

บทความวิจัย

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกัน โรคโควิด-19 ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ช่วงมีการระบาดปี 2564 และในไตรมาสแรกของ ปี 2565

ประไพวรรณ ด้านประดิษฐ์¹กรรณิกา เจิมเทียนชัย²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ในประเทศไทย ช่วงมีการระบาดปี 2564 และในไตรมาสแรกของ ปี 2565 โดยใช้กรอบแนวคิดความรอบรู้สุขภาพของ Nutbean D. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่รักษาหายแล้ว ในช่วงมีการระบาดปี 2564 และในไตรมาสแรกของปี 2565 สุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มแบบสโนว์บอลล์ จำนวน 350 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามจากระบบ online โดย Google Form วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการศึกษา ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ในภาพรวม มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี จำนวน 3 ด้าน ได้แก่ ความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลการป้องกันโรคโควิด-19 ทักษะการจัดการตนเองก่อนการติดเชื้อโรคโควิด-19 และการตัดสินใจหลังทราบว่าติดเชื้อโควิด-19 และปัญหาที่พบ ส่วนอีก 2 ด้าน คือ ด้านความรู้และความเข้าใจแนวทางปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 และด้านการรู้เท่าทันสื่อ มีความรอบรู้อยู่ในระดับปานกลาง ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ผลการวิจัย พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ/ พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19/ ผู้ติดเชื้อโควิด-19

¹ รองศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

² ดร. วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา, Corresponding Author: kunnika.je@ssru.ac.th

Research article

Relationship Between Health Literacy and COVID-19 Prevention Behaviors of COVID-19 Infected People During the Pandemic in 2021 and the First Trimester of 2022

*Prapaiwan Danpradit*¹*Kunnika Jermtienchai*²

Abstract

This survey research aimed to study the relationship between health literacy and COVID-19 prevention behaviors of COVID-19 infected people in Thailand during the pandemic in 2021 and the first trimester of 2022. The researchers used the health literacy framework of Nutbeam D. for this study. The samples were COVID-19 infected people who had been cured during the pandemic in 2021 and the first trimester of 2022. The 350 samples were recruited with snowball sampling. Data from the questionnaires were collected by online Google Form and were analyzed by percent, means, standard deviation, Pearson's product moment correlation. The overall results showed that COVID-19 infected people have average level of health literacy and Covid-19 Prevention Behaviors of COVID-19. When categorized by aspects, it were three aspects found that accessibility to COVID-19 prevention information, self-management skill before contracting COVID-19 and decision and problems after Covid-19 infection were good level of health literacy. The other two items were knowledge and understanding of COVID-19 prevention guidelines and media literacy at average level of health literacy. The relationship between health literacy and COVID-19 prevention behaviors of COVID-19 infected people. The results showed that COVID-19 Infected people had moderate level health literacy and negative correlation of COVID-19 prevention behaviors of COVID-19 with statistical significance ($p \leq 0.01$).

Keywords: Health literacy/ COVID-19 Prevention behaviors/ COVID-19 infected people

¹ Association Professor, College of Nursing and Health, Suan Sunandha Rajabhat University

² Doctoral, College of Nursing and Health, Suan Sunandha Rajabhat University, Corresponding Author: kunnika.je@ssru.ac.th

บทนำ

โรคโควิด-19 (Coronavirus Disease 2019; COVID-19) เป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่มีการระบาดครั้งแรกที่เมืองอู่ฮั่น ประเทศจีนในเดือนธันวาคม 2562 และแพร่กระจายไปยังประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก จากละอองในอากาศที่มีเชื้อโควิด-19 ลอยอยู่ในอากาศ ของหรือปนเปื้อนเสื้อผ้าและสิ่งของต่าง ๆ ของมนุษย์ โดยละอองเหล่านี้มีเชื้อโควิด-19 อยู่เป็นเชื้อที่มาจาก การไอ จาม เสมหะ หรือสารคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อ ส่งผลกระทบบที่สำคัญ คือทำให้ผู้ติดเชื้อโควิด-19 เสียชีวิต ได้ร้อยละ 1-2¹ ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 มีสถิติเสียชีวิตจำนวนมาก กล่าว คือ ในปี พ.ศ. 2563 มีผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่ได้รับการยืนยันสะสมจากการตรวจ RT-PCR จำนวน 6,884 คน เสียชีวิต 61 คน² ต่อมาในปี พ.ศ. 2564 ช่วง 3 1/2 เดือนแรก (1 มกราคม 2564-15 เมษายน 2564)³ เริ่มมีการระบาดหนัก มีผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่ได้รับการยืนยันสะสมจากการตรวจ RT-PCR จำนวน 37,453 คน เสียชีวิต 97 คน และสถิติในปี พ.ศ. 2564 ตลอดปี (1 มกราคม 2564-31 ธันวาคม 2564)⁴ พบมีผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่ได้รับการยืนยันสะสมจากการตรวจ RT-PCR จำนวน 2,223,435 คน เสียชีวิต 21,698 คน (ร้อยละ 0.97) โดยมีผู้เสียชีวิตสูงสุดในวันที่ 18 ส.ค. 2564 จำนวน 312 ราย⁵ ซึ่งเป็นสถิติที่ค่อนข้างสูง รัฐบาลไทยได้ให้ความช่วยเหลือประชาชนด้วยรูปแบบหลากหลายมาก เช่น ให้ความรู้การป้องกันตนเอง ให้การรักษาฟรี มีโรงพยาบาลสำหรับแยกกักกันตัว และรณรงค์ให้ประชาชนฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ต่อมาสถิติการเสียชีวิตลดลงเรื่อย ๆ โดยในวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2565 มีผู้เสียชีวิต 12 คน⁶ ซึ่งการระบาดของโรคโควิด-19 ของปี 2563 เป็นสายพันธุ์แอลฟาที่ระบาดได้ช้า ในปี 2564 เป็นการระบาดของโรคโควิด-19 สายพันธุ์เดลต้า ซึ่งสามารถระบาดได้เร็ว และมีอัตราการเสียชีวิตสูง ต่อมาปลายปี 2564 มีการระบาดของโรคโควิด-19 เป็นสายพันธุ์โอมิครอน

