

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

# การสำรวจระดับความวิตกกังวลสุขภาพ และความต้องการที่จำเป็นของผู้สูงอายุที่พักอาศัย ในพื้นที่เทศบาลเมือง จังหวัดปทุมธานี

สิริมา มงคลสัมฤทธิ์ วท.ด.

นนท์ธิดา หอมขำ วท.ด.

ศศิญา อีวานวิช วท.ด.

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

วันรับ:	30 ม.ค. 2562
วันแก้ไข:	21 ธ.ค. 2564
วันตอบรับ:	30 ธ.ค. 2564

**บทคัดย่อ** การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจทางด้านระดับความวิตกกังวลสุขภาพผู้สูงอายุ และความต้องการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่เทศบาลเมือง จังหวัดปทุมธานี รูปแบบการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ศึกษาในผู้สูงอายุจำนวน 2,027 ราย ที่พักอาศัยในพื้นที่เทศบาลเมือง 2 แห่งของจังหวัดปทุมธานี เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทางด้านระดับความวิตกกังวลซึ่งประกอบด้วยปัญหาทางด้านสุขภาพและความต้องการที่จำเป็นทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.8 เป็นกลุ่มสูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) ร้อยละ 54.7 กลุ่มสูงอายุวัยกลาง (70 - 79 ปี) ร้อยละ 31.6 และกลุ่มสูงอายุวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 13.7 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่แต่งงานแล้ว ร้อยละ 57.4 แหล่งรายได้ของผู้สูงอายุส่วนใหญ่มาจากเบี้ยผู้สูงอายุ ร้อยละ 85.3 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว พบร้อยละ 74.6 ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคข้อและกระดูก โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคภูมิแพ้หรือหอบหืด และอัมพฤกษ์อัมพาต ความต้องการที่จำเป็นด้านการจัดการบริการทางกายและจิตใจ คือ บริการตรวจสุขภาพและให้ความรู้ในพื้นที่ของชุมชน โดยแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการจัดการของสถานพยาบาลใกล้บ้าน สำหรับความต้องการที่จำเป็นด้านบริการทางด้านสังคมสิ่งแวดล้อม คือ การจัดการขยะที่ดีและเป็นระบบ/ปัญหาทางกลิ่น ความสะอาดภายในชุมชน อาคาร ดังนั้น หน่วยงานรัฐในระดับท้องถิ่นซึ่งเป็นหน่วยงานที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนทุกกลุ่มวัย จึงควรจัดบริการทางด้านสุขภาพแบบครบวงจรให้แก่ผู้สูงอายุในพื้นที่ รวมถึงสนับสนุนให้เกิดสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัยและถูกสุขอนามัยผู้สูงอายุ

**คำสำคัญ:** ผู้สูงอายุ; ความต้องการที่จำเป็น; เทศบาลเมือง

## บทนำ

ปัจจุบันทั่วโลกมีประชากรที่พักอาศัยในพื้นที่เขตเมืองมากกว่าเขตชนบท<sup>(1)</sup> รวมถึงการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุและโรคเรื้อรังที่พบในผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ซึ่งส่งผลต่อภาระทางด้านเศรษฐกิจ<sup>(2,3)</sup> และจากการประเมินตนเองของผู้สูงอายุพบว่ามีความคุณภาพชีวิตไม่ดี การบริโภคอาหารผักผลไม้ไม่เพียงพอ และมีสถานะทางสังคมต่ำ<sup>(4)</sup> สำนักงานสถิติแห่งชาติได้ทำการสำรวจ

ประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2537, 2545, 2550, 2554 และ พ.ศ. 2557 พบว่า ประเทศไทย มีสัดส่วนของผู้สูงอายุ ร้อยละ 6.8, 9.4, 10.7, 12.2 และ 14.9 ของประชากรไทยทั้งหมดตามลำดับ นอกจากนี้ แนวโน้มดัชนีการสูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน ซึ่งสวนทางกับ อัตราส่วนเกือหนุนที่ประชากรวัยแรงงานจะสามารถดูแล เกือหนุนผู้สูงอายุได้ลดลง มีผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวตาม ลำพังในครัวเรือนเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 3.6 ในปี พ.ศ. 2537 เป็นร้อยละ 8.7 ในปี พ.ศ. 2557 จึงจำเป็นที่ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องวางแผนการจัดรูปแบบการ บริการที่จะสามารถรองรับการเติบโตอย่างรวดเร็วของ จำนวนผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม<sup>(5)</sup> จากข้อมูลของ สถาบันวิจัยประชากรและสังคมได้คาดการณ์ว่า ในปีพ.ศ. 2548 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 10.0 ของประชากรทั้งหมด แต่ในอีก 30 ปีข้างหน้า ผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็นร้อยละ 25.0 ของประชากรทั้งหมด หรือมีจำนวนมากถึง 16 ล้านคนและเมื่อถึงเวลานั้น ประชากรสูงอายุจะมีจำนวนมากกว่าประชากรวัยเด็ก สัดส่วนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจะส่งผลให้ลักษณะ การพึ่งพิงทางเศรษฐกิจระหว่างประชากรวัยต่าง ๆ เปลี่ยน ไป ซึ่งแต่เดิมมีประชากรวัยเด็กที่ต้องพึ่งพิงประชากรวัย แรงงานมากกว่าผู้สูงอายุ แต่ในอนาคตจะมีผู้สูงอายุที่ต้อง พึ่งพิงประชากรวัยแรงงานมากกว่าเด็ก อัตราส่วนระหว่าง ประชากรวัยแรงงานต่อผู้สูงอายุจะลดลงจนเหลือเพียง 2 คนต่อผู้สูงอายุ 1 คนในอีก 30 ปีข้างหน้า<sup>(6)</sup>

