ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ ภายใต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย

ณัฐรัตน์ จันเครื่อง

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเสนอเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
พฤษภาคม 2565
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยพะเยา

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ ภายใต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย

ณัฐรัตน์ จันเครื่อง

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเสนอเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
พฤษภาคม 2565
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยพะเยา

FACTORS PREDICTING SELF-MANAGEMENT BEHAVIOR OF THE ELDERLY UNDER THE EPIDEMIC OF CORONAVIRUS DISEASE-2019 IN THE COMMUNITY AMPHOE WIANG CHAI, CHIANG RAI PROVINCE

NUTTHARAT JANKUANG

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

May 2022

Copyright 2022 by University of Phayao

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง

เรื่อง

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ ภายใต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย

ของ ณัฐรัตน์ จันเครื่อง

ได้รับพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

หลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

ของมหาวิทยาลัยพะเยา

..... ประธานกรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สมคิด จูหว้า)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. น้ำเงิน จันทรมณี)

..... อาจารย์บัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยพะเยา

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประจวบ แหลมหลัก)

..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์ สุกิจ พันธุ์พิมานมาศ)

เรื่อง: ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ ภายใต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย

ผู้ศึกษาค้นคว้า: ณัฐรัตน์ จันเครื่อง, การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง: ส.ม., มหาวิทยาลัยพะเยา, 2565

อาจารย์ที่ปรึกษา: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. น้ำเงิน จันทรมณี

คำสำคัญ: การรับรู้ความรุนแรง, การรับรู้สมรรถนะแห่งตน, การสนับสนุนทางสังคม, โรคติดเชื้อโควิด-19, ผู้สูงอายุ

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุภายใต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุ อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย จำนวน 444 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ การทดสอบของพิชเชอร์ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อโควิด-19 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง และปัจจัยที่มีอำนาจทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุภายใต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนสูงที่สุดคือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (β = 0.303) รองลงมาคือ แรงสนับสนุนทางสังคม (β = 0.253) และการรับรู้ความรุนแรงของโรค (β = 0.115) ตามลำดับ ตัวแปรทำนายทั้ง 3 ตัว ร่วมทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุภายใต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนได้ร้อยละ 35.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

Title: FACTORS PREDICTING SELF-MANAGEMENT BEHAVIOR OF THE ELDERLY UNDER THE EPIDEMIC OF CORONAVIRUS DISEASE-2019 IN THE COMMUNITY AMPHOE WIANG CHAI, CHIANG RAI PROVINCE

Author: Nuttharat Jankuang, Independent Study: M.P.H., University of Phayao, 2022

Advisor: Assistant Professor Dr. Namngern Chantaramanee

Keywords: perception of violence, self-efficacy, social support, COVID-19, Elderly

ABSTRACT

This was a survey using a cross-sectional approach. The purpose was to use a questionnaire to study the factors predicting self-management behavior of the elderly under the epidemic of coronavirus disease -2019 among 444 elderly people in Wiang Chai District, Chiang Rai Province. The data was analyzed using descriptive statistics, chi-square test, fisher's exact test, pearson's product moment correlation coefficient and stepwise multiple regression analysis was used to look for correlation.

The results reveal that the perception of the severity of the COVID-19 infectious disease self-efficacy social support and self-management behaviors of the elderly were all a high level and the most powerful factors predicting self-management behavior of the elderly under the epidemic of coronavirus disease -2019 in the community was self-efficacy (β = 0.303), social support (β = 0.253) and perception of violence (β = 0.115) respectively. The three predictors were able to predict self-management of the elderly under the epidemic of coronavirus disease -2019 in the community 35.6 percent were statistically related.

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี โดยได้รับความอนุเคราะห์จากอาจารย์ที่ปรึกษา คือ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.น้ำเงิน จันทรมณี อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ที่ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา ตลอดการศึกษาค้นคว้า อีกทั้งให้การติดตามแก้ไขงานวิจัยให้มีความถูกต้องสมบูรณ์อย่างต่อเนื่อง จึงขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประจวบ แหลมหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทวีวรรณ ศรีสุขคำ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมชาย จาดศรี ดร.ศศิวิมล บุตรสีเขียว อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา และนายสุริยา อ้นทองทิม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผางาม ที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา โดยเฉพาะอาจารย์ผู้สอนในหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ตลอดระยะเวลาที่ได้ศึกษาสาขาวิชานี้ รวมถึงเจ้าหน้าที่ฝ่ายสนับสนุนทุกท่านในการอำนวยความสะดวกด้านเอกสารและด้านอื่น ๆ ด้วยความเต็มใจเป็นอย่างดียิ่ง

ขอขอบคุณ นายศักดิ์ดา ธานินทร์ สาธารณสุขอำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย นายสุริยา อ้นทองทิม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผางาม อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย นายดุลยภาพ ปานกลาง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมะดื่น อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย นายพรชัย มีทรัพย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนศิลา อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย และนางสุภาพ ปัญญาบุญ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านช่องลม อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขอขอบคุณประชาชนตำบลผางาม และตำบลดอนศิลา อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามงานวิจัย

ขอขอบพระคุณ การประชุมวิชาการระดับชาติด้านทรัพยากรธรรมชาติและวิทยาศาสตร์สุขภาพ ครั้งที่ 1 “ทรัพยากรธรรมชาติ แหล่งอาหารและสมุนไพรเพื่อสุขภาพคนไทย ปลอดภัยปลอดโรคระบาด” คณะทรัพยากรธรรมชาติ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน ที่ตอบรับการเข้าร่วมการนำเสนอประชุมวิชาการระดับชาติ

สุดท้ายนี้ขอขอบคุณครอบครัว และเพื่อนร่วมงานทุกท่าน ตลอดจนผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่เป็นกำลังใจสำคัญในการทำการศึกษาครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ณัฐรัตน์ จันเครื่อง

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... จ

กิตติกรรมประกาศ..... ฉ

สารบัญ..... ช

สารบัญตาราง..... ฌ

สารบัญภาพ..... ฎ

บทที่ 1 บทนำ..... 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... 1

วัตถุประสงค์ของการวิจัย..... 4

สมมติฐานการวิจัย..... 4

ขอบเขตของการวิจัย..... 4

นิยามศัพท์เฉพาะ..... 5

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย..... 6

บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 7

ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019..... 7

ทฤษฎีเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ..... 9

ทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน..... 12

ทฤษฎีเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม..... 17

ทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง..... 22

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 31

สรุปกรอบแนวคิด..... 35

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย..... 37

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 37
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 41
การสร้างและการหาคุณภาพเครื่องมือ 45
การเก็บรวบรวมข้อมูล 47
การวิเคราะห์ข้อมูล 48
บทที่ 4 ผลการวิจัย 50
ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง 50
การรับรู้ความรุนแรงของโรคของกลุ่มตัวอย่าง 53
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของกลุ่มตัวอย่าง 55
การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง 58
พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่าง 61
บทที่ 5 บทสรุป 69
สรุปผลการวิจัย 69
อภิปรายผล 72
ข้อเสนอแนะ 76
บรรณานุกรม 78
ภาคผนวก 83
ภาคผนวก ก เอกสารรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง 84
ภาคผนวก ข แบบสอบถาม 88
ภาคผนวก ค แผนการดำเนินการวิจัย 95
ภาคผนวก ง ผลงานการตีพิมพ์ 96
ประวัติผู้วิจัย 108

สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 การสังเคราะห์ตัวแปรองค์ประกอบของพฤติกรรมการจัดการตนเอง 24

ตาราง 2 การสังเคราะห์ตัวแปรปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง..... 30

ตาราง 3 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างแต่ละตำบลจำแนกหมู่บ้าน 38

ตาราง 4 ผลการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 46

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล (n = 444) 51

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับโควิด-19 และการป้องกัน (n = 444)..... 52

ตาราง 7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ความรุนแรงของโครายข้อ (n = 444)..... 53

ตาราง 8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ความรุนแรงของโรค รายองค์ประกอบ (n = 444) 54

ตาราง 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรค (n = 444) 55

ตาราง 10 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนรายข้อ (n = 444)..... 56

ตาราง 11 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนรายองค์ประกอบ (n = 444)..... 57

ตาราง 12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้สมรรถนะ แห่งตน (n = 444) 58

ตาราง 13 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม การสนับสนุนทางสังคมรายข้อ (n = 444)..... 59

ตาราง 14 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการสนับสนุนทางสังคมรายองค์ประกอบ (n = 444)..... 61

ตาราง 15 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการสนับสนุนทางสังคม (n = 444) 61

ตาราง 16 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุรายข้อ (n = 444)..... 62

ตาราง 17 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุรายองค์ประกอบ (n = 444) 63

ตาราง 18 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมการจัดการตนเอง (n = 444) 63

ตาราง 19 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุภายใต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน (n = 444)..... 64

ตาราง 20 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุภายใต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน (n = 444) 66

ตาราง 21 การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนระหว่างตัวแปรทำนายกับพฤติกรรม การจัดการตนเองของผู้สูงอายุภายใต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน (n = 444) 67

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพ 1 โครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างสามองค์ประกอบซึ่งเป็นตัวกำหนดที่มีอิทธิพลเชิงเหตุผลซึ่งกันและกัน.....13

ภาพ 2 ความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น.....14

ภาพ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น.....15

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ได้ถูกรายงานต่อองค์การอนามัยโลกในช่วง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 ในเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย สาธารณรัฐประชาชนจีน โดยเกิดจากเชื้อไวรัส Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) ซึ่งเป็นเชื้อไวรัสในตระกูลเดียวกับไวรัสที่ทำให้เกิดโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันร้ายแรง (Severe Acute Respiratory Syndrome, SARS) และโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (Middle East Respiratory Syndrome, MERS) (วราวุฒิ เกรียงบูรพา, 2563) เชื้อไวรัสโคโรนา ก่อให้เกิดโรคที่มีความรุนแรงแตกต่างกันขึ้นอยู่กับระบบภูมิคุ้มกันของแต่ละคนผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มักไม่มีอาการหรือมีอาการเพียงเล็กน้อย เช่น มีไข้ ไอ มีเสมหะ และอ่อนเพลีย เป็นต้น แต่จะมีผู้ติดเชื้อบางส่วนที่มีอาการและอาการแสดงที่รุนแรง คือ หายใจลำบากและมีภาวะระบบทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน โดยมักพบในกลุ่มเสี่ยงสูง ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป และผู้ที่มีโรคประจำตัว โดยเชื้อไวรัสชนิดนี้จะติดต่อผ่านทางละอองขนาดเล็กที่มีเชื้อปะปนอยู่จากการสัมผัสโดยตรงหรือการสูดดมละอองฝอยเข้าไป นอกจากนี้ยังสามารถติดต่อผ่านทาง fecal-oral transmission ได้ (สุรัยยา หมานมานะ, โสภณ เอี่ยมศิริถาวร และสุมนมาลย์ อุทยมกุล , 2563) จึงทำให้มีการติดเชื้อได้ง่ายและแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วไปเกือบทุกประเทศทั่วโลก องค์การอนามัยโลกได้ออกประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นโรคระบาดใหญ่ทั่วโลก (Coronavirus pandemic) โดยจากรายงานสถานการณ์ในปัจจุบัน ณ วันที่ 14 มิถุนายน 2564 พบว่ามีการแพร่ระบาดไปแล้ว 192 ประเทศ จำนวนผู้ติดเชื้อประมาณ 175,913,947 ราย และมีผู้เสียชีวิตแล้วมากถึง 3,800,607 ราย ส่วนในประเทศไทยพบว่ามีการรายงานยอดผู้ติดเชื้อทั้งสิ้น 199,264 ราย และมีผู้เสียชีวิต 1,466 ราย (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

จากข้อมูลของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค (2565) ในรายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า ในจำนวนผู้เสียชีวิตนี้แบ่งเป็นกลุ่มอายุต่าง ๆ โดยกลุ่มที่เสียชีวิตมากที่สุดคือ กลุ่มโรคประจำตัว หรือภาวะเสี่ยง เช่น อ้วน ตั้งครรภ์ หรือสูงอายุ ทั้งนี้อัตราป่วยตายในกลุ่มผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ ซึ่งจะเห็นได้ว่าสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 มีความรุนแรงในผู้สูงอายุ

และมีความเสี่ยงสูงมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ รัฐบาลจึงมีการประชาสัมพันธ์ให้คนไทยดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและรณรงค์การฉีดวัคซีนโควิด 19 โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อง่ายและมักมีอาการรุนแรงจนเสียชีวิตได้เมื่อติดเชื้อ ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขด่านหน้าทั้งภาครัฐและเอกชน ผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตวายเรื้อรังระยะ 5 โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคมะเร็งทุกชนิดที่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัด รังสีบำบัด และภูมิคุ้มกันบำบัด ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยจิตเวช ออทิสติก ผู้ที่ดูแลตัวเองไม่ได้รวมถึงผู้ดูแล ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคโควิด 19 และประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ที่กำลังมีการระบาด (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ดังนั้น การสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงจึงมีความสำคัญโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มักมีโรคประจำตัว ประกอบกับ ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ในปี พ.ศ. 2563 มีประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ร้อยละ 17.57 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2564) ตามกระบวนการสูงอายุ (Aging process) วัยผู้สูงอายุมักมีความเสื่อมถอยทางร่างกายทุกระบบและมีโรคประจำตัว ความแข็งแรงและความเสื่อมถอยของร่างกายมักขึ้นอยู่กับการดูแลสุขภาพตั้งแต่ก่อนเป็นผู้สูงอายุจนถึงปัจจุบันที่เป็นผู้สูงอายุแล้ว ระบบที่มักมีการทำงานลดลงเมื่อเป็นผู้สูงอายุ คือ ระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการติดเชื้อในร่างกายได้ง่าย (Touhy and Jett, 2018; Eliopoulos, 2018) ดังนั้น ผู้สูงอายุไทยจึงเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดการติดเชื้อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่กำลังระบาดอยู่ในปัจจุบัน พฤติกรรมการจัดการตนเองในการป้องกันตนเองให้ไม่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

พฤติกรรมการจัดการตนเองเป็นการปฏิบัติที่เหมาะสมในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่กับโรคได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี พฤติกรรมการจัดการตนเองครอบคลุมทั้งการปฏิบัติทั้งด้านร่างกายและจิตใจเพื่อเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยมีสิ่งที่ต้องกระทำ 3 ประการคือ พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการแพทย์ พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านบทบาท และพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านอารมณ์ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์คือพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง (Lorig and Holman, 2003) จากการทบทวนวรรณกรรมมีการศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ กลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจ (ภรปภา จันทร์ศรีทอง และทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์, 2561) ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและดัชนีมวลกายของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงระยะก่อนเบาหวานในชุมชน

(ขนิษฐา พิศฉลาด และภาวดี วิมลพันธุ์, 2557) และพฤติกรรมการจัดการตนเองและปัจจัยทำนายในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (สุพิชา อาจคิดการ, 2555)

ในพื้นที่อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย เป็นพื้นที่หนึ่งของจังหวัดเชียงรายที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งจากรายงานสถานการณ์ COVID-19 จังหวัดเชียงราย (ข้อมูลวันที่ 16 พฤษภาคม 2565) ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 7,381 ราย อัตราป่วย 21,443.31 ต่อแสนประชากร และพบว่ามีผู้สูงอายุติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 1,422 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.27 ของผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งหมดของอำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย, 2565) ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาปัจจัยหรือแนวทางในการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในอำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย

จากข้อมูลสถานการณ์ในพื้นที่อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย ที่มีการระบาดโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งหากผู้สูงอายุมีพฤติกรรมตนเองที่ดีจะสามารถป้องกันและควบคุมความรุนแรงของการการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยเฉพาะการหาปัจจัยที่มีอิทธิพลกับพฤติกรรมจัดการตนเอง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีเพียงการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ เท่านั้นแต่ยังไม่มีการศึกษาที่ครอบคลุมในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากความจำเป็นดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทำนายต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ ภายใต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนอำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย ซึ่งผการศึกษาดังกล่าวจะทำให้ได้ข้อมูลที่สำคัญที่จะนำไปใช้ในการวางแผนการพัฒนาพฤติกรรมการจัดการตนเองในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งจะนำไปสู่การลดความรุนแรงของโรค ลดอัตราการป่วยและอัตราการตายในพื้นที่ได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ ภายใต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุภายใต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย

3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุภายใต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย

สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ ภายใต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนได้

ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตด้านประชากร

1.1 ประชากร

ผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อาศัยในอำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย จำนวน 9,511 คน

2. ขอบเขตด้านตัวแปรในการวิจัย

2.1 ตัวแปรอิสระ คือ

2.1.1. ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล

1) เพศ

2) อายุ

3) สถานภาพ

4) อาชีพหลัก

5) โรคประจำตัว

6) สถานการณ์ได้รับวัคซีนป้องกัน โควิด-19

7) ช่องทางการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโควิด-19

8) กิจกรรมนอกบ้านที่ปฏิบัติเป็นประจำ

2.1.2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎี health belief model ของ Becker (1974) มีองค์ประกอบดังนี้

1) การรับรู้ความรุนแรงของการติดต่อ

2) การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อ

2.1.3. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ของ Bandura (2008) มีองค์ประกอบดังนี้

1) การรับรู้ความสามารถ

2) ความคาดหวังในผลลัพธ์

2.1.4. การสนับสนุนทางสังคม โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม ของ House (1981) มีองค์ประกอบดังนี้

1) ด้านสิ่งของ

2) ด้านข้อมูลข่าวสาร

3) การประเมินสะท้อนคิด

2.2 ตัวแปรตาม คือ

2.2.1. พฤติกรรมการจัดการตนเอง โดยใช้ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม ของ Lorig and Holman (2003) มีองค์ประกอบดังนี้

1) การจัดการทางการแพทย์

2) การจัดการกับบทบาท

3) การจัดการกับอารมณ์

3. ขอบเขตด้านเวลา

ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้คือ เดือนธันวาคม 2564–มีนาคม 2565

นิยามศัพท์เฉพาะ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หมายถึง โรคติดเชื้อไวรัสผ่านทางละอองฝอยจากระบบทางเดินหายใจ และจากการสัมผัสกับสารคัดหลั่งของผู้ป่วย เช่น น้ำลาย น้ำมูก เสมหะ

พฤติกรรรมการจัดการตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง เพื่อที่จะจัดการหรือป้องกันการเจ็บป่วย รวมถึงการปฏิบัติตามแผนการรักษา เพื่อที่จะลดผลกระทบหรือความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่มีผลต่อสุขภาพ ประกอบด้วย

การจัดการทางการแพทย์ (medical management) การจัดการกับบทบาท (role management) และการจัดการกับอารมณ์ (emotional management)

การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดโรค ภาวะแทรกซ้อน หรือผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นแล้ว ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของการติดต่อ และการรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อ

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง ความเชื่อมั่น การตัดสินใจพิจารณาของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการตอบสนองบางอย่าง ประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถ และความคาดหวังในผลลัพธ์

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการจัดการตนเอง เป็นการรับรู้ถึงความเป็นเจ้าของ ได้รับการยอมรับ ยกย่องทางสังคม ได้รับความรัก และมีคุณค่าในตัวเอง เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น ประกอบด้วย ด้านสิ่งของ (instrument aid) ด้านข้อมูล ข่าวสาร (information) และการประเมิน สะท้อนคิด (appraisal)

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ทราบถึงข้อมูลที่จะนำไปใช้ในการพัฒนาพฤติกรรมการจัดการตนเองในการป้องกันการติดเชื้อโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุกลุ่มอื่นหรือในสถานการณ์อื่น

2. ทราบถึงข้อมูลที่จะนำไปใช้ในการวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในการป้องกันการติดเชื้อโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุกลุ่มอื่นและในสถานที่อื่นหรือโรคติดเชื้ออื่น

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาจาก ทฤษฎี แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาศึกษาในการวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ ภายใต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนอำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทาง ในการวิจัย ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
2. ทฤษฎีเกี่ยวกับการแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
3. ทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
4. ทฤษฎีเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม
5. ทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. สรุปกรอบแนวคิด

ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

1. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คืออะไร

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นกลุ่มของเชื้อไวรัสที่สามารถก่อให้เกิดโรคทางเดินหายใจในคน ซึ่งไวรัสที่อยู่ในกลุ่มนี้มีหลายสายพันธุ์ ส่วนใหญ่ทำให้เกิดอาการไม่รุนแรง คือ เป็นไข้หวัดธรรมดา ในขณะที่บางสายพันธุ์อาจก่อให้เกิดอาการรุนแรงเป็นปอดอักเสบได้ เช่น โรคติดเชื้อไวรัสทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (เมอร์ส) หรือ โรคซาร์ (SARS) ซึ่งเคยมีการระบาดในอดีตที่ผ่านมา

2. ไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 คืออะไร

ไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 คือ ไวรัสในกลุ่มโคโรนาที่เพิ่งมีการค้นพบใหม่ (ไม่เคยมีการพบเชื้อนี้ในคนมาก่อน) โดยพบครั้งแรกที่เมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน ในช่วงปลายปี 2019

การติดต่อและอาการ

1. คนสามารถติดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นี้ได้หรือไม่

คนสามารถติดเชื้อไวรัสโครานา 2019 ได้ จากข้อมูล ณ วันที่ 25 มกราคม 2565 พบว่ามีผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสนี้ จำนวน 1,354 ราย เสียชีวิต 41 ราย นอกจากนี้ ไวรัสสามารถแพร่กระจายจากคนสู่คนได้ผ่านทางการไอ จาม สัมผัส น้ำมูก น้ำลาย ดังนั้น จึงต้องระมัดระวังไม่ให้ผู้ป่วยที่มีอาการทางเดินหายใจสงสัยจากโรคเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไปสัมผัสใกล้ชิดหรือใช้สิ่งของร่วมกันกับผู้อื่น เพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อ

2. อาการป่วยที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019 เป็นอย่างไร

ผู้ป่วยที่ต้องสงสัยโรคปอดอักเสบจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะมีอาการไข้ ร่วมกับอาการทางเดินหายใจ เช่น ไอจาม มีน้ำมูก เหนื่อยหอบ และมีประวัติเดินทางมาจากเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน หรือเมืองที่มีการประกาศเป็นพื้นที่ระบาด ภายใน 14 วันก่อนเริ่มมีอาการป่วย

คำแนะนำในการป้องกันตนเอง

1. หากมีอาการป่วย

หากมีอาการไข้ ไอ เจ็บคอ น้ำมูกไหล หายใจเหนื่อย ภายใน 14 วัน หลังกลับมาจากเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน โปรดไปพบแพทย์และยื่นบัตรคำแนะนำด้านสุขภาพสำหรับผู้เดินทางเข้ามาในประเทศไทย กับแพทย์ผู้ทำการรักษาพร้อมแจ้งประวัติการเดินทาง ท่านอาจได้รับเชื้อโรคก่อนเดินทางมายังประเทศไทย กรุณาแจ้งรายละเอียดต่าง ๆ กับแพทย์ผู้ทำการรักษา เช่น อาการป่วย วันที่เริ่มมีอาการป่วย วันเดินทางมาถึงประเทศไทยสถานที่พัก เพื่อแพทย์จะได้วินิจฉัยได้ถูกต้องและรักษาได้ทันท่วงที แพทย์ผู้ทำการรักษาจะรายงานต่อหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เพื่อดำเนินการป้องกันควบคุมโรคโดยเร็ว

2. การล้างมือ

2.1 Normal hand washing (การล้างมือทั่วไป)

การล้างมือเพื่อขจัดสิ่งสกปรกต่าง ๆ เหงื่อ ไขมัน ที่ออกมาตามธรรมชาติ และลดจำนวนเชื้อโรคที่อาศัยอยู่ชั่วคราวบนมือ การล้างมืออย่างถูกวิธีต้องล้างด้วยสบู่ก้อน หรือสบู่เหลว ใช้เวลาในการฟอกมือนานประมาณ 15 วินาที

2.2 การล้างมือด้วยแอลกอฮอล์เจล (Alcohol gel)

การล้างมือในกรณีรีบด่วน ไม่สะดวกในการล้างมือด้วยน้ำและมือไม่ปนเปื้อนสิ่งสกปรก หรือสารคัดหลั่งจากผู้ป่วย ให้ทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจล การล้างมือ

ด้วยแอลกอฮอล์เจลประมาณ 10 มิลลิลิตร ใช้เวลาประมาณ 15-25 วินาที ในกรณีใช้แอลกอฮอล์เจล (Alcohol Gel) ไม่ต้องล้างมือซ้ำด้วยน้ำ และไม่ต้องเช็ดด้วยผ้าเช็ดมือ)

2.3 การสวมใส่หน้ากากอนามัย

วิธีการใส่หน้ากากอนามัยที่ถูกต้อง ควรให้ด้านสีเข้มออกด้านนอกเสมอ คลุมให้ปิดจมูก ปาก คาง คล้องหู ขยับให้พอดีกับใบหน้า กดลวดขอบบนให้สนิทกับสันจมูก โดยเปลี่ยนทุกวันและทิ้งลงในภาชนะที่มีฝาปิด เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ทั้งจากตนเองและผู้อื่น

2.4 การไอ จาม ที่ถูกวิธี

2.4.1 เมื่อรู้สึกว่าจะไอ จาม ควรหากระดาษชำระ หรือทิชชู่ มาปิดปาก เพื่อป้องกันไม่ให้เชื้อโรคกระจาย แล้วนำไปทิ้งในถังขยะปิดให้เรียบร้อย

2.4.2 เมื่อรู้สึกว่าจะไอ จาม แล้วไม่มีกระดาษชำระ ควรใช้การไอ จามใส่ข้อศอก โดยยกแขนข้างใดข้างหนึ่งมาจับไหล่ตัวเองฝั่งตรงข้าม และยกมุมข้อศอกปิดปากและจมูกตนเองก่อนจาม ไอทุกครั้งไม่ควรไอ จามใส่มือ

2.4.3 หลังจากไอ จามเสร็จแล้ว ควรรีบล้างมือให้สะอาดทุกครั้ง ด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์ฆ่าเชื้อ เพื่อกำจัดเชื้อโรคไม่ให้แพร่กระจาย (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

ทฤษฎีเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ความหมายของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) เป็นแบบแผนที่พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีด้านจิตสังคมของ Kurt Lewin โดย Godfrey M. Hochbaum, Stephen S. Kegeles, Howard Leventhal and Irwin M.Rosenstock ในช่วงปี ค.ศ. 1950-1960 ถือเป็นช่วงเริ่มแรกของการพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เนื่องจากในระยะเวลานั้นการจัดบริการด้านสุขภาพประสบปัญหา ประชาชนมารับบริการการป้องกันโรคน้อย ทั้งที่จัดให้นั้นไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ หรือเสียค่าใช้จ่ายต่ำมาก จากปัญหาดังกล่าว นักจิตวิทยาสังคมกลุ่มนี้จึงได้เสนอแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพขึ้นเพื่ออธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชน ต่อมาภายหลังได้มีการดัดแปลงไปใช้ในการอธิบายพฤติกรรมการเจ็บป่วยและพฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ (Rosenstock, 1974)

Rosenstock (1974) ได้อธิบายแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า 1) ตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค 2) โรคนั้นต้องมีความรุนแรง

