ ทิพย์รัตน์, สายพิน เม่งเอียด, & เบญจวรรณ ช่วยแก้ว, 2562; วิชะการ แสงหัวช้าง & และคณะ, 2560; ศิริพรรณ บุตรศรี, 2558; ศุศยา หวางษ์, วิณา เทียงธรรม, & สุธรรม นันทมงคลชัย, 2560; สุนทรียพันธ์ อ่อนสีแดง, 2558) แสดงให้เห็นว่ายังขาดข้อมูลเชิงลึกและมุมมองของผู้สูงอายุในการ

ปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ว่าเป็นอย่างไร ซึ่งนำไปสู่ความเข้าใจที่ถูกต้องและนำไปสู่การพัฒนาการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุ ดังนั้นเพื่อเป็นการเติมเต็มองค์ความรู้ในประเด็นดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจ การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองของผู้สูงอายุในช่วงชีวิตวิถีใหม่โดยการทำความเข้าใจพฤติกรรมการป้องกันตนเองของผู้สูงอายุในช่วงของชีวิตวิถีใหม่เพื่อให้ได้มุมมองที่หลากหลายตามสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นร่วมกับนำแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief model) มาอธิบายปรากฏการณ์ โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเริ่มจากการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อค้นหาความจริงในเรื่องพฤติกรรมการป้องกันตนเองในช่วงชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นความจริงแปรเปลี่ยนตามมุมมองของผู้สูงอายุ และนำผลการวิจัยในระยะแรกมากำหนดความหมายตัวแปรพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ร่วมกับการทบทวนเอกสาร พร้อมทั้งค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ

### คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยสำคัญอะไรที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ

### ความมุ่งหมายของงานวิจัย

1. เพื่อทำความเข้าใจพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ
2. เพื่อค้นหาตัวทำนายสำคัญที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ

### ความสำคัญของงานวิจัย

ผู้วิจัยคาดหวังว่าข้อค้นพบจากการศึกษาก่อให้เกิดประโยชน์ในแต่ละด้านดังนี้

1. ประโยชน์เชิงวิชาการ ทำให้เกิดองค์ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองและปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่
2. ประโยชน์เชิงการนำไปปฏิบัติ เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข สามารถนำข้อค้นพบไปใช้เป็นแนวทางพัฒนาและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุป้องกันโรคโควิด-19 ถูกต้องตามหลักปฏิบัติ ซึ่งช่วย

ให้ลดอัตราการเจ็บป่วย การติดเชื้อ และการเสียชีวิต อีกทั้งสามารถนำผลการศึกษามาประยุกต์ในผู้สูงอายุอื่นๆที่มีบริบทใกล้เคียงกันหรือคล้ายคลึงกันได้

3. ประโยชน์เชิงนโยบาย เจ้าหน้าที่หน้าด่านสาธารณสุข เช่น กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ในชุมชน ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทางด้านสาธารณสุขในชุมชนสามารถนำองค์ความรู้เป็นแนวทางการกำหนดแนวปฏิบัติภายในชุมชนอย่างจริงจังเป็นแบบแผนอย่างชัดเจนเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตัวป้องกันโรคโควิด-19 ได้อย่างถูกต้องตามหลักปฏิบัติ

### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดขอบเขตการศึกษาออกเป็น ขอบเขตด้านเนื้อหา และขอบเขตด้านกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้

#### ขอบเขตด้านเนื้อหา

การวิจัยระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อมุ่งทำความเข้าใจพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ ซึ่งงานวิจัยเชิงคุณภาพมีความยืดหยุ่น ไม่ได้นำแนวคิดทฤษฎีมาปิดกั้นปรากฏการณ์ใหม่ ๆ แต่จะนำมาใช้เป็นกรอบกว้าง ๆ เท่านั้น

การวิจัยระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อค้นหาตัวทำนายสำคัญของพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ มีตัวแปรที่คัดเลือกจากกรอบแนวคิดทฤษฎี “แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ” ดังนี้

#### 1. ตัวแปรอิสระ แบ่งเป็นดังนี้

- 1.1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility)
- 1.2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity)
- 1.3. การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค (Perceived Benefits)
- 1.4. การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค (Perceived Barriers)
- 1.5. การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรค (perceived self-efficacy)
- 1.6. การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19
- 1.7. ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19
- 1.8. เพศ
- 1.9. ระดับการศึกษา
- 1.10. โรคประจำตัว

2. ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่

### ขอบเขตด้านกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 ผู้ให้ข้อมูลได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป พื้นที่กรุงเทพมหานคร คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติ ซึ่งผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล ดังนี้ 1. ไม่มีปัญหาสุขภาพที่รุนแรง หมายถึง ผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาสุขภาพที่รุนแรงส่งผลกระทบต่อกระทำการดำเนินชีวิตประจำวันที่ยากลำบาก 2. สามารถทำกิจวัตรประจำวันและเคลื่อนไหว หมายถึง ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรต่างๆ เช่น ทำกับข้าว ทำงานบ้าน ออกไปจับจ่ายนอกบ้าน เดินทางออกจากบ้านด้วยตนเอง ร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น 3. มีความสามารถในการมองเห็นและได้ยิน 4. อ่านออกเขียนได้ 5. สามารถสื่อสารได้ปกติ 6. มีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคม

ระยะที่ 2 ประชากรที่ศึกษาเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่ 50 สำนักงานเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเขตกรุงเทพมหานคร มีจำนวน 15,652 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วยอำนาจการทดสอบ (Power analysis) กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size  $f^2$ ) ขนาดกลาง 1.5 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และอำนาจทดสอบ 0.95 คำนวณด้วยโปรแกรม G\*Power ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 172 คน ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 50 เพื่อป้องกันข้อมูลไม่ครบถ้วน จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้คือ 246 คน

### นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้วิจัยกำหนดนิยามความหมายของคำสำคัญเพื่อให้มีความเข้าใจที่ตรงกัน ดังนี้

1. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โรคโควิด-19 หมายถึง โรคติดเชื้ออุบัติใหม่ ที่ทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้ออย่างรวดเร็ว มีต้นกำเนิดที่เมืองอู่ฮั่นประเทศจีน เกิดขึ้นเมื่อปลายปี พ.ศ. 2562 สามารถติดต่อทางผ่านละออง สารคัดหลั่งในร่างกาย จากจมูกหรือปาก ซึ่งในงานวิจัยนี้คำว่าโรคโควิด-19

2. ชีวิตวิถีใหม่ หมายถึง การดำเนินวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปจากที่เคยดำเนินชีวิตแบบเดิมไปเป็นการดำเนินชีวิตรูปแบบใหม่ หลังจากวิกฤติการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 เช่น การออกนอกบ้านโดย สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า การเว้นระยะห่างทางสังคม ล้างมือบ่อยๆด้วยน้ำและสบู่ หรือใช้เจลแอลกอฮอล์ขณะอยู่นอกบ้าน หลีกเลี่ยงผู้คนหนาแน่น เป็นต้น

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางกำหนดตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยครั้งนี้ และเพื่อสร้างกรอบแนวคิดการวิจัย รวมถึงเพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดตัวแปร ผู้วิจัยนำเสนอตามหัวข้อแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่

#### ส่วนที่ 1 ผู้สูงอายุกับโรคโควิด-19

- 1.1 ลักษณะการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ
- 1.2 โอกาสในการติดเชื้อโควิด-19 ของผู้สูงอายุ
- 1.3 ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพผู้สูงอายุ

#### ส่วนที่ 2 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคโควิด-19

- 2.1 ปัจจัยเสี่ยงและอาการของผู้ติดเชื้อโควิด-19
- 2.2 กลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19
- 2.3 การป้องกันและการรักษาโรคโควิด-19

#### ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่

- 3.1 ความหมายของพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่
- 3.2 การวัดพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่
- 3.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่

#### ส่วนที่ 4 แนวทางการวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่

- 4.1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)
- 4.2 สาเหตุของพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ

#### ส่วนที่ 5 กรอบแนวคิดการวิจัย

แต่ละส่วนมีสาระสำคัญ ดังนี้

#### ส่วนที่ 1 ผู้สูงอายุ กับ โรคโควิด-19

ในส่วนนี้ผู้วิจัยจะชี้ให้เห็นถึงความเกี่ยวข้องระหว่างผู้สูงอายุกับโรคโควิด-19 โดยทบทวนลักษณะการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ, โอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อโควิด-19 ของผู้สูงอายุ และปัจจัยส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ

## 1.1 ลักษณะการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงเกิดมากมาย โดยเฉพาะเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย มีสุขภาพร่างกายเสื่อมถอยลงตามวัย นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลง ด้านสติปัญญา ด้านอารมณ์และจิตใจ ดังต่อไปนี้

### 1.1.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย เป็นการเปลี่ยนแปลงระบบต่างๆในร่างกายเสื่อมถอยลง เช่น ผิวหนัง ผม เล็บ ระบบประสาทสัมผัส ระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบประสาทและสมอง ฮอโมน

### 1.1.2 การเปลี่ยนแปลงด้านสติปัญญาของผู้สูงอายุ

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงด้านสติปัญญา ความสามารถเรียนรู้และเข้าใจ ความสามารถในการจดจำ ความสามารถในการนำไปประยุกต์ใช้ ผู้ที่เริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุมักมีความกังวลในเรื่องของระดับสติปัญญาที่ลดลง มีกระบวนการรับรู้ช้าลง เนื่องจากมีการรับรู้ต่อสิ่งเร้าที่เปลี่ยนแปลงไปต่อประสาทสัมผัสการได้ยิน การมองเห็น การได้กลิ่น การรับรส การรับสัมผัสทางผิวหนังช้าลง เมื่ออายุมากขึ้นผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวที่ลดลงเรื่อยๆซึ่งเป็นผลมาจากระบบที่ควบคุมการทรงตัว กานทำงานของกล้ามเนื้อที่ถดถอยลง

### 1.1.3 การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุ

ความสามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆของวัยสูงอายุมักส่งผลทางด้านอารมณ์และจิตใจ ขึ้นอยู่กับอุปนิสัย บุคลิกภาพ พัฒนาการในวัยเด็ก ประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา ผู้สูงอายุมักมีลักษณะการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ในสิ่งใหม่ๆซึ่งอาจเป็นไปได้ยาก มักยึดติดกับความคิดและเหตุผลของตนเองในขณะเดียวกันจะมีความจำที่เสื่อมถอยลง ในด้านการแสดงออกทางอารมณ์ โดยส่วนใหญ่มักมีความรู้สึกต่อตนเองด้านลบ เช่น ท้อแท้ น้อยใจ รู้สึกไร้คุณค่า ส่งผลต่ออารมณ์ที่ไม่มั่นคง หงุดหงิดง่าย โกรธง่าย ในด้านความสนใจสิ่งแวดล้อมผู้สูงอายุมีความสนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลง

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่ส่งผลชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ (ศุภนิത്യ คงสิบ, 2549) ได้อธิบายปัจจัยที่มีผลต่อชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยทางด้านชีววิทยา เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม มีรายละเอียดดังนี้

## 1.2 โอกาสในการติดเชื้อโควิด-19 ของผู้สูงอายุ

กลุ่มผู้สูงอายุ มักเป็นกลุ่มที่มีโอกาสการติดเชื้อโควิด-19 ได้ง่ายและมีโอกาสการเสียชีวิตได้ง่ายกว่ากลุ่มอื่น เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหม่มักมีปัญหาด้านสุขภาพ มีโรค



ประจำตัว เพราะบางง่ายต่อการรับเชื้อไวรัสเข้าสู่ร่างกาย หากได้รับเชื้อไวรัสเข้าในร่างกายจะมีอาการที่รุนแรงมากกว่ากลุ่มช่วงอายุอื่นๆ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2563) เมื่อเกิดการติดเชื้อโรคโควิด-19 อาการที่พบโดยทั่วไปมีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ ไปจนถึงมีอาการรุนแรง หายใจลำบาก เกิดอาการปอดอักเสบรุนแรง สอดคล้องกับการศึกษาของ (Geffen, 2006) ที่ได้ศึกษาโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนมักพบได้บ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มโรคเรื้อรังมีโอกาสติดเชื้อแบคทีเรียซ้ำซ้อน เกิดภาวะหลอดลมอักเสบและปอดอักเสบเพิ่มขึ้น ถึงขั้นรุนแรงส่งผลต่อระบบหายใจล้มเหลวและเสียชีวิตได้ จากสถิติทั่วโลกในปี ค.ศ. 2013 พบอุบัติการณ์โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนเพิ่มขึ้น และในปีถัดไปมีอุบัติการณ์การเสียชีวิตหลายพันราย รวมทั้งมีรายงานพบอุบัติการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในบ้านพักผู้สูงอายุมีสาเหตุจากเชื้อไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์เอ เชื้อไวรัสอาร์เอสวี (Respiratory syncytial virus: RSV) สอดคล้องกับสถิติในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2554 พบว่าการเกิดโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากอัตราป่วย 97.08 ต่อประชากรแสนคน และในปี พ.ศ. 2555 เป็น 97.22 ต่อประชากรแสนคน ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร จากสถิติของโรงพยาบาลสิรินธร พบว่า ผู้สูงอายุโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนที่เข้ารับบริการมีจำนวนเพิ่มขึ้น จาก 1,400 ราย ในปีพ.ศ. 2558 เป็น 1,874 ราย ในปี พ.ศ. 2559 ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนที่เป็นปัญหาที่สำคัญและยังส่งผลกระทบต่อตัวผู้สูงอายุ (ดวงธิดา ช่างยิ้ม, มุกดา เดชประพนธ์, & พรทิพย์ มาลาธรรม, 2561) เมื่อผู้สูงอายุติดเชื้อโควิด-19 เข้าสู่ร่างกายมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่ากลุ่มอื่นเนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันที่มีประสิทธิภาพ และกลไกการป้องกันของร่างกาย (mechanical defense) ลดลงตามวัย ประกอบกับมีปัญหาสุขภาพโรคประจำตัว ทำให้เจ็บป่วยร่างกาย เกิดอาการทุพพิกขาร่างกาย ส่งผลต่อการทำกิจวัตรประจำวัน ลดลง สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา อาจถูกตีตราจากสังคม ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงได้ (Eliopoulos, 2018; Touhy, 2018)

### 1.3 ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพผู้สูงอายุ

สุขภาพวัยสูงอายุมักมีเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา อายุสัมพันธ์กับระดับสุขภาพผู้สูงอายุ เมื่อพิจารณาการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพในวัยสูงอายุขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง แบ่งออกเป็น ปัจจัยภายใน และ ปัจจัยภายนอก ดังนี้

ปัจจัยภายใน คือเกี่ยวข้องกับบุคคลซึ่งไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ประกอบด้วย องค์ประกอบ 3 ประการ คือ องค์ประกอบทางกาย องค์ประกอบทางจิต องค์ประกอบทางพฤติกรรม ดังนี้

องค์ประกอบทางกาย คือ องค์ประกอบที่ติดตัวมาไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น ลักษณะการถ่ายทอดทางพันธุกรรมในด้านสุขภาพซึ่งสามารถส่งผลดีและผลเสียต่อสุขภาพได้ ลักษณะเชื้อชาติ บางเชื้อชาติป่วยเป็นโรคได้มากกว่าเชื้อชาติอื่น ลักษณะเพศ โรคทางสุขภาพอาจพบบ่อยในเพศใดเพศหนึ่ง องค์ประกอบทางจิต ได้แก่ เมื่อผู้สูงอายุเกิดผลกระทบกระเทือนจิตใจ จากเหตุการณ์ต่างๆมักส่งผลกระทบต่อร่างกายให้เกิดการเจ็บป่วยร่างกายได้ นอกจากองค์ประกอบทางจิต เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมต่างๆ

อัตมโนทัศน์ สำคัญต่อสุขภาพ ผลรวมของความรู้สึกนึกคิดของบุคคลมีอิทธิพล กำหนดพฤติกรรม

การรับรู้ บุคคลแสดงพฤติกรรมสุขภาพ ขึ้นอยู่กับการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพว่าตนมีสุขภาพเช่นไร

ความเชื่อ เป็นความเชื่อที่ได้รับมาจากวิถีชีวิต จากครอบครัว เป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตเมื่อเกิดขึ้นแล้วมักเปลี่ยนแปลงได้ยาก

เจตคติ เป็นความเชื่อของบุคคลอาจเกิดจากประสบการณ์ เรียนรู้จากคนรอบข้าง ค่านิยม ให้คุณค่าสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ค่านิยมบุคคลรับอิทธิพลมาจากสังคม มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของบุคคลในสังคมและมีผลต่อสุขภาพ เช่น ค่านิยมดื่มสุรา สูบบุหรี่

ความเครียด การเกิดภาวะความเครียดส่งผลกระทบต่อสุขภาพ สามารถส่งผลทั้งทางด้านบวกและด้านลบในตัวบุคคล

องค์ประกอบทางพฤติกรรม เป็นพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพมากที่สุด ได้แก่

พฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคล เป็นพฤติกรรมที่ปฏิบัติให้มีสุขภาพที่ดี เช่น การดูแลสุขภาพสะอาดร่างกาย เป็นกิจวัตรประจำวันที่บุคคลปฏิบัติ ซึ่งมีทั้งปฏิบัติที่ถูกต้องและไม่ถูกต้อง

พฤติกรรมการรับประทานอาหาร เป็นพฤติกรรมที่ถ่ายทอดทางวัฒนธรรมแตกต่างกันตามลักษณะท้องถิ่น ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพ อาหารจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อสุขภาพ

พฤติกรรมการขยับถ่าย การมีพฤติกรรมขยับถ่ายที่ไม่เป็นปกติ ซึ่งส่งผลเสียต่อสุขภาพมีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรค

การพักผ่อนและการนอนหลับ การพักผ่อนมีผลโดยตรงต่อสุขภาพ เมื่อบุคคลได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอซึ่งส่งผลเสียต่อสุขภาพ

ปัจจัยภายนอก สำคัญเช่นเดียวกับปัจจัยภายใน ได้แก่



องค์ประกอบทางสังคม 6 ระบบ คือ ครอบครัวและเครือญาติ การศึกษา สาธารณสุข เศรษฐกิจและการประกอบอาชีพ การเมืองการปกครอง ความเชื่อหรือสถาบันศาสนา เหล่านี้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับ บรรทัดฐาน (norm) ของสังคมนั้น

องค์ประกอบทางสิ่งแวดล้อม ส่งผลกระทบต่อชีวิตและความเป็นอยู่ ประกอบด้วย สภาพภูมิศาสตร์ที่แตกต่างกัน ฤดูกาลต่างกันส่งผลต่อสุขภาพในตัวบุคคล สภาพที่อยู่อาศัย ลักษณะที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อมดี มีความปลอดภัยสามารถทำให้เกิดสุขภาพที่ดีและไม่ดีได้

## ส่วนที่ 2 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคโควิด-19

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาเป็นกลุ่มไวรัสขนาดใหญ่มีความเกี่ยวข้องกับสัตว์ มีตระกูล Coronaviridae มีการค้นพบไวรัสโคโรนาเป็นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1930 เป็นโรคหลอดลมอักเสบ ติดต่อในไก่ (Infectious bronchitis virus (IBV)) ภายหลังมาในปี ค.ศ. 1940 พบเชื้อไวรัสอีกสองชนิด คือ ไวรัสตับอักเสบที่เกิดจากหนู และ ไวรัสโรคกระเพาะอาหารและลำไส้อักเสบ โดยในปี ค.ศ. 1960 พบไวรัสโคโรนาเป็นครั้งแรกเกิดการติดเชื้อจากมนุษย์สู่มนุษย์ (Al-Rohaimi & Al Otaibi, 2020) และเกิดการติดเชื้อทางเดินหายใจในผู้ใหญ่และเด็ก จากนั้นเกิดเป็นที่สนใจในวงการแพทย์เกี่ยวกับความสนใจในการวิจัยไวรัสโคโรนา ต่อมาในปี ค.ศ 2002 - 2003 พบผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนาที่มีความรุนแรงของโรคในระบบทางเดินหายใจเพิ่มขึ้น เรียกไวรัสโคโรนาชนิดนี้ว่า โรคซาร์ส(SARS-CoV) จากการแพร่ระบาดของโรคซาร์ส(SARS-CoV) ได้แพร่กระจายไปทั่วโลกและมีอัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ ประมาณ 9.5% และในปี ค.ศ. 2003และค.ศ. 2005 เกิดโรคในตระกูลไวรัสโคโรนาขึ้นอีกครั้ง ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับโรคซาร์ส (SARS-CoV) และเกิดขึ้นในเขตภูมิภาคตะวันออกกลาง มีความรุนแรงของโรคในระบบการหายใจ โรคนี้ถูกเรียกว่า โรคเมอร์ส (MERS-CoV) พบว่าโรคนี้มีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าโรคซาร์ส (SARS-CoV) มีอัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ ประมาณ 35% เป็นไวรัสโคโรนาที่ข้ามสายพันธุ์จากค้างคาวผ่านอูฐมาสู่มนุษย์ เริ่มจากการป่วยในประเทศซาอุดีอาระเบีย ต่อมาปลายปีค.ศ.2019พบผู้ติดเชื้อรายแรกจากไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ในเขตมณฑลหูเป่ย์ ทางตอนกลางของประเทศจีน เชื้อไวรัสชนิดนี้สามารถติดเชื้อมาก่อนให้เกิดโรคในมนุษย์และสัตว์ เช่น ในสัตว์ปีก สัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม สัตว์เลี้ยงคาน (Malik et al., 2020; ภาควิชาจุลชีววิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2563)

โรคไวรัสโคโรนามีชื่ออย่างเป็นทางการว่า SARS-CoV-2 หรือ COVID-19 (โควิด-19) (World Health Organization, 2020f) ปลายปี ค.ศ.2019 โรคไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ได้ปรากฏขึ้นในตลาดสดอาหารทะเล และชายซากสัตว์ป่าหลายชนิดเขตท้องถิ่น ประเทศจีน ไวรัสโค

โรนา เป็นไวรัสที่มีขนาดใหญ่ที่สุดของสารพันธุกรรม “อาร์เอ็นเอ” ลักษณะเปลือกด้านนอกคือ โปรตีนปกคลุมด้วยกลุ่มคาร์โบไฮเดรท ปุ่มเล็กๆ(spikes) มีลักษณะคล้ายมงกุฎ ไวรัสโคโรนามีสารพันธุกรรม อาร์เอ็นเอ มีโอกาสสามารถกลายพันธุ์และก่อให้เกิดการติดเชื้อข้ามสายพันธุ์ได้ (A. Wu et al., 2020; ภาควิชาจุลชีววิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2563)

## 2.1 ปัจจัยเสี่ยงและอาการของผู้ติดเชื้อโควิด-19

โรคโควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ การติดเชื้อโควิด-19 ติดต่อกันได้ทุกคน ทุกช่วงวัย และทุกเพศ ทั้งนี้ความเสี่ยงเมื่อติดเชื้อไวรัสระดับความรุนแรงของโรคมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพร่างกาย และช่วงวัยของบุคคลผู้ที่มีร่างกายแข็งแรง จะมีระดับความรุนแรงของโรคที่น้อยกว่าผู้ที่มีภาวะปัญหาสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อโควิด-19 คือ การสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ที่มีเชื้อไวรัส เช่น โดย ไม่สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาขณะอยู่ร่วมกันมากกว่า 2 คน สนทนากับผู้ที่มีเชื้อไวรัสโดยไม่มีกำบัง การรับประทานอาหารร่วมกัน ใช้ของร่วมกัน การสัมผัสพื้นผิวบริเวณเดียวกันกับผู้ติดเชื้อ หรือการไปในที่ที่มีสถานที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อในระดับสูง เช่น สถานประกอบการ องค์กร หรือ โรงเรียน สถานบันเทิง สถานที่ที่มีการสัมผัสกันใกล้ชิด มีผู้คนแออัดจำนวนมาก และในสถานที่อากาศไม่ถ่ายเท เนื่องจาก เกิดการรับละอองฝอยจากผู้ติดเชื้อ ที่มีอาการ ไอ จาม เกิดละอองฝอยกระจายบริเวณพื้นที่นั้น (สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2565)

เชื้อไวรัสโควิด-19 สามารถกระจายเชื้อจากคนสู่คน และคนที่ติดเชื้อไวรัสแต่ไม่แสดงอาการ สามารถแพร่กระจายเชื้อได้ ปัจจัยของการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 เมื่อคลุกคลีใกล้ชิดกับผู้ที่มีเชื้อไวรัส ในระยะน้อยกว่า 2 เมตร เป็นระยะเวลานาน โดยไม่มีอุปกรณ์ป้องกันเช่น หน้ากากอนามัยปิดปาก ส่งผลให้เกิดละอองฝอยเสมหะ น้ำมูก น้ำลาย สารคัดหลั่งต่างๆที่มีไวรัสอาศัยอยู่ฟุ้งกระจายออกมา เรียกว่า airborne droplet ซึ่งมีขนาดน้อยกว่า 5 ไมครอนตกลงสู่พื้นในระยะ 1 - 2 เมตรเช่นเดียวกัน ในสถานพยาบาลในการปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเช่นการดูแลด้วยระบบปิด การพ่นยาเข้าสู่ทางเดินหายใจ สามารถก่อให้เกิดละอองขนาดเล็กมาก เรียกว่า airborne aerosole มีขนาดน้อยกว่า 5 ไมครอน ทำให้ฟุ้งกระจายในอากาศเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัส นอกจากนี้การมีกิจกรรมที่สัมผัสกันโดยตรงจากน้ำลาย เสมหะของผู้ที่ได้รับเชื้อ การใช้ของร่วมกันนำมาซึ่งการติดเชื้อได้ เชื้อไวรัสเข้าสู่ทาง ปาก จมูก ตา โดยอาจเกิดจาก ไอ จาม ผู้ที่ติดเชื้อโควิด-19 มีการสัมผัสใกล้ชิดจากผู้ติดเชื้อไวรัส การสัมผัสผิววัตถุที่ปนเปื้อนไวรัส สามารถนำเข้าสู่ทางเดินหายใจ ทางปาก จมูก ตา และสามารถแพร่กระจายเชื้อไปที่อื่นได้เช่นกัน (World Health Organization, 2020d)หลังจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ระยะฟักตัวโรค 2-14 วัน ปัจจัยที่มีผลต่อระยะฟักตัวของ

โรค ได้แก่ ปริมาณไวรัสที่ร่างกายได้รับเข้าไป ทางเข้าของเชื้อไวรัสสู่อวัยวะในร่างกาย หากเข้าสู่ปอดโดยผ่านทางจมูกและปากสามารถเกิดโรคได้รวดเร็วกว่าการรับเชื้อทางเยื่อบุตาและมีความรวดเร็วในการเพิ่มจำนวนไวรัสเมื่อเข้าสู่ร่างกายและขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อ ภูมิคุ้มกันทางในร่างกายของผู้ติดเชื้อ (World Health Organization Thailand, 2564)

อาการที่พบได้โดยทั่วไปมีอาการคล้ายเป็นไข้หวัดใหญ่คือ มีอาการมีไข้ ไอแห้งและเหนื่อยล้าง่าย อาการที่พบได้น้อย คือมีอาการปวดเมื่อยร่างกาย เจ็บคอ ท้องร่วง ตาแดง ปวดหัว สูญเสียรสชาติอาหารหรือสูญเสียกลิ่นมีผื่นขึ้นบนผิวหนัง หรือมีการเปลี่ยนแปลงของสีที่นิ้วมือนิ้วเท้าอาการขั้นรุนแรง มีการหายใจลำบากหรือหายใจ รู้สึกเจ็บหน้าอก มีความดัน และสูญเสียการพูดหรือการเคลื่อนไหว โดยเฉลี่ยแล้วเมื่อมีการติดเชื้อไวรัสใช้เวลา 5 - 6 วัน ถึงมีการเริ่มแสดงอาการ หรืออาจใช้เวลาถึง 14 วัน (World Health Organization, 2020b) ความรุนแรงของโรคมักขึ้นอยู่กับปริมาณไวรัสที่ได้รับเข้าสู่ร่างกาย สุขภาพของร่างกายผู้ติดเชื้อ การดูแลรักษาหลังจากเกิดการติดเชื้อไวรัส ร้อยละ 80 มีอาการไม่มากพบว่าคล้ายไข้หวัดธรรมดาหรือไข้หวัดใหญ่สามารถรักษาหายได้เอง ร้อยละ 13.8 มีอาการรุนแรงจากปอดอักเสบ การหายใจผิดปกติ ร้อยละ 6.1 มีอาการขั้นวิกฤติ มีอาการหายใจล้มเหลว อาการช็อคหมดสติ ร้อยละ 1-2 เสียชีวิต หลังจากมีอาการรุนแรง ส่วนใหญ่มักพบในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว หัวใจและปอด ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ และผู้ที่มีโรคประจำตัวอื่น ๆ เป็นต้น ผู้ที่ติดเชื้อไวรัสโควิด-19 จะแสดงอาการระบบทางเดินหายใจ มีไข้โดยเฉลี่ย 5-6 วันหลังเกิดการติดเชื้อ

ระยะพักตัวของเชื้อเฉลี่ย 5-6 วัน อยู่ในช่วงเวลา 1-14 วัน ตั้งแต่ระยะเวลาการเริ่มแสดงอาการจนถึงมีอาการดีขึ้น ผู้ป่วยที่แสดงอาการน้อย (mild cases) จะมีระยะเวลาป่วยประมาณ 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยที่แสดงอาการหนัก (severe or critical) จะมีระยะเวลาป่วยประมาณ 3 - 6 สัปดาห์ (มีอาการหนัก 1 สัปดาห์ และเสียชีวิตประมาณ 2 - 8 สัปดาห์) (World Health Organization, 2020c, 2020d)

## 2.2 กลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19

กลุ่มเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 มักอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ที่มีโรคประจำตัว เนื่องจากเป็นกลุ่มเปราะบางง่ายต่อการรับเชื้อ เมื่อได้รับเชื้อไวรัสเข้าสู่ร่างกายจะมีอาการที่รุนแรงมากกว่ากลุ่มอื่น มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

### กลุ่มผู้สูงอายุ

กลุ่มวัยผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยที่รุนแรงตามการเพิ่มของช่วงอายุ อายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไปเป็นอายุที่มีความเสี่ยงมากที่สุด นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่สามารถเพิ่มความเสี่ยงสำหรับการเจ็บป่วยที่รุนแรง เช่น ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว เกิดการเสี่ยงในการรับเชื้อ

ไวรัสได้ง่ายและเกิดอาการเจ็บป่วยที่รุนแรง ข้อมูลจากหน่วยงานป้องกันและควบคุมโรคประเทศสหรัฐอเมริกาได้รายงานไว้ว่า โดยทั่วไปแล้วการเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยที่รุนแรงจากโรคโควิด-19 เพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น 8 ใน 10 คนที่ป่วยจากโรคโควิด-19 มีการเสียชีวิตจากโรค มักอยู่ในกลุ่มอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป (Centers for Disease Control and Prevention, 2020a) สอดคล้องกับรายงานของ WHO-China Joint Mission ขององค์การอนามัยโลกได้รายงานจากจำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสโควิด-19 จำนวน 55,924 ราย ในวันที่ 20 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 มีการพบว่าผู้ติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ในกลุ่มอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปและมีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคทางเดินหายใจเรื้อรังและโรคมะเร็ง เสี่ยงต่อการเสียชีวิตหลังจากการติดเชื้อไวรัสและช่วงอายุที่มีอัตราต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นหลังจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 คือช่วงอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป เพศชายมีอัตราการเสียชีวิตมากกว่าเพศหญิง สอดคล้องกับหน่วยงานโรคติดต่อในประเทศจีน (Chinese CCDC) ได้ศึกษาถึงการแพร่ระบาดของโรคไวรัสโควิด-19 กับผู้ติดเชื้อ จำนวน 72,314 ราย พบว่ากลุ่มอายุ 80 ปีหรือมากกว่า มีอัตราการเสียชีวิตจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 สูงที่สุด คิดเป็น 14.8% ของทุกกลุ่มอายุ ในเพศชายมีอัตราการตายสูงกว่าในเพศหญิง (China CDC weekly, 2020)

### กลุ่มที่มีโรคประจำตัว

กลุ่มอายุที่โรคประจำตัวจะมีความเสี่ยงอย่างสูงต่อการเจ็บป่วยที่รุนแรงจากโรคไวรัสโควิด-19 โดยเฉพาะ โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease), โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) (chronic obstructive pulmonary disease), ภาวะภูมิคุ้มกันอ่อนแอจากการปลูกถ่ายอวัยวะที่เป็นของแข็ง (Immunocompromised state (weakened immune system) from solid organ transplant), โรคอ้วน (ดัชนีมวลกาย [BMI] 30 หรือสูงกว่า) สภาพหัวใจที่รุนแรงเช่นโรคหัวใจล้มเหลว, โรคหลอดเลือดหัวใจ (Serious heart conditions, such as heart failure, coronary artery disease, or cardiomyopathies), โรคเม็ดเลือดรูปเคียวเซลล์ (Sickle cell disease), เบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 diabetes mellitus) นอกจากนี้ในกลุ่มเด็กที่มีอาการทางระบบประสาท โรคเกี่ยวกับทางพันธุกรรม กลุ่มโรคเมตาบอลิกหรือโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด มีความเสี่ยงสูง เจ็บป่วยที่รุนแรงจากโรคโคโรนา 2019 กว่าเด็กกลุ่มอื่น ๆ (Centers for Disease Control and Prevention, 2020b) กลุ่มโรคประจำตัว 7 โรคที่กระทรวงสาธารณสุขระบุว่ามีความเสี่ยงต่ออาการที่รุนแรงหรือเสียชีวิตหากได้รับเชื้อโควิด-19 ได้แก่ โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง โรคอ้วน โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

ผู้วิจัยสนใจศึกษากลุ่มผู้สูงอายุเนื่องจากว่า ผู้สูงอายุมีความเสื่อมถอยความแข็งแรงของร่างกาย ระบบภูมิคุ้มกันทำงานลดลง มักมีโรคประจำตัวในกลุ่ม 7 โรคเสี่ยง (Eliopoulos, 2018; Touhy, 2018) ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 เข้าสู่ร่างกายได้ง่าย ดังนั้นการมีพฤติกรรมป้องกันตนเองของผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญ งานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาในกลุ่มของผู้สูงอายุ

### 2.3 การป้องกันและการรักษาโรคโควิด-19

องค์การอนามัยโลกได้ให้คำแนะนำถึงแนวทางการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค (World Health Organization, 2020c) ดังนี้

1. ล้างมือด้วยน้ำและสบู่ให้ทั่วมือ ประมาณ 20 วินาที การล้างมือด้วยน้ำและสบู่เป็นวิธีที่สามารถกำจัดเชื้อโรค เชื้อไวรัส สิ่งสกปรกได้ดี เมื่อไม่สะดวกต่อการล้างมือด้วยน้ำและสบู่สามารถใช้แอลกอฮอล์ 70% ในการฆ่าเชื้อโรค
2. เว้นระยะห่างจากคนที่เสี่ยงต่อการแพร่เชื้ออย่างน้อย 1 - 2 เมตร ได้แก่ คนที่แสดงอาการที่อาจเกิดจากการติดเชื้อทางเดินหายใจ เมื่อมีการไอ จามออกมาสามารถฟ่นละอองฝอยของเหลวขนาดเล็กซึ่ง อาจมีเชื้อไวรัสอยู่
3. หลีกเลี้ยงอยู่ในสถานที่คนแออัดจำนวนมากเพราะอาจเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสได้
4. หลีกเลี้ยงการสัมผัสดวงตา จมูก ปาก เพราะมือเป็นอวัยวะที่ต้องสัมผัสกับสิ่งรอบตัว พื้นผิวต่าง ๆ อยู่เสมอ อาจมีจำนวนเชื้อโรคหรือเชื้อไวรัสเกาะอยู่ เมื่อมือมีการสัมผัสใบหน้า ตา จมูก ปาก เชื้อไวรัส สามารถเข้าสู่ร่างกายได้
5. สวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่อออกนอกบ้าน วิธีการสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าให้ถูกวิธีให้ครอบคลุมบริเวณจมูก ปาก ที่สามารถเกิดการเสี่ยงต่อการรับเชื้อไวรัสได้ง่าย
6. เมื่อมีอาการเจ็บป่วยควรกักตัวเองอยู่บ้านเพื่อเฝ้าระวังอาการของโรคและหลีกเลี้ยงเพื่อไม่ให้แพร่ เชื้อไวรัสสู่ผู้อื่นและไม่ควรใช้ของร่วมกันกับผู้อื่น
7. หากมีไข้และเกิดอาการหายใจลำบากควรพบแพทย์โดยทันที เพื่อป้องกันอาการจากเชื้อไวรัสที่รุนแรง
8. คอยเฝ้าระวังติดตามข้อมูลที่น่าเชื่อถือได้จากหน่วยงานต่าง ๆ ระดับท้องถิ่น ระดับชาติ การป้องกันโรคโควิด-19



9. สร้างสิ่งแวดลอมให้ปลอดภัยจากเชื้อไวรัส โดยปกติแล้วเชื้อไวรัสจะอยู่ในสิ่งแวดลอมได้เป็นระยะเวลา 2 – 9 ชั่วโมง ซึ่งเป็นการเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสถ้าไม่ทำความสะอาดสิ่งแวดลอมที่อาศัยอยู่ เช่น ห้องน้ำ พื้นที่ บริเวณที่พักอาศัย

10. ออกกำลังกายที่บ้านอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยวันละ 30 นาที

11. บริโภคอาหารที่มีประโยชน์ครบห้าหมู่ ทานผัก ผลไม้ เพื่อเสริมภูมิคุ้มกันทานในร่างกายเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด-19

ส่วนแนวทางการรักษาผู้ติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ได้ให้แนวทางการรักษาโรคสำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข พ.ศ.2565 แนวทางการรักษาขึ้นอยู่กับความรุนแรงโรค ในผู้ป่วยไม่มีอาการ ไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคที่รุนแรง แนะนำให้กักตัวอยู่บ้านเพื่อรักษาตามอาการของโรค ผู้ป่วยที่มีอาการแต่ไม่รุนแรง แต่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคที่รุนแรง เช่น กลุ่มอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และ กลุ่มผู้ที่มีโรคประจำตัว แนะนำ ทานยาต้านไวรัสเพียงชนิดเดียว และผู้ป่วยยืนยันที่มีอาการรุนแรง ปอดอักเสบขั้นวิกฤติ ต้องใช้ยาต้านไวรัส แนะนำทานยาต้านไวรัสเป็นเวลา 5-10 และติดตามอาการอย่างใกล้ชิด ในประเทศไทย พ.ศ 2565 มีการค้นพบยาต้านไวรัสโควิด-19 โดยใช้การรักษาโดยใช้ยาต้านเชื้อไวรัส Favilavir และตัวยา Remdesivir (RDV) เป็นตัวยาที่ใช้รักษาผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงได้ดี นอกจากนี้ยังมียาต้านเชื้อไวรัสอีกหลายชนิดที่ใช้ในการรักษาโรคโควิด-19 เช่น Molnupiravir เป็นยาต้านไวรัสที่ใหม่ ในประเทศไทยนำตัวยานี้มาใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการปอดบวมอย่างรุนแรง, นำมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง (Johns Hopkins Medicine, 2020; National Geographic ฉบับภาษาไทย, 2563; Thai PBS NEWS, 2563)

### ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่

ในหัวข้อนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนตัวแปรตาม จากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งโครงสร้างออกเป็น 4 ส่วนย่อย ได้แก่ ความหมายของพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ การวัดพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ มีสาระสำคัญ ดังนี้

### 3.1 ความหมายของพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่

ก่อนที่ผู้วิจัยจะกล่าวถึงพฤติกรรมในการป้องกันตนเอง ผู้วิจัยจะอธิบายถึงมิติทางด้านพฤติกรรมเพื่อแสดงให้เห็นถึงคุณลักษณะที่เกี่ยวข้องกับการกระทำนั้นๆ โดยมีมิติพฤติกรรม (Dimensions of behavior) ที่นักพฤติกรรมศาสตร์ให้ความสนใจมีด้วยกัน 3 ด้าน (Martin. & Pear., 2014) อ้างถึงใน (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2561) ได้แก่ มิติด้านความเข้มข้นหรือระดับความตั้งใจ (Intensity or force) หมายถึง ระดับความพยายามในการแสดงออกของพฤติกรรม เช่น คุณยายพยายามหลีกเลี่ยงไปในพื้นที่ผู้คนหนาแน่นเพื่อเลี่ยงโอกาสเสี่ยงต่อการติดโรคโควิด-19 มิติด้านความถี่ (Frequency) หมายถึง จำนวนครั้งที่เกิดพฤติกรรมในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง เช่น หลังจากออกไปข้างนอกบ้านคุณยายจะล้างมือทุกครั้ง และก่อนรับประทานอาหาร และมิติด้านระยะเวลา (Duration) หมายถึง จำนวนระยะเวลาในการแสดงพฤติกรรมนั้นๆ เช่น การล้างมือด้วยน้ำและสบู่เป็นเวลาอย่างน้อย 20 วินาที

ตัวแปรพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่สร้างจาก 2 คำสำคัญ คือ พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 และ ชีวิตวิถีใหม่ ดังนั้นผู้วิจัยจึงทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องโดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ความหมายของพฤติกรรมป้องกันตนเองและแนวปฏิบัติตนในช่วงชีวิตวิถีใหม่

#### 3.1.1 ความหมายของพฤติกรรมการป้องกันตนเอง

พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 เป็นตัวแปรที่จัดอยู่ในกลุ่มของพฤติกรรมสุขภาพในมิติทางกาย (Physical dimension) การมีสุขภาพะที่สมบูรณ์ทางร่างกายหมายถึง การมีร่างกายแข็งแรง ไม่เจ็บป่วยด้วยโรค มีปัจจัยองค์ประกอบด้าน อาหาร สิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย รายได้และการส่งเสริมภาวะสุขภาพ (สัมพันธ์ เตชะอริก & และคณะ, 2553) ในส่วนนี้ผู้วิจัยรวบรวมความหมายของคำว่า พฤติกรรมการป้องกัน จากแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งทบทวนแนวปฏิบัติของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อนำมาเป็นแนวทางการให้ความหมายพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 สรุปได้ดังนี้

คำว่า พฤติกรรมการป้องกันตนเอง มาจากภาษาอังกฤษว่า Preventive health behavior จากการทบทวนความหมายของนักวิชาการต่างประเทศที่เป็นผู้ให้ความหมายคำนี้ สรุปได้ว่า พฤติกรรมการป้องกันตนเอง เป็นการกระทำบุคคลที่แสดงออกถึงการบำรุงรักษา (Steele & Mc. Broom, 1972) การป้องกัน Langlie(1977) และ Kirscht (1983) และ Amir (1987) อ้างถึงใน (Wacker, 1990) การดูแลตนเอง (Kasl & Cobb, 1966) Langlie(1977) และ Kirscht (1983)

และ Amir (1987) อ้างถึงใน (Wacker, 1990) เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับนักวิชาการในไทย ที่ให้ความหมายในทิศทางเดียวกัน เช่น (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2561) ได้ให้ความหมายพฤติกรรม การป้องกันโรค หมายถึง การแสดงออกพฤติกรรมของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ที่ส่งผลดีต่อ สุขภาพหรือไม่กระทำสิ่งที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ และ (เกษแก้ว เสียงเพราะ, 2561; ประภาเพ็ญ สุวรรณ & สวิง สุวรรณ, 2536; มัลลิกา มัตติโก, 2530) การแสดงออกถึงการดูแล ส่งเสริมและ ป้องกันโรคเพื่อไม่ให้เจ็บป่วยและมีสุขภาพแข็งแรง

ดังนั้นเพื่อเป็นการศึกษาถึงพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ผู้วิจัย จะพิจารณาให้ครอบคลุมถึงมิติของพฤติกรรมทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ มิติด้านระยะเวลา มิติด้านความถี่ และมิติระดับความตั้งใจ เช่น เมื่อออกนอกบ้านคุณยายจะสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้ง (ความถี่) หลังจากกลับเข้ามาในบ้านคุณยายจะล้างมือด้วยน้ำและสบู่เป็นอันดับแรก โดยล้างมือใน 7 ขั้นตอน(มิติระดับความตั้งใจ) และล้างเป็นเวลาอย่างน้อย 20 วินาที (มิติระยะเวลา)

จากการทบทวนความหมายของนักวิชาการชาวต่างประเทศ และชาวไทย ผู้วิจัยจึงสรุป ความหมายของคำว่า พฤติกรรมการป้องกันตนเอง ว่า เป็นการกระทำบุคคลด้วยการดูแลตนเอง เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีและหลีกเลี่ยงการกระทำที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพและทำให้เกิดโรค

### 3.1.2 แนวปฏิบัติ ในช่วง “ชีวิตวิถีใหม่”

ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 กระทรวงมหาดไทย (ศบค. กระทรวงมหาดไทย, 2563)ได้แนะนำแนวทางในการปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันโรคโควิด-19 เพื่อสร้างการรับรู้และสร้างความเข้าใจให้กับประชาชนในการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ มี 6 ประการดังนี้

1. การสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าทุกครั้งเมื่อจำเป็นต้องออกจากเคหะสถาน ที่พักอาศัย หรือการเข้าร่วมกิจกรรมที่มีผู้คนแออัด
2. การรักษาสุขอนามัย ด้วยการล้างมือด้วยน้ำและสบู่ การใช้เจลแอลกอฮอล์ หรือน้ำยาฆ่าเชื้อโรคบ่อย ๆ
3. หลีกเลี่ยงการเข้าร่วมกิจกรรมที่มีผู้คนหนาแน่นหรือไปในพื้นที่ที่มีคนแออัด จำนวนมาก
4. เว้นระยะห่างทางสังคม การนั่ง การยืน อย่างน้อย 1 เมตร และหลีกเลี่ยงการสัมผัสระหว่างกัน
5. หมั่นทำความสะอาดที่พักอาศัยหรือสถานประกอบกิจการ โดยเช็ดทำความสะอาดพื้นผิวสัมผัส ก่อนและหลังจัดกิจกรรม และกำจัดขยะมูลฝอยทุกวัน



6. ใช้แอปพลิเคชัน “ไทยชนะ” หากไปยังสถานที่หรือเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการสอบสวนโรคย้อนหลัง

นอกจากนี้จากข้อมูลสำรวจของ สำนักวิจัยซูเปอร์โพล (SUPER POLL) สถาบันวิจัยความสุขชุมชนและความเป็นผู้นำ (กรมสุขภาพจิต, 2563) พบว่าพฤติกรรมกรรมการแสดงออกของคนในสังคมในช่วงชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) ที่เกิดขึ้นหลังเกิดวิกฤติโควิด-19 มีดังต่อไปนี้

1. เมื่อเกิดวิกฤติการระบาดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นปฏิกิริยาเร่งให้การใช้เทคโนโลยีและอินเทอร์เน็ตเร็วขึ้นและอยู่ในเกือบทุกการดำเนินชีวิต เช่น การเรียนการสอนผ่านออนไลน์ การทำงานที่บ้าน การประชุมผ่านออนไลน์ การซื้อสินค้าออนไลน์ การสั่งอาหารออนไลน์ การทำธุรกรรมต่าง ๆ ผ่านออนไลน์ ธุรกรรมทางการเงิน การใช้เพื่อความบันเทิงในการดำเนินชีวิต เช่น ดูหนัง ฟังเพลง ท่องโลกโซเชียล

2. การดูแลสุขภาพตนเองและคนรอบข้างมากขึ้น หลังจากเกิดวิกฤติการแพร่ระบาดโรค ผู้คนจึงหันมาใส่ใจดูแลสุขภาพตนเองและความสะอาดมากขึ้น เพื่อป้องกันการรับเชื้อไวรัส การมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ด้านสุขภาพอนามัยและความสะอาดเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อ โดยมีพฤติกรรมสวมหน้ากากอนามัยก่อนออกจากบ้าน การพกพาและใช้เจลแอลกอฮอล์เมื่ออยู่ข้างนอกแทนการล้างมือด้วยน้ำและสบู่ ล้างมือประจำให้ถูกวิธี มีแนวโน้มการออกกำลังกายมากขึ้น

3. การเว้นระยะห่างทางสังคมอย่างน้อย 1-2 เมตร ให้ความสำคัญเรื่องการเว้นระยะห่างทางสังคม การนำเทคโนโลยีมาใช้ในการสื่อสารและการใช้ชีวิตแทนการไปในสถานที่สาธารณะ และเน้นทำกิจกรรมที่บ้าน

สำหรับแนวปฏิบัติของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 กระทรวงสาธารณสุข (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2563; กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2563; รัฐบาลไทย, 2563b) ได้กำหนดแนวปฏิบัติสำหรับผู้สูงอายุเป็นแนวทางการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลในการหลีกเลี่ยงและลดการระบาดของโรคโควิด-19 โดยได้เสนอ 3 แนวทาง คือ “ลด เลี่ยง ดูแล” ในการป้องกันผู้สูงอายุจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 มีแนวทางดังนี้คือ

### 1. ลดการสัมผัส

1.1 ลดความเสี่ยงจากการสัมผัส หมั่นล้างมือด้วยน้ำและสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ทุกครั้ง โดยเฉพาะเมื่ออยู่ในที่สาธารณะ โดยการสัมผัสจุดเสี่ยงที่มีผู้ใช้งานร่วมกันและก่อนการรับประทานอาหาร

1.2 เมื่อมีอาการไม่สบาย ไอหรือจาม มีน้ำมูก ให้สวมหน้ากากอนามัยทุกครั้ง ป้องกันการแพร่เชื้อไปยังผู้อื่น

## 2. เลี่ยงจุดเสี่ยง

2.1 หลีกเลี่ยงการสัมผัสมือกับบริเวณใบหน้า ตา ปาก จมูก

2.2 หลีกเลี่ยงการเข้าไปในพื้นที่ ที่มีการระบาดของโรคและหลีกเลี่ยงการไปในพื้นที่ที่มีคนหนาแน่นจำนวนมาก หากมีความจำเป็นต้องไปควรใส่หน้ากากอนามัยตามความเหมาะสม

2.3 หลีกเลี่ยงผู้ที่มีอาการ ไอ จาม หรือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจอย่างน้อย 1 เมตร

2.4 หลีกเลี่ยงการออกนอกบ้าน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 70 ปี ขึ้นไปและมีโรคประจำตัวเรื้อรัง เช่นโรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคปอด

## 3. ดูแลสุขภาพตนเองและสังคม

3.1 เลือกทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายครบ 5 หมู่ และรับประทานอาหารที่ร้อนปรุงสุกใหม่ ๆ ใช้ช้อนกลางในการรับประทานอาหาร ควรดื่มน้ำอย่างน้อย 8 แก้วต่อวัน

3.2 หมั่นออกกำลังกายสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน วันละ 30-60 นาที หรือที่ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติได้

3.3 มองโลกในแง่ดี ทำอารมณ์ให้แจ่มใสอยู่เสมอ

3.4 เมื่อเดินทางไปในพื้นที่เสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ควรมีการกักตัวเองอยู่บ้านอย่างน้อย 14 วัน เพื่อเฝ้าดูอาการ และปฏิบัติตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุข

3.5 นอนหลับพักผ่อนเพียงพออย่างน้อย 7-9 ชั่วโมง ต่อ วัน ควรเข้านอนไม่เกิน 21 นาฬิกา

3.6 รักษาระยะห่างทางสังคมระหว่างบุคคลไม่น้อยกว่า 1-2 เมตร เมื่อออกนอกบ้าน

3.7 รับผิดชอบต่อสังคมหากพบว่าตนเองติดเชื้อโควิด-19 ควรกักตัวอยู่บ้าน ไม่ควรใช้ของร่วมกับผู้อื่น

จากการทบทวนความหมายคำว่าพฤติกรรมกำบังตนเองจากโรคโควิด-19 และแนวปฏิบัติในช่วงชีวิตวิถีใหม่ ผู้วิจัยจึงนิยามตัวแปร "พฤติกรรมกำบังตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่" การกระทำของบุคคลที่แตกต่างไปจากอดีตวิถีชีวิตแบบใหม่ด้วยการดูแลตนเองตามมาตรฐานใหม่ที่ไม่คุ้นเคยเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีและหลีกเลี่ยงการกระทำที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพและทำให้เกิดโรค แบ่งออกเป็น 3 พฤติกรรมย่อย ดังนี้

