

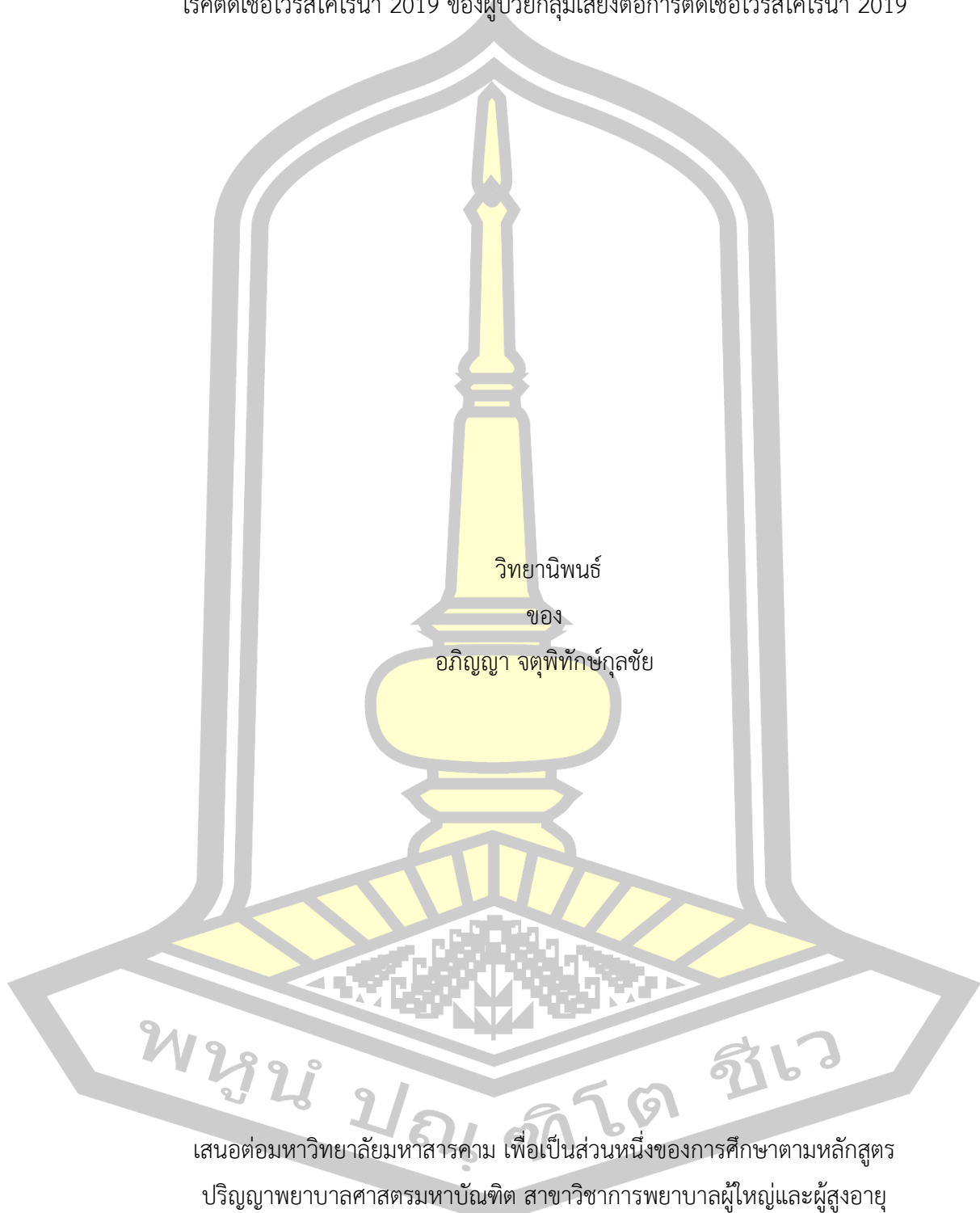
ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกัน
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

วิทยานิพนธ์
ของ
อภิญญา จตุพิทักษ์กุลชัย

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
มิถุนายน 2567

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกัน
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019



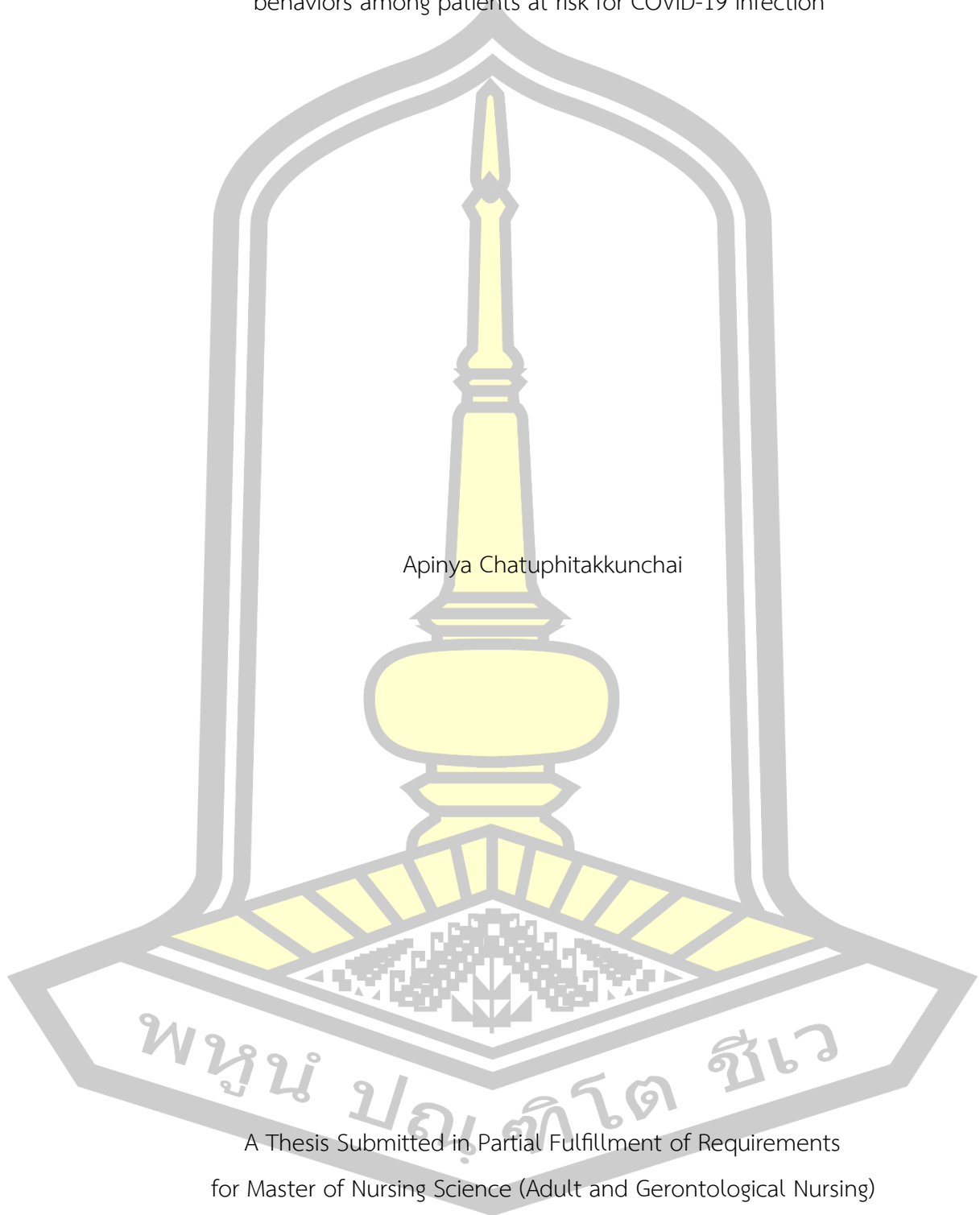
เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

มิถุนายน 2567

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

The relationships between health beliefs, health literacy and COVID-19 prevention
behaviors among patients at risk for COVID-19 infection

Apinya Chatuphitakkunchai



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Master of Nursing Science (Adult and Gerontological Nursing)

June 2024

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางสาวอภิญญา จตุพิทักษ์
กุลชัย แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(ผศ. ดร. สุพัตรา บัวที)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผศ. ดร. นงเยาว์ มีเทียน)

.....กรรมการ

(อ. ดร. สุรชาติ สิทธิปรกรณ์)

.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

(ผศ. ดร. นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ของมหาวิทยาลัย
มหาสารคาม

.....
(ผศ. ดร. จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

.....
(รศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019		
ผู้วิจัย	อภิญญา จตุพิทักษ์กุลชัย		
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นงเยาว์ มีเทียน		
ปริญญา	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต	สาขาวิชา	การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2567

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพล อำเภอลพ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 74 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .83, .83, .86 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ 1) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม และพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง 2) ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.70$) สำหรับรายด้านพบว่า ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค ด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค และด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.50, r=.37, r=.48, r=.33, r=.65$ ตามลำดับ) 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อ

ไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .55$) สำหรับรายด้านพบว่า การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความเข้าใจในข้อมูล การจัดการตนเอง ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจและการเลือก มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($r = .39, r = .32, r = .42, r = .49, r = .63$ ตามลำดับ) สำหรับการรู้เท่าทันสื่อพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($r = -.08$) ดังนั้น ผู้ให้บริการควรสร้างกลยุทธ์ในการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้มีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เหมาะสม

คำสำคัญ : โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, ความเชื่อด้านสุขภาพ, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019



TITLE	The relationships between health beliefs, health literacy and COVID-19 prevention behaviors among patients at risk for COVID-19 infection		
AUTHOR	Apinya Chatuphitakkunchai		
ADVISORS	Assistant Professor Nongyaow Meethien , Ph.D.		
DEGREE	Master of Nursing Science	MAJOR	Adult and Gerontological Nursing
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2024

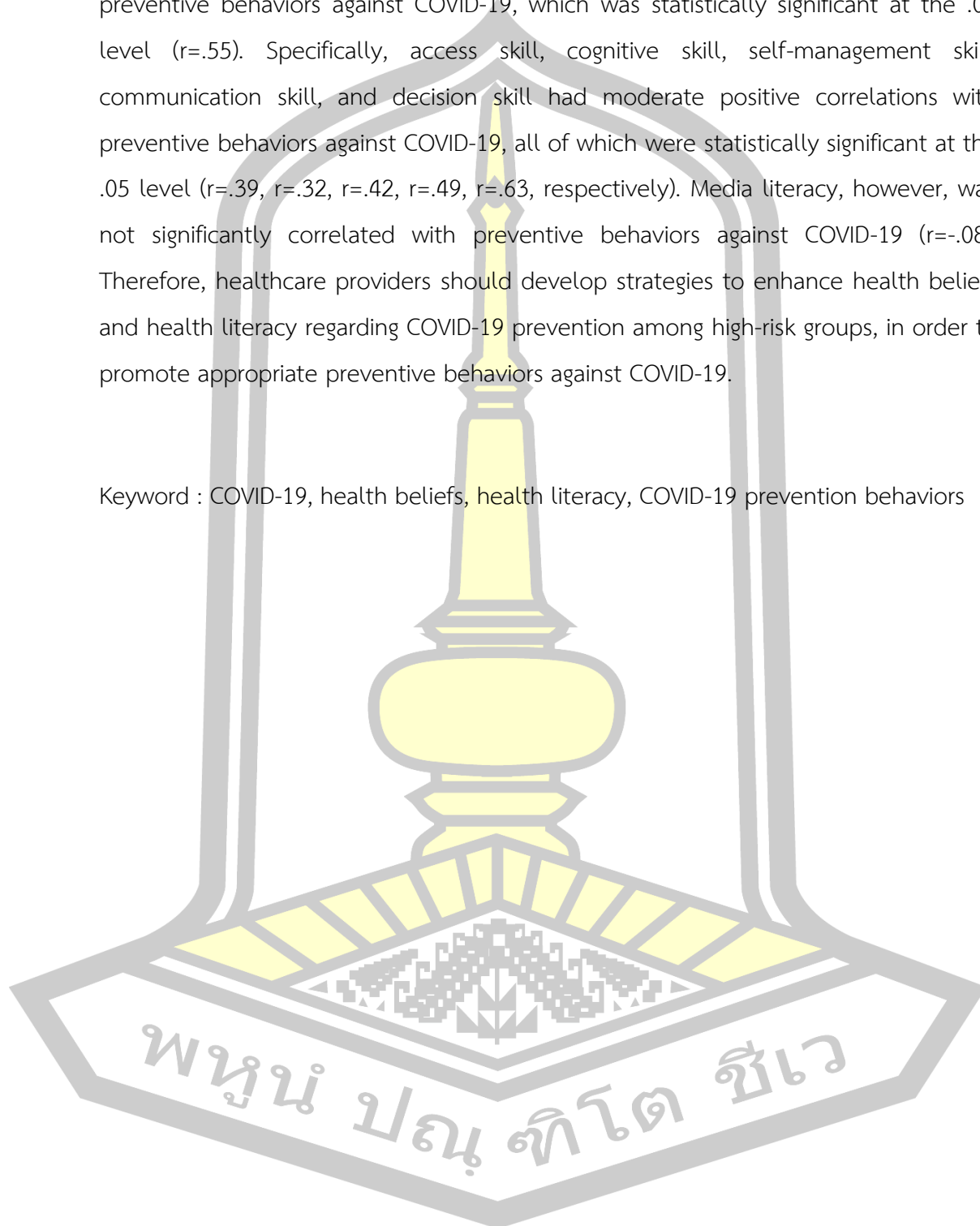
ABSTRACT

This research is a descriptive correlational study aimed at examining the relationships between health beliefs, health literacy, and preventive behaviors against COVID-19 among high-risk patients receiving treatment at Phon Hospital, Phon District, Khon Kaen Province. The sample consisted of 74 participants selected using simple random sampling. The research instruments included a health belief questionnaire regarding COVID-19 prevention, a health literacy questionnaire regarding COVID-19 prevention, and a preventive behavior questionnaire for high-risk patients against COVID-19, with reliability coefficients of .83, .83, and .86, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson's correlation coefficient.

The research findings can be summarized as follows: 1) The sample had average scores for overall health beliefs, overall health literacy, and overall preventive behaviors against COVID-19 at a moderate level. 2) Overall health beliefs had a moderate positive correlation with preventive behaviors against COVID-19, which was statistically significant at the .05 level ($r=.70$). Specifically, perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, perceived barriers, and perceived Self-efficacy were positively correlated with preventive behaviors against COVID-19, all of which were statistically significant at the .05 level ($r=.50$, $r=.37$, $r=.48$, $r=.33$, $r=.65$,

respectively). 3) Overall health literacy had a moderate positive correlation with preventive behaviors against COVID-19, which was statistically significant at the .05 level ($r=.55$). Specifically, access skill, cognitive skill, self-management skill, communication skill, and decision skill had moderate positive correlations with preventive behaviors against COVID-19, all of which were statistically significant at the .05 level ($r=.39$, $r=.32$, $r=.42$, $r=.49$, $r=.63$, respectively). Media literacy, however, was not significantly correlated with preventive behaviors against COVID-19 ($r=-.08$). Therefore, healthcare providers should develop strategies to enhance health beliefs and health literacy regarding COVID-19 prevention among high-risk groups, in order to promote appropriate preventive behaviors against COVID-19.

Keyword : COVID-19, health beliefs, health literacy, COVID-19 prevention behaviors



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณา และช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นงเยาว์ มีเทียน อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ความรู้ให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางที่ถูกต้อง ช่วยแก้ไข ข้อบกพร่องและตรวจสอบรายละเอียด ตลอดจนให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ และเอาใจใส่เป็นอย่างดีในทุกขั้นตอนการทำวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพัตรา บัวที ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร.สุรชาติ สิทธิปกรณ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ภายนอก ที่ให้คำปรึกษาในการค้นคว้าวิจัย ตลอดจน การตรวจแก้ไขวิทยานิพนธ์จนกระทั่งเสร็จสมบูรณ์รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญที่ตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ข้าพเจ้ารู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความดีของท่านมาโดยตลอด และขอกราบขอบพระคุณเป็น อย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลพล หัวหน้าพยาบาลที่ให้โอกาสในการศึกษา ขอบคุณเจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยในหญิง งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพล ที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และสำคัญที่สุดขอขอบคุณผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทุกคนที่เป็นวิทยาทานแก่ข้าพเจ้า ขอขอบคุณกำลังใจจากพี่ ๆ เพื่อน ๆ และน้องนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ที่มีส่วนช่วยเหลือ และทำให้ข้าพเจ้ามีกำลังใจ มีความมุ่งมั่นจนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ เหนือสิ่งอื่นใดข้าพเจ้าขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดาของข้าพเจ้าที่สนับสนุนเป็นอย่างดีและขอบคุณสามีที่เป็นกำลังใจ คอยห่วงใย ช่วยเหลือ ตลอดระยะเวลาศึกษา รวมทั้งญาติพี่น้อง เพื่อน ๆ ที่ส่งกำลังใจให้แก่กัน คุณประโยชน์ทั้งหลายที่เกิด จากการศึกษา งานวิจัยครั้งนี้ขอมอบให้แด่บุพการีคณาจารย์และท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน สุดท้ายขอให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เกิดประโยชน์แก่ทุกท่านเพื่อนำไปพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

พูน ปรณ จิตโต ชีวะ

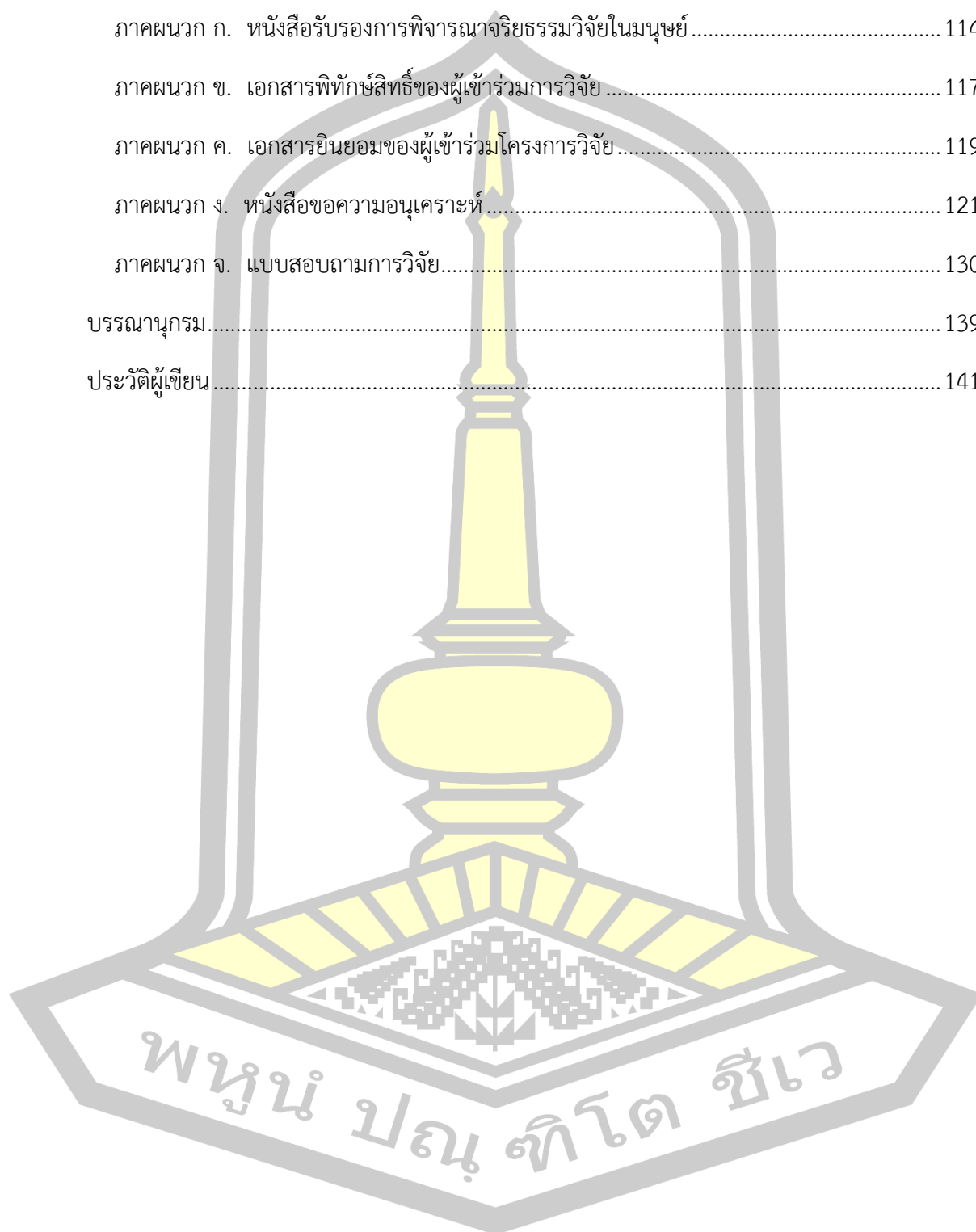
อภิญา จตุพิทักษ์กุลชัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ฅ
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญรูปภาพ.....	ฐ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	8
1.3 คำถามการวิจัย.....	8
1.4 สมมุติฐานการวิจัย	9
1.5 ขอบเขตของการวิจัย	9
1.6 นิยามศัพท์	9
1.6.1 ความเชื่อด้านสุขภาพ.....	9
1.6.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ.....	12
1.6.3 พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019.....	13
1.6.4 ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	13
1.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	14
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	17
2.1 โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019.....	18
2.2 ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Beliefs).....	31
2.3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy).....	37

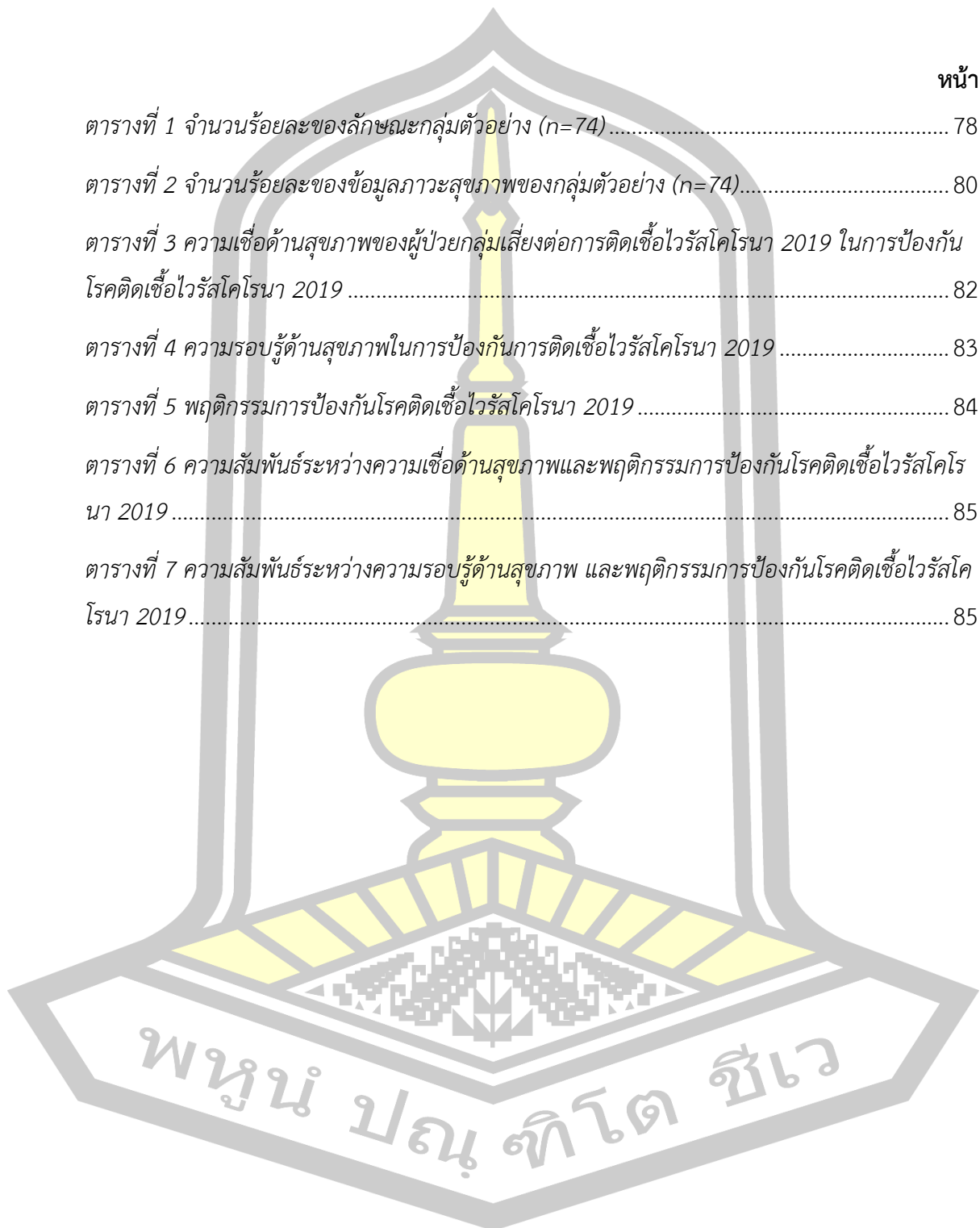
2.4 พฤติกรรมป้องกันโรค (Preventive health behavior).....	44
2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	59
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	65
3.1 การออกแบบการวิจัย.....	65
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	65
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย.....	67
3.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	72
3.5 การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....	73
3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล	74
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล	76
บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล	77
4.1 ข้อมูลทั่วไป	78
4.2 ข้อมูลภาวะสุขภาพ	79
4.3 ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	82
4.4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	83
4.5 พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019	84
4.6 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	84
4.7 การอภิปรายผล.....	86
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ	98
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	98
5.2 ข้อเสนอแนะ	100
บรรณานุกรม.....	101

ภาคผนวก.....	113
ภาคผนวก ก. หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์.....	114
ภาคผนวก ข. เอกสารพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย.....	117
ภาคผนวก ค. เอกสารยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย.....	119
ภาคผนวก ง. หนังสือขอความอนุเคราะห์.....	121
ภาคผนวก จ. แบบสอบถามการวิจัย.....	130
บรรณานุกรม.....	139
ประวัติผู้เขียน.....	141



สารบัญตาราง

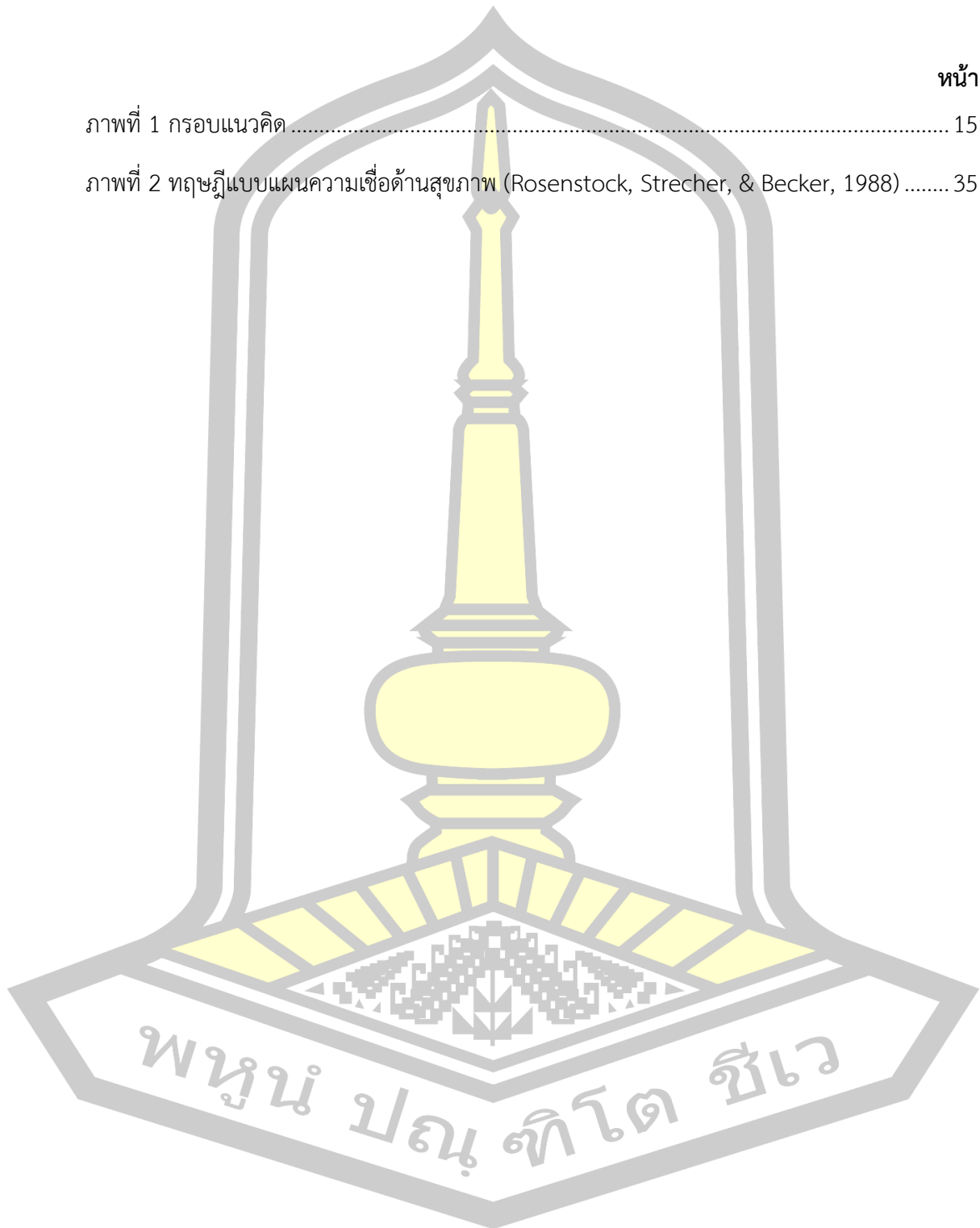
	หน้า
ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ($n=74$)	78
ตารางที่ 2 จำนวนร้อยละของข้อมูลภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ($n=74$)	80
ตารางที่ 3 ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	82
ตารางที่ 4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	83
ตารางที่ 5 พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	84
ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	85
ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	85



สารบัญรูปภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด	15
ภาพที่ 2 ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988)	35



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ที่พบการระบาดหนักทั่วโลก โดยเริ่มตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2562 เป็นต้นมา โดยผู้ที่ติดเชื้ออาจไม่แสดงอาการเจ็บป่วย หรือแสดงอาการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยหรือรุนแรงมากได้ สำหรับอาการและอาการแสดงที่รุนแรงและวิกฤตคือ ระบบทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute respiratory distress syndrome; ARDS) ซึ่งส่งผลทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต และอาจส่งผลกระทบต่อร่างกายในระยะยาว (Long covid) ได้ ถึงแม้ว่าจะหายจากการติดเชื้อแล้วก็ตาม (กระทรวงสาธารณสุข, 2564) สามารถติดต่อผ่านระบบทางเดินหายใจจากละอองฝอย (Droplet) น้ำมูก น้ำลาย เสมหะของผู้ติดเชื้อ หากมีการสัมผัสหรือมีการไอจาม สามารถรับเชื้อได้ (WHO, 2020) จากสถิติของ World Health Organization (2024) พบว่ามีจำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สะสมทั่วโลก 774,834,251 ราย เสียชีวิตสะสม 7,037,007 ราย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่มีรายงานจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นมากกว่าภูมิภาคอื่นในโลก สำหรับสถิติของประเทศไทย พบว่า ตั้งแต่ต้นปี พ.ศ. 2563 - ปัจจุบัน พบการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เกิดขึ้นในทุกพื้นที่ของประเทศไทย โดยพบผู้ติดเชื้อสะสมจำนวน 4,761,760 ราย ผู้เสียชีวิตสะสม 34,576 ราย และพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (กรมควบคุมโรค, 2567) ในจังหวัดขอนแก่น พบยอดผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นจำนวนมากติดอันดับ 1 ใน 10 จังหวัดของประเทศไทย (กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2564) โดยมีผู้ติดเชื้อสะสมจำนวน 57,563 ราย ผู้เสียชีวิตสะสมจำนวน 292 ราย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 2566) สำหรับโรงพยาบาลพล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น ก็เช่นเดียวกัน ตั้งแต่ พ.ศ. 2563 จนถึงปัจจุบัน พบผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นจำนวนมาก มีผู้ติดเชื้อสะสม 15,643 ราย ผู้เสียชีวิตสะสม 33 ราย โดยผู้ติดเชื้อที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและเกิดเจ็บป่วยรุนแรงจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพลจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยใช้ออกซิเจนอัตราการไหลสูง (Hight flow nasal canula) จำนวน 146 ราย และจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจจำนวน 5 ราย (หน่วยงานเวชระเบียน โรงพยาบาลพล, 2567)

ภายหลังจากศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด19 (ศบค.) ได้มีการประกาศลดระดับให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เข้าสู่โรคติดต่อเฝ้าระวังของกระทรวงสาธารณสุข หรือโรคประจำถิ่น (Endemic disease) เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2565 ที่ผ่านมาโดยการผ่อนคลายทางนโยบาย หรือมาตรการต่างๆ เพื่อให้ประชาชนได้ออกมาใช้ชีวิตภายใต้การใช้ชีวิตวิถีใหม่ (New normal) มากขึ้น (กระทรวง

สาธารณสุข, 2565a) กระทรวงสาธารณสุขได้มีการจัดทำแผนและมาตรการบริหารจัดการสถานการณ์การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ระยะหลังการระบาดใหญ่ (Pose-Pandemic) ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สุโรคระจำถิ่นอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้ 1) ด้านสาธารณสุขโดยการแจ้งเตือนภัยตามสถานการณ์ การผ่อนคลายมาตรการสำหรับผู้เดินทางจากต่างประเทศ การปรับระบบการเฝ้าระวัง เน้นการระบาดเป็นกลุ่มก้อนและผู้ป่วยปอดอักเสบ การฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้น ปรับแนวทางแยกกักผู้ป่วยและสัมผัส 2) ด้านการแพทย์ โดยการปรับแนวทางในการดูแลแบบผู้ป่วยนอก (OPD) ปรับแนวทางการตรวจวินิจฉัยการดูแลรักษา การส่งต่อ การให้บริการกลุ่มที่ไม่มีอาการ กลุ่มที่มีอาการ รวมถึงการให้บริการกลุ่มเสี่ยง เช่น กลุ่ม 608 เป็นต้น การให้บริการกลุ่มปอดอักเสบและการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงอาการรุนแรง และมีอาการรุนแรง รวมทั้งภาวะ Long COVID 3) ด้านกฎหมาย และสังคม โดยการบริหารจัดการด้านกฎหมายในทุกหน่วยงานให้สอดคล้องกับการปรับตัวสุโรคระจำถิ่น ผ่อนคลายมาตรการทางสังคม ลดการจำกัดการเดินทางและการรวมตัวของคนหมู่มาก และ 4) ด้านการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ โดยทุกภาคส่วนร่วมสร้างความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรม เพื่อให้ประชาชนสามารถดำเนินชีวิตร่วมกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างปลอดภัย และสื่อสารประชาสัมพันธ์เชิงรุกอย่างครอบคลุม ให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง และสร้างความร่วมมือของประชาชนในแต่ละช่วงเวลา ซึ่งมาตรการต่าง ๆ มีเป้าหมาย คือ การเข้าถึงการดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว มีคุณภาพ อัตราการป่วยตายไม่เกินร้อยละ 1, ความครอบคลุมของวัคซีนเข็มกระตุ้น $\geq$ ร้อยละ 60, สร้างความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องและความร่วมมือของประชาชน ในการรับมือและปรับตัวเพื่ออยู่ร่วมกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จาก Pandemic สู่ Epidemic อย่างปลอดภัย (กระทรวงสาธารณสุข, 2565b) เนื่องจากโควิด-19 ยังคงเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ทั้งการกลายพันธุ์และการแพร่ระบาดเป็นวงกว้าง อาจจะมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นได้อีกครั้ง (ปฐมาภรณ์ อุทานนท์ และคณะ, 2566) เห็นได้จากการใช้ชีวิตวิถีใหม่ในช่วงที่มีเทศกาลต่าง ๆ เช่น เทศกาลสงกรานต์ หลังห่างหายจากเทศกาลสงกรานต์มานาน การเดินทางไปท่องเที่ยว กลับภูมิลำเนา รวมทั้งสถานประกอบการ สถานบันเทิง มหกรรมรื่นเริงกลับมาคึกคักอีกครั้ง ส่งผลให้ยอดผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้น ตั้งแต่วันที่ 9-15 เมษายน 2566 พบว่า มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ในโรงพยาบาล จำนวน 435 คน เฉลี่ยวันละ 62 คน เพิ่มขึ้นเป็น 7 เท่าจากสัปดาห์ที่ผ่านมา วันที่ 2-8 เมษายน 2566 ที่มีผู้ติดเชื้อรายใหม่จำนวน 168 คน เฉลี่ยวันละ 24 คน ด้วยเช่นกัน และอาจมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับการแพร่ระบาดของเชื้อสายพันธุ์โควิด XBB.1.16 ที่เพิ่มขึ้นทั่วโลก โดยเฉพาะที่ประเทศอินเดีย สำหรับในประเทศไทย มีรายงานพบผู้ติดเชื้อสายพันธุ์นี้ จำนวน 6 ราย ทั้งนี้ เชื้อสายพันธุ์โควิด XBB.1.16 มีความสามารถในการติดต่อสูงกว่าเชื้อสายพันธุ์อื่น แต่ไม่ได้มีอาการรุนแรงอื่น ๆ เพิ่มเติม (สรารุณ บุญสุข, 2566) สำหรับผู้ที่ปัสสาวะเสี่ยงและโรคประจำตัว จะได้รับการวินิจฉัยให้ยาต้านไวรัสตามความเหมาะสม แต่จะเฝ้าระวังเป็นพิเศษในกลุ่มผู้ที่มีปอดอักเสบรุนแรง และมีภาวะพร่องออกซิเจน (Hypoxia) ร่วมด้วย

ซึ่งจากข้อมูลวันที่ 19 เมษายน 2566 พบผู้ป่วยปอดอักเสบ จำนวน 30 คน และใส่ท่อช่วยหายใจ จำนวน 19 คน เสียชีวิต 2 ราย สำหรับผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีความเสี่ยงที่อยู่บ้าน อาจได้รับการแพร่เชื้อจากบุคคลในครอบครัวที่เดินทางมาเยี่ยมตามประเพณี (โอภาส การย์กวินพงศ์, 2566) และโรงพยาบาลพล ก็มียอดผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มมากขึ้นในช่วงเมษายน 2566 เฉลี่ยผู้ติดเชื้อวันละ 12 รายโดยเป็นผู้ป่วยระดับที่ต้องใช้ออกซิเจน ในการหายใจเพิ่มขึ้น 7 รายซึ่งเป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (หน่วยงานเวชระเบียน โรงพยาบาลพล, 2566)

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) ของรายงานการทบทวนผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า ผู้ที่เป็นโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคไตเรื้อรัง และอาการทางตับ เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงหากติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และมีโอกาสสูงที่จะมีอาการรุนแรงและเสียชีวิตได้มากกว่าผู้ป่วยทั่วไป (สุรียา หมานมานะ, 2563) โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2564) ได้ให้นิยามกลุ่มที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรครุนแรง มีโอกาสเสี่ยงที่จะเสียชีวิตได้มากกว่า “กลุ่ม 608” ได้แก่ 1) กลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป และ 2) ผู้ที่มีโรคประจำตัว 7 โรค ประกอบด้วย โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง โรคอ้วน โรคเบาหวาน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุข (2565) ได้มีการรายงานผู้ที่เสียชีวิตจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากถึงร้อยละ 80-90 คือ กลุ่ม 608 จากรายงานการวิจัยพบว่า ปัจจัยเสี่ยงสำคัญของผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ทำให้มีอาการของโรครุนแรงมากขึ้นและเสียชีวิตได้ คือ กลุ่มผู้สูงอายุ, ผู้ที่ไม่ได้รับวัคซีน, ผู้ที่มีอาการไอ (พิทยภูมิ สิริเพาประดิษฐ์, 2565) กลุ่มผู้ป่วยประเภทต่าง ๆ คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตและใช้เครื่องช่วยหายใจ, ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะรักษาในโรงพยาบาล, ผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วน, ผู้ป่วยสูงอายุ, และผู้ป่วยกลุ่ม 608 (ปิยพัชร จิงสมานกุล, 2565) สำหรับผู้ป่วยที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แล้วก็สามารถกลับมาติดเชื้อซ้ำภายในระยะเวลา 3-6 เดือนได้อีก พบร้อยละ 13 โดยเฉพาะอย่างยิ่ง หากเป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงฯ ที่ติดเชื้อซ้ำ จะพบว่ามีอาการรุนแรงมากพบร้อยละ 11.9 (Islam, Khoorshid, Ali, Sharmin, Syeda & Adam Khan, 2022) นอกจากนั้น ยังสามารถพบอาการหลังการติดเชื้อหรือ Long Covid ภายหลังจากการได้รับเชื้อ 4-12 สัปดาห์ และสามารถมีอาการนานถึง 7 เดือน (Lopez-Leon et al., 2021) หากเป็นกลุ่มเสี่ยงฯ พบว่า การฟื้นตัวจากการติดเชื้อฯ จะใช้เวลานานขึ้น และหากเกิด Long Covid อาจทำให้มีอาการที่รุนแรงและใช้เวลานานมากขึ้นกว่าอาการจะหายไป (Dami & Berthoz, 2020) การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซ้ำ เป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะ ARDS และ Long Covid ถึงแม้ว่าจะไม่ได้ฉีดวัคซีน หรือได้รับการฉีดวัคซีนและได้รับการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นแล้วก็ตาม จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ติดเชื้อซ้ำจะมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นถึงสองเท่า และเสี่ยงต่อการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้นเป็นสามเท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ติดเชื้อครั้งเดียว นอกจากนั้นผู้ป่วยที่

ติดเชื้ออาจพบปัญหาในด้านต่าง ๆ เพิ่มขึ้น เช่น ทางด้านร่างกาย จะส่งผลกระทบต่อปอด หัวใจ เลือด ไต กระดูก กล้ามเนื้อ และทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตอีกด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง อาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของหัวใจและปอดที่ลดลงโดยพบมากเป็น 3 เท่าของกลุ่มอื่นและยังส่งผลกระทบต่อความผิดปกติของสมอง และระบบประสาทมากกว่าถึงร้อยละ 60 เช่นกัน (Al-Aly et al., 2022) นอกจากนี้ จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม (กรมควบคุมโรค, 2565) และด้านการศึกษาอีกด้วย (เทียน ทองแก้ว, 2563)

จากสถานการณ์ปัญหาของผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังกล่าวข้างต้น กลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ กลุ่ม 608 เมื่อมีการติดเชื้อจะมีอาการรุนแรงมากกว่าวัยอื่น ๆ และเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้มากกว่าผู้ป่วยกลุ่มทั่วไป ทำให้การฟื้นหายเป็นไปได้อย่างช้า ๆ ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานานขึ้น มีโอกาสเสี่ยงที่จะเสียชีวิตได้มาก หากผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงฯ เหล่านี้ไม่ได้รับการดูแลและป้องกันที่ดี และมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่ายขึ้น ดังนั้น การมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดีเพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ถูกต้องและเหมาะสม จึงมีความสำคัญมากต่อการลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ดาวรุ่ง เยาวกุล, 2565) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยรุนแรงจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ชนสรณณ์ ศรีใช้ประวัติ, 2565)

พฤติกรรมดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรค เป็นการปฏิบัติหรือการกระทำกิจกรรมใดๆ ของบุคคลภายใต้ความเชื่อว่าจะทำให้เกิดสุขภาพดีโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันโรค หรือตรวจพบโรคในระยะที่ไม่มีอาการการปฏิบัติเหล่านี้สามารถกระทำเพื่อมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพให้สมบูรณ์แข็งแรง เป็นการกระทำเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงหรือหลีกเลี่ยงสาเหตุที่ทำให้เกิดโรค และการกระทำเพื่อป้องกันกระบวนการพัฒนาการเกิดโรคหรือค้นหาสาเหตุตั้งแต่ระยะแรก ๆ (Rosenstock et al., 1988) สำหรับพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นั้น กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2563) ได้ให้นิยามว่า หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติในการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ การลดการสัมผัส การเลี่ยงจุดเสี่ยง และการดูแลสุขภาพตนเองและสังคม ซึ่งเป็นมาตรการที่นำมาใช้เพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับประชาชนโดยทั่วไป การปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคทั้งระดับบุคคล และองค์กรเป็นอย่างดีนั้นจะช่วยป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาด ตลอดจนลดความรุนแรงและการเสียชีวิตจากโรคโควิด 19 (กระทรวงสาธารณสุข, 2565) และหากทราบถึงปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องหรือสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรค จะทำให้ทราบแนวทางในการนำปัจจัยดังกล่าวมาใช้เป็นมาตรการสำคัญอย่างหนึ่งในการส่งเสริมการป้องกันโรคอย่างมีประสิทธิภาพและได้ผลชัดเจนต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีรายงานวิจัยหลาย ๆ ฉบับที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประชากรหลายๆ กลุ่ม ซึ่งพบการศึกษาในกลุ่มประชาชนทั่ว ๆ ไป มีดังนี้ 1) ปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (เซาวลิต เลื่อนลอย, 2565; ดวงพร กตัญญูตานนท์, 2564) 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (สุภาภรณ์ วงธิ, 2563) 3) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค การได้รับความสนับสนุนจากครอบครัว และการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ดวงพร กตัญญูตานนท์, 2564) 4) ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับโรค (พัชชา หิรัญวัฒน์กุล, 2565) และ 5) แรงสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ปรีชา โนภาค, 2565; สุภาภรณ์ วงธิ, 2563) นอกจากนี้ มีการศึกษาของฉัตรวรรณ ศรีวิสัย (2564) ในผู้สูงอายุที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค และการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งปัจจัยดังกล่าวข้างต้น ส่วนใหญ่เป็นปัจจัยด้านความเชื่อทางด้านสุขภาพที่พบว่ามีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ตามแนวคิดของโรเซนสต็อก สตรีเชอร์และเบคเกอร์ (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988) ได้อธิบายไว้ว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยง/ป้องกันการเกิดโรคนั้น บุคคลจะต้องรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงมากเพียงใด รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดโรคที่อาจเกิดขึ้นได้ จะส่งผลให้เกิดความกลัวต่อโรคนั้น ซึ่งอาจนำไปสู่การรับรู้ถึงประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคเพื่อนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่เหมาะสม อีกทั้งหากบุคคลมีการรับรู้ความสามารถแห่งตนสูง ก็จะมีคามมุ่งมั่นตั้งใจและพยายามกระทำพฤติกรรมให้สำเร็จตามเป้าหมาย ดังนั้น แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจึงเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ดี อันจะช่วยป้องกันการติดเชื้อ ลดการภาวะแทรกซ้อน ลดความรุนแรง และลดการเสียชีวิตจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลงได้

นอกจากนั้น จากการทบทวนวรรณกรรม ยังพบการศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบจำนวน 10 เรื่อง โดยแบ่งตามกลุ่มประชากร 6 กลุ่ม ดังนี้ 1) กลุ่มประชาชนทั่วไป ; ศึกษาในประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปในจังหวัดภูเก็ต พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดำเนินชีวิตวิถีใหม่เพื่อป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.000$) และความรอบรู้ด้านการสื่อสาร และ

ความรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศสามารถร่วมทำนายกับการดำเนินชีวิตวิถีใหม่เพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ร้อยละ 52.2 ($R = 0.424$, $p < 0.000$ และ 0.473 , $p < 0.000$) (ชญา นิต ลีอวานิช, 2563) และการศึกษาในประชาชนอายุระหว่าง 18-59 ปี ในจังหวัดมุกดาหาร พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) (กัมปนาท โคตรพันธ์, 2565), 2) กลุ่มประชากรวัยแรงงาน; ประชากรวัยแรงงานอายุ 15 ปีขึ้นไปใน จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับมากกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ณัฐกร นิลเนตร, สุขศิริ ประสมสุข, นครินทร์ ประสิทธิ์, เพ็ญวิภา นิลเนตร, ณัฐพล โยธา, กฤติยาณี ธรรมสา, 2565), ประชากรวัยแรงงานใน กรุงเทพมหานครและปริมณฑล พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (เบญจมาพร อาตัมเจริญ, 2565), 3) กลุ่มอาสาสมัครสุขภาพประจำหมู่บ้านในเขตสุขภาพที่ 6 พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อาสาสมัครสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ดาวรุ่ง เยาวกุล, 2565) และ 4) กลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อ พบว่า ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในตำบลแวงน่าง จังหวัดมหาสารคาม พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์, 2564) การศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม ในชุมชนชนบท จังหวัดเชียงราย พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับปานกลาง ($r = .344$, $p < .001$) (กรรณิกา อุ่นอ้าย, 2565) และการศึกษาของผู้สูงอายุในชุมชนของ ประจักษ์ สันติภาพ (2565) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นอกจากนั้น ยังพบการศึกษาในกลุ่มเสี่ยงอื่น ๆ 5) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนชนบทของ กรรณิกา อุ่นอ้าย, พนิดา ชัยวัง, พรพิมล กรกกฎกำจร และดวงใจ ปันเจริญ (2565) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 สำหรับผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ 6) กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือระดับความดันโลหิตของ สุพิชฌาย์ ชนะวงศ์ (2562) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ซึ่งจากการศึกษาดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญตัวหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19 สำหรับประชาชนกลุ่มต่างๆ เช่น ประชาชนทั่วไป ประชากรวัยแรงงาน อาสาสมัครสุขภาพประจำหมู่บ้าน และประชากรกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้สูงอายุ และผู้ที่มีโรคเรื้อรัง

ความรู้ด้านสุขภาพ เป็นแนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพ องค์การอนามัยโลกได้นิยามความรู้ด้านสุขภาพว่าเป็นกระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจ และความสามารถของบุคคลที่จะเข้าถึงและใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและ รักษาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น (World Health Organization, 1998) แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ ของนัทบีม (Nutbeam, 2008) กล่าวว่า เมื่อบุคคลมีความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจะทำให้เกิดทักษะ และความสามารถในการจัดการดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น ประกอบด้วย 3 ระดับ ได้แก่ ระดับพื้นฐาน (Functional health literacy) ระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive health literacy) และระดับวิจรรณญาณ (Critical health literacy) และกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2561) ได้ให้นิยามของความรู้ด้านสุขภาพ ตามแนวคิดของนัทบีม หมายถึง การกระทำด้วยการใช้ทักษะและความสามารถทางปัญญาและทางสังคม ในการทำความเข้าใจ เข้าถึงใช้ข้อมูลประเมินข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์การตัดสินใจและการรักษาที่เหมาะสมกับการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งประกอบด้วย 3 ระดับ แบ่งเป็น 6 ด้าน คือ 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2) ความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรค 3) ทักษะการสื่อสาร 4) การจัดการตนเอง 5) การรู้เท่าทันสื่อ และ 6) ทักษะการตัดสินใจ เพื่อส่งเสริมสุขภาพของประชาชนไทยให้มีภาวะสุขภาพที่ดี นั่นคือ หากบุคคลมีความรู้ด้านสุขภาพที่ดี ย่อมส่งผลทำให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยหลาย ๆ เรื่อง ที่แสดงให้เห็นว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคต่าง ๆ เช่น โรคไข้เลือดออก (พรทิพย์ แก้วชิน, 2564), โรคความดันโลหิตสูง (นงลักษณ์ แก้วทอง, 2557), และโรคพยาธิใบไม้ในตับ (อรณิชา โชติกวานิชกุล, 2564)

จากการศึกษานำร่องในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง NCDs (Non-communicable disease) ของโรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 ราย ในเดือนพฤษภาคม 2566 ผลการศึกษามีดังนี้ 1) ความเชื่อด้านสุขภาพ โดยใช้แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ของฉัตรวรรณ ศรีวิสัย (2564) พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงฯ มีคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ เมื่อพิจารณารายด้านทั้ง 5 ด้าน พบว่า 1.1) ด้านที่มีคะแนนอยู่ในระดับสูง คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค 1.2) ด้านที่มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค และ 1.3) ด้านที่มีคะแนนอยู่ในระดับต่ำ คือ การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค 2) ความรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2563) พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงฯ มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับ

ปานกลาง เมื่อพิจารณาคะแนนความรอบรู้รายด้าน ทั้ง 6 ด้าน พบว่า 2.1) ด้านที่มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง คือ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ, การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความเข้าใจ และการบอกต่อและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพ และ 2.2) ด้านที่มีคะแนนอยู่ในระดับต่ำ คือ ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ และการตัดสินใจด้านสุขภาพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และ 3) พฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ของฉัตรวรรณ ศรีวิสัย (2564) พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงฯ มีคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ

จากที่กล่าวข้างต้น การที่ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เหมาะสมได้นั้น อาจมีความเกี่ยวข้องหรือสัมพันธ์กับการรับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวที่ดี การรับรู้อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติตัว และการรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร่วมกับการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยผู้วิจัยหวังว่าหากทราบผลการศึกษาค้นนี้จะสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

1.3 คำถามการวิจัย

1. ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์กันหรือไม่อย่างไร
2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์กันหรือไม่อย่างไร

1.4 สมมุติฐานการวิจัย

1. ความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

1.5 ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ (Correlational descriptive research) เพื่อศึกษาเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือกลุ่ม 608 ได้แก่ ผู้ที่มีโรคประจำตัว 7 โรค ประกอบด้วย โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง โรคอ้วน โรคมะเร็ง และโรคเบาหวาน วัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพล อำเภพล จังหวัดขอนแก่น ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

1.6 นิยามศัพท์

1.6.1 ความเชื่อด้านสุขภาพ

1.6.1.1 คำนิยามเชิงทฤษฎี (Theoretical definition) ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ของบุคคลเป็นตัวเองซึ่งพฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้กับสิ่งที่ตนพอใจ และคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตนเอง และจะหนีห่างออกจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา โดยบุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ 7 ตัวแปร ประกอบด้วย

1. การรับรู้ของบุคคล (Individual Perception)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลในการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เชื่อว่าการที่บุคคลจะมีแรงจูงใจสู่การมีสุขภาพดีนั้น บุคคลต้องเชื่อว่าตนมีภาวะสุขภาพเป็นองค์ประกอบที่มีอำนาจในการกระตุ้นให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี หากบุคคลรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมักจะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมมากขึ้น

การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) หมายถึง ความเชื่อ ความคิด การรับรู้อันตรายหรือความรุนแรงของโรคแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันตามพื้นฐานของการใช้ชีวิต และเชื่อว่าการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรค บุคคลต้องประเมินความรุนแรงของโรคที่มีต่อตนใน

ด้านการเจ็บป่วย พิกการ เสียชีวิต ถ้าบุคคลรับรู้ความรุนแรงจะกระตุ้นให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรม การป้องกันโรค

2. กลุ่มปัจจัยร่วม (Modifying factor)

ปัจจัยร่วม (Modifying factor) เป็นปัจจัยพื้นฐานของบุคคล ที่ส่งผลไปถึงการรับรู้ และการปฏิบัติและเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพโดยอ้อม ได้แก่ ด้านประชากร เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติ ด้านจิตสังคม เช่น บุคลิกภาพ สถานทางสังคม กลุ่มเพื่อน ด้านโครงสร้าง เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรค การสัมผัสโรค ฯลฯ ปัจจัยกระตุ้น (Cues to action) เหตุการณ์ กิจกรรม แรงจูงใจหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดจุดพลิกผันที่จะเริ่มให้บุคคลเกิดความร่วมมือและความร่วมมือในการมี พฤติกรรมป้องกันและรักษาโรคเกิดขึ้น ซึ่งประกอบด้วย 2 ปัจจัย 1) ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติจาก ภายในบุคคล (Internal cues) เป็นสิ่งชักนำเกี่ยวกับสรีรวิทยา เช่น ความรู้สึกถึงอาการผิดปกติที่เกิด กับร่างกาย หรือ อาการ ของโรคหรือการเจ็บป่วย 2) ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติจากภายนอก (External cues) เป็นเหตุการณ์หรือข้อมูล เช่น การรณรงค์จากสื่อมวลชน คำแนะนำจากบุคคลอื่น การได้รับ คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ การเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว ค่าเตือนด้านสุขภาพจากป้าย โฆษณา

3. ความเป็นไปได้ของการปฏิบัติ (Likelihood of Action)

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและรักษาโรค (Perceived benefits) หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ของบุคคลหรือความคิดเห็น เกี่ยวกับความคุ้มค่าหรือประโยชน์ ในการมีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดการเกิดโรคหรือการมีพฤติกรรมสุขภาพที่มีประโยชน์ ลดความเสี่ยง หรือความรุนแรงของโรคลงได้

การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและรักษาโรค (Perceived barriers) หมายถึง การประเมินผลเกี่ยวกับอุปสรรคในการมีพฤติกรรมป้องกันโรคของบุคคล เช่น คำแนะนำ นั้นเป็นที่ยาก เสียค่าใช้จ่าย ทำได้ยาก ฯลฯ

การรับรู้ความสามารถแห่งตนเอง (Perceived Self-efficacy) หมายถึง ความเชื่อ ความคิด ความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง เป็นความเชื่อว่าตนเองสามารถทำ เรื่องนั้นได้ จะแสดงพฤติกรรมใดๆ ให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งความเชื่อมั่นในตนเองจะทำให้ ในเกิดแรงจูงใจ เกิดความอดทนต่ออุปสรรคและความยากลำบากควบคุมสถานการณ์ได้ และ มีพฤติกรรมในการป้องกันและรักษาโรคได้สำเร็จ (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988)

1.6.1.2 คำนิยามเชิงปฏิบัติ (Operational definition)

ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึงการรับรู้ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงจะกระทำหรือปฏิบัติ ตัว ในสิ่งที่ตนพอใจ และคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีกับตนเอง และหลีกเลี่ยงออกจากสิ่งที่ตนไม่

ปรารถนา โดยผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility) หมายถึง ความเชื่อของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วยเชื่อว่าตนมีภาวะสุขภาพเป็นองค์ประกอบที่มีอำนาจในการกระตุ้นให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี หากบุคคลรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากขึ้น โดยแต่ละบุคคลจะมีระดับความเชื่อที่ไม่เท่ากัน

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) หมายถึง ความเชื่อ ความคิด การรับรู้อันตรายหรือความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อตนในด้านการเจ็บป่วย พิกุล เสียชีวิต ถ้าบุคคลรับรู้ความรุนแรงจะกระตุ้นให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันตามพื้นฐานของการใช้ชีวิต

3. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค (Perceived benefits) หมายถึง การรับรู้ ประโยชน์ ความคุ้มค่าของบุคคล ในการแสวงหาวิธีปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือการมีพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลดความเสี่ยง หรือความรุนแรงของโรค ลงได้ ซึ่งแต่ละบุคคลจะเปรียบเทียบข้อดี ข้อเสีย ของพฤติกรรมและเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เกิดผลดี มากกว่าผลเสีย

4. การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค (Perceived barriers) หมายถึง เป็นการ ประเมินผลเกี่ยวกับอุปสรรคในการมีพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคคล ซึ่งเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลในทางลบ เช่น ค่าใช้จ่ายในการซื้อ หน้ากากอนามัยหรืออื่นๆ หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การสวมหน้ากาก อนามัยทำให้เกิดความไม่สบาย เป็นต้น

5. การรับรู้ความสามารถแห่งตนเอง (Perceived self-efficacy) หมายถึง ความเชื่อ ความคิด ความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง เป็นความเชื่อว่าตนเองสามารถจะ แสดงพฤติกรรมใดๆ ให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งความเชื่อมั่นในตนเองจะทำให้เกิดแรงจูงใจ เกิดความอดทนต่ออุปสรรคและความยากลำบากควบคุมสถานการณ์ได้และมีพฤติกรรมในการป้องกัน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้สำเร็จ

ซึ่งสามารถประเมินได้จากแบบสอบถาม ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมา จากการทบทวนวรรณกรรม

1.6.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

1.6.2.1 คำนิยามเชิงทฤษฎี (Theoretical definition) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ทักษะทางปัญญา และทักษะทางสังคมกำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพดี จำแนกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Functional Health Literacy) ระดับที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ (Interactive Health Literacy) ระดับที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical Health Literacy) และต้องมีคุณลักษณะพื้นฐาน 6 ประการ คือ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 2) ความเข้าใจในข้อมูล 3) การจัดการตนเอง 4) ทักษะการสื่อสาร 5) การรู้เท่าทันสื่อ 6) ทักษะการตัดสินใจและการเลือก (Nutbeam, 2008)

1.6.2.2 คำนิยามเชิงปฏิบัติ (Operational definition) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ทักษะทางปัญญา และทักษะทางสังคมกำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพดี เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยจำแนกเป็น 3 ระดับ คือ 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Functional Health Literacy) 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ขั้นปฏิสัมพันธ์ (Interactive Health Literacy) 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical Health Literacy) และต้องมีคุณลักษณะพื้นฐาน 6 ประการ คือ

1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access skill) หมายถึง ความสามารถในการเลือก วิธีการค้นหาข้อมูล และการใช้อุปกรณ์ในการค้นหา สืบค้นแหล่งข้อมูล และบริการสุขภาพเรื่องการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2. ความเข้าใจในข้อมูล (Cognitive skill) หมายถึง ความสามารถในการตรวจสอบข้อมูลเพื่อยืนยันความเข้าใจของตนเอง สามารถอธิบาย วิเคราะห์ เปรียบเทียบเนื้อหาหรือแนวทางในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้อย่างถูกต้องและมีเหตุผล

3. การจัดการตนเอง (Self-management skill) หมายถึง ความสามารถในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนปฏิบัติตน พร้อมทั้งมีการประเมินทบทวนและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้อย่างถูกต้องและมีเหตุผล

4. ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) หมายถึง ความสามารถในการสื่อสารด้วยการพูด อ่าน เขียน รวมทั้งการบอกเล่าเรื่องราวข้อมูลในการปฏิบัติตัว พร้อมทั้งซักถาม แลกเปลี่ยนเพื่อให้ได้ข้อมูลในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

5. การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy skill) หมายถึง ความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สื่อนำเสนอ และสามารถเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเองและผู้อื่น รวมทั้งมีการประเมินข้อความสื่อเพื่อชี้แนวทางให้กับชุมชนและสังคมในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

6. ทักษะการตัดสินใจและการเลือก (Decision skill) หมายถึง ความสามารถในการเปรียบเทียบผลดี-ผลเสียภายใต้ข้อมูลที่มีอยู่อย่างมีเหตุผลก่อนตัดสินใจเลือก หลีกเลี่ยง หรือ ปฏิเสธ ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ซึ่งสามารถประเมินได้จากแบบสอบถาม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรม

1.6.3 พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

1.6.3.1 คำนิยามเชิงทฤษฎี (Theoretical definition) พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus prevention behavior) หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติ ในการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วย 1) การลดสัมผัส คือ มีการล้างมือด้วยสบู่และน้ำสะอาด หรือใช้แอลกอฮอล์ เจลล้างมือ ก่อนกินอาหาร และหลังจับสิ่งของสาธารณะ เช่น ราวบันได ที่จับประตู ปุ่มกดลิฟท์ เป็นต้น และใส่หน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้านหรือที่มีบุคคลอื่นร่วมด้วย 2) การเลี่ยงจุดเสี่ยง คือ มีการหลีกเลี่ยงการเข้าไปในพื้นที่ที่มีคนหนาแน่น แออัด หรือพื้นที่ปิด และหลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสใบหน้า ตา ปาก จมูก โดยไม่จำเป็น 3) การดูแลสุขภาพตนเองและสังคม คือ มีการดูแลตัวเองด้วยการออกกำลังกายสม่ำเสมอ พักผ่อนอย่างเพียงพอ การเลือกรับประทานอาหารที่ร้อนหรือปรุงสุกใหม่ และการรักษาระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) (กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

1.6.3.2 คำนิยามเชิงปฏิบัติ (Operational definition) พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus prevention behavior) หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติในการดูแลสุขอนามัยของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วย 1) การลดสัมผัส 2) การเลี่ยงจุดเสี่ยง และ 3) การดูแลสุขภาพตนเองและสังคม ซึ่งสามารถประเมินได้จากแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรม

1.6.4 ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

1.6.4.1 คำนิยามเชิงทฤษฎี (Theoretical definition) ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หมายถึง ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รุนแรง ได้แก่ กลุ่ม 608 ได้แก่ 1) กลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป และ 2) ผู้ที่มีโรคประจำตัว 7 โรค ประกอบด้วย โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง โรคอ้วน โรคเบาหวาน และหญิงตั้งครรภ์ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

1.6.4.2 คำนิยามเชิงปฏิบัติ (Operational definition) ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หมายถึง ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รุนแรง หรือกลุ่ม 608 (ตามรหัสโรค ICD 10) ได้แก่ โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ประกอบด้วย โรคหอบหืด (J45) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (J44), โรคหัวใจและหลอดเลือด ประกอบด้วย โรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง (I25) โรคไขมันในเลือดสูง (E78), โรคไตเรื้อรัง (N18, N180, N188, N189, N19), โรคหลอดเลือดสมอง (I64), โรคอ้วน (E66), โรคเมะเร็ง ประกอบด้วย มะเร็งตับ(C22) มะเร็งท่อน้ำดี (C24) มะเร็งปอด (C34) และ โรคเบาหวาน (E10-E149) ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพล อำเภพลำพูน จังหวัดขอนแก่น

1.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ตามแนวคิดของโรเซนสต็อก สตรีเชอร์และเบคเกอร์ (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988) และ กรอบแนวคิดเรื่องความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของนัทบีม (Nutbeam, 2008) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย

โรเซนสต็อก สตรีเชอร์และเบคเกอร์ (1988) ได้อธิบายถึงความเชื่อด้านสุขภาพไว้ว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยง/ป้องกันการเกิดโรคนั้น บุคคลจะต้องแสดงการรับรู้ทั้ง 5 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากหรือน้อยเพียงใด 2) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่อาจเกิดขึ้น และอาจส่งผลให้เกิดความกลัวต่อโรคนั้น 3) การรับรู้ถึงประโยชน์ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 4) การรับรู้อุปสรรคที่อาจเกิดจากการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค และ 5) การรับรู้ความสามารถแห่งตนเอง ซึ่งทำให้บุคคลมีความพยายามและมุ่งมั่นตั้งใจในการปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสมมากขึ้น ส่งผลให้บรรลุตามเป้าหมายที่ต้องการ คือ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เหมาะสม อันจะช่วยป้องกันการติดเชื้อ และลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น เช่น ลดความรุนแรงของโรค ลดภาวะแทรกซ้อน และลดการเสียชีวิตจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้

นัทบีม (Nutbeam, 2008) ได้อธิบายว่า ความรู้ด้านสุขภาพ คือ ทักษะทางปัญญา และทักษะทางสังคมกำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพดี จำแนกเป็น 3 ระดับ คือ 1) ความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Functional Health Literacy) 2) ความรู้ด้านสุขภาพ ขั้นปฏิสัมพันธ์ (Interactive Health Literacy) และ 3) ความรู้ด้านสุขภาพ ขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical Health Literacy) คุณลักษณะพื้นฐานสำคัญที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไปที่จะต้อง

เผชิญกับความเปลี่ยนแปลงของโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 ที่กำลังระบาด เพื่อให้มีความพร้อมรับมือ และสามารถปรับตัว เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ประกอบด้วย 6 ประการ คือ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 2) การเข้าใจข้อมูล 3) การจัดการตนเอง 4) ทักษะการสื่อสาร 5) การรู้เท่าทันสื่อ และ 6) ทักษะการตัดสินใจและการเลือก การที่ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่เหมาะสมและสามารถป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้นั้น ต้องเกิดจากความต้องการ การดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงฯ เป็นสำคัญ มีการวางแผนเป้าหมายของการเรียนรู้ เพื่อให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นการสร้างและพัฒนา การป้องกันโรคในระดับบุคคล ถ้าผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงฯ มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านใดด้านหนึ่งต่ำจะส่งผลให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่ำด้วยหรือไม่สามารถป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพราะผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่เพียงพอ จะมีความรู้ความเข้าใจในข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ สามารถค้นหาความรู้และตัดสินใจเลือกข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเองจากแหล่งข้อมูลต่างๆ และส่งผลให้เกิดผลลัพธ์สุขภาพที่ดี ไม่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นั่นเอง

ความเชื่อด้านสุขภาพ

- 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค
- 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค
- 3) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค
- 4) การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค
- 5) การรับรู้ความสามารถแห่งตนเองในการป้องกันโรค

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

- 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ
- 2) ความเข้าใจในข้อมูล
- 3) การจัดการตนเอง
- 4) ทักษะการสื่อสาร
- 5) การรู้เท่าทันสื่อ
- 6) ทักษะการตัดสินใจและการเลือก

พฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อ
ไวรัสโคโรนา 2019

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

1.8 ประโยชน์ที่ได้รับจากงานวิจัย

1. เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน และแนวทางในการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
2. เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
3. ข้อมูลที่ได้สามารถนำไปเป็นแนวทางการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารต่างๆ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นฐาน และแนวทางในการทำวิจัย ซึ่งประกอบด้วยประเด็นต่างๆ ดังนี้

2.1 โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

- 2.1.1 สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
- 2.1.2 พยาธิสภาพโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
- 2.1.3 อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
- 2.1.4 ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2.2 ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Beliefs)

- 2.2.1 ความหมายของความเชื่อด้านสุขภาพ
- 2.2.2 องค์ประกอบของความเชื่อด้านสุขภาพ
- 2.2.3 เครื่องมือประเมินความเชื่อด้านสุขภาพ

2.3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)

- 2.3.1 ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพ
- 2.3.2 องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ
- 2.3.3 เครื่องมือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ

2.4 พฤติกรรมการป้องกันโรค

- 2.4.1 นิยามความหมายพฤติกรรมการป้องกันโรค
- 2.4.2 พฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
- 2.4.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวัดพฤติกรรมการป้องกัน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2.1.1 สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โครonavirus-19 (COVID-19) เกิดจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ ที่มีชื่อว่า Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 หรือ SARS-CoV-2 วันที่ 30 ธันวาคม 2562 สำนักงานสาธารณสุขเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ได้ออกประกาศเป็นทางการว่า พบกลุ่มก้อนผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ไม่ทราบสาเหตุ (กระทรวงสาธารณสุข, 2564) หรือที่รู้จักกันภายหลังในชื่อโรคโควิด-19 (WHO, 2019) ที่เกี่ยวข้องกับตลาดหัวหนาน ซึ่งเป็นตลาดค้าอาหารทะเลขนาดใหญ่ที่สุดในอู่ฮั่น และภาคกลางของจีน โดยมีพื้นที่กว่า 50,000 ตารางเมตร และมีพื้นที่บางส่วน เปิดเป็นร้านขายสัตว์ป่า ตลาดได้ถูกสั่งปิดให้บริการ เพื่อทำความสะอาดและฆ่าเชื้อหลังสอบสวนโรคพบ ความเชื่อมโยงกับโรคปอดอักเสบไม่ทราบสาเหตุ วันที่ 31 ธันวาคม 2562 หน่วยงานด้านสาธารณสุขประเทศจีน ได้รายงานเหตุการณ์ไปยังองค์การอนามัยโลก (WHO) ว่าพบผู้ป่วยปอดอักเสบไม่ทราบสาเหตุจำนวน 27 ราย โดย 7 ราย (ร้อยละ 26) มีอาการรุนแรง ไม่พบผู้เสียชีวิต ผู้ป่วยทุกรายและผู้สัมผัสใกล้ชิดได้รับการแยกกัก เพื่อสังเกตอาการ และยังไม่พบหลักฐานการแพร่เชื้อจากคนสู่คน (Reuters, 2019) อย่างไรก็ตามจำนวนผู้ป่วยในเมืองอู่ฮั่นยังคงเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และกระจายไปยังมณฑลอื่น ๆ เนื่องจากชาวจีนจำนวนมากเดินทางกลับภูมิลำเนาหรือท่องเที่ยว ทั้งในและต่างประเทศในช่วงเดือนมกราคมซึ่งเป็นเทศกาลตรุษจีน โดยก่อนที่รัฐบาลจีนจะประกาศใช้มาตรการ ล็อกดาวน์ (lockdown) ในวันที่ 23 มกราคม 2563 เพื่อควบคุมการแพร่กระจายโรคในเมืองอู่ฮั่นและเมืองข้างเคียง ในมณฑลหูเป่ย์ ได้มีการประมาณการว่าน่าจะมีชาวอู่ฮั่นกว่า 5 ล้านคนเดินทางออกนอกเมืองไปแล้ว (สำนักข่าว กรมประชาสัมพันธ์, 2563) ทำให้สิ้นเดือนมกราคม 2563 จีนมีจำนวนผู้ป่วยสะสมเพิ่มเป็น 11,791 ราย เสียชีวิต 259 ราย (ร้อยละ 2.2) (Ciotti et al., 2020) สำหรับการติดเชื้อนอกประเทศจีนนั้น ได้ถูกรายงานเป็นครั้งแรกในวันที่ 13 มกราคม 2563 โดยประเทศไทยได้รายงานการ ติดเชื้อโควิด-19 นอกประเทศจีนเป็นประเทศแรก (WHO, 2020) วันที่ 21 มกราคม 2563 โรคโควิด-19 ได้แพร่กระจายไปยัง ทวีปอเมริกาเหนือ โดยประเทศสหรัฐอเมริกาพบผู้ป่วยรายแรกในรัฐวอชิงตัน วันที่ 24 มกราคม 2563 ฝรั่งเศสเป็นประเทศแรกในทวีปยุโรปที่รายงานการพบผู้ป่วย 3 รายแรก ซึ่งผู้ป่วยทุกรายมีประวัติเดินทางมาจากเมืองอู่ฮั่น (WHO, 2020) วันที่ 29 มกราคม 2563 เชื้อได้แพร่กระจายไปยังภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งพบผู้ป่วยรายแรกในประเทศ สหรัฐอาหรับเอมิเรตส์ วันที่ 25 มกราคม 2563 ประเทศออสเตรเลียประกาศพบผู้ป่วยรายแรก วันที่ 30 มกราคม 2563 องค์การอนามัยโลก (WHO) ตัดสินใจประกาศภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public health emergency of international concern, PHEIC) เพื่อยับยั้งการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส ณ ขณะนั้นทั่วโลกมี ผู้ป่วยจำนวน 7,834 ราย ส่วนใหญ่อยู่ในประเทศจีน (98 รายเป็นผู้ป่วยจากประเทศอื่น ๆ 18 ประเทศ)

และมี ผู้เสียชีวิต 170 ราย (ในประเทศจีนทั้งหมด) นอกจากนั้น ยังพบหลักฐานยืนยันการติดเชื้อจากคนสู่คนใน 4 ประเทศ (WHO, 2019) วันที่ 14 และ 25 กุมภาพันธ์ 2563 ประเทศอียิปต์ ทวีปแอฟริกาและประเทศบราซิล ทวีปอเมริกาใต้รายงาน พบผู้ป่วยรายแรกในทวีป ตามลำดับ การระบาดในครั้งนี้ใช้เวลาประมาณ 12 สัปดาห์ นับตั้งแต่วันเริ่มป่วยของผู้ป่วยยืนยันรายแรกจากประเทศจีน (1 ธันวาคม 2562) (Huang et al, 2020) จนกระทั่งเชื้อได้แพร่กระจายไปยัง 6 ทวีปทั่วโลก เมื่อการระบาดขยายวงกว้างออกไป ในหลายประเทศมากขึ้น วันที่ 11 มีนาคม 2563 WHO จึงได้ประกาศให้การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เป็น "การระบาดใหญ่" หรือ Pandemic ณ วันที่ 1 พฤศจิกายน 2564 ประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยยืนยัน 1,920,189 ราย มากเป็นลำดับที่ 3 ของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รองจากประเทศอินเดีย (34.2 ล้านราย) และอินโดนีเซีย (4.2 ล้านราย) คิดเป็นอัตราป่วย 2,751 รายต่อแสนประชากร รองจากมัลดีฟส์ (16,240 รายต่อแสนประชากร) และเนปาล (2,790 รายต่อแสนประชากร) ไทยมีจำนวนผู้เสียชีวิต 19,260 ราย มากเป็นลำดับที่ 4 ของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รองจากประเทศอินเดีย อินโดนีเซีย และบังกลาเทศ ไทยมีอัตราตาย 27.6 รายต่อแสนประชากร และมีอัตราป่วยตายร้อยละ 1 ซึ่งเป็นลำดับที่ 7 ของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และประเทศไทยมีจำนวนผู้ติดเชื้อยืนยันรายใหม่ 8,165 ราย ผู้เสียชีวิต 55 ราย ซึ่งอยู่ในแนวโน้มลดลงจากจุดสูงสุดวันละ 23,418 ราย (13 สิงหาคม 2564) และ 312 ราย (18 สิงหาคม 2564) ตามลำดับ ผู้ติดเชื้อรายใหม่เกือบทั้งหมดเป็นการติดเชื้อภายในประเทศ ผู้ป่วยติดเชื้อในประเทศร้อยละ 89 เป็นผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการตามระบบปกติ (walk-in) ร้อยละ 11 ที่เหลือเป็นผู้ป่วยจากการคัดกรองเชิงรุกและผู้ต้องขังในเรือนจำ ผู้ป่วยอยู่ระหว่างการรักษา 99,227 ราย รักษาในโรงพยาบาลร้อยละ 44 รพ.สนาม ร้อยละ 56 ร้อยละ 2.24 ของผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการรักษาเป็นผู้ป่วยอาการหนัก และร้อยละ 22.24 ของผู้ป่วยอาการหนัก (หรือร้อยละ 0.5 ของผู้ป่วยที่กำลังรักษา) จำเป็นต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ข้อมูลจากทะเบียนผู้เสียชีวิต กรมควบคุมโรคระหว่างวันที่ 1 เมษายน – 28 ตุลาคม 2564 จำนวน 18,957 ราย เป็นหญิงตั้งครรภ์ 31 ราย อัตราส่วนชายต่อหญิงเท่ากับ 1.17: 1 ค่ามัธยฐานอายุ 67 ปี (พิสัย 12 วัน - 110 ปี) ร้อยละ 68 มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 91 ของผู้เสียชีวิตมีโรคประจำตัวร่วมด้วย สำหรับกลุ่มที่มีโรคประจำตัวพบว่า ผู้เสียชีวิตมีโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 59) เบาหวาน (41.2) ไขมันในเลือดสูง (25.5) โรคไตเสื่อม (11.6) โรคอ้วน (8.3) มะเร็ง (3.9) กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (3.3) ปอดอุดกั้นเรื้อรัง (2.7) และหอบหืด (2.2) จะเห็นว่าผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและมีโรคประจำตัวร่วมด้วย (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564) สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ในประเทศไทย สามารถแบ่งตามช่วงเวลาได้ 3 ระลอก ระลอกแรกอยู่ในช่วงเดือน มกราคม - พฤศจิกายน 2563 การระบาดเป็นกลุ่มก้อน (คลัสเตอร์) ที่สำคัญในช่วงเวลานี้คือ สนามมวยและบ่อนการพนัน ระลอกที่สองอยู่ในช่วงเดือน ธันวาคม 2563 - มีนาคม 2564 คลัสเตอร์ที่สำคัญในระลอก นี้คือตลาดกลางกุ้ง สมุทรสาคร

และระลอกที่สามตั้งแต่เดือนเมษายน 2564 - ปัจจุบัน (27 พฤศจิกายน 2564) ซึ่งเป็นการระบาดระลอกที่ใหญ่ที่สุด คลัสเตอร์ที่เป็นจุดเริ่มต้นของการระบาดในระลอกนี้คือ สถานบันเทิงย่านทองหล่อ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

2.1.2 พยาธิสภาพของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โรคโควิด-19 เกิดจากเชื้อ Severe respiratory syndrome coronavirus 2 (SAR-CoV-2) จัดเป็นไวรัสที่มีขนาดใหญ่ มีเปลือกหุ้มด้านนอกประกอบด้วยโปรตีนและคาร์โบไฮเดรต (envelope) และมีปุ่มรูปร่างคล้ายน้ำเรียก สปีก (Spilk) รายรอบอยู่บนผิวของอนุภาคไวรัส ทำให้เมื่อดูด้วยกล้องจุลทรรศน์อิเล็กตรอน จะเห็นเหมือนมงกุฎ (ในภาษาละติน corona แปลว่า crow หรือ มงกุฎ) จึงเป็นที่มาของชื่อเชื้อไวรัสนี้ ภายในอนุภาคไวรัสบรรจุสารพันธุกรรมชนิดอาร์เอ็นเอ (RNA) ลักษณะสายยาว มีโปรตีนนิวคลีโอแคปซิด (nucleocapsid; N) ห่อหุ้มสารพันธุกรรมไว้ การสร้างโปรตีนต่างๆของไวรัส ทั้งโปรตีนที่ประกอบ เป็นรูปร่างของไวรัส (structural proteins) และโปรตีนอื่นๆ ที่จำเป็นสำหรับการเพิ่มจำนวน (non- structural proteins) จะถูกแปลรหัสจากอาร์เอ็นเอของไวรัสซึ่งมีความยาวประมาณ 29.8-29.9 กิโลเบส (Ysrafil et al., 2020)

2.1.2.1 การเข้าสู่เซลล์และพยาธิกำเนิดของเชื้อไวรัสก่อโรค COVID-19

เชื้อไวรัส SAR-CoV-2 จะใช้โปรตีนสปีกในการจับกับตัวรับ ACE2 และการเข้าสู่เซลล์โฮสต์โดยโปรตีนโดยโปรตีนสปีก ประกอบด้วย 2 ส่วนย่อยคือ S1 และ S2 เชื้อไวรัส SARS-CoV-2 จะใช้บริเวณ receptor binding domain(RBD) ที่อยู่บน S1 จับกับตัวรับ ACE2 จากนั้นเอนไซม์ furin-like protease ของโฮสต์ จะตัดโปรตีนสปีกตรงตำแหน่งระหว่าง S1 และ S2 เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงรูปร่างและกระตุ้นส่วน S2 ให้มีประสิทธิภาพสูงในการหลอมเชื่อมกับเยื่อหุ้มเซลล์ของโฮสต์ จากนั้นเอนไซม์ type II transmembrane serine protease (TMPRSS2) ซึ่งอยู่บริเวณผิวของเซลล์โฮสต์จะตัดโปรตีนสปีกอีกครั้งกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงรูปร่างของสปีกและปลดปล่อยสารพันธุกรรมเข้าสู่ไซโทพลาสซึมเพื่อเริ่มกระบวนการเพิ่มจำนวนของไวรัสต่อไป (Walls et al., 2020)

เชื้อไวรัสเป็นปรสิตของสิ่งมีชีวิต คือ สามารถเพิ่มจำนวนผลิตลูกหลานได้เมื่ออยู่ในเซลล์ของสิ่งมีชีวิตเท่านั้น และที่น่าสนใจคือไม่ใช่ทุกเซลล์ในร่างกายที่ยอมให้เชื้อไวรัสบุกรุกเข้าไปเพิ่มจำนวน เซลล์ที่ยินยอมให้ไวรัสเข้าไปเพิ่มจำนวนจะต้องมีตัวรับ (receptor) บนผิวเซลล์ซึ่งสามารถจับกับส่วนของไวรัส สำหรับเชื้อไวรัส SARS-COV-2 จะใช้ส่วน spike ซึ่งเป็นไกลโคโปรตีนที่อยู่บริเวณเปลือกนอกของไวรัส จับกับตัวรับ angiotensin-converting enzyme 2 (ACE2) บนผิวเซลล์ของโฮสต์ (Shang et al., 2020) ซึ่งเป็นตัวรับชนิดเดียวกับเชื้อไวรัสก่อโรคซาร์ส (SARS-COV) แต่เนื่องจากส่วน spike ของเชื้อไวรัสก่อโรคซาร์สและโรค COVID-19 ไม่ได้เหมือนกัน 100% จึงทำให้ความชอบและความสามารถในการเข้าสู่เซลล์เป้าหมายแตกต่างกันไปด้วย นอกจากตัวรับ ACE

แล้วเชื้อไวรัส SARS-Co V-2 ยังต้องอาศัยเอนไซม์ที่ชื่อ transmembrane serine protease 2 (TMPRSS2) ซึ่งมีคุณสมบัติในการย่อยโปรตีนส่วน spike ของไวรัส ส่งเสริมให้การเข้าสู่เซลล์ของไวรัสสะดวกขึ้น แต่ทั้งเชื้อไวรัสสามารถใช้เอนไซม์ย่อยโปรตีนชนิดอื่น ๆ ทดแทนในกรณีที่ไม่มี TMPRSS2 ได้ (Shang et al., 2020) ดังนั้นตัวรับ ACE จึงเสมือนเป็นปัจจัยหลักที่เชื้อไวรัสเกาะติดเพื่อเข้าสู่เซลล์ ตัวรับ ACE2 พบได้ในเซลล์หลากหลายชนิดทั่วร่างกายเพียงแต่ปริมาณแตกต่างกันไปในแต่ละอวัยวะ เช่น เซลล์บริเวณโพรงจมูก ลำไส้เล็ก ไต หัวใจ มีปริมาณ ACE ในระดับสูง ส่วนบริเวณปอด ลำไส้ใหญ่ ตับ มีปริมาณ ACE2 ระดับปานกลาง และพบปริมาณ ACE2 น้อยมากในหลอดเลือด สมอง และ ไชกระดูก เป็นต้น (van der Voort et al., 2020) จึงเป็นไปได้ว่าเชื้อไวรัส SARS COV-2 สามารถเข้าสู่เซลล์ได้หลากหลายชนิดหากเชื้อแพร่กระจายไปถึงเซลล์เป้าหมายนั้นๆ ผู้ป่วยโรค COVID-19 มีอาการแสดงได้หลายระดับ โดยประมาณร้อยละ 80 มีอาการทางระบบหายใจแบบไม่รุนแรง เช่น มีไข้ น้ำมูกไหล ไอแห้ง เจ็บคอ และ หายใจเหนื่อยหอบ เป็นต้น บ่งบอกได้ว่าเชื้อไวรัสเพิ่มจำนวนและกระจายอยู่เฉพาะบริเวณระบบทางเดินหายใจส่วนบนและส่วนล่างเท่านั้น ส่วนอีกร้อยละ 20 ที่เหลือแสดงอาการทางระบบหายใจร่วมกับอาการทางระบบอื่น ๆ เช่น ตาแดง ท้องเสีย หัวใจอักเสบ และ ไตอักเสบ เป็นต้น (Guan et al., 2020) ซึ่งอาจเกิดได้จากเชื้อไวรัสเข้าสู่กระแสเลือดแล้วไปยังอวัยวะต่าง ๆ ที่มีการแสดงออกของตัวรับ ACE2 หรือ เกิดจากปฏิกิริยาทางภูมิคุ้มกันตอบสนองมากเกินไป ทำให้เกิดการอักเสบทั่วร่างกาย (Merad & Martin, 2020)

2.1.3 อาการและการแสดงของผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2.1.3.1 ระยะฟักตัว (Incubation period)

ผู้ป่วยมักมีอาการในระยะเวลา 2-14 วัน หลังได้รับเชื้อ ส่วนใหญ่จะมีอาการใน 3-7 วัน Backer et al. (2020) ศึกษาผู้ป่วยที่ยืนยันติดเชื้อ 88 ราย พบว่าเริ่มมีอาการตั้งแต่ 2.1-11.1 วัน (เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 2.1-11.1) วันค่าเฉลี่ย 6.4 วัน (5.6-7.7 วัน) Stephen & Leuer (2020) นำข้อมูลผู้ป่วยที่ยืนยันติดเชื้อ 181 ราย ศึกษาการสัมผัส และระยะเวลาที่เริ่มมีอาการ เพื่อวิเคราะห์หาระยะเวลาฟักตัว พบว่าค่ามัธยฐาน (median) 5.1 วัน (4.5-5.8 วัน) และร้อยละ 97.5 ของผู้ป่วยทั้งหมดมีอาการภายใน 11.5 วัน (8.2-15.6 วัน) หลังได้รับเชื้อความสำคัญของการวิเคราะห์ข้อมูลหาการกระจายของระยะเวลาฟักตัว เพื่อนำมากำหนดระยะเวลาของการกักตัว (auarantine) จึงได้มีการกำหนดระยะเวลากักตัวไว้ที่ 14 วัน ในระยะนี้ผู้ป่วยสามารถแพร่เชื้อกระจายจากคนสู่คนได้สูงมาก แตกต่างจากการติดเชื้อ SARS COV ที่ทำให้เกิดโรค SARS ระบาดในปี พ.ศ. 2546 คือ SARS-COV ไม่แพร่เชื้อในช่วงระยะฟักตัว

2.1.3.2 ลักษณะทางคลินิก (Clinical presentation)

ผู้ที่ติดเชื้อ COVID-19 ส่วนหนึ่งจะไม่แสดงอาการ (asymptomatic) ขณะที่ผู้ติดเชื้อที่แสดงอาการ จะมีความรุนแรงของโรคได้ตั้งแต่เบา (mild case) ไปจนถึงอาการหนัก (severe case) หรืออาการวิกฤติ (critical case) จนถึงขั้นเสียชีวิต การศึกษาลักษณะทางคลินิกของโรค COVID-19 ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ที่เริ่มระบาดตั้งแต่ 8 ธันวาคม พ.ศ. 2562 ที่เมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน จนมีการระบาดอย่างชัดเจนในเดือน มกราคม พ.ศ. 2563 ได้แสดงข้อมูลจากวารสารทางการแพทย์จำนวน 9 การศึกษาจากข้อมูลการรายงานดังกล่าวพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการ ไข้ ไอ อ่อนเพลีย เหมือนการติดเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่ (flu-like symptom) อาการอื่นที่พบบ่อยคือ เบื่ออาหาร หอบเหนื่อย และถ่ายเหลวในรายที่มีอาการรุนแรงมากขึ้นอาจมีไอเป็นเลือด หนาวสั่น ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 20-50 มีโรคประจำตัว ที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ในระยะต่อมาได้มีรายงานพบว่าผู้ป่วยสูญเสียการ รับกลิ่นและรส Mao et al. (2020) ได้รายงานอาการทางระบบประสาทจากผู้ป่วย 214 ราย พบมีอาการ ทางระบบประสาท 78 ราย (ร้อยละ 36.4) เป็นอาการของระบบประสาทส่วนกลาง (central nervous system, CNS) 53 ราย (ร้อยละ 24.8) ระบบประสาทรอบนอก (peripheral nervous system, PNS) 19 ราย (ร้อยละ 8.9) และกล้ามเนื้อโครงร่าง (skeletal muscle) 23 ราย (ร้อยละ 10.7) ในส่วนอาการที่พบบ่อยสุดของระบบประสาทส่วนกลางคือ เวียนศีรษะ 36 ราย (ร้อยละ 16.8) และปวดหัว 28 ราย (ร้อยละ 13.1) สำหรับระบบประสาทรอบนอกพบมีอาการรับรสลดลง (hypogeusia) 12 ราย (ร้อยละ 5.6) และจมูกได้กลิ่นน้อยลง (hyposmia) 11 ราย (ร้อยละ 5.1) Mathew et al. (2020) รวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย 59 ราย พบว่าผู้ป่วยแจ้งแพทย์ว่ามีอาการผิดปกติของการรับกลิ่น และการรับรสมากถึง 20 ราย (ร้อยละ 33.95) จึงได้รวบรวมข้อมูลลักษณะความผิดปกติของผู้ป่วย พบว่า เพศหญิง มีความผิดปกติของการรับกลิ่นและการรับรสมากกว่าเพศชาย อาการที่พบบ่อยคือ ไข้ ไอแห้ง และเหนื่อยเพลีย ส่วนอาการอื่นที่พบน้อยกว่าคือ ปวดเมื่อย ตัดจมูก ปวดหัว ตาแดง เจ็บคอ ถ่ายเหลว การรับกลิ่นและรสเสียไป ผื่นผิวหนังหรือมีการเปลี่ยนสีของนิ้วมือ นิ้วเท้า อาการมักจะเริ่มจากอาการน้อยแล้วมากขึ้นเรื่อย ๆ ผู้ป่วยบางรายมีการติดเชื้อแต่มีอาการเพียงเล็กน้อยศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค (Centers for Disease Control and Prevention) ของประเทศสหรัฐอเมริการะบุอาการของผู้ป่วยคือ ไข้หรือหนาวสั่น ไอ หายใจลำบาก อ่อนเพลีย ปวดกล้ามเนื้อหรือปวดตัวปวดหัวสูญเสียการรับกลิ่นหรือรสที่เพิ่งมีอาการ เจ็บคอคัดจมูกคลื่นไส้หรืออาเจียนถ่ายเหลว

2.1.3.3 การติดเชื้อโดยไม่มีอาการ และการติดเชื้อก่อนแสดงอาการ

(Asymptomatic and pre-symptomatic Infection)

ผู้ป่วยที่ติดเชื้อโดยไม่มีอาการ (asymptomatic infection) โดยไม่มีอาการของโรค ตลอดช่วงเวลาที่ยังมีเชื้ออยู่ในร่างกาย โดยตรวจพบเชื้อหรือสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสผู้ป่วยที่ติดเชื้อ

ไวรัสโคโรนา 2019 (viral nucleic acid) โดยการตรวจ reverse transcription polymerase chain reaction (RT-PCR) หรือตรวจพบภูมิคุ้มกัน (antibody) ของไวรัสชนิดนี้ (Yan et al., 2020) การติดเชื้อก่อนแสดงอาการ (pre-symptomatic infection) คือผู้ป่วยที่ติดเชื้อในระยะฟักตัวซึ่งกินเวลา 2-14 วันก่อนที่จะแสดงอาการในเวลาต่อมา (Yan et al., 2020) ความสำคัญคือผู้ป่วยเหล่านี้ทั้งผู้ป่วยไม่มีอาการและผู้ป่วยก่อนแสดงอาการสามารถแพร่เชื้อได้โดยไม่รู้ตัวและไม่ได้ตั้งใจ ดังนั้น การป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรค จึงมีความจำเป็นต้องเน้นย้ำผู้ป่วยเหล่านี้เข้าสู่กระบวนการกักตัวอย่างเคร่งครัดรวมถึงการใช้หน้ากากอนามัยและการล้างมือ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อออกเป็นวงกว้าง

