บทความวิจัย

Factors Association with Health Status in Elderly after COVID-19 Pandemic at Yothi Medical Innovation District, Bangkok

Received: Nov 16, 2023
Revised: Apr 5, 2024
Accepted: Apr 11, 2024

Phubet Saengsawang, Dr.PH.[1*]

Abstract

Introduction: The COVID-19 pandemic posed a significant challenge, affecting both the medical system and public health services. The elderly experienced adverse impacts on their health status, compounded by a lack of continuous care.

Research objectives: To determine the association between factors and the health status of the elderly after the COVID-19 pandemic at the Yothi Medical Innovation District, Bangkok.

Research methodology: A cross-sectional study was conducted with 306 subjects aged 60 and over in five communities at the Yothi Medical Innovation District, Bangkok. Data were collected using a questionnaire and analyzed by descriptive statistics and the Chi-Square test.

Results: Factors significantly associated with the health status of the elderly included livelihood aspects such as health behavior (χ^2 = 7.82, p-value < 0.05) and family relationships (χ^2 = 4.05, p-value < .05).

Conclusion: The health status of the elderly in Yothi Medical Innovation District predominantly falls within the category of good level. Livelihood factors, particularly health behavior and familial relationships, demonstrated a significant association with the health status of the elderly.

Implications: Related practices should include home visits and ongoing health promotion activities addressing physical, mental, and health education. These efforts aim to prevent and rehabilitate diseases in the elderly, alleviating symptoms. Moreover, ensuring safe and suitable housing sanitation is crucial for the well-being of elderly residents.

Keywords: health status, livelihood, elderly, Bangkok

Funding: Thailand Center of Excellence for Life Sciences (Public Organization)

[1]Corresponding author: Lecturer, Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok, Thailand.*

[1]Email: Phubet.sae@mahidol.ac.th

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ ชุมชนย่านโยธี กรุงเทพมหานคร

Received: Nov 16, 2023
Revised: Apr 5, 2024
Accepted: Apr 11, 2024

ภูเบศร์ แสงสว่าง ส.ด.[1*]

บทคัดย่อ

บทนำ: สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลให้ระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขไม่เป็นไปตามระบบปกติ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับผลกระทบด้านสุขภาพ ขาดการดูแลอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ หลังการระบาดโรคโควิด-19 ในชุมชนย่านโยธี กรุงเทพมหานคร

ระเบียบวิธีวิจัย: เป็นการวิจัยเชิงแบบ Cross-sectional study กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 155 คน ใน 5 ชุมชนย่านโยธี กรุงเทพมหานคร เก็บข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และ Chi-square test

ผลการวิจัย: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ คือ ปัจจัยความเป็นอยู่ ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ (χ^2 = 7.82 , p – value < .05) และความสัมพันธ์ภายในครอบครัว (χ^2 = 4.05, p – value < .05)

สรุปผล: สถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ ชุมชนย่านโยธี ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ คือ ความเป็นอยู่ และความสัมพันธ์ในครอบครัว

ข้อเสนอแนะ: หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีการเยี่ยมครัวเรือนผู้สูงอายุ ให้แนะนำการดูแลสุขภาพ การจัดที่พักอาศัยให้ปลอดภัย และเหมาะสมกับผู้สูงอายุ จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ เพื่อป้องกันและฟื้นฟูโรคที่จะเกิดในผู้สูงอายุและบรรเทาอาการ อย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: สถานะสุขภาพ ความเป็นอยู่ ผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร

แหล่งทุน: ศูนย์ความเป็นเลิศด้านชีววิทยาศาสตร์ (องค์การมหาชน)

[1]Corresponding author: อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ ประเทศไทย*

[1]Email: Phubet.sae@mahidol.ac.th

บทนำ

ปัจจุบันโครงสร้างประชากรของประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ทำให้เกิดปัญหา และผลกระทบทั้งระดับครอบครัว ชุมชน และตัวผู้สูงอายุ เช่น ปัญหาเศรษฐกิจ มีรายได้ลดลง ว่างงาน ปัญหาสุขภาพเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การใช้ยารักษาโรคไม่ถูกต้อง มีภาวะทุพโภชนาการ ติดเชื้อโรคได้ง่าย หรืออุบัติเหตุการหกล้มในผู้สูงอายุ และเกิดปัญหาทางสังคม ถูกทอดทิ้ง ขาดโอกาส เป็นต้น ซึ่งในสถานการณ์ปัจจุบัน ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก และประเทศไทย ได้ประสบปัญหาการระบาดของโรคโควิด-19 โดยเป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ ตั้งแต่ ปี 2563 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน สำหรับประเทศไทย การระบาดของโรคโควิด-19 มีการแพร่กระจายไปทุกจังหวัดทั่วประเทศ แต่ในเขตกรุงเทพมหานครนั้น มีผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคโควิด-19 ทุกกลุ่มอายุ สูงเป็นอันดับหนึ่งของประเทศ ตั้งแต่เริ่มมีการแพร่ระบาดของโรค จนถึงการติดเชื้อระลอกใหม่ในเดือนเมษายน - ตุลาคม 2564 กรุงเทพมหานครก็ยังพบผู้ติดเชื้อเป็นอันดับหนึ่งในประเทศตลอดมา ผลกระทบของโรคโควิด-19 ก่อให้เกิดปัญหาสาธารณสุขทั่วทั้งประเทศ ทั้งปัญหาผู้ป่วยจำนวนมาก การเข้าถึงการรักษาพยาบาล และการเสียชีวิต สำหรับผู้สูงอายุเป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคที่มีอาการรุนแรง อัตราการป่วยตาย (ร้อยละ 6.04) มากกว่ากลุ่มวัยอื่น พบอัตราป่วยภาพรวมทั้งประเทศ ในกลุ่มอายุ 60 - 69 ปี ที่ร้อยละ 6.94 และในกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 3.33[1] กรมควบคุมโรครายงานจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 ในกรุงเทพมหานคร (วันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2565) โดย 10 อันดับแรกที่ติดเชื้อในระลอกใหม่สูงสุด คือ เขตราชเทวี มีผู้ป่วยที่ติดเชื้อมากที่สุด จำนวน 1,058 ราย[2]