ลดความเสี่ยง หมายถึง ลดความเสี่ยงจากการสัมผัสด้วยการล้างมือด้วยน้ำและสบู่ หรือเจลแอลกอฮอล์ และลดการแพร่เชื้อโรคเมื่อเกิดการเจ็บป่วย สวมหน้ากากอนามัย

หลีกเลี่ยง หมายถึง หลีกเลี่ยงการเข้าไปในพื้นที่เสี่ยงต่อการระบาดของเชื้อไวรัส หลีกเลี่ยงการเข้าไปในพื้นที่คนหนาแน่นแออัดและหลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสบริเวณใบหน้า

ดูแลสุขภาพของตนเอง หมายถึง ดูแลสุขภาพตนเอง การกินอาหารร้อน ใช้ช้อนกลาง ล้างมือ ออกกำลังกายสม่ำเสมอและพักผ่อนให้เพียงพอ รวมถึงการรับผิดชอบต่อสังคมเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นกักตัวอย่างน้อย 14 วันเพื่อเฝ้าสังเกตอาการ เพื่อห่างจากโรคโควิด-19

อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยนำข้อค้นพบ วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อทำความเข้าใจพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุร่วมกำหนดนิยามปฏิบัติการ ด้วย

### 3.2 การวัดพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า เครื่องมือที่ใช้วัดพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ ส่วนใหญ่มักใช้เป็นแบบสอบถาม เช่น กรมสนับสนุนบริการสุขภาพโดยกองสุขศึกษาที่สำรวจ ผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ในการป้องกันโรคโควิด-19 ใช้เครื่องมือวัดระดับการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ใช้สเกลการวัดแบบ Likert's scale 4ระดับ (ระดับไม่ดี,ระดับพอใช้,ระดับดี,ระดับดีมาก) และงานวิจัยของ (Irigoyen-Camacho et al., 2020) ที่วัดเกี่ยวกับพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด-19 โดยเป็นการวัดแบบเลือกตอบ a และ b (a=ไม่ , b=ใช่ กล่าวว่...) มีคำถามดังนี้ ท่านได้ทำ ตามขั้นตอนในการป้องกันโรคโควิด-19 หรือไม่ ทดสอบค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha Coefficient) ไม่ได้กล่าว

งานวิจัยของ ของ Taghrir และคณะ (Taghrir, Borazjani, & Shiraly, 2020) ได้ ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ พฤติกรรม การป้องกันและการตระหนักรู้ถึงความเสี่ยงในช่วงวิกฤติการณ์โรค โควิด-19 ในประเทศอิหร่าน กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาแพทย์ ใช้เครื่องมือเป็นแบบสอบถามช่วง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 หลังจากที่ค้นผู้ติดเชื้อโควิด-19 เป็นรายแรกในประเทศอิหร่าน แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรม การป้องกันโควิด-19 เป็นคำถามเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงในการใช้ สถานที่สาธารณะในชีวิตประจำวัน พฤติกรรม การป้องกันเวลาไอ พฤติกรรม ความบ่อยในการล้าง มือ พฤติกรรม การทำความสะอาดฆ่าเชื้อโรคที่พื้นผิวและพฤติกรรม การป้องกันในขณะที่พูดคุย ใกล้ชิด มีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อคำถามโดยผู้เชี่ยวชาญ ด้านการติดเชื้อ ผู้เชี่ยวชาญ ด้านโรคและนักระบาดวิทยา มีลักษณะมาตรวัดแบบ 2คำตอบ ใช่ และ ไม่ใช่ การแปรผลคะแนน ตั้งแต่ 75% หรือ มากกว่า หมายถึงมีการป้องกันโรคในระดับสูง และ ต่ำกว่า 75% หมายถึงมีการ ป้องกันโรคในระดับต่ำ ทดสอบค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.81

และแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความเสี่ยง (Risk Perception) เป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ 1=ไม่เลย ถึง 4= จริงที่สุด ทดสอบค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.8

การศึกษาของ (Jimenez et al., 2020) ที่ศึกษาถึงการตระหนักรู้ถึงการเสียชีวิตด้วยโรคโควิด-19 เพื่อให้เกิดพฤติกรรมกำบังกันโรคตามคำแนะนำ แบบสอบถามเกี่ยวกับความตั้งใจในการทดสอบการติดเชื้อโควิด-19 เมื่อเกิดแสดงอาการ มีคำถามดังนี้ จำนวนแผนที่จะทดสอบเชื้อโควิด-19 ถ้าฉันมีอาการไข้ หายใจลำบาก และแบบสอบถามเกี่ยวกับความตั้งใจในพฤติกรรมกำบังกันโรคโควิด-19 เป็นการถามเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงผู้คนแออัด การเว้นระยะห่างทางสังคม การล้างมือ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 7 ระดับ 1= ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 7=เห็นด้วยอย่างยิ่ง มี 6 ข้อคำถามเกี่ยวกับการเว้นระยะห่างทางสังคม (ฉันตั้งใจที่จะปฏิบัติเว้นระยะห่างทางสังคมในสัปดาห์หน้า) และ 2 ข้อคำถามเกี่ยวกับการล้างมือ (ฉันตั้งใจล้างมือบ่อยๆเพื่อลดการติดเชื้อโควิด-19) ทดสอบค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha Coefficient) ไม่ได้กล่าวถึง

งานวิจัยของ (Kim & Cho, 2020) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกำบังกันโรคโควิด-19 และสุขภาพทางจิตสังคมในระหว่างที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในประเทศเกาหลีใต้ การวัดพฤติกรรมกำบังกันโรคโควิด-19 เป็นแบบสอบถาม การวัดพฤติกรรมกำบังกันการติดเชื้อโควิด-19 นำมาจากคำแนะนำหน่วยงานป้องกันและควบคุมโรคของสหรัฐอเมริกาและแนวทางการกำบังกันโรคโควิด-19 ของหน่วยงานป้องกันและควบคุมโรคประเทศเกาหลีใต้ โดยการนำแนวทางมาตรการการควบคุมโรคเมอร์สมาใช้ในงานวิจัยนี้ วัดเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 5=เป็นไปได้ที่สุด ถึง 1=เป็นไปได้เลย คะแนนที่ได้ในระดับสูงแสดงถึงมีพฤติกรรมกำบังกันที่ดี มีคำถามดังนี้ หลีกเลี่ยงไปในพื้นที่ที่มีผู้คนหนาแน่น หรือ สวมหน้ากากในกรณีที่เป็นโรคทางเดินหายใจเมื่อมีอาการไข้หรือไอและ ระบายอากาศอยู่บ่อยๆเพื่อทำให้อากาศสะอาดปราศจากเชื้อโรค ทดสอบค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha Coefficient) 0.83

งานวิจัยของ (Liu, 2020b) ที่ศึกษาความแตกต่างพฤติกรรมกำบังกันโรคโควิด-19 ระหว่าง ประชาชนที่อาศัยในเมืองและชนบท เป็นการศึกษาภาคตัดขวางในประเทศจีน การวัดพฤติกรรมกำบังกันโรคโควิด-19 วัดเป็นแบบสอบถาม โดยพฤติกรรมกำบังกันโรคโควิด-19 นำมาจากคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกและหน่วยงานป้องกันและควบคุมโรคประเทศจีน เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการใส่หน้ากากอนามัยเมื่อออกไปข้างนอก ความเป็นไปได้ที่จำเป็นต้องอยู่บ้าน หลีกเลี่ยงไปงานสังสรรค์ที่มีผู้คนหนาแน่น ล้างมือบ่อยๆ หลีกเลี่ยงการโดยสารรถประจำ

ทาง รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ พักผ่อนให้เพียงพอ ใช้การวัดเป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ (1=ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง, 2=ไม่เห็นด้วย, 3=เฉยๆ, 4=เห็นด้วย, 5=เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ผู้ที่ได้คะแนนสูงแสดงว่ามีระดับการป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับสูง

งานวิจัยของ (Ye et al., 2020) ที่ศึกษาคำแนะนำและพฤติกรรมกรรมการป้องกันอย่างเข้มงวดโรคโควิด-19 ในระหว่างมีการแพร่ระบาดของโรค การวัดเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับ ระดับการป้องกันขั้นพื้นฐาน ระดับการป้องกันมากกว่าขั้นพื้นฐาน และระดับการป้องกันที่เข้มงวด โดยวัดแบบสองคำตอบ ใช่ และ ไม่ใช่ ส่วนแบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรงของโรค ใช้มาตรวัด 3 ระดับ คือ 0=ไม่เลย, 1=ระดับต่ำ, 2=ระดับปานกลาง, 3=ระดับสูง ส่วนแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์เพื่อป้องกันโรค วัดมาตรฐานค่า 4 ระดับ คือ 0=ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง, 1= ไม่เห็นด้วย, 2=เห็นด้วย, 3=เห็นด้วยอย่างยิ่ง แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรค วัดเป็นมาตรฐานค่า 4 ระดับ 0=ไม่เลย, 1=ระดับต่ำ, 2=ระดับปานกลาง, 3=ระดับสูง และแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยชักนำสู่การปฏิบัติ วัดเป็นมาตรฐานค่า 4 ระดับ 0=ไม่เลย, 1=น้อย, 2=โดยเฉลี่ย, 3=มาก ทดสอบค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha Coefficient) ไม่ได้กล่าวถึง

สำหรับงานวิจัยนี้ วัดตัวแปรพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ โดยใช้เครื่องมือเป็นแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามนิยามเชิงปฏิบัติการ ทั้งที่ได้จากข้อค้นพบในวัตถุประสงค์ ข้อที่ 1 และการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา

### 3.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในปี พ.ศ. 2563 ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ใช้คำสืบค้นภาษาไทยว่า “พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโคโรนา 2019” และคำสืบค้นภาษาอังกฤษว่า “Preventive Behavior Coronavirus 2019” ผู้วิจัยพบประเด็นดังต่อไปนี้

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุผู้วิจัยพบงานวิจัยในประเทศของ (วรยุทธ นาคอ้าย, กมลนันทน์ ม่วงยิ้ม, & เดชา วรณพาทูล, 2563) ที่ศึกษาถึงการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายกระบวนการมีส่วนร่วมและผลของกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการสนับสนุนกระบวนการป้องกันโรคโควิด-19 และงานวิจัยในต่างประเทศของ (Irigoyen-Camacho et al., 2020) ที่ศึกษาถึงผลกระทบของระดับรายได้ และการรับรู้ต่อความอ่อนไหวและความรุนแรงของโรคโควิด-19 ที่มีต่อพฤติกรรมในการป้องกันโดยการกักตัวอยู่บ้านในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-



19 ของผู้สูงอายุในประเทศเม็กซิโก มีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินบทบาทของระดับรายได้และการรับรู้ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคโควิด-19 และการนำพฤติกรรมกำบังกันโดยการกักตัวอยู่บ้านมาปรับใช้ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 นอกจากนี้งานวิจัยของ (Eross et al., 2020) ที่ศึกษาเกี่ยวกับด้านสุขภาพเฉพาะบุคคลที่มีผลเสียด้านสุขภาพของการระบาดโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุประเทศฮังการี มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลกระทบของการศึกษาบนการแนะนำขององค์การอนามัยโลกกับแนวทางการป้องกันเฉพาะบุคคลต่อโรคโควิด-19

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังพบประเด็นพฤติกรรมกำบังกันโรคโควิด-19 เกี่ยวกับการศึกษาที่ค้นหาปัจจัยทำนายเชิงพฤติกรรมกำบังกันโรคโควิด-19 มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาถึงปัจจัยส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมกำบังกันโรคโควิด-19 ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์และประชาชนทั่วไป (Kim & Cho, 2020; Rivera-Izquierdo et al., 2020; Ye et al., 2020) และประเด็นเกี่ยวกับความรู้ ทักษะและพฤติกรรมกำบังกันโรคโควิด-19 มีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินถึงความรู้ ทักษะ ความวิตกกังวลรวมถึงการมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มประชากรในมหาวิทยาลัย และประชาชนทั่วไป (Alrubaiee, Al-Qalah, & Al-Aawar, 2020; Ngwewondo A et al., 2020; Salman et al., 2020) และพบประเด็นเกี่ยวกับการหาข้อมูลสื่อดิจิทัลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ที่มีผลต่อความกังวลและพฤติกรรมกำบังกันโรคโควิด-19 มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินพฤติกรรมกำบังกันที่มีต่อความสัมพันธ์กับโรคโควิด-19 และทดสอบความเชื่อมโยงการบริโภคสื่อดิจิทัล 4 ประเภท ศึกษาในกลุ่มประชาชนทั่วไป (Liu, 2020a) นอกจากนี้ยังพบประเด็นเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคโควิด-19 ความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และการมีพฤติกรรมกำบังกันโรคโควิด-19 มีจุดมุ่งหมายเพื่อทดสอบระดับความรุนแรงของโรคโควิด-19 ทดสอบความสามารถในตนเองในการป้องกันโรคและผลกระทบของการรับรู้ความรุนแรง ความกลัวเกี่ยวกับพฤติกรรมกำบังกันโรคโควิด-19 ศึกษาในกลุ่มประชาชนทั่วไป (Hernández-Padilla et al., 2020; Yildirim, Geçer, & Akgül, 2020; Yildirim & Güler, 2020) นอกจากนี้ยังพบประเด็นเกี่ยวกับการรับรู้และการเตรียมความพร้อมและพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มประชาชนทั่วไป มีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินความมุ่งมั่นของประชาชนในวิธีการป้องกันโรคโควิด-19 รวมถึงศึกษาถึงผลกระทบของการระบาดของโรคโควิด-19 ต่อชีวิตประจำวันของประชาชน และเพื่อทำความเข้าใจการรับรู้ต่อการระบาดพร้อมทั้งปรับวิธีการป้องกันโรคโควิด-19 (Cvetkovic et al., 2020; Regi Jose et al., 2020; Nguyen et al., 2020)

จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 มีนักวิจัยและนักวิชาการที่สนใจทำการศึกษาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ส่วนใหญ่แล้วเป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ

#### ส่วนที่ 4 แนวทางการวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ

ในส่วนนี้เป็นการทบทวนแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เพื่อนำมาวางกรอบแนวคิดการวิจัยและกำหนดเป็นตัวแปรเชิงเหตุของพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ มีรายละเอียดดังนี้

##### 4.1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นแนวคิด พัฒนาขึ้นในกลุ่มจิตวิทยาสังคมชาวสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 1950 ได้แก่ Hochbaum, Kegel, Leventhal, Rosenstock แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้พัฒนาขึ้นมาในระยะแรกเพื่อใช้อธิบายความล้มเหลวของโครงการตรวจคัดกรองโรควัณโรคซึ่งเกิดจากประชาชนส่วนใหญ่ปฏิเสธความร่วมมือกับโครงการดังกล่าวทั้งๆที่เป็นบริการที่ไม่มีค่าใช้จ่ายในการรับบริการ โดย Hochbaum และ Rosenstock ได้พัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจากทฤษฎีการตอบสนองต่อสิ่งเร้า (Stimulus response theory) ที่เชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากสิ่งเร้า (Reinforcements) และทฤษฎีการเรียนรู้กลุ่มปัญญานิยม (Cognitive theory) ที่เชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลเป็นผลมาจากการให้คุณค่า (Value) หรือผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Expectation) ที่อธิบายว่าเมื่อบุคคลรับรู้ถึงโอกาสการเกิดโรคและผลกระทบที่ตนจะได้รับตามมาเท่ากับว่าบุคคลนั้นได้รับการเสริมแรงให้แสดงพฤติกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง

ต่อมา Rosentosck (Rosenstock, 1974) อ้างถึงโน (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2561) ได้ปรับปรุงและสรุปองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า ประกอบด้วย 1. มีความตระหนักว่าตนมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค 2. รับรู้ปัญหาสุขภาพของตนเป็นเรื่องที่สำคัญ 3. รับรู้ถึงภาวะการคุกคามต่อสุขภาพ 4. มีความเชื่อถึงการแสดงพฤติกรรมที่ได้รับการเสนอแนะว่าสามารถลดความเสี่ยงความรุนแรงของโรคได้หากมีอาการเจ็บป่วย และการไม่มีอุปสรรคที่จะส่งผลกระทบต่อปฏิบัติของตน เมื่อบุคคลได้ประเมินผลลัพธ์ที่ตนปฏิบัติตามแล้ว จะเห็นถึงการแสดงพฤติกรรมนั้นว่าเกิดผลดี เกิดประโยชน์ต่อตนเอง ซึ่งการแสดงพฤติกรรมออกมานั้นเป็นพฤติกรรมที่บุคคลได้ตัดสินใจด้วยเหตุและผลของตนเอง ต่อมา (Becker. & Maiman., 1975) อ้างถึงโน (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2561) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อนำมาใช้อธิบาย

และทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมอื่นๆ โดยเพิ่มปัจจัยร่วม (Modifying Factors) และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (Cues to Action) ต่อมา (Rosenstock, Strecher., & Becker., 1988) ได้เสนอเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง(perceived self-efficacy) เพื่อใช้ในการอธิบายและทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค ซึ่งลักษณะโครงสร้างของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (ขวัญธิดา พิมพการ สุนทรื ภาณุทัต พรภิรมย์ หลงทรัพย์ เฉลิมศรี นันทวรรณ สุวิมล พนาวัฒน์กุล, 2560)

1. การรับรู้ของบุคคล (Individual Perceptions) เกิดจากการรับรู้บุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงการเกิดโรค ร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค ที่จะส่งผลต่อภาวะคุณภาพของตัว ดังนี้

1.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) เป็นความเชื่อของบุคคลมีอิทธิพลส่งผลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพในภาวะปกติและการเกิดโรค ในแต่ละบุคคลมีความเชื่อในโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่แตกต่างกัน ดังนั้นเมื่อบุคคลรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคของตนจะพยายามหลีกเลี่ยงเพื่อไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคและปฏิบัติตามคำแนะนำดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรค ที่ผ่านมามีการศึกษาหลายการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคของบุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุขเพื่อป้องกันโรค

1.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) การประเมินของบุคคลถึงระดับความรุนแรงจากสุขภาพหรือการเจ็บป่วยด้วยโรค ที่จะส่งผลเสียต่อสุขภาพ ความพิการ การเสียชีวิต บุคคลจะเกิดการกระตุ้นพฤติกรรมเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเมื่อได้ประเมินภาวะสุขภาพของตนว่ามีระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่อาจก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต หรือมีผลกระทบการดำเนินชีวิตประจำวันส่งผลในการกระตุ้นพฤติกรรมให้บุคคลสนใจในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค

2. ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) เป็นปัจจัยพื้นฐานของบุคคลที่ช่วยส่งเสริม ต่อการรับรู้และการปฏิบัติ ประกอบด้วย

2.1 ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ภาวะสุขภาพ เป็นต้น

2.2 ปัจจัยด้านสังคมจิตวิทยา เช่น ค่านิยมของวัฒนธรรม บรรทัดฐานในสังคม สถานภาพในสังคม เป็นปัจจัยส่งผลต่อการปฏิบัติกรรมการป้องกันโรคที่ต่างกัน



2.3 ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรค ประสบการณ์โรค ความถี่ในการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรค ทศนคติเกี่ยวกับโรค เป็นต้น

2.4 ปัจจัยชักนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (Cues to Action) เป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่มากระตุ้นบุคคลให้มีความพร้อมในการปฏิบัติที่เหมาะสม แบ่งออกเป็นสิ่งที่ชักนำภายใน (Internal cues) ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง เช่นการเจ็บป่วยของตนเอง ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ และสิ่งที่ชักนำภายนอก (External cues) ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านทางสื่อต่างๆ การตักเตือนทางสุขภาพของบุคคลรอบข้าง เช่น ครอบครัว เพื่อนสนิท เป็นต้น

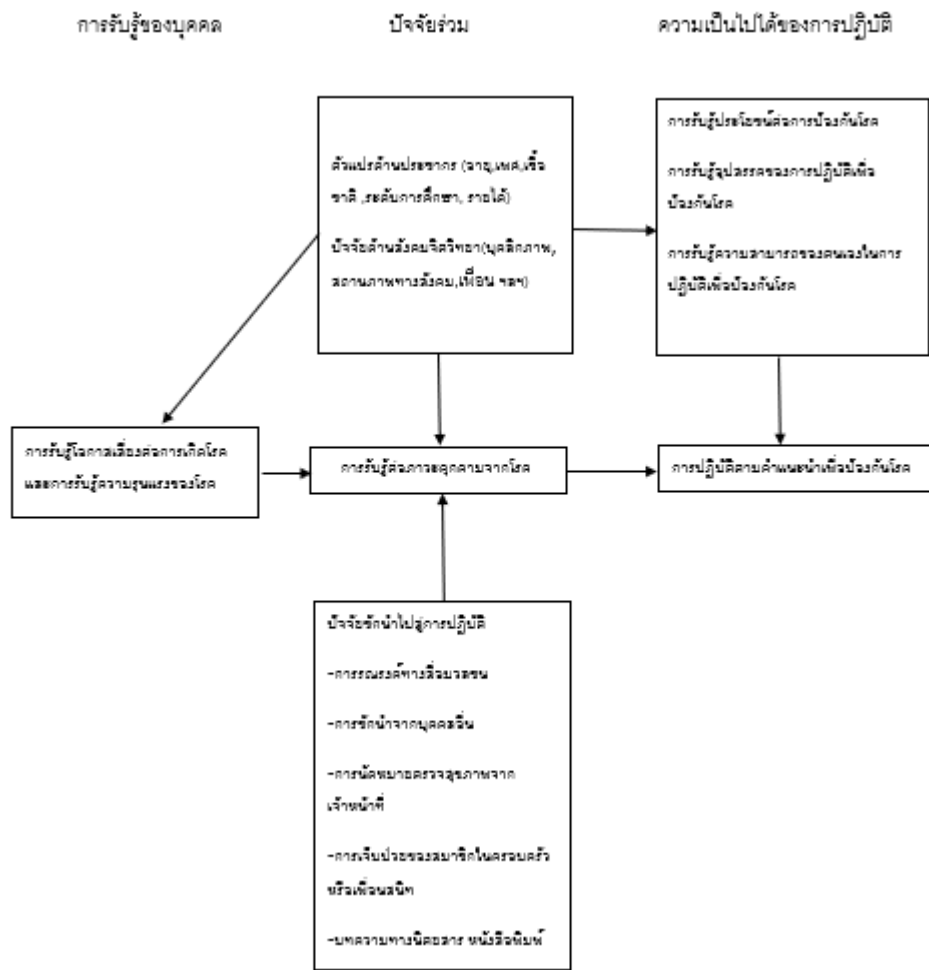
3.ความเป็นไปได้ของการปฏิบัติ (Likelihood of Action) ประกอบไปด้วย

3.1 การรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันโรค (Perceived Benefits) เป็นความเชื่อของบุคคลถึงผลดีหรือการได้รับประโยชน์จากการปฏิบัติตามด้านสุขภาพ บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติตนเพื่อให้ปราศจากโรคหรือเพื่อป้องกันการเกิดโรค ดังนั้นบุคคลจะตัดสินใจในการปฏิบัติตามคำแนะนำหรือไม่ขึ้นอยู่กับผลลัพธ์ของการเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียในการปฏิบัติ โดยจะเลือกปฏิบัติถึงผลลัพธ์ที่ดีกับตนเอง

3.2 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (Perceived Barriers) เป็นการคาดการณ์สถานการณ์ของบุคคลล่วงหน้าต่อพฤติกรรมของตนส่งผลกระทบต่อตนเอง เมื่อเกิดอุปสรรคขึ้นในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอนามัย เช่น ค่าใช้จ่าย การเสียเวลาในการเดินทางพบแพทย์ การรับรู้ต่ออุปสรรคเพื่อป้องกันโรค เป็นปัจจัยที่ผลักดันให้บุคคลมีความร่วมมือในการป้องกันหรือรักษาโรคได้

3.3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (perceived self-efficacy) บุคคลมีการคาดคะเนและเชื่อมั่นในความสามารถของตนว่าสามารถปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคได้ เมื่อบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนระดับสูงจะมีแนวโน้มในการปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรคในระดับดีเช่นกัน

ทั้งนี้ความเชื่อด้านสุขภาพในบุคคลจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญ กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม การป้องกันโรค โดยที่จะมีความเป็นไปได้มากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ปัจจัยชักนำไปสู่การปฏิบัติ และปัจจัยร่วม การรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการปฏิบัติ จากองค์ประกอบดังที่กล่าวมาข้างต้น สรุปเป็นแผนภาพ ดังนี้



ภาพประกอบ 1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ที่มา: Rosenstock, Strecher และ Becker (1988)

ในส่วนนี้เป็นการทบทวนสาเหตุของพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยคัดเลือกตัวแปรเชิงเหตุจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Rosenstock et al., 1988) โดยพิจารณาจากตัวแปรที่มีนัยสำคัญกับพฤติกรรมการป้องกันโรค และจากการศึกษาถึงองค์ประกอบเชิงโครงสร้างของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Painter และคณะ (2008) อ้างถึงใน (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2561) ที่ศึกษาด้วยระเบียบวิธีวิจัยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่ได้จากการรวบรวมงานวิจัย ยืนยันว่าองค์ประกอบเชิงโครงสร้างของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความเสถียรในการอธิบายและทำนายพฤติกรรมสุขภาพ ตัวแปรที่มีนัยสำคัญดังกล่าวได้จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในอดีตระหว่างปี พ.ศ. 2555 ถึง พ.ศ.

2563 ซึ่งพบว่ามีตัวแปรกลุ่มการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Nowak et al., 2020; กาญจนวี ธิระเลิศพานิชย์, 2561; กุสุมาลย์ มีพีชน์, 2560; ดวงเดือน หันทยุง., วรพล แวงนอก., & วรากร เกรียงไกรศักดิ์ดา., 2559; สติธิชัย ไชยทองพันธ์, 2559; สิรินันท์ เจริญผล, 2559; สุปราณี น้อยตั้ง, ปัญญรัตน์ ลามวงศ์วัฒนา, & ณัฐกมล ชาญสาธิตพร, 2561) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Nowak et al., 2020; กาญจนวี ธิระเลิศพานิชย์, 2561; กุสุมาลย์ มีพีชน์, 2560; ดวงเดือน หันทยุง. et al., 2559; สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2563; สติธิชัย ไชยทองพันธ์, 2559; สิรินันท์ เจริญผล, 2559; สุปราณี น้อยตั้ง et al., 2561) การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค (Regi. Jose et al., 2020; Nowak et al., 2020; กนกทิพย์ กีกสันเทีย, 2557; กาญจนวี ธิระเลิศพานิชย์, 2561; กุสุมาลย์ มีพีชน์, 2560; ดวงเดือน หันทยุง. et al., 2559; นัสรา เกตจินดา, 2561; ศิริินภา ทองแดง, 2557; สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2563; สติธิชัย ไชยทองพันธ์, 2559; สุปราณี น้อยตั้ง et al., 2561) การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค (กนกทิพย์ กีกสันเทีย, 2557; ชญานันท์ ใจดี., เสริมศรี สันตติ., & ชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล., 2555; ดวงเดือน หันทยุง. et al., 2559; สิรินันท์ เจริญผล, 2559) การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรค (จรีรัตน์ สุทธิพัฒนางกู, 2558; ฉัตรกมล ประจวบลาภ & ดวงกมล วัตราดุลย์, 2563; ณีลาวันย์ งามเสงี่ยม, 2555; รุ่งแสง อุษชิน, 2559; ศิริินภา ทองแดง, 2557; สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2563)กลุ่มตัวแปรสถานการณ์ ได้แก่ การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 (Regi. Jose et al., 2020; ชญานันท์ ใจดี. et al., 2555; ชลธิชา โชคเฉลิมวงศ์, 2555; นัสรา เกตจินดา, 2561; บุษกร et al., 2019; มณฑล หวานวาจา, 2557; สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2563; สิริอาภา ใจอ่อน, 2555) ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 (Gao et al., 2020; Regi. Jose et al., 2020; Mehrotra, Jambunathan, Jindal, Gupta, & Kapoor, 2020; Taghrir et al., 2020; จารุวรรณ แหลมไธสง, 2559; ชนาภา อุดมเวช, 2560; สติธิชัย ไชยทองพันธ์, 2559) กลุ่มตัวแปรชีวิตสังคม ได้แก่ เพศ (Akawit Patisampitakul, 2011; Chang, Strong, Pakpour, Griffiths, & Lin, 2020; Naowarat Wisaichon, 2011; Taghrir et al., 2020; จรีรัตน์ สุทธิพัฒนางกู, 2558; นัสรา เกตจินดา, 2561; สุจิตรา แดงศิธรรม, วัฒน บัญกอบ, จันท์จारी เกตุมาโร, & เกษม ชูรัตน์, 2563) ระดับการศึกษา (เกศราพรพรณ & นันทิมา, 2562; พระครูสังฆรักษ์, วาณี, ธนาวัฒน์, กิตติยา, & พิมพ์พิชชา, 2563; มาลี เหลืองสุวิมล & รัตนา ปานเรียนแสน, 2560; วัชพล ประสิทธิ์ ก้อนแก้ว, 2557) โรคประจำตัว (กฤษดา พรหมสุวรรณ, 2560; ซารูวา เจะแด, สุปนรรักษ์ ประทีปเกาะ, & อาฟีฟ ลาเต๊ะ, 2561; สมเกียรติยศ วรเดช, ปุญญพัฒน์ไชยเมล์, เรณู สะแหละ, &

ยวดี กองมี, 2558; เสน่ห์, ณรงค์ศักดิ์, ถาวร, & ศิวิไลซ์, 2555; อรรถพล เกิดอรุณสุขศรี & ภูริทัต แสงทองพานิชกุล, 2020)

จากการทบทวนสาเหตุของพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรค และจากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนำไปใช้ทำนายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลและนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพบุคคล ผู้วิจัย พบว่า มีนักวิชาการ Skinner Tiro และ Champion (2015) อ้างถึงใน (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2561) ที่ได้ศึกษาถึงอำนาจพยากรณ์พฤติกรรมสุขภาพ โดยการศึกษารวบรวมจากงานวิจัยทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ที่ได้รวบรวมใช้งานวิจัยที่ใช้องค์ประกอบเชิงทฤษฎีของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่มีการตีพิมพ์เผยแพร่ ตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1974-2007 จำนวน 110 งานวิจัย พบว่า การรับรู้อุปสรรคเป็นตัวแปรที่มีอำนาจพยากรณ์สูงสุดในการทำนายพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคและรักษาโรคของบุคคล รองลงมาคือ การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค โดยเฉพาะเมื่อนำมาศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคและการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพที่มีลักษณะของพฤติกรรมสามารถเปลี่ยนได้ง่าย

#### 4.2 สาเหตุของพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาตัวแปรเชิงเหตุที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ ประกอบด้วย 3 กลุ่มปัจจัย คือ กลุ่มปัจจัยด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค และ การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรค ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ ประกอบด้วย การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และปัจจัยด้านชีวสังคม ประกอบด้วย เพศ ระดับการศึกษา และโรคประจำตัว มีรายละเอียดดังนี้

##### 4.2.1 กลุ่มปัจจัยด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติ กับ พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรค

###### 4.2.1.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค กับ พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรค

ความหมายของ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock, Becker และคณะ ได้ให้ความหมายว่า เป็นความเชื่อบุคคลหรือการคิดว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมากหรือน้อยเพียงใด เมื่อบุคคลมีการรับรู้ว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง จะเป็นการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมในการป้องกันโรคของบุคคล และร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค ดังนั้น การรับรู้

โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถนำมาใช้เพื่อทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคได้ (Rosenstock, 1974; Rosenstock et al., 1988) นักวิชาการในประเทศไทย (สุปรียา ต้นสกุล, 2550; อาภาพร, สุรินทร, สุณีย์, & ขวัญใจ, 2555) ได้ให้ความหมายการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคว่า เป็นความเชื่อของบุคคลว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคน้อยเพียงใด โดยมีการคาดคะเนโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคที่สัมพันธ์กันในเชิงบวกซึ่งแต่ละบุคคลจะมีความเชื่อที่ต่างกันในการคาดคะเนโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และนักวิชาการ (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2561) ได้ให้ความหมาย การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรค ว่า เป็นความรู้สึกหรือความเชื่อบุคคลโอกาสเสี่ยงที่ตนจะเจ็บป่วยด้วยโรคใดๆว่ามีมากหรือน้อยเพียงใด

ผู้วิจัยสรุปความหมาย ของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ว่า เป็นความคิดหรือความเชื่อของบุคคล ในการคาดคะเนว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 มากหรือน้อยเพียงใด

### การวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่

จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยในอดีตพบว่าส่วนใหญ่ใช้เครื่องมือประเภทแบบสอบถาม เช่น งานวิจัยของ (Regi. Jose et al., 2020) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้และการเตรียมความพร้อมของสาธารณชนที่มีต่อการระบาดของโรคโควิด-19 โดยใช้โมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ แบบวัดโอกาสเสี่ยงของโรคโควิด-19 มีลักษณะข้อคำถามเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของโรคโควิด-19 ที่ตนจะได้รับ ฉันมีโอกาสเสี่ยงมากเพราะใกล้ตัวฉัน ถึง ฉันไม่มีโอกาสเสี่ยงเพราะไกลตัวฉัน มีลักษณะเป็นคำถามแบบมาตราประมาณค่า 7 ระดับ ตั้งแต่ 1=ไม่เสี่ยงเลย ถึง 7=เสี่ยงมาก เช่นเดียวกับงานวิจัยของ (Barakat & Kasemy, 2020) ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันด้านสุขภาพในระหว่างการระบาดของโรคโควิด-19 ที่มีต่อโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ มีลักษณะคำถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคโควิด-19 มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดโรคโควิด-19 จากบุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลที่ได้รับผลกระทบกับโรคโควิด-19 วัดแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ผู้ที่ได้คะแนนสูง หมายถึง แสดงถึงมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง ทดสอบค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.83 เช่นเดียวกับงานวิจัยของ (Irigoyen-Camacho et al., 2020) ที่ศึกษาถึงผลกระทบของรายได้และการรับรู้ต่อความอ่อนไหวและความรุนแรงของโรคโควิด-19 ที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโดยมีการกักตัวอยู่บ้านของผู้สูงอายุในประเทศเม็กซิโก มีลักษณะการวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด-19 โดยเป็นการวัดแบบเลือกตอบ a ถึง d (a=มากที่สุด , b=มาก, c=ต่ำ, d=ต่ำมาก) มีคำถามดังนี้ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้อื่นท่านคิดว่าท่านมีความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อโควิด-19 หรือไม่



และงานวิจัยของ และงานวิจัยของ (Walrave, Waeterloos, & Ponnet, 2020) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการใช้แอปพลิเคชันเพื่อติดตามผู้ที่มีความเสี่ยงโรคโควิด-19 เป็นแบบวัดการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคโควิด-19 กับการใช้แอปพลิเคชัน มี 3 ข้อคำถาม วัดแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีข้อคำถามดังนี้คือ 1) ฉันมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อโควิด-19 2) ฉันมีแนวโน้มจะมีโอกาสติดเชื้อโควิด-19 3) มีความเป็นไปได้ว่าฉันจะมีโอกาสติดโรคโควิด-19 ทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .74 และงานวิจัยของ (Tadesse, Alemu, Amogne, Endazenaw, & Mamo, 2020) ที่ศึกษาผลของการทำนายโรคโควิด-19 และแนวปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค มี 8 ข้อคำถาม เช่น ฉันไม่กลัวที่จะติดโรคโควิด-19 แบบสอบถามวัดเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จาก เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1=ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ,2=ไม่เห็นด้วย ,3=เฉยๆ,4=เห็นด้วย,5=เห็นด้วยอย่างยิ่ง ผู้ที่ได้คะแนนสูงแสดงว่ามีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคโควิด-19 สูง และงานวิจัยของ (Bressington et al., 2020) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับโรคซึมเศร้าและการใช้หน้ากากอนามัยในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 การวัดเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการใส่หน้ากากอนามัยเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อไวรัสโควิด-19 เป็นการวัดแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 1=ไม่เลย ,2=เล็กน้อย,3=มาก,4=มากที่สุด ทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.89 นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้ออื่นๆ เช่น งานวิจัยของ (สิทธิชัย ไชยทองพันธ์, 2559) ศึกษาการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมาลาเรีย แบบวัดมีลักษณะเป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ประกอบด้วย 5=เห็นด้วยอย่างยิ่ง,4=เห็นด้วย,3=ไม่แน่ใจ, 2=ไม่เห็นด้วย , 1= ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมาลาเรีย ทั้งหมด 10 ข้อ คิดเป็นคะแนนเต็ม 50 คะแนน โดยแบ่งเกณฑ์ในการจัดระดับการรับรู้เป็น 25-32 คะแนน หมายถึง ประชาชนมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นมาลาเรียอยู่ในระดับต่ำ 33-40 คะแนน หมายถึง ประชาชนมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นมาลาเรียอยู่ในระดับปานกลาง 41-49 คะแนน หมายถึง ประชาชนมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นมาลาเรียอยู่ในระดับสูง ทำการวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.78 ส่วนงานวิจัยของ (จารุวรรณ แหลมไธสง, 2559) ใช้เครื่องมือเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อหรือการคาดการณ์ของผู้ดูแลเด็กถึงความเป็นไปได้ในการเกิดโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กเล็ก ปรับปรุงมาจากแบบสอบถามของ (ชฎานันท์ ใจดี. et al., 2555) มีทั้งหมด 7 ข้อ ลักษณะการวัด



แบบมาตราประมาณค่า Rating scale 4 ระดับ ประกอบด้วย 4=เห็นด้วยมาก,3=เห็นด้วยปานกลาง,2=เห็นด้วยน้อย,1=ไม่เห็นด้วย มีคะแนนตั้งแต่ 7-28 คะแนน

สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ การวัดตัวแปรการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค จะใช้เครื่องมือเป็นแบบสอบถาม เกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด-19 ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากนิยามปฏิบัติการ มีลักษณะคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ (4=เห็นด้วยอย่างยิ่ง 3=เห็นด้วย, 2= ไม่เห็นด้วย 1=ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) เกณฑ์การให้คะแนน ผู้ตอบได้คะแนน 4 ถึง 1 จากคำตอบ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ถึง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ตามลำดับ โดยผู้ที่มีคะแนนมากจะเป็นผู้ที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่มาก ส่วนผู้ตอบที่ได้คะแนนจากแบบวัดน้อย เป็นผู้ที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่น้อย

#### **งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค กับ พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรค**

มีงานวิจัยที่ศึกษาการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคโควิด-19 กับการมีพฤติกรรมการป้องกันโรค ในประชาชนทั่วไป เช่นงานวิจัยของ (Regi. Jose et al., 2020) ผลการวิจัยพบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด-19 มีผลในกลุ่มตัวอย่าง 445 คน ร้อยละ 65.4 มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 เช่นเดียวกันกับงานวิจัยของ (Barakat & Kasemy, 2020) ที่ศึกษาถึงการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด-19 พบว่า กลุ่มประชากรมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และงานวิจัยของ (Tadesse et al., 2020) ที่ศึกษาผลการทำนายโรคโควิด-19 และแนวปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 62.3 มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 ที่สูง และงานวิจัยของ (Bressington et al., 2020) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับโรคซึมเศร้าและการใช้หน้ากากอนามัยในช่วงที่มีการระบาดโรคโควิด-19 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูง (OR- 1.15, 95%CI 1.09-1.23) นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้ออื่นๆ เช่นการศึกษาการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรค เช่น การศึกษาของ (กาญจน์วี ธิระเลิศพานิชย์, 2561) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของ กลุ่มตัวอย่าง พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อนของโรควัณโรคปอดมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรควัณโรคปอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการศึกษาของ (กนกวรรณ & ศันสนีย์, 2020) ที่ศึกษาถึงปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคมือ

ทำปากผู้ปกครองเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรค สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคมือทำปากผู้ปกครองเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องดังที่กล่าวมา พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคและส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง โดยที่บุคคลจะมีการรับรู้ได้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้นๆมากหรือน้อยเพียงใด ดังนั้นงานวิจัยครั้งนี้จึงคาดได้ว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคของผู้สูงอายุเป็นตัวทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19

#### 4.2.1.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค กับ พฤติกรรมการป้องกันตนเอง

##### จากโรค

ความหมายของ การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ (Rosenstock, 1974; Rosenstock et al., 1988) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การที่บุคคลมีความเชื่อเกี่ยวกับผลของการเกิดโรคว่ามีระดับความรุนแรงต่อร่างกาย ซึ่งส่งผลต่อบทบาททางสังคมและความสัมพันธ์ของบุคคล เมื่อบุคคลมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคจะเป็นการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากผลกระทบนั้น ดังนั้นเมื่อบุคคลมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับสูงมีแนวโน้มการแสดงพฤติกรรมป้องกันโรคในระดับสูงเช่นกัน ส่วนนักวิชาการไทย (สุปรียา ต้นสกุล, 2550; อาภาพร et al., 2555) ได้ให้ความหมายว่า บุคคลเชื่อว่าระดับความรุนแรงของโรคที่ส่งผลต่อร่างกายและจิตใจ ความพิการ การเสียชีวิต ความยากลำบากในการใช้ชีวิต เมื่อบุคคลมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมามากจะส่งผลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำในป้องกันการเป็นโรคมามากเช่นกัน และนักวิชาการ (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2561) ได้ให้ความหมาย การรับรู้ความรุนแรงของโรค ว่า เป็นความรู้สึกหรือความเชื่อบุคคลการประเมินผลกระทบที่ตนเองอาจจะได้รับจากการเจ็บป่วยด้วยโรคใดๆ ทั้งผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น ชีวิต ความพิการ ความเจ็บปวดทุกข์ทรมานและผลกระทบที่ไม่เกี่ยวกับสุขภาพ เช่น การสูญเสียหน้าที่การงาน สูญเสียทรัพย์สินเงินทอง

ดังนั้น ผู้วิจัยให้ความหมายว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคว่า เป็นความคิดหรือความเชื่อของบุคคลในการประเมินถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับตนจากการได้รับการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19

### การวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรค

จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยในอดีตพบว่าส่วนใหญ่ใช้เครื่องมือประเภทแบบสอบถาม เช่น งานวิจัยของ (Regi. Jose et al., 2020) ศึกษาการรับรู้และการเตรียมความพร้อมของสาธารณชนที่มีต่อการระบาดของโรคโควิด-19 โดยใช้โมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 มีลักษณะข้อคำถามเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคโควิด-19 ที่ตนจะได้รับ คือ โรคโควิด-19 สามารถแพร่เชื้อได้อย่างช้า ถึง โรคโควิด-19 สามารถกระจายเชื้อได้รวดเร็ว มีลักษณะเป็นคำถามแบบมาตราประมาณค่า 7 ระดับ ตั้งแต่ 1=ไม่รุนแรงเลย ถึง 7=รุนแรงมาก เช่นเดียวกับงานวิจัยของ (Barakat & Kasemy, 2020) ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันด้านสุขภาพในระหว่างการระบาดของโรคโควิด-19 ที่มีต่อโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ มีลักษณะคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 วัดแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เป็นคำถามเกี่ยวกับอาการที่รุนแรงของโรค มีอัตราการเสียชีวิตสูง สามารถแพร่เชื้อได้ง่ายสู่บุคคลอื่นและยังไม่มีวัคซีนรักษาโรคให้หายขาดได้ เช่นเดียวกับงานวิจัยของ (Irigoyen-Camacho et al., 2020) ที่ศึกษาถึงผลกระทบของรายได้และการรับรู้ต่อความอ่อนไหวและความรุนแรงของโรคโควิด-19 ที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโดยมีการกักตัวอยู่บ้านของผู้สูงอายุในประเทศเม็กซิโก การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 เป็นการวัดแบบเลือกตอบ a ถึง d (a=ไม่รุนแรงเลย, b=รุนแรงเล็กน้อย, c=รุนแรงปานกลาง, d=รุนแรงมาก) มีคำถามดังนี้ ท่านคิดว่าเมื่อท่านติดเชื้อโควิด-19 จะมีความรุนแรงแค่ไหน และงานวิจัยของ (Walrave et al., 2020) ศึกษาการใช้แอปพลิเคชันเพื่อติดตามผู้ที่มีความเสี่ยงโรคโควิด-19 เป็นแบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 กับการใช้แอปพลิเคชัน มี 3 ข้อคำถาม วัดแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีข้อคำถามดังนี้คือ 1) ฉันติดไวรัสโควิด-19 จะมีผลกระทบต่อสุขภาพที่สำคัญสำหรับฉัน 2) ถ้าฉันติดเชื้อโควิด-19 สุขภาพของฉันจะได้รับผลกระทบที่รุนแรง 3) ถ้าฉันติดไวรัสโควิด-19 สุขภาพของฉันจะแย่ลงอย่างเห็นได้ชัด ทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .85 และงานวิจัยของ (Tadesse et al., 2020) ที่ศึกษาผลของการทำนายโรคโควิด-19 แนวปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 มี 6 ข้อคำถาม เช่น การติดเชื้อโควิด-19 เป็นสิ่งที่เลวร้ายที่สุดในชีวิตฉัน แบบสอบถามวัดเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จาก เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1=ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ,2=ไม่เห็นด้วย ,3=เฉยๆ,4=เห็นด้วย,5=เห็นด้วยอย่างยิ่ง ผู้ที่ได้คะแนนสูงแสดงว่ามีการรับรู้ความรุนแรงในการเกิดโรคโควิด-19 สูง และงานวิจัยของ (Bressington et al., 2020) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์

ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับโรคซึ่มเศร้ำและการใช้หน้ากากอนามัยในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 การวัดเป็นแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงในการแพร่เชื้อไวรัสโควิด-19 เป็นคำถามเกี่ยวกับความกังวลต่อการโดนกักตัวในช่วงการระบาดของโควิด-19(ความรุนแรง) เป็นการวัดแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 1=ไม่เลย ,2=เล็กน้อย,3=มาก,4=มากที่สุด ทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.89 นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้ออื่นๆ จากการประมวลเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า เครื่องมือที่ใช้ในการวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรคส่วนใหญ่ใช้เป็นแบบสอบถาม เช่น งานวิจัยของ (กุสุมาลย์ มีพีชน์, 2560) ที่ได้ทำการวัดความรุนแรงของโรคติดเชื้อเอชไอวี ด้วยแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคเอดส์ ซึ่งดัดแปลงแบบสอบถามของ (กมแพง พันทะวง, 2553) มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.76 ใช้คำถามแบบ Likert scale 5 ระดับ ประกอบด้วย 5= เห็นด้วยมากที่สุด, 4=เห็นด้วยมาก, 3=เห็นด้วยปานกลาง, 2=ไม่เห็นด้วย, 1=ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แปลผลคะแนนโดยใช้ช่วงพิสัย 3 ระดับ ได้แก่ คะแนน 3.67-5.00 คือ ระดับมาก , ช่วงคะแนน 2.34-3.66 คือ ระดับปานกลาง , ช่วงคะแนน 1.00-2.33 คือ ระดับน้อย ) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.76

งานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะวัดตัวแปรการรับรู้ความรุนแรงของโรค ด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากนิยามปฏิบัติการโดยมีลักษณะคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (4=เห็นด้วยอย่างยิ่ง 3=เห็นด้วย, 2=ไม่เห็นด้วย 1=ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) เกณฑ์การให้คะแนน ผู้ตอบได้คะแนน 4 ถึง 1 จากคำตอบ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ถึง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ตามลำดับ โดยผู้ที่มีคะแนนมากจะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่มาก ส่วนผู้ตอบที่ได้คะแนนจากแบบวัดน้อย เป็นผู้ที่มีการรับรู้ความรุนแรงของ ในช่วงชีวิตวิถีใหม่น้อย

การแปลความหมายของแบบวัดคือ ผู้ที่มีคะแนนมากจะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่มาก ส่วนผู้ตอบที่ได้คะแนนจากแบบวัดน้อย เป็นผู้ที่มีการรับรู้ความรุนแรงของ ในช่วงชีวิตวิถีใหม่น้อย

### **งานวิจัยที่เกี่ยวข้องของการรับรู้ความรุนแรงของโรค กับ พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรค**

มีงานวิจัยที่ศึกษาการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคโควิด-19 กับการมีพฤติกรรมการป้องกันโรค ในประชาชนทั่วไป เช่นงานวิจัยของ (Regi. Jose et al., 2020) ผลการวิจัยพบว่าการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคโควิด-19 มีผลในกลุ่มตัวอย่าง 379 คน ร้อยละ 55.7 มีพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 เช่นเดียวกันกับงานวิจัยของ (Barakat &

Kasemy, 2020) ที่ศึกษาถึงการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคโควิด-19 พบว่า กลุ่มประชากรมีพฤติกรรมกำบังตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และงานวิจัยของ (Tadesse et al., 2020) ที่ศึกษาผลของการทำนายโรคโควิด-19 แนวปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 53.7 มีการรับรู้ความรุนแรงของเชื้อโควิด-19 ในระดับสูง และงานวิจัยของ (Bressington et al., 2020) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับโรคซึมเศร้าและการใช้หน้ากากอนามัยในช่วงที่มีการระบาดโรคโควิด-19 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูง (OR- 1.33, 95%CI 1.28-1.37) นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่ศึกษาพฤติกรรมกำบังโรคติดเชื้ออื่นๆ เช่น การศึกษาของ (กาญจน์วี ธิระเลิศพานิชย์, 2561) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของผู้ติดยาเสพติด พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคแทรกซ้อนของโรควัณโรคปอดมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมกำบังตนเองของผู้ป่วยโรควัณโรคปอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการศึกษาของ (กุสุมาลย์ มีพีชน, 2560) ที่ศึกษาผลโปรแกรมต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพและการป้องกันโรคติดเชื้อเอชไอวี ของกลุ่มตัวอย่างนักเรียนชายอาชีวะ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 นอกจากนี้งานวิจัยของ (สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2563) ที่ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับความเชื่อของพฤติกรรมรักษาระยะห่างเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 จากการสำรวจความเชื่อความรุนแรงของโรคกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุเชื่อว่าโรคนี้มีความรุนแรง เนื่องจากเชื่อว่าการติดต่อจากคนสู่คนได้ง่าย ร้อยละ 30.8 เชื่อว่าความรุนแรงของโรคฯ จากข่าวสาร ร้อยละ 23 เชื่อว่า เชื่อว่าความรุนแรงของโรคฯ ทำให้มีการเสียชีวิตทั่วโลก ร้อยละ 20.5 เชื่อว่าความรุนแรงของโรคฯ เป็นผลมาจากการยังไม่มีการรักษาที่ชัดเจน ร้อยละ 7.7 จึงทำให้เชื่อว่าจะมีพฤติกรรมในการป้องกันตนเอง โดยจากผลการสำรวจกลุ่มเป้าหมายให้ความสำคัญต่อการเว้นระยะห่างทางสังคม

จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีผลต่อพฤติกรรมกำบังโรค ทั้งนี้เมื่อบุคคลตระหนักถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วยของตนมากจะมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมามากตามไปด้วยเช่นกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงคาดว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคของผู้สูงอายุเป็นตัวทำนายพฤติกรรมกำบังโรคโควิด-19

#### 4.2.1.3 การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค กับ พฤติกรรมกำบังตนเองจากโรค

ความหมายของ การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค (Perceived Benefits) ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ (Rosenstock, 1974; Rosenstock et al., 1988)



อธิบายถึง บุคคลเชื่อว่าผลลัพธ์ในการแสดงพฤติกรรมในการลดภาวะการคุกคามจากโรคส่งผลดี ต่อตนเองซึ่งจะต้องเป็นพฤติกรรมที่บุคคลนั้นรับรู้ว่าจะตนเองสามารถกระทำได้และเกิดประโยชน์ในการป้องกันโรค ดังนั้นเมื่อบุคคลมีการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคอยู่ในระดับสูง จะส่งผลต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคในระดับสูงเช่นกัน นักวิชาการไทย (สุปรียา ต้นสกุล, 2550; อาภาพร et al., 2555) ให้ความหมายว่า บุคคลเชื่อว่าเมื่อตนปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรคจะส่งผลดี ตามมาต่อสุขภาพของตนเอง เช่น ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ลดความรุนแรงของโรค บุคคลรับรู้ถึงประโยชน์ในการป้องกันโรคมากจะส่งผลในการปฏิบัติตามคำแนะนำมากขึ้น และ นักวิชาการ (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2561) ได้ให้ความหมาย การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค ว่าเป็นความรู้สึกหรือความเชื่อบุคคลเกี่ยวกับประโยชน์หรือผลดีที่ตนได้รับการปฏิบัติตาม คำแนะนำการป้องกันหรือรักษาโรค

