



ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกัน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในจังหวัดชัยภูมิ

ปาริชาติ ญาตินิยม ปร.ด.*
สุวารี ทวนวิเศษกุล พย.ม.**
ปัทมกรินทร์ หอยรัตน์ ส.ด.**

(วันรับบทความ: 5 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2566/ วันแก้ไขบทความ: 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2566/ วันตอบรับบทความ: 27 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2566)

บทคัดย่อ

วิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุ จังหวัดชัยภูมิ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรประมาณค่าเฉลี่ยประชากร จำนวน 384 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม - เมษายน พ.ศ. 2565 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้ความเข้าใจด้วย KR-20 ได้ 0.81 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การรู้เท่าทันสื่อ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ได้ 0.92, 0.87, 0.82, 0.91, 0.84, และ 0.90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมนและการทดสอบไคสแควร์

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีความรอบรู้สุขภาพในการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ด้านความรู้ความเข้าใจ ระดับปานกลาง ร้อยละ 58.07 ($\bar{x}=15.81$ S.D.=1.59) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ($\bar{x}=2.62$ S.D.=0.34) การรู้เท่าทันสื่อเมื่อได้รับข่าวสาร ($\bar{x}=2.46$ S.D.=0.35) ทักษะการสื่อสารข้อมูล ($\bar{x}=2.74$ S.D.=0.39) ทักษะการตัดสินใจ ($\bar{x}=2.67$ S.D.=0.46) ทักษะการจัดการตนเอง ($\bar{x}=2.80$ S.D.=0.30) สำหรับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ($\bar{x}=2.92$ S.D.=0.08) ระดับมาก ความรอบรู้สุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสารข้อมูล ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอาชีพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ($r_s=0.177$) ($r_s=0.102$) ($\chi^2=12.9$) ตามลำดับ การส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุควรคำนึงถึงความรู้สุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสารข้อมูลและอาชีพ

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรค โควิด-19 ผู้สูงอายุ

*อาจารย์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

**อาจารย์ สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

*ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ E-mail: pyatniyom@yahoo.com Tel: 092-4289516



Relationship Between Health Literacy and Coronavirus Disease 2019 Infection Prevention Behaviors of Older People Living in Chaiyaphum Province

Parichat Yatniyom PhD*

Suwaree Tuanwisetkul M.N.S.**

Pankarin Hoyrat Dr.P.H.**

(Received Date: February 5, 2023, Revised Date: February 26, 2023, Accepted Date: February 27, 2023)

Abstract

This descriptive study aimed to investigate the relationship between health literacy and the COVID-19 infection prevention behaviors of older people living in Chaiyaphum Province, Thailand. Convenience sampling was employed to recruit 384 older adults based on the estimation of a population mean formula for the sample size estimation. Data collection took place from January to April 2022. The research instruments were 1) the personal data record, 2) a set of six questionnaires about health literacy, and 3) the COVID-19 infection prevention behavior questionnaire. The reliability of the health knowledge and understanding of COVID-19 questionnaire was evaluated using KR-20 and got a score of 0.81. The Cronbach's alpha coefficients of the questionnaires regarding assessing information and services, getting media and information, communication skills, appropriate health decision making skills, health condition management skills, and COVID-19 infection prevention behaviors were revealed to be 0.92, 0.87, 0.82, 0.91, 0.84, 0.90, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, Spearman's rank correlation coefficients, and Chi-square tests.

The results revealed that older people had a moderate level of health literacy regarding health knowledge and understanding of COVID-19 of 58.07% ($\bar{x}=15.81$ S.D.=1.59), high levels of health literacy related to assessing information and service ($\bar{x}=4.06$, S.D.=0.39), getting media and information ($\bar{x}=2.46$ S.D.=0.35), communication skills ($\bar{x}=2.74$, S.D.=0.39), making appropriate health decision skills ($\bar{x}=2.67$, S.D.=0.46), health condition management skills ($\bar{x}=2.80$, S.D.=0.30), and COVID-19 infection prevention behaviors ($\bar{x}=2.92$, S.D.=0.08). Health knowledge and understanding of COVID-19, communication skills and the occupation of older people as a personal factor had statistically significant positive relationships to COVID-19 infection prevention behaviors at $p < .05$ ($r_s = 0.177$; $r_s = 0.102$, and $\chi^2 = 12.9$, respectively). These results indicate that health promotion programs for enhancing covid-19 infection prevention have to take into consideration the health knowledge and understanding of COVID-19, communication skills, and occupation of the targeted population.

Keywords: Health literacy, Prevention behavior, covid-19, Older people

*Lecturer, Adult and Gerontological Nursing Department, Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University

