



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

หทัยรัตน์ ก้อนมณี

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

2568

ลิขสิทธิ์ของสถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย



Factors Influencing Health Behaviors of Older Adults after Coronavirus 2019
Infection

Hathairat Konmanee

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

Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing

2025

Copyright of Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing

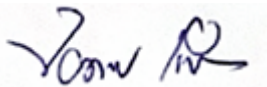
หัวข้อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา
2019
นักศึกษา นางสาว หทัยรัตน์ ก้อนมณี
สาขา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)
ปีการศึกษา 2567

สำนักวิชาบัณฑิตศึกษา สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ



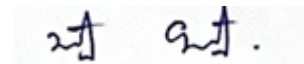
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทักษิณ นะแสง)
คณบดีสำนักวิชาบัณฑิตศึกษา

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



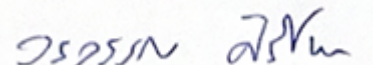
.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.จอนพะจง เพ็งจาด)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

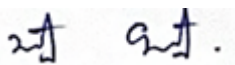


.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มลธิรา อุดชุมพิสัย)

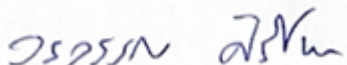
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



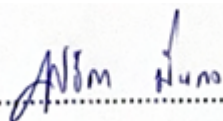
.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พญ.วรวรรณ ศิริชนะ)



.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มลธิรา อุดชุมพิสัย)



.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พญ.วรวรรณ ศิริชนะ)



.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุปรีดา มั่นคง)

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อ
เชื้อ	ไวรัสโคโรนา 2019
นักศึกษา	นางสาว หทัยรัตน์ ก้อนมณี
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มลธิรา อุดชุมพิสัย
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พญ.วรวรรณ ศิริชนะ
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ)
ปีการศึกษา	2567

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน และการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีประวัติได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการเป็นผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 110 ราย เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามทั้งหมด 4 ชุด ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ และแบบประเมินการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบสอบถามทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และแบบประเมินการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ .88 และ 1.00 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .81 และ .85 ตามลำดับ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก โดยมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 79-119 คะแนน ($M = 104.60$, $SD = 8.65$) และพบว่าปัจจัยการรับรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตน ($r = .628$, $p < .01$) การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ($r = .532$, $p < .01$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย ($r = .464$, $p < .01$) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน ($r = -.290$, $p < .01$) และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตน ($r = .220$, $p < .05$) โดยปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตน สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ร้อยละ 50.6 ($R^2 = .506$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย พบว่าบุคลากรควรมีการจัดแนวทางเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยส่งเสริมปัจจัยการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตน การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย เพื่อคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

คำสำคัญ: ไวรัสโคโรนา 2019, พฤติกรรมสุขภาพ, การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ, ผู้สูงอายุ

Thesis	Factors Influencing Health Behaviors of Older Adults after Coronavirus 2019 Infection
Student	Miss Hathairat Konmanee
Major Advisor	Assistant Professor Dr. Monthira Udchumpisai
Co-Advisor	Assistant Professor Worawan Sirichana, MD., MSc.
Major Program	Master of Nursing Science (Adult and Gerontological Nursing)
Academic Year	2024

Abstract

This predictive research aimed at examining factors influencing the health behaviors of older adults after the Coronavirus 2019 infection. The studied factors included perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, perceived barriers, and perceived self-efficacy. The sample consisted of one hundred and ten older adults, aged 60 years and above, including both males and females, with a history of coronavirus 2019 infection diagnosis at least one year prior. Participants were outpatients from the Medical Department of King Chulalongkorn Memorial Hospital, The Thai Red Cross Society. Data were collected using four sets of questionnaires: a personal data recording form, health data recording form, an assessment of health perceptions among older adults after virus corona 2019 infection, an assessment of health behaviors among older adults after virus corona 2019 infection, The tools were validated for content validity by experts. The Scale Content Validity Index (SCVI) for the health behavior assessment tool, and the health perception assessment tool were 0.88 and 1.00, respectively. The Cronbach's alpha coefficients for reliability were 0.81 and 0.85, respectively.

Major research finding indicated that older adults after Coronavirus 2019 infection revealed overall excellent health behaviors, with scores ranging from 79 to 119 ($M = 104.60$, $SD = 8.65$), and health perception was significantly correlated with health behaviors including: perceived self-efficacy ($r = .628$, $p < .01$), perceived severity ($r = .532$, $p < .01$), perceived susceptibility ($r = .464$, $p < .01$), perceived barriers ($r = -.290$, $p < .01$), and perceived benefits ($r = .220$, $p < .05$) Eventually, three perceived

susceptibility, perceived severity, and perceived self-efficacy could predict health behaviors among older adults after the coronavirus 2019 Infection, according to 50.6 percent ($R^2 = .506$). It was recommended that nurses should develop strategies to promote health behaviors among older adults after the coronavirus 2019 Infection. These strategies should focus on perceived self-efficacy, perceived severity, and perceived susceptibility to maintain good health behaviors of older adults after Coronavirus 2019 infection.

Keywords: coronavirus 2019, health behaviors, health belief model, older adults

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงด้วยดีด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. มลธิรา อุดชุมพิสัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิง วรวรรณ ศิริชนะ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ให้ความกรุณาและเสียสละเวลาในการให้ความรู้ ให้คำปรึกษาแนะนำในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ นอกจากนั้นความเอาใจใส่และให้กำลังใจในยามท้อแท้ ทำให้ผู้วิจัยผ่านช่วงเวลาที่ยากลำบากมาได้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง ในความกรุณาเป็นอย่างสูง และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.จอนณะจง เพ็งจาด รองศาสตราจารย์ ดร.สุปรีดา มั่นคง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มลธิรา อุดชุมพิสัย และผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงวรวรรณ ศิริชนะ ที่ให้ความกรุณาเป็นกรรมการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ และให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอขอบพระคุณอาจารย์ นายแพทย์วรุดิ ตันติพิวัฒน์ อาจารย์กนกพร จิวประสาท และพว.นงนภัส สมทอง ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบเครื่องมือวิจัยและให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับแก้ไขเครื่องมือวิจัยให้เหมาะสมกับงานวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณคณาจารย์ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย ทุก ๆ ท่าน ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาในการศึกษาครั้งนี้

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาล และขอบคุณบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ณ แผนกอายุรกรรมทั่วไป ตึก ภปร. ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ที่คอยให้การช่วยเหลือสนับสนุนทำให้การเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านไปได้อย่างดี ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถามจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ตลอดจนขอขอบคุณรุ่นพี่และเพื่อนนักศึกษาปริญญาโททุกคนที่ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ และคอยให้กำลังใจกันเสมอมาตลอดการศึกษา และขอขอบคุณสถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทยที่ได้ให้ทุนอุดหนุนการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา เพื่อน พี่ น้อง ที่ได้ให้การช่วยเหลือสนับสนุนและเป็นกำลังใจจนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จไปได้ด้วยดี ท้ายนี้คุณค่าและประโยชน์ทั้งหลายอันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบเป็นความกตัญญูกตเวทิตาแด่บุพการี บุรพจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่าน

หทัยรัตน์ ก้อนมณี

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ค
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
รายการตาราง.....	ซ
รายการภาพประกอบ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	8
คำถามการวิจัย.....	8
สมมติฐานการวิจัย.....	8
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	9
นิยามตัวแปรและนิยามศัพท์ที่สำคัญ.....	10
ขอบเขตการวิจัย.....	12
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	13
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	14
การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้สูงอายุ.....	15
พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019.....	33
ทฤษฎีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model).....	38
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	
ตามทฤษฎีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ.....	44
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วยภายหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019.....	44
การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยภายหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019.....	45
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตนภายหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019....	46
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนภายหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019.....	47
การรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตนภายหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	48
บทสรุป.....	50
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	52
รูปแบบการวิจัย.....	52
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	52

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	53
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	57
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	58
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	60
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	61
บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล.....	64
ผลการวิจัย.....	65
อภิปรายผลการวิจัย.....	77
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	85
สรุปผลวิจัย.....	86
ข้อเสนอแนะ.....	88
เอกสารอ้างอิง.....	90
ภาคผนวก.....	104
ภาคผนวก ก การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....	105
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	110
ภาคผนวก ค เอกสารการอนุญาตใช้เครื่องมือ.....	124
ภาคผนวก ง เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	126
ภาคผนวก จ เอกสารการรับรองจริยธรรมการวิจัย/แหล่งเก็บข้อมูล.....	134
ภาคผนวก ฉ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	139
ภาคผนวก ช การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น.....	141
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	151

รายการตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามข้อมูลทั่วไป...	65
2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019.....	68
3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวมและรายด้าน.....	71
4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวมและรายด้าน.....	72
5 ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน การรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตน และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา.....	73
6 ผลวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน การรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตนเข้าสู่สมการถดถอยแบบเป็นขั้น ตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019.....	74
7 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน การรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตน ต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019.....	75
8 การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....	109
9 ระดับมาตรวัดของตัวแปรเชิงปริมาณ.....	142
10 แสดงการแจกแจงของข้อมูลเป็นโค้งปกติ (Normal distribution of the data)...	143
11 การทดสอบความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (autocorrelation) ด้วยการพิจารณาจากค่า Durbin Watson (Stepwise Multiple Regression Analysis).....	144
12 การทดสอบความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (autocorrelation) ด้วยการพิจารณาจากค่า Durbin Watson (Enter Regression Analysis).....	145

รายการตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
13	การตรวจสอบความสัมพันธ์กันเองภายในตัวแปร (Multicollinearity) จากตาราง Coefficients ด้วยการพิจารณาจากค่า Tolerance และค่า VIF.....	146
14	ค่าเฉลี่ยของความคาดเคลื่อนเท่ากับศูนย์ พิจารณาจากตาราง Residuals Statistics.....	147

รายการภาพประกอบ

ภาพ	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	10
2 ทฤษฎีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model).....	43
3 การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกัน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Fathian-Dastgerdi et al., 2021).....	106
4 การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาผลกระทบของการลือคดวาร์จากไวรัส โคโรนา 2019 ต่อคุณภาพชีวิต(Colucci et al., 2022).....	107
5 การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนจังหวัดปทุมธานี (เพ็ญศรี หงส์พานิช, 2563).....	108
6 Scatterplot แสดงกราฟระหว่างตัวแปรตามบนแกน X (Regression Standardized Predicted Value) และตัวแปรตามมาตรฐานบนแกน Y (Regression Studentized Deleted (Press) Residual).....	148
7 Scatterplot แสดงความสัมพันธ์ linearity ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการ เจ็บป่วยและพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019.....	148
8 Scatterplot แสดงความสัมพันธ์ linearity ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการ เจ็บป่วยและพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019.....	149
9 Scatterplot แสดงความสัมพันธ์ linearity ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการ เจ็บป่วยและพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019.....	149
10 Scatterplot แสดงความสัมพันธ์ linearity ระหว่างการรับรู้อุปสรรคของการ เจ็บป่วยและพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019.....	150
11 Scatterplot แสดงความสัมพันธ์ linearity ระหว่างการรับรู้สมรรถนะตนเองในการ ปฏิบัติตนและพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019.....	150

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นโรคระบาดที่องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO, 2020) ประกาศให้เป็นการระบาดใหญ่ (Coronavirus Pandemic) เนื่องจากการแพร่กระจายเชื้อเป็นไปอย่างรวดเร็วและทำให้เกิดการเสียชีวิตจำนวนมาก โดยการระบาดครั้งใหญ่นี้พบในประเทศจีนครั้งแรกเดือนธันวาคม 2562 และมีการแพร่กระจายไปยังทวีปต่าง ๆ ทั่วโลกอย่างต่อเนื่อง (WHO, 2023) จากข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2564 ซึ่งเป็นช่วงที่มีการระบาดของโรคมาแล้วอย่างต่อเนื่อง พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อสะสมทั่วโลกจำนวนมากกว่า 286 ล้านคน และเสียชีวิตแล้วกว่า 5.4 ล้านคน สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นจำนวนมากเช่นเดียวกัน โดยข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2564 พบว่ามีผู้ป่วยติดเชื้อสะสมสูงถึง 2,223,435 คน เสียชีวิตมาแล้ว 21,298 คน (กรมควบคุมโรค, 2564ก) และจากสถิติของกรมกิจการผู้สูงอายุในช่วงเวลาดังกล่าว พบว่าผู้สูงอายุ (อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีจำนวนสูงถึง 170,861 คน (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2565ข) สอดคล้องกับสถิติผู้ป่วยของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 มาโดยตลอดและเป็นสถานที่ในการศึกษาครั้งนี้ ลักษณะผู้ป่วยมีทั้งการติดเชื้อที่ไม่แสดงอาการ แสดงอาการระดับเล็กน้อย และผู้ป่วยที่มีอาการระดับรุนแรง โดยข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564 ซึ่งเป็นช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคอย่างมากพบว่ามีผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 และมาับการรักษาที่โรงพยาบาลรวมทั้งสิ้นจำนวน 6,507 คน เป็นผู้สูงอายุจำนวนถึง 1,517 คน ซึ่งคิดเป็น ร้อยละ 23.31 ของจำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มาับการรักษา (หน่วยงานเวชสถิติโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย, 2565)

การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 จะส่งผลกระทบต่อร่างกายผู้ป่วยทั้งระยะที่มีการติดเชื้อเฉียบพลันและภายหลังการติดเชื้อไปแล้ว โดยเมื่อเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 เข้าสู่ร่างกายจะมีการกลายพันธุ์ที่ตำแหน่งโปรตีนหนาม (spike S protein) และเข้าจับกับ angiotensin-converting enzyme 2 (ACE2) receptor และแทรกซึมเข้าสู่เซลล์ร่างกายโดยผ่านเยื่อหุ้มเซลล์

(Perrotta et al., 2020) ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายจะถูกกระตุ้น เกิดการเหนี่ยวนำเม็ดเลือดขาวชนิด นิวโตรฟิล (neutrophil) ลิมโฟไซต์ (lymphocyte) และแมคโครฟาจ (macrophage) ให้มาตอบสนอง ต่อเชื้อไวรัส และทำให้เกิดการหลั่งไซโตไคน์ (cytokine) ต่าง ๆ โดยเฉพาะการหลั่งไซโตไคน์ที่เกี่ยวข้อง กับทีเซลล์ (T-cell-related cytokine) ทำให้เกิดการอักเสบในร่างกายของผู้ที่ได้รับเชื้อโดยเฉพาะ บริเวณเนื้อปอด (Risitano et al., 2020) นอกจากนั้นการสลายตัวของ ACE2 receptor มีส่วนสำคัญ ในการทำลายเนื้อปอด และทำให้การอักเสบที่ปอดรุนแรงขึ้น (Perrotta et al., 2020) ส่งผลให้ผู้ป่วย เกิดภาวะน้ำท่วมปอด (pulmonary edema) เกิดพังผืดในเนื้อปอด (pulmonary fibrosis) และเกิด ภาวะปอดแฟบ (atelectasis) ซึ่งกลไกดังกล่าวจะทำให้เกิดการสูญเสียความยืดหยุ่นของเนื้อปอด (elastic recoil) ส่งผลให้เกิดภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ (hypoxemia) ผู้ป่วยจะมีอาการหายใจเหนื่อย หอบ และทำให้เกิดภาวะหายใจลำบากเฉียบพลัน (Acute Respiratory Distress Syndrome; ARDS) และเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต (Yuki et al., 2020) นอกจากนั้นในผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยังมีการตรวจพบ ACE2 receptor ที่อวัยวะอื่นๆ อีกด้วยซึ่งเป็นการบ่งชี้ถึงภาวะอักเสบที่เกิดขึ้น ต่ออวัยวะนั้น เช่น กล้ามเนื้อหัวใจ ไต ท่อน้ำดี ลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่ หลอดอาหาร และเซลล์เยื่อ ช่องปาก ซึ่งจะส่งผลให้อาการของผู้ป่วยมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น (Perrotta et al., 2020)

สำหรับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้สูงอายุจะมีอาการที่รุนแรงมากขึ้นกว่าคนวัยผู้ใหญ่ เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีการลดลงของจำนวนรวมถึงคุณภาพการโบกพัดของเซลล์ขนในระบบทางเดิน หายใจ (Cilia and Ciliated) และขนาดของทางเดินหายใจส่วนบนของผู้สูงอายุจะมีการยุบตัวลงตาม อายุที่เพิ่มขึ้นด้วย (เมธี จินะโกฏี และการันต์ พงษ์พานิช, 2561) นอกจากนั้นผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีโรค ประจำตัวร่วมด้วย ซึ่งโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด 6 ลำดับแรก ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต สูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคไตเสื่อม โรคอ้วนและโรคกระดูกพรุน ตามลำดับ (กรมควบคุมโรค, 2564) เมื่อ เกิดการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระบบทางเดินหายใจจะทำให้เกิดการอักเสบหลายระบบใน ร่างกายและทำให้ภูมิคุ้มกันต่ำ (Parpas et al., 2021) จึงทำให้ระบบทางเดินหายใจในผู้สูงอายุเกิด ภาวะล้มเหลวเฉียบพลันและมีอาการที่รุนแรง ส่งผลให้มีโอกาสเสียชีวิตได้มากกว่าคนวัยหนุ่มสาว นอกจากนั้นยังพบว่าหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้สูงอายุยังมีความเสี่ยงที่จะเกิดอาการผิดปกติ ต่อเนื่องหลังการติดเชื้อมากกว่าประชากรที่อายุน้อยกว่า (Cohen et al., 2021) ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเหล่านั้นทั้งระยะสั้นและระยะยาว

นอกจากความรุนแรงของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะทำให้เกิดการเสียชีวิตในผู้สูงอายุที่มี อาการรุนแรงแล้ว ในผู้ป่วยที่รอดชีวิตหรือระดับความรุนแรงของการติดเชื้ออยู่ในระดับเล็กน้อยถึง ปานกลางจะมีผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาว ผู้สูงอายุจะมีอาการทางคลินิกหลงเหลือภายหลังการ

ติดเข้ามาแล้วอย่างน้อยหนึ่งอาการและส่วนใหญ่มีอาการทางคลินิกตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป โดยอาการภายหลังการติดเชื้อที่พบมากที่สุด ได้แก่ อาการเหนื่อยล้า อาการไอ อาการหายใจลำบาก อาการเวียนศีรษะ อาการปวดกล้ามเนื้อ การดมกลิ่นและรับรสลดลง และอาการแน่นหรือไม่สบายในช่องอกตามลำดับ (Sathyamurthy et al., 2021) และจากการศึกษาติดตามอาการของผู้ป่วยที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายหลัง 1 ปี พบว่าอาการที่พบมากที่สุด ได้แก่ อาการหายใจลำบาก รองลงมา คือ อาการนอนไม่หลับ อาการเหนื่อยล้าและอาการปวด (Zhou et al., 2021) นอกจากนั้นการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะกระตุ้นทำให้ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวซึ่งไม่เคยแสดงอาการมาก่อนหรือมีอาการแต่ไม่รุนแรงเกิดการกำเริบของโรคขึ้นได้ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคทางเดินหายใจ ภาวะความเสื่อมของระบบประสาทและการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายที่ลดลง (Chojnicki et al., 2021) ดังนั้นในผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะมีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และภาวะสุขภาพที่แย่ลงมากขึ้น (Tur-Sinai et al., 2022)

นอกจากผลกระทบด้านร่างกายดังกล่าวข้างต้นแล้ว การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจต่อผู้สูงอายุ โดยจะมีโอกาสเกิดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าสูง (Sathyamurthy et al., 2021) และอาการทางกายที่เกิดขึ้นจากการติดเชื้อจะนำไปสู่อาการผิดปกติทางจิตใจได้ (Matsumoto et al., 2022) นอกจากนั้นการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้มีมาตรการเว้นระยะห่างของการทำกิจกรรมในสังคม ยิ่งทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว (Hwang et al., 2020) มีปัญหาทางจิตสังคมมากขึ้น เช่น มีอาการหงุดหงิด วิตกกังวล เครียดหรือซึมเศร้า มีปัญหาในการนอนหลับ เกิดความเหงา ซึ่งอาการเหล่านี้มีผลกระทบด้านลบต่อสุขภาพ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีเศรษฐกิจฐานะต่ำยิ่งเพิ่มความน่าจะเป็นที่จะทำให้เกิดสภาวะทางใจที่แย่ลงอย่างมีนัยสำคัญ (Tur-Sinai et al., 2022) ในประเทศไทยการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการปรับตัวของผู้สูงอายุโดยรวมในระดับมาก โดยด้านที่มีผลกระทบสูงสุดคือ ด้านสุขภาพกาย รองลงมา คือ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านเศรษฐกิจ ด้านจิตใจ และด้านสัมพันธภาพทางสังคม (เกศรินทร์ วิงพัฒน์ และโชติบติรัฐ, 2565) ดังนั้นการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ควบคู่ไปกับการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อลดอาการหรือความเจ็บป่วยภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงเป็นสิ่งสำคัญและควรได้รับความสนใจจากบุคลากรทีมสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเหล่านั้นสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) เป็นแบบแผนพฤติกรรมหรือการกระทำและอุปนิสัยที่เกี่ยวข้องกับการบำรุงรักษาสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพและการปรับปรุงสุขภาพ รวมถึงการใช้บริการทางการแพทย์ พฤติกรรมดังกล่าว เช่น การรับประทานอาหาร การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การ

ออกกำลังกาย พฤติกรรมทางเพศ การไปพบแพทย์ตามนัด การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การตรวจคัดกรองโรคและการฉีดวัคซีน เป็นต้น (Gochman, 1997) สำหรับในประเทศไทย กองสุศึกษากระทรวงสาธารณสุข (กองสุศึกษา, 2566ก) ได้ให้นิยามพฤติกรรมสุขภาพไว้ว่า เป็นการปฏิบัติของบุคคลที่ทำให้เกิดการกระทำหรืองดเว้นกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจและการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สำหรับผู้สูงอายุมี 7 ด้านได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการสูบบุหรี่ ด้านการดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ด้านการจัดการความเครียด ด้านการใช้อย่างสมเหตุผล และด้านการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงวัยมีสุขภาพที่ดีห่างไกลจากปัจจัยเสี่ยงของการเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ (กองสุศึกษา, 2566ก)

จากทฤษฎีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของบุคคล อธิบายว่าการที่บุคคลจะมีแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีนั้น จะต้องมีความเชื่อและรับรู้ถึงการกระทำที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงของการเกิดโรคว่าส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เมื่อบุคคลเกิดความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ดี บุคคลนั้นจะมีเหตุผลในการตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและแผนการดำเนินชีวิต ทำให้บุคคลนั้นมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองในทางที่ดีขึ้น (Rosenstock et al., 1988) หากบุคคลรับรู้ความรุนแรงของโรคสูง จะทำให้มีแรงจูงใจในการกระทำเพื่อหลีกเลี่ยงผลกระทบต่อสุขภาพมากขึ้น และหากบุคคลนั้นยังรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติจะส่งผลให้เกิดแรงจูงใจและการกระทำที่ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีมากยิ่งขึ้น นอกจากนั้นบุคคลที่รับรู้สมรรถนะของตนเองได้ดีจะส่งผลต่อการตัดสินใจในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ ในขณะเดียวกันหากบุคคลรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ต่ำ บุคคลจะกระทำพฤติกรรมสุขภาพที่ดีมากขึ้น (Rosenstock et al., 1988)

สำหรับผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะมีอาการของโรคหรือความเจ็บป่วยที่หลงเหลืออยู่ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (McBride et al., 2021) ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุนั้นในระยะยาว การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้สูงอายุเหล่านั้น ชะลอการดำเนินของโรค ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากผลกระทบของโรคที่จะเกิดขึ้นตามมารวมถึงการป้องกันการติดเชื้อซ้ำได้ (กรมควบคุมโรค, 2565) นอกจากนั้นแล้วผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การมีปัจจัยร่วมกันของพฤติกรรมเคลื่อนไหวร่างกายน้อย การสูบบุหรี่และความอ้วนจะเพิ่มความเสี่ยงทำให้มีอาการรุนแรงขึ้น (Hamer et al., 2020) จะยิ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุในระยะยาวเพิ่มขึ้นได้อีก ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้ทฤษฎีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของ โรเซนสต็อค

และคณะ (Rosenstock et al., 1988) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ โดยปัจจัยที่นำมาศึกษาเป็นปัจจัยความเชื่อส่วนบุคคล ประกอบด้วย ปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตน การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติตน และการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติตนหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วยภายหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (perceived susceptibility after Coronavirus 2019 infection) หมายถึง การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึ่งเป็นความเชื่อของบุคคลที่จะส่งผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย โดยแต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่แตกต่างกันส่งผลให้แต่ละบุคคลมีการหลีกเลี่ยงการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกันตามความเชื่อของบุคคลนั้น จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Dedonno et al., 2022) สอดคล้องกับการศึกษาของ เฮอเบค และคณะ (Herbec et al., 2022) พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของอาการรุนแรงจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ จะเห็นว่าผลการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วยและพฤติกรรมสุขภาพยังมีความแตกต่างกัน และยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วยภายหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อมาก่อน

ปัจจัยการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยภายหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (perceived severity after Coronavirus 2019 infection) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้และประเมินปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เกี่ยวกับความเป็นอยู่ คุณภาพชีวิต รวมถึงผลกระทบที่ไม่เกี่ยวกับสุขภาพ เช่น การสูญเสียหน้าที่การงาน ทรัพย์สิน และสถานะทางสังคม ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Dedonno et al., 2022) และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองคองหงษ์ (อภิวดี อินทเจริญ และคณะ, 2564) สอดคล้องกับการศึกษาของ วิลาสินี หลีวันน้อย และคณะ (2566) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แต่ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคในผู้สูงอายุภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

นอกจากนั้นปัจจัยการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตนภายหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (perceived benefits after Coronavirus 2019 infection) หมายถึง บุคคลรับรู้เกี่ยวกับผลดีที่ตนเองจะได้รับจากการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันหรือรักษาโรค โดยบุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำหรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นเชื่อว่าเป็นวิธีที่เหมาะสมและสามารถป้องกันโรคได้จริง โดยพบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ (วิญญู ทัศน และคณะ, 2565) เช่นเดียวกับการศึกษาของ ฟาเออเมท และคณะ (Fatemeh et al., 2022) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในอิหร่าน พบว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Fatemeh et al., 2022)

ปัจจัยการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติตนภายหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (perceived barriers after Coronavirus 2019 infection) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับข้อเสียหรืออุปสรรคต่าง ๆ ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับรู้อุปสรรคสูงในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรค บุคคลจะหลีกเลี่ยงกระทำการป้องกันโรค ส่งผลให้มีโอกาสติดเชื้อหรือมีความเจ็บป่วยที่เพิ่มขึ้น โดยพบว่า การจำกัดพื้นที่ของบุคคลช่วงที่มีการระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 นั้นเป็นอุปสรรคที่ส่งผลกระทบทางลบต่อการมีกิจกรรมทางกายหรือมีการพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้ (Arora & Grey, 2020) และการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Fatemeh et al., 2022) เช่นเดียวกับการศึกษาของ วิญญู ทัศน และคณะ (2565) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ พบว่าการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ และยังไม่พบว่ามีการศึกษาการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

นอกจากนั้นปัจจัยการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติตนภายหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (perceived self-efficacy after Coronavirus 2019 infection) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งซึ่งมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต และถ้าบุคคลนั้นยังรับรู้ความสามารถของตนเองได้มากเท่าไร จะส่งผลต่อการดึงความสามารถที่มีอยู่ในตัวออกมาใช้ทำงานหรือใช้ดำเนินชีวิตได้เต็มศักยภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมของ วิญญู ทัศน และคณะ (2565) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ พบว่าการรับรู้สมรรถนะของตนเองมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (วิญญู ทัศน และคณะ, 2565) และการรับรู้สมรรถนะของตนเองมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ

พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Fatemeh et al., 2022) และยังไม่พบว่ามี การศึกษาสมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติตนภายหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุมาก่อน

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้นจะเห็นว่า การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของการ เจ็บป่วย การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตน การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติตน และการรับรู้ สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติตนหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุจะส่งผลให้เกิด พฤติกรรมสุขภาพที่ดี (Rosenstock et al., 1988) ผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หากมีการ รับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมจึงจะทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี การศึกษาเกี่ยวกับ พฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญในการเกิดการ เปลี่ยนแปลงทางสุขภาพของผู้สูงอายุหลังจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยังมีการศึกษาค่อนข้าง น้อย โดยการศึกษาในต่างประเทศพบว่าการศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาพฤติกรรมป้องกันการติด เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสและการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบ หลังจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งมีหลากหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยเป็น การศึกษาในหลายช่วงวัย มีงานศึกษาที่ศึกษาในผู้สูงอายุโดยตรงค่อนข้างน้อย งานศึกษาในประเทศไทย พบเพียงการศึกษาเกี่ยวกับระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโร นา 2019 และการศึกษาภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ ยังไม่พบการศึกษาในผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโร นา 2019 สำหรับการศึกษาในต่างประเทศพบว่ามีปัจจัยหลากหลายที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ และการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุนั้น ทำให้เราต้องให้ความสนใจในการ ดูแลผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมการบริการสุขภาพในผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

สำหรับโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ให้การดูแล รักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และพบว่าผู้ป่วยที่เคยติดเชื้อและมารับการดูแลรักษาในหอ ผู้ป่วยนอกจำนวนมาก และผู้สูงอายุถูกจัดอยู่ในกลุ่มเปราะบาง และการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุนั้น ทำ ให้ต้องให้ความสนใจในการดูแลสุขภาพเพื่อส่งเสริมการบริการสุขภาพในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะ ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรม ด้าน การบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการสูบบุหรี่ ด้านการดื่มสุรา และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก และด้านการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซ้ำ โดยใช้ทฤษฎีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของ โรเซนสต็อก และคณะ (Rosenstock et al., 1988) โดยศึกษาเฉพาะตัวแปรด้านความเชื่อส่วนบุคคลประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตน การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติตน และการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตน ผลการศึกษาจะนำไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อ ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งเพื่อให้ได้รับการตอบสนองความต้องการในการจัดการสุขภาพอย่างเพียงพอและเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
2. เพื่อศึกษาอำนาจทำนายของ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนและการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตน ในการทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับใด
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนและการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตน สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้หรือไม่อย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนและการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตน ร่วมกันทำนายคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)

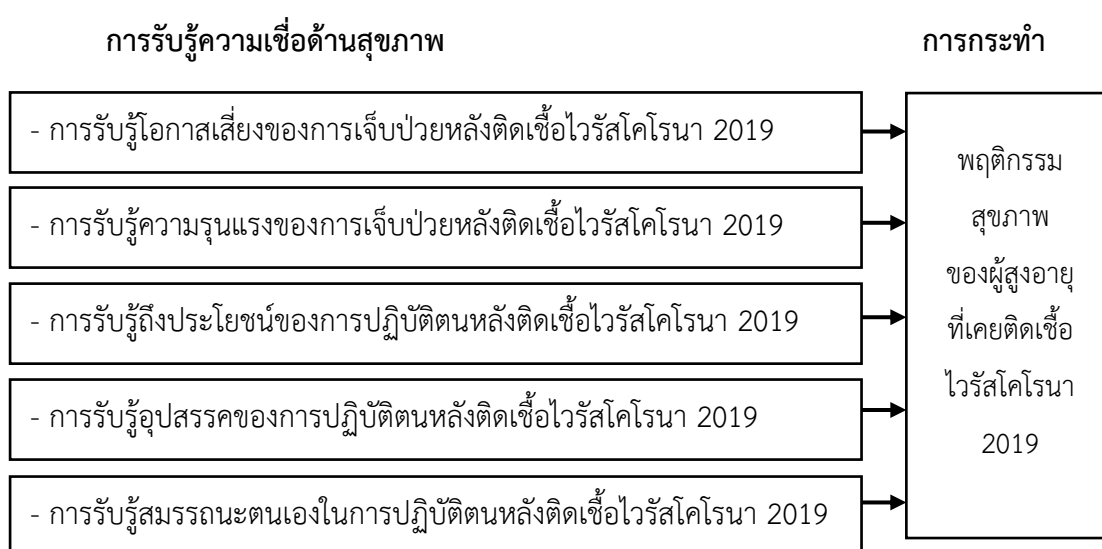
การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ (The Health Belief Model) ของ โรเซนสต็อก และคณะ (Rosenstock et al., 1988) ซึ่งเป็นแบบจำลองการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพที่อธิบายว่า บุคคลจะแสดงพฤติกรรมใด ๆ เพราะเชื่อว่าจะทำให้มีสุขภาพดีและมีเป้าหมายในการป้องกันไม่ให้เป็นโรค โดยการกระทำนั้นจะมีปัจจัยหลัก 7 ตัวแปร ที่เข้ามาเกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย (perceived susceptibility) 2) การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย (perceived severity) 3) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตน (perceived benefits) 4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน (perceived barriers) 5) การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติตน (perceived self-efficacy) 6) สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (cues to action) และ 7) ปัจจัยร่วม (modifying factors) ซึ่ง โรเซนสต็อก และคณะ (Rosenstock et al., 1988) เชื่อว่าการรับรู้ด้านสุขภาพของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน เนื่องจากความเชื่อของแต่ละบุคคลที่ต่างกัน ส่งผลให้เกิดความแตกต่างด้านการรับรู้ของแต่ละบุคคล โดยบางคนอาจมีการรับรู้ว่าการเจ็บป่วยเป็นสิ่งผิดปกติเล็กน้อย ที่ไม่ได้เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต ในขณะที่บางคนอาจจะมีการรับรู้ว่าการเจ็บป่วยเป็นสิ่งรบกวนความกับชีวิตเป็นอย่างมาก ทำให้เกิดความกลัวและรู้สึกท้อแท้ ทฤษฎีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพจะส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยทำให้บุคคลนั้นมีเหตุผลในการตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดำเนินชีวิต

ผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะมีอาการของโรคหรือความเจ็บป่วยที่ยังหลงเหลืออยู่ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพทำให้ผู้สูงอายุต้องมีการจัดการหรือต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ลดอาการกำเริบจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ยังคงหลงเหลือหรือทำการฟื้นฟู หรือส่งเสริมสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง เพื่อให้ผู้สูงอายุเหล่านี้มีสุขภาพที่ดีห่างไกลจากโรคติดเชื้อและโรคเรื้อรังต่างๆ หากผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วยหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตนหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติตนหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ดีและเหมาะสมจะทำให้ผู้สูงอายุเหล่านั้น มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีทั้งด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการสูบบุหรี่ ด้านการดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ด้านการดูแลช่องปาก และด้านการป้องกันการติด

เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ข้า ผู้วิจัยจึงใช้ทฤษฎีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของ โรเซนสต็อก และคณะ (Rosenstock et al., 1988) มาใช้เพื่ออธิบายถึงพฤติกรรมสุขภาพดังแผนภาพกรอบแนวคิดการวิจัย (แผนภาพที่1)

ภาพ 1

กรอบแนวคิดวิจัยปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019



นิยามตัวแปรและนิยามศัพท์ที่สำคัญ

นิยามตัวแปร

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง พฤติกรรมหรือการกระทำส่วนบุคคลเพื่อให้สุขภาพดีขึ้น (Gochman, 1997) โดยเป็นการปฏิบัติของบุคคลที่ทำให้เกิดการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ โดยอาศัยองค์ความรู้ ความเข้าใจ (กระทรวงสาธารณสุข) ประเมินโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อและโรคไร้เชื้อที่สำคัญของผู้สูงอายุ ของกองสุขศึกษา (2566ข) ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมสุขภาพ 7 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการสูบบุหรี่ ด้านการ

ดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ด้านการดูแลช่องปากและการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซ้ำ โดยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูง หมายถึง มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วยหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ หมายถึง ความรู้สึกรู้สึกนึกเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และโรคเรื้อรังต่างๆ ในผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ส่งผลให้ผู้สูงอายุเหล่านั้นมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคประเณินโดยใช้แบบประเณินการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาตามทฤษฎีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ โรเซนสต็อก และคณะ (Rosenstock et al., 1988) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วยหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สูง หมายถึง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วยสูง

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และโรคเรื้อรังต่างๆ มีความรุนแรงต่อสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคหรือการให้ความร่วมมือในการพยาบาล ประเณินโดยใช้แบบประเณินการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาตามทฤษฎีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ โรเซนสต็อก และคณะ (Rosenstock et al., 1988) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยสูง หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยสูง

การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตนหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความเชื่อและรับรู้ถึงการปฏิบัติตามคำแนะนำนั้นเป็นทางออกที่ดีก่อให้เกิดผลดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่สุด ทำให้สามารถป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซ้ำรวมทั้งป้องกันการเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น และสามารถมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีรวมทั้งป้องกันภาวะแทรกซ้อน ประเณินโดยใช้แบบประเณินการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาตามทฤษฎีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ โรเซนสต็อก และคณะ (Rosenstock et al., 1988) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยคะแนนการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตนสูง หมายถึง มีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตนสูง

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไปที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการรับรู้ถึงอุปสรรคที่ทำให้บุคคลหลีกเลี่ยง