ดังนั้นผู้วิจัยสรุปความหมายของ การรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันโรค ว่า เป็น ความคิดหรือความเชื่อของบุคคลในการรับรู้ถึงประโยชน์หรือผลดีกับตนตามคำแนะนำในการ ป้องกันโรคโควิด-19

### **การวัดการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค**

งานวิจัยของ (Barakat & Kasemy, 2020) ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรม การ ป้องกันด้านสุขภาพในระหว่างการระบาดของโรคโควิด-19 ที่มีต่อโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ มี ลักษณะคำถามการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคโควิด-19 วัดแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เป็นคำถามเกี่ยวกับการล้างมือเป็นประจำช่วยลด ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 การป้องกันโรคโควิด-19 โดยการป้องกันโดยการใช้อุปกรณ์ ในการป้องกัน และงานวิจัยของ (Walrave et al., 2020) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการใช้แอปพลิเคชันเพื่อ ติดตามผู้ที่มีความเสี่ยงโรคโควิด-19 เป็นแบบวัดเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของโรคโควิด-19 กับ การใช้แอปพลิเคชันและประโยชน์ในด้านสังคม มี 6 ข้อคำถาม วัดแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีข้อคำถามดังนี้คือ 1) แอปพลิเคชันนี้เปิดโอกาสให้ฉันมีส่วนร่วมในการให้ความรู้การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 มากขึ้น 2) ด้วยแอปพลิเคชันฉันจะร่วมมือ ในการลดการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 3) แอปพลิเคชันทำให้ฉันมีความปลอดภัยจากโรคมากขึ้นโดยเฉพาะเมื่อต้องติดต่อกัน 4) ฉันจะใช้ความระมัดระวังให้มากขึ้นไม่ให้โรคโควิด-19 แพร่กระจาย โดยการล้างมือบ่อยๆ รักษาระยะห่างจากผู้อื่น กักตัวเองอยู่บ้าน 5) ฉันใช้แอปพ ไลชันในการช่วยหน่วยงานของรัฐในการต่อสู้กับไวรัสโควิด-19 6) เมื่อฉันใช้แอปพลิเคชันช่วยให้ ฉันสามารถป้องกันตัวเองจากโรคโควิด-19 ได้ ทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค



(Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .90 และงานวิจัยของ (Tadesse et al., 2020) ที่ศึกษาผลของการทำนายโรคโควิด-19 และแนวปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค มี 10 ข้อคำถาม เช่น ความบ่อยในการล้างมือด้วยน้ำและสบู่ หรือการใช้เจลแอลกอฮอล์ฆ่าเชื้อไวรัสและการเว้นระยะห่างทางสังคมถึงการลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 แบบสอบถามวัดเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จาก เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1=ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ,2=ไม่เห็นด้วย ,3=เฉยๆ,4=เห็นด้วย,5=เห็นด้วยอย่างยิ่ง ผู้ที่ได้คะแนนสูงแสดงว่ามีการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคโควิด-19 สูง และงานวิจัยของ (Bressington et al., 2020) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับโรคซึมเศร้าและการใช้หน้ากากอนามัยในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 การวัดเป็นแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการใส่หน้ากากอนามัยเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อไวรัสโควิด-19 เป็นการวัดแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 1=ไม่เลย ,2=เล็กน้อย,3=มาก,4=มากที่สุด ทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.89 นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้ออื่นๆ เช่น งานวิจัยของ (จารุวรรณ แหล่มไธสง, 2559) ทำการวัดการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ดูแลเด็กถึงประโยชน์ที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่ช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยปรับปรุงมาจากแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติของ (ชฎานันท์ ใจดี. et al., 2555) มีลักษณะการวัดแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ ประกอบด้วย 4=เห็นด้วยมาก, 3=เห็นด้วยปานกลาง,2=เห็นด้วยน้อย, 1=ไม่เห็นด้วย วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.82

งานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยวัดตัวแปรการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคโควิด-19 ด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากนิยามปฏิบัติการ โดยมีลักษณะคำถามแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ (4=เห็นด้วยอย่างยิ่ง 3=เห็นด้วย, 2= ไม่เห็นด้วย 1=ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) การแปลความหมายของแบบวัดคือ ผู้ตอบได้คะแนน 4 ถึง 1 จากคำตอบ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ถึง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ตามลำดับ โดยผู้ที่มีคะแนนมากจะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่มาก ส่วนผู้ตอบที่ได้คะแนนจากแบบวัดน้อย เป็นผู้ที่มีการรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่น้อย

## งานวิจัยที่เกี่ยวข้องของการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค กับ พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรค

งานวิจัยของ (Barakat & Kasemy, 2020) ที่ศึกษาการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคโควิด-19 พบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคของโครงสร้างแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เช่นเดียวกับกับงานวิจัยของ (Tadesse et al., 2020) ที่ศึกษาผลของการทำนายโรคโควิด-19 และแนวปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 พบว่า ร้อยละ 49.7 กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคโควิด-19 นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้ออื่นๆ เช่น การศึกษาของ (กาญจน์รวี ธิระเลิศพานิชย์, 2561) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคภาวะแทรกซ้อนของโรควัณโรคปอดมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรควัณโรคปอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ การศึกษาของ (กฤษมาลย์ มีพีชน์, 2560) โรคติดเชื้อเอชไอวี ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองโดยคะแนนด้านการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .001 เช่นเดียวกับกับงานวิจัยของ (กนกทิพย์ กีกสันเพ็ญ, 2557) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อวัณโรคปอด ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคมีผลต่อการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มตัวอย่าง ที่ระดับ.01 สอดคล้องกับงานวิจัยของ (Regi. Jose et al., 2020) ที่ศึกษาการรับรู้และความพร้อมของประชาชนต่อการระบาดของโรคโควิด-19 พบว่าการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 และนอกจากนี้ การศึกษาของ (สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2563) ที่ศึกษาวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับความเชื่อของพฤติกรรมการรักษาระยะห่างเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ด้านการรับรู้ประโยชน์ พบว่า กลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุมีการรับรู้ประโยชน์ของการเว้นระยะห่างทางสังคมว่าเมื่อปฏิบัติตามคำแนะนำตนจะปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัส

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เมื่อบุคคลเห็นถึงประโยชน์หรือผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลสุขภาพของตนเองมากจะมีการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคในระดับมากเช่นกัน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงคาดว่า การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคของผู้สูงอายุเป็นตัวทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19

#### 4.2.1.4 การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค กับ พฤติกรรมการป้องกัน

##### ตนเอง

ความหมายของ การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค (Perceived Barriers) ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock และ Becker และคณะ ได้อธิบายว่า บุคคลจะรับรู้ถึงปัจจัยหรือสิ่งที่ขัดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค เช่น ค่าใช้จ่าย ความยากลำบากต่อการปฏิบัติ เมื่อมีผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองในชีวิตประจำวัน เช่น ความเจ็บปวดทางกายจากการตรวจเลือด ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคเป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค (Rosenstock et al., 1988) นักวิชาการไทย (สุปรียา ตันสกุล, 2550; อาภาพร et al., 2555) ได้ให้ความหมายว่า ความเชื่อของบุคคลต่ออุปสรรคในการป้องกันโรคที่จะส่งผลต่อการไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ เช่น ปัญหาเรื่อง ค่าใช้จ่าย ความรู้สึกไม่สบาย ความอับอาย ถ้าบุคคลมีการรับรู้ต่ออุปสรรคมากจะมีแนวโน้มให้เกิดการปฏิบัติตามคำแนะนำต่ำ ซึ่งในแต่ละบุคคลจะมีการรับรู้ต่ออุปสรรคในการป้องกันโรคที่แตกต่างกัน และนักวิชาการ (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2561) ได้ให้ความหมาย การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค ว่า เป็นความรู้สึกหรือความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับผลกระทบในทางลบที่จะเกิดขึ้นตามมาหลังจากปฏิบัติตามคำแนะนำหรือเกิดขณะที่บุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ความยุ่งยากลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวัน

ผู้วิจัยสรุปความหมายของ การรับรู้อุปสรรคในป้องกันโรค ว่า เป็นความคิดหรือความเชื่อของบุคคลถึงผลกระทบด้านลบที่จะเกิดตามมาหลังจากการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคโควิด-19

##### การวัดการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค

งานวิจัยของ (Walrave et al., 2020) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการใช้แอปพลิเคชัน เพื่อติดตามผู้ที่มีความเสี่ยงโรคโควิด-19 เป็นแบบวัดเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค มี 2 ข้อคำถามเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในการใช้แอปพลิเคชันและความเครียดทางจิตใจในประชาชนในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 วัดแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีคำถามดังนี้ 1) แอปพลิเคชันจะลดความเป็นส่วนตัวของผู้ใช้ลง 2) แอปพลิเคชันจะสร้างความตึงเครียดระหว่างที่บุคคลเกิดการติดเชื้อโควิด-19 ทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .60 และงานวิจัยของ (Barakat & Kasemy, 2020) ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันด้านสุขภาพในระหว่างการระบาดของโรคโควิด-19 ที่มีต่อโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ มีลักษณะคำถามเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคโควิด-19 วัดแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มี 8 ข้อคำถาม เป็นคำถามเกี่ยวกับการป้องกันในเรื่องของคำแนะนำ เป็นเรื่องที่ยาก ไม่มีความอดทนที่จะทำตามคำแนะนำในการป้องกันโรคโควิด-19 การล้างมือด้วยน้ำ และสบู่เป็นประจำเป็นเรื่องที่น่าเบื่อ หน้ากากอนามัยหายาก ขาดแคลนในการซื้อ เจลแอลกอฮอล์เพื่อฆ่าเชื้อไวรัสโควิด-19 มีราคาแพงและหาซื้อยาก มีความยากลำบากในการอยู่บ้านเพื่อกักตัวเอง และงานวิจัยของ (Tadesse et al., 2020) ที่ศึกษาผลของการทำนายโรคโควิด-19 และแนวปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค มี 6 ข้อคำถาม เช่น การสวมหน้ากากอนามัยเป็นสิ่งที่ยากในการทำ แบบสอบถามวัดเป็นมาตรฐานค่า 5 ระดับ จาก เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1=ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง, 2=ไม่เห็นด้วย, 3=เฉยๆ, 4=เห็นด้วย, 5=เห็นด้วยอย่างยิ่ง และงานวิจัยของ (Bressington et al., 2020) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับโรคซึมเศร้าและการใช้หน้ากากอนามัยในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 การวัดเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคของการใส่หน้ากากอนามัยเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อไวรัสโควิด-19 เป็นการวัดแบบมาตรฐานค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 1=ไม่เลย, 2=เล็กน้อย, 3=มาก, 4=มากที่สุด ทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.89 นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดต่ออื่นๆ เช่น งานวิจัยของ (จารุวรรณ แผลมโธสง, 2559) ศึกษาการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคทางเดินหายใจ แบบวัดมีลักษณะการวัดแบบมาตรฐานค่า 4 ระดับ ประกอบด้วย 4=เห็นด้วยมาก, 3=เห็นด้วยปานกลาง, 2=เห็นด้วยน้อย, 1=ไม่เห็นด้วย วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.85

สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ การวัดตัวแปรการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคโควิด-19 ใช้เครื่องมือเป็นแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น เกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 โดยมีลักษณะคำถามแบบมาตรฐานค่า 4 ระดับ (4=เห็นด้วยอย่างยิ่ง 3=เห็นด้วย, 2= ไม่เห็นด้วย 1=ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) การแปลความหมายของแบบวัดคือ ผู้เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าเป็นข้อความทางบวก ผู้ตอบได้คะแนน 4 ถึง 1 จากคำตอบ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ถึง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ตามลำดับ สำหรับผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดนี้สูง แสดงว่ามีการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคมาก ส่วนผู้ตอบที่ได้คะแนนจากแบบวัดนี้สูง แสดงว่ามีการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคน้อย

## งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค กับ พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่

งานวิจัยของ (Barakat & Kasemy, 2020) ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันด้านสุขภาพในระหว่างการระบาดของโรคโควิด-19 ที่มีต่อโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า อายุ ระดับการศึกษา การเป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้ออื่นๆ เช่น งานวิจัยของ (ชฎานันท์ ใจดี. et al., 2555; ชลธิชา โชคเฉลิมวงศ์, 2555) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ปกครองเด็กเล็ก พบไปในทิศทางเดียวกันว่า การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงถึงกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกันกับการศึกษาของ (กนกทิพย์ กีกสันเทีย, 2557; จารุวรรณ แหลมไธสง, 2559) ที่ศึกษาถึงปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อของผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดและโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของผู้ดูแลในศูนย์เด็กเล็ก ผลการวิจัย พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคของกลุ่มตัวอย่างสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อวัณโรคปอดและโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกจากนี้งานวิจัยของ (สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2563) ได้ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพถึงความเชื่อด้านปัจจัยใดที่จะขัดขวางในการเว้นระยะห่างทางสังคม พบว่า กลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 51 แสดงความคิดเห็นว่า ไม่มีปัจจัยใดขัดขวางการเว้นระยะห่างทางสังคม

จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวมาข้างต้น พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรค ทั้งนี้เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ถึงสิ่งที่เกิดกับตนในการดูแลสุขภาพว่าอาจมีอุปสรรค ขัดขวางหรือความยากลำบากในการดูแลสุขภาพสุขภาพของตน ซึ่งเมื่อบุคคลมีการประเมินต่ออุปสรรคในการป้องกันโรคต่ำ บุคคลจะมีแนวโน้มการป้องกันโรคในระดับสูงตามมา ดังนั้นผู้วิจัยจึงคาดว่า การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคของผู้สูงอายุนั้นเป็นตัวทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19

### 4.2.1.5 การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรค

ความหมายของ การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรค ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ (Rosenstock, 1974; Rosenstock et al., 1988) ได้กล่าวว่า บุคคลมีความมั่นใจความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคภายใต้



อุปสรรคต่างๆ เป็นการรับรู้ในความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆได้เพื่อป้องกันการเกิดโรคเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี นักวิชาการไทย (รัตนกร กิจจันทร์, 2552; วินิดา ไชยมงคล, 2551) ให้ความหมายว่า ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองโดยบุคคลจะประเมินความสามารถของตนในการจัดการสิ่งต่างๆเพื่อให้บรรลุผลตามต้องการ และนักวิชาการ (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2561) ได้ให้ความหมาย การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรค ว่าเป็นความรู้สึกหรือความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนในการแสดงพฤติกรรมใดๆ เพื่อให้ตนบรรลุผลสำเร็จอย่างที่กำหนดไว้ และมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจต่อความอดทนหรือความยากลำบากและอุปสรรคต่างๆจนสามารถควบคุมสถานการณ์และเปลี่ยนพฤติกรรมของตนได้สำเร็จ

ผู้วิจัยสรุปความหมายของ การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรค ว่า ความคิดหรือความเชื่อของบุคคลว่าตนเองมีสามารถหรือเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 ได้อย่างเป็นผลสำเร็จ

#### **การวัดการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรค**

งานวิจัยของ (Walrave et al., 2020) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการใช้แอปพลิเคชัน เพื่อติดตามผู้ที่มีความเสี่ยงโรคโควิด-19 เป็นแบบวัดเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคโควิด-19 มี 3 ข้อคำถามเกี่ยวกับความสามารถตนเองในการใช้แอปพลิเคชันและความเครียดทางจิตใจในประชาชนในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 วัดแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีคำถามดังนี้ 1) ฉันมั่นใจว่ามีความรู้ในการใช้แอปพลิเคชันโควิด-19 2) ฉันจำเป็นต้องใช้ทรัพยากรนี้คือแอปพลิเคชัน 3) ฉันสามารถขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นได้หากประสบปัญหาในการใช้แอปพลิเคชัน ทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .79 และงานวิจัยของ (Barakat & Kasemy, 2020) ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันด้านสุขภาพในระหว่างการระบาดของโรคโควิด-19 ที่มีต่อโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ มีลักษณะคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคโควิด-19 วัดแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มี 1 ข้อคำถาม เป็นคำถามเกี่ยวกับความสามารถในการป้องกันโรคโควิด-19 และงานวิจัยของ (Tadesse et al., 2020) ที่ศึกษาผลของการทำนายโรคโควิด-19 และแนวปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคโควิด มี 5 ข้อคำถาม เช่น มีความรู้สึกมั่นใจเชื่อมั่นในการป้องกันโรคเมื่อสวมหน้ากากอนามัยขณะพูดคุย แบบสอบถามวัดเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จาก เห็นด้วย



อย่างยิ่ง ถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1=ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ,2=ไม่เห็นด้วย ,3=เฉยๆ,4=เห็นด้วย,5=เห็นด้วยอย่างยิ่ง ผู้ที่ได้คะแนนแสดงว่ามีการรับรู้ความสามารถในตนเองสูง และงานวิจัยของ (Bressington et al., 2020) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับโรคซึมเศร้า และการใช้หน้ากากอนามัยในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 การวัดเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถตนเองในการใส่หน้ากากอนามัยเพื่อป้องกันเชื้อไวรัสโควิด-19 ตามเกี่ยวกับอะไรที่ทำให้คุณเชื่อว่าคุณสามารถสวมหน้ากากอนามัยบนใบหน้าได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เป็นการวัดแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 1=ไม่เลย ,2=เล็กน้อย,3=มาก,4=มากที่สุด ทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.89

สำหรับงานวิจัยครั้งนี้การวัดตัวแปร การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคโควิด-19 โดยมีลักษณะคำตอบเป็นแบบ 4 ระดับ (4=มั่นใจมากที่สุด 3=มั่นใจมาก 2=ไม่มั่นใจ 1=ไม่มั่นใจเลย) การแปลความหมายของแบบวัดคือ ผู้ตอบได้คะแนน 4 ถึง 1 จากคำตอบ “มั่นใจมากที่สุด” ถึง “ไม่มั่นใจเลย” ตามลำดับ โดยผู้ที่มีคะแนนมากจะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่มาก ส่วนผู้ตอบที่ได้คะแนนจากแบบวัดน้อย เป็นผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่น้อย

### **งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคกับ พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่**

งานวิจัยของ (Walrave et al., 2020) ที่ศึกษาการใช้แอปพลิเคชันเพื่อติดตามผู้ที่มีความเสี่ยงโรคโควิด-19 พบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองในการใช้แอปพลิเคชันเพื่อป้องกันโรค มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และงานวิจัยของ (Bressington et al., 2020) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับโรคซึมเศร้าและการใช้หน้ากากอนามัยในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 พบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองในการสวมหน้ากากอนามัยเพื่อป้องกันโรคของกลุ่มตัวอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .005 นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้ออื่นๆ มีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค เช่น งานวิจัยของ (ณิลาวันย์ งามเสงี่ยม, 2555) ศึกษา การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนอาชีวศึกษาในจังหวัดระยอง ผลการวิจัย พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 นอกจากนี้ งานวิจัยของ (สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2563) ได้ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพถึงความเชื่อด้านความสามารถของการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 พบว่า

กลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุเชื่อว่าสามารถป้องกันตนเองจากโรคได้ โดยปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด ร้อยละ 48.80 ไม่ออกจากบ้านร้อยละ 28.20 และไม่ทำพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัส ร้อยละ 7.70

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในป้องกันโรคมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพและป้องกันโรคของบุคคล เมื่อบุคคลมีความเชื่อมั่นในการกระทำของตนเองว่าสามารถปฏิบัติตนเพื่อให้เกิดสุขภาพอนามัยที่ดีแข็งแรงสมบูรณ์ได้ ดังนั้นผู้วิจัยคาดว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในป้องกันโรคของผู้สูงอายุเป็นตัวทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19

#### 4.2.2 ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ กับ พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่

ความหมายของ ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติหรือปัจจัยชักนำไปสู่การปฏิบัติ (Cue to action) ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ (Rosenstock, 1974; Rosenstock et al., 1988) กล่าวว่า เป็นสิ่งที่มากระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค แบ่งออกเป็นภายในและภายนอก กล่าวคือ สิ่งชักนำภายใน ได้แก่ การรับรู้สภาวะสุขภาพของตนเอง เช่น อาการป่วยของโรค สิ่งชักนำภายนอก ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากผู้อื่น สื่อโทรทัศน์ วิทยุ สื่อออนไลน์ บทความในหนังสือหรือนิตยสารต่างๆ การกระตุ้นจากแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ปัจจัยดังกล่าวนี้ส่งผลทำให้บุคคลเกิดการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการป้องกันโรค นักวิชาการชาวไทย (สุปรียา ตันสกุล, 2550; อาภาพร et al., 2555) ได้ให้ความหมายไว้ว่าเป็นเหตุการณ์หรือสิ่งมากระตุ้นให้บุคคลเกิดการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมซึ่งจะชักนำให้เกิดการปฏิบัติ 2 ด้านคือสิ่งชักนำภายใน การรับรู้สภาวะร่างกายตนเอง เช่น อาการเจ็บป่วย ความสนใจในสุขภาพ เป็นต้น และสิ่งชักนำภายนอก ได้แก่ การได้รับข่าวสารทางสื่อต่างๆ การเอาใจใส่ การตักเตือนจากคนรอบข้าง และนักวิชาการ (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2561) ได้ให้ความหมาย ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ ว่า เหตุการณ์ที่มากระตุ้นหรือเป็นแรงจูงใจให้บุคคลเกิดความพร้อมที่จะแสดงพฤติกรรมการป้องกันและรักษาโรค ประกอบด้วย 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติจากภายในบุคคล เช่น ความรู้สึกถึงความผิดปกติบางอย่างในร่างกายตนเองจนทำให้มีการรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรคเพิ่มขึ้น และปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติจากภายนอกบุคคล เช่น การได้รับคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิด อาการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว

ดังนั้นผู้วิจัยให้ความหมาย ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ คือ เหตุการณ์ที่มากระตุ้นบุคคลให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกปัจจัย ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และ การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19

#### 4.2.2.1 การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19

การได้รับข่าวสารของบุคคลมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในสังคม (Merill. & Lowenstein., 1971) อ้างถึงใน (อุทุมพร นำเจริญวุฒิ, 2553) ได้อธิบายถึงเรื่องการรับข่าวสารว่า ผู้รับข่าวสารย่อมมีพฤติกรรมในการเปิดรับและเลือกรับข่าวสารที่แตกต่างกัน โดยมีปัจจัยที่อาจมีผลต่อการยอมรับหรือปฏิเสธข่าวสารนั้นคือ เมื่อบุคคลมีความกลัวต่อการถูกเหมินเฉยจากสังคมจึงมีความพยายามรวมกลุ่มร่วมกันเพื่อทำกิจกรรมกับผู้อื่น เมื่อบุคคลไม่สามารถสื่อสารโดยตรงกับบุคคลอื่นจึงแสวงหาการติดต่อผ่านสื่อ และความอยากรู้อยากเห็นที่เกี่ยวข้องกับชีวิตความเป็นอยู่ของตนในทางตรงและทางอ้อม อีกทั้งบุคคลยังแสวงหาความรู้เพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมความคิดเพื่อผลสำเร็จในการตัดสินใจใดๆ ทั้งนี้ผู้รับข่าวสารจะไม่แสวงหาข่าวสารที่ขัดแย้งกับความคิดความเชื่อของตน และจะขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ความต้องการพื้นฐาน สภาพแวดล้อม และความจำเป็นต่างๆที่มีบทบาทมากำหนดพฤติกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีผู้ให้ความหมายของการได้รับข่าวสาร ได้แก่

แซมมวล เบคเกอร์ (Samuel & Becker, 1972) อ้างถึงใน (วรภรณ์ แสงอรุณ, 2561) ให้ความหมายการเปิดรับข่าวสาร จำแนกพฤติกรรมเปิดรับข่าวสาร ว่า 1.) แสวงหาข้อมูล (Information Seeking) เพื่อต้องการให้คล้ายคลึงกับบุคคลอื่น เรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือเรื่องทั่วไป 2) เปิดรับข้อมูล (Information Receptivity) บุคคลจะเปิดรับข้อมูลที่สนใจหรืออยากรู้ หากข้อมูลมีความเกี่ยวข้องกับตนเองจะสนใจเป็นพิเศษ 3) การเปิดรับประสบการณ์ รับข่าวสารเมื่อต้องการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือ ผ่อนคลายอารมณ์ มี 3 ลักษณะ ได้แก่

1. การได้รับข่าวสารจากสื่อมวลชน (Mass Media) บุคคลที่เป็นผู้รับสารคาดหวังจากสื่อมวลชนถึงการบริโภคข่าวสารสามารถสนองความต้องการตนได้ จึงทำให้เกิดเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบางอย่างโดยการเลือกรับข่าวสารจากสื่อมวลชน ขึ้นอยู่กับความต้องการหรือแรงจูงใจของผู้รับข่าวสาร แมคคอมบส์ และ เบ็คเคอร์ (Mccomb & Becker, 1979) ได้อธิบายการเปิดรับข่าวสารว่า บุคคลเปิดรับข่าวสารจากสื่อมวลชน เพื่อความต้องการ 4 ประการ ได้แก่ 1) ต้องการอยากรู้เหตุการณ์ 2) เพื่อตัดสินใจ 3) เพื่อพูดคุยสนทนา 4) ต้องการมีส่วนร่วมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในสังคมรอบๆตัว ซึ่งความต้องการเปิดรับข่าวสารนี้มีความเกี่ยวข้องกับสถานการณ์ทางสังคมที่เกิดขึ้น

2. การได้รับข่าวสารจากสื่อบุคคล หมายถึง ผู้นำข่าวสารจากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่ง ติดต่อกันระหว่างคนที่มีปฏิสัมพันธ์ต่อบรรยากาศกัน แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ 1) การติดต่อโดยตรงเผยแพร่ข่าวสาร สร้างความเข้าใจ โน้มนำใจบุคคลโดยตรง และ 2) การติดต่อโดยกลุ่มมีอิทธิพลต่อคนส่วนรวมทำให้การสื่อสารเป็นผลสำเร็จได้ เมื่อกลุ่มสนใจไปในทิศทางใด บุคคลส่วนใหญ่ในกลุ่มจะสนใจไปในทิศทางนั้นเช่นกัน

3. การได้รับข่าวสารจากสื่อเฉพาะกิจ (specific media) หมายถึง สื่อที่ผลิตขึ้น มีเนื้อหารูปแบบเจาะจง มีวัตถุประสงค์ต่อผู้รับสารเฉพาะกลุ่ม เช่น แผ่นพับ โปสเตอร์ คู่มือ เป็นต้น

กระบวนการ การได้รับข่าวสารหรือการเปิดรับข่าวสารเป็นการคัดกรองข่าวสารในการรับรู้ของบุคคล ซึ่งแคลปเปอร์ (Klapper, 1960) ได้อธิบายว่า ประกอบด้วยการกลั่นกรอง 4 ชั้น ได้แก่ 1) การเลือกเปิดรับ เป็นขั้นตอนการเลือกช่องทางสื่อสาร เลือกรับข่าวสารจากแหล่งที่มีด้วยกันหลากหลายแหล่ง 2) การเลือกให้ความสนใจ ในความสนใจของตนเพื่อสนับสนุนความคิดที่มีอยู่ 3) การเลือกรับรู้และตีความหมาย แตกต่างกันตามความสนใจจากประสบการณ์ ความเชื่อ ความต้องการและแรงจูงใจ 4) การเลือกจดจำ ข่าวสารในส่วนที่ตรงกับความสนใจของตน ซึ่งจะส่งเสริมหรือสนับสนุนความคิดความรู้สึกให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

นอกจากนี้ (อุบล เลี้ยววาริณ, 2534) ได้ให้ความหมาย ของการได้รับข่าวสารทางด้านสุขภาพ ว่า ปริมาณการรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อสารมวลชนประเภทต่างๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ เป็นต้น

ดังนั้นผู้วิจัยสรุปความหมายของ การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ว่า การรับทราบข้อมูลข่าวสารจากสื่อประเภท สื่อมวลชน บุคคล สื่อสิ่งพิมพ์ โดยมีเนื้อหาสาระเพื่อป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 และ การยอมรับเนื้อหาข้อมูลเพื่อป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 จากสื่อมวลชน บุคคลและสื่อสิ่งพิมพ์

### การวัดการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การวัดการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ส่วนใหญ่เป็นแบบสอบถาม เช่น การศึกษาของ (Mertens, Gerritsen, Duijndam, Salemink, & Engelhard, 2020) ที่ศึกษาการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 มีลักษณะการวัดแบบ 2 คำตอบ ใช่และไม่ใช่ และเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับแหล่งที่มาของการรับสื่อเกี่ยวกับโรคโควิด-19 เป็นมาตรวัดแบบเลือกตอบ เช่น แหล่งที่มาจาก หนังสือพิมพ์ เว็บไซต์ ข่าวโทรทัศน์ เฟสบุ๊ก ทวิตเตอร์ และแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับข่าวสารจากแหล่งที่กลุ่มตัวอย่างให้

ความสนใจ มีมาตรวัด 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่งไปจนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และการศึกษางานวิจัยของ (Walrave et al., 2020) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการใช้แอปพลิเคชันเพื่อติดตามผู้ที่มีความเสี่ยงโรคโควิด-19 เป็นแบบวัดเกี่ยวกับการได้รับข่าวสารเพื่อกระตุ้นในการใช้แอปพลิเคชันเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 เช่นคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นในการได้รับข่าวสารโรคโควิด-19 ความบ่อยในการได้รับข่าวสาร เป็นการวัดแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เคยเลยถึง สม่ำเสมอทุกวัน และงานวิจัยของ (จารุวรรณ แหลมโธสง, 2559) ที่ศึกษาการได้รับข้อมูลข่าวสารเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความถี่และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารของผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคติดต่อทางเดินหายใจจากแหล่งต่างๆ มีจำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับการได้รับข่าวสารจากสื่อบุคคลจำนวน 3 ข้อ และจากสื่อสารมวลชนจำนวน 4 ข้อ มีลักษณะการวัดแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ 1=ไม่เคย 2= บางครั้ง 3=บ่อยครั้ง 4= สม่ำเสมอ เกณฑ์การให้คะแนน ไม่เคย=0 จนถึง สม่ำเสมอ=3 การแปลผลคะแนนมาก มีการได้รับข้อมูลข่าวสารในการป้องกันโรคติดต่อทางเดินหายใจในระดับมาก มาก วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.88

สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ การวัดการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 จะใช้เครื่องมือเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาก จากนิยามเชิงปฏิบัติการ โดยมีลักษณะคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (4 =เห็นด้วยอย่างยิ่ง 3= เห็นด้วย 2= ไม่เห็นด้วย 1= ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) การแปลความหมายของแบบวัดคือ ผู้ตอบได้คะแนน 4 ถึง 1 จากคำตอบ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ถึง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ตามลำดับ สำหรับผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดนี้มาก แสดงว่ามีการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 มาก ส่วนผู้ตอบที่ได้คะแนนจากแบบวัดน้อย แสดงว่ามีการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 น้อย

### **งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 กับพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่**

การศึกษาของ (Liu, 2020b) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 บนสื่อดิจิทัลและพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ผลการศึกษาพบว่า การหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 บนสื่อดิจิทัลมีผลกับพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 และงานวิจัยของ (Walrave et al., 2020) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการใช้แอปพลิเคชันเพื่อติดตามผู้ที่มีความเสี่ยงโรคโควิด-19 พบว่า การได้รับข่าวสารทางสื่อดิจิทัลของกลุ่มตัวอย่าง มีความสัมพันธ์ทางบวกและความตั้งใจในการใช้แอปพลิเคชันเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรม การป้องกันโรคติดต่ออื่น ๆ จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับ



โรคโควิด-19 เท่าที่ค้นพบ เช่นงานวิจัยของ (ชญาพันธ์ ใจดี. et al., 2555) ที่ศึกษาการได้รับข้อมูลข่าวสารความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกำบังกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของ (ชลธิชา ไชคเฉลิมวงศ์, 2555) พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกำบังกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ปกครองเด็กเล็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และงานวิจัยของ (สิริอาภา ใจอ่อน, 2555) ที่พบว่าพฤติกรรมกำบังกันข่าวสารของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกำบังกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับงานวิจัยของ (R. Jose et al., 2020) ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้และความพร้อมของประชาชนต่อการระบาดของโรคโควิด-19 พบว่า สถานการณ์การแพร่ระบาดผ่านการรับข้อมูลจากสื่อ ข้อมูลจากผู้ใกล้ชิด ข้อมูลจากผู้ดูแลด้านสุขภาพ มีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 53.7 ส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค สอดคล้องกับงานวิจัยของ (บุษกร et al., 2019) ศึกษาการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่อที่พบบ่อยในศูนย์เด็กเล็ก สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลเด็กได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐานเท่ากับ .313 นอกจากนี้งานวิจัยของ (สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2563) ได้ศึกษาถึงผลจากการสร้างสารจูงใจและนำไปสร้างสื่อเพื่อลดการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดยทำการประเมินสื่อพิจารณาจากจำนวนการเข้าถึง จำนวนการมีส่วนร่วมและการแสดงความคิดเห็นของกลุ่มเป้าหมาย จากเพจไทยรู้สู้โควิด เพจกรมควบคุมโรค เพจกดดูรู้โรค ยุทูปู้กันทันโรค โดยมีประเภทสื่อดังนี้ สื่อไมซ์กราฟฟิก สื่ออินโฟกราฟฟิกและสื่อวิดีโอสัมภาษณ์ ผลการสำรวจพบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุให้ความสนใจและมีส่วนร่วมในการใช้สื่อในด้านความรู้ความเข้าใจเรื่องพฤติกรรมกำบังกันโรคทางกายอยู่ในระดับดี

จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 มีผลต่อพฤติกรรมกำบังกันโรค ทั้งนี้เมื่อบุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคจากแหล่งต่างๆทำให้บุคคลเกิดการกระตุ้นพฤติกรรมนำไปสู่การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค ดังนั้นผู้วิจัยจึงคาดว่า การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 เป็นตัวทำนายพฤติกรรมกำบังกันโรคโควิด-19

#### 4.2.2.2 ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 กับ พฤติกรรมกำบังกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่

จากแนวคิดของบลูม (Bloom และคณะ, 1956) อ้างถึงใน (อรุณี ลิ้มมณี, 2560) ได้จัดระบบความรู้ ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ด้านรู้คิด (Cognitive domain) ด้านอารมณ์ความรู้สึกนึกคิด (Affective domain) และด้านทักษะกลไก (Psycho-motor domain) ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะศึกษาเฉพาะด้านความรู้คิด มีรายละเอียดดังต่อไปนี้



## 1. ด้านการรู้คิด (Cognitive domain) ประกอบด้วย

1.1 ความรู้ (Knowledge) เป็นความสามารถจดจำในสิ่งที่เคยได้เรียนรู้ หรือมีประสบการณ์มาก่อน แบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ ความรู้เฉพาะเนื้อเรื่อง ความรู้เกี่ยวกับวิธีการและเกี่ยวกับนามธรรม

1.2 ความเข้าใจ (Comprehension) สามารถเข้าใจเนื้อเรื่อง ตีความ แปลความหมายเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ

1.3 การนำไปใช้ (Application) สามารถนำเอาความรู้ หลักการ วิธีการ ใช้ในสถานการณ์ใหม่ๆและสร้างสรรค์

1.4 การวิเคราะห์ (Synthesis) ความสามารถรวบรวมส่วนต่างๆเข้าด้วยกัน เป็นส่วนร่วมที่มีแบบและโครงสร้างแบบใหม่ที่ดีกว่าเดิม

1.5 การประเมินผล (Evaluation) ความสามารถตัดสินใจให้คุณค่า สิ่งต่างๆ หรือเรื่องราวต่างๆ อย่างมีหลักเกณฑ์ เป็นพฤติกรรมการรู้คิดขั้นสูงสุด

การศึกษาด้านการรู้คิดข้างต้น ผู้วิจัยนำแนวคิดมาประยุกต์ใช้ในการศึกษา ปัจจัยเชิงสาเหตุเพื่อนำมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุ จากแนวคิดของบลูมข้างต้น ความรู้จากด้านการรู้คิดสามารถนำมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล กล่าวคือ ส่วนที่เป็นระดับความรู้ ความเข้าใจและการนำไปใช้ มีรายละเอียดดังนี้

ความรู้ หมายถึง บุคคลสามารถจดจำในสิ่งที่เคยเรียนรู้หรือมีประสบการณ์เกี่ยวกับเรื่องราวต่างๆ ข้อเท็จจริง ข้อสรุปต่างๆ และวิธีการป้องกันโรคโควิด-19 เช่น ความรู้โรคโควิด-19 และ การดูแลป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ความเข้าใจ หมายถึง บุคคลสามารถทำความเข้าใจเกี่ยวกับเนื้อหาต่างๆ สามารถอธิบายความหมาย สาเหตุ และ หาความสัมพันธ์ของโรคโควิด-19 และวิธีการป้องกันเกี่ยวกับโรคโควิด-19

การนำไปใช้ หมายถึง สามารถการนำเอาความรู้ หลักการ วิธีการ เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และ การดูแลป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไปปรับใช้ในสถานการณ์อื่นได้

ดังนั้นผู้วิจัยให้ความหมายของ ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ว่า ระดับความรู้ ความเข้าใจ และการนำไปใช้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19

### การวัดความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ส่วนใหญ่การวัดความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 มีลักษณะเป็นแบบสอบถาม เช่น งานวิจัยของ (Mehrotra et al., 2020) ที่ใช้แบบวัดเป็นแบบสอบถามการประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 มีด้วยกัน 17 ข้อ 12 ข้อเป็นแนวคำถามแบบปรนัยแบบ 4 ตัวเลือก และ 5 ข้อ เป็นลักษณะคำถามแบบเลือกตอบ 2 ข้อ คือใช่ และไม่ใช่ นอกจากนี้การศึกษาของ (Gunjawate, Ravi, Yerraguntla, Rajashekhar, & Verma, 2020) ใช้การวัดแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับอาการที่แสดงออกของโรคโควิด-19 จำนวน 4 ข้อ เป็นลักษณะแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ถูก ผิด ไม่แน่ใจ และแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับมาตรการการป้องกันโรคโควิด-19 จำนวน 3 ข้อ เป็นลักษณะแบบปรนัย 4 ตัวเลือก และงานวิจัยของ (จารุวรรณ แหลมไธสง, 2559) ศึกษาการวัดความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความสามารถในการจำและเข้าใจ สามารถอธิบายการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กของผู้ดูแลเด็ก ซึ่งได้สร้างขึ้นทั้งหมดจำนวน 12 ข้อ มีลักษณะแบบสอบถามแบบให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว การแปลผลคือคะแนนมาก หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อทางเดินหายใจมาก วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.87

สำหรับงานวิจัยครั้งนี้การวัดตัวแปร ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 โดยมีลักษณะคำตอบเป็นแบบ เลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ถูก และ ผิด ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนมาก หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ในระดับมาก ผู้ที่ได้คะแนนน้อย หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ในระดับ น้อย ผู้วิจัยแบ่งระดับความรู้เป็น 3 ระดับ โดยใช้สูตร ค่าคะแนนมากที่สุด ลบ คะแนนน้อยที่สุด หารจำนวนระดับ

$$\frac{5 - 0}{3} = 1.67$$

เกณฑ์การแปลคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19

0.00 ถึง 1.67 คะแนน มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับน้อย

1.68 ถึง 3.32 คะแนน มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลาง

3.33 ถึง 5.00 คะแนน มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมาก

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่

งานวิจัยของ (Tadesse et al., 2020) ที่ศึกษาผลของการทำนายโรคโควิด-19 และแนวปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการความรู้และตระหนักรู้เกี่ยวกับ เช่น อาการเมื่อเกิดการติดเชื้อโรค

วิด-19 คิดเป็นร้อยละ 49.2 และร้อยละ 47.3 เห็นว่าเมื่อได้รับเชื้อโควิด-19 ควรกักตัวอยู่บ้านเพื่อป้องกันโรคแพร่สู่ผู้อื่น นอกจากนี้ยังพบว่าตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และงานวิจัยของ (Regi. Jose et al., 2020) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้และการเตรียมความพร้อมของสาธารณชนที่มีต่อการระบาดของโรคโควิด-19 โดยใช้โมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ ของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่มีการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับดีจะมีการป้องกันโรคที่ดี (2.5 95%CI 1.12-5.21) และร้อยละ 88 ของกลุ่มตัวอย่าง มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ในระดับดีและส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับดี

จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค ทั้งนี้เมื่อบุคคลมีความรู้เกี่ยวกับโรคจากแหล่งต่างๆทำให้บุคคลเกิดการกระตุ้นพฤติกรรมที่จะนำตนเองมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและนำไปสู่การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค ดังนั้นผู้วิจัยจึงคาดว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 เป็นตัวทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19

#### 4.2.3 ปัจจัยด้านชีวสังคม กับ พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่

ความหมายของ ปัจจัยด้านชีวสังคมหรือปัจจัยร่วม (Modifying factor) ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ (Rosenstock, 1974; Rosenstock et al., 1988) ได้อธิบายว่า ปัจจัยพื้นฐานของบุคคลที่ช่วยส่งเสริมให้มีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ปัจจัยด้านสังคม เช่น สมาชิกในครอบครัว เพื่อนสนิท เพื่อร่วมงาน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการรักษาหรือดูแลสุขภาพของตนเอง โดยเมื่อบุคคลได้รับการดูแลเอาใจใส่ การให้ความรัก ช่วยเหลือให้คำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิดทำให้เกิดแรงจูงใจในการริเริ่ม การดูแลสุขภาพตนเองส่งผลทำให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เหมาะสม และนักวิชาการ (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2561) ได้ให้ความหมาย ปัจจัยร่วม หมายถึง ปัจจัยพื้นฐานส่งผลโดยอ้อมกับพฤติกรรมการป้องกันและรักษาโรคในบุคคล เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติ ความรู้

ดังนั้นผู้วิจัยสรุปความหมายของ ปัจจัยด้านชีวสังคม ว่า ปัจจัยพื้นฐานที่ช่วยส่งเสริมในการป้องกันโรค ในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกตัวแปร เพศ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว

#### 4.2.3.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านชีวสังคม เพศ กับ พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่

งานวิจัยของ (Barakat & Kasemy, 2020) ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันด้านสุขภาพในระหว่างการระบาดของโรคโควิด-19 ที่มีต่อโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 และมีการวิจัยที่ของ (Chang et al., 2020) ที่พบว่า เพศหญิงมีแนวโน้มพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 มากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ (Taghrir et al., 2020) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ พฤติกรรมการป้องกันและการรับรู้ความเสี่ยงของโรคโควิด-19 ในนักศึกษาแพทย์ในประเทศอิหร่าน พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมากกว่าเพศชาย นอกจากนี้งานวิจัยของ (จรัรัตน์ สุทธิพัฒนางกู, 2558) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัย พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และงานวิจัยของ (นัสรา เกตจินดา, 2561) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของคนวัยกลางคน พบว่า เพศชาย มีพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยของ (Akawit Patisampitakul, 2011; Naowarat Wisaichon, 2011; วิราพรธณ, วินัส, พัสมณท์, & วิฒนา, 2554; สุจิตรา แดงศรีธรรม et al., 2563) ที่พบว่าเพศที่ต่างกันจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า เพศ มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ทั้งนี้ เพศ เป็นปัจจัยที่บอกระดับความแตกต่างทางด้านร่างกาย และค่านิยมที่มีลักษณะแตกต่างกันซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในแต่ละบุคคล ดังนั้นผู้วิจัยจึงคาดว่า เพศ เป็นตัวทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19

#### 4.2.3.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านชีวสังคม ระดับการศึกษา กับ พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่

งานวิจัยของ (Barakat & Kasemy, 2020) ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันด้านสุขภาพในระหว่างการระบาดของโรคโควิด-19 ที่มีต่อโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคติดเชื้อกับพฤติกรรมการป้องกัน เช่นการวิจัยของ (ไชษิตา คุ่มตลอด, 2546) ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ ผลการวิจัยพบว่า ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และงานวิจัยของ (พัชราภรณ์ บดีรัฐ & ธนช กนกเทศ,

2559) ที่ศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค มือ เท้า ปาก พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ระดับการศึกษา มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ทั้งนี้ ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยบ่งบอกถึงการมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในแต่ละบุคคล ดังนั้นผู้วิจัยจึงคาดว่า ระดับการศึกษา เป็นตัวทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19

#### 4.2.3.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านชีวสังคม โรคประจำตัว กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่

ปัจจัยด้านโรคประจำตัวหรือภาวะสุขภาพ สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่นการศึกษาของ (กฤษดา พรหมสุวรรณ, 2560; เสน่ห์ et al., 2555; อรรถพล เกิดอรุณสุขศรี & ภูริทัต แสงทองพานิชกุล, 2020) ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ พบว่าปัจจัยด้านสถานะทางสุขภาพของผู้สูงอายุ และโรคประจำตัว สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ (พรพรรณ, จงจิต, & วิมลรัตน์, 2563; สุกัญญา ปานเจริญ, 2552) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนและสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวต้นกับงานวิจัยของ (สมเกียรติยศ วรเดช et al., 2558) ที่ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า การมีปัญหาสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้การศึกษาของ (ชารุวา เจะแต et al., 2561) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าโรคประจำตัวสามารถทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรรูอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า โรคประจำตัว มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของบุคคล เป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมการดูแลใส่ใจสุขภาพเพื่อป้องกันโรค ดังนั้นผู้วิจัยคาดว่า โรคประจำตัวของผู้สูงอายุ เป็นตัวทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19

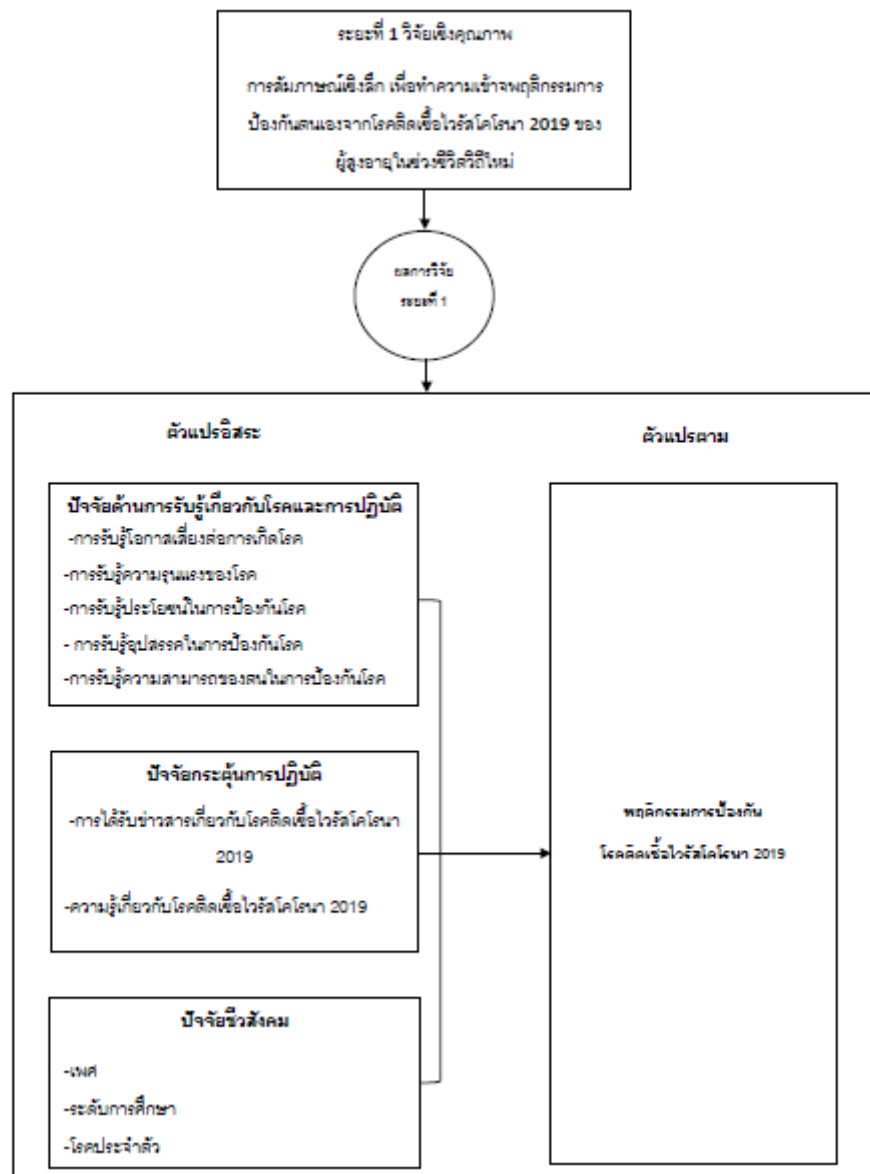
## ส่วนที่ 5 กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ เริ่มต้นการวิจัยด้วยวิธีการเชิงคุณภาพจากนั้นด้วยวิธีการเชิงปริมาณ ดังนี้ การวิจัยระยะที่ 1 ดำเนินการวิจัยด้วยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อทำความเข้าใจพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) กับผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้สูงอายุ โดยข้อค้นพบในระยะที่ 1 ใช้เป็นแนวทางในการ กำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาเครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมสู่ระยะที่ 2

การวิจัยระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ นำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief model) ของ (Becker et al., 1988; Rosenstock, 1974) มาประยุกต์ใช้กำหนด กรอบแนวคิดการวิจัยดังภาพประกอบ 2 โดยผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวแปรออกเป็น 3 กลุ่มปัจจัย ได้แก่ กลุ่มปัจจัยด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติ และ กลุ่มปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ และ กลุ่ม ปัจจัยด้านชีวสังคม ในแต่ละกลุ่มปัจจัยผู้วิจัยคัดเลือกตัวแปรจากการทบทวนวรรณกรรมและ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยตัวแปรดังนี้

1. ปัจจัยด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการ เกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคในการ ป้องกันโรค และการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรค
2. กลุ่มปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และ การได้รับ ข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19
3. ปัจจัยด้านชีวสังคม ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว





ภาพประกอบ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย

### นิยามเชิงปฏิบัติการ

1.พฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุ เพื่อปกป้องตนเองจากเชื้อไวรัสฯ ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ด้านลด ด้านเลี่ยง และด้านดูแล

1.1 การป้องกันตนเองฯ ด้านลด หมายถึง การเปิดโอกาสให้ตนเองเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสฯ โดยการสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากอนามัย และการล้างมือ อธิบายได้ดังนี้

1) การสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย คือ การเลือกใช้หน้ากากให้เหมาะสม และสวมใส่ให้ถูกวิธีเมื่อออกนอกบ้านและอยู่กับผู้อื่น การเลือกหน้ากากให้เหมาะสม เช่น สวมหน้ากากสองชั้น สวมหน้ากากอนามัยร่วมกับหน้ากากผ้า และสวมหน้ากากอนามัยร่วมกับกระจังป้องกันใบหน้า ส่วนการสวมใส่ให้ถูกวิธี เช่น ตรวจสอบความสมบูรณ์ก่อนสวม ใช้มือจับสายคล้องหู สวมให้ปิดจมูกปิดคาง จัดวางให้ถูกตำแหน่ง กดลวดให้แนบจมูก

2) การล้างมือ คือ การล้างมือให้สะอาดตามขั้นตอน และล้างด้วยอุปกรณ์ทำความสะอาดหลากหลาย เช่น สบู่ เจลแอลกอฮอล์ เป็นต้น เมื่อสัมผัสกับสิ่งต่างๆ

1.2 การป้องกันตนเองฯ ด้านเสียง หมายถึง การละเว้นเข้าไปในพื้นที่เสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส และหลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสใบหน้า อธิบายได้ดังนี้