**Lecturer, Community Nursing Department, Faculty of Nursing, Chaiyaphum Rajabhat University

*Corresponding author, pyatniyom@yahoo.com Tel: 092-4289516



บทนำ

โรคติดต่ออุบัติใหม่ร้ายแรงที่คร่าชีวิตประชากรทั่วโลก ระหว่างปี พ.ศ. 2562-2565 คือ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019: COVID-19)¹ เริ่มระบาดครั้งแรก ในมณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน เดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 เชื้อแพร่ผ่าน ฝอยละอองขนาดใหญ่ (Droplet) ผ่านการสัมผัสกับผู้ติดเชื้อที่ไอหรือจามออกมา และการสัมผัสกับเชื้อของผู้ป่วยโดยตรง (Direct contact) ผ่านการสัมผัสพื้นผิวหรือวัตถุที่มีไวรัสอยู่แล้วไปสัมผัสดวงตา จมูก หรือปากของตัวเอง ระยะฟักตัวของโรคนาน 7-14 วัน อาการทางคลินิก คือ ไข้ ไอ หายใจเหนื่อยหอบและหายใจลำบาก กรณีที่รุนแรงมากอาจปอดอักเสบ ติดเชื้อโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรงได้วาย จนถึงขั้นเสียชีวิตได้ ประเทศไทยเผชิญการระบาด 5 ระลอก ระลอกที่ 1 พร้อมกับประเทศจีนเป็นเชื้อสายพันธุ์ฮั่น ระลอกที่ 2 เชื้อสายพันธุ์จีเอช (5H) แพร่ได้ง่ายกว่าทำให้เกิดการระบาดแทนที่สายพันธุ์ฮั่น ระลอกที่ 3 ช่วงปลายเดือนมีนาคม พ.ศ. 2564 เชื้อสายพันธุ์อัลฟา (อังกฤษ) แพร่ระบาดรวดเร็วมากขึ้นกว่าเดิมเนื่องจากการกลายพันธุ์บริเวณพื้นผิวของตัวไวรัส “โปรตีนหนาม” (Spike protein) ส่งผลให้ไวรัสสามารถจับกับเซลล์ของมนุษย์ได้ดีมากกว่าไวรัสตัวเก่า ระลอกที่ 4 สายพันธุ์เดลตา (อินเดีย) แพร่กระจายได้ง่ายกว่าสายพันธุ์อัลฟา และระลอกที่ 5 เชื้อสายพันธุ์โอมิครอน ช่วงเมษายน พ.ศ. 2565 ลักษณะอาการไม่รุนแรงเท่าสายพันธุ์เดิมแต่การแพร่กระจายรวดเร็ว²

ผู้สูงอายุ คือบุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นกลุ่มวัยที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 และเจ็บป่วยรุนแรง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป เนื่องจากกระบวนการสูงอายุมีการเสื่อมถอยทั้งร่างกายทุกระบบ มีสภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรง ระบบภูมิคุ้มกันลดลงตามวัยโดยเฉพาะภูมิคุ้มกันด้านเซลล์ ทำให้มีโอกาสเกิดการติดเชื้อมากขึ้น³ ประกอบกับมีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ไม่ดี โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง หอบหืด ภาวะที่ทำให้ภูมิคุ้มกันร่างกายต่ำ⁴ ข้อมูล ณ วันที่ 17 เมษายน พ.ศ. 2565 พบผู้ติดเชื้อสะสม 1,806,524 ราย เป็นผู้สูงอายุ 170,861 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.45 ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น 60-64 ปี 57,750 ราย รองลงมาช่วงอายุ 65-69 ปี 42,398 ราย⁵ มีจำนวนผู้เสียชีวิตสะสมรวมทั้งสิ้น 26,788 ราย เป็นผู้สูงอายุถึง 930 ราย^{6,7} สถานการณ์การติดเชื้อในจังหวัดชัยภูมิ ณ วันที่ 17 เมษายน พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยติดเชื้อสะสม 27,544 ราย เป็นผู้สูงอายุถึง 454 ราย เสียชีวิตสะสม 176 ราย เป็นผู้สูงอายุ 18 ราย⁸

การหยุดการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา 19 ทำได้ด้วย 1) การสร้างให้เกิดภูมิคุ้มกันหมู่จากการรับวัคซีนที่มีการรณรงค์ให้ผู้สูงอายุฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันโรค⁹ แต่พบว่าในกลุ่มผู้สูงอายุถึง 2.2 ล้านคนยังไม่ได้รับวัคซีนเข็มแรก และ 6 ล้านคนยังไม่ได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้น¹⁰ เพราะขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับประโยชน์ของการรับวัคซีน จึงต้องเร่งสร้างความเข้าใจของครอบครัวและผู้สูงอายุในการเข้ารับวัคซีนและแสวงหาแนวทางในการสร้างการเข้าถึงวัคซีนในกลุ่มนี้ 2) ส่งเสริมให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ที่เหมาะสมตามแนวปฏิบัติมาตรการ DMHTT เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากผู้ติดเชื้อสู่บุคคลรอบข้างโดยการเว้นระยะห่าง (D: Distancing) จากคนอื่นอย่างน้อย 1-2 เมตร การใส่หน้ากากอนามัย (M: Mask wearing) การหมั่นล้างมือบ่อย ๆ (H: Hand washing) ด้วยสบู่ นาน 20 วินาทีหรือแอลกอฮอล์ที่มีความเข้มข้น 70% ขึ้นไป ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายสม่ำเสมอ (T: Temperature) หากมีประวัติไปพื้นที่เสี่ยงควรรับการตรวจ โรคโควิด-19 และการสแกนแอปพลิเคชันไทยชนะทุกครั้ง (T: Thai Cha na) หลีกเลี่ยงการเดินทางไปในสถานที่ที่มีคนแออัด พื้นที่เสี่ยงการอยู่บ้านเพื่อลดโอกาสในการออกไปสัมผัสเชื้อ รวมถึงการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตใหม่แบบ New normal เป็นต้น

