

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของ  
ผู้สูงอายุ



สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ ภาควิชารัฐประศาสนศาสตร์  
คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ปีการศึกษา 2562  
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

FACTORS ASSOCIATED WITH PREVENTIVE BEHAVIORS REGARDING CORONAVIRUS  
DISEASE 2019 (COVID-19) AMONG THE ELDERLY



An Independent Study Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Public Administration in Public Administration

Department of Public Administration

FACULTY OF POLITICAL SCIENCE

Chulalongkorn University

Academic Year 2019

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อสารนิพนธ์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อ  
ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของผู้สูงอายุ

โดย

น.ส.จุไรรัตน์ ดาทอง

สาขาวิชา

รัฐประศาสนศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

อาจารย์ ดร.ศิริมา ทองสว่าง

คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับสารนิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของ  
การศึกษาตามหลักสูตรปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต

คณะกรรมการสอบสารนิพนธ์

..... ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สิริพรรณ นกสวน สวัสดิ์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก  
(อาจารย์ ดร.ศิริมา ทองสว่าง)

..... กรรมการ  
(อาจารย์ ดร.วงอร พัวพันสวัสดิ์)

..... กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.จักรกริช สังขมณี)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

จุไรรัตน์ ดาทอง : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของผู้สูงอายุ. ( FACTORS ASSOCIATED WITH PREVENTIVE BEHAVIORS REGARDING CORONAVIRUS DISEASE 2019 (COVID-19) AMONG THE ELDERLY) อ.ที่ปรึกษาหลัก : อ. ดร.ศิริมา ทองสว่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 ของผู้สูงอายุ 2) วิเคราะห์พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 ของผู้สูงอายุ 3) นำเสนอแนวทางในการบริหารจัดการด้านสุขภาพการป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 ของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเทศบาลเมืองบึงยี่โถ อำเภอรัญบุรี จังหวัดปทุมธานี จำนวน 102 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าความถี่ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ได้แก่ Independent Sample T-test, One-Way ANOVA และการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Correlation) ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 76.5 อายุช่วง 60-70 ปีมากที่สุด ส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 32.4 และมีโรคประจำตัวร้อยละ 53.9 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 อยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 97.1 ส่วนปัจจัยด้านบุคคล พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษาและภาวะการมีโรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 ในด้านความเชื่อด้านสุขภาพที่ประกอบด้วย ปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ภาวะคุกคามของโรค การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติและความต้องการสนับสนุนบริการสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 แต่ปัจจัยด้านสิ่งชักนำหรือสิ่งกระตุ้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ความต้องการได้รับการสนับสนุนบริการสุขภาพอยู่ในระดับสูงร้อยละ 73.5 โดยส่วนใหญ่มีความต้องการหน้ากากอนามัย แอลกอฮอล์เจลล์ ข้อมูลข่าวสารในการป้องกันโรค ความต้องการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อโรคโควิด 19 ส่วนใหญ่ต้องการตรวจคัดกรองโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และการได้รับข้อมูลข่าวสารและให้คำปรึกษาจากภาครัฐ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สาขาวิชา รัฐประศาสนศาสตร์  
ปีการศึกษา 2562

ลายมือชื่อนิสิต .....  
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

# # 6180914524 : MAJOR PUBLIC ADMINISTRATION

KEYWORD:

Jurairat Dathong : FACTORS ASSOCIATED WITH PREVENTIVE BEHAVIORS REGARDING CORONAVIRUS DISEASE 2019 (COVID-19) AMONG THE ELDERLY. Advisor: SIRIMA THONGSAWANG, Ph.D.

The research was based on a quantitative approach. The objectives of this research were 1) to investigate preventive behaviors regarding coronavirus disease 2019(COVID-19) among the elderly, 2) to analyze preventive behaviors regarding coronavirus disease 2019(COVID-19) among the elderly, and 3) to propose the guidelines for health management and prevention of coronavirus disease 2019(COVID-19) among the elderly. The sample was 102 elderly people in Bueng Yi Tho Town Municipality, Thanyaburi District, Pathum Thani Province. Online questionnaire was used as a research instrument. Data were then analyzed using descriptive statistics, including percentage, mean, frequency and standard deviation as well as inferential statistics, including Independent Sample t-test and One-Way ANOVA. The relationships between variables were analyzed with Pearson's correlation coefficient. The research results indicated that most of the respondents were females (76.5%); between 60-70 years old; graduated with upper secondary education (32.4%); and had congenital disease (53.9%). The respondents had a high level of preventive behaviors regarding coronavirus disease 2019(COVID-19) at 97.1%. In terms of personal factors, the respondents with different gender, age, educational level, and congenital disease had indifferent preventive behaviors regarding coronavirus disease 2019(COVID-19). Furthermore, health belief factors, including perceived susceptibility, perceived severity, perceived threat, perceived benefits, perceived barriers, and the demand for health service support were not associated with COVID-19 preventive behaviors. However, motivation factors were positively associated with preventive behaviors regarding coronavirus disease 2019(COVID-19) with a statistical significance level of 0.01. In addition, the demand for health service support was at a high level (73.5 %). Most of them needed a mask, alcohol sanitizer gel, and COVID-10 prevention information. Most of the respondents needed accessibility to COVID-19 screening service without fee of charge and they needed related information and advice from the government.

Field of Study: Public Administration

Student's Signature .....

Academic Year: 2019

Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019(COVID-19) ของผู้สูงอายุ ฉบับนี้สำเร็จไปได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก อาจารย์ ดร.ศิริมา ทองสว่าง อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ที่ได้กรุณาแนะนำ ให้คำปรึกษา ให้ความรู้ ตลอดจนข้อบกพร่อง แก้ไขและปรับปรุง ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการดำเนินการให้เสร็จสมบูรณ์ ผู้ทำการศึกษาขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณคุณจิระภา บุญส่อง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ประจำศูนย์การแพทย์ และฟื้นฟูบึงยี่โถ ที่อำนวยความสะดวก ให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล ขอบขอบคุณกัลยาณมิตร เซย โพธิ์ เพื่อนที่คอยช่วยเหลือทุกๆ อย่าง ทั้งการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานเทศบาลเมืองบึงยี่โถ หน่วยงานอื่นๆ การเดินทาง เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล คุณชนัดดา ระดาฤทธิ์ เพื่อนที่ช่วยเหลือและให้กำลังใจเสมอ และขอกราบขอบพระคุณผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เขตเทศบาลเมืองบึงยี่โถ ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำให้ได้มาซึ่งข้อมูลในการทำสารนิพนธ์ครั้งนี้

ท้ายสุดนี้ขอกราบขอบพระคุณพ่อ แม่ น้องที่คอยให้กำลังใจ ให้ความอบอุ่นใจและสนับสนุนเสมอ ทำให้มีพลังใจที่จะทำให้อำนาจสำเร็จตามที่ได้ตั้งใจ ขอบขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่น กัลยาณมิตรทุกคน คอยให้กำลังใจและช่วยเหลือด้วยดีตลอดระยะเวลาที่เรียนร่วมกันมา



จุไรรัตน์ ดาทอง

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการศึกษา.....	4
คำถามการวิจัย.....	4
ขอบเขตของการศึกษาวิจัย.....	4
การนิยามศัพท์.....	5
วิธีดำเนินการวิจัย.....	6
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	6
สมมติฐานงานวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	8
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม.....	9
1.แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	9
การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ.....	10
2.ทฤษฎีเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ.....	13
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019(COVID-19).....	16

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ.....	18
ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ(Health Belief Model).....	20
การสนับสนุนบริการด้านสุขภาพจากรัฐ.....	22
ข้อมูลทั่วไปของเทศบาลเมืองบึงยี่โถ อำเภอดงหลวง จังหวัดพิจิตร .....	24
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย.....	27
3.1 รูปแบบวิธีการวิจัย .....	27
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	27
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา.....	28
3.4 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล .....	31
3.5 วิเคราะห์ข้อมูล.....	32
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	33
ส่วนที่ 1 พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ปัจจัยส่วนบุคคล และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 ของผู้สูงอายุ .....	34
ส่วนที่ 2 วิเคราะห์พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 ของผู้สูงอายุ .....	38
ส่วนที่ 3 การบริหารจัดการบริการสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 ของผู้สูงอายุ .....	42
ส่วนที่ 4 ผลการทดสอบสมมติฐาน .....	44
บทที่ 5 การอภิปรายผล.....	47
1.การอภิปรายผล .....	47
วิเคราะห์อภิปรายสมมติฐาน .....	50
ข้อจำกัดของการวิจัย .....	52
ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้ .....	53
ข้อเสนอแนะเพื่อการทำวิจัยครั้งต่อไป .....	53
บรรณานุกรม.....	54



ภาคผนวก..... 58

ประวัติผู้เขียน..... 75



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
**CHULALONGKORN UNIVERSITY**

## สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคล(n=102) .....	34
ตารางที่ 2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคติดเชื้อCOVID-19 ของผู้สูงอายุ .....	35
ตารางที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อCOVID-19 ของผู้สูงอายุ.....	36
ตารางที่ 4 การรับรู้ภาวะคุกคามของโรคติดเชื้อCOVID-19 ของผู้สูงอายุ.....	36
ตารางที่ 5 สิ่งชักนำ/สิ่งกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 ของผู้สูงอายุ .....	36
ตารางที่ 6 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 ของผู้สูงอายุ.....	37
ตารางที่ 7 การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตามการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 ของผู้สูงอายุ .....	37
ตารางที่ 8 พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 ของผู้สูงอายุ .....	38
ตารางที่ 9 เปรียบเทียบเพศกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 ของผู้สูงอายุ.....	38
ตารางที่ 10 เปรียบเทียบอายุกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 ของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ Independent Sample t-test (n=102).....	39
ตารางที่ 11 เปรียบเทียบระดับการศึกษากับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 ของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ One-Way ANOVA (n=102).....	39
ตารางที่ 12 เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 จำแนกตามระดับการศึกษา.....	40
ตารางที่ 13 เปรียบเทียบอายุกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 ของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ .....	40
ตารางที่ 14 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความต้องการสนับสนุนบริการสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 ของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน( Pearson's correlation Coefficient).....	41
ตารางที่ 15 ความต้องการสนับสนุนบริการสุขภาพด้านการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 ของผู้สูงอายุ .....	42

ตารางที่ 16 ความต้องการได้รับการสนับสนุนเพิ่มเติมจากหน่วยสนับสนุนบริการสุขภาพสำหรับการ ป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 41.1.....	42
ตารางที่ 17 ความต้องการเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อCOVID-19 จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 31.3 จากจำนวน 102 คน .....	43
ตารางที่ 18 ตารางเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 จำแนกตามปัจจัยส่วน บุคคล .....	44
ตารางที่ 19 ตารางวิเคราะห์ความสัมพันธ์ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติด เชื้อ COVID-19 .....	45
ตารางที่ 20 ตารางวิเคราะห์ความสัมพันธ์ความต้องการสนับสนุนบริการสุขภาพกับพฤติกรรมกรรมการ ป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19.....	46



## สารบัญภาพ

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย .....	หน้า 7
-------------------------------------	--------



# บทที่ 1

## บทนำ

### ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

ปัจจุบันโครงสร้างของประชากรของประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เนื่องจากประชากรในวัยเด็กและวัยทำงานมีจำนวนลดลงจากอัตราการเกิดและอัตราการตายของประชากรที่มีการลดลงอย่างต่อเนื่อง ทำให้ประชากรไทยโดยเฉลี่ยมีอายุยืนยาวขึ้นและประชากรในวัยสูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้น ประกอบกับความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์ในยุคปัจจุบัน ความก้าวหน้าในการพัฒนาประเทศ ส่งผลให้คนไทยมีสุขภาพดี มีอายุยืนยาวขึ้น และประชาชนมีโอกาสดำเนินชีวิตที่สุขสบาย มีความรู้ และทักษะในการป้องกันและดูแลสุขภาพ คาดการณ์กันว่าประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากผล การสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติที่ผ่านมา พบว่าประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนของประชากร ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยสถานการณ์ในประเทศไทยในปี พ.ศ.2548 ประเทศไทย มีการเริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (aged society) โดยมีประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด หรือประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปี ขึ้นไปมีจำนวนมากกว่าร้อยละ 7 ของ ประชากรทั้งหมด และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2564 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (complete aged society) คือมีจำนวนมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด หรือมีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปมีจำนวนมากกว่าร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด (ชมพูนุท พรหมภักดี, 2556) และในปี พ.ศ.2562 ประเทศไทยมีจำนวนประชากรทั้งหมด 11,136,059 คน คิดเป็นร้อยละ 16.73 ของ ประชากรทั้งหมด และจากการเพิ่มขึ้นของจำนวนของผู้สูงอายุก่อให้เกิดผลต่างๆตามมาจากวัยที่สูงขึ้น ซึ่งผู้สูงอายุเป็นวัยที่อยู่ในช่วงพัฒนาการของชีวิตแบบเสื่อมถอยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (เบญจพร สว่างศรี และเสริมศุภี แต่งงาม, 2556) ส่วนใหญ่พบว่าผู้สูงอายุมักมีปัญหาสุขภาพและโรค ประจำตัวร่วมกันหลายโรค ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายและสมรรถภาพของสมองลดลง ส่งผลกระทบต่อจิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม ต่อผู้สูงอายุเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคมที่ต้อง รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพ (ผ่องพรรณ อรุณแสง และคณะ, 2555) และการเปลี่ยนแปลงทางด้าน ร่างกาย จิตใจและสังคมอาจนำมาซึ่งภาวะเสี่ยงของปัญหาทางด้านสุขภาพ และปัญหาทางด้าน สุขภาพของผู้สูงอายุอาจจะมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมของผู้สูงอายุเองหรือสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัว ดังนั้นผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับการดูแล ป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเพื่อช่วยลดภาวะ ความเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุได้

ประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุจะเห็นได้จากรัฐบาลได้กำหนดกรอบยุทธศาสตร์ ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ.2560-2579) เพื่อใช้เป็นทิศทางในการพัฒนาและปฏิรูปประเทศในระยะยาว

ทั้งนี้ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่สาม คือ ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ ซึ่งได้กำหนดให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมให้คนไทยทุกช่วงวัยได้รับการพัฒนาศักยภาพ นอกจากนี้ รัฐบาลได้กำหนดให้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564) ซึ่งมีหลักการในการพัฒนาประเทศ คือ ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง การพัฒนาที่ยั่งยืน และคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา ได้มียุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับงานด้านผู้สูงอายุ จำนวน 2 ยุทธศาสตร์ คือ 1) การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ แนวทางการพัฒนาสำคัญ ประกอบไปด้วยปรับเปลี่ยนค่านิยมคนไทยให้มีคุณธรรม จริยธรรม มีวินัย มีจิตสาธารณะ และมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และพัฒนาศักยภาพของคนโดยพัฒนาคนให้มีทักษะ ความรู้ ความสามารถ ดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณค่าลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพให้ทุกภาคส่วนมีการคำนึงถึงผลกระทบต่างๆที่อาจมีผลต่อสุขภาพ เพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการด้านระบบสุขภาพ พัฒนาระบบการดูแลและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ มีการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการระบบสุขภาพภาครัฐและปรับ ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ ยุทธศาสตร์ด้านที่ 2 การสร้างความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำในสังคม ได้มีแนวทางการพัฒนา คือการเพิ่มโอกาสให้กับประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีรายได้ต่ำสามารถเข้าถึงบริการของรัฐที่มีคุณภาพ การกระจายบริการภาครัฐทั้งด้านสาธารณสุข การศึกษาและสวัสดิการที่มีคุณภาพให้มีความครอบคลุมและทั่วถึง (ยุทธศาสตร์กรมกิจการผู้สูงอายุ 20 ปี พ.ศ. 2561 – 2580) จากสาระสำคัญที่เกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับดังกล่าวนี้ กระทรวงต่างๆ ได้มีการนำไปกำหนดเป็นรายละเอียดในลักษณะแผนงาน และยุทธศาสตร์ของแต่ละกระทรวงตามภารกิจที่เกี่ยวข้อง และเพื่อพัฒนาและส่งเสริมดูแลและแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความเป็นอยู่รวมทั้งคุณภาพชีวิตของกลุ่มประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยกรมกิจการผู้สูงอายุได้จัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 พ.ศ. 2561 ได้กำหนดยุทธศาสตร์ในยุทธศาสตร์ที่ 2 ในเรื่องการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 6 มาตรการ คือ (1)การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วยและการดูแลตนเองเบื้องต้น (2)ส่งเสริมการรวมกลุ่มและสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ (3)ส่งเสริมด้านการทำงานและการหารายได้ของผู้สูงอายุ (4)สนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (5)ส่งเสริมสนับสนุนสื่อทุกประเภท ให้มีรายการเพื่อผู้สูงอายุและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้ และสามารถเข้าถึงข่าวสารและสื่อ (6)ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019(coronavirus disease 2019(COVID-19)) เป็นการติดเชื้อที่นานาประเทศให้ความสนใจอย่างใกล้ชิด เหตุการณ์ดังกล่าวสร้างความตื่นตัวและหวาดกลัวให้คนทั่วโลก หลังจากมีการรายงานการพบผู้ป่วยเป็นโรคปอดอักเสบหลายรายในเมืองอู่ฮั่น สาธารณรัฐประชาชนจีนเมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 และขณะนี้ยังคงมีการแพร่กระจายในหลายประเทศทำให้

มีจำนวนผู้ติดเชื้อในวงกว้างที่เพิ่มมากขึ้นทุกวัน เมื่อวันที่ 30 มกราคม 2563 องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประกาศให้การระบาดของโรคดังกล่าวเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public health emergency of international concern (PHEIC) เพื่อป้องกันการระบาดและป้องกันไม่ให้สถานการณ์รุนแรงไปกว่านี้ จากการประกาศภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุขของไทยได้ยกระดับมาตรการป้องกันการระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเมื่อวันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2563 เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563 ให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) มีอาการไข้ ไอ เจ็บคอ หอบเหนื่อย หรือมีอาการของโรคปอดอักเสบ ในรายที่มีอาการรุนแรง จะมีอาการระบบทางเดินหายใจล้มเหลว และอาจถึงขั้นเสียชีวิต เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ลำดับที่ 14 ของไทย และตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2562 ถึงวันที่ 10 มีนาคม พ.ศ. 2563 มีรายงานผู้ป่วยยืนยันทั่วโลก รวม 111 ประเทศ 2 เขตบริหารพิเศษ 1 นครรัฐ และเรือ Diamond Princess จำนวน 114,571 ราย มีอาการรุนแรง 5,771 ราย เสียชีวิต 4,030 ราย สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) พบผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 53 ราย รักษาหายและแพทย์ให้กลับบ้าน 34 ราย อยู่ระหว่างการรักษา 18 ราย เสียชีวิต 1 ราย (รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 67 วันที่ 10 มีนาคม 2563) อัตราการติดเชื้อและอัตราการตายแตกต่างกันไป ตามอายุ สุขภาพและเพศ ผู้ที่มีอายุมากเมื่อมีการติดเชื้อจะอาการป่วยและรุนแรงมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย พบว่าอัตราการเสียชีวิตในกลุ่มคนที่อายุสูงกว่า 80 ปีขึ้นไปสูงที่สุด 21.9 % (เสวนาเรื่ององค์การอนามัยโลก...เจออะไรที่ประเทศจีน เมื่อวันที่ 5 มีนาคม 2563)

จากการที่ประเทศไทยเข้าสู่ภาวะสังคมผู้สูงอายุและแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจากหน่วยงานภาครัฐข้างต้น และผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงที่หากมีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จะมีความรุนแรงและอัตราการเสียชีวิตสูงกว่ากลุ่มอื่น ดังนั้นผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ดี มีความรู้และความเข้าใจและรู้จักที่จะป้องกันตนเองมิให้เกิดโรค เนื่องจากการมีสุขภาพที่ดีย่อมเกิดจากการที่บุคคลทำกิจกรรมที่เสริมสร้างสุขภาพและเป็นประโยชน์ต่อตนเอง และในทางกลับกันการที่มีสุขภาพไม่ดีก็ย่อมเกิดจากการดูแลสุขภาพที่ไม่ดี (พิมพ์สิทธิ์ บัวแก้วและรติพร ถึงฝั่ง, 2559) เนื่องจากประเทศไทยมีความเสี่ยงสูงและได้รับผลกระทบจากการแพร่กระจายของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่ต้องดูแลเป็นพิเศษเพราะเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงมากกว่ากลุ่มอื่น ดังนั้นการป้องกันตนเองเพื่อไม่ให้ติดเชื้อจึงมีความสำคัญเพื่อลดโอกาสเสี่ยงที่จะติดเชื้อ ทั้งนี้การป้องกันตนเอง เช่น การล้างมืออย่างสม่ำเสมอ รับประทานอาหารที่ปรุงสุกและสวมใส่หน้ากากอนามัยก็สามารถช่วยลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อได้ ดังนั้น

การศึกษาพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อของผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ เพราะการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดีจะช่วยลดปัญหาและผลกระทบที่จะเกิดแก่ผู้สูงอายุได้ ผู้ศึกษามีความสนใจในเรื่องพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ของผู้สูงอายุว่ามีปัจจัยอะไรบ้างที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เพื่อจะได้ทราบพฤติกรรมป้องกันการโรคของผู้สูงอายุ และนำปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุมาเป็นแนวทางในการป้องกันและส่งเสริมดูแลสุขภาพ และเป็นแนวทางให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปปฏิบัติเพื่อสนับสนุนบริการสุขภาพของผู้สูงอายุต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ของผู้สูงอายุ
2. เพื่อวิเคราะห์พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ของผู้สูงอายุ
3. นำเสนอแนวทางในการบริหารจัดการด้านสุขภาพการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ของ ผู้สูงอายุ

### คำถามการวิจัย

1. ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 อย่างไร
2. ผู้สูงอายุมีความต้องการสนับสนุนบริการด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 อย่างไร

### ขอบเขตของการศึกษาวิจัย

ขอบเขตด้านพื้นที่ การศึกษาคั้งนี้ทำการศึกษากลุ่มประชากรที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไปอาศัยอยู่ในตำบลบึงอีไถ อำเภอดงเจริญ จังหวัดปทุมธานี อ่านออกและเขียนภาษาไทยได้

ขอบเขตด้านประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้น อาศัยอยู่ใน เทศบาลเมืองบึงอีไถ อำเภอดงเจริญ จังหวัดปทุมธานี จำนวน 2,170 คน ทำการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณจากสูตรของทาโร ยามาเน (Taro Yamane) ระดับความเชื่อมั่น 95% สำหรับความคลาดเคลื่อนร้อยละ 10 ได้ตัวอย่างกลุ่มประชากร 97 คน

ขอบเขตด้านเวลา การศึกษาคั้งนี้ได้ศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโดยเริ่มทำการศึกษาคั้งตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนเมษายน พ.ศ.2563

ขอบเขตด้านเนื้อหา การศึกษาคั้งนี้ได้ศึกษาพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ของผู้สูงอายุโดยศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยตามแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief



Model) ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 และความต้องการสนับสนุนบริการสุขภาพในด้านการป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 ของผู้สูงอายุ

### การนิยามศัพท์

1. ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกินกว่า 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงและมีสัญชาติไทย
2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติหรือกระทำด้วยตนเองจนเป็นลักษณะนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวัน มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมสุขภาพ คุ้มครองรักษาภาวะสุขภาพและป้องกันโรค ทำให้ตนเองมีสุขภาพแข็งแรงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ
3. การสนับสนุนบริการด้านสุขภาพ หมายถึง การจัดบริการในการให้การสนับสนุนและการช่วยเหลือด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ
4. พฤติกรรมการป้องกันโรค หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของผู้สูงอายุในการหลีกเลี่ยงการติดเชื้อโรค
5. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง การทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 จากตัวแปรของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะติด COVID-19 การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อ COVID-19 การรับรู้ภาวะคุกคามของโรคติดเชื้อ COVID-19 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19
6. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคติดเชื้อ COVID-19 หมายถึง ความเชื่อหรือการคาดคะเนว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อ COVID-19 เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญที่จะส่งผลพฤติกรรมการป้องกันตนเอง เมื่อบุคคลนั้นมีความเข้าใจที่ถูกต้องต่อสถานการณ์ของโรคที่คุกคามตนเองมีโอกาสเกิดได้ตลอดเวลา ดังนั้นบุคคลจึงมีพฤติกรรมที่แตกต่างกันตามการรับรู้ของบุคคลด้วย
7. การรับรู้ความรุนแรง หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลเป็นประเมินเอง ในด้านของความรุนแรงของโรคติดเชื้อ COVID-19 ที่มีต่อตนเอง และการรักษาต้องใช้ระยะเวลาานาน
8. การรับรู้ภาวะคุกคาม หมายถึง การที่บุคคลเชื่อว่าโรคติดเชื้อ COVID-19 มีความรุนแรงและเป็นโรคติดเชื้อที่อยู่ใกล้ตัว
9. การรับรู้ประโยชน์ หมายถึง การที่บุคคลเชื่อว่าการป้องกันตนเองเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์ เหมาะสมที่จะปฏิบัติ ดังนั้น การที่ตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำต่างๆก็จะขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบถึง ข้อดี และข้อเสียของพฤติกรรมนั้น ๆ โดยเลือกที่จะปฏิบัติในสิ่งที่จะก่อให้เกิดผลดีมากกว่า

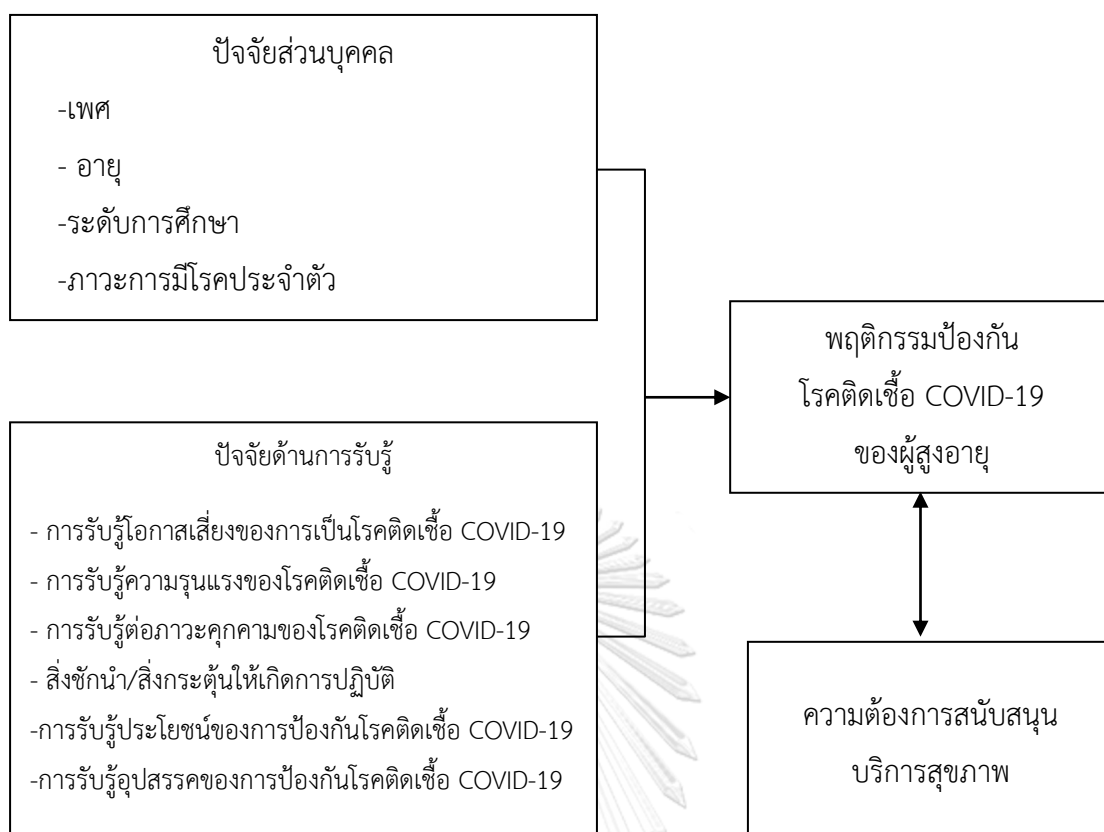
10. การรับรู้อุปสรรค หมายถึง ความเชื่อหรือความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคต่อการป้องกัน COVID-19 ถ้าบุคคลมีความเชื่อเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคสูงก็ทำให้การที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดขึ้นได้ยาก

### วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ โดยใช้วิธีการเชิงสำรวจ เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างของประชากร โดยใช้เครื่องมือคือ แบบสอบถามปลายปิดและแบบปลายเปิดเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

### กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าได้มีผู้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจไว้หลายท่าน การวิจัยครั้งนี้ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจว่าปัจจัยต่างๆที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ภาวะการมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 อย่างไร และใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ(Health Belief Model) ประยุกต์ของ Rosenstock & Strecher(1996) อธิบายความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 และความต้องการสนับสนุนบริการสุขภาพด้านการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### สมมติฐานงานวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ภาวะการมีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 ของผู้สูงอายุ
2. ปัจจัยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ภาวะคุกคามของโรค การได้รับข้อมูลข่าวสาร การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 ของผู้สูงอายุ
3. พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 ของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนบริการสุขภาพ

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 ของผู้สูงอายุ
2. ทราบถึงความต้องการสนับสนุนบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจากรัฐในการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19
3. ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการวางแผนดำเนินงานเชิงรุกในชุมชนและจัดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 ต่อไป



## บทที่ 2

### ทบทวนวรรณกรรม

#### 1.แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

คำว่าผู้สูงอายุ เป็นคำที่บ่งบอกตัวเลขว่ามีอายุมากโดยมีการนับตามอายุตั้งแต่แรกเกิด พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 ได้ให้ความหมายของคำว่า คนแก่ คือ มีอายุมาก หรืออยู่ในวัยชรา และให้ความหมายของคำว่า ชรา คือแก่ด้วยอายุ ชำรุดทรุดโทรม สูงอายุ คือมีอายุมาก โดยองค์การสหประชาชาติได้ให้นิยามคำว่า ผู้สูงอายุ คือ ประชากรทั้งเพศชายและเพศหญิงซึ่งมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปโดยเป็นการนิยาม นับตั้งแต่อายุเกิด และสำหรับประเทศไทยได้นิยามคำว่า ผู้สูงอายุไว้ใน พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปและมีสัญชาติไทย บรรลุ ศิริพานิช(อ้างถึงในรุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว, 2545:7) ได้ศึกษาเรื่องผู้สูงอายุและได้แบ่งผู้สูงอายุและตามสถานะสุขภาพออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. ผู้สูงอายุระดับต้น (the young old) มีอายุระหว่าง 60-70 ปี ระดับนี้สภาวะทางกายภาพ และสรีรวิทยายังไม่มีการเปลี่ยนแปลงไปมากนัก ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้เป็นส่วนใหญ่
2. ผู้สูงอายุระดับกลาง (the middle old) มีอายุระหว่าง 71-80 ปี ระดับนี้สภาวะทางกายภาพและสรีรวิทยาเริ่มเปลี่ยนแปลงไปแล้วโดยส่วนใหญ่ ทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองบกพร่อง เริ่มต้องการความช่วยเหลือในบางอย่าง
3. ผู้สูงอายุระดับปลาย (the old old) มีอายุตั้งแต่ 80 ปี ขึ้นไป ระดับนี้สภาวะทางกายภาพ และสรีรวิทยาเปลี่ยนแปลงไปอย่างเห็นได้ชัด บางคนมีความพิการ บางคนช่วยเหลือตนเองไม่ได้ บางอย่างจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น

สุรกุล เจนอบรม(อ้างถึงในรุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว, 2545:7-8)ได้กำหนดหลักเกณฑ์ในการพิจารณาความเป็นผู้สูงอายุไว้ 4 ลักษณะ

1. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากอายุจริงที่ปรากฏ (Chronological aging) คือการดูลักษณะของความเป็นผู้สูงอายุจากจำนวนปี หรืออายุที่ปรากฏจริง
2. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย (Biological aging) คือการดูลักษณะของความเป็นผู้สูงอายุจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เช่น ผมขาว ผิวหนังเหี่ยวย่น ตกราะ
3. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ (Psychological aging) ซึ่งรวมถึงสติปัญญา เช่น ระบบความจำเปลี่ยนแปลง บุคลิกภาพเปลี่ยนไป

4. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากบทบาททางสังคม (Social aging) เป็นการดูลักษณะความรับผิดชอบในการทำงาน รวมถึงด้านครอบครัว เพื่อนฝูง เป็นต้น

### การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ เมื่อมีอายุมากขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงหลายด้านการทำงานหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายเริ่มลดน้อยลง มีความเสื่อมของเนื้อเยื่อและอวัยวะต่างๆของร่างกาย ดังนี้

#### การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

1. ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ พบว่ามีการฝ่อของกล้ามเนื้อ กำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อจะลดลง กระดูกจะเปราะและหักง่ายเนื่องจากการสลายของแคลเซียมออกจากกระดูก ความยาวของกระดูกสันหลังสั้นลงเพราะหมอนรองกระดูกบางลง ทำให้หลังค่อม ความสูงลดลง กระดูกอ่อนบริเวณข้อต่างๆบางและเสื่อมลง น้ำไขข้อลดลงทำให้ได้ยินเสียงกรอบแกรบขณะที่มีการขยับเคลื่อนไหว การเคลื่อนไหวของข้อไม่สะดวก ข้อติดแข็ง ปวดตามข้อ ข้ออักเสบและติดเชื้อง่าย จำนวนมวลและเส้นใยกล้ามเนื้อลดลง ระยะเวลาที่ใช้ในการหดตัวของกล้ามเนื้อในแต่ละครั้งนาน กล้ามเนื้ออ่อนกำลังทำให้สูญเสียความแข็งแรงว่องไว ทำให้การเคลื่อนไหวช้าลง

2. ระบบประสาท ความสามารถในการเรียนรู้และการจำลดลง เซลล์สมองและเซลล์ประสาทจะมีจำนวนลดลงประสิทธิภาพการทำงานของสมองและประสาทอัตโนมัติจะลดลงทำให้ความไวต่อความรู้สึกและการตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่างๆลดลง คิดช้า การเคลื่อนไหวช้า ความจำในเรื่องใหม่ๆไม่ดีเท่าความจำในเรื่องอดีต และความสามารถในการคำนวณวิเคราะห์ลดลง

3. การมองเห็น เมื่ออายุมากขึ้นเลนส์ตาเสื่อม กล้ามเนื้อลูกตาเสื่อมลงทำให้การปรับระยะภาพสายตาระยะยาวเนื่องจากความยืดหยุ่นของเลนส์ลดลง ทำให้สายตายาวขึ้น ลานสายตาแคบลง ความไวในการมองเห็นภาพลดลง ลูกตามีขนาดเล็กลง รูม่านตามีขนาดเล็กลง ผนังตาตก ปฏิกริยาในการตอบสนองต่อแสงของม่านตาลดลง ทำให้มีการปรับตัวในที่มีความมืดไม่ดี ความไวในการมองเห็นภาพลดลง การผลิตน้ำตาลดลง ทำให้ตาแห้งและเกิดการระคายเคืองของเยื่อบุตาได้ง่าย

4. การได้ยิน การได้ยินลดลง มีอาการหูตึง เนื่องจากการเสื่อมของหูชั้นในร่วมกับเส้นประสาทหู แก้วหูและอวัยวะในหูชั้นกลางแข็งตัวมากขึ้น มักจะได้ยินเสียงต่ำๆได้ชัดกว่าเสียงพูดธรรมดา การผลิตซีฟูลดลง แต่จะมีการสะสมของซีฟูในช่องหูมากขึ้น หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหูชั้นในเกิดภาวะแข็งตัว ทำให้มีเลือดไปเลี้ยงน้อยลง จึงมักพบว่าผู้สูงอายุมักมีอาการวิงเวียนศีรษะได้ง่าย

5. การรับรส การรับรสชาติเสียไป เนื่องจากต่อมรับรสที่ลิ้นมีจำนวนลดลง และบางส่วนมีการฝ่อลีบลง ทำให้การรับรสชาติมีการเสียไป ผู้สูงอายุสูญเสียการรับรสนานก่อนรสเปรี้ยว รสขม และ รสเค็ม ทำให้ผู้สูงอายุ รับประทานอาหารรสจัดมากขึ้น

6. การรับกลืน ความสามารถในการจำแนกกลืนจะลดลง เนื่องจากมีการเสื่อมของเยื่อบุโพรง จมูกจึงทำให้ความสามารถในการจำแนกกลืนลดลง ผู้สูงอายุจะไม่รับรู้กลิ่นของอาหารและไม่สามารถ จำแนกกลืนได้

7. ผิวหนัง หลอดเลือดฝอยใต้ผิวหนังจะหนาขึ้น การซึมผ่านของออกซิเจนและอาหารเข้าสู่ เซลล์เนื้อเยื่อต่ำ ทำให้ความแข็งแรงของผิวหนังลดลง ความยืดหยุ่นของผิวหนังลดลง ปริมาณไขมันที่ สะสมใต้ผิวหนังลดลง ทำให้ผิวหนังเป็นรอยเหี่ยวย่น แดงง่าย ต่อมเหงื่อทำงานลดลง ขับเหงื่อออกได้ น้อย ผิวหนังขาดการตั้งตัว ทำให้ผิวหนังแห้ง กระจ่าง ทนต่อการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิไม่ดี

8. ผมและขน ผู้สูงอายุจะมีอัตราการงอกของผมลดลง และเส้นผมมีขนาดเล็กลง

9. ระบบการไหลเวียนโลหิต เมื่ออายุมากขึ้นหลอดเลือดฝอยในร่างกายส่วนใหญ่จะหนาขึ้น มีความยืดหยุ่นลดลง การซึมผ่านของออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อต่างๆลดลง นอกจากนี้ประสิทธิภาพการ ทำงานของหัวใจลดลง กำลังการหดตัวของหัวใจลดลง อัตราการเต้นของหัวใจลดลงหัวใจและกล้ามเนื้อของ หัวใจมีความไวต่อสิ่งเร้าลดลง ปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง ทำให้เกิดภาวะหัวใจวายได้ง่าย กล้ามเนื้อของหัวใจมีแคลเซียมมาเกาะมากขึ้น ทำให้ระบบสื่อนำคลื่นหัวใจเปลี่ยนแปลงเกิดหัวใจเต้น ผิดจังหวะ เนื่องจากเส้นเลือดที่หนาขึ้นทำให้ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหัวใจลดลงมีผลต่อการบีบ และการคลายตัวของหัวใจ หลอดเลือดฝอยหนาขึ้นความยืดหยุ่นลดลง ทำให้เปราะและแตกง่าย เกิด รอยฟกช้ำได้ง่าย

10. ระบบทางเดินหายใจ เมื่ออายุมากขึ้นหลอดเลือดฝอยในหลอดลมจะหนาและแข็งขึ้นทำ ให้ขาดความยืดหยุ่น ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อปอดลดลง ความแข็งแรงของกำลังกล้ามเนื้อที่ช่วยใน การหายใจลดลง จำนวนถุงลมปอดลดลงและถุงลมปอดมีขนาดใหญ่ขึ้นส่งผลให้ปริมาณอากาศมีการ คงค้างในปอดเพิ่มขึ้น ทำให้การระบายอากาศลดลง ผนังถุงลมและหลอดเลือดฝอยมีการหนาขึ้นส่งผล ให้การแพร่ผ่านลดลง จากการลดปริมาณเลือดมาสู่ปอดทำให้การกำซาบของเลือด(perfusion)และ ก๊าซผ่านถุงลมและหลอดเลือดฝอยลดลง ส่งผลให้การซึมผ่านและการแลกเปลี่ยนของออกซิเจน ในถุงลมปอดไม่ดี

11. ระบบทางเดินอาหาร ปากและฟัน โดยทั่วไปฟันจะหลุด กล้ามเนื้อในการเคี้ยวมีแรง ลดลงและกล้ามเนื้อในการกลืนจะมีการเปลี่ยนแปลง และพบว่ากระเพาะอาหารมีการหลั่งกรดลดลง ทำให้เกิดอาการเบื่ออาหาร ท้องอืดง่าย ฟันสึกกร่อน ฟันเปราะ เคลือบฟันบางลง ทำให้เกิดฟันผุหลุด ร่วงง่ายเกิดปัญหาการรับประทานอาหาร การเคลื่อนไหวของหลอดอาหารลดลงและมีขนาดใหญ่ เนื่องจากกล้ามเนื้อของหลอดอาหารและคอหอยอ่อนกำลังลง และกล้ามเนื้อหูรูดของปลายหลอด อาหารมีการหย่อนตัวและทำงานที่ช้าลง อาหารในกระเพาะอาหารไหลย้อนกลับขึ้นมาในหลอด อาหาร การดูดซึมแคลเซียมและธาตุเหล็กลดลง ทำให้เกิดโรคกระดูกพรุนและโรคโลหิตจางได้ ตับมี ความสามารถในการทำลายพิษลดลงทำให้มีการสะสมและเกิดพิษของยาที่มากเกินไป การสร้าง

