



ปัจจัยทำนายการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประชาชนในชุมชนเขต
อำเภอวังจันทร์ จังหวัดระยอง

FACTORS PREDICTING HEALTH PREPARATION FOR AGING SOCIETY AMONG
COMMUNITY-DWELLING PEOPLE IN WANGCHAN DISTRICT, RAYONG PROVINCE

ภคภัทร พิचितกุลธรรม

มหาวิทยาลัยบูรพา

2561

ปัจจัยทำนายนการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประชาชนในชุมชนเขต
อำเภอวังจันทร์ จังหวัดระยอง



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2561
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยบูรพา

FACTORS PREDICTING HEALTH PREPARATION FOR AGING SOCIETY AMONG
COMMUNITY-DWELLING PEOPLE IN WANGCHAN DISTRICT, RAYONG PROVINCE



PAKHAPHAT PICHITKUNTHAM

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF
THE REQUIREMENTS FOR THE MASTER OF NURSING SCIENCE
IN COMMUNITY NURSE PRACTITIONER
FACULTY OF NURSING
BURAPHA UNIVERSITY

2018

COPYRIGHT OF BURAPHA UNIVERSITY

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ ภัคภัทร พิชิตกุลธรรม ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ของมหาวิทยาลัย
บูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนัญชิตาคุษฎี ทูลศิริ)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(รองศาสตราจารย์ ดร. พรนภา หอมสินธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ดร. วิณา เทียงธรรม)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ของมหาวิทยาลัย
บูรพา

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร. นุจรี ไชยมงคลPh.D.)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

59920425: สาขาวิชา: การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน; พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คำสำคัญ: ปัจจัย/ การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ/ ประชาชนในชุมชน

ภคภัทร พิชิตกุลธรรม: ปัจจัยทำนายการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประชาชนในชุมชนเขตอำเภอวังจันทร์ จังหวัดระยอง (FACTORS PREDICTING HEALTH PREPARATION FOR AGING SOCIETY AMONG COMMUNITY-DWELLING PEOPLE IN WANGCHAN DISTRICT, RAYONG PROVINCE) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: ชนัญชิตาคุชฎี ทูลศิริ, พรนภา หอมสินธุ์ ปี พ.ศ. 2561

การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อประชาชน ถ้าประชาชนมีการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพที่ดี ก็จะทำให้เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพในอนาคต การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประชาชนในชุมชนเขตอำเภอวังจันทร์ จังหวัดระยอง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชาชนในชุมชนเขตอำเภอวังจันทร์ จังหวัดระยอง จำนวน 147 คน ซึ่งได้มาด้วยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ ทักษะคิดต่อการสูงอายุ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม-เมษายน พ.ศ. 2561 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่าง โดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ($M = 3.78, SD = .39$) และปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การมีผู้สูงอายุในครอบครัว ($Beta = .474$) ทักษะคิดต่อการสูงอายุ ($Beta = .188$) การรับรู้ความสามารถของตนเอง ($Beta = .268$) การสนับสนุนทางสังคม ($Beta = .129$) และภาวะสุขภาพ ($Beta = .110$) โดยสามารถร่วมทำนายการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อ เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุได้ร้อยละ 64.1 ($R^2 = .641, p < .001$)

จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและบุคลากรด้านสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนากิจกรรม/ โปรแกรมเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยเน้นเรื่องทักษะคิดต่อการสูงอายุ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และภาวะสุขภาพ

59920425: MAJOR: COMMUNITY NURSE PRACTITIONER; M.N.S. (COMMUNITY NURSE PRACTITIONER)

KEYWORDS: FACTORS/ HEALTH PREPARATION FOR AGING SOCIETY/
COMMUNITY-DWELLING PEOPLE

PAKHAPHAT PICHITKUNTHAM: FACTORS PREDICTING HEALTH PREPARATION FOR AGING SOCIETY AMONG COMMUNITY-DWELLING PEOPLE IN WANGCHAN DISTRICT, RAYONG PROVINCE. ADVISORY COMMITTEE: CHANANDCHIDADUSSADEE TOONSIRI, Ph.D., PORNNAPA HOMSIN, Ph.D. 2018

Health preparation for entering the aging society is crucial for people. Having good health preparation prior to be in this society would lead them to age successfully. This research aimed to identify factors predicting health preparation for the aging society among community-dwelling people in Wangchan district, Rayong province. One hundred and forty-seven community-dwelling people in Wangchan district, Rayong province were recruited using the simple random technique. Research instruments included questionnaires to gather data for demographic information, health status, attitude towards aging, perceived self-efficacy, social support, and health preparation for aging society. Data were collected during the period of March to April, 2018. Descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis were used to analyze data.

The results revealed that health preparation for the aging society among community-dwelling people was at a good level ($M = 3.78$, $SD = .39$). The significant predictors of health preparation for aging society among community-dwelling people were having elderly people in the family (Beta = .474), attitude towards aging (Beta = .188), perceived self-efficacy (Beta = .268), social support (Beta = .129) and health status (Beta = .110). These predictors could together explain 64.1 % of variance in health preparation for aging society among community-dwelling people ($R^2 = .641$, $p < .001$).

These findings suggest that nurses and other health care providers should apply these study results to develop interventions or programs aimed at promoting health preparation for the aging society among community-dwelling people by focusing on attitude towards aging,

perceived self-efficacy, social support, and health status.



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยความกรุณา และอนุเคราะห์ช่วยเหลือเป็นอย่างดีจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนัญชิตาคุณฤดี ทูลศิริ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และรองศาสตราจารย์ ดร.พรนภา หอมสินธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษา และให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็น แนวทางการทำวิทยานิพนธ์ และให้ความช่วยเหลือด้านข้อมูลต่าง ๆ เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ได้ด้วยดี อีกทั้งคอยให้กำลังใจ แก่ใจข้อบกพร่องและเสริมสร้างกำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์เสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.วีณา เทียงธรรม ที่กรุณาให้ความรู้ ข้อเสนอแนะ และตรวจแก้ไขให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบ และให้คำแนะนำแก้ไขเครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการทำวิทยานิพนธ์ ให้มีคุณภาพ รวมทั้งยังได้รับความอนุเคราะห์จากสาธารณสุขอำเภอวังจันทร์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังจันทร์ บ้านพลงตาเยี่ยม บ้านสันติสุข บ้านคลองเขต และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกท่าน ที่กรุณาอำนวยความสะดวกและให้ความช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนประชาชนในชุมชนเขตอำเภอวังจันทร์ จังหวัดระยอง ที่กรุณาช่วยตอบแบบสัมภาษณ์จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูกตเวทิตาแก่ ผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษา และประสบความสำเร็จมาจนทุกวันนี้

ภกภัทร พิษิตกุลธรรม

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ฉ
กิตติกรรมประกาศ	ช
สารบัญ	ฌ
สารบัญตาราง	1
สารบัญภาพ	2
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	7
สมมติฐานการวิจัย	7
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	7
ขอบเขตการวิจัย	9
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	9
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	11
แนวคิดเกี่ยวกับสังคมผู้สูงอายุ	11
แนวคิดเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ	17
แนวคิด PRECEDE-PROCEED MODEL	27
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ.....	31
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	38
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	38
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	41

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย	44
การเก็บรวบรวมข้อมูล	45
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	46
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	47
บทที่ 4 ผลการวิจัย	48
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล	48
ส่วนที่ 2 ทักษะคิดต่อการสูงอายุ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ภาวะสุขภาพ และการ สนับสนุนทางสังคม	51
ส่วนที่ 3 การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ.....	52
ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายนายการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ.....	54
บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผล.....	59
สรุปผลการวิจัย	59
อภิปรายผลการวิจัย	60
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	67
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	69
ภาคผนวก	70
ภาคผนวก ก	71
ภาคผนวก ข	73
ภาคผนวก ค	78
ภาคผนวก ง.....	80
ภาคผนวก จ	85
ภาคผนวก ฉ	97
บรรณานุกรม	105
ประวัติย่อของผู้วิจัย	113



สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนที่คำนวณได้ แยกตามหมู่บ้านในอำเภอวังจันทร์	39
ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม	48
ตารางที่ 3 ช่วงคะแนน คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของทัศนคติต่อการสูงอายุ	51
ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ.....	52
ตารางที่ 5 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ.....	53
ตารางที่ 6 ระดับการวัดของตัวแปรต้นและการกำหนดรหัสตัวแปรหุ่น	55
ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง เพศ (x_1) อายุ (x_2) ทัศนคติต่อการสูงอายุ (x_3)	56
ตารางที่ 8 การวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของปัจจัยทำนายการเตรียมความพร้อม	57
ตารางที่ 9 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง	98
ตารางที่ 10 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามทัศนคติต่อการสูงอายุ รายชื่อ	98
ตารางที่ 11 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ความสามารถของตนเอง ...	100
ตารางที่ 12 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการสนับสนุนทางสังคม รายชื่อ	102

สารบัญภาพ

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	8
ภาพที่ 2 แนวคิด PRECEDE-PROCEED MODEL (Green & Kreuter, 2005)	30
ภาพที่ 3 ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง	40



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันทั่วโลกกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรครั้งสำคัญ คือ การเข้าสู่ภาวะวิกฤตของสังคมผู้สูงอายุ เนื่องจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และการสาธารณสุข (United Nations Population Fund [UNFPA] & Help Age International, 2012) องค์การสหประชาชาติ รายงานว่า ทั่วโลกมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 901 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2015 (United Nations [UN] Department of Economic and Social Affairs Population Division, 2015 a, 2015 b) และเพิ่มขึ้นเป็น 962 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2017 โดยคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 2.1 พันล้านคน ในปี ค.ศ. 2050 (United Nations [UN] Department of Economic and Social Affairs Population Division, 2017 a, 2017 b) ซึ่งองค์การสหประชาชาติ (UN) ได้นิยามว่า ประเทศใดมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นสัดส่วนเกิน ร้อยละ 10 หรืออายุ 65 ปีขึ้นไป เกินร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ ถือว่าประเทศนั้นได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aged society) เป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Complete aged society) เมื่อสัดส่วนประชากร อายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 และอายุ 65 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 14 และเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super aged society) เมื่อสัดส่วนประชากร อายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 28 และอายุ 65 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20

ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งในภูมิภาคอาเซียนที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเช่นกัน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2554) ทั้งนี้เนื่องจากช่วงที่ผ่านมาประเทศไทยมีการดำเนินนโยบายด้านประชากร และการวางแผนครอบครัวที่ประสบผลสำเร็จ ตลอดจนมีความก้าวหน้าทางการแพทย์ และการสาธารณสุข (United Nations Population Fund [UNFPA] & Help Age International, 2012) รวมทั้งความก้าวหน้าในการพัฒนาประเทศทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลให้มีโอกาสได้รับการศึกษาที่สูงขึ้น มีความรู้และทักษะในการป้องกันและดูแลสุขภาพ ทำให้ประชากรมีอายุขัยเฉลี่ยยืนยาวขึ้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2554) จากการรายงานข้อมูลประชากรไทยของ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2560, มกราคม) พบว่า อายุขัยเฉลี่ยของคนไทยเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จาก 75 ปี ในปี พ.ศ. 2558 เพิ่มขึ้นเป็น 75.4 ปี ในปี พ.ศ. 2560 และจากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2558 พบว่า ในปี พ.ศ. 2558 ประชากรไทยมีจำนวน 65.1 ล้านคน (ไม่นับรวมแรงงานข้ามชาติจากประเทศเพื่อนบ้านอีกประมาณ 3 ล้านคน) ในจำนวนนี้เป็นประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป 10.35 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 15.89 ของประชากรทั้งหมด และเพิ่มขึ้นเป็น

ร้อยละ 17.12 ในปี พ.ศ. 2560 โดยคาดว่าในปี พ.ศ. 2567 ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปจะมีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 20 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย [มส.ผส.] & สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2559; สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2559, มกราคม, 2560, มกราคม) และจังหวัดระยองเป็นจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกที่มีอัตราประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทุกปี จากรายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง ในปี พ.ศ. 2557-2561 พบว่า มีประชากรสูงอายุประมาณร้อยละ 10.68, 11.40, 12.23, 12.96 และ 13.76 ตามลำดับ สำหรับในอำเภอวังจันทร์ ประชากรสูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่า ในปี พ.ศ. 2558 มีประชากรสูงอายুর้อยละ 12.58 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 13.01 และ 13.46 ในปี พ.ศ. 2559 และ พ.ศ. 2560 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง, 2561)

จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุดังกล่าว ทำให้ได้รับความสนใจเป็นอย่างยิ่งทั้งในระดับชาติ และระดับโลก เนื่องจากส่งผลกระทบต่อทั้งด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม และด้านปัญญา ซึ่งผลกระทบต่อด้านสุขภาพกาย พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการด้านบริการและสวัสดิการด้านสาธารณสุขเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะด้านบริการสุขภาพ และการดูแลระยะยาว เนื่องจากสุขภาพร่างกายมีภาวะเสื่อมถอย ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง (เฉลิมพล แจ่มจันทร์ & สวรัช บุญขมานนท์, 2554; ชมพูนุท พรหมภักดี, 2556) ซึ่งประเด็นผลกระทบต่อด้านสุขภาพนั้นจะเกิดขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา โดยด้านร่างกาย พบว่า ผู้สูงอายุไทยเป็นโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิต ไตวาย โรคดังกล่าวสามารถนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิตของผู้สูงอายุได้ เป็นภาวะที่บั่นทอนสุขภาพ (มูลนิธิเพื่อการพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2560; มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2554) เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากรไทย กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป พบว่า โรคที่ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียสุขภาพ 5 อันดับแรกในผู้ชาย ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน และโรคมะเร็งตับ ส่วนเพศหญิง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคสมองเสื่อม โรคหัวใจขาดเลือด และโรคข้อเสื่อม ตามลำดับ นอกจากนี้จะมีการเสื่อมของเซลล์ทำให้อวัยวะต่าง ๆ ทำงานลดลง เช่น ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อจะมีการสลายของแคลเซียมจากกระดูกทำให้เปราะ หักง่าย ระบบผิวหนังจะเกิดการเหี่ยวย่น ระบบประสาท ระบบไหลเวียนโลหิต ทำงานลดลง เป็นต้น (นภาพรณี หะวานนท์ & ชีรวัลย์ วรรณโนทัย, 2552; ประนอม โอทกานนท์, 2554; ละเอียด แจ่มจันทร์ & สุรี ชันธรักขวงศ์, 2549)