1) การละเว้นเข้าไปในพื้นที่เสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส คือ หลบหลีกเลี่ยงหรือเลี่ยงไปในสถานที่ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัส โดยเลื่อนนัดการพบแพทย์ที่โรงพยาบาล ดกิจกรรมสังสรรค์พบปะผู้คน ออกข้างนอกเท่าที่จำเป็น สั่งซื้อทางออนไลน์แทนการจับจ่ายนอกบ้าน หากไม่สามารถเลี่ยงได้ควรรักษาระยะห่างกับผู้อื่นอย่างน้อย 1-2 เมตร เมื่อต้องทำกิจกรรมร่วมกันทั้งในบ้านและนอกบ้าน

2) การหลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสบริเวณใบหน้า คือ เลี่ยงการสัมผัสระหว่างมือและใบหน้า เช่น การงัดใช้นิ้วหรือมือที่ไม่สะอาด แคะ แกะ เกา บริเวณใบหน้า

1.3 การป้องกันตนเองฯ ด้านดูแล หมายถึง การเอาใจใส่สุขภาพเพื่อปกป้องตนเองเพื่อไม่ให้ติดเชื้อ โดยการปฏิบัติตนขณะรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน และการรักษาอารมณ์ เมื่อสังเกตอาการของตนเองเมื่อรู้ตัวว่าเป็นกลุ่มเสี่ยง อธิบายได้ดังนี้

1) การปฏิบัติตนขณะรับประทานอาหาร คือ การกินอาหารร่วมกันโดยการแยกช้อนใครช้อนมันหรือการรับประทานอาหารคนเดียวโดยการแยกส้อมรับการกินอาหาร

2) การออกกำลังกาย คือ การยืดเหยียดร่างกายหรือการแกว่งแขน โดยการทำกิจกรรมเคลื่อนไหวทางกายยืดเหยียดกล้ามเนื้อและแกว่งแขนไปมา

3) การเอนกายพักผ่อน คือ การหลับพักผ่อนให้สนิทโดยไม่มี ความกังวลใดๆ ระหว่างการหลับพักผ่อน

4) การรักษาอารมณ์ คือ ลดความวิตกกังวล ปลื้มใจ วางเฉยด้วยการทำกิจกรรมอื่นๆ เช่น ฟังธรรมะ อ่านหนังสือ ดูหนังละคร ปลูกต้นไม้ ทำขนม เป็นต้น

การวัดพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ วัดจากแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามนิยามเชิงปฏิบัติการ มีลักษณะแบบวัดมาตรฐานวัดประมาณค่า 4 ระดับ

ตั้งแต่ ปฏิบัติทุกครั้ง จนถึง ไม่ปฏิบัติเลย เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าเป็นข้อความทางบวก ผู้ตอบจะได้คะแนน 4 ถึง 1 คะแนน จากคำตอบ “ปฏิบัติทุกครั้ง” ถึง “ไม่ปฏิบัติเลย” ตามลำดับ หากเป็นข้อความทางลบ ผู้ที่ตอบจะได้คะแนนทิศทางตรงกันข้าม โดยผู้ที่มีคะแนนมากจะเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่มาก ส่วนผู้ตอบที่ได้คะแนนจากแบบวัดน้อย เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่น้อย

2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด-19 หมายถึง ความคิดหรือเชื่อของบุคคล ในการคาดคะเนว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 มากน้อยเพียงใด

การวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด-19 วัดจากแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามนิยามเชิงปฏิบัติการ โดยมีลักษณะคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ (4=เห็นด้วยอย่างยิ่ง 3=เห็นด้วย, 2= ไม่เห็นด้วย 1=ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าเป็นข้อความทางบวก ผู้ตอบได้คะแนน 4 ถึง 1 จากคำตอบ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ถึง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ตามลำดับ หากเป็นข้อความทางลบ ผู้ที่ตอบจะได้คะแนนทิศทางตรงกันข้าม โดยผู้ที่มีคะแนนมากจะเป็นผู้ที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่มาก ส่วนผู้ตอบที่ได้คะแนนจากแบบวัดน้อย เป็นผู้ที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่น้อย

3. การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 หมายถึง เป็นความคิดหรือเชื่อของบุคคลในการประเมินถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับตนจากการได้รับการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19

การวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 วัดจากแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามนิยามเชิงปฏิบัติการ โดยมีลักษณะคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ (4=เห็นด้วยอย่างยิ่ง, 3=เห็นด้วย, 2= ไม่เห็นด้วย 1=ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าเป็นข้อความทางบวก ผู้ตอบได้คะแนน 4 ถึง 1 จากคำตอบ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ถึง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ตามลำดับ หากเป็นข้อความทางลบ ผู้ที่ตอบจะได้คะแนนทิศทางตรงกันข้าม โดยผู้ที่มีคะแนนมากจะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่มาก ส่วนผู้ตอบที่ได้คะแนนจากแบบวัดน้อย เป็นผู้ที่มีการรับรู้ความรุนแรงของ ในช่วงชีวิตวิถีใหม่น้อย

4. การรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันโรคโควิด-19 หมายถึง เป็นความคิดหรือความเชื่อของบุคคลในการรับรู้ถึงประโยชน์หรือผลดีกับตนตามคำแนะนำในการป้องกันโรคโควิด-19

การวัดการรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันโรคโควิด-19 วัดจากแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามนิยามเชิงปฏิบัติการ โดยมีลักษณะคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ (4=เห็นด้วยอย่างยิ่ง 3=เห็นด้วย, 2= ไม่เห็นด้วย 1=ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) เกณฑ์การให้

คะแนน ถ้าเป็นข้อความทางบวก ผู้ตอบได้คะแนน 4 ถึง 1 จากคำตอบ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ถึง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ตามลำดับ หากเป็นข้อความทางลบ ผู้ที่ตอบจะได้คะแนนทิศทางตรงกันข้าม โดยผู้ที่มีคะแนนมากจะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ มาก ส่วนผู้ตอบที่ได้คะแนนจากแบบวัดน้อย เป็นผู้ที่มีการรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่น้อย

5. การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคโควิด-19 หมายถึง เป็นความคิดหรือเชื่อของบุคคล ถึงผลกระทบด้านไม่เป็นผลดีต่อตนที่จะเกิดตามมาหลังจากการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคโควิด-19

การวัดการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคโควิด-19 วัดจากแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามนิยามเชิงปฏิบัติการ โดยมีลักษณะคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ (4=เห็นด้วยอย่างยิ่ง 3=เห็นด้วย, 2= ไม่เห็นด้วย 1=ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าเป็นข้อความทางบวก ผู้ตอบได้คะแนน 4 ถึง 1 จากคำตอบ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ถึง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ตามลำดับ ถ้าเป็นข้อความทางลบ ผู้ตอบได้คะแนนทิศทางตรงกันข้าม สำหรับผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดนี้สูง แสดงว่ามีการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคมาก ส่วนผู้ตอบที่ได้คะแนนจากแบบวัดน้อย แสดงว่ามีการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคน้อย

6. การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคโควิด-19 หมายถึง ความคิดหรือเชื่อของบุคคลว่าตนเองมีสามารถหรือเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 ได้อย่างเป็นผลสำเร็จ

การวัดการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคโควิด-19 วัดจากแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามนิยามเชิงปฏิบัติการ โดยมีลักษณะคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ (4=เห็นด้วยอย่างยิ่ง 3=เห็นด้วย, 2= ไม่เห็นด้วย 1=ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าเป็นข้อความทางบวก ผู้ตอบได้คะแนน 4 ถึง 1 จากคำตอบ “มั่นใจมากที่สุด” ถึง “ไม่มั่นใจเลย” ตามลำดับ หากเป็นข้อความทางลบ ผู้ที่ตอบจะได้คะแนนทิศทางตรงกันข้าม โดยผู้ที่มีคะแนนมากจะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ มาก ส่วนผู้ตอบที่ได้คะแนนจากแบบวัดน้อย เป็นผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่น้อย

7. การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 หมายถึง การรับทราบข้อมูลข่าวสารจากสื่อประเภท สื่อมวลชน บุคคล สื่อสิ่งพิมพ์ โดยมีเนื้อหาสาระเพื่อป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 และการยอมรับเนื้อหาข้อมูลเพื่อป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 จากสื่อมวลชน บุคคลและสื่อสิ่งพิมพ์

การวัดการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 จะใช้เครื่องมือเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาก จากนิยามเชิงปฏิบัติการ โดยมีลักษณะคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ (4=เห็นด้วยอย่างยิ่ง 3=เห็นด้วย, 2= ไม่เห็นด้วย 1=ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าเป็นข้อความทางบวก ผู้ตอบได้คะแนน 4 ถึง 1 จากคำตอบ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ถึง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ตามลำดับ สำหรับผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดนี้มาก แสดงว่ามีการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 มาก ส่วนผู้ตอบที่ได้คะแนนจากแบบวัดน้อย แสดงว่ามีการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 น้อย

8. ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 หมายถึง ระดับความรู้ความเข้าใจ และการนำความรู้ไปใช้ป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19

การวัดตัวแปร ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 โดยมีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 2 ข้อ คือ ถูก และ ผิด ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนมาก หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ในระดับมาก ผู้ที่ตอบได้คะแนนน้อย หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 น้อย ผู้วิจัยแบ่งระดับความรู้เป็น 3 ระดับ โดยใช้สูตร ค่าคะแนนมากที่สุด ลบ คะแนนน้อยที่สุดหารจำนวนระดับ (Bloom, 1971)

$$\frac{5 - 0}{3} = 1.67$$

เกณฑ์การแปลคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19

0.00 ถึง 1.67 คะแนน มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับน้อย

1.68 ถึง 3.32 คะแนน มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลาง

3.33 ถึง 5.00 คะแนน มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมาก

### สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด-19 การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคโควิด-19 การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคโควิด-19 การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคโควิด-19 การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 เป็นตัวทำนายสำคัญของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ

### บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ แบ่งการศึกษาดังกล่าวออกเป็น 2 ระยะ เริ่มต้นด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพตามด้วยการวิจัยเชิงปริมาณ โดยในระยะที่ 1 มีจุดมุ่งหมายเพื่อทำความเข้าใจพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ และระยะที่ 2 เพื่อค้นหาตัวทำนายสำคัญ พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ

ในบทนี้กล่าวถึงรายละเอียดเกี่ยวกับแบบแผนการวิจัย การกำหนดประชากรและการสุ่มตัวอย่าง การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลและ การจัดการข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล และจริยธรรมในการวิจัย ซึ่งในแต่ละระยะ มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

#### วิธีการดำเนินการวิจัยระยะที่ 1

ระยะที่ 1 ผู้วิจัยออกแบบวิจัยด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อทำความเข้าใจพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ ของผู้ให้ข้อมูลหลักคือผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) (Teddlie & Yu, 2007) โดยเลือกตามคุณสมบัติเกณฑ์การคัดเลือกที่ได้กำหนดไว้ (Inclusion criteria) และได้สอบถามเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ช่วยแนะนำคัดเลือกผู้สูงอายุที่เป็นผู้ปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด-19 ได้เป็นอย่างดี ตามคุณสมบัติ ได้แก่ 1. ไม่มีปัญหาสุขภาพที่รุนแรง หมายถึง ผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาสุขภาพที่รุนแรงส่งผลกระทบต่อกรดำเนินชีวิตประจำวันที่ยาดลำบาก 2. มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและการเคลื่อนไหว หมายถึง ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรต่างๆ เช่น ทำกับข้าว ทำงานบ้าน ออกไปจับจ่ายนอกบ้าน เดินทางออกจากบ้านด้วยตนเอง ร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น 3. มีความสามารถในการมองเห็นและได้ยิน 4. อ่านออกเขียนได้ 5. สามารถสื่อสารได้ปกติ 6. มีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคม ทั้งนี้การคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลผู้สูงอายุใช้เทคนิคการเลือกแบบสโนว์บอลล์ (Snowball sampling) โดยได้รับคำแนะนำผู้ให้ข้อมูลที่เหมาะสมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่จะเป็นคนคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่เหมาะสมกับเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด ผู้วิจัยกำหนดจำนวนผู้วิจัยให้ข้อมูล 4 คน

#### การเข้าถึงผู้ให้ข้อมูล

ในการเข้าถึงกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่ เป็นผู้สูงอายุ มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เขตกรุงเทพมหานคร และอยู่ในบริเวณพื้นที่ที่เคยมีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดยเลือกแบบ



เฉพาะเจาะจง เป็นผู้ที่มีการปฏิบัติตัวป้องกันโรคโควิด-19 มีความระมัดระวังใช้ชีวิตประจำวัน เช่น การปฏิบัติตนอย่างเคร่งครัดในการสวมหน้ากาก ล้างมือ (Information-rich cases) โดยดำเนินการเข้าถึงกลุ่มผู้ให้ข้อมูลผ่านเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการแนะนำต่อยังบุคคลอื่น (Snowball technique) เมื่อได้ข้อมูลการติดต่อ จากนั้นสอบถามความสนใจเข้าร่วมวิจัยแก่บุคคลเหล่านั้น รวมถึงประเมินคุณสมบัติการเข้าร่วมวิจัยและคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลเป็นตามคุณสมบัติที่กำหนด เมื่อเป็นตามคุณสมบัติและบุคคลมีความสนใจเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยทำการนัดหมายพบตาม วัน เวลา สถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก และสัมภาษณ์เชิงลึกต่อไป ทั้งนี้คัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ผู้สูงอายุ ผู้วิจัยกำหนดจำนวนผู้ให้ข้อมูล 4 คน

### **เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล**

ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อทำความเข้าใจพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ สำหรับเครื่องมือที่ใช้ประกอบการสัมภาษณ์เชิงลึก คือ แนวสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้าง (Semi-structured Interview) เป็นแนวคำถามที่มีลักษณะเป็นประเด็นกว้างๆ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประเด็นคำถาม ตามลำดับเนื้อหาคำถามและปรับเปลี่ยนได้ตามคำตอบของผู้ให้ข้อมูล โดยผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้เล่าประสบการณ์ ความเชื่อ ความคิดสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลได้ประสบ ขณะเดียวกันผู้วิจัยรับฟังอย่างตั้งใจพร้อมทั้งคอยกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลอธิบาย ความเชื่อและความคิด ที่ตนได้ถ่ายทอด

แนวคำถามสัมภาษณ์ปรากฏดังตาราง 1 ผู้วิจัยกำหนดไว้เป็นเพียงกรอบการสัมภาษณ์เบื้องต้น ประเด็นคำถามที่ตั้งไว้ยืดหยุ่นและปรับเปลี่ยนได้ระหว่างการสัมภาษณ์

ตาราง 1 แนวคำถามสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้าง

ความมุ่งหมายการวิจัย	แนวคิด/ทฤษฎี	แนวคำถามหลัก
1. เพื่อทำความเข้าใจพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ	แนวปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุข “ลด เลี่ยง ดูแล” ลด หมายถึง ลดการสัมผัส หมั่นล้างมือด้วยน้ำและสบู่หรือเจล แอลกอฮอล์ และใช้หน้ากากอนามัย/ หน้ากากผ้าก่อนออกจากบ้านหรือเมื่อมีอาการไม่สบาย เลี่ยง หมายถึง เลี่ยงการเข้าไปในพื้นที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เว้นระยะห่างทางสังคม 1-2 เมตร เลี่ยงการสัมผัสบริเวณใบหน้า ตา ปาก จมูก ดูแล หมายถึง รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย ทานอาหารร้อน ใช้น้ำอุ่นล้างมือ ออกกำลังกาย พักผ่อนให้เพียงพอ	1.1 ในปัจจุบันที่รัฐบาลมีมาตรการผ่อนคลายนโยบาย (lockdown) ท่านใช้ชีวิตประจำวันอย่างไรบ้าง 1.2 ท่านได้ยินคำว่า New normal (ชีวิตวิถีใหม่) หรือไม่ เข้าใจว่าอย่างไร 1.3 การปฏิบัติตนในช่วงชีวิตวิถีใหม่เหมือนหรือต่างจากในช่วงการแพร่ระบาดหรือไม่ อย่างไร 1.4 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ ท่านป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 อย่างไรบ้าง

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูล แบ่งออกช่วงการดำเนินการเก็บข้อมูลดังนี้

#### ช่วงการเตรียมตัวก่อนดำเนินการวิจัย

1. คัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informants) โดยการสอบถามผู้ประสานงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เป้าหมายถึงกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ใช้เกณฑ์การคัดเลือกที่ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ดังที่กล่าวมาข้างต้น ทั้งนี้ ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิและการให้ความยินยอมของกลุ่มเป้าหมายเป็นสำคัญ

2.ทำการติดต่อกับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อพูดคุยทำความรู้จัก สร้างความไว้วางใจ และชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยนัดเวลาเพื่อขอเข้าพบ ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมและความยินยอมของผู้ให้ข้อมูล อธิบายถึงวัตถุประสงค์ขั้นตอนต่างๆของการวิจัย เวลาที่ใช้โดยประมาณรวมถึงประโยชน์ของงานวิจัยเน้นย้ำถึงความจำเป็นและความสำคัญของการที่ผู้ให้ข้อมูลให้ข้อมูลและขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย ข้อดีของการเตรียมผู้ให้ข้อมูลสัมภาษณ์ทำให้มีเวลาเตรียมตัว เตรียมข้อมูล เตรียมความคิดล่วงหน้าซึ่งทำให้ข้อมูลที่ไดมามีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

### ช่วงการดำเนินการวิจัยและลงสนามวิจัย

1.แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกที่สร้างขึ้นผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ เก็บข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลหลัก ตามจุดมุ่งหมายการวิจัยในแต่ละประเด็น การสัมภาษณ์ดำเนินตามวันเวลาที่นัดหมายแต่ละครั้ง ดำเนินการช่วงปลายเดือนมกราคม ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2564 ในสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวกใจและเป็นส่วนตัว ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล 1 คนใช้เวลาประมาณ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมงในแต่ละครั้ง เก็บข้อมูลระหว่างเดือน มกราคม ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2564 โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในช่วงแรกแบบFace to face และช่วงที่สองทางโทรศัพท์

2.ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักพร้อมทั้งกับการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมในพื้นที่วิจัย เพื่อเป็นข้อมูลเสริมในการวิเคราะห์ประเด็นอื่นเพิ่มเติมนอกเหนือจากประเด็นที่กำหนดไว้

3.ผู้วิจัยเก็บข้อมูลผู้ให้ข้อมูล โดยสลับการตรวจสอบความครบถ้วนข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

ขั้นตอนการดำเนินการระหว่างลงสนามวิจัยข้างต้น ผู้วิจัยดำเนินการปรับตัวและปรับเปลี่ยนเทคนิคให้เหมาะสมกับสภาพสนามวิจัยอยู่เสมอ โดยเฉพาะการเก็บข้อมูล โดยไม่มีอคติหรือไม่ตัดสินตีตราสิ่งนี้อาจเกิดขึ้นระหว่างการวิจัย นอกจากนี้ต้องยึดมั่นในจริยธรรมทางการวิจัยเป็นที่ตั้ง

### ช่วงหลังออกจากสนามการวิจัย

เมื่อรวบรวมข้อมูลหลักฐานที่เกี่ยวข้องจากหลากหลายแหล่ง จนได้ข้อมูลกลุ่มลึกมากพอที่ตอบคำถามการวิจัยได้อย่างชัดเจน หลังจากนั้นออกจากสนามวิจัยอย่างค่อยเป็นค่อยไป ควบคู่กับการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลที่พิจารณาแล้วว่ามิติทางข้อค้นพบที่ชัดเจนจนไม่พบข้อมูลสำคัญที่แตกต่างไปจากข้อมูลที่มีอยู่แล้วในประเด็นที่ทำการศึกษา

### การจัดกระทำและวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ นำเทปเสียงที่บันทึกมาถอดเทปประกอบกับการบันทึกภาคสนาม(field note) และนำข้อมูลการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์และสังเคราะห์ โดยกำหนดรหัส (coding) แบบบรรทัดต่อบรรทัด (line by line coding) การวิเคราะห์ประเภทข้อมูล (typological analysis) วิเคราะห์กลุ่มคำ (สุภางค์ จันทวานิช, 2549) ประกอบกับการใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ซึ่งมีลักษณะเด่นของการวิเคราะห์คือการแสดงปริมาณหรือความถี่ (word frequency count) จากนั้นทำการสรุป ดีความและตรวจสอบความถูกต้อง นำข้อมูลที่แตกเป็นหน่วยย่อยๆและได้รับการกำหนดรหัสแล้วกลับมารวมกันใหม่เป็นกลุ่มๆ ตามลักษณะความสัมพันธ์ เพื่อสะดวกวิเคราะห์ ความหมาย ข้อสรุป และดีความ เป็นวิธีหาความหมายโดยรวม และตรวจสอบข้อสรุปหรือความหมายที่ได้นั้น ถูกต้องแม่นยำน่าเชื่อถือหรือไม่ ในการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

#### การสำรวจข้อมูล (Exploring)

การสำรวจข้อมูล คือสำรวจข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาแล้วนำมาจัดเป็นระบบระเบียบ เช่นฉบับร่างของการนำเสนองานวิจัย แต่เป็นฉบับร่างชั่วคราวที่เห็นรายละเอียดในภาพรวม ช่วยให้ผู้วิจัยจัดการกับข้อมูลนี้ให้อยู่ในรูปแบบเหมาะสมกับการวิเคราะห์และนำเสนอต่อไป รวมถึงช่วยให้ค้นหาแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลที่เหมาะสม ลดความคลุมเครือข้อมูล กลายเป็นโครงร่างขึ้นมา แบ่งการสำรวจ 3 ประเด็น ได้แก่ 1. ทำการสำรวจความคืบหน้าในหน้าสนามวิจัย ทำระบบ แบบฟอร์ม ตารางสรุป ลงสนามและทำการสัมภาษณ์ 2.สำรวจประเด็นสำคัญในการวิจัย 3.สำรวจความก้าวหน้างานวิจัยอย่างเป็นระบบ ติดตามการออกแบบ เขียนงานวิจัยที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และปรับข้อมูลที่เก็บเข้ามาใหม่เรื่อยๆ

จากแนวทางข้างต้นผู้วิจัยสำรวจและจัดระเบียบข้อมูลทุกครั้งที่เก็บรวบรวมข้อมูล สำรวจการเก็บข้อมูลแต่ละครั้ง แบ่งออกได้ประเด็นใด ข้อมูลแบบใด คัดแยกข้อมูล จัดระเบียบข้อมูลจากการสัมภาษณ์ออกตามประเด็นที่ศึกษา ทำโครงสร้างนำเสนองานวิจัยเบื้องต้นมีการปรับเปลี่ยนตลอดการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้สามารถสื่อสารเนื้อหาที่สำคัญได้เหมาะสม ตรงประเด็นและเป็นประโยชน์มากที่สุด

#### การพรรณนาข้อมูล (Describing)

ขั้นตอนการพรรณนาข้อมูลผู้วิจัยต้องพิจารณาถึงข้อมูลที่เก็บมานั้นบ่งบอกอะไร โดยทำการลดทอนข้อมูล เป็นสาระสำคัญ กระชับ มีความหมายภายใต้ประเด็นที่ศึกษา และความเชื่อมโยงที่อยู่ภายในตัวข้อมูล ขั้นตอนนี้จึงเป็นขั้นตอนบรรยายถึงสิ่งที่พบในข้อมูลคืออะไร แบ่งการ

พรรณนาประเด็นที่ศึกษาว่าผู้วิจัยพบอะไรในสนามวิจัย รวมถึงการพรรณนาถึงพฤติกรรมหรือ  
ประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลถ่ายทอดออกมา

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่จัดระบบขั้นตอนสำรวจข้อมูลมาพรรณนาการเชื่อมโยงประเด็น  
การวิจัยให้สะท้อนความหมายที่สำคัญ

### **การจัดลำดับข้อมูล (Ordering)**

เป็นกระบวนการจัดกลุ่ม แยกประเด็นข้อมูลเป็นแผนภาพหรือกระบวนการที่ให้เห็นถึงโครงสร้างการเชื่อมโยงที่ซับซ้อนของประเด็นที่ศึกษาซึ่งได้มาจากผู้ให้ข้อมูล บริบทที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 3 ประเภท คือ จัดลำดับลักษณะเวลาที่เปลี่ยนแปลงไป การจัดลำดับตามกระบวนการและการจัดลำดับสิ่งที่ถูกศึกษา เชื่อมโยงบุคคลหรือพื้นที่ตามลักษณะความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นการวิจัย

จากแนวทางข้างต้น ผู้วิจัยนำการจัดลำดับปรับใช้กับการวิจัยครั้งนี้โดยทำการเชื่อมโยงข้อมูลตามประเด็นที่ศึกษา ใช้รูปแบบจัดลำดับของสิ่งที่ถูกศึกษา ปรับใช้ให้เหมาะสมตามวัตถุประสงค์การวิจัย

### **การอธิบายข้อค้นพบ (Explaining)**

เป็นการอธิบายสิ่งที่อยู่เบื้องหลังการเชื่อมโยงข้อมูลเหล่านั้นเพื่อตอบคำถามว่าทำไมจึงเป็นเช่นนั้น เป็นการบรรยายถึงบริบทที่เกี่ยวข้องอย่างเข้มข้นและสะท้อน สิ่งที่ศึกษาในประเด็นการวิจัย สำหรับการวิจัยนี้ ทำการอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งที่ศึกษา เชื่อมโยงความเป็นเหตุเป็นผลของเหตุการณ์ที่ศึกษา

### **การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล**

ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือข้อมูลตามหลักการของ (Creswell, 2003; Lincoln & Guba, 1985; ขจรศักดิ์ บัวระพันธ์, 2556) ดังนี้

1. ความเชื่อถือได้ของข้อมูล (Credibility) เป็นการตรวจสอบความสอดคล้องระหว่าง การตีความของผู้วิจัยกับความจริงในความคิดของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยเลือกใช้เทคนิคตามความเหมาะสม โดยการใช้ตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data triangulation) ในบางประเด็นที่ต้องการความชัดเจนจากการสังเกตกับการสัมภาษณ์ในบางประเด็นกับสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลให้ข้อมูลมา นอกจากนี้ตรวจสอบความแน่นอนของคำพูดในแต่ละช่วงเวลา จากนั้นผู้วิจัยได้ขอให้อาจารย์ที่ปรึกษาแล้วเพื่อนักวิจัยช่วยร่วมตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูล (Peer debriefing) โดยร่วมกันตรวจสอบการให้รหัสและจัดกลุ่มความคิดเห็นที่เหมาะสม

งานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัย เตรียมประเด็นข้อคำถามก่อนการสัมภาษณ์ แนวนำคำถามสัมภาษณ์สร้างขึ้นโดยให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพจำนวน 4 ท่าน ได้แก่อาจารย์ที่

ปรึกษาหลัก และผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ ประเด็นที่ตรวจสอบ ได้แก่ ความมุ่งหมายของการวิจัย แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เนื้อหาแนวคำถามหลักและคำถามชัก จากนั้นนำข้อเสนอแนะจากการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญมาปรับประเด็นคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกให้เหมาะสมยิ่งขึ้น ก่อนไปเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป จากนั้นนำแนวคำถามสัมภาษณ์ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ นำข้อมูลมาวิเคราะห์และพัฒนาทักษะในการสัมภาษณ์แบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึกของผู้วิจัย จากนั้นนำข้อมูลตรวจสอบที่ได้สัมภาษณ์ข้อมูลที่ได้รับเพียงพอและครอบคลุมตามประเด็นปัญหาและความมุ่งหมายของงานวิจัยหรือไม่ แล้วปรับแนวคำถามให้เหมาะสมก่อนที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริงอีกครั้ง

2. ความไว้วางใจได้ (Dependability) เป็นการใช่วิธีการหลายวิธีในการตรวจสอบความตรงของข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูล คำพูดในแต่ละครั้งนำมาเปรียบเทียบข้อมูลแต่ละครั้งพบว่าข้อมูลที่ได้มีความเหมือนกันเมื่อเก็บข้อมูลซ้ำ ใช้ระเบียบวิธีวิจัยและดำเนินการวิจัยอย่างมีขั้นตอนนำเสนอข้อมูลครบถ้วนและครอบคลุมกระบวนการทำวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูล โดยเฉพาะการให้รหัสความหมาย (meaning code) การสร้างประเด็นที่ได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญและอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

3. การยืนยันผลการวิจัย (Confirmability) เป็นการยืนยันผลที่เกิดจากข้อมูล ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมผลการวิจัยและบันทึกเป็นระบบสามารถตรวจสอบได้ รวมถึงการบันทึกข้อมูลสัมภาษณ์ และการอ้างคำพูด (Quotation) ของผู้ให้ข้อมูลนำเสนอข้อมูล อาจจำเป็นต้องตัดคำพูดบางคำของผู้ให้ข้อมูล เพื่อเป็นการสื่อความหมายที่ชัดเจนขึ้น และทำการสรุปข้อมูลในขั้นตอนต่างๆ ได้แก่ สาระสำคัญข้อมูล (meaning code) การจัดหมวดหมู่ (category) การเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของข้อมูล การแปลความหมาย โดยผ่านการทบทวนจากอาจารย์ที่ปรึกษา

## วิธีการดำเนินการวิจัยระยะที่ 2

ระยะที่ 2 มีจุดมุ่งหมายเพื่อค้นหาตัวทำนายสำคัญพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ หลังจากที่ได้ผลการวิจัยในระยะที่ 1 ผู้วิจัยนำข้อค้นพบจากระยะที่ 1 มาพัฒนาเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลในการออกแบบการวิจัยระยะที่ 2 มีสาระสำคัญ ดังนี้

### การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

#### ประชากร

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่ 50 สำนักงานเขตของกรุงเทพมหานคร (สำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร,



2562) มีจำนวนทั้งสิ้น 15,652 คน ในปี พ.ศ. 2562 มีจำนวนผู้สูงอายุจำแนกตามสำนักงานเขตของ กรุงเทพมหานคร ดังนี้

ตาราง 2 จำนวนผู้สูงอายุจำแนกตามสำนักงานเขตของกรุงเทพมหานคร

ลำดับที่	สำนักงานเขต	จำนวน		ลำดับที่	สำนักงานเขต	จำนวน	
		ชมรม	(คน)			ชมรม	(คน)
1	คลองเตย	8	708	26	บึงกุ่ม	0	0
2	คลองสาน	0	0	27	ปทุมวัน	0	0
3	คลองสามวา	0	0	28	ประเวศ	7	719
4	คันนายาว	7	1,260	29	บ่อประเวศ	0	0
5	จตุจักร	4	510	30	พญาไท	1	25
6	จอมทอง	5	265	31	พระนคร	2	320
7	ดอนเมือง	21	1,155	32	พระโขนง	3	246
8	ดินแดง	0	0	33	ภาษีเจริญ	0	0
9	ดุสิต	10	575	34	มีนบุรี	1	250
10	ตลิ่งชัน	6	240	35	ยานนาวา	3	270
11	ทวีวัฒนา	4	277	36	ราชเทวี	0	0
12	ทุ่งครุ	0	0	37	ราษฎร์บูรณะ	0	0
13	ธนบุรี	9	375	38	ลาดกระบัง	0	0
14	บางกะปิ	5	367	39	ลาดพร้าว	1	120
15	บางกอกน้อย	6	963	40	วังทองหลาง	1	432
16	บางกอกใหญ่	2	70	41	วัฒนา	3	150
17	บางขุนเทียน	0	0	42	สะพานสูง	0	0
18	บางเขน	10	1,534	43	สาทร	5	230
19	บางคอแหลม	9	349	44	สายไหม	0	0
20	บางแค	3	228	45	สัมพันธวงศ์	0	0
21	บางซื่อ	12	455	46	สวนหลวง	4	331
22	บางนา	4	392	47	หนองจอก	4	366
23	บางบอน	0	0	48	หนองแขม	13	1,250
24	บางพลัด	8	354	49	หลักสี่	8	867
25	บางรัก	0	0	50	ห้วยขวาง	0	0
<b>รวม</b>						<b>189</b>	<b>15,653</b>

ที่มา: สำนักงานพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร, (2562)

### วิธีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ ใช้โปรแกรม Analysis for Sample Size (PASS) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 อำนาจทดสอบ 95% ขนาดอิทธิพล .15 ในการศึกษาตัวแปรทำนาย 10 ตัว ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 172 คน และเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนที่ดีและป้องกันการได้รับแบบสอบถามกลับไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มทั้งสิ้นเป็นจำนวน 246 คน

ส่วนการเลือกตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Sampling) โดยมีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 เป็นการสุ่มพื้นที่ของเขตกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster sampling) ได้พื้นที่ชั้นในของกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีจำนวน 13 เขต ประกอบด้วย คลองเตย จตุจักร พญาไท พระนคร ดุสิต ธนบุรี บางกอกน้อย บางกอกใหญ่ บางคอแหลม บางซื่อ สาทร วัฒนา ยานนาวา

ขั้นที่ 2 เป็นการสุ่มเขตตัวอย่าง เมื่อสุ่มได้พื้นที่ชั้นในของกรุงเทพมหานครแล้ว ผู้วิจัยสุ่มเขตตัวอย่างจาก 13 เขต โดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยการจับสลาก ได้มา 6 เขต ได้แก่ คลองเตย พญาไท บางคอแหลม สาทร ดุสิต พระนคร

ขั้นที่ 3 เป็นการสุ่มชมรมผู้สูงอายุตัวอย่าง เมื่อสุ่มได้เขตตัวอย่างแล้ว จากนั้นผู้วิจัยสุ่มชมรมตัวอย่างจาก 6 เขต โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยการจับสลาก ได้เขตละ 1 ชมรม ทั้งนี้ในแต่ละชมรม ได้คำนวณเลือกจำนวนสมาชิกตัวอย่างแบบให้มีสัดส่วนกับขนาด (Probability proportional to size sampling) ดังตาราง 3 ดังนี้



## 3.ระดับการศึกษา

- ( ) 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ ( ) 2. ประถมศึกษา  
( ) 3. มัธยมศึกษา ( ) 4. อื่นๆ ระบุ.....

4.โรคประจำตัว (โปรดระบุ).....

## ตอนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถี

### ใหม่

แบบวัดพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ สร้างขึ้นตามนิยามเชิงปฏิบัติการ ซึ่งแบบวัดมีลักษณะเป็นมาตราประเมินรวมค่า มี 4 ระดับ ตั้งแต่ “ปฏิบัติทุกครั้ง” ถึง “ไม่ปฏิบัติเลย” จำนวนข้อคำถามที่สร้างขึ้น จำนวน 13 ข้อ มีค่าความสัมพันธระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0.369 ถึง 0.719 และมีค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.842

ตาราง 4 ตัวอย่างแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่

ข้อ	ปฏิบัติทุกครั้ง	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติเลย
0	เมื่อต้องออกไปข้างนอก ฉันสวมหน้ากากอนามัย หรือ หน้ากากผ้า (+) (ด้านลด)			
000	ฉันงดกิจกรรมสังสรรค์ต่างๆที่ต้องพบเจอคนอื่น (+) (ด้านเลียง)			
0000	ฉันปล่อยให้ว่างเพราะเข้าใจสถานการณ์การแพร่ระบาดที่เราต้องอยู่กับมันไปอีกระยะ (+) (ด้านดูแล)			

เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าเป็นข้อความทางบวก ผู้ตอบจะได้คะแนน 4 ถึง 1 คะแนน จากคำตอบ “ปฏิบัติทุกครั้ง” ถึง “ไม่ปฏิบัติเลย” ตามลำดับ หากเป็นข้อความทางลบ ผู้ที่ตอบจะได้คะแนนทิศทางตรงกันข้าม โดยผู้ที่มีคะแนนมากจะเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมป้องกันตนเองจาก

โรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่มาก ส่วนผู้ตอบที่ได้คะแนนจากแบบวัดน้อย เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่น้อย

### ตอนที่ 3 แบบวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด-19

แบบวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด-19 สร้างขึ้นตามนิยามเชิงปฏิบัติการ ซึ่งแบบวัดมีลักษณะเป็นมาตราประเมินรวมค่า มี 4 หน่วย จาก “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ถึง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” จำนวนข้อคำถามที่สร้างขึ้น จำนวน 6 ข้อ มีค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0.566 ถึง 0.770 และมีค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.880

ตาราง 5 ตัวอย่างแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19

ข้อ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
0	ฉันมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 เพราะต้องออกจากบ้าน (+)			
00	การฉีดวัคซีนครอบโดส ทำให้ฉันไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 (-)			

เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าเป็นข้อความทางบวก ผู้ตอบได้คะแนน 4 ถึง 1 จากคำตอบ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ถึง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ตามลำดับ หากเป็นข้อความทางลบ ผู้ที่ตอบจะได้คะแนนทิศทางตรงกันข้าม โดยผู้ที่มีคะแนนมากจะเป็นผู้ที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่มาก ส่วนผู้ตอบที่ได้คะแนนจากแบบวัดน้อย เป็นผู้ที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่น้อย

### ตอนที่ 4 แบบวัดความรุนแรงของโรคโควิด-19

แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 สร้างขึ้นตามนิยามเชิงปฏิบัติการ ซึ่งแบบวัดมีลักษณะเป็นมาตราประเมินรวมค่า มี 4 หน่วย จาก “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ถึง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” จำนวนข้อคำถามที่สร้างขึ้น จำนวน 4 ข้อ มีค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับ

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0.575 ถึง 0.703 และมีค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .758

#### ตาราง 6 ตัวอย่างแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19

ข้อ	เห็นด้วยอย่าง ยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
0	การติดเชื้อไวรัสโควิด-19 อาจทำให้ ฉันมีโอกาสเสียชีวิต (+)			
00	ถ้าฉันมีโรคประจำตัวแล้วติดเชื้อ ไวรัสโควิด-19 จะทำให้ฉันเสี่ยงต่อ การเสียชีวิตมากขึ้น (+)			

เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าเป็นข้อความทางบวก ผู้ตอบได้คะแนน 4 ถึง 1 จากคำตอบ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ถึง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ตามลำดับ หากเป็นข้อความทางลบ ผู้ที่ตอบจะได้คะแนนทิศตรงกันข้าม โดยผู้ที่มีคะแนนมากจะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตที่ใหม่่มาก ส่วนผู้ตอบที่ได้คะแนนจากแบบวัดน้อย เป็นผู้ที่มีการรับรู้ความรุนแรงของในช่วงชีวิตที่ใหม่น้อย

#### ตอนที่ 5 แบบวัดการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคโควิด-19

แบบวัดการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคโควิด-19 ที่สร้างขึ้นตามนิยามเชิงปฏิบัติการ ซึ่งแบบวัดมีลักษณะเป็นมาตราประเมินรวมค่า มี 4 หน่วย จาก “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ถึง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” จำนวนข้อคำถามที่สร้างขึ้น จำนวน 8 ข้อ มีค่าความสัมพันธระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0.416 ถึง 0.627 และมีค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.803



ตาราง 7 ตัวอย่างแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันโรคโควิด-19

ข้อ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
0	การแยกตัวเพื่อสังเกตอาการผิดปกติ ทำให้คนในบ้านปลอดภัย (+)			
00	การงดเว้นไปมาหาสู่กัน ช่วยลดการ ระบาดของโรคไวรัสโควิด-19 (+)			

เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าเป็นข้อความทางบวก ผู้ตอบได้คะแนน 4 ถึง 1 จากคำตอบ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ถึง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ตามลำดับ หากเป็นข้อความทางลบ ผู้ที่ตอบจะได้คะแนนทิศทางตรงกันข้าม โดยผู้ที่มีคะแนนมากจะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่มาก ส่วนผู้ตอบที่ได้คะแนนจากแบบวัดน้อย เป็นผู้ที่มีการรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่น้อย

#### ตอนที่ 6 แบบวัดการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคโควิด-19

แบบวัดรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคโควิด-19 สร้างขึ้นตามนิยามเชิงปฏิบัติการ ซึ่งแบบวัดมีลักษณะเป็นมาตราประเมินรวมค่า มี 4 หน่วย จาก “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ถึง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” จำนวนข้อคำถามที่สร้างขึ้น จำนวน 9 ข้อ มีค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0.764 ถึง 0.870 และมีค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.936

ตาราง 8 ตัวอย่างแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคโควิด-19

ข้อ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
0	การสวมหน้ากากอนามัยเมื่อออก นอกบ้านเป็นเรื่องยุ่งยาก (-)			
00	การล้างมือด้วยน้ำและสบู่บ่อยๆ เป็นเรื่องที่ทำได้ลำบากหากอยู่ นอกบ้าน (-)			

เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าเป็นข้อความทางบวก ผู้ตอบได้คะแนน 4 ถึง 1 จากคำตอบ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ถึง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ตามลำดับ ถ้าเป็นข้อความทางลบ ผู้ตอบได้คะแนน ทิศทางตรงกันข้าม สำหรับผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดนี้สูง แสดงว่ามีการรับรู้อุปสรรคในการ ป้องกันโรครุนแรง ส่วนผู้ตอบที่ได้คะแนนจากแบบวัดนี้ต่ำ แสดงว่ามีการรับรู้อุปสรรคในการ ป้องกันโรคน้อย

### ตอนที่ 7 แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคโควิด-19

แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคโควิด-19 สร้างขึ้นตามนิยามเชิงปฏิบัติการ ซึ่งแบบวัดมีลักษณะเป็นมาตราประเมินรวมค่า มี 4 หน่วย จาก “มั่นใจมากที่สุด” ถึง “ไม่มั่นใจเลย” จำนวนข้อคำถามที่สร้างขึ้น จำนวน 7 ข้อ มีค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อ กับคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0.531 ถึง 0.728 และมีค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.872

#### ตาราง 9 ตัวอย่างแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคโควิด-19

ข้อ	มั่นใจมากที่สุด	มั่นใจมาก	ไม่มั่นใจ	ไม่มั่นใจเลย
0	ฉันเชื่อว่าฉันสามารถเว้นระยะห่างระหว่างผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม เมื่อต้องอยู่ในสถานที่แออัด (+)			
00	ฉันมั่นใจว่าฉันสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องตามคำแนะนำ (+)			

เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าเป็นข้อความทางบวก ผู้ตอบได้คะแนน 4 ถึง 1 จากคำตอบ “มั่นใจมากที่สุด” ถึง “ไม่มั่นใจเลย” ตามลำดับ หากเป็นข้อคำถามทางลบ ผู้ที่ตอบจะได้คะแนน ทิศทางตรงกันข้าม โดยผู้ที่มีคะแนนมากจะเป็นผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่มาก ส่วนผู้ตอบที่ได้คะแนนจากแบบวัดนี้ต่ำ เป็นผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่น้อย

### ตอนที่ 8 แบบวัดการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19

แบบวัดการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 สร้างขึ้นตามนิยามเชิงปฏิบัติการ ซึ่งแบบวัดมีลักษณะเป็นมาตราประเมินรวมค่า มี 4 หน่วย จาก “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ถึง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” จำนวนข้อคำถามที่สร้างขึ้น จำนวน 5 ข้อ มีค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0.516 ถึง 0.665 และมีค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.811

#### ตาราง 10 ตัวอย่างแบบสอบถามการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19

ข้อ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
0	ฉันค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองจากโรคโควิด-19 จากเว็บไซต์กระทรวงสาธารณสุข (+)			
00	ฉันเลือกติดตามข่าวสารจากสื่อที่มีความน่าเชื่อถือ หรือหน่วยงานของรัฐ (+)			

เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าเป็นข้อความทางบวก ผู้ตอบได้คะแนน 4 ถึง 1 จากคำตอบ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ถึง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ตามลำดับ สำหรับผู้ตอบที่ได้คะแนนรวมจากแบบวัดนี้มาก แสดงว่ามีการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 มาก ส่วนผู้ตอบที่ได้คะแนนจากแบบวัดน้อย แสดงว่ามีการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 น้อย

### ตอนที่ 9 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19

แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 สร้างขึ้นตามนิยามเชิงปฏิบัติการ ซึ่งแบบวัดมีลักษณะเป็นตัวเลือก “ถูก” และ “ผิด” โดยมีคำตอบที่ถูกต้องเพียงข้อเดียว

## ตาราง 11 ตัวอย่างแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19

ข้อ	ถูก	ผิด
0	โควิด-19 ที่เป็นสายพันธุ์ใหม่ อาการโดยทั่วไประยะแรกจะ ไม่แสดงอาการ (ข้อถูก)	
00	หากกินอาหารเผ็ดๆสามารถ ฆ่าเชื้อไวรัสให้ตายได้ (ข้อ ผิด)	

ผู้ที่ตอบได้คะแนนมาก หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 มาก ผู้ที่ตอบได้  
คะแนนน้อย หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 น้อย ผู้วิจัยแบ่งระดับความรู้เป็น 3 ระดับ โดย  
ประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ (Bloom, 1971) ค่าคะแนนมากที่สุด ลบ คะแนนน้อยที่สุด หาร  
จำนวนระดับ

$$\frac{5 - 0}{3} = 1.67$$

เกณฑ์การแปลคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19

0.00 ถึง 1.67 คะแนน มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับน้อย (ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60)

1.68 ถึง 3.32 คะแนน มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลาง (ได้  
คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60-79.99)

3.33 ถึง 5.00 คะแนน มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมาก (ได้คะแนน  
ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป)

### การหาคุณภาพเครื่องมือ

#### 1. การหาความเที่ยงตรง (Validity)

ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัด (Content Validity) โดยให้  
ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบ โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านเชี่ยวชาญด้านแบบวัดและการ  
ประเมินการวิจัยอีก 2 ท่านเชี่ยวชาญด้านทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ ตรวจสอบว่ามีเนื้อหา  
ครอบคลุมตามนิยามเชิงปฏิบัติการที่กำหนดไว้และตรวจดูความถูกต้องเชิงภาษาว่ามีความ  
เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญมาหาค่าความสอดคล้อง (IOC)

โดยคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 (สุวิมล ตีรกาพันธ์, 2550)

## 2.การหาความเชื่อมั่น (Reliability)

การหาความเชื่อมั่นแบบวัดในงานวิจัยครั้งนี้ หาจากการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ให้เกณฑ์ที่ระดับ .70 ขึ้นไป (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2553) ซึ่งแบบวัดในงานวิจัยครั้งนี้ มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา ระหว่าง.76 ถึง .94

## 3.การหาค่าความยากง่าย

การหาค่าความยากง่ายในงานวิจัยครั้งนี้ใช้เฉพาะแบบวัดที่ 8 ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ซึ่งนำมาวิเคราะห์หาค่าความยากง่าย โดยเลือกเฉพาะข้อที่มีค่าความยากระหว่าง .20-.80 จากนั้นนำไปคำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน 20 (Kuder Richardson, K-R 20)

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

- 1.ประสานงานกับประธานชมรมผู้สูงอายุ เพื่อขอความอนุเคราะห์ใช้สถานที่ในการเก็บข้อมูลและกลุ่มตัวอย่างในระยะเวลาที่กำหนด
- 2.ดำเนินการจัดทำแบบสอบถาม ให้เพียงพอกับจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ไปเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.ประสานงานกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อนัด วัน เวลา สถานที่และดำเนินการเก็บข้อมูลพร้อมชี้แจงรายละเอียดของการเก็บข้อมูลและนัดหมายระยะเวลาการส่งข้อมูลกลับคืน
- 4.ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ครบถ้วนของแบบสอบถามแต่ละฉบับ โดยการคัดเลือกแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์มาจัดเก็บและรวบรวมข้อมูลเพื่อใช้ในการวิเคราะห์

### การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป มีแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ ดังนี้

- 1.การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น ใช้สถิติบรรยาย เพื่ออธิบายลักษณะกลุ่มตัวอย่างและลักษณะของตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ ปัจจัยด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติ ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ ปัจจัยชีวสังคม

### เกณฑ์การแปลผล

การแปลความหมายของค่าเฉลี่ยมีเกณฑ์ ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2545)

$$\text{สูตรอันดับภาคขั้น} = \frac{(\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด})}{\text{จำนวนขั้น}} = \frac{(4-1)}{4} = \frac{0.75}{4}$$

ค่าเฉลี่ย 3.26-4.00 ปฏิบัติทุกครั้ง/เห็นด้วยอย่างยิ่ง/มั่นใจมากที่สุด

หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 หรือ มีความเชื่อด้านสุขภาพ ในระดับ มากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 2.51-3.25 ปฏิบัติบ่อยครั้ง/เห็นด้วย/มั่นใจมาก

หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 หรือ มีความเชื่อด้านสุขภาพ ในระดับ มาก

ค่าเฉลี่ย 1.76-2.50 ปฏิบัติบางครั้ง/ไม่เห็นด้วย/ไม่มั่นใจ

หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 หรือ มีความเชื่อด้านสุขภาพ ในระดับ น้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.75 ไม่ปฏิบัติเลย/ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง/ไม่มั่นใจเลย

หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 หรือ มีความเชื่อด้านสุขภาพ ในระดับ น้อยที่สุด

2. การวิเคราะห์อำนาจการทำนายระหว่างตัวแปรต้นทั้งหมดกับตัวแปรตาม ใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ( multiple regression Analysis)

### จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมในมนุษย์จาก ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ หมายเลขรับรอง SWUEC-G-408/2563E ก่อนที่ได้อนุญาตให้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ ผู้วิจัยคำนึงและตระหนักถึงจริยธรรมในมนุษย์โดยมีแนวปฏิบัติ ดังนี้

1.ชี้แจงกระบวนการทำวิจัยให้กลุ่มผู้ร่วมวิจัยรับทราบ สอบถามความสมัครใจ การให้ข้อมูลก่อนเก็บข้อมูล ก่อนเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้ขออนุญาตบันทึกเสียง จากผู้ให้ข้อมูลหลักทุกครั้งและชี้แจงผู้ให้ข้อมูลหลักทุกครั้งถึงการมีอิสระที่จะให้ข้อมูลและมีสิทธิตอบหรือไม่ตอบคำถาม ในประเด็นที่ไม่ต้องการเปิดเผย

2.เปิดโอกาสผู้ให้ข้อมูลได้ซักถามข้อสงสัย ให้เวลาคิดตัดสินใจด้วยความสมัครใจ



3. เก็บข้อมูลในที่ปลอดภัยและไม่เปิดเผยให้แก่ผู้อื่น ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลที่ได้  
อย่างตรงไปตรงมาตามข้อค้นพบที่ได้ศึกษาและใช้นามสมมติในการกล่าวถึงผู้ให้ข้อมูลแทนการใช้  
ชื่อจริง
4. ผู้วิจัยดำเนินการยึดหลักคุณประโยชน์ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย จิตใจ  
สังคมและกฎหมาย
5. หลังจากเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัยผู้วิจัยทำลายข้อมูลผู้ให้ข้อมูลด้วยตนเอง



## บทที่ 4

### ผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้มีจุดประสงค์เพื่อทำความเข้าใจพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ และเพื่อค้นหาตัวทำนายสำคัญที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยแบ่งการนำเสนอออกเป็น 2 ตอน ตอนที่ 1 เป็นการนำเสนอผลการวิจัยเชิงคุณภาพ ตอนที่ 2 การเชื่อมโยงผลการวิจัยเชิงคุณภาพสู่การวิจัยเชิงปริมาณ และตอนที่ 3 เป็นการนำเสนอผลการวิจัยเชิงปริมาณ มีสาระสำคัญดังนี้

#### ตอนที่ 1 ลักษณะพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์ในส่วนนี้เป็นการตอบจุดมุ่งหมายการวิจัยข้อที่ 1 เพื่อทำความเข้าใจพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ ผู้วิจัยแบ่งการนำเสนอออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุ ส่วนที่ 2 การใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด-19 และส่วนที่ 3 ลักษณะพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ มีรายละเอียดดังนี้

##### ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุ

ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุแสดงดังตารางที่ 12 สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 72 - 80 ปี สถานภาพแต่งงาน 3 ท่าน สถานภาพโสด 1 ท่าน ประกอบอาชีพค้าขาย, อาสาสมัครสาธารณสุข, อาสาสมัครในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว บางท่านมีโรคประจำตัวไทรอยด์และไขมันอุดตันเส้นเลือด ถึงแม้บางท่านอาจมีโรคประจำตัวแต่ไม่มีปัญหาสุขภาพที่รุนแรง สามารถทำกิจกรรมและกิจกรรมประจำวันได้ตามปกติ