ที่จะกระทำการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และโรคเรื้อรังต่างๆ ส่งผลต่อการเข้ารับบริการสุขภาพน้อยลง ประเมินโดยใช้แบบประเมินการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาตามทฤษฎีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ โรเซนสต็อก และคณะ (Rosenstock et al., 1988) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยคะแนนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนสูง หมายถึง มีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนสูง

การรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตนหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ หมายถึง การที่บุคคลที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไปที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการรับรู้ถึงสมรรถนะของตนเองในการตัดสินใจในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ส่งผลต่อสุขภาพ ประเมินโดยใช้แบบประเมินการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาตามทฤษฎีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ โรเซนสต็อก และคณะ (Rosenstock et al., 1988) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติตนสูง หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติตนสูง

นิยามศัพท์ที่สำคัญ

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยมีผลการตรวจ SARS-CoV-2 ให้ผลบวก ซึ่งทำการตรวจด้วยวิธีด้วยการตรวจ RT-PCR (Real-Time Polymerase Chain Reaction) หรือ ATK (Antigen Test Kit) ระยะเวลาตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ด้วยวิธีตรวจสารคัดหลั่งบริเวณทางเดินหายใจส่วนบนและคอโดยการตรวจ RT-PCR (Polymerase Chain Reaction) หรือใช้ชุดตรวจ ATK (Antigen Test Kit) และเคยได้รับการดูรักษาในสถานบริการสุขภาพ ได้แก่ โรงพยาบาล โรงพยาบาลสนาม หรือกักตัวที่บ้าน (ภัททิรา ตันติภาสวสิน และสิทธิชัย ตันติภาสวสิน, 2565)

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน

และการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตน ต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มารับบริการเป็นผู้ป่วยนอกตึก ภาปร. ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 110 คน ระยะเวลาการเก็บข้อมูลระหว่างเดือน สิงหาคม ถึงเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2567

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ความรู้ที่ได้จากผลการวิจัยนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดบริการเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
2. ผลการศึกษานี้จะเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพ ในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีสำหรับผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อไป
3. การขยายองค์ความรู้และความรู้ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยนำเสนอเรียงเป็นลำดับดังต่อไปนี้

1. การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้สูงอายุ
 - 1.1 ความหมาย
 - 1.2 อุบัติการณ์
 - 1.3 พยาธิสรีรวิทยา
 - 1.4 ผลกระทบระยะยาวและภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
 - 1.4.1 ด้านร่างกาย
 - 1.4.2 ด้านจิตใจ
 - 1.4.3 ด้านสังคมและเศรษฐกิจ
 - 1.5 การรักษาและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
2. พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) ของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
3. ทฤษฎีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)
 4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามทฤษฎีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ
 - 4.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วยภายหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
 - 4.2 การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยภายหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
 - 4.3 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตนภายหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
 - 4.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนภายหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
 - 4.5 การรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตนภายหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
5. บทสรุป

การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้สูงอายุ

ความหมาย

ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชากรทั้งเพศชายและเพศหญิงซึ่งมีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป โดยเป็นการนิยามนับตั้งแต่อายุเกิด ซึ่งนิยามโดยองค์การสหประชาชาติ (United Nation, 2019) ส่วนองค์การอนามัยโลกยังไม่มีให้นิยามผู้สูงอายุ โดยมีเหตุผลว่าประเทศต่างๆ ทั่วโลกมีการนิยามผู้สูงอายุต่างกัน ทั้งนิยามตามอายุเกิด ตามสังคม (Social) วัฒนธรรม (Culture) และสภาพร่างกาย (Functional markers) สำหรับในประเทศไทยผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกินกว่า 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย (พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ, 2546) และปัจจุบันประเทศไทยได้ก้าว เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้จากข้อมูลของกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ พบว่ามีจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ต่อจำนวนประชากรทุกช่วงวัยในพื้นที่เดียวกัน ในอัตรามากกว่าร้อยละ 10 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) ซึ่งถือเป็นจำนวนที่มากและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในอนาคต ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษา ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุเกินกว่า 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หมายถึง โรคติดเชื้อที่เกิดจากไวรัส SARS-CoV-2 โดยมีการติดต่อผ่านการสัมผัส (contract transmission) และผ่านละอองฝอยขนาดใหญ่ (droplet transmission) ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่จะมีอาการป่วยในระบบทางเดินหายใจตั้งแต่ระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ซึ่งจะหายเป็นปกติโดยไม่ต้องการรักษาเป็นพิเศษ ไปจนกระทั่งมีอาการหนักและต้องเข้ารับการดูแลรักษาพิเศษโดยทีมแพทย์ ผู้ป่วยทุกคนที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีโอกาสที่จะเจ็บป่วยหนักหรือเสียชีวิตได้ทุกราย โดยเฉพาะผู้สูงอายุและผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคทางเดินหายใจเรื้อรังหรือโรคเมะเร็งจะมีแนวโน้มสูงที่จะมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง (World Health Organization: WHO, 2021)

ผู้ป่วยที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หมายถึง บุคคลผู้ที่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มาแล้วตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ด้วยวิธีการตรวจสารคัดหลั่งบริเวณหลังโพรงจมูกและคอหรือน้ำลาย โดยวิธี RT-PCR (Real Time Polymerase Chain Reaction) หรือใช้ชุดตรวจ ATK (Antigen Test Kit) โดยการเก็บตัวอย่างด้วยวิธี nasopharyngeal swab บริเวณลำคอ หลังโพรงจมูกหรือน้ำลาย ให้ผลเป็นบวก (กรมการแพทย์, 2565ข)

ผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หมายถึง บุคคลที่มีอายุเกินกว่า 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่เคยได้รับการวินิจฉัยว่า ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มาแล้วตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ด้วยวิธีการตรวจสอบคัดหลัง บริเวณทางเดินหายใจส่วนบนและคอโดยวิธี RT-PCR หรือ ใช้ชุดตรวจ ATK โดยการเก็บตัวอย่างด้วยวิธี nasopharyngeal swab บริเวณลำคอ หลังโพรงจมูกหรือน้ำลาย ให้ผลเป็นบวก

อุปติการณ

จากสถิติจำนวนผู้ป่วยที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ขององค์การอนามัยโลก ณ วันที่ 16 มีนาคม พ.ศ. 2566 พบว่ามีผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รวมแล้วทั้งสิ้นกว่า 760,360,956 คน โดยมีผู้เสียชีวิตกว่า 6,873,477 คน (WHO, 2023) สำหรับในประเทศไทยข้อมูลรายงานของกระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2565 พบผู้ติดเชื้อสะสมรวมทั้งสิ้นกว่า 2,458,697 คน (กรมควบคุมโรค, 2564ก) และข้อมูลจากกรมกิจการผู้สูงอายุ ณ วันที่ 14 เมษายน 2565 พบผู้สูงอายุติดเชื้อรวมทั้งสิ้น 170,861 คน (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2565) และจากสถิติของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย มีรายงานอุปติการณการเกิดโรคไวรัสโคโรนา 2019 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึง วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564 รวมทั้งสิ้น 6,507 คน โดยเป็นผู้สูงอายุ 1,517 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 23.31 ของจำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อทั้งหมด (หน่วยงานเวชสถิติโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย, 2565) จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีเป็นจำนวนมาก ดังนั้นจึงส่งผลให้มีผู้ป่วยที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นจำนวนมากตามมาด้วยเช่นกันโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ

นอกจากนี้ยังพบการศึกษาในยุโรปและอิสราเอล พบว่าอายุที่เพิ่มขึ้นเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ความรุนแรงของอาการหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากขึ้นตามไปด้วย และผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีโอกาสสูงที่จะแสดงอาการหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากถึง 26 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ตรวจพบผลเป็นบวกและไม่มีอาการ (Bovil et al., 2023) และจากการศึกษาเกี่ยวกับลักษณะเฉพาะของภาวะหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ช่วง 7 เดือนของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับอาการและผลกระทบที่เกิดขึ้น พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาฟื้นหายเกิน 35 สัปดาห์ และอาการที่พบบ่งชี้หลังการติดเชื้อมากกว่า 6 เดือน ได้แก่ ความเหนื่อยล้า อาการไม่สบายหลังออกกำลังกายและความผิดปกติทางการรับรู้ ซึ่งผู้ป่วยร้อยละ 85.9 มีอาการเมื่อมีการออกกำลังกาย หรือมีกิจกรรมทางร่างกาย และเมื่อมีความเครียด นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 45.2 มีความผิดปกติทางความคิดหรือปัญหาเกี่ยวกับความจำ (Davis et al., 2021) สอดคล้องกับการศึกษาของ ซานา และคณะ (Sanaz et al., 2023) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะลองโควิด การทำหน้าที่ของร่างกาย

และคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพในผู้สูงอายุที่ติดเชื้อมาแล้ว 6 เดือน พบว่าความเหนื่อยล้าและความรุนแรงของการเจ็บป่วยเป็นปัจจัยที่มากที่สุดที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะลองโควิดมากที่สุดจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีโอกาสที่จะแสดงอาการหรือเกิดการเจ็บป่วยได้มากและอาจส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันได้ ดังนั้นผู้สูงอายุเหล่านี้จึงควรได้รับความสนใจและทำการศึกษาจากบุคลากรทีมสุขภาพเพื่อนำความรู้ที่ได้มาพัฒนาคุณภาพการรักษายาบาลต่อไป

พยาธิสรีรวิทยา

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีสาเหตุมาจากเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 ที่แพร่เชื้อเข้าสู่คน โดยเฉพาะในผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี นอกจากนั้นยังมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับอาการของผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) โดยพบว่าช่วงวัยที่มีความเปราะบางต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คือวัยผู้สูงอายุ และวัยผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับระดับอาการของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งนี้เป็นเพราะวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ เมื่อได้รับเชื้อไวรัสก็ย่อมแสดงอาการมากกว่าวัยทำงาน (เสาวลักษณ์ จินดาดี และคณะ, 2565)

นอกจากนั้นยังมีการศึกษาเกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยาของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้สูงอายุของ เพอลอตต้า และคณะ (Perrotta et al., 2020) พบว่าเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 จะเข้าสู่ร่างกายโดยทางเดินหายใจส่วนบนเป็นด้านแรก โดยที่ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงที่จะเกิดความเสี่ยงจากการติดเชื้อสูง เนื่องจากเชื้อจะเข้าสู่ร่างกายโดยระบบทางเดินหายใจขนาดเล็ก ซึ่งในผู้สูงอายุจะพบว่ามี การลดลงของเซลล์ขนในระบบทางเดินหายใจ (Cilia & Ciliated) และขนาดของทางเดินหายใจส่วนบนจะมีการยุบตัวลงตามอายุที่เพิ่มขึ้นด้วย (เมธี จินะโกฏี และการันต์ พงษ์พานิช, 2561) นี่จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้สูงอายุ ภายหลังจากเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ จึงนำไปสู่การติดเชื้อที่รุนแรงขึ้นที่ปอดทำให้มีอาการระบบทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน นอกจากนั้นการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลกระทบต่อระบบอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย นอกจากอาการที่ปอดแล้ว ผู้ป่วยอาจมีอาการอื่นที่นอกเหนือจากอาการในระบบทางเดินหายใจ ยังมีการตรวจพบ ACE2 ที่อวัยวะอื่นด้วย เช่น กล้ามเนื้อหัวใจ ไต ท่อปัสสาวะ ลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่ หลอดอาหาร และเซลล์เยื่อบุช่องปาก โดยจากหลักฐานพบว่าผู้ที่มีอายุน้อยอาจมีแนวโน้มที่จะติดเชื้อแต่ระดับ ACE2 ที่ต่ำในผู้สูงอายุอาจกระตุ้นทำให้เกิดความรุนแรงทางคลินิกของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สอดคล้องกับการศึกษาของ โคเฮน และคณะ (Cohen et al., 2021) เกี่ยวกับความเสี่ยงทางคลินิกที่เกิดขึ้นใหม่หลังระยะ

เฉียบพลันของการติดเชื้อ SARS-CoV-2 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดอาการทางคลินิกอย่างต่อเนื่องหลังจากการติดเชื้อมากกว่าประชากรที่มีอายุน้อยกว่า

นอกจากนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีโรคประจำตัว โดยโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคทางเดินหายใจเรื้อรังและโรคหลอดเลือดหัวใจ จะทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงรุนแรงต่ออาการจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากขึ้น โดยเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 เมื่อเข้าสู่ร่างกาย จะใช้โมเลกุล ACE2 เป็นตัวรับไวรัสเข้าสู่เซลล์ เกิดการอักเสบและความผิดปกติทางเมตาบอลิกในร่างกายและจะส่งผลให้เกิดความรุนแรงของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ (Ejaz et al., 2020) การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถอธิบายกลไกการติดเชื้อและการตอบสนองของร่างกายได้โดยเชื้อซาร์ส (SARS) และเชื้อเมอร์ส (MERS) ที่ผ่านการศึกษามาก่อนหน้านี้เนื่องจากมีความคล้ายคลึงกันทางพันธุกรรมและมีความเกี่ยวข้องกันของรหัสพันธุกรรมจีโนมิกส์ของเชื้อ SARS-CoV-2, เชื้อ SARS-CoV-1 และเชื้อ MERS-CoV ยิ่งไปกว่านั้นเชื้อ SARS-CoV-1 และเชื้อ SARS-CoV-2 ที่ใช้ตัวรับเซลล์โฮสต์เดียวกัน หลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะพบการบาดเจ็บและการเสียหายของอวัยวะที่สัมพันธ์กับการมี ACE2 และความแตกต่างของตัวรับโปรตีนตรงส่วนหนาม (spike protein) ในเชื้อ SARS-CoV-2 จะมีการแยกออกจากกัน โดยกลไกเหล่านี้จะมีส่วนช่วยในการแพร่กระจายของเชื้อ SARS-CoV-2 ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยสาเหตุกลไกการก่อกำเนิดโรค (Pathogenesis) เกิดจากหลายปัจจัย ซึ่งมีสาเหตุและปัจจัยก่อโรคที่สำคัญ 3 ประการ (Nalbandian et al., 2021) ได้แก่

1. การเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรวิทยาที่จำเพาะต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (SARS-CoV-2) โดยใช้โปรตีนส่วนหนาม (spike protein) จับกับตัวรับบนผิวเซลล์ของผู้รับเชื้อ และปล่อยสารพันธุกรรมเข้าสู่เซลล์ พร้อมกับเพิ่มจำนวนสารพันธุกรรมและสร้างตัวเป็นอนุภาคไวรัสใหม่ขึ้นมา นอกจากนี้ การหลั่ง cytokine โดยเชื้อไวรัสซึ่งเป็นสารที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบ จะทำให้อวัยวะในร่างกายหลายระบบสูญเสียการทำงานที่ ทำให้มีอาการผิดปกติต่างๆที่เกิดขึ้น (Nalbandian et al., 2021)

2. ความผิดปกติทางภูมิคุ้มกันของร่างกายและสารก่ออักเสบมากเกินไปจนควบคุม (Overwhelming) นำไปสู่ภาวะที่เรียกว่า “Systemic Inflammatory Response Syndrome (SIRS)” ที่ร่างกายมีการปรับและสร้างสมดุลใหม่ด้านกระบวนการอักเสบที่เรียกว่า “Compensatory Anti-inflammatory Response Syndrome (CARS)” การปรับและรักษาสมดุลของภูมิคุ้มกันของร่างกายระหว่างการกระตุ้นภูมิคุ้มกัน (Immune activation) และการกดภูมิคุ้มกัน (Immunosuppression) ก่อให้เกิดความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกันและกระตุ้นภาวะอักเสบ เกิดการแข็งตัวของเลือดได้ง่ายกว่า

ปกติ ส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บเสียหายต่อเนื้อเยื่อของอวัยวะในร่างกาย (ภทิรา ตันติภาสวสิน และ สิทธิชัย ตันติภาสวสิน, 2565)

3. ผลของการเจ็บป่วยรุนแรง (Post-Critical illness) โดยเกิดจากพิษของเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 เข้าทำลายเซลล์เยื่อปอดผนังหลอดเลือดและทำให้เกิดการบาดเจ็บของหลอดเลือดขนาดเล็ก ส่งผลให้เกิดการเสียสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกายทำให้การทำงานของอวัยวะหลายระบบในร่างกายผิดปกติ โดยเฉพาะระบบทางเดินหายใจ ทำให้เกิดน้ำท่วมปอด เกิดผังผืดในเนื้อปอด และภาวะปอดแฟบตามมา (ภทิรา ตันติภาสวสิน และสิทธิชัย ตันติภาสวสิน, 2565) ปัจจุบันผู้ป่วยหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีการเจ็บป่วยรุนแรง อาจเกิดความผิดปกติใหม่หรืออาจมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ภายหลังจากการติดเชื้อทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ (Nalbandian et al., 2021)

ระดับความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยทั่วไปผู้ที่ติดเชื้อ SARS-CoV-2 สถาบันสุขภาพแห่งชาติประเทศสหรัฐอเมริกา (National Institutes of Health: NIH, 2023a) ได้จัดกลุ่มเป็นตามระดับความรุนแรงของโรค เป็น 5 กลุ่ม ดังนี้

1. การติดเชื้อที่ไม่แสดงอาการ (Asymptomatic) ผู้ป่วยที่การตรวจเชื้อ SARS-CoV-2 แสดงผลเป็นบวก แต่ไม่มีอาการหรืออาการแสดงที่สอดคล้องกับโรคไวรัสโคโรนา 2019
2. การเจ็บป่วยเล็กน้อย (Mild illness) ผู้ป่วยที่มีอาการและอาการแสดงต่าง ๆ ของโรคไวรัสโคโรนา 2019 (มีไข้ ไอ เจ็บคอ รู้สึกไม่สบาย ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย สูญเสียการรับรสและการรับกลิ่น) แต่ไม่มีหายใจ หายใจลำบาก หรือแน่นหน้าอก
3. การเจ็บป่วยปานกลาง (Moderate illness) ผู้ป่วยที่มีหลักฐานจากการตรวจร่างกายหรือจากภาพถ่ายรังสีของทางเดินหายใจส่วนล่างในระหว่างการรักษาการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีค่าออกซิเจนในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 94 (Arterial oxygen saturation; SpO2)
4. การเจ็บป่วยหนัก (Severe illness) ผู้ป่วยที่มีค่าออกซิเจนในเลือดต่ำกว่าร้อยละ 94 หรือมีค่า $PaO_2/FiO_2 < 300$ มม.ปรอท อัตราการหายใจมากกว่า 30 ครั้ง/นาที หรือปอดมีการติดเชื้อ (lung infiltrates) มากกว่าร้อยละ 50
5. การเจ็บป่วยร้ายแรง (Critical illness) ผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลว มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อหรือมีอวัยวะหลายส่วนทำงานผิดปกติ (อวัยวะล้มเหลว) รวมด้วย

ผลกระทบระยะยาวและภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ผลกระทบของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้สูงอายุพบว่ามีความรุนแรงที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้มากกว่าผู้ใหญ่ โดยผู้ป่วยที่มีอายุมากมีแนวโน้มที่จะมีอาการรุนแรงชนิดวิกฤต หรือแม้กระทั่งเสียชีวิต อาจเกี่ยวข้องกับการทำงานของภูมิคุ้มกันที่ไม่ดีของผู้สูงอายุซึ่งทำให้การตอบสนองต่อเชื้อโรคลดลง (Parpas et al., 2021) และสูงอายุมากมักมีโรคประจำตัวแทรกซ้อนอยู่เสมอ และอาการทางคลินิกมักจะรุนแรงขึ้นเมื่อติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้สูงอายุอาจมองข้ามอาการเริ่มต้นของไวรัสโคโรนา 2019 ได้ง่ายกว่าเมื่อเทียบกับคนอายุน้อยกว่า และอาจทำให้ไม่ได้ไปพบแพทย์ ในระยะเริ่มต้นของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งทำให้อาการเป็นมากแล้ว (กรมการแพทย์, 2565ก)

การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้สูงอายุยังทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพและสังคมมากขึ้น ทั้งผลจากภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงทำให้เกิดการสูญเสียชีวิต และภาวะเรื้อรังที่ส่งผลให้เกิดการดูแลระยะยาวของผู้ป่วยที่ติดเชื้อ (ศุภณัฐ วณิชยนิรมล และคณะ, 2565) ผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถแบ่งผลกระทบออกเป็น 3 ด้านหลักได้แก่ ผลกระทบด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคมและเศรษฐกิจ ดังนี้

1.ผลกระทบด้านร่างกาย การศึกษาในผู้สูงอายุหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่าความรุนแรงจากติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับอายุของผู้ป่วย โดยผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่าผู้ที่อายุต่ำกว่า 65 ปีถึง 23 เท่า (Mueller et al., 2020) การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้สูงอายุจะกระตุ้นทำให้สภาวะโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่กำเริบหรือแสดงอาการมากขึ้น เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคทางเดินหายใจ ภาวะความเสื่อมของระบบประสาทและการทำงานของระบบต่าง ๆ ที่ลดลง (Mansell et al., 2022) ผลกระทบของภาวะที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อระบบอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย ได้แก่ ผลกระทบต่อปอด และระบบทางเดินหายใจ ผลกระทบต่อหลอดเลือดหัวใจ ผลกระทบต่อไต ผลกระทบต่อต่อมไร้ท่อ ผลกระทบต่อระบบทางเดินอาหารและทางเดินน้ำดี ผลกระทบทางผิวหนัง รายละเอียด ดังนี้ (Nalbandian et al., 2021) ได้แก่

ผลกระทบต่อปอด การศึกษาผลกระทบเกี่ยวกับปอดในผู้ป่วยหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่าเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้เกิดอาการแสดงหลายระบบโดยเฉพาะระบบทางเดินหายใจ ซึ่งเป็นอาการในกลุ่มทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง โดยจะเกิดอาการต่อเนื่องในระยะยาว เมื่อเวลาผ่านไป

จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้นเรื่อยๆ (Esendagli et al., 2021) สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับอาการหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่พบว่าปอดเป็นอวัยวะหลักที่ได้รับผลกระทบจากไวรัสโคโรนา โดยตรวจพบเชื้อ SARS-CoV-2 ในปอด ซึ่งส่งผลต่อการทำงานที่ผิดปกติและโครงสร้างที่เปลี่ยนแปลงของปอด (Salamanna et al., 2021) และการศึกษาที่เป็นการศึกษาทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรายงานขั้นสุดศพผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 219 ราย จาก 8 งานวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุ 19-100 ปี เป็นผู้มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 90 และพยาธิสภาพที่พบมากที่สุดคือปอดบวมน้ำ และหลอดเลือดอุดตันที่ปอด ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะเพิ่มการอักเสบ ความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือด และเกิดภาวะลิ่มเลือด อุดตันในปอดมากขึ้น (ณัฐสิทธิ์ เจริญสันต์, 2565) นอกจากนั้นการศึกษาทางระบาดวิทยาและอาการทางคลินิกในกลุ่มผู้รอดชีวิตจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบมีการแสดงอาการทางปอดตั้งแต่อาการหายใจลำบาก (ทั้งภาวะที่มีหรือไม่มีภาวะฟุ้งพลาสมาออกซิเจนเรื้อรัง) ไปจนถึงการมีพังผืดในปอดและทำให้การหายใจเครื่องช่วยหายใจลำบาก คล้ายกับผู้ป่วยในกลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน (ARDS) จากสาเหตุอื่นๆ นอกจากนั้นยังพบว่าอาการหายใจลำบากเป็นอาการที่พบบ่อยที่สุดในผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นอกจากนั้นในผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของการติดเชื้อ (โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องใช้ท่อช่วยหายใจแบบ high-flow และเครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมด้วยปริมาณ) พบว่าจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในปอดในระยะยาวมากกว่าผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของอาการในน้อยถึงปานกลาง (Nalbandian et al., 2021) สำหรับผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของการติดเชื้อในระดับน้อยถึงปานกลางพบว่าในระยะยาวจะมีอาการหายใจลำบากและมีอาการอ่อนล้าอีกด้วย (เมธาวิ หวังชาลาบวร และคณะ, 2565)

ผลกระทบต่อหัวใจและหลอดเลือด เมื่อมีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะส่งผลกระทบต่อหลอดเลือดหัวใจโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มที่มีอาการและอาการแสดงรุนแรง โดยอาจเกิดจากตัวรับ ACE2 บนเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้เกิดการอักเสบของกล้ามเนื้อหัวใจส่งผลให้ความสามารถในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง เสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือดอุดตันเฉียบพลัน ซึ่งนำไปสู่การบาดเจ็บของกล้ามเนื้อหัวใจหรือกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในที่สุด (Ejaz et al., 2020) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้รอดชีวิตจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะพบอาการเจ็บหน้าอกมากถึงร้อยละ 20 และจากการติดตามในวันที่ 60 พบว่าผู้ป่วยมีอาการใจสั่นอย่างต่อเนื่องร้อยละ 9 และอาการเจ็บหน้าอกรายงานร้อยละ 5 จากการติดตามผล 6 เดือนในระยะหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่าอุบัติการณ์ที่เพิ่มขึ้นของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายจากความเครียดในช่วงการระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 เมื่อเทียบกับช่วง

ก่อนการระบาดใหญ่ (ร้อยละ 7.8 เทียบกับร้อยละ 1.5–1.8 ตามลำดับ) (Ejaz et al., 2020) และจากการศึกษาชั้นสุตรพลิกศพในผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 39 ราย ตรวจพบไวรัสโคโรนา 2019 ในเนื้อเยื่อหัวใจร้อยละ 62.5 ของผู้ป่วย (ณัฐสิทธิ์ เจริญสันต์, 2565) ซึ่งการตอบสนองต่อการอักเสบที่เกิดขึ้นอาจนำไปสู่การตายของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ และการแทนที่ของ fibro-fatty ของโปรตีนเดสโมโซม (Desmosome) เป็นการเชื่อมติดกันของเยื่อหุ้มเซลล์โดยอาศัยการตรึงด้วยอินเตอร์มีเดียตฟิลาเมนต์ ที่สำคัญสำหรับการเกาะติดระหว่างเซลล์ต่อเซลล์ ซึ่งผู้ป่วยที่หายดีแล้วอาจมีความต้องการการเผาผลาญของหัวใจเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Nalbandian et al., 2021) ดังนั้นการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงส่งผลกระทบต่อหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยและอาจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตตามมา

ผลกระทบต่อไต การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะส่งผลกระทบต่อไต โดยเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 ก่อให้เกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน (AKI) และทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 60–90 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจะมีระดับยูเรียไนโตรเจนในเลือดที่สูงขึ้น และพบภาวะปัสสาวะเป็นเลือด (Ejaz et al., 2020) ส่งผลให้เกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน (AKI) ที่ต้องทำการบำบัดทดแทนไต (RRT) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื้อรุนแรงซึ่งต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ พบว่าในระยะเริ่มต้นผู้ป่วยวิกฤตร้อยละ 27–64 ที่ไม่ได้รับการฟอกไตภายใน 28 วัน อัตราการกรองของไตโดยประมาณที่ลดลง (eGFR; <90 มล.นาทีต่อ 1.73 ตร.ม.) มีรายงานในผู้ป่วยร้อยละ 35 ในเดือนที่ 6 จากการศึกษาภาวะหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศจีนพบว่าร้อยละ 13 มีการลด eGFR เทียบจากจากไตปกติในช่วงที่มีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยข้อมูลการติดตามระยะยาว ผู้ป่วยที่ต้องการการบำบัดทดแทนไตสำหรับภาวะไตวายเฉียบพลันจะมีอัตราการเสียชีวิตสูง โดยมีโอกาสรอดชีวิตที่ร้อยละ 0.46 ที่ 60 วัน และรายงานอัตราการฟื้นตัวของไตที่ร้อยละ 84 ในกลุ่มผู้รอดชีวิต (Huang et al., 2021)

ผลกระทบต่อต่อมไร้ท่อ พบอาการทางคลินิกเกี่ยวกับภาวะเลือดเป็นกรด (DKA) และไทรอยด์อักเสบกับภาวะไทรอยด์เป็นพิษ อาจเป็นผลจากมีการกระตุ้นภูมิคุ้มกันต้านทานผิดปกติของต่อมไร้ท่อซึ่งแสดงอาการเป็นไทรอยด์อักเสบจากภูมิคุ้มกัน (Hashimoto's thyroiditis) หรือโรคเกรฟส์ (Graves' disease) (Nalbandian et al., 2021)

ผลกระทบต่อระบบทางเดินอาหารและทางเดินน้ำดี จากการติดเชื้อไวรัสที่เกิดขึ้นสามารถตรวจพบกรดโรโบนิวคลีอิกของไวรัสเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 28 วันหลังจากเริ่มมีอาการของการติดเชื้อ

SARS-CoV-2 และคงอยู่เป็นเวลาเฉลี่ย 11 วัน หลังจากไม่มีอาการทางเดินหายใจ โดยเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีศักยภาพในการเปลี่ยนแปลงจุลินทรีย์ในลำไส้ (Gut Microbiome) รวมถึงการเพิ่มจำนวนของสิ่งมีชีวิตที่ติดเชื้อมวยโอกาส และการสูญเสียความสามารถของจุลินทรีย์ในลำไส้ โดยเชื้อแบคทีเรีย *Faecalibacterium prausnitzii* ซึ่งเป็นแบคทีเรียที่ผลิตบิวทิเรต (butyrate) เป็นจุลินทรีย์ที่ดีในลำไส้และยังช่วยลดความรุนแรงของเชื้อไวรัส มีความสัมพันธ์แบบผกผันกับความรุนแรงของอาการติดเชื้อมวยโอกาส 2019 ส่งผลให้ผู้ป่วยที่ติดเชื้อมวยโอกาสของโรคลำไส้อักเสบ เช่น ท้องเสีย ท้องร่วง (Nalbandian et al., 2021)

ผลกระทบทางผิวหนัง การตรวจทางผิวหนังพบในวันที่ 8 ในผู้ป่วยจำนวน 201 พบเพียงร้อยละ 3 ที่สังเกตเห็นผื่นที่ผิวหนัง และเมื่อติดตามผล 6 เดือนในการศึกษาหลังจากการติดเชื้อมวยโอกาส 2019 พบผลกระทบทางผิวหนังที่เด่นชัดคือผื่นร่วง ซึ่งพบในผู้ป่วยประมาณร้อยละ 20 และผื่นร่วงอาจเกิดจากภาวะเส้นผมระยะหลุดร่วง (telogen effluvium) ซึ่งเป็นผลมาจากการติดเชื้อมวยโอกาสหรือการตอบสนองต่อความเครียด (Nalbandian et al., 2021)

ผลกระทบต่อระบบประสาทและความรู้สึก ในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อมวยโอกาส 2019 ที่ไม่รุนแรงจะพบอาการทางระบบประสาทและการรบกวนการรับรู้ นอกจากนั้นยังพบภาวะต่างๆ เช่น สมองได้รับความเสียหายจากภาวะขาดออกซิเจน สมองอักเสบและโรคหลอดเลือดสมอง ได้ในผู้ป่วยติดเชื้อมวยโอกาส 2019 ขั้นรุนแรง ซึ่งการศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยที่ติดเชื้อมวยโอกาส 2019 ที่ไม่รุนแรง 48 ราย ร้อยละ 8.3 สูญเสียการได้ยิน ร้อยละ 4.2 หูอื้อ ร้อยละ 8.3 เวียนศีรษะ ร้อยละ 2 เวียนศีรษะบ้านหมุน (Song et al., 2021) สอดคล้องกับการศึกษาภาวะหลังติดเชื้อมวยโอกาส 2019 พบว่าผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะคล้ายไมเกรน เนื่องจากระดับไซโตไคน์สูง ในการศึกษาติดตามผลของผู้ป่วย 100 ราย ประมาณ ร้อยละ 38 มีอาการปวดศีรษะอย่างต่อเนื่องหลังจากการติดเชื้อ 6 สัปดาห์ และอาการการสูญเสียการรับรู้และกลืนอาจยังคงอยู่หลังจากอาการอื่นๆ หายไปในผู้ป่วยประมาณหนึ่งในสิบของผู้ป่วย (Nalbandian et al., 2021) นอกจากนั้นยังมีการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของอาการปวดศีรษะและความเหนื่อยล้าหลังการติดเชื้อมวยโอกาส 2019 กับอาการปวดศีรษะในระยะเริ่มติดเชื้อมวยโอกาส 2019 พบว่าอาการปวดศีรษะในระยะเฉียบพลันของการติดเชื้อมวยโอกาส SARS-CoV-2 นั้นสัมพันธ์กับความชุกของอาการปวดศีรษะและความเมื่อยล้าที่สูงขึ้นหลังการติดเชื้อมวยโอกาส 2019 ด้วย (Fernandez-de-Las-Penas, 2021)

2. ผลกระทบด้านจิตใจ การระบาดวิทยาและอาการทางคลินิกในผู้ป่วยกลุ่มอาการหลังติดเชื้อโรคซาร์ส (SARS) และผู้รอดชีวิตจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้มีรายงานกลุ่มอาการป่วยที่เคยติดเชื้อไวรัสพบว่า นอกจากอาการที่เกิดขึ้นกับร่างกายแล้ว ยังมีผลกระทบต่อจิตใจได้แก่ อาการซึมเศร้า การนอนหลับ และอาการหลังเฉียบพลันอื่นๆ ของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ใน 1 เดือนหลังจากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประมาณร้อยละ 56 มีผลบวกในอย่างน้อยหนึ่งเรื่องที่ได้รับการประเมินสำหรับผลกระทบทางจิตเวช (โรคเครียดจากภาวะหลังเจอเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล นอนไม่หลับ และอาการย้ำคิดย้ำทำ) มีรายงานภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลที่มีนัยสำคัญทางคลินิกในผู้ป่วยหลังจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยพบร้อยละ 30–40 ซึ่งคล้ายกับผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนาที่รุนแรงก่อนหน้านี้ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวล มีภาวะซึมเศร้า และมีปัญหาการนอนหลับประมาณหนึ่งในสี่ของผู้ป่วยที่มีการติดตามผล 6 เดือน ในการศึกษาในประเทศจีนหลังภาวะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยเฉพาะอย่างยิ่ง มีรายงานอาการ PTSD ที่มีนัยสำคัญทางคลินิกในผู้ป่วยประมาณร้อยละ 30 ของผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และอาจแสดงตั้งแต่ช่วงต้นของการติดเชื้อหรือหลายเดือนหลังจากนั้น (Nalbandian et al., 2021)

นอกจากนี้มีการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ถดถอยของผู้สูงอายุในยุโรปและอิสราเอล หลังการระบาดช่วงแรกของไวรัสโคโรนา 2019 พบว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากขึ้นและยังส่งผลอย่างมีนัยสำคัญต่อสุขภาพของบุคคลที่แย่งลงเช่นเดียวกับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งปัญหาทางจิตสังคม (เช่น ความหงุดหงิด วิตกกังวล หรือเครียด เศร้าหรือซึมเศร้า) มีปัญหาในการนอนหลับ ความเหงา) มีผลกระทบเพิ่มมากขึ้นต่อสุขภาพที่ถดถอย และความสามารถทางเศรษฐกิจที่ต่ำเพิ่มความน่าจะเป็นที่ทำให้เกิดการลดลงของสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ (Tur-sinai et al., 2022) นอกจากนี้ยังมีผลกระทบจากการนอนรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน (Effects of COVID-19 Treatment/ Hospitalization) โดยผลกระทบที่เกิดจากการ นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานานในกลุ่มผู้ป่วยโรคไวรัสโคโรนา 2019 โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤติ (ICU) ประสบความเครียดรุนแรงเฉียบพลันจากการใส่ท่อช่วยหายใจ หรือการถูกบีบหัวใจในการกู้ชีพ เกิดความเครียดสะสมและนำไปสู่การเป็นโรคที่เรียกว่ากลุ่มอาการผิดปกติหลังภาวะวิกฤต (Post-Intensive Care Syndrome; PICS) มีอาการแสดงผิดปกติที่สำคัญได้แก่ อาการแขนขาไม่มีแรง รู้สึกเหนื่อยล้า การคิดและการพูดช้าลง นอกจากตัวผู้ป่วยโรคไวรัสโคโรนา 2019 แล้ว คนใกล้ชิดของผู้ป่วยหลายรายก็ได้รับผลกระทบจิตใจร่วมด้วย จากการที่ต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยวระหว่างการแยกกักตัว หรือเข้ารักษาตัวในสถานพยาบาลเป็นระยะเวลายาวนานหรือเสียชีวิต (ภัทธรา ตันติภาสวสิน และ

สิทธิชัย ตันติภาสวสิน, 2565) นอกจากนี้ยังพบการศึกษาในผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่าข้อจำกัดอื่นๆ เช่น มาตรการต่างๆในช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อาจจะทำให้ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุลดลง และมีแนวโน้มที่จะสูญเสียคู่ครองหรือคนที่รักในระหว่างการแพร่ระบาด ซึ่งอาจจะส่งผลให้ร่างกายจะจิตใจตกต่ำลง (Mansell et al., 2022) และความรู้สึกเครียดหรือกดดันในจิตใจเหล่านี้อาจจะเป็นมากขึ้นโดยเฉพาะในวัยสูงอายุ และอาการยังคงหลงเหลืออยู่ภายหลังจากหายจากโรคไปแล้ว