ต่อชีวิต 3) การปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะก่อให้เกิดผลดีโดยการช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรค ถ้าเกิดป่วยเป็นโรคนั้น ๆ และการปฏิบัติดังกล่าว ไม่ควรมีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติ เช่น ค่าใช้จ่าย เวลา ความไม่สะดวกสบาย ความกลัว ความอาย เป็นต้น ต่อมา Becker จึงได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพขึ้นใหม่เพื่ออธิบายหรือทำนายพฤติกรรมของบุคคลในการให้ความร่วมมือปฏิบัติพฤติกรรมอนามัย ซึ่งประกอบด้วยตัวแปรต่าง ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (perceived susceptibility) การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (perceived severity) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ (perceived benefits) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน (perceived barriers) และปัจจัยร่วมอื่น ๆ (other variables) (Becker, 1974) ดังต่อไปนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค เป็นการรับรู้ของบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้จะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล บางคนจะรับรู้ว่าตนเองไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในขณะที่บางคนยอมรับว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ซึ่งสามารถวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของความเจ็บป่วยได้จากสิ่งเหล่านี้ คือ

1.1 ความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยของแพทย์ บุคคลที่มีอาการของโรครุนแรงถ้าไว้วางใจแพทย์หรือการวินิจฉัยของแพทย์ หรือมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ผิด ๆ จะปฏิเสธการรักษาของแพทย์และทำให้การรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคบิดเบือนไป

1.2 การคาดคะเนของบุคคลต่อ โอกาสเสี่ยง หรือการกลับเป็นโรคซ้ำ ๆ จากอาการที่เคยเจ็บป่วยมาก่อน จะมีการคาดคะเนว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคซ้ำอีก

1.3 ความรู้สึกของบุคคลต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนหรือเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น ๆ กล่าวคือหากบุคคลนั้นรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคสูงจะมีความรู้สึกว่าโอกาสเสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อนหรือเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น ๆ มีมากขึ้น จากการศึกษาของอรพิน อินทรนุกูลกิจ (2536) พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคแผลในกระเพาะอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค ถึงแม้ว่าบุคคลจะรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแต่พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคจะ ไม่เกิดขึ้น หากบุคคลนั้นขาดการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคในแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันออกไป บุคคลจะรับรู้ว่าโรคนั้นมีความรุนแรงก็ต่อเมื่อรับรู้ว่าโรคนั้นมีอันตรายถึงชีวิต ทำให้เกิดความพิการหรือเจ็บปวดและมีผลกระทบต่อการทำงานครอบครัวและสัมพันธภาพในสังคม

จากการศึกษาของอรพิน อินทรนุกุลกิจ (2536) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรค โรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคแผลในกระเพาะอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ เป็นการรับรู้ถึงผลดีต่อภาวะสุขภาพจากการได้รับการรักษาและมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นสิ่งชักนำให้ผู้ป่วยมีการดูแลสุขภาพมากขึ้น บุคคลที่รับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคและเสี่ยงต่อความรุนแรงของโรค จะนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค แต่การที่บุคคลจะลงมือปฏิบัติหรือไม่ขึ้นอยู่กับการรับรู้ว่าสิ่งที่จะปฏิบัตินั้น สามารถลดโอกาสเสี่ยงหรือความรุนแรงต่อการเป็นโรค นั่นคือบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคเมื่อรับรู้ว่าการปฏิบัตินั้นลดภาวะคุกคามของโรค

4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลถึงผลจากการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพในทางลบ หรือเป็นการรับรู้ถึงสิ่งที่ ไม่พึงปรารถนาจากการปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น การเสียค่าใช้จ่าย ความไม่สุขสบายจากการได้รับความเจ็บปวดหรือความเครียดและความไม่สะดวกต่าง ๆ ในการปฏิบัติ สิ่งเหล่านี้บุคคลจะนำมาเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่ได้รับ ถ้าพบว่า อุปสรรคในการปฏิบัติตน มีมากกว่าประโยชน์ที่ได้รับ อาจทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมด้านสุขภาพนั้นได้

ในการที่บุคคลจะตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามกำแนะนำนั้น บุคคลต้องมีการรับรู้ว่าพฤติกรรมสุขภาพที่ควรปฏิบัตินั้นมีประโยชน์ สามารถลดความเสี่ยงหรือลดความรุนแรงของโรคได้ และรับรู้ว่าอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมมีน้อยกว่าประโยชน์ที่จะได้รับ จาก การศึกษาของอรพิน อินทรนุกุลกิจ (2536) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคแผลในกระเพาะอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคแผลในกระเพาะอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ เป็นสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งชักนำให้บุคคลมีพฤติกรรมที่เหมาะสมกับสถานการณ์นั้น ๆ อาจเป็นสิ่งกระตุ้นที่มาจากภายใน เช่น การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองหรือสิ่งกระตุ้นจากภายนอก เช่น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประสบการณ์การเจ็บป่วยของคนในครอบครัวสื่อสารมวลชนต่าง ๆ คำแนะนำจากบุคลากรสุขภาพ และจดหมายกระตุ้นเตือนจากบุคลากรสุขภาพในการที่จะให้การชักนำบุคคล เพื่อก่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น เป็นการใช้สิ่งกระตุ้นที่กล่าวมาข้างต้นเพื่อให้บุคคล

เกิดการรับรู้ภาวะคุกคามของการเกิดโรค ซึ่งเมื่อบุคคลมีการรับรู้ภาวะคุกคามของการเกิดโรค จึงจะเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรค

6. ปัจจัยร่วมอื่น ๆ ในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย นอกจากจะเกี่ยวข้องกับการรับรู้บุคคลแล้วยังมีปัจจัยอื่น ๆ อีก ได้แก่ ตัวแปรด้านประชากร จิตสังคม และโครงสร้าง ดังนี้

6.1 ตัวแปรด้านประชากร (demographic variables) เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นต้น

6.2 ตัวแปรด้านจิตสังคม (sociopsychologic variables) เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม เพื่อหรือสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น

6.3 ตัวแปรด้านโครงสร้าง (structural variables) เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรค โอกาสสัมผัสโรค ประสบการณ์ในการเจ็บป่วยและการรักษา เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความหมายการรับรู้ความรุนแรงของโรค จึงสามารถให้ความหมายได้ว่า

การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดโรค ภาวะแทรกซ้อน หรือผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นแล้ว ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของการติดต่อ และการรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อ

จากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) จะเห็นได้ว่าการที่บุคคลจะตัดสินใจในการเลือกที่จะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรม ในการป้องกันโรคให้กับตนเอง สมาชิกในครอบครัวและคนอื่น ๆ นั้น มีปัจจัยหลายอยอย่างที่เกี่ยวข้องกับความมีเหตุผลของบุคคล ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยได้เลือกองค์ประกอบการรับรู้ความรุนแรงของโรค ในการทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ ภายใต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 ในอำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย

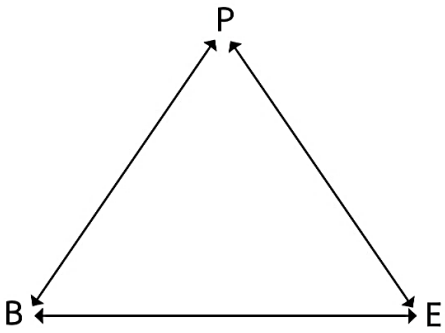
ทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ความหมายของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Learning Theory: SCT) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่มีอิทธิพลอย่างมากต่อการพัฒนาเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทฤษฎีนี้พัฒนาโดยนักจิตวิทยาชาวแคนาดา Albert Bandura โดย Bandura ศึกษาความเชื่อของบุคคลเรื่องความสามารถในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งด้วย

ความสามารถตนเอง (Self-efficacy) ซึ่งมีอิทธิพลที่จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติตนเฉพาะอย่างได้ พื้นฐานแนวคิดที่เกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น Bandura เชื่อว่าในการศึกษาพฤติกรรมของมนุษย์จะต้องวิเคราะห์เงื่อนไขและสิ่งเร้าที่จะมาเสริมแรงให้เงื่อนไขนั้นคงอยู่ พฤติกรรมการเรียนรู้ของมนุษย์จึงเกิดจากกระบวนการเรียนรู้ขององค์ประกอบหลายอย่าง โดยมีพันธุกรรม สภาพแวดล้อมสังคม ประสบการณ์ ความสามารถเฉพาะตัวของบุคคล ผสมผสานกันซึ่งยากแก่การตัดสินว่าพฤติกรรมนั้น ๆ เกิดจากสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยเฉพาะ ซึ่งถ้าหากบุคคลมีการรับรู้ความสามารถตนเอง (perceived self-effcacy) และคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ (outcome expectations) จะแสดงซึ่งพฤติกรรมนั้นให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด

สาเหตุของพฤติกรรมที่เกิดขึ้นตามแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมนั้น Bandura มีความเชื่อว่าพฤติกรรมไม่ได้เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากปัจจัยทางสภาพแวดล้อมแต่เพียงอย่างเดียว หากแต่มีปัจจัยส่วนบุคคลร่วมด้วยและการร่วมของปัจจัยส่วนบุคคลนั้นจะต้องร่วมกันในลักษณะที่กำหนดซึ่งกันและกัน กับปัจจัยทางด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งเรียกว่า Reciprocal Determinism ดังภาพ 1



ภาพ 1 โครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างสามองค์ประกอบซึ่งเป็นตัวกำหนดที่มีอิทธิพลเชิงเหตุผลซึ่งกันและกัน

ที่มา: ภาสิต ศิริเทศ, 2562, หน้า 60

ปัจจัยทั้ง 3 ปัจจัย ได้แก่ B คือ พฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง P คือ องค์ประกอบของบุคคล และ E คือ องค์ประกอบของสิ่งแวดล้อม ที่ทำหน้าที่กำหนดซึ่งกันและกันนั้น

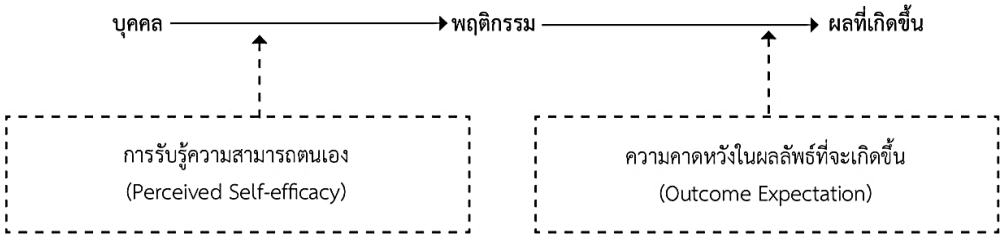
ไม่ได้หมายความว่าทั้ง 3 ปัจจัยนั้นจะมีอิทธิพลในการกำหนดซึ่งกันและกันอย่างเท่าเทียม บางปัจจัยอาจมีอิทธิพลมากกว่าอีกปัจจัยและอิทธิพลของปัจจัยทั้ง 3 นั้นไม่ได้เกิดขึ้นพร้อมกัน หากแต่ต้องอาศัยเวลาในการที่ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งจะมีผลต่อการกำหนดปัจจัยอื่น ๆ

จากแนวคิดพื้นฐานดังกล่าวทฤษฎีปัญญาสังคมของ Bandura จึงได้เน้นแนวคิด 3 ประการ ได้แก่

1. แนวคิดการเรียนรู้โดยการสังเกต (Observational Learning)
2. แนวคิดการกำกับตนเอง (Self–regulation)
3. แนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self–efficacy)

แนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเอง ประกอบด้วยความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลของการกระทำ ในระยะแรกปี ค.ศ.1977 Bandura เสนอแนวคิดของความคาดหวังในความสามารถตนเอง (Efficacy–Expectation) โดยให้ความหมายว่า เป็นความคาดหวังที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของตนในลักษณะที่เฉพาะเจาะจงและความคาดหวังนี้เป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรมต่อมา ปี ค.ศ.1986 ได้ใช้คำว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self–Efficacy) โดยให้คำจำกัดความว่าเป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

จากแนวคิดดังกล่าว Bandura ได้พัฒนาและทดสอบทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self–efficacy) โดยมีสมมติฐานของทฤษฎีคือ ถ้าบุคคลมีการรับรู้หรือมีความเชื่อในความสามารถตนเองสูง และเมื่อทำแล้วจะได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ บุคคลนั้นก็จะมีแนวโน้มจะปฏิบัติดังภาพ 2



ภาพ 2 ความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น

ที่มา: ภาสิต ศิริเทศ, 2562, หน้า 61

จากโครงสร้างของทฤษฎีแสดงให้เห็นองค์ประกอบที่สำคัญ ดังนี้

1. การรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived Self-Efficacy) หมายถึง การตัดสินความสามารถของตนเองว่าจะสามารถทำงานได้ในระดับใด หรือเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งซึ่งมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต ความเชื่อในความสามารถตนเองพิจารณาจากความรู้สึก ความคิด การจูงใจ และพฤติกรรม

2. ความคาดหวังของผลลัพธ์ (Outcome Expectation) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลประเมินค่าพฤติกรรมเฉพาะอย่างที่จะปฏิบัติ อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้เป็นการคาดหวังในสิ่งที่จะเกิดขึ้นสืบเนื่องจากกพฤติกรรมที่ได้กระทำ

โดยองค์ประกอบทั้ง 2 ข้างต้น ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ มีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ กล่าวคือหากบุคคลมีการรับรู้ความสามารถตนเองและมีความคาดหวังของผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นสูงทั้งสองด้าน จะทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมอย่างแน่นอน แต่ถ้ามีเพียงด้านใดสูงหรือต่ำ บุคคลนั้นมีแนว โน้มที่จะไม่แสดงพฤติกรรม ดังภาพ 3

		ความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น	
		สูง	ต่ำ
การรับรู้ความสามารถตนเอง	สูง	มีแนวโน้มที่จะทำแน่นอน	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ
	ต่ำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำแน่นอน

ภาพ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น

ที่มา: ภาสิต ศิริเทศ, 2562, หน้า 62

การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง

Bandura ได้เสนอวิธีการสร้างให้เกิดการรับรู้ความสามารถแห่งตนเอง รวม 4 วิธี ดังนี้

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experience) แบนดูราเชื่อว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพที่สุดในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเอง เนื่องจากเป็นประสบการณ์โดยตรง ความสำเร็จที่ทำให้เพิ่มการรับรู้ความสามารถตนเองนั้นจำเป็นต้องฝึกให้บุคคลมีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จพร้อม ๆ กับการทำให้บุคคลได้รับรู้ว่า

เขามีความสามารถที่จะทำได้ เช่นนั้นซึ่งจะทำให้บุคคลใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยบุคคลที่รับรู้ว่าตนเองมีความสามารถจะไม่ยอมแพ้อะไรง่าย ๆ แต่จะพยายามทำงานต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

2. การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience) โดยการใช้ตัวแบบ (Modeling) การได้สังเกตตัวแบบที่มีความซับซ้อน และได้รับผลกรรมที่พึงพอใจ จะทำให้ผู้สังเกตเรียนรู้ว่าตนเองมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ ถ้ามีความพยายามไม่ย่อท้อ ทั้งนี้สามารถจำแนกตัวแบบออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ตัวแบบที่มีชีวิตและตัวแบบสัญลักษณ์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 ตัวแบบที่มีชีวิต (Live model) ได้แก่ บุคคลในครอบครัว เพื่อนหรือบุคคลทั่วไปที่ผู้สังเกตสามารถติดต่อสัมพันธ์ได้ การเสนอตัวแบบวิธีนี้ ต้องระมัดระวังผลที่เกิดจากพฤติกรรมของตัวแบบที่อาจจะทำให้มีการเรียนรู้จากตัวแบบที่ไม่ถูกต้อง

2.2 ตัวแบบสัญลักษณ์ (Symbol model) เป็นภาพตัวแบบในสื่อสารมวลชลทั้งหลาย เช่น ภาพยนตร์ โทรทัศน์ วิดิทัศน์ หนังสือ คอมพิวเตอร์ เทปบันทึกเสียง หุ่นกระบอก หรือการ์ตูน เป็นต้น ซึ่งเป็นการเตรียมเรื่องราวของตัวแบบไว้ทำให้มีผลดีในการเน้นจุดสำคัญของการแสดงพฤติกรรม และสิ่งที่สำคัญคือสามารถควบคุมพฤติกรรมและผลกระทบของตัวแบบได้ นอกจากนี้ ยังสามารถใช้ได้ทั้งกิจกรรมรายบุคคลหรือกลุ่มบุคคล และใช้ได้หลายครั้งเท่าที่ต้องการ

3. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) เป็นการบอกว่าบุคคลมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ ซึ่งเป็นวิธีที่ค่อนข้างใช้ง่ายและใช้กันทั่วไป แบนดูรา กล่าวว่า การใช้คำพูดชักจูงเพียงอย่างเดียวไม่ค่อยได้ผลมากนักในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองให้ได้ผล ควรใช้รวมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จ

4. การกระตุ้นอารมณ์ (Emotional arousal) การกระตุ้นทางอารมณ์มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในสภาพที่ถูกข่มขู่ในการตัดสินถึงความวิตกกังวล และความเครียดของบุคคลนั้น บางส่วนจะขึ้นอยู่กับการกระตุ้นทางสรีระ การกระตุ้นที่รุนแรงทำให้เกิดการกระทำที่ไม่ค่อยได้ผลดีบุคคลจะคาดหวังความสำเร็จ เมื่อบุคคลไม่ได้อยู่ในสภาพการณ์ที่กระตุ้นด้วยสิ่งที่ไม่พึงพอใจ ความกลัวจะกระตุ้นให้เกิดความกลัวมากขึ้น บุคคลจะเกิดประสบการณ์ของความล้มเหลวอันจะทำให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความหมายการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จึงสามารถให้ความหมายได้ว่า

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง ความเชื่อมั่น การตัดสินใจพิจารณาของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการตอบสนองบางอย่าง ประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถ และความคาดหวังในผลลัพธ์

ทฤษฎีเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) เป็นกลไกอย่างหนึ่งซึ่งเกี่ยวข้องกันและชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธภาพของบุคคลในสังคมว่าได้มีการช่วยเหลืออย่างไรบ้าง เป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงเจตนาที่จะสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติหน้าที่ของบุคคลตามบทบาทต่าง ๆ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม ได้มีนักวิชาการหลายท่านกล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญความเครียด เพราะการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับนั้นจะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง มีอารมณ์มั่นคง เกิดความรู้สึกมั่นใจในตัวเอง และสามารถแก้ปัญหาได้เหมาะสม นอกจากนี้สมาชิกในครอบครัวจะส่งเสริมให้บุคคลมีความกล้าที่จะเผชิญกับความเครียดโดยช่วยจัดหาข้อมูล ข่าวสาร คำแนะนำ ตลอดจนทางเลือกที่เหมาะสม ซึ่งทำให้บุคคลรู้สึกปลอดภัยในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมมีหลายแนวคิด ดังนั้นจึงได้มีการศึกษาค้นคว้า และให้ความหมายไว้ต่าง ๆ กัน ดังนี้

เกื้อกูล ถนอมจิต (2543) ให้ความหมาย การสนับสนุนทางสังคมว่า หมายถึง การที่บุคคลได้รับช่วยเหลือด้านการเงิน แรงงาน หรือวัตถุสิ่งของต่าง ๆ จากบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดหรืออยู่ในสังคมของตน ซึ่งอาจเป็นสมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน บุคลากรทางสาธารณสุขคนใดคนหนึ่งหรือหลายบุคคลรวมกัน โดยการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลดังกล่าว ทำให้ผู้รับการสนับสนุนทางสังคมมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการรักษาสุขภาพอนามัยและมีสุขภาพดี

Farber (1983 อ้างอิงใน จรัญ ผดุงนานนท์, 2553) อธิบายว่า การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ประกอบขึ้นด้วยความยึดเหนี่ยวระหว่างบุคคลที่สามารถให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันทั้งทางอารมณ์ และทรัพยากรอื่น ๆ และยังได้อธิบายลักษณะของการสนับสนุนทางสังคมไว้ดังนี้คือ

1. การสนับสนุนทางด้านสังคมและอารมณ์ หมายถึง การได้รับความสนใจกำลังใจ การยอมรับ การพบปะสังสรรค์ และความสนิทสนม

2. การสนับสนุนทางด้านการเงินและสิ่งของเครื่องใช้ หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือทางด้านการเงิน รวมทั้งสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็น

3. การได้รับคำแนะนำแก้ไขปัญหา หมายถึง การได้รับคำแนะนำแก้ไขปัญหาทั้งด้านการงาน และเรื่องส่วนตัว

Kahn (1979 อ้างอิงใน จรัญ ผดุงนานนท์, 2553) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคล ซึ่งทำให้เกิดสิ่งต่อไปนี้อย่างหนึ่งหรือมากกว่า คือ ความผูกพันในด้านดีจากคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่ง การรับรองพฤติกรรมของอีกคนหนึ่ง การช่วยเหลือในด้านสิ่งของ เงินทองหรืออื่น ๆ

Pilisuk (1982 อ้างอิงใน จรัญ ผดุงนานนท์, 2553) ได้ให้แนวคิดตรงกันว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ไม่เพียงแต่ความช่วยเหลือด้านวัตถุและความมั่นคงทางอารมณ์เท่านั้น แต่ยังรวมถึงความรู้สึกที่ว่า ตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคมด้วย นอกจากนั้นการสนับสนุนทางสังคมยังสามารถป้องกันบุคคลจากภาวะวิกฤตและการคุกคามของความเจ็บป่วยได้อีกด้วย

Macquire (1983 อ้างอิงใน จรัญ ผดุงนานนท์, 2553) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่ใช่การรักษาโดยตรง แต่เป็นความรู้สึกเป็นเจตคติ เป็นกิริยาที่แสดงออกมาถึงความสนใจ มีเมตตากรุณา ที่ได้รับจากครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน ผู้ร่วมงาน เมื่อบุคคลเหล่านี้มารวมกัน โดยมีจุดประสงค์ในการให้ความช่วยเหลือ ก็จะเป็นการเกิดเครือข่ายของการสนับสนุนในสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความหมายการสนับสนุนทางสังคม จึงสามารถให้ความหมายได้ว่า

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการจัดการตนเอง เป็นการรับรู้ถึงความเป็นเจ้าของ ได้รับการยอมรับ ยกย่องทางสังคม ได้รับความรัก และมีคุณค่าในตัวเอง เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น ประกอบด้วย ด้านอารมณ์ (emotional concern), ด้านสิ่งของ (instrument aid), ด้านข้อมูล ข่าวสาร (information) และการประเมิน สะท้อนคิด (appraisal)

ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม

การให้แรงสนับสนุนทางสังคมอาจแบ่งออกเป็นหลายรูปแบบ Kaplan (1974 อ้างอิงใน จรัญ ผดุงนานนท์, 2553) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. การให้ความช่วยเหลือด้านอารมณ์ หมายถึง การสนับสนุนการให้ความรัก ความผูกพัน การเอาใจใส่ และความเห็นอกเห็นใจ

2. การช่วยเหลือ โดยการให้ข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่

3. การสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านวัตถุสิ่งของและบริการ

Cobb (1976 อ้างอิงใน จรัญ ผดุงนานนท์, 2553) ได้แบ่งชนิดการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ หมายถึง ข้อมูลที่ทำให้บุคคลทราบว่าเขาได้รับความรัก และการดูแลเอาใจใส่

2. การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า หมายถึง ข้อมูลที่ทำให้บุคคลทราบว่าเขามีคุณค่าและได้รับการยกย่อง นับถือ

3. การมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หมายถึง ข้อมูลที่ทำให้บุคคลทราบว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีส่วนร่วมซึ่งกันและกัน

House (1981 อ้างอิงใน จรัญ ผดุงนานนท์, 2553) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึง การสนับสนุนด้านการให้ความรัก เอาใจใส่ ยกย่องเห็นคุณค่า การยอมรับนับถือ ความไว้วางใจ และกำลังใจ

2. การสนับสนุนด้านการประเมิน (Appraisal Support) หมายถึง การให้ข้อมูลด้านการเรียนรู้ตนเอง หรือข้อมูลย้อนกลับไปใช้ในการประเมินตนเอง การรับรองทำให้เกิดความมั่นใจในตนเอง และทำให้เปรียบเทียบตนเองกับผู้อยู่ร่วมในสังคม ตลอดจนเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) หมายถึง การให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ การให้คำปรึกษา การตักเตือน และการให้ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่

4. การสนับสนุนด้านสิ่งของและบริการ (Instrumental Support) หมายถึง การช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลในเรื่อง การเงิน แรงงาน รวมทั้งการเสียสละเวลาเพื่อช่วยเหลือกิจกรรมต่าง ๆ

Jacobson (1986 อ้างอิงใน จรัญ ผดุงนานนท์, 2553) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึง พฤติกรรมที่ทำให้บุคคลรู้สึกสบายใจ และเชื่อว่ามีบุคคลเคารพนับถือ ยกย่องและให้ความรัก ตลอดจนให้การดูแลเอาใจใส่ และให้ความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย

2. การสนับสนุนด้านสิติปัญญา (Cognitive Support) หมายถึง ข้อมูล ข่าวสารความรู้หรือคำแนะนำที่จะช่วยให้บุดคลเข้าใจสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง และช่วยให้สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงนั้นได้

3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Materials Support) หมายถึง สิ่งของและบริการต่าง ๆ ที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแก้ปัญหาได้

Thoits (1982 อ้างอิงใน จรัญ ผดุงนานนท์, 2553) ได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (Instrumental aid) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านแรงงาน วัสดุอุปกรณ์ สิ่งของ เงินทอง ที่จะทำให้บุคกลได้รับนั้นสามารถดำรงบทบาทหรือหน้าที่รับผิดชอบได้ตามปกติ

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information aid) หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งคำแนะนำ และการป้อนกลับ

3. การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม (Socio Emotional aid) หมายถึง การได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ การได้รับการยอมรับ เห็นคุณค่า และรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

Pender (1987 อ้างอิงใน จรัญ ผดุงนานนท์, 2553) ได้แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมเป็น 2 ประเภท คือ

1. ด้านสนับสนุน (Support) ซึ่งหมายถึง การกระทำหรือพฤติกรรมที่ช่วยให้ผู้รับการสนับสนุนบรรลุวัตถุประสงค์ และสามารถตอบสนองความต้องการสถานการณ์ต่าง ๆ เช่น สิ่งของต่าง ๆ กำลังใจ ความรักความอบอุ่น ซึ่งเป็นการสนับสนุนทางด้านจิตใจ

2. ด้านการแนะนำ (Advice) เป็นการให้ข้อมูลหรือการแนะนำต่าง ๆ ซึ่งทำให้ผู้รับนำกลับมาคิดพิจารณาว่าตนจะทำอย่างไรจึงจะบรรลุผลสำเร็จตามจุดมุ่งหมายที่ต้องการได้

Tilden (1985 อ้างอิงใน จรัญ ผดุงนานนท์, 2553) ได้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม ว่าอยู่ในรูปแบบของความรู้สึกอิ่มใจ หรือพึงพอใจต่อความต้องการทางสังคม จากความสำเร็จในสัมพันธภาพ และแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 6 ชนิด คือ

1. ความรักใคร่ผูกพัน เป็นความรู้สึกอบอุ่น มั่นคง ปลอดภัย มีคนรักใคร่เอาใจใส่ ซึ่งส่วนใหญ่ได้จากบิดามารดา คู่สมรส ถ้าขาดการสนับสนุนทางสังคมชนิดนี้ จะทำให้บุคคลรู้สึกอ้างว้างและโดดเดี่ยว

