

การวิจัยแบบผสมผสานปัจจัยที่มีผลต่อความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพ

ของผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง

พัชรนันท์ วิวรากานนท์¹ ปานทิพย์ ปุณณานนท์^{2*} จิตอารี ชาตมินตรี¹ วณิดา อินทราชา¹ พวงเพชร มีศิริ¹

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง

(วันที่รับบทความ: 13 สิงหาคม 2566; วันที่แก้ไข: 30 สิงหาคม 2566; วันที่ตอบรับ: 20 พฤศจิกายน 2566)

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยแบบผสมผสานครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ จำนวน 420 คน กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ จำนวน 30 คน รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณใช้แบบสอบถามโดยการสำรวจ และข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์และสถิติไคร์สแควร์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์แก่นสาระ

ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่ระดับความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดลำปางอยู่ในระดับดี (76.61%) ปัจจัยที่มีผลต่อความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพ ได้แก่ อายุมีความสัมพันธ์ทางสถิติต่อระดับความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุในทิศทางตรงข้ามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ปัจจัยด้านรายได้การประกอบอาชีพ และโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์ต่อความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพ ($p < 0.05$) ในขณะที่ปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ สถานภาพ และระดับการศึกษาไม่ได้มีผลต่อความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับปัจจัยอื่นๆ ที่วิเคราะห์แก่นสาระสัมภาษณ์เชิงโครงสร้าง พบว่า ปัจจัยทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เช่น ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความภาคภูมิใจในการดำเนินชีวิต และสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลรอบข้าง มีผลต่อความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุ

ดังนั้นการส่งเสริมด้านสุขภาพทางกาย ใจ สังคม รวมถึงการดำรงชีวิตจะมีผลต่อความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งจากปัจจัยตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อมจะช่วยให้ผู้สูงอายุอาศัยในสังคมได้อย่างปลอดภัยและมีความสุขในชีวิตยามบั้นปลาย

คำสำคัญ: ปัจจัยส่วนบุคคล, ความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพ, ผู้สูงอายุ

***ผู้รับผิดชอบบทความ:** ปานทิพย์ ปุณณานนท์; email: panthip.p@mail.bcnlp.ac.th

Mixed-Method Research on Influential Factors Impacting the Health Safety and Security among Older Adults in Lampang Province

Phatchanun Vivarakanon¹, Panthip Poorananon^{1*}, Jitaree Chatmootree¹,
Wanida Inthraracha¹, Puangpet Meesiri¹

¹Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang

(Received: 13 August 2023; Revised: 30 August 2023; Accepted: 20 November 2023)

Abstract

This Mixed-Method research aimed to examine the factors that associated with the health safety and security of older adults in Lampang province. Participants of the qualitative participants involved 30 older individuals and quantitative study comprised 420 older adults. The research data collected by survey and structured interview. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, correlation coefficient and chi-square statistics. Qualitative data were analyzed using thematic analysis.

The research results found that mostly (76.61%) the health security level of older adults was at a good level. The relationship between age and the level of health safety and security in older people in the opposite direction was statistically significant at 0.05. Income, occupation, and chronic illness aspects significantly impacted health safety and security ($p < 0.05$), while gender, status, and educational level were not statistically significant correlation. In addition to these factors, structured interviews were conducted to explore physical, mental, and social aspects, including the ability to perform daily activities, sense of pride in life that all of which affect health-related well-being.

Therefore, promoting physical, mental, and social aspects, and livelihood health may affect the health security of the older adults. Individual factors and environmental elements both contribute to the older adults' ability to live safely and happily within their community during their later years.

Keyword: Individual factors, Health safety and security, Older individuals

***Corresponding author:** Pantip Poorananon, email: pantip.p@mail.bcnlp.ac.th

บทนำ

แนวโน้มของประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นทั่วโลก มีผลให้สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศต่างๆ เพิ่มมากขึ้น จำนวนประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีประมาณ 1,153 ล้านคน ซึ่งคิดเป็นประมาณร้อยละ 16 ของประชากรทั้งหมด (United Nations, 2021) ซึ่งองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2017) ได้เผยแพร่ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับจำนวนประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกจะมากขึ้นเป็นประมาณ 2.1 พันล้านคน ในปี พ.ศ. 2593 และผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปีอยู่ถึงร้อยละ 16 ซึ่งจะเพิ่มจากร้อยละ 9 ในปี พ.ศ. 2562 แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงผู้สูงอายุทั่วโลกนี้ ส่งผลให้สถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยทั้งหมดมีประมาณ 11.3 ล้านคน ซึ่งคิดเป็นประมาณ 16.7% ของประชากรทั้งหมดในประเทศ สำหรับจังหวัดลำปางมีประชากรผู้สูงอายุที่มากที่สุดเป็นอันดับ 2 ของประเทศ จำนวนถึง 177,944 คน ถือว่าประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Complete aged society)

การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรดังกล่าวมีผลโดยตรงและทางอ้อมสำหรับผู้สูงอายุด้านต่างๆ เช่น ทางด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ และด้านสุขภาพ เป็นต้น การเพิ่มขึ้นในระบบบริการสุขภาพ ผู้สูงอายุจะมารับบริการบริการมากยิ่งขึ้นซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความยุ่งยากในการดูแลและการส่งเสริมสุขภาพของประชากรผู้สูงอายุ แนวโน้มการเกิดโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคกระดูกพรุน ทำให้เพิ่มความต้องการในการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ อีกทั้งยังเพิ่มภาระการดูแลของผู้ดูแลมากยิ่งขึ้น อาจส่งผลกระทบต่อภาระและหน้าที่ของคนในครอบครัว และอาจเกิดปัญหาทางสังคมและจิตใจได้ เช่น ซึมเศร้าจากความเหงาและการอยู่คนเดียว อีกทั้งยังมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างประชากรของประเทศ มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมในระยะยาวที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต (วิไลวรรณ อิศรเดช, 2565)

อ้างอิงรายงานการพัฒนาคนของโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (United Nations Development Program: Human Development Report Office, 2017) พัฒนาการรอบแนวคิดของความมั่นคงปลอดภัยของมนุษย์ (Human Security) เพื่อตอบสนองที่เน้นประชาชน ครอบคลุม เฉพาะบริบทพื้นฐานในเกณฑ์ที่หลากหลาย และได้รับการพัฒนาเป็นแนวทางและการประเมินความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุ (UNDP, 2017) มีอยู่ด้วยกันทั้งหมด 7 ด้าน คือ 1) ความมั่นคงทางด้านเศรษฐกิจ (Economic Security) ซึ่งเน้นทางมีสภาพคล่องในการจัดการเรื่องเงินเพื่อใช้ในการดำรงชีวิตประจำวัน ไม่มีภาระหนี้สิน และสามารถเข้าถึงบริการทางการเงินและโอกาสทางเศรษฐกิจอื่นๆ ได้ 2) ความมั่นคงด้านสุขภาพทางกาย (Health Security) มีความหมายในด้านการมีสุขภาพที่สมบูรณ์สภาพร่างกายแข็งแรงได้รับการดูแลทางสุขภาพที่เหมาะสม และสามารถเข้าถึงระบบสุขภาพพื้นฐานได้ 3) ความมั่นคงทางด้านสุขภาพส่วนบุคคล (Personal Security) เน้นทางด้านร่างกาย สภาพความเป็นอยู่การใช้ชีวิตประจำวัน ที่ปลอดภัย ไม่ถูกเอารัดเอาเปรียบหรือละเมิดสิทธิมนุษยชน 4) ความมั่นคงทางการเมืองการปกครอง (Political Security) มีความมั่นคงในเรื่องการเมืองและการปกครองไม่ถูกละเมิดสิทธิมนุษยชนได้รับการปกครองที่ถูกต้องตามหลักนิติธรรมและความยุติธรรม 5) ความมั่นคงทางด้านอาหาร (Food Security) การได้รับอาหารที่เพียงพอในแต่ละ

