

สภาวะสุขภาพและการปฏิบัติด้านสุขอนามัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุแห่งหนึ่ง กรุงเทพมหานคร

ชานฉัตร อุประ* พิพัฒน์ ฤกษ์มีจรัสกุล**
พิศิษฐ์ วัฒนสมบูรณ์*** ดุสิต สุจิรารัตน์****

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุกำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในทวีปเอเชียรวมทั้งประเทศไทย การวางแผนการจัดสวัสดิการสังคมเป็นมาตรการหนึ่งที่สำคัญเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การศึกษาภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาวะสุขภาพและการปฏิบัติด้านสุขอนามัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ได้ศึกษาผู้สูงอายุ 162 คน ที่สมัครใจเข้าร่วม เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประกอบการสัมภาษณ์เกี่ยวกับลักษณะทางสังคมประชากร การเจ็บป่วยในช่วง 1 เดือน และการปฏิบัติด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Chi-Square test และ Odds ratio (OR) ที่ระดับความเชื่อมั่นทางสถิติ $\alpha = 0.05$ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 70.4 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 50 อายุระหว่าง 70-79 ปี และ ร้อยละ 70.9 สำเร็จการศึกษาชั้นประถมศึกษาหรือต่ำกว่า สภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 70.4 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 58 มีอาการเจ็บป่วยในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ในจำนวนนี้เป็นกลุ่มที่มีอาการบ่อยๆ ตั้งแต่ 4 วัน/สัปดาห์ขึ้นไป พบอาการระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 37.2 ระบบผิวหนัง ร้อยละ 12.8 และอาการไม่จำเพาะ ร้อยละ 47.9 การปฏิบัติด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติในระดับดี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 22.2 ± 2.6 จากคะแนนเต็ม 26 คะแนน เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ศึกษากับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นบ่อยในช่วง 1 เดือน พบว่า อายุ โรคประจำตัว และระยะเวลาที่พอกอยู่ในศูนย์ฯ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเจ็บป่วย ($p < 0.05$, 95% C.I. of OR มากกว่า 1.00) ดังนั้นผู้รับผิดชอบควรตระหนักในการปรับระบบการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, สภาวะสุขภาพ, การปฏิบัติสุขอนามัยส่วนบุคคล, การจัดสวัสดิการสังคม

บทนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) เช่นเดียวกับประเทศต่างๆ ในโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศทางทวีปเอเชียซึ่งมีอัตราการเพิ่มของประชากรผู้สูงอายุเร็วกว่าประเทศทางซีกโลกตะวันตก^{1,2} ประชากรผู้สูงอายุคนไทยในปัจจุบันประมาณร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ³ มีการประมาณการกันว่าประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในอีกไม่กี่ปีข้างหน้า การก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุเป็นปรากฏการณ์ที่ชัดเจนของสังคมไทยตั้งแต่ต้นศตวรรษที่ 21 พบว่าแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นต่อไปในอนาคต โดยจำนวนประชากรผู้สูงอายุ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จะเพิ่มจาก 7.4 ล้านคนในปี 2551 เป็น 17.7 ล้านคนในปี พ.ศ. 2573⁴ ปัจจัยที่ส่งผลให้มีประชากรกลุ่มผู้สูงอายุมากขึ้นนั้น หลักๆ มาจากความเจริญทางเศรษฐกิจและสังคม การวางแผนครอบครัว และวิทยาการด้านการแพทย์ สาธารณสุขที่ส่งผลให้คนมีอายุยืนมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อโรคและ/หรือกลุ่มอาการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรังและการเปลี่ยนแปลงของสภาวะสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงสภาพทางร่างกาย จิตใจ สุขอนามัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมสุขภาพ⁵⁻⁸

