

รูปแบบการจัดการความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

MANAGEMENT MODEL FOR HEALTH SECURITY OF THE ELDERLY

¹ปัทมา ภูพิพัฒน์ผล และ ²บุญเอื้อ บุญฤทธิ์

¹Pattama Pupipatphol and ²Boonaue Boonrith

มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต, ประเทศไทย
Kasem Bundit University, Thailand

¹pttm.pu@gmail.com

Received September 10, 2021; Revised November 2, 2021; Accepted December 1, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล สวัสดิการผู้สูงอายุ ปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุ นโยบายสาธารณะมาตรการต่างๆ กับรูปแบบการจัดการความมั่นคงด้านสุขภาพของกลุ่มเขตกรุงเทพมหานคร 2) เพื่อวิเคราะห์รูปแบบการจัดการความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเขตกรุงเทพมหานครให้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง 3) เพื่อหาปัจจัยที่ร่วมกันพยากรณ์ความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถาม จำนวน 384 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างโดยใช้สัดส่วนความน่าจะเป็น (Probability Random Sampling) และผู้สูงอายุที่ให้ข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ จำนวน 15 คน เครื่องมือเป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล รูปแบบการจัดการความมั่นคงด้านสุขภาพด้านสุขภาพของผู้สูงอายุและแบบสัมภาษณ์ เครื่องมือทุกชุดผ่านการทดสอบความเที่ยงด้านเนื้อหา (Item Objective Congruence Index) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ทั้งฉบับเท่ากับ .82 ค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ครอนบาคของอัลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ .85 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมติฐานด้วยค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการวิเคราะห์แบบพหุคูณที่ระดับนัยยะสำคัญทาง

¹ นักศึกษาหลักสูตรปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชานโยบายสาธารณะและการจัดการ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

² พันเอก อาจารย์ ดร., สาขาวิชานโยบายสาธารณะและการจัดการ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต

สถิติที่ .05 ผลการวิจัย พบว่า 1) รูปแบบการจัดการความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุของความคิดเห็นโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.73$, $SD = .53$) 2) นโยบายสาธารณะมาตรการด้านต่างๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับรูปแบบการจัดการความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .648^{**}$, $p = .000$) 3) ปัจจัยที่สามารถร่วมกับการพยากรณ์ความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ มีตัวแปรสวัสดิการผู้สูงอายุ ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุและนโยบายสาธารณะและมาตรการต่าง ๆ ซึ่งตัวแปรทั้ง 3 สามารถร่วมกัน การพยากรณ์รูปแบบการจัดการความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = .000$) สามารถอธิบายความผันแปรของรูปแบบการจัดการความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 52.5 ($R^2 = 0.525$)

ผลการวิจัยนี้ทำให้ทราบถึงความสัมพันธ์และปัจจัยพยากรณ์ของสวัสดิการผู้สูงอายุ ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ นโยบายสาธารณะและมาตรการต่าง ๆ มีผลต่อรูปแบบการจัดการความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ มีผลนำไปประยุกต์ใช้ในการบริการที่ผู้สูงอายุต้องการการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่หรือทีมดูแลสุขภาพ ให้ได้สอดคล้องกับวิถีและวัฒนธรรมและคุณค่าของผู้สูงอายุในสังคม

คำสำคัญ : สุขภาพของผู้สูงอายุ; ความมั่นคงด้านสุขภาพ

Abstract

The objectives of this research included: 1) to study the relationship of personal factors, welfare for the elderly, problems and needs of the elderly, public policies, measures and the health security management model of the eastern Bangkok area; 2) to analyze the health security management model of the elderly in the eastern Bangkok area to be continuously effective; 3) to study common factors for predicting the health security of the elderly in the eastern Bangkok area. It was a mixed methods research. The sampling group were 384 elderly people selected through probability random sampling and 15 key informants through interviews. The research instruments were questionnaires consisting of: personal information; health security model of the elderly; and interview forms. All the instruments were tested through the Item Objective Congruence Index by 3 experts with the total validity = .82. The reliability was tested through Cronbach's Alpha Coefficient with the total value of reliability = .85. The statistics used in data analysis were percentage, mean, standard deviation, hypothesis testing through Pearson's correlation coefficient values and multiple regression with statistical significance at .05. The findings of this research were as follows. 1) The overall management model of health security of elderly

was at moderate level ($\bar{X} = 3.73$, $SD = .53$). 2) Public policies and measures had a positive relation at a moderate level with health security management model for the elderly with statistical significance at .01 ($r = .648^{**}$, $p = .000$). 3) Common factors for predicting the health security of the elderly including variables in welfare for the elderly, problems and needs of the elderly, public policies and measures. All these three variables could commonly predict the health security of the elderly with statistical significance (p -value $= .000$) that could explain the variance of the management model of health security for the elderly at 52.5 percent ($R^2 = 0.525$). This research indicated that the relationship and factors for predicting the welfare of the elderly, problems and needs of the elderly, public policies and measures affected the management model of health security for the elderly. This could be applied in providing services for the elderly that the elderly themselves needed the support from officials or healthcare teams in accordance with way of life, culture and the values of the elderly in society.

