

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 กับแรงจูงใจในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 ต่อเนื่องของผู้สูงอายุ ตำบลลิ้นฟ้า อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ ปีงบประมาณ 2565

ณัฐพล เดชสายบัว¹

บทคัดย่อ

การดำเนินการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษารูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) เก็บข้อมูลแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 กับแรงจูงใจในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 ต่อเนื่องของผู้สูงอายุ ตำบลลิ้นฟ้า อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 201 คน ซึ่งได้มาโดยการสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยนำเอาจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดมาแบ่งตามหมู่บ้านและเลือกสุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ใช้วิธีการจับฉลากแบบไม่คืนที่ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าสูงสุด (Maximum) ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) การหาความสัมพันธ์ใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product – Moment Correlation Coefficient)

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.2 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 69 ปี อายุ ต่ำสุด คือ 60 ปี มากที่สุด คือ 90 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 60-67 ปี ร้อยละ 46.3 สถานภาพสมรส ร้อยละ 68.2 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 93.5 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 79.5 รายได้ น้อยสุด 600 บาท มากที่สุด 5,000 บาท ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 0-1,000 บาท ร้อยละ 79.6 สิทธิด้านการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 96.0 กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว 7 กลุ่มโรค ร้อยละ 58.7 ส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 57.6 การเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ได้รับวัคซีนโควิด-19 เข็ม 3 ร้อยละ 63.2 เหตุผลในการรับบริการมากที่สุด คือ สนใจในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนด้วยตนเอง ร้อยละ 52.2 ประวัติการเกิดอาการข้างเคียงภายหลังได้รับวัคซีนโควิด-19 พบว่า มีอาการข้างเคียงภายหลังได้รับวัคซีนโควิด-19 ร้อยละ 32.3 พบอาการข้างเคียงหลังได้รับวัคซีนโควิด-19 มากที่สุดคือ มีไข้ ร้อยละ 46.0 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความเชื่อด้านสุขภาพปานกลาง ร้อยละ 54.2 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.24 เมื่อวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและระดับการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพจำแนก เป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคโควิด-19 สูงที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ย 2.31 รองลงมา คือ การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคโควิด-19 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด-19 และการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคโควิด-19 โดยมีค่าเฉลี่ย 2.26 , 2.21 และ 2.21 ตามลำดับ มีแรงจูงใจในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 ต่อเนื่องระดับปานกลาง ร้อยละ 72.6 โดยมีค่าเฉลี่ยระดับแรงจูงใจ เท่ากับ 2.20 การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 ต่อเนื่องของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($r = 0.310$, $p\text{-value} = <0.001$) การรับรู้ความรุนแรงต่อการเป็นโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 ต่อเนื่องของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($r = 0.194$, $p\text{-value} = 0.006$) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 ต่อเนื่องของ

¹นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านผักขะ ตำบลลิ้นฟ้า อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ

E-mail: natnvp2008@gmail.com

ผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($r = -0.141$, $p\text{-value} = 0.46$) ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 ต่อเนื่องของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($r = 0.206$ $p\text{-value} = 0.003$) ส่วนการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคโควิด-19 ไม่มีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 ต่อเนื่องของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ / ความเชื่อด้านสุขภาพ / แรงจูงใจในการรับวัคซีนโควิด-19

The relationship between perceived health belief patterns in COVID-19 prevention with incentives to continue receiving COVID-19 vaccination services in Lin Fah sub-district, Yang Chum Noi District, Sisaket Province

Nathapon Datesaibua¹

Abstract

This study is a survey research using a quantitative research method and collected by a cross-sectional study. The objective of this study was to examine the relationship between perceived health belief patterns in COVID-19 prevention and incentives to continue receiving COVID-19 vaccination services in the Lin Fah sub-district, Yang Chum Noi District, Sisaket Province. Data were collected using the questionnaire with a sample of 201 elderly. The sample was obtained through random stratified sampling, wherein the total number of elderly people was divided by village and participants were selected through simple random sampling (non-returned lottery method). Data were analyzed using frequency, percentages (minimum and maximum), mean($\bar{X}$) standard deviation (S.D.), and Pearson, Product-Moment Correlation Coefficient.

The study found that most of the sample were female 55.2%, the average age was 69 years, the lowest age was 60 years, the highest was 90 years old, most were in the range of 60-67 years 46.3%, marital status 68.2%, graduated from elementary school 93.5%, agricultural occupation 79.5%, the lowest income is 600 baht, the highest is 5,000 baht, most of them are in the range of 0-1,000 baht 79.6%, the samples have the right to maintain a universal health insurance card 96.0%, the sample group has a chronic disease 7 disease groups 58.7%, most of them were sick with cardiovascular disease 57.6 %. Most samples (63.2%) had three doses of the COVID-19 vaccination. Most reasons for using the service (52.2%) were for voluntary self-vaccination.

Most of the samples, 54.2%, had average health beliefs of 2.24. Most of the samples had a perception of the advantages of prevention, based on the analysis of the mean and level of perception of health beliefs classified by side. The perception of COVID-19's harshness came in second with an average of 2.31, while COVID-19 itself ranked highest. COVID-19 awareness of risks and perceived obstructions to prevention have mean values of 2.26, 2.21, and 2.21, respectively. 72.6 percent at a consistent moderate level, with a motivation level of 2.20 on average.

A correlation analysis revealed that perceived exposure to COVID-19 was significantly related to motivation for receiving COVID-19 vaccination services, with a statistical significance level of 0.05 ($r = 0.310$, $p\text{-value} < 0.001$). Additionally, the perceived severity of COVID-19 disease exhibited a statistically significant correlation with motivation for attending COVID-19 vaccination services at a significance level of 0.05 ($r = 0.194$, $p\text{-value} = 0.006$). Similarly, perceived barriers to practicing COVID-19 prevention showed a statistically significant correlation with motivation for accessing COVID-19 vaccination services at a significance level of 0.05 ($r = -0.141$, $p\text{-value} = 0.046$). Furthermore, the overall health beliefs were found to be related to motivation for receiving COVID-19 vaccination services, demonstrating statistical significance at 0.05 ($r = 0.206$, $p\text{-value} = 0.003$). Notably, perceived benefits of COVID-19 prevention did not exhibit a correlation with motivation for receiving COVID-19 vaccination services.