สำหรับด้านจิตใจ พบว่าผู้สูงอายุเกิดมีอารมณ์แปรปรวน รู้สึกโดดเดี่ยว ซึมเศร้า หงุดหงิดง่าย ทำให้เกิดปัญหาทางจิตใจตามมาหากผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ ปัญหาด้านสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ 5 อันดับแรกคือ ความวิตกกังวล ซึมเศร้า นอนไม่หลับ

ภาวะสมองเสื่อม ปัญหาเรื่องเพศ จากการสำรวจภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ด้วยแบบคัดกรองความสุขฉบับ 15 ข้อ ในปี พ.ศ. 2554 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของผู้สูงอายุต่ำกว่าคนทั่วไป โดยประมาณ 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีความเปราะบางทางจิตใจ และมีสาเหตุมาจากปัญหา การเจ็บป่วยเรื้อรัง ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง และค่านิยมต่อสูงอายุในสังคมไทยเปลี่ยนแปลง (สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต, 2556)

สำหรับด้านเศรษฐกิจส่งผลกระทบต่อทั้งระดับมหภาค และจุลภาค ซึ่งในระดับมหภาค ได้แก่ ผลต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (Gross domestic product [GDP]) การออมและการลงทุน เป็นต้น เนื่องจากแรงงานลดลง (สมประวิณ มั่นประเสริฐ, 2553) และระดับจุลภาค ได้แก่ ผลต่อฐานะด้านการเงิน เนื่องจากผู้สูงอายุมิรายได้ลดลง ส่วนด้านสังคม พบว่า สัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ในขณะที่จำนวนประชากรวัยแรงงานได้เริ่มลดลง ส่งผลให้เกิดการขาดแคลนแรงงาน ทำให้เป็นข้อจำกัดในการเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันและศักยภาพการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศ รวมทั้งการสร้างรายได้และการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน ขณะที่ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพ ทำให้ความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมลดลง บทบาทในสังคมลดลง และมีแนวโน้มอยู่คนเดียวสูงขึ้น รวมทั้งการเลื่อนไหลของวัฒนธรรมต่างชาติที่เข้ามาในประเทศไทยผ่านสังคมยุคดิจิทัลโดยที่คนไทยจำนวนไม่น้อยยังไม่สามารถคัดกรองและเลือกรับวัฒนธรรมได้อย่างเหมาะสม ส่งผลต่อวิกฤตค่านิยม ทศนคติ และพฤติกรรมในการดำเนินชีวิต ("แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่สิบสอง พ.ศ. 2560-2564," 2559, 30 ธันวาคม)

ส่วนด้านปัญญา พบว่า ผู้สูงอายุอาจจะไม่รู้เท่าทันเกี่ยวกับข้อมูลหรือสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ที่ควรได้รับ ("พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550," 2550, 19 มีนาคม) นอกจากนี้ผู้สูงอายุจะสร้างความสงบ และความมั่นคงทางจิตใจ โดยการยึดมั่นในศาสนาและความเชื่อมากขึ้น เพื่อเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจขณะดำเนินชีวิตในช่วงวัยสูงอายุ (ละเอียด แจ่มจันทร์ & สุรี ชันชรัทรวงศ์, 2549) จากผลกระทบที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุดังกล่าว การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมสูงอายุจึงเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องการการวางแผนอย่างเป็นระบบ และเริ่มดำเนินการล่วงหน้า โดยเฉพาะการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชน เนื่องจากต้องใช้เวลาในการดำเนินการกว่าจะเห็นผลอย่างเป็นรูปธรรม (ชมพูนุท พรหมภักดี, 2556)

การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ หมายถึง การปฏิบัติตนหรือการปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับด้านสุขภาพเพื่อเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ซึ่งถือว่าเป็นการวางแผนชีวิตอย่างหนึ่ง ที่มีเป้าหมายอยู่ที่ความสุขในชีวิต (วรรณรา ชื่นวัฒนา, 2557) เพราะสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการมากที่สุดในช่วงบั้นปลายชีวิตคือ สุขภาพของชีวิตอันเกิดจากการมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้ง 4 มิติ ตามแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพของ องค์การอนามัยโลก และพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่กล่าวว่า

ภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ และการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดี ไม่ใช่เพียงแต่ความปราศจากโรค/ ทุพพลภาพ เท่านั้น แต่ยังต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของคุณธรรมและการใช้สติปัญญา ประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพทางกาย ด้านสุขภาพทางจิตใจ ด้านสุขภาพทางสังคม และด้านสุขภาพจิตวิญญาณหรือด้านสุขภาพทางปัญญา (World Health Organization [WHO], 1998; "พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550," 2550, 19 มีนาคม; ลัดดา คำริการเลิศ, 2555) การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุอย่างรวดเร็วจะไม่ส่งผลกระทบต่อสังคมโดยรวมมากนัก หากประชาชนมีการวางแผนบั้นปลายชีวิตของตนเอง มีการเตรียมความพร้อมในด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะด้านสุขภาพ ตลอดจนสามารถช่วยเหลือตนเองได้จนวาระสุดท้ายของชีวิต (ชาดา วิมลวัตรเวที, 2542)

ดังนั้นภาครัฐจึงได้รับนโยบาย Active aging ขององค์การอนามัยโลก [WHO] เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมทางสังคม และมีการสร้างหลักประกันความมั่นคงในการดำเนินชีวิตก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ เป็นการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้เป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีคุณภาพ ทั้งด้านสุขภาพกายและจิตใจ ด้านเศรษฐกิจด้านสังคมไม่เป็นภาระสังคม (World Health Organization [WHO], 2002) และขณะเดียวกันได้มีการกำหนดแผนและนโยบายเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ โดยในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ยุทธศาสตร์ที่ 1 ประเด็นด้านการเตรียมความพร้อมของประชาชนเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ครอบคลุมเรื่องหลักประกันด้านรายได้ การศึกษา และการเรียนรู้ตลอดชีวิต การปลูกจิตสำนึกให้คนตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ (คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2545) นอกจากนี้ในพระราชบัญญัติ ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 รวมถึงปฏิญญาผู้สูงอายุ ยังเน้นย้ำความสำคัญของสิทธิในการเรียนรู้และการส่งเสริมโอกาสทางการเรียนรู้ผู้สูงอายุ มีสิทธิได้รับการส่งเสริมสนับสนุนในด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะด้านการศึกษาและข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต เพื่อช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิต และการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุไทยให้เป็น “ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ” เกิดการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง และมีศักยภาพที่ช่วยเหลือตนเองและสังคมได้ (ระวี สัจจโสภณ, 2557)

สำหรับช่วงอายุที่เหมาะสม ในการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า บุคคลควรเตรียมตัวล่วงหน้าประมาณ 10-20 ปี ก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ (บรรลุ ศิริพานิช, 2550 ข; วิจิตร บุญยะ โหตระ, 2537) ชันยโสภากย์ เกษมสันต์, 2542 อ้างถึงใน (วรชัย สิงหฤกษ์ & พิทักษ์ศิริวงศ์, 2560) ประสบ รัตนกร, 2530 อ้างถึงใน (วรชัย สิงหฤกษ์ & พิทักษ์ศิริวงศ์, 2560) ได้กล่าวไว้ว่าควรสนับสนุนให้ข้าราชการเตรียมความพร้อมตั้งแต่อายุ 40 ปี ในขณะที่ (Leedy & Wynbrandt, 1987) แนะนำให้บุคคลมีการเตรียมความพร้อมให้เร็วที่สุด โดยให้เริ่มวางแผนเตรียมการไว้ตั้งแต่อายุ 30 ปี เนื่องจากการเตรียมความพร้อมต้องใช้เวลาในการดำเนินการนานกว่าจะเห็นผลอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรม (ชมพูนุท พรหมภักดี, 2556) โดยเฉพาะด้านสุขภาพถ้าประชาชนมีการเตรียมตัวที่ดี ก็จะทำให้

เป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพในอนาคต ไม่เป็นภาระของสังคม และยังสามารถที่จะเป็นอาสาสมัครในการถ่ายทอดความรู้หรือประสบการณ์ที่มีอยู่ให้แก่ประชาชนรุ่นหลังนำไปใช้ประโยชน์ต่อไปได้ ฉะนั้นประชากรกลุ่มที่ใกล้เข้าสู่วัยสูงอายุจึงควรมีการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุแต่เนิ่น ๆ เพื่อรับมือกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น บุคคลที่มีการเตรียมตัวด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุที่ดี จะเป็นบุคคลที่สามารถเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงไปได้อย่างไม่ยากนัก ตลอดจนสามารถควบคุมและแสดงออกทางอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม มีอารมณ์แจ่มใส ไม่เคร่งเครียด และเศร้า โศก ลดการเกิดปัญหาด้านสุขภาพได้ เป็นปฏิกิริยาบุคคลที่น่าเคารพเลื่อมใสของบุตรหลาน และผู้ที่อยู่ใกล้ซิด ส่งผลให้ผู้สูงอายุเหล่านี้มีความสุข มีความรู้สึกที่ดีต่อสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต การเป็นผู้สูงอายุ หรือมีความพึงพอใจในชีวิตการเป็นผู้สูงอายุนั้นเอง (ปฐมพร ธรรมธวัช, 2555)

จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาการเตรียมความพร้อมในด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านร่างกายและจิตใจ ด้านทรัพย์สินและเงินทอง ด้านที่อยู่อาศัย ด้านกิจกรรมและการใช้เวลาว่าง (ปฐมพร ธรรมธวัช, 2555; ปรีธดา บุญชัย & ศุภวัฒน์กร วงศ์ธนวุธ, 2555; ภาณุวัฒน์ มีชนะ, นิชชาภัทร ขันสาคร, ทศนีย์ ศีลาวรรณ, ทศนีย์ รวีวรกุล, & เพ็ญศรี พิชัยสนธิ, 2560; วรรณรา ชื่นวัฒนา & ชูชีพ เบียดนอก, 2555; แสนคำนึ่ง ศรีฤกษ์ฤทธิ, ชีพสุมน รังสยาธร, & อภิญญา หิรัญวงษ์, 2557; อวยพร ภัทรภักดีกุล, อัมพา อารมณ์ทิพย์, & อุษณีย์ ธรรมสุวรรณ, 2554) ยังไม่มีการศึกษาที่เน้นด้านสุขภาพแบบองค์รวมซึ่งครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพทางกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม รวมทั้ง ด้านปัญญา และส่วนใหญ่ศึกษาในประชากรที่ใกล้เข้าสู่วัยสูงอายุแล้ว คืออายุ 50-59 ปี ทำให้มีระยะเวลาการเตรียมน้อย และยังพบว่าประชาชนมีการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุอยู่ในระดับต่ำ โดยการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (ภาณุวัฒน์ มีชนะ et al., 2560) และการเตรียมตัวด้านการตรวจสุขภาพประจำปีและตรวจสุขภาพฟันอยู่ในระดับ น้อยที่สุด (อวยพร ภัทรภักดีกุล et al., 2554) รวมทั้งไม่พบว่ามีการใช้ทฤษฎีเป็นกรอบแนวคิด ในการศึกษา สำหรับกลุ่มประชากรที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มข้าราชการทั่วไป ข้าราชการครู ครูเอกชน ข้าราชการทหาร บุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีหน้าที่ในระดับบริหารและระดับปฏิบัติการ ซึ่งเป็นกลุ่มบุคลากรที่ได้ผ่านการอบรมเรื่องการเตรียมตัวก่อนการเกษียณ อยุ่มาจากหน่วยงานต้นสังกัดก่อนแล้ว (ดวงภา จิระเดชประไพ, 2553) ทำให้ผลการศึกษาในด้านนี้ส่วนใหญ่ยังคงจำกัดอยู่ในกลุ่มประชากรที่มีอาชีพรับราชการยังไม่ครอบคลุมและหลากหลายในประชากรทั่วไปกลุ่มอื่น ๆ ทำให้ขาดข้อมูลการเตรียมตัวของประชาชนทั่วไปก่อนเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในทุกสังคมอย่างชัดเจน สำหรับการศึกษานี้มีความแตกต่างจากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา โดยผู้วิจัยศึกษาการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุที่เน้นด้านสุขภาพ 4 มิติ ดังที่กล่าวมาแล้ว รวมทั้งการศึกษานี้มุ่งศึกษาการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่

สังคมสูงอายุในประชาชนที่มีอายุ 40-55 ปี ซึ่งเป็นช่วงอายุที่เร็วขึ้น เพื่อจะได้เห็นการเตรียมความพร้อมอย่างเป็นรูปธรรมเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ พบว่ามีหลากหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยที่มาจากภายในตนเองและปัจจัยภายนอก ซึ่งปัจจัยภายในตนเอง ได้แก่ เพศ (วรรณรา ชื่นวัฒนา & ชูชีพ เบียดนอก, 2555; วิไลพร วงศ์คินี, โรจน์ จินตนาวัฒน์, & กนกพร สุคำว้าง, 2556) อายุ (Pathike & Kuhirunyaratn, 2011; วรวรรณ ชัยชื้อ, 2556; อนงค์นาฏ ผ่านสธิน, 2556; อวยพร ภัทรภักดีกุล et al., 2554) การศึกษา (วรรณรา ชื่นวัฒนา & ชูชีพ เบียดนอก, 2555; วรวรรณ ชัยชื้อ, 2556) ภาวะสุขภาพ (วรรณรา ชื่นวัฒนา & ชูชีพ เบียดนอก, 2555) ทักษะคิดต่อการสูงอายุ (วรรณรา ชื่นวัฒนา & ชูชีพ เบียดนอก, 2555; วิไลพร วงศ์คินี et al., 2556) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (อนงค์นาฏ ผ่านสธิน, 2556)