แนวทางการดูแลผู้สูงอายุในช่วงที่มีการระบาดของเชื้อโควิด-19[3] ให้ดูแลผู้สูงอายุเป็นพิเศษ เน้นการป้องกันการแพร่เชื้อโรคสู่ผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพขณะกักตัวอยู่ที่บ้าน การจัดบ้านหรือสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยจากโควิด-19 การแยกกักตัวที่บ้านหรือในชุมชน และการส่งต่อโรงพยาบาล โดยเฉพาะกลุ่มที่มีโรคประจำตัวจะต้องมีความเป็นพิเศษมากขึ้น การเข้าถึงระบบบริการต้องรวดเร็ว มีช่องทางพิเศษ เข้าถึงง่าย มีระบบการจัดการกลไกที่ดี ซึ่งจากงานวิจัยที่ผ่านมา ความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ[4] พบว่า ต้องการการรักษาพยาบาลแบบไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย มีสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน ให้สถานบริการของรัฐและเอกชน จัดบริการให้คำปรึกษาด้านสภาพจิตใจ เพิ่มบุคลากรทางการแพทย์ให้เพียงพอ และต้องการข้อมูลในการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง[5] มีบริการการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ในระดับมาก โดยจากงานวิจัยที่อ้างถึงนั้น เป็นการศึกษาในช่วงสถานการณ์ปกติ แต่วิกฤติการระบาดของโควิด-19 ทำให้การดูแลผู้สูงอายุไม่เป็นไปตามระบบบริการปกติที่ผ่านมา ซึ่งชุมชนเขตพญาไท และเขตราชเทวี เป็นชุมชนในกรุงเทพมหานครอยู่ในย่านนวัตกรรมการแพทย์โยธี ที่เป็นศูนย์กลางแห่งการพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ระหว่างหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน มีหน่วยงานทางการแพทย์ ศูนย์บริการสาธารณสุขของรัฐ และเอกชนจำนวนมาก เช่น โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เป็นต้น แต่การดำเนินงานด้านสาธารณสุขเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการฟื้นฟูในระดับปฐมภูมิเขตเมือง ยังไม่ครอบคลุมประชาชนกลุ่มเป้าหมาย เนื่องจากมีข้อจำกัดของชุมชนด้านการเข้าถึงประชากรหรือครัวเรือน ทำได้ยากซับซ้อน

เมื่อสถานการณ์การระบาดที่รุนแรงของโรคโควิด-19 เริ่มมีน้อยลง ผู้สูงอายุมีร่างกายเสื่อมถอยและมีโรคประจำตัว รวมทั้งวิธีการแพร่กระจายเชื้อของโรคโควิด-19 แต่ละชนิด การอยู่รวมกันหลายคนเป็นครอบครัว ทำกิจกรรมร่วมกัน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน สมาชิกในบ้านต้องออกไปทำงานทำกิจกรรมนอกบ้าน