ตาราง 12 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้ข้อมูลผู้สูงอายุ

ลำดับ	นามสมมติ	เพศ	อายุ	สถานภาพ	โรคประจำตัว	อาชีพ
1	ชัชฎาภากร	หญิง	80	แต่งงาน	ไทรอยด์และไขมัน ในเลือดสูง	อาสาสมัครประจำ ชุมชน
2	ชัชฎาภาศา	หญิง	80	แต่งงาน	ไม่มี	ข้าราชการบำนาญ, อาสาสมัครที่ โรงพยาบาล
3	ชัชฎาภาช	หญิง	72	โสด	โรคหัวใจ	อาสาสมัครชมรม ผู้สูงอายุ
4	ชัชฎาภากุล	หญิง	80	แต่งงาน	ไม่มี	ข้าราชการบำนาญ, อาสาสมัครผู้สูงอายุ

## ส่วนที่ 2 การใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-

19

ในส่วนนี้ผู้วิจัยนำเสนอวิถีชีวิตของผู้ให้ข้อมูลแต่ละท่าน เพื่อให้เห็นภาพการดำเนินชีวิตท่ามกลางสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 มีรายละเอียดดังนี้

### คุณยายชัชฎาภากร

คุณยายอายุ 80 ปี ปัจจุบันอาศัยอยู่บ้านกับสามี ส่วนลูก ๆ ทั้งสองแต่งงานมีครอบครัวแยกย้ายไปอยู่คนละที่ ลูกคนโตของคุณยายได้ไปมาหาสู่ตลอดเวลา บางครั้งก็พากันไปเที่ยวต่างจังหวัดหรือบางครั้งลูก ๆ พาไปทานข้าวตามห้างสรรพสินค้า คุณยายมีโรคประจำตัวคือ ไทรอยด์และไขมันในเลือดสูง จำเป็นต้องกินยาเป็นประจำสม่ำเสมอ คุณยายเล่าว่า โดยรวมสุขภาพร่างกายของตนเองพอใช้ได้อยู่ในเกณฑ์ที่ดี โดยไปตรวจสุขภาพร่างกายเป็นประจำทุก ๆ 3 เดือน เมื่อมีนัดพบแพทย์จะไปตามนัดทุกครั้ง

ชีวิตประจำวันของคุณยาย เริ่มต้นตั้งแต่ตื่นนอนประมาณ 6 โมงเช้า ตีหมาแพะ และของกินเล็ก ๆ น้อย ๆ กับสามี เมื่อทำธุระส่วนตัวเสร็จก็จะเก็บกวาดบ้านให้เรียบร้อย ประมาณ 10 โมงเช้าก็ออกมาเป็นอาสาสมัครในศูนย์ผู้สูงอายุที่อยู่ภายในวัดแห่งหนึ่งใกล้ ๆ บ้าน คุณยายมีหน้าที่คอยดูแลให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ต้องการอาหาร และดูแลความเรียบร้อยเมื่อมีกิจกรรม

สวดมนต์ไหว้พระ หรือคอยช่วยเหลือเมื่อมีงานประเพณีศาสนา ช่วงบ่ายเป็นเวลาพบปะเพื่อนฝูง ทั้งที่เป็นอาสาสมัครและไม่ได้เป็นอาสาสมัครจึงเป็นช่วงเวลาที่ได้พูดคุยสนุกสนาน ใครมีเรื่อง เดือดร้อนก็ให้คำปรึกษาและให้กำลังใจกัน

หลังเสร็จกิจกรรมช่วงบ่าย เมื่อกลับถึงบ้านก็จะดูโทรทัศน์ โดยมีรายการโปรดคือ ละคร หรือการแข่งขันกีฬา ระหว่างดูโทรทัศน์จะรับประทานอาหารเช้าไปด้วย อาหารแต่ละ มื้อ คุณยายจะออกไปซื้อกับข้าวที่ตลาดมาทำกับข้าวหรือบางวันซื้อกับข้าวสำเร็จรูปมากิน ในบาง วันที่คุณยายทำกับข้าวเองจะเป็นอาหารประเภทเน้นผักหรือน้ำพริก เน้นอาหารปรุงสุก หลังจากทานมื้อเย็นแล้วก็จะดูทีวีกับสามีและเข้านอนประมาณสี่ทุ่ม

คำว่า ชีวิตวิถีใหม่ ในความเข้าใจของคุณยาย คุณยายคิดว่า เป็นวิถีชีวิตที่เน้น การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโควิด-19 โดยต้องใส่หน้ากากอนามัย ล้างมือ เว้นระยะห่างทางสังคม ดัง คำกล่าวที่ว่า

“...ป้องกันตัวเราให้ดีไปไหนมาไหน เราก็ต้องใส่หน้ากากใส่อะไร ล้างมือล้างอะไร จะคุยกับใครอะไรไม่ต้องสัมผัสกัน อยู่ห่างกันหน่อย”

(คุณป้าชญญากร สัมภาษณ์วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)

ในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19 คุณยายให้ข้อมูลว่า งดไปต่างจังหวัดอยู่แต่ในบ้าน ไม่กล้าออกไปไหนไกล ๆ เพราะรู้สึกกลัวและกังวล แต่คุณยายยังคงไปวัดแถว ๆ บริเวณชุมชนของตนเองเพื่อไปทำงานเป็นอาสาสมัครตามปกติ เมื่อคุณยายต้องออกนอกบ้านสวม หน้ากากอนามัยทุกครั้งอย่างเคร่งครัด กลับเข้าบ้านจะล้างมือตลอด ขณะอยู่นอกบ้านจะใช้เจล แอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือตลอด สาเหตุที่ต้องปฏิบัติตัวในลักษณะนี้ก็เพราะตนเองเป็นอาสาสมัครก็ควรเป็นแบบอย่างเรื่องการป้องกันโควิด-19 ให้กับคนในชุมชน นอกจากการดูแล เรื่องความสะอาดแล้ว คุณยายยังงดออกไปในสถานที่ที่มีคนเยอะ ๆ เช่น ห้างสรรพสินค้า ลูก ๆ จะซื้ออาหารมาให้ทานที่บ้านแทนการออกไปกินนอกบ้าน เมื่อมีความจำเป็นต้องออกไปซื้อของนอกบ้าน เช่นของกินของใช้คุณยายจะออกมาซื้อของตอนช่วงเวลาที่คนไม่เยอะและจะรีบซื้อรีบกลับ เมื่อแถวชุมชนมีงานเลี้ยงสังสรรค์คุณยายจะงดไปร่วมงาน ส่วนการติดตามข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโควิด-19 คุณยายเปิดรับข่าวสารจากโทรทัศน์เป็นประจำ ในเรื่องการดูแลอาหารการกิน จะเน้นกินอาหารปรุงสุก อาหารร้อน และกินแยกสำหรับกับคุณตา ซ่อนใครซ่อนมัน คุณยายจะออกกำลังกายเป็นประจำโดยการแกว่งแขนในตอนเช้าและตอนเย็น

“เราเป็นอาสาสมัครไงเราต้องดูแลคนอื่นด้วย คนไหนไม่เข้าใจเราก็อธิบายให้เขาฟัง...ล้างมือล้างมือตลอด ไปข้างนอกมาก็รีบมาล้างมือเช็ดแอลกอฮอล์ เขาก็ให้มา ตั้งอยู่นั่นนะ ขวดหนึ่ง...มีเจลมีอะไรติดกระเป๋าตลอด เราไปไหน ๆ เราก็นิดของเขาบ้าง ของเราบ้าง”  
(คุณป้าชญญากร สัมภาษณ์วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)

“ก่อนโควิด ก็ออกไปตามห้างบ้าง แต่พอมีโควิด จะไม่ไปในพื้นที่ที่ชุมนุมคนเยอะ ๆ ลูก ๆ เขาก็บอกแม่กินอยู่บ้าน แม่อยากอะไรเขาก็ซื้อมาให้...ใช้ชีวิตอยู่ในอย่างนี้แหละไป ๆ มา ๆ ในชุมชนเนี่ย”  
(คุณป้าชญญากร สัมภาษณ์วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)

“เวลากินก็ต้องกินร้อนช้อนกลาง ช้อนใครช้อนมัน แล้วก็ที่บ้านก็ต่างคนต่างกินนะ ไม่กินรวมกันเลย ไม่ต้องมีช้อนกลางช้อนใครต่างคนต่างกิน กินแล้วก็ของใครของมัน”  
(คุณป้าชญญากร สัมภาษณ์วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)

### คุณยายชญญา มาศ

คุณยายอายุ 80 ปี ปัจจุบันอาศัยอยู่กับสามี มีลูกคนเดียวแต่ลูกได้เสียชีวิตไปแล้ว คุณยายเป็นคนที่สุขภาพแข็งแรงไม่มีโรคประจำตัว

ชีวิตประจำวันคุณยายตื่นเช้าตั้งแต่ประมาณตีห้าเพื่อออกกำลังกายเป็นประจำ เมื่อออกกำลังกายเสร็จแล้วก็จะทำอาหารเช้าทานกับสามี คุณยายมักทำอาหารกินเองทั้งมือเช้า กลางวัน และเย็น โดยไปซื้อวัตถุดิบจากตลาดใกล้บ้าน เนื่องจากเป็นคนทานอาหารรสไม่จัดมาก ไม่เค็มมาก เมนูอาหารส่วนใหญ่เน้นประเภทผักและปลา ไม่ค่อยเน้นเนื้อแดง เมื่อทานของควาเสร็จจะทานผลไม้ เช่นกล้วยซึ่งทานเป็นประจำวันละ 2 ลูก ส่วนอาหารเย็นจะทานแค่ข้าวต้มและกล้วย ระหว่างวันคุณยายจะออกไปนอกบ้านเพื่อไปทำงานเป็นอาสาสมัคร คือการเย็บผ้าคลุมผมให้กับทางโรงพยาบาลที่คุณยายเป็นอาสาสมัครอยู่ บางวันคุณยายมีภารกิจเป็นอาสาสมัครออกตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลและแพทย์ตามชุมชน นอกจากนี้ยังทำงานเป็นอาสาสมัครที่โรงพยาบาลและเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุแห่งหนึ่ง

ในวันจันทร์มีหน้าที่ช่วยงานที่โรงพยาบาลแผนกกระดูก ช่วยวัดความดันให้คนไข้ ช่วยตอบคำถามหรือให้คำแนะนำต่าง ๆ กับคนไข้ วันอังคารไปชมรมผู้สูงอายุ มีหน้าที่ให้คำปรึกษาและช่วยเหลืองานที่ชมรมผู้สูงอายุ เช่นเมื่อโรงพยาบาลมีโครงการตรวจสุขภาพให้ผู้สูงอายุ คุณยายจะเป็นคนประสานงาน ประชาสัมพันธ์และให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ วันพุธไป

ทำกิจกรรมที่ชมรมวัดแห่งหนึ่งเพื่อเป็นนักร้องในวงดนตรีที่มีการเล่นอังกะลุง เป็นแนวเพลงไทยเดิมและเพลงสากล และในวันพฤหัสบดีจะไปสอนการเล่นอังกะลุงให้ผู้สูงอายุที่บ้านพักคนชราแห่งหนึ่ง บางวันเมื่อมีเวลาว่างจะนัดกลุ่มเพื่อนเล่นเปตองซึ่งเป็นกีฬาโปรดของคุณยาย คุณยายค่อนข้างมีกิจกรรมที่หลากหลายในแต่ละสัปดาห์ ช่วงบ่ายของแต่ละวันที่มีการทำกิจกรรมนอกบ้าน คุณยายจะเสร็จภารกิจและกลับเข้าบ้านประมาณบ่ายสามโมงเย็น จากนั้นทำกับข้าวทานอาหารเย็นร่วมกับสามี รดน้ำต้นไม้ และเข้านอนประมาณสี่ทุ่มของทุกวัน

คำว่า ชีวิตวิถีใหม่ ในความเข้าใจของคุณยาย คุณยายคิดว่า เมื่อก่อนเคยปฏิบัติตัวแบบสบาย ๆ ไม่มีกฎเกณฑ์ในการใช้ชีวิตประจำวัน พอเกิดโรคระบาดโควิด-19 ทำให้ต้องเปลี่ยนแปลงการใช้ชีวิตในรูปแบบใหม่ ภายใต้กฎเกณฑ์ที่สังคมได้กำหนดให้ปฏิบัติตัว และกลายเป็นเหมือนกิจวัตรประจำวันของเราที่ต้องทำไปแล้ว ดังคำกล่าวที่ว่า

“ความเข้าใจอย่างนี้นะคะ เข้าใจว่าสมัยก่อนนี้เราปฏิบัติตัวเนียบแบบเรียบง่าย ๆ ไม่มีกฎเกณฑ์อะไรมากมายเลย เราจะทำอะไรอะไรเนี่ยก็สะดวกทุกอย่าง สะดวกหมดเลย แต่ช่วงหลังที่มีโควิดเข้าใจแบบนี้ค่ะ”

(คุณป้าชญญามาศ สัมภาษณ์วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)

“แม้แต่วิถีประจำวันของเรา การดำรงชีพแต่ละวันของเราด้วยนะคะ...มันเป็นกิจวัตรประจำตัวไป แล้วล้างมืออีกอย่างหนึ่ง ล้างมือแล้วเดี๋ยวเนี่ยพอจับอะไร ๆ น้อยก็ล้างมือ”

(คุณป้าชญญามาศ สัมภาษณ์วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)

“เนี่ยมันไม่สะดวกไปหมดทุกอย่างเลยเราต้องปฏิบัติตัวใหม่ทำใหม่กับชีวิตของเรา การเปลี่ยนแปลงมันเปลี่ยนแปลงอันนี้คือจากการที่เราทำอะไรๆเราก็ต้องกลับมาอยู่ในกรอบในกรอบที่ว่า เขากำหนดให้ แล้วก็ตัวเราเองเนี่ย ปฏิบัติตัวเราเองด้วยนะคะ”

(คุณป้าชญญามาศ สัมภาษณ์วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)

ในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19 คุณยายให้ข้อมูลว่า ชีวิตประจำวันในช่วงเข้ายังคงใช้ชีวิตเหมือนเดิม แต่งดออกนอกบ้านเพื่อไปทำกิจกรรมช่วงระหว่างที่มีการแพร่ระบาดของโควิด-19 โดยจะออกจากบ้านเท่าที่จำเป็นเท่านั้น เช่นออกไปซื้อของกินของใช้ คุณยายมีความกังวล



และกลัวโรคนี้เพราะคิดว่าเป็นโรคที่มีความรุนแรง ช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโควิดในช่วงแรก หากมีนัดตรวจสุขภาพประจำปีคุณยายจะเลื่อนนัดแพทย์ไปก่อน เมื่อออกนอกบ้านจะพกเจลแอลกอฮอล์ตลอดเวลา เช่นเมื่อเดินทางด้วยรถโดยสาร ทันทีที่ลงรถจะใช้เจลแอลกอฮอล์ทำความสะอาดมือ สวมใส่หน้ากากตลอดเวลา หลีกเลี้ยงพื้นที่ที่มีคนหนาแน่น และล้างมือทำความสะอาดมือเป็นประจำ เมื่อกลับเข้าบ้านจะล้างมือจนถึงข้อศอก ล้างเท้าล้างรองเท้าก่อนเสมอ แล้วนำเสื้อผ้า หน้ากากผ้าที่ตนสวมใส่ตากแดดจัด ๆ

ส่วนงานอาสาสมัครที่คุณยายสามารถทำได้ที่บ้านคือการรับงานเย็บหมวกคลุมศีรษะสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ทำคีโมแล้วผมร่วง หรืองานเย็บตุ๊กตาข้างจับมือเพื่อใช้กับคนไข้ที่เป็นนิ้วล็อก คุณยายเล่าว่าเป็นกิจกรรมที่ชอบทำและได้ช่วยเหลือผู้อื่น คุณยายค่อนข้างมีเพื่อนเยอะเวลาว่างก็จะทำกิจกรรมเล่นไลน์คุยกับเพื่อน ๆ แทนการพบปะกันในช่วงโควิด-19 คุณยายเล่าว่าบ้านอยู่ติดถนนถ้าเวลารถวิ่งผ่านไปมาเมื่อออกนอกบริเวณหน้าบ้านก็ต้องใส่หน้ากากอนามัย เพราะเชื่อว่าโควิด-19 อาจมากับลมที่พัดเข้าใบหน้าได้ ช่วงแรกของการระบาดโควิด-19 คุณยายเห็นคนที่ไม่สวมหน้ากากก็จะเข้าไปบอกกล่าวว่าควรสวมใส่หน้ากากเพื่อป้องกันเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย ดังคำกล่าวที่ว่า

“ทำที่เราเป็นอาสาทุกแห่งเขาจะบอกว่าให้หยุดไปก่อนจนกว่าเขาจะแจ้งให้ทราบนะคะ เราก็ไม่ได้ไปไหน เราไม่ได้ออกไปไหนเลยนะคะ วงแรกนะคะอยู่บ้านจะออกไปเท่าที่จำเป็น อย่างไม่ซื้อของอย่างนี้”

(คุณป้าชญญา มาศ สัมภาษณ์วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)

“อย่างช่วงแรกๆตามโรงพยาบาลเราก็เลื่อนบางที่มีตรวจหมายถึงตรวจสุขภาพประจำปีอะไรก็เลื่อนเขาขอเลื่อนไป...รุนแรงเยอะมากเลยกลัวอีกอย่างเน็งมันอะไรอะ”

(คุณป้าชญญา มาศ สัมภาษณ์วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)

“แต่อยู่ข้างนอกเนี่ย เวลาเราออกข้างนอกในที่แห่งหนึ่งเราจะต้องใช้น้ำยาล้างของเราเอง เป็นเจลแอลกอฮอล์อะไรพวกเนี่ยคะ ล้างทุกครั้ง สมมติว่าเราไปที่แห่งหนึ่งจึ้นรถจึ้น เราลงจากรถปั๊บ เราล้างเลย อันนี้ปฏิบัติมาเรื่อยเลย”

(คุณป้าชญญา มาศ สัมภาษณ์วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)

“ล้างมือล้างเท้า ส่วนมาสนี้จะใช้ตากแดดถ้ากลับมาจะคะ เสื้อเหมือนกัน เสื้อที่เราใส่ไปเราก็ตากแดดไว้ก่อน ตากแดดไป แดดจัด ๆ ก็ตากไป ล้างมือล้างเท้าล้างมือก็ล้างเนี่ย ล้างตามวิธีเขา แล้วก็ล้างสูงขึ้นมาถึงศอกเลยนะคะ”

(คุณป้าชัญญามาศ สัมภาษณ์วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)

“ช่วงนี้จะคะคือเราอยู่บ้านส่วนมากประจำวันมาอยู่กับบ้านเลยก็ทำงานเกี่ยวกับบ้านทั้งนั้นเลยนะคะงานในบ้านก็มีที่ทำความสะอาดบ้านชอบความสะอาดนะคะ แล้วก็ดูแลปลูกต้นไม้เยอะดูแลต้นไม้ปรับปรุงแล้วบ้านก็ดูว่าความเรียบร้อยของบ้าน ตรงไหนรกเราก็ทำให้มันเรียบร้อยขึ้นมาคืออาศัยเวลารว่างเนี่ยคะทำแล้วก็ทำงาน ออกกำลังกาย ก็ออกกำลังกายที่บ้านอยู่ประจำอยู่แล้วนะคะ”

(คุณป้าชัญญามาศ สัมภาษณ์วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)

“งานโรงพยาบาลก็คือ เย็บเต้านมของโรงพยาบาลเลิดสินนะคะ เย็บเต้านม แล้วก็ผ่าคลุ้มผม ที่สำหรับคนคีโม แล้วมันผมร่วงอะ แล้วก็ที่ออกกำลังกายมีเหมือนเป็นตั้ข้างมี 5 นิ้ว”

(คุณป้าชัญญามาศ สัมภาษณ์วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)

“คนไข้ที่มีมือล็อกบ้าง เจ็บมือบ้าง เขาก็เอาไว้สวมเป็นตัวข้าง เหมือนตัวข้างแล้วก็มีเป็นนิ้ว ๆ ใส่แล้วก็บีบอย่างนี้คะ แล้วก็อันนี้นั่นอันนั้น แล้วก็ส่วนมากจะเย็บผ่าคลุ้มผม ผ่าโพกผมเย็บ เขาจะตัดมาให้ก็ต่างคนต่างก็บอกว่า คนรับไปเนี่ยเขาชมว่าเรียบร้อยฝีมือดี”

(คุณป้าชัญญามาศ สัมภาษณ์วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)

### คุณยายชัญญาอนุช

คุณยายอายุ 72 ปี มีลูก 2 คน อาศัยอยู่กับลูก ลูกจะมีบ้านอีกที่หนึ่ง แม่ลูก ๆ จะอยู่คนละที่กับคุณยายแต่ก็จะไปมาหาสู่คุณยายเป็นประจำ คุณยายเป็นโรคหัวใจเคยได้รับการผ่าตัดหัวใจมาประมาณ 1 ปี การเป็นโรคหัวใจทำให้คุณยายต้องมีนัดพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

ชีวิตประจำวันคุณยายตื่นเช้า ทำธุระส่วนตัว ทำงานบ้าน รดน้ำต้นไม้ ให้อาหารสัตว์ และออกไปชมรมผู้สูงอายุเพื่อทำกิจกรรมในวันจันทร์และวันอังคาร คุณยายมีหน้าที่ทำผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ ตามโครงการที่โรงพยาบาลร่วมกับชมรมผู้สูงอายุจัดทำขึ้น นำสินค้าที่ผลิตไปจำหน่าย เพื่อหารายได้เข้าชมรมผู้สูงอายุ เสรีจากรกิจช่วงบ่ายก็กลับบ้าน จากนั้นจะออกกำลังกายโดยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ช่วงเย็นจะไปเดินออกกำลังกายรอบหมู่บ้าน และกลับเข้าบ้าน ทำกับข้าว และพักผ่อน คุณยายมักจะเดินทางไปทำบุญตามจังหวัดต่าง ๆ คุณยายเล่าว่าค่อนข้างเดินทางไปทำบุญต่างจังหวัดบ่อย ๆ

คำว่า ชีวิตวิถีใหม่ ในความเข้าใจของคุณยาย คุณยายคิดว่า คือการหลีกเลี่ยงที่จะใกล้ชิด หรือเข้าไปใกล้ผู้อื่น และเลี่ยงการสัมผัสกัน ดังคำกล่าวที่ว่า

“ก็คือพยายามอย่าใกล้ชิดกัน พยายามอย่าใกล้ชิดกัน พยายามห่าง ๆ เข้าไว้ ไม่จำเป็นจริงอะไรพวกนี้ ไม่ต้องสัมผัสกันอะไรต่อมิอะไร”

(คุณป้าชัญญานุช สัมภาษณ์วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)

ช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19 ในช่วงแรกคุณยายค่อนข้างกลัวและกังวลต่อการแพร่ระบาดของโควิด-19 เนื่องจากคุณยายเพิ่งผ่าตัด หัวใจและร่างกายยังคงไม่แข็งแรง ไม่กล้าออกไปข้างนอกบ้าน หรือออกจากบ้านเท่าที่จำเป็น คุณยายจะซื้อของผ่านออนไลน์โดยเลี่ยงการออกนอกบ้าน คุณยายดูแลสุขภาพตนเองด้วยการกินอาหารที่มีประโยชน์ ไม่ดื่มน้ำเย็น ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด ได้แก่ สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาเมื่อออกนอกบ้าน เปลี่ยนหน้ากากอนามัยระหว่างวันเมื่อเปียกชื้นจากเหงื่อ ล้างมือตามขั้นตอนอย่างถูกวิธี ดังคำกล่าวที่ว่า

“เรียกว่ายังไม่มีประสบการณ์ที่เจอแก่จนปานนี้ยังไม่เคยเจอก็ค่อนข้างตกใจไม่กล้าไปไหนเลย แม้แต่ตลาดก็ไม่ออก ที่นี้ยังดีหน่อย คือตอนนี้มันมีเทคโนโลยี ก็คือมีส่งไลน์แมน อะไรพวกนี้ ก็เล่นส่งอะไรพวกนี้ทั้งนั้นเลย จะไม่ออกไปไหนเลยตลอดเวลา 2 เดือน”

(คุณป้าชัญญานุช สัมภาษณ์วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)

“เวลาถ้านึกอยากทานอะไรก็อาศัยไลน์แมนอย่างเดียวที่นี้ดี”

(คุณป้าชัญญานุช สัมภาษณ์วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)

“ตอนเข้ายังแวะออกมาไปตลาดสดนิดหน่อย แต่ก็คือรีบออกรีบเข้าเลย กลัวมากกลัวสุดขีดเลย”

(คุณป้าชัญญานุช สัมภาษณ์วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)

“คือเราเรารู้ว่าเราเพิ่งผ่าหัวใจมา เพราะว่าช่วงโควิดครั้งแรกนี้ พึ่งจะผ่าหัวใจมา ยังอยู่ระหว่างช่วงพักฟื้นอยู่ด้วย กลัวมาก... เพราะเพิ่งผ่ามา แล้วมาเป็นโรคแพร่ระบาด กลัวมากเลยไม่กล้าไปไหนเลย”

(คุณป้าชัญญานุช สัมภาษณ์วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)

“พยายามรักษาสุขภาพตัวเอง ไม่ให้เป็นหวัด ไม่ให้ร้อนใน อะไรต่อมิอะไร ทานผักแต่ส่วนใหญ่จะเป็นคนแก่ที่ไม่ค่อยทานน้ำแข็งไม่ค่อยอะไรพวกนี้มักจะทานน้ำอุ่นอะไรต่อมิอะไร แล้วก็คือทำอาหารทานเองแล้วก็คือพยายามรักษาความสะอาดแต่ข้อสำคัญคือไม่กล้าไปไหนเลย”

(คุณป้าชัญญา นุช สัมภาษณ์วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)

“พยายามศึกษาจากในเน็ต พยายามติดตามข่าวอย่างใกล้ชิด”

(คุณป้าชัญญา นุช สัมภาษณ์วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)

“ใส่มาสก์แล้วก็ยังง้อะ ก็กลับมากี๊บเลยล้างมือ...ระวังตัวตลอดเวลา เรื่องใส่หน้ากากอะไรพวกนี้ เราจะไม่ทิ้ง ยังไงเนี่ยเราต้องทำ แบบเป็นประจำอยู่...แต่ถ้าพูดถึงออกไปข้างนอกทั้งวันด้วย เราจะพกหน้ากากในกระเป๋าใช้ครึ่งวัน จะเปลี่ยนใหม่เพราะว่ามีเหงื่อ...ถ้าพูดถึงออกทั้งวันควรจะ 2 อันนะ อันนี้สมควรมากเลย.”

(คุณป้าชัญญา นุช สัมภาษณ์วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)

“พอกลับบ้าน รีบล้างมือก่อนเลย เรื่องอื่นไม่ว่ารีบล้างมือก่อนเลย วางของ ไขกุญแจ เข้าบ้านก็รีบเลยล้างมือก่อน เรื่องอื่นค่อยว่ากัน...คุณหมอแก่น่ารักมาก แกสอนหมด แกสอนด้วยเวลาล้างมือทำอะไรต่อมิอะไร...หมอเขาสอนค่ะ สอนตั้งแต่เริ่มระบาดใหม่ ๆ ก็คือล้างมือด้วยโซ่ใหม่คะ สำคัญที่สุดเลย”

(คุณป้าชัญญา นุช สัมภาษณ์วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)

### คุณยายชัญญา กุล

ปัจจุบันคุณยายอายุ 80 ปี เป็นข้าราชการบำนาญสังกัดกรุงเทพมหานคร อาศัยอยู่กับสามี มีลูก 3 คน ลูก ๆ แต่งงานมีครอบครัวแล้วแต่จะไปมาหาสู่คุณตาคุณยายเป็นประจำ ไม่มีโรคประจำตัว

ชีวิตประจำวันของคุณยายเริ่มต้นจากการเตรียมอาหารเช้าใส่บาตรตอนเช้าพร้อม ๆ กับทำอาหารเช้าให้กับคนในครอบครัว คุณยายจะเป็นคนทำกับข้าวให้คนในครอบครัวทานทุกมื้อ โดยงานบ้านอื่น ๆ จะมีแม่บ้านคอยดูแลให้ เช่นไปซื้อของที่ตลาด งานบ้านต่าง ๆ คุณยายจะไปเป็นอาสาสมัครให้กับชมรมผู้สูงอายุตำบลปาดะครั้งถึงสองครั้ง

คำว่า ชีวิตวิถีใหม่ ในความเข้าใจของคุณยาย คุณยายคิดว่า เป็นการปรับตัวตามวิถีชีวิตแบบใหม่ของโลก หลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกัน สัมผัสกอดกัน เว้นระยะห่างทางสังคม และหมั่นล้างมือ ดังคำกล่าวที่ว่า

“เขาให้ปรับตัวตามวิถีที่โรคมันระบาดนี่แหละ ถูกใหม่ อย่างอยู่ใกล้กันก็ได้ กอดกันก็ได้ เข้าใจตรงนี้ค่ะ ให้อยู่เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือตามนั้นนะ”

(คุณป้าชัยบุญกุล สัมภาษณ์วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)

คุณยายเล่าว่า ในช่วงการแพร่ระบาดโควิด-19 คุณยายแทบไม่ออกจากบ้าน เพราะลูก ๆ ขอร้องไม่ให้ออกนอกบ้าน ลูก ๆ จะซื้ออาหารสำเร็จรูปมากักตุนไว้ เพื่อหลีกเลี่ยงไม่ให้คุณยายออกนอกบ้านไปซื้อของ เมื่อคุณยายมีนัดหมอฟันคุณยายจะเลื่อนนัดพบหมอ แต่ถ้ามีความจำเป็นต้องออกนอกบ้านก็ต้องป้องกันตัวเอง เช่น ใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้งก่อนออกจากบ้าน แต่คุณยายรู้ตัวว่าตัวเองเป็นคนขี้ลืม จึงเขียนข้อความเตือนไว้ว่า “ห้ามลืมหน้ากาก” ในบ้านจะวางเจลแอลกอฮอล์ตามจุดต่าง ๆ ภายในบ้านเพื่อใช้ล้างมือแทนน้ำสะอาด คุณยายจะให้หลานให้ลูกหลานคนในบ้านใส่บาตรพระตอนเช้า และออกไปจับจ่ายซื้อของนอกบ้านแทนคุณยาย ลูกของคุณยายเป็นหมอมีความเสี่ยงใกล้ชิดโควิด-19 ดังนั้นเมื่อลูก ๆ มาหาจะล้างตัวโดยใช้พลาสติกเป็นม่านกันห้องก่อนที่จำเป็นต้องเข้าพบคุณยาย

“ก็ไม่ออกไปไหนอย่างเคื่บบอกว่าให้ใส่สักรัที่บ้านเนี่ยคุณป้าจะตั้งแอลกอฮอล์ไว้ขวดหนึ่ง แล้วก็เขียนหนังสือไว้ว่าออกข้างนอกอย่าลืมมาสักนั้นะจ๊ะก็เขียนไว้เตือนสติแล้ว แต่บางทีตัวเองก็ลืมอะ...”

(คุณป้าชัยบุญกุล สัมภาษณ์วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)

“ไม่ไปไหนเลยแล้วหมอก็อย่างเดือนเมษาหมอนัดทำฟันเราก้ไม่ไปไม่ออกเลย ลูกไม่ให้ออกเลย”

(คุณป้าชัยบุญกุล สัมภาษณ์วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)

“บ้านเขาอยู่ข้างหน้านะ ...อ่าเขาก็ซื้อผ้ามา่านเป็นพลาสติกอะ... ทำเป็นราวกัน กันข้างหน้าข้างหลังแล้วส่วนอีกข้างหนึ่งเป็นรั้วอีกข้างหนึ่ง อาบน้ำข้างนอกก่อนที่จะเข้าไปในบ้าน ตัวหมองเองนะถ้าเสียงจ๊อกจ๊ากก็ คือกลับมาแล้วคือถ้าไม่อาบน้ำข้างนอกไม่ให้เข้าบ้านกลัวเป็นโรค ติดโรค”

(คุณป้าชัยบุญกุล สัมภาษณ์วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)

“ใช้ก่อนจะเข้าบ้านมีลูกมีเต้าแล้วเขาก็เตือนคอยดูแลแล้วเราก็กักตุน  
อาหารข้าวสารอาหารแห้ง ปลากระป๋อง ไข่อะไรก็ น้ำท่า ลูก ๆ ก็ซื้อซึ่งเราไม่ต้องออก”  
(คุณป้าชัยัญญากุล สัมภาษณ์วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)

“...ก็ไม่ไปแม้กระทั่งใส่บาตรก็ให้หลานมาใส่ให้”  
(คุณป้าชัยัญญากุล สัมภาษณ์วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)

“...แอลกอฮอล์ก็ตั้งไว้เป็นมุม ๆๆ พอใครผ่านตรงไหน มือเลอะก็กลับมาล้างมือ”  
(คุณป้าชัยัญญากุล สัมภาษณ์วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)

“...ตอนระบาดใหม่ ๆ มีหลานมาอยู่ด้วยคนนึง หลานสาวอายุ 67 แล้ว ให้เขาออกมาซื้อ  
เขาจะมาอยู่ที่บ้าน มาป่วยวันจันทร์ อย่างวันเนี้ย”  
(คุณป้าชัยัญญากุล สัมภาษณ์วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)

### ส่วนที่ 3 ลักษณะพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถี ใหม่ของผู้สูงอายุ

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 4 คน พบว่า พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุแบ่งออกเป็น 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ การลด การเลี่ยง และการดูแล สรุปได้ดังภาพประกอบ 3 อธิบายได้ดังนี้

1. การลด การหลีกเลี่ยงความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อโควิด-19 จากการสัมผัสจุดเสี่ยงพื้นที่สาธารณะ เช่น หลังเข้าห้องน้ำ การสัมผัสจุดเสี่ยงร่วมกันในที่สาธารณะ ซึ่งจากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ลดความเสี่ยงด้วยการสวมหน้ากาก และล้างมือ

1.1. การสวมหน้ากาก ผู้สูงอายุลดความเสี่ยงการติดโรคโควิด-19 ด้วยการสวมหน้ากากใน 3 ลักษณะ คือ การเลือกใช้น้ำกากให้เหมาะสม การสวมใส่อย่างถูกวิธี และการจัดการให้ถูกสุขลักษณะ

1.1.1 การเลือกใช้น้ำกากให้เหมาะสม ผู้สูงอายุเลือกประเภทหน้ากากสวมใส่ให้เหมาะสมกับช่วงเวลา สถานที่ ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุเลือกสวมใส่น้ำกากใน 3 ลักษณะ ได้แก่

1.1.1.1 การใช้น้ำกากอนามัยสองชั้น ผู้สูงอายุเลือกใช้น้ำกากประเภทหน้ากากอนามัยทางการแพทย์สวมทับกันสองชั้นเมื่อต้องออกไปข้างนอกบ้าน ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ที่ว่า



“ใช้ประเภทที่พยาบาลเขาแจกมาให้ สีขาว สีฟ้า...ใช้หน้ากากอนามัย เขาให้มาเยอะอยู่... ออกไปไหน ก็ใส่ช้อน 2 อันเลย ถ้าอยู่ในบ้านก็อันเดียว...ใส่จมูกใช้ใหม่ ปิดปาก ปิดจมูก แล้วถ้าหลวม เราก็มัดไว้หน่อยที่หู ใส่ช้อน 2 อันเลยนะ กลัวมันบาง”  
(คุณป้าชญัญญากร สัมภาษณ์วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)

1.1.1.2 การใช้หน้ากากอนามัยร่วมกับหน้ากากผ้า การเลือกใช้น้ำกากให้เหมาะสมของผู้สูงอายุ บางท่านเลือกหน้ากากประเภทหน้ากากอนามัยทางการแพทย์ร่วมกับหน้ากากผ้า ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ที่ว่า

“คือทุกครั้งที้ออกจากบ้านนะคะ จะใส่ติดเลยติดตัวเลยไม่เปิดออกเลย... เพราะถ้าเราเข้าโรงพยาบาลนะคะ สมมติเราไปโรงพยาบาลแล้วที่ชุมชนชุมชนหน่อยจ้ะ จะใช้หน้ากาก 2 ชั้น คือเป็นหน้ากากอนามัยแล้วก็หน้ากากผ้าสวมทับ... แล้วพอสำหรับผ้าเนี่ย ถ้าเป็นผ้าเราจะสวมทับมาสก๊ไปเลยนะคะ”

(คุณป้าชญัญญามาศ สัมภาษณ์วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)

1.1.1.3 การใช้หน้ากากอนามัยร่วมกับกระจังป้องกันใบหน้า (Face Shield)

การเลือกใช้น้ำกากให้เหมาะสมของผู้สูงอายุบางท่าน เลือกหน้ากากประเภทหน้ากากอนามัยทางการแพทย์ร่วมกับกระจังป้องกันใบหน้า (Face Shield) ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ที่ว่า

“หน้ากากอนามัยใช้ 2 ชั้น เราหายใจไม่ออกมันแน่น บอกเอาชั้นเดียวแล้วใส่ Face Shield เอา”

(คุณป้าชญัญญากุล สัมภาษณ์วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)

1.1.2 การสวมใส่น้ำกากอย่างถูกวิธี คือการสวมใส่น้ำกากให้แนบชิดใบหน้าและคลุมจมูก แก้ม และคางเสมอ ซึ่งก่อนการสวมใส่จะตรวจสอบความสมบูรณ์ของหน้ากากก่อนสวม นำหน้ากากอนามัยด้านสีเข้มไว้ด้านนอก ใช้มือจับสายคล้องหูทั้งสองข้าง สวมปิดบริเวณจมูกและคางให้มิดชิด

1.1.2.1 ตรวจสอบความสมบูรณ์ก่อนสวม ในประเด็นการสวมใส่น้ำกากอย่างถูกวิธี ผู้สูงอายุให้ข้อมูลว่ามีขั้นตอนการตรวจสอบความสมบูรณ์ของหน้ากากก่อนสวมใส่ ใช้มือจับสายคล้องหูและสวมให้ปิดจมูกปิดคาง สวมใส่น้ำกากให้ถูกตำแหน่ง (ด้านนอก

สีเข้ม และด้านในสีอ่อน ด้านที่มีลวดอยู่ด้านบน และกดลวดให้แนบชิดจมูก) ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ที่ว่า

“เราก็กางตัว แต่งเนื้อแต่งตัวเรียบร้อย แล้วเราจะออกจากบ้านแล้วละนะคะ เราก็หยิบเอามาซักมา แล้วก็เราก็ดูสภาพก่อนว่า มาสก์เนี่ยมันสมบูรณ์ไหม อะไรไหม แล้วก็เสร็จแล้วเราก็กางตรงนั้นนะ ใส่วาดอะ บีบนิดนึงแล้วก็สวมไป แล้วก็จับให้เข้าจมูก แล้วก็คล้องหูคะ”  
(คุณป้าชัญญามาศ สัมภาษณ์วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)

1.1.2.2 ใช้มือจับสายคล้องหู ผู้สูงอายุให้ข้อมูลว่า ขณะสวมหน้ากากจะใช้มือจับสายคล้องหูทั้งสองข้างโดยไม่ให้มือสัมผัสบริเวณหน้ากากด้านใน จากนั้นกดหน้ากให้แนบกับจมูก และจัดให้หน้ากอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมกับใบหน้า ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ที่ว่า

“หน้ากก่อนน้ามัย เราจะซื้อเป็นกล่องไซ้ใหม่คะ ก่อนเราจะใช้เราจะดึงมา 1 ซีน เราจะไม่ไปจับด้านใน เราจะจับหูสองข้าง ใส้ข้างหูเราเลย และให้จมูกมันแนบและดึงให้เข้าที่”  
(คุณป้าชัญญาอนุช สัมภาษณ์วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)

1.1.2.3 สวมหน้ากากโดยให้ปิดปากจมูกคาง ผู้สูงอายุให้ข้อมูลว่าจะสวมหน้ากากปิดบริเวณจมูกและคางให้มิดชิด ในกรณีที่สวมใส่แล้วไม่กระชับก็จะมัดสายคล้องหูให้หน้ากกระชับกับใบหน้า ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ที่ว่า

“ใส่จมูกไซ้ใหม่ ปิดปาก ปิดจมูก แล้วถ้าหลวม เราก็มัดไว้หน่อยที่หู ใส้ซ้อน 2 อันเลยนะ กลัวมันบาง”  
(คุณป้าชัญญากร สัมภาษณ์วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)

1.1.2.4 จัดวางให้ถูกต้องตำแหน่ง ผู้สูงอายุให้ข้อมูลว่าหน้ากอนามัยด้านที่มีสีเข้มจะอยู่ด้านนอกและด้านที่มีสีอ่อนจะอยู่ด้านใน ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ที่ว่า

“สี ส่วนสีเข้ม สีเข้มอยู่ข้างนอกคะ... แล้วก็สี สีอ่อนสีขาวนี้อยู่ด้านใน”  
(คุณป้าชัญญามาศ สัมภาษณ์วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)

1.1.2.5 กดลวดให้แนบจมูก หลังจากการจัดวางที่ถูกต้องแล้วผู้สูงอายุให้ข้อมูลว่า

ให้กดลวดเพื่อให้น้ำกอกแนบกับจมูกได้สนิทพอดี ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ที่ว่า  
“ไซ้ ต้องลวดใส่ตรงจมูก ตรงที่มันนิ่มใส่ใต้คาง ใส่ให้มิด ไม่ใช่มาใส่ที่คาง”  
(คุณป้าชัญญากร สัมภาษณ์วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)

1.1.3 การจัดการให้ถูกสุขลักษณะ ผู้สูงอายุให้ข้อมูลว่า จัดการกับหน้ากอนามัยใน 3 ลักษณะ ได้แก่ การเปลี่ยนหน้ากใหม่ระหว่างวัน ใช้หน้ากอนามัยครั้งเดียวแล้วทิ้ง การทิ้งหน้ากอนามัยให้ถูกวิธี

1.1.3.1 เปลี่ยนหน้ากากใหม่ระหว่างวัน ผู้สูงอายุให้ข้อมูลว่า เมื่อต้องออกไปข้างนอกบ้านทั้งวัน หรือเป็นเวลานาน ๆ จะพกหน้ากากอนามัยชิ้นใหม่ไปด้วย เพื่อเปลี่ยนหน้ากากอนามัยระหว่างวัน ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ที่ว่า

“แต่ถ้าพูดถึงเราออกไปข้างนอกทั้งวันด้วยอะไรด้วย เราจะพกไปอยู่ในกระเป๋า สักครึ่งวัน ค่อนวันไปแล้ว เราจะเปลี่ยนอันใหม่เพราะว่าเรามีเหงื่อ... ถ้าพูดถึงออกทั้งวันควรจะมี 2 อันนะ อันนี้สมควรมากเลย เพราะว่าเราแต่งหน้าด้วย”

(คุณป้าชัญญาอนุช สัมภาษณ์วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)

1.1.3.2 ใช้หน้ากากอนามัยครั้งเดียวแล้วทิ้ง ผู้สูงอายุให้ข้อมูลว่าเมื่อใช้หน้ากากอนามัย เมื่อกลับเข้าบ้านจะถอดหน้ากากอนามัยทิ้งทันที ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ที่ว่า

“เราเข้าบ้านเราก็ถอดแล้วก็ทิ้งเลย ถ้าเราจะออกไปใหม่เราเอาชิ้นใหม่ ยังไง ๆ อย่างน้อยก็ไม่มีอะไรที่มันจะติดอยู่ในกระเป๋าเราหรือติดเข้าไปในบ้านอยู่แล้ว เพราะเดี๋ยวเข้าไปในบ้านเราก็ทิ้ง”

(คุณป้าชัญญาอนุช สัมภาษณ์วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)

1.1.3.3 ทิ้งหน้ากากอนามัยให้ถูกวิธี ผู้สูงอายุให้ข้อมูลว่าเมื่อใช้หน้ากากอนามัยเสร็จแล้วจะพับแล้วม้วนให้เรียบร้อยและห่อด้วยกระดาษ จากนั้นใส่ถุงพลาสติกและมัดทิ้งใส่ถังขยะ ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ที่ว่า

“พับแล้วม้วนให้มันเรียบร้อยและห่อกระดาษ แล้วใส่ถุงพลาสติกน้อยที่ใส่ถุงน้ำพริกน้อย ๆ นะ... เก็บทิ้ง เก็บมัดให้ดี ๆ ใส่ถุงพลาสติกและมัดให้ดี และทิ้งใส่ถังขยะ”

(คุณป้าชัญญาอนุช สัมภาษณ์วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ขอค้นพบการนำหน้ากากที่ใช้แล้วกลับมาใช้ใหม่ ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ที่ว่า

“มาสกนี่จะใช้ตากแดดถ้ากลับมาจะกะก็ตากแดดไว้ก่อน แดดจัด ๆ ก็ตากไป”

(คุณป้าชัญญาอนุช สัมภาษณ์วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)

นอกจากการสวมหน้ากากของผู้สูงอายุเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 การมีพฤติกรรมเปลี่ยนหน้ากากบ่อยครั้ง เป็นสิ่งที่ช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสได้เช่นกัน ความถี่ในการสวมหน้ากากของผู้สูงอายุมี 3 ลักษณะ ได้แก่ สวมทุกครั้งเมื่อออกจากบ้าน สวมเมื่ออยู่ทั้งในและนอกบ้าน และสวมเมื่ออยู่กับผู้อื่น ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ที่ว่า

“คือทุกครั้งที่อยู่จากบ้านนะคะ จะสวมหน้ากากนะคะ เรียกว่าสวมไม่ยอมถอดเลย ระหว่างที่เราออกจากบ้านไปเนี่ยไม่ว่าจะเป็นไปตลาด หรือเดินข้างนอกอะไรอย่างเนี่ยนะ คะ”

(คุณป้าชญญามาศ สัมภาษณ์วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)

1.2 การล้างมือ ผู้สูงอายุลดความเสี่ยงด้วยการทำความสะอาดมือ 2 ลักษณะ ได้แก่ ล้างให้สะอาดตามขั้นตอน และล้างด้วยอุปกรณ์ทำความสะอาดที่หลากหลาย

1.2.1 ล้างให้สะอาดตามขั้นตอน ผู้สูงอายุล้างมือตามขั้นตอน ดังนี้

1.2.1.1 ฝ่ามือทั้งสองข้าง

1.2.1.2 ฝ่าหลังมือทั้งสองข้าง

1.2.1.3 ฝ่ามือทั้งสองข้าง

1.2.1.4 ฝ่ามือทั้งสองข้าง

1.2.1.5 ถูตามซอกนิ้วและเล็บ และถูไปถึงข้อศอก ดังตัวอย่างคำ

สัมภาษณ์ที่ว่า

“ถูคู่มือฝ่ามือ เพราะฝ่ามือจะมีรอยไถ้นั่นอะ รอยเส้นรอยอะไรเนี่ยนะคะ”

(คุณป้าชญญากร สัมภาษณ์วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)

“เอาสบู่ลงมาเลยเนี่ยนะคะแล้วก็ถู ๆ ๆ นะคะ ถู ๆ แล้วก็ถูหน้ามือหน้ามือก่อนนะคะ แล้วก็มาหลังมือนะคะหลังมือ”

(คุณป้าชญญามาศ สัมภาษณ์วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)

“แล้วก็หมุนนิ้วโป้ง ถูข้างบน ถูหลังมือ ถูหน้ามือ ถูข้อมือ มีข้อมือและหลังมือ แล้วก็ตาม ซอกมือเรา”

(คุณป้าชญญากร สัมภาษณ์วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)

“แล้วก็เวลาล้าง ล้างข้อมือก็ถึงข้อศอกเลยนะคะ”

(คุณป้าชญญามาศ สัมภาษณ์วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)

1.2.2 การล้างมือโดยใช้อุปกรณ์ทำความสะอาดที่หลากหลาย ได้แก่ การล้างมือโดยใช้สบู่ การทำความสะอาดมือโดยใช้เจล หรือสเปรย์แอลกอฮอล์ และการล้างมือโดยใช้น้ำยาล้างจาน ดังนี้

1.2.2.1 การล้างมือโดยใช้สบู่ ผู้สูงอายุให้ข้อมูลว่า เมื่อกลับถึงบ้านจะใช้สบู่ทำความสะอาดมือทันที ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ที่ว่า

“พอขึ้นไปชมรมเนี่ยก็ไปล้างอีกที ตอนนี่ขึ้นข้างบนเนี่ย มันมีสบู่ใช้ใช้ใหม่คะ เราก็ใช้ล้างมือด้วยสบู่ ทีนี้ถ้าเรากลับบ้านเราจะใช้สบู่ล้างมือเลย”

(คุณป้าชญญา มาศ สัมภาษณ์วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)

1.2.2.2 การทำความสะอาดมือโดยใช้เจลหรือสเปรย์แอลกอฮอล์ เมื่อไปทำธุระข้างนอก เช่น การไปซื้อของ เดินทางโดยรถสาธารณะ หรือไปสัมผัสสิ่งของ จะใช้สเปรย์แอลกอฮอล์ฉีด หรือใช้แผ่นแอลกอฮอล์เช็ดมือเพื่อทำความสะอาด ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ที่ว่า

“ใช้แอลกอฮอล์ฉีดเอา เพราะว่าเราไปจับเล็ก ๆ น้อย ๆ มือมันไม่ได้สกปรก เหมือนเวลาเราไปจ่ายกับข้าวเราไปจับอะไร”

(คุณป้าชญญากร สัมภาษณ์วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)

1.2.2.3 การล้างมือโดยใช้น้ำยาล้างจาน ผู้ให้ข้อมูลใช้วิธีนี้เมื่อมือไปสัมผัสคราบมันจากอาหาร โดยจะใช้น้ำยาล้างจานทำความสะอาดมือเพื่อขจัดคราบมันและสิ่งสกปรกออก ผู้ให้ข้อมูลมีความรู้สึกว่าการใช้น้ำยาล้างจานจะสะอาดกว่าใช้อุปกรณ์ทำความสะอาดสะอาดอย่างอื่น ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ที่ว่า

“บางทีมือไปจับอะไรมัน ๆ จับกับข้าว เมื่อกปลา เราก็ต้องมาใช้นี่ก่อน... มัน...มัน ถ้าล้างอย่างอื่นมันไม่สะอาด เวลาเราไปจ่ายกับข้าวเราไปจับอะไรเราถึงล้างขั้นไต่”

(คุณป้าชญญากร สัมภาษณ์วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)

ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมในการทำมือ โดยมีความถี่ในการล้างมือ ดังนี้ 1) ล้างบ่อยครั้ง โดยล้างมือเฉลี่ยที่ 3 – 5 ครั้งต่อวัน หลังจากออกไปทำธุระข้างนอกเมื่อกลับถึงบ้าน จะล้างมือทันที 2) ระยะเวลาในการล้างมือ ผู้ให้ข้อมูลใช้เวลาในการล้างมือประมาณ 2 – 5 นาที ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ที่ว่า

“ออกไปในที่ชุมนุมตลาดนัด ออกไปซื้อของก็รีบเข้าบ้าน ถึงบ้านก็ล้างมือ ประมาณเข้าสาย เทียง บ่าย 4 - 5 ครั้ง ประมาณสัก 2 - 3 นาที ที่เราล้าง”

(คุณป้าชญญากร สัมภาษณ์วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)

2. เลี่ยง หมายถึง การละเว้นเข้าไปในพื้นที่เสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส และหลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสใบหน้า จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ลดความเสี่ยงโดยการหลีกเลี่ยงไปในพื้นที่เสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรคใน 4 ลักษณะ ดังนี้ 1) เลื่อนนัดการพบแพทย์ที่โรงพยาบาล 2) งดกิจกรรมสังสรรค์พบปะผู้คน 3) ออกข้างนอกเท่าที่จำเป็น และ 4) ซื้อของทางออนไลน์แทนการจับจ่ายนอกบ้าน

2.1 เลื่อนนัดการพบแพทย์ที่โรงพยาบาล ผู้สูงอายุให้ข้อมูลว่า เมื่อถึงเวลานัดตรวจสุขภาพจะเลื่อนนัดแพทย์ ทั้งนี้ต้องได้รับอนุญาตจากแพทย์ก่อน ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ที่ว่า