2.1.3.4 การดำเนินโรค COVID-19 (Clinical course of COVID-19)

ไวรัส SARS-CoV-2 เข้าสู่ร่างกายได้ทางกรสัมผัสเชื้อจากละอองฝอย ไอ จาม โดยการสูดดมเข้าไปผ่านเข้าร่างกายทางระบบทางเดินหายใจ หรือเยื่อต่าง ๆ นอกจากนี้การสัมผัสสารคัดหลั่ง ของผู้ป่วย เช่น น้ำลาย น้ำมูก หรืออุจจาระ ซึ่งมีเชื้อปนเปื้อน เช่น การจับของใช้สาธารณะร่วมกัน แล้วมาสัมผัสเยื่อต่าง ๆ ในร่างกาย เช่น ขี้ตา สัมผัสปาก จมูก หรือหยิบของกินเข้าปากก็สามารถติดเชื้อโรคได้ เมื่อเข้าสู่ร่างกายแล้วเชื้อจะไปจับที่ angiotensin-converting enzyme 2 (ACE2) receptor และเข้าสู่เซลล์ทาง receptor นี้ ซึ่งมีอยู่ทั่วไปที่ vascular endothelium, respiratory endothelium, alveolar monocytes และ macrophages เชื้อไวรัสสามารถแบ่งตัวเพิ่มจำนวนได้ตั้งแต่ในทางเดินหายใจส่วนบน ทำให้ตรวจพบสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสที่ nasopharynx ได้ เชื้อจะเข้าสู่ทางเดินหายใจส่วนล่าง ทำให้เกิดอาการทางระบบทางเดินหายใจ แบ่งตัวเพิ่มจำนวนเข้าสู่กระแสเลือดเป็นระยะ viremia ไปยังอวัยวะต่าง ๆ ที่มี ACE2 คือ หัวใจ ไต ระบบทางเดินอาหารและทำให้เกิดอาการตามระบบต่าง ๆ ตามมา เชื้อไวรัสยังไปทำลายระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้เกิดปฏิกิริยาการอักเสบ (inflammatory response) และภาวะที่มีการแข็งตัวของเลือดง่ายกว่าปกติ (hypercoagulation) ผู้ป่วยจะมีการเข้าระยะรุนแรงและวิกฤตได้ การดำเนินโรคแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเชื้อไวรัสเข้าสู่กระแสเลือด (viremia phase) ระยะมีอาการปอดอักเสบ (pneumonia phase) และ ระยะมีอาการรุนแรง หรือ ระยะฟื้นตัว (severe phase หรือ recovery phase) ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันปกติและไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อความรุนแรงของโรค เช่น สูงอายุ มีโรคประจำตัว อาจมีการตอบสนองของภูมิคุ้มกันที่ดีและสามารถกดระดับเชื้อไวรัสลงได้ในระยะที่ 1 หรือระยะที่ 2 ทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและเข้าสู่ระยะฟื้นตัวได้ ตรงกันข้ามถ้าผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันผิดปกติ ผู้ป่วยจะเข้าสู่ระยะรุนแรงและภาวะวิกฤตซึ่งจะมีอัตราการเสียชีวิตสูง แสดงถึงผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง มีปริมาณไวรัส ค่า infactors และ D-dimers สูง แต่มีระดับของเม็ดเลือดขาวชนิด T-cell และ B.cell ต่ำ การรักษาผู้ป่วยขึ้นกับผู้ป่วย หากอาการรุนแรงมากขึ้น มีภาวะการอักเสบและภาวะที่มีการแข็งตัวของเลือดง่ายกว่าปกติ (hypercoagulation) แนะนำให้ใช้ intravenous

immunoglobulin ในขนาดสูงเพื่อยุติกระบวนการอักเสบ และแนะนำให้ใช้ low-molecular-weight heparin เพื่อรักษาภาวะที่มีการแข็งตัวของเลือดง่ายกว่าปกติ ที่คิดว่าจะช่วยให้ค่า inflammatory factors และ D-dimers ลดลง และมีระดับของเม็ดเลือดขาวชนิด T-cell และ B-cell สูงขึ้น และผู้ป่วยสามารถเข้าสู่ระยะฟื้นตัวได้ เมื่อผู้ป่วยได้รับเชื้ออาจไม่มีอาการ หรือมีอาการ และอาการแสดงดังกล่าวไว้ข้างต้น และผู้ป่วยอาจมีอาการมากน้อยแตกต่างกัน การแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามความรุนแรงของโรค แบ่งเป็น 4 กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการวิกฤตมักมีภาวะแทรกซ้อน ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยคือ adult respiratory distress syndrome (ARDS), acute kidney injury (AKI), shock, acute, Cardiac injury และ sepsis สำหรับภาวะแทรกซ้อนอื่นที่พบได้ คือ arrhythmia, heart failure, acute liver injury, respiratory failure, disseminated intravascular coagulation (DIC) และ rhabdomyolysis (Cao et al., 2020)

แบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามความรุนแรงของโรค

ระดับความรุนแรงของโรคไม่มีอาการ (asymptomatic) ไม่มีอาการตลอดช่วงเวลาที่มีการติดเชื้อ ตรวจพบสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัสระดับความรุนแรงของโรคอาการเล็กน้อย (mild) อาการเหมือนไข้หวัด เช่น ไข้ อ่อนเพลีย ปวดกล้ามเนื้อ ไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก จาม อาการระบบทางเดินอาหาร เช่น ปวดท้อง ถ่ายเหลว คลื่นไส้ อาเจียนระดับความรุนแรงของโรคอาการปานกลาง (moderate) อาการปอดอักเสบ (pneumonia) มีความผิดปกติของ CT Chest ยังไม่มีภาวะออกซิเจนต่ำ (hypoxemia) ระดับความรุนแรงของโรคอาการรุนแรง (severe) อาการปอดอักเสบร่วมกับภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ ($\text{SpO}_2 < 92\%$) ระดับความรุนแรงของโรคอาการวิกฤต (critical) มีอาการภาวะแทรกซ้อน เช่น acute respiratory distress syndrome (ARDS), shock, encephalopathy, myocardial injury, heart failure, coagulation dysfunction และ acute kidney injury (AKI) (Yuki et al., 2020)

2.1.3.5 ปัจจัยที่บ่งชี้ถึงความรุนแรงของโรค COVID-19

Huang et al. (2020) ศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยใน ICU และ นอก ICU พบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติคือ ปริมาณเม็ดเลือดขาว (White blood cell, WBC), neutrophil, prothrombin, D-dimer, alanine aminotransferase (ALT), total bilirubin, LDH และ procalcitonin ในผู้ป่วย ICU มีค่าสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนค่า lymphocyte และ albumin มีค่าต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าปริมาณ interleukin (IL-1B), IL1RA, IL7, IL8, IL10, basic fibroblast growth factor (FGF), granulocyte colony-stimulating factor (G-CSF), granulocyte-macrophage colony-stimulating factor (GM-CSF), interferon gamma (IFN γ), interferon gamma-induced protein 10 (IP10), monocyte chemoattractant protein-1 (MCP1), macrophage inflammatory protein 1 alpha (MIP1A), macrophage

inflammatory protein 1-beta, (MIP1B), platelet-derived growth factor (PDGF) tumor necrosis factor (TNF α) และ vascular endothelial growth factor (VEGF) มีค่าสูงมากกว่าคนปกติทั้งผู้ป่วยในและนอก ICU ส่วนค่า IL2, IL7, IL10, GCSF, IP10, MCP1, MIP1A และ TNF α ของผู้ป่วยใน ICU สูงกว่านอก ICU

Fu et al. (2020) ศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยใน ICU และ นอก ICU พบว่าผู้ป่วยใน ICU มีอายุมากกว่าและมีโรคประจำตัวมากกว่า สำหรับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ คือ WBC, neutrophil, D-dimer, creatinine kinase-MB, LDH, alanine aminotransferease (ALT), aspartate aminotransferase (AST), total bilirubin, BUN, creatinine, hypersensitive troponin I และ procalcitonin ของผู้ป่วยใน ICU มีค่าสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนค่า lymphocyte มีค่าต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Zhang et al. (2020) ศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยอาการรุนแรงและไม่รุนแรง พบว่าผู้ป่วยอายุมากเพศชาย และมีโรคประจำตัวมีอาการรุนแรงกว่า ส่วนผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ คือ WBC neutrophil, prothrombin time, D-dimer, hypersensitive troponin I, creatinine kinase, creatinine kinase-MB, LDH, ALT, AST, total bilirubin, BUN, creatinine และ procalcitonin ของผู้ป่วยอาการรุนแรง มีค่าสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ เมื่อเปรียบเทียบผู้ป่วยใน ICU พบว่า ผู้ที่เสียชีวิตมี APACHE II, SOFA และ procalcitonin ที่สูงกว่า

Chen et al. (2020) ศึกษาผู้ป่วย 1,859 ราย จาก 7 โรงพยาบาล ในเมืองอู่ฮั่น มีผู้เสียชีวิต 208 ราย เมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติ พบว่าปัจจัยที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยคือ 1. อายุมาก 2. สูบบุหรี่ 3. อุณหภูมิร่างกายขณะเข้าโรงพยาบาลสูง 4. ค่า neutrophil-to-lymphocyte ratio สูง 5. เกล็ดเลือดต่ำ 6. activated partial thromboplastin (aPTT) ต่อกว่าปกติ 7. D-dimer สูง และ 8. Log 9. serumcreatinine สูงขึ้น

Rod et al. (2020) ได้รวบรวมรายงานที่ศึกษาปัจจัยบ่งชี้ถึงความรุนแรงหรือการเสียชีวิตของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่ามี 17 การศึกษาซึ่งรายงานมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 60 ปัจจัย เมื่อนำมาวิเคราะห์ทางสถิติ พบว่า มี 7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์สูง คือ 1. สูงอายุ 2. D-dimer สูง 3. C-reactive protein สูง 4. sequential organ failure assessment (SOFA) score สูง 5. อุณหภูมิร่างกายขณะเข้าโรงพยาบาลสูง 6. albumin ต่ำ และ 7. มีประวัติเป็นโรคเบาหวาน นอกจากนั้นพบว่ามี 40 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ปานกลาง แต่บางปัจจัยมีหลายรายงานที่พบเหมือนกัน คือ ปริมาณเม็ดเลือดขาว procalcitonin LDH, cardiac troponins, prothrombin time, interleukin-6, serum ferritin ปริมาณนิวโทรฟิล (neutrophil count), creatinine kinase MB,

CuRB-65 score มีค่าสูงขึ้น ส่วน ปริมาณลิมโฟไซต์ (lymphocyte count) มีค่าลดลง และ อาการ หอบเหนื่อย

2.1.4 ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

WHO (2022) ได้มีการรายงานผู้ติดเชื้อไวรัสส่วนใหญ่จะมีอาการป่วยทางเดินหายใจเล็กน้อย ถึงปานกลางและหายเป็นปกติโดยไม่ต้องรับการรักษาเป็นพิเศษ อย่างไรก็ตาม บางรายจะป่วยหนัก และต้องได้รับการดูแลจากแพทย์ ได้แก่ ผู้สูงอายุและผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง หรือมะเร็ง มีแนวโน้มที่จะเจ็บป่วยรุนแรง ทุกคนสามารถป่วยด้วย โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และป่วยหนักหรือเสียชีวิตได้ทุกราย

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2564) จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) พบว่าผู้ที่เป็นโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคไตเรื้อรัง และอาการทางตับเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง หากติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และมีโอกาสสูงที่จะมีอาการรุนแรงและเสียชีวิตได้มากกว่าผู้ป่วยทั่วไป เมื่อเทียบกับผู้ป่วยทั่วไป ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เสียชีวิตส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 70 มีโรค ไม่ติดต่ออย่างน้อย 1 โรค และมีสัดส่วนคงที่ ในแต่ละระลอกของการระบาด สอดคล้องกับการศึกษา จากต่างประเทศที่พบว่าผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อนี้มีความเสี่ยง ต่อการเสียชีวิตจากโรคโควิด-19 สูงกว่าคน ทั่วไปมากถึง 2 - 5 เท่า

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2564) ได้นิยามผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หมายถึง ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยง มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรง ได้แก่ กลุ่ม 608 ได้แก่ 1) กลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป และ 2) ผู้ที่มีโรคประจำตัว 7 โรค ประกอบด้วย โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง โรคอ้วน โรคเบาหวาน และ หญิงตั้งครรภ์

จากการทบทวนวรรณกรรมผู้ป่วยกลุ่ม 608 คือกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังนี้

1. ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป

ผู้สูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงตามวัยในหลายระบบเสื่อมมากขึ้น (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2559) ทั้งที่สามารถมองเห็นได้ และไม่สามารถมองเห็นไปในทางที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางด้านร่างกาย เช่น ระบบหายใจมีการเปลี่ยนแปลงของผนังทรวงอกและถุงลมมีความยืดหยุ่นลดลงส่งผลให้การ แลกเปลี่ยนก๊าซลดลง นอกจากนี้ขนกวัด (Cilia) ภายในจมูกที่มีหน้าที่ในการดักจับเชื้อโรคหรือสิ่ง แปรกลปลอมมีจำนวนลดลง ส่งผลให้เชื้อโรคสามารถเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจได้ง่ายมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายทำหน้าที่ลดลง กลไกการป้องกันของร่างกายลดลงตาม วัย (Elopoulos, 2018) มีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงสถานะภาพทาง

สังคม ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตใจ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีปัญหาทางสุขภาพมีโรคประจำตัวเปราะบางง่าย (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2560) หากมีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการรุนแรงของโรคและเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ลักษณะไทยเจริญ, สุภาญดา หมื่นราษฎร์, สุรชาติ โกยกุลย์, และละมุน แสงสุวรรณ, 2565 ; กระทรวงสาธารณสุข, 2565) จากการศึกษาพบว่าความเจ็บป่วยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นตามอายุที่มากขึ้น และมีอัตราการเสียชีวิตสูง (WHO, 2020)

2. ผู้ที่มีโรคประจำตัว 7 โรค ประกอบด้วย

โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง: โรคระบบทางเดินหายใจซึ่งโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีผลกระทบโดยตรงต่อปอด ซึ่งในผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคปอดอยู่แล้วอาจทำให้โรคกำเริบหรือมีอาการของระบบทางเดินหายใจได้ง่ายกว่าผู้ป่วยทั่วไป (ประยุทธ อังกูไรวิชฌ์, 2565) องค์การอนามัยโลกได้จัดให้ผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจเรื้อรังทุกคนนั้นเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคโควิด-19 (WHO, 2020) เนื่องจากมีหลักฐานที่แสดงว่าไวรัสที่ก่อโรคในระบบทางเดินหายใจจำนวนมากจะทำให้โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรังของผู้ป่วยที่มีอยู่นั้นมีอาการรุนแรงเพิ่มขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยทุกคนจึงต้องระมัดระวังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นพิเศษ จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) บนงานวิจัย 59 ฉบับซึ่งส่วนใหญ่ เป็น retrospective cohort study พบว่า โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง นั้นเพิ่มความเสี่ยงที่เมื่อติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แล้วจะมีอาการรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 4.23 เท่า (OR 4.23, 95% CI; 3.65–4.90) และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเข้ารับ การรักษาในแผนกผู้ป่วยวิกฤติ 1.35 เท่า (OR 1.35, 95% CI; 1.02–1.78) และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 2.47 เท่า (OR 2.47, 95% CI; 2.18–2.79) เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Firoozeh et al., 2021) ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจึงควรถูก จัดเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคโควิด-19 เนื่องจากมีความเสี่ยงสูงมากที่จะมีอาการรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเสียชีวิตได้เมื่อติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

โรคหัวใจและหลอดเลือด: โรคหัวใจและหลอดเลือดโดยทั่วไปแล้วการทำงานของหัวใจและระบบไหลเวียนเลือดในผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีประสิทธิภาพต่ำกว่าคนทั่วไป อีกทั้งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและมีภูมิคุ้มกันต่ำ หากติดเชื้อ COVID-19 จะยิ่งทำให้โรครุนแรงขึ้น เสี่ยงเกิดเยื่อปอดอักเสบทั่วร่างกายจนทำให้การไหลเวียนเลือดบกพร่อง เซลล์และเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน หัวใจทำงานหนักขึ้น และเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย เช่น หัวใจล้มเหลว ลิ้นเลือดอุดตันเฉียบพลันในหลอดเลือดหัวใจ ปอดอักเสบรุนแรง และภาวะระบบการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน อีกทั้งยังทำให้ควบคุมโรคประจำตัวที่มีอยู่เดิมยากขึ้น เสี่ยงเกิดภาวะหัวใจและระบบไหลเวียนเลือดล้มเหลวได้เช่นเดียวกัน (ประยุทธ อังกูไรวิชฌ์, 2565) จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก ปี 2562 โรคหัวใจและหลอดเลือด (ประกอบด้วย Coronary heart disease, Cerebrovascular disease, Peripheral arterial

disease, Rheumatic heart disease, Congenital heart disease, Deep vein thrombosis and Pulmonary embolism) นั้นเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ซึ่งคร่าชีวิตประชากรโลกประมาณ 17.9 ล้านคนต่อปี และหนึ่งในสามของผู้ที่เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองนั้นเสียชีวิตตั้งแต่อายุยังไม่ถึง 70 ปี จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Systematic review and meta-analysis) เพื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของโรคความดันโลหิตสูงและการเจ็บป่วยรุนแรงจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผลจากการศึกษาเกือบทั้งหมดบ่งชี้ว่าโรคความดันโลหิตสูงนั้นสัมพันธ์กับการเกิดอาการรุนแรงจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งหมายถึงการเข้ารับการรักษาใน ICU การมีอาการทางคลินิกที่รุนแรง หรือการเสียชีวิต แต่ทั้งนี้ยังไม่มีการศึกษาที่ยืนยันว่าการเป็นโรคความดันโลหิตสูงนั้นจะเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้เพิ่มขึ้นหรือไม่เมื่อเทียบกับคนทั่วไป (Organization, 2021) โรคหัวใจและหลอดเลือดอื่นๆ ซึ่งรวมถึงหัวใจล้มเหลว หลอดเลือดหัวใจตีบหรือตัน และภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะนั้นเพิ่มความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้อย่างน้อยสองเท่า (Williamson et al., 2020) การศึกษาอื่นๆ และการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบก็ชี้ให้เห็นความเสี่ยงที่จะมีอาการรุนแรงจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บของหัวใจ ซึ่งเป็นอาการทั่วไปของผู้ที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงผู้ที่เคยมีประวัติเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อนด้วย (Toraih et al., 2020)

โรคไตเรื้อรัง: ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะส่งผลให้การทำหน้าที่ของไตลดลงและเสื่อมได้เร็วขึ้นผู้ป่วยมักจะมีอาการรุนแรงหรือเสียชีวิตได้หากมีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้ป่วยในกลุ่มนี้จะมีภูมิคุ้มกันต่ำกว่าคนทั่วไป จึงเสี่ยงติดเชื้อได้ง่ายและรุนแรงขึ้น (ประยูทธ อังกรไกรวิชญ์, 2565) และในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยที่ใช้ยากดภูมิคุ้มกันมักจะมีอาการรุนแรงหรือเสียชีวิตได้หากติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังพบร้อยละ 5 (กันติชา ธนทอง, ชีรนุช ยินดีสุข, ปาริฉัตร บรรเทือง, สุเพียร โภคทิพย์, และสุธัญทิพ จารุวัชรวิงศ์, 2565)

โรคหลอดเลือดสมอง: โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เกี่ยวกับการทำงานของหัวใจและระบบไหลเวียนเลือดในผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีประสิทธิภาพต่ำกว่าคนทั่วไป อีกทั้งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและมีภูมิคุ้มกันต่ำ หากติดเชื้อ COVID-19 จะยิ่งทำให้โรครุนแรงขึ้น เสี่ยงเกิดเยื่อหุ้มหลอดเลือดอักเสบทั่วร่างกายจนทำให้การไหลเวียนเลือดบกพร่อง เซลล์และเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน หัวใจทำงานหนักขึ้นและเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย เช่น หัวใจล้มเหลว ลิ้นเลือดอุดตันเฉียบพลันในหลอดเลือดหัวใจ ปอดอักเสบรุนแรงและภาวะระบบการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน อีกทั้งยังทำให้ควบคุมโรคประจำตัวที่มีอยู่เดิมยากขึ้น เสี่ยงเกิดภาวะหัวใจและระบบไหลเวียนเลือดล้มเหลวได้เช่นเดียวกัน (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

โรคอ้วน: การทบทวนการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างโรคอ้วน และภาวะเมตาบอลิกบกพร่อง ที่มีผลต่อการติดเชื้อ โควิด-19 พบว่าผู้ป่วยโรคอ้วนชนิดรุนแรงหรือมีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 30 – 40 ขึ้นไป การขยายตัวของปอดจะถูกจำกัด ซึ่งจะเพิ่มความเสี่ยงมากขึ้นเมื่อมีการติดเชื้อไวรัสที่ปอดหรือ อาจเกิดอาการหายใจลำบากเฉียบพลันได้ หากมีอาการแทรกซ้อนรุนแรงและต้องเข้ารับรักษาตัวในห้อง ICU อาจมีปัญหาในการใส่ท่อช่วยหายใจ ที่อาจจำกัดขนาดและน้ำหนักของผู้ป่วย (ประยุทธ์ อังกรไกรวิชญ์, 2565) และเมื่อพิจารณาจากผลการศึกษาในกลุ่มประชากรขนาดใหญ่จากงานวิจัยหลายฉบับ พบว่า โรคอ้วนนั้นเป็นปัจจัย เสี่ยงหลักที่สำคัญในการเพิ่มความเสี่ยงต่อการมีอาการรุนแรงและ เสียชีวิตเมื่อติดเชื้อโควิด-19 นอกจากนั้นยังพบว่า ในคนที่ยังไม่เป็นโรคเบาหวานหรือเป็น โรคเบาหวานแล้วนั้น การที่มีภาวะอ้วนลงพุง และระดับน้ำตาลในเลือดสูง ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ จะส่งผลให้เกิดอาการรุนแรงเมื่อติดเชื้อโควิด-19 อีกด้วย (Stefan, Birkenfeld, & Schulze, 2021) จากการทบทวนวรรณกรรม อย่างเป็นระบบ และการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Systematic review and meta-analysis) พบว่าผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีอาการ รุนแรงมีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) สูงกว่าผู้ป่วยโควิด 19 ที่มีอาการไม่รุนแรง 2.67 kg/m² (WMD = 2.67; 95% CI, 1.52-3.82) และผู้ป่วยโควิด-19 ที่มี โรคอ้วนนั้นมีการป่วยรุนแรงและผลลัพธ์ในการรักษาโรคโควิด-19 จะไม่ดีเป็น 2.31 เท่าของผู้ที่ไม่มี โรคอ้วน (OR = 2.31; 95% CI, 1.3-4.12) (Yang & Zhu, 2021)

โรคมะเร็ง: โรคมะเร็งนั้นเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสอง และคร่าชีวิตประชากรทั่วโลกไป เกือบ 10 ล้านคนในปี 2563 (WHO,2021) ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็ง เอ็ดส์ หรือแม้แต่คนที่สูบบุหรี่ เป็นประจำ จะมีความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกัน ร่างกายไม่สามารถต่อสู้กับเชื้อโรคได้ จึงทำให้เสี่ยง อาการรุนแรงและยังอาจติดเชื้อนานกว่าผู้ป่วยทั่วไป (ประยุทธ์ อังกรไกรวิชญ์,2565) จากการระบาดของ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นั้นส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคมะเร็ง จากการศึกษาข้อมูลทะเบียน มะเร็งขนาดใหญ่ในหลายประเทศ พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งเมื่อติดเชื้อโควิด-19 นั้นมีโอกาสเสียชีวิต มากกว่าผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั่วไปที่ไม่มีโรคมะเร็ง ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อโอกาสการ เสียชีวิตหลังจากติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นั้นประกอบไปด้วย อายุที่มากขึ้น เพศชายมีประวัติการ สูบบุหรี่ โรคร่วม (เบาหวาน, ไตเรื้อรัง, หอบหืด, ภูมิคุ้มกันบกพร่อง) (WHO,2021) ผู้ป่วยโรคมะเร็งจึง จัดเป็นกลุ่มเสี่ยงสำหรับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

โรคเบาหวาน: โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีความผิดปกติของระบบเมตาบอลิซึม ผู้ป่วย เบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลได้จะมีความเสี่ยงในการติดเชื้อง่ายกว่าคนปกติ เพราะเชื้อจะ เจริญเติบโตได้ดีเมื่อน้ำตาลในเลือดสูงและร่างกายมีภูมิคุ้มกันน้อยลง อีกทั้งผู้ป่วยเบาหวานยังมีระดับ เอนไซม์โปรตีน ACE2 receptors สูงขึ้น เมื่อรับเชื้อไวรัสเข้าไปแล้วจะทำให้ผนังหลอดเลือดบางลง เกิดภาวะปอดบวม มีน้ำคั่งในถุงลม เป็นเหตุให้การหายใจล้มเหลวได้ง่าย (ประยุทธ์ อังกรไกรวิชญ์,2565) ผู้ป่วยสูงอายุและผู้ป่วยที่มีโรคร่วมเช่น เบาหวาน โรคหัวใจ โรคหอบหืด มีโอกาสที่จะ

เกิดการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้รุนแรง ผู้เป็นเบาหวานที่มีการติดเชื้อ การคุมระดับน้ำตาลในเลือดจะผันผวนและควบคุมได้ยาก ส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้อธิบายได้จาก 2 เหตุผล เหตุผลแรกคือภูมิคุ้มกันต่ำลง ทำให้ติดเชื้อได้ง่ายขึ้น และอีกเหตุผลคือเชื้อมักเจริญเติบโตได้ดีในภาวะที่มีน้ำตาลในเลือดสูง (ณฐอร จาตุสว่างพร, 2566) โดยมีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นั้น เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยทั่วไปจะมีความเสี่ยงที่สูงขึ้นและได้เข้ารับการรักษาในห้องที่ดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤติ (ICU) (OR, 2.79; 95% Ci, 1.85; 4.22) และเสียชีวิต (OR, 3.21; 95% Ci, 1.85; 5.64) และยังพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ยังเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 เพิ่มขึ้นร้อยละ 14 (Roncon, Zuin, Rigatelli, & Zuliani, 2020 ; Faghir-Gangi , Moameri , Abdolmohamadi , & Nematollahi, 2020)

หญิงตั้งครรภ์: ซึ่งการศึกษารังนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุจึงไม่ได้ทำการศึกษาในกลุ่มของหญิงตั้งครรภ์ (สุติกรรม)

ดังนั้นในการศึกษารังนี้จึงสนใจทำการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คือ กลุ่ม “608” (ตามรหัสโรค ICD 10) ได้แก่ โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ประกอบด้วย โรคหอบหืด (J45) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (J44), โรคหัวใจและหลอดเลือด ประกอบด้วย โรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง (I25) โรคไขมันในเลือดสูง (E78), โรคไตเรื้อรัง (N18, N180, N188, N189, N19), โรคหลอดเลือดสมอง (I64), โรคอ้วน (E66), โรคมะเร็ง ประกอบด้วย มะเร็งตับ(C22) มะเร็งท่อน้ำดี (C24) มะเร็งปอด (C34) และ โรคเบาหวาน (E10-E149) เนื่องจากเมื่อมีการติดเชื้อแล้วมีโอกาสเสี่ยงที่จะเจ็บป่วยด้วยอาการของโรคที่รุนแรงและเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้มากกว่ากลุ่มผู้ติดเชื้อทั่วไป

กล่าวโดยสรุปโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โรคโควิด-19 เกิดจากเชื้อ Severe respiratory syndrome coronavirus 2 (SAR-CoV-2) เข้าสู่ร่างกายได้ทางการสัมผัสเชื้อจากละอองฝอย ไอ จาม โดยการสูดดมเข้าไปผ่านเข้าร่างกายทางระบบทางเดินหายใจ หรือเยื่อต่างๆ นอกจากนี้การสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ป่วย เช่น น้ำลาย น้ำมูก หรืออุจจาระ ซึ่งมีเชื้อปนเปื้อน เช่น การจับของใช้สาธารณะร่วมกัน แล้วมาสัมผัสเยื่อต่างๆ ในร่างกาย เช่น ขี้ตา สัมผัสปาก จมูก หรือหยิบของกินเข้าปากก็สามารถติดเชื้อโรคได้ โดยเชื้อ SAR-CoV-2 การจับกับ ACE2 receptor และการเข้าสู่เซลล์โฮสต์โดยโปรตีนโดยโปรตีนสไปค์ (Spilk) และสามารถเพิ่มจำนวนได้ภายในเซลล์สามารถพบได้ทั่วร่างกายเพียงแต่ปริมาณแตกต่างกันไปในแต่ละอวัยวะ มีระยะฟักตัวอยู่ที่ 2- 14 วัน ส่วนใหญ่ผู้ที่ได้รับเชื้อจะมีการใน 3-7 วัน ผู้ที่ติดเชื้อ COVID-19 ส่วนหนึ่งจะไม่แสดงอาการ (asymptomatic) ขณะที่ผู้ติดเชื้อที่แสดงอาการ จะมีความรุนแรงของโรคได้ตั้งแต่เบา (mild case) ไปจนถึงอาการหนัก (severe case) หรืออาการวิกฤติ (critical case) จนถึงขั้นเสียชีวิต โดยจะแสดงอาการทางระบบทางเดินหายใจ เชื้อไวรัสยังไปลายระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้เกิดปฏิกิริยาการอักเสบ (inflammatory response) และภาวะที่มีการแข็งตัวของเลือดง่ายกว่าปกติ (hypercoagulation)

ผู้ป่วยจะมีการเข้าระยะรุนแรงและวิกฤตได้ โดยผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยงที่จะเจ็บป่วยด้วยอาการของโรคที่รุนแรงและเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้มากกว่ากลุ่มผู้ติดเชื้อทั่วไปคือ กลุ่ม “608” ได้แก่ 1) กลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป และ 2) ผู้ที่มีโรคประจำตัว 7 โรค ประกอบด้วย โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง โรคอ้วน โรคเบาหวาน

2.2 ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Beliefs)

แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นแบบแผนหรือรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาสังคมเพื่อใช้อธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยครั้งแรกได้นำมาในการทำนายและอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค (preventive health behavior) ต่อมาภายหลังได้มีการดัดแปลงไปใช้ในการอธิบายพฤติกรรมการเจ็บป่วย (illness behavior) และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ (sick – role behavior) พัฒนาการของแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพเกิดขึ้นเมื่อนักวิชาการได้หันมาสนใจพฤติกรรมของมนุษย์กันมากขึ้น เนื่องจากมีความเชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์เป็นสิ่งที่สามารถศึกษาทำความเข้าใจ และทำการควบคุมได้โดยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ สำหรับพฤติกรรมสุขภาพได้รับความสนใจศึกษากันมากในตอนต้นของช่วงปีค.ศ 1950-1960 ซึ่งถือว่าเป็นช่วงเริ่มแรกของการพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เนื่องจากในระยะนั้นการจัดบริการด้านสาธารณสุขที่เน้นกิจกรรมด้านการป้องกันโรคมกกว่ากิจกรรมด้านการรักษาพยาบาล ไม่ได้รับความสนใจจากประชาชน คือ ประชาชนมีปัญหาไม่มารับบริการการป้องกันโรคกันน้อยลง (อาภาพร เภาวัฒนา, 2554)

2.2.1 ความหมายของความเชื่อด้านสุขภาพ

Rosenstock et al. (1966) ให้ความหมายว่า การรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้กับสิ่งที่ตนพอใจ และคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตน และจะหนีห่างออกจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา Kasl and Cobb (1966) ได้ประยุกต์เข้าไปในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพราะเชื่อว่ายังไม่ครอบคลุมเพียงพอต่อการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล จึงแบ่งพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกันของบุคคลไว้ 3 ลักษณะ ได้แก่

- 1) พฤติกรรมการป้องกันโรค (Health behavior) คือ การปฏิบัติกิจกรรมใดๆ ของบุคคลที่มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันโรค หรือค้นหาโรคในระยะแรกๆ ที่ไม่มีอาการ
- 2) พฤติกรรมความเจ็บป่วย (Illness behavior) คือ การปฏิบัติกิจกรรมใดๆ ของบุคคลปฏิบัติเมื่อรู้สึกไม่สบาย เพื่อประเมินประเมินความเจ็บป่วยของตนและรับการรักษาที่เหมาะสม

3) พฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick role behavior) คือ การปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลเมื่อเจ็บป่วยเกิดขึ้นแล้ว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้อาการดีขึ้น เช่น การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย และการให้ความร่วมมือปฏิบัติตามแผนการรักษา เป็นต้น

Rosenstock (1974) ให้ความหมายว่า การรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้กับสิ่งที่ตนพอใจ และคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตนเอง และจะหนีห่างออกจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา โดยบุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า

- 1) เชื่อว่าตนมีโอกาเสี่ยงต่อการเป็นโรค
- 2) เชื่อว่าอย่างน้อยที่สุดโรคนั้นจะต้องมีความรุนแรงกับชีวิตตนเองพอสมควร

3) การปฏิบัติดังกล่าวเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค จะก่อให้เกิดผลดีต่อเขาโดยการช่วยลดโอกาสเสี่ยง หรือช่วยลดความรุนแรงของโรคถ้าเกิดการเจ็บป่วยในโรคนั้นๆ และการปฏิบัติดังกล่าวไม่ควรจะมีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของเขา เช่น ความสะดวกสบายในการปฏิบัติ ความยากลำบาก ความอาย ความเจ็บป่วย ค่าใช้จ่าย และอุปสรรคต่างๆ เป็นต้น

Becker et al. (1977) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อใช้อธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วยในรูปของการรับรู้และความเชื่อ โดยเพิ่มองค์ประกอบ 2 องค์ประกอบ คือ ปัจจัยร่วม (Modifying factors) และปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action)

1. ปัจจัยร่วม (Modifying factors) เป็นปัจจัยพื้นฐานที่ส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติ และเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ด้านประชากร เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติ ด้านจิตสังคม เช่น บุคลิกภาพ สถานทางสังคม กลุ่มเพื่อน ด้านโครงสร้าง เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรค การสัมผัสโรค ฯลฯ

2. ปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) หมายถึง เหตุการณ์ บุคคล หรือ สิ่งที่มากระตุ้นให้บุคคลเกิดพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติซึ่งมี 2 ด้านได้แก่ ปัจจัยภายใน (Internal cues) เป็นสิ่งชักนำเกี่ยวกับสรีรวิทยา เช่น อาการ ของโรคหรือการเจ็บป่วย ปัจจัยภายนอก หรือสิ่งกระตุ้นภายนอก (External cues) เป็นเหตุการณ์หรือ ข้อมูล เช่น การณรงค์จากสื่อมวลชน คำแนะนำจากบุคคลอื่น การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ สุขภาพ การเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว คำเตือนด้านสุขภาพจากป้ายโฆษณา

Rosenstock, Strecher, & Becker (1988) ได้มีการเพิ่มองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ คือ ความสามารถแห่งตน (Self-efficacy) เพื่อใช้อธิบายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ที่ไม่เหมาะสม โดย Strecher (1986) ได้ยืนยันว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ กล่าวคือ กลุ่มเป้าหมายเชื่อว่าไม่ต้องเผชิญกับอุปสรรคและเกิดผลลัพธ์ที่ดีเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ให้ความหมายของความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Beliefs) ตามกรอบแนวคิดของ Rosenstock, Strecher, & Becker (1988) คือ การรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้กับสิ่งที่ตนพอใจ และคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตนเอง และจะหนีห่างออกจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา โดยบุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2.2.2 องค์ประกอบของความเชื่อด้านสุขภาพ

Rosenstock, Strecher, & Becker (1988) ได้ศึกษาและพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ โดยต้องประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ 7 ตัวแปร ได้แก่

1. การรับรู้ของบุคคล (Individual Perception)

1.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลในการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เชื่อว่าการที่บุคคลจะมีแรงจูงใจสู่การมีสุขภาพ ดีนั้นบุคคลต้องเชื่อว่าตนมีภาวะสุขภาพเป็นองค์ประกอบที่มีอำนาจในการกระตุ้นให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี หากบุคคลรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมักจะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมมากขึ้น

1.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) หมายถึง ความเชื่อ ความคิด การรับรู้อันตรายหรือความรุนแรงของโรคแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันตามพื้นฐานของการใช้ ชีวิต และเชื่อว่าการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรค บุคคลต้องประเมินความรุนแรงของโรคที่มี ต่อตนในด้าน การเจ็บป่วย พิการ เสียชีวิต ถ้าบุคคลรับรู้ความรุนแรงจะกระตุ้นให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรม การป้องกันโรค

2. กลุ่มปัจจัยร่วม (Modifying factor)

2.1 ปัจจัยร่วม (Modifying factor) เป็นปัจจัยพื้นฐานของบุคคล ที่ส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติและเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพโดยอ้อม ได้แก่ ด้านประชากร เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติ ด้านจิตสังคม เช่น บุคลิกภาพ สถานทางสังคม กลุ่มเพื่อน ด้านโครงสร้าง เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรค การสัมผัสโรค ฯลฯ

2.2 ปัจจัยกระตุ้น (Cues to action) เหตุการณ์ กิจกรรม แรงจูงใจหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดจุดพลิกผันที่จะเริ่มให้บุคคลเกิดความพร้อมและความร่วมมือในการมีพฤติกรรมป้องกันและรักษาโรค

เกิดขึ้น ซึ่งประกอบด้วย 2 ปัจจัย 1) ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติจากภายในบุคคล (Internal cues) เป็นสิ่งชักนำเกี่ยวกับสรีรวิทยา เช่น ความรู้สึกถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย หรือ อาการ ของโรคหรือการเจ็บป่วย

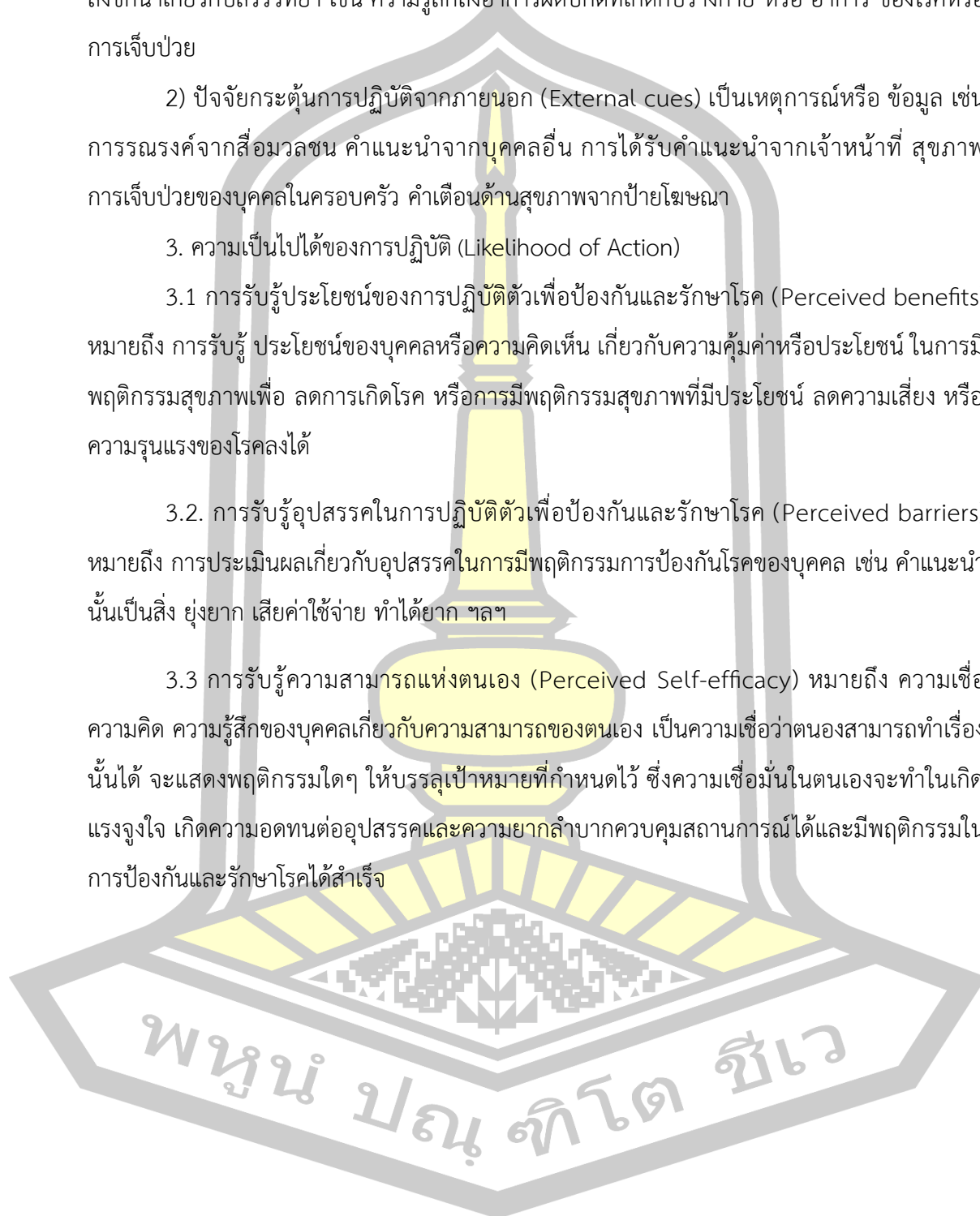
2) ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติจากภายนอก (External cues) เป็นเหตุการณ์หรือ ข้อมูล เช่น การรณรงค์จากสื่อมวลชน คำแนะนำจากบุคคลอื่น การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ สุขภาพ การเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว คำเตือนด้านสุขภาพจากป้ายโฆษณา

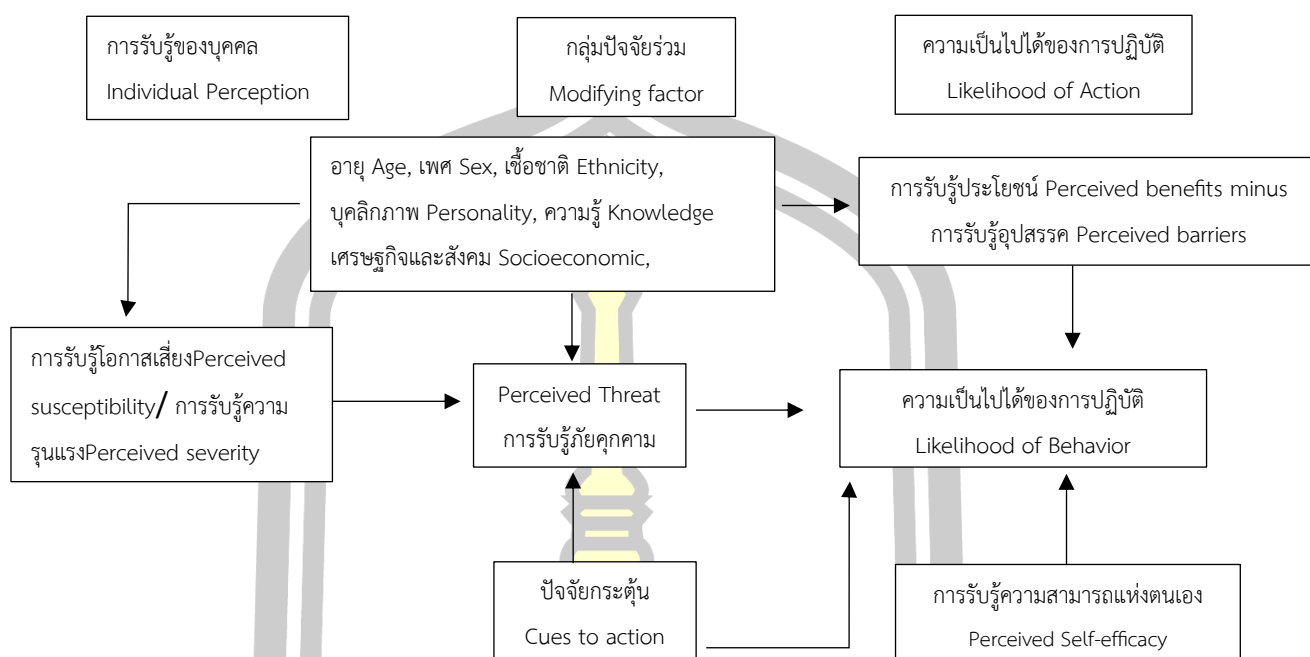
3. ความเป็นไปได้ของการปฏิบัติ (Likelihood of Action)

3.1 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและรักษาโรค (Perceived benefits) หมายถึง การรับรู้ ประโยชน์ของบุคคลหรือความคิดเห็น เกี่ยวกับความคุ้มค่าหรือประโยชน์ ในการมีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อ ลดการเกิดโรค หรือการมีพฤติกรรมสุขภาพที่มีประโยชน์ ลดความเสี่ยง หรือ ความรุนแรงของโรคลงได้

3.2. การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและรักษาโรค (Perceived barriers) หมายถึง การประเมินผลเกี่ยวกับอุปสรรคในการมีพฤติกรรมป้องกันโรคของบุคคล เช่น คำแนะนำนั้นเป็นสิ่งที่ ยุ่งยาก เสียค่าใช้จ่าย ทำได้ยาก ฯลฯ

3.3 การรับรู้ความสามารถแห่งตนเอง (Perceived Self-efficacy) หมายถึง ความเชื่อ ความคิด ความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง เป็นความเชื่อว่าตนเองสามารถทำเรื่องนั้นได้ จะแสดงพฤติกรรมใดๆ ให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งความเชื่อมั่นในตนเองจะทำให้เกิดแรงจูงใจ เกิดความอดทนต่ออุปสรรคและความยากลำบากควบคุมสถานการณ์ได้และมีพฤติกรรมในการป้องกันและรักษาโรคได้สำเร็จ





ภาพที่ 2 ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988)

2.2.3 เครื่องมือประเมินความเชื่อด้านสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบมีนักวิจัยได้พัฒนาแบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2.2.3.1 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคโควิด-19 สำหรับผู้สูงอายุ ของ ฉัตรวรรณ ศรีวิสัย (2564) ประกอบด้วยแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ 1) แบบวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด-19 จำนวน 6 ข้อ 2) แบบวัดความรุนแรงของโรคโควิด-19 จำนวน 4 ข้อ 3) แบบวัดการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคโควิด-19 จำนวน 8 ข้อ 4) แบบวัดการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคโควิด-19 จำนวน 9 ข้อ 5) แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคโควิด-19 จำนวน 7 ข้อ ซึ่งแบบวัดเป็นมาตราประเมินรวมมี 4 ระดับ จากเห็นด้วยอย่างยิ่ง/มั่นใจมากที่สุด, เห็นด้วย/มั่นใจมาก, ไม่เห็นด้วย/ไม่มั่นใจ, ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง/ไม่มั่นใจเลย เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าเป็นข้อความทางบวก ผู้ตอบจะได้คะแนน 4 ถึง 1 คะแนน จากการตอบ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง/มั่นใจมากที่สุด” ถึง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง/ไม่มั่นใจเลย” หากเป็นข้อความทางลบผู้ตอบจะได้คะแนนทิศทางตรงกันข้าม การแปลผล ค่าเฉลี่ย 3.26-4.00 เห็นด้วยอย่างยิ่ง/มั่นใจมากที่สุด หมายถึงมีความเชื่อด้านสุขภาพในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 2.51-3.25 เห็นด้วย/มั่นใจมาก หมายถึงมีความเชื่อด้านสุขภาพในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 1.76-2.50 ไม่เห็นด้วย/ไม่มั่นใจ หมายถึงมีความเชื่อด้านสุขภาพในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00-1.75 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง/ไม่มั่นใจเลย หมายถึงมีความเชื่อด้านสุขภาพในระดับน้อย การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือความตรงเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบ โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านผู้เชี่ยวชาญด้านแบบวัดและการประเมินการวิจัยอีก 2 ท่านผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ โดยคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 และความเที่ยง (reliability) นำแบบสอบถาม ที่ผ่านการตรวจความตรงตามเนื้อหาไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาระหว่าง .76 ถึง .94