3. ผลกระทบด้านสังคม และเศรษฐกิจ การระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ที่แพร่กระจายไปทั่วโลกได้สร้างผลกระทบต่อห่วงโซ่อุปทานและการค้าระหว่างประเทศทั่วโลก เนื่องจากการปิดพรมแดน และการห้ามเคลื่อนย้ายผู้คน ทำให้การท่องเที่ยวหยุดชะงัก และคนหลายล้านคนต้องเผชิญกับโอกาสที่จะตกงาน (กรรณิการ์ ไกรกิจราษฎร์ และโชติ บดีรัฐ, 2565) จากรายงานการสำรวจผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในประเทศไทยด้านเศรษฐกิจ ณ วันที่ 23 เมษายน ถึง 17 พฤษภาคม 2563 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2563) พบว่ามากกว่าครึ่งของประชากรมีรายได้ลดลง โดยที่ประชากรร้อยละ 33 มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ประชากร ร้อยละ 14 มีหนี้สินในระบบเพิ่มขึ้น ประชากรร้อยละ 14.5 ประชากรตกงานถูกเลิกจ้าง ประชากรร้อยละ 69.7 ได้รับผลกระทบด้านอาชีพและการจ้างงาน อีกทั้งผู้ประกอบการรายเล็กได้รับผลกระทบโดยยอดขายลดน้อยลงร้อยละ 21.8 และผู้ประกอบการร้อยละ 12.6 ต้องปิดกิจการลงในขณะที่ประชากรร้อยละ 12.9 ถูกพักงานหรือเลิกจ้าง โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน

นอกจากนี้ผลกระทบทางเศรษฐกิจต่อครัวเรือนที่มีต่อกลุ่มเปราะบางทุกกลุ่ม ได้แก่ เด็กเล็ก คนพิการและคนป่วย ผู้สูงอายุได้รับผลกระทบมากกว่ากลุ่มอื่น ซึ่งครัวเรือนที่มีกลุ่มเปราะบางมากจะได้รับผลกระทบด้านรายได้ที่ลดลงมากกว่ากลุ่มที่เปราะบางน้อย มีรายจ่ายเพิ่มขึ้นมากกว่ามีหนี้สินมากกว่า (ชาคร เลิศนิตน์ และสมชัย จิตสุชน, 2563) โดยผู้สูงอายุว่างงานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.9 เป็นร้อยละ 6.6 และมีรายจ่ายเพิ่มขึ้นเพราะสถานบริการปิดจึงต้องมีการดูแลที่บ้านและซื้อยาเอง ในกรณีที่ไม่สามารถไปรับบริการที่สถานพยาบาลได้ (ยศ วัชระคุปต์ และสมชัย จิตสุชน, 2563) สอดคล้องกับการศึกษาที่เกี่ยวกับผลกระทบทางจิต การใช้สารเสพติดและพฤติกรรมสุขภาพในช่วงการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่าความยากลำบากทางเศรษฐกิจในช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นั้นชัดเจนมีทั้งการตกงาน รายได้ลดลง อัตราส่วนหนี้สินต่อทรัพย์สินที่สูงขึ้น และผู้คนที่ไม่สามารถชำระบัตรเครดิตหนี้สินของตนเองได้ (Zvolensky et al., 2020)

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้สูงอายุ จะส่งผลกระทบในหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย โดยหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะกระตุ้นระบบอวัยวะในร่างกายให้ทำงานผิดปกติ เกิดภาวะเสื่อมของระบบประสาทและการทำงานของระบบต่างๆที่ลดลง ส่งผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้านจิตใจ อาจพบว่าผู้สูงอายุมีอาการซึมเศร้า วิตกกังวล และอาการนอนไม่หลับ นอกจากนี้ยังมีผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ ทำให้ขาดรายได้หรือรายได้ลดลงทำให้เกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิต จะเห็นได้ว่าผลกระทบต่างๆเหล่านี้ล้วนมีส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุมีปรับเปลี่ยนความเชื่อหรือมีการรับรู้พฤติกรรมทางสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป

การรักษาและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

การรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งผู้ที่มีอาการและไม่แสดงอาการ สามารถแบ่งตามความรุนแรงของโรคและปัจจัยเสี่ยงได้ 4 กรณี ดังนี้ (กรมควบคุมโรค, 2565)

1. ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการหรือสบายดี (Asymptomatic COVID-19) ให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยแยกกักตัวที่บ้าน (Out-patient with self-isolation) หรือ home isolation หรือสถานที่รัฐจัดให้ตามความเหมาะสม โดยให้ดูแลรักษาตามอาการตามดุลยพินิจของแพทย์ ไม่ให้ยาต้านไวรัส เช่น favipiravir เนื่องจากส่วนมากหายได้เอง อาจพิจารณาให้ยาฟ้าทะลายโจรตามดุลยพินิจของแพทย์

2. ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง ไม่มีปอดอักเสบ ไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรง/โรคร่วมสำคัญและภาพถ่ายรังสีปอดปกติ (Symptomatic COVID-19 without pneumonia and no risk factors for severe disease) อาจพิจารณาให้ favipiravir ควรเริ่มยาโดยเร็ว หากตรวจพบเชื้อเมื่อผู้ป่วยมีอาการมาแล้วเกิน 5 วัน และผู้ป่วยไม่มีอาการหรือมีอาการน้อยอาจไม่จำเป็นต้องให้ยาต้านไวรัส เพราะผู้ป่วยจะหายได้เองโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน

3. ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง แต่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรงหรือมีโรคร่วมสำคัญ หรือผู้ป่วยที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงแต่มีปอดอักเสบ (pneumonia) เล็กน้อยถึงปานกลางยังไม่ต้องให้ออกซิเจน

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรง ได้แก่

- 1) อายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป
- 2) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) (GOLD grade 2 ขึ้นไป) รวมโรคปอดเรื้อรังอื่น ๆ
- 3) โรคไตเรื้อรัง (CKD) (stage 3 ขึ้นไป)
- 4) โรคหัวใจและหลอดเลือด (NYHA functional class 2 ขึ้นไป) รวมโรคหัวใจแต่กำเนิด

- 5) โรคหลอดเลือดสมอง
 - 6) เบาหวานที่ควบคุมไม่ได้
 - 7) ภาวะอ้วน (น้ำหนักมากกว่า 90 กก. หรือ BMI 230 กก./ตร.ม.)
 - 8) ตับแข็ง (Child-Pugh class B ขึ้นไป)
 - 9) ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ (เป็นโรคที่อยู่ในระหว่างได้รับยาเคมีบำบัดหรือยากดภูมิหรือcorticosteroid equivalent to prednisolone 15 มก/วัน 15 วัน ขึ้นไป
 - 10) ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มี CD. cell count น้อยกว่า 200 เซลล์/ลบ.มม. แนะนำให้ยาต้านไวรัสเพียง 1 ชนิด โดยควรเริ่มภายใน 5 วัน
4. ผู้ป่วยยืนยันที่มีปอดอักเสบที่มี hypoxia (O_2 saturation < ร้อยละ 94) ปอดอักเสบรุนแรงไม่เกิน 10 วันหลังจากมีอาการ และได้รับออกซิเจน

การให้ยาต้านไวรัส โดยการให้ยาต้านไวรัสโคโรนา 2019 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขจะพิจารณาปัจจัยดังต่อไปนี้ (กรมการแพทย์, 2566)

- 1) ประสิทธิภาพของยาในการลดอัตราการป่วยหนักและอัตราการตาย ประวัติโรคประจำตัว
- 2) ข้อห้ามการใช้ยา
- 3) ปฏิกริยาต่อกันของยาด้านรหัสเดิมของผู้ป่วย (Drug-Drug interaction)

ทั้งนี้แพทย์ผู้รักษาจะพิจารณาเลือกยาดังต่อไปนี้ 1 ชนิด ตามลำดับ

- nirmatrelvir/ritonavir ควรเริ่มให้ภายใน 5 วัน หลังมีอาการ ให้ 5 วัน จำนวน 10 โดส
 - remdesivir ควรเริ่มให้ภายใน 5 วัน หลังมีอาการ ให้ 3 วัน จำนวน 3 โดส
 - molnupiravir ควรเริ่มให้ภายใน 5 วัน หลังมีอาการ ให้ 5 วัน จำนวน 10 โดส
 - tixagevimab/cilgavimab (Long-acting Antibody : LLAB) ควรเริ่มให้เร็วที่สุดใน 5-7 วัน ตั้งแต่เริ่มมีอาการ 1 โดส ถ้าอาการไม่ดีขึ้นภายใน 24 ถึง 48 ชั่วโมงให้ยาต้านไวรัสชนิดอื่นเพิ่มเติม คือ nirmatrelvir/ritonavir หรือ remdesivir
- 4) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปอดอักเสบที่มีภาวะ hypoxia (resting O_2 saturation < ร้อยละ 94) ปอดอักเสบรุนแรง ไม่เกิน 10 วันหลังจากมีอาการ และได้รับ oxygen ดำเนินการดังนี้
- แนะนำให้ remdesivir โดยเร็วที่สุดเป็นเวลา 5-10 วัน ขึ้นกับอาการทางคลินิกควรติดตามอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดร่วมกับให้ corticosteroid

คำแนะนำเพิ่มเติมในการดูแลรักษา ผู้ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข มีดังต่อไปนี้ (กรมการแพทย์, 2566)

1. จากข้อมูลทางระบาดวิทยาในช่วงตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 พบรายงานการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 40 ที่มีประวัติไม่ได้รับวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 65 ปี ขึ้นไปและมีโรคร่วม จึงแนะนำให้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างใกล้ชิด

2. การพิจารณาใช้ยาฟ้าทะลายโจรในการรักษา COVID-19 อาจพิจารณาใช้ฟ้าทะลายโจรในผู้ป่วยที่มีอาการน้อย ไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่รุนแรง และไม่ขัดห้ามต่อการใช้ฟ้าทะลายโจร ขณะนี้ยังไม่มีข้อมูลการศึกษาผลการใช้ฟ้าทะลายโจรร่วมกับยาต้านไวรัสชนิดอื่น และไม่แนะนำให้ใช้ฟ้าทะลายโจรเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

3. การพิจารณาให้ยา favipiravir ในผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีอาการน้อย ไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคที่รุนแรง พบว่าการได้รับการรักษาด้วย favipiravir ภายใน 4 วัน ตั้งแต่เริ่มมีอาการสามารถลดอาการไม่สบายต่าง ๆ ของผู้ป่วยได้ การให้ favipiravir ในกลุ่มที่ไม่มีอาการหรืออาการน้อย อาจจะช่วยลดระยะเวลาการมีอาการโดยเฉพาะถ้าให้ยาเร็ว แต่ไม่ช่วยลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงปานกลางถึงรุนแรงมาก

4. การใช้ favipiravir ในผู้ป่วยที่มีอาการน้อยถึงปานกลาง โดยเริ่มให้ยาเร็วเฉลี่ยประมาณ 1.7 วัน ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับยามีอาการดีขึ้นเร็วกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้ยาอย่างมีนัยสำคัญ จึงไม่แนะนำให้ใช้ favipiravir ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบรุนแรงหรือที่มีอาการปานกลางถึงรุนแรงแล้ว ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการน้อยและไม่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รุนแรงก็อาจจะไม่จำเป็นต้องให้ยาต้านไวรัสใด แต่หากแพทย์พิจารณาว่าจะให้ favipiravir ก็ควรให้ยาภายในเวลาไม่เกิน 5 วัน นับจากวันที่เริ่มมีอาการ

5. มีรายงานการศึกษาพบว่า molnupiravir ทำให้เกิด mutagenic change ในเซลล์ของไวรัส และเซลล์ของสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมในห้องทดลองได้ ซึ่งต้องติดตามการศึกษาในระยะยาวต่อไป

6. ไม่แนะนำให้ใช้ chloroquine, hydroxychloroquine, azithromycin, ivermectin, fluvoxamine, cyproheptadine, niclosanide, ยาต้านเอนไซม์ protease inhibitor เช่น lopinavir/ritonavir หรือ darunavir/ritonavir, ตลอดจน convalescent plasma, ในการรักษา COVID-19

7. Corticosteroid มีประโยชน์ในผู้ป่วยที่อาการรุนแรงที่ต้องให้ออกซิเจนเสริม แต่ไม่แนะนำให้ใช้ corticosteroid ในรายที่มีอาการไม่รุนแรง (ไม่ต้องให้ออกซิเจนเสริม) หรือไม่มีอาการปอดอักเสบ

8. Anti-inflammatory agent อื่น ๆ และ IL-6 receptor antagonist อาจพิจารณาเลือกใช้ tocilizumab หรือ JAK inhibitor เช่น baricitinib และ tofacitinib ในกรณีที่เห็นว่าการอักเสบของปอดเป็นมากและอาจจะเลยระยะเวลาที่ประโยชน์จากยาต้านไวรัสเริ่มน้อยลง โดยควรปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

9. ให้ยาต้านแบคทีเรียเฉพาะเมื่อมีข้อมูลที่ชี้ว่าผู้ป่วยมีการติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อนเท่านั้น ไม่ต้องให้ตั้งแต่แรกเริ่มในผู้ป่วยทุกราย เพราะผู้ป่วยเหล่านี้ในระยะแรกมีการติดเชื้อแบคทีเรียร่วมด้วยเพียงประมาณร้อยละ 3 เท่านั้น และพบว่าการให้ยาต้านแบคทีเรียตั้งแต่แรก มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อดื้อยาแบบ multidrug-resistant ในภายหลัง

10. ในกรณีที่สงสัยผู้ป่วยอาจมีปอดอักเสบจากการติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อน ควรตรวจเพาะเชื้อจากเสมหะเพื่อช่วยในการเลือกยาปฏิชีวนะที่ตรงกับเชื้อก่อโรคมมากที่สุด การตรวจเสมหะอาจทำได้โดยทำใน biosafety cabinet หลีกเลี่ยงการทำให้เกิด droplets หรือ aerosol ขณะทำการตรวจ และเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการต้องสวม PPE แบบเต็มชุด (ประกอบด้วย cover all, N95 respirator, face shield, gloves, shoe cover) ตามมาตรฐานการปฏิบัติงานทางห้องปฏิบัติการสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

11. การให้ยาละลายลิ่มเลือด (anticoagulant) หรือยาอื่น ๆ ให้แพทย์ผู้รักษาพิจารณาการให้ยาตามแนวทางที่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาที่เกี่ยวข้องกำหนดไว้

12. ปัจจุบันยาต้านไวรัสที่ใช้ ยังไม่มีรายงานการดื้อยา ดังนั้นยังสามารถใช้ยาต้านไวรัสในผู้ป่วยได้ โดยพิจารณาตามอาการและความรุนแรงของผู้ป่วยและดุลยพินิจของแพทย์ในขณะนั้น

13. ยาที่แนะนำในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ กำหนดขึ้นจากหลักฐานเท่าที่มีว่าอาจจะมีประโยชน์ ซึ่งยังไม่มีงานวิจัยแบบ randomized control trials มากเพียงพอที่จะรับรองยาชนิดใด ๆ นอกจาก nirmatrelvir/ritonavir, molnupiravir และ remdesivir ซึ่งข้อมูลผลการรักษาด้วยยาเหล่านี้ก็ยังคงอาจมีความเปลี่ยนแปลงได้อีก ดังนั้นควรติดตามรายงานการศึกษาวิจัยอย่างต่อเนื่อง

การส่งเสริมฟื้นฟูร่างกายของผู้ป่วยสำหรับผู้สูงอายุหลังจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อให้ร่างกายฟื้นหายจากโรคและลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น โดยองค์การอนามัยโลกได้มีข้อเสนอแนะ ดังนี้ (WHO, 2023)

จัดการอาการหายใจไม่สะดวก อาการหายใจไม่สะดวก เป็นเรื่องปกติที่จะมีอาการหายใจไม่สะดวกหลังจากป่วยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การสูญเสียความแข็งแรงของร่างกาย

ในขณะที่มีอาการไม่สบายและความเจ็บป่วยนั้นอาจหมายความว่า มีอาการหายใจไม่สะดวก การรู้สึกหายใจไม่ออกจะทำให้รู้สึกวิตกกังวล ซึ่งจะทำให้มีอาการหายใจไม่ออกแย่ง การสงบสติอารมณ์และเรียนรู้วิธีที่ดีที่สุดในการจัดการกับอาการหอบจะช่วยให้ ซึ่งการหายใจเป็นเรื่องปกติที่จะหายใจแรงขึ้นเมื่อออกแรง เช่น เดินขึ้นบันได แต่ควรฟื้นคืนสู่ระดับที่ปกติภายในเวลาไม่กี่นาทีหลังจากพัก อาการหายใจไม่อิ่มควรดีขึ้นเมื่อค่อยๆ ฟื้นตัวจากกิจกรรม (WHO, 2023)

กิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย การที่ผู้ป่วยหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือป่วยอยู่ที่บ้านเป็นระยะเวลานานส่งผลให้ความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อลดลงอย่างมาก การออกกำลังกายเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อเพิ่มความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อของ แต่จำเป็นต้องทำอย่างปลอดภัยและควบคู่ไปกับการบริหารจัดการอาการอื่นของไวรัสโคโรนา 2019 ด้วย ซึ่งอาจมีอาการอ่อนล้ามากขึ้นและอาการอื่นๆ หลังจากที้ออกแรงเพียงเล็กน้อย ซึ่งในทางวิชาการ เรียกว่า "post-exertional malaise" (อาการที่แย่งหลังจากออกแรงทางกายและการใช้พลังงานในการคิดเพียงเล็กน้อย) หรือเรียกย่อๆ ว่า PEM เป็นเวลานานหลายชั่วโมงหรือเป็นวันๆ ภายหลังจากออกแรงทางกายหรือการออกแรงทางความคิด ส่วนการฟื้นตัวจะใช้เวลาประมาณ 24 ชั่วโมงหรือมากกว่านั้น และอาจส่งผลกระทบต่อระดับพลังงาน สมาธิ การนอนและความจำ เป็นสาเหตุของการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ข้อต่อ และอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ หากมีอาการแย่งหลังจากการออกแรง ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายและกิจกรรมที่ทำให้มีอาการแย่ง แต่ถ้าหากไม่พบอาการแย่งขณะออกแรงสามารถค่อยๆ เพิ่มระดับกิจกรรมหรือการออกกำลังกายขึ้นได้ (WHO, 2023)

การจัดการความเมื่อยล้า ความเหนื่อยล้าเป็นอาการที่ทำให้ร่างกายทรุดโทรมซึ่งมีรายงานมากที่สุดโดยผู้ที่ฟื้นตัวจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รู้สึกเหนื่อยล้าทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งเมื่อพบว่ามีอาการเหนื่อยล้า ร่างกายจะรู้สึกหนักอึ้งอย่างมากและแม้แต่การเคลื่อนไหวเล็กๆ น้อยๆ ก็ต้องใช้พลังงานจำนวนมาก ส่วนความเหนื่อยล้าทางจิตใจและการรับรู้ อาจพบว่าเมื่อมีอาการเหนื่อยล้าจะเป็นการยากที่จะคิด มีสมาธิ หรือรับข้อมูลใหม่ๆ และส่งผลต่อความจำและการเรียนรู้ แม้แต่การสะกดคำพื้นฐานและการแก้ปัญหาที่อาจเป็นเรื่องยากสำหรับความเหนื่อยล้าอาจทำให้รู้สึกหมดแรงหลังจากทำงานตามปกติเสร็จ และอาจตื่นขึ้นมาด้วยความรู้สึกเหนื่อยพอๆ กับตอนที่เข้านอน ระดับความเหนื่อยล้าของอาจเปลี่ยนจากสัปดาห์ต่อสัปดาห์ วันต่อวัน หรือชั่วโมงต่อชั่วโมง ซึ่งอาจไม่มีแรงจูงใจที่จะทำอะไรเพราะเหนื่อยมากและรู้สีกว่าการทำงานที่เล็กที่สุดจะทำให้หมดแรง อาจเป็นเรื่องยากสำหรับที่จะอธิบายความเหนื่อยล้าให้ครอบครัว เพื่อน และเพื่อนร่วมงานฟัง การปรับจังหวะเพื่อ

จัดการกับอาการเหนื่อยล้า การปรับจังหวะเป็นกลยุทธ์ที่ช่วยให้หลีกเลี่ยงการหยุดทำงานและจัดการกิจกรรมโดยไม่ทำให้อาการแย่ลง ควรมีการพัฒนาแผนกิจกรรมที่ยืดหยุ่นซึ่งช่วยให้อยู่ในความสามารถปัจจุบันของและหลีกเลี่ยงสิ่งที่หักโหม จากนั้นระดับกิจกรรมจะเพิ่มขึ้นอย่างควบคุมได้เมื่อเวลาผ่านไปเมื่อระดับพลังงานและอาการดีขึ้น (WHO, 2023)

การจัดการปัญหาเกี่ยวกับเสียง การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อาจทำให้เกิดอาการเจ็บคอ ไอ ระคายเคือง และรู้สึกเหมือนมีเสมหะเสมหะในลำคอ โดยจำเป็นต้องล้างคอเป็นประจำ อาจทำให้มีอาการเสียงเบา หายใจแรง หรือเสียงแหบ โดยเฉพาะอย่างหากเป็นผู้ที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ (มีท่อช่วยหายใจ) ในขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล อาจรู้สึกว่าการเดินทางหายใจส่วนบนไวต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัวมากกว่าตอนก่อนป่วย ควรจิบน้ำระหว่างวัน ไม่ควรส่งเสียงดังหรือตะโกน ควรหยุดสูบบุหรี่ และหากมีอาการไอตอนกลางคืนควรใช้หมอนรองศีรษะให้สูง (WHO, 2023)

การจัดการปัญหาการกลืน ปัญหาในการกลืนอาหารและเครื่องดื่ม เนื่องมาจากกล้ามเนื้อที่ช่วยในการกลืนอาจอ่อนแรง สำหรับผู้ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในโรงพยาบาล ท่อดังกล่าวอาจทำให้คอและกล่องเสียงฟกช้ำและบวมได้ การใส่ใจกับการกลืนเป็นสิ่งสำคัญเพื่อหลีกเลี่ยงการสำลักและการติดเชื้อในปอด ควรป้องกันโดยการนั่งตัวตรงทุกครั้งที่คุณกินหรือดื่ม ห้ามกินหรือดื่มขณะนอนราบ นั่งตัวตรง (นั่ง ยืน เดิน) อย่างน้อย 30 นาทีหลังอาหาร ลองอาหารที่มีความหนาและบางต่างกัน เพื่อดูว่าอาหารบางอย่างกลืนง่ายกว่าอาหารอื่น ๆ หรือไม่และการเลือกอาหารที่นิ่ม อาจสับอาหารแข็งให้เป็นชิ้นเล็กทานอาหารและไม่เร่งรีบ มีสมาธิเมื่อกินหรือดื่ม พยายามทานอาหารในที่เงียบ ๆ ทานอาหารมื้อเล็ก ๆ ตลอดทั้งวัน หากรู้สึกเหนื่อยเมื่อทานอาหารมื้อใหญ่ (WHO, 2023)

โภชนาการรวมถึงปัญหาการกลืนและรสชาติ การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อาจส่งผลต่อความอยากอาหารและน้ำหนักได้หลายวิธี หากใช้เวลาอยู่ในโรงพยาบาลน้ำหนักอาจลดลง ในทางกลับกันอาจมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นโดยไม่ได้ตั้งใจและมีความกระตือรือร้นน้อยลงกว่าเดิม สิ่งสำคัญคือต้องมีโภชนาการที่ดีและมีน้ำเพียงพอเพื่อช่วยให้ร่างกายฟื้นตัว รับประทานอาหารที่มีประโยชน์และสมดุล ซึ่งอาหารเพื่อสุขภาพประกอบด้วย ผลไม้ ผัก พืชตระกูลถั่ว (เช่น ถั่วเลนทิลและถั่วต่างๆ) ถั่วและโฮลเกรน (เช่น ข้าวโพดที่ยังไม่แปรรูป ลูกเดือย ข้าวโอ๊ต ข้าวสาลี และข้าวกล้อง) ปลา ไข่ และเนื้อไม่ติดมันเป็นแหล่งโปรตีนที่ดี (WHO, 2023)

จัดการปัญหาเกี่ยวกับความสนใจ ความจำ และการคิด ความยากลำบากต่างๆ กับทักษะการเรียนรู้ ในขณะที่ฟื้นตัวจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ปัญหาเหล่านี้อาจรวมถึงปัญหาเกี่ยวกับความจำ ความสนใจ การประมวลผลข้อมูล การวางแผน และการจัดองค์กร สิ่งนี้เรียกอีกอย่างว่า ภาวะสมองล้า ความเหนื่อยล้าในสมองมักจะทำให้แย่ลง คำแนะนำควรลดสิ่งรบกวนให้น้อยที่สุด พยายามทำงานในสภาพแวดล้อมที่เงียบสงบโดยไม่มีสิ่งรบกวนเบื้องหลัง ทำกิจกรรมให้เสร็จเมื่อเหนื่อยน้อยลง หยุดพักบ่อยๆ ตั้งเป้าหมายหรือเป้าหมายที่สมเหตุสมผลให้กับตัวเองใช้สิ่งจูงใจ ผึกสมอง (WHO, 2023)

ความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า และปัญหาการนอนหลับ อาการหลังจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อาจเป็นประสบการณ์ที่ส่งผลต่ออารมณ์ได้ แต่ไม่ใช่เรื่องแปลกที่จะรู้สึกเครียด วิตกกังวลหรือซึมเศร้า อาจสังเกตเห็นความคิดหรือความรู้สึกที่ยากลำบาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าไม่สบายมากอารมณ์ของอาจได้รับผลกระทบมากขึ้นจากความหงุดหงิดที่ไม่สามารถกลับไปทำกิจกรรมประจำวันหรือทำงานในแบบที่ต้องการได้ การผ่อนคลาย จึงเป็นช่วยในการพักผ่อนจากการเจ็บป่วย ซึ่งสามารถช่วยควบคุมความวิตกกังวลและปรับปรุงอารมณ์ได้ (WHO, 2023)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผลกระทบที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้สูงอายุมีความรุนแรงได้มากกว่าในกลุ่มวัยผู้ใหญ่และส่งผลต่อสุขภาพไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคมและเศรษฐกิจ นอกจากนี้จะทำให้เสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงแล้วยังกระตุ้นทำให้เกิดสภาวะเรื้อรังรุนแรงในอวัยวะหลายระบบในผู้สูงอายุอีกด้วย โดยส่วนใหญ่จะทำให้เกิดอาการต่อเนื่องในระยะยาว ซึ่งเมื่อผู้สูงอายุมีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพหรือมีอาการของภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ภายหลังจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะส่งผลต่อความเชื่อของผู้สูงอายุเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีย่อมส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่ดีตามมาด้วย

พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) ของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ความหมาย

พฤติกรรมสุขภาพ เป็นสิ่งที่แสดงออกถึงการให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพของบุคคล เพื่อที่จะทำให้ตนเองพ้นจากความเจ็บป่วย ดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างสมดุลและมีความสุข แม้ว่าความหมายของพฤติกรรมสุขภาพจะยังไม่มีกำหนดไว้เป็นหมวดหมู่ที่ชัดเจน และนิยามยังไม่ได้ ทำให้เป็นรูปธรรมแต่ได้มีการนิยามการให้ความหมายไว้ ดังนี้

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมใด ๆ ที่ดำเนินการเพื่อจุดประสงค์ในการป้องกันโรคหรือตรวจหาโรค หรือเพื่อปรับปรุงสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี (Conner, 2015) ในขณะที่ คาสล์ และ คอบบ์ (Kasl & Cobb, 1966) ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพว่า เป็นรูปแบบการกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่ดำเนินการโดยบุคคลที่เชื่อว่าตนเองมีสุขภาพดี เพื่อวัตถุประสงค์ในการป้องกันโรคหรือการตรวจหาเชื้อหรือโรคในระยะไร้อาการหรือการเจ็บป่วยโดยไม่มีอาการ นอกจากนั้น ก็อชแมน (Gochman, 1997) ให้ความหมายพฤติกรรมสุขภาพว่า เป็นรูปแบบพฤติกรรม การกระทำและเป็นลักษณะนิสัยส่วนบุคคล เช่น ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม การรับรู้ และความรู้ความเข้าใจที่เกี่ยวกับการรักษาสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพ และในการทำให้สุขภาพดีขึ้น พฤติกรรมดังกล่าว เช่น การรับประทานอาหาร การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย พฤติกรรมทางเพศ การไปพบแพทย์ตามนัด การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การตรวจคัดกรอง และการฉีดวัคซีน โดยที่ลักษณะส่วนบุคคลเหล่านี้ได้รับอิทธิพลมาจากโครงสร้างของครอบครัว กลุ่มเพื่อน ปัจจัยทางสังคม สถาบัน และวัฒนธรรม (Gochman, 1982) และนอกจากนี้ยังมีการรวบรวมความหมายอื่น ๆ ของพฤติกรรมสุขภาพไว้อย่างครอบคลุมโดย คาสล์ และคอบบ์ (Kasl & Cobb, 1966) เชื่อว่าพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำที่ดำเนินการโดยบุคคลที่เชื่อว่าตนเองมีสุขภาพดี โดยที่ไม่มีสัญญาณหรืออาการเจ็บป่วยใดๆ ซึ่งมีจุดประสงค์เพื่อการรักษาสุขภาพให้แข็งแรง สามารถแบ่งเป็น 3 ประเภท ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันโรค พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย และพฤติกรรมที่เป็นบทบาทของการเจ็บป่วย (Kasl & Cobb, 1966) ดังนี้

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive health behavior) หมายถึงการปฏิบัติของบุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค เช่น การไม่สูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การสวมหมวกนิรภัยเมื่อใช้รถจักรยานยนต์การสวมถุงยางอนามัยก่อนมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการ การฉีดวัคซีนป้องกันโรค เป็นต้น

2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness behavior) หมายถึงการปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อมีอาการผิดปกติหรือเจ็บป่วย เป็นพฤติกรรมที่มุ่งแสวงหาการเยียวยา เช่น การนอนพักอยู่ที่บ้านแทนการไปทำงาน การสอบถามเพื่อนเกี่ยวกับอาการป่วยของตน การแสวงหาการรักษาพยาบาล เป็นต้น

3. พฤติกรรมที่เป็นบทบาทของการเจ็บป่วย (Sick role behavior) หมายถึงการปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากได้รับทราบผลการวินิจฉัยแล้ว และทำกิจกรรมใด ๆ ที่มุ่งหวังให้หายจากโรค เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การเลิกดื่มสุรา การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การลดหรือเลิกกิจกรรมที่ทำให้มีอาการของโรคที่เป็นอยู่รุนแรงขึ้น เป็นต้น

พฤติกรรมสุขภาพทั้ง 3 ประเภทดังกล่าวข้างต้น เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการให้บุคคลได้รับการปลูกฝังหรือมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงให้เหมาะสม ซึ่งกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่มต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน และพฤติกรรมสุขภาพแต่ละประเภทยังมีกระบวนการทางพฤติกรรมที่แตกต่างกัน (อมราพร สุรการ, 2565) สำหรับประเทศไทย กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขให้นิยามพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึงพฤติกรรมหรือการปฏิบัติของบุคคลที่ทำให้เกิดการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ โดยอาศัยองค์ความรู้ ความเข้าใจ (กองสุกศึกษา, 2566ก) จึงได้มีการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ เนื่องจากการเล็งเห็นถึงความสำคัญของสุขภาพ เพราะสุขภาพที่ดีเป็นพื้นฐานสำคัญในการดำรงชีวิต โดยเฉพาะในช่วงที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จึงได้มีการส่งเสริมสนับสนุน การจัดการเสริมสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชนในเรื่องของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ที่ถูกต้อง คือ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ และการงดสูบบุหรี่/ดื่มสุรา เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีห่างไกลจากปัจจัยเสี่ยงของการเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ (กองสุกศึกษา, 2566ก)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ว่าเป็นการกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เคยมีประวัติติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มาแล้วตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพ 7 ด้าน ประกอบไปด้วย ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการสูบบุหรี่ ด้านการดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก และด้านการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซ้ำ

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเกี่ยวกับการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่าการศึกษาในต่างประเทศส่วนใหญ่เป็นการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนไปหลังจากการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยมีการศึกษาของ แมนจุนา และคณะ (Manjunath et al., 2021) เกี่ยวกับการรับรู้สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในขณะที่มีการระบาดของไวรัสโคโรนา ในจีน ญี่ปุ่น อิตาลีและอินเดีย พบว่าผู้สูงอายุมีการตอบสนองที่แตกต่างกันในแต่ละประเทศเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพในช่วงการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยที่บุคคลมีการตอบสนองต่อความกลัวเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างชัดเจน ซึ่งภาวะสุขภาพของบุคคลที่มีการตอบสนองต่อความกลัวต่อการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นั้นนำไปสู่การเปลี่ยนของพฤติกรรมสุขภาพและวิถีชีวิตของผู้คนทุกประเทศที่เปลี่ยนแปลงไป สอดคล้องกับการศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพในช่วงการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของ ออโรรา และเกรย์ (Arora & Grey, 2020) ที่พบว่าควรมีการส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายเพื่อให้บุคคลมีผลลัพธ์ที่ดีด้านสุขภาพ เนื่องจากการพบว่าบุคคลที่มีความโดดเดี่ยวทางสังคมมีรูปแบบการใช้ชีวิตที่ไม่เอื้อต่อการมีสุขภาพทางกายในช่วงการระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 และข้อจำกัดต่าง ๆ ในช่วงการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลายข้อส่งผลกระทบทางลบต่อระดับของการมีกิจกรรมทางกาย โดยพบว่าความโดดเดี่ยวทางสังคมที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับอัตราพฤติกรรมการนั่งอยู่เฉย ๆ ที่สูงขึ้น โดยผลกระทบเหล่านี้อาจส่งผลกระทบยาวต่อสุขภาพจิตด้วย ซึ่งการศึกษาส่วนใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตในช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่าส่งผลต่อสุขภาพจิตส่วนใหญ่ไปในทางลบ (Arora & Grey, 2020) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ โคลัคซี และคณะ (Colucci et al., 2022) เกี่ยวกับผลกระทบของการลี้ภัยจากไวรัสโคโรนา 2019 ต่อคุณภาพชีวิต พบว่าผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ลดลงซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ลดลงด้วย สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพและวิถีชีวิตในผู้ที่มีโรคร่วมหลายชนิดในสหราชอาณาจักร พบว่าพฤติกรรมสุขภาพที่ดีจะทำให้มีอายุยืนยาวขึ้นได้ถึง 7.6 ปี ในประชากรหญิงและ 6.3 ปี ในประชากรชาย (Chudasama et al., 2020)

สำหรับการศึกษาในประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชน จังหวัดปทุมธานี พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับต่ำ ($r = .307, p = < .05$) และความเชื่อด้านสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ ร้อยละ 11 ($R^2 = .110, p = < .05$) (เพ็ญศรี หงส์พานิช, 2564) สอดคล้องกับการศึกษา ของ นงศัณพัชร มณีอินทร์และ

อิทธิพล ดวงจินดา (นงศัณพัชร มณีอินทร์และอิทธิพล ดวงจินดา, 2564) เกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ พบว่าปัจจัยการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($r = .74$) ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .522, p < .001$) (กัมปนาท โคตรพันธ์ และนิยม จันทน์นวล, 2565) นอกจากนี้มีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมกรบริโภคอาหารที่เปลี่ยนแปลงไปช่วงสถานการณ์ COVID-19 ของ มนัสชนก ไชยรัตน์ (2563) พบว่าประชากรส่วนใหญ่ตระหนักถึงความปลอดภัยจากเชื้อไวรัสในด้านอาหารแหล่งที่มาของผลิตภัณฑ์นั้นๆ มากขึ้นในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้สูงอายุนั้นส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพและวิถีชีวิตของผู้สูงอายุที่มาจากหลากหลายปัจจัย โดยที่อาจจะได้รับผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นภายหลังจากการติดเชื้อหรือจากข้อจำกัดต่างๆ ในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้นภายหลังการได้รับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เหล่านี้มีส่วนสำคัญต่อการเกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุหลังจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ

แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พบจากการทบทวนวรรณกรรมในปัจจุบันมีดังต่อไปนี้

1. แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ ที่พัฒนาโดยกลุ่มพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและเครือข่าย สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2565) พัฒนามาจากแนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) ซึ่งจะประกอบไปด้วยข้อมูล 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ และ ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ จำนวน 8 ข้อ รวม 16 ข้อ ซึ่งข้อคำถามจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย การมีกิจกรรมทางกาย การรับประทานผักผลไม้ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และจำนวนชั่วโมง

การนอนหลับ โดยการคิดคะแนนจะต้องนำมาวิเคราะห์เป็นร้อยละพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่พึงประสงค์ผู้สูงอายุเป็นภาพรวม โดยใช้สูตรการคำนวณ ดังนี้

ร้อยละ = จำนวนผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่พึงประสงค์ X 100 / จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมิน

2. แบบสอบถามด้านพฤติกรรมสุขภาพ ของวนิดา กองแก้ว (2549) ซึ่งนำมาดัดแปลงโดย ชนิตา สุริอาจ และคณะ (2557) พัฒนามาจากแบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของบรูคและคณะ (Brook et al., 1979) ซึ่งครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด การรับประทานยา การควบคุมปัจจัยเสี่ยง/การสังเกตอาการผิดปกติ และการมีกิจกรรมทางกาย แบบสอบถามเป็นทั้งพฤติกรรมดูแลสุขภาพทั้งด้านบวกและด้านลบ รวมทั้งสิ้น 30 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คะแนนสูง หมายถึง มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพดี

3. แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อและโรคเรื้อรังที่สำคัญของประชาชนวัยสูงอายุ ของกองสุขศึกษา (2566ข) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ตามแนวคิดด้านพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. (พฤติกรรมกรบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา) และโรคอุบัติใหม่ แบบประเมินนี้ใช้ประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย 7 ด้าน จำนวน 22 ข้อ ประกอบด้วยด้านการบริโภคอาหาร จำนวน 6 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 2 ข้อ ด้านการจัดการความเครียด จำนวน 2 ข้อ ด้านการสูบบุหรี่ จำนวน 2 ข้อ ด้านการดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จำนวน 2 ข้อ ด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก จำนวน 3 ข้อ และด้านพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 5 ข้อ โดยข้อมูลที่ได้จะนำมารวบรวมและวิเคราะห์ผล เป็นค่าเฉลี่ยร้อยละ แบ่งเป็น 4 ระดับ คะแนนสูง หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพดีมาก

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ดัดแปลงมาจาก แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ของกองสุขศึกษา (2566ข) ซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งหมด 7 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการสูบบุหรี่ ด้านการดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก และด้านการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซ้ำ จำนวน 25 ข้อ เนื่องจากข้อคำถามมีความเฉพาะเจาะจงเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มากที่สุด ทั้งนี้จำนวนข้อไม่มากจนเกินไปและลักษณะของคำถามเข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน ซึ่งแบบสอบถามที่ได้ทบทวน

มานั้น มีข้อคำถามไม่สอดคล้องและไม่ครอบคลุมกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ผู้วิจัยจึงใช้แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มาใช้ในการศึกษาคั้งนี้

ทฤษฎีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

ทฤษฎีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ (The Health Belief Model) ของ โรเซนสต็อก และคณะ (Rosenstock et al., 1988) อธิบายว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน เนื่องจากความเชื่อของแต่ละบุคคลที่ต่างกัน ส่งผลให้เกิดความแตกต่างด้านการรับรู้ของแต่ละบุคคล โดยบางคนอาจมีการรับรู้ถึงความเจ็บป่วยเป็นสิ่งผิดปกติเล็กน้อย ที่ไม่ได้เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต ในขณะที่บางคนอาจจะมีการรับรู้ว่าการเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่รบกวนความสุขกับชีวิตเป็นอย่างมาก ทำให้เกิดความกลัวและรู้สึกท้อแท้ แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพจะส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยทำให้บุคคลนั้นมีเหตุผลในการตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดำเนินชีวิต เพราะเชื่อว่าจะทำให้มีสุขภาพดีและมีเป้าหมายในการป้องกันไม่ให้ เป็นโรค (Rosenstock et al., 1988) โดยการกระทำนั้นจะมีปัจจัยหลัก 7 ตัวแปร ที่เข้ามาเกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย (Perceived susceptibility) 2) การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย (Perceived severity) 3) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตน (Perceived benefits) 4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน (Perceived barriers) 5) การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติตน (Perceived self-efficacy) 6) สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (Cues to action) และ 7) ปัจจัยร่วม (Modifying factors) (Rosenstock et al., 1988)

ประวัติและวิวัฒนาการของทฤษฎีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ

ทฤษฎีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นแนวคิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพจิตทางสังคมที่พัฒนาขึ้นโดยนักวิจัยด้านสาธารณสุขของสหรัฐอเมริกา ในช่วงทศวรรษที่ 1950 เพื่อศึกษาลักษณะทางประชากร เช่น ลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคม เพศ เชื้อชาติ และอายุ ซึ่งเป็นที่ทราบกันโดยทั่วไปว่ามีความเกี่ยวข้องกับรูปแบบพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป โดยความเชื่อซึ่งเป็นความสัมพันธ์ระหว่างสังคมและพฤติกรรมที่มีลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล ที่ผ่านการขัดเกลาเบื้องต้นมาแล้ว ความเชื่อยังสามารถปรับเปลี่ยนได้และสามารถที่จะแยกแยะความแตกต่างระหว่างบุคคลได้ (Abraham & Sheeran, 2015) โดยความสัมพันธ์ระหว่าง

ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรม ได้รับแนวคิดมาจาก เลวิน (Lewin, 1951) ที่เชื่อว่าความเชื่อบางอย่างจะส่งผลต่อการกระทำหรือพฤติกรรมที่มากขึ้นหรือน้อยลงของแต่ละบุคคล ซึ่งมีการประเมินในเชิงบวกหรือลบของบุคคล โดยเฉพาะปัญหาด้านสุขภาพ ความรุนแรงและการรับรู้ถึงประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันปัญหาสุขภาพที่อาจจะเกิดขึ้นถูกมองว่าเป็นความเชื่อหลักที่มีผลต่อพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งในงานวิจัยระยะแรกพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความแตกต่างของรูปแบบพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยมีการใช้แนวคิดนี้กับพฤติกรรมป้องกัน ซึ่งภายหลังประสบความสำเร็จในการระบุความสัมพันธ์ของการใช้บริการสุขภาพและการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์โดย เบคเกอร์ และคณะ (Abraham & Sheeran, 2015) มีแนวคิด ดังนี้ แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย (Health Belief Model) ปัจจัยร่วม ซึ่งเป็นปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ แต่เกี่ยวข้องกับปัจจัยพื้นฐานที่ส่งผลต่อการรับรู้และการปฏิบัติ ความเชื่อส่วนบุคคล เกี่ยวข้องกับการรับรู้ของบุคคล ได้แก่

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสที่จะป่วยเป็นโรคหรืออาการต่างๆ
2. การรับรู้ความรุนแรงการรับรู้ความรุนแรง หมายถึง ความรู้สึกเกี่ยวกับความร้ายแรงของการเจ็บป่วยหรือการปล่อยให้ป่วยโดยไม่ได้รับการรักษา รวมถึงการประเมินผลลัพธ์ทั้งทางการแพทย์และทางคลินิก (เช่น การเสียชีวิต ความพิการ และความเจ็บปวด) และผลกระทบทางสังคมที่เป็นไปได้ (เช่น ผลกระทบของสภาพการทำงาน ชีวิตครอบครัว และความสัมพันธ์ทางสังคม) การรวมกันของการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงได้รับการระบุว่าเป็นภัยคุกคามที่บุคคลมีการรับรู้
3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตน หมายถึง บุคคลจะรับรู้ถึงความเสี่ยงส่วนบุคคลต่อสภาวะสุขภาพที่ร้ายแรง (การรับรู้ถึงภัยคุกคาม) การรับรู้ก็นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือไม่นั้นจะได้รับอิทธิพลจากความเชื่อของบุคคลนั้นเกี่ยวกับการรับรู้ถึงประโยชน์ของการกระทำต่างๆ ที่มีอยู่เพื่อลดภัยคุกคามจากโรค การรับรู้อื่นๆที่ไม่เกี่ยวกับสุขภาพซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจด้านพฤติกรรมเช่นกัน ดังนั้นบุคคลที่แสดงความเชื่อที่เหมาะสมในการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงจึงไม่ถูกคาดหวังให้ยอมรับการดำเนินการด้านสุขภาพที่แนะนำใดๆ เว้นแต่พวกเขาจะรับรู้ถึงการกระทำที่อาจเป็นประโยชน์โดยการลดภัยคุกคาม
4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน หมายถึง การรับรู้ด้านลบที่อาจเกิดขึ้นจากการดำเนินการด้านสุขภาพบางอย่างโดย โรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974) กล่าวว่า การรับรู้อุปสรรคอาจทำหน้าที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินพฤติกรรม โดยที่แต่ละคนคำนึงถึงผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการกระทำกับการรับรู้อุปสรรค ดังนั้นระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงทำให้เกิดพลังงาน

หรือแรงในการดำเนินการ และการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค ทำให้เกิดแนวทางการดำเนินพฤติกรรมของบุคคล ไปสู่การกระทำ (Rosenstock, 1974)

5. การกระทำ หมายถึง การกระทำตามแบบแผนพฤติกรรมสุขภาพรวมถึงแนวคิดของสัญญาณที่สามารถกระตุ้นการกระทำได้ ตัวอย่างเช่น ฮอคบอม (Hochbaum, 1958) คิดว่าความพร้อมในการดำเนินการ (รับรู้ความความเสี่ยงและการรับรู้ประโยชน์) สามารถเกิดขึ้นได้จากปัจจัยอื่น ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโดยตัวชี้้นำเพื่อกระตุ้นให้เกิดการกระทำ เช่น เหตุการณ์ทางร่างกาย การประชาสัมพันธ์ทางสื่อ อย่างไรก็ตามเขาไม่ได้ศึกษาบทบาทของตัวชี้นำในเชิงประจักษ์และยังไม่มีการศึกษาสัญญาณของการกระทำอย่างเป็นระบบ

6. การรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตน หมายถึง ความเชื่อมั่นว่าสามารถปฏิบัติตามพฤติกรรมที่จำเป็นเพื่อสร้างผลลัพธ์ได้สำเร็จ แบนดูรา (Bandura, 1997) แยกแยะความคาดหวังในการรับรู้สมรรถนะแห่งตนออกจากความคาดหวังในผลลัพธ์ ซึ่งหมายถึงการคาดคะเนของบุคคลว่าพฤติกรรมที่กำหนดจะนำไปสู่ผลลัพธ์บางอย่าง ความคาดหวังในผลลัพธ์นั้นคล้ายคลึงกันแต่แตกต่างไปจากแนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ ของการรับรู้ประโยชน์

และในปี ค.ศ. 1998 โรเซนสต็อกและคณะ (Rosenstock et al., 1988) เสนอแนะให้เพิ่มการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตนในพฤติกรรมสุขภาพ เป็นโครงสร้างที่แยกจากกัน ในขณะที่รวมแนวคิดดั้งเดิมของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน แต่การรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตนไม่เคยรวมเข้าไว้ในแนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ ในยุคแรก ๆ แบบจำลองดั้งเดิมได้รับการพัฒนาในบริบทของการดำเนินการป้องกันด้านสุขภาพที่มีขอบเขตจำกัด (ยอมรับการตรวจคัดกรองหรือการสร้างภูมิคุ้มกันโรค) ซึ่งไม่ได้รับรู้เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่ซับซ้อน โดยตัวแปรอื่นๆ ได้แก่ ตัวแปรทางประชากรศาสตร์ สังคมจิตวิทยา และโครงสร้างที่หลากหลายอาจมีอิทธิพลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และด้วยเหตุนี้จึงมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ตัวอย่างเช่น การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ได้แก่ ปัจจัยทางสังคมและประชากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งความสำเร็จทางการศึกษา เชื่อว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีผลทางอ้อมต่อพฤติกรรม โดยมีอิทธิพลต่อการรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค (Champion & Skinner, 2008)

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ครั้งนี้ ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ (The Health Belief Model) ของ โรเซนสต็อก และคณะ (Rosenstock et al., 1988) ซึ่งเป็นแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพที่อธิบายว่าบุคคลจะแสดงพฤติกรรมใด ๆ เพราะเชื่อว่าจะทำให้มีสุขภาพดีและมีเป้าหมายในการป้องกันไม่ให้เป็นโรค โดยได้มี

การนำเสนอโครงสร้างแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพในด้านต่างๆ 3 ด้าน ดังนี้ (Rosenstock et al., 1988)

1. ด้านความเชื่อ (Individual Belief) ความเชื่อบางอย่างจะส่งผลต่อการกระทำหรือพฤติกรรมของแต่ละบุคคล ซึ่งบุคคลที่เห็นคุณค่าของผลกระทบที่ได้รับรู้ จะพยายามเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหากพวกเขาเชื่อว่าวิถีชีวิตปัจจุบันของพวกเขาเป็นภัยคุกคามต่อผลลัพธ์ที่มีคุณค่า ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility) บุคคลมีความเชื่อที่แตกต่างกันจึงมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่ต่างกัน ซึ่งหนึ่งในความเชื่อส่วนบุคคลเป็นผลมาจากสิ่งที่บุคคลแต่ละคนมีการรับรู้ โดยที่บุคคลมีการยอมรับความเป็นไปได้ของโรคหรือโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคขึ้นจากการกระทำที่เป็นความเสี่ยงของตนเอง

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) บุคคลมีความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคหรือปัญหาทางสุขภาพที่แตกต่างกันออกไป อาจมีการกังวลว่าโรคนั้น ๆ อาจทำให้เกิดการเสียชีวิตหรือส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจหรืออาจทำให้พิการ โดยความรุนแรงที่บุคคลรับรู้ได้อาจมาจากชีวิตครอบครัว และความสัมพันธ์ทางสังคม

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตน (Perceived benefits) เป็นความเชื่อว่าการกระทำที่เป็นประโยชน์จะเป็นทางเลือกในการลดความรุนแรงของการเจ็บป่วย ซึ่งความเชื่อนี้อาจได้รับอิทธิพลมาจากบรรทัดฐานและแรงกดดันจากสังคมของบุคคลนั้น ๆ

4. การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน (Perceived barriers) เป็นความเชื่อด้านลบของการดำเนินการด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นอุปสรรคและกระตุ้นแรงจูงใจที่ขัดแย้งกันในการปฏิบัติพฤติกรรมด้านสุขภาพ ถ้าหากมีความเชื่อด้านลบในการปฏิบัติพฤติกรรมมาก ความเชื่อด้านลบนี้จะถูกมองว่าเป็นอุปสรรคในการขัดขวางการกระทำ ทำให้บุคคลมองว่าการแก้ไขเป็นไปได้ยากและจะส่งผลต่อการลดลงของโอกาสหรืออันตรายต่อการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ทำให้บุคคลมีการหลีกเลี่ยงการกระทำที่บุคคลเชื่อว่าเป็นที่ไม่น่าพอใจ

5. การรับรู้สมรรถนะของตนเอง (Perceived self-efficacy) เป็นความเชื่อส่วนบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมซึ่งความเชื่อนี้อาจได้รับอิทธิพลมาจากบรรทัดฐานและแรงกดดันจากสังคมของบุคคลนั้นๆ

2. ด้านสิ่งจูงใจให้ปฏิบัติ (Cues to action) เป็นสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ที่มากระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมด้านสุขภาพออกมา ประกอบด้วย

1. การชักนำภายในหรือสิ่งกระตุ้นภายใน (Internal Cues) และ

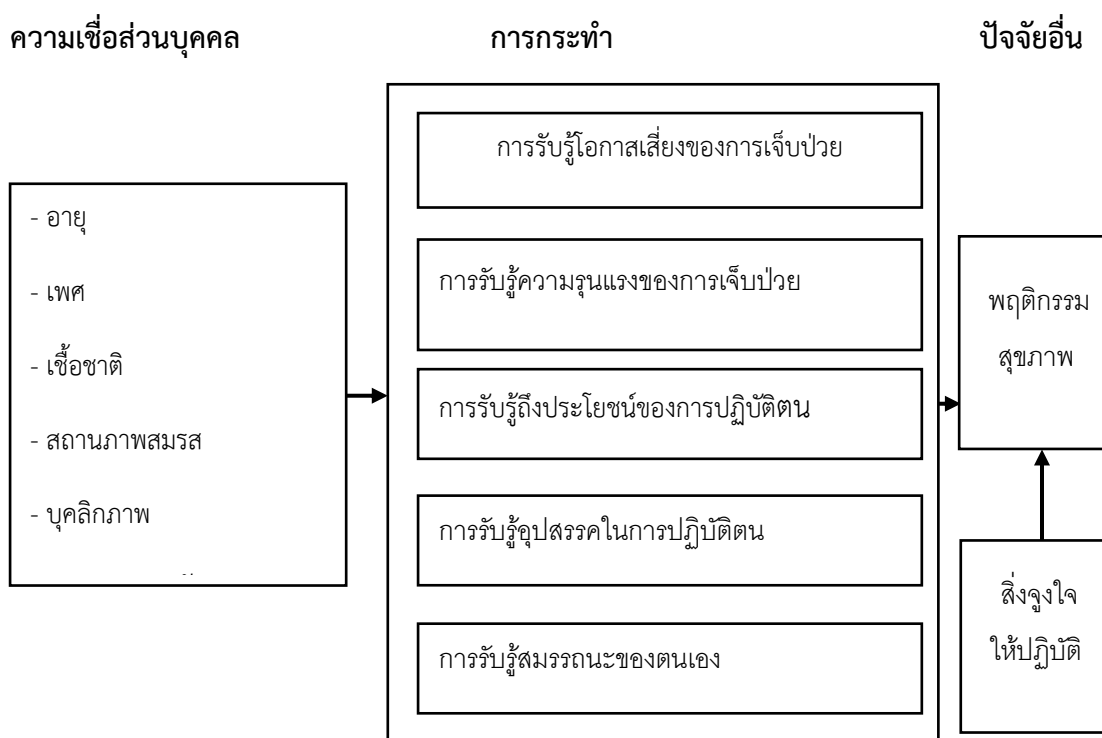
2. สิ่งชักนำภายนอกหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก (External Cues)

3. ด้านปัจจัยอื่นๆ (Modifying factors) เป็นปัจจัยเงื่อนไขของแต่ละบุคคล เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ บุคลิกภาพ เศรษฐฐานะทางสังคม ความรู้ เป็นต้น

โรเซนสต็อก และคณะ (Rosenstock et al., 1988) เชื่อว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน เนื่องจากความเชื่อของแต่ละบุคคลที่ต่างกัน ส่งผลให้เกิดความแตกต่างด้านการรับรู้ของแต่ละบุคคล บางคนอาจรับรู้ว่าการเจ็บป่วยเป็นสิ่งผิดปกติเพียงเล็กน้อย ไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต ในขณะที่บางคนอาจรับรู้ว่าการเจ็บป่วยเป็นสิ่งรบกวนและคุกคามต่อชีวิตเป็นอย่างมาก ทำให้สูญเสียความเป็นบุคคลไป ก่อให้เกิดความกลัว รู้สึกท้อแท้ ทฤษฎีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ จะส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยทำให้บุคคลนั้นมีเหตุผลในการตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและแผนการดำเนินชีวิต โดยการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง ตลอดจนการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคในการดำเนินการ และการรับรู้สมรรถนะของตนเอง เป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการกระทำที่เหมาะสม โดยที่ระดับความเชื่อและระดับการรับรู้ร่วมกัน ก่อให้เกิดการกระทำที่เป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพ โดยจากโครงสร้างแนวคิดสามารถอธิบายได้ดังนี้ (แผนภาพที่ 2)

ภาพ 2

แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ (Rosenstock et al., 1988)



พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามทฤษฎีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะมีผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงมีอาการเจ็บป่วยที่หลงเหลืออยู่ภายหลังการติดเชื้อ (McBride et al., 2021) นอกเหนือจากการเสื่อมทางร่างกายตามวัยแล้ว ดังนั้นผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ทั้งด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการสูบบุหรี่ ด้านการดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก และด้านการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซ้ำ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และในสถานการณ์ปัจจุบันที่เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการแพร่ระบาดและเปลี่ยนแปลงสายพันธุ์ใหม่อยู่ตลอดเวลา ส่งผลให้มีผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อเกิดขึ้นอยู่เสมอ หากผู้สูงอายุเหล่านั้นมีความเชื่อส่วนบุคคลว่าภายหลังการติดเชื้อ

ไวรัสโคโรนา 2019 แล้วจะมีผลต่อภาวะสุขภาพและมีการรับรู้ภาวะสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตน การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตน และการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตน จะทำให้ผู้สูงอายุกระทำพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเพื่อป้องกันอาการและภาวะแทรกซ้อนภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ (Rosenstock et al., 1988) และจากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยเชิงพรรณนาและเป็นแบบจำลองพฤติกรรมสุขภาพ (health belief model) ในการทำนายพฤติกรรมป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า มีความสัมพันธ์กับปัจจัยการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน และการรับรู้สมรรถนะในการปฏิบัติตน (Zewdie et al., 2022)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามทฤษฎีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพโดยผู้วิจัยมุ่งเน้นศึกษาปัจจัยที่เป็นความเชื่อส่วนบุคคล ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติตนภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Rosenstock et al., 1988) รายละเอียดดังนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วยภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วยภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และโรคเรื้อรังต่างๆ ส่งผลให้ผู้สูงอายุเหล่านั้นมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ซึ่งความเจ็บป่วยภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ จะแตกต่างกันออกไปแต่ละบุคคล การศึกษาของ Zhou et al., (2021) ที่ศึกษาติดตามและประเมินอาการของผู้ป่วยที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายหลัง 1 ปี ผลการศึกษาพบว่าเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะกระตุ้นผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวซึ่งไม่เคยแสดงอาการมาก่อนหรือมีอาการแต่ไม่รุนแรง เกิดการกำเริบของโรคขึ้นได้ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคทางเดินหายใจ ภาวะความเสื่อมของระบบประสาทและการทำงานของ

ระบบต่างๆ ในร่างกายที่ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาการรอดชีวิตในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่พบว่าหลังการติดเชื้อผู้ป่วยสูงอายุมีความพร่องทางสติปัญญา และความสามารถในการทำงานของผู้สูงอายุลดลงกว่าช่วงก่อนการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Chojnicki et al., 2021) ดังนั้นจะเห็นว่าหลังการติดเชื้อผู้ป่วยสูงอายุจะมีโอกาสเสี่ยงของเจ็บป่วยหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เพิ่มขึ้น ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีการรับรู้และปรับพฤติกรรมตนเองเพื่อการมีสุขภาพที่ดี

นอกจากนี้มีการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงของอาการรุนแรงของไวรัสโคโรนา 2019 กับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป (Herbec et al., 2022) ผลการวิจัยพบว่าการมีส่วนร่วมในพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญและเป็นอิสระจากการรับรู้ของพฤติกรรมนั้น โดยการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพนั้น ๆ ของบุคคล และยังมีศึกษาการรับรู้สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในช่วงการระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 เปรียบเทียบในประเทศจีน ญี่ปุ่น อิตาลีและอินเดีย โดยผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุมีการตอบสนองที่แตกต่างกันในแต่ละประเทศเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพในช่วงการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยที่บุคคลมีการตอบสนองต่อความกลัวเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างชัดเจน ซึ่งภาวะสุขภาพของบุคคลที่มีการตอบสนองต่อความกลัวต่อการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นั้นนำไปสู่การเปลี่ยนของพฤติกรรมสุขภาพและวิถีชีวิตของผู้คนทุกประเทศที่เปลี่ยนแปลงไป (Manjunath et al., 2021) และมีการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กับการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของการระบาดช่วงแรกในรัฐฟลอริดา พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($R^2 = .253$) (Dedonno et al., 2022)

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หมายถึง บุคคลที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และโรคเรื้อรังต่างๆ มีความรุนแรงต่อสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคหรือการให้ความร่วมมือในการพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาในยุโรปและอิสราเอลเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่ออาการหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี พบว่าอายุที่เพิ่มขึ้นเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ความรุนแรงของอาการหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นมากขึ้น และผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัส

โควิด 2019 ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลมีโอกาสสูงที่จะแสดงอาการหลังติดเชื้อไวรัสโควิด 2019 มากถึง 26 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ตรวจพบผลเป็นบวกเท่านั้น (Bovil et al., 2023) การศึกษาของ ดิออนโน และคณะ (Dedonno et al., 2022) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อไวรัสโควิด 2019 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 2019 (Dedonno et al., 2022) การศึกษาของ ดาสต์เกอร์ดี และคณะ (Dastgerdi et al., 2021) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 2019 ในวัยรุ่น พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อไวรัสโควิด 2019 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 2019 นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ กิวดิ อินทเจริญ และคณะ (2564) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 2019 ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองคอหงษ์ จังหวัดสงขลา พบว่า ปัจจัยการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้มากที่สุด จะเห็นได้ว่าการรับรู้ความรุนแรงเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้เรื่องอาการเจ็บป่วยหลังการติดเชื้อซึ่งเป็นผลให้มีการปรับพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันหรือลดความรุนแรงที่จะเกิดขึ้นจากการติดเชื้อไวรัสโควิด 2019 สอดคล้องกับการศึกษาของ วิลาลินี หลัวน้อย และคณะ (2566) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 2019 ของผู้สูงอายุในภาคตะวันออก พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 2019 มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 2019 ($R^2 = .532, p < 0.001$)

การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตนภายหลังการติดเชื้อไวรัสโควิด 2019

การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตนภายหลังการติดเชื้อไวรัสโควิด 2019 หมายถึง บุคคลที่เคยติดเชื้อไวรัสโควิด 2019 มีความเชื่อและรับรู้ถึงการปฏิบัติตามคำแนะนำนั้นเป็นทางออกที่ดีก่อให้เกิดผลดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่สุด ทำให้สามารถป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 2019 ซ้ำรวมทั้งป้องกันการเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น และสามารถมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีรวมทั้งป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพในช่วงการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด 2019 พบว่าการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีจะช่วยลดการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases) เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ได้อีกด้วย (Czenczek-Lewandowska et al., 2021) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าเมื่อผู้สูงอายุมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตนหลังติดเชื้อไวรัสโควิด 2019 จะสามารถป้องกันหรือลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการติดเชื้อได้ ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์กับตัวผู้สูงอายุเอง อีกทั้งยังส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น จากการทบทวนวรรณพบการศึกษาของ

วิญญูทัณญ และคณะ (2565) ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ พบว่าการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ฟาเธอเมท และคณะ (Fatemeh et al., 2022) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในอิหร่าน พบว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Fatemeh et al., 2022) การศึกษาของ ดาสต์เกอร์ดี และคณะ (Dastgerdi et al., 2021) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 ในวัยรุ่น พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หมายถึง บุคคลที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการรับรู้ถึงอุปสรรคที่ทำให้บุคคลหลีกเลี่ยงที่จะกระทำการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และโรคเรื้อรังต่างๆ ส่งผลต่อการเข้ารับบริการสุขภาพน้อยลง สอดคล้องกับการศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพในช่วงการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ออโรรา และเกรย์ (Arora & Grey, 2020) ที่พบว่าควรมีการส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายเพื่อให้บุคคลมีผลลัพธ์ที่ดีด้านสุขภาพ เนื่องจากบุคคลที่มีความโดดเด่นทางสังคมมีรูปแบบการใช้ชีวิตที่ไม่เอื้อต่อการมีสุขภาพทางกายในช่วงการระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 และข้อจำกัดในช่วงการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลายข้อซึ่งถือเป็นอุปสรรคที่จะสามารถส่งผลกระทบทางลบต่อระดับของการมีกิจกรรมทางกายหรือการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ลดลงได้ (Arora & Grey, 2020) การศึกษาของ ฟาเธอเมท และคณะ (Fatemeh et al., 2022) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในอิหร่าน พบว่าการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เช่นเดียวกับการศึกษาของ วิญญูทัณญ และคณะ (2565) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ พบว่าการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

การรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตนภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

การรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตนภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หมายถึง การที่บุคคลที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการรับรู้ถึงสมรรถนะของตนเองในการตัดสินใจในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ส่งผลต่อสุขภาพ โดยการศึกษาของ เฮอเบรค และคณะ (Herbec et al., 2022) เกี่ยวกับการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงของอาการรุนแรงของไวรัสโคโรนา 2019 กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของอาการรุนแรงของไวรัสโคโรนา 2019 มีอิทธิพลสำคัญต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ โดยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคไวรัสโคโรนา 2019 ที่รุนแรงในสหราชอาณาจักร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพนั้นๆ ของบุคคล เช่น ผู้ที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่ดี (สูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์) จะมีความเสี่ยงต่ออาการรุนแรงของไวรัสโคโรนา 2019 ในขณะที่บุคคลที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดี (ออกกำลังกายเป็นประจำ) จะถูกจัดอยู่ในกลุ่มลดความเสี่ยงหรือไม่มีความเสี่ยงต่อความรุนแรงของไวรัสโคโรนา 2019 สอดคล้องกับรับรู้ถึงสมรรถนะของตนเองหลังจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในการตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี และพบการศึกษาของ วิญญูทัตญู และคณะ (2565) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ พบว่าการรับรู้สมรรถนะของตนเองมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้มีการศึกษาของ ฟาเธอเมท และคณะ (Fatemeh et al., 2022) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในอิหร่าน พบว่าการรับรู้สมรรถนะของตนเองมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ดังนั้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามทฤษฎีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ โรเซนสต็อก และคณะ (Rosenstock et al., 1988) ที่กล่าวว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน เนื่องจากแต่ละบุคคลมีความเชื่อที่ต่างกันจึงมีการรับรู้ที่แตกต่างกันออกไป ซึ่งสิ่งนี้จะทำให้เกิดการตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมของแต่ละบุคคลด้วย ซึ่งสำหรับประเทศไทยที่ได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบแล้วนั้น การที่ได้นำทฤษฎีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เข้ามาใช้ในการศึกษาจะทำให้เห็นถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ ซึ่งจะเป็นตัวแปรสำคัญที่ช่วยในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้มีผลลัพธ์ของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีทั้งการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา

2019 ข้าและการลดการเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ และจากผลลัพธ์ที่กล่าวมานี้จะนำไปสู่การมีสุขภาพดีและห่างไกลจากโรคทั้งโรคติดเชื้อและโรคเรื้อรังต่างๆ แต่จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่ายังพบผลการศึกษาที่ขัดแย้งและได้ข้อสรุปที่แตกต่างกันเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และยังไม่พบการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยตรง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจและเห็นความสำคัญในการศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งผู้วิจัยจึงได้นำตัวแปรการรับรู้ของบุคคล ทั้ง 5 ตัวแปรซึ่งประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน และการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตน มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากเป็นตัวแปรที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (modifiable factors) โดยสามารถพัฒนาหรือส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดียิ่งขึ้นในผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

แบบประเมินการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ

แบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพที่พบจากการทบทวนวรรณกรรมในปัจจุบันมีดังต่อไปนี้

1. แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ ของ ปลมพร พันธุ์อุบล (2553) ซึ่งพัฒนามาจากแบบวัดของ เนตรนภา คู่พันธ์ (2534) และจากการศึกษา General Health Perception Battery ของ บรูค และคณะ (Brook et al., 1979) เป็นแบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของข้าราชการตำรวจวัยทอง ซึ่งซึ่งข้อคำถามประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน การรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคต ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ ความต้านทานโรคหรือการเสี่ยงต่อโรค ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย จำนวน 15 ข้อ ลักษณะแบบเลือกตอบ การแปลผลเป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนสูง หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี ผลการตรวจความเที่ยงของเครื่องมือ ค่า reliability เท่ากับ .83

2. แบบสอบถามการรับรู้ด้านสุขภาพ ของ อมรศักดิ์ โพธิ์อำ และ นูรมา สมการณ (2565) พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของ โรเซนสต็อก และคณะ (Rosenstock et al., 1974) เป็นแบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการดูแลสุขภาพ ลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ เบส (Best

John W., 1977) แบ่งเป็น 3 ระดับ คะแนนสูง หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับสูง ผลการตรวจความเที่ยงของเครื่องมือ reliability เท่ากับ .81

3. แบบสอบถามการรับรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้ทฤษฎีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ โรเซนสต็อก และคณะ (Rosenstock et al., 1988) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เป็นแบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งระบุว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพประกอบด้วยปัจจัย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค ด้านการรับรู้ข้อมูลความรุนแรงของโรค ด้านการรับรู้ประโยชน์ ด้านการรับรู้อุปสรรค และด้านการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตนภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีรวมทั้งสิ้นจำนวน 44 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ โดยการแปลผลคะแนนจะแบ่งเป็นการรับรู้ด้านสุขภาพในแต่ละด้านทั้งหมด 5 ด้านซึ่งคะแนนสูง หมายถึง มีการรับรู้ด้านสุขภาพด้านนั้น ๆ สูง

การศึกษานี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้ทฤษฎีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ โรเซนสต็อก และคณะ (Rosenstock et al., 1988) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เนื่องจากแบบสอบถามที่ได้ทบทวนวรรณกรรมมานั้น มีข้อคำถามไม่สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แบบสอบถามการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้มีความเหมาะสมตรงตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยนำมาศึกษาและยังมีความเฉพาะเจาะจงกับกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยนำมาศึกษาในครั้งนี้

บทสรุป

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มีการศึกษาผลกระทบเกี่ยวกับภาวะที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวนมากไม่ว่าจะเป็นกระหนาบด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมเศรษฐกิจ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าหลังจากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลกระทบตามต่อเนื่องในระยะยาวที่เป็นปัญหาที่จะต้องได้รับการดูแลเพื่อวางแผนเพื่อแก้ไขต่อไป แต่สำหรับในการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญในการเกิดการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพของผู้สูงอายุหลังจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยังมีการศึกษาค่อนข้างน้อย โดยงานศึกษาในประเทศไทยพบเพียงการศึกษาเกี่ยวกับระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโคโรนา 2019 และการศึกษาภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ ยังไม่พบการศึกษาในผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับการศึกษาในต่างประเทศพบว่ามีปัจจัยหลากหลายที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ แต่ด้วยความแตกต่างกันทั้งในด้านภูมิประเทศ ด้านสังคม วัฒนธรรมและเศรษฐกิจ จึงอาจจะทำให้เกิดความแตกต่างกันในแต่ละบริบทได้ ซึ่งความแตกต่างที่กล่าวมานั้นจะเห็นได้ว่ามีส่วนสำคัญในการเกิดเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การรับรู้ภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคลตามทฤษฎีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษายปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เนื่องจากประเทศไทยกำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ ทำให้มีสัดส่วนของผู้สูงอายุค่อนข้างมาก เราจึงต้องให้ความสนใจในการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นอกจากนี้จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ยังส่งผลโดยตรงต่อผู้สูงอายุทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยเฉพาะผู้สูงอายุหลังจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะได้รับผลกระทบในหลายด้านทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ อีกทั้งยังเป็นสถานการณ์ใหม่ที่ส่งผลต่อเนื่องในระยะยาว เพื่อนำผลการวิจัยมาพัฒนาแนวทางหรือส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สำหรับผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยปัจจัยที่ศึกษาประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน และการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตนภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายละเอียดวิธีการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีประวัติได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยวิธีตรวจสารคัดหลั่งบริเวณทางเดินหายใจส่วนบนและคอโดยการป้าย (Swab) RT-PCR หรือใช้ชุดตรวจ ATK และเคยได้รับการดูแลสุขภาพขณะติดเชื้อในสถานบริการสุขภาพ ได้แก่ โรงพยาบาล โรงพยาบาลสนาม หรือได้รับการกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) และมารับบริการเป็นผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรม ททั่วไป โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกจากกลุ่มประชากรแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติเกณฑ์การคัดเลือก

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (inclusion criteria)

1. สัญชาติไทยและสามารถสื่อสารภาษาไทยได้
2. ไม่มีความพร่องทางการรู้คิด โดยการประเมินด้วยแบบประเมินสมรรถภาพการรู้คิด (6 Item Cognitive Impairment Test: 6CIT) มีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน (สุภาพ อารีเอื้อ และ พิชญ์ประอร ยังเจริญ, 2563)
3. เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งได้รับการตรวจด้วย ATK หรือ RT-PCR ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป

4. ระดับความรุนแรงของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เล็กน้อยถึงปานกลาง (mild – moderate) ตามเกณฑ์ระดับความรุนแรงของ (National Institutes of Health: NIH, 2023)

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง (sample size)

ขนาดกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาในครั้งนี้ คำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* Power version 3.1.9.4 และเป็นการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยเชิงพรรณนา กำหนด Test Family เลือก F-test Statistical Test เลือก Multivariable linear regression: Fix Model R^2 increase กำหนดค่าความเชื่อมั่น (แอลฟา) = .05 กำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test) = .80 กำหนดความสัมพันธ์แบบสองทาง (two-tailed-test) กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) = .11 ที่ได้จากงานวิจัยเชิงพรรณนาที่คล้ายคลึงกับงานวิจัยในครั้งนี้มากที่สุด (เพ็ญศรี หงส์พานิช , 2564) ตัวแปรทำนายทั้งหมด 5 ตัว ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 110 คน (ภาคผนวก ก)

สถานที่ดำเนินการวิจัย

สถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแผนกผู้ป่วยนอก ตึก ภปร. ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยเก็บข้อมูลทุกวันจันทร์ ถึง วันศุกร์ เวลา 08.30 - 16.00 น.