2. การมีส่วนร่วมในสังคม ทำให้คนมีโอกาสผูกมิตรกัน มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมด้วยกัน รู้สึกมีเป้าหมายและมีคุณค่าต่อสังคม ถ้าขาดการสนับสนุนทางสังคมชนิดนี้ จะทำให้บุคคลแยกตัวออกจากสังคมและรู้สึกเบื่อหน่ายในการดำรงชีวิต

3. โอกาสในการอบรมเลี้ยงดูหรือให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่น ได้แก่ การที่บุคคลมีความรับผิดชอบในการเลี้ยงดูหรือให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นให้มีความผาสุก ซึ่งทำให้รู้สึกว่าตนเองเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น และเป็นผู้พึ่งพาได้ ถ้าหากไม่ได้ทำหน้าที่นี้ เกิดความคับข้องใจจะทำให้รู้สึกว่าชีวิตไม่สมบูรณ์และไร้จุดหมาย

4. ส่งเสริมให้มีความมั่นใจในคุณค่าแห่งตน ได้แก่ การที่บุคคล ได้รับการเคารพยกย่อง และชื่นชมที่สามารถแสดงบทบาททางสังคมอันเป็นที่ยอมรับของสมาชิกในครอบครัวและผู้ร่วมงาน ถ้าได้รับการส่งเสริมจะทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า

5. ความเชื่อมั่นในความเป็นมิตรที่ดี ความรู้สึกเช่นนี้ได้มาจากครอบครัวหรือเครือญาติ ซึ่งสมาชิกแต่ละคนต่างคาดหวังว่าจะ ได้รับความช่วยเหลือซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่อง ถ้าขาดความรู้สึกเช่นนี้ ทำให้บุคคลรู้สึกขาดความมั่นคงและถูกทอดทิ้ง

6. การได้รับคำชี้แนะเป็นความต้องการในช่วงที่บุคคลเผชิญกับความเครียดหรือภาวะวิกฤต ทำให้ต้องการคำปลอบใจ คำแนะนำจากบุคคลที่ตนศรัทรา และเชื่อมั่น ถ้าไม่ได้รับการตอบสนองจะทำให้รู้สึกสิ้นหวัง

Weiss (1974 อ้างอิงใน จรัญ ผดุงนานนท์, 2553) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนทางสังคมด้านความใกล้ชิด ความใกล้ชิดส่งผลให้เกิดความรู้สึกปลอดภัย และอบอุ่น ไม่เกิดความรู้สึกว้าเหว่ ความสัมพันธ์ดังกล่าวนั้นจะพบในคู่สมรส เพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน

2. การสนับสนุนทางสังคมด้านมีส่วนร่วม การมีส่วนร่วมในสังคมทำให้บุคคลรู้สึกมีเป้าหมายมีความเป็นเจ้าของ และได้รับการยกย่องว่าตนเองมีคุณค่าต่อกลุ่ม

3. การสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับการยกย่อง การที่ผู้ใหญ่ในครอบครัวมีความรับผิดชอบต่อการเจริญเติบโตและความสบายของบุตรหลาน แล้วทำให้ตนเองเกิดความรู้สึกว่าได้รับการยกย่องเป็นที่ต้องการและเป็นที่พึ่งพาของผู้อื่นได้

4. การสนับสนุนทางสังคมด้านการยอมรับบทบาท การได้รับการยอมรับบทบาทในสถาบันครอบครัวหรือสังคม จะทำให้มีความเชื่อมั่นและรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

5. การสนับสนุนทางสังคมด้านการยกย่องช่วยเหลือ เป็นการได้รับคำแนะนำ ชี้แนะหรือได้รับกำลังใจเพื่อสามารถในการนำไปใช้ในการแก้ปัญหา

จากแบบแผนการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) จะเห็นได้ว่าสามารถแบ่งได้หลากหลายรูปแบบในการสนับสนุนทางสังคมหลาย ๆ ด้าน วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผู้วิจัยได้เลือกองค์ประกอบการสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน คือ ด้านสิ่งของ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการประเมินสะท้อนคิด ในการทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ ภายใต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในอำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย

ทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง

ความหมายของพฤติกรรมการจัดการตนเอง

ผู้ให้ความหมายคำว่า "พฤติกรรมการจัดการตนเอง " ไว้หลากหลาย เช่น Connelly (1987 อ้างอิงใน บุญต่าย สิทธิไพศาล, 2553) และ Coates and Boore (1995 อ้างอิงใน บุญต่าย สิทธิไพศาล, 2553) ให้ความหมายว่าการจัดการตนเองเป็นกระบวนการในการดูแลสุขภาพแบบพลวัตร ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยภาวะเรื้อรังต้องการกระบวนการจัดการตนเองตลอดชีวิต ต้องมีการผสมผสานความรู้ที่ช่วยในการจัดการตนเองให้เข้ากับการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง จึงจะทำให้การจัดการตนเองประสบความสำเร็จ

Gruman and Van (1966 อ้างอิงใน บุญต่าย สิทธิไพศาล, 2553) ได้เสนอการจัดการตนเองว่าเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการผูกมัดของผู้ป่วยในกิจกรรมต่าง ๆ ที่ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ (prevent and promote health) การสังเกตอาการและอาการแสดงของการเจ็บป่วย (observation of symptoms and signs of illness) การยึดมั่นในการรักษา (adherence to treatment) กิจกรรมในการดูแลตนเอง (self-care activities) และสมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง (self-care self-efficacy) และการจัดการผลของการเจ็บป่วยต่อการทำหน้าที่ (functioning) อารมณ์ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งคล้าย ๆ กันนี้

Nakagawa-Kogan and Betrus (1984 อ้างอิงใน บุญต่าย สิทธิไพศาล, 2553) อธิบายว่า แนวคิดการจัดการตนเอง (self-management concepts) มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม หัวใจสำคัญของการจัดการตนเองคือ หลักการของทฤษฎีการเรียนรู้ทาง

สังคม และทฤษฎีกาย-จิต ทฤษฎีนี้ เชื่อว่าการควบคุมกาย-จิต สามารถเรียนรู้ได้โดยการเสริมแรงอย่างมีระบบในทำนองเดียวกันนักวิชาการทางด้านสุขภาพแห่งสถาบันโรคไตแห่งประเทศอังกฤษมีความเห็นว่า การจัดการกับตนเองเป็นวิธีการที่ใช้ในการดูแลสุขภาพโดยมีพื้นฐานจากทฤษฎีที่เห็นความสำคัญในบทบาทของผู้ป่วยในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการจัดการกับความเจ็บป่วยได้อย่างประสบผลสำเร็จ

Kanfer and Goldstein (1991 อ้างอิงใน บุญต่าย สิทธิไพศาล, 2553) กล่าวว่าในการปฏิบัติการจัดการตนเองเป็น การประสานกันของทั้งกาย จิต และสังคม Kanfer (1981 อ้างอิงใน บุญต่าย สิทธิไพศาล, 2553) มีความเชื่อว่าไม่มีใครสามารถปรับแต่งพฤติกรรมของคนอื่นได้นอกจากตัวบุคคลนั้นเองบุคลากรทางสุขภาพมีบทบาทในการกระตุ้นให้บุคคลเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงไปสู่พฤติกรรมใหม่ด้วยตนเอง และการดูแลตนเองที่จำเป็นนอกเหนือจากการรับประทานยา

Martha (1993 อ้างอิงใน บุญต่าย สิทธิไพศาล, 2553) กล่าวว่าการจัดการตนเองของบุคคลประกอบด้วยการพิจารณาตนเอง การติดตามภาวะต่างที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง การมีความรู้และทักษะในการแก้ปัญหาและการควบคุมตนเอง

Nodhurft, Schneidet, Hebert, et al. (2000 อ้างอิงใน บุญต่าย สิทธิไพศาล, 2553) ซึ่งกล่าวว่ากระบวนการจัดการตนเอง มีความจำเป็นในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยลดอัตราการเกิดความพิการ (morbidity) ลดอัตราตาย เพิ่มคุณภาพชีวิต และลดการกลับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

Ricgel, Carlson and Glaser (2000 อ้างอิงใน บุญต่าย สิทธิไพศาล, 2553) เชื่อว่าพฤติกรรมการจัดการตนเองคือกระบวนการเรียนรู้โดยการที่ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและจัดการกับภาวะความเจ็บป่วยเป็นพฤติกรรมการแสดงออกของมนุษย์โดยใช้การระลึกได้ หรือประสบการณ์มาช่วยตัดสินใจ มีการแปลความหมายซ้ำจนเกิดความเข้าใจต่อสถานการณ์อย่างดี ส่งผลให้มีการตัดสินใจที่ดี นอกจากนี้ยังมีผู้ให้ความหมายของ "พฤติกรรมการจัดการตนเอง" ว่าเป็นวิธีการหรือกระบวนการที่บุคคลจัดการตนเองด้วยตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ และผลกระทบจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง

Curtin and Mapes (2001 อ้างอิงใน บุญต่าย สิทธิไพศาล, 2553) ให้ความหมายการจัดการตนเอง หมายถึง ความพยายามในทางบวกของผู้ป่วยที่จะรับรู้และมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อการรักษาสุขภาพให้ดีที่สุด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ควบคุมอาการแสดง ใช้แหล่งทรัพยากรทางการแพทย์ และลดการรบกวนจากโรคจนกระทั่งเป็นวิถีชีวิตที่ตนเองชอบ

Barlow, Wright, Sheasby, et al. (2002 อ้างอิงใน บุญต่าย สิทธิไพศาล, 2553) ให้ความหมายการจัดการตนเองว่าเป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยต้องปฏิบัติในการดำรงชีวิตด้วยภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเพื่อควบคุมและลดผลกระทบที่มีต่อภาวะสุขภาพ

จากการศึกษาองค์ประกอบของพฤติกรรมการจัดการตนเอง นักวิชาการหลายท่านมีความเห็นในบางส่วนที่สอดคล้องกัน และมีบางส่วนที่แตกต่างกัน ตามบริบทของการศึกษา เพื่อให้ได้องค์ประกอบของพฤติกรรมการจัดการตนเอง ผู้วิจัยได้ดำเนินการสังเคราะห์จากแนวคิดพฤติกรรมการจัดการตนเอง ตาราง 1

ตาราง 1 การสังเคราะห์ตัวแปรองค์ประกอบของพฤติกรรมการจัดการตนเอง

ผู้แต่ง	ปีที่	การจัดการอารมณ์	การแพทย์	การรักษา	การจัดการอาหาร	การรับประทานยา	การใช้ยา	การออกกำลังกาย	การดูแลเท้า	การดูแลตนเองด้านสังคม
เบญจมาศ ถาดแสง	2554	x		x	x					
สุพิชา อาจคิดการ	2555	x		x	x					
ขนิษฐา พิศลาด	2557	x		x	x					
โชติรส คงหอม	2557					x	x	x	x	x
กมลพร สิริคุตจตุพร	2560					x	x	x	x	
ภรปภา จันทร์ศรีทอง	2561	x		x	x					
	จำนวน	4		4	4	2	2	2	2	1
	ร้อยละ	28.57		28.57	28.57	14.29	14.29	14.29	14.29	7.14

จากการสังเคราะห์ตัวแปรองค์ประกอบของพฤติกรรมการจัดการตนเอง ดังตาราง 1 แสดงออกมาในรูปความถี่จะเห็นได้ว่าองค์ประกอบของพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ได้จากการสังเคราะห์มีจำนวนทั้งหมด 8 องค์ประกอบ แต่สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้เกณฑ์พิจารณาจากองค์ประกอบที่มีความถี่สูง ได้องค์ประกอบเพื่อกำหนดเป็นกรอบแนวคิดเพื่อการวิจัยในครั้งนี้ ได้จำนวน 3 องค์ประกอบ คือ 1. การจัดการตนเองด้านการแพทย์ 2. การจัดการตนเองด้านบริบท 3. การจัดการตนเองด้านอารมณ์

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self efficacy) เป็นมโนทัศน์สำคัญของทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ แบนดูรา การรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของ Bandura (1977 อ้างอิงใน สุพิชา อาจคิดการ, 2555) เป็นความเชื่อมั่น การตัดสินใจพิจารณาของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการตอบสนองบางอย่างที่จำเป็นในระยะแรกเชื่อว่าความคาดหวังในความสามรถแห่งตน (efficacy epectation) เป็นตัวกำหนดการแสดงพฤติกรรมต่อมา Bandura (1986 อ้างอิงใน สุพิชา อาจคิดการ, 2555) ได้เสนอแนวคิดเพิ่มเติมว่าการที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายได้นั้นมีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำ (outcome expectacies) เป็นแรงเสริมให้มีการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่คาดว่าจะนำไปสู่ผลลัพธ์ตามต้องการ

Bandura (1997 อ้างอิงใน สุพิชา อาจคิดการ, 2555) เชื่อว่าการที่พฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นไม่ได้เป็นผลเนื่องจากปัจจัยทาสภาพแวดล้อมภายนอกอย่างเดียวแต่ต้องมีปัจจัยภายในตัวบุคคล เช่น อารมณ์ (effection) ความนึกคิดทางปัญญา (cognitive) และปัจจัยทางชีวภาพส่วนบุคคล (biography) มาเกี่ยวข้องด้วย

Bandura (1997 อ้างอิงใน สุพิชา อาจคิดการ, 2555) ได้อธิบายและทำนายพฤติกรรมและสภาวะทางอารมณ์ของบุคคลโดยใช้แนวคิดหลัก 2 ประการ คือ

1. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (perceived selfefficacy or efficacy belies) หมายถึงความเชื่อมั่นหรือความมั่นใจของบุคคลว่าตนมีความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมที่ต้องการนั้นจนประสบความสำเร็จ ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ เป็นความหวังที่เกิดขึ้นก่อนการกระทำพฤติกรรม

2. ความคาดหวังในผลลัพธ์ (outcome expcctation) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลประเมินว่าพฤติกรรมที่ตนเองกระทำนั้นจะนำไปสู่ผลการกระทำที่ตนเองคาดหวังไว้เป็นการคาดหวังในผลสืบเนื่องมาจากพฤติกรรมที่ได้กระทำ

บุคคลจะกระทำพฤติกรรมหรือไม่นั้น บุคคลจะต้องรับรู้ว่าตนมีความสามารถเพียงพอและขึ้นอยู่กับความคาดหวังว่าเมื่อกระทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะเกิดผลลัพธ์ที่ต้องการ

จึงเกิดความเชื่อมั่น และความพยายามที่จะกระทำโดยไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค ในทางตรงกันข้าม หากบุคคลคาดหวังว่าผลลัพธ์จากการกระทำนั้นจะเป็นประโยชน์ต่อตนเอง แต่ตนเองมีความสามารถต่ำ บุคคลนั้นพยายามที่จะหลีกเลี่ยงการกระทำพฤตกรรมนั้น ๆ หรือไม่กระทำพฤติกรรมนั้นเลย ดังนั้นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองและจากความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำมีอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรมของบุคคล

นอกจากนี้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในแต่ละบุคคลอาจแตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับมิติ (diension) 3 มิติ ดังนี้

1. มิติตามขนาดหรือตามตามระดับ (level) หมายถึง ระดับความเชื่อมั่นของบุคคลในการกระทำกิจกรรมซึ่งจะผันแปรตามความยากง่ายของงานที่จะกระทำถ้ารับรู้ว่างานที่จะกระทำนั้นง่าย และตนเองมีความสามารถเพียงพอจะส่งผลให้บุคคลนั้นมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้นแต่ถ้างานที่กระทำนั้นยากหรือบุคคลมีขีดความสามารถจำกัดจะส่งผลให้บุคคลที่มีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนต่ำ ขาดความมั่นใจ และหลีกเลี่ยงที่จะทำงานที่ยาก

2. มิติความเป็นสากล (generality) หมายถึง ความมั่นใจในความสำเร็จที่เคยประสบในอดีตและสามารถนำเอาทักษะจากประสบการณ์นั้นมาเชื่อมโยงในการปฏิบัติกิจกรรมที่มีความคล้ายคลึงกันในสถานการณ์ที่แตกต่างกันได้

3. มิติความแกร่ง (strength) หมายถึง ความเชื่อมั่นของบุคคลในการประเมินกำลังความสามารถของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ บุคคลที่มีระดับความเข้มแข็งสูงจะมีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีกำลังความสามารถของตนที่จะกระทำได้จะทำให้บุคคลเกิดความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมดังกล่าวและคงไว้ซึ่งพฤติกรรม

จากแนวคิดของ Bandura (1997 อ้างอิงใน สุพิชา อาจคิดการ, 2555) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะประกอบกันขึ้นในรูปของหลักการรู้ตนเอง (self knowledge) และสามารถพัฒนาขึ้นได้จากแหล่งสนับสนุนด้านข้อมูล 4 แหล่ง ดังนี้

1. ประสบการณ์ของความสำเร็จจากการลงมือกระทำ (enactive mastery experience)เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและมีอิทธิพลต่อความคาดหวังในความสามารถของบุคคลมากที่สุด เนื่องจากความสำเร็จจากการกระทำนั้นเป็นประสบการณ์ที่บุคคลได้รับ โดยตรง การที่บุคคลทำงานแล้วประสบผลสำเร็จซ้ำกันหลาย ๆ ครั้งจะทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่น และการรับรู้ในความสามารถของตนเองที่จะเผชิญกับสถานการณ์แบบเดียวกับที่เคยประสบมาก่อนและความคาดหวังว่าตนจะทำสำเร็จ ถึงแม้ว่าในบางครั้งสถานการณ์นั้นจะเกิดความล้มเหลว

บ้างก็ตาม แต่จะไม่มีผลกระทบมากนักเพราะบุคคลจะประเมินว่าตนเองยัง มีความสามารถอยู่ แต่ความล้มเหลวที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากปัจจัยอื่น ๆ เช่น ความพยายามไม่เพียงพอ ใช้วิธีการทำงานที่ไม่เหมาะสม มากกว่าการที่บุคคลจะรับรู้ว่าตนเองไม่มีความสามารถ และบุคคลจะพยายามใช้ทักษะในการปรับเปลี่ยนสถานการณ์นั้น ๆ แต่หากบุคคลประสบความล้มเหลวอยู่เสมอจะส่งผลให้บุคคลประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในระดับต่ำลง ดังนั้นจึงจำเป็นที่จะต้องพัฒนาทักษะต่าง ๆ ให้เพียงพอเพื่อที่จะทำให้บุคคลกระทำแล้วประสบความสำเร็จส่งผลให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้น

2. การได้เห็นตัวแบบ หรือประสบการณ์ของผู้อื่น (vicarious experience) การประเมินค่าในสมรรถนะแห่งตน โดยส่วนหนึ่งแล้วบุคคลก็ยังได้รับอิทธิพลมาจากการได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่นในการลงมือกระทำกิจกรรมใด ๆ หากบุคคลนั้นประเมินว่าตนเองมีความสามารถพอบุคคลนั้นก็จะตัดสินใจลงมือทำกิจกรรมนั้น แต่ถ้าบุคคลไม่สามารถที่จะประเมินได้ว่าตนเองมีความสามารถเพียงพอที่จะทำกิจกรรมได้ทุกอย่าง บุคคลนั้นก็จะประเมินค่าความสามารถของตนเองจากการเปรียบเทียบกับความสำเร็จของบุคคลอื่นซึ่งมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับตน ถ้าบุคคลที่มีลักษณะคล้ายตนสามารถทำกิจกรรมนั้นแล้วประสบผลสำเร็จก็จะเป็นแรงจูงใจให้เกิดความเชื่อว่าตนเองก็มีความสามารถพอที่จะกระทำกิจกรรมนั้นแล้วประสบความสำเร็จได้เช่นเดียวกันถ้ามีความพยายาม ตัวแบบในการส่งเสริมให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมี 2 ประเภท ดังนี้

2.1 ตัวแบบที่มีชีวิต (live modeling) คือตัวแบบที่บุคคลได้มีโอกาสสังเกตและมีปฏิสัมพันธ์โดยตรง ซึ่งมีลักษณะ ดังนี้

2.1.1 ควรมีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้สังเกตทั้งด้านอายุ เพศ เชื้อชาติ ทัศนคติ และฐานะทางสังคมและเศรษฐกิจ จะทำให้ผู้สังเกตมั่นใจได้ว่าพฤติกรรมที่เป็นตัวแบบแสดงออกนั้นมีความเหมาะสมและตนสามารถทำได้เนื่องจากมีความคล้ายคลึงกับตน

2.1.2 ควรเป็นผู้ที่มีชื่อเสียงในสายตาของผู้สังเกตแต่ถ้าหากมีชื่อเสียงมากเกินไปจะทำให้ผู้สังเกตคิดว่าพฤติกรรมนั้นไม่น่าเป็นจริงได้สำหรับผู้สังเกต

2.1.3 ควรมีระดับความสามารถใกล้เคียงกับผู้สังเกตหรือมีความสามารถสูงกว่าเล็กน้อย

2.1.4 มีกลยุทธ์ในการปรับตัวได้ดีเมื่อมีปัญหา

2.2 ตัวแบบสัญลักษณ์ (symbolic modeling) เป็นตัวแบบที่เสนอผ่านทางโทรทัศน์หรือสื่อต่าง ๆ ที่ประกอบด้วยภาพและเสียง ได้แก่ ภาพยนตร์ สไลด์ วีดีทัศน์ เป็นต้น ซึ่งการเสนอตัวแบบสัญลักษณ์มีผลดีคือ สามารถเน้นจุดสำคัญของพฤติกรรมสามารถ

เตรียมเรื่องราวตัวแบบไว้ล่วงหน้าและยังสามารถควบคุมสถานการณ์อย่างที่ต้องการได้ นอกจากนี้นำไปใช้กับกลุ่มคนจำนวนมากและสามารถเก็บไว้ใช้ในการเสนอตัวแบบครั้งต่อไปได้ด้วย

ในการเรียนรู้โดยการสังเกตจากตัวแบบนี้ Bandura (1986 อ้างอิงในสุพิชา อาจคิดการ, 2555) ได้กล่าวว่าประกอบด้วย 4 กระบวนการ ดังต่อไปนี้

2.2.1 กระบวนการตั้งใจ (attentional processes) กระบวนการที่บุคคลตั้งใจและสนใจที่จะสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบ ซึ่งปัจจัยของบุคคลที่มีผลต่อกระบวนการตั้งใจได้แก่ ทักษะด้านการคิด แนวความคิดเดิม การเห็นคุณค่าของพฤติกรรมที่ตัวแบบได้แสดงออก เป็นต้น

2.2.2 กระบวนการเก็บจำ (retention processes) กระบวนการเก็บจำจะเป็นการที่บุคคลจะต้องแปรข้อมูลที่ตัวแบบได้แสดงออกไปเป็นรูปแบบสัญลักษณ์เหล่านั้นไว้ในรูปแบบความจำถาวร ในรูปแบบของหลักการ และแนวคิดโดยการจัดระบบโครงสร้างทางปัญญาเพื่อให้ง่ายต่อการจดจำเพื่อชี้แนะการแสดงพฤติกรรมในอนาคตต่อไป

2.2.3 กระบวนการทำ (production processes) เป็นกระบวนการที่ผู้สังเกตแปลงสัญลักษณ์ที่เก็บไว้ในรูปแบบของความทรงจำออกมาเป็นกระบวนการ

2.2.4 กระบวนการจูงใจ (motivation processes) เป็นกระบวนการที่เสริมแรงที่จะช่วยให้บุคคลกระทำพฤติกรรม

3. การใช้คำพูดชักจูงใจ (verbal persuation) เป็นการสนับสนุน โดยการพูดให้บุคคลมีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมประสบความสำเร็จได้โดยเฉพาะในพฤติกรรมที่ยากถ้ามีบุคคลที่ตนเชื่อถือคอยให้คำแนะนำให้กำลังใจ กล่าวคำชมเชยจะทำให้บุคคลเกิดความพยายาม และมั่นใจมากขึ้นที่จะกระทำพฤติกรรม การชักจูงด้วยการพูดเป็นวิธีการที่ทำได้ง่ายแต่การใช้คำพูดเพียงอย่างเดียวอาจจะไม่มีผลต่อการเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้มากนักถ้าจะให้ดีควรใช้ร่วมกับแหล่งข้อมูลสนับสนุนแหล่งอื่นด้วย

4. สภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ (physiological and affective states) บุคคลจะตัดสินใจถึงสมรรถนะแห่งตน โดยพิจารณาผ่านสภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ สภาวะทางด้านร่างกายหมายถึงการตอบสนองของร่างกายที่แสดงออกเมื่อถูกคุกคามและการเผชิญความเครียด ในสภาวะที่ร่างกายแข็งแรงมีสุขภาพที่ดีจะทำให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น แต่ถ้าในสภาวะร่างกายที่มีความผิดปกติหรือความเจ็บป่วย เช่น ความเจ็บปวด อ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ภาวะที่ไม่สุขสบายจะส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนลดลง สภาวะด้านอารมณ์ก็เช่นเดียวกันเป็นปฏิกิริยาตอบสนอง

ต่อสิ่งเร้าทางอารมณ์การแสดงออกทางบวก เช่น ความพึงพอใจ ความรู้สึกมีคุณค่า ก็จะมีผลทำให้บุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น แต่ถ้ามีอารมณ์ทางด้านลบ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัวและความทุกข์ทรมานเป็นต้น ก็จะส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้แห่งตนจะสูงขึ้นได้ ก็ต่อเมื่อบุคคลมีภาวะที่ปกติและมีการลดหรือควบคุมสิ่งกระตุ้นทางอารมณ์สมรรถนะแห่งตนลดลง และมักจะหลีกเลี่ยงการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง นักวิชาการหลายท่านมีความเห็นในบางส่วนที่สอดคล้องกัน และมีบางส่วนที่แตกต่างกัน ตามบริบทของการศึกษา เพื่อให้ได้ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ผู้วิจัยได้ดำเนินการสังเคราะห์จากแนวคิดพฤติกรรมการจัดการตนเอง ตาราง 2

ตาราง 2 การสังเคราะห์ตัวแปรปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง

ผู้แต่ง	ปีที่	การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	การสนับสนุนทางสังคม	การรับรู้ความรุนแรงของโรค	การรับรู้โอกาสเสี่ยง	ความคาดหวังในผลลัพธ์	การรับรู้ประโยชน์	การรับรู้อุปสรรค	ความรู้	ความเครียด
บุญตาย สิทธิไพศาล	2553	x	x							
กรศินันท์ เลิศกุลจินดา	2554					x	x	x	x	
เบญจมาศ ถาดแสง	2554					x				
สุพิชา อาจคิดการ	2555	x	x							
ขนิษฐา พิศลาด	2557	x								
ไชติรส คงหอม	2557	x								
กมลพร สิริคุตจตุพร	2560	x	x	x	x					
ภรปภา จันทร์ศรีทอง	2561	x	x							x
	จำนวน	6	4	1	1	2	1	1	1	1
	รอยละ	42.86	28.57	7.14	7.14	14.29	7.14	7.14	7.14	7.14

จากการสังเคราะห์ตัวแปรปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ดังตาราง 2 แสดงออกมาในรูปความถี่จะเห็นได้ว่าตัวแปรปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง ที่ได้จากการสังเคราะห์มีจำนวนทั้งหมด 9 ตัวแปร แต่สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้เกณฑ์พิจารณาจากตัวแปรที่มีความถี่สูง ได้ตัวแปรเพื่อกำหนดเป็นตัวแปรอิสระเพื่อการวิจัยในครั้งนี้ ได้จำนวน 3 ตัวแปร คือ 1. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน 2. การสนับสนุนทางสังคม 3. การรับรู้ความรุนแรงของโรค

