

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความวิตกกังวล และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผ่านปัจจัยประชากรศาสตร์ของประชากรวัยผู้ใหญ่ ในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของประเทศไทย

เชาวรินทร์ คำหา ส.บ., ส.ม. (ชีวสถิติ)*

สุริยมิตร พุ่มโพธิ์งาม ส.บ., รป.ม., บธ.ม.**

สายชล สู้สุข ส.บ., ศศ.บ.**

* กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

** กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ติดต่อผู้เขียน: เชาวรินทร์ คำหา Email: Chaowarinaum@gmail.com

วันรับ:	31 ต.ค. 2565
วันแก้ไข:	27 มิ.ย. 2567
วันตอบรับ:	7 ก.ค. 2567

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล และความรอบรู้ด้านสุขภาพในของประชากรวัยผู้ใหญ่ (2) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของประชากรวัยผู้ใหญ่ และ (3) ศึกษาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความวิตกกังวลและความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผ่านปัจจัยประชากรศาสตร์ในสถานการณ์ระบาดของโรค COVID-19 ของประชากรวัยผู้ใหญ่ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม - เมษายน 2565 กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรไทย อายุ 15-59 ปี จำนวน 1,100 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลด้วยแบบประเมินความวิตกกังวลของกรมสุขภาพจิต และแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์ ordered logistic regression การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน และการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง ผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลต่อโรค COVID-19 ภาวะรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ (53.27%) ความรอบรู้ด้านสุขภาพภาวะรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก (62.00%) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล ประกอบด้วย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (OR=0.85, 95%CI: 0.84 0.86) เพศ (OR=0.34, 95%CI: 0.27 0.48) อายุ (OR=2.61, 95%CI: 1.92 3.57) ประวัติการเป็นโรคเรื้อรัง (OR=1.72, 95%CI: 1.26 2.36) และประวัติการติดเชื้อ (OR=0.57, 95%CI: 0.40 0.79) และโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างความวิตกกังวลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพผ่านปัจจัยประชากรศาสตร์ มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($p=0.0994$, Chi-square=6.265, TLI=0.987, CFI=0.997, SRMR = 0.015, RMSEA = 0.031) และสามารถอธิบายความแปรปรวนของความวิตกกังวลได้เท่ากับร้อยละ 56.34

คำสำคัญ: ความวิตกกังวล; ความรอบรู้ด้านสุขภาพ; โควิด-19; ประชากรศาสตร์

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในระดับโลก⁽¹⁾ องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้เป็นการระบาดใหญ่ (pandemic)⁽²⁾ สถานการณ์ ณ วันที่ 1 พฤษภาคม 2565 มีประชากรโลกเสียชีวิตจากโรค COVID-19 จำนวน 6,240,619 คน และติดเชื้อ จำนวน 511,965,711 คน⁽³⁾ สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุข และโครงสร้างทางด้านสังคม เศรษฐกิจ และการเปลี่ยนแปลงทางประชากร ทั้งในมิติของสังคมสูงวัย เด็กเกิดน้อย ประชากรวัยทำงานหรือกลุ่มวัยผู้ใหญ่ขาดแคลน โดยเฉพาะวัยผู้ใหญ่ที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจในสัดส่วนที่สูงกว่าวัยอื่นๆ ที่ประสบกับปัญหาสุขภาพจิต อันเนื่องมาจากการสูญเสียรายได้ ความรู้สึกเหงาและโดดเดี่ยว สัมพันธภาพในครอบครัวและสังคมที่ลดลงจากมาตรการรักษาระยะห่างทางสังคม รวมถึงการเข้าถึงบริการพื้นฐานที่จำกัด⁽⁴⁾ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต และมีภาวะความเครียดสูงขึ้น⁽⁵⁾

อีกทั้งยังมีสาเหตุจากการรับรู้ในระดับบุคคล เช่น การติดตามข่าวสารเกี่ยวกับโรค COVID-19 การส่งต่อข้อมูลข่าวสารที่ไม่ถูกต้องผ่านช่องทางสื่อต่างๆ อย่างแพร่หลาย⁽⁶⁾ โดยเฉพาะในช่วงที่มีการกลายพันธุ์จาก Delta เป็น Omicron ทำให้การติดต่อเป็นไปได้ง่ายและรวดเร็ว ทำให้ประชาชนเกิดความวิตกกังวลไปทุกหย่อมหญ้า และส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจ จากพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่ลดลง⁽⁷⁾ สอดคล้องกับธนาคารแห่งประเทศไทยที่รายงานผลกระทบของโรค COVID-19 ต่อภาคเอกชน ซึ่งพบว่า ดัชนีความเชื่อมั่นของผู้ค้าปลีกลดลง และกำลังซื้อต่ำจากความวิตกกังวลต่อโรค COVID-19 ที่แพร่กระจายอย่างรุนแรง⁽⁸⁾ จะเห็นได้ว่า ประชากรกลุ่มวัยผู้ใหญ่เป็นกลุ่มที่มีภาระในการแบกรับความพึ่งพิงของสังคม มีบทบาทอย่างสูงในระบบเศรษฐกิจ ซึ่งได้รับอิทธิพลจากความวิตกกังวลและปัญหาสุขภาพจิตทั้งในเชิงยับยั้งและหนุนเสริม

เมื่อพิจารณาวิถีในการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19 ที่มีประสิทธิภาพ พบว่า การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) เพื่อให้ข้อมูลคำแนะนำที่เพียงพอที่จะทำให้บุคคลมีทักษะและความสามารถเข้าถึง เข้าใจ รู้เท่าทันสื่อ และตัดสินใจในการจัดการสุขภาพของตนเองได้^(9,10) เป็นแนวทางที่พึงดำเนินการ เพื่อเพิ่มศักยภาพในการตัดสินใจภายใต้ข้อมูลที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือ จะทำให้ลดภัยคุกคามทางสุขภาพ เป็นการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และเพิ่มคุณภาพชีวิต⁽¹¹⁾ โดยที่ผ่านมาได้มีการนำมาใช้ในการจัดการกับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข อาทิ กรณีการระบาดของโรคทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (SARS) และโรคระบบทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MERS)⁽¹²⁾ รวมถึงกรณีการระบาดของโรค COVID-19⁽¹³⁾ เช่นกัน ทั้งนี้ หากความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรในสถานการณ์ระบาดของโรค COVID-19 ต่ำ อาจนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม⁽¹⁴⁾ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพจะเป็นจุดหักเหทางยุทธศาสตร์ในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในปัจจุบัน แต่ผลการศึกษาในประเทศไทยก็บ่งชี้ว่าประชากรยังมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในหลายประเด็นที่ต่ำ⁽¹⁵⁾

ขณะเดียวกัน ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยป้องกันปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ระบาดของโรค COVID-19⁽¹⁶⁾ ซึ่งมีผลสืบเนื่องต่อสุขภาวะและคุณภาพชีวิตของประชากรโดยรวม⁽¹⁷⁾ แต่อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันยังไม่พบการศึกษาที่อธิบายถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อความวิตกกังวล ภายใต้การคำนึงถึงคุณลักษณะทางประชากรศาสตร์ของบุคคล (mediator)^(18,19) เนื่องจากเหตุผลทางยุทธศาสตร์ที่ใช้ในการพิจารณาความเหมาะสมระหว่างชุดบริการสุขภาพกับคุณลักษณะเฉพาะของกลุ่มประชากรเป้าหมายภายใต้ทรัพยากรที่จำกัด โดยเฉพาะเพศ อายุ และประวัติการเจ็บป่วยของบุคคล ที่เป็นปัจจัยในการจัดกลุ่มเป้าหมายการรับบริการในช่วงการระบาดของโรค COVID-19 อาทิ กลุ่มเด็กเล็ก กลุ่มผู้-

สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นต้น ดังนั้น การที่ได้ทราบขนาดความสัมพันธ์ทั้งลักษณะ direct effects และ indirect effects จะทำให้ทราบลักษณะทางประชากรศาสตร์ที่เหมาะสมต่อการกำหนดมาตรการป้องกันและควบคุมโรค COVID-19⁽²⁰⁾ นำไปสู่ข้อเสนอเชิงนโยบายต่อการจัดบริการทางด้านจิตวิทยาสังคมในกลุ่มประชากรวัยผู้ใหญ่ของประเทศไทยต่อไป

การศึกษาค้นคว้านี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) ระดับความวิตกกังวล และความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรวัยทำงาน (2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของประชากรวัยทำงาน และ (3) โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความวิตกกังวลและความรอบรู้ด้านสุขภาพผ่านปัจจัยทางประชากรศาสตร์ของประชากรวัยผู้ใหญ่ในสถานการณ์ของโรค COVID-19

วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้านี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลระหว่าง 1 มกราคม 30 - เมษายน 2565

ประชากรที่ศึกษา คือ ประชากรไทยทั้งเพศชายและหญิง ที่มีอายุ 15-59 ปี จำนวน 42,501,650 คน จำแนกเป็นชาย 21,063,338 คน และหญิง 21,438,312 คน⁽²¹⁾

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คำนวณขนาดตัวอย่างจากเว็บไซต์ออนไลน์ Free Statistics Calculators ver.4⁽²²⁾ ตามสถิติ Structural Equation Modeling (SEM)⁽²³⁾ โดยกำหนดค่า effect size เท่ากับ 0.709⁽¹⁸⁾ จำนวนตัวแปรที่สังเกตได้ เท่ากับ 12 จำนวนของตัวแปรแฝง เท่ากับ 3 ความสัมพันธ์โดยประมาณของ Gini correlation เท่ากับ 0.97⁽²⁴⁾ ระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ เท่ากับ 0.8 และค่าสถิติแจกแจงแบบปกติมาตรฐาน เท่ากับ 1.96 ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่าง 100 คน เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้เป็น Structural Equation Modeling จึงได้ทำการปรับค่าตัวแปรอิสระด้วยวิธีการปรับค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ และค่านิ่งถึงระดับ

ความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระที่ไม่ควรสูงเกินไป ประกอบกับความเป็นไปได้ในการทำวิจัยให้แล้วเสร็จ จึงใช้ค่าเท่ากับ 0.2 ทำให้ได้ขนาดตัวอย่าง 500 คน ผู้วิจัยค่านิ่งถึงสหสัมพันธ์ภายในชั้น (ICC) จึงปรับค่าตัวอย่างด้วยค่า ICC เท่ากับ 0.5 ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 1,000 คน หลังจากนั้นได้ปรับขนาดตัวอย่างข้างต้นด้วยค่า item non-response rate ร้อยละ 10 ซึ่งต้องเพิ่มตัวอย่างอีก 100 คน รวมทั้งสิ้น 1,100 คน

สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multistage random sampling) ประกอบด้วย (1) จำแนกพื้นที่ประเทศไทยออกเป็น 13 เขต ตามการจัดบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข (2) สุ่มอย่างง่ายเลือกจังหวัดตัวแทน 13 จังหวัด สุ่มเลือกอำเภอ/เขต จากตัวแทนจังหวัด และสุ่มเลือกตำบล/แขวง จากตัวแทนอำเภอ/เขต 13 แห่ง และ (3) สุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรของแต่ละตำบล/แขวง ทั้ง 13 แห่ง โดยวิธีหยิบบิลลาบบแบบไม่ใส่คืน

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม 1 ชุด ทั้งหมด 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทางประชากร จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ประวัติโรคเรื้อรัง และประวัติการติดเชื้อ ซึ่งเป็นตัวแปรมาตรวัดนามบัญญัติ และสร้างเป็นตัวแปรหุ่น 2 กลุ่ม (0,1) ประกอบด้วย 1) เพศ (0=เพศหญิง, 1=เพศชาย) 2) อายุ (0=อายุต่ำกว่า 35 ปี, 1=อายุ 35 ปีขึ้นไป) ประวัติโรคเรื้อรัง (0=ป่วยด้วยโรค NCDs, 1=ไม่เป็นผู้ป่วยโรค NCDs) และประวัติการติดเชื้อ COVID-19 (0=มีประวัติติดเชื้อ COVID-19, 1=ไม่เคยติดเชื้อ COVID-19)

ส่วนที่ 2 แบบคัดกรองความวิตกกังวลต่อไวรัส COVID-19 ของกรมสุขภาพจิต⁽²⁵⁾ จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบประเมินมาตราส่วน 3 ระดับ ได้แก่ ไม่มี (1 คะแนน) ปานกลาง (2 คะแนน) และมากหรือประจำ (3 คะแนน) คะแนนเต็ม 15 คะแนน สร้างเป็นตัวแปรมาตราอันดับ และแปลผลเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ความวิตกกังวลระดับต่ำ (5-6 คะแนน) ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (7-11

คะแนน) ความวิตกกังวลระดับสูง (12 คะแนนขึ้นไป)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อและโรคเรื้อรังที่สำคัญของประชาชนวัยทำงาน ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ⁽²⁶⁾ จำนวน 16 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วย ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ทักษะด้านการประเมินข้อมูลและบริการสุขภาพ และทักษะด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ เป็นแบบประเมินมาตราส่วน 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยทำ (1 คะแนน) ทำได้ยากมาก (2 คะแนน) ทำได้ยาก (3 คะแนน) ทำได้ง่าย (4 คะแนน) และทำได้ง่ายมาก (5 คะแนน) คะแนนเต็ม 80 คะแนน สร้างเป็นตัวแปรมาตราอันดับ และแปลผลเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีดี (น้อยกว่า 48 คะแนน) พอใช้ (48-55 คะแนน) ดี (56-63 คะแนน) ดีมาก (64-80 คะแนน)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ติดต่อประสานงานกับผู้ประสานงานสำนักงานเขตสุขภาพทั้ง 13 เขตสุขภาพ เพื่อขอความร่วมมือในการคัดเลือกจังหวัดในสังกัดเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ประสานงานและประชุมผู้ประสานงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 13 แห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษาแนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูล และแนวทางการประสานงานกับ อสม. เพื่อเก็บข้อมูลในชุมชน

3. อสม. เก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่รับผิดชอบ

4. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและสมบูรณ์ของข้อมูล เมื่อข้อมูลไม่ครบถ้วนสมบูรณ์จะดำเนินการติดต่อขอข้อมูลเพิ่มเติมผ่านผู้ประสานงานระดับจังหวัด

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน ประกอบด้วย การวิเคราะห์ ordered logistic regression การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis: CFA) และการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง (structural equation modeling: SEM) ซึ่งใช้ค่าสถิติในการวิเคราะห์ (1) ค่า

ความน่าจะเป็นทางสถิติ (p-value) ค่าสถิติทดสอบ Chi-square (χ^2) มีค่าน้อยกว่าค่า χ^2 เกณฑ์ 2 (2) ค่าดัชนีตรวจสอบความกลมกลืน (GFI และ TLI) มีค่ามากกว่า 0.95 และ (3) ค่าความคลาดเคลื่อนของการประมาณค่า (RMSEA และ SRMR) มีค่าน้อยกว่า 0.05