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้มี 2 ส่วนได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และแบบประเมินการรับรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง

ประเมินด้วยแบบประเมินสมรรถภาพการรู้คิด (6 Item Cognitive Impairment Test: 6CIT) พัฒนาโดย บรู๊ค และบัลลอค (Brooke & Bullock, 1999) แปลเป็นภาษาไทยโดย สุภาพ

อาร์เอื้อ และพิชญ์ประอร ยังเจริญ (2563) และผู้วิจัยได้รับการอนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการวิจัย ซึ่งประกอบด้วย ด้านการรับรู้สภาวะรอบตัว จำนวน 3 ข้อ ด้านความตั้งใจ จำนวน 2 ข้อ และด้านความจำ จำนวน 1 ข้อ ข้อคำถามรวมจำนวน 6 ข้อ คะแนนอยู่ระหว่าง 0 ถึง 28 คะแนน โดยคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน แสดงว่า ไม่มีความพร้อมทางการรู้คิด

คะแนน 0-7	คะแนน	หมายถึง	ไม่มีความพร้อมทางการรู้คิด
คะแนน 8	คะแนนขึ้นไป	หมายถึง	อาจมีความพร้อมทางการรู้คิด

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพเดิม อาชีพปัจจุบัน ที่อยู่อาศัยปัจจุบัน จำนวนสมาชิกปัจจุบันที่อาศัยในครอบครัวเดียวกัน รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน การมีบุคคลช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วยหรือช่วยเหลือเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จำนวนทั้งหมด 11 ข้อ

แบบบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพ เป็นแบบบันทึกข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีคำถามเกี่ยวกับโรคประจำตัว การสูบบุหรี่ในปัจจุบัน สิทธิการรักษาเมื่อเจ็บป่วย ประวัติการรับวัคซีนป้องกันไวรัสโคโรนา 2019 ชนิดของวัคซีนที่เคยได้รับ ประวัติการตรวจพบเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สถานที่ กักตัวหรือเข้ารับการดูแล ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคไวรัสโคโรนา 2019 จำนวนวันที่เข้ารับการรักษา ประวัติการได้รับยาขณะรักษาการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยาที่ใช้ในปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับการรักษา เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือยารักษาโรคประจำตัว จำนวนทั้งหมด 11 ข้อ

แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ของกองสุขศึกษา (2566ข) ประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย 7 ด้าน ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร จำนวน 7 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 2 ข้อ ด้านการจัดการความเครียด จำนวน 3 ข้อ ด้านการสูบบุหรี่ จำนวน 2 ข้อ ด้านการดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จำนวน 2 ข้อ ด้านการดูแลช่องปาก จำนวน 4 ข้อ และด้านการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซ้ำ จำนวน 5 ข้อ ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะแปลผลรวมทั้ง 7 ด้าน คะแนนรวมทั้งหมด 25 - 125 คะแนน แปลผลคะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ค่าเฉลี่ยเท่ากับ	25 - 74	หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพพระด้อย
ค่าเฉลี่ยเท่ากับ	75 - 87.4	หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพพระด้อยพอใช้
ค่าเฉลี่ยเท่ากับ	87.5 - 99	หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพพระด้อยดี
ค่าเฉลี่ยเท่ากับ	100 - 125	หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพพระด้อยดีมาก

แบบประเมินการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้ทฤษฎีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ โรเซนสต็อก และคณะ (Rosenstock et al., 1988) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งระบุว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค ด้านการรับรู้ข้อมูลความรุนแรงของโรค ด้านการรับรู้ประโยชน์ ด้านการรับรู้อุปสรรค และด้านการรับรู้สมรรถนะตนเอง ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมให้สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย ซึ่งแบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพนี้ครอบคลุมการรับรู้ด้านสุขภาพทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค ด้านการรับรู้ข้อมูลความรุนแรงของโรค ด้านการรับรู้ประโยชน์ ด้านการรับรู้อุปสรรค และด้านการรับรู้สมรรถนะตนเองรวมทั้งสิ้นจำนวน 44 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ โดยแบ่งจำนวนข้อคำถามดังนี้

ด้านที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วยหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นการประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคและการเจ็บป่วย ในผู้สูงอายุหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลักษณะคำถามเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5) และ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) จำนวน 9 ข้อ รวม 9-45 คะแนน แปลผลคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Best, 1977)

ค่าเฉลี่ยเท่ากับ	9 - 21	หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคระดับต่ำ
ค่าเฉลี่ยเท่ากับ	22 - 33	หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ยเท่ากับ	34 - 45	หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคระดับสูง

ด้านที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคของผู้สูงอายุหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลักษณะคำถามเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5) และ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) จำนวน 10 ข้อ รวม 10-50 คะแนน แปลผลคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Best, 1977)

ค่าเฉลี่ยเท่ากับ	10 - 23.3	หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับต่ำ
ค่าเฉลี่ยเท่ากับ	23.4 - 36.6	หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 36.7 - 50 หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับสูง

ด้านที่ 3 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตนหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นการประเมินการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลักษณะคำถามเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5) และ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) จำนวน 10 ข้อ รวม 10- 50 คะแนน แปลผลคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Best, 1977)

ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10 - 23.3 หมายถึง การรับรู้ถึงประโยชน์ระดับต่ำ

ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 23.4 - 36.6 หมายถึง การรับรู้ถึงประโยชน์ระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 36.7 - 50 หมายถึง การรับรู้ถึงประโยชน์ระดับสูง

ด้านที่ 4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นการประเมินการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลักษณะคำถามเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) และ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5) จำนวน 9 ข้อ รวม 9-45 คะแนน แปลผลคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Best, 1977)

ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9 - 21 หมายถึง การรับรู้ถึงอุปสรรคระดับต่ำ

ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 22 - 33 หมายถึง การรับรู้ถึงอุปสรรคระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 34 - 45 หมายถึง การรับรู้ถึงอุปสรรคระดับสูง

ด้านที่ 5 การรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตนหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นการประเมินการตัดสินใจในการกระทำสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพในผู้สูงอายุหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลักษณะคำถามเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5) และ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) จำนวน 6 ข้อ รวม 6-30 คะแนน แปลผลคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Best, 1977)

ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6 - 14 หมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับต่ำ

ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 15 - 23 หมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 24 - 30 หมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทุกชุดไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยมีรายละเอียดดังนี้

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยจะนำแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ แบบประเมิน การรับรู้ภาวะสุขภาพไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่

1. แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคปอดและโรคระบบทางเดินหายใจจำนวน 1 คน
2. อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคระบบทางเดินหายใจจำนวน 1 คน
3. พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุจำนวน 1 คน

ภายหลังการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 คน ผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้งหมดมาแก้ไขตามข้อเสนอแนะ จากนั้นจะนำแบบสอบถามที่มีการปรับแก้ไขแล้วทั้งหมด ส่งผู้ทรงคุณวุฒิในการประเมินความตรงตามเนื้อหาอีกครั้งโดยใช้เกณฑ์ความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับสำหรับเครื่องมือที่ดัดแปลง (Scale Content validity index for scale : SCVI ไม่ต่ำกว่า .80) (Polit & Beck, 2021 p. 302) โดยมีรายละเอียดดังนี้ แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และแบบประเมินการรับรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ค่า SCVI เท่ากับ .88 และ 1.00 ตามลำดับ

การตรวจสอบค่าความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยจะนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ แบบประเมิน การรับรู้ภาวะสุขภาพ ได้แก่ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค ด้านการรับรู้ข้อมูลความรุนแรงของโรค ด้านการรับรู้ประโยชน์ ด้านการรับรู้อุปสรรค และด้านการรับรู้สมรรถนะตนเอง ที่ผ่านการตรวจสอบค่าความตรงเชิงเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ที่มิคุ้นเคยกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 ราย เพื่อตรวจสอบความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยใช้เกณฑ์ความเชื่อมั่นสำหรับเครื่องมือที่สร้างขึ้นใหม่ ค่าที่ยอมรับได้เท่ากับ .70 ขึ้นไป (Nunnally, 1978) โดย

1) แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ค่าความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .83 ภายหลังจากการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 110 คน ตรวจสอบความเที่ยงอีกครั้ง ได้เท่ากับ .81

2) แบบประเมินการรับรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ค่าความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .75 ภายหลังจากการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจำนวน 110 คน ตรวจสอบความเที่ยงอีกครั้ง ได้เท่ากับ .85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากสำนักวิชาบัณฑิตศึกษา พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ และเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเสนอคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในคน (Institution Review Board: IRB) คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2. ภายหลังได้รับเอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย รหัส COA no. 0673/2024 IRB No. 0211/67 วันที่ 7 พฤษภาคม 2567 ผู้วิจัยนำเอกสาร เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ภายหลังได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ให้เก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าคลินิกอายุรกรรมทั่วไป ตึก ภปร. ชั้น 3 เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความอนุเคราะห์ในการในการเข้าเก็บรวบรวมข้อมูล

4. เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยเข้าเก็บข้อมูลในวัน และเวลาราชการทุกจันทร์ถึงศุกร์ เวลา 8.30-16.00 น. คลินิกอายุรกรรมทั่วไป ตึก ภปร. ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบตามที่กำหนด

ระยะการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยปฏิบัติตามแนวทางของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในการปฏิบัติงานของบุคลากรที่ได้มาจากหัวหน้าหอผู้ป่วยนอก แผนกอายุรกรรม ตึก ภปร. ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จากนั้นเข้าพบพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยนอกที่ปฏิบัติงานเวรเช้า เพื่อแนะนำตัวเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และรายละเอียดการเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังได้รับการอนุมัติเรียบร้อยแล้ว ขอความอนุเคราะห์ศึกษาเวชระเบียน แฟ้มประวัติผู้ป่วยที่เคยเข้ารับการรักษา เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้า และตรวจสอบข้อมูลการนัดหมายผู้ป่วยตามรายชื่อผู้ป่วยตามเกณฑ์การคัดเข้า และขอให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยนอกทำการขออนุญาตผู้ป่วยให้ผู้วิจัยเข้าพบ

2. ภายหลังได้รับอนุญาตจากผู้ป่วยแล้ว ผู้วิจัยเข้าแนะนำตัว พูดคุยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและวิธีการดำเนินงานวิจัย และเมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร พร้อมกับชี้แจงว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง โดยเริ่มจากการคัดกรองการรู้คิดด้วยแบบประเมินสมรรถภาพการรู้คิด (6 Item Cognitive Impairment Test: 6CIT) จำนวน 6 ข้อ โดยใช้เวลาประมาณ 3 นาที เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีผลการประเมินน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างตามแบบสอบถาม หลังจากการทดสอบด้วยแบบคัดกรอง มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 7 รายที่ไม่ผ่านการประเมินด้วยเครื่องมือประเมินสมรรถภาพการรู้คิด คือมีคะแนนมากกว่า 7 คะแนน ผู้วิจัยได้ส่งต่อข้อมูลให้กับพยาบาลในหอผู้ป่วยเพื่อประเมินปัญหาและให้คำแนะนำต่อไป โดยผู้วิจัยจะขอความร่วมมือผู้ป่วยที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง โดยคำนึงถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถามทั้งก่อนและขณะทำแบบสอบถาม

3. ผู้วิจัยขอความร่วมมือกับกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ครั้งละ 1 คน และกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบคำถามด้วยตนเอง หากกลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกอ่านแบบสอบถามด้วยตนเองเนื่องจากปัญหาเกี่ยวกับสายตา ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านและให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เลือกตอบโดยผู้วิจัยจะเป็นผู้บันทึกแบบสอบถามให้ โดยขั้นตอนการตอบแบบสอบถาม มีข้อคำถามจำนวน 4 ชุด มีข้อคำถามทั้งหมด 91 ข้อ ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป จำนวน 11 ข้อ แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ จำนวน 11 ข้อ แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 25 ข้อ แบบประเมินการรับรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 44 ข้อ การตอบแบบสอบถามจะใช้เวลาประมาณ 30 - 60 นาที/คน

4. หลังจากอธิบายจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจเป็นอย่างดี ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถถามข้อสงสัย ขณะตอบแบบสอบถามได้ตลอดเวลา

5. ภายหลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความครบถ้วนของ คำตอบในแต่ละชุดคำถามทุกฉบับ โดยระหว่างที่กำลังตรวจสอบข้อคำถามอยู่นั้น ผู้วิจัยจะให้กลุ่ม ตัวอย่างนั่งรอจนกว่าจะตรวจสอบเสร็จ และภายหลังจากการตรวจสอบเสร็จสิ้น ผู้วิจัยจะมีการมอบของ ขำร่วยเพื่อแทนคำขอบคุณให้กับกลุ่มตัวอย่างคนละ 1 ชิ้น

6. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จนครบ 110 ราย

7. ผู้วิจัยดำเนินการลงรหัสข้อมูลเพื่อไปวิเคราะห์สถิติ เพื่อนำข้อมูลจากแบบสอบถาม ที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยจะดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างทุกราย โดยยึดหลัก ดังนี้

1. การเคารพเอกราช (Respect for autonomy) ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยการชี้แจง รายละเอียดการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้ทราบรายละเอียดต่างๆ ก่อนการตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัย โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการวิจัย การได้รับสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง สิทธิที่จะปกปิดข้อมูลต่างๆ กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย โดยปราศจากการข่มขู่หรือบังคับ ไม่มีการระบุชื่อของผู้ป่วยและญาติในแบบสอบถาม และในระหว่าง การวิจัยหากต้องการถอนตัวออกจากการวิจัยสามารถบอกเลิกได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลและผู้วิจัยให้ เวลาตัดสินใจโดยไม่เร่งรัด และการถอนตัวจะไม่มีผลต่อการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล โดยการตอบ แบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าการตอบแบบสอบถาม ไม่มีถูกหรือ ผิด คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ โดยการระบุแบบสอบถามจะกรอกเป็นรหัสแทนการ ระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง และการเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวม ซึ่งการลงนามในใบยินยอม เข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีการบังคับใดๆ

2. หลักการทำประโยชน์ (Beneficence) การเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยจะไม่ได้ รับประโยชน์ใดๆ แต่ผลการศึกษาจะเป็นแนวทางในการพัฒนาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพใน ผู้สูงอายุหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อไป โดยการผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ซึ่งใน ระหว่างการเก็บข้อมูลผู้วิจัยจะหลีกเลี่ยงที่เป็นสาเหตุที่จะก่อให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วยทั้งในด้านร่างกาย และจิตใจ โดยผู้ที่เข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้จะต้องมีอาการคงที่ มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ไม่อยู่ใน

ภาวะอันตราย มีความรู้สึกตัวดี สื่อสารเข้าใจ หากผู้วิจัยพบว่าระหว่างการตอบแบบสอบถามผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหรือไม่สามารถตอบแบบสอบถามนั้นได้ ผู้วิจัยจะหยุดให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามนั้นและหยุดพัก หากผู้เข้าร่วมวิจัยปฏิเสธการตอบคำถามหลังจากหยุดพักแล้ว ผู้วิจัยจะยุติการวิจัยในผู้ป่วยรายนั้น ซึ่งระหว่างการตอบแบบสอบถาม หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อสงสัยใดๆ สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากผู้เข้าร่วมวิจัยเปลี่ยนใจ ไม่สะดวกในการให้ข้อมูลในระหว่างการเก็บข้อมูล สามารถแจ้งขอถอนตัวจากการเป็นผู้เข้าร่วมการวิจัยได้ก่อนที่การตอบแบบสอบถามจะสิ้นสุดลง โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ

3. หลักความยุติธรรม (Justice) ผู้วิจัยจะคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจาก กลุ่มประชากรที่ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติเกณฑ์การคัดเลือกอย่างชัดเจน นอกจากนั้นการศึกษานี้เป็นการเก็บข้อมูลที่หอบุญนอก ตึก ภปร. ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ผู้วิจัยได้กำหนดตารางการเข้าเก็บข้อมูลที่ชัดเจนเพื่อให้ผู้สูงอายุทุกคนมีโอกาสเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างอย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่มีอคติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทั้งหมดจากนั้นกำหนดรหัสของข้อมูลแต่ละข้อเพื่อนำไปวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป (IBM SPSS Statistics Authorized User Version 27) License Code: 704f62646c79e60d7127 โดยกำหนดระดับนัยสำคัญสำหรับทดสอบสมมติฐานทางสถิติที่ .05 และวิเคราะห์ทางสถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐานหรือค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลของพฤติกรรมสุขภาพ วิเคราะห์โดยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ข้อมูลตัวแปรต้น ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน และการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตนภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 วิเคราะห์โดยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
4. ความสัมพันธ์ ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน และการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตนภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กับพฤติกรรมสุขภาพ

วิเคราะห์ โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) ใช้เกณฑ์ในการแปลผลสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r) (DeVellis. 2012, p. 439 อ้างตาม รัตน์ศิริ ทาโต, 2561) มีรายละเอียดดังนี้

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)			ระดับความสัมพันธ์
r	$>$	.70	ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับสูง
r	$=$	.30 - .70	ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
r	$<$	.30	ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
r	$=$	0	ตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์

ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Pearson's product moment correlation ดังนี้ (รัตน์ศิริ ทาโต, 2561)

1) ข้อมูลอยู่ในมาตราอันตรภาคหรืออัตราส่วน (Measurement level are interval or ratio)

2) ข้อมูลแจกแจงปกติ (Normal bivariate distribution)

3) ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้ง 2 ตัวเป็นแบบเส้นตรง (linear relation) ถ้าหากพบว่าข้อมูลที่ได้ไม่ตรงตามข้อตกลงของสถิติเพียร์สัน จะใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman rank Correlation coefficient)

5. วิเคราะห์ อำนาจการทำนายของ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน และการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตนภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Liner Regression) เพื่อสร้างสมการทำนายพฤติกรรมสุขภาพจากการรับรู้ภาวะสุขภาพ

โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นของ Multiple Linear Regression ดังนี้ (บุญศรี พรหมมาพันธุ์, 2557)

1) ข้อมูลอยู่ในมาตราอันตรภาคหรืออัตราส่วน (interval or ratio)

2) ข้อมูลของตัวแปรแต่ละตัวมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (normality) ทดสอบโดยใช้ค่า Skewness และ Kurtosis ของตัวแปรต้องมีค่าไม่เกิน ± 3.29 (Tabachnick & Fidell, 2023)

3) ค่าความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (autocorrelation) โดยพิจารณาจากค่าสถิติ Durbin-Watson มีค่าอยู่ในช่วง 1 – 3 (Field, 2009)

4) ไม่มีความสัมพันธ์กันเองภายในตัวแปร (multicollinearity) โดยพิจารณาจากตาราง Coefficients พบว่าค่า Tolerance มากกว่า 0.2 และค่า VIF มีค่าไม่เกิน 10

5) ค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อนเท่ากับศูนย์ พิจารณาจากตาราง Residuals Statistics

6) ค่าความแปรปรวนของตัวแปรตามสำหรับทุกค่าของผลรวมตัวแปรอิสระต้องเท่ากัน (homoscedasticity) โดยพิจารณาจากภาพการกระจาย (scatter plot) จะพบการกระจายบริเวณค่าศูนย์

7) ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linearity) โดยพิจารณาจากลักษณะการกระจายของข้อมูลในแผนภาพ (scatter plot)

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (predictive research design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอำนาจทำนายของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และปัจจัยที่ศึกษาได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน และการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตนภายหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีประวัติได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ด้วยวิธีตรวจสารคัดหลั่งบริเวณทางเดินหายใจส่วนบนและคอโดยการป้าย (swab) RT-PCR หรือใช้ชุดตรวจ ATK และเคยได้รับการดูแลรักษาขณะติดเชื้อในสถานบริการสุขภาพ ได้แก่ โรงพยาบาล โรงพยาบาลสนาม หรือได้รับการ กักตัวที่บ้าน (home isolation) และปัจจุบันมารับบริการเป็นผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรม ตึก ภปร. ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ระหว่างเดือนสิงหาคม ถึง เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2567 จำนวน 110 คน นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบการบรรยาย โดยแบ่งเนื้อหาเป็น 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ระดับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ของปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน และการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตนภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 4 อำนาจการทำนายของปัจจัยต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1

แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N = 110)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	55	50.0
หญิง	55	50.0
อายุ (M = 67.9, Min= 60, Max= 86, SD= 5.9)		
60-69 ปี	72	65.5
70-79 ปี	33	30.0
80 ปีขึ้นไป	5	4.5
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	43	39.1
ประถมศึกษา	30	27.3
มัธยมศึกษา	18	16.4
อนุปริญญา	11	10.0
สูงกว่าปริญญาตรี	6	5.4
ไม่ได้เรียน	2	1.8
เคยประกอบอาชีพ (ก่อนอายุ 60)		
ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	42	38.2
รับจ้างทั่วไป	28	25.4
พนักงานบริษัท/บริษัทเอกชน	20	18.2
ค้าขายทั่วไป	15	13.6
อื่นๆ (แม่บ้าน/ อสม.)	4	3.7
เกษตรกร	1	0.9

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพปัจจุบัน		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	75	68.2
รับจ้างทั่วไป	12	10.9
ค้าขายทั่วไป	10	9.1
อื่นๆ (แม่บ้าน)	8	7.3
เกษตรกร	2	1.8
พนักงานบริษัท/บริษัทเอกชน	2	1.8
ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ (ขยายอายุราชการ)	1	0.9
ที่อยู่อาศัย (ภูมิภาค)		
กรุงเทพและปริมณฑล	87	79.1
ภาคตะวันออก	10	9.1
ภาคกลาง	8	7.3
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	4	3.6
ภาคตะวันตก	1	0.9
จำนวนสมาชิกปัจจุบันที่อาศัยในครอบครัวเดียวกัน (รวมผู้ให้ข้อมูล)		
2 คน	26	23.6
3 คน	24	21.8
4 คน	24	21.8
5 คนขึ้นไป	23	21.0
1 คน	13	11.8
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว		
15,001-25,000	31	28.2
25,001-35,000	18	16.4
55,001 ขึ้นไป	18	16.4
5,001-15,000	17	15.5
45,001-55,000	15	13.6
35,001-45,000	7	6.3
น้อยกว่า 5,000	4	3.6

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รายได้ที่ได้รับเพียงพอต่อรายจ่ายหรือไม่		
เพียงพอ	70	63.6
เพียงพอและเหลือเก็บ	30	27.3
ไม่เพียงพอต้องกู้ยืม/เป็นหนี้	10	9.1
มีบุคคลช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วยหรือช่วยเหลือเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน		
ไม่มี	13	11.8
มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	97	88.2
บุตร/หลาน	68	-
คู่สมรส	32	-
พี่/น้อง	13	-
เพื่อน	4	-
จ้างผู้ดูแล	1	-

จากตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้พบว่า เป็นเพศชายและเพศหญิงจำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 50.0 มีอายุระหว่าง 60-86 ปี โดยอายุเฉลี่ย 67.9 ปี (SD= 5.9) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 65.5 รองลงมาคือช่วงอายุ 70-79 ปี คิดเป็นร้อยละ 30 ระดับการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่เรียนจบปริญญาตรี คิดเป็น ร้อยละ 39.1 รองลงมาคือระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 27.3 การประกอบอาชีพของกลุ่มตัวอย่างก่อนอายุ 60 ปี พบว่าส่วนใหญ่มีอาชีพ ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 38.2 รองลงมาเป็นรับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 25.4 และพนักงานบริษัท/บริษัทเอกชน คิดเป็นร้อยละ 18.2 ตามลำดับ นอกจากนี้อาชีพปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามากกว่าครึ่งไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 68.2 รองลงมาคือรับจ้างทั่วไปและค้าขาย ร้อยละ 10.9 และร้อยละ 9.1 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล คิดเป็นร้อยละ 79.1 รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 9.1 ภาคกลางร้อยละ 7.3 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 3.6 และภาคตะวันตกร้อยละ 0.9 จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันของกลุ่มตัวอย่างพบว่ามีจำนวนใกล้เคียงกันคือ 2 คน คิดเป็นร้อยละ 23.6 และจำนวนสมาชิกที่อาศัยในครอบครัวเดียวกันจำนวนคน 3 และ 4 คนเท่ากันคือ คิดเป็นร้อยละ 21.8 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวอยู่ระหว่าง 15,001-25,000 บาท คิดเป็นร้อยละ

ละ 28.2 รองลงมาคือช่วงรายได้ 25,001-35,000 บาทและ รายได้ 55,001 ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 16.4 และกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีรายได้ที่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 63.6 รองลงมามีเพียงพอและเหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 27.3 และไม่เพียงพอต้องกู้ยืมหรือเป็นหนี้คิดเป็นร้อยละ 9.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบุคคลช่วยดูแลเมื่อเจ็บป่วยหรือช่วยเหลือเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน คิดเป็นร้อยละ 88.2 โดยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กันและเกี่ยวข้องเป็นบุตรหลาน รองลงมาคือคู่สมรส

ตาราง 2

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามข้อมูลด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (N = 110)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
มีโรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 โรค)	110	100.0
โรคประจำตัว 2 โรค	38	-
โรคประจำตัว 1 โรค	36	-
โรคประจำตัว 3 โรค	26	-
โรคประจำตัว 4 โรค	7	-
โรคประจำตัว 5 โรค ขึ้นไป	3	-
การสูบบุหรี่หรือบุหรี่ไฟฟ้า		
ไม่เคยสูบบุหรี่	96	87.3
เคยสูบบุหรี่และเลิกไปแล้ว	10	9.1
ปัจจุบันสูบบุหรี่	4	3.6
สิทธิ์การรักษาเมื่อเจ็บป่วย		
สิทธิ์ข้าราชการ/ครอบครัวข้าราชการ	43	39.1
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)	31	28.2
ประกันสังคม	22	20.0
ชำระเงินเอง (เงินสด)	14	12.7
ประวัติการรับวัคซีนป้องกันไวรัสโคโรนา 2019		
เคยได้รับวัคซีน	110	100.0

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ชนิดของวัคซีนที่ได้รับ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
แอสตราเซนเนกา (AstraZeneca)	89	-
ไฟเซอร์ ไบโอเอ็นเทค (Pfizer/ BioNtech)	62	-
ซิโนแวค (Sinovac)	27	-
โมเดอร์นา (Moderna)	12	-
ซิโนฟาร์ม (Sinopharm)	1	-
ประวัติการตรวจพบเชื้อไวรัสโคโรนา 2019		
1 ครั้ง	95	86.4
2 ครั้ง	13	11.8
ตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป	2	1.8
สถานที่กักตัวหรือเข้ารับการดูแลรักษา (ครั้งที่อาการมากที่สุด)		
กักตัวที่บ้าน (home isolation)	94	85.5
โรงพยาบาล (Hospital)	13	11.8
โรงพยาบาลสนาม (Field hospital)	2	1.8
ฮอสพิเทล (Hospitel)	1	0.9
ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคไวรัสโคโรนา 2019 (ครั้งที่อาการมากที่สุด) (National Institutes of Health: NIH, 2023)		
อาการเล็กน้อย	94	85.5
ไม่มีอาการ	11	10
อาการปานกลาง	3	2.7
อาการรุนแรง	2	1.8
จำนวนวันที่เข้ารับการรักษาระยะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Min = 1, max = 19, M = 8.4, SD = 3.5)		
6-10 วัน	71	64.5
11-14 วัน	17	15.5
1-5 วัน	15	13.6
14 วันขึ้นไป	7	6.4

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประวัติการได้รับยาต้านไวรัสขณะรักษาการติดเชื้อไวรัสโคโรนา		
2019		
ไม่ได้ใช้ยา	24	21.8
ใช้ยา	86	78.2
ยาฟาวิพิราเวียร์ (Favipiravir)	55	-
ฟ้าทะลายโจร (Andrographis paniculate)	18	-
ยาโมลนูพิราเวียร์ Molnupiravir	13	-

จากตาราง 2 ข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 100.0 โดยกลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว 2 โรค จำนวน 38 คน และรองลงมา มีโรคประจำตัว 1 โรค จำนวน 36 คน ตามลำดับ และเกี่ยวกับการสูบบุหรี่หรือบุหรี่ไฟฟ้าในปัจจุบัน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 87.3 เคยสูบและเลิกไปแล้ว คิดเป็นร้อยละ 9.1 และปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่ คิดเป็นร้อยละ 3.6 สิทธิการรักษาเมื่อเจ็บป่วย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สิทธิข้าราชการ/ครอบครัวข้าราชการ คิดเป็นร้อยละ 39.1 รองลงมาคือสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) และสิทธิประกันสังคม คิดเป็นร้อยละ 28.2 และร้อยละ 20 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันไวรัสโคโรนา 2019 คิดเป็นร้อยละ 100.0 โดยชนิดของวัคซีนที่ได้รับมากที่สุด คือ แอสตราเซนเนกา (AstraZeneca) ไฟเซอร์ ไบโอเอ็นเทค (Pfizer/ BioNtech) และซิโนแวค (Sinovac) ตามลำดับ ประวัติการตรวจพบเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ผ่านมามีพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประวัติการติดเชื้อ 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 86.4 รองลงมาคือมีประวัติการติดเชื้อ 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 11.8 และติดเชื้อตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 1.8 สถานที่กักตัวหรือเข้ารับการดูแลรักษา (ครั้งที่อาการมากที่สุด) พบว่าส่วนใหญ่ได้รับการกักตัวที่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 85.5 รองลงมาคือโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 11.8 และโรงพยาบาลสนาม คิดเป็นร้อยละ 1.8 ส่วนระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคไวรัสโคโรนา 2019 (ครั้งที่อาการมากที่สุด) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการเจ็บป่วยระดับเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 85.5 รองลงมาคือไม่มีอาการ คิดเป็นร้อยละ 10.0 และมีอาการระดับปานกลางและรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 2.7 และ 1.8 ตามลำดับ จำนวนวันที่เข้ารับการรักษาระหว่างติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเข้ารับการรักษาทันที

จำนวน 6-10 วัน คิดเป็นร้อยละ 64.5 รองลงมา คือเข้ารับการรักษาตัวจำนวน 11-14 วัน คิดเป็นร้อยละ 15.5 ประวัติการได้รับยาต้านไวรัสขณะรักษาการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คิดเป็นร้อยละ 78.2 ผู้ป่วยที่ไม่ได้ใช้ยา คิดเป็นร้อยละ 21.8 โดยพบว่าใช้ ยาฟาวิพิราเวียร์ (Favipiravir) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.0 รองลงมาคือฟ้าทะลายโจร (*Andrographis paniculate*) และยาโมลนูพิราเวียร์ Molnupiravir คิดเป็นร้อยละ 16.4 และร้อยละ 11.8 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ระดับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 3

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวมและรายด้าน (N = 110)

พฤติกรรมสุขภาพ	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่ได้	M	SD	ระดับพฤติกรรมสุขภาพ
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม	25-125	79-119	104.60	8.65	ดีมาก
1. ด้านการบริโภคอาหาร	7-35	20-35	27.72	3.22	ดี
2. ด้านการออกกำลังกาย	2-10	4-10	7.81	1.81	ดี
3. ด้านการจัดการความเครียด	3-15	7-15	12.35	1.74	ดี
4. ด้านการสูบบุหรี่	2-10	6-10	9.31	1.03	ดีมาก
5. ด้านการดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	2-10	7-10	9.51	0.71	ดีมาก
6. ด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก	4-20	12-20	17.57	2.07	ดีมาก
7. ด้านการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซ้ำ	5-25	12-25	20.34	2.94	ดี

จากตาราง 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีช่วงคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก โดยมีคะแนนตั้งแต่ 79-119 และมีคะแนนเฉลี่ย 104.60 (SD = 8.65) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพรายด้านที่อยู่ในระดับระดับดีมาก ได้แก่ ด้านการสูบบุหรี่

ด้านการดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก สำหรับพฤติกรรมสุขภาพด้านที่อยู่ในระดับดี ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด และด้านการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซ้ำ

ตาราง 4

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวมและรายด้าน (N = 110)

ตัวแปร	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่ได้	M	SD	ระดับการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย	9-45	30-45	40.01	3.42	สูง
2. การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย	10-50	35-50	44.46	3.80	สูง
3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตน	10-50	31-50	43.35	4.90	สูง
4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน	9-45	17-42	28.17	6.55	ปานกลาง
5. การรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตน	6-30	15-30	24.89	3.47	สูง

จากตารางที่ 4 พบว่า ปัจจัยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูง โดยปัจจัยที่อยู่ในระดับสูงได้แก่ ปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย ปัจจัยการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ปัจจัยการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตน และ ปัจจัยการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตน ในขณะที่ปัจจัยที่มีการรับรู้ระดับปานกลางคือ ปัจจัยการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ ของปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน และการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตนภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน และการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตน กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) ซึ่งผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลและพบว่าข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น (ภาคผนวก ฉ)

ตาราง 5

ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน การรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตน และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (N = 110)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย	1.000					
2. การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย	.251**	1.000				
3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตน	.368**	.353**	1.000			
4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน	-.284**	-.186 ^{ns}	-.201*	1.000		
5. การรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตน	.432**	.465**	.334**	-.315**	1.000	
6. พฤติกรรมสุขภาพ	.464**	.532**	.220*	-.290**	.628**	1.000

*p < .05, **p < .01, ns = not statistical significant p > .05

จากตาราง 5 พบว่าปัจจัยที่นำมาศึกษาทุกตัวแปรมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยปัจจัยการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สูงสุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .628, p < .01$) รองลงมาคือปัจจัยการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($r = .532, p < .01$) ปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .464, p < .01$) ปัจจัยการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.290, p < .01$) และปัจจัยการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .220, p < .05$)

ส่วนที่ 4 อำนาจการทำนายปัจจัยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 6

ผลวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน การรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตนเข้าสู่สมการถดถอยแบบเป็นขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($N = 110$)

ปัจจัยทำนาย	R	R ²	Adjusted R ²	S.E.	R ² Change	F Change	Sig
การรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตน	.628	.394	.388	6.764	.394	70.211	.000
การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย	.684	.467	.458	6.370	.073	14.773	.000
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย	.712	.506	.492	6.132	.039	8.33	.005

จากตาราง 6 ความสามารถในการทำนายของปัจจัยที่ทำการศึกษา ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน และการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตน ต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 วิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน

(Stepwise Multiple Regression Analysis) และสร้างสมการทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณด้วยวิธีแบบเป็นขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) พบว่าปัจจัยการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตน ปัจจัยการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยปัจจัยการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตนถูกเลือกเข้าสมการเป็นอันดับแรกและสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเท่ากับ $.394$ ($R^2 = .394$) หมายถึง ปัจจัยการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตนสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ร้อยละ 39.4 เมื่อเพิ่มตัวทำนายการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในสมการทำนายเป็นอันดับที่สอง สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการทำนายได้อีก โดยทำให้ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเพิ่มขึ้นเป็น $.467$ ($R^2 = .467$, $R^2 \text{ change} = .073$) ซึ่งหมายถึง ปัจจัยการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตนและปัจจัยการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ร้อยละ 46.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และเมื่อเพิ่มตัวทำนายการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วยในสมการทำนายเป็นอันดับที่สาม สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการทำนายได้อีก โดยทำให้ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเพิ่มขึ้นเป็น $.506$ ($R^2 = .506$, $R^2 \text{ change} = .039$) ซึ่งหมายถึง ปัจจัยการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตน ปัจจัยการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยและปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ร้อยละ 50.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ตาราง 7

ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน การรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตน ต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (N = 110)

ปัจจัยทำนาย	B	SE	β	t	p-value
1. การรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตน	.991	.207	.397	4.789	.000
2. การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย	.665	.176	.292	3.784	.000
3. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย	.553	.192	.219	2.887	.005

R = .712, R² = .506, Adjusted R² = .492, F = 8.333, p = .002, Constant = 28.198

จากตาราง 7 ปัจจัยทำนาย 3 ตัวได้แก่ ปัจจัยการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตน ปัจจัยการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยและปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วยร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) พบว่าค่า Unstandardized beta (B) ซึ่งเป็นค่าที่แสดงถึงค่าความชันของตัวแปรอิสระที่มีต่อตัวแปรตามโดยปัจจัยการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตนมีค่า B เท่ากับ .991 หมายถึงเมื่อค่าการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตนเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้พฤติกรรมสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปในทางบวก .991 หน่วย ค่า B ปัจจัยการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยเท่ากับ .665 หมายถึงเมื่อค่าการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น 1 หน่วยจะทำให้พฤติกรรมสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปในทางบวก .665 หน่วย และค่า B ปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วยเท่ากับ .553 หมายถึงเมื่อค่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้พฤติกรรมสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปในทางบวก .553 หน่วย แสดงดังตาราง 7 และเขียนเป็นสมการของการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยพหุคูณได้ดังนี้

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 = 28.198 + .991 (การรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตน) + .665 (การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย) + .553 (การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย)

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน และการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตน ซึ่งทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 110 คน โดยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

พฤติกรรมสุขภาพเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของผลลัพธ์สุขภาพในระยะยาว โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (McBride et al., 2021) ผลการศึกษครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มาแล้วตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไปมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก โดยมีคะแนนตั้งแต่ 128-167 คะแนน (ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ 36-180) คะแนนเฉลี่ย 153.32 (SD= 6.71) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพรายด้าน พบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านที่อยู่ในระดับดีมาก มี 3 ด้านได้แก่ พฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่ ด้านการดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และด้านการดูแลช่องปาก สำหรับพฤติกรรมสุขภาพด้านที่อยู่ในระดับดี มี 4 ด้านได้แก่ พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด และด้านการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซ้ำ

ผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้นสามารถอธิบายด้วยทฤษฎีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ โรเซนสต็อก และคณะ (Rosenstock et al., 1988) ที่กล่าวว่า การที่บุคคลจะหลีกเลี่ยงหรือป้องกันโรคได้นั้น บุคคลจะต้องมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความเจ็บป่วย และการเกิดขึ้นของการเจ็บป่วยจะมีความรุนแรงหรือผลกระทบต่อตนเอง ทำให้บุคคลนั้นตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและแผนการดำเนินชีวิตเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น (Rosenstock et al., 1988) ดังนั้นผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รับรู้ว่าเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของตนเองว่าทำให้มีความรุนแรงในการเจ็บป่วย และมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดการเจ็บป่วยระยะยาว การปฏิบัติตนอย่างถูกต้องจะเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพตนเอง รวมถึงรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถปฏิบัติตนได้ ไม่มีอุปสรรคหรือจัดการอุปสรรคได้ จึงทำให้ผู้สูงอายุเหล่านั้นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและ

แผนการดำเนินชีวิตเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีในทุกด้านเพื่อป้องกันผลกระทบและความเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้นจากการติดเชื้อ

นอกจากนั้น จากข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65.5) อยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60-69 ปี) และมากกว่าหนึ่งในสามจบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 39.1) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เคยประกอบอาชีพข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ อีกทั้งผู้สูงอายุทั้งหมดในการศึกษานี้มีโรคประจำตัว (คิดเป็นร้อยละ 100.0) จึงอาจทำให้ผู้สูงอายุเหล่านั้นมีการรับรู้ถึงความรุนแรงผลกระทบของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระยะยาวที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง ความเป็นผู้สูงอายุตอนต้นที่สามารถค้นหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพดี และการป้องกันตนเองไม่ให้ติดเชื้อซ้ำ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลซึ่งเป็นศูนย์กลางเศรษฐกิจ และการปกครอง ทำให้เข้าถึงข้อมูลและสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ของประเทศได้ง่าย ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ จึงอาจเป็นปัจจัยที่ช่วยให้ผู้สูงอายุเหล่านี้มีพฤติกรรมสุขภาพแต่ละด้านอยู่ในระดับดีมากและระดับดี นอกจากนี้แล้วจากข้อมูลด้านสุขภาพพบว่าผู้สูงอายุเหล่านี้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้แก่ ส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ (ร้อยละ 87.3) และทุกคน (ร้อยละ 100.0) ได้รับวัคซีนป้องกันไวรัสโคโรนา 2019 รวมถึงจำนวนครั้งของการติดเชื้อที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 86.4) ติดเชื้อเพียง 1 ครั้ง ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุเหล่านี้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

ผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้นสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ระบุว่า ผู้สูงอายุจำนวนเกือบครึ่งคิดเป็นร้อยละ 47.5 มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพระดับสูง (พงศธร ศิลาเงิน และคณะ, 2560) นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่ศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่พบว่า พฤติกรรมดูแลสุขภาพหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (สาวิตตริ เติกคำ และทวิวรรณ ศรีสุขคำ, 2566) นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังให้ความสำคัญกับการป้องกันการติดเชื้อซ้ำมากขึ้น โดยเฉพาะการสวมหน้ากากอนามัย ล้างมือบ่อยครั้ง และหลีกเลี่ยงพื้นที่แออัด แม้หลังหายป่วยแล้ว บางรายยังคงรักษาระยะห่างทางสังคมต่อเนื่อง แม้จะสิ้นสุดมาตรการภาครัฐ (กุลวดี กุลสุนทร และคณะ, 2564) และสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีประวัติติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผลการศึกษาระบุว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้น เช่น การสวมหน้ากากอนามัย ล้างมือบ่อยครั้ง และหลีกเลี่ยงพื้นที่แออัด เนื่องจากความตระหนักถึงความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้น (Khayat et al., 2023)

สมมติฐานข้อที่ 1 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตน คะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตน ร่วมกันทำนายคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

จากการทดสอบสมมติฐานการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณด้วยวิธีแบบเป็นขั้นตอน (Stepwise multiple Regression analysis) ต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่ามี 3 ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ ปัจจัยการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตน ปัจจัยการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วยภายหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน โดยปัจจัยการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตนถูกเลือกเข้าสมการเป็นอันดับแรกและสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเท่ากับ $.394$ ($R^2 = .394$, $p < .05$) หมายถึง ปัจจัยการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตนสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ร้อยละ 39.4 เมื่อเพิ่มตัวทำนายการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในสมการทำนายเป็นอันดับที่สอง สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการทำนายได้อีกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยทำให้ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเพิ่มขึ้นเป็น $.467$ ($R^2 = .467$, $R^2 \text{ change} = .073$) ซึ่งหมายถึง ปัจจัยการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตนและปัจจัยการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ร้อยละ 46.7 และเมื่อเพิ่มตัวทำนายการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วยในสมการทำนายเป็นอันดับที่สาม สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการทำนายได้อีกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยทำให้ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเพิ่มขึ้นเป็น $.506$ ($R^2 = .506$, $R^2 \text{ change} = .039$) ซึ่งหมายถึง ปัจจัยการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตน ปัจจัยการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยและปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ร้อยละ 50.6 อย่างไรก็ตามผลการศึกษาค้นครั้งนี้พบว่า ปัจจัยการรับรู้การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตน และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนไม่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

ลำดับความสำคัญของการทำนายพบว่า ปัจจัยการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตน เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สูงสุด โดยสามารถทำนายได้ร้อยละ 39.4 ($R^2 = .394$, $R^2 \text{ Change} = .394$) ผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้นสามารถอธิบายได้ว่า การรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตนเป็นความมั่นใจว่าตนสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้สำเร็จหรือสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้ เมื่อบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะตนเองสูงจะยิ่งส่งผลให้บุคคลคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (Rosenstock et al., 1988) การที่ผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติหรือกระทำพฤติกรรมที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ เป็นผลให้มีการปรับพฤติกรรมสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามมา ซึ่งจากผลการศึกษารั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 24.89 คะแนน ($SD = 3.47$) และจากข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่อาศัยในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล คิดเป็นร้อยละ 79.1 ซึ่งถึงเป็นศูนย์กลางการปกครอง การศึกษา และการสาธารณสุข ส่งผลให้สามารถเข้าถึงระบบการสาธารณสุข และข้อมูลข่าวสารได้อย่างดี สิ่งเหล่านี้อาจทำให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นและความพร้อมในการดูแลตนเอง ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตนภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สูง จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามมามีด้วย

สอดคล้องกับการศึกษาของ นงศัณพัชร มณีอินทร์ และอิทธิพล ดวงจินดา (2564) ที่พบว่า ปัจจัยการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้สูงอายุ ($r = .74$ $p < .001$) และปัจจัยการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตนภายหลังการติดเชื้อสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .163$, $p < .05$) (อังคณา คำรักษ์ และคณะ, 2566) ใกล้เคียงกับการศึกษาของวิญญู ทัณญ และคณะ (2565) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ และเป็นตัวแปรทำนายสูงสุด ($R^2 = .386$, $p = .01$) นอกจากนั้นยังสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศของของ คิม และ คิม (Kim & Kim, 2020) ในประเทศเกาหลีใต้ พบว่าปัจจัยการรับรู้สมรรถนะของตนเอง (self-efficacy) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($R^2 = .177$, $p < .01$) เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ ยิลดิริม และกุลเลอร์ (Yildirim & Guler, 2022) ที่ศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศตุรกี

พบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพโรคไวรัสโคโรนา 2019 ได้ร้อยละ 41 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .41$, $p < .001$)

ปัจจัยการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในสมการทำนายเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลำดับที่สอง และร่วมกันทำนายกับตัวแปรปัจจัยการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตน ทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ร้อยละ 46.7 ($R^2 = .467$, $R^2 \text{ Change} = .073$, $p < .05$) อธิบายได้ว่า ปัจจัยการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย เกิดจากการที่บุคคลมีความเชื่อว่าเจ็บป่วยหรือการเป็นโรคนั้นๆ มีความรุนแรงต่อสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรค หรือการให้ความร่วมมือในการรักษา ส่งผลให้มีการปฏิบัติตนเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เมื่อบุคคลมีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมาก จะยิ่งส่งผลให้บุคคลแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีมากขึ้นไปด้วย (Rosenstock et al., 1988) การที่ผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการรับรู้ว่าการเจ็บป่วยหรือการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นั้นมีความรุนแรงต่อสุขภาพในระยะยาว (Bajema et al., 2024) การมีอายุที่มากขึ้น และมีโรคประจำตัว จะเพิ่มความเสี่ยงที่จะทำให้โรคมีความรุนแรงและเพิ่มอัตราการเสียชีวิต (Choi, 2021) ทำให้ผู้สูงอายุเหล่านั้นมีการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรค ซึ่งเป็นผลให้มีการปรับพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันหรือลดความรุนแรงที่จะเกิดขึ้นจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 44.46 คะแนน ($SD = 3.80$) ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สูง จึงทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

สอดคล้องกับการศึกษาของ อภิชาติ อินทเจริญ และคณะ (2564) ที่พบว่าการรับรู้ความรุนแรงเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้เรื่องอาการเจ็บป่วยหลังการติดเชื้อซึ่งเป็นผลให้มีการปรับพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันหรือลดความรุนแรงที่จะเกิดขึ้นจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยปัจจัยการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้มากที่สุด และการศึกษาของ วิลาสินี หลีวน้อย และคณะ (2566) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในภาคตะวันออก พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นอกจากนั้นการศึกษาในอินโดนีเซีย (Fitriani et al, 2024) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมป้องกันไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่าร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันได้ร้อยละ 35.4 ($R^2 = 0.354$)

ปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลำดับสุดท้าย และร่วมกันกับปัจจัยการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตน และปัจจัยการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ในการทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ร้อยละ 50.6 ($R^2 = .506$, $R^2 \text{ change} = .039$, $p < .05$) อธิบายได้ว่า ปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย เกิดจากการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วยที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคล ทำให้เกิดความแตกต่างด้านการรับรู้ โดยเมื่อบุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วยสูง จะทำให้บุคคลเห็นถึงความสำคัญของการมีสุขภาพดีรวมทั้งมีการแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามมา (Rosenstock et al., 1988) การที่ผู้สูงอายุรับรู้ว่าการเจ็บป่วยหรือการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นั้นมีโอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วยในระยะยาวเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายไปในทางเสื่อมและภูมิคุ้มกันที่ลดลง อีกทั้งการมีโรคประจำตัว (Morley & Vellas, 2020) จะยังทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยได้มาก ซึ่งความเชื่อเหล่านี้เองทำให้ผู้สูงอายุมีการตอบสนองต่อความกลัวต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงเกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพและเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพที่ดี จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพดี จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 40.01 คะแนน ($SD = 3.42$) ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยภายหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สูง เป็นผลให้ผู้สูงอายุเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเพื่อป้องกันตนเองไม่ให้เกิดอาการเจ็บป่วยระยะยาวหลังจากการติดเชื้อได้

สอดคล้องกับการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุในชุมชนพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในชุมชน ($r = .44$, $p < .001$) (อนันต์ศักดิ์ จันทศรี และอุมาพร เคนศิลา, 2565) เช่นกันกับการศึกษาของ ดิออนโน และคณะ (Dedonno et al., 2022) เกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กับการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในรัฐฟลอริดา สหรัฐอเมริกาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ร้อยละ 25.3 ($R^2 = .253$, $p < .001$)

ผลการศึกษาครั้งนี้ยังสนับสนุนทฤษฎีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ที่อธิบายว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน เนื่องจากความเชื่อของแต่ละ

บุคคลที่แตกต่างกัน ส่งผลให้เกิดความแตกต่างด้านการรับรู้ของแต่ละบุคคล บางคนอาจรับรู้ว่าการเจ็บป่วยเป็นสิ่งผิดปกติเพียงเล็กน้อย ไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต ในขณะที่บางคนอาจรับรู้ว่าการเจ็บป่วยเป็นสิ่งรบกวนและคุกคามชีวิตเป็นอย่างมาก ทำให้สูญเสียความเป็นบุคคลไป ก่อให้เกิดความกลัว รู้สึกท้อแท้ ทฤษฎีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ จะส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยทำให้บุคคลนั้นมีเหตุผลในการตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและแผนการดำเนินชีวิต โดยการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้สมรรถนะของตนเอง เป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการกระทำที่เหมาะสม จากการวิเคราะห์ผลทางสถิติตามทฤษฎีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของ โรเซนสต็อก และคณะ (Rosenstock et al., 1988) พบว่าผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต้องพบสถานการณ์ช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการดำเนินชีวิต สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งรบกวนและคุกคามชีวิตต่อชีวิต จึงเป็นเหตุผลทำให้ผู้สูงอายุมีการตัดสินใจเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ โดยปัจจัยการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตน ปัจจัยการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยและปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ร้อยละ 50.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .506, p < .05$)

อย่างไรก็ตามการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตน และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน แม้ว่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่เป็นความสัมพันธ์ในระดับต่ำ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ของเพียร์สันเท่ากับ .220 และ -.290 ($p < .05, p < .01$) ตามลำดับ จึงไม่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุได้ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานและแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะมีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย (perceived severity) และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย (perceived susceptibility) ในระดับสูงอยู่แล้ว เนื่องจากผลกระทบของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นั้นส่งผลกระทบต่อสุขภาพระยะยาว อีกทั้งประสบการณ์การเจ็บป่วยส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตน (self-efficacy) สูงขึ้น ซึ่งทั้ง 3 ปัจจัยดังกล่าวจึงกลายเป็นปัจจัยหลักในการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (DeDonno et al., 2022) จึงส่งผลให้ปัจจัยการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคไม่มีอิทธิพลเชิงทำนายสอดคล้องกับผลการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่า ตัวแปรการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 28.17 ($SD = 6.55$) มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมสุขภาพในระดับต่ำ ($R = -.290, p < .01$) สำหรับ ปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนซึ่งมีค่าเฉลี่ย 43.35 ($SD = 6.55$) และมีการรับรู้อยู่ในระดับสูง แต่พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ

พฤติกรรมสุขภาพในระดับต่ำ ($r = .220, p < .05$) จึงอาจส่งผลให้ทั้ง 2 ปัจจัยไม่มีอำนาจทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้และไม่เป็นไปตามทฤษฎีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Research design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอำนาจทำนายของพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงทำนายกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน และการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีประวัติได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มาแล้วตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป ด้วยวิธีตรวจสารคัดหลั่งบริเวณทางเดินหายใจ ส่วนบนและคอโดยการป้าย (Swab) RT-PCR หรือใช้ชุดตรวจ ATK และเคยได้รับการดูแลสุขภาพขณะติดเชื้อ ซึ่งมารับบริการเป็นผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรม ตึก ภปร.ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 110 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง ได้แก่ แบบประเมินสมรรถภาพการคิดรู้ (6 Item Cognitive Impairment Test: 6CIT) ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และแบบบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพ ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และส่วนที่ 4 แบบประเมินการรับรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบค่าความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือวิจัยพบว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ นำไปวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ (IBM SPSS Statistics Authorized User Version 27) License Code: 704f62646c79e60d7127 ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) และสถิติสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Liner Regression) ซึ่งผ่านการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นแล้ว

สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ผลการศึกษาพบว่าข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ เป็นเพศชายและเพศหญิงจำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 50) โดยมีอายุระหว่าง 60-86 ปี อายุเฉลี่ย 67.9 ปี (SD= 5.9) พบอยู่ในช่วงอายุระหว่าง 60-69 ปี (ร้อยละ 65.5) มากที่สุด รองลงมาช่วงอายุระหว่าง 70-79 ปี (ร้อยละ 30) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด (ร้อยละ 39.1) รองลงมาคือระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 27.3) อาชีพที่เคยประกอบก่อนอายุ 60 ปี พบมากที่สุด คือข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 38.2) รองลงมาเป็นรับจ้างทั่วไป และพนักงานบริษัท/บริษัทเอกชน (ร้อยละ 25.4, ร้อยละ 23.6) ตามลำดับ โดยอาชีพปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่างพบว่ามากกว่าครึ่งไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 68.2) รองลงมาคือรับจ้างทั่วไปและค้าขาย (ร้อยละ 10.9, ร้อยละ 9.1) ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่เขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล รองลงมาอาศัยอยู่ภาคตะวันออก และภาคกลาง กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนสมาชิกปัจจุบันที่อาศัยในครอบครัวเดียวกันมากที่สุด 2 คน (ร้อยละ 23.6) รองลงมา มีจำนวนสมาชิก 3 และ 4 คน (ร้อยละ 21.8) โดยส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวอยู่ระหว่าง 15,001-25,000 บาท (ร้อยละ 28.2) รองลงมาคือช่วงรายได้ 25,001-35,000 บาท (ร้อยละ 16.4) รายได้เฉลี่ยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีเพียงพอ (ร้อยละ 63.6) รองลงมา มีเพียงพอและเหลือเก็บ (ร้อยละ 27.3) และไม่เพียงพอต้องกู้ยืมหรือเป็นหนี้ (ร้อยละ 9.1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 88.2) มีบุคคลช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วยหรือช่วยเหลือเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยผู้ดูแลนั้นมีความเกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่าง เป็นบุตร/หลานมากที่สุด (ร้อยละ 61.8) รองลงมาคือคู่สมรส (ร้อยละ 29.1)

ข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 100) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว 2 โรคมากที่สุด จำนวน 38 คน รองลงมา มีโรคประจำตัว 1 โรค จำนวน 36 คน ตามลำดับ และเกี่ยวกับการสูบบุหรี่หรือบุหรี่ไฟฟ้าในปัจจุบัน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 87.3) รองลงมาคือเคยสูบและเลิกไปแล้ว (ร้อยละ 9.1) และปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่ (ร้อยละ 3.6) สิทธิการรักษาเมื่อเจ็บป่วยพบว่า ส่วนใหญ่เป็นสิทธิข้าราชการ/ครอบครัวข้าราชการ (ร้อยละ 39.1) รองลงมาคือสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

(บัตรทอง) และสิทธิประกันสังคม (ร้อยละ 28.2, ร้อยละ 20) ตามลำดับ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันไวรัสโคโรนา 2019 (ร้อยละ 100) ชนิดของวัคซีนที่ได้รับมากที่สุด คือ แอสตราเซนเนกา (AstraZeneca) ไฟเซอร์ ไบโอเอ็นเทค (Pfizer/ BioNtech) และซิโนแวค (Sinovac) ตามลำดับ ประวัติการตรวจพบเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ผ่านมาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประวัติการติดเชื้อ 1 ครั้ง (ร้อยละ 86.4) รองลงมา มีประวัติการติดเชื้อ 2 ครั้ง (ร้อยละ 11.8) สถานที่กักตัวหรือเข้ารับการดูแลรักษา (ครั้งที่อาการมากที่สุด) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการกักตัวที่บ้าน (home isolation) คิดเป็นร้อยละ 85.5 รองลงมาคือโรงพยาบาล (Hospital) คิดเป็นร้อยละ 11.8 ส่วนระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคไวรัสโคโรนา 2019 (ครั้งที่อาการมากที่สุด) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการเจ็บป่วยระดับเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 85.5 รองลงมาคือไม่มีอาการ คิดเป็นร้อยละ 10.0 จำนวนวันที่เข้ารับการรักษาระหว่างติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง มีจำนวนวันเข้ารับการรักษาดำเนิน 6-10 วัน คิดเป็นร้อยละ 64.5 รองลงมา มีจำนวนวันเข้ารับการรักษาดำเนิน 11-14 วัน คิดเป็นร้อยละ 15.5 ประวัติการได้รับยาต้านไวรัสขณะรักษาการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คิดเป็นร้อยละ 78.2 ผู้ป่วยที่ไม่ได้ใช้ยา คิดเป็นร้อยละ 21.8 โดยพบว่าใช้ยาฟาวิพิราเวียร์ (Favipiravir) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.0 รองลงมาคือฟ้าทะลายโจร (Andrographis paniculate) และยาโมลนูพิราเวียร์ Molnupiravir คิดเป็นร้อยละ 16.4

ส่วนที่ 2 ระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพรายด้านที่อยู่ในระดับดีถึงดีมาก เมื่อพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพรายด้านที่อยู่ในระดับระดับดีมาก ได้แก่ ด้านการสูบบุหรี่ ด้านการดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และด้านการดูแลช่องปาก สำหรับพฤติกรรมสุขภาพด้านที่อยู่ในระดับดี ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียดและด้านการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซ้ำ

ส่วนที่ 3 อำนาจการทำนายปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ผลวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณด้วยวิธีสมการถดถอยแบบเป็นขั้นตอน (Stepwise multiple Regression analysis) พบว่าปัจจัยทำนายการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตน สามารถร่วมกันทำนาย พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยตัวแปรทั้ง 3 ตัว สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงว่า ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และตัวแปรทั้ง 3 ตัว มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง สามารถนำไปสร้างสมการต่อไปได้ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ในการทำนายเท่ากับ $.506$ ($R^2 = .506$, $p < .05$) หมายถึง ปัจจัยการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตน สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ร้อยละ 50.60 ปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะการนำผลวิจัยไปใช้

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติพยาบาล

ผลการศึกษานี้ จะเป็นแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยส่งเสริมความเชื่อส่วนบุคคล ในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตนหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้สูงอายุ

2. ด้านการวิจัย

ผลการวิจัยนำไปพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยส่งเสริมความเชื่อส่วนบุคคล ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตนหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้สูงอายุในอนาคต

ผลการวิจัยสามารถนำไปปรับใช้กับการติดเชื้อไวรัสระบบทางเดินหายใจอื่นได้หรือใช้เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาเรื่องการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจต่อไปในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์. (2565ก). การดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 หลังรักษาหาย (POST COVID SYNDROME) หรือภาวะ LONG COVID สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุข
- กรมการแพทย์. (2565ข). แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมการแพทย์. (2566). แนวทางการดูแลผู้สูงอายุในช่วงที่มีการระบาดของเชื้อโควิด-19. กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2564ก). กรมกิจการผู้สูงอายุร่วมใจ ต้านภัยโควิด-19. กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2565ข). ผู้สูงอายุติดเชื้อ Covid-19 ในประเทศไทย. กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- กรมควบคุมโรค. (2564ก). รายงานข้อมูลสถานการณ์การติดเชื้อโควิด-19. กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมควบคุมโรค. (2564ข). สถานการณ์ผู้ป่วย COVID-19 ภายในประเทศรายวัน. กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมควบคุมโรค. (2565). แนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลกรณีผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขโดยคณะกรรมการรักษาพยาบาลและการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับ คณะจารย์ผู้เชี่ยวชาญ จากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยต่าง ๆ. กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2563). องค์ความรู้การดูแลสุขภาพใจในสถานการณ์การระบาดโควิด-19 “ใจพร้อม ไม่ยอมป่วย”. กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมอนามัย. (2564). คู่มือดำเนินงานตัวชี้วัด ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565. กลุ่มพัฒนาส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุและเครือข่าย. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- กองสุศึกษา. (2566ก). การดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.
- กองสุศึกษา. (2566ข). แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อและโรคไร้เชื้อที่สำคัญของประชาชนวัยสูงอายุ. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.

- กัมปนาท โคตรพันธ์, และนิยม จันทน์นวล. (2565, 11 กรกฎาคม). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในจังหวัดมุกดาหาร* [เอกสารนำเสนอ]. การประชุมวิชาการระดับชาติ มอว. วิจัย ครั้งที่ 16, อุบลราชธานี, ประเทศไทย.
- กุลวดี กุลสุนทร, เกศรินทร์ วิงพัฒน์, และโชติ บดีรัฐ. (2564). แนวทางการดูแลผู้สูงอายุในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19. *วารสารร้อยแก่นสาร*, 6(11), 288-302.
- เกศรินทร์ วิงพัฒน์, และโชติ บดีรัฐ. (2565). ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการปรับตัวของผู้สูงอายุในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) กรณีศึกษาในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านบึง อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร. *วารสารร้อยแก่นสาร*, 7(7), 137-148.
- ชัยยุทธ โคตะรักษ์, พรชัย จุลเมตต์, นัยนา พิพัฒน์วนิชชา, สายฝน ม่วงคุ้ม, และจิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลาส. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับเป็นซ้ำ. *วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ*, 15(4), 228-236.
- ณัฐสิทธิ์ เจริญสันต์. (2565). พยาธิสภาพจากการชันสูตรศพอย่างสมบูรณ์ในผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากการติดเชื้อโควิด-19 : การทบทวนวรรณกรรม. *พุทธชินราชเวชสาร*, 39(1), 132-139.
- ธนยศ สุมาลัยโรจน์, และฮานานมูฮิบบะตุตดิน นอจิ สุขไสว. (2558). ผู้สูงอายุในโลกแห่งการทำงาน มุมมองเชิงทฤษฎีทางกายจิตสังคม. *วารสารปัญญาวิวัฒน์*, 7(1), 242-254.
- นงศณพัชร มณีอินทร์, และอิทธิพล ดวงจินดา. (2564). การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ อำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน*, 3(2), 1-18.
- นวรรตน์ ปัญจธนทรัพย์. (2563, 26 เมษายน). *การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาตนเองในเขตอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี* [เอกสารนำเสนอ]. การประชุมวิชาการการเสนอผลงานระดับชาติ ครั้งที่ 8 และระดับนานาชาติ ครั้งที่ 4, กรุงเทพฯ, ประเทศไทย.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2560). *การวิจัยเบื้องต้น* (พิมพ์ครั้งที่ 10). สุวีริยาสาส์น.
- บุญศรี พรหมมาพันธุ์. (2557). *การวิจัยทางสังคมศาสตร์: การประยุกต์ทฤษฎีสู่การปฏิบัติ*. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ปราโมทย์ ถ่างกระโทก, ขวัญศิริ พรหมอินทร์, ณัฐชา พลาชีวะ, และพัชรธิดา พินรัตน์. (2565). การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่มีอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อโควิด-19ในระยะยาว:กรณีศึกษา. *รามาริบดีเวชสาร*, 45(2), 28-42.

- ปาริชาติ โรจน์พลากร-ภูษ, และยุวดี ฤๅชา. (2556). สถิติสำหรับงานวิจัยทางการแพทย์และการใช้โปรแกรม SPSS for Windows. (พิมพ์ครั้งที่ 4). พิมพ์ลักษณ์.
- ปูลวิษฐ์ ทองแดง, และจันทร์จิรา สีสว่าง. (2567). สถานการณ์ของภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง : การวิจัยผสมผสาน. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 42(2), 1-18.
- พงศธร ศิลาเงิน. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทที่ไม่มีการตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พัทธวรรณ ลาน้อย. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอเวียงแหง จังหวัดเชียงใหม่. *สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเวียงแหง จังหวัดเชียงใหม่*, 1-12.
- พิมพ์สุทธิ บัวแก้ว, และรติพร ถึงฝั่ง. (2559). การดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. *วารสารสมาคมนักวิจัย*, 21(2), 94-109.
- เพ็ญศรี ผาสุข. (2563). ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตำบลหนองแค อำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*, 16(1), 44-55.
- เพ็ญศรี หงษ์พานิช. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด -19 ของประชาชนจังหวัดปทุมธานี. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 35(1), 1-12.
- ภัทรา ตันติภาสวสิน, และสิทธิชัย ตันติภาสวสิน. (2565). ภาวะโพสท์โควิด (ลองโควิด) Post-COVID Condition (Long COVID). *วารสารโรงพยาบาลชลบุรี*, 47(1), 67-84.
- มนัสชนก ไชยรัตน์. (2563). พฤติกรรมผู้บริโภคที่เปลี่ยนแปลงไปช่วงสถานการณ์ COVID-19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร. มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- เมธาวี หวังชาลาบวร, ศรัณย์ วีระเมธาชัย, และชนกมณ ลีศรี. (2565). ความชุกของภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 ในผู้ป่วยที่มีประวัติติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการติดตามที่ระยะ 3 เดือนหลังจากการติดเชื้อ. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 16(1), 256-284.
- เมธี จินะโกฏ, และการันต์ พงษ์พานิช. (2561). การเปลี่ยนแปลงของระบบหายใจในผู้สูงอายุและการจัดการทางกายภาพบำบัดทรวงอก. *เวชสารแพทย์ทหารบก*, 71(4), 279-283.
- ยศ วัชระคุปต์, และสมชัย จิตสุชน. (2563). ผลกระทบของโควิด-19 ต่อผู้สูงอายุ. สำนักงานสถิติแห่งชาติ สถาบันวิจัยเพื่อพัฒนาประเทศไทย (TDRI).
- รัตนศิริ ทาโต. (2561). การวิจัยทางการแพทย์พยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้ (ฉบับปรับปรุง). โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- วรวิมล เพ็งพันธ์. (2559). จิตตปัญญาศึกษากับภาวะธรรมทัศน์ในวัยผู้สูงอายุ. *วารสารการศึกษาและพัฒนาสังคม*, 12(2), 7-19.
- วิญญูทัณณ บัญทัน, ธมกร อ่วมอ้อ, ดิเรก ภู่ง้าง, กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม, และปริศนา อัครชนพล. (2567). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการชะลอความเสื่อมถอย ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรปราการ. *วารสารสภาการพยาบาล*, 39(4), 552-563.
- วิญญูทัณณ บัญทัน, พิชราภรณ์ ไหวคิด, วิภาพร สร้อยแสง, ชุติมา สร้อยนาค, ปริศนา อัครชนพล, และจริยาวัตร คมพยัคฆ์. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19)ของผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 12(2), 323-337.
- วิลาสินี หล้าน้อย, ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์, กาญจนา พิบุลย์, และธรรมวัฒน์ อุปวงษาพัฒน์. (2566). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 9(17), 394-464.
- ศุภณัฐ วณิชยนิรมล, ศรีณย์ วีระเมธัชชัย, และธนภณ ลีศรี. (2565). อุบัติการณ์และปัจจัยเชิงทำนายภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มารับบริการศูนย์การตรวจค้นหาและคัดแยกโควิดครบวงจร โรงพยาบาลสระบุรี : การศึกษาระยะ 14 วันหลังการวินิจฉัย. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 16(2), 343-335.
- โสภิต นาสืบ. (2564). ผลกระทบเชิงเศรษฐกิจและสังคมจากการระบาดของโรคโควิด – 19 ในระดับโลกและในประเทศไทย. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.
- สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (ทีดีอาร์ไอ). (2563, มีนาคม). *ความเปราะบางของประชาชนกลุ่มเปราะบางภายใต้โควิด-19* โดย ชวกร เลิศนัทธน์ และสมชัย จิตสุชน. <https://tdri.or.th/2020/06/impact-of-covid19-on-vulnerable-groups>.
- สมพร อินทร์แก้ว, เยาวนาฏ ผลิตนันทเกียรติ, ศรีวิภา เนียมสอาด, และสายศิริตานวัฒนะ. (2552). *เปลี่ยนร้ายกลายเป็นดี RQ พลังสุขภาพจิต*. สำนักสุขภาพจิตสังคม กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สาวิตตรี เต็กคำ, และทวิวรรณ ศรีสุขคำ. (2023). อาการหลงเหลือหลังติดเชื้อโควิด-19 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง ของผู้ป่วยที่เคยติดเชื้อโควิด-19 ในตำบลครึ่ง อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก*. 10(2), 49-66.

- สุภาพ อารีเอื้อ, และพิชญ์ประอร ยังเจริญ. (2563). แบบประเมินสมรรถภาพการคิดรู้ 6 ข้อ ฉบับภาษาไทย : การทดสอบคุณสมบัติทางจิตวิทยา. *รามาริบดีพยาบาลสาร*, 26(2), 188-202.
- สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. (2546). *พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546*. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- เสาวลักษณ์ จินดาดี, สุวารี สุวรรณรัตน์, และอรพินท์ ชันแข็ง. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับอาการของผู้ป่วยไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) โรงพยาบาลเขาสมิง จังหวัดตราด. *วารสารโรงพยาบาลตราด*, 8(7), 1-9.
- หน่วยงานเวชสถิติโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย. (2565). *จำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019*. ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564.
- อังคณา คำรักษ์, มลธิรา อุดชุมพิสัย, และวรวรรณ ศิริชนะ. (2566). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ใหญ่ที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย]. ฐานข้อมูลงานวิจัย (ThaiJo).
- อภิวดี อินทเจริญ, คันธมาทน์ กาญจนภูมิ, กัลยา ต้นสกุล, และสุวรรณา ปัตตะพัฒน์. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในเขตเทศบาล เมืองคอหงษ์ จังหวัดสงขลา. *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน*, 3(2), 247-259.
- อมราพร สุการ. (2565). *จิตวิทยากับพฤติกรรมสุขภาพ*. กรุงเทพฯ บริษัทบุ๊คพลัส จำกัด.
- อนันต์ศักดิ์ จันทศรี, และอมราพร เคนศิลา. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารเกื้อการุณย์*, 29(1), 1-13.
- Abraham, C., & Sheeran. (2015). The health belief model. 30-69.
- Aldukhail, S., & Bahdila, D. (2022). Self-perception of health and physical activity among adults before and amidst the COVID-19 pandemic: United States, 2019-2020. *Preventive Medicine*, 158, 1-8.
- Arora, T., & Grey, I. (2020). Health behaviour changes during covid-19 and the potential consequences: A mini-review. *Journal of Health Psychology*, 25(9), 1155-1163.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman/Times Books/Henry Holt & Co.

- Bajema, K. L., Bui, D. P., Yan, L., Li, Y., Rajeevan, N., Vergun, R., Berry, K., Huang, Y., Lin, H. M., Aslan, M., & Ioannou, G. N. (2025). Severity and long-term mortality of covid-19, Influenza, and respiratory syncytial virus. *JAMA Internal Medicine*, 185(3), 324-334. doi: 10.1001/jamainternmed.2024.7452.
- Becker, B. E., Huselid, M. A., Pickus, P. S., & Spratt, M. F. (1997). HR as a source of shareholder value: Research and recommendations. *Human Resource Management*, 36, 39-47.
- Best, J. W. (1977). Research in education. New Jersey: Prentice hall Inc.
- Bovil, T., Wester, C. T., Scheel-Hincke, L. L., & Andersen-Ranberg, K. (2023). Risk factors of post-COVID-19 conditions attributed to covid-19 disease in people aged ≥ 50 years in Europe and Israel. *Public Health*, 214, 69-72.
- Brook, R. H., Ware Jr, J. E., Davies-Avery, A., Stewart, A.L., Donald, C.A., & Rogers, W.H. (1979). Overview of adult health status measures fielded in Rand's health insurance study. *Medical Care*, 17(7), 1-131.
- Brennan, J., Reilly, P., Cuskelly, K., & Donnelly, S. (2020). Social work, mental health, older people and covid-19. *International psychogeriatrics*, 32(10), 1205-1209.
- Ferrans, C. E. (1996). Development of a conceptual model of quality of life, *Scholarly Inquiry for Nursing: An International Journey*, 10(3), 293-304.
- Ferrans, C. E. Zerwic, J. J., Wilbur, J. E., & Larson, J. L. (2005). Conceptual model of health-related quality of life. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(4), 336-342.
- Champion, V. L., & Skinner, C. S. (2008). The health belief model. In *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*. Jossey-Bass, 45-65.
- Choi, W. Y. (2022). Mortality rate of patients with covid-19 based on underlying health conditions. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 16(6): 1-6. doi:10.1017/dmp.2021.139
- Chojnicki, M., Podczaska, A. N., Seostianin, M., Tomczak, Z., Tariq, H., Chudek, J., Tobis, S., Lisewska, I. M., Suwalska, A., Tykarski, A., Merks, P., Kropinska, S., Sobieszczanska, M., Romanelli, F., & Wieczorowska-Tobis, K. (2021). Long-term survival of older patients hospitalized for covid-19. Do clinical

- characteristics upon admission Matter, *International Journal of Environmental Research Public Health*, 18(20). 1-16.
- Chudasama, Y. V., Khunti, K., Gillies, C. L., Dhalwani, N. N., Davies, M. J., Yates, T., & Zaccardi, F. (2020). Healthy lifestyle and life expectancy in people with multimorbidity in the UK Biobank: A longitudinal cohort study. *Public Library of Science Medicine*, 17(9), 1-18.
- Colucci, S., Nadeau, J., Higgins, E., Kehayia, T., Poldma, A., Saj, E., & Guise, D. (2021). Covid-19 lockdowns' effects on the quality of life, perceived health and well-being of healthy elderly individuals: A longitudinal comparison of pre-lockdown and lockdown states of well-being, *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 99, 1-11.
- Conner, M. (2015). *Health Behaviors*. International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences.
- Czenczek-Lewandowska, E., Wyszynska, J., Leszczak, J., Baran, J., Weres, A., Mazur, A., & Lewandowski, B. (2021). Health behaviours of young adults during the outbreak of the Covid-19 pandemic. *BMC public health*, 21(1), 2-10.
- Cohen, K., Ren, S., Heath, K., Dasmariñas, M. C., Jubilo, K. G., Guo, Y., Lipsitch, M., & Daugherty, S. E. (2022). Risk of persistent and new clinical sequelae among adults aged 65 years and older during the post-acute phase of SARS-CoV-2 infection: Retrospective cohort study. *British Medical Journal*, 376, 1-12.
- Davis, H. E., Assaf, G. S., McCorkell, L., Wei, H., Low, R. J., Re'em, Y., Redfield, S., Austin, J. P., & Akrami, A. (2021). Characterizing long covid in an international cohort: 7 months of symptoms and their impact. *EClinicalMedicine*, 38, 1-19.
- DeDonno, M. A., Longo, J., Levy, X., & Morris, J. D. (2022). Perceived susceptibility and severity of covid-19 on prevention practices, Early in the pandemic in the State of Florida. *Journal of Community Health*, 47(4), 627-634.
- Ejaz, H., Alsrhani, A., Zafar, A., Javed, H., Junaid, K., Abdalla, A. E., Abosalif, K. O. A., Ahmed, Z., & Younas, S. (2020). COVID-19 and comorbidities: Deleterious impact on infected patients. *Journal of Infection and Public Health*, 13(12), 1833-1839.

