

**ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุ
กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในชุมชนชนบท จังหวัดเชียงราย**
**Health Literacy and Behaviors to Prevent COVID-19 Among Older Persons
at Risk for Dementia in a Rural Community in Chiang Rai Province**

กรรณิกา	อุ๋นอ้าย*	Kannika	Unai*
พนิดา	ชัยวัง**	Panida	Chaiwang**
พรภิมล	กรกกฎกำจร**	Bhonpimon	Korakodkamchon**
ดวงใจ	ปันเจริญ***	Duangjai	Panjarean***

บทคัดย่อ

ประเทศไทยกำลังประสบกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งเป็นไวรัสที่แพร่กระจายผ่านทางละอองฝอยที่มีเชื้อไวรัสจากการสูดดมหรือการสัมผัสโดยตรง ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม หากเกิดการติดเชื้อโรคโควิด-19 อาจมีอาการรุนแรงมากกว่าในวัยอื่น การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม จำนวน 95 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านสุขภาพ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค ที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพความตรงและความเชื่อมั่นแล้ว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 66.49, SD = 4.75)
2. ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับปานกลาง (r = .344, p < .001)
3. ความรู้ด้านสุขภาพรายด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการบอกต่อการป้องกันดูแลสุขภาพ (r = .377, p < .001) การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง (r = .343, p < .001) และด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (r = .323, p < .001)
4. ความรู้ด้านสุขภาพรายด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับต่ำ ได้แก่ ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ (r = .294, p < .01) การตัดสินใจด้านสุขภาพ (r = .280, p < .01) และด้านการโต้ตอบแลกเปลี่ยนความรู้ (r = .202, p < .05)

* ผู้เขียนหลัก อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย email: kannika.unai@crc.ac.th

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเวียงห้า

ผลการวิจัยสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรสุขภาพในการวางแผนกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม

Abstract

Thailand is experiencing a pandemic of COVID-19 which is spread via viral droplets through inhalation or direct contact. Older persons at risk for dementia may have more severe symptoms than persons of other ages when infected with COVID-19. The purpose of this descriptive correlational study was to investigate health literacy, behaviors to prevent COVID-19, and the relationship between health literacy and behaviors to prevent COVID-19 among older persons at risk for dementia. The purposive sampling method was used to select 95 older persons at risk for dementia. The data collection instruments were composed of an interview form on health literacy and behaviors to prevent COVID-19, which were tested for validity and reliability. Descriptive statistics and Pearson's product moment correlation coefficient were used for data analysis.

The results of the study revealed that:

1. Overall health literacy and that of each dimension among older persons were at a moderate level and behaviors to prevent COVID-19 were at a high level ($\bar{X} = 66.49$, $SD = 4.75$)
2. Health literacy had a statistically significant positive correlation to behaviors to prevent COVID-19 at a moderate level ($r = .344$, $p < .001$).
3. There were a statistically significant positive correlation between each dimension of health literacy and behaviors to prevent COVID-19 at a moderate level, including transmission information relevant to health prevention ($r = .377$, $p < .001$), changing health behaviors ($r = .343$, $p < .001$), and accessibility of information and health services ($r = .323$, $p < .001$).
4. There was a statistically significant positive correlation between each dimension of health literacy and behaviors to prevent COVID-19 at a low level, including understanding of adequate health information and services ($r = .294$, $p < .01$), health decision-making ($r = .280$, $p < .01$), and knowledge exchange interaction ($r = .202$, $p < .05$).

The results of this study can be applied as baseline information for enhancing health personnel in planning activities to promote behaviors to prevent COVID-19 among older persons at risk for dementia.

Keywords: Health literacy, Health behaviors prevention of COVID-19, Older persons at risk for dementia

* Corresponding Author, Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Rai College; e-mail: kannika.unai @crc.ac.th

** Lecturer, Faculty of Nursing, Chiang Rai College

*** Professional Nurse, Wiang Hao Sub-District Health Promoting Hospital

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคโควิด-19 (COVID-19) เกิดจากเชื้อโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ 2019 (SARS-CoV-2) ที่ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจอย่างเฉียบพลันและรุนแรง การระบาดของโรคเกิดขึ้นครั้งแรกในเดือนธันวาคม 2019 และส่งผลให้เกิดภาวะวิกฤตทางสังคมและเศรษฐกิจไปทั่วโลก ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก วันที่ 7 มกราคม พ.ศ. 2565 พบการระบาดของโรคโควิด-19 แพร่กระจายไปในหลายทวีปทั่วโลก ได้แก่ ทวีปอเมริกาพบผู้ติดเชื้อทั้งหมดจำนวน 104,698,449 ราย ทวีปยุโรปพบผู้ติดเชื้อทั้งหมดจำนวน 103,190,471 ราย ทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบผู้ติดเชื้อทั้งหมดจำนวน 45,034,821 ราย (World Health Organization, 2022) ในประเทศไทยพบการระบาดของโรคโควิด-19 ครั้งแรกในเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 และพบการระบาดระลอกใหม่ ในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 ข้อมูลจากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข วันที่ 11 มกราคม พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยติดเชื้อยืนยันสะสมจำนวน 2,284,609 ราย เสียชีวิตสะสมจำนวน 21,850 ราย และจากการตรวจสอบเชิงรุกยังพบผู้ป่วยติดเชื้อเพิ่มมากขึ้นในแต่ละวัน (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2022) โดยการแพร่ระบาดของโรคระลอกใหม่เกิดจากการติดเชื้อจากแหล่งภายนอกประเทศและนำมาแพร่ระบาดภายในประเทศ

