

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ ความเสี่ยงติดเชื้อโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุไทย

เพลินตา อธิธิตานต์ ส.ด.

วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก
คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

บทคัดย่อ

การศึกษาเป็นแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional study) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความเสี่ยงติดเชื้อโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุไทย กลุ่มศึกษาเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 400 คน การสุ่มตัวอย่างแบบ Convenience Sampling ใช้วิธีการสัมภาษณ์ โดยใช้แบบสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความเสี่ยงติดเชื้อโรคโควิด 19 ใช้ค่าสถิติ Chi-square และค่าสถิติ Binary logistic regression

ผลการศึกษา พบผู้สูงอายุร้อยละ 62 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 68.32 ± 6.934 (SD) มีโรคประจำตัวร้อยละ 69 มีการใส่หน้ากากอนามัยเมื่อออกนอกบ้าน ร้อยละ 85 การรับรู้ความเสี่ยงติดเชื้อโรคโควิด 19 ร้อยละ 77 คิดว่าตนเองไม่มีความเสี่ยงติดเชื้อโรคโควิด 19 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ถิ่นอาศัย ปัจจัยสุขภาพ ได้แก่ การใส่หน้ากากอนามัยเมื่อออกนอกบ้าน มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความเสี่ยงติดเชื้อโรคโควิด 19 ที่ระดับนัยสำคัญสถิติ <0.001 โดยถิ่นอาศัยของผู้สูงอายุในภาคอื่นๆ คิดว่าตนเองไม่มีความเสี่ยง มีโอกาสที่จะรับรู้ความเสี่ยงติดเชื้อโรคโควิด 19 เพิ่มขึ้น 3.68 เท่าของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในภาคกลาง [Odds Ratio = 3.677, 95% CI (1.770–7.638)] และปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ การใส่หน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้าน ทำให้การรับรู้ความเสี่ยงติดเชื้อโรคโควิด 19 ลดลง ร้อยละ 98 [Odds Ratio = 0.023, 95% CI (0.011–0.051)]

การสรุปและอภิปรายผล ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเสี่ยงสูงในการติดเชื้อโรคโควิด 19 ควรส่งเสริมและรณรงค์ประชาสัมพันธ์ในการใส่หน้ากากอนามัยของผู้สูงอายุ นอกจากใส่ตอนจะออกนอกบ้านแล้ว ขณะอยู่ในบ้านในช่วงที่บุตรหลาน/ญาติ/ผู้อื่นที่มาเยี่ยม/พบปะผู้สูงอายุที่บ้าน ผู้สูงอายุควรใส่หน้ากากอนามัยให้ครบอย่างน้อยร้อยละ 100 เพื่อลดโอกาสเสี่ยงการติดเชื้อโรคโควิด-19 และรณรงค์ให้ผู้สูงอายุได้รับวัคซีน โควิด 19 ครบตามที่กำหนด

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, การรับรู้ความเสี่ยงติดเชื้อ, โรคโควิด 19, การสวมหน้ากากอนามัย

Factors Associated with Perceived Risk of COVID-19 Infection among Thai Aging

Plernta Ethisan Ph.D

*Kanchanabhishek Institute of Medical and Public Health Technology,
Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute*

ABSTRACT

Cross – sectional study has objectives to study the factors associated with perceived risk of COVID-19 infection among Thai aging. The study group consisted of 400 elderly people. Convenience Sampling was used for interview. Using questionnaires. The analysis of factor data associated with COVID-19 risk perception using Chi-square and binary logistic regression.

The study found 62% of the elderly were female, mean age 68.32 years $\pm$ 6.934 (SD), 69% had underlying disease, 85% were wearing a mask when going out, 77% perceived risk of COVID-19 infection. Think they were not at risk of contracting COVID-19. Personal factors include habitat, health factors including wearing a surgical mask when going out correlated with perceptions of COVID-19 infection risk at the statistical significance level < 0.001 . By the residences of the elderly in other regions Thinking that they are not at risk The risk of COVID-19 infection was increased by 3.68 times of the elderly sample in the central region [Odds Ratio = 3.677, 95% CI (1.770–7.638)] and health factors were wearing a face mask when leaving home the perception of COVID-19 infection was reduced by 98% [Odds Ratio = 0.023, 95% CI (.011–.051)].

Summary and discussion older adults are at a higher risk of contracting COVID-19. Should promote and promote public relations on the wearing of masks for the elderly. In addition to wearing when going out while in the home during the time of the child / relative / others visiting / meeting the elderly at home. At least 100% of the elderly should wear a mask to reduce the risk of COVID-19 infection and campaign for the elderly to receive complete COVID-19 vaccine as prescribed.