- Esendagli, D., Yilmaz, A., Akçay, Ş., & Ozlu, T. (2021). Post-covid syndrome: Pulmonary complications. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 51(1), 3359-3371.
- Fatemeh, B., Nouraei, M. S., Faezeh, R. S., Mohammad, A., Iraj, Z., & Farzad, E. (2022). Predicting preventive behaviors against covid-19: A Structural Equation Modeling Approach from Iran. *WHO South-East Asia Journal of Public Health*, 11(2), 79-86.
- Fitriani, Farisni, T. N., Yarmaliza, Reynaldi, F., Zakiyuddin, Syahputri, V. N., & Susanna, D. (2024). Applying health belief model on covid-19 preventive behavior among the elderly in aceh Barat district in 2020. *Journal of Medical Research and Health Sciences*. 7(4), 3078-3084.
- Fernandez-de-Las-Penas, C., Gómez-Mayordomo, V., Cuadrado, M. L., Palacios-Ceña, D., Florencio, L. L., Guerrero, A. L., García-Azorín, D., Hernández-Barrera, V., & Arendt-Nielsen, L. (2021). The presence of headache at onset in SARS-CoV-2 infection is associated with long-term post-covid headache and fatigue: A case-control study. *Cephalalgia*, 41(13), 1332-1341.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using spss third edition*: SAGE Publications Ltd.
- Gochman, D. S. (1998). Health behavior: Plural perspectives. *Health behavior: Emerging research perspectives*, 1(1), 3-17.
- Gochman (Ed), (1997). *Handbook of health behavior research* New York, Vols. 1–4: Plenum.
- Hamer, M., Kivimaki, M., Gale, C. R., & Batty, G. D. (2020). Lifestyle risk factors, inflammatory mechanisms, and covid-19 hospitalization: A community-based cohort study of 387,109 adults in UK. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87(1), 184-187.
- Herbec, A., Brown, J., Jackson, S. E., Kale, D., Zatonski, M., Garnett, C., Chadborn, T., & Shahab, L. (2022). Perceived risk factors for severe covid-19 symptoms and

- their association with health behaviours: Findings from the HEBECO study. *Acta Psychologica*, 222, 1-8.
- Herrmann, M. L., Hahn, J. M., Walter-Frank, B., Bollinger, D. M., Schmauder, K., Schnauder, G., Bitzer, M., Malek, N. P., Eschweiler, G. W., & Gopel, S. (2021). Covid-19 in persons aged 70+ in an early affected German district: Risk factors, mortality and post-covid care needs-A retrospective observational study of hospitalized and non-hospitalized patients. *Public Library of Science ONE*, 16(6), 1-11 .
- Hochbaum, G. M. (1958). Public participation in medical screening programs: A sociopsychological study. *Public Health Service Publication*, 572, Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Huang, C., Huang, L., Wang, Y., Li, X., Ren, L., & Gu, X. (2021). 6-month consequences of covid-19 in patients discharged from hospital: A cohort study. *The Lancet*, 397(10270), 220-232.
- Hwang, T. J., Rabheru, K., Peisah, C., Reichman, W., & Ikeda, M. (2020). Loneliness and social isolation during the covid-19 pandemic. *International psychogeriatrics*, 32(10), 1217-1220.
- Kasl, S. V., & Cobb, S. (1966). Health behavior, illness behavior, and sick role behavior. I. Health and illness behavior. *Archives of Environmental Health*, 12(2), 246-266.
- Khayat, K. S., Pashaeypoor, S., Negarandeh, R., & Sadeghmoghadam, L. (2023). Self-care behaviors related to covid-19 among Iranian elderly with and without a history of infection. *Nursing Practice Today*, 10(2), 156-163.
- Kim, Su., & Kim, Se. (2020). Analysis of the impact of health beliefs and resource factors on preventive behaviors against the covid-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 1-21.
- Lewin, K. (1951). *Field Theory in Social Science*. New York: Harper.

- Mancilla-Galindo, J., Kammar-García, A., Martínez-Esteban, A., Meza-Comparán, H. D., Mancilla-Ramírez, J., & Galindo-Sevilla, N. (2021). Covid-19 patients with increasing age experience differential time to initial medical care and severity of symptoms. *Epidemiology and Infection*, 149, 1-8.
- Manjunath, N. K., Majumdar, V., Rozzi, A., Huiru, W., Mishra, A., Kimura, K., Nagarathna, R., & Nagendra, H. R. (2021). Health perceptions and adopted lifestyle behaviors during the covid-19 pandemic: Cross-National Survey. *JMIR FORMATIVE RESEARCH*, 5(6), 1-12.
- Mansell, V., Hall Dykgraaf, S., Kidd, M., & Goodyear-Smith, F. (2022). Long covid and older people. *Lancet Healthy Longevity*, 3(12), 849-854.
- Martinez-Gomez, D., Guallar-Castillon, P., Higuera-Fresnillo, S., Banegas, J. R., Sadarangani, K. P., & Rodriguez-Artalejo, F. (2018). A healthy lifestyle attenuates the effect of polypharmacy on total and cardiovascular mortality: a national prospective cohort study. *Scientific Reports*, 8(1), 1-8.
- Matsumoto, K., Hamatani, S., Shimizu, E., Kall, A., & Andersson, G. (2022). Impact of post-covid conditions on mental health: A cross-sectional study in Japan and Sweden. *BMC Psychiatry*, 22(237), 1-13.
- McBride, E., Arden, M. A., Chater, A., & Chilcot, J. (2021). The impact of covid-19 on health behaviour, well-being, and long-term physical health. *British Journal of Health Psychology*, 26(2), 259-270.
- Morley, J. E., & Vellas, B. (2020). Covid-19 and older adult. *Journal of Nutrition, Health & Aging*, 24(4), 364–365. <https://doi.org/10.1007/s12603-020-1349-9>
- Mueller, A. L., McNamara, M. S., & Sinclair, D. A. (2020). Why does Covid-19 disproportionately affect older people?. *Aging*, 12(10), 9959-9981.
- Nalbandian, A., Sehgal, K., Gupta, A., Madhavan, M. V., McGroder, C., Stevens, J. S., Cook, J. R., Nordvig, A. S., Shalev, D., Sehwat, T. S., Ahluwalia, N., Bikdeli, B., Dietz, D., Der-Nigoghossian, C., Liyanage-Don, N., Rosner, G. F., Bernstein, E. J.,

- Mohan, S., Beckley, A. A., Seres, D. S., ... , Landry, D. W., & Wan, E. Y. (2021). Post-acute covid-19 syndrome. *Nature Medicine*, 27(4), 601-615.
- National Institutes of Health. (2023, March). *Clinical spectrum of SARS-CoV-2 infection*. https://files.covid19treatmentguidelines.nih.gov/guidelines/section/section_43.pdf.
- National Institutes of Health. (2023, May). *The most recent version of the guidelines can be found on the covid-19 Treatment Guidelines website*. The covid-19 Treatment Guidelines Panel regularly updates the recommendations in these guidelines as new information on the management of covid-19 becomes available. 1-446.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric Theory*. New York: McGraw-Hill.
- Parpas, A., Yudd, M., Dreisbach, A. W., & Michaud, J. (2021). Post COVID 19 multisystem inflammatory syndrome in an older adult. *RENAL FAILURE*, 43(1), 530-532.
- Perrotta, F., Corbi, G., Mazzeo, G., Boccia, M., Aronne, L., D'Agnano, V., Komici, K., Mazzeo, G., Parrella, R., & Bianco, A. (2020). Covid-19 and the elderly: insights into pathogenesis and clinical decision-making. *Aging Clinical and Experimental Research*, 32(8), 1599-1608.
- Risitano, A. M., Dimitrios, C. M., Markus, H., Despina, Y., Cecilia, G., Fabio, C., & John, D. L. (2020). Complement as a target in covid-19? *Nature Reviews Immunology*, 20(1), 343-344.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328-335.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175-183.
- Salamanna, F., Veronesi, F., Martini, L., Landini, M. P., & Fini, M. (2021). Post-covid-19 syndrome: The persistent symptoms at the post-viral stage of the disease. A Systematic Review of the Current Data. *Frontiers in Medicine*, 8, 1-30.

- Sathyamurthy P, Madhavan, S., & Pandurangan, V. (2021). Prevalence, Pattern and functional outcome of post covid-19 syndrome in older adults. *Cureus*, 13(8), 1-22.
- Scortichini, M., Schneider Dos Santos, R., De' Donato, F., De Sario, M., Michelozzi, P., Davoli, M., Masselot, P., Sera, F., & Gasparrini, A. (2021). Excess mortality during the COVID-19 outbreak in Italy: a two-stage interrupted time-series analysis. *International Journal of Epidemiology*, 49(6), 1909-1917.
- Shaikha AlDukhaila, c, & Dania Bahdila, (2022). Self-perception of health and physical activity among adults before and amidst the covid-19 pandemic: United States, *Preventive Medicine*, 158. 1-8.
- Siette, J., Dodds, L., Brooks, C., & Deckers, K. (2023). Older adults' perspectives towards optimizing lifestyle behaviors and strategies to support healthy brain ageing during covid-19 restrictions. *Front. Public Health*, 1-9. doi: 10.3389/fpubh.2023.1205001_
- Song, W. J., Hui, C. K. M., Hull, J. H., Birring, S. S., McGarvey, L., Mazzone, S. B., & Chung, K. F. (2021). Confronting covid-19-associated cough and the post-covid syndrome: role of viral neurotropism, neuroinflammation, and neuroimmune responses. *Lancet Respiratory Medicine*, 9(5), 533-544.
- Soriano, J. B., Murthy, S., Marshall, J. C., Relan, P., & Diaz, J. V. (2022). A clinical case definition of post-covid-19 condition by a Delphi consensus. *The Lancet Infectious Diseases*, 22(4), 102-107.
- Tabachnick, B.G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6th ed.). Pearson.
- Tam, C. C., Li, X., Li, X., Wang, Y., & Lin, D. (2021). Adherence to preventive behaviors among college students during covid-19 pandemic in China: The role of health beliefs and covid-19 stressors. *Current Psychology*, 1-11.
- Teresa Aroral & lab Grey. (2020). Health behaviour changes during covid-19 and the potential consequences: A mini- review. *Journal of Health Psychology*, 25(9), 1155-1163.

- Thanathiti, T., & Chamroonsawasdi, K. (2016). The health belief model and self-care behavior influencing on health preventive behavior in a senior club, Bangtoey Sub-District, Samphran District, Nakhon Pathom Province. *Silpakorn University Journal of Social Sciences, Humanities, and Arts*, 16(1), 55-75.
- Tosato, M., Carfi, A., Martis, I., Pais, C., Ciciarello, F., Rota, E., Tritto, M., Salerno, A., Zazzara, M. B., Martone, A. M., Paglionico, A., Petricca, L., Brandi, V., Capalbo, G., Picca, A., Calvani, R., Marzetti, E., & Landi, F. (2021). Prevalence and predictors of persistence of covid-19 symptoms in older adults: A single-center study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 22(9), 1840-1844.
- Tur-Sinai, A., Bentur, N., & Lamura, G. (2022). Perceived deterioration in health status among older adults in Europe and Israel following the first wave of the covid-19 pandemic. *European Journal of Ageing*, 19(4), 1243-1250.
- Wong M. Y. C., Ou, K. L., & Man, L., K. (2023). Investigating and promoting health behaviors reactivity among Hong Kong older adults in the post-covid-19 Era: An exploratory network analysis. *Public Library of Science ONE*, 18(11), 1-13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0293512>
- World Health Organization. (n.d.). *Coronavirus disease (COVID-19) pandemic*. Retrieved May 15, 2023, from <https://www.who.int/europe/emergencies/situations/covid-19>.
- World Health Organization. (2021, May). *Coronavirus disease (COVID-19)*. https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1.
- World Health Organization. (2022, May). *Rehabilitation of adults with post COVID-19 condition*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/362783/WHO-2019-nCoV-Clinical-2022.2-eng.pdf>.
- World Health Organization. (2023, May). *WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard*. <https://covid19.who.int>.

- Wright, J., Astill, S. L., & Sivan, M. (2022). The Relationship between Physical Activity and Long COVID: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), 50-93.
- Yildirim, M., & Guler, A. (2020). COVID-19 severity, self-efficacy, knowledge, preventive behaviors, and mental health in Turkey. *Death Studies*, 46(4), 979–986.
<https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1793434>
- Yuki, K., Miho, F., & Sophia, K. (2020). *COVID-19 pathophysiology: A review*. <https://doi.org/10.1016/j.clim.2020.108427>
- Zewdie, A., Ayenew, M., Tadesse, S., Jemal, B., Molla, G., Natnael, K., & Ali, Y. (2022). The health belief model's ability to predict COVID-19 preventive behavior: A systematic review. *SAGE Open Medicine*, 10, 1-10.
- Zhou, F., Tao, M., Shang, L., Liu, Y., Pan, G., Jin, Y., & Zhang, M. (2021). Assessment of sequelae of COVID-19 nearly 1 year after diagnosis. *Frontiers in medicine*, 8(1), 1-9.
- Zvolensky, M. J., Garey, L., Rogers, A. H., Schmidt, N. B., Vujanovic, A. A., Storch, E. A., Buckner, J. D., Paulus, D. J., Alfano, C., Smits, J. A. J., & O'Cleirigh, C. (2020). Psychological, addictive, and health behavior implications of the covid-19 pandemic. *Behaviour Research and Therapy*, 134, 1-17.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

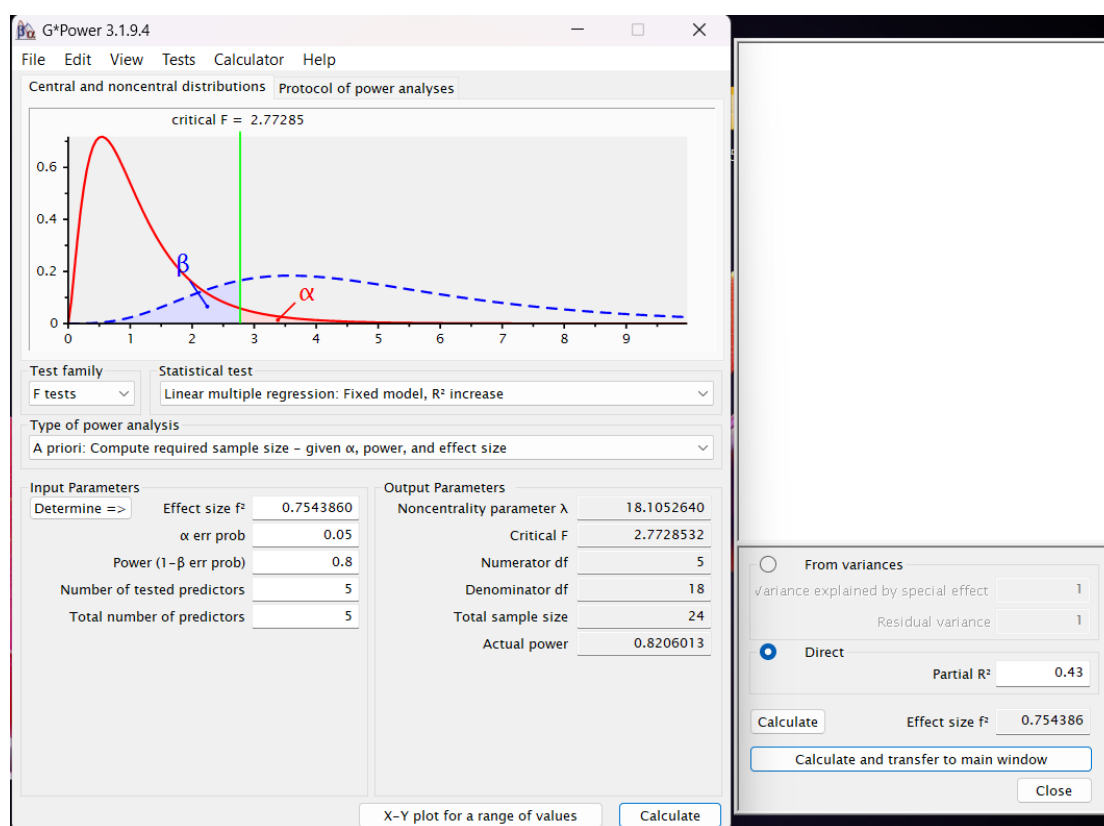
การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* Power version 3.1.9.4

ภาพ 3

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19

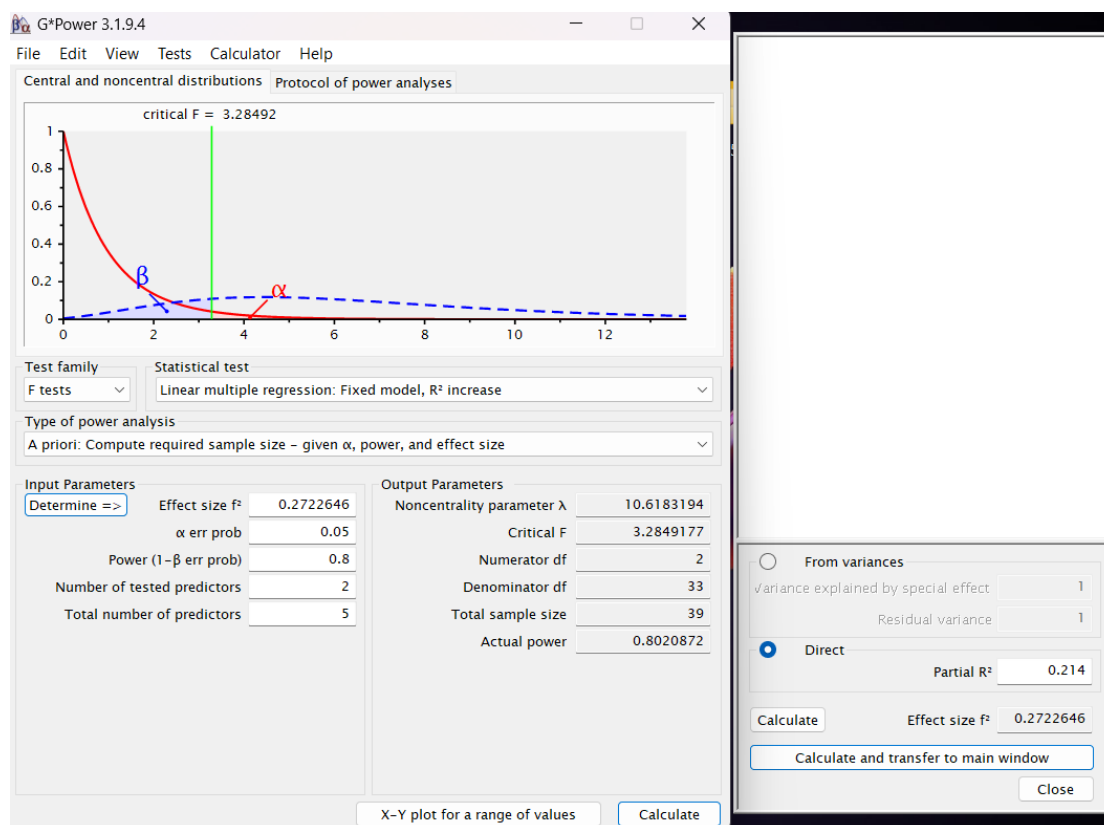
(Fathian-Dastgerdi et al., 2021)



ขนาดกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาในครั้งนี้ คำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* Power version 3.1.9.4 และเป็นการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยเชิงพรรณนาแบบกำหนดใช้ Test Family เลือก F-test Statistical Test เลือก Multivariable linear regression: Fix Model R² increase กำหนดค่าความเชื่อมั่น (แอลฟา) = .05 กำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test) = .80 กำหนดความสัมพันธ์แบบสองทาง (two-tailed-test) กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) = 0.43 ที่ได้จากการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 (Fathian-Dastgerdi et al., 2021) กำหนดตัวแปรทำนายทั้งหมด 5 ตัว ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 24 คน

ภาพ 4

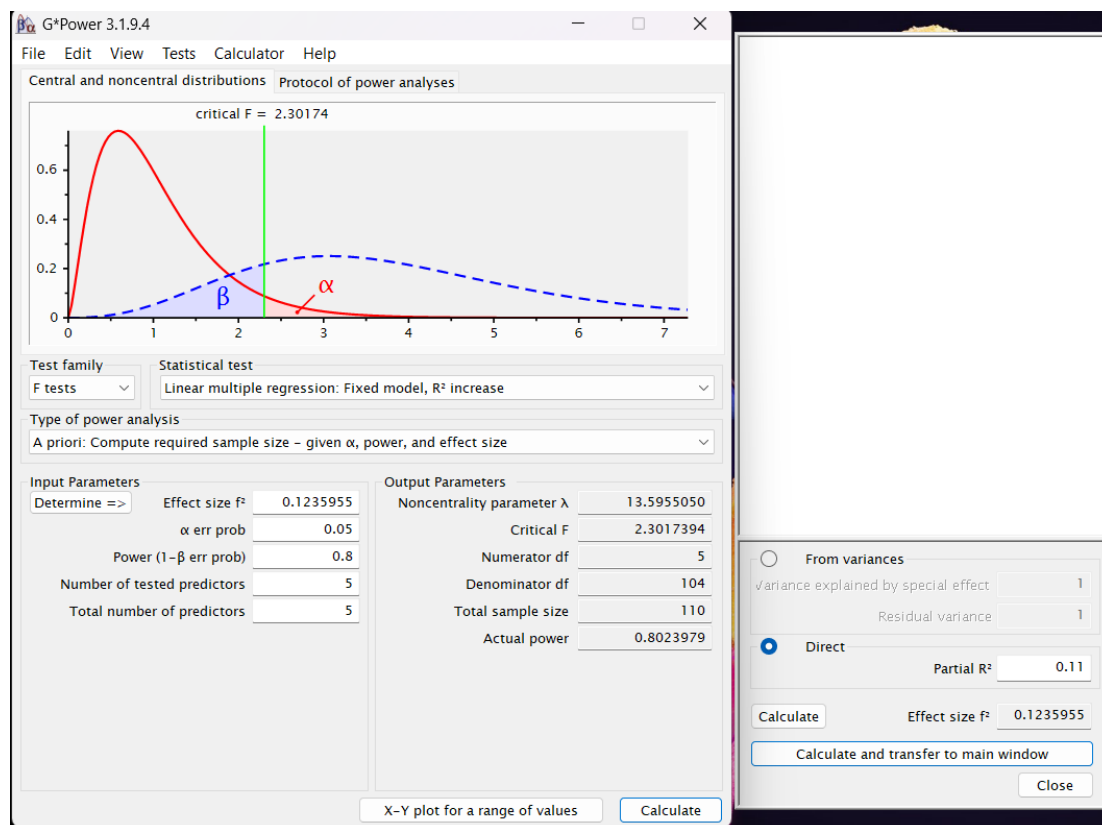
การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาผลกระทบของการลือคตาวนจากไวรัสโคโรนา 2019 ต่อคุณภาพชีวิต (Colucci et al., 2022)



ขนาดกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาในครั้งนี้ คำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* Power version 3.1.9.4 และเป็นการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยเชิงพรรณนาแบบกำหนดใช้ Test Family เลือก F-test Statistical Test เลือก Multivariable linear regression: Fix Model R² increase กำหนดค่าความเชื่อมั่น (แอลฟา) = .05 กำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test) = .80 กำหนดความสัมพันธ์แบบสองทาง (two-tailed-test) กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) = 0.43 ที่ได้จากการศึกษาผลกระทบของการลือคตาวนจากไวรัสโคโรนา 2019 ต่อคุณภาพชีวิต (Colucci et al., 2022) กำหนดตัวแปรทำนายทั้งหมด 2 ตัว ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 39 คน

ภาพ 5

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนจังหวัดปทุมธานี (เพ็ญศรี หงส์พานิช, 2563)



ขนาดกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาในครั้งนี้ คำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* Power version 3.1.9.4 และเป็นการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยเชิงพรรณนาแบบกำหนดใช้ Test Family เลือก F-test Statistical Test เลือก Multivariable linear regression: Fix Model R^2 increase กำหนดค่าความเชื่อมั่น (แอลฟา) = .05 กำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test) = .80 กำหนดความสัมพันธ์แบบสองทาง (two-tailed-test) กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) = 0.11 ที่ได้จากงานวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ที่คล้ายคลึงกับงานวิจัยในครั้งนี้มากที่สุด จากการศึกษาของ เพ็ญศรี หงส์พานิช (2563) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนจังหวัดปทุมธานี กำหนดตัวแปรทำนายทั้งหมด 5 ตัว ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 110 คน

ตาราง 8 การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ชื่อเรื่องงานวิจัย/ผู้วิจัย	ตัวแปรที่ศึกษา	R	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับ พฤติกรรมป้องกันโรค-19 (Fathian-Dastgerdi et al., 2021)	-การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการ เจ็บป่วย -การรับรู้ความรุนแรงของการ เจ็บป่วย -การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน -การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน -การรับรู้สมรรถนะตนเอง	.43	24
ผลกระทบของการลือคตาวนั จากไวรัสโคโรนา 2019 ต่อ คุณภาพชีวิต (Colucci et al., 2022)	การรับรู้ภาวะสุขภาพต่อการมี กิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุ	.214	39
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนจังหวัด ปทุมธานี (เพ็ญศรี หงส์พานิช, 2563)	-การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการ เจ็บป่วย -การรับรู้ความรุนแรงของการ เจ็บป่วย -การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน -การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน -การรับรู้สมรรถนะตนเอง	.011	110

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

คำชี้แจง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 4 ส่วนได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และแบบประเมินการรับรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง

แบบประเมินสมรรถภาพการรู้คิด (6 Item Cognitive Impairment Test: 6CIT)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

2.2 แบบบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการรับรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

วันที่เก็บข้อมูล...../...../.....เลขที่แบบสอบถาม.....

Version1: dated 02/02/2024

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง

แบบประเมินสมรรถภาพการรู้คิด (6 Item Cognitive Impairment Test: 6CIT)

การวินิจฉัย..... ผู้ประเมิน.....

วันที่ประเมิน.....

ข้อคำถาม	การให้คะแนน	คะแนนที่ได้
1. ปีนี้ พ.ศ. อะไร	ตอบถูก 0 คะแนน ตอบผิด 4 คะแนน	
2. เดือนนี้เดือนอะไร	ตอบถูก 0 คะแนน ตอบผิด 3 คะแนน	
3. บอกชื่อ และที่อยู่ให้ผู้ป่วยจำ ชื่อ นามสกุล บ้านเลขที่ ถนน จังหวัด		
4. ขณะนี้เวลาประมาณกี่โมง	ตอบถูก 0 คะแนน ตอบผิด 3 คะแนน	
5. นับเลขถอยหลังจาก 20 จนถึง 1	ตอบถูก 0 คะแนน ตอบผิด 1 ครั้ง 2 คะแนน ตอบผิด >1 ครั้ง 4 คะแนน	
6. บอกชื่อเดือนอันว่าคมย่อนจนถึง มกราคม	ตอบถูก 0 คะแนน ตอบผิด 1 ครั้ง 2 คะแนน ตอบผิด >1 ครั้ง 4 คะแนน	
7. ให้ผู้ป่วยทวนชื่อและที่อยู่ตามที่ให้ ผู้ป่วยจำไว้ในข้อ 3	ตอบถูก 0 คะแนน ตอบผิด 1 ครั้ง 2 คะแนน ตอบผิด 2 ครั้ง 4 คะแนน ตอบผิด 3 ครั้ง 2 คะแนน ตอบผิด 4 ครั้ง 4 คะแนน ตอบผิดหมด 10 คะแนน	
คะแนนรวม	0-28	/28
(ผู้ผ่านเกณฑ์มีผลรวมคะแนน ≤ 7 คะแนน จากคะแนนทั้งหมด 28 คะแนน)		

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงใน ☐ และเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับท่านที่สุด

1. เพศ ☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง
2. อายุ ปี
3. ระดับการศึกษาสูงสุด

☐ 1. ไม่ได้เรียน	☐ 2. ประถมศึกษา	☐ 3. มัธยมศึกษา
☐ 4. อนุปริญญา	☐ 5. ปริญญาตรี	☐ 6. สูงกว่าปริญญาตรี
4. เคยประกอบอาชีพ (ก่อนอายุ 60 ปี)

☐ 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ	☐ 2. ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	☐ 3. ค้าขายทั่วไป
☐ 4. รับจ้างทั่วไป	☐ 5. เกษตรกรรม	☐ 6. พนักงานบริษัท/บริษัทเอกชน
☐ 7. อื่นๆ ระบุ.....		
5. อาชีพปัจจุบัน

☐ 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ	☐ 2. ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	☐ 3. ค้าขายทั่วไป
☐ 4. รับจ้างทั่วไป	☐ 5. เกษตรกรรม	☐ 6. พนักงานบริษัท/บริษัทเอกชน
☐ 7. อื่นๆ ระบุ.....		
6. ที่อยู่อาศัยปัจจุบัน จังหวัด.....
7. จำนวนสมาชิกปัจจุบันที่อาศัยในบ้านหลังเดียวกัน.....คน
8. รายได้เฉลี่ยของครอบครัว.....บาท/เดือน
9. รายได้ที่ได้รับเพียงพอต่อรายจ่ายหรือไม่

☐ 1. เพียงพอ	☐ 2. เพียงพอและเหลือเก็บ	☐ 3. ไม่เพียงพอต้องกู้ยืม/เป็นหนี้
-------------------------------------	---	---

10. ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน

- ☐ 1. พึ่งตนเองได้และสามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ ☐ 2. ดูแลช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน
☐ 3. ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ต้องมีผู้ดูแล

11. มีบุคคลช่วยดูแลเมื่อเจ็บป่วยหรือช่วยเหลือเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

- ☐ 1. ไม่มี
☐ 2. มี(เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ) ได้แก่ ☐ 1. คู่สมรส ☐ 2. บุตร/หลาน ☐ 3. เพื่อน
☐ 4.ญาติพี่น้อง ☐ 5.จ้างผู้ดูแล ☐ 6. อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2.2 แบบบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่อง ☐ ในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. โรคประจำตัว

- ☐ 1. ไม่มี ☐ 2. มี ระบุ.....

2. ปัจจุบันคุณสูบบุหรี่หรือบุหรี่ไฟฟ้าหรือไม่

- ☐ 1. ไม่สูบ
☐ 2. สูบ ระยะเวลาการสูบบุหรี่.....ปี ☐ 3. เคยสูบและเลิกไปแล้ว ระยะเวลาการสูบบุหรี่.....ปี
หรือเลิกสูบไปแล้ว.....ปี

3. สิทธิการรักษาเมื่อเจ็บป่วย

- ☐ 1. ชำระเงินเอง (เงินสด) ☐ 2. ประกันสังคม ☐ 3. ประกันชีวิต/ประกันสุขภาพ
☐ 4. สิทธิข้าราชการ ☐ 5. บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)

4. ประวัติการรับวัคซีนป้องกันไวรัสโคโรนา 2019

- ☐ 1. ไม่เคยได้รับวัคซีนเลย ☐ 2. เคยได้รับวัคซีน จำนวน.....ครั้ง (เข็ม)

5. ชนิดของวัคซีนป้องกันไวรัสโคโรนา 2019 ที่เคยได้รับ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ 1. ซิโนแวค (Sinovac)
☐ 2. แอสตราเซนเนกา (AstraZeneca)
☐ 3. ซิโนฟาร์ม (Sinopharm)

- ☐ 4. โมเดอร์นา (Moderna)
- ☐ 5. จอห์นสัน แอนด์ จอห์นสัน (Johnson & Johnson)
- ☐ 6. ไฟเซอร์ ไบโอเอ็นเทค (Pfizer/ BioNtech)
6. ประวัติการตรวจพบเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
- ☐ 1. ติดเชื้อครั้งที่ 1 เดือน.....ปี.....
- ☐ 2. ติดเชื้อครั้งที่ 2 เดือน.....ปี.....
- ☐ 3. ติดเชื้อครั้งที่ 3 เดือน.....ปี.....
- ☐ 4. ติดเชื้อมากกว่า 3 ครั้ง เดือน.....ปี.....
7. สถานที่กักตัวหรือเข้ารับการรักษา (ครั้งที่อาการมากที่สุด)
- ☐ 1. โรงพยาบาล ☐ 2. โรงพยาบาลสนาม
- ☐ 3. กักตัวที่บ้าน (home isolation) ☐ 4. อื่นๆ (ระบุ).....
8. ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคไวรัสโคโรนา 2019 (ครั้งที่อาการมากที่สุด)
- ☐ 1. ไม่มีอาการ
- ☐ 2. อาการเล็กน้อย (ไข้ ไอ เจ็บคอ ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย สูญเสียการรับรส และการรับกลิ่น)
- ☐ 3. อาการปานกลาง (อาการไม่รุนแรงแต่ เหนื่อยหอบ หายใจเร็ว)
- ☐ 4. อาการรุนแรง (หายใจลำบาก แน่นหน้าอก ความอิ่มตัวของเลือดน้อยกว่า 94% ได้รับออกซิเจน (cannula/หน้ากาก/HFNC))
- ☐ 5. อาการวิกฤต (หายใจล้มเหลว ช็อค ได้รับการใส่ท่อและเครื่องช่วยหายใจ)
9. จำนวนวันที่เข้ารับการรักษา.....วัน (ครั้งที่อาการมากที่สุด)
10. ประวัติการได้รับยาขณะรักษาการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
- ☐ 1. ไม่ได้ใช้ยา ☐ 2. Favipiravir ☐ 3. Remdesivir
- ☐ 4. Molnupiravir ☐ 5. Paxlovid ☐ 6. ฟ้าทะลายโจร
- ☐ 7. อื่นๆ (ระบุ).....
11. ยาที่ใช้ในปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับการรักษาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือยารักษาโรคประจำตัว
- ☐ 1. ไม่ได้ใช้ยา ☐ 2. ใช้ยา (ระบุ).....

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพของท่านช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการสูบบุหรี่ ด้านการดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก และด้านการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 25 ข้อ

ขอให้ท่านอ่านและพิจารณาแต่ละข้อความที่สามารถอธิบายลักษณะเกี่ยวกับตัวท่านได้ตามความเป็นจริง แล้วทำเครื่องหมาย (✓) ตามความเป็นจริงที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

ข้อคำถาม	ปฏิบัติ ทุกครั้ง (5)	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง มาก (4)	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง (3)	ปฏิบัติ บางครั้ง (2)	ไม่ปฏิบัติ เลย (1)
ด้านการบริโภคอาหาร					
1. ท่านรับประทานผักและผลไม้สดที่ไม่หวานจัด อย่างน้อยวันละครั้ง กิโลกรัม เช่น ชมพู แก้วมังกร					
2. ท่านรับประทานอาหารที่หลากหลาย ไม่จำเจ					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
ด้านการออกกำลังกาย					
8. ท่านออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ประมาณ 30 นาที/วัน หรือ มากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์ เช่น การเดิน					
9.					
ด้านความเครียด					

ข้อคำถาม	ปฏิบัติ ทุกครั้ง (5)	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง มาก (4)	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง (3)	ปฏิบัติ บางครั้ง (2)	ไม่ปฏิบัติ เลย (1)
10. ท่านเบื่ออาหาร หรือ รับประทาน มากเกินไป					
11.					
12.					
ด้านการสูบบุหรี่					
13. ท่านสูบบุหรี่หรือบุหรี่ไฟฟ้า					
14.					
ด้านการดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์					
15. ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ไวน์ เหล้าขาว					
16.					
ด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก					
17. ท่านแปรงฟันทุกเช้าและก่อน นอน					
18. ท่านเข้ารับการตรวจทันตกรรมทุก 6 เดือนหรือไม่เกิน 1 ปี					
19.					
20.					
ด้านการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซ้ำ					
21. ท่านใช้สิ่งของส่วนตัว เช่น จาน ช้อนส้อม แก้วน้ำ ผ้าเช็ดตัว ฯลฯ ร่วมกับผู้อื่น					
22.					
23.					
24.					

8

ข้อคำถาม	ปฏิบัติ ทุกครั้ง (5)	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง มาก (4)	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง (3)	ปฏิบัติ บางครั้ง (2)	ไม่ปฏิบัติ เลย (1)
25.					
คะแนนรวม					

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะแปลผลรวมทั้ง 7 ด้าน
คะแนนรวมทั้งหมด 25-125 คะแนน แปลผลคะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 25 – 74 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพพระด้อย

ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 75 – 87.4 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพพระด้อย

ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 87.5 – 99 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพพระด้อย

ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 100 – 125 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพพระด้อย

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการรับรู้ด้านสุขภาพของท่านหลังจากติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 44 ข้อ

ขอให้ท่านอ่านและพิจารณาแต่ละข้อความที่สามารถอธิบายลักษณะเกี่ยวกับตัวท่านได้ตามความเป็นจริง แล้วทำเครื่องหมาย (✓) ตามความเป็นจริงที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

ข้อคำถาม	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง (5)	เห็น ด้วย (4)	ไม่ แน่ใจ (3)	ไม่ เห็น ด้วย (2)	ไม่ เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง (1)
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วยหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019					
1. เชื้อโรคมีโอกาสระบาดได้ทุกเพศทุกวัย					
2. เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีโอกาสที่จะกลับมา ระบาดซ้ำได้อีกในอนาคต					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
คะแนนรวมรายด้าน					
การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019					
10. การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อาจทำให้ เสียชีวิตได้ หากมีอาการแทรกซ้อนที่รุนแรง					
11. การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ปอด เสียหายและมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้					

ข้อคำถาม	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง (5)	เห็น ด้วย (4)	ไม่ แน่ใจ (3)	ไม่ เห็น ด้วย (2)	ไม่ เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง (1)
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
คะแนนรวมรายด้าน					
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตนหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019					
20. การล้างมือ 7 ขั้นตอนและสวมหน้ากากอนามัยสามารถป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้					
21. การสวมหน้ากากอนามัยจะช่วยป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้					
22.					
23.					
24.					
25.					
26.					
27.					
28.					
29.					