การแพร่เชื้อของโรคโควิด-19 สามารถแพร่เชื้อจากคนสู่คนโดยติดต่อผ่านทางละอองฝอยที่มีเชื้อไวรัสจากการสูดดมหรือการสัมผัสโดยตรง ได้แก่ การไอหรือจาม การสัมผัสสารคัดหลั่ง เช่น น้ำมูก น้ำลาย เป็นต้น หรือสัมผัสสิ่งของที่ปนเปื้อนเชื้อไวรัส เช่น ธนบัตร ลูกบิดประตู ราวบันได โทรศัพท์ เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่าสามารถติดต่อได้ทางการปนเปื้อนมาในอุจจาระของผู้ป่วย (fecal-oral transmission) เช่น การใช้ห้องน้ำร่วมกับผู้ติดเชื้อ หรือการรับประทานอาหารที่ใช้ภาชนะร่วมกัน เป็นต้น ซึ่งความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับภูมิคุ้มกันของร่างกายในแต่ละบุคคล (Manmana, Iamsirithaworn, & Uttayamakul, 2020) จากการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสดังกล่าวสามารถป้องกันการติดเชื้อได้โดยการล้างมือบ่อย ๆ ด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์ สวมหน้ากากอนามัย หลีกเลี่ยงการนำมือมาสัมผัสตา จมูก ปาก โดยไม่จำเป็น ไม่ใช้ของส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น

รับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ หลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่แออัด ไม่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่มีอาการหวัด ไอ จาม และรักษาระยะห่างระหว่างบุคคล (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2021) ในการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อต้องอาศัยความร่วมมือของบุคคลในสังคมจึงจะได้ผลลัพธ์ที่ดี จากการระบาดของโรคในปัจจุบันบุคคลส่วนใหญ่ที่มีการรับรู้ที่ดีจะมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคอยู่ในระดับดี ดังการศึกษาของ ธาณี กล่อมใจ, จรรยา แก้วใจบุญ, และ ทักษิภา ชัชรรัตน์ (Glomjai, Kaewjiboon, & Chachavarat, 2020) ศึกษาความรู้และพฤติกรรมของประชาชนเรื่องการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 เขตตำบลบ้านสาร อำเภอมืองจังหวัดพะเยา พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโดยรวมอยู่ในระดับมาก อย่างไรก็ตามในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมการมีความจำที่เริ่มลดลง อาจส่งผลให้การปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคยังไม่ครอบคลุมตามแนวปฏิบัติ

ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมเป็นผู้สูงอายุที่เริ่มมีความบกพร่องด้านความจำ แต่ยังไม่มีผลกระทบต่อการทำกิจวัตรประจำวัน การเปลี่ยนแปลงตามวัยที่เกิดขึ้นกับร่างกายหลายระบบไม่แตกต่างจากวัยสูงอายุปกติ (Alzheimer's Association, 2021) การคัดกรองผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้นสามารถคัดกรองได้โดยอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) จากแบบประเมินคัดกรองสภาพสมองสำหรับ อสม.ของกระทรวงสาธารณสุข หากการแปลผลคะแนนพบว่ามีความผิดปกติทางด้านความจำแสดงว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม ต้องได้รับการประเมินซ้ำโดยเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

แม้ว่าผู้สูงอายุจะเริ่มมีความจำที่ลดลงแต่การเปลี่ยนแปลงตามวัยในหลายระบบของร่างกายไม่แตกต่างจากวัยสูงอายุปกติ จึงพบว่าในระบบทางเดินหายใจมีความยืดหยุ่นของผนังทรวงอกลดลง รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของเนื้อปอดและถุงลมที่มีความยืดหยุ่นลดลงส่งผลให้การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง นอกจากนี้ยังพบว่าชนกวัยภายในชุมชนที่ทำหน้าที่ในการดักจับเชื้อโรคหรือสิ่งแปลกปลอมมีจำนวนลดลง ส่งผลให้เชื้อโรค

สามารถเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจได้ง่าย รวมถึงการทำให้หน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายเพื่อต่อต้านเชื้อโรคที่เข้าสู่ร่างกายลดลง (Eliopoulos, 2018) หากผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมมีการติดเชื้อโรคโควิด-19 จะส่งผลให้มีอาการรุนแรงมาก เนื่องจากการติดเชื้อจะทำให้เกิดการอักเสบของปอด ส่งผลให้การแลกเปลี่ยนแก๊สระหว่างถุงลมและหลอดเลือดเป็นไปได้ไม่ดีเกิดภาวะหายใจลำบาก และการหายใจล้มเหลวตามมา (Manmana, Iamsirithaworn, & Uttayamakul, 2020) แม้ว่าปัจจุบันได้มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการระบาดของโรคโควิด-19 มากขึ้นจากการสื่อสารหลากหลายช่องทาง แต่ข้อจำกัดด้วยการเปลี่ยนแปลงตามวัยของผู้สูงอายุทำให้ความสามารถในการมองเห็นและการรับฟังลดลง รวมถึงการรับรู้และความจำลดลงทำให้การเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสาร หรือการพิจารณาความถูกต้องของข้อมูลต่าง ๆ อาจยังไม่ถูกต้องครบถ้วน และส่งผลให้เกิดพฤติกรรมป้องกันโรคที่ไม่เหมาะสม

