

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ผู้สูงอายุเบาหวาน

ประไพวรรณ ด่านประดิษฐ์¹พูนสุข ช่วยทอง²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยแบบชนิดกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้การป้องกันโรคโควิด-19 และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ผู้สูงอายุเบาหวาน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีประวัติเป็นโรคเบาหวาน ในชมรมผู้สูงอายุวัดบูรณาวาส กรุงเทพมหานคร เลือกแบบเจาะจง จำนวน 30 คน เครื่องมือวิจัย คือ 1) โปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบสอบถามการรับรู้การป้องกันโรคโควิด-19 4) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 กลุ่มตัวอย่าง เข้าร่วมโปรแกรมจำนวน 15 ชั่วโมง (5 วัน) เก็บรวบรวมด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนการรับรู้การป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับดีหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนการรับรู้การป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับดีมากและดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และผลการวิจัยพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับดีมาก หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับดีมากและดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

สรุป โปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้การป้องกันโรคโควิด-19 และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 เป็นโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพ สำหรับทีมสุขภาพ สามารถนำรูปแบบการวิจัยไปส่งเสริมความรู้เพื่อป้องกันโรคโควิด-19 กับผู้สูงอายุเบาหวานและกลุ่มเสี่ยงอื่น ๆ ได้

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุเบาหวาน/ โปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ/ การรับรู้/ พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19

¹ รองศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

Corresponding Author, Email: prapaiwan.da@ssru.ac.th

² รองศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

Research article

Outcome of Health Belief Model Program Application on Prevention Perception and Prevention Behavior of COVID-19 in the Diabetic Elderly

*Prapaiwan Danpradit¹**Poonsook Shuaytong²*

Abstract

The research was Quasi-experimental research with one group pre- and post-test design. The objective was to compare the score levels of perception prevention and prevention behaviors of COVID-19 in the diabetic elderly before and after the Health Belief Model Program application. There were thirty samples who were selected by purposive sampling from the elderly in the Puranawat Temple Elderly Club, Bangkok with history of diabetes mellitus. The research tool were 1) Health Belief Model Program 2) personal information questionnaire 3) the questionnaire of perception prevention of COVID-19 4) the questionnaire of prevention behaviors of COVID-19. The samples participated in the program for 15 hours (5 days) duration. The data were analyzed by percent, mean, standard deviation and paired t-test .

Results: The results showed that the samples had good score levels of COVID-19 prevention perception before program participation and after the program participation, they had very good score levels of COVID-19 prevention perception which were better than the score levels before program participation with statistical significance ($p \leq 0.01$). The results of prevention behaviors of COVID-19 were at very good score levels before program participation After program participation, the prevention behaviors of COVID-19 were at very good score levels and were better than the score levels before program participation with statistical significance ($p < 0.01$).

Conclusion: The Health Belief Model Program on prevention perception and prevention behaviors of COVID-19 was effective. The health care teams could apply the research results to promote knowledge of COVID-19 prevention for the diabetic elderly and other vulnerable groups.

Keywords: Diabetic elderly/ Health Belief Model Program/ prevention perception/ prevention behavior of COVID-19

¹ Associated Professor, College of Nursing and Health, Suan Sunandha Rajabhat University
Corresponding Author, Email: prapaiwan.da@ssru.ac.th

² Associated Professor, College of Nursing and Health, Suan Sunandha Rajabhat University
Email: poonsook.sh@ssru.ac.th

บทนำ

โรคโควิด-19 เป็นโรคระบาดอุบัติใหม่ที่เกิดจากเชื้อไวรัส มีการแพร่เชื้ออย่างรวดเร็วไปยังประเทศต่างๆ ในทุกภูมิภาค และทั่วโลก ในลักษณะการระบาดใหญ่ (pandemic) ในวันที่ 30 มกราคม 2563 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรคโควิด-19 ไวรัสโคโรนา 2019 เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ และแนะนำทุกประเทศให้เร่งรัดการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค โรคโควิด-19 พบครั้งแรกในช่วงปลายเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 ที่เมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน เป็นโรคระบาดซึ่งขณะนั้นยังไม่มีวัคซีนป้องกันและยารักษาที่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควรติดต่อโดยผ่านทางไอ จาม การสัมผัสโดยตรงกับสารคัดหลั่งของคนและสัตว์ที่อาจเป็นแหล่งรังโรค¹ มีอัตราการตาย 1-2%² ประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อโควิด-19 รายแรกในช่วงปลายเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 หลังจากนั้นมีการระบาดต่อเนื่องและเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ณ วันที่ 1 พฤศจิกายน 2564³ ประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยยืนยัน 1,920,189 ราย มากเป็นลำดับที่ 3 ของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีอัตราการตาย 27.60 รายต่อแสนประชากร และมีอัตราป่วยตายน้อยละ 1 แบ่งการระบาดได้เป็น 3 ระลอก คือระลอกที่ 1 อยู่ในช่วงเดือนมกราคม - พฤศจิกายน 2563 จุดที่มีการระบาดเป็นกลุ่มก้อน (คลัสเตอร์) ที่สำคัญ คือ สนามมวยและบ่อนการพนัน มีจำนวนผู้ติดเชื้อสะสม 3,998 ราย (ร้อยละ 38.70) มีผู้ป่วยเสียชีวิตสะสม 60 ราย ระลอกที่สองช่วงเดือนธันวาคม 2563 - มีนาคม 2564 จุดที่มีการระบาดเป็นกลุ่มก้อนที่สำคัญ คือ ตลาดกลางกุ้ง สมุทรสาคร มีจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้น 24,855 ราย เสียชีวิตเพิ่มขึ้น 34 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตาย 0.14% และระลอกที่ 3 ตั้งแต่เดือนเมษายน 2564 - 27 พฤศจิกายน 2564 มีจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้น 1,883,161 ราย เสียชีวิตเพิ่มขึ้น 19,111 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตาย 1.01% ซึ่งเป็นการระบาดระลอกที่ใหญ่ที่สุด มีจุดเริ่มต้นของการระบาดในระลอกนี้ คือสถานบันเทิงย่านทองหล่อ ผู้เสียชีวิตของระลอกที่ 2 ส่วนใหญ่