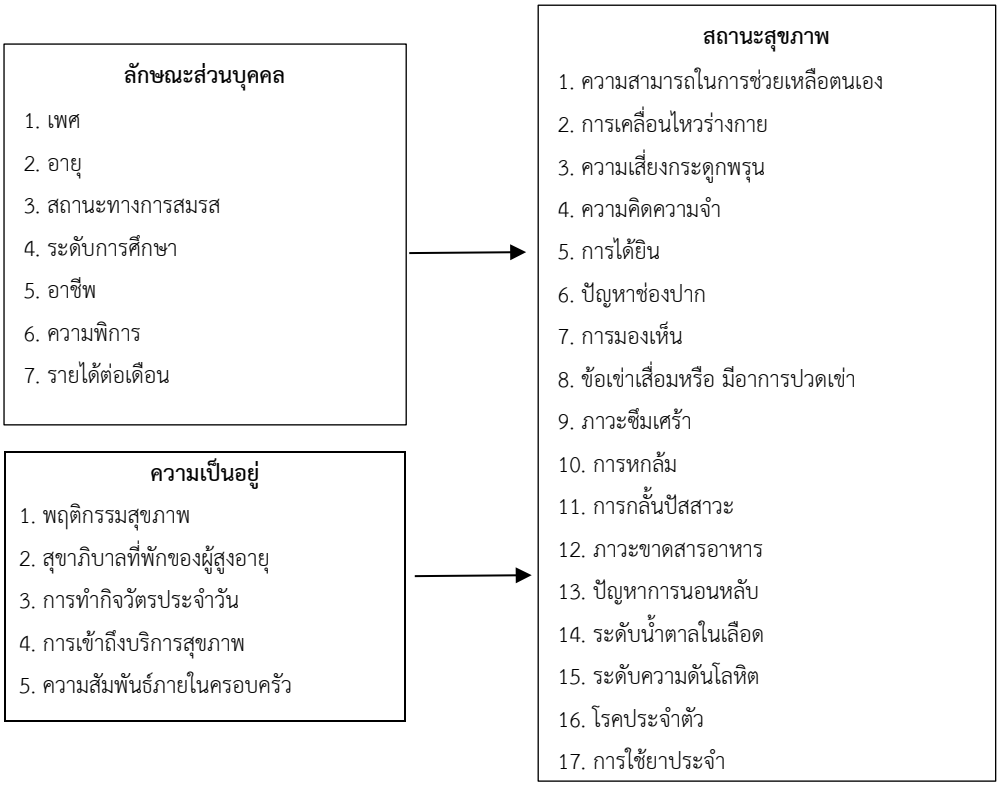
ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสติดเชื้อได้ จึงมีความเสี่ยงในด้านสุขภาพ ส่งผลกระทบที่รุนแรง และต้องการการดูแลที่มากกว่ากลุ่มวัยอื่น ๆ โดยพบว่าได้รับผลกระทบ ร้อยละ 70.1 - 91.8[6] จากการซื้อของใช้ จ่ายตลาด การไปยังสถานที่ต่าง ๆ การเข้ารับบริการทางการแพทย์ การไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และสร้างภาระการดูแลให้แก่ครอบครัว การว่างงานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.9 เป็นร้อยละ 6.6 และมีรายจ่ายที่เพิ่มขึ้นจากการซื้อยากินเอง ไม่สามารถไปรับบริการที่สถานพยาบาลได้ การซื้ออุปกรณ์ป้องกันโรคโควิด-19 เป็นต้น ผู้วิจัยจึงได้สำรวจความเป็นอยู่ และสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุหลังการระบาดโควิด-19 ในชุมชนย่านโยธี เพื่อข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์สำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปวางแผนการดำเนินงานฟื้นฟูส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงผู้สูงอายุในชุมชน ร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องย่านนวัตกรรมการแพทย์โยธี รวมทั้งหารูปแบบการจัดบริการและสาธารณสุขที่เหมาะสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ หลังการระบาดโรคโควิด-19 ในชุมชนย่านโยธี กรุงเทพมหานคร

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนทฤษฎีปัจจัยกำหนดสุขภาพ[7] งานวิจัย รวมทั้งแนวคิดการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุข[8-10] ได้สรุปแนวคิดในการดำเนินการวิจัย โดยมีกรอบแนวคิด ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Cross-sectional study) ในระหว่างเดือน กรกฎาคม - ธันวาคม 2565 ซึ่งงานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่อง การสำรวจสถานะสุขภาพ ความเป็นอยู่ และความต้องการของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ในชุมชนย่านโยธี กรุงเทพมหานคร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ในชุมชนย่านโยธี กรุงเทพมหานคร จำนวน 155 คน จากชุมชนเขตพญาไท 4 ชุมชน (หน้าวัดมะกอก วัดมะกอกส่วนหน้า วัดมะกอกกลางสวน สุขสวัสดิ์) และ เขตราชเทวี 1 ชุมชน (ซอยสวนเงิน) คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรหาสัดส่วนไม่ทราบขนาดประชากร และแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนจำนวนหลังคาเรือน ของแต่ละชุมชนโดยใช้ข้อมูลเบื้องต้นจากผู้นำชุมชน เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านฐานข้อมูลครัวเรือน ประชากรที่อยู่จริง และประชากรแฝงในแต่ละชุมชน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการเลือกแบบผสมผสาน ทั้งวิธีการสุ่มอย่างง่ายกับวิธีการเลือกแบบเจาะจง จากแผนที่ชุมชน ถ้าหลังคาเรือนนั้นมีผู้สูงอายุ 2 คน ขึ้นไป ใช้วิธีการจับสลากกลุ่มตัวอย่าง 1 คน ต่อ 1 หลังคาเรือน แต่ถ้าหลังคาเรือนนั้นไม่มีผู้สูงอายุ หรือการเข้าถึงครัวเรือนของกลุ่มตัวอย่างทำได้ยาก จะใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจงจากการแนะนำของผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) ของแต่ละชุมชนให้กระจายทั้งชุมชน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าศึกษา (Inclusion criteria) คือ 1) อาศัยอยู่ในพื้นที่ศึกษาอย่างน้อย 6 เดือน 2) เป็นผู้สูงอายุคนไทย อายุ 60 ปีขึ้นไป 3) ยินยอมเข้าร่วมโครงการส่วนเกณฑ์การคัดเลือกออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria) คือ 1) เจ็บป่วยรุนแรง หรือเป็นโรคติดต่อรุนแรง 2) มีปัญหาเรื่องการได้ยิน การสื่อสาร ความจำ การตัดสินใจ หรือไม่มีผู้ดูแลใกล้ชิดให้ข้อมูลแทน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แบบสอบถามส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ ในด้านพฤติกรรมสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว และการประยุกต์ใช้แบบสอบถามของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ ในด้านสุขาภิบาลที่พักของผู้สูงอายุ[9] การทำกิจวัตรประจำวัน[8,10] และส่วนที่ 3 สุขภาพของผู้สูงอายุ[8,10] ซึ่งตรวจสอบแก้ไขความถูกต้องของเนื้อหาและโครงสร้างจากผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC ทุกข้อ อยู่ระหว่าง .066 - 1.00 แบ่งเป็น ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคล 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานะทางการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความพิการหรือความบกพร่องทางกาย สมอง จิตใจ และรายได้ต่อเดือน