ความรู้ด้านสุขภาพเป็นแนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพ องค์การอนามัยโลกได้นิยามความรู้ด้านสุขภาพว่าเป็นกระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจ และความสามารถของบุคคลที่จะเข้าถึงและใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น (World Health Organization, 1998) แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (Nutbeam, 2000; Nutbeam, 2008) กล่าวว่า เมื่อบุคคลมีความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจะทำให้เกิดทักษะและความสามารถในการจัดการดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น ประกอบด้วย 3 ระดับ ได้แก่ ระดับพื้นฐาน (Functional health literacy) ระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive health literacy) และระดับวิจารณ์ญาณ (Critical health literacy) กระทรวงสาธารณสุขได้สร้างแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพขึ้นภายใต้กรอบแนวคิดของ Nutbeam ประกอบด้วย 3 ระดับ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ระดับพื้นฐาน ประกอบด้วย ด้านการเข้าถึงข้อมูล และด้านความรู้ความเข้าใจ 2) ระดับปฏิสัมพันธ์ ประกอบด้วย ด้านทักษะการสื่อสาร และด้านการจัดการตนเอง 3) ระดับวิจารณ์ญาณ ประกอบด้วย ด้านการรู้เท่าทันสื่อ และด้านทักษะการตัดสินใจ เพื่อส่งเสริมสุขภาพของประชาชนไทยให้มีภาวะสุขภาพที่ดี (Intarakamhang, 2018)

การระบาดของโรคโควิด-19 ในปัจจุบันการมีความรู้ด้านสุขภาพที่ดีโดยการเข้าถึงข้อมูลที่ต้องการมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการแพร่กระจายของโรคจะช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้กับบุคคลอื่นและมีความเข้าใจกับข้อมูลที่ได้รับจากการแลกเปลี่ยนความรู้สามารถนำไปสู่การจัดการกับตนเองเพื่อให้เกิดการมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่เหมาะสมได้ ดังการศึกษาของ รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์, ปนัดดา งามเปรี่ยม, สุรตนา เหล่าไชย, และ ประภากร ศรีสว่างวงศ์ (Srisupak, Ngampriam, Loachai, Srisawangwong, 2021) พบว่าความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้านมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุในตำบลเวียงนาง จังหวัดมหาสารคาม อย่างไรก็ตามในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมการลดลงของความจำอาจส่งผลให้การรับข้อมูลเกี่ยวกับโรค การเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการป้องกันการติดเชื้อยังไม่ครอบคลุม ส่งผลให้ไม่สามารถสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับผู้อื่นได้ รวมถึงไม่สามารถตัดสินใจในการจัดการกับตัวเองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม อาจส่งผลให้ความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับที่ลดลง

จังหวัดเชียงรายพบรายงานผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 และจากข้อมูลการสอบสวนโรคของผู้ติดเชื้อพบว่าเป็นการติดเชื้อจากสถานที่ภายนอกจังหวัดและเดินทางกลับมาพักอาศัยอยู่ที่บ้าน (Chiang Rai Provincial Public Health Office, 2022) ส่งผลให้บุคคลในครอบครัวเป็นบุคคลกลุ่มเสี่ยงที่สัมผัสกับผู้ติดเชื้อ จากการออกบริการวิชาการของผู้วิจัยเกี่ยวกับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในชุมชนโดยอาสาสมัครประจำหมู่บ้านจัดโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเวียงห้า อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย ประจำปีงบประมาณ 2563 พบผู้สูงอายุในชุมชนมีปัญหาทางด้านของความจำจากการคัดกรองด้วยแบบประเมินสภาพสมองสำหรับ อสม. ที่ต้องได้รับการคัดกรองเพิ่มเติมโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งผู้สูงอายุส่วนมากอาศัยอยู่ในหมู่บ้านของตนเอง ประกอบอาชีพเกษตรกรรมไม่ได้ออกมาทำงานนอกชุมชน แต่สมาชิกในครอบครัวส่วนมากยังคงทำงานภายนอกชุมชนและเรียนหนังสือ อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมมีโอกาสในการสัมผัสเชื้อโรคโควิด-19 ได้

ประกอบกับผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงดังกล่าวเริ่มมีความจำที่ลดลงอาจส่งผลให้การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ยังไม่ครอบคลุม และอาจส่งผลให้ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้การทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมยังมีจำกัด และยังไม่พบการรายงานการติดเชื้อโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนให้การพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในชุมชนชนบท
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในชุมชนชนบท

คำถามการวิจัย

1. ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในชุมชนชนบทเป็นอย่างไร

2. ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในชุมชนชนบทหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ความรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะและความสามารถของบุคคลที่ส่งผลให้เกิดการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ในการศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam, 2008) ร่วมกับการศึกษาเอกสารตำราที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคของผู้สูงอายุในชุมชนของกระทรวงสาธารณสุขที่ใช้กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนัทบีมในการสร้างแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ โดยจำแนกความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 3 ระดับออกเป็น 6 ด้าน เพื่อใช้เป็นกระบวนการในการส่งเสริมระดับความรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2) การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ 3) การโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยนความรู้ 4) การตัดสินใจด้านสุขภาพ 5) การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง 6) การบอกต่อในการป้องกันดูแลสุขภาพจากการระบาดของโรคโควิด-19 การมีความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคที่ดีจะช่วยส่งเสริมให้มีการมีพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ที่ดี อย่างไรก็ตามการมีความจำที่ลดลงของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมอาจส่งผลกระทบต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน และส่งผลให้เกิดพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่ลดลง