วัน 6) ความมั่นคงทางด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental Security) การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีไม่ถูกทำลายหรือเสื่อมโทรม 7) ความมั่นคงทางด้านสังคมและชุมชน (Community Security) อาศัยในชุมชนไม่มีความขัดแย้งทางศาสนา ที่ปลอดภัยจากอาชญากรรมและความรุนแรงต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุความมั่นคงปลอดภัยของมนุษย์ทั้ง 7 ด้านนี้มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งโดยตรง เช่น การรับประทานอาหารที่ได้คุณภาพ หาซื้อได้ง่ายในท้องถิ่นจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงซึ่งสุขภาพทางสุขภาพได้ดีในผู้สูงอายุ เป็นต้น และผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโดยทางอ้อม เช่น การอยู่อาศัยร่วมกันของคนในชุมชน โดยไม่มีทะเลาะวิวาท ทุกคนได้รับสิทธิเท่าเทียมกันในการอาศัยอยู่ร่วมกันบนบรรทัดฐานเดียวกันทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นคงปลอดภัยทั้งทางสุขภาพและสุขภาพ เป็นต้น (วิรุทธ คำแก้ว และราเชนทร์ นพณัฐวงศ์, 2564)

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ถือเป็นเรื่องสำคัญที่ควรให้การตระหนัก ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเป็นผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ ของรัฐและเอกชนของกระทรวงสาธารณสุข แบ่งเป็น 5 ยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงปลอดภัยในผู้สูงอายุ คือ 1) ยุทธศาสตร์การส่งเสริมความมั่นคงด้านสุขภาพ 2) ยุทธศาสตร์การส่งเสริมระบบสุขภาพให้เข้มแข็ง ยุติธรรม และเป็นธรรม 3) ยุทธศาสตร์การส่งเสริมบทบาทนำและความรับผิดชอบของไทยในประชาคมโลก 4) ยุทธศาสตร์การส่งเสริมความสอดคล้องระหว่างนโยบายสุขภาพภายในประเทศและระหว่างประเทศ และ 5) ยุทธศาสตร์การส่งเสริมขีดความสามารถของบุคลากรและองค์กร ในด้านการสาธารณสุขระหว่างประเทศและการพัฒนาระบบและกลไกการประสานงาน (Bureau of Information Office of the Permanent Secretary of MOPH, 2015) โดยใช้กรอบแนวคิดดังกล่าวมาปรับใช้ในการขับเคลื่อนการส่งเสริมความมั่นคงปลอดภัยในผู้สูงอายุ จากผลการดำเนินงานพบว่า ผลการดำเนินงานของ 5 ยุทธศาสตร์ไม่บรรลุวัตถุประสงค์ จากการขาดการบูรณาการกับหลายภาคส่วนในการทำงานร่วมกัน (เชษฐ รัชดาพรธนาธิกุล, ศรีนิญา เฟื่องสุก, 2559; สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2558) และผลการสำรวจจากสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่าปัญหาการไม่ได้รับการตอบสนองด้านความมั่นคงปลอดภัยของผู้สูงอายุเกี่ยวข้องกับหลายมิติ เช่น กาย จิต สังคม และเศรษฐกิจ อีกทั้งยังมีความเสี่ยงในการเกิดโรคเรื้อรัง การถูกทอดทิ้ง ขาดการสื่อสารในสังคม รวมถึงปัญหาทางด้านจิตใจ จำนวนถึง 47,000 คนต่อปี โดยเป็นเพศหญิง 27,600 และเพศชาย 19,700 คน (ศุทธิดา ขวณวัน, กาญจนา ปัญญาธร และชลการ ทรงศรี, 2563; กัญญา อภิพรชัยสกุล, กาญจนา เทียนลาย และ ภัทรพร ตาสิงห์, 2561; วิภาณันท์ ม่วงสกุล, 2558) ปัญหาเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะเปราะบางกว่าผู้สูงอายุทั่วไป และเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพได้ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับทั้งด้านสังคมและชีวิตตามลักษณะทางสังคมและลักษณะทางประชากร เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานะ และข้อมูลเกี่ยวกับสภาพความเป็นอยู่ เป็นต้น เพื่อที่จะให้เข้าใจในลักษณะและพฤติกรรมของกลุ่มประชากรนั้นๆ การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเป็นผู้สูงอายุ เป็นสิ่งสำคัญในการศึกษา วางแผนนโยบาย การเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการ และการทำความเข้าใจในข้อบ่งชี้ของผู้สูงอายุแต่ละรายที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้สามารถดำรงชีวิตในยามบั้นปลายของชีวิตได้อย่างมีความสุขโดยมีความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพ

ของผู้สูงอายุ จากการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากร โดยให้ความสำคัญของความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาปัจจัยทางด้านโครงสร้างลักษณะประชากรของผู้สูงอายุที่มีผลต่อความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลช่วยเหลือตนเองได้ หรือได้รับการดูแลเกื้อหนุนจากครอบครัว ชุมชนและสังคมอยู่อาศัยในสังคมได้อย่างสงบสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย

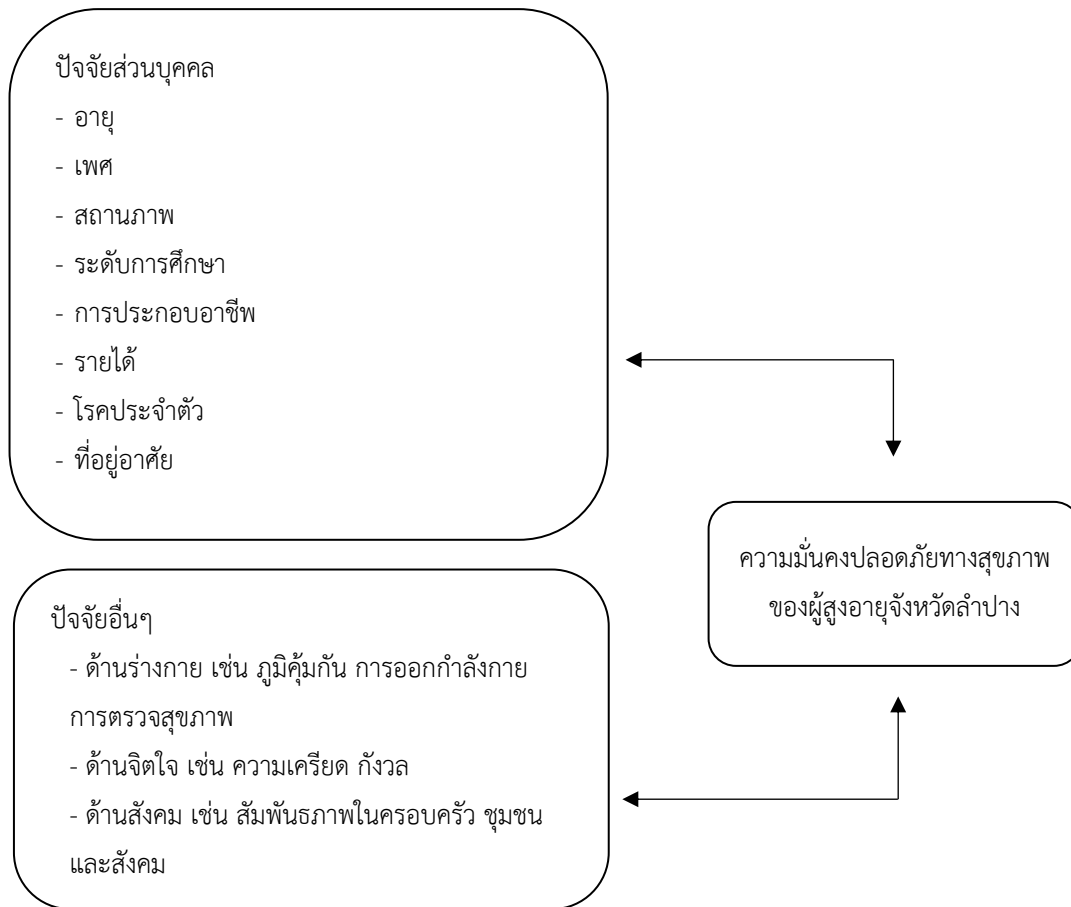
เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method design) ศึกษาระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง คือ อายุ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ โรคประจำตัว และที่อยู่อาศัย ที่มีผลต่อระดับความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง จำนวน 420 คน โดยตามด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยอื่นๆ เช่น ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 ถึง เมษายน พ.ศ. 2566

