

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 และโรคอุบัติใหม่ของผู้สูงอายุในตำบลป่าเช่า อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

พงษ์ศักดิ์ อ้นมอย ส.ด.

กิตติวรรณ จันทร์ฤทธิ์ Ph.D. (Applied Gerontology)

จงรัก ดวงทอง ส.ม.

ศศิธร สุขจิตต์ ส.ม.

หลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

ติดต่อผู้เขียน: พงษ์ศักดิ์ อ้นมอย Email: o.pongsak@hotmail.com

วันรับ:	1 พ.ค. 2566
วันแก้ไข:	30 ม.ค. 2567
วันตอบรับ:	9 ก.พ. 2567

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 และโรคอุบัติใหม่ของผู้สูงอายุในตำบลป่าเช่า อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี จำนวน 300 คน จาก 10 หมู่บ้าน ทำการสุ่มอย่างเป็นระบบโดยการเก็บเป็นสัดส่วนตามจำนวนผู้สูงอายุและหมู่บ้าน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการทดสอบหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และโรคอุบัติใหม่อยู่ในระดับพอใช้ (mean=118.09, SD=34.22) พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 และโรคอุบัติใหม่อยู่ในระดับพอใช้ (mean=48.37, SD=13.83) และภาพรวมความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับค่อนข้างสูงกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 และโรคอุบัติใหม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.63) ความรู้ด้านสุขภาพรายด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับค่อนข้างสูงกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 และโรคอุบัติใหม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) ผลการศึกษานี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการออกแบบกิจกรรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 และโรคอุบัติใหม่สำหรับผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ; โรคโควิด-19; โรคอุบัติใหม่; ผู้สูงอายุ

บทนำ

ปัจจุบันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 (coronavirus disease: COVID-19) มีการระบาดใน

วงกว้างเช่นเดียวกับโรคอุบัติใหม่ที่พบผู้ติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น เช่น โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง โรคอีโบล่า และโรคไซ้ชิกกา⁽¹⁾ แม้ว่าทุกประเทศพยายามอย่างเต็มที่

เพื่อเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมการระบาด อย่างไรก็ตาม การระบาดของเชื้อโรคโควิด-19 ยังมีแนวโน้มจะขยายตัวไปทั่วโลกในลักษณะการระบาดใหญ่ (Pandemic) โดยประเทศไทยเผชิญการระบาดมาแล้ว 5 ระลอก⁽²⁾ นอกจากนี้ในช่วงระยะเวลา 2-3 ทศวรรษที่ผ่านมาประเทศไทยยังเผชิญกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุบัติใหม่ เช่น โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลางหรือเมอร์ส โรคไวรัสซิกา และโรคติดเชื้อไวรัสอีโบล่า ที่มีแนวโน้มของผู้ติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น⁽³⁾ สถานการณ์ผู้ป่วยโรคโควิด-19 ณ เดือนเมษายน 2565 พบผู้ติดเชื้อสะสม 2,505,967 ราย และตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2566 พบผู้ป่วยสะสม 39,121 มีผู้เสียชีวิตเฉลี่ย 1 รายต่อวัน และพบการระบาดของโรคอุบัติใหม่ เช่น โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง จำนวน 3 ราย พบผู้ป่วยโรคไวรัสซิกา 191 ราย⁽⁴⁾ องค์การอนามัยโลกได้วิเคราะห์พบว่าโรคโควิด-19 มีอัตราป่วยเท่ากับ 229,571 รายต่อแสนประชากรและมีอัตราการตายอย่างหยاب 2,076 รายต่อแสนประชากร⁽⁵⁾ โดยทุกกลุ่มวัยมีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19 และโรคอุบัติใหม่และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุ จะทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่ายและมักมีอาการรุนแรงมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ โดยกองระบาดวิทยาได้ทำการวิเคราะห์สถานการณ์การติดเชื้อโควิด-19 ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป เดือนเมษายน 2563 พบผู้สูงอายุป่วย รวม 328 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.0 ของผู้ป่วยทั้งหมดและพบว่ามีผู้เสียชีวิต 21 ราย มีอัตราป่วยตายในกลุ่มช่วงอายุนี้ ร้อยละ 6.413⁽⁶⁾

ประเทศไทยได้เข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุ (ageing society) มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 โดย 1 ใน 10 ของประชากรไทยเป็นประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปและคาดว่าประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (complete aged society) ในปี พ.ศ. 2564 ประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นถึง 1 ใน 5 และเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (super aged society) จากข้อมูลปี พ.ศ. 2566 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุจำนวน 12.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.40 และคาดว่าในปี พ.ศ. 2578 จะมีประชากร

ผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 28.55 ของประชากรทั้งประเทศ⁽⁷⁾ ในส่วนของจังหวัดอุดรดิตถ์มีจำนวนผู้สูงอายุจำนวน 97,340 คน คิดเป็นร้อยละ 21.48 ของประชากรทั้งหมดของจังหวัดซึ่งกำลังก้าวเข้าสู่วิกฤตการณ์ผู้สูงอายุที่เรียกว่าสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (aged society)⁽⁸⁾ ซึ่งการที่มีจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นทำให้ปัญหาทางสุขภาพและการเจ็บป่วยตามมาด้วยเช่นกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 และโรคอุบัติใหม่เนื่องจากร่างกายของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงและมีความเสื่อมถอยจากความชราที่จะทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือโรคไม่ติดต่อ จากการศึกษาอัตราการติดเชื้อและความรุนแรงของโรคโควิด-19 และโรคอุบัติใหม่ทุกประเทศทั่วโลก พบข้อมูลเป็นไปในทิศทางเดียวกัน คือผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงที่สุดที่จะติดเชื้อรุนแรงและเสียชีวิต โดยความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 60 ปีมีอัตราการเสียชีวิตน้อยกว่าร้อยละ 1 ในขณะที่ผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไปมีอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 8.0-9.6 และอายุ 80 ปีขึ้นไปมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 14.8-19.0⁽⁹⁾

การติดเชื้อโรคโควิด-19 ของประเทศไทย ณ เดือนเมษายน 2566 พบผู้สูงอายุติดเชื้อสะสมจำนวน 234,041 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 9.32 ของจำนวนผู้ติดเชื้อยืนยันสะสมทั้งหมด ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น 60-64 ปี 75,554 ราย รองลงมาช่วงอายุ 65-69 ปี 56,313 ราย เสียชีวิตสะสมรวม 33,840 ราย เป็นผู้สูงอายุถึง 928 ราย⁽¹⁰⁾ จังหวัดอุดรดิตถ์ พบผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 สะสม 138,452 ราย เป็นผู้สูงอายุ 305 คน⁽¹¹⁾ และพบการติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ติดเชื้อไวรัสซิกา 2.24 ต่อแสนประชากรเป็นลำดับหนึ่งของประเทศไทย⁽¹²⁾ จากสถานการณ์ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้สูงอายุทำให้มีการกำหนดมาตรการและนโยบายสำหรับการป้องกันการระบาดทำให้เกิดการดำเนินชีวิตวิถีใหม่ (new normal) ผู้สูงอายุต้องดำเนินชีวิตตามแนวปฏิบัติการวันระยะห่าง การสวมหน้ากากอนามัยล้างมือบ่อย ๆ การวัดอุณหภูมิร่างกาย การทำงานจากที่บ้านและงดการทำกิจกรรมที่มี

การรวมกลุ่มคน โดยการส่งเสริมให้มีพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด-19 ที่เหมาะสมตามแนวปฏิบัติ มาตรการ DMHTT เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจาก ผู้ติดเชื้อสู่บุคคลรอบข้างโดยการเว้นระยะห่างจากคนอื่น อย่างน้อย 1-2 เมตร การใส่หน้ากากอนามัย การหมั่น ล้างมือบ่อยๆ ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายสม่ำเสมอ การ สแกนแอปพลิเคชันไทยชนะทุกครั้ง หลีกเลี่ยงการเดินทางไปในสถานที่ที่มีคนแออัดพื้นที่เสี่ยง การอยู่บ้านเพื่อ ลดโอกาสในการออกไปสัมผัสเชื้อรวมถึงการปรับเปลี่ยน วิถีชีวิตใหม่แบบ new normal เป็นต้น⁽¹³⁾ แต่จากข้อมูล การสำรวจพฤติกรรม การป้องกันของโรคในช่วงการแพร่ ระบาดพบว่า พฤติกรรมที่ทำได้มากที่สุด คือ การใส่ หน้ากากอนามัย ร้อยละ 91.5 การล้างมือ ร้อยละ 83.9 ในขณะที่การรักษาระยะห่างระหว่างบุคคลทำได้เพียงร้อย ละ 66.0 เท่านั้น นอกจากนี้พบว่า ร้อยละ 14.4 มี พฤติกรรมลดลงเมื่อเทียบกับระยะที่มีการแพร่ระบาดใน ระยะแรก⁽¹⁴⁾

การดำเนินการป้องกันโรคโควิด-19 และโรคอุบัติ ใหม่ที่ผ่านมามุ่งเน้นในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของ ผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมต่อ การป้องกันการติดเชื้อ ซึ่งการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความ รอบรู้ทางสุขภาพเป็นอีกประการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุ มีพฤติกรรม การป้องกันโรคที่เหมาะสมได้ สอดคล้องกับ แนวคิดของความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ที่ กล่าวไว้ว่าความรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะหรือความ สามารถของบุคคลในการกระทำให้สุขภาพของตนมีภาวะ สุขภาพและพฤติกรรมที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพ โดย กระบวนการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพสามารถพัฒนา ได้ 6 ด้านองค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และบริการสุขภาพ ทักษะความรู้ ความเข้าใจ ทักษะการ สื่อสารข้อมูลสุขภาพ ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการรู้เท่า ทันสื่อ และทักษะการจัดการตนเอง เหล่านี้จะทำให้บุคคล มีพฤติกรรม การป้องกันโรคได้ดี⁽¹⁵⁾ จากการสำรวจความ

รอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเกี่ยวกับความเข้าใจเรื่อง โรค การปฏิบัติตัวจากโรคโควิด-19 พบว่า มีความรอบรู้ ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ⁽¹⁶⁾ ซึ่งหลายการศึกษาบ่งชี้ว่า ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่สำคัญของความรู้ด้านสุขภาพ คือพฤติกรรมสุขภาพที่บ่งชี้ว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ด้าน สุขภาพที่เพียงพอจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมใน การป้องกันโรค^(17,18) ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงมีความ สำคัญกับการป้องกันโรคโควิด-19 และโรคอุบัติใหม่ใน ผู้สูงอายุเป็นอย่างยิ่งโดยเฉพาะผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่ม เปราะบางและมีความเสี่ยงจากการติดเชื้อ

ผู้วิจัยเห็นถึงความสำคัญของการศึกษาความรู้ ทางสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 และโรคอุบัติใหม่ ของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเปราะบางและมีความเสี่ยงทาง ด้านสุขภาพและมีปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด-19 และโรคอุบัติใหม่ ตาม กระบวนการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ทักษะ ความรู้ ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ทักษะ การตัดสินใจ ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ และทักษะทักษะการ จัดการตนเองในการป้องกันโรคโควิด-19 และโรคอุบัติ- ใหม่ โดยศึกษานี้ได้กำหนดนิยามของโรคติดต่ออุบัติ ใหม่ คือโรคที่ยังไม่เคยรู้จักมาก่อนเป็นโรคที่ไม่สามารถ รักษาหรือควบคุมได้ด้วยยาที่มีอยู่ที่เคยแพร่ระบาดเข้ามา สู่ประเทศไทย ทั้งที่เกิดขึ้นแล้วและจะเกิดขึ้นในอนาคต รวมทั้งโรคที่มีการแพร่เชื้อจากสัตว์สู่คนและจากคนสู่คน ได้แก่ โรคเมอร์ส โรคไวรัสซิกา โรคอีโบล่า เป็นต้น ดังนั้นการศึกษานี้จึงมุ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความ รอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด-19 และโรคอุบัติใหม่ของผู้สูงอายุ โดยผลจากการศึกษาใน ครั้งนี้ทำให้ได้ข้อมูลเพื่อการพัฒนา รูปแบบและกิจกรรม ในการส่งเสริมพัฒนาความรู้ทางสุขภาพให้กับผู้- สูงอายุเพื่อนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกัน โรคโควิด-19 และโรคอุบัติใหม่ได้อย่างถูกต้องต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60–69 ปี ที่อาศัยอยู่ใน ตำบลป่าเช่า อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 841 คน กลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรของ Krejcie และ Morgan⁽¹⁹⁾ โดยกำหนดระดับค่าความเชื่อมั่นที่ 0.05 ได้ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 300 คน

การสุ่มตัวอย่างโดยอาศัยความน่าจะเป็นตามสัดส่วน กับหมู่บ้านและจำนวนผู้สูงอายุ (Probability Proportional to the Size) การสุ่มเป็นแบบสัดส่วนกับขนาดของกลุ่ม ตัวอย่างได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ทำการสุ่มตัวอย่างโดย อาศัยความน่าจะเป็นในแต่ละหมู่บ้านจะทำการสุ่ม ตัวอย่างแบบง่าย ดังนี้

หมู่ 1 บ้านบุงวังจิว จำนวนผู้สูงอายุ 137 คน จำนวน กลุ่มตัวอย่าง 49 คน

หมู่ 2 บ้านปากคลอง จำนวนผู้สูงอายุ 84 คน จำนวน กลุ่มตัวอย่าง 30 คน

หมู่ 3 บ้านหมอนไม้ จำนวนผู้สูงอายุ 152 คน จำนวน กลุ่มตัวอย่าง 54 คน

หมู่ 4 บ้านเกาะไทย จำนวนผู้สูงอายุ 73 คน จำนวน กลุ่มตัวอย่าง 26 คน

หมู่ 5 บ้านหนองกลาย จำนวนผู้สูงอายุ 113 คน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 40 คน

หมู่ 6 บ้านบึงหลัก จำนวนผู้สูงอายุ 136 คน จำนวน กลุ่มตัวอย่าง 49 คน

หมู่ 7 บ้านห้วยบง จำนวนผู้สูงอายุ 58 คน จำนวน กลุ่มตัวอย่าง 21 คน

หมู่ 8 จำนวนผู้สูงอายุ 88 คน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 31 คน

โดยจับฉลากตามรายชื่อผู้สูงอายุที่ทำเป็นรหัสจนครบ ตามจำนวนที่กำหนดไว้ มีเกณฑ์การคัดเลือกคือเป็นผู้สูงอายุ ตอนต้นที่มีอายุ 60 – 69 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีความสมัครใจและยินดีให้ข้อมูลและสามารถสื่อสารได้ เกณฑ์การคัดออก คือไม่สมัครใจให้ข้อมูลและมีภาวะ สมองเสื่อม ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ มีความพิการทางการ

พูดหรือการได้ยิน ทำการวิจัยเดือนมกราคม – ธันวาคม พ.ศ. 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบ- สอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด วรรณ- กรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบประเมิน ชนิดเลือกตอบ (check list) ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา พักอาศัยกับผู้ดูแล และ โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการสัมผัสและป้องกันโรค- โควิด-19 และโรคอุบัติใหม่ของผู้สูงอายุเป็นแบบประเมิน ชนิดเลือกตอบ ประกอบด้วย การติดเชื้อ การป่วย การได้ รับวัคซีน การได้รับการพัฒนาความรู้หรือการป้องกัน ตนเอง การสอบถามข้อมูล แหล่งของความรู้ที่ได้รับ และ วิธีในการป้องกันตนเอง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้ ความเข้าใจ การป้องกัน ตนเองเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และโรคอุบัติใหม่ของผู้- สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ ตอบใช่ ให้ 1 คะแนน ตอบไม่ใช่ ให้ 0 คะแนน การแปล ผลคะแนนใช้เกณฑ์ของ Bloom⁽²⁰⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ร้อยละ 80 ขึ้นไป ระดับปานกลาง ร้อยละ 60–79 ระดับต่ำ ต่ำกว่าร้อยละ 60 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคข- โควิด-19 และโรคอุบัติใหม่ จำนวน 15 ข้อ คะแนนรวม เต็ม 75 คะแนน ลักษณะคำถามจะเป็นแบบมาตราส่วน ประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) โดยมีหลักเกณฑ์ การให้คะแนนดังนี้ คำถามเชิงบวกให้ 5, 4, 3, 2, 1 คะแนน ตามลำดับและคำถามเชิงลบให้ 1, 2, 3, 4, 5 คะแนน การแปลผลคะแนนรวมของพฤติกรรมการ ป้องกันโรคโควิด-19 และโรคอุบัติใหม่ในภาพรวม คะแนนเต็ม 75 คะแนน เกณฑ์การแปลผลมีให้คะแนน 3 ระดับ ประยุกต์ตามเกณฑ์ของ Bloom⁽²⁰⁾ ดังนี้ 15 – 44 คะแนน หรือ <60% หมายถึง ไม่ดี 45 – 59 คะแนน หรือ 60–<80% หมายถึง พอใช้ 60 – 75 คะแนน หรือ ≥80% หมายถึง ดีมาก

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพจำนวน 6 ด้าน ใช้ระดับในการวัดข้อมูลแบบอันตรภาค (Interval Scale) ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้ ด้านที่ 1 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ คะแนนรวมระหว่าง 8 – 40 คะแนน ด้านที่ 2 ทักษะความเข้าใจข้อมูลและบริการ จำนวน 5 ข้อ คะแนนรวมระหว่าง 5–25 คะแนน ด้านที่ 3 ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ คะแนนรวมระหว่าง 6–30 คะแนน ด้านที่ 4 ทักษะการตัดสินใจ จำนวน 6 ข้อ คะแนนรวมระหว่าง 6–30 คะแนน ด้านที่ 5 ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ จำนวน 5 ข้อ คะแนนรวมระหว่าง 5–25 คะแนน ด้านที่ 6 ทักษะการจัดการตนเอง จำนวน 7 ข้อ คะแนนรวมระหว่าง 7–35 คะแนน โดยแบบสอบถามทั้ง 6 ด้านลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วน 5 ระดับ (Rating scale) คือ ทำได้ง่ายมาก 5 คะแนน ทำได้ง่าย 4 คะแนน ทำได้ยาก 3 คะแนน ทำได้ยากมาก 2 คะแนน และไม่เคยทำเลย 1 คะแนน

การแปลผลคะแนนแต่ละด้านของความรอบรู้ด้านสุขภาพแบ่งช่วงคะแนนรวมและเกณฑ์การแปลผลมีให้คะแนน 3 ระดับ ประยุกต์ตามเกณฑ์ของ Bloom⁽²⁰⁾

ด้านที่ 1 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ แบ่งช่วงคะแนนรวมและเกณฑ์การแปลผลมีให้คะแนน 3 ระดับ ดังนี้ 8–24 คะแนน หมายถึง ไม่ดี 25–31 คะแนน หมายถึง พอใช้ 32–40 คะแนน หมายถึง ดีมาก

ด้านที่ 2 ทักษะความเข้าใจข้อมูลและบริการ และด้านที่ 5 ทักษะการรู้เท่าทันสื่อแบ่งช่วงคะแนนรวมและเกณฑ์การแปลผลมีให้คะแนน 3 ระดับ ดังนี้ 5–15 คะแนน หมายถึง ไม่ดี 16–19 คะแนน หมายถึง พอใช้ 20–25 คะแนน หมายถึง ดีมาก

ด้านที่ 3 ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ และด้านที่ 4 ทักษะการตัดสินใจแบ่งช่วงคะแนนรวมและเกณฑ์การแปลผลมีให้คะแนน 3 ระดับ ดังนี้ 6–17 คะแนน หมายถึงไม่ดี 18–23 คะแนน หมายถึง พอใช้ 24–30 คะแนน หมายถึง ดีมาก

ด้านที่ 6 ทักษะการจัดการตนเอง แบ่งช่วงคะแนนรวมและใช้เกณฑ์การแปลผลมีให้คะแนน 3 ระดับ ดังนี้ 7–20

คะแนน หมายถึง ไม่ดี 21–27 คะแนน หมายถึง พอใช้ 28–35 คะแนน หมายถึง ดีมาก

การแปลผลคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมคะแนนเต็ม 185 คะแนน ดังนี้ 37 – 109 คะแนน หมายถึง ไม่ดี 110–147 คะแนน หมายถึง พอใช้ 148–185 คะแนน หมายถึง ดีมาก

แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (content validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน คือ ด้านผู้สูงอายุ 1 ท่าน ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ 1 ท่าน และด้านการแพทย์และสาธารณสุข 1 ท่านตรวจสอบและนำมาหาค่าดัชนี IOC ได้เท่ากับ 0.92 และนำแบบสอบถามไปทดลองกับผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน จำนวน 30 คน มีความเชื่อมั่น (Cronbrach’s alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 และในส่วนของแบบสอบถามความรู้ ความเข้าใจได้ค่า KR-20 เท่ากับ 0.83

การเก็บรวบรวมข้อมูล ขออนุญาตเก็บข้อมูลถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เข้าเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้สูงอายุและตรวจสอบความถูกต้อง ความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามและทำการวิเคราะห์และสรุปผลการวิจัย

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติเชิงอนุมานโดยใช้สัมประสิทธิ์ Pearson’s correlation coefficient โดยใช้เกณฑ์พิจารณาระดับความสัมพันธ์ของ พวงรัตน์ ทวีรัตน์⁽²¹⁾

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์ เลขที่ URU-REC No.076/65

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.0 อายุระหว่าง 60 – 61 ปี ร้อยละ 26.7 สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 59.7 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 77.0 อาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 56.3 มีโรคประจำตัว

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 และโรคอุบัติใหม่ของผู้สูงอายุ

ร้อยละ 70.4 ไม่เคยป่วยเป็นโรคโควิด-19 ร้อยละ 82.3 เคยป่วย ร้อยละ 17.7 ทั้งหมดไม่เคยป่วยเป็นโรคอุบัติใหม่ และเคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ร้อยละ 98.3 ได้รับการพัฒนาความรู้หรือทักษะการป้องกันโรคติดเชื้อโรคโควิด-19 และโรคอุบัติใหม่จากหอกระจายข่าว ร้อยละ 96.0 รองลงมาจากอ่านเอกสารวารสาร ร้อยละ 33.7 สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และโรคอุบัติใหม่ ร้อยละ 97.0 โดยสอบถามจาก อสม. ร้อยละ 92.0 รองลงมาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 61.7 ป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 และโรคอุบัติใหม่โดยการสวมใส่หน้ากากอนามัย ร้อยละ 96.0 รองลงมาไม่ไปในสถานที่ที่มีผู้คนจำนวนมาก ร้อยละ 70.7 ล้างมือเป็นประจำ ร้อยละ 64.7 เว้นระยะห่างจากคนอื่น 2 เมตร ร้อยละ 27.7 พกเจลสเปรย์แอลกอฮอล์ ร้อยละ 25.7 ตรวจ ATK เป็นประจำ ร้อยละ 7.3 และสวมใส่หน้ากาก N95 ร้อยละ 1.3 (ตารางที่ 1)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ ความเข้าใจในการป้องกันโรคโควิด-19 และโรคอุบัติใหม่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.7 (ตารางที่ 2) โดยส่วนใหญ่ตอบถูกในเรื่องโรคโควิด-19 และโรคอุบัติใหม่เป็นเชื้อไวรัส สามารถติดต่อได้ทางลมหายใจ ร้อยละ 73.0 รองลงมาเรื่องระยะพักตัวของโรคโควิด-19 ประมาณ 7-14 วัน และผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีโอกาสที่จะมีอาการรุนแรงจากการติดเชื้อโรคมกกว่าคนในวัยอื่น ร้อยละ 29.0 และส่วนใหญ่ตอบผิดเรื่องโรคโควิด-19 และโรคอุบัติใหม่ติดต่อทางละอองเสมหะจากการไอ จาม น้ำมูก น้ำลาย ร้อยละ 34.7 รองลงมาเมื่อติดเชื้อโรคโควิด-19 และโรคอุบัติใหม่ใหม่จะมีอาการคล้ายไข้หวัด เช่น มีไข้ ไอ มี

ตารางที่ 1 การสัมผัสและการป้องกันโรคโควิด-19 และโรคอุบัติใหม่ (n=300)

การสัมผัสและการป้องกันโรคโควิด-19 และโรคอุบัติใหม่	จำนวน	ร้อยละ
เคยป่วยเป็นโรคโควิด-19		
เคย	53	17.7
ไม่เคย	247	82.3
เคยป่วยเป็นโรคอุบัติใหม่ เช่น โรคเมอร์ส โรคไวรัสซิกา โรคอีโบล่า		
เคย	0	0.0
ไม่เคย	300	100.0
การได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19		
ไม่เคย	5	1.7
1 เข็ม	4	1.3
2 เข็ม	63	21.0
3 เข็ม	87	29.0
มากกว่า 3 เข็ม	141	47.0
ในรอบปีที่ผ่านมาได้รับการพัฒนาความรู้หรือทักษะการป้องกันโรคโควิด-19 หรือโรคอุบัติใหม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
หอกระจายข่าว	288	96.0
อ่านเอกสาร/วารสาร	101	33.7
การประชุม	51	17.0
การอบรม/สัมมนา	9	42.0
ประชุมออนไลน์	2	2.0
ประชุมผ่าน Line, Facebook	2	2.0

ตารางที่ 1 การสัมผัสและการป้องกันโรคโควิด-19 และโรคอุบัติใหม่ (n=300) (ต่อ)

การสัมผัสและการป้องกันโรคโควิด-19 และโรคอุบัติใหม่	จำนวน	ร้อยละ
ในรอบปีที่ผ่านมาเคยสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 หรือโรคอุบัติใหม่		
ไม่เคย	9	3.0
เคย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	291	97.0
อสม.	276	92.0
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	185	61.7
เพื่อน/เพื่อนบ้าน	164	54.7
คนในครอบครัว	143	47.7
กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน	91	30.3
อบต./เทศบาล	43	14.3
ญาติ	37	12.3
การป้องกันการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และโรคอุบัติใหม่		
สวมใส่หน้ากากอนามัย	288	96.0
ไม่ไปในสถานที่ที่มีผู้คนจำนวนมาก	212	70.7
ล้างมือเป็นประจำ	194	64.7
เว้นระยะห่างจากคนอื่น 2 เมตร	83	27.7
พกเจล/สเปรย์แอลกอฮอล์	77	25.7
ตรวจ ATK เป็นประจำ	22	7.3
สวมใส่หน้ากาก N95	4	1.3

ตารางที่ 2 ระดับความรู้ ความเข้าใจเพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 และโรคอุบัติใหม่

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
สูง (8 - 10 คะแนน)	105	35.0
ปานกลาง (7 - 8 คะแนน)	143	47.7
ต่ำ (1 - 6 คะแนน)	52	17.3

น้ำมูก ร้อยละ 34.7 และเชื้อโรคโควิด-19 และโรคอุบัติใหม่ติดที่พื้นผิว วัสดุต่างๆ ได้หลายชั่วโมงหรือหลายวัน ร้อยละ 33.7 (ตารางที่ 3)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการป้องกันโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 54.0 (ตารางที่ 4) โดยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมที่ปฏิบัติเป็นประจำคือ การหลีกเลี่ยงการใช้ของใช้ส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น ร้อยละ 49.0 การติดตามข่าวสารสถานการณ์โรคโควิด-19 อย่างต่อเนื่อง

ร้อยละ 43.7 และพบกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ไม่เคยทำเลย คือ การทำกิจกรรมที่สัมผัสใกล้ชิดหรือพูดคุยโดยเว้นระยะห่างไม่ถึง 2 เมตร กับบุคคลภายนอกที่ไม่ใช่คนในครอบครัวร้อยละ 43.7 การตรวจ ATK ด้วยตนเองหลังจากสัมผัสกิจกรรมเสี่ยงหรือเดินทางกลับมาจากพื้นที่เสี่ยง ร้อยละ 22.7 (ตารางที่ 5)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และโรคอุบัติใหม่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ (mean=118.09, SD=34.22) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน อยู่ในระดับพอใช้ทุกด้าน (ตารางที่ 6) เรียงลำดับดังนี้

- การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (mean=24.38, SD=8.03)
- ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ (mean=

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 และโรคอุบัติใหม่ของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 3 ความรู้ความเข้าใจเพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 และโรคอุบัติใหม่ของผู้สูงอายุ

ข้อที่	ความรู้ความเข้าใจเพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19 และโรคอุบัติใหม่	ตอบถูก		ตอบผิด	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1	โรคติดเชื้อโควิด-19 และโรคอุบัติใหม่เป็นเชื้อไวรัสสามารถติดต่อได้ทางลมหายใจ	219	73.0	81	27.0
2	ติดต่อทางละอองเสมหะจากการไอ จาม น้ำมูก น้ำลาย	196	65.3	104	34.7
3	ระยะฟักตัวของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประมาณ 7 -14 วัน	213	71.0	87	29.0
4	โรคติดเชื้อโควิด-19 และโรคอุบัติใหม่ยังไม่มียารักษาโรคโดยเฉพาะ	204	68.0	96	32.0
5	เชื้อโควิด-19 และโรคอุบัติใหม่ติดที่พื้นผิววัสดุต่าง ๆ ได้หลายชั่วโมงหรือหลายวัน	199	66.3	101	33.7
6	การล้างมือด้วยน้ำสบู่หรือแอลกอฮอล์ 70% ช่วยป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 และโรคอุบัติใหม่ได้	203	67.7	97	32.3
7	การป้องกันโควิด-19 และโรคอุบัติใหม่คือสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาเมื่ออยู่กับบุคคลอื่น	199	66.3	101	33.7
8	เมื่อติดเชื้อโควิด-19 และโรคอุบัติใหม่จะมีอาการคล้ายไข้หวัด เช่น มีไข้ ไอ มีน้ำมูก	196	65.3	104	34.7
9	ผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีโอกาสที่จะมีอาการรุนแรงจากการติดเชื้อโควิด-19 และโรคอุบัติใหม่มากกว่าคนในวัยอื่น	213	71.0	87	29.0
10	การหลีกเลี่ยงเข้าไปในพื้นที่ที่มีคนหนาแน่น เช่น งานบุญ งานบวช งานศพ งานประเพณีต่าง ๆ ช่วยลดการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และโรคอุบัติใหม่	206	68.7	94	31.3

ตารางที่ 4 ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 และโรคอุบัติใหม่ (n=300)

พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 และโรคอุบัติใหม่	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ดี	76	25.3
พอใช้	162	54.0
ดีมาก	62	20.7

mean=48.37 คะแนน, SD=13.83 คะแนน, min=15 คะแนน, max=66 คะแนน

ตารางที่ 5 พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และโรคอุบัติใหม่

พฤติกรรมการป้องกัน	Mean	SD	ระดับพฤติกรรม
1. ล้างมือทำความสะอาดด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์เจลหลังไอ จาม	3.42	1.40	พอใช้
2. ล้างมือทำความสะอาดด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์เจลหลังกลับจากนอกบ้าน	3.24	1.29	พอใช้
3. หลีกเลี่ยงการไปในสถานที่ที่มีคนแออัด เช่น ห้างสรรพสินค้า ตลาด	3.23	1.30	พอใช้
4. สวมหน้ากากอนามัย เมื่อต้องออกไปนอกบ้าน เช่น ไปบ้านเพื่อน วัด โรงพยาบาล ตลาด	3.35	1.32	พอใช้
5. ตรวจ ATK ด้วยตนเองหลังจากสัมผัสกิจกรรมเสี่ยงหรือเดินทางกลับมาจากพื้นที่เสี่ยง	2.96	1.40	พอใช้
6. ทำการวัดอุณหภูมิร่างกาย กรณีเดินทางไปยังสถานที่ต่าง ๆ	3.14	1.32	พอใช้
7. นำหน้ากากอนามัยเมื่อใช้แล้วใส่ถุงพลาสติกปิดสนิท ก่อนทิ้งลงในถังขยะที่มีฝาปิดมิดชิด	3.08	1.44	พอใช้
8. เมื่อมีเพื่อนบ้านหรือญาติมาเยี่ยมที่บ้าน ได้ใส่หน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย	3.24	1.40	พอใช้
9. ใช้ช้อนกลางเมื่อรับประทานอาหารร่วมกับครอบครัวหรือเพื่อนร่วมงาน	3.28	1.45	พอใช้

ตารางที่ 5 พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และโรคอุบัติใหม่ (ต่อ)

พฤติกรรมกาป้องกัน	Mean	SD	ระดับพฤติกรรม
10. เมื่อพบผู้มีอาการป่วยเป็นไข้หวัด อากาศไอ จาม มีน้ำมูกเจ็บคอ แนะนำให้ปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อสม.	3.26	1.44	พอใช้
11. ทำกิจกรรมที่สัมผัสใกล้ชิด หรือพูดคุย โดยเว้นระยะห่างไม่ถึง 2 เมตร กับบุคคลภายนอกที่ไม่ใช่คนในครอบครัว	2.25	1.36	ไม่ดี
12. เมื่อเจ็บป่วยมีไข้ ไอ จาม มีน้ำมูก เจ็บคอได้แจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรืออสม. ทราบทันที	3.52	1.52	พอใช้
13. หลีกเลี่ยงการใช้ของใช้ส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น	3.69	1.52	ดี
14. ลดค่าใช้จ่ายโดยการใช้น้ำกากอนามัยซ้ำชั้นเดิม	3.07	1.49	พอใช้
15. ติดตามข่าวสารสถานการณ์โรค โควิด -19 อย่างต่อเนื่อง	3.57	1.54	พอใช้

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้ด้านโดยรวม (n=300)

ความรู้ด้านสุขภาพ	คะแนนรายด้าน	mean	SD	ระดับความรู้
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	8 – 40	24.38	8.03	พอใช้
ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ	5 – 25	15.14	4.87	พอใช้
การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ	6 – 30	19.60	6.04	พอใช้
การตัดสินใจด้านสุขภาพ	6 – 30	19.48	6.31	พอใช้
การรู้เท่าทันสื่อ	5 – 25	16.81	5.41	พอใช้
การจัดการตนเอง	7 – 35	22.65	6.70	พอใช้
ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	37 – 185	118.09	34.22	พอใช้

15.14, SD=4.87)

- การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ (mean=19.60, SD=6.04)
- การตัดสินใจด้านสุขภาพ (mean=19.48, SD=6.31)
- การจัดการตนเอง (mean=22.65, SD=6.70)
- การรู้เท่าทันสื่อ (mean=16.81, SD=5.41)

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 และโรคอุบัติใหม่พบว่าความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับค่อนข้างสูง (r=0.63) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 สำหรับความสัมพันธ์รายด้านพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับค่อนข้างสูง

ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ (r=0.76) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (r=0.72) และด้านการจัดการตนเอง (r=0.69) ส่วนรายด้านที่พบว่าความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ (r=0.58) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ (r=0.54) และด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ (r=0.53) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (ตารางที่ 7)

วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 และโรคอุบัติใหม่อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าอายุมีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ใน

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 และโรคอุบัติใหม่ของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 และโรคอุบัติใหม่ในผู้สูงอายุ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และโรคอุบัติใหม่		
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value	แปลผล
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	0.72	<0.001	ค่อนข้างสูง
ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ	0.58	<0.001	ปานกลาง
การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ	0.53	<0.001	ปานกลาง
การตัดสินใจด้านสุขภาพ	0.76	<0.001	ค่อนข้างสูง
การรู้เท่าทันสื่อ	0.54	<0.001	ปานกลาง
การจัดการตนเอง	0.69	<0.001	ค่อนข้างสูง
รวม	0.63	<0.001	ค่อนข้างสูง

ระดับปานกลาง^(22,23) และการศึกษาของตฤษนันท์ ถูกจิตร พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสซิกาอยู่ในระดับปานกลาง⁽²⁴⁾ ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากที่ผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาความรู้ ทักษะ และการสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และโรคอุบัติใหม่ ผ่านช่องทางสื่อและบุคคลต่างๆ ทั้งจากครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขและบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงการประชาสัมพันธ์ของหน่วยงานภาครัฐ เช่น กรมควบคุมโรค องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นต้น โดยเน้นย้ำให้ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และโรคอุบัติใหม่ โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงที่ติดเชื้อได้ง่ายและมักมีอาการรุนแรงจนเสียชีวิตเมื่อติดเชื้อ ได้แก่ เด็ก สตรีมีครรภ์ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้พิการ เป็นต้น ซึ่งผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดการติดเชื้อโรคโควิด-19 และโรคอุบัติใหม่จากระบบภูมิคุ้มกันที่ลดลงได้มากกว่ากลุ่มอื่นยิ่งถ้ามีโรคประจำตัวด้วยแล้ว ยิ่งจะทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่ายยิ่งขึ้น⁽²⁵⁾

พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 และโรคอุบัติใหม่พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับพอใช้ สอดคล้องกับผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับพอใช้^(26,27) โดยมี

พฤติกรรมที่ปฏิบัติเป็นประจำคือ หลีกเลี่ยงการใช้ของใช้ส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น การติดตามข่าวสารสถานการณ์โรคอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้การที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ปฏิบัติเป็นประจำอาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุตระหนักว่าตนเองอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่มักมีอาการรุนแรงและทำให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ประกอบกับการได้รับความรู้เกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติตัวที่ต้องเพื่อป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อโรคโควิด-19 และโรคอุบัติใหม่ ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดความตระหนักถึงการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโรคโควิด-19 และโรคอุบัติใหม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคของผู้สูงอายุที่ต้องได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของอังคินันท์ อินทรกำแหง ที่ระบุว่าผลลัพธ์ทางสุขภาพในระยะกลางที่สำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพคือตัวแปรพฤติกรรมสุขภาพที่บ่งชี้ว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค⁽¹⁷⁾ ทั้งนี้การศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 และโรคอุบัติใหม่อยู่ในระดับไม่ตี ในเรื่องการทำกิจกรรมที่สัมผัสใกล้ชิดหรือพูดคุยโดยเว้นระยะห่างไม่ถึง 2 เมตร กับบุคคลภายนอกที่ไม่ใช่คนในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของอภิวดี อินทเจริญและคณะ พบว่า ประชาชนมีพฤติกรรมการป้องกัน

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในการเว้นระยะห่างระหว่างตนเองกับผู้อื่นอย่างน้อย 1 เมตร ได้คะแนนต่ำสุด⁽²⁸⁾ ผลการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลในระดับน้อยซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุเริ่มมีความกังวลและตื่นตัวในการป้องกันโรคที่ลดลง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากประชาชนมักจะมีการตื่นตัวเมื่อโรคเข้าใกล้ตัวและเกิดการตื่นตัวขึ้นเฉพาะพื้นที่ที่ระบาดเมื่อการระบาดเข้ามาใกล้หรือเข้ามาในประเทศ จะมีการตื่นตัวมากขึ้นตามความกังวลใจเกี่ยวกับอันตรายของโรคที่ใกล้ตัวมากขึ้นและมักจะตื่นตัวในช่วงแรกที่มีข่าวการระบาดแต่การตื่นตัวก็จะลดลงเมื่อข่าวเกี่ยวกับโรคไม่ได้รับการรายงานในสื่อมวลชน⁽²⁹⁾

ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และโรคอุบัติใหม่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุมีความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลาง^(30,31) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือและจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ซึ่งการที่บุคคลที่มีการศึกษาน้อยจะส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพ โดยการมีอายุที่เพิ่มมากขึ้นมีผลทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ เพราะความสามารถทางด้านสติปัญญาลดลง ทำให้ความสามารถในการเรียนรู้จดจำและทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพลดลง⁽³²⁾ สอดคล้องกับแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพที่อธิบายว่าผู้ที่มีความรู้สุขภาพและเป็นผู้ที่มีความสามารถอ่านออกเขียนได้จะสามารถนำความรู้ไปใช้ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคได้อย่างเหมาะสมอีกทั้งโรคโควิด-19 เป็นโรคที่เกิดขึ้นใหม่⁽¹⁵⁾ และเมื่อพิจารณาความรู้ด้านสุขภาพในแต่ละด้านพบว่าผู้สูงอายุมีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ทั้ง 6 ด้าน สอดคล้องกับการศึกษาของรัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์ ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลาง⁽³³⁾ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพได้จาก

แหล่งข้อมูลที่มีคุณภาพหลายแหล่ง เช่น จากการรณรงค์จาก อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อน เพื่อนบ้าน การบอกต่อและสมาชิกในครอบครัว

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 และโรคอุบัติใหม่ของผู้สูงอายุพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับค่อนข้างสูงและความสัมพันธ์รายด้านพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้านมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 และโรคอุบัติใหม่ของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าความรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับค่อนข้างสูงกับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^(31,33) ทั้งนี้อธิบายได้ว่าเมื่อความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 และโรคอุบัติใหม่จะเพิ่มขึ้นด้วย ส่งผลให้เกิดการพัฒนาทักษะและความสามารถในการจัดการตนเองทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคไปในทางที่เหมาะสม สอดคล้องกับแนวคิดของความรู้ด้านสุขภาพที่กล่าวว่าความรู้ด้านสุขภาพเกิดขึ้นได้ต้องมีความสามารถและทักษะขั้นต้นในการทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพที่ใช้ในสถานการณ์ประจำวัน ซึ่งพัฒนาได้จากกระบวนการคิดวิเคราะห์และการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจนสามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ๆ เพื่อปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพ รวมทั้งสามารถประยุกต์ใช้เพื่อวิเคราะห์เชิงวิพากษ์ข้อมูลข่าวสารนั้นๆ ได้และสามารถใช้ข้อมูลข่าวสารนั้นเพื่อควบคุมจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิตประจำวัน⁽¹⁴⁾ ทั้งนี้ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้สุขภาพด้านความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อและการสื่อสารข้อมูลสุขภาพมีความสัมพันธ์ในการป้องกันในระดับปานกลางอาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างยังไม่สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลรวมถึงวิเคราะห์เชิงวิพากษ์ในข้อมูลที่ได้รับได้อย่างเหมาะสมซึ่งตรงกับแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพที่ระบุว่าความรู้ด้านสุขภาพจะเกิดขึ้นได้ต้องมีปัจจัยพื้นฐานคือ ความรู้และความเข้าใจของบุคคลที่มี

อยู่เดิมซึ่งทักษะเหล่านี้จะพัฒนาได้จะต้องมีกระบวนการคิดวิเคราะห์ติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพทำให้บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยนข้อมูลที่ได้รับและนำมาพัฒนาจนเกิดความรู้ในการดูแลสุขภาพ⁽¹⁵⁾

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ระดับปานกลาง ด้านเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารข้อมูลสุขภาพและการรู้เท่าทันสื่อและพฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับพอใช้ ดังนั้นหน่วยบริการด้านสุขภาพจึงควรมีการพัฒนาให้ผู้สูงอายุมีความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 และโรคอุบัติใหม่ และเพิ่มช่องทางการให้ความรู้ตามช่องทางต่างๆ เพิ่มมากขึ้น เช่น การประชาสัมพันธ์จากหน่วยงานราชการผ่านสื่อต่างๆ ผ่านหอกระจายข่าวและอาสาสมัครสาธารณสุขในการเผยแพร่ข้อมูล เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 และโรคอุบัติใหม่ในผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยบูรณาการแนวความคิดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม และมหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ที่สนับสนุนทุนการวิจัยและผู้สูงอายุในจังหวัดอุตรดิตถ์ที่ให้ความร่วมมือให้ข้อมูลในครั้งนี้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่. แผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อมป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ พ.ศ. 2560-2564. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
2. กรมควบคุมโรค. คู่มือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2563.

3. พลวัฒน์ ตั้งเพชร. ปัจจัยส่งเสริมการเกิดโรคติดเชื้ออุบัติใหม่และโรคโควิด 19. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2563;27(2):140-55.
4. กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์สถานการณ์ผู้ติดเชื้อโควิด 19 รายสัปดาห์ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 10 ม.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/>
5. World Health Organization. WHO coronavirus dashboard [Internet]. [cited 2024 Jan 10]. Available from: <https://covid19.who.int/mapFilter/cases>
6. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019: การรายงานของกระทรวงสาธารณสุขประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 10 ม.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล:// www.who.int/docs/default-source/searo/thailand/2020-04-28-tha-sitrep-66-covid19-th-final.pdf?sfvrsn
7. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติจำนวนผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: กรมกิจการผู้สูงอายุ; 2563.
8. ศูนย์อนามัยที่ 2. สถานการณ์ผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 2 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 20 เม.ย. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://hpc2service.anamai.moph.go.th/lrcdata/oldperson.php>
9. กรมสุขภาพจิต. ความเสี่ยงและผลกระทบต่อผู้สูงอายุในช่วง Covid-19. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
10. สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยปี 2563: ผู้สูงอายุกับสถานการณ์โรคโควิด-19 ในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2563.
11. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์. รายงานสถานการณ์โควิด19 อุตรดิตถ์ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 20 เม.ย. 2566]. แหล่งข้อมูล: <http://utoapp.moph.go.th/covid19/dashboard>
12. สำนักระบาดวิทยา. รายงานโรคในระบบเฝ้าระวัง 506. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564.

13. วิมล โรมา, สายชล คล้อยเอี่ยม, วรัญญา สุขวงศ์, ฐิติวัฒน์ แก้วอาตี, อัจฉรา ตันหนึ่ง, รุ่งนภา คำผาง. การสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2562.
14. กรมควบคุมโรค. ผลสำรวจพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโควิด-19. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
15. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies in the 21st century. *Health Promot Int* 2008;15(3):259-67.
16. ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์, นริมาลัย นิละไพจิตร, ณัฐนารี เอมยงค์. การสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับความเข้าใจเรื่องโรคการปฏิบัติตัวและการได้รับวัคซีนโควิด-19 ของประชาชนกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้สูงอายุและผู้พิการทางการเห็น. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2564.
17. อังคินันท์ อินทรกำแหง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: การวัดและการพัฒนา. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2560.
18. วินัย ไตรนาทวัลย์. การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ. *วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ* 2563; 27(3):132-44.
19. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement* 1970;30(3):607-10.
20. Bloom BS, Engelhart MD, Furst EJ, Hill WH, Krathwohl DR. *Taxonomy of educational objectives handbook 1: cognitive domain*. New York: David Mckay; 1971.
21. พวงรัตน์ ทวีรัตน์. *วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร; 2540.
22. มยุรา เรืองเสรี. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความรู้กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ* 2565;40(2):124-33.
23. ประภาส เรื่องอาหาร, วรินทร์มาศ เกษทองมา, วุฒิพงศ์ ภักดีกุล. พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานในจังหวัดสกลนคร. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ* 2565;15(2):254-68.
24. ตฤชนันท์ ถูกจิตร์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและประสบการณ์การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสซิกาของหญิงตั้งครรภ์ อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2562.
25. กรมการแพทย์. *แนวทางการดูแลผู้สูงอายุในช่วงที่มีการระบาดของเชื้อโควิด-19*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
26. เสน่ห์ แสงเงิน, ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน. อิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุในชุมชนชายแดนจังหวัดตาก. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร* 2565;4(3):36-46.
27. ณัฐรญา จันทะโคตร, เพลินพิศ บุญยมาลิก, พัชราพร เกิดมงคล. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ จังหวัดระยอง. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์* 2565;53(2):501-17.
28. อภิวดี อินทเจริญ, คันธมาทน์ กาญจนภูมิ, กัลยา ตันสกุล, สุวรรณา ปัตตะพัฒน์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองคองหงส์ จังหวัดสงขลา. *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน* 2564;3(2):19-30.
29. พนม คลี่ฉายา. การเข้าถึง เข้าใจ ประเมินและใช้ข้อมูลข่าวสารสุขภาพเพื่อการดูแลตนเองให้ปลอดภัยจากโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่แพร่มาจากต่างประเทศของประชาชนในเขตเมือง. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2561.
30. กรรณิกา อุ่นอ้าย, พนิดา ชัยวัง, พรกมล กรกกกุกัจจร, ดวงใจ ปันเจริญ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในชุมชนชนบท จังหวัดเชียงราย. *วารสารพยาบาลสารมหาวิทยาลัยเชียงใหม่* 2565;49(3):200-15.

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 และโรคอุบัติใหม่ของผู้สูงอายุ

31. ประไพวรรณ ด้านประดิษฐ์, กรรณิกา เจริญชัย. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ช่วงมีการระบาดปี 2564 และในไตรมาสแรกของปี 2565. วชิรสารการพยาบาล 2565;25(2):70-84.
32. Chesser AK, Woods NK, Smothers K, Rogers N. Health literacy and older adults: a systematic review. Gerontol Geriatr Med 2016;2(1):2333721416630492.
33. รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์, ปณิตดา งามเปี่ยม, สุรัตนา เหล่าไชย. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพกับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุกรณีศึกษา: ตำบลเวียงนาง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2564;14(3):104-14.

Relationship between Health Literacy and Covid-19 and Emerging Infectious Diseases Preventive Behaviors among Older Adults in Pa-Sao Sub-district, Mueang District, Uttaradit Province

Pongsak Onmoy, Dr.P.H.; Kittiwat Junrith, Ph.D. (Applied Gerontology); Jongruk Duangthong, M.P.H.; Sasithorn Sukjit, M.P.H.

Public Health Program, Faculty of Science and Technology, Uttaradit Rajabhat University, Thailand

Journal of Health Science of Thailand 2024;33(5):828-41.

Corresponding author: Pongsak Onmoy, Email: o.pongsak@hotmail.com

Abstract: This cross-sectional descriptive study aimed to assess the level of health literacy, and preventive behaviors on COVID-19 and emerging infectious diseases, and study the relationship between the health literacy and preventive behaviors among older adults in Pa-Sao Sub-district, Mueang District, Uttaradit Province. The samples were older adults aged between 60-69, totaling 300 people from 10 villages. They were systematically randomized based on the proportion of elderly individuals in each village. Data were collected by questionnaires; and were analyzed by using descriptive statistics; percentage, mean, standard deviation and Pearson product-moment correlation coefficient. The results showed that the older adults had overall health literacy about coronavirus 2019 and emerging infectious diseases at a fair level (mean=118.09, SD=34.22); and the preventive behaviors were at a fair level (48.37, SD=13.83). The overall health literacy had a statistically significant positive correlation to the preventive behaviors against coronavirus 2019 and emerging infectious diseases, although at a moderate level ($r=0.63$). There was a statistically significant positive correlation between each dimension of health literacy and behaviors to prevent coronavirus 2019 and emerging infectious diseases at a relatively high level. Thus, this study recommended that responsible governmental sector should applied these results as baseline information for designing activities to develop health literacy programs to promote preventive behaviors against coronavirus 2019 and emerging infectious diseases for older adults.

Keywords: health literacy; COVID-19; emerging infectious diseases; older adults