เมื่อเปรียบเทียบความเร็วของการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุในประเทศไทยกับประเทศที่พัฒนาแล้ว พบว่า การเพิ่มขึ้นเป็นเท่าตัวของสัดส่วนประชากรสูงอายุจากร้อยละ 7 เป็นร้อยละ 14 นั้นประเทศไทยใช้เวลาประมาณ 22 ปี ในขณะที่ประเทศที่พัฒนาแล้วใช้เวลากว่าครึ่งศตวรรษหรือกว่าศตวรรษ 2.4 กล่าวอีกนัยหนึ่งคือประเทศไทยมีเวลาเตรียมความพร้อมสั้นกว่าประเทศพัฒนาแล้ว การเตรียมความพร้อมต้องเตรียมตั้งแต่ระดับของบุคคล ชุมชน และประเทศเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ มีการประมาณการว่าประชากรในวัยแรงงานของไทยจะเหลือเพียงประมาณ 43.3 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 61.4 ของประชากรทั้งประเทศ ซึ่งน่าจะมีผลกระทบต่อการผลิตและการเกื้อหนุนประชากรวัยอื่น^{3,4} เป็นประเด็น

ที่ท้าทาย องค์กรที่เกี่ยวข้องกับงานด้านผู้สูงอายุจะต้องวางแผนงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดสวัสดิการและการให้การเกื้อหนุนผู้สูงอายุเพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอายุของประชากร ส่งผลกระทบต่อผู้ที่มีหน้าที่ต้องช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งอาจเป็นครอบครัว บุคลากรทางด้านสาธารณสุข หรือองค์กรทางสังคมอื่นๆ ที่ต้องจัดสวัสดิการดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น⁹ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมสุขภาพโดยเฉพาะสุขอนามัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กและผู้สูงอายุ^{7,8} อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่รวมกันในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ซึ่งมีผู้สูงอายุพักอาศัยอยู่ค่อนข้างหนาแน่นยังมีค่อนข้างจำกัด การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาวะสุขภาพและการปฏิบัติด้านสุขอนามัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อการปรับปรุงระบบการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุในอนาคตต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร การคัดเลือกตัวอย่าง เป็นการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ที่สมัครใจ เข้าร่วมการศึกษา จำนวน 162 คน (จากทั้งหมด 219 คน คิดเป็น ร้อยละ 74.0) โดยกำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้ (1) เป็นผู้สูงอายุ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุที่ทำการศึกษา (2) ไม่มีปัญหาสุขภาพที่เป็นปัญหาในการตอบคำถามสุขภาพ เช่น โรคความจำเสื่อม (Alzheimer's disease) และ (3) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามประกอบการสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมี 3 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 เกี่ยวกับลักษณะทางประชากรสังคมของผู้สูงอายุ เช่น เพศ อายุ ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมที่ทำการศึกษา และโรคประจำตัว ส่วนที่ 2 เกี่ยวกับสถานะสุขภาพปัจจุบันหรือการเจ็บป่วยปัจจุบันย้อนหลัง 1 เดือน ประกอบด้วยคำถามกลุ่มอาการระบบทางเดินหายใจ กลุ่มอาการระบบทางเดินอาหาร และกลุ่มอาการอื่นๆ ที่ไม่จำเพาะ ลักษณะคำตอบคือ มีอาการบ่อย คือ ตั้งแต่ 4 วันต่อสัปดาห์ขึ้นไป มีอาการเป็นบางครั้ง คือ 1-3 วันต่อสัปดาห์ และไม่มีอาการในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ส่วนที่ 3 เกี่ยวกับการปฏิบัติด้านสุขอนามัยส่วนบุคคลในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ประกอบด้วยคำถาม 13 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ แต่ละข้อมีระดับคะแนน คือ 0-2 การแปลผลได้กำหนดจากคะแนนเฉลี่ยโดยรวมและรายข้อตามเกณฑ์ ดังนี้ 2 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติสม่ำเสมอ คะแนน 1 หมายถึง มีการปฏิบัติเป็นบางครั้งบางคราว คะแนน 0 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา การเก็บรวบรวมข้อมูลได้ดำเนินการในช่วง 1 ธันวาคม 2552 – 30 มิถุนายน 2553 โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถามประกอบ รวมทั้งรายละเอียดของการพิทักษ์สิทธิ์ให้กับกลุ่มตัวอย่างให้เข้าใจและขอการยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

โครงการวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่อง “คุณภาพอากาศทางจุลินทรีย์ภายในอาคาร การปฏิบัติเพื่อการป้องกันการติดเชื้อและอาการแสดงที่เกี่ยวข้อง ในผู้สูงอายุ ณ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุแห่งหนึ่ง กรุงเทพมหานคร” ซึ่งผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากการสัมภาษณ์ นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางสังคมประชากร และการปฏิบัติสุขอนามัยส่วนบุคคลกับการเจ็บป่วยบ่อยในช่วง 1 เดือน โดยใช้สถิติ Chi-square test ที่ระดับความเชื่อมั่นทางสถิติ $\alpha = 0.05$ และคำนวณความเสี่ยงสัมพัทธ์โดยใช้ Odds ratio

ผลการศึกษา

ลักษณะทางประชากรสังคมของผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ศึกษา 162 คน ร้อยละ 70.4 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 50 มีอายุระหว่าง 70-79 ปี ร้อยละ 70.9 สำเร็จการศึกษาชั้นประถมศึกษาหรือต่ำกว่า สถานภาพสมรสเป็นโสดร้อยละ 37 และร้อยละ 34.6 เป็นหม้าย/แยก/หย่า ร้อยละ 19.1 อาศัยอยู่ที่ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมมานานมากกว่า 10 ปี รายละเอียดได้แสดงใน Table 1

Table 1 Socio-demographic characteristics of the studied elderly and officers in a Social Welfare Development Center for Older Person

Characteristics	Elderly(N=162)	
	No.	%
Sex		
Female	114	70.4
Male	48	29.6
Age (years)		
60-69	22	13.6
70-79	81	50.0
≥80	59	36.4
Education		
≤Primary school	115	70.9
Secondary school	19	11.7
Diploma	16	9.9
Bachelor's degree or higher	12	7.5
Marital status		
Single	60	37.0
Married	34	21.0
Divorced/Widowed	56	34.6
No available	12	7.4
Time resident (years)		
<5	87	53.7
5 - 10	44	27.2
≥11	31	19.1

**สภาวะสุขภาพและการปฏิบัติด้านสุขอนามัย
ส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ**

ผู้สูงอายุที่ศึกษา ร้อยละ 70.4 มีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เบาหวาน โรคต่อมไทรอยด์ และมะเร็ง เป็นต้น ร้อยละ 58 มีอาการเจ็บป่วย ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ในจำนวนนี้เป็นกลุ่มที่มีอาการบ่อยๆ ของระบบทางเดินหายใจ ตั้งแต่ 4 วัน/สัปดาห์

ขึ้นไป ร้อยละ 37.2 อาการระคายเคืองผิวหนัง ร้อยละ 12.8 และอาการไม่จำเพาะ เช่น ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามตัว มีไข้ต่ำๆ รู้สึกไม่ค่อยสบาย เป็นต้น ร้อยละ 47.9 ดังแสดงรายละเอียดใน Table 2 สำหรับการปฏิบัติด้านสุขอนามัยส่วนบุคคลในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาการศึกษานี้ได้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง 122 คน คิดเป็นร้อยละ 75.3 ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมด (26คน ไม่สมัครใจให้ข้อมูลด้านนี้

และ 14 คน ให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน) ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 90 มีการปฏิบัติในเรื่องต่อไปนี้ อย่างสม่ำเสมอเป็นกิจวัตร เช่น การอาบน้ำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง มีการใช้ช้อนกลางในการรับประทานอาหารร่วมกัน ไม่ดื่มน้ำโดยใช้แก้วน้ำร่วมกัน เมื่อมีอาการอุจจาระร่วม จะถ่ายลงโถส้วมและล้างมือทุกครั้ง เมื่อมีอาการตาแดง จะหลีกเลี่ยงการสัมผัสตาและล้างมือบ่อยๆ เป็นต้น อย่างไรก็ตามยังมีบางประเด็นที่มีข้อบกพร่องต้องการ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น ร้อยละ 54.9 ที่มีการออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง และร้อยละ 57.4 ที่มีการนอนหลับพักผ่อนเพียงพอ (มากกว่า 6 ชั่วโมง ต่อวัน) เป็นต้น เมื่อคิดเป็นคะแนนการปฏิบัติ พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มที่ศึกษามีระดับคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 22.2 ± 2.6 จากคะแนนเต็ม 26 คะแนน อยู่ในระดับดี รายละเอียด แสดงใน Table 3