“อย่างช่วงแรก ๆ เราไม่มีการวัดอุณหภูมินะคะ มันจะมีช่วงหลังเนี่ยคะ เราไม่มีอันนี้คือความแตกต่างกัน แล้วก็อย่างตามโรงพยาบาลจ้ะ เขาก็เราก็ก่อน บางทีมีตรวจหมายถึงตรวจสุขภาพประจำปีอะไรจ้ะ ขอเลื่อนเขา ขอเลื่อนไป”  
(คุณป้าชัญญา มาศ สัมภาษณ์วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)

2.2 งดกิจกรรมสังสรรค์พบปะผู้คน ผู้สูงอายุงดไปในพื้นที่เสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรค งดพบปะสังสรรค์ ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ที่ว่า

“เพราะว่าเราไม่ได้ไปอ่าในพื้นที่เสี่ยง พื้นที่แออัด พื้นที่ชุมนุม พื้นที่อะไร กินเลี้ยง กินเลี้ยงเราก็กินไม่ได้ไป งานบวชงานแต่งงานอะไรตอนหนึ่งหมดไม่ไป”  
(คุณป้าชัญญากร สัมภาษณ์วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)

2.3 ออกข้างนอกเท่าที่จำเป็น เมื่อมีความจำเป็นต้องออกไปซื้อของมาบริโภคก็จะรีบไปรีบกลับดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ที่ว่า

“สถานการณ์ของอยู่ของกินของใช้เรานี้แหละ ถ้าเราไม่มี เราก็ก้อออกไปซื้อ ซื้อมาก็รีบไว้อ้อเสร็จแล้วก็รีบกลับบ้าน”  
(คุณป้าชัญญากร สัมภาษณ์วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)

2.4 ซื้อของทางออนไลน์แทนการจับจ่ายนอกบ้าน หมายถึง วิธีการจับจ่ายซื้อของโดยการหลีกเลี่ยงการสัมผัสกับผู้อื่น หรือหลีกเลี่ยงพบปะผู้อื่นโดยตรง ด้วยวิธีการสั่งซื้อสินค้าออนไลน์ ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ที่ว่า

“ก็ค่อนข้างตกใจไม่กล้าไปไหนเลย แม้แต่ตลาดก็ไม่ออก ที่นี้ยังดีหน่อยคือตอนนั้นมันมีเทคโนโลยี ก็คือมีส่งไลน์แมนอะไรพวกนี้ ก็เล่นส่งอะไรพวกนี้ทั้งนั้นเลย จะไม่ออกไปไหนเลยตลอดเวลา 2 เดือน”



(คุณป้าชญานุช สัมภาษณ์วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)

ผู้สูงอายุแสดงพฤติกรรมหลีกเลี่ยงไปในพื้นที่สาธารณะ โดยผู้สูงอายุให้ข้อมูลเกี่ยวกับความถี่และระยะเวลาการออกไปข้างนอก หากมีความจำเป็นที่ต้องออกนอกบ้านจะใช้ระยะเวลาอยู่นอกบ้านไม่เกิน 1 ชั่วโมง รีบไปรีบกลับ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ที่ว่า

“อาทิตย์ละครั้งอะ...รีบซื้อรีบกลับ ประมาณชั่วโมงหนึ่ง”

(คุณป้าชญานุกุล สัมภาษณ์วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)

3. คุณดูแล ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองในการป้องกันโรคโควิด-19 เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง โดยมีลักษณะการดูแลตนเอง ดังนี้ 1) การรับประทานอาหาร (การกินและการปฏิบัติตนขณะรับประทานอาหาร) 2) การออกกำลังกาย 3) การเอนกายพักผ่อน และ 4) การรักษาอารมณ์

3.1 การรับประทานอาหาร ในที่นี้หมายถึง การกินและการปฏิบัติตนขณะรับประทานอาหาร ผู้สูงอายุให้ข้อมูลการปฏิบัติตนเมื่อรับประทานอาหารในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ใน 3 ลักษณะคือ กินอาหารปรุงสุก กินอาหารร้อนใคร่ร้อนมัน กินอาหารแยกสำหรับใคร่ร้อนมัน ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ที่ว่า

3.1.1 กินอาหารปรุงสุก ก่อนผู้สูงอายุกินอาหารร้อน และจะทำการอุ่นอาหารก่อนกินอาหาร

“ถ้าเป็นกลางวัน ถ้าคือดูกับข้าวว่าถ้ามันต้มเจี๊จี่ กลางวันเราก็เข้าไมโครเวฟอุ่น”

(คุณป้าชญานุกุล สัมภาษณ์วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)

3.1.2 กินอาหารร้อนใคร่ร้อนมัน ก่อนกินอาหารผู้สูงอายุอุ่นอาหารก่อนกิน และใช้ช้อนตักอาหารของใคร่ของมัน

“ต้องกินร้อน ๆ สมมติเราซื้อของสำเร็จมา เราก็ต้องอุ่นให้ร้อนแล้วกิน กินร้อนช้อนเราเองด้วย ซามเราเอง ไม่ต้องไปรวมกับใคร”

(คุณป้าชญานุกร สัมภาษณ์วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)

3.1.3 กินอาหารแยกสำหรับใครสำหรับมัน ขณะกินอาหารผู้สูงอายุแยกสำหรับอาหารกับคนในครอบครัว สำหรับของใครของมัน ไม่ทานอาหารร่วมกัน

“ซั้เอง จานเอง ล้างเอง และเก็บเอง มันไม่มีใครอยู่กันไปยายแก่ ๆ ตาเขาก็กินของเขา ยายก็กินของยาย ไม่ได้กินรวมกันเลย ลูกก็ไปทำงานแต่เช้า”  
(คุณป้าชัญญากร สัมภาษณ์วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)

3.2 ออกกำลังกาย ในช่วงแพร่ระบาดของโควิด-19 ผู้สูงอายุดูแลตนเองด้วยการออกกำลังกายให้เหมาะสมตามวัย ด้วยการยืดเหยียดร่างกาย แกว่งแขน ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ที่ว่า

“ส่วนใหญ่ตอนสาย เราก็ออกกำลังกายยืดเหยียดที่เราเรียนรู้มาจากครูปอ อันไหนยาก ๆ เราก็ไม่ทำ อันที่เราทำได้เราก็ทำ เราจะทำทุกวัน ตอนสายจะออกกำลังกายยืดเหยียด”  
(คุณป้าชัญญาพร สัมภาษณ์วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)

“ออกคือแกว่งแขนนะคะ”

(คุณป้าชัญญามาศ สัมภาษณ์วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)

3.3 เอนกายพักผ่อน ลักษณะการพักผ่อนของผู้สูงอายุในช่วงโควิด-19 มีทั้งพักผ่อนหลับสนิท และใช้ชีวิตเป็นปกติทำกิจกรรมเวลาว่าง ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ที่ว่า

“ได้พักผ่อนตอนนี้ ได้พักผ่อนเหมือนกันแล้วก็นอนจริง ๆ ก็ประมาณครึ่งชั่วโมงได้”  
(คุณป้าชัญญามาศ สัมภาษณ์วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)

“แล้วก็มีตอนที่นั่งทำเย็บผ้าให้กับโรงพยาบาลอะไรอย่างเงี้ย ให้กับโรงพยาบาลจะได้พักผ่อนตอนนี้ได้ใช้สายตาดูโทรทัศน์ แล้วก็ได้เย็บผ้าได้พักผ่อนตอนนี้”

(คุณป้าชัญญามาศ สัมภาษณ์วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)

3.4 รักษาอารมณ์ แม้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ผู้สูงอายุรู้สึกเครียดหรือวิตกกังวล แต่ก็มีวิธีการรักษาอารมณ์ วิธีการไม่ให้วิตกกังวลในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ด้วยการลดความวิตกกังวลจากการฟังเพลง ดูทีวี และทำใจปล่อยวาง ทำความเข้าใจกับสถานการณ์และอยู่กับความเป็นจริง ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ที่ว่า

“ดูทีวี ฟังเพลงสุนทราภรณ์ ก็สนุกดี ฟังไปเรื่อยเปื่อย ฟังแล้วก็หัวเราะ ดูตลกไปด้วย ขำไปด้วย มันก็ลืมโควิดไปแล้ว ทำตัวให้ลืม สนุกสนาน”

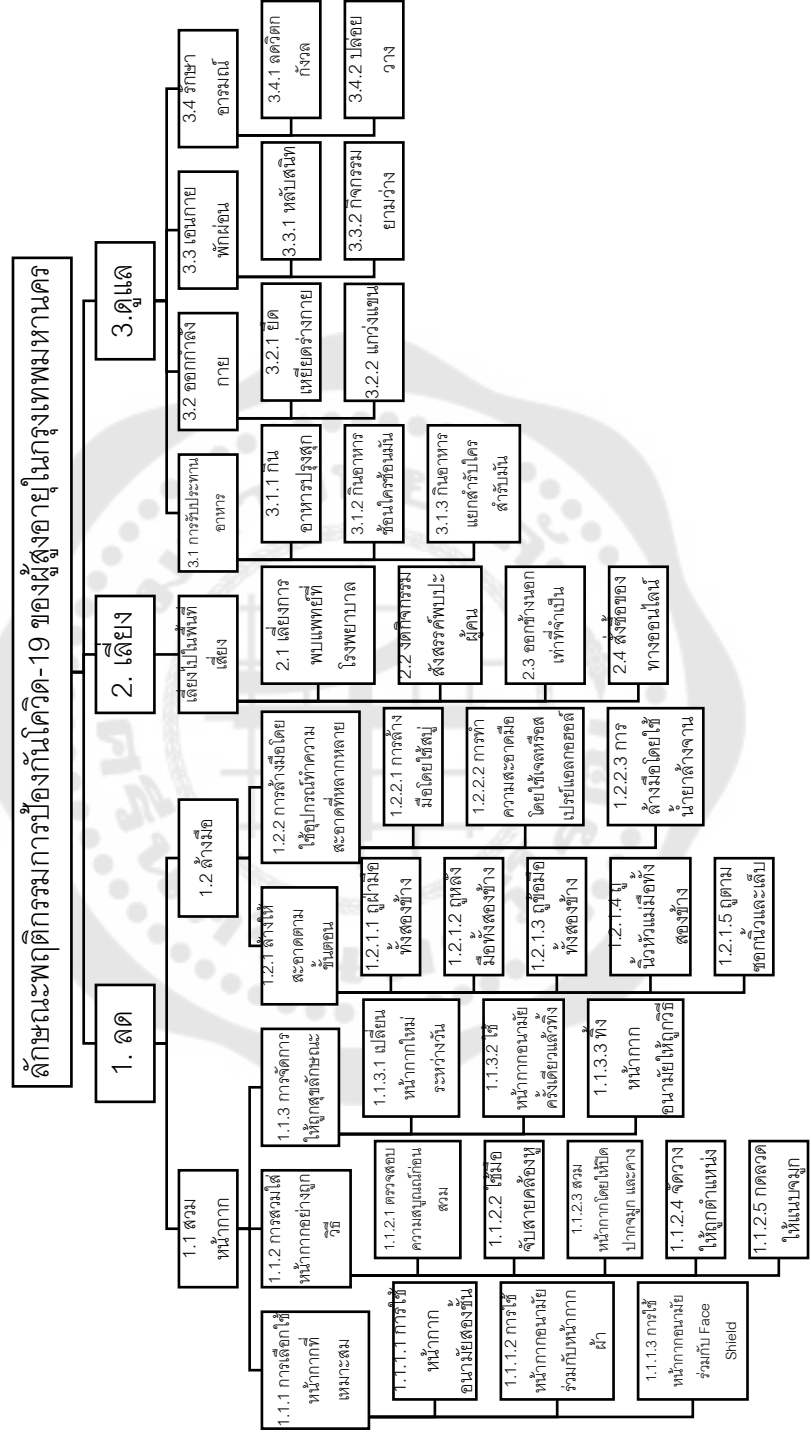
(คุณป้าชัญญากร สัมภาษณ์วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)

“ติดตามข่าวเหมือนกัน แต่ไม่ได้กระตือรือร้น ปล่อยวางจนเกินไปด้วย อะไรด้วย คือ  
เดินสายกลาง รับฟังบ้าง อันไหนที่คิดว่าเป็นความจริง จะไม่ค่อยซีเรียสกับเขาเท่าไร เรา  
ระวังตัวของเรา”

(คุณป้าชัญญาอนุช สัมภาษณ์วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2564)

กล่าวโดยสรุปพฤติกรรมกำบังตนเองจากโควิด-19 ของผู้สูงอายุในช่วงของชีวิต  
วิถีใหม่ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านลด ด้านเลี่ยง ด้านดูแล สรุปได้ดังแผนภาพ ต่อไปนี้





ภาพประกอบ 3 ลักษณะพฤติกรรมกรรมการป้องกันโควิด-19 ของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร

## ตอนที่ 2 การเชื่อมโยงผลการวิจัยเชิงคุณภาพสู่การวิจัยเชิงปริมาณ

ในส่วนนี้ผู้วิจัยนำข้อค้นพบจากการวิจัยเชิงคุณภาพในระยะที่ 1 ที่พบว่า พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุในช่วงของชีวิตวิถีใหม่ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านลด ด้านเลี่ยง ด้านดูแล มาใช้กำหนดนิยามเชิงปฏิบัติในการวิจัยเชิงปริมาณในระยะที่ 2 สรุปได้ดังตาราง 13

ตาราง 13 การเชื่อมโยงผลการวิจัยเชิงคุณภาพสู่การวิจัยเชิงปริมาณ

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ	การกำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างเครื่องมือในการวิจัยเชิงปริมาณ
ลักษณะพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ	พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ
ด้านการลด	<b>การป้องกันตนเองด้านลด</b> หมายถึง การไม่เปิดโอกาสให้ตนเองเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสฯ โดยการสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย และการล้างมือ อธิบายได้ดังนี้ <b>การสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย</b> คือ การเลือกใช้หน้ากากให้เหมาะสม และสวมใส่ให้ถูกวิธีเมื่อออกนอกบ้านและอยู่กับผู้อื่น การเลือกหน้ากากให้เหมาะสม เช่น ใช้หน้ากากสองชั้น ใช้หน้ากากอนามัยร่วมกับหน้ากากผ้า และใช้หน้ากากอนามัยร่วมกับกระจังป้องกันใบหน้า ส่วนการสวมใส่ให้ถูกวิธี เช่น ตรวจสอบความสมบูรณ์ก่อนสวม ใช้มือจับสายคล้องหู สวมให้ปิดจมูกปิดคาง จัดวางให้ถูกตำแหน่ง และกดลวดให้แนบจมูก <b>การล้างมือ</b> คือ การล้างมือให้สะอาดตามขั้นตอน และล้างด้วยอุปกรณ์ทำความสะอาดที่หลากหลาย เช่น สบู่ เจลแอลกอฮอล์ เป็นต้น เมื่อมีการสัมผัสกับสิ่งต่าง ๆ

ตาราง 13 (ต่อ)

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ	การกำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างเครื่องมือในการวิจัยเชิงปริมาณ
ลักษณะพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ	พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ
<p>ด้านการเลี้ยง</p> <p>เลี้ยงไปในพื้นที่เสี่ยง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เลี้ยงการพบแพทย์ที่โรงพยาบาล</li> <li>- งดกิจกรรมสังสรรค์พบปะผู้คน</li> <li>- ออกข้างนอกเท่าที่จำเป็น</li> <li>- สั่งซื้อของทางออนไลน์</li> </ul>	<p><b>การป้องกันตนเองด้านเลี้ยง</b> หมายถึง การละเว้นเข้าไปในพื้นที่เสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส และหลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสใบหน้า อธิบายได้ดังนี้</p> <p><b>การละเว้นเข้าไปในพื้นที่เสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส</b> คือ หลบหลีกเลี่ยงหรือเลี้ยงไปในสถานที่ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัส โดยเลื่อนนัดการพบแพทย์ที่โรงพยาบาล งดกิจกรรมสังสรรค์พบปะผู้คน ออกข้างนอกเท่าที่จำเป็น สั่งซื้อของทางออนไลน์แทนการจับจ่ายนอกบ้าน หากไม่สามารถเลี้ยงได้ควรรักษาระยะห่างกับผู้อื่น อย่างน้อย 1-2 เมตร เมื่อต้องทำกิจกรรมร่วมกันภายในบ้านและนอกบ้าน</p> <p><b>การหลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสบริเวณใบหน้า</b> คือ เลี่ยงการสัมผัสระหว่างมือและใบหน้า เช่น การดื่มน้ำหรือมือที่ไม่สะอาด แคะ แกะ เกา บริเวณใบหน้า</p>
<p>การรับประทานอาหาร</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กินอาหารปรุงสุก</li> <li>- กินอาหารช้อนใครช้อนมัน</li> <li>- กินอาหารแยกสำรับใครสำรับมัน</li> </ul> <p>การออกกำลังกาย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ยืดเหยียดร่างกาย</li> <li>- แกว่งแขน</li> </ul>	<p><b>การป้องกันตนเองด้านดูแล</b> หมายถึง การเอาใจใส่สุขภาพเพื่อปกป้องตนเองเพื่อไม่ให้ติดเชื้อ โดยการปฏิบัติตนขณะรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน และการรักษาอารมณ์ ฝ่าฝืนสังเกตอาการของตนเองเมื่อรู้ตัวว่าเป็นกลุ่มเสี่ยง อธิบายได้ดังนี้</p> <p><b>การปฏิบัติตนขณะรับประทานอาหาร</b> คือ การกินอาหารร่วมกันโดยการแยกช้อนใครช้อนมัน หรือการรับประทานอาหารคนเดียวโดยการแยกสำรับการกินอาหาร</p>



## ตาราง 13 (ต่อ)

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ		การกำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างเครื่องมือในการวิจัยเชิงปริมาณ
ลักษณะพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ		พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ
ด้านการดูแล	<p>เอนกายพักผ่อน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- หลับสนิท</li> <li>- กิจกรรมยามว่าง</li> </ul> <p>รักษาอารมณ์</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ลดวิตกกังวล</li> <li>- ปล่อยวาง</li> </ul>	<p><b>การออกกำลังกาย</b> คือ การยืดเหยียดร่างกายหรือการแกว่งแขน โดยการทำกิจกรรมเคลื่อนไหวทางกาย ยืดเหยียดกล้ามเนื้อและแกว่งแขนไปมา</p> <p><b>การเอนกายพักผ่อน</b> คือ การหลับพักผ่อนให้สนิท โดยไม่มีความกังวลใด ๆ ระหว่างการหลับพักผ่อน</p> <p><b>การรักษาอารมณ์</b> คือ ลดความวิตกกังวล ปล่อยวาง วางเฉยด้วยการทำกิจกรรมอื่น ๆ เช่น ฟังธรรมะ อ่านหนังสือ ดูหนังละคร ปลูกต้นไม้ ทำขนม เป็นต้น</p>

### ตอนที่ 3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ

ผลการวิจัยเชิงปริมาณในส่วนนี้เป็นการตอบจุดมุ่งหมายข้อที่ 2 เพื่อค้นหาตัวทำนายสำคัญที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยแบ่งการนำเสนอผลการวิจัยออกเป็น 3 หัวข้อ ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 2) ลักษณะพื้นฐานของตัวแปรที่ศึกษา 3) ผลการวิเคราะห์ตัวทำนายสำคัญที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ

ก่อนการนำเสนอผลการวิเคราะห์ ผู้วิจัยขออธิบายสัญลักษณ์ที่ใช้ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

#### สัญลักษณ์ที่ใช้ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

N	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด
n	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มย่อย
%	แทน	ร้อยละ (Percent)
Max	แทน	ค่าสูงสุด (Maximum)
Min	แทน	ค่าต่ำสุด (Minimum)
M	แทน	ค่าเฉลี่ย (Mean)
SD	แทน	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
CV	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์การกระจาย (Coefficient of Variation)
t	แทน	สถิติทดสอบการแจกแจงแบบ t-distribution)
F	แทน	สถิติทดสอบการแจกแจงแบบ F-distribution
r	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's' Correlation)
Tolerance	แทน	ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับ
VIF	แทน	ค่าความแปรปรวนเพิ่ม (Variance Inflation Factor)
adjusted R2	แทน	สัมประสิทธิ์การทำนายแบบปรับแก้
B	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย
df	แทน	ระดับขั้นของความเป็นอิสระ (Degree of Freedom)
b	แทน	สัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบ
$\beta$	แทน	สัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน

### 3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างแสดงดังตาราง 14 พบว่า งานวิจัยนี้เก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างได้รวมทั้งสิ้น 246 คน จำแนกเป็นเพศหญิง 156 คน (ร้อยละ 63.41) เพศชาย 90 คน (ร้อยละ 36.59) เมื่อจำแนกตามอายุพบว่า มีอายุโดยเฉลี่ย 65 ปี ( $M = 65.20$ ,  $SD = 5.77$ ) โดยมีอายุต่ำกว่า 65 ปี จำนวน 131 คน (ร้อยละ 53.25) รองลงมาคืออายุ 65 - 74 ปี (ร้อยละ 40.24) และมีอายุ 75 ปีขึ้นไปจำนวน 16 คน (ร้อยละ 6.50)

เมื่อจำแนกตามระดับการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 38.21) รองลงมา กลุ่มปริญญาตรีหรือสูงกว่า (ร้อยละ 33.74) และประถมศึกษา (ร้อยละ 26.42) ไม่ได้เรียนหนังสือ (ร้อยละ 1.63) เมื่อพิจารณาการมีโรคประจำตัวพบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 63.01) และมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 36.99)

สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 65 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มากกว่าครึ่งหนึ่งไม่มีโรคประจำตัว

ตาราง 14 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามจำแนกตามปัจจัยชีวสังคม (n = 246)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ	n	%	M	SD
<b>เพศ</b>				
ชาย	90	36.59		
หญิง	156	63.41		
<b>อายุ</b>			65.20	5.77
ต่ำกว่า 65 ปี	131	53.25		
74 ปี	99	40.24		
75 ปีขึ้นไป	16	6.50		
<b>ระดับการศึกษา</b>				
ไม่ได้เรียนหนังสือ	4	1.63		
ประถมศึกษา	65	26.42		
มัธยมศึกษา	94	38.21		
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	83	33.74		
<b>การมีโรคประจำตัว</b>				
มี	91	36.99		
ไม่มี	155	63.01		
รวม	246	100		

### 3.2 ลักษณะพื้นฐานของตัวแปรที่ศึกษา

ในส่วนนี้เป็นการนำเสนอลักษณะพื้นฐานของตัวแปรที่ศึกษา โดยใช้ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ ประกอบด้วย ตัวแปรตามคือ พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ แบ่งออกเป็น พฤติกรรมการป้องกันตนเองด้านลด พฤติกรรมป้องกันตนเองด้านดูแล และ พฤติกรรมป้องกันตัวเองด้านเลี้ยง ส่วนตัวแปรอิสระ ได้แก่ กลุ่มปัจจัยด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติ กลุ่มปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ สรุปได้ดังนี้

#### 3.2.1 ตัวแปรพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่

พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุ เพื่อปกป้องตนเองจากเชื้อไวรัสฯ ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ด้านลด ด้านเลี้ยง และด้านดูแล

ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ ทั้งหมด 13 ประเด็น โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปรากฏดังตาราง 15 ผลการวิเคราะห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 เท่ากับ 3.32 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.39 โดยมีคะแนนต่ำสุด เท่ากับ 2.23 และคะแนนสูงสุด เท่ากับ 4.00 ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ เมื่อต้องออกไปข้างนอก สวมหน้ากากอนามัย หรือหน้ากากผ้า ( $M = 3.93, SD = 0.30$ ) รองลงมาคือ คอยระวังไม่ให้หน้ากากอนามัย หรือ หน้ากากผ้าเลื้อนหลุดจากจมูก ( $M = 3.82, SD = 0.47$ ) ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ นำหน้ากากอนามัยไปตากแดด เพื่อนำกลับมาใช้ซ้ำ ( $M = 1.20, SD = 0.65$ ) โดยเป็นข้อคำถามทางลบ

เมื่อแบ่งรายด้าน พบว่า ด้านลด มีคะแนนเฉลี่ย ( $M = 3.20, SD = 0.31$ ) พฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ เมื่อต้องออกไปข้างนอก สวมหน้ากากอนามัย หรือหน้ากากผ้า ( $M = 3.93, SD = 0.30$ ) ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ หน้ากากอนามัยไปตากแดด เพื่อนำกลับมาใช้ซ้ำ ( $M = 1.20, SD = 0.65$ ) ด้านเลี้ยง มีคะแนนเฉลี่ย ( $M = 3.04, SD = 0.57$ ) พฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19 ที่มีผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจำนวนมาก ออกนอกบ้านเท่าที่จำเป็น ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ เลื่อนการนัดหมอที่สถานพยาบาล เพื่อเลี่ยงพบเจอผู้คน หากหมออนุญาต ส่วนด้านดูแล มีคะแนนเฉลี่ย ( $M = 3.17, SD = 0.69$ ) พฤติกรรมที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ปล่อยวางเพราะเข้าใจสถานการณ์การแพร่ระบาด

ว่าเราต้องอยู่กับมันไปอีกระยะ ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ หากิจกรรมทำในระหว่างวันเพื่อลดความกังวลใจกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19

กล่าวโดยสรุป กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในด้านลดสูงที่สุด ( $M = 3.20, SD = 0.31$ ) รองลงมาคือ ด้านดูแล ( $M = 3.17, SD = 0.69$ ) และ ด้านเลี้ยง ( $M = 3.04, SD = 0.57$ ) ตามลำดับ

ตาราง 15 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่

พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโควิด-19	M	SD	แปลผล	Min	Max
<b>ด้าน ลด</b>	3.20	0.31	มากที่สุด	2.20	4.00
1.เมื่อต้องออกไปข้างนอก สวมหน้ากากอนามัย หรือหน้ากากผ้า	3.93	0.30	มากที่สุด		
2.ฉันคอยระวังไม่ให้หน้ากากอนามัย หรือ หน้ากากผ้าเลื้อนหลุดจากจมูก	3.82	0.47	มากที่สุด		
3.ฉันนำหน้ากากอนามัยไปตากแดด เพื่อนำกลับมาใช้ซ้ำ (-)	1.20	0.65	น้อยที่สุด		
4.เมื่อไม่มีน้ำและสบู่ ใช้เจลหรือสเปรย์แอลกอฮอล์เพื่อทำความสะอาดมือ	3.62	0.66	มากที่สุด		
5.ฉันล้างมือด้วยสบู่และน้ำ ภายหลังการสัมผัสสิ่งของ	3.41	0.70	มากที่สุด		
<b>ด้าน เลี้ยง</b>	3.04	0.57	มาก	1.50	4.00
6.ฉันเลื่อนการนัดหมอที่สถานพยาบาล เพื่อเลี้ยงพบเจอผู้คน หากหมออนุญาต	2.48	1.14	น้อย		
7.ฉันงดกิจกรรมสังสรรค์ต่างๆ ที่ต้องพบเจอคนอื่น	3.22	0.85	มาก		
8.ในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19 ที่มีผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจำนวนมาก ฉันออกนอกบ้านเท่าที่จำเป็น	3.46	0.73	มากที่สุด		
9.ฉันใช้การสั่งของออนไลน์แทนการจับจ่ายนอกบ้าน	2.76	0.89	มาก		
10.หากต้องออกนอกบ้านในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19 ที่มีผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจำนวนมาก ฉันเลือกไปช่วงเวลาที่ไม่ค่อยมีคนอื่น	3.44	0.70	มากที่สุด		
11.เมื่ออยู่กับหลายคนในบ้าน ฉันจะพยายามนั่งห่างจากคนในครอบครัว	2.92	0.90	มาก		
<b>ด้าน ดูแล</b>	3.17	0.64	มาก	1.00	4.00
12.ฉันปล่อยให้ว่างเพราะเข้าใจสถานการณ์การแพร่ระบาดที่เราต้องอยู่กับมันไปอีกระยะ	3.41	0.81	มากที่สุด		

ตาราง 15 (ต่อ)

พฤติกรรมป้องกันตนเองจากโควิด-19	M	SD	แปลผล	Min	Max
13. ค้นหากิจกรรมทำในระหว่างวันเพื่อลดความกังวลใจกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19	2.94	0.96	มาก		
รวม	3.32	0.39	มากที่สุด	2.23	4.00

### 3.2.2 ตัวแปรการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด-19

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หมายถึง ความคิดหรือความเชื่อของบุคคล ในการคาดคะเนว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 มากน้อยเพียงใด

ผลการวิเคราะห์การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด-19 ทั้งหมด 5 ประเด็น โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปราบกฏดังตาราง 16 ผลการวิเคราะห์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด-19 เท่ากับ 3.23 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.43 โดยมีคะแนนต่ำสุด เท่ากับ 1.83 และคะแนนสูงสุด เท่ากับ 4.00

ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ การรับประทานอาหารจากคนส่งของ โดยไม่สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า ก็มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ( $M = 3.52, SD = 0.60$ ) รองลงมาคือ มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 เพราะต้องออกจากบ้าน ( $M = 3.34, SD = 0.66$ ) และ การเข้าไปในแหล่งชุมชนที่มีคนเยอะ ๆ เช่น ตลาดสด ห้างน้ำสาธารณะ รถประจำทาง เท่ากับเสี่ยงติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ( $M = 3.34, SD = 0.70$ ) ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ “การฉีดวัคซีนครบโดส ทำให้ไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ( $M = 2.42, SD = 1.05$ ) โดยเป็นข้อคำถามทางลบ

ตาราง 16 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด-19

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด-19	M	SD	แปลผล	Min	Max
1. ฉันมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 เพราะต้องออกจากบ้าน	3.34	0.66	มากที่สุด		



ตาราง 16 (ต่อ)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด-19	<i>M</i>	<i>SD</i>	แปลผล	<i>Min</i>	<i>Max</i>
2.แม้ว่าจะป้องกันตนเองดีเพียงใด ฉันก็อาจเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโควิด-19	3.27	0.69	มากที่สุด		
3.หากฉันพูดคุยกับบุคคลที่มีเชื้อโควิด-19 ในระยะน้อยกว่า 1 เมตรเท่ากับว่าฉันเสี่ยงได้รับเชื้อไวรัสโควิด-19	3.33	0.66	มากที่สุด		
4.การฉีดวัคซีนครบโดส ทำให้ฉันไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 (-)	2.42	1.05	น้อย		
5.การเข้าไปในแหล่งชุมชนที่มีคนเยอะ ๆ เช่น ตลาดสด ห้างน้ำสาธารณะ รถประจำทาง เท่ากับเสี่ยงติดเชื้อไวรัสโควิด-19	3.34	0.70	มากที่สุด		
6.การรับอาหารจากคนส่งของ โดยไม่สวมหน้ากากอนามัย หรือหน้ากากผ้า ก็มีโอกาสรู้เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโควิด-19	3.52	0.60	มากที่สุด		
รวม	3.23	0.43	มาก	1.83	4.00

### 3.2.3 ตัวแปรการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19

การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 หมายถึง เป็นความคิดหรือความเชื่อของบุคคลในการประเมินถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับตนจากการได้รับการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19

ผลการวิเคราะห์การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 ทั้งหมด 4 ประเด็น โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปรากฏตาราง 17 ผลการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 เท่ากับ 3.27 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.58 โดยมีคะแนนต่ำสุด เท่ากับ 1.50 และคะแนนสูงสุด เท่ากับ 4.00

ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ถ้ามีโรคประจำตัวแล้วติดเชื้อไวรัสโควิด-19 จะทำให้เสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากขึ้น ( $M = 3.51, SD = 0.62$ ) รองลงมาคือ มีการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 อาจทำให้มีโอกาสเสียชีวิต ( $M = 3.37, SD = 0.71$ ) และประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ หากสัมผัสกับผู้ติดเชื้อไวรัสโควิด-19 และต้องกักตัว จะทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว ( $M = 2.98, SD = 0.89$ )

ตาราง 17 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19

การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19	<i>M</i>	<i>SD</i>	แปลผล	<i>Min</i>	<i>Max</i>
1.การติดเชื้อไวรัสโควิด-19 อาจทำให้ฉันมีโอกาสเสียชีวิต	3.37	0.71	มากที่สุด		
2.ถ้าฉันมีโรคประจำตัวแล้วติดเชื้อไวรัสโควิด-19 จะทำให้ฉันเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากขึ้น	3.51	0.62	มากที่สุด		
3.ฉันรู้สึกวิตกกังวลต่อผู้ติดเชื้อและผู้เสียชีวิตจากเชื้อโควิด-19	3.22	0.71	มาก		
4.หากสัมผัสกับผู้ติดเชื้อไวรัสโควิด-19 และต้องกักตัว จะทำให้ฉันรู้สึกโดดเดี่ยว	2.98	0.89	มาก		
รวม	3.27	0.58	มาก	1.50	4.00

### 3.2.4 ตัวแปรการรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันโรคโควิด-19

การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค หมายถึง เป็นความคิดหรือความเชื่อของบุคคลในการรับรู้ถึงประโยชน์หรือผลดีกับตนตามคำแนะนำในการป้องกันโรคโควิด-19

ผลการวิเคราะห์การรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันโรคโควิด-19 ทั้งหมด 8 ประเด็น โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปกติดังตาราง 18 ผลการวิเคราะห์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันโรคโควิด-19 เท่ากับ 3.52 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.37 โดยมีคะแนนต่ำสุด เท่ากับ 2.63 และคะแนนสูงสุด เท่ากับ 4.00

ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ การแยกตัวเพื่อสังเกตอาการผิดปกติ ทำให้คนในบ้านปลอดภัย ( $M = 3.66, SD = 0.49$ ) รองลงมาคือ มีการปฏิบัติตามคำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุขอย่างเคร่งครัด ทำให้ปลอดภัยจากโรคไวรัสโควิด-19 ( $M = 3.59, SD = 0.53$ ) และประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การสวมหน้ากากอนามัยร่วมกับหน้ากากผ้าเมื่ออยู่ในพื้นที่แออัด ช่วยป้องกันเชื้อไวรัสโควิด-19 ได้มากกว่าสวมหน้ากากชั้นใดชั้นหนึ่ง ( $M = 3.37, SD = 0.62$ )

ตาราง 18 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันโรคโควิด-19

การรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันโรคโควิด-19	M	SD	แปลผล	Min	Max
1.การแยกตัวเพื่อสังเกตอาการผิดปกติ ทำให้คนในบ้านปลอดภัย	3.66	0.49	มากที่สุด		
2.การงดเว้นไปมาหาสู่กัน ช่วยลดการระบาดของโรคไวรัสโควิด-19	3.56	0.54	มากที่สุด		
3.การเว้นระยะห่างจากผู้อื่นอย่างน้อย 1-2 เมตร เป็นสิ่งที่ควรทำ	3.58	0.50	มากที่สุด		
4.การล้างมือด้วยน้ำและสบู่บ่อยๆทำให้ลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อโควิด-19	3.53	0.55	มากที่สุด		
5.การสวมหน้ากากอนามัยร่วมกับหน้ากากผ้าเมื่ออยู่ในพื้นที่แออัด ช่วยป้องกันเชื้อไวรัสโควิด-19 ได้มากกว่าสวมชิ้นใดชิ้นหนึ่ง	3.35	0.65	มากที่สุด		
6. การแยกสำรับอาหาร หรือกินข้าวคนเดียวช่วยลดโอกาสในการรับเชื้อไวรัสโควิด-19	3.37	0.62	มากที่สุด		
7.การใช้โทรศัพท์คุยกับเพื่อนแทนการไปมาหาสู่ เป็นการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด	3.54	0.56	มากที่สุด		
8.การปฏิบัติตามคำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุขอย่างเคร่งครัด ทำให้ฉันปลอดภัยจากโรคไวรัสโควิด-19	3.59	0.53	มากที่สุด		
รวม	3.52	0.37	มากที่สุด	2.63	4.00

### 3.2.5 ตัวแปรการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคโควิด-19

การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคโควิด-19 หมายถึง เป็นความคิดหรือความเชื่อของบุคคลถึงผลกระทบด้านไม่เป็นผลดีต่อตนเองที่จะเกิดตามมาหลังจากการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคโควิด-19

ผลการวิเคราะห์การ ทั้งหมด 9 ประเด็น ซึ่งเป็นข้อคำถามทางลบทั้งหมด โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปรากฏตาราง 19 ผลการวิเคราะห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคโควิด-19 มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคโควิด-19 เท่ากับ 2.89 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.89 โดยมีคะแนนต่ำสุด เท่ากับ 1.00 และคะแนนสูงสุด เท่ากับ 4.00

ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ การหลีกเลี่ยงการใช้ชีวิตในที่แออัด ทั้งในชุมชน ตลาดสด และการใช้รถสาธารณะนั้นทำได้ยาก ( $M = 2.28, SD = 0.96$ ) รองลงมาคือ การล้างมือด้วยน้ำและสบู่บ่อย ๆ เป็นเรื่องที่ทำได้ลำบากหากอยู่นอกบ้าน ( $M = 2.20, SD = 1.00$ )

และประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การสวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกนอกบ้านเป็นเรื่องยุ่งยาก ( $M = 1.85$ ,  $SD = 1.05$ ) แสดงผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคโควิด-19 ได้ดังตาราง 19

ตาราง 19 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคโควิด-19

การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคโควิด-19	M	SD	แปลผล	Min	Max
1.การสวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกนอกบ้านเป็นเรื่องยุ่งยาก (-)	1.85	1.05	น้อย		
2.การล้างมือด้วยน้ำและสบู่บ่อย ๆ เป็นเรื่องที่ทำได้ลำบากหาก อยู่นอกบ้าน (-)	2.20	1.00	น้อย		
3.การเลี่ยงพบปะสังสรรค์กับเพื่อน เป็นสิ่งที่ทำได้ยาก (-)	2.09	0.98	น้อย		
4.เป็นเรื่องยุ่งยากสำหรับ หากต้องเว้นระยะห่างจากผู้อื่นอย่าง น้อย 1-2 เมตร (-)	2.00	0.96	น้อย		
5.การหลีกเลี่ยงการใช้ชีวิตในที่แออัด ทั้งในชุมชน ตลาดสด และ การใช้รถสาธารณะนั้นทำได้ยาก (-)	2.28	0.96	น้อย		
6.การกินของร้อนใช้ช้อนกลาง เป็นเรื่องที่ทำได้ยาก โดยเฉพาะกับ คนในครอบครัว (-)	2.13	0.98	น้อย		
7.การใช้แอปพลิเคชันสั่งอาหารทางออนไลน์เป็นเรื่องยากสำหรับ ฉัน (-)	2.18	0.98	น้อย		
8.การอยู่เฉพาะในที่พักอาศัย สร้างความเครียดให้ฉัน (-)	2.11	1.01	น้อย		
9.การสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า ทำให้หายใจไม่ออก (-)	2.12	1.00	น้อย		
รวม	2.89	0.79	มาก	1.00	4.00

### 3.2.6 ตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคโควิด-19

การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคโควิด-19 หมายถึง ระดับความเชื่อมั่นของผู้สูงอายุว่าสามารถป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ได้มากน้อยเพียงใด

ผลการวิเคราะห์การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคโควิด-19 ทั้งหมด 7 ประเด็น ซึ่งเป็นข้อคำถามทางลบทั้งหมด โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ปรากฏดังตาราง 20 ผลการวิเคราะห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคโควิด-19 มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคโควิด-19 เท่ากับ 3.24 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.59 โดยมีคะแนนต่ำสุด เท่ากับ 1.14 และคะแนนสูงสุด เท่ากับ 4.00

ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ เชื่อว่าตนเองสวมหน้ากากอนามัยได้อย่างถูกวิธี ( $M = 3.41, SD = 0.62$ ) รองลงมาคือ มั่นใจว่าสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องตามคำแนะนำ ( $M = 3.30, SD = 0.70$ ) และประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ เมื่อต้องออกไปทำธุระข้างนอก มั่นใจว่าสามารถลดความเสี่ยง การติดเชื้อโควิด-19 ( $M = 3.15, SD = 0.74$ )

ตาราง 20 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคโควิด-19

การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคโควิด-19	<i>M</i>	<i>SD</i>	แปลผล	<i>Min</i>	<i>Max</i>
1.ฉันเชื่อว่าฉันสามารถเว้นระยะห่างระหว่างผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม เมื่อต้องอยู่ในสถานที่ที่แออัด	3.21	0.78	มาก		
2.ฉันมั่นใจว่าฉันสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องตามคำแนะนำ	3.30	0.70	มากที่สุด		
3.เมื่อต้องออกไปทำธุระข้างนอก ฉันมั่นใจว่าฉันสามารถลดความเสี่ยง การติดเชื้อโควิด-19	3.15	0.74	มาก		
4.ฉันเชื่อว่าฉันล้างมือตรงตามขั้นตอนของกรมควบคุมโรค	3.17	0.72	มาก		
5.ในสถานการณ์การแพร่ระบาดฉันสามารถทำจิตใจให้ผ่อนคลาย และอยู่กับมันได้	3.24	0.72	มาก		
6.ฉันเชื่อว่าฉันสวมหน้ากากอนามัยได้อย่างถูกวิธี	3.41	0.62	มากที่สุด		
7.ฉันมั่นใจว่า ฉันไม่รับเชื้อไวรัสโควิด-19 เพราะฉันป้องกันตนอย่าง ดี เช่น ฉีดพ่นสิ่งของนั้นด้วยแอลกอฮอล์ก่อนนำเข้าบ้าน	3.18	0.76	มาก		
รวม	3.24	0.59	มาก	1.14	4.00

### 3.2.7 ตัวแปรการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-1

การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 หมายถึง การรับทราบข้อมูลข่าวสารจากสื่อประเภท สื่อมวลชน บุคคล สื่อสิ่งพิมพ์ โดยมีเนื้อหาสาระเพื่อป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 และการยอมรับเนื้อหาข้อมูลเพื่อป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 จากสื่อมวลชน บุคคลและสื่อสิ่งพิมพ์

ผลการวิเคราะห์การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ทั้งหมด 5 ประเด็น โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปราบกฎตั้งตาราง 21 ผลการวิเคราะห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 มีคะแนนเฉลี่ยการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 เท่ากับ 3.42 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.44 โดยมีคะแนนต่ำสุด เท่ากับ 2.40 และคะแนนสูงสุด เท่ากับ 4.00

ผลการวิเคราะห์พบว่า ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ เมื่อได้ฟังข่าวการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จาก ศบค. ทำให้คิดว่าต้องรับผิดชอบป้องกันตนเองให้ดีที่สุด ( $M = 3.53$ ,  $SD = 0.61$ ) รองลงมาคือ เมื่อมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 จะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรค ( $M = 3.48$ ,  $SD = 0.52$ ) และประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองจากโรคโควิด-19 จากเว็บไซต์กระทรวงสาธารณสุข ( $M = 3.28$ ,  $SD = 0.60$ )

ตาราง 21 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19

การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19	M	SD	แปลผล	Min	Max
1.ฉันค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองจากโรคโควิด-19 จากเว็บไซต์กระทรวงสาธารณสุข	3.28	0.60	มากที่สุด		
2.ฉันเลือกติดตามข่าวสารจากสื่อที่มีความน่าเชื่อถือ หรือหน่วยงานของรัฐ	3.40	0.58	มากที่สุด		
3.ฉันฟังอย่างตั้งใจเมื่อมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19	3.41	0.52	มากที่สุด		
4.เมื่อมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ฉันจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรค	3.48	0.52	มากที่สุด		



ตาราง 21 (ต่อ)

การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19	M	SD	แปลผล	Min	Max
5.เมื่อได้ฟังข่าวการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จาก ศบค. ทำ ให้ฉันคิดว่าต้องรับผิดชอบต่อป้องกันตนเองให้ดีที่สุด	3.53	0.61	มากที่สุด		
รวม	3.42	0.44	มากที่สุด	2.40	4.00

### 3.2.8 ตัวแปรความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19

ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 หมายถึง ระดับความรู้ความเข้าใจ และการนำ  
ความรู้ไปใช้ป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19

ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ซึ่งเป็นคำถามแบบ ถูก ผิด มีข้อ  
คำถามทั้งหมด 5 ประเด็น ผลการวิเคราะห์ ปรากฏดังตาราง 22 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนน  
ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 เฉลี่ย เท่ากับ 4.87 แสดงว่ามีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ในระดับ  
มาก ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.47 โดยมีคะแนนต่ำสุด เท่ากับ 2.00 และคะแนนสูงสุด  
เท่ากับ 5.00

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถตอบคำถามที่ใช้วัด ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-  
19 ได้ถูกต้อง โดยข้อที่ถูกต้องในสัดส่วนมากที่สุดคือ ระยะฟักตัวของเชื้อไวรัสโควิด-19 อยู่  
ระหว่าง 2 - 14 วัน นับตั้งแต่วันที่สัมผัสเชื้อ ถึงระยะเริ่มแสดงอาการ (ร้อยละ 99.59) รองลงมาคือ  
ระยะแรกอาการของผู้ป่วยโรคโควิด-19 มีอาการคล้ายไข้หวัด เช่น มีไข้ ไอ น้ำมูก (ร้อยละ 99.19)  
และข้อที่ตอบผิดมากที่สุดคือ หากกินอาหารเผ็ด ๆ สามารถฆ่าเชื้อไวรัสฯให้ตายได้ (ร้อยละ  
89.84)

ตาราง 22 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19

ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19	ร้อยละของการตอบ ถูกต้อง		
	M	SD	
1. โควิด-19 ที่เป็นสายพันธุ์ใหม่ อาการโดยทั่วไประยะแรกจะไม่แสดงอาการ	97.56	0.15	
2. ระยะฟักตัวเฉลี่ยของเชื้อไวรัสโควิด-19 อยู่ระหว่าง 2 - 14 วัน นับตั้งแต่วันที่สัมผัสเชื้อ ถึงระยะเริ่มแสดงอาการ	99.59	0.06	
3. ระยะแรกอาการของผู้ป่วยโรคโควิด-19 มีอาการคล้ายไข้หวัด เช่น มีไข้ ไอ น้ำมูก	99.19	0.09	
4. เชื้อไวรัสโควิด-19 ติดต่อผ่านระบบทางเดินหายใจ เมื่อเราไอหรือจาม จึงควรใช้ทิชชูปิดปาก เพื่อป้องกันไม่ให้เชื้อโรคกระจาย	95.53	0.21	
5. หากกินอาหารเผ็ด ๆ สามารถฆ่าเชื้อไวรัสฯให้ตายได้ (-)	89.84	0.30	
รวม	97.48	0.59	
<i>M = 4.87</i>	<i>SD = 0.47</i>	<i>Min = 2.00</i>	<i>Max = 5.00</i>

หมายเหตุ \* เกณฑ์การแปลคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19

0.00 ถึง 1.67 คะแนน มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับน้อย

1.68 ถึง 3.32 คะแนน มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลาง

3.33 ถึง 5.00 คะแนน มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมาก

### 3.3 ผลการวิเคราะห์ตัวทำนายสำคัญที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

การนำเสนอในส่วนนี้เป็นคำตอบความมุ่งหมายการวิจัยเพื่อค้นหาตัวทำนายสำคัญที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นแบบพหุ (Multiple Regression Analysis) ซึ่งก่อนดำเนินการวิเคราะห์ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติการถดถอยเชิงเส้นแบบพหุ ได้แก่ การตรวจสอบภาวะร่วมเส้นตรงพหุ (Multicollinearity) การแจกแจงปกติของค่าเศษเหลือของการทำนาย (Normality) และการตรวจสอบความเป็นเอกพันธ์ของค่าเศษเหลือของ

การทำนาย (Homoscedasticity) ผลการวิเคราะห์พบว่าผ่านข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติทุกประเด็น โมเดลดังกล่าวจึงมีความเหมาะสมที่จะวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นแบบพหุต่อไปได้ สำหรับรายละเอียดของผลการวิเคราะห์สรุปได้ดังนี้

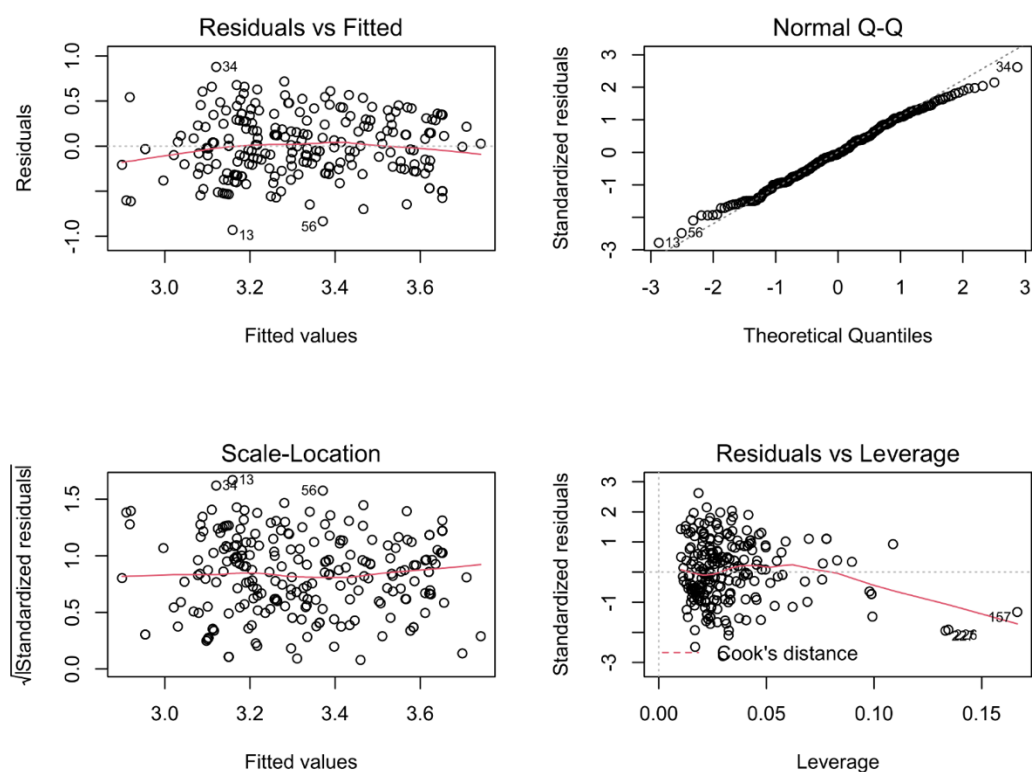
การตรวจสอบภาวะร่วมเส้นตรงพหุ (Multicollinearity) ใช้การวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Correlations) ผลการวิเคราะห์พบว่าความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระแต่ละตัวมีค่าความสัมพันธ์กันไม่เกิน .80 และมีค่า Tolerance ไม่เกิน 0.10 และมีค่า VIF ไม่เกิน 10 (Hair, Black, Babin, & Andersen, 2010) จึงไม่เกิดภาวะร่วมเส้นตรงพหุ ผลการวิเคราะห์พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับตัวแปรตาม ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ( $r = .340, p < .01$ ) การรับรู้ความรุนแรงของโรค ( $r = .296, p < .01$ ) การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค ( $r = .303, p < .01$ ) การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรค ( $r = .434, p < .01$ ) และการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรค ( $r = .318, p < .01$ ) ส่วนตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค และความรู้เกี่ยวกับโรค ดังนั้น ตัวแปรอิสระส่วนใหญ่จึงมีความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม ผลการวิเคราะห์แสดงดังตาราง 23

ตาราง 23 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสถิติในการตรวจสอบภาวะร่วมเส้นตรงพหุ (Multicollinearity)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	
1. พฤติกรรมการป้องกันตนเอง	1.00	.340**	.296**	.303**	-.031	.434**	.318**	.020	
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค		1.00	.470**	.521**	.069	.306**	.338**	.016	
3. การรับรู้ความรุนแรงของโรค			1.00	.476**	-.093	.295**	.368**	.142*	
4. การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค				1.00	.023	.404**	.418**	.040	
5. การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค					1.00	.078	.051	-.057	
6. การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรค						1.00	.527**	.072	
7. การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรค							1.00	.136*	
8. ความรู้เกี่ยวกับโรค								1.00	
Tolerance		0.65	0.66	0.60	0.96	0.68	0.64	0.96	0.65
Variance inflation factor (VIF)		1.54	1.52	1.67	1.04	1.48	1.56	1.04	1.54