2.2.3.2 แบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุในภาคตะวันออก ของ วิลาสินี หลัวน้อย (2566) ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 24 ข้อเป็นแบบคำถามประเมินค่าชนิด 4 ตัวเลือก แบ่งเป็นรายด้าน การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคจำนวน 5 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงจำนวน 6 ข้อ การรับรู้ประโยชน์การป้องกันโรคจำนวน 5 ข้อและการรับรู้อุปสรรคการป้องกันโรคจำนวน 5 ข้อการแปลผลการรับรู้เป็น 3 ระดับ ระดับต่ำ (0-5 คะแนน) ระดับปานกลาง (6-10 คะแนน) และระดับสูง (11-15 คะแนน) การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือความตรงเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน โดยเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรม 2 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์การสาธารณสุข 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 1 ท่าน ชัดดัชนีความสอดคล้อง (Indexes of item-objective congruence)-IOC ซึ่งค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาที่มีคุณภาพตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป และความเที่ยง (reliability) นำแบบสอบถาม ที่ผ่านการตรวจความตรงตามเนื้อหาไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ (Try out) ในผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้ มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์รายด้านเท่ากับ 0.862, 0.900, 0.728, 0.733, 0.794 และ 0.857 ตามลำดับ

ในการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากยังไม่พบเครื่องมือในการประเมินความเชื่อด้านสุขภาพที่เฉพาะกับกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีลักษณะจำเพาะเจาะจง ดังนั้นผู้วิจัยจึงจะสร้างแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้วิจัยจึงได้นำความรู้จากการทบทวนวรรณกรรมนำไปสร้าง พัฒนาแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างต่อไป

2.3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) คำนี้นักได้ยีน และใช้กันมากขึ้นทั้งในวงการสาธารณสุขและวงการการศึกษา และกระทรวงสาธารณสุขใช้แนวคิดเกี่ยวกับเรื่องการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เอกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) เป็นมาตรการและแนวทางในการพัฒนาศาสตร์การสร้างสุขภาพคนไทยเชิงรุก เพื่อก้าวเข้าสู่โมเดลประเทศไทย 4.0 ที่กำหนดวิสัยทัศน์ให้คนไทยมีสุขภาพดี สร้างความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืนให้ประเทศไทย และกำหนดเป้าประสงค์ให้ประชาชน ชุมชนท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สามารถช่วยเหลือ ดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชนด้านสุขภาพได้ (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

ในประเทศไทยปัจจุบันยังไม่มีมีการบัญญัติคำนี้ขึ้นอย่างเป็นทางการโดยมีการกำหนดคำเรียกไว้ อย่างหลากหลาย เช่น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส., 2541) ซึ่งแปลไว้จากนิยามขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1998) ใช้คำเรียกว่า “ความแตกฉานด้านสุขภาพ” สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส., 2550) ใช้คำเรียกว่า “การรู้เท่าทันด้านสุขภาพ” กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข (2553) ใช้คำเรียกว่า “ความฉลาดทางสุขภาพ” สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2553) ใช้คำเรียกว่า “ความฉลาดทางสุขภาพ” และคณะผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข (2560) ใช้คำเรียกว่า “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ”

2.3.1 ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

องค์การ อนามัยโลก (World Health Organization - WHO) (1998) ให้ความหมายว่าเป็นทักษะทาง ปัญญาและทักษะทางสังคมของบุคคล ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและสมรรถนะที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารและ บริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพตนเองให้คงดีอยู่เสมอ

Institute of Medicine Committee on Health (2004) ให้ความหมายว่า เป็นระดับความสามารถของแต่ละบุคคลในการเข้าถึง มีวิธีการและทำความเข้าใจในข้อมูลข่าวสารและบริการทางสุขภาพ พื้นฐานที่จำเป็นเพื่อการตัดสินใจทางสุขภาพที่เหมาะสม แต่นอกเหนือไปจากความสามารถของแต่ละบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพยังขึ้นอยู่กับทักษะ ความพึงพอใจ และความคาดหวังของข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพและ ผู้ให้บริการสุขภาพ เช่น แพทย์พยาบาล ผู้บริหาร ผู้ดูแลเยี่ยมบ้าน สื่อสารมวลชน และปัจจัยอื่น เป็นต้น

Kwan et al. (2006) ให้ความหมายว่า ระดับที่ ประชาชนสามารถเข้าใจ เข้าถึง ประเมิน และสื่อสารข้อมูลทางสุขภาพได้ตรงกับความต้องการในบริบทที่ แตกต่างกันด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริม และคงรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต

Kickbusch (2006) ได้ให้ความหมายว่า เป็นการกระทำที่เป็นพลวัตร และมีพลังใจตนเอง และเป็นทักษะชีวิตที่สำคัญในการเข้าสู่สังคมสมัยใหม่ได้ และเป็นทางเลือกใน ชีวิตประจำวันที่มี อิทธิพลต่อสุขภาพและความสุขใจ

Nutbeam (2008) ได้ให้ความหมายว่า เป็นทักษะทางปัญญา และทักษะทางสังคมกำหนด แรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพดี

Sabbahi et al. (2009) ได้ให้ความหมายว่า เป็นทักษะที่ครอบคลุมถึงความจำเป็นเพื่อการ ค้นหา เพื่อการประเมินและการบูรณาการข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพที่มีความหลากหลายของ บริบท และยังเป็นการต้องการในด้านการรู้คำศัพท์ทางสุขภาพและวัฒนธรรมของระบบสุขภาพนั้น

Edwards et al. (2012) ได้ให้ความหมายว่า เป็นการที่ได้รับการถ่ายทอด และผู้มีส่วนร่วม สร้างให้เกิดความสามารถเหล่านี้ ก็จะกลายเป็นผู้มีความรอบรู้ด้าน สุขภาพในการจัดการภาวะเงื่อนไข ทางสุขภาพของเขา ให้สามารถเข้าถึงและเกาะติดกับข้อมูลข่าวสารและ บริการ มีการปรึกษาหารือกับ ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและเจรจาต่อรองและเข้าถึงการรักษาได้อย่างเหมาะสม และมีการ เปลี่ยนแปลงในความสามารถเหล่านี้ระหว่างสมาชิกในกลุ่มสุขภาพ บางคนมีความรู้และทักษะในการ จัดการตนเองดี แต่บางคนมีการแสวงหาข้อมูลน้อย และมีการสื่อสารเพื่อปรึกษาหารือกันน้อย

Pelikan et al. (2019) ได้ให้ความหมายว่า เป็นการรู้หนังสือที่ เกี่ยวข้องกับความรู้ที่จำเป็น แรงจูงใจ และสมรรถนะในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมินและการประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสาร ทางสุขภาพ เพื่อการตัดสินใจในชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรคและการส่งเสริม สุขภาพ เพื่อการคงอยู่ในการดูแลสุขภาพตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดีตลอด

กองสุศึกษา (2554) ได้ให้ความหมายว่า เป็นความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ เพื่อ วิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ และจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะ เรื่อง สุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี

สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม (2559) ได้ให้ความหมาย ว่า เป็นกระบวนการทางปัญญา และทักษะทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจก บุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่เหมาะสมนำไปสู่สภาวะ

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย (2560) ได้ให้ความหมายว่า เป็นความรอบรู้ และความสามารถด้านสุขภาพของบุคคลในการที่จะกลั่นกรอง ประเมินและ ตัดสินใจ ที่จะ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรม เลือกใช้บริการและ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ได้อย่างเหมาะสม (ตามมติการประชุม ผู้บริหารระดับสูงของกระทรวง สาธารณสุขเมื่อ 8 ก.พ. 2560

ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ให้ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ตาม กรอบแนวคิดของ Nutbeam (2008) ได้ให้ความหมายว่า เป็นทักษะทางปัญญา และทักษะทางสังคม กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิด

สุขภาพดี การที่ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เหมาะสมและสามารถป้องกันตนเองจากการติดเชื้อได้นั้น ต้องเกิดจากความต้องการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นสำคัญมีการวางแผนเป้าหมายของการเรียนรู้ เพื่อให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2.3.2 องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ตามแนวคิดของ Nutbeam (2008) ประกอบด้วย 3 ระดับ ดังนี้

ระดับ 1 Basic/Functional Literacy หรือความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน ได้แก่ สมรรถนะ ในการอ่านและเขียน เพื่อให้สามารถเข้าใจถึงเนื้อหาสาระด้านสุขภาพ จัดเป็นทักษะพื้นฐาน ด้านการอ่านและ เขียนที่ จำเป็นสำหรับบริบทด้านสุขภาพ เช่น การอ่านใบยินยอม (Consent Form) ฉลากยา (Medical Label) การเขียนข้อมูลการดูแลสุขภาพ ความทำความเข้าใจ ต่อรูปแบบการให้ข้อมูลทั้งข้อความเขียนและวาจาจาก แพทย์ พยาบาล เภสัชกร รวมทั้งการปฏิบัติตามคำแนะนำเช่น การรับประทานยา กำหนดการนัดหมาย เป็นต้น

ระดับ2 Communicative/Interactive Literacy หรือความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ ร่วมกัน ได้แก่ สมรรถนะในการใช้ความรู้และการสื่อสาร เพื่อให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ เป็น การรู้เท่าทันทางปัญญา (Cognitive Literacy) และทักษะทางสังคม (Social Skill) ที่ทำให้สามารถมีส่วนร่วม ในการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น การรู้จักซักถามผู้รู้ การถ่ายทอดอารมณ์ ความรู้ที่ตนเองมีให้ผู้อื่นได้ เข้าใจ เพื่อนำมาสู่การเพิ่มพูนความสามารถทางสุขภาพมากขึ้น

ระดับ3 Critical Literacy หรือความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจรณญาณได้แก่ สมรรถนะในการ ประเมินข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพที่มีอยู่ เพื่อให้สามารถตัดสินใจและเลือกปฏิบัติในการสร้างเสริมและ รักษาสุขภาพของตนเองให้คงตัวอย่างต่อเนื่อง

คุณลักษณะพื้นฐานสำคัญที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อเพิ่มความรอบรู้ทางสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไปที่จะต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงของโลกสมัยใหม่ ให้พร้อมรับมือและสามารถปรับตัวเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม มีคุณลักษณะพื้นฐาน 6 ประการ ดังนี้

1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access skill) หมายถึง การใช้ความสามารถ ในการเลือกแหล่งข้อมูล รู้วิธีการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน และตรวจสอบข้อมูลจากหลาย แหล่ง จนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ

2) ความเข้าใจในข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ (Cognitive skill) หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติ

3) การจัดการตนเอง (Self-management skill) หมายถึง ความสามารถในการกำหนดเป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติตามแผนการปฏิบัติ พร้อมทั้งมีการทบทวนวิธีการปฏิบัติตามเป้าหมายเพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้ถูกต้อง

4) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) หมายถึง ความสามารถในการสื่อสารโดยการพูด อ่าน เขียน รวมทั้งมีการทบทวนวิธีการปฏิบัติตามเป้าหมายเพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้ถูกต้อง

5) การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy skill) หมายถึงความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สื่อนำเสนอ และสามารถเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเองและผู้อื่น รวมทั้งมีการประเมินข้อความสื่อเพื่อชี้แนวทางให้กับชุมชนและสังคม

6) ทักษะการตัดสินใจและการเลือก (Decision skill) หมายถึง ความสามารถในการกำหนดทางเลือกหรือปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงหรือเลือกวิธีการปฏิบัติ โดยการใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดี-ผลเสียเพื่อการปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงพร้อมแสดงทางเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ ให้นิยามของความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ทักษะทางปัญญา และทักษะทางสังคมกำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพดี เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยจำแนกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Functional Health Literacy) ระดับที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ขั้นปฏิสัมพันธ์(Interactive Health Literacy)ระดับที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical Health Literacy) และต้องมีคุณลักษณะพื้นฐาน 6 ประการ คือ

1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access skill) หมายถึง ความสามารถในการเลือก วิธีการค้นหาข้อมูล และการใช้อุปกรณ์ในการค้นหา สืบค้นแหล่งข้อมูลและบริการสุขภาพเรื่องการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2) ความเข้าใจในข้อมูล (Cognitive skill) หมายถึง ความสามารถในการตรวจสอบข้อมูลเพื่อยืนยันความเข้าใจของตนเอง สามารถอธิบาย วิเคราะห์ เปรียบเทียบเนื้อหาหรือแนวทางในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019ได้อย่างถูกต้องและมีเหตุผล

3) การจัดการตนเอง (Self-management skill) หมายถึง ความสามารถในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนปฏิบัติตน พร้อมทั้งมีการประเมินทบทวนและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019ได้อย่างถูกต้องและมีเหตุผล

4) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) หมายถึง ความสามารถในการสื่อสารด้วยการพูด อ่าน เขียน รวมทั้งการบอกเล่าเรื่องราวข้อมูลในการปฏิบัติตัว พร้อมทั้งซักถาม แลกเปลี่ยนเพื่อให้ได้ข้อมูลในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

5) การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy skill) หมายถึง ความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สื่อนำเสนอ และสามารถเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเองและผู้อื่น รวมทั้งมีการประเมินข้อความสื่อเพื่อชี้แนวทางให้กับชุมชนและสังคมในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

6) ทักษะการตัดสินใจและการเลือก (Decision skill) หมายถึง ความสามารถในการเปรียบเทียบผลดี-ผลเสียภายใต้ข้อมูลที่มีอยู่อย่างมีเหตุผลก่อนตัดสินใจเลือก หลีกเลี่ยง หรือปฏิเสธ ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2.3.3 เครื่องมือประเมินความรู้ด้านสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบมีนักวิจัยได้พัฒนาแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2.2.3.1 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2563) ซึ่งประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่

- 1.การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ
- 2.การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ จำนวน 4 ข้อ
- 3.การสื่อสาร ได้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ จำนวน 4 ข้อ
- 4.การตัดสินใจด้านสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ
- 5.การจัดการตนเอง การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง จำนวน 4 ข้อ
- 6.การเสนอทางเลือกให้ผู้อื่น การบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ

ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ ตั้งแต่น้อยที่สุดถึง มากที่สุดเป็นคะแนน 1-5ตามลำดับ ผลรวมของคะแนนรายด้าน 6 ด้าน ซึ่งคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 24-120 คะแนน การแปลผลเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่ดี พอใช้ ดี ดีมาก โดยคิดคะแนนจากผลรวมของคะแนนแบบสัมภาษณ์ทั้งฉบับ และคะแนนรายด้านจำนวน 6 ด้าน ด้านละ 4 ข้อ อยู่ระหว่าง 4-20 คะแนน จากนั้นแบ่งช่วงคะแนนเป็นอันตรภาคชั้นตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ดังนี้

ช่วงคะแนน < 12 คะแนน หรือ < 60% ของคะแนนเต็ม ระดับไม่ดี ช่วงคะแนน ≤ 12-13 คะแนน หรือ ≥ 60- < 70 ของคะแนนเต็ม ระดับพอใช้ ช่วงคะแนน ≤ 14-15 คะแนน หรือ ≥ 70 - < 80 % ของคะแนนเต็ม ระดับดี ช่วงคะแนน ≤ 16-20 คะแนน หรือ ≥ 80 % ของคะแนนเต็ม ระดับดีมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ ของกองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (2563) ดังกล่าวได้เป็นเครื่องมือมาตรฐานได้รับการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงตามเนื้อหาแล้ว จึงไม่ได้ทำการตรวจสอบคุณภาพความตรงตามเนื้อหาซ้ำ จึงได้ทำการ

หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสัมภาษณ์โดยทดลองใช้กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง

2.2.3.2 แบบสัมภาษณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ สำหรับประชาชนในกลุ่มวัยผู้สูงอายุ โดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มีคำถามทั้งหมด 55 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 9 ข้อ การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ จำนวน 9 ข้อ การโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยนความรู้ จำนวน 9 ข้อ การตัดสินใจด้านสุขภาพ จำนวน 9 ข้อ การเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพตนเอง จำนวน 10 ข้อ การบอกต่อในการป้องกัน ดูแลสุขภาพ จำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบ มาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ ตั้งแต่น้อยที่สุดถึง มากที่สุดเป็น คะแนน 1-5 ตามลำดับ มีการแปลผลเป็น 3 ระดับ ได้แก่ น้อย ปานกลาง มาก โดยคิดคะแนนจากผลรวมของคะแนนแบบสัมภาษณ์ทั้งฉบับ และผลรวม ของคะแนนรายด้าน 6 ด้าน ซึ่งคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 55-275 คะแนน และคะแนนรายด้านจำนวน 9 ข้อ อยู่ระหว่าง 9-45 คะแนน คะแนนรายด้านจำนวน 10 ข้อ อยู่ระหว่าง 10-50 คะแนน จากนั้นแบ่งช่วงคะแนนเป็น อันตรภาคชั้นตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้เครื่องมือดังกล่าว การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความตรงตามเนื้อหาแล้วจึงไม่ทำการทดสอบซ้ำ หาค่าความเชื่อมั่นของแบบ สัมภาษณ์โดยทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 ราย โดยใช้สูตรค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficientcy) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.81 (กรรณิกา อุ๋นอ้าย และคณะ, 2565)

2.2.3.3 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ พัฒนาโดย ประไพวรรณ ด่านประดิษฐ์ และกรรณิกา เจิมเทียนชัย (2565) มีคำถามทั้งหมดจำนวน 46 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่

1) ด้านการเข้าถึงข้อมูลการป้องกันโรคโควิด-19 ลักษณะคำถามเป็น rating scale 3 ระดับ คะแนน 3-1 คือ เข้าถึงได้ระดับดี =3 คะแนน ระดับปานกลาง =2 คะแนน ระดับน้อย=1 คะแนน ประเมินความสามารถการเข้าถึงข้อมูลการป้องกันโรคโควิด-19 ได้ในระดับใด ได้แก่ ความรู้โรคโควิด-19 วิธีใช้อุปกรณ์การป้องกัน บริการการคัดกรองโรคยารักษาโรควัคซีนฉีดป้องกันโรค และสถานที่กักกันแยกตัวผู้ติดเชื้อโควิด-19

2) ด้านความรู้และความเข้าใจแนวทางปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ลักษณะคำถามเป็น rating scale 3 ระดับ คะแนน 3-1 คือ มีความรู้และความเข้าใจแนวทางปฏิบัติการป้องกันโรคโควิดระดับดี (ถูกต้อง) =3คะแนน ระดับปานกลาง (ไม่แน่ใจ) =2 คะแนน ระดับน้อย (ไม่ถูกต้อง) =1

3) ด้านทักษะการจัดการตนเองก่อนการติดเชื้อโควิด-19 ลักษณะคำถามเป็น rating scale 3 ระดับคะแนน 3-1 คือ มีทักษะการจัดการตนเองก่อนการติดเชื้อโควิดระดับดี

(ปฏิบัติเป็นประจำ)=3 คะแนน ระดับปานกลาง (ปฏิบัติเป็นบางครั้ง) =2 คะแนน และระดับน้อย (ปฏิบัติน้อยมาก) =1 คะแนน

4) ด้านการตัดสินใจหลังติดเชื้อโควิด-19 และปัญหาที่พบ ประกอบด้วย ตอนที่ 1 การตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาหลังจากที่ติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำถามเป็น rating scale 3 ระดับคะแนน 3-1 คือ มีการตัดสินใจหลังติดเชื้อโควิด ระดับดี (เลือกปฏิบัติทันที) =3 คะแนน ระดับปานกลาง (ไตร่ตรองอยู่หลายวัน) =2 คะแนน ระดับน้อย (ไม่รับ/ไม่ต้องการ) =1 คะแนน และตอนที่ 2 ปัญหาที่พบจากการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาแต่ละชนิด หลังจากติดเชื้อ โควิด-19 จำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำถาม เป็น rating scale 3 ระดับ คะแนน 3-1 คือ มีปัญหาที่พบจากการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาแต่ละชนิดหลังจากติดเชื้อโควิดระดับดี (ไม่มีอุปสรรค) =3 คะแนน ระดับปานกลาง (มีอุปสรรคบ้าง) =2คะแนน ระดับน้อย (มีอุปสรรคมาก) =1 คะแนน

5) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ลักษณะคำถาม เป็น rating scale 3 ระดับ คะแนน 3-1 ได้แก่ มีการรู้เท่าทันสื่อระดับดี(ส่วนใหญ่เชื่อ) =3 คะแนน ระดับปานกลาง (เชื่อบางส่วน) =2 คะแนน ระดับน้อย (เชื่อน้อย) = 1 คะแนน

กำหนดการแปลความหมายของคะแนน ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 กำหนดการแปลความหมาย ของคะแนน ดังนี้คือ คะแนน 1-1.50 = น้อย คะแนน 1.51 -2.50 = ปานกลาง คะแนน 2.51-3.00 = มากการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ความตรง (Content validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นอาจารย์พยาบาลสาขาเวชปฏิบัติชุมชน การพยาบาลผู้ใหญ่ และการพยาบาลแม่และเด็ก จำนวน 3 คน เป็นผู้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เลือกใช้เฉพาะข้อที่ได้ค่าดัชนีความตรงของความสอดคล้อง กับเนื้อหา (IOC) มากกว่า และเท่ากับ 0.66 ความเที่ยง (reliability) นำแบบสอบถาม ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ไป try out กับประชาชนทั่วไปที่ติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 32 คน หาค่าความเที่ยงโดยใช้ สูตร Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความ = 0.92

ในการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากยังไม่พบเครื่องมือในการประเมินความรู้ด้านสุขภาพที่เฉพาะกับกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีลักษณะจำเพาะเจาะจง ดังนั้นผู้วิจัยจึงจะสร้างแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้วิจัยจึงได้นำความรู้จากการทบทวนวรรณกรรมนำไปสร้าง พัฒนาแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างต่อไป

2.4 พฤติกรรมป้องกันโรค (Preventive health behavior)

2.4.1 นิยามความหมายพฤติกรรมป้องกันโรค

Kasl, & Cobb (1966) กล่าวว่า พฤติกรรมการป้องกันโรค หมายถึงการกระทำใดๆ ก็ตามของบุคคลที่ปฏิบัติ ในระยะที่ยังไม่มีอาการของโรค ด้วยความเชื่อที่จะทำให้เกิดมีสุขภาพดี พฤติกรรมที่ควรปฏิบัติ ในการป้องกันโรค แบ่งเป็น 5 ด้านดังนี้

1. การดูแลเกี่ยวกับโภชนาการ โภชนาการมีความสำคัญต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของร่างกาย ควรให้การดูแลเกี่ยวกับโภชนาการ ให้ได้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ ในปริมาณเพียงพอกับ ความต้องการของร่างกาย เพื่อป้องกันภาวะทุพโภชนาการเป็นวิธีการที่ช่วยลดการติดเชื้อโรคติดเชื้อเฉียบพลันทางระบบหายใจ

2. การดูแลสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน การดูแลสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน ให้สะอาดถูกสุขลักษณะ มีการระบายอากาศ และแสงสว่างภายในบ้าน เป็นการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ ทั้งโดยตรง และโดยอ้อม การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน การทำความสะอาดพื้น ผนังห้อง อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ โต๊ะเก้าอี้ ของใช้ส่วนตัว จะช่วยในการป้องกัน และลดการแพร่กระจายโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจได้

3. การรักษาความอบอุ่นร่างกาย การเปลี่ยนแปลงอากาศที่รวดเร็ว หรืออากาศที่หนาวเย็น หากร่างกายปรับตัวไม่ทัน จะทำให้มีโอกาสป่วยได้ การดูแลให้ความอบอุ่นร่างกาย จึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยให้สวมใส่เสื้อผ้าที่เหมาะสม ตามฤดูกาล หลีกเลี่ยงการโดน หรือสัมผัสอากาศที่หนาวเย็น หลีกเลี่ยงการดื่มน้ำ หรืออาบน้ำเย็น หลีกเลี่ยงการตากฝน หรือสัมผัสกับอากาศที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เช่น จากร้อนเป็นเย็น เย็นเป็นร้อน

4. การดูแล ออกกำลังกาย และพักผ่อน การดูแลให้ออกกำลังกาย หรือการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างสม่ำเสมอ ช่วยให้ร่างกายแข็งแรง และเกิดภูมิคุ้มกันโรค

5. การหลีกเลี่ยงการติดเชื้อโรค โดยการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่จะทำให้เกิดโรคได้แก่ การสัมผัสกับเชื้อโรค การสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วย และการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรค เป็นต้น

Steele and Broom (1972) ให้ความหมาย พฤติกรรมการป้องกันโรค หมายถึง การกระทำใดๆ ของบุคคลที่กระทำเป็นปกติและสม่ำเสมอที่เกี่ยวข้องกับการมีสุขภาพดี

Rosenstock (1974) ได้ให้ความหมายว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคหมายถึง การกระทำกิจกรรมใด ๆ ของบุคคล ภายใต้ความเชื่อว่าจะทำให้เกิดสุขภาพดีโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันโรค หรือตรวจพบโรคในระยะที่ไม่มีอาการ

Bloom (1975) ได้ให้ความหมายว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคหมายถึงการปฏิบัติหรือการกระทำของแต่ละบุคคลที่จะส่งผลต่อสุขภาพตนเอง เป็นผลมาจากการเรียนรู้เป็นสำคัญ โดยการแสดงออกในลักษณะของการกระทำหรือไม่กระทำในสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ

Harris and Guten (1979) ให้ความหมายของ พฤติกรรมการป้องกันโรค หมายถึง การกระทำใดๆ ของบุคคลที่กระทำเป็นปกติสม่ำเสมอที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ให้มีสุขภาพดีซึ่งเป็นการกระทำที่มีความสำคัญในการป้องกันโรค ดังนั้น พฤติกรรมการป้องกันโรคจึงเป็นพฤติกรรมของการดูแลตนเองในสภาวะปกติเป็นการดูแลตนเองเพื่อให้สุขภาพอนามัยของตนเองและสมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงเสมอ

Rosenstock, Strecher, & Becker (1988) คือ การรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้กับสิ่งที่ตนพอใจ และคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตนเอง และจะหนีห่างออกจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา โดยบุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค

Duangchan (2007) ให้ความหมายของ พฤติกรรมการป้องกันโรค หมายถึง เป็นพฤติกรรมอนามัยอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการประพฤติหรือปฏิบัติของบุคคลที่จะช่วยส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ซึ่งเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวันตลอดเวลา 24 ชั่วโมง

ธนิดา มีต้องปัน (2540) ให้ความหมายของ พฤติกรรมการป้องกันโรค หมายถึงการกระทำของ บุคคลที่มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกัน โรค หรือวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มแรกที่ยังไม่ปรากฏอาการ ซึ่ง พฤติกรรมการป้องกันโรคจะครอบคลุมการกระทำ ดังต่อไปนี้

การกระทำเพื่อเพิ่มศักยภาพทางด้านสุขภาพ เป็นการปฏิบัติที่มุ่งเน้นการ ส่งเสริมสุขภาพให้สมบูรณ์แข็งแรง รวมทั้งการมีภูมิคุ้มกันต่อโรคหรือภัยคุกคามต่างๆ เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์การพักผ่อนที่เพียงพอ การออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอ การไปรับวัคซีนป้องกันโรคตามระยะเวลาที่เหมาะสม หรือเมื่อมีการระบาดของโรค เป็นต้น

การกระทำเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง เป็นการปฏิบัติเพื่อกำจัดหรือหลีกเลี่ยงที่จะ เป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาสุขภาพ เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน โรงเรียน โรงงานหรือในชุมชน ให้ อยู่ในสภาพที่สะอาดถูกสุขลักษณะ ปราศจากสารพิษหรือมลภาวะ การจัดสิ่งแวดล้อมให้มีความ ปลอดภัยเพื่อลดอุบัติเหตุต่างๆ การงดสูบบุหรี่การงดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์การลดน้ำหนัก และการควบคุมการรับประทาน อาหารที่มีไขมันสูง เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคเส้นเลือดไปเลี้ยงหัวใจอุดตัน หรือโรคความดัน

โลหิตสูง การคาดเข็มขัดนิรภัยในขณะขับรถ หรือการสวมหมวกนิรภัยเมื่อขับขีรถจักรยานยนต์เพื่อลดความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นขณะประสบอุบัติเหตุได้ เป็นต้น

การกระทำเพื่อป้องกันกระบวนการพัฒนาการเกิดโรค เป็นการปฏิบัติเพื่อค้นหาสาเหตุ หรือค้นหาแนวโน้มของปัญหาสุขภาพของบุคคล โดยมุ่งเน้นที่การค้นหาตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม เพื่อที่จะทำการปรับปรุงแก้ไขก่อนที่สาเหตุหรือความผิดปกติต่างๆ จะพัฒนาต่อไปจนเกิดป่วยเป็นโรค การกระทำดังกล่าวได้แก่ การเอ็กซเรย์ปอดเพื่อตรวจหาวัณโรค การตรวจหาเซลล์มะเร็งเต้านม การไปพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพในช่องปากเป็นประจำหรือการไปตรวจร่างกายประจำปีกับแพทย์ เป็นต้น

จริยาวัตร คมพยัคฆ์, และวนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย (2553) กล่าวว่า พฤติกรรมการป้องกันโรค หมายถึง การกระทำ หรือการแสดงออกของบุคคล เพื่อเป็นการป้องกันการเจ็บป่วย หรือวินิจฉัยโรค ในระยะเริ่มแรกที่ยังไม่ปรากฏอาการ ซึ่งพฤติกรรมป้องกันโรคจะครอบคลุมการกระทำเพื่อเพิ่มศักยภาพทางด้านสุขภาพเป็นการปฏิบัติที่มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ ให้สมบูรณ์แข็งแรงรวมทั้งการมีภูมิคุ้มกันโรค หรือภัยคุกคามต่างๆ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงเป็นการปฏิบัติ เพื่อกำจัดลดหรือหลีกเลี่ยงจากปัจจัยเสี่ยง ที่จะเกิดปัญหาสุขภาพ เพื่อป้องกันกระบวนการพัฒนาการเกิดโรค

ประกาย จิโรจน์กุล (2556) กล่าวว่า พฤติกรรมการป้องกันโรค หมายถึง การปฏิบัติของบุคคล ที่มุ่งไปที่การลดปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยคุกคาม ที่ทำให้เกิดโรค หรือการเจ็บป่วย

กองสุขศึกษา (2562) ได้ให้ความหมายว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคหมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติและการปฏิบัติทางสุขภาพ

ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมการป้องกันโรคตามคำจำกัดความตามพฤติกรรมการป้องกันโรคของ Rosenstock, Strecher, & Becker (1988) ซึ่งได้ให้ความหมายว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคหมายถึง การกระทำกิจกรรมใด ๆ ของบุคคล ภายใต้ความเชื่อว่าจะทำให้เกิดสุขภาพดีโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันโรค หรือตรวจพบโรคในระยะเวลาที่ไม่มีอาการโดยบุคคลจะงดเว้นการกระทำที่ก่อให้เกิดผลต่อสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อและการปฏิบัติทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องและสัมพันธ์กัน

2.4.2 พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus prevention behavior)

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2563) ให้ความหมายว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus prevention behavior) หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติในการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วย 1) การลด

สัมผัส คือ มีการล้างมือด้วยสบู่และน้ำสะอาด หรือใช้แอลกอฮอล์ เจลล้างมือ ก่อนกินอาหาร และหลังจับสิ่งของสาธารณะ เช่น ราวบันได ที่จับประตู ปุ่มกดลิฟท์ เป็นต้น และใส่หน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้านหรือที่มีบุคคลอื่นร่วมด้วย 2) การเลี่ยงจุดเสี่ยง คือ มีการหลีกเลี่ยงการเข้าไปในพื้นที่ที่มีคนหนาแน่น แออัด หรือพื้นที่ปิด และหลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสใบหน้า ตา ปาก จมูก โดยไม่จำเป็น 3) การดูแลสุขภาพตนเองและสังคม คือ มีการดูแลตัวเองด้วยการออกกำลังกาย สม่่าเสมอ พักผ่อนอย่างเพียงพอ การเลือกทานอาหารที่ร้อนหรือปรุงสุกใหม่ และการรักษาระยะห่าง ทางสังคม (Social Distancing)

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข (2564) ให้ความหมายว่าพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ กลุ่มเปราะบางในช่วงที่มีการ Lockdown จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หมายถึง การดูแลปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุถือเป็นกลุ่มเปราะบางเป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรค เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มัโรคประจำตัว มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคร้าย และอาจ มีอาการรุนแรงมากกว่ากลุ่มวัยอื่น ผู้สูงอายุบางรายต้องรับประทานยาเป็นประจำหรือต้องพบแพทย์อย่างต่อเนื่อง การ Lockdown พื้นที่หรือการปิดเมืองจึงส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งร่างกาย และจิตใจ ดังนั้น การให้คำแนะนำในการ ดูแลปฏิบัติตัวแก่ผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแลจึงมีความสำคัญ ประกอบด้วย

สำหรับผู้สูงอายุ

1. สวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย หลีกเลี่ยงออกจากบ้านในช่วงที่มีการระบาดของโรคหรือบริเวณ ที่มีคนหนาแน่น สวมใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า ใช้เวลาน้อยที่สุด รักษา ระยะห่างจากบุคคลอื่น 1 - 2 เมตรหรือ 6 ฟุต (Social Distancing) หลีกเลี่ยงการสวมกอด การอุ้ม หรือพูดคุยในระยะใกล้ชิดกับบุคคลอื่น และเปลี่ยนมาใช้ เทคโนโลยีในการติดต่อกับผู้อื่น เช่น คุยโทรศัพท์ เป็นต้น
2. ล้างมืออย่างถูกวิธีด้วยน้ำและสบู่ หรือเจลแอลกอฮอล์ทุกครั้งก่อนรับประทานอาหาร และหลังเข้าส้วม รวมทั้งหลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสใบหน้า ตา ปาก จมูก
3. ดูแลสุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอ เลือกทานอาหารที่ร้อนหรือปรุงสุกใหม่ ๆ หากทานอาหารร่วมกันให้ ใช้ช้อนกลางส่วนตัว ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และพักผ่อนให้เพียงพอ
4. ปิดปากปิดจมูกเวลาไอจาม หากมี อาการไอ จาม ให้ไอ จาม ใส่กระดาษทิชชูแล้วทิ้งทิชชูลงใน ถังพลาสติก ปิดปากถุงให้สนิทก่อนทิ้ง หรือใช้แขนเสื้อปิดปากจมูกเมื่อไอหรือจาม และ

ทำความสะอาดมือด้วยสบู่และน้ำ หรือเจลแอลกอฮอล์ทันที หรือให้สวมหน้ากาก โดยปิดถึงคาง หลีกเลี่ยง/ไม่อยู่ใกล้ชิดผู้ที่มีอาการหวัด มีไข้ ไอ จาม มีน้ำมูก

5. ผ่อนคลายความเครียด ระวังเรื่องการรับข้อมูลจากสื่ออาจทำให้เกิดความเครียด โดยพยายาม หลีกเลี่ยงข่าวเท็จ ข่าวปลอม หรือ ข่าวที่ทำให้ตื่นเครียด ดูแลส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยตนเอง เช่น การออกกำลังกาย ที่เหมาะสมกับสุขภาพ (เช่น รำมวยจีน โยคะ) ฟังเพลง ร้องเพลงหรือ เล่นดนตรี ปลูกต้นไม้ ทำสวน จัดห้องตกแต่งบ้าน เล่นกับสัตว์เลี้ยง สวดมนต์ นั่งสมาธิ การฝึกหายใจ คลายเครียด เป็นต้น

6. หากมีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง หรือโรคปอด อุดกั้นเรื้อรัง โรคมะเร็ง ผู้สูงอายุที่มีภูมิคุ้มกันโรคต่ำ เป็นต้น ควรจัดเตรียม ยาสำรองสำหรับรักษาโรคประจำตัวของ ผู้สูงอายุไว้ภายใต้ดุลยพินิจของแพทย์ หากจำเป็นให้ญาติไปพบแพทย์แทน หรือปรึกษาผ่านระบบออนไลน์

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2564) ให้ความหมายว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Coronavirus prevention behavior) หมายถึง การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ด้วยหลัก D-M-H-T-A ดังนี้

D : Distancing คือ การเว้นระยะห่างระหว่างบุคคล หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับผู้อื่น

M : Mask wearing คือ การสวมหน้ากากผ้า หรือหน้ากากอนามัยตลอดเวลา

H : Hand washing คือ การล้างมือบ่อยๆ จัดให้มีจุดบริการเจลล้างมืออย่างทั่วถึงเพียงพอ

T : Temperature คือ การตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายก่อนเข้าใช้บริการ เพื่อคัดกรองผู้ให้บริการที่อาจไม่สบาย

T : Testing ตรวจหาเชื้อโควิด-19

A : Application ติดตั้งและใช้แอปพลิเคชัน “ไทยชนะ” และ “หมอชนะ” ก่อนเข้า-ออกสถานที่ทุกครั้ง

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2564) ให้ความหมายว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus prevention behavior) สำหรับประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง หมายถึง การปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หรือโควิด 19 ประกอบด้วย

(1) สำหรับประชาชนทั่วไป

1. ออกจากบ้านเมื่อจำเป็นเท่านั้น หากออกนอกบ้านให้เว้นระยะห่างจากคนอื่นอย่างน้อย 1-2 เมตร หลีกเลี่ยงการเข้าไปในพื้นที่ที่มีคนหนาแน่น แออัด หรือพื้นที่ปิด

2. สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าตลอดเวลา เมื่ออยู่นอกบ้าน
3. ใช้กระดาษชำระเมื่อจำเป็นเท่านั้น และหลีกเลี่ยงชั่วโมงเร่งด่วน หากต้องซ้อนมอเตอร์ไซด์ ควรนั่งหันข้าง
4. ล้างมือบ่อยๆ ด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ทุกครั้ง ก่อนรับประทานอาหาร หลังใช้ส้วม หรือหลังจากไอ จาม หรือหลังสัมผัสจุดเสี่ยงที่มีผู้ใช้งานร่วมกันในที่สาธารณะ เช่น กลอนหรือลูกบิด ประตู ราวจับหรือราวบันได เป็นต้น
5. หลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสใบหน้า ตา ปาก จมูก โดยไม่จำเป็น
6. ผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 70 ปี ผู้มีโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคปอด และเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ให้เลี่ยงการออกนอกบ้าน เว้นแต่จำเป็น ให้ออกนอกบ้านน้อยที่สุด ในระยะเวลาสั้นที่สุด
7. แยกของใช้ส่วนตัว ไม่ควรใช้ของร่วมกับผู้อื่น
8. เลือกทานอาหารที่ร้อนหรือปรุงสุกใหม่ๆ ควรทานอาหารแยกสำรับ หรือหากทานอาหารร่วมกันให้ใช้ช้อนกลางส่วนตัว ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และพักผ่อนให้เพียงพอ
9. หากเดินทางกลับจากประเทศหรือพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด 19 ควรกักตัวเองที่บ้าน 14 วัน และปฏิบัติตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุข
10. หมั่นสังเกตอาการตนเอง หากมีอาการไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส ให้ไปรับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านทันที

(2) สำหรับกลุ่มเสี่ยง

1. สำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่อยู่ร่วมกับผู้สูงอายุ

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ที่มีการแพร่ระบาดเป็นวงกว้าง ผู้สูงอายุถือเป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่มีอาการรุนแรงมากกว่ากลุ่มวัยอื่น การอยู่รวมกันเป็นครอบครัวที่มีสมาชิกในบ้านมีประวัติเดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง อาจทำให้ผู้สูงอายุติดเชื้อได้ ดังนั้นผู้สูงอายุและบุคคลในครอบครัว ควรมีการปฏิบัติตน เพื่อการป้องกันการรับสัมผัสและแพร่กระจายเชื้อโรค ดังนี้

(2.1) สำหรับผู้สูงอายุ ล้างมือบ่อยๆ ด้วยน้ำและสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ 70 % ทุกครั้งก่อนรับประทานอาหาร หลังเข้าส้วม หรือเมื่อสัมผัสสิ่งของร่วมกับผู้อื่น หลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสใบหน้า ตา ปาก จมูก เลือกทานอาหารที่ร้อนหรือปรุงสุกใหม่ๆ ควรทานอาหารแยกสำรับ หรือหากทานอาหารร่วมกันให้ใช้ช้อนกลางส่วนตัว ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และพักผ่อนให้เพียงพอหากไอ จาม ใช้

ผ้าเช็ดหน้าหรือกระดาษทิชชูปิดปากหรือใช้ข้อศอกปิดปากจมูก และทำความสะอาดมือด้วยสบู่และน้ำหรือเจลแอลกอฮอล์ทันที หรือให้สวมหน้ากาก หลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดผู้ที่มีอาการหวัด มีไข้ ไอ จาม มีน้ำมูก งดออกจากบ้านหรือเข้าไปในบริเวณที่มีคนแออัด หากจำเป็นให้ใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า ใช้เวลาน้อยที่สุด รักษาระยะห่างจากบุคคลอื่น 1 - 2 เมตร หลีกเลี่ยงการสวมกอด หรือพูดคุยในระยะใกล้ชิดกับบุคคลอื่น และเปลี่ยนมาใช้ในการสื่อสารทางโทรศัพท์ หรือ Social media เป็นต้น

หากมีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง หรือโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคมะเร็ง ควรจัดเตรียมยาสำรองสำหรับรักษาโรคประจำตัวของ ผู้สูงอายุ ไว้ ภายใต้ดุลยพินิจของแพทย์หากถึงกำหนดตรวจตามนัด ให้ติดต่อขอคำแนะนำจากแพทย์ และให้ญาติไปรับยาแทน

ดูแลสภาพจิตใจของตนเอง ไม่ให้เครียดเกินไป หาวิธีผ่อนคลายความเครียด เช่น การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสุขภาพ (เช่น รำมวยจีน โยคะ) ฟังเพลง ร้องเพลง หรือเล่นดนตรี ปลุกต้นไม้ ทำสวน จัดห้อง ตกแต่งบ้าน เล่นกับสัตว์เลี้ยง สวดมนต์ นั่งสมาธิ การฝึกหายใจคลายเครียด ทำบุญ ตักบาตร เป็นต้น

(2) สำหรับผู้ที่อยู่ร่วมกับผู้สูงอายุหมั่นสังเกตตนเอง ว่ามีอาการไข้ หรืออาการทางเดินหายใจหรือไม่ หากพบว่ามีอาการดังกล่าวควรงดการใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ หลีกเลี่ยงการคลุกคลีกับผู้สูงอายุโดยไม่จำเป็น หาวิธีการสร้างความสัมพันธ์อันดี โดยรักษาระยะห่างกับผู้สูงอายุ ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ ต้องสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา และล้างมือทุกครั้งก่อนให้การดูแล

(3) สำหรับผู้ที่มีโรคประจำตัว เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง โรคระบบทางเดินหายใจ

ผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง และโรคระบบทางเดินหายใจ หากมีการติดเชื้อโควิด 19 จะมีความเสี่ยงต่อการป่วยรุนแรงมากกว่าคนทั่วไป เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อหรือป่วยรุนแรง จึงมีคำแนะนำดังนี้

สำหรับผู้ป่วย ให้อยู่ในที่พักอาศัย เว้นการคลุกคลีใกล้ชิดกับบุคคลที่ไม่ใช่ผู้ดูแล รักษา ระยะห่างระหว่างบุคคล 1 - 2 เมตรหากต้องออกนอกที่พักอาศัย ไปในพื้นที่ที่มีคนแออัด หรือโดยสารรถสาธารณะ ให้สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าตลอดเวลาที่ใช้ของหรือเครื่องใช้ส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น มีหมายเลขโทรศัพท์ติดต่อของสถานพยาบาลที่รักษาประจำ เพื่อปรึกษาปัญหาสุขภาพ ติดต่อสถานพยาบาลที่รักษาประจำก่อนกำหนดนัด เพื่อรับทราบข้อปฏิบัติ เช่น ให้ญาติหรือผู้อื่นไปรับยา

แทน ให้ไปรับยาใกล้บ้าน หรือให้ย้ายไปตรวจที่สถานพยาบาลอื่น รับประทานยาสม่ำเสมอ และหมั่นตรวจสุขภาพตนเอง เช่น วัดความดันโลหิต หรือวัดระดับน้ำตาลในเลือดเองที่บ้านหากมีอาการป่วยฉุกเฉิน ให้โทรเรียก 1669

สำหรับญาติผู้ใกล้ชิด และผู้ดูแล สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาที่ให้การดูแล ล้างมือก่อนและหลังการให้การดูแลหากมีอาการผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ เช่น มีน้ำมูก ไอ เจ็บคอ หรือรู้สึกมีไข้ ต้องงด การให้การดูแล หรืออยู่ใกล้ชิด ควรอธิบายผู้อื่นทำหน้าที่แทนทำความสะอาดเครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ต้องใช้ประจำร่วมกันในบ้าน เช่น เครื่องวัดความดันโลหิตด้วยแอลกอฮอล์

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข, สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิตกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, สมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย และสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (2564) ให้ความหมายว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus prevention behavior) สำหรับผู้สูงอายุในช่วงที่มีการระบาดของเชื้อโควิด-19 หมายถึง การปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หรือโควิด 19 ประกอบด้วย

ผู้ที่เสี่ยงติดเชื้อ เช่น มีประวัติสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันว่าติดเชื้อโควิด-19 หรือผู้เดินทางกลับ จากกรุงเทพฯและปริมณฑล หรือแหล่งที่มีการติดเชื้อในชุมชนในวงกว้าง ทุกคนต้องแยกตัวออกจากผู้อื่น และไม่เข้าไปใกล้ชิดหรือสัมผัสผู้สูงอายุ และ เด็ก อย่างเด็ดขาด (เนื่องจากเด็กร่างกายไม่แข็งแรงเท่าผู้ใหญ่ เด็กมักจะไปใกล้ชิดกับผู้สูงอายุและเด็กอาจไม่เข้าใจวิธีและขาดความระมัดระวังในการป้องกัน) โดยให้ สังเกตอาการอย่างน้อย 14 วัน ห้ามไม่ให้ผู้ที่มิใช่ตัวร้อนหรือมีอาการผิดปกติทางระบบทางเดินหายใจอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก หายใจเร็ว หายใจเหนื่อย หายใจลำบากเข้าเยี่ยมผู้สูงอายุโดยเด็ดขาด งด/ลดการมาเยี่ยมจากคนนอกบ้านให้น้อยที่สุด โดยแนะนำให้ใช้การเยี่ยมทางโทรศัพท์ หรือ สื่อสังคม ออนไลน์ต่างๆแทน ในขณะที่เข้าเยี่ยมผู้สูงอายุ ใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าทุกครั้ง ลดการเข้าใกล้หรือสัมผัสกับผู้สูงอายุ ลงเหลือเท่าที่จำเป็น โดยรักษาระยะห่างอย่างน้อย 2 เมตร ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุและ ตัวผู้สูงอายุ ควรจัดให้มีผู้ดูแลหลักคนเดียว โดยเลือกคนที่สามารถอยู่บ้านได้มากและจำเป็นต้องออกไปนอกบ้านน้อยที่สุดแต่สามารถสลับสับเปลี่ยนผู้ดูแลหลักได้แต่ไม่ควรเปลี่ยนบ่อย และต้องแน่ใจว่าผู้จะมาเป็นผู้ดูแลหลัก คนใหม่ต้องไม่ใช่ผู้ที่เสี่ยงติดเชื้อมาก่อนที่ได้กล่าวมาแล้ว

หากผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลต้องออกนอกบ้าน ควรเลือกเวลาออกจากบ้านที่ไม่เจอกับความไม่แออัด หลีกเลี้ยง การใช้ขนส่งสาธารณะและการไปในที่แออัด ต้องรีบทำธุระให้เสร็จโดยเร็ว ให้สวมหน้ากากอนามัยหรือ หน้ากากผ้า ทุกครั้งพกแอลกอฮอล์เจลไปด้วยโดยทำความสะอาดมือทุกครั้งหลังจับสิ่งของ และก่อนเข้า บ้าน

ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลเมื่อกลับถึงบ้านควรอาบน้ำสระผมทำความสะอาดร่างกายและของใช้ที่ติดตัวกลับมา จากนอกบ้าน เปลี่ยนเสื้อผ้าใหม่ทันที ก่อนไปสัมผัสใกล้ชิดกับผู้สูงอายุคนอื่นๆ สังเกตอาการผู้สูงอายุติดเชื้อ กรณีที่ผู้สูงอายุมีการติดเชื้อเกิดขึ้น อาการอาจไม่ชัดเจนและไม่ตรงไปตรงมา เช่นอาจไม่มีไข้ หรืออาจ มีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร หรือรับอาหารทางสายยางไม่ได้ ซึมสับสนเฉียบพลัน ความสามารถในการ ช่วยเหลือตัวเองลดลงอย่างรวดเร็ว ควรรีบปรึกษาแพทย์ เพราะมีความเสี่ยงสูงที่อาการจะรุนแรงมากกว่า ในวัยอื่นๆ

การดูแลผู้สูงอายุไม่ให้เกิดการถดถอยของร่างกาย สมอง และ เกิดความเครียดระหว่างที่ผู้สูงอายุ ต้องเก็บตัวอยู่กับบ้าน โดยยึดหลัก 5อ. ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ เอนกายพักผ่อน ออกห่างสังคมนอกบ้าน ดังนี้

อาหาร รับประทานอาหารที่สะอาดถูกสุขลักษณะปรุงสุกใหม่ๆไม่รับประทานอาหารที่หวานหรือเค็มเกินไป เน้นอาหารที่มีโปรตีนสูงเสริมภูมิคุ้มกัน และควรให้รับประทานอาหารที่หลากหลายครบ 5 หมู่ เพื่อให้ได้รับ สารอาหารที่ครบถ้วนตามความต้องการของร่างกายและสมอง ผู้สูงอายุมักมีปัญหาสุขภาพในช่องปากซึ่งส่งผลต่อการรับประทานอาหาร เพื่อลดความเสี่ยงที่ต้องออกมาพบทันตแพทย์ในช่วงวิกฤตนี้ ขอแนะนำผู้สูงอายุให้รักษาสุขภาพช่องปากโดยใช้สูตร 2 - 2 - 2 ดังนี้ แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง, แปรงฟันนานอย่างน้อย 2 นาที และไม่รับประทานอาหารหลังการแปรงฟัน 2 ชั่วโมง หากมีฟันปลอมให้ถอดฟันปลอมออกล้างหลังรับประทานอาหาร และก่อนเข้านอนเพื่อไม่ให้เป็น แหล่งสะสมเชื้อโรค หลีกเลี้ยงอาหารแข็งหรือเหนียว

ออกกำลังกาย ชวนผู้สูงอายุออกกำลังกายด้วยท่าง่ายๆเช่น การเดิน หรือแกว่งแขน ออกกำลังกายในบ้านอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน วันละ 30 - 60 นาที หรือเท่าที่ทำได้ตามสภาพของผู้สูงอายุ

อารมณ์ หยุดรับข่าวสารที่มากเกินไป โดยจำกัดการติดตามข้อมูลประมาณวันละ 2 ครั้ง ในตอนเช้าและตอนเย็นหรือตอนกลางคืน เพื่อป้องกันภาวะวิตกกังวลจากการรับข่าวสารมากเกินไปไม่ควรกังวลหรือตระหนกกับข่าวร้ายให้มาก ผู้สูงอายุคือผู้ที่ผ่านความยากลำบากและโรคระบาดร้ายแรงต่างๆมาแล้ว ท่านจะเป็นผู้ให้หลักคิดแก่ลูกหลานได้ปรึกษาผู้รู้ใจหรือไว้ใจได้ เช่น

ครอบครัว ลูกหลานญาติ เพื่อน ๆ เพื่อระบายความไม่สบายใจ ความกังวลและความกลัวเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น การทำกิจกรรมที่ผู้สูงอายุชื่นชอบ มีความถนัด มีความภูมิใจ เช่น ทำอาหาร เล่นดนตรี วาดรูป อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ ปลูกต้นไม้ ทำสวน ฯลฯ หัวใจสำคัญที่สุด คือ ต้องรู้ก่อนว่าผู้สูงอายุในบ้านของเราชอบอะไรแล้วหากิจกรรมที่สอดคล้องกับที่เขาชื่นชอบสร้างความสุขให้ตนเองและสมาชิกในครอบครัวทำสิ่งที่เพลิดเพลินและมีความสุข พูดคุยเรื่องที่ทำให้มีความสุข สนุกสนาน ดูรูปภาพที่เป็นความสุขของครอบครัวหากยังไม่ได้ผล ใช้เทคนิคจัดการความเครียด เช่น การฝึกหายใจ คลายเครียด การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การนวดคลายเครียดด้วยตนเอง หลีกเลี่ยงการดื่มสุรา ยาเสพติด โทษปรึกษาสายด่วนกรมสุขภาพจิต โทร. 1323 ถ้าพบว่ามีความผิดปกติด้านอารมณ์ หงุดหงิด ฉุนเฉียว โกรธง่าย สมาธิไม่ดี มีความคิดในแง่ลบ หมกมุ่นแต่เรื่องการระบาด และกลัวว่าตนเองจะติดเชื้อ นอน ไม่หลับ ต้องพึ่งเหล้า บุหรี่ ยาและยาเสพติดมากขึ้น

เอนกายพักผ่อน ผู้สูงอายุต้องพักผ่อนให้เพียงพอ การนอนสำคัญมาก ควรให้นอนประมาณไม่เกิน 3 ทุ่ม เพื่อให้พักผ่อนได้เต็มที่ยาวนาน นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ 7 - 9 ชั่วโมง/วัน ออกห่างสังคมนอกบ้าน ระหว่างมีการระบาดทั้งผู้สูงอายุ และ ผู้ดูแลควรเก็บตัวอยู่แต่ในบ้านให้มากที่สุดแต่ญาติหรือผู้ดูแลที่ ยังต้องออกไปนอกบ้านด้วยเหตุผลความจำเป็นต่างๆ ไม่ควรเข้าไปคลุกคลีกับผู้สูงอายุ รักษาระยะห่างอย่าง น้อย 2 เมตร และควรใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าทุกครั้ง ที่เข้าไปพูดคุยกับผู้สูงอายุ

นักสิทธิ์ ศักดาพัฒน์ (2564) ให้ความหมายว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus prevention behavior) หมายถึง การกระทำที่แสดงออกในลักษณะของการดูแลตนเอง และเป็นผู้รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค รู้จักการป้องกันตนเอง จากการระบาดระมัดระวังตนเองและสังคมรอบข้างอย่างเหมาะสม สวมใส่หน้ากากอนามัย ใช้เจลแอลกอฮอล์ ล้างมืออย่างถูกวิธี รักษาความสะอาดและปฏิบัติตนในการรักษาสุขภาพอนามัยที่ดีอย่างเคร่งครัด ขณะอยู่ที่พื้นที่ ส่วนบุคคล หรือ พื้นที่สาธารณะ หลีกเลี่ยงการเดินทางไปในพื้นที่แออัดของผู้คน มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 เป็นอย่างดี

กระทรวงสาธารณสุข (2565) ให้ความหมายว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus prevention behavior) สำหรับประชาชนเพื่อการป้องกันโควิด 19 เมื่อเข้าสู่ระยะหลังการระบาดใหญ่ (Post-pandemic) หมายถึง การปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หรือโควิด 19 หลังจากการกระทรวงสาธารณสุขผ่อนคลายมาตรการต่าง ๆ ปรับแผนการดำเนินงานเข้าสู่ระยะหลังการระบาดครั้งใหญ่ (Post pandemic) เพื่อให้ประชาชนสามารถกลับมาใช้ชีวิตอย่างปกติได้เกิดความปลอดภัยในการดำเนินชีวิต ซึ่งประกอบด้วย

(1) สำหรับประชาชนทั่วไปที่ฉีดวัคซีนเข็มหลักและเข็มกระตุ้นครบตามกำหนด

1.1 สร้างสุขอนามัยที่ดีให้กับตัวเอง โดยเฉพาะการหมั่นล้างมือด้วยน้ำและสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ มีข้อบกพร่องน้ำส่วนตัวสำหรับรับประทานอาหารในที่ทำงานหรือโรงเรียน เป็นต้น

1.2 สามารถเดินทางได้ตามปกติและเว้นระยะห่างตามความเหมาะสมเมื่อเข้าไปในสถานที่เสี่ยง แออัด หรือ ปิดทึบ

1.3 สามารถดำเนินกิจกรรมรวมกลุ่มกันได้ตามปกติโดยทำการประเมินความเสี่ยงของตนเองก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และคอยสังเกตอาการป่วยหลังเข้าร่วมกิจกรรมเป็นเวลา 5-7 วัน

1.4 ติดตามคำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อเข้ารับการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้น

(2) สำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยง 608 หรือประชาชนที่ฉีดวัคซีนไม่ครบตามกำหนด

2.1 สร้างสุขอนามัยที่ดีให้กับตัวเอง ได้แก่ หมั่นล้างมือด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ พกข้อบ่มส่วนตัวเมื่อต้องรับประทานอาหารในที่ทำงานหรือโรงเรียน เป็นต้น

2.2 สามารถเดินทางได้ตามปกติ เว้นระยะห่างตามความเหมาะสมและสวมหน้ากากอนามัยเมื่อจำเป็นต้องโดยสารสาธารณะหรือเข้าไปในสถานที่เสี่ยง แออัด ปิดทึบ

2.3 สามารถดำเนินกิจกรรมรวมกลุ่มกันได้ตามปกติ ควรสวมหน้ากากอนามัยเมื่อเข้าร่วมกิจกรรมและคอยสังเกตอาการป่วยหลังเข้าร่วมกิจกรรมเป็นเวลา 5-7 วัน

2.4 เข้ารับการฉีดวัคซีนเข็มหลักและเข็มกระตุ้นตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด กรณีเกิดการเจ็บป่วยหรือสงสัยว่าเป็นโควิด 19 ควรปฏิบัติดังนี้

1) หากมีอาการสงสัยหรือมีอาการระบบทางเดินหายใจ เช่น มีไข้ ไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ มีเสมหะ ปวดศีรษะอ่อนเพลีย ให้ตรวจหาเชื้อด้วย ATK ทันที

2) หากผลการตรวจเป็นบวก ให้สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา จัดทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัวและผู้อื่น แยกของใช้ส่วนตัว หากจำเป็นต้องออกจากที่พักขอให้เข้มงวดมาตรการเว้นระยะห่าง ล้างมือ และสวม หน้ากากอนามัยตลอดเวลา

3) กรณีที่มีอาการหรือมีอาการเพียงเล็กน้อย เช่น มีไข้ ไอ มีเสมหะ โดยที่อาการไม่รุนแรง แต่ไม่สามารถตรวจ ATK ให้หลีกเลี่ยงการอยู่ในที่สาธารณะ รวมถึงการเดินทางหรือใช้บริการสาธารณะ หากจำเป็นไม่สามารถหลีกเลี่ยงกิจกรรมดังกล่าว จะต้องสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา

4) กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง เช่น มีไข้สูง หอบเหนื่อย หายใจลำบาก ให้รีบไปพบแพทย์เพื่อเข้ารับการรักษาทันที

5) จัดหรือหลีกเลี่ยงการเข้าใกล้ชิดกลุ่มเสี่ยง 608 หากไม่สามารถหลีกเลี่ยง จะต้องสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา

กรณีเกิดการระบาดของโควิด 19 ในพื้นที่

หากมีการระบาดของโควิด 19 โดยพบผู้ติดเชื้อเป็นกลุ่มก้อน หรือมีอาการป่วยรุนแรง/เสียชีวิตผิดปกติ ประชาชนควรปฏิบัติตน ดังนี้

- 1) กลุ่มผู้ติดเชื้อ ให้ปฏิบัติตามข้อแนะนำเมื่อมีอาการสงสัยโควิด 19
- 2) กลุ่มผู้สัมผัส ให้เฝ้าระวังอาการตนเองอย่างน้อย 5 วัน หากพบอาการสงสัยให้ตรวจหาเชื้อด้วย ATK ทันที
- 3) ประชาชนทั่วไปที่อยู่ในบริเวณที่มีการระบาดของเชื้อ แนะนำให้ป้องกันตนเองโดยการปฏิบัติตาม Universal prevention ได้แก่ ออกจากบ้านเมื่อจำเป็น เว้นระยะห่าง 1-2 เมตร สวมหน้ากากอนามัยล้างมือบ่อยๆ อย่าใช้มือสัมผัสหน้ากากรวมทั้งใบหน้า ตา จมูก ปาก หากเป็นกลุ่มเสี่ยง 608 หรือฉีดวัคซีนไม่ครบ ให้หลีกเลี่ยงการเข้าไปในสถานที่แออัด สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาเมื่อจำเป็นต้องออกจากบ้าน และเข้ารับการฉีดวัคซีนให้ครบตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
- 4) สำหรับสถานประกอบการที่มีการพบผู้ติดเชื้อหรือมีการระบาดเป็นวงกว้าง อาจพิจารณาใช้มาตรการ Work from Home ด้วยความสมัครใจ หรือดำเนินการตามมาตรการ COVID-Free Setting

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2566) ให้ความหมายว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus prevention behavior) หมายถึง การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ด้วยหลัก D-M-H-T ดังนี้

- D : Distancing คือ การเว้นระยะห่าง 1-2 เมตร เลี่ยงการอยู่ในที่แออัด
- M : Mask wearing คือ การสวมหน้ากากอนามัยเมื่อเข้าไปอยู่ในที่เสี่ยง
- H : Hand washing คือ การล้างมือบ่อยๆ ด้วยน้ำหรือเจลแอลกอฮอล์
- T : Testing ตรวจ ATK เมื่อมีอาการโรคทางเดินหายใจ

ในการศึกษาครั้งนี้ ให้นิยามของพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วย

- 1) การลดสัมผัส หมายถึง มีการล้างมือด้วยสบู่และน้ำสะอาด หรือใช้แอลกอฮอล์ เจลล้างมือ ก่อนกินอาหาร และหลังจับสิ่งของสาธารณะ เช่น ราวบันได ที่จับประตู ปุ่มกดลิฟท์ เป็นต้น และใส่หน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้านหรือที่มีบุคคลอื่นร่วมด้วย

2) การเลี่ยงจุดเสี่ยง หมายถึง มีการหลีกเลี่ยงการเข้าไปในพื้นที่ที่มีคนหนาแน่น แออัด หรือพื้นที่ปิด และหลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสใบหน้า ตา ปาก จมูก โดยไม่จำเป็น

3) การดูแลสุขภาพตนเองและสังคม หมายถึง มีการดูแลตัวเองด้วยการออกกำลังกายสม่ำเสมอ พักผ่อนอย่างเพียงพอ การเลือกทานอาหารที่ร้อนหรือปรุงสุกใหม่ พกข้อสัมผัสส่วนตัวเมื่อต้องรับประทานอาหารในที่ทำงานหรือโรงพยาบาล เป็นต้น เว้นระยะห่างตามความเหมาะสม (Social Distancing) การรับประทานยาและการดูแลสุขภาพเพื่อควบคุมอาการของโรคตามแผนการรักษา การสังเกตอาการผิดปกติ หากมีอาการผิดปกติทางระบบทางเดินหายใจ ให้รีบตรวจ ATK การดูแลสุขภาพจิตใจไม่ให้เครียด

2.4.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวัดพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีนักวิจัยได้พัฒนาแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไว้ดังนี้

2.4.2.1 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พัฒนาโดย พัดชา หิรัญวัฒนกุล และสมเสาวนุช จมูศรี (2565) จำนวน 20 ข้อ โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ความตรง ตามเนื้อหา (Content Validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ ได้ค่า IOC > 0.5 ทุกข้อคำถาม และ ผ่านการตรวจหาความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา โดยด้านพฤติกรรมป้องกันการตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีค่าเท่ากับ 0.72

2.4.2.2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรปฏิบัติตนในการ ป้องกันโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ของ ธาณี กล่อมใจ และคณะ (2563) ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ ลักษณะคำตอบ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 อันดับ ตั้งแต่ ไม่ปฏิบัติถึงปฏิบัติทุกครั้ง เป็นคะแนน 1-3 ตามลำดับ มีการแปลผลเป็น 3 ระดับ ได้แก่ น้อย ปานกลาง มาก โดยคิดคะแนนจากผลรวมของคะแนนแบบสัมภาษณ์ ทั้งฉบับ ซึ่งคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 24-72 คะแนน จากนั้นแบ่งช่วงคะแนนเป็นอันตรภาคชั้นตามเกณฑ์ที่ โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพ ด้านความตรงตามเนื้อหาแล้ว จึงไม่ทำการทดสอบซ้ำ หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์โดยทดลองใช้กับ ผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 ราย หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ โดยใช้สูตร ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.98

2.4.2.3 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พัฒนาโดย ณัฐกร นิลเนตร และคณะ (2565) จำนวน 15 ข้อ มีคำตอบให้เลือกแบบมาตราวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ (5, 4, 3, 2, 1) วัดเป็นช่วงสเกล (Interval scale) มีเกณฑ์การให้คะแนนของ

Likert โดยจัดกลุ่มคะแนนรวมระดับเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ระดับต่ำ (คะแนน < 45 คะแนน) ระดับปานกลาง (คะแนน 45 -59) และระดับสูง (คะแนน > 60) โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน มีค่า IOC เท่ากับ 0.84 คะแนน และตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ (Try out) ในกลุ่มตัวอย่างคือ ประชากรวัยแรงงานในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของพฤติกรรมการณ์การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ 0.84

2.4.2.4 แบบสอบถามพฤติกรรมการณ์การป้องกันโรคโควิด-19 พัฒนาโดยประไพวรรณ ด่านประดิษฐ์ และกรรณิกา เจริญชัย (2565) มีคำถาม 11 ข้อ ลักษณะคำถาม เป็น rating scale 3 ระดับ คะแนน 3-1 ได้แก่ มีพฤติกรรมการณ์การป้องกันโรคโควิดระดับดี (ปฏิบัติเป็นประจำ) =3 คะแนน ระดับปานกลาง (ปฏิบัติเป็นบางครั้ง) =2 คะแนน ระดับน้อย(ปฏิบัติน้อยมาก) =1 คะแนน กำหนดการแปลความหมายของคะแนน ดังนี้คือ คะแนน 1-1.50 = น้อย คะแนน 1.51 -2.50 = ปานกลาง คะแนน 2.51-3.00 = มาก ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือความตรง (Content validity) เท่ากับ 0.66 ความเที่ยง (reliability) = 0.90

2.4.2.5 แบบสอบถามพฤติกรรมการณ์การป้องกันโรคโควิด 19 ในยุคชีวิตวิถีใหม่ พัฒนาโดยเบญจมาพร อาตัมเจริญ และวาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล (2565) สร้างตามข้อกำหนดการปฏิบัติตน ด้วยหลักการ 3 ล ของกระทรวงสาธารณสุข (2563) มีจำนวน 19 ข้อ ได้แก่ 1) ลดสัมผัส จำนวน 7 ข้อ 2) เลี่ยง จุดเสี่ยง จำนวน 6 ข้อ และ 3) ดูแลสุขภาพตนเองและ สังคม จำนวน 5 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง น้อยมาก/ไม่ได้ปฏิบัติ ให้คะแนน 5-1 ตามลำดับ แปลผลจากคะแนน เฉลี่ยเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด 4.50-5.00 คะแนน มาก 3.50-4.49 คะแนน ปานกลาง 2.50-3.49 คะแนน น้อย 1.50-2.49 คะแนน และน้อยที่สุด 1.00-1.49 คะแนน คุณภาพของเครื่องมือวิจัย ตรวจสอบความตรง เชิงเนื้อหาโดยอาจารย์พยาบาล 3 ท่าน หาค่า IOC ของ แบบสอบถามได้ระหว่าง 0.78-0.89 ตามลำดับ ตรวจสอบความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.88

2.4.2.6 แบบสอบถามพฤติกรรมการณ์การป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสุขภาพประจำหมู่บ้านพัฒนาโดย ดาวรุ่ง เยาวกุล และคณะ (2565) ซึ่งมีลักษณะข้อคำถามที่ใช้วัดพฤติกรรมการณ์การป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. ตามหลัก 3 ล. “ลด เลี่ยง ดูแล” ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ ซึ่งมีลักษณะข้อคำถามที่ใช้วัดพฤติกรรมการณ์การป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การถามจะถามความถี่ในการปฏิบัติเป็นวันใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ทุกครั้ง (6-7 วัน/สัปดาห์) บ่อยครั้ง (4-5 วัน/สัปดาห์) บางครั้ง (3วัน/สัปดาห์) น้อยครั้ง(1-2 วัน/สัปดาห์) และไม่ปฏิบัติไม่เคย โดยให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่เคย

ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เลือกตอบตามการปฏิบัติของตนเองเพียง 1 คำตอบต่อ 1 คำถาม โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความที่มีความหมายเชิงลบ		ข้อความที่มีความหมายเชิงบวก	
ตัวเลือก	คะแนน	ตัวเลือก	คะแนน
ทุกครั้ง	1	ทุกครั้ง	5
บ่อยครั้ง	2	บ่อยครั้ง	4
บางครั้ง	3	บางครั้ง	3
นานๆครั้ง	4	นานๆครั้ง	2
ไม่ได้ปฏิบัติ/ไม่เคย	5	ไม่ได้ปฏิบัติ/ไม่เคย	1

เมื่อรวมคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พิจารณาจากค่า Percentiles ที่ 25 และ ค่า Percentiles ที่ 75 สามารถแบ่งเป็น 3 ระดับ และแปลผลคือ มีพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019ในระดับเหมาะสม, มีพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019ในระดับพอใช้, และมีพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019ในระดับไม่เหมาะสม การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน พิจารณาและตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาเป็นรายข้อการทดสอบหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง ของแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. (จำนวน 28 ข้อ) ได้ค่าความเที่ยง = 0.901 (ดาวรุ่ง เยาวกุล และคณะ, 2565)

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรม มีนักวิจัยได้พัฒนาแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไว้หลายรูปแบบในกลุ่มตัวอย่างหลายกลุ่ม แต่ยังไม่มียแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่จำเพาะเจาะจง ผู้วิจัยจึงได้ทำการสร้างแบบสอบถามจากการทบทวนวรรณกรรมนำมาพัฒนาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

พูน ปณ จิต ชีเว

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กัมปนาท โคตรพันธ์ และนิยม จันทน์นวล (2565). ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในจังหวัดมุกดาหาร เป็นวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) โดยใช้เครื่องมือแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และแบบสอบถาม พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลางและภาพรวมความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

กรรณิกา อุ่นอ้าย, พนิดาชัยวัง, พรพิมล กรรณิกกำจร และดวงใจ ปันเจริญ (2565) ศึกษา ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในชุมชนชนบท จังหวัดเชียงราย เป็นวิจัยการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุที่ถูกคัดกรองด้วยแบบประเมินสภาพสมองโดยใช้เครื่องมือแบบสัมภาษณ์ ความรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชาชนในกลุ่มวัยผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการ ป้องกันโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนพฤติกรรมการป้องกัน โรคโควิด-19 อยู่ในระดับมาก ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับปานกลาง ($p < .001$)

จุฑารรณ ใจแสน (2563) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ของพนักงานสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เป็นวิจัยแบบไม่ทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนามแบบวิจัยตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือพนักงานที่ทำงานสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุขกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยใช้เครื่องมือแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ผลการวิจัยพบว่าความตระหนักรู้ มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19

ฉัตรวรรณ ศรีวิสัย (2564) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในช่วงชีวิตวัยใหม่ของผู้สูงอายุ ระยะแรกเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ระยะที่สอง เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยใช้เครื่องมือระยะแรกใช้แนวคำถามสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้างเพื่อสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ระยะ 2 เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบวัดมาตรฐานประเมินรวมค่า 7 แบบ ผลการวิจัยพบว่าตัวแปรสำคัญที่ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ การรับรู้ความสามารถ

ของตนในการป้องกันโรคและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และระดับการศึกษาประถม สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 26.30

ชญานิช ลือวานิช (2563) ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการดำเนินชีวิตวิถีใหม่ในการป้องกันตนเองจากไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ของประชาชนที่อาศัยในจังหวัดภูเก็ต เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) โดยใช้เครื่องมือแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและแบบสอบถามการดำเนินชีวิตวิถีใหม่หลังการระบาดของโรคโควิด-19 ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดี มีการดำเนินชีวิตวิถีใหม่ในการป้องกันตนเองจากไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 อยู่ในระดับดีมาก

ณัฐกร นิลเนตร (2563) ศึกษาาระดับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมกรรมการป้องกัน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชากรวัยแรงงานในจังหวัดนครราชสีมา เป็นวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนกลุ่มวัยแรงงานที่มีอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไปในพื้นที่ จังหวัดนครราชสีมา โดยใช้เครื่องมือแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ระดับไม่เพียงพอ พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับปานกลาง และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ดาวรุ่ง เยาวกุล และคณะ (2565) ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตสุขภาพที่ 6 เป็นวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็น อสม. ที่ขึ้นทะเบียนเป็น อสม. และปฏิบัติงานในพื้นที่ เขตสุขภาพที่ 6 ของประเทศไทย โดยใช้เครื่องมือแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผลการวิจัยพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. ในเขตสุขภาพที่ 6 อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < 0.05$)

ธนวัฒน์ รวมสุก (2565) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ใน เขตกรุงเทพมหานคร โดยใช้เครื่องมือแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุมีความรอบรู้ทางสุขภาพในการการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดี และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา

สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว ภาวะสุขภาพ การได้รับความรู้เกี่ยวกับโควิด 19 และการมีผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

นุรติ ดือระ (2565) ศึกษาความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ 3อ 2ส ของผู้สูงอายุในจังหวัดนราธิวาสภายใต้สถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดนราธิวาส โดยใช้เครื่องมือแบบสอบถามความรอบรู้ทางด้านสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส ของผู้สูงอายุพัฒนาขึ้นโดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Department of Health Service Support, 2018) ผลการวิจัยพบว่าความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ 3อ 2ส ของผู้สูงอายุในจังหวัดนราธิวาสภายใต้สถานการณ์ระบาดของเชื้อ COVID-19 โดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี

เบญจมาพร อาดัมเจริญ และวาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล (2565). ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ในยุคชีวิตวิถีใหม่ของกลุ่มวัยทำงานในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลเป็นวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) กลุ่มตัวอย่างคือประชากรเป็นกลุ่มวัยทำงานที่มีอายุ 18-59 ปีในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศ ณ วันที่ 5 เมษายน 2564 ให้เป็นพื้นที่ควบคุมสูงสุดโดยใช้เครื่องมือแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ในยุคชีวิตวิถีใหม่ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านทั้ง 6 อยู่ในระดับมาก มีพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ในยุคชีวิตวิถีใหม่อยู่ในระดับมาก ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ในยุคชีวิตวิถีใหม่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ในยุคชีวิตวิถีใหม่โดยรวม อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05

ปิยอร วจนะทินภัทร (2565) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาของบุคลากรและนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี เป็นวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) รูปแบบวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research) กลุ่มตัวอย่างคือบุคลากรและนักศึกษา โดยใช้เครื่องมือแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ผลการวิจัยพบว่าบุคลากร มีค่าเฉลี่ยความเชื่อด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติของบุคลากรอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.69$, $S.D = 0.48$) และค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาของบุคลากรอยู่ในระดับมาก ($M = 4.08$, $S.D = 0.48$) นักศึกษา มีค่าเฉลี่ยความเชื่อด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติของนักศึกษาอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.71$, $S.D = 0.50$) และค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัส โคโรนาของนักศึกษาอยู่ในระดับมาก ($M = 4.06$, $S.D = 0.56$) บุคลากรและนักศึกษามีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ

เพื่อการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .77, p < .001$) และ ($r = .72, p < .001$) ตามลำดับ บุคลากรมี 3 ปัจจัยทางความเชื่อทางสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ได้ร้อยละ 29.80 ($R^2 = 0.298, p < .001$) ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพ และการรับรู้ความรุนแรงของโรค และนักศึกษามี 2 ปัจจัยทางความเชื่อทางสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาได้ร้อยละ 21.10 ($R^2 = 0.211, p < .001$) โดยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค และแรงจูงใจด้านสุขภาพ

ประศักดิ์ สันติภาพ, ภิรวดี ชูประวัตติ และเพื่อน ทองแก้ว (2564) ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ โดยใช้เครื่องมือแบบสอบถามการปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 แบบสอบถามสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับเชื้อโควิด-19 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุคือ การรับรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

ประศักดิ์ สันติภาพ (2565) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในชุมชนเสือใหญ่อุทิศ เขตจตุจักร กรุงเทพฯ เป็นวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุ โดยใช้เครื่องมือ แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันไวรัสโคโรนา 2019, การรับรู้, การสนับสนุนทางสังคม และความรู้ด้านสุขภาพผลการวิจัยพบว่าการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุคือ การรับรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพ

พัชรา หิรัญวัฒนกุล และสมเสาวนุช จมูศรี (2565) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ของชุมชนโดยรอบมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เป็นวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่ลงทะเบียน หรือมีทะเบียนบ้าน และอาศัยอยู่ใน ชุมชนโดยรอบมหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยใช้เครื่องมือแบบสอบถามด้านความรู้ เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบสอบถามด้านทัศนคติในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และพฤติกรรมการ ป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผลการวิจัยพบว่าความรู้เกี่ยวกับโรค และทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

พนัชญา ชันติจิตร (2564) ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของประชาชน ในจังหวัดอุบลราชธานี เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) กลุ่มตัวอย่างคือประชาชน ในจังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้เครื่องมือ แผน

ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ในระดับมาก ได้แก่ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 99.43 ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 97.14 ด้านการรับรู้ประโยชน์ ของการป้องกันโรค อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 100 และด้านการรับรู้ความสามารถ ของตนเองในการป้องกันโรคร้อยละ 94.86 และอยู่ระดับน้อย คือ ด้านการรับรู้ต่ออุปสรรคในการ ป้องกันโรค ร้อยละ 40.86

รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์ (2564) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับการ ปฏิบัติตนในการป้องกันโรคโควิด-19 เป็นวิจัยเชิงพรรณนากลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยใช้เครื่องมือแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพและแบบสอบถามการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค โควิด-19 ผลการวิจัยพบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค โควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วิลาสินี หลีวน้อย (2566) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุใน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยใช้เครื่องมือแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย ด้านพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส โควิด-2019 ของผู้สูงอายุ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การ รับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรคของการป้องกันโรค และสิ่งชักนำในการ สนับสนุนทางสังคมด้านข่าวสารการป้องกันโรค ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยคะแนน 25.80 (SD=4.83) ปัจจัยทำนาย พฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมี 2 ปัจจัยคือ สิ่ง ชักนำในการสนับสนุนทางสังคมด้านข่าวสารการป้องกันโรค ($p < 0.001$) และการรับรู้ความรุนแรงของ โรค ($p < 0.001$) โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมในการป้องกัน ได้ร้อยละ 53.2 ($p < 0.001$)

สุภาภรณ์ วงษ์ (2563) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) กลุ่มตัวอย่างคือกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัด สุโขทัย โดยใช้เครื่องมือแบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสโคโรนา 2019 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติ แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการรับรู้โรคไวรัส โควิด-2019 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้โรคไวรัสโคโรนา 2019 แบบสอบถามพฤติกรรมการ ป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับสูง และปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส โควิด-2019 ได้แก่ เพศ ($p\text{-value} = 0.038$) แรงสนับสนุนทางสังคม ($p\text{-value} < 0.001$) การรับรู้

โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($p\text{-value} < 0.001$) และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($p\text{-value} < 0.001$)

Luo et al. (2022) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพระหว่างการระบาดโรคโควิด-19 ในจีน พบว่า แรงจูงใจมีผลต่อทักษะพฤติกรรม ความเครียดจากความเสี่ยงมีผลต่อสุขภาพ และการรับรู้เชิงบวกมีนัยสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพ สรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการรับรู้ แต่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความเครียดที่เสี่ยงต่อสุขภาพ

Geçer et al. (2020) ศึกษาผลกระทบกลุ่มเปราะบางเกี่ยวกับการรับรู้ความเสี่ยงและความกลัวต่อพฤติกรรมป้องกันการโควิด-19 พบว่า ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการหลีกเลี่ยงระบบขนส่งสาธารณะ มีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ปฏิบัติบ่อยๆ คือ การล้างมือ ผู้หญิงมีการรับรู้ความเสี่ยงสูงเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการรับรู้ความเสี่ยงและความกลัว coronavirus 2019 เมื่อเทียบกับผู้ชายตัวแปร อายุ เพศ ระดับ การศึกษา ความเปราะบาง ดังนั้น การรับรู้ความเสี่ยงและความกลัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน

สรุปปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความรู้ การรับความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน ทักษะคิด ความตระหนักรู้ การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นองค์ประกอบของความเชื่อด้านสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ หรือกลุ่มเสี่ยง 608 คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คือ ความเชื่อด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ได้องค์ความรู้ที่เป็นข้อมูลพื้นฐานในการให้การพยาบาล และแนวทางในการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

พูน ปรณ จิต ชเว

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพล อำเภอยะลา จังหวัดยะลา โดยมีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

3.1 การออกแบบการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research design) ตัวแปรที่วิจัยครั้งนี้ ได้แก่

ตัวแปรอิสระ คือ ความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค

ตัวแปรอิสระ คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ด้านความเข้าใจในข้อมูล ด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านการจัดการตนเอง ด้านการสื่อสาร ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ด้านการตัดสินใจและการเลือก

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นผู้ใหญ่ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปและผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่ม 608 ได้แก่ ผู้ที่มีโรคประจำตัว 7 โรค ประกอบด้วย โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง โรคอ้วน โรคเบาหวาน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพล อำเภอยะลา จังหวัดยะลา

3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง

3.2.2.1 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อายุ 18 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นกลุ่ม 608 (ตามรหัสโรค ICD 10) ได้แก่ โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ประกอบด้วย โรคหอบหืด (J45) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (J44), โรคหัวใจและหลอดเลือด ประกอบด้วย โรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง (I25) โรคไขมันในเลือดสูง (E78), โรคไตเรื้อรัง (N18, N180, N188, N189, N19), โรคหลอดเลือดสมอง (I64), โรคอ้วน (E66), โรคเบาหวาน ประกอบด้วย มะเร็งตับ(C22) มะเร็งท่อน้ำดี (C24) มะเร็ง

ปอด (C34) และ โรคเบาหวาน (E10-E149) ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลพล อำเภพล จังหวัดขอนแก่น ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลพล อำเภพล จังหวัดขอนแก่น โดยกำหนด คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การวิจัย (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะดี และไม่มีปัญหาทางการได้ยินผ่าน ในกรณีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปผ่านการประเมินสมรรถภาพการรู้คิด (Cognitive impairment) โดยผ่านการทดสอบ สมรรถภาพสมองฉบับย่อ (Mini-Cog) โดยมีคะแนน 3-5 คะแนน หมายถึงไม่มีความบกพร่องทางการรู้คิด

2. สามารถอ่านเขียนสามารถสื่อสารเข้าใจภาษาไทยได้ดี

3. ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

เกณฑ์ในการคัดเลือกลุ่มตัวอย่างออกจากกรวิจัย (Exclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยที่มีอาการหรือปัญหาสุขภาพที่รุนแรง เช่น ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยที่มีอาการไม่สุขสบายหรือมีภาวะผิดปกติจะได้รับการดูแล ซึ่งไม่สามารถให้ข้อมูลได้

2. ผู้ที่ขอสละสิทธิ์ออกจากการศึกษาวิจัยหลังการยินยอมแล้วไม่ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

3.2.2.2 การหาขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ การคำนวณกลุ่มตัวอย่างสำหรับหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 3 ตัวแปร งานวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุก่อนเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้วิจัยจึงทบทวนวรรณกรรมเพื่อหาค่า r จากงานวิจัยที่ผ่านมาเพื่อใช้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G-power ซึ่งผู้วิจัยยังไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรและกลุ่มตัวอย่างที่เหมือนกับงานวิจัยครั้งนี้ แต่อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยพบงานวิจัยที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน คือ กรรณิกา อุ่นอ้าย, พนิดา ชัยวัง, พรพิมล กรกกฎกำจร และดวงใจ ปันเจริญ (2565) ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุก่อนเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในชุมชนชนบท จังหวัดเชียงราย ได้ค่าสหพันธ์ ($r=.344$) ซึ่งเป็นความสัมพันธ์หรือขนาดอิทธิพลระดับกลาง (Medium Effect size) กำหนดค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ .80 โดยคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 64 ราย และเพื่อเป็นการป้องกันการสูญเสียระหว่างกรเก็บรวบรวมข้อมูล (Attrition rate) ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดอีกร้อยละ 15 ของกลุ่มตัวอย่าง ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีก 10 ราย (Polit & Beck, 2019) จึงรวมกลุ่มตัวอย่างเป็น 74 ราย

3.2.2.3 การเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีลักษณะตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดจะได้รับการคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling)

ผู้วิจัยสืบค้นข้อมูลรายชื่อผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เป็นผู้ใหญ่อายุ 18 ปีขึ้นไปและผู้สูงอายุ จากฐานข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยตามรหัสโรค ICD 10 ได้แก่ โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ประกอบด้วย หอบหืด (J45) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (J44), โรคหัวใจและหลอดเลือด ประกอบด้วย โรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง (I25) โรคไขมันในเลือดสูง (E78), โรคไตเรื้อรัง ประกอบด้วย (N18 N180 N188 N189 N19), โรคหลอดเลือดสมอง (I64), โรคอ้วน (E66), โรคมะเร็ง ประกอบด้วย มะเร็งตับ (C22) มะเร็งท่อน้ำดี (C24) มะเร็งปอด (C34) และ โรคเบาหวาน (E10-E149) จากนั้นเรียงลำดับรายชื่อผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงตามลำดับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเข้ารับการรักษาไม่พร้อมกัน ผู้วิจัยจึงทำการสุ่มด้วยการจับสลากแบบไม่ใส่คืน จนได้รายชื่อครบทั้ง 74 ราย หากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ตรงกับลำดับที่ที่ผู้วิจัยได้ทำการสุ่มไว้ จะได้รับการคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างและทำการเก็บข้อมูล

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 11 ข้อ

- 1.1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ
- 1.2 ข้อมูลภาวะสุขภาพ ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง โรคประจำตัว ประวัติการใช้ยาและสารเสพติด ประวัติการรับวัคซีน ประวัติการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 17 ข้อ ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 3) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค 4) การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค 5) การรับรู้ความสามารถแห่งตนเอง โดยประเมินได้จากแบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 5 ด้าน ซึ่งลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ (Likert scale) ตั้งแต่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด เป็นคะแนน 1-5 ตามลำดับ โดยให้เลือกตอบ 1 ตัวเลือกต่อ 1 คำถาม คำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ มีเกณฑ์ในการให้คะแนนเป็นดังนี้

ข้อความทางบวก		ข้อความทางลบ	
มากที่สุด	ให้ 5 คะแนน	มากที่สุด	ให้ 1 คะแนน
มาก	ให้ 4 คะแนน	มาก	ให้ 2 คะแนน

ข้อความทางบวก		ข้อความทางลบ	
ปานกลาง	ให้ 3 คะแนน	ปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
น้อย	ให้ 2 คะแนน	น้อย	ให้ 4 คะแนน
น้อยที่สุด	ให้ 1 คะแนน	น้อยที่สุด	ให้ 5 คะแนน

การแปลผล เกณฑ์ในการจัดลำดับคะแนนเพื่อแบ่งระดับ 1) ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค 2) ระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรค 3) ระดับการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค 4) ระดับการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค 5) ระดับการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็น 3 ระดับ โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของบloom (Bloom, 1975) คือ ค่าคะแนนมากที่สุดลบด้วยคะแนนน้อยที่สุด แล้วหารด้วยจำนวนระดับ $\frac{5-1}{3} = 1.33$

คะแนนค่าเฉลี่ย 3.68-5.00	หมายถึง	มีการรับรู้ในระดับสูง
คะแนนค่าเฉลี่ย 2.34-3.67	หมายถึง	มีการรับรู้ในระดับปานกลาง
คะแนนค่าเฉลี่ย 1.00-2.33	หมายถึง	มีการรับรู้ในระดับต่ำ

เมื่อรวมทั้ง 5 องค์ประกอบของความเชื่อด้านสุขภาพ นำคะแนนค่าเฉลี่ยรวมที่ได้มาจัดลำดับคะแนนเพื่อแบ่งระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็น 3 ระดับ (Bloom, 1975)

คะแนนค่าเฉลี่ย 3.68-5.00	หมายถึง	มีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง
คะแนนค่าเฉลี่ย 2.34-3.67	หมายถึง	มีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนค่าเฉลี่ย 1.00-2.33	หมายถึง	มีความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 23 ข้อ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรมซึ่งประกอบด้วย ข้อคำถามแบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 2) การเข้าใจข้อมูล 3) การจัดการตนเอง 4) ทักษะการสื่อสาร 5) การรู้เท่าทันสื่อ 6) ทักษะการตัดสินใจและการเลือก โดยประเมินได้จากแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้ง 6 ด้าน ซึ่งลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ (Likert scale) ตั้งแต่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก ถึงมากที่สุด เป็นคะแนน 1-5 ตามลำดับ ลักษณะคำถามจะถามความสามารถในการเลือก วิธีการค้นหาข้อมูล และการใช้อุปกรณ์ในการค้นหา สืบค้นแหล่งข้อมูลและบริการสุขภาพเรื่องการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การถามจะถามความถี่ในการปฏิบัติเป็นวันใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ทุกครั้ง (ปฏิบัติ 6-7 วัน/สัปดาห์) บ่อยครั้ง (ปฏิบัติ 4-5 วัน/สัปดาห์) บางครั้ง (ปฏิบัติ 3 วัน/สัปดาห์) น้อยครั้ง (ปฏิบัติ 1-2 วัน/สัปดาห์) และไม่

ปฏิบัติไม่เคยโดยให้เลือกตอบ 1 ตัวเลือกต่อ 1 คำถาม คำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ มีเกณฑ์ในการให้คะแนนเป็นดังนี้

ข้อความทางบวก		ข้อความทางลบ	
ปฏิบัติทุกครั้ง (ปฏิบัติ 6-7 วัน/สัปดาห์)	ให้ 5 คะแนน	ปฏิบัติทุกครั้ง (ปฏิบัติ 6-7 วัน/สัปดาห์)	ให้ 1 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง (ปฏิบัติ 4-5 วัน/สัปดาห์)	ให้ 4 คะแนน	ปฏิบัติบ่อยครั้ง (ปฏิบัติ 4-5 วัน/สัปดาห์)	ให้ 2 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง (ปฏิบัติ 3 วัน/สัปดาห์)	ให้ 3 คะแนน	ปฏิบัติบางครั้ง (ปฏิบัติ 3 วัน/สัปดาห์)	ให้ 3 คะแนน
ปฏิบัติน้อยครั้ง (ปฏิบัติ 1-2 วัน/สัปดาห์)	ให้ 2 คะแนน	ปฏิบัติน้อยครั้ง (ปฏิบัติ 1-2 วัน/สัปดาห์)	ให้ 4 คะแนน
ไม่ได้ปฏิบัติ/ไม่เคย	ให้ 1 คะแนน	ไม่ได้ปฏิบัติ/ไม่เคย	ให้ 5 คะแนน

การแปลผล เกณฑ์ในการจัดลำดับคะแนนเพื่อแบบระดับทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 2) การเข้าใจข้อมูล 3) การจัดการตนเอง 4) ทักษะการสื่อสาร 5) การรู้เท่าทันสื่อ 6) ทักษะการตัดสินใจและการเลือก เป็น 3 ระดับ (Bloom, 1975)

1) การแปลผลการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ

เกณฑ์ในการจัดลำดับ	ระดับ	การแปลผล
คะแนนค่าเฉลี่ย 3.68-5.00	ระดับสูง	แสวงหาข้อมูลและบริการสุขภาพจากหลายแหล่งที่น่าเชื่อถือได้มากพอต่อการตัดสินใจที่ถูกต้อง
คะแนนค่าเฉลี่ย 2.34-3.67	ระดับปานกลาง	แสวงหาข้อมูลและบริการสุขภาพจากหลายแหล่งที่น่าเชื่อถือได้บ้างแต่ยังไม่สามารถนำมาใช้ได้ถูกต้อง ยังมีปัญหาในการแสวงหาข้อมูลบริการสุขภาพจากหลายแหล่งที่น่าเชื่อถือเพียงพอต่อการตัดสินใจ
คะแนนค่าเฉลี่ย 1.00-2.33	ระดับต่ำ	

2) การแปลผลการเข้าใจข้อมูล

เกณฑ์ในการจัดลำดับ	ระดับ	การแปลผล
คะแนนค่าเฉลี่ย 3.68-5.00	ระดับสูง	รู้และเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพถูกต้องเพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ
คะแนนค่าเฉลี่ย 2.34-3.67	ระดับปานกลาง	รู้และเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพไม่ถูกต้องเพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ
คะแนนค่าเฉลี่ย 1.00-2.33	ระดับต่ำ	ยังมีปัญหาความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติเพื่อสุขภาพ

3) การแปลผลการจัดการตนเอง

<u>เกณฑ์ในการจัดลำดับ</u>	<u>ระดับ</u>	<u>การแปลผล</u>
คะแนนค่าเฉลี่ย 3.68-5.00	ระดับสูง	มีการจัดการตนเองที่ถูกต้องเพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ
คะแนนค่าเฉลี่ย 2.34-3.67	ระดับปานกลาง	มีการจัดการตนเองที่ถูกต้องบางไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ
คะแนนค่าเฉลี่ย 1.00-2.33	ระดับต่ำ	ยังมีปัญหาในการจัดการตนเองที่เพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ

4) การแปลผลทักษะการสื่อสาร

<u>เกณฑ์ในการจัดลำดับ</u>	<u>ระดับ</u>	<u>การแปลผล</u>
คะแนนค่าเฉลี่ย 3.68-5.00	ระดับสูง	กล้าได้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจที่เพียงพอต่อการปฏิบัติได้ดี
คะแนนค่าเฉลี่ย 2.34-3.67	ระดับปานกลาง	กล้าได้ตอบซักถามเล็กน้อยแต่ยังไม่มีความรู้ความเข้าใจที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ
คะแนนค่าเฉลี่ย 1.00-2.33	ระดับต่ำ	ยังมีปัญหาไม่กล้าซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ

5) การแปลผลการรู้เท่าทันสื่อ

<u>เกณฑ์ในการจัดลำดับ</u>	<u>ระดับ</u>	<u>การแปลผล</u>
คะแนนค่าเฉลี่ย 3.68-5.00	ระดับสูง	รู้เท่าทันสื่ออย่างถูกต้องเพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ
คะแนนค่าเฉลี่ย 2.34-3.67	ระดับปานกลาง	รู้เท่าทันสื่อไม่ถูกต้องเพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ
คะแนนค่าเฉลี่ย 1.00-2.33	ระดับต่ำ	ยังมีปัญหาในการรู้เท่าทันสื่อที่เพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ

6) การแปลผลทักษะการตัดสินใจและการเลือก

<u>เกณฑ์ในการจัดลำดับ</u>	<u>ระดับ</u>	<u>การแปลผล</u>
คะแนนค่าเฉลี่ย 3.68-5.00	ระดับสูง	มีการตัดสินใจที่ถูกต้องโดยให้ความสำคัญต่อข้อมูลสุขภาพที่เกิดผลดีและผลเสียต่อสุขภาพตนเอง
คะแนนค่าเฉลี่ย 2.34-3.67	ระดับปานกลาง	มีการตัดสินใจที่ถูกต้องบางเรื่องโดยให้ความสำคัญต่อข้อมูลที่เกิดผลดีต่อสุขภาพของตนเองเท่านั้น

เกณฑ์ในการจัดลำดับ	ระดับ	การแปลผล
คะแนนค่าเฉลี่ย 1.00-2.33	ระดับต่ำ	ยังมีปัญหาไม่กล้าซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ ความเข้าใจ ที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ

เมื่อรวมทั้ง 6 องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ นำคะแนนค่าเฉลี่ยรวมที่ได้มา จัดลำดับคะแนนเพื่อแบ่งระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็น 3 ระดับ (Bloom, 1975)

คะแนนค่าเฉลี่ย 3.68-5.00	หมายถึง	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง
คะแนนค่าเฉลี่ย 2.34-3.67	หมายถึง	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนค่าเฉลี่ย 1.00-2.33	หมายถึง	มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 20 ข้อ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งประกอบด้วย ข้อคำถามซึ่งมีลักษณะข้อความที่ใช้วัดพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ การลดการสัมผัส การเลี่ยงจุดเสี่ยง และการดูแลสุขภาพตนเองและสังคม การถามจะถามความถี่ในการปฏิบัติเป็นวันใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ทุกครั้ง (ปฏิบัติ 6-7 วัน/สัปดาห์) บ่อยครั้ง (ปฏิบัติ 4-5 วัน/สัปดาห์) บางครั้ง (ปฏิบัติ 3 วัน/สัปดาห์) น้อยครั้ง (ปฏิบัติ 1-2 วัน/สัปดาห์) และไม่ปฏิบัติไม่เคย โดยให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เลือกตอบตามการปฏิบัติของตนเองเพียง 1 คำตอบต่อ 1 คำถาม คำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความทางบวก		ข้อความทางลบ	
ปฏิบัติทุกครั้ง (ปฏิบัติ 6-7 วัน/สัปดาห์)	ให้ 5 คะแนน	ปฏิบัติทุกครั้ง (ปฏิบัติ 6-7 วัน/สัปดาห์)	ให้ 1 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง (ปฏิบัติ 4-5 วัน/สัปดาห์)	ให้ 4 คะแนน	ปฏิบัติบ่อยครั้ง (ปฏิบัติ 4-5 วัน/สัปดาห์)	ให้ 2 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง (ปฏิบัติ 3 วัน/สัปดาห์)	ให้ 3 คะแนน	ปฏิบัติบางครั้ง (ปฏิบัติ 3 วัน/สัปดาห์)	ให้ 3 คะแนน
ปฏิบัติน้อยครั้ง (ปฏิบัติ 1-2 วัน/สัปดาห์)	ให้ 2 คะแนน	ปฏิบัติน้อยครั้ง (ปฏิบัติ 1-2 วัน/สัปดาห์)	ให้ 4 คะแนน
ไม่ได้ปฏิบัติ/ไม่เคย	ให้ 1 คะแนน	ไม่ได้ปฏิบัติ/ไม่เคย	ให้ 5 คะแนน

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมกำป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบ่งระดับพฤติกรรมกำป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็น 3 ระดับ (Bloom, 1975) ดังนี้

คะแนนค่าเฉลี่ย 3.68-5.00	หมายถึง	มีคะแนนพฤติกรรมกำป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับสูง
คะแนนค่าเฉลี่ย 2.34-3.67	หมายถึง	มีคะแนนพฤติกรรมกำป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนค่าเฉลี่ย 1.00-2.33	หมายถึง	มีคะแนนพฤติกรรมกำป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับต่ำ

3.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.4.1 ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพในการกำป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในการกำป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และแบบสอบถามพฤติกรรมกำป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน คือ แพทย์ทางด้านอายุรกรรม 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านความเชื่อด้านสุขภาพและความรู้ด้านสุขภาพ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านโรคติดเชื้อ 1 ท่าน พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านความเชื่อด้านสุขภาพและความรู้ด้านสุขภาพ 1 ท่านและพยาบาลด้านโรคติดเชื้อ 1 ท่าน ตรวจสอบความครอบคลุม ความชัดเจน ความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ และหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity index หรือ CVI) โดยดัชนีความตรงตามเนื้อหา ขอลแบบสอบถามความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมกำป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้ง 3 ส่วนได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในการกำป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในการกำป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกำป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.94, 1, 0.95 ตามลำดับ เป็นค่าที่ยอมรับได้ของเครื่องมือเท่ากับ .08 ขึ้นไป (Polit & Beck, 2019)

3.4.2 การทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำ แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพในการกำป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในการกำป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และแบบสอบถามพฤติกรรมกำป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับ

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วนำไปหาความเชื่อมั่น โดยใช้วิธี Alpha Coefficient ของ Cronbach โดยได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .83, .83, .86 ตามลำดับ เป็นค่าที่ยอมรับได้ของเครื่องมือวิจัยเท่ากับ .80 ขึ้นไป (Polit & Beck, 2019)

3.5 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยจะให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจในการเข้าร่วมวิจัยโดยปราศจากความกดดัน มีอิสรภาพในการตัดสินใจที่จะพิจารณาเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยและสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระข้อมูลที่ได้จะไม่ระบุชื่อของผู้ร่วมวิจัย โดยระบุเป็นรหัสเพื่อใช้ในการติดตามและการเก็บข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น พร้อมทั้งพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนึงถึง 3 ประเด็น คือ

1) ความเป็นเอกสิทธิ์ (Autonomy) โดยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่ละคนจากนั้นแนะนำตัวชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย รวมถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวม พร้อมทั้งชี้แจงกับกลุ่มตัวอย่างก่อนการตอบแบบสอบถาม ว่าการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ให้เป็นผู้ตัดสินใจด้วยตนเองอย่างอิสระ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมโดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษาพยาบาล เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้เซ็นหนังสือยืนยันความสมัครใจ (Informed Consent)

2) การลดความเสี่ยง และเพิ่มผลประโยชน์ (Beneficence) ผู้วิจัยตรวจสอบลำดับการรับบริการของกลุ่มตัวอย่างได้รับบริการการรักษาพยาบาลตามปกติ การวิจัยครั้งนี้ไม่มีความเสี่ยงไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง แม้ว่าการตัดสินใจเข้าร่วมแล้ว ขณะเก็บข้อมูลผู้วิจัยจะจัดพื้นที่ในการตอบแบบสอบถามที่เป็นสัดส่วนในห้อง หรือแยกจากผู้ป่วยอื่น มีอิสระในการตอบแบบสอบถาม หากกลุ่มตัวอย่างรู้สึกอึดอัด หรือรู้สึกไม่สบายใจกับบางคำถาม กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามนั้นได้ หากรู้สึกไม่สุขสบายหรือภาวะผิดปกติ สามารถแจ้งให้ผู้วิจัยทราบและหากเกิดอันตรายใด ๆ ขณะเก็บข้อมูล เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยกลุ่ม 608 ได้แก่ โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ประกอบด้วย หอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, โรคหัวใจและหลอดเลือด ประกอบด้วย โรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง โรคไขมันในเลือดสูง, โรคไตเรื้อรัง, โรคหลอดเลือดสมอง, โรคอ้วน , โรคมะเร็ง ประกอบด้วย มะเร็งตับ มะเร็งท่อน้ำดี มะเร็งปอด และ โรคเบาหวาน จะได้รับการดูแลให้การรักษาพยาบาลโดยให้พักก่อน มีการประเมินอาการและวัดสัญญาณชีพ หากพบอาการผิดปกติจะได้รับการดูแลรักษาพยาบาลทันที ผู้วิจัยจะยุติการเก็บข้อมูลชั่วคราว และส่งต่อทีมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องประจำห้องตรวจ เพื่อให้ความช่วยเหลือในทันที โดยให้การดูแลจนกว่าจะพ้นภาวะอันตราย โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ในการรักษา หลังจากการประเมินแล้วเมื่อท่านมีอาการดีขึ้นผู้วิจัยจะขออนุญาตดำเนินการเก็บข้อมูลต่อเมื่อผู้ร่วมวิจัยมีความพร้อมในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจ สามารถตอบรับหรือปฏิเสธ จะไม่มีผล

ต่อการรักษาหรือการให้การพยาบาลต่อผู้ร่วมวิจัย สามารถออกจากการวิจัยได้ทันที โดยไม่ต้องมีคำอธิบายใดๆ และไม่มีผลต่อตัวผู้ร่วมวิจัยและครอบครัวของผู้ร่วมวิจัยทั้งในปัจจุบันและอนาคต

3) หลักความยุติธรรม (Justice) ผู้วิจัยใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การสุ่มง่าย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกที่เท่าเทียมกัน กำหนดเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion) เกณฑ์คัดออก (Exclusion) อย่างเหมาะสมการเก็บรวบรวมข้อมูล และข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ การรวบรวมข้อมูลจะไม่มีผลกระทบ หรือที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง โดยจะนำมาใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น ในการเสนอผลการวิจัยจะกระทำในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการขอออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดลง โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบาย และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัย

3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.6.1 ดำเนินการเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โดยการวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่รับรอง : 372-402/2566 วันที่ 2 ตุลาคม 2566 และดำเนินการขออนุญาต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพล และกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลพล ในการเข้าเก็บรวบรวมข้อมูล

3.6.2 ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก OPD (Outpatient department) แผนกผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง NCDs (non-communicable disease) งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลพล ที่จะเป็นพื้นที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัย และเจ้าหน้าที่พยาบาลที่เกี่ยวข้อง เพื่อแนะนำตัวสร้างสัมพันธภาพ พร้อมทั้งแจ้งให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รูปแบบ ขั้นตอน ระยะเวลาที่จะดำเนินการ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัย ตลอดจนประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ เพื่อขออนุญาต และขอความร่วมมือ อำนวยความสะดวกในการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบกับการปฏิบัติงาน

3.6.3 ผู้วิจัยทำการสำรวจรายชื่อผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากกลุ่มงานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลพล ที่มีลักษณะตรงกับกลุ่มตัวอย่างและนำรายชื่อมาเรียงลำดับตามระยะเวลาที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลพล หลังจากนั้นทำการสุ่มด้วยวิธีจับฉลากแบบไม่แทนที่ (Selection without replacement) ผู้วิจัยทำการสุ่มจนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 64 ราย และเพื่อเป็นการป้องกันการสูญหายระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล (Attrition rate) ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดอีกร้อยละ 15 ของกลุ่มตัวอย่าง ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีก 10 ราย (Polit & Beck, 2019) จึงรวมกลุ่มตัวอย่างที่ทำการสุ่มเป็น 74 ราย

3.6.4 เมื่อได้รายชื่อกลุ่มตัวอย่างครบทั้ง 74 ราย จากนั้นทำการดูข้อมูลวันที่กลุ่มตัวอย่างจะมาติดตามอาการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพล เพื่อเตรียมขอความร่วมมือในการทำวิจัยในวันที่ผู้ป่วยมาติดตามอาการของโรคประจำตัวตามกลุ่มโรค 608 ที่แผนกผู้ป่วยผู้ป่วยนอก (OPD) และแผนกผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)

เมื่อถึงวันที่กลุ่มตัวอย่างมาติดตามอาการ ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเองในระหว่างที่ผู้ป่วยรอคิวเข้ารับการรักษา พร้อมทั้งพร้อมทำการแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพพร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย วัตถุประสงค์ รูปแบบ แผนงาน ระยะเวลา ขั้นตอนการดำเนินงาน เครื่องมือที่ใช้ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตราย ตลอดจนการรักษาความลับของข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างทราบ โดยใช้เวลาไม่เกิน 5 นาที พร้อมขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยโดยการตอบแบบสอบถามภายหลังการเข้าพบแพทย์ตรวจรักษาตามนัด โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลอันพึงได้รับในปัจจุบันและอนาคต

3.6.5 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเองภายหลังจากกลุ่มตัวอย่างเข้าพบแพทย์ตรวจรับการรักษาตามนัด โดยกลุ่มตัวอย่างไม่อยู่ในภาวะวิกฤตหรือมีอาการผิดปกติที่ไม่สามารถให้ข้อมูลและเข้าร่วมการวิจัยได้ ผู้วิจัยทำการแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพพร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย วัตถุประสงค์ รูปแบบ แผนงาน ระยะเวลา ขั้นตอนการดำเนินงาน เครื่องมือที่ใช้ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตราย ตลอดจนการรักษาความลับของข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างทราบ หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความยินยอมหรือไม่ยินยอมในการเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย พร้อมทั้งลงลายมือชื่อหรือประทับลายมือในแบบแสดงความยินยอมให้ทำการวิจัยเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมที่จะเข้าร่วมการวิจัย

3.6.6 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยใช้เครื่องมือแบบสอบถาม โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 30-45 นาที ต่อกลุ่มตัวอย่าง 1 ราย

3.6.7 เมื่อกลุ่มตัวอย่างสิ้นสุดการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลของแต่ละแบบสอบถาม และทำการถามคำถามซ้ำในข้อที่ข้อมูลยังไม่ครบถ้วน เมื่อสิ้นสุดการตอบแบบสอบถามผู้วิจัยทำการกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

ช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล (ภายหลังจากที่ยื่นขอจริยธรรมฯ) เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2566 เสร็จสิ้น เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลที่เก็บรวบรวมรวมได้มาจากกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลภาวะสุขภาพ ข้อมูลความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

3.7.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลภาวะสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำ ค่าสูง และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.7.2 ข้อมูลความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำ ค่าสูง และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.7.3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) เนื่องจากมีการแจกแจงข้อมูลแบบปกติ โดยพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (รัตนศิริ ทาโต, 2562) มีเกณฑ์ดังนี้

ค่า r มีค่าเท่ากับ 0 แปลว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน

ค่า r มีค่าต่ำกว่า .30 แปลว่า มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ

ค่า r มีค่า .30 ถึง .70 แปลว่า มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง

ค่า r มีค่ามากกว่า .70 แปลว่า มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง

3.7.4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) เนื่องจากมีการแจกแจงข้อมูลแบบปกติ โดยพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (รัตนศิริ ทาโต, 2562) มีเกณฑ์ดังนี้

ค่า r มีค่าเท่ากับ 0 แปลว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน

ค่า r มีค่าต่ำกว่า .30 แปลว่า มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ

ค่า r มีค่า .30 ถึง .70 แปลว่า มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง

ค่า r มีค่ามากกว่า .70 แปลว่า มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research design) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 74 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพล อำเภพล จังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลพล อำเภพล จังหวัดขอนแก่น ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษาลำดับ ดังนี้

- 4.1 ข้อมูลทั่วไป
- 4.2 ข้อมูลภาวะสุขภาพ
- 4.3 ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
- 4.4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
- 4.5 พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
- 4.6 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
- 4.7 การอภิปรายผล



4.1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้ใหญ่อายุ 18 ปีขึ้นไปและผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่ม 608 (ตามรหัสโรค ICD 10) ได้แก่ โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ประกอบด้วย โรคหอบหืด (J45) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (J44), โรคหัวใจและหลอดเลือด ประกอบด้วย โรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง (I25) โรคไขมันในเลือดสูง (E78), โรคไตเรื้อรัง (N18, N180, N188, N189, N19), โรคหลอดเลือดสมอง (I64), โรคอ้วน (E66), โรคมะเร็ง ประกอบด้วย มะเร็งตับ (C22) มะเร็งท่อน้ำดี (C24) มะเร็งปอด (C34) และ โรคเบาหวาน (E10-E149) ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพล อำเภพล จังหวัดขอนแก่น ระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 จำนวน 74 ราย ผลการศึกษาพบว่า เป็นเพศชาย 33 ราย ร้อยละ 44.6 เพศหญิง 41 ราย ร้อยละ 55.4 ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนกลาง อายุ 70-79 ปี จำนวน 34 ราย ร้อยละ 45.9 (อายุเฉลี่ย 66 ปี) สถานภาพสมรส 45 ราย ร้อย 60.8 ระดับการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 1 – 6 จำนวน 31 ราย ร้อยละ 41.9 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรจำนวน 30 ราย ร้อยละ 40.5 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของลักษณะกลุ่มตัวอย่าง (n=74)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	33	44.6
หญิง	41	55.4
อายุ ($\bar{X}$ =66, SD= 10.91, Max=85, Min=41)		
40-49	10	13.5
50-59	12	16.2
60-69	13	17.6
70-79	34	45.9
80-89	5	6.8
สถานะภาพสมรส		
โสด	4	5.4
คู่	45	60.8
หม้าย / หย่า / แยกกันอยู่	24	32.4

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2	2.7
ประถมศึกษาปีที่ 1 – 6	31	41.9
มัธยมศึกษาปีที่ 1 – 3	12	16.2
มัธยมศึกษาปีที่ 4 – 6	13	17.6
อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร	6	8.1
ปริญญาตรี	9	12.2
ปริญญาโทหรือสูงกว่า	1	1.4
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	25	33.8
รับราชการ	11	14.9
รัฐวิสาหกิจ	1	1.4
ค้าขาย / ทำธุรกิจ	3	4.1
เกษตรกร	30	40.5
รับจ้าง	2	2.7
อื่นๆ โปรดระบุ	2	2.7

4.2 ข้อมูลภาวะสุขภาพ

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้มี BMI 23 ขึ้นไป อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกินถึงอ้วน จำนวน 43 ราย ร้อยละ 58.1 มีโรคประจำตัวมากที่สุดคือโรคเบาหวาน จำนวน 60 ราย ร้อยละ 34.4 มีประวัติการเข้ายาซึ่งเป็นยารักษาโรคประจำตัว จำนวน 74 ราย ร้อยละ 100 ปฏิเสธการใช้สารเสพติด จำนวน 71 ราย ร้อยละ 95.9 ประวัติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่เคยเข้ารับการรักษารักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 42 ราย ร้อยละ 56.7 เคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 68 ราย ร้อยละ 91.8 จำนวนเข็มที่ได้รับสูงสุดคือ 3 เข็ม จำนวน 29 ราย ร้อยละ 42.6 ส่วนใหญ่ไม่สามารถระบุวัคซีนที่เคยได้รับได้ จำนวน 56 ร้อยละ 75.7 และไม่สามารถระบุวัคซีนเข็มสุดท้ายที่ได้รับ จำนวน 31 ราย ร้อยละ 41.9 แหล่งข้อมูลของความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คือ หอกระจาย ร้อยละ 15.4 ข่าวโทรทัศน์ ร้อยละ 14.7 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนร้อยละของข้อมูลภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n=74)

ข้อมูลภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
BMI		
BMI < 18.5 อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักน้อยถึงผอม	4	5.4
BMI 18.5 – 22.90 อยู่ในเกณฑ์ปกติ	27	36.5
BMI 23 ขึ้นไป อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกินถึงอ้วน	43	58.1
โรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
โรคเบาหวาน	60	34.4
โรคอ้วน	43	24.7
โรคไตเรื้อรัง	23	13.2
โรคไขมันในเลือดสูง	20	11.4
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	20	11.4
โรคหอบหืด	4	2.2
โรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง	2	1.1
โรคหลอดเลือดสมอง	2	1.1
ประวัติการใช้ยา		
ยารักษาโรคประจำตัว	74	100
ยาอื่นๆ	0	0
ประวัติการใช้สารเสพติด		
ปฏิเสธการใช้สารเสพติด	71	95.9
ใช้สารเสพติด	3	4.1
ประวัติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019		
เคยเข้ารับการรักษารโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019		
ไม่เคย	42	56.7
เคย	32	43.3
เคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019		
ไม่เคย	6	8.2
เคย	68	91.8
เคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน		
1 เข็ม	3	4.4

ข้อมูลภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
2 เข็ม	24	35.4
3 เข็ม	29	42.6
4 เข็ม	9	13.2
มากกว่า 4 เข็ม	3	4.4
ระบุมัควคซนท่ท่นเคยด่ร่บ		
Sinovac + Sinovac	2	2.7
Sinovac + Astra	11	14.9
Sinovac + Moderna	3	4.1
Astra + Astra	2	2.7
ม่สามารถระบุมัควคซนท่เคยด่ร่บ	56	75.7
ระบุมระยะเวลท่ด่ร่บวมคซนเข้มสุดท่าย		
1 ปี	14	18.9
2 ปี	15	20.3
มากกว่า 2 ปี	14	18.9
ม่สามารถระบุมระยะเวลท่ได้	31	41.9
แหล่งข้อมูลของควมรู้ในท่ร่บงก่นการดัดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019		
(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
หกระจายข่าว	69	15.4
โทรทัศน์	66	14.7
คำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์	63	14.0
บุคคลในครอบครัว	48	10.7
ผู้นำชุมชน	45	10.0
วิทยุ	37	8.2
เพื่อน/บุคคลที่รู้จัก	34	7.6
เฟสบุ้ค (Facebook)	33	7.3
ไลน์ (Line)	29	6.4
เอกสาร/แผ่นพับ/คู่มือของโรงพยาบาล	10	2.2
สื่อสิ่งพิมพ์/ป้าย/โฆษณา	10	2.2
อื่นๆ ระบุม แอปพลิเคชันหมอพร้อม	3	0.6

4.3 ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.42, SD = .53) เมื่อพิจารณาความเชื่อด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค ($\bar{X}$ = 3.75, SD = .72) อยู่ในระดับสูง ส่วนด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ($\bar{X}$ = 3.43, SD = .97) ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ($\bar{X}$ = 3.56, SD = .98) ด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค ($\bar{X}$ = 3.12, SD = .61) ด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตนเอง ($\bar{X}$ = 3.32, SD = .73) อยู่ในระดับปานกลาง รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ตัวแปร	Min	Max	$\bar{x}$	SD	ระดับ
ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม	2.29	4.65	3.42	.53	ปานกลาง
รายด้าน					
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility)	1.00	5.00	3.43	.97	ปานกลาง
การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity)	1.00	5.00	3.56	.98	ปานกลาง
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค (Perceived benefits)	2.50	5.00	3.75	.72	สูง
การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค (Perceived barriers)	1.50	4.5	3.12	.61	ปานกลาง
การรับรู้ความสามารถแห่งตนเอง (Perceived Self-efficacy)	2.00	5	3.32	.73	ปานกลาง

4.4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.53$, $SD=.53$) เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ($\bar{X}=2.84$, $SD=1.11$), ความเข้าใจในข้อมูล ($\bar{X}=3.33$, $SD=.54$) ด้านการจัดการตนเอง ($\bar{X}=3.39$, $SD=0.56$), ด้านทักษะการสื่อสาร ($\bar{X}=3.57$, $SD=0.83$), ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ($\bar{X}=3.56$, $SD=1.07$), ทักษะการตัดสินใจและการเลือก ($\bar{X}=3.47$, $SD=.64$) อยู่ในระดับปานกลาง รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ตัวแปร	Min	Max	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	2.48	4.65	3.53	.53	ปานกลาง
รายด้าน					
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access skill)	1	5.00	2.84	1.11	ปานกลาง
ความเข้าใจในข้อมูล (Cognitive skill)	2.33	4.33	3.33	.54	ปานกลาง
การจัดการตนเอง (Self-management skill)	2.43	4.71	3.39	.56	ปานกลาง
ทักษะการสื่อสาร (Communication skill)	1.50	5.00	3.57	.83	ปานกลาง
การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy skill)	2.00	5.00	3.56	1.07	ปานกลาง
ทักษะการตัดสินใจและการเลือก (Decision skill)	1.75	5.00	3.47	.64	ปานกลาง

4.5 พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.55$, $SD=.49$) เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายด้าน พบว่า ด้านการลดสัมผัส ($\bar{X}=4.04$, $SD= .71$) อยู่ในระดับสูง ด้านการเลี่ยงจุดเสี่ยง ($\bar{X}=3.24$, $SD= .65$) และด้านการดูแลสุขภาพตนเองและสังคม ($\bar{X}=3.51$, $SD= .51$) อยู่ในระดับปานกลาง รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ตัวแปร	Min	Max	$\bar{X}$	SD	ระดับ
พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวม	2.70	4.70	3.55	.49	ปานกลาง
รายด้าน					
การลดสัมผัส	2.25	5.00	4.04	.71	สูง
การเลี่ยงจุดเสี่ยง	2.00	4.80	3.24	.65	ปานกลาง
การดูแลสุขภาพตนเองและสังคม	2.82	4.64	3.51	.51	ปานกลาง

4.6 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

4.6.1 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r= .70$) ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ระดับปานกลาง หากพิจารณารายด้าน พบว่าด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค ด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค และด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r= .50, r=.37, r=.48, r=.33, r=.65$) ตามลำดับ ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ระดับปานกลาง รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ข้อมูลความเชื่อด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม	.70	.00
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	.50	.00
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	.37	.00
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค	.48	.00
การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค	.33	.00
การรับรู้ความสามารถแห่งตนเอง	.65	.00

r = Pearson's product-moment correlation coefficient

*p < 0.05

4.6.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .55$) ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ระดับปานกลาง หากพิจารณารายด้านพบว่าด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความเข้าใจในข้อมูล ด้านการจัดการตนเอง ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านทักษะการตัดสินใจและการเลือก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .39, r = .32, r = .42, r = .49, r = .63$) ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ส่วนด้านการรู้เท่าทันสื่อไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	.48	.00
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access skill)	.39	.00

ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
ความเข้าใจในข้อมูล (Cognitive skill)	.32	.00
การจัดการตนเอง (Self-management skill)	.42	.00
ทักษะการสื่อสาร (Communication skill)	.49	.00
การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy skill)	-.08	.46
ทักษะการตัดสินใจและการเลือก (Decision skill)	.63	.00

r = Pearson's product-moment correlation coefficient

*p < 0.05

4.7 การอภิปรายผล

จากการศึกษา ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิจัยตามลำดับดังนี้

4.7.1 ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง สามารถอธิบายได้ว่าอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้สูงอายุ ($\bar{X}$ = 66, Max=85, Min=41) เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้ร่างกายเริ่มหย่อนสมรรถภาพเนื่องจากใช้งานมานาน การเปลี่ยนแปลงหรือการปรับตัวในวัยนี้จะแสดงออกในด้านความล่าช้าในกิจกรรมทุกด้าน ความคิดความจำ การรับรู้ ประสาทสัมผัสและการเคลื่อนไหวสมรรถภาพในการทำงานของร่างกายก็ลดลงด้วยเช่นเดียวกัน (กณิกนันต์ หยกสกุล, 2551) จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้ที่ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ ญัฐพล เดชสายบัว (2565) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด 19 กับแรงจูงใจในการเข้ารับบริการวัคซีนโรคโควิด 19 ต่อเนื่องของผู้สูงอายุ และนิชาภา เหมือนภาค (2565) ที่ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผลกระทบสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ของประชาชนจังหวัดนครราชสีมา โดยกลุ่มตัวอย่างมีระดับความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวมในระดับปานกลาง

นอกจากนี้ยังพบว่าผลการวิจัยแตกต่างจากการศึกษาของ อนันต์ จันทศรี (2565) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในชุมชนพบกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

โดยรวมในระดับสูงอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยผู้สูงอายุตอนต้นอายุ 60-69 ปี ทำให้มีการรับรู้ที่ดีกว่า จึงทำให้ผลการวิจัยแตกต่างกัน

4.7.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สามารถอธิบายได้ว่าอาจเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ($\bar{X}$ = 66, Max=85, Min=41) เนื่องจากวัยผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายที่เสื่อมสมรรถภาพของระบบต่างๆ ลง โดยเฉพาะความผิดปกติในการทำงานของสมอง ที่ทำให้เกิดความเสื่อมถอยของความสามารถด้านการรู้คิดอย่างต่อเนื่อง จากระดับปกติที่เคยเป็นอยู่ และค่อนข้างมากที่พบในคนสูงอายุปกติ โดยมีการเสื่อมของความจำพบเป็นอาการเด่น ในขณะที่มีสติสัมปชัญญะปกติ (อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ, 2550) และด้านจิตใจที่พบบ่อยในวัยสูงอายุ เช่น การรับรู้ ซึ่งผู้สูงอายุมักยึดติดกับความคิดและเหตุผลของตนเอง จำเหตุการณ์ปัจจุบันไม่ค่อยได้ หลง ๆ ลืม ๆ และชอบย้ำคำถามบ่อย ๆ เรียนรู้สิ่งใหม่ได้ยากเพราะไม่มีความมั่นใจในการปรับตัว (สสส, 2561) จึงทำให้ผู้สูงอายุอาจมีปัญหาบางอย่างในการทำความเข้าใจกับเอกสารสื่อสารสนเทศด้านการศึกษาและการสื่อสาร ที่นำมาใช้สื่อสารกับผู้สูงอายุ (UNFPA Thailand, 2563) นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 41.9 ซึ่งบุคคลที่มีการศึกษาน้อยจะส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะชุมชนชนบทในประเทศที่กำลังพัฒนา (Van Hoa et al., 2020) ทำให้ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาไม่สามารถนำความรู้ไปใช้ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคได้อย่างเหมาะสม (Olowe & Ross, 2017)

สอดคล้องกับการศึกษาของ กัมปนาท โคตรพันธ์ และนิยม จันทรินทร์ (2565) กรรณิกา อุ่นอ้าย และคณะ (2565) ณัฐกร นิลเนตร และคณะ (2565) นูรดินี ดือระ และคณะ (2565) ประศักดิ์ สันติภาพ, ภิรติ ชูประวัติ และเทื้อ ทองแก้ว (2564) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับปานกลางเช่นกัน นอกจากนี้ยังพบว่า ผลการวิจัยครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของ ชญานิศ ลือวานิช และคณะ (2563) ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการดำเนินชีวิตวิถีใหม่ในการป้องกันตนเองจากไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ของประชาชนที่อาศัยในจังหวัดภูเก็ต การศึกษาของดาวรุ่ง เยาวกุล และคณะ (2565) ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ในเขตสุขภาพที่ 6 และการศึกษาของ เบญจมาพร อาดัมเจริญ และวาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล (2565) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ในยุคชีวิตวิถีใหม่ของกลุ่มวัยทำงานในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับสูง อาจเนื่องจากการศึกษาที่แตกต่างเป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็น

ประชาชน อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน และกลุ่มวัยทำงาน ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพแข็งแรง ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จึงทำให้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง

4.7.3 พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สามารถอธิบายได้ว่าอาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างอาจมองว่าโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่น่ากลัว เพราะมีความรุนแรงของการระบาดของโรคและความรุนแรงในการก่อโรคลดลง (Olum et al., 2020) ประกอบกับภาครัฐประกาศชัดเจนว่าโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่ใช่โรคติดต่อร้ายแรงและเป็นโรคประจำถิ่น (Endemic disease) ทำให้พฤติกรรมและวิถีชีวิตเปลี่ยนไป เนื่องจากต้องปรับตัวให้อยู่รอดในสภาพแวดล้อมทางสังคมและเศรษฐกิจรูปแบบใหม่ให้ได้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2565) จึงส่งผลให้มีระดับพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

สอดคล้องกับการศึกษาของ กัมปนาท โคตรพันธ์ และนิยม จันทน์นวล (2565) ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การศึกษาของ ชญานิศ ลือวานิช และคณะ (2563) เรื่องความรู้ด้านสุขภาพและการดำเนินชีวิตวิถีใหม่ในการป้องกันตนเองจากไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ของประชาชนที่อาศัยในจังหวัดภูเก็ต และณัฐกร นิลเนตร และคณะ (2565) ที่ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน นอกจากนี้ยังพบว่าผลการวิจัยแตกต่างจากการศึกษาของ เบญจมาพร อาตัมเจริญ และวาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล (2565) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ในยุคชีวิตวิถีใหม่ของกลุ่มวัยทำงานในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล และพัชรา ทิรัญวัฒนกุล และสมเสาวนุช จมูศรี (2565) ที่ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของชุมชนโดยรอบมหาวิทยาลัยมหาสารคาม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับสูง อธิบายได้ว่าทั้ง 2 การศึกษากลุ่มตัวอย่างมีอายุน้อยกว่า โดยมีอายุเฉลี่ย 41 ปี ซึ่งอยู่ในวัยทำงาน และมีระดับการศึกษาเฉลี่ยสูงกว่าระดับประถมศึกษา

เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยรายด้าน พบว่า

1. ด้านการลดสัมผัส อยู่ในระดับสูง สามารถอธิบายได้ว่า อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างอาจได้รับอิทธิพลจากมาตรการการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของรัฐบาล ทั้งนี้อาจเป็นเพราะมีการประชาสัมพันธ์ถึงสถานการณ์ระบาดของโรคและการให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวและความรุนแรงของโรคทุกวันๆ ละหลายรอบ และหลายช่องทาง ส่งผลให้ได้รับการกระตุ้น

เดือนเน้นย้ำบ่อย ๆ (บุญเลิศ บุตรจันทร์, 2566) จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมด้านการลดการสัมผัส ซึ่งประกอบด้วย มีการล้างมือด้วยสบู่และน้ำสะอาด หรือใช้แอลกอฮอล์ เจลล้างมือ ก่อนกินอาหาร และหลังจับสิ่งของสาธารณะ เช่น รวบบันได ที่จับประตู ปุ่มกดลิฟท์ เป็นต้น และใส่หน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้านหรือที่มีบุคคลอื่นอยู่ร่วมด้วย มีคะแนนอยู่ในระดับสูง

2. ด้านการเลี่ยงจุดเสี่ยง อยู่ในระดับปานกลางสามารถอธิบายได้ว่า อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างอาจมองว่าศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด19 (ศบค.) ได้มีการประกาศลดระดับให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เข้าสู่โรคติดต่อเฝ้าระวังของกระทรวงสาธารณสุข หรือโรคประจำถิ่น (Endemic disease) โดยการผ่อนคลายทางนโยบาย หรือมาตรการต่าง ๆ เพื่อให้ประชาชนได้ออกมาใช้ชีวิตภายใต้การใช้ชีวิตวิถีใหม่ (New normal) มากขึ้น (ไตรศุลี ไตรสรณกุล, 2565) ทำให้พฤติกรรมและวิถีชีวิตเปลี่ยนไป เนื่องจากต้องปรับตัวให้อยู่รอดในสภาพแวดล้อมทางสังคมและเศรษฐกิจรูปแบบใหม่ให้ได้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ประชาชนมีการออกมาใช้ชีวิตเพิ่มมากขึ้น (โอกาส การยักวิน พงศ์, 2566) จึงอาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านการเลี่ยงจุดเสี่ยง อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งประกอบด้วย การหลีกเลี่ยงการเข้าไปในพื้นที่ที่มีคนหนาแน่น แออัด หรือพื้นที่ปิด ซึ่งหลีกเลี่ยงได้ยากหากมีความจำเป็น และหลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสใบหน้า ตา ปาก จมูก โดยไม่จำเป็น

3. ด้านการดูแลสุขภาพตนเองและสังคม อยู่ในระดับปานกลาง สามารถอธิบายได้ว่าอาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ($\bar{X}=66$, $Max=85$, $Min=41$) และเป็นผู้ที่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 100 และระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 41.9 ซึ่งผู้สูงอายุเมื่อมีอายุมากขึ้นความสามารถในการดูแลตนเองกลับลดลง เป็นเพราะความเสื่อมถอยทางด้านร่างกายทำให้การเคลื่อนไหว และการใช้กล้ามเนื้อได้น้อยลง และจากการศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรด้านข้อมูลทั่วไปกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุพบว่า ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุในประถมศึกษาและต่ำกว่ามีความสัมพันธ์ไปในทางเดียวกันกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กล่าวคือผู้สูงอายุที่มีโอกาสทางการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้ดีกว่าเนื่องจากมีโอกาสได้รับความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่า (นิรุวรรณ เทิร์นโบล และคณะ, 2564)

4.7.4 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

4.7.4.1 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลโดยรวมพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ .05 ($r = .70$) ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อนันต์ จันทรศรี และอุมาพร เคนศิลา (2565) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับ พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่าเมื่อทดสอบ ความสัมพันธ์โดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .46$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า

1. ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .50$) จากทฤษฎีกล่าวว่า ความเชื่อของบุคคลในการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เชื่อว่าการที่บุคคลจะมี แรงจูงใจสู่การมีสุขภาพดีนั้น บุคคลต้องเชื่อว่าตนมีภาวะสุขภาพเป็นองค์ประกอบที่มีอำนาจในการ กระตุ้นให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี หากบุคคลรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมักจะทำให้บุคคลมี พฤติกรรมการป้องกันโรคมากขึ้น (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988) ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ($\bar{X} = 3.44$, $SD = .87$) ซึ่งอยู่ใน ระดับปานกลาง อาจอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้สูงอายุ ($\bar{X} = 66$, $Max = 85$, $Min = 41$) ซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้ร่างกายเริ่ม เสื่อมถอยหย่อนสมรรถภาพเนื่องจากใช้งานมานาน การเปลี่ยนแปลงหรือการปรับตัวในวัยนี้ จะแสดงออกในด้านความล่าช้าในกิจกรรมทุกด้าน ความคิดความจำ การรับรู้ ประสาทสัมผัสและ การเคลื่อนไหวส่งผลให้สมรรถภาพในการทำงานของร่างกายก็ลดลงด้วยเช่นเดียวกัน (กนิพนันต์ หยกสกุล, 2551) ดังนั้น หากผู้สูงอายุมีการรับรู้ที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม มีการรับรู้ช้าลง จึงส่งผลให้ มีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลางไปด้วย ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ อนันต์ จันทรศรี และอุมาพร เคนศิลา (2565) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิด โรคมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุ ในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .44$)

2. ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับ พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .37$) เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.02$, $SD = .65$) จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับ ปานกลางด้วย สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างอาจมองว่าโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่น่ากลัว เพราะมีความรุนแรงของการระบาดของโรคและความรุนแรงในการก่อโรคลดลง (Olum et al., 2020) ประกอบกับภาครัฐประกาศชัดเจนว่าโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่ใช่โรคติดต่อร้ายแรงและ เป็นโรคประจำถิ่น (Endemic disease) (กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ทำให้พฤติกรรมและวิถีชีวิต เปลี่ยนไป เนื่องจากต้องปรับตัวให้อยู่รอดในสภาพแวดล้อมทางสังคมและเศรษฐกิจรูปแบบใหม่ให้ได้

ซึ่งสนับสนุนแนวคิดของ Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988 กล่าวว่า ความเชื่อ ความคิด การรับรู้อันตรายหรือความรุนแรงของโรคแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันตามพื้นฐานของการใช้ชีวิต และเชื่อว่าการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรค บุคคลต้องประเมินความรุนแรงของโรคที่มีต่อตนในด้านการเจ็บป่วย พิกการ เสียชีวิต ถ้าบุคคลรับรู้ความรุนแรงจะกระตุ้นให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมการป้องกันโรค ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อินทิตา อ่อนลา (2565) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 (โควิด-19) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .37$)

3. ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.48$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค ($\bar{X}=3.75$, $SD=.72$) ซึ่งอยู่ในระดับสูง กล่าวคือ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากแหล่งข้อมูลของความรู้ในหลายๆ แหล่งซึ่งมีการรับรู้จากแหล่งข้อมูลมากกว่า 1 แหล่งข้อมูล ซึ่งประกอบกับรัฐบาลได้ให้ความสำคัญและมีนโยบายเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยมีมาตรการในการประชาสัมพันธ์ถึงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคและความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว และความรุนแรงของโรคทุกวัน วันละหลายรอบและทุกช่องทาง ช่องทางหลายแห่ง ส่งผลให้ได้รับการกระตุ้นเตือนเน้นย้ำตลอด (บุญเลิศ บุตรจันทร์, 2565) แต่เนื่องจากรัฐบาลมีการประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคประจำถิ่น มีการผ่อนคลายนโยบายและมาตรการต่างๆ (กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ผู้คนออกมาใช้ชีวิตประจำวันมากขึ้น จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บุญเลิศ บุตรจันทร์ (2565) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาในผู้สูงอายุ เขตพื้นที่อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .762$)

4. ด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.33$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค ($\bar{X}=3.12$, $SD=.608$) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุเมื่อมีการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลางจะส่งผลให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลางด้วย ทั้งนี้อาจเนื่องจากประโยชน์ของมาตรการของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ การสวมหน้ากากอนามัย การเว้นระยะห่าง การล้างมือโดยใช้เจลแอลกอฮอล์ การวัดอุณหภูมิ เป็นประโยชน์ในการป้องกันโรค แต่ในทางตรงกันข้ามอาจเป็นอุปสรรค

ในการดำเนินชีวิตของประชาชน เช่น หน้ากากอนามัยและเจลแอลกอฮอล์มีราคาแพง หาซื้อยาก ถูกหลอกลวง จึงส่งผลให้ระดับพฤติกรรมป้องกันโรคอยู่ในระดับลดลง (นิชาภา เหมือนภาค, 2565) เมื่อพิจารณาจากข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค กลุ่มตัวอย่างบางรายให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า “การสวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกนอกบ้าน หรืออยู่ในสถานที่ที่มีบุคคลอื่นร่วมด้วย เป็นเรื่องยุ่งยาก เกิดความไม่สุขสบาย ทำให้หายใจไม่ออก” “หน้ากากอนามัยสามารถซื้ใช้ได้จนกว่าจะขาด หูจะหลุดออกจากกัน” “หน้ากากอนามัยสามารถใช้ซ้ำได้ 2-3 วัน เนื่องจากไม่มีเงินซื้อเพราะราคาแพง” ซึ่งสนับสนุนแนวคิดของ Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988 ที่กล่าวว่า การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคเป็นการประเมินผลเกี่ยวกับอุปสรรคในการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล ซึ่งเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลในทางลบ เช่น คำแนะนำนั้นเป็นสิ่งยุ่งยาก เสียค่าใช้จ่าย ทำได้ยาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รักษา โกติรัมย์ (2565) ที่พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

5. ด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.65$) กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างเมื่อมีการรับรู้ความสามารถแห่งตนเองในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.32$, $SD=.736$) จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุมีการรับรู้ลดลง (กณิกนันต์ หยกสกุล, 2551) กลุ่มตัวอย่างจึงอาจมีการรับรู้ความสามารถแห่งตนเองที่ลดลง จึงมีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติตามขั้นตอน และวิธีการป้องกันกันติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ลดลง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ลดลงหรืออยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสนับสนุนแนวคิดของ Rosenstock, Strecher, & Becker (1988) กล่าวว่า ความเชื่อ ความคิด ความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง เป็นความเชื่อว่าตนเองสามารถทำเรื่องนั้นได้ จะแสดงพฤติกรรมใดๆ ให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งความเชื่อมั่นในตนเองจะทำให้เกิดแรงจูงใจ เกิดความอดทนต่ออุปสรรคและความยากลำบากควบคุมสถานการณ์ได้และมีพฤติกรรมในการป้องกันและรักษาโรคได้สำเร็จ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อนันต์ จันทรศรี และอุมพร เคนศิลา (2565) ที่พบว่าการรับรู้ความสามารถแห่งตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r=.63$) และการศึกษาของ วิญญูทัณญ บัญทัน (2564) ที่พบว่าการรับรู้ความสามารถแห่งตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.66$)

จากผลการวิจัยพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวมและรายด้านมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กล่าวคือ เมื่อมีความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลางจะส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock, Strecher, & Becker (1988) การรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใกล้กับสิ่งที่ตนพอใจ และคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตนเอง และจะหนีห่างออกจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา โดยบุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งการรับรู้ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค และการรับรู้ความสามารถแห่งตนเอง

4.7.4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลโดยรวมพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .48$) ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ณิชารีย์ ใจคำวัง (2566) ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ ตำบลคุ้มตะเภา อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี พบว่าเมื่อทดสอบความสัมพันธ์โดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .571$) สอดคล้องกับการศึกษาของ กัมปนาท โคตรพันธ์ และนิยม จันทรวล (2565) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในจังหวัดมุกดาหาร พบว่าเมื่อทดสอบความสัมพันธ์โดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .522$)

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า

1. ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .39$) กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างเมื่อมีการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.84$, $SD = 1.114$) จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพได้จากแหล่งข้อมูลคุณภาพได้ แต่แหล่งข้อมูลอาจมีไม่หลากหลาย ซึ่งจากการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้าถึงข้อมูลสุขภาพจากการฟังจาก

หอกระจายข่าวของหมู่บ้าน รองลงมาคือ ทางโทรทัศน์ และคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งแหล่งข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างได้รับอาจยังไม่เพียงพอที่จะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม จึงทำให้พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลางไปด้วย หรือยังไม่เพียงพอต่อการมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ดี

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิขารีย์ ใจคำวัง และคณะ (2566) ที่พบว่าการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .0001 ($r=.30$)

2. ด้านความเข้าใจในข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.32$) กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างเมื่อมีความเข้าใจในข้อมูลในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.33$, $SD=.544$) จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ($\bar{X}=66$ ปี, $Max=85$ ปี, $Min=41$ ปี) ซึ่งมีปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ต้องเผชิญความเหนื่อยทางปัญญาอันสืบเนื่องมาจากความเสื่อมถอยของระบบร่างกาย โดยเฉพาะระบบประสาทสัมผัสต่างๆ (Kaeodumkoeng & Thummaku, 2015) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดของความสามารถในการอ่านและเข้าใจในข้อมูลทางสุขภาพ (นริศรา แก้วบรรจกร, 2563) จึงนำไปสู่การมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลางได้