สำหรับปัจจัยภายนอกได้แก่ รายได้ (วรรณรา ชื่นวัฒนา & ชูชีพ เบียดนอก, 2555; วรวรรณ ชัยชื้อ, 2556; วิไลพร วงศ์คินี et al., 2556; อวยพร ภัทรภักดีกุล et al., 2554) ความพอเพียงของรายได้ในครอบครัว (อนงค์นาฏ ผ่านสธิน, 2556) การสนับสนุนทางสังคม (วิไลพร วงศ์คินี et al., 2556) โดยจากการศึกษาของ (วรรณรา ชื่นวัฒนา & ชูชีพ เบียดนอก, 2555) พบว่า ทักษะคิดต่อการสูงอายุ ประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวหรือเครือญาติ และความเพียงพอของรายได้ สามารถร่วมกันทำนายการเตรียมตัวเพื่อการเข้าสู่วัยสูงอายุได้ร้อยละ 24.1 รวมทั้งการศึกษาของ (วิไลพร วงศ์คินี et al., 2556) พบว่า การสนับสนุนทางสังคม ทักษะคิดต่อการสูงอายุ รายได้ และเพศหญิง สามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 17.87 และการศึกษาของ (อนงค์นาฏ ผ่านสธิน, 2556) พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเตรียมตัวก่อนการเกษียณ ระยะเวลาการรับราชการครู ความพอเพียงของรายได้ สามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 12 สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้คัดสรรปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ ทักษะคิดต่อการสูงอายุ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ภาวะสุขภาพ รายได้ การมีผู้สูงอายุในครอบครัว การสนับสนุน ทางสังคม โดยปัจจัยที่คัดสรรนี้เป็นปัจจัยที่สอดคล้องกับแนวคิด PRECEDE-PROCEED MODEL ของ (Green & Kreuter, 2005) เกี่ยวกับปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม เนื่องจากเป็นปัจจัยที่เป็นสาเหตุให้ประชาชนมีการกระทำกิจกรรมหรือปฏิบัติตนในการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประชาชนในชุมชนเขตอำเภอวังจันทร์ จังหวัดระยอง โดยใช้ทฤษฎี PRECEDE-PROCEED MODEL ของ (Green & Kreuter, 2005) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ทั้งนี้ทฤษฎีดังกล่าวเชื่อว่า พฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุจากสหปัจจัย (Multiple factors) ทั้งปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม โดยปัจจัยที่คัดสรรในการศึกษาคั้งนี้ประกอบด้วย ปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ อายุ

ทัศนคติต่อการสูงอายุ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ภาวะสุขภาพ ปัจจัยเอื้อได้แก่ รายได้ การมีผู้สูงอายุในครอบครัว ปัจจัยเสริมได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งในฐานะของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มีบทบาทหน้าที่ในการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชนครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพ มีความใกล้ชิด สนับสนุนและเข้าใจในวิถีชีวิตของประชาชนในชุมชนเป็นอย่างดี สามารถนำปัจจัยต่าง ๆ จากผลการศึกษาในครั้งนี้เป็นแนวทางในการกำหนดกลยุทธ์ และวางแผนกิจกรรมส่งเสริมการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ ให้ครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพทางกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งด้านปัญญา เพื่อให้ประชาชนเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีคุณภาพ สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมสูงอายุได้อย่างมีคุณค่า สามารถพึ่งตนเองได้ รวมทั้งมีคุณภาพชีวิตที่ดีเช่นเดียวกับประชาชนวัยอื่น ๆ ในสังคมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประชาชนในชุมชนเขตอำเภอวังจันทร์ จังหวัดระยอง
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ อายุ ทัศนคติต่อการสูงอายุ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ภาวะสุขภาพ ปัจจัยเอื้อได้แก่ รายได้ การมีผู้สูงอายุในครอบครัว ปัจจัยเสริมได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ต่อการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประชาชนในชุมชนเขตอำเภอวังจันทร์ จังหวัดระยอง

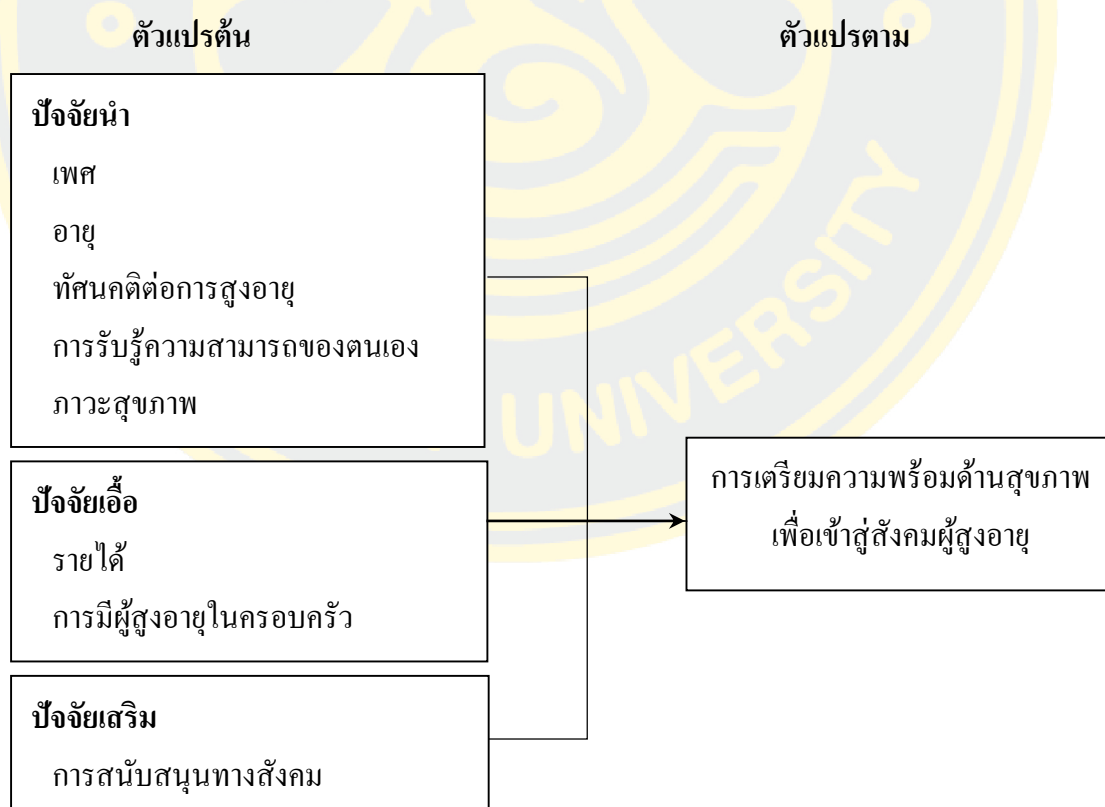
สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ อายุ ทัศนคติต่อการสูงอายุ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ภาวะสุขภาพ ปัจจัยเอื้อได้แก่ รายได้ การมีผู้สูงอายุในครอบครัว ปัจจัยเสริมได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประชาชนในชุมชนเขตอำเภอวังจันทร์ จังหวัดระยอง ได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาปัจจัยทำนายการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประชาชนในชุมชนเขตอำเภอวังจันทร์ จังหวัดระยอง ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิด PRECEDE-PROCEED MODEL (Green & Kreuter, 2005) มาใช้เป็นแนวทางในการสร้างกรอบแนวคิดของการวิจัย ซึ่งแนวคิดนี้ได้กล่าวถึงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลว่า มีสาเหตุจาก "สหปัจจัย" (Multiple factors)

ดังนั้นจะต้องวิเคราะห์หาปัจจัยสำคัญ ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้น ๆ เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดระยะที่ 1 คือ ระยะของการวินิจฉัย เรียกว่า PRECEDE ในขั้นตอนที่ 3 คือ การประเมินทางการศึกษาและปัจจัยสิ่งแวดล้อม มาเป็นกรอบแนวคิดหลักในการศึกษาประกอบด้วย ปัจจัยนำ เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมมาจากองค์ประกอบภายในตัวบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ทักษะคิดต่อการสูงอายุ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ภาวะสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล รวมทั้งความสามารถที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ได้แก่ รายได้ การมีผู้สูงอายุในครอบครัว ปัจจัยเสริม เป็นสิ่งที่บุคคลจะได้รับหรือคาดว่าจะได้รับจากบุคคลอื่น ซึ่งอาจช่วยสนับสนุนหรือหยุดยั้งการทำพฤติกรรมนั้น ๆ ต่อไป ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ทั้งปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมดังกล่าวมา เป็นปัจจัยที่จะส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของประชาชนในการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถสรุปกรอบแนวคิดได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ เพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประชาชนในชุมชนเขตอำเภอวังจันทร์ จังหวัดระยอง กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอวังจันทร์ จังหวัดระยอง เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2561

ตัวแปรต้นประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ เพศ อายุ ทักษะคิดต่อการสูงอายุ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ภาวะสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ รายได้ การมีผู้สูงอายุในครอบครัว ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปรตามคือ การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ

นิยามศัพท์เฉพาะ

ประชาชน หมายถึง ผู้ที่มีอายุระหว่าง 40-55 ปี ทั้งชายและหญิง ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตอำเภอวังจันทร์ จังหวัดระยอง ไม่น้อยกว่า 6 เดือน

อายุ หมายถึง จำนวนเต็มปีนับตั้งแต่เกิดจนถึงปัจจุบัน ถ้าเกิน 6 เดือนขึ้นไปนับเป็น 1 ปี
 ทักษะคิดต่อการสูงอายุ หมายถึง ความรู้ลึกที่ประชาชนมีต่อการสูงอายุ โดยการให้คุณค่าของประสบการณ์ในชีวิต ทั้งด้านการสูญเสียด้านจิตสังคม การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย และการเติบโตด้านจิตใจ วัดโดยใช้แบบสัมภาษณ์ทักษะคิดต่อการสูงอายุของ (วิไลพร วงศ์คีณี et al., 2556)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึง การตัดสินใจ หรือประเมินความสามารถตนเองของประชาชนในการจัดการหรือปฏิบัติตนเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านการเงิน และด้านการดำเนินชีวิต วัดโดยใช้แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถของตนเองของ (อนงค์นาฏ ผ่านสถิน, 2556)

ภาวะสุขภาพ หมายถึง การรับรู้สภาพร่างกายของประชาชนเกี่ยวกับสุขภาพโดยรวม ความพึงพอใจต่อสุขภาพ ความสามารถในการเคลื่อนไหว ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง และความสมบูรณ์ของร่างกาย วัดโดยใช้แบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพของ (ทวิพร เตชะรัตนมณี, 2547)

รายได้ หมายถึง จำนวนเงินเป็นบาทต่อเดือน ที่ได้รับจากการประกอบอาชีพของประชาชน

การมีผู้สูงอายุในครอบครัว หมายถึง การมีหรือไม่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในครอบครัว

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้หรือมีความรู้ลึกของประชาชนถึงการได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านทรัพยากร

ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการประเมินเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ วัดโดยแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของ (จันทร์จิรา อยู่วัฒนา, ชนัญชิตาคุยฎี พูลศิริ, & พรนภา หอมสินธุ์, 2560)

การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติตนหรือการกระทำกิจกรรมของประชาชนในการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ เพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตามแนวคิดของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านสุขภาพทางกาย หมายถึง การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพ และการขับถ่าย 2) ด้านสุขภาพทางจิตใจ หมายถึง การมีจิตใจที่สงบมั่นคง การปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปได้ และสามารถรับมือกับสิ่งที่อาจเกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ 3) ด้านสุขภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อม หมายถึง การมีส่วนร่วมในสังคม การทำงานอดิเรก การทำงานที่มีรายได้ การเตรียมตัวด้านที่อยู่อาศัย การเตรียมตัวด้านการเงิน และ 4) ด้านสุขภาพทางปัญญา หมายถึง การมีความรู้เท่าทัน การมีจิตใจดีงามไม่เห็นแก่ตัว การมองเห็นคุณค่าของการมีชีวิต วัดโดยใช้แบบสัมภาษณ์การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational study) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประชาชนในชุมชนเขตอำเภอวังจันทร์ จังหวัดระยอง ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าทบทวนวรรณกรรม เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในหัวข้อต่าง ๆ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยรายละเอียดดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับสังคมผู้สูงอายุ
 - 1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ
 - 1.2 สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ
 - 2.1 การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ
 - 2.2 นโยบายและมาตรการที่เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ
 - 2.3 การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ
3. แนวคิด PRECEDE-PROCEED MODEL
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

แนวคิดเกี่ยวกับสังคมผู้สูงอายุ

ความหมายของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ หรือบางคนเรียกว่า ผู้สูงวัย เป็นคำที่บ่งบอกถึงตัวเลขของอายุว่ามีอายุมาก โดยนิยมนับตามอายุตั้งแต่แรกเกิด (Chronological age) หรือทั่วไปเรียกว่า คนแก่ หรือคนชรา (ชมพูนุท พรหมภักดี, 2556)

ปัจจุบันองค์การสหประชาชาติ (United Nations) ยังไม่มีนิยามที่แน่นอน ว่าอายุเท่าไรจึงจะเรียกว่าเป็น “ผู้สูงอายุ” (Older/ Elderly person) แต่องค์การสหประชาชาติใช้อายุ 60 ปีขึ้นไปในการนำเสนอสถิติข้อมูล และตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย [มส.ผศ.] & สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2559)

องค์การสหประชาชาติ (United Nations) ได้ให้นิยามว่า “ผู้สูงอายุ” (Older/ Elderly person) คือ ประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิง โดยเป็นการนิยาม