Table 2 Health status of studied elderly: History of underlying diseases and current illnesses (n=122)

Health status	Elderly		
	No.	%	
History of underlying diseases	No	49	40.2
	Yes*	73	59.8
	- HT & HD	56	76.7
	- DM & Thyroid	44	60.3
	- Nephropathy	2	2.7
	- Others (cancer, parkinson, ect.)	4	5.5
Current illnesses (duration 1 month)	No	94	58.0
	Yes*	29	23.8
	- Respiratory Symptoms (running nose, ect.)	35	40.2
	- Skin problem	12	10.9
	- Non-specific symptoms (headache, ect)	45	58.4

*One can answer more than 1 symptoms

(HT = Hypertension, HD = Heart disease, DM = Diabetes mellitus)

Table 3 Personal hygiene practices of the studied elderly (N= 122)

Personal hygiene practices	Regularly		Sometimes		Never		
	No.	%	No.	%	No.	%	
1. Taking a bath at least one time/day.	115	94.3	5	4.1	3	1.6	
2. Wearing clean clothes and changing every day	107	87.7	7	5.7	8	6.6	
3. Brushing the teeth at least two time/day	91	74.6	5	4.1	26	21.3	
4. Washing hands before eating and after using latrine every time	83	68.0	15	12.3	24	19.7	
5. Using middle spoon when having a meal with Others	118	96.7	0	0.0	4	3.3	
6. Don't use drinking glasses with others	116	95.1	0	0.0	6	4.9	
7. Taking exercise regularly or at least three days a week	67	54.9	17	13.9	38	31.1	
8. Sleeping enough at least six hour for a day	70	57.4	19	15.6	33	33.0	
9. Closing the nose or the mouth when cough or sneeze	91	74.6	12	9.8	19	15.6	
10. Avoiding group activities when having a common cold	101	82.8	6	4.9	15	12.3	
11. Defecating down the toilet /pour the water follows and washing hands with soap when diarrhea	116	95.1	3	1.2	4	2.5	
12. Avoiding touch eyes and washing hands often when having conjunctivitis	116	95.1	3	2.5	3	2.5	
13. Don't use personal things with others when having conjunctivitis	119	97.5	0	0.0	3	2.5	
Score (± SD)						22.2 ± 2.6	

Remark : Good level = 21-26 scores (71.3%) Fair level = 13-20 scores (28.7%)

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของลักษณะทางประชากรสังคมและการปฏิบัติด้านสุขอนามัยส่วนบุคคลกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นบ่อยในช่วง 1 เดือน

ผลการศึกษา พบว่า อายุ โรคประจำตัว และระยะเวลาที่พักอาศัยอยู่ในศูนย์สงเคราะห์ฯ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นบ่อยในช่วง 1 เดือน ($p < 0.05$, 95% C.I. of OR มากกว่า 1.00) ดังนี้ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป มีโอกาสเจ็บป่วยด้วยระบบทางเดินหายใจ มากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า 80 ปี 2.78 เท่า (95% C.I. of OR = 1.23-6.27,

$p = 0.012$) มีโอกาสเจ็บป่วยด้วยอาการระคายเคืองทางผิวหนังมากกว่า 7 เท่า (95% C.I. of OR = 1.78-27.51, $p = 0.002$) และมีโอกาสเจ็บป่วยด้วยอาการที่ไม่จำเพาะ 3.2 เท่า (95% C.I. of OR = 1.46-6.97, $p = 0.003$) ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสเจ็บป่วยด้วยอาการที่ไม่จำเพาะมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว 2.77 เท่า (95% C.I. of OR = 1.20-6.38, $p = 0.015$) ผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในศูนย์สงเคราะห์นานมากกว่า 10 ปี มีโอกาสเจ็บป่วยด้วยระบบผิวหนังมากกว่าผู้สูงอายุที่พักอยู่ในศูนย์ฯ น้อยกว่า 10 ปี 3.58 เท่า (95% C.I. of OR = 1.06-12.12,

p=0.031) และมีโอกาสเจ็บป่วยด้วยอาการที่ไม่จำเพาะมากกว่า 2.48 เท่า (95% C.I. of OR = 1.07-5.76, p=0.032) รายละเอียดแสดงใน Table 4 สำหรับการปฏิบัติด้าน