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิขารีย์ ใจคำวัง และคณะ (2566) ซึ่งพบว่าความเข้าใจในข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง กับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .0001 ($r=.531$) และปาริชาติ ญาตินิยม และคณะ (2566) ที่พบว่า ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .001 ($r_s=1.77$)

3. ด้านการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.42$) กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างเมื่อมีการจัดการตนเองในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.39$, $SD=0.567$) จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดของความสามารถในการอ่านและเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ รวมถึง

การแสวงหาการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเอง (นริศรา แก้วบรรจกร, 2563) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างยังไม่สามารถจัดการตนเองในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้เป็นอย่างดี

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชญาณิช ลือวานิช และคณะ (2563) ที่พบว่าด้านการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดำเนินชีวิตวิถีใหม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.30$)

4. ด้านทักษะการสื่อสาร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.49$) กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างเมื่อมีทักษะการสื่อสารในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.56$, $SD=1.073$) จะส่งผลให้มีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีทักษะในการฟัง การอ่านและการเขียนลดลงตามวัยที่เพิ่มขึ้น ส่งผลต่อความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ เกิดข้อจำกัดในการสื่อสาร โดยเฉพาะการสื่อสารสองทางกับบุคลากรทางด้านสาธารณสุข (กิจพนน ศรีธานี, 2560)

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปาริชาติ ญาตินิยม (2566) ที่พบว่าทักษะการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_s=.102$) และวงศธร อ่อนศรีบุตร และนิยม จันทน์นวล (2566) ที่พบว่าทักษะการสื่อสารความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r=.421$)

5. ด้านทักษะการตัดสินใจและการเลือก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.63$) ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ระดับปานกลาง กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างเมื่อมีทักษะการตัดสินใจและการเลือกในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.47$, $SD=.647$) จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพได้จากแหล่งข้อมูลคุณภาพได้ แต่อาจจะมีแหล่งข้อมูลที่ไม่หลากหลาย ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ได้จากการฟังผ่านทางหอกระจายข่าวของหมู่บ้าน รองลงมาคือ ผ่านทางโทรทัศน์ และคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งไม่มีความหลากหลาย อาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลด้านสุขภาพไม่เพียงพอ ทำให้ความสามารถในการเลือกและตัดสินใจยังไม่เหมาะสม ดังนั้น หากกลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพได้จากแหล่งข้อมูลคุณภาพที่หลากหลาย เช่น จากสื่อโทรทัศน์ การบอกต่อ การแจ้งข่าวจากเสียงตามสายหมู่บ้าน การรณรงค์จาก อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รพ.สต. และสมาชิกครอบครัว ซึ่งข้อมูลด้านสุขภาพจากหลายๆ แหล่งดังกล่าว อาจช่วยให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเลือกและตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น (Khumthong et al., 2016)

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจมาพร อาดัมเจริญ และวาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล (2565) ที่พบว่าพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ในยุคชีวิตวิถีใหม่โดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการตัดสินใจและการเลือก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 ($r=464$)

6. ด้านการรู้เท่าทันสื่อไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, $p\text{-value} .46$ ($r=-.08$) กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างเมื่อมีทักษะการรู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=3.56$, $SD=1.073$) สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งมีสภาพร่างกายและจิตใจหรือสมรรถนะทางร่างกายและจิตใจที่ถดถอยลง มีความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ทุกด้าน เช่น ระบบประสาทการรับรู้ (การฟัง การอ่าน การเขียน) การคิด และการตัดสินใจ (Kaeodumkoeng & Thummaku, 2015) ทำให้มีข้อจำกัดต่อความสามารถในการเรียนรู้ ความคิด และข้อจำกัดในการตรวจสอบความถูกต้อง หรือผู้สูงอายุมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง รับรู้ข้อมูลข่าวสารลดลง นำไปสู่การแยกห่างจากสังคม (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2562) จึงมีการรู้เท่าทันสื่อไม่ตื่นัก ทำให้การตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กระทำได้ไม่เต็มที่ อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะมีการรู้เท่าทันสื่อระดับปานกลาง แต่เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง เป็นต้น จากความถดถอยของร่างกายและจิตใจ ผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลและช่วยเหลือในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากครอบครัว หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องอยู่ในสภาวะพึ่งพิงคนในครอบครัว (สุพรรณิ ใจดี, 2559) จึงอาจส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ผู้สูงอายุจะไม่สามารถตัดสินใจกระทำได้ด้วยตนเอง ถึงแม้ว่าจะมีการรู้เท่าทันสื่อในระดับปานกลางก็ตาม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (ลลิตา พนาคร, 2558) ที่พบว่าผู้ดูแลหรือคนในครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการปฏิบัติตัวหรือมีพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สูงอายุ และการศึกษาของ กิจปพน ศรีธานี (2560) ที่พบว่า การตัดสินใจและทักษะการเลือกปฏิบัติของผู้สูงอายุ อาจได้รับอิทธิพลจากวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมรอบตัว รวมทั้งประสบการณ์เดิมที่สั่งสมมาในอดีต นั่นคือ ถึงแม้จะได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการป้องกันการติดเชื้อฯ จากสื่อยุคใหม่ในช่องทางต่างๆ มาบ้างพอควร ผู้สูงอายุก็ยังคงมีพฤติกรรมสุขภาพในแบบเดิมที่ตนคุ้นเคย และยังไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปจากเดิมนั่นเอง

จากผลการวิจัยพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r= .55$) ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ระดับปานกลาง จากเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมทั้งร่างกาย จิตใจ รวมถึงการรับรู้ (สสส, 2561) และมีการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา ซึ่งคุณลักษณะเฉพาะด้านความรู้มี

ความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Van Hoa et al., 2020) เพราะส่งผลทำให้ขาดโอกาสในการแสวงหาความรู้จึงไม่สามารถนำความรู้ไปใช้ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคได้อย่างเหมาะสม (Olowe et al, 2017) จึงส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มตัวอย่าง กล่าวคือเมื่อมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลางส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับปานกลางด้วย อธิบายได้ว่าเมื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะเพิ่มขึ้นไปด้วย สอดคล้องกับแนวคิดของนัทบีม (Nutbeam, 2008) กล่าวคือ หากบุคคลมีความรอบรู้สุขภาพที่ดี พฤติกรรมสุขภาพจะดีตามไปด้วย เนื่องจากมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ มีทักษะการสื่อสาร การตัดสินใจ จัดการตนเองและสามารถรู้เท่าทันสื่อได้ ทั้งนี้ผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้น ต้องมีทักษะด้านการฟัง การอ่าน และการเขียน เป็นพื้นฐานเนื่องจากทักษะต่างๆ เป็นพื้นฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพซึ่งสามารถพัฒนาได้ด้วยวิธีต่างๆ เมื่อได้มีการนำสู่การปฏิบัติทำให้เกิดผลต่อการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีต่อไป



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สรุปผลการวิจัย ข้อจำกัดการวิจัย และข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้ตามหัวข้อ ดังต่อไปนี้

- 5.1 สรุปผลการวิจัย
- 5.2 ข้อจำกัดการวิจัย
- 5.3 ข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ (Correlational descriptive research) เพื่อศึกษาเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือกลุ่ม 608 (ตามรหัสโรค ICD 10) ได้แก่ โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ประกอบด้วย โรคหอบหืด (J45) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (J44), โรคหัวใจและหลอดเลือด ประกอบด้วย โรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง (I25) โรคไขมันในเลือดสูง (E78), โรคไตเรื้อรัง (N18, N180, N188, N189, N19), โรคหลอดเลือดสมอง (I64), โรคอ้วน (E66), โรคมะเร็ง ประกอบด้วย มะเร็งตับ (C22) มะเร็งท่อน้ำดี (C24) มะเร็งปอด (C34) และ โรคเบาหวาน (E10-E149) วัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพล อำเภพลพ จังหวัดขอนแก่น ระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 จำนวน 74 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .83, .83, .86 ตามลำดับ วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) เนื่องจากมีการแจกแจงข้อมูลแบบปกติ

ผลการวิจัยสรุปว่า

5.1.1 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาความเชื่อด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส

โควิด 2019 รายงานพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค อยู่ในระดับสูง ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค ด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง

5.1.2 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 2019 โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 2019 รายงานพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ, ความเข้าใจในข้อมูล ด้านการจัดการตนเอง, ด้านทักษะการสื่อสาร, ด้านการรู้เท่าทันสื่อ, ทักษะการตัดสินใจและการเลือก อยู่ในระดับปานกลาง

5.1.3 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 2019 โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 2019 รายงานพบว่า ด้านการลดสัมผัส อยู่ในระดับสูง ด้านการเลี่ยงจุดเสี่ยง และด้านการดูแลสุขภาพตนเองและสังคม อยู่ในระดับปานกลาง

5.1.4 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 2019 โดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .70$) ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ระดับปานกลาง หากพิจารณารายด้านพบว่าด้าน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ด้านการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค ด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค และด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .50, r = .37, r = .48, r = .33, r = .65$) ตามลำดับ ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ระดับปานกลาง

5.1.5 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 2019 โดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .55$) ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ระดับปานกลาง หากพิจารณารายด้านพบว่าด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความเข้าใจในข้อมูล ด้านการจัดการตนเอง ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านทักษะการตัดสินใจและการเลือก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .39, r = .32, r = .42, r = .49, r = .63$) ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ส่วนด้านการรู้เท่าทันสื่อไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 2019

5.2 ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังต่อไปนี้

5.2.1 ด้านปฏิบัติการพยาบาล

จากผลการวิจัยระดับการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริม ความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อให้เกิด พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยเฉพาะในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019

จากผลการวิจัยพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้านการรู้เท่าทันสื่อไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พยาบาลควรหาวิธีในการให้การพยาบาลใน รูปแบบต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมีทักษะด้านการรู้เท่าทันสื่อ เช่น จัดรูปแบบการสอนในคลินิก การเตรียมแผ่นพับ ให้ดูวิดีโอขณะรอตรวจ และผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลและสอบถามทางช่องทาง ออนไลน์จากแอปพลิเคชันจากเครื่องมือสื่อสารเคลื่อนที่ นอกจากนี้ควรเพิ่มช่องทางการขอคำปรึกษา โดยตรงจากพยาบาลทางโทรศัพท์ เป็นต้น เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 ที่ดี

5.2.2 ด้านการวิจัย

จากผลการวิจัยสามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้าน สุขภาพ โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยเฉพาะในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนา โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อให้เกิดการมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 ที่ดี

พญ. ปณ. จิตโต ชีเว

บรรณานุกรม

- กณิกนันต์ หยกสกุล. (2551). การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ในการจัดกิจกรรมเพื่อสุขภาพ. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข. (2565). โควิด-19 บทเรียนระบาดวิทยา (ร. สุพรรณไชย มาตย์, Ed.). <https://ihppthaigov.net/publication/covid19>
- กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข. (2567). https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/situation_more.php
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). มาตรการและแนวทางการดำเนินการเพื่อเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 <https://ncmc.moph.go.th/home/index/detail/29762>
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564a). แนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หรือโควิด 19 สำหรับประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/int_protection/int_protection_030164.pdf
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564b). สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/2017420210820025238.pdf>
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2563). กรมอนามัย เน้น 3 ล. ‘ลด – เลี่ยง – ดูแล’ สร้าง สุขอนามัย ป้องกัน COVID-19 <https://multimedia.anamai.moph.go.th/news/news070363/>
- กรรณิกา อุ่นอ้าย, พนิดา ชัยวัง, พรพิมล กรกกัญจำจร., และดวงใจ ปันเจริญ. (2565). ความรอบรู้ ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ สมอ่งเสื่อมในชุมชนชนบท จังหวัดเชียงราย. พยาบาลสารมหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 49(1), 200-212.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2565a). ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องยกเลิกประกาศกระทรวง สาธารณสุข. https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2565/E/223/T_0001.PDF
- กระทรวงสาธารณสุข. (2565b). แผนและมาตรการการบริหารจัดการสถานการณ์โรคโควิด 19 สู่โรค ประจำถิ่น. <https://dmsic.moph.go.th/index/detail/8962>

- กระทรวงสาธารณสุข. (2565). คำแนะนำสำหรับประชาชนเพื่อการป้องกันโควิด 19 เมื่อเข้าสู่ระยะหลังการระบาดใหญ่ (Post-pandemic). https://ddc.moph.go.th/Viralpneumonia/file/int_protection/int_protection_220665.pdf.
- กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข. (2564). รายงานผลการทบทวนสถานการณ์โรคโควิด-19 และมาตรการควบคุมป้องกันในระดับโรค และในประเทศไทย.
- กัมปนาท โคตรพันธ์, และนิยม จันทน์นวล. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในจังหวัดมุกดาหาร [Oral Presentation]. การประชุมวิชาการระดับชาติ มอบ. วิจัย ครั้งที่ 16 Research and Innovation for SDGs in the Next Normal, มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.
- กิจปพน ศรีธานี. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 11(1), 26-36.
- จุฑาวรรณ ใจแสน. (2563). พฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ของพนักงานสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ [บทความวิจัย]. มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- ฉัตรวรรณ ศรีวิสัย. (2564). พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ].
- ชาญานิศ ลือวานิ, จิตติพงศ์ สังข์ทอง, อาทิตยา จิตจำนงค์, สุธาสินี พิชัยกาล, นิศากร ต้นติวิบูลชัย, เอกชัย เสี่ยงล้ำ, ชาตรี บุญทวี, และรังสิมา โสปีเตะหมัด. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการดำเนินชีวิตวิถีใหม่ในการป้องกันตนเองจากไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019 ของประชาชนที่อาศัยในจังหวัดภูเก็ต. *NU Journal of Nursing and Health Sciences*, 14(3), 73-88. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/NurseNu/article/view/246273>
- เชาวลิต เลื่อนลอย. (2565). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน อำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา, 2(1), 18-33. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tjpe/article/view/255782>
- ณัฐกร นิลเนตร, สุขศิริ ประสมสุข, นครินทร์ ประสิทธิ์, เพ็ญวิภา นิลเนตร, ณัฐพล โยธา, และกฤติยา ณี ธรรมสาร. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชากรวัยแรงงานในจังหวัดนครราชสีมา. *Health Science Journal of Thailand*, 4(4), 10-18.

- ณัฐพล เดชสายบัว. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 กับแรงจูงใจในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 ต่อเนื่องของผู้สูงอายุ ตำบลลิ้นฟ้า อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ ปีงบประมาณ 2565. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ, 2(พิเศษ), 87-101. <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/SJRH/article/view/1651>
- ณิชาธิ์ ใจคำวัง, จรณินทร แซ่วือ, ธนพร สุขคำ, สุชาติพิทย์ รักใส, และกัญญารัตน์ ผิงบรรหาร. (2566). ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุตำบลคั้งตะเภา อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิชาการวิทยาศาสตร์และวิทยาศาสตร์ประยุกต์ 2566(2), 27-35.
- ดาวรุ่ง เยาวกุล, ปาจริย์ อับดุลลาฮาซิม, และนิภา มหารัษฎพงศ์. (2565). ความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตสุขภาพ ที่ 6. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 15(1), 257-272.
- ดวงพร กตัญญูตานนท์, ธนภรณ์ ทองศิริ, อารยา พิชาติชัยณรงค์, ฉันทพร กิ่งดอกไม้, สุภาพ ธรรมกุล, ภาวสิน แสนคำราง, และชัยนี บิลก่อเต็ม. (2564). Factors related to COVID-19 preventive behaviors among health science students of Huachiew Chalermprakiet University: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี หัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ, 7(1), 8-20. <https://ph02.tci-thaijo.org/index.php/scihcu/article/view/243902>
- เทียน ทองแก้ว. (2563). การออกแบบการศึกษาในชีวิตวิถีใหม่ (Design- Based New Normal): ผลกระทบจากการแพร่ระบาด COVID-19. ครูสภาวิทยากร, 1(2), 1-10. <https://ph02.tci-thaijo.org/index.php/withayajarnjournal/article/view/241830>
- ธนสรณ์ ศรีใช้ประวัติ. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดนนทบุรี. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 19(1), 47-60.
- ธนวัฒน์ รวมสุข, ศุภลักษณ์ พันทอง, ประภัศร ธรรมเมธา, นงนุช วงศ์สว่าง, นพวรรณ ดวงจันทร์, ชลธิชา บุญศิริ, และจิรกุล ครบสอน. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 36(1), 39-52.
- นงลักษณ์ แก้วทอง, ลักขณา เต็มศิริกุลชัย, ประสิทธิ์ สิริพันธ์, ธราดล เก่งการพานิช, และขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2557). ความแตกฉานด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านหนองหอย จังหวัดสระแก้ว HEALTH LITERACY OF

GROUP AT RISK OF HYPERTENSION AT BAN NONGHOI SUB-DISTRICT HEALTH PROMOTING HOSPITAL, SA KAEO PROVINCE. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล (วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ), 30(1), 45-56. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/view/29276>

นริศรา แก้วบรรจกร, ประไพจิตร ชุมแวงวาปี, และกฤษกันทร สุวรรณพันธ์. (2563). ปัจจัยความรอบรู้ทางสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ตำบลโคกสี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 3(3), 1-15. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tjph/article/view/240966>

นิชภา เหมือนภาค, ธนกร ปัญญาใสโสณ, และรัชชัย เอกสันติ. (2565). แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผลกระทบสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนจังหวัดนครราชสีมา. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 40(2), 85-94. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/255476>

นุรติ ตือระ, พัทธราตี ทองเนือง, อามานี แดมะยู, นอวาตี มะยิ, โรสริน เจ๊ะโซ๊ะ, และสุกานดา หนูทอง. (2565). ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ 30 2ส ของผู้สูงอายุในจังหวัดนราธิวาสภายใต้สถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) Health Literacy 3E 2S of Elderly in Narathiwat Province under the Coronavirus 2019 (COVID-19) Pandemic. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 14(2), 1-16. <https://li01.tci-thaijo.org/index.php/pnujr/article/view/253202>

บุญเลิศ บุตรจันทร์. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรม การป้องกันการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาในผู้สูงอายุ เขตพื้นที่อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ), 38(1), 66-78.

เบญจมาพร อาตัมเจริญ, และวาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ในยุคชีวิตวิถีใหม่ของกลุ่มวัยทำงานในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. วารสารพยาบาล, 71(3), 27-35.

ประศักดิ์ สันติภาพ. (2565). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ ในชุมชนเสือใหญ่อุทิศ เขตจตุจักร กรุงเทพฯ. วารสาร มจร พุทธปัญญาปริทรรศน์, 7(3), 72-84. <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/jmbr/article/view/256422>

ปรารักษ์ทิพย์ อุจะรัตน์, ปราณี ทัดศรี, และดวงนา บุญส่ง. (2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาพยาบาล.

Journal of Research in Nursing-Midwifery and Health Sciences, 42(3), 14-24.

<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/nur-psu/article/view/257630>

ปรีชา โนภาค, และภาวิณี แพงสุข. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคแรงสนับสนุนทางสังคมและการปฏิบัติการควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านในเขตเทศบาลเมืองสุรินทร์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี, 30(2), 269-279.

ปาริชาติ ญาตินิยม, สุวารี ทวนวิเศษกุล, และปิ่นกรินทร์ หอยรัตน์. (2566). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในจังหวัดชัยภูมิ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 41(1), e261530.

<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/261530>

ปิยพัชร จิงสมานกุล, ปัญจรัตน์ สุนทรสมิต, นงลักษณ์ บรรพตสุวรรณ, นาทยา ปริกัมศีล, และพวงเมฆพยับ. (2565). อุบัติการณ์ ปัจจัยเสี่ยงและอัตราการตายในผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีภาวะวิกฤต และใช้เครื่องช่วยหายใจในโรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี. วารสารแพทย์เขต 4-5, 41(3), 385-395. [https://he02.tci-](https://he02.tci-thaijo.org/index.php/reg45/article/view/259505)

[thaijo.org/index.php/reg45/article/view/259505](https://he02.tci-thaijo.org/index.php/reg45/article/view/259505)

ปิยอร วจนะทินภัทร, จินต์จุฑา หวายสันเทียะ, ปุณย นุชคงแก้ว, ปิยธิดา อินทร์แก้ว, และพัชรา วดีปาโส. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของบุคลากร และนักศึกษา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี].

พนัชญา ชันติจิตร, ไวยพร พรหมวงศ์, ชนุกร แก้วมณี, และอภิรดี เจริญนุกุล. (2564). แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของประชาชน ในจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์, 5(2), 39-53. [https://he01.tci-](https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnsp/article/view/249514)

[thaijo.org/index.php/bcnsp/article/view/249514](https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnsp/article/view/249514)

พรทิพย์ แก้วชื่น, ชัญญานุช ไพรวงษ์, ธนากร เสถียรพูนสุข, วิฑูรย์ เจียกุงเหลื่อม, ภาวิณี ทิพย์กระโทก, เสาวลักษณ์ บุตรศรี, สมปอง ทาทอง, สิริรินทร์ สีเสนวธนาสกุล, และพิลาส สว่างสุนทรเวช. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ตาบลละลวด อำเภอลำดวน จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอินทร์เทิร์น, 2(3), 70-84. [https://he03.tci-](https://he03.tci-thaijo.org/index.php/scintc/article/view/1166)

[thaijo.org/index.php/scintc/article/view/1166](https://he03.tci-thaijo.org/index.php/scintc/article/view/1166)

- พัตชา หิรัญวัฒนกุล, และสมเสาวนุช จมูศรี. (2565). พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ของชุมชนโดยรอบมหาวิทยาลัยมหาสารคาม. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 8(04), 157-157.
- พิทยภูมิ สิริเพาประดิษฐ์. (2565). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงของอาการผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ณ อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น, 29(3), 61-76. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jdpc7kk/article/view/257001>
- รักษา โกติรัมย์, สิตานันท์ สมรักษ์, พรทิพย์ ทาบทอง, และสุนทรี สารางคำ. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคและพฤติกรรมป้องกันการแพร่ระบาด ของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้สูงอายุ ตำบลเมืองศรีโค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี [Poster Presentation]. การประชุมวิชาการระดับชาติ มอบ.วิจัย ครั้งที่ 17, มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.
- รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์, ปณิดา งามเปี่ยม, สุรัตนา เหล่าไชย, และประภากร ศรีสว่างวงศ์. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพกับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุ กรณีศึกษา: ตำบลแวงน่าง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 14(3), 104-114. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/kkujphr/article/view/247497>
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2562). การวิจัยทางการแพทย์ : แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้(ฉบับปรับปรุง) (Vol. 2564). ดิกรี วิชั่น จำกัด.
- ลลิตา พนาคร, สุธรรม นันทมงคลชัย, และศุภชัย ปิตกุลตั้ง. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุหญิงจังหวัดลำพูน. วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 45(2), 197-209.
- วิญญูทัตญญ บัญทัน, และคณานุรักษ์, ส. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของผู้สูงอายุในชุมชน ตำบลทุ่งเสา อำเภอนาดูน จังหวัดขอนแก่น. *Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi*, 33(1), 25-37. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pnc/article/view/244227>
- วิลาสินี หล้าน้อย, ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์, กาญจนา พิบุลย์, และธรรมวัฒน์ อูปวงษาพัฒน์. (2566). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในภาคตะวันออก. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 : วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 17(2), 307-407. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/261172>

- สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข, สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, สมาคมพญาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย และสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. (2564). แนวทางการดูแลผู้สูงอายุในช่วงที่มีการระบาดของเชื้อโควิด-19 <https://covid19.dms.go.th/backend/>
- สรารุณี บุญสุข. (2566). กรมอนามัย หวั่น ยอดโควิดพุ่งหลังสงกรานต์ เน้นประชาชนสังเกตอาการ ก่อนกลับเข้าทำงาน. <https://www.thaihealth.or.th/?p=230535>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น กระทรวงสาธารณสุข. (2566). สถานการณ์โควิด-19 ขอนแก่น ข้อมูลผู้ป่วย COVID-19 รวม <https://covid19.kkpho.go.th/situation/index.php>
- สุพรรณิ ใจดี. (2559). การศึกษาภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุ ในชุมชนกรุงเทพมหานคร. วารสารแพทยนาวิ, 44(3), 117-135.
- สุพิชฌาย์ ชนะวงศ์, อุไรวรรณ สายสุด, รักษิตา ภาณุพันธ์, และประเสริฐ ประสมรักษ์. (2562). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้และผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ตำบลนาจิก อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน, 4(1), 35-47. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jhscph/article/view/246706>
- สุภาภรณ์ วงธิ. (2563). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สุรียา ฆมานมานะ, โสภณ เอี่ยมศิริถาวร, และสุนนมาลย์ อุทยมกุล. (2563). โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). วารสารสถาบันบำราศนราดูร, 14(2), 124 - 133. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bamrasjournal/article/view/240349>
- อนันต์ จันทศรี, และอุมพร เคนศิลา. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารเกื้อการุณย์, 29(1), 1-13. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/kcn/article/view/251844>
- อรณิชา โชติกาวานิชกุล, พรณรัตน์ เป็นสุข, ศศิรัศม์ นาชัยฤทธิวงศ์, และเบญจมาศ อุนรัตน์. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา โรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขตสุขภาพที่ 9. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 17(1), 35-44. <https://thaidj.org/index.php/jdhss/article/view/9935>

อินทิตา อ่อนลา, อัจฉริยาพร ชุมสงฆ์, อินทหาว คำโยธา, อริศรา ปลื้มใจ, อามิส โสภารัตน์, อาริญา ชัยทอง, อาริยา เสี่ยงเพราะ, อาริรัตน์ ประจงจิตร, เอกรินทร์ พรหมสุวรรณ, และเรืองฤทธิ์ไทรพันธ์. (2565, 12 พฤษภาคม). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019 (โควิด-19) ในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา การประชุมมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติครั้งที่ 13 The 13th Hatyai National and International Conference, มหาวิทยาลัยมหาดใหญ่ สงขลา.

โอภาส การย์กวินพงศ์. (2566). สถานการณ์โรคโควิด-19.

<https://www.senate.go.th/assets/portals/122/fileups/438/files/19%20%E0%B9%80%E0%B8%A1%E0%B8%A9%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%99%202566.pdf>

Al-Aly, Z., Bowe, B., & Xie, Y. (2022). Long COVID after breakthrough SARS-CoV-2 infection. *Nature medicine*, 28(7), 1461-1467.

AMP, L. N.-B., & Kindig, D. A. (2004). Health literacy: a prescription to end confusion. *Washington, DC: The National Academies Press*, 10, 10883.

Backer, J. A., Klinkenberg, D., & Wallinga, J. (2020). Incubation period of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) infections among travellers from Wuhan, China, 20–28 January 2020. *Eurosurveillance*, 25(5), 2000062.

Bamgboye, E. L., Omiye, J. A., Afolaranmi, O. J., Davids, M. R., Tannor, E. K., Wade, S., Niang, A., Were, A., & Naicker, S. (2021). COVID-19 pandemic: is Africa different? *Journal of the National Medical Association*, 113(3), 324-335.

Becker, M. H., Maiman, L. A., Kirscht, J. P., Haefner, D. P., & Drachman, R. H. (1977). The health belief model and prediction of dietary compliance: A field experiment. *Journal of Health and Social behavior*, 348-366.

Cao, M., Zhang, D., Wang, Y., Lu, Y., Zhu, X., Li, Y., Xue, H., Lin, Y., Zhang, M., & Sun, Y. (2020). Clinical features of patients infected with the 2019 novel coronavirus (COVID-19) in Shanghai, China. *MedRxiv*, 2020.2003. 2004.20030395.

Chantra, R., Heetaksorn, C., Kunlaka, S., Sarakshetrin, A., & Rongmuang, D. (2020). Health Literacy of the Population at Risk for Diabetes and Hypertension. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*, 30(2), 177-189.

<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/244944>

- Chen, R., Liang, W., Jiang, M., Guan, W., Zhan, C., Wang, T., Tang, C., Sang, L., Liu, J., Ni, Z., Hu, Y., Liu, L., Shan, H., Lei, C., Peng, Y., Wei, L., Liu, Y., Hu, Y., Peng, P., . . . Zhong, N. (2020). Risk Factors of Fatal Outcome in Hospitalized Subjects With Coronavirus Disease 2019 From a Nationwide Analysis in China. *Chest*, 158(1), 97-105. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.04.010>
- Ciotti, M., Ciccozzi, M., Terrinoni, A., Jiang, W.-C., Wang, C.-B., & Bernardini, S. (2020). The COVID-19 pandemic. *Critical reviews in clinical laboratory sciences*, 57(6), 365-388.
- Dami, F., & Berthoz, V. (2020). Lausanne medical dispatch centre's response to COVID-19. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*, 28(1), 37.
- Edwards, M., Wood, F., Davies, M., & Edwards, A. (2012). The development of health literacy in patients with a long-term health condition: the health literacy pathway model. *BMC public health*, 12, 1-15.
- Fu, L., Wang, B., Yuan, T., Chen, X., Ao, Y., Fitzpatrick, T., Li, P., Zhou, Y., Lin, Y.-f., Duan, Q., Luo, G., Fan, S., Lu, Y., Feng, A., Zhan, Y., Liang, B., Cai, W., Zhang, L., Du, X., . . . Zou, H. (2020). Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in China: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Infection*, 80(6), 656-665. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.03.041>
- Geçer, E., Yıldırım, M., & Akgül, Ö. (2020). Sources of information in times of health crisis: evidence from Turkey during COVID-19. *Journal of Public Health*, 1-7.
- Guan, W.-j., Ni, Z.-y., Hu, Y., Liang, W.-h., Ou, C.-q., He, J.-x., Liu, L., Shan, H., Lei, C.-l., & Hui, D. S. (2020). Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *New England journal of medicine*, 382(18), 1708-1720.
- Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J., Hu, Y., Zhang, L., Fan, G., Xu, J., & Gu, X. (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *The lancet*, 395(10223), 497-506.
- Kaeodumkoeng, k., & Thummaku, d. (2015). การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชากรผู้สูงอายุ Health literacy promoting in aging population. วารสารวิจัยทาง

วิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี, 9(2).

<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JHR/article/view/56547>

Kasl, S. V., & Cobb, S. (1966). Health behavior, illness behavior and sick role behavior: I. Health and illness behavior. *Archives of Environmental Health: An International Journal*, 12(2), 246-266.

Khumthong, T., Potisiri, W., & Kaedumkoeng, K. (2016). Factors influencing health literacy for people at risk of diabetes mellitus and hypertension of Uthai Thani and Ang Thong. *Veridian E-Journal. Science and Technology Silpakorn University*, 3(6), 67-85.

Kwan, B., Frankish, J., Rootman, I., Zumbo, B., Kelly, K., Begoray, D., Kazanijan, A., Mullet, J., & Hayes, M. (2006). The development and validation of measures of “health literacy” in different populations. *UBC Institute of Health Promotion Research and University of Victoria Community Health Promotion Research*.

Lopez-Leon, S., Wegman-Ostrosky, T., Perelman, C., Sepulveda, R., Rebolledo, P. A., Cuapio, A., & Villapol, S. (2021). More than 50 long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Scientific reports*, 11(1), 1-12.

Luo, Y., Yao, L., Hu, L., Zhou, L., Yuan, F., & Zhong, X. (2022). Urban and Rural Disparities of Personal Health Behaviors and the Influencing Factors During the COVID-19 Outbreak in China: Based on an Extended IMB Model. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 16(3), 880-884.

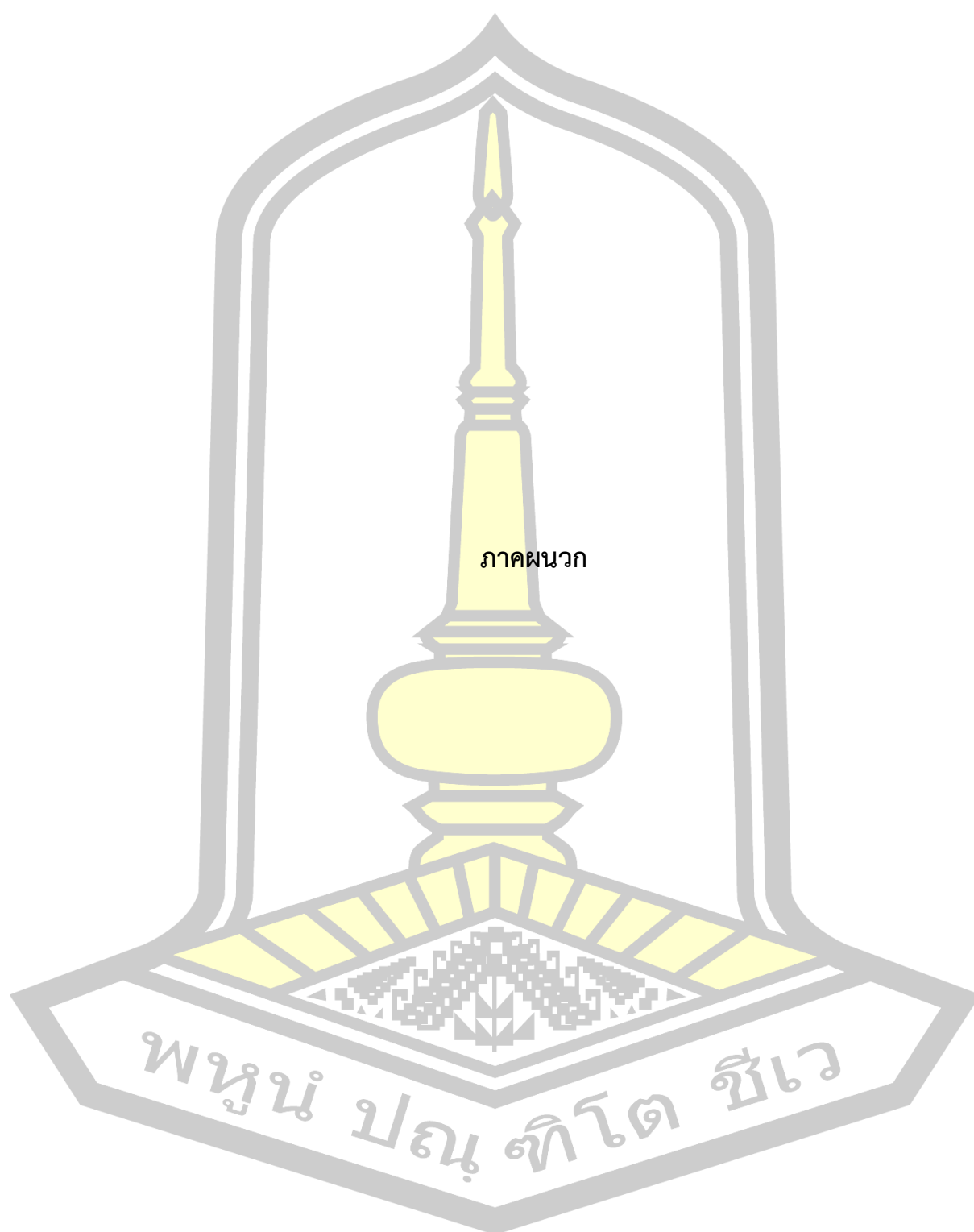
<https://doi.org/10.1017/dmp.2020.457>

Mao, L., Jin, H., Wang, M., Hu, Y., Chen, S., He, Q., Chang, J., Hong, C., Zhou, Y., & Wang, D. (2020). Neurologic manifestations of hospitalized patients with coronavirus disease 2019 in Wuhan, China. *JAMA neurology*, 77(6), 683-690.

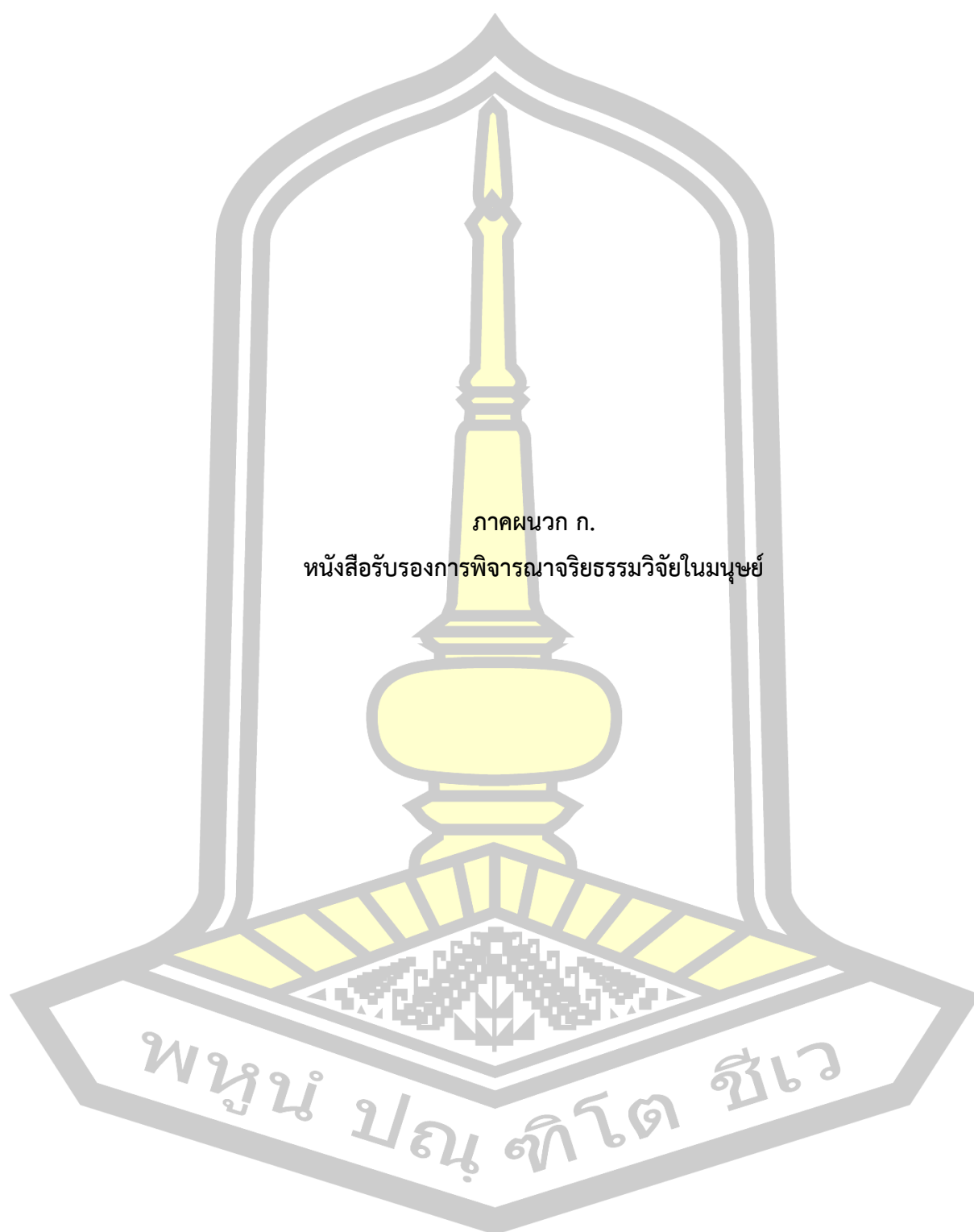
Mathew, D., Giles, J. R., Baxter, A. E., Oldridge, D. A., Greenplate, A. R., Wu, J. E., Alanio, C., Kuri-Cervantes, L., Pampena, M. B., & D’Andrea, K. (2020). Deep immune profiling of COVID-19 patients reveals distinct immunotypes with therapeutic implications. *Science*, 369(6508), eabc8511.

- Merad, M., & Martin, J. C. (2020). Pathological inflammation in patients with COVID-19: a key role for monocytes and macrophages. *Nature reviews immunology*, 20(6), 355-362.
- Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A. M., & Kindig, D. A. (2004). Institute of Medicine Committee on Health, Literacy. In *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. National Academies Press (US)
- Copyright 2004 by the National Academy of Sciences. All rights reserved.
<https://doi.org/10.17226/10883>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*, 15(3), 259-267.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social science & medicine*, 67(12), 2072-2078.
- Olowe, O. A., & Ross, A. J. (2017). Knowledge, adherence and control among patients with hypertension attending a peri-urban primary health care clinic, KwaZulu-Natal. *African journal of primary health care & family medicine*, 9(1), 1-5.
- Organization, W. H. (2024). <https://data.who.int/dashboards/covid19/cases>
- Pelikan, J. M., Ganahl, K., Van den Broucke, S., & Sørensen, K. (2019). Measuring health literacy in Europe: introducing the European health literacy survey questionnaire (HLS-EU-Q). In *International handbook of health literacy* (pp. 115-138). Policy Press.
- Rod, J., Oviedo-Trespalacios, O., & Cortes-Ramirez, J. (2020). A brief-review of the risk factors for covid-19 severity. *Revista de saúde publica*, 54, 60.
- Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. *Health education monographs*, 2(4), 354-386.
- Rosenstock, I. M., Kirscht, J. P., Haefner, D. P., & Kegeles, S. S. (1966). A national study of health beliefs. *Journal of health and Human Behavior*, 248-254.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health education quarterly*, 15(2), 175-183.

- Sabbahi, D. A., Lawrence, H. P., Limeback, H., & Rootman, I. (2009). Development and evaluation of an oral health literacy instrument for adults. *Community dentistry and oral epidemiology*, 37(5), 451-462.
- Shang, J., Ye, G., Shi, K., Wan, Y., Luo, C., Aihara, H., Geng, Q., Auerbach, A., & Li, F. (2020). Structural basis of receptor recognition by SARS-CoV-2. *Nature*, 581(7807), 221-224.
- van der Voort, P. H., Moser, J., Zandstra, D. F., Kobold, A. C. M., Knoester, M., Calkhoven, C. F., Hamming, I., & van Meurs, M. (2020). Leptin levels in SARS-CoV-2 infection related respiratory failure: A cross-sectional study and a pathophysiological framework on the role of fat tissue. *Heliyon*, 6(8).
- Van Hoa, H., Giang, H. T., Vu, P. T., Van Tuyen, D., & Khue, P. M. (2020). Factors associated with health literacy among the elderly people in Vietnam. *BioMed research international*, 2020.
- Walls, A. C., Park, Y.-J., Tortorici, M. A., Wall, A., McGuire, A. T., & Veesler, D. (2020). Structure, function, and antigenicity of the SARS-CoV-2 spike glycoprotein. *Cell*, 181(2), 281-292. e286.
- Yan, L., Zhang, H.-T., Goncalves, J., Xiao, Y., Wang, M., Guo, Y., Sun, C., Tang, X., Jing, L., & Zhang, M. (2020). An interpretable mortality prediction model for COVID-19 patients. *Nature machine intelligence*, 2(5), 283-288.
- Ysrafil, Y., Astuti, I., Mus, R., Gama, N. I., Rahmaisyah, D., & Nur'amalia, R. (2020). A summary of coronavirus disease 2019: What we should know? *Pharmaceutical Sciences*, 26(Covid-19), S24-S35.
- Yuki, K., Fujiogi, M., & Koutsogiannaki, S. (2020). COVID-19 pathophysiology: A review. *Clinical immunology*, 215, 108427.
- Zhang, G.-q., Hu, C., Luo, L.-j., Fang, F., Chen, Y.-f., Li, J.-g., Peng, Z.-y., & Pan, H. (2020). Clinical features and treatment of 221 patients with COVID-19 in Wuhan, China. *China* (2/27/2020).



ภาคผนวก





คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 372-402/2566

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และ พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) The relationships between health beliefs, health literacy and COVID-19 prevention behaviors among patients at risk for COVID-19 infection.

ผู้วิจัย : นางสาวอภิญญา จตุพิทักษ์กุลชัย
หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะพยาบาลศาสตร์
สถานที่ทำการวิจัย : โรงพยาบาลพล

ประเภทการพิจารณาแบบ : แบบเร่งรัด

วันที่รับรอง : 2 ตุลาคม 2566

วันหมดอายุ : 1 ตุลาคม 2567

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์มการปิดโครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หรือหากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

(รองศาสตราจารย์วราพงษ์ พรหมสัถยพรต)

รองประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



**MAHASARAKHAM UNIVERSITY ETHICS COMMITTEE FOR
RESEARCH INVOLVING HUMAN SUBJECTS**

Certificate of Approval

Approval number: 372-402/2023

Title : The relationships between health beliefs, health literacy and COVID-19 prevention behaviors among patients at risk for COVID-19 infection.

Principal Investigator : Miss. Apinya Chatupitakkunchai

Responsible Department : Faculty of Nursing

Research site : Phon Hospital

Review Method : Expedited Review

Date of Manufacture : 2 October 2023

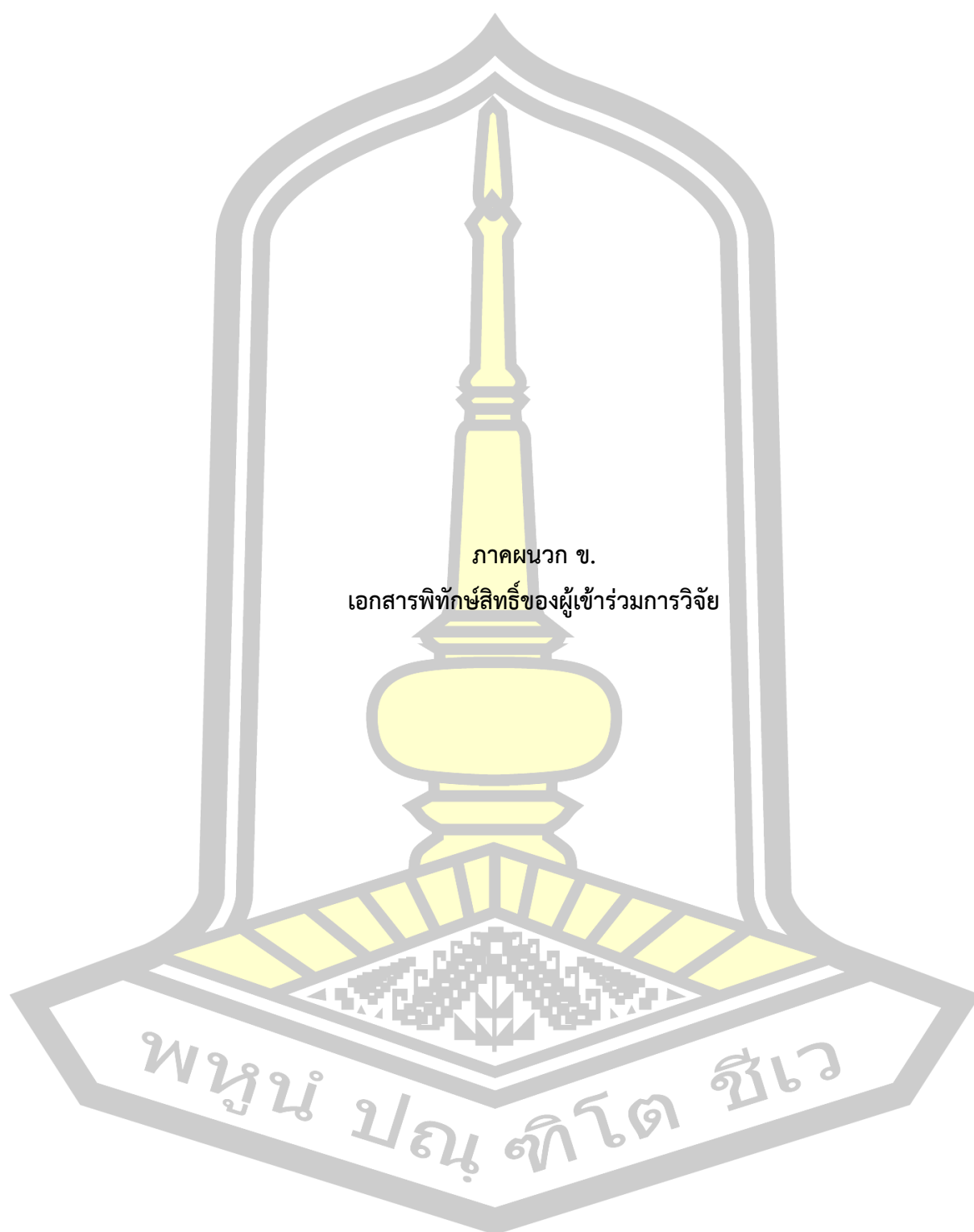
expire : 1 October 2024

This research application has been reviewed and approved by the Ethics Committee for Research Involving Human Subjects, Mahasarakham University, Thailand. Approval is dependent on local ethical approval having been received. Any subsequent changes to the consent form must be re-submitted to the Committee.