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, \*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การแจกแจงปกติของค่าเศษเหลือของการทำนาย (Normality) พบว่าเศษเหลือของการทำนายตัวแปรตามด้วยตัวแปรอิสระมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ และในขณะเดียวกันผลการวิเคราะห์พบว่า การกระจายตัวของค่าเศษเหลือของการทำนายมีค่าคงที่ โดยมีการกระจายตัวรอบค่าศูนย์อย่างสม่ำเสมอ จึงไม่เกิดภาวะความไม่เป็นเอกพันธ์ของเศษเหลือจากการทำนาย (Heteroscedasticity) ผลสอดคล้องกับการวิเคราะห์ด้วย Breusch-Pagan and Koenker Test พบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงสรุปได้ว่า โมเดลการทำนายนี้ไม่เกิดภาวะความไม่เป็นเอกพันธ์ของเศษเหลือจากการทำนายเช่นกัน ผลการวิเคราะห์แสดงได้ดังภาพ 5 และตาราง 24



ภาพประกอบ 4 ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นแบบพหุ ด้านการแจกแจงแบบปกติของเศษเหลือจากการทำนาย (Residuals) และความเป็นเอกพันธ์ของความแปรปรวนเศษเหลือจากการทำนาย (Homoscedasticity)

ตาราง 24 ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณด้านความเป็นเอกพันธ์ของความแปรปรวนเศษเหลือจากการทำนาย (Homoscedasticity) โดยใช้ Breusch-Pagan and Koenker Test

สถิติทดสอบ	LM	p
BP	6.72	.458
Koenker	8.86	.262

ในส่วนนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ โดยใช้วิธีวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) ในการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณขั้นตอน ผู้วิจัยได้แปลงตัวแปรอิสระระดับนามมาตราและระดับอันดับมาตราให้เป็นตัวแปรหุ่น (dummy variable) โดยกำหนดให้กลุ่มที่ผู้วิจัยสนใจมีค่าเท่ากับ 1 ส่วนกลุ่มอื่นๆ เท่ากับ 0 มีรายละเอียดดังนี้

เพศ	กำหนดให้	1	คือ	เพศชาย
		0	คือ	เพศหญิง
การศึกษาระดับประถม	กำหนดให้	1	คือ	ประถม
		0	คือ	ระดับการศึกษาอื่น ๆ
การศึกษาระดับมัธยม	กำหนดให้	1	คือ	มัธยม
		0	คือ	ระดับการศึกษาอื่น ๆ
มีโรคประจำตัว	กำหนดให้	1	คือ	มีโรคประจำตัว
		0	คือ	ไม่มีโรคประจำตัว

การวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุมีเงื่อนไขจำเป็นต้องนำตัวแปรทำนายเป็นตัวแปรระดับการวัดอันตรายภาค หรือ อัตราส่วน (ตัวแปรเมตริก) ผู้วิจัยจึงนำเทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุที่มีตัวแปรดัม คือ ตัวแปรชีวสังคม ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา และโรคประจำตัว มาวิเคราะห์ร่วมกับตัวแปรอิสระตัวแปรอื่น กล่าวคือ ผู้วิจัยนำตัวแปรชีวสังคมมาแปลงค่าตัวแปรให้เป็นตัวแปรหุ่น (dummy variable) โดยการให้รหัสใหม่ (recode) โดยให้รหัสตัวแปรดัมมี มีค่า (values) เพียง 2 ค่า คือ 1=การเป็นสมาชิกในกลุ่มตัวแปร (reference group) 0=การไม่เป็นสมาชิกในกลุ่มตัวแปร (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2553) สำหรับงานวิจัยครั้งนี้มีตัวแปรอิสระที่ต้องแปลงให้เป็นตัวแปรหุ่น (dummy variable) 4 ตัว ได้แก่ เพศชาย ประถม มัธยม มีโรคประจำตัว โดยผู้วิจัยกำหนดให้กลุ่มที่ผู้วิจัยสนใจมีค่าเท่ากับ 1 ส่วนกลุ่มอื่นมีค่า เท่ากับ 0

ผลการวิเคราะห์ ปรากฏดังตาราง 25 พบว่า ตัวแปรอิสระที่สามารถอธิบายการแปรผันของพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มี 3 ตัวแปร คือ การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคโควิด-19 ( $X_5$ ) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด-19 ( $X_1$ ) ระดับการศึกษาประถม ( $X_9$ ) สามารถอธิบายการแปรผันของพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ได้ร้อยละ 26.30 โดย การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคโควิด-19 อธิบายการแปรผันของพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ได้ดีที่สุดคือ ร้อยละ 18.8 ( $\beta = .367, p < .000$ ) เมื่อนำตัวแปรการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด-19 และ ระดับการศึกษาประถม ร่วมพิจารณาในสมการถดถอยที่ละขั้นตอน พบว่า สามารถอธิบายการแปรผันของพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 4.8 ร้อยละ 2.7 ตามลำดับ ส่วนตัวแปรอื่นๆ ไม่สามารถเพิ่มอำนาจการอธิบายการแปรผันของพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



ตาราง 25 ผลการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณขั้นตอนของพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรค โควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ (Stepwise Multiple Regression)

ตัวแปรทำนาย	B	$\beta$	t	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> change
ค่าคงที่ (Constant)	1.876		10.648		
การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรค โควิด-19 (X <sub>5</sub> )	0.239	0.367	6.336	0.188	0.188
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19 (X <sub>1</sub> )	0.221	0.246	4.223	0.236	0.048
ประถม (X <sub>9</sub> )	-0.142	-0.166	-2.982	0.263	0.027
F=28.758*					

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้วิจัยนำค่าสัมประสิทธิ์ตัวพยากรณ์ มาเขียนเป็นสมการเพื่ออธิบายพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ ดังนี้

สมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนดิบ

$$\hat{Y} = 1.876 + 0.239 (X_5)^{**} + 0.221 (X_1)^{**} - 0.142 (X_9)^*$$

สมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน

$$Z = 0.367 (X_5)^{**} + 0.246 (X_1)^{**} - 0.166 (X_9)^*$$

หมายเหตุ \* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, \*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

โดยกำหนดให้

X<sub>1</sub> คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19

X<sub>2</sub> คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19

X<sub>3</sub> คือ การรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันโรคโควิด-19

X<sub>4</sub> คือ การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคโควิด-19

X<sub>5</sub> คือ การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคโควิด-19

X<sub>6</sub> คือ การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19

X<sub>7</sub> คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19

X<sub>8</sub> คือ เพศชาย

$x_9$  คือ ประถม

$x_{10}$  คือ มัธยม

$x_{11}$  คือ มีโรคประจำตัว



## บทที่ 5

### สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ มีจุดมุ่งหมายในการวิจัยเชิงคุณภาพระยะที่ 1 เพื่อทำความเข้าใจพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) กับผู้สูงอายุจำนวน 4 ท่าน จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) ตามหลักการของ Miles and Huberman (1994) แล้วจึงนำข้อค้นพบไปปรับนิยามและพัฒนาเครื่องมือวัดเป็นแบบสอบถามเพื่อใช้ศึกษาในการวิจัยเชิงปริมาณในระยะที่ 2 การวิจัยเชิงปริมาณระยะที่ 2 มีจุดมุ่งหมายเพื่อค้นหาตัวทำนายสำคัญที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ เก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ขึ้นไป จำนวน 246 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้เครื่องมือเป็นแบบสอบถาม จำนวน 1 ฉบับ แบ่งออกเป็นแบบสอบถามลักษณะชีวสังคมของผู้ตอบแบบสอบถาม และแบบวัด จำนวน 7 แบบวัดหลังจากนั้นแล้วจึงนำข้อมูลที่เก็บได้ไปวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้วิธีการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ส่วนการสรุปและอภิปรายผลการวิจัย ผู้วิจัยแบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 2 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 การสรุปผลการวิจัยและอภิปรายผลการวิจัย และตอนที่ 2 เป็นการให้ข้อเสนอแนะ โดยมีรายละเอียดผลการวิจัยดังนี้

#### การสรุปผลการวิจัย

##### การสรุปและอภิปรายผลการวิจัยระยะที่ 1

ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมการป้องกันตนเองของผู้สูงอายุในรูปแบบวิถีชีวิตใหม่ ภายใต้การแพร่ระบาดของโควิด-19 แบ่งออกเป็น 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1.การลด 2.การเลี่ยง 3. การดูแล

##### 1.ประเด็นการลด ประกอบด้วย การสวมหน้ากาก และ การล้างมือ

1.1 การสวมหน้ากาก ประกอบด้วย การเลือกสวมหน้ากากให้เหมาะสม การสวมใส่หน้ากากอย่างถูกวิธี การจัดการหน้ากากให้ถูกสุขลักษณะ

1.1.1 การเลือกสวมหน้ากากให้เหมาะสม ประกอบด้วย 1.การใช้หน้ากากอนามัยสองชั้น 2.การใช้หน้ากากผ้าร่วมกับหน้ากากอนามัย 3.การใช้หน้ากากอนามัยร่วมกับกระจังป้องกันใบหน้า (Face Shield)

1.1.2 การสวมใส่หน้ากากอย่างถูกต้อง ประกอบด้วย การตรวจสอบความสมบูรณ์ก่อน

การสวม ใช้มือจับสายคล้องหู สวมหน้ากากโดยใช้ปากจมูกวาง จัดวางให้ถูกต้องตำแหน่ง กดลวดให้แนบจมูก

1.1.3 การจัดการให้ถูกสุขลักษณะ ประกอบด้วย 1.เปลี่ยนหน้ากากใหม่ระหว่างวัน 2.ใช้หน้ากากอนามัยครั้งเดียวแล้วทิ้ง 3.ทิ้งหน้ากากอนามัยให้ถูกวิธี

1.2 การล้างมือ ประกอบด้วย การล้างให้สะอาดตามขั้นตอน และการล้างมือโดยใช้อุปกรณ์ทำความสะอาดที่หลากหลาย

1.2.1 การล้างให้สะอาดตามขั้นตอน ประกอบด้วย 1.ถูฝ่ามือทั้งสองข้าง 2.ถูหลังมือทั้งสองข้าง 3.ถูข้อมือทั้งสองข้าง 4.ถูนิ้วมือทั้งสองข้าง 5.ถูตามซอกนิ้วและเล็บ และถูไปถึงข้อศอก

1.2.2 การล้างมือโดยใช้อุปกรณ์ทำความสะอาดที่หลากหลาย ได้แก่ การล้างมือโดยใช้สบู่ การทำความสะอาดมือโดยใช้เจล หรือสเปรย์แอลกอฮอล์ และการล้างมือโดยใช้น้ำยาล้างจาน

จากข้อค้นพบเกี่ยวกับพฤติกรรมกำบังตนเองจากโควิด-19 ของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยมีข้อสังเกตสามารถนำมาอภิปรายแบ่งเป็น 2 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นแรก ข้อค้นพบสะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมกำบังตนเองจากโควิด-19 อย่างเหมาะสม ตามแนวทางการกำบังของกระทรวงสาธารณสุข กรมกิจการผู้สูงอายุ (2563); (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2563; รัฐบาลไทย, 2563b) ที่ได้กำหนดแนวปฏิบัติสำหรับผู้สูงอายุไว้ 3 แนวทาง คือ “ลด เลี่ยง ดูแล” กล่าวคือ

ในด้านการลด พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ลดความเสี่ยงใน 2 ลักษณะ ได้แก่ การสวมหน้ากาก และการล้างมือ วิธีการสวมหน้ากากของผู้สูงอายุที่สะท้อนถึงความสอดคล้องกับแนวปฏิบัติหรือคำแนะนำจากกระทรวงสาธารณสุข เช่น การเลือกสวมหน้ากากอนามัยร่วมกับหน้ากากผ้าเมื่อออกไปในแหล่งชุมชนที่มีคนพลุกพล่าน เช่น ตลาดสด ตลาดนัด ซูเปอร์มาร์เก็ต เพราะการสวมหน้ากากสองชั้นสามารถเพิ่มประสิทธิภาพกำบังกันโควิด-19 ได้มากขึ้น ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขแนะนำว่าการสวมหน้ากากอนามัยไว้ด้านในและหน้ากากผ้าไว้ด้านนอกสามารถทำให้หน้ากากกระชับแนบชิดใบหน้าและยังช่วยลดโอกาสที่เชื้อโรคเข้าสู่ทางเดินหายใจได้ สอดคล้องเช่นเดียวกับงานวิจัยการทดลองประสิทธิภาพของหน้ากากผ้าทับหน้ากากอนามัยของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของอเมริกา พบว่า สามารถป้องกันการสัมผัสละอองฝอยในอากาศได้ 85.4%

(Centers for Disease Control and Prevention, 2021, 2022; กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564a; สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2564) หรือ การที่ผู้สูงอายุบางคนก็เลือกใช้น้ำกากอนามัยร่วมกับกระจังป้องกันใบหน้า (Face Shield) ซึ่งการปฏิบัติดังกล่าวแม้จะสามารถป้องกันการกระจายละอองฝอยขนาดใหญ่ได้ แต่ควรใช้ร่วมกับน้ำกากอนามัยทุกครั้ง (ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์ประเทศไทย, 2564; โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย, 2564) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุจัดการหน้ากากอย่างถูกต้องลักษณะ เช่น เปลี่ยนหน้ากากใหม่ระหว่างวัน ใช้หน้ากากอนามัยครั้งเดียวแล้วทิ้ง และทิ้งหน้ากากอนามัยให้ถูกวิธี ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับคำแนะนำของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขที่แนะนำให้ควรเปลี่ยนหน้ากากทุก ๆ 6 - 8 ชั่วโมง หรือเมื่อหน้ากากเปียกชื้น สกปรกเมื่อต้องออกไปในสถานที่แออัด หลังจากถอดหน้ากากแล้วควรทิ้งทันทีโดยเมื่อทิ้งหน้ากากให้จับสายรัดและถอดหน้ากากอนามัยจากด้านหลัง พับส่วนด้านในเข้าเพื่อป้องกันสารคัดหลั่งแพร่กระจาย ไม่ควรสัมผัสตัวหน้ากาก จากนั้นม้วนหน้ากากใส่ถึงปิดสนิททิ้งลงถังขยะที่มีฝาปิด (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2564)

นอกจากการสวมหน้ากากอนามัยแล้ว ผู้สูงอายุก็ลดความเสี่ยงของการติดเชื้อด้วยการล้างมือตามขั้นตอน และล้างด้วยอุปกรณ์ทำความสะอาด เช่น สบู่ เจล หรือสเปรย์แอลกอฮอล์ ข้อค้นพบนี้ก็ สอดคล้องกับคำแนะนำของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ที่แนะนำให้ล้างมือบ่อย ๆ ด้วยการล้างมือด้วยน้ำและสบู่ เนื่องจากว่าสบู่มีกลไกในการทำลายเชื้อไวรัสโดยทำลายไขมันเปลือกหุ้มไวรัสและทำลายการยึดโยงส่วนประกอบสำคัญของไวรัสทำให้ตัวไวรัสแตกตัวและหลุดออกจนไม่สามารถแพร่กระจายเชื้อได้ อย่างไรก็ตาม หากไม่สะดวกในการล้างมือด้วยสบู่ แนะนำให้ล้างด้วยเจล หรือสเปรย์ แอลกอฮอล์ที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ 70% ขึ้นไป ก็สามารถช่วยป้องกันโรคเข้าสู่ร่างกายได้ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

ประเด็นที่สอง การป้องกันตนเองจากโควิด-19 ของผู้สูงอายุบางการกระทำมีโอกาสเสี่ยงต่อการเปิดรับเชื้อโควิด-19 เช่น การเลือกใช้น้ำกากอนามัยสองชั้นซ้อนกัน ซึ่งศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention, 2021) ระบุว่า การเลือกสวมหน้ากากอนามัยสองชั้นซ้อนกันจะทำให้หน้ากากไม่กระชับใบหน้า เกิดช่องว่างทำให้ใช้มือขยับเสี่ยงต่อการสัมผัสใบหน้าบ่อย ๆ ส่งผลให้ประสิทธิภาพการป้องกันลดลง และเมื่อใช้มือขยับเพื่อให้หน้ากากกระชับใบหน้าตลอดเวลาที่มีความเสี่ยงต่อเชื้อไวรัสเข้าสู่ทางเดินหายใจง่ายขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุบางคนนำหน้ากากที่ใช้ไปตากแดดแล้วนำกลับมาใช้ใหม่ การกระทำดังกล่าวไม่เป็นไปตามแนวปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุขที่แนะนำว่า ควรเปลี่ยนหน้ากากทุก ๆ

6 - 8 ชั่วโมง หรือเมื่อหน้ากากเปียกชื้นหรือสกปรก ควรทิ้งทันที เนื่องจากว่าหน้ากากอนามัยถูกออกแบบมาให้ใช้เพียงครั้งเดียวเท่านั้น บริเวณผิวหนังด้านนอกมีสารกันซึมเคลือบอยู่ หากนำไปพันติดเพื่อฆ่าเชื้อโรค หรือนำไปตากแดดจะทำให้คุณสมบัติในการป้องกันเชื้อโรคและกันซึมหายไป และเป็นอันตรายกับผู้ไปจับต้องหน้ากากอนามัยที่ใช้แล้วซึ่งเปื้อนน้ำมูกน้ำลายที่อาจมีเชื้อโรคติดอยู่ มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง โดยเมื่อทิ้งหน้ากากให้จับสายรัดและถอดหน้ากากอนามัยจากด้านหลัง พับส่วนด้านในเข้าเพื่อป้องกันสารคัดหลั่งแพร่กระจาย ไม่ควรสัมผัสตัวหน้ากาก จากนั้นม้วนหน้ากากใส่ถุงปิดสนิททิ้งลงถังขยะที่มีฝาปิด (คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2564; สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2564)

2. ประเด็นการเลี้ยง ประกอบด้วย เลื่อนนัดการพบแพทย์ที่โรงพยาบาล งดกิจกรรมสังสรรค์พบปะผู้คน ออกข้างนอกเท่าที่จำเป็น ชื่อของทางออนไลน์แทนการจับจ่ายนอกบ้าน

ในด้านการเลี้ยง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่หลีกเลี่ยงเข้าไปในพื้นที่เสี่ยงแพร่ระบาดของโควิด-19 ซึ่งการเลี้ยงไปในพื้นที่เสี่ยงทำโดยเลื่อนนัดพบแพทย์ที่โรงพยาบาล งดกิจกรรมสังสรรค์พบปะผู้คน ออกข้างนอกเท่าที่จำเป็น และชื่อของออนไลน์แทนการจับจ่ายนอกบ้าน ข้อค้นพบข้างต้นเป็นไปตามที่กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขแนะนำ กล่าวคือ เมื่อผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว ควรจัดเตรียมยาสำรองสำหรับรักษาตัวไว้ และหากมีความจำเป็นต้องพบแพทย์ตามนัดหมายให้ติดต่อขอคำแนะนำจากแพทย์และญาติให้ไปรับยาแทน หรือการเข้าพบแพทย์ผ่านระบบออนไลน์ที่เรียกว่า Telegraphic Medicine สอดคล้องกับงานวิจัยของ(สุนทร ชินประสาตศักดิ์ et al., 2558) พบว่าการใช้ระบบสารสนเทศมาช่วยปฏิบัติงานด้านการแพทย์ สามารถช่วยลดแทนการเดินทางไปพบแพทย์ได้โดยตรงและเกิดประสิทธิผลการรักษาที่ไม่แตกต่างกันในเบื้องต้นเข้ารับการรักษาแพทย์ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุควรหลีกเลี่ยงการพบเจอ สวมกอด ใกล้ชิดหรือพูดคุยใกล้ชิดกับบุคคลอื่น ควรเปลี่ยนมาใช้ในการสื่อสารทางโทรศัพท์แทนการพบปะผู้อื่น ควรงดออกจากบ้าน หากมีความจำเป็นที่ต้องออกนอกบ้านให้ใส่หน้ากากอนามัย และใช้เวลาอยู่นอกบ้านให้น้อยที่สุด รักษาระยะห่างบุคคลอื่น 1-2 เมตรและชื่อของออนไลน์แทนการจับจ่ายนอกบ้านเพื่อเลี่ยงการสัมผัสบุคคลอื่น(อ้อมใจ วงษ์มณฑา, 2564)

3. ประเด็นการดูแล ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย เอนกายพักผ่อน รักษาอารมณ์

3.1 การรับประทานอาหาร ประกอบด้วย กินอาหารปรุงสุก กินอาหารร้อนใคร่ร้อนมัน กินอาหารแยกสำหรับใครสำหรับมัน

3.2 การออกกำลังกาย ประกอบด้วย ยืดเหยียดร่างกาย และ แกว่งแขน



3.3 เอนกายพักผ่อน ประกอบด้วย หลับสนิท และ กิจกรรมยามว่าง

3.4 รักษาอารมณ์ ประกอบด้วย ลดวิตกกังวล และ ปลดปล่อยวาง

ในด้านการดูแล พบว่า ผู้สูงอายุดูแลตนเองในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโควิด-19 ครอบคลุมทั้ง 4 อ. คือ อาหาร ออกกำลังกาย เอนกายพักผ่อน และรักษาอารมณ์ ข้อค้นพบดังกล่าว สอดคล้องกับงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่พบว่าสภาวะภาวะการของผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องอยู่ในบ้านส่วนใหญ่ในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19 นั้นส่งผลทำให้เกิดความเครียด วิตก ภาวะซึมเศร้า การออกกำลังกายเคลื่อนไหวร่างกายนั้นสามารถช่วยให้อารมณ์แข็งแรงและด้านจิตใจให้มีสุขภาพดีขึ้น (Ghram et al., 2021; Jiménez-Pavón, Carbonell-Baeza, & Lavie, 2020; Sepúlveda-Loyola et al., 2020) นอกจากนี้งานวิจัยของ (Ali Amira Mohammed & Kunugi Hiroshi, 2021) พบว่าการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์และการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในช่วงการระบาดของโควิด-19 สามารถส่งเสริมให้อารมณ์แข็งแรงช่วยลดโอกาสเจ็บป่วยด้วยโควิด-19 ได้ เช่นเดียวกับงานวิจัยของ (Soonthornchaiya, 2020) แสดงให้เห็นว่าในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด-19 ในประเทศไทย แม้ว่าผู้สูงอายุจำเป็นต้องกักตัวอยู่แต่ในบ้านเป็นส่วนใหญ่ ส่งผลต่อความเครียด วิตกกังวล ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุไทยมีความรู้ด้านสุขภาพ การปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในช่วงโควิด-19 ในภาพรวมอยู่ในระดับดี

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพในการทำความเข้าใจพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุ ผู้วิจัย พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มผู้สูงอายุในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาด มีความแตกต่างกับสถานการณ์ ทั้งนี้พฤติกรรมการแพร่ระบาดของโควิด-19 เป็นสิ่งที่เกิดผลกระทบที่ยิ่งใหญ่เป็นวงกว้าง ทั้งระดับเศรษฐกิจ สังคมและประเทศ จนถึงระดับโลก จากเหตุผลดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุให้ความสำคัญ ต่อการดูแลตนเอง ให้ความสำคัญเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเอง การเป็นอยู่ ให้ความสำคัญกับโภชนาการด้านอาหาร สุขอนามัย ที่อยู่อาศัยและให้ความสนใจในการใช้เทคโนโลยีมากขึ้น (กรุงเทพธุรกิจ, 2564) แตกต่างจากสถานการณ์ก่อนการแพร่ระบาดที่พบว่าพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีของผู้สูงอายุเพื่อใช้ประโยชน์ในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่นการสั่งซื้อของออนไลน์ น้อยกว่าช่วงหลังการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

ความแตกต่างของสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 การนำเทคโนโลยีเข้ามามีบทบาทในด้านต่างๆในชีวิตประจำวัน เช่น ในด้านสาธารณสุขที่สำคัญที่แตกต่างไปจากเดิมที่จำเป็นต้องเดินทางไปสถานพยาบาลเพื่อพบแพทย์เท่านั้น การพบแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เป็นแนวทางใหม่ให้กับผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องเข้าพบแพทย์โดยหลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดกันในช่วง

การแพร่ระบาด หรือด้านการรับข่าวสารทางออนไลน์เกี่ยวกับปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 หรือ การจ่ายสินค้า อุปโภคบริโภคในรูปแบบออนไลน์ เพื่อหลีกเลี่ยงการติดเชื้อโควิด-19

## การสรุปและอภิปรายผลการวิจัยระยะที่ 2

จุดมุ่งหมายของการวิจัยข้อที่ 2 เพื่อค้นหาตัวทำนายสำคัญที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุ มีสมมติฐานการวิจัยว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด-19 การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคโควิด-19 การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคโควิด-19 การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคโควิด-19 การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 เป็นตัวทำนายสำคัญของพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุขั้นตอน พบว่า ปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคโควิด-19 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด-19 และระดับการศึกษาประถมศึกษา ตามลำดับ

จึงสรุปได้ว่า สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยเพียงบางส่วนเพราะไม่ใช่ทุกตัวแปรที่เข้าสมการเหมือนที่ตั้งสมมติฐานไว้

จากข้อค้นพบตัวทำนายสำคัญของพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 สามารถอภิปรายผลเชิงทฤษฎีและสนับสนุนด้วยงานวิจัยในอดีตดังนี้

ประการแรก การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรค เป็นตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าสู่สมการการทำนายเป็นอันดับแรก อธิบายได้ว่า หากบุคคลรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคได้ นำไปสู่เจตคติที่ดีและส่งผลต่อเนื่องให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ กล่าวคือปัจจัยทางชีวภาพ จิตใจและพฤติกรรม ส่งผลต่อสุขภาพของบุคคลทั้งทางบวกและทางลบ (สไตส์ ศรีสอาด & ศิริภา คงศร, 2016) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของ แบนดูรา (Bandura 1997) ได้สรุปทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) ว่าเมื่อบุคคลมีทักษะการปฏิบัติที่เหมาะสมและมีกำลังใจที่เพียงพอ มีความคาดหวังในความสามารถ สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญและตัดสินใจว่าคุณจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและปฏิบัติตัวตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่องต่อไป การนำทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถของตนในด้านสุขภาพสามารถช่วยให้นักบุคคลประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลช่วยให้นักปฏิบัติตัวในด้านสุขภาพ โดยเฉพาะสถานการณ์การแพร่

ระบาดของโควิด-19 ที่เกิดขึ้นใหม่และแพร่กระจายอย่างรวดเร็ว สอดคล้องกับงานวิจัยของ(นงศัณ พันธ์ มณีอินทร์ & อธิทิพล ดวงจินดา, 2564) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมกักกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง (M=3.95, SD= 0.71) การรับรู้โรคโควิด-19 (M=4.10, SD= 0.77) และ พฤติกรรมกักกันโรคโควิด-19 (M=4.15, SD= 0.69) โดยรวมอยู่ในระดับมาก และปัจจัยการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับสูงกับพฤติกรรมกักกันโรคโควิด-19 ( $r = 0.74$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้สูงอายุแต่ละคนมีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองที่แตกต่างกันส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพและปัจจัยด้านสังคม เป็นต้น(ปราโมทย์ ปราสาทกุล, 2559; พรรณี ปานเทวัญ, 2017) นอกจากนี้ยังมีข้อมูลเชิงประจักษ์และผลการวิจัยที่แสดงให้เห็นถึงปัจจัยการรับรู้ความสามารถของตนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ หากผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถของตนอยู่ในระดับสูงส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและเหมาะสม (ธีระวัฒน์ โพธิ์วัฒน์, สุธรรม นันทมงคลชัย, ศุภชัย ปี ดิกุลตั้ง, โชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์, & พิมพ์ สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์, 2562; ภาสิต ศิริเทศ & ธรรมลีลา, 2019; รุจิรงค์ วรรณธนาทัศน์, 2017; อักษร อยู่วัง & บัวทอง สว่างโสภาคกุล, 2019)

ทั้งนี้หากต้องการให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพ หรือ พฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 จึงควรส่งเสริมบุคคลในเรื่องความเชื่อในความสามารถของตนที่กระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลนั้น ทั้งนี้หากนำทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองมาประยุกต์ใช้ในการจัดการพฤติกรรมกักกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุ โดยการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถดูแลตนเองได้ โดยนำแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายใต้พื้นฐานในการสร้างความมั่นใจในตนเองในการป้องกันโรคโควิด-19 และรับรู้ความสามารถของตนเองของแบบดูรา 4 ประการ คือ การรับรู้ความสำเร็จผ่านประสบการณ์ เช่นการสวมหน้ากากอย่างถูกวิธีและเคร่งครัด การล้างมือให้สะอาดและถูกต้องตามคำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุข การเลี่ยงไปในพื้นที่เสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโควิด-19 และการดูแลตนเองตามหลักสุขภาพ การเรียนรู้จากประสบการณ์อื่นของผู้อื่น การใช้คำพูดชักจูงและกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุสามารถเลือกหรือกำหนดพฤติกรรมใดๆที่เหมาะสมกับตน โดยมีการคาดหวังต่อสิ่งที่เกิดขึ้นและปฏิบัติอย่างต่อเนื่องส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ปรารถนาและมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี

ประการที่สอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เป็นตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าสู่สมการการทำนายเป็นอันดับสอง อธิบายได้ว่า เมื่อผู้สูงอายุมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค กล่าวคือ มีความตระหนักรู้ว่าหากตนได้รับเชื้อโรคโควิด-19 จะเกิดผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ ทำให้แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพถาวรได้ หากผู้สูงอายุรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคในระดับมาก ส่งผลให้มีพฤติกรรมกำบังกันในระดับมากเช่นกัน ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมกำบังกันโรคโควิด-19 และเมื่อได้รับข้อมูลที่ถูกต้องตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุเริ่มรับรู้และตระหนักเห็นถึงความเสี่ยงที่ตนจะเกิดโรคได้ เมื่อเกิดความตระหนักรู้ก็เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามมาอย่างถาวร ในสถานการณ์โรคโควิด-19 เมื่อผู้สูงอายุมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด-19 หากตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการรับเชื้อโควิด-19 จะส่งผลต่อสุขภาพเช่น เกิดการเจ็บป่วยทรมาณรวมร่างกาย จำเป็นต้องโดนกักตัวเฝ้าระวังส่งผลต่อสภาพจิตใจที่ย่ำแย่ เมื่อผู้สูงอายุรับรู้ถึงการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19 ก็แสดงพฤติกรรมกำบังกันเพื่อไม่ให้ตนเกิดการเจ็บป่วยขึ้นได้ และแสดงถึงความสำคัญของการมีพฤติกรรมกำบังกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ และเป็นปัจจัยที่สำคัญในการทำนายพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโควิด-19ของผู้สูงอายุ(Cheryl A. Maes & Margaret Louis, 2003; Stuck et al., 2015; มณฑกานต์ สีหะวงษ์, 2562; อภินภัส จิตรกร, 2021; อุมพร, ผจงศิลป์, & จุฑามาศ, 2554)

จากการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคในผู้สูงอายุ พบว่าปัจจัยดังกล่าวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเป็นตัวแปรที่สำคัญเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและการป้องกันโรคของผู้สูงอายุ (กาญจนา นันน้อย, เมรีนา ศรีสวัสดิ์, เสาวลักษณ์ ยุทธกาส, หทัยรัตน์ ตัลยารักษ์, & นอรินี ตะหวา, 2019; ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง & ปาริฉัตร อุทัยพันธ์, 2560; มณฑกานต์ สีหะวงษ์, 2562) มีงานวิจัยเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ถึงการรับรู้โอกาสเสี่ยงของผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิง พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคในผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิง(เกษริน อุบลวงศ์ & นัยนา พิพัฒน์วณิชชา, 2017; ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง & ปาริฉัตร อุทัยพันธ์, 2560; มณฑกานต์ สีหะวงษ์, 2562)ดังนั้นหากต้องการให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมกำบังกันโรคโควิด-19 ได้อย่างถาวร ควรสร้างความตระหนักรู้ในการป้องกันโรคและสร้างการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด-19 โดยให้ข้อมูล ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับโรคโควิด-19

ประการที่สาม ระดับการศึกษาประถมศึกษา เป็นตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าสู่สมการการทำนายเป็นอันดับสุดท้ายและมีทิศทางเป็นลบ ซึ่งหมายถึง ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษา

ประณตศึกษามีพฤติกรรมกำบังตนเองจากโรคโควิด-19 น้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาอื่นๆ อธิบายได้ว่า ระดับการศึกษา มีผลต่อพฤติกรรมกำบังโรคของบุคคล กล่าวคือ บุคคลที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกันจะมีสามารถดูแลสุขภาพของตนเองที่แตกต่างกัน จากการศึกษาของ (เกศราพรรณ พันธ์ศรีเกตุคงเจริญ & นันทิมา นาคาพงศ์, 2562) พบว่า ความสัมพันธ์ของความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุมีความเกี่ยวข้องกับระดับการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ แนวโน้มของผู้ที่มีการศึกษาในระดับสูงจะมีความฉลาดทางสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาในระดับต่ำกว่า เนื่องจากว่าการที่บุคคลสามารถนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี โดยสามารถเลือกใช้ แยกแยะ ข้อมูลข่าวสารใหม่ๆ และสามารถวิเคราะห์เปรียบเทียบและประเมินเพื่อนำไปใช้ในการจัดการตนเองเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพของที่ดีได้อย่างเหมาะสม หากผู้สูงอายุมีความฉลาดทางสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่น้อย ก็จะมีส่งผลการดูแลสุขภาพและการกำบังโรคของตนเอง ส่งผลทำให้มีภาวะทางสุขภาพที่แย่งได้ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า เมื่อบุคคลใช้ข้อมูล ข่าวสาร หรือการเข้ารับบริการสุขภาพ สามารถเข้าถึงข้อมูลได้และสามารถปฏิบัติตัวตามคำแนะนำที่ถูกต้องได้ ส่งผลโดยตรงและโดยอ้อมต่อภาวะสุขภาพและต่อความสามารถในการดูแลสุขภาพของตน (Health Canada, 2002; Parker, Baker, William, & J.R., 1995; เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี, 2556) ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 หากผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาประณตศึกษาได้รับการส่งเสริมเกี่ยวกับการมีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อกำบังโรค มีสุขภาพอนามัยการใช้ชีวิตประจำวันที่เหมาะสม จะส่งผลดีต่อสุขภาพของผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ให้มีพฤติกรรมกำบังโรคโควิด-19 ที่ถูกต้อง เหมาะสมและลดจำนวนผู้ติดเชื้อและจำนวนผู้เสียชีวิตลงได้

### **ข้อเสนอแนะในการวิจัย**

#### **ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย**

จากข้อค้นพบเชิงคุณภาพที่ว่า การกำบังตนเองจากโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุบางท่านมีโอกาสเสี่ยงต่อการเปิดรับเชื้อโควิด-19 เช่น การสวมหน้ากากอนามัยสองชั้นและการนำหน้ากากอนามัยที่ใช้แล้วไปตากแดดเพื่อนำกลับมาใช้ใหม่นั้น ช่วยเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ให้แก่กรมควบคุมโรคนำไปปรับเปลี่ยนมาตรการการกำบังโรคอุบัติใหม่ที่มาจากเชื้อไวรัส หรือสร้างความตระหนักถึงวิธีการกำบังโรคโควิด-19 ที่ถูกต้องให้แก่กลุ่มผู้สูงอายุ

#### **ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ**

1) ข้อค้นพบของผู้สูงอายุ เกี่ยวกับพฤติกรรมกำบังโรคสวมหน้ากาก อนามัยสองชั้นซ้อนกัน และ การสวมหน้ากากอนามัยใช้แล้วนำไปตากแดดและกลับมาใช้ซ้ำ ยังไม่ใช่แนวทางปฏิบัติ



ตัวเพื่อป้องกันโรคที่ถูกต้องเหมาะสมตามคำแนะนำของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานภาครัฐ เช่น เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข สามารถนำข้อค้นพบไปใช้เป็นแนวปฏิบัติภายใน ชุมชนอย่างจริงจัง โดยมีแบบแผนอย่างชัดเจนเป็นกฎ ระเบียบ ข้อปฏิบัติ และสามารถนำไปปรับ ใช้อย่างเป็นทางการ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ได้อย่างถูกต้องตาม หลักปฏิบัติ

2) ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น กรมกิจการผู้สูงอายุ หรือหน่วยงานศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุ เป็นต้น ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ ความสามารถของตนเอง ด้วยการส่งเสริมการทำกิจกรรมต่างๆเกี่ยวกับการความเชื่อด้านสุขภาพ โดยเฉพาะเน้น เรียนรู้วิธีการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสม เน้นให้ตระหนักถึงความสามารถของตน และผลของการปฏิบัติว่าจะได้รับผลดีต่อสุขภาพ อาจมีการส่งเสริมโปรแกรมการรับรู้ ความสามารถของตนกับการป้องกันโรคในผู้สูงอายุ และควรส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติด โรคโควิด-19 ในบางช่วงเวลา ของสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 เช่น ช่วงคลายมาตรการการ ล็อกดาวน์ ซึ่งจำนวนผู้ติดเชื้อโควิด-19 และเสียชีวิตลดลง ทำให้ผู้สูงอายุอาจละเลย หรือ ไม่เคร่งครัดในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโควิด-19 ตัว เหมือนเช่นเคย มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโค วิด-19 ได้ง่าย ดังนั้นการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 ให้ความรู้ความเข้าใจที่ ถูกต้อง ออกแบบสื่อประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ที่เหมาะสมกับวัย เข้าใจง่าย ผ่านช่องทางหลายๆ ช่องทางเพื่อให้ผู้สูงอายุทุกคนได้เข้าถึงข่าวสารได้อย่างง่าย เน้นถึงความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโค วิด-19 โดยควรเน้นกับกลุ่มผู้สูงอายุ ในระดับการศึกษาประถมศึกษาจากข้อค้นพบ ที่พบว่าผู้สูงอายุที่ อยู่ในระดับการศึกษาประถม หน่วยงานด้านสาธารณสุข ควรให้ความสำคัญและเข้าถึงกับกลุ่มนี้ เป็นพิเศษ เพราะเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคโควิด-19 หากเน้นให้ ความสำคัญ ส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 จะช่วยทำให้จำนวนผู้ติดเชื้อโควิด-19 และจำนวนผู้เสียชีวิตลดลงได้

### ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1) งานวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดที่ศึกษาเฉพาะในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุในพื้นที่ที่มีการ แพร่ระบาดสูง จึงควรศึกษาในกลุ่มประชากรทุกช่วงวัย โดยเฉพาะกลุ่มวัยเรียนและวัยทำงาน เนื่องจากกลุ่มดังกล่าวมีความจำเป็นต้องออกนอกบ้านเป็นประจำ และพบปะบุคคลอื่นๆ ได้ มากกว่าจึงมีโอกาสติดเชื้อโควิด-19 ได้ง่ายกว่ากลุ่มอื่นและมักจะนำเชื้อโควิด-19 มาสู่ผู้สูงอายุที่ บ้านได้ง่าย



2) งานวิจัยครั้งนี้แม้จะออกแบบที่มีทั้งการวิจัยเชิงคุณภาพและการวิจัยเชิงปริมาณ แต่ยังไม่ได้พิสูจน์และยืนยันความเป็นเหตุเป็นผลของตัวทำนายสำคัญ ดังนั้น ในการศึกษาครั้งต่อไปอาจออกแบบการวิจัยเชิงทดลองโดยนำตัวแปรสำคัญ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคโควิด-19 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด-19 ไปพัฒนาเป็นโปรแกรมหรือชุดฝึกอบรมเพื่อส่งเสริมและพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค



## บรรณานุกรม

- A. Wu, Y. Peng, B. Huang, X. Ding, X. Wang, P. Niu, . . . J. Wang. (2020). Genome Composition and Divergence of the Novel Coronavirus (2019-nCoV) Originating in China. *Cell Host Microbe* 27, 325-328.
- Akawit Patisampitakul. (2011). *Factors related to health promotion behaviors of health personnel in Rajanukul Institute*. Kasetsart University, Bangkok. (Master's thesis).
- Al-Rohaimi, A. H., & Al Otaibi, F. (2020). Novel SARS-CoV-2 outbreak and COVID19 disease; a systemic review on the global pandemic. *Genes Dis*, 7(4), 491-501.
- Ali Amira Mohammed, & Kunugi Hiroshi. (2021). Physical Frailty/Sarcopenia as a Key Predisposing Factor to Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and Its Complications in Older Adults. *BioMed*, 1(1), 11-40.
- Alrubaiee, G. G., Al-Qalah, T. A. H., & Al-Aawar, M. S. A. (2020). Knowledge, attitudes, anxiety, and preventive behaviors towards COVID-19 among health care providers in Yemen: an online cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 20(1).
- Bandura (1997). *The Exercise of Control*. New York: W.H. Freeman and Company
- Barakat, A. M., & Kasemy, Z. A. (2020). Preventive health behaviours during coronavirus disease 2019 pandemic based on health belief model among Egyptians. *Middle East Current Psychiatry*, 27(1), 1-9.
- Becker., M. H., & Maiman., L. A. (1975). The health Belief Model: Origins and Correlation in Psychological Theory. *Health Education Monography*, 2, 336-385.
- Bloom, B. S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. New York: McGraw-Hill.
- Bressington, D. T., Cheung, T. C. C., Lam, S. C., Suen, L. K. P., Fong, T. K. H., Ho, H. S. W., & Xiang, Y.-T. (2020). Association Between Depression, Health Beliefs, and Face Mask Use During the COVID-19 Pandemic. *Frontiers in psychiatry (2020)*, 1075.
- Centers for Disease Contraol and Prevention. (2021). Maximizing Fit for Cloth and Medical Procedure Masks to Improve Performance and Reduce SARS-CoV-2

TransmissionandExposure,2021.Retrievedfrom

<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7007e1.htm>

Centers for Disease Control and Prevention. (2022). Improve How Your Mask Protects You. Retrieved from <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/your-health/effective-masks.html>

Centers for Disease Control and Prevention. (2020a). Older Adults. Retrieved from <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/older-adults.html>

Centers for Disease Control and Prevention. (2020b). People Who Need to Take Extra Precautions. Retrieved from <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/index.html>

Chang, K. C., Strong, C., Pakpour, A. H., Griffiths, M. D., & Lin, C. Y. (2020). Factors related to preventive COVID-19 infection behaviors among people with mental illness. *Journal of the Formosan Medical Association, 119*(12), 1772-1780.

Cheryl A. Maes, & Margaret Louis. (2003). Knowledge of AIDS, Perceived Risk of AIDS, and AT-Risk Sexual Behaviors Among Older Adults. *Journal of the American Academy of nurse practitioners, 15*(11), 509-516.

China CDC weekly. (2020). Vital Surveillances: The Epidemiological Characteristics of an Outbreak of 2019 Novel Coronavirus Diseases (COVID-19) — China, 2020. Retrieved from <http://weekly.chinacdc.cn/en/article/id/e53946e2-c6c4-41e9-9a9b-fea8db1a8f51>

Creswell, J. W. (2003). *Research design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches (2nd ed.)*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Cvetkovic, V. M., Nikolic, N., Radovanovic Nenadic, U., Öcal, A., K Noji, E., & Zecevic, M. (2020). Preparedness and Preventive Behaviors for a Pandemic Disaster Caused by COVID-19 in Serbia. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(11), 4124.

Eliopoulos, C. (2018). *Gerontological nursing(9th ed.)*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

- Eross, B., Molnár, Z., Szakács, Z., Zádori, N., Szakó, L., Váncsa, S., & Márta, K. (2020). Personalised health education against health damage of COVID-19 epidemic in the elderly Hungarian population (PROACTIVE-19): protocol of an adaptive randomised controlled clinical trial. *Trials*, 21(1), 1-9.
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2022). COVID-19 situation update worldwide, as of week 16, updated 28 April 2022. Retrieved from <https://www.ecdc.europa.eu/en/geographical-distribution-2019-ncov-cases>
- Feng, S., Shen, C., Xia, N., & B. J. (2020). Rational use of face masks in the COVID-19 pandemic. *The Lancet Respiratory Medicine*, 8(5), 434-436.
- Gao, Z., Ying, S., Liu, J., Zhang, H., Li, J., & Ma, C. (2020). A cross-sectional study: Comparing the attitude and knowledge of medical and non-medical students toward 2019 novel coronavirus. *Journal of infection and public health*, 13(10), 1419-1423.
- Garnier-Crussard, A., Forestier, E., Gilbert, T., K. S., & P. (2020). Novel Coronavirus (COVID-19) Epidemic: What Are the Risks for Older Patients? *Journal of the American Geriatrics Society.*, 68(5), 939-940.
- Geffen, L. (2006). Common upper respiratory tract problems in the elderly—A guide to clinical diagnosis and prudent prescription. *South African Family Practice*, 48(5), 20-23.
- Ghran, A., Briki, W., Mansoor, H., Al-Mohannadi, A. S., Lavie, C. J., & Chamari, K. (2021). Home-based exercise can be beneficial for counteracting sedentary behavior and physical inactivity during the COVID-19 pandemic in older adults. *Postgraduate Medicine*, 133(5), 469-480.
- Gunjawate, D. R., Ravi, R., Yerraguntla, K., Rajashekhar, B., & Verma, A. (2020). Impact of coronavirus disease 2019 on professional practices of audiologists and speech-language pathologists in India: A knowledge, attitude and practices survey. *Clinical epidemiology and global health*, 9, 110-115.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Andersen, R. E. (2010). *Multivariate data analysis (Seventh edition)*. Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Education, Inc.

- Health Canada. (2002). What determines health. Retrieved from [http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/determinants/deter\\_biblio.html](http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/determinants/deter_biblio.html).
- Hernández-Padilla, J. M., Granero-Molina, J., Ruiz-Fernández, M. D., Dobarrio-Sanz, I., López-Rodríguez, M. M., Fernández-Medina, I. M., & Fernández-Sola, C. (2020). Design and psychometric analysis of the COVID-19 prevention, recognition and home-management self-efficacy scale. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(13), 4653.
- Irigoyen-Camacho, M. E., Velazquez-Alva, M. C., Zepeda-Zepeda, M. A., Cabrer-Rosales, M. F., Lazarevich, I., & Castaño-Seiquer, A. (2020). Effect of Income Level and Perception of Susceptibility and Severity of COVID-19 on Stay-at-Home Preventive Behavior in a Group of Older Adults in Mexico City. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(20), 7418.
- Jiménez-Pavón, D., Carbonell-Baeza, A., & Lavie, C. J. (2020). Physical exercise as therapy to fight against the mental and physical consequences of COVID-19 quarantine: Special focus in older people. *Progress in cardiovascular diseases*, 63(3), 386-388.
- Jimenez, T., Restar, A., Helm, P. J., & J. (2020). Fatalism in the context of COVID-19: Perceiving coronavirus as a death sentence predicts reluctance to perform recommended preventive behaviors. *SSM-Population Health*, 11, 100615.
- Johns Hopkins Medicine. (2020). Coronavirus COVID-19 (SARS-CoV-2) TREATMENT. Retrieved from [https://www.hopkinsguides.com/hopkins/view/Johns\\_Hopkins\\_ABX\\_Guide/540747/all/Coronavirus\\_COVID\\_19\\_SARS\\_CoV\\_2\\_](https://www.hopkinsguides.com/hopkins/view/Johns_Hopkins_ABX_Guide/540747/all/Coronavirus_COVID_19_SARS_CoV_2_)
- Jose, R., Narendran, M., Bindu, A., Beevi, N., L, M., & Benny, P. V. (2020). Public perception and preparedness for the pandemic COVID 19: A Health Belief Model approach. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 9, 41-46.
- Jose, R., Narendran, M., Bindu, A., Beevi, N., Manju, L., & Benny, P. (2020). Public perception and preparedness for the pandemic COVID 19: A Health Belief Model approach. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 9, 41-46.

- Jose, R., Narendran, M., Bindu, A., Beevi, N., Manju, L., & Benny, P. V. (2020). Public perception and preparedness for the pandemic COVID 19: A Health Belief Model approach. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 9, 41-46.
- Kim, Y.-J., & Cho, J.-H. (2020). Correlation between Preventive Health Behaviors and Psycho-Social Health Based on the Leisure Activities of South Koreans in the COVID-19 Crisis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11), 4066.
- Klapper, J. T. (1960). *The Effects of Mass Communication*. New York: Free Press.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*: Sage.
- Liu, P. L. (2020a). COVID-19 Information Seeking on Digital Media and Preventive Behaviors: The Mediation Role of Worry. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 677-682.
- Liu, P. L. (2020b). COVID-19 Information Seeking on Digital Media and Preventive Behaviors: The Mediation Role of Worry. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 23(10), 677-682.
- Malik, Y. S., Sircar, S., Bhat, & S., W. (2020). Emerging novel coronavirus (2019-nCoV)—current scenario, evolutionary perspective based on genome analysis and recent developments. *Veterinary quarterly*, 40(1), 68-76.
- Martin., G., & Pear., J. (2014). *Behavior Modifacation (10th ed)*. United Kingdom: Psychology.
- Mccomb, M., & Becker, L. (1979). *Using Mass Communication Theory*. New York: Prenpicehall.
- Mehrotra, S., Jambunathan, P., Jindal, M., Gupta, A., & Kapoor, K. (2020). A cross-sectional survey to assess the knowledge regarding coronavirus disease (COVID-19) among health care professionals. *Medical Journal Armed Forces India*, 77, S437-S442.
- Merill., C. J., & Lowenstein., L. R. (1971). *Media Message and Men : New Prespective in Communication*. New York: David Mckay.
- Mertens, G., Gerritsen, L., Duijndam, S., Salemink, E., & Engelhard, I. M. (2020). Fear of



- the coronavirus (COVID-19): Predictors in an online study conducted in March 2020. *Journal of Anxiety Disorders*, 74, 102258.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative Data Analysis*. An Expanded Sourcebook (2nd ed.): Thousand Oaks, CA.
- Naowarat Wisaichon. (2011). *Health promotion behavior of people in Songphenong Municipality, suphanburi province*. Kasetsart University, Bangkok. (Master's thesis).
- National Geographic ฉบับภาษาไทย. (2563). วิเคราะห์เจาะลึก โควิด-19 กับนักไวรัสวิทยาชาวไทย. สืบค้นจาก <https://ngthai.com/science/28203/covid-19/>
- Nguyen, N. P. T., Hoang, T. D., Tran, V. T., Vu, C. T., Siewe Fodjo, J. N., Colebunders, R., & Vo, T. V. (2020). Preventive behavior of Vietnamese people in response to the COVID-19 pandemic. *PloS one*, 15(9), e0238830.
- Ngwewondo A, Nkengazong L, Ambe LA, Ebogo JT, Mba FM, & HO, G. (2020). Knowledge, attitudes, practices of/towards COVID 19 preventive measures and symptoms: A cross-sectional study during the exponential rise of the outbreak in Cameroon. *PLoS neglected tropical diseases*, 14(9), e0008700.
- Nowak, B., Brzóska, P., Piotrowski, J., Sedikides, C., Zemojtel-Piotrowska, M., & Jonason, P. K. (2020). Adaptive and maladaptive behavior during the COVID-19 pandemic: The roles of Dark Triad traits, collective narcissism, and health beliefs. *Personality and Individual Differences*, 167, 110232.
- Parker, R., Baker, D. W., William, M. V. a. N., & J.R. (1995). The test of Functional Health Literacy In Adult: a new instrument for measuring patient's literacy skills. *Journal of General internal Medicine*, 10, 537-541.
- Qin, L., & Xu, H. (2016). A cross-sectional study of the effect of health literacy on diabetes prevention and control among elderly individuals with prediabetes in rural China. *BMJ open*, 6(5).
- Rivera-Izquierdo, M., Valero-Ubierna, M. D. C., Martínez-Diz, S., Fernández-García, M. Á., Martín-Romero, D. T., Maldonado-Rodríguez, F., & Lardelli-Claret, P. (2020). Clinical factors, preventive behaviours and temporal outcomes associated with

- COVID-19 infection in health professionals at a spanish hospital. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(12), 4305.
- Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs*, 2(4), 328-335.
- Rosenstock, I. M., Strecher., V. J., & Becker., M. H. (1988). Social leaning theory and The Health Belief Model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175-183.
- Salman, M., Mustafa, Z. U., Asif, N., Zaidi, H. A., Hussain, K., Shehzadi, N., & Saleem, Z. (2020). Knowledge, attitude and preventive practices related to COVID-19: a cross-sectional study in two Pakistani university populations. *Drugs & Therapy Perspectives*, 36(7), 319-325.
- Sepúlveda-Loyola, W., Rodríguez-Sánchez, I., Pérez-Rodríguez, P., Ganz, F., Torralba, R., Oliveira, D., & Rodríguez-Mañas, L. (2020). Impact of social isolation due to COVID-19 on health in older people: mental and physical effects and recommendations. *The journal of nutrition, health & aging*, 24(9), 938-947.
- Soonthornchaiya, R. (2020). Resilience for psychological impacts of COVID-19 pandemic on older adults in Thailand. *HSOA Journal of gerontology and geriatric medicine*, 6, 053.
- Stuck, A. E., Moser, A., Morf, U., Wirz, U., Wyser, J., Gillmann, G., & Harari, D. (2015). Effect of health risk assessment and counselling on health behaviour and survival in older people: a pragmatic randomised trial. *PLoS medicine*, 12(10), e1001889.
- Tadesse, T., Alemu, T., Amogne, G., Endazenaw, G., & Mamo, E. (2020). Predictors of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Prevention Practices Using Health Belief Model Among Employees in Addis Ababa, Ethiopia, 2020. *Infection and Drug Resistance*, 13, 3751-3761.
- Taghrir, M. H., Borazjani, R., & Shiraly, R. (2020). COVID-19 and Iranian Medical Students; A Survey on Their Related-Knowledge, Preventive Behaviors and Risk Perception. *Archives of Iranian medicine*, 23(4), 249-254.
- Teddlie, C., & Yu, F. (2007). Mixed Methods Sampling: A Typology with Examples. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(1), 77-100.