นับตั้งแต่อายุเกิด สำหรับ World Health Organization [WHO] มีการนิยามผู้สูงอายุต่างกัน ทั้งนิยามตามอายุเกิด ตามบริบทต่าง ๆ ของสังคมและวัฒนธรรม (Social and culture) และสภาพร่างกาย (Functional markers) ซึ่งในประเทศที่พัฒนาแล้วใช้อายุ 65 ปีขึ้นไป เป็นเกณฑ์ในการเรียก “ผู้สูงอายุ” (World Health Organization [WHO], 2001) หรือบางประเทศอาจนิยามผู้สูงอายุตามอายุกำหนดให้เกษียณงาน (อายุ 50 หรือ 60 หรือ 65 ปี) หรือนิยามตามสภาพของร่างกายโดยผู้หญิงสูงอายุอยู่ในช่วง 45-55 ปี ส่วนชายสูงอายุอยู่ในช่วง 55-75 ปี (ชมพูนุท พรหมภักดี, 2556)

(World Health Organization [WHO], 2001) ได้ให้นิยามว่า “ผู้สูงอายุ” หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปี หรือมากกว่าเมื่อนับตามวัย หรือผู้ที่สังคมยอมรับว่าสูงอายุจากการกำหนดของสังคม หรือผู้ที่เกษียณอายุจากการทำงานเมื่อนับตามสภาพเศรษฐกิจ ในประเทศที่เจริญแล้วหรือพัฒนาแล้วมักใช้ อายุ 65 ปีขึ้นไป

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 (ราชบัณฑิตยสถาน, 2546) ให้ความหมายของคำว่า คนแก่ คือ มีอายุมาก หรืออยู่ในวัยชรา และให้ความหมายของคำว่า ชรา คือ แก่ด้วยอายุ ชำรุดทรุดโทรม

สำหรับประเทศไทย พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 3 ได้กำหนดนิยาม “ผู้สูงอายุ” ว่าหมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย (กระทรวงการพัฒนาศักยภาพและความมั่นคงของมนุษย์, 2553; มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย [มส.ผส.] & สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2559)

สรุป ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชากรซึ่งมีอายุมากกว่า 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป โดยมีการแบ่งระดับผู้สูงอายุตามเกณฑ์ลักษณะต่าง ๆ ได้แก่ แบ่งตามระดับอายุ แบ่งตามความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย แบ่งตามการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ และแบ่งตามภาวะทางสังคม เป็นต้น และในการศึกษาครั้งนี้ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชากรทั้งเพศชาย และเพศหญิงซึ่งมีอายุมากกว่า 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

การแบ่งระดับผู้สูงอายุ (Aging classify)

สำหรับการแบ่งระดับผู้สูงอายุนั้น นักวิชาการและหน่วยงานต่าง ๆ ได้มีการแบ่งโดยใช้เกณฑ์ลักษณะต่าง ๆ ที่หลากหลาย ดังนี้

1. การแบ่งระดับผู้สูงอายุโดยใช้ระดับอายุ (Chronological age) นับอายุตามปีปฏิทิน โดยพิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากจำนวนปีหรืออายุที่ปรากฏจริงตามปีปฏิทิน โดยไม่นำเอาปัจจัยอื่นมารวมพิจารณาด้วย (เช่น ฤทัย กาญจนะจิตรา & สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2550) ดังนี้

1.1 องค์การอนามัยโลก โดย อัลเฟรด เจ คาห์น (Professor Dr. Alfred J. Kahn) แห่งมหาวิทยาลัยโคลัมเบีย ได้เสนอการแบ่งเกณฑ์อายุตามสภาพของการมีอายุเพิ่มขึ้น ดังนี้ (ชูศักดิ์ เวชแพทย์, 2531)

1.1.1 ผู้สูงอายุ (Elderly) อายุ 60-74 ปี

1.1.2 คนชรา (Old) อายุ 75-90 ปี

1.1.3 คนชรามาก (Very old) อายุ 90 ปีขึ้นไป

1.2 สำหรับประเทศไทย สำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้มีการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามช่วงอายุ ออกได้เป็น 3 ช่วง ดังนี้ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557)

1.2.1 กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี)

1.2.2 กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี)

1.2.3 กลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป)

ทั้งนี้มีการเรียกกลุ่มสูงอายุที่มีอายุเกิน 100 ปี ขึ้นไปว่า คนร้อยปี หรือ ศตวรรษิกชน (Centenarian)

2. การแบ่งระดับผู้สูงอายุโดยใช้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย (Functional or biological age) โดยพิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (Physiological aging หรือ Biological going) กระบวนการเปลี่ยนแปลงนี้จะเพิ่มขึ้นตามอายุขัยในแต่ละปี ได้แก่ สภาพร่างกายรูปร่าง หน้าตา ความสามารถ โดย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับภาคีเครือข่ายและผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ประยุกต์จากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์ธเอลเดิล (Barthel activity of daily living [ADL] index) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน แบ่งประเภทผู้สูงอายุได้ 3 กลุ่มศักยภาพ ดังนี้ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2553)

2.1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

2.2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน

2.3 ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกัด หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน

3. การแบ่งระดับผู้สูงอายุโดยใช้การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ (Psychological age) โดยพิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ สติปัญญา การรับรู้ และเรียนรู้ที่ถดถอยลง

4. การแบ่งระดับผู้สูงอายุโดยใช้ภาวะทางสังคม (Socio logical age) โดยพิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากจากบทบาททางสังคม หน้าที่ทางสังคม สถานภาพในระบบสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป การมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มบุคคลตลอดจนความรับผิดชอบในการทำงานลดลง

ความหมายของสังคมผู้สูงอายุ

คำว่า “สังคมผู้สูงอายุ” และ “สังคมสูงวัย” หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย [มส.ผส.] & สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2559)

โดยองค์การสหประชาชาติ ได้แบ่งสังคมผู้สูงอายุ ออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Ageing society หรือ Aging society) ระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Complete aged society) และระดับสังคมผู้สูงอายุสุดยอด (Super-aged society) โดยให้นิยามของระดับต่าง ๆ ซึ่งทั้งประเทศไทย และรวมทั้งประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ใช้ความหมายเดียวกันในนิยามของทุกระดับของสังคมผู้สูงอายุ ดังนี้ (ชมพูนุท พรหมภักดี, 2556)

1. การเริ่มต้นหรือเริ่มก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Ageing society หรือ Aging society) คือ การมีประชากรทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ หรือมีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปี มากกว่าร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ

2. สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Complete aged society) หมายถึง เมื่อมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 20 หรือ มีประชากรอายุ 65 ปี เพิ่มขึ้นร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด ทั้งประเทศ

3. สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super-aged society) คือ สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด หรือมีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ อย่างไรก็ตาม ทุกประเทศทั่วโลกมีการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในช่วงเวลาแตกต่างกันตามความเจริญ มั่งคั่ง ซึ่งมีผลต่อสุขภาพและการมีอายุยืนของประชาชน (ชมพูนุท พรหมภักดี, 2556)

สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

การสูงวัยของประชากรโลก และของประเทศต่าง ๆ กำลังเปลี่ยนไปในทิศทางที่มีอายุสูงขึ้น ปรากฏการณ์ทางประชากรนี้เป็นผลสืบเนื่องมาจากอัตราเกิดของประชากรทั่วโลกได้ลดต่ำลง ในขณะที่ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น การสูงวัยของประชากรย่อมมีผลอย่างมากต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมในแต่ละประเทศ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย [มส.ผส.] & สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2559)

เมื่อ 20 ปีก่อน โลกมีประชากรประมาณ 5,735 ล้านคน และมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ประมาณ 540 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 9 ของประชากรโลก ใน ปี ค.ศ. 2015 ประชากรโลกมีจำนวน

7,349 ล้านคน ในจำนวนนี้มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 901 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 12 จึงกล่าวได้ว่า ประชากรโลกได้กลายเป็นสังคมสูงวัยแล้ว ใน 6 ทวีปของโลก ทวีปยุโรปมีระดับการสูงวัยสูงที่สุด คือ มีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 24 ของประชากรทั้งทวีป 738 ล้านคน แม้เอเชียจะมีสัดส่วนของประชากรสูงอายุสูงเป็นอันดับ 4 รองจากทวีปยุโรป แต่เป็นทวีปที่มีประชากรสูงอายุมากที่สุด คือ 508 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 12 ของประชากรทั้งทวีป ขณะนี้มี 3 ประเทศในเอเชียที่เป็นสังคมสูงวัยแล้ว ได้แก่ ประเทศสิงคโปร์ ประเทศไทย และประเทศเวียดนาม (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย [มส.ผส.] & สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2559)

ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2548 โดยมีสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด (ชมพูนุท พรหมภักดี, 2556; มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย [มส.ผส.] & สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2559) และยังคงคาดการณ์ว่าในอีก 20 ปีข้างหน้า จะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete aged society) โดยพิจารณาจากประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 และเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด Super aged society) ในปี พ.ศ. 2574 เมื่อสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 28 ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการสำรวจ 5 ปี ย้อนหลัง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556-2560 ที่พบว่ามีสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คือ ร้อยละ 14.7, 15.29, 15.89, 16.50 และ 17.12 ตามลำดับ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2556, มกราคม, 2557, มกราคม, 2558, มกราคม, 2559, มกราคม, 2560, มกราคม)

การเปลี่ยนแปลงทางประชากรสู่สังคมสูงวัย มีสาเหตุหลักมาจากการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์ ความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุข ทำให้ประชากรมีอายุที่ยืนยาวขึ้น เป็นปัญหาที่สังคมไทยต้องตระหนักโดยเฉพาะอัตราส่วนประชากรวัยทำงานต่อประชากรวัยสูงอายุ 1 คน ลดลงเรื่อย ๆ โดยอีกไม่เกิน 15 ปี ประชากรไทยจะเริ่มเข้าสู่รูปแบบที่วัยแรงงานต้องรับภาระการเลี้ยงดูกลุ่มประชากรผู้สูงอายุและเด็กมากขึ้นเรื่อย ๆ จากสัดส่วนประชากรวัยทำงานประมาณ 4.5 คนต่อการดูแลผู้สูงอายุ 1 คน และประชากรวัยเด็กอีก 1 คน (4: 1: 1) เป็นสัดส่วนประชากรวัยทำงานประมาณ 2 คน ต่อการดูแลผู้สูงอายุ 1 คน และประชากรวัยเด็กอีก 1 คน (2: 1: 1) ทำให้ครอบครัวจะต้องประสบกับปัญหาความเครียดจากภาระค่าครองชีพและภาระหน้าที่ที่ต้องดูแลคนในครอบครัวที่เพิ่มขึ้น (วรเวศม์ สุวรรณระดา, 2560, 20 เมษายน)

สถานการณ์ด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ จากข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุปี พ.ศ. 2557 พบว่า ผู้สูงอายุ มากกว่า หนึ่งในสามของผู้สูงอายุทั้งหมดมีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน คือ ลดลงจากร้อยละ 46.5 ในปี พ.ศ. 2545 เหลือร้อยละ 34.3 ในปี พ.ศ. 2557 โดยผู้สูงอายุร้อยละ 38.3 ยังคง

ทำงาน แต่มีเพียงร้อยละ 18.5 เท่านั้นที่ต้องการทำงานด้วยความสมัครใจ แสดงว่า ผู้สูงอายุจำนวนมากต้องทำงานเพราะความจำเป็นในการหารายได้เพื่อใช้ดำรงชีวิต ขณะที่แรงงานนอกระบบส่วนใหญ่กว่า 24 ล้านคนไม่มีหลักประกันรายได้ กรณีสุขภาพ และมีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 35.7 ที่มีแหล่งรายได้จากเงินออมหรือการครองทรัพย์สิน แหล่งรายได้หลักที่ผู้สูงอายุได้รับจากบุตรลดลงอย่างมาก ในขณะที่รายได้จากการทำงานของบุตรมีแนวโน้มสูงขึ้น รวมถึงผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังมากขึ้น (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย [มส.ผส.] & สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2559)

ผู้สูงอายุมีแนวโน้มอายุยืนขึ้น มีการเสื่อมถอยของร่างกายตามอายุที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง ได้กล่าวถึง สภาพปัญหาจากการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของไทย ดังนี้ (ชมพูนุท พรหมภักดี, 2556)

1. ปัญหาเกี่ยวกับภาระงบประมาณของประเทศ รัฐจะต้องนำเงินภาษีของประชาชนวัยทำงาน ไปใช้จัดสรรเป็นสวัสดิการดูแลผู้สูงอายุยิ่งสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น รัฐบาลก็จะยิ่งต้องใช้งบประมาณ มากขึ้นในการดูแล จนอาจกระทบต่อเสถียรภาพทางการคลังในระยะยาวของประเทศ กล่าวคือ ประชากรวัยทำงานซึ่งจะทำงานและเสียภาษีให้รัฐจะมีสัดส่วนลดลง ในขณะที่รัฐมีภาระต้องดูแล ประชากรสูงวัยเพิ่มขึ้น ยกตัวอย่าง "เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ" ที่เพิ่มขึ้นอย่าง "ก้าวกระโดด" จากปี พ.ศ. 2545 มีวงเงินอยู่ที่ 1,438 ล้านบาท โดยในปี พ.ศ. 2555 เพิ่มภาระการคลังเป็น 53,608 ล้านบาท ดังนั้น ภาครัฐ จึงควรต้องมีการบริหารจัดการเพื่อไม่ให้เกิดปัญหาต่อเสถียรภาพทางการคลังในระยะต่อไป

2. ปัญหาเกี่ยวกับแรงงานนอกระบบมีการอมน้อยมาก จากข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติชี้ให้เห็นว่า จากวัยแรงงานทั้งหมด 49 ล้านคน มีผู้ที่มิงานทำ 38 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นแรงงานในระบบ 14 ล้านคน และแรงงานนอกระบบที่ไม่มีรายได้ประจำ 24 ล้านคน ซึ่งกรณีแรงงานในระบบจะมีการดูแลสวัสดิการของแต่ละกลุ่ม เช่น ข้าราชการ ก็มีกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ [กบข.] พนักงานเอกชนก็จะมีกองทุนประกันสังคมดูแล เป็นต้น ส่วนแรงงานนอกระบบตอนนี้มีช่องทางกองทุน ประกันสังคมมาตรา 40 กล่าวคือ จากจำนวนแรงงานนอกระบบที่อยู่ในระบบการคุ้มครองของประกันสังคมตามมาตรา 40 จะมีจำนวนเพียง 1.3 ล้านคน หรือเพียงร้อยละ 5 แต่มีอีกถึง 22.7 ล้านคน หรือร้อยละ 95 ที่รัฐจะต้องส่งเสริมให้คนกลุ่มนี้เข้ามาอยู่ในระบบประกันสังคม และต้องส่งเสริมให้มีการออมอย่างต่อเนื่อง