Keywords : Health of the Elderly, Health Security

บทนำ

ผู้สูงอายุเป็นจำนวนประชากรที่เพิ่มมากขึ้นทุกปี จากสถานการณ์ด้านโครงสร้างประชากรปัจจุบันของประเทศไทย ประชากรรวม 66.18 ล้าน มีจำนวนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป เท่ากับ 10.22 ล้านคน เท่ากับ 15.55% ของประชากรรวม จำนวน 65 ปีขึ้นไปเท่ากับ 6.3 ล้านคนคน เท่ากับ 9.77% ของประชากรรวม ตามนิยามของ UN ถือว่าประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์แล้ว Aged Society (ประพนธ์ ตั้งศรีเกียรติกุล, 2557: [ออนไลน์]) ทำให้ทุกหน่วยงาน ต้องมีแผนงานในการรองรับกับการเข้าสู่ประชาคมผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากรของประเทศไทยที่ผ่านมาสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ โดยในปี พ.ศ. 2553 มีสัดส่วนผู้สูงอายุ อยู่ที่ร้อยละ 10.7 ของประชากรรวมหรือ 7.02 ล้านคน และในปี 2555 เป็นร้อยละ 12.8 ซึ่งเป็นสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดด ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุจากรายงานสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข สำหรับประชากรไทยกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป โรคที่ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียสุขภาพ 5 อันดับแรก ในผู้ชาย ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง เบาหวาน และโรคมะเร็ง ตับ ในส่วนเพศหญิง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ สมองเสื่อม และโรคซึมเศร้าตามลำดับ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552: 16)

นอกจากนี้ บทสรุปแผนงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กลุ่มผู้สูงอายุ พ.ศ.2557 (กระทรวงสาธารณสุข, 2557: 54) ได้กล่าวถึง ภาวะคุกคามด้านการดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบันประกอบด้วย 1) ระบบการดูแลรักษาผู้สูงอายุยังไม่แตกต่างจากกลุ่มอายุอื่น มุ่งเน้นการรักษา

โรค (Disease Management) มากกว่าการรักษาแบบ Case Management 2) มาตรฐานในการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการและในชุมชน ต้องการการพัฒนา 3) ระบบและรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนต่างๆ 4) บุคลากรที่มีองค์ความรู้ และทักษะในการดูแลรักษาผู้สูงอายุ 5) รูปแบบของบริการสาธารณสุขในอนาคต เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ เพื่อชะลอการเสื่อมของร่างกายและจิตใจมีการเสนอแนวทางการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคให้กับผู้สูงอายุทั้งทางร่างกายและจิตใจ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552: 18) ได้แบ่งการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้สูงอายุเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 1) การป้องกันโรคในระดับปฐมภูมิ หมายถึง การป้องกันโรคโดยการส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีตามควรแก่สภาพ ระยะเวลาที่มีสุขภาพโดยรวมให้ยาวนานที่สุดเท่าที่จะทำได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตั้งแต่ยังไม่มีโรค 2) การป้องกันโรคในระดับทุติยภูมิ หมายถึง การป้องกันโรคที่เกิดขึ้นแล้ว แต่ป้องกันไม่ให้พยาธิสภาพรุนแรงขึ้นด้วย การคัดกรองสุขภาพเป็นระยะเพื่อตรวจหาโรคและให้การดูแลรักษาโรคตั้งแต่ระยะแรก 3) การป้องกันโรคในระดับตติยภูมิ หมายถึง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การป้องกันการเกิดโรคซ้ำ ตลอดจนการป้องกันความพิการ ภาวะทุพพลภาพระยะยาวอาจเกิดในภายหลัง สำหรับปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ 5 อันดับแรก คือ ความวิตกกังวล ซึมเศร้านอนไม่หลับ ภาวะสมองเสื่อม ปัญหาเรื่องเพศ นอกจากนี้ จากการสำรวจสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติด้วยแบบคัดกรองความสับสน 15 ข้อ ในปี พ.ศ. 2554 คะแนนเฉลี่ยของ ผู้สูงอายุต่ำกว่าคนทั่วไปโดยประมาณ 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีความเปราะบางทางจิตใจ และมีสาเหตุมาจากปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง และคำนึงต่อสูงอายุในสังคมไทยเปลี่ยนแปลง การเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากรส่งผลต่อการพัฒนาประเทศในทุกๆ ด้าน ทั้งการแพทย์ เทคโนโลยี ที่ต้องรองรับกับสังคมผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพทั้งกายใจแบบองค์รวมความต้องการอาหารที่ถูกต้องตามโภชนาการ การมีสวัสดิการที่เหมาะสมกับอายุของผู้สูงอายุในแต่ละช่วง และที่สำคัญคือ ความมั่นคงในด้านสุขภาพ และความมั่นคงในด้านต่างๆ โดยไม่ต้องเป็นภาระแก่ผู้ใด และหรือเป็นภาระน้อยที่สุด อย่างไรก็ตามรัฐบาล หน่วยงานทั้งภาครัฐ และเอกชนได้มีการทำวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุ โดยสำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติได้กำหนดให้การสูงวัยของประชากรเป็นประเด็นสำคัญในการวิจัย รวมทั้งนโยบายยุทธศาสตร์การวิจัยของชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2555-2559) ได้กำหนดให้การวิจัยเรื่องสังคมผู้สูงอายุเป็นหนึ่งใน 13 กลุ่มเรื่อง ที่ควรมุ่งเน้นการวิจัยยุทธศาสตร์การวิจัยรายประเด็นด้านผู้สูงอายุและสังคม (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2560: 42)