น้ำดีลดลงทำให้ปริมาณของน้ำดีลดลง แต่มีความหนืดของน้ำดีมากขึ้น ซึ่งอาจมีผลทำให้เกิดนิ่วในถุงน้ำดี

12. ระบบขับถ่าย เกิดการเสื่อมหน้าที่ของไต ทำให้ไตขับของเสียได้น้อยลง ความจุและความตึงตัวของกระเพาะปัสสาวะลดลง และกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานและกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะมีกำลังอ่อนลง ทำให้อาจมีปัสสาวะคงค้างหลังการถ่ายปัสสาวะได้ การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง การย่อยอาหารและการดูดซึมการเคลื่อนไหวของลำไส้เล็กลำไส้ใหญ่ที่ไม่ดี ทำให้เกิดอาการท้องผูกได้ง่าย กล้ามเนื้อหูรูดที่ทวารชั้นนอกมีการหย่อนตัวอาจทำให้การกลั้นอุจจาระไม่สามารถกลั้นได้

13. ระบบสืบพันธุ์ ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะระบบสืบพันธุ์ เพศหญิงรังไข่จะฝ่อเล็กลง ปีกมดลูกเหี่ยว มดลูกมีขนาดเล็กลงเยื่อภายในมดลูกบาง ปากมดลูกเหี่ยวและมีขนาดเล็กลง ไม่มีเมือกกลิ่น ในเพศชายลูกอัณฑะมีขนาดเล็กลง

14. ระบบต่อมไร้ท่อ มีต่อมไร้ท่อที่มีการผลิตของฮอร์โมนต่อมไร้ท่อน้อยลง และตับอ่อนมีการผลิตอินซูลินได้น้อยลง ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเป็นเบาหวานได้ง่ายกว่าวัยหนุ่มสาว

#### **ความเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และจิตใจ**

ผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมถอยการทำหน้าที่ต่างๆลดลง การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และจิตใจอาจเป็นผลเนื่องมาจากทางร่างกายและสังคม เพราะความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ และสภาพแวดล้อม มีผลต่ออารมณ์และจิตใจ การเปลี่ยนแปลงที่กล่าวมา อาจมีผลมาจากการสูญเสียในด้านต่างๆ เช่น

1. การสูญเสียบุคคลที่รัก เนื่องจากคู่ชีวิต เพื่อนญาติสนิทจากไป
2. การสูญเสียสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากเป็นวัยที่ต้องมีการออกจากงานทำให้ขาดรายได้ ความสัมพันธ์ทางสังคมลดลง สูญเสียตำแหน่งหน้าที่ เป็นต้น
3. การสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว เนื่องจากบุตรมีการแยกครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่โดดเดี่ยว เกิดความว้าเหวและทำให้มีความรู้สึกตนเองมีคุณค่าน้อยลง

#### **การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม**

ผู้สูงอายุมีความเสื่อมโทรมของอวัยวะต่างๆมากขึ้น มีความเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง ความสามารถในการเข้าร่วมและบทบาททางสังคมและการทำกิจกรรมทางสังคมลดลง จากที่เคยเป็นหัวหน้าครอบครัวต้องกลายมาเป็นสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัว จากที่เคยเป็นที่ปรึกษากลายเป็นหรือเป็นที่เคารพกลายเป็นผู้ดูแลบ้าน เป็นต้น นอกจากนี้สภาพทางสังคมและวัฒนธรรมทางตะวันตกได้เข้ามามีบทบาททางสังคมไทยมากขึ้น ส่งผลให้เกิดช่องว่างของความสัมพันธ์ที่มากขึ้น ดังนั้นการปรับตัวของผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญ ทั้งนี้จากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆลดลง ทำให้มีผลต่อผู้สูงอายุทำให้เกิดความว้าเหว อ้างว้าง ซึมเศร้าได้หากผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวได้



## 2. ทฤษฎีเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุมีหลายทฤษฎี ได้มีผู้ศึกษาค้นคว้าพบว่าทฤษฎีความมียายุ ประกอบด้วย 2 หลัก (อรวรรณ แผนคง, 2552:11-15)

### 1. ทฤษฎีความมียายุ

#### 1.1 ทฤษฎีความมียายุทางชีวภาพ

ทฤษฎีความมียายุที่เกี่ยวข้องทางพันธุกรรม (Genetic theories) เป็นทฤษฎีที่ว่าด้วยกลไกการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรมของภายในร่างกาย สามารถเกิดได้ในทุกช่วงวัย ได้แก่

1. ทฤษฎีพฤติกรรมทั่วไป (General genetic theory) เนื่องจากลักษณะทางเพศจะถูกกำหนดโดยโครโมโซม โดยโครโมโซมเพศชายคือ xy และโครโมโซมเพศหญิงคือ xx การที่หญิงมีโครมาติน x มากกว่าชาย เพศหญิงจึงมีอายุยืนยาวมากกว่า และครอบครัวที่มีบรรพบุรุษอายุยืน มักพบว่าครอบครัวนั้นมักจะอายุยืนด้วยเช่นกัน

2. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรมในเซลล์ (Cellular genetic theory) ยีนส์เป็นตัวควบคุมลักษณะทางพันธุกรรม โดยควบคุมการสร้างเอนไซม์ โดยเอนไซม์ทุกตัวนั้นจะมีองค์ประกอบที่สำคัญ ยีนส์หนึ่งยีนส์จะทำหน้าที่ในการควบคุมลักษณะเอนไซม์โปรตีนชนิดหนึ่ง ซึ่งเป็นส่วนประกอบที่สำคัญของรหัสพันธุกรรม ส่งผลให้ DNA ถูกทำลายไปและทำให้ยีนส์ผิดปกติ ทำให้ปฏิกิริยาของร่างกายมีการทำหน้าที่ของเซลล์เสียไป

3. ทฤษฎีผ่าเหล่า (Somatic mutation theory) เกิดจากรังสีทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของ DNA และเร่งให้เกิดการแก่เร็วขึ้น รังสีทำให้เซลล์ที่แบ่งตัวทำให้เกิดการผ่าเหล่าขึ้น และเมื่อมีการสะสมเป็นระยะเวลานานจนทำให้การทำหน้าที่ของยีนส์เสียไปร่างกายไม่สามารถผลิตโปรตีนได้ และตายในที่สุด

4. ทฤษฎีความผิดพลาด (Error theory of aging) เกิดเนื่องจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรมที่มีความผิดพลาด ซึ่งในวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการสะสมความผิดพลาด มีความบกพร่องของส่วนประกอบระดับโมเลกุลของเซลล์ ทำให้การทำหน้าที่ที่มีการหยุดชะงัก เนื้อเยื่อมีการเสื่อมสภาพและตายไป ทำให้เกิดการเสียสมดุลเกิดขึ้น

5. ทฤษฎีวิวัฒนาการ (Evolution theory) การที่มีความสูงอายุเกิดจากมีการปรับตัวตามวิวัฒนาการของสิ่งมีชีวิต จะมีการสร้างสรรค์สิ่งที่ดีกว่าเพื่อความอยู่รอดในสภาพแวดล้อมที่มีความเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การที่มีความสูงอายุเป็นสิ่งที่ผนวกเข้ากับชีวิตหนึ่งของการแพร่พันธุ์และการเจริญพันธุ์ของระยะเวลาของการมีชีวิตและจะสั้นลงเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงสภาพความเป็นอยู่

6. ทฤษฎีนาฬิกาชีวภาพ (Watch spring theory, programming theory) กล่าวว่าความสูงอายุเกิดจากการถูกกำหนดไว้โดยรหัสที่อยู่ในยีนส์ที่กำหนดให้เซลล์ต่างๆแก่ลง เมื่อถึงกำหนดเวลา

กระบวนการของการสูงอายุนั้นเริ่มด้วยการเจริญเติบโต การพัฒนาและการเสื่อมลงและตายในที่สุด ซึ่งเป็นวงจรที่เกิดช่วงระยะเวลาหนึ่งที่มีการกำหนดไว้แล้ว

### 1.2 ทฤษฎีที่ไม่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรม (Non-genetic cellular theories)

1. ทฤษฎีความเสื่อมโทรม (Wear and tear theory) โดยทฤษฎีนี้มีการเปรียบเทียบสิ่งมีชีวิตคล้ายกับเครื่องจักร เมื่อมีการใช้ไปนานๆจะทำให้เกิดความผิดปกติขึ้น แต่มีข้อแตกต่างคือมนุษย์สามารถที่จะซ่อมแซมตัวเองและใช้งานต่อไปได้ ซึ่งการเกิดเซลล์ใหม่ทดแทนทดแทนเซลล์เก่าเพื่อให้สิ่งมีชีวิตมีความชราา่น้อยที่สุด ส่วนเซลล์ที่แบ่งตัวไม่ได้ก็จะเสื่อมโทรมและตายลง

2. ทฤษฎีการสะสม (Accumulative theory) ความมีอายุเป็นผลมาจากการสะสมที่เป็นอันตรายต่อเซลล์ เรียกว่า Lipofuscin หรือ Age pigments Lipofuscin ซึ่งเป็นLipoprotein และเป็นของเสียในกระบวนการเมตาบอลิซึม มีคุณสมบัติ คือ ไม่ละลายน้ำ จะถูกสะสมมากขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น

3. ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free radical theory) สาเหตุที่เซลล์ตาย เกิดจากมีการสร้างอนุมูลอิสระ ซึ่งเซลล์ตัวนี้จะมีส่วนประกอบทางเคมี ในระยะที่มีการกระตุ้น (Activate state) กระบวนการนี้จะใช้ออกซิเจนเป็นส่วนประกอบในการที่มีการทำปฏิกิริยาเร็วมากกับโมเลกุลที่อยู่ข้างเคียง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างหน้าที่ต่างๆของเอนไซม์และโปรตีน ทำให้เซลล์ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติและตาย

4. ทฤษฎีการเชื่อมตามขวาง (Cross linking theory) ความมีอายุเกิดจากการเชื่อมตามขวางของโมเลกุลของโปรตีน ซึ่งการเชื่อมตามขวางนี้อาจเกิดขึ้นระหว่างสารภายในโมเลกุลเดียวกันหรือเกิดจากสารระหว่างโมเลกุล ส่งผลให้คุณสมบัติทางเคมีและกายภาพของโมเลกุลเกิดการเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งการเชื่อมตามขวางจะพบมากที่สุด คือโปรตีนที่อยู่ภายนอกเซลล์ คือ Elastin และ Collagen ซึ่งเนื้อเยื่อเหล่านี้จะมีความเกี่ยวพัน และผลจากการเชื่อมตามขวางจะค่อยๆเป็นไปตามอายุทำให้เนื้อเยื่อเกิดการขาดความยืดหยุ่นได้

1.3 ทฤษฎีความมีอายุเกี่ยวข้องกับสรีรวิทยา (Physiological theories) โดยปกติร่างกายสามารถสร้างภูมิคุ้มกันได้เพียงพอ และเมื่อมีอายุมากขึ้นการสร้างภูมิคุ้มกันจะมีระดับลงเรื่อยๆ คุณภาพก็จะลดลงด้วย จะมีการเสื่อมสมรรถภาพของการจำโครงสร้างของโมเลกุลที่อยู่ในร่างกาย ซึ่งทำให้ Antibody ทำปฏิกิริยากับเซลล์ปกติของร่างกาย ดังนั้นจึงมักพบว่า ผู้สูงอายุมีระดับของ Autoimmune antibody ของเลือดสูง ซึ่งมีผลทำให้เกิดโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเองได้

### 2. ทฤษฎีความมีอายุเชิงจิตสังคม

ทฤษฎีความมีอายุเชิงจิตสังคมจะเน้นไปที่ประเด็นของบทบาท(Role)และความสัมพันธ์ (Relationships)ที่มีความเกี่ยวข้องของแต่ละบุคคลที่อยู่ในวัยสูงอายุ ซึ่งเมื่อมีการเข้าสู่ความสูงอายุกี่

จะมีความเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายทางด้านจิตใจและทางสังคม ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบซึ่งกันและกัน ทฤษฎีความมีอายุเชิงจิตสังคม แบ่งออกได้ ดังนี้

1. ทฤษฎีการถดถอยทางสังคม (Disengagement theory) ทฤษฎีนี้ถูกเสนอโดย เอเลน คัมมิง (Elaine Comming) และ วิลเลียม เฮนรี (William Henry) ในปี 1961 เชื่อว่าความสูงอายุเป็นกระบวนการที่มีการเกิดขึ้นตลอดเวลา ความมีอายุเป็นสิ่งที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ผู้สูงอายุจะมีการแยกตัว นั่นคือการถดถอยออกจากสังคม เนื่องจากสัมพันธภาพของผู้สูงอายุกับบุคคลรอบข้างหรือสังคมค่อยๆห่างออกมาจากกันสังคมที่เล็กลงน้อย นอกจากนี้ถ้าพบว่าสิ่งแวดล้อมดี ผู้สูงอายุได้รับการยอมรับจากสังคม มีโอกาสได้แสดงบทบาทจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจ ผู้สูงอายุจะมีการเข้าสังคมมากกว่าที่จะถดถอยออกมา การถดถอยออกจากสังคม เช่น การเกษียณอายุการทำงาน บุตรแยกครอบครัวออกไป มีการจากไปของคู่สมรส สถานะของการเป็นหัวหน้าครอบครัวลดลง เพราะฉะนั้นถ้าสิ่งแวดล้อมดี สังคมมีการยอมรับ เคารพและเปิดโอกาสผู้สูงอายุก็จะมีมีความสุข

2. ทฤษฎีการมีกิจกรรม (activity theory) ทฤษฎีนี้ถูกเสนอโดยฮาวิกเฮิร์ท (Havighurst) และแมดดอก (Maddog) และพาลเมอร์ (Palmore) ในปี 1968 เชื่อว่า ผู้สูงอายุจะมีความพึงพอใจในชีวิตถ้ายังมีกิจกรรมในสังคม ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม นั่นคือบุคคลที่มีการดำเนินชีวิตอย่างกระตือรือร้นมีการทำกิจกรรมต่างๆในช่วงวัยกลางคนเมื่อมีการเข้าวัยสูงอายุบุคคลนั้นก็จะมีดำรงชีวิตอย่างมีความสุข การมีกิจกรรมจะเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีอัตมโนทัศน์ (Self-concept) ดี การมีกิจกรรมจะทำให้สภาวะทางร่างกาย จิตใจ และสังคมดีขึ้น การจัดกิจกรรมต้องมีความหลากหลาย เพื่อให้ผู้สูงอายุเลือกตามความสนใจ รักษาระดับกิจกรรมไว้ มีการส่งเสริมสัมพันธภาพกับกลุ่มอื่น ส่งเสริมให้มีเพื่อน สามารถปรับตัวกับบุคคลอื่นได้ เป็นกิจกรรมที่เน้นการใช้สติปัญญา ความสามารถมากกว่าการใช้กำลัง

3. ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity theory) ทฤษฎีนี้เป็นการสรุปข้อขัดแย้งทฤษฎีถดถอยจากสังคมกับทฤษฎีการมีกิจกรรมร่วม โดยทฤษฎีนี้กล่าวว่า การมีชีวิตอยู่อย่างกระตือรือร้น และการที่พยายามคงไว้ซึ่งความรู้สึกในวัยกลางคน ความปรารถนาที่จะแยกออกมาจากสังคมสิ่งเหล่านี้ไม่ได้เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการที่มีชีวิตอย่างไรให้มีความสุข จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุจะมีความสุขและมีการทำกิจกรรมร่วมกันนั้น สิ่งเหล่านี้ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพและแบบแผนในการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล เช่นคนที่ชอบความสันโดษเมื่อสูงอายุก็ย่อมที่จะชอบแยกตัวออกมาจากสังคม หรือคนที่ชอบทำกิจกรรมในสังคมเมื่อสูงอายุมากขึ้นก็จะทำกิจกรรมเหมือนเดิมในสังคม

จากแนวคิดต่างๆที่กล่าวมาสรุปได้ว่า ทฤษฎีต่างๆที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุนั้นจะมีการกล่าวถึงความสูงอายุในแต่ละด้านที่แตกต่างกัน ทฤษฎีที่เกี่ยวกับความมีอายุทางชีวภาพมองความสูงอายุโดยมีการพิจารณาระบบต่างๆของร่างกาย จะกล่าวถึงความชราโดยดูจากความสูงอายุเกิดจากประสิทธิภาพของการทำงานของร่างกายที่มีการลดลง ส่วนทฤษฎีความสูงอายุเชิงจิตสังคม จะ

พิจารณาจากการคงบทบาทของผู้สูงอายุความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุ และการมีกิจกรรมและสถานภาพทางสังคม ซึ่งที่กล่าวมาพบว่าไม่มีทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งที่สามารถอธิบายเกี่ยวกับความสูงอายุได้ทั้งหมด กล่าวได้ว่ากระบวนการในการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเป็นกระบวนการที่มีความเสื่อมลงส่งผลให้ภาวะสุขภาพไม่แข็งแรงและเมื่อสุขภาพกายไม่แข็งแรงย่อมส่งผลต่อสุขภาพจิต การเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและด้านสังคมในผู้สูงอายุพบว่ามีทิศทางที่เสื่อมลง การเปลี่ยนแปลงทั้งสามด้านต่างก็มีความสัมพันธ์กัน นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงในแต่ละด้านของผู้สูงอายุแต่ละคนต่างก็มีความแตกต่างกัน เนื่องจากแต่ละคนก็มีความเสื่อมถอยของร่างกาย การคงบทบาทของตนเองหรือความสัมพันธ์ต่างๆแตกต่างกัน ทำให้พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองมีความแตกต่างกัน

## โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019(COVID-19)

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (coronavirus disease 2019(COVID-19)) เป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจชนิดหนึ่ง โดยไวรัสโคโรนา 2019 เป็นไวรัสในกลุ่มโคโรนาที่เพิ่งมีการค้นพบใหม่ (ไม่เคยมีการพบเชื่อนี้ในคนมาก่อน) พบครั้งแรกที่เมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีนในช่วงปลายปี 2019 เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถแพร่กระจายได้ทั้งในที่อากาศร้อนชื้นและในอากาศแห้งและหนาว (World Health Organization Thailand) การติดต่อของโรคโดยทั่วไปจะเกิดจากละอองสารคัดหลั่งจากระบบการหายใจของบุคคลที่ติดเชื้อ ซึ่งมีอาการไอ หรือจาม สัมผัสน้ำมูก น้ำลาย และมีระยะฟักตัวของโรคระหว่าง 2 ถึง 14 วัน

อาการเมื่อมีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้ที่ได้รับเชื้อจะเกิดปอดอักเสบ ทำให้ปอดแลกเปลี่ยนออกซิเจนได้ไม่เพียงพอ และอาจเกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันได้ โดยผู้ที่ติดเชื้อจะมีอาการ คือ มีไข้ร่วมกับมีอาการทางเดินหายใจ เช่น ไอ จาม มีน้ำมูก เหนื่อยหอบ อ่อนเพลีย ปวดกล้ามเนื้อหรือปวดข้อ เจ็บคอ ปวดศีรษะ หนาวสั่น

แนวทางการรักษาในปัจจุบันยังไม่มียาที่ใช้เป็นมาตรฐานสำหรับการรักษาโรคนี้ โดยกรมการแพทย์ร่วมกับสมาคมวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ผู้แทนคณะแพทยศาสตร์จากมหาวิทยาลัย และหน่วยงานวิชาการต่างๆ ได้จัดทำแนวทางการรักษาโรคติดเชื้อCOVID-19 แบ่งได้เป็น 3 กรณี