สามารถระบาดได้เร็วมากขึ้น แต่อัตราการเสียชีวิตลดลง การระบาดของโรคโควิด-19 ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจ สังคมและสุขภาพของประชาชนของประเทศไทยและทั่วโลกจำนวนมาก ซึ่งรัฐบาลและประชาชนต้องรับรู้และร่วมมือแก้ไข กล่าวคือด้านเศรษฐกิจ สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ประเมินว่าการระบาดของโรคโควิด-19 มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศไทยทุกครัวเรือน เช่น ผลกระทบต่อการจ้างงาน แรงงานใน 9 สาขาการผลิต ครอบคลุมแรงงานมากกว่า 8 ล้านคน ซึ่งยังไม่รวมผลกระทบแรงงานในภาคเกษตรอีกหลายล้านคน ⁷ โดยในไตรมาสที่ 1 ของปี 2562 มีสถิติการว่างงานเพิ่มร้อยละ 0.9 ในปี พ.ศ. 2563 เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.9 และ ในปี พ.ศ. 2564 เพิ่มขึ้นร้อยละ 2.0⁸ ด้านสังคมผลกระทบต่อสังคมเกิดขึ้นกับประชากรไทยจำนวนมาก เช่น กลุ่มประชาชนที่มีรายได้น้อย รวมถึงกลุ่มเปราะบางอื่น จากการถูกเลิกจ้าง งานน้อยลง การเดินทางเข้ารับบริการทางการแพทย์ที่ยากขึ้น คาดว่าเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น ความหวงเกรง ความเสี่ยงในการเดินทางออกนอกที่พักอาศัย ต้นทุนที่เพิ่มขึ้นจากการโดยสารรถรับจ้างแท็กซี่สาธารณะ คนไร้บ้านหน้าใหม่เพิ่มขึ้นร้อยละ 20-30 ฯลฯ⁷ ด้านสุขภาพประชาชน มีคนไทยเสียชีวิตจากการระบาดของโรคโควิด-19 จำนวนมาก จากรายงานสถานการณ์โควิด-19 ในประเทศไทย เมื่อวันที่ 1 เมษายน 2565 มีประชาชนติดโรคโควิด-19 จำนวน 3,656,726 และตายด้วยโรคโควิด-19 จำนวน 25,222 คน⁹ จากข้อมูลการติดเชื้อโควิด-19 และการตายที่พบนั้น แสดงว่าโรคโควิด-19 เป็นโรคที่มีอันตรายและน่ากลัวมาก การป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อโควิด-19 เป็นสิ่งสำคัญมาก ซึ่งองค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ¹⁰⁻¹¹ ได้ประกาศให้ประเทศสมาชิกให้เห็นความสำคัญกับการพัฒนาให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เพราะความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นกระบวนการทางปัญญา และทักษะ

ทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจ และความสามารถของแต่ละบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสาร เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพตนเองให้ได้อยู่เสมอ โดยเฉพาะโรคโควิด-19 ที่กำลังระบาดทั่วโลกและประเทศไทย ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง จะมีผลการลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และลดอัตราการตายได้ เพราะความรู้ด้านสุขภาพช่วยส่งเสริมความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองได้ สำหรับประเทศไทยมีหน่วยงานและนักวิจัยจำนวนมากได้นำกรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbean D.¹² เป็นกรอบในการศึกษาส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโควิด-19¹³⁻¹⁷

ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ของประชาชนในประเทศไทยเป็นกลุ่มที่ควรศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ที่แท้จริงมีสภาพอย่างไร เพราะรัฐบาลไทย มีการรณรงค์ให้ความรู้ทางสื่อโทรทัศน์ แอปพลิเคชันและสื่ออื่น ๆ เป็นจำนวนมาก เช่น แอปพลิเคชันของหมอพร้อม ไทยชนะ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ฯลฯ รวมทั้งมีการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ให้ฟรีแบบไม่มีเงื่อนไข ตั้งแต่เริ่มมีการระบาด แต่ประชาชนคนไทย ช่วงมีการระบาดโรคโควิด-19 ในปี 2564 และในไตรมาสแรกของ ปี 2565 ยังติดเชื้อโควิด-19 เพิ่มขึ้นตลอด จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการศึกษาที่นำกรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbean D.¹² ไปใช้ศึกษาทดลองเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และการศึกษาเรื่องอื่น ๆ เป็นจำนวนมาก ได้องค์ความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อทีมสุขภาพ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรค โควิดได้ เช่น การศึกษาของ ดาวรุ่ง เยาวกุล และคณะ¹⁴ วิริญญา ศรีบุญเรือง และคณะ¹⁵ วิชัย เทียนถาวร และ ณรงค์ ใจเที่ยง¹⁶ และ รจนารถ ชูใจ และคณะ¹⁷ แต่ไม่พบการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในกลุ่มผู้ติดเชื้อโควิด-19

ของประเทศไทย ช่วงมีการระบาดของโรคโควิด-19 โดย Nutbean D.¹² ได้เสนอองค์ประกอบหลักของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 2) ความรู้ ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) ทักษะการจัดการตนเอง 5) ทักษะการตัดสินใจ 6) การรู้เท่าทันสื่อ ซึ่งหมายถึง ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดี จะช่วยให้สามารถป้องกันโรคได้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ช่วงมีการระบาดปี 2564 และในไตรมาสแรกของ ปี 2565 โดยใช้กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbean D.¹² เป็นกรอบในการศึกษาเรื่องนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 กลุ่มผู้ติดเชื้อโควิด-19 ในประเทศไทย ช่วงมีการระบาดปี 2564 และในไตรมาสแรกของ ปี 2565

สมมุติฐานการวิจัย

ความรู้ด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อโควิด-19 ในประเทศไทย มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ช่วงมีการระบาดปี 2564 และในไตรมาสแรกของ ปี 2565

คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย

การระบาดในปี พ.ศ.2564 และในไตรมาสแรกของ ปี 2565 หมายถึง การระบาดของโรคโควิด-19 ช่วงปี พ.ศ.2564 และในเดือนมกราคม-มีนาคม พ.ศ. 2565

ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง คือ ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึงเข้าใจ และใช้ข้อมูล เพื่อให้เกิดสุขภาพที่พึงประสงค์ประกอบของ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดของ Nutbeam (2008) ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้^{12-13,18} คือ

1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูล รู้วิธีการสืบค้นข้อมูลในเรื่องการปฏิบัติตนสามารถตรวจสอบแหล่งข้อมูลได้หลายแหล่ง ทำให้ข้อมูลที่ได้มีความน่าเชื่อถือ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับความรู้โรคโควิด-19 วิธีใช้อุปกรณ์การป้องกัน บริการการคัดกรองโรค ยารักษาโรค วัคซีนฉีดป้องกันโรค และสถานที่กักกันแยกตัวผู้ติดเชื้อโควิด-19