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดความมั่นคงปลอดภัยของมนุษย์ ซึ่งได้ถูกพัฒนามาจากโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP, 2017) จากการพัฒนากรอบแนวคิดความมั่นคงของมนุษย์มาใช้โดยมีทั้งหมด 7 ด้านดังนี้ คือ 1) ความมั่นคงปลอดภัยทางด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental security) 2) ความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพทางกาย (Health security) 3) ความมั่นคงปลอดภัยส่วนบุคคล (Personal security) 4) ความมั่นคงปลอดภัยทางด้านการศึกษาความรู้ในชีวิตประจำวัน (Knowledge for living security) 5) ความมั่นคงปลอดภัยทางการเมืองการปกครอง (Political security) 6) ความมั่นคงปลอดภัยทางด้านสังคมและชุมชน (Political security) และ 7) ความมั่นคงปลอดภัยทางด้านเศรษฐกิจ (Environmental security) โดยผู้วิจัยนำแนวคิดดังกล่าวมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research Design) โดยการศึกษาเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม การประเมินความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุเกี่ยวกับลักษณะประชากร เช่น อายุ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ โรคประจำตัว และที่อยู่อาศัยกับความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพผู้สูงอายุทั้ง 7 ด้าน คือ 1) ความมั่นคงปลอดภัยทางด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental security) 2) ความมั่นคงปลอดภัยของสุขภาพทางกาย (Health security) 3) ความมั่นคงปลอดภัยส่วนบุคคล (Personal security) 4) ความมั่นคงปลอดภัยทางด้านความรู้ที่ใช้ในชีวิตประจำวัน 5) ความมั่นคงปลอดภัยทางการเมืองการปกครอง (Political security) 6) ความมั่นคงปลอดภัยทางด้านสังคมและชุมชน (Community security) และ 7) ความมั่นคงทางด้านเศรษฐกิจ (Economic security) สำหรับเชิงคุณภาพ มีการสัมภาษณ์เชิงโครงสร้าง (Structure Interviews) โดยสอบถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยอื่นๆ เช่น ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมที่มีผลต่อความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัว (Face to Face Interview) หลังจากการสอบถามโดยใช้แบบสอบถาม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดลำปางจำนวนทั้งหมด 177,944 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของเครจีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ได้กลุ่มตัวอย่าง 377 คน เพื่อป้องกันการเก็บข้อมูลไม่เพียงพอจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดในการศึกษาค้างนี้ 420 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า คือ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป สื่อสารด้วยภาษาไทย และอาศัยอยู่หรือมีภูมิลำเนาในจังหวัดลำปางนาน 2 ปีขึ้นไป เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ที่ไม่สมัครใจให้ข้อมูล และเป็นโรคทางจิต ที่ทำให้สติสัมปชัญญะลดลงจนไม่สามารถตอบคำถามได้ การสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster random sampling) ในจังหวัดลำปาง มีทั้งหมด 13 อำเภอ คือ อำเภอเมือง อำเภอเกาะคา อำเภอห้างฉัตร อำเภอแม่ทะ อำเภอเสริมงาม อำเภอแม่เมาะ อำเภอแจ้ห่ม อำเภอสบปราบ อำเภอเมืองปาน อำเภองาว อำเภอเถิน อำเภอวังเหนือ และอำเภอแม่พริก โดยสุ่มจับฉลากได้กลุ่มตัวอย่าง คือ อำเภอแม่ทะ และอำเภอสบปราบ อำเภอละ 210 คน

กลุ่มตัวอย่างสำหรับเชิงคุณภาพ คือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในที่อาศัยอยู่หรือมีภูมิลำเนาในจังหวัดลำปาง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 30 คน และเก็บข้อมูลจนข้อมูลอิ่มตัว (Data Saturation) การคัดเลือกผู้สูงอายุเข้ามาสัมภาษณ์ เป็นกลุ่มเดียวกันที่ตอบคำถามเชิงปริมาณ หรือวิเคราะห์เชิงปริมาณก่อน และค่อยลงไปเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือสำหรับการวิจัยเชิงปริมาณ

ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมาจากกรอบแนวคิดของ UNDP ความมั่นคงของมนุษย์ แบบสอบถาม การประเมินความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพ (Older Adults Security Questionnaires, OA-SQs) ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ส่วนได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพ น้าหนัก/ ส่วนสูง ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ผู้สูงอายุ โรคประจำตัว สภาพที่อยู่อาศัย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 30 ข้อ โดยประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ 3 คะแนน หมายถึงมีความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตมาก 2 คะแนน หมายถึงมีความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตปานกลาง และ 1 คะแนน หมายถึงมีความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตน้อย มีเกณฑ์การแปลผลระดับความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต ดังนี้

61-90 คะแนน หมายถึง ท่านมีความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตระดับมาก

31-60 คะแนน หมายถึง ท่านมีความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตระดับปานกลาง

1-30 คะแนน หมายถึงท่านมีความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตระดับน้อย

เครื่องมือสำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นแนวคำถามกึ่งโครงสร้าง ปลายเปิดเกี่ยวกับปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น ด้านร่างกาย ภูมิคุ้มกัน การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพ ด้านจิตใจ ความเครียด ความวิตกกังวล และ ด้านสังคม สัมพันธภาพในสังคม เช่น “ท่านคิดว่าด้านร่างกายที่มีผลต่อสุขภาพของท่านหรือไม่ อย่างไร” “ท่านคิดว่าด้านจิตใจมีผลต่อสุขภาพของท่านด้วยหรือไม่ อย่างไร” และ “ท่านคิดว่าด้านสังคมมีผลต่อสุขภาพของท่านหรือไม่ อย่างไร” การบันทึกภาคสนาม (Field note) และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Participant observation)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือเชิงปริมาณ ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือขึ้นมาเพื่อใช้ในการเก็บข้อมูล การศึกษาครั้งนี้ได้หาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านผู้สูงอายุทั้ง 3 ท่าน การหาค่าความเที่ยงตรง (Reliability) นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน ในกลุ่มที่คล้ายคลึงประชากรกลุ่มตัวอย่าง หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้โดยรวมเท่ากับ 0.87 และรายด้านคือ 1) ด้านสิ่งแวดล้อมเท่ากับ 0.81 2) ด้านสุขภาพทางกายเท่ากับ 0.76 3) ด้านสุขภาพะส่วนบุคคลเท่ากับ 0.79 4) ด้านความรู้ที่ใช้ในชีวิตประจำวันเท่ากับ 0.8 5) ด้านการเมืองการปกครองเท่ากับ 0.75 6) ด้านสังคมและชุมชนเท่ากับ 0.81 และ 7) ด้านเศรษฐกิจเท่ากับ 0.76

ความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness) ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยผู้วิจัยมีความเชี่ยวชาญทางด้านผู้สูงอายุ ผู้วิจัยมีการเตรียมความพร้อมของทีมงานที่จะลงสัมภาษณ์เกี่ยวกับแนวทางการถามคำถาม เพื่อแลกเปลี่ยนมุมมองและความคิดเห็นเกี่ยวกับการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล จนกระทั่งวิจัยอิ่มตัว (Data saturation) จากการอ่านบทสัมภาษณ์และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ อีกทั้งข้อมูลที่ได้นำมาตรวจสอบโดยใช้วิธีการรวบรวมข้อมูล (Methodology triangulation) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การบันทึกผลการสะท้อนคิด และการเปรียบเทียบข้อมูลเชิงลึก ซึ่งวิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์คำถามกึ่งโครงสร้าง สังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และการบันทึกภาคสนาม โดยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ร่วมกัน ตลอดระยะเวลาการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อเป็นการลดอคติในการตีความของผู้วิจัย ข้อมูลที่ได้จะนำไปประชุมกับทีมวิจัยอีกครั้งเพื่อหาข้อสรุปผลการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง และหลังได้รับอนุญาตให้เข้าเก็บข้อมูลในพื้นที่อำเภอแม่ทะ และอำเภอสบปราบที่เป็นแหล่งในการเก็บข้อมูล ได้ดำเนินการเก็บข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

ข้อมูลเชิงปริมาณ

1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในหมู่บ้าน/ชุมชน โดยการแนะนำตนเองพร้อม

ชี้แจงวัตถุประสงค์วิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งการอธิบายการพิทักษ์สิทธิ์แก่กลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง เก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ทำแบบความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพฯ ใช้เวลาเฉลี่ยประมาณ 25-30 นาที โดยผู้วิจัยจะช่วยเหลือในการอ่านและเขียนตอบในแบบสอบถามให้กรณีผู้สูงอายุบางท่านมองไม่เห็นหรือต้องการให้ช่วยเหลือ

3. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลและนำข้อมูลมาลงรหัส ให้นำน้ำหนักคะแนนตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปต่อไป

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

1. หลังจากการสำรวจความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพแล้ว ผู้วิจัยถามคำถามให้โดยให้ผู้สูงอายุตอบคำถามจากการสัมภาษณ์ประมาณ 15-20 นาที โดยใช้คำถามปลายเปิด

2. ผู้วิจัยขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลในการขอทำการบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์จะสิ้นสุดเมื่อข้อมูลครอบคลุมและสมบูรณ์ (Data saturation) และตลอดการสัมภาษณ์ ผู้ช่วยวิจัยทำการบันทึกภาพสนทนาร่วมด้วย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ โรคประจำตัว และที่อยู่อาศัย โดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน อีกทั้งการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาใช้สถิติความสัมพันธ์ของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson Correlation Coefficient) และสถิติไคสแควร์ (Chi-Square Tests) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

การวิเคราะห์เชิงคุณภาพ วิเคราะห์ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ซึ่งวิเคราะห์จากข้อมูลจากการถอดเทป การบันทึกภาคสนาม และผลการบันทึกจากการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ผู้วิจัยตรวจสอบความครอบคลุม ทำความเข้าใจรหัส นำมาใส่รหัส (Coding) โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์แบบแก่นสาระ (Thematic analysis) และนำมาจัดกลุ่มข้อมูล จำแนกประเภทข้อมูลหลักและข้อมูลรอง

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำโครงการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ นำเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง เลขที่จริยธรรม 030/2566 ผู้สูงอายุได้รับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการเก็บข้อมูล และการสอบถามความสมัครใจ ผู้สูงอายุมีสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ จะไม่มีผลต่อการรับบริการ เป็นไปด้วยความสมัครใจ กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมการศึกษได้ตลอดเวลา การวิจัยโดยผู้วิจัยจะเสนอข้อมูลในภาพรวม จะไม่มีการอ้างอิงที่สืบค้นไปยังผู้ร่วมวิจัยได้ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้อาสาสมัครวิจัยสอบถามข้อสงสัยก่อนตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ด้วยตนเอง ซึ่งไม่มีการบังคับและผู้วิจัยใช้เวลาในการตัดสินใจ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จะไม่ถูกเปิดเผย เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น โดย

ไม่ระบุชื่อของบุคคลที่ให้ข้อมูล อาสาสมัครวิจัยสามารถหยุดหรือยกเลิกในการจะให้ข้อมูลได้ทุกครั้ง หากไม่ประสงค์ที่จะให้ข้อมูลต่อไป โดยอาสาสมัครวิจัยจะไม่เสียประโยชน์ใดๆทั้งสิ้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลลักษณะทั่วไป

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อายุ 60-69 ปี ร้อยละ 51.8 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 59.3 ระดับการศึกษาจบประถมศึกษา ร้อยละ 62.2 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 61 โดยรายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 5,000 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 46.2 มีโรคประจำตัว 1 โรค ร้อยละ 53.3 และอาศัยอยู่ในบ้านของตัวเอง ร้อยละ 98.3

2. ระดับความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ระดับความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง โดยใช้เครื่องประเมินความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพผู้สูงอายุ (Older Adult Security Questionnaires: OA-SQs) พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุในจังหวัดลำปางมีความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพ ระดับมากร้อยละ 76.61 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ภาพรวมระดับความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง (n=420)

ระดับความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
มาก (คะแนน 61-90)	322	76.61
ปานกลาง (คะแนน 31-60)	62	14.85
น้อย (คะแนน 1-30)	36	8.54

การวิเคราะห์ข้อมูลระดับความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง โดยแยกเป็นรายด้านทั้งหมด 7 ด้าน พบว่า โดยภาพรวมผู้สูงอายุมีความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพอยู่ในระดับมาก โดย 3 อันดับแรกของด้านที่มีความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพมากที่สุดได้แก่ ด้านสุขภาพทางกายมีมากที่สุดถึงร้อยละ 85 ด้านสิ่งแวดล้อมมีร้อยละ 79 และ ด้านการเมืองการปกครอง มีร้อยละ 68 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพรายด้านของผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง (n=420)

ระดับความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
1. ความมั่นคงปลอดภัยทางด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental Security)		
มาก (คะแนน 61-90)	332	79.2
ปานกลาง (คะแนน 31-60)	53	12.5
น้อย (คะแนน 1-30)	35	8.2
$\bar{X}=2.71$, S.D.=0.60		

ตารางที่ 2 ระดับความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพพรายด้านของผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง (ต่อ)

ระดับความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
2. ด้านความมั่นคงปลอดภัยของสุขภาพทางกาย (Health Security)		
มาก (คะแนน 61-90)	360	85.7
ปานกลาง (คะแนน 31-60)	53	12.6
น้อย (คะแนน 1-30)	7	1.7
$\bar{X}=2.84, S.D.=0.40$		
3. ด้านความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพส่วนบุคคล (Personal security)		
มาก (คะแนน 61-90)	238	56.7
ปานกลาง (คะแนน 31-60)	143	34
น้อย (คะแนน 1-30)	39	9.3
$\bar{X}=2.47, S.D.=0.66$		
4. ด้านความมั่นคงปลอดภัยทางด้านการศึกษาความรู้ในชีวิตประจำวัน (Knowledge for living security)		
มาก (คะแนน 61-90)	162	38.6
ปานกลาง (คะแนน 31-60)	195	46.4
น้อย (คะแนน 1-30)	63	15.0
$\bar{X}=2.23, S.D.=0.69$		
5. ความมั่นคงปลอดภัยทางด้านการเมืองการปกครอง (Political Security)		
มาก (คะแนน 61-90)	286	68.1
ปานกลาง (คะแนน 31-60)	110	26.2
น้อย (คะแนน 1-30)	24	5.7
$\bar{X}=2.62, S.D.=0.59$		
6. ความมั่นคงปลอดภัยทางด้านสังคมและชุมชน (Community Security)		
มาก (คะแนน 61-90)	258	61.4
ปานกลาง (คะแนน 31-60)	120	28.6
น้อย (คะแนน 1-30)	42	10.0
$\bar{X}=2.62, S.D.=0.67$		
7. ความมั่นคงปลอดภัยทางด้านเศรษฐกิจ (Economic Security)		
มาก (คะแนน 61-90)	248	59.00
ปานกลาง (คะแนน 31-60)	140	33.3
น้อย (คะแนน 1-30)	32	7.60
$\bar{X}=2.51, S.D.=0.63$		