Key word : Aging, Perceived Risk of COVID-19 infection, Wearing of mask

บทนำ

โรคโควิด 19 เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากไวรัสโคโรนา นับว่าเป็นโรคอุบัติใหม่ที่พบการระบาดในเมืองสู่ชนประเทศจีนในเดือนธันวาคม ค.ศ. 2019 โดยการแพร่เชื้อโรคนี้นี้เป็นการแพร่จากคนสู่คนผ่านทางฝอยละอองจากจามหรือปากที่ขับออกมา ระยะฟักตัวมีตั้งแต่ 1-14 วัน และมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 5-6 วัน เกินร้อยละ 97 ของผู้ป่วยเริ่มมีอาการภายใน 14 วัน อาการที่พบบ่อยมากที่สุด มีไข้ ร้อยละ 88, ไอ ร้อยละ 68, อ่อนเพลีย ร้อยละ 38, หายใจขัด ร้อยละ 19, ปวดข้อ/กล้ามเนื้อ ร้อยละ 15, เจ็บคอ ปวดศีรษะ ร้อยละ 14, หนาวสั่น ร้อยละ 11, คลื่นไส้ อาเจียน คัดจมูก ร้อยละ 5, ท้องเสีย ร้อยละ 4, ไอเป็นเลือด ตาแดงอักเสบ ร้อยละ 1 โดยการแพร่เชื้อและความรุนแรงของโรคพิจารณาได้จากค่า Basic Reproductive Rate (RO) ที่เป็นค่าเฉลี่ยผู้ป่วย 1 คน จะแพร่เชื้อให้ผู้อื่นในกลุ่มประชากรที่มีความไวต่อการรับเชื้ออยู่ที่ประมาณ 2 และ 4, ค่า Clinical Onset Interval ที่เป็นช่วงเวลาแสดงอาการในผู้ป่วยรายต่อ ๆ กันในช่วงของการแพร่ระบาด มีค่าเฉลี่ย 4-5 วัน และค่า Case Fatality Ratio (CFR) หรืออัตราการเสียชีวิตของทั่วโลกอยู่ที่ร้อยละ 7 โดยความเสี่ยงต่ออาการรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นตามอายุและในผู้ที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง และโรคเมะเร็ง¹

ข้อมูล ณ วันที่ 15 ตุลาคม 2563 ยอดติดเชื้อสะสมทั่วโลกมีจำนวน 38,743,864 คน เสียชีวิตจำนวน 1,096,876 คน จากการระบาดไปทั่วโลกในเชิงกว้างได้ส่งผลกระทบต่อทางสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมที่เกิดขึ้นกับกลุ่มคนทุกกลุ่ม และมีโอกาสเสี่ยงสูงในกลุ่มประชากรเปราะบางมากที่สุด รวมถึงคนยากจน ผู้สูงอายุ ผู้พิการ เยาวชน และชาติพันธุ์²

ขณะที่ทั่วโลกกำลังเผชิญกับสังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) องค์การสหประชาชาติคาดการณ์ว่าโลกจะเข้าสู่ระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) ในปี 2050 กว่าร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมดจะมีอายุ 65 ปีขึ้นไปเท่ากับว่าในปี 2050 สัดส่วนประชากร 1 ใน 4 ของโลกจะมีอายุมากกว่า 65 ปี โดยภูมิภาคที่

คาดว่าจะมีประชากรวัย 65 ปีหรือมากกว่าเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าระหว่างปี 2019-2050 ได้แก่ แอฟริกาเหนือและเอเชียตะวันตก, เอเชียกลางและเอเชียใต้, เอเชียตะวันออกและเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และละตินอเมริกา ในขณะที่จำนวนประชากรผู้มีอายุ 80 ปีขึ้นไป มีโอกาสเพิ่มขึ้นเป็น 3 เท่าจาก 143 ล้านคนในปี 2019 คาดการณ์ว่าจะมีจำนวนทั้งสิ้น 426 ล้านคนในปี 2050³

สำหรับประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 โดยในปี พ.ศ.2563 ประเทศไทยมีจำนวนประชากรทั้งหมด 66,558,935 คน มีจำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 11,136,059 คน คิดเป็นร้อยละ 16.73 พบผู้สูงอายุสูงสุดที่ภาคเหนือจำนวน 2,287,470 คน คิดเป็น ร้อยละ 18.87 รองลงมาผู้สูงอายุในภาคกลางจำนวน 3,215,275 คิดเป็นร้อยละ 17.77 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำนวน 3,532,115 คน คิดเป็นร้อยละ 16.04 ภาคตะวันออกจำนวน 719,044 คน คิดเป็นร้อยละ 14.85 และภาคใต้จำนวน 1,382,155 คน คิดเป็นร้อยละ 14.56 ตามลำดับ และในปี พ.ศ.2564 ประเทศไทย กำลังจะก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ โดยมีประชากรผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ หรือจำนวน 13 ล้านคน⁴ ประกอบกับประเทศไทย มีภาวะวิกฤติโควิด 19 เริ่มมาตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ.2563 จนถึงปัจจุบันข้อมูล ณ วันที่ 15 ตุลาคม 2563 มีผู้ป่วยสะสมจำนวน 3,665 คน มีผู้ป่วยรายใหม่ 13 ราย และเสียชีวิตจำนวน 59 คน โดยอัตราการเสียชีวิตแบ่งตามเพศ : ชายร้อยละ 2.7 และหญิงร้อยละ 0.7 เมื่อพิจารณาอัตราการเสียชีวิตแบ่งตามกลุ่มอายุ 0-9 ร้อยละ 0.0 กลุ่มอายุ 10-19 ร้อยละ 0.0 กลุ่มอายุ 20-29 ร้อยละ 0.2 กลุ่มอายุ 30-39 ร้อยละ 0.6 กลุ่มอายุ 40-49 ร้อยละ 1.9 กลุ่มอายุ 50-59 ร้อยละ 4.0 กลุ่มอายุ 60-69 ร้อยละ 3.7 และกลุ่มอายุ >70 ร้อยละ 12.1 ภาวะร่วมที่พบในผู้เสียชีวิตจากโรคโควิด 19 ได้แก่ เบาหวาน (ร้อยละ 41) ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 36) ไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 18) โรคหัวใจ (ร้อยละ 14) โรคไต (ร้อยละ 9) โรคอ้วน (ร้อยละ 7) และอื่นๆ (ร้อยละ 14) แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูงในการเสียชีวิตมากถึงร้อยละ 15.8⁵

โดยข้อมูลจากกองระบาดวิทยา ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม- 14 สิงหาคม 2564 ผู้เสียชีวิตทั้งสิ้น 6,758 ราย พบว่า ส่วนใหญ่อายุ 60 ปีขึ้นไปมากถึงร้อยละ 68⁶ ปัจจุบัน ยังพบว่า ข้อมูลผู้สูงอายุที่ติดเชื้อโรคโควิด 19 ของ ประเทศไทย ณ วันที่ 14 มีนาคม 2565 มีจำนวนทั้งสิ้น 170,861 คน⁷ ซึ่งผลกระทบของภาวะวิกฤติโควิด 19 ได้ส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ สังคม สภาพความเป็นอยู่ และการสาธารณสุขเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ได้รับผลกระทบหลายด้าน ได้แก่ การดูแลตนเอง การเดินทาง ไปยังสถานที่ต่าง ๆ รวมถึงการเข้ารับบริการทางการแพทย์ กรณีเจ็บป่วย การจ้างงานและประกอบอาชีพ โดยมีผู้สูงอายุ ที่ว่างงานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.9 เป็นร้อยละ 6.6 ซึ่งกลุ่มที่ ตกงานมากที่สุดเป็นกลุ่มที่รับจ้างทั่วไป/งานไม่ประจำ ซึ่งมีสัดส่วนลดลงจากร้อยละ 9.6 เป็นร้อยละ 6.6⁸ แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุได้รับผลกระทบจากภาวะวิกฤติ โควิด 19 และเพื่อให้ได้ฐานข้อมูลในการป้องกันและลดโอกาส ของความเสี่ยงในการติดเชื้อโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงเห็นว่าควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ การรับรู้ความเสี่ยงติดเชื้อโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุไทย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ถิ่นอาศัย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความเสี่ยงติดเชื้อโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุไทย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การออกกำลังกาย ปัญหาสุขภาพ การได้ยิน/รู้จักโรคโควิด 19 การใส่หน้ากากอนามัย มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความเสี่ยงติดเชื้อโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุไทย

วิธีการศึกษา

การศึกษาเป็นแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้สูงอายุ ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2563 จำนวน 11,136,059 คน โดยกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มศึกษา

จำนวน 400 คน ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่าง จากสูตรยามาเน่ $N = N / 1 + Ne^2$

N = จำนวน ผู้สูงอายุในประเทศไทย

จำนวน 11,136,059 คน

e = 0.05

= $11,136,059 / 27,841$

= $399.98 = 400$

การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้วิธีการสุ่มตัวอย่าง แบบ Convenience Sampling

1) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย

(Inclusion Criteria)

1.1) เป็นผู้สูงอายุที่มีสัญชาติไทย

1.2) มีถิ่นอาศัยอยู่ในภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้

1.3) ยินดีเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ และลงนามในเอกสารยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าว อย่างเต็มที่

2) เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion Criteria)

2.1) เป็นผู้ป่วยติดเตียง

2.2) มีปัญหาในการรับฟัง ได้แก่ หูอื้อ หูไม่ได้ยิน หรือได้ยินน้อย อ่านหนังสือไม่ออก

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จากการทบทวนวรรณ โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล มีจำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย ถิ่นอาศัย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ

2. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลปัจจัยสุขภาพ มีจำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย ค่าดัชนีมวลกาย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การออกกำลังกาย ปัญหาสุขภาพ การได้ยินโรคโควิด 19 การใส่หน้ากากอนามัย

3. แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความเสี่ยงติดเชื้อ โรคโควิด 19 มีจำนวน 1 ข้อ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยง ในการติดเชื้อโรคโควิด 19

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข โดยมีค่า Index of Item objective Congruent: IOC มากกว่า 0.5 ทุกข้อ

2. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุในตำบลพิมลราช อำเภอ บางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.84

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก เลขที่ KMPHT-63010016 ลงวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2564

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประสานหาผู้ช่วยเก็บข้อมูล และชี้แจงการเก็บข้อมูลแก่ผู้ช่วยเก็บข้อมูล

2. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ที่ศึกษา ประกอบด้วย ผู้สูงอายุในจังหวัดของภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ และภาคใต้

3. ตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนของแบบสัมภาษณ์ และนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ลักษณะข้อมูลของปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยสุขภาพ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) การรับรู้ความเสี่ยงติดเชื้อโรคโควิด 19 ใช้ ค่าความถี่ ร้อยละ และ 3) การหาค่าปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความเสี่ยงติดเชื้อโรคโควิด 19 ใช้ค่าสถิติ Chi-square และการพยากรณ์โอกาสที่จะเกิดการรับรู้ความเสี่ยงติดเชื้อโรคโควิด 19 ใช้ค่าสถิติ Binary logistic regression

ผลการศึกษา

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 68.32 ปี $\pm$ 6.934 (SD) มีโรคประจำตัวร้อยละ 69.00 มีการใส่หน้ากากอนามัยเมื่อออกนอกบ้าน ร้อยละ 85.20 การรับรู้ความเสี่ยงติดเชื้อโรคโควิด 19 ร้อยละ 77.80 คิดว่าตนเองไม่มีความเสี่ยง โดยให้เหตุผลว่า เมื่อออกนอกบ้านได้ปฏิบัติตามหลักสุขอนามัย มีการป้องกันตน โดยทำความสะอาด ล้างมือ ล้างเท้า ใส่หน้ากาก การเว้นระยะห่าง และการใช้เจลแอลกอฮอล์ ร้อยละ 58.84 ส่วนผู้สูงอายุ ร้อยละ 22.20 ที่คิดว่าตนเองมีความเสี่ยงให้เหตุผลว่าต้องออกไปข้างนอกบ่อย/ทำงานในที่มีคนมาก/พบปะญาติ/คนอื่น ๆ ร้อยละ 64.04 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การรับรู้ความเสี่ยงติดเชื้อโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุไทย

การรับรู้ความเสี่ยงติดเชื้อโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุไทย	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้ความเสี่ยงติดเชื้อโรคโควิด 19 (N=400)		
ไม่เสี่ยง	311	77.80
เสี่ยง	89	22.20
เหตุผลของการรับรู้ไม่เสี่ยงติดเชื้อโรคโควิด 19 (N=311)		
อยู่นอกเมืองหรือชนบท/ไม่ได้อยู่ในพื้นที่เสี่ยง/คนแถวนี้ไม่มีใครเป็น	53	17.04
ไม่ได้ออกไปไหน/ไม่ได้ไปในพื้นที่เสี่ยง/ในที่มีคนมาก/ทำงานอยู่ที่บ้าน	72	23.15
ปฏิบัติตามหลักสุขอนามัยเมื่อออกจากบ้าน มีการป้องกันตนทำความสะอาด ล้างมือ ล้างเท้า ใส่หน้ากาก การเว้นระยะห่าง ใช้เจลแอลกอฮอล์	183	58.84
ไม่มีโรคประจำตัว	3	0.96

ตารางที่ 1 การรับรู้ความเสี่ยงติดเชื้อโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุไทย (ต่อ)

การรับรู้ความเสี่ยงติดเชื้อโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุไทย	จำนวน	ร้อยละ
เหตุผลของการรับรู้เสี่ยงติดเชื้อโรคโควิด 19 (N=89)		
อยู่ในพื้นที่เสี่ยง/อยู่ติดชายแดน/คนรอบข้างอาจเป็น	8	8.99
ออกไปข้างนอกบ่อย/ทำงานในที่มีคนมาก/พบปะญาติ/คนอื่น ๆ	57	64.04
มีโรคประจำตัวหลายอย่าง	4	47.19
ไม่มีการป้องกันที่คิดว่าควร	20	22.47

สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความเสี่ยงติดเชื้อโรคโควิด 19 โดยใช้ค่าสถิติ Chi-square พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ถิ่นอาศัย ปัจจัยสุขภาพ ได้แก่ การใส่หน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้าน มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความเสี่ยงติดเชื้อโรคโควิด 19 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ <0.001 ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลอื่นๆ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และปัจจัยสุขภาพอื่นๆ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การออกกำลังกาย ปัญหาสุขภาพ การได้ยิน/รู้จักโรคโควิด 19 ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความเสี่ยงติดเชื้อโรคโควิด 19 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ >0.05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความเสี่ยงการติดเชื้อโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุไทย

ปัจจัย	รับรู้ไม่เสี่ยงติดเชื้อโรคโควิด 19 N (%)	รับรู้เสี่ยงติดเชื้อโรคโควิด 19 N (%)	P-value*
ปัจจัยส่วนบุคคล			
ถิ่นอาศัย			<.001
ภาคกลาง	100 (25.00)	9 (10.10)	
ภาคอื่นๆ	300 (75.70)	80 (89.90)	
เพศ			.200
ชาย	152 (38.00)	39 (43.80)	
หญิง	248 (62.00)	50 (56.20)	
อายุ			.920
60-69 ปี	249 (62.20)	55 (61.80)	
70 ปีขึ้นไป	151 (37.80)	34 (38.20)	
สถานภาพสมรส			.184
สมรส	283 (70.80)	68 (76.40)	
โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	117 (29.20)	21 (23.60)	
ระดับการศึกษา			.329
ต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษา	294 (73.50)	69 (77.50)	
ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป	106 (26.50)	20 (22.50)	

*Chi-square

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความเสี่ยงการติดเชื้อโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุไทย

ปัจจัย	รับรู้ไม่เสี่ยงติดเชื้อโรคโควิด 19 N (%)	รับรู้เสี่ยงติดเชื้อโรคโควิด 19 N (%)	P-value*
อาชีพ			.302
ภาคเกษตรกรรม	219 (54.80)	53 (59.60)	
นอกภาคเกษตรกรรม	181 (45.20)	36 (40.40)	
ปัจจัยสุขภาพ			
ดัชนีมวลกาย			.904
ปกติ	190 (61.10)	55 (61.80)	
ไม่ปกติ	121 (38.90)	34 (38.20)	
การสูบบุหรี่			.126
ไม่สูบ	259 (83.30)	80 (89.90)	
เคยสูบ แต่เลิกแล้ว/สูบ	52 (16.70)	9 (10.10)	
การออกกำลังกายครบตามเกณฑ์ (150 นาทีต่อสัปดาห์)			.118
ไม่ออกกำลังกาย	242 (77.80)	76 (85.40)	
ออกกำลังกาย	69 (22.20)	13 (14.60)	
ปัญหาสุขภาพ			.878
ไม่มีโรคประจำตัว	97 (31.20)	27 (30.30)	
มีโรคประจำตัว	214 (68.80)	62 (69.70)	
การได้ยิน/รู้จักโรคโควิด 19			.881
ไม่เคย	26 (8.40)	7 (7.90)	
เคย	285 (91.60)	82 (92.10)	
การใส่หน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้าน			<.001
ไม่ใส่	9 (2.90)	50 (56.20)	
ใส่	302 (97.10)	39 (43.80)	

*Chi-square

เมื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความเสี่ยงการติดเชื้อโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุไทย โดยใช้ค่าสถิติ Binary logistic Regression โดยนำตัวแปรที่มีค่า P ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 0.2 จำนวน 6 ตัวแปร ได้แก่ ถิ่นอาศัย เพศ สถานภาพสมรส การดื่มสุรา การออกกำลังกายครบตามเกณฑ์ และการใส่หน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้าน พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ถิ่นอาศัยของผู้สูงอายุในภาคอื่น ๆ คิดว่าตนเองไม่มีความเสี่ยง มีโอกาสที่จะรับรู้

ความเสี่ยงติดเชื้อโรคโควิด 19 เพิ่มขึ้น 3.68 เท่าของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในภาคกลาง [Odds Ratio= 3.677, 95% CI (1.770-7.638)] และปัจจัยสุขภาพ ได้แก่ การใส่หน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้านทำให้โอกาสรับรู้ความเสี่ยงติดเชื้อโรคโควิด-19 ลดลง ร้อยละ 98 [Odds Ratio=0.023, 95% CI (.011-.051)] ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความเสี่ยงการติดเชื้อโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุไทย

ปัจจัย	B	Odds Ratio	95% CI	P*
ปัจจัยส่วนบุคคล				
ถิ่นอาศัย				
ภาคกลาง				
ภาคอื่น ๆ	1.302	3.677	(1.770-7.638)	<.001
เพศ				
ชาย				
หญิง	-.312	.732	(.454-1.180)	.200
สถานภาพสมรส				
สมรส	-.369	.692	(.401-1.193)	.185
โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่				
ปัจจัยสุขภาพ				
การดื่มสุรา				
ไม่ดื่ม	-.579	.560	(.264-1.187)	.130
เคยดื่ม แต่เลิกแล้ว/ดื่ม				
การออกกำลังกายครบตามเกณฑ์ (150 นาทีต่อสัปดาห์)				
ไม่ออกกำลังกาย	-.511	.600	(.314-1.145)	.121
ออกกำลังกาย				
การใส่หน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้าน				
ไม่ใส่				
ใส่	-3.762	.023	(.011-.051)	<.001

*Binary logistic Regression

อภิปรายผล

1. การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความเสี่ยงติดเชื้อโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุไทย พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ถิ่นอาศัยของผู้สูงอายุในภาคอื่น ๆ คิดว่าตนเอง ไม่มีความเสี่ยง มีโอกาสที่จะรับรู้ความเสี่ยงติดเชื้อโรคโควิด 19 เพิ่มขึ้น 3.68 เท่าของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในภาคกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ Maria Esther Irigoyen-Camacho et al.⁹ ที่พบว่า ผู้สูงอายุในประเทศเม็กซิโก ร้อยละ 54.2 มีการรับรู้

ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด 19 อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 33.4 และการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคโควิด 19 มีความสัมพันธ์กับการพักอยู่ในบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้ยังพบว่า การรับรู้ความเสี่ยงของผู้สูงอายุ ร้อยละ 22.20 ที่คิดว่าตนเองมีความเสี่ยง เพราะจะต้องออกไปข้างนอกบ่อย/ทำงานในที่มีคนมาก/พบปะญาติ/คนอื่น ๆ ร้อยละ 64.04 และไม่มีการป้องกันที่ดีเท่าที่ควร ร้อยละ 22.47 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่มีโอกาสติดเชื้อโควิด 19

มีความสอดคล้องกับรายงานการศึกษาของสำนักงานวิจัยแห่งชาติ กระทรวงอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์วิจัยและนวัตกรรม¹⁰ พบว่า ประเทศไทยได้ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุก เขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักร มีผลตั้งแต่วันที่ 26 มีนาคม 2563 และได้มีข้อกำหนดต่างๆ รวมทั้งกำหนดให้กลุ่มคนที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อโรคโควิด 19 ให้อยู่ใน เคสสถานหรือบริเวณสถานพำนักของตน เพื่อป้องกันการ ติดเชื้อจากสภาพแวดล้อมภายนอก ได้แก่ ผู้สูงอายุ ตั้งแต่อายุ 70 ปีขึ้นไป กลุ่มคนที่มีโรคประจำตัว และ กลุ่มเด็กเล็กอายุต่ำกว่า 5 ปีลงมา ควรปฏิบัติตาม มาตรการที่รัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขกำหนดอย่าง เคร่งครัด โดยอยู่ในเคสสถานหรือสถานที่พักอยู่ในบ้าน เพื่อป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ และจากผลการวิจัย อัตราการติดเชื้อและความรุนแรงของโรคโควิด 19 จาก องค์การอนามัยโลก ประเทศจีนและประเทศอิตาลี¹¹ พบข้อมูลเป็นไปในทิศทางเดียวกัน คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไปเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อรุนแรง และเสียชีวิตโดยความเสี่ยงเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยผู้ที่มี อายุต่ำกว่า 60 ปีมีอัตราการเสียชีวิตน้อยกว่าร้อยละ 1 ในขณะที่ผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไปมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 8.0-9.6 และอายุ 80 ปีขึ้นไปมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึง ร้อยละ 14.8-19.0 ดังนั้นจึงต้องดูแลผู้สูงอายุเป็นพิเศษ ไม่ให้ติดเชื้อโรคโควิด 19