ส่วนที่ 2 ความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุรายด้าน ดังนี้ 1) ด้านพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ การป้องกันการติดเชื้อโควิด การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การออกกำลังกาย กินอาหารรสจัด (หวาน มัน เค็ม เผ็ด) อารมณ์ และการจัดการความเครียด 2) ด้านสุขาภิบาลที่พักของผู้สูงอายุ จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ อากาศถ่ายเทแสงสว่างภายในบ้าน ความสะอาดเป็นระเบียบ น้ำใช้ น้ำดื่ม ขยะมูลฝอย ห้องน้ำ และห้องส้วม น้ำท่วมขังบริเวณบ้าน สภาพแวดล้อมภายในบ้านที่เป็นอันตราย สัตว์นำโรคและสัตว์ที่เป็นปัญหา และสัตว์เลี้ยงในครอบครัว 3) ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ การสนับสนุนให้เข้าร่วมกิจกรรม การเยี่ยมบ้าน สิทธิในการรักษาพยาบาล การสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันโรคโควิด การฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 การคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ

4) ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) จำนวน 10 ข้อ 5) ด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัว จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ชนิดของครอบครัว ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ความผูกพันภายในครอบครัว การสื่อสารภายในครอบครัว การทำกิจกรรมสร้างความผูกพัน และการตัดสินใจภายในครอบครัว

ส่วนที่ 3 สุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 17 ข้อ ได้แก่ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง การเคลื่อนไหวร่างกาย ความเสี่ยงกระดูกพรุน ความคิดความจำ การได้ยิน ช่องปาก การมองเห็น ข้อเข่าเสื่อมหรือมีอาการปวดเข่า ภาวะซึมเศร้า การหกล้ม การกลั้นปัสสาวะ ภาวะขาดสารอาหาร การนอนหลับ ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต โรคประจำตัว และการใช้ยาประจำ

การแปลผล

ข้อมูลความเป็นอยู่ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ด้านสุขาภิบาลที่พักของผู้สูงอายุ ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ ด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัว และสุขภาพของผู้สูงอายุ คำถามเป็นแบบ dichotomous การให้คะแนน ถ้าตอบคำถามเชิงปฏิเสธได้ 1 คะแนน และถ้าตอบคำถามเชิงบวกได้ 2 คะแนน (แล้วนำคะแนนมารวมกัน แบ่งเป็น โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom (1971)[12] 1) ระดับไม่ดี คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 2) ระดับพอใช้ คะแนนระหว่างร้อยละ 60 – 79 และ 3) ระดับดี คะแนนเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 80

ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ 1) กลุ่มติดสังคมหรือระดับดี มีผลรวมคะแนน ADL 12 คะแนนขึ้นไป 2) กลุ่มติดบ้าน หรือระดับพอใช้ มีผลรวมคะแนน ADL 5 - 11 คะแนน และ 3) กลุ่มติดเตียง หรือระดับไม่ดี มีผลรวมคะแนน ADL 0 - 4 คะแนน แล้วนำแต่ละด้าน (ความเป็นอยู่และสถานะสุขภาพ) มาจัดกลุ่มเป็น 2 ระดับ เพื่อนำไปวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ตามสถิติ Chi-square ต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ประชุมชี้แจงรายละเอียดแบบสัมภาษณ์แก่ผู้ช่วยนักวิจัย และแจ้งแผนการดำเนินงานเก็บข้อมูลกับผู้นำชุมชน โดยทีมผู้วิจัยออกเก็บข้อมูลทีละชุมชน มีอาสาสมัครสาธารณสุข ในพื้นที่เป็นผู้พาเข้าบ้านแต่ละหลังคาเรือนตามแผนที่ที่ทำการสุ่มได้ หากหลังคาเรือนที่สุ่มได้มีกลุ่มตัวอย่าง ก็จะทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย จะให้ลงนามในเอกสารยินยอมและเริ่มการสัมภาษณ์เก็บข้อมูล แต่ถ้ากลุ่มตัวอย่าง หรือผู้ดูแล ไม่ยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยก็จะเก็บข้อมูลหลังคาเรือนถัดไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ COA. No.MUPH 2022-103 โดยข้อมูลที่เก็บได้เป็นความลับ และจะทำลายทิ้งภายหลังการวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จสิ้น ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมานใช้วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล และความเป็นอยู่กับสถานะสุขภาพ โดยใช้สถิติ Chi-square