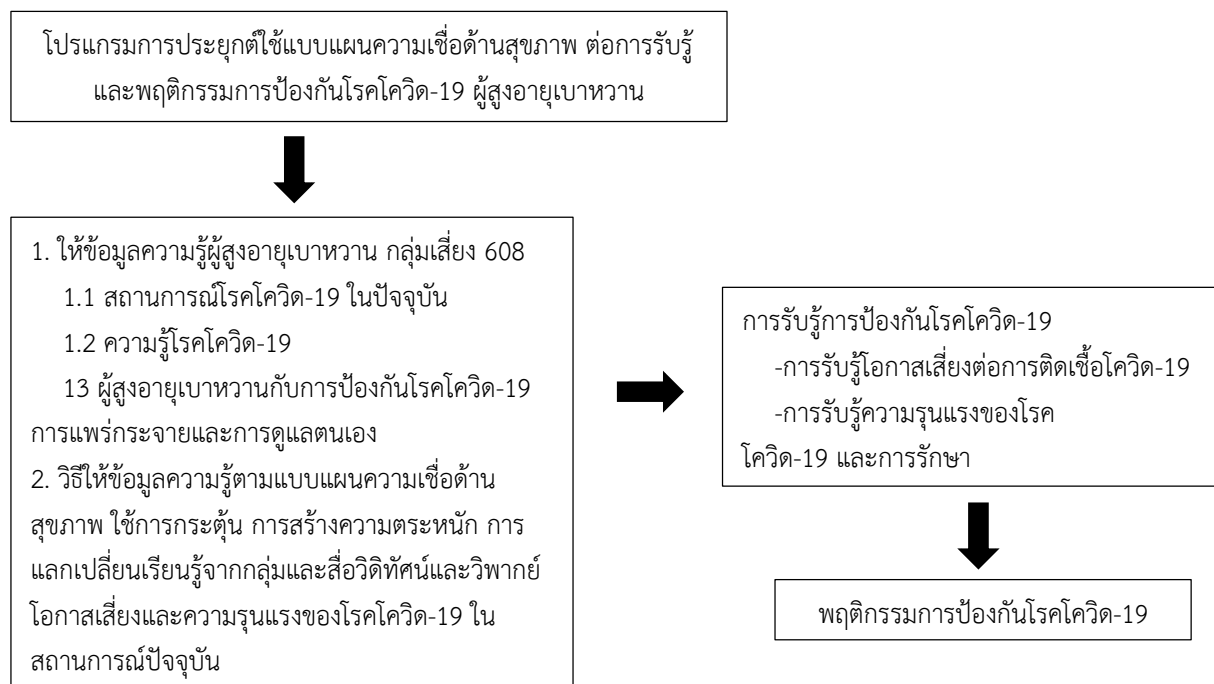
มีประวัติมีโรคประจำตัวหรือภาวะเสี่ยง เช่น อ้วน ตั้งครรภ์ หรือ ผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุ มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 2.60% ของผู้เสียชีวิต^{1,4} การระบาดพบมากที่สุดในกรุงเทพมหานคร⁵ และพบมากในกลุ่มเสี่ยง 608⁶ โดยแพทย์ได้กำหนดกลุ่มเสี่ยงของการเสียชีวิตของโรคโควิด-19 ที่พบบ่อยว่ากลุ่มเสี่ยง 608 ได้แก่ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 7 กลุ่มโรค คือ โรคทางเดินหายใจ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคอ้วน โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และกลุ่มหญิงตั้งครรภ์⁶ จากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ดังกล่าว ทีมสุขภาพควรมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือและทดลองการจัดโปรแกรมให้ความรู้แก่กลุ่มเสี่ยง 608 ที่เป็นผู้สูงอายุเบาหวาน เพราะถ้าติดเชื้อโควิด-19 มีโอกาสเสียชีวิตสูง เนื่องจากปกติผู้สูงอายุร่างกายเสื่อมถอยลงจากวัยสูงอายุอยู่แล้ว⁷ ถ้ามีโรคประจำตัวร่วมด้วย ประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะในร่างกายจะเสื่อมลงมากขึ้น และโรคเบาหวานเป็นโรคที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี และมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าเป้าหมาย มักมีโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ ร่วมอยู่แล้ว นอกจากนี้การติดเชื้อยังทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดผันผวนและควบคุมได้ยาก ทำให้ภูมิคุ้มกันต่ำลงและติดเชื้อโรคต่าง ๆ ได้ง่ายขึ้น และเชื้อโรคจะเจริญเติบโตได้ดีในภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ผู้สูงอายุเบาหวานจึงเป็นกลุ่มที่ต้องระวังเป็นพิเศษ⁸ มีความเสี่ยงสูงหากติดเชื้อโควิด-19 อาจเกิดความรุนแรงหรืออันตรายถึงชีวิตได้ง่าย