3. ปัญหาเกี่ยวกับรายได้หลังเกษียณไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ จากผลศึกษาพบว่า มีเพียงกลุ่มราชการที่มีรายได้เพียงพอจากเงินบำนาญ ซึ่งมีประมาณร้อยละ 50-70 ส่วนแรงงานในระบบประกันสังคม จะมีรายได้หลังเกษียณประมาณร้อยละ 38-40 ขณะที่แรงงานนอกระบบที่อยู่ในระบบ

ประกันสังคมจะได้รับแค่เงินก่อนเป็นเงินบำเหน็จ ทำให้กลุ่มนี้มี "ความเสี่ยง" มากกว่ากลุ่มอื่นที่อาจมีคุณภาพชีวิตแย่งหลังเกษียณ (ชมพูนุท พรหมภักดี, 2556) จึงเป็นความท้าทายของประเทศที่ต้องเตรียมความพร้อมรับมือเพื่อก้าวสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพตั้งแต่วัยทำงาน โดยจะต้องมีการเตรียมในทุกด้าน ตั้งแต่การสร้างหลักประกันด้านรายได้ การออมในช่วงวัยทำงานให้เพียงพอสำหรับการดำรงชีพในวัยสูงอายุ การสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับช่วงวัย การเตรียมความพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงและวางแผนชีวิตอย่างมีคุณค่าบนพื้นฐานของการพึ่งพาตนเองโดยมีครอบครัวเพื่อนฝูงชุมชนช่วยเหลือ สังคมรัฐเกื้อกูล

สรุป จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร เมื่อประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น การสูงวัยของประชากรย่อมมีผลอย่างมากต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมในแต่ละประเทศ และมีผลต่อบุคคลนั้นเอง ซึ่งเมื่อบุคคลมีอายุเพิ่มมากขึ้นก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ จะเกิดมีการเสื่อมถอยของร่างกายตามอายุที่เพิ่มขึ้น ก่อให้เกิดปัญหาหลาย ๆ อย่างตามมา รวมทั้งปัญหาสุขภาพด้วย ดังนั้นบุคคลจึงควรมีการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณค่า ชราอย่างมีศักดิ์ศรี ต่อไป

แนวคิดเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมเพื่อก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ

การเตรียมความพร้อมเพื่อก้าวสู่วัยสูงอายุถือว่าเป็นการวางแผนชีวิตอย่างหนึ่งที่มีเป้าหมายอยู่ที่การประสบความสำเร็จและความสุขในชีวิต (Kimmel, 1980; วรรณรา ชื่นวัฒนา, 2557) ทั้งนี้ Kiker and Myers, 1990 อ้างถึงใน (วรรณรา ชื่นวัฒนา, 2556) ได้กล่าวว่า ในการวางแผนของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการวางแผนชีวิตได้แก่ อัตมโนทัศน์ ค่านิยมของบุคคล ความพึงพอใจในชีวิตของแต่ละบุคคล การปฏิบัติตามพฤติกรรมที่ต้องพัฒนาตามวัย (Development task) และการตัดสินใจ การวางแผนเข้าสู่สังคมสูงอายุ หรือเพื่อใช้ชีวิตหลังเกษียณอายุอย่างมีคุณภาพ บุคคลต้องพิจารณาตนเองและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคม ได้แก่ สุขภาพร่างกาย สุขภาพจิต สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การใช้เวลา สถานที่อยู่อาศัย วิถีชีวิตใหม่ และฐานะการเงินที่เปลี่ยนไป Kiker & Myers, 1990 อ้างถึงใน (วรรณรา ชื่นวัฒนา, 2556) เพื่อให้กระบวนการนี้ต่อเนื่อง เป็นการป้องกันภาวะวิกฤติในช่วงสุดท้ายของชีวิต

สำหรับช่วงระยะเวลาความพร้อมเพื่อการก้าวสู่วัยอายุที่เหมาะสมนั้น ได้มีนักวิชาการกำหนดไว้แตกต่างกัน ดังนี้

(วิจิตร บุญยะโทตระ, 2537) แนะนำว่า ควรเตรียมล่วงหน้าประมาณ 10 ปีก่อนเกษียณอายุ
 รัชนีโสภากย์ เกษมสันต์, 2542 อ้างถึงใน (วรชัย สิงหฤกษ์ & พิทักษ์ ศิริวงศ์, 2560) แนะนำว่า บุคคลควรเริ่มเตรียมตัว 10-20 ปี ก่อนเกษียณอายุหรือก่อนอายุ 60 ปี

ประสพ รัตนกร, 2530 อ้างถึงใน (วรชัย สิงห์ฤกษ์ & พิทักษ์ ศิริวงศ์, 2560) ได้เสนอแนะว่าให้ข้าราชการเตรียมความพร้อมตั้งแต่อายุ 40 ปี

(กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2551) กล่าวว่า การเตรียมความพร้อมในวันสูงอายุ จะต้องใช้เวลาไม่ต้องคอยถึงอายุ 60 ปี หรืออายุใกล้ 60 ปี แล้วจึงเตรียม การเตรียมความพร้อมควรเริ่มตั้งแต่วัยหนุ่มสาว จะทำให้การใช้ชีวิตในวัยสูงอายุไม่มีปัญหาและไม่กระทบกระเทือนผู้อื่น

ในขณะที่ (Leedy & Wynbrandt, 1987) แนะนำให้บุคคลมีการเตรียมความพร้อมให้เร็วที่สุด โดยให้เริ่มวางแผนเตรียมการไว้ตั้งแต่อายุ 30 ปี

การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

การเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ถือว่าเป็นการวางแผนชีวิตอย่างหนึ่งที่มีเป้าหมายอยู่ที่ความสุขในชีวิต Kiker & Myers, 1990 อ้างถึงใน (วรรณรา ชื่นวัฒนา, 2557) เพราะสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการมากที่สุดในช่วงบั้นปลายชีวิต คือ ความสุขอันเกิดจากการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม (ลัดดา คำศิริการเลิศ, 2555) จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยสามารถสรุปการวางแผนเตรียมความพร้อมก่อนการเข้าสู่วัยสูงอายุในด้านต่าง ๆ ที่สำคัญ ได้แก่ การเตรียมความพร้อมด้านเศรษฐกิจ การเตรียมความพร้อมด้านที่อยู่อาศัย การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพร่างกาย การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ และการเตรียมความพร้อมด้านการใช้เวลา (บรรลุ ศิริพานิช, 2550 ก; วิจิตร บุญยะ โหตระ, 2537; ศรีเรือน แก้วกั้งวาล, 2545) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตนหรือการกระทำกิจกรรมของประชาชนในการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ เพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ มิติด้านสุขภาพทางกาย มิติด้านสุขภาพทางจิตใจ มิติด้านสุขภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม และมิติด้านสุขภาพทางปัญญา ("พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550," 2550, 19 มีนาคม) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพทางกาย

สุขภาพร่างกายเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องเอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอตั้งแต่วัยหนุ่มสาวและวัยกลางคน เพื่อที่ว่าเมื่อถึงวัยสูงอายุแล้วสุขภาพจะไม่ทรุดโทรมเร็วกว่าที่ควรจะเป็น (Burnside, 1988) เป้าหมายของการวางแผนสุขภาพ คือ การรักษาสุขภาพให้สมบูรณ์แข็งแรง มีความสุข มีความกระฉับกระเฉงและอายุยืน (วิจิตร บุญยะ โหตระ, 2533) บุคคลในวัยสูงอายุจะมีความเสื่อมของร่างกายตามการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ ประสิทธิภาพในการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายลดลงมีโอกาสเกิดโรคได้ง่ายและเมื่อเป็นแล้วต้องใช้เวลารักษานาน ปัญหาที่คนสูงอายุส่วนใหญ่ประสบได้แก่ ปัญหาสุขภาพอนามัย แต่อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้มิได้เกิดขึ้นทันทีทันใด ขึ้นอยู่กับสุขนิสัย และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพอย่างสม่ำเสมอตั้งแต่วัยเด็กวัยผู้ใหญ่จนกระทั่งถึงวัยสูงอายุ ซึ่ง (สุรศักดิ์ วงศ์รัตนชีวิน, รศนา วงศ์รัตนชีวิน, & วิชัย บุญแสง, 2548) กล่าวว่า การป้องกัน

ไม่ให้เจ็บป่วยเป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายที่ดีที่สุดในวัยสูงอายุ และคุณภาพชีวิตที่ผู้สูงอายุทุกคนต้องการคือ ตาดี หูดี เคลื่อนไหวช่วยตัวเองได้ ความจำดี กินได้ นอนหลับ ขับถ่ายปกติ สุขภาพจิตดี การเตรียมตัวเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีทำได้ดังนี้ (สุทธิชัย ปานปรีชา, 2540, ตุลาคม 6; บรรลุ ศิริพานิช, 2538) Kiker & Myers, 1990 อ้างถึงใน (วรรณรา ชื่นวัฒนา, 2556)

1.1 รับประทานอาหารที่สะอาดปลอดภัย มีส่วนประกอบของอาหารครบทั้ง 5 หมู่ งดเว้นอาหารรสจัดและเครื่องดื่มมีน้ำตาลหรือน้ำชา กาแฟ ได้รับอาหารครบทั้ง 3 มื้อและดื่มน้ำวันละอย่างน้อย 10 แก้ว ควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในมาตรฐานโดยไม่รับประทานอาหารให้มากหรือน้อยเกินไป เมื่ออายุมากขึ้นร่างกายมีแนวโน้มจะต้องการอาหารลดลงการใช้กำลังงานลดลง จะทำให้มีน้ำหนักเพิ่มขึ้น นอกจากรับประทานอาหารน้อยลง แต่ถ้ารับประทานอาหารน้อยเกินไปก็จะทำให้ร่างกายขาดสารอาหารบางอย่างได้ การควบคุมน้ำหนักทำได้โดยชั่งน้ำหนักตัวอยู่เสมอ

1.2 นอนหลับวันละ 7-8 ชั่วโมง เพื่อให้ร่างกายทุกส่วนได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ทำให้ร่างกายและจิตใจสดชื่นแจ่มใสพร้อมที่จะดำเนินชีวิตในวันต่อไป หากนอนกลางคืนไม่พอก็นอนกลางวันได้ ถ้านอนไม่หลับให้หาสาเหตุว่ามีสิ่งใดรบกวน เช่น อุณหภูมิ หรือมีความวิตกกังวล ถ้ารู้สาเหตุต้องรีบแก้ไขตามความเหมาะสม หากแก้ไขไม่ได้ต้องรีบปรึกษาแพทย์

1.3 การขับถ่าย ถ่ายอุจจาระทุกวัน โดยไม่มีอาการท้องผูกหรือท้องร่วง

1.4 ออกกำลังกายเป็นประจำการออกกำลังกายเป็นปัจจัยเดียวที่ชะลอความเสื่อมจากความสูงอายุได้ การออกกำลังกายสม่ำเสมอจะนำความแข็งแรงมาสู่ปอด หัวใจ ลดความดันโลหิต ทำให้กระดูกและกล้ามเนื้อแข็งแรง มีสมาธิ การรับประทานอาหารและการนอนดีขึ้น ทำให้บุคลิกภายนอกดีขึ้น มองโลกในแง่ดีและมั่นใจในตนเองมากขึ้น การออกกำลังกายได้ตั้งแต่การทำงานบ้าน ทำสวน ขุดดิน การเดิน การวิ่งเหยาะ ๆ ว่ายน้ำ ฝึกจักรยาน โยคะ หรือรำมวยจีน ตามที่ร่างกายและความพอใจของตนเองที่เห็นว่าเหมาะสมโดยปฏิบัติทุกวันอย่างสม่ำเสมอ

1.5 ให้ความสนใจกับสุขภาพอนามัยและการปฏิบัติเมื่อเจ็บป่วยโดยการตรวจสุขภาพเป็นประจำทุก 6 เดือน หรืออย่างน้อยทุก 1 ปี รักษาโรคที่เป็นอยู่หรือตรวจพบอย่างสม่ำเสมอ

1.6 อยู่ในที่อากาศถ่ายเท หลีกเลี่ยงการอยู่ในที่แออัด มีฝุ่นละออง ควันพิษ

2. การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพทางจิตใจ

เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุ บุคคลนั้นจะต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับสภาพการเปลี่ยนแปลงยอมรับกับความเปลี่ยนแปลงให้ได้ ไม่หวนคิดถึงอดีตที่ผ่านมาอย่างอาลัยอาวรณ์ พอใจกับชีวิตปัจจุบัน มีจิตใจร่าเริงแจ่มใส จะมีอายุยืนยาว ดังนั้น การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจเพื่อรับสภาพการเกษียณอายุจะช่วยทำให้การปรับตัวภายหลังเกษียณเป็นไปด้วยดี ซึ่งสามารถกระทำได้ดังนี้ (บุญเทือง โพธิ์เจริญ, 2551; วรรณรา ชื่นวัฒนา, 2556)

2.1 มองโลกในแง่ดี ยอมรับความเป็นจริง มีชีวิตอยู่กับปัจจุบัน ยอมรับการเปลี่ยนแปลงของสังคมและสภาพแวดล้อม โดยใช้หลักธรรมะเป็นเครื่องยึดเหนี่ยว ทำจิตใจให้สงบ ไม่เคร่งเครียด มีการปฏิบัติทางจิต เช่น การนั่งสมาธิ ภาวนา