ความรู้ด้านสุขภาพ

- การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ
- การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ
- การโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยนความรู้
- การตัดสินใจด้านสุขภาพ
- การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง
- การบอกต่อในการป้องกันดูแลสุขภาพ



พฤติกรรมป้องกันโรค
โควิด-19 ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อ
การเกิดภาวะสมองเสื่อม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลเวียงห้า อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่ถูกคัดกรองด้วยแบบประเมินสภาพสมองสำหรับ อสม. ในปีงบประมาณ 2563 และผลการคัดกรองพบว่าอาจมีปัญหาในเรื่องของความจำ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม และมีการส่งต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อทำการคัดกรองเพิ่มเติม คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการเปิดตารางประมาณค่า อำนาจทดสอบ (power analysis) กำหนดค่าอำนาจการทดสอบที่ .80 และขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) ที่ .30 ซึ่งเป็นค่าขนาดอิทธิพลขนาดกลางที่สามารถนำมาใช้ในการคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง ทางทางพยาบาล กำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ .05 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 83 ราย (Burns & Grove, 2009) เพื่อป้องกันจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่อาจยุติการเข้าร่วมในการศึกษา (drop out) ผู้วิจัยได้เพิ่ม จำนวนของกลุ่มตัวอย่างขึ้นอีกร้อยละ 15 (Grove, Burns & Gray, 2013) ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 95 ราย กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ดังนี้ 1) ผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและเพศชายที่อาศัยอยู่ในตำบลเวียงห้า อำเภอพาน จังหวัดเชียงรายที่ได้รับการคัดกรองสภาพสมองด้วยแบบประเมินสภาพสมองสำหรับ อสม. ในปีงบประมาณ 2563 ผลการคัดกรองพบว่าอาจมีปัญหาในเรื่องของความจำ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม 2) เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 3) ไม่มีปัญหาการได้ยิน และ 4) ยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ที่อยู่อาศัย สถานะในครอบครัว ความพึงพอใจรายได้ของครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว

2. แบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านสุขภาพ สำหรับประชาชนในกลุ่มวัยผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน ของ

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 55 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 9 ข้อ การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ จำนวน 9 ข้อ การโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยนความรู้ จำนวน 9 ข้อ การตัดสินใจด้านสุขภาพ จำนวน 9 ข้อ การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง จำนวน 10 ข้อ การบอกต่อในการป้องกันดูแลสุขภาพ จำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ ตั้งแต่น้อยที่สุดถึงมากที่สุดเป็นคะแนน 1-5 ตามลำดับ มีการแปลผลเป็น 3 ระดับ ได้แก่ น้อย ปานกลาง มาก โดยคิดคะแนนจากผลรวมของคะแนนแบบสัมภาษณ์ทั้งฉบับ และผลรวมของคะแนนรายด้าน 6 ด้าน ซึ่งคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 55-275 คะแนน และคะแนนรายด้านจำนวน 9 ข้อ อยู่ระหว่าง 9-45 คะแนน คะแนนรายด้านจำนวน 10 ข้อ อยู่ระหว่าง 10-50 คะแนน จากนั้นแบ่งช่วงคะแนนเป็น 3 อันดับตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เครื่องมือดังกล่าวได้รับการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงตามเนื้อหาแล้ว จึงไม่ทำการทดสอบซ้ำ หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์โดยทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 ราย โดยใช้สูตรค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.81

3. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมปฏิบัติตนในการป้องกันโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ของธานี กล่อมใจ และคณะ (Glomjai, et al., 2020) ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 อันดับ ตั้งแต่ไม่ปฏิบัติถึงปฏิบัติทุกครั้ง เป็นคะแนน 1-3 ตามลำดับ มีการแปลผลเป็น 3 ระดับ ได้แก่ น้อย ปานกลาง มาก โดยคิดคะแนนจากผลรวมของคะแนนแบบสัมภาษณ์ทั้งฉบับ ซึ่งคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 24-72 คะแนน จากนั้นแบ่งช่วงคะแนนเป็น 3 อันดับตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เครื่องมือดังกล่าวได้รับการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงตามเนื้อหาแล้วจึงไม่ทำการทดสอบซ้ำ หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์โดยทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 ราย หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ โดยใช้สูตรค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.98

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยเชียงราย ตามเอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ CRC.IRB No. 003/2564 และได้รับการอนุญาตจากสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ให้เข้าเก็บรวบรวมข้อมูลตามหนังสือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ที่ร0032.010/4951 ทั้งนี้ ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติเป็นกลุ่มตัวอย่างได้รับการอธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ขั้นตอนของการวิจัย การรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิจากผู้วิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยได้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้จัดอบรมการใช้เครื่องมือวิจัยให้แก่ผู้ช่วยวิจัยก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันในการใช้เครื่องมือ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการรวบรวมข้อมูลโดยชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัยพร้อมทั้งอธิบายการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย หลังจากนั้นสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบสัมภาษณ์โดยผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้อ่านแบบสัมภาษณ์ให้กลุ่มตัวอย่างตอบใช้เวลาประมาณ 30 นาที โดยจัดสถานที่ในบ้านของกลุ่มตัวอย่างให้เงียบสงบมีความเป็นส่วนตัว เมื่อได้ข้อมูลครบแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบ หลังจากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป คะแนนความรู้ด้านสุขภาพทั้งโดยรวมและรายด้าน และคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านกับพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 หลังจากทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติโคโมโกรอฟซามิโนฟ (Kolmogorov-Smirnov test) พบว่า คะแนนความรู้ด้านสุขภาพทั้งโดยรวมและรายด้าน และคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 มีการแจกแจงแบบโค้งปกติจึงใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product-moment correlation) ในการวิเคราะห์ ทั้งนี้ได้กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยใช้เกณฑ์พิจารณาระดับความสัมพันธ์ (Burns & Grove, 2009)

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 57.90 อยู่ในวัยสูงอายุตอนต้นร้อยละ 48.5 ปี อายุเฉลี่ย 72.37 ปี ไม่ได้เรียนหนังสือร้อยละ 53.7 และเรียนระดับประถมศึกษาร้อยละ 46.3 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 67.4 นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด อาศัยอยู่บ้านของตนเอง ร้อยละ 97.9 มีสถานะเป็นหัวหน้าครอบครัวร้อยละ 63.2 รายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายร้อยละ 65.66 ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษา คือ สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สิทธิบัตรทอง) และจำนวนสมาชิกในครอบครัวจำนวน 2 คนขึ้นไปร้อยละ 85.3

2. ความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 175.27, SD = 35.87) เมื่อจำแนกความรู้ด้านสุขภาพรายด้าน พบว่า อยู่ในระดับปานกลางทั้ง 6 ด้าน ดังนี้ ด้านการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง ($\bar{X}$ = 32.46, SD = 6.89) การได้ตอบคำถามแลกเปลี่ยนความรู้ ($\bar{X}$ = 29.20, SD = 6.28) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ($\bar{X}$ = 29.05, SD = 6.56) การตัดสินใจด้านสุขภาพ ($\bar{X}$ = 28.99, SD = 6.99) การบอกต่อในการป้องกันดูแลสุขภาพ ($\bar{X}$ = 28.32, SD = 6.85) และการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ ($\bar{X}$ = 27.25, SD = 6.96) ดังแสดงในตารางที่ 1

3. พฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 66.49, SD = 4.75) ดังแสดงในตารางที่ 1 เมื่อพิจารณาพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 รายข้อ พบว่าข้อที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติทุกครั้งมากที่สุด ได้แก่ 1) ใส่หน้ากากอนามัยหากอยู่ในที่แออัด และเมื่อเจ็บป่วยหยุดพักที่บ้านไม่ออกนอกบ้านหรือเดินทางไปที่ชุมชนร้อยละ 93.7 2) ใส่หน้ากากอนามัยเมื่อป่วย หลีกเลี่ยงการไปสถานที่แออัด และหลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ที่มีการคล้ายไข้หวัด หรือติดเชื้อทางเดินหายใจ เฉียบพลันรุนแรงร้อยละ 91.6 3) เมื่อเกิดการเจ็บป่วยนอนแยกห้องกับบุคคลอื่นในบ้านร้อยละ 89.5 4) ไม่สัมผัสตา จมูก โดยไม่จำเป็นร้อยละ 87.4 และ 5) ล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ความเข้มข้นอย่างน้อยร้อยละ 70 เมื่อต้องออกไปที่สาธารณะร้อยละ 86.3

ตารางที่ 1 ค่าคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม และรายด้าน และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 โดยรวม (n=95)

ข้อมูล	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	175.27	35.87	ปานกลาง
ความรู้ด้านสุขภาพรายด้าน			
การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง	32.46	6.89	ปานกลาง
การโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยนความรู้	29.20	6.28	ปานกลาง
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	29.05	6.56	ปานกลาง
การตัดสินใจด้านสุขภาพ	28.99	6.99	ปานกลาง
การบอกต่อในการป้องกันดูแลสุขภาพ	28.32	6.85	ปานกลาง
การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ	27.25	6.96	ปานกลาง
พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 โดยรวม	66.49	4.75	มาก

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 โดยรวมของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง ($r=.344$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 สำหรับความสัมพันธ์รายด้าน พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง เรียงลำดับดังนี้ ด้านการบอกต่อ ในการป้องกันดูแลสุขภาพ ($r=.377$) การตัดสินใจด้านสุขภาพ ($r=.342$) และ การเข้าถึงข้อมูลและบริการ สุขภาพ

($r=.323$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ.001 ส่วนรายด้านที่พบว่าความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำ เรียงลำดับดังนี้ ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ ($r=.294$) และด้านการเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพตนเอง ($r=.280$) อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ.01 ขณะที่ด้านการโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยนความรู้ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำ ($r=.202$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ดังแสดง ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านกับพฤติกรรม
การป้องกันโรคโควิด-19 โดยรวม (n=95)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการป้องกัน โรคโควิด-19 โดยรวม	p-value
โดยรวม	.344***	.001
รายด้าน		
การบอกต่อในการป้องกันดูแลสุขภาพ	.377***	.000
การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง	.342***	.001
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	.323***	.001
การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ	.294**	.004
การตัดสินใจด้านสุขภาพ	.280**	.006
การโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยนความรู้	.202*	.050

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

การอภิปรายผล

การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม
การป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการ
เกิดภาวะสมองเสื่อมในชุมชนชนบท จังหวัดเชียงราย
จำนวน 95 ราย ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของ
การวิจัยและตอบคำถามการวิจัยได้ดังนี้