ผู้สูงอายุเบาหวานในชมรมผู้สูงอายุ วัดบูรณาวาส กรุงเทพมหานคร เป็นกลุ่มที่มีโอกาสติดเชื้อโควิด-19 ได้ง่าย เนื่องจากเป็นกลุ่มเสี่ยง 608 ร่วมกับมีปัจจัยเสริมที่ก่อให้เกิดการติดเชื้อโควิด-19 เพิ่มขึ้น กล่าวคือ มีบ้านพักอาศัยตั้งอยู่ในบริเวณวัดชายแดนของปริมณฑลกรุงเทพมหานครเป็นพื้นที่ยังไม่พัฒนา ในกลุ่มกรุงเทพมหานครเป็นกลุ่มผู้ด้อยโอกาสในด้านการเงิน⁹⁻¹¹ การศึกษา⁹⁻¹² และการเข้าถึงบริการสุขภาพ¹⁰ ควรจัดโปรแกรมส่งเสริมความรู้โรคโควิด-19 และการป้องกันโรคโควิด-19 เพิ่มให้แบบเร่งด่วน เพื่อส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด-19 ที่ถูกต้อง ในช่วงเวลา

ที่เหมาะสมและปลอดภัย จากการติดตามรายงานของศูนย์บริหารสถานการณ์ โควิด-19 (ศบค.) คือ ช่วงระยะหลังการระบาดระลอกที่ 2 หรือหลังวันที่ 31 มีนาคม 2564 ซึ่งมีการระบาดของโรคโควิด-19 ลดลง โดยในวันที่ 31 มีนาคม 2564 มีผู้ป่วยรายใหม่ 42 รายและไม่มีผู้เสียชีวิต¹³ สืบเนื่องมาจากรัฐบาลได้มีประกาศใช้พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2558 เมื่อวันที่ 26 มีนาคม 2563 และออกประกาศที่สำคัญเพื่อการป้องกันควบคุมโรค 8 มาตรการ ทำให้จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ในประเทศลดลง¹ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาและทดลองโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ผู้สูงอายุเบาหวานที่เป็นกลุ่มเสี่ยง 608 ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ลดลง โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1974)¹⁴

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1974)¹⁴ ได้อธิบายว่า บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และโรคที่เป็นนั้นจะมีความรุนแรงต่อชีวิต เมื่อมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่ดีจะก่อให้เกิดผลดีในการช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ไม่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติของตนเอง ผู้สูงอายุเบาหวานในชมรมผู้สูงอายุ วัดปรณาวาส เป็นกลุ่มเสี่ยง 608 ของโรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่อที่มีความรุนแรงและมีอันตรายถึงชีวิต และมีปัจจัยเสริมที่ก่อให้เกิดการติดเชื้อโควิด-19 ได้ง่าย ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยเชื่อว่าการใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1974) สามารถส่งเสริมการรับรู้และการป้องกันโรคโควิด-19 ให้กับผู้สูงอายุเบาหวาน ในชมรมผู้สูงอายุได้ ดังกรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้การป้องกันโรคโควิด-19 และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ผู้สูงอายุเบาหวาน ในชมรมผู้สูงอายุวัดปทุมวนาส กรุงเทพมหานคร ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

สมมติฐานการวิจัย

คะแนนการรับรู้การป้องกันโรคโควิด-19 และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ผู้สูงอายุเบาหวาน ในชมรมผู้สูงอายุวัดปทุมวนาส กรุงเทพมหานคร ตีค่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

คำนิยามศัพท์เฉพาะ

การรับรู้การป้องกันโรคโควิด-19 หมายถึง ความเชื่อหรือความนึกคิดของผู้สูงอายุเบาหวาน ว่าตนมีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 มากน้อยเพียงใด ประกอบด้วยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 และการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 สามารถวัดได้จากการตอบแบบสอบถามการรับรู้การป้องกันโรคโควิด-19 ก่อนและหลังร่วมเข้าโปรแกรม มีการรับรู้ถูกหรือผิด

พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 หมายถึง การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน เพื่อป้องกันโรคโควิด-19 มีการปฏิบัติอย่างไร สามารถวัดได้จากการตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และหลังเข้าร่วมโปรแกรมการทดลอง 14 วัน ปฏิบัติได้มากน้อยเพียงใด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย คือ การวิจัยกึ่งทดลองกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีประวัติเป็นโรคเบาหวานและเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุวัดปทุมวนาส กรุงเทพมหานคร ซึ่งในปี พ.ศ. 2563 มีจำนวน 50 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีประวัติเป็นโรคเบาหวานและเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ

วัดปทุมวนาส กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2564 เลือกแบบเจาะจง จำนวน 30 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ คือ เป็นผู้มีอายุเกิน 60 ปี ไม่จำกัดเพศ ช่วยเหลือตนเองได้หรือกลุ่มติดสังคม สามารถสื่อสารเป็นภาษาไทยได้ดี ยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และมีเกณฑ์คัดออก คือ เข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบตามกำหนด

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*Power โดยใช้สถิติ paired t-test กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ 0.80 ความเชื่อมั่น (α) ที่ 0.05 และ ขนาดอิทธิพล (effect size) ค่า effect size ขนาดกลาง = 0.50¹⁵ โดยคำนวณจากงานวิจัยที่มีลักษณะใกล้เคียงกันของสุรศักดิ์ เหมะทอง (2564)¹⁶ ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คนเพื่อป้องกันการสูญหายของตัวอย่าง ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 12 การศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่าง 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1974)¹⁴ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

2. เครื่องมือสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มี 3 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ เพศ อาชีพ และระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวาน

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้การป้องกันโรคโควิด-19 มีคำถามทั้งหมดจำนวน 18 ข้อ ลักษณะคำตอบของแบบสอบถามแต่ละข้อ คือ ถูกต้อง (1 คะแนน) ไม่ถูกต้อง (0 คะแนน) ประกอบด้วย

2.1 ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 (คะแนนเต็ม 12) ประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากสถานที่ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 การป้องกันตนเองเมื่อเข้าไปในสถานที่ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 การเดินทางไปสถานที่ที่

เสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 และกลุ่มเสี่ยงที่เป็นพาหะนำเชื้อโควิด-19 กำหนดการแปลความหมายของคะแนนดังนี้ คือ¹⁷ระดับดีมาก ค่าเฉลี่ย 9.60-12.00 ระดับดีค่าเฉลี่ย 8.40-9.50 ระดับปานกลางค่าเฉลี่ย 7.20-9.40 ระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 6.0-7.10 และระดับน้อยมากค่าเฉลี่ยต่ำกว่า 6.00

2.2 ด้านการรับรู้

ความรุนแรงของโรคโควิด-19 และการรักษา (คะแนนเต็ม 6) ประเมินการรับรู้ อาการแสดง เริ่มต้นและระยะรุนแรงไม่ถูกต้อง การรักษา ไม่ถูกต้อง กำหนดการแปลความหมายของคะแนนดังนี้¹⁷คือระดับดีมากค่าเฉลี่ย 4.80-6.00 ระดับดีค่าเฉลี่ย 4.20-4.70 ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.60-4.10 ระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 3.00-3.50 ระดับน้อยมากค่าเฉลี่ยต่ำกว่า 3.00 กำหนดการแปลความหมายของคะแนนการรับรู้การป้องกันโรคโควิด-19 (คะแนนเต็ม 18) ในภาพรวมดังนี้¹⁷คือ ระดับดีมากค่าเฉลี่ย 14.50-18.00 ระดับดีค่าเฉลี่ย 12.60-14.40 ระดับปานกลางค่าเฉลี่ย 10.80-12.50 ระดับน้อยค่าเฉลี่ย 9.00-10.70 และระดับน้อยมากค่าเฉลี่ยต่ำกว่า 9.00

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด-19 มีจำนวนทั้งหมด 12 ข้อ ลักษณะคำตอบแต่ละข้อเป็น rating scale 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ (3 คะแนน) ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (2 คะแนน) และปฏิบัติน้อยมาก (1 คะแนน) ประเมินการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน เกี่ยวกับการล้างมือ การทำความสะอาดมือ การสวมหน้ากากอนามัย การป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อโควิด-19 จากการปนเปื้อนเชื้อโควิด-19 ในสถานที่และสิ่งแวดล้อมรอบตัว กำหนดการแปลความหมายของคะแนนดังนี้¹⁸คือ ระดับดีค่าเฉลี่ย 2.51-3.00 ระดับปานกลางค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 ระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50

คุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. ความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิสาขาเวชปฏิบัติชุมชน การพยาบาลผู้ใหญ่ และการพยาบาล

ผู้สูงอายุ จำนวน 3 คน เป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามการรับรู้การป้องกันโรคโควิด-19 และพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามที่ผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะ นำไปหาค่าดัชนีความตรงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เลือกใช้เฉพาะข้อที่ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (I-CVI) มากกว่าและเท่ากับ 0.66

2. ความเที่ยง (reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ไป try out ผู้สูงอายุในชุมชนวัดไทยवास อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม ที่เป็นพื้นที่ติดต่อกับวัดปุณณวาส จำนวน 30 คน ตอบแบบสอบถาม และนำมาหาค่า reliability แบบสอบถามการรับรู้การป้องกันโรคโควิด-19 คำนวณด้วย สูตร KR_20 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 คำนวณด้วย สูตร Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.88 และ 0.91 ตามลำดับ

การดำเนินการทดลอง

ใช้เวลาในการดำเนินการวิจัยทั้งหมด 15 ชั่วโมง (5 วัน) โดยทดลองในเดือน เมษายน - พฤษภาคม 2564

วิธีดำเนินการทดลองในโปรแกรมแต่ละครั้งใช้วิธีการให้ข้อมูล: แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้วยการกระตุ้น การสร้างความตระหนัก การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากกลุ่มและสื่อวีดิทัศน์ และวิพากษ์โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคโควิด-19 ในสถานการณ์ปัจจุบันเพื่อให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคโควิด-19 ความรุนแรงของโรคโควิด-19 ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันและการรักษาโรคโควิด-19

กิจกรรม ครั้งที่1/วันที่ 1 (เวลา 3 ชั่วโมง) เวลา 9.00-12.00

- สร้างสัมพันธภาพ ชี้แจง วัตถุประสงค์ของการวิจัย และ pre-test

- ให้ข้อมูล: สถานการณ์โรคโควิด-19 ในประเทศไทย (ข้อมูล ณ วันที่ 1 เมษายน 2564)¹⁹ สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