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยในประเทศ

ขนิษฐา พิศฉลาด และภาวดี วิมลพันธุ์ (2557) ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเอง ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและดัชนีมวลกายของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงระยะก่อนเบาหวานในชุมชน ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการ ตนเองสำหรับผู้ที่มีภาวะเสี่ยงระยะก่อนเบาหวาน มีความสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงระยะก่อนเบาหวานปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นไปตามกรอบแนวคิดเกี่ยวกับการจัดการตนเองว่าบุคคลสามารถจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพหากมีความรู้ ทักษะในการจัดการตนเองและมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนที่จะจัดการตนเอง โดยวิธีการดังกล่าวสามารถส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ที่มีภาวะเสี่ยงระยะก่อนเบาหวาน ส่งผลให้ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงระยะก่อนเบาหวาน เกิดความมั่นใจต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง เหมาะสม ซึ่งผลการศึกษาจะเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลบุคลากรสุขภาพในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงระยะก่อนเบาหวาน ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ไม่ให้ดำเนินไปสู่โรคเบาหวานต่อไป โดยการนำโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและดัชนีมวลกายของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงระยะก่อนเบาหวาน ไปประยุกต์ใช้กับชุมชนอื่นในจังหวัดเชียงราย และเขตภาคเหนือได้

โชติรส คงหอม (2557) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ผลการวิจัยพบว่า ตอนที่ 1 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผลการวิเคราะห์ พบว่า คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 165 คน คิดเป็นร้อยละ 72.05 ($\bar{x}$ = 7.06, S.D.= 2.94) รองลงมาระดับต่ำ จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 14.41 เมื่อพิจารณาคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นรายด้านพบว่าทุกด้านส่วนมากอยู่ในระดับปานกลางโดยด้านการใช้ยามีจำนวนมากที่สุดคือ 165 คน คิดเป็นร้อยละ 72.10 ($\bar{x}$ = 7.00, S.D. = 2.18) รองลงมาคือด้านการดูแลสุขภาพอนามัยและเท้าและด้านการพักผ่อนและขจัดความเครียดจำนวน 162 คน คิดเป็นร้อยละ 70.70 รองลงมาคือด้านการป้องกันและแก้ไขภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและสูงเกินไปด้านการควบคุมอาหารและด้านการออกกำลังกายจำนวน 159 คน 155 คน และ 148 คน คิดเป็นร้อยละ 69.40, 67.70 และ 64.60 ตามลำดับ ตอนที่ 2 พฤติกรรมการจัดการตนเองผลการวิเคราะห์ พบว่าคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรม

การจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง จำนวน 120 คน คิดเป็นร้อยละ 52.40 ($\bar{x}$ = 54.64, S.D. = 7.74) รองลงมาคือระดับปานกลาง จำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 32.75 เมื่อพิจารณาคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเป็นรายด้านพบว่า ด้านการใช้ยาอยู่ในระดับสูงที่สุด มีจำนวน 184 คน คิดเป็นร้อยละ 80.35 ($\bar{x}$ = 68.28, S.D. = 12.19) รองลงมาด้านการดูแลเท้า ด้านการพักผ่อนและขจัดความเครียด ด้านการรับประทานอาหาร และด้านการออกกำลังกาย จำนวน 152 คน 95 คน 86 คน และ 40 คน และคิดเป็นร้อยละ 66.38, 41.49, 37.55 และ 17.47 ตามลำดับ ระดับปานกลาง ด้านการออกกำลังกายจำนวน 161 คน คิดเป็นร้อยละ 70.31 รองลงมา ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการพักผ่อนและขจัดความเครียด ด้านการดูแลเท้า และด้านการใช้ยา จำนวน 143 คน 130 คน 76 คน และ 45 คน คิดเป็นร้อยละ 62.45, 56.77 และ 19.22 ตามลำดับ และด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 12.23 ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างภาพรวมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน รายได้ที่ได้รับต่อเดือน ระดับการศึกษา และ อายุ กับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ส่วนระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ผลการวิเคราะห์อำนาจในการทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเอง โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน มีความสามารถในการร่วมทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเอง ได้ร้อยละ 13.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยตัวแรกที่ทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเอง มีอำนาจการทำนายได้ร้อยละ 11.6 ระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวานเป็นปัจจัยตัวที่ 2 อำนาจการทำนาย ร้อยละ 13.7 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน พบว่ามีตัวแปรอิสระทั้งหมด 5 ตัวแปร ที่มีผลต่อตัวแปรตามหรือความสามารถในการทำนายตัวแปรตามหรือต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ รายได้ต่อเดือน ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการเป็น โรคเบาหวาน และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเนื่องจากอายุ รายได้ต่อเดือนและระดับการศึกษาไม่มีการแจกแจงแบบโค้งปกติตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน จึงไม่สามารถนำสามปัจจัยดังกล่าวมาเข้าร่วมสมการทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ในครั้งนี้ ดังนั้นจึงมีเพียง 2 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน (p-value <.05) ที่สามารถเข้าร่วมสมการทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองได้มีรายละเอียดการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

เพื่อหาสมการอธิบายความสามารถในการจัดการพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ พิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองได้สูงสุด รองลงมาคือ ระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนดิบ (b) เท่ากับ .068 และ –4.484 ตามลำดับ ในรูปคะแนนมาตรฐานเท่ากับ .344 และ –.145 ตามลำดับมีค่าคงที่เท่ากับ 40.878 และมีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนาย เท่ากับ 7.22 สามารถเขียนสมการได้ดังนี้ สมการในรูปแบบคะแนนดิบพฤติกรรมการจัดการตนเอง = 40.878 + .068 (การรับรู้สมรรถนะแห่งตน) – 4.482 (ระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน) สมการในรูปแบบคะแนนมาตรฐานพฤติกรรมการจัดการตนเอง = .344 (Z การรับรู้สมรรถนะแห่งตน) – .145 (Z ระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน)

สุพิชา อาจคิดการ (2557) ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการจัดการตนเองและปัจจัยทำนายในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ผลการวิจัยพบว่า 1) คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวม และรายด้านได้แก่ พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการแพทย์ ด้านบทบาทที่ดำรงอยู่ในชีวิตประจำวัน และด้านอารมณ์ อยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ ± S.D. = 123.20 ± 9.51, 102.92 ± 8.90, 8.35 ± 1.40, 12.0 ± 2.38 ตามลำดับ) 2) คะแนนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}$ ± S.D. = 20.45 ± 2.23, 175.48 ± 11.0, 42.64 ± 4.05 ตามลำดับ) และภาพสะท้อนทางความคิดต่อการเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ ± S.D. = 225.42 ± 21.08) 3) อายุ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ($p < .01$) 4) อายุ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองและการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ร้อยละ 41 ($p <.001$)

กมลพร สิริคุตจตุพร , วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ และนารีรัตน์ จิตรมนตรี (2560) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่2 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 5.59, S.D. = 0.87) ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การกำกับตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเอง ได้ร้อยละ

81.2 (R'= 812, F = 142.59, p < .01) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองได้สูงสุด (β = .597, p <.01)

ภรปภา จันทร์ศรีทอง และทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์ (2561) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน มีพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 63.19, S.D. = 11.68) 2) การสนับสนุนจากครอบครัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = 0.739 และ r = 0. 738) เพศมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำ กับพฤติกรรมการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = 0.169) ความเปราะบาง มีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = –.599) และภาวะโรคร่วมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเอง 3) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนจากครอบครัว เพศ และความเปราะบางสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างได้ ร้อยละ 69.6 (R2 = –.696) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

งานวิจัยต่างประเทศ

Didarloo, et al. (2012) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของชาวอิหร่าน ในผู้หญิงที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2: ในการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกระทำอย่างมีเหตุผลควบคู่ไปกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง (ETRA) ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, ทฤษฎี ETRA อธิบายปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวข้อง 41.5% ของความแปรปรวน และ 25.3% ของปัจจัยส่วนบุคคล. ทฤษฎีความสามารถของตนเอง เป็นตัวทำนายความตั้งใจที่ชัดเจนที่สุดของสตรีที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2, อธิบายได้ว่า 31.3% of ของตัวแปรความมแปรปรวน และ 11.4% ของตัวแปรพฤติกรรมการดูแลตนเอง

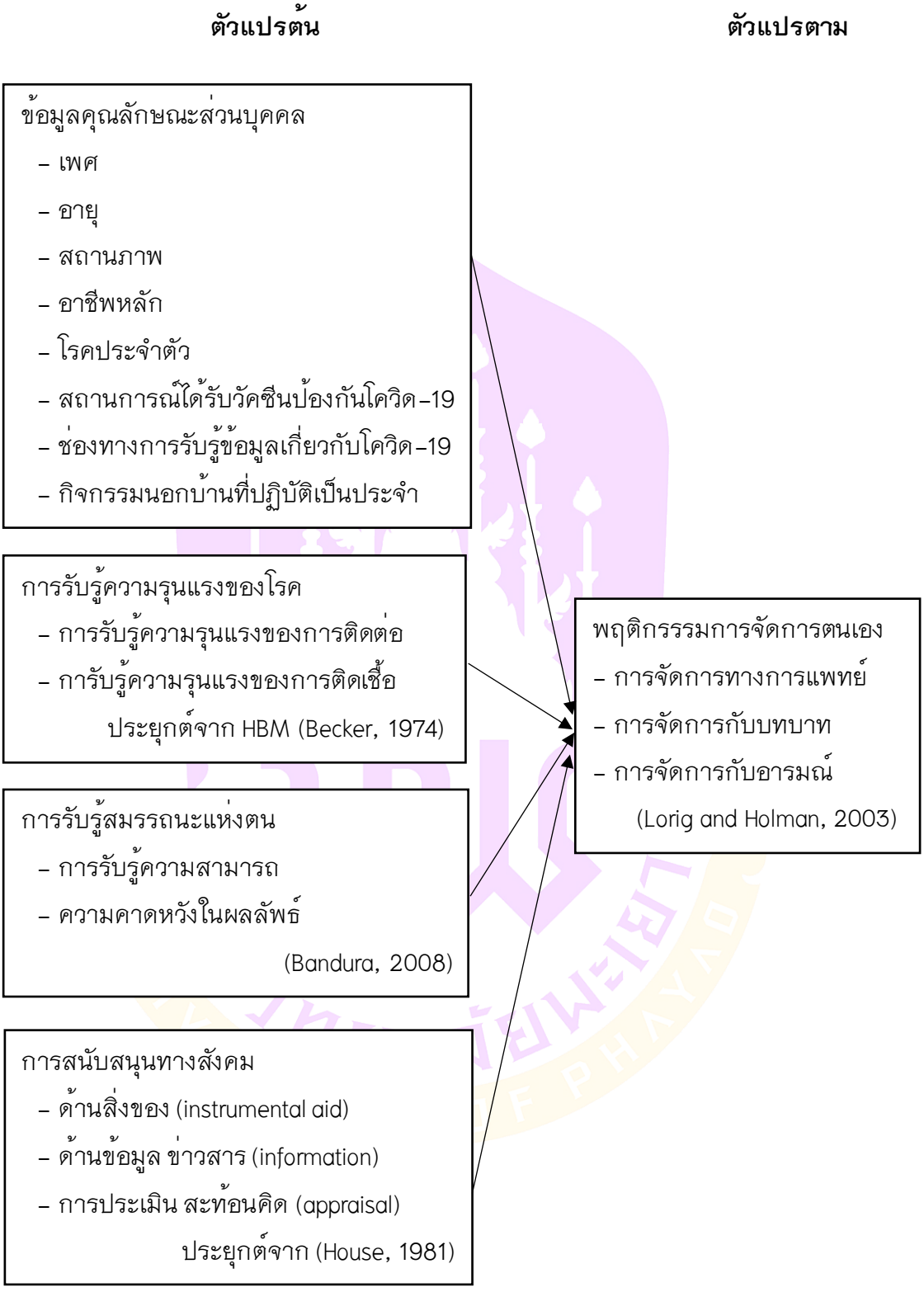
Ross Shegog, et al. (2001) ได้ศึกษาเรื่อง ผลกระทบของโปรแกรมการศึกษาต่อปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของโรคหืด ผลการวิจัยพบว่าการวิเคราะห์การวัดซ้ำของความแปรปรวนร่วมทำให้คะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทั้ง 2 กลุ่ม แต่ไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม (P = 0.55) เด็กที่ใช้โปรแกรมทำคะแนนได้สูงขึ้นอย่างมาก (P < 0.01) บนคำถามเกี่ยวกับการกำกับตนเอง กลยุทธ์การป้องกันและกลยุทธ์การรักษา เด็กเหล่านี้ยังแสดงให้เห็นความสามารถตนเองมากขึ้น (P < 0.05) และ

การจำแนกประเภทการแสดงที่มาของพฤติกรรมการจัดการตนเองของโรคหอบหืดอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นกว่าเด็กที่ไม่ใช้โปรแกรม ($P < 0.05$)

Simona Primozic, et al. (2012) ได้ศึกษาเรื่อง สมรรถภาพการรู้คิดกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของโรคเบาหวานในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการวิจัยสมรรถภาพการรู้คิด คือหน่วยความจำทันที ความสามารถในการสร้างการมองเห็น ความสนใจและหน้าที่เฉพาะ (การวางแผนและการแก้ปัญหา) มีความเกี่ยวข้องกันอย่างมากกับการจัดการโรคเบาหวานด้วย ท่ามกลางปัญหาหลายปัจจัย ความสามารถในการวางแผนและการแก้ปัญหาเป็นตัวทำนายที่แข็งแกร่งที่สุด นอกจากนี้ในการถดถอยพหุตัวแปรความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระจากภาวะซึมเศร้า

สรุปกรอบแนวคิด

จากแนวคิด ทฤษฎี และผลการวิจัยที่กล่าวมา จะเห็นว่าบุคคลสามารถจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากมีความรู้ ทักษะในการจัดการตนเองและมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนที่จะจัดการตนเอง ผู้ศึกษาวิจัยจึงประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมการจัดการตนเองของ Lorig and Holman (2003) มากำหนดเป็นกรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ ภายใต้การระบาดของโรคโควิดในชุมชนตำบลผางาม อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย ซึ่งประกอบไปด้วย 1) ปัจจัยส่วนบุคคล 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 3) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน 4) การสนับสนุนทางสังคม โดยจัดทำเป็นกรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาดังนี้



ภาพ 4 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

จากการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ ภายใต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนอำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย ผู้วิจัยได้เรียงลำดับขั้นตอนในการดำเนินวิจัย ดังหัวข้อต่อไปนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในวิจัย
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อาศัยในอำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย จำนวน 9,511 คน

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อาศัยในอำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย จำนวน 9,511 คน ใช้สูตรการคำนวณ ขนาดตัวอย่างของเครซี่และมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% หรือมีความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นร้อยละ 5 เทียบขนาดของประชากรที่ 9,511 คน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 370 คน

คำนวนขนาดตัวอย่างจากสูตรของ Krejcie and Morgan (1970)

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

โดย n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้

x^2 = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% (x^2 = 3.841)

p = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (กำหนด p = 0.5)

คำนวณได้ $$n = \frac{3.841 \times 9{,}511 \times 0.5(1-0.5)}{0.05^2 (9{,}511-1)+3.841 \times 0.5(1-0.5)} = 369.23 \approx 370$$

ดังนั้นคำนวณขนาดตัวอย่างได้ 370 คน และเพื่อป้องการสูญหายของข้อมูลหรือการตอบกลับของแบบสอบถาม จึงมีการเพิ่มจำนวนตัวอย่างในอัตราร้อยละ 20 จึงได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 444 คน

3. การสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling)

3.1 การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยทำรายชื่อตำบลทั้งหมดในอำเภอเวียงชัย จากนั้นทำการการจับฉลากเลือก 2 ตำบล จาก 5 ตำบล ได้ตำบลผางาม และตำบลดอนศิลา

3.2 การสุ่มแบบโควต้า (Quota random sampling) คำนึงถึงสัดส่วนองค์ประกอบของประชากร จำแนกรายหมู่บ้าน โดยใช้สูตรกำหนดสัดส่วน ดังนี้

$$n_i = \frac{nN_i}{N}$$

โดยกำหนดให้ n_i = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละชั้นภูมิ

n = ขนาดตัวอย่าง

N_i = สมาชิกของประชากรในแต่ละชั้นภูมิ

N = จำนวนสมาชิกของประชากรทั้งหมด

ผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลผางาม และตำบลดอนศิลา จำนวน 4,033 คน (งานทะเบียนท้องถิ่นองค์การบริหารส่วนตำบลผางาม และเทศบาลตำบลดอนศิลา, 2564)

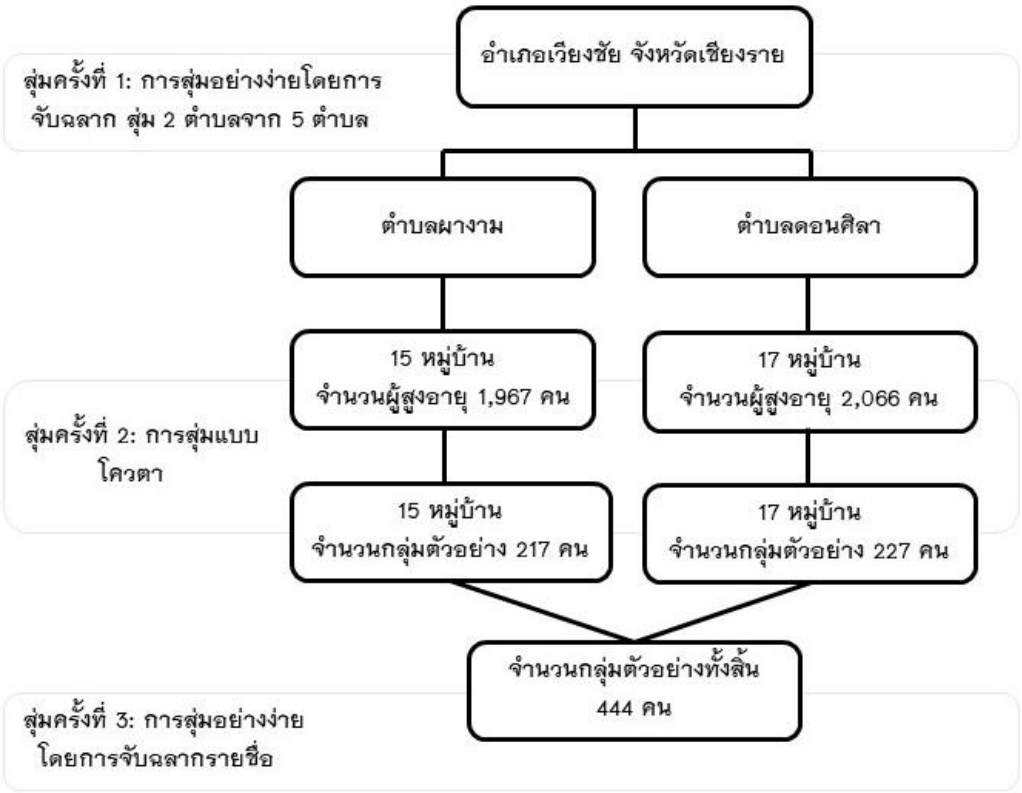
ตาราง 3 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างแต่ละตำบลจำแนกหมู่บ้าน

หมู่บ้านตำบลผางาม	จำนวนประชากร	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
ตำบลผางาม	1,967	217
หมู่ที่ 1 ร่องห้า	155	17
หมู่ที่ 2 ทุ่งยั้ง	104	12
หมู่ที่ 3 หัวฝาย	179	20
หมู่ที่ 4 สันง้อนไถ	217	24
หมู่ที่ 5 ป่าบง	100	11
หมู่ที่ 6 ร่องคือ	138	15
หมู่ที่ 7 ดงมะตื๋น	118	13
หมู่ที่ 8 หนองบัว	130	14

ตาราง 3 (ต่อ)

หมู่บ้านตำบลผางาม	จำนวนประชากร	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
หมู่ที่ 9 ผางาม	108	12
หมู่ที่ 10 เนินสยาม	114	13
หมู่ที่ 11 ร่องเจริญ	81	9
หมู่ที่ 12 ป่าบงใต้	185	20
หมู่ที่ 13 ทุ่งยั้งใหม่	140	15
หมู่ที่ 14 ป่าบงเหนือ	99	11
หมู่ที่ 15 ดงมะตื๋นใหม่	99	11
ตำบลดอนศิลา	2,066	227
หมู่ที่ 1 สมานมิตร	77	8
หมู่ที่ 2 หลิ่งกุญชร	154	17
หมู่ที่ 3 ช่องลม	132	15
หมู่ที่ 4 จอเจริญ	180	20
หมู่ที่ 5 ชัยพฤกษ์	140	15
หมู่ที่ 6 ดอยงาม	95	10
หมู่ที่ 7 สันม่วงคำ	118	13
หมู่ที่ 8 ดอน	163	18
หมู่ที่ 9 ดอนใต้	103	11
หมู่ที่ 10 ทุ่งโค้ง	78	9
หมู่ที่ 11 ใหม่มงคล	116	13
หมู่ที่ 12 จงเจริญ	119	13
หมู่ที่ 13 ดอนกลาง	138	15
หมู่ที่ 14 ใหม่สันติสุข	128	14
หมู่ที่ 15 สันเจริญ	105	12
หมู่ที่ 16 ดอนเหนือ	125	14
หมู่ที่ 17 ใหม่ศรีวิลัย	95	10
รวม	**4,033**	**444**

3.3 การสุ่มอย่างง่าย โดยนำชื่อผู้สูงอายุเรียงลำดับเลขที่บ้านจากน้อยไปหามาและใช้วิธีสุ่มจากรายชื่อผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้านตามขนาดตัวอย่างที่กำหนดไว้ในข้อ 3.2 ด้วยคอมพิวเตอร์จนได้ขนาดตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 444 ตัวอย่าง



ภาพ 5 ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง

มีการกำหนดเกณฑ์คุณสมบัติในการคัดเข้า ดังนี้

1. อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
2. สามารถพูดคุยให้ข้อมูลได้
3. สามารถเดินทางออกไปภายนอกบ้าน
4. ยินยอมเข้าร่วม และตอบ แบบสอบถามการวิจัย

มีการกำหนดเกณฑ์ในการคัดออก ดังนี้

1. ไม่สามารถสื่อสารให้ข้อมูลได้
2. มีปัญหาสุขภาพ เช่น ผู้ป่วยติดเตียง เป็นต้น

มีการกำหนดเกณฑ์ถอนออก ดังนี้

1. ตอบคำถามไม่ครบ

มีเกณฑ์ยุติโครงการวิจัย ดังนี้

1.ผู้ตอบแบบสอบถามไม่ถึงร้อยละ 50

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ ภายใต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนอำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย จำนวน 1 ชุด โดยแบ่งออกเป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถามจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพหลัก โรคประจำตัว สถานการณ์ได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 ช่องทางการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโควิด-19 และกิจกรรมนอกบ้านที่ปฏิบัติเป็นประจำ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อโควิด-19 โดยมีลักษณะการตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 7 ข้อ โดยมีตัวบ่งชี้ จำนวน 2 ตัวบ่งชี้ ได้แก่

1. การรับรู้ความรุนแรงของการติดต่อ จำนวน 3 ข้อ
2. การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อ จำนวน 4 ข้อ

เป็นลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบในแต่ละข้อเพียงคำตอบเดียว คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย หรือไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยแต่ละคำตอบมีความหมายดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นสอดคล้องกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นสอดคล้องกับข้อความนั้นมาก
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านไม่แน่ใจกับข้อความนี้
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นสอดคล้องกับข้อความนั้นน้อย
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นไม่สอดคล้องกับข้อความนั้นเลย

การให้คะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ดังนี้

		คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ	
ตอบ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง”	ให้	5	1	คะแนน
ตอบ “เห็นด้วย”	ให้	4	2	คะแนน
ตอบ “ไม่แน่ใจ”	ให้	3	3	คะแนน
ตอบ “ไม่เห็นด้วย”	ให้	2	4	คะแนน
ตอบ “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง”	ให้	1	5	คะแนน

โดยเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย แบ่งเป็น 3 ระดับ (Best, 1981) ดังนี้

$$\text{ระดับพฤติกรรม} = \frac{\text{พิสัย (คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด)}}{\text{ช่วงของระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรค}}$$

$$= \frac{4 - 0}{3}$$

$$= 1.33$$

ค่าเฉลี่ย 3.68–5.00 หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับสูง

ค่าเฉลี่ย 2.34–3.67 หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00–2.33 หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับต่ำ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยมีลักษณะการตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 16 ข้อ โดยตัวบ่งชี้จำนวน 2 ตัวบ่งชี้ ได้แก่

1. การรับรู้ความสามารถของตนเอง จำนวน 8 ข้อ
2. ความคาดหวังในผลลัพธ์ จำนวน 8 ข้อ

เป็นลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบในแต่ละข้อเพียงคำตอบเดียว คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย หรือไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยแต่ละคำตอบมีความหมายดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นสอดคล้องกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นสอดคล้องกับข้อความนั้นมาก
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านไม่แน่ใจกับข้อความนี้
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นสอดคล้องกับข้อความนั้นน้อย
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นไม่สอดคล้องกับข้อความนั้นเลย

การให้คะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ดังนี้

		คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ	
ตอบ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง”	ให้	5	1	คะแนน
ตอบ “เห็นด้วย”	ให้	4	2	คะแนน
ตอบ “ไม่แน่ใจ”	ให้	3	3	คะแนน
ตอบ “ไม่เห็นด้วย”	ให้	2	4	คะแนน
ตอบ “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง”	ให้	1	5	คะแนน

โดยเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย แบ่งเป็น 3 ระดับ (Best, 1981) ดังนี้

$$\text{ระดับพฤติกรรม} = \frac{\text{พิสัย (คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด)}}{\text{ช่วงของระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรค}}$$

$$= \frac{4 - 0}{3}$$

$$= 1.33$$

ค่าเฉลี่ย 3.68–5.00 หมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง

ค่าเฉลี่ย 2.34–3.67 หมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00–2.33 หมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับต่ำ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม โดยมีลักษณะการตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 19 ข้อ โดยตัวบ่งชี้ จำนวน 3 ตัวบ่งชี้ ได้แก่

1. ด้านสิ่งของ	จำนวน 6 ข้อ
2. ด้านข้อมูลข่าวสาร	จำนวน 7 ข้อ
3. ด้านการประเมิน สะท้อนคิด	จำนวน 6 ข้อ

เป็นลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบในแต่ละข้อเพียงคำตอบเดียว คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย หรือไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยแต่ละคำตอบมีความหมายดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นสอดคล้องกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นสอดคล้องกับข้อความนั้นมาก
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านไม่แน่ใจกับข้อความนี้
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นสอดคล้องกับข้อความนั้นน้อย

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่สอดคล้องกับข้อความนั้นเลย

การให้คะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ดังนี้

		คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ	
ตอบ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง”	ให้	5	1	คะแนน
ตอบ “เห็นด้วย”	ให้	4	2	คะแนน
ตอบ “ไม่แน่ใจ”	ให้	3	3	คะแนน
ตอบ “ไม่เห็นด้วย”	ให้	2	4	คะแนน
ตอบ “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง”	ให้	1	5	คะแนน

โดยเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย แบ่งเป็น 3 ระดับ (Best, 1981) ดังนี้

$$\text{ระดับพฤติกรรม} = \frac{\text{พิสัย (คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด)}}{\text{ช่วงของระดับการสนับสนุนทางสังคม}}$$

$$= \frac{4 - 0}{3}$$

$$= 1.33$$

ค่าเฉลี่ย 3.68–5.00 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง

ค่าเฉลี่ย 2.34–3.67 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00–2.33 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ

ตอนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรรมการจัดการตนเอง โดยมีลักษณะการตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 15 ข้อ โดยตัวบ่งชี้ จำนวน 3 ตัวบ่งชี้ ได้แก่

1. การจัดการทางการแพทย์ จำนวน 7 ข้อ
2. การจัดการกับบทบาท จำนวน 4 ข้อ
3. การจัดการกับอารมณ์ จำนวน 4 ข้อ

เป็นลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบในแต่ละข้อเพียงคำตอบเดียวคือ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ หรือปฏิบัติเป็นประจำโดยแต่ละคำตอบมีความหมายดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อคำถามนั้น 7 วันต่อสัปดาห์
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อคำถามนั้น 5–6 วันต่อสัปดาห์
ปฏิบัติปานกลาง	หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อคำถามนั้น 3–4 วันต่อสัปดาห์
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง ท่านปฏิบัติตามข้อคำถามนั้น 1–2 วันต่อสัปดาห์
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง ท่านไม่ได้ปฏิบัติตามข้อคำถามนั้นเลย

การให้คะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ดังนี้

ตอบ “ปฏิบัติเป็นประจำ” ให้ 5 คะแนน

ตอบ “ปฏิบัติบ่อยครั้ง” ให้ 4 คะแนน

ตอบ “ปฏิบัติปานกลาง” ให้ 3 คะแนน

ตอบ “ปฏิบัติบางครั้ง” ให้ 2 คะแนน

ตอบ “ไม่เคยปฏิบัติ” ให้ 1 คะแนน

โดยเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย แบ่งเป็น 3 ระดับ (Best, 1981) ดังนี้

$$\text{ระดับพฤติกรรม} = \frac{\text{พิสัย (คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด)}}{\text{ช่วงของระดับพฤติกรรรมการจัดการตนเอง}}$$

$$= \frac{4 - 0}{3}$$

$$= 1.33$$

ค่าเฉลี่ย 3.68–5.00 หมายถึง พฤติกรรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง

ค่าเฉลี่ย 2.34–3.67 หมายถึง พฤติกรรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00–2.33 หมายถึง พฤติกรรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับต่ำ

การสร้างและการหาคุณภาพเครื่องมือ

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างและการหาคุณภาพเครื่องมือดังนี้

1. ศึกษาเอกสาร ตำรา แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อเป็นแนวทางในการนำข้อมูลมากำหนดขอบเขตในการสร้างเครื่องมือ

2. นำข้อมูลที่ศึกษามากำหนดกรอบแนวคิดของการศึกษาให้สอดคล้องกับจุดประสงค์ของการศึกษา เรื่องปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุภายใต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย

3. สร้างแบบสอบถามตามกรอบแนวคิดของการศึกษาแล้วเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อพิจารณาตรวจสอบเนื้อหา เสนอแนะ และนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข

4. นำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขและผ่านการพิจารณากลั่นกรองจากอาจารย์ที่ปรึกษา แล้วนำเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน เพื่อหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยหาดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC)

โดยผู้เชี่ยวชาญพิจารณา ข้อคำถามแต่ละข้อว่า มีความสอดคล้อง หรือไม่ มีเกณฑ์ประเมินดังนี้

ให้คะแนนเท่ากับ +1 หมายถึง แน่ใจว่าถูกต้องมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์

ให้คะแนนเท่ากับ 0 หมายถึง ไม่แน่ใจว่ามีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์

ให้คะแนนเท่ากับ –1 หมายถึง ยังไม่ถูกต้อง ไม่มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์

แล้วนำแบบสอบถามเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับข้อคำถามรวมถึงการใช้ภาษา ผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาด้วยวิธีการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC (Index of Item Objective Congruence) กำหนดค่า IOC ตั้งแต่ 0.67 ขึ้นไป ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67–1.00 ซึ่งค่า IOC ที่ได้เท่ากับ 1 ซึ่งมีความตรงของเนื้อหา นำแบบสอบถามมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิจัย พิจารณาอีกครั้งแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

5. จากนั้นนำแบบสอบถามที่ได้รับการแก้ไขปรับปรุงแล้ว ไปทดลองใช้ (Try Out) กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง แต่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-Coefficient) ตามวิธีของครอนบาค (Cronbach) กำหนดให้ค่าความเชื่อถือได้ของสัมประสิทธิ์แอลฟาไว้ที่ 0.70 ขึ้นไปได้ ผลการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

ตาราง 4 ผลการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปร	ค่า IOC	ค่า Cronbach's
1. การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อโควิด-19	0.6–1.0	0.790
2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	0.8–1.0	0.787
3. การสนับสนุนทางสังคม	0.6–1.0	0.932
4. พฤติกรรมการตัดการตนเอง	0.6–1.0	0.716
รวมทั้งฉบับ	**0.6–1.0**	**0.940**

6. ปรับปรุงแบบสอบถามให้เป็นฉบับสมบูรณ์ และนำไปดำเนินการเก็บข้อมูลตามขั้นตอนการวิจัยต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. ทบทวนเอกสาร และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดทำโครงร่างวิจัย และเสนอโครงร่างวิจัยในการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากมหาวิทยาลัยพะเยา โดยทีมวิจัย ประกอบด้วยผู้วิจัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน และแกนนำชุมชน

2. ผู้วิจัยจัดทำหนังสือขอความร่วมมือในการวิจัยและประสานหน่วยงานในพื้นที่เขตรับผิดชอบอำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย เพื่อขอสำรวจเก็บข้อมูลจากกลุ่มประชากรในพื้นที่

3. คัดเลือกผู้ช่วยวิจัย โดยขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และแกนนำชุมชน ในพื้นที่แบ่งตามหมู่บ้านที่รับผิดชอบ หมู่บ้านละ 2-3 คน ที่มีความสมัครใจ เพื่อช่วยเก็บข้อมูลตามแบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1 ครั้ง โดยมีการชี้แจงที่มาและความสำคัญของปัญหาของการวิจัย วัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บข้อมูลแก่ผู้ช่วยวิจัย

4. ผู้ช่วยวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ โดยขอเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามเพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ ภายใต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย จำนวน 444 คน โดยแจ้งให้อาสาสมัครทราบว่าจะใช้ระยะเวลาเข้าร่วมและพบนักวิจัย 1 ครั้ง รวมทั้งประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และชี้แจงถึงสิทธิ์ในการถอนตัวจากการวิจัย และขอความยินยอมในการให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ เมื่ออาสาสมัครยินดีที่จะเข้าร่วมเป็นอาสาสมัคร ผู้วิจัยจะอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการอย่างคร่าว ๆ และให้อาสาสมัครเซ็นยินยอมในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย จากนั้นให้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งใช้เวลาประมาณ 25-30 นาที

5. นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทำการลงรหัสและจัดระบบข้อมูลในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ เพื่อนำมาสรุป อภิปราย และเผยแพร่ผลการศึกษาในภาพรวมต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. เมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการเก็บข้อมูลผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ สร้างคู่มือลงรหัสและลงรหัสข้อมูล จากนั้นนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

2. ใช้สถิติ

2.1 สถิติพรรณนา (Descriptive statistics)

2.1.1 อธิบายข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ ประวัติการมีโรคประจำตัว สถานการณ์ได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 ช่องทางการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโควิด-19 และกิจกรรมนอกบ้านที่ปฏิบัติเป็นประจำใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงจำนวน และค่าร้อยละ

2.2.2 อธิบายผลการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการจัดการตนเอง โดยวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงจำนวน ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.2 สถิติอ้างอิง (Inferential statistic)

2.2.1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ ภายใต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย วิเคราะห์โดยใช้ การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) และการทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) เนื่องจากตัวแปรทดสอบกระจายเป็นโค้งปกติ

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จะใช้สัญลักษณ์ r แทนสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่าง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จะใช้วัดขนาดของความสัมพันธ์กันระหว่างตัวแปร มี 2 ลักษณะ คือ $-1 \leq r \leq 1$ และ $0 \leq r \leq 1$ ซึ่งการบอกระดับความสัมพันธ์จะใช้ตัวเลขของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ หากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าเข้าใกล้ -1 หรือ 1 แสดงถึงการมีความสัมพันธ์กันในระดับสูง แต่หากมีค่าเข้าใกล้ 0 แสดงถึงการมีความสัมพันธ์กันในระดับน้อยหรือไม่มีเลย และเครื่องหมาย +,- หน้าตัวเลขสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จะบอกทิศทางของความสัมพันธ์สำหรับการพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์โดยทั่วไปใช้เกณฑ์ดังนี้ (Hinkle, 1998)

ค่า r	ระดับของความสัมพันธ์
.91 – 1.00 หมายถึง	มีความสัมพันธ์กันระดับสูงมาก
.71 – .90 หมายถึง	ความสัมพันธ์กันระดับสูง
.51 – .70 หมายถึง	มีความสัมพันธ์กันระดับปานกลาง
.31 – .50 หมายถึง	มีความสัมพันธ์กันระดับต่ำ
.00 – .30หมายถึง	มีความสัมพันธ์กันระดับต่ำมาก

2.2.2 การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนระหว่างตัวแปรทำนายกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุภายใต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional research) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุภายใต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุ อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย จำนวน 444 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) การทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ซึ่งนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค
3. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน
4. การสนับสนุนทางสังคม
5. พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ
6. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุภายใต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย
7. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุภายใต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง เป็นการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพและโรคประจำตัว ข้อมูลเกี่ยวกับโควิด-19 และการป้องกันของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย การได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 ช่องทางการรับข้อมูลเกี่ยวกับโควิด-19 และกิจกรรมนอกบ้านที่ปฏิบัติเป็นประจำ ผลการศึกษาแสดงในตาราง 5 และ 6

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล (n = 444)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	213	47.97
หญิง	231	52.03
อายุ		
อายุ 60–65 ปี	209	47.07
อายุ 66–70 ปี	150	33.78
อายุ 70 ปีขึ้นไป	85	19.15
(Mean = 66.79, S.D. = 5.19, Min = 60, Max = 88)		
สถานภาพ		
สมรส	338	76.13
หม้าย	85	19.14
โสด	11	2.48
หย่าร้าง	10	2.25
อาชีพ		
เกษตรกรรม	259	58.33
รับจ้างทั่วไป	85	19.15
ไม่มีอาชีพ	65	14.64
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	25	5.63
อื่น ๆ	10	2.25
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	232	52.25
มีโรคประจำตัว	212	47.75

จากตาราง 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.03 มีอายุ 60–65 ปี มากที่สุด ร้อยละ 47.07 รองลงมาคือ อายุ 66–70 ปี ร้อยละ 33.78 และน้อยที่สุดคือ อายุ 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 19.15 มีสถานภาพสมรสมากที่สุด ร้อยละ 76.13 รองลงมาคือ หม้าย ร้อยละ 19.14 และน้อยที่สุดคือ หย่าร้าง ร้อยละ 2.25 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม

มากที่สุด ร้อยละ 58.33 รองลงมาคือ รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 19.15 และน้อยที่สุดคือ อื่น ๆ ร้อยละ 2.25 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 52.25

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลเกี่ยวกับโควิด-19 และการป้องกัน (n = 444)

ข้อมูลเกี่ยวกับโควิด-19 และการป้องกัน	จำนวน	ร้อยละ
การได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19		
1. ยังไม่ได้รับวัคซีน	27	6.08
ปฏิเสธการรับวัคซีน	12	2.70
ยอมรับวัคซีนถ้ามีความพร้อม	15	3.38
2. ได้รับวัคซีนแล้ว	417	93.92
1 เข็ม	39	8.78
2 เข็ม	354	79.73
มากกว่า 2 เข็ม	28	6.31
ช่องทางการรับข้อมูลเกี่ยวกับโควิด-19		
บุคลากรทางการแพทย์/ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	262	59.01
โทรทัศน์	154	34.68
อินเตอร์เน็ต/สื่อสังคมออนไลน์	24	5.41
วิทยุ	4	0.90
กิจกรรมนอกบ้านที่ปฏิบัติเป็นประจำ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
1. ไปตลาด	280	63.06
2. ไปร่วมงานต่าง ๆ	225	50.68
3. พบปะเพื่อนฝูง	118	26.58
4. กินข้าวนอกบ้าน	19	4.28
5. ไปท่องเที่ยว	6	1.35
6. อื่น ๆ	49	11.04
ไปทำงาน	40	9.01
ไปประชุม	4	0.90
ไปโรงพยาบาล	3	0.68
ไปหาลูก/ญาติ	2	0.45

จากตาราง 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างยังไม่ได้รับวัคซีนโควิด-19 ร้อยละ 6.08 ได้แก่ ปฏิเสธการรับวัคซีน ร้อยละ 2.70 และยอมรับวัคซีนถ้ามีความพร้อม ร้อยละ 3.38 ได้รับวัคซีนโควิด-19 ร้อยละ 93.92 ได้แก่ 1 เข็ม ร้อยละ 8.78 2 เข็ม ร้อยละ 79.73 และมากกว่า 2 เข็ม ร้อยละ 6.31 ช่องทางการรับข้อมูลเกี่ยวกับโควิด-19 ผ่านบุคลากรทางการแพทย์/ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มากที่สุด ร้อยละ 59.01 รองลงมาคือ โทรทัศน์ ร้อยละ 34.68 และน้อยที่สุดคือ วิทยุ ร้อยละ 0.90 และกิจกรรมนอกบ้านที่ปฏิบัติเป็นประจำโดยไปตลาดมากที่สุด ร้อยละ 63.06 รองลงมาคือ ไปร่วมงานต่าง ๆ ร้อยละ 50.68 และน้อยที่สุดคือ ไปท่องเที่ยว ร้อยละ 1.35

การรับรู้ความรุนแรงของโรคของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาการรับรู้ความรุนแรงของโรคของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยการรับรู้ความรุนแรงของการติดต่อและการรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อ ผลการศึกษาแสดงในตาราง 7, 8 และ 9

ตาราง 7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ความรุนแรงของโรครายข้อ (n = 444)

การรับรู้ความรุนแรงของโรค	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
การรับรู้ความรุนแรงของการติดต่อ			
1. หากมีผู้ติดเชื้อโควิด-19 ในชุมชน จะสามารถแพร่ระบาดเป็นวงกว้างต่อคนในชุมชนได้	4.55	0.79	สูง
2. ผู้ป่วย 1 คน สามารถแพร่เชื้อให้คนอื่นเฉลี่ย 2-4 คนขึ้นไป	4.53	0.71	สูง
3. เชื้อโควิด-19 ตามเสื้อผ้าหรือของใช้สามารถอยู่ได้ 7-8 ชั่วโมง และสามารถแพร่เชื้อต่อผู้สัมผัสได้	4.30	0.85	สูง

ตาราง 7 (ต่อ)

การรับรู้ความรุนแรงของโรค	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อ			
4. ผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีโอกาสเสียชีวิตจากการติดเชื้อโควิด-19	4.66	0.59	สูง
5. ผู้สูงอายุมีโอกาสเสียชีวิตจากการติดเชื้อโควิด-19 มากกว่าช่วงอายุอื่น	4.59	0.65	สูง
6. ผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เมื่อได้รับเชื้อโควิด-19 มีโอกาสเป็นโรคปอดบวม ถ้าไม่รีบรักษาอาจนำไปสู่ภาวะหัวใจวายและอวัยวะล้มเหลวได้	4.56	0.65	สูง
7. ผู้สูงอายุเมื่อได้รับเชื้อโควิด-19 เชื้อสามารถทำอันตรายกับระบบต่าง ๆ ในร่างกายอย่างรวดเร็ว	4.55	0.65	สูง

จากตาราง 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมากที่สุดคือ ข้อ 4 ผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีโอกาสเสียชีวิตจากการติดเชื้อโควิด-19 ($\bar{x}$ = 4.66, S.D. = 0.59) รองลงมาคือ ข้อ 5 ผู้สูงอายุมีโอกาสเสียชีวิตจากการติดเชื้อโควิด-19 มากกว่าช่วงอายุอื่น ($\bar{x}$ = 4.59, S.D. = 0.65) และน้อยที่สุดคือ ข้อ 3 เชื้อโควิด-19 ตามเสื้อผ้าหรือของใช้สามารถอยู่ได้ 7-8 ชั่วโมงและสามารถแพร่เชื้อต่อผู้สัมผัสได้ ($\bar{x}$ = 4.30, S.D. = 0.85)

ตาราง 8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ความรุนแรงของโรค รายองค์ประกอบ (n = 444)

การรับรู้ความรุนแรงของโรค	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
องค์ประกอบที่ 1 การรับรู้ความรุนแรงของการติดต่อ (ข้อ 1-3)	4.46	0.61	สูง
องค์ประกอบที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อ (ข้อ 4-7)	4.59	0.51	สูง
คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรค	**4.54**	**0.48**	**สูง**

จากตาราง 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรค ($\bar{x}$ = 4.54, S.D. = 0.48) ประกอบด้วยองค์ประกอบที่ 1 การรับรู้ความรุนแรงของการติดต่อ ($\bar{x}$ = 4.46, S.D. = 0.61) และองค์ประกอบที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อ ($\bar{x}$ = 4.59, S.D. = 0.51)

ตาราง 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรค (n = 444)

ระดับ	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับสูง (3.68–5.00 คะแนน)	416	93.69
การรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลาง (2.34–3.67 คะแนน)	27	6.08
การรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับต่ำ (1.00–2.33 คะแนน)	1	0.23

จากตาราง 9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 93.69 รองลงมาคือ การรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 6.08 และน้อยที่สุดคือ การรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 0.23

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ ผลการศึกษาแสดงในตาราง 10, 11 และ 12

ตาราง 10 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนรายข้อ (n = 444)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
การรับรู้ความสามารถของตนเอง			
1. ท่านสามารถใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้งที่ออกจากบ้านได้	4.90	0.39	สูง
2. ท่านสามารถล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือใช้เจลแอลกอฮอล์ทุกครั้งหลังจากสัมผัสสิ่งของ	4.68	0.56	สูง
3. ท่านสามารถเว้นระยะห่าง 1 เมตร ทุกครั้งขณะไปในพื้นที่แออัดหรือคนหนาแน่นได้	4.56	0.68	สูง
4. ท่านสามารถออกกำลังกาย 3 วัน ต่อ สัปดาห์ได้	4.12	0.97	สูง
5. ท่านสามารถดูแลตนเองได้เมื่ออาการป่วยเล็กน้อย	4.53	0.64	สูง
6. ท่านสามารถผ่อนคลายความเครียดในสถานการณ์แพร่ระบาดโรคโควิด-19 ได้ด้วยตนเอง	4.39	0.69	สูง
7. ท่านสามารถให้คำแนะนำด้านสุขภาพแก่ผู้อื่นได้	4.27	0.84	สูง
8. หากท่านมีอาการเข้าข่ายเป็นโรคโควิด-19 ท่านสามารถติดต่อหรือแจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ด้วยตนเอง	4.47	0.76	สูง
9. ท่านคิดว่าเมื่อปฏิบัติตามมาตรการรัฐบาลในการควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 สามารถป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของท่านได้	4.50	0.66	สูง
10. ท่านคิดว่าเมื่อท่านสวมหน้ากากอนามัยออกนอกบ้านจะช่วยป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ได้	4.55	0.66	สูง

ตาราง 10 (ต่อ)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
ความคาดหวังในผลลัพธ์			
11. ท่านคิดว่าเมื่อท่านล้างมือด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์เป็นประจำจะช่วยลดการติดต่อเชื้อโควิด-19 ภายในครอบครัวของท่านได้	4.58	0.61	สูง
12. ท่านคิดว่าการเว้นระยะห่างในสถานที่คนหนาแน่นจะช่วยลดการติดต่อเชื้อโควิด-19 ได้	4.49	0.65	สูง
13. ท่านคิดว่าหากท่านป่วยหรือมีอาการเล็กน้อยแล้วรับประทานยาจะสามารถลดความรุนแรงของโรคได้	4.24	0.75	สูง
14. หากท่านออกกำลังกาย 3 วันต่อสัปดาห์จะช่วยเพิ่มภูมิคุ้มกันลดการติดเชื้อโรคโควิด-19 ได้	4.22	0.78	สูง
15. หากท่านให้คำแนะนำด้านสุขภาพแก่ผู้อื่น แล้วผู้อื่นจะปฏิบัติตาม	4.04	0.91	สูง
16. ท่านคิดว่าวิธีการจัดการความเครียดของท่าน สามารถลดความเครียดในสถานการณ์โควิด-19 ได้	4.32	0.76	สูง

จากตาราง 10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมากที่สุดคือ ข้อ 1 ท่านสามารถใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้งที่ออกจากบ้านได้ ($\bar{x}$ = 4.90, S.D. = 0.39) รองลงมาคือ ข้อ 2 ท่านสามารถล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือใช้เจลแอลกอฮอล์ ทุกครั้งหลังจากสัมผัสสิ่งของ ($\bar{x}$ = 4.68, S.D. = 0.56) และน้อยที่สุดคือ ข้อ 15 หากท่านให้คำแนะนำด้านสุขภาพแก่ผู้อื่นแล้วผู้อื่นจะปฏิบัติตาม ($\bar{x}$ = 4.04, S.D. = 0.91)

ตาราง 11 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนรายองค์ประกอบ (n = 444)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
องค์ประกอบที่ 1 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (ข้อ 1-8)	4.49	0.49	สูง
องค์ประกอบที่ 2 ความคาดหวังในผลลัพธ์ (ข้อ 11-16)	4.37	0.52	สูง
คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน	**4.43**	**0.47**	**สูง**

จากตาราง 11 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($\bar{x}$ = 4.43, S.D. = 0.47) ประกอบด้วยองค์ประกอบที่ 1 การรับรู้ความสามารถของตนเอง ($\bar{x}$ = 4.49, S.D. = 0.49) และองค์ประกอบที่ 2 ความคาดหวังในผลลัพธ์ ($\bar{x}$ = 4.37, S.D. = 0.52)

ตาราง 12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (n = 444)

ระดับ	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง (3.68–5.00 คะแนน)	417	93.92
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง (2.34–3.67 คะแนน)	26	5.86
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับต่ำ (1.00–2.33 คะแนน)	1	0.22

จากตาราง 12 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 93.92 รองลงมาคือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 5.86 และน้อยที่สุดคือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 0.22

การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยสิ่งของข้อมูลข่าวสาร และการประเมินสะท้อนคิด ผลการศึกษาแสดงในตาราง 13, 14 และ 15

ตาราง 13 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการสนับสนุนทางสังคมรายข้อ (n = 444)

การสนับสนุนทางสังคม	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
ด้านสิ่งของ			
1. คนรอบข้างช่วยเหลือท่านเมื่อท่านมีปัญหาด้านสุขภาพ	4.55	0.63	สูง
2. คนในครอบครัวช่วยท่านทำงาน เช่น การทำความสะอาดบ้าน ซักผ้า ทำกับข้าว	4.57	0.68	สูง
3. คนในครอบครัวดูแลรับ-ส่งท่าน เมื่อต้องไปพบแพทย์หรือเดินทางไปที่ต่าง ๆ	4.69	0.55	สูง
4. คนในครอบครัวจัดที่พักให้ท่านตามความเหมาะสม	4.55	0.60	สูง
5. คนในครอบครัวจัดหาเสื้อผ้า ของใช้ อาหาร มาให้ท่านตามความเหมาะสม	4.46	0.71	สูง
6. เมื่อท่านต้องกักตัวเป็นเวลา 14 วัน หน่วยงานท้องถิ่นของท่านพร้อมที่จะช่วยเหลือถุงยังชีพและของใช้ที่จำเป็นในการกักตัว	4.38	0.79	สูง
ด้านข้อมูลข่าวสาร			
7. คนในครอบครัวให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารแก่ท่าน	4.45	0.63	สูง
8. คนในครอบครัวให้คำแนะนำเรื่องการออกกำลังกายแก่ท่าน	4.36	0.74	สูง
9. คนในครอบครัวแนะนำให้ท่านสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ ของร่างกายและบอกแนวทางการแก้ไขให้	4.46	0.66	สูง
10. คนในครอบครัวให้คำแนะนำเรื่อง วิธีการปฏิบัติตนเมื่อไม่สบายแก่ท่าน	4.51	0.62	สูง
11. คนในครอบครัวนำคำแนะนำจากแพทย์หรือพยาบาลมาบอกแก่ท่าน	4.59	0.62	สูง
12. เมื่อมีข้อสงสัยเรื่องสุขภาพ ท่านสามารถขอคำปรึกษาจากคนในชุมชนได้	4.47	0.69	สูง
13. คนในครอบครัวให้คำแนะนำเรื่องโรคโควิด-19 เช่น การป้องกันตัวเอง การสวมหน้ากากอนามัย การเว้นระยะห่างให้แก่ท่าน	4.68	0.54	สูง

ตาราง 13 (ต่อ)

การสนับสนุนทางสังคม	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
ด้านการประเมินสะท้อนคิด			
14. เมื่อท่านมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อโควิด-19 ท่านมีบุคคลที่สามารถให้คำปรึกษาได้	4.54	0.58	สูง
15. เมื่อท่านป่วยเป็นโรคโควิด-19 ท่านจะได้รับความรักความห่วงใย จากคนใกล้ชิด	4.53	0.62	สูง
16. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ได้เทียบเท่าหรือดีกว่าผู้สูงอายุท่านอื่น	4.40	0.69	สูง
17. ท่านได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมกับเพื่อน ๆ และญาติพี่น้อง	4.33	0.76	สูง
18. คนในครอบครัวสนับสนุนให้ท่านเข้าร่วมประเพณีหรือทำกิจกรรมต่างๆของชุมชน	4.20	0.89	สูง
19. คนในครอบครัวสนับสนุนให้ท่านได้พูดคุยกับผู้รู้เรื่องการดูแลสุขภาพ เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาล	4.56	0.63	สูง

จากตาราง 13 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมมากที่สุดคือ ข้อ 3 คนในครอบครัวดูแลรับ-ส่งท่าน เมื่อต้องไปพบแพทย์หรือเดินทางไปที่ต่าง ๆ ($\bar{x}$ = 4.69, S.D. = 0.55) รองลงมาคือ ข้อ 13 คนในครอบครัวให้คำแนะนำเรื่องโรคโควิด-19 เช่น การป้องกันตัวเอง การสวมหน้ากากอนามัย การเว้นระยะห่างให้แก่ท่าน ($\bar{x}$ = 4.68, S.D. = 0.54) และน้อยที่สุดคือ ข้อ 18 คนในครอบครัวสนับสนุนให้ท่านเข้าร่วมประเพณีหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน ($\bar{x}$ = 4.20, S.D. = 0.89)

ตาราง 14 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการสนับสนุนทางสังคมรายองค์ประกอบ (n = 444)

การสนับสนุนทางสังคม	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
องค์ประกอบที่ 1 ด้านสิ่งของ (ข้อ 1–6)	5.53	0.48	สูง
องค์ประกอบที่ 2 ด้านข้อมูลข่าวสาร (ข้อ 7–13)	4.50	0.50	สูง
องค์ประกอบที่ 3 ด้านการประเมินสะท้อนคิด (ข้อ 14–19)	4.43	0.53	สูง
คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคม	**4.49**	**0.46**	**สูง**