2. ความรู้ ความเข้าใจ หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องตามแนวทางปฏิบัติของโรคโควิด-19 ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค สถานที่ ๆ ที่ติดโรคได้ง่าย การป้องกันการติดโรค ยารักษาโรค วัคซีนป้องกันโรค และการระบาดโรคโควิด-19 สายพันธุ์ต่าง ๆ

3. ทักษะการสื่อสาร (ไม่ได้เลือกใช้ในกรอบการศึกษา) หมายถึง ความสามารถในการสื่อสาร โดยการพูด อ่าน และการเขียน รวมถึงความสามารถในการสื่อสารโน้มน้าวให้บุคคลอื่นมีความเข้าใจ ที่ถูกต้อง และยอมรับข้อมูลในการปฏิบัติ

4. ทักษะการจัดการตนเอง หมายถึง ความสามารถ ของบุคคลในการกำหนดเป้าหมาย วางแผน สามารถปฏิบัติได้ตามแผนที่วางไว้ และมีการทบทวนแนวทางการปฏิบัติ เพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ได้แก่ ทักษะการจัดการตนเอง เกี่ยวกับความสามารถตนเอง ในชีวิตประจำวันเพื่อป้องกันการติดเชื้อก่อนมีการติดเชื้อโควิด-19

5. ทักษะการตัดสินใจ หมายถึง ความสามารถในการกำหนดทางเลือก การปฏิเสธ การหลีกเลี่ยง และสามารถเลือกวิธีการปฏิบัติตน อย่างมีเหตุผล โดยการวิเคราะห์ ผลดี ผลเสียเพื่อนำไปสู่การปฏิเสธ การหลีกเลี่ยงและแสดงทางเลือกในการปฏิบัติ ที่ถูกต้อง ได้แก่ ทักษะการตัดสินใจเกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกปฏิบัติหลังติดเชื้อโควิดและปัญหา

ที่พบจากการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาแต่ละชนิด หลังจากติดเชื้อโควิด-19

6. การรู้เท่าทันสื่อ หมายถึง ความสามารถ ตรวจสอบความถูกต้องความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่เสนอ สามารถเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นต่อสุขภาพตนเอง และผู้อื่น รวมทั้งมีการประเมินสื่อ ข้อความในสื่อ เพื่อชี้แนะให้กับชุมชนและสังคม ได้แก่ การรู้เท่าทันสื่อ เกี่ยวกับความเชื่อถือของสื่อที่น่าเชื่อถือเกี่ยวกับสถานการณ์โรคโควิด-19 ด้านการระบาด อันตรายของโรค ยารักษาโรค และความปลอดภัยของวัคซีน แต่ละชนิดของรัฐบาล

พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 หมายถึง การปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ช่วงมีการระบาดของโควิด-19 ในปี พ.ศ.2564 และในเดือนมกราคม-มีนาคม พ.ศ.2565 ซึ่งส่งผลต่อการป้องกันโรคโควิด-19 ได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam D.¹² เป็นแนวทางในการวิจัย ซึ่ง Nutbeam D. ได้อธิบายว่าคุณลักษณะพื้นฐานสำคัญที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไปที่จะต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงของโรค โดยเฉพาะโรคโควิด-19 ที่กำลังระบาดหนักทั่วโลกและประเทศไทยเพื่อให้มีความพร้อมรับมือและสามารถปรับตัวเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ต้องมีคุณลักษณะพื้นฐาน 6 ประการ คือ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 2) ความรู้ ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) การจัดการตนเอง 5) ทักษะการตัดสินใจ 6) การรู้เท่าทันสื่อ การที่ผู้ติดเชื้อโควิด-19 จะมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ที่เหมาะสมและสามารถป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ได้นั้น ต้องเกิดจาก

ความต้องการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโควิด-19 เป็นสำคัญ มีการวางแผนเป้าหมายของการเรียนรู้ เพื่อให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 เป็นการสร้างและพัฒนาการป้องกันโรคติดเชื้อโควิดในระดับบุคคล และเป็นการรักษาสุขภาพแบบยั่งยืน ถ้าผู้ติดเชื้อโควิด-19 มีระดับความรู้ด้านสุขภาพด้านใดด้านหนึ่งต่ำจะส่งผลให้มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ต่ำด้วย หรือไม่ สามารถป้องกันโรคโควิด-19 ได้ หรือติดเชื้อโควิดได้ง่าย เพราะผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่เพียงพอ จะมีความรู้ความเข้าใจ ในข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ สามารถแสวงหาความรู้และตัดสินใจเลือกข้อมูล เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเองจาก แหล่งข้อมูลต่าง ๆ และส่งผลให้เกิดผลลัพธ์สุขภาพที่ดี ไม่ติดเชื้อโควิดนั่นเอง ผู้วิจัยจึงเลือกความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ของ Nutbeam D.¹² เป็นกรอบแนวคิดการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับ พฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ผู้ติดเชื้อโควิด-19 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อโควิด-19 มาแล้ว ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานความรู้ด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางลบกับ พฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 เพื่อนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลสำหรับการกำหนดนโยบาย การวางแผน การรณรงค์สร้างความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19 ในประเทศไทยต่อไป โดยไม่ได้เลือกความรู้ด้านทักษะการสื่อสาร เพราะผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีอายุมากกว่า 18 ปี ความสามารถในการสื่อสาร โดยการพูด อ่าน และการเขียน ได้ดี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย : Survey Research

ประชากร คือ ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่เคยติดโรคโควิด-19 และรักษาหายแล้ว อาศัยอยู่ในประเทศไทย ช่วงมีการระบาดปี 2564 และในไตรมาสแรกของ ปี 2565 (เดือนมกราคม-มีนาคม พ.ศ. 2565)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่เคยติดโรคโควิด-19 และรักษาหายแล้ว จากการสุ่มมาจากประชากรดังกล่าวข้างต้น ด้วยการสุ่มแบบ

สโนว์บอลล์ (snowball sampling) ซึ่งคนแรกใช้การค้นหาจากผู้รู้จักในแต่ละหมู่บ้าน/อาชีพ/จังหวัด จากนั้นจะให้คนแรกบอกต่อคนที่รู้จักและเคยติดเชื้อโควิด-19 มาแล้ว โดยเป็นผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่อายุมากกว่า 18 ปี ไม่จำกัด เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา ได้แบบสอบถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบสมบูรณ์ จำนวน 350 คน คิดเป็นร้อยละ 87.50