2.2 รักษาอารมณ์ให้เหมาะสม ฝึกทำใจให้สงบยอมรับความจริงในชีวิต ตัดสินใจด้วยความมีเหตุผล ขจัดภาวะความคับข้องใจ อารมณ์ขุ่นมัว หรือวิตกกังวลต่าง ๆ ควรทำจิตใจให้ห่างจากกิเลส ตัณหา เสมอต้นเสมอปลายมองทุกสิ่งทุกอย่างในแง่บวก พยายามค้นหาสิ่งที่ดีจากสิ่งที่คิดว่าไม่ดี การมีอารมณ์ไม่ดีจะส่งผลให้ร่างกายใช้พลังงานมากขึ้น และระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายอ่อนแอลง ความต้านทาน โรคลดลง ความเครียดระยะยาวจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ความจำ การรับความรู้สึก การตัดสินใจเปลี่ยนไป

2.3 การส่งเสริมการใช้ดนตรี และศิลปะต่าง ๆ ซึ่งจะช่วยให้บรรยากาศผ่อนคลาย มีจิตใจสบายขึ้น

3. การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อม

การเตรียมความพร้อมด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม เป็นการเตรียมตัวอีกด้านหนึ่งที่มีความสำคัญ เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมที่เคยทำอยู่ ผู้สูงอายุจะรู้สึกว่าคุณเสีย รวมทั้งกิจกรรมจะเปลี่ยนแปลงไปด้วย จากทฤษฎี Activity theory เชื่อว่า ผู้สูงอายุไม่ควรมองตนเองว่าไร้บทบาทแต่ควรจะทำบทบาทหรือกิจกรรมใหม่ทดแทนบทบาทหรือกิจกรรมเดิมที่สูญเสียไป (Matras., 1990) โดยมีข้อตกลงพื้นฐานว่า บุคคลจะต้องรู้ความต้องการของตนแต่ละช่วงวัยของชีวิตและต้องปฏิบัติกิจกรรมนั้นสม่ำเสมอ ความสำเร็จในวัยสูงอายุขึ้นอยู่กับบทบาทและกิจกรรมใหม่ทดแทนกิจกรรมและบทบาทเดิมทั้งหมดไป ผู้ที่มีกิจกรรมหรือบทบาทใหม่ในวัยสูงอายุโดยที่ยังดำรงความเป็นตัวของตัวเองไว้ได้จะมีความพึงพอใจในชีวิตสูง และมองตนในด้านบวก การมีกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงคุณค่าและปรับตัวได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่ปราศจากกิจกรรม ซึ่งกิจกรรมที่มีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดี เช่น ผู้สูงอายุที่ใช้เวลาในการทำกิจกรรมบ่อยครั้งกว่าจะมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่ใช้เวลาในการทำกิจกรรมน้อยครั้งกว่า ผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมสูง มีงานอดิเรกหรืองานยามว่างทำ จะมีสุขภาพจิตดีกว่า และผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมในสังคมมากจะมีความพึงพอใจในชีวิตสูง และมีความซึมเศร้า น้อย ซึ่งกิจกรรมต่าง ๆ นั้นสามารถจำแนกได้ คือ การมีส่วนร่วมในสังคม การมีงานอดิเรก และการทำงานที่มีรายได้ ดังนี้ (วรรณรา ชื่นวัฒนา, 2557)

3.1 การมีส่วนร่วมในสังคม (Social participation) เป็นการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ขององค์กรที่ผู้สูงอายุเป็นสมาชิก ซึ่งแบ่งเป็นการมีส่วนร่วมทางสังคมภายในครอบครัว ได้แก่ การมีกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว ไม่ทำตนให้เป็นที่น่ารำคาญแก่ลูกหลานหรือผู้ใกล้ชิด

ไม่แยกตัวอยู่ตามลำพังคนเดียว และการมีส่วนร่วมทางสังคมภายนอกครอบครัวได้แก่ การมีกิจกรรมร่วมกับ กลุ่มเพื่อน เพื่อนบ้าน ญาติพี่น้อง และสมาชิกต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุเป็นสมาชิก สร้างความสัมพันธ์ที่ดี ศึกษาหาความรู้ในเรื่องการเป็นผู้สูงอายุและพูดคุยกับบุคคลที่เป็นผู้สูงอายุแล้ว รวมทั้งร่วมกิจกรรมเพื่อเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ เช่น กิจกรรมทางศาสนา กิจกรรมอาสาสมัคร กิจกรรมอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม กิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครบำเพ็ญประโยชน์ช่วยเหลือสังคม และอาสาสมัครถ่ายทอดประสบการณ์ เป็นต้น

3.2 การมีงานอดิเรก (Hobby) หมายถึงการที่ผู้สูงอายุทำกิจกรรมที่เป็นการพักผ่อนเพื่อความเพลิดเพลินทำให้รู้สึกที่ตนเองมีค่าควรแก่การมีชีวิตอยู่ มีงานอดิเรกหรือกิจกรรมที่สนใจทำ เช่น ปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ ท่องเที่ยว เขียนหนังสือ พบปะสังสรรค์เพื่อน เป็นต้น

3.3 การทำงานที่มีรายได้ (Work) หมายถึงการที่ผู้สูงอายุทำสิ่งที่ก่อให้เกิดรายได้ไม่ว่าจะเป็นงานประจำ งานพิเศษหรืองานชั่วคราว เช่น การเล่นหุ้น ค้าขาย การทำเกษตรกรรม เป็นต้น

นอกจากกิจกรรมดังกล่าวแล้ว การเตรียมด้านที่อยู่อาศัย การเตรียมตัวด้านการเงิน ยังเป็นสิ่งจำเป็นในการสร้างความมั่นคง การคุ้มครองความปลอดภัย และศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ อีกด้วย ดังนี้ (วรรณรา ชื่นวัฒนา, 2557)

3.4 การเตรียมตัวด้านที่อยู่อาศัย ขึ้นอยู่กับความตั้งใจของบุคคล สภาพการณ์ของครอบครัวญาติพี่น้องที่จะเอื้ออำนวย ตลอดจนสถานภาพการเงินของผู้สูงอายุในขณะนั้น สำหรับครอบครัวไทยแล้วผู้สูงอายุทั่วไปนิยมอาศัยอยู่กับบุตรหลาน แต่ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวควรวางแผนเรื่องที่อยู่อาศัยตั้งแต่นั้นๆ เพื่อให้เกิดความพร้อมและความมั่นคงในบั้นปลายของชีวิต การเตรียมตัวด้านที่อยู่อาศัยควรพิจารณาถึง สถานที่ว่าจะอยู่ที่ไหน กับใคร จะย้ายไปอยู่สถานที่ใหม่หรือไม่ โดยคำนึงถึงทำเล ที่ง่ายต่อการติดต่อญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง และแหล่งบริการอื่น ๆ จากชุมชนถ้าต้องการหาที่อยู่ใหม่ต้องเตรียมพร้อมทางการเงินและด้านเวลาเพื่อจะได้มีเวลาปรับปรุงบ้านใหม่ให้เหมาะสม ในกรณีที่ต้องการอยู่บ้านนอกเมืองที่สงบเงียบห่างไกลผู้คนอาจจะต้องทดลองอยู่ดูก่อน และทดลองทุกฤดูกาล เพราะในชนบทฤดูกาลแต่ละฤดูกาลแตกต่างกันค่อนข้างมาก และถ้าต้องไปอยู่บ้านพักคนชราทั้งของทางราชการและขององค์กรการกุศลจะต้องศึกษาสอบถามระเบียบการของแต่ละแห่งว่ามีเงื่อนไขอย่างไรบ้าง และถ้าเป็นไปได้ต้องลงไปเยี่ยมบ้านพักดังกล่าวดูก่อน หาข้อมูลจากเจ้าหน้าที่และผู้อยู่อาศัย เพื่อประเมินว่าเหมาะสมกับตนเองหรือไม่ ยิ่งใช้เวลาสัมผัสมากเท่าใดก็จะมีข้อมูลในการตัดสินใจมากขึ้นเท่านั้น

3.5 การเตรียมตัวด้านการเงิน เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ย่อมมีการเปลี่ยนแปลงเรื่องรายรับและรายจ่าย รายได้หลักที่เคยได้จากการทำงานจะหมดไป อาจทำให้เกิดความไม่สมดุลระหว่างรายได้และรายจ่าย เกิดปัญหาในการดำรงชีวิต เช่น การซื้อพันธบัตร การประกันชีวิต การฝาก

ธนาคาร และการซื้อกองทุนต่าง ๆ เป็นต้น ดังนั้นการวางแผนทางการเงินเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุเป็นสิ่งที่ควรมีการจัดทำขึ้นเสมอในการวางแผนการเงินสำหรับช่วงชีวิตของบุคคลควรมีการเตรียมดังนี้ (สุขใจ น้ำผุด, 2557)

3.5.1 การประเมินรายรับรายจ่าย โดยวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงินในปัจจุบันของตนเองว่ามีรายได้ทั้งหมดเท่าไร จากแหล่งใดบ้าง มีรายจ่ายเท่าใด ถ้ารายจ่ายเกินรายรับจะได้วางแผนเพิ่มรายรับหรือลดรายจ่าย

3.5.2 การเตรียมเงินสำหรับรายจ่าย เช่น ค่ารักษาพยาบาล และเตรียมรับกับปัญหาเงินเพื่อที่จะเกิดขึ้น รวมทั้งค่าใช้จ่ายยามฉุกเฉิน เป็นต้น ประเมินความสามารถของตนเองที่จะหารายได้จากการมีอาชีพสำรองก่อนหรือหลังเกษียณอายุที่เหมาะสมกับตน เตรียมสะสมทรัพย์ในรูปแบบของเงินออม การซื้อหุ้น การลงทุนซื้อบ้านและที่ดิน การประกันชีวิตและสุขภาพ และอุบัติเหตุอื่น ๆ

4. การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพทางปัญญา

การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพปัญญา เป็นการเตรียมตัวเพื่อสร้างความรู้ทั่ว รู้เท่าทัน และเข้าใจอย่างแยกได้ในเหตุและผลแห่งความคิดความชั่ว ความมีประโยชน์และมีโทษของสิ่งที่เข้ามาเกี่ยวข้องในการดำเนินชีวิต ความเห็นสิ่งที่ก่อให้เกิดประโยชน์เกื้อกูล ซึ่งนำไปสู่ความมีจิตใจที่ดีงาม เอื้อเพื่อเผื่อแผ่ หลุดพ้นจากความเห็นแก่ตัว มองเห็นคุณค่าการมีชีวิตเมื่ออยู่ในภาวะที่ยังพร้อมยึดมั่นในคุณค่าแห่งศาสนธรรมและหลักความดีงาม อย่างไม่มมงาย (ชินฤทัย กาญจนะจิตรา et al., 2554; ประเวศ วะสี, 2551, 14 มิถุนายน; "พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550," 2550, 19 มีนาคม) สามารถพิจารณาไตร่ตรองถึงปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างถ่องแท้เป็นผลทำให้สามารถพัฒนาตนเองให้มีความเข้มแข็ง มีพลังใจในการมีชีวิตอยู่อย่างมีความหมาย มีความสุข สงบ มีสติ ซึ่งตัวชี้วัด “สุขภาพในมิติทาง จิตวิญญาณหรือปัญญา” ตามกรอบ “ตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ” คือ “ดัชนีสุขภาพทางปัญญา” ประกอบด้วยองค์ประกอบต่าง ๆ ได้แก่ ความสงบทางจิตใจ ความมั่นคงทางจิตใจ การลดความเห็นแก่ตัว ความไม่ประมาท ความรู้และเข้าใจในความเป็นไปของชีวิตและโลก การใช้ความคิดไตร่ตรองตามเหตุผล เป็นต้น (ชินฤทัย กาญจนะจิตรา et al., 2554) ดังนั้น การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพทางปัญญา มีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุมีความผาสุกทางปัญญาเพิ่มขึ้นในทุกด้าน (ชินฤทัย กาญจนะจิตรา et al., 2554; ประเวศ วะสี, 2551, 14 มิถุนายน; พระปลัดวีระชนม์ เขมวีโร, ธนันต์ชัย พัฒนะสิงห์, ทิพย์ ชันแก้ว, โฆษิต คุ่มแก้ว, & สงวน หล้าโพทนัน, 2560)

ในการศึกษารุ่นนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาในประเด็นการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมสูงอายุ ทั้งนี้เนื่องจากวัยสูงอายุ เป็นวัยที่ร่างกายมีความเสื่อมถอย ซึ่งส่งผลกระทบต่ออารมณ์

และจิตใจของผู้สูงอายุ ฉะนั้นผู้สูงอายุจึงควรมีการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา ก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ เพื่อรับมือกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ผู้สูงอายุที่มีการเตรียมตัวด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุที่ดี จะเป็นบุคคลที่สามารถเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงไปได้โดยไม่ยากนัก ตลอดจนสามารถควบคุมและแสดงออกทางอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม มีอารมณ์แจ่มใส ไม่เคร่งเครียด และเสร้างโรค ลดการเกิดปัญหาด้านสุขภาพได้ ซึ่งการมีสุขภาพดีเป็นสิ่งบ่งบอกถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยการที่ผู้สูงอายุจะมีสุขภาพที่ดีนั้นขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย และหลายเงื่อนไข ซึ่งรวมถึงการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพของประชาชน เพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ “สูงอายุอย่างมีคุณค่า ชราอย่างมีศักดิ์ศรี” ด้วย

นโยบายและมาตรการที่เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

จากการที่ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ภาครัฐได้เล็งเห็นความสำคัญในการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จึงได้กำหนดนโยบายและมาตรการที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะประเด็นการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ดังนี้

1. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) (ชมพูนุท พรหมภักดี, 2556)

ในปัจจุบันจำนวนผู้สูงอายุและสัดส่วนผู้สูงอายุ (ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) ของประเทศไทยเพิ่มขึ้นในอัตราที่รวดเร็วทำให้โครงสร้างประชากรของประเทศไทยกำลังเคลื่อนเข้าสู่ระยะที่เรียกว่า "ภาวะประชากรผู้สูงอายุ (Population aging)" อันจะมีผลต่อสภาพทางสังคม สภาวะเศรษฐกิจ และการจ้างงาน ตลอดจนการจัดสรรทรัพยากรทางสุขภาพและสังคมของประเทศอย่างต่อเนื่องในระยะยาว การกำหนดแผนระยะยาวที่เหมาะสมและเป็นรูปธรรมสำหรับการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาจึงเป็นที่ตระหนักทั้งของรัฐและประชาคมต่าง ๆ ว่ามีความสำคัญในลำดับต้น