จากตาราง 14 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคม ($\bar{x}$ = 4.49, S.D. = 0.46) ประกอบด้วยองค์ประกอบที่ 1 สิ่งของ ($\bar{x}$ = 5.53, S.D. = 0.48) องค์ประกอบที่ 2 ข้อมูลข่าวสาร ($\bar{x}$ = 4.50, S.D. = 0.50) และองค์ประกอบที่ 3 การประเมินสะท้อนคิด ($\bar{x}$ = 4.43, S.D. = 0.53)

ตาราง 15 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการสนับสนุนทางสังคม (n = 444)

ระดับ	จำนวน	ร้อยละ
การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง (3.68–5.00 คะแนน)	424	95.50
การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง (2.34–3.67 คะแนน)	20	4.50
การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ (1.00–2.33 คะแนน)	0	0

จากตาราง 15 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 95.50 รองลงมาคือ การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 4.50

พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยการจัดการทางการแพทย์ การจัดการกับบทบาท และการจัดการกับอารมณ์ ผลการศึกษาแสดงในตาราง 16, 17 และ 18

ตาราง 16 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุรายข้อ (n = 444)

พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
การจัดการทางการแพทย์			
1. ท่านรับประทานอาหารรสจืด โดยไม่ปรุงเครื่องปรุงเพิ่มเติม	3.80	1.21	สูง
2. ท่านสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งที่ออกนอกบ้าน	4.85	0.42	สูง
3. ท่านล้างมือด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ทุกครั้งที่สัมผัสสิ่งของ	4.59	0.67	สูง
4. ท่านเว้นระยะห่างอย่างน้อย 1 เมตรทุกครั้งเมื่อไปที่แออัด หรือคนหนาแน่น	4.45	0.78	สูง
การจัดการกับบทบาท			
5. ท่านปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของตนเองได้ตามปกติ	4.76	0.50	สูง
6. ท่านทำบทบาทในครอบครัวได้ตามปกติ	4.80	0.45	สูง
7. ลูกหลานของท่านยังคงเคารพนับถือ ให้เกียรติในการตัดสินใจของท่าน	4.77	0.52	สูง
8. ท่านปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคโควิด-19 เมื่อเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน	4.67	0.60	สูง
การจัดการกับอารมณ์			
9. ท่านจัดการกับอาการเครียด โดยการพูดคุยกับผู้อื่นเมื่อรู้สึกว่าตนเองมีวิตกกังวล	4.34	0.90	สูง
10. ท่านจัดการกับอาการเครียดอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่ การทำสมาธิ การฟังเพลง หรือฝึกการผ่อนคลาย	4.31	0.95	สูง
11. ท่านใช้วิธีการพูดคุย ปรึกษากับบุคคลที่ไว้วางใจ เช่น ญาติ สนิท แพทย์ พยาบาล เมื่อรู้สึกซึมเศร้า ท้อแท้ หมดหวัง หมดกำลังใจ	4.35	0.99	สูง

จากตาราง 16 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุมากที่สุดคือ ข้อ 2 ท่านสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งที่ออกนอกบ้าน ($\bar{x}$ = 4.85, S.D. = 0.42) รองลงมาคือ ข้อ 6 ท่านทำบทบาทในครอบครัวได้ตามปกติ ($\bar{x}$ = 4.80, S.D. = 0.45) และน้อยที่สุดคือ ข้อ 1 ท่านรับประทานอาหารรสจืด โดยไม่ปรุงเครื่องปรุงเพิ่มเติม ($\bar{x}$ = 3.80, S.D. = 1.21)

ตาราง 17 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุรายองค์ประกอบ (n = 444)

พฤติกรรมการจัดการตนเอง	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
องค์ประกอบที่ 1 การจัดการทางการแพทย์ (ข้อ 1–4)	4.42	0.54	สูง
องค์ประกอบที่ 2 การจัดการกับบทบาท (ข้อ 5–8)	4.75	0.39	สูง
องค์ประกอบที่ 3 การจัดการกับอารมณ์ (ข้อ 9–11)	4.33	0.84	สูง
คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง	**4.52**	**0.45**	**สูง**

จากตาราง 17 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ ($\bar{x}$ = 4.52, S.D. = 0.45) ประกอบด้วยองค์ประกอบที่ 1 การจัดการทางการแพทย์ ($\bar{x}$ = 4.42, S.D. = 0.54) องค์ประกอบที่ 2 การจัดการกับบทบาท ($\bar{x}$ = 4.75, S.D. = 0.39) และองค์ประกอบที่ 3 การจัดการกับอารมณ์ ($\bar{x}$ = 4.33, S.D. = 0.84)

ตาราง 18 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมการจัดการตนเอง (n = 444)

ระดับ	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง (3.68–5.00 คะแนน)	420	94.59
พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง (2.34–3.67 คะแนน)	24	5.41
พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ (1.00–2.33 คะแนน)	0	0.00

จากตาราง 18 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 94.59 รองลงมาคือ พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 5.41

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุภายใต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ ภายใต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน ซึ่งข้อมูลที่ได้วิเคราะห์ออกมามีการปรับระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองเหลือ 2 ระดับ เนื่องจากไม่มีข้อมูลพฤติกรรมการจัดการตนเองระดับต่ำ

ตาราง 19 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุภายใต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน (n = 444)

ตัวแปร	พฤติกรรมการจัดการตนเอง		x^2	df	p-value
	ระดับปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับสูง จำนวน (ร้อยละ)			
เพศ					
ชาย	10 (4.69)	203 (95.31)	0.404	1	0.525
หญิง	14 (6.06)	217 (93.94)			
อายุ					
60 – 65 ปี	10 (4.78)	199 (95.22)	0.613	2	0.736
66 – 70 ปี	8 (5.33)	142 (94.67)			
70 ปีขึ้นไป	6 (7.06)	79 (92.94)			
สถานภาพ					
สมรส	20 (5.92)	318 (94.08)	0.154*	3	0.939
หม้าย	4 (4.71)	81 (95.29)			
โสด	0 (0.00)	11 (100.00)			
หย่าร้าง	0 (0.00)	10 (100.00)			
อาชีพ					
เกษตรกรรม	9 (3.47)	250 (96.53)	8.229*	4	0.061
รับจ้างทั่วไป	5 (5.88)	80 (94.12)			
ไม่มีอาชีพ	8 (12.31)	57 (87.69)			

ตาราง 19 (ต่อ)

ตัวแปร	พฤติกรรมการจัดการตนเอง		x^2	df	p-value
	ระดับปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับสูง จำนวน (ร้อยละ)			
ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว	1 (4.00)	24 (96.00)			
อื่น ๆ	1 (10.00)	9 (90.00)			
โรคประจำตัว					
ไม่มีโรคประจำตัว	9 (3.88)	223 (96.12)	2.213	1	0.137
มีโรคประจำตัว	15 (7.08)	197 (92.92)			
การได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19					
ไม่ได้รับวัคซีน	4 (14.81)	23 (85.19)	3.560*	1	0.050
ได้รับวัคซีน	20 (4.80)	397 (95.20)			
ช่องทางการรับข้อมูลเกี่ยวกับโควิด-19					
บุคลากรทางการแพทย์/ อสม.	12 (4.58)	250 (95.42)	4.344*	3	0.174
โทรทัศน์	9 (5.84)	145 (94.16)			
อินเตอร์เน็ต/สื่อสังคมออนไลน์	2 (8.33)	22 (91.67)			
วิทยุ	1 (25.00)	3 (75.00)			

หมายเหตุ : *วิเคราะห์ด้วย Fisher's exact test

จากตาราง 19 พบว่า ปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ โรคประจำตัว การได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 ช่องทางการรับข้อมูลเกี่ยวกับโควิด-19 และกิจกรรมนอกบ้านที่ปฏิบัติเป็นประจำ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุภายใต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน

ตาราง 20 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุภายใต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน (n = 444)

ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์	r	p-value
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	0.424	<0.001
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	0.562	<0.001
การสนับสนุนทางสังคม	0.541	<0.001

จากตาราง 20 พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ (r = 0.424) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ (r = 0.562) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ (r = 0.541) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุภายใต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย

ตัวแปรต้นที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยตัวแปรการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแรงสนับสนุนทางสังคม โดยมีตัวแปรตาม คือ ตัวแปรพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ และจากการศึกษาความสัมพันธ์ พบว่า ตัวแปรการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงนำเข้าสมการเพื่อทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุภายใต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน ผลการศึกษาเป็นไปตามตาราง 21

ตาราง 21 การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนระหว่างตัวแปรทำนายกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุภายใต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน (n = 444)

ตัวแปรทำนาย	R Square	R Square Change	Beta	b	s.e. of b	t	p-value
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	0.316	0.316	0.303	0.196	0.041	4.850	<0.001
การสนับสนุนทางสังคม	0.348	0.032	0.253	0.142	0.033	4.300	<0.001
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	0.356	0.009	0.115	0.169	0.070	2.415	0.016

หมายเหตุ : Constant (a) = 18.322, R = 0.597, R Square = 0.356, Adjusted R Square = 0.352, F = 81.164, p < 0.001, MSE = 15.527

จากตาราง 21 พบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุภายใต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย เรียงลำดับตามความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุจากมากไปหาน้อยได้ ดังนี้ ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 1 คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยมีผลทางบวกต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ ร้อยละ 31.6 (R Square = 0.316) โดยเมื่อคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้น 0.196 คะแนน (b = 0.196) ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 2 คือ การสนับสนุนทางสังคม โดยมีผลทางบวกต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ ร้อยละ 34.8 (R Square Change = 0.032, R Square = 0.348) โดยเมื่อคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้น 0.142 คะแนน (b = 0.142) และตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 3 คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค โดยมีผลทางบวกต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ ร้อยละ 35.6 (R Square Change = 0.009, R Square = 0.356)

โดยเมื่อคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้น 0.169 คะแนน (b = 0.169) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ0.05

โดยสามารถเขียนสมการในการทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุภายใต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน ได้ดังนี้

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ

พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุภายใต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน (Y) = 18.322 + 0.196 (การรับรู้สมรรถนะแห่งตน) + 0.142 (การสนับสนุนทางสังคม) + 0.169 (การรับรู้ความรุนแรงของโรค)

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน

พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุภายใต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน (Z) = 0.303 (การรับรู้สมรรถนะแห่งตน) + 0.253 (การสนับสนุนทางสังคม) + 0.115 (การรับรู้ความรุนแรงของโรค)

บทที่ 5

บทสรุป

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุภายใต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุ อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย จำนวน 444 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบสอบถาม 5 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป การับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อโควิด-19 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการจัดการตนเอง ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) การทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.0 มีอายุ 60-65 ปีมากที่สุด ร้อยละ 47.07 รองลงมาคือ อายุ 66-70 ปี ร้อยละ 33.78 และน้อยที่สุดคือ อายุ 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 19.14 มีสถานภาพสมรสมากที่สุด ร้อยละ 76.13 รองลงมาคือหม้าย ร้อยละ 19.14 และน้อยที่สุดคือ หย่าร้าง ร้อยละ 2.25 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด ร้อยละ 58.33 รองลงมาคือ รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 19.14 และน้อยที่สุดคือ อื่น ๆ ร้อยละ 2.25 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 52.25 ยังไม่ได้รับวัคซีนโควิด-19 ร้อยละ 6.08 ได้แก่ ปฏิเสธการรับวัคซีน ร้อยละ 2.70 และยอมรับวัคซีนถ้ามีความพร้อม ร้อยละ 3.38 ได้รับวัคซีนโควิด-19 ร้อยละ 93.92 ได้แก่ 1 เข็ม ร้อยละ 8.78 2 เข็ม ร้อยละ 79.73 และมากกว่า 2 เข็ม ร้อยละ 6.31 ช่องทางการรับข้อมูลเกี่ยวกับโควิด-19 ผ่านบุคลากรทางการแพทย์/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มากที่สุด ร้อยละ 59.01 รองลงมาคือ โทรทัศน์ ร้อยละ 34.68 และน้อยที่สุดคือ วิทยุ ร้อยละ 0.90 และกิจกรรมนอกบ้านที่ปฏิบัติเป็นประจำโดยไปตลาดมากที่สุด ร้อยละ 63.06 รองลงมาคือ ไปร่วมงานต่าง ๆ ร้อยละ 50.68 และน้อยที่สุดคือ ไปท่องเที่ยว ร้อยละ 1.35

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคของกลุ่มตัวอย่าง

2.1 กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้อยู่ในระดับสูง โดยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมากที่สุดคือ ข้อคำถามที่ว่า “ผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีโอกาสเสียชีวิตจากการติดเชื้อโควิด-19” ($\bar{x}$ = 4.66, S.D. = 0.59) รองลงมาคือ ข้อคำถาม “ผู้สูงอายุมีโอกาสเสียชีวิตจากการติดเชื้อโควิด-19 มากกว่าช่วงอายุอื่น” ($\bar{x}$ = 4.59, S.D. = 0.65) และน้อยที่สุดคือ ข้อคำถาม “เชื้อโควิด-19 ตามเสื้อผ้าหรือของใช้สามารถอยู่ได้ 7-8 ชั่วโมงและสามารถแพร่เชื้อต่อผู้สัมผัสได้” ($\bar{x}$ = 4.30, S.D. = 0.85)

2.2 กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรค ($\bar{x}$ = 4.54, S.D. = 0.48) ประกอบด้วยองค์ประกอบที่ 1 การรับรู้ความรุนแรงของการติดต่อ ($\bar{x}$ = 4.46, S.D. = 0.61) และองค์ประกอบที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อ ($\bar{x}$ = 4.59, S.D. = 0.51)

2.3 กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 93.69 รองลงมาคือ การรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 6.08 และน้อยที่สุดคือ การรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 0.23

3. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของกลุ่มตัวอย่าง

3.1 กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมากที่สุดคือ ข้อ 1 ท่านสามารถใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้งที่ออกจากบ้านได้ ($\bar{x}$ = 4.90, S.D. = 0.39) รองลงมาคือข้อ 2 ท่านสามารถล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือใช้เจลแอลกอฮอล์ ทุกครั้งหลังจากสัมผัสสิ่งของ ($\bar{x}$ = 4.68, S.D. = 0.56) และน้อยที่สุดคือ ข้อ 15 หากท่านให้คำแนะนำด้านสุขภาพแก่ผู้อื่นแล้วผู้อื่นจะปฏิบัติตาม ($\bar{x}$ = 4.04, S.D. = 0.91)

3.2 กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($\bar{x}$ = 4.43, S.D. = 0.47) ประกอบด้วยองค์ประกอบที่ 1 การรับรู้ความสามารถของตนเอง ($\bar{x}$ = 4.49, S.D. = 0.49) และองค์ประกอบที่ 2 ความคาดหวังในผลลัพธ์ ($\bar{x}$ = 4.37, S.D. = 0.52)

3.3 กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 93.92 รองลงมาคือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 5.86 และน้อยที่สุดคือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 0.22

4. การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง

4.1 กลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมมากที่สุดคือ ข้อ 3 คนในครอบครัวดูแลรับ-ส่งท่าน เมื่อต้องไปพบแพทย์หรือเดินทางไปที่ต่าง ๆ ($\bar{x}$ = 4.69, S.D. = 0.55) รองลงมาคือ ข้อ 13 คนในครอบครัวให้คำแนะนำเรื่องโรคโควิด-19 เช่น การป้องกันตัวเอง การสวมหน้ากากอนามัย การเว้นระยะห่างให้แก่ท่าน ($\bar{x}$ = 4.68, S.D. = 0.54) และน้อยที่สุดคือ ข้อ 18 คนในครอบครัวสนับสนุนให้ท่านเข้าร่วมประเพณีหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน ($\bar{x}$ = 4.20, S.D. = 0.89)

4.2 กลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคม ($\bar{x}$ = 4.49, S.D. = 0.46) ประกอบด้วยองค์ประกอบที่ 1 สิ่งของ ($\bar{x}$ = 5.53, S.D. = 0.48) องค์ประกอบที่ 2 ข้อมูลข่าวสาร ($\bar{x}$ = 4.50, S.D. = 0.50) และองค์ประกอบที่ 3 การประเมินสะท้อนคิด ($\bar{x}$ = 4.43, S.D. = 0.53)

4.3 กลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 95.50 รองลงมาคือ การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 4.50

5. พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่าง

5.1 กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุมากที่สุดคือ ข้อ 2 ท่านสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งที่ออกนอกบ้าน ($\bar{x}$ = 4.85, S.D. = 0.42) รองลงมาคือ ข้อ 6 ท่านทำบทบาทในครอบครัวได้ตามปกติ ($\bar{x}$ = 4.80, S.D. = 0.45) และน้อยที่สุดคือ ข้อ 1 ท่านรับประทานอาหารรสจืด โดยไม่ปรุงเครื่องปรุงเพิ่มเติม ($\bar{x}$ = 3.80, S.D. = 1.21)

5.2 กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ ($\bar{x}$ = 4.52, S.D. = 0.45) ประกอบด้วยองค์ประกอบที่ 1 การจัดการทางการแพทย์ ($\bar{x}$ = 4.42, S.D. = 0.54) องค์ประกอบที่ 2 การจัดการกับบทบาท ($\bar{x}$ = 4.75, S.D. = 0.39) และองค์ประกอบที่ 3 การจัดการกับอารมณ์ ($\bar{x}$ = 4.33, S.D. = 0.84)

5.3 กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 94.59 รองลงมาคือ พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 5.41

6. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่าง

6.1 ปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ โรคประจำตัว การได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 ช่องทางการรับข้อมูลเกี่ยวกับโควิด-19 และกิจกรรมนอกบ้านที่ปฏิบัติเป็นประจำ

ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุภายใต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน

6.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ (r = 0.424) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ (r = 0.562) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ (r = 0.541)

7. การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนระหว่างตัวแปรทำนายกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่าง

7.1 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยมีผลทางบวกต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูง อายุซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ ร้อยละ 31.6 (R Square = 0.316) โดยเมื่อคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้น 0.196 คะแนน (b = 0.196)

7.2 การสนับสนุนทางสังคม โดยมีผลทางบวกต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ ร้อยละ 34.8 (R Square Change = 0.032, R Square = 0.348) โดยเมื่อคะแนนการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้น 0.142 คะแนน (b = 0.142)

7.3 การรับรู้ความรุนแรงของโรค โดยมีผลทางบวกต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ ร้อยละ 35.6 (R Square Change = 0.009, R Square = 0.356) โดยเมื่อคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้น 0.169 คะแนน (b = 0.169) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

1. พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุภายใต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย

1.1 การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อโควิด-19 ของผู้สูงอายุ พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ อภิวดี อินทเจริญ, คันธมาทน์ กาญจนภูมิ, กัลยา ต้นสกุล และคณะ (2564) ที่พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับสูง นอกจากนี้ยังพบว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อ

ไวรัสโคโรนา 2019 สอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นภชา สิงห์วีรธรรม และนวพร ดำแสงสวัสดิ์ (2563) ที่พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับสูงในกลุ่ม อสม. และยังสามารถทำนายบทบาทการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนได้เช่นกัน ทั้งนี้อาจเกิดจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในปัจจุบัน ที่มีการประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ข้อมูลเชิงรุกที่มีการสื่อสารถึงความรุนแรงของโรค โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง รวมถึงมีการสื่อสารอันตรายที่ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพ การเจ็บป่วยและเสียชีวิตเมื่อติดเชื้อ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษานี้ที่พบว่า ช่องทางในการให้ข้อมูลเพื่อสร้างความรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคของกลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. หรือบุคลากรทางการแพทย์ (ร้อยละ 59.01) รองลงมาเป็น โทรทัศน์ (ร้อยละ 34.68) รวมไปถึงมาตรการในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับวัคซีน ทำให้บุคคลตระหนักถึงความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากขึ้น และนำไปสู่การสร้างความตระหนักรู้ถึงการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลการได้รับวัคซีนของกลุ่มตัวอย่างที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับวัคซีนตั้งแต่ 2 เข็มขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 85

1.2 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้สูงอายุ พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ นงศ์ณพัชร์ มณีอินทร์และอิทธิพล ดวงจินดา (2564) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมาก และสอดคล้องกับไวยพร พรมวงค์และจรูญศรี มีหนองหว้า (2564) ที่พบว่า ทัศนในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับมาก

1.3 การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ พนิตนันท์ พรหมดำ และนิตยา สุขชัยสงค์ (2564) ที่พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ กัลยารัตน์ ธีระธนชัยกุล (2564) ที่พบว่า ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก

1.4 พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง สอดคล้องการศึกษาของ สุพัตรา สิทธิวัง, ศิวพร อึ้งวัฒนา และเดชา ทำดี (2563) ที่พบว่า ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพกว่าผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีสุรางค์

เอี่ยมสะอาด (2564) ที่พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพลพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุภายใต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ โรคประจำตัว การได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 ช่องทางการรับข้อมูลเกี่ยวกับโควิด-19 และกิจกรรมนอกบ้านที่ปฏิบัติเป็นประจำ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุภายใต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน ไม่สอดคล้องกับ สุมาพร สุจำนง, มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์ และนิรัตน์ อิมามี (2556) ที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารและด้านการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และไม่สอดคล้องกับ ราตรี อร่ามศิลป์, พัธยา เกิดกุล, สายใจ จารุจิตร และคณะ (2561) ที่พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.103$, $p < .05$) ทั้งนี้อาจเกิดขึ้นจากบริบทของแต่ละพื้นที่ การได้รับข้อมูลข่าวสารหรือปัจจัยที่ส่งเสริมการรับรู้ที่แตกต่างกัน

3. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุภายใต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุภายใต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อโควิด-19 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า การรับความรุนแรงของโรคติดเชื้อโควิด-19 มีผลทางบวกต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ เมื่อการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อโควิด-19 เพิ่มขึ้น จะมีพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น สอดคล้องการศึกษาของ ประนอม กาญจนวณิชย์ (2564) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และสอดคล้องกับ ฮูดา แวหะยี (2563) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค ในส่วนของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีผลทางบวกต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ เมื่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น จะมีพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริวรรณ พายพัตร, น้ำอ้อย ภักดีวงศ์ และวารินทร์ บินโฮเซ็น (2564) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองและ

สอดคล้องกับ อุมากร ใจยั่งยืน และสภาภรณ์ วรอรุณ (2559) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในส่วนของการสนับสนุนทางสังคมมีผลทางบวกต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ เมื่อการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น จะมีพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องการศึกษาของ ราตรี อร่ามศิลป์, พัทธยา เกิดกุล, สายใจ จารุจิตร และคณะ (2561) ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสันพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการ

4. ปัจจัยทำนายต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ ภายใต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุภายใต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย เรียงลำดับตามความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุจากมากไปหาน้อยได้ ดังนี้ ตัวแปรการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยมีผลทางบวกต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ โชติรส คงหอม (2557) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองได้สูงสุด และสอดคล้องกับ สุพิชา อาจคิดการ (2557) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองและการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ร้อยละ 41 และสอดคล้องกับ กมลพร สิริคุตจตุพร, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ และนารีรัตน์ จิตรมนตรี (2560) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนสมารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองได้สูงสุด ในส่วนของการสนับสนุนทางสังคม มีผลทางบวกต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพิชา อาจคิดการ (2557) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองและการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ร้อยละ 41 และสอดคล้องกับ ภรปภา จันทร์ศรีทอง และทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์ (2561) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนจากครอบครัว เพศ และความเปราะบางสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 69.6 และสอดคล้องกับ พนิดา จันทร์ดีแก้วสกุล, นันทิยา วัฒายุ และนันทวัน สุวรรณรูป (2561) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้มากที่สุด ในส่วนการรับรู้ความรุนแรงของโรค โดยมีผลทางบวกต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐยา สุนัติ, เอมอัชฌา, ยุวดี รอดจากภัย และวัลลภ ใจดี (2564) ที่พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก

ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ และระยะเวลาที่อาศัยในพื้นที่ ซึ่งสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอเกาะช้าง จังหวัดตราดได้ร้อยละ 20.7

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลจากการวิจัยในครั้งนี้ สามารถใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงในการวางแผนการส่งเสริมด้านสุขภาพในชุมชน สร้างการพฤติกรรมการจัดการตนเอง โดยนำปัจจัยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มาร่วมในการวางแผนเพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความตระหนัก เห็นถึงอันตรายของโรคจนเกิดเป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันโรคต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ เช่น พฤติกรรมการป้องกันตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ เป็นต้น นอกจากนี้ อิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมที่ส่งต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางสุขภาพของกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อโควิด-19 ซึ่งจะนำไปสู่การวางแผนและเป็นโมเดลความสัมพันธ์กรณีที่เกิดโรคอุบัติใหม่ได้ในอนาคต

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

กมลพร สิริคุตจตุพร, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ และนารีรัตน์ จิตรมนตรี. (2560). **ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ โรคเบาหวานชนิดที่ 2**. วิทยานิพนธ์พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ), มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2564). **สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 จังหวัด**. สืบค้นเมื่อ 18 มิถุนายน 2565, จาก https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1099

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). **โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)**. สืบค้นเมื่อ 18 มิถุนายน 2564, จาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). **ข้อมูลสำหรับการป้องกันตนเองจากไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019**. สืบค้นเมื่อ 18 มิถุนายน 2564, จาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/introduction/introduction01.pdf?fbclid=IwAR2gLg0X47HomU-hI4MEoJwospIvFWkIIlHGH5hhaj-EBaNFW3ICUJukQhI.

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2563). **คำแนะนำสำหรับผู้สูงอายุ ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)**. สืบค้นเมื่อ 18 มิถุนายน 2564, จาก https://covid19.anamai.moph.go.th/web-upload/2xdccaaf3d7f6ae30ba6ae1459eaf3dd66/m_document/6734/34105/file_download/f58d7f01402d9b74c9c1982f80665644.pdf.

กัลยารัตน์ ธีระธนชัยกุล. (2564). อิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตที่มีต่อความสุขของผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร จังหวัดปทุมธานี จังหวัดนนทบุรี และจังหวัดสมุทรปราการ. **วารสารวิชาการบริหารธุรกิจ**, 10(1), 30-48.

กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นภชา สิงห์วีรธรรม และนวพร ดำแสงสวัสดิ์. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย. **วารสารสถาบันบำราศนราดูร**, 14(2), 92-103.

เกื้อกูล ถนอมจิต. (2543). **ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยส่วนบุคคลกับความสม่ำเสมอในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด ณ โรงพยาบาลทรวงอก**. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์), มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพฯ.

ขนิษฐา พิศฉลาด และภาวดี วิมลพันธุ์. (2557). ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและดัชนีมวลกายของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงระยะก่อนเบาหวานในชุมชน. **วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข**, 27(1), 47-59.

จรัญ ผดุงนานนท์. (2553). **การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการ ณ สถานบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา**. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (สังคมเพื่อการพัฒนา), มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี, กรุงเทพฯ.

โชติรส คงหอม. (2557). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี. **วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี**, 8(2), 248-258.

ณัฐยา สุนัติ, เอมอัชฌา, ยุวดี รอดจากภัย และวัลลภ ใจดี. (2564). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอเกาะช้าง จังหวัดตราด. **วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา**, 16(2), 53-67.

นงศ์ณพัชร์ มณีอินทร์ และอิทธิพล ดวงจินดา. (2564). การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ อำเภออู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี. **วารสารสภาสาธารณสุขชุมชน**, 3(2), 1-18.