สุขอนามัยส่วนบุคคล พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นบ่อยในช่วง 1 เดือน (p>0.05) รายละเอียดแสดงใน Table 5

Table 4 Relationship between socio-demographic characteristics, and current illnesses (respiratory symptom, skin problem and non-specific symptom)

Socio-demographic characteristics	Respiratory symptoms		Skin problem		Non-specific symptoms	
	Regularly	No	Regularly	No	Regularly	No
	(35)	(87)	(12)	(110)	(45)	(77)
Sex: Female	24	58	10	72	34	48
Male	11	29	2	38	11	29
OR (95%CI)	1.09 (0.47-2.53)		2.64(0.55-12.66)		1,87 (0.82-4.25)	
p-value from χ^2 test	0.839		0.21		1.33	
Age (years)						
≥80	21	59	3	77	23	57
60-79	14	28	9	33	22	20
OR (95%CI)	2.78(1.23-6.27)		7.0 (1.78-27.51)		3.19 (1.46-6.97)	
p-value from χ^2 test	0.012*		0.002*		0.003*	
Time resident (years)						
>10	22	8	6	24	16	14
≤10	13	79	6	86	29	63
OR (95%CI)	1.64 (0.68-3.94)		3,58 (1.06-12.12)		2.48 (1.07-5.76)	
p-value from χ^2 test	0.266		0.031*		0.032*	
History of underlying diseases						
Yes	29	52	8	70	35	43
No	6	35	4	40	10	34
OR (95%CI)	1.94 (0.81-4.65)		1.14 (0.32-4.04)		1.42 (0.64-3.18)	
p-value from χ^2 test	0.131		0.836		0.386	

* Statistical significance at $\alpha = 0.05$

Table 5 Relationship between personal hygiene practice level and current illnesses (respiratory symptoms, skin problem and non-specific symptoms)

Personal hygiene practice level	Respiratory symptoms		Skin problem		Non-specific symptoms	
	Regularly	No	Regularly	No	Regularly	No
	(35)	(87)	(12)	(110)	(45)	(77)
Fair level	10	25	2	33	15	20
Good or High level	25	62	10	77	30	57
OR (95%CI)	0.99 (0.42-2.36)		0.47 (0.97-2.25)		1.42 (0.64-3.18)	
p-value from χ^2 test	0.986		0.332		0.386	

อภิปรายผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษานี้เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่พักอาศัยภายในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นสวัสดิการจากรัฐมีระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยมีการตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกเดือนและมีเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพเป็นผู้ดูแลให้คำแนะนำสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ การศึกษาของเอกชาณวิทย์ บ่วงราบ⁹ ที่ศึกษาความต้องการการได้รับสวัสดิการของผู้สูงอายุในตำบลเสาธง จังหวัดนนทบุรีซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการได้รับสวัสดิการด้านการแพทย์และสาธารณสุขมากที่สุด อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ พบว่า ผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยในรอบ 1 เดือน ถึงร้อยละ 58 โดยมีการเจ็บป่วยบ่อยๆ ทางระบบหายใจร้อยละ 37.2 ระบบผิวหนัง ร้อยละ 12.8 และอาการที่ไม่จำเพาะ ร้อยละ 47.9 เป็นสัดส่วนที่ค่อนข้างสูง อาการต่างๆ ดังกล่าวเป็นกลุ่มอาการที่นักสาธารณสุขด้านอาชีวอนามัย/อาชีวเวชศาสตร์ เรียกว่า “กลุ่มอาการการเจ็บป่วยจากอาคาร (Sick Building Syndrome : SBS)” ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการพักอาศัยอยู่ในอาคารที่มีสภาวะสิ่งแวดล้อมภายในไม่ถูกสุขลักษณะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งคุณภาพอากาศภายในอาคาร (Indoor air quality)^{6-8,10-14} โดยกลุ่มที่ได้รับผลกระทบหลัก คือ ผู้สูงอายุ และเด็กเล็ก⁶⁻⁸ (ผลการศึกษาที่เกี่ยวกับคุณภาพอากาศภายในอาคารที่

พักอาศัยของผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะได้รายงานต่อไป) สำหรับการปฏิบัติด้านสุขอนามัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ การศึกษานี้พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการปฏิบัติสุขอนามัยส่วนบุคคลดี มีบางประเด็นเท่านั้นที่ยังคงต้องการการปรับแก้ เช่น ร้อยละ 54.9 ที่มีการออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง และร้อยละ 57.4 ที่มีการนอนหลับพักผ่อนเพียงพอ (มากกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน) เป็นต้น ซึ่งเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงหนึ่งของการเกิดการเจ็บป่วยที่พบได้บ่อยดังกล่าว รวมทั้งการเกิดโรคของระบบหัวใจและหลอดเลือดตามมาในระยะยาว^{5,6}

การวิเคราะห์ปัจจัยลักษณะทางสังคมประชากรกับการเกิดอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นบ่อยๆ ในช่วง 1 เดือน พบว่า อายุ โรคประจำตัว และระยะเวลาที่พักอยู่ในศูนย์สังเคราะห์ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) กับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นบ่อยๆ ในช่วง 1 เดือน ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎี เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระภาพ พบว่า ร่างกายมีการเสื่อมหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ทุกระบบ ทั้งระบบประสาทต่อมไร้ท่อต่างๆ และภูมิคุ้มกันโรค ทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและโรคเรื้อรังบางโรค เช่น โรคเบาหวาน เป็นต้น^{15,16} ส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายลดลงและอาจเกิดโรครวมทั้งการเกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในระยะสุดท้ายของช่วงอายุมนุษย์ ดังนั้น

จึงเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อทั้งทางร่างกาย และจิตใจ เช่น เมื่อบุคคลมีอายุเพิ่มมากขึ้น ความสามารถทางร่างกายจะลดลง รวมทั้งสอดคล้องกับทฤษฎีกลุ่มอาการเจ็บป่วยจากอาคาร ซึ่งเป็นกลุ่มอาการเหมือนกับการศึกษาครั้งนี้ เช่นเดียวกับผลการศึกษาในอดีตที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพอากาศภายในอาคารกับกลุ่มอาการเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงานภายในอาคารที่พบว่าเมื่ออายุสูงขึ้นมีโอกาสเกิดอาการในกลุ่มอาการเจ็บป่วยจากอาคารมากยิ่งขึ้น และเพศหญิงมีโอกาสเกิดมากกว่าเพศชาย¹⁷⁻²⁰ นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวซึ่งเป็นโรคเรื้อรังมีโอกาสเจ็บป่วยด้วยอาการที่ไม่จำเพาะ มากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, $p=0.015$ อาจเนื่องจากบุคคลที่มีโรคเหล่านี้มีกระบวนการทางสรีระวิทยาที่ไวต่อการเกิดโรค (susceptibility) มากกว่าคนปกติ²⁰ ซึ่งการศึกษานี้พบว่าโรคประจำตัวของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นกลุ่มโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ทั้งนี้อาการเบื้องต้นของกลุ่มโรคดังกล่าวจะไม่เฉพาะเจาะจง เช่น ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ปวดเมื่อย ต้นคอ เหนื่อยล้า เป็นต้น⁶

เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านจำนวนระยะเวลาที่อยู่อาศัยภายในศูนย์ฯ แห่งนี้ พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับกลุ่มอาการระคายเคืองทางผิวหนัง และกลุ่มอาการที่ไม่จำเพาะ, $p < 0.05$ มีรายงานการวิจัยที่แสดงให้เห็นว่า ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีคุณภาพอากาศภายในอาคารไม่ดีนานเท่าไรยิ่งพบว่าเกิดกลุ่มอาการมากขึ้น สภาพสิ่งแวดล้อมในที่อยู่อาศัยที่เป็นสิ่งคุกคาม เช่น ฝุ่นตามพื้นผิว การปนเปื้อนของเชื้อจุลินทรีย์ในบริเวณที่ปูพรมมีน้ำรั่วหรือซึมหรือมีความชื้น และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น อุณหภูมิ ความชื้น เป็นต้น เมื่อมีการสัมผัสต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานย่อมส่งผลให้เกิดกลุ่มอาการเจ็บป่วยหรือความผิดปกติดังกล่าวได้^{6,8,13,18} ในส่วนของระดับการปฏิบัติด้านสุขอนามัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 71.3 อยู่ในเกณฑ์ดี ซึ่งภายในศูนย์มีเจ้าหน้าที่หรือพี่เลี้ยงที่คอยช่วยดูแลผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิด มีกฎ

ระเบียบข้อตกลงที่ใช้ในการอยู่ร่วมกัน จึงทำให้การปฏิบัติด้านสุขอนามัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุอยู่ในเกณฑ์ดี อย่างไรก็ตามไม่พบว่ามีความสัมพันธ์ทางสถิติกับกลุ่มอาการเจ็บป่วย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ยูคิ ริตุนคช (พ.ศ. 2549)²¹ และอาจเนื่องจากสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีสุขอนามัยส่วนบุคคลไม่ค่อยดีมีจำนวนน้อย ทำให้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือจากการถามประวัติอาการย้อนหลังอาจเกิดปัญหาเรื่องอคติจากการทบทวนความจำ (Recall bias) อย่างไรก็ตามผลการศึกษาในครั้งนี้ถามประวัติอาการย้อนหลังเพียง 1 เดือน แม้จะไม่สามารถระบุสาเหตุได้แน่นอนแต่พบว่ามีความเกี่ยวข้องกับจากหลายปัจจัยดังที่กล่าวมา และถึงแม้ปัญหาดังกล่าวจะไม่ส่งผลกระทบต่อที่รุนแรงหรือเป็นอันตรายต่อชีวิต แต่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่เจ้าหน้าที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในภาคส่วนต่างๆ ควรตระหนักและให้ความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อเอื้อประโยชน์และช่วยกันสร้างเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ผู้สูงอายุต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณเจ้าหน้าที่และผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ทุกท่านในความร่วมมือต่อการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

- Goh VH, Tain CP, Tong YY, Mok PP, Ng SC. Sex and aging in the city: Singapore. *Aging Male* 2004; 7: 219-26.
- Goh VH. Aging in Asia: a cultural, socio-economical and historical perspective. *Aging Male* 2005; 8: 90-6.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุไทย พ.ศ. 2550 กรุงเทพมหานคร: สำนักงาน