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.7 อายุระหว่าง 60 - 69 ปี ร้อยละ 54.1 สถานะการสมรสอยู่ด้วยกันเป็นคู่ ร้อยละ 45.5 จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 52.6 มีอาชีพ ร้อยละ 60.0 มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 6,000 บาท ร้อยละ 60.6 และไม่มีความพิการ ร้อยละ 89.7

ความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ จำแนกรายด้านดังนี้

ระดับดี มี 2 ด้าน คือ ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 92.9 โดยเป็นกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 98.7 และด้านพฤติกรรมสุขภาพ ร้อยละ 46.5 ซึ่งพบว่า มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด ร้อยละ 46.4 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 89.1 ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 89.7 มีการออกกำลังกาย ร้อยละ 73.1 ไม่กินอาหารรสจัด ร้อยละ 57.7 ไม่มีอาการทางอารมณ์ ร้อยละ 73.7 มีอาการหงุดหงิด ร้อยละ 56.1 ซึมเศร้า ร้อยละ 26.8 และสามารถจัดการความเครียดได้ ร้อยละ 92.9

ระดับพอใช้ มี 2 ด้าน คือ ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ ร้อยละ 68.4 โดยได้รับการสนับสนุนให้เข้าร่วมกิจกรรม ร้อยละ 8.4 ได้รับการเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 63.8 มีสิทธิในการรักษาพยาบาล ร้อยละ 94.8 ได้รับอุปกรณ์ป้องกันโรคโควิด ร้อยละ 40.0 ฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ร้อยละ 30.9 ได้รับคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ ร้อยละ 45.8. และด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ร้อยละ 49.0 โดยอาศัยอยู่กับครอบครัว ร้อยละ 79.5 มีผู้ดูแล ร้อยละ 78.8 ผู้ดูแลหลักคือ ลูก ร้อยละ 56.9 ความผูกพันภายในครอบครัวแนบแน่น ร้อยละ 64.1 มีสื่อสารภายในครอบครัวเป็นปกติดี ร้อยละ 67.3 มีการทำกิจกรรมสร้างความผูกพันเป็นปกติดี ร้อยละ 60.9 การตัดสินใจภายในครอบครัวโดยคนในครอบครัวเป็นผู้ตัดสินใจ ร้อยละ 62.2

ระดับไม่ดี คือ ด้านสุขาภิบาลที่พักอาศัย ร้อยละ 63.9 โดยมีอากาศถ่ายเทดี ร้อยละ 66.7 แสงสว่างภายในบ้านเพียงพอ ร้อยละ 65.4 ที่พักอาศัยไม่ค่อยเป็นระเบียบ ร้อยละ 50.0 มีน้ำใช้ สะอาด ร้อยละ 98.7 น้ำดื่ม ร้อยละ 100 ขยะมูลฝอยกำจัดถูกสุขลักษณะ ร้อยละ 84.6 ห้องน้ำ และห้องส้วม ถูกสุขลักษณะ ร้อยละ 94.9 มีน้ำท่วมขังบริเวณบ้าน ร้อยละ 79.5 มีสภาพแวดล้อมภายในบ้านที่เป็นอันตรายต่อผู้อยู่อาศัย ร้อยละ 86.5 มีสัตว์นำโรค และสัตว์ที่เป็นปัญหา (หนู แมลงสาป ยุง งู ตัวเงินตัวทอง) ร้อยละ 52.6 ส่วนใหญ่ไม่มีสัตว์เลี้ยงในครอบครัว ร้อยละ 64.1

สถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า มีสถานะสุขภาพ ระดับดี ร้อยละ 77.4 โดยมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ปกติ ร้อยละ 96.8 สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ ร้อยละ 83.9 มีความเสี่ยงกระดูกพรุน ร้อยละ 62.6 ความคิดความจำ ปกติ ร้อยละ 92.9 การได้ยิน ปกติ ร้อยละ 82.1 ไม่มีปัญหาช่องปาก ร้อยละ 73.6 การมองเห็น ปกติ ร้อยละ 52.3 มีปัญหาข้อเข่า/อาการปวดเข่า ร้อยละ 58.7 ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 89.7 ไม่เคยหกล้ม ร้อยละ 82.6 การกลั้นปัสสาวะ ปกติ ร้อยละ 85.2 ภาวะขาดสารอาหาร ปกติ ร้อยละ 89.1 ไม่มีปัญหาการนอนหลับ ร้อยละ 58.1 ระดับน้ำตาลในเลือด ปกติ ร้อยละ 61.3 ระดับความดันโลหิต ปกติ ร้อยละ 58.1 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 78.1 และมีการใช้ยาประจำ ร้อยละ 77.4