3. ปัจจัยที่มีผลต่อความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง

ผลการวิเคราะห์เมื่อพิจารณารายด้านระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล อายุ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ โรคประจำตัว และที่อยู่อาศัย กับความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง พบว่า เพศ ($X^2(1)=1.407, p=.495$) สถานภาพ ($X^2(6)=4.628, p=.592$) และระดับการศึกษา ($X^2(1)=6.626, p=.577$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพ ของผู้สูงอายุทั้ง 7 ด้าน			df	χ^2	p-value
	มาก	ปานกลาง	น้อย			
เพศ						
หญิง	59	93	96	1	1.407	.495
ชาย	43	55	74			
สถานภาพ						
โสด	8	17	10	6	4.628	.592
สมรส	64	85	100			
หม้าย	28	44	58			
หย่าร้าง	2	2	2			
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียน	23	38	37	1	6.626	.577
ไม่จบประถมศึกษาตอนต้น	8	11	16			
จบสูงสุดประถม	60	92	109			
จบสูงสุดมัธยม	8	6	5			
จบปริญญาตรีขึ้นไป	3	1	3			
การประกอบอาชีพ						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	44	105	109	2	.144	.003*
ประกอบอาชีพ	58	43	61			
โรคประจำตัว						
ไม่มี	43	64	43	4	.147	.020*
มีโรคประจำตัว 1 โรค	55	79	90			
มีโรคประจำตัว 2 โรคขึ้นไป	4	5	7			

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง(ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพ ของผู้สูงอายุทั้ง 7 ด้าน			df	χ^2	p-value
	มาก	ปานกลาง	น้อย			
ที่อยู่อาศัย						
ไม่มีบ้าน/ บ้านเช่า	-	2	1	4	.121	.013*
บ้านส่วนตัว	98	146	169			
บ้านญาติ	4	-	-			

* $p < 0.05$

อายุ และรายได้มีความสัมพันธ์ทางสถิติต่อระดับความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุในทิศทางตรงกันข้ามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($r = -.092$) และ ($r = .503$) ตามลำดับ โดยการใช้การวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์พริตส์สัมพันธ์ (Pearson correlation coefficient) มีความสัมพันธ์กับระดับความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ซึ่งเชื่อมโยงกับปัจจัยส่วนบุคคลด้านโรคประจำตัว ($\chi^2 (4)=0.147, p .997$), การประกอบอาชีพ ($\chi^2 (2)=0.144, p .003$) และการมีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง ($\chi^2 (4)=.121, p .013$) มีความสัมพันธ์กับความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสหสัมพันธ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ด้านอายุ และด้านรายได้ กับความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุทั้ง 7 ด้าน			r	p-value
	มาก	ปานกลาง	น้อย		
อายุ (ปี)					
60-69	61	76	81	-.092	.059*
70-79	31	40	62		
80-89	10	31	24		
90 ปีขึ้นไป	-	1	3		
รายได้ (บาท/เดือน)					
ไม่มีรายได้	26	64	43	.503	.000*
≤ 5,000	45	58	91		
5,000-10,000	28	26	31		
มากกว่าหรือเท่ากับ 10,001	3	-	5		

* $p < 0.05$.

4. ผลการวิจัยข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างถามถึงปัจจัยอื่นๆ โดยการวิเคราะห์โดยใช้คำถามสัมภาษณ์นั้น โดยใช้ 3 คำถาม ดังนี้ 1) ท่านคิดว่าด้านร่างกายที่มีผลต่อสุขภาพของท่านหรือไม่ อย่างไร 2) ท่านคิดว่าด้านจิตใจมีผลต่อสุขภาพของท่านด้วยหรือไม่ อย่างไร และ 3) ท่านคิดว่าด้านสังคมมีผลต่อสุขภาพของท่านหรือไม่ อย่างไร พบว่า ด้านร่างกาย การที่ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตประจำวัน โดยสามารถดูแลตนเองหรือควบคุมโรคได้ในกรณีที่มีโรคประจำวัน และดำรงคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพในยามบั้นปลาย เป็นปัจจัยด้านร่างกายซึ่งมีผลต่อความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพ ดังคำกล่าวของผู้สูงอายุต่อไปนี้

“...อายุมากขึ้นไม่ต้องการความมั่นคงอะไรมากมาย นอกจากขอให้สุขภาพแข็งแรงเหมือนทุกวันนี้ก็พอ ไม่เจ็บป่วยเพิ่มก็พอ ไม่อยากเป็นภาระลูกหลาน” (ผู้สูงอายุจำนวน 8 คน)

“ไม่ป่วยไม่ไข้ หรือป่วยเล็กน้อยๆ ไปหาหมอก็หาย อยากดูแลตัวเองให้ได้มากที่สุด ถ้าไม่ได้ก็พึ่งลูกหลาน บางครั้ง อยากให้มั่นคงแบบนั้นะทางด้านสุขภาพ...” (ผู้สูงอายุจำนวน 13 คน)

“ทุกวันนี้หากไม่เจ็บไม่ไข้ อยากให้หัวเข่าหายปวด จะได้ไปช่วยเขาทำนาทำสวนเล็กๆ น้อยๆ บางครั้งได้เงินมาบ้างเพราะเอาไปขาย บางครั้งก็ได้ผักมากิน ประหยัดด้วย เพราะเงินผู้สูงอายุได้น้อยไม่พอ....” (ผู้สูงอายุจำนวน 20 คน)

ด้านจิตใจ การดำรงไว้ซึ่งความภาคภูมิใจ มีสิ่งยึดเหนี่ยวและดำเนินชีวิตประจำวันได้โดยปกติและสงบสุขในชีวิตบั้นปลาย มีความพึงพอใจในการดูแลตนเองได้และไม่เป็นภาระคนรอบข้าง เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการที่มีผลต่อความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพผู้สูงอายุ ดังคำกล่าวของผู้สูงอายุต่อไปนี้

“...สบายดีไม่รู้สึกโดดเดี่ยวแม้อยู่บ้านคนเดียว เพราะมีบ้านญาติๆ อยู่ในรั้วละแวกเดียวกัน กลางคืนก็ปิดไฟนอน ทุกคืนไหว้พระสวดมนต์ประจำ ก็รู้สึกดีมาก ๆ แม้จะนอนไม่ค่อยหลับและตื่นกลางคืนก็ตาม...” (ผู้สูงอายุจำนวน 2 คน)

“วันพระใหญ่ชอบไปวัด เดินไปใช้ไม้เท้า...เจอเพื่อนพูดคุยกัน สนุกดี บางครั้งก็ชวนกันคุยเรื่องการดูแลสุขภาพ วัตถุประสงค์บ้านอุ่นใจและรู้สึกดีและปลอดภัยทางด้านจิตใจเมื่ออายุมากขึ้น” (ผู้สูงอายุจำนวน 18 คน)

“...ลูกหลานโทรหาประจำทุกวัน ไม่เหงา ทำความสะอาดในบ้านและรอบบ้านเท่าที่ทำได้ ลูกหลานก็ส่งเงินมาทุกเดือน เลย์รู้สึกไม่กังวลทางด้านเศรษฐกิจ ลูกหลานช่วยเรื่องเงิน” (ผู้สูงอายุจำนวน 26 คน)

สำหรับด้านสังคม สิ่งที่มีผลต่อความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพผู้สูงอายุ คือ การมีสัมพันธภาพที่ดี สามารถทำตนเป็นประโยชน์ต่อลูกหลาน และชุมชน อีกทั้งหากเจ็บป่วยได้รับการดูแลยามบั้นปลาย เป็นสิ่งที่มีผลต่อความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังคำกล่าวของผู้สูงอายุต่อไปนี้