ในปัจจุบันและอันตรายที่ได้รับในผู้สูงอายุเบาหวาน และกลุ่มเสี่ยง 608 และความรู้เรื่องโรคโควิด-19

กิจกรรม ครั้งที่ 2/วันที่ 2 (เวลา 3 ชั่วโมง)

ให้ข้อมูล: ความรู้เรื่องโรคโควิด-19 และ ความรุนแรงของเชื้อโควิด-19 สายพันธุ์แอลฟา และเดลต้า ที่พบในผู้สูงอายุเบาหวาน การรักษา ด้วยยาและการป้องกันโรคโควิด-19 ด้วยวัคซีน สำหรับผู้สูงอายุเบาหวาน โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ ชุดที่ 1 เรื่อง ความรู้สู่ COVID-19²⁰ ประกอบการให้ข้อมูล

กิจกรรม ครั้งที่ 3/วันที่ 3 (เวลา 3 ชั่วโมง)

ให้ข้อมูล: ความรู้เรื่องโรคโควิด-19 ในหัวข้อ การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุเบาหวาน เพื่อป้องกันการติดเชื้อและลดการแพร่กระจาย และวิธีสังเกตอาการเมื่อติดเชื้อโควิด-19 ว่าเชื้อลงปอด โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ ชุดที่ 2 เรื่อง วิธีสังเกตอาการ เมื่อติดเชื้อโควิด-19 ว่า “เชื้อลงปอด” แล้วหรือยัง?²¹ และสื่อวีดิทัศน์ ชุดที่ 3 เรื่องวิธีการป้องกันตัวเอง จากเชื้อโควิด 19²² ประกอบการให้ข้อมูล

กิจกรรม ครั้งที่ 4/วันที่ 4 (เวลา 3 ชั่วโมง)

ให้ข้อมูล: ความรู้เรื่องโรคโควิด-19 ในหัวข้อ การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุเบาหวาน เพื่อให้ปลอดภัยจากเชื้อโควิด-19 เมื่อใช้ชีวิต นอกบ้านและทบทวนแนวทางการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลสำหรับผู้สูงอายุ ด้วยหลัก DMHTT โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ ชุดที่ 4 เรื่อง วิธีปฏิบัติตน ให้ปลอดภัยเมื่อใช้ชีวิตนอกบ้าน²³ ประกอบ การให้ข้อมูล

กิจกรรม ครั้งที่ 5/วันที่ 14 (เวลา 3 ชั่วโมง)

- สร้างสัมพันธภาพและ post-test ด้วย แบบสอบถามชุดเดิม

- ทบทวนการรับรู้การป้องกันโรคโควิด-19 ที่ได้รับในการเข้าร่วมโปรแกรม 4 วันที่ผ่านมา และ ปัญหาการนำความรู้ไปใช้ปฏิบัติ โดยเปิดโอกาสให้ ชักถามผู้วิจัยด้วยตนเอง

- เฉลยแบบสอบถาม เป็นการสิ้นสุด โปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่ม ตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยค่าร้อยละ

2. ข้อมูลการเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ การป้องกันโรคโควิด-19 และพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุเบาหวาน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม วิเคราะห์ด้วย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยฉบับนี้ ได้รับใบรับรองจริยธรรม รหัส COA.1-101/2021 มหาวิทยาลัยราชภัฏสวน สุนันทา และผู้วิจัยดำเนินการวิจัย โดยคำนึงถึง การรักษาความลับและผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูล ตลอดดำเนินการวิจัย

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้สูงอายุเบาหวาน ชมรมผู้สูงอายุวัดปุณณวาส กรุงเทพมหานคร จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่ อายุ 66-70 ปี จำนวน 14 คน (ร้อยละ 46.62) สถานภาพสมรส คู่ จำนวน 16 คน (ร้อยละ 53.28) จบการศึกษา ประถมศึกษาจำนวน 17 คน (ร้อยละ 56.61) มีรายได้ 1000-3000 บาท จำนวน 11 คน (ร้อยละ 36.63) เพศหญิงจำนวน 22 คน (ร้อยละ 73.26) อาชีพ พ่อบ้าน แม่บ้าน จำนวน 16 คน (ร้อยละ 53.28) ระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวานมา นาน 1-10 ปี จำนวน 20 คน (ร้อยละ 66.60) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุเบาหวาน ในชมรมผู้สูงอายุวัดปทุมवास (N = 30)

รายการ	จำนวน	ร้อยละ	รายการ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ			รายได้		
60-65 ปี	8	26.64	ไม่มีรายได้	9	29.97
66-70 ปี	14	46.62	1000-3000 บาท	11	36.63
71-75 ปี	4	13.32	4000-6000 บาท	7	23.31
มากกว่า 75 ปี	4	13.32	มากกว่า 6000 บาท	3	9.99
สถานภาพสมรส			เพศ		
คู่	16	53.28	หญิง	22	73.26
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	14	46.62	ชาย	8	26.64
ระดับการศึกษา			อาชีพ		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	7	23.31	พ่อบ้าน แม่บ้าน	16	53.28
ประถมศึกษา	17	56.61	ค้าขาย รับจ้าง	8	26.64
มัธยมศึกษา	6	19.98	พนักงานของสถานที่ราชการ	2	6.66
			ไม่ได้ประกอบอาชีพ	4	13.32
			ระยะเวลาที่ป่วยเป็นเบาหวาน		
			1-10 ปี	20	66.60
			11-20	10	33.30

ผลการเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้การป้องกันโรคโควิด-19 และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ผู้สูงอายุเบาหวาน พบว่า

การรับรู้การป้องกันโรคโควิด-19 กลุ่มตัวอย่าง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีการรับรู้ การป้องกันโรคโควิด-19 ในภาพรวม และจำแนกรายด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 และด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 และการรักษาอยู่ในระดับดี หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีการรับรู้การป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับดีมากและดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับดีมาก หลังเข้าร่วมโปรแกรมมี

พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับดีมาก และดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังตารางที่ 2

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และจำแนกรายข้อพบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับดีมากจำนวน 11 ข้อจาก 12 ข้อ ข้อที่ปฏิบัติอยู่ในระดับน้อยที่สุดและอยู่ในระดับปานกลาง คือ สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาเมื่ออยู่ในบ้านคนเดียว ($\bar{X} = 2.40$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้การป้องกันโรคโควิด-19 และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ผู้สูงอายุเบาหวาน ในชมรมผู้สูงอายุวัดปุณณวาส ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (N=30)

รายการ	คะแนนเต็ม	$\bar{X}$	SD	แปลผล	paired t-test
ภาพรวม: การรับรู้การป้องกันโรคโควิด-19					
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	18	14.63	2.55	ดีมาก	4.17**
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	18	13.16	3.75	ดี	
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19					
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	12	9.63	1.75	ดีมาก	3.49**
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	12	8.46	2.89	ดี	
การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 และการรักษา					
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	6	5.00	1.31	ดีมาก	3.52**
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	6	4.70	1.21	ดี	
พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19					
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	3	2.74	0.34	ดีมาก	4.71**
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	3	2.71	0.32	ดีมาก	

**แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตารางที่ 3 คะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ผู้สูงอายุเบาหวาน ในชมรมผู้สูงอายุวัดปุณณวาส ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (N=30)

ลำดับที่	รายการ	$\bar{X}$	SD	แปลผล
1	ท่านสวมหน้ากากอนามัย เมื่อออกนอกบ้าน	2.93	0.25	ดีมาก
2	ท่านล้างมือทุกครั้ง เมื่อไปนอกบ้านกลับมา	2.87	0.34	ดีมาก
3	ท่านหลีกเลี่ยงการไปสถานที่ ที่มีผู้คนมาก เช่น ตลาดสด ห้าง	2.86	0.35	ดีมาก
4	ท่านอาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า ชุดใหม่ หลังกลับมาจากไปสถานที่ ที่มีผู้คนมาก	2.83	0.37	ดีมาก
5	ท่านทามือด้วยเจลหรือแอลกอฮอล์ประจำ เมื่อออกนอกบ้าน	2.81	0.41	ดีมาก
6	ท่านรับประทานอาหารโดยมีช้อนกลางเสมอ	2.80	0.41	ดีมาก
7	ท่านหลีกเลี่ยงการเดินทางไปต่างจังหวัดที่ต้องนั่งรถแออัดนาน ๆ	2.73	0.58	ดีมาก
8	เมื่อท่านคันตา ขณะออกนอกบ้าน ท่านใช้หลังมือขยี้ตาแทน	2.66	0.54	ดีมาก
9	ท่านหลีกเลี่ยงการพูดคุยกับเพื่อน/ญาติ แบบหันหน้าตรงเข้าหากัน	2.56	0.56	ดีมาก
10	เมื่อท่านขึ้นบันได สถานที่ที่ไปนอกบ้าน ท่านจะไม่จำลวบันได	2.53	0.68	ดีมาก
11	เมื่อท่านขึ้นลิฟท์ ท่านใช้หลังมือกดปุ่มลิฟท์	2.50	0.68	ดีมาก
12	ท่านสวมหน้ากากอนามัยตลอด เมื่ออยู่ในบ้านคนเดียว	2.40	0.72	ปานกลาง

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยที่ศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ผู้สูงอายุเบาหวาน มีการรับรู้การป้องกันโรคโควิด-19 ในภาพรวมและจำแนกรายด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 และการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 และการรักษาก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีการรับรู้ในระดับดีและหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีการรับรู้ในระดับดีมากและดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด-19 ผลการวิจัย พบว่า ในภาพรวมผู้สูงอายุเบาหวาน ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับดีมากและหลังเข้าร่วมโปรแกรม มีพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับดีมากและดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เป็นภาพสะท้อนจากการประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อ สุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1974)¹⁴ ที่อธิบายว่า บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และโรคที่เป็นนั้นจะมีความรุนแรงต่อชีวิต เมื่อปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคแล้ว จะก่อให้เกิดผลดีในการช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคนั้น ไม่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติของตนเอง จากผลการดำเนินด้วยโปรแกรมการประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1974)¹⁴ ครั้งนี้ ส่งผลทำให้กลุ่มตัวอย่าง สนใจ ตระหนักและรับรู้การป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับดี และหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับดีมาก และดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แสดงว่า โปรแกรมการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1974)¹⁴ ในการวิจัยครั้งนี้ มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุเบาหวาน กลุ่มเสี่ยง 608 เพราะในโปรแกรมการทดลอง จะเน้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับอันตรายของโรคโควิด-19

โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 ความรุนแรงของโรคโควิด-19 และการรักษา ประโยชน์ที่ได้รับและอุปสรรคในการรักษา ด้วยการกระตุ้นการสร้าง ความตระหนัก การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากกลุ่ม และสื่อวีดิทัศน์และวิพากษ์โอกาสเสี่ยงและ ความรุนแรงของโรคโควิด-19 ในสถานการณ์ ปัจจุบัน ประกอบกับรัฐบาลได้เสนอข่าวผ่าน ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศบค.) เกี่ยวกับผู้ป่วยรายใหม่ จำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 และจำนวนตาย ในแต่ละวัน ทุกวัน ส่งผลให้ ผู้สูงอายุเบาหวานที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง กลัวภัยจากการติดเชื้อโควิด-19 ถ้าติดเชื้อมีโอกาสตายได้ถึง 1-2%² เพราะยังไม่มียารักษาและวัคซีนที่ใช้ป้องกันโรคโควิด-19 ณ.ขณะนั้น¹ ที่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร และโรคโควิด-19 เป็นโรคระบาดที่ติดต่อได้รวดเร็ว จากเชื้อที่ลอยในอากาศจากการหายใจ ไอ จาม ของผู้ที่เคยได้รับเชื้อโควิด-19 จึงเพิ่มความสนใจที่จะรับรู้ข่าวของโรคโควิด-19 มากขึ้น และมีพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด-19 หลังเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับดีมาก¹ สอดคล้องกับการศึกษาของ สิริกาญจน์ กระจำวงศ์²⁴ ที่ใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อสุขภาพของเบคเกอร์ ศึกษาและ ทดลองประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนา พฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน จังหวัดปทุมธานี ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อ ป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมแบบแผนความเชื่อสุขภาพ มีพฤติกรรม การดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคโควิด-19 สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับ งานวิจัยเชิงสำรวจของ กิตติพร เนาว์สุวรรณและคณะ²⁵ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ ความรุนแรงของโรคต่อบทบาทการดำเนินงาน ควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชนของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติด เชื้อโควิด-19 จากการปฏิบัติงาน และการรับรู้ ความรุนแรงของโรคติดเชื้อโควิด-19 ของ อสม.

อยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ พนัชญา ชันติจิตร และคณะ²⁶ ได้ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชน ในจังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนในจังหวัดอุบลราชธานี มีการรับรู้ด้านโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมาก

เมื่อพิจารณา ผลการวิจัยคะแนนการรับรู้การป้องกันโรคโควิด-19 ในภาพรวมและจำแนกรายด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 และการรักษา และพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีการรับรู้และมีพฤติกรรมในระดับดีและระดับดีมาก ทั้งที่ยังไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม น่าจะเกี่ยวข้องกับช่วงการทดลองครั้งนี้ทดลองในเดือน เมษายน - พฤษภาคม 2564^{1,3,13} เป็นระยะหลังของการระบาดระลอกที่ 2 และมีการระบาดของโรคโควิด-19 ลดลงจากการควบคุมของรัฐบาล แต่ช่วงก่อนทดลองหรือช่วงก่อนการระบาดระลอกที่ 2 คือ ในเดือนธันวาคม 2563 - มีนาคม 2564 เป็นช่วงแรกที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 สูงมาก ประชาชนและผู้สูงอายุได้รับรู้สถานการณ์โรคโควิด-19 ผ่านการเสนอข่าวผ่านศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศบค.) เกี่ยวกับพบผู้ป่วยรายใหม่และจำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 และการตายของผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 แต่ละวัน ทุกวัน รวมทั้งมีแอปพลิเคชันต่าง ๆ เผยแพร่ความรู้และการป้องกันโรคโควิด-19 ทุกวันด้วย เช่น แอปพลิเคชัน หมอพร้อม โรงพยาบาลรามธิบดี โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาล วชิรพยาบาล ประกอบกับโรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่อทางเดินหายใจ มีสถิติตายสูง ทุกคนที่ได้ฟังข่าวจะรู้สึกกลัว และในโลกปัจจุบันเป็นโลกอินเทอร์เน็ตส่วนใหญ่เกือบทุกคนและในครอบครัวของผู้สูงอายุมีโทรศัพท์และโทรศัพท์มือถือ²⁷ จะรับรู้ข่าวโควิด-19 จากสื่อดังกล่าวได้ง่าย ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การป้องกันโรคโควิด-19 ในภาพรวมและจำแนกรายด้าน และมี

พฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับดีและดีมาก ทั้งที่ยังไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม ผลการวิจัยสอดคล้อง/คล้ายคลึงกับผลงานวิจัยคนอื่น ๆ ที่ศึกษาโดยใช้กรอบแนวคิดอื่น ๆ เช่น สอดคล้องกับการทดลองของ รจนารถ ชูใจ และคณะ²⁸ ที่ศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโควิด-19 มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับดี แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กัมปนาท โคตรพันธ์ และ นิยม จันทน์นวล²⁹ ที่ศึกษาพบว่า ประชาชนอายุระหว่าง 18-59 ปี ในจังหวัดมุกดาหาร มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อโควิด-19 และพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลาง

สรุป โปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของการทดลองครั้งนี้มีประสิทธิภาพ โดย หลังการทดลองผู้สูงอายุเบาหวาน มีคะแนนการรับรู้การป้องกันโรคโควิด-19 ในภาพรวม และจำแนกรายด้าน และมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สามารถนำรูปแบบการวิจัยไปใช้กับผู้สูงอายุเบาหวาน และกลุ่มเสี่ยงโควิดอื่น ๆ ได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาติดตามพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ผู้สูงอายุเบาหวาน และกลุ่มเสี่ยง 608 ในโรคอื่น ๆ ด้วย เช่น โรคทางเดินหายใจ โรคหัวใจและโรคหลอดเลือด ด้วยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อศึกษาความพร้อมในการป้องกันโรคโควิด-19 เพราะอาจมีการระบาดของโรคโควิด-19 ในอนาคตได้ถ้าประชาชนมีการป้องกันตนเองไม่ดี

2. เพื่อให้โปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการรับรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ผู้สูงอายุเบาหวาน มีความเที่ยงมากขึ้น ควรนำไปศึกษาและทดลองในผู้สูงอายุเบาหวานในสถานที่อื่น ๆ และกลุ่มอื่น ๆ ด้วย

หรือ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคติดต่อทางเดินหายใจ

กิตติกรรมประกาศ

คณะวิจัยขอขอบคุณผู้บริหารของมหาวิทยาลัยสวนสุนันทา ที่จัดสรรเงินทุน งบรายได้ในการทำวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณ นางอารีย์ แก้วดี ประธานชมรมผู้สูงอายุวัดปทุมวาสนา ที่อำนวยความสะดวกและให้สถานที่ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Division of General Communicable Diseases. Guidelines for control, prevention and surveillance of COVID-19 for medical and public health personnel. Department of Disease Control, Ministry of Public Health; 2021.p1-4,31. [internet]. 2021 [cited 2021 Jan 21]Available from: [https:// ddc.moph.go.th/uploads/publish/1150920210610033910.pdf](https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1150920210610033910.pdf).
2. Sirinawin S. "Covid-19" knowledge to wisdom, practice development. Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University. Bangkok: O.S. Printing House Company Limited; 2020. p.11-23. (in Thai)
3. Bureau Of Epidemiology. COVID-19 Situation Review Report and Global preventive measures and in Thailand. Division of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control, November 2021. Ministry of Public Health. [internet]. 2021 [cited 2021 October 21]. Available from: <http://www.thaincd.com/document/file/download/knowledge/COVID19.65.pdf>
4. Department of Disease Control. Report an emergency situation case of COVID-19 Coronavirus 2019. p.3. Data as of 15 August 2021. Ministry of Public Health. [Internet]. 2021 [cited 2022 Jan 11]. Availablefrom: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no590-150864.pdf>
5. Center for Covid-19. Situation Administration. Report of the Covid-19 Situation in Thailand, Data as of 15 May 2021. Department of Disease Control,Ministry of Public Health; 2021.p.7. [internet]. 2021 [cited 2021 June 13]. Available from: https://media.thaigov.go.th/uploads/public_img/source/150564.pdf
6. Department of Disease Control. Guidelines for the prevention of COVID-19 for general Public and risk groups . Ministry of Public Health (3 January 2021) [internet]. 2021 [cited 2021 April 21]. Available from: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/int_protection/int_protection_030164.pdf
7. Vichaivej Hospital International Nong Khaem. Why are people with chronic diseases athigh risk?. [internet]. 2021 [cited 2021 April 21]. Available from: <https://vichaivej-nongkhaem.com/health-info/7> กลุ่มโรค รับวัคซีนโควิด/
8. Hirunpanich Sato V. Diabetes and Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Department of Pharmacology, Faculty of Pharmacy, Mahidol University, Thailand. [internet]. 2021[cited 2021 January 19]. Available from: [https:// pharmacy.mahidol.ac.th/knowledge/files/0561.pdf](https://pharmacy.mahidol.ac.th/knowledge/files/0561.pdf)

9. Moolnangdeaw R. Factors Related to Promoting Health Service to Elderly at Public Health Center 67 Thawiwatthana, Department of Health, Bangkok Metropolitan Administration. ROMPHRUEK JOURNA: KRIRK NIVERSITY 2015; 33(3): 97-114. (in Thai)
10. Ngamkham S, Suwannapong N, Tipayamongkhogul M, Manmee J. Access to Health Care Services of the Elderly, Thawiwatthana District, Bangkok. Kuakarun Journal of Nursing 2018; 25(2): 91-104. (in Thai)
11. Punthasee P, Srisawad K. Correlations between Health Belief and 3E 2S Health Behaviors of Elderly in Taejew Community Tungwatdorn Sathorn Bangkok Thailand. Journal of Health and Health Management 2020; 6(1): 45-56. (in Thai)
12. Kespichayawattana J, Wivatvanit S, Whanwaja C. Health literacy of the Elderly in the Elderly club, Bangkok. Journal of Demography 2020; 36 (2): 37-52. DOI: 10.14456/jod. 2020.3. (in Thai)
13. Center for Covid-19. Situation Administration. Report of the Covid-19 Situation in Thailand, Data as of 31 March 2021. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. [internet]. 2021 [cited 2021 April 21]. Available from: https://media.thaigov.go.th/uploads/public_img/source/310364.pdf
14. Becker MH, Maiman LA. Health Belief Model and Sick Role Behavior. Health Education Monograph 1974; 2: 409-17.
15. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behav Res Methods 2007; 39(2): 175-91.
16. Mohthong S. An Application of Participatory Knowledge Management Program for Coronaviruses (COVID-19) Prevention and Control of Community Organization In Muang District, Surin Province. Journal of Public Health and Innovation 2021; 1(1): 24-36. (in Thai)