



รูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี อำเภอรวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด

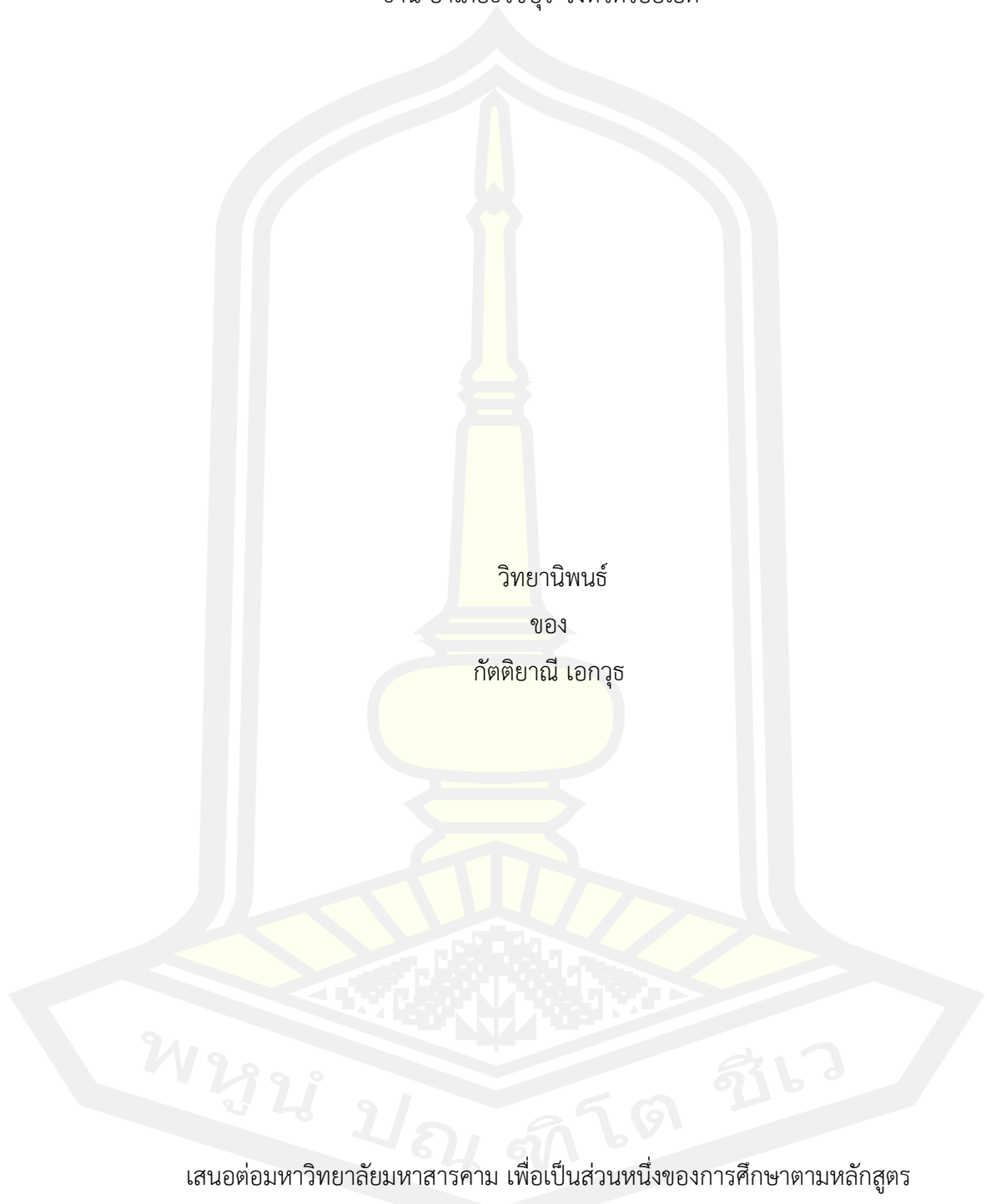
วิทยานิพนธ์
ของ
กัตติยาณี เอกภูธ

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

พฤษภาคม 2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี อำเภอรวิชัยบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด



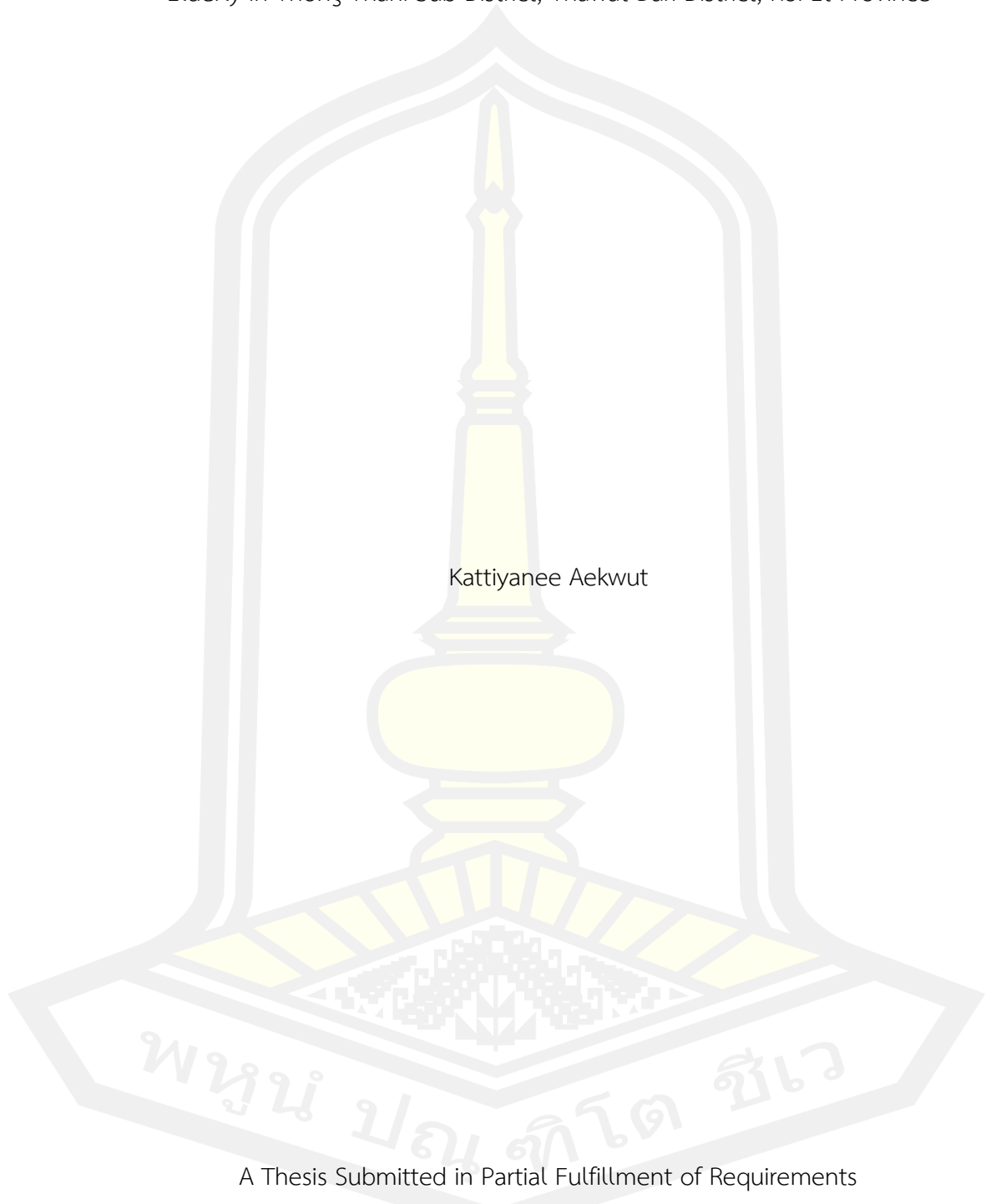
เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

พฤษภาคม 2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

A Model to Promote Access to Vaccines Against Coronavirus Infection 2019 for
Elderly in Thong Thani Sub-District, Thawat Buri District, Roi Et Province

Kattiyanee Aekwut



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Master of Public Health (Public Health)

May 2023

Copyright of Maharakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางสาวกัตติยาณี เอกภูธ
แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(รศ. ดร. วรพจน์ พรหมสัตยพรต)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รศ. ดร. สงครามชัย ลีทองดีสกุล)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(อ. ดร. สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์)

.....กรรมการ

(ผศ. ดร. จตุพร เหลืองอุบล)

.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

(รศ. ดร. นิตยา เพ็ญศิริินภา)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัย
มหาสารคาม

.....
(รศ. ดร. สุมัทนา กลางคาร)

คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

.....
(รศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	รูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี อำเภอรวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด		
ผู้วิจัย	กัตติยาณี เอกวุธ		
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. สงครามชัยย์ ลีทองดีสกุล อาจารย์ ดร. สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์		
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรมหา	สาขาวิชา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
	บัณฑิต		
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2566

บทคัดย่อ

รูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี อำเภอรวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบทพื้นที่และข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการเข้าถึงวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนารูปแบบการเข้าถึงวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการเข้าถึงวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุและเพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี อำเภอรวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาแบบเจาะจงจำนวน 243 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลลักษณะทางประชากรทั่วไป ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ของรูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ คือ ด้านการรับรู้การตัดสินใจเข้ารับวัคซีนโรคโควิด-19 ค่าเฉลี่ยรวม 3.38 อยู่ที่ระดับมากและได้ค่าเฉลี่ย (Mean =3.55 S.D.=1.17) ระดับมาก คือ กลัวเข็มหรือกลัวการฉีดวัคซีนโควิด -19 การจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องการเข้ารับวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุประกอบด้วย 4 กิจกรรม ซึ่งพบประเด็นการไม่เข้ารับวัคซีนโควิด-19 โดยรวม 3 ประเด็น คือ ผู้สูงอายุกลัวผลข้างเคียงของวัคซีนโควิด-19 ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย และผู้สูงอายุไม่เชื่อมั่นว่าวัคซีนโควิด-19 จะสามารถป้องกันโรคโควิด-19 ได้ ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานจากผลการเข้ารับวัคซีนของผู้สูงอายุเข็ม 1 ก่อนทำวิจัย จำนวนผู้เข้ารับวัคซีนโควิด-19 จำนวน 540 คน คิดเป็นร้อยละ 44.92

หลังเข้าร่วมการจัดกิจกรรมส่งเสริมการเข้ารับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีผู้สูงอายุ
เข้ารับวัคซีนเข็มที่ 1 จำนวน 600 คน คิดเป็นร้อยละ 49.91

ข้อเสนอแนะสำหรับวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษากลุ่มผู้สูงอายุในเขตตำบลธงธานี
ครอบคลุมกลุ่มประชากรในช่วงอายุอื่นเนื่องจากแต่ละช่วงอายุมีการเลือกปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการ
เข้าถึงวัคซีนที่แตกต่างกัน เพื่อที่จะสามารถนำผลการวิจัยในช่วงอายุอื่นมาใช้สำหรับออกแบบรูปแบบ
การส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีน-โควิด 19 และนำไปสู่การวางแผนการเข้ารับวัคซีนในช่วงอายุที่กำหนด
ต่อไป

คำสำคัญ : การเข้าถึงวัคซีน, ไวรัสโคโรนา 2019, ผู้สูงอายุ



TITLE	A Model to Promote Access to Vaccines Against Coronavirus Infection 2019 for Elderly in Thong Thani Sub-District, Thawat Buri District, Roi Et Province		
AUTHOR	Kattiyanee Aekwut		
ADVISORS	Associate Professor Songkhamchai Leethongdissakul , Ph.D. Surasak Thiabrithi , Dr.P.H.		
DEGREE	Master of Public Health	MAJOR	Public Health
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2023

ABSTRACT

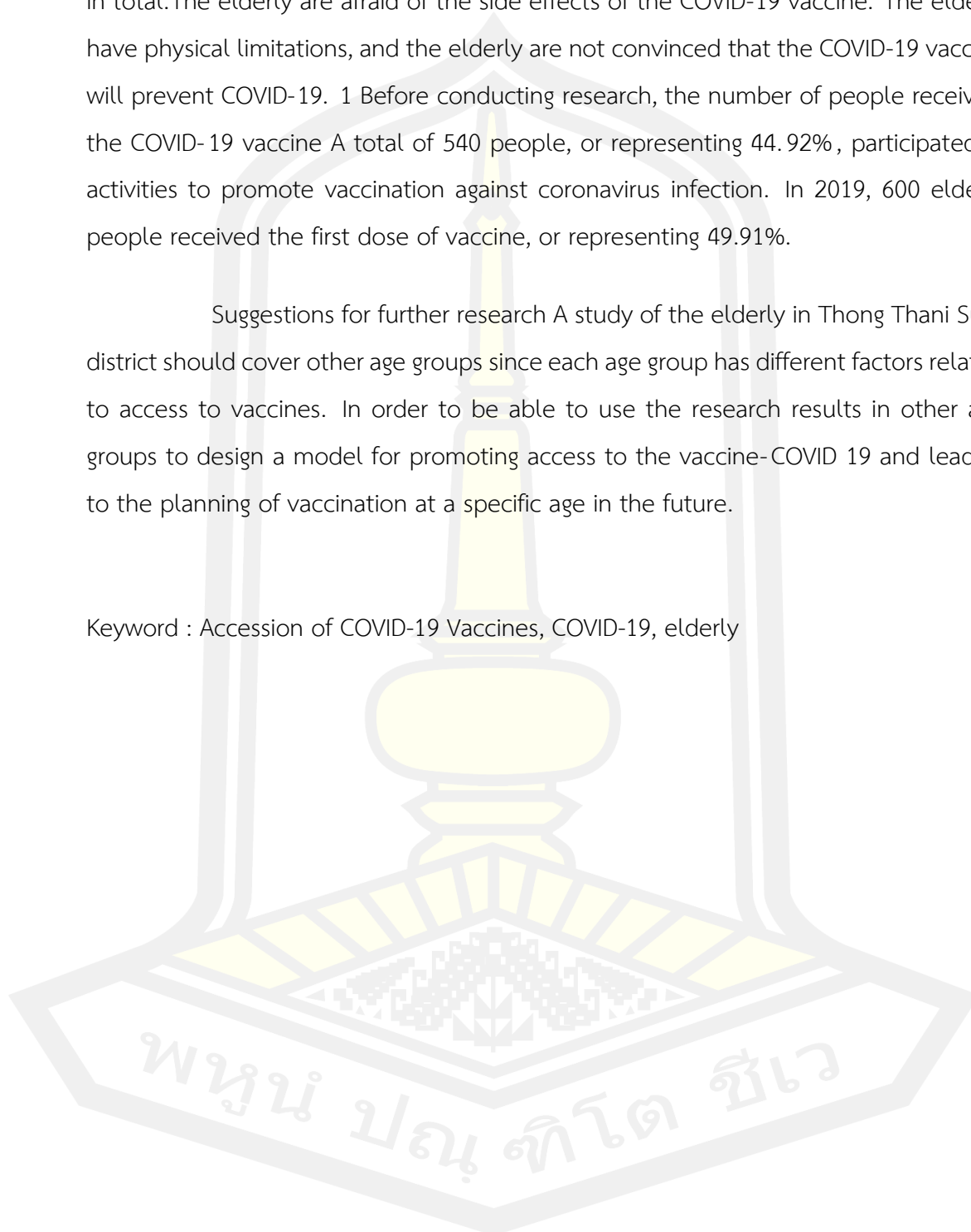
The Promoting Model to Access COVID-19 Vaccines of Aging in Thongthani Subdistrict, Thawatburi District, Roi Et Province was an action Research. The objectives of this research were to study the local context and basic information about accession to COVID- 19 Vaccines of elderly, to develop a model for access to COVID- 19 vaccine among the elderly, to study the effects of accession to COVID- 19 Vaccines of elderly, and to study the success factors of The Promoting Model to Access COVID-19 Vaccines of elderly in Thongthani Subdistrict, Thawatburi District, Roi Et Province. A sample were selected using purposive sampling method. A sample was selected from 243 cases were included as a sample. Data were collected using the General Demographic Information Questionnaire. The success factors of The Promoting Model to Access COVID- 19 Vaccines of elderly. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics while qualitative data were analyzed by content analysis.

The study found that factors related to access to COVID-19 vaccines Among the elderly, it is about the perception of the decision to get the COVID-19 vaccine. The overall average of representing 3.38% is very high and the average (Mean = 3.55 S.D.=1.17) is very high: fear of needles or fear of COVID-19 vaccination. Event Organizer Promote knowledge and understanding. On receiving the COVID-19 vaccine Among the

elderly, there were 4 activities, which found 3 issues of non-vaccination of COVID-19 in total. The elderly are afraid of the side effects of the COVID-19 vaccine. The elderly have physical limitations, and the elderly are not convinced that the COVID-19 vaccine will prevent COVID-19. 1 Before conducting research, the number of people receiving the COVID-19 vaccine A total of 540 people, or representing 44.92%, participated in activities to promote vaccination against coronavirus infection. In 2019, 600 elderly people received the first dose of vaccine, or representing 49.91%.

Suggestions for further research A study of the elderly in Thong Thani Sub-district should cover other age groups since each age group has different factors related to access to vaccines. In order to be able to use the research results in other age groups to design a model for promoting access to the vaccine-COVID 19 and leading to the planning of vaccination at a specific age in the future.

Keyword : Accession of COVID-19 Vaccines, COVID-19, elderly



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วย ความกรุณาและความช่วยเหลือจากรองศาสตราจารย์ ดร.สงครามชัยย์ ลีทองดีศกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และอาจารย์ ดร.สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้ให้คำแนะนำทางด้านวิชาการตลอดกระบวนการดำเนินการจัดทำ วิทยานิพนธ์ตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดกระบวนการ

ขอขอบพระคุณนางทิพาภัทร เอกวงษา ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลราชบุรี นางบัณฑิตา นราทร ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลราชบุรีและนางสาวณัฐมน มุลศรีแก้ว ตำแหน่งเภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลราชบุรี ที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญในการ ตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

ขอขอบพระคุณผู้สูงอายุในเขตตำบลธงธานี อำเภอรวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ดทุกท่านที่ให้ความ อนุเคราะห์ในดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้ให้ราบรื่นสำเร็จได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลราชบุรีทุกท่าน ที่ให้การช่วยเหลือให้ข้อมูลและเป็น ผู้ช่วยในการวิจัยในครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณอาสาสมัครชุมชนในเขตตำบลธงธานี อำเภอรวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ดที่ให้การ ช่วยเหลือให้ข้อมูลและเป็นผู้ช่วยในการวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณพื้นที่เขตตำบลธงธานี อำเภอรวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด ทั้ง 10 หมู่บ้านที่ให้ความ ช่วยมือในการทำวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณ บิดา มารดา และครอบครัวของผู้วิจัยที่คอยสนับสนุนและเป็นกำลังใจหลักที่ ทำ ให้การวิจัยในครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี

กัตติยาณี เอกวุธ

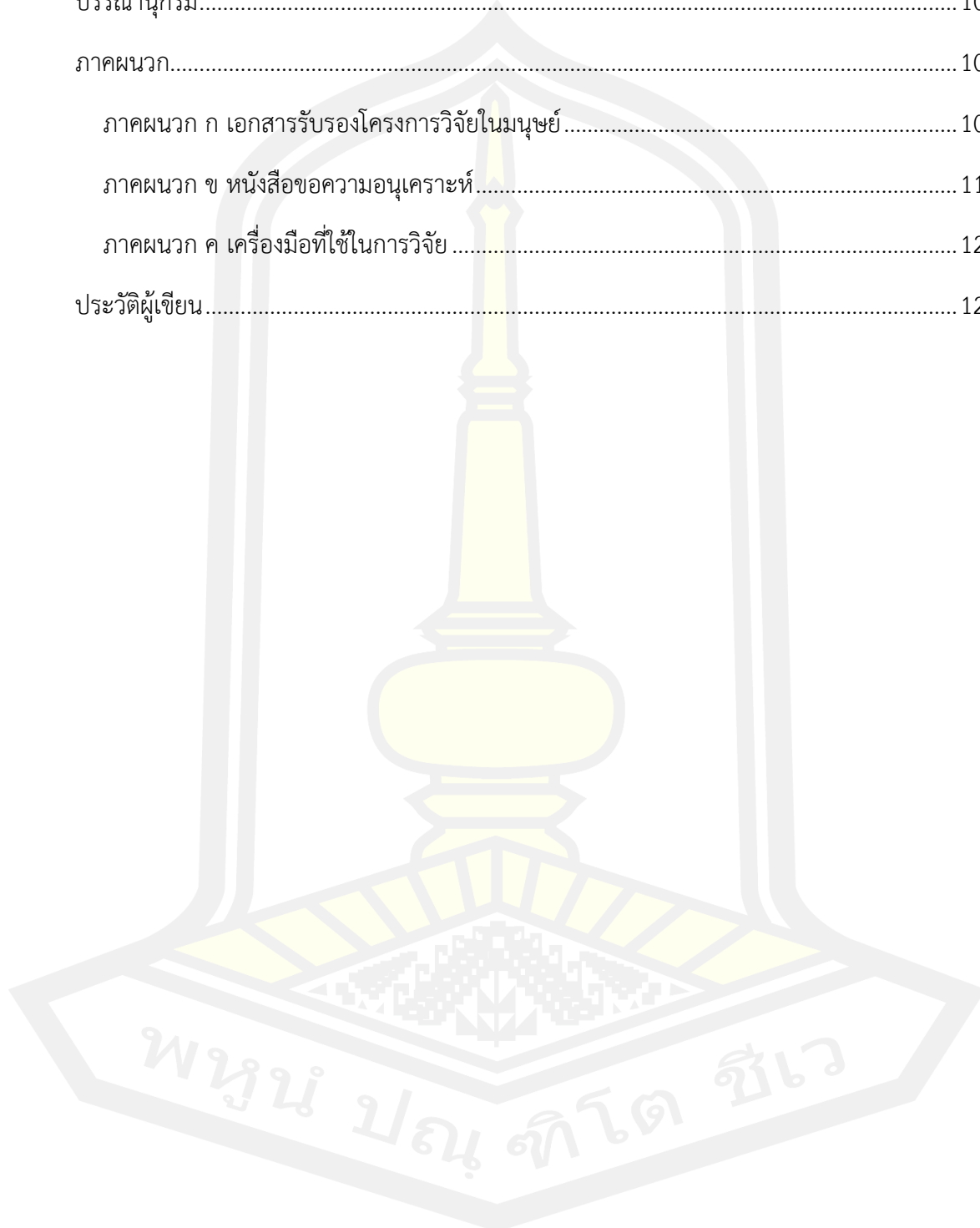
พหุณ ปณุ ทิโต ชีเว

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ฌ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพ.....	ฐ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ภูมิหลัง.....	1
1.2 คำถามในการวิจัย.....	4
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
1.4 ขอบเขตการวิจัย.....	4
1.4.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา.....	4
1.4.2 ขอบเขตด้านพื้นที่.....	5
1.4.3 ขอบเขตด้านประชากร.....	5
1.4.4 ขอบเขตระยะเวลาในการวิจัย.....	5
1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
บทที่ 2 ปรัชญาเอกสารข้อมูล.....	7
2.1 แนวคิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019.....	7
2.2 แนวคิดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019.....	10
2.3 แนวคิดทฤษฎีระบบบริการสาธารณสุข.....	30
2.4 แนวคิดทฤษฎีการเข้าถึงบริการสุขภาพ.....	33

2.5 แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ	42
2.6 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	44
2.7 แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยปฏิบัติการ.....	52
2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	58
2.9 กรอบแนวคิดงานวิจัย.....	61
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	62
3.1 รูปแบบการวิจัย	62
3.2 พื้นที่ศึกษาวิจัย.....	64
3.3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	64
3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	65
3.6 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	67
3.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล	68
3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล	71
3.9 จริยธรรมการวิจัย.....	72
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	74
4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	74
4.2 ผลการศึกษาบริบทพื้นที่และปัญหาการเข้ารับวัคซีนในกลุ่มผู้สูงอายุ.....	75
4.3 การดำเนินงานการศึกษาการเข้าถึงวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ.....	80
4.4 สังเกตการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องการเข้ารับวัคซีนโควิด-19 ใน กลุ่มผู้สูงอายุ.....	89
4.5 สะท้อนผลการดำเนินงานรูปแบบการเข้าถึงวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ.....	91
บทที่ 5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	93
5.1 สรุปผล.....	93
5.2 อภิปรายผล.....	96

5.3 ข้อเสนอแนะ	99
บรรณานุกรม.....	101
ภาคผนวก.....	107
ภาคผนวก ก เอกสารรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์.....	108
ภาคผนวก ข หนังสือขอความอนุเคราะห์.....	117
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	121
ประวัติผู้เขียน.....	129

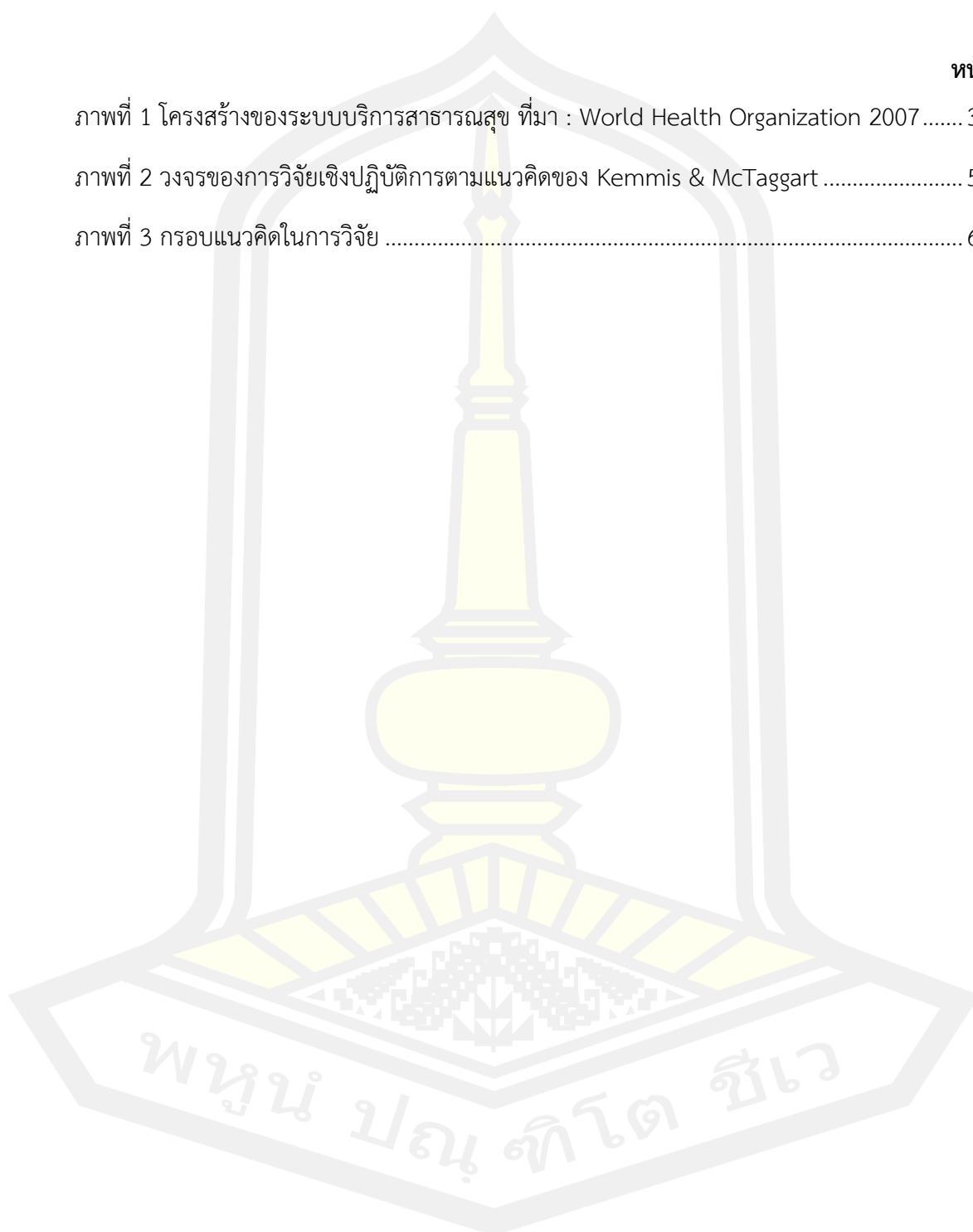


สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับชนิดของวัคซีนโควิด 19 โดยแบ่งตามเทคโนโลยีการผลิตวัคซีน โควิด-19.....	12
ตารางที่ 2 คำแนะนำการใช้วัคซีนของ Oxford–AstraZeneca และ Sinovac	15
ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อดี และข้อด้อยของวัคซีนโควิด 19 ที่มีใช้ในปัจจุบัน	26
ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการและการตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ. 51	51
ตารางที่ 5 แผนปฏิบัติการดำเนินการวิจัยวิจัย.....	70
ตารางที่ 6 จำนวนประชากรจำแนกตามลักษณะทั่วไปของประชากรผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี แยกตาม เพศและหมู่บ้าน 10 หมู่.....	76
ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N=243).....	80
ตารางที่ 8 ด้านการรับรู้ความรุนแรงการติดเชื้อโรคโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ (n=243).....	83
ตารางที่ 9 ด้านการรับรู้พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ (n=243)....	84
ตารางที่ 10 การรับรู้ถึงประโยชน์ของวัคซีนโรคโควิด-19 ป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ในกลุ่ม ผู้สูงอายุ (n=243).....	85
ตารางที่ 11 ด้านการรับรู้ความเชื่อเกี่ยวกับวัคซีนโควิด-19 ป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ในกลุ่ม ผู้สูงอายุ (n=243).....	86
ตารางที่ 12 การรับรู้ทัศนคติเข้ารับวัคซีนโควิด-19 ป้องกันเชื้อโรคโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ (n= 243).....	87
ตารางที่ 13 กิจกรรมส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องการเข้ารับวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ	88

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 โครงสร้างของระบบบริการสาธารณสุข ที่มา : World Health Organization 2007	31
ภาพที่ 2 วงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart	53
ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดในการวิจัย	61



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ภูมิหลัง

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ได้ส่งผลกระทบต่อประเทศไทยอย่างกว้างขวางและรุนแรง แม้ว่าที่ผ่านมาประเทศไทยจะประสบความสำเร็จในการป้องกันและควบคุมโรค แต่มีการแพร่ระบาดอย่างรุนแรงและต่อเนื่องได้ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2564) มีจำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และกระจายสู่วงกว้างในพื้นที่ต่าง ๆ ทั่วประเทศกระทบต่อการดำรงชีวิต และการประกอบอาชีพตามปกติของประชาชนผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายจำเป็นต้องให้ความสำคัญและเพิ่มความเข้มข้นในการดำเนินมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อย่างเข้มข้นและต่อเนื่อง (กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โควิด-19 (COVID-19) ได้เริ่มต้นเมื่อปลายปี พ.ศ. 2562 และลุกลามไปทั่วโลก สร้างความหวาดกลัวและส่งผลกระทบต่อสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจของประชากร และเมื่อต้นเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 มีการระบาดใหญ่ (pandemic) ซึ่งเป็นการติดเชื้อทั่วโลกอย่างรวดเร็ว ตามประกาศขององค์การอนามัยโลก เมื่อวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2563 (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563) จากสถิติเมื่อวันที่ 15 เมษายน พ.ศ. 2563 ประชากรทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อ 1,982,939 คน และตาย 126,761 คน โดย 5 ลำดับแรกของประเทศที่มีผู้ติดเชื้อสูงสุด ประเทศสหรัฐอเมริกา (609,516 คน) เป็นอันดับหนึ่ง ตามด้วยสเปน (174,060 คน) อิตาลี (162,488 คน) เยอรมัน (132,362 คน) และฝรั่งเศส (131,362 คน) และเมื่อพิจารณา 5 ลำดับแรกของประเทศที่มีจำนวนผู้เสียชีวิตมากที่สุด ได้แก่ สหรัฐอเมริกา (26,057 คน) อิตาลี (21,067 คน) สเปน (18,255 คน) ฝรั่งเศส (15,750 คน) และสหราชอาณาจักร (12,129 คน) ตามลำดับ (Dong, Du, & Gardner, 2020)

สำหรับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นโรคใหม่จึงไม่มีภูมิคุ้มกันในตัวไป ทำให้จำนวนผู้ติดเชื้อมีมากส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตจำนวนมาก ซึ่งมาตรการป้องกันต่างๆ ในปัจจุบัน ได้แก่ การสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือ การทำความสะอาดสถานที่และพื้นผิวสัมผัสร่วม การรักษาระยะห่างทางสังคม การงดจัดกิจกรรมที่รวมกลุ่มคนจำนวนมาก การกักตัวผู้ที่มีความเสี่ยงส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตความเป็นอยู่และระบบเศรษฐกิจ สำหรับประเทศไทยได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (ศบค.) ซึ่งเป็นคณะกรรมการบริหารโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) แห่งชาติ

ที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ได้ประกาศภาวะฉุกเฉินของประเทศไทย เมื่อปี พ.ศ. 2563 โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนอยู่บ้าน (stay at home) ปฏิบัติงานที่บ้าน (Work from home: WFH) รักษาระยะห่างทางกายภาพ (physical distancing) รักษาระยะห่างทางสังคม (social distancing) สวมหน้ากากอนามัย และล้างมือบ่อยๆ ซึ่งการประกาศภาวะฉุกเฉิน ส่งผลให้ประชาชนต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตทั้งหมด (ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

การฉีดวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ป้องกันการเจ็บป่วย และลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานานๆ และยังช่วยสร้างภูมิคุ้มกันหมู่ การฉีดวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นการเพิ่มภูมิคุ้มกันให้กับสังคมและคนรอบข้างเพื่อลดการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และการฉีดวัคซีนจะเป็นวิธีการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ที่ใช้ในการป้องกันโรคแต่ก็ยังมีประสิทธิภาพไม่ถึง 100% และแตกต่างกันไปตามวิธีการที่ใช้ รวมถึงตัวเชื้อโรคนั้นๆด้วยทำให้ภูมิคุ้มกันของแต่ละคนที่สร้างขึ้นแตกต่างกันไปและในกรณียกเว้นจำนวนมากอาจจะไม่เกิดภูมิคุ้มกันขึ้นหลังจากการฉีดวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อย่างไรก็ตามการฉีดวัคซีนยังถือว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพสูงมากสำหรับประชาชนส่วนใหญ่ ในบางกรณีอาจมีผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) แม้ว่าจะได้รับวัคซีนแล้วก็ตามอาจเป็นเพราะติดเชื้อก่อนที่วัคซีนจะออกฤทธิ์เมื่อวัคซีนออกฤทธิ์แล้วระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายต้องการเวลาเพื่อตอบสนองต่อวัคซีนโดยอาจต้องใช้เวลานานถึง 14 วันและวัคซีนของหลายบริษัทจำเป็นต้องฉีดโดยที่ 2 เพื่อกระตุ้นซ้ำอีกรอบ (กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข, 2564)

ประเทศไทยเริ่มให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) แก่ประชาชน ตั้งแต่วันที่ 28 กุมภาพันธ์ จนถึงปัจจุบัน มีประชาชนได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนาแล้วประมาณ 4 ล้านโดส โดยในระยะแรกกลุ่มที่ได้รับวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ทั้งภาครัฐและเอกชน เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรค ที่มีโอกาสสัมผัสผู้ป่วย ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป บุคคลที่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง และประชาชนที่อยู่ในพื้นที่เสี่ยง และสามารถควบคุมสถานการณ์ของโรคในพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาด รวมถึงการเร่งให้เกิดภูมิคุ้มกันหมู่ในประชาชนให้เร็วที่สุด (ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค, 2564)

จากสำนักสถิติแห่งชาติโครงสร้างด้านประชากรของประเทศไทยเข้าสู่การเป็น สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete aged society) เมื่อประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป มีสัดส่วนถึงร้อยละ 20.0 ของประชากรทั้งหมด และในปี 2574 ประเทศไทยจะเข้าสู่ สังคมสูงระดับสุดยอด (Super aged society) เมื่อประชากรไทยมีจำนวน 67.6 ล้านคน ในปี 2560 มีประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป 11.3 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16.7 ของประชากรทั้งหมด เมื่อแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น 3 ช่วงวัย คือ ผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) ผู้สูงอายุวัยกลาง (70 -79 ปี) และผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) จะพบว่าผู้สูงอายุของไทยส่วนใหม่จะมีอายุอยู่ในช่วงวัยต้น ร้อยละ 57.4 และผู้สูงอายุทั้งหมด เมื่อ

พิจารณาถึงแนวโน้มอัตราของผู้สูงอายุ หมายถึง อัตราส่วนของผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งสิ้น 100 คน จะพบว่าเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด (จากร้อยละ 6.8 ในปี 2537 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.4 ในปี 2545 เป็นร้อยละ 10.7 ในปี 2550 ร้อยละ 12.2 ในปี 2544 ร้อยละ 14.9 ในปี 2557 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 16.7 ในปี 2560) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2562)

จากสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ไม่สามารถป้องกันการแพร่ระบาดของโรคได้อย่างสมบูรณ์ หลายประเทศทั่วโลกรวมถึงประเทศไทย จึงได้มีการคิดค้นและพัฒนาวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ได้เริ่มคิดค้นขึ้นตั้งแต่ไตรมาสแรกของปี พ.ศ.2563 ซึ่งเป็นความหวังในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) การแพร่ระบาดของโรคลดความรุนแรงจากการติดเชื้อและลดอัตราการเสียชีวิต ควบคุมการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกันแก่ผู้คน ทั้งยังสามารถลดความรุนแรงของอาการป่วยและลดอัตราการเสียชีวิตได้ ซึ่งปัจจุบันวัคซีนที่ถูกนำมาใช้ในประเทศไทยมีวัคซีนของ 5 บริษัท ได้แก่ Sinovac, AstraZeneca, Pfizer-BioNTech, Moderna, และ Sinopharm แม้การฉีดวัคซีนจะไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อ ใ้ร้อยละ 95 แต่องค์การอนามัยโลก (WHO) ก็ยังแนะนำให้ทุกคนต้องได้รับวัคซีน การผลักดันให้ประชาชนได้รับวัคซีนให้ครบจำนวนเป็นภารกิจเร่งด่วนของทุกหน่วยงานด้าน สาธารณสุขของประเทศไทย โดยมีกลุ่มเร่งด่วนที่สุดที่ต้องได้รับวัคซีน คือ กลุ่มผู้สูงอายุและ กลุ่มเสี่ยงที่มีโรคประจำตัว เนื่องจากเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่มีอาการรุนแรงมากกว่ากลุ่มวัยอื่น (กรมควบคุมโรค, 2564)

จากจำนวนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 1,202 คน ในเขตตำบลธงธานี แบ่งเป็น 10 หมู่บ้าน ตามเขตการรับผิดชอบของตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด จากสถานการณ์การเข้าถึงวัคซีนในกลุ่มผู้สูงอายุตำบลธงธานี พบว่ามีการให้บริการวัคซีนตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2564 ซึ่งควรได้รับวัคซีนเป้าหมายมากกว่าร้อยละ 70.0 ได้รับวัคซีนเข็ม 1 จำนวน 540 คน คิดเป็นร้อยละ 44.92 โดยแยกผู้สูงอายุที่ได้รับวัคซีนเข็ม 2 จำนวน 422 คน คิดเป็นร้อยละ 35.10 และได้รับวัคซีนเข็ม 3 ขึ้นไปจำนวน 118 คน คิดเป็นร้อยละ 9.81 ซึ่งมีทั้งบริการเชิงรับและเชิงรุก โดยผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ยังไม่ได้รับวัคซีนมีจำนวน 662 คนคิดเป็นร้อยละ 55.07 ของจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (โรงพยาบาลธวัชบุรี, 2565)

จากข้อมูลการเข้ารับวัคซีนในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าการเข้าถึงวัคซีนของกลุ่มผู้สูงอายุไม่ถึงร้อยละ 70.0 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด แสดงให้เห็นว่ายังคงมีอีกหลายสาเหตุที่ทำให้กลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี ยังไม่ได้รับการเข้าถึงวัคซีนตามเป้าหมาย ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการศึกษารูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด อันจะเกิดประโยชน์ต่อการนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนรณรงค์การเข้าถึงวัคซีนป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี เพื่อให้

สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุและบริบทพื้นที่ต่อไป ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้จากการศึกษาจะเป็นข้อมูลเพื่อนำไปสู่การเข้ารับวัคซีนในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี ให้ครอบคลุมต่อไป อันจะนำไปสู่การเข้าถึงวัคซีนของผู้สูงอายุตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการลดอัตราป่วยและอัตราเสียชีวิต และการสร้างภูมิคุ้มกันหมู่ให้เกิดขึ้นในประเทศไทย

1.2 คำถามในการวิจัย

รูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ยังไม่ได้เข้ารับวัคซีนเข็ม 1 ในเขตพื้นที่ตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด ควรเป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษารูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด

1.3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

- 1) เพื่อศึกษาบริบทพื้นที่ และข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการเข้าถึงวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด
- 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการเข้าถึงวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด
- 3) เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการเข้าถึงวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด
- 4) เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด

1.4 ขอบเขตการวิจัย

1.4.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มผู้สูงอายุโดยการสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามปัจจัยการเข้าถึงวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วย 5 ด้าน และการจัดเวทีประชุมร่วมกับกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการวิจัยเพื่อหา

แนวทางวางแผนการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี ที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน และกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี

1.4.2 ขอบเขตด้านพื้นที่

ผู้วิจัยศึกษาวิจัยในครั้งนี้โดยเลือกพื้นที่แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Selection) โดยเลือกหมู่ จำนวน 10 หมู่บ้านในตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด

1.4.3 ขอบเขตด้านประชากร

ประชากรที่ศึกษา แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

1) กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการวิจัย คือ ผู้ให้บริการ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในการให้บริการวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลธวัชบุรี ตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด ดังนี้ บุคลากรกลุ่มงานเภสัชกรรม จำนวน 4 คน มีหน้าที่เบิกวัคซีนจากคลังวัคซีนของจังหวัดร้อยเอ็ดจนกระทั่งขนส่งมายังโรงพยาบาล และในวันที่ฉีดต้องดำเนินการควบคุมอุณหภูมิให้อยู่ในช่วง 2-8 องศา ตลอดระยะเวลาที่จัดเก็บจนกระทั่งถึงเวลาฉีดวัคซีนให้ผู้มารับบริการบุคลากรกลุ่มการพยาบาล จำนวน 5 คน มีหน้าที่ตรวจสอบชื่อ นามสกุลและอายุของผู้มารับบริการฉีดวัคซีน ตรวจสอบชนิดวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก่อนฉีดวัคซีนให้ผู้มารับบริการบุคลากรกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม จำนวน 5 คน มีหน้าที่ซักประวัติคัดกรอง และให้ความรู้การปฏิบัติการสังเกตอาการหลังฉีดวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แก่ผู้มารับบริการฉีดวัคซีน

2) กลุ่มผู้สนับสนุนในกระบวนการวิจัย คือ ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แต่ละหมู่บ้านหมู่บ้านละ 1 คน จำนวน 10 หมู่บ้าน มีหน้าที่สำรวจกลุ่มเป้าหมายบุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเขตตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งมีทั้งหมด 10 คน

3) กลุ่มผู้สูงอายุ คือ ประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ยังไม่ได้เข้ารับวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เข็ม 1 มีสัญชาติไทยอาศัยอยู่จริงและมีชื่อในทะเบียนบ้าน ในเขตตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด สามารถสื่อสารพูดคุยได้ จำนวน 662 คน

1.4.4 ขอบเขตระยะเวลาในการวิจัย

ดำเนินการศึกษาวิจัย ตุลาคม 2565 - มกราคม 2566

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.5.1 ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ยังไม่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนาเข็มที่ 1 ในเขตตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด

1.5.2 รูปแบบการส่งเสริม หมายถึง รูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การกำหนดรูปแบบเป็นกระบวนการให้กลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเขตตำบลธงธานี

ธานี เข้าถึงวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรับรู้และตระหนักถึงผลกระทบต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการจัดกิจกรรมการส่งเสริมการเข้ารับวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเขตพื้นที่ ตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด

1.5.3 วัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (วัคซีนโควิด-19) หมายถึง การฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่สามารถลดความรุนแรงของอาการป่วยและสร้างภูมิคุ้มกันจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เกิดขึ้นในพื้นที่ตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด

1.5.4 โรคเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) หมายถึง การติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันที่เกิดจากไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ในกลุ่มอาการทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรงไวรัสโคโรนา 2 (SARS-CoV-2) ซึ่งมักมีอาการทางคลินิกของระบบทางเดินหายใจที่มีความรุนแรงของอาการตั้งแต่คล้ายหวัดเล็กน้อยไปจนถึงโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสที่นำไปสู่อาการหายใจลำบากเฉียบพลัน ซึ่งอาจถึงแก่ชีวิตได้ อาการที่มีลักษณะเฉพาะ ได้แก่ มีไข้ ไอและหายใจลำบากแม้ว่าผู้ป่วยบางรายอาจไม่มีอาการภาวะแทรกซ้อนของโรคที่รุนแรง ได้แก่ การล้มเหลวของหลายอวัยวะ ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ และการอุดตันของหลอดเลือดดำ



บทที่ 2

ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ของผู้สูงอายุ ซึ่งมีประเด็นที่ผู้วิจัย ทำการศึกษา ค้นคว้า แนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางการศึกษา และสร้าง กรอบวิจัย ดังต่อไปนี้

- 2.1 แนวคิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
- 2.2 วัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
- 2.3 แนวคิดทฤษฎีระบบบริการสาธารณสุข
- 2.4 แนวคิดทฤษฎีการเข้าถึงบริการสุขภาพ
- 2.5 แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
- 2.6 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
- 2.7 แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
- 2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.9 กรอบแนวคิด

2.1 แนวคิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2.1.1 โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้มีการค้นพบการระบาดครั้งแรกที่เมืองอู่ฮั่น ประเทศ สาธารณรัฐประชาชนจีน ตั้งแต่ช่วงปลายปี พ.ศ. 2562 และได้มีการแพร่ระบาดไปยังประเทศต่างๆ ทั่วโลกอย่างต่อเนื่อง เกิดจากเชื้อซาร์ส โควี 2 ซึ่งเป็นไวรัสชนิด (+) Single strand RNA อยู่ใน Coronaviridae family จัดอยู่ใน Betacoronavirus เช่นเดียวกับ SARS-CoV และ MERS-CoV เชื้อ นี้มีเปลือกหุ้ม (Envelop) ซึ่งเป็นสารจำพวกไกลโคโปรตีน เมื่อส่องด้วยกล้องจุลทรรศน์อิเล็กตรอนจะ เห็นกลุ่มของคาร์โบไฮเดรต เป็นปุ่ม (Spike) ยื่นออกจากอนุภาคไวรัส ทำให้มีลักษณะคล้ายมงกุฏ ล้อมรอบเชื้อมีระยะฟักตัวตั้งแต่ 2-14 วัน เชื้อนี้สามารถแพร่กระจายจากคนสู่คนผ่านฝอยละออง จากการไอ จาม น้ำมูก น้ำลาย เสมหะของผู้ป่วย อัตราการแพร่กระจายเชื้อเฉลี่ย 2 - 4 คน (Basic Reproductive Number: R0 เท่ากับ 1.4-3.9 ขึ้นอยู่กับความหนาแน่นของประชากร ผู้ป่วยด้วยโรค

ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จะมีอาการระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ มีไข้ ไอ มีน้ำมูก หายใจถี่ หายใจลำบาก ในกรณีที่อาการรุนแรงมาก อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดบวม ปอดอักเสบ ไตวาย หรืออาจเสียชีวิต จากอาการแสดงที่เกิดขึ้นหลายประการคล้ายคลึงกับไวรัสชนิดอื่นที่ก่อให้เกิดโรกระบบทางเดินหายใจ จึงต้องอาศัยการทดสอบทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันชื่อ โดยการรักษจะเป็นการรักษาแบบประคับประคองเพื่อบรรเทาอาการป่วยต่าง ๆ สำหรับกลุ่มเสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อนี้สามารถเกิดขึ้นได้ทุกเพศทุกวัย แต่ในกลุ่มเสี่ยงสูงที่อาจเกิดการสัมผัสเชื้อมาก ได้แก่ ผู้ที่อาศัยในพื้นที่เสี่ยงต่อการสัมผัสโรคหรือประเทศหรือเมืองที่มีการระบาดของโรคอย่างต่อเนื่องผู้ที่เดินทางเข้า-ออกหรือแวะเปลี่ยนเครื่องบินในประเทศหรือเมืองที่มีการระบาดของโรคอย่างต่อเนื่อง บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข บุคคลที่ทำงานให้บริการ