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยความเป็นอยู่ด้านพฤติกรรมสุขภาพ (χ^2 = 7.82 , p – value < 0.05) และด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัว (χ^2 = 4.05, p – value < 0.05) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความเป็นอยู่และสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ (N = 155)

ปัจจัยความเป็นอยู่	สถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ		จำนวน (คน)	χ^2	p-value
	ดี	ไม่ดี			
1. พฤติกรรมสุขภาพ				7.82	.005*
ไม่ดี	63	9	72		
ดี	57	26	83		
2. สุขาภิบาลที่พักของผู้สูงอายุ			155	1.12	.290
ไม่ดี	74	25	99		
ดี	46	10	56		
3. การทำกิจวัตรประจำวัน				1.29	.257
ไม่ดี	7	4	11		
ดี	113	31	144		
4. การเข้าถึงบริการสุขภาพ				0.27	.606
ไม่ดี	106	32	138		
ดี	14	3	17		
5. ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว				4.05	.044*
ไม่ดี	74	28	102		
ดี	46	7	53		

* p-value < .05

อภิปรายผลการวิจัย

ความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ พบว่า การทำกิจวัตรประจำวัน อยู่ในระดับดี มากกว่าทุกด้าน ส่วนด้านที่อยู่ในระดับไม่ดี คือ สุขาภิบาลที่พักอาศัย ซึ่งการทำกิจวัตรประจำวันนั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง อาจเป็นเพราะเป็นกลุ่มติดสังคม ส่วนใหญ่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่พิการ อายุอยู่ระหว่าง 60 - 69 ปี เพราะฉะนั้นการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ จึงสามารถทำด้วยตนเองได้ ไม่ต้องพึ่งพาผู้ดูแล ส่วนด้านสุขาภิบาลที่พักอาศัย อยู่ในระดับไม่ดี เพราะลักษณะของชุมชนมีสภาพทั่วไปเป็นชุมชนแออัด ผลการสำรวจวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่พัก และสภาพแวดล้อมภายในบริเวณบ้านมีความเสี่ยง ได้แก่ ความไม่เป็นระเบียบ มีน้ำท่วมขัง มีสัตว์นำโรคและสัตว์ที่เป็นปัญหา เช่น หนู แมลงสาป ยุง งู ตัวเงินตัวทอง เป็นต้น พื้นที่ภายในบ้านมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 และอุบัติเหตุ เช่น มีการใช้พื้นที่ร่วมกันแต่ไม่มีการป้องกัน ห้องน้ำไม่มีช่องระบายอากาศ ไม่มีราวจับ ถังน้ำเตี้ยต้องก้ม ไม่มีหัวฉีดน้ำ พื้นลื่น ตั้งอยู่มีพื้นต่างระดับ อับชื้น เสี่ยงต่อการหกล้ม สอดคล้องกับการประเมินสภาพที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร[12] พบว่า ที่ต้องปรับปรุงมากที่สุด ได้แก่ ห้องน้ำ รองลงมา คือ ห้องนอน และบันได ส่วนห้องที่พักอาศัย[13] จะทึบไม่มีหน้าต่าง การระบายอากาศไม่ดี บริเวณบ้านสกปรก ซึ่งความเสี่ยงเหล่านี้อาจเป็นเพราะฐานะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ และรายได้ของครอบครัวไม่เพียงพอ จึงไม่ได้ปรับปรุงให้เหมาะสมกับวัยผู้สูงอายุ หรือเจ้าของบ้านเช่า ห้องเช่า ไม่ได้ทำห้องน้ำไว้รองรับสำหรับผู้สูงอายุ มีพื้นที่จำกัด ไม่ได้เป็นสัดส่วน ต้องใช้หลายกิจกรรม เช่น เป็นที่ปรุงและรับประทานอาหาร ใช้พักผ่อน หลับนอนในห้อง ๆ เดียว สำหรับความเป็นอยู่ด้านอื่น ๆ เช่น การเข้าถึงบริการสุขภาพ อยู่ในระดับพอใช้

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีผู้ดูแลพาไปรักษาพยาบาล เข้าถึงสถานบริการได้ง่าย ทั้ง 5 ชุมชน มีหลักประกันสุขภาพครอบคลุมทุกคน มีความสะดวกในการเดินทางไปด้วยตนเองได้ เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางไม่มากนัก สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ที่พบว่า มีระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพอยู่ในเกณฑ์มาก[14] แต่จากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ที่มีผู้ป่วยมากขึ้น ทำให้การบริการสุขภาพในชุมชนหยุดชะงักไม่เป็นไปตามภาวะปกติ การติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุจึงอาจไม่ได้รับการเยี่ยมบ้านหรือมีกิจกรรมในชุมชน ขาดการดูแลอย่างต่อเนื่อง หรือเลื่อนไปพบแพทย์ตามนัด และเข้าถึงบริการยากขึ้น ผู้สูงอายุจึงอาจจะใช้บริการทางสุขภาพเมื่อมีความจำเป็นจริง ๆ ถึงจะไปที่สถานพยาบาล