นอกจากสถานการณ์โครงสร้างประชากรที่เปลี่ยน- แปลงไป ยังมีปรากฏการณ์ของการเปลี่ยนแปลงของ สังคมอีกด้วย ซึ่งองค์การสหประชาชาติ ได้ระบุไว้ว่าในปี ค.ศ. 2050 คาดการณ์ไว้ว่าจำนวนประชากรที่อาศัยใน พื้นที่เขตเมืองจะมีมากขึ้นถึงร้อยละ 66.0 ของประชากร โลกทั้งหมด ซึ่งแตกต่างจากปัจจุบัน คือร้อยละ 54.0<sup>(1)</sup> สำหรับประเทศไทยได้ทำการคาดประมาณจำนวน ประชากรภายในประเทศ พ.ศ. 2559 พบว่า ประชากรที่ อาศัยในเขตเมือง (เทศบาลและเมืองทุกประเภท) จำนวน

ประมาณ 31,618,000 คน และประชากรที่อาศัยเขต ชนบท 33,705,000 คน<sup>(7)</sup> นอกจากนี้ผู้สูงอายุเป็นกลุ่ม ที่มีความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่ง- แวดล้อมที่เฉพาะแตกต่างจากกลุ่มวัยอื่น ในปัจจุบันได้มี การจัดบริการที่หลากหลายให้แก่ผู้สูงอายุ ได้แก่ การจัด ตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้นในภูมิภาคต่าง ๆ การจัดตั้งศูนย์ พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ การจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ เป็นต้น ซึ่งผู้สูงอายุที่สามารถเข้าถึงบริการต่าง ๆ เหล่านี้ ได้ส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุที่พอมีสถานะทางเศรษฐกิจ หรือรับราชการและเกษียณอายุราชการ แต่มีผู้สูงอายุอีก จำนวนไม่น้อยที่ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการเหล่านี้ได้หรือ อาจจะไม่ใช้ความต้องการของผู้สูงอายุเหล่านั้น ในเชิง วิชาการได้มีการระบุรูปแบบการจัดบริการหลายแนวคิด เช่น แนวความคิดของการจัดบริการสังคมแบบกลุ่มพึ่งพา (group home)<sup>(8)</sup> แนวคิดของการจัดบริการสังคมแบบ บริการดูแลที่บ้าน (home care)<sup>(9,10)</sup> รวมถึงการจัดบริการ และฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนเป็นหลักสำคัญในการ ทำงานที่จะเน้นการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นกลยุทธ์ในการ เพิ่มพูนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งทางร่างกาย จิตใจ สติ ปัญญาและสังคม

จังหวัดปทุมธานี มีการเปลี่ยนแปลงของประชากรและ ลักษณะความเป็นเมืองเพิ่มขึ้น สภาพส่วนใหญ่ของชุมชน มีประชากรอาศัยอย่างหนาแน่น มีการขยายตัวอย่าง รวดเร็วทั้งทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ มีโรงงาน อุตสาหกรรมตั้งอยู่ในพื้นที่ แต่ยังไม่มียางานข้อมูลทาง ระบาดวิทยาเกี่ยวกับสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม รวมถึงความต้องการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในพื้นที่เขตเทศบาลเมือง ซึ่งจะเป็นข้อมูลที่สำคัญ ในการนำไปใช้ในการกำหนดนโยบาย เพื่อใช้เป็นข้อมูล ในการตัดสินใจวางแผนทางด้านกิจกรรม โครงการและ งบประมาณ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระบาด- วิทยาปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ และประเมินความต้องการ ที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ในพื้นที่เทศบาลเมือง จังหวัด ปทุมธานี

## วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่พักอาศัยในพื้นที่เทศบาลเมืองท่าโขลงและเทศบาลเมืองปทุมธานี การคำนวณขนาดตัวอย่างอ้างอิงจากข้อมูลการเกิดโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตในผู้สูงอายุ ร้อยละ 2.5 ด้วยวิธีการประมาณค่าสัดส่วนเมื่อทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน<sup>(11)</sup> โดยอ้างอิงข้อมูลประชากรผู้สูงอายุของเทศบาลเมืองท่าโขลง จำนวน 4,630 ราย และประชากรผู้สูงอายุเทศบาลเมืองปทุมธานี จำนวน 2,822 ราย ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน ร้อยละ 3.0 ได้ขนาดตัวอย่างผู้สูงอายุที่ใช้ในการศึกษาในพื้นที่เทศบาลเมืองท่าโขลงจำนวน 1,018 ราย และเทศบาลเมืองปทุมธานีจำนวน 1,004 ราย รวมขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 2,022 ราย โดยคำนวณขนาดตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีก 1% เพื่อความไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถาม

### วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขจำนวน 30 รายในการเก็บข้อมูลผู้สูงอายุที่พักอาศัยในทุกชุมชนของเทศบาลเมืองท่าโขลงและเทศบาลเมืองปทุมธานี โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปและมีทะเบียนบ้านหรือพักอาศัยในพื้นที่มานานไม่น้อยกว่า 1 ปีเข้าในการศึกษา และเกณฑ์การตัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษาเมื่อผู้สูงอายุหรือญาติ คนใกล้ชิด ไม่สามารถช่วยผู้สูงอายุในการให้ข้อมูลได้และไม่ยินยอมให้ข้อมูล

### เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ใช้แบบสอบถามข้อมูลทางด้านระดับชาติวิทยาในการสำรวจปัญหาสุขภาพและความต้องการที่จำเป็นทางด้านสุขภาพทางกาย และประเมินปัญหาสุขภาพทางด้านจิตใจ สังคมด้วยเครื่องมือวัดดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น (TMHI-15) ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่น (reliability) เท่ากับ 0.93<sup>(12)</sup> แบบประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง และการเข้าสังคม โดยวัดจากแบบประเมินกิจกรรม activities of daily living (ADL) หรือ Barthel ADL index<sup>(13,14)</sup> และเครื่องมือวัดการประเมินคุณภาพชีวิต

อ้างอิงจากแบบวัดคุณภาพชีวิตของสวัตน์ มหัตนรินทร์-กุล และคณะ ที่ปรับปรุงจากแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก<sup>(15)</sup>

การวิเคราะห์ทางสถิติ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลระดับชาติวิทยาปัญหาลุสสุขภาพกาย ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและการเข้าสังคม ภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิต และความต้องการที่จำเป็น ทำการวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาคั้งนี้ผู้ศึกษาได้ทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขอรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต รหัสโครงการวิจัย 172/2560 เมื่อวันที่ 25 มกราคม 2561

## ผลการศึกษา

### ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 2,027 ราย ส่วนมากเป็นเพศหญิงร้อยละ 62.8 โดยมากเป็นกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) จำนวน 1,109 ราย (ร้อยละ 54.7) กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง (70 - 79 ปี) จำนวน 641 ราย (ร้อยละ 31.6) และกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย 80 ปีขึ้นไป จำนวน 277 ราย (ร้อยละ 13.7) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกันร้อยละ 57.4 รองลงมาเป็นหม้าย/คู่สมรสเสียชีวิต ร้อยละ 30.2 หย่าหรือแยกกันอยู่ ร้อยละ 6.3 และเป็นโสดร้อยละ 6.1 รายได้ของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 77.3 แหล่งรายได้ส่วนใหญ่มาจากเบี้ยผู้สูงอายุ ร้อยละ 85.3 รองลงมาคือดอกเบี้ยเงินฝากหรือบุตรหลานหรือทำงาน ร้อยละ 38.7 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 67.8 รองลงมาคือมัธยมปลาย/ปวส./อนุปริญญา ร้อยละ 11.6 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 77.2 ส่วนใหญ่มีบุตร ร้อยละ 89.3 การดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นลูกหลาน รองลงมาคือภรรยา และดูแลตัวเอง ร้อยละ 31.2, 30.9 และ 29.3 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=2,027)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	1,273	62.8
ชาย	754	37.2
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1,564	77.2
ไม่มีบุตร	216	10.7
อายุเฉลี่ย (ปี)	70.03±7.67	
สถานภาพสมรส		
โสด	123	6.1
สมรสและอยู่ด้วยกัน	1,163	57.4
หม้าย/คู่สมรสเสียชีวิต	613	30.2
หย่า/แยกกันอยู่	128	6.3
รายได้ของผู้สูงอายุ (บาท)		
น้อยกว่า 5,000	1,567	77.3
5,000 - 20,000	308	15.2
มากกว่า 20,000	152	7.5
แหล่งรายได้ของผู้สูงอายุ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
บำเหน็จ/บำนาญ	246	12.1
เบี้ยผู้สูงอายุ	1,730	85.3
อื่น ๆ (ดอกเบี้ยย ทำงาน บุตรหลาน)	768	38.7
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	1,375	67.8
มัธยมต้น	140	6.9
มัธยมปลาย/ปวส./อนุปริญญา	235	11.6
ปริญญาตรีขึ้นไป	142	7.0
ไม่ได้เรียน	135	6.7
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
น้อยกว่า 5 คน	1,639	80.8
6 - 10 คน	361	17.8
10 คนขึ้นไป	27	1.4
ผู้ดูแล		
ดูแลตัวเอง	594	29.3
ลูก/หลานดูแล	632	31.2
ภรรยา	626	30.9
สามี	126	6.2
ญาติ/ลูกจ้าง	49	2.4

ระบาดวิทยาปัญหาสุขภาพ สังคม และสิ่งแวดล้อม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค ร้อยละ 74.6 โรคที่พบมากในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูกและข้อ โรคหัวใจ เป็นต้น สำหรับสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ พบว่า มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไปร้อยละ 75.4 และสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปร้อยละ 13.1 ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ร้อยละ 94.9 อยู่ในเกณฑ์ปกติ รองลงมาคือ เศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 4.2 ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ติดสังคม ร้อยละ 96.9 ระดับคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในระดับกลางร้อยละ 62.4 ไม่พบผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี รายละเอียดตามตารางที่ 2

ข้อมูลทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ที่สนิทสนมใกล้ชิดกับครอบครัวดีและสามารถพูดคุยได้ทุกเรื่องร้อยละ 95.7 สามารถขอรับความช่วยเหลือจากบุคคลภายในบ้านได้ ร้อยละ 95.6 ลักษณะที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นบ้านเดี่ยวร้อยละ 72.6 ผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่บริเวณชั้น 1 หรือชั้นล่างของบ้านพบร้อยละ 58.9 ห้องน้ำไม่มีราวจับ ร้อยละ 84.9 ส่วนใหญ่ไม่มีสัญญาณฉุกเฉินที่หัวเตียง ร้อยละ 99.0 รายละเอียดตามตารางที่ 3