- สถิติแห่งชาติ, 2551.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. จุลสารประชากร: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2550.
 - วงศ์อน ปันตี. ความดันโลหิตสูง: มาตรการเฝ้าระวังวารสารธารณสุขศาสตร์ 2554; 41: 1-3.
 - Luksamijarulkul P. A healthy environment for human well-being. *Asia J Public Health* 2011; 2: 1-2.
 - World Health Organization. Preventing disease through healthy environments: Towards an estimate of environmental burden of disease. WHO Press, Geneva, 2006:1-106.
 - Yoosuf AS. How much disease can be prevented through healthier environments? *Environmental Health Update Sustainable Developmental Healthy Environment* 2007; 2: 1-2.
 - เอกชาญวิทย์ บ่วงราบ. ความต้องการการได้รับสวัสดิการของผู้สูงอายุในตำบลสาธกหิน อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี [วิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการโครงการและการประเมินโครงการ]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร, 2551
 - Ooi PL, Goh KT, Phoon MH, Foo SC, Yap HM. Epidemiology of sick building syndromes and its associated risk factors in Singapore. *Occup Environ Med* 1998; 55: 188-93.
 - Reijula K, Sundman-Digert C. Assessment of indoor air problems at work with a questionnaire. *Occup Environ Med* 2004; 61: 31-8.
 - Muzi G, Abbritti G, Accattoli MP, delluOmo M. Prevalence of irritative symptoms in a nonproblem air-conditioned office building. *Int Arch Occup Environ Health* 1998; 71: 372-8.
 - Linz DH, Pinney SM, Keller JD, White M, Buncher CR. Cluster analysis applied to building-related illness. *J Occup Environ Med* 1998; 40:165-71.
 - Menzies D, Bourbeau J. Building-related illnesses. *N Engl J Med* 1997; 337: 821-7. World Health Organization. Sick building syndrome. Local authorities, health and environment briefing pamphlet series 2. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1995.
 - Raye KS, Shchmit K, Pieper C, Stoane R, Caughlam KP, Sexton DJ, et al. The effect of increasing age on the risk of surgical site infection. *J Infect Dis* 2005; 191: 1056-62.
 - Delamaire M, Maugendre D, Moreno M, LeGoff MC, Allannic H, Genetet B. Impaired leucocyte functions in diabetic patients. *Diabet Med* 1997; 14: 29-34.
 - ศศิธร ณรงค์ศักดิ์. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างมลภาวะอากาศภายในกับกลุ่มอาการเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงานภายในอาคาร [วิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศาสตร์อุตสาหกรรม และความปลอดภัย]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
 - Ekpanyaskul C, Jiamjarasrangi W, Kasonthong S. Prevalence Associated Factors and Impact of Sick Building Syndrome among Office Workers in Bangkok. *J Health Sci* 2005; 14: 453-63.
 - Stenberg B, Wall S. Why do women report sick building symptoms more often than men? *Soc Sci Med* 1995; 40:491-502.
 - Brooks SM. Host susceptibility to indoor air pollution. *J Allergy Clin Immunol* 1994; 94: 344-51.
 - ยุวดี รัตนคช. การปฏิบัติด้านสุขลักษณะระดับครัวเรือน ปริมาณเชื้อจุลินทรีย์ ปริมาณฝุ่น (10 ไมครอน) และความชุกของอาการที่เกี่ยวข้องกับอากาศภายในอาคารของเด็กและพี่เลี้ยงบ้านราชวิถี [วิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต สาขาวิชาโรคติดเชื้อ และวิทยาการระบาด]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2549.

Health Status and Personal Hygiene Practice among Elderly in a Social Welfare Development Center for Older Person, Bangkok

Chananit Opara* Pipat Luksamijarulkul**

Pisit Vatanasomboon*** Dusit Sujirarat****

ABSTRACT

Aging population is growing more rapidly in Asia including Thailand. Planning for social welfare development is important to increase the quality of life of elderly. The study of health status and personal hygiene practices among elderly in a Social Welfare Development Center for Older Persons, Bangkok, may be valuable. The study included 162 voluntary elderly. They were interviewed using questionnaire, which consisted of socio-demographic characteristics, personal hygiene practices, and current illnesses during one month. Data were analyzed by using descriptive statistics, odds ratio, and chi-square test at $\alpha = 0.05$. The result revealed that females were 70.4%, aged 70-79 years were 50% and finished primary education and lower were 70.9%. Approximately 70.4% had history of underlying diseases, and 58% had current illnesses during one month. Among elderly with current illnesses, 37.2% had regular respiratory symptoms, 12.8% had skin problems, and 47.9% had non-specific symptoms. Personal hygiene practice score among studied elderly showed good level with a mean score of 22.2 ± 2.6 from 26 scores. The relationship between socio-demographic characteristics, personal hygiene practices, and current illnesses was analyzed and showed that age, underlying disease, and time resident were significantly associated with the presence of current illnesses, $p < 0.05$ (95% C.I. of OR > 1.00). The responsible officers should aware to promote the social welfare for good quality of life among this group.

Key words: Elderly, Health status, Personal hygiene practice, Social welfare development

J Public Health Special Issue, 2011: 76-86

Correspondence: Associate Professor Pipat Luksamijarulkul, Department of Microbiology, Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok 10400, Thailand. Email: phpls@mahidol.ac.th

* Master of Science (Public Health) Major in Infectious Disease and Epidemiology, Faculty of Public Health and Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

** Department of Microbiology, Faculty of Public Health, Mahidol University

*** Department of Environmental Health Science, Faculty of Public Health, Mahidol University,

**** Department of Epidemiology, Faculty of Public Health, Mahidol University