Keywords: elderly / health beliefs/motivation for vaccination COVID-19

¹Public Health Technical Officer, Professor level : Bann Phak Kha Health Promoting Hospital ,Lin Fah sub-district, Yang Chum Noi District, Sisaket Province. E-mail: natnvp2008@gmail.com

บทนำ

จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกและกรมควบคุมโรค (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ณ วันที่ 13 สิงหาคม พ.ศ. 2564 สถานการณ์โรคโควิด-19 ทั่วโลก พบผู้ติดเชื้อสะสม 206,128,774 ราย เสียชีวิต 4,346,113 ราย ส่วนในประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อสะสม 834,326 ราย เสียชีวิต 7,032 ราย อัตราการเสียชีวิตสูงสุดอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุ 60-69 ปีและกลุ่มผู้สูงอายุ 70 ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 4.2 และ 12.5 ตามลำดับ เนื่องจากโรคโควิด-19 เป็นโรคใหม่จึงไม่มีภูมิคุ้มกันในตัวไป ทำให้จำนวนผู้ที่ติดเชื้อมีมากส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตจำนวนมาก ซึ่งมาตรการป้องกันต่างๆ (กัมปนาท โคตรพันธ์และ นิยมจันทร์นวล, 2563) ในปัจจุบัน ได้แก่ การสวมหน้ากากอนามัยการล้างมือ การทำความสะอาดสถานที่และพื้นผิวสัมผัสร่วม การรักษาระยะห่างทางสังคม การงดจัดกิจกรรมที่รวมกลุ่มคนจำนวนมาก การกักตัวผู้ที่มีความเสี่ยงส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อวิถีชีวิตความเป็นอยู่ ระบบเศรษฐกิจและไม่สามารถป้องกันการแพร่ระบาดของโรคได้อย่างสมบูรณ์ (ณัฐวรรณ คำแสน, 2564) หลายประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยจึงได้มีการคิดค้นและพัฒนาวัคซีนโควิด-19 ซึ่งเป็นความหวังในการป้องกันการติดเชื้อ ซึ่งการฉีดวัคซีนนั้นไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อได้อย่างสมบูรณ์ร้อยเปอร์เซ็นต์ ผู้ที่ได้รับวัคซีนแล้วมีโอกาสติดเชื้อ Covid-19 ได้ โดยประสิทธิภาพของวัคซีนในการป้องกันการติดเชื้อโดยรวมจะอยู่ที่ประมาณ 50% - 95% ขึ้นอยู่กับแต่ละยี่ห้อเพียงแต่การฉีดวัคซีนนั้นจะช่วยบรรเทาความรุนแรงของอาการป่วยและลดอัตราการเสียชีวิตได้ แต่ในขณะเดียวกันการฉีดวัคซีนโควิด-19 บางคนนั้นอาจเกิดอาการผลกระทบหลังจากการฉีดวัคซีนได้ เช่น อาการปวด บวม แดง คันหรือชาตรงจุดที่ฉีด ยารู้สึกอ่อนเพลีย ไม่สบายตัว ปวด หัวเล็กน้อย มีอาการไข้ ครั่นเนื้อครั่นตัว ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและตามข้อ คลื่นไส้ เวียนศีรษะ ภูมิต้านทานต่ำ หัวใจเต้นเร็ว หายใจติดขัด หอบเหนื่อย คัดจมูก ภาวะภูมิแพ้ตอบสนองต่อการคล้ายอัมพาต ซึ่งอาจเป็นความผิดปกติทางระบบประสาทชั่วคราวหรือบางรายมีอาการแพ้รุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้

(ชนวนทอง ชนสุกาญจน์, นริมาลย์นิละไพจิตร และณัฐนรี เอมยงค์, 2564)

จากข้อมูลความครอบคลุมของการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโควิด-19 จากระบบ MOPHC Immunization Center (เป้าหมาย ศบค. กำหนด ข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ วันที่ 9 ธันวาคม พ.ศ.2565) พบว่า ประชาชนได้รับวัคซีนโควิด-19 จำนวน 963,508 คน สรุปการฉีดวัคซีนเข็มที่ 1-5 ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดศรีสะเกษ มีเป้าหมายในการได้รับวัคซีนโควิด-19 จำนวน 939,684 คน ซึ่งพบว่าประชาชนฉีดวัคซีนเข็มที่ 1 จำนวน 846,416 คน คิดเป็นร้อยละ 90.07 ฉีดวัคซีนเข็มที่ 2 จำนวน 791,935 คน คิดเป็นร้อยละ 84.25 ฉีดวัคซีนเข็มที่ 3 จำนวน 365,377 คน คิดเป็นร้อยละ 38.88 ฉีดวัคซีนเข็มที่ 4 จำนวน 35,819 คน คิดเป็นร้อยละ 3.81 และฉีดวัคซีนเข็มที่ 5 จำนวน 2,046 คน คิดเป็นร้อยละ 0.22 จากผลการดำเนินงานความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด-19 ของอำเภอขามเฒ่า จังหวัดศรีสะเกษ ในปี พ.ศ. 2565 ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการป้องกันโรคโควิด-19 ด้วยการฉีดวัคซีนโควิด-19 เข็มที่ 3 ต่อเนื่องมีเป้าหมาย จำนวน 7,216 คน แต่ผู้สูงอายุเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโควิด-19 เข็มที่ 3 จำนวน 3,700 คน คิดเป็นร้อยละ 51.27 สำหรับผู้ป่วยในกลุ่ม 608 ได้รับวัคซีนโควิด-19 เข็มที่ 3 จำนวน 3,415 คน คิดเป็น ร้อยละ 49.02 (สรุปข้อมูลการฉีดวัคซีนโควิด-19 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เมื่อวันที่ 6 ธันวาคม พ.ศ. 2565)

จากข้อมูลอัตราการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระลอก 2 อำเภอขามเฒ่า จังหวัดศรีสะเกษ ในปี พ.ศ.2564 - 2565 มีการดำเนินงานคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มาจากพื้นที่เสี่ยง 100% นำมาตรวจ RT-PCR และมีการสอบสวนโรค ผู้สัมผัสผู้ป่วยยืนยัน โดยทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง โดยการทำงานของทีม SRRT อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) นำผู้ป่วยมาคัดกรองได้ทันเวลาที่ สามารถนำผู้สงสัยและผู้ป่วยโควิด-19 ได้รับการคัดแยกและดูแลที่ถูกต้อง สามารถควบคุมการระบาดไวรัสโคโรนา 2019 ไม่มีเกิดระลอก 2 สถิติผู้ป่วยโควิด-19 ในปีพ.ศ. 2564 ยืนยันผลตรวจด้วย PCR จำนวน 496 ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิต สำหรับข้อมูลการ

แผนการตรวจคัดกรองโควิด-19 ในปี พ.ศ.2564-2565 ในพื้นที่ตำบล 7 ตำบลพบว่า ตำบลยางชุมน้อย มีผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 มากที่สุดจำนวน 919 คน รองลงมาตำบลลิ้นฟ้าจำนวน 695 คน ตำบลคอนกามจำนวน 605 คน ตำบลโนนคูณจำนวน 569 คน ตำบลกุดเมืองฮามจำนวน 442 คน ตำบลยางชุมใหญ่จำนวน 373 คนและตำบลบึงบอนจำนวน 299 คน ในจำนวนผู้เสียชีวิต 13 ราย ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัวและติดเชื้อเพียงจำนวน 10 คน และไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโควิด 5 คน