บุญต่าย สิทธิไพศาล. (2553). **พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังโรงพยาบาลห้างฉัตร จังหวัดลำปาง**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ), มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

ประนอม กาญจนวณิชย์. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี. **วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**, 36(2), 20-33.

พนิดา จันทร์ดีแก้วสกุล, นันทิยา วัฒายุ และนันทวัน สุวรรณรูป. (2561). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่ควบคุมไม่ได้. **วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม**, 36(1), 31-43.

พนิตนันท์ พรหมดำ และนิตยา สุขชัยสงค์. (2564). ประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมรับประทานยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกรุงเทพมหานคร. **วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก**, 32(2), 131-145.

ภรปภา จันทร์ศรีทอง และทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์. (2561). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน. **วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม**, 30(2), 81-95.

ภาสิต ศิริเทศ. (2562). ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ. **วารสารพยาบาลทหารบก**, 20(20), 58-65.

ราตรี อร่ามศิลป์, พัทธยา เกิดกุล, สายใจ จารุจิตร และคณะ. (2561). พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี. **วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี**, 29(1), 68-77.

วราวุฒิ เกรียงบูรพา. (2563). การติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ในเด็ก. **วารสารบูรพาเวชสาร**, 7(1), 96-102.

ไวยพร พรมวงค์ และจรูญศรี มีหนองหว้า. (2564). ความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์. **วารสารศูนย์อนามัยที่ 9**, 15(37), 377-391.

ศรีสุรางค์ เอี่ยมสะอาด. (2564). ผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. **วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น**, 9(2), 155-166.

ศิริวรรณ พายพัตร, น้ำอ้อย ภักดีวงศ์ และวารินทร์ บินโฮเซ็น. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. **วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท.**, 3(2), 22-36.

ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค. (2565). **รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ฉบับที่ 729 วันที่ 1 มกราคม 2565**. สืบค้นเมื่อ 6 มกราคม 2565, จาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no729-010165.pdf

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย. (2565). **รายงานสถานการณ์ Covid-19 จังหวัดเชียงราย**. สืบค้นเมื่อ 16 พฤษภาคม 2565, จาก https://www.facebook.com/SanakngansathamsukhCanghwadCheiyngray

สุพัตรา สิทธิวัง, ศิวพร อึ้งวัฒนา และเดชา ทำดี. (2563). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. **วารสารพยาบาลสาร**, 47(2), 85-97.

สุพิชา อาจคิดการ. (2557). **พฤติกรรมการจัดการตนเองและปัจจัยทำนายในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ), มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

สุมาพร สุจำนง, มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์ และนิรัตน์ อิมามี. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตลาดขวัญ. **วารสารวิทยาลัยบรมราชชนนี กรุงเทพ**, 29(2), 20–30.

สุรัยยา หมานมานะ, โสภณ เอี่ยมศิริถาวร และสุมนมาลย์ อุทยมกุล. (2563). โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID–19). **วารสารสถาบันบำราศนราดูร**, 14(2), 124–133.

อภิวดี อินทเจริญ, คันธมาทน์ กาญจนภูมิ, กัลยา ตันสกุล และคณะ. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองคอหงส์ จังหวัดสงขลา. **วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน**, 3(2), 19–30.

อรพินท์ อินทรนุกูลกิจ. (2536). **การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคแผลในกระเพาะอาหาร**. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่), มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.

อุมากร ใจยั่งยืน และสภาภรณ์ วรอรุณ. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะตนเอง การสนับสนุนของครอบครัวและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง. **วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม**, 17(33), 20–30.

ฮูดา แวหะยี. (2563). การรับรู้ความรุนแรงและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 (โควิด–19) ของวัยรุ่นในเขตตำบลสะเตงนอก อำเภอเมือง จังหวัดยะลา. **วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน**, 6(4), 158–168.

Bandura, A. (2008). An agentic perspective on positive psychology. **Positive psychology**, 1, 167–196.

Becker, M. H. (1974). The Health Belief Model and Sick Role Behavior. **Health Education Behavior**, 2(4), 409–419.

Didarloo, A., and et al. (2012). Prediction of Self–Management Behavior among Iranian Women With Type 2 Diabetes: Application of the Theory of Reasoned Action along with Self–Efficacy (ETRA). **Iran Red Crescent Med J**, 14(2), 86–95.

Hinkle, D.E, William, W. and Stephen G. J. (1998). **Applied Statistics for the Behavior Sciences**, (4thed). New York : Houghton Miffin.

House, J.S. (1981). **Work stress and Social Support.** Reading. Ma:, Addison–Wesley.

Krejcie, R. V. and Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. **Educational and Psychological Measurement**, 30(3), 607–610.

Lorig, K. R. and Holman, H. (2003). Self–management Education: History, definition, outcome, and mechanisms. **Annals of Behavioral Medicine**, 26(1), 1–7.

Rosenstock, I. M. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. **Health Education & Behavior,** 2(4), 328–335.

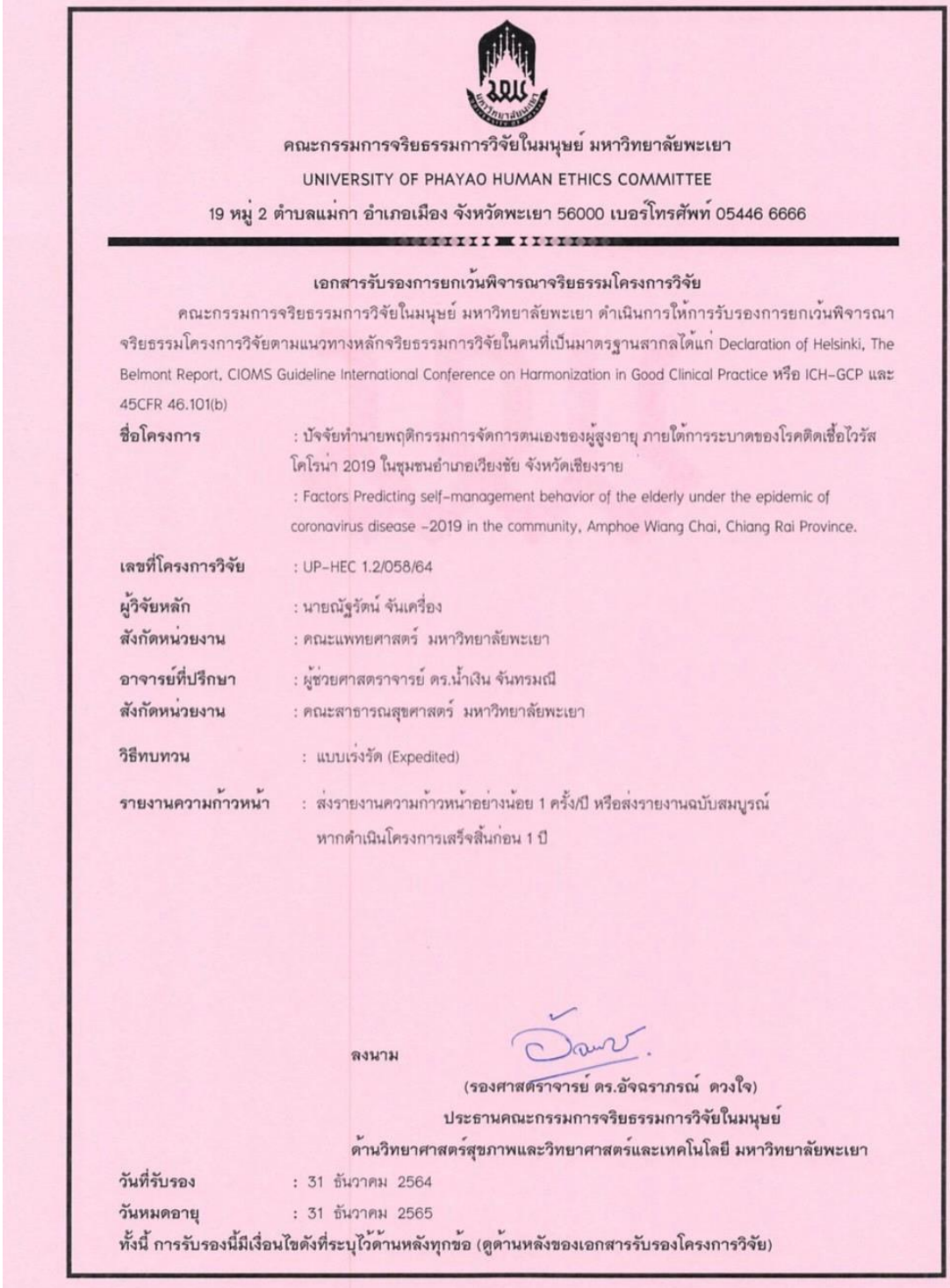
Ross Shegog, PHD, et al., (2001). Impact of a Computer–assisted Education Program on Factors Related to Asthma Self–management Behavior. **Journal of the American Medical Informatiocs Association**, 8(1), 49–61.

Simona Primozic, et. al. (2012). Specific cognitive abilities are associated with diabetes self–management behavior among patients with type 2 diabetes. **Diabetes Research and Clinical Practice**, 95(1), 48–54.

Touhy, T. A. and Jett, K. F. (2018). **Ebersole and Hess' gerontological nursing & healthy aging,** (5th ed). St. Louis, Mo. : Elsevier/Mosby.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก เอกสารรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา
UNIVERSITY OF PHAYAO HUMAN ETHICS COMMITTEE
19 หมู่ 2 ตำบลแม่กา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา 56000 เบอร์โทรศัพท์ 05446 6666

เอกสารรับรองการยกเว้นพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา ดำเนินการให้การรับรองการยกเว้นพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP และ 45CFR 46.101(b)

ชื่อโครงการ : ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ ภายใต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 ในชุมชนอำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย
: Factors Predicting self-management behavior of the elderly under the epidemic of coronavirus disease -2019 in the community, Amphoe Wiang Chai, Chiang Rai Province.

เลขที่โครงการวิจัย : UP-HEC 1.2/058/64

ผู้วิจัยหลัก : นายณัฐรัตน์ จันเครื่อง

สังกัดหน่วยงาน : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

อาจารย์ที่ปรึกษา : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.น้ำเงิน จันทรมณี

สังกัดหน่วยงาน : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

วิธีทบทวน : แบบเร่งรัด (Expedited)

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

ลงนาม

(รองศาสตราจารย์ ดร.อัจฉราภรณ์ ดวงใจ)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพและวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยพะเยา

วันที่รับรอง : 31 ธันวาคม 2564

วันหมดอายุ : 31 ธันวาคม 2565

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ ภายใต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนอำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย

วันให้คำยินยอม วันที่……..เดือน……..พ.ศ……

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว……
ที่อยู่……
ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่ …… และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย (และระบุด้วยว่าจะได้รับการชดเชยจากผู้สนับสนุนการวิจัยหรือไม่……)

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาอาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจและประมวลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้า และสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์ เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

……ลงนามผู้ให้ความยินยอม

(……) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง

วันที่ ……เดือน……พ.ศ……

ข้าพเจ้า ☐ ยินยอม

☐ ไม่ยินยอม

ให้เก็บตัวอย่างชีวภาพที่เหลือไว้เพื่อการวิจัยในอนาคต

……ลงนามผู้ให้ความยินยอม

(……) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง

วันที่ ……เดือน……พ.ศ……

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

ณัฐรัตน์ จันเครื่อง ลงนามผู้ทำวิจัย

(นายณัฐรัตน์ จันเครื่อง) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง

วันที่ ……..เดือน……..พ.ศ……..

……..ลงนามพยาน

(……) ชื่อพยาน ตัวบรรจง

วันที่ ……..เดือน……..พ.ศ……..

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในแบบคำยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดี ข้าพเจ้าจึงประทับตราลายนิ้วมือขวาของข้าพเจ้าในแบบคำยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ประทับลายนิ้วมือขวา

ลายมือชื่อผู้อธิบาย……

(……)

พยาน……(ไม่ใช่ผู้อธิบาย)

(……)

วันที่……เดือน……พ.ศ……

ภาคผนวก ข แบบสอบถาม

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุภายใต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประกอบการทำวิจัย ที่มีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ ภายใต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุ ภายใต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน

2. แบบสอบถามฉบับนี้ ประกอบด้วย แบ่งออกเป็น 5 ตอน รวมข้อคำถามทั้งหมด 61 ข้อ ได้แก่

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป	จำนวน 8 ข้อ
ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อโควิด-19	จำนวน 7 ข้อ
ตอนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน	จำนวน 16 ข้อ
ตอนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน 19 ข้อ
ตอนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง	จำนวน 11 ข้อ

3. ข้อมูลที่ท่านตอบในแบบสอบถามนี้ ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับและจะมิได้มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานและตัวท่านแต่ประการใด ผู้วิจัยจะนำคำตอบมารวบรวมวิเคราะห์ทางสถิติเพื่อผลวิจัยโดยภาพรวมเท่านั้น

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถาม

นายณัฐรัตน์ จันเครื่อง
ผู้วิจัย

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณากรอกข้อมูลและทำเครื่องหมาย ✓ หน้าคำตอบที่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง หรือเติมข้อความในช่องที่เว้นว่างไว้

1. เพศ

(1) ☐ ชาย (2) ☐ หญิง

2. อายุ.....ปี

3.สถานภาพ

(1) ☐ โสด (2) ☐ สมรส (3) ☐ หย่าร้าง (4) ☐ หม้าย

4. ลักษณะงานหลักที่ทำอยู่ในชีวิตประจำวันเป็นแบบใด

(1) ☐ รับจ้างทั่วไป (2) ☐ เกษตรกร (3) ☐ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว

(4) ☐ ไม่มีอาชีพ (5) ☐ อื่น ๆ (ระบุ.....)

5. ประวัติการมีโรคประจำตัว

(1) ☐ ไม่มีโรคประจำตัว (2) ☐ มีโรคประจำตัว (โปรดระบุชื่อโรค/อาการ)

.....

6. สถานะการได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19

6.1 ☐ ได้รับวัคซีนแล้ว

○ 1 เข็ม ○2 เข็ม ○ มากกว่า 2 เข็ม

6.2 ☐ ยังไม่ได้รับวัคซีน

○ ปฏิเสธการรับวัคซีน ○ ยอมรับวัคซีนถ้ามีความพร้อม

7. ช่องทางการรับข้อมูลเกี่ยวกับโควิด 19

(1) ☐ อินเตอร์เน็ต/สื่อสังคมออนไลน์

(2) ☐ โทรทัศน์

(3) ☐ อสม./บุคลากรทางการแพทย์

(4) ☐ วิทยุ

(5) ☐ หนังสือพิมพ์/สื่อสิ่งพิมพ์

(6) ☐ อื่น ๆ (ระบุ.....)

8. กิจกรรมนอกบ้านที่ปฏิบัติเป็นประจำใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

(1) ☐ กินข้าวนอกบ้าน

(2) ☐ พบปะเพื่อนฝูง

(3) ☐ ไปตลาด

(4) ☐ ไปร่วมงานต่างๆ

(5) ☐ ไปท่องเที่ยว

(6) ☐ อื่น ๆ (ระบุ.....)

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อโควิด-19

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การพิจารณาดังนี้

ระดับ 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่งกับคำถามข้อนั้น

ระดับ 4 หมายถึง เห็นด้วยกับคำถามข้อนั้น

ระดับ 3 หมายถึง ไม่แน่ใจกับคำถามข้อนั้น

ระดับ 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วยกับคำถามข้อนั้น

ระดับ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งกับคำถามข้อนั้น

ข้อที่	การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อโควิด-19	ระดับความคิดเห็น				
		5	4	3	2	1
1.	หากมีผู้ติดเชื้อโควิด-19 ในชุมชน จะสามารถแพร่ระบาดเป็นวงกว้างต่อคนในชุมชนได้					
2.	ผู้ป่วย 1 คน สามารถแพร่เชื้อให้คนอื่นเฉลี่ย 2-4 คนขึ้นไป					
3.	เชื้อโควิด-19 ตามเสื้อผ้าหรือของใช้สามารถอยู่ได้ 7-8 ชั่วโมงและสามารถแพร่เชื้อต่อผู้สัมผัสได้					
4.	ผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีโอกาสเสียชีวิตจากการติดเชื้อโควิด-19					
5.	ผู้สูงอายุมีโอกาสเสียชีวิตจากการติดเชื้อโควิด-19 มากกว่าช่วงอายุอื่น					
6.	ผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เมื่อได้รับเชื้อโควิด-19 มีโอกาสเป็นโรคปอดบวม ถ้าไม่รีบรักษาอาจนำไปสู่ภาวะหัวใจวายและอวัยวะล้มเหลวได้					
7.	ผู้สูงอายุเมื่อได้รับเชื้อโควิด-19 เชื้อสามารถทำอันตรายกับระบบต่าง ๆ ในร่างกายอย่างรวดเร็ว					

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การพิจารณาดังนี้

ระดับ 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่งกับคำถามข้อนั้น

ระดับ 4 หมายถึง เห็นด้วยกับคำถามข้อนั้น

ระดับ 3 หมายถึง ไม่แน่ใจกับคำถามข้อนั้น

ระดับ 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วยกับคำถามข้อนั้น

ระดับ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งกับคำถามข้อนั้น

ข้อที่	การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	ระดับความคิดเห็น				
		5	4	3	2	1
1.	ท่านสามารถใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้งที่ออกจากบ้านได้					
2.	ท่านสามารถล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือใช้เจลแอลกอฮอล์ ทุกครั้งหลังจากสัมผัสสิ่งของ					
3.	ท่านสามารถเว้นระยะห่าง 1 เมตร ทุกครั้งขณะไปในพื้นที่แออัด หรือคนหนาแน่นได้					
4.	ท่านสามารถออกกำลังกาย 3 วัน ต่อ สัปดาห์ได้					
5.	ท่านสามารถดูแลตนเองได้เมื่ออาการป่วยเล็กน้อย					
6.	ท่านสามารถผ่อนคลายความเครียดในสถานการณ์แพร่ระบาดโรคโควิด-19 ได้ด้วยตนเอง					
7.	ท่านสามารถให้คำแนะนำด้านสุขภาพแก่ผู้อื่นได้					
8.	หากท่านมีอาการเข้าข่ายเป็นโรคโควิด-19 ท่านสามารถติดต่อหรือแจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ด้วยตนเอง					
9.	ท่านคิดว่าเมื่อปฏิบัติตามมาตรการรัฐบาลในการควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 สามารถป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของท่านได้					
10.	ท่านคิดว่าเมื่อท่านสวมหน้ากากอนามัยออกนอกบ้านจะช่วยป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ได้					
11.	ท่านคิดว่าเมื่อท่านล้างมือด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์เป็นประจำจะช่วยลดการติดต่อเชื้อโควิด-19 ภายในครอบครัวของท่านได้					
12.	ท่านคิดว่าการเว้นระยะห่างในสถานที่คนหนาแน่นจะช่วยลดการติดต่อเชื้อโควิด-19 ได้					

ข้อที่	การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	ระดับความคิดเห็น				
		5	4	3	2	1
13.	ท่านคิดว่าหากท่านป่วยหรือมีอาการเล็กน้อยแล้วรับประทานยาจะสามารถลดความรุนแรงของโรคได้					
14.	หากท่านออกกำลังกาย 3 วันต่อสัปดาห์จะช่วยเพิ่มภูมิคุ้มกันลดการติดเชื้อโรคโควิด-19 ได้					
15.	หากท่านให้คำแนะนำด้านสุขภาพแก่ผู้อื่นแล้วผู้อื่นจะปฏิบัติตาม					
16.	ท่านคิดว่าวิธีการจัดการความเครียดของท่าน สามารถลดความเครียดในสถานการณ์โควิด-19 ได้					

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การพิจารณาดังนี้

ระดับ 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่งกับคำถามข้อนั้น

ระดับ 4 หมายถึง เห็นด้วยกับคำถามข้อนั้น

ระดับ 3 หมายถึง ไม่แน่ใจกับคำถามข้อนั้น

ระดับ 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วยกับคำถามข้อนั้น

ระดับ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งกับคำถามข้อนั้น

ข้อที่	การสนับสนุนทางสังคม	ระดับความคิดเห็น				
		5	4	3	2	1
1.	คนรอบข้างช่วยเหลือท่านเมื่อท่านมีปัญหาด้านสุขภาพ					
2.	คนในครอบครัวช่วยท่านทำงาน เช่น การทำความสะอาดบ้าน ซักผ้า ทำกับข้าว					
3.	คนในครอบครัวดูแลรับ- ส่งท่าน เมื่อต้องไปพบแพทย์หรือเดินทางไปที่ต่างๆ					
4.	คนในครอบครัวจัดที่พักให้ท่านตามความเหมาะสม					
5.	คนในครอบครัวจัดหาเสื้อผ้า ของใช้ อาหาร มาให้ท่านตามความเหมาะสม					

ข้อที่	การสนับสนุนทางสังคม	ระดับความคิดเห็น				
		5	4	3	2	1
6.	เมื่อท่านต้องกักตัวเป็นเวลา14วัน หน่วยงานท้องถิ่นของท่านพร้อมที่จะช่วยเหลือถุงยังชีพและของใช้ที่จำเป็นในการกักตัว					
7.	คนในครอบครัวให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารแก่ท่าน					
8.	คนในครอบครัวให้คำแนะนำเรื่องการออกกำลังกายแกทาน					
9.	คนในครอบครัวแนะนำให้ทานสังเกตอาการผิดปกติต่างๆของร่างกายและบอกแนวทางการแก้ไขให้					
10	คนในครอบครัวให้คำแนะนำเรื่อง วิธีการปฏิบัติตนเมื่อไม่สบายแก่ท่าน					
11.	คนในครอบครัวนำคำแนะนำจากแพทย์หรือพยาบาล มาบอกแก่ท่าน					
12.	เมื่อมีข้อสงสัยเรื่องสุขภาพ ท่านสามารถขอคำปรึกษาจากคนในชุมชนได้					
13.	คนในครอบครัวให้คำแนะนำเรื่องโรคโควิด-19 เช่น การป้องกันตัวเอง การสวมหน้ากากอนามัย การเว้นระยะห่างให้แก่ท่าน					
14.	เมื่อท่านมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อโควิด-19 ท่านมีบุคคลคนที่สามารถให้คำปรึกษาได้					
15.	เมื่อท่านป่วยเป็นโรคโควิด-19 ท่านจะได้รับความรัก ความห่วงใยจากคนใกล้ชิด					
16.	ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19ได้เทียบเท่าหรือดีกว่าผู้สูงอายุท่านอื่น					
17.	ท่านได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมกับเพื่อนๆและญาติพี่น้อง					
18.	คนในครอบครัวสนับสนุนให้ทานเข้าร่วมประเพณีหรือทำกิจกรรมต่างๆของชุมชน					
19.	คนในครอบครัวสนับสนุนให้ทานได้พูดคุยกับผู้รู้ เรื่องการดูแลสุขภาพ เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาล					

ตอนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การพิจารณาดังนี้

ระดับ 4 หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ (7 วัน/สัปดาห์)

ระดับ 3 หมายถึง ปฏิบัติบ่อยครั้ง (5-6 วัน/สัปดาห์)

ระดับ 2 หมายถึง ปฏิบัติปานกลาง (3-4 วัน/สัปดาห์)

ระดับ 1 หมายถึง ปฏิบัติบางครั้ง (1-2 วัน/สัปดาห์)

ระดับ 0 หมายถึง ไม่ปฏิบัติเลย

ข้อที่	พฤติกรรมการจัดการตนเอง	ระดับความคิดเห็น				
		4	3	2	1	0
1.	ท่านรับประทานอาหารรสจืด โดยไม่ปรุงเครื่องปรุงเพิ่มเติม					
2.	ท่านสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งที่ออกนอกบ้าน					
3.	ท่านล้างมือด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ทุกครั้งที่สัมผัสสิ่งของ					
4.	ท่านเว้นระยะห่างอย่างน้อย 1 เมตรทุกครั้งเมื่อไปที่แออัด หรือคนหนาแน่น					
5.	ท่านปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของตนเองได้ตามปกติ					
6.	ท่านทำบทบาทในครอบครัวได้ตามปกติ					
7.	ลูกหลานของท่านยังคงเคารพนับถือ ให้เกียรติในการตัดสินใจของท่าน					
8.	ท่านปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคโควิด-19 เมื่อเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน					
9.	ท่านจัดการกับอาการเครียด โดยการพูดคุยกับผู้อื่นเมื่อรู้สึกว่าตนเองมีวิตกกังวล					
10.	ท่านจัดการกับอาการเครียดอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่ การทำสมาธิ การฟังเพลง หรือฝึกการผ่อนคลาย					
11.	ท่านใช้วิธีการพูดคุย ปรึกษากับบุคคลที่ไว้วางใจ เช่น ญาติสนิท แพทย์ พยาบาล เมื่อรู้สึกซึมเศร้า ท้อแท้ หมดหวัง หมดกำลังใจ					

ขอบพระคุณในความร่วมมือ

ภาคผนวก ค แผนการดำเนินการวิจัย

กิจกรรม	ก.พ. 64	มี.ค. 64	เม.ย. 64	พ.ค. 64	มิ.ย. 64	ก.ค. 64	ส.ค. 64	ก.ย. 64	ต.ค. 64	พ.ย. 64	ธ.ค. 64	ม.ค. 65	ก.พ. 65	มี.ค. 65	เม.ย. 65
ทบทวนวรรณกรรม	✓														
ศึกษาข้อมูลประชากรที่ต้องการศึกษา	✓														
เขียนโครงร่างการวิจัย		✓	✓	✓	✓	✓									
นำเสนอโครงร่างงานวิจัย							✓								
สร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย							✓	✓							
ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบและแนะนำแนวทางแก้ไข								✓	✓	✓					
ดำเนินการขอจริยธรรมในการทำวิจัย								✓	✓	✓					
ทำการทดสอบเครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่าง										✓					
พบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัวและให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัย										✓					
ดำเนินกิจกรรมและเก็บรวบรวมข้อมูล										✓	✓	✓	✓		
วิเคราะห์และแปลผลข้อมูล												✓	✓		
เขียนรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์													✓	✓	
นำเสนองานวิจัย															✓

ภาคผนวก ง ผลงานการตีพิมพ์

3HS-003OR

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อโควิด-19 ของผู้สูงอายุ อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย

Factors related to perceived severity of COVID-19 infectious diseases of the elderly, Wiangchai District, Chiang Rai

ณัฐรัตน์ จันเครื่อง[1] และ น้ำเงิน จันทรมณี[2*]

Nuttharat Jankuang [1], and Namngern Chantaramanee [2*]

[1]โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผางาม อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย

[1] Pha Ngam Health Promoting Hospital, Wiangchai District, Chiang Rai

[2]คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา จังหวัดพะเยา

[2]School of Public Health, University of Phayao, Phayao

*Corresponding author: Namngern.ch@up.ac.th

บทคัดย่อ

การรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรค ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อโควิด-19 จะเป็นประโยชน์ในการป้องกันตนเองโรคติดเชื้อโควิด-19 ในชุมชน การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อโควิด-19 ของผู้สูงอายุ อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย จำนวน 444 คน โดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ด้วยสถิติไคสแควร์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 52.03) อายุ อยู่ในช่วง 60 – 65 ปี (ร้อยละ 47.07) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 76.13) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 58.33) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 52.25) ทั้งนี้ได้รับวัคซีนแล้ว 2 เข็ม (ร้อยละ 79.73) และยังไม่ได้รับวัคซีนเป็นส่วนน้อย (ร้อยละ 5.86) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อโควิด-19 อยู่ในระดับสูง โดยปัจจัยทางด้านอาชีพ การได้รับวัคซีน และ ช่องทางการรับข้อมูลเกี่ยวกับโควิด-19 เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อโควิด-19 ของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อโควิด-19 ของผู้สูงอายุควรให้ความสำคัญกับอาชีพสถานะการได้รับวัคซีน และกลวิธีการสื่อสารความเสี่ยงร่วมด้วย

คำสำคัญ: การรับรู้ความรุนแรง; โรคติดเชื้อโควิด-19; ผู้สูงอายุ

ABSTRACT

Perceived severity of disease is one of the factors that may affect preventive self-care behaviors. Elderly people who are aware of the severity of COVID-19 will be helpful in protecting themselves against COVID-19 in the community. This was a survey using a cross-sectional approach. The purpose was to use a questionnaire to study the factors related to the perceived severity of COVID-19 among 444 elderly people in Wiang Chai District, Chiang Rai Province. The data was analyzed using descriptive statistics, and the chi-square statistic was used to look for correlation. The results showed that most of the samples were female (52.03%), aged 60–65 years (47.07%), married (76.13%), farming (58.33%), and had no underlying disease (%) (52.25). The majority of the samples (79.73 percent) had received two doses of vaccine, while a minority (5.86 percent) had not been vaccinated. The sample group had a high perceived score on the severity of the COVID-19 infectious disease. Occupational factors, vaccination and channels for obtaining information about COVID-19 were statistically related to the elderly's perceived severity of COVID-19 infection. As a result, organizations working to increase awareness about severity of the COVID-19 infectious disease should consider occupation vaccination status and risk communication strategies.