ผลการศึกษา

1. ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามมีจำนวน 1,100 คน เมื่อพิจารณาปัจจัยทางประชากร สังคมและเศรษฐกิจ พบว่าเป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.64 เพศชาย ร้อยละ 47.36 อายุเฉลี่ย 36.26 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=10.97 ปี) มีสถานภาพโสด (หม้าย หย่า แยกกันอยู่) ร้อยละ 39.73 และสถานภาพสมรส (มีคู่ อยู่ด้วยกัน) ร้อยละ 60.27 โดยมีการนับถือศาสนาจำแนกเป็นศาสนาพุทธ ร้อยละ 74.73 และศาสนาอื่นๆ (คริสต์ อิสลาม อื่นๆ) ร้อยละ 25.27 มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 15,000 บาท ร้อยละ 65.91 และมีรายได้ 15,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 34.09 มีการศึกษาระดับต่ำกว่ามัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่า ร้อยละ 48.55 ระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่า ร้อยละ 32.09 และมีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 19.36 เมื่อพิจารณาปัจจัยทางด้านสุขภาพพบว่า มีประวัติเป็นโรคเรื้อรัง ร้อยละ 28.82 ไม่เป็นโรคเรื้อรัง ร้อยละ 71.18 มีประวัติติดเชื้อ COVID-19 ร้อยละ 23.91 และไม่เคยติดเชื้อ ร้อยละ 76.09 และเมื่อพิจารณาถึงการได้รับแรงสนับสนุนจากสังคม เช่น สื่อประชาสัมพันธ์ การช่วยเหลือด้านต่างๆ เป็นต้น พบว่า ร้อยละ 79.64 ได้รับการสนับสนุน และร้อยละ 20.36 ไม่ได้รับการสนับสนุน

2. ระดับความวิตกกังวลในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19

ผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 1,100 คน พบว่าในภาพรวม ส่วนใหญ่วิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 53.27) รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 30.73) และระดับสูง (ร้อยละ 16) เมื่อพิจารณาความวิตกกังวล

รายด้าน จำแนกเป็น 4 ด้าน พบว่า (1) กังวลต่อการออกจากบ้าน อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 60.73) ปานกลาง (ร้อยละ 26.55) สูง (ร้อยละ 12.73) (2) กังวลต่อการป้องกันโรค อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 62.64) ปานกลาง (ร้อยละ 23.55) สูง (ร้อยละ 13.82) (3) นอนไม่หลับ อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 58.64) ปานกลาง (ร้อยละ 27.82) สูง (ร้อยละ 13.55) (4) กระทบต่อชีวิตประจำวัน อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 60.91) ปานกลาง (ร้อยละ 21.82) สูง (ร้อยละ 17.27) (5) กังวลต่อการติดเชื้อ อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 57.18) ปานกลาง (ร้อยละ 24.73) สูง (ร้อยละ 18.09) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาตามปัจจัยทางประชากรศาสตร์พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความวิตกกังวลในระดับสูง มีจำนวน 176 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 67.05) อายุ 35 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 88.07) ไม่มีประวัติเป็นโรคเรื้อรัง (ร้อยละ 62.50) และไม่เคยมีประวัติติดเชื้อ COVID-19 (ร้อยละ 91.48) (ตารางที่ 1)

3. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19

ผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 1,100 คน พบว่าในภาพรวม ส่วนใหญ่มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่

ในระดับดีมาก (ร้อยละ 62.00) รองลงมาอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 15.55) ระดับไม่ดี (ร้อยละ 12.00) และระดับพอใช้ (ร้อยละ 10.45) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน จำแนกเป็น 4 ด้าน พบว่า (1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ อยู่ในระดับไม่ดี (ร้อยละ 15.27) พอใช้ (ร้อยละ 13.55) ดี (ร้อยละ 15.55) ดีมาก (ร้อยละ 55.64) (2) การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ อยู่ในระดับไม่ดี (ร้อยละ 11.64) พอใช้ (ร้อยละ 13.18) ดี (ร้อยละ 9.82) ดีมาก (ร้อยละ 65.36) (3) การตัดสินใจข้อมูลและบริการสุขภาพ อยู่ในระดับไม่ดี (ร้อยละ 11.45) พอใช้ (ร้อยละ 21.64) ดี (ร้อยละ 18.55) ดีมาก (ร้อยละ 48.36) และ (4) การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ อยู่ในระดับไม่ดี (ร้อยละ 12.27) พอใช้ (ร้อยละ 24.00) ดี (ร้อยละ 17.18) ดีมาก (ร้อยละ 46.55) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาตามปัจจัยทางประชากรศาสตร์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่ดี จำนวน 132 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65.91) อายุ 35 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 91.67) ไม่มีประวัติเป็นโรคเรื้อรัง (ร้อยละ 63.64) ไม่มีประวัติเป็นโรค COVID-19 (ร้อยละ 90.91) ราย-

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรศาสตร์ จำแนกตามระดับความวิตกกังวลต่อโรค COVID-19 (n=1,100)

ลักษณะทางด้านประชากร	ต่ำ (n=586)		ปานกลาง (n=338)		สูง (n=176)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
หญิง	240	40.96	221	65.38	118	67.05
ชาย	346	59.04	117	34.62	58	32.95
อายุ (ปี)						
<35	301	51.37	134	39.64	21	11.93
≥35	285	48.63	204	60.36	155	88.07
ประวัติโรคเรื้อรัง						
ไม่เป็นโรคเรื้อรัง	443	75.60	230	68.05	110	62.50
เป็นโรคเรื้อรัง	143	24.40	108	31.95	66	37.50
ประวัติโรค COVID-19						
ไม่เคยติดเชื้อ COVID-19	425	72.53	251	74.26	161	91.48
เคยติดเชื้อ COVID-19	161	27.47	87	25.74	15	8.52

ละเอียดดังตารางที่ 2

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลในสถานการณ์ COVID-19 ของประชากรวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทย

การศึกษานี้ใช้ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพ และปัจจัยส่วนบุคคล เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลในสถานการณ์ COVID-19 มีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น โดยใช้การทดสอบ parallel lines พบว่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของแต่ละกลุ่มเท่ากัน ($\chi^2=15.31$, $p\text{-value}=0.13$) จึงไม่ละเมิดข้อตกลง สามารถวิเคราะห์ได้ด้วยสถิติ ordered logistic regression ซึ่งผลการวิเคราะห์ พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นทุก ๆ 1 คะแนน จะมีโอกาสทำให้สัดส่วนของความวิตกกังวลลดลงเป็น 0.85 หน่วย (95%CI:0.84-0.86, $p<0.001$) จากระดับสูง ลงสู่ระดับปานกลาง+ต่ำ หรือระดับสูง+ปานกลาง ลงสู่ระดับต่ำ ปัจจัยเพศ พบว่า เพศชาย มีโอกาสที่ความวิตกกังวลจะลดลง (จากระดับสูง ลงสู่ระดับปานกลาง+ต่ำ หรือระดับสูง+ปานกลาง ลงสู่ระดับต่ำ) เป็น

0.34 เท่า เมื่อเทียบกับเพศหญิง (95%CI:0.27-0.48, $p<0.001$) ปัจจัยอายุ พบว่า กลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป (กลุ่มเสี่ยงโรค NCDs) จะมีโอกาสวิตกกังวลมากขึ้นเป็น 2.61 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุน้อยกว่า 35 ปี (95%CI:1.92-3.57, $p<0.001$) ปัจจัยด้านประวัติการเป็นโรคเรื้อรัง พบว่า กลุ่มที่มีโรคเรื้อรัง จะมีโอกาสวิตกกังวลมากขึ้นเป็น 1.72 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีโรคเรื้อรัง (95%CI: 1.26-2.36, $p<0.01$) และปัจจัยด้านประวัติการติดเชื้อ COVID-19 พบว่า กลุ่มที่เคยติดเชื้อ COVID-19 มีโอกาสที่ความวิตกกังวลจะลดลง เป็น 0.57 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่เคยติดเชื้อ COVID-19 (95%CI:0.40-0.79, $p<0.01$) ดังตารางที่ 3

5. โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความวิตกกังวลในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผ่านปัจจัยทางประชากรศาสตร์

ผลการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation) ของปัจจัยความวิตกกังวล ปัจจัยความรู้ด้าน

ตารางที่ 2 ลักษณะทางประชากรศาสตร์ จำแนกตามระดับความรู้ด้านสุขภาพ (n=1,100)