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง
ต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้ด้าน-
สุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 175.27,
SD = 35.87) รวมทั้งความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน
ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง
การโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยนความรู้ การเข้าถึงข้อมูล
และบริการสุขภาพ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การบอกต่อ
ในการป้องกันดูแลสุขภาพ และด้านการเข้าใจข้อมูลและ
บริการสุขภาพที่เพียงพอ อยู่ในระดับปานกลางด้วย
คล้ายคลึงกับการศึกษาผู้สูงอายุในชมรม/ศูนย์การเรียนรู้
ผู้สูงอายุเขตกรุงเทพมหานครในภาพรวมอยู่ในระดับ
พอใช้ (Kespichayawattana, Wiwatwanich, & Wan-

waja, 2020) อาจเนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพขึ้น
อยู่กับคุณลักษณะส่วนบุคคล การศึกษาครั้งนี้กลุ่ม-
ตัวอย่างไม่ได้เรียนหนังสือร้อยละ 53.7 และสำเร็จ
การศึกษาในระดับประถมศึกษาร้อยละ 46.3 ซึ่งบุคคล
ที่มีการศึกษาน้อยจะส่งผลกระทบต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ
โดยเฉพาะชุมชนชนบทในประเทศที่กำลังพัฒนายังคงมี
ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือจำนวนมาก (Hoa,
Giang, Vu, Tyen & Khue, 2020) ทำให้ขาดเวลาและ
โอกาสในการค้นคว้าและเรียนรู้ข้อมูลด้านสุขภาพ เพราะ
ระดับการศึกษาสูงส่งเสริมให้เกิดทักษะการอ่าน การ
เขียนและการคำนวณตัวเลข ตลอดจนทักษะการ
วิเคราะห์ ดังการศึกษาของ โอโรเว และรอส (Olowe &
Ross, 2017) พบว่า การสำเร็จการศึกษาในระดับประถม-
ศึกษาทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถนำความรู้ไปใช้ในการดูแล
ตนเองเกี่ยวกับโรคได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้กลุ่ม-
ตัวอย่างร้อยละ 48.5 มีอายุเฉลี่ย 72.37 ปี อยู่ในวัยสูง-
อายุตอนต้น และเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมอง-
เสื่อม อาจทำให้ความสามารถในการเรียนรู้และการจดจำ
สิ่งต่าง ๆ ลดลง อาจมีอาการหลงลืมโดยเฉพาะลืมเรื่อง
ที่เพิ่งเกิดขึ้น ด้วยข้อจำกัดเรื่องระดับการศึกษา อายุ และ

การเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมดังกล่าว อาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขภาพระดับ ปานกลาง คล้ายคลึงกับการศึกษาในประเทศจีนที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยอายุ 60 ปี ขึ้นไป สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมต้น รองลงมาคือระดับ การศึกษาประถมศึกษา มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ โดยรวมและทั้ง 3 มิติ อยู่ในระดับต่ำ (Liu, Chen, Xue & Hou, 2019)

เมื่อพิจารณาความรู้ด้านสุขภาพรายด้าน ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพรายด้านทั้ง 6 ด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูง 3 อันดับแรก ได้แก่ ด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ตนเอง ด้านการตอบช้คำถามแลกเปลี่ยนความรู้ และ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถนำประสบการณ์และข้อมูลที่ จำเป็นมาทำการกำกับตนเองเพื่อป้องกันโรคและดูแล สุขภาพตนเองได้ สามารถตอบช้คำถามแลกเปลี่ยน ความรู้จากการสนทนา และติดต่อสื่อสารกับบุคคลที่มี ความรู้ด้านสุขภาพ รวมทั้งสามารถเข้าถึงข้อมูลและ บริการด้านสุขภาพ จากแหล่งข้อมูลที่มีคุณภาพหลายๆ แหล่ง (Intarakamhang, 2018) อาจเนื่องจากกลุ่มตัว- อย่างได้รับการรณรงค์ให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ โรคโควิด-19 การนำนโยบายเฝ้าระวังและป้องกันโรค ลงสู่การปฏิบัติ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมวิถีชีวิตใหม่ การรณรงค์ขับเคลื่อนการฉีดวัคซีนป้องกันโรค การติดตามเยี่ยมบ้านของกลุ่มเสี่ยงโดยเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข ทีมเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตลอดจนสมาชิก ในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีจำนวน 2 คนขึ้นไป ร้อยละ 85.5 รวมทั้งสื่อต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ การแจ้ง ข่าวสารจากเสียงตามสายประจำหมู่บ้าน เป็นต้น ต่างมี บทบาทในการเสริมแรงสนับสนุนข้อมูลข่าวสารด้าน สุขภาพ และมีปฏิสัมพันธ์แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารด้าน สุขภาพซึ่งกันและกัน คล้ายคลึงกับการศึกษาของ ธัญ- ชนก ขุมทอง, วิภรณ์ โพธิศิริ และขวัญเมือง แก้วดำเกิง (Khumthong, Potisiri, & Kaedumkoeng, 2016) ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า 1) การรับรู้การ เตือนหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นสัญญาณเตือนให้ ใส่ใจสุขภาพและความตระหนักที่เกิดขึ้นจากการเห็น ประสบการณ์ของบุคคลอื่นก่อให้เกิดแรงจูงใจในการดูแล

สุขภาพ 2) การให้บริการเชิงรุกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุข สื่อความรู้ต่าง ๆ สื่อกระจาย เสี่ยง ช่วยให้เข้าใจเนื้อหามากขึ้นได้รับความรู้ที่ถูกต้อง และนำไปสู่การปฏิบัติ และ3) ครอบครัว ญาติ และเพื่อน มีส่วนเสริมสนับสนุนให้ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน และสร้างแรงจูงใจให้มี การปฏิบัติด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามด้วยข้อจำกัด การป้องกันการแพร่ระบาดเชื้อโรคโควิด-19 อย่าง- เคร่งครัด การเว้นระยะห่างทางสังคม (social distan- cing) เป็นการสร้างระยะห่างระหว่างตัวของกลุ่มตัวอย่าง กับคนในสังคม การหลีกเลี่ยงการออกนอกบ้านโดย ไม่จำเป็น และการจำกัดการเข้าร่วมกิจกรรมกับบุคคลอื่น อาจทำให้การสังสรรค์กับบุคคลภายนอกครอบครัวต้อง ปฏิบัติด้วยความระมัดระวังและมีขอบเขตจำกัด อาจส่งผลให้ความรู้ด้านสุขภาพรายด้านอยู่ในระดับ ปานกลาง

2. พฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ของ ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการ ป้องกันโรคโควิด-19 โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 66.49$, $SD = 4.75$) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมป้องกัน โรคโควิด-19 รายข้อที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติทุกครั้งมาก ที่สุด พบว่า เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามคำแนะนำด้าน สุขอนามัยส่วนบุคคล และการเว้น ระยะห่างทางสังคม หรือการเว้นระยะห่างทางกายภาพ อาจเป็นผลเนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารจากรัฐบาล กระทรวง สาธารณสุขและองค์กรเอกชนผ่านทางสื่อต่าง ๆ หลาย ช่องทางอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการได้รับการเชิงรุกจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดย ข้อมูลข่าวสารที่กลุ่มตัวอย่างได้รับเกี่ยวข้องกับ ความรุนแรงของโรค มาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค การรายงานสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคทั้ง ในประเทศและต่างประเทศ การรายงานผู้ติดเชื้อ ผู้เสียชีวิต ผู้ที่หายกลับบ้านเป็นประจำทุกวัน เน้น ความสำคัญของการติดเชื้อในกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อง่าย และมีอาการรุนแรง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นต้น กลุ่มตัวอย่างอาจรับรู้เกี่ยวกับภัยคุกคามที่มี โอกาสเกิดขึ้นกับตนเองและประชาชนทุกคน อาจเป็น ข้อกำหนดเบื้องต้นสำหรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของธานี กล่อมใจ และคณะ (Glomjai, et al., 2020) ศึกษาความรู้และพฤติกรรมของประชาชน เรื่องการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 เขตตำบลบ้าน-สาร อำเภอมือเมือง จังหวัดพะเยา พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม การป้องกันโรคโดยรวมอยู่ในระดับมาก และการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่ดีในการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองของประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง 321 คน จากจำนวนทั้งหมด 421 คน ร้อยละ 76.2 มีพฤติกรรมที่ดีในการป้องกันโรคโควิด-19 ร้อยละ 83.4 ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับดี ร้อยละ 58.2 เข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพได้ง่าย (Yodmai, Pechrapa, Kittipichai, Charupoonpol, & Suksatan, 2021)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมอง-เสื่อมพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 ดังแสดงในตารางที่ 2 หมายถึงเมื่อความรู้ด้าน สุขภาพมีค่าเพิ่มขึ้น พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 จะมีค่าเพิ่มขึ้นด้วย ส่งผลให้เกิดการพัฒนา ทักษะ และความสามารถในการจัดการตนเองทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคไปในทางที่เหมาะสมได้ อธิบายด้วยแนวคิดของนัทบีม (Nutbeam, 2008) ที่กล่าวว่าความรู้ด้านสุขภาพเกิดขึ้นได้ต้องมีความสามารถและทักษะขั้นต้นในการทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพที่ใช้ในสถานการณ์ประจำวัน ซึ่งพัฒนาได้จากกระบวนการคิด วิเคราะห์ และการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ จนสามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ เพื่อปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพ รวมทั้งสามารถประยุกต์ใช้เพื่อวิเคราะห์เชิงวิพากษ์ข้อมูล ข่าวสารนั้น ๆ ได้ และสามารถใช้อ้างอิงข่าวสารนั้นเพื่อควบคุมจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ดังนั้นความรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นสมรรถนะของบุคคลที่สามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมินใช้ความรู้ และ สื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศ

ด้านสุขภาพตามต้องการ เพื่อส่งเสริมและดูแลสุขภาพตนเองให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เหมาะสม ซึ่งการศึกษานี้แม้ว่ากลุ่มตัวอย่าง มีข้อจำกัดทางระดับการศึกษาแต่มีความพยายามในการเรียนรู้ข้อมูลโดยใช้ทักษะในการติดต่อสื่อสารการเป็นผู้รับฟังที่ดี การพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลทั้งกับบุคคลในครอบครัว และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาจทำให้เข้าใจข้อมูลที่ได้รับ และปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ ตามคำแนะนำได้ อย่างไรก็ตามการเริ่มมีปัญหาด้านความจำ อาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างยังไม่สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลรวมถึงวิเคราะห์เชิงวิพากษ์ในข้อมูลที่ได้รับได้อย่างเหมาะสมจึงทำให้การศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ในครั้งนี้อยู่ในระดับปานกลาง ผลการวิจัยครั้งนี้คล้ายคลึงกับการศึกษาของรัชานันท์ ศรีสุภักดิ์ และคณะ (Srisupak, et al., 2021) ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพกับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุ กรณีศึกษา: ตำบลเวียงนาง จังหวัดมหาสารคาม ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพรายด้าน 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ ความเข้าใจ ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการบอกต่อข้อมูลสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการศึกษาของ ชญาภา วรพิทยาภรณ์, พรทิพย์ มาลาธรรม และ นพวรรณ พินิจจรเดช (Vorrappittayaporn, Malathum, & Phinitkhajorndech, 2021) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ข้อมูลที่ได้สามารถนำเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน และเป็นแนวทางในการวางแผนส่งเสริม ความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรม

สุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ สมองเสื่อม

2. ข้อมูลที่ได้สามารถนำไปเป็นแนวทางการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนชนบท โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม โดยเน้นเกี่ยวกับการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ การตัดสินใจด้านสุขภาพ และการโต้ตอบซักถาม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้ด้านสุขภาพที่ดี หรือนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดการมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคที่ดี

3. นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเป็นแนวทางในการจัดเนื้อหาการเรียนให้แก่นักศึกษาพยาบาลในเรื่องการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยทำนายความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในชุมชนอื่น ๆ เช่น ชุมชนเมือง ชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท เป็นต้น

2. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรค โดยใช้แนวคิดของนัททิม ที่จำแนกประเภทความรู้ด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับขั้นพื้นฐาน ขั้นการสื่อสาร และขั้นการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรคโควิด-19 และทำการทดสอบผลของโปรแกรมนี้ออกฤทธิ์พฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม

References

- Alzheimer's Association. (2021). *Mild cognitive impairment (MCI)*. Retrived from https://www.alz.org/alzheimers-dementia/what-is-dementia/related_conditions/mild-cognitive-impairment
- Burns, N., Grove, K. S. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, Synthesis and Generation of evidence (6th ed.)*. Philadelphia: Elsevier.
- Chiang Rai Provincial Public Health Office. (2022). *Situation report corona virus disease (COVID-19) in Chiang Rai*. (in Thai) Retrived from <http://cro.moph.go.th/moph/index.php>.
- Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2021). *Information for protecting yourself from Covid-19*. (in Thai) Retrived from [https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia /file/introduction/introduction01.pdf](https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/introduction/introduction01.pdf)
- Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2022). *Situation report corona virus disease (COVID-19) in Thailand*.(in Thai) Retrived from <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php>
- Eliopoulos, C. (2018). *Gerontological nursing (8th ed.)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Glomjai, T., Kaewjiboon, J., & Chachvarat, T. (2020). Knowledge and behavior of people regarding self-care prevention from novel coronavirus 2019 (COVID-19). *Nursing Public Health and Education Journal*, 21(2): 22-29. (in Thai)
- Grove, K. S, Burns, N., & Gray, R. J. (2013). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis and generation of evidence (7th ed.)*. Philadelphia: Elsevier.

- Hoa, V. H, Giang, T. H., Vu, T. P., Tuyen, V. D., & Khue, M. P. (2020). Factors associated with health literacy among the elderly people in vietnam. *Hindawi BioMed Research International*, 2020(1), 1-7
- Intarakamhang, U. (2018). *Health awareness assessment report on disease prevention*. (in Thai) Retrived from <http://bsris.swu.ac.th/upload/283350.pdf>
- Kespichayawattana, J., Wiwatwanich, S., & Wanwaja, C. (2020). Health literacy of the elderly in elderly clubs/centers in Bangkok. *Journal of Demography*, 36(2), 37-52. (in Thai)
- Khumthong, T., Potisiri, P., & Kaedumkoeng, K. (2016). Factors influencing health literacy for people at risk of diabete mellitus and hypertension of UthaiThani and Angthong. *Veridian E-Journal, Science and Technology Silpakorn University*, 3(6), 2408 - 1248. (in Thai)
- Liu, B. Y., Chen, L. Y., Xue, P. H., Hou. P. (2019). *Health literacy risk in older adults with and without mild cognitive impairment*. Retrieved from <https://www.nursingresearchonline.com>
- Manmana, S., Iamsirithaworn, S., & Uttayamakul, S. (2020). Coronavirus disease-19 (COVID-19). *Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute*, 14(2), 124-33. (in Thai)
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- Nutbeam D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*. 67(12), 2072-78.
- Olowe, A. O., Ross. J. A., (2017). 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*, 9(1), e1-e7
- Srisupak, R., Ngampriam, P., Loachai, S., Srisawangwong, P. (2021). The relationship between Health literacy and practice prevention from COVID-19 of elderly case study: Waeng Nang sub-district, Maha Sarakham Province. *KKU Journal for Public Health Research*. 14(3), 104-114. (in Thai)
- Vorrapittayaporn, C., Malathum, P., & Phinitkhajorndech, N. (2021). Relationships among knowledge, health literacy, and health behavior in older persons with chronic kidney disease. *Ramathibodi Nursing Journal*, 27(1) , 81-95. (in Thai)
- World Health Organization. (1998). *Health promotion glossary. division of health promotion, education and communications, health education and health promotion unit*. Geneva: Author.
- World Health Organization. (2022). *COVID-19 Weekly epidemiological update*. Retrieved from <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---6-january-2022>
- Yodmai, K., Pechrapa, K., Kittipichai, W., Charupoonpol, P., & Suksatan, W. (2021). Factors associated with good COVID-19 preventive behaviors among older adults in urban communities in Thailand. *Journal of Primary Care & Community Health*, 12(1), 1-9.