1. Mild case ที่ไม่มีภาวะเสี่ยงรักษาตามอาการ
2. Mild case in high risk group ผู้ที่มีปัจจัยข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ ได้แก่ อายุมากกว่า 60 ปี, เม็ดเลือดขาวชนิด lymphocyte ในเลือดต่ำกว่า 1,000 เซลล์ ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร, โรคปอดเรื้อรัง, โรคไตเรื้อรัง, ภาวะหัวใจล้มเหลว, ภาวะอ้วน, โรคตับแข็ง และภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ อื่นๆ ไข้ยาครบรวม 2 ชนิด ในกรณี chest x-ray พบ infiltration ภายใน 24-48 ชั่วโมง เพิ่มยา Favipiravir

### 3. Pneumonia case ให้ยาครบรวม 3 ชนิด

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข(2563, ออนไลน์) ได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 ไว้ดังนี้

1. หากมีอาการป่วย เช่น อากาศไข้ ไอ เจ็บคอ น้ำมูกไหล หายใจเหนื่อย ภายใน 14 วัน หลังกลับมาจากเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน หรือประเทศที่มีความเสี่ยง ให้รีบไปพบแพทย์

2. การล้างมือ เพื่อเป็นการขจัดสิ่งสกปรกต่างๆ เหงื่อ ไขมัน ที่ออกมาตามธรรมชาติ และลดจำนวนเชื้อ โรคที่อาศัยอยู่ชั่วคราวบนมือ การล้างมืออย่างถูกวิธีต้องล้างด้วยสบู่ก่อนหรือสบู่เหลว ใช้เวลาในการฟอกมือนานประมาณ 20 วินาที การล้างมือด้วยแอลกอฮอล์เจล (Alcohol gel) เป็นการล้างมือในกรณีรีบด่วน ไม่สะดวกในการล้างมือด้วยน้ำและมือไม่ปนเปื้อนสิ่งสกปรก การล้างมือด้วยแอลกอฮอล์เจลประมาณ 10 มิลลิลิตร ใช้เวลา ประมาณ 15-25 วินาที(ในกรณีใช้แอลกอฮอล์เจล (Alcohol Gel) ไม่ต้องล้างมือซ้ำด้วยน้ำและไม่ต้องเช็ดด้วยผ้าเช็ดมือ งดจับตา จมูก ปากขณะที่ไม่ได้ล้างมือ

3. การสวมใส่หน้ากากอนามัย วิธีการสวมใส่หน้ากากอนามัยที่ถูกต้อง ควรให้ด้านสีเข้มออกด้านนอกเสมอ คลุมให้ปิดจมูก ปาก คาง คล้องหู ขยับให้พอดีกับใบหน้า กดลดขอบบนให้สนิทกับสันจมูก โดยเปลี่ยนทุกวันและทิ้งลงในภาชนะที่มีฝาปิดเพื่อป้องกันการติดเชื้อทั้งจากตนเองและผู้อื่น

4.การไอ จาม ควรหากระดาษชำระหรือกระดาษทิชชูปิดปากเพื่อป้องกันไม่ให้เชื้อโรคกระจาย ทิ้งในถังขยะปิดให้เรียบร้อย และหลังจากไอ จามเสร็จแล้ว รีบล้างมือให้สะอาดทุกครั้งด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์ฆ่าเชื้อ เพื่อกำจัดเชื้อโรคไม่ให้แพร่กระจาย

5. รับประทานอาหารปรุงสุก สะอาด

6. เลี่ยงการใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่มีอาการไอ จาม น้ำมูกไหล เหนื่อยหอบ เจ็บคอ

7. เลี่ยงการเดินทางไปในพื้นที่เสี่ยง

จากที่กล่าวมาโรคติดเชื้อCOVID-19 เป็นโรคติดเชื้อที่มีความรุนแรง กลุ่มผู้สูงอายุเป็นประชากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยงมากที่สุดหากมีการติดเชื้อจะมีความรุนแรงและอัตราการตายสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ อัตราการเสียชีวิตในเพศชาย 4.7 % เพศหญิง 2.8% และพบว่าผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคปอดเรื้อรังโรคมะเร็ง มีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าผู้ไม่มีโรคประจำตัว(เสวนาเรื่ององค์การอนามัยโลก...เจออะไรที่ประเทศจีนเมื่อวันที่ 5 มีนาคม 2563) ดังนั้นพฤติกรรม การดูแลสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงและป้องกันการติดเชื้อจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

## แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความคำว่า สุขภาพ หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย สังคม และทางด้านจิตใจ ประกอบกัน ไม่ใช่เพียงแต่ปราศจากโรคเท่านั้น (อ้างถึงใน นิรมล อินฤทธิ์, 2547)

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ให้ ความหมายคำว่า สุขภาพ หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล

Shirreffs(1982) (อ้างถึงใน เกษแก้ว เสียงเพราะ, 2561:51) ให้คำนิยาม สุขภาพ หมายถึง คุณภาพชีวิตที่ประกอบด้วยสังคม สุขภาพจิตและชีววิทยา ที่เกิดขึ้นในระดับบุคคล รวมถึงผลลัพธ์ที่เกิดจากการปรับตัวจากสิ่งแวดล้อมครอบคลุมถึงจิตวิญญาณ การมีสุขภาพดีจำแนกออกเป็น 4 ด้าน

1. สุขภาพกาย (Physical Health) หมายถึง สภาพที่ดีของร่างกาย คือ อวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกายอยู่ในสภาพที่ดี มีความแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่มีโรคภัยร้ายร่างกายสามารถทำงานได้ตามปกติ มีความสัมพันธ์กับทุกส่วนเป็นอย่างดี และก่อให้เกิดการทำงานที่มีประสิทธิภาพ

2. สุขภาพจิต (Mental Health) หมายถึง สภาพจิตใจที่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ มีจิตใจเบิกบานแจ่มใส สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุข และสามารถควบคุมอารมณ์ได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งผู้มีสุขภาพจิตดีย่อมมีผลมาจากสุขภาพกายดีด้วย

3. สุขภาพสังคม (Social Health) หมายถึงบุคคลที่มีสภาวะทางด้านกายและจิตใจที่สมบูรณ์ มีการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข และสามารถปฏิสัมพันธ์และมีการปรับตัวให้อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

4. สุขภาพจิตวิญญาณ (Spiritual Health) หมายถึง สภาวะที่ดีของปัญญาที่มีการรู้เท่าทัน และมีความเข้าใจ สามารถแยกแยะได้ในเหตุผลความดีและความชั่ว ความมีโทษและมีประโยชน์ ซึ่งนำไปสู่ความมีจิตอันดีงาม

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า สุขภาพ หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์เป็นสุขไม่มีการเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และสังคม มีการเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีและมีจิตสำนึกที่ดีต่อสังคมและส่วนรวม

พฤติกรรมสุขภาพ กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข(2556) ให้ความหมายว่า หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรือการงดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง

จรัสศักดิ์ เจริญพันธ์และเฉลิมพล ต้นสกุล(2549:10)ให้ความหมาย พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมหรือการปฏิบัติใดๆของปัจเจกบุคคล กระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์ในการส่งเสริม

สุขภาพ ป้องกัน หรือบำรุงรักษาสุขภาพ โดยไม่ได้คำนึงถึงสถานะสุขภาพที่ดำรงอยู่ ไม่ว่าจะพฤติกรรมนั้นๆจะสัมพันธ์ผลสมความมุ่งหมายหรือไม่

อังคินันท์ อินทรกำแหง(2552:11)ให้ความหมาย พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติ การกระทำ การแสดงออกและท่าทีที่จะกระทำที่จะก่อให้เกิดผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพตนเอง

### **ลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพ**

1. พฤติกรรมที่พึงประสงค์ (Positive Behavior) หมายถึงพฤติกรรมที่มีการปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่อสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารเช้าครบ 5 หมู่ การออกกำลังกาย เป็นต้น

2. พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ (Negative Behavior) หมายถึงพฤติกรรมที่ปฏิบัติแล้วส่งผลเสียต่อสุขภาพ ทำให้เกิดโรคหรือเกิดปัญหาสุขภาพ เช่น การปรุงอาหารที่ปรุงไม่สุก การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่มีไขมันมากเกินไปจนความจำเป็น เป็นต้น

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่ามีผู้ให้ความหมายคำว่าพฤติกรรมสุขภาพไว้ใกล้เคียงกัน จึงสามารถสรุปได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพ คือ การทำกิจกรรมหรือการปฏิบัติการใดๆของบุคคลที่กระทำจนกลายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวันโดยจุดประสงค์ในการส่งเสริม ป้องกันการเกิดโรค หรือบำรุงรักษาสุขภาพ โดยไม่คำนึงถึงสถานะของสุขภาพที่ดำรงอยู่ ไม่ว่าจะพฤติกรรมนั้นๆจะสัมพันธ์ผลสมความมุ่งหมายหรือไม่ในที่สุดเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

### **พฤติกรรมปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพของบุคคลสามารถจำแนกออกได้เป็น 4 ด้าน**

1. พฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่พฤติกรรมหรือการกระทำเพื่อให้มีสุขภาพที่พึงประสงค์ หรือการปฏิบัติของบุคคลที่ทำให้สุขภาพของตนเองดีขึ้นเช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารเช้าครบ 5 หมู่ การพักผ่อน และการตรวจสุขภาพประจำปี เป็นต้น

2. พฤติกรรมด้านการป้องกันโรค พฤติกรรมหรือการกระทำในสิ่งที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ ช่วยป้องกันตนเองมิให้เกิดการเจ็บป่วย ไม่กระทำการที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ เช่น การไปรับการฉีดวัคซีน การลด ละ เลิกสูบบุหรี่ เป็นต้น

3. พฤติกรรมด้านการรักษาพยาบาล พฤติกรรมหรือการปฏิบัติของบุคคลเมื่อมีอาการเจ็บป่วย การตามคำแนะนำของแพทย์เมื่อตนเองมีอาการเจ็บป่วย ได้แก่ การไปรับการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย และปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์บุคลากรทางการแพทย์ในเรื่องการรับประทานยาเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วย เป็นต้น

4. พฤติกรรมด้านการฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ การทำกายภาพบำบัด การใช้กายอุปกรณ์เพื่อช่วยฝึกเดินในผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุต่างๆ เป็นต้น

## ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ(Health Belief Model)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นแบบแผนที่พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีทางด้านจิตวิทยา สังคมเพื่อใช้อธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ(Rosenstock,1974) โดยครั้งแรกได้นำมาใช้ในการอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค ( preventive health behavior ) ต่อมา นำไปใช้ในการอธิบายพฤติกรรมเจ็บป่วย ( illness behavior ) และการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ (sick-role behavior ) พัฒนาการของแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพเกิดขึ้นเมื่อนักวิชาการได้มีความสนใจพฤติกรรมของมนุษย์กันมากขึ้น พฤติกรรมสุขภาพ ได้รับความสนใจมาก ช่วงปีค.ศ 1950-1960 ถือว่าเป็นช่วงเริ่มแรกของการพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เนื่องจากในระยะนั้นการจัดบริการด้านสาธารณสุข ที่เน้นกิจกรรมด้านการป้องกันโรคมกกว่ากิจกรรมด้านการรักษาพยาบาลไม่ได้รับความสนใจจากประชาชน จึงมีความสนใจว่าอะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้ที่ ทำให้คนมีการปฏิบัติในการป้องกันโรคมกกว่าการรักษา การพัฒนารูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ เกิดขึ้นจากกลุ่มบุคคลที่ได้ทำการศึกษาวิจัยของสภาพปัญหาของการบริการสาธารณสุขดังกล่าว และ Rosenstock (1974) ได้นำออกมาเขียนอธิบายแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ โดยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้รับอิทธิพลมาจากทฤษฎีทางจิตวิทยาสังคมของ Lewin (1936) ในช่วงชีวิตของบุคคลที่เป็นแรงดันบวก ด้านลบ และส่วนที่เป็นกลาง ซึ่งส่วนที่เป็นส่วนกลาง คือส่วนที่มีความสมดุลระหว่างแรงดันบวก และด้านลบ พฤติกรรมของบุคคลจึงมองว่าถูกดึงโดยแรงดันบวกและถูกผลักโดยแรงดันลบ Lewin และคณะ(1944) กล่าวว่า พฤติกรรมของบุคคลเป็นผลมาจากตัวแปร 2 ประการ

1. คุณค่าของผลลัพธ์จากการกระทำ
2. การคาดคะเนของบุคคลต่อโอกาสของการเกิดผลลัพธ์จากการกระทำนั้น

Rosenstock (1974) ได้อธิบายแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง บุคคลนั้นต้องมีความเชื่อว่า

1. เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค
2. โรคนั้นจะต้องมีความรุนแรงต่อชีวิตเขาพอสมควร
3. การปฏิบัติดังกล่าวเพื่อหลีกเลี่ยงการเป็นโรคอันจะเป็นผลดีกับเขา ช่วยลดโอกาสเป็นโรค

ต่อมา Becker (1974) และคณะได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยได้เพิ่มปัจจัยร่วมและสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ ซึ่งเป็นปัจจัยอื่นนอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่พบว่ามื่ออิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค

### องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีองค์ประกอบ ดังนี้(Strecher&Rosenstock,1996 อ้างถึงใน อภาพร เฝ้าวัฒนาและคณะ, 2561:46-48)



1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือปัญหาด้านสุขภาพ เป็นความเชื่อของบุคคลที่ส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมในการปฏิบัติตามคำแนะนำ เกี่ยวกับด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะการเจ็บป่วย ในแต่ละบุคคลจะมีความเชื่อไม่เท่ากัน ดังนั้นจึงมีการปฏิบัติตามเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่าง และนอกจากนี้มียางานวิจัยรายงานผลของความสัมพันธ์ในทางบวกระหว่างความเชื่อของบุคคลต่อโอกาสเสี่ยงการเป็นโรคมี่ความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการไปรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันและการไปรับการตรวจสุขภาพเพื่อวินิจฉัยหาโรคตั้งแต่แรกเริ่ม

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) เป็นความเชื่อที่บุคคลมีการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่มีผลต่อร่างกาย เกิดปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบอาจก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้วจะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคอาจมีความแตกต่างจากความรุนแรงจากการประเมินของแพทย์

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ที่จะได้รับ (Perceived Benefits) หมายถึง บุคคลมีการแสวงหาวิธีการป้องกันไม่ให้เกิดโรคหรือการปฏิบัติให้หายจากโรค โดยการปฏิบัตินั้นบุคคลมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และทำให้หายหรือไม่เป็นโรค

4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ (Perceived barriers) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค เป็นความเชื่อของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมตามคำแนะนำในทางลบ อุปสรรคอาจหมายถึงเวลา ความไม่สะดวกสบาย ความอาย เสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัย และการคาดการณ์ล่วงหน้าต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคล ในทางลบเกี่ยวกับการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอนามัย ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค

5. ปัจจัยร่วม (Modifying factors) ปัจจัยร่วมเป็นปัจจัยที่มีส่วนช่วยส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคที่ส่งผลต่อการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค หรือการปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาโรค ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา บุคลิกภาพ เชื้อชาติ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ

6. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) เป็นสิ่งที่มากระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา หรือสิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการหรือพึงกระทำของออกมาหรือการกระทำที่เหมาะสม สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ 2 ด้าน สิ่งที่อยู่ภายในตัวบุคคล (Internal cues) เช่น การรับรู้สภาวะของร่างกายตนเอง อาการเจ็บปวด อาการไม่สุขสบาย และสิ่งชักนำภายนอกที่มากระตุ้น (External cues) ได้แก่ การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชน การได้รับคำแนะนำจากเพื่อน จากเจ้าหน้าที่ แรงกดดันหรือแรงสนับสนุนจากสังคม

กล่าวโดยสรุปได้ว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) มีองค์ประกอบ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ที่จะได้รับและอุปสรรค ซึ่งการรับรู้ต่างๆเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุพยายามที่จะออกห่างจากภาวะ ความเสี่ยงของโรค หาหนทางป้องกันโรคเพื่อจะลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรครุนแรง กลุ่มบุคคลเหล่านี้จะหลีกเลี่ยงการเป็นโรคได้โดยการปฏิบัติตนเพื่อป้องกัน และรักษาสุขภาพในระดับที่แตกต่างกัน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคที่สูงขึ้น จะทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่ามีโอกาสต่อการเกิดโรคได้ง่าย และความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจะมีผลกระทบที่รุนแรงต่อร่างกายและจิตใจ สัมพันธภาพในครอบครัว รวมถึงบทบาททางสังคม สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่มากระตุ้น ให้เกิดพฤติกรรมที่จะร่วมมือในการป้องกันรักษาโรคของบุคคลนั้นได้ สิ่งสำคัญอีกอย่างหนึ่งที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาโรค คือการปฏิบัติตามคำแนะนำ ตามความเชื่อว่าการปฏิบัติตนที่มีประสิทธิภาพแล้วจะช่วยการป้องกันโรค การรับรู้ถึงประโยชน์หรือประสิทธิภาพของการรักษานำไปสู่พฤติกรรมที่จะช่วยลดภาวะคุกคามจากโรคของผู้สูงอายุได้

### การสนับสนุนบริการด้านสุขภาพจากรัฐ

การจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากปัจจุบันประเทศไทยมีประชากรที่เป็นผู้สูงอายุมาก และผู้สูงอายุต้องการการดูแลและสวัสดิการการเกื้อหนุนต่างๆ การจัดระบบบริการสุขภาพต้องมีการคำนึงถึงความยั่งยืน ประเทศไทยมีระบบดูแลสุขภาพหลายระบบ ระบบบริการสุขภาพของไทยมีการให้บริการสุขภาพในระดับต่างๆ มากมายทั้งในส่วนของบริการสุขภาพระดับต้น หรือระดับปฐมภูมิที่ให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพทั่วไป และการป้องกันโรค โดยเป็นสถานบริการสุขภาพที่อยู่ใกล้ประชาชนมากที่สุด และมีการกระจายที่ครอบคลุมทั่วถึงที่สุดไปจนถึงสถานบริการสุขภาพระดับสูงที่เป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการรักษาพยาบาลในโรคที่มีความซับซ้อน

กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ได้มีปฏิญญาผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2542 โดยมีการประกาศใช้เมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2542 เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้รับการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิ์ กำหนดสาระสำคัญไว้ได้แก่

1. ผู้สูงอายุจะต้องได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรี ได้รับการพิทักษ์และคุ้มครองให้พ้นจากการถูกทอดทิ้ง และละเมิดสิทธิโดยปราศจากการเลือกปฏิบัติ โดยเฉพาะผู้สูงอายุไม่สามารถพึ่งตนเองได้และผู้พิการที่สูงอายุ

2. ผู้สูงอายุควรอยู่กับครอบครัวโดยได้รับความเคารพ รัก ความเข้าใจ ความเอื้ออาทร การดูแลเอาใจใส่ การยอมรับบทบาทของกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้เกิดความสัมพันธ์อันดีในการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

3. ผู้สูงอายุควรได้รับโอกาสในการศึกษาเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง เข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการทางสังคมอันเป็นประโยชน์ในการดำรงชีวิต เข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงของสังคมรอบด้าน เพื่อสามารถปรับบทบาทของตนให้สมวัย

4. ผู้สูงอายุควรได้ถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ให้สังคม มีโอกาสได้ทำงาน ที่เหมาะสมกับวัยและตามความสมัครใจ โดยได้รับค่าตอบแทนที่เป็นธรรม เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจและเห็นชีวิตมีคุณค่า

5. ผู้สูงอายุควรได้เรียนรู้ในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง ต้องมีหลักประกันและสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพอนามัยอย่างครบวงจรโดยเท่าเทียมกัน รวมทั้ง ได้รับการดูแลจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบตามคตินิยม

6. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่พึ่งพาตนเองได้ สามารถช่วยเหลือครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในสังคม เป็นแหล่งภูมิปัญญาของคนรุ่นหลังมีการเข้าสังคม มีนันทนาการที่ดีและมีเครือข่ายช่วยเหลือซึ่งกันและกันในชุมชน

7. รัฐโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคม ต้องกำหนดนโยบายและแผนหลักด้านผู้สูงอายุ ส่งเสริมและประสานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องให้บรรลุผลตามเป้าหมาย

8. รัฐโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคม ต้องตรากฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุ เพื่อเป็นหลักประกันและการบังคับใช้ในการพิทักษ์สิทธิ์ คุ้มครองสวัสดิภาพ และจัดสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ

9. รัฐโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคม ต้องรณรงค์ปลูกฝังค่านิยมให้สังคมตระหนักถึงคุณค่าของผู้สูงอายุตามวัฒนธรรมไทยที่เน้นความกตัญญูต่เวทีและเอื้ออาทรต่อกัน

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข อาศัยอำนาจตามความ มาตรา 3 และมาตรา 11 เรื่อง การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ พ.ศ.2548 ประกาศ ในราชกิจจานุเบกษา ฉบับประกาศทั่วไป เล่ม 122 ตอนที่ 45ง ลงวันที่ 7 มิถุนายน 2548 โดยมีข้อความดังนี้ ข้อ 1 ให้หน่วยบริการในระดับโรงพยาบาลของรัฐให้บริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข แก่ผู้อายุ โดยจัดให้มีช่องทางเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุแยกจากผู้รับบริการทั่วไปในแผนกผู้ป่วยนอก และให้กำหนดขั้นตอนและระยะเวลาในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ โดยปิดประกาศไว้ให้ชัดเจน และให้มีการประชาสัมพันธ์ในระหว่างให้บริการด้วย มีการจัด

สวัสดิการในด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ โดยให้ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ให้มีสิทธิรักษาพยาบาล โดยไม่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลที่มีการระบุไว้ตามระเบียบว่าด้วยการสงเคราะห์ผู้สูงอายุด้านการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2535 และทั้งได้รับสิทธิประกันสังคม สวัสดิการรักษาพยาบาลของภาคราชการ และโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอีกด้วย (สายฤดี วรภิกโกคาทร และคณะ อ้างถึงในณัฐชัชธร เดชสิทธิบุลพร, 2557)

จากที่กล่าวมาพบว่าการจัดสวัสดิการของรัฐเพื่อผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งบทบาทและสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ จากเดิมเป็นหัวหน้าครอบครัวกลายเป็นสมาชิกคนหนึ่งในครอบครัว การจัดสวัสดิการเพื่อดูแลผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุมีสวัสดิการในการดูแลตนเองลดการพึ่งพิงสมาชิกในครอบครัวได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษากัญญาณัฐ ใฝ่คำ (2561) พบว่าอิทธิพลของนโยบายสวัสดิการผู้สูงอายุที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในประเทศไทยมี 4 ประการ คือ รัฐต้องมีการจัดตั้งหน่วยงานที่มีหน้าที่ดูแลรับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ รัฐมีการสนับสนุนให้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในชุมชนที่เข้มแข็ง จัดสร้างเครือข่ายการทำงานด้านผู้สูงอายุและการใช้ทรัพยากรและข้อมูลด้านผู้สูงอายุร่วมกันอย่างบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการพัฒนาบุคลากรของระดับท้องถิ่นให้ความรู้ความเข้าใจเพื่อให้ทำงานด้านการดูแลผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพ และจากผลการศึกษาของณัฐชัชธร เดชสิทธิบุลพร(2557) พบว่าผู้สูงอายุจะมีการเลือกใช้สถานพยาบาลใกล้บ้าน ได้แก่ ศูนย์บริการสาธารณสุขชุมชนและโรงพยาบาลประจำจังหวัด ความต้องการสวัสดิการด้านสุขภาพผู้สูงอายุต้องการการบริการรถรับ-ส่งจากบ้านไปสถานพยาบาล โดยสามารถให้บริการได้ทุกกรณี ไม่เฉพาะแค่ผู้ป่วยสูงอายุฉุกเฉินเท่านั้น ต้องการมีหน่วยบริการสาธารณสุขเคลื่อนที่ในการตรวจเยี่ยมผู้สูงอายุตามบ้าน มีจำนวนศูนย์บริการสาธารณสุขเพื่อรองรับจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น และการรับบริการด้านสุขภาพจากสถานพยาบาลที่ใดก็ได้ที่เป็นของรัฐที่ตนเองไม่ได้ลงทะเบียนเป็นผู้อายุในพื้นที่นั้นๆ

### **ข้อมูลทั่วไปของเทศบาลเมืองบึงยี่โถ อำเภอัญบุรี จังหวัดปทุมธานี**

เทศบาลเมืองบึงยี่โถได้รับการยกฐานะจากองค์การบริหารส่วนตำบล ซึ่งจัดตั้งมาตั้งแต่วันที่ 2 มีนาคม พ.ศ. 2538 และเป็นเทศบาลตำบลบึงยี่โถ ตามประกาศของกระทรวงมหาดไทยเรื่อง จัดตั้งองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นเทศบาล ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2550 จากนั้นได้เปลี่ยนแปลงฐานะจากเทศบาลตำบลบึงยี่โถ เป็นเทศบาลเมืองบึงยี่โถ ตามประกาศ กระทรวงมหาดไทย เรื่องเปลี่ยนแปลงฐานะเทศบาลตำบลบึงยี่โถ เป็นเทศบาลเมืองบึงยี่โถ ตั้งแต่วันที่ 25 พฤศจิกายน 2554 เทศบาลเมืองบึงยี่โถ ตั้งอยู่ในเขตอำเภอัญบุรี จังหวัดปทุมธานี มีพื้นที่ 15.393 ตารางกิโลเมตร ที่ตั้ง

สำนักงานเทศบาลเมืองบึงยี่โถ ครอบคลุมพื้นที่ 1 ตำบล 4 หมู่บ้านคือ หมู่ที่1-4 มีอาณาเขตติดต่อกับพื้นที่ใกล้เคียง ดังนี้

ทิศเหนือ	ติดต่อกับอำเภอคลองหลวง
ทิศใต้	ติดต่อกับอำเภอลำลูกกา
ทิศตะวันออก	ติดต่อกับตำบลรังสิต
ทิศตะวันตก	ติดต่อกับตำบลประชาธิปัตย์

สภาพภูมิประเทศ

พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบลุ่ม ดินมีลักษณะเป็นดินเหนียว สภาพดินเป็นดินเปรี้ยว มีคลองรังสิตประยูรศักดิ์ ไหลผ่านตลอดกลางพื้นที่และมีคลองซอย ต่างๆ

โครงสร้างทางเศรษฐกิจ/รายได้ประชากร

ประกอบอาชีพหลัก คือ ทำงานบริษัท ห้างร้าน โรงงานอุตสาหกรรม ธุรกิจส่วนตัว เป็นส่วนใหญ่ อาชีพเกษตรกรรม คือ ทำนา ทำสวน ค่าขาย รับราชการ รัฐวิสาหกิจ รับจ้างทั่วไป เป็นส่วนน้อย

ประชากรในเขตพื้นที่ตำบลบึงยี่โถประกอบอาชีพเกษตรกรรม รับจ้าง ค่าขายและประกอบอาชีพอื่นๆ มีการสนับสนุนส่งเสริมการพัฒนาเศรษฐกิจและการประกอบธุรกิจประเภทต่างๆ ให้ดำเนินการไปด้วยความเข้มแข็ง โดยจัดตั้งกรรมการชุมชนในเขตตำบลบึงยี่โถ เพื่อช่วยเหลือกิจการของเทศบาลรวมทั้งสนับสนุนงานของเทศบาล โดยเฉพาะด้านสวัสดิการในชุมชนเสริมสร้างความเข้มแข็งและสามารถพึ่งพาตนเองได้ เทศบาลเมืองบึงยี่โถ มีอาณาเขตอยู่ในปริมณฑลกรุงเทพฯ การลงทุนทางด้านอุตสาหกรรมมีค่อนข้างสูง ส่งผลให้ประชากรส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านการประกอบอาชีพมาประกอบอาชีพด้านอุตสาหกรรมมากขึ้น

จำนวนประชากรของเทศบาลเมืองบึงยี่โถ อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี สรุปรุ พ.ศ. 2562 ผู้ที่มีสัญชาติไทยและมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน 32,432 คน อายุ 60 ปี ขึ้นไป 2,170 คน

เพศชายชาย 897 คน

เพศหญิง 1,273 คน

ด้านสาธารณสุข

เทศบาลเมืองบึงยี่โถ มีศูนย์การแพทย์และฟื้นฟูอยู่ในความรับผิดชอบของกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม จำนวน 1 แห่ง คือ ศูนย์การแพทย์และฟื้นฟูบึงยี่โถ(วัดเขียนเขต)

จากการทบทวนทฤษฎีของผู้สูงอายุที่กล่าวมา พบว่าผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของการทำหน้าที่ต่างๆของอวัยวะลดลง มีการเสื่อมถอยของภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจและสังคม ซึ่งปัจจัยต่างๆของผู้สูงอายุล้วนมีผลต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพและการป้องกันโรคของผู้สูงอายุ ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้แก่ เพศ อายุ ความรู้ ประสบการณ์และสังคมสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีทั้งปัจจัยบวกและปัจจัยลบที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ

สุขภาพ จากผลการศึกษาของสัญญา สุปัญญาบุตร(2554) พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตน คือ การได้รับข้อมูลข่าวสาร การรับรู้ ความรู้ ทักษะคติ ส่วนปัจจัยทางด้าน เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา และประวัติการเจ็บป่วยโรคไข้หวัดไม่มีผลต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด A(2009 H1N1)จากการศึกษาทั้งทฤษฎีและศึกษางานวิจัยต่างๆ ปัจจัยต่างๆของผู้สูงอายุล้วนมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ไม่ว่าจะเป็นด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในเทศบาลบึงยี่โถ อำเภोधัญบุรี จังหวัดปทุมธานี และผู้สูงอายุมีความต้องการสนับสนุนบริการสุขภาพจากภาครัฐอย่างไร



## บทที่ 3

### ระเบียบวิธีวิจัย

#### 3.1 รูปแบบวิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ(Quantitative Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 และความต้องการสนับสนุนบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้เครื่องมือแบบสอบถามในการศึกษาวิจัย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling ) และแบบสโนว์บอลล์ (snowball sampling) เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยพิจารณาจากการตัดสินใจของผู้วิจัยเอง และลักษณะของกลุ่มที่เลือกเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

#### 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร(population) คือผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในเทศบาลเมืองบึงยี่โถ อำเภอรัญบุรี จังหวัดปทุมธานี

ตัวอย่าง(Sample) คือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา ในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนเมษายน พ.ศ.2563

1. ไม่มีปัญหาในการให้ข้อมูล สามารถอ่านออกเขียนได้ ไม่มีปัญหาในการฟังและพูด
2. ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย

#### การคำนวณขนาดตัวอย่าง

ใช้สูตรการคำนวณของ Taro Yamane ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และความคลาดเคลื่อนในการสุ่มตัวอย่างที่ระดับ 0.10 จากข้อมูลประชากรผู้สูงอายุเทศบาลเมืองบึงยี่โถ อำเภอรัญบุรี จังหวัดปทุมธานี ปี พ.ศ. 2562 จำนวน 2,170 คน

$$\text{ขนาดกลุ่มตัวอย่าง} \quad n = \frac{N}{1+Ne^2}$$

โดย n = ขนาดของผู้สูงอายุ

N = จำนวนประชากรทั้งหมดที่ใช้ในการศึกษา

e = ความผิดพลาดที่ยอมรับได้

$$\text{แทนค่าในสูตร} \quad n = \frac{2,170}{1+(2,170)(0.10)^2}$$

ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 95.59 คน

ผู้วิจัยใช้กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 102 คน

### 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามจำนวน 1 ชุด โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ให้ข้อมูล แบ่งออกเป็น 9 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป เป็นลักษณะเลือกตอบและเติมข้อมูล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ภาวะการมีโรคประจำตัว รวมทั้งหมด 4 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคติดเชื้อCOVID-19

แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคติดเชื้อCOVID-19 เป็นลักษณะของคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ชนิด 3 ระดับ จำนวน 4 ข้อ โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณาเลือกคำตอบ ดังนี้

เห็นด้วย	3	คะแนน
ไม่แน่ใจ	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	1	คะแนน

การแปลความหมายเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงเป็นลักษณะของคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มีเกณฑ์การพิจารณาเลือกคำตอบ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	1-1.67	หมายถึง	การรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำ
คะแนนเฉลี่ย	1.68-2.33	หมายถึง	การรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	2.34-3	หมายถึง	การรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อCOVID-19

แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อCOVID-19 เป็นลักษณะของคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ชนิด 3 ระดับ จำนวน 3 ข้อ โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณาเลือกคำตอบ ดังนี้

เห็นด้วย	3	คะแนน
ไม่แน่ใจ	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	1	คะแนน

การแปลความหมายเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงเป็นลักษณะของคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มีเกณฑ์การพิจารณาเลือกคำตอบ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	1 - 1.67	หมายถึง	การรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับต่ำ
-------------	----------	---------	---



คะแนนเฉลี่ย 1.68-2.33 หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 2.34-3 หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับสูง

#### ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคติดเชื้อCOVID-19

แบบสอบถามการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคติดเชื้อCOVID-19 เป็นลักษณะของคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ชนิด 3 ระดับ จำนวน 3 ข้อ โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณาเลือกคำตอบ ดังนี้

เห็นด้วย 3 คะแนน

ไม่แน่ใจ 2 คะแนน

ไม่เห็นด้วย 1 คะแนน

การแปลความหมายเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะคุกคามเป็นลักษณะของคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า(Rating scale) มีเกณฑ์การพิจารณาเลือกคำตอบ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1-1.67 หมายถึง การรับรู้ภาวะคุกคามของโรคอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 1.68-2.33 หมายถึง การรับรู้ภาวะคุกคามของโรคอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 2.34-3 หมายถึง การรับรู้ภาวะคุกคามของโรคอยู่ในระดับสูง

#### ส่วนที่ 5 แบบสอบถามสิ่งกระตุ้น/สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19

แบบสอบถามการรับรู้สิ่งกระตุ้น/สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 เป็นลักษณะของคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ชนิด 3 ระดับ จำนวน 3 ข้อ โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณาเลือกคำตอบ ดังนี้

เห็นด้วย 3 คะแนน

ไม่แน่ใจ 2 คะแนน

ไม่เห็นด้วย 1 คะแนน

การแปลความหมายเกี่ยวกับการรับรู้สิ่งกระตุ้น/สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 เป็นลักษณะของคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า(Rating scale) มีเกณฑ์การพิจารณาเลือกคำตอบ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1-1.67 หมายถึง การรับรู้สิ่งกระตุ้น/สิ่งชักนำอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 1.68-2.33 หมายถึง การรับรู้สิ่งกระตุ้น/สิ่งชักนำอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 2.34-3 หมายถึง การรับรู้สิ่งกระตุ้น/สิ่งชักนำอยู่ในระดับสูง

#### ส่วนที่ 6 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19

แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 เป็นลักษณะของคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ชนิด 3 ระดับ จำนวน 4 ข้อ โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณาเลือกคำตอบ ดังนี้

เห็นด้วย 3 คะแนน

ไม่แน่ใจ 2 คะแนน

ไม่เห็นด้วย 1 คะแนน

การแปลความหมายเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันเป็นลักษณะของคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า(Rating scale) มีเกณฑ์การพิจารณาเลือกคำตอบ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1-1.67 หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันตนเองอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 1.68-2.33 หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 2.34-3 หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันตนเองอยู่ในระดับสูง ส่วนที่ 7 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19

แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 เป็นลักษณะของคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ชนิด 3 ระดับ จำนวน 4 ข้อ โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณาเลือกคำตอบ ดังนี้

เห็นด้วย 3 คะแนน

ไม่แน่ใจ 2 คะแนน

ไม่เห็นด้วย 1 คะแนน

การแปลความหมายเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคเป็นลักษณะของคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า(Rating scale) มีเกณฑ์การพิจารณาเลือกคำตอบ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1-1.67 หมายถึง การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันตนเองอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 1.68-2.33 หมายถึง การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 2.34-3 หมายถึง การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันตนเองอยู่ในระดับสูง ส่วนที่ 8 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19

แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 ลักษณะเป็นแบบสอบถามทั้งหมด 7 ข้อ เป็น คำถามมี 3 ระดับคะแนน

พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคทำทุกครั้ง 3 คะแนน

พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคทำบางครั้ง 2 คะแนน

พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไม่เคยทำเลย 1 คะแนน

การแปลความหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 เป็นลักษณะของคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า(Rating scale) มีเกณฑ์การพิจารณาเลือกคำตอบ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1-1.67 หมายถึง ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองกับการป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 ระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 1.68-2.33 หมายถึง ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองกับการป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 2.34-3 หมายถึง ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองกับการป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 ระดับสูง

ส่วนที่ 9 แบบสอบถามความต้องการสนับสนุนบริการด้านสุขภาพ

แบบสอบถามความต้องการสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นลักษณะของคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ชนิด 3 ระดับ จำนวน 3 ข้อ และคำถามปลายเปิดจำนวน 2 ข้อ โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณาเลือกคำตอบ ดังนี้

ความต้องการสนับสนุนบริการด้านสุขภาพมาก 3 คะแนน

ความต้องการสนับสนุนบริการด้านสุขภาพปานกลาง 2 คะแนน

ความต้องการสนับสนุนบริการด้านสุขภาพน้อย 1 คะแนน

การแปลความหมายเกี่ยวกับความต้องการสนับสนุนบริการด้านสุขภาพ เป็นลักษณะของคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า(Rating scale) มีเกณฑ์การพิจารณาเลือกคำตอบ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1-1.67 หมายถึง ความต้องการสนับสนุนบริการด้านสุขภาพอยู่ในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.68-2.33 หมายถึง ความต้องการสนับสนุนบริการด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 2.34-3 หมายถึง ความต้องการสนับสนุนบริการด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก

### 3.4 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยทำหนังสือแจ้งวัตถุประสงค์ในการศึกษา เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลผ่านบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงนายกเทศมนตรีเมืองบึงยี่โถ อำเภอรัญบุรี จังหวัดปทุมธานี สอบถามข้อมูลตามแบบสอบถามที่สร้างขึ้น และตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล

### 3.5 วิธีวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS โดยค่าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์คือวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ จำนวนความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำตัวแปรที่พบมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุและความต้องการสนับสนุนบริการด้านสุขภาพ โดยใช้สถิติเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน (Independent sample t-test) วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA) และหาความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation Coefficient)



## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 2) วิเคราะห์พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 3) นำเสนอแนวทางในการบริหารจัดการด้านสุขภาพการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 ของผู้สูงอายุ โดยใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ภาวะคุกคามของโรค สิ่งชักนำสิ่งกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติ การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ภาวะการมีโรคประจำตัว ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 และความต้องการสนับสนุนบริการสุขภาพด้านการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 ของผู้สูงอายุ

การศึกษาครั้งนี้ได้ทำการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุในเทศบาลเมืองบึงยี่โถ อำเภोधัญบุรี จังหวัดปทุมธานี จำนวน 102 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบบเจาะจง(Purposive sampling) และแบบสโนว์บอลล์(snowball sampling) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 95% ผู้ศึกษาได้ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ ใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ได้แก่ สถิติพื้นฐานประกอบด้วย ค่าเฉลี่ย ค่าความถี่ ค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการนำเสนอข้อมูลพื้นฐานของตัวแปรที่ศึกษา สำหรับสถิติในการอธิบายความสัมพันธ์และสมการพหุคูณ ประกอบด้วย สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายตัวแปรด้วยสถิติ Independent sample t-test และวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว(One-Way ANOVA) ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอผลการวิจัยและแปลความหมายการวิจัยดังนี้ โดยมีสมมติฐานว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ภาวะคุกคามของโรค การได้รับข้อมูลข่าวสาร การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 ความต้องการสนับสนุนบริการสุขภาพและปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ภาวะการมีโรคประจำตัว ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 โดยการนำเสนอข้อมูลออกเป็น 3 ส่วน ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ส่วนที่ 1 พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ปัจจัยส่วนบุคคล และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 ของผู้สูงอายุ

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลเมืองบึงยี่โถ อำเภอรัญบุรี จังหวัดปทุมธานี  
ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลเมืองบึงยี่โถ อำเภอรัญบุรี จังหวัดปทุมธานี ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ภาวะการมีโรคประจำตัว มีดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคล(n=102)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	24	23.5
หญิง	78	76.5
อายุ		
60-70 ปี	85	83.3
71 ปี ขึ้นไป	17	16.7
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา/เทียบเท่า	22	21.6
มัธยมศึกษาตอนต้น	16	15.7
มัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า	33	32.4
อนุปริญญา	12	11.8
ปริญญาตรี/สูงกว่า	19	18.6
ภาวะการมีโรคประจำตัว		
ไม่มี	47	46.1
มี	55	53.9
โรคความดันโลหิตสูง	39	63.9
โรคเบาหวาน	20	32.8
โรคหัวใจและหลอดเลือด	2	3.3
โรคมะเร็ง	2	3.3
อื่นๆ	11	18