ลักษณะทางประชากรศาสตร์	ไม่ดี (n=132)		พอใช้ (n=115)		ดี (n=171)		ดีมาก (n=682)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ								
หญิง	87	65.91	60	52.17	91	53.22	341	50.00
ชาย	45	34.09	55	47.83	80	46.78	341	50.00
อายุ (ปี)								
<35	11	8.33	65	56.52	93	54.39	287	42.08
≥35	121	91.67	50	43.48	78	45.61	395	57.92
ประวัติโรคเรื้อรัง								
ไม่เป็นโรคเรื้อรัง	84	63.64	91	79.13	135	78.95	473	69.35
เป็นโรคเรื้อรัง	48	36.36	24	20.87	36	21.05	209	30.65
ประวัติโรค COVID-19								
ไม่เคยติดเชื้อ COVID-19	120	90.91	72	62.61	125	73.10	520	76.25
เคยติดเชื้อ COVID-19	12	9.09	43	37.39	46	26.90	162	23.75

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลในสถานการณ์ COVID-19

ตัวแปร	Odds Ratio	95CI of Odds Ratio	p-value
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพศ (Ref: หญิง)	0.85	0.84 0.86	<0.001
ชาย	0.36	0.27 0.48	<0.001
อายุ (Ref: น้อยกว่า 35 ปี)			
35 ปีขึ้นไป	2.61	1.92 3.57	<0.001
ประวัติการเป็นโรคเรื้อรัง (Ref: ไม่เป็นโรคเรื้อรัง)			
เป็นโรคเรื้อรัง	1.72	1.26 2.36	0.001
ประวัติการติดเชื้อ COVID-19 (Ref: ไม่เคยติดเชื้อ COVID-19)			
เคยติดเชื้อ COVID-19	0.57	0.40 0.79	0.001

สุขภาพในสถานการณ์ COVID-19 และปัจจัยทางประชากรศาสตร์ เพื่อตรวจสอบข้อมูลก่อนการวิเคราะห์สมการโครงสร้าง (SEM) พบว่า ปัจจัยทุกคู่มีความสัมพันธ์ระหว่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<0.001) และเมื่อพิจารณาขนาดความสัมพันธ์ พบว่ามีความสัมพันธ์อยู่ระหว่าง 0.399-0.722 ซึ่งถือว่าไม่เกิดสถานะ Multicollinearity ทั้งนี้ได้ประเมินจากค่า Variance inflation factor (VIF) ซึ่งพบค่า VIF เฉลี่ยเท่ากับ 2.25 และรายตัวแปรพบค่าอยู่ระหว่าง 1.59-2.90 ดังนั้น จึงมีความเหมาะสมในการนำไปวิเคราะห์สมการโครงสร้าง (SEM)

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของโมเดลการวัดโดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน เป็นการทดสอบความสอดคล้องของแต่ละองค์ประกอบ เพื่อยืนยันตัวแปรสังเกตได้ (observed variables) กับตัวแปรแฝง (latent variable) ว่าสามารถวัดโมเดลที่ต้องการศึกษาได้ ซึ่งประกอบด้วย 2 โมเดลการวัด ได้แก่ โมเดลที่ 1 ประกอบด้วย latent variable คือ ความวิตกกังวล และ observed variables ซึ่งมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ คือ (1) ความกังวลต่อการออกจากบ้าน (factor loading=0.80, SE=0.01, 95%CI:0.78-0.83, p <0.01) (2) ความกังวลต่อการป้องกันโรค (factor loading=0.85, SE=0.01, 95%CI:0.83-0.87, p <0.01) (3) นอนไม่

หลับ (factor loading=0.86, SE=0.01, 95%CI:0.83-0.88, p <0.01) (4) กระทบต่อชีวิตประจำวัน (factor loading=0.62, SE=0.01, 95%CI:0.59-0.66, p <0.01) และ (5) กังวลต่อการติดเชื้อ (factor loading=0.75, SE=0.01, 95%CI:0.72-0.78, p <0.01) ซึ่งมีความสอดคล้อง (model fit) กับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2=51.415$, RMSEA=0.092, CFI=0.984, SRMR=0.022, p -value=0.08) และโมเดลที่ 2 ประกอบด้วย latent variable คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ observed variables ซึ่งมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ คือ (1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (factor loading=0.75, SE=0.02, 95%CI:0.72-0.78, p <0.01) (2) การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ (factor loading=0.87, SE=0.01, 95%CI:0.85-0.90, p <0.01) (3) การตัดสินใจข้อมูลและบริการสุขภาพ (factor loading=0.70, SE=0.02, 95%CI:0.67-0.74, p <0.01) และ (4) การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ (factor loading=0.68, SE=0.02, 95%CI:0.65-0.72, p <0.01) ซึ่งมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (Chi-square=6.050, RMSEA=0.043, CFI=0.998, SRMR=0.009, p -value=0.06)

ผลการวิเคราะห์โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความวิตกกังวลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในสถานการณ์

การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ผ่านปัจจัยทางประชากรศาสตร์ ปรากฏว่าโมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีค่า Chi-square=6.265, TLI=0.987, CFI=0.997, SRMR=0.015, RMSEA=0.031, p=0.0994,

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลรวมทางตรงเชิงลบต่อความวิตกกังวล (factor loading=0.52, SE=0.01, 95%CI: (-0.55) - (-0.49), p<0.001) ทั้งยังมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกผ่านปัจจัยเพศ (factor loading=0.01, SE=0.01, 95%CI:0.01-0.01, p<0.001) และมีอิทธิพลทางตรงเชิงลบผ่านปัจจัยอายุ (factor loading=0.21, SE=0.03, 95%CI:[(-0.27)-(-0.15)], p<0.001) ไปยังความ

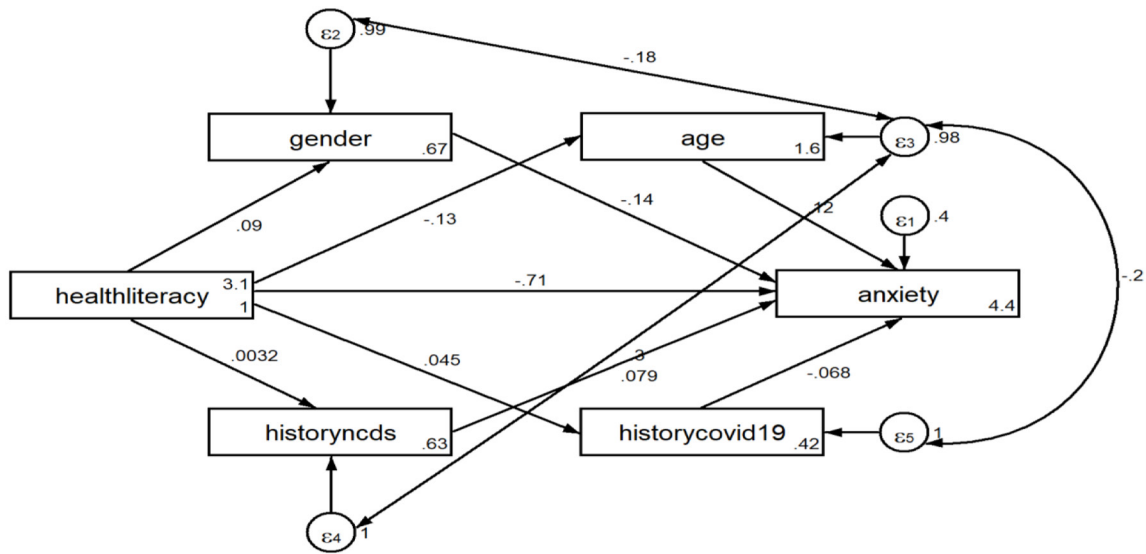
วิตกกังวล เมื่อพิจารณาปัจจัยทางด้านประชากรศาสตร์พบว่า ปัจจัยเพศมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อความวิตกกังวล (factor loading=0.17, SE=0.03, 95%CI:0.11-0.24, p<0.001) ปัจจัยอายุมีอิทธิพลทางตรงเชิงลบต่อความวิตกกังวล (factor loading=0.21, SE=0.03, 95%CI:(-0.27)-(-0.15), p<0.001) ประวัติการเป็นโรคเรื้อรัง มีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อความวิตกกังวล (factor loading=0.13, SE=0.03, 95%CI:0.07-0.19, p<0.001) และประวัติการติดเชื้อ COVID-19 มีอิทธิพลทางตรงเชิงลบต่อความวิตกกังวล (factor loading=0.12, SE=0.03, 95%CI:(-0.18)-(-0.05), p<0.001) ทั้งนี้สามารถอธิบายความแปรปรวนของความวิตกกังวลได้เท่ากับ 56.34% (ตารางที่ 4 และภาพที่ 1)