ความต้องการที่จำเป็นของผู้สูงอายุ ความต้องการที่จำเป็นด้านบริการสุขภาพทางกาย จิตใจ ส่วนใหญ่ต้องการให้มีการบริการตรวจสุขภาพและให้ความรู้ในชุมชนโดยแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และสถานพยาบาลใกล้บ้าน รองลงมาคือ ต้องการอุปกรณ์อำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เช่น ไม้เท้า ผ้าอ้อม รถเข็น เตียง และบริการนวดแผนไทย

ความต้องการด้านบริการทางด้านสังคมสิ่งแวดล้อม

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความต้องการด้านสาธารณูปโภค ได้แก่ สร้าง/ปรับปรุงถนน ไฟฟ้า น้ำประปา ห้องสมุด สวนสาธารณะ สถานที่ออกกำลังกาย รองลงมา คือเรื่อง การจัดการขยะที่ดีและเป็นระบบ/ปัญหาทางกลิ่น ความ

การสำรวจระดับวิทยาปัญหাসุภาพและความต้องการที่จำเป็นของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในพื้นที่เทศบาลเมือง จังหวัดปทุมธานี

สะอาดภายในชุมชน อาคาร และจัดตั้งชมรม/รวมกลุ่ม ผู้สูงอายุ การฝึกอาชีพ การออกกำลังกาย รายละเอียดตั้ง เพื่อพบปะสังสรรค์ และทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น ชมรม- ตารางที่ 4

ตารางที่ 2 ระบาดวิทยาปัญหาสุภาพในผู้สูงอายุ (n=2,027)

ปัญหาสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
<b>สุขภาพทางกาย</b>		
ไม่มีโรคประจำตัว	515	25.4
มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค	1,512	74.6
- โรคความดันโลหิตสูง	1,076	
- โรคเบาหวาน	442	
- โรคกระดูกและข้อ	251	
- โรคหัวใจ	168	
- โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต	42	
- โรคหอบหืด	42	
- โรคภูมิแพ้	42	
- โรคมะเร็ง	33	
- อื่น ๆ เช่น หลอดเลือดสมอง ไทรอยด์ ไขมันในเลือดสูง ต้อกระจก	671	
<b>สุขภาพจิต</b>		
สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป	122	11.5
สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป	1,224	75.4
สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป	681	13.1
<b>ภาวะซึมเศร้า</b>		
ปกติ	1,924	94.9
เศร้าเล็กน้อย	84	4.2
เศร้าปานกลาง	17	0.8
เศร้ารุนแรง	2	0.1
<b>ความสามารถในการเข้าสังคม</b>		
ติดสังคม	1,964	96.9
ติดบ้าน	32	1.6
ติดเตียง	31	1.5
<b>ระดับคุณภาพชีวิต</b>		
มีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ	1,265	62.4
มีคุณภาพชีวิตที่ดี	762	37.6

ตารางที่ 3 ข้อมูลทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ (n=2,027)

ข้อมูลสังคมและสิ่งแวดล้อม	จำนวน	ร้อยละ
ผู้สูงอายุและบุคคลในครอบครัวมีความสัมพันธ์กันดีในระดับใด		
สนิทสนมใกล้ชิด/คุยได้ทุกเรื่อง	1,943	95.7
ทะเลาะเบาะแว้งเป็นประจำ	7	0.4
เฉยๆ	77	3.9
ผู้สูงอายุมีผู้ที่สามารถขอรับความช่วยเหลือได้หรือไม่		
ไม่มี	27	1.3
มี บุคคลภายในบ้าน	1,937	95.6
มี บุคคลนอกบ้าน	63	3.1
ลักษณะที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ		
บ้านเดี่ยว	1,472	72.6
บ้านทาวน์เฮาส์	395	19.5
ตึกแถว/ห้องแถว	107	5.3
คอนโด/ห้องชุด/แฟลต	53	2.6
ลักษณะของห้องพักของผู้สูงอายุ		
ห้องพักอยู่บริเวณชั้น 1 หรือชั้นล่างของบ้าน	1,193	58.9
ห้องพักมีสัญญาผูกมัดเงินจากหัวเตียง	20	1.0
ห้องน้ำมีราวจับ	306	15.1
ภายในห้องน้ำมีเก้าอี้สำหรับนั่งอาบน้ำ	225	11.1
ที่พักอาศัย/ห้องน้ำลื่นง่าย	212	10.5
อุปกรณ์ปิด/เปิดน้ำในที่พักอาศัยต้องออกแรงมาก	34	1.7
ที่พักอาศัยมีบันได	1,544	76.2
ที่พักอาศัยมีพื้นลาด	421	20.8
ที่พักอาศัยมีระบบการถ่ายเทอากาศที่ดี	1,804	89.0
บริเวณที่พักอาศัยมีแหล่งน้ำขัง	678	33.4
ที่อยู่อาศัยมีแสงสว่างเพียงพอ	1,925	95.0

ตารางที่ 4 ความต้องการที่จำเป็นของผู้สูงอายุ ที่พักอาศัยในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดปทุมธานี

ความต้องการที่จำเป็น	จำนวน (ราย)
<b>บริการทางด้านสุขภาพทางกาย จิตใจ (n= 259)</b>	
- บริการตรวจสุขภาพและให้ความรู้ในชุมชนโดยแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และสถานพยาบาลใกล้บ้าน	208
- อุปกรณ์อำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เช่น ไม้เท้า ฝ้ายอ้อมรถเข็น เตียง และบริการนวดแผนไทย	42