จากการสุ่มตัวอย่างแบบสโนว์บอลล์จากผู้ติดเชื้อโควิด-19 ในประเทศไทย ได้ตัวอย่างมาจาก 39 จังหวัด จาก 77 จังหวัด 6 ภูมิภาค จังหวัดที่สุ่มตัวอย่างได้มากที่สุด 5 อันดับแรก คือ อันดับ 1 กรุงเทพมหานคร จำนวน 84 คน (ร้อยละ 23.94) อันดับ 2 คือ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 65 คน (ร้อยละ 18.52 = ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) อันดับ 3 จังหวัด สระแก้ว จำนวน 50 คน (ร้อยละ 14.25 = ภาคตะวันออก) อันดับ 4 คือ จังหวัด พิจิตร จำนวน 19 คน (ร้อยละ 5.41 = ภาคกลาง) อันดับ 5 จังหวัด ชลบุรี จำนวน 14 คน (ร้อยละ 3.99 = ภาคตะวันออก) สำหรับอีก 34 จังหวัด สุ่มตัวอย่างได้ จังหวัดละ 2-12 คน จำนวน 24 จังหวัด และจังหวัดละ 1 คน จำนวน 10 จังหวัด

ขนาดตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตรของยามานะ ใช้ $N = \infty$ ความคลาดเคลื่อนของการสุ่ม 0.05 คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 400 คน¹⁹ จากการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แบบสอบถามที่ตอบสมบูรณ์จำนวน 350 คน คิดเป็นร้อยละ 87.50

เครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam D.¹² และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามใน Google Form ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ มีคำถามทั้งหมดจำนวน 46 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่

1. ด้านการเข้าถึงข้อมูลการป้องกันโรคโควิด-19 ลักษณะคำถามเป็น rating scale 3 ระดับ คะแนน 3-1 คือ เข้าถึงได้ระดับดี =3 คะแนน ระดับปานกลาง =2 คะแนน ระดับน้อย=1 คะแนน ประเมินความสามารถการเข้าถึงข้อมูลการป้องกันโรคโควิด-19 ได้ในระดับใด ได้แก่ ความรู้โรคโควิด-19 วิธีใช้อุปกรณ์การป้องกัน บริการการคัดกรองโรค ยารักษาโรค วัคซีนฉีดป้องกันโรค และสถานที่กักกัน แยกตัวผู้ติดเชื้อโควิด-19

2. ด้านความรู้และความเข้าใจแนวทางปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19 ลักษณะคำถามเป็น rating scale 3 ระดับ คะแนน 3-1 คือ มีความรู้และความเข้าใจแนวทางปฏิบัติการป้องกันโรคโควิดระดับดี (ถูกต้อง) =3 คะแนน ระดับปานกลาง (ไม่แน่ใจ) =2 คะแนน ระดับน้อย (ไม่ถูกต้อง) =1

3. ด้านทักษะการจัดการตนเองก่อนการติดเชื้อโควิด-19 ลักษณะคำถามเป็น rating scale 3 ระดับคะแนน 3-1 คือ มีทักษะการจัดการตนเองก่อนการติดเชื้อโควิดระดับดี (ปฏิบัติเป็นประจำ) =3 คะแนน ระดับปานกลาง (ปฏิบัติเป็นบางครั้ง) =2 คะแนน และระดับน้อย(ปฏิบัติน้อยมาก) =1 คะแนน

4. ด้านการตัดสินใจหลังติดเชื้อโควิด-19 และปัญหาที่พบ ประกอบด้วย ตอนที่ 1 การตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาหลังจากที่ติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำถามเป็น rating scale 3 ระดับ คะแนน 3-1 คือ มีการตัดสินใจหลังติดเชื้อโควิดระดับดี (เลือกปฏิบัติทันที) =3 คะแนน ระดับปานกลาง (ไตร่ตรองอยู่หลายวัน) =2 คะแนน ระดับน้อย (ไม่รับ/ไม่ต้องการ) =1 คะแนน และตอนที่ 2 ปัญหาที่พบจากการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาแต่ละชนิดหลังจากติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำถามเป็น rating scale 3 ระดับ คะแนน 3-1 คือ มีปัญหาที่พบจากการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาแต่ละชนิดหลังจากติดเชื้อโควิดระดับดี (ไม่มีอุปสรรค) =3 คะแนน ระดับปานกลาง (มีอุปสรรคบ้าง) =2 คะแนน ระดับน้อย (มีอุปสรรคมาก) =1 คะแนน

5. ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ลักษณะคำถามเป็น rating scale 3 ระดับ คะแนน 3-1 ได้แก่ มีการรู้เท่าทันสื่อระดับดี (ส่วนใหญ่เชื่อ) =3 คะแนน ระดับปานกลาง (เชื่อบางส่วน) =2 คะแนน ระดับน้อย (เชื่อน้อย) = 1 คะแนน

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 มีคำถาม 11 ข้อ ลักษณะคำถาม เป็น rating scale 3 ระดับ คะแนน 3-1 ได้แก่ มีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิดระดับดี (ปฏิบัติเป็นประจำ) =3 คะแนน ระดับปานกลาง (ปฏิบัติเป็นบางครั้ง) =2 คะแนน ระดับน้อย(ปฏิบัติน้อยมาก) =1 คะแนน

กำหนดการแปลความหมายของคะแนน

ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 กำหนดการแปลความหมายของคะแนน ดังนี้ คือ คะแนน 1-1.50 = น้อย คะแนน 1.51 -2.50 = ปานกลาง คะแนน 2.51-3.00 = มาก²⁰

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 กำหนดการแปลความหมายของคะแนน ดังนี้ คือ $r = \pm 1.00$ มีความสัมพันธ์แบบสมบูรณ์, r มีค่าระหว่าง $\pm 0.71-0.99$ มีความสัมพันธ์สูง, r มีค่าระหว่าง $\pm 0.30-0.70$ มีความสัมพันธ์ปานกลาง, $r < \pm 0.30$ มีความสัมพันธ์ต่ำ และ $r = \pm 0.0$ ตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กัน¹⁹

การหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. ความตรง (Content validity) ผู้วิจัย นำแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยให้ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นอาจารย์พยาบาล สาขาเวชปฏิบัติชุมชน การพยาบาลผู้ใหญ่ และการพยาบาลแม่และเด็ก จำนวน 3 คน เป็นผู้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและนำมาปรับปรุงแก้ไขตาม ที่ผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะ และไปหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เลือกใช้

เฉพาะข้อที่ได้ค่าดัชนีความตรงของความสอดคล้องกับเนื้อหา (IOC) มากกว่า และเท่ากับ 0.66

2. ความเที่ยง (reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ไป try out กับประชาชนทั่วไปที่ติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 32 คน และนำมาหาค่าความเที่ยง (reliability) โดยแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด-19 หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตร Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเที่ยงความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคโควิด-19 = 0.92 และพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 = 0.90