2. ผลการศึกษาปัจจัยสุขภาพ ได้แก่ การใส่ หน้ากากอนามัยของผู้สูงอายุทำให้โอกาสรับรู้ความเสี่ยง ติดเชื้อโรคโควิด 19 ลดลง ร้อยละ 98 แสดงให้เห็นว่า การใส่หน้ากากอนามัยทำให้ลดโอกาสเสี่ยงการติดเชื้อ โรคโควิด 19 สอดคล้องกับมาตรการตามพระราช กำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 และแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับด้านสาธารณสุข คำแนะนำสำหรับผู้สูงอายุ ในสถานการณ์แพร่ระบาดของ COVID-19¹² (2563) ที่กล่าวไว้ว่า ผู้สูงอายุให้งดออกจากบ้าน หรือเข้าไปในบริเวณที่มีคนแออัดในช่วงที่มีการระบาดของ โรค หากจำเป็นให้ใส่หน้ากากอนามัย หรือหน้ากากผ้า ใช้เวลาให้น้อยที่สุดและสอดคล้องกับคำแนะนำของศูนย์ควบคุม และป้องกันโรคติดต่อแห่งสหรัฐอเมริกา (Centers for

Disease Control and Prevention : CDC)¹³ ได้แบ่ง หน้ากากอนามัยที่ใช้ลดความเสี่ยงการติดเชื้อโรคโควิด 19 ไว้ 3 แบบ ได้แก่ หน้ากากผ้า (Cloth Masks) หน้ากาก ใช้แล้วทิ้ง (Disposable Masks) และหน้ากากกรอง อนุภาค N 95 (KN 95 Masks) และนำวิธีสวมหน้ากากอนามัย 2 ชั้น เพื่อแนะนำให้ประชาชนใส่ป้องกันการแพร่เชื้อโควิด 19 ด้วยการใช้น้ำกากอนามัยแบบผ้าและหน้ากากทางการแพทย์ ร่วมกันในช่วงที่ยังไม่ได้รับวัคซีน¹⁴ โดยให้สวม หน้ากากผ้าทับหน้ากากทางการแพทย์ใช้แล้วทิ้ง เพื่อสร้าง ความกระชับให้กับรูปหน้า และหน้ากากแบบที่มีไส้กรอง อนุภาค N95 ป้องกันไวรัสได้ดีที่สุด¹⁵ และจากการศึกษา วิจัยของ กาญจนา ปัญญาธร และคณะ¹⁶ เรื่อง ชีวิตวิถี ใหม่ของบุคลากรด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อ ไวรัสโควิด 19 โรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม จังหวัด อุดรธานี พบว่า ชีวิตวิถีใหม่ในการป้องกันโรคโควิด 19 ต้องปฏิบัติอย่างเคร่งครัด โดยการล้างมือบ่อยๆ สวม หน้ากากอนามัยเหมือนการสวมเสื้อผ้า และการเว้นระยะ ห่างทางสังคม เป็นการป้องกันโรคมาสู่บ้าน

3. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ปัจจัยสุขภาพ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การออกกำลังกาย ปัญหาสุขภาพ การได้ยิน/รู้จำโรคโควิด 19 ไม่มีความ สัมพันธ์กับการรับรู้ความเสี่ยงติดเชื้อโรคโควิด 19 แสดงถึงว่า ผู้สูงอายุทุกคนมีโอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อโรคโควิด 19 เท่ากัน ไม่ขึ้นกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ดัชนีมวลกาย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การออกกำลังกาย ปัญหาสุขภาพ และการได้ยิน/รู้จำโรคโควิด 19 สอดคล้อง กับรายงานการศึกษาขององค์การอนามัยโลก¹⁷ พบว่า โรคโควิด 19 เป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่มีการระบาดใหญ่ และส่งผลกระทบไปทั่วโลก ที่สามารถแพร่โรคจากคนสู่ คนผ่านทางละออง น้ำมูก น้ำลาย ประมาณ 1 ใน 5 ของ ผู้ติดเชื้อโควิด 19 มีอาการหนัก และหายใจลำบาก ผู้สูงอายุ และมีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน หรือมะเร็ง มีแนวโน้มที่จะมีอาการรุนแรงมาก โดยทุกคนติดโรคโควิด 19 ได้ และอาจป่วยรุนแรง โรคโควิด 19 เป็นได้กับทุกเพศทุกวัยที่มีอาการไข้ และ

หรือ/หรือร่วมกับอาการหายใจลำบาก/ติดขัด เจ็บหน้าอก
เสี่ยงหาย หรือเคลื่อนไหวไม่ได้ ซึ่งต้องพบแพทย์ทันที