(Associate Professor Vorapoj Promasatayaprot)

Vice Chairman

Approval is granted subject to the following conditions: (see back of this Certificate)



**เอกสารชี้แจงสำหรับอาสาสมัครที่ตอบแบบสอบถาม
(สำหรับการตอบแบบสอบถาม 18 ปีขึ้นไป)**

เรียน ผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน

เนื่องด้วยข้าพเจ้า นางสาวอภิญญา จตุพิทักษ์กุลชัย นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังดำเนินการวิจัย เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 The relationships between health beliefs, health literacy and COVID-19 prevention behaviors among patients at risk for COVID-19 infection” โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจากการวิจัยนี้ คือ เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน และแนวทางในการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และข้อมูลที่ได้สามารถนำไปเป็นแนวทางการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 “ท่านอาจจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ แต่ข้อมูลที่ได้จะมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือกลุ่ม 608 ซึ่งได้แก่ 1) กลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป และ 2) ผู้ที่มีโรคประจำตัว 7 โรค ประกอบด้วย โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง โรคอ้วน โรคเบาหวาน และโรคเบาหวาน

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะขอให้ท่านตอบแบบสอบถามในประเด็น ความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งประกอบด้วยคำถาม ทั้งหมด 4 ส่วน จำนวน 71 ข้อ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที และจะขอรับแบบสอบถามคืนโดยเมื่อท่านตอบแบบสอบถามเสร็จ

หากท่านรู้สึกอึดอัด หรือรู้สึกไม่สบายใจกับบางคำถาม ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ รวมถึงท่านมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลอันพึงได้รับในปัจจุบันและอนาคต

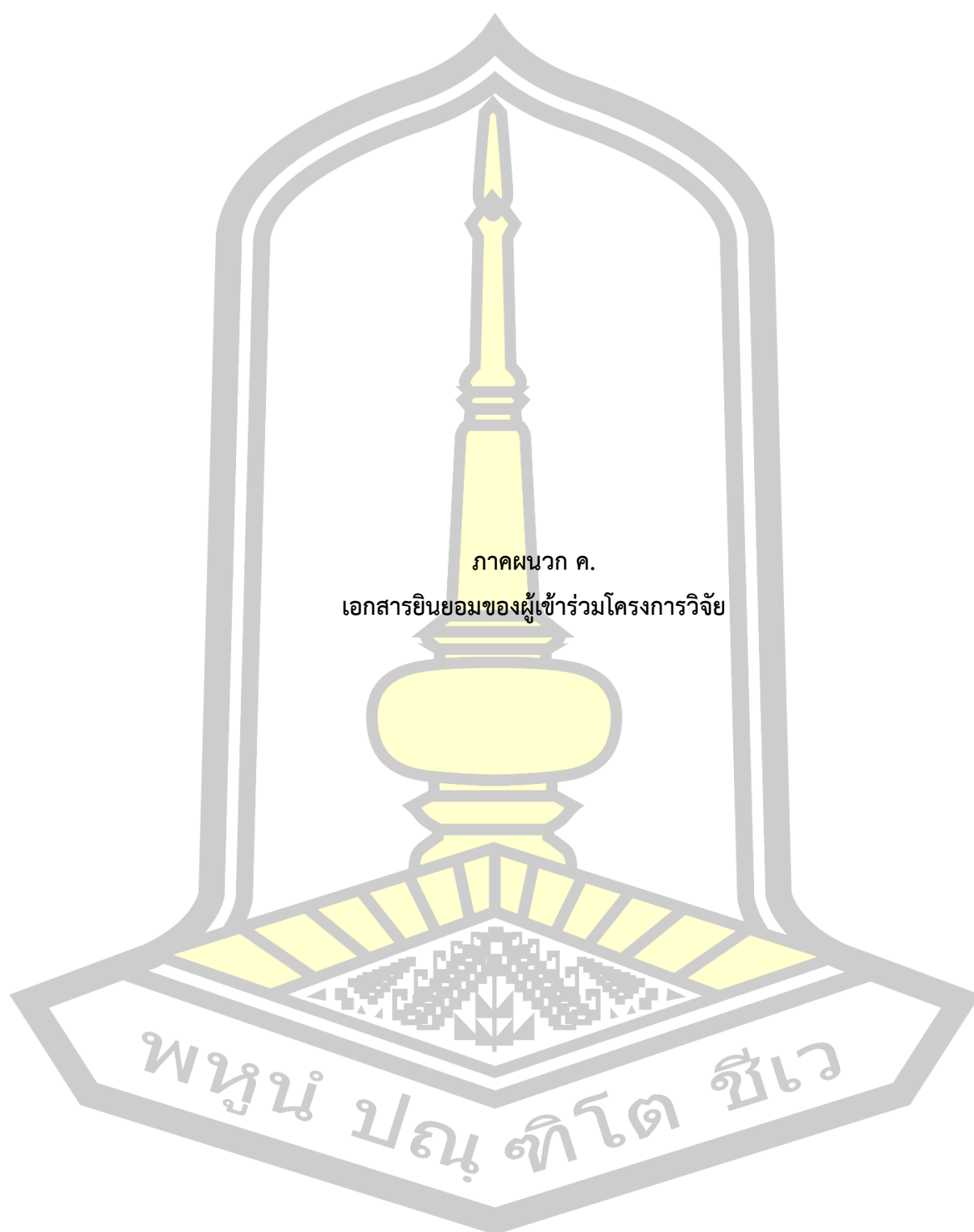
ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น และจะดำเนินการทำลายข้อมูลที่เกี่ยวข้องภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนและไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น

หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับงานวิจัย โปรดติดต่อได้ที่ นางสาวอภิญญา จตุพิทักษ์กุลชัย นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โทร 086-2343107 หรือ อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นางเยาว์ มีเทียน โทร.091-0605640

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

ขอขอบพระคุณอย่างสูง

(นางสาวอภิญญา จตุพิทักษ์กุลชัย)



แบบแสดงความยินยอมให้ทำการวิจัยจากอาสาสมัคร

(สำหรับอาสาสมัครอายุ 18 ปีขึ้นไป)

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

ได้อ่านคำชี้แจง/รับฟังคำอธิบายจาก นางสาวอภิญญา จตุพิทักษ์กุลชัย เกี่ยวกับการเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019” โดยข้อความที่อธิบายประกอบด้วย รายละเอียดทั้งหมดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย, รายละเอียดของขั้นตอนต่างๆ ที่ข้าพเจ้าต้องปฏิบัติและได้รับการปฏิบัติ, ประโยชน์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับจากการวิจัย และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตราย โดยได้อ่าน/รับฟังคำอธิบายข้อความในเอกสารชี้แจงสำหรับอาสาสมัครที่ตอบแบบสอบถาม โดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและการตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ตลอดจนการรับรองจากผู้วิจัยที่จะเก็บรักษาข้อมูลของข้าพเจ้าไว้เป็นความลับ และไม่ระบุชื่อหรือข้อมูลส่วนตัวเป็นรายบุคคลต่อสาธารณชน โดยผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัยเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

“ในการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครของโครงการวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ” และข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจากการศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ ถ้าข้าพเจ้าปรารถนา โดยจะไม่มีผลกระทบและไม่เสียสิทธิ์ใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลอันพึงได้รับในปัจจุบันและอนาคต ที่ข้าพเจ้าจะได้รับ

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงอาสาสมัคร และแบบแสดงความยินยอมนี้โดยตลอดแล้วจึงลงลายมือชื่อไว้ ณ ที่นี้

ลงชื่อ.....อาสาสมัคร

(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....พยาน

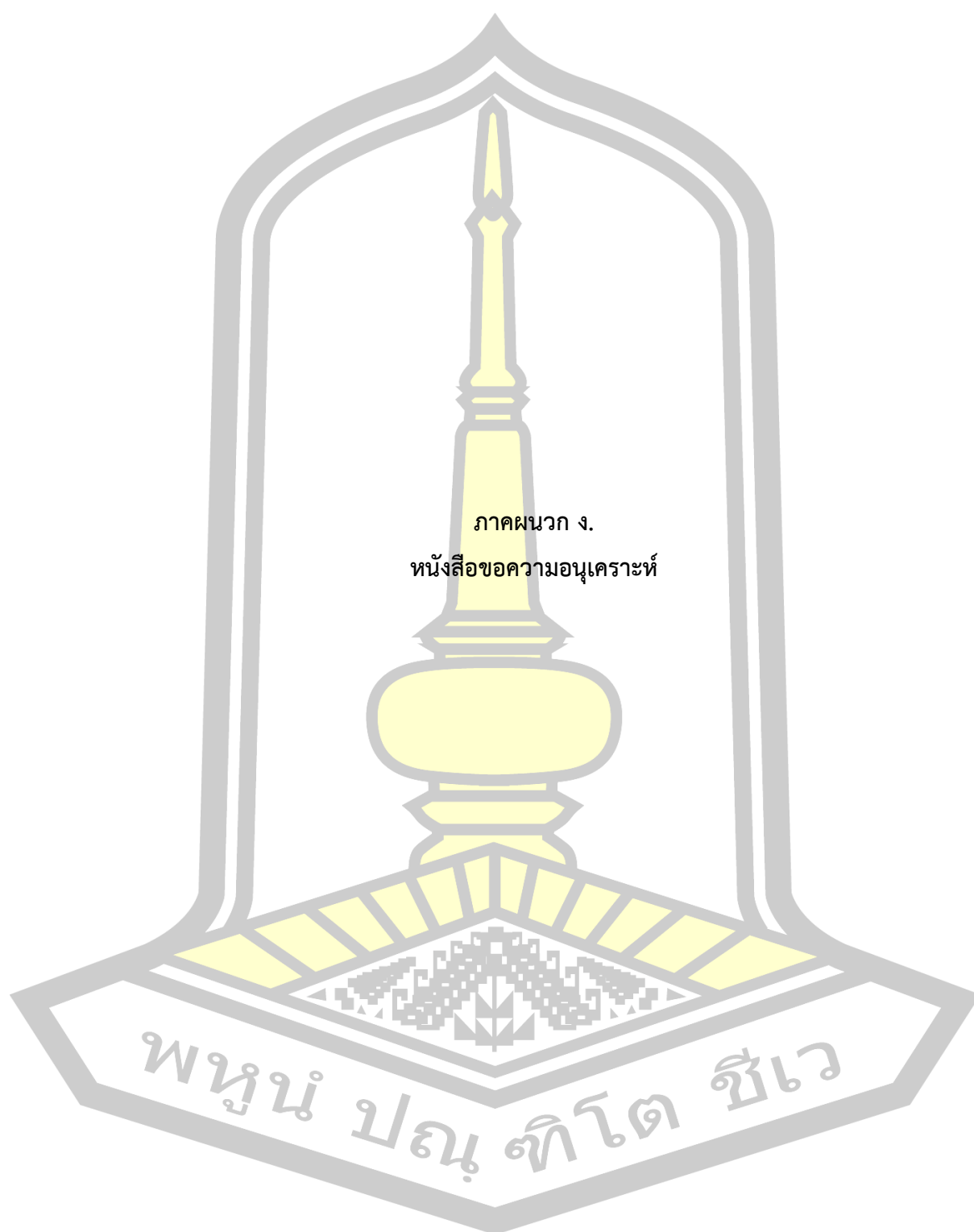
(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ขอความยินยอม

(นางสาวอภิญญา จตุพิทักษ์กุลชัย)

วันที่.....



ที่ อว 0605.11/ 1390



คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม 44150

๒๖ กรกฎาคม 2566

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์บุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพล

ด้วยนางสาวอภิญญา จตุพิทักษ์กุลชัย นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019" โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นงเยาว์ มีเทียน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ คณะพยาบาลศาสตร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า นายแพทย์จักรกฤษ วิจิต บุคลากรในสังกัดของท่าน เป็นผู้มีความรู้และความเชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าว

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอเรียนเชิญบุคลากรของท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยโดยการหาคำตรรกะเชิงความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จตุรณ ก้าวหน้าไกล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สำนักงานเลขานุการ โทรศัพท์/โทรสาร 043-754357

อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นงเยาว์ มีเทียน โทร.091-0605640

ชื่อนิสิต นางสาวอภิญญา จตุพิทักษ์กุลชัย โทร. 086-2343107 email: 66010981008@msu.ac.th

ที่ อว 0605.11/1991



คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม 44150

20 กรกฎาคม 2566

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์บุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพล

ด้วย นางสาวอภิญญา จตุพิทักษ์กุลชัย นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019" โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นงเยาว์ มีเทียน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ คณะพยาบาลศาสตร์ ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า นางสาวณิชนันท์ พิมพ์สุทธิพงศ์ บุคลากรในสังกัดของท่าน เป็นผู้มีความรู้และความเชี่ยวชาญในเรื่องดังกล่าว

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอเรียนเชิญบุคลากรของท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยโดยการหาค่าตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จารุวรรณ กว้าน้ำไกล)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สำนักงานเลขานุการ โทรศัพท์/โทรสาร 043-754357

อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นงเยาว์ มีเทียน โทร.091-0605640

ชื่อนิสิต นางสาวอภิญญา จตุพิทักษ์กุลชัย โทร. 086-2343107 email: 64010481008@msu.ac.th

ที่ อว 0605.11/1332



คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม 44150

20 กรกฎาคม 2566

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์บุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ด้วย นางสาวอภิญญา จตุพิทักษ์กุลชัย นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา
การพยาบาลผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับอนุมัติให้ทำ
วิทยานิพนธ์เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการ
ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019" โดยมี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นงเยาว์ มีเทียน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ คณะพยาบาลศาสตร์ ได้พิจารณา
แล้วเห็นว่า นางสาว อภิญญา บุคลากรในสังกัดของท่าน เป็นผู้มีความรู้และความเชี่ยวชาญ
ในเรื่องดังกล่าว

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอเรียนเชิญบุคลากรของท่าน
เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยโดยการหาค่าตรงตามเนื้อหาของ
แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในการป้องกันโรคติด
เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรค
ไวรัสโคโรนา 2019

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่ง
ว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จตุรณ ก้าวหน้าไกล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สำนักงานเลขานุการ โทรศัพท์/โทรสาร 043-754357

อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นงเยาว์ มีเทียน โทร.091-0605640

ชื่อนิสิต นางสาวอภิญญา จตุพิทักษ์กุลชัย โทร. 086-2343107 email: 64010481008@ms.ac.th



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โทร. 2388

ที่ ฮว.0605.11/1933

วันที่ 20 กรกฎาคม 2566

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุพัตรา บัวทิ

ด้วย นางสาวกัญญา จตุพิทักษ์กุลชัย นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019" โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นงเยาว์ มีเทียน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยโดยการหาค่าความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จตุรธรรม กว้าน้ำกล)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โทร. 2388

ที่ อว 0605.11/1994

วันที่ 20 กรกฎาคม 2566

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุไร จำปาอะติ

ด้วย นางสาวอภิญญา จตุพพิทักษ์กุลชัย นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019" โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นงเยาว์ มีเทียน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยโดยการหาค่าตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบสอบถามความรอบรู้ ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ที่ อว 0605.11/ 1942



คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม 44150

31 ตุลาคม 2566

เรื่อง ขออนุญาตให้นิสิตพยาบาลระดับปริญญาโทเข้าเก็บข้อมูลเพื่อทดสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพล

สิ่งที่ส่งมาด้วย	1. โครงร่างการวิจัย	จำนวน 1 ฉบับ
	2. เครื่องมือวิจัย	จำนวน 1 ฉบับ

ด้วย นางสาวอภิญญา จตุพิทักษ์กุลชัย นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นงเยาว์ มีเทียน เป็น อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์จะขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้ใหญ่อายุ 18 ปีขึ้นไปและผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่ม 608 ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก (OPD) และแผนกผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โดยให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำแบบสอบถาม 1 ชุด จำนวน 71 ข้อ ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 3) แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 4) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปทดสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ทั้งนี้ได้ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 372-402/2566 ลงวันที่ 2 ตุลาคม 2566 เรียบร้อยแล้ว

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้ นางสาวอภิญญา จตุพิทักษ์กุลชัย เข้าเก็บข้อมูลในหน่วยงานของท่าน เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปทดสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยให้มีความเหมาะสมในการทำวิทยานิพนธ์ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะจะได้รับคำแนะนำจากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จักรวรรณ ก้าวหน้าไกล)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สำนักงานเลขานุการ โทรศัพท์โทรสาร 043-754337

อาคารใช้ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นงเยาว์ มีเทียน เบอร์โทรศัพท์มือถือ 091-0605640

อีเมล นางสาวอภิญญา จตุพิทักษ์กุลชัย เบอร์โทรศัพท์มือถือ 086-2943107 email: 640124601036@gmail.com

พูน ปลูก ปลูก ชีว



ที่ อว 0605.11/1973

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม 44150

๘ ตุลาคม 2566

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพล

ด้วยนางสาวอภิญญา จตุพท์ทักษ์กุลชัย นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับการอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019" โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นงเยาว์ มีเทียน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์จะขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูล ณ แผนกผู้ป่วยผู้ป่วยนอก (OPD) แผนกผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น โดยการให้ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทำการตอบแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 71 ข้อ แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อ จำนวน 29 ข้อ จำนวน 74 คน ซึ่งจะเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลดังกล่าวในระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2566 - มกราคม 2567 ทั้งนี้ได้ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่การรับรอง 372-402/2566 เมื่อวันที่ 2 ตุลาคม 2566 เรียบร้อยแล้ว

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นางสาวอภิญญา จตุพท์ทักษ์กุลชัย เข้าเก็บข้อมูลในหน่วยงานของท่าน เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปวิจัยให้มีความเหมาะสมในการทำวิทยานิพนธ์ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สำนักงานเลขานุการ โทรศัพท์/โทรสาร 043-754357

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นงเยาว์ มีเทียน เบอร์โทรศัพท์มือถือ: 091-0605640

ข้อนิติ นาสาวอภิญญา จตุพท์ทักษ์กุลชัย เบอร์โทรศัพท์มือถือ: 086-2343107 email: 64010651008@msu.ac.th

พ.นุ. ป.นุ. ท.โต ช.เว



ที่ อว 0605.11/1934

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลฆ้องวง อำเภอคันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม 44150

31 ตุลาคม 2566

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ด้วยนางสาวอภิญญา จตุพิทักษ์กุลชัย นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับการอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นงเยาว์ มีเขียน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์จะขออนุญาตเก็บข้อมูล ณ แผนกผู้ป่วยผู้ป่วยนอก (OPD) แผนกผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น โดยการให้ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทำการตอบแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 71 ข้อ แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อ จำนวน 29 ข้อ จำนวน 74 คน ซึ่งจะเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลดังกล่าวในระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2566 – มกราคม 2567 ทั้งนี้ได้ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่การรับรอง 372-402/2566 เมื่อวันที่ 2 ตุลาคม 2566 เรียบร้อยแล้ว

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นางสาวอภิญญา จตุพิทักษ์กุลชัย เข้าเก็บข้อมูลในหน่วยงานของท่าน เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปวิจัยให้มีความเหมาะสมในการทำวิทยานิพนธ์ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จารุวรรณ ก้วนหน้าไกล)

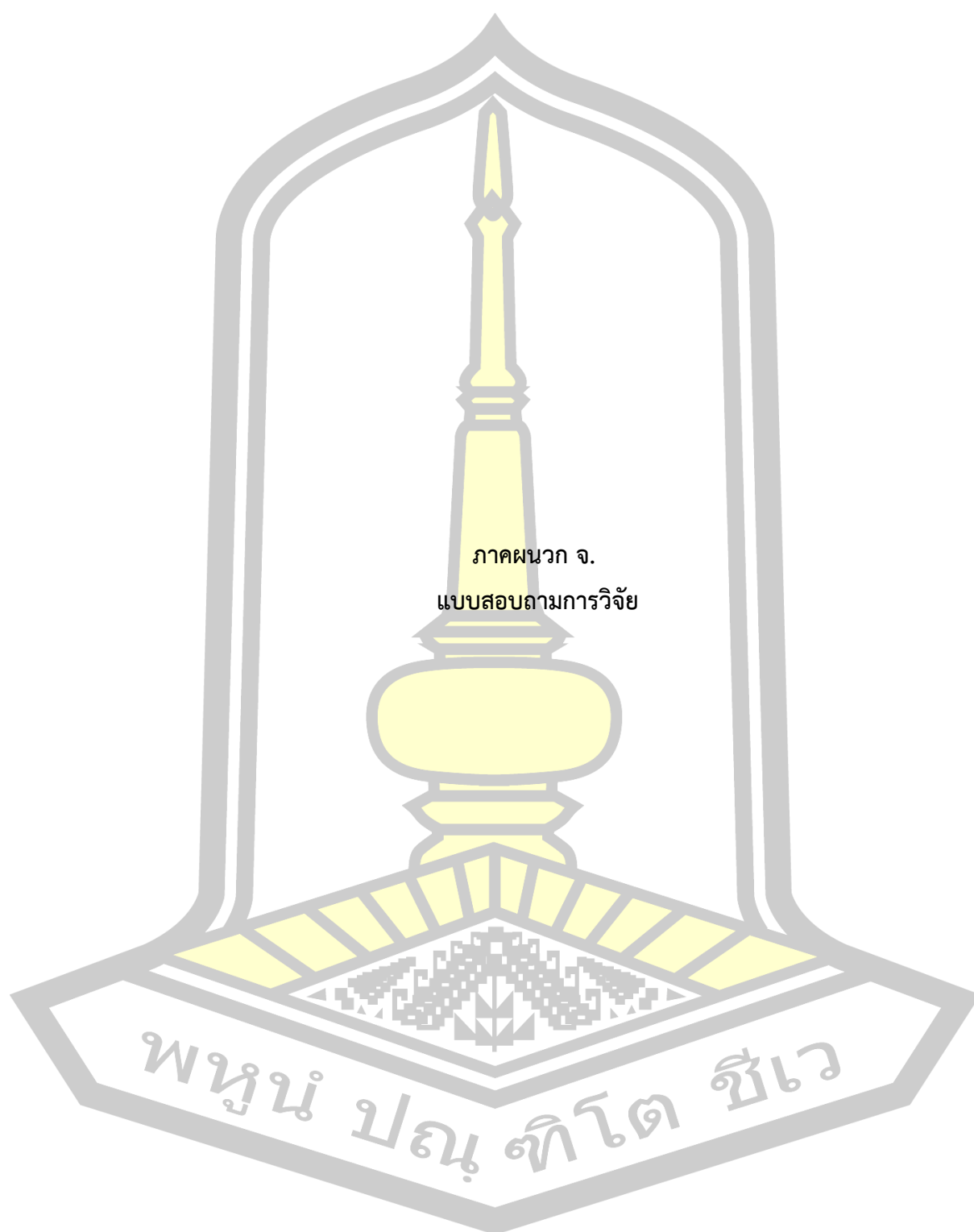
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

สำนักงานราชการ โทรศัพท์/โทรสาร 065-754357

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นงเยาว์ มีเขียน เบอร์โทรศัพท์มือถือ 091-0605640

ชื่อ/ชื่อ นางสาวอภิญญา จตุพิทักษ์กุลชัย เบอร์โทรศัพท์มือถือ 086-2343107 email: 64010481026@gmail.com

พูน ปณ ทัต ชีเว



สำหรับผู้วิจัย
แบบสอบถามเลขที่.....
วันที่...../...../.....

แบบสอบถาม

เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกัน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

แบบสอบถามชุดนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในการตอบแบบสอบถามชุดนี้ไม่มีผลต่อท่านแต่อย่างใด เป็นเพียงความคิดเห็นส่วนบุคคล ไม่มีถูกหรือผิด ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามครั้งนี้ จะเก็บไว้เป็นความลับและไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาที่ท่านได้รับ ข้อมูลที่ได้จะเสนอในภาพรวมและจะนำไปใช้ประโยชน์ในการดูแลและส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

คำชี้แจง แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยชุดนี้มีทั้งหมด 4 ส่วนดังนี้

- | | |
|---|--------|
| ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล | 11 ข้อ |
| ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 | 17 ข้อ |
| ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 | 23 ข้อ |
| ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 | 20 ข้อ |

รวม 71 ข้อ

ขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้เป็นอย่างดี

นางสาวอภิญญา จตุพิทักษ์กุลชัย

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พญ. ปณ. จิตโต ชีโว

แบบสอบถามการวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

คำชี้แจง การตอบแบบสอบถาม โปรดอ่านคำถามอย่างละเอียดและตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง โปรดเติมข้อความและเครื่องหมาย (✓) ลงใน ☐ หน้าข้อความ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ลำดับ	ข้อความ	สำหรับผู้วิจัย
1.	เพศ ☐ 1.ชาย ☐ 2.หญิง	Sex ☐
2.	อายุ.....ปี (อายุเต็มบริบูรณ์)	Age
3.	สถานะภาพสมรส ☐ 1. โสด ☐ 2. คู่ ☐ 3.หม้าย / หย่า / แยกกันอยู่	Stat ☐
4.	ระดับการศึกษา ☐ 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ ☐ 2. ประถมศึกษาปีที่ 1 – 6 ☐ 3. มัธยมศึกษาปีที่ 1 – 3 ☐ 4. มัธยมศึกษาปีที่ 4 – 6 ☐ 5. อนุปริญญา หรือประกาศนียบัตร ☐ 6. ปริญญาตรี ☐ 7. ปริญญาโทหรือสูงกว่า	Edu ☐
5.	อาชีพ ☐ 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ ☐ 2. รับราชการ ☐ 3. รัฐวิสาหกิจ ☐ 4. ค้าขาย / ทำธุรกิจ ☐ 5. เกษตร ☐ 6. รับจ้าง ☐ 7. อื่นๆ โปรดระบุ.....	Occl ☐
6.	น้ำหนัก.....กิโลกรัม	Weight
7.	ส่วนสูง.....เซนติเมตร	High
8.	โรคประจำตัว.....	U/D
9.	ประวัติการใช้ยา ☐ 1. ยารักษาโรคประจำตัว ☐ 2. ยาอื่นๆ ระบุ.....	Rx ☐
10.	ประวัติการใช้สารเสพติด ☐ 1. ปฏิเสธการใช้สารเสพติด ☐ 2. ใช้สารเสพติด ระบุ.....	Sub ☐
11.	ประวัติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	

ลำดับ	ข้อความ	สำหรับผู้วิจัย
	11.1 ท่านเคยเข้ารับการรักษารอคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ☐ 1. ไม่เคย ☐ 2. เคย	CoV2 ☐
	11.2 ท่านเคยได้รับวัคซีนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือไม่ ☐ 1. ไม่เคย ☐ 2. เคย ถ้า ไม่เคย เข้าไปทำส่วนที่ 2	Vac ☐
	11.3 ท่านเคยได้รับวัคซีนโควิด-19 จำนวนกี่เข็ม ☐ 1. 1 เข็ม ☐ 2. 2 เข็ม ☐ 3. 3 เข็ม ☐ 4. 4 เข็ม ☐ 5. มากกว่า 4 เข็ม	Qua ☐
	11.4 ระบุวัคซีนที่ท่านเคยได้รับ.....	Name
	11.5 ระบุระยะเวลาที่ได้รับวัคซีนเข็มสุดท้าย.....	Time
12.	แหล่งข้อมูลของความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ☐ 1. บุคคลในครอบครัว ☐ 2. คำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ ☐ 3. เพื่อน/บุคคลที่รู้จัก ☐ 4. ผู้นำชุมชน ☐ 5. เฟสบุ๊ก (Facebook) ☐ 6. ไลน์ (Line) ☐ 7. โทรศัพท์ ☐ 8. วิทย์ ☐ 9. หอกระจายข่าว ☐ 10. สื่อสิ่งพิมพ์/ป้าย/โฆษณา ☐ 11. เอกสาร/แผ่นพับ/คู่มือของโรงพยาบาล ☐ 12. อื่นๆ ระบุ.....	Data ☐ ☐ ☐



ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

คำชี้แจง แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีจำนวน 17 ข้อ ขอให้ท่านใช้เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตัวท่านมากที่สุดเพียงข้อละ 1 คำตอบ โดยมีเกณฑ์ในการเลือกตอบดังต่อไปนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
มาก	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นมาก
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกตรงกับข้อความนั้นปานกลาง
น้อย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกไม่ตรงกับข้อความนั้น
น้อยที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นหรือความรู้สึกไม่ตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

ข้อความ	ระดับความคิดเห็นหรือความรู้สึก				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ท่านรู้สึกว่/คิดว่า...					
1. ท่านมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพราะต้องออกจากบ้านหรือสมาชิกในบ้านต้องออกจากบ้าน					
2. เมื่อท่านเข้าไปในสถานที่ที่มีคนเยอะๆ เช่น โรงพยาบาล, ตลาดสด หรือห้างสรรพสินค้า เท่ากับท่านเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019					
.....					
4. ท่านเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และหากท่านติดเชื้อ จะมีการของโรคที่รุนแรงอาจทำให้เสียชีวิตได้					
.....					
7. การล้างมือด้วยสบู่และน้ำสะอาด หรือใช้แอลกอฮอล์ เจลล้างมือ หรือสเปรย์บ่อย ๆ เป็นการลดความเสี่ยงในการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019					
8.การหลีกเลี่ยงการเข้าไปในพื้นที่ที่มีคนหนาแน่น แออัด หรือพื้นที่ปิด เป็นการลดความเสี่ยงในการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019					
.....					
10. การสวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกนอกบ้าน หรืออยู่ในสถานที่ที่มีบุคคลอื่นร่วมด้วยเป็นเรื่องยุ่งยาก, เกิดความไม่สุขสบาย หรือทำให้หายใจไม่ออก					
.....					
13. การหลีกเลี่ยงการไปในพื้นที่ที่มีคนหนาแน่น แออัด หรือพื้นที่ปิด ทำได้ยาก เช่น โรงพยาบาล ตลาด					

ข้อความ	ระดับความคิดเห็นหรือความรู้สึก				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ท่านรู้สึกว่/คิดว่า...					
14. ท่านมั่นใจว่าสามารถเว้นระยะห่างจากคนอื่นตามความเหมาะสมได้ เมื่ออยู่ในสถานที่ที่มีคนหนาแน่น					
ท่านมั่นใจว่/เชื่อว่า...					
15. ท่านมั่นใจว่าสามารถสวมหน้ากากอนามัยได้ทุกครั้ง เมื่ออยู่ร่วมกับคนอื่น					
.....					
17. ท่านมั่นใจว่าสามารถหลีกเลี่ยงการสัมผัสหน้า จมูก และปาก หากพบว่ามือไม่สะอาด					

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

คำชี้แจง แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีจำนวน 21 ข้อ ขอให้ท่านใช้เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริง ที่ตัวท่านปฏิบัติมากที่สุดเพียงข้อละ 1 คำตอบ โดยมีเกณฑ์ในการเลือกตอบดังต่อไปนี้

ทุกครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติตรงกับข้อความนั้น 6-7 วัน/สัปดาห์
บ่อยครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติตรงกับข้อความนั้น 4-5 วัน/สัปดาห์
บางครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติตรงกับข้อความนั้น 3 วัน/สัปดาห์
น้อยครั้ง / นานๆ ครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติตรงกับข้อความนั้น 1-2 วัน/สัปดาห์
ไม่ได้ปฏิบัติ/ไม่เคย	หมายถึง	ท่านไม่เคยปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นเลย

ข้อความ	ระดับความเป็นจริงที่ปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	น้อยครั้ง / นานๆ ครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติ/ไม่เคย
1. ท่านไม่สามารถค้นหาแหล่งข้อมูล ด้านการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากช่องทางต่าง ๆ เช่น โทรศัพท์มือถือ หรือ อินเทอร์เน็ตได้					
2. ท่านได้รับข้อมูลการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผ่านสื่อวิดีโอ หรือภาพความรู้ (อินโฟกราฟิก) ผ่านทางกลุ่มไลน์ หรืออินเทอร์เน็ต					
.....					

ข้อความ	ระดับความเป็นจริงที่ปฏิบัติ				
	ทุก ครั้ง	บ่อย ครั้ง	บาง ครั้ง	น้อยครั้ง / นานๆครั้ง	ไม่ได้ ปฏิบัติ/ ไม่เคย
5. ท่านจดจำและตรวจสอบวิธีการใส่หน้ากากอนามัยอย่างถูกวิธีได้ โดยการ หันหน้ากากด้านมันไว้ด้านนอก ดึงสายคล้องหูไว้ทั้งสองข้าง กดแถบลวดให้ แนบสันจมูก และดึงหน้ากากให้คลุมถึงใต้คาง					
6. ท่านไม่อยู่ใกล้กับผู้ที่ไอจามเสียงดัง และมีละอองน้ำมูกน้ำลาย หรือ เสมหะกระเด็นออกมา โดยเฉพาะกับผู้ที่เป็นหวัด ไอ และเจ็บคอ เพราะ ทราบข้อมูลว่าเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถแพร่กระจายได้					
7. ท่านไม่สามารถพกเจลแอลกอฮอล์หรือสเปรย์สำหรับทำความสะอาดมือ ติดตัวทุกครั้งที่ออกจากบ้าน					
8. ท่านสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่อออกจากบ้าน หรืออยู่ในสถานที่ แออัดหรืออยู่ร่วมกับบุคคลอื่น					
9. ท่านไม่สามารถสวมหน้ากากอนามัยได้เมื่ออยู่ใกล้ชิดกับผู้อื่นได้ทุกครั้ง					
11. ท่านไม่สามารถเลือกรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ได้					
12. หากท่านมีอาการไข้ ไอ จาม เจ็บคอ หรือมีน้ำมูก ท่านจะรีบแยกตัวจาก คนอื่น แล้วทำการตรวจ ATK					
15. ท่านไม่สามารถพูดคุยแนะนำให้คนในครอบครัวหรือคนใกล้ชิด ควรเว้น ระยะห่างอย่างน้อย 1-2 เมตร					
16. ท่านไม่สามารถพูดคุยแนะนำให้คนในครอบครัวหรือคนใกล้ชิด ไม่แคะปาก จมูก หรือลูบใบหน้า					
17. ท่านขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้หากมีข้อสงสัยหรือมี ความจำเป็นเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ					
19. หากเพื่อนบ้านบอกให้ท่าน ไม่ต้องใส่หน้ากากอนามัย เพราะไม่มีการ ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แล้ว ท่านมีการตรวจสอบข้อมูล จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก่อนโดยไม่เชื่อในทันที					
22. เมื่อมีความจำเป็นที่จะต้องไปในสถานที่ที่มีคนแออัด ท่านเลือกที่จะสวม หน้ากากอนามัย หมั่นล้างมือ แยกของใช้ส่วนตัว เว้นระยะห่างอย่างน้อย 1-2 เมตร และใช้เวลาไม่น้อยกว่า 30 นาที					

ข้อความ	ระดับความเป็นจริงที่ปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	น้อยครั้ง / นานๆ ครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติ/ ไม่เคย
23. ในช่วงที่มีการระบาดของเชื้อ ท่านตัดสินใจปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เช่น การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การพักผ่อนอย่างเพียงพอ และการฉีดวัคซีนป้องกันโรค					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019

คำชี้แจง แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 มีจำนวน 20 ข้อ ขอให้ท่านใช้เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริง ที่ตัวท่านปฏิบัติมากที่สุดเพียงข้อละ 1 คำตอบ โดยมีเกณฑ์ในการเลือกตอบดังต่อไปนี้

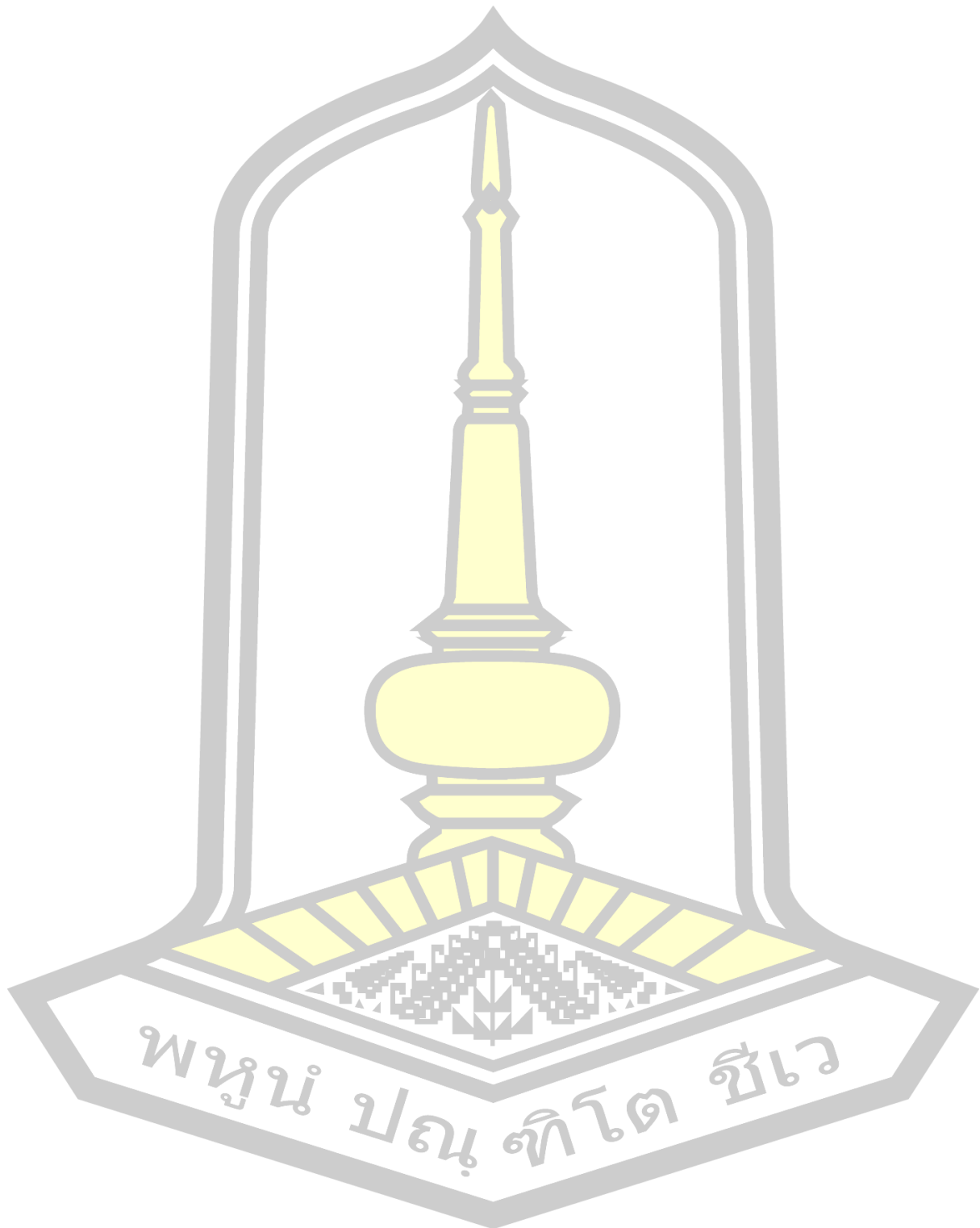
ทุกครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติตรงกับข้อความนั้น 6-7 วัน/สัปดาห์
บ่อยครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติตรงกับข้อความนั้น 4-5 วัน/สัปดาห์
บางครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติตรงกับข้อความนั้น 3 วัน/สัปดาห์
น้อยครั้ง/นานๆ ครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติตรงกับข้อความนั้น 1-2 วัน/สัปดาห์
ไม่ได้ปฏิบัติ/ไม่เคย	หมายถึง	ท่านไม่เคยปฏิบัติตรงกับข้อความนั้นเลย

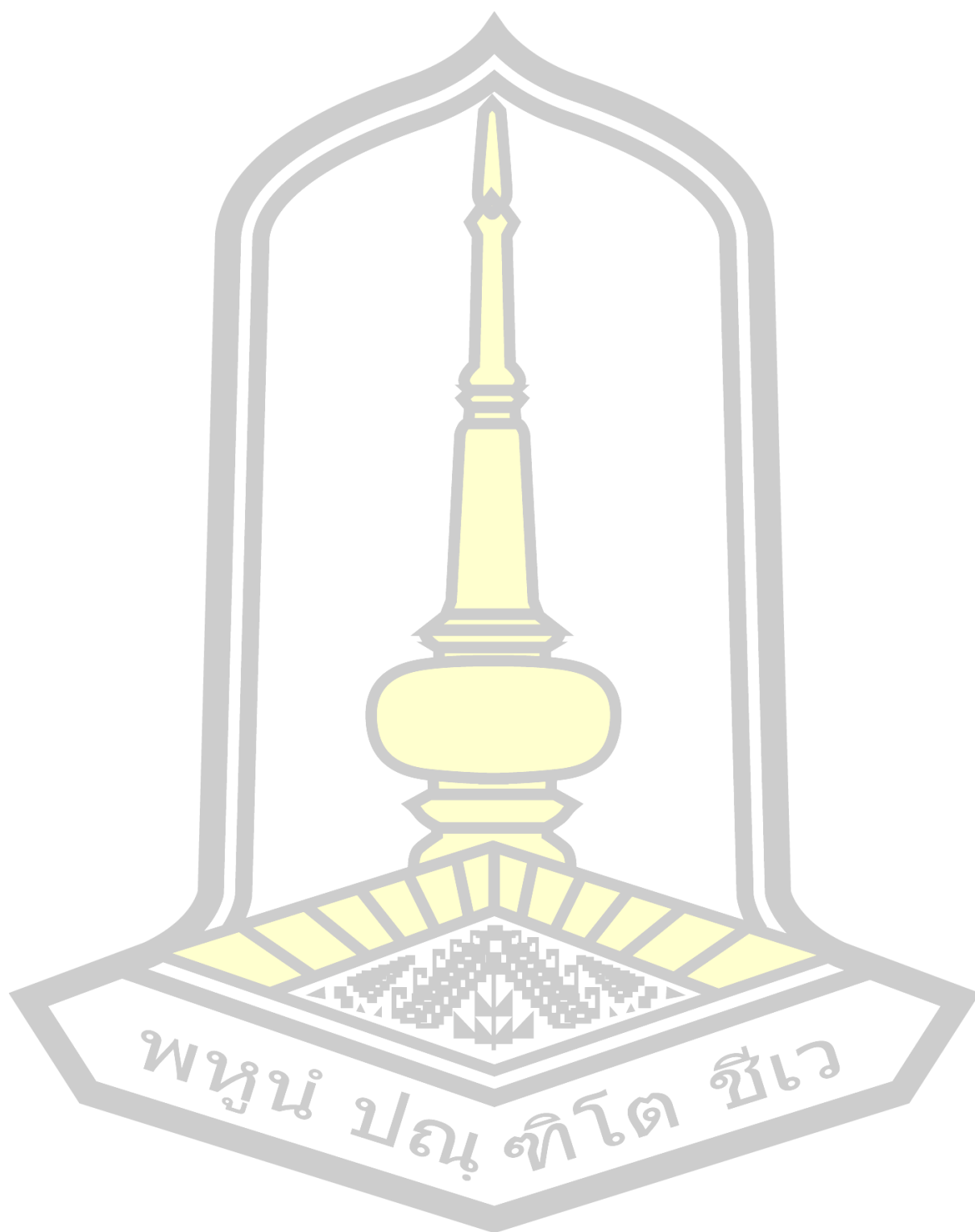
ข้อความ	ระดับความเป็นจริงที่ปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	น้อยครั้ง / นานๆ ครั้ง	ไม่ได้ปฏิบัติ/ ไม่เคย
1. ท่านล้างมือด้วยสบู่และน้ำสะอาด ก่อนกินอาหาร และหลังจับสิ่งของสาธารณะ เช่น ราวบันได ที่จับประตู ปุ่มกดต่างๆ เป็นต้น					
2. เมื่อไม่มีน้ำหรือสบู่ ท่านใช้แอลกอฮอล์เจลล้างมือ หรือสเปรย์ทำความสะอาดมือ					
.....					
4. ท่านใช้น้ำกากอนามัยขึ้นดื่มซ้ำ ๆ (2 วันขึ้นไป)					
5. ท่านหลีกเลี่ยงการเข้าไปในพื้นที่ที่มีคนหนาแน่นแออัด					
.....					

ข้อความ	ระดับความเป็นจริงที่ปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	น้อยครั้ง /นานๆ ครั้ง	ไม่ได้ ปฏิบัติ/ ไม่เคย
7. เมื่อท่านไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล หรือไปในสถานที่สาธารณะ ท่านจะหลีกเลี่ยงเข้าไปในพื้นที่ที่มีคนหนาแน่น แออัด หรือพื้นที่ปิด					
8. ท่านหลีกเลี่ยงการสัมผัสใบหน้า ตา จมูกและปาก					
.....					
10. ท่านดูแลสุขภาพตัวเอง ด้วยการนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ					
11. ท่านใช้ช้อนกลางส่วนตัว เมื่อรับประทานอาหารร่วมกับคนอื่น					
12. ท่านไม่มีความรู้สึกรอยากออกกำลังกาย หรือไม่มีเวลาว่างในการออกกำลังกาย					
13. ท่านรักษาระยะห่างจากผู้อื่น อย่างน้อย 1-2 เมตรหรือตามความเหมาะสม ในขณะที่อยู่นอกบ้านหรือสถานที่ที่มีคนหนาแน่น แออัด					
.....					
17. ท่านรู้สึกเครียดเมื่อมีผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่					
.....					
19. ท่านปิดปาก และจมูกทุกครั้งเมื่อไอ หรือจาม ด้วยกระดาษทิชชู หรือข้อพับแขน					
20. ท่านออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ					

พจน ปรณ จิตโต ชีเว

บรรณานุกรม





ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	อภิญญา จตุพิทักษ์กุลชัย
วันเกิด	12 ตุลาคม 2536
สถานที่เกิด	จังหวัดขอนแก่น ประเทศไทย
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 276 หมู่ 9 ตำบลโคงหนองแก อำเภอฟล จังหวัดขอนแก่น 40120
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพล อำเภอฟล จังหวัดขอนแก่น
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2555 มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนเมืองพลพิทยาคม จังหวัดขอนแก่น พ.ศ. 2559 พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น พ.ศ. 2567 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ทุนวิจัย	-
ผลงานวิจัย	-

พญ. ปณ. ทิโต ชีเว