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้กลุ่มตัวอย่างคนแรกและผู้วิจัยรู้จักและมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์กำหนดของกลุ่มตัวอย่าง ตอบแบบสอบถามใน Google Form ทางโทรศัพท์มือถือ ต่อจากนั้นผู้วิจัยขอรายชื่อและเบอร์โทรศัพท์ผู้ติดเชื้อโควิด-19 จากคนแรก และคนต่อไปเรื่อย ๆ เพื่อขอความร่วมมือและขออนุญาตเป็นกลุ่มตัวอย่าง และให้ตอบแบบสอบถามใน Google Form ทางโทรศัพท์มือถือ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลโรคโควิด-19 ของผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยค่าร้อยละ
2. ข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด-19 วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 วิเคราะห์ด้วยค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)

การพิทักษ์สิทธิตัวอย่าง

การวิจัยฉบับนี้ได้รับใบรับรองจริยธรรม รหัส COA.1-005/2022 มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

และผู้วิจัยดำเนินการวิจัย โดยคำนึงถึงการรักษาความลับและผลกระทบที่มีต่อผู้ให้ข้อมูลตลอดการดำเนินการวิจัย และเนื่องจากเป็นงานวิจัยเกี่ยวกับ COVID-19 ซึ่งเป็นโรคติดต่อที่เป็นประเด็นเปราะบาง ผู้วิจัยให้ความเป็นอิสระในการตัดสินใจ และเคารพสิทธิความเป็นส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูลที่จะยินยอมเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างหรือไม่

ผลการศึกษา

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเชื้อโควิด-19
ผลการศึกษา พบว่า ผู้ติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 350 คน ส่วนใหญ่ (มากที่สุด) คือ อายุ 30-39 ปี ร้อยละ 30.24 (n=108) (อายุต่ำสุด 18 ปี อายุสูงสุด 99 ปี) เพศหญิงร้อยละ 72.52 (n=259) สถานภาพสมรส-โสด ร้อยละ 61.88 (n=221) ระดับการศึกษาปริญญาตรีร้อยละ 47.88 (n=171) อาชีพ-เกษตรกรกรรม ร้อยละ 31.92 (n= 114) รายได้ 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 20.72 (n=74)

ลักษณะข้อมูลโรคโควิด-19 ของผู้ติดเชื้อโควิด-19 ผลการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่เคยติดเชื้อโควิด-19 ในไตรมาสแรกของ ปี 2565 ร้อยละ 70.28 (n=251) เคยได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 จำนวน 3 เข็มร้อยละ 51.24 (n=183) ไม่ได้ฉีด ร้อยละ 2.80 (n=10) ซ้ำฉีดวัคซีนเข็ม 3 ที่ฉีดมากที่สุดคือไฟเซอร์ (Pfizer) ร้อยละ 52.64 (n=188) สถานที่แยกกักกันตัว หลังทราบว่าติดเชื้อโควิด-19 มากที่สุด คือ แยกกักกันตัวที่บ้าน ร้อยละ 59.06 (n=211) ผลการตรวจเชื้อโควิด-19 ด้วยวิธียืนยัน (RT-PCR) ไม่ทราบว่าตนเป็นโรคโควิด-19 สายพันธุ์ใด ร้อยละ 53.48 (n=191) ยาที่ได้รับหลังทราบว่าติดเชื้อและไปรักษาที่โรงพยาบาล/โรงพยาบาลสนาม คือ ยารักษาตามอาการ เช่น ยาลดไข้ ลดน้ำมูก ลดอาการไอ เสมหะร้อยละ 43.12 (n=154)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด-19 ผลการวิจัยพบว่า ในภาพรวม ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ในประเทศไทย ช่วงที่มีการระบาดปี 2564 และในไตรมาสแรก

ของปี 2565 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลาง (ดังตารางที่ 1)

ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ เมื่อจำแนกรายด้าน ผู้ติดเชื้อโควิด-19 มีความรอบรู้ในระดับดี จำนวน 3 ด้าน ได้แก่ ความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลการป้องกันโรคโควิด-19 ทักษะการจัดการตนเองก่อนการติด

เชื้อโรคโควิด - 19 และการตัดสินใจ หลังทราบว่าติดเชื้อโควิด-19 และปัญหาที่พบ ส่วนอีก 2 ด้าน คือ ด้านความรู้และความเข้าใจ แนวทางปฏิบัติการป้องกันการโรคโควิด-19 และ ด้านการรู้เท่าทันสื่อ มีความรอบรู้ในระดับปานกลาง (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ระดับความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพและระดับพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ในประเทศไทย ช่วงมีการระบาดปี 2564 และในไตรมาสแรกของ ปี 2565 (n=350)

รายการ	คะแนนเต็ม	$\bar{X}$	SD	แปลผล
ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ				
การเข้าถึงข้อมูลการป้องกันโรคโควิด-19	3	2.54	0.46	ดี
ความรู้และความเข้าใจแนวทางปฏิบัติการป้องกันการโรคโควิด-19	3	2.34	0.23	ปานกลาง
ทักษะการจัดการตนเองก่อนการติดเชื้อโควิด-19	3	2.58	0.35	ดี
การตัดสินใจหลังทราบว่าติดเชื้อโควิด-19 และปัญหาที่พบ	3	2.58	0.41	ดี
การรู้เท่าทันสื่อ	3	2.44	0.56	ปานกลาง
รวม	3	2.50	0.30	ปานกลาง
พฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19	3	1.69	0.59	ปานกลาง

พฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า ผู้ติดเชื้อโควิด-19 มีพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 ที่สามารถปฏิบัติได้มากที่สุด 3 อันดับแรกจาก 11 ข้อ คือ 1) สวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกนอกบ้าน ($\bar{x} = 1.90$) 2) ล้างมือด้วยน้ำและสบู่บ่อย ๆ หรือทามือด้วย เจลแอลกอฮอล์เมื่อออกนอกบ้าน ($\bar{x}=1.85$) และ 3) หลีกเลี่ยงไม่เดินทางไปต่างจังหวัดที่ต้องนั่งรถแออัดนาน ๆ ร่วมกับผู้อื่นโดยไม่จำเป็น ($\bar{x} = 1.79$) และพฤติกรรมป้องกันการ