ตารางที่ 4 ความต้องการที่จำเป็นของผู้สูงอายุ ที่พักอาศัยในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดปทุมธานี (ต่อ)

ความต้องการที่จำเป็น	จำนวน (ราย)
<b>บริการทางด้านสุขภาพทางกาย จิตใจ (n= 259)</b>	
- เยี่ยมบ้านและพูดคุยกับผู้สูงอายุ	5
- ปรับปรุงสิทธิการรักษา, ปรับปรุงการบริการที่ล่าช้า, แพทย์จำนวนน้อยในการตรวจ	4
<b>บริการทางด้านสังคมสิ่งแวดล้อม (n=334)</b>	
- การจัดการขยะที่ดีและเป็นระบบ/ปัญหาทางกลิ่น ความสะอาดภายในชุมชน อาคาร	77
- สาธารณูปโภค ได้แก่ สร้าง/ปรับปรุงถนน ไฟฟ้า น้ำประปา ห้องสมุด สวนสาธารณะ สถานที่ออกกำลังกาย	68
- จัดตั้งชมรม/รวมกลุ่มเพื่อพบปะสังสรรค์ และทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ การฝึกอาชีพ การออกกำลังกาย	65
- จัดการน้ำเสีย/น้ำท่วมขัง มลพิษทางอากาศ มลพิษทางเสียง	58
- กำจัดขยะ หนู แมลงพาหะ และสุนัขและแมวจรจัด	40
- ดูแลความปลอดภัยในชุมชน	6

### วิจารณ์

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุในพื้นที่เทศบาลเมืองท่าโขลงและเทศบาลเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี ในการศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เป็นกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้นและวัยกลาง ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน รองลงมาเป็นผู้สูงอายุที่เป็นหม้าย/คู่สมรสเสียชีวิต ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ซึ่งมีลักษณะทางประชากรผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปีพ.ศ. 2557<sup>(5)</sup> ที่ระบุว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีสัดส่วนมากกว่าเพศชาย กล่าวคือผู้สูงอายุชายร้อยละ 45.1 และหญิงร้อยละ 54.9 ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น ร้อยละ 56.5 รองลงมาเป็นกลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง ร้อยละ 29.9 และวัยปลาย ร้อยละ 13.6 เป็นผู้มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 63.5 ในจำนวนนี้มี ร้อยละ 61.0 เป็นผู้มีคู่สมรสอยู่ด้วยกันในครัวเรือน เป็นผู้สูงอายุที่เป็นหม้าย หย่าแยกกันอยู่ ร้อยละ 32.6 และเป็นโสด ร้อยละ 3.9 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับ

ประถมศึกษา ร้อยละ 75.7 สำเร็จการศึกษาต่ำกว่าระดับประถมศึกษา ร้อยละ 13.3 และไม่ได้เรียน ร้อยละ 10.9 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าลักษณะทางโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุในพื้นที่เทศบาลเมืองของการศึกษานี้มีลักษณะที่คล้ายกับโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุของประเทศ

นอกจากนี้ประเด็นเรื่องรายได้และการทำงานของผู้สูงอายุในการศึกษานี้ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท เป็นผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพมากถึง ร้อยละ 77.2 แหล่งรายได้ของผู้สูงอายุส่วนใหญ่มาจากเบี้ยผู้สูงอายุ รองลงมาเป็นรายได้จากดอกเบี้ยเงินฝาก บุตรหลานให้หรือทำงานเอง ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ<sup>(5)</sup> ที่รายงานว่าแหล่งรายได้ที่สำคัญหรือแหล่งรายได้หลักในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับจากบุตร ร้อยละ 36.7 รองลงมาคือ รายได้จากการทำงานของผู้สูงอายุเอง ร้อยละ 33.9 และเบี้ยยังชีพจากทางราชการ ร้อยละ 14.8 จากเงินบำเหน็จ บำนาญ ร้อยละ 4.9 จากคู่สมรส ร้อยละ 4.3

และจากดอกเบี้ยเงินออมที่ผู้สูงอายุได้เก็บออมไว้ ร้อยละ 3.9 ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้สูงอายุในการศึกษานี้เป็นผู้ที่พักอาศัยในเขตเทศบาลเมือง ซึ่งมีลักษณะทางด้านเศรษฐกิจที่แตกต่างจากการศึกษาของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่ทำการศึกษาคอบคลุมทั้งในพื้นที่เขตเมืองและชนบททุกภูมิภาค นอกจากนี้ ผู้สูงอายุในเขตเมืองอาจมีแนวโน้มที่จะพึ่งพาและขอรับความช่วยเหลือจากรัฐบาล ในขณะที่ผู้สูงอายุในเขตชนบทอาจมีความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นและได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวมากกว่า<sup>(5)</sup> นอกจากนี้ความเครียดทางเศรษฐกิจโดยทั่วไปในเขตเมืองจะมากกว่าในพื้นที่ชนบท และความเครียดดังกล่าวยังสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากการใช้จ่ายด้านสุขภาพของแต่ละคนเพิ่มขึ้นตามอายุ<sup>(5)</sup> ซึ่งอาจนำไปสู่ความตึงเครียดทางเศรษฐกิจที่เพิ่มขึ้น ซึ่งในการศึกษานี้พบผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 5.4 และมีผู้สูงอายุมีรายได้มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือนเพียงร้อยละ 7.5 และไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 77.2 ซึ่งสอดคล้องกับสำนักงานสถิติแห่งชาติที่ระบุว่าอัตราการจ้างงานลดลงตามอายุ คือ ผู้สูงอายุวัยต้น ผู้สูงอายุวัยกลาง และผู้สูงอายุวัยปลาย (ร้อยละ 5.3, 22.4 และ 54.9 ตามลำดับ) ยังมีการศึกษาอื่นที่ชี้ให้เห็นว่าวิกฤตการณ์ทางเศรษฐกิจมีความเกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ<sup>(16)</sup> แต่อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าควรได้รับการตรวจสอบอย่างใกล้ชิดในผู้สูงอายุ เนื่องจากความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจะเพิ่มขึ้นตามอายุ ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ และมีผลกระทบอย่างมากต่อสุขภาพในบุคคลที่มีอาการป่วยเรื้อรัง<sup>(17,18)</sup>