พฤติกรรมป้องกันโรค (Preventive health behavior) เป็นการปฏิบัติของบุคคลเพื่อป้องกันมิให้เกิดโรครุนแรง เช่น การไปรับวัคซีน การล้างมือบ่อย ๆ การรับประทานอาหารปรุงสุกใหม่ การออกกำลังกาย จากการศึกษาวิจัยพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรค คือปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ การศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส¹¹⁻¹⁴ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)^{13,14} องค์การอนามัยโลก (World health organization: WHO) เริ่มให้ความสำคัญกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยให้ความหมายว่า เป็นการรับรู้ และทักษะทางสังคมซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลเพื่อเข้าถึง เข้าใจ และใช้สารสนเทศเพื่อส่งเสริมหรือคงไว้ซึ่งสุขภาพ เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อาจกล่าวได้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นทักษะของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ข้อมูล



ความรู้และการจัดการบริการสุขภาพทำให้สามารถตัดสินใจ เลือกรับผลิตภัณฑ์สุขภาพและใช้บริการสุขภาพตลอดจนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access) 2) ทักษะความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive) 3) ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ (Communication Skill) 4) ทักษะการตัดสินใจ (Decision Skill) 5) ทักษะการจัดการตนเอง (Self - Management Skill) 6) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy Skill) ทักษะเหล่านี้จะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมป้องกันการโรคได้ดี^{15,16}

การป้องกันควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด-19 ซึ่งเป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่มีการกลายพันธุ์ ประชาชนโดยเฉพาะผู้สูงอายุต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ต้องติดตามข้อมูลข่าวสารที่ภาครัฐทำการสื่อสารเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรการการป้องกันโรค การปฏิบัติตัวหากต้องอยู่ในหมู่บ้านที่มีการปิดพื้นที่เนื่องจากการระบาดหนัก การรับวัคซีนเพื่อให้เกิดภูมิคุ้มกันหมู่ เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจและปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคอย่างถูกต้อง แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นแนวคิดที่กล่าวถึง ทักษะของบุคคลด้านความรู้ความเข้าใจ ทักษะทางการรับรู้ การสื่อสาร การใช้ข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม จึงมีความสอดคล้องกับการศึกษาเพื่อนำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดนำไปสู่การสร้างให้เกิดพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 แม้จะมีการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของหลายงานวิจัย แต่ยังไม่มีการศึกษาถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุ ภายใต้อาณัติงานในจังหวัดชัยภูมิ เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจปัจจัยเบื้องต้นดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุในจังหวัดชัยภูมิ เพื่อนำข้อมูลที่ได้สู่การหาแนวทางการส่งเสริมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไปสู่พฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคโควิด-19 ได้อย่างถูกต้องต่อไป

คำถามการวิจัย

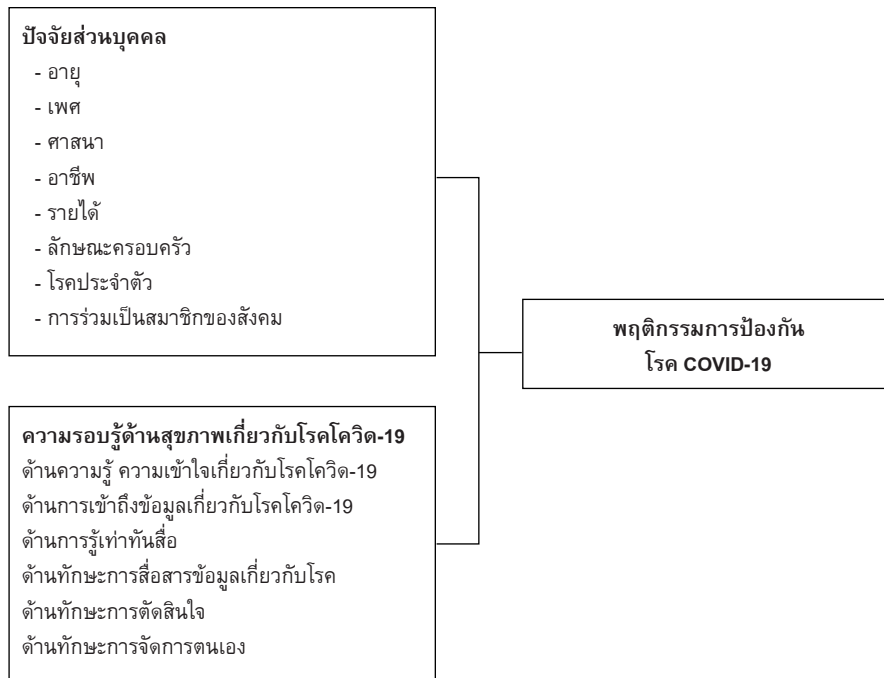
- 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุ จังหวัดชัยภูมิเป็นอย่างไร
- 2) ปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุ จังหวัดชัยภูมิ หรือไม่อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุ จังหวัดชัยภูมิ
- 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุ จังหวัดชัยภูมิ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ตามแนวคิดของ Nutbeam¹⁶ อธิบายว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นความสามารถและทักษะทางการรับรู้และสังคมที่เป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลเพื่อนำมาวิเคราะห์ประเมินการปฏิบัติและจัดการตนเอง รวมไปถึงการใช้ข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพตามความต้องการเพื่อทำให้เกิดการตัดสินใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้อย่างเหมาะสม เป็นพื้นฐานสำคัญที่จะทำให้บุคคลมีการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอันจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพป้องกันสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ในการศึกษาครั้งนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความรู้ความเข้าใจ 2) การเข้าถึงข้อมูล 3) ทักษะการสื่อสาร 4) ทักษะการตัดสินใจ 5) ทักษะการจัดการตนเอง 6) การรู้เท่าทันสื่อ¹⁶ ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะทำให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลมีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุ¹¹⁻¹⁴ การศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงนำปัจจัยส่วนบุคคล และความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นตัวแปรต้น ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีสัญชาติไทย อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่ย้ายอยู่ในเขตจังหวัดชัยภูมิ จำนวน 203,237 คน⁵ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่ย้ายอยู่ในจังหวัดชัยภูมิ กำหนดกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จาก 1 อำเภอ และ 1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ด้วยวิธีการจับสลากและทำการสุ่มแบบไม่ใส่คืน (Sampling without replacement) แล้วนำมาพิจารณาตามเกณฑ์การคัดเลือก คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรประมาณค่าเฉลี่ยประชากรของ Khazanie¹⁸ ได้ 384 คน คัดกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้ 1) ประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index : BADL) โดยต้องมีคะแนนอยู่ในกลุ่มติดบ้าน (5-11 คะแนน) กลุ่มติดสังคม (มากกว่า 12 คะแนน) 2) สามารถสื่อสารเข้าใจตอบคำถามได้ 3) สม่ครใจเข้าร่วมโครงการ เกณฑ์คัดออก คือ ไม่ได้อยู่ในพื้นที่ที่ขณะเก็บข้อมูล และหรือป่วยเป็นโรคโควิด-19 ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัยระหว่างเดือน มกราคม - เมษายน พ.ศ. 2565

เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามชนิดมีโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิดวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การวิเคราะห์สถานการณ์ของการแพร่ระบาดโรคโควิด19 นำไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ รายได้ เขตที่อยู่อาศัย โรคประจำตัว สิทธิการรักษา ลักษณะครอบครัว การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังต่อไปนี้

ด้านที่ 1 ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรคโควิด-19 จำนวน 20 ข้อ เป็นการถามความรู้ความเข้าใจที่จำเป็นเกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรคโควิด19 แต่ละคำถามมี 2 ตัวเลือก ค่าคะแนน 0 และ 1 คือ ถูก ผิด ข้อ 1-7, 9-10, 12-20 ตอบถูกได้ 1 คะแนน ข้อ 8,11 ตอบผิดได้ 1 คะแนน การแปลความหมายผลคะแนนความรู้ถูกต้อง



ร้อยละ 80 ขึ้นไป (คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 16) คือ มีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 60 - 79 (คะแนนระหว่าง 13-15) คือ ระดับปานกลาง น้อยกว่าร้อยละ 60 (คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 12) คือ ระดับต่ำ¹⁹

ด้านที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 จำนวน 12 ข้อ

ด้านที่ 3 การรู้เท่าทันสื่อเมื่อได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 จำนวน 5 ข้อ

ด้านที่ 4 ทักษะการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 จำนวน 10 ข้อ

ด้านที่ 5 ทักษะการตัดสินใจ จำนวน 5 ข้อ

ด้านที่ 6 ทักษะการจัดการตนเอง จำนวน 8 ข้อ

แบบสอบถามด้านที่ 2-6 มี 3 ตัวเลือก ค่าคะแนน 1-3 คือ น้อย ปานกลาง มาก ตามลำดับ การแปลความหมายแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่าง 2.34 - 3.00 หมายถึง มาก ค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่าง 1.67 - 2.33 หมายถึง ปานกลาง ค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่าง 1.00 - 1.66 หมายถึง น้อย²⁰

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุ จำนวน 18 ข้อ มี 3 ตัวเลือก 3 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ 2 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติบ่อยครั้ง 1 คะแนน หมายถึง ไม่ปฏิบัติหรือปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง การแปลความหมายเช่นเดียวกับแบบสอบถามด้านที่ 2-6

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ด้วยการหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Objective Congruence: IOC) และความถูกต้องทางภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 2 ท่าน และแพทย์ผู้มีความเชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อ จำนวน 1 ท่าน ค่าที่ได้เท่ากับ .90 การหาค่าความเที่ยง (Reliability) นำแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นไปทดลองประเมินกับผู้สูงอายุในจังหวัดชัยภูมิ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำผลการประเมินด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรคโควิด-19 มาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีหาค่า Kuder-Richardson-20 (KR-20) ได้เท่ากับ 0.81 หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การรู้เท่าทันสื่อ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ได้เท่ากับ 0.92 , 0.87, 0.82, 0.91, 0.84, 0.90 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) เมื่อโครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยแล้ว คัดเลือกพื้นที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นเข้าและนัดกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการคัดเลือก พร้อมหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

2) จัดประชุมชี้แจงทำความเข้าใจเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ช่วยวิจัย ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพประจำ รพ.สต. ที่ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการวิจัย และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เกี่ยวกับหลักเกณฑ์การคัดเข้าคัดออกกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุ แบบสอบถามทั้ง 3 ส่วน แนวทางในการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

3) ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ ดังนี้ การเข้าถึงกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม ผ่านการประสานจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อเข้าพบกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่มีคุณสมบัติตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของโครงการวิจัย อธิบายการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยผู้สูงอายุมีอิสระในการถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล ไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลหรือการดำเนินชีวิตใด ๆ ทั้งสิ้น ขอเชิญเข้าร่วมโครงการวิจัย หากยินดีให้ลงนามความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย สัมภาษณ์ผู้สูงอายุโดยใช้เวลาไม่เกิน 45 นาทีต่อคน

4) การเข้าถึงผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ให้ อสม.เป็นผู้ประสานเพื่อขอเข้าพบ คุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า และเชิญชวนเข้าร่วมวิจัยพร้อมทั้งอธิบายการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง หากสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยให้ลงนามในแบบยินยอม และเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน



การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย เลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุ จังหวัดชัยภูมิ ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น โดยการทดสอบว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นแบบโค้งปกติ (Normality) หรือไม่ ซึ่งได้ค่า Kolmogorov-Smirnov = 0.227 (< 0.05) จึงสรุปได้ว่าตัวแปรตามมีการแจกแจงไม่ใกล้เคียงกับโค้งปกติ จึงวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงอนุमानโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS เวอร์ชันที่ 23 และไคสแควร์ (Chi-square)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ เลขที่โครงการ HE 65-1-008 การประชุมครั้งที่ 5/2565 วันพฤหัสบดีที่ 19 พฤษภาคม พ.ศ. 2565 ผู้วิจัยขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลด้วยการลงนามด้วยความสมัครใจ และนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการสัมภาษณ์และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้ไม่มีการระบุชื่อและลงรหัสแทนข้อมูล เก็บข้อมูลเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวม

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 384)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ			ระดับการศึกษา		
ชาย	159	41.41	ไม่ได้เรียนหนังสือ	30	1.56
หญิง	225	58.59	ประถมศึกษา	289	75.26
อายุ (ปี)			มัธยมศึกษา	69	17.97
60-69	297	77.34	อนุปริญญา/เทียบเท่า	8	2.08
70-79	58	15.10	ปริญญาตรีขึ้นไป	12	3.13
80-89	26	6.77	รายได้		
90 ปีขึ้นไป	3	0.78	ไม่มีรายได้	22	5.73
ศาสนา			1-1,500 บาท	40	10.42
พุทธ	383	99.74	1,501-3,000 บาท	56	14.58
อิสลาม	1	0.26	3,001-5,000 บาท	107	27.86
สัญชาติ			5,001-10,000 บาท	81	21.09
ไทย	384	100	10,001-15,000 บาท	41	10.68
สถานภาพสมรส			15,001-20,000 บาท	30	7.81
โสด	109	28.39	20,000 บาทขึ้นไป	7	1.82
คู่	205	53.39	ลักษณะครอบครัว		
หม้าย	61	15.89	พักอาศัยคนเดียว	71	18.49
หย่า	9	2.34	พักอยู่กับคู่สมรส 2 คน	148	38.54
อาชีพ			พักอยู่กับบุตรหลาน	151	39.32
เกษตรกร	193	50.26	อื่น ๆ	14	3.65
รับจ้างทั่วไป	103	26.82	สิทธิการรักษา		
ค้าขาย	11	2.86	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	377	98.18
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	77	20.05	ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ	2	0.52
ประวัติการเจ็บป่วย			ประกันสังคม	5	1.30
ไม่มี	232	60.42	ที่อยู่อาศัย		
มี	152	39.58	ชุมชนนอกเขตเทศบาล	308	80.21
การมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคม			ชุมชนกึ่งเมือง/ในเขตเทศบาล	64	16.67
เป็นสมาชิก	325	84.64	ชุมชนเมือง/ในเขตเทศบาลเมือง	12	3.13
ไม่เป็นสมาชิก	59	15.36			



จากตารางที่ 1 พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 58.59) กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น 60-69 ปี (ร้อยละ 77.34) สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 75.26) สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 99.74) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 53.39) อาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 50.26) รายได้ 3,001 - 5,000 บาท (ร้อยละ 27.86) อาศัยในชุมชนนอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 80.21) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 60.42) พักอยู่กับบุตรหลาน (ร้อยละ 39.32) มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม (ร้อยละ 84.64) สิทธิการรักษาพยาบาลหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า/ประกันสุขภาพผู้สูงอายุ (ร้อยละ 80.21)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุ (n=384)

ตัวแปร	คะแนนเฉลี่ย	S.D.	การแปลผล
ด้านที่ 1 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรคโควิด-19	15.81	1.59*	ระดับปานกลาง
ด้านที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด-19	2.62	0.34	ระดับมาก
ด้านที่ 3 การรู้เท่าทันสื่อเมื่อได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19	2.46	0.35	ระดับมาก
ด้านที่ 4 ทักษะการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19	2.67	0.46**	ระดับมาก
ด้านที่ 5 ทักษะด้านการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลข่าวสารโรคโควิด-19	2.74	0.39	ระดับมาก
ด้านที่ 6 ทักษะการจัดการตนเองด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด-19	2.80	0.30	ระดับมาก
พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19	2.92	0.08	ระดับมาก