โรคโควิด-19 ที่สามารถปฏิบัติได้น้อยที่สุด 3 อันดับสุดท้าย จาก 11 ข้อ คือ ข้อ 9) หลีกเลี่ยงไม่พูดคุยกับเพื่อน/ญาติ แบบหันหน้าตรงเข้าหากันขณะรับประทานอาหาร ($\bar{x} = 1.58$) ข้อ 10) หลีกเลี่ยงไปสถานที่ ที่มีผู้คนมาก เช่น ตลาดสด ห้าง โรงพยาบาลให้น้อยที่สุด ($\bar{x} = 1.57$) ข้อ 11) หลีกเลี่ยงไม่รับประทานอาหารร่วมโต๊ะเดียวกับเพื่อน โดยไม่ทราบว่าใครติดเชื้อบ้าง ($\bar{x}=1.57$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 จำแนกรายข้อและเรียงลำดับจากคะแนนมาก-น้อย ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ในประเทศไทย ช่วงมีการระบาดปี 2564 และในไตรมาสแรกของ ปี 2565 (n=350)

ลำดับ	รายการ	$\bar{x}$	SD	แปลผล
1	สวมหน้ากากอนามัย เมื่อออกนอกบ้าน	1.90	0.87	ปานกลาง
2	ล้างมือด้วยน้ำและสบู่บ่อย ๆ หรือทาน้ำด้วย เจล แอลกอฮอล์ เมื่อออกนอกบ้าน	1.85	0.81	ปานกลาง
3	หลีกเลี่ยงไม่เดินทางไปต่างจังหวัดที่ต้องนั่งรถแออัดนาน ๆ ร่วมกับผู้อื่น โดยไม่จำเป็น	1.79	0.80	ปานกลาง
4	หลีกเลี่ยงไม่สัมผัสสารคัดหลั่ง เช่น น้ำมูก น้ำตา ไอ จาม จากคนอื่น	1.69	0.76	ปานกลาง
5	หลีกเลี่ยงไม่รับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่นในห้องอาหาร ติดแอร์	1.69	0.75	ปานกลาง
6	ไม่รับประทานอาหารร่วมโต๊ะเดียวกับเพื่อน โดยไม่มีข้อกลาง	1.67	0.77	ปานกลาง
7	สวมหน้ากากอนามัย เมื่ออยู่ในบ้าน	1.63	0.75	ปานกลาง
8	หลีกเลี่ยงไม่สัมผัส ไม่ใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้ออยู่แล้ว เช่น คน ในครอบครัว เพื่อนร่วมห้อง เพื่อนสนิท	1.61	0.76	ปานกลาง
9	หลีกเลี่ยงไม่พูดคุยกับเพื่อน/ญาติ แบบหันหน้าตรงเข้าหากัน ขณะรับประทานอาหาร	1.58	0.71	ปานกลาง
10	หลีกเลี่ยงไปสถานที่ที่มีผู้คนมาก เช่น ตลาดสด ห้าง โรงพยาบาลให้น้อยที่สุด	1.57	0.73	ปานกลาง
11	หลีกเลี่ยงไม่รับประทานอาหารร่วมโต๊ะเดียวกับเพื่อน โดยไม่ทราบว่าใครติดเชื้อบ้าง	1.57	0.72	ปานกลาง

ความสัมพันธ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ผลการวิจัยพบว่า ในภาพรวม ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = -0.43$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่กำหนด เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลการป้องกันโรคโควิด-19 ความรู้และความเข้าใจแนวทางปฏิบัติการป้องกัน

โรคโควิด-19 ทักษะการจัดการตนเองก่อนการติดเชื้อโควิด-19 การตัดสินใจหลังทราบว่าติดเชื้อโควิด-19 และปัญหาที่พบ และการรู้เท่าทันสื่อ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับต่ำและปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = -0.27, -0.26, -0.33, -0.35$ และ -0.39 ตามลำดับ) ทั้ง 5 ด้าน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ในประเทศไทย ช่วงมีการระบาดปี 2564 และในไตรมาสแรกของ ปี 2565

การรอบรู้ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19		
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r)	p-value	แปลผล
การเข้าถึงข้อมูลการป้องกันโรคโควิด-19	-0.27**	0.01	ต่ำ
ความรู้และความเข้าใจแนวทางปฏิบัติการป้องกันโรคโควิด-19	-0.26**	0.01	ต่ำ
ทักษะการจัดการตนเองก่อนการติดเชื้อโควิด-19	-0.33**	0.01	ปานกลาง
การตัดสินใจหลังทราบว่าติดเชื้อโควิด-19 และปัญหาที่พบ	-0.35**	0.01	ปานกลาง
การรู้เท่าทันสื่อ	-0.39**	0.01	ปานกลาง
รวม	-0.43**	0.01	ปานกลาง

** มีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p \leq 0.01$)

การอภิปรายผลการวิจัย

ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ผลการวิจัยพบว่า ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ในภาพรวม มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลาง ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ กัมปนาท โคตรพันธ์ และ นิยม จันทน์นวล²¹ ที่ศึกษาพบว่าความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในจังหวัดมุกดาหารอยู่ในระดับปานกลางไม่สอดคล้องกับการศึกษาของดาวรุ่ง เยาวกุล และคณะ¹⁴ ที่ศึกษาพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตสุขภาพที่ 6 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับพอใช้ ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของณัฐกร นิลเนตร และคณะ²² ที่ศึกษาพบว่าความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มประชาชนวัยแรงงานจังหวัดนครราชสีมาอยู่ในระดับไม่เพียงพอร้อยละ 31.62 และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อมรรัตน์ ดีเสื่อ และคณะ²³ ที่ศึกษาพบว่าผู้ขับแท็กซี่ในกรุงเทพมหานคร

ที่อายุ 45 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิดอยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่า ผลการศึกษาครั้งนี้เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของคนอื่น ๆ ส่วนใหญ่ ผลการศึกษาไม่สอดคล้อง อาจจะเกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ เป็นกลุ่มที่เคยติดเชื้อโควิด-19 และรักษาโรคโควิด-19 จนหายป่วยมาแล้ว ย่อมมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น จึงติดเชื้อโควิด และเกี่ยวข้องกับพื้นที่ศึกษาซึ่งศึกษาจากพื้นที่ที่แตกต่างกัน องค์ความรู้ของความรู้ด้านสุขภาพจะแตกต่างกัน เพราะภูมิหลังด้านการศึกษา อายุ อาชีพ ฯลฯ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อองค์ความรู้ของความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19^{14,24} และน่าจะสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างที่ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบสโนว์บอลล์เทคนิคที่พบมากที่สุด คือกลุ่มตัวอย่างที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ อันดับ 1 กรุงเทพมหานคร จำนวน 84 คน (23.94) อันดับ 2 คือ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 65 คน (ร้อยละ 18.52 = ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) และอันดับ 3 จังหวัด สระแก้ว จำนวน 50 คน (ร้อยละ 14.25 = ภาคตะวันออก) ซึ่งกรุงเทพมหานครเป็นจังหวัดที่มีประชาชนรวมตัวกันแออัดมากมีโอกาสติดโรคโควิด