ข้อคำถาม	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง (5)	เห็น ด้วย (4)	ไม่ แน่ใจ (3)	ไม่ เห็น ด้วย (2)	ไม่ เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง (1)
คะแนนรวมรายด้าน					
การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติตนหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019					
30. การตรวจคัดกรองหาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มี ค่าใช้จ่ายที่สูง					
31. หน้ากากอนามัยมีราคาสูงเกินกำลังซื้อ					
32.					
33.					
34.					
35.					
36.					
37.					
38.					
คะแนนรวมรายด้าน					
การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติตนหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019					
39. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถป้องกันการติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ถ้า มีการระบาดซ้ำอีกครั้ง					
40. ท่านทราบดีว่าทุกคนมีโอกาสติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 ได้ทั้งนั้น ถ้าไม่ดูแลตนเองอย่าง เหมาะสม					
41.					
42.					

ข้อคำถาม	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง (5)	เห็น ด้วย (4)	ไม่ แน่ใจ (3)	ไม่ เห็น ด้วย (2)	ไม่ เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง (1)
43.					
44.					
คะแนนรวมรายด้าน					

การแปลผลคะแนนแบ่งเป็นการรับรู้ด้านสุขภาพทั้ง 5 ด้าน ได้แก่

ด้านที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค เป็นการประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคและการเจ็บป่วย ในผู้สูงอายุหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลักษณะคำถามเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5) และ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) จำนวน 9 ข้อ รวม 9-45 คะแนน แปลผลคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2560)

ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9 - 21 หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคระดับต่ำ

ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 22 - 33 หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 34 - 45 หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคระดับสูง

ด้านที่ 2 การรับรู้ข้อมูลความรู้ความรุนแรงของโรค เป็นการประเมินการรับรู้ความรู้ความรุนแรงของโรคของผู้สูงอายุหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลักษณะคำถามเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5) และ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) จำนวน 10 ข้อ รวม 10-50 คะแนน แปลผลคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2560)

ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10 - 23.3 หมายถึง การรับรู้ความรู้ความรุนแรงของโรคระดับต่ำ

ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 23.4 - 36.6 หมายถึง การรับรู้ความรู้ความรุนแรงของโรคระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 36.7 - 50 หมายถึง การรับรู้ความรู้ความรุนแรงของโรคระดับสูง

ด้านที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ เป็นการประเมินการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลักษณะคำถามเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5) และ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) จำนวน 10 ข้อ รวม 10- 50 คะแนน แปลผลคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2560)

ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10 - 23.3 หมายถึง การรับรู้ถึงประโยชน์ระดับต่ำ

ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 23.4 - 36.6 หมายถึง การรับรู้ถึงประโยชน์ระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 36.7 – 50 หมายถึง การรับรู้ถึงประโยชน์ระดับสูง

ด้านที่ 4 การรับรู้อุปสรรค เป็นการประเมินการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลักษณะคำถามเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) และ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5) จำนวน 9 ข้อ รวม 9-45 คะแนน แปลผลคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2560)

ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9 - 21 หมายถึง การรับรู้ถึงอุปสรรคระดับต่ำ

ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 22 - 33 หมายถึง การรับรู้ถึงอุปสรรคระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 34 - 45 หมายถึง การรับรู้ถึงอุปสรรคระดับสูง

ด้านที่ 5 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นการประเมินการตัดสินใจในการกระทำสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพในผู้สูงอายุหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลักษณะคำถามเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5) และ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) จำนวน 6 ข้อ รวม 6-30 คะแนน แปลผลคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด , 2560)

ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6 - 14 หมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับต่ำ

ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 15 - 23 หมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 24 - 30 หมายถึง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับสูง

ภาคผนวก ค

เอกสารการอนุญาตใช้เครื่องมือ



โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
270 ถนนพระราม 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ
โทรศัพท์ 02-2010611 โทรสาร 02-2011673

ที่ อว 78.067/3041
วันที่ 4 กรกฎาคม 2568
เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย แต่ไม่อนุญาตให้ดัดแปลงเครื่องมือวิจัย
เรียน คณะบดีสำนักวิชาบัณฑิตศึกษา สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา	
สภากาชาดไทย	
ที่	4737/68
วันที่	09 ก.ค. 2568
เวลา	14.57 น.

ตามหนังสือที่ อว 89.1485/2568 ลงวันที่ 9 มิถุนายน 2568 เรื่อง ขออนุญาตใช้และดัดแปลงเครื่องมือวิจัย ชื่อ "แบบประเมินสมรรถภาพการรู้คิด 6 ข้อ ฉบับภาษาไทย (6 item Cognitive Impairment Test : 6CIT)" จากบทความวิจัย เรื่อง แบบประเมินสมรรถภาพการรู้คิด 6 ข้อ ฉบับภาษาไทย: การทดสอบคุณสมบัติทางจิตวิทยา ซึ่งเป็นเครื่องมือวิจัยที่พัฒนาโดย ศาสตราจารย์ ดร.สุภาพ อารีเอื้อ และรองศาสตราจารย์ ดร.พิชญ์ประอร ยังเจริญ อาจารย์สังกัดสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ในการนี้ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง ยินดีอนุญาตให้ นางสาวหทัยรัตน์ ก้อนมณี นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ แต่ไม่อนุญาตให้ดัดแปลงเครื่องมือวิจัย โดยขอให้ผู้วิจัยอ้างอิงถึงเครื่องมือตามกฎหมายลิขสิทธิ์ และกำหนดให้ผู้ขอใช้เครื่องมือวิจัย ดำเนินการกรอกแบบฟอร์ม บพร. 15-17 ตามที่แนบมาพร้อมนี้ และชำระค่าดำเนินการ จำนวน 200 บาท (สองร้อยบาทถ้วน) ต่อเครื่องมือวิจัย 1 ฉบับ โดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร ไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขารามาธิบดี ชื่อบัญชี "กองทุนโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี" เลขบัญชี 026-4-58834-5 ประเภทออมทรัพย์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.พูสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์)

ผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี

มุ่งเรียนรู้ คู่คุณธรรม ใฝ่คุณภาพ ร่วมสานภารกิจ ตีตนออกกรอบ รับผิดชอบสังคม

ภาคผนวก ง

เอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 06-04/6.0 หน้า 1/4
---	--	---	--------------------------

ผู้สนับสนุนการวิจัย ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ผู้สนับสนุนการวิจัย ศูนย์วิจัยสภากาชาดไทย

ผู้วิจัยหลัก

ชื่อ นางสาวหทัยรัตน์ ก้อนมณี
ที่อยู่ทำงาน สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
เบอร์โทรศัพท์ทำงาน 02-256-4092-9 ต่อ 2142

ผู้วิจัยร่วม

ชื่อ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. มลธิรา อุดมพิสัย
ที่อยู่ทำงาน สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
เบอร์โทรศัพท์ทำงาน 02-256-4092-9 ต่อ 2142

ชื่อ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงวรรณ ศิริชนะ
ที่อยู่ทำงาน หัวหน้าสาขาวิชา สาขาโรคระบบทางเดินหายใจและภาวะวิกฤต คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เบอร์โทรศัพท์ทำงาน 02-2564000

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษานี้ขอให้อ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากทีมงานของผู้วิจัย หรือแพทย์ผู้ร่วมทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

จากการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ประกาศให้เป็นการระบาดครั้งใหญ่ที่ส่งผลกระทบต่อทั่วโลก ซึ่งวิกฤตทางสุขภาพครั้งนี้ไม่เพียงส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจและสังคมเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาวของผู้ที่ติดเชื้อ โดยเฉพาะในกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุ ที่มีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ง่ายเนื่องจากมีภูมิคุ้มกันต่ำและไม่แข็งแรงเหมือนวัยหนุ่มสาว โดยจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจะมีอาการบางอย่างที่หลงเหลืออยู่หลังจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยพบว่าผู้สูงอายุถึงร้อยละ



Version2: dated 28/04/2024

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 06-04/6.0 หน้า 2/4
---	--	---	--------------------------

ละ 9.3 มีอาการหลังการ ติดเชื้ออาการที่พบ ได้แก่ อาการเหนื่อยล้า ไอ และหายใจลำบาก โดยพบการศึกษาว่าอาการที่แสดงทางร่างกายบางอย่างหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อาจนำไปสู่ความผิดปกติทางจิตได้ ซึ่งอาจมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า และมีอาการวิตกกังวลหลังจากการติดเชื้อ และยังพบว่าหลังจากการออกจากโรงพยาบาลผู้ที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความพร้อมทางสติปัญญา ซึ่งอาการต่อเนื่องหลังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เหล่านี้อาจจะกระตุ้นให้เกิดสภาวะเรื้อรังรุนแรงในผู้สูงอายุได้อีกด้วย

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดอาการผิดปกติหลังการติดเชื้อได้ง่ายและยังเป็กลุ่มได้รับผลกระทบตอภาวะสุขภาพโดยตรง ดังนั้นการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุ มีการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพของตนเอง ซึ่งจากการศึกษาพบว่าอาการรุนแรงจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้สูงอายุมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลนั้นๆ ด้วย

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพมีความเกี่ยวข้องกัน ซึ่งจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้เราต้องหันมาให้ความสนใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายเพื่อส่งเสริมการบริการสุขภาพในผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อเป็นการส่งเสริมพฤติกรรมที่ดีในผู้สูงอายุหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะส่งผลให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นในผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์หลักจากการศึกษาในครั้งนี้คือเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ และบริบทแวดล้อมเกี่ยวกับการวางแผนชีวิตล่วงหน้าสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

จำนวนผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย 110 คน และกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน รวมทั้งหมด 140 คน

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และ ได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ให้เข้าถึงข้อมูลในเวชระเบียนของผู้ป่วย และขอเข้าเก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยจะติดต่อหัวหน้าหน่วยงาน แผนกผู้ป่วยนอก ดึก ภปร. ชั้น 1 และชั้น 3 เพื่อขอรายชื่อรายชื่อผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จากนั้น ผู้วิจัยจะเข้าพบผู้ให้ข้อมูล เพื่อแนะนำตัว ผู้ให้ข้อมูลทุกรายจะได้รับการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการสัมภาษณ์เจาะลึกพร้อมการพื้กษสิทธิ์ เมื่อได้รับความยินยอมผู้ให้ข้อมูลจะลงลายมือเป็นลายลักษณ์อักษรพร้อมนัดหมายวันสัมภาษณ์

เมื่อได้รับความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาอีกครั้ง วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีแบบสอบถามจำนวน 4 ฉบับ มีจำนวนข้อทั้งหมด 98 ข้อ รวมแล้วใช้เวลาในการสัมภาษณ์ทั้งหมดประมาณ 60 นาที พร้อมกับขออนุญาตบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ โดยจะแจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลทราบว่า ผู้ให้ข้อมูลสามารถปิดเครื่องบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ได้ตลอดเวลา หากรู้สึกไม่สบายใจโดยไม่ต้องบอกเหตุผล หรือไม่ต้องการให้บันทึกเสียงในช่วงนั้นๆ หรือ



	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 06-04/6.0 หน้า 3/4
---	--	---	--------------------------

สามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น โดยหากเกิดอันตรายกับท่านในระหว่างเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะรับผิดชอบให้การดูแล หรือส่งเข้ารับการรักษา โดยผู้วิจัยจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายหากพบว่าเป็นผลจากการเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะระบุเป็นรหัสตัวเลข ไม่มีการระบุชื่อหรืออ้างอิงถึงตัวบุคคล ข้อมูลบันทึกเสียงสัมภาษณ์ที่เป็นกระดาษจะถูกเก็บไว้ในตู้เอกสารที่ปิดล็อกแน่นหนาซึ่งผู้วิจัยเก็บกุญแจไว้เพียงผู้เดียว นอกจากนั้นเสียงสัมภาษณ์ที่เป็นอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ (electronic file) จะถูกเก็บไว้ในฮาร์ดดิสก์ (hard disk) ของคอมพิวเตอร์ที่ต้องใช้รหัส (password) ในการเข้าถึงข้อมูล และผู้วิจัยเป็นเพียงผู้เดียวที่เข้าถึงข้อมูลได้ ข้อมูลที่ได้จะถูกนำไปใช้ในการศึกษาเท่านั้น ภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัยข้อมูลจะถูกทำลายโดยไม่นำมาเผยแพร่ต่อ

สิ่งที่อาสาสมัครพึงปฏิบัติเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านตอบแบบสอบถามจำนวน 96 ข้อ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 60 นาที และสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อข้อมูลที่ได้มีความอิ่มตัว (saturation)

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

การเข้าร่วมการวิจัยนี้อาจมีความเสี่ยงที่ทำให้ท่านเสียเวลา และอาจเกิดการเหน็ดเหนื่อยจากการสัมภาษณ์ ซึ่งท่านสามารถกำหนดเวลาในการสัมภาษณ์และนัดหมาย วัน เวลาในการสัมภาษณ์ได้ตามที่ท่านสะดวก

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

การเข้าร่วมให้ข้อมูลในการวิจัยนี้ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรง แต่ผลการศึกษาจะได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการวางแผนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เข้ามารับการดูแลรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนแต่จะได้รับของชำร่วย มูลค่า 15 บาท แทนค่าขอบคุณที่เสียสละเวลาจากการเข้าร่วมการวิจัย คนละ 1 ชิ้นต่อการสัมภาษณ์ 1 ครั้ง ภายหลังการสัมภาษณ์เสร็จสิ้น

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจที่จะเข้าร่วม ท่านสามารถปฏิเสธและถอนตัวได้ตลอดเวลา และสามารถปิดเครื่องบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ได้ตลอดเวลา หากรู้สึกไม่สบายใจ หรือ ปฏิเสธการตอบคำถามบางข้อ หรือตอบเพียงบางส่วนของคำถาม โดยไม่ต้องบอกเหตุผล และการขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่ผิดต่อท่านแต่อย่างใด หรือสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร



เอกสารโครงการ GEI 1987
ทบทวนฉบับปรับปรุง 26/3/2564
วันที่รับ 7 เมษายน 2567

Version2: dated 28/04/2024

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 06-04/6.0 หน้า 4/4
---	--	---	--------------------------

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลจะนำเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลที่อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ นอกจากนั้นแล้วข้อมูลการบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ที่เป็นกระดาษจะถูกเก็บไว้ในตู้เอกสารที่ปิดล็อกแน่นหนา ซึ่งผู้วิจัยเก็บกฤตเจไว้เพียงผู้เดียว เสียงสัมภาษณ์ที่เป็นอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ (electronic file) จะถูกเก็บไว้ใน ฮาร์ดดิสก์ (hard disk) ของคอมพิวเตอร์ส่วนตัวของผู้วิจัยที่ต้องใช้ รหัส (password) ในการเปิด และมีเฉพาะทีมผู้วิจัยที่สามารถเปิดและเข้าถึงข้อมูลได้ นอกจากนั้นข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม และอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ (electronic file) เสียงสัมภาษณ์จะถูกนำไปใช้ในการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น

ภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัยข้อมูลจะถูกทำลายโดยไม่นำมาเปิดเผยต่อ

การจัดเก็บข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย

ข้อมูลที่ได้จากอาสาสมัคร ผู้วิจัยจะขอเก็บข้อมูลไว้เพื่องานวิจัยในอนาคต (จัดทำเอกสารชี้แจงข้อมูลและเอกสารแสดงความยินยอมแบบเปิดกว้างเพื่อเก็บรักษาข้อมูลและตัวอย่างชีวภาพไว้สำหรับการวิจัยในอนาคต)

สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการการวิจัยในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
7. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่พิมพ์ลงลายเซ็นและวันที่
8. ท่านมีสิทธิในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้สิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการ ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์/โทรสาร 0-2256-4493 ในเวลาราชการ หรือ e-mail: medchulaarb@chula.ac.th

การลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้ละสิทธิทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี หากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยมีความประสงค์จะขอยกเลิกการให้ความยินยอม สามารถส่งบันทึกขอยกเลิกมาให้ นางสาวพริตติณ



Version2: dated 28/04/2024

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 06-04/6.0
			หน้า 5/4

ก่อนมณี ที่อยู่ 1873 สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย ถนนพระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 และหากมีข้อสงสัยสามารถติดต่อได้ที่เบอร์โทรศัพท์ 095-9531845 ตลอด 24 ชั่วโมง

ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

.....



พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน
ฉบับที่ 100 ฉบับที่ 100
ฉบับที่ 100 ฉบับที่ 100

Version2: dated 28/04/2024

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการสำหรับอาสาสมัคร	AF 06-07/6.1 หน้า 1/2
---	--	--	--------------------------

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

วันที่ทำยินยอม วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง.....

ที่อยู่.....

ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....และ

ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนามและวันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย ข้าพเจ้าใช้เวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างถี่ถ้วน โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่างๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าในระหว่างขั้นตอนแบบสอบถาม หากข้าพเจ้ารู้สึกเหนื่อยล้าจากการตอบแบบสอบถาม ข้าพเจ้าสามารถหยุดพักระหว่างการทำแบบสอบถามได้ทุกเมื่อ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่บุตรของข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น โดยสถาบันศิริราชวิทยารักษา สภากาชาดไทย และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลผลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบและเข้าถึงข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์ เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม

(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....



หมายเลขโครงการ 021 L/67

หมายเลขใบยินยอม 0675/2024

วันที่รับใช้ 7 พฤษภาคม 2567

Version 2 Date 28/04/2024

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการสำหรับอาสาสมัคร	AF 06-07/6.1
			หน้า 2/2

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย
(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง
วันที่เดือน..... พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน
(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง
วันที่เดือน..... พ.ศ.....



หมายเลขโครงการ 0211/67
หมายเลขใบรับรอง 0673/2564
วันที่รับรอง 7 พฤษภาคม 2567

Version 2 Date 28/04/2024

ภาคผนวก จ

เอกสารการรับรองจริยธรรมการวิจัย/แหล่งเก็บข้อมูล



COA No. 0673/2024

IRB No. 0211/67

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
1873 ถ.พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4493

เอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมแบบเร่งด่วน

(COA No. 0673/2024)

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

เลขที่โครงการวิจัย : -

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวหทัยรัตน์ ก้อนมณี

สังกัดหน่วยงาน : สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

วิธีทบทวน : แบบเร่งด่วน

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนิน โครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง :

1. โครงร่างการวิจัย Version 2 Date 28/04/2024
2. โครงการวิจัยฉบับย่อ Version 2 Date 28/04/2024
3. เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย Version2: dated 28/04/2024
4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการสำหรับอาสาสมัคร Version 2 Date 28/04/2024
5. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล Version1: dated 02/02/2024

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



6. Curriculum Vitae and GCP Training
 - Miss Hathairat Konmanee
 - Asst.Prof. Monthira Udchumpisai, Ph.D.
 - Asst.Prof. Worawan Sirichana, M.D.

ลงนาม 
 (ศาสตราจารย์กิตติคุณแพทย์หญิงธาดา สืบหิณวงศ์)
 ประธาน
 คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม 
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงพฐ ตันศิริไพโรจน์)
 กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการปฏิบัติหน้าที่แทนเลขานุการ
 คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

วันที่รับรอง : 7 พฤษภาคม 2567

วันหมดอายุ : 6 พฤษภาคม 2568

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

นักวิจัยต้องปฏิบัติตามเงื่อนไขดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
2. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ใบยินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี) แบบสัมภาษณ์ และหรือ แบบสอบถาม เฉพาะที่มีตราประทับของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมเท่านั้น และส่งสำเนาเอกสารดังกล่าวที่ใช้กับผู้เข้าร่วมวิจัยจริงรายแรกมาที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ เพื่อกับไว้เป็นหลักฐาน
3. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นหรือการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมวิจัยใดๆ ต่อ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ภายใน 7 วันปฏิบัติงาน
4. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
5. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขออนุมัติใหม่ก่อน อย่างน้อย 1 เดือน
6. หากการวิจัยเสร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยต้องแจ้งปิดโครงการตามแบบฟอร์มของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สภาการศึกษาไทย

บันทึกข้อความ

งานสนับสนุนศูนย์ความเป็นเลิศและงานวิจัย ECC 239 / 2567 วันที่ 17 กรกฎาคม 2567

เรื่อง ยินดีให้ นางสาว หทัยรัตน์ ก้อนมณี เข้ามาเก็บข้อมูลการวิจัย เพิ่มเติม (IRB 0211/67)

เรียน คณบดีสำนักวิชาบัณฑิตศึกษา สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

อ้างถึง โครงการวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ตามโครงการวิจัยที่อ้างถึง แจ้งว่า นางสาว หทัยรัตน์ ก้อนมณี สังกัด สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย ได้ขออนุมัติทำวิจัยในรพ.จุฬาลงกรณ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังรายละเอียดข้างส่วนนี้

รพ.จุฬาลงกรณ์พิจารณาแล้ว ไม่ขัดข้อง ยินดีให้ดำเนินการตามที่ขอมา โดยติดต่อประสานงานได้ที่ ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ โทรศัทพ์ 02-256-5466 (HN ของผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ที่มกตรวจที่คลินิกกปร.1 และ กปร.3 ในช่วงวันที่ 1 เม.ย. 2562 ถึงปัจจุบัน) สำหรับบุคลากรภายนอก รพ.จุฬาลงกรณ์ หรือคณะแพทยศาสตร์ ก่อนเข้าเก็บข้อมูลขอให้มาบัตรนิสิต/นักศึกษาหรือบัตรประชาชนพร้อมบันทึกข้อความฉบับนี้มาติดต่อบริการประจำตัวผู้เก็บข้อมูล ณ งานสนับสนุนศูนย์ความเป็นเลิศและงานวิจัย อาคารอาหาร ชั้น 2 โดยให้ติดบัตรประจำตัวผู้เก็บข้อมูลตลอดเวลาที่เข้ามาทำการเก็บข้อมูลภายในรพ.จุฬาลงกรณ์ กรณีเป็นบุคลากรของรพ.จุฬาลงกรณ์หรือคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โปรดคล้องบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ตลอดเวลาที่ทำการเก็บข้อมูล

(ศาสตราจารย์นายแพทย์ฐิษฐ์ ศรีสวัสดิ์)

ผู้ช่วยผู้อำนวยการฯ ด้านวิจัยและนวัตกรรม

ผู้ตรวจ.....

ผู้วิจัย : นางสาว หทัยรัตน์ โทร 0959531845 Email 6444104@stis.ac.th

ประสานงาน : น.ส.สุภาวดี ศรีสำราญ (งานสนับสนุนศูนย์ความเป็นเลิศและงานวิจัย) โทร 02-256-4645 E-mail : excellence.ou@gmail.com

ภาคผนวก ฉ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเครื่องมือวิจัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ตำแหน่งวิชาการ

1.นพ.วรุฒิ ตันติวัฒน์

นายแพทย์ชำนาญการโรคระบบการหายใจและภาวะวิกฤติ
สังกัดโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ภาควิชา
อายุรศาสตร์

2.พว.นนกัศ สมทอง

หัวหน้าหอผู้ป่วยภูมิสิริฯ 27C2 (EID) ฝ่ายการพยาบาล
สังกัดโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

3.อาจารย์ กนกพร จิวประสาท

อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

ภาคผนวก ข

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ

ข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สันและสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

1. ระดับมาตราวัดของตัวแปรเชิงปริมาณ การวัดอยู่ในระดับอัตราส่วนมาตรา (ratio) หรือ ช่วงมาตรา (interval scale)

ตาราง 9

ระดับมาตราวัดของตัวแปร

ตัวแปร	ระดับมาตราวัด
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย	Interval scale
การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย	Interval scale
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตน	Interval scale
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน	Interval scale
การรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตน	Interval scale
พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	Interval scale

ตาราง 9 พบว่า ตัวแปรที่ศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตน การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน และการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตน และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่าทุกตัวแปรมีการวัดอยู่ในระดับช่วงมาตรา (interval scale) ดังนั้นจึงเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สันและสถิติการถดถอยพหุคูณ

2. การแจกแจงข้อมูลโค้งปกติ (Normal distribution of the data)

ตาราง 10

แสดงการแจกแจงของข้อมูลเป็นโค้งปกติ (Normal distribution of the data)

ตัวแปร	Statistic	Skewness value	Statistic	Kurtosis value
		+/- 3.29		+/- 3.29
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วย	-0.54	-2.35	-0.70	-1.54
การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย	-0.41	-1.79	-1.18	-2.59
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตน	-0.59	-2.59	-0.91	-1.99
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน	-0.35	-1.52	0.47	1.03
การรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตน	-0.57	-2.49	-0.55	-1.22
พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	-0.45	-1.94	-0.10	-0.23

จากตาราง 10 พบว่าตัวแปรมีการกระจายข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ ผู้วิจัยจึงได้ทำการทดสอบการแจกแจงเป็นโค้งปกติของข้อมูลโดยทดสอบโดยใช้ค่า Skewness และ Kurtosis ของตัวแปรต้องมีค่าไม่เกิน +/- 3.29 (Tabachnick & Fidell, 2023) หลังทดสอบพบว่าการกระจายข้อมูลเป็นโค้งปกติ ดังนั้นจึงเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

3. ค่าความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (autocorrelation)

การใช้สมการถดถอยแบบเป็นขั้นตอน (Stepwise multiple Regression analysis)

ตาราง 11

การทดสอบความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (autocorrelation) ด้วยการพิจารณาจากค่า Durbin Watson

Model Summary^d

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	.628 ^a	.394	.388	6.764	.394	70.211	1	108	.000	1.434
2	.684 ^b	.467	.458	6.370	.074	14.773	1	107	.000	
3	.712 ^c	.506	.492	6.162	.039	8.333	1	106	.005	

a. Predictors: (Constant), การรับรู้สมรรถนะตนเอง

b. Predictors: (Constant), การรับรู้สมรรถนะตนเอง, การรับรู้ความรุนแรง

c. Predictors: (Constant), การรับรู้สมรรถนะตนเอง, การรับรู้ความรุนแรง, การรับรู้โอกาสเสี่ยง

d. Dependent Variable: พฤติกรรมสุขภาพ

จากตาราง 11 พบว่าเมื่อทดสอบความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (autocorrelation) ด้วยการพิจารณาจากค่า Durbin Watson พบว่ามีค่าเท่ากับ 1.434 ซึ่งมีค่าอยู่ระหว่าง 1 – 3 (Field, 2009) สรุปได้ว่าตัวแปรที่นำมาศึกษาครั้งนี้ไม่มีความสัมพันธ์ภายในตัวเอง ดังนั้นจึงเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

การใช้สมการถดถอยแบบพร้อมกันในครั้งเดียว (Enter Regression analysis)

ตาราง 12

การทดสอบความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (autocorrelation) ด้วยการพิจารณาจากค่า Durbin Watson

Model Summary^d

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	.722 ^a	.522	.499	6.124	.522	22.676	5	104	.000	1.519

a. Predictors: (Constant), การรับรู้สมรรถนะตนเอง, การรับรู้อุปสรรค, การรับรู้ประโยชน์, การรับรู้โอกาสเสี่ยง, การรับรู้ความรุนแรง

b. Dependent Variable: พฤติกรรมสุขภาพ

จากตาราง 11 พบว่าเมื่อทดสอบความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (autocorrelation) ด้วยการพิจารณาจากค่า Durbin Watson พบว่ามีค่าเท่ากับ 1.519 ซึ่งมีค่าอยู่ระหว่าง 1 – 3 (Field, 2009) สรุปได้ว่าตัวแปรที่นำมาศึกษาครั้งนี้ไม่มีความสัมพันธ์ภายในตัวเอง ดังนั้นจึงเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

4. ความสัมพันธ์กันเองภายในตัวแปร (Multicollinearity)

ตาราง 13

การตรวจสอบความสัมพันธ์กันเองภายในตัวแปร (Multicollinearity) จากตาราง *Coefficients* ด้วยการพิจารณาจากค่า *Tolerance* และค่า *VIF*

Coefficients

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	T	Sig	Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1 (Constant)	28.198	8.794	-	3.206	.002		
การรับรู้สมรรถนะตนเอง	.991	.207	.397	4.789	.000	.677	1.476
การรับรู้ความรุนแรง	.665	.176	.292	3.784	.000	.780	1.281
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	.553	.192	.219	2.887	.005	.810	1.234

a. Dependent Variable: พฤติกรรมสุขภาพ

จากตาราง 12 พบว่าเมื่อทดสอบความสัมพันธ์กันเองภายในตัวแปร (Multicollinearity) จากตาราง Coefficients ด้วยการพิจารณาจากค่า Tolerance ควรมากกว่า .20 และค่า VIF ควรน้อยกว่า 10 (ปาริชาติ โรจน์พลากร-ภูษ และยุดี ฤชา, 2556) จากการทดสอบพบว่าข้อมูลตัวแปรมีค่า Tolerance อยู่ในช่วง .677 - .810 ซึ่งมีค่ามากกว่า .20 และมีค่า VIF อยู่ในช่วง 1.234 – 1.476 ซึ่งมีค่าไม่เกิน 10 สรุปได้ว่าตัวแปรที่นำมาศึกษาครั้งนี้ไม่มีความสัมพันธ์ภายในตัวเอง ดังนั้นจึงเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

5. ค่าเฉลี่ยของความคาดเคลื่อน

ตาราง 14

ค่าเฉลี่ยของความคาดเคลื่อนเท่ากับศูนย์ พิจารณาจากตาราง *Residuals Statistics*

Residuals Statistics

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	84.84	115.00	104.60	6.154	110
Residual	-15.588	17.027	.000	6.077	110
Std. Predicted Value	-3.210	1.691	.000	1.000	110
Std. Residual	-2.530	2.763	.000	.986	110

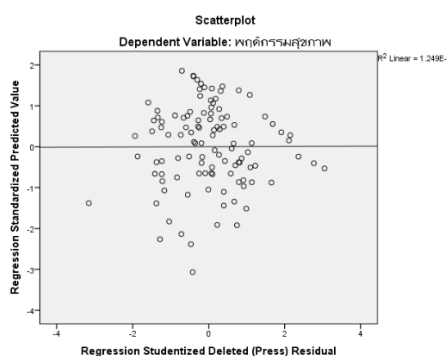
a. Dependent Variable: พฤติกรรมสุขภาพ

จากตาราง 13 พบว่าค่า Std. Residual มีค่า Mean = 0 ดังนั้นจึงเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

6. ค่าความแปรปรวนของตัวแปรตามสำหรับทุกค่าของผลรวมตัวแปรอิสระต้องเท่ากัน (Homoscedasticity)

ภาพ 6

Scatterplot แสดงกราฟระหว่างตัวแปรตามบนแกน X (Regression Standardized Predicted Value) และตัวแปรตามมาตรฐานบนแกน Y (Regression Studentized Deleted (Press) Residual)

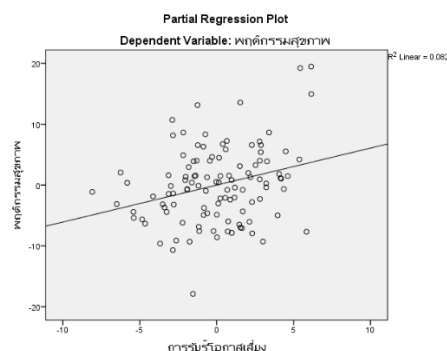


จากภาพ 6 พบว่าค่าความคาดเคลื่อนส่วนใหญ่กระจายบริเวณค่าศูนย์ ดังนั้นจึงเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

7. การตรวจสอบความสัมพันธ์แบบเส้นตรง (Linearity)

ภาพ 7

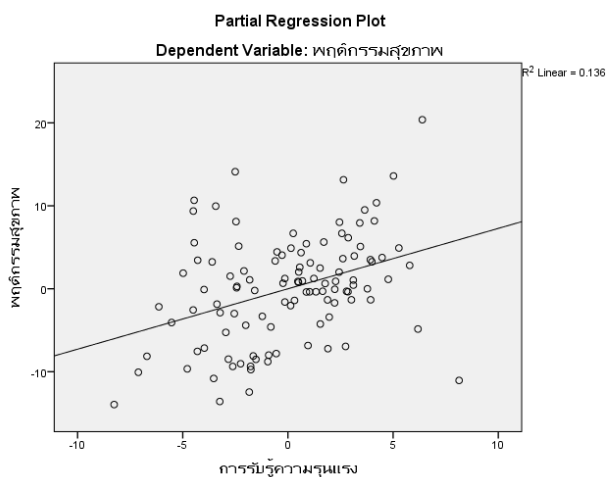
Scatterplot แสดงความสัมพันธ์ linearity ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วยและพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (N=110)



จากภาพ 7 กราฟแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วยและพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งสองตัวแปรเป็นเส้นตรง

ภาพ 8

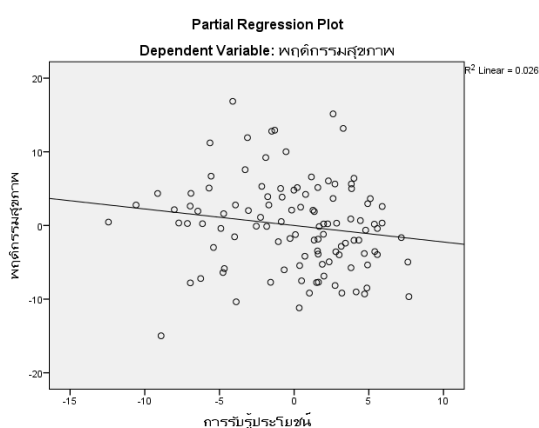
Scatterplot แสดงความสัมพันธ์ linearity ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยและพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (N=110)



จากภาพ 8 กราฟแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยและพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งสองตัวแปรเป็นเส้นตรง

ภาพ 9

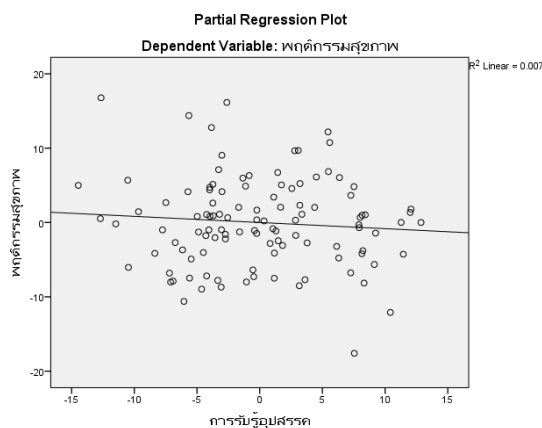
Scatterplot แสดงความสัมพันธ์ linearity ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการเจ็บป่วยและพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (N=110)



จากภาพ 9 กราฟแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการรับรู้ประโยชน์ของการเจ็บป่วยและพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งสองตัวแปรเป็นเส้นตรง

ภาพ 10

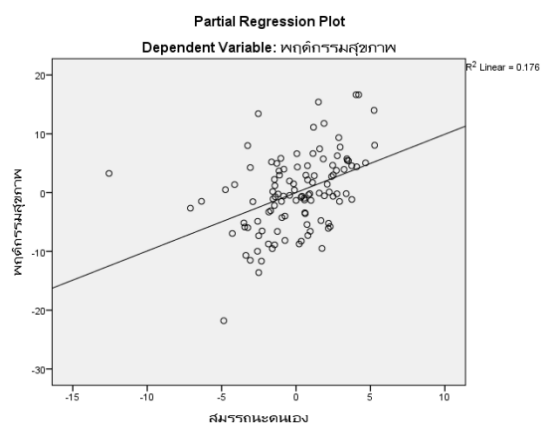
Scatterplot แสดงความสัมพันธ์ linearity ระหว่างการรับรู้อุปสรรคของการเจ็บป่วยและพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (N=110)



จากภาพ 10 กราฟแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการรับรู้อุปสรรคของการเจ็บป่วยและพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งสองตัวแปรเป็นเส้นตรง

ภาพ 11

Scatterplot แสดงความสัมพันธ์ linearity ระหว่างการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตนและพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (N=110)



จากภาพ 11 กราฟแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติตนและพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งสองตัวแปรเป็นเส้นตรง

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ-นามสกุล	นางสาว หทัยรัตน์ ก้อนมณี	
รหัสนักศึกษา	6444104	
วุฒิการศึกษา	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	มหาวิทยาลัยสยาม	2562

ประวัติการทำงาน

พยาบาลวิชาชีพ แผนกส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โรงพยาบาลบางมด พ.ศ. 2562-2564

แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน

โรงพยาบาลบางมด พ.ศ. 2565-ปัจจุบัน

สถานที่ติดต่อ

สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย 1873 ถนนพระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน
กรุงเทพมหานคร 10330 โทรศัพท์ 095-9531845 E-mail address: 6444104@stin.ac.th

ทุนการศึกษาที่ได้รับระหว่างการศึกษ

ทุนอุดหนุนทำวิทยานิพนธ์ โดยสถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