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในระดับมาก จำนวน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ($\bar{x}=2.62$, $S.D.=0.34$) ด้านที่ 3 การรู้เท่าทันสื่อเมื่อได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ($\bar{x}=2.46$, $S.D.=0.35$) ด้านที่ 4 ทักษะการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ($\bar{x}=2.74$, $S.D.=0.39$) ด้านที่ 5 ทักษะด้านการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลข่าวสารโรคโควิด-19 ($\bar{x}=2.67$, $S.D.=0.46$) ด้านที่ 6 ทักษะการจัดการตนเองด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ($\bar{x}=2.80$, $S.D.=0.30$) ส่วนด้านที่ 1 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 58.07 ($\bar{x}=15.81$ $S.D.=1.59$) สำหรับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}=2.92$, $S.D.=0.08$)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุ (n = 384)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด-19	พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุ	
	χ^2	p-value
ด้านที่ 1 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรคโควิด-19	0.177	.000***
ด้านที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด-19	0.011	.836
ด้านที่ 3 การรู้เท่าทันสื่อเมื่อได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19	0.013	.804
ด้านที่ 4 ทักษะการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19	0.102	.045*
ด้านที่ 5 ทักษะด้านการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลข่าวสารโรคโควิด-19	0.069	.180
ด้านที่ 6 ทักษะการจัดการตนเองด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด-19	0.059	.246

*p < .05 ***p < .001



ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุ (n = 384)

คุณลักษณะประชากร		ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19			X ²	p-value
		มาก	ปานกลาง	น้อย		
เพศ	ชาย	159 (41.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0.71	0.59
	หญิง	224 (58.2%)	1 (0.3%)	0 (0.0%)		
อายุ	60-69 ปี	297 (77.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0.29	0.96
	70-79 ปี	58 (15.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)		
	80-89 ปี	26 (6.8 %)	0 (0.0%)	0 (0.0%)		
	90 ปีขึ้นไป	3 (0.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)		
	ไม่ได้เรียน	6 (1.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)		
การศึกษา	ประถมศึกษา	288 (74.9%)	1 (0.3%)	0 (0.0%)	0.33	1.0
	มัธยมศึกษา	69 (18%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)		
	อนุปริญญา	8 (2.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)		
	ปริญญาตรีขึ้นไป	12 (3.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)		
	ไม่มีรายได้	21 (5.2%)	1 (0.3%)	0 (0.0%)		
รายได้	1-1,500 บาท	40 (10.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	11.65	0.07
	1,501-3,000 บาท	56 (14.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)		
	3,001-5,000 บาท	107 (27.9%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)		
	5,001-10,000 บาท	81 (21.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)		
	10,001-15,000 บาท	41 (10.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)		
	15,001-20,000 บาท	30 (7.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)		
	20,000 บาทขึ้นไป	7 (1.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)		
	ศาสนา	พุทธ	382 (99.5%)	1 (0.3%)	0.03	0.96
	อิสลาม	1 (0.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)		
อาชีพ	เกษตรกร	193 (50.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	12.91	0.01
	รับจ้าง	103 (26.9%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)		
	ค้าขาย	11 (2.9%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)		
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	72 (18.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)		
	อื่น ๆ	4 (1.0%)	1 (0.3%)	0 (0.0%)		
ลักษณะครอบครัว	พักอยู่คนเดียว	70 (18.3%)	1 (0.3%)	0 (0.0%)	4.75	0.22
	พักกับคู่สมรส 2 คน	148 (38.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)		
	พักกับบุตร-หลาน	151 (39.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)		
	อื่น ๆ	14 (3.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)		
การมีโรคประจำตัว	ไม่มี	232 (60.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1.52	0.40
	มี	151 (39.4%)	1 (0.3%)	0 (0.0%)		
การเป็นสมาชิกทางสังคม	เป็นสมาชิก	324 (84.6%)	1 (0.3%)	0 (0.0%)	0.18	0.67
	ไม่เป็นสมาชิก	59 (15.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)		

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรคโควิด-19 และทักษะการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.177, p < .001$) ($r_s = 0.102, p < .05$) ตามลำดับ ส่วนด้านการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ด้านการรู้เท่าทันสื่อเมื่อได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ทักษะการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลข่าวสารโรคโควิด-19 และทักษะการจัดการตนเองด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด-19 พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3) สำหรับปัจจัยส่วนบุคคลพบว่าปัจจัยด้านอาชีพ ($\chi^2 = 12.9$) $p < .05$ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลด้านอื่น ๆ มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุ (ตารางที่ 4)