มีอีกหนึ่งประเด็นที่น่าสนใจ คือผลจากการศึกษานี้พบว่า การดูแลผู้สูงอายุจะมีสัดส่วนของภรรยาที่ดูแลคู่สมรสร้อยละ 30.9 ในขณะที่สามีดูแลคู่สมรสเพียงร้อยละ 6.2 ซึ่งเรื่องนี้อาจอธิบายได้ด้วยอัตราการตายที่ค่อนข้างสูงพบว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ชายในประเทศไทยเพิ่มขึ้นทุกปีตั้งแต่ปี 2555 และ 2560 มีอัตราการเสียชีวิตของชายและหญิงเท่ากับ 8.2 และ 5.9 ต่อ 1,000

คน<sup>(19)</sup> และปัจจัยทางวัฒนธรรม เช่น ความคิดหรือความคาดหวังว่าผู้หญิงควรเป็นผู้ดูแลบุคคลในครอบครัว<sup>(20)</sup>

จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค มากถึงร้อยละ 74.6 ซึ่งกระบวนการของการสูงวัยมีความเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาที่คาดการณ์ได้ในระบบหัวใจและหลอดเลือด<sup>(21)</sup> ซึ่งผู้สูงอายุในต่างประเทศมีรายงานการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังตั้งเช่นผู้สูงอายุแคนาดา มีอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานประมาณ 8.6 รายต่อพันรายต่อปี<sup>(22)</sup> หรือในประเทศสหรัฐอเมริกาได้พยายามสร้างการรับรู้และการบำบัดความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุ<sup>(23)</sup> ซึ่งการเกิดโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุมีความเกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่ายในการรักษาที่เพิ่มขึ้น<sup>(24)</sup> และเป็นโรคที่จำเป็นต้องใช้ยาในการรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีโอกาสอาจเกิดอันตรายจากการได้รับยาเนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้มักจะต้องได้รับยาหลายชนิดทั้งทางร่างกายและจิตใจ<sup>(25)</sup>

สำหรับความต้องการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการบริการด้านสุขภาพที่สำคัญ รวมถึงการตรวจสุขภาพในชุมชนโดยแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้สูงอายุหลายคนยังแสดงความต้องการสถานพยาบาลที่ตั้งอยู่ใกล้บ้าน เช่นเดียวกับความต้องการสิ่งอำนวยความสะดวกการดูแลเป็นพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ และการเข้าถึงอุปกรณ์/บริการช่วยเหลือ (เช่น ไม้เท้า รถเข็น เตียง บริการนวดแผนโบราณ) เนื่องจากสภาวะร่างกายของผู้สูงอายุที่มีการเสื่อมของร่างกายทำให้การใช้ชีวิตประจำวันไม่สามารถเคลื่อนไหวได้อย่างสะดวกเช่นคนในวัยหนุ่มสาว จึงจำเป็นต้องมีการดำเนินการมาตรการที่เหมาะสมเพื่อป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และอุบัติเหตุในผู้สูงอายุด้วย<sup>(26)</sup> เพื่อแก้ไขปัญหาเหล่านี้ โรงพยาบาลของรัฐและเอกชนควรดำเนินการในเชิงรุกในการให้บริการตรวจสุขภาพขั้นพื้นฐานสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่ ซึ่งจะช่วยลดความจำเป็นที่ผู้ป่วยจะเดินทางเพื่อรับการรักษาขั้นพื้นฐาน

นอกจากนี้ เครือข่ายทางสังคมมีความสำคัญเป็นพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับภัย



คุณภาพชีวิตที่ดี และการพึ่งพาความสัมพันธ์ของเครือข่ายเพื่อตอบสนองความต้องการจะมีมากกว่ากลุ่มบุคคลวัยอื่น การเพิ่มความหลากหลายของเครือข่ายทางสังคมอาจมีความจำเป็นสำหรับการพัฒนาสุขภาพและการอยู่รอดของผู้สูงอายุ<sup>(3)</sup> ในการศึกษาครั้งนี้ผู้สูงอายุยังได้เสนอแนะในการเข้าถึงการจัดการของเสียที่เหมาะสมและเป็นระบบ การจัดการปัญหากลิ่นเหม็นภายในชุมชน และสภาพความเป็นอยู่ที่สะอาด รวมถึงความจำเป็นของหน่วยงานรัฐในพื้นที่ให้มีการจัดบริการที่เกี่ยวข้องกับการปรับปรุงการก่อสร้างถนน บริการสาธารณูปโภค (น้ำ ไฟฟ้า) และการเข้าถึงสวนสาธารณะ และสิ่งอำนวยความสะดวกด้านสันตนาการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในผู้สูงอายุชาวเยอรมันที่แสดงให้เห็นว่าไม่ได้การตอบสนองที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพร่างกาย (เช่น บริการรถ การมองเห็น/ การได้ยิน/ การสื่อสาร ปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว/ การหกล้ม การดูแลตนเอง และความต่อเนื่อง) และการมีส่วนร่วมทางสังคม (เช่น การมีเครือข่ายความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด การมีกิจกรรมในเวลาว่าง การรับทราบข้อมูล และรู้สึกถึงการถูกละเลย/ ละเลย)<sup>(27)</sup>