สถานะสุขภาพ ส่วนใหญ่มีระดับสถานะสุขภาพ อยู่ในระดับดี ทั้งด้านร่างกาย และด้านจิตใจ โดยด้านร่างกายโดยรวมปกติ สามารถช่วยเหลือตนเอง เคลื่อนไหวร่างกายได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[15] พบว่า ผู้สูงอายุในเขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร สามารถทำกิจวัตรประจำวัน ช่วยเหลือตนเองได้ดี (ร้อยละ 88.1) และภาวะสุขภาพร่างกายโดยรวมของผู้สูงอายุ[16] ส่วนใหญ่มีสุขภาพดี (ร้อยละ 42.7) และสุขภาพปานกลาง (ร้อยละ 41.6) โดยผลการศึกษาครั้งนี้ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น (60 - 69 ปี) และผู้สูงอายุตอนกลาง (70 - 79 ปี) ส่วนใหญ่สภาวะสุขภาพร่างกายยังอาจแข็งแรง ไม่มีความบกพร่องทางกาย เข้าสังคมได้ ไม่เคยป่วยเป็นโรคโควิด-19 มีการดูแลสุขภาพตนเอง ออกกำลังกาย มีผู้ดูแลเรื่องความเป็นอยู่ ดูแลสุขภาพและการป้องกันโรคโควิด-19

สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุในการศึกษานี้คือปัจจัยความเป็นอยู่ ได้แก่ ด้านพฤติกรรมสุขภาพ และด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัว โดยด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง พฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ หรือการดื่มสุรา พบได้น้อย แต่การได้อยู่แต่ภายในบ้านช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 อาจทำให้ไม่ค่อยได้มีกิจกรรมที่หลากหลาย โดยเฉพาะกลุ่มที่ป่วยอยู่แล้วหรือกลุ่มที่เคยมีพฤติกรรมเสี่ยงมาก่อน ทำให้มีพฤติกรรมเสี่ยงมากขึ้น เช่น การบริโภคอาหารเสี่ยง (หวาน มัน เค็ม) รับประทานอาหารไม่ครบ 5 หมู่ พฤติกรรมเนือยนิ่ง ขาดการออกกำลังกายหรือกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง เนื่องจากพื้นที่จำกัดและการจำกัดพื้นที่ แสงสว่างไม่เพียงพอ การระบายอากาศไม่ดี บางคนอาจมีความเครียด มีอาการซึมเศร้าอยู่บ้างเล็กน้อย จากความกังวลโรคโควิด-19 รายได้ลดลงแต่ภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น การพบปะสังสรรค์หรือทำกิจกรรมนอกบ้านน้อยลง เหมือนถูกกักขัง ชีวิตไม่ปกติ เป็นต้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวหรือผู้ดูแลไม่ใส่ใจ ซึ่งสอดคล้องกับการปรับตัวของผู้สูงอายุ[17] มีการปรับตัวภายใต้สถานการณ์โควิด-19 โดยไม่ได้ทำงานในรอบปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 44.5) และมีพฤติกรรมเสี่ยง[16] เช่น สูบบุหรี่ ดื่มสุราเป็นประจำ (ร้อยละ 8.0 และ 2.9) ออกกำลังกายประจำ (ร้อยละ 36.9) ยังคงทำงาน (ร้อยละ 34.7) ส่วนปัจจัยด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัวอยู่ในระดับพอใช้ พบว่า ส่วนใหญ่ อาศัยอยู่กับครอบครัว (ร้อยละ 79.5) มีสมาชิกในครอบครัวอยู่ระหว่าง 3 - 5 คน (ร้อยละ 35.9) โดยมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ (ร้อยละ 78.8) ลูก (ร้อยละ 56.9) มีความผูกพันภายในครอบครัว มีการพูดจาสื่อสาร ทำกิจกรรมร่วมกันเป็นปกติดี (ร้อยละ 60.9) อาจไม่บ่อยครั้ง เพราะต้องมีการมีการปรับเปลี่ยนกิจกรรมร่วมกันให้น้อยลง ส่วนการตัดสินใจภายในครอบครัว ส่วนใหญ่คนในครอบครัวเป็นผู้ตัดสินใจ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาอื่น[16] ที่พบว่า ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับบุคคลอื่น (ร้อยละ 66.9) หรืออยู่กับคู่สมรสตามลำพัง (ร้อยละ 21.1) มีผู้ดูแล (ร้อยละ 10.4) เป็นบุตรของผู้สูงอายุ (ร้อยละ 59.9) เวลาเจ็บป่วยมีผู้ดูแล (ร้อยละ 99.1)[18]

ส่วนความสัมพันธ์ภายในครอบครัวมีความสอดคล้องการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ระดับความสัมพันธภาพภายในครอบครัวของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก[19]