2.1.2 ลักษณะของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

การติดเชื้อไวรัสโคโรนาในระบบทางเดินหายใจ (Respiratory Coronaviruse) อาจทำให้เกิดอาการไข้ อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ มีน้ำมูก เจ็บคอ ไอ โดยในทารกที่มีอาการรุนแรง อาจมีลักษณะของปอดอักเสบ (Pneumonia) หรือ หลอดลมฝอยอักเสบ (Bronchiolitis) ในเด็กโตอาจมีอาการของหอบหืด (Asthma) ส่วนในผู้ใหญ่อาจพบลักษณะปอดอักเสบ (Pneumonia) หลอดลมอักเสบเรื้อรัง (Chronic bronchitis) หรือการกลับเป็นซ้ำของโรคหอบหืดได้ และอาจทำให้เกิดอาการรุนแรงได้มากในผู้สูงอายุหรือผู้ที่ภูมิคุ้มกันบกพร่อง โดยพบการติดเชื้อแบบไม่แสดงอาการได้ในทุกอายุ และหากแสดงอาการมักพบร่วมกับการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจอื่นๆ เช่น Rhinovirus, Adenovirus หรือเชื้ออื่นๆ การติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง หรือซาร์ส (Severe Acute Respiratory Syndrome; SAR CoV) จะพบมีอาการไข้ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย หรืออาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ แล้วมีอาการไอ และหอบเหนื่อยอย่างรวดเร็ว ซึ่งอัตราการตายจะสูงขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุ หรือมีโรคประจำตัวการติดเชื้อโคโรนาไวรัสในระบบทางเดินอาหาร มักพบบ่อยในเด็กแรกเกิด และทารกอายุน้อยกว่า 1 ปี หรืออาจพบในผู้ใหญ่ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง โดยพบเชื้อได้แม้ผู้ป่วยไม่แสดงอาการ และไม่มีฤดูกาลการเกิดโรคที่แน่นอน

2.1.3 การติดต่อและการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

เมื่อได้รับเชื้อเข้าสู่ร่างกาย มีระยะฟักตัว นานประมาณ 2-14 วัน (เฉลี่ย 5.2 วัน) การติดเชื้อพบได้ทุกเพศ ทุกวัย การติดต่อจากคนสู่คน โดยสูดดม ฝอยละออง (Droplet) ที่มีเชื้อนี้จากน้ำมูก น้ำลาย สารคัดหลั่งจากจมูกและปาก ซึ่งออกมาเมื่อผู้ป่วยไอ จาม หรือพูด เข้าทางระบบทางเดินหายใจเป็นช่องทางหลักซึ่งละอองเหล่านี้ค่อนข้างหนัก ฟุ้งไปได้ไกลถึง 2 เมตรและสามารถติดต่อได้จากการสัมผัสสารคัดหลั่งหรือฝอยละอองที่มีเชื้อปนเปื้อนอยู่ตามพื้นผิวต่างๆ การขยี้ตา สัมผัสปากและบริเวณใบหน้า ทำให้เชื้อแพร่เขาทางเยื่อ

นอกจากนี้เชื้อจะถูกขับออกทางอุจจาระ การสัมผัสอุจจาระจะทำให้มีโอกาสติดเชื้อและแพร่เชื้อระบบทางเดินหายใจได้ผู้ที่ติดเชื้อแล้ว แต่ไม่มีอาการป่วยสามารถแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่นได้ ผู้ที่หายป่วยแล้วยังมีโอกาสติดเชื้อซ้ำได้ เนื่องจากระดับภูมิคุ้มกันจะลดลงอย่างรวดเร็วภายหลังหายจากการติดเชื้อ (Seow et al, 2020) เชื้อมีชีวิตรอดอยู่ในสิ่งแวดล้อม เช่น พื้นผิวโลหะ แก้ว ไม้ และพลาสติก ได้หลายวัน และสามารถมีชีวิตได้นาน 4-5 วัน ที่อุณหภูมิห้อง ถ้าสิ่งแวดล้อมมีความชื้นสูง เชื้อจะมีชีวิตรอดอยู่นานขึ้น แนวทางการป้องกันการติดเชื้อ จึงเน้นตัดวงจรการแพร่กระจายเชื้อของฝอยละอองขนาดใหญ่ (Droplet precaution) และการป้องกันการติดเชื้อโดยการสัมผัสทางตรง (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

การแพร่เชื้อไวรัส SARS-CoV-2 ที่พบบ่อยที่สุดคือ ผู้ติดเชื้อแพร่เชื้อผ่านทางฝอยละอองขนาดใหญ่และ ขนาดเล็กเข้าไปในทางเดินหายใจของผู้รับเชื้อ ส่วนการสัมผัสสิ่งของที่ใช้ร่วมกันแล้วแพร่เชื้อเข้ามาใน ทางเดินหายใจยังเกิดขึ้นได้แต่พบน้อย ตามปกติการก่อโรคของเชื้อไวรัสในทางเดินหายใจ มีการ แพร่กระจายเชื้อทางอากาศ (airborne) ได้สัตว์ที่แพร่เชื้อต้องร้องพ่นสิ่งคัดหลั่งออกมาทางปาก หรือผู้ป่วย ต้องไอ โอมิเสมหะ การไอ จาม การตะโกนเชียร์ ร้องเพลงเสียงดัง ทำให้มีฝอยละอองขนาดใหญ่ (droplet) และฝอยละอองขนาดเล็ก กระเด็นออกมาผู้ที่อยู่ ใกล้ชิดไม่เกิน 2 เมตรจากผู้แพร่เชื้อจะสูดดมเชื้อในอากาศผ่านทางฝอยละอองขนาดใหญ่และ ฝอยละอองขนาดเล็ก เข้าไปในทางเดินหายใจ โดยเฉพาะจากการไอจามรดกันโดยตรง ถ้าอยู่ห่างจากผู้แพร่เชื้อหรือผู้ป่วยเกิน 2 เมตรขึ้นไป จะติดเชื้อ จากการสูดดมฝอยละอองขนาดเล็กที่ลอยลอยในอากาศไปได้ไกลกว่า 5 เมตร การแพร่เชื้อทั้งสองวิธีมีการ ป้องกันที่มีประสิทธิภาพแตกต่างกัน

การแพร่เชื้อผ่านทางฝอยละอองขนาดเล็ก (aerosol) จะเกิดขึ้นได้ เมื่อมีผู้ติดเชื้อมาแพร่เชื้อในห้องหรือสถานที่อากาศไม่ถ่ายเท ผู้ติดเชื้อและผู้รับเชื้อมาอยู่ร่วมกันในห้อง นานเป็นชั่วโมง ส่วนการแพร่เชื้อโดยการสัมผัส เช่น การจับมือกันหรือมือจับของใช้สาธารณะที่ปนเปื้อนเชื้อมีความเป็นไปได้แต่ไม่ได้ทำให้เกิดการระบาดเป็นกลุ่มก้อนใหญ่อย่างรวดเร็ว

2.1.4 การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุถือเป็น ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่มีอาการรุนแรงมากกว่ากลุ่มวัยอื่นๆ การอยู่รวมกันเป็นครอบครัวที่มีสมาชิก ในบ้านมีประวัติเดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง อาจทำให้ผู้สูงอายุติดเชื้อได้ ดังนั้น ผู้สูงอายุและบุคคลในครอบครัว ควรมีการปฏิบัติตน เพื่อการป้องกันการรับสัมผัสและแพร่กระจายเชื้อโรค ดังนี้

- 1) ล้างมือบ่อยๆ ด้วยน้ำและสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ 70 % ทุกครั้งก่อนรับประทานอาหาร หลังเข้าส้วม หรือเมื่อสัมผัสสิ่งของร่วมกับผู้อื่น หลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสใบหน้า ตา ปาก จมูก
- 2) เลือktanอาหารที่ร้อนหรือปรุงสุกใหม่ๆ ควรทานอาหารแยกสำหรับ หรือหากทานอาหาร ร่วมกันให้ใช้ช้อนกลางส่วนตัว ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และพักผ่อนให้เพียงพอ

3) หากไอ จาม ใช้ผ้าเช็ดหน้าหรือกระดาษทิชชูปิดปากหรือใช้ข้อศอกปิดปากจุมก และทำ ความสะอาดมือด้วยสบู่และน้ำหรือเจลแอลกอฮอล์ทันที หรือให้สวมหน้ากาก หลีกเลี่ยงการ อยู่ ใกล้ชิดผู้ที่มีอาการหวัด มีไข้ ไอ จาม มีน้ำมูก

4) งดออกจากบ้านหรือเข้าไปในบริเวณที่มีคนแออัด หากจำเป็นให้ใส่หน้ากากอนามัยหรือ หน้ากากผ้า ใช้เวลาน้อยที่สุด รักษาระยะห่างจากบุคคลอื่น 1 - 2 เมตร หลีกเลี่ยงการ สวมกอด หรือพุดคุยในระยะใกล้ชิดกับบุคคลอื่น และเปลี่ยนมาใช้ในการสื่อสารทางโทรศัพท์ หรือ Social media เป็นต้น

5) หากมีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดัน โลหิตสูง หรือ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคมะเร็ง ควรจัดเตรียมยาสำรองสำหรับรักษาโรคประจำตัว ของ ผู้สูงอายุไว้ ภายใต้ดุลยพินิจของแพทย์หากถึงกำหนดตรวจตามนัด ให้ติดต่อขอคำแนะนำจาก แพทย์ และให้ญาติไปรับยาแทน

6) ดูแลสภาพจิตใจของตนเอง ไม่ให้เครียดเกินไป หาวิธีผ่อนคลายความเครียด เช่น การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสุขภาพ (เช่น รำมวยจีน โยคะ) ฟังเพลง ร้องเพลง หรือเล่นดนตรี ปลุกต้นไม้ ทำสวน จัดห้อง ตกแต่งบ้าน เล่นกับสัตว์เลี้ยง สวดมนต์ นั่งสมาธิ การฝึกหายใจคลาย เครียด ทำบุญตักบาตร เป็นต้น (กรมควบคุมโรค, 2564)

2.2 แนวคิดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2.2.1 วัคซีนชนิดสารพันธุกรรม ได้แก่ วัคซีนดีเอ็นเอ (DNA) หรือเอ็มอาร์เอ็นเอ (mRNA)

วัคซีนกลุ่มนี้ ใช้เทคโนโลยีใหม่ ซึ่งคิดต่อยอดมาประมาณ 30 ปี โดยการสังเคราะห์สารดี เอ็นเอ (DNA) หรือสารเอ็มอาร์เอ็นเอ (messenger RNA: mRNA) ที่กำกับการสร้างโปรตีนสไปด์ของ ไวรัสซาร์ส-โควี-2 โดยพบว่า วัคซีนเอ็มอาร์เอ็นเอ สามารถกระตุ้นภูมิคุ้มกันขึ้นสูงมาก และวิธีในการ บริหารง่ายกว่าดีเอ็นเอ จึงนำมาผลิต เป็นวัคซีนป้องกันอีโบลา และยังอยู่ในขั้นตอนพัฒนาเพื่อเป็น วัคซีนรักษามะเร็งบางชนิด เนื่องจากเอ็มอาร์เอ็นเอ เป็นนสารที่ไวต่อการถูกทำลาย จึงต้องใช้สารนา โนพาร์ติเคิล (Lipid nanoparticle) ซึ่งเป็นสารสังเคราะห์จากไขมัน เพื่อเป็นตัวส่งเอ็มอาร์เอ็นเอให้ เข้าเซลล์ และเอ็มอาร์เอ็นเอจึงไปกำกับการให้เซลล์ผลิตสารโปรตีนสไปด์ ทำให้เซลล์ระบบภูมิคุ้มกันของ ร่างกาย สร้างแอนติบอดีขึ้นมาต่อต้าน เนื่องจากการผลิตเป็นไปได้ง่ายกว่า จึงทำให้วัคซีนนี้ สำเร็จ ออกมาทดสอบก่อน เป็นผลให้สามารถประกาศประสิทธิภาพในการป้องกันโรคได้ก่อน ซึ่งพบว่ามี 2 ชนิด คือ Pfizer และ Moderna ที่ออกมาก่อนมีประสิทธิภาพสูงถึงร้อยละ 95 และร้อยละ 94 ตามลำดับวัคซีนทั้งสองชนิด เมื่อออกมาได้รับการตอบรับอย่างดี มีการฉีดอย่างกว้างขวางกว่า 80 ล้านโดส ภายในเวลา 2 เดือน เป็นผลให้เป็นการลดลงของอุบัติการณ์ของประเทศที่ฉีดวัคซีนนี้ได้

ครอบคลุมมาก เช่น ประเทศอิสราเอล อังกฤษ อเมริกา วัคซีนเอ็มอาร์เอ็นเอของทั้งสองผู้ผลิตต้องเก็บที่อุณหภูมิต่ำมาก คือ Pfizer เก็บที่ -70 องศาเซลเซียส และ Moderna เก็บที่ -20 องศาเซลเซียส ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการใช้ในประเทศเมืองร้อน มีความพร้อมต่ำในการรักษาห่วงโซ่ความเย็นที่ต้องการ รวมทั้งมีราคาสูงมาก จึงทำให้การเข้าถึงวัคซีนเอ็มอาร์เอ็นเอค่อนข้างจำกัด นอกจากนี้ อาจมีการแพ้สารนาโนพาร์ติเคิลได้ ซึ่งทำให้วัคซีนกลุ่มนี้มีอัตราการแพ้แบบ anaphylaxis สูงกว่าวัคซีนอื่น ๆ ที่เคยมีการใช้มา คือ Pfizer มีอัตราแพ้ 4.7 รายในหนึ่งล้านโดส และ Moderna มีการแพ้ 2.5 รายในหนึ่งล้านโดส ทำให้ต้องฉีดในสถานพยาบาล แต่ในอนาคต วัคซีนที่พัฒนารุ่นถัดไปจะลดปัญหาเหล่านี้ไปได้ (กรมควบคุมโรค, 2564)

2.2.2 วัคซีนที่ทำจากโปรตีนส่วนหนึ่งของเชื้อ (Protein subunit vaccine)

วัคซีนเทคโนโลยีนี้มีความคุ้นเคยมานาน และใช้ในการผลิตวัคซีนไขหวัดใหญ่ วัคซีนตับอักเสบบี ทำโดย การผลิตโปรตีนสไปค์ของไวรัสซาร์ส-โควิ-2 อาศัยเทคนิคต่างๆ ที่คุ้นเคย เช่นระบบ cell culture, yeast, baculovirus, ใบบยาสูบ แล้วนำมาผสมกับสารกระตุ้นภูมิ เมื่อฉีดเข้าสู่ร่างกาย จะกระตุ้นให้ร่างกายสร้างแอนติบอดีต่อต้านโปรตีนสไปค์ วัคซีนกลุ่มนี้กำลังมีการศึกษา เช่น วัคซีนของ Novavax ผลิตจาก baculovirus และใช้ Matrix M เป็นตัวกระตุ้นภูมิ พบว่ามีประสิทธิภาพสูง ป้องกันโรคได้ร้อยละ 90 และมีความปลอดภัย คาดว่า วัคซีนกลุ่มนี้จะมีการนำมาใช้อย่างกว้างขวางต่อไป (กรมควบคุมโรค, 2564)

2.2.3 วัคซีนชนิดเชื้อตาย (Inactivated vaccine)

วัคซีนกลุ่มนี้ผลิตโดยนำไวรัสซาร์ส-โควิ-2 มาเลี้ยงขยายจำนวนมาก และนำมาฆ่าด้วยสารเคมีเช่น beta propiolactone, formaldehyde หรือความร้อน เมื่อฉีดวัคซีนจะกระตุ้นให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันต่อไวรัส เทคโนโลยีนี้เป็นวิธีที่ใช้กับวัคซีนตับอักเสบบี โปลิโอชนิดฉีด จึงมีความคุ้นเคยในประสิทธิภาพและความปลอดภัย แต่เนื่องจากการเพาะเลี้ยงไวรัสต้องทำในห้องปฏิบัติการนิรภัยระดับ 3 ทำให้การผลิตทำได้ช้าและมีราคาแพง วัคซีนในกลุ่มนี้ได้มีการศึกษาแล้วพบว่ากระตุ้นภูมิคุ้มกันโรคได้ดีจากการรายงานเบื้องต้นวัคซีนของ Sinovac พบว่ามีประสิทธิภาพในการป้องกันโรคแบบมีอาการที่ต้องพบแพทย์ ได้ร้อยละ 77.9 และป้องกันโรครุนแรงได้ ทั้งหมด แต่หากนับรวมถึงการป้องกันโรคแบบที่มีอาการน้อย ๆ โดยไม่ต้องพบแพทย์ด้วย พบว่า ป้องกันได้ร้อยละ 50.4 ส่วนวัคซีนของ Sinopharm พบว่ามีประสิทธิภาพรวมอยู่ที่ร้อยละ 79.4 วัคซีนกลุ่มนี้จะมีราคาในการผลิต แพงกว่ากลุ่มอื่น แต่ได้เริ่มมีการใช้ในหลายประเทศแล้ว และคาดว่าจะมีการนำมาใช้ในประเทศไทยเร็ว ๆ นี้

ข้อมูลที่กำลังมานี้ เป็นข้อมูล ณ ต้นเดือนกุมภาพันธ์ 2564 ความรู้เกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโควิด 19 จะมีการนำเสนอมากขึ้นเรื่อย ๆ วัคซีนที่ใช้เทคโนโลยีอื่น ๆ อาจมีมาในอนาคต (กรมควบคุมโรค, 2564)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับชนิดของวัคซีนโควิด 19 โดยแบ่งตามเทคโนโลยีการผลิตวัคซีน
โควิด-19

กระบวนการผลิต	ตัวอย่างวัคซีน (ผู้ผลิต)	ข้อดี	ข้อจำกัด
วัคซีนชนิดอาร์เอ็นเอ (RNA based vaccine)	<ul style="list-style-type: none"> BNT162b2 (BioNTech/Pfizer) mRNA-1273 (Moderna) CVnCoV (Curevac) 	<ul style="list-style-type: none"> สามารถผลิตวัคซีนได้ง่าย รวดเร็ว สามารถปรับปรุงวัคซีนเพื่อรองรับสายพันธุ์หากมีการกลายพันธุ์ได้ง่าย 	<ul style="list-style-type: none"> ต้องเก็บรักษาวัคซีนที่อุณหภูมิต่ำมาก เนื่องจาก mRNA ถูกทำลายได้ง่าย (ยกเว้น CVnCoV ของ บริษัท CureVac ที่สามารถเก็บที่อุณหภูมิ 3-5 องศา)
วัคซีนชนิดใช้ไวรัสเป็นพาหะ (Recombinant viral vector vaccine)	<ul style="list-style-type: none"> Sputnik V (Gamaleya) Covishield (Serum Institute of India) 	<ul style="list-style-type: none"> เลียนแบบการติดเชื้อตามธรรมชาติของไวรัสพาหะ โดยไวรัสพาหะบางตัวอาจมีการดัดแปลงพันธุกรรมจนไม่สามารถแบ่งตัวได้ 	<ul style="list-style-type: none"> สามารถกระตุ้นภูมิคุ้มกันได้ดีทั้งระบบแอนติบอดีและระบบเซลล์ (Cell mediated immunity) เนื่องจากไวรัสพาหะเป็นเชื้อมีชีวิต แม้ว่าจะอ่อนฤทธิ์หรือไม่แบ่งตัว แต่อาจก่อโรคได้ในผู้ที่มีภาวะ
วัคซีนที่ทำจากโปรตีน ส่วนหนึ่งของเชื้อ (Protein subunit vaccine)	<ul style="list-style-type: none"> EpiVacCorona (FBRI SRC VB VECTOR Rospotrebnadzor Koltsovo) 	<ul style="list-style-type: none"> มีความปลอดภัยสูง ใช้กับ ผู้ที่มี ภูมิ ค้ ม กั น บกพร่องได้ ไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ สามารถผลิตวัคซีนได้ง่าย รวดเร็ว 	<ul style="list-style-type: none"> กระตุ้นการสร้างภูมิคุ้มกันได้ไม่ดี จึงทำให้ต้องใช้สารแอดจูแวน (adjuvant) ซึ่งทำให้มีปฏิกิริยาเฉพาะที่ในตำแหน่งที่ฉีดได้

ตารางที่ 1 ตารางแสดงข้อมูลสำคัญเกี่ยวกับชนิดของวัคซีนโควิด 19 โดยแบ่งตามเทคโนโลยีการผลิต
วัคซีน (ต่อ)

กระบวนการผลิต	ตัวอย่างวัคซีน (ผู้ผลิต)	ข้อดี	ข้อจำกัด
วัคซีนที่ทำจากโปรตีน ส่วนหนึ่งของเชื้อ (Protein subunit vaccine)	• NVX-CoV2373 (Novavax)	• มีประสิทธิภาพการใช้ มามากมาย ในวัคซีน ชนิดอื่นๆ เช่น วัคซีน ไขหวัดใหญ่ วัคซีนไวรัส ตับอักเสบบี เป็นต้น	
วัคซีนชนิดเชื้อตาย (Inactivated vaccine)	• Coronavac (Sinovac)	• มีความปลอดภัยสูง ใช้กับผู้ที่มีภูมิคุ้มกัน บกพร่องได้	• มีต้นทุนการผลิตสูง เนื่องจาก ต้องเพาะเลี้ยงเชื้อใน ห้องปฏิบัติการ ระดับสูง (Biosafety level 3)

ที่มา : กรมควบคุมโรค สิงหาคม 2564 แนวทางการให้วัคซีนโควิด 19 ในสถานการณ์การระบาด ปี 2564 ของประเทศไทย

2.2.4 วัคซีนที่จะมีการนำมาใช้ในประเทศไทยปี 2564

วัคซีนที่จะได้นำมาใช้ก่อนน่าจะเป็นวัคซีนของ Oxford–AstraZeneca และวัคซีนชนิดเชื้อตายของ Sinovac หรือ Sinopharm หลังจากนั้นจะมีวัคซีนชนิดอื่น ๆ ตามมาในเวลาไม่นาน แต่ไม่ว่าจะเป็นชนิดใด อาจมี การให้บริการได้ทั้งในภาครัฐหรือเอกชน จำเป็นจะต้องมีการขึ้นทะเบียนรับรองให้ใช้โดยคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ซึ่งทำให้มั่นใจว่า วัคซีนที่จะนำมาใช้ทุกตัวในประเทศไทยจะต้องมีประสิทธิภาพ และความปลอดภัยต่อผู้ที่ ได้รับการฉีดวัคซีน

วัคซีนของ Oxford–AstraZeneca เป็นวัคซีนที่ผลิตโดยใช้ไวรัสอะดีโนไวรัสของชิมแพนซีซึ่งนำมา ดัดแปลงพันธุกรรม ทำให้ไม่สามารถแบ่งตัวได้ และสอดใส่สารพันธุกรรมที่กำกับการสร้างโปรตีนสไปค์ของไวรัส ชาร์ส-โควิ-2 นับเป็นวัคซีนเชื้อมีชีวิตที่ถูกทำให้อ่อนฤทธิ์ โดยวัคซีนนี้มีประสิทธิภาพโดยรวมร้อยละ 70.4 ในการป้องกัน โรคโควิด 19 ที่มีอาการ และมีประสิทธิภาพร้อยละ 100 ในการป้องกันโรคโควิด-19 ที่มีอาการรุนแรงหรือเสียชีวิต ประสิทธิภาพเกิดได้ตั้งแต่การฉีดเข็มแรก และไม่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการติดเชื้อแบบไม่มีอาการ ผลข้างเคียงที่พบบ่อยหลังการฉีด

คือ อาการปวด บวมบริเวณที่ฉีดวัคซีนซึ่งสามารถหายได้เอง ในปัจจุบันแนะนำให้ฉีดในกลุ่มอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป โดยฉีดเข้ากล้ามเนื้อ 2 ครั้งห่างกัน 4-12 สัปดาห์ แต่จากการศึกษา พบว่า วัคซีนจะมีประสิทธิภาพมากขึ้นในกลุ่มที่ฉีดวัคซีนห่างกันเกิน 8 สัปดาห์ขึ้นไป ทางองค์การอนามัยโลก จึงแนะนำให้ฉีดวัคซีนของ Oxford–AstraZeneca นี้ห่างกัน 8-12 สัปดาห์เพื่อให้ได้ประสิทธิภาพสูงสุด อย่างไรก็ตามวัคซีนนี้ยังไม่ควรให้ในผู้ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องอย่างมาก เนื่องจากเป็นวัคซีนที่มีเชื้อชีวิต แม้ว่าจะเป็นเชื้อไวรัสที่ถูกทำให้อ่อนฤทธิ์หรือไม่แบ่งตัว แต่ยังไม่มีความปลอดภัยเพียงพอ เช่นเดียวกันยังไม่มี ข้อมูลการใช้วัคซีนในเด็ก หญิงตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตรในขณะนี้

วัคซีนของ Sinovac เป็นวัคซีนชนิดเชื้อตาย ในปัจจุบันแนะนำให้ฉีดในกลุ่มอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป โดยฉีด เข้ากล้ามเนื้อ 2 ครั้งห่างกัน 2 สัปดาห์วัคซีนมีประสิทธิภาพโดยรวมในการป้องกันโรคแบบมีอาการที่ต้องพบ แพทย์ได้ร้อยละ 77.9 ซึ่งประสิทธิภาพของวัคซีนมีความแตกต่างกันแต่ละประเทศที่ทำการศึกษา โดยมี ประสิทธิภาพร้อยละ 65.3, 91.25 และ 77.9 ในประเทศอินโดนีเซีย ตุรกี และบราซิลตามลำดับ วัคซีนมี ประสิทธิภาพร้อยละ 100 ในการป้องกันโรคโควิด 19 ที่มีอาการรุนแรง และหากนับรวมถึงการป้องกันโรคแบบที่มี อาการน้อยๆ โดยไม่ต้องพบ แพทย์ด้วยจะพบประสิทธิภาพเพียงร้อยละ 50.4 ที่น่าสนใจคือ การศึกษาในระยะที่ 2 พบว่าหากวัน ช่วงเข็มที่ 1 และ 2 ห่างกัน 28 วัน จะกระตุ้นภูมิคุ้มกันได้สูงกว่า 14 วัน แต่การฉีดห่างกัน 28 วัน ยังไม่มีผลการศึกษาในระยะที่ 3 ผลข้างเคียงที่พบบ่อยหลังการฉีด คือ อาการปวดบวมบริเวณที่ฉีดพบ ประมาณ ร้อยละ 20 ซึ่งสามารถหายได้เอง นอกจากนี้ การศึกษาในระยะที่ 3 ยังไม่มีข้อมูลในผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป มากเพียงพอจึงยังไม่ได้มีคำแนะนำให้ใช้ในผู้ที่อายุเกิน 60 ปีโดยทั่วไปแต่เนื่องจากผล การศึกษาระยะที่ 2 พบว่า ผู้ที่อายุมากกว่า 60 ปี ให้ผลการตอบสนองต่อวัคซีนไม่แตกต่างจากผู้ที่มี อายุต่ำกว่าและมีผลข้างเคียงไม่แตกต่างกัน จึงอาจพิจารณาให้ใช้ได้ถ้ามีความจำเป็นและเห็นว่า ประโยชน์มากกว่า และผู้ที่สูงวัยเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรครุนแรงด้วยข้อมูลที่มีจำกัด แต่จำเป็นต้องนำ วัคซีนมาริบใช้ ดังนั้นการรับรองให้ใช้จึงอาศัยผลจากการศึกษา เบื้องต้นที่ว่ามีประสิทธิภาพโดยรวม และปลอดภัยเท่านั้น คาดว่าเมื่อการศึกษาจบจะเป็นผลประสิทธิภาพที่ชัดเจนมากขึ้น รวมทั้ง การศึกษาในประชากรกลุ่มย่อยหรือกลุ่มพิเศษ และแม้ว่าวัคซีนเหล่านี้จะได้รับรับรองจาก คณะกรรมการอาหารและยามีความปลอดภัยและอนุมัติให้ใช้ได้แล้วก็ตาม แต่เป็นการอนุมัติแบบมี เงื่อนไข ในสถานการณ์ฉุกเฉิน การฉีดวัคซีนเหล่านี้สามารถทำให้เกิดอาการแพ้รุนแรงได้ในอัตราที่ แตกต่างกันไปจึงจำเป็นต้องสังเกตอาการหลังการฉีดอย่างน้อย 30 นาทีในสถานพยาบาลเสมอและต้องมีการรายงานอาการไม่พึงประสงค์หลังได้รับวัคซีนอย่างเข้มข้นและเป็นระบบ เพื่อให้เกิดความมั่นใจใน การใช้วัคซีน

วัคซีนที่มีใช้ในขณะนี้ พัฒนามาจากไวรัสที่เกิดการระบาดตั้งแต่ช่วงต้นในปลายปี 2562 แต่ไวรัสซาร์ส-โควิ-2 มีการกลายพันธุ์ไปอย่างมากจากการระบาดที่รุนแรง วัคซีนอาจมีประสิทธิภาพในการป้องกันเชื้อกลายพันธุ์ได้น้อย กว่าเชื้อดั้งเดิม จึงจำเป็นต้องติดตามผลการศึกษาต่อไป ยกตัวอย่างเช่น วัคซีนของ Oxford–AstraZeneca พบว่า ให้ภูมิคุ้มกันต่อเชื้อ B.1.1.7 ที่ระบาดในอังกฤษ ต่ำกว่าเชื้อดั้งเดิม แต่ประสิทธิภาพในการป้องกันโรครุนแรงเท่าเดิมอยู่ แต่อาจจะลดลงไปได้หากพบการกลายพันธุ์ที่มากขึ้นขณะนี้ประเทศไทยจัดหาวัคซีนโควิดมาให้บริการในปี 2564 อย่างน้อยจำนวน 2 ชนิด ได้แก่ วัคซีนของ Oxford–AstraZeneca และ Sinovac (กรมควบคุมโรค, 2564)

ตารางที่ 2 คำแนะนำการใช้วัคซีนของ Oxford–AstraZeneca และ Sinovac

	วัคซีนของ Oxford– AstraZeneca	วัคซีน Sinovac (CoronaVac)
ขนาดต่อโดส	5 x10 ¹⁰ virus particle	6 ไมโครกรัม
วิธีการฉีด	เข้ากล้ามเนื้อ	เข้ากล้ามเนื้อ
ตารางการฉีดที่แนะนำ (ตาม เอกสารกำกับยา)	2 เข็มห่างกัน 8-12 สัปดาห์	2 เข็มห่างกัน 2-4 สัปดาห์
ประสิทธิภาพ	ป้องกันการติดเชื้อทุกแบบ 54.1% ป้องกันโรคแบบมีอาการ 70.4% ป้องกันโรครุนแรง เสียชีวิต 100%	ป้องกันโรคแบบมีอาการตั้งแต่ น้อยมาก 50.4%ป้องกันโรคแบบมีอาการ 65.3%-91.2% ป้องกันโรครุนแรง เสียชีวิต 100%
ผลข้างเคียงใดโดยรวมจาก ข้อมูล ศึกษาระยะที่ 2-3	ประมาณ 88% ส่วนใหญ่เป็น อาการเฉพาะที่ไม่รุนแรง เข็มแรก จะมีอาการมากกว่าเข็มที่สอง ผู้สูงวัยจะมีอาการน้อย	ประมาณ 35% ส่วนใหญ่เป็นอาการ เฉพาะที่ไม่รุนแรงเข็มแรกจะมีอาการ มากกว่าเข็มที่สอง ผู้สูงวัยจะมีอาการ น้อยกว่า
ข้อห้าม	แพ้รุนแรงจากการฉีดครั้งก่อน และแพ้ส่วนประกอบของวัคซีนรุนแรง	
ข้อควรระวังที่ควรเลื่อน การฉีด ไปก่อน	ผู้ที่เจ็บป่วยเฉียบพลัน แต่หากเป็นหวัดเล็กน้อยสามารถฉีดได้	

ตาราง 2 ตารางคำแนะนำการใช้วัคซีนของ Oxford–AstraZeneca และ Sinovac (ต่อ)

	วัคซีนของ Oxford– AstraZeneca	วัคซีน Sinovac (CoronaVac)
กลุ่มบุคคลที่มีข้อมูลการศึกษา อยู่บ้างแต่ไม่มาก แต่พิจารณา ให้ฉีดได้	อายุมากกว่า 65 ปี มีโรคประจำตัว เช่น อ้วน โรคปอด หัวใจ หลอด เลือด เบาหวาน และผู้ที่เคยเป็น COVID-19 มาก่อน	อายุมากกว่า 60 ปี และผู้ที่เคยเป็น COVID-19 มาก่อน
ข้อควรระวัง	อายุน้อยกว่า 18 ปี, หญิงตั้งครรภ์	อายุน้อยกว่า 18 ปี, หญิงตั้งครรภ์
การศึกษาแต่อาจพิจารณาฉีด ได้ในกรณีที่มีความเสี่ยงสูง หรืออยู่ในกลุ่มเป้าหมายที่ให้ ฉีดโดยพิจารณาเห็นว่า ประโยชน์มากกว่าความเสี่ยง	หญิงให้นมบุตร, ผู้ที่มีภูมิคุ้มกัน บกพร่อง, ติดเชื้อเอชไอวี	หญิงให้นมบุตร, ผู้ที่มีภูมิคุ้มกัน บกพร่อง, ติดเชื้อเอชไอวี
การตรวจภูมิคุ้มกันก่อนหรือ หลังการฉีด	ไม่จำเป็น	ไม่จำเป็น

ที่มา : กรมควบคุมโรค สิงหาคม 2564 แนวทางการให้วัคซีนโควิด 19 ในสถานการณ์การระบาดปี 2564 ของประเทศไทย

2.2.5 ข้อมูลวัคซีนฉุกเฉิน 7 ชนิด ที่องค์การอนามัยโลกรับรอง (World Health Organization, WHO)

ในปัจจุบันการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สามารถลดความรุนแรงของอาการป่วยและลดการเสียชีวิตได้ เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ถือเป็นภาวะฉุกเฉินของโลก ในจำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั่วโลกกว่าร้อยล้านคน มีผู้เสียชีวิตมากกว่าสองล้านคน โดยในปัจจุบันมีการฉีดวัคซีนรวมทั่วโลกแล้วกว่า 100 ล้านโดส วัคซีนป้องกันไวรัสโคโรนา 2019 ทุกชนิดจะได้รับการตรวจสอบความปลอดภัยด้วยระบบการป้องกันที่เคร่งครัดก่อนที่จะผ่านการรับรองจากองค์การอนามัยโลกและหน่วยงานกำกับดูแลระดับประเทศ และจะต้อง

ผ่านการทดลองทางการแพทย์ที่เข้มงวดเพื่อพิสูจน์ว่าวัคซีนแต่ละตัวนั้น มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์มาตรฐานด้านความปลอดภัยและมีประสิทธิผลตามที่ยอมรับในระดับสากล

นอกจากนี้ ความร่วมมือทางวิทยาศาสตร์ในระดับที่สูงอย่างไม่เคยมีมาก่อน ส่งให้การวิจัย พัฒนา และรับรองวัคซีนป้องกันไวรัสโคโรนา 2019 สำเร็จได้ด้วยเวลาที่รวดเร็วเป็นประวัติการณ์ เพื่อตอบสนองความต้องการเร่งด่วนต่อวัคซีนไวรัสโคโรนา 2019 ในขณะที่ยังคงไว้ซึ่งมาตรฐานความปลอดภัย ระดับสูง องค์การอนามัยโลกและหน่วยงานกำกับดูแลจะติดตามการใช้วัคซีนทั้งหมดอย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกับวัคซีนอื่น ๆ เพื่อระบุและรับมือปัญหาด้านความปลอดภัยที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้แน่ใจว่าวัคซีนจะ ยังคงปลอดภัยสำหรับการใช้งานทั่วโลก

1) วัคซีนโควิดไฟเซอร์ (Pfizer)

วันที่ได้รับการอนุมัติวัคซีน

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) อนุมัติใช้วัคซีนต้านโควิด-19 จากไฟเซอร์เป็นกรณีฉุกเฉิน ถือเป็น วัคซีนตัวแรกที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเมื่อวันที่ 31 ธันวาคม 2563 นับตั้งแต่การแพร่ระบาดของโควิด-19 เมื่อ ประมาณหนึ่งปีก่อนหน้านี้นสหราชอาณาจักรได้รับรองวัคซีนต้านโควิด-19 จากไฟเซอร์/ไบโอเอ็นเทค (Pfizer/BioNTech) ให้ใช้ในวงกว้างเป็นกรณีฉุกเฉินเป็นประเทศแรกของโลกก่อนที่สหรัฐอเมริกา แคนาดา รวมทั้งประเทศสมาชิกในสหภาพยุโรปจะเริ่มต้นฉีดวัคซีนดังกล่าวให้กับพลเมืองของตน อย่างไรก็ตาม เมื่อวันที่ 5 พฤษภาคม 2564 นายแพทย์ ไพศาล ดั่นคุ้ม เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) กล่าวว่าบริษัทไฟเซอร์ ยังไม่มีการนำเข้าวัคซีนโควิด-19 มาใช้ในประเทศไทยและบริษัท ไฟเซอร์ได้ยืนยันว่ายังไม่ได้มีการยื่นขึ้นทะเบียนกับ อย.

เทคโนโลยีของวัคซีน

วัคซีนโควิดไฟเซอร์เป็นวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ชนิด mRNA ที่คิดค้นโดยบริษัทไฟเซอร์ ร่วมกับบริษัทสัญชาติเยอรมันชื่อไบโอเอ็นเทค เป็นการสังเคราะห์สารพันธุกรรมเลียนแบบเชื้อไวรัสขึ้นมา จึงไม่ได้ มีอนุภาคของเชื้อไวรัสหรือแบคทีเรียที่ตายแล้วอยู่ภายใน จะทำงานโดยการกระตุ้นให้ร่างกายสร้างโปรตีนส่วนหนาม (Spike protein) เหมือนกับไวรัสโคโรนา

วัคซีนโควิดไฟเซอร์ฉีดทั้งหมด 2 เข็ม โดยเข็มที่สองห่างจากเข็มแรก 21-28 วัน ภูมิคุ้มกันจะเริ่ม เกิดหลังจากฉีดไปแล้ว 12 วัน แต่ภูมิคุ้มกันจะทำงานเต็มที่หลังจากฉีดครบสอง เข็มเหมาะสำหรับผู้ที่มีอายุ 16 ปีขึ้นไป หรือมีโรคประจำตัวที่เสี่ยงต่อการเกิดอาการรุนแรงหากติดโควิด สำหรับผู้ที่มีอายุเกิน 65 ปีขึ้นไป ควรปรึกษาแพทย์ก่อนรับวัคซีน

ประสิทธิภาพของวัคซีน

องค์การอนามัยโลก พบว่าวัคซีนโควิดไฟเซอร์มีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพอยู่ในเกณฑ์ดี หลังจากฉีดวัคซีนไฟเซอร์เข็มที่ 2 แล้ว จะมีประสิทธิภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 สูงถึงร้อยละ 91.3 ในช่วง 7 วันถึง 6 เดือนหลังฉีด อีกทั้งศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคสหรัฐฯ (Centers for Disease Control and Prevention: CDC) กำหนดให้วัคซีนไฟเซอร์มีประสิทธิภาพสูงถึงร้อยละ 100 ปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะยืนยันว่า หลังจากรับวัคซีนแล้วจะมีโอกาสแพร่กระจายเชื้อสู่อื่นได้มากนักน้อยเพียงใด เพราะภายใน 10 วัน หลังฉีดวัคซีนไฟเซอร์เข็มแรก อาจยังสามารถแพร่กระจายเชื้อได้ เนื่องจากร่างกายยังไม่สามารถสร้างแอนติบอดีได้เต็มที่

ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น

ผลข้างเคียงทั่วไปที่พบได้บ่อยและไม่รุนแรงของวัคซีนไฟเซอร์ มีดังนี้ คือ มีไข้ หนาวสั่น ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย ปวด บวม หรือรอยแดงบริเวณที่ฉีด คลื่นไส้ อาเจียน โดยผลข้างเคียงที่กล่าวมานี้ อาจ เริ่มใน 1-2 วันหลังจากรับวัคซีน จากกลุ่มทดลองพบว่าผลข้างเคียงเกิดขึ้นหลังจากฉีดเข็มที่ 2 และควรจะ หายไปภายในเวลาไม่กี่วัน อาการแพ้วัคซีนโควิดไฟเซอร์ อาจมี ดังนี้ คือ มีผื่นขึ้นตามตัว มีอาการคัน บวมตามจุดต่าง ๆ โดยเฉพาะใบหน้า ลิ้น และลำคอ เวียนศีรษะมาก และหายใจลำบาก

2) วัคซีนโควิดจอห์นสันแอนด์จอห์นสัน (Johnson and Johnson)

วันที่ได้รับการอนุมัติวัคซีน

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization,WHO) อนุมัติการใช้วัคซีนต้านโควิด-19 ที่ฉีดเพียงเข็มเดียวจากจอห์นสัน แอนด์จอห์นสันเป็นกรณีฉุกเฉิน โดยออกแถลงการณ์เมื่อวันศุกร์ที่ 12 มีนาคม 2564 นับเป็นวัคซีนป้องกัน โควิด-19 รายการที่สาม ซึ่งผ่านการอนุมัติจากองค์การอนามัยโลกต่อจากวัคซีนของไฟเซอร์-ไบโอเอ็นเทค (Pfizer-BioNTech) และแอสตราเซนeca-อ็อกซ์ฟอร์ด (AstraZeneca-Oxford) เมื่อวันที่ 25 มีนาคม 2564 นายแพทย์ ไพศาล ดั่นคุ้ม เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) กล่าวว่าบริษัทวัคซีนของจอห์นสัน แอนด์จอห์นสัน โดยบริษัท แจนเซน-ซีแลก จำกัด นับเป็นวัคซีนโควิด-19 ลำดับที่ 3 ที่ได้รับการอนุมัติกรณี ฉุกเฉินต่อจากวัคซีน AstraZeneca และ Sinovac

นอกจากนี้วัคซีนจอห์นสันแอนด์จอห์นสันได้รับการอนุมัติใช้ในกรณีฉุกเฉินแล้วในบารห์เรน แคนาดา สหภาพยุโรป ไอร์แลนด์ ลิกเคนสไตน์ นอร์เวย์ และสหรัฐอเมริกา (ข้อมูลเมื่อวันที่ 27 มีนาคม 2564) ต่อมา เมื่อวันที่ 28 พฤษภาคม 2564 หน่วยงานกำกับควบคุมยาและผลิตภัณฑ์ดูแลสุขภาพ (MHRA) ของสหราชอาณาจักร อนุมัติการใช้งานวัคซีนป้องกันโควิด-19 ลำดับที่ 4 ถัดจากไฟเซอร์ แอสตราเซนeca และโมเดอร์นา

เทคโนโลยีของวัคซีน

วัคซีนโควิดจอห์นสันแอนด์จอห์นสันเป็นวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ชนิดใช้ไวรัสเป็นพาหะ (Recombinant viral vector vaccine) เป็นการติดต่อสารพันธุกรรมบางส่วนของเชื้อโควิด-19 มาใส่ในไวรัสอะดีโนของมนุษย์สายพันธุ์ 26 (Human adenovirus type 26) เพื่อเป็น ‘เวกเตอร์’ หรือพาหะเข้าสู่เซลล์ ของร่างกาย เพื่อกระตุ้นให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันขึ้นมา ทั้งนี้ไวรัสที่อยู่ในวัคซีนผ่านกระบวนการผลิตที่ทำให้ ไม่สามารถแบ่งตัวตามปกติ จึงไม่สามารถทำให้ป่วยเป็นโรคได้ จึงมีความปลอดภัย วัคซีนโควิดจอห์นสันแอนด์จอห์นสัน เป็นวัคซีนโควิด-19 ชนิดเดียวที่ฉีดเพียง 1 เข็ม เนื่องจาก สามารถกระตุ้นภูมิคุ้มกันได้ดีแล้ว เหมาะสำหรับผู้ชายอายุ 18 ปีขึ้นไป และผู้หญิงอายุ 50 ปีขึ้นไป

ประสิทธิภาพของวัคซีน

องค์การอนามัยโลกกล่าวถึงประสิทธิภาพของวัคซีนชนิดนี้ว่าหลังจากฉีดไปแล้ว 28 วัน พบว่ามี ประสิทธิภาพร้อยละ 85.4 ต่อโรคร้ายแรงและการรักษาในโรงพยาบาล

ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น

โดยทั่วไปมักมีอาการ ปวด บวมและมีรอยแดงบริเวณที่ฉีด อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตาม เนื้อตัว มีไข้ หนาวสั่น ในบางรายพบว่ามีลิ้มเลือดอุดตัน

3) วัคซีนโควิดแอสตราเซนเนกา (AstraZeneca)

วันที่ได้รับการอนุมัติวัคซีน

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้ขึ้นทะเบียนเมื่อวันที่ 20มกราคม 2564 (World Health Organization,WHO) ให้การ รับรองเป็นวัคซีนใช้ป้องกันโควิด-19 เมื่อวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2564 ผู้ผลิต คือบริษัทแอสตราเซนเนกา (AstraZeneca) ร่วมกับมหาวิทยาลัยออกซ์ฟอร์ด (Oxford University) ประเทศสหราชอาณาจักร

เทคโนโลยีของวัคซีน

เป็นวัคซีนชนิดที่ใช้ไวรัสเป็นพาหะ (Recombinant viral vector vaccine) โดยใช้ไวรัสที่ถูกทำให้อ่อนฤทธิ์ที่สามารถตัดแต่งพันธุกรรมได้เช่น ไวรัสอะดีโน (Adenovirus) โดยนำมาดัดแปลงพันธุกรรมใหม่ สามารถแบ่งตัวได้และใส่สารพันธุกรรมของไวรัสโรคโควิด-19 ติดไปด้วย เมื่อนำมาฉีด ไวรัสพาหะเหล่านี้จะ เลียนแบบการติดเชื้อตามธรรมชาติ โดยกระตุ้นภูมิคุ้มกันทั้งระบบให้สร้างแอนติบอดีต่อไวรัสโรคโควิด-19 ตาม สารพันธุกรรมที่ใส่เข้าไป การรับรองมาตรฐานและความแพร่หลายของวัคซีน ได้รับอนุมัติทะเบียนโดยองค์การ อนามัยโลก (World Health Organization, WHO) ให้สามารถใช้งานได้ในกรณีฉุกเฉิน (Emergency Use Listing: EUL) เมื่อวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2564 และได้รับอนุมัติใช้ในกรณีฉุกเฉินแล้วกว่า 70 ประเทศ วัคซีนป้องกันโควิด-19 ของ แอสตราเซนเนกา หรือเดิมเรียก AZD1222 ถูกคิดค้นและพัฒนา ร่วมกับมหาวิทยาลัยออกซ์ฟอร์ด

และบริษัทวัคซีนเทค ซึ่งก่อตั้งโดยมหาวิทยาลัยออกซ์ฟอร์ด วัคซีนดังกล่าวพัฒนาโดยการนำส่วนของสารพันธุกรรมที่ใช้ในการถอดรหัสการสร้างหนามโปรตีนผิวเซลล์ของไวรัสโคโรนา SARS-CoV-2 ใส่ในโครงของอะดีโนไวรัสซึ่งก่อให้เกิดโรคไข้หวัดทั่วไปในลิงชิมแปนซีที่ถูกทำให้อ่อนแรงลงและไม่สามารถแบ่งตัวได้โดยหลังจากฉีดวัคซีน เซลล์ใน 5 ร่างกายมนุษย์จะตอบสนองโดยการสร้างโปรตีนที่มีลักษณะเดียวกันกับหนามโปรตีนผิวเซลล์ของไวรัสโคโรนา SARS-CoV-2 ซึ่งเป็นการกระตุ้นให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันขึ้นมาเพื่อต่อสู้กับเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 ในกรณีที่ได้รับเชื้อไวรัสเข้าสู่ร่างกายในภายหลัง

ประสิทธิภาพของวัคซีน

กระตุ้นภูมิคุ้มกันรวดเร็ว ลดอาการป่วยรุนแรงได้ร้อยละ 100 เหมาะสำหรับพื้นที่ที่กำลังมีการระบาด ป้องกันได้ประมาณร้อยละ 76 (องค์การอนามัยโลก ข้อมูลเมื่อวันที่ 7 พฤษภาคม 2564) ระยะห่าง ระหว่างเข็ม 10-12 สัปดาห์ และเว้นระยะได้ 16 สัปดาห์ โดยแนะนำให้ใช้ในกลุ่มประชากรที่มีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป โดยจำนวนร้อยละค่าเฉลี่ยของประสิทธิภาพในการป้องกันโรคจากการทดลองกับกลุ่มผู้ทดลองในแต่ละประเทศและแต่ละองค์กรที่ทดลองอาจมีการเปลี่ยนแปลงและมีความแตกต่างกัน และมีความแตกต่างในการตอบสนองต่อวัคซีนของแต่ละบุคคล

ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น

พบอาการปวด บวม คัน แดง บริเวณที่ฉีด ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย เหนื่อยหอบ ปวดกล้ามเนื้อ มีไข้ หนาวสั่น ปวดบริเวณข้อ คลื่นไส้ อาเจียน ภาวะลิ่มเลือดอุดตันสัมพันธ์กับภาวะหลอดเลือดอุดตันกับเกล็ดเลือดต่ำ (VITT) แต่พบน้อย ประมาณ 1 ต่อแสนถึง 1 ต่อล้านโดส โดยในประเทศไทยคาดการณ์ว่าจะมีอุบัติการณ์ต่ำกว่านี้ เพราะมี พันธุกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคที่คล้ายคลึงกับโรคนี้น้อย แต่เป็นภาวะที่รักษาได้ ซึ่งหากวิเคราะห์ความเสี่ยงใน ข้อนี้พบว่า ประโยชน์จากวัคซีนยังสูงกว่ามาก

5) วัคซีนโมเดอร์นา (Moderna COVID 19 vaccine)