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์เส้นทางอิทธิพลระหว่างความวิตกกังวลในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผ่านปัจจัยทางประชากรศาสตร์

Model pathways	Factor loading	Standard error	95%CI	p-value
Direct effects				
วิตกกังวล <- เพศ	0.17	0.03	0.11 0.24	<0.001
วิตกกังวล <- อายุ	- 0.21	0.03	(-0.27) (-0.15)	<0.001
วิตกกังวล <- ประวัติ NCDs	0.13	0.03	0.07 0.19	<0.001
วิตกกังวล <- ประวัติ COVID-19	- 0.12	0.03	(-0.18) (-0.05)	<0.001
วิตกกังวล <- ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	- 0.50	0.01	(-0.52) (-0.50)	<0.001
เพศ <- ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	0.04	0.01	0.01 0.07	0.003
อายุ <- ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	- 0.06	0.01	(-0.08) (-0.03)	<0.001
Indirect effects				
วิตกกังวล <- ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	-0.02	0.005	(-0.03) (-0.01)	0.963
Total effects				
วิตกกังวล <- เพศ	0.17	0.03	0.11 0.24	<0.001
วิตกกังวล <- อายุ	- 0.21	0.03	(-0.27) (-0.15)	<0.001
วิตกกังวล <- ประวัติ NCDs	0.13	0.03	0.07 0.19	<0.001
วิตกกังวล <- ประวัติ COVID-19	- 0.12	0.03	(-0.18) (-0.05)	<0.001
วิตกกังวล <- ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	- 0.52	0.01	(-0.55) (-0.49)	<0.001
เพศ <- ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	0.04	0.01	0.01 0.01	0.003
อายุ <- ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	- 0.06	0.01	(-0.09) (-0.03)	<0.001

R²= 56.34%

ภาพที่ 1 ผลการวิเคราะห์โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความวิตกกังวลและความรอบรู้ด้านสุขภาพในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ผ่านปัจจัยทางประชากรศาสตร์



วิจารณ์

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลในสถานการณ์ COVID-19 ของประชากรวัยผู้ใหญ่ทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยมีเพศและอายุ เป็นตัวแปรส่งผ่าน และปัจจัยประวัติการเป็นโรคเรื้อรัง (NCDs) และประวัติการติดเชื้อ COVID-19 มีอิทธิพลทางตรงต่อความวิตกกังวล

ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลทางตรงเชิงลบต่อความวิตกกังวลในสถานการณ์ COVID-19 ของประชากรวัยผู้ใหญ่ สอดคล้องกับการศึกษาในประชากรกลุ่มเดียวกันของประเทศอิหร่าน⁽¹⁸⁾ กล่าวได้ว่า หากความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจะมีโอกาสทำให้ระดับความวิตกกังวลลดลง และการศึกษานี้พบว่า ปัจจัยเพศระหว่างหญิงและชาย มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และปัจจัยอายุระหว่างน้อยกว่า 35 ปี และ 35 ปีขึ้นไป มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) สอดคล้องกับการสำรวจในระดับประชากรของประเทศเบลเยียม⁽²⁷⁾ สามารถอธิบายได้ว่า บุคคลที่สามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จะมีข้อมูลที่เพียงพอต่อการพิจารณาประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของตนเอง

เช่น การปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรค การประเมินอาการเบื้องต้น หรือการพิจารณาเข้ารับบริการสุขภาพในสถานที่ต่างๆ เมื่อบุคคลเข้าใจข้อมูลที่กำลังพิจารณาจะทำให้บุคคลสามารถสร้างมโนทัศน์ (concept) เพื่อจัดการกับสิ่งนั้นๆ ได้ ซึ่งจะนำไปสู่การตัดสินใจเลือกกระทำในสิ่งที่ตนกำหนดเป้าหมายไว้ เช่น การตัดสินใจว่าจะไปรับบริการสุขภาพเมื่อใด อย่างไร และเมื่อบุคคลเกิดการเรียนรู้และประสบการณ์ในเรื่องนั้นๆ จะสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับประเด็นอื่นๆ ทางด้านสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมพบแนวทางการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในสถานการณ์ระบาดของโรค COVID-19 คือ การสื่อสารเพื่อสร้างความรอบรู้ที่เกี่ยวกับ COVID-19 ต้องออกแบบให้เหมาะสมกับความต้องการของประชาชน สอดคล้องกับแนวปฏิบัติของประเทศเยอรมนี สหราชอาณาจักร สิงคโปร์ มาเลเซีย และอิสราเอล⁽²⁸⁾ ซึ่งต้องคำนึงถึงการนำเสนอข้อมูลที่เข้าใจง่าย ประเภทหรือลักษณะของการสื่อสารที่เหมาะสมกับผู้รับสาร เช่น การใช้แอนิเมชัน หรือซีวีลักษณะ (animation) สำหรับบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ การสื่อสารด้วยการชี้แจงหลักฐานทางวิชาการที่ถูกต้อง สถานการณ์ คำแนะนำทางการแพทย์ แนวทางการแก้ปัญหา การสื่อสารตอบโต้

ที่รวดเร็วทั้งในประเด็นข้อมูลข่าวสารที่เป็นเท็จ ความเข้าใจผิด และข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงจากเดิม โดยสรุปควรอยู่ภายใต้หลักการครอบคลุม โปร่งใส สม่ำเสมอ และเข้าใจง่าย สอดคล้องกับข้อเสนอแนะจากการประเมินข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกัน COVID-19 บนอินเทอร์เน็ตในกลุ่มประเทศยุโรปและอเมริกา⁽²⁹⁾ และข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก⁽³⁰⁾

ความรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลทางบวกต่อความวิตกกังวล ผ่านปัจจัยเพศ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าสอดคล้องกับการศึกษาด้วยรูปแบบวิจัยเดียวกันในประเทศจีน⁽³¹⁾ โดยการศึกษาพบว่าเพศชายมีความวิตกกังวลน้อยกว่าเพศหญิงร้อยละ 64 ซึ่งมีความวิตกกังวลระหว่างเพศแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาสัดส่วนความวิตกกังวลระดับสูงพบในเพศชายร้อยละ 32.95 และเพศหญิง ร้อยละ 67.05 สอดคล้องกับผลการศึกษาในประชากรกลุ่มเดียวกันของประเทศโปแลนด์⁽³²⁾ ทั้งนี้กล่าวได้ว่า เมื่อความรู้ด้านสุขภาพในเพศหญิงเพิ่มขึ้น จะทำให้ระดับความวิตกกังวลภาพรวมของประชากรลดลง อธิบายได้ว่า ในมิติทางสังคมเพศหญิงมีลักษณะที่ตอบสนองต่ออารมณ์ของสังคมจากการรับรู้ข้อมูลข่าวสารผ่านช่องทางต่าง ๆ ได้มากกว่าเพศชาย เช่น สื่อโซเชียลมีเดีย หรือแอปพลิเคชันรับส่งข้อความหรือสนทนา มากกว่าเพศชาย⁽¹⁸⁾ และมีมุมมองเชิงปัญหาต่อสุขภาพของตนเอง ซึ่งอาจทำให้เกิดความวิตกกังวลได้มากขึ้น⁽³³⁾ และมิติทางสุขภาพที่เกี่ยวกับการทำงานของต่อมไร้ท่อที่แตกต่างกันระหว่างเพศต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิต เช่น การลดลงของฮอร์โมน estrogen ซึ่งมีโอกาสต่อการเปลี่ยนแปลงระดับความวิตกกังวลในเพศหญิง⁽³⁴⁾

ความรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลผ่านปัจจัยอายุ กล่าวคือ กลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพต่ำ จะมีอายุ 35 ปีขึ้นไป ซึ่งมีความวิตกกังวลสูง สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า⁽¹⁸⁾ โดยการศึกษาพบว่า กลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป จะมีโอกาสวิตกกังวลมากขึ้นเป็น 2.61 เท่าของกลุ่มอายุน้อยกว่า 35 ปี และพบความวิตก

กัวงระหว่างกลุ่มอายุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาสัดส่วนความวิตกกังวลระดับสูงพบในกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป ร้อยละ 88.07 และกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี ร้อยละ 11.93 ดังนั้น เมื่อความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป สูงขึ้น จะทำให้ประชากรภาพรวมมีความวิตกกังวลลดลง อธิบายได้ว่า มิติทางด้านสุขภาพ บ่งชี้เกณฑ์อายุ 35 ปีขึ้นไป เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเรื้อรัง (non-communicable diseases: NCDs) โดยการที่กลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป (กลุ่มเสี่ยง NCDs) วิตกกังวลมากกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี เนื่องจากกลุ่มดังกล่าวเป็นกลุ่มที่เริ่มมีระดับความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงเป็นสูงขึ้น⁽¹⁹⁾ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงและทำให้บุคคลมีความกังวลต่อการเกิดโรค NCDs ตามมา รวมถึงประเด็นข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการเสียชีวิตจากโรค COVID-19 ที่พบว่าผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคนหรือมีอายุ 35 ปีขึ้นไป ประกอบกับมิติทางสังคมที่มีการจำแนกกลุ่มอายุเป็น Generation Z (อายุ ≤ 23 ปี) Millennial (อายุ ≤ 38 ปี) Generation X (อายุ 39-54 ปี) และ Baby boomer (อายุ ≤ 55 ปี) และ Silent generation (อายุ ≤ 75 ปี)⁽³⁵⁾ เมื่อพิจารณาการศึกษาครั้งนี้สามารถจำแนกเป็นกลุ่มอายุ Millennial (อายุน้อยกว่า 35 ปี) และ Generation X (อายุ 35 ปีขึ้นไป) ซึ่งกลุ่ม Generation X เป็นช่วงอายุที่ให้ความสำคัญกับการสร้างอนาคต ความมั่นคงในชีวิต และภาระทางครอบครัว เป็นวัยทำงานที่เป็นกำลังสำคัญของสังคม ซึ่งอาจได้รับผลกระทบจากการว่างงาน และมาตรการทางเศรษฐกิจ⁽³⁶⁾

ปัจจัยประวัติการเป็นโรค NCDs มีอิทธิพลทางตรงทิศทางบวกต่อความวิตกกังวล กล่าวคือ บุคคลที่เป็นโรค NCDs มีแนวโน้มที่ความวิตกกังวลสูง สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า⁽¹⁸⁾ โดยการศึกษาพบว่า กลุ่มที่เป็นโรค NCDs จะมีโอกาสวิตกกังวลมากขึ้นเป็น 1.72 เท่าของกลุ่มที่ไม่เป็นโรค NCDs สอดคล้องกับรายงาน Meta-analysis ที่พบว่า โรคเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดความวิตกกังวล⁽³⁷⁾ และการศึกษาครั้งนี้พบความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มที่เป็นและไม่เป็นโรค NCDs แตก-

ต่างกันอย่างน้อยมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวล (คะแนนเต็ม 12 คะแนน) พบว่า กลุ่มโรคเรื้อรังมีค่าเฉลี่ย 8.22 และกลุ่มไม่เป็นโรค NCDs มีค่าเฉลี่ย 7.60 ดังนั้น เมื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มโรค NCDs สูงขึ้น จะทำให้ประชากรภาพรวมมีความวิตกกังวลฯ ลดลง อธิบายได้ว่า กลุ่มดังกล่าวเป็นกลุ่มเปราะบาง ที่หน่วยงานทางด้านสุขภาพได้สื่อสารสาธารณะในเชิงเฝ้าระวัง และบ่งชี้ว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการที่รุนแรงและหรือโอกาสเสียชีวิตสูงเมื่อติดเชื้อ⁽³⁸⁾ ประเด็นนี้ทำให้กลุ่มดังกล่าวมีความวิตกกังวลต่อการติดเชื้อ ประกอบกับมีความวิตกกังวลโดยทั่วไปจากโรค NCDs อยู่เดิมแล้ว เช่น กังวลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือขั้นตอนการรักษา เป็นต้น จึงยังไม่พร้อมในการปรับตัวรองรับโรคอุบัติใหม่ได้⁽³⁹⁾ สอดคล้องกับแนวคิด Clark⁽⁴⁰⁾ ที่อธิบายว่า ความวิตกกังวลจะเด่นชัดขึ้นในผู้ที่มีความวิตกกังวลอยู่เดิมแล้ว และจากการศึกษาผลกระทบของโรค COVID-19 ต่อผู้ป่วยโรค NCDs ในผู้เชี่ยวชาญ 202 คน จาก 47 ประเทศ พบว่า ผู้ป่วยโรค NCDs มีความวิตกกังวลสูงขึ้นจากสถานการณ์โรค COVID-19⁽⁴¹⁾ อันเนื่องมาจากประเด็นเชิงระบบสุขภาพ ที่มีข้อจำกัดทางด้านทรัพยากรในการจัดบริการ เช่น บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ สถานที่การจัดบริการสุขภาพ เป็นต้น

ปัจจัยประวัติการติดเชื้อ COVID-19 มีอิทธิพลทางตรงเชิงลบต่อความวิตกกังวลฯ กล่าวคือ กลุ่มที่เคยติดเชื้อ COVID-19 มีโอกาสที่ความวิตกกังวลจะลดจ็อยละ 43 เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่เคยติดเชื้อ COVID-19 สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้⁽¹⁸⁾ โดยการศึกษาพบว่า สัดส่วนกลุ่มที่ไม่เคยติดเชื้อ COVID-19 มีระดับความวิตกกังวลสูง ร้อยละ 91.48 และ 8.52 ในกลุ่มที่เคยติดเชื้อ COVID-19 ดังนั้น เมื่อกลุ่มที่ไม่เคยติดเชื้อ COVID-19 มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงขึ้น จะทำให้ความวิตกกังวลฯ ภาพรวมของประชากรลดลง อธิบายได้ว่า โรค COVID-19 เป็นสิ่งเร้าที่กระตุ้นให้บุคคลเกิดความกลัวและความรู้สึกกังวลตามลำดับ ซึ่งเกิดจาก (1) การประเมินภาวะคุกคามที่สูงเกินไป (2) ความ-