ข้อเสนอแนะการศึกษาครั้งต่อไป

1. ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงที่มีโอกาสเสี่ยงใน
การติดเชื้อโรคโควิด 19 ควรส่งเสริมและรณรงค์
ประชาสัมพันธ์ในการใส่หน้ากากอนามัยของผู้สูงอายุ
นอกจากใส่ตอนจะออกนอกบ้านแล้ว ขณะอยู่ในบ้านใน
ช่วงที่บุตรหลาน/ญาติ/ผู้อื่นที่มาเยี่ยม/พบปะผู้สูงอายุที่บ้าน
ผู้สูงอายุควรใส่หน้ากากอนามัยให้ครบอย่างน้อย
ร้อยละ 100 เพื่อลดโอกาสเสี่ยงการติดเชื้อโรคโควิด 19
2. ควรเพิ่มการรณรงค์ให้กลุ่มผู้สูงอายุได้รับ
วัคซีนโควิด 19 ครบตามที่กำหนด เพื่อลดความรุนแรง
จากการเสียชีวิต โดยให้ได้รับการฉีดเข็มที่ 1 และ 2 รวม
ทั้งเข็มกระตุ้น เข็มที่ 3 และ 4
3. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับ
พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุไทย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Information about
Covid-19 [internet].2020 [cited 2021 Dec2].
Available from: <https://www.who.int/covid-19>
information (in Thai)
2. The Bangkok Insight Editorial Team. Situation of
Covid-19 in the world [internet].2020 [cited 2020
Oct 15]. Available from: <https://www.thebangkokinsight.com>
3. Center of Excellence in life Sciences.2007: Moving
forward towards an aging society [internet].2020
[cited 2021 Apr 30]. Available from: <https://tcde.or.th>. (in Thai)
4. Department of the Elderly. (2020).Statistics of Aging in
Thailand. Ministry of Interior, Bangkok.
5. Bangkok business news. Quality of life-society.
[internet] 2021 [cited 2022 June 2]. Available
from: [Bangkok biznews.com/social/954763](https://bangkokbiznews.com/social/954763)

6. Department of Disease Control. Statistics of
Covid-19 Disease in Thailand. [internet] 2022
[cited 2022 May 1]. Available from: <https://data.go.th/dataset/covid-19-daily>
7. Department of Disease Control. (2020). Statistics
of Covid-19 Disease in Thailand. Ministry of
Public Health, Nonthaburi Province.
8. Yodpetch S. 10 Lessons in Caring for the Elderly
in the Covid-19 Crisis [internet].2020 Sep 29
[cited 2020 Dec 1]. Available from: <https://Bangkoknews.com/news/detail/900026>
9. Maria Esther Irigayen-Camacho, Maria Consuelo
Velazquez-Alva, Marco Antonio Zapeda-Zepeda,
Maria Fernanda Cabrer-Rasales, Irina Lazarevich,
and Antonio Castano-Seiquer.Effect of Income \\\nLevel and Perception of Susceptibility and Severity
of COVID-19 on Stay-at-Home Preventive Behavior
in a Group of Older Adults in Mexico City.
International Journal of Environment Research and
Public Health. 12 Oct 2020.: p 9-12.
doi: 10.33/ijerph 17207418
10. Research and Academic emergency Operations
Center National Research Agency. Ministry of
Higher Education, Science, Research and Innovation.
Elderly people are most at risk from Covid-19
[internet].2020 [cited 2021 Apr 29]. Available
from: <https://resource.center.thaihealth.or.th>. (in Thai)
11. Report of the WHO-China Joint. Mission on
Coronavirus Disease 2019 and Integrated surveillance
of Covid-19 in Italy [internet]. 2020 Feb [cited
2021 Apr 30]. Available from: <https://www.epicentro.iss.it>
12. Ministry of Public Health. Public health practice
guidelines for the management of the Covid-19
[internet].2020 [cited 2021 Apr 29]. Available
from: <https://www.covid-19.moph.go.th>

13. Centers for Disease Control and Prevention: CDC. Types of Masks [internet].2020 [cited 2021 Apr 30]. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/types-of-masks.html>.
14. Abcdust.net. How large is a corona virus virion compared to the MP10-2.5 [internet] 2020[cite 2021 Apr 30]. Available from: <https://abcdust.net/how-large-is-a-corona-virus-virion-compared-to-the-mp10-2-5>.
15. Sciencedirect. Electrospun ultrafine fibers for advanced face masks [internet] 2020 [cited 2021 Apr 30]. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0927796X20300528>
16. Panyathorn.K, Ninphupataweechot.S, Songsri.C, Tanglakmankhong.K, and Tajang.S. New normal among Health Personel to Prevent Coronavirus Disease 2019: A Study Fort Prachaksilapakom Nursing and Health.2 Nov 2020.38(4): 50-2. (in Thai)
17. World Health Organization. Corona virus disease question and answer [internet].2021[cited 2021 Apr 30]. Available from:[who.int/Thailand/emergencies/novel-coronavirus-2019](https://www.who.int/Thailand/emergencies/novel-coronavirus-2019).