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) มีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. เพื่อสร้างจิตสำนึกให้ประชากรทุกคนในสังคมตระหนักถึงผู้สูงอายุว่าเป็นบุคคลที่มีประโยชน์ต่อสังคม
2. เพื่อให้ประชากรทุกคนตระหนักถึงความสำคัญของการเตรียมการและมีการเตรียมการเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ
3. เพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีพึ่งตนเองได้มีคุณภาพชีวิตและมีหลักประกัน
4. เพื่อให้ประชาชน ครอบครัว ชุมชน องค์กรภาครัฐ และเอกชนมีส่วนร่วมในภารกิจด้านผู้สูงอายุ
5. เพื่อให้มีกรอบและแนวทางปฏิบัติสำหรับ ในสังคมทั้งภาคประชาชนชุมชน องค์กรภาครัฐและเอกชนได้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุอย่างประสานและสอดคล้องกัน

นอกจากนี้แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ได้จัดแบ่งเป็น 5 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

1. ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ครอบคลุมเรื่องหลักประกันด้านรายได้ การศึกษา และการเรียนรู้ตลอดชีวิต การปลูกจิตสำนึกให้คนตระหนักถึงศักดิ์ศรีและคุณค่าของผู้สูงอายุ
2. ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ สร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ และการอยู่ร่วมกัน การสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ การทำงานและการหารายได้ สนับสนุนสื่อให้มีรายการเพื่อผู้สูงอายุ สนับสนุนให้ผู้สูงอายุ เข้าถึงข่าวสารและสื่อ ให้ได้รับความรู้ ให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัย
3. ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ครอบคลุมเรื่องรายได้หลักประกันด้านสุขภาพ ครอบครั้ว ระบบบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน
4. ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนางานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุระดับชาติ และการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ
5. ยุทธศาสตร์ด้านการประมวลและพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุและการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ครอบคลุมเรื่องการศึกษาวิจัยและการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ

2. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 (ชมพูนุท พรหมภักดี, 2556)

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2547 โดยตราขึ้นตามเจตนารมณ์ในมาตรา 54 ของ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ที่ประสงค์จะให้บุคคลที่มีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ มีสิทธิได้รับความช่วยเหลือจากรัฐ ซึ่งในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ได้ให้ความสำคัญกับการคุ้มครองผู้สูงอายุ ให้ได้รับสวัสดิการอย่างเป็นธรรมและเสมอภาค เป็นหลักประกันด้านสิทธิเสรีภาพ

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ได้บัญญัติให้ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง ตามกฎหมายตามมาตรา 11 ดังนี้

1. ได้รับการบริการทางการแพทย์ และการสาธารณสุข เป็นกรณีพิเศษ โดยดูแลให้ความสะดวก แก่ผู้สูงอายุ
2. ได้รับการศึกษา ศาสนา และเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร
3. ได้รับการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการประกอบอาชีพที่เหมาะสม
4. ได้รับการพัฒนาตนเอง และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน กิจกรรมทางสังคมเครือข่าย

5. ได้รับการอำนวยความสะดวกและความปลอดภัย ในการบริการสาธารณะ เกี่ยวกับอาคาร สถานที่ ยานพาหนะ หรืออื่น ๆ
 6. ได้รับการช่วยเหลือในเรื่องของค่าโดยสารยานพาหนะต่าง ๆ ตามความเหมาะสม
 7. ได้รับการยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐ
 8. ได้รับการช่วยเหลือในกรณีที่ได้รับอันตรายจากการถูกรังแกหรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมายหรือถูกทอดทิ้ง
 9. ได้รับการให้คำแนะนำ ปรีกษา เกี่ยวกับในทางคดี
 10. ได้รับการจัดที่พักอาศัย อาหาร และเครื่องนุ่งห่ม อย่างทั่วถึง
 11. ได้รับการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม
 12. ได้รับการสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี
 13. ได้รับการบริการอื่น ๆ ตามที่กรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติประกาศกำหนด นอกจากนี้ยังได้ บัญญัติให้ผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุได้รับสิทธิทางภาษีตามมาตรา 16 และ 17
 14. ผู้ที่บริจาคเงินหรือทรัพย์สินให้แก่กองทุนผู้สูงอายุแห่งชาติมีสิทธินำไปลดหย่อนในการคำนวณภาษีเงินได้หรือได้รับการยกเว้นภาษีสำหรับทรัพย์สินที่บริจาคแล้วแต่กรณี
 15. ผู้ที่อุปการะเลี้ยงดูบุพการีซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ มีสิทธิได้รับ การลดหย่อนภาษีตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่กำหนดในประมวลรัษฎากร
- พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มีความมุ่งหมายที่จะคุ้มครองผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และมีสัญชาติไทย และเอื้อประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ เช่น การได้รับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง ถูกรังแกหรือถูกแสวงหาประโยชน์อันเป็นการกระทำที่ขัดต่อ หลักสิทธิมนุษยชน
- โดยในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 16 ได้ให้สิทธิในการลดหย่อนภาษีแก่ผู้อุปการะเลี้ยงดูผู้สูงอายุ ภายใต้กฎหมายฉบับนี้จะช่วยให้ผู้สูงอายุที่ได้รับสิทธิต่าง ๆ ครอบคลุมแนวทางการดำเนินงานพัฒนาผู้สูงอายุ 3 ด้าน คือ

1. สิทธิการได้รับการ การคุ้มครอง การส่งเสริม และสนับสนุนการพัฒนาผู้สูงอายุด้านสังคม ได้แก่ การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข เพื่ออำนวยความสะดวกรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ การศึกษา การศาสนา และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต การพัฒนาตนเอง สร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การช่วยเหลือผู้สูงอายุ ซึ่งได้รับอันตรายจากการทารุณกรรมหรือถูกทอดทิ้ง การจัดหาที่พักอาศัย อาหาร และเครื่องนุ่งห่มให้ตามความจำเป็นอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม และการสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี การได้รับบริการคำแนะนำ ปรีกษา ด้านกระบวนการยุติธรรม สำหรับสิทธิสงเคราะห์เงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

พ.ศ. 2552 ประกาศใช้เมื่อวันที่ 22 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2552 โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้มีสิทธิ์ได้รับเงิน เบี้ยยังชีพเป็นผู้มีสัญชาติไทยอายุ 60 ปีขึ้นไป ไม่ได้รับสวัสดิการใดๆจากรัฐและไม่อยู่ในสถาน สงเคราะห์ของรัฐเป็นต้น โดยให้กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นกรุงเทพมหานครและเมือง พัทยา จ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้เป็นรายเดือน ๆ ละ 500 บาท ตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2552 เป็นต้นไป

2. สิทธิการได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ การส่งเสริมอาชีพ การฝึกอาชีพที่เหมาะสม และสิทธิลดหย่อนภาษีแก่ผู้ประกอบการเลี้ยงดูผู้สูงอายุ

3. สิทธิการได้รับบริการด้าน โครงสร้างพื้นฐานและบริการสาธารณะ ได้แก่ การอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยแก่ผู้สูงอายุในอาคารสถานที่ หรือการบริการสาธารณะอื่น การช่วยเหลือด้านค่าโดยสารยานพาหนะ ตามความเหมาะสม และการยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐ

3. ยุทธศาสตร์กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ พ.ศ. 2555-2559

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้มียุทธศาสตร์กระทรวงการ พัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ พ.ศ. 2555-2559 ซึ่งยุทธศาสตร์ฉบับนี้ให้ความสำคัญกับ การที่ประเทศไทยกำลังก้าวสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปีพ.ศ. 2573 ซึ่งได้กำหนดไว้ในประเด็น ยุทธศาสตร์ที่ 1. การผลักดันให้เกิดสังคมสวัสดิการ กลยุทธ์ที่ 1.4 การเตรียมความพร้อมสู่สังคม สูงอายุ (Aging society) โดยมีโครงการที่จะดำเนินการที่จะขับเคลื่อนประเทศไทยสู่สังคมผู้สูงอายุ อย่างมีคุณภาพ และโครงการ ตั้งศูนย์การเรียนรู้และพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ (กระทรวงการ พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2554)

4. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564)

ได้กล่าวถึงภาพรวมที่ต้องการพัฒนาในด้านสังคมว่า “ประเทศไทยมีความเสี่ยงจากการ เปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ที่จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ศักยภาพทางเศรษฐกิจ และสภาพทาง สังคมในด้านต่าง ๆ โครงสร้างประชากรไทยได้เปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมสูงวัยมากขึ้นตามลำดับ และ จะเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์เมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาฯฉบับที่ 12 โดยที่สัดส่วนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 19.8 ของจำนวนประชากรทั้งหมด ในขณะที่จำนวนประชากรวัยแรงงานได้เริ่มลดลงมา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 เป็นต้นมา ส่งผลให้เกิดการขาดแคลนแรงงานในภาวะที่ผลิตภาพแรงงานไทยยัง ต่ำ เนื่องจากปัญหาคุณภาพแรงงาน ความล่าช้าในการพัฒนาเทคโนโลยี และปัญหาการบริหาร จัดการจึงเป็นข้อจำกัดในการเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันและศักยภาพการเจริญเติบโตทาง เศรษฐกิจของประเทศ รวมทั้งการสร้างรายได้และการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนด้วย และ เมื่อประกอบกับคุณภาพคนที่ยังต่ำในทุกช่วงวัย ที่จะส่งผลกระทบต่อเนื่องกัน ก็จะเป็นอุปสรรค สำหรับการพัฒนาประเทศ ตั้งแต่พัฒนาการไม่สมวัยในเด็กปฐมวัย ผลลัพธ์ทางการศึกษาของเด็กวัย เรียนก่อนข้างต่ำ การพัฒนาความรู้และทักษะของแรงงานไม่ตรงกับตลาดงาน ขณะที่ผู้สูงอายุมีปัญหา

สุขภาพและมีแนวโน้มอยู่คนเดียวสูงขึ้น รวมทั้งการเลือนไหลของวัฒนธรรมต่างชาติที่เข้ามาในประเทศไทยผ่านสังคมยุคดิจิทัล โดยที่คนไทยจำนวนไม่น้อยยังไม่สามารถคัดกรองและเลือกรับวัฒนธรรมได้อย่างเหมาะสม ส่งผลต่อวิกฤตค่านิยม ทักษะคิด และพฤติกรรมในการดำเนินชีวิต” (“แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่สิบสอง พ.ศ. 2560-2564,” 2559, 30 ธันวาคม)

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร นโยบาย Active aging ขององค์การอนามัยโลกที่ต้องการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความสุขที่ดี มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมทางสังคม มีการสร้างหลักประกันความมั่นคงในการดำเนินชีวิตก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ และประเด็นด้านการเตรียมความพร้อมของประชาชนเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพตามยุทธศาสตร์ที่ 1 ในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) รวมทั้งนโยบายและมาตรการที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุดังกล่าว ภาครัฐได้เล็งเห็นความสำคัญของการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศจึงได้กำหนดเป็นแผน พระราชบัญญัติ รวมทั้งนโยบายเพื่อรองรับสถานการณ์การเป็นสังคมผู้สูงอายุ โดยการบรรจุประเด็นเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยเฉพาะด้านสุขภาพ เพื่อประชาชนจะได้เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ ลดความเสี่ยงของการเกิดโรค สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมสูงอายุได้อย่างมีคุณค่า “สูงอายอย่างมีคุณค่า ชราอย่างมีศักดิ์ศรี” พึ่งตนเองได้ รวมทั้งมีคุณภาพชีวิตที่ดีเช่นเดียวกับประชาชนวัยอื่น ๆ ในสังคมต่อไป

แนวคิด PRECEDE-PROCEED MODEL

แนวคิด PRECEDE-PROCEED MODEL (Green & Kreuter, 2005) เป็นกระบวนการวิเคราะห์เพื่อการวางแผน การดำเนินงานสุขศึกษา ซึ่งแนวคิดนี้เชื่อว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย รวมทั้งมีการวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญ ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล โดยนำข้อมูลไปวางแผนและกำหนดกลวิธีในการดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แนวคิดนี้มีการวิเคราะห์แบบย้อนกลับโดยเริ่มจากผลลัพธ์ที่ต้องการหรือคุณภาพชีวิตของบุคคลที่พึงประสงค์แล้วพิจารณาถึงสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะสาเหตุที่เนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคล (กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2553) นอกจากนี้แนวคิด PRECEDE-PROCEED MODEL (Green & Kreuter, 2005) เป็นกระบวนการเพื่อวินิจฉัยปัญหาและวางแผนในการแก้ไขปัญหา รวมถึงการประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพเพื่ออธิบายถึงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลที่มีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย ซึ่งประกอบด้วย 8 ขั้นตอน แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการวินิจฉัย เรียกว่า PRECEDE ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินปัญหา (Social assessment) เป็นการประเมินหรือวินิจฉัยปัญหา ด้านสังคมเป็นขั้นตอนแรกในการวิเคราะห์ โดยประเมินปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของ ประชากร