โดยสรุป ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลต้องการการสนับสนุนทางร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมในรูปแบบเฉพาะ มีข้อเสนอแนะเพื่อแก้ไขปัญหาที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญ ได้แก่ (1) การเพิ่มทุนสำหรับการวิจัยและพัฒนาที่มุ่งแก้ไขกระบวนการชราที่เสื่อมโทรมและยืดอายุขัยที่มีสุขภาพดีและมีประสิทธิภาพโดยเฉพาะ (2) การจัดให้มีสิ่งจูงใจสำหรับองค์กรทางการค้า วิชาการ ภาครัฐ และภาครัฐ เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการวิจัยและพัฒนาดังกล่าว และ (3) การจัดตั้งและขยายการประสานงานระหว่างโครงสร้าง โปรแกรม และสถาบันที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย การพัฒนา และการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับอายุมากในด้านวิชาการ อุตสาหกรรม หน่วยงานนโยบายสาธารณะ และในระดับรัฐบาลและเหนือรัฐบาล<sup>(2)</sup> ทั้งนี้ในการศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดในเรื่องของการขาดข้อมูลการประเมินภาวะโภชนาการหรือปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมี

หลายการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุมักจะมีปัญหาเรื่องภาวะโภชนาการ<sup>(28)</sup> และการวิเคราะห์เชิงลึกเกี่ยวกับความสัมพันธ์ต่างของปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องซึ่งจะมีการดำเนินการต่อไป

### ข้อเสนอแนะ

จากข้อค้นพบของการศึกษา ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะที่ดังนี้

1. ประชาชนควรมีการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ โดยเฉพาะทางด้านสุขภาพและเศรษฐกิจเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากแหล่งรายได้ส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุมาจากเบี้ยผู้สูงอายุและไม่ได้ประกอบอาชีพ แต่มีโรคเรื้อรังเป็นโรคประจำตัว
2. การพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพและประเมินผลรูปแบบการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุอาจพิจารณาใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research; PAR) ในการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพโดยใช้ข้อมูลจากการศึกษานี้เป็นข้อมูลพื้นฐาน เพื่อให้การพัฒนาเกิดวงรอบของการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
3. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งใกล้ชิดกับประชาชนทุกกลุ่มวัยมากที่สุด ดูแลสวัสดิการผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่อย่างทั่วถึง เช่น การสร้างงานที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ การจัดสิ่งแวดล้อมที่สะอาดและปลอดภัย การผลักดันและสนับสนุนให้เกิดความยั่งยืนและต่อเนื่องของกิจกรรมชมรมต่างๆ ที่ทำให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมกิจกรรมทางกายและจิตใจ
4. สถานพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่ทั้งจากภาครัฐ และเอกชน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชน พิจารณาให้บริการเชิงรุกโดยจัดบริการตรวจสุขภาพ รักษาโรคเบื้องต้นเชิงรุกให้แก่ผู้สูงอายุในพื้นที่ เพื่ออำนวยความสะดวกต่อผู้สูงอายุโดยไม่จำเป็นต้องเดินทางเพื่อไปรับบริการที่สถานพยาบาล
5. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรร่วมกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องในการจัดระบบการให้บริการซ่อมแซม

ปรับปรุงที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ เช่น ราวบันได ไฟ- หัวเตียง หรือไฟฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกถึงความปลอดภัยและส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสภาวิจัยแห่งชาติ ที่ได้รับทุนสนับสนุนจากเงินงบประมาณแผ่นดิน แผนบูรณาการวิจัยและนวัตกรรม ประจำปีงบประมาณ 2561

### เอกสารอ้างอิง

1. United Nations. World urbanization prospects, the 2014 revision. New York: Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat; 2014.
2. Jin K, Simpkins JW, Ji X, Leis M, Stambler I. The critical need to promote research of aging and aging-related diseases to improve health and longevity of the elderly population. *Aging Dis* 2015;6(1):1-5.
3. Ali T, Nilsson CJ, Weuve J, Rajan KB, Mendes de Leon CF. Effects of social network diversity on mortality, cognition and physical function in the elderly: a longitudinal analysis of the Chicago Health and Aging Project (CHAP). *J Epidemiol Community Health* 2018;72(11):990-6.
4. Amarasena N, Keuskamp D, Balasubramanian M, Brennan DS. Health behaviours and quality of life in independently living South Australians aged 75 years or older. *Aust Dent J* 2018;63(2):156-62.
5. สำนักงานสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. การสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: เท็กซ์แอนด์-เจอร์นัลพับลิเคชั่น; 2557.
6. ปัทมา ว่าพัฒนางศ์, ปราโมทย์ ประสาทกุล. ประชากรไทยในอนาคต 2559 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 9 ก.ย. 2560]. แหล่งข้อมูล: <http://www.ipsr.mahidol.ac.th/IPSR/AnnualConference/ConferenceII/Article/Article02.htm>
7. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2559 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 9 ก.ย. 2560]. แหล่งข้อมูล: [http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsr/Contents/Documents/Gazette/Population\\_Gazette2016-TH.pdf](http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsr/Contents/Documents/Gazette/Population_Gazette2016-TH.pdf)
8. Nathwani D, Zambrowski JJ, Ad HOCW. Advisory group on Home-based and Outpatient Care (AdHOC): an international consensus statement on non-inpatient parenteral therapy. *Clin Microbiol Infect* 2000;6(9):464-76.
9. Beguin AM. Nursing care. Keeping and treating elderly incontinent patients at home. *Soins* 2000;648:17-9.
10. Soderhamn O, Lindencrona C, Ek A. Ability for self-care among home dwelling elderly people in a health district in Sweden. *Int J Nurs Stud* 2000;37(4):361-8.
11. Daniel WW. Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences. New York: John Wiley & Sons; 2003.
12. สุชีรา ภักทรายุตวรรัตน์. คู่มือวัดทางจิตวิทยา. กรุงเทพมหานคร: ตรีเทพ; 2556.
13. Wade DT, Collin C. The Barthel ADL Index: a standard measure of physical disability? *Int Disabil Stud* 1988;10(2):64-7.
14. Collin C, Wade DT, Davies S, Horne V. The Barthel ADL Index: a reliability study. *Int Disabil Stud* 1988;10(2):61-3.
15. สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกทุก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง; 2540.
16. Chaves C, Castellanos T, Abrams M, Vazquez C. The impact of economic recessions on depression and individual and social well-being: the case of Spain (2006-2013). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2018;53(9):977-86.

17. Zhang Y, Chen Y, Ma L. Depression and cardiovascular disease in elderly: current understanding. *J Clin Neurosci* 2018;47:1-5.
18. Salvatore T. Suicide Risk in Homebound Elderly Individuals What Home Care Clinicians Need to Know. *Home Healthc Now* 2015;33(9):476-81.
19. กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2560 นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2560.
20. Langholz PL, Strand BH, Cook S, Hopstock LA. Frailty phenotype and its association with all-cause mortality in community-dwelling Norwegian women and men aged 70 years and older: the Tromso Study 2001-2016. *Geriatr Gerontol Int* 2018;18(8):1200-5.
21. Lye M, Donnellan C. Heart disease in the elderly. *Heart* 2000;84(5):560-6.
22. Rockwood K, Awalt E, MacKnight C, McDowell I. Incidence and outcomes of diabetes mellitus in elderly people: report from the Canadian Study of Health and Aging. *CMAJ* 2000;162(6):769-72.
23. Prisant LM, Moser M. Hypertension in the elderly: can we improve results of therapy? *Arch Intern Med* 2000;160(3):283-9.
24. Zhou M, Sun X, Huang L. Chronic disease and medical spending of Chinese elderly in rural region. *Int J Qual Health Care* 2021;33(1):mzaa142.
25. Keijsers CJ, Jansen PA, Brouwers JR, de Wildt DJ. (Need for improvement in education on appropriate prescribing in elderly patients). *Ned Tijdschr Geneesk* 2015; 159:A9609.
26. Urrunaga-Pastor D, Moncada-Mapelli E, Runzer-Colmenares FM, Bailon-Valdez Z, Samper-Ternent R, Rodriguez-Manas L, et al. Factors associated with poor balance ability in older adults of nine high-altitude communities. *Arch Gerontol Geriatr* 2018;77:108-14.
27. Stein J, Luppá M, König HH, Riedel-Heller SG. The German version of the Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE): evaluation of content validity and adaptation to the German-speaking context. *Int Psychogeriatr* 2015;27(11):1919-26.
28. Maseda A, Diego-Diez C, Lorenzo-Lopez L, Lopez-Lopez R, Regueiro-Folgueira L, Millan-Calenti JC. Quality of life, functional impairment and social factors as determinants of nutritional status in older adults: the VERISAUDE study. *Clin Nutr* 2018;37(3):993-9.

**Abstract: A Survey of Epidemiology of Health and Needs Assessment among Aging People Living in Town Municipality, Pathumthani Province**

**Sirima Mongkolsomlit, Ph.D; Nontiya Homkom, Ph.D; Katiya Ivanovitch, Ph.D.**

*Faculty of Public Health, Thammasat University, Thailand*

*Journal of Health Science 2022;31(2):199-210.*

The objectives of this research were to assess the epidemiology of elderly health problems and the needs for the elderly in urban areas of Thailand. It was conducted as a cross-sectional study covering 2,027 elderly people in two town municipalities in Pathumthani province. Data were collected by using questionnaires to collect personal data, epidemiological data including health problems and the needs associated with physical, mental health, social and environment; and were analyzed by descriptive statistics. It was found that the majority of the elderly in the study areas were female (62.8%), and 54.7% of them were categorized as early elderly group, 31.6% were senior elderly, and 3.7% were late elderly. Among them 57.4% were married. The most common source of income was from government support (85.3%). Around 74.6% of the elderly had chronic diseases such as hypertension, diabetes mellitus, bone and joints syndrome, cardiovascular disease, allergy or asthma, and paralysis. The essential needs of the elderly on physical and mental health services were health check-up and community-based care by physicians, nurses, or public health officials. For the social environment services, the elderly people need good waste management in the community. Thus, the local governments should be responsible for providing comprehensive healthcare to the elderly, including the provision of suitable employment as well as safe and healthy living environment for the elderly.

**Keywords: elderly people; need assessment; town municipality**