การอภิปรายผล

1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุจังหวัดชัยภูมิ อยู่ในระดับมาก ทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการรู้เท่าทันสื่อเมื่อได้รับข่าวสาร ด้านทักษะด้านการตัดสินใจ ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านทักษะการจัดการตนเองด้านสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของของรัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์ และคณะ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพกับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุ²¹ อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพได้จากแหล่งข้อมูลที่มีคุณภาพหลายแหล่ง เช่น จากสื่อโทรทัศน์ การบอกต่อ การแจ้งข่าวสารจากเสียงตามสายประจำหมู่บ้าน การณรงค์จาก อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจาก รพ.สต. และสมาชิกครอบครัว ซึ่งข้อมูลจากหลายแหล่งมีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเลือกและตัดสินใจเชื่อได้อย่างมีเหตุผล แม้ข้อมูลจากโทรทัศน์หรือปากต่อปากอาจนำมาซึ่งความกลัวตื่นตระหนกตกใจ แต่ข้อมูลจากบุคลากรสาธารณสุขและการเข้าถึงชุมชนเชิงรุกโดย อสม. มีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุรู้เท่าทันสื่อได้ดีสอดคล้องกับการศึกษาหลายการศึกษา^{22,23} นำไปสู่ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการสื่อสาร และทักษะการจัดการตนเองด้านสุขภาพได้ดี สำหรับด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับหลายการศึกษา^{21,24} อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.26) มีการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา ซึ่งคุณลักษณะทั่วไปโดยเฉพาะด้านความรู้มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ²⁴ เพราะส่งผลให้ขาดทักษะโอกาสในการแสวงหาความรู้จึงไม่สามารถนำความรู้ไปใช้ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคได้อย่างเหมาะสม²⁵ ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุจังหวัดชัยภูมิอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับหลายการศึกษา^{21,24,26} อาจเป็นผลเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับมากทั้ง 5 ด้านจากการณรงค์ของภาครัฐทั้งกระทรวงสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ความเข้มแข็งของชุมชนหมู่บ้านโดยเฉพาะผู้นำชุมชน การให้บริการเชิงรุกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุข โดยข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงของโรค มาตรการป้องกันการแพร่ระบาด การรายงานสถานการณ์การแพร่ระบาดผู้เสียชีวิต ผู้ที่หายกลับบ้าน การสัมผัสประสบการณ์ตรงจากความเจ็บป่วย และกลุ่มวัยผู้สูงอายุยังเป็นผู้ที่ภาครัฐมุ่งเน้นในการดูแล จึงนำมาสู่การมีพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ได้ดีมาก แม้จะมีความรู้ในระดับปานกลาง

2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุ จังหวัดชัยภูมิ พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 ด้านความรู้ความเข้าใจ และด้านทักษะการสื่อสารข้อมูล และปัจจัยส่วนบุคคลด้านอาชีพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s=0.177, p<.001$) ($r_s=0.102, p<.05$) ($X^2 = 12.9, p < .05$) ตามลำดับ หมายถึงบุคคลที่มีความรู้ ความเข้าใจที่ดี มีทักษะการสื่อสารข้อมูลที่ดี จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยหลายเรื่อง^{21,24,27,28} ผลการศึกษาช่วยยืนยันว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 แม้จากข้อค้นพบจะพบเพียง 2 ด้านที่มีความสัมพันธ์เท่านั้น อาจเนื่องจากด้านความรู้และด้านทักษะการสื่อสารข้อมูล เป็นด้านที่มีอิทธิพลโดยตรงกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 มากที่สุด ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอาชีพพบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ถือเป็นข้อค้นพบใหม่แม้จะไม่สอดคล้องกับหลายงานวิจัยที่พบว่าระดับการศึกษา²⁶ เพศ²⁹ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว ภาวะสุขภาพ³⁰ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อาจเนื่องจากอาชีพน่าจะเป็นช่องทางที่ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารที่หลากหลายนำไปสู่การตัดสินใจที่จะปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคโควิด-19

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. พัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสารเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุ เพื่อนำไปสู่พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19



ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. พยาบาล อสม. บุคลากรท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ควรช่วยเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ให้ผู้สูงอายุ โดยคำนึงถึงการรับรู้ที่ลดลงเนื่องจากการเสื่อมถอยของร่างกายจากกระบวนการชรา (Aging process) เช่น ใช้การสื่อสารสองทาง การใช้โทนเสียงดังท่ม คำพูดง่าย สั้น กระชับ ทันสมัย ถูกต้อง และตรงประเด็นไม่ใช้ศัพท์เทคนิค ควรใช้เวลาผู้สูงอายุในการคิดและตอบสนอง หากต้องสื่อสารด้วยการเขียน ใช้ข้อความสั้นๆ ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่กว่าปกติ ใช้รูปหรือแผนภาพประกอบเพื่อความเข้าใจที่ชัดเจน การสื่อสารผ่านผู้ดูแลและครอบครัวซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถทบทวนสิ่งที่หลงลืมได้ตลอดเวลา ใช้ช่องทางการสื่อสารเช่น วิทยุกระจายเสียงชุมชนในบรรยากาศที่เป็นมิตร เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงข้อมูลได้ง่ายและมีประสิทธิภาพ นำไปสู่พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ที่ถูกต้องเหมาะสม

2. การส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุที่เหมาะสม ควรดำเนินการส่งเสริมให้ทุกกลุ่มอาชีพได้มีโอกาสเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการทางสุขภาพ ในเชิงรุกผ่าน อสม. ผู้นำชุมชน

References

1. World Health Organization. Novel Coronavirus (2019-nCoV) Situation Report [Internet]. 2020 [cited 2020 Jan 30]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>
2. Department of disease control, Ministry of Public Health. Thailand situation Corona COVID2019 [Internet]. 2022 [cited 2022 April 17]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/>. (in Thai).
3. Eliopoulos C. Gerontological nursing. Philadelphia: Wolters Kluwer Health Lippincott Williams & Wilkins, USA; 2023.
4. Department of Health, Ministry of Public Health. Suggestions for elderly in a viral infection epidemic situation Corona 2019 (COVID-19) [Internet]. 2020 [cited 2022 March 15]. Available from: <http://covid19.anamai.moph.go.th/>. (in Thai).
5. Department of Older Person, Ministry of Social Development and Human Security. Older person Thailand situation Corona COVID 2019 [Internet]. 2022 [cited 2022 April 17]. Available from: <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/857>. (in Thai).
6. Department of disease control, Ministry of Public Health. Thailand situation Corona COVID 2019 [Internet]. 2022 [cited 2022 April 17]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/covid19-daily-dashboard/>. (in Thai).
7. Department of disease control, Ministry of Public Health. COVID-19 (EDC-CDC Thailand) Corona virus disease 2019 [Internet]. 2022 [cited 2022 April 17]. Available from: <https://ddcportal.ddc.moph.go.th/portal/app/opsdashboard/index.html#/20f3466e075e45e5946aa87c96e8ad65>. (in Thai).
8. Chaiyaphum Province Public Health Office, Ministry of Public Health. Older person Chaiyaphum Province situation Corona COVID-192022 Report. Chaiyaphum : Chaiyaphum Province Public Health Office; 2022. (in Thai).
9. Poovorawan Y. "Dr. Yong spread The AstraZeneca vaccine 1 ampule can divide multidose of first vaccination for many peoples on 12 March 2022" [Internet]. 2022 [cited 2022 April 17]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2021/03/21208>. (in Thai).
10. Hfocus Thailand Health system investigation. Show data; high risk of death in older people age infected Covid-19 [Internet]. 2022 [cited 2022 April 17]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2022/03/24644>. (in Thai).



11. Chaityata E. The relationship between Health literacy, medication intake, and Doctor's appointment behavior among patients with Diabetes mellitus and Hypertension in Lamphun Province. *Thai Science and Technology Journal* 2020;28(1):182-96. (in Thai).
12. Choeisuwan V. Health literacy: concept and application for nursing practice. *Royal Thai Navy Medical Journal* 2017;44(3):183-97. (in Thai).
13. Chobthamasakul S. Relationship between Health literacy and obesity prevention behavior of undergraduate students in Bangkok metropolitan region. *Journal of Interdisciplinary Research: Graduate Studies* 2019;8(1): 116-23. (in Thai).
14. Photihung P. Relationship of Health literacy to Health promoting and disease prevention behaviors in Thailand: A Systematic review. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University* 2021;29(3):115-30. (in Thai).
15. Health Education Division, Ministry of Public Health. Health literacy promotion and Health literacy Health Behaviors Assessment Strategies. Bangkok: Sarmchareon Panich Company; 2018. (in Thai).
16. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot. Int.* 2008;15:259-67.
17. Sorensen K, Broucke SV, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012;1-13.
18. Khazanie R. *Statistics in a World of Applications*. 4rd ed. New York, USA: HarperCollins College; 1997.
19. Bloom BS. *Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals, handbook II affective domain*. London: Longman; 1964.
20. Best JW, Kahn JV. *Research in Education*. 10rd ed. New Jersey: Prentice hall Inc; 2006.
21. Srisupak R, Ngampriam P, Loachai S, Srisawangwong P. The relationship between Health literacy and practice prevention from COVID-19 of elderly case study: Waeng Nang Sub-District, Maha Sarakham Province. *KKU Journal for Public Health Research* 2021;14(3):104-14. (in Thai).
22. Intarakamhang U. Health awareness assessment report on disease prevention [Internet]. 2018 [cited 2022 April 17]. Available from : <http://bsris.swu.ac.th/upload/283350.pdf>. (in Thai).
23. Khumthong T, Potisiri W, Kaedumkoeng K. Factors influencing Health literacy for people at risk of Diabete mellitus and Hypertension of Uthai Thani and Ang Thong. *Veridian E-Journal, Science and Technology Silpakorn University* 2016;3(6):67-85. (in Thai).
24. Hoa HV, Giang HT, Vu PT, Tuyen VD, Khue PM. Factors associated with health literacy among the elderly people in Vietnam. *Hindawi BioMed Research International* 2020;1-7.
25. Olowe OA, Ross AJ. Knowledge, adherence and control among patients with hypertension attending a peri-urban primary health care clinic, KwaZulu-Natal. *Afr J Prim Health Care Fam Med* 2017;9(1):1-5.
26. Chemama N, Makchuchit S, Ruangroengkulrit P. Relationships among knowledge, attitude, and behaviors regarding Covid-19 infection prevention among older people living in one municipality in Southern Thailand. *Journal of Nursing and Health Care* 2022;40(4):1-13. (in Thai).
27. Santiparp P. Factors influencing preventive Covid-19 practices of people in Suayai-Uthit community, Chatuchak district, Bangkok. *Journal of MCU Buddhapanya Review* 2022;7(3):72-84. (in Thai).



28. Pechrapa K, Yodmai K, Kittipichai W, Charupoonpol P, Suksatan W. Health literacy among older adults during Covid-19pandemic: A cross-sectional study in an Urban Community in Thailand. *Ann Geriatr Med Res* 2021; 25(4):309-17.
29. Ruankham P, Kongsin S, Jiamton S, Sattayasomboon Y, Uthis P. Factors associated with preventive behaviors against Covid-19SAR-COV-2 among the adult population: a case study of Chom Thong District, Bangkok Metropolitan. *Journal of Health Science* 2022;31(2) s247-59. (in Thai).
30. Ruamsook T, Phunthong S, Thammatha P, Wongsawang N, DuangJan N, Boonsiri C, et al. Factors related to Health literacy in preventing Coronavirus 2019 of older adults in Bangkok Metropolis. *Journal of Public Health Nursing* 2022;36(12):39-52. (in Thai).