จากข้อมูลการแพร่ระบาดของสถานการณ์โรคโควิด-19 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฝักเขา ตำบลลิ้นฟ้า อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ ในปี พ.ศ.2565 พบว่ามีผู้ติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 695 คน มีจำนวนมากเป็นอันดับที่ 2 ของอำเภอยางชุมน้อย พบผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 2 ราย จากการสอบสวนโรคเฉพาะรายในพื้นที่พบว่า ผู้ป่วยรายที่ 1 เป็นผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว กลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อเพียง 1 ราย ไม่ยินยอมให้ผู้ป่วยรับวัคซีนโควิด-19 ให้เหตุผลว่าผู้ป่วยไม่ได้ออกจากบ้านไปสัมผัสกับบุคคลอื่น มีโอกาสในการติดเชื้อโควิด-19 น้อย ครอบครัวและญาติกังวลว่าหากผู้ป่วยสูงอายุรายนี้ได้รับวัคซีนโควิด-19 ในสภาวะที่ร่างกายของผู้ป่วยไม่แข็งแรง จะทำให้ผู้ป่วยเกิดอันตรายจากผลข้างเคียงของวัคซีนจนเสียชีวิตมากกว่าช่วยสร้างภูมิคุ้มกันป้องกันโรค รายที่ 2 ผู้สูงอายุ กลุ่มปกติ ที่ไม่มีโรคประจำตัวเสียชีวิต โดยไม่คาดหวังที่บ้าน 1 ราย ญาติไปพบผู้ป่วยเสียชีวิตในบ้านแล้วแจ้งทีมโรงพยาบาลยางชุมน้อย ออกชันสูตรการเสียชีวิต ก่อนการชันสูตรได้ทำการตรวจ ATK ที่จุดเกิดเหตุพบว่า ATK positive จากการสอบสวนโรคลงเยี่ยมครอบครัวและประเมินสถานการณ์ในชุมชนพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุเสียชีวิตโดยไม่คาดหวังที่บ้านรายนี้ ไม่ได้ฉีดวัคซีนโควิด-19 เนื่องจากผู้ป่วยกลัวผลข้างเคียงจากการฉีดวัคซีนที่ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับวัคซีนอาจเสียชีวิตได้ บ้านของผู้ป่วยไม่ได้อยู่ในหมู่บ้าน แยกออกไปนอกหมู่บ้านและผู้ป่วยเองไม่ได้ออกไปไหน พยายามป้องกันตัวเองให้มีความปลอดภัยจากพื้นที่เสี่ยง จากอุบัติเหตุผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคโควิด-19 ในครั้งนี้ทางพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฝักเขา ตำบลลิ้นฟ้า อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ จึงทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้แบบ

แผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 กับแรงจูงใจในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 ต่อเนื่องของผู้สูงอายุ ตำบลลิ้นฟ้า อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อนำผลของการศึกษาดังกล่าวไปพัฒนารูปแบบการณรงค์สร้างแรงจูงใจป้องกันโรคด้วยการฉีดวัคซีนของผู้สูงอายุ ทั้งกลุ่มปกติและกลุ่มที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ให้สามารถเข้ารับบริการฉีดวัคซีนป้องกัน โรคโควิด-19 ต่อเนื่องเป็นประจำทุกปี ช่วยลดความรุนแรงของโรคที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตและลดอัตราผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคโควิด-19

วัตถุประสงค์

2.1 วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 กับแรงจูงใจในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 ต่อเนื่องของผู้สูงอายุ ตำบลลิ้นฟ้า อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ

2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

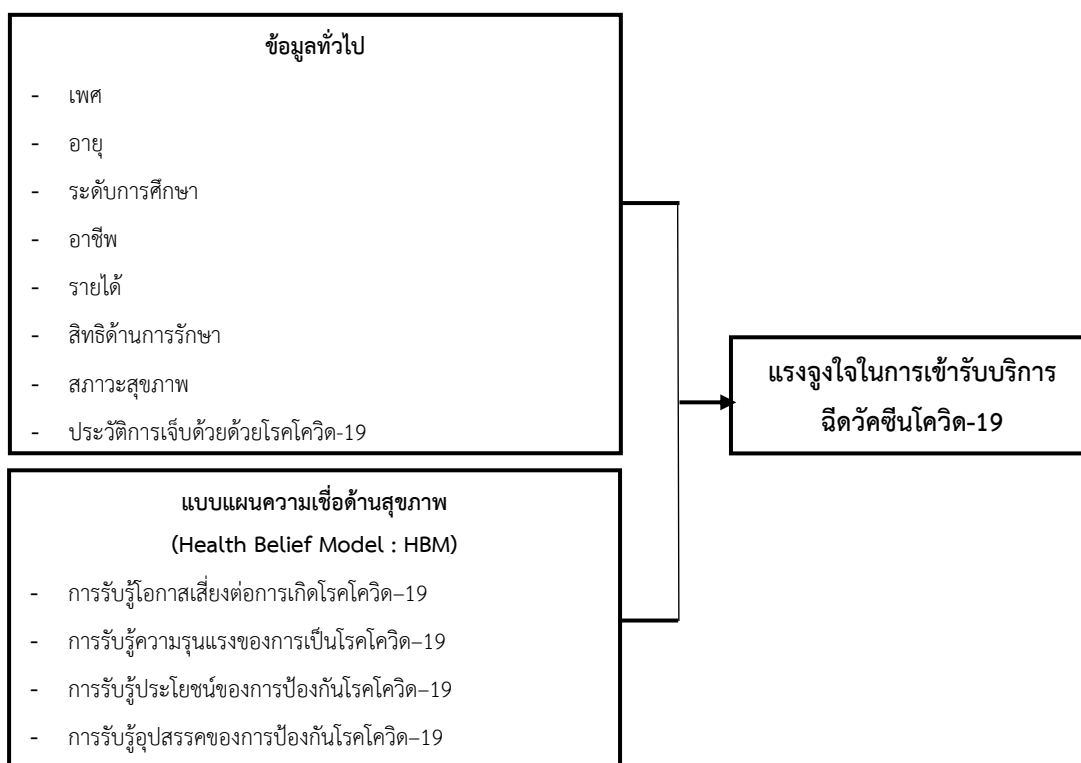
1) เพื่อศึกษาการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 กับแรงจูงใจในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 ต่อเนื่องของผู้สูงอายุ ตำบลลิ้นฟ้า อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ

2) เพื่อศึกษาแรงจูงใจในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 ต่อเนื่องของผู้สูงอายุ ตำบลลิ้นฟ้า อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ

3) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 กับแรงจูงใจในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-1 ต่อเนื่องของผู้สูงอายุตำบลลิ้นฟ้า อำเภอยางชุมน้อยจังหวัดศรีสะเกษ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้ทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ที่สามารถอธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 กับแรงจูงใจในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 ต่อเนื่องของผู้สูงอายุ ตำบลลิ้นฟ้า อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งกรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework of Study) ดังรูป 1



รูป 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

1 รูปแบบงานวิจัย การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) เก็บข้อมูลแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 กับแรงจูงใจในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโควิด-19 ต่อเนื่องของผู้สูงอายุตำบลลิ้นฟ้า อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้แบบสอบถามเก็บรวบรวมข้อมูล

2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีภูมิลำเนาในตำบลลิ้นฟ้า อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ เดินทางเข้ารับบริการ ฉีดวัคซีนโควิด-19 ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านผักขะ ตำบลลิ้นฟ้า อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ ตั้งแต่วันที่ 11 มกราคม - 10 พฤษภาคม 2566 อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม และยังมีชีวิตอยู่จำนวน 1,096 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดตัวอย่าง ซึ่งคำนวณได้จากสูตรของแดเนียล (Daniel, 1995 อ้างถึงใน บุญธรรม กิจปริดาภิสิทธิ์, 2551 : 113) โดยใช้ความเชื่อมั่น 95 % คำนวณได้ดังนี้

$$n = \frac{N Z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}{(N-1)d^2 + Z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}$$

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
 N = จำนวนประชากรเป้าหมาย 1,096 คน
 $Z_{\alpha/2}$ = ค่ามาตรฐานได้แก่ปกติ 95% เท่ากับ 1.96
 P = ค่าสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ได้รับการฉีดวัคซีนโควิด-19 ต่อเนื่องร้อยละ 80
 d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ในการประมาณสัดส่วน 5 % เท่ากับ 0.05

แทนค่าในสูตร $n = \frac{(1,096)(1.96)^2(0.8)(1-0.8)}{(1,096-1)(0.05)^2 + (1.96)^2(0.8)(1-0.8)}$
 $= 201.01$
 $= 201 \text{ คน}$

การสุ่มตัวอย่าง

1) การสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยนำเอาจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด ในตำบล ลี้นฟ้า ที่สามารถอ่านออก เขียน หรือสื่อสารภาษาไทยได้ และมีความสมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา จัดอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม และยังมีชีวิตอยู่ มาแบ่งตาม หมู่บ้าน ซึ่งมีทั้งหมด 14 หมู่บ้าน

2) นำขนาดกลุ่มตัวอย่างมากำหนดตัวอย่าง ของแต่ละหมู่บ้านโดยใช้การแบ่งสัดส่วนเทียม บัญญัติไตรยางค์

3) เลือกสุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่าง อย่าง ง่าย (Simple Random Sampling) ใช้วิธีการจับฉลาก แบบไม่คืนที่ โดยใช้ชื่อของผู้สูงอายุ มาจับฉลากเพื่อ เลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างตามจำนวนที่คำนวณได้ราย หมู่บ้านและหากกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้ไม่อยู่ในพื้นที่ หรือไม่ต้องการเข้าร่วมในการศึกษาให้ทำการจับฉลาก ใหม่แทนที่

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือเก็บข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า เป็นแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาวิจัยสร้างขึ้น โดยจะศึกษา จากทฤษฎี ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ ครอบคลุมตัวแปร และกรอบแนวคิดที่ต้องการศึกษา โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 เป็น แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพ สมรส สิทธิด้านการรักษา สุขภาพ โรคประจำตัว และประวัติการป่วยด้วยโรค โควิด-19 ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถาม ข้อมูลการเข้ารับบริการฉีดวัคซีน โควิด-19 ประกอบด้วย 1) ประวัติการฉีดวัคซีนโควิด- 19 2) เหตุผลในการรับบริการฉีดวัคซีนโควิด-19 3) ประวัติการเกิดอาการข้างเคียงภายหลังได้รับวัคซีน โควิด-19 4) อาการข้างเคียงที่พบภายหลังได้รับวัคซีน โควิด-19 ซึ่งลักษณะคำถามเป็นคำถามแบบปลายปิด (Closed Questions) ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถาม เกี่ยวกับการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้ด้านที่ 1 ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการ

รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ด้านที่ 2 ความเชื่อด้าน สุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค ด้านที่ 3 ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้ ประโยชน์ของการป้องกันโรค ด้านที่ 4 ความเชื่อด้าน สุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อ ป้องกันโรค ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดแบบ มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 3 ตัวเลือก ดังนี้ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย โดยกำหนดเกณฑ์ การแปลผลคะแนนระดับความเชื่อด้านสุขภาพ โดยยึด ตามเกณฑ์ช่วงคะแนนเฉลี่ย โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 1.00-1.66 หมายถึง มีการรับรู้ความเชื่อ ด้านสุขภาพน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00-1.66 หมายถึง มีการ รับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพปานกลางและค่าเฉลี่ย 2.34- 3.00 หมายถึง มีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพมาก ส่วน ที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงจูงใจในการเข้ารับ บริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 ต่อเนื่องของผู้สูงอายุ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดแบบมาตราส่วน ประมาณค่า (Rating Scale) มี 3 ตัวเลือก ดังนี้ เห็น ด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย โดยกำหนดเกณฑ์การแปลผล คะแนนระดับแรงจูงใจในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรค โควิด-19 ต่อเนื่องของผู้สูงอายุ โดยยึดตามเกณฑ์ช่วง คะแนนเฉลี่ย โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ซึ่งผู้ ศึกษาได้กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนระดับแรงจูงใจ ในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 ต่อเนื่องของ ผู้สูงอายุโดยยึดตามเกณฑ์ช่วงคะแนนเฉลี่ย โดยแบ่ง ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 1.00-1.66 หมายถึง มี แรงจูงใจในการเข้ารับบริการน้อย ค่าเฉลี่ย 1.67-2.33 หมายถึง แรงจูงใจในการเข้ารับบริการปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.34-3.00 หมายถึง มีแรงจูงใจในการเข้ารับ บริการมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยนี้ ได้ผ่านการ ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ โดยการคำนวณหาค่าความ สอดคล้องของเนื้อหาและวัตถุประสงค์ได้ค่าความตรงอยู่ ระหว่าง 0.66 - 1 จากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มผู้สูงอายุในเขตตำบลยางชุมใหญ่ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ และหาค่าความ

เชื่อมั่น โดยใช้ Cronbach's alpha coefficient ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81 ด้านการรับรู้ความรุนแรงต่อการเป็นโรค มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79 ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.75 ด้านการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78 ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามแรงจูงใจในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 ต่อเนื่องของผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.76

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics)

1) การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum)

2) การวิเคราะห์ความเชื่อด้านสุขภาพ ใช้สถิติค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

3) การวิเคราะห์แรงจูงใจในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 ต่อเนื่องของผู้สูงอายุ ใช้สถิติค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

4) การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับแรงจูงใจในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 ต่อเนื่องของผู้สูงอายุ ใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square: χ^2 - test)

5) การหาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับแรงจูงใจในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 ต่อเนื่องของผู้สูงอายุ ใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product – Moment Correlation Coefficient)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่โครงการวิจัย SPPH 2023-006 วันที่ 10 มกราคม 2566

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.2 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 69 ปี อายุต่ำสุด 60 ปี มากสุด 90 ปี ส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 60- 67 ปี ร้อยละ 46.3 สถานภาพสมรส ร้อยละ 68.2 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 93.5 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 79.5 รายได้น้อยสุด 600 บาท มากสุด 5,000 บาท ส่วนใหญ่มีรายได้ช่วง 0-1,000 บาท ร้อยละ 79.6 สิทธิด้านการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 96.0 กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว 7 กลุ่มโรค ร้อยละ 58.7 ส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคโรคหัวใจ และหลอดเลือด ร้อยละ 57.6 รองลงมาโรคเบาหวาน ร้อยละ 23.7 และเคยเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19 ร้อยละ 17.9

2. การเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ได้รับวัคซีนโควิด-19 เข็ม 3 ร้อยละ 63.2 รองลงมา คือ เข็ม 2 ร้อยละ 31.8 เหตุผลในการรับบริการมากที่สุด คือ สนใจในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนด้วยตนเอง ร้อยละ 52.2 รองลงมา คือ มาตรการของภาครัฐ ร้อยละ 38.8 ประวัติการเกิดอาการข้างเคียงภายหลังได้รับวัคซีนโควิด-19 พบว่า มีอาการข้างเคียงภายหลังได้รับวัคซีนโควิด-19 ร้อยละ 32.3 พบอาการข้างเคียงหลังได้รับวัคซีนโควิด-19 มากที่สุดคือ มีไข้ ร้อยละ 46.0 รองลงมา คือ มีอาการปวด บวม แดง ร้อน คัน บริเวณที่ฉีด และ ปวดศีรษะ ร้อยละ 19.0 และ 14.3 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและระดับของความเชื่อด้านสุขภาพแยกรายด้าน

ความเชื่อด้านสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด-19	2.21	0.37	ปานกลาง
2. การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคโควิด-19	2.26	0.33	ปานกลาง
3. การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคโควิด-19	2.31	0.39	ปานกลาง
4. การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคโควิด-19	2.21	0.36	ปานกลาง
เฉลี่ยรวม	2.24	0.28	ปานกลาง

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค โควิด-19 สูงสุด โดยมีค่าเฉลี่ย 2.31 รองลงมา คือ การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคโควิด-19 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด-19 และการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคโควิด-19 โดยมีค่าเฉลี่ย 2.26 ,2.21 และ 2.21 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและระดับของความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด-19 จำแนกรายข้อ

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. โรคโควิด-19 ติดต่อทางระบบหายใจอย่างเฉียบพลัน	2.35	0.48	มาก
2. โรคโควิด-19 เสี่ยงต่อการแพร่กระจายไปหลอดลมและปอด	2.37	0.48	มาก
3. โรคโควิด-19 สามารถติดต่อกันได้ง่าย	2.33	0.47	ปานกลาง
4. โรคโควิด-19 มีความรุนแรงถึงเสียชีวิต	2.23	0.52	ปานกลาง
5. โรคโควิด-19 ทำให้เป็นโรคร้ายแรงภายหลังการเจ็บป่วยรักษาหายแล้ว	2.07	0.59	ปานกลาง
6. โรคโควิด-19 หากเป็นซ้ำอาการจะรุนแรงมากขึ้น	1.99	0.67	ปานกลาง
7. โรคโควิด-19 สามารถกลายพันธุ์เป็นสายพันธุ์อื่นที่มีความรุนแรงมากกว่าเดิม	2.06	0.67	ปานกลาง
8. การระบาดของโรคโควิด-19 ในแต่ละลอกเกิดจากเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่	2.28	0.56	ปานกลาง

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคโควิด-19 มากที่สุด คือ ข้อโรคโควิด-19 เสี่ยงต่อการแพร่กระจายไปหลอดลมและปอด โดยมีค่าเฉลี่ย 2.37 รองลงมาคือ ข้อโรคโควิด-19 ติดต่อทางระบบหายใจอย่างเฉียบพลัน และข้อโรคโควิด-19 สามารถติดต่อกันได้ง่าย โดยมีค่าเฉลี่ย 2.35 และ 2.34 ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคโควิด-19 น้อยที่สุด คือ ข้อโรคโควิด-19 หากเป็นซ้ำอาการจะรุนแรงมากขึ้น โดยมีค่าเฉลี่ย 1.99 รองลงมา คือ ข้อโรคโควิด-19 สามารถกลายพันธุ์เป็นสายพันธุ์อื่นที่มีความรุนแรงกว่าเดิม และข้อโรคโควิด-19 ทำให้เป็นโรค

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและระดับของความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคโควิด-19 จำแนกรายข้อ

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. เชื้อโควิด-19 กระจายอยู่ในอากาศทำให้เจ็บป่วยได้ง่าย	2.28	0.46	ปานกลาง
2. เชื้อโควิด-19 ติดต่อได้จากการสัมผัสน้ำมูก น้ำลายหรือเสมหะ	2.25	0.47	ปานกลาง
3. การรับประทานอาหารร่วมกับผู้ป่วยทำให้ป่วยเป็นโรคโควิด-19	2.27	0.46	ปานกลาง
4. การสัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยทำให้ป่วยเป็นโรคโควิด-19	2.29	0.46	ปานกลาง
5. หากมีการเจ็บป่วยทำให้ร่างกายอ่อนแอจะเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19	2.17	0.56	ปานกลาง
6. การเดินทางไปในชุมชนแออัดเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 ได้ง่าย	2.19	0.61	ปานกลาง
7. การสวมหน้ากากอนามัยและเว้นระยะห่างช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19	2.26	0.61	ปานกลาง
8. การล้างมือก่อนและหลังรับประทานอาหารลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19	2.33	0.58	ปานกลาง

จากตารางที่ 3 พบว่าตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคโควิด-19 มากสุด คือ การล้างมือก่อนและหลังรับประทานอาหารลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 โดยมีค่าเฉลี่ย 2.33 รองลงมาคือ เชื้อโควิด-19 กระจายอยู่ในอากาศทำให้เจ็บป่วยได้ง่ายและการรับประทานอาหารร่วมกับผู้ป่วยทำให้ป่วยเป็นโรคโควิด-19 โดยมีค่าเฉลี่ย 2.28 และ 2.27 ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคโควิด-19 น้อยที่สุด คือ หากมีการเจ็บป่วยทำให้ร่างกายอ่อนแอจะเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 โดยมีค่าเฉลี่ย 2.17 รองลงมาคือ การเดินทางไปในชุมชนแออัดเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 ได้ง่ายและเชื้อโควิด-19 ติดต่อได้จากการสัมผัสน้ำมูก น้ำลายหรือเสมหะ โดยมีค่าเฉลี่ย 2.19 และ 2.25 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและระดับของความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคโควิด 19 จำแนกรายข้อ

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. การฉีดวัคซีนช่วยลดการเจ็บป่วยรุนแรงและเสียชีวิต	2.38	0.51	มาก
2. การรับบริการฉีดวัคซีนโควิด-19 สามารถฉีดได้ทั้งผู้ที่มีสุขภาพดีและมีโรคประจำตัว	2.41	0.50	มาก
3. วัคซีนโควิด-19 เป็นความหวังช่วยลดการแพร่ระบาดและลดความรุนแรงของการติดเชื้อ	2.38	0.53	มาก
4. วัคซีนโควิด-19 ควรได้รับการฉีดป้องกันโรคต่อเนื่องจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ได้	2.32	0.56	ปานกลาง
5. ผู้ที่เคยได้รับวัคซีน 2 เข็มครบตามกำหนดแล้วยังมีโอกาสติดเชื้อโควิด-19 ได้	2.22	0.63	ปานกลาง
6. ภายหลังได้รับวัคซีนยังจำเป็นต้องรักษามาตรการในการป้องกันเชื้อโรคต่อเนื่อง	2.22	0.63	ปานกลาง
7. ผู้ที่มีประวัติเคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ยังจำเป็นต้องได้รับวัคซีนโควิด-19 ต่อเนื่อง	2.25	0.62	ปานกลาง
8. วัคซีนไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 แต่สามารถลดความรุนแรงของโรคได้	2.26	0.50	ปานกลาง

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคโควิด-19 มากสุด คือ ข้อการรับบริการฉีดวัคซีนโควิด-19 สามารถฉีดได้ทั้งผู้ที่มีสุขภาพดีและมีโรคประจำตัว โดยมีค่าเฉลี่ย 2.41 รองลงมาคือการฉีดวัคซีนช่วยลดการเจ็บป่วยรุนแรงและเสียชีวิตและข้อวัคซีนโควิด-19 เป็นความหวังช่วยลดการแพร่ระบาดและลดความรุนแรง

ของการติดเชื้อ มีค่าเฉลี่ย 2.38 เท่ากัน และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคโควิด-19 น้อยสุด คือ ผู้ที่เคยได้รับวัคซีน 2 เข็มครบตามกำหนดแล้วยังมีโอกาสติดเชื้อโควิด-19 ได้ และภายหลังได้รับวัคซีนยังจำเป็นต้องรักษามาตรการในการป้องกันเชื้อโรคต่อเนื่อง โดยมีค่าเฉลี่ย 2.22 เท่ากัน

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและระดับของความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคโควิด-19 จำแนกรายข้อ

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. ท่านสามารถเดินทางเข้ารับบริการฉีดวัคซีนได้ทุกแห่ง	2.31	0.49	ปานกลาง
2. หากมีการให้บริการฉีดวัคซีนในชุมชนจะช่วยให้ท่านเข้ารับบริการ	2.24	0.44	ปานกลาง
3. ท่านดูแลตนเองหลังจากรับบริการฉีดวัคซีนโควิด-19 เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน	2.27	0.52	ปานกลาง
4. หลังได้รับวัคซีน หากท่านพบว่าผลข้างเคียงเฉพาะที่ เช่น ปวด บวม แดง บริเวณที่ฉีดวัคซีน ส่วนใหญ่มีอาการไม่รุนแรงและสามารถหายได้เองโดยไม่ต้องใช้ยา	2.21	0.49	ปานกลาง
5. แม้ว่าท่านจะได้รับวัคซีนแล้วยังคงต้องปฏิบัติตามมาตรการป้องกันต่างๆ เพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ต่อเนื่องได้แก่ การสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือ การรักษาระยะห่างทางสังคมและการกักตัวอย่างเคร่งครัด	2.12	0.53	ปานกลาง
6. หากท่านมีไข้หรือเจ็บป่วยท่านจะเลื่อนการรับวัคซีนไปก่อน กรณีเป็นหวัดเล็กน้อยและไม่มีไข้สามารถรับวัคซีนได้	2.15	0.56	ปานกลาง
7. หลังได้รับวัคซีนหากท่านมีปฏิกิริยาแพ้รุนแรง เช่น มีผื่นทั้งตัว หน้าบวม คอบวม หายใจลำบาก ใจสั่น วิงเวียนหรือมีอาการแขนขาอ่อนแรงควรรีบไปโรงพยาบาล	2.17	0.50	ปานกลาง
8. เมื่อท่านได้รับวัคซีนตามกำหนดและเก็บบันทึกการรับวัคซีนไว้เพื่อเป็นหลักฐาน	2.18	0.41	ปานกลาง

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคโควิด-19 มากที่สุด คือ ข้อท่านสามารถเดินทางเข้ารับบริการฉีดวัคซีนได้ทุกแห่ง โดยมีค่าเฉลี่ย 2.31 รองลงมาคือ ข้อท่านดูแลตนเองหลังจากรับบริการฉีดวัคซีนโควิด-19 เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยมีค่าเฉลี่ย 2.27 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคโควิด-19 น้อยที่สุด คือ ข้อแม้ว่าท่านจะได้รับวัคซีนแล้วยังคงต้อง

ปฏิบัติตามมาตรการป้องกันต่างๆ เพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ต่อเนื่องได้แก่ การสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือ การรักษาระยะห่างทางสังคมและการกักตัวอย่างเคร่งครัด รองลงมาคือ ข้อหากท่านมีไข้หรือเจ็บป่วยท่านจะเลื่อนการรับวัคซีนไปก่อน กรณีเป็นหวัดเล็กน้อยและไม่มีไข้สามารถรับวัคซีนได้ โดยมีค่าเฉลี่ย 2.12 และ 2.15 ตามลำดับ

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยและระดับของระดับแรงจูงใจในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 จำแนกรายข้อ

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. การฉีดวัคซีนสามารถป้องกันโรคโควิด-19 ได้ จึงต้องป้องกันตนเองโดยการไปรับบริการ ฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19	2.23	0.42	ปานกลาง
2. การสวมหน้ากากอนามัยในชุมชนแออัด ทำให้เกิดความรำคาญหายใจไม่สะดวก จึงต้องป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 โดยการไปรับบริการฉีดวัคซีน	2.16	0.38	ปานกลาง
3. การดูแลความรักษาสะอาดบ้านของท่านสามารถป้องกันโรคโควิด-19 ได้ ไม่เพียงพอ จึงต้องไปรับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19	2.17	0.44	ปานกลาง
4. การจัดสภาพแวดล้อมในบ้านให้มีอากาศและแสงแดดส่องถึงนั้นสามารถกำจัดเชื้อ ก่อโรคโควิด-19 ได้ ไม่เพียงพอ จึงต้องไปรับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19	2.16	0.49	ปานกลาง
5. การไม่ใช้สิ่งของร่วมกับผู้ป่วยโรคโควิด-19 ทำให้ไม่ป่วย แต่ยังมีโอกาสติดเชื้อโควิด-19 อยู่ ท่านจึงต้องไปรับบริการ	2.15	0.55	ปานกลาง
6. ท่านสามารถเดินทางไปรับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ที่สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน ได้สะดวก	2.17	0.57	ปานกลาง
7. ข่าวสารการให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้ท่านอยากมารับบริการฉีดวัคซีน	2.20	0.51	ปานกลาง
8. การสอบถามเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 กับเจ้าหน้าที่ ในสถานบริการสาธารณสุขทำให้ท่านอยากมารับบริการฉีดวัคซีน	2.23	0.43	ปานกลาง
9. ผลข้างเคียงจากการรับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 ทำให้ไม่กล้าฉีดวัคซีน	2.20	0.40	ปานกลาง
10. การแพ้วัคซีน ทำให้ไม่กล้ารับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19	2.23	0.43	ปานกลาง

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแรงจูงใจในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 ต่อเนื่อง มากที่สุด คือ ข้อการฉีดวัคซีนสามารถป้องกันโรคโควิด-19 ได้ จึงต้องป้องกันตนเองโดย การไปรับบริการ ฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ข้อการสอบถามเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 กับเจ้าหน้าที่ ในสถานบริการสาธารณสุขทำให้ท่านอยากมารับบริการฉีดวัคซีนและข้อการแพ้วัคซีน ทำให้ไม่กล้ารับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 โดยมีค่าเฉลี่ย 2.23 เท่ากันทั้ง 3 ข้อและกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแรงจูงใจในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 ต่อเนื่อง น้อยที่สุด คือ ข้อการไม่ใช้สิ่งของร่วมกับผู้ป่วยโรคโควิด-19 ทำให้ไม่ป่วย แต่ยังมีโอกาสติดเชื้อโควิด-19 อยู่ ท่านจึงต้องไปรับบริการ โดยมีค่าเฉลี่ย 2.15

รองลงมา คือ ข้อการสวมหน้ากากอนามัยในชุมชนแออัดทำให้เกิดความรำคาญหายใจไม่สะดวก จึงต้องป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 โดยการไปรับบริการฉีดวัคซีนและข้อการจัดสภาพแวดล้อมในบ้านให้มีอากาศและแสงแดดส่องถึงนั้นสามารถกำจัดเชื้อ ก่อโรคโควิด-19 ได้ ไม่เพียงพอ จึงต้องไปรับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 โดยมีค่าเฉลี่ย 2.16 เท่ากัน

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 กับแรงจูงใจในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 ต่อเนื่องของผู้สูงอายุ พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด-19

มีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 ต่อเนื่องของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($r = 0.310$, $p\text{-value} = <0.001$) การรับรู้ความรุนแรงต่อการเป็นโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 ต่อเนื่องของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($r = 0.194$, $p\text{-value} = 0.006$) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคโควิด-19 ไม่มีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 ต่อเนื่องของผู้สูงอายุ ($r = 0.470$, $p\text{-value} = 0.510$) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 ต่อเนื่องของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($r = -0.141$, $p\text{-value} = 0.46$) ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 ต่อเนื่องของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($r = 0.206$ $p\text{-value} = 0.003$)

ข้อเสนอแนะ

- 1 ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย
 - 1) การสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุต้องเริ่มจากการสร้างการรับรู้ถึงศักยภาพของตนเองร่วมกับการให้คำแนะนำข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 อย่างต่อเนื่องโดยการชักนำจากบุคคลในครอบครัว, เพื่อน, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
 - 2) การสร้างแรงจูงใจและความเชื่อในชุมชนและส่งเสริมการปรับเปลี่ยนและวิถีชุมชนที่เอื้อต่อการป้องกันการระบาดของโรคและควรให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรับรู้รับทราบให้ชัดเจนเข้าใจในการปฏิบัติเนื่องจากเป็นองค์กรที่ใกล้ชิดประชาชนสามารถส่งเสริมให้ประชาชนเข้าใจเข้าถึงให้ครอบคลุมทุกระดับได้ง่าย
 - 3) การสร้างเสริมแรงจูงใจด้านสุขภาพและรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติให้เกิดการเตรียมความพร้อมการวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับสถานการณ์ต่างๆและเกิดพฤติกรรมทางสุขภาพที่เหมาะสมตามความรู้ที่มีเป็นพื้นฐาน เช่น

การล้างมืออย่างถูกวิธีและปฏิบัติเป็นประจำ จะช่วยลดการแพร่กระจายเชื้อซึ่งเป็นวิธีง่ายๆที่สามารถทำได้ด้วยตนเอง

2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาในกลุ่มประชาชนทั่วไป ประเด็นที่ศึกษาผลกระทบประสิทธิภาพคำแนะนำในการป้องกันตนเองการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตแนวใหม่การสร้างพฤติกรรมของประชาชนเชื่อมโยงกับการขับเคลื่อนวัคซีนซึ่งยังไม่ถึงเป้าหมาย

2) ศึกษาวิจัยต่อยอดการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 กับแรงจูงใจในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 และพฤติกรรมการป้องกันตนเองของผู้สูงอายุ

3) ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่เคยติดเชื้อและไม่เคยติดเชื้อเพื่อทราบถึงการเข้าถึงวัคซีนโควิด -19 และการปฏิบัติในการป้องกันโรค

4) ศึกษาวิจัยต่อยอดในด้านความเชื่อทางสุขภาพกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลไปสู่พฤติกรรมวิถีใหม่ (New normal) และพฤติกรรมวิถีถัดไป (Next normal) ในการดำเนินชีวิตในสังคมขณะที่ยังคงมีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม. (2542) กรมประชาสงเคราะห์. ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร : กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม.
- กระทรวงสาธารณสุข. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (2552) รายงานสถานการณ์สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุไทย : สถานการณ์สุขภาพไทย ธันวาคม ปีที่ 4 ฉบับที่ 1.
- กระทรวงสาธารณสุข, กรมสุขภาพจิต.(2558) แนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตใจของผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต. นนทบุรี: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). กลยุทธ์การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: บริษัทสามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด.วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 14(3), 104-114.
- กัมปนาท โคตรพันธ์ และ นิยม จันทน์นวล. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในจังหวัดมุกดาหาร. การประชุมวิชาการระดับชาติ มอช. วิจัยครั้งที่ 16 (148-160).
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). วัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 (COVID-19) ของประเทศไทย, สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/vaccine-covid19>.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2564).แนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019(COVID-19)สำหรับประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง.นนทบุรี : กรมควบคุมโรค.สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th>
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019.
- คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ .(2555) รายงานประจำปีสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2555. นนทบุรี : บริษัท เอสเอสพลัสมีเดีย จำกัด.
- คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ.(2560) รายงานประจำปีสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2560. นนทบุรี : บริษัท เอสเอสพลัสมีเดีย จำกัด.
- จกกลณี ด้อยเจริญ และคณะ. (2563). การรับมือไวรัสโคโรนา COVID-19 ในงานสาธารณสุขมูลฐาน.
- จุฑา จิตพิทักษ์. (2555) พฤติกรรมศาสตร์เบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สารมวลชน.
- ชนวนทอง ธนสุกาญจน์ , นริมาลย์นิลไพจิตร และณัฐนารี เอมยงค์. (2564). รายงานฉบับสมบูรณ์ (Final Report) เรื่องโครงการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับความเข้าใจเรื่องโรคการปฏิบัติตัวและการได้รับวัคซีน โควิด -19 ของประชาชนกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้สูงอายุ และผู้พิการทางการเห็น. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ณัฐวรรณ คำแสน. (2564). ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ของประชาชนในเขตอำเภออุทอง จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า, 4(1), 33-48.
- ดวงใจ รัตนธัญญา.(2555) สุขศึกษา: หลักและกระบวนการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ.กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์ไทยรายวัน.
- นันทา ขุนภักดี. (2530) การวิเคราะห์ความเชื่อของชาวไทยในสวัสดิการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- นภาพา สิงห์วีระธรรม.(2564) ศึกษาความเต็มใจยอมรับและความเต็มใจที่จะจ่ายเงินการได้รับการฉีดวัคซีนกระตุ้นซ้ำป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์.ปีที่ 15 ฉบับที่ 2: พฤษภาคม-สิงหาคม.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ, สวิง สุวรรณ. (2536). พฤติกรรมศาสตร์พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา.พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : เจ้าพระยาการพิมพ์.15 โรงพยาบาลพระราม 9.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2556)ทัศนคติ :การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย, พิมพ์ครั้งที่.2 กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- ปิยอร วนะทินภัทร.(2565) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาของบุคลากรและนักศึกษา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 ปีที่ 15 ฉบับที่ 37. พฤษภาคม - สิงหาคม. (282 - 291).
- พรทิศา มีสุวรรณ. (2551) การรับรู้ความรู้แรงของการเจ็บป่วยความต้องการข้อมูลและความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดหูคอจมูกในโรงพยาบาลสงขลา นครินทร์ : วารสารสงขลานครินทร์เวชสาร. มี.ค.-เม.ย.; 26 [2] : 185-193.

- พงษ์ศักดิ์ สักขิบุญ. (2543)วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ปีที่ 3, ฉบับที่ 4 2543, 1513-0096
- ภคินฐ์ วีระจรัส, โชติชัย ขวัญพิชิต, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกาส สิ่งวิจิตรธรรม. (2563) การรับรู้และพฤติกรรมการ ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของกำลังพลที่ปฏิบัติงานสายแพทย์ ศูนย์อำนวยการแพทย์จังหวัดชายแดนภาคใต้ : วารสาร สาธารณสุข และวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ปีที่ 3 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม.
- มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์. (2564). รายงานการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษา. ปทุมธานี.
- โยธิน ศันสนยุทธ์ และคณะ. (2553). จิตวิทยา. กรุงเทพฯ: ศูนย์ ส่งเสริมวิชาการ.ราชบัณฑิตยสถาน. (2546) พจนานุกรมฉบับ ราชบัณฑิตยสถานพ.ศ. 2542. กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่นส์.
- วสันต์ ศิลปสุวรรณ และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. (2555). การ วางแผนและประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพ: ทฤษฎีและการปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: เจริญดีการพิมพ์.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล.(2542) หลักสำคัญของเวชศาสตร์ ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- สมภาพ เรืองตระกูล.(2547) ตำราจิตเวชผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรืองแก้วการพิมพ์.
- สมทรง รัชษ์เผ่าและสรรค์กฤษณ์ ดวงคำสวัสดิ์.(2540) กระบวนการดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อพัฒนา พฤติกรรมสุขภาพกรณี: การพัฒนาพฤติกรรม ผู้บริโภคในชุมชน.นันทบุรี : โครงการสวัสดิการ วิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวง สาธารณสุข. สันทนาการ.
- อัจฉรา จินดาวัฒนวงศ์. (2553) ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกัน โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในนักศึกษามัธยมศึกษาตอน ปลายมหาวิทยาลัยมหิดล.ม.ป.ท.
- อภาพร เภาวัฒน์, สุรินทร์ กลั้มพากร, สุนีย์ ละกะปิ่น, ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ. (2554) การสร้างเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรคในชุมชนการประยุกต์แนวคิดทฤษฎีและ การปฏิบัติ.(พิมพ์ครั้งที่2).กรุงเทพมหานคร: หก. โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- อุมาพร ปุณณโสพรรณ. (2554)การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด โรคและพฤติกรรมการป้องกัน โรคความดันโลหิตสูง ของสตรีวัยทองในตำบลท่าฉาง อำเภอท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี : วารสารมหาวิทยาลัย นราธิวาสราชนครินทร์
- อนัญญา ยศนันท์.(2563) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติ ตามมาตรการปลอดภัยสำหรับองค์กร (COVID Free Setting) เพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโร นา 2019. วารสาร ปีที่ 4 ฉบับที่ 11กันยายน- ธันวาคม (198-205).
- Daniel, W.W. Biostatistics: Basic concept and Methodology for the Health Sciences (9thed). New York: John Wiley & Sons; 2010.
- Firew, A. &Belachew, U. (2022). COVID-19 vaccines: awareness, attitude and acceptance among undergraduate University students.Journal of Pharmaceutical Policy and Practice, 15(32),1-7.
<http://www.hiso.or.th/hiso/visualize/index.php?links=v320&show=2&no=8&menu=1>
- Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. (1977). On the Use of Content Specialists in the Assessment of Criterion-Referenced Test Item Validity.Tijdschrift Voor Onderwijs Research,2, 49-60
- Suphanchaimat, R, et al. (2021).Predicted Impact of Vaccination and Active Case Finding Measures to Control Epidemic of Coronavirus Disease 2019 in a Migrant-Populated Area in Thailand. Risk Manag Healthc Policy, 3(14), 3197-3207.