วัคซีนโมเดอร์นา มีชื่อรหัสว่า mRNA-1273 เป็นวัคซีนโควิด-19 แบบเอ็มอาร์เอ็นเอ ที่บริษัท โมเดอร์นา สถาบันภูมิแพ้และโรคติดต่อแห่งชาติสหรัฐฯ (National Institute of Allergy and Infectious Diseases, NIAID) และสำนักงานวิจัยและพัฒนาชีวเวชภัณฑ์ขั้นสูงสหรัฐฯ (Biomedical Advanced Research and Development Authority, BARDA) เป็นผู้พัฒนาขึ้นโดยได้รับทุนบางส่วนจากกลุ่มพันธมิตรความร่วมมือด้านนวัตกรรมเพื่อรับมือโรคระบาด หรือเซพี (Coalition for Epidemic Preparedness Innovations, CEPI) เป็นวัคซีนชนิดฉีดเข้ากล้ามเนื้อ (Intramuscular Injection) สองโดส โดสละ 0.5 มล. ห่างกัน 4 สัปดาห์ สำหรับผู้มีอายุ 18 ปี หรือมากกว่าเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด-19

วันที่ได้รับอนุมัติวัคซีน

วัคซีนนี้ได้อนุมัติให้ใช้แล้วโดยมีเงื่อนไขต่าง ๆ ในประเทศ รวมทั้งสหรัฐอเมริกา แคนาดา สหภาพยุโรป (ซึ่งมีผลต่อประเทศ 30 ประเทศ) สหราชอาณาจักร อิสราเอล และสิงคโปร์ โดยองค์การอนามัยโลกก็จัดอยู่ใน รายการให้ใช้เป็นการฉุกเฉินในเดือนธันวาคม 2563 ภูมิภาคต่าง ๆ รวมทั้งสหราชอาณาจักร สหภาพยุโรป แคนาดา และสหรัฐฯ ต่างก็กำลังประเมินวัคซีนเพื่ออนุมัติให้ใช้เป็นการฉุกเฉิน (emergency use authorization, EUA) เพื่อให้สามารถฉีดวัคซีนแก่ประชาชนอย่างรวดเร็ว

วันที่ 18 ธันวาคม 2463 องค์การอาหารและยาสหรัฐฯ (FDA) อนุมัติให้ใช้วัคซีนนี้เป็นการฉุกเฉิน เป็นผลิตภัณฑ์แรกของโมเดอร์นาที่ได้รับอนุมัติจาก FDA ต่อมา วันที่ 23 ธันวาคม 2463 กระทรวงสาธารณสุขแคนาดา (Health Canada) จึงอนุมัติให้ใช้วัคซีนเช่นกัน

วันที่ 5 มกราคม 2464 กระทรวงสาธารณสุขอิสราเอล ได้อนุมัติให้ใช้วัคซีน

วันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2464 กระทรวงสาธารณสุขสิงคโปร์อนุมัติให้ใช้วัคซีนนี้โดยได้รับวัคซีนเริ่ม ตั้งแต่วันที่ 17 กุมภาพันธ์

วันที่ 5 พฤษภาคม 2464 องค์การอาหารและยาฟิลิปปินส์ได้อนุมัติให้ใช้วัคซีนนี้แบบปกติ

วันที่ 6 มกราคม 2464 สำนักงานการแพทย์ยุโรป (European Medicines Agency, EMA) ได้ แนะนำให้อนุมัติให้วัคซีนวางตลาดได้อย่างมีเงื่อนไข โดยคณะกรรมการการแพทย์ยุโรปก็ได้อนุมัติในวันเดียวกัน

วันที่ 12 มกราคม 2464 สำนักงานเวชภัณฑ์สวิตเซอร์แลนด์ (Swissmedic) ได้ อนุมัติให้ใช้ วัคซีนนี้อย่างชั่วคราวในประเทศ

ต้นเดือนเมษายน 2464 สำนักงานควบคุมผลิตภัณฑ์การแพทย์และดูแลสุขภาพ (Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency, MHRA) แห่งสหราชอาณาจักรได้ อนุมัติให้วางตลาดขาย วัคซีนอย่างสมบูรณ์ในสหราชอาณาจักร ในปลายเดือนเดียวกัน องค์การ อนามัยโลกก็จัดอยู่ในรายการให้ใช้เป็นการฉุกเฉิน

วันที่ 13 พฤษภาคม 2464 คณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ได้ลงทะเบียนวัคซีนนี้ ใน ประเทศไทย ในเบื้องต้นรัฐบาลมุ่งหมายให้ใช้วัคซีนนี้เป็นวัคซีนทางเลือกซึ่งรัฐเองไม่ได้ฉีดให้แก่ ประชาชนโดย โรงพยาบาลเอกชนสามารถสั่งซื้อผ่านองค์การเภสัชกรรม (อภ.) เพื่อนำไปกระจายฉีด ให้แก่ประชาชน คาดว่า 7 จะสามารถนำเข้าวัคซีนได้ภายในเดือนตุลาคม 2464 สื่อรายงานว่า ต้นทุน ของวัคซีนที่นำเข้าผ่าน อภ. จะอยู่ที่ 37-38 ดอลลาร์สหรัฐฯ (ประมาณ 1,160-1,192 บาท) โดยจะ ให้บริการฉีดวัคซีน 2 โดส ในราคาประมาณ 3,000-4,000 บาท ซึ่งรวมค่าประกันผลข้างเคียง

เทคโนโลยีของวัคซีน

ในเดือนมกราคม 2563 โมเดอร์นาประกาศการพัฒนาวัคซีนอาร์เอ็นเอที่มีชื่อรหัสว่า mRNA1273 เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันต่อไวรัสโควิด-19 (SARS-CoV-2) เทคโนโลยีนี้เป็นสารประกอบเอ็มอาร์เอ็นเอที่ ดัดแปลงนิวคลีโอไซด์ (nucleoside-modified messenger RNA, modRNA) และหุ้มไว้ในอนุภาคนาโนที่เป็น ลิพิด (lipid nanoparticle) เอ็มอาร์เอ็นเอสร้างภูมิคุ้มกันต่อไวรัสโดยเข้ารหัสโปรตีนหนาม (spike protein) ซึ่งมีอยู่ที่อนุภาคไวรัสโควิด-19 โดยธรรมชาติ เมื่อสารประกอบเข้าไปในเซลล์มนุษย์แล้ว mRNA ก็จะเข้าไปที่ ร่างแหเอนโดพลาซิม (ER) ของเซลล์ เอ็มอาร์เอ็นเอมีรหัสพันธุกรรมที่จะกระตุ้นให้เซลล์ผลิตโปรตีนหนามของ ไวรัสโควิด-19 โดยใช้กลไกตามธรรมชาติของเซลล์ โปรตีนหนามที่ใช้นี้มีการดัดแปลงพันธุกรรมที่ระบุว่า 2P ซึ่งเป็นการเปลี่ยนกรดอะมิโนที่สองตำแหน่งด้วย proline เป็นการดัดแปลงซึ่งนักวิจัยที่สถาบันภูมิแพ้และโรค ติดเชื้อ แห่งชาติสหรัฐฯ (National Institute of Allergy and Infectious Diseases, NIAID) ทำขึ้นโดยร่วมมือกับสถาบันอื่น ๆ รวมทั้งมหาวิทยาลัยเท็กซัส ออสติน

เมื่อโปรตีนออกมาจากเซลล์แล้ว ก็จะกระตุ้นให้ภูมิคุ้มกันเรียนรู้เพื่อตอบสนองต่อโปรตีนหนานั้น ๆ ดังนั้น เมื่อติดเชื้อไวรัสจริง ๆ ในอนาคต ก็จะทำให้ภูมิคุ้มกันตอบสนองได้เร็ว จึงบรรเทาอาการการติดเชื้อ ซึ่ง ในบางคนอาจจะไม่ปรากฏอาการเลย

ประสิทธิภาพของวัคซีน

จากการรายงานของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่ปรึกษาเชิงกลยุทธ์ขององค์การอนามัยโลก (Strategic Advisory Group of Experts: SAGE) พบว่า วัคซีนโมเดอร์นามีประสิทธิภาพที่ร้อยละ 94.1 แม้วัคซีนจะมี การระบุว่าต้องจัดเก็บแบบแช่แข็งที่อุณหภูมิ -25 ถึง -15 องศาเซลเซียสก็ตามแต่สามารถเก็บรักษาในตู้เย็นที่ อุณหภูมิ 2-8 องศาเซลเซียสได้ถึง 30 วัน ก่อนนำไปฉีด ดังนั้นจึงไม่จำเป็นต้องเก็บรักษาในความเย็นตลอดเวลา

ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น

องค์การอนามัยโลกระบุว่าข้อมูลแสดงว่าวัคซีนมีความปลอดภัย และไม่มีผลข้างเคียงของวัคซีนที่น่าเป็นห่วง อาการไม่พึงประสงค์โดยปกติคือมีอาการเจ็บปวดบริเวณที่ฉีด อ่อนล้า ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ และปวดข้อ ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคสหรัฐฯ มีรายงานพบอาการแพ้รุนแรงแอนาฟิแล็กซิส (Anaphylaxis) ใน อัตราร้อยละ 2.5 ต่อจำนวนการฉีด 1 ล้านโดส จึงแนะนำให้สังเกตอาการเป็นเวลา 15 นาที หลังฉีดปฏิกิริยาทางผิวหนังหลังจากฉีด ปรากฏว่ามีผิวหนังแดงเหมือนผื่น ซึ่งพบได้น้อยแต่ไม่จัดว่ารุนแรง หรือเป็นข้อ ห้ามใช้ไม่ให้ฉีดโดสต่อไป

มีข้อมูลอย่างจำกัดเกี่ยวกับการใช้วัคซีนนี้กับหญิงมีครรภ์ เพราะงานศึกษาเบื้องต้นไม่รับอาสาสมัคร ที่ตั้งครรภ์ หรือไม่นำมาทำการศึกษาเมื่อตรวจพบว่าตั้งครรภ์แล้วแต่การศึกษาในสัตว์ไม่พบความน่าเป็นห่วง และเริ่มมีการทดลองทางคลินิก เพื่อตรวจสอบความ

ปลอดภัยและประสิทธิภาพของวัคซีนในหญิงมีครรภ์แล้ว โดยโครงการติดตามความปลอดภัยในสถานการณ์จริงของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคสหรัฐฯ (CDC) ยังไม่พบ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อันผิดปกติ และการอ้างอิงผลการศึกษาเบื้องต้นที่ตีพิมพ์ในเดือนเมษายน 2564 CDC จึงแนะนำให้หญิงมีครรภ์ฉีดวัคซีนนี้

6) วัคซีนซิโนฟาร์ม (SINOPHARM)

วันที่ได้รับการอนุมัติวัคซีน

วัคซีนโควิดซิโนฟาร์ม(Sinopharm) ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการผลิตภัณฑ์ยาแห่งชาติจีน (NMPA) เมื่อวันที่ 31 ธันวาคม 2563 และผ่านการรับรองจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization,WHO) เมื่อวันที่ 7 พฤษภาคม 2564 จัดเป็นหนึ่งในวัคซีนโควิด-19 ที่ล่าสุดได้ผ่านการขึ้น ทะเบียนกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ของไทย เรียบร้อยแล้ว โดยนับเป็นวัคซีนโควิดที่ขึ้น ทะเบียนชนิดที่ 5 ของประเทศไทย

นอกจากนี้ วัคซีนโควิดซิโนฟาร์มถือว่าเป็นวัคซีนต้านโควิดที่ผลิตจากชาติ ตะวันออกยี่ห้อแรกที่ ได้รับการยอมรับโดยองค์การอนามัยโลก (ข้อมูลเมื่อวันที่ 28 พฤษภาคม 2564)

เทคโนโลยีของวัคซีน

วัคซีนซิโนฟาร์ม หรือ BBIBP-CorV เป็นวัคซีนโควิด-19 ที่ผลิตโดยบริษัท China National Pharmaceutical Group (CNBG) สาธารณรัฐประชาชนจีน ซึ่งบริษัทนี้เป็นบริษัท ลูกของบริษัท "ซิโนฟาร์ม" หนึ่งในรัฐวิสาหกิจของจีน จึงเป็นที่มาของการนิยมเรียกวัคซีนนี้ว่า "วัคซีนซิโนฟาร์ม" ปัจจุบันมีการนำวัคซีนซิโนฟาร์มมาใช้กันไปแล้วกว่า 65 ล้านโดสในประเทศจีน และอีกกว่า 41 ประเทศทั่วโลก เช่น สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ ปากีสถาน และยังการืออย่างไรก็ตาม วัคซีนซิโนฟาร์มนั้นได้รับการพัฒนาและผลิตจากโรงงานลูกสองแห่งด้วยกัน ประกอบด้วย - บริษัท Beijing Institute of Biological Product (BIBP) จดทะเบียนในกรุงปักกิ่ง สาธารณรัฐ ประชาชนจีน ซึ่งเป็นวัคซีนที่องค์การอนามัยโลกให้การรับรอง EUL และมีการฉีดใน 41 ประเทศทั่วโลก-บริษัท Wuhan Institute of Biological Product (WIBP) ข้อมูลจาก COVID-19 Vaccine Tracker ระบุว่า องค์การอนามัยโลกยังไม่ให้การรับรอง EUL และมีการฉีดเพียงในสาธารณรัฐประชาชนจีนเท่านั้น วัคซีนโควิดซิโนฟาร์มเป็นวัคซีนชนิดเชื้อตาย (Inactivated vaccine) ผลิตโดยการนำเชื้อไวรัสสายพันธุ์ WIV04 และ HB02 มาเลี้ยงขยายจำนวนมาก แล้วนำมาฆ่าด้วยสารเคมี เช่น เบตาโพรพิโอแล็กโทน (Beta propiolactone) ฟอรัมาลดีไฮด์ (Formaldehyde) หรือความร้อน ข้อดีของวัคซีนโควิดซิโนฟาร์มคือ สามารถจัดเก็บได้ง่ายที่ อุณหภูมิ 2-8 องศาเซลเซียส ไม่ต้องเก็บรักษาในอุณหภูมิที่ต่ำมากเหมือนกับ วัคซีนชนิดอื่น ๆ วัคซีนโควิดซิโนฟาร์ม จึงเหมาะสำหรับประเทศที่ไม่มีอุปกรณ์พิเศษ หรือรถแช่เย็น อุณหภูมิต่ำมาก ๆ สำหรับการขนส่งวัคซีน

นอกจากนี้ วัคซีนโควิดซิโนฟาร์มยังมีแถบตรวจสอบบนขวด ซึ่งจะเปลี่ยนสีตามอุณหภูมิของความร้อน ทำให้แพทย์สามารถสังเกตเห็นได้ง่ายว่า วัคซีนมีความปลอดภัยและพร้อมสำหรับใช้งานหรือไม่ วัคซีนโควิด ซิโนฟาร์มได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการผลิตภัณฑ์ยาแห่งชาติจีน (NMPA) เมื่อวันที่ 31 ธันวาคม 2563

ประสิทธิภาพของวัคซีนที่อ้างอิงข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO)

จากการทดลองระยะที่ 3 ในหลายประเทศพบว่า ผู้ที่ได้รับวัคซีนโควิดซิโนฟาร์มครบ 2 โดส หลัง ผ่านไป 14 วัน หรือ 2 สัปดาห์ จะมีประสิทธิภาพในการป้องกันอาการป่วยและการติดเชื้อได้ร้อยละ 79 และ ป้องกันอาการหนัก/เสียชีวิตได้ร้อยละ 100 ทั้งนี้ จากการทดลองในห้องปฏิบัติการพบว่า วัคซีนโควิดซิโน ฟาร์มมีประสิทธิภาพยับยั้งโควิดสายพันธุ์อังกฤษได้ ส่วนโควิดสายพันธุ์แอฟริกาใต้มีความสามารถในการยับยั้ง ลดลงร้อยละ 60 เมื่อเทียบกับสายพันธุ์เดิม วัคซีนโควิดซิโนฟาร์ม มีลักษณะเป็นวัคซีนพร้อมใช้ มีจำนวน 2 เข็ม ด้วยกัน โดยการฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ทั้งสองเข็ม ทั้งนี้วัคซีนเข็มที่ 2 ต้องฉีดห่างจากวัคซีนเข็มที่ 1 ประมาณ 28 วัน ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกแนะนำให้ฉีดวัคซีนโควิดซิโนฟาร์มในผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป สำหรับข้อห้ามในการฉีดวัคซีนโควิดซิโนฟาร์มนั้นเช่นเดียวกับวัคซีนโควิดชนิดอื่น ๆ ได้แก่ ห้าม ฉีดในผู้ที่มีอาการแพ้รุนแรงจากการฉีดวัคซีนโควิด-19 ครั้งก่อน ๆ ห้ามฉีดในผู้ที่มีอาการแพ้ส่วนประกอบของ วัคซีน ห้ามฉีดในผู้ที่มีอาการภูมิแพ้อย่างรุนแรง ห้ามฉีดในผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี ห้ามฉีดในหญิงที่อยู่ระหว่าง ตั้งครรภ์ และห้ามฉีดในผู้ที่มีไข้ หรืออุณหภูมิในร่างกายสูงกว่า 38.5 องศาเซลเซียส ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น

ผลข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์ที่พบได้ในการฉีดวัคซีนโควิดซิโนฟาร์ม เหมือนกับการฉีด วัคซีนโควิดชนิดอื่น ๆ ได้แก่ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ปวดเมื่อยตามเนื้อตัว มีไข้ หนาวสั่น และคลื่นไส้ โดยอาการ เหล่านี้มักเกิดขึ้นภายใน 1-2 วัน หลังได้รับการฉีดวัคซีน และควรหายภายในระยะเวลาไม่กี่วัน นอกจากนี้ อาจ เกิดปฏิกิริยาบริเวณที่ฉีด เช่น ปวด บวม แดง ที่สามารถพบได้จากวัคซีนชนิดอื่นเช่นกัน อย่างไรก็ตาม หากอาการ ไม่ดีขึ้น หรือมีอาการแพ้รุนแรง เช่น ผื่นแดงตามผิวหนัง ลมพิษ หายใจติดขัด ปวดท้อง ท้องเสีย ควรรีบไปพบ แพทย์ทันที

7) วัคซีนซิโนแวค (SINOVAC)

วันที่ได้รับการอนุมัติวัคซีน

วัคซีนโควิดซิโนแวค (Sinovac) หรือชื่ออย่างเป็นทางการว่า “วัคซีนโคโรนาแวค (CoronaVac)” ผ่านการรับรองจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) เมื่อวันที่ 1 มิถุนายน 2564 อนุมัติให้ใช้ในกรณีฉุกเฉินชนิดที่ 6 ทั้งนี้ วัคซีนโควิดซิโนแวคเป็นวัคซีนป้องกันโรค COVID-19 จากสาธารณรัฐประชาชนจีน ซึ่งไทยเรานำเข้ามาเป็นยี่ห้อแรกและเริ่มฉีดตั้งแต่วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2564 ที่ผ่านมา

เทคโนโลยีของวัคซีน

วัคซีน "โคโรนาแวก" (CoronaVac) ผลิตโดยบริษัทซิโนแวก ไบโอเทค (Sinovac Biotech) ประเทศจีน วัคซีนชนิดนี้เริ่มมีการพัฒนามาตั้งแต่เดือนมกราคม 2563 และเริ่มใช้งานครั้งแรกในประเทศจีน เมื่อเดือนตุลาคมปีเดียวกัน ทั้งนี้วัคซีนโคโรนาแวก หรือซิโนแวก ใช้เทคโนโลยีการผลิตวัคซีนแบบเชื้อตาย(Inactivated Vaccine) เช่นเดียวกับการผลิตวัคซีนตับอักเสบบีและวัคซีนโปลิโอชนิดฉีด กลไกของวัคซีนโคโรนาชนิดนี้ คือ การเหนี่ยวนำให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันหรือแอนติบอดีต้านเชื้อไวรัสซาร์ส-โควิ-2 เพื่อไม่ให้เข้าสู่เซลล์ร่างกายได้ วัคซีนโคโรนาซิโนแวกได้รับอนุมัติใช้แล้วในหลายประเทศ เช่น ตุรกี ยูเครน ฮังการี สิงคโปร์ มาเลเซีย ฟิลิปปินส์ อินโดนีเซีย ลาว อูรุกวัย เม็กซิโก บราซิล โคลอมเบีย รวมทั้งประเทศไทย

ประสิทธิภาพของวัคซีนที่อ้างอิงข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) การทดลองวัคซีนซิโนแวกในจีนยืนยันประสิทธิภาพที่ร้อยละ 78 ในกลุ่มผู้ป่วยโควิดที่มีอาการไม่รุนแรง อย่างไรก็ตามตัวเลขการยืนยันประสิทธิภาพของวัคซีนโคโรนาชนิดนี้กลับแตกต่างกันไปในหลายประเทศ เช่น บราซิลยืนยันประสิทธิภาพวัคซีนที่ร้อยละ 78 แต่ล่าสุดประกาศประสิทธิภาพลดลงมาอยู่ที่ร้อยละ 50.38 อินโดนีเซียยืนยันในประสิทธิภาพวัคซีนที่ร้อยละ 65.3

ทั้งหมดนี้ถือเป็นผลลัพธ์ที่กว้างมาก เมื่อเทียบกับวัคซีนยี่ห้ออื่นๆ อย่างไรก็ตาม การศึกษา ประสิทธิภาพของวัคซีนยังคงต้องการเก็บข้อมูลต่อไปอีก 6 เดือน หรือ 1 ปี ทั้งในเรื่องของประสิทธิภาพและ ข้อบ่งใช้ในกลุ่มอายุต่าง ๆ สำหรับผู้เข้ารับวัคซีนโคโรนาซิโนแวกต้องรับวัคซีนจำนวน 2 โดส โดยฉีดที่ต้นแขนด้านบน เข็มที่ 2 จะฉีดวันระยะห่างจากเข็มแรก 2-4 สัปดาห์ในพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดรุนแรง แนะนำให้ฉีดเข็มที่ 2 ห่างจาก เข็มแรก 2 สัปดาห์ สำหรับประเทศไทย แนะนำให้ฉีดในผู้ที่มีอายุระหว่าง 18 ปีขึ้นไป ล่าสุดจีนได้ พบว่า สามารถฉีดให้ผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีสุขภาพดีได้แล้ว (ข้อมูล ณ วันที่ 7 พฤษภาคม 2564) โคนสามารถฉีดวัคซีนโคโรนา ร่วมกับวัคซีนป้องกันโรคชนิดอื่นได้ แต่ต้องเว้นระยะห่างอย่างน้อย 14 วัน หรือขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ เช่นเดียวกับวัคซีนโคโรนาชนิดอื่น ๆ ที่วัคซีนโคโรนาซิโนแวกยังไม่สามารถระบุได้ว่า ระดับภูมิคุ้มกันที่เกิดขึ้นจากการฉีดวัคซีนจะสามารถป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ได้นานแค่ไหน และต้องกระตุ้นภูมิคุ้มกัน ซ้ำอีกเมื่อใด ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกประกาศว่า วัคซีนซิโนแวกมีประสิทธิภาพการป้องกันการติดเชื้ออยู่ที่ 51 เปอร์เซ็นต์และยืนยันป้องกันการป่วยรุนแรงและเสียชีวิตร้อยละ 100

ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น

มีผลข้างเคียงน้อย แต่ต้องฉีดครบสองเข็มจึงจะมีภูมิคุ้มกันได้เต็มที่ และอาจเกิดปฏิกิริยาหรือ อาการไม่พึงประสงค์บริเวณที่ฉีด เช่น ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ท้องเสีย ปวดเมื่อยตามร่างกาย บวมแดงบริเวณที่ฉีด ที่สามารถพบได้จากวัคซีนชนิดอื่นเช่นกัน แต่อาการดังกล่าวจะไม่รุนแรงหายไปเองภายใน 1-

2 วัน หลังรับ วัคซีน ทั้งนี้ วัคซีน Sinovac ไม่เหมาะกับผู้ที่ มีประวัติแพ้วัคซีนอย่างรุนแรง เช่น แพ้อาหาร แพ้โลหะ มีไข้หรือ เจ็บป่วยรุนแรง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งไม่สามารถควบคุมโรคให้อยู่ในเกณฑ์ปลอดภัยได้ ผู้ที่มีภาวะทางระบบประสาทรุนแรง ผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง หญิงตั้งครรภ์และหญิงที่อยู่ระหว่างให้นมบุตร ยังไม่ควรเข้ารับวัคซีนโควิด เว้นแต่ได้รับการประกาศยืนยันจากกระทรวงสาธารณสุขแล้ว (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ข้อมูลเมื่อวันที่ 15 มิถุนายน 2564)

2.2.6 เปรียบเทียบข้อดีและข้อด้อยของวัคซีนโควิด 19 ที่มีใช้ในปัจจุบัน

วัคซีนแต่ละตัวมีข้อดีและข้อด้อย ที่สำคัญคือ ไม่สามารถนำผลการศึกษาของวัคซีนต่างชนิดในคนละกลุ่ม ประชากร และคนละเวลามาเปรียบเทียบกันโดยตรงได้ เพราะปัจจัยในเรื่องของแบบแผนการศึกษา ลักษณะประชากร ลักษณะของเชื้อที่ระบาดและวิธีการตรวจทางห้องปฏิบัติการ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาที่รายงานมามากขึ้น ทำให้พอจะสรุปข้อดีและข้อด้อยของแต่ละวัคซีนจากการศึกษาและประสบการณ์การใช้จริง ซึ่งมีไข้หรือกำลังจะมีไข้ในประเทศไทยได้ดังนี้ ซึ่งจำเป็นต้องรู้เท่าทันก็จะเป็นประโยชน์ในการใช้วัคซีนให้เกิดประโยชน์สูงสุด (กรมควบคุมโรค, 2564)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อดี และข้อด้อยของวัคซีนโควิด 19 ที่มีใช้ในปัจจุบัน

ชนิดของวัคซีน ตามรายผู้ผลิต	ข้อดี	ข้อด้อย
Oxford– AstraZeneca	- ประสิทธิภาพเกิดขึ้นเร็ว ตั้งแต่หลังการฉีดเข็มแรกเพียง 2 สัปดาห์ มีประสิทธิภาพเกิดเต็มที่ และจากประสบการณ์ในประเทศสกอตแลนด์ป้องกันการป่วยหนัก และนอนโรงพยาบาลได้ร้อยละ 89 หลังฉีดเข็มแรก ไม่แตกต่างจากวัคซีนของบริษัท Pfizer ซึ่งป้องกันได้ร้อยละ 91.6 - จะมีประโยชน์และประสิทธิภาพสูงมากในกรณีที่มีการระบาด เพราะจะท าให้เกิดภูมิคุ้มกันที่สูงอย่างรวดเร็ว เมื่อฉีดแบบปูพรมเป็นวงกว้าง จะยุติการระบาดได้เร็ว - มีการรับรองและยอมรับในประเทศใน ทวีปยุโรปและอเมริกา อาจทำให้เกิด อุปสรรคน้อยกว่าในการต้องเดินทางเข้า เมืองในประเทศเหล่านั้น	มีอาการข้างเคียงเกิดขึ้นได้บ่อย มีไข้ เพลีย ได้ถึงร้อยละ 70-80 แต่ส่วนใหญ่อาการไม่มาก - สัมพันธ์กับภาวะ VITT แต่พบน้อยประมาณ 1 ต่อแสนถึง 1 ต่อล้านโดส โดยในประเทศไทย คาดการณ์ว่าจะมีอุบัติการณ์ เพราะมีพันธุกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคที่ คล้ายคลึงโรคนี้ (HLA-DRB1*03:01 and HLA-DQB1*02:01) ต่างมาก แต่เป็นภาวะที่ รักษาได้ ซึ่งวิเคราะห์ความเสี่ยงในข้อนี้ จะ พบว่าประโยชน์จากวัคซีนยังสูงกว่ามาก-แม้จะไม่มีข้อมูลการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ และผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่องอย่างมาก แต่หากไม่มีวัคซีนอื่นเป็นทางเลือก การใช้วัคซีนก็ยังมี ประโยชน์กว่าการเสี่ยงที่จะติดเชื้อและเป็น โรคโควิด19 ซึ่งจะมีความรุนแรงและอันตราย ในคนกลุ่มนี้มากกว่าความเสี่ยงจากการฉีด วัคซีน

ตารางที่ 3 ตารางเปรียบเทียบข้อดีและข้อด้อยของวัคซีนโควิด 19 ที่มีใช้ในปัจจุบัน (ต่อ)

ชนิดของวัคซีน ตามรายผู้ผลิต	ข้อดี	ข้อด้อย
Sinovac	<ul style="list-style-type: none"> - มีอาการข้างเคียงน้อย - เป็นวัคซีนเชื้อตายจึงไม่ต้องกังวลในการใช้ กับผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่องและหญิงตั้งครรภ์ - เทคโนโลยีในการผลิต เป็นแบบที่เคยมีการใช้มาก่อนในวัคซีนตัวอื่นๆ เช่น โปลิโอดับ อักเสบ เอ ทำให้มีความไว้วางใจในความปลอดภัยระยะยาว 	<ul style="list-style-type: none"> - ประสิทธิภาพจะยังเกิดไม่เต็มที่หลังเข็มแรก ต้องฉีดครบ 2 เข็ม จึงจะมีประสิทธิภาพเกิด ได้เต็มที่ - มีรายงานอาการข้างเคียง ซึ่งคล้ายอาการ ทางระบบประสาทที่เรียกว่า Immunization stress-related response (ISRR) ซึ่งพบในช่วงที่ระดมฉีดให้บุคลากรที่ อายุyoungส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จึงทำให้เกิดความระแวงและไม่มั่นใจ - เนื่องจากการศึกษามีน้อยกว่าการใช้ส่วนใหญ่ จะอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา ทำให้การเก็บ ข้อมูลไม่เป็นเข้มแข็งเท่า จึงยังไม่เป็นที่ยอมรับของประเทศในทวีปยุโรปและอเมริกา
Pfizer, Moderna	<ul style="list-style-type: none"> - มีข้อมูลการศึกษาและใช้จริงในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศในทวีปยุโรป ซึ่งเห็นผลประสิทธิภาพสูงมาก รวมทั้งการศึกษาในประเทศอิสราเอล พบว่าวัคซีนสามารถป้องกันการติดเชื้อทั้งหมดได้ร้อยละ 95 ป้องกันการติดเชื้อที่ไม่มีอาการได้ 	<ul style="list-style-type: none"> - มีอาการข้างเคียงพบได้บ่อยประมาณครึ่งหนึ่ง แต่ส่วนใหญ่ไม่รุนแรง - เป็นเทคโนโลยีใหม่ ทำให้มีความระแวงถึง ผลข้างเคียงในระยะยาว

ตารางที่ 3 ตารางเปรียบเทียบข้อดีและข้อด้อยของวัคซีนโควิด 19 ที่มีใช้ในปัจจุบัน (ต่อ)

ชนิดของวัคซีน ตามรายผู้ผลิต	ข้อดี	ข้อด้อย
Pfizer, Moderna	<p>ร้อยละ 91 ป้องกันการนอนโรงพยาบาล เนื่องจากป่วยหนักและเสียชีวิตได้ร้อยละ 97 และการศึกษาในประเทศอังกฤษพบว่า วัคซีนสามารถป้องกันการติดเชื้อได้ร้อยละ 70 ตั้งแต่หลังการฉีดเข็มแรก และในประเทศสกอตแลนด์พบว่าวัคซีนสามารถป้องกันการนอนโรงพยาบาลได้ถึงร้อยละ 91 ตั้งแต่หลังการฉีดเข็มแรก</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีข้อมูลการใช้ในหญิงตั้งครรภ์และผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่องว่าปลอดภัยและได้ผลดี - มีการรับรองและยอมรับสำหรับประเทศในทวีปยุโรปและทวีปอเมริกา อาจทำให้เกิดอุปสรรคน้อยกว่าในการต้องเดินทางเข้าเมืองในประเทศเหล่านั้น 	
Johnson	<ul style="list-style-type: none"> - ฉีดเข็มเดียว - เลียนแบบการติดเชื้อไวรัสอะดิโนตามธรรมชาติ จึงไม่มีความกังวลเรื่องผลข้างเคียงระยะยาว - มีการรับรองและยอมรับสำหรับประเทศในทวีปยุโรปและทวีปอเมริกา อาจทำให้เกิดอุปสรรคน้อยกว่าในการต้องเดินทาง 	<ul style="list-style-type: none"> - แม้จะไม่มีข้อมูลการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ และผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่องอย่างมากแต่หาก ไม่มีวัคซีนอื่นเป็นทางเลือก การใช้วัคซีนก็ยังมีประโยชน์กว่าการเสี่ยงที่จะติดเชื้อและเป็นโรคโควิด19 ซึ่งจะมีความรุนแรงและอันตรายในคนกลุ่มนี้มากกว่าความเสี่ยงจากการฉีดวัคซีน

ที่มา : กรมควบคุมโรค มิถุนายน 2564 แนวทางการให้วัคซีนโควิด 19 ในสถานการณ์การระบาด ปี 2564 ของประเทศไทย ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1

2.2.7 กลุ่มเป้าหมายและระยะการดำเนินงานให้วัคซีนโควิด-19

ประเทศไทยมีนโยบายการให้วัคซีนโควิด 19 แก่ประชาชนทุกคนที่สมัครใจ ตามข้อบ่งชี้ของวัคซีน แต่ละชนิดในเอกสารกำกับยา ซึ่งมีเป้าหมายให้วัคซีนครอบคลุมประชากรไทยอย่างน้อยร้อยละ 70 ภายในปี พ.ศ.2564 โดยในระยะแรกอาจมีวัคซีนในปริมาณจำกัด คณะอนุกรรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ภายใต้คณะกรรมการวัคซีนแห่งชาติจึงได้กำหนดลำดับกลุ่มเป้าหมายในการเข้าถึงวัคซีนโควิด 19 ในสถานการณ์การระบาดของโรค โดยคำนึงถึงหลักจริยธรรม ความเท่าเทียม หลักฐานทางวิชาการ ปริมาณวัคซีนที่จัดหาได้ และความสามารถในการบริหารจัดการภายใต้บริบทของประเทศ ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุข ด้วยความเห็นชอบจากศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 ได้พิจารณาและมึนโยบายให้จัดลำดับกลุ่มเป้าหมายในการเข้าถึงวัคซีนของประเทศไทยโดยปรับปรุง ให้เหมาะสมตามข้อเสนอจากภาคส่วนต่างๆ ดังนี้

ระยะที่ 1 เมื่อมีวัคซีนปริมาณจำกัด

วัตถุประสงค์:

- 1) ลดการป่วยรุนแรงและเสียชีวิตจากโรคโควิด 19
- 2) รักษาระบบสุขภาพของประเทศ

กลุ่มเป้าหมาย:

- 1) บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขด้านหน้าทั้งภาครัฐและเอกชน
- 2) บุคคลที่มีโรคประจำตัว
 - โรคทางเดินหายใจเรื้อรังรุนแรง เช่น ปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคหอบหืด โรคหัวใจและหลอดเลือด
 - โรคไตเรื้อรังระยะ 5 - โรคหลอดเลือดสมอง
 - โรคมะเร็งทุกชนิดที่อยู่ระหว่างเคมีบำบัด รังสีบำบัด
 - โรคเบาหวาน
 - โรคอ้วน ที่มีน้ำหนัก>100 กิโลกรัมหรือดัชนีมวลกาย >35 กิโลกรัมต่อตารางเมตร
 - ผู้ป่วยเอชไอวี
 - ผู้ป่วยจิตเวช ออทิสติก
 - ผู้ที่ดูแลตัวเองไม่ได้ และผู้ดูแล
 - ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป
 - เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคโควิด 19

ระยะที่ 2 เมื่อมีวัคซีนมากขึ้นและเพียงพอ

วัตถุประสงค์:

1) เพื่อรักษาเศรษฐกิจ สังคม และความมั่นคงของประเทศ

2) เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันในระดับประชากร

กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายในระยะที่ 1

1) บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขอื่นๆ

2) ผู้ประกอบอาชีพภาคการท่องเที่ยว

3) ผู้เดินทางระหว่างประเทศ

4) ประชาชนทั่วไป

5) นักการทูต เจ้าหน้าที่องค์กรระหว่างประเทศ นักธุรกิจต่างชาติ

6) แรงงานในภาคอุตสาหกรรม ภาคบริการ (กรมควบคุมโรค, 2564)

2.3 แนวคิดทฤษฎีระบบบริการสาธารณสุข

ระบบบริการสาธารณสุข โครงสร้างของระบบบริการสาธารณสุขประกอบด้วย ระบบต่างๆ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านระบบบริการ ด้านกำลังคนด้านสุขภาพ ด้านระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ด้านเทคโนโลยีด้านการแพทย์ ด้านงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ด้านภาวะผู้นำ และธรรมาภิบาลของระบบบริการสาธารณสุขทั้ง 6 ด้าน นี้ มีเป้าหมายที่ต้องการบรรลุอยู่ 4 ประการ คือ

1) เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมระหว่างประชากรกลุ่มต่างๆ ในการได้รับบริการ

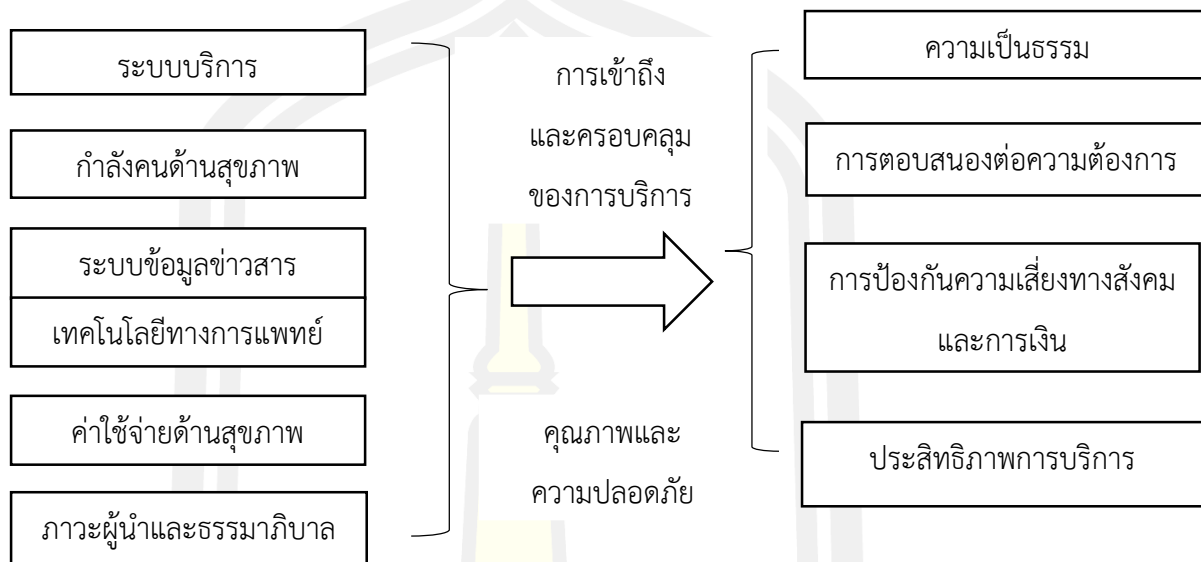
2) เพื่อให้มั่นใจว่าการบริการสุขภาพนั้นได้ตอบสนองความต้องการของ ประชาชนในระดับที่น่าพอใจ

3) เพื่อให้มั่นใจว่ามีระบบป้องกันความเสี่ยงด้านสังคม

4) เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพการบริการในด้านการจัดสรรทรัพยากรและเทคโนโลยี

การบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ทั้ง 4 ประการนี้จำเป็นต้องคำนึงถึง การเข้าถึงบริการ ความครอบคลุมของบริการสาธารณสุข และบริการต่างๆ ที่มีคุณภาพได้ มาตรฐาน และมีความปลอดภัย ระบบบริการสาธารณสุขของไทยนับได้ว่าพัฒนาไปในทุกมิติ โดยการจัดบริการด้าน สุขภาพนั้น ประเทศไทยได้ขยายบริการออกไปทุกระดับ ครอบคลุมทุกพื้นที่ และมีระบบ การส่งต่อที่ดีทำให้ ประชาชนเข้าถึงบริการได้โดยสะดวก ประกอบกับประเทศไทยได้จัด หลักประกันสุขภาพครอบคลุม ประชากรทุกคน ตั้งแต่ปี 2544 เป็นต้นมา มีผลทำให้เกิด ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการอย่าง ถ้วนหน้า ประชาชนได้รับการรักษาพยาบาล และการป้องกันโรคที่จำเป็นอย่างทั่วถึง นอกจากนี้ยังถือ ว่าเป็นการป้องกันความเสี่ยง ทางสังคมและการเงินให้ประชาชนทางหนึ่ง เนื่องจากช่วยลดภาระ ค่าใช้จ่ายของ ครัวเรือนลง แต่อย่างไรก็ตามยังคงมีบริการที่ความครอบคลุมต่ำ คือการตรวจคัดกรอง

โรค เช่น การตรวจมะเร็งปากมดลูก การตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และไขมันในเลือดสูง เป็นต้น ซึ่งหากพบในระยะเริ่มแรก จะทำให้ได้รับการรักษาได้ทันทั่วถึง



ภาพที่ 1 โครงสร้างของระบบบริการสาธารณสุข ที่มา : World Health Organization 2007

ประเด็นด้านการจัดระบบบริการที่ยังต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่อง คือการกระจายทรัพยากรให้เหมาะสม เพื่อไม่ให้เกิดความเหลื่อมล้ำระหว่างชนบทกับเมือง และระหว่างเมืองใหญ่ที่มีความพร้อมทาง เศรษฐกิจและสังคม กับเมืองที่ระดับความพร้อมยังต่ำ เนื่องจากพบว่าบุคลากรทางการแพทย์และ สาธารณสุข และเครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ก้าวหน้า มักกระจุกตัวอยู่ในเมืองใหญ่ ในขณะที่เมืองขนาดเล็กและชนบท ยังมีความขาดแคลนอยู่ มาตรการในการสร้างแรงจูงใจ ความ ภาคภูมิใจให้กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในการทำงานในชนบท เป็นสิ่งที่รัฐควรให้ ความสนใจ เช่นเดียวกับเทคโนโลยีทางการแพทย์ ควรมีการประเมินความคุ้มค่าของเทคโนโลยีทั้ง ใน มุมมองของการวินิจฉัย การรักษาโรค ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น และการกระจายที่เหมาะสม นอกจากนี้ คุณภาพและความปลอดภัยของการให้บริการด้านสาธารณสุข เป็นสิ่งสำคัญต่อชีวิต ประชาชน เพราะ ความผิดพลาดของการบริการมีผลต่อชีวิตของผู้ป่วย จากจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต ในโรงพยาบาล ทั้งหมด พบว่า มีภาวะที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นถึงร้อยละ 35 และประมาณครึ่งของการ ตายที่เกิดจาก ภาวะไม่พึงประสงค์นี้สามารถป้องกันได้ เพราะส่วนใหญ่เสียชีวิตเพราะการติดเชื้อใน โรงพยาบาล ดังนั้นจึงควรเน้นด้านมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อที่มีประสิทธิภาพให้มากยิ่งขึ้น ค่าใช้จ่ายด้าน สุขภาพของประเทศนั้นเพิ่มขึ้นอย่างมากในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา คือจาก 147,837 ล้านบาท ใน

ปี พ.ศ. 2538 เป็น 248,079 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2548 โดย 3 ใน 4 ของ ค่าใช้จ่ายสุขภาพเป็นการรักษาพยาบาล มีเพียงร้อยละ 5 เท่านั้นที่ใช้ในการป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นการลงทุนเกี่ยวกับโครงการด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค น่าจะเป็นมาตรการที่สำคัญที่ควรจัดสรรในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น

ด้านข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ประเทศไทยมีระบบข้อมูลด้านสุขภาพที่ดี และมีผลต่อการนำไปสู่การกำหนดนโยบายที่ตรงต่อสถานการณ์ได้ในระดับหนึ่ง แต่สิ่งที่ควรปรับปรุงคือ การพัฒนาด้านความครอบคลุมและคุณภาพของข้อมูลให้มีความถูกต้อง และทันต่อ เหตุการณ์มากขึ้น ระบบบริการสุขภาพของไทย มีการขยายตัวของการให้บริการสุขภาพในระดับต่างๆ ทั้งในส่วนของบริการ สุขภาพระดับต้น หรือระดับปฐมภูมิ (Primary care) ที่ให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในด้านการรักษา พยาบาลเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพทั่วไป และการป้องกันโรค โดยเป็นสถานบริการสุขภาพ ที่อยู่ใกล้ประชาชนมากที่สุด และมีการกระจายที่ครอบคลุมทั่วถึงที่สุด ได้แก่ สถานีอนามัย ที่กระจาย อยู่ทุกตำบล (9,000 กว่าแห่งทั่วประเทศ) และโรงพยาบาลชุมชน ที่กระจายอยู่ทุกอำเภอ (700 กว่าแห่ง ทั่วประเทศ) ไปจนถึงสถานบริการสุขภาพระดับสูง หรือระดับตติยภูมิ (Tertiary care) ที่เป็น โรงพยาบาลที่ให้บริการรักษาพยาบาลในโรคที่มีความสลับซับซ้อน ต้องการความเชี่ยวชาญเป็นพิเศษ และต้องใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่มีราคาแพง จากการขยายตัวดังกล่าว ทำให้การใช้บริการของ ประชาชนส่วนใหญ่เป็นการใช้บริการที่ระดับสถานีอนามัย และโรงพยาบาลชุมชนประมาณ 4 ใน 5 ของ การใช้บริการผู้ป่วยนอกของภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในด้านความเท่าเทียมกันในการกระจายของโรงพยาบาลในภูมิภาคต่างๆ ยังคงมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับ ศักยภาพทางเศรษฐกิจสังคมของพื้นที่ โดยเฉพาะการตั้งโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งในกรุงเทพมหานคร มีสัดส่วนเป็น 2 ใน 3 ของโรงพยาบาลทั้งหมดในกรุงเทพฯ รองลงมาคือ ภาคกลาง มีโรงพยาบาลเอกชน ประมาณร้อยละ 30 จากความแตกต่างด้านศักยภาพทางเศรษฐกิจของพื้นที่นี้เอง ที่ทำให้เกิดความ แตกต่างของการกระจายสถานบริการสุขภาพระหว่างภูมิภาค โดยเฉพาะอย่างยิ่งจำนวนโรงพยาบาลและ จำนวนเตียงของโรงพยาบาล โดยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีจำนวนเตียงต่อประชากรน้อยที่สุด กล่าวคือ มี 1 เตียง ต่อประชากร 740 คน ในขณะที่กรุงเทพมหานคร มี 1 เตียง ต่อประชากรเพียง 223 คน หรือ ต่างกันถึง 3 เท่า ส่วนหนึ่งของความแตกต่างดังกล่าว เกิดขึ้นจากการมีโรงพยาบาลเอกชนใน กรุงเทพฯ มากกว่าภาคอื่นๆ และเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ที่มีเตียงมากกว่า 200 เตียง ถึง 1 ใน 4 ของโรงพยาบาล เอกชนทั้งหมดในกรุงเทพมหานคร ในขณะที่ในภูมิภาค มีโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่เพียงเล็กน้อยเท่านั้น ในระดับจังหวัดก็มีความแตกต่างในด้านการกระจายด้วยเช่นเดียวกัน โดย จังหวัดที่มีภาวะเศรษฐกิจต่ำ จะมี จำนวนโรงพยาบาลและจำนวนเตียงต่อประชากรต่ำกว่าจังหวัดที่มี ภาวะเศรษฐกิจที่ดีกว่า ถึงแม้จะอยู่ใน ภาคเดียวกัน ส่วนหนึ่งเนื่องจากการมีโรงพยาบาลโรงเรียน แพทย์ในจังหวัดที่เป็นศูนย์กลางของภาค การมี ความแตกต่างของสถานบริการสุขภาพนั้น มีส่วนทำ

ให้เกิดความแตกต่างของการใช้บริการสุขภาพตามมา โดยจังหวัดที่มีจำนวนเตียงมากกว่า ก็จะมีจำนวนผู้ป่วยที่นอนในโรงพยาบาลที่มากกว่าด้วย หรือหมายถึงการ เข้าถึงบริการและใช้บริการที่มากกว่านั่นเอง ซึ่งอาจจะสะท้อนถึงความไม่เสมอภาคของการเข้าถึงบริการได้ ในระดับหนึ่ง

2.4 แนวคิดทฤษฎีการเข้าถึงบริการสุขภาพ

องค์การสหประชาชาติกล่าวว่า “สิทธิในสุขภาพ” (Right to health) หมายถึงสิทธิที่รัฐมีหลักประกันให้กับบุคคลที่อยู่ในดินแดนของตน คือสิทธิในการรับบริการทางสุขภาพ และสิทธิในการได้รับการบริการที่ถูกสุขลักษณะ เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมและความเสมอภาคการได้รับสิทธิที่ดี สุขภาพที่ดี โดยฝ่ายรัฐต้องมีหน้าที่ในการจัดหา บริหารจัดการเพื่อให้การบริการเป็นไปได้อย่างเหมาะสมและที่สำคัญรัฐต้องมีการกำหนดแผน หรือนโยบายที่เหมาะสมที่สามารถนำไปสู่การรักษาพยาบาลที่เข้าถึงได้ตามสิทธิที่พึงมีพึงได้อย่างเหมาะสมสำหรับทุกคน ในระยะเวลาที่รวดเร็วที่สุดนักวิชาการหลายคนได้กล่าวถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพไว้หลายรูปแบบ อาทิ