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 76.5 และเป็นเพศชายจำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 23.5 ส่วนใหญ่มีอายุ 60-70 ปี (ผู้สูงอายุระดับต้น) จำนวน 85 คน คิดเห็นเป็นร้อยละ 83.3 ลำดับรองลงมาได้แก่ ผู้มีอายุ 71ปีขึ้นไป (ผู้สูงอายุระดับกลาง) จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 16.7 จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 32.4 ลำดับรองลงมาประถมศึกษา/เทียบเท่า 22 คน คิดเป็นร้อยละ 21.6 ปริญญาตรี/สูงกว่า จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 18.6 มัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 15.7 อนุปริญญา จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 11.8 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 53.9 และไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 46.1 ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 63.9 ลำดับรองลงมาโรคเบาหวาน จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 32.8 โรคอื่น ๆ จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 18 โรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 3.3 โรคมะเร็งจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 3.3 ตามลำดับ

## 2. พฤติกรรมการป้องกันโรคโรคติดเชื้อCOVID-19 ของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคติดเชื้อCOVID-19 ของผู้สูงอายุ

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคติดเชื้อCOVID-19	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ	4	3.9
ระดับปานกลาง	0	0
ระดับสูง	98	96

(Min=2, Max=3, Mean=2.98, SD=0.20)

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเทศบาลเมืองบึงยี่โถ อำเภอัญบุรี จังหวัดปทุมธานี ส่วนใหญ่การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคติดเชื้อCOVID-19 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 96

ตารางที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อCOVID-19 ของผู้สูงอายุ

การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อCOVID-19 ของผู้สูงอายุ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ	2	2
ระดับปานกลาง	12	11.8
ระดับสูง	88	86.3

(Min=1, Max=3, Mean=2.82, SD=0.34)

จากตารางที่ 3 พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเทศบาลเมืองบึงยี่โถ อำเภอัญญบุรี จังหวัดปทุมธานี ส่วนใหญ่การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อCOVID-19 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 86.3

ตารางที่ 4 การรับรู้ภาวะคุกคามของโรคติดเชื้อCOVID-19 ของผู้สูงอายุ

การรับรู้ภาวะคุกคามของโรคติดเชื้อCOVID-19 ของผู้สูงอายุ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ	4	3.9
ระดับปานกลาง	15	14.7
ระดับสูง	83	81.4

(Min=1.33, Max=3, Mean=2.95, SD=0.36)

จากตารางที่ 4 พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเทศบาลเมืองบึงยี่โถ อำเภอัญญบุรี จังหวัดปทุมธานี ส่วนใหญ่การรับรู้ภาวะคุกคามของโรคติดเชื้อCOVID-19 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 81.4

ตารางที่ 5 สิ่งชักนำ/สิ่งกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 ของผู้สูงอายุ

สิ่งชักนำ/สิ่งกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ	5	4.9
ระดับปานกลาง	0	0
ระดับสูง	97	95.7

(Min=2.33, Max=3, Mean=2.94, SD=0.17)



จากตารางที่ 5 พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเทศบาลเมืองบึงยี่โถ อำเภอัญชบุรี จังหวัดปทุมธานี ส่วนใหญ่มีสิ่งชักนำ/สิ่งกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 95.1

ตารางที่ 6 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 ของผู้สูงอายุ

การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ	0	0
ระดับปานกลาง	0	0
ระดับสูง	102	100

(Min=2.5, Max=3, Mean=2.97, SD=0.10)

จากตารางที่ 6 พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเทศบาลเมืองบึงยี่โถ อำเภอัญชบุรี จังหวัดปทุมธานี ส่วนใหญ่การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100

ตารางที่ 7 การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตามการป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 ของผู้สูงอายุ

การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตามการป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ	17	16.7
ระดับปานกลาง	26	25.5
ระดับสูง	59	57.8

(Min=1.0, Max=3, Mean=2.30, SD=0.5)

จากตารางที่ 7 พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเทศบาลเมืองบึงยี่โถ อำเภอัญชบุรี จังหวัดปทุมธานี ส่วนใหญ่การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 อยู่ในระดับกลาง ร้อยละ 57.8

ตารางที่ 8 พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 ของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 ของผู้สูงอายุ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ	0	0
ระดับปานกลาง	3	2.9
ระดับสูง	99	97.1

(Min=2.14, Max=3, Mean=2.87, SD=0.20)

จากตารางที่ 8 พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเทศบาลเมืองบึงยี่โถ อำเภอัญชบุรี จังหวัดปทุมธานี ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 97.1

## ส่วนที่ 2 วิเคราะห์พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 ของผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 ของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ Independent Sample t-test (n=102)

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบเพศกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 ของผู้สูงอายุ

เพศ	$\bar{x}$	SD	t	df	p
ชาย	2.91	0.13	1.21	100	0.23
หญิง	2.86	0.21			

จากตารางที่ 9 เมื่อทำการเปรียบเทียบเพศกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 ของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ Independent Sample t-test พบว่าผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 ไม่แตกต่างกัน

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 ของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ Independent Sample t-test (n=102)

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบอายุกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 ของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ Independent Sample t-test (n=102)

อายุ	$\bar{x}$	SD	t	df	p
60-70 ปี	2.86	0.21	1.15	11	0.25
อายุ 71 ปี ขึ้นไป	2.92	0.15			

จากตารางที่ 10 เมื่อทำการเปรียบเทียบอายุกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 ของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ Independent Sample t-test พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 ไม่แตกต่างกัน

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลด้านระดับการศึกษากับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19ของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ One-Way ANOVA (n=102)

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบระดับการศึกษากับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 ของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ One-Way ANOVA (n=102)

ระดับการศึกษา	$\bar{x}$	SD
ประถมศึกษา	2.85	0.23
มัธยมศึกษาตอนต้น	2.90	0.14
มัธยมศึกษาตอนปลาย	2.93	1.2
อนุปริญญา	2.82	0.27
ปริญญาตรี/สูงกว่า	2.83	0.25

จากตารางที่ 11 เมื่อทำการเปรียบเทียบระดับการศึกษากับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 ของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ One Way ANOVA พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 ไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 จำแนกตามระดับการศึกษา

แหล่งความแปรปรวน	Sum of Squares	df	Mean square	F	p
Between group	0.183	4	0.046	1.17	0.33
Within groups	3.788	97			
Total	3.971	101			

จากตารางที่ 12 พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 โดยภาพรวมและรายด้านไม่แตกต่างกัน

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลด้านภาวะการมีโรคประจำตัวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 ของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ Independent Sample t-test (n=102)

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบอายุกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 ของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ Independent Sample t-test (n=102)

ภาวะการมีโรคประจำตัว	$\bar{x}$	SD	t	df	p
ไม่มี	2.86	0.19	0.503	100	0.62
มี	2.88	0.20			

จากตารางที่ 13 เมื่อทำการเปรียบเทียบภาวะการมีโรคประจำตัวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 ของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ Independent Sample t-test พบว่าผู้สูงอายุที่ภาวะการมีโรคประจำตัวต่างกันมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 ไม่แตกต่างกัน

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความต้องการสนับสนุนบริการสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 ของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน(Pearson's correlation Coefficient)(n=102)

ตารางที่ 14 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความต้องการสนับสนุนบริการสุขภาพกับพฤติกรรมกำบังโรครัดเชื้อCOVID-19 ของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน( Pearson's correlation Coefficient)

ปัจจัยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (N=102)	พฤติกรรมกำบังโรครัดเชื้อCOVID-19	
	Pearson's correlation Coefficient	p-value
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรครัดเชื้อCOVID-19	0.11	0.29
การรับรู้ความรุนแรงของโรครัดเชื้อCOVID-19	0.14	0.17
การรับรู้ภาวะคุกคามของโรครัดเชื้อCOVID-19	0.09	0.36
สิ่งชักนำ/สิ่งกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรม กำบัง	0.05	0.00**
การรับรู้ประโยชน์ของกำบังโรครัดเชื้อ COVID-19	0.10	0.31
การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติกำบัง โรครัดเชื้อ	0.17	0.09
ความต้องการสนับสนุนบริการสุขภาพ	0.14	0.16

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$

จากตารางที่ 14 เมื่อทำการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรครัดเชื้อCOVID-19 การรับรู้ความรุนแรงของโรครัดเชื้อCOVID-19 การรับรู้ภาวะคุกคามของโรครัดเชื้อCOVID-19 สิ่งชักนำ/สิ่งกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมกำบัง การรับรู้ประโยชน์ของกำบังโรครัดเชื้อCOVID-19 การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติกำบังโรครัดเชื้อCOVID-19 และความต้องการสนับสนุนบริการสุขภาพกับพฤติกรรมกำบังโรครัดเชื้อCOVID-19 ของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ Pearson's correlation Coefficient พบว่า สิ่งชักนำ/สิ่งกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมกำบังโรครัดเชื้อCOVID-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.01$

### ส่วนที่ 3 การบริหารจัดการบริการสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 ของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 15 ความต้องการสนับสนุนบริการสุขภาพด้านการป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 ของผู้สูงอายุ

ความต้องการสนับสนุนบริการสุขภาพด้านการป้องกันโรค	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ	5	4.9
ระดับปานกลาง	22	21.6
ระดับสูง	75	73.5

(Min=1.33, Max=3, Mean=2.70, SD=0.42)

จากตารางที่ 15 พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเทศบาลเมืองบึงยี่โถ อำเภอัญชบุรี จังหวัดปทุมธานี ส่วนใหญ่มีความต้องการสนับสนุนบริการสุขภาพด้านการป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 73.5

ข้อเสนอแนะจากกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับความต้องการเพิ่มเติมจากหน่วยสนับสนุนบริการสุขภาพสำหรับการป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 41.1 จากจำนวน 102 คน

ตารางที่ 16 ความต้องการได้รับการสนับสนุนเพิ่มเติมจากหน่วยสนับสนุนบริการสุขภาพสำหรับการป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 41.1

ความต้องการสนับสนุนบริการสุขภาพ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
หน้ากากอนามัย	31	73.8
แอลกอฮอล์เจล	21	50
ข้อมูลข่าวสารความรู้เรื่องการป้องกันโรค	5	11.9
น้ำยาฆ่าเชื้อ	4	9.5
อุปกรณ์สำหรับวัดไข้	4	9.5
การฉีดพ่นยาฆ่าเชื้อตามชุมชน	1	2.3
บริการส่งยาที่ทานประจำมาให้ที่บ้าน	1	2.3

จากตารางที่ 16 พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเทศบาลเมืองบึงยี่โถ อำเภोधัญบุรี จังหวัดปทุมธานี มีผู้ให้ข้อเสนอแนะจำนวน 42 คน จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 102 คน คิดเป็นร้อยละ 41.1 มีความต้องการเกี่ยวกับหน้ากากอนามัยมากที่สุดร้อยละ 73.8 รองลงมาแอลกอฮอล์เจลล์ ร้อยละ 50 ข้อมูลข่าวสารความรู้เรื่องการป้องกันโรค ร้อยละ 11.9 น้ำยาฆ่าเชื้อ ร้อยละ 9.5 อุปกรณ์สำหรับวัดไข้ ร้อยละ 9.5 การฉีดพ่นยาฆ่าเชื้อตามชุมชน ร้อยละ 2.3 การส่งยาที่ทานประจำมาให้ที่บ้าน ร้อยละ 2.3 ตามลำดับ

ตารางที่ 17 ความต้องการเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อ COVID-19 จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 31.3 จากจำนวน 102 คน

ความต้องการเข้าถึงการตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อ COVID-19	จำนวน(คน)	ร้อยละ
การตรวจคัดกรองโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย	17	53.1
การประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารและให้คำปรึกษาจากรัฐ	6	18.7
สถานที่ตรวจคัดกรองอยู่ใกล้ชุมชน	5	15.6
ประชาชนทุกคนที่สงสัยตรวจได้โดยไม่ต้องรอสิทธิ	4	12.5
สามารถตรวจประเมินด้วยตนเองเบื้องต้นโดยใช้ระบบออนไลน์	1	3.1

จากตารางที่ 17 พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเทศบาลเมืองบึงยี่โถ อำเภोधัญบุรี จังหวัดปทุมธานี มีผู้ให้ข้อเสนอแนะ จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 31.3 จากจำนวน 102 คน ความต้องการเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อ COVID-19 การตรวจคัดกรองโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายมากที่สุด ร้อยละ 53.1 รองลงมาการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารและให้คำปรึกษาจากรัฐ ร้อยละ 18.7 สถานที่ตรวจคัดกรองอยู่ใกล้ชุมชน ร้อยละ 15 ประชาชนทุกคนที่สงสัยตรวจได้โดยไม่ต้องรอสิทธิ ร้อยละ 12.5 ประชาชนสามารถตรวจประเมินด้วยตนเองเบื้องต้นโดยใช้ระบบออนไลน์ ร้อยละ 3.1 ตามลำดับ

#### ส่วนที่ 4 ผลการทดสอบสมมติฐาน

ทดสอบสมมติฐาน จากการวิเคราะห์ความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 ของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ Independent sample t-test กับปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ อายุ ภาวะการมีโรคประจำตัว และใช้สถิติ One-Way ANOVA กับปัจจัยด้านระดับการศึกษา ตามตารางที่ 18

ตารางที่ 18 ตารางเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19	
	F	sig
เพศ	3.724	0.23
อายุ	1.240	0.25
ระดับการศึกษา	1.174	0.33
ภาวะการมีโรคประจำตัว	0.031	0.62

\*ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

จากตารางที่ 18 พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ภาวะการมีโรคประจำตัวที่ต่างกันมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 ไม่แตกต่างกัน หรือปัจจัยส่วนบุคคลที่ต่างกันมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 ที่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



ทดสอบสมมติฐาน จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อCOVID-19 โดยใช้สถิติ Pearson's correlation Coefficient ตามตารางที่ 19

ตารางที่ 19 ตารางวิเคราะห์ความสัมพันธ์ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อ COVID-19

ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ	พฤติกรรมป้องกัน COVID-19		ทิศทางความสัมพันธ์
	R	sig	
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค	0.106	0.287	ไม่มีความสัมพันธ์
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	0.136	0.172	ไม่มีความสัมพันธ์
การรับรู้ภาวะคุกคามของโรค	0.091	0.362	ไม่มีความสัมพันธ์
สิ่งชักนำหรือสิ่งกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติ	0.501	0.000**	มีความสัมพันธ์ทางบวก
การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับ	0.102	0.310	ไม่มีความสัมพันธ์
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ	0.172	0.085	ไม่มีความสัมพันธ์

\*ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

\*\*ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01

จากตารางที่ 19 พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งชักนำหรือสิ่งกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ทดสอบสมมติฐาน จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการสนับสนุนบริการสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 โดยใช้สถิติ Pearson's correlation Coefficient ตามตารางที่ 20

ตารางที่ 20 ตารางวิเคราะห์ความสัมพันธ์ความต้องการสนับสนุนบริการสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19

	พฤติกรรมป้องกันCOVID-19		ทิศทางความสัมพันธ์
	R	sig	
ความต้องการสนับสนุนบริการสุขภาพ	0.139	0.162	ไม่มีความสัมพันธ์

\*ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

จากตารางที่ 20 พบว่า ความต้องการสนับสนุนบริการสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 ของผู้สูงอายุ หรือความต้องการสนับสนุนบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 ของผู้สูงอายุอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## บทที่ 5

### การอภิปรายผล

#### 1. การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ(Quantitative Research) จากการเก็บรวบรวมข้อมูล และนำมาวิเคราะห์ข้อมูล สามารถแปลผลได้โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

##### ส่วนที่ 1 พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19

1. ปัจจัยส่วนบุคคล จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 76.5 ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลผู้สูงอายุของประเทศไทยที่มีผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงผู้สูงอายุระดับต้น(the young old) โดยส่วนใหญ่อายุระหว่าง 60-70 ปี ร้อยละ 83.3 ซึ่งผู้สูงอายุที่อยู่ในช่วงระดับต้นนี้สภาวะทางกายภาพ และสรีรวิทยายังไม่มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมากนัก ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้เป็นส่วนใหญ่ ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 32.4 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของกรวรรณ สุวรรณสาร(2554) ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม ซึ่งพบว่าจบการศึกษาชั้นประถมหรือมัธยมศึกษา การมีโรคประจำตัว กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวร้อยละ 53.9 และไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 46.1 โดยโรคที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 63.9 ซึ่งโรคประจำตัวต่างๆที่พบในผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นโรคที่พบในผู้สูงอายุทั่วไป ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงของร่างกายของผู้สูงอายุ เนื่องจากอายุสูงขึ้นส่งผลให้ร่างกายมีความยืดหยุ่นของหลอดเลือดลดลง ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง หลอดเลือดจะหนาขึ้น ความยืดหยุ่นลดลง แข็งและเปราะได้ง่าย ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดได้ง่ายกว่าวัยอื่น นอกจากนี้ต่อมไร้ท่อที่มีการผลิตของฮอร์โมนต่อมไร้ท่อน้อยลง และตับอ่อนมีการผลิตอินซูลินได้น้อยลง ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเป็นเบาหวานได้ง่ายกว่าคนวัยหนุ่มสาว

2. พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 ของผู้สูงอายุ จากการศึกษา พบว่า อยู่ในระดับระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ  $97.1(\bar{x}=2.87, SD=0.20)$  ทั้งนี้ เนื่องจากผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคได้ดี มีการล้างมือด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์เจลเมื่อมีการจับต้องสิ่งของ เมื่อออกไปพบปะกับบุคคลอื่นมีการสวมใส่หน้ากากอนามัยเพื่อป้องกันตนเองทุกครั้ง และมีการหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดหรือคลุกคลีกับผู้ที่มีการไอ จาม เจ็บคอ ไม่เดินทางไปในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงของโรค ไม่ใช่สิ่งของส่วนตัว เช่น ผ้าเช็ดตัว ผ้าเช็ดหน้า แก้วน้ำร่วมกับผู้อื่น และลักษณะที่อยู่อาศัยส่วนใหญ่เป็นทาวน์เฮาส์และบ้านเดี่ยว ทำให้ไม่มีความแออัด ซึ่งพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุมีการปฏิบัตินี้เป็นลักษณะของพฤติกรรมการดูแลป้องกันตนเองที่พึงประสงค์ คือ พฤติกรรมที่มีการปฏิบัติ

แล้วนั้นส่งผลดีต่อสุขภาพของผู้สูงอายุเอง สอดคล้องกับการศึกษาของนาริรัตน์ วงศ์สุนทร(2553) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด เอ (เอช1เอ็น1) ของกลุ่มเสี่ยง ตำบลแม่ณะ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าประชาชนมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ ชนิด เอ (เอช1เอ็น1) อยู่ในระดับมาก

## ส่วนที่ 2 วิเคราะห์พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 ของผู้สูงอายุ

จากผลการศึกษาโดยใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ(Health Belief Model) พบว่า ปัจจัยด้านสิ่งชักนำ สิ่งกระตุ้นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 ( $\bar{x}=2.94$ ,  $SD=0.1$ ,  $r=0.50$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เนื่องจากผู้สูงอายุได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งเป็นโรคที่ความรุนแรง ปัจจุบันยังไม่มียาหรือวัคซีนที่ให้การรักษาได้เฉพาะเจาะจง กลุ่มผู้สูงอายุเป็นประชากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยงมากที่สุด หากมีการติดเชื้อจะมีความรุนแรงและอัตราการตายสูงมากกว่ากลุ่มอื่นๆ อีกทั้งการติดเชื้อผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โอกาสเสียชีวิตมากกว่าผู้ไม่มีโรคประจำตัว(เสวนา เรื่อง องค์การอนามัยโลก...เจออะไรที่ประเทศจีน เมื่อวันที่ 4 มีนาคม 2563) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศรีสุดา ปิ่นประขานันท์(2549) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า การได้รับสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนกได้ และการศึกษาของสัญญา สุปัญญาบุตร(2554) ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด A (2009 H1N1) ของประชาชน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ด้านปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค คือ การได้รับข้อมูลข่าวสาร( $p < 0.001$ ) ทั้งนี้ เพราะการได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆทำให้มีการรับทราบสถานการณ์ต่างๆ และมีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด A (2009H1N1) จึงทำให้เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค ดังนั้นเจ้าหน้าที่และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องควรมีการประชาสัมพันธ์และการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารวิธีการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 ให้กับประชาชนอย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง

ดังนั้นสำหรับการสร้างพฤติกรรมการป้องกันการโรคติดเชื้อCOVID-19 ผู้สูงอายุต้องเล็งเห็นความสำคัญของสุขภาพและให้ความสำคัญในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากช่องทางต่างๆ เช่น ทวี เพชบุ๊ค ไลน์ การสื่อสารจากอาสาสมัครสาธารณสุข หรือเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขอื่นๆก็จะทำให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 แต่ปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคติดเชื้อCOVID-19 ปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อCOVID-19 ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคติดเชื้อ COVID-19 ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 ปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติการณ์ป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 และปัจจัยด้านความต้องการสนับสนุนบริการ

สุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 สอดคล้องกับผลการศึกษาของศิริรินทร์ คำสี(2561) ศึกษา ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลปากน้ำ อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไข้เลือดออกไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก แต่จากการศึกษายังพบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคติดเชื้อCOVID-19 การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อCOVID-19 การรับรู้ภาวะคุกคามของโรคติดเชื้อCOVID-19 และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 ในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 ทั้งหมดอยู่ในระดับสูง แต่การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 อยู่ในระดับกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากขณะเก็บข้อมูล อยู่ในช่วงเดือน เมษายน 2563 การให้ข้อมูลต่างๆที่เกี่ยวกับโรคติดเชื้อCOVID-19 มีเพียงการล้างมือด้วยวิธีต่างๆ การสวมใส่หน้ากากอนามัย การกักตัวอยู่แต่ในบ้าน ซึ่งถือว่าเป็นข้อมูลที่ค่อนข้างน้อย ทำให้ผู้สูงอายุในชุมชนยังไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตัว ในวิถีใหม่ (New Normal) จึงส่งผลให้ปัจจัยดังกล่าวข้างต้นไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19

### ส่วนที่ 3 แนวทางการบริหารจัดการด้านสุขภาพการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 ของผู้สูงอายุ

จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการสนับสนุนบริการสุขภาพอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 73.5 ( $\bar{x}=2.70, SD=0.42$ ) จากสถานการณ์โรคติดเชื้อCOVID-19 ได้ส่งผลต่อด้านสาธารณสุขของประเทศ และภาครัฐได้ให้ความสำคัญและต้องรีบดำเนินการแก้ไขภาวะวิกฤตินี้โดยเร็ว จากการศึกษา พบว่า ด้านความต้องการได้รับเพิ่มเติมจากหน่วยสนับสนุนบริการสุขภาพสำหรับป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 ส่วนใหญ่ต้องการในเรื่องอุปกรณ์ในการป้องกัน เช่น หน้ากากอนามัย คิดเป็นร้อยละ 73.8 แอลกอฮอล์เจลสำหรับล้างมือ คิดเป็นร้อยละ 50 ต้องการได้รับข้อมูลข่าวสารมีหน่วยบริการสาธารณสุขเคลื่อนที่ในการตรวจเยี่ยม ให้คำแนะนำการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคแก่ผู้สูงอายุตามบ้านหรือชุมชน ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค การป้องกัน อาหาร การตรวจสุขภาพและการตรวจคัดกรองโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และสิ่งที่คุณสูงอายุต้องการเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อCOVID-19 ได้แก่ การตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อโรคโควิด 19 โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายทุกโรงพยาบาลของรัฐ คิดเป็นร้อยละ 53.1 การประชาสัมพันธ์จากรัฐเกี่ยวกับข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับวิธีการป้องกันโรค การรับประทานอาหารสถานที่หรือศูนย์บริการตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อCOVID-19 ที่อยู่ในใกล้ชุมชน สอดคล้องกับผลการศึกษาของศิริสุข นาคะเสนีย์ (2559) ศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการสวัสดิการจากรัฐในด้านสุขภาพอนามัยมีความต้องการสวัสดิการจากรัฐโดยมีการตรวจรักษาพยาบาลฟรี มีช่องทางพิเศษสำหรับผู้สูงอายุในโรงพยาบาล มีสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน และมีการตรวจเยี่ยมบ้าน ให้

คำแนะนำการดูแลสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอยู่ ในระดับมากที่สุด และในปฏิญญาผู้สูงอายุ ไทย พ.ศ. 2542 ในข้อ 5 ได้กล่าวไว้ว่า ผู้สูงอายุควรได้เรียนรู้ในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง ต้องมีหลักประกันและสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพอนามัยอย่างครบวงจรโดยเท่าเทียมกัน เพราะฉะนั้นผู้สูงอายุควรได้รับข้อมูลข่าวสารและการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาและการฟื้นฟูสภาพ และสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้โดยสะดวกเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

### วิเคราะห์อภิปรายสมมติฐาน

จากสมมติฐานข้อที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ภาวะการมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 ของผู้สูงอายุ โดยเมื่อทำการทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ Independent sample T-test และ One-Way ANOVA พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และภาวะการมีโรคประจำตัวที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 ไม่แตกต่างกัน หรือปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ด้วยลักษณะของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งมีความสนใจใส่ใจในการดูแลสุขภาพ มีอายุอยู่ในช่วง 60-70 ปี ซึ่งเป็นวัยที่ยังมีสุขภาพร่างกายที่ยังแข็งแรงช่วยเหลือตนเองได้ ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาค่อนข้างดีโดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างจบการศึกษา ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 32.4 ลำดับรองลงมาประถมศึกษา ร้อยละ 21.6 และปริญญาตรี ร้อยละ 18.6 ตามลำดับ สามารถอ่านออก เขียนได้ ด้านภาวะการมีโรคประจำตัว ด้วยประชากรกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเองก่อนการระบาดของโรคติดเชื้อCOVID-19 และได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับประชากรเทศบาลเมืองบึงยี่โถประกอบอาชีพหลักคือ ทำงานบริษัท ห้างร้าน โรงงานอุตสาหกรรม ธุรกิจส่วนตัว เป็นส่วนใหญ่ และให้ความสำคัญกับการป้องกันโรค มีความกระตือรือร้นใส่ใจดูแลป้องกันการติดเชื้อCOVID-19 อย่างทั่วถึงโดยไม่จำกัดเพศ ช่วงอายุ ระดับการศึกษา ภาวะการมีโรคประจำตัวซึ่งส่งผลให้ปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 ดังข้อมูลข้างต้น

จากสมมติฐานข้อที่ 2 ปัจจัยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ภาวะคุกคามของโรค การได้รับข้อมูลข่าวสาร การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 ของผู้สูงอายุ โดยเมื่อทำการทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ Pearson's correlation Coefficient พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งชักนำหรือสิ่งกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้วยโรคติดเชื้อ COVID-19 เป็นโรคอุบัติใหม่และยังไม่มีแนวทางการรักษา รวมทั้งยังไม่มีวัคซีนป้องกัน และเมื่อมีการติดเชื้อจะทำให้มีอาการรุนแรงเพราะส่งผลต่อระบบทางเดินหายใจ อาจส่งผลต่อการเสียชีวิต ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักในการป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 โดยมีการติดตามข้อมูลข่าวสารอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีการจัดเตรียมอุปกรณ์ในการป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 ด้วยตนเอง เช่น หน้ากากอนามัย แอลกอฮอล์เจล เป็นต้น ซึ่งปัจจัยด้านการรับรู้ของความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) จะนำไปสู่การตัดสินใจเลือกปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติเฉพาะบุคคล จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ถ้ามีการรับรู้แต่ไม่นำไปสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 จะไม่มีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 ในระดับบุคคล ในส่วนของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ภาวะคุกคามของโรค การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับ การรับรู้อุปสรรคของโรคนั้นกลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญและใส่ใจต่อการป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 ไปในทางที่ดี ซึ่งปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพเหล่านี้เป็นความเชื่อของบุคคลที่ส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมในการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคและการดูแลสุขภาพตนเอง ส่งผลให้ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19

ปัจจัยด้านสิ่งชักนำหรือสิ่งกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 ของผู้สูงอายุ ( $R=0.50, p<0.00$ ) สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ คือ ปัจจัยการได้รับข้อมูลข่าวสารส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 ของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ที่กล่าวว่า สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ คือ สิ่งที่มากระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา หรือสิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการหรือพึงกระทำหรือมีการกระทำที่เหมาะสม โดยสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ มี 2 ด้าน คือ สิ่งที่อยู่ภายในตัวบุคคล เช่น การรับรู้สภาวะของร่างกายตนเอง อาการไม่สุขสบาย และสิ่งชักนำสิ่งที่อยู่ภายนอกที่มากกระตุ้น ได้แก่ การได้รับข่าวสาร การรณรงค์ผ่านสื่อต่างๆ การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ จากเพื่อน จากบุคคลในครอบครัว กล่าวคือ สิ่งชักนำเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล ดังนั้น การมีสิ่ง

ชักนำหรือสิ่งกระตุ้นที่มีความเหมาะสมจึงเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมทางด้านสุขภาพได้ดีมากยิ่งขึ้น

**จากสมมติฐานข้อที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 ของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนบริการสุขภาพ** โดยเมื่อทำการทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ Pearson's correlation Coefficient พบว่า ความต้องการสนับสนุนบริการสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 ของผู้สูงอายุ หรือความต้องการสนับสนุนบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 ของผู้สูงอายุอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ เนื่องจากเทศบาลเมืองบึงยี่โถ มีศูนย์การแพทย์ที่อยู่ภายใต้ความดูแลของเทศบาลเอง คือ ศูนย์การแพทย์และฟื้นฟู บึงยี่โถ(วัดเขียนเขต) ซึ่งมีบริการให้การตรวจรักษาพยาบาล โดยมีแพทย์ ทันตแพทย์ นักกายภาพบำบัด และแพทย์แผนไทยไว้คอยให้การดูแลและรักษาพยาบาล ส่งผลให้ไม่ต้องเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอำเภอ ศูนย์การแพทย์และฟื้นฟูมีหน้าที่ในการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ทำให้สามารถเข้าถึงบริการตรวจรักษาพยาบาลได้สะดวก ซึ่งลักษณะเด่นของเทศบาลเมืองบึงยี่โถ อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานีเป็น เทศบาลที่ตั้งอยู่ใกล้เมืองหลวงมีการติดต่อสื่อสาร การคมนาคมขนส่งมีความสะดวกสบาย และมีภาวะเศรษฐกิจที่ดีทำให้ประชากรในชุมชนสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพได้สะดวก ส่งผลให้ความต้องการสนับสนุนบริการสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 ดังข้อมูลข้างต้น

### ข้อจำกัดของการวิจัย

1. ผลการวิจัยครั้งนี้ เป็นการเก็บข้อมูลเฉพาะออนไลน์ เนื่องจากมาตรการของภาครัฐเพื่อลดอัตราความเสี่ยงในการสัมผัสโรคของประชาชนตามมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม ไม่พบปะสังสรรค์ ลดการไปสถานที่สาธารณะ ลดการให้บริการ ลดกิจกรรมที่มีคนหนาแน่น
2. ผลการวิจัยครั้งนี้ ศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองบึงยี่โถ อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี จึงไม่สามารถใช้เป็นตัวแทนของกลุ่มผู้สูงอายุเขตอื่นๆได้ทั้งหมด เนื่องจากปัจจัยส่วนบุคคล พื้นที่ที่อยู่อาศัย ทำให้พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 แตกต่างกันไป



## ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 ที่อาศัยในเขตเทศบาลเมืองบึงยี่โถ อำเภอัญชบุรี จังหวัดปทุมธานี โดยภาพรวมมีพฤติกรรมการป้องกันอยู่ในระดับสูง และมีปัจจัยด้านการได้รับข้อมูลข่าวสาร สิ่งกระตุ้น สิ่งชักนำที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 ผู้วิจัยขอเสนอแนวทางการบริหารจัดการด้านสุขภาพการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 ของผู้สูงอายุ

1. ด้านสังคม จากผลการศึกษาพบว่า สิ่งชักนำ สิ่งกระตุ้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19 ควรมีการให้ข้อมูลข่าวสารเรื่อง รูปแบบการดำเนินชีวิตอย่างใหม่ที่แตกต่างจากอดีตกับผู้สูงอายุในชุมชนสามารถปฏิบัติได้โดยผ่านสื่อออนไลน์ในรูปแบบกราฟิก ผ่านช่องทางไลน์ เฟซบุ๊ก หรือ ช่องทางสื่อสังคมอื่นๆ ของชุมชน ที่เข้าใจง่าย และรวดเร็วในการสื่อสาร โดยมีการติดตาม โดยอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน รวมถึงพยาบาลผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

2. ด้านบุคลากรทางการแพทย์ที่มีหน้าที่เกี่ยวกับการดูแลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ควรให้ข้อมูลการรับข่าวสาร/ข้อมูลจากแหล่งที่เชื่อถือได้ ลดการดู การอ่านหรือฟังข่าวลือ การใส่ใจสุขภาพจิตของตนเอง เมื่อต้องพักอยู่ที่บ้านและไม่ออกไปข้างนอก(Self-Isolation) ควรสนับสนุนให้ผู้สูงอายุ จัดเวลาตารางประจำวัน สร้างความเป็นระบบ ติดต่อกับครอบครัวและเพื่อนผ่านอุปกรณ์ เช่น มือถือ การให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นข้อเท็จจริงกับผู้สูงอายุ เพื่อการแบ่งปันข่าวสารที่เป็นข้อเท็จจริงให้รับรู้และเข้าใจ เพื่อรับมือกับโรคระบาด ให้เกิดความตระหนักและป้องกันตนเองได้อย่างถูกต้อง

## ข้อเสนอแนะเพื่อการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษา รูปแบบการดำเนินชีวิตอย่างใหม่ที่แตกต่างจากอดีต สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน รวมถึงรูปแบบการสื่อสารเพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ ความตระหนัก นำไปสู่การดูแลตนเองได้
2. ควรมีการศึกษาเชิงระบบเพื่อจัดการคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน ในช่วงโรคระบาดตามรูปแบบการดำเนินชีวิตอย่างใหม่ที่แตกต่างจากอดีต

## บรรณานุกรม

- กรวรรณ สุวรรณสาร วันเพ็ญ แววีร์คุปต์ และชลิตา ตระกูลสุนทร.(2554) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม (รายงาน ผลการวิจัย).สืบค้น 3 พฤษภาคม 2563 จาก <https://dric.nrct.go.th/Search/ShowFulltext/2/295966>
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2563) แนวทางการดูแลรักษาและการใช้ยาต้านไวรัสกรณี โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ฉบับปรับปรุง วันที่ 21 มีนาคม พ.ศ. 2563 สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข,(ออนไลน์). สืบค้นจาก [https://covid19.dms.go.th/Content/Select\\_Landding\\_page?contentId=10](https://covid19.dms.go.th/Content/Select_Landding_page?contentId=10)
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข,(ออนไลน์).(2563). ข้อมูลสำหรับการป้องกันตนเองจากไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019 สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/introduction/introduction01.pdf>
- กรมควบคุมโรค.รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 67 วันที่ 10 มีนาคม 2563,(ออนไลน์). สืบค้นเมื่อ 10 มีนาคม 2563จาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/news.php>
- กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ (ฉบับปรับปรุง),(ออนไลน์). สืบค้นเมื่อ 23 มกราคม 2563 จาก <http://www.dop.go.th/th/know/5/155>
- กัญญาณัฐ ใฝ่คำ. (2561). การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในประเทศไทย. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี,7(2),19-26. สืบค้น 25 มกราคม 2563 จาก <http://center.bkkthon.ac.th/journal/upload/doc/spit/21/files/19-26.pdf>
- เกษแก้ว เสี่ยงเพราะ. (2561). สุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิรศักดิ์ เจริญพันธ์ และเฉลิมพล ต้นสกุล. (2549). พฤติกรรมสุขภาพ พิมพ์ครั้งที่ 5. มหาสารคาม: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- ชมพูนุท พรหมภักดี. (2556). บทความวิชาการ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย. สืบค้น 25 มกราคม 2563 จาก [http://library.senate.go.th/document/Ext6078/6078440\\_0002.PDF](http://library.senate.go.th/document/Ext6078/6078440_0002.PDF)

- ณัฐชัยธร เดชสิทธิบุลพร. (2557). คุณภาพชีวิตและความต้องการสนับสนุนสวัสดิการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนสามตำบล จังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยศิลปากร. สืบค้น 25 มกราคม 2563 จาก <http://www.sure.su.ac.th/xmlui/bitstream/handle/123456789/8707/fulltext.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- ทีปภา แจ่มกระจ่างและพัสมณฑิ์ คุ่มทวีพร.การพยาบาลผู้สูงอายุ.พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์ ทีเอสบีโปรดักส์,2558.
- นิรมล อินฤทธิ์. (2547). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. สืบค้น 9 กุมภาพันธ์ 2563 จาก <http://cuir.car.chula.ac.th/bitstream/123456789/2496/3/Niramom.pdf>
- นาริรัตน์ วงศ์สุนทร. (2553). ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ชนิด เอ (เอช1เอ็น1) ของกลุ่มเสี่ยง ตำบลแม่่นะ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่. สืบค้น 3 พฤษภาคม 2563 จาก <http://cmuir.cmru.ac.th/handle/123456789/1844>
- เบญจพร สว่างศรี และเสริมศศิ์ แต่งงาม. (2556). การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ, 1(2), 128-137. สืบค้น 22 มกราคม 2563 จาก [http://www.journal.rmutsb.ac.th/th/data\\_news/file/rmutsb-journal-20140204-pdf-693.pdf](http://www.journal.rmutsb.ac.th/th/data_news/file/rmutsb-journal-20140204-pdf-693.pdf)
- ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกและ รวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ พ.ศ.2548 ราชกิจจานุเบกษา ฉบับประกาศทั่วไป เล่ม 122 ตอนที่ 45ง ลงวันที่ 7 มิถุนายน 2548,(ออนไลน์). สืบค้นเมื่อ 16 กุมภาพันธ์ 2563 [http://law.msociety.go.th/law2016/uploads/lawfile/20150923\\_14\\_01\\_11\\_6822.pdf](http://law.msociety.go.th/law2016/uploads/lawfile/20150923_14_01_11_6822.pdf)
- ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย(ฉบับที่ 3)พ.ศ.2563, (ออนไลน์). สืบค้นเมื่อ 10 มีนาคม 2563 จาก [http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2563/E/048/T\\_0001.PDF](http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2563/E/048/T_0001.PDF)
- ปริญญาผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2542,(ออนไลน์). สืบค้นเมื่อ 15 กุมภาพันธ์ 2563 จาก [http://www.dop.go.th/download/laws/law\\_th\\_20152309154750\\_1.pdf](http://www.dop.go.th/download/laws/law_th_20152309154750_1.pdf)
- ผ่องพรรณ อรุณแสง และคณะ. (2555). ภาพสุขภาพของผู้สูงอายุในสถาบันบริการสุขภาพและในชุมชน.

- แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 พ.ศ.2561,(ออนไลน์). สืบค้นเมื่อ 27 มกราคม 2563 จาก  
[http://www.dop.go.th/download/laws/law\\_th\\_20152309144546\\_1.pdf](http://www.dop.go.th/download/laws/law_th_20152309144546_1.pdf)
- แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564),(ออนไลน์). สืบค้นเมื่อ 27 มกราคม 2563 จาก <http://www.royalthaipolice.go.th/downloads/plan12.pdf>
- พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550,(ออนไลน์). สืบค้นเมื่อ 9 กุมภาพันธ์ 2563 จาก  
<http://web.krisdika.go.th/data/law/law2/%CA71/%CA71-20-9999-update.htm>
- พิมพ์สิทธิ์ บัวแก้ว และรติพร ถึงฝั่ง. (2559). การดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. วารสารสมาคมนักวิจัย.21(2):94-109. สืบค้น 25มกราคม 2563 จาก  
[http://ar.or.th/ImageData/Magazine/10042/DL\\_10256.pdf](http://ar.or.th/ImageData/Magazine/10042/DL_10256.pdf)
- ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ.2560-2579),(ออนไลน์). สืบค้นเมื่อ 27 มกราคม 2563 จาก  
[http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2561/A/082/T\\_0001.PDF](http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2561/A/082/T_0001.PDF)
- ยุทธศาสตร์กรมกิจการผู้สูงอายุ 20 ปี พ.ศ.2561-2580,(ออนไลน์). สืบค้นเมื่อ 27 มกราคม 2563 จาก  
[http://www.dop.go.th/download/knowledge/th1539326153-138\\_0.pdf](http://www.dop.go.th/download/knowledge/th1539326153-138_0.pdf)
- รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว. (2545). สวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุและบทบาทของสุศึกษาในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ.กรุงเทพมหานคร:เจริญตีการพิมพ์.
- ศรีสุดา ปิ่นประชานันท์. (2549). พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดนกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต).มหาวิทยาลัยศิลปากร.สืบค้น 3 เมษายน 2563 จาก  
[http://www.thapra.lib.su.ac.th/thesis/showthesis\\_th.asp?id=0000004346](http://www.thapra.lib.su.ac.th/thesis/showthesis_th.asp?id=0000004346)
- ศิรินันท์ คำสี.(2561).ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลปากน้ำ อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา(รายงานผลการวิจัย).สืบค้น 26 มิถุนายน 2563 จาก  
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmhs/article/view/142864/105739>
- ศิริสุข นาคะเสนีย์. (2561). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. (รายงานผลการวิจัย). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลรัตนโกสินทร์.สืบค้น 8 กุมภาพันธ์ 2563 จาก <https://repository.rmutr.ac.th/bitstream/handle/123456789/315/Fulltext.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- สัญญา สุปัญญาบุตร. (2554). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด A (2009 H1N1) ของประชาชน อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ 6 ขอนแก่น.18(2):1-11.สืบค้น 16 มีนาคม 2563 จาก <http://www.namonhospital.go.th/dl/h1n1.pdf>
- สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ.(4 มีนาคม 2563) “องค์การอนามัยโลก...เจออะไรที่ประเทศจีน” บทเรียน สำหรับ บุคลากรทางการแพทย์และประชาชน. (ออนไลน์). สืบค้นเมื่อ 12 มีนาคม 2563 จาก [https://www.facebook.com/nrctofficial/videos/809477119538812/?\\_\\_so\\_\\_=channel\\_el\\_tab&\\_\\_rv\\_\\_=latest\\_videos\\_card](https://www.facebook.com/nrctofficial/videos/809477119538812/?__so__=channel_el_tab&__rv__=latest_videos_card)
- อภาพร เผ่าวัฒนา, สุรินธร กลัมพากร, สุนีย์ ละกะปັນ และทัศนีย์ รวีวรกุล. (2561). การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน:การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพมหานคร:เอ็มเอ็น คอมพิวเตอร์ จำกัด.
- อภาพร เผ่าวัฒน, สุรินธร กลัมพากร, สุนีย์ ละกะปັນ และขวัญใจ อำนาจสัตย์ชื้อ. (2556). การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน:การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร:ห้างหุ้นส่วนจำกัดโรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- อรรวรรณ แพนคง. (2552). การพยาบาลผู้สูงอายุ. นนทบุรี:ยุทธรินทร์ การพิมพ์ จำกัด.
- อังศิรินทร์ อินทรกำแหง. (2552). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: สุขุมวิท การพิมพ์จำกัด.
- Karen Glanz Barbara K. Rimer K. Viswanath (Editors). (2015). Health Behavior theory, research, and practice.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
**CHULALONGKORN UNIVERSITY**



ภาคผนวก ก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
**CHULALONGKORN UNIVERSITY**

## แบบสอบถาม

เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019(COVID-19)  
ของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำแนะนำ โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหน้า  ข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับท่านมากที่สุด

- 1 เพศ  ชาย  หญิง
- 2.อายุ  อายุ 60-70 ปี  อายุ 71-80 ปี  อายุ 81 ปีขึ้นไป
- 3.ระดับการศึกษา  ไม่ได้รับการศึกษา  ประถมศึกษา/เทียบเท่า  
 มัธยมศึกษาตอนต้น  มัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า  
 อนุปริญญา  ปริญญาตรี/สูงกว่า
- 4.ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่  ไม่มี  มี ได้แก่ ระบุ.....

## แบบสอบถามส่วนที่ 2-7

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความเชื่อของท่านมากที่สุด

- เห็นด้วย หมายถึง ท่านคิดว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความเชื่อของท่านทั้งหมด
- ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านคิดว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความเชื่อของท่านเพียงครึ่งหนึ่ง
- ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านคิดว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความเชื่อของท่านทั้งหมด



ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคติดเชื้อCOVID-19

การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคติดเชื้อ COVID-19	ระดับความคิดเห็น		
	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1. ท่านเชื่อว่าการเดินทางไปในพื้นที่เสี่ยงทำให้ท่านมีโอกาสติดเชื้อCOVID-19 เช่น สถานบันเทิง หรือสถานที่ที่มีรายงานคนติดเชื้อ			
2. ท่านเชื่อว่าการไม่ใช้หน้ากากอนามัยทำให้ท่านมีความเสี่ยงติดเชื้อCOVID-19)			
3. ท่านเชื่อว่าการใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 ทำให้ท่านเสี่ยงติดเชื้อได้			
4. ท่านเชื่อว่าโรคติดเชื้อCOVID-19 ติดต่อทางไอ จาม การสัมผัส			

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อCOVID-19

การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อ COVID-19	ระดับความคิดเห็น		
	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1. ท่านเชื่อว่าการติดเชื้อCOVID-19 ทำให้มีไข้สูง			
2. ท่านเชื่อว่าการติดเชื้อCOVID-19 ทำให้มีอาการหายใจหอบเหนื่อย			
3. ท่านเชื่อว่าโรคติดเชื้อCOVID-19ทำให้ระบบหายใจล้มเหลวเฉียบพลันและเสียชีวิตได้			

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคติดเชื้อCOVID-19

การรับรู้ภาวะคุกคามของโรคติดเชื้อCOVID-19	ระดับความคิดเห็น		
	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1. ท่านเชื่อว่าอาการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ถูกกักกันหรือคุมไว้สังเกตอาการทำให้ท่านมีโอกาสติดเชื้อCOVID-19			
2. ท่านเชื่อว่าหากท่านรับประทานอาหารร่วมกับผู้ถูกกักกันหรือคุมไว้สังเกตอาการทำให้ท่านเสี่ยงต่อการติดเชื้อCOVID-19			
3. ท่านเชื่อว่าการใช้บริการสาธารณะ เช่น รถเมล์ รถไฟฟ้า ทำให้มีโอกาสติดเชื้อCOVID-19 ได้			

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามสิ่งชักนำ/สิ่งกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19

การรับรู้สิ่งกระตุ้น/ชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อCOVID-19	ระดับความคิดเห็น		
	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1. ท่านเชื่อว่าสื่อโฆษณา/ประชาสัมพันธ์ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ Social media ช่วยกระตุ้นให้ท่านเห็นความสำคัญของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19			
2. ท่านเชื่อว่าบุคคลที่อยู่ใกล้ชิด เช่น บุตร หลาน ญาติ มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตนในการป้องกันCOVID-19			
3. ท่านเชื่อว่าชุมชนที่ท่านอาศัยอยู่ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19			

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ COVID-19	ระดับความคิดเห็น		
	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1. ท่านเชื่อว่าการไม่เดินทางไปในพื้นที่เสี่ยงช่วยลดการติดเชื้อ COVID-19			
2. ท่านเชื่อว่าการไม่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อ COVID-19 ทำให้การลดความเสี่ยงได้			
3. ท่านเชื่อว่าการล้างมือด้วยน้ำสบู่หรือแอลกอฮอล์เจลบ่อยๆ หลังการสัมผัสสิ่งของต่างๆ ทำให้ลดความเสี่ยงได้			
4. ท่านเชื่อว่าการใช้หน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่อไปในพื้นที่สาธารณะช่วยลดความเสี่ยงได้			

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตามการป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ COVID-19	ระดับความคิดเห็น		
	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1. ท่านเชื่อว่าหน้ากากอนามัยมีราคาแพงและหาซื้อยาก			
2. ท่านเชื่อว่าแอลกอฮอล์เจลราคาแพงและหาซื้อยาก			
3. ท่านเชื่อว่าการสวมใส่หน้ากากอนามัยทำให้ท่านรู้สึกอึดอัด หายใจไม่สะดวก			
4. ท่านเชื่อว่าการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ เช่น ราคา ค่าตรวจหาเชื้อ COVID-19 เมื่อยังไม่เข้าข่ายมีราคาแพง			

## ส่วนที่ 8 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19

คำแนะนำ โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่เป็นจริงเกี่ยวกับท่านมากที่สุด

ทุกครั้ง หมายถึง ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในข้อนี้ทุกวัน/เกือบทุกวัน

บางครั้ง หมายถึง ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในข้อนี้สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง

ไม่เคย หมายถึง ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในข้อนี้ไม่เคยปฏิบัติเลย

พฤติกรรมปฏิบัติตนในการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19	ระดับการปฏิบัติ		
	ทุกครั้ง	บางครั้ง	ไม่เคย
1. ท่านล้างมือเมื่อมีการจับสิ่งของด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์เจล (Alcohol gel) และใช้เวลาในการฟอกมือนานประมาณ 15- 20 วินาที			
2. ท่านสวมใส่หน้ากากอนามัยเมื่อมีการออกไปพบกับบุคคลอื่น			
3. เมื่อมีการไอ หรือจาม ท่านใช้กระดาษทิชชูปิดปาก			
4. ท่านรับประทานอาหารที่มีการปรุงสุก สะอาด			
5. ท่านเลี่ยงการใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่มีอาการไข้ ไอ จาม เจ็บคอ			
6. ท่านไม่ใช่ของส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น (เช่น ผ้าเช็ดหน้า แก้วน้ำ ผ้าเช็ดตัว)			
7. ท่านเลี่ยงการเดินทางไปในพื้นที่เสี่ยง			

ส่วนที่ 9 แบบสอบถามความต้องการสนับสนุนบริการสุขภาพด้านการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19

คำแนะนำ โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่เป็นจริงเกี่ยวกับท่านมากที่สุด

- มาก หมายถึง ผู้สูงอายุมีความต้องการสนับสนุนบริการด้านสุขภาพในข้อนี้อยู่ในระดับมาก  
ปานกลาง หมายถึง ผู้สูงอายุมีความต้องการสนับสนุนบริการด้านสุขภาพในข้อนี้อยู่ในระดับปานกลาง  
น้อย หมายถึง ผู้สูงอายุมีความต้องการสนับสนุนบริการด้านสุขภาพในข้อนี้อยู่ในระดับน้อย

ความต้องการสนับสนุนบริการด้านสุขภาพ	ระดับความต้องการ		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
1.การจัดหาอุปกรณ์สำหรับป้องกันการติดเชื้อCOVID-19 เช่น หน้ากากอนามัย แอลกอฮอล์เจล			
2.หน่วยบริการสาธารณสุขเคลื่อนที่ในการตรวจเยี่ยม ให้คำแนะนำ การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคแก่ผู้สูงอายุตามบ้าน			
3.สิทธิ์ในการตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อCOVID-19 ฟรี จาก โรงพยาบาลของรัฐ หรือเครือข่ายการ			

1.สิ่งที่ท่านต้องการได้รับเพิ่มเติมจากหน่วยสนับสนุนบริการสุขภาพสำหรับการป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 มีอะไรบ้าง

2.สิ่งที่ท่านต้องการเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อCOVID-19 มีอะไรบ้าง



ภาคผนวก ข

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
**CHULALONGKORN UNIVERSITY**

Statistics					
		เพศ	ภาวะการมีโรคประจำตัว	อายุ	ระดับการศึกษา
N	Valid	102	102	102	102
	Missing	0	0	0	0

เพศ					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ชาย	24	23.5	23.5	23.5
	หญิง	78	76.5	76.5	100.0
	Total	102	100.0	100.0	

อายุ					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	อายุ 60-70 ปี	85	83.3	83.3	83.3
	อายุ 71-80 ปี	16	15.7	15.7	99.0
	อายุ 81 ปีขึ้นไป	1	1.0	1.0	100.0
	Total	102	100.0	100.0	

ระดับการศึกษา					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ไม่ได้รับการศึกษา	1	1.0	1.0	1.0
	ประถมศึกษา	21	20.6	20.6	21.6
	มัธยมศึกษาตอนต้น	16	15.7	15.7	37.3
	มัธยมศึกษาตอนปลาย	33	32.4	32.4	69.6
	อนุปริญญา	12	11.8	11.8	81.4
	ปริญญาตรี/สูงกว่า	19	18.6	18.6	100.0
	Total	102	100.0	100.0	

ภาวะการมีโรคประจำตัว					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ไม่มี	47	46.1	46.1	46.1
	มีโรคประจำตัว	55	53.9	53.9	100.0
	Total	102	100.0	100.0	

Statistics									
		การรับรู้โอกาสเสี่ยง	การรับรู้ความรุนแรง	การรับรู้ภาวะคุกคาม	สิ่งชักนำ/สิ่งกระตุ้น	การรับรู้ประโยชน์	การรับรู้อุปสรรค	พฤติกรรมป้องกันโรค	ความต้องการสนับสนุนบริการสุขภาพ
N	Valid	102	102	102	102	102	102	102	102
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคติดเชื้อ COVID-19					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	medium	4	3.9	3.9	3.9
	high	98	96.1	96.1	100.0
	Total	102	100.0	100.0	

การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อ COVID-19					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	low	2	2.0	2.0	2.0
	medium	12	11.8	11.8	13.7
	high	88	86.3	86.3	100.0
	Total	102	100.0	100.0	



การรับรู้ภาวะคุกคามของโรคติดเชื้อCOVID-19					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	low	4	3.9	3.9	3.9
	medium	15	14.7	14.7	18.6
	high	83	81.4	81.4	100.0
	Total	102	100.0	100.0	

สิ่งกระตุ้น/ชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อCOVID-19					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	medium	5	4.9	4.9	4.9
	high	97	95.1	95.1	100.0
	Total	102	100.0	100.0	

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อCOVID-19					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	high	102	100.0	100.0	100.0

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อCOVID-19					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	low	17	16.7	16.7	16.7
	medium	26	25.5	25.5	42.2
	high	59	57.8	57.8	100.0
	Total	102	100.0	100.0	

พฤติกรรมปฏิบัติตนในการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	medium	3	2.9	2.9	2.9
	high	99	97.1	97.1	100.0
	Total	102	100.0	100.0	

ความต้องการสนับสนุนบริการด้านสุขภาพ					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	low	5	4.9	4.9	4.9
	medium	22	21.6	21.6	26.5
	high	75	73.5	73.5	100.0
	Total	102	100.0	100.0	

Statistics									
		การรับรู้โอกาสเสี่ยง	การรับรู้ความรุนแรง	การรับรู้ภาวะคุกคาม	สิ่งชักนำ/สิ่งกระตุ้น	การรับรู้ประโยชน์	การรับรู้อุปสรรค	การป้องกันโรค	ความต้องการสนับสนุนบริการ
N	Valid	102	102	102	102	102	102	102	102
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean		2.92	2.82	2.75	2.94	2.97	2.30	2.87	2.70
Std. Deviation		.20	.34	.36	.17	.10	.59	.20	.42
Minimum		2.00	1.00	1.33	2.33	2.50	1.00	2.14	1.33
Maximum		3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00

### T-Test



Group Statistics					
	เพศ	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
พฤติกรรมปฏิบัติตนในการป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19	ชาย	24	2.9167	.13266	.02708
	หญิง	78	2.8608	.21348	.02417

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
พฤติกรรม การปฏิบัติตน ในการป้องกัน โรคติดเชื้อ COVID-19	Equal variances assumed	3.724	.056	1.210	100	.229	.05586	.04618	-.03576	.14748
	Equal variances not assumed			1.539	62.419	.129	.05586	.03630	-.01669	.12841

### T-Test

Group Statistics					
	อายุ	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
พฤติกรรม การปฏิบัติตน ในการป้องกันโรค ติดเชื้อCOVID-19	อายุ 60-70 ปี	85	2.8639	.20550	.02229
	อายุ 71-80 ปี	17	2.9244	.15251	.03699

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
พฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19	Equal variances assumed	1.240	.268	-1.150	100	.253	-.06050	.05260	-.16486	.04385
	Equal variances not assumed			-1.401	29.001	.172	-.06050	.04319	-.14883	.02782

One-Way

Descriptives								
พฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19								
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
ประถมศึกษา	22	2.8506	.22685	.04837	2.7501	2.9512	2.14	3.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	16	2.8929	.14286	.03571	2.8167	2.9690	2.57	3.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย	33	2.9264	.11910	.02073	2.8842	2.9686	2.57	3.00
อนุปริญญา	12	2.8214	.27327	.07889	2.6478	2.9951	2.14	3.00
ปริญญาตรี/สูงกว่า	19	2.8271	.25007	.05737	2.7065	2.9476	2.14	3.00
Total	102	2.8739	.19829	.01963	2.8350	2.9129	2.14	3.00

ANOVA					
พฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	.183	4	.046	1.174	.327
Within Groups	3.788	97	.039		
Total	3.971	101			

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
พฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19	Equal variances assumed	.031	.860	-.503	100	.616	-.01989	.03953	-.09833	.05854
	Equal variances not assumed			-.505	98.952	.614	-.01989	.03936	-.09799	.05820

T-Test

Group Statistics					
	ภาวะการมีโรคประจำตัว	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
พฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคติดเชื้อCOVID-19	ไม่มี	47	2.8632	.19295	.02814
	มีโรคประจำตัว	55	2.8831	.20406	.02752

Correlations									
		การรับรู้ โอกาสเสี่ยง	การรับรู้ ความรุนแรง	การรับรู้ภาวะ คุกคาม	สิ่งชักนำ/ สิ่งกระตุ้น	การรับรู้ ประโยชน์	การรับรู้ อุปสรรค	พฤติกรรม ป้องกันโรค	ความต้องการ สนับสนุนบริการ สุขภาพ
การรับรู้ โอกาสเสี่ยง	Pearson Correlation	1	.208*	.331**	.132	.112	.044	.106	.114
	Sig. (2-tailed)		.036	.001	.186	.263	.662	.287	.255
	N	102	102	102	102	102	102	102	102
การรับรู้ ความรุนแรง	Pearson Correlation	.208*	1	.202*	.486**	.326**	.057	.136	.200*
	Sig. (2-tailed)	.036		.042	.000	.001	.571	.172	.044
	N	102	102	102	102	102	102	102	102
การรับรู้ ภาวะ คุกคาม	Pearson Correlation	.331**	.202*	1	.037	.173	.108	.091	.138
	Sig. (2-tailed)	.001	.042		.712	.082	.278	.362	.166
	N	102	102	102	102	102	102	102	102
สิ่งชักนำ/ สิ่ง กระตุ้น	Pearson Correlation	.132	.486**	.037	1	.247*	-.137	.501**	.125
	Sig. (2-tailed)	.186	.000	.712		.012	.170	.000	.209
	N	102	102	102	102	102	102	102	102
การรับรู้ ประโยชน์	Pearson Correlation	.112	.326**	.173	.247*	1	-.018	.102	.088
	Sig. (2-tailed)	.263	.001	.082	.012		.855	.310	.377
	N	102	102	102	102	102	102	102	102
การรับรู้ อุปสรรค	Pearson Correlation	.044	.057	.108	-.137	-.018	1	-.172	-.034
	Sig. (2-tailed)	.662	.571	.278	.170	.855		.085	.735
	N	102	102	102	102	102	102	102	102
พฤติกรรม ป้องกันโรค	Pearson Correlation	.106	.136	.091	.501**	.102	-.172	1	.139
	Sig. (2-tailed)	.287	.172	.362	.000	.310	.085		.163
	N	102	102	102	102	102	102	102	102
ความ ต้องการ สนับสนุน บริการ สุขภาพ	Pearson Correlation	.114	.200*	.138	.125	.088	-.034	.139	1
	Sig. (2-tailed)	.255	.044	.166	.209	.377	.735	.163	
	N	102	102	102	102	102	102	102	102

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาวจุไรรัตน์ ดาทอง
วัน เดือน ปี เกิด	11 เมษายน 2518
สถานที่เกิด	จังหวัดสุรินทร์
วุฒิการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
ที่อยู่ปัจจุบัน	1873 ถนนพระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY