



ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

THE RELATIONSHIPS BETWEEN HEALTH BELIEFS, HEALTH LITERACY AND COVID-19 PREVENTION BEHAVIORS AMONG PATIENTS AT RISK FOR COVID-19 INFECTION

Received: June 28, 2024

Revised: September 25, 2024

Accepted: October 02, 2024

อภิญา จตุพิทักษ์กุลชัย¹, นงเยาว์ มีเทียน^{2*}

Apinya Chatupitakkunchai¹ Nongyaow Meethien^{2*}

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ครั้งนี้ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 74 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคฯ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83, 0.83, 0.86 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.70$) รายงาน พบว่า ด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคฯ มีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = -0.33$) ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมป้องกันโรคฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.55$) รายงาน พบว่า การรู้เท่าทันสื่อ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฯ

ดังนั้น ผู้ให้บริการควรสร้างกลยุทธ์ในการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อฯ สำหรับกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อฯ ที่เหมาะสม

คำสำคัญ: ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง, ความเชื่อด้านสุขภาพ, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมป้องกันโรค, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

¹ นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Master Student, Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing Mahasarakham University

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Assistant Professor, Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Mahasarakham University

*Corresponding author E-mail: nongyaow.m@msu.ac.th



Abstract

This research was a descriptive correlational study was aimed at examining the relationships between health beliefs, health literacy, and preventive behaviors against COVID-19 among high-risk patients receiving treatment. The sample consisted of 74 participants selected using simple random sampling. The research instruments included a health belief questionnaire regarding COVID-19 prevention, a health literacy questionnaire regarding COVID-19 prevention, and a preventive behavior questionnaire for high-risk patients against COVID-19, with reliability coefficients of 0.83, 0.83, and 0.86, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product moment correlation coefficient.

The research findings could be summarized as follows: Overall health beliefs had a moderate positive correlation with preventive behaviors against COVID-19, which was statistically significant at the 0.05 level ($r= 0.70$). Perceived barriers had a moderate negative correlation with preventive behaviors against COVID-19, which was statistically significant at the 0.05 level ($r= -0.33$). Overall health literacy had a moderate positive correlation with preventive behaviors against COVID-19, which was statistically significant at the 0.05 level ($r= 0.55$). Media literacy, however, was not significantly correlated with preventive behaviors against COVID-19.

Therefore, healthcare providers should develop strategies to enhance health beliefs and health literacy regarding COVID-19 prevention among high-risk groups, in order to promote appropriate preventive behaviors against COVID-19.

Keywords: high-risk patients, health beliefs, health literacy, prevention behaviors, COVID-19



บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) เป็นโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ที่พบการระบาดหนักทั่วโลก เริ่มตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2562 โดยผู้ที่ติดเชื้ออาจไม่แสดงอาการเจ็บป่วย แสดงอาการเพียงเล็กน้อย หรือรุนแรงมากได้ อาการแสดงที่รุนแรงและวิกฤต คือ ระบบทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (Acute respiratory distress syndrome: ARDS) ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิต และอาจส่งผลกระทบต่อร่างกายในระยะยาว (Long covid) แม้ว่าหายจากการติดเชื้อแล้วก็ตาม⁽¹⁾ จากสถิติของ World Health Organization พบว่า มีจำนวนผู้ติดเชื้อโควิด-19 สะสมทั่วโลก 775,867,547 ราย เสียชีวิตสะสม 7,057,145 ราย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น⁽²⁾ สำหรับประเทศไทย ตั้งแต่ต้นปี พ.ศ. 2563-ปัจจุบัน พบการระบาดเกิดขึ้นในทุกพื้นที่ พบผู้ติดเชื้อสะสมจำนวน 4,792,812 ราย ผู้เสียชีวิตสะสม 34,719 ราย และพบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น⁽³⁾

ภายหลังจากศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 ได้ประกาศให้โควิด-19 เข้าสู่โรคติดต่อเฝ้าระวัง หรือโรคประจำถิ่น (Endemic disease) มีการผ่อนคลายนโยบาย หรือมาตรการต่างๆ เพื่อให้ประชาชนได้ออกมาใช้ชีวิตวิถีใหม่ (New normal) เนื่องจากโควิด-19 ยังคงเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ทั้งการกลายพันธุ์ และการแพร่ระบาดเป็นวงกว้าง อาจจะกลับมามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นได้อีกครั้ง เห็นได้จากการใช้ชีวิตในช่วงที่มีเทศกาลต่างๆ การท่องเที่ยว กลับภูมิลำเนา รวมทั้งสถานประกอบการ สถานบันเทิง มหกรรมรื่นเริงกลับมาอีกครั้ง ส่งผลให้ยอดผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีความเสี่ยงที่อยู่บ้านอาจได้รับการแพร่เชื้อจากบุคคลในครอบครัว⁽⁴⁾

จากสถานการณ์ปัญหา ดังกล่าว ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อฯ หรือ กลุ่ม 608 เมื่อมีการติดเชื้อจะมีอาการรุนแรงและเสียชีวิตได้มากกว่าวัยอื่น⁽⁵⁾ หากผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงฯ เหล่านี้ไม่ได้รับการดูแลและป้องกันที่ดี และมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่ายขึ้น ดังนั้น การมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดีเพื่อการป้องกัน โควิด-19 ที่ถูกต้องและเหมาะสม จึงมีความสำคัญมากต่อการลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อฯ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงฯ⁽⁶⁾

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีรายงานวิจัยหลายๆ ฉบับที่ทำการศึกษเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกัน โควิด-19 ในประชากรหลายๆ กลุ่ม ซึ่งพบการศึกษาในกลุ่มประชาชนทั่วไป⁽⁷⁾ และในผู้สูงอายุ⁽⁸⁾ ที่พบว่าปัจจัยเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกัน โควิด-19

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ตามแนวคิดของโรเซนสตัดด์ สตรีเซอร์ และเบคเกอร์⁽⁹⁾ ได้อธิบายไว้ว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพเพื่อหลีกเลี่ยง/ป้องกันการเกิดโรคนั้น บุคคลจะต้องรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและรับรู้ถึงความเสี่ยงของการเกิดโรคที่อาจเกิดขึ้นได้ จะส่งผลให้เกิดความกลัวต่อโรคนั้น ซึ่งอาจนำไปสู่การรับรู้ถึงประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคเพื่อนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่เหมาะสม อีกทั้งหากบุคคลมีการรับรู้ความสามารถแห่งตนสูง ก็จะมีคามมุ่งมั่นตั้งใจและพยายามกระทำพฤติกรรมให้สำเร็จตามเป้าหมาย



ดังนั้น แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจึงเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการมีพฤติกรรมการป้องกันโควิด-19 ที่ดี อันจะช่วยป้องกันการติดเชื้อ ลดการภาวะแทรกซ้อน ลดความรุนแรง และลดการเสียชีวิตจากการติดเชื้อลงได้

นอกจากนั้น จากการทบทวนวรรณกรรม ยังพบการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโควิด-19 โดยแบ่งตามกลุ่มประชากร 6 กลุ่ม ดังนี้ 1) กลุ่มประชาชนทั่วไป⁽¹⁰⁾ 2) กลุ่มประชากรวัยแรงงาน⁽¹¹⁾ 3) กลุ่มผู้สูงอายุ⁽¹²⁾ 4) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน⁽¹³⁾ จากการศึกษาดังกล่าว เห็นได้ว่า ความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญตัวหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโควิด-19

ความรู้ด้านสุขภาพ เป็นแนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพ โดยนัทปิม⁽¹⁴⁾ กล่าวว่า เมื่อบุคคลมีความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจะทำให้เกิดทักษะ และความสามารถในการจัดการดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น เพื่อส่งเสริมสุขภาพของประชาชนให้มีภาวะสุขภาพที่ดี นั่นคือ หากบุคคลมีความรู้ด้านสุขภาพที่ดี ย่อมส่งผลทำให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้

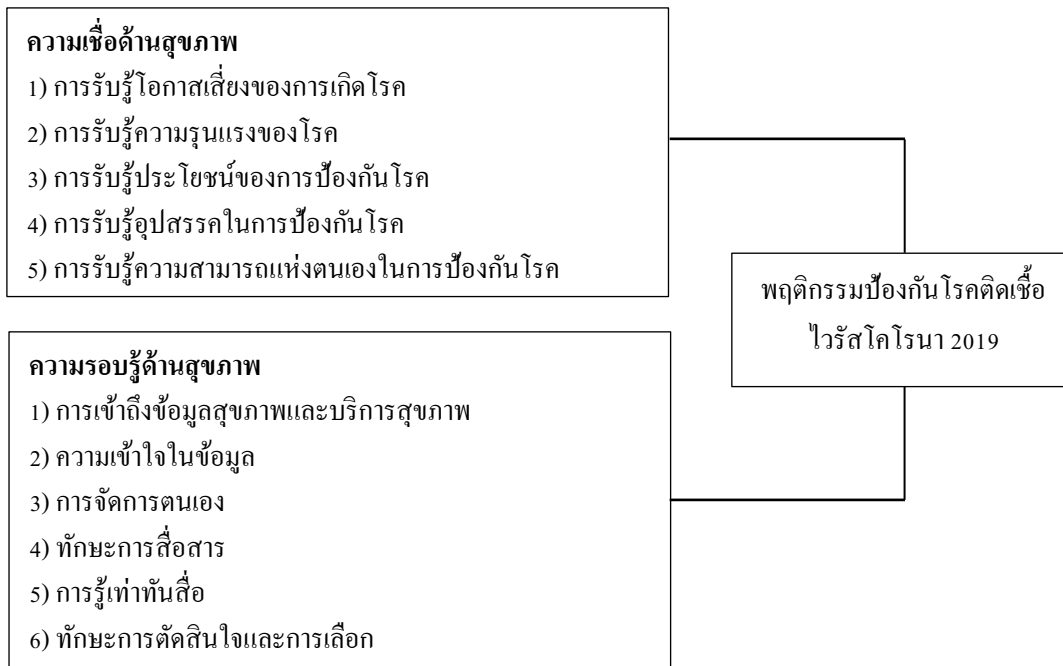
การที่ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อฯ จะมีพฤติกรรมป้องกันโควิด-19 ที่เหมาะสมได้นั้น อาจมีความเกี่ยวข้องหรือสัมพันธ์กับความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับการมีความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโควิด-19 ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโควิด-19 ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อฯ โดยผู้วิจัยหวังว่า หากทราบผลการศึกษานี้จะสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการป้องกันการติดเชื้อฯ ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ตามแนวคิดของโรเซนสต็อก สตรีเซอร์และเบคเกอร์ (1988)⁽⁹⁾ และความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของนัทปิม (2008)⁽¹⁴⁾



ระเบียบวิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อฯ เป็นผู้ใหญ่อายุ 18 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นกลุ่ม 608 (ตามรหัสโรค ICD 10) ได้แก่ โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ประกอบด้วย โรคหอบหืด (J45) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (J44), โรคหัวใจและหลอดเลือด ประกอบด้วย โรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง (I25) โรคไขมันในเลือดสูง (E78), โรคไตเรื้อรัง (N18- N19), โรคหลอดเลือดสมอง (I64), โรคอ้วน (E66), โรคเมเร็ง ประกอบด้วย เมเร็งตับ (C22) เมเร็งท่อน้ำดี (C24) เมเร็งปอด (C34) และโรคเบาหวาน (E10-E149) จำนวน 5,977 รายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพล อำเภพล จังหวัดขอนแก่น ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อฯ อายุ 18 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นกลุ่ม 608

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power กำหนดขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยที่ใกล้เคียง⁽¹³⁾ $r = 0.34$ กำหนดค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.05 และอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ 0.80 โดยคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 64 ราย และเพื่อให้เพียงพอต่อจำนวนกลุ่มเป้าหมายจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีก 10 ราย รวมเป็น 74 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 11 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ 2) ข้อมูลภาวะสุขภาพ ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงฯ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว ประวัติการใช้ยา การใช้สารเสพติด การรับวัคซีน ประวัติการติดเชื้อฯ และแหล่งข้อมูลของความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อฯ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 17 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 3) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค 4) การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค 5) การรับรู้ความสามารถแห่งตนเอง ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ กรณีคำถามเชิงบวกให้คะแนน ระดับความคิดเห็นหรือความรู้สึก ดังนี้ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) น้อยที่สุด (1 คะแนน) กรณีคำถามเชิงลบ ให้คะแนนในทางกลับกัน (1-5 คะแนน) การแปลผลการรับรู้/ความเชื่อด้านสุขภาพ โดยรวมและรายด้าน แบ่งตามเกณฑ์ของเบสท์⁽²²⁾ เป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (3.68-5.00) ระดับปานกลาง (2.34-3.67) ระดับต่ำ (1.00-2.33) ยกเว้นการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค แปลผลในทางตรงกันข้าม คือ ระดับสูง (1.00-2.33) ระดับปานกลาง (2.34-3.67) ระดับต่ำ (3.68-5.00)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 23 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 2) การเข้าใจข้อมูล 3) การจัดการตนเอง 4) ทักษะการสื่อสาร 5) การรู้เท่าทันสื่อ 6) ทักษะการตัดสินใจและการเลือก ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ กรณีคำถามเชิงบวกให้คะแนน ดังนี้ ปฏิบัติทุกครั้ง (5 คะแนน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (4 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (3 คะแนน) ปฏิบัติน้อยครั้ง/นานๆครั้ง (2 คะแนน) ไม่ได้ปฏิบัติ/ไม่เคย (1 คะแนน) กรณีคำถามเชิงลบ ให้คะแนนในทางกลับกัน (1-5 คะแนน) มีทั้งด้านบวกและด้านลบ การแปลผลความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยรวมและรายด้านแบ่งตามเกณฑ์ของเบสท์⁽²²⁾ เป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (3.68-5.00) ระดับปานกลาง (2.34-3.67) ระดับต่ำ (1.00-2.33)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) การลดการสัมผัส 2) การเลี่ยงจุดเสี่ยง 3) การดูแลสุขภาพตนเองและสังคม ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ กรณีคำถามเชิงบวกให้คะแนน ดังนี้ ปฏิบัติทุกครั้ง (5 คะแนน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (4 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (3 คะแนน) ปฏิบัติน้อยครั้ง/นานๆครั้ง (2 คะแนน) ไม่ได้ปฏิบัติ/ไม่เคย (1 คะแนน) กรณีคำถามเชิงลบ ให้คะแนนในทางกลับกัน (1-5 คะแนน) การแปลผลพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อรายรวม และ



รายด้านแบ่งตามเกณฑ์ของเบสท์⁽²²⁾ เป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับสูง (3.68-5.00) ระดับปานกลาง (2.34-3.67) ระดับต่ำ (1.00-2.33)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำแบบสอบถาม ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ความครอบคลุม ความชัดเจน ความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ โดยดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามส่วนที่ 2, 3, 4 ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.94, 1, 0.95 ตามลำดับ และนำแบบสอบถามทั้ง 3 ส่วน ไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงฯ ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพล อำเภพล จังหวัดขอนแก่น แล้วนำไปทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้วิธี Alpha Coefficient ของ Cronbach ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.83, 0.83, 0.86 ตามลำดับ และวิเคราะห์อำนาจจำแนก (Discrimination) โดยใช้วิธีสหสัมพันธ์อย่างง่ายแบบเพียร์สัน โดยการหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item Total Correlation) โดยคะแนนรวมของทุกข้อคำถามมีค่าเป็นบวกระหว่าง 0.227-0.708

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาจากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลภาวะสุขภาพ ข้อมูลความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันโรคฯ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำ ค่าสูง และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) แปลผลระดับความสัมพันธ์ตาม รัดน์ศิริ ทาโต⁽²³⁾ ดังนี้ ระดับต่ำ ($r < 0.30$) ระดับปานกลาง ($r = 0.30-0.70$) ระดับสูง ($r > 0.70$)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

หลังได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการฯ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่รับรอง : 372-402/2566 วันที่ 2 ตุลาคม 2566 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยโดยปราศจากความกดดัน มีอิสรภาพในการตัดสินใจ สามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ ข้อมูลที่ได้จะไม่ระบุชื่อจะระบุเป็นรหัสในการติดตาม การเก็บข้อมูลจะถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น พร้อมทั้งพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนึงถึง 3 ประเด็น คือ 1) ความเป็นเอกสิทธิ์ 2) การลดความเสี่ยง และเพิ่มผลประโยชน์ 3) หลักความยุติธรรม หากผู้ร่วมวิจัยรู้สึกไม่สะดวกสามารถขอยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา กรณีหากรู้สึกไม่สุขสบายมีภาวะผิดปกติ หรือเกิดอันตรายใดๆ ขณะเก็บข้อมูลสามารถ



แจ้งให้ผู้วิจัยทราบและจะได้รับการดูแลให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้น และส่งต่อเพื่อได้รับการดูแลที่เหมาะสม

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ อายุ 70-79 ปี ร้อยละ 45.9 ($n = 74$, $\bar{x} = 66$, $\text{Max} = 85$, $\text{Min} = 41$) เพศหญิง ร้อยละ 55.4 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 60.8 ระดับการศึกษา ประถมศึกษาปีที่ 1-6 ร้อยละ 41.9 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 40.5

ข้อมูลภาวะสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้มีดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI) 23 ขึ้นไป (น้ำหนักเกินถึงอ้วน) ร้อยละ 58.1 มีโรคประจำตัวมากที่สุด คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 34.4 ใช้ยารักษาโรคประจำตัว ร้อยละ 100 ปฏิเสธการใช้สารเสพติด ร้อยละ 95.9 ประวัติเกี่ยวกับโควิด-19 ไม่เคยติดเชื้อ ร้อยละ 56.7 เคยได้รับวัคซีน ร้อยละ 91.8 สูงสุด คือ 3 เข็ม ร้อยละ 42.6 ส่วนใหญ่ไม่สามารถระบุชื่อวัคซีนได้ ร้อยละ 75.7 แหล่งข้อมูลของความรู้ที่ได้รับ คือ หอกระจายข่าว ร้อยละ 15.4 ข่าวโทรทัศน์ ร้อยละ 14.7

ความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.42$, $\text{S.D.} = 0.53$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค ($\bar{x} = 3.75$, $\text{S.D.} = 0.72$) อยู่ในระดับสูง ส่วนด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ($\bar{x} = 3.43$, $\text{S.D.} = 0.97$) ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ($\bar{x} = 3.56$, $\text{S.D.} = 0.98$) ด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค ($\bar{x} = 3.12$, $\text{S.D.} = 0.61$) ด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตนเอง ($\bar{x} = 3.32$, $\text{SD} = 0.73$) อยู่ในระดับปานกลาง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.53$, $\text{S.D.} = 0.53$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ($\bar{x} = 2.84$, $\text{S.D.} = 1.11$), ความเข้าใจในข้อมูล ($\bar{x} = 3.33$, $\text{SD} = 0.54$) ด้านการจัดการตนเอง ($\bar{x} = 3.39$, $\text{S.D.} = 0.56$), ด้านทักษะการสื่อสาร ($\bar{x} = 3.57$, $\text{S.D.} = 0.83$), ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ($\bar{x} = 3.56$, $\text{S.D.} = 1.07$), ทักษะการตัดสินใจและการเลือก ($\bar{x} = 3.47$, $\text{S.D.} = 0.64$) อยู่ในระดับปานกลาง

พฤติกรรมการป้องกันโรค กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคฯ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.55$, $\text{S.D.} = 0.49$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการลดสัมผัส ($\bar{x} = 4.04$, $\text{S.D.} = 0.71$) อยู่ในระดับสูง ด้านการเลี่ยงจุดเสี่ยง ($\bar{x} = 3.24$, $\text{S.D.} = 0.65$) และด้านการดูแลสุขภาพตนเองและสังคม ($\bar{x} = 3.51$, $\text{S.D.} = 0.51$) อยู่ในระดับปานกลาง

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผลการศึกษา พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม และรายด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับปาน



กลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคฯ ยกเว้นด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคฯ มีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคฯ

ข้อมูลความเชื่อด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม	0.70	<0.001
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	0.50	<0.001
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	0.37	<0.001
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค	0.48	<0.001
การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค	-0.33	0.003
การรับรู้ความสามารถแห่งตนเอง	0.65	<0.001

r = Pearson's product-moment correlation coefficient, * p-value < 0.05

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
ผลการศึกษา พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ยกเว้นด้านการรู้เท่าทันสื่อไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฯ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคฯ

ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	0.48	<0.001
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	0.39	<0.001
ความเข้าใจในข้อมูล	0.32	<0.001
การจัดการตนเอง	0.42	<0.001
ทักษะการสื่อสาร	0.49	<0.001
การรู้เท่าทันสื่อ	- 0.08	0.461
ทักษะการตัดสินใจและการเลือก	0.63	<0.001

r = Pearson's product-moment correlation coefficient, * p-value < 0.05



สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคฯ อยู่ในระดับปานกลาง ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม และรายด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคฯ ยกเว้นด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคฯ มีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคฯ ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคฯ ยกเว้นด้านการรู้เท่าทันสื่อไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฯ

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาที่พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคฯ ยกเว้นด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคฯ มีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคฯ สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ผลการวิจัยเป็นไปตามทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ⁽⁹⁾ ที่กล่าวว่า บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคนั้น เมื่อบุคคลรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค รับรู้ถึงความรุนแรงของโรค รับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค รับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค และรับรู้ความสามารถของตนเอง ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพทั้งความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคฯ หมายความว่า หากผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงฯ มีความเชื่อด้านสุขภาพระดับปานกลางจะทำให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงฯ มีพฤติกรรมการป้องกันโรคฯ ระดับปานกลางด้วย ส่วนด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคฯ มีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคฯ หมายถึง หากผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงฯ มีการรับรู้ว่ามีอุปสรรคของการปฏิบัติตัวปานกลาง ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงฯ จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคฯ ลดลงอยู่ในระดับปานกลางด้วย ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎี และสามารถอภิปรายผลรายด้านได้ดังนี้

1) ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยผู้สูงอายุ และมีปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อม แสดงออกในด้านความล่าช้าในทุกด้านทั้ง ความคิด ความจำ การรับรู้ ประสาทสัมผัส และการเคลื่อนไหวส่งผลให้สมรรถภาพในการทำงานของร่างกายก็ลดลง⁽¹⁸⁾ ดังนั้น หากผู้สูงอายุมีการรับรู้ที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม มีการรับรู้ช้าลง จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปด้วยได้

2) ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างอาจมองว่าโควิด-19 ไม่น่ากลัว เพราะการระบาดและความรุนแรงในการก่อโรคลดลง⁽¹⁵⁾ ประกอบกับภาครัฐประกาศว่า โควิด-19 เป็นโรคประจำถิ่นทำให้พฤติกรรม และวิถีชีวิตเปลี่ยนไป



3) ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค อธิบายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการรับรู้ข้อมูลการป้องกันการติดเชื้อฯ จากแหล่งข้อมูลในหลายๆ แหล่ง ประกอบกับรัฐบาลมีมาตรการในการประชาสัมพันธ์ถึงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคและความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว⁽¹⁶⁾ แต่เนื่องจากโควิด-19 เป็นโรคประจำถิ่น มีการผ่อนคลายนโยบายและมาตรการต่างๆ ผู้คนออกมาใช้ชีวิตประจำวันมากขึ้น จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคฯ ที่เปลี่ยนแปลงไปได้

4) ด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค อาจเนื่องจากอุปสรรคในการดำเนินชีวิตของประชาชน เช่น หน้ากากอนามัยและเจลแอลกอฮอล์มีราคาแพง หาซื้อยาก ถูกหลอกหลวง จึงส่งผลให้พฤติกรรมป้องกันโรคลดลง⁽¹⁷⁾

5) ด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตนเอง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุมีการรับรู้ลดลง⁽¹⁸⁾ กลุ่มตัวอย่างจึงอาจมีการรับรู้ความสามารถแห่งตนเองที่ลดลง จึงมีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติตามขั้นตอน วิธีการป้องกันกันติดเชื้อฯ ที่ลดลง ส่งผลให้มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคฯ ที่ลดลงได้

จากการศึกษาที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคฯ สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ผลการวิจัยเป็นไปตามทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพ⁽¹⁴⁾ กล่าวคือ หากบุคคลมีความรอบรู้สุขภาพทั้ง 6 ด้าน ที่ดี ย่อมส่งผลทำให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพดีตามไปด้วย ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพทั้งความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม และรายด้าน มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคฯ หมายความว่า หากผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงฯ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง จะทำให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงฯ มีพฤติกรรมป้องกันโรคฯ ระดับปานกลางด้วย และสามารถอภิปรายผลรายด้านได้ดังนี้

1) ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการได้ แต่แหล่งข้อมูลอาจมีไม่หลากหลาย อาจยังไม่เพียงพอที่จะช่วยให้สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม จึงทำให้พฤติกรรมป้องกันโรคฯ ยังไม่ดีพอ

2) ด้านความเข้าใจในข้อมูล อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและมีปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ต้องเผชิญความเหนื่อยทางปัญญาเนื่องจากความเสื่อมถอยของระบบร่างกาย โดยเฉพาะระบบประสาทสัมผัสต่างๆ⁽¹⁸⁾ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดของความสามารถในการอ่าน และเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพจึงนำไปสู่การมีพฤติกรรมป้องกันโรคฯ อยู่ในระดับปานกลางได้

3) ด้านการจัดการตนเอง อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดของความสามารถในการอ่าน และเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ รวมถึงการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเอง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างยังไม่สามารถจัดการตนเองในการป้องกันโรคฯ ได้เป็นอย่างดี



4) ด้านทักษะการสื่อสาร อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีทักษะในการฟัง การอ่าน และการเขียนลดลงตามวัยที่เพิ่มขึ้น ส่งผลต่อความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ เกิดข้อจำกัดในการสื่อสาร โดยเฉพาะการสื่อสารสองทางกับบุคลากรทางด้านสาธารณสุข⁽¹⁹⁾

5) ด้านทักษะการตัดสินใจและการเลือก อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้ แต่อาจจะมีแหล่งข้อมูลที่ไม่หลากหลาย อาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลด้านสุขภาพไม่เพียงพอ ทำให้ความสามารถในการเลือก และตัดสินใจยังไม่เหมาะสม⁽²⁰⁾

6) ด้านการรู้เท่าทันสื่อไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน โรคฯ สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งมีสภาพหรือสมรรถนะทางร่างกาย และจิตใจที่ถดถอยลง มีความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ทุกด้าน เช่น ระบบประสาทการรับรู้ (การฟัง การอ่าน การเขียน) การคิด และการตัดสินใจ⁽¹⁸⁾ ทำให้มีข้อจำกัดต่อความสามารถในการเรียนรู้ ความคิด และข้อจำกัดในการตรวจสอบความถูกต้อง หรือผู้สูงอายุมีโอกาสร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง รับรู้ข้อมูลข่าวสารลดลง นำไปสู่การแยกห่างจากสังคม จึงมีการรู้เท่าทันสื่อไม่มากนัก ทำให้การตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการป้องกันการติดเชื้อฯ กระทำได้ไม่เต็มที่ อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่า ผู้สูงอายุจะมีการรู้เท่าทันสื่อระดับปานกลาง แต่เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวจากความถดถอยของร่างกาย และจิตใจ ผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแล และช่วยเหลือในการป้องกันโรคฯ จากครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องอยู่ในสภาวะพึ่งพิงคนในครอบครัว⁽²¹⁾ จึงอาจส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการโรคติดเชื้อฯ ที่ผู้สูงอายุจะไม่สามารถตัดสินใจกระทำได้ด้วยตนเอง ถึงแม้ว่าจะมีการรู้เท่าทันสื่อในระดับปานกลางก็ตาม

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

สามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงฯ เพื่อให้เกิดการมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคฯ ที่ดี

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยทุกท่าน เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง และคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่ช่วยให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี



เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 18 สิงหาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/2017420210820025238>
2. World Health Organization [Internet]. [cited 2024 Aug 17]. Available from: <https://data.who.int/dashboards/covid19/cases>
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์ผู้ป่วย COVID-19 ภายในประเทศ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/situation_more.php
4. World Health Organization Thailand. สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.who.int/thailand/th/news/detail/02-05-2567-update-on-covid-19-in-thailand>
5. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสอบสวนสถานการณ์โรคโควิด-19 และมาตรการควบคุมป้องกันในระดับโรค และในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดิไซน์; 2565.
6. ชนสรณณ์ ศรีใช้ประวดี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดนนทบุรี. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2565; 19(1): 47-60.
7. เชาวลิศ เลื่อนลอย. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน อำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา 2565; 2(1): 18-33.
8. นัตรวรุณ ศรีวิสัย. พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในช่วงชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2564.
9. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the health belief model. Health education quarterly 1988; 15(2): 175-83.
10. ชาญานิส ลือวานิ, จิตติพงศ์ สังข์ทอง, อาทิตยา จิตจันทร์, สุธาสิณี พิชัยกาล, นิศกร ดันดิบุญลชัย, เอกชัย เสี่ยงล้ำ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการดำเนินชีวิตวิถีใหม่ในการป้องกันตนเองจากไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019 ของประชาชนที่อาศัยในจังหวัดภูเก็ต. NU Journal of Nursing and Health Sciences 2563; 14(3): 73-88.
11. ณฐกร นิลเนตร, สุขศิริ ประสมสุข, นครินทร์ ประเสริฐ, เพ็ญวิภา นิลเนตร, ณัฐพล โยธา, กฤติยาณี ธรรมสาร. ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชากรวัยแรงงานในจังหวัดนครราชสีมา. Health Science Journal of Thailand 2563; 4(4): 10-8.



12. ประศักดิ์ สันติภาพ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ ในชุมชนเสื้อใหญ่อุทิศ เขตจตุจักร กรุงเทพฯ. วารสาร มจร พุทธปัญญาปริทรรศน์ 2565; 7(3): 72-84.
13. กรรณิกา อุ่นอ้าย, พนิดา ชัยวัง, ดวงใจ ปันเจริญ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในชุมชนชนบท จังหวัดเชียงราย. พยาบาลสารมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2565; 49(1): 200-12.
14. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Social science & medicine. 2008; 67(12): 2072-8.
15. Olowe OA, Ross AJ. Knowledge, adherence and control among patients with hypertension attending a peri-urban primary health care clinic, KwaZulu-Natal. African journal of primary health care & family medicine 2017; 9(1): 1-5.
16. บุญเลิศ บุตรจันทร์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรม การป้องกันการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาในผู้สูงอายุ เขตพื้นที่อำเภอถลางกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) 2565; 38(1): 66-78.
17. นิชาภา เหมือนภาค, ธนกร ปัญญาไสโสภณ, ธวัชชัย เอกสันติ. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผลกระทบสุขภาพ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนจังหวัด นครราชสีมา. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2565; 40(2): 85-94.
18. Kaedumkoeng k, Thummaku d. การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชากรผู้สูงอายุ Health literacy promoting in aging population. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี 2015; 9(2).
19. กิจปพน ศรีธานี. ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลาง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2560; 11(1): 26-36.
20. Khumthong T, Potisiri W, Kaedumkoeng K. Factors influencing health literacy for people at risk of diabetes mellitus and hypertension of Uthai Thani and Ang Thong. Veridian E-Journal. Science and Technology Silpakorn University 2016; 3(6): 67-85.
21. สุพรรณิ ใจดี. การศึกษาภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุ ในชุมชนกรุงเทพมหานคร. วารสารแพทย์ นาวี 2559; 44(3): 117-35.
22. Best JW, Kahn JV. Research in education. New Jersey: Printice Hall. Inc; 1997.
23. รัตน์ศิริ ทาโต. การวิจัยทางการพยาบาล แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้ (ฉบับปรับปรุง). พิมพ์ครั้งที่ 6 กรุงเทพมหานคร: ดิกรี วิชั่น จำกัด; 2562.