กฤติยา อาชวนิจกุล กล่าวถึง สิทธิในสุขภาพว่าเป็นการให้บริการด้านสุขภาพให้ปัจเจกบุคคลไม่ว่า จะเป็นคนในชาติหรือคนต่างชาติทั้งในฐานะบุคคลทั่วไป ในฐานะคนทำงานที่รัฐพึงมีกฎหมายในการคุ้มครองความปลอดภัยในสถานที่ทำงาน และในฐานะผู้ป่วยที่พึงมีสิทธิขั้นพื้นฐานคือสิทธิทางเลือกต่าง ๆ ในการรับบริการการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความเจ็บป่วยอย่างครบถ้วน โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติและสิทธิในความเป็นส่วนตัวที่แพทย์และเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการไม่สามารถละเมิดได้ (กฤติยา อาชวนิจกุล, 2548)

พันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร (2551) กล่าวถึง การบริการและระบบบริการสุขภาพต้องอยู่ในหลักการสำคัญ คือ การมีบริการด้านสุขภาพอย่างเพียงพอ ความสามารถที่เข้าถึงบริการสุขภาพได้นั้น คือ ค่าบริการควรอยู่ในระดับ ที่ทุกคนพอจ่ายได้และอยู่บนหลักความยุติธรรม ที่ตั้งของสถานบริการสุขภาพควรตั้งอยู่ในที่คนเข้าถึงได้และมีการบริการที่คำนึงถึงผู้มีความพิการและกลุ่มที่อ่อนแออื่น ๆ และบุตรที่เกิดในประเทศไทยรวมถึงผู้ลี้ภัยทางการเมืองต้องมียุทธศาสตร์ประกอบของสิทธิในสุขภาพที่สำคัญ ดังนี้ องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลต้องประกอบด้วยสุขภาพอนามัยของแม่และเด็ก รวมถึงการวางแผนครอบครัวและการฉีดวัคซีนป้องกัน โรคติดต่อร้ายแรงบางโรคการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับโรคต่างๆ หรือการบาดเจ็บจากเหตุต่าง ๆ การให้ยาหรือผู้ลี้ภัยที่รักษาโรคที่จำเป็น องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับ เงื่อนไขที่จำเป็นสำหรับสุขภาพ คือการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การป้องกัน การควบคุมและการป้องกัน รวมทั้งการส่งเสริมเกี่ยวกับการจัดหาและโภชนาการที่เหมาะสม จากข้อมูลขององค์การสหประชาชาติและนักวิชาการเกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่ต้องมี ความเพียงพอต่อความต้องการและสามารถทำให้ผู้ที่ต้องรับบริการสามารถ

เข้าถึงได้อย่างสะดวก รวดเร็วและสิ่งสำคัญต้องมีความเป็นธรรมเพื่อที่จะทำให้ชุมชนรู้สึกพอใจในการเข้ารับบริการสุขภาพ ประกอบกับประเทศไทยได้มีการทำข้อตกลงร่วมกันองค์การแรงงานระหว่างประเทศได้มีการวางกฎเกณฑ์เพื่อให้ครอบคลุมการให้บริการโดยมีการกำหนดสิทธิเกี่ยวกับ สิทธิใน 3 ด้านดังนี้

1) สิทธิทางสังคม (Social right) ได้อธิบายเกี่ยวกับ สิทธิในการทำงานที่ต้องมีการทำงานและได้รับค่าจ้างที่เท่าเทียมกัน เหมาะสมและส่งผลถึงความมั่นคงทางสังคมและมาตรฐานการดำรงชีวิตที่พอเพียงของแรงงานและครอบครัวอย่างมีมาตรฐาน รวมถึงสิทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพแรงงาน ต่างต่าง สิทธิในการใช้เวลาอย่างเหมาะสมและสามารถอยู่กับครอบครัวได้อย่างปกติสามารถที่จะ ได้รับเงินค่าจ้างและมีรายได้เพื่อดำรงชีวิตและจุนเจือครอบครัวรวมถึงสิทธิในการได้รับการคุ้มครอง เพื่อความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

2) สิทธิทางวัฒนธรรม (Cultural right) เป็นสิทธิในด้านของความเชื่อความศรัทธา ความคิด ที่ครอบคลุมถึงสิทธิในการนับถือศาสนาและการปฏิบัติตามประเพณีนิยมของแต่ละศาสนา โดยไม่มี การบังคับหรือปิดกั้น ผ่านการแสดงออกที่เปิดเผยโดยได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อสร้างความมั่นคงใน ชีวิตและปลอดภัยในการดำรงชีวิต

3) สิทธิในฐานะพลเมืองและสิทธิทางการเมือง(Civil and political rights) เป็นสิทธิขั้นพื้นฐาน เพื่อจะนำไปสู่การประกอบอาชีพ การได้รับบริการรวมทั้งในด้านของการปกป้องชีวิต จิตใจ และร่างกายเนื่องจากการย้ายถิ่นฐานของแรงงานเหล่านั้นต้องได้รับสิทธิตามกฎหมายของพื้นที่ที่ตั้งถิ่นฐานก่อนจึงจะมีสิทธิอย่างอื่นตามมา นั้นหมายความว่า หากไม่ได้รับสิทธิเหล่านี้ย่อม ไม่สามารถที่จะเรียกร้องสิทธิอื่น ๆ ได้อย่างเต็มที่ (พันธูทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร, 2551)

รายละเอียดเกี่ยวกับการเข้าถึง บริการสุขภาพ พบว่า สิ่งที่ถูกกฎหมายได้มีการระบุเกี่ยวกับ สิทธิหน้าที่ของแรงงานต่างต่างเหล่านั้น ส่งผลถึงการที่ทำให้แรงงานต่างต่างเหล่านั้นต้องมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องของกฎระเบียบต่าง ๆ เพื่อที่จะทำให้แรงงานต่างต่างเหล่านั้นสามารถที่จะเข้าถึง บริการสุขภาพได้อย่างเสมอภาคเป็นธรรม สอดคล้องกับ ทศนคติที่คนต่างต่างเหล่านั้นมีความเชื่อเกี่ยวกับ เชื้อชาติศาสนาหรือประเพณีปฏิบัติ สิ่งเหล่านี้บางครั้งเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพเนื่องจากประเพณีหรือวัฒนธรรมของแต่ละเชื้อชาติอาจจะขัดกับ หลักพื้นฐานในการเข้าถึง บริการสุขภาพ ซึ่งในประเด็นของคุณลักษณะการบริการที่เหมาะสมตามที่องค์การอนามัยโลก ได้วางหลักไว้ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 องค์ประกอบที่สำคัญ คือ “EQESA”

ความเสมอภาค (Equity; E) จากแนวคิดว่าการบริการสุขภาพเป็นบริการสาธารณะ (Public Goods) เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับชีวิตของคนทุกคน รัฐบาลของประเทศจึงต้อง จัดบริการสุขภาพให้ ประชาชนทุกคนเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่าง ทั้งด้านเพศ เชื้อชาติสถานะทางสังคม ศาสนาหรือสถานะทางเศรษฐกิจ แนวคิดนี้ได้ถูกกำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญ

แห่งราชอาณาจักรไทย พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติและพระราชบัญญัติ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ความมีคุณภาพบริการ (Quality; Q) บริการสุขภาพเป็นเรื่องที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนผู้รับบริการการจัดบริการให้มีคุณภาพจึงเป็นเรื่องจำเป็น รัฐบาลจะต้อง ดำเนินการให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน และถือเป็นการรับผิดชอบต่อโรงพยาบาลและผู้ให้บริการที่ต้องดูแลพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง โดยมีการจัดกระบวนการตรวจสอบ คุณภาพทั้งภายในองค์กรเองและด้วยองค์การภายนอกเช่น ISO 9000, Hospital Accreditation เป็นต้น

ประสิทธิภาพ (Efficiency; E) เนื่องจากบริการสุขภาพมีความต้องการทรัพยากรมาก และมีค่าใช้จ่ายสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จนเกิดปัญหาการขาดแคลนทรัพยากร และส่งผลกระทบต่อการจัดบริการให้มีคุณภาพและเสมอภาค ดังนั้นการจัดบริการให้มีประสิทธิภาพมีการควบคุมค่าใช้จ่าย จึงเป็นสิ่งจำเป็นทำให้เกิดแนวทางเพิ่มประสิทธิภาพขึ้นหลายอย่าง เช่น การจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) การจ่ายเงินตาม DRGS, Utilization review และการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ เป็นต้น

ความรับผิดชอบต่อสังคม (Social accountability; S) ความโปร่งใสสังคมตรวจสอบได้ด้วย แนวคิดที่ว่าบริการสุขภาพเป็นบริการที่ไม่สมบูรณ์ฝ่ายผู้รับบริการมีความรู้เท่าไม่เท่าเทียมกับผู้ให้บริการจึงมีความเชื่อว่า การเปิดโอกาสให้ผู้เกี่ยวข้องอื่นนอกเหนือจากฝ่ายผู้ให้บริการเข้ามาตรวจสอบกระบวนการให้บริการจะช่วยให้การบริการสุขภาพมีคุณภาพ ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการเป็นไปอย่างมีคุณธรรมและมีความรับผิดชอบต่อสังคม

อุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ เนื่องจากวงจรของชีวิตที่มีความแตกต่างกัน รวมทั้งสิทธิที่ได้รับไม่เหมือนกัน แตกต่างกันแต่ละองค์การการได้รับสวัสดิการที่มีความแตกต่างกัน ซึ่งทำให้หน่วยงานภาครัฐได้มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติเพื่อให้มีการกลั่นกรองในการเข้ารับบริการของประชาชน ทำให้มีการจัดลำดับในการเข้ารับบริการเป็นแบบรับบริการให้บริการปฐมภูมิ (Primary care) ซึ่งเป็นการกลั่นกรอง และให้บริการสุขภาพเบื้องต้น ไม่จำเป็นต้องใช้เครื่องมือที่มากมาย หากไม่สามารถรองรับได้หน่วยบริการจะส่งต่อไปยังหน่วยให้บริการทุติยภูมิ (Secondary care) ซึ่งจะรับดูแล ให้บริการผู้ป่วยในระดับ ที่ต้องใช้บุคลากรทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้น ใช้อุปกรณ์การแพทย์ในระดับที่ไม่ยุ่งยากมาก สามารถให้บริการโรคที่ไม่ใช่เฉพาะทางมากมาย และหากไม่สามารถที่จะให้บริการรักษาได้ต้องส่งต่อไปสถานบริการในระดับบริการตติยภูมิ (Tertiary care) ซึ่งเป็นหน่วยงานให้บริการระดับเฉพาะทางมีเครื่องมือที่ทันสมัย บุคลากรทางการแพทย์ที่เพียงพอต้องใช้เวลาในการดูแลรักษา ดังนั้น หากกระบวนการให้บริการสุขภาพได้มีการกลั่นกรองข้างต้น สามารถที่จะเพิ่มประสิทธิภาพในการเข้าถึงบริการและการให้บริการที่ทั่ว ถึงจะสามารถสร้างความพึงพอใจให้กับผู้มารับบริการ

สุขภาพเป็นสิ่งที่ต้องการการดูแลต้องการหน่วยงานในการรับหน้าที่ในการให้บริการซึ่งหน่วยงานหลักในปัจจุบันคือกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งทำหน้าที่ดูแลสุขภาพของประชาชน โดยการ จัดระบบสุขภาพ ที่ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ มีการจัดระบบบริการสุขภาพออกเป็นหลายระดับได้แก่ บริการระดับปฐมภูมิ (Primary care) บริการระดับทุติยภูมิ (Secondary care) และบริการระดับตติยภูมิ (Tertiary care) โดยมุ่งหวังให้บริการแต่ละระดับ มีบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกันและเชื่อมต่อกัน ด้วยระบบส่งต่อ (Referral system) เพื่อให้สามารถจัดบริการที่มีคุณภาพ ผ่านองค์ประกอบในด้านของหน่วยงาน เครื่องมือบุคลากรทาง การแพทย์และรูปแบบการบริหารจัดการที่มีความเหมาะสมกับ สถานการณ์ สภาพเศรษฐกิจ สังคม ซึ่งในปัจจุบันพบว่าการเคลื่อนย้ายแรงงาน มีการเดินทางเข้าออกประเทศได้ อย่างสะดวก ดังนั้น โรคภัยหรือความต้องการในการรับบริการของประชาชนทุกคนในประเทศและ ต่างประเทศ ย่อม แตกต่างกัน สิ่งสำคัญควรมีการจัดระบบการบริหารเพื่อให้เกิดความเหมาะสมและมี คุณภาพ ใน ปัจจุบันพบว่ารูปแบบการให้บริการของกระทรวงสาธารณสุขได้มีการแบ่งส่วนในการ ให้บริการใน ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ซึ่งอยู่ภายใต้การกำกับ ดูแลของกระทรวงสาธารณสุขโดยมี จากสมบูรณืทางการดำเนินการระบบหลักประกัน สุขภาพ ทำให้ระบบการเงินมีผลต่อการจัดระบบ บริการโดยไม่คำนึงถึง ความสอดคล้องกับ ทรัพยากรอื่น อีกทั้งข้อจำกัดทางการเงิน และการถ่ายโอน กองโรงพยาบาลภูมิภาค และกองสาธารณสุขภูมิภาคไปจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีผลกระทบกับการเชื่อมโยง หน่วยงานระหว่างส่วนกลางกับ ส่วนภูมิภาคของกระทรวงสาธารณสุข

World Health Organization, WHO ได้ให้ความหมายของสุขภาพว่า “Health is complete physical, mental, social and spiritual well being” ซึ่งหมายถึงสุขภาพะที่กาย ทาง จิต ทางสังคมและทางจิตวิญญาณ สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย หมายถึงร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง คล่องแคล่ว มีกำลังไม่เป็น โรคไม่พิการไม่บาดเจ็บ มีเศรษฐกิจดีมีอาหารพอเพียง มีสภาพแวดล้อมที่ สร้างเสริมสุขภาพซึ่ง คำว่า สุขภาวะที่กายในที่นี้ หมายถึง ทางกายภาพด้วย สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิต หมายถึง จิตใจที่มีความสุขรื่นเริงผ่อนคลาย ไม่เครียด มีความเมตตา มีสติมีสมาธิมีปัญหา รวมถึงลด ความเห็นแก่ตัวลงไปด้วยเพราะตราบใดที่ยังมีความเห็นแก่ตัวจะมีสุขภาพที่สมบูรณ์ทางจิตไม่ได้ สุขภาพที่สมบูรณ์ทางสังคม หมายถึง มีการอยู่ร่วมกัน ได้ดีมีครอบครัวอบอุ่น ชุมชน เข้มแข็ง สังคมมี ความยุติธรรมมีความเสมอภาค มีสันติภาพ มีความเป็นประชาสังคม มีระบบ บริการที่ดี สุขภาวะที่ สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ (Spiritual well-being) หมายถึง สุขภาวะที่เกิดขึ้น เมื่อทำความดีหรือจิต สัมผัสกับ สิ่งที่มีคุณค่าอันสูงสุด เช่น การเสียสละ การมีความเมตตากรุณา การเข้าถึงพระรัตนตรัย หรือการเข้าถึงพระเจ้าเป็นเจ้าความสุขทางจิตวิญญาณเป็นความสุขที่ไม่ระคนอยู่กับการเห็นแก่ตัวแต่ เป็นสุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อมนุษย์หลุดพ้นจากความมีตัวตน จึงมีอิสรภาพมีความผ่อนคลายอย่างยิ่ง

หรือความสุขอันเป็นทิพย์มีความเอื้ออาทร เห็นอก เห็นใจ (World Health Organization, WHO, 2004)

Smith ได้อธิบายความหมายของสุขภาพจาก 3 แนวคิดหลักพบว่า

1) ทางด้านคลินิก (Clinical model) ในแนวคิดนี้ให้ความหมายเกี่ยวกับสุขภาพว่าเป็น ภาวะที่ปราศจากอาการแสดงของโรค หรือปราศจากความพิการต่าง ๆ ส่วนความเจ็บป่วย หมายถึง การมีอาการและอาการแสดงหรือมีความพิการเกิดขึ้น ความหมายของสุขภาพเช่นนี้ถือว่า เป็น ความหมายที่แคบที่สุดและเน้นการรักษา เสถียรภาพ (Stability) ทางด้านเสรีภาพ ถ้าใช้ ความหมายของสุขภาพดังกล่าวเป็นเป้าหมาย จะนำไปสู่การบริการสุขภาพเชิงรับ คือรอให้ ประชาชนเกิดอาการและอาการแสดงของโรคและความพิการเท่านั้นซึ่งทำให้การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกัน โรคเกิดได้น้อยมาก และไม่มีแนวทางในการปฏิบัติแพทย์จะมีบทบาทเด่น ในระบบ บริการสุขภาพ เจ้าหน้าที่สุขภาพอื่นๆ และประชาชนจะมีบทบาทน้อยมาก เพราะถือว่าสุขภาพเป็นเรื่องของแพทย์ เรื่องของโรงพยาบาล

2) การปฏิบัติตามบทบาท (Role performance model) ความหมายของ สุขภาพ ในแนวคิดนี้ ได้รับอิทธิพลมาจากนักสังคมวิทยา ซึ่งสนใจเกี่ยวกับบทบาทของ บุคคลในสังคมเป็นหลัก สุขภาพ จึงหมายถึง ความสามารถของ บุคคลในการกระทำ ตามบทบาทที่สังคมกำหนดไว้ ครบถ้วน เช่น ความสามารถในการทำงาน เป็นต้น ส่วนความเจ็บป่วยหมายถึงความล้มเหลวในการทำหน้าที่ ตามบทบาท เมื่อเจ็บป่วยบุคคลสามารถหยุดกระทำ ในบทบาทต่างๆ ได้เช่น หยุดงาน นอนพักเป็น ต้น ความหมายของสุขภาพตามแนวคิดนี้ได้เพิ่มมาตรฐานทางด้านจิตสังคม คือไม่เพียงแต่ปราศจาก อาการและอาการแสดงของโรคเท่านั้นแต่ต้องสามารถทำหน้าที่ตามบทบาททาง สังคมด้วย และ ยังคงเน้นการรักษา เสถียรภาพ แต่เป็นเสถียรภาพทางสังคม ซึ่งยังถือว่าเป็นเป้าหมายทางด้าน สุขภาพที่แคบ และนำไปสู่การบริการสาธารณสุขในเชิงรับ เช่นกัน

3) ทางด้านการปรับตัว (Adaptation model) ความหมายของ สุขภาพ ในแนวคิดนี้ ได้รับอิทธิพลมาจาก ดูปอส (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) ซึ่งเชื่อว่า บุคคลมีการปรับตัวต่อ สิ่งแวดล้อมอย่างจริงจัง และต่อเนื่องตลอดเวลา เพื่อรักษาดุลยภาพกับสิ่งแวดล้อม สุขภาพที่ดีจึง หมายถึงความยืดหยุ่น ในการปรับตัวให้เข้ากับ สิ่งแวดล้อมได้อย่างสมดุลเป็นการมีปฏิสัมพันธ์กับ สิ่งแวดล้อมที่จะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับชีวิตส่วนการเกิดโรคหมายถึงความ ล้มเหลวในการ ปรับตัว เป็นการทาลายความสามารถของบุคคลที่จะเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงใน สิ่งแวดล้อม (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543)

Pender ได้ให้ความหมายของ “สุขภาพ” ไว้ 3 ลักษณะ ดังนี้

1) สุขภาพคือความคงที่ (Definition of health focusing on stability) สุขภาพเป็น ภาวะที่บุคคลมีความสามารถในการปรับตัว เมื่อสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลงไป สุขภาพเป็นความสมดุลของระบบย่อย ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม

2) สุขภาพคือความสำเร็จสูงสุดในชีวิต (Definition of health focusing on actualization) สุขภาพเป็นการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายสูงสุดในชีวิต สุขภาพเป็นภาวะที่ต่อเนื่องระหว่างภาวะเจ็บป่วย ภาวะสุขภาพปกติภาวะสุขภาพสมบูรณ์สูงสุด และอาจเปลี่ยนมาเป็น สุขภาพดีสุขภาพไม่ดีเจ็บป่วยเล็กน้อย เจ็บป่วยมาก จนถึงตายในที่สุด

3) สุขภาพ คือ ความคงที่และการบรรลุความสำเร็จสูงสุดในชีวิต (Definition of health focusing on stability and actualization) สุขภาพเป็นผลรวมของความสามารถในการปฏิบัติ หน้าที่ที่มีความยืดหยุ่นในการปรับตัวตามสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลง และส่งผลให้บุคคลประสบผลสำเร็จสูงสุดในการดำเนินชีวิต และสามารถคงศักยภาพพันไว้ให้ยาวนานที่สุด (Pender, 1987)

Pender ได้จำแนกการให้ความหมายสุขภาพในทั้ง 3 รูปแบบ ดังกล่าว ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เน้นการรักษาเสถียรภาพ (Stability) ได้แก่ แนวคิดทางด้านคลินิกการกระทำตามบทบาทหน้าที่และแนวความคิดด้านการปรับตัว ส่วนการบรรลุเป้าหมายสูงสุดในชีวิต (Actualization) เป็นการเน้นพัฒนาการของมนุษย์ที่ไปถึงขีดสูงสุด และได้อธิบายความหมายสุขภาพ ในเชิงบูรณาการทั้ง 2 กลุ่มเข้าด้วยกัน ซึ่งแนวคิดของการบูรณาการนี้สอดคล้องกับความหมายของ สุขภาพตามที่เสนอโดยองค์การอนามัยโลก (Pender, 1996)

Orem กล่าวว่า “สุขภาพ” เป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ ไม่บกพร่อง และคนที่มีความสุขที่ดีคือคนที่มีการโครงสร้างที่สมบูรณ์ ทำหน้าที่ของตนได้ทั้งทางร่างกาย และจิตใจสามารถดูแลตนเองได้ในระดับ ที่เพียงพอและต่อเนื่อง สุขภาพเป็นสิ่งจำเป็นต่อบุคคล ความผาสุกเป็นการรับรู้ถึงภาวะที่เป็นอยู่ของตนเองซึ่งแสดงออก โดยความพึงพอใจ ความยินดีและการมีความสุข วิวัฒนาการของความหมายของสุขภาพมีมาเรื่อย ๆ จนปัจจุบันให้ความหมายของสุขภาพว่า หมายถึง สุขภาวะ หรือ ดุลยภาพทั้งทางร่างกาย ทางจิต ทางสังคมและทางจิตวิญญาณ ซึ่งมีองค์ประกอบรวมถึงเรื่อง เศรษฐกิจ จิตใจ ครอบครัวชุมชนวัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมการเมืองการศึกษา เป็นต้น สิ่งเหล่านี้เป็นองค์ประกอบในระบบสุขภาพ ทั้งสิ้น ทุกส่วนต้องเชื่อมโยงเป็นหนึ่งเดียวและมีความถูกต้องจึงจะเกิด สุขสำคัญกับความเป็นคน หรือมีแบบองค์รวม (Orem ,1995)

Millet ศึกษาถึงค่านิยมสำคัญของการให้บริการสาธารณสุขมีเป้าหมายคือการสร้างความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการประกอบด้วย 5 หลักการคือ

1) การให้บริการอย่างเสมอภาค หมายถึง ความยุติธรรมของภาครัฐในการบริหารงานที่ถือคติว่าทุกคนมีสิทธิในการรับบริการอย่างเท่าเทียมกัน ไม่มีการแบ่งแยก หรือกีดกัน ให้บริการด้วยมาตรฐานเดียวกัน

2) การให้บริการที่ตรงต่อเวลา หมายถึง การให้บริการต้องตรงต่อเวลา เพื่อให้เกิด ประสิทธิภาพในการทำงานให้ผู้รับบริการพึงพอใจ

3) การให้บริการอย่างพอเพียง หมายถึง การให้บริการต้องมีการให้บริการและสถานที่ตั้งที่ให้บริการเหมาะสมพอเพียง เพื่อให้เกิดความยุติธรรมกับผู้รับบริการ

4) การให้บริการอย่างต่อเนื่อง หมายถึง การให้บริการที่เป็นไปอย่างสม่ำเสมอไม่ยึดตาม ความพอใจของหน่วยงานผู้ให้บริการที่จะให้บริการหรือหยุดเมื่อใดก็ได้ ถือประโยชน์ของ สาธารณะ และผู้มารับบริการเป็นหลัก

5) การให้บริการอย่างก้าวหน้า หมายถึง การให้บริการที่มีการปรับปรุงคุณภาพของการให้บริการให้ดีขึ้น ซึ่งคือการเพิ่มประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ให้บริการโดยการใช้ทรัพยากรเท่า เดิม นั่นเอง (Millet, 1954)

Aday & Andersen กล่าวถึง การเข้าถึงบริการสุขภาพที่แท้จริงมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 5 ประการ ประกอบด้วย

1) นโยบายสาธารณสุขมีความสำคัญมาก ซึ่งส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นการเข้าถึง บริการสาธารณสุขที่รัฐจัดให้เกี่ยวข้องกับ ปัจจัยที่สำคัญ 4 ด้าน คือ งบประมาณการเงิน การศึกษา อัตราค่าลังคน และองค์กรในการจัดบริการสุขภาพ

2) ลักษณะของระบบการให้บริการสุขภาพ คือระบบการให้บริการที่พอเพียงทั้งวัสดุ อุปกรณ์และบุคลากรมีการกระจายอย่างทั่วถึงมีโครงสร้างที่สามารถเข้าถึงได้มีการประสานงาน ควบคุมกำกับการทำงานของบุคลากรครอบคลุมการให้บริการค้ำถึงผลที่ผู้มารับบริการได้รับเป็น สำคัญมองที่ระบบใหญ่มากกว่าที่ตัวบุคคล

3) ลักษณะประชาชนผู้รับบริการประกอบด้วยปัจจัย 3 ด้านคือปัจจัยนา เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ ค่านิยมด้านสุขภาพ เป็นต้น ปัจจัยสนับสนุนที่ทำให้แรงงานสามารถไปใช้บริการได้เช่น รายได้ครอบคลุมถึงการประกัน สุขภาพ การกระจายของแหล่งพยาบาล และปัจจัยความต้องการที่ ทำให้แรงงานทราบว่าเมื่อเจ็บป่วยต้องไปรับบริการสุขภาพ เช่นการรับรู้ภาวะสุขภาพ การประเมิน ความเจ็บป่วย เป็นต้น

4) วัตถุประสงค์ของการไปใช้บริการสุขภาพ เช่นลักษณะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น จุดมุ่งหมายของการไปใช้บริการเวลาในการใช้บริการ เป็นต้น

5) ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นของผู้ไปใช้บริการสุขภาพในด้าน ต่างๆ เช่น ความสะดวกที่รับจากการบริการคุณภาพการให้บริการราคาที่ต้องจ่าย การประสานงาน ความใส่ใจของผู้ให้บริการการให้ข้อมูลข่าวสาร เป็นต้น (Aday & Andersen, 1981)

Penchansky & Thomas กล่าวถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพว่า สามารถจำแนกได้ เป็น 5 ด้าน คือ

1) ความพอเพียงของบริการคือมีความพอเพียงต่อการให้บริการกับผู้ป่วย มีบุคลากรที่มีศักยภาพในการให้บริการและมีจำนวนมากพอกับความต้องการของผู้มารับบริการ

2) การเข้าถึงแหล่งบริการคือการที่สามารถเดินทางไปใช้บริการได้อย่างสะดวก ที่ตั้งสถานบริการมีระยะทางไม่ไกลจากที่อยู่ของผู้รับบริการ

3) ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของสถานที่ให้บริการคือขั้นตอนในการไปใช้บริการไม่ยุ่ง ยากและมีสิ่งอำนวยความสะดวกเช่นรถเข็นผู้ป่วย ป้ายบอกทาง เป็นต้น

4) ความสามารถเสียค่าใช้จ่ายสำหรับการไปใช้บริการจะเป็นเหตุผลสำคัญประการหนึ่งที่จะทำให้แรงงานพิจารณาไปเข้ารับบริการ

5) การยอมรับคุณภาพการบริการคือการที่ผู้ไปใช้บริการยอมรับการบริการที่มีประสิทธิภาพและความเป็นธรรมทำให้เกิดความพึงพอใจในบริการ (Penchansky & Thomas, 1981)

Parasuraman, Zeithaml, & Berry กล่าวถึง แนวคิดของการเข้าถึงบริการว่าผู้เข้ารับบริการสามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายและได้รับความสะดวกจากการเข้ารับบริการระเบียบขั้นตอนไม่ยุ่งยากซับซ้อน ใช้เวลาในการรอรับบริการน้อย เวลาที่ให้บริการเป็นเวลาที่ผู้รับบริการสามารถไปใช้บริการได้ง่าย สถานที่ให้บริการติดต่อได้สะดวก (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1985)

Gulliford กล่าวว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพ คือความสะดวกที่ประชาชนสมควร ได้รับการบริการสาธารณะในด้านสุขภาพอย่างเหมาะสมและพอเพียงประกอบไปด้วย 4 องค์ประกอบคือ

1) มีการให้บริการสุขภาพที่พอเพียงต่อการที่ประชาชนไปใช้บริการ

2) มีการให้บริการที่ทั่วถึงเท่าเทียม คำนึงถึงความแตกต่างทางสังคม วัฒนธรรม และความแตกต่างทางด้านกายภาพของผู้ใช้บริการ

3) การให้บริการที่ตรงกับความต้องการมีประสิทธิภาพ ประชาชนเกิดความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ

4) การให้บริการสุขภาพที่เกิดประโยชน์อย่างแท้จริง มีการยอมรับคุณภาพการศึกษาถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนในการเข้ารับบริการสุขภาพประกอบด้วยหลักการ 5 A (Five A' S) ประกอบด้วย

- ความพอเพียงของบริการหมายถึง ความพอเพียงของผู้ให้บริการและสถานที่ให้บริการกับ ประชาชน

- ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งที่ให้บริการหมายถึงสถานที่ที่ให้บริการอยู่ในที่ตั้งที่สามารถเดินทางไปใช้บริการได้อย่างสะดวก

- ความสะดวกเมื่อใช้บริการหมายถึง เมื่อใช้บริการได้รับความสะดวก รวดเร็ว ไม่มีขั้นตอนยุ่ง ยากในการให้บริการ

- ความสามารถในการจ่ายค่าบริการเมื่อใช้บริการหมายถึง ความสามารถในการที่ผู้ให้บริการสามารถจ่ายได้
- การยอมรับในบริการหมายถึง การยอมรับคุณภาพความสามารถของบุคลากรในการให้บริการ (Gulliford, 2001)

World Health Organization, WHO เสนอแนวคิด การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนว่าเป็นการให้บริการดูแลประชาชนเบื้องต้นแบบปฐมภูมิเพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพในมิติต่างๆ 4 ด้าน ได้แก่

- 1) ด้านภูมิศาสตร์ (Geographical) พิจารณาด้านภูมิศาสตร์ในประเด็นด้านระยะทาง ระยะเวลาเดินทางและการเดินทางที่ไม่เป็นอุปสรรคต่อการที่ประชาชนเข้าใช้บริการสุขภาพ
- 2) ด้านการเงิน (Financial) หมายถึง ความสามารถในการชำระค่าใช้จ่ายจากการใช้บริการสุขภาพและการประกัน สุขภาพด้วย
- 3) ด้านวัฒนธรรม (Cultural) หมายถึง การใช้เทคนิคและวิธีการในการบริหารจัดการการให้บริการสุขภาพซึ่งสามารถรักษารูปแบบ วัฒนธรรมของชุมชนและประชาชนที่มาใช้บริการ
- 4) ด้านหน้าที่ (Functional) หมายถึงการให้การบริการสุขภาพกับ ประชาชนตามพื้นฐาน อันพึงได้รับอย่างพอเพียงและต่อเนื่องอย่าเท่าเทียม

วสันต์ ศิลปะสุวรรณ (2553) กล่าวถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสุขภาพ ของคนไทย ประกอบด้วย 7 ประการ ประกอบด้วย

- 1) คุณลักษณะของประชากรเช่น อายุ เพศ สถานภาพสมรส
- 2) ปัจจัยโครงสร้างทางสังคม เช่น ระดับการศึกษาอาชีพ เชื้อชาติศาสนา
- 3) ปัจจัยสังคมจิตวิทยา เช่น ค่านิยมสุขภาพ ทักษะคิดแบบแผนการดำเนินชีวิต ความเชื่อในเรื่องสุขภาพและการใช้บริการ
- 4) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ฐานะและรายได้ของครอบครัวรวมถึงการประกัน สุขภาพของสมาชิกในครอบครัว
- 5) ปัจจัยแหล่งประโยชน์ที่มีในชุมชน พิจารณาส่งอำนาจความสะดวก และบริการที่มีอยู่ ในชุมชน ชนิดและประเภทของบริการรวมถึงสภาพภูมิศาสตร์คือระยะทางระหว่างสถานบริการกับที่อยู่ของประชาชน การเดินทางที่สะดวก
- 6) ปัจจัยด้านการบริหารจัดการการให้บริการสุขภาพ รูปแบบกระบวนการ และสิ่งอำนวยความสะดวกในการให้บริการครอบคลุมถึงความพอเพียงของบุคลากรค่าใช้จ่ายคุณภาพ และพฤติกรรมการให้บริการ

7) ปัจจัยระบบสาธารณสุขของประเทศ พิจารณาตั้งแต่ปัจจัยนำเข้า คือ นโยบาย ด้านสาธารณสุขงบประมาณ และทรัพยากรที่จัดสรรให้สำหรับการดำเนินการกระบวนการในการ จัดบริการสุขภาพพระดับ ต่างๆรูปแบบและวิธีการในการจัดการผลผลิตสุดท้ายรวมถึงผลกระทบที่ เกิดขึ้นจากการบริหารจัดการนั้น World (Health Organization, WHO, 2004)

โดยสรุปการเข้าถึงบริการสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่มีความสอดคล้องกัน ผู้รับบริการสุขภาพ สามารถใช้บริการสุขภาพ ได้อย่างครอบคลุมทั้งในด้านต่าง ๆ ได้แก่ความพอเพียงของบริการ ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการอย่างสะดวกคำนึงถึงที่ตั้งสถานบริการ การเดินทางสะดวก ระยะทางจากที่อยู่อาศัยไม่ไกลจากสถานบริการความสะดวกเมื่อใช้บริการขั้นตอนไม่ยุ่งยากในการ เข้าถึงบริการสุขภาพ สามารถในการจ่ายค่าบริการได้ทำ ให้แรงงานพิจารณาเข้ารับบริการได้ง่าย และ สิ่งสำคัญ คือ การยอมรับในบริการที่มีคุณภาพประสิทธิภาพและความเป็นธรรมเกิดความพึงพอใจใน บริการที่ได้รับจากการจัดบริการสุขภาพในประเทศไทยมีการให้บริการในทั้ง 3 ระดับ บริการระดับปฐมภูมิ (Primary care) บริการระดับทุติยภูมิ (Secondary care) และบริการระดับตติยภูมิ (Tertiary care) ซึ่งมีเป้าหมาย และปรัชญาการดำเนินการเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและเพื่อให้บริการ ได้อย่างทั่วถึง เพื่อให้ประชาชนได้รับความสะดวกได้รับการบริการเสริมสร้างความพึงพอใจ โดย หลักการของแนวคิดการให้บริการเพื่อสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับประชาชน มีการให้บริการที่ไม่ ซ้ำซ้อน เพื่อให้หน่วยบริการที่รับบริการเป็นด่านแรก เป็นหน่วยบริการที่มีการส่งต่อมีการให้บริการ อย่างครบวงจรและมีการให้บริการอย่างเท่าเทียมเสมอภาค ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของกฎหมาย (วสันต์ ศิลปะสุวรรณ, 2553)

2.5 แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ

เป็นแบบแผนหรือรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาจาก ทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาสังคม เพื่อใช้อธิบาย การตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยครั้งแรกได้นำมาในการทำนาย และ อธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive health behavior) ต่อมาภายหลังได้มีการดัดแปลง ไปใช้ในการอธิบายพฤติกรรมเจ็บป่วย (Illness behavior) และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการ ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ (Sick – role behavior) พัฒนาการของแบบแผนความเชื่อ ทางด้านสุขภาพ เกิดขึ้นเมื่อนักวิชาการได้หันเหมาสนใจพฤติกรรมของมนุษย์กันมากขึ้น เนื่องจากมี ความเชื่อว่าพฤติกรรมของ มนุษย์เป็นสิ่งที่สามารถศึกษาทำความเข้าใจ และทำการควบคุมได้โดย วิธีการทางวิทยาศาสตร์

สำหรับพฤติกรรมสุขภาพ ได้รับความสนใจศึกษากันมากในตอนต้นของช่วงปี ค.ศ 1950- 1960 ซึ่งถือว่าเป็นช่วงเริ่มแรกของการ 7 พัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เนื่องจากในระยะนั้น

การจัดบริการด้านสาธารณสุข ที่เน้นกิจกรรมด้านการป้องกันโรคมามากกว่ากิจกรรมด้านการรักษาพยาบาล ไม่ได้ได้รับความสนใจจากประชาชน คือ ประสบปัญหาที่มีประชาชนมารับบริการการป้องกันโรคกันน้อยลง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility) การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติ และภาวะเจ็บป่วยแต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงต่อการเป็น โรคด้วยการปฏิบัติตามเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกัน จึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้อง ของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสของการเกิดโรคซ้ำ หรือการง่ายที่จะป่วยเป็นโรคต่างๆ มีรายงานการวิจัยหลายเรื่องที่ทำให้การสนับสนุนความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมีความสัมพันธ์ใน ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ เช่น เมื่อบุคคลป่วยเป็นโรคใดโรคหนึ่ง ความรู้สึก ของบุคคลที่ว่าตนเองจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคนั้นๆ อีกจะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อ ป้องกันโรคไม่ให้เกิดกับตนเองอีก

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) เป็นการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของ โรคปัญหาสุขภาพ หรือผลกระทบจากการเกิดโรค ซึ่งก่อให้เกิดความพิการ หรือเสียชีวิต การประเมินความ รุนแรงนั้นอาศัยระดับต่างๆ ของการกระตุ้นเร้าของบุคคลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนั้น ซึ่งอาจจะมองความรุนแรง ของการเจ็บป่วยนั้นทำให้เกิดความพิการ หรือตายได้หรือไม่ หรืออาจมีผลกระทบต่อหน้าที่การงาน เมื่อบุคคล เกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรค หรือการเจ็บป่วยแล้วจะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกัน โรค ซึ่งจากผลการวิจัยจำนวนมากพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมี่ความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรม การป้องกันโรค เช่น การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived benefits) การรับรู้ถึงประโยชน์ ของการรักษาและป้องกันโรค หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรค หรือป้องกันไม่ให้เกิด โรคโดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็น โรคนั้นๆ ดังนั้น การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบถึงข้อดี และข้อเสียของพฤติกรรมนั้นโดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย

4. การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived barriers) การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจ ได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือด หรือการตรวจพิเศษทำ ให้เกิดความไม่สุขสบาย การมารับบริการ หรือพฤติกรรมอนามัย

นั้นขัดกับอาชีพ หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วยนี้สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาโรคได้

5. เกิดสิ่งชักนำให้การปฏิบัติ (Cues to action) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่มีกระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา เพื่อให้แบบแผนความเชื่อมีความสมบูรณ์นั้นจะต้องพิจารณา ถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติซึ่งมี 2 ด้าน คือ สิ่งชักนำภายในหรือสิ่งกระตุ้นภายใน (Internal cues) ได้แก่ การรับรู้สภาวะของร่างกายตนเอง เช่น อาการของโรค หรือการเจ็บป่วย ส่วนสิ่งชักนำภายนอกหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก (External cues) ได้แก่ การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชน หรือการเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รักหรือบุคคลที่นับถือ เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา เป็นต้น

6. ปัจจัยร่วม (Modifying factors) ปัจจัยร่วมเป็นปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรม สุขภาพแต่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติ ได้แก่

1) ปัจจัยด้านประชากร เช่น อายุ ระดับการศึกษา เป็นต้น

2) ปัจจัยทางด้านสังคมจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคมกลุ่มเพื่อน กลุ่มอ้างอิงมีความเกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานทางสังคมค่านิยมทางวัฒนธรรมซึ่งเป็นพื้นฐานทำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อ ป้องกันโรคที่แตกต่างกัน

3) ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ความรู้เรื่องโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค

7. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivation) แรงจูงใจด้านสุขภาพ หมายถึงสภาพอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการถูกกระตุ้นด้วยเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ได้แก่ ระดับความสนใจ ความใส่ใจทัศนคติและ ค่านิยมทางด้านสุขภาพ เป็นต้น

2.6 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

2.6.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ หมายถึง สภาวะที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมีความอ่อนแอทางร่างกาย และจิตใจอาจเจ็บป่วยหรือเกิดความพิการ อาจเจ็บป่วยหรือมีความพิการเกิดขึ้นเป็นวัยที่เกิดการเปลี่ยนแปลงสู่ความเสื่อมของร่างกายและจิตใจ การเปลี่ยนแปลงจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับพันธุกรรมสิ่งแวดล้อมภาวะโภชนาการ และการเปลี่ยนแปลงของแต่ละบุคคล (ชุตินา เจริญกุล, 2531)

ผู้สูงอายุ หมายถึง วัยสูงอายุหรือวัยชราเริ่มตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไป ภาวะชรา มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับการบำรุงรักษา พันธุกรรม และการพัฒนาในอดีต วัยชราเป็นระยะสุดท้ายของชีวิตอาจยาวนาน 10-20 ปี หรือมากกว่านั้นแตกต่างกันแต่ถ้ามีการเตรียมตัวและ

เตรียมใจก่อนเข้าสู่วัยนี้ล่วงหน้ามาตั้งแต่วัยกลางคนจะสามารถปรับตัวรับมือกับโรคภัยหรือวัยชราได้ตามสมควรแก่ฐานะ วัยสูงอายุเป็นวัยของการพักผ่อนอย่างสงบ มีการพัฒนาจิตใจสามารถปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมต่างๆ ในชีวิตได้อย่างภาคภูมิใจ (ศรีธรรม ชนะภูมิ, 2535)

ผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไปที่มีชีวิตอยู่ในช่วงปัจฉิมวัย ซึ่งมีสมรรถภาพด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมอยู่ในภาวะเสื่อมถอยตามสังขาร และมากด้วยประสบการณ์ มีคุณธรรมประจำใจ เป็นบุคคลที่สมควรได้รับการเคารพกราบไหว้และควรได้รับการดูแลจากครอบครัว บุตรหลาน และชุมชนเป็นอย่างดีสำหรับประเทศไทย “ผู้สูงอายุ” ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 (สุรพล ชยภพ, 2552)

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่อยู่ในวัยช่วงสุดท้ายของชีวิต เป็นผู้ที่มียุคคุณค่าและได้ทำประโยชน์ให้แก่สังคมเป็นระยะเวลายาวนาน การกำหนดให้บุคคลเป็นผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับลักษณะของสังคมแต่ละสังคม (สุพรรณษา วังศิริ, 2552)

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสุขภาพแข็งแรงเป็นวัยที่ทำงานหรือกิจกรรมต่างๆ ที่พึ่งตนเองและมีความสามารถช่วยเหลือตนเองได้ส่วน “คนแก่” คือ บุคคลที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป มีสภาพและบทบาทที่ลดลงตามความสามารถของกำลังหรือความแข็งแรงของร่างกาย เป็นกลุ่มสังคมที่เริ่มถดถอยตามสถานภาพที่มีอำนาจทางเศรษฐกิจ สำหรับคำว่า “ชรา” คือ ผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ต้องพึ่งพาบุตรหลานในทุกๆ ด้าน (มัลลิกา มัติโก และรัตนา เพ็ชรอุไร, 2542)

ผู้สูงอายุหรือบางคนเรียกว่า ผู้สูงวัยเป็นคำที่บ่งบอกถึงตัวเลขของอายุว่า มีอายุมาก โดยนิยมนับตามอายุตั้งแต่แรกเกิด (Chronological age) หรือทั่วไป เรียกว่า คนแก่หรือคนชรา โดยพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ให้ความหมายของคำว่าคนแก่ คือ มีอายุมาก หรืออยู่ในวัยชรา และให้ความหมายของคำว่า ชราคือแก่ด้วยอายุชำรุดทรุดโทรม นอกจากนั้นยังมีการเรียกผู้สูงอายุว่า ราษฎรอาวุโส (Senior citizen) ส่วนองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) และองค์การสหประชาชาติ (United Nations ,UN) ใช้คำในภาษาอังกฤษ ของผู้สูงอายุว่า Older person or elderly person แต่เท่าที่ผู้เขียนอ่านจากเอกสารต่าง ๆ ของจากทั้งองค์การอนามัยโลกและองค์การสหประชาชาติมีมติใช้คำว่า Older person มากกว่า Elderly person (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2557)

สังคมผู้สูงอายุ องค์การสหประชาชาติ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Ageing society หรือ Aging society) ระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) และระดับ (Super-aged society) โดยให้นิยามของระดับต่างๆ ซึ่งทั้งประเทศไทย และรวมทั้งประเทศต่างๆ ทั่วโลกใช้ความหมายเดียวกันในนิยามของทุกระดับของสังคมผู้สูงอายุ ดังนี้

1) การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ คือ การมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป รวมทั้งเพศชาย และเพศหญิงมากกว่า 10% ของประชากรทั้งประเทศ หรือมีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปีเกิน 7% ของประชากรทั้งประเทศ

2) สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ คือ เมื่อประชากรอายุ 60 ปีเพิ่มขึ้นเป็น 20% หรือประชากรอายุ 65 ปีเพิ่มเป็น 14% ของประชากรโดยรวมทั้งหมดของทั้งประเทศ

3) Super-aged society คือ สังคมที่มีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่า 20% ของประชากร ทั้งประเทศในส่วนของประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2547-2548 โดยมีจำนวนประชากรสูงอายุ 60+ คิดเป็นร้อยละ 10.2-10.4 ของประชากรไทยทั้งประเทศและคาดว่าจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ประมาณปี พ.ศ. 2567-2568 แต่บางการศึกษาคาดว่าอาจภายในปี พ.ศ.2570 (พงทอง ไกรพิบูลย์, 2557)

วัยสูงอายุหรือวัยชรา หมายถึง มนุษย์ที่มีอายุอยู่ในช่วงปลายของชีวิต นิยามของผู้สูงอายุ อาจแตกต่างกันไป เมื่อพิจารณาจากแง่มุมต่าง ๆ อาทิทางชีววิทยา ประชากรศาสตร์การจ้างงานและทางสังคมวิทยา ในทางสถิติถือว่าผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุคือ บุคคลที่มีอายุ 60-65 ปีขึ้นไปสำหรับประเทศไทยกำหนดไว้ ผู้สูงอายุคือบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ประเทศพัฒนาแล้วส่วนใหญ่จะมีสัดส่วนผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งประเทศสูงกว่าประเทศกำลังพัฒนาสำหรับประเทศไทย มีสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับ

บุคคลผู้จะเข้าข่ายเป็นผู้สูงอายุมิเกณฑ์ในการพิจารณาแตกต่างกัน โดยกำหนดเกณฑ์ในการพิจารณาความเป็นสูงอายุไว้ 4 ลักษณะดังนี้

1) พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากอายุจริงที่ปรากฏ (Chronological aging) จากจำนวนปี หรืออายุที่ปรากฏจริงตามปีปฏิทิน โดยไม่นำเอาปัจจัยอื่นมารวมพิจารณาด้วย

2) พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (Physiological aging หรือ Biological aging) กระบวนการเปลี่ยนแปลงนี้จะเพิ่มขึ้นตามอายุขัยในแต่ละปี

3) พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ (Psychological aging) จากกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ สถิติปัญญา การรับรู้และเรียนรู้ที่ถดถอยลง

4) พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากบทบาททางสังคม (Sociological aging) จากบทบาท หน้าที่ทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป การมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มบุคคล ตลอดจนความรับผิดชอบในการทำงานลดลง (สุรกุล เจนอบรม, 2541)

บาร์โร และสมิธ (Barrow and Smith) เสนอข้อคิดเห็นว่า เป็นการยากที่จะกำหนดว่าผู้ใดชราภาพหรือสูงอายุแต่สามารถพิจารณาจากองค์ประกอบต่าง ๆ ได้ดังนี้

1) ประเพณีนิยม (Tradition) เป็นการกำหนดผู้สูงอายุ โดยยึดตามเกณฑ์อายุที่ออกจากงาน เช่น ประเทศไทยกำหนดอายุวัยเกษียณอายุครบ 60 ปี แต่ประเทศสหรัฐอเมริกากำหนดอายุ 65 ปี เป็นต้น

2) การปฏิบัติหน้าที่ทางร่างกาย (Body functioning) เป็นการกำหนดโดยยึดตามเกณฑ์ทาง สรีรวิทยาหรือทางกายภาพบุคคลจะมีการเสื่อมสลายทางสรีรวิทยาที่แตกต่างกันในวัยสูงอายุอวัยวะต่างๆ ในร่างกายจะทำงานน้อยลงซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคลบางคนอายุ 50 ปี ฟันอาจจะหลุดทั้งปากแต่บางคนอายุถึง 80 ปี ฟันจึงจะหลุด เป็นต้น

3) การปฏิบัติหน้าที่ทางด้านจิตใจ (Mental functioning) เป็นการกำหนดตามเกณฑ์ ความสามารถในการคิดสร้างสรรค์การจำ การเรียนรู้และความเสื่อมทางด้านจิตใจ สิ่งที่พบมากที่สุดและผู้สูงอายุคือ ความจำเสื่อม ขาดแรงจูงใจ ซึ่งไม่ได้หมายความว่า บุคคลผู้สูงอายุทุกคนจะมีสภาพเช่นนี้