ข้อจำกัดในการวิจัยครั้งนี้

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดสังคม และเป็นการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจงหรือแบบบังเอิญ ส่วนกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง เข้าถึงได้ยากเนื่องจากผู้ดูแลไม่ยินยอมและปฏิเสธไม่สะดวกในการให้ข้อมูล และแบบสอบถามบางส่วน เช่น ด้านสุขาภิบาลที่พักอาศัย มีข้อจำกัดในการเข้าถึงที่พักอาศัยของกลุ่มตัวอย่าง เช่น ห้องนอน ห้องครัว หรือห้องน้ำ เป็นต้น และการสอบถามสถานะสุขภาพ เป็นแบบคัดกรองเบื้องต้น ไม่ได้ใช้ผลทางห้องปฏิบัติการยืนยัน ซึ่งอาจจะทำให้ผลที่ได้คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงบางส่วน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีการเยี่ยมติดตามครัวเรือนผู้สูงอายุ เพื่อให้คำแนะนำปรึกษา การจัดบ้านเรือนปรับปรุงที่พักอาศัย ให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันโรคโควิด-19 และสัตว์นำโรค ส่งเสริมการทำกิจวัตรประจำวัน และสัมพันธภาพภายในครอบครัว ป้องกันภาวะซึมเศร้าและความเครียดในผู้สูงอายุ รวมทั้งจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกัน ฟื้นฟูโรคที่เกิดในผู้สูงอายุและบรรเทาอาการอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นทางด้านพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับกลุ่มสูงวัย เพื่อลดภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพ ให้ร่างกายและจิตใจแข็งแรง

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุและผู้ดูแล หลังสถานการณ์การประกาศให้โรคโควิด-19 เป็นโรคประจำถิ่น และศึกษาการจัดการชุมชนหรือรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมืองอย่างครบวงจรโดยชุมชน

References

1. Emergency Operation Center. Coronavirus situation 2019 [Internet]. 2021 [cited 2021 December 10]. Available from: https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=11134&deptcode=brc&news_views=1440. (in Thai)
2. Investigation of Health System. COVID-19 situation in Bangkok [nternet]. 2022 [cited 2022 February 9]. Available from: https://www.hfocus.org/content/2022/02/24418. (in Thai)
3. Department of Older Persons, Ministry of Social Development and Human Security. Elderly care manual in COVID-19 pandemic. 2nd ed. Department of Older Persons, Ministry of Social Development and Human Security;2022. (in Thai)
4. Bilhmat P, Pothong P, Lemso W, Kaesod S, Dongnadeng Hasan A. The needs for health care among the elderly in the Trang municipality area of Trang province. Journal of Humanities and Social Sciences SKRU 2020;2(1):29–50. (in Thai)
5. Saiboonsri G, Wanchai A. Abilities to perform daily activities and needs for the health services of elders in Phitsanulok municipality. FEU Academic Review 2017;11(3):174–83. (in Thai)

6. Sriratanaban J, Witvorapong N, Woratanarat T, Ngamkiatphaisan S, Wimuttichai V, O-charot L. et al. The preparedness and responses of the health service system to the COVID-19 crisis in Thailand: hospital operation and economic and social impacts within the boundary of the health services system. Thailand Research Center for Health Services System; 2021. (in Thai)
7. Supachai K. Ecological model: an intervention model addressing factors influencing health behaviors. Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2016;3(1):17-27. (in Thai)
8. Ministry of Public Health. Manual screening and health assessment of the elderly 2021: Ministry of Public Health; 2021. (in Thai)
9. Bureau of Environmental Health. Clean house good health project. Express transportation organization of Thailand: Bureau of Environmental Health; 2017. (in Thai)
10. Department of Health. Blue book manual: GD Production; 2021. (in Thai)
11. Ponphimai S, Panomai N. Prevalence of dietary supplement consumption for health elderly in the elderly club, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, Nakhon Ratchasima province. Journal of Sakhon Nakhon Hospital 2018; 21(2):174–85. (in Thai)
12. Silpasuwan P. The survey and assessment of housing conditions of the elderly in Bangkok metropolitan. Journal of Health and Health Management 2015;2(2):1-14. (in Thai)
13. Tupanich W, Chaiyalab S, Chaiyalab K. Problems and needs of older adults living in urban area, Bangkok metropolitan. Vajira Medical Journal: Journal of Urban Medicine 2019;63:85–92. (in Thai)
14. Nirarat K, Kidsom A. Factors affecting access to health services for elderly in Bangkok. Bangkok: Kasetsart University; 2017. (in Thai)
15. Ngamkham S, Suwannapong N, Tipayamongkholgul M, Manmee J. Access to health care servies of the elderly, Thawiwatthana district, Bangkok. Kuakarun Journal of Nursing 2018;2:91-104. (in Thai)
16. National Statistical Office. The 2021 survey of the older persons in Thailand. MDES; 2022. (in Thai)
17. Saisombut P, Suwankiri D. The adaptation of elderly during COVID-19 pandemic. Journal of MCU Buddhapanya Review 2022;7(3):100–14. (in Thai)
18. Ngamsri M, Banthoengsuk H, Jaisawang D, Somsuvun C, Yaowaboot A. Prevalence of stress depression and resilience of the elderly during the COVID-19 pandemic. Journal of Srivanalai Vijai 2021;11(2):63–76. (in Thai)
19. Booranaklas W. Correlation between self-care behaviors, family relationship, and happiness of the elderly at the community Saimai district. Journal of the Police Nurses 2017;9(2):25–33. (in Thai)