นอกจากนี้ ยังได้มุ่งเน้นให้ความสำคัญในด้านต่างๆ แก่ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะความมั่นคงในด้านต่างๆ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิต เพื่อให้ผู้สูงอายุได้อยู่อย่างมีความสุข หลายๆ ประเทศให้ความสำคัญไปที่ประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น และคาดการณ์ในปี พ.ศ.2557 ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ Aged Society โดยสมบูรณ์แล้ว อย่างไรก็ตามนโยบายของรัฐบาลการรองรับกับการเปลี่ยนแปลงของการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุยัง

ไม่ครอบคลุม รูปแบบการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุมีข้อบ่งชี้จำกัด (สุชินทร์ พิทยานันท์, 2563: 21) แผนการบริการยังไม่เป็นระบบและรูปแบบที่ดีพอ ไม่สามารถกระจายได้อย่างทั่วถึงและตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง นอกจากนี้มาตรการการดูแลผู้สูงอายุ การจัดสวัสดิการยังมีความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษารูปแบบการจัดการความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อจะเป็นข้อมูลสามารถนำมาพัฒนาเป็นรูปแบบในการวางแผนการดูแลและสร้างความมั่นคงให้กับผู้สูงอายุและการเตรียมให้ผู้ที่จะเข้าสู่วัยผู้สูงอายุได้มีความพร้อมในการดูแลตนเองได้ตามอัตภาพและลดภาระการพึ่งพิงให้น้อยสุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล สวัสดิการผู้สูงอายุ ปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุ นโยบายสาธารณะมาตรการต่างๆ กับรูปแบบการจัดการความมั่นคงด้านสุขภาพของกลุ่มเขตกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อวิเคราะห์รูปแบบการจัดการความมั่นคงด้านสุขภาพของสุขภาพผู้สูงอายุเขตกรุงเทพมหานครให้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง
3. เพื่อหาปัจจัยที่ร่วมกันพยากรณ์ความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มเขตกรุงเทพมหานคร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสม (Mixed Method Research) การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) เสริมด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ดำเนินการศึกษาตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สูงอายุทั้งหมดมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มเขตกรุงเทพมหานคร แบ่งเป็น เพศชาย 9,381 คน เพศหญิง 7,712 คน รวมจำนวน 17,093 คน (สำนักงานเขตหนองจอก, 2559: [ออนไลน์]) ในที่นี้ขอใช้กลุ่มตัวอย่างจากประชากร กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุ ช่วงอายุ 60-69 ปี จำนวน 10,225 คน และกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุช่วงอายุ 70-79 ปี จำนวน 4,727 คนรวม 14,952 คน

กลุ่มตัวอย่าง การคัดเลือกด้วยวิธีการเลือกตัวอย่างกลุ่มตัวอย่างทั้ง 4 กลุ่ม โดยใช้การ Sampling Probability ด้วยการ Random Sampling กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

จากสูตรเครซีและมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970: 607-610) ที่ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5 % และที่ระดับความเชื่อมั่น 0.95