4) ความคิดเกี่ยวกับตนเอง (Self-concept) เป็นการกำหนดโดยยึดความคิดที่ผู้สูงอายุมอง ตนเอง เพราะโดยปกติผู้สูงอายุมักจะเกิดความคิดว่า “ตนเองแก่อายุมากแล้ว” และส่งผลต่อบุคลิกภาพ 9 ทางกาย ความรู้สึกทางด้านจิตใจและการดำเนินชีวิตประจำวัน สิ่งเหล่านี้จะเปลี่ยนแปลงไปตาม แนวความคิดที่ผู้สูงอายุนั้น ๆ ได้กำหนดขึ้น

5) ความสามารถในการประกอบอาชีพ (Occupation) เป็นการกำหนดโดยยึดความสามารถ ในการประกอบอาชีพ โดยใช้แนวความคิดจากการเสื่อมถอยของสภาพทางร่างกายและจิตใจ คนทั่วไปจึง กำหนดว่า วัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องพักผ่อน หยุดการประกอบอาชีพ ดังนั้น บุคคลที่อยู่ในวัยสูงอายุจึง หมายถึง บุคคลที่มีวัยเกินกว่าวัยที่จะอยู่ในกำลังแรงงาน

6) ความกดดันทางอารมณ์และความเจ็บป่วย (Coping with stress and illness) เป็นการ กำหนดโดยยึดตามสภาพร่างกายและจิตใจ ผู้สูงอายุจะเผชิญกับสภาพโรคร้ายไข้เจ็บอยู่เสมอ เพราะสภาพ ทางร่างกาย อวัยวะต่าง ๆ เริ่มเสื่อมลง นอกจากนั้นยังอาจเผชิญกับปัญหาทางด้านสังคมอื่น ๆ ทำให้เกิด ความกดดันทางอารมณ์เพิ่มขึ้นอีก ส่วนมากมักพบกับผู้มีอายุระหว่าง 60-65 ปีขึ้นไป (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2544)

2.6.2 การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ

การแบ่งกลุ่มของผู้สูงอายุนั้นได้แบ่งผู้สูงอายุไว้หลายคนโดยมักจะแบ่งออกตามลักษณะต่างๆ ที่สำคัญ ดังนี้

การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ หมายถึง แบ่งตามลักษณะของจิตสังคมและชีววิทยา โดยแบ่งช่วงอายุออกเป็น 4 ช่วง ดังนี้

1) ช่วงไม่ค่อยแก่ (the young-old)

ช่วงนี้อายุประมาณ 60-69 ปี เป็นช่วงที่คนต้องประสบกับความเปลี่ยนแปลง

ของชีวิตที่เป็นวิกฤตหลายด้าน เช่น การเกษียณอายุ การจากไปของมิตรสนิท คู่ครอง รายได้ลดลง การสูญเสีย ตำแหน่งทางสังคม เป็นต้น ช่วงนี้บุคคลยังเป็นคนที่แข็งแรงแต่อาจต้องพึ่งพิงผู้อื่นบ้าง สำหรับบุคคลที่มีการศึกษาสูง รู้จักปรับตัวช่วงนี้ยังเป็นช่วงที่เราจะมีสมรรถภาพด้านต่างๆ ใกล้เคียงกับคนหนุ่มสาวมาก การปรับตัวในช่วงนี้มีข้อเสนอแนะว่าควรใช้แบบ “engagement” คือ ยังเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ทางสังคมทั้งในครอบครัวและนอกครอบครัว

2) ช่วงแก่ปานกลาง (the middle-aged old)

ช่วงอายุประมาณ 70-79 ปีเป็นช่วงที่คนเริ่มเจ็บป่วยเพื่อนและสมาชิกในครอบครัวที่อายุใกล้ๆ กันอาจเริ่มล้มหายตายจากมากขึ้นเข้าร่วมกิจกรรมของสังคมน้อยลงการปรับตัวในระยะนี้มักเป็นไปในรูปแบบ “disengagement” คือไม่ค่อยยุ่งเกี่ยวกับกิจกรรมของครอบครัวและสังคมนานักอีกต่อไป

3) ช่วงแก่จริง (the old-old)

ช่วงอายุประมาณ 90-90 ปีผู้มีอายุยืนถึงระดับนี้ปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมยากขึ้นเพราะสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับคนอายุถึงขั้นนี้ต้องมีความเป็นส่วนตัวมากขึ้น ไม่วุ่นวาย แต่ก็ต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ยังกระตุ้นความมีสมรรถภาพในแง่ต่างๆ ตามวัย (both privacy and stimulating) ผู้สูงอายุนั้นต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นมากกว่าในวัยที่ผ่านมา เริ่มย้อนนึกถึงอดีตมากยิ่งขึ้น

4) ช่วงแก่จริงๆ (the vevy old-old)

ช่วงอายุประมาณ 90 ถึง 99 ปีผู้มีอายุยืนถึงระดับนี้มีจำนวนค่อนข้างน้อย ความรู้ต่างๆ ด้านชีววิทยาสังคมและจิตใจของคนวัยนี้ยังไม่มีการศึกษามากนักแต่อาจกล่าวได้ว่าเป็นระยะที่มีปัญหาทางสุขภาพผู้สูงอายุในวัยนี้ควรทำกิจกรรมที่ไม่ต้องมีการแข่งขัน ไม่ต้องมีการบีบบังคับเรื่องเวลาที่ต้องทำให้เสร็จความทำกิจกรรมอะไรที่พอเข้าใจ และพอทำในชีวิตประจำวันได้สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มนี้ที่ได้รับที่ได้ผ่านวิกฤตต่างๆ ของชีวิตมาแล้วด้วยดีจะเป็นค่าระยะแห่งความสงบพอใจในตนเอง (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2540)

2.6.2 การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ

ในประเทศไทย ผู้สูงอายุหมายถึงผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป แต่ความชรา หรือขบวนการความแก่ เป็นขบวนการที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ต่างๆ ในร่างกายเริ่มตั้งแต่อยู่ในครรภ์จนเติบโตเป็นทารกและเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ในช่วงเวลาเหล่านี้เซลล์จะเปลี่ยนแปลงในทางเสริมสร้าง ทำให้เจริญเติบโต เมื่อพ้นวัยผู้ใหญ่แล้วจะมีผลการสลายของเซลล์มากกว่าสร้างทำให้สมรรถภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆ ลดลงการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคลการเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ นอกจากจะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาแล้ว ยังมีการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์ และการเปลี่ยนแปลงทางสังคมอีกด้วย

(1) การเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยาของผู้สูงอายุ เป็นการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆ ของร่างกาย ได้แก่ ผิวหนังจะบาง แห้ง เหี่ยวยุบ มักมีอาการคัน ขาดความมันและความยืดหยุ่น

1.1 ต่อมเหงื่อ ลดน้อยลง การขับเหงื่อน้อยลง ทำให้ผมบาง หัวล้าน ขนตามร่างกายร่วงหลุดง่าย ผลและขน ร่วง เปลี่ยนเป็นสีเทา หรือหงอก ทำให้ผมบาง หัวล้าน ขนตามร่างกายร่วงหลุดง่าย ที่เห็นชัด คือ ขนรักแร้ ทั้งนี้เนื่องจากต่อมรูขุมขนทำงานน้อย

1.2 ระบบทางเดินอาหาร ฟันหักมากขึ้นทำให้เคี้ยวอาหารไม่ได้ละเอียดต่อน้ำลาย ขับน้ำลายน้อย ทำให้ความชื้นในปากและเมือกหล่อลื่นไม่พอที่จะช่วยคลุกเคล้าอาหาร รวมทั้งประสาทกล้ามเนื้อที่ควบคุมการกลืนทำงานน้อยลง ทำให้กลืนอาหารลำบากนอกจากนี้ ปริมาณน้ำย่อยต่างๆ จะลดลง เช่น ปริมาณกรดเกลือในกระเพาะอาหารลดลง ทำให้อาหารย่อยไม่ได้ ท้องอืด ตับและตับอ่อนเสื่อม ทำให้เกิดกรดเบาหวานได้ง่าย การขับถ่ายอุจจาระไม่ปกติ ท้องผูกง่าย เพราะไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย

1.3 ระบบทางเดินหายใจ ปอดเสื่อมลง การขยายตัวและยุบตัวไม่ดี เหนื่อยง่าย กล้องเสียงเสื่อม เสียงแหบแห้ง กล้ามเนื้อทรวงอกเสื่อม

1.4 ระบบทางเดินปัสสาวะ ได้ทำหน้าที่เสื่อมลง ขับของเสียได้น้อยแต่ขับน้ำออกมามากทำให้ปัสสาวะบ่อย ส่วนกระเพาะปัสสาวะนั้น กล้ามเนื้อรัดของท่อปัสสาวะหย่อน จึงกลั้นปัสสาวะได้ไม่ดีในผู้ชายบางคนต่อลูกหมากโต ทำให้ถ่ายปัสสาวะลำบาก

1.5 ระบบประสาทและสมอง สมองเสื่อม ความรู้สึกช้า การเคลื่อนไหวช้า ความสัมพันธ์ระหว่างสมองกล้ามเนื้อและข้อเสียไป ตามร่างกาย บางคนหลงลืมง่าย ฮอร์โมนเมื่ออายุมากขึ้น ฮอร์โมนเพศเอสโตรเจนแอนโดรเจนลดลง และการเปลี่ยนแปลงของระบบพาราไธรอยด์ ฮอร์โมน ทำให้การสร้างเซลล์จากกระดูกมากขึ้น ทำให้เกิดกระดูกพรุน (Osetoporosis) เพราะได้ง่าย โดยเฉพาะกระดูกสันหลัง สะโพกกระดูกต้นขาและข้อมือ ทำให้เกิดอาการปวดหลังและข้อมากขึ้น

(2) การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น ความเจ็บ ป่วยการเสื่อมของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดความวิตกกังวลทางอารมณ์และจากการเปลี่ยนแปลง ทางด้านบทบาทสังคมเช่น การเกษียณอายุการสูญเสียบทบาทในการเป็นหัวหน้าครอบครัว การเสียชีวิตของคู่สมรส ญาติคนใกล้ชิดหรือเพื่อน เหล่านี้มีผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ ดังนี้

2.1 อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ยกเว้นถูกทอดทิ้งขาดความมั่นใจในตนเอง สูญเสียความคุ้นเคยไม่สามารถปรับตัวได้เพราะมีปมด้อย

2.2 นิสัยเปลี่ยนไป เฉื่อยชาต่อเหตุการณ์ไม่เข้าสังคม เก็บตัวอยู่แต่ในบ้าน ไม่นึกสนุกสนาน คิดระแวงสงสัยคิดว่า ตนไม่มีประโยชน์เป็นภาระต่อผู้อื่น ซึมเศร้า หงุดหงิด โกรธง่ายใจน้อย

2.3 ความทุกข์ใจ คิดถึงอดีตด้วยความเสียดาย อาลัยอาวรณ์ คิดถึงปัจจุบันด้วยความวิตก เศร้าสลด ทวาดระแวงคิดถึงอนาคตด้วยความหวาดกลัวว่าเหวในรายที่สูญเสียคู่ชีวิต

(3) การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ได้แก่

3.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านสถานภาพและบทบาททางสังคม เช่น ผู้ที่เคยทำงานเมื่ออายุครบ 60 ปี ต้องออกจากงาน การสูญเสียบทบาทในการเป็นผู้นำครอบครัว จากบทบาทที่เคยเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัวกลายเป็นสมาชิกคนหนึ่งของคนรอบครัวเป็นผู้รับมากกว่า ผู้ให้ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียอำนาจและบทบาททางสังคมที่เคยมี

3.2 การถูกทอดทิ้ง สภาพปัจจุบันในสังคมชนบท คนหนุ่มสาวมีการย้ายถิ่น เพื่อมาหางานทำ ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งอยู่ในถิ่นเดิม ส่วนในสังคมเมืองผู้สูงอายุอยู่ตามลำพัง เนื่องจากลูกหลานต้องไปทำงานนอกบ้านเป็นส่วนใหญ่ไม่มีเวลาเอาใจใส่

3.3 การเสื่อมความเคารพ คนส่วนใหญ่มองว่า ผู้สูงอายุมีสมรรถภาพความสามารถน้อยลงและคิดว่า ผู้สูงอายุไม่ทัน ต่อเหตุการณ์ทำให้สูงอายุจากการที่เคยได้รับความเคารพนับถือในฐานะที่มีประสบการณ์เป็นการเสื่อมความเคารพแทน (อารีย์ เสนาชัย, 2555)

2.6.3 ความต้องการของผู้สูงอายุ

ความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละคนอาจแตกต่างกันไป ดังนั้นควรที่จะทำความเข้าใจพื้นฐานชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลซึ่งครอบครัวจะมีบทบาทสำคัญยิ่งในเรื่องดังกล่าวนี้ โดยทั่วไปความต้องการของผู้สูงอายุ พอสรุปได้ดังนี้

1) ความต้องการทางด้านร่างกายเป็นความต้องการขั้นพื้นฐาน ได้แก่ ความต้องการอาหาร การขับถ่าย การพักผ่อนนอนหลับ การมีที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัย การมีเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่มที่เหมาะสมตามฤดูกาล และต้องการการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย

2) ความต้องการทางด้านจิตใจ ผู้สูงอายุต้องการมีกิจกรรมทางสังคม เช่น การพบปะเพื่อน การร่วมกิจกรรมทางศาสนา เป็นต้น

3) ความต้องการทางด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุจำเป็นต้องใช้เงินเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับตนเอง ช่วยเหลือกิจกรรมทางสังคมและทำบุญ รวมทั้งเป็นค่ารักษาพยาบาลเมื่อยามเจ็บป่วย

ในทำนองเดียวกัน การตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ครอบครัวควรให้การตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ดังนี้

1) ตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย โดยดูแลเอาใจใส่เรื่องการรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ จัดที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมปลอดภัย จัดหาเสื้อผ้าจัดหาเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่มให้ เหมาะสมตามฤดูกาล แบ่งเบาภาระเรื่องงานในบ้าน พาผู้สูงอายุไปรับการตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ จัดหาอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุ เช่น แวนตาไม้เท้า เครื่องช่วยฟัง เป็นต้น

2) ตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจ โดยเอาใจใส่พูดคุยอย่างสม่ำเสมอให้ความรัก ความเคารพ ยกย่อง ยอมรับนับถือ ฟังผู้สูงอายุเล่าประสบการณ์ชีวิต ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ เช่น การจัดงานวันเกิด การพาผู้สูงอายุไปท่องเที่ยวตามโอกาสและสถานที่ที่เหมาะสม การแสดงให้เห็นความสำคัญของวันสงกรานต์ ซึ่งเป็นวันผู้สูงอายุแห่งชาติ

3) ตอบสนองความต้องการทางด้านสังคม โดยแสดงความยินดีที่จะพาผู้สูงอายุไปร่วมกิจกรรมทางสังคมที่เหมาะสมตามผู้สูงอายุต้องการและพยายามสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว และสังคมที่เหมาะสมตามกำลังความสามารถที่จะทำได้ เป็นต้น

4) ตอบสนองความต้องการทางด้านเศรษฐกิจ โดยรับภาระค่าใช้จ่าย การดูแลเอาใจใส่ช่วยเหลือในด้านการเงินอย่างเพียงพอ และสม่ำเสมอ ไม่ควรให้ผู้สูงอายุประสบปัญหาในการหาเงินเพื่อเลี้ยงชีพตนเอง รวมทั้งบุตรหลาน หรือครอบครัวไม่ควรเบียดเบียนด้านการเงินกับผู้สูงอายุ เมื่อผู้สูงอายุมีความจำกัดด้านการเงิน จากการทบทวนความต้องการ และการตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุข้างต้น ผู้วิจัยได้สรุปถึงความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการและการตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการและการตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ

ความต้องการของผู้สูงอายุ	การตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ
1. ทางด้านร่างกาย 1.1 ความต้องการอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ การขับถ่าย 1.2 การมีที่อยู่ทีปลอดภัย 1.3 การมีเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่ม 1.4 การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย	1. ทางด้านร่างกาย 1.1 ดูแลเอาใจใส่เรื่องการรับประทานอาหาร การพักผ่อน และการขับถ่าย 1.2 จัดที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมปลอดภัย 1.3 จัดหาเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่มให้เหมาะสมตามฤดูกาล 1.4 พาผู้สูงอายุไปรับการตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ
2. ทางด้านจิตใจ 2.1 การดูแลเอาใจใส่ 2.2 การยอมรับนับถือ 2.3 การเห็นอกเห็นใจและการให้อภัย	2. ทางด้านจิตใจ 2.1 การพูดคุยอย่างสม่ำเสมอ ให้ความรัก 2.2 การให้ความเคารพ ยกย่อง การให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการและการตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ (ต่อ)

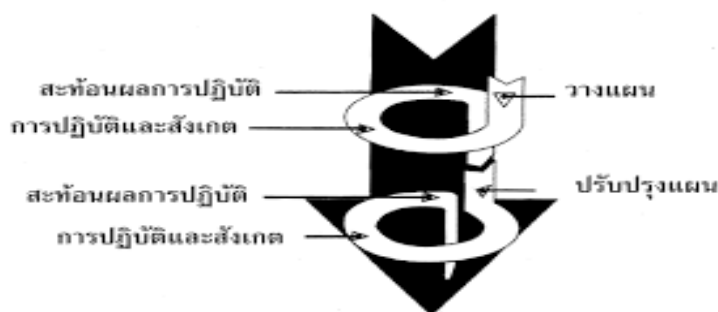
ความต้องการของผู้สูงอายุ	การตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ
3. ทางด้านสังคม การมีกิจกรรมทางสังคม	3. ทางด้านสังคม การพาผู้สูงอายุไปร่วมกิจกรรมทางสังคม ให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมร่วมในครอบครัว ตามกำลังความสามารถที่จะทำได้
4. ทางด้านเศรษฐกิจ ค่าใช้จ่ายในการดำรงชีพ	4. ทางด้านเศรษฐกิจ การดูแลเรื่องค่าใช้จ่ายเท่าที่จะช่วยได้ การไม่เบียดเบียนด้านการเงินกับผู้สูงอายุ

กล่าวโดยสรุปความต้องการ และการตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุนับเป็น การดูแลผู้สูงอายุขั้นพื้นฐานเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสุขและมีกำลังใจไม่ท้อแท้ต่อการดำเนินชีวิตที่สำคัญช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรู้สึกไม่โดดเดี่ยวกับการใช้ชีวิตที่เป็นอยู่ต่อไป (บังอร ธรรมศิริ, 2549)

2.7 แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยปฏิบัติการ

กระบวนการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart กระบวนการดำเนินงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) ประกอบด้วยกิจกรรมการวิจัยที่สำคัญ 4 ขั้นตอนหลัก คือ

- 1) การวางแผนเพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (planning)
- 2) ลงมือปฏิบัติการตามแผน (action)
- 3) สังเกตการณ์ (observation)
- 4) สะท้อนกลับ (reflection) กระบวนการและผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และปรับปรุงแผนการปฏิบัติงาน (re - planning) โดยดำเนินการเช่นนี้ต่อไปเรื่อยๆ เป็นดังตัวอย่างแสดง



ภาพที่ 2 วงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ หมายถึง การแสวงหาความรู้ภายใต้การดำเนินการของ นักปฏิบัติที่กลายมาเป็นนักวิจัย หรือผู้ซึ่งทำงานเป็นหุ้น ส่วนกับนักวิจัย เพื่อตรวจสอบประเด็นและปัญหาในสถานที่ทำงานของตนเอง เป็นการนำความคิดไปปฏิบัติผ่านกระบวนการที่เป็นวงจร ซึ่งแต่ละวงจะขึ้นกับวงก่อนหน้า การวิจัยเชิงปฏิบัติการไม่ใช่วิธีการวิจัยบริสุทธิ์ แต่เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนา และนักวิจัยสามารถใช้วิธีการเก็บและ รวบรวมข้อมูลได้หลากหลายวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นทั้งการวิจัย และการปฏิบัติการ (Holloway, 2010)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นรูปแบบหนึ่งของการวิจัยที่ไม่ได้แตกต่างไป จากการวิจัยอื่นๆ ใน เชิงเทคนิค แต่แตกต่างในด้านวิธีการ ซึ่งวิธีการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ การทำงาน ที่เป็น การสะท้อนผลการปฏิบัติงานของตนเองที่เป็นวงจรแบบขดลวด (Spiral of Self-Reflecting) โดย เริ่มต้นที่ขั้นตอนการวางแผน (planning) การปฏิบัติ (action) การสังเกต (observing) และการสะท้อนกลับ (reflecting) เป็นการวิจัยที่จำเป็นต้อง อาศัยผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการสะท้อนกลับ เกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อให้เกิดการพัฒนา ปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้น เคมมิส และแมคแทกกาท (Kemmis & Mc Taggart, 1988)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นการวิจัยที่มีเป้าหมายที่จะแก้ปัญหา พัฒนากิจกรรมโดยการปรับปรุง เปลี่ยนแปลง (Improving by changing) โดยบุคคลที่เผชิญกับปัญหานั้นๆ อยู่เองเป็นรูปแบบของการทำความเข้าใจในการปรับปรุงสถานการณ์เฉพาะที่พบว่ามีปัญหา เพื่อต้องการพัฒนา หาหลักการ เหตุผลและวิธีการ ปฏิบัติงานเพื่อการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานนั้นและขณะเดียวกันก็เป็นการพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการ ปฏิบัติงานนั้น ๆ (ศิริพรจิรวัฒน์กุล, 2546)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการวิจัยที่ทำ โดยนักวิจัยและคณะบุคคลที่เป็นผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน องค์กร หรือชุมชน โดยมี จุดมุ่งหมายหลักเพื่อนำผลการศึกษาวิจัยที่ค้นพบหรือสรรค์สร้างขึ้นไปใช้ปรับปรุงแก้ ปัญหา หรือพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานได้อย่างทันต่อเหตุการณ์ สอดคล้องกับสภาพ ปัญหาที่ต้องการแก้ไข รวมทั้งกลมกลืนกับโครงสร้างการบริหารงาน ตลอดจนบริบททาง ด้านสังคมและวัฒนธรรมและด้านอื่นๆ ที่แวดล้อมหรือเกิดขึ้นในสถานที่เหล่านั้น (องอาจ นัยพัฒน์, 2548)

Johnson ให้ความหมายการวิจัยเชิงปฏิบัติการว่า เป็นการวิจัยระหว่างการปฏิบัติงาน เพื่อแก้ปัญหาที่ผู้ปฏิบัติงานกำลังเผชิญอยู่ โดยเป็น กระบวนการศึกษาสภาพหรือสถานการณ์ที่เป็นจริงของสถานศึกษาเพื่อทำความเข้าใจ และพัฒนาปรับปรุงคุณภาพของการปฏิบัติงาน (Johnson, 2008)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เป็นวิธีการแสวงหาความรู้ ความจริง โดยการนำกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ มาใช้ในการแสวงหาข้อมูลข้อเท็จจริงหรือข้อสรุปที่ต้องการ จากนั้นจึงนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้ในการแก้ปัญหาหรือพัฒนางานที่ ปฏิบัติอยู่ซึ่งมีวัตถุประสงค์สำคัญ คือ การลดช่องว่างระหว่างการนำทฤษฎีไปใช้ในการปฏิบัติ งานในสถานการณ์ที่เป็นจริง รวมทั้งมุ่งพัฒนาประสิทธิภาพการปฏิบัติงานที่หน่วยงาน หรือบุคลากรนั้นๆ ได้รับผิดชอบอยู่ ขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการมีลักษณะเช่นเดียวกับกระบวนการวิจัยประเภทอื่นๆ โดยมีขั้นตอนที่สำคัญ คือ เริ่มต้นด้วยการวางแผน การนำแผนไปปฏิบัติ และการประเมินผล แต่สิ่งที่จะกล่าวได้ว่ามีความแตกต่างกับการวิจัยแบบอื่นๆ คือ ผู้วิจัยจะดำเนินการวิจัย ด้วยการใช้รูปแบบบันไดเวียน (spiral) เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ นั่นคือ ถ้าผลการวิจัยสามารถแก้ไขปัญหา หรือพัฒนาหน่วยงาน ผลผลิตได้ตามที่ต้องการก็ถือว่าสิ้นสุดขั้นตอนการวิจัย แต่ถ้าผลการวิจัยยังไม่สามารถ แก้ไขปัญหาหรือพัฒนาสิ่งที่ต้องการได้ ผู้วิจัยสามารถนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินผล ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนใหม่ นอกจากนี้ขณะดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยสามารถ ปรับปรุงแก้ไข แผนงานได้ตลอดเวลา เพื่อให้แผนงานมีความเหมาะสมกับสภาพจริงของ การปฏิบัติงาน (วีระยุทธ ชาติตะกาน, 2558)

จากที่กล่าวมาสามารถสรุปได้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการศึกษารวบรวม หรือการแสวงหาข้อเท็จจริงโดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อสรุป อันจะนำไปสู่การแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ ทั้งในด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผลของงาน ในขอบข่ายที่รับผิดชอบ โดยผู้วิจัยสามารถดำเนินการได้หลายๆ ครั้ง จนกระทั่งผล การปฏิบัติงานนั้นบรรลุวัตถุประสงค์หรือแก้ไข ปัญหาที่ประสบอยู่ได้สำเร็จ โดยกำหนด ขั้นตอนของการวิจัยประกอบด้วย การวางแผน (plan) การปฏิบัติ (action) การสังเกต (observation) และการสะท้อนกลับ (reflection)

กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ องอาจ นัยพัฒน์ ได้สรุปกระบวนการของกิจกรรมการวิจัย เชิงปฏิบัติการเป็นขั้นตอนย่อยๆ ไว้ 10 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. ระบุแนวคิด และนิยามปัญหาอย่างชัดเจน
2. รวบรวมข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง เพื่ออธิบายข้อเท็จจริงของสภาวะการณ์ที่เป็นปัญหาซึ่งต้องได้รับการแก้ไขปรับปรุง
3. วางแผน เพื่อกำหนดยุทธวิธีปฏิบัติการแก้ไขปัญหา
4. นำยุทธวิธีปฏิบัติที่วางไว้ไปลงมือปฏิบัติจริง

5. สังเกตการณ์ ติดตามตรวจสอบ และประเมินผลการปฏิบัติงานตามยุทธวิธี ปฏิบัติที่ได้ลงมือกระทำไปแล้ว

6. สะท้อนกลับผลของการนำยุทธวิธีปฏิบัติที่ได้ลงมือปฏิบัติแล้ว โดยอาศัย การคิดในเชิงวิพากษ์ด้วยทัศนะอันหลากหลายจากนักวิจัยเชิงปฏิบัติการและผู้มีส่วนร่วม ในการวิจัยบนพื้นฐานของข้อมูลหลักฐานร่องรอยต่างๆ ที่ได้รับจากขั้นตอนที่ 5

7. ทบทวน และปรับปรุงแผนยุทธวิธีปฏิบัติการแก้ไข้ปัญหา

8. นำแผนยุทธวิธีปฏิบัติที่ปรับแล้วไปลงมือปฏิบัติจริง

9. สะท้อนกลับผลของการนำยุทธวิธีปฏิบัติที่ปรับ และลงมือปฏิบัติแล้ว

10. ดำเนินการเช่นนี้ต่อไปเรื่อยๆ จนกระทั่งนักวิจัยเชิงปฏิบัติการ และผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีความเห็นร่วมกันอย่างสอดคล้องว่า สถานการณ์ที่เป็นปัญหานั้นได้ รับการปรับปรุงแก้ไขจนอยู่ในระดับที่พอใจ ภายใต้ข้อจำกัดทางด้านเวลา และทรัพยากรของการวิจัย จากแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการหรือขั้นตอนของการวิจัยเชิงปฏิบัติการดังที่ กล่าวมา เมื่อนำมาประยุกต์ใช้กับการพัฒนาคุณภาพการจัดการเรียนการสอน และ การบริหารจัดการการศึกษา สามารถสรุปเป็นขั้นตอนที่สำคัญได้ดังนี้

1. การตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพการจัดการเรียนการสอน การบริหารจัดการ ซึ่งถือได้ว่าเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุดของกระบวนการ เนื่องจากเป็นจุด เริ่มต้นของการดำเนินงาน ถ้าผู้วิจัยขาดความตระหนักในความสำคัญของการพัฒนา คุณภาพการจัดการเรียนการสอน และการบริหารจัดการแล้ว กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ จะไม่สามารถเกิดขึ้น

2. การศึกษา สํารวจ วิเคราะห์สภาพการปฏิบัติงาน เพื่อกำหนดจุดที่จะพัฒนา ผู้วิจัยจะดำเนินการศึกษาสภาพปัญหาหรือประเด็นที่คิดว่าควรจะได้รับพัฒนา ซึ่ง ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยสามารถใช้เครื่องมือต่างๆ มาทำการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ เช่น การสังเกต สัมภาษณ์ บันทึกเหตุการณ์ ตรวจสอบเอกสาร การทดสอบ ฯลฯ

3. นำสภาพปัญหาหรือจุดที่จะพัฒนาไปปรึกษากับกลุ่ม เนื่องจากหลักการสำคัญประการหนึ่งของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ คือ การดำเนินงานร่วมกันของกลุ่ม ดังนั้น เมื่อผู้วิจัยสามารถกำหนดปัญหาหรือจุดที่จะพัฒนาได้แล้ว ก็นำไปให้กลุ่มได้พิจารณา ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ร่วมกัน

4. การวางแผนเพื่อแก้ปัญหาหรือเพื่อการพัฒนา ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจะกำหนดแผนงานที่จะนำไปใช้ ซึ่งประกอบด้วยวัตถุประสงค์ของแผน ขั้นตอน วิธีการ เครื่องมือในการแก้ปัญหาพัฒนา และวิธีการประเมินผลความก้าวหน้า

5. นำแผนงานไปปรึกษากับกลุ่ม เพื่อวิเคราะห์จุดเด่น จุดด้อยรวมทั้งคำแนะนำ เพื่อนำไปใช้สำหรับการปรับปรุง แก้ไขแผนงานให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

6. การปรับปรุง แก้ไข ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะที่ได้จากกลุ่ม ตามขั้นตอนที่ 5 ไป ปรับปรุงแก้ไขแผนงาน

7. การปฏิบัติงานตามแผนงาน ผู้วิจัยนำแผนงานที่จัดทำขึ้นไปปฏิบัติใน สถานการณ์ที่ประสบอยู่

8. การประเมินผล เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างและภายหลังการ ดำเนินการตามแผน วิธีการที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลนั้นอาจจะใช้วิธีการให้ได้มาซึ่ง ข้อมูลในเชิง ปริมาณ เช่น การใช้แบบสอบถาม แบบสำรวจ แบบทดสอบ หรือข้อมูลเชิง คุณภาพ เช่น การสังเกต การสัมภาษณ์ ฯลฯ ก็ได้ ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์มากที่สุด เพื่อใช้ในการประเมินผลการ ดำเนินงาน หลังจากที่ผู้วิจัยทำการประเมินผลการปฏิบัติงานตามแผนที่กำหนดไว้แล้ว ผู้วิจัยสามารถ ดำเนินการได้ใน 2 ลักษณะ คือ 1) ในกรณีที่แผนงานนั้นสามารถแก้ไข ปัญหา หรือพัฒนาในสิ่งที่ ต้องการได้สำเร็จก็ยุติได้ 2) ในกรณีที่แผนงานนั้นไม่สามารถ แก้ไขปัญหาหรือพัฒนางานได้ตาม วัตถุประสงค์ ผู้วิจัยต้องย้อนกลับไปเริ่มต้นดำเนิน การศึกษาวิจัยใหม่ตั้งแต่ขั้นตอนที่ 2 อีกครั้ง (องอาจ นัยพัฒน์, 2548)

ขั้นตอนของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ กระบวนการวิจัยนี้เมื่อกล่าวในเชิงการนำไปใช้เพื่อ พัฒนาและปรับปรุงการปฏิบัติงานใน โรงเรียน สามารถอธิบายมีวิธีการดำเนินการตาม วงจรของการ วิจัยเชิงปฏิบัติการได้ดังนี้

1. การจำแนก หรือพิจารณาปัญหาที่ ประสงค์จะศึกษาวิจัย และกลุ่มที่ทำการวิจัย จะต้องศึกษารายละเอียดของปัญหาที่จะศึกษาอย่างชัดเจน ปัญหาที่เกิดขึ้นในโรงเรียนที่จะทำการ วิจัยเชิง ปฏิบัติการจะต้องศึกษาค้นคว้าแสวงหาหลักการและ ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับปัญหานั้นๆ ให้ กว้างขวางพอสมควร

2. เลือกปัญหาสำคัญที่เป็นสาระควรแก่ การศึกษาวิจัย โดยอาศัยพื้นฐานจาก หลักการ และทฤษฎีมาใช้ในการวิเคราะห์ลักษณะของปัญหาแล้ว สร้างวัตถุประสงค์ และสมมุติฐาน ของการวิจัยใน รูปแบบของข้อความที่แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ของปัญหากับหลักการ หรือทฤษฎีที่ เกี่ยวข้อง

3. เลือกเครื่องมือดำเนินการวิจัยที่จะ ช่วยให้ได้คำตอบของปัญหาตามสมมุติฐาน ที่ตั้งไว้ โดยเครื่องมือที่จะใช้ในการวิจัยมีอยู่ 2 ลักษณะ คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองปฏิบัติหรือ การฝึกหัด ตามวิธีการ และเครื่องมือที่ใช้สำหรับการเก็บ รวบรวมข้อมูลที่เป็นผลจากการปฏิบัติการ เช่น แบบทดสอบ แบบสังเกตพฤติกรรม เป็นต้น

4. บันทึกเหตุการณ์อย่างละเอียดในแต่ละขั้นตอนของการวิจัย ทั้งส่วนที่เป็น ความก้าวหน้าและเป็น อุปสรรคตามวงจรของการปฏิบัติการทั้ง 4 ขั้นตอน โดยจะต้องเก็บสะสมข

ฉบับที่กต่างๆ ไว้เพื่อใช้ในการปรับปรุงวงจรปฏิบัติในรอบต่อไป และเพื่อเป็นการรวบรวมข้อมูลสำหรับวิเคราะห์หาคำตอบของสมมุติฐาน

4.1 ขั้นวางแผน (planning) เริ่มด้วยการสำรวจปัญหาพร้อมกันระหว่างบุคลากรภายในโรงเรียน เพื่อให้ได้ปัญหาที่สำคัญที่ต้องการให้ แกไขตลอดจนการแยกแยะรายละเอียดของปัญหานั้นเกี่ยวกับลักษณะของปัญหาเกี่ยวข้องกับใคร แนวทางแก้ไขอย่างไร และจะต้องปฏิบัติอย่างไร

4.2 ขั้นปฏิบัติการ (action) เป็นการนำแนวคิดที่กำหนดเป็นกิจกรรมในขั้นวางแผนมาดำเนินการโดยวิเคราะห์ วิจัยปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นร่วมกันของทีมงานประกอบไปด้วย เพื่อทำการแก้ไขปรับปรุงแผน ฉะนั้นแผนที่กำหนดควรจะมีคามยืดหยุ่นปรับได้

4.3 ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) เป็นการศึกษาความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นวัดความรอบคอบซึ่งอาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งที่คาดหวัง และไม่คาดหวัง โดยต้องอาศัยเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆ เข้าช่วย

4.4 ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติการ (Reflection) ซึ่งเป็นขั้นสุดท้ายของวงจรการทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยทำการประเมินหรือตรวจสอบ กระบวนการแก้ปัญหา หรือสิ่งที่เป็ข้อจำกัดที่เป็อุปสรรคต่อการปฏิบัติการ ผู้วิจัยร่วมกับผู้เกี่ยวข้องจะต้องตรวจสอบปัญหาที่เกิดขึ้นในแง่มุมต่างๆ ที่สัมพันธ์กับสภาพสังคม สิ่งแวดล้อม และระบบการศึกษาของโรงเรียน ที่ประกอบกันอยู่โดยผ่านการร่วมมือปรึกษาปัญหาและการประเมินโดย กลุ่มซึ่งจะทำให้ได้แนวทางของการพัฒนา และขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม เพื่อจะได้ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่นำไปสู่การปรับปรุงและวางแผนการปฏิบัติต่อไป

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ในด้านต่างๆ ของข้อมูล ที่ได้รวบรวมไว้ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพทำการตรวจสอบรายละเอียดของข้อมูล เพื่อให้มั่นใจในความถูกต้อง แสดงรายละเอียดในการอธิบายเหตุการณ์ต่างๆ จัดหมวดหมู่และแยกประเภทของกลุ่มข้อมูลตามหัวข้อที่เหมาะสม เปรียบเทียบข้อแตกต่าง และความคล้ายคลึงข้อมูลแต่ละประเภท โดยการวิเคราะห์อย่างลึกซึ้งร่วมกับกลุ่มผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลที่กลุ่มวิจัยได้ร่วมกันพิจารณาไว้แล้วอีกครั้งหนึ่ง เพื่อสรุปหาคำตอบที่เป็นสาเหตุวิธีการแก้ปัญหา และผลที่ได้รับตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่กำหนดได้ไว้ ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดผู้วิจัยสามารถทำการ ประมวลและสรุปเป็นหลักการ (Principle) รูปแบบ (Model) ของการปฏิบัติข้อเสนอเชิงทฤษฎี (Proposition) หรือทฤษฎี (Theory) ของปฏิบัติการ แก้ปัญหานั้นๆ ได้ทั้งนี้ต้องอาศัยหลักตรรกวิทยาโดยวิธีอุปนัย (induction) และความรูเชิงทฤษฎีของผู้วิจัยเป็นสำคัญ (วีระยทฐ์ ชาตะกาญจน์, 2553)

2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการส่งเสริม เพื่อการเข้าถึงวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ดพบงานวิจัยพอสังเขปได้ดังนี้

ชินอรส ลีสวัสดิ์, เทิดศักดิ์ เดชคง, และลือจรรยา ธนภักดิ์ (2565) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความลังเลใจ และความต้องการรับวัคซีนโควิด 19 พบว่า จากกลุ่มตัวอย่างที่มีความลังเลใจในการรับวัคซีนโควิด 19 จำนวน 1,342 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 58.4 และเพศชายร้อยละ 41.6 มีอายุเฉลี่ย 57.2 ปี อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุร้อยละ 45.5 รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 45 - 60 ปี ร้อยละ 30.5 ด้านสถานภาพสมรสส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 65.7 รองลงมาคือหม้าย/หย่า/แยกร้อยละ 18.9 และโสดร้อยละ 15.4 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ต่ำกว่าปริญญาตรีร้อยละ 90.4 และระดับปริญญาตรีขึ้นไปร้อยละ 9.6 ด้านอาชีพอยู่บ้านไม่ได้ทำงานร้อยละ 44.2 รองลงมาคือรับจ้าง/เอกชน ร้อยละ 20.6 เกษตรกรร้อยละ 18.9 ค่าขายร้อยละ 13.2 และภาครัฐร้อยละ 3.2 ด้านภาวะสุขภาพมีสุขภาพดีไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 41.3 รองลงมาเป็นผู้สูงอายุสุขภาพดีร้อยละ 34.8 และมีโรคประจำตัวร้อยละ 23.8 ด้านลักษณะชุมชนอยู่นอกเขตอำเภอเมืองร้อยละ 54.2 และในเขตอำเภอเมืองร้อยละ 45.8 ความเชื่อมั่นในวัคซีนโควิด 19 พบว่า ด้านความปลอดภัยเชื่อมั่นมากและมากที่สุด ร้อยละ 47.2 ด้านความรุนแรงของอาการข้างเคียงเชื่อมั่นมากและมากที่สุดร้อยละ 41.7 ด้านความถี่ของอาการข้างเคียงเชื่อมั่นมากและมากที่สุด ร้อยละ 35.3 และด้านสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเชื่อมั่นมากและมากที่สุดร้อยละ 45.3

ชนิษฐา ชื่นใจ และบุญภา ปันตุมอัมพร (2564) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโคโรนาไวรัส (Covid-19) ของประชากรในกรุงเทพมหานคร พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง อยู่ในช่วงอายุ 30-39 ปี มีระดับการศึกษา ปริญญาตรี ประกอบอาชีพพนักงานบริษัทเอกชน และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 10,000-20,000 บาท โดยระดับความคิดเห็นของปัจจัยแรงจูงใจในการป้องกันโรค โดยภาพรวมอยู่ในระดับความคิดเห็นมากที่สุด ($\bar{X} = 4.67$, S.D. = 0.292) และมีระดับความคิดเห็นการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโคโรนาไวรัส (Covid-19) โดยภาพรวมอยู่ในระดับความคิดเห็นมากที่สุด ($\bar{X} = 4.46$, S.D. = 0.441) ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า ประชากรในกรุงเทพมหานครที่มี อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่างกันทำให้การตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโคโรนาไวรัส (Covid-19) โดยภาพรวมต่างกัน และประชากรในกรุงเทพมหานครที่มี เพศต่างกันทำให้การตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโคโรนาไวรัส (Covid-19) โดยภาพรวมไม่ต่างกัน นอกจากนี้ ปัจจัยแรงจูงใจในการป้องกันโรค ด้านการรับรู้ความรุนแรงของ

โรค และด้าน 2 ความคาดหวังในประสิทธิผล ส่งผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 (Covid-19) ที่ระดับนัยสำคัญ ทางสถิติ 0.05

ไมลา อิศระสงคราม (2564) ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการป้องกันโรคโควิด-19 กับการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุ พบว่า ผลการวิจัยพบว่า ระดับแรงจูงใจในการป้องกันโรคโควิด-19 โดยรวมและรายด้าน คือ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 ($\bar{x}=3.42$) ด้านความคาดหวังในประสิทธิผลวัคซีนโควิด-19 ($\bar{x}=2.88$) และด้านการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคโควิด-19 ($\bar{x}=3.33$) อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านการรับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูง ($\bar{x}=4.30$) แรงจูงใจในการป้องกันโรคโควิด-19 ด้านการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 9.002$, p-value=0.004)

ประยงค์ อนุสุวรรณ (2565) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับวัคซีนป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุตำบลเมืองเพีย อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับวัคซีนป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 แล้วคิดเป็นร้อยละ 94.4 และยังไม่รับวัคซีนป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 คิดเป็นร้อยละ 5.6 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคและวัคซีนป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ระดับปานกลาง 64.0 ระดับมากคิดเป็นร้อยละ 19.2 และระดับน้อยคิดเป็นร้อยละ 16.8 กลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจในการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ระดับมากคิดเป็นร้อยละ 53.6 ระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 44.8 และระดับน้อยคิดเป็นร้อยละ 1.6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับวัคซีนป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความรู้เกี่ยวกับโรคและวัคซีนป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 และแรงจูงใจในการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ในขณะที่ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับวัคซีนป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019

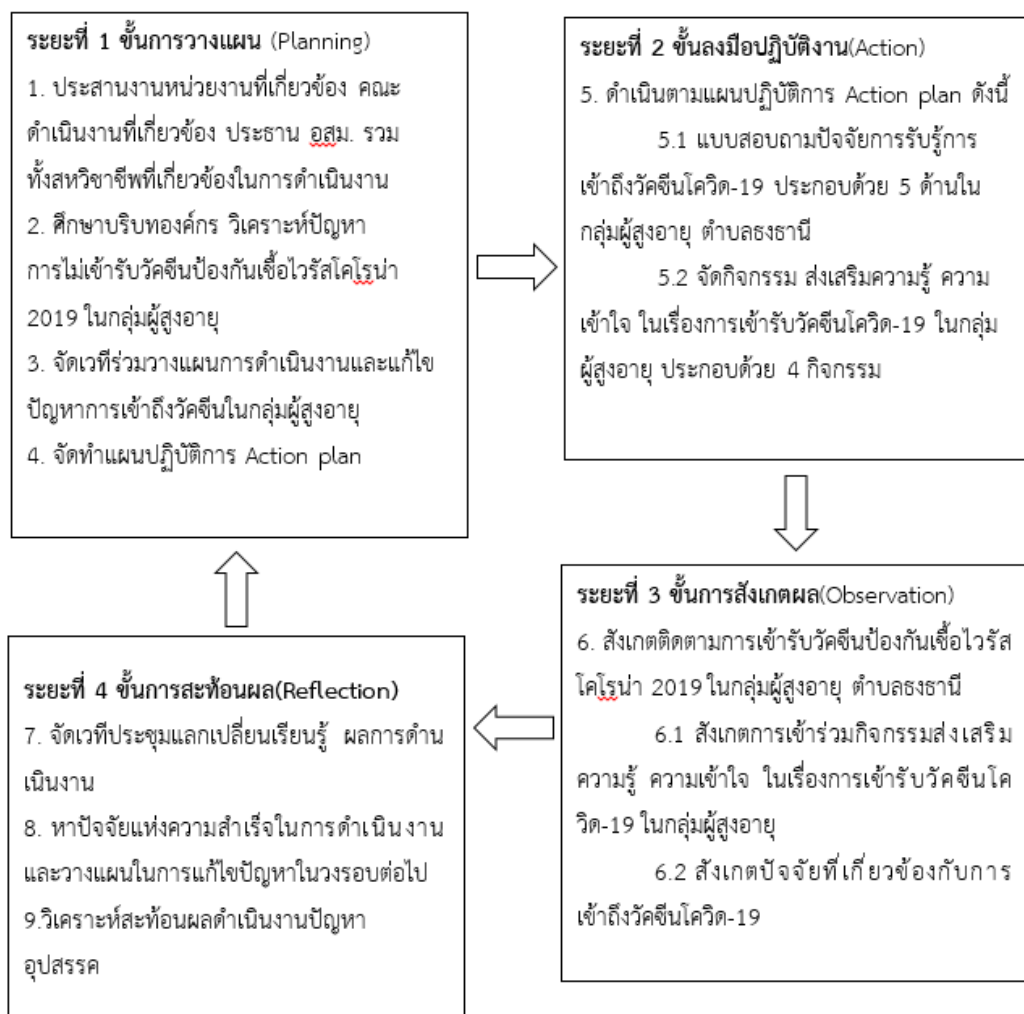
สุรัชย์ โชคครรชิตไชย (2564) ศึกษาเรื่อง วัคซีนโควิด-19 กับแผนการสร้าง "ภูมิคุ้มกันหมู่" ในประเทศไทย พบว่า ประเทศไทยได้เตรียมการจัดหาวัคซีนให้กับประชาชนคนไทยมาตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2563 โดยมีคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญ โดยพิจารณาถึงคุณลักษณะของวัคซีน เช่น รูปแบบการวิจัยการจัดเก็บ และการขนส่งรัฐบาลได้วางแผนในระยะแรกที่จะจัดหาวัคซีน 63 ล้านโดส เพื่อจะฉีดให้ประชาชน ประมาณ 31.5 ล้านคน โดยจัดหาจากบริษัทแอสตราเซนเนกาและซิโนแวค โดยวางแผนจะฉีดในประชาชนกลุ่มเสี่ยงกลุ่มแรก ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขด่านหน้า ผู้มีโรคประจำตัว เช่น โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคหัวใจ โรคไตเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป และเจ้าหน้าที่ควบคุมโรคและมีโอกาสสัมผัสผู้ป่วย

ณัฐพร มาอุ่น (2565) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ามารับความช่วยเหลือ ในนโยบายฉีดวัคซีนของกลุ่มผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครนนทบุรี พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีการเข้าถึงนโยบายการฉีดวัคซีนในภาพรวมอยู่ในระดับน้อยที่สุดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.63 เมื่อวิเคราะห์รายด้าน พบว่า ด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.40 อยู่ในระดับน้อยที่สุด ด้านการให้บริการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.67 อยู่ในระดับน้อยที่สุด และด้านการความพึงพอใจมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.83 อยู่ในระดับน้อย โดยระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงการรับความช่วยเหลือในนโยบายฉีดวัคซีนของกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเน้นการเข้าถึงการรับความช่วยเหลือในกลุ่มตัวอย่างมีอิทธิพลกับระดับการศึกษาไม่ได้เรียนมากที่สุด รองลงมาคือระดับการศึกษาประถมศึกษาและระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตามลำดับ อย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 โดยเทศบาลนครนนทบุรีควรเน้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร เน้นการทำความเข้าใจเชิงรุกในพื้นที่ให้มากขึ้น ในส่วนของด้านการให้บริการนครเทศบาลนนทบุรี ควรเน้นย้ำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือ อสม.ได้แจ้งข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการอย่างครบถ้วน มีช่องทางสำหรับการซักถามข้อสงสัยเพิ่มขึ้นทั้งทางออนไลน์และออฟไลน์ เพื่อให้ผู้สูงอายุในพื้นที่สามารถเข้าถึงและให้บริการได้อย่างสะดวกโดยง่าย

สรลาลี สนธิจันทร์ และวิรัตน์ สนธิจันทร์ (2564) ศึกษาเรื่อง การเปิดรับสื่อ ทศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงของผู้สูงอายุในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด -19) พบว่า กลุ่มตัวอย่างเปิดรับสื่ออยู่ในระดับปานกลาง มีทศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับมาก โดยมีระดับการศึกษาและรายได้ แตกต่างกันทำให้การเปิดรับสื่อในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แตกต่างกัน และความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับสื่อ ทศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์กันทางบวก ดังนั้นจึงควรมีการวางแผน การใช้สื่อ การเลือกใช้สื่อและวิธีการสื่อสารให้สอดคล้องเหมาะสมกับลักษณะทางประชากร และใช้สื่อเพื่อให้ข้อมูลข่าวสารประชาสัมพันธ์อย่างหลากหลาย น่าสนใจ เผยแพร่แบบเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง

พูน ปลูก ทัต ชีเว

2.9 กรอบแนวคิดงานวิจัย



ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีและแนวคิด รวมทั้งเอกสารงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องมาใช้เป็นพื้นฐานการวิเคราะห์และสนับสนุนผลการศึกษา ซึ่งประกอบด้วย

- 3.1 รูปแบบการวิจัย
- 3.2 พื้นที่การวิจัย
- 3.3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 3.4 ขั้นตอนดำเนินการวิจัย
- 3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.6 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ
- 3.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.9 จริยธรรมในการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์ใช้หลักการวิจัยปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (1988) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection) เพื่อศึกษาบริบทพื้นที่และข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการเข้าถึงวัคซีนโควิด-19 เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนโควิด-19 เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการเข้าถึงวัคซีนโควิด-19 เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด

ระยะที่ 1 ระยะก่อนการวิจัย

1. ศึกษาค้นคว้าเอกสาร ความรู้ แนวคิด นโยบายการดำเนินการที่เกี่ยวข้อง ศึกษาข้อมูลบริบทชุมชนและสถานการณ์ชุมชน
2. ติดต่อประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขอดำเนินการวิจัยในพื้นที่
3. เตรียมความพร้อมของอาสาสมัครชุมชน (อ.ส.ม) ในการเป็นผู้ประสานงานในกระบวนการกิจกรรมต่างๆ

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการวิจัย

ดำเนินการวิจัยภายใต้แนวคิดของ Kemmis and McTaggart (1988) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นการวางแผน (Planning)

1.1 ทำความรู้จักกับแกนนำชุมชน และลงพื้นที่พูดคุยกับประชาชนเพื่อสร้างการรับรู้และการยอมรับจากชุมชน และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย

1.2 ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อวิเคราะห์ชุมชน เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ศึกษาและทำความเข้าใจในสภาพปัญหาการรับวัคซีนโควิด-19

2. ขั้นการปฏิบัติ (Action)

2.1 การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ประกอบไปด้วย 5 ด้าน ของกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด

2.2 จัดกิจกรรม ส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องการเข้ารับวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ประกอบไปด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่

1) กิจกรรมส่งเสริมความรู้เท่าทันในการป้องกันโรคโควิด ในกลุ่มผู้สูงอายุ และพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19

2) กิจกรรมส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าถึงข้อมูลวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ

3) กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การไม่เข้ารับวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ

4) กิจกรรมสัมภาษณ์ผู้สูงอายุหลังจากเข้าร่วมกิจกรรม ส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ ในเรื่องการเข้ารับวัคซีนโควิด-19

3. ขั้นการสังเกต (Observation)

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลระหว่างดำเนินการ โดยใช้แบบสอบถามเชิงวิเคราะห์ ข้อมูลเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ของรูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด วิธีการวัดผลโดยใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้ได้รูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 243 คน และการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ร่วมอาศัย คนในครอบครัว ผู้ดูแลกลุ่มผู้สูงอายุ

4. ขั้นการสะท้อนผลการปฏิบัติการ (Reflection)

จัดเวทีประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้สะท้อนผลดำเนินงานร่วมกับกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการวิจัย สรุปผลการดำเนินงานเพื่อนำมาปรับปรุงให้เข้ากับบริบทของกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด สรุปและถอดบทเรียน ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน และวางแผนแก้ไขปัญหาคต่อไป

3.2 พื้นที่ศึกษาวิจัย

หมู่บ้านในเขตตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 10 หมู่บ้าน

3.3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.3.1 ประชากร

1) บุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการศึกษารูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึง วัคซีนโควิด-19 จำนวน 24 คน ประกอบด้วย

บุคลากรกลุ่มงานเภสัชกรรม	จำนวน 4 คน
บุคลากรกลุ่มการพยาบาล	จำนวน 5 คน
บุคลากรกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม	จำนวน 5 คน
ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม)	จำนวน 10 คน

2) ผู้สูงอายุที่ยังไม่ได้รับการฉีดวัคซีนโควิด-19 ป้องกันเชื้อโรคโควิด-19 เข็ม 1 ที่มีทะเบียนบ้านอยู่ในเขตตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 662 คน จาก 10 หมู่บ้าน

3.3.2 กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และยอมให้มีความคลาดเคลื่อนได้ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 243 คน ซึ่งมีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

กำหนดเกณฑ์คุณสมบัติในการคัดเลือก ดังนี้

- (1) ผู้เข้าร่วมวิจัยมีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัญชาติไทย
- (2) ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถสื่อสารภาษาไทยฟัง อ่าน เขียนภาษาไทยได้เป็นอย่างดี
- (3) ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสติสัมปชัญญะดี
- (4) ผู้เข้าร่วมวิจัยมีชื่อตามทะเบียนบ้านในเขตตำบลธงธานีและตัวอาศัยอยู่จริงตามทะเบียนบ้าน ตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด

(5) ผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

กำหนดเกณฑ์ในการคัดออก ดังนี้

- (1) ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สามารถสื่อสารด้วยตนเองได้
- (2) ผู้เข้าร่วมวิจัยมีชื่อตามทะเบียนบ้านในเขตตำบลธงธานีแต่ตัวไม่อยู่จริง
- (3) ผู้ร่วมวิจัยไม่ยินยอมเข้าร่วมวิจัย

ซึ่งผู้วิจัยกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้เป็นตัวแทนของประชากรจากการคำนวณ โดยใช้สูตรของเครซีและมอร์แกน Krejcie and Morgan (ธีรวุฒิเอกะกุล, 2543) ดังนี้

$$n = \frac{x^2 N p (1 - p)}{e^2 (N - 1) + x^2 p (1 - p)}$$

โดย n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้

χ^2 = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% ($\chi^2 = 3.841$)

p = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (ถ้าไม่ทราบให้กำหนด p = 0.5)

$$n = \frac{3.841 * 662 * 0.5 (1 - 0.5)}{.05^2 (662 - 1) + 3.841 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = 243 \text{ คน}$$

จากคำนวณโดยใช้สูตรของเครซีและมอร์แกน Krejcie and Morgan ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 0.05 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 243 คน ผู้วิจัยจึงได้กำหนดแจกแบบสอบถามจำนวนทั้งสิ้น 265 ชุด เพื่อเป็นการป้องกันการสูญหาย และการตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวน เมื่อได้ครบสมบูรณ์จึงยุติการแจกแบบสอบถาม

3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม (questionnaire) ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับ เพศ เชื้อชาติ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัวและอาชีพ ลักษณะของคำถามเป็นคำถามแบบเลือกตอบ (Check List) จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 30 ข้อ ซึ่งประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่

ด้านที่ 1 ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 จำนวน 6 ข้อ

ด้านที่ 2 ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของวัคซีนโควิด-19 จำนวน 6 ข้อ

ด้านที่ 3 ด้านการรับรู้ความเชื่อเกี่ยวกับวัคซีนโควิด-19 จำนวน 6 ข้อ

ด้านที่ 4 ด้านการรับรู้การตัดสินใจเข้ารับวัคซีนโควิด-19 จำนวน 6 ข้อ

ซึ่งทั้ง 4 ด้านมีลักษณะเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า Rating Scale ตามรูปแบบของ Likert Scale จำนวน 24 ข้อ โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว มี 5 ระดับ ใช้ระดับในการวัดข้อมูลประเภทอันตรภาค (Interval Scale) โดยมีการกำหนดเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	มีค่าคะแนน	5
เห็นด้วย	มีค่าคะแนน	4
ไม่แน่ใจ	มีค่าคะแนน	3
ไม่เห็นด้วย	มีค่าคะแนน	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	มีค่าคะแนน	1

ด้านที่ 5 ด้านการรับรู้พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 6 ข้อ ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า Rating Scale ตามรูปแบบของ Likert Scale จำนวน 6 ข้อ โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว มี 5 ระดับ ใช้ระดับในการวัดข้อมูลประเภทอันตรภาค (Interval Scale) โดยมีการกำหนดเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

ประจำ	มีค่าคะแนน	5
บ่อยๆ	มีค่าคะแนน	4
นานๆ ครั้ง	มีค่าคะแนน	3
บางครั้ง	มีค่าคะแนน	2
ไม่เคย	มีค่าคะแนน	1

เกณฑ์ในการประเมินแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ในการแปลผลของค่าเฉลี่ย ประเมินเป็นคะแนน ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2545)

คะแนนเฉลี่ย	แปลความหมาย
4.51 – 5.00	มากที่สุด
3.51 – 4.50	มาก
2.51 – 3.50	ปานกลาง

1.51 – 2.50	น้อย
1.00 – 1.50	น้อยที่สุด

3.6 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นสำหรับการวิจัยไปทำการทดสอบคุณภาพเครื่องมือ 2 ส่วน คือ ค่าความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Validity) และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ดังนี้

1) ความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Validity) โดยการนำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น พร้อมทั้งเนื้อหา และตัวแปรที่ต้องการวัดไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ประกอบด้วย ส่วนข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับ เพศ เชื้อชาติ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัวและอาชีพ ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มผู้สูงอายุ 5 ด้าน โดยผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงของเนื้อหา จำนวน 3 ท่าน ได้แก่

- (1) นางทิพภักดิ์ เอกวงษา ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลราชบุรี
- (2) นางบัณฑิตา นราทร ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลราชบุรี
- (3) นางสาวณัฐมน มุลศรีแก้ว ตำแหน่งเภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลราชบุรี

โดยผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้อง และนำผลการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิด้านเนื้อหา มาหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับจุดประสงค์ของการวิจัย (index of item-objective congruence: IOC) (ธีระ กุลสวัสดิ์, 2558)

โดยใช้วิธีการให้คะแนน ดังนี้

- ให้คะแนน +1 หมายถึง แน่ใจว่าคำถามสามารถวัดจุดประสงค์นั้นได้
- ให้คะแนน 0 หมายถึง ไม่แน่ใจว่าคำถามสามารถวัดจุดประสงค์นั้นได้
- ให้คะแนน -1 หมายถึง แน่ใจว่าคำถามไม่สามารถวัดจุดประสงค์นั้นได้

เลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00 มาเป็นข้อคำถาม ตรวจสอบความถูกต้องและครอบคลุมของเนื้อหา นำแบบสอบถามที่ได้รับการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของเครื่องมือมาปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

2) ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นมาทำการทดสอบ (try out) จำนวน 30 ชุด กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เพื่อตรวจสอบว่าคำถามสามารถสื่อความหมายตรงตามต้องการและมีความเหมาะสมหรือไม่ จากนั้นจึงนำมาทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป การทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ตามวิธีของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ซึ่ง

การประเมินความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟา ได้มีการพิจารณาจากเกณฑ์การประเมินความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ดังนี้ (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2544)

ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α)	การแปลความหมายระดับความเที่ยง
มากกว่า .9	ดีมาก
มากกว่า .8	ดี
มากกว่า .7	พอใช้
มากกว่า .6	ค่อนข้างพอใช้
ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α)	การแปลความหมายระดับความเที่ยง
มากกว่า .5	ต่ำ
น้อยกว่า หรือ เท่ากับ .5	ไม่สามารถรับได้

ด้านที่ 1 ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 จำนวน 6 ข้อ หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาได้ค่าระดับความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.78 ซึ่งถือได้ว่าอยู่ในระดับพอใช้

ด้านที่ 2 ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของวัคซีนโควิด-19 จำนวน 6 ข้อ หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาได้ค่าระดับความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.68 ซึ่งถือได้ว่าอยู่ในระดับค่อนข้างพอใช้

ด้านที่ 3 ด้านการรับรู้ความเชื่อเกี่ยวกับวัคซีนโควิด-19 จำนวน 6 ข้อ หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาได้ค่าระดับความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.63 ซึ่งถือได้ว่าอยู่ในระดับค่อนข้างพอใช้

ด้านที่ 4 ด้านการรับรู้ตัดสินใจเข้ารับวัคซีนโควิด-19 จำนวน 6 ข้อ หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาได้ค่าระดับความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.75 ซึ่งถือได้ว่าอยู่ในระดับพอใช้

ด้านที่ 5 ด้านการรับรู้พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 จำนวน 6 ข้อ หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาได้ค่าระดับความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.65 ซึ่งถือได้ว่าอยู่ในระดับค่อนข้างพอใช้

จากการหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้ง 5 ด้าน โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา มีค่าระดับความเชื่อมั่นของแบบสอบถามที่น่าเชื่อถือและสามารถนำไปศึกษากับกลุ่มตัวอย่างจริงได้

3.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยศึกษารูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด มีขั้นตอนในการดำเนินการ ดังนี้

1) ผู้วิจัยค้นหากลุ่มประชากรโดยการเข้าถึงข้อมูลรายชื่อจากระบบ Hosxp 11064 เพื่อนำบัญชีรายชื่อผู้ที่ยังไม่เข้าถึงวัคซีนโควิด-19 ช่วงอายุระหว่าง 60 ปีขึ้นไป และอาศัยอยู่หมู่บ้านในตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด

2) ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้รับผิดชอบในพื้นที่นั้นๆ และประสานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ของหมู่บ้านนั้นๆ ทำความเข้าใจ เตรียมความพร้อมเข้าดำเนินการวิจัย และกำหนดแผนนัดหมาย วันและเวลา พร้อมแจกรายชื่อผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัย

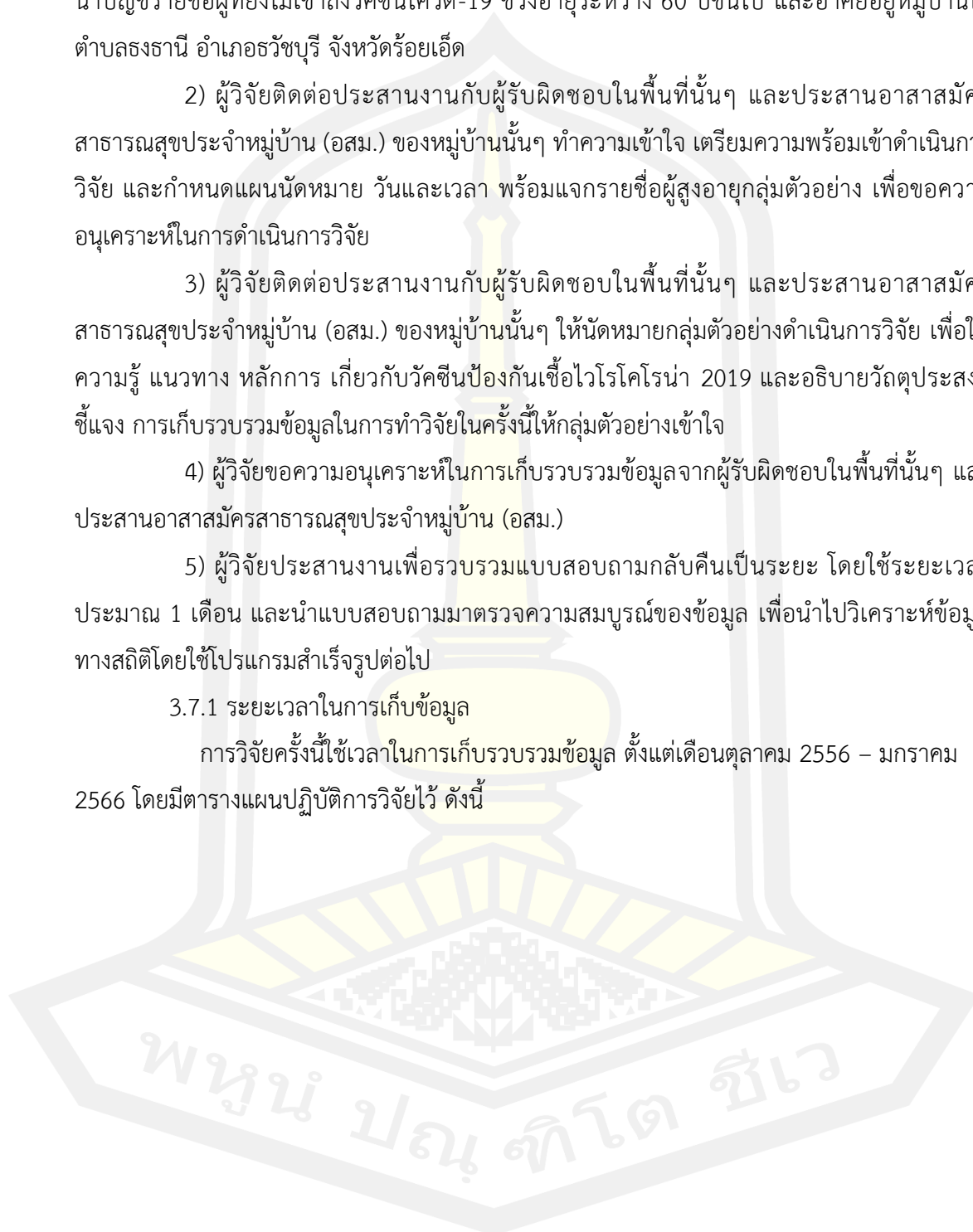
3) ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับผู้รับผิดชอบในพื้นที่นั้นๆ และประสานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ของหมู่บ้านนั้นๆ ให้นำนัดหมายกลุ่มตัวอย่างดำเนินการวิจัย เพื่อให้ความรู้ แนวทาง หลักการ เกี่ยวกับวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และอธิบายวัตถุประสงค์ชี้แจง การเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัยในครั้งนี้ให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ

4) ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้รับผิดชอบในพื้นที่นั้นๆ และประสานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

5) ผู้วิจัยประสานงานเพื่อรวบรวมแบบสอบถามกลับคืนเป็นระยะ โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 1 เดือน และนำแบบสอบถามมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล เพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปต่อไป

3.7.1 ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2556 – มกราคม 2566 โดยมีตารางแผนปฏิบัติการวิจัยไว้ ดังนี้



ตารางที่ 5 แผนปฏิบัติการดำเนินการวิจัยวิจัย

ที่	กิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินงาน		
		ตุลาคม -พฤศจิกายน	ธันวาคม	มกราคม
1.	ศึกษาบริบทพื้นที่ ปัญหา การไม่เข้ารับวัคซีนโค วิด-19ของกลุ่มผู้สูงอายุ	→		
2.	วิเคราะห์ปัญหาการไม่ เข้ารับวัคซีนโควิด-19 และรวบรวมความสำคัญ ของปัญหาในการวิจัย	→		
3.	สร้างเครื่องมือ ดำเนินการวิจัย		→	
4.	นัดหมายอาสาสมัคร ดำเนินการวิจัย เพื่อให้ ความรู้ แนวทาง ทำ ความเข้าใจและอธิบาย กระบวนการวิจัยแก่ อาสาสมัครที่เข้าร่วมการ วิจัย			
5.	แจกแบบสอบถามปัจจัย ที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึง วัคซีนโควิด-19 ของกลุ่ม ผู้สูงอายุ จำนวน 30 ชื่อ ซึ่งประกอบด้วย 5 ด้าน			

ตารางที่ 5 ตรงแผนปฏิบัติการดำเนินการวิจัยวิจัย (ต่อ)

ที่	กิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินงาน		
		ตุลาคม - พฤศจิกายน	ธันวาคม	มกราคม
6.	จัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้ผู้สูงอายุ - กิจกรรมส่งเสริมความรู้เท่าทันในการป้องกันโรคโควิด-19 แก่ผู้สูงอายุ และพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคโควิด-19 - กิจกรรมส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าถึงข้อมูลวัคซีนโควิด-19 ของกลุ่มผู้สูงอายุ - กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การไม่เข้ารับวัคซีนโควิด-19 ของกลุ่มผู้สูงอายุ			
4.	วิเคราะห์ข้อมูล เพื่อนำผลลัพธ์ของรูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019			

3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่รวบรวมมาได้นำมาวิเคราะห์ข้อมูล แปลงข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ มีขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

3.8.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

ใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ข้อมูลรูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเป็นสถิติที่ใช้ คือ ค่าร้อยละ

(Percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

คำร้อยละวิเคราะห์ข้อมูลรูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ เชื้อชาติ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว และอาชีพ

ค่าเฉลี่ย (mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) วิเคราะห์ข้อมูลรูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสมัครใจเข้ารับวัคซีนโควิด-19 เพื่อศึกษารูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนโควิด-19 ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 ด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของวัคซีนโควิด-19 ด้านความเชื่อเกี่ยวกับวัคซีนโควิด-19 และด้านการตัดสินใจเข้ารับวัคซีนโควิด-19

3.8.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ข้อมูลในเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยการวิเคราะห์ข้อมูลทุกระยะของการเก็บข้อมูลนำข้อมูลที่ได้ออกมาเป็นหมวดหมู่ตั้งแต่ขั้นตอนการเตรียมการวิจัยจนกระทั่งสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล นำข้อมูลที่เกิดขึ้นในการดำเนินงานมาเชื่อมโยงกับแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องและสรุปผลการดำเนินงานมาเป็นการเข้าถึงวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด และอธิบายถึงปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด ที่มีผลต่อการศึกษารูปแบบนั้น

3.9 จริยธรรมการวิจัย

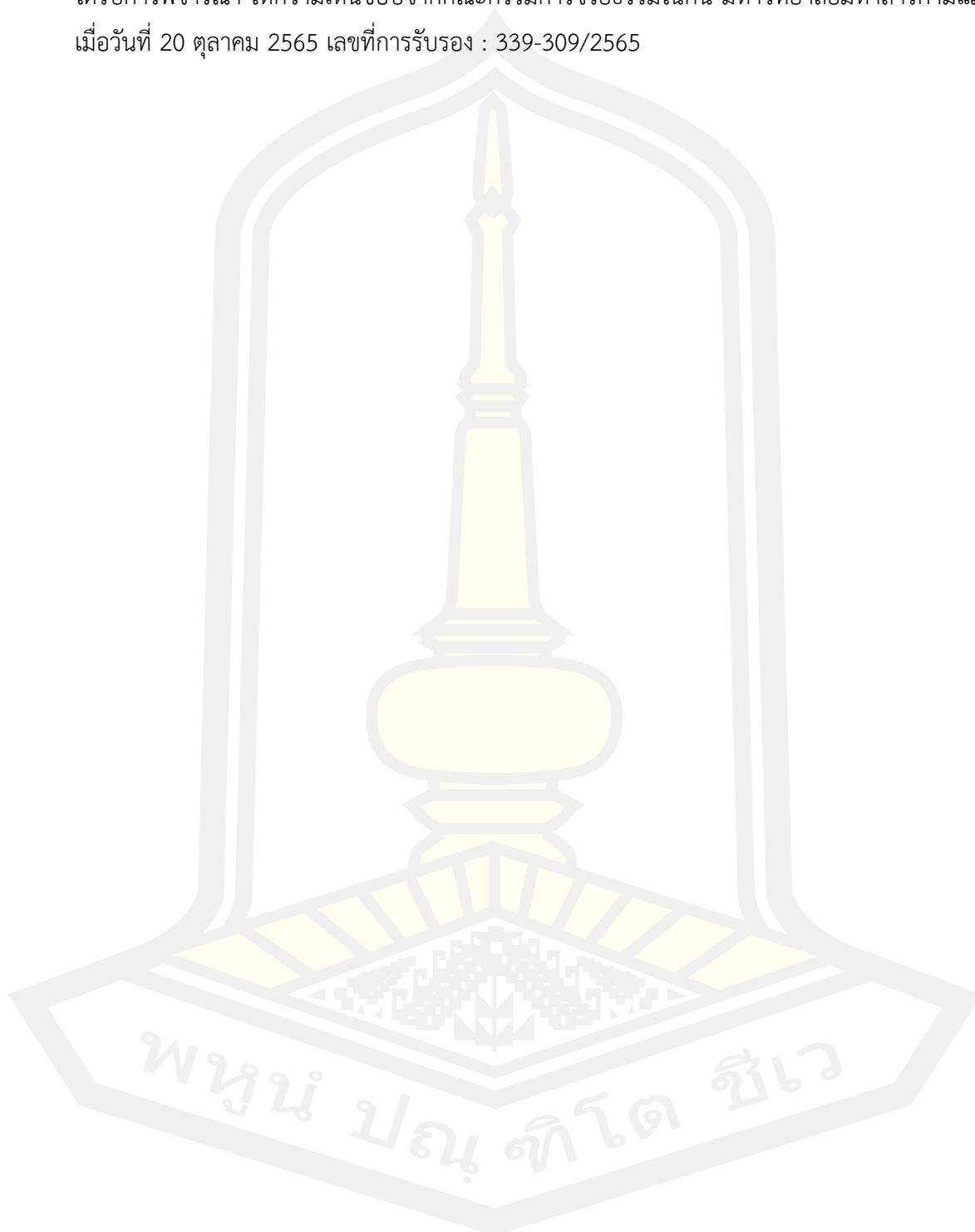
การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล และบทบาทผู้วิจัย ผู้วิจัยได้คำนึงถึงจรรยาบรรณผู้วิจัย และพิทักษ์สิทธิ์ตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการเก็บข้อมูลจนกระทั่งนำเสนอผลการวิจัย ดังนี้

1) ผู้วิจัยแนะนำตัวแก่ผู้ให้ข้อมูลพร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์ และความสำคัญของการศึกษาแก่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ และตอบแบบสัมภาษณ์สอบถามได้ตามวัตถุประสงค์

2) ผู้วิจัยชี้แจงการเก็บรักษาข้อมูลที่ได้โดยจะปกปิดข้อมูล ไม่มีการระบุชื่อในแบบสอบถาม ทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เท่านั้น

3) ผู้วิจัยบอกผู้ให้ข้อมูลทราบว่าถ้าไม่พร้อมที่จะให้ข้อมูลให้บอกผู้วิจัยสามารถปฏิเสธได้ตลอดเวลาพร้อมทั้งแจ้งว่าผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลทั้งหมดที่ได้เป็นความลับ และนำข้อมูลไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่จะนำเสนอผลการศึกษาเป็นภาพรวม

4) ขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยได้รับการพิจารณา ให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว เมื่อวันที่ 20 ตุลาคม 2565 เลขที่การรับรอง : 339-309/2565



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่อง รูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี อำเภอรวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด งานวิจัยนี้ดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data) และเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) ซึ่งมีระยะเวลาดำเนินการศึกษาดังแต่ตุลาคม 2565 - มกราคม 2566 ตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

4.2 ผลการศึกษาบริบทพื้นที่ตำบลธงธานี อำเภอรวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด รูปแบบการเข้าถึงวัคซีนป้องกันเชื้อโรคโควิด-19 และปัญหาการเข้าถึงวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี

4.3 การดำเนินงานการศึกษาการเข้าถึงวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี

4.4 สังเกตติดตามการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการเข้าถึงวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี

4.5 สะท้อนผลการดำเนินงานรูปแบบการเข้าถึงวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี

4.1 สัญลักษณ์ที่ใช้ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์ต่างๆ ในการวิเคราะห์ข้อมูล แทนความหมาย ดังต่อไปนี้

n	แทน	จำนวนกลุ่มเป้าหมาย
\bar{x}	แทน	ค่าเฉลี่ย (Mean)
SD	แทน	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

4.2 ผลการศึกษาบริบทพื้นที่และปัญหาการเข้ารับวัคซีนในกลุ่มผู้สูงอายุ

4.2.1 ผลการศึกษาบริบทพื้นที่ ตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด

ที่ตั้งอาณาเขต ตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด เดิมเป็นตำบลธงธานีได้รับการจัดตั้งเป็นเทศบาลตำบลธงธานีใน พ.ศ.2542 ตั้งอยู่ทางทิศตะวันออกเฉียงเหนือของอำเภอธวัชบุรี ครอบคลุมพื้นที่ทั้งหมดของหมู่ 1 – หมู่ 3 และหมู่ 13 ของตำบลบึงนครในอำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด อยู่ห่างจากที่ว่าการอำเภอธวัชบุรี 16.5 กิโลเมตร อยู่ห่างจากจังหวัดร้อยเอ็ด 25.6 กิโลเมตร อยู่ห่างจากกรุงเทพมหานคร 518 กิโลเมตร ภาษาอีสานเป็นภาษาท้องถิ่นของประชากรตำบลธงธานี ประชากรตำบลธงธานีนับถือศาสนาพุทธ ตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบด้วย 10 หมู่บ้าน ได้แก่ บ้านธวัชบุรี หมู่ที่ 1 บ้านธวัชบุรี หมู่ที่ 2 บ้านธวัชบุรี หมู่ที่ 3 บ้านหนองคู หมู่ที่ 4 บ้านจิว หมู่ที่ 5 บ้านจิว หมู่ที่ 6 บ้านธวัชบุรี หมู่ที่ 7 บ้านธวัชบุรี หมู่ที่ 8 บ้านหนองคู หมู่ที่ 9 และบ้านธวัชบุรี หมู่ที่ 10

มีอาณาเขตติดกับลักษณะท้องถิ่นอื่น ดังนี้

ทิศเหนือ	ติดต่อกับ	อำเภอเชียงขวัญ จังหวัดร้อยเอ็ด
ทิศใต้	ติดต่อกับ	อำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด
ทิศตะวันออก	ติดต่อกับ	อำเภอทุ่งเขาหลวง จังหวัดร้อยเอ็ด
ทิศตะวันตก	ติดต่อกับ	อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด

การคมนาคม การเดินทางเข้าหมู่บ้าน เส้นทางคมนาคมเป็นถนนคอนกรีตลาดยางเดินทางด้วยรถยนต์และ รถจักรยานยนต์ การเดินทางจากหมู่บ้านเข้าตัวเมืองร้อยเอ็ดเส้นทางคมนาคมเป็นถนนคอนกรีตลาดยาง ผ่านสนามบินร้อยเอ็ดระยะทาง 6.4 กิโลเมตร โดยใช้ถนนสายร้อยเอ็ด-โพนทอง เดินทางด้วยรถยนต์ รถจักรยานยนต์ หรือรถประจำทาง อำเภอใกล้เคียงที่การคมนาคมเข้าถึงสะดวก ได้แก่ อำเภอเสลภูมิ อำเภอโพธิ์ชัย อำเภอทุ่งเขาหลวง และอำเภอเชียงขวัญ

ลักษณะภูมิประเทศ พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ลุ่มแม่น้ำชี พื้นที่การเกษตรทำนา และค้าขายอาหารที่ตลาดสดเทศบาลตำบลธงธานี

ลักษณะภูมิอากาศ ลักษณะภูมิอากาศของตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด ช่วงกลางเดือนตุลาคมถึงเดือนกุมภาพันธ์ อยู่ในช่วงฤดูหนาวซึ่งมวลอากาศเย็นและแห้งจากประเทศจีนเข้าปกคลุมประเทศไทย ทำให้ตำบลธงธานีมีอากาศหนาวเย็นและแห้งทั่วไป และช่วงกลางเดือนพฤษภาคมถึงกลางเดือนตุลาคม อยู่ในช่วงฤดูฝน ซึ่งมรสุมตะวันตกเฉียงใต้พัดพามวลอากาศชื้นจากทะเลเข้าปกคลุมประเทศไทย ทำให้ฝนตกชุกทั่วไป

ด้านสาธารณสุข การให้บริการด้านสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพการควบคุมป้องกันโรคการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพประชาชน ตามขีดความสามารถของโรงพยาบาลราชบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ตั้งอยู่ หมู่ที่ 3 ตำบลธงธานี อำเภอราชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด อยู่ระหว่างถนนสายร้อยเอ็ด-โพนทอง ให้การรักษาพยาบาลครอบคลุมประชากร อำเภอราชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด โรงพยาบาลราชบุรีบริการตรวจโรคทั่วไป บริการชันสูตรและรักษา บริการตรวจรักษาเฉพาะทาง และบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคฟื้นฟูสุขภาพ และรับส่งต่อจากเครือข่ายหน่วยปฐมภูมิของอำเภอราชบุรี หากเกินขีดความสามารถของการให้บริการ จะทำการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลร้อยเอ็ดซึ่งห่างจากโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ระยะทาง 21 กิโลเมตร

ตารางที่ 6 จำนวนประชากรจำแนกตามลักษณะทั่วไปของประชากรผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี แยกตามเพศและหมู่บ้าน 10 หมู่

ชื่อหมู่บ้าน	ประชากรผู้สูงอายุ			ร้อยละ
	เพศชาย	เพศหญิง	รวม	
บ้านราชบุรี หมู่ที่ 1	33	52	85	7.07
บ้านราชบุรี หมู่ที่ 2	40	57	97	8.06
บ้านราชบุรี หมู่ที่ 3	55	71	126	10.48
บ้านหนองคู หมู่ที่ 4	54	70	124	10.31
บ้านจิว หมู่ที่ 5	77	84	161	13.39
บ้านจิว หมู่ที่ 6	60	79	139	11.56
บ้านราชบุรี หมู่ที่ 7	50	64	114	9.48
บ้านราชบุรี หมู่ที่ 8	49	64	113	9.4
บ้านหนองคู หมู่ที่ 9	55	73	128	10.64
บ้านราชบุรี หมู่ที่ 10	51	64	115	9.56
รวม	524	678	1202	100

จากตารางพบว่า การจำแนกจำนวนประชากรตามลักษณะทั่วไปของประชากรผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี แยกตามเพศและหมู่บ้าน 10 หมู่ ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4.2.2 ผลการศึกษารูปแบบการเข้าถึงวัคซีนป้องกันเชื้อโรคโควิด-19

จากการดำเนินงานการรับวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี มีจุดให้บริการในสถานบริการทุกวันจันทร์-วันศุกร์ และให้บริการเชิงรุกตามหมู่บ้านทุกวันพุธ เพื่อให้การเข้าถึงวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุทั้งตำบลธงธานี ลดความรุนแรงของโรคติดเชื้อโรคโควิด-19 และให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงความเสี่ยงที่จะติดเชื้อโรคโควิด-19 เบื้องต้นการนำวัคซีนโควิด-19 ออกไปให้บริการเชิงรุก โดยประสานงานกับกลุ่มงานเภสัชกรรมผู้รับผิดชอบวัคซีนโควิด-19 เพื่อเบิกวัคซีนโควิด-19 โดยใส่กระติกเก็บความเย็นเพื่อให้วัคซีนโควิด-19 ถูกเก็บไว้ในอุณหภูมิที่เหมาะสมและออกให้บริการเชิงรุกเพื่อให้กลุ่มผู้สูงอายุเข้าถึงวัคซีนโควิด-19

การออกให้บริการเชิงรุก เพื่อให้กลุ่มผู้สูงอายุเข้าถึงวัคซีนโควิด-19 ได้ประสานงานร่วมกับประธาน อสม. ในการจัดเตรียมพื้นที่ให้บริการ รวมถึงประสานงานร่วมกับผู้ใหญ่บ้านและอสม. ที่รับผิดชอบแต่ละครัวเรือน ได้มีการประกาศตามหอกระจายข่าว เพื่อนัดหมายประชาชนที่สนใจ และกลุ่มผู้สูงอายุที่สนใจเข้ารับวัคซีนโควิด-19 มาตามวันและเวลาที่กำหนด หากครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเดินทางมารับบริการวัคซีนโควิด-19 ตามจุดนัดหมายได้ อสม. ที่รับผิดชอบประจำครัวเรือนได้พาเจ้าหน้าที่ออกไปให้บริการถึงที่บ้านผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี

โดยสรุปรูปแบบการรับวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี สามารถแบ่ง 4 รูปแบบ ประกอบด้วย

- 1) การประชาสัมพันธ์การเข้ารับวัคซีนโควิด-19 ลดการแพร่กระจายของเชื้อโรคโควิด-19 โดยการเข้ารับวัคซีนโควิด-19 เพื่อเป็นการสร้างภูมิคุ้มกันหมู่ต่อตนเองและคนรอบข้างและส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนโควิด-19 ทั้งในสถานบริการและนอกสถานบริการ
- 2) การให้บริการรับวัคซีนโควิด-19 ในสถานบริการทุกวันจันทร์ - ศุกร์ ซึ่งเป็นการวอร์อินผ่านการทำงานของเจ้าหน้าที่ในสถานบริการ
- 3) การให้บริการวัคซีนโควิด-19 เชิงรุกนอกสถานที่ทุกวันพุธของสัปดาห์โดยมีการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ
- 4) การติดตามหลังได้รับวัคซีนโควิด-19 เผื่อระวังสังเกตอาการหลัง 30 นาที

4.2.3 ผลการศึกษาปัญหาการเข้าถึงวัคซีนป้องกันเชื้อโรคโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ

4.2.3.1 จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคลแสดงให้เห็นว่าผลการวิเคราะห์ปัญหาในการไม่เข้ารับวัคซีนโควิด-19 พบว่า จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคลนำเสนอข้อมูล ได้ดังต่อไปนี้

“.....อายุ 61 ปี มีโรคประจำตัวมีผู้ดูแล ปัจจุบันยังไม่เคยติดโควิด ยังไม่รับวัคซีนเลยตั้งแต่มีวัคซีนมา ญาติและผู้ดูแลไม่เห็นด้วยกับการฉีดวัคซีน ช่วงโควิดแรกๆที่มีการระบาดหนักๆ ญาติดูแลต่อเนื่องแต่ตนเองไม่ค่อยใส่แมส จะใส่แมสเฉพาะเวลาที่ออกจากบริเวณบ้าน ” (สัมภาษณ์ผู้สูงอายุ วันที่ 8 ตุลาคม 2565)

“.....อายุ 81 ปี ร่างกายสุขภาพแข็งแรงดี ไม่ค่อยป่วย ไม่ค่อยออกจากบ้าน ไม่มีโรคประจำตัว ยังไม่รับวัคซีนเข็มเพราะกลัววัคซีนโควิด กลัวเข็ม กลัวหมอ ไม่ค่อยไปโรงพยาบาลไม่เจ็บป่วยมาหลายปีแล้ว ถ้ามีอาการเจ็บป่วยลูกหลานจะซื้อยามาให้กินเองที่กิน รู้ว่าโควิดเป็นโรคประจำถิ่นแล้วจากการฟังข่าว แต่ยังคงกลัวโควิดอยู่ รู้ว่าวัคซีนโควิดสร้างภูมิคุ้มกันได้แต่ไม่สนใจและไม่พร้อมที่จะฉีดวัคซีนโควิดเพราะตนไม่ได้ออกไปไหน ” (สัมภาษณ์ผู้สูงอายุ วันที่ 8 ตุลาคม 2565)

“.....อายุ 69 ปี มีโรคประจำตัว ยังไม่รับวัคซีนโควิด เคยติดเชื้อโควิด 1 ครั้ง รับยาไปกินที่บ้าน ไม่ได้นอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลรักษาตัวครบ 10 วัน ตรวจอีกครั้งปกติ ตอนเป็นโควิดก็ไม่อยากรับวัคซีนป้องกันโควิด ลูกหลานก็ไม่อยากให้ฉีดวัคซีนโควิดไม่กลัวเข็มแต่กลัวสารในวัคซีนโควิด โควิดเป็นโรคประจำถิ่นแล้วก็ไม่อยากฉีดวัคซีน ไม่รู้จะฉีดวัคซีนป้องกันโควิดทำไมเพื่อเกินอะไรขึ้นกับตัวเองถึงชีวิต รับฟังข่าวสารประจำ ฟังเพื่อนบ้านระแวงเดียวกันพูดให้ฟังว่าคนที่ไปฉีดมาแล้ว บางคนอาการไม่ดีเท่าไร จะเป็นอะไรก็แล้วแต่ไม่อยากฉีดวัคซีนโควิด ” (สัมภาษณ์ผู้สูงอายุ วันที่ 9 ตุลาคม 2565)

“.....อายุ 74 ปี ไม่มีโรคประจำตัว ยังไม่รับวัคซีนโควิด ญาติพี่น้องฉีดวัคซีนโควิดทุกคนแล้วตนไม่ฉีดคนเดียวญาติพี่น้องไม่ว่าอะไร กลัวเข็ม ช่วงโควิดไม่ออกไปไหนอยู่บ้านตลอดไม่มีคนไม่หา ใส่แมสบ้างไม่ใส่ตลอดยังไม่ติดโควิด กลัวสารในวัคซีนโควิดฟังข่าวสารประจำ เวลามีการตรวจสุขภาพโดยใช้เข็มจะไม่ไป ไม่รับเข็มเข้าร่างกาย ” (สัมภาษณ์ผู้สูงอายุ วันที่ 9 ตุลาคม 2565)

จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกกรายบุคคลข้างต้น เป็นความรู้สึกส่วนตัวในกลุ่มผู้สูงอายุ บางราย โดยสรุปปัญหาการไม่เข้ารับวัคซีนโควิด-19 ดังนี้

บางรายฟังรับข่าวสารการรับรู้จากบุคคลอื่นที่ได้รับผลข้างเคียงของวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19หรือคนใกล้ตัวที่หลังจากได้รับวัคซีนแล้วร่างกายผิดปกติไปจากเดิม เช่น แขนขาอ่อนแรง ทำให้เกิดความกังวลกลัวว่าจะเกิดกับสุขภาพตนเองและส่งผลกระทบต่อเป็นปัญหาของครอบครัวหรือบุคคลรอบข้าง มีความเชื่อมั่นในสุขภาพตนเองคิดว่าตนเองป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ได้ จึงไม่รับวัคซีนโควิด-19

บางรายเคยติดเชื้อแล้วอาการไม่รุนแรงสามารถรักษาที่บ้านได้ และได้รับยาจากโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษาแล้ว มีการรักษาตัวครบ 10 วัน จึงไม่รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 บางรายไม่กลัวติดเชื้อโรคโควิด-19 เท่ากลัวสารในวัคซีนโควิด-19 เพราะดูจากข่าวสารทางวิทยุ โทรทัศน์ สื่อต่างๆที่นำเสนอผลกระทบเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ทำให้เกิดความวิตกกังวลมีความคิดว่าสามารถเกิดกับตนเองได้

บางรายมีความกังวลในเรื่องโรคประจำของตนเอง สุขภาพปัญหาของร่างกายที่ไม่เหมาะกับการรับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ตัวของกลุ่มตัวอย่างในบางรายตามวัยแม้ว่าสุขภาพร่างกายจะแข็งแรงดีแต่การรับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 เข้าไปอาจทำให้ร่างกายแย่ลงกว่าเดิมได้เพราะภูมิต้านทานของแต่ละคนไม่เท่ากัน กลุ่มตัวอย่างบางรายมีความกังวลที่จะใช้เข็มเข้าไปในร่างกายมากกว่ากลัวการติดเชื้อโรคโควิด-19

4.2.3.1 จัดเวทีประชุมชี้แจงการดำเนินงานร่วมกับคณะผู้ดำเนินงานที่เกี่ยวข้องในการวิจัย

จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคลแสดงให้เห็นว่าปัญหาในการไม่เข้ารับวัคซีนโรคโควิด-19 พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุมีความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพเนื่องจากอายุเยอะ รวมทั้งผู้ดูแลหรือลูกหลานไม่เห็นด้วยกับการรับวัคซีนโควิด-19 มีความตระหนักถึงผลข้างเคียงของวัคซีนโรคโควิด-19 ที่ส่งผลต่อร่างกาย กลุ่มผู้สูงอายุรับฟังข่าวสารคำบอกเล่าจากผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์ในการรับวัคซีนโควิด-19 และในบางรายที่เกิดผลข้างเคียง ทำให้กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่เข้ารับวัคซีนโควิด-19 เกิดความวิตกกังวลขึ้นไปอีก ปัจจุบันโรคโควิด-19 เป็นโรคประจำถิ่นกลุ่มผู้สูงอายุป้องกันตนเองโดยหลีกเลี่ยงการพบปะผู้คน และในบางรายในกลุ่มผู้สูงอายุไม่รับเข็มเข้าร่างกาย

จากปัญหาการไม่เข้ารับวัคซีนในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้จัดประชุมชี้แจงถึงปัญหาการไม่เข้ารับวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ วางแผนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาการเข้าถึงวัคซีนในกลุ่มผู้สูงอายุ ร่วมกับคณะดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง พบว่า คณะดำเนินงานที่เกี่ยวข้องได้วางแผนการศึกษาปัจจัยการเข้าถึงวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ประกอบไปด้วย 5 ด้าน เป็นแบบสอบถามปัจจัยการเข้าถึงวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี และนำผลของปัจจัยการเข้าถึงวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี มาวิเคราะห์หาปัจจัยการเข้าถึงวัคซีนโควิด-19 แต่ละด้านเพื่อจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องการเข้ารับวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ

4.3 การดำเนินงานการศึกษาการเข้าถึงวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ

4.3.1 จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 142 คน คิดเป็นร้อยละ 58.4 รองลงมาเพศหญิง จำนวน 101 คน คิดเป็นร้อยละ 41.6 ผู้สูงอายุมีเชื้อชาติไทย จำนวน 243 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ผู้สูงอายุมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา จำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 40.7 รองลงมาคือศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 95 คน ร้อยละ 39.1 ไม่ได้ศึกษาจำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 17.3 และศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 2.9 ตามลำดับ ผู้สูงอายุมีความดันโลหิตสูงเป็นโรคประจำตัว จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 23.9 รองลงมาคือ โรคเบาหวาน จำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 23.5 ไม่มีโรคประจำตัวจำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 13.6 โรคไข้มันโนเลือดสูง จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 11.9 โรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 11.5 โรคภูมิแพ้ จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 10.7 โรคภาวะซึมเศร้า จำนวน 8 คนคิดเป็นร้อยละ 3.3 และโรคมะเร็ง จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 1.6 ตามลำดับ ผู้สูงอายุมีอาชีพเกษตรกร จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 28.8 รองลงมาคือ แม่บ้าน จำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 28.0 อาชีพรับจ้างทั่วไป จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 19.8 อาชีพค้าขาย จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 16.0 อาชีพรัฐวิสาหกิจจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 3.7 และอาชีพข้าราชการจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 3.7 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N=243)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	142	58.4
หญิง	101	41.6
เชื้อชาติ		
เชื้อชาติไทย	243	100
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	42	17.3
มัธยมศึกษา	99	40.7
ประถมศึกษา	95	39.1

ตารางที่ 7 จำนวน และร้อยละ จำแนกตามลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N=243) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ปริญญาตรี	7	2.9
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	33	13.6
เบาหวาน	57	23.5
ความดันโลหิตสูง	58	23.9
หัวใจและหลอดเลือด	28	11.5
ไขมันในเลือดสูง	29	11.9
ภูมิแพ้	26	10.7
ภาวะซีมเศร้า	8	3.3
มะเร็ง	4	1.6
อาชีพ		
ข้าราชการ	9	3.7
ค้าขาย	39	16.0
เกษตรกร	70	28.8
รับจ้างทั่วไป	48	19.8
รัฐวิสาหกิจ	9	3.7
แม่บ้าน	68	28.0

จากตารางที่ 7 พบว่า ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 58.4 รองลงมาเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 61.4 เชื้อชาติพบเป็นเชื้อชาติไทย คิดเป็นร้อยละ 100 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่เป็นระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 40.7 รองลงมาเป็นระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 39.1 ไม่ได้ศึกษา คิดเป็นร้อยละ 17.3 และปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 2.9 โรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 23.9 รองลงมาเป็นเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 23.5 ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 13.6 ตามลำดับ อาชีพส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 28.8 รองลงมาเป็นแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 28 และประกอบอาชีพค้าขาย คิดเป็น

ร้อยละ 16.0 ตามลำดับ ซึ่งลักษณะข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

4.3.1 การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ

จากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ผลลัพธ์ได้ดังนี้

- 1) ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 จากการศึกษา พบว่า การรับรู้ความรุนแรงในระดับปานกลาง คือ การล้างมือเป็นประจำและสวมใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลาเมื่ออยู่นอกเคหะสถานจะลดโอกาสการติดเชื้อโรคโควิด-19 ได้ (Mean,=3.30 S.D.=1.34) โรคโควิด-19 ติดต่อกันโดยการสัมผัสสิ่งของร่วมกับผู้อื่น เช่น การสัมผัสสิ่งของในที่สาธารณะร่วมกัน (Mean,=2.91 S.D.=1.34) และกลุ่มเสี่ยงที่สัมผัสกับผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 ควรกักตัว เช่น หยุดงานเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของโรคโควิด-19 และเว้นระยะห่างจากผู้อื่น (Mean,=2.89 S.D.=1.21) นอกจากนั้นอยู่ในระดับน้อย คือ โรคโควิด-19 ซึ่งปรับเป็นโรคประจำถิ่นแล้วจึงเป็นโรคที่ไม่มีความรุนแรงจึงไม่น่ากลัวแต่อย่างใด และสามารถรักษาได้ (Mean,=2.48 S.D.=1.23) โรคโควิด-19 เป็นโรคที่ใกล้ตัวมีโอกาสในการติดเชื้อน้อย (Mean,=2.20 S.D.=1.23) และคนที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันไม่จำเป็นต้องเว้นระยะห่างเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 (Mean,=2.00 S.D.=1.02) เป็นต้น (ดังตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 ด้านการรับรู้ความรุนแรงการติดเชื้อโรคโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ (n=243)

ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19	Mean	S.D.	ระดับ
1) การล้างมือเป็นประจำและสวมใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลาเมื่ออยู่นอกเคหะสถานจะลดโอกาสการติดเชื้อโรคโควิด-19 ได้	3.30	1.34	ปานกลาง
2) โรคโควิด-19 ติดต่อโดยการสัมผัสสิ่งของร่วมกับผู้อื่น เช่น การสัมผัสสิ่งของในที่สาธารณะร่วมกัน	2.91	1.34	ปานกลาง
3) กลุ่มเสี่ยงที่สัมผัสกับผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 ควรกักตัว เช่น หยุดงาน เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของโรคโควิด-19 และเว้นระยะห่างจากผู้อื่น	2.89	1.21	ปานกลาง
4) โรคโควิด-19 ซึ่งปรับเป็นโรคประจำถิ่นแล้วจึงเป็นโรคที่ไม่มี ความรุนแรงจึงไม่น่ากลัวแต่อย่างใด และสามารถรักษาได้	2.48	1.23	น้อย
5) โรคโควิด-19 เป็นโรคที่ใกล้ตัวมีโอกาสในการติดเชื้อน้อย	2.20	1.23	น้อย
6) คนที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันไม่จำเป็นต้องเว้นระยะห่างเพื่อป้องกันโรคโควิด-19	2.00	1.02	น้อย
รวม	2.62	0.52	ปานกลาง

2) ด้านการรับรู้พฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคโควิด-19 จากการศึกษา พบว่า การรับรู้พฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับมาก คือ หลีกเลี่ยงการเข้าไปในเขตชุมชนที่มีประชากรหนาแน่น มีความแออัด (Mean=4.30 S.D.=1.98) สวมหน้ากากอนามัยหรือสวมหน้ากากผ้าตลอดเวลาเมื่อต้องเดินทางออกนอกเคหะสถาน (Mean=3.77 S.D.=1.33) นอกจากนั้นอยู่ในระดับปานกลาง คือ ใช้ช้อนกลางส่วนตัวเมื่อต้องร่วมรับประทานอาหารกับผู้อื่นเป็นปกติ (Mean=3.36 S.D.=1.48) เว้นระยะหรือรักษาระยะห่างจากผู้อื่นอย่างน้อย 1-2 เมตร เป็นประจำ (Mean=3.32 S.D.=1.35) ล้างมือด้วยสบู่ หรือแอลกอฮอล์เสมอ โดยล้างมืออย่างน้อย 20 วินาที (Mean=2.74 S.D.=1.23) และหมั่นสังเกตตนเองเมื่อมีอาการไข้ ไอ มีเสมหะ เจ็บคอ หรือ จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่สามารถรับรู้รสชาติได้ (Mean=2.66 S.D.=1.38) เป็นต้น (ดังตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 ด้านการรับรู้พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ (n=243)

ด้านการรับรู้พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19	Mean	S.D.	ระดับ
1) หลีกเลี่ยงการเข้าไปในเขตชุมชนที่มีประชากรหนาแน่น มีความแออัด	4.30	1.98	มาก
2) สวมหน้ากากอนามัยหรือสวมหน้ากากผ้าตลอดเวลาเมื่อต้องเดินทางออกนอกเคหะสถาน	3.77	1.33	มาก
3) ใช้ช้อนกลางส่วนตัวเมื่อต้องร่วมรับประทานอาหารกับผู้อื่นเป็นปกติ	3.36	1.48	ปานกลาง
4) เว้นระยะหรือรักษาระยะห่างจากผู้อื่นอย่างน้อย 1-2 เมตรเป็นประจำ	3.32	1.35	ปานกลาง
5) ล้างมือด้วยสบู่ หรือแอลกอฮอล์เสมอ โดยล้างมืออย่างน้อย 20 วินาที	2.74	1.23	ปานกลาง
6) หมั่นสังเกตตนเองเมื่อมีอาการไข้ ไอ มีเสมหะ เจ็บคอ หรือจุกไม่ไต่กลิ่น ลิ้นไม่สามารถรับรู้รสชาติได้	2.66	1.38	ปานกลาง
รวม	3.35	0.5	ปานกลาง

3) ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของวัคซีนโควิด-19 จากการศึกษา พบว่า ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของวัคซีนโควิด-19 ในระดับปานกลาง คือ ผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องรับวัคซีนโควิด-19 (Mean=3.17 S.D.=1.23) ปัจจุบันนี้ยังไม่มีวัคซีนที่มีประสิทธิภาพป้องกันโรค แต่การรับวัคซีนจะช่วยให้ผู้ป่วยอาการไม่รุนแรงและฟื้นตัวจากการติดเชื้อโรคโควิด-19 ได้เร็ว (Mean=3.12 S.D.=1.22) การฉีดวัคซีนโควิด-19 ช่วยลดอัตราการรับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานานๆ และสามารถช่วยสร้างภูมิคุ้มกันหมู่ได้ (Mean=2.98 S.D.=1.33) วัคซีนโควิด-19 สามารถป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 และลดโอกาสการเข้าสู่ระยะรุนแรงของโรคได้ มีเพียงผู้สูงอายุจะมีอาการรุนแรงจากการติดเชื้อโรคโควิด-19 (Mean=2.92 S.D.=1.31) การฉีดวัคซีนโควิด-19 ช่วยกระตุ้นร่างกายให้สร้างภูมิคุ้มกันต่อเชื้อโรคโควิด-19 และลดอัตราการเสียชีวิต (Mean=2.70 S.D.= 1.08) และการสวมหน้ากากอนามัยทางการแพทย์สามารถป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 โดยไม่จำเป็นต้องรับวัคซีนโควิด-19 (Mean=2.70 S.D.=1.33) เป็นต้น (ดังตารางที่ 10)

ตารางที่ 10 การรับรู้ถึงประโยชน์ของวัคซีนโรคโควิด-19 ป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ (n=243)

การรับรู้ถึงประโยชน์ของวัคซีนโควิด-19	Mean	S.D.	ระดับ
1) ผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องรับวัคซีนโควิด-19	3.17	1.23	ปานกลาง
2) ปัจจุบันนี้ยังไม่มีวัคซีนที่มีประสิทธิภาพป้องกันโรค แต่การรับวัคซีนจะช่วยให้ผู้ป่วยอาการไม่รุนแรงและฟื้นตัวจากการติดเชื้อโรคโควิด-19 ได้เร็ว	3.12	1.22	ปานกลาง
3) การฉีดวัคซีนโควิด-19 ช่วยลดอัตราการรับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานานๆ และสามารถช่วยสร้างภูมิคุ้มกันหมู่ได้	2.98	1.33	ปานกลาง
4) วัคซีนโควิด-19สามารถป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 และลดโอกาสการเข้าสู่ระยะรุนแรงของโรคได้ มีเพียงผู้สูงอายุจะมีอาการรุนแรงจากการติดเชื้อโรคโควิด-19	2.92	1.31	ปานกลาง
5) การฉีดวัคซีนโควิด-19 ช่วยกระตุ้นร่างกายให้สร้างภูมิคุ้มกันต่อเชื้อโรคโควิด-19 และลดอัตราการเสียชีวิต	2.70	1.08	ปานกลาง
6) การสวมหน้ากากอนามัยทางการแพทย์สามารถป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 โดยไม่จำเป็นต้องรับวัคซีนโควิด-19	2.70	1.33	ปานกลาง
รวม	2.93	0.43	ปานกลาง

4) ด้านการรับรู้ความเชื่อเกี่ยวกับวัคซีนโควิด-19 จากการศึกษา พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับวัคซีนโควิด-19 ในระดับมาก คือ การตัดสินใจเข้ารับวัคซีนจะช่วยเพิ่มภูมิคุ้มกัน และการรับวัคซีนโควิด-19 จะช่วยกระตุ้นร่างกายให้สร้างภูมิคุ้มกันต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 (Mean=3.63 S.D.=1.19) และกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยหลังจากเข้ารับวัคซีนโควิด-19 (Mean=3.54 S.D.=1.21) นอกนั้นอยู่ในระดับปานกลาง คือ กังวลว่าจะติดเชื้อโรคโควิด-19 จากการเข้ารับวัคซีนโควิด-19 (Mean=3.44 S.D.=1.19) กังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงของวัคซีนโควิด-19 (Mean=3.35 S.D.=1.28) หากไม่ได้เดินทางออกนอกเคหสถาน ไม่มีความจำเป็นต้องเข้ารับวัคซีนโควิด-19 (Mean=3.26 S.D.=1.26) หากตัดสินใจเข้ารับวัคซีนจะช่วยสร้างภูมิคุ้มกันหมู่ และการรับวัคซีนโควิด-19เป็นการเพิ่มภูมิคุ้มกันให้กับสังคม (Mean=3.07 S.D.=1.18) เป็นต้น (ดังตารางที่ 11)

ตารางที่ 11 ด้านการรับรู้ความเชื่อเกี่ยวกับวัคซีนโควิด-19 ป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ (n=243)

ด้านการรับรู้ความเชื่อเกี่ยวกับวัคซีนโควิด-19	Mean	S.D.	ระดับ
1) การตัดสินใจเข้ารับวัคซีนจะช่วยเพิ่มภูมิคุ้มกัน และการรับวัคซีนโควิด-19 จะช่วยกระตุ้นร่างกายให้สร้างภูมิคุ้มกันต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19	3.63	1.19	มาก
2) กังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยหลังจากเข้ารับวัคซีนโควิด-19	3.54	1.21	มาก
3) กังวลว่าจะติดเชื้อโรคโควิด-19 จากการเข้ารับวัคซีนโควิด-19	3.44	1.19	ปานกลาง
4) กังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงของวัคซีนโควิด-19	3.35	1.28	ปานกลาง
5) หากไม่ได้เดินทางออกนอกเคหสถาน ไม่มีความจำเป็นต้องเข้ารับวัคซีนโควิด-19	3.26	1.26	ปานกลาง
6) หากตัดสินใจเข้ารับวัคซีนจะช่วยสร้างภูมิคุ้มกันหมู่ และการรับวัคซีนโควิด-19 เป็นการเพิ่มภูมิคุ้มกันให้กับสังคม	3.07	1.18	ปานกลาง
รวม	3.17	0.39	ปานกลาง

5) การรับรู้การตัดสินใจเข้ารับวัคซีนโรคโควิด-19 จากการศึกษา พบว่า การตัดสินใจเข้ารับวัคซีนโควิด-19 ในระดับมาก คือ กลัวเข็ม หรือกลัวการฉีดวัคซีนป้องกันเชื้อโรคโควิด-19 (Mean=3.55 S.D.=1.17) มีความเชื่อมั่นในการรักษาด้วยการแพทย์เมื่อมีอาการจากการติดเชื้อโรคโควิด-19 มากกว่าการฉีดวัคซีนโควิด-19 (Mean= 3.51 S.D.=1.19) นอกจากนั้นอยู่ในระดับปานกลาง คือ เชื่อว่าควรปฏิเสธการฉีดวัคซีนป้องกันเชื้อโรคโควิด-19 (Mean=3.39 S.D.=1.16) ไม่ใช่คนกลุ่มเสี่ยงสูง ต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 จึงมีความลังเลในการเข้ารับวัคซีนป้องกันเชื้อโรคโควิด-19 (Mean= 3.27 S.D.=1.23) การประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับประโยชน์ของวัคซีนโควิด-19 จากแหล่งข้อมูลต่างๆ ยังไม่เพียงพอให้ท่านตัดสินใจเข้ารับวัคซีนโรคโควิด-19 (Mean=3.27 S.D.=1.27) และวัคซีนโควิด-19 ป้องกันโรคโควิด-19 อาจไม่สามารถเพิ่มภูมิคุ้มกัน ป้องกันการป่วยหนัก หรือสร้างภูมิคุ้มกันหมู่ได้จึงไม่ตัดสินใจเข้ารับวัคซีนโควิด-19 (Mean=3.06 S.D.=1.16) เป็นต้น (ดังตารางที่ 12)

ตารางที่ 12 การรับรู้ทัศนใจเข้ารับวัคซีนโควิด-19 ป้องกันเชื้อโรคโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ (n=243)

การรับรู้การตัดสินใจเข้ารับวัคซีนโรคโควิด-19	Mean	S.D.	ระดับ
1) กลัวเข็มหรือกลัวการฉีดวัคซีนป้องกันเชื้อโรคโควิด-19	3.55	1.17	มาก
2) มีความเชื่อมั่นในการรักษาด้วยการแพทย์เมื่อมีอาการจากการติดเชื้อโรคโควิด-19 มากกว่าการฉีดวัคซีนโควิด-19	3.51	1.19	มาก
3) เชื่อว่าควรปฏิเสธการฉีดวัคซีนป้องกันเชื้อโรคโควิด-19	3.39	1.16	ปานกลาง
4) ไม่ใช่คนกลุ่มเสี่ยงสูง ต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19จึงมีความลังเลในการเข้ารับวัคซีนป้องกันเชื้อโรคโควิด-19	3.27	1.23	ปานกลาง
5) การประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับประโยชน์ของวัคซีนโควิด-19 จากแหล่งข้อมูลต่างๆ ยังไม่เพียงพอให้ท่านตัดสินใจเข้ารับวัคซีนโรคโควิด-19	3.27	1.27	ปานกลาง
6) วัคซีนโควิด-19 ป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 อาจไม่สามารถเพิ่มภูมิคุ้มกันป้องกันการป่วยหนัก หรือสร้างภูมิคุ้มกันหมู่ได้จึงไม่ตัดสินใจเข้ารับวัคซีนโควิด-19	3.06	1.16	ปานกลาง
รวม	3.38	0.58	มาก

4.3.2 กิจกรรม ส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องการเข้ารับวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ

กิจกรรม ส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องการเข้ารับวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ประกอบไปด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้

ตารางที่ 13 กิจกรรมส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องการเข้ารับวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	รายละเอียดกิจกรรม	วันที่และเวลา
1. กิจกรรมส่งเสริมความรู้เท่าทันในการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19	เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคโควิด-19	อบรมให้ความรู้ แลกเปลี่ยนการรู้เท่าทันในการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันเชื้อโรคโควิด-19 โดยยึดหลักสร้างสุขอนามัยด้วย 3 ล. คือ ลด เลี่ยง ดูแล	วันที่ 12 ธันวาคม 2565 เวลา 09.00 -09.30 น.
2. กิจกรรมส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าถึงข้อมูลวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ	เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้ถึงข้อมูลความรู้ด้านวัคซีนโควิด-19 และโรคโควิด-19 อย่างถูกต้อง	อบรมให้ความรู้ เรื่องวัคซีนโควิด-19 และโรคโควิด-19 แลกเปลี่ยนข้อมูลความรู้เกี่ยวกับวัคซีนโควิด-19	วันที่ 12 ธันวาคม 2565 เวลา 09.30 -10.00 น.
3. กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การไม่เข้ารับวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ	เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การเข้ารับวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุและเป็นทางเลือกในการตัดสินใจเข้ารับวัคซีนเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันแก่ร่างกายในกลุ่มผู้สูงอายุเขตตำบลธงธานี	เสริมสร้างสมรรถนะทางสังคม ผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อนเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การไม่เข้ารับวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ	วันที่ 12 ธันวาคม 2565 เวลา 10.00 -11.00 น.
4. กิจกรรมสัมภาษณ์ผู้สูงอายุหลังจากเข้าร่วมกิจกรรม ส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ	เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นการเข้ารับวัคซีนโควิด-19 แบบสัมภาษณ์	ผู้วิจัยสัมภาษณ์ความคิดเห็นผู้สูงอายุจากประเด็นการไม่เข้ารับวัคซีนโควิด-19 และเหตุผลที่ไม่เข้ารับวัคซีนโควิด-19	วันที่ 12 ธันวาคม 2566 เวลา 11.00-12.00 น.

จากกิจกรรมส่งเสริมความรู้เท่าทันในการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า การจัดกิจกรรมดำเนินไปได้ด้วยความเรียบร้อย ผู้เข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ยังมีประเด็นปัญหาที่ผู้สูงอายุบางท่านยังรู้ไม่เท่าทันการป้องกันโรคโควิด-19 และยังมีอีกหลายความรู้ที่เป็นความรู้ใหม่แก่ผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจเรื่องวัคซีนโควิด-19 เรื่องผลของวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเชื้อโรคโควิด-19 ที่จะมีผลกระทบต่อร่างกาย ผู้สูงอายุบางคนยังมีความกังวลและมีความลังเลในการเข้ารับวัคซีนโควิด-19 เพราะมีความเชื่อในเรื่องความกลัวและผลกระทบข้างเคียงจากวัคซีน ผู้สูงอายุมีคำถามเป็นช่วงๆ ในการจัดกิจกรรม และมีบางคนเข้าใจข้อมูลของวัคซีนโควิด-19 มากขึ้นและตัดสินใจเข้ารับวัคซีนโควิด-19 จากการจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้เท่าทันในการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ

4.4 สังเกตการณ์เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องการเข้ารับวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ

4.4.1 สังเกตการณ์จัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องการเข้ารับวัคซีนโควิด-19

จากการเข้าร่วมกิจกรรมประกอบด้วย 4 กิจกรรม ซึ่งได้รายละเอียดจากการสังเกตของการจัดกิจกรรม สรุปเป็นประเด็นจากกลุ่มผู้สูงอายุได้ 3 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ผู้สูงอายุกลัวผลข้างเคียงของวัคซีนโควิด-19 พบว่า ผู้สูงอายุมีความกังวลกลัวผลข้างเคียงหลังเข้ารับวัคซีนโควิด-19 ที่จะเกิดขึ้นกับร่างกาย เช่น แขนขาอ่อนแรง เหนื่อยหอบ เป็นต้น กลัวว่าจะแพ้วัคซีนแล้วมีอันตรายเสียชีวิต เนื่องจากผู้สูงอายุบางรายยังเข้าถึงข้อมูลเรื่องวัคซีนโควิด-19 และประสิทธิภาพของวัคซีนโควิด-19 ไม่เพียงพอ และยังไม่เข้าถึงการติดเชื้อโควิด-19 ที่ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อโควิด-19 ได้ง่ายมากกว่าคนในวัยอื่นๆ เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันโรคที่ต่ำลงตามวัย จึงทำให้ผู้สูงอายุบางรายมีความไม่มั่นใจและเกิดความกังวลในการตัดสินใจเข้ารับวัคซีนโควิด-19

“.....อายุ 69 ปี เห็นคนอื่นฉีดวัคซีนกลับมาแล้วร่างกายไม่เหมือนเดิม คนรอบข้างก็ไม่อยากให้ไปฉีด ถ้าเป็นอะไรมาเหมือนคนอื่นที่ไปฉีดมาแล้วร่างกายไม่เหมือนเดิม เขาว่าใครจะมารับผิดชอบ ร่างกายก็ไม่ค่อยแข็งแรงอายุเยอะแล้ว โควิดเป็นแล้วรักษาก็หาย แต่วัคซีนฉีดแล้วไม่รู้จะเป็นอย่างไร” (สัมภาษณ์ผู้สูงอายุ วันที่ 12 ธันวาคม 2566)

ประเด็นที่ 2 ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย พบว่า ผู้สูงอายุบางรายกังวลเกี่ยวกับโรคประจำตัวที่กำลังรักษาอยู่ เมื่อตัดสินใจรับวัคซีนโควิด-19 เขาร่างกายกังวลว่าจะมีผลต่อโรคประจำตัวทำให้ร่างกายไม่แข็งแรง ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตต่อไป เพราะผู้สูงอายุบางรายไม่มีคนรอบข้างคอยดูแล จึงไม่ยอมมีความกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงที่จะเกิดจากวัคซีนโควิด-19

“..... อายุ 68 ปี อยู่กัน 2 คนตายาย มีโรคประจำตัวทั้ง 2 คนดูแลกัน เคยติดโควิดแล้ว ครั้งหนึ่ง มีโรคความดันโลหิตเป็นโรคประจำตัว รัยยาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านนานๆไปโรงพยาบาลครั้งเดินทางไม่สะดวก ยังไม่ยอมฉีดวัคซีนเพราะมีโรคประจำตัว กลัววัคซีนทำให้โรคประจำตัวที่เป็นอยู่ แย่ลงกว่าเดิม ” (สัมภาษณ์ผู้สูงอายุ วันที่ 12 ธันวาคม 2566)

ประเด็นที่ 3 ผู้สูงอายุไม่เชื่อมั่นว่าวัคซีนโควิด-19 จะสามารถป้องกันโรคโควิด-19 ได้ พบว่า ผู้สูงอายุบางรายมีการติดเชื้อโรคโควิด-19 อาการไม่รุนแรง สามารถรักษาตัวที่บ้านตามมาตรการการรักษาตัวโดยที่ยังไม่ได้รับวัคซีนโควิด-19 และยังมีผู้สูงอายุที่รับวัคซีนโควิด-19 แล้วแต่ยังมีการติดเชื้อโรคโควิด-19 อยู่ ทำให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นว่าการฉีดวัคซีนโควิด-19 ไม่มีผลต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19

“.....อายุ 71 อยู่บ้านไม่ค่อยออกไปข้างนอก มีออกไปหาบ้านข้างๆ ระวังนี้บางครั้งแต่ใส่แมสตลอดช่วงที่โควิดระบาดหนักป้องกันตัวเองอยู่ บ้านข้างๆ กันเขาไปฉีดวัคซีนมาบอกว่าปวดแขน ยกแขนลำบาก เหนื่อยง่าย ร่างกายไม่แข็งแรงเหมือนตอนที่ยังไม่ฉีดทำงานลำบาก แต่ก็ยังติดโควิดเหมือนเดิม ถ้าตัดสินใจฉีดแล้วก็ไม่รู้ว่าร่างกายจะเป็นแบบไหน เพราะอายุก็เยอะมากแล้ว คนรอบข้างก็ไม่แนะนำให้ฉีด อยู่บ้าน” (สัมภาษณ์ผู้สูงอายุ วันที่ 12 ธันวาคม 2566)

4.4.2 สังเกตปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ 5 ด้าน วิเคราะห์ปัจจัยได้ดังนี้

- 1) ด้านการรับรู้การตัดสินใจเข้ารับวัคซีนโรคโควิด-19 ค่าเฉลี่ยรวม 3.38 อยู่ในระดับมากและได้ค่าเฉลี่ย (Mean =3.55 S.D.=1.17) ระดับมาก คือ กลัวเข็มหรือกลัวการฉีดวัคซีน โควิด -19
- 2) ด้านการรับรู้พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ค่าเฉลี่ยรวม 3.35 ระดับปานกลางและได้ค่าเฉลี่ย (Mean =4.30 S.D.=1.98) ระดับมาก คือ หลีกเลี่ยงการเข้าไปในเขตชุมชนที่มีประชากรหนาแน่น มีความแออัด

3) ด้านการรับรู้ความเชื่อเกี่ยวกับวัคซีนโควิด-19 ค่าเฉลี่ยรวม 3.17 อยู่ในระดับปานกลางและได้ค่าเฉลี่ย (Mean =3.63 S.D.=1.19) ระดับมากคือ การตัดสินใจเข้ารับวัคซีนจะช่วยเพิ่มภูมิคุ้มกัน และการรับวัคซีนโควิด-19 จะช่วยกระตุ้นร่างกายให้สร้างภูมิคุ้มกันต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19

4) การรับรู้ถึงประโยชน์ของวัคซีนโควิด-19 ค่าเฉลี่ยรวม 2.93 อยู่ในระดับปานกลางและได้ค่าเฉลี่ย (Mean =3.17 S.D.=1.23) ระดับปานกลาง คือ ผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องรับวัคซีนโควิด-19

5) ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 ค่าเฉลี่ยรวม 2.62 อยู่ในระดับปานกลางและได้ค่าเฉลี่ย (Mean =3.30 S.D.=1.34) อยู่ในระดับปานกลาง คือ การล้างมือเป็นประจำและสวมใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลาเมื่ออยู่นอกเคหะสถานจะลดโอกาสการติดเชื้อโรคโควิด-19 ได้

จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงวัคซีนโควิด-19 พบว่า ด้านการรับรู้การตัดสินใจเข้ารับวัคซีนโรคโควิด-19 ค่าเฉลี่ยรวม 3.38 อยู่ในระดับมากและได้ค่าเฉลี่ย (Mean =3.55 S.D.=1.17) อยู่ในระดับมาก คือ กลัวเข็มหรือกลัวการฉีดยาวัคซีนโควิด-19 ซึ่งจากปัจจัยนี้เกี่ยวข้องกับการเข้ารับวัคซีนในกลุ่มผู้สูงอายุ และเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่ตัดสินใจเข้ารับวัคซีนโควิด-19

4.5 สะท้อนผลการดำเนินงานรูปแบบการเข้าถึงวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ

4.5.1 จัดเวทีประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้สะท้อนผลดำเนินงานร่วมกับกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการวิจัย สรุปลผลการดำเนินงาน

จากการดำเนินงานรูปแบบการเข้าถึงวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี ผู้วิจัยได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ สะท้อนผลดำเนินงานร่วมกับกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการวิจัย ตั้งแต่ขั้นตอนการวางแผน การวิเคราะห์ การจัดกิจกรรม ส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องการเข้ารับวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมส่งเสริมความรู้เท่าทันในการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ และพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 กิจกรรมส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าถึงข้อมูลวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การไม่เข้ารับวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ และกิจกรรมสัมภาษณ์ผู้สูงอายุหลังจากเข้าร่วมกิจกรรม ส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องการเข้ารับวัคซีนโควิด-19 และการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี เพื่อถอดบทเรียน วิเคราะห์สะท้อนผลดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไขและถอดบทเรียนการร่วมกับกลุ่มผู้มีส่วน

เกี่ยวข้องในกระบวนการวิจัย หาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน แนวทางแก้ไข และถอดบทเรียนการดำเนินงาน

จากการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงวัคซีนโควิด-19 คือ ด้านการรับรู้การตัดสินใจเข้ารับวัคซีนโรคโควิด-19 ผู้สูงอายุกลัวเข็มหรือกลัวการฉีตวัคซีนโควิด-19 การจัดกิจกรรม ส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องการเข้ารับวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุประกอบด้วย 4 กิจกรรม ซึ่งพบ 3 ประเด็น คือผู้สูงอายุกลัวผลข้างเคียงของวัคซีนโควิด-19 ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย และผู้สูงอายุไม่เชื่อมั่นว่าวัคซีนโควิด-19 จะสามารถป้องกันโรคโควิด-19 ได้

4.5.2 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงาน

จากการดำเนินการวิจัยเพื่อศึกษารูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ยังไม่ได้เข้ารับวัคซีนโควิด-19 ตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานในการวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนเพื่อแก้ปัญหาาร่วมกัน ตั้งแต่ร่วมวางแผน ดำเนินการตามแผนงาน ทำงานตามบทบาทหน้าที่ ที่ได้รับมอบหมาย ทำให้การดำเนินงานครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

จากผลการเข้ารับวัคซีนของผู้สูงอายุเข็ม 1 ก่อนทำวิจัย จำนวนผู้เข้ารับวัคซีนโควิด-19 จำนวน 540 คน คิดเป็นร้อยละ 44.92 หลังเข้าร่วมการจัดกิจกรรมส่งเสริมการเข้ารับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีผู้สูงอายุเข้ารับวัคซีนเข็มที่ 1 จำนวน 600 คน คิดเป็นร้อยละ 49.91 ซึ่งพบว่า จำนวนผู้สูงอายุที่เข้ารับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่ถึงร้อยละ 70.0 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดซึ่งควรได้รับวัคซีนเป้าหมายมากกว่าร้อยละ 70.0 แต่มีผู้สนใจเข้ารับวัคซีนโควิด-19 เพิ่มจากเดิมทำให้การดำเนินกิจกรรมสำเร็จไปได้ด้วยดี (โรงพยาบาลธวัชบุรี, 2565)



บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) รูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด ตามแนวคิดของ Kemmis and McTaggart (1988) ซึ่งมีขั้นตอนการวิจัย 4 ขั้นตอนประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) การสะท้อนผลการปฏิบัติการ (Reflection) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 278 คน ระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่ ตุลาคม 2565- มกราคม 2566

ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data) และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) ผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับหัวข้อ ดังนี้

- 5.1 สรุปผลการศึกษา
- 5.2 อภิปรายผล
- 5.3 ข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด โดยเริ่มศึกษาบริบทองค์กร วิเคราะห์ปัญหาการไม่เข้ารับวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล โดยสรุปปัญหาการไม่เข้ารับวัคซีนโควิด-19 ดังนี้

ผู้สูงอายุพึ่งรับข่าวสารการรับรู้จากบุคคลอื่นที่ได้รับผลข้างเคียงของวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือคนใกล้ตัวที่หลังจากได้รับวัคซีนโควิด-19 แล้วร่างกายผิดปกติไปจากเดิม เช่น แขนขาอ่อนแรง ทำให้เกิดความกังวลกลัวว่าจะเกิดกับสุขภาพตนเองและส่งผลกระทบต่อเป็นปัญหาของครอบครัวหรือบุคคลรอบข้าง มีความเชื่อมั่นในสุขภาพตนเองคิดว่าตนเองป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ได้ จึงไม่รับวัคซีนโควิด-19

ผู้สูงอายุบางรายเคยติดเชื้อแล้วอาการไม่รุนแรงสามารถรักษาที่บ้านได้ และได้รับยาจากโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษาแล้ว มีการรักษาตัวครบ 10 วัน จึงไม่รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 บางรายไม่กลัวติดเชื้อโรคโควิด-19 เท่ากลัวสารในวัคซีนโควิด-19 เพราะดูจากข่าวสารทาง

วิทยุ โทรทัศน์ สื่อต่างๆ ที่นำเสนอผลกระทบเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ทำให้เกิดความวิตกกังวลมีความคิดว่าสามารถเกิดกับตนเองได้

ผู้สูงอายุกังวลในเรื่องโรคประจำของตนเอง สุขภาพปัญหาของร่างกายที่ไม่เหมาะกับการรับวัคซีนโควิด-19 ตัวของกลุ่มตัวอย่างในบางรายตามวัยแม้ว่าสุขภาพร่างกายจะแข็งแรงดีแต่การรับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 เข้าไปอาจทำให้ร่างกายแยลงกว่าเดิมได้เพราะภูมิคุ้มกันของแต่ละคนไม่เท่ากัน กลุ่มตัวอย่างบางรายมีความกังวลที่จะใช้เข็มเข้าไปในร่างกายมากกว่ากลัวการติดเชื้อโรคโควิด-19

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลการเข้าถึงวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ จัดเวทีประชุมชี้แจงการดำเนินงานร่วมกับคณะผู้ดำเนินงานที่เกี่ยวข้องในการวิจัยเพื่อดำเนินงานและแก้ไขปัญหาการเข้าถึงวัคซีนในกลุ่มผู้สูงอายุร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัย ศึกษาแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในการทำวิจัยจัดทำแผนปฏิบัติการโดยแบ่งเป็น 2 แผน ดังนี้

แผนปฏิบัติการที่ 1 สร้างแบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 142 คน คิดเป็นร้อยละ 58.4 ผู้สูงอายุมีเชื้อชาติไทย จำนวน 243 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ผู้สูงอายุมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา จำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 40.7 ผู้สูงอายุมีความดันโลหิตสูงเป็นโรคประจำตัว จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 23.9 ผู้สูงอายุมีอาชีพเกษตรกร จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 28.8 และข้อมูลปัจจัยการรับรู้การเข้าถึงวัคซีนโควิด-19 ประกอบด้วย 5 ด้าน ในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี ประกอบด้วย ด้านการรับรู้การตัดสินใจเข้ารับวัคซีนโรคโควิด-19, ด้านการรับรู้พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19, ด้านการรับรู้ความเชื่อเกี่ยวกับวัคซีนโควิด-19, การรับรู้ถึงประโยชน์ของวัคซีนโควิด-19 และด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 นำข้อมูลปัจจัยการรับรู้การเข้าถึงวัคซีนโควิด-19 มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ผลลัพธ์ที่ได้ ดังนี้

ด้านการรับรู้การตัดสินใจเข้ารับวัคซีนโรคโควิด-19 ค่าเฉลี่ยรวม 3.38 อยู่ในระดับมากและได้ค่าเฉลี่ย (Mean=3.55 S.D.=1.17) อยู่ในระดับมาก คือ กลัวเข็มหรือกลัวการฉีดวัคซีนโควิด-19 ซึ่งจากปัจจัยนี้เกี่ยวข้องกับการเข้ารับวัคซีนในกลุ่มผู้สูงอายุ และเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่ตัดสินใจเข้ารับวัคซีนโควิด-19

แผนปฏิบัติการที่ 2 จัดกิจกรรม ส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องการเข้ารับวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ กิจกรรมส่งเสริมความรู้เท่าทันในการป้องกันโรคโควิด ในกลุ่มผู้สูงอายุ และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19, กิจกรรมส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าถึงข้อมูลวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ, กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การไม่เข้ารับวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุและกิจกรรมสัมภาษณ์ผู้สูงอายุหลังจากเข้าร่วมกิจกรรม ส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องการเข้ารับวัคซีนโควิด-19 ซึ่งได้สรุปเป็นประเด็นจากกลุ่มผู้สูงอายุได้ 3 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ผู้สูงอายุกลัวผลข้างเคียงของวัคซีนโควิด-19 พบว่า ผู้สูงอายุมีความกังวลกลัวผลข้างเคียงหลังเข้ารับวัคซีนโควิด-19 ที่จะเกิดขึ้นกับร่างกาย เช่น แขนขาอ่อนแรง เหนื่อยหอบ เป็นต้น กลัวว่าจะแพ้วัคซีนแล้วมีอันตรายเสียชีวิต เนื่องจากผู้สูงอายุบางรายยังเข้าถึงข้อมูลเรื่องวัคซีนโควิด-19 และประสิทธิภาพของวัคซีนโควิด-19 ไม่เพียงพอ และยังไม่เข้าถึงการติดเชื้อโควิด-19 ที่ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อโควิด-19 ได้ง่ายมากกว่าคนในวัยอื่นๆ เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันโรคที่ต่ำลงตามวัย จึงทำให้ผู้สูงอายุบางรายมีความไม่มั่นใจและเกิดความกังวลในการตัดสินใจเข้ารับวัคซีนโควิด-19

ประเด็นที่ 2 ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย พบว่า ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย พบว่า ผู้สูงอายุบางรายกังวลเกี่ยวกับโรคประจำตัวที่กำลังรักษาอยู่ เมื่อตัดสินใจรับวัคซีนโควิด-19 เข้าร่างกายกังวลว่าจะมีผลต่อโรคประจำตัวทำให้ร่างกายไม่แข็งแรง แข็ง ส่งผลกระทบต่ออาการดำเนินชีวิตต่อไป เพราะผู้สูงอายุบางรายไม่มีคนรอบข้างคอยดูแล จึงไม่ยอมมีความกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงที่จะเกิดจากวัคซีนโควิด-19

ประเด็นที่ 3 ผู้สูงอายุไม่เชื่อมั่นว่าวัคซีนโควิด-19 จะสามารถป้องกันโรคโควิด-19 ได้ พบว่า ผู้สูงอายุบางรายมีการติดเชื้อโรคโควิด-19 อาการไม่รุนแรง สามารถรักษาตัวที่บ้านตามมาตรการการรักษาตัวโดยที่ยังไม่ได้รับวัคซีนโควิด-19 และยังมีผู้สูงอายุที่รับวัคซีนโควิด-19 แล้วแต่ยังมีการติดเชื้อโรคโควิด-19 อยู่ ทำให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นว่าการฉีดวัคซีนโควิด-19 ไม่มีผลต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19

จากการดำเนินการวิจัยเพื่อศึกษารูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ยังไม่ได้เข้ารับวัคซีนโควิด-19 ตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานในการวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนเพื่อแก้ปัญหาาร่วมกัน ตั้งแต่ร่วมวางแผน ดำเนินการตามแผนงาน ทำงานตามบทบาทหน้าที่ ที่ได้รับมอบหมาย ทำให้การดำเนินงานครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

จากผลการเข้ารับวัคซีนของผู้สูงอายุเข็ม 1 ก่อนทำวิจัย จำนวนผู้เข้ารับวัคซีนโควิด-19 จำนวน 540 คน คิดเป็นร้อยละ 44.92 หลังเข้าร่วมการจัดกิจกรรมส่งเสริมการเข้ารับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีผู้สูงอายุเข้ารับวัคซีนเข็มที่ 1 จำนวน 600 คน คิดเป็นร้อยละ 49.91 ซึ่งพบว่า จำนวนผู้สูงอายุที่เข้ารับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่ถึงร้อยละ 70.0 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดซึ่งควรได้รับวัคซีนเป้าหมายมากกว่าร้อยละ 70.0 แต่มีผู้สนใจเข้ารับวัคซีนโควิด-19 เพิ่มจากเดิมทำให้การดำเนินกิจกรรมสำเร็จไปได้ด้วยดี (โรงพยาบาลธวัชบุรี, 2565)

5.2 อภิปรายผล

การวิจัยเรื่องรูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี อำเภอรวิชัยบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด มีวัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษารูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี อำเภอรวิชัยบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด วัตถุประสงค์เฉพาะ

- 1) เพื่อศึกษาบริบทพื้นที่และข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการเข้าถึงวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี อำเภอรวิชัยบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด
- 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการเข้าถึงวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุตำบลธงธานี อำเภอรวิชัยบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด
- 3) เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการเข้าถึงวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุตำบลธงธานี อำเภอรวิชัยบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด
- 4) เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี อำเภอรวิชัยบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด

ผลการศึกษาพบว่าภายหลังจากที่ได้รับการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 142 คน คิดเป็นร้อยละ 58.4 รองลงมาเพศหญิง จำนวน 101 คน คิดเป็นร้อยละ 41.6 ผู้สูงอายุมีเชื้อชาติไทย จำนวน 243 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ผู้สูงอายุมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาจำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 40.7 รองลงมาคือศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 95 คน ร้อยละ 39.1 ไม่ได้ศึกษาจำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 17.3 และศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 2.9 ตามลำดับ ผู้สูงอายุมีความดันโลหิตสูงเป็นโรคประจำตัว จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 23.9 รองลงมาคือ โรคเบาหวาน จำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 23.5 ไม่มีโรคประจำตัวจำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 13.6 โรคไขมันในเลือดสูง จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 11.9 โรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 11.5 โรคภูมิแพ้ จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 10.7 โรคภาวะซึมเศร้า จำนวน 8 คนคิดเป็นร้อยละ 3.3 และโรคมะเร็ง จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 1.6 ตามลำดับผู้สูงอายุมีอาชีพเกษตรกร จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 28.8 รองลงมาคือ แม่บ้าน จำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 28.0 อาชีพรับจ้างทั่วไป จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 19.8 อาชีพค้าขาย จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 16.0 อาชีพรัฐวิสาหกิจจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 3.7 และอาชีพข้าราชการจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 3.7 ตามลำดับ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

จากผลการเข้ารับวัคซีนของผู้สูงอายุเข็ม 1 ก่อนทำวิจัย จำนวนผู้เข้ารับวัคซีนโควิด-19 จำนวน 540 คน คิดเป็นร้อยละ 44.92 หลังเข้าร่วมการจัดกิจกรรมส่งเสริมการเข้ารับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีผู้สูงอายุเข้ารับวัคซีนเข็มที่ 1 จำนวน 600 คน คิดเป็นร้อยละ 49.91 ซึ่งพบว่า จำนวนผู้สูงอายุที่เข้ารับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่ถึงร้อยละ 70.0 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดซึ่งควรได้รับวัคซีนเป้าหมายมากกว่าร้อยละ 70.0 แต่มีผู้สนใจเข้ารับวัคซีนโควิด-19 เพิ่มจากเดิมทำให้การดำเนินกิจกรรมสำเร็จไปได้ด้วยดี (โรงพยาบาลราชบุรี, 2565)

สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความลังเลใจและความต้องการรับวัคซีนโควิด 19 พบว่า จากกลุ่มตัวอย่างที่มีความลังเลใจในการรับวัคซีนโควิด 19 จำนวน 1,342 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 58.4 และเพศชายร้อยละ 41.6 มีอายุเฉลี่ย 57.2 ปี อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายुर้อยละ 45.5 รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 45 - 60 ปี ร้อยละ 30.5 ด้านสถานภาพสมรสส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 65.7 รองลงมาคือหม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 18.9 และโสด ร้อยละ 15.4 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 90.4 และระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 9.6 ด้านอาชีพอยู่บ้านไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 44.2 รองลงมาคือรับจ้าง/เอกชน ร้อยละ 20.6 เกษตรกร ร้อยละ 18.9 ค้าขาย ร้อยละ 13.2 และภาครัฐ ร้อยละ 3.2 ด้านภาวะสุขภาพมีสุขภาพดีไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 41.3 รองลงมาเป็นผู้สูงอายุสุขภาพดี ร้อยละ 34.8 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 23.8 ด้านลักษณะชุมชนอยู่นอกเขตอำเภอเมือง ร้อยละ 54.2 และในเขตอำเภอเมือง ร้อยละ 45.8 ความเชื่อมั่นในวัคซีนโควิด 19 พบว่า ด้านความปลอดภัยเชื่อมั่นมากและมากที่สุด ร้อยละ 47.2 ด้านความรุนแรงของอาการข้างเคียงเชื่อมั่นมากและมากที่สุด ร้อยละ 41.7 ด้านความถี่ของอาการข้างเคียงเชื่อมั่นมากและมากที่สุด ร้อยละ 35.3 และด้านสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเชื่อมั่นมากและมากที่สุด ร้อยละ 45.3

สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 (Covid-19) ของประชากรในกรุงเทพมหานคร พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง อยู่ในช่วงอายุ 30 - 39 ปี มีระดับการศึกษา ปริญญาตรี ประกอบอาชีพพนักงานบริษัทเอกชน และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 10,000 - 20,000 บาท โดยระดับความคิดเห็นของปัจจัยแรงจูงใจในการป้องกันโรค โดยภาพรวมอยู่ในระดับความคิดเห็นมากที่สุด (Mean = 4.67 , S.D.= 0.292) และมีระดับความคิดเห็นการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 โดยภาพรวมอยู่ในระดับความคิดเห็นมากที่สุด (Mean = 4.46 , S.D.= 0.441) ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า ประชากรในกรุงเทพมหานครที่มี อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ต่างกัน ทำให้การตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 โดยภาพรวมต่างกัน และประชากรในกรุงเทพมหานครที่มี เพศ ต่างกันทำให้การตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 โดยภาพรวมไม่ต่างกัน นอกจากนี้ ปัจจัยแรงจูงใจในการป้องกันโรค ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค

และด้าน 2 ความคาดหวังในประสิทธิผล ส่งผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโคโรนาไวรัส (Covid-19) ที่ระดับนัยสำคัญ ทางสถิติ 0.05

สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการป้องกันโรคโควิด-19 กับการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุ พบว่า ผลการวิจัยพบว่า ระดับแรงจูงใจในการป้องกันโรคโควิด-19 โดยรวมและรายด้าน คือ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 ($\bar{x}=3.42$) ด้านความคาดหวังในประสิทธิผลวัคซีนโควิด-19 ($\bar{x}=2.88$) และด้านการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคโควิด-19 ($\bar{x}=3.33$) อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านการรับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูง ($\bar{x}=4.30$) แรงจูงใจในการป้องกันโรคโควิด-19 ด้านการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 9.002$, p-value=0.004)

สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับวัคซีนป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุตำบลเมืองเพีย อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับวัคซีนป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 แล้วคิดเป็นร้อยละ 94.4 และยังไม่รับวัคซีนป้องกันไวรัสโคโรนา 2019 คิดเป็นร้อยละ 5.6 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคและวัคซีนป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ระดับปานกลาง 64.0 ระดับมากคิดเป็นร้อยละ 19.2 และระดับน้อยคิดเป็นร้อยละ 16.8 กลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจในการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ระดับมากคิดเป็นร้อยละ 53.6 ระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 44.8 และระดับน้อยคิดเป็นร้อยละ 1.6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับวัคซีนป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความรู้เกี่ยวกับโรคและวัคซีนป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 และแรงจูงใจในการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ในขณะที่ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับวัคซีนป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019

สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง วัคซีนโควิด-19 กับแผนการสร้าง "ภูมิคุ้มกันหมู่" ในประเทศไทย พบว่า ประเทศไทยได้เตรียมการจัดหาวัคซีนให้กับประชาชนคนไทยมาตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2563 โดยมีคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญ โดยพิจารณาถึงคุณลักษณะของวัคซีน เช่น รูปแบบการวิจัยการจัดเก็บ และการขนส่งรัฐบาลได้วางแผนในระยะแรกที่จะจัดหาวัคซีน 63 ล้านโดส เพื่อจะฉีดให้ประชาชน ประมาณ 31.5 ล้านคน โดยจัดหาจากบริษัทแอสตราเซนเนกาและซิโนแวค โดยวางแผนจะฉีดในประชาชนกลุ่มเสี่ยงกลุ่มแรก ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขด่านหน้า ผู้มีโรคประจำตัว เช่น โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคหัวใจ โรคไตเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป และเจ้าหน้าที่ควบคุมโรคและมีโอกาสสัมผัสผู้ป่วย

สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ามารับความช่วยเหลือในนโยบายฉีดวัคซีนของกลุ่มผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครนนทบุรี พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีการเข้าถึงนโยบายการฉีดวัคซีนในภาพรวมอยู่ในระดับน้อยที่สุดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.63 เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่า ด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.40 อยู่ในระดับน้อยที่สุด ด้านการให้บริการมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.67 อยู่ในระดับน้อยที่สุด และด้านการความพึงพอใจมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.83 อยู่ในระดับน้อย โดยระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงการรับความช่วยเหลือในนโยบายฉีดวัคซีนของกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเน้นการเข้าถึงการรับความช่วยเหลือในกลุ่มตัวอย่างมีอิทธิพลกับระดับการศึกษาไม่ได้เรียนมากที่สุด รองลงมาคือระดับการศึกษาประถมศึกษาและระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตามลำดับ อย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 โดยเทศบาลนครนนทบุรีควรเน้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร เน้นการทำความเข้าใจเชิงรุกในพื้นที่ให้มากขึ้น ในส่วนของด้านการให้บริการนครเทศบาลนนทบุรี ควรเน้นย้ำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือ อสม.ได้แจ้งข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการอย่างครบถ้วน มีช่องทางสำหรับการซักถามข้อสงสัยเพิ่มขึ้นทั้งทางออนไลน์และออฟไลน์ เพื่อให้ผู้สูงอายุในพื้นที่สามารถเข้าถึงและให้บริการได้อย่างสะดวกโดยง่าย

สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง การเปิดรับสื่อ ทักษะคติ และพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงของผู้สูงอายุในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด -19) พบว่า กลุ่มตัวอย่างเปิดรับสื่ออยู่ในระดับปานกลาง มีทักษะคติ และพฤติกรรมต่อการป้องกันความเสี่ยงในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับมาก โดยมีระดับการศึกษาและรายได้ แตกต่างกันทำให้การเปิดรับสื่อในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แตกต่างกัน และความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับสื่อ ทักษะคติ และพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์กันทางบวก ดังนั้นจึงควรมีการวางแผน การใช้สื่อการเลือกใช้สื่อ และวิธีการสื่อสารให้สอดคล้อง เหมาะสมกับลักษณะทางประชากร และใช้สื่อเพื่อให้ข้อมูลข่าวสารประชาสัมพันธ์อย่างหลากหลาย น่าสนใจ เผยแพร่แบบเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1)จากการวิจัยในครั้งนี้พบว่ารูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีน-โควิด-19 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า จากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงวัคซีนโควิด -19 ประกอบด้วย 5 ด้าน พบว่า ผลรวมด้านการรับรู้พฤติกรรมป้องกันโรคโควิด -19 ของกลุ่มผู้สูงอายุ ร้อยละ 3.39 อยู่ในระดับปานกลาง สามารถนำผลการวิจัยรูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึง

วัคซีนโควิด -19 ของกลุ่มผู้สูงอายุ ไปวางแผนการส่งเสริมในอนาคตได้ โดยเน้นส่งเสริมให้ความรู้การเข้าถึงวัคซีนโควิด -19 ที่สามารถลดโอกาสการติดเชื้อโรคโควิด -19 และปัจจัยการรับรู้การป้องกันโรคโควิด -19

2) จากการวิจัยในครั้งนี้พบว่า การรับรู้พฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด -19 ของกลุ่มผู้สูงอายุ 3 อันดับแรก คือ มักจะหลีกเลี่ยงการเข้าไปในเขตชุมชนที่มีประชากรหนาแน่น มีความแออัด ร้อยละ 4.09 อยู่ในระดับมาก รองลงมาคือสวมหน้ากากอนามัยหรือสวมหน้ากากผ้าตลอดเวลาเมื่อต้องเดินทางออกนอกเคหะสถาน ร้อยละ 3.67 อยู่ในระดับมาก และรองลงมาคือเว้นระยะหรือรักษาระยะห่างจากผู้อื่นอย่างน้อย 1-2 เมตรเป็นประจำ ร้อยละ 3.43 อยู่ในระดับปานกลาง การวิจัยในครั้งนี้สามารถนำข้อมูลการรับรู้พฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด -19 มาประกอบการให้ข้อมูลที่เกี่ยวกับพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด -19 ในการเข้ารับวัคซีนโควิด -19 ของกลุ่มผู้สูงอายุ และนำมาใช้ในการให้คำแนะนำในการเข้ารับวัคซีนโควิด -19 อย่างเหมาะสม

5.3.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) เนื่องจากในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการวิจัยและศึกษาเชิงลึกโดยการสัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ละเอียดมากยิ่งขึ้น เนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุเลือก

2) เนื่องจากในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษากลุ่มผู้สูงอายุ ในเขตตำบลธงธานี จึงทำให้ไม่สามารถทราบถึงการเข้าถึงวัคซีนในเขตตำบลอื่นได้ ดังนั้นการศึกษาวินิจฉัยในครั้งนี้ต่อไปจึงสามารถกำหนดกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมเขตตำบลอื่น ในจังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อจะได้ทราบถึงการเข้าถึงวัคซีนได้อย่างชัดเจน และนำไปสู่การวางแผนการเข้ารับวัคซีนในระดับท้องถิ่นต่อไปได้

3) การศึกษาวินิจฉัยในครั้งนี้เป็นการศึกษากลุ่มผู้สูงอายุ ในเขตตำบลธงธานี ไม่ครอบคลุมกลุ่มประชากรในช่วงอายุอื่น การศึกษาวินิจฉัยครั้งต่อไปจึงสามารถศึกษากลุ่มประชากรในช่วงอายุอื่นได้ เนื่องจากแต่ละช่วงอายุมีการเลือกปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงวัคซีนที่แตกต่างกัน เพื่อที่จะสามารถนำผลการวิจัยในช่วงอายุอื่นมาใช้สำหรับออกแบบรูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีน-โควิด 19 และนำไปสู่การวางแผนการเข้ารับวัคซีนในช่วงอายุที่กำหนดต่อไป

บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กรมควบคุมโรค. (2564). *แนวทางการให้วัคซีนโควิด 19 ในสถานการณ์การระบาด ปี 2564 ของประเทศไทย ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 มิถุนายน 2564*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *แนวทางการให้วัคซีนโควิด 19 ในสถานการณ์การระบาด ปี 2564 ของประเทศไทย ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 สิงหาคม 2564*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมควบคุมโรค. (2564). *แนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หรือโควิด 19 สำหรับประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- ชนิษฐา ชื่นใจ และบุญภา ปันทุรธัมพร. (2564). *ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโคโรนาไวรัส (Covid-19) ของประชากรในกรุงเทพมหานคร มหาวิทยาลัยรามคำแหง*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- จุฬารัตน์ โสตะ. (2554). *แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ชินอรส ลีสวัสดิ์, เทิดศักดิ์ เดชคง และลือจรรยา ธนภักดิ์. (2565). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความลังเลใจและความต้องการรับวัคซีนโควิด 19. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*.
- ชุตินา เจริญกุล. (2531). *เศรษฐกิจสุขภาพและความพึงพอใจในชีวิตผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.
- ณัฐพร มาอุ่น. (2565). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ามารับความช่วยเหลือในนโยบายฉีดวัคซีนของกลุ่มผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครนนทบุรี. วารสารบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต*.
- ธัญญาลักษณ์ ไชยรินทร์. (2544). *ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*.
- ธีรวิมล เอกะกุล. (2543). *ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์*. อุบลราชธานี: สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี.