“...กลางคืนนอนไม่กลัวอะไรเลย เพราะมีญาติอยู่บ้านใกล้ๆ เพราะลูกไปนอนบ้านตัวเองในกลางคืน ไม่กังวลและรู้สึกปลอดภัย เพราะมีเพื่อนบ้าน...” (ผู้สูงอายุจำนวน 5 คน)

“...เมื่อตอนล้มกระดูกขาข้างขวาหัก ก็ให้หลานหรือญาติมาอยู่เป็นเพื่อน ดีที่เขาพึ่งได้ตลอดเมื่อเจ็บป่วย...” (ผู้สูงอายุจำนวน 19 คน)

“...เป็นประธานชมรมผู้สูงอายุในหมู่บ้านเก่า ตอนนี้อยู่ไม่ได้ทำแล้ว ไม่รู้สึกเหงา ไม่มีคุณค่า เพราะมีเพื่อนมาหาที่บ้านตลอด มาคุยทั่วไป หากเราหัวเข่าไม่เจ็บก็ไปหาเขาบ้าง...” (ผู้สูงอายุจำนวน 30 คน)

ตารางที่ 6 การวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic Analysis) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง

ประเด็น	ด้านร่างกาย	ด้านจิตใจ	ด้านสังคม
1	ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	ความภาคภูมิใจในการดำเนินชีวิตโดยไม่พึ่งพา	การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลรอบข้าง
2	ดูแลตนเองหรือควบคุมโรคที่เป็นอยู่ได้โดยพึ่งพาคนอื่นน้อยที่สุด	มีสิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจในยามบั้นปลาย	ทำตนประโยชน์ต่อบุคคลรอบข้างและชุมชนที่อาศัยอยู่
3	มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงในยามบั้นปลายของชีวิต	ใช้ชีวิตประจำวันได้โดยปราศจากความวิตกกังวลและความเครียด	ได้รับการดูแลยามบั้นปลายจากชุมชนและสังคมแวดล้อม

การอภิปรายผล

จากการวิเคราะห์ผลพบว่า ระดับความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุภาพรวมอยู่ในระดับดี ยังส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ดี และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความมั่นคงปลอดภัยทางด้านสุขภาพ (Health security) ระดับมาก เช่นเดียวกับความมั่นคงปลอดภัยทางด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental security) ที่อยู่ในระดับดีเป็นส่วนใหญ่ อีกทั้งระดับความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพด้านอื่นๆ เช่น ด้านการเมืองการปกครอง ด้านสังคมและชุมชน ด้านเศรษฐกิจ และด้านสุขภาพส่วนบุคคล พบว่า ปัจจัยด้านการเมืองการปกครอง สังคม ชุมชน เศรษฐกิจ และสุขภาพส่วนบุคคลมีผลต่อความมั่นคงปลอดภัยของมนุษย์ อย่างไรก็ตามมีเพียงด้านเดียวก็คือด้านการศึกษาความรู้ในชีวิตประจำวัน (Knowledge for living security) อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพด้านร่างกาย ผู้สูงอายุต้องการดูแลตัวเองโดยไม่ต้องพึ่งลูกหลานให้ได้มากที่สุด ถึงแม้ผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้นกว่าวัยอื่นๆ แต่ก็ยังสนใจในการหาความรู้เพิ่มเติม โดยเฉพาะในปัจจุบันนี้ที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (Covid-19) ความปลอดภัยจากโรคระบาดในระยะยาวก็คือ ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งผลจากสัมภาษณ์ยังพบอีกว่า ด้านร่างกายถือเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพ เช่น การประคับประคองอาการตนเองจากโรคเรื้อรัง การไม่เจ็บป่วยเพิ่มเติม หรือการอยากรักษาหรือคงสภาพร่างกายให้แข็งแรง ไม่เจ็บป่วยเพิ่มเติม ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ตัวชี้วัดความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพขององค์การอนามัยโลกเน้นเรื่องของความปลอดภัยจากโรคระบาดโควิด-19 (Haider et al., 2020) โดยมีความเกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมและภูมิประเทศที่อาศัยอยู่ อยู่ในที่อยู่อาศัยที่ไม่เสื่อมโทรม เช่น ห้องน้ำ และแหล่งกำจัดปฏิกูลที่ดีและถูกสุขลักษณะ อาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยจากภัยพิบัติ สอดคล้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกันทางด้านสังคม ซึ่งผู้สูงอายุต้องการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย เช่น การมีเพื่อนบ้านอาศัยในละแวกเดียวกัน หรือไม่ห่างจากกัน การมีลูกหลานหรือเพื่อนบ้านมาเยี่ยมและดูแลเมื่อเวลาเจ็บป่วย มีการศึกษาสังคมผู้สูงอายุหรือที่เรียกว่า

เมืองที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุ (Aged Friendly City) นั้นก็เน้นเรื่องความปลอดภัยของสภาพแวดล้อมทั้งในและนอกอาคาร ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตและความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุส่งผลด้านความปลอดภัยในการดำเนินชีวิตได้อีกด้วย (McDonald, Scharf, & Walsh, 2023) ยกตัวอย่างเช่น ด้านเศรษฐกิจผู้สูงอายุทั้งที่อยู่ในเมืองและชนบท ได้รับเงินสวัสดิการจากภาครัฐทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นคงด้านเศรษฐกิจเพิ่มมากขึ้น (Mutchler, Velasco, & Li, 2020) ผลการศึกษาครั้งนี้ทำให้เห็นว่า ผู้สูงอายุมีความมั่นคงปลอดภัยด้านอื่นๆ อยู่ในระดับดี จำเป็นต้องได้รับการดูแลส่งเสริมเพิ่มเติมในด้านการศึกษาคำถามในชีวิตประจำวัน การหาความรู้เพิ่มเติมของผู้สูงอายุในการดูแลตนเอง เช่น ความรู้ในการดูแลช่องปากของผู้สูงอายุ ความรู้ในเรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น ซึ่งความรู้ที่มีความเกี่ยวข้องกับทัศนคติและการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่ชอบศึกษาคำถามความรู้ในการดูแลตนเอง จะสามารถดูแลตัวเองเมื่อมีโรคประจำตัวได้ดีกว่า ถึงแม้ระดับการศึกษาไม่มีความแตกต่างของความสามารถในการดูแลตนเอง (อุษา จูฑะสุวรรณศิริ, 2565; Al-Hanawi et al, 2020; Ciolek & Lee, 2019; Huang, Liu, & Bo, 2020)

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นความแข็งแรงของสุขภาพลดลงโดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านสุขภาพ และด้านการศึกษาคำถามในชีวิตประจำวัน ผู้สูงอายุนั้นมีรายได้จากลูกหลานและเงินสวัสดิการภาครัฐประมาณน้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่เงินรายได้ที่ผู้สูงอายุได้รับจากการที่ลูกหลานส่งมาให้อยู่ที่ประมาณ 1,000-3,000 บาทต่อเดือน ถึงร้อยละ 31.73 และการจัดสวัสดิการตามนโยบายของภาครัฐ สวัสดิการแห่งรัฐฯ ช่วยผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย ซึ่งอยู่ระหว่าง 3,000-5,000 บาท สอดคล้องกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้สูงอายุต้องการที่จะดูแลตนเองให้สามารถคงภาวะสุขภาพปัจจุบันและไม่เกิดโรคเพิ่มขึ้น และสุดท้ายปัจจัยทางด้านที่อยู่อาศัยนั้นก็ปัจจัยที่มีผลต่อความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งส่วนใหญ่ผู้สูงอายุนั้นอาศัยอยู่บ้านส่วนตัว และปัจจัยส่วนบุคคลด้านโรคประจำตัว ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค มีความสัมพันธ์กับความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพ ภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปส่วนใหญ่มีผลต่อทางปัญญาและความต้องการในการเรียนรู้ต่ำกว่าวัยอื่นๆ ทั้งนี้สามารถพัฒนาได้ในผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้น (Hertzog, Kramer, Wilson, & Lindenberger, 2008) และจากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความรอบรู้ทางด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป (กฤษฎา เจริญรื่น, 2566) เช่นเดียวกับการประกอบอาชีพ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพเมื่ออายุ 60 ปีขึ้นไปซึ่งมีผลต่อการดูแลตนเองเมื่ออายุมากขึ้น ผลจากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปนั้นคืออาชีพ การทำงานที่มากขึ้นจากการประกอบอาชีพ (สุภาภรณ์ พันธรัตน์ และคณะ 2562) ซึ่งระดับรายได้และสุขภาพที่แตกต่างกันส่งผลกระทบต่อสถานการณ์ความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพผู้สูงอายุ (อุไรวรรณ อมรมิตร, ณัฐสินี แสนสุข และธนศักดิ์ รังสีพรหม, 2565) ปัจจัยด้านที่อยู่อาศัยสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่าด้านจิตใจ โดยเฉพาะที่อยู่อาศัยหากมีเพื่อนบ้านอาศัยอยู่ด้วย จะรู้สึกมั่นคงปลอดภัยยิ่งขึ้น

อย่างไรก็ตามปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา และโรคประจำตัวนั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับสถานภาพ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุ

มีสถานะภาพสมรส เนื่องจากถึงแม้ว่าเพศหญิงจะมีมากกว่าเพศชายแต่ ก็ไม่ได้มีผลต่อความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุ จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้สูงอายุเพศชายมีความมั่นคงทางการเงินน้อยกว่าผู้สูงอายุหญิง มีความเสียเปรียบทางด้านรายได้มากกว่า (จารุวรรณ ศรีภักดี และ ปัทพร สุคนธมาน, 2560) ก็ระบุไม่ได้ว่าปัจจัยทางสถานภาพมีผลต่อความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ความมั่นคงปลอดภัยในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในปัจจุบัน ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางสถานภาพการสมรส รายได้ และระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (เกษมณี นบน์อม และคณะ, 2565; กฤษณะพงษ์ ดวงสุภา และ สยามภู ไสหา, 2564) แต่ทั้งนี้ผลการศึกษาไม่ได้รับถึงผลกระทบหรือสัมพันธ์กับความมั่นคงปลอดภัยทางด้านสุขภาพ ยกตัวอย่างเช่น แบบแผนการรับประทานอาหารกับการคิดวิเคราะห์ทางสมองของผู้สูงอายุ จากอายุที่มากขึ้นพบว่า ไม่ได้มีความเกี่ยวข้องกับระดับการศึกษา (Chen, Maguire, Brodaty, & O'Beary, 2019) เนื่องจากผู้สูงอายุได้รับการถ่ายทอดความรู้ในการดูแลตนเองส่วนหนึ่งจากครอบครัว คนรอบข้างและชุมชน

ปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพ พบว่ายังมีปัจจัยทางด้านร่างกายที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลตนเองหรือควบคุมโรคที่เป็นอยู่ได้โดยพึ่งพาคนอื่นน้อยที่สุด ซึ่งมีผลต่อความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้านจิตใจที่อาจส่งผลต่อความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุพบว่า มีผลต่อความภาคภูมิใจในการดำเนินชีวิตโดยมาพึ่งพา เป็นหนึ่งในความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ในขั้นที่ 3 ของทฤษฎีมาสโลว์ (Maslow's Hierarchy of Need Theory) สุดท้ายปัจจัยทางด้านสังคม การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลรอบข้าง การทำตนเป็นประโยชน์ต่อบุคคลรอบข้างและชุมชนที่อาศัยอยู่ และได้รับการดูแลยามบั้นปลายจากชุมชนและสังคมแวดล้อม สิ่งเหล่านี้มีผลต่อความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมีผลต่อภาวะสุขภาพและความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพ และความสามารถที่จะพัฒนาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำที่ยากและซับซ้อนยิ่งขึ้น (Arena & Lavie, 2021; Oliveira, Nossa, & Mota Pinto, 2019) อีกทั้งหากผู้สูงอายุมีความรู้สึกละอายใจในตนเองในระดับต่ำ จะมีผลต่อความเครียดต่อสถานการณ์ต่างๆ อันส่งผลทั้งโดยตรงและทางอ้อมต่อความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุ (พงศ์พัฒน์ ตาโน, ธนภัทร โคตรสิงห์, ดุจเดือน พันธมนาวิน และดวงเดือน พันธมนาวิน, 2566; Apaolaza, Hartmann, D'Souza, & Gilsanz, 2019; Gurung et al, 2019) ปัจจัยทางสังคมทำให้ผู้สูงอายุมีลักษณะสำคัญในการทำงานของจิตในทางบวก คือ การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นหรือกับคนรอบข้าง ซึ่งเป็นการเตรียมความพร้อมที่ดีให้กับผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิตที่มีคุณค่ามีประโยชน์ต่อสังคมส่งผลให้เกิดความรู้สึกละอายใจที่มั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุ (นิวัติ ไชยแสง และอุบลทิพย์ ไชยแสง, 2021; ปัทมา ภูมิพัฒน์ผล และบุญเอื้อ บุญฤทธิ์, 2564)

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านบริการสุขภาพ ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถทำให้เกิดความเข้าใจและความตระหนักถึงปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ รายได้ การประกอบอาชีพ และโรคประจำตัว นั้นมีผลต่อความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านต่างๆ เช่น หน่วยงานทางด้านสุขภาพทั้งภาครัฐและภาคเอกชน กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของ

มนุษย์ กรมกิจการผู้สูงอายุ เป็นต้น ในการวางแผนและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2. ด้านการศึกษา สามารถนำความรู้เรื่องปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อความมั่นคงทางสุขภาพที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง เช่น หน่วยงานสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล องค์การบริหารส่วนจังหวัด ยกตัวอย่าง ด้านนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุ จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความมั่นคงทางด้านเศรษฐกิจ เงินสวัสดิการแห่งรัฐและรายได้เสริม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่มีอายุ 60-69 ปีส่วนใหญ่มักประกอบอาชีพและต้องการรายได้เสริมเพื่อเพิ่มความมั่นคงทางเศรษฐกิจในการดำรงชีวิตประจำวัน สำหรับผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 70 ปีไม่ได้ประกอบอาชีพและต้องการเงินสวัสดิการที่เพียงพอในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยเป็นข้อมูลให้ภาครัฐ เอกชนหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลให้การสนับสนุนช่วยเหลือในด้านต่างๆ เป็นต้น ในการกระจายรายได้ จัดสรรงบประมาณ และเพิ่มยุทธศาสตร์ในการพัฒนาความมั่นคงปลอดภัยทางด้านเศรษฐกิจสำหรับผู้สูงอายุ

3. ด้านการวิจัย ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปต่อยอดในการศึกษาวิจัยในด้านต่างๆ หรือการพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมในการพัฒนาและส่งเสริมปัจจัยส่วนบุคคล สำหรับหน่วยงานทางด้านสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เช่น การดูแลสุขภาพในอายุที่มากขึ้น การเพิ่มช่องทางรายได้ในการดูแลผู้สูงอายุ และโรคประจำตัวในการจัดโปรแกรมส่งเสริมความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน เช่น ความรู้เรื่องโรคเรื้อรังต่างๆ ความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ความรู้ในการพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมทางสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยข้อมูลวิจัยที่ได้ในด้านต่างๆ สามารถนำไปศึกษาเพิ่มเติมและศึกษาในด้านความมั่นคงทางด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสุขภาพทางกาย ด้านสุขภาพะส่วนบุคคล ด้านความรู้ที่ใช้ในชีวิตประจำวัน ด้านการเมืองการปกครอง ด้านสังคมและชุมชน และด้านเศรษฐกิจ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ผู้วิจัยสามารถเพิ่มกรอบแนวคิดปัจจัยอื่นๆ เช่น วัฒนธรรม ความเชื่อ ประเพณี หรือภูมิปัญญาท้องถิ่นมีผลต่อการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยหรือไม่เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพ ผู้วิจัยสามารถต่อยอดโดยการลงรายละเอียดตามรายด้าน ได้แก่ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านความรู้ที่ใช้ในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน และด้านสังคม ที่มีผลต่อความมั่นคงปลอดภัยทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน หรือในโรงพยาบาลได้

เอกสารอ้างอิง

- Apaolaza, V., Hartmann, P., D'Souza, C., & Gulsanz, A. (2019). Mindfulness, compulsive mobile social media use, and derived stress: The mediating roles of self-esteem and social anxiety. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 22(6), 388-396.
- กาญจนา ปัญญาธร, ชลกร ทรงศรี. (2563). การดูแลสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ตำบลบ้านดาด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท*, 2(2), 41-52.

เอกสารอ้างอิง

- เกษมณี นบน์อม, สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์, ภัทรพล โพนไพรสันต์, สุไวยรินทร์ ศรีชัย. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในเขตตำบลสะเดาใหญ่ อำเภออุซันต์ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 8(4), 65-84.
- กฤษฎา เจริญรื่น. (2566). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลกุดชุมภู อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา*, 3(2), 1-13.
- กฤษณะพงษ์ ดวงสุภา, สยาม ใสทา. (2564). การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมสูงวัยของประชากรก่อนวัยสูงอายุอำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, 17(1), 52-63.
- จารุวรรณ ศรีภักดี, ปัทพร สุนธมาน. (2560). ความอยู่ดีมีสุขทางด้านเศรษฐกิจของสตรีไทยวัยสูงอายุ. *วารสารประชากรศาสตร์*, 33(2), 55-80.
- เชษฐ รัชดาพรณานิกุล, ศรีนิญา เฟ่งสุก. (2559). การจัดการเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพของผู้สูงอายุในสังคมไทย. *วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล*, 1(1), 1-11.
- นิวัติ ไชยแสง, อุบลทิพย์ ไชยแสง. (2021). การพัฒนาแนวทางส่งเสริมการดำเนินชีวิตเพื่อสร้างเสริมสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุเทศบาลนคร ยะลา จังหวัดยะลา. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 43(3), 139-153.
- ปัทมา ภูมิพัฒน์ผล, บุญเอื้อ บุญฤทธิ์. (2564). รูปแบบการจัดการความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ. *วารสาร มจรอุบลปริทรรศน์*, 6(3), 649-661.
- พงศ์พัฒน์ ตาโน, ธนภัทร โคตรสิงห์, ดุจเดือน พันธมนาวิน, ดวงเดือน พันธมนาวิน. (2566). ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จวัยชราเชิงพุทธของผู้เข้าร่วมโครงการโรงเรียนผู้สูงอายุ ในจังหวัดเชียงราย. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร*, 11(6), 2443-2453.
- วิภาณันท์ ม่วงสกุล. (2558). การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังด้วยแนวคิดพหุพลัง. *วารสารวิจัยสังคม*, 38(2), 93-112.
- วิไลวรรณ อิศรเดช. (2565). ผู้สูงอายุกับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม. *วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ*, 7(12), 147-161.
- วีรยุทธ คำแก้ว, ราชนทร์ นพณัฐกร. (2564). ความต้องการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุเขตสัมพันธวงศ์กรุงเทพมหานคร. *วารสารวิชาการธรรมทรรณ*, 21(1), 15-28.
- ศุทธิดา ขวนวัน, ภัณญา อภิพรชัยสกุล, กาญจนา เทียนลาย, ภัทรพร ตาสิงห์. (2561). โครงการ “การดูแลผู้สูงอายุในครัวเรือนซึ่งมีรูปแบบการอยู่อาศัยที่หลากหลายในสังคมไทย เพื่อประเมินความเข้มแข็งและความต้องการสนับสนุนของครัวเรือน”: รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์. สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม.

เอกสารอ้างอิง

- สุภาภรณ์ พันธรัตน์, สุธรรม นันทมงคลชัย, โชคชัย นันทมงคลชัย, โชคชัย หมั่นแสงทรัพย์, พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญ เสริมศักดิ์, ศุภชัย ปิตกุลตัง. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพทำสวนผลไม้ในจังหวัดจันทบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(1), S6-S13.
- สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2558). แผนยุทธศาสตร์ความมั่นคงของมนุษย์. สืบค้นเมื่อวันที่ 13 กันยายน 2566 จากเว็บไซต์ <https://pr.moph.go.th/?url=main/index/>
- อุษา จุฑะสุวรรณศิริ. (2565). ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตธนบุรี. *วารสารวิจัยราชภัฏรำไพพรรณี*, 8(2), 111-126.
- อุไรวรรณ อมรมิตร, ณัฐสินี แสนสุข, ธนศักดิ์ รังสีพรหม. (2565). การศึกษาความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ. *วารสารสังคมศาสตร์*, 11(1), 116-127.
- Arena, R., Lavie, C. J., & HL-PIVOT Network. (2021). The global path forward - Healthy living for pandemic event protection (HL-PIVOT). *Progress in cardiovascular diseases*, 64, 96-101. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2020.05.008>
- Al-Hanawai, M.K., Angawi, K., Alshareef, N., Qattan, A.M., Helmy, H. Z., Abudawood, Y., & Alsharqi, O. (2020). Knowledge, attitude and practice toward Covid-19 among the public in the Kingdom of Saudi Arabia: A cross-sectional study. *Frontiers in public health*, 8, 217.
- Chen, X., Maguire, B., Brodaty, H., & O'Leary, F. (2019). Dietary patterns and cognitive health in older adults: A systematic review. *Journal of Alzheimer's disease*, 67(2), 583-619.
- Ciolek, C.H., & Lee, S.Y. (2019). Cognitive issues in the older adult. *Guccione's geriatric physical Therapy E-book*, 425.
- Gurung, U.N., Sampath, H., Soohinda, G., & Dutta, S. (2019). Self-esteem as a protective factor against adolescent psychopathology in the face of stressful life events. *Journal of Indian association for child and adolescent mental health*, 15(2), 34-54.
- Haider, N., Yavlinsky, A., Chang, Y. M., Hasan, M.N., Benfield, C., Osman, A.Y., et al. (2020). The global health security, index and joint external evaluation score for health preparedness are not correlated with countries COVID-19 detection response time and mortality outcome. *Epidemiology and infection*, 148, e210. <https://doi.org/10.1017/S0950268820002046>
- Hertzog, C., Kramer, A.F., Wilson, R.S., & Lindenberger, U. (2008). Enrichment effects on adult cognitive development: Can the functional capacity of older adults be preserved and enhanced. *Psychological science in the public interest*, 9(1), 1-65.

เอกสารอ้างอิง

- Huang, X., Liu, J., & Bo, A. (2020). Living arrangements and quality of life among older adults in China: dose social cohesion matter. *Aging & mental health*, 24(12), 2053-2062.
- McDonald, B., Scharf, T., & Walsh, K. (2023). Older people's lived experience and the world health organization age-friendly policy framework: A critical examination of an age-friendly country program in Ireland. *Aging & society*, 43(8), 1784-1809.
- Muichler, J., Velasco Roldan, N., & Li, Y. (2020). Living below the line: Racial and ethnic disparities in economic security among older American, 2020.
- Oliveira, A.A.D., Nossa, P. N. M. D. S., & Mota Pinto, A. (2019). Assessing functional capacity and factors determining functional decline in the elderly: A cross-sectional study. *Acta medica portuguesa*, 32(10), 654-660.
- United Nations Population Found. (2017) Aging. Retrieved from <https://www.un.org/humansecurity/wp-content/uploads/2017/10/h2.pdf>.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (UNDP). (2021). World population aging 2020 highlights. New York: United Nations.
- World Health Organization. (2017). Thailand: WHO statistical profile. Retrieved from <https://www.who.int/gho/countries/tha.pdf?ua=1>