รับผิดชอบต่อตนเองและสังคมที่สูงเกินไป และ (3) ความไม่แน่นอนของสถานการณ์⁽⁴²⁾ จากการทบทวนวรรณกรรมพบแนวทางบรรเทาปัญหาด้วยการประเมินภัยคุกคามให้สอดคล้องกับความเป็นจริง เช่น การให้ข้อมูลข้อเท็จจริงที่ชัดเจนและถูกต้องเกี่ยวกับผลกระทบที่จะเกิดขึ้น และปัจจัยเชิงป้องกันอันตราย⁽⁴³⁾ ประเด็นความรับผิดชอบตนเองและสังคมที่สูงเกินไป อันเนื่องมาจากปัญหาการรับรู้ที่ไม่เพียงพอ ซึ่งจะแสวงหาความมั่นใจเชิงพฤติกรรมจากบุคคลที่ใกล้ชิด และแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ⁽⁴⁴⁾ แนวทางในการสร้างการรับรู้เพื่อนำไปสู่การลดความวิตกกังวล เช่น การตอบข้อสงสัยซักถาม หรือการพัฒนากระบวนการให้ข้อมูล⁽⁴⁵⁾ และประเด็นความไม่แน่นอนของสถานการณ์ เนื่องมาจากข้อจำกัดในด้านต่างๆ ของโรค COVID-19 เช่น ด้านองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับโรค กลไกการเกิดโรค ระบาดวิทยา อาการทางคลินิก ด้านสังคมที่เกี่ยวข้องกับมาตรการทางสังคม และผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ⁽⁴⁶⁾ ซึ่งการบรรเทาปัญหาควรพัฒนาและส่งเสริมแนวทางการเผชิญเหตุเพื่อเตรียมความพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉินอื่นๆ ในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหาความวิตกกังวลของประชากรไทยในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรค COVID-19 อาทิ ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศบค.) กระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต และอื่นๆ ควรพัฒนากลไกการสื่อสารสุขภาพที่มีเอกภาพ เพื่อป้องกันความสับสนต่อแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือในประชาชน และควรพิจารณาช่องทางสื่อสาร และเนื้อหาที่เหมาะสมกับประชาชน รวมถึงพัฒนาระบบการตอบโต้ข่าวปลอม ทั้งนี้ ควรคำนึงถึงความถูกต้องครบคลุม โปร่งใส สม่่าเสมอ และประชาชนเข้าใจง่ายอย่างรวดเร็ว

2. ควรพัฒนาช่องทางสื่อสารเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชนกลุ่มเฉพาะ ได้แก่ กลุ่มที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป กลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรค

NCDs และกลุ่มที่เป็นโรค NCDs โดยเฉพาะประชาชน เพศหญิง ซึ่งควรได้รับการดูแลและรับปรึกษาปัญหาทาง สุขภาพจิต

3. ควรพัฒนาสื่อที่สามารถเข้าถึงกลุ่มประชาชนที่ยัง ไม่ติดเชื่อ COVID-19 โดยตรง ให้มีความหลากหลาย โดยเน้นความสำคัญในประเด็นข้อมูลเท็จจริงทางการ- แพทย์ สถานการณ์ รวมถึงแนวทางการป้องกัน เพื่อให้ เกิดความรู้ที่ถูกต้องและรู้เท่าทันสถานการณ์ เช่น การ พัฒนาสื่อโซเชียลมีเดีย สื่อบุคคล อาสาสมัครให้ความรู้ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้พบว่า มีปัญหาในการใช้บริการ สุขภาพมากกว่าร้อยละ 28 ซึ่งอาจเกิดจากการเข้าถึงการ สื่อสารสุขภาพที่น้อย ดังนั้นควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับบริบทในการบริโภค สื่อสุขภาพ รวมถึงกลไกในการเข้าถึงข้อมูลทางด้าน สุขภาพ สำหรับนำไปพัฒนาสื่อสุขภาพที่เหมาะสมและ ครอบคลุมระดับประชากรต่อไป

2. ควรมีการวิจัยและพัฒนา โปรแกรมหรือกิจกรรม แทรกแซงทางด้านสุขภาพ ที่เกี่ยวข้องกับการให้สุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพในประชาชนกลุ่มเฉพาะ คือ กลุ่ม ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป กลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเป็น โรคเรื้อรัง และกลุ่มที่เป็นโรคเรื้อรัง เพื่อผลลัพธ์ในการ ลดความวิตกกังวล และเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. Wang H, Cheong PL, Wu J, Van IK. Health literacy regarding infectious disease predicts COVID-19 preven- tive behaviors: a pathway analysis. *Asia Pac J Public Health* 2021;33(5):523-9.
2. World Health Organization. WHO announces COVID-19 outbreak a pandemic [Internet]. 2020 [cited 2022 May 5]. Available from: [covid-19-outbreak-a-pandemic](https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavi- rus-covid-19/news/news/2020/3/who-announces-</div><div data-bbox=)

3. World Health Organization. WHO coronavirus (COVID-19) dashboard [Internet]. 2022 [cited 2022 May 4]. Available from: <https://covid19.who.int/table>
4. Gao J, Zheng P, Jia Y, Chen H, Mao Y, Chen S, et al. Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. *PLoS One* [Internet]. 2020 [cited 2022 May 4];15(4):e0231924. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231924>
5. Fegert JM, Vitiello B, Plener PL, Clemens V. Challenges and burden of the coronavirus 2019 (COVID-19) pan- demic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* [Internet]. 2020 [cited 2022 May 5];14:20. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13034-020-00329-3>
6. Urairak B. Effect of the COVID-19 pandemic related mental health on state anxiety in Thailand. *Asian Ad- ministration and Management Review* 2022;5(1):1-6.
7. Wang S, Liu Y, Du Y, Wang X. Effect of the COVID-19 pandemic on consumers' impulse buying: the moderating role of moderate thinking. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18(21):11116.
8. Post Today. Consumers are still afraid to spend money because fear of new covid-19 pandemic [Internet]. 2021 [cited 2022 May 5]. Available from: ww.posttoday.com/finance-stock/news/669925?
9. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and com- munication strategies into the 21st century. *Health Pro- motion International* 2000;15(3):259-67.
10. Chen SC, Huy LD, Lin CY, Lai CF, Nguyen NTH, Hoang NY, et al. Association of digital health literacy with future anxiety as mediated by information satisfac-

- tion and fear of COVID-19: a pathway analysis among Taiwanese students. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19(23):15617.
11. Saleem SM, Jan SS. Navigating the infodemic: strategies and policies for promoting health literacy and effective communication. *Front Public Health* 2024 ;11:1324330.
12. Sun X, Shi Y, Zeng Q, Wang Y, Du W, Wei N, et al. Determinants of health literacy and health behavior regarding infectious respiratory diseases: a pathway model. *BMC Public Health* 2013;13:261.
13. Seng JJB, Yeam CT, Huang CW, Tan NC, Low LL. Pandemic related health literacy a systematic review of literature in COVID-19, SARS and MERS pandemics [Internet]. 2020 [cited 2022 May 7]. Available from: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.07.20094227v1>
14. Peyvand M, Kargar S, Hajizade F. The role of health literacy promotion in epidemic control corona 19. *Journal of Health Literacy* 2020;5(1):9-11.
15. ชะนนทอง ธนสุกาญจน์, วัชรา รวีไพบูลย์, นริมาลัย นิละไพจิตร, ณัฐนารี เอมนงศ์. โครงการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับความเข้าใจเรื่องโรคการปฏิบัติตัวและการได้รับวัคซีนโควิด-19 ของประชาชน กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้สูงอายุและผู้พิการทางการเห็น [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [สืบค้นเมื่อ 5 พ.ค. 2022]. แหล่งข้อมูล: <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/5436/hs2723.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
16. Nguyen HC, Nguyen MH, Do BN, Tran CQ, Nguyen TT, Pham KM, et al. People with suspected COVID-19 symptoms were more likely depressed and had lower health-related quality of life: the potential benefit of health literacy. *J Clin Med* 2020;9(4):965.
17. Riiser K, Helseth S, Haraldstad K, Torbjørnsen A, Richardsen KR. Adolescents' health literacy, health protective measures, and health-related quality of life during the Covid-19 pandemic. *PLoS One* 2020;15(8):e0238161.
18. Mohammadkhah F, Shamsalinia A, Shirinkam F, Daneshnia M, Mahmoudian A, Rafiei N, et al. Exploring COVID-19 anxiety in Iranian adult based on health literacy by moderating demographic variables: a structural equation model. *Heliyon* 2021;7(6):e07336.
19. Zhou J, Lee S, Wong WT, Leung KSK, Nam RHK, Leung PSH, et al. Gender- and age-specific associations of visit-to-visit blood pressure variability with anxiety. *Front Cardiovasc Med* 2021;8:650852.
20. Stickley A, Matsubayashi T, Sueki H, Ueda M. COVID-19 preventive behaviors among people with anxiety and depression: findings from Japan [Internet]. 2020 [cited 2022 May 25];189:91-3. Available from: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.19.20135293v1>
21. สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง. สถิติประชากรทางการทะเบียนราษฎร [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 1 มกราคม 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMONTH/statmonth/#/mainpage>
22. Soper DS. A-priori sample size calculator for structural equation models [Internet]. 2018 [cited 2022 May 25]. Available from: <http://www.danielsoper.com/statcalc>
23. Cohen, J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates; 1988.
24. Sang Y, Dang X, Sang H. Symmetric Gini covariance and correlation. *Canadian Journal of Statistics La Revue Canadienne de Statistique* [Internet]. 2016 [cited 2022 May 25];44(3):323-42. Available from: <https://doi.org/10.1002/cjs.11287>
25. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลสังคมจิตใจบุคลากรสุขภาพในภาวะวิกฤตโควิด-19. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต 2563.

26. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนวัยทำงานในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 5 พ.ค. 2022]. แหล่งข้อมูล: <http://www.hed.go.th/linkHed/403>
27. Hermans L, Van den Broucke S, Gisle L, Demarest S, Charafeddine R. Mental health, compliance with measures and health prospects during the COVID-19 epidemic: the role of health literacy. *BMC Public Health* 2021; 21:1365.
28. The Conversation 2020. COVID-19: a guide to good practice on keeping people well informed [Internet]. [cited 2022 May 25]. Available from: <http://theconversation.com/covid-19-a-guide-to-good-practice-on-keeping-people-well-informed-134046>
29. \Hernández-García I, Giménez-Júlvez T. Assessment of health information about COVID-19 prevention on the Internet: infodemiological study. *JMIR Public Health Surveill* 2020;6(2):e18717.
30. World Health Organization. Infodemic management: a key component of the COVID-19 global response. *Weekly Epidemiological Record* 2020;145-8.
31. Xiao X, Xiao J, Yao J, Chen Y, Saligan L, Reynolds NR, et al. The role of resilience and gender in relation to infectious-disease-specific health literacy and anxiety during the COVID-19 pandemic. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2020;16:3011-21.
32. Duplaga M, Grysztar M. The association between future anxiety, health literacy and the perception of the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *Health-care (Basel)* 2021;9(1):43.
33. Fu W, Wang C, Zou L, Guo Y, Lu Z, Yan S, et al. Psychological health, sleep quality, and coping styles to stress facing the COVID-19 in Wuhan, China. *Translational Psychiatry* [Internet]. 2020 [cited 2024 Aug 25];10:225. Available from: <https://doi.org/10.1038/2Fs41398-020-00913-3>
34. de Coverley Veale DM. Exercise and mental health. *Acta Psychiatr Scand* 1987;76(2):113-20.
35. Turchioe MR, Grossman LV, Myers AC, Pathak J, Creber RM. Correlates of mental health symptoms among US adults during COVID-19, March-April 2020. *Public Health Rep* 2020;136(1):97-106.
36. Moghanibashi-Mansourieh A. Assessing the anxiety level of Iranian general population during COVID-19 outbreak. *Asian J Psychiatr* 2020;51:102076.
37. Nouwen A, Winkley K, Twisk J, Lloyd CE, Peyrot M, Ismail K, et al. Type 2 diabetes mellitus as a risk factor for the onset of depression: a systematic review and meta-analysis. *Diabetologia* 2010;53(12):2480-6.
38. Sisman P, Polat I, Aydemir E, Karsi R, Gul OO, Cander S, et al. How the COVID-19 outbreak affected patients with diabetes mellitus? *Int J Diabetes Dev Ctries* 2022; 42(1):53-61.
39. Nekliudov NA, Blyuss O, Cheung KY, Petrou L, Genuneit J, Sushentsev N, et al. Excessive media consumption about COVID-19 is associated with increased state anxiety: outcomes of a large online survey in Russia. *J Med Internet Res* 2020;22(9):e20955.
40. Clark DA, Beck AT. *Cognitive therapy of anxiety disorders: science and practice*. 1st ed. New York: Guilford Press; 2011.
41. Chudasama YV, Gillies CL, Zaccardi F, Coles B, Davies MJ, Seidu S, et al. Impact of COVID-19 on routine care for chronic diseases: a global survey of views from healthcare professionals. *Diabetes Metab Syndr* 2020; 14(5):965-7.
42. Shafran R, Rachman S, Whittal M, Radomsky A, Coughtrey A. Fear and anxiety in COVID-19: preexisting anxiety disorders. *Cogn Behav Pract* 2021;28(4):459-67.

43. Whittal M, Mclean P. CBT for OCD: The rationale, protocol, and challenges [Internet].1999 [cited 2022 May 7]. Available from: [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(99\)80057-1](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(99)80057-1)
44. Leonhart MW, Radomsky AS. Responsibility causes reassurance seeking, too: an experimental investigation. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders* 2019;20:66-74.
45. Neal RL, Radomsky AS. An experimental investigation of contamination-related reassurance seeking: familiar versus unfamiliar others. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2015;49(Pt B):188-94.
46. Rettie H, Daniels J. Coping and tolerance of uncertainty: predictors and mediators of mental health during the COVID-19 pandemic. *American Psychologist* 2021; 76(3):427-37.

A Causal Relationship Model for Anxiety and Health Literacy by Moderating Demographic Factors of Adult Population during Public Health Emergencies in Thailand

Chaowarin Khamha, B.P.H., M.P.H. (Biostatistics)*; Suriyakit Phumpongam, B.P.H., M.P.A., M.B.A.**; Saichol Susukh, B.P.H., A.B.**

* Department of Health Service Support; ** Strategy and Planning Division, Office of the Permanent Secretary for Public Health, Ministry of Public Health, Thailand

Journal of Health Science of Thailand 2024;33(Suppl 2):S197-S211.

Corresponding author: Chaowarin Khamha, Email: Chaowarinaum@gmail.com

Abstract: Understanding the factors that determine anxiety during the COVID-19 pandemic is an important issue, as anxiety has resulted in populations expressing themselves in various measures related to the prevention and control of COVID-19. This cross-sectional analytical study aimed to study the level of anxiety and health literacy in the COVID-19 pandemic situation of the adult population in Thailand; assess the relationship of health literacy and demographic factors to anxiety; and study the causal relationship between anxiety and health literacy. The study period was between January and April 2022, Altogether, 1,100 Thai males and females aged 15-59 years old were recruited through a multi-step sampling to obtain representatives of 13 Health Regions. Data were collected using the Department of Mental Health's Anxiety Assessment and the Department of Health Services' Health Literacy Assessment forms. Statistics used to analyze data included descriptive statistics, and inferential statistics (logistic regression analysis, confirmatory factor analysis, and structural equation modeling analysis). The study found that overall anxiety COVID-19 was mostly low (53.27%), and overall health literacy was mostly very good (62.00%). Factors associated with anxiety include health literacy (OR=0.85, 95%CI: 0.84-0.86), gender (OR=0.34, 95%CI: 0.27-0.48), age (OR=2.61, 95%CI: 1.92-3.57), history of chronic disease (OR=1.72, 95%CI: 1.26-2.36), and history of infection (OR=0.57, 95%CI: 0.40-0.79). The association model between anxiety factors and health literacy factors through demographic factors was consistent with empirical data ($p=0.0994$, Chi-square = 6.265, TLI = 0.987, CFI = 0.997, SRMR = 0.015, RMSEA = 0.031). Anxiety variability can be explained by 56.34%, thus a unified health communication mechanism and health communication channels that cover specific populations should be developed.

Keywords: anxiety, health literacy, COVID-19, demographic