- Thai PBS NEWS. (2563). "หมอยง" เปิดรายชื่อญาติด้านไวรัสรักษา COVID-19 ทั่วโลกยังรอผล. สืบค้นจาก <https://news.thaipbs.or.th/content/291765>
- Tomar, A., & Gupta, N. (2020). Prediction for the spread of COVID-19 in India and effectiveness of preventive measures. *Science of The Total Environment*, 728, 138762.
- Touhy, T. A., & Jett, K. F. (2018). *Ebersole and Hess' gerontological nursing & healthy aging. (5th ed.)*. St. Louis, MO: Elsevier/Mosby.
- United Nations. (2020). *Policy Brief: The Impact of COVID-19 on older persons*. Retrieved from <https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-05/Policy-Brief-The-Impact-of-COVID-19-on-Older-Persons.pdf>
- Wacker, R. R. (1990). *The Health Belief Model and preventive health behavior: an analysis of alternative models of causal relationships*. (Doctoral dissertation). Iowa State University, Ames, Iowa.
- Walrave, M., Waeterloos, C., & Ponnet, K. (2020). Adoption of a contact tracing app for containing COVID-19: A health belief model approach. *JMIR public health and surveillance*, 6(3), e20572.
- Wang, L., He, W., Yu, X., . . . M., L., H., ... & Jiang, H.,. (2020). Coronavirus disease 2019 in elderly patients: Characteristics and prognostic factors based on 4-week follow-up. *Journal of Infection*, 80(6), 639-645.
- World Health Organization. (2020a). Coronavirus disease (COVID-19) questions and answers. Retrieved from <https://www.who.int/thailand/emergencies/novel-coronavirus-2019/q-a-on-covid-19>
- World Health Organization. (2020b). Coronavirus Symptoms Retrieved from [https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab\\_3](https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_3)
- World Health Organization. (2020c). Protect yourself and others from the spread COVID-19. Retrieved from <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>
- World Health Organization. (2020d). Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Retrieved from <https://www.who.int/docs/default->

source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf

World Health Organization. (2020e). WHO statement on novel coronavirus in Thailand.

Retrieved from <https://www.who.int/news-room/detail/13-01-2020-who-statement-on-novel-coronavirus-in-thailand>

World Health Organization. (2020f). World Health Organization (WHO) on twitter Retrieved

from <https://twitter.com/WHO/status/1227248333871173632?s=20>

World Health Organization Thailand. (2564). โ ร ค โ ค วิ ด 19 คื อ อ ะ ไ ร .

[https://www.who.int/docs/default-source/searo/thailand/update-28-covid-19-what-we-know---june2020---thai.pdf?sfvrsn=724d2ce3\\_0](https://www.who.int/docs/default-source/searo/thailand/update-28-covid-19-what-we-know---june2020---thai.pdf?sfvrsn=724d2ce3_0)

Ye, Y., Wang, R., Feng, D., Wu, R., Li, Z., Long, C., & Tang, S. (2020). The recommended and excessive preventive behaviors during the COVID-19 pandemic: a community-based online survey in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 6953.

Yıldırım, M., Geçer, E., & Akgül, Ö. (2020). The impacts of vulnerability, perceived risk, and fear on preventive behaviours against COVID-19. *Psychology, Health & Medicine*, 26(1), 35-43.

Yıldırım, M., & Güler, A. (2020). COVID-19 severity, self-efficacy, knowledge, preventive behaviors, and mental health in Turkey. *Death Studies*, 46(4), 979-986.

กนกทิพย์ กิกส์นเทีย. (2557). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกำบังกำนการติดเชื้อของผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด ในจังหวัดสุโขทัย. (ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณทิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน). มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.

กนกวรรณ นวนเกิด และ ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์. (2020). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกำบังกำนโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 30(1), 107-119.

กมลแพง พันทะวง. (2553). ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื้อด้านสุขภาพและกระบวนการกลุ่ม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกำบังกำนโรคเอดส์ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ที่นครหลวงเวียงจันทร์ ประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว. (วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณทิต, สาขาวิชาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

กรมการแพทย์ (2565). ฉบับปรับปรุง วันที่ 22 มีนาคม 2565 สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข  
แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีผู้ป่วย  
ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). สืบค้นจาก  
[https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content\\_File/Covid\\_Health/Attach/25650324144250PM.pdf](https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/25650324144250PM.pdf)

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2563). แนวทางการดูแลผู้สูงอายุในช่วงที่มีการระบาดของเชื้อโควิด-19.  
สืบค้นจาก <https://dop.go.th/th/ebook/003?msclkid=e2a56b57aead11ecb269ad019a6189d3>

กรมควบคุมโรค. (2563). รู้หรือไม่รู้ภัยโควิด. สืบค้นจาก [https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/img/infographic/info\\_m\\_070563.pdf](https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/img/infographic/info_m_070563.pdf)

กรมควบคุมโรค. (2564a). กรมควบคุมโรคแนะนำประชาชนเคร่งครัดใส่หน้ากากตลอดเวลา หากเข้าไป  
พื้นที่ชุมชน ให้เพิ่มใส่ 2 ชั้น เพิ่มการป้องกันโควิด-19. สืบค้นจาก  
<https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=19857&deptcode=brc>

กรมควบคุมโรค. (2564b). สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มาตรการ  
สาธารณสุข และปัญหาอุปสรรคการป้องกันควบคุมโรคในผู้เดินทาง. สืบค้นจาก  
<https://ddc.moph.go.th/uploads/files/2017420210820025238.pdf>

กรมควบคุมโรค. (2565a). ข้อมูลเชิงวิเคราะห์รายจังหวัด. สืบค้นจาก  
<https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/?dashboard=analysis-province>

กรมควบคุมโรค. (2565b). สถานการณ์ผู้เสียชีวิตจากเชื้อ COVID-19 ในประเทศไทย. สืบค้นจาก  
<https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/?dashboard=death-statistics>

กรมสุขภาพจิต. (2563). New Normal ชีวิตวิถีใหม่. สืบค้นจาก  
<https://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=2288>

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2563). 3ล. ลดเสี่ยง ดูแล ป้องกัน COVID-19. สืบค้นจาก  
<https://multimedia.anamai.moph.go.th/infographics/covid-19/>

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2564). แนวปฏิบัติด้านสาธารณสุขเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของ  
เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). สืบค้นจาก  
<https://www.cpa.go.th/cpawebwebsite/uploads/pdf/attachment-20210111-094112.pdf>

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2565). กลุ่ม 608 คือกลุ่มคนที่ต้องได้รับการวัคซีนป้องกันโควิด-

- 19 มากที่สุด. สืบค้นจาก <https://multimedia.anamai.moph.go.th/anamai-toons/covid-vaccine-4/>
- กระทรวงสาธารณสุข. (2020). คู่มือการปฏิบัติตามมาตรการผ่อนปรนกิจการและกิจกรรมเพื่อป้องกัน การ แพร่ ระบาดของ โรค โควิด 19. สืบค้น จาก [https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/guidelines/guideline\\_green\\_covid19.pdf](https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/guidelines/guideline_green_covid19.pdf)
- กรุงเทพธุรกิจ. (2564). นวัตกรรมมอลผู้สูงอายุหลังโควิด-19 โอกาสทองสินค้า-บริการ. สืบค้นจาก <https://www.bangkokbiznews.com/business/928570>
- กฤษฎา พรหมสุวรรณ. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุใน ชุมรมผู้สูงอายุตำบลหนองไม้แก่น. (สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยราชภัฏ ราชนครินทร์, ฉะเชิงเทรา.
- กาญจนาวี ธิระเลิศพานิชย์. (2561). ผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อ ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของผู้เสพยาเสพติด. *วารสารการพยาบาลและ สุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา*, 1(2), 62-76.
- กาญจติมา ฉิ้นน้อย, เมรีนา ศรีสวัสดิ์, เสาวลักษณ์ ยุทธกาล, หทัยรัตน์ ตัลยารักษ์, & นอรีนี ตะหวา. (2019). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกรณีศึกษาชุมชนบ้าน ปายางตำบลท่าจิว อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช *The 4th National Conference on Informatics, Agriculture, Management, Business administration, Engineering, Science and Technology*.
- กฤษมาลย์ มีพีชน์. (2560). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของนักเรียนอาชีวศึกษาเพศชาย จังหวัดจันทบุรี. (พยาบาลศา สตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยบูรพา, จังหวัดชลบุรี.
- เกศราพรรณ พันธุ์ศรีเกตุคงเจริญ, และ นันทิมา นาดาพงศ์. (2562). ความฉลาดทางสุขภาพและ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา. *วารสารสังคมศาสตร์วิชาการ*, 12(2), 239-247.
- เกศราพรรณ พันธุ์ศรีเกตุคงเจริญ และ นันทิมา นาดาพงศ์. (2562). ความฉลาดทางสุขภาพและ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองจังหวัดพะเยา. *วารสารสังคมศาสตร์วิชาการ*, 12(2), 239-247.
- เกษแก้ว เสียงเพราะ. (2561). *สุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.*



- เกษริน อุบลวงค์, & นัยนา พิพัฒน์วณิชชา. (2017). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*, 33(2), 14-24.
- ขจรศักดิ์ บัวระพันธ์. (2556). วิจัยเชิงคุณภาพไม่ยากอย่างที่คิด (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: บริษัทคอมมาดีไซด์แอนด์พริ้นท์ จำกัด.
- ขวัญฤติดา พิมพ์การ, สุนทรี ภาณุทัต, พรภิรมย์ หลงทรัพย์, เฉลิมศรี นันทวรรณ และสุวิมล พนาวัฒน์กุล. (2560). การให้คำปรึกษาทางสุขภาพรายบุคคลแบบบูรณาการ. *วารสารสุขภาพศึกษา*, 40(2), 5-6.
- คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. (2563). ศิริราชให้บริการผู้ป่วยนอกแบบใหม่ (OPD New Normal) เพื่อวันระยะห่างทางสังคม “พบหมอง่าย แค่ปลายนิ้ว”. สืบค้นจาก [https://www.si.mahidol.ac.th/th/hotnewsdetail.asp?hn\\_id=2544](https://www.si.mahidol.ac.th/th/hotnewsdetail.asp?hn_id=2544)
- คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. (2564). หน้ากากอนามัยกับการป้องกัน COVID-19. สืบค้นจาก <https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=1419>
- จรีรัตน์ สุทธิพัฒนางกู. (2558). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของบุคลากรมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ กรุงเทพมหานคร. (ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. (2561). พฤติกรรมสุขภาพ. พิษณุโลก: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- จารุวรรณ แผลมไธสง. (2559). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของผู้ดูแลเด็กปฐมวัย ในศูนย์เด็กเล็กกรุงเทพมหานคร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน).
- จิตอารี ซอนสุข, & เพ็ชรชัย คำวงษ์. (2018). อิทธิพลของการรับรู้ความรุนแรงความแตกฉานด้านสุขภาพและการสนับสนุนจากครอบครัวต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, 14(2), 35-45.
- ฉัตรกมล ประจวบลาภ, & ดวงกมล วัตราดุลย์. (2563). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองในหญิงวัยหมดประจำเดือน. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 31(1), 27-45.
- ชฎานันท์ ใจดี, เสริมศรี สันตติ, และ ชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก. *รามธิบดีพยาบาลสาร*, 18(3), 389-403.

- ชนาภา อุดมเวช. (2560). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของพนักงานหญิงนวดไทย.(ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- ชลธิชา โชคเฉลิมวงศ์. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ปกครองเด็กเล็กอายุ 3-5 ปีที่มีอุบัติการณ์ซ้ำซ้อน.(ปริญญาานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต) มหาวิทยาลัยคริสเตียน, กรุงเทพมหานคร..
- โชษิตา คุ่มตลอด. (2546). พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของหญิงบริการทางเพศ จังหวัดเพชรบูรณ์ ปี พ.ศ.2546. (ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- ชาธูวา เจะแต, ฐปนวรรษ ประทีปเกาะ, & อาฟีฟี ลาเต๊ะ. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรครูสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาจังหวัดปัตตานี. วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี, 29(2), 113-122.
- ณิลาวณีย์ งามแสงี่ยม. (2555). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนอาชีวศึกษาในจังหวัดระยอง.(พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) มหาวิทยาลัยบูรพา, จังหวัดชลบุรี..
- ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง, & ปาริฉัตร อุทัยพันธ์. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับการรับรู้สุขภาพเกี่ยวกับโรคตาต่อกระจกในผู้สูงอายุจังหวัดยะลา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 4(2), 157-171.
- ดวงเดือน หันตยุง., วรพล แวงนอก., & วรากร เกรียงไกรศักดิ์ดา. (2559). ผลของการใช้โปรแกรมประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลเมืองใหม่. วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 11(1), 36-51.
- ดวงธิดา ช่างยิ้ม, มุกดา เดชประพนธ์, & พรทิพย์ มาลาธรรม. (2561). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ติดเชื้ทางเดินหายใจส่วนบน. งามาธิบดีพยาบาลสาร, 24(3), 345-360.
- ธีระวัฒน์ โพธิ์วัฒน์, สุธรรม นันทมงคลชัย, ศุภชัย ปี ดิกุลตั้ง, โชคชัย หมั่นแสงทรัพย์, & พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการประสบความสำเร็จในชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดพิจิตร. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 28(2), 6-15.

- นางลักษณ์ วิรัชชัย. (2553). ชุติวิชา 21701 การวิจัยหลักสูตรและการเรียนการสอน หน่วยที่ 7 การศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และหน่วยที่ 10 สถิติวิเคราะห์เชิงปริมาณ: สถิติบรรยาย และสถิติพาราเมตริก หลักสูตรปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาหลักสูตรและการสอน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- นางศันพัชร์ มณีอินทร์, & อธิทิพล ดวงจินดา. (2564). การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019ของผู้สูงอายุ อำเภออุ้มผาง จังหวัดสุพรรณบุรี *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน*, 3(2), 1-18.
- นัสรา เกตจินดา. (2561). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของคนวัยกลางคนในเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร. มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี. (พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต).
- บุญชม ศรีสะอาด. (2545). การวิจัยเบื้องต้น (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- บุษกร พันธุ์เมธาฤทธิ, ลักษณ์า คงแสง, จุฑารัตน์ คงเพชร, ปราณีย์ คำจันทร์, ลดาวัลย์ ประทีปชัยกูร, และ พรทิพย์, พูลประภัย. (2562). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ปกครองในการป้องกันควบคุมโรคติดต่อที่บ้าน. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 39(2), 23-36.
- เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี. (2556). การศึกษาความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) และสถานการณ์การดำเนินงานสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพของคนไทยเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงการต่างประเทศ.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ, & สวิง สุวรรณ. (2536). *พฤติกรรมศาสตร์และพฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา (พิมพ์ครั้งที่ 2 Ed.)*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปราโมทย์ ปราสาทกุล. (2559). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2558. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง.
- พรธณี ปานเทวีญ. (2560). ทฤษฎีความสามารถของตนเองกับการเลิกสูบบุหรี่. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 18(3), 35-43.
- พรชมน คัมมาตย์, จงจิต เสน่หา, และ วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 31(1), 62-77.
- พระครูสังฆรักษ์ ทวีภโย, วาณี ไสภาจร, ธนาวัฒน์ ลือชาโคตร, กิตติยา ศรีมงคล, และ พิมพ์พิชชา, พรหมภักดี. (2563). พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลหนองโน อำเภอ

- กระบวน จังหวัดขอนแก่น. วารสารบัณฑิตศึกษามหาจุฬาลงกรณ์, 7(2), 180-192.
- พัชรภรณ์ บดีรัฐ, & ธนัช กนกเทศ. (2559). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค มือ เท้า ปาก ของผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์เด็กเล็ก อำเภอลานกระบือ จังหวัด กำแพงเพชร. Paper presented at the การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัย ระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 6.
- ภาควิชาจุลชีววิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. (2563). ไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019 (novel coronavirus 2019, 2019-nCoV). สืบค้นจาก <https://www.si.mahidol.ac.th/healthdetail.asp?aid=1410>
- ภาสิต ศิริเทศ, & ธรรมสีหา, ณ. (2562). ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมการ ดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลทหารบก, 20(2), 58-65.
- มณฑกานต์ สีหะวงษ์. (2562). การรับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพช่องปากของ ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารวิชาการ สาธารณสุข, 28(3), 419-431.
- มณฑล หวานวาจา. (2557). ความสัมพันธ์ของการเปิดรับข่าวสาร กับความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมการ ป้องกันโรคอ้วนของประชาชนในกรุงเทพมหานคร. (ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- มัลลิกา มัตติโก. (2530). แนวคิดและพัฒนาของการดูแลสุขภาพตนเองในการดูแลตนเอง:ทัศนะทาง สังคมวัฒนธรรม. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แสงแดด.
- มาลี เหลืองสุวิมล, & รัตนา ปานเรียนแสน. (2560). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและความพึงพอใจต่อ การใช้บริการของสมาชิกสโมสรอาวุโสเสริมสุขแห่งประเทศไทย. วารสารนวัตกรรมและการ จัดการ, 2, 20-35.
- รัฐบาลไทย. (2563a). รายงานข่าวกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ประจำวันที่ 10 มิถุนายน 2563 [กระทรวงสาธารณสุข]. สืบค้นจาก <https://www.thaigov.go.th/news/contents/details/32166>
- รัฐบาลไทย. (2563b). สธ.ชู แนวทาง "ลด เลี่ยง ดูแล" ปกป้องผู้สูงอายุไร้โควิด-19 สืบค้นจาก <https://www.thaigov.go.th/news/contents/details/32669>
- รัตนกร กิจจันทร์. (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพห้าองค์ประกอบ การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง และความสามารถในการเผชิญปัญหาและฟันฝ่าอุปสรรค: กรณีศึกษาพนักงาน บริษัทรถยนต์แห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร. (ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยา

- อุตสาหกรรมและองค์กร). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์ประเทศไทย. (2564). อุปกรณ์ป้องกันทางเดินหายใจ. สืบค้นจาก <https://www.thaipediatrics.org/Media/media-20210714070501.pdf>
- รุ่งแสง อุซชิน. (2559). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กทม. (ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์). คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- รุจิราภรณ์ วรรณธนาทัศน. (2560). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุและการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ 2 ส ของผู้สูงอายุจังหวัดนครปฐม. *วารสารแพทย์* เขต 4-5, 36(1), 2-12.
- โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. (2564). Face shield กับโควิด-19. สืบค้นจาก <https://chulalongkornhospital.go.th/kcmh/line/face-shield-กับโควิด-19/>
- วรยุทธ นาคอ้าย, กมลนัทร ม่วงยิ้ม, และ เดชา วรรณพาลุล. (2563). กระบวนการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคโควิด-19 กรณีศึกษาผู้สูงอายุฤๅณิพลังชุมชนหนองตะโก. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยธนบุรี*, 14(3), 21-30.
- วราภรณ์ แสงอรุณ. (2561). *โครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นตอนต้น ในจังหวัดระยอง.* (ปริญญาตรีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพมหานคร.
- วรรัตน์ ทิพย์รัตน์, สายพิน เม่งเอียด, & เบญจวรรณ ช้วยแก้ว. (2562). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 27(1), 100-108.
- วัชพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว. (2557). *พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาล ตำบลคลองตาวุ อำเภอมืองชลบุรี.* (วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตร์ มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทั่วไป วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ). มหาวิทยาลัยบูรพา, จังหวัดชลบุรี.
- วินิตา ไชยมงคล. (2551). *การศึกษความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง เชาวอารมณ์และความผูกพันในงาน : กรณีศึกษาบุคลากรของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง.* (ปริญญามหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์กร). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- วิยะการ แสงหัวช้าง, & และคณะ. (2560). ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการ



- รับรู้พลังอำนาจและพฤติกรรมกำบังโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 11(3), 159-172.
- วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, วินัส ลิฬหกุล, พัสสมณท์ คุ่มทวีพร, และ วัฒนา พันธุ์ศักดิ์. (2554). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะเสี่ยงทางสุขภาพของผู้สูงอายุโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. *วารสารพยาบาล*, 26, 140-153.
- ศบค.กระทรวงสาธารณสุข. (2564). สถานการณ์ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) ศูนย์บริหารสถานการณ์ โควิด-19 (ศบค.) สืบค้นจาก สืบค้นจาก [https://media.thaigov.go.th/uploads/public\\_img/source/310764.pdf](https://media.thaigov.go.th/uploads/public_img/source/310764.pdf)
- ศบค.กระทรวงสาธารณสุข. (2565). สถานการณ์ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) ศูนย์บริหารสถานการณ์ โควิด-19 (ศบค.) สืบค้นจาก [https://media.thaigov.go.th/uploads/public\\_img/source/050365.pdf](https://media.thaigov.go.th/uploads/public_img/source/050365.pdf)
- ศิริภา ทองแดง. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม. (พยาบาลมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่). มหาวิทยาลัยรังสิต, กรุงเทพมหานคร.
- ศิริพรรณ บุตรศรี. (2558). การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. (ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต). คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- ศุติยา หวางษ์, วิณา เทียงธรรม, & สุธรรม นันทมงคลชัย. (2560). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 31(1).
- ศุภนิത്യ คงสืบ. (2549). สุขภาพผู้สูงอายุ. นครสวรรค์: คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์.
- สดใส ศรีสะอาด, & ศิริภา คงสร. (2559). ปัจจัยเชิงเหตุที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุตอนต้น จังหวัดขอนแก่น. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, 23(1).
- สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. (2563). โครงการศึกษาและการสร้างสารจูงใจ (Persuasion message) ทางพฤติกรรมศาสตร์เพื่อลดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19).
- สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. (2564). การแพร่ระบาดระลอก 3 สถานการณ์ ผลกระทบ



- และทางออกเชิงนโยบาย. สืบค้นจาก <https://tdri.or.th/2021/05/covid-119/>
- สถาบันส่งเสริมความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน. (2564). ชีวิตวิถีใหม่ (New Normal). สืบค้นจาก <https://www.tosh.or.th/covid-19/index.php/new-normal>
- สมเกียรติยศ วรเดช, ปุณฺณพัฒน์ ไชยเมษฐ์, เรณู สะแหละ, & ยุวดี กองมี. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้สมุนไพรรักษาโรคของตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอองครักษ์ จังหวัดพิจิตร. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 24(1), 51-59.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2564). สวมหน้ากากถูกวิธี ปฏิบัติตามมาตรการ UP ลดเสี่ยงโควิด-19.
- สืบค้นจาก <https://www.thaihealth.or.th/Content/55751-สวมหน้ากากถูกวิธี%20ปฏิบัติตามมาตรการ%20UP%20ลดเสี่ยงโควิด-19.html>
- สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ. (2564). ถอดบทเรียนโควิด-19 In. <https://www.nrct.go.th/ebook/covid-19>
- สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ. (2556). รายงานการสำรวจสุขภาพะผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ. สืบค้นจาก <https://www.hitap.net/documents/24067?msckid=95dc464caeb411ec8d8f21169242edc8>
- สำนักงานสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2563). สถ.เผย 5 แนวทาง ใช้เงินกู้ 4.5 หมื่นล้าน กระจายทุกภาคส่วน.
- สืบค้นจาก <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/04/143686/>
- สำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร. (2562). ข้อมูลชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่ 50 สำนักงานเขตของกรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2562.
- สืบค้นจาก <http://www.bangkok.go.th/social/page/sub/18737/>
- สำนักสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2565). สืบค้นจาก <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/02/172913/>
- สิทธิชัย ไชยทองพันธ์. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคมาลาเรียในพื้นที่หมู่บ้านแพร่เชื้อในเขตอำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี. (ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- สิรินันท์ เจริญผล. (2559). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงในสตรีผู้ใช้แรงงานที่มีภาวะน้ำหนักเกิน. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร. (ปริญญาพยาบาลศาสตร

รรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์).

สิริอาภา ใจอ่อน. (2555). *การศึกษาพฤติกรรมกาารเปิดรับข่าวสารและพฤติกรรมกาารป้องกันโรคเอดส์ของกลุ่มวัยรุ่นตอนต้น จังหวัดลพบุรี*. (ปริญญาครุศาสตร์อุตสาหกรรมมหาบัณฑิต สาขาเทคโนโลยีกาารเรียนรู้และสื่อสารมวลชน) มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี, กรุงเทพมหานคร.

สุจิตรา แดงศีธรรม, วัฒน บัญกอบ, จันท์จารี เกตุมาโร, และ เกษม ชูรัตน์. (2563). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพนักงานโรงพยาบาลบางปะกอก 1. *วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยกาารกีฬาแห่งชาติ*, 12(2), 259-268.

สุดกัญญา ปานเจริญ. (2552). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนที่มาใช้บริการในคลินิกสตรีวัยหมดประจำเดือนโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์. *สภาการพยาบาล*, 24(2).

สุนทร ชินประสาทศักดิ์, ศุภฤกษ์ สัทธาพงศ์, รัฐ สอนสุภาพ, นันทวรรณ ทิพยเนตร, เจน วาวจะโปะ, อภิวัฒน์ จันบุตศรี, และ ชลณี ชมจันทร์. (2558). ระบบ Telegraphic medicine ในหน่วยกาารแพทย์ฉุกเฉินมูลนิธิสว่างเมตตาธรรมสถาน จังหวัดนครราชสีมา. *J Sci Technol MSU*, 35(205-211).

สุนทรียพันธ์ อ่อนสีแดง. (2558). *ผลของโปรแกรมกาารส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมกาารป้องกันโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุวัยกลาง ตำบลทุ่งกุลา อำเภอสวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด*. (ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, จังหวัดมหาสารคาม..

สุปราณี น้อยตั้ง, ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา, & ณัฐกมล ชาญสาธิตพร. (2561). ผลของโปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมกาารป้องกันมะเร็งเต้านมของนักเรียนหญิงมัธยมปลายในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลสภากาาชาติไทย*, 11(2), 78-99.

สุปรียา ต้นสกุล. (2550). ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์: แนวทางการดำเนินงานในงานสุขศึกษาและส่งเสริมสุขภาพ. *วารสารศึกษา*, 30(105), 1-15.

สุวิมล ทิรกาพันธ์. (2550). *กาารสร้างเครื่องมือวัดตัวแปรในการวิจัยทางสังคมศาสตร์ : แนวทางสู่กาารปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เสน่ห์ แสงเงิน, ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, ถาวร มาตัน, และ ศิวีไลซ์ วนรัตน์วิจิตร. (2555). ปัจจัยทำนากาารพฤติกรรมกาารสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่อาศัยตามลำพัง. *วารสารสาธาณสุขศาสตร์*, 4(2), 68-81.

โสมรัชช์ วิไลยุค. (2563). New Normal. ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล

ร ำ ม ำ ธิ บ ติ ม ห ำ วิ ท ย ำ ลั ย ม หิ ด ล .

<https://www.rama.mahidol.ac.th/atrama/issue037/easy-living>

- อภิรักษ์ จิตรกร. (2564). การพัฒนารูปแบบสื่อข้อมูลเชิงภาพตามหลักการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมความตระหนักเรื่องสุขภาพในผู้สูงอายุ ผ่านทางไลน์แอปพลิเคชัน. *Journal of Arts Management*, 5(3), 877-894.
- อรรถพล เกิดอรุณสุขศรี, & ภูริทัต แสงทองพานิชกุล. (2563). การศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ บนพื้นฐานของปัจจัยส่วนบุคคลและแรงสนับสนุนทางสังคม. *วารสารเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง*, 64(2).
- อรุณี ลิ้มมณี. (2560). รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลอนามัยการเจริญพันธ์ของนักเรียนหญิงที่พิการทางการเคลื่อนไหว. (ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพมหานคร.
- อ้อมใจ วงษ์มณฑา. (2564). New Normal: วัฒนธรรมการดำเนินชีวิตวิถีใหม่ร่วมกับโควิด-19. *วารสารรัฐสมิธ*, 42(1), 47-62.
- อักษร อยู่วัง, และ บัณฑิต สว่างไสภาพกุล. (2562). Self-efficacy, Health Perception, Self-motivation and Health Promotion Behavior of the Elderly at the Elderly Club in Tambon Jed Rew, Samut Sakhon Province *Journal of Liberal Arts, Thammasat University*, 20(2), 264-281.
- อาภาพร, เผ่าวัฒนา, สุรินทร์ กลัมพากร, สุณีย์, ลำก่าปิ่น, & ขวัญใจ อำนาคัสดีชัยชื่อ. (2555). การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน : การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: คลังนานาวิทยา.
- อุทุมพร นำเจริญวุฒิ. (2553). การเปิดรับข่าวสาร ความรู้ ทักษะและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมบริจาคเลือดสุนัข.(ปริญญานิเทศศาสตรมหาบัณฑิต, คณะนิเทศศาสตร์ สาขานิเทศศาสตรพัฒนการ ภาควิชาประชาสัมพันธ์) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- อุบล เลี้ยววาริณ. (2534). ความสำคัญของการศึกษาที่มีต่อจิตลักษณะและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานในกรุงเทพมหานคร.(ปริญญานิพนธ์ กศ.ด.) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพมหานคร. (พัฒนศึกษาศาสตร์).
- อุมาพร, ปุณณัฐไพรรณ, ผจญศิลป์, เพ็งมาก & จุฑามาศ, ทองคำลิ่ง. (2554). การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและพฤติกรรมกำป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของสตรีวัยทองในตำบลท่าช้าง

อำเภอท่าช้าง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 3(1), 47-60.





ภาคผนวก



ภาคผนวก ก  
ใบรับรองการทำวิจัยในมนุษย์





หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยของข้อเสนอการวิจัย  
เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยและยินยอม

หมายเลขข้อเสนอการวิจัย SWUEC-G- 408/2563E

ข้อเสนอการวิจัยนี้และเอกสารประกอบของข้อเสนอการวิจัยตามรายการแสดงด้านล่าง ได้รับการพิจารณาจาก คณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒแล้ว คณะกรรมการฯ มีความเห็นว่าข้อเสนอการวิจัยที่จะดำเนินการมีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนกฎหมาย ข้อบังคับและ ข้อกำหนดภายในประเทศ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยตามข้อเสนอการวิจัยนี้ได้

ชื่อโครงการวิจัยเรื่อง: พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ:  
การวิจัยแบบผสมวิธี

ชื่อผู้วิจัยหลัก: นางสาว ฉัตรวรรณ ศรีวิสัย

สังกัด: บัณฑิตวิทยาลัย

เอกสารที่รับรอง: 1. แบบเสนอโครงการวิจัย  
2. โครงการวิจัย  
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย  
4. หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เอกสารที่พิจารณาทบทวน

1. แบบเสนอโครงการวิจัย	ฉบับที่ 2 วัน/เดือน/ปี 12 มกราคม 2564
2. โครงร่างการวิจัย	ฉบับที่ 2 วัน/เดือน/ปี 12 มกราคม 2564
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย	ฉบับที่ 2 วัน/เดือน/ปี 12 มกราคม 2564
4. หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย	ฉบับที่ 2 วัน/เดือน/ปี 12 มกราคม 2564

(ลงชื่อ).....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทันตแพทย์หญิงณปภา เอี่ยมจิตรกุล)

กรรมการและเลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์

(ลงชื่อ).....

(แพทย์หญิงสุรีพร ภัทรสุวรรณ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์

หมายเลขรับรอง : SWUEC/E/G-408/2563

วันที่ให้การรับรอง : 12/01/2564

วันหมดอายุใบรับรอง : 12/01/2565



ภาคผนวก ข  
รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจเครื่องมือวิจัย

### รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจเครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพ

เครื่องมือการวิจัย เรื่อง พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ในช่วงชีวิตใหม่ของผู้สูงอายุ : การวิจัยแบบผสมวิธี (แนวคำถามแบบกึ่งมีโครงสร้าง)

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อมราพร สุรการ
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุเมษย์ หนกหลัง
3. อาจารย์ ดร.นฤมล พระใหญ่

### รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจเครื่องมือวิจัยเชิงปริมาณ

เครื่องมือการวิจัย เรื่อง พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ในช่วงชีวิตใหม่ของผู้สูงอายุ : การวิจัยแบบผสมวิธี (แบบสอบถาม)

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจนา ภัทรวิวัฒน์
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัศรา ประเสริฐสิน
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิษุวัตม์ อยู่เนศล
4. อาจารย์ ดร.ชัยยุทธ กลีบบัว
5. อาจารย์ ดร.ภิญญาพันธ์ เพี้ยซ้าย



ภาคผนวก ค  
รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจเครื่องมือวิจัย

## แนวคำถามแบบกึ่งมีโครงสร้าง เรื่อง พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัส โครนา 2019 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ

จุดประสงค์การสัมภาษณ์: เพื่อทำความเข้าใจพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตใหม่ของผู้สูงอายุ

ระยะเวลาในการสัมภาษณ์: 40 นาที ถึง 1 ชั่วโมง

ประเด็นที่ 1 เพื่อทำความรู้จักกับผู้ให้ข้อมูลและสร้างความคุ้นเคย (ช่วงสร้างสัมพันธภาพและช่วงเกริ่นนำก่อนเข้าสู่คำถามหลัก)

1.1 ขอให้ท่านช่วยแนะนำตัว ชื่ออะไร, ปัจจุบันอายุเท่าไร, มีลูกกี่คน, บุคคลที่ท่านอาศัยอยู่ด้วย, มีโรคประจำตัวไหม/ประเมินสุขภาพตนเอง/มีการรักษาที่ไหนบ้าง (ช่วงสร้างสัมพันธภาพ)

1.2 ให้ท่านเล่าเกี่ยวกับชีวิตประจำวันของท่านในแต่ละวัน ทำอะไรบ้าง ตั้งแต่ตื่นนอนจนถึงเข้านอน

ประเด็นที่ 2 เพื่อทำความเข้าใจพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ (ช่วงมุ่งค้นหาคำตอบ แนวปฏิบัติ “ลด เลี่ยง ดูแล”) โดยมีคำถามชัก ดังนี้ ทำเมื่อไหร่ ทำกับใครบ้างและทำที่ไหนบ้าง

2.1 ช่วงก่อนที่มีโควิดระบาดท่านใช้ชีวิตประจำวันอย่างไรบ้าง

2.2 ในช่วงที่รัฐบาลมีมาตรการผ่อนคลาย (Lockdown) ท่านใช้ชีวิตประจำวันอย่างไร

2.3 ช่วงที่มีการระบาดอีกครั้ง ท่านใช้ชีวิตอย่างไรบ้าง

2.4 ท่านเคยได้ยินคำว่า New normal (ชีวิตวิถีใหม่) หรือไม่ เข้าใจว่าอย่างไร

2.4.1 ท่านป้องกันโรคโควิด-19 ในช่วงต้นปีที่ผ่านมาที่มีการแพร่ระบาดที่รุนแรงครั้งแรก อย่างไรบ้าง

2.4.2 ท่านปฏิบัติตนป้องกันโรคโควิด-19 ในช่วงผ่อนคลายมาตรการอย่างไรบ้าง

2.4.3 ท่านปฏิบัติตนป้องกันโรคในช่วงปัจจุบันที่เกิดการแพร่ระบาดอีกครั้งอย่างไรบ้าง

2.5 การปฏิบัติตนในช่วงชีวิตวิถีใหม่เหมือนหรือต่างจากในช่วงการแพร่ระบาด หรือไม่ อย่างไร

ประเด็นที่ 3 เพื่อทำความเข้าใจความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ (ช่วงมุ่งค้นหาคำตอบ ความเชื่อด้านสุขภาพ)

3.1 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ท่านคิดว่าท่านเสี่ยงต่อการติดโรคโควิด-19 หรือไม่ อย่างไร

3.2 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ท่านคิดว่าโรคโควิด-19 มีความรุนแรง หรือไม่ อย่างไร

3.3 เมื่อท่านปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันท่านคิดว่า จะเกิดผลดีอย่างไร

3.4. ท่านคิดว่าอะไรเป็นอุปสรรค (หมายถึง เช่นการปฏิบัติใดๆที่จะทำให้ท่านล้างมือไม่ได้ หรือสิ่งที่ท่านยังสงสัยไม่เข้าใจ) ต่อการป้องกันโรคในช่วงชีวิตวิถีใหม่ เช่น อะไรเป็นอุปสรรคในการล้างมือขณะอยู่นอกบ้านและท่านแก้ปัญหาอย่างไร

3.5. ท่านคิดว่าตนเองสามารถป้องกันโรคโควิด-19 ได้อย่างไร

3.5.1 การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 เรื่องใดที่ยากแต่ท่านสามารถป้องกันตนเองได้

3.6 ท่านได้ยินได้ฟังข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 จากแหล่งใดบ้าง

3.6.1 ท่านได้ข้อมูลข่าวสารอะไรและอย่างไรบ้าง/มากน้อยเพียงใด

3.6.2 เมื่อท่านได้ยินได้ฟังเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ท่านคิดและรู้สึกอย่างไร

3.6.3 อะไรที่ท่านนำมาปรับใช้กับตัวเองบ้าง และอะไรที่ยังทำไม่ได้บ้าง / แก้ไขอย่างไร

3.7 ท่านมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคโควิด-19 อย่างไรบ้าง

3.7.1 ท่านสามารถนำเอาความรู้ความเข้าใจนั้นไปใช้ในการป้องกันโรคโควิด-19 ในชีวิตประจำวันของท่านอย่างไรบ้าง

3.8 บุคคลที่มีอิทธิพลต่อการที่ท่านปฏิบัติหรือมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ (ใครบ้างทำไมท่านถึงคิดเช่นนั้น)



แบบสอบถาม เรื่อง : พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา  
2019ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง

แบบสอบถาม เรื่อง พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา  
2019ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตร  
มหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาประยุกต์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ซึ่งงานวิจัยนี้ได้ผ่านการยื่น  
ขอจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เป็นที่  
เรียบร้อยแล้ว หมายเลขรับรอง : SWUEC-G-408/2563E

แบบสอบถามของการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 9 ตอน ได้แก่

- ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
- ตอนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่
- ตอนที่ 3 แบบวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค
- ตอนที่ 4 แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรค
- ตอนที่ 5 แบบวัดการรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันโรค
- ตอนที่ 6 แบบวัดการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค
- ตอนที่ 7 แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรค
- ตอนที่ 8 แบบวัดการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19
- ตอนที่ 9 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19

แบบสอบถามนี้ใช้เวลา 15-20 นาที ท่านสามารถเลือกตอบได้อย่างอิสระตาม  
ความคิด ความเชื่อของท่านซึ่งไม่มีคำตอบใดถูกหรือผิด ขอความกรุณาให้ท่านตอบคำถามอย่าง  
ตั้งใจและพิจารณาเลือกคำตอบตามความเป็นจริงของท่านมากที่สุด ข้อมูลที่ได้รับจะถูกเก็บรักษา  
ไว้โดยไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวมโดยไม่  
สามารถระบุข้อมูลรายบุคคลได้

ขอขอบคุณสำหรับการสละเวลาอันมีค่าในการตอบคำถามฉบับนี้

ฉัตรวรรณ ศรีวิสัย

นิสิตปริญญาโท สาขาจิตประยุกต์

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

### ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

1. เพศ  ชาย  หญิง

2. อายุ.....ปี

3. ระดับการศึกษา

1.  ไม่ได้เรียนหนังสือ

2.  ประถมศึกษา

3.  มัธยมศึกษา

4.  อื่นๆ โปรดระบุ.....

4. โรคประจำตัว

.....

### ตอนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่

คำชี้แจง โปรดเลือกช่องตรงตามสิ่งที่ท่านปฏิบัติในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดยที่

ปฏิบัติทุกครั้ง หมายถึง **ท่านทำพฤติกรรมเป็นประจำสม่ำเสมอ**

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง **ท่านทำพฤติกรรมบ่อยครั้ง**

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง **ท่านทำพฤติกรรมแค่เพียงบางครั้ง**

ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง **ท่านไม่ทำพฤติกรรมนั้น ๆ เลย**

ข้อที่	ข้อความ	การปฏิบัติ			
		ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ เลย
q101.	เมื่อต้องออกไปข้างนอก ฉันสวมหน้ากากอนามัย หรือหน้ากากผ้า				
q102.	ฉันคอยระวังไม่ให้หน้ากากอนามัย หรือ หน้ากากผ้าเลื่อนหลุดจากจมูก				
q103.	ฉันนำหน้ากากอนามัยไปตากแดด เพื่อนำ				

ข้อที่	ข้อความ	การปฏิบัติ			
		ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ เลย
	กลับมาใช้ซ้ำ				
q104.	เมื่อไม่มีน้ำและสบู่ ฉันใช้เจลหรือสเปรย์แอลกอฮอล์เพื่อทำความสะอาดมือ				
q105.	ฉันล้างมือด้วยสบู่และน้ำ ภายหลังจากสัมผัสสิ่งของ				
q106.	ฉันเลื่อนการนัดหมอที่สถานพยาบาล เพื่อเลี่ยงพบเจอผู้คน หากหมออนุญาต				
q107.	ฉันงดกิจกรรมสังสรรค์ต่างๆ ที่ต้องพบเจอคนอื่น				
q108.	ในช่วงการแพร่ระบาดโควิด-19 ที่มีผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจำนวนมาก ฉันออกนอกบ้านเท่าที่จำเป็น				
q109.	ฉันใช้การสั่งของออนไลน์แทนการจับจ่ายนอกบ้าน				
q110.	หากต้องออกนอกบ้านในช่วงการแพร่ระบาดโควิด-19 ที่มีผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจำนวนมาก ฉันเลือกไปช่วงเวลาที่คุณไม่เยอะ				
q111.	เมื่ออยู่กับหลายคนในบ้าน ฉันจะพยายามนั่งห่างจากคนในครอบครัว				
q112.	ฉันปล่อยวางเพราะเข้าใจสถานการณ์การแพร่ระบาดที่เราต้องอยู่กับมันไปอีกระยะ				
q113.	ฉันหากิจกรรมทำในระหว่างวันเพื่อลดความกังวลใจกับสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด-19				

### ตอนที่ 3 ถึง ตอนที่ 8 :

คำชี้แจง โปรดเลือกช่องตรงตาม**การรับรู้**ของท่านในช่วงการแพร่ระบาดโรคโควิด-19 โดยที่

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง **ท่านเห็นด้วยอย่างมากที่สุด**

เห็นด้วย หมายถึง **ท่านเห็นด้วย**

ไม่เห็นด้วย หมายถึง **ท่านไม่เห็นด้วยกับสิ่งนี้**

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง **ท่านไม่เห็นด้วยอย่างมากที่สุด**

### ตอนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด-19

ข้อที่	ข้อความ	ความคิดเห็น			
		เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
q201.	ฉันมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 เพราะต้องออกจากบ้าน				
q202.	แม้ว่าจะป้องกันตนเองดีเพียงใด ฉันก็อาจเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโควิด-19				
q203.	หากฉันพูดคุยกับบุคคลที่มีเชื้อโควิด-19 ในระยะน้อยกว่า 1 เมตรเท่ากับว่าฉันเสี่ยงได้รับเชื้อไวรัสโควิด-19				
q204.	การฉีดวัคซีนครบโดส ทำให้ฉันไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโควิด-19				
q205.	การเข้าไปในแหล่งชุมชนที่มีคนเยอะๆ เช่น ตลาดสด ห้องน้ำสาธารณะ รถประจำทาง เท่ากับเสี่ยงติดเชื้อไวรัสโควิด-19				
q206.	การรับอาหารจากคนส่งของ โดยไม่สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า ก็มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโควิด-19				

### ตอนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19

ข้อที่	ข้อความ	ความคิดเห็น			
		เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
q301.	การติดเชื้อไวรัสโควิด-19 อาจทำให้ฉันมีโอกาสเสียชีวิต				
q302.	ถ้าฉันมีโรคประจำตัวแล้วติดเชื้อไวรัสโควิด-19 จะทำให้ฉันเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากขึ้น				
q303.	ฉันรู้สึกวิตกกังวลต่อผู้ติดเชื้อและผู้เสียชีวิตจากเชื้อโควิด-19				
q304.	หากสัมผัสกับผู้ติดเชื้อไวรัสโควิด-19 และต้องกัก				

ตัว จะทำให้ฉันรู้สึกโดดเดี่ยว				
-------------------------------	--	--	--	--

### ตอนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันโรคโควิด-19

ข้อที่	ข้อความ	ความคิดเห็น			
		เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
q401.	การแยกตัวเพื่อสังเกตอาการผิดปกติ ทำให้คนในบ้านปลอดภัย				
q402.	การงดเว้นไปมาหาสู่กัน ช่วยลดการระบาดของโรคไวรัสโควิด-19				
q403.	การเว้นระยะห่างจากผู้อื่นอย่างน้อย 1-2 เมตร เป็นสิ่งที่ควรทำ				
q404.	การล้างมือด้วยน้ำและสบู่บ่อยๆทำให้ลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อโควิด-19				
q405.	การสวมหน้ากากอนามัยร่วมกับหน้ากากผ้า เมื่ออยู่ในพื้นที่แออัด ช่วยป้องกันเชื้อไวรัสโควิด-19 ได้มากกว่าสวมชั้นใดชั้นหนึ่ง				
q406.	การแยกสำรับอาหาร หรือกินข้าวคนเดียว ช่วยลดโอกาสในการรับเชื้อไวรัสโควิด-19				
q407.	การใช้โทรศัพท์คุยกับเพื่อนแทนการไปมาหาสู่ เป็นการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด				
q408.	การปฏิบัติตามคำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุขอย่างเคร่งครัด ทำให้ฉันปลอดภัยจากโรคไวรัสโควิด-19				

### ตอนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคโควิด-19

ข้อที่	ข้อความ	ความคิดเห็น			
		เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
q501.	การสวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกนอกบ้านเป็นเรื่องยุ่งยาก				
q502.	การล้างมือด้วยน้ำและสบู่บ่อยๆ เป็นเรื่องที่ทำได้				

ข้อที่	ข้อความคำถาม	ความคิดเห็น			
		เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
	ลำบากหากอยู่นอกบ้าน				
q503.	การเลี่ยงพบปะสังสรรค์กับเพื่อน เป็นสิ่งที่ทำได้ยาก				
q504.	เป็นเรื่องยุ่งยากสำหรับฉัน หากต้องเว้นระยะห่างจากผู้อื่นอย่างน้อย 1-2 เมตร				
q505.	การหลีกเลี่ยงการใช้ชีวิตในที่แออัด ทั้งในชุมชน ตลาดสด และการใช้รถสาธารณะนั้นทำได้ยาก				
q506.	การกินของร้อน ใช้ช้อนกลาง เป็นเรื่องที่ได้ยาก โดยเฉพาะกับคนในครอบครัว				
q507.	การใช้แอปพลิเคชันสั่งอาหารทางออนไลน์เป็นเรื่องยากสำหรับฉัน				
q508.	การอยู่เฉพาะในที่พักอาศัย สร้างความเครียดให้ฉัน				
q509.	การสวมหน้ากากอนามัย หรือหน้ากากผ้า ทำให้ฉันหายใจไม่ออก				

### ตอนที่ 7 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคโควิด-19

ข้อที่	ข้อความคำถาม	ความคิดเห็น			
		มั่นใจ มาก ที่สุด	มั่นใจ มาก	ไม่ มั่นใจ	ไม่ มั่นใจ เลย
q601.	ฉันเชื่อว่าฉันสามารถเว้นระยะห่างระหว่างผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม เมื่อต้องอยู่ในสถานที่ที่แออัด				
q602.	ฉันมั่นใจว่าฉันสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องตามคำแนะนำ				
q603.	เมื่อต้องออกไปทำธุระข้างนอก ฉันมั่นใจว่าฉันสามารถลดความเสี่ยง การติดเชื้อโควิด-19				
q604.	ฉันเชื่อว่าฉันล้างมือตรงตามขั้นตอนของกรมควบคุมโรค				
q605.	ในสถานการณ์การแพร่ระบาดฉันสามารถทำจิตใจให้ผ่อนคลายและอยู่กับมันได้				



ข้อที่	ข้อความคำถาม	ความคิดเห็น			
		มั่นใจ มาก ที่สุด	มั่นใจ มาก	ไม่ มั่นใจ	ไม่ มั่นใจ เลย
q606.	ฉันเชื่อว่าฉันสวมหน้ากากอนามัยได้อย่างถูกวิธี				
q607.	ฉันมั่นใจว่า ฉันไม่รับเชื้อไวรัสโควิด-19 เพราะฉันป้องกันตนอย่างดี เช่น ฉีดพ่นสิ่งของนั้น ด้วยแอลกอฮอล์ก่อนนำเข้าบ้าน				

### ตอนที่ 8 แบบสอบถามการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19

ข้อที่	ข้อความคำถาม	ความคิดเห็น			
		เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
q701.	ฉันค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองจากโรคโควิด-19 จากเว็บไซต์กระทรวงสาธารณสุข				
q702.	ฉันเลือกติดตามข่าวสารจากสื่อที่มีความน่าเชื่อถือหรือหน่วยงานของรัฐ				
q703.	ฉันฟังอย่างตั้งใจเมื่อมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19				
q704.	เมื่อมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ฉันจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรค				
q705.	เมื่อได้ฟังข่าวการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จาก สบค. ทำให้ฉันคิดว่าต้องรับผิดชอบป้องกันตนเองให้ดีที่สุด				

### ตอนที่ 9 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19

คำชี้แจง โปรดเลือกช่องตรงตาม สิ่งที่ท่านรู้และเข้าใจรวมถึงการนำความรู้ไปใช้ใน

ชีวิตประจำวันได้ ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดยท่านพิจารณาข้อความคำถามและเลือกตอบ

ข้อใดที่ท่านคิดว่า ถูก และข้อใดที่ท่านคิดว่า ผิด

ข้อที่	ข้อความคำถาม	ถูก	ผิด
--------	--------------	-----	-----

ข้อที่	ข้อความ	ถูก	ผิด
q801.	โควิด-19 ที่เป็นสายพันธุ์ใหม่ อาการโดยทั่วไประยะแรกจะไม่แสดงอาการ		
q802.	ระยะฟักตัวเฉลี่ยของเชื้อไวรัสโควิด-19 อยู่ระหว่าง 2 - 14 วัน นับตั้งแต่วันที่สัมผัสเชื้อ ถึงระยะเริ่มแสดงอาการ		
q803.	ระยะแรกอาการของผู้ป่วยโรคโควิด-19 มีอาการคล้ายไข้หวัด เช่น มีไข้ ไอ น้ำมูก		
q804.	เชื้อไวรัสโควิด-19 ติดต่อผ่านระบบทางเดินหายใจ เมื่อเราไอหรือจาม จึงควรใช้ทิชชูปิดปาก เพื่อป้องกันไม่ให้เชื้อโรคกระจาย		
q805.	หากกินอาหารเผ็ดๆสามารถฆ่าเชื้อไวรัสฯให้ตายได้		



## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	ฉัตรวรรณ ศรีวิสัย
วัน เดือน ปี เกิด	27 ธันวาคม 2527
สถานที่เกิด	ชลบุรี
วุฒิการศึกษา	B.Sc. in Health Sciences Hamburg University of Applied Sciences, Germany