ได้ง่าย ส่วนอีกสองจังหวัดเป็นกลุ่มประชาชนที่ส่วนใหญ่ต้องเดินทางไป-กลับจากบ้านถึงกรุงเทพมหานคร มีระยะทางไกล ๆ เพื่อการดำเนินชีวิตประจำวันและการประกอบอาชีพมีโอกาสติดโรคโควิดจากการเดินทางได้ง่ายและป้องกันได้ยาก แม้จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับปานกลาง เพราะเชื่อโควิดจะลอยอยู่ในอากาศซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam D.¹² ที่อธิบายว่าถ้าผู้ติดเชื้อโควิด-19 มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านใดด้านหนึ่งต่ำจะส่งผลให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคโควิดต่ำด้วยหรือไม่สามารถป้องกันโรคโควิด-19 ได้ หรือติดเชื้อโควิดได้ง่าย

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ผลการวิจัยพบว่า ในภาพรวม ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = -0.43$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่กำหนด และสอดคล้องกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam D.¹² ได้บรรยายว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดีจะมีพฤติกรรมป้องกันโรคในระดับดีด้วยหรือสามารถป้องกันโรคได้และไม่ติดโรค แต่การศึกษครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มที่เคยติดโรคโควิด-19 มาแล้ว ข้อเท็จจริงที่ควรศึกษาพบต้องเป็นกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับไม่ต่ำเท่าที่ควร จึงติดโรค ซึ่งผลการศึกษานี้พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้ติดเชื้อโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น และอาจจะเกี่ยวข้องกับผู้ที่ติดเชื้อโควิด-19 ทุกคน ในช่วงที่มีการระบาดโรคโควิด-19 รุนแรง บางคนมีความจำเป็นต้องพบปะกับบุคคลเพื่อทำหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การประกอบอาชีพ การสังคมกับเพื่อนและบุคคลต่าง ๆ มีการรับประทานอาหารร่วมกัน การเดินทางไปธุระไกล ๆ ต้องนั่งรถยนต์สาธารณะ

ที่มีคนจำนวนมากนั่งร่วมกัน ฯลฯ ทำให้เสี่ยงต่อการได้รับเชื้อโควิด-19 ได้ง่าย แม้จะหลีกเลี่ยงและสามารถป้องกันตนเองดีแล้ว ยังสามารถติดโรคโควิด-19 ได้ เพราะเชื่อโควิด-19 เป็นเชื้อที่ส่วนใหญ่ติดต่อทางลมหายใจ สอดคล้องกับข้อมูลทั่วไปและข้อมูลโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นวัยทำงาน มีอายุ 30-39 ปี ร้อยละ 30.24 และมีระดับการศึกษาปริญญาตรีร้อยละ 47.88 ต้องพบปะกับบุคคลอื่น ๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวันและประกอบอาชีพ ถึงแม้ว่าส่วนใหญ่เคยได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 จำนวน 3 เข็มร้อยละ 51.24 โดยส่วนใหญ่ฉีดวัคซีนไฟเซอร์ (Pfizer) แต่ยังไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ได้ เพราะเป็นวัคซีนฉุกเฉินที่องค์การอนามัยโลกรับรองว่าลดอัตราการตายจากการติดเชื้อโควิด-19 ได้ แต่ไม่ได้ลดการติดโรคโควิด-19 ได้ 100% และจากผลวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมที่สามารถป้องกันโรคโควิด-19 ได้น้อยที่สุด 3 อันดับสุดท้าย จาก 11 ข้อ คือ ข้อ 9) หลีกเลี่ยงไม่พูดคุยกับเพื่อน/ญาติ แบบหันหน้าตรงเข้าหากันขณะรับประทานอาหาร ($\bar{X}=1.58$) ข้อ 10) หลีกเลี่ยงไปสถานที่ ที่มีผู้คนมาก เช่น ตลาดสด ห้าง โรงพยาบาลให้น้อยที่สุด ($\bar{x} = 1.57$) ข้อ 11) หลีกเลี่ยงไม่รับประทานอาหารร่วมโต๊ะเดียวกับเพื่อนโดยไม่ทราบว่าใครติดเชื้อบ้าง ($\bar{X}=1.57$) ทั้งที่รัฐบาลไทยและสื่อต่าง ๆ มีการประชาสัมพันธ์การป้องกันโรคโควิด-19 อันตรายของโรค การรักษาและการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 จากสื่อจำนวนมาก²⁵ ผลการศึกษานี้ คล้ายคลึงกับการศึกษาของกัมปนาท โคตรพันธ์ และ นิยม จันทน์นวล²¹ ที่ศึกษาพบว่า ประชาชนในจังหวัดมุกดาหาร ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับปานกลางกับพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.522$, $p\text{-value} < 0.001$) คล้ายคลึงกับการศึกษาของดาวรุ่ง เยาวกุล และคณะ¹⁴ ที่ศึกษา

พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตสุขภาพที่ 6 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.05$) คล้ายคลึงกับการศึกษาของวิริญญา ศรีบุญเรือง และคณะ¹⁵ ได้ศึกษาพบว่าปัจจัยความรู้เรื่องเชื้อ COVID-19 การรับรู้ข้อมูล และข่าวสารของเชื้อ COVID-19 ของประชาชนในกรุงเทพมหานคร มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคด้านการต้านทานการเกิดเชื้อ COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคล้ายคลึงกับการศึกษาของวิชัย เทียนถาวร และ ณรงค์ ใจเที่ยง¹⁶ ที่ศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นวัยเรียน ในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในระดับดี และทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง และทักษะการบอกต่อ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุป

ผู้ติดเชื้อโควิด -19 ช่วงมีการระบาดของโรคโควิด-19 ในปี 2564 และในไตรมาสแรกของ ปี 2565 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับปานกลาง และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ทีมสุขภาพระหว่างปฏิบัติหน้าที่เมื่อพบผู้ป่วยที่เป็นโรคโควิด -19 และหรือพบผู้ป่วยที่เป็นโรคติดต่อทางเดินหายใจที่มีอาการรุนแรง ควรแนะนำการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรค ให้กับผู้ป่วยรายนั้น เป็นรายบุคคลมากกว่าคนที่ยังไม่ป่วย เพราะผู้ป่วยแสดงว่าเขามีความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม

การป้องกันโรคโควิด -19 และหรือผู้ป่วยที่เป็นโรคติดต่อทางเดินหายใจ ในระดับต่ำ เขาจึงติดโรค

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นางสาวนิศาตร์ณ เรืองโรจน์ นางสาวรุจิภา มีศรี นางสาววิสรา หันระพัด และนางสาวธนภรณ์ ปรีชาหาญ นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา ที่ช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัยครั้งนี้

References

1. Sirinawin S. "Covid-19" knowledge to wisdom, practice development. Bangkok: O.S. Printing House Co., Ltd.; 2020. p.11-23. (in Thai).
2. The Center for COVID-19 Situation Administration. The situation report on COVID19 from Thailand for 31 December 2020. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. [Internet]. [cited 2021 Jan 11]. Available from: https://media.thaigov.go.th/uploads/public_img/source/311263.pdf
3. The Center for COVID-19 Situation Administration. The situation report on COVID19 from Thailand for 15 April 2021. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. [Internet]. [cited 2022 Jan 10]. Available from: https://media.thaigov.go.th/uploads/public_img/source/150464.pdf. (in Thai).
4. The Center for COVID-19 Situation Administration. The situation report on COVID19 from Thailand for 31 December 2021. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. [Internet]. [cited 2022 Jan 10]. Available from: <https://m.facebook.com/470988516420706/photos/a.484135618439329/1846221865564024/?type=3&source=57>. (in Thai).

5. The Center for COVID-19 Situation Administration. Summary of COVID-19 Situation in Thailand, August 2021. [Internet]. [cited 2021 Oct 21]. Available from: <https://www.prachachat.net/general/news-741224>. (in Thai).
6. The Center for COVID-19 Situation Administration. The situation report on COVID19 from Thailand for 7 February 2022. Department of Disease Control, Ministry of Public. [Internet]. [cited 2022 March 25]. Available from: <https://www.facebook.com/informationcovid19/photos/a.106455480972785/499228221695507/>. (in Thai).
7. Division of Non-Communicable Diseases. Review Report: Economic and Social Impacts of the COVID-19 Pandemic Globally and in Thailand. International Health Policy Program (IHPP). Department of Disease Control Ministry of Public Health, 2021.p.9-13. [Internet]. 2021 [cited 2021 Jan 19]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1177420210915075055.pdf>. (in Thai).
8. The Survey of Working Conditions of the Population, Quarter 1, 2021. [Internet]. 2021 [cited 2021 June 20]. Available from: http://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib13/ด้านสังคม/สาขาแรงงาน/ภาวะการทำงานของประชากร/2564/summary_64.pdf. (in Thai).
9. The Center for COVID-19 Situation Administration. The situation report on COVID19 from Thailand for 1 April 2022. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. [Internet]. [cited 2022 June 18]. Available from: <https://www.moicovid.com/01/04/2022/uncategorized/6985>. (in Thai).
10. World Health Organization. Health Promotion Glossary. Geneva: WHO; 1998. p.1-10.
11. Choeisuwan V. Health Literacy: Concept and Application for Nursing Practice. Royal Thai Navy Medical Journal 2017;44(3): 183-97. (in Thai).
12. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Social Science and Medicine 2008; 67(12):2072-78. [Internet]. 2008 [cited 2022 June 18]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>.
13. Health Education Division. Strategies for promoting health literacy and health behaviors. Department of Health Service Support. Ministry of Public Health. Bangkok: Sam Charoen Panich (Bangkok) Co., Ltd. 2518.p2.
14. Yaowakul D, Abdullakasim P, Maharachpong N. Health literacy on coronavirus disease 2019 prevention behaviors of village health volunteers in region 6 health provider. Research and Development Health System Journal 2022;15(1):257-72. (in Thai).
15. Sribunrueng W, Ninwattana T, Sumransuk S, Anirapai K, Rugthangam S, Spiller P. Factors affecting prevention behavior of COVID-19 infection in Bangkok. Udon Thani Rajabhat University Journal of Humanities and Social Science 2021;10(1):195-206. (in Thai).
16. Thianthavorn V, Chitiang N. Relationship between Health Literacy and Behaviors to Prevent COVID-19 among University Students. TJPHS 2021;4(2): 126-37. (in Thai).

17. Choojai R, Boonsiri C, Patcheep K. Effects of a Health Literacy Enhancement Program for COVID-19 Prevention on Health Literacy and Prevention Behavior of COVID-19 among Village Health Volunteers in Don Tako Sub-district, Mueang District, Ratchaburi Province. The Southern College Network. *Journal of Nursing and Public* 2021;8(1):250-262. (in Thai).
18. Rodjarkpa Y. Health Promotion and Health Literacy. Faculty of Public Health, Burapha University. Chonburi: Get Good Creation Co., Ltd. 2018. p.159-162.
19. Srisatidnarukul B. The Methodology in Nursing. Bangkok: U & I Inter Media Co.,Ltd; 2017. p. 454-77. (in Thai).
20. Best JW. Research in Education. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice- Hall; 1977.
21. Kotpan K, Junnua N. Associated between Health Literacy and Coronavirus Disease 2019 Prevention Behavior among People in Mukdahan Province. The 16th National Academic Conference grants research during 11-12 July 2022 at Ubon Ratchathani University and Research and Innovation for Sustainable Development Goals in the Next Normal. p.148-60. [Internet]. [cited 2022 Aug 18]. Available from: https://www.ubu.ac.th/web/files_up/00008f2022090115080291.pdf. (in Thai).
22. Nilnate N, Prasomsuk S, Prasit N, Nilnate P, Yotha N, Thammasarn K. Health Literacy and COVID-19 Preventive Behaviors among the Working-Age Population in Nakhon Ratchasima Province. *Health Sci J Thai* 2022; 4(4):10-8. (in Thai).
23. Deesua A, Kaewpan W, Kalampakorn S, Sillabutra J. Factors Associated with Preventive Behaviors of Work Related COVID-19 among Aging Taxi Drivers in Bangkok. *Royal Thai Navy Medical Journal* 2022;49(2):369-384. (in Thai).
24. Phansuma D, Boonruksa P. Knowledge, Attitudes, and Preventive Behaviors of COVID-19 among Residents in Pru Yai Sub-district, Muang District, Nakhon Ratchasima Province. *Srinagarind Med J* 2021;36(5):597-604. (in Thai).
25. Chantawibul A, Kloyiam S, Roma W, Chamnankong K. Development of Mechanism and Monitoring System for Surveillance and Emergency Risk Response to Promote Health Literacy on COVID-19 Pandemic. *Journal of Health Science* 2020;29(5):897-909. (in Thai).