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินด้านวิทยาการระบาด พฤติกรรม และสิ่งแวดล้อม (Epidemiological, behavioral, and environment assessment) เป็นการวินิจฉัยทางระบาดวิทยา โดยวิเคราะห์ปัญหา พฤติกรรมสุขภาพโดยวิเคราะห์สาเหตุทางกรรมพันธุ์ สาเหตุทางพฤติกรรม และสาเหตุทาง สิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์ทางการศึกษา และนิเวศวิทยา (Educational & ecological assessment) เพื่อประเมินถึงสาเหตุของพฤติกรรมโดยการหาปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการเกิดสาเหตุ ทางพฤติกรรม วิเคราะห์ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล เพื่อค้นหาปัจจัยที่มีผลและนำไป เป็นข้อมูลวางแผนสุขภาพ ซึ่งสามารถจำแนกปัจจัยได้ 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) เป็นปัจจัยภายในที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรม ได้แก่ ความรู้ เจตคติ การรับรู้ ความเชื่อ ค่านิยม ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) ซึ่งเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นในการแสดงพฤติกรรม ของบุคคล ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) เป็นปัจจัย ที่แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติหรือพฤติกรรมสุขภาพได้รับการสนับสนุนหรือไม่ เป็นสิ่งที่ได้รับจาก บุคคลอื่นที่มีอิทธิพลกับตนเอง และเป็นที่ยอมรับกันแล้วว่าพฤติกรรมของบุคคลเป็นผลมาจาก อิทธิพลร่วมของทั้ง 3 ปัจจัย ดังนี้

ปัจจัยนำ (Predisposing factor) หมายถึง คุณลักษณะของบุคคลหรือประชากรที่ติดตัวกับ บุคคลเหล่านั้นมาก่อนแล้ว ก่อให้เกิดแรงจูงใจหรือเป็นความพอใจ (Preference) ของบุคคลซึ่งได้ จากประสบการณ์การเรียนรู้ (Education experience) เช่น ความรู้ ความเชื่อ ค่านิยม ทักษะคิด รวมถึง สถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจ อายุ เพศ ระดับการศึกษา

ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) หมายถึง คุณลักษณะของสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพและสังคม วัฒนธรรม ทักษะส่วนบุคคล และหรือ ทรัพยากรที่จะช่วยเกื้อกูลให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เป็นปัจจัยที่สนับสนุนหรือเป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรม เป็นส่วนประกอบ ของพฤติกรรมที่มีอยู่อย่างเพียงพอหาได้ง่าย (Available) ความสามารถในการเข้าถึงบริการหรือ ทรัพยากร (Accessibility) เช่น แหล่งที่จะอำนวยความสะดวก สิ่งสนับสนุนต่าง ๆ

ปัจจัยเสริมแรง (Reinforcing factors) หมายถึง รางวัลหรือผลตอบแทนหรือการได้รับการ ลงโทษ ภายหลังจากที่ได้แสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ออกมา ซึ่งจะช่วยให้เกิดความมั่นคงของพฤติกรรม เป็นปัจจัยภายนอกที่เสริมแรงหรือแรงกระตุ้นให้เกิดการกระทำ โดยแรงกระตุ้นนี้มาจากบุคคลหรือ

กลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลต่อบุคคลในเรื่องการยอมรับหรือไม่ยอมรับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ เพื่อน
ครู บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข หรือ สื่อมวลชน เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินการบริหาร นโยบาย และการวางแผนดำเนินการ (Administrative,
policy assessment, and intervention alignment) เป็นการประเมินเกี่ยวกับการบริหาร การจัดองค์กร
และทรัพยากรต่าง ๆ ขององค์กร เพื่อนำไปสร้างแผนและดำเนินงานตามแผน

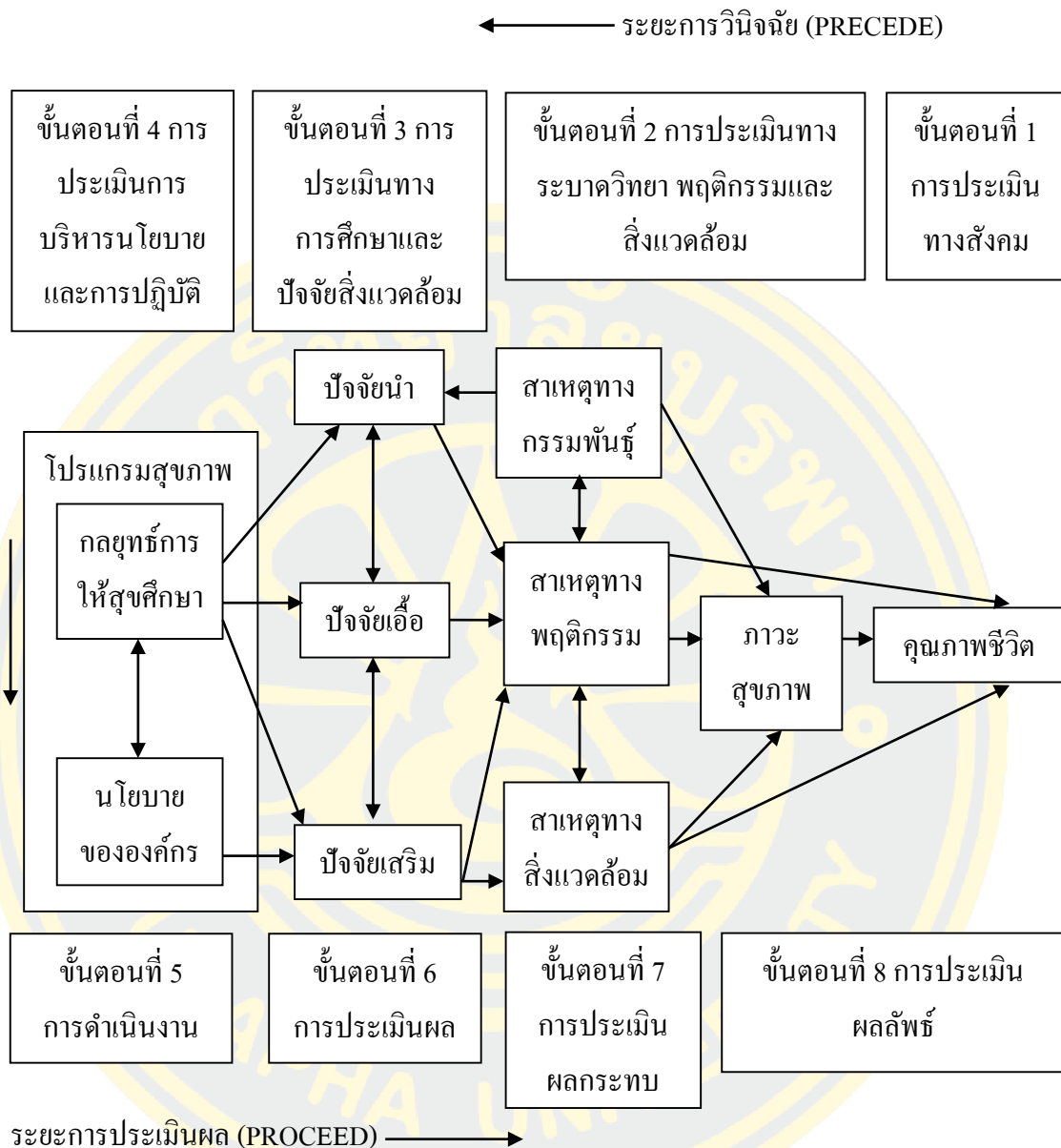
ระยะที่ 2 เป็นระยะของการปฏิบัติ และประเมินผล เรียกว่า โพรซีดี (PROCEED)
ประกอบด้วย ดังนี้

ขั้นตอนที่ 5 เป็นการดำเนินงาน (Implementation) เป็นการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้
โดยมีผู้รับผิดชอบตามตารางการปฏิบัติกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 6 เป็นกระบวนการประเมินผล (Process evaluation) เป็นการประเมินผล
การเปลี่ยนแปลงจากการดำเนินงานตามแผนงานตามตารางการปฏิบัติกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 7 การประเมินผลกระทบ (Impact evaluation) เป็นการประเมินประสิทธิผลจาก
การดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

ขั้นตอนที่ 8 เป็นการประเมินผลลัพธ์ (Outcome evaluation) เป็นการประเมินผลรวมยอด
ของวัตถุประสงค์ในระยะยาวถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและประโยชน์ที่ได้รับด้านสุขภาพหรือ
คุณภาพชีวิตของบุคคลกลุ่มเป้าหมาย



ภาพที่ 2 แนวคิด PRECEDE-PROCEED MODEL (Green & Kreuter, 2005)

แนวคิด PRECEDE-PROCEED MODEL (Green & Kreuter, 2005) เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ดังกล่าวมาแล้วข้างต้น ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดในระยะที่ 1 เป็นระยะของการวินิจฉัย เรียกว่า PRECEDE ขั้นตอนที่ 3 การประเมินทางการศึกษาและปัจจัยสิ่งแวดล้อม เพื่อวินิจฉัยและประเมินสาเหตุของพฤติกรรม ซึ่งแนวคิดนี้ได้กล่าวถึงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลว่า มีสาเหตุจาก "สหปัจจัย" (Multiple factors) ดังนั้นจะต้องวิเคราะห์หาปัจจัยสำคัญ ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้น ๆ เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดระยะที่ 1 เป็นระยะของการวินิจฉัย เรียกว่า PRECEDE ในขั้นตอนที่ 3 การประเมินทางการศึกษาและปัจจัยสิ่งแวดล้อม มาเป็นกรอบแนวคิดหลักในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย ปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ อายุ ทักษะคิดต่อการสูงอายุ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ภาวะสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ รายได้ การมีผู้สูงอายุในครอบครัว ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม โดยศึกษาว่าปัจจัยคัดสรรที่กล่าวมามีผลต่อการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประชาชน หรือไม่ และปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประชาชนในชุมชนเขตอำเภอวังจันทร์ จังหวัดระยอง เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยไปวางแผนในการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประชาชนให้เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณค่า ชราอย่างมีศักดิ์ศรี ต่อไป

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ พบว่า มีผู้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในกลุ่มอื่น ๆ ในแง่มุมต่าง ๆ กัน และหลากหลาย ซึ่งผู้วิจัยได้นำปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้มาใช้อ้างอิงตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้ และสำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชน ตามแนวคิดของ PRECEDE-PROCEED MODEL (Green & Kreuter, 2005) ประกอบด้วย ปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ อายุ ทักษะคิดต่อการสูงอายุ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ภาวะสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ รายได้ การมีผู้สูงอายุในครอบครัว ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม รายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. เพศ เป็นปัจจัยนำที่สำคัญ เพศชายและเพศหญิงมีความแตกต่างกันในด้านสรีระของร่างกายและในทางสังคม (วริศา จันทรังสีวรกุล, 2553) จึงอาจทำให้เพศชายและเพศหญิงมีพฤติกรรมต่าง ๆ ซึ่งรวมถึงการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุที่แตกต่างกันในบางเรื่องด้วย เนื่องจากเพศหญิงเป็นเพศที่มีลักษณะอุปนิสัยที่มีการดูแลเอาใจใส่ตนเองมากกว่าเพศชาย (วรรณรา ชื่นวัฒนา & ชูชีพ เบียดนอก, 2555) ดังผลการศึกษาของ (วันชัย แก้วสุมาลี, 2552) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อ ทักษะคิด และพฤติกรรมเตรียมตัวก่อนการเกษียณอายุการทำงานของบุคคลทำงานวัยผู้ใหญ่ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า เพศหญิงจะมีการวางแผนด้านสุขภาพ มากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ (วรรณรา ชื่นวัฒนา & ชูชีพ เบียดนอก, 2555) ที่ศึกษาการรับรู้และการเตรียมตัวเพื่อการเข้าสู่วัยสูงอายุของประชากรไทยก่อนวัยสูงอายุ พบว่า เพศหญิงมีการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุสูงกว่าเพศชาย และการศึกษาของ (ปฐมพร ธรรมธวัช, 2555) ที่ศึกษาในผู้สูงอายุเขตเทศบาลนครนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า เพศมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความ

พึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) รวมทั้งการศึกษาของ (วิลโลพร วงศ์คีณี et al., 2556) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมหลังของประชากร อายุ 40-59 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า เพศสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมหรือการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุเพศหญิงเขตเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ได้ร้อยละ 17.87

2. อายุ เป็นปัจจัยนำที่สะท้อนให้เห็นถึงประสบการณ์หรือการใช้ชีวิตที่ผ่านมาในอดีตของบุคคล ตามทฤษฎีพฤติกรรมตามวัย (Development task theory) กล่าวถึงความสำคัญของอายุและความแตกต่างของแต่ละบุคคลเมื่ออายุเพิ่มขึ้นว่า เมื่ออายุเพิ่มขึ้นหากบุคคลผ่านพัฒนาการในแต่ละวัยได้อย่างเหมาะสมย่อมมีการเตรียมพร้อมที่จะพัฒนาไปสู่วัยนั้น ๆ (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2553) ดังนั้นบุคคลเมื่ออายุมากขึ้น จึงมักจะเริ่มคิดว่าจะใช้ชีวิตอย่างไรหรือต้องเตรียมการอะไรบ้าง ทำให้มีการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพมากกว่าบุคคลที่มีอายุน้อย ดังการศึกษาของ (วันชัย แก้วสุมาลี, 2552) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อ ทักษะคิด และพฤติกรรมเตรียมตัวก่อนการเกษียณอายุการทำงานของคนทำงานวัยผู้ใหญ่ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า กลุ่มที่มีอายุมากมีพฤติกรรมเตรียมตัวก่อนการเกษียณอายุการทำงานมากกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ (Pathike & Kuhirunyaratn, 2011) ที่เกี่ยวกับการเตรียมตัวด้านสุขภาพผู้วัยเกษียณอายุของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเตรียมตัวด้านสุขภาพผู้วัยเกษียณอายุของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยผู้ที่มีอายุมากจะมีการเตรียมตัวด้านสุขภาพผู้วัยเกษียณอายุมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย และการศึกษาของ (อวยพร ภัทรภักดีกุล et al., 2554) ที่ศึกษาในบุคลากรคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเตรียมตัวด้านการมีส่วนร่วมในสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .212, p < .01$) รวมทั้งการศึกษาของ (สมฤดี ชัมภิตติคุณ, 2550) ที่ศึกษาในบุคลากรฝ่ายพยาบาลโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า บุคลากรฝ่ายการพยาบาลที่มีระดับอายุมากกว่ามีพฤติกรรมเตรียมตัวก่อนการเกษียณอายุการทำงานมากกว่าบุคลากรฝ่ายการพยาบาลที่มีระดับอายุน้อยกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังนั้นจากผลการศึกษาที