- ธีระ กุลสวัสดิ์. (2558). *การหาคุณภาพของเครื่องมือในการวิจัย*. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- บงอร ธรรมศิริ. (2549). *ครอบครัวกับการดูแลผู้สูงอายุ*. วารสารการเวก ฉบับนิทรรศการวันเจ้าฟ้า
วิชาการ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2545). *ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์*. อุบลราชธานี:
สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ. (2536). *พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา*.
พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เจ้าพระยาการพิมพ์.
- ประยงค์ อนุสุวรรณ. (2565). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับวัคซีนป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019
ของผู้สูงอายุตำบลเมืองเพีย อำเภออุตุจัน จังหวัดอุดรธานี*. วารสารสำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดสกลนคร.
- พวงทอง ไกรพิบูลย์. (2557). *คุณภาพชีวิต (Quality of life)*. [ออนไลน์]. ออนไลน์ได้จาก:
<http://haamor.com/th/คุณภาพชีวิต/> [สืบค้นข้อมูลวันที่ 4 พฤศจิกายน 2565].
- มัลลิกา มัติโก และรัตนา เพ็ชรอุไร. (2542). *ประมวลสถานภาพทางสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุ
ไทย : วิเคราะห์ จากวิทยานิพนธ์*. กรุงเทพฯ: กองบริหารงานวิจัยมหาวิทยาลัยมหิดล.
- ไมลา อิศสระสงคราม. (2564). *ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการป้องกันโรคโควิด-19 กับการเข้า
รับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุ*. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่
10 จังหวัดอุบลราชธานี.
- โรงพยาบาลธวัชบุรี. (2565). *รายงานสถานการณ์ COVID-19 ตำบลธงธานี*. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาล
ธวัชบุรี.
- วสันต์ ศิลปะสุวรรณ. (2553). *พฤติกรรมสุขภาพ*. เอกสารประกอบการประชุมสัมมนาวิชาการสุข
ศึกษาแห่งชาติครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- วีระยุทธ ชาตะกาญจน์. (2553). *การวิจัยเชิงปฏิบัติการ*. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยราชภัฏ
นครศรีธรรมราช, 29(1), มกราคม – มิถุนายน.
- วีระยุทธ ชาตะกาญจน์. (2558). *การวิจัยเชิงปฏิบัติการ*. วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี, 2(1), มกราคม –
มิถุนายน.
- ศรีธรรม ชนะภูมิ. (2535). *พัฒนาการอารมณ์และบุคลิกภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ:
โรงพิมพ์กรุงเทพฯ.
- ศรีเรือน แก้วกังวาน. (2540). *จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

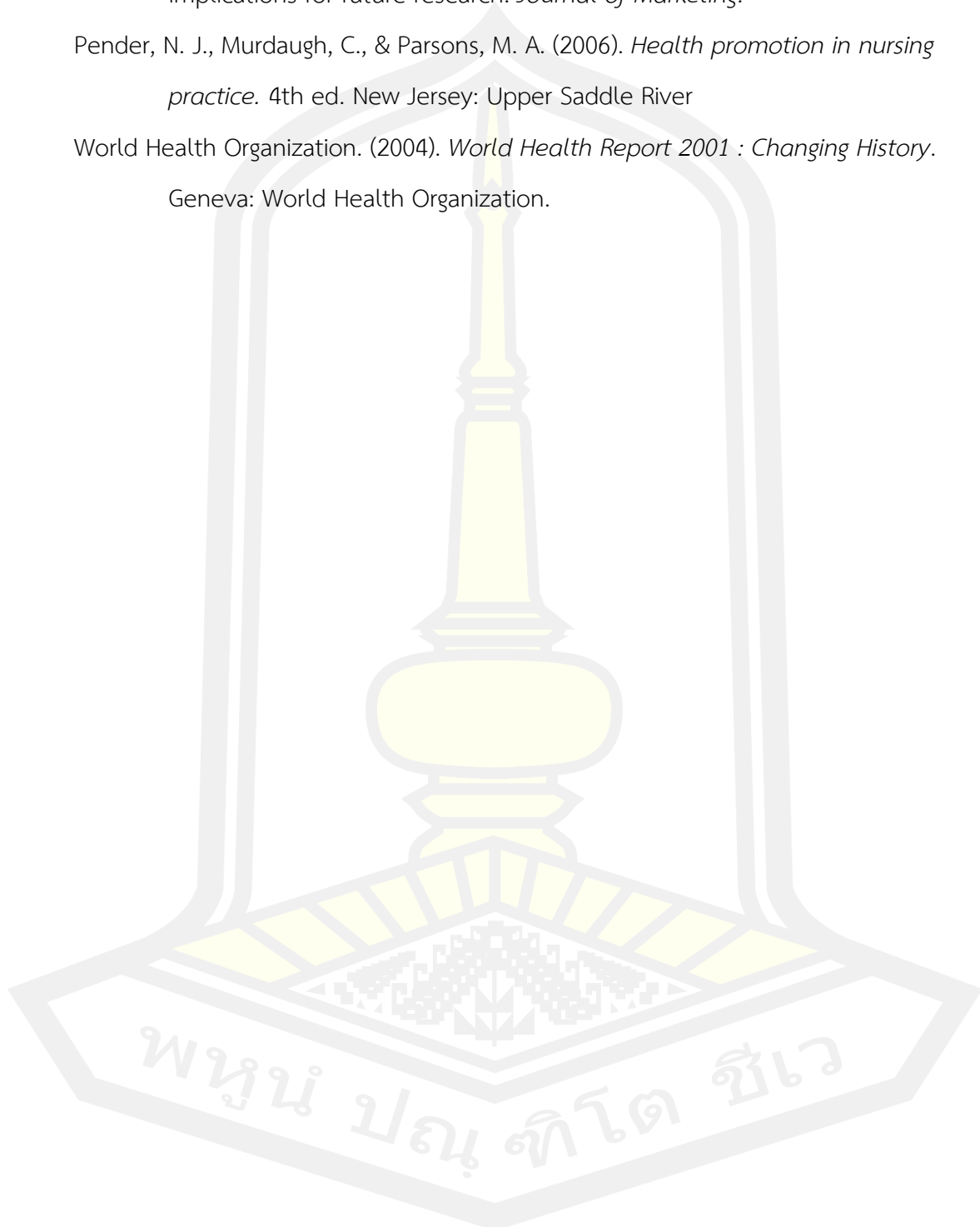
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2544). *สวัสดิการผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริชัย กาญจนวาสี. (2544). *ทฤษฎีการทดสอบแบบดั้งเดิม*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่ง
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2546). *การวิจัยเชิงคุณภาพในวิชาชีพการพยาบาล*. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น:
ศิริภรณ์ ออฟเซ็ท.
- ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *ข้อมูลสำหรับการป้องกัน
ตนเองจากโรค COVID-19 เอกสารเผยแพร่สำหรับประชาชน*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุม
สหกรณ์ การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค. (2564). *กรมควบคุมโรค เผยแผนการกระจายวัคซีน
ป้องกันโรคโควิด 19 พร้อมทยอยส่งมอบให้ทุกจังหวัดอย่างต่อเนื่อง*. [ออนไลน์] ได้จาก:
https://www.ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=18906&deptcode=brc&news_views=2356 [สืบค้นเมื่อ 30 ตุลาคม 2565].
- สราลี สนธิจันทร์ และวิรัตน์ สนธิจันทร์. (2564). *การเปิดรับสื่อ ทักษะคิด และพฤติกรรมการป้องกัน
ความเสี่ยงของผู้สูงอายุในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด –
19)*. วารสารชุมชนวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2562). *การสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2562*.
[ออนไลน์] ได้จาก: [https://www.m.society.go.th/article_attach/
14494/18145.pdf](https://www.m.society.go.th/article_attach/14494/18145.pdf). [สืบค้นเมื่อ วันที่ 24 ตุลาคม. 2563].
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2563). *ภาวะสังคมไทย*. กรุงเทพฯ:
สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สุพรรณษา วังศิริ. (2552). *บทบาทของการดูแลผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนคร
พิษณุโลก*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชายุทธศาสตร์การพัฒนา
มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงครามพิษณุโลก.
- สุรกุล เจนอบรม. (2541). *วิจัยทัศนผู้สูงอายุและการศึกษานอกระบบสำหรับผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพฯ:
นิ ชินแอดเวอร์ไทซิงกรุ๊ป.
- สุรัชย์ โชคครรชิตไชย. (2564). *วัคซีนโควิด-19 กับแผนการสร้าง “ภูมิคุ้มกันหมู่” ในประเทศไทย*.
วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย.

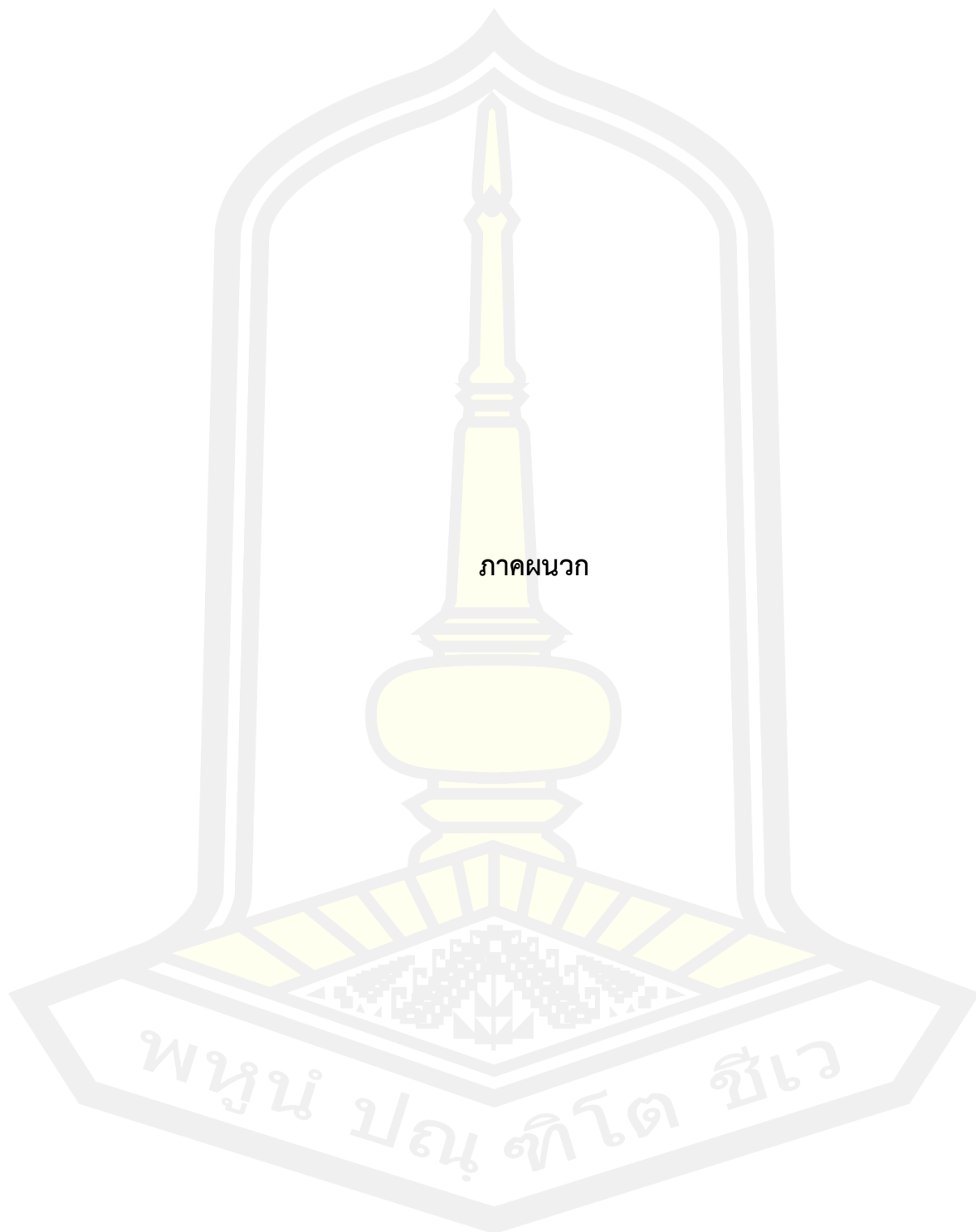
- สุรพล ชยภพ. (2552). *การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดนครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวัฒนธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- องอาจ นัยพัฒน์. (2548). *วิธีวิทยาการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพทางพฤติกรรมศาสตร์ และสังคมศาสตร์*. กรุงเทพฯ: สามลดา.
- อารีย์ เสนาชัย. (2559). *การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ*. [ออนไลน์] ได้จาก: <https://www.gotoknow.org/posts/32432> [สืบค้นเมื่อวันที่ 10 ตุลาคม 2565].
- Becker, M. H. (1974). *The health belief model and sickrole behavior*. In M. H. Becker(Ed.), *The health belief model and personal health behavior*. Thorofare, NJ: Charles B.Slack.
- Dong, E., Du, H., & Gardner, L. (2020). An interactive web-based dashboard to track COVID19 in real time. *The Lancet Infectious Diseases*, 20(5), 533–534. doi: 10.1016/S1473- 3099(20)30120-1.
- Gulliford, M. (2001). *Access to health care: Report of a scoping exercise for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organization R & D (NCCSDO)*. Retrieved from http://www.nets.nihr.ac.uk/_data/assets/pdf_file/0020/64325/FR-08-1009-005.pdf
- Holloway, I. W. (2010). *Qualitative research in nursing and health care*. 3 rd ed. India: Laserwords Privates.
- Johnson, A. P. (2008). *A Short Guide to Action Research*. 3rd ed.. Boston: Pearson Education.
- Kemmis, S & McTagart, R. (1988). *The Action Research Planer*. 3rd ed. Victoria: Deakin University.
- Kirscth & Cobb S. (1966). *Health Behavior, Illness Behavior, and Sick Role Behavior*. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00039896.1966.10664365#.U16eilWSyQl>.

Parasuraman Zeithaml & Berry. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*.

Pender, N. J., Murdaugh, C., & Parsons, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice*. 4th ed. New Jersey: Upper Saddle River

World Health Organization. (2004). *World Health Report 2001 : Changing History*. Geneva: World Health Organization.





ภาคผนวก

พหุมนุ ปณฺ ทิโต ชีเว



ภาคผนวก ก
เอกสารรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์

พหุณฺ์ ปณฺุ ทิโต สีเว



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 339-309/2565

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) รูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเขตพื้นที่ ตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) A model for promoting access to the 2019 Coronavirus Vaccine among the elderly 60 years and over in the area of Thong Thani Subdistrict, Thawat Buri District Roi Et Province.

ผู้วิจัย : นางสาวกัตติยาณี เอกภูธ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะสาธารณสุขศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : ตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด

ประเภทการพิจารณาแบบ : แบบเร่งรัด

วันที่รับรอง : 20 ตุลาคม 2565

วันหมดอายุ : 19 ตุลาคม 2566

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงการงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์มการปิดโครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หรือหากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

.....ภาตรี..... สหจิตรา.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เกศิษฐาหญิงราตรี สว่างจิตรา)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

ECMSU01-06.03

แบบแสดงความยินยอมให้ทำการวิจัยจากอาสาสมัคร
(สำหรับอาสาสมัครอายุ 18 ปีขึ้นไป)

ข้าพเจ้า (นาง/นางสาว/นาย) นามสกุล อายุ ปี
บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตำบล อำเภอ จังหวัด

ได้อ่านคำชี้แจง/รับฟังคำอธิบายจากนางสาวกัตติยาณี เอกวุธ เกี่ยวกับการเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยเรื่อง “รูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเขตพื้นที่ ตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด” โดยข้อความที่อธิบายประกอบด้วย รายละเอียดทั้งหมดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย รายละเอียดและขั้นตอนต่างๆ ที่ข้าพเจ้าต้องปฏิบัติและได้รับการปฏิบัติ, ประโยชน์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับจากการวิจัย และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตราย โดยได้อ่าน/รับฟังคำอธิบายข้อความในเอกสารชี้แจงสำหรับอาสาสมัครที่ตอบแบบสอบถามอีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและการตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ตลอดจนการรับรองจากผู้วิจัยที่จะเก็บรักษาข้อมูลของข้าพเจ้าไว้เป็นความลับ และไม่ระบุชื่อหรือข้อมูลส่วนตัวเป็นรายบุคคลต่อสาธารณชน โดยผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัยเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

“ในการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครของโครงการวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ” และข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจากการศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ ถ้าข้าพเจ้าปรารถนา โดยจะไม่มีผลกระทบและไม่เสียสิทธิใดๆ ในการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงอาสาสมัคร และแบบแสดงความยินยอมนี้โดยตลอดแล้วจึงลงลายมือชื่อไว้ ณ ที่นี้

ลงชื่อ.....อาสาสมัคร
(.....)
วันที่.....

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)
วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ขอความยินยอม
(.....)
วันที่.....



เอกสารชี้แจงสำหรับอาสาสมัครที่ตอบแบบสอบถาม
(สำหรับการตอบแบบสอบถาม 18 ปีขึ้นไป)

เรียน ผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน

เนื่องด้วยข้าพเจ้า นางสาวกัตติยาณี เอกกูธ นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังดำเนินการวิจัย เรื่อง “รูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเขตพื้นที่ ตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด A model for promoting access to the 2019 Coronavirus Vaccine among the elderly 60 years and over in the area of Thong Thani Subdistrict, Thawat Buri District Roi Et Province” โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัย คือ เพื่อศึกษาบริบทพื้นที่และข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการเข้าถึงวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ดส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด ศึกษากระบวนการเข้าถึงวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด ศึกษากิจกรรมเพื่อการเข้าถึงวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด นำเสนอรูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ดและศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด

ท่านอาจจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากโครงการวิจัยนี้ แต่ข้อมูลที่ท่านได้รับจะเป็นประโยชน์ต่อไปในอนาคตของท่านต่อการส่งเสริมให้ท่านเข้ารับวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และสร้างภูมิคุ้มกันหมู่ในกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้วผู้วิจัยจะขอให้ท่านตอบแบบสอบถามในประเด็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสมัครใจเข้ารับวัคซีนโควิด-19 เพื่อศึกษารูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 20 ข้อ ซึ่งประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ด้านการรับรู้เชิงสังคมเชิงบวกเกี่ยวกับวัคซีนไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 7 ข้อ ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของวัคซีนไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 3 ข้อ ด้านพฤติกรรมป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 3 ข้อ ด้านความปลอดภัยและผลข้างเคียงของวัคซีนไวรัสโคโรนา 2019 (เชิงลบ) จำนวน 3 ข้อ และด้านความเชื่อเกี่ยวกับวัคซีนไวรัสโคโรนา 2019 และโรคไวรัสโคโรนา 2019 (เชิงลบหรือคลาดเคลื่อน) จำนวน 4 ข้อ โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 10 นาที และจะขอรับแบบสอบถามคืนโดยผู้วิจัยจะไปเก็บด้วยตนเอง

หากท่านรู้สึกอึดอัด หรือรู้สึกไม่สบายใจกับบางคำถาม ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ รวมถึงท่านมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลอันพึงได้รับในปัจจุบันและอนาคต

ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น และจะดำเนินการทำลายข้อมูลที่เกี่ยวข้องภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนและไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น

หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับงานวิจัย โปรดติดต่อได้ที่ นางสาวกัตติยาณี เอกกูธ คณะสาธารณสุขศาสตร์ 064-2942595



ECMSU01-05.03 Update 2021

หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้หรือต้องการทราบสิทธิของท่านขณะเข้าร่วมการวิจัยนี้ สามารถติดต่อได้ที่ “คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กองส่งเสริมการวิจัยและบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม” โทร. 043-754416 เบอร์ภายใน 1755

ขอขอบพระคุณอย่างสูง

ศิธาภิบาล

(กัตติยาณี เอกภูธ)

ผู้วิจัย





คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 339-309/2565

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) รูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเขตพื้นที่ ตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) A model for promoting access to the 2019 Coronavirus Vaccine among the elderly 60 years and over in the area of Thong Thani Subdistrict, Thawat Buri District Roi Et Province.

ผู้วิจัย : นางสาวกัตติยาณี เอกภูธ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะสาธารณสุขศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : ตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด

ประเภทการพิจารณาแบบ : แบบเร่งรัด

วันที่รับรอง : 20 ตุลาคม 2565

วันหมดอายุ : 19 ตุลาคม 2566

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงการร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์มการปิดโครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หรือหากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

..... ผศ. สว่างจิตร์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เกษีกรหญิงราตรี สว่างจิตร์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

แบบแสดงความยินยอมให้ทำการวิจัยจากอาสาสมัคร
(สำหรับอาสาสมัครอายุ 18 ปีขึ้นไป)

ข้าพเจ้า (นาง/นางสาว/นาย) นามสกุล อายุ ปี
บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตำบล อำเภอ จังหวัด

ได้อ่านคำชี้แจง/รับฟังคำอธิบายจากนางสาวกัตติยาณี เอกวุธ เกี่ยวกับการเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยเรื่อง “รูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเขตพื้นที่ ตำบลธงธานี อำเภอ ธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด” โดยข้อความที่อธิบายประกอบด้วย รายละเอียดทั้งหมดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย รายละเอียดและขั้นตอนต่างๆ ที่ข้าพเจ้าต้องปฏิบัติและได้รับการปฏิบัติ, ประโยชน์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับจากการวิจัย และ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตราย โดยได้อ่าน/รับฟัง คำอธิบายข้อความในเอกสารชี้แจงสำหรับอาสาสมัครที่ตอบแบบสอบถามอีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและการตอบข้อสงสัย จากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ตลอดจนการรับรองจากผู้วิจัยที่จะเก็บรักษาข้อมูลของข้าพเจ้าไว้เป็นความลับ และไม่ระบุชื่อหรือข้อมูลส่วนตัว เป็นรายบุคคลต่อสาธารณชน โดยผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัยเพื่อประโยชน์ทาง วิชาการเท่านั้น

“ในการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครของโครงการวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ” และข้าพเจ้าสามารถ ถอนตัวจากการศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ ถ้าข้าพเจ้าปรารถนา โดยจะไม่มีผลกระทบและไม่เสียสิทธิใดๆ ในการรักษาพยาบาลที่ ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงอาสาสมัคร และแบบแสดงความยินยอมนี้โดยตลอดแล้วจึงลงลายมือชื่อไว้ ณ ที่นี้

ลงชื่อ.....อาสาสมัคร

(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ขอความยินยอม

(.....)

วันที่.....



เอกสารชี้แจงสำหรับอาสาสมัครที่ตอบแบบสอบถาม
(สำหรับการตอบแบบสอบถาม 18 ปีขึ้นไป)

เรียน ผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน

เนื่องด้วยข้าพเจ้า นางสาวกัตติยาณี เอกกูธ นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังดำเนินการวิจัย เรื่อง “รูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเขตพื้นที่ ตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด A model for promoting access to the 2019 Coronavirus Vaccine among the elderly 60 years and over in the area of Thong Thani Subdistrict, Thawat Buri District Roi Et Province” โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัย คือ เพื่อศึกษาบริบทพื้นที่และข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการเข้าถึงวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ดส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด ศึกษารูปแบบการเข้าถึงวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด ศึกษากิจกรรมเพื่อการเข้าถึงวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด นำเสนอรูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ดและศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด

ท่านอาจจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากโครงการวิจัยนี้ แต่ข้อมูลที่ท่านได้รับจะเป็นประโยชน์ต่อไปในอนาคตของท่านต่อการส่งเสริมให้ท่านเข้ารับวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และสร้างภูมิคุ้มกันหมู่ในกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้วผู้วิจัยจะขอให้ท่านตอบแบบสอบถามในประเด็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสมัครใจเข้ารับวัคซีนโควิด-19 เพื่อศึกษารูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 20 ข้อ ซึ่งประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ด้านการรับรู้เชิงสังคมเชิงบวกเกี่ยวกับวัคซีนไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 7 ข้อ ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของวัคซีนไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 3 ข้อ ด้านพฤติกรรมป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 3 ข้อ ด้านความปลอดภัยและผลข้างเคียงของวัคซีนไวรัสโคโรนา 2019 (เชิงลบ) จำนวน 3 ข้อ และด้านความเชื่อเกี่ยวกับวัคซีนไวรัสโคโรนา 2019 และโรคไวรัสโคโรนา 2019 (เชิงลบหรือคลาดเคลื่อน) จำนวน 4 ข้อ โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 10 นาที และจะขอรับแบบสอบถามคืนโดยผู้วิจัยจะไปเก็บด้วยตนเอง

หากท่านรู้สึกอึดอัด หรือรู้สึกไม่สบายใจกับบางคำถาม ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ รวมถึงท่านมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลอันพึงได้รับในปัจจุบันและอนาคต

ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น และจะดำเนินการทำลายข้อมูลที่เกี่ยวข้องภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนและไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น

หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับงานวิจัย โปรดติดต่อได้ที่ นางสาวกัตติยาณี เอกกูธ คณะสาธารณสุขศาสตร์ 064-2942595



ECMSU01-05.03 Update 2021

หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้หรือต้องการทราบสิทธิของท่านขณะเข้าร่วมการวิจัยนี้ สามารถติดต่อได้ที่ “คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กองส่งเสริมการวิจัยและบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม” โทร. 043-754416 เบอร์ภายใน 1755

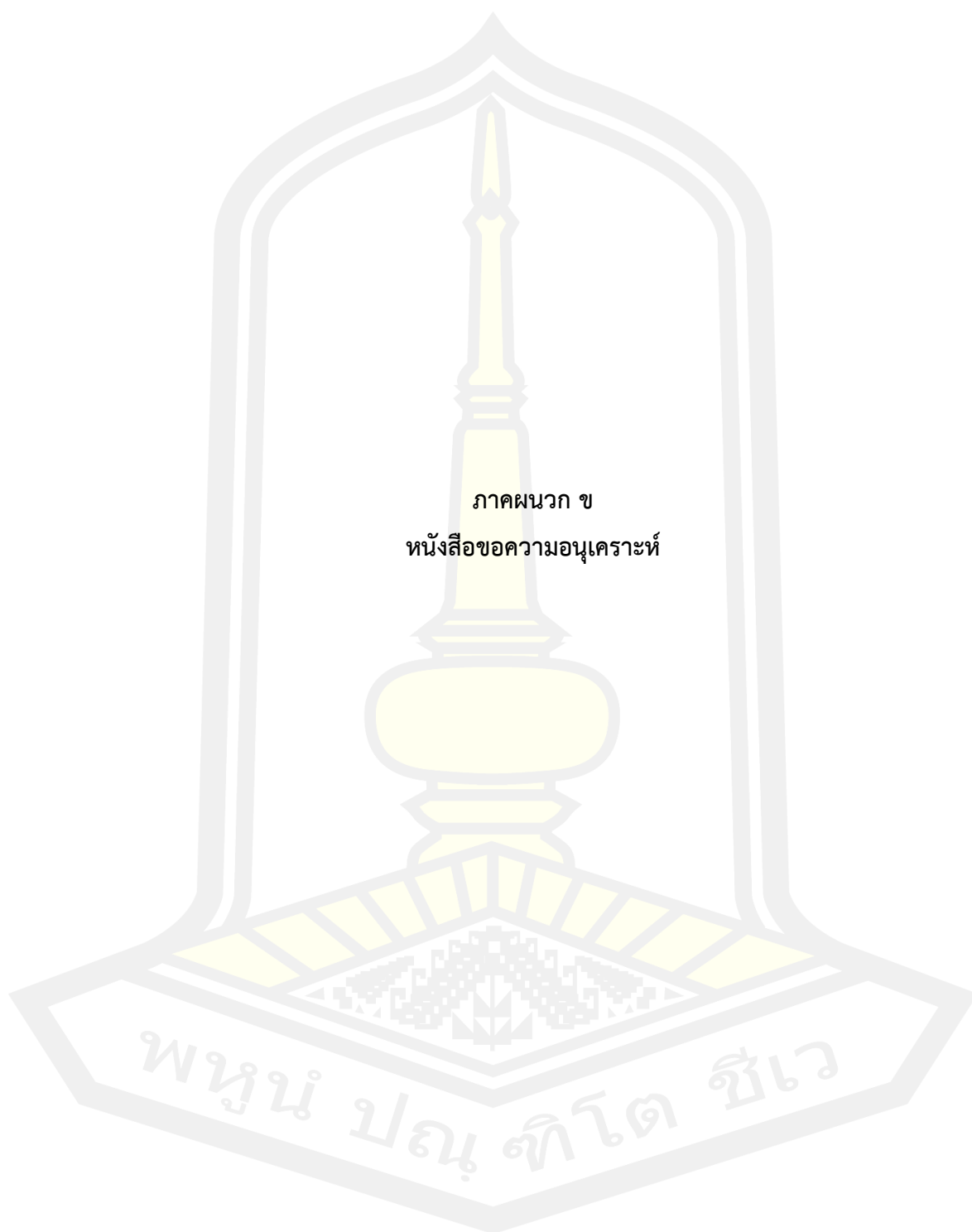
ขอขอบพระคุณอย่างสูง

ศิธาภิบาล

(กัตติยาณี เอกภุช)

ผู้วิจัย





ภาคผนวก ข
หนังสือขอความอนุเคราะห์

พหุมนุ ปณฺ ทิโต ชีเว

ที่ อว 0605.18/ 2๖71



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม 44150

4 พฤศจิกายน 2565

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์
เรียน นางทิพภักดิ์ เอกวงษา

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1.เค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง รูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา
2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี อำเภอรวิชัย จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 1 ชุด
2.เครื่องมือเก็บข้อมูลการวิจัย จำนวน 1 ชุด
3.แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล จำนวน 1 ชุด

ด้วย นางสาวกัตติยาณี เอกภูธ นิสิตระดับปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
แผน ก แบบ ก 2 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์
เรื่องรูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี
อำเภอรวิชัย จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต โดยมี
รศ.ดร.สงครามชัยย์ สีทองศกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ อ.ดร.สุศักดิ์ เทียบฤทธิ์ เป็น
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมในครั้งนี้

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่าน เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ
และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน เพื่อเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบและ
พิจารณาโครงสร้างเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ซึ่งจะนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับ
การศึกษาครั้งต่อไป ดังรายละเอียดที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุเมธีรัตน์ ยั่งยืน)

รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

หมายเหตุ : นางสาวกัตติยาณี เอกภูธ 064-2942595

ที่ อว 0605.18/ ๒๓๗ ๒



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม 44150

4 พฤศจิกายน 2565

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน นางสาวกัตติยาณี นราทร

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1.เค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง รูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา
2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี อำเภอนาคูบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 1 ชุด
2.เครื่องมือเก็บข้อมูลการวิจัย จำนวน 1 ชุด
3.แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล จำนวน 1 ชุด

ด้วย นางสาวกัตติยาณี เอกภูธ นิสิตระดับปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
แผน ก แบบ ก 2 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์
เรื่องรูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี
อำเภอนาคูบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต โดยมี
รศ.ดร.สงครามชัย ลีทองสกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ อ.ดร.สุศักดิ์ เทียบฤทธิ์ เป็น
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมในครั้งนี้

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่าน เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ
และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน เพื่อเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบและ
พิจารณาโครงสร้างเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ซึ่งจะนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับ
การศึกษาครั้งต่อไป ดังรายละเอียดที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุณีรัตน์ ยั่งยืน)

รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

หมายเหตุ : นางสาวกัตติยาณี เอกภูธ 064-2942595

ที่ อว 0605.18/ 2373



คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม 44150

4 พฤศจิกายน 2565

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์
เรียน นางสาวณัฐมน มุลศรีแก้ว

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1.เค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง รูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา
2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี อำเภอรวิชัย จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 1 ชุด
2.เครื่องมือเก็บข้อมูลการวิจัย จำนวน 1 ชุด
3.แบบรับรองการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการเก็บข้อมูล จำนวน 1 ชุด

ด้วย นางสาวกัตติยาณี เอกภูธ นิสิตระดับปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
แผน ก แบบ ก 2 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังศึกษาและทำวิทยานิพนธ์
เรื่องรูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี
อำเภอรวิชัย จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต โดยมี
รศ.ดร.สงครามชัยย์ ลีทองสกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ อ.ดร.สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์ เป็น
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมในครั้งนี้

ในการนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าท่าน เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ
และมีประสบการณ์ในเรื่องนี้ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน เพื่อเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบและ
พิจารณาโครงสร้างเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ซึ่งจะนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับ
การศึกษาครั้งต่อไป ดังรายละเอียดที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

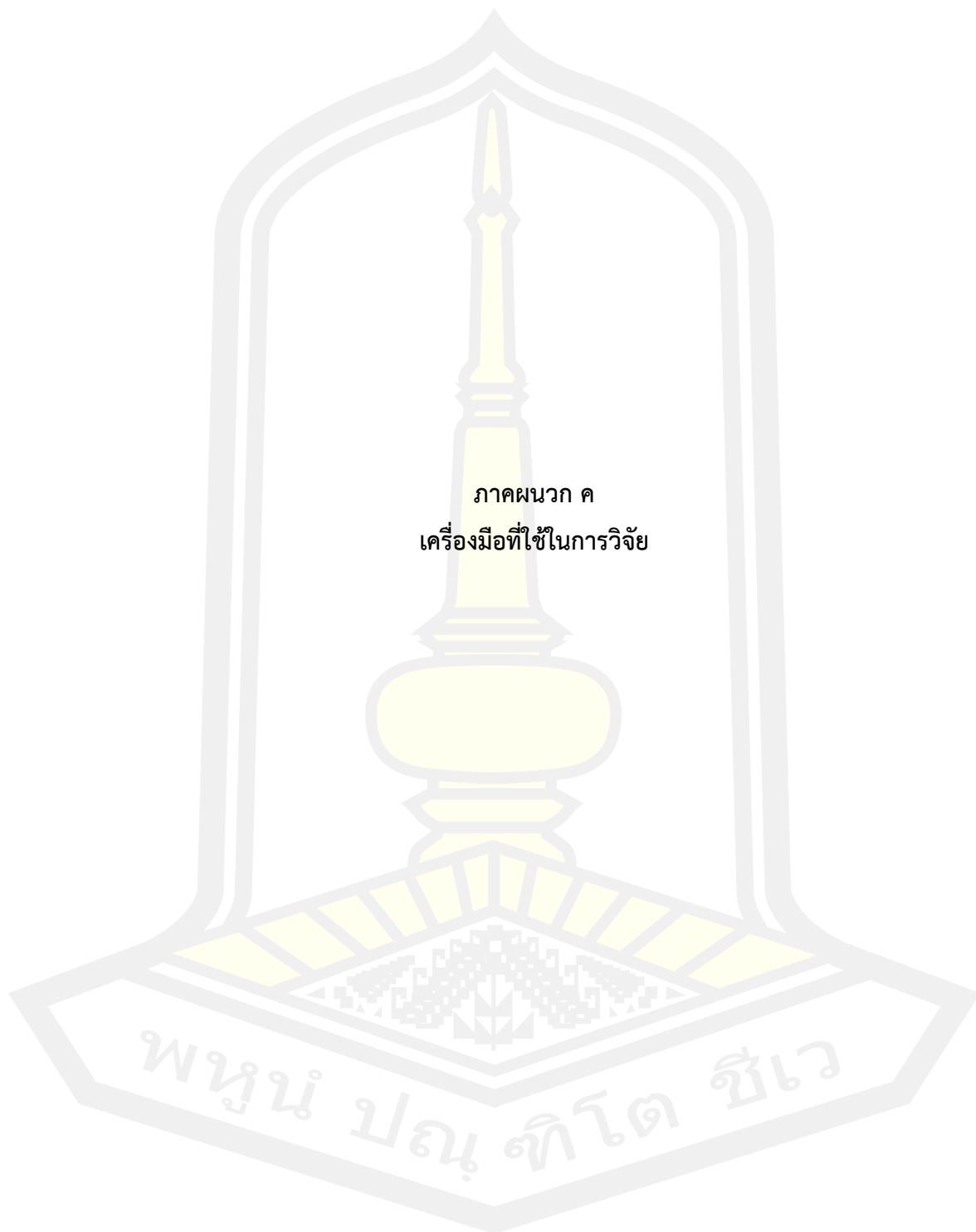
ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุณิรัตน์ ยั่งยืน)

รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาและประกันคุณภาพ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

หมายเหตุ : นางสาวกัตติยาณี เอกภูธ 064-2942595



ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

พหุบัน ปณฺ ทิโต ชีเว



เรื่อง รูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
ในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด โดยการศึกษาเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ ระดับปริญญาโทหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

โดยแบบสอบถามนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงวัคซีนโควิด-19 และความเห็นในด้านต่างๆ จำนวน 30 ข้อ

ซึ่งประกอบด้วย 5 ด้าน คือ

- ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 6 ข้อ
- ด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 6 ข้อ
- ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 6 ข้อ
- ด้านความเชื่อเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 6 ข้อ
- ด้านการตัดสินใจเข้ารับวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 6 ข้อ

ผู้วิจัยขอความร่วมมือท่านในการตอบแบบสอบถามนี้ ซึ่งข้อมูลที่ได้จากท่านจะถือเป็นความลับและนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาวิจัยเท่านั้น ผู้ศึกษาขอรับรองว่าจะไม่มีผลกระทบต่อท่านแต่ประการใด จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากทุกท่าน ได้อ่านคำถามโดยละเอียด แล้วตอบคำถามทุกข้อที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ขอขอบพระคุณทุกท่านที่สละเวลา และให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถามเพื่อการศึกษาในครั้งนี้

นางสาวกัตติยาณี เอกภูธ นิสิตหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หมายเลขโทรศัพท์ 064-2942595

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับ เพศ เชื้อชาติ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว และอาชีพ ลักษณะของคำถามเป็นคำถามแบบเลือกตอบ (Check List) จำนวน 6 ข้อ
คำชี้แจง : โปรดตอบแบบสอบถามนี้โดยทำเครื่องหมาย ในช่อง () ของแต่ละข้อและเติมข้อความลงในช่องว่างให้สมบูรณ์และตรงกับความจริงของท่านมากที่สุด

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ช่องสำหรับนักวิจัย

- | | | | |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------|
| 1. เพศ | <input type="checkbox"/> ชาย | | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> หญิง | | |
| 2. เชื้อชาติ | <input type="checkbox"/> เชื้อชาติไทย | | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่เชื้อชาติไทย (โปรดระบุ.....) | | |
| 3. อายุ | <input type="checkbox"/> 60 - 62 ปี | <input type="checkbox"/> 63 - 65 ปี | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> 66 - 68 ปี | <input type="checkbox"/> 69 - 71 ปี | |
| | <input type="checkbox"/> 72 - 74 ปี | <input type="checkbox"/> 74 ปีขึ้นไป | |
| 4. ระดับการศึกษา | <input type="checkbox"/> ไม่ได้ศึกษา | <input type="checkbox"/> ประถมศึกษา | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา | <input type="checkbox"/> ปริญญาตรี | |
| | <input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี | <input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ.....) | |
| 5. โรคประจำตัว | <input type="checkbox"/> ไม่มีโรคประจำตัว | <input type="checkbox"/> มีโรคประจำตัว | <input type="checkbox"/> |
| โปรดระบุโรคประจำตัวของท่าน (สามารถระบุได้มากกว่า 1 โรค) | | | |
| <input type="checkbox"/> เบาหวาน | () รักษาต่อเนื่อง | () ไม่รักษาต่อเนื่อง | |
| <input type="checkbox"/> ความดันโลหิตสูง | () รักษาต่อเนื่อง | () ไม่รักษาต่อเนื่อง | |
| <input type="checkbox"/> หัวใจและหลอดเลือด | () รักษาต่อเนื่อง | () ไม่รักษาต่อเนื่อง | |
| <input type="checkbox"/> ไสมันในเลือดสูง | () รักษาต่อเนื่อง | () ไม่รักษาต่อเนื่อง | |
| <input type="checkbox"/> ภูมิแพ้ | () รักษาต่อเนื่อง | () ไม่รักษาต่อเนื่อง | |
| <input type="checkbox"/> ภาวะซึมเศร้า | () รักษาต่อเนื่อง | () ไม่รักษาต่อเนื่อง | |

- มะเร็ง () รักษาต่อเนื่อง () ไม่รักษาต่อเนื่อง
 อื่นๆ..... () รักษาต่อเนื่อง () ไม่รักษาต่อเนื่อง

6. อาชีพ

- ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ
 ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว แม่บ้าน
 เกษตรกร / ประมง อื่นๆ.....
 รับจ้างทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสมัครใจเข้ารับวัคซีนโควิด-19 เพื่อศึกษารูปแบบ
การส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 30 ข้อ

ข้อคำถาม	การรับรู้				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (5)	เห็นด้วย (4)	ไม่แน่ใจ (3)	ไม่เห็น ด้วย (2)	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง (1)
1. ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 6 ข้อ					
1. ท่านคิดว่าโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งปรับเป็นโรคประจำถิ่นแล้ว จึงเป็นโรคที่ไม่มีความรุนแรง จึงไม่น่ากลัวแต่อย่างใดและสามารถรักษาได้					
2. ท่านคิดว่าการล้างมือเป็นประจำและสวมใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลาเมื่ออยู่นอกเคหสถานจะลดโอกาสการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้					
3. ท่านคิดว่าคนที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับท่านไม่จำเป็นต้องเว้นระยะห่างเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019					
4. ท่านคิดว่าโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคที่ใกล้ตัว มีโอกาสในการติดเชื้อน้อย					
5. ท่านคิดว่าโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ติดต่อกันโดยการสัมผัสของร่วมกับผู้อื่น เช่น การสัมผัสสิ่งของในที่สาธารณะร่วมกัน					
6. ท่านคิดว่ากลุ่มเสี่ยงที่สัมผัสกับผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ควรกักตัว เช่น หยุดงานเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เว้นระยะห่างจากผู้อื่น					

2. ด้านพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 6 ข้อ					
ข้อคำถาม	พฤติกรรม				
	ประจำ (5)	บ่อยๆ (4)	นานๆ ครั้ง (3)	บางครั้ง (2)	ไม่เคย (1)
1. ท่านมักจะหลีกเลี่ยงการเข้าไปในเขตชุมชนที่มีประชากรหนาแน่น มีความแออัด					
2. ท่านปกตีสวมหน้ากากอนามัยหรือสวมหน้ากากผ้าตลอดเวลาเมื่อต้องเดินทางออกนอกเคหะสถาน					
3. ท่านมีการเว้นระยะหรือรักษาระยะห่างจากผู้อื่นอย่างน้อย 1-2 เมตร เป็นประจำ					
4. ท่านได้ใช้ช้อนกลางส่วนตัวเมื่อต้องร่วมรับประทานอาหารกับผู้อื่นเป็นประจำ					
5. ท่านได้ล้างมือด้วยสบู่ หรือแอลกอฮอล์เสมอ โดยล้างมืออย่างน้อย 20 วินาที					
6. ท่านหมั่นสังเกตตนเองเมื่อมีอาการไข้ ไอ มีเสมหะ เจ็บคอ หรือ จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่สามารถรับรสชาติได้					

3. ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 6 ข้อ					
	การรับรู้				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (5)	เห็นด้วย (4)	ไม่แน่ใจ (3)	ไม่เห็น ด้วย (2)	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง (1)
1. ท่านคิดว่าวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และลดโอกาสการเข้าสู่ระยะรุนแรงของโรค มีเพียงผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและคนอ้วนที่มีโอกาสที่จะมีอาการรุนแรงจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019					
2. ท่านคิดว่าการฉีดวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ช่วยกระตุ้นร่างกายให้สร้างภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และลดอัตราการเสียชีวิต					
3. ท่านคิดว่าการฉีดวัคซีนป้องกันเชื้อโคโรนา 2019 ช่วยลดอัตราการรับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานานๆ และสามารถช่วยสร้างภูมิคุ้มกันหมู่					
4. ท่านคิดว่าในปัจจุบันนี้ยังไม่มียุคซินที่มีประสิทธิภาพป้องกันโรค แต่การรับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะช่วยให้ผู้ป่วยอาการไม่รุนแรงและฟื้นตัวจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้เร็ว					
5. ท่านคิดว่าผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องรับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019					
6. ท่านคิดว่าการสวมหน้ากากอนามัยทางการแพทย์สามารถป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยไม่จำเป็นต้องรับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019					

4. ด้านความเชื่อเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 6 ข้อ

	ความเชื่อ				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (5)	เห็นด้วย (4)	ไม่แน่ใจ (3)	ไม่เห็น ด้วย (2)	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง (1)
1. ท่านมีความกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงของวัคซีนป้องกันการเชื้อไวรัสโคโรนา 2019					
2. ท่านมีความกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยหลังจากเข้ารับวัคซีนป้องกันการเชื้อไวรัสโคโรนา 2019					
3. ท่านมีความกังวลว่าจะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการเข้ารับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019					
4. ท่านคิดว่าหากไม่ได้เดินทางออกนอกเคหะสถาน ไม่มี ความจำเป็นต้องเข้ารับวัคซีนป้องกันการเชื้อไวรัสโคโรนา 2019					
5. ท่านคิดว่าหากท่านตัดสินใจเข้ารับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะช่วยสร้างภูมิคุ้มกันหมู่ และการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นการเพิ่มภูมิคุ้มกันให้กับสังคม					
6. ท่านคิดว่าหากท่านตัดสินใจเข้ารับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะช่วยเพิ่มภูมิคุ้มกัน และการฉีดวัคซีน จะช่วยกระตุ้นร่างกายให้สร้างภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019					

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางสาวกัตติยาณี เอกภูธ
วันเกิด	วันที่ 10 กันยายน พ.ศ. 2533
สถานที่เกิด	อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	เลขที่ 8/1 ตำบลเกาะแก้ว อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด รหัสไปรษณีย์ 45120
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลธวัชบุรี เลขที่ 172 หมู่ 3 ตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด รหัสไปรษณีย์ 45170
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2552 มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนศรีวัช อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด พ.ศ. 2558 ปริญญาแพทยแผนไทยบัณฑิต (พท.บ.) เอกแพทย์แผนไทยบัณฑิต มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสกลนคร พ.ศ. 2566 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พูนุ ปลูกจิตโต ชีวะ