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) ผู้บริหารผู้เชี่ยวชาญนักวิชาการ ผู้ปฏิบัติงาน และผู้สูงอายุที่ให้สัมภาษณ์เจาะลึก จำนวน 15 คน ด้วยการสุ่มตัวอย่างโดย (Simple Random Sampling)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาในเชิงปริมาณ คือ แบบสอบถามเกี่ยวกับการจัดการความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพการสมรส รายได้ต่อเดือน ระดับการศึกษา และสิทธิการรักษา ลักษณะเป็นแบบให้รายการ (Check list)

ส่วนที่ 2 เกี่ยวกับรูปแบบการจัดการความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ลักษณะแบบสอบถามประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาในเชิงคุณภาพ คือแบบสัมภาษณ์

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรม SPSS ด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ดังนี้

3.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ (Percentage)

3.2 วิเคราะห์สภาพปัญหา ความคิดเห็นและทัศนคติของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม โดยหา ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) อธิบายระดับของปัญหาในแต่ละกลุ่ม และระดับความคิดเห็นและทัศนคติของการประกอบการในด้านต่าง ๆ เพื่อยืนยันผลการวิเคราะห์ข้อมูลกับการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องว่ามีความสอดคล้อง ซึ่งสังเกตได้จากค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ที่มีจำนวนสูง หรือขัดแย้ง ซึ่งสังเกตได้จากค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ที่มีจำนวนน้อย

3.3 สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยนำคะแนนของผู้ตอบแบบสอบถาม หาค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ค่าการกระจายที่สมมาตร (Skewness) ค่าความสูงของการกระจาย (Kurtosis) และค่าความแปรปรวน (Variance) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ โดยใช้สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

จากผลการวิจัยเรื่องการจัดการความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโดยวิธีวิจัยแบบผสม (Mixed Research) ผ่านการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) เสริมด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) สรุปผล ดังนี้

1. การจัดการความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ แสดงดังตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการจัดการความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนี้

(n = 384)

รูปแบบการจัดการความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ	$\bar{X}$	SD.	ระดับ
ด้านสวัสดิการของผู้สูงอายุ	3.84	.86	สูง
ด้านปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ	4.09	.34	สูง
ด้านนโยบายสาธารณะและมาตรการด้านต่าง ๆ	3.30	.89	ปานกลาง
ด้านการจัดการความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ	3.64	.52	สูง
รวม	3.72	.53	สูง

จากตารางที่ 1 พบว่ารูปแบบการจัดการความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุของความคิดเห็นโดยรวมอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.73 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .53 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 4.09 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .34 ระดับสูงรองลงมาเป็นด้านสวัสดิการของผู้สูงอายุ ด้านการจัดการความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และนโยบายสาธารณะและมาตรการด้านต่าง ๆ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.84, 3.64 และ 3.30 ตามลำดับ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .86, .52 และ .89 ตามลำดับ

1.1 รูปแบบการจัดการความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุกรุงเทพมหานครกลุ่มเขตกรุงเทพมหานครตะวันออกควรครอบคลุมกับลักษณะเฉพาะความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละช่วงวัยใน 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการและรัฐวิสาหกิจที่เกษียณ กลุ่มเกษตรกร กลุ่มผู้ไม่มีอาชีพและอื่นๆ ซึ่งมีระดับความต้องการรับบริการด้านสุขภาพแตกต่างกันอันเป็นรูปแบบที่สามารถตอบโจทย์ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มได้ รวมทั้งควรมีสวัสดิการและมาตรการตามนโยบายที่เหมาะสม

1.2 ปัจจัยสวัสดิการของผู้สูงอายุ ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุและนโยบายสาธารณะมาตรการด้านต่างๆ มีความสัมพันธ์กับรูปแบบการจัดการความมั่นคงด้าน

สุขภาพของผู้สูงอายุ ($r = .648$) โดยเฉพาะด้านปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ จะต้องครอบคลุมปัญหาด้านสุขภาพ มีช่องทางสำหรับการรับปัญหาข้อร้องเรียนข้อคิดเห็นที่เพียงพอ การเดินทางสะดวก และตอบสนองความต้องการบริการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มและช่วงวัยของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการอย่างครอบคลุมตามบริบทของกรุงเทพมหานครตะวันออก ที่มีพื้นที่กว้าง การเข้าถึงการบริการรวมทั้งการสื่อสารที่ยากลำบาก ขาดคนกลางช่วยประสานทำความเข้าใจกับผู้สูงอายุ

1.3 ปัจจัยที่ส่งเสริมความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในบริบทของผู้สูงอายุ กลุ่มเขตกรุงเทพมหานครตะวันออก ซึ่งมีความสัมพันธ์กันจากการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณ ($= .725$) อันสามารถทำนายหรือพยากรณ์ตัวแปรรูปแบบการจัดการความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} = 000$) ผ่านการวิจัยเชิงปริมาณ (Qualitative Research) เสริมด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) จากผู้ให้ข้อมูลใน 3 ด้านหลัก ได้แก่ 1) ด้านปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ได้แก่ การคำนึงถึงปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ มีช่องทางสำหรับการรับปัญหาข้อร้องเรียน ข้อคิดเห็นหลายช่องทางการบริการขนส่งมวลชน และการเป็นสมาชิกของชมรมต่างๆ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ 2) ด้านสวัสดิการของผู้สูงอายุ ได้แก่ การมีสวัสดิการในการรักษาพยาบาล มีความหลากหลาย และการลดความซับซ้อนของการบริการส่งต่อบริการ ที่สามารถเข้าถึงได้ และ 3) ด้านนโยบายสาธารณะและมาตรการต่างๆ ได้แก่ มีการส่งเสริมสุขภาพตามวัยในแต่ละกลุ่มอายุ การเข้าถึงนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และการสามารถขอคำปรึกษาด้านสุขภาพได้ตลอดเวลา

2. การสัมภาษณ์เชิงลึกรูปแบบการจัดการความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ การขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุยังมีปัญหาที่ไม่เอื้อต่อความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อให้ความมั่นคงของผู้สูงอายุมีรูปแบบที่ชัดเจนสิ่งที่ควรนำมาพิจารณา ได้แก่

2.1 ประชาชนทั่วไป 1) ประชาชนทั่วไปยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และการเตรียมตัวเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุ 2) ขาดการวางแผนการดำเนินชีวิตหลังเกษียณหรือหลัง 60 ปี 3) ไม่มีการจ้างงานผู้สูงอายุ หรือมีตลาดแรงงานผู้สูงอายุ ทำให้ขาดโอกาสในการทำงานส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกด้อยคุณค่า 4) ขาดความร่วมมือระหว่างภาคประชาชน ภาครัฐบาล หน่วยงานรัฐบาลและภาคเอกชน 5) เศรษฐฐานะที่ไม่เท่าเทียมกัน ยังมีความเหลื่อมล้ำในกลุ่มผู้สูงอายุ

2.2 ชุมชน 1) ไม่มีการใช้ที่ชุมชนสาธารณะให้เกิดประโยชน์กับผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและคุ้มค่า 2) ขาดการนำสิ่งที่ดีงามของชุมชน ในแบบพหุสังคมมาใช้ให้เกิดประโยชน์และคุณค่าต่อผู้สูงอายุและชุมชน 3) การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ 4) ขาดผู้นำหรือผู้ประสานงานในชุมชนระหว่างผู้สูงอายุกับหน่วยบริการ

2.3 หน่วยงานรัฐบาล 1) ขาดแคลนทรัพยากรบุคลากรในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะแพทย์ด้านผู้สูงอายุ และพยาบาลวิชาชีพ สัดส่วนในการดูแลไม่เหมาะสม ผู้สูงอายุ

เพิ่มมากขึ้นการผลิตบุคลากรไม่เพียงพอ 2) ขาดการส่งเสริมพัฒนาบุคลากรในหน่วยงานรัฐบาล ในการบริการสุขภาพผู้สูงอายุทั้งระยะสั้น ระยะยาว 3) นโยบายขาดการติดตามต่อเนื่อง 4) กำหนดพื้นที่การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ และการควบคุมมาตรฐานการกำกับในภาคเอกชน 5) ตรวจประเมินคุณภาพตามมาตรฐานที่กำหนด

2.4 ภาคเอกชน 1) ความร่วมมือภาคเอกชนกับเอกชน เอกชนกับประชาชน เอกชนกับหน่วยงานรัฐบาลและประชาชน 2) ปฏิบัติตามข้อกำหนดและมาตรฐานการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ 3) รับการตรวจประเมินเพื่อพัฒนาคุณภาพตามกำหนดอย่างต่อเนื่อง

อภิปรายผล

การวิจัยเรื่องการจัดการความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ มีประเด็นที่สามารถนำมาอภิปรายผล ดังนี้

1. รูปแบบการจัดการความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า รูปแบบการจัดการความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ต้องเหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุกลุ่มเขตกรุงเทพมหานครนอก ครอบคลุมกับลักษณะเฉพาะความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละช่วงวัยใน 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการและรัฐวิสาหกิจที่เกษียณ กลุ่มเกษตรกร กลุ่มผู้ไม่มีอาชีพและอื่นๆ ซึ่งกลุ่มและช่วงวัยมีระดับความต้องการรับบริการด้านสุขภาพแตกต่างกัน ดังนั้นรูปแบบต้องสามารถตอบโจทย์ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มได้ รวมทั้งควรมีสวัสดิการและมาตรการตามนโยบายที่เหมาะสม ซึ่งตรงตามยุทธศาสตร์ กรมกิจการผู้สูงอายุ 20 ปี พ.ศ.2561-2580 ของกรมกิจการผู้สูงอายุ (2560: 12) ได้กำหนดนโยบายและแผนหลักแนวทางปฏิบัติตลอดจนประสานงานติดตามและประเมินผลเกี่ยวกับการคุ้มครองส่งเสริมการสนับสนุนสถานภาพบทบาทและกิจกรรมของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครองการส่งเสริมการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ (1) การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่จะเอาใจใส่ให้ความสะดวกรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ (2) การศึกษาการศาสนาและข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต (3) การประกอบอาชีพหรือฝึกอาชีพที่เหมาะสม (4) การพัฒนาตนเองและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมการรวมกลุ่มในลักษณะเครือข่ายหรือชุมชน(5) การอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยโดยตรงแก่ผู้โดยสารในอาคารสถานที่ยานพาหนะหรือการบริการสาธารณะอื่น ๆ (6) การช่วยเหลือด้านค่าโดยสารยานพาหนะตามความเหมาะสม (7) การยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐ (8) การช่วยเหลือผู้สูงอายุซึ่งได้รับอันตรายจากการถูกทารุณกรรมหรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยไม่ชอบด้วยกฎหมายหรือถูกทอดทิ้ง (9) การให้คำแนะนำปรึกษาดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในทางคดีหรือในแนวทางการแก้ไขปัญหาครอบครัว (10) การจัดที่

พักอาศัย อาหารและเครื่องนุ่งห่มให้ตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง(11) การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพ เป็นรายเดือนอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม (12) การสงเคราะห์ในการจัดการการศพตาม ประเพณี (13) อื่นๆตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนดไว้ สอดคล้องกับแนวคิดของ World Health Organization. (2007) นโยบายการที่ประชากรกลุ่มผู้สูงอายุจะมีสุขภาพที่ดีนั้น ต้องประกอบด้วยมีสุขภาพทางด้านร่างกายที่ดี มีสุขภาพทางด้านจิตใจที่สมบูรณ์ ลักษณะ ภาวะการณืพึ่งพา ความมีสัมพันธภาพในสังคม และสภาพสิ่งแวดล้อมรอบตัวและมีอีกหลายๆ ปัจจัยที่ส่งผลต่อความมั่นคงของผู้สูงอายุ ซึ่งรัฐบาลต้องมึนโยบายและการจัดรูปแบบเพื่อการ รองรับกับกลุ่มประชากรผู้สูงอายุและการส่งเสริมสุขภาพ การเตรียมตัวก่อนเข้าสู่การเป็น ผู้สูงอายุ และมีข้อเสนอแนะแก่ทุกประเทศว่าควรมีนโยบายแผนการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ และการจัดรูปการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้ในเบื้องต้น สอดคล้องกับงานวิจัยของสุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน (2560:57-69) ศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบ การดูแลผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จากกลุ่ม ตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุ 40 คน เป็นการสุ่มอย่างเจาะจงและได้รับการส่งเสริม ให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงการดูแลผู้สูงอายุโดยการจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุ 6 กิจกรรม 1) การให้ ความรู้ 2) การพบประผู้สูงอายุ ที่วัด 3) การส่งเสริมคุณค่าผู้สูงอายุ 4) กิจกรรมกลุ่มพบประ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ 5) การสร้างต้นแบบ ในการดูแลผู้สูงอายุการใช้สมุนไพรพื้นบ้าน 6) การ สร้างเสริมสุขภาพและสันทนาการ ผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยบทบาทผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลมีความรู้เฉลี่ยหลังใช้รูปแบบการดูแลสูงขึ้นอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ ($T=12.22$; $P\text{-value} < .001$) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ สูงขึ้นในทุกๆ ด้าน

2. เพื่อวิเคราะห์รูปแบบการจัดการความมั่นคงด้านสุขภาพของสุขภาพผู้สูงอายุให้มี ประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง พบว่า ปัจจัยสวัสดิการของผู้สูงอายุ ปัญหาและความต้องการของ ผู้สูงอายุ และนโยบายสาธารณะมาตรการด้านต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับรูปแบบการจัดการ ความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ($r = .648$) โดยเฉพาะด้านปัญหาและความต้องการของ ผู้สูงอายุ จะต้องครอบคลุมปัญหาด้านสุขภาพ มีช่องทางสำหรับการรับปัญหาข้อร้องเรียน ข้อคิดเห็นที่เพียงพอการเดินทางสะดวก และตอบสนองความต้องการบริการส่งเสริมสุขภาพ ตามกลุ่มและช่วงวัยของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับงานวิจัยของสุดารัตน์ สุดสมบูรณ์ (2557: 121-128) วิจัยเรื่อง สวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในประเทศไทย ผลการวิจัยพบว่า การจัด สวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุไทยยังมีปัญหาและอุปสรรค ได้แก่ ขาดการบูรณาการและขาด ความต่อเนื่อง ขาดการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติความไม่พร้อมของงบประมาณและความ ขาดแคลนบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถในด้านผู้สูงอายุโดยตรงและสวัสดิการรัฐจัดให้ ผู้สูงอายุไม่เพียงพอต่อความต้องการและไม่ตอบสนองต่อปัญหาของผู้สูงอายุ ข้อเสนอแนะ

ควรมีการบูรณาการทุกภาคส่วนรวมกันในการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อรองรับกับจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น และทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

3. ปัจจัยส่งเสริมความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยด้านปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ สวัสดิการของผู้สูงอายุและนโยบายสาธารณะและมาตรการต่าง ๆ เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ตามการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณ (.725) สามารถทำนายหรือพยากรณ์ตัวแปรรูปแบบการจัดการความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับงานวิจัยของสุมาลัย วรณกิจไพศาล (2562: 90-104) การวิจัยเรื่อง การพัฒนาการจัดรูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม เทศบาลเมืองปากช่อง การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมตามรูปแบบการวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม พบว่า การดูแลสุขภาพร่างกายอยู่ในระดับมาก $\bar{X} = 4.09$, S.D. = .724 ความรักความอบอุ่นและความเป็นอยู่ที่มั่นคงปลอดภัย $\bar{X} = 4.06$, S.D. = .832 ความยอมรับนับถือในตนเองและบุคคลในครอบครัว $\bar{X} = 4.06$, S.D. = .886 การจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสม $\bar{X} = 4.30$, S.D. = .858 การจัดบริการสุขภาพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง $\bar{X} = 4.05$, S.D. = .842 อยู่ในระดับปานกลาง อ่านมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ $\bar{X} = 3.40$, S.D. = .844 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ $\bar{X} = 3.45$, S.D. = .798 รูปแบบการจัดบริการสุขภาพ ได้แก่ มีบุคลากรวิชาชีพเพิ่มขึ้น มาตรฐานการจัดบริการตารางเวลาในการดูแลเยี่ยมบ้านพัฒนานวัตกรรมรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ การพัฒนาอาสาสมัครการเยี่ยมบ้านต่อการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและส่งเสริมกิจกรรมกลุ่มและรูปแบบการมีส่วนร่วมจัดบริการสุขภาพของผู้สูงอายุของหน่วยงาน ภาครัฐเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง คือ การสนับสนุนทรัพยากรทางการแพทย์สถานบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงและความพิการตามความจำเป็นทางเศรษฐกิจ ในการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการควรมีการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ การพัฒนาคู่มือส่งเสริมสุขภาพ มีการจัดทำแผนสนับสนุนงบประมาณจัดสวัสดิการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุร่วมกับภาครัฐเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายควรมีการพัฒนา นโยบายกลไกและขยายรูปแบบการจัดบริการผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่อื่น เช่น ด้านการจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุผู้เกี่ยวข้องในการมีส่วนร่วม การพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุควรมีการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุและการให้คำแนะนำเรื่องสุขภาพและโรคแก่ผู้ป่วยและญาติ การดูแลรักษาเมื่อได้รับอุบัติเหตุฉุกเฉินเบื้องต้นบวกกับการจัดบริการสุขภาพด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น การจัดให้มีคำปรึกษาด้านโภชนาการ การประเมินภาวะโภชนาการ อาการพฤติกรรมบริโภคพฤติกรรมสุขภาพบริการสาธารณสุขโดยทีมสหวิชาชีพ การเฝ้าระวังสุขภาพที่เหมาะสม การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่อาจจะมีภาวะซึมเศร้า ส่วนด้านการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ มีส่วนร่วมกับ

หน่วยงานบริการและชุมชนในการให้ข้อมูลกำหนดปัญหาสุขภาพ เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการมีส่วนร่วมกับชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมการพัฒนาผู้สูงอายุ มีการติดตามเยี่ยมสุขภาพความเป็นอยู่ดูแลจัดสภาพแวดล้อมผู้สูงอายุโดยครอบครัวชุมชนอย่างสม่ำเสมอ ผลก็จะทำให้ดูแลผู้สูงอายุได้อย่างองค์รวม

องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษา

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและจากการสัมภาษณ์เชิงลึก รูปแบบการจัดการความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเขตกรุงเทพมหานคร มีปัจจัยที่หลากหลาย มีความมิมิติ ที่ยังไม่ได้นำมาสู่การความมั่นคงด้านสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะความเหมาะสมในการเลือกใช้สถานบริการสุขภาพ และในอนาคตข้างหน้า สถานบริการสุขภาพผู้สูงอายุต้องมีให้เพียงพอรองรับกับสังคมผู้สูงอายุ หน่วยงานรัฐบาลจึงควรมีนโยบายในการควบคุมกำกับติดตามประเมินผล รูปแบบควรแยกหน่วยบริการออกเป็นหน่วยบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ให้การบริการจัดตามกลุ่มอายุ มีผู้ดูแลที่สำคัญคือ พยาบาลวิชาชีพ และแพทย์ นอกเหนือจากนี้สามารถใช้ระบบการปรึกษาเป็นรายกรณี เช่น กลุ่มนักโภชนาการ นักกำหนดอาหาร รวมถึงนักจิตวิทยา ฯลฯ ส่งผลต่อความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

การวิจัยนี้เป็นพื้นที่เฉพาะเขตภาคตะวันออกของกรุงเทพมหานคร ดังนั้นการจัดบริการเพื่อให้ผู้สูงอายุ ควรมีการบูรณาการจัดทำฐานข้อมูล โดยชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินการ มีการแบ่งพื้นที่การดูแล เป็นคลัสเตอร์ ในแต่ละกลุ่ม ผสมผสานความเข้มแข็งของชุมชนกลุ่มชนบท ที่ยังรวมตัวกันอย่างเหนียวแน่น การอยู่ร่วมกันแบบพหุสังคมที่มีความเอื้อเพื่อ มีผู้นำชุมชน โดยการใช้วัด มัสยิด และโรงเรียนเป็นที่เรียนรู้ ให้เป็นไปตามเป้าหมายโมเดลไทยแลนด์ 4.0 ที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ต้องนำมาพิจารณาในการเปลี่ยนแปลงเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนสู่การปฏิบัติ คือ ความมั่นคงทางรายได้ บริการสุขภาพการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงการเตรียมพร้อมเพื่อรับภัยพิบัติและเน้นการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุรวมทั้งทัศนคติเชิงบวกเกี่ยวกับผู้สูงอายุซึ่งจะมีผลต่อการวิเคราะห์ตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ เกี่ยวกับประเด็นผู้สูงอายุซึ่งจะสะท้อนแนวคิดที่ไม่ทอดทิ้งใครไว้ข้างหลังได้อย่างชัดเจน

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์.(2560). *แผนกลยุทธ์กรมกิจการผู้สูงอายุ พ.ศ. 2560–2564*. กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. กรุงเทพฯ.
- กระทรวงสาธารณสุข.(2557). *จุลสารโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายสุขภาพ*. กรมอนามัย. กระทรวงสาธารณสุข: นนทบุรี.
- ประพนธ์ ตั้งศรีเกียรติกุล. (2557). *คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2552). *การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเนื่องจากความชรา*. ตำราอายุศาสตร์:โรคตามระบบ. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- _____. (2552). *ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ยูเนี่ยน ศรีเอช.
- สำนักงานเขตหนองจอก. (2558). *สถิติประชากรแยกรายอายุ*. กรุงเทพฯ ฯ [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : http://stat.dopa.go.th/stat/statnew/upstat_age.php. (วันที่ ค้น ข้อมูล : 4 มกราคม 2559).
- ชรินทร์ พิชยานนท์. (2563). *การศึกษานโยบายและมาตรการเชิงกลยุทธ์ในการดูแลสวัสดิการเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุไทย*.วารสารสหสาขาวิชาสังคมศาสตร์. ปีที่ 12 ฉบับที่ (กันยายน- ธันวาคม): 19-37.
- สุดารัตน์ สุดสมบูรณ์ .(2557).*สวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในประเทศไทย*.วารสารเทคโนโลยีภาคใต้. ปีที่ 12 ฉบับที่ 1. (มกราคม–มิถุนายน 2557): 121-128.
- สุมาลัย วรรณกิจไพศาล. (2562). *การพัฒนาการจัดรูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมเทศบาลเมืองปากช่อง*. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ. สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาปีที่ 3 ฉบับที่ 2. สำนักงาน: 90-104.
- สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน. (2560). *การพัฒนาแบบการดูแลผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุอำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี*.วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. ปีที่ 9 ฉบับที่ 31 (กันยายน–ธันวาคม 2560): 57-69.
- Krejcie, Robert V. and Morgan, Daryle W. (1970). Determinining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*. v. 30, 607-610.
- World Health Organization. (2007). *Global Age-friendly Cities: A Guide*. World Health Organization. France.