Keywords: Perceived Severity; COVID-19; Elderly

บทนำ

ทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทยกำลังมีการระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 ข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข มีผู้ติดเชื้อทั่วโลกสะสมกว่า 280 ล้านราย และมีผู้เสียชีวิตมากกว่า 5 ล้านราย (ข้อมูลวันที่ 29 มกราคม 2565) และยังคงตรวจพบผู้ติดเชื้อรายใหม่รวมถึงผู้เสียชีวิตรายใหม่อย่างต่อเนื่อง (กรมควบคุมโรค, 2565) ในส่วนของประเทศไทยจากข้อมูลของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มีผู้ติดเชื้อโคโรนา 2019 สะสมมากกว่า 2 ล้านราย ผู้เสียชีวิตกว่า 2 หมื่นราย จากข้อมูลของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค (2565) ในรายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า ในจำนวนผู้เสียชีวิตนี้แบ่งเป็นกลุ่มอายุต่างๆ โดยกลุ่มที่เสียชีวิตมากที่สุดคือ กลุ่มโรคประจำตัว หรือภาวะเสี่ยง เช่น อ้วน ตั้งครรภ์ หรือสูงอายุ ทั้งนี้อัตราป่วยตายในกลุ่มผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีมากกว่ากลุ่มอื่นๆ ซึ่งจะเห็นได้ว่าสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 มีความรุนแรงในผู้สูงอายุและมีความเสี่ยงสูงมากกว่ากลุ่มอื่นๆ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (สุภาภรณ์ วงธิ, 2564; อภิวดี อินทเจริญและคณะ 2564) ดังนั้น การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อโควิด-19 ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงจึงมีความสำคัญโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่จะนำไปสู่พฤติกรรมป้องกันตนเอง

นอกจากนี้จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารจะเป็นตัวกระตุ้นและมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคต่างๆ (ชุติมา วัฒนศักดิ์ภูบาล, 2553) ซึ่งปัจจัยทั้งการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวก และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางลบ และการรับรู้ความสามารถในตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค จะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนของโรค รวมทั้งการรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) ถือเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคของผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยภายในที่เกิดจากตัวผู้ป่วย

ABSTRACT

Perceived severity of disease is one of the factors that may affect preventive self-care behaviors. Elderly people who are aware of the severity of COVID-19 will be helpful in protecting themselves against COVID-19 in the community. This was a survey using a cross-sectional approach. The purpose was to use a questionnaire to study the factors related to the perceived severity of COVID-19 among 444 elderly people in Wiang Chai District, Chiang Rai Province. The data was analyzed using descriptive statistics, and the chi-square statistic was used to look for correlation. The results showed that most of the samples were female (52.03%), aged 60–65 years (47.07%), married (76.13%), farming (58.33%), and had no underlying disease (%) (52.25). The majority of the samples (79.73 percent) had received two doses of vaccine, while a minority (5.86 percent) had not been vaccinated. The sample group had a high perceived score on the severity of the COVID-19 infectious disease. Occupational factors, vaccination and channels for obtaining information about COVID-19 were statistically related to the elderly's perceived severity of COVID-19 infection. As a result, organizations working to increase awareness about severity of the COVID-19 infectious disease should consider occupation vaccination status and risk communication strategies.

Keywords: Perceived Severity; COVID-19; Elderly

บทนำ

ทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทยกำลังมีการระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 ข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข มีผู้ติดเชื้อทั่วโลกสะสมกว่า 280 ล้านราย และมีผู้เสียชีวิตมากกว่า 5 ล้านราย (ข้อมูลวันที่ 29 มกราคม 2565) และยังคงตรวจพบผู้ติดเชื้อรายใหม่รวมถึงผู้เสียชีวิตรายใหม่อย่างต่อเนื่อง (กรมควบคุมโรค, 2565) ในส่วนของประเทศไทยจากข้อมูลของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มีผู้ติดเชื้อโคโรนา 2019 สะสมมากกว่า 2 ล้านราย ผู้เสียชีวิตกว่า 2 หมื่นราย จากข้อมูลของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค (2565) ในรายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า ในจำนวนผู้เสียชีวิตนี้แบ่งเป็นกลุ่มอายุต่างๆ โดยกลุ่มที่เสียชีวิตมากที่สุดคือ กลุ่มโรคประจำตัว หรือภาวะเสี่ยง เช่น อ้วน ตั้งครรภ์ หรือสูงอายุ ทั้งนี้อัตราป่วยตายในกลุ่มผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีมากกว่ากลุ่มอื่นๆ ซึ่งจะเห็นได้ว่าสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 มีความรุนแรงในผู้สูงอายุและมีความเสี่ยงสูงมากกว่ากลุ่มอื่นๆ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (สุภาภรณ์ วงธิ, 2564; อภิวดี อินทเจริญและคณะ 2564) ดังนั้น การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อโควิด-19 ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงจึงมีความสำคัญโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่จะนำไปสู่พฤติกรรมป้องกันตนเอง

นอกจากนี้จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารจะเป็นตัวกระตุ้นและมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคต่างๆ (ชุติมา วัฒนศักดิ์ภูบาล, 2553) ซึ่งปัจจัยทั้งการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวก และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางลบ และการรับรู้ความสามารถในตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค จะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนของโรค รวมทั้งการรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) ถือเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคของผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยภายในที่เกิดจากตัวผู้ป่วย

โดยตรง เป็นความรู้สึกนึกคิดและความเข้าใจของผู้สูงอายุในการรับรู้ถึงเหตุการณ์ต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเองเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคจนทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ความพิการ หรือความยากลำบากในการใช้ชีวิต (Becker, 1977) จากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ดังกล่าวแสดงถึงว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมสุขภาพ โดยบุคคลจะแสดงพฤติกรรมใดๆ ด้วยความเชื่อว่าจะทำให้มีสุขภาพดีและมีวัตถุประสงค์ในการป้องกันไม่ให้เป็นโรค ซึ่งมีความสำคัญมากสำหรับการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19 ที่มีการระบาดและมีความรุนแรงในกลุ่มผู้สูงอายุ

จากการศึกษาที่ผ่านมาค่อนข้างมีจำกัดเนื่องจากโรคติดเชื้อโควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ จึงมีการศึกษาในประเด็นของการรับรู้ความรุนแรงน้อย ประกอบกับในพื้นที่จังหวัดเชียงรายเป็นพื้นที่การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 มาอย่างต่อเนื่อง และยังมีการปฏิเสธการได้รับวัคซีนในกลุ่มผู้สูงอายุอยู่จำนวนหนึ่ง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาในประเด็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อโควิด-19 ของผู้สูงอายุ อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย ในด้านปัจจัยการรับรู้ความรุนแรงของการติดต่อ การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อ และปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ซึ่งผลการวิจัยจะทำให้ทราบสาเหตุและปัจจัยที่มีผลเพื่อเป็นประโยชน์ในการป้องกันตนเองโรคติดเชื้อโควิด-19 ในชุมชน ได้อย่างมีสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

วิธีการดำเนินงานวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) ในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อโควิด-19 ของผู้สูงอายุ อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย ระหว่างเดือนตุลาคม - ธันวาคม 2564 โดยมีรายละเอียดของวิธีการศึกษา ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อาศัยในอำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย จำนวน 9,511 คน กำหนดกลุ่มกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา โดย ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างของเครซี่และมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970) ได้กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 444 คน จากนั้นทำการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่ครบถ้วนตามที่คำนวณได้

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยพะเยา เอกสารรับรองเลขที่โครงการวิจัย UP-HEC 1.2/058/64 อีกทั้งมีการคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวมรวมข้อมูล ตลอดจนการวิเคราะห์และอภิปรายผลการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยมีการชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ และจะมีการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อโควิด-19 ภายใต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 ในชุมชน อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย จำนวน 1 ชุด โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ งานหลักที่ทำอยู่ในชีวิตประจำวัน โรคประจำตัว และ สถานะการได้รับวัคซีนป้องกัน โควิด-19

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อโควิด-19 โดยมีลักษณะการตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 7 ข้อ โดยมีตัวบ่งชี้ จำนวน 2 ตัวบ่งชี้ ได้แก่

1. การรับรู้ความรุนแรงของการติดต่อ จำนวน 3 ข้อ
2. การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อ จำนวน 4 ข้อ

เป็นลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบในแต่ละข้อเพียงคำตอบเดียว คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย หรือไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยแต่ละคำตอบมีความหมายดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นสอดคล้องกับข้อความนั้นมากที่สุด	(5 คะแนน)
เห็นด้วย	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นสอดคล้องกับข้อความนั้นมาก	(4 คะแนน)
ไม่แน่ใจ	หมายถึง ท่านไม่แน่ใจกับข้อความนี้	(3 คะแนน)
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นสอดคล้องกับข้อความนั้นน้อย	(2 คะแนน)
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่สอดคล้องกับข้อความนั้นเลย	(1 คะแนน)

โดยเกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย แบ่งเป็น 3 ระดับ (Best, 1981) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 3.68-5.00 หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับสูง
ค่าเฉลี่ย 2.34-3.67 หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน โดยพบค่าความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อโควิด-19 ของผู้สูงอายุ โดยค่าสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา (IOC : Index of item objective congruence) เท่ากับ 0.6 – 0.8

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ มีการนำของแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อโควิด -19 ทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน พบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.940

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. ทบทวนเอกสาร และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดทำโครงร่างวิจัย และเสนอโครงร่างวิจัยในการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากมหาวิทยาลัยพะเยา

2. ผู้วิจัยจัดทำหนังสือขอความร่วมมือในการวิจัยและประสานหน่วยงานในพื้นที่เขตรับผิดชอบอำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย เพื่อขอสำรวจเก็บข้อมูลจากกลุ่มประชากรในพื้นที่

3. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม โดยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และสิทธิ์ในการถอนตัวจากการวิจัย และขอความยินยอมในการให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ เมื่ออาสาสมัครยินดีที่จะเข้าร่วมเป็นอาสาสมัคร จึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งใช้เวลาประมาณ 10 นาที

4. นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทำการลงรหัสและจัดระบบข้อมูลในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ เพื่อนำมาสรุป อภิปราย และเผยแพร่ผลการศึกษาในภาพรวมต่อไป

การวิเคราะห์ทางสถิติ

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาความถี่ และร้อยละ

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อโควิด-19 ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation) ตามลักษณะของตัวแปร

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 52.03) ส่วนมากมีอายุอยู่ในช่วง 60 – 65 ปี (ร้อยละ 47.07) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 76.13) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 58.33) รองลงมาคือ รับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 19.14) และไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 52.25) และได้รับวัคซีนแล้ว 2 เข็ม (ร้อยละ 79.73) และยังไม่ได้รับวัคซีนเป็นส่วนน้อย (ร้อยละ 5.86) โดยช่องทางในการรับข้อมูลเกี่ยวกับโควิด-19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับข้อมูลจาก อสม.หรือบุคลากรทางการแพทย์ (ร้อยละ 59.01) รองลงมาเป็นทางโทรทัศน์ (ร้อยละ 34.68) อินเตอร์เน็ต/สังคมออนไลน์ (ร้อยละ 5.41) และวิทยุ (ร้อยละ 0.90) ตามลำดับ โดยผลการศึกษาการรับรู้ความรุนแรงของโรคของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยการรับรู้ความรุนแรงของการติดต่อและการรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อ ผลการศึกษาแสดงในตารางที่ 1 และ 2

จากการศึกษาการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อโควิด-19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้อยู่ในระดับสูง โดยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมากที่สุดคือ ข้อคำถามที่ว่า “ผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีโอกาสเสียชีวิตจากการติดเชื้อโควิด-19” (4.66±0.59 คะแนน) รองลงมาคือ ข้อคำถาม “ผู้สูงอายุมีโอกาสเสียชีวิตจากการติดเชื้อโควิด-19 มากกว่าช่วงอายุอื่น” (4.59±0.65 คะแนน) และน้อยที่สุดคือ ข้อคำถาม “เชื้อโควิด-19 ตามเสื้อผ้าหรือของใช้สามารถอยู่ได้ 7-8 ชั่วโมงและสามารถแพร่เชื้อต่อผู้สัมผัสได้” (4.30±0.85 คะแนน) รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ความรุนแรงของโรครายข้อ (n = 444)

การรับรู้ความรุนแรงของโรค	$\bar{x}$	S.D.
1. หากมีผู้ติดเชื้อโควิด-19 ในชุมชน จะสามารถแพร่ระบาดเป็นวงกว้างต่อคนในชุมชนได้	4.55	0.79
2. ผู้ป่วย 1 คน สามารถแพร่เชื้อให้คนอื่นเฉลี่ย 2-4 คนขึ้นไป	4.53	0.71
3. เชื้อโควิด-19 ตามเสื้อผ้าหรือของใช้สามารถอยู่ได้ 7-8 ชั่วโมงและสามารถแพร่เชื้อต่อผู้สัมผัสได้	4.30	0.85
4. ผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีโอกาสเสียชีวิตจากการติดเชื้อโควิด-19	4.66	0.59
5. ผู้สูงอายุมีโอกาสเสียชีวิตจากการติดเชื้อโควิด-19 มากกว่าช่วงอายุอื่น	4.59	0.65
6. ผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เมื่อได้รับเชื้อโควิด-19 มีโอกาสเป็นโรคปอดบวม ถ้าไม่รีบรักษาอาจนำไปสู่ภาวะหัวใจวายและอวัยวะล้มเหลวได้	4.56	0.65
7. ผู้สูงอายุเมื่อได้รับเชื้อโควิด-19 เชื้อสามารถทำอันตรายกับระบบต่าง ๆ ในร่างกายอย่างรวดเร็ว	4.55	0.65

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคในภาพรวมเท่ากับ 4.54±0.48 คะแนน ประกอบด้วยคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของการติดต่อ เท่ากับ 4.46±0.61 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อ เท่ากับ 4.59±0.51 คะแนน และ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 93.69 รายละเอียดเป็นไปตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ความรุนแรงของโรค รายองค์ประกอบ (n = 444)

การรับรู้ความรุนแรงของโรค	$\bar{x}$	S.D.	ระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรค [จำนวน (ร้อยละ)]		
			ต่ำ	ปานกลาง	สูง
การรับรู้ความรุนแรงของการติดต่อ	4.46	0.61	6 (1.35)	54 (12.16)	384 (86.49)
การรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อ	4.59	0.51	1 (0.23)	19 (4.28)	424 (95.50)
คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรค	4.54	0.48	1 (0.23)	27 (6.08)	416 (93.69)

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อโควิด-19 พบว่า อาชีพหลัก (x^2 = 6.995, p = 0.030) การได้รับวัคซีน (x^2 = 13.008, p = 0.005) และ ช่องทางการรับข้อมูลเกี่ยวกับโควิด-19 (x^2 = 11.570, p = 0.003) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อโควิด-19 ของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดเป็นไปตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อโควิด-19

ตัวแปร	การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อโควิด-19		x^2	df	p-value
	ระดับต่ำ-ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับสูง จำนวน (ร้อยละ)			
เพศ					
ชาย	10 (4.69)	203 (95.31)	1.799	1	0.180
หญิง	18 (7.79)	213 (92.21)			
อายุ					
อายุ 60 - 65 ปี	13 (6.22)	196 (93.78)	0.108	2	0.947
อายุ 66 - 70 ปี	9 (6.00)	141 (94.00)			
อายุ 71 ปีขึ้นไป	6 (7.06)	79 (92.94)			
สถานภาพ					
โสด	0 (0)	11 (100.00)	0.927	2	0.629
สมรส	21 (6.21)	317 (93.79)			
หม้าย/หย่าร้าง	7 (7.37)	88 (92.63)			
อาชีพหลัก					
รับจ้าง/ธุรกิจส่วนตัว/อื่นๆ	13 (10.83	107 (89.17)	6.995*	2	0.030
เกษตรกรรม	10 (3.86)	249 (96.14)			
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	5 (7.69)	60 (92.31)			

19 ของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า แต่ละกลุ่มอาชีพมีผลต่อการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อโควิด-19 ซึ่งแต่ละอาชีพมีความเสี่ยงหรือการสัมผัสกับปัจจัยเสี่ยงที่แตกต่างกัน แต่แตกต่างจากการศึกษาของ ดรัญชนก พันธ์สุมา และ, พงษ์สิทธิ์ บุญรักษา (2564) ที่พบว่า อาชีพ (ราชการ/พนักงาน ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย และเกษตรกร/รับจ้างทั่วไป/อื่น ๆ) ไม่มีความสัมพันธ์ทั้งความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 ทั้งนี้อาจเกิดขึ้นจากบริบทของแต่ละพื้นที่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร หรือปัจจัยที่ส่งเสริมการรับรู้ที่แตกต่างกัน ในส่วนของประเด็นการได้รับวัคซีนมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อโควิด-19 สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิษฐา ชื่นใจ (2564) ที่พบว่าปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นหนึ่งในปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโคโรนาไวรัส (Covid-19) ในส่วนของประเด็นช่องทางการรับรู้ข้อมูลพบว่ามีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ พนม คลี่ฉายา (2561) ที่ทำการศึกษาการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลข่าวสารสุขภาพเพื่อการดูแลตนเองให้ปลอดภัยจากโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศของประชาชนในเขตเมือง โดยผลการศึกษา พบว่า การเข้าถึงข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่ออุบัติใหม่ฯ ของประชาชนพบว่ามีการเข้าถึงผ่านสื่อมวลชน สื่อบุคคล ได้แก่ อสม. แกนนำสุขภาพครอบครัว (กสค.) เพื่อนบ้าน อาสาสมัครต่างด้าว สื่อรณรงค์เฉพาะกิจ สื่อท้องถิ่น สื่อชุมชน และสื่อออนไลน์ และ ประชาชนจะมีการตื่นตระหนกเกิดขึ้นเมื่อมีการรายงานข่าวเกี่ยวกับการระบาด ความรุนแรงของโรค การไม่มียารักษา การเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อมากขึ้น ดังนั้นจะปฏิเสธไม่ได้ว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อโควิด-19 มาจากการรับข้อมูลต่างๆมาจากสื่อบุคคลที่อยู่ใกล้ตัวและสื่อมวลชนผ่านช่องทางสาธารณะต่างๆ

สรุปและข้อเสนอแนะ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุในช่วงอายุ 60-65 ปี เพศหญิง ทั้งนี้ส่วนใหญ่ได้รับวัคซีนแล้ว 2 เข็ม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อโควิด-19 อยู่ในระดับสูง โดยปัจจัยทางด้านอาชีพหลัก การได้รับวัคซีน และ ช่องทางการรับข้อมูลเกี่ยวกับโควิด-19 เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อโควิด-19 ของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อโควิด-19 ของผู้สูงอายุควรให้ความสำคัญกับอาชีพ สถานการณ์ได้รับวัคซีนและ เลือกช่องทางการรับข้อมูลเกี่ยวกับโควิด-19ที่เหมาะสมกับกลุ่มที่ต้องการสื่อสาร ซึ่งจะมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการรับรู้อันตรายและความรุนแรงของโรคได้ นอกจากนี้ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรทำการศึกษาอิทธิพลต่อการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ เช่น พฤติกรรมการป้องกันตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ เป็นต้น นอกจากนี้ อิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมที่ส่งต่อการรับรู้ความรุนแรงของโรคและผลลัพธ์ทางสุขภาพของกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อโควิด-19 ซึ่งจะนำไปสู่การวางแผนและเป็นโมเดลความสัมพันธ์กรณีที่เกิดโรคอุบัติใหม่ได้ในอนาคต

คำขอบคุณ

ผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่อำนวยความสะดวกให้ผู้วิจัยสามารถรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วน ขอบพระคุณคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ที่อำนวยความสะดวกในการศึกษาวิจัยจนสำเร็จตามวัตถุประสงค์

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อโควิด-19 (ต่อ)

ตัวแปร	การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อโควิด-19		x^2	df	p-value
	ระดับต่ำ-ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับสูง จำนวน (ร้อยละ)			
โรคประจำตัว					
ไม่มีโรคประจำตัว	14 (6.03)	218 (93.97)	0.061	1	0.805
มีโรคประจำตัว	14 (6.06)	198 (93.40)			
สถานะการได้รับวัคซีน					
ได้รับวัคซีน 1 เข็ม	2 (5.13)	37 (94.87)	13.008**	2	0.005
ได้รับวัคซีน 2 เข็ม	17 (4.80)	337 (95.20)			
ได้รับวัคซีนมากกว่า 2 เข็ม	5 (20.00)	20 (80.00)			
ไม่ได้รับวัคซีน	4 (15.38)	22 (84.62)			
ช่องทางการรับข้อมูลเกี่ยวกับโควิด-19					
อินเตอร์เน็ต/วิทยุ	6 (21.43)	22 (78.57)	11.570**	2	0.003
โทรทัศน์	8 (5.19)	146 (94.81)			
อสม./บุคลากรทางการแพทย์	14 (5.34)	248 (94.66)			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ **มีนัยสำคัญยิ่งทางสถิติที่ระดับ 0.01

วิจารณ์ผลการวิจัย

จากผลการศึกษาระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อโควิด-19 ของผู้สูงอายุ พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ อภิวดี อินทเจริญและคณะ (2564) ที่พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับสูง นอกจากนี้ยังพบว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นภชา สิงห์วีรธรรม และนวพร ดำแสงสวัสดิ์ (2563) ที่พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับสูงในกลุ่ม อสม. และยังสามารถทำนายบทบาทการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนได้เช่นกัน ทั้งนี้อาจเกิดจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในปัจจุบัน ที่มีการประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ข้อมูลเชิงรุกที่มีการสื่อสารถึงความรุนแรงของโรคโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง รวมถึงมีการสื่อสารอันตรายที่ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพ การเจ็บป่วยและเสียชีวิตเมื่อติดเชื้อ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษานี้ที่พบว่า ช่องทางในการให้ข้อมูลเพื่อสร้างความรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคของกลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. หรือบุคลากรทางการแพทย์ (ร้อยละ 59.01) รองลงมาเป็น โทรทัศน์ (ร้อยละ 34.68) รวมไปถึงมาตรการในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับวัคซีน ทำให้บุคคลตระหนักถึงความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากขึ้น และนำไปสู่การสร้างความตระหนักรู้ถึงการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลการได้รับวัคซีนของกลุ่มตัวอย่างที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับวัคซีนตั้งแต่ 2 เข็มขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 85

จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อโควิด-19 พบว่า อาชีพหลัก การได้รับวัคซีน และ ช่องทางการรับข้อมูลเกี่ยวกับโควิด-19 เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อโควิด-

เอกสารอ้างอิง (References)

กรมควบคุมโรค. (2565). **สถานการณ์ทั่วโลก โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019**. ค้นเมื่อ 29 มกราคม 2565, จาก https://ddcportal.ddc.moph.go.th/portal/apps/opsdashboard/index.html#/20f3466e075e45e5946aa87c96e8ad65

กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นภชา สิงห์วีรธรรม และนวพร ดำแสงสวัสดิ์. (2563). **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย**. วารสารสถาบันบำราศนราดูร, 14(2), 92-103.

ขนิษฐา ชื่นใจ. (2564). **ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโคโรนาไวรัส (Covid-19) ของประชากรในกรุงเทพมหานคร.** การศึกษาอิสระปริญญาหลักสูตรบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

ชุติมา วัฒนศักดิ์ภูบาล. (2553). **พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองตามเกณฑ์เมืองไทยแข็งแรง ของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลกำแพงเพชร อำเภอรัตภูมิ จังหวัดสงขลา.** วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขายุทธศาสตร์การพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา.

ดรัญชนก พันธ์สุมา และ, พงษ์สิทธิ์ บุญรักษา, (2564). **ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 ของประชาชนในตำบลปรุใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา**, ศรีนครินทร์เวชสาร, 36(5), 597-604.

พนม คลี่ฉายา. (2561). **การเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลข่าวสารสุขภาพเพื่อการดูแลตนเองให้ปลอดภัยจากโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศของประชาชนในเขตเมือง : รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์.** กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).

ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค. (2565). **รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ฉบับที่ 729 วันที่ 1 มกราคม 2565.** ค้นเมื่อ 29 มกราคม 2565, จาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no729-010165.pdf

สุภาภรณ์ วงธิ. (2564). **ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย.** วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร.

อภิวดี อินทเจริญ, คันธมาทน์ กาญจนภูมิ, กัลยา ตันสกุล และ สุวรรณา ปัตตะพัฒน์. (2564). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองคอหงส์ จังหวัดสงขลา.** วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน, 3(2), 19-30.

Becker, M. H., Maiman, L. A., Kirscht, J. P., Haefner, D. P., & Drachman, R. H. (1977). **The Health Belief Model and prediction of dietary compliance: a field experiment**. Journal of Health and Social behavior,348-366.Best, J. W., & Kahn, J. V. (1981). **Research in Education**. Englewood-Cliff.

Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). **Determining sample size for research activities**. Educational and psychological measurement, 30(3), 607-610.

ประวัติผู้วิจัย

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	ณัฐรัตน์ จันเครื่อง
วัน เดือน ปี เกิด	30 ธันวาคม 2535
สถานที่เกิด	น่าน
วุฒิการศึกษา	พ.ศ. 2557 วท.บ. (สาธารณสุขศาสตร์), มหาวิทยาลัยพะเยา, พะเยา
ที่อยู่ปัจจุบัน	156 หมู่3 ตำบลตามชุม อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน 55110
ผลงานตีพิมพ์	ณัฐรัตน์ จันเครื่อง (ผู้บรรยาย). (21 กุมภาพันธ์ 2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อโควิด-19 ของผู้สูงอายุ อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงรายใน การประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 1 (หน้า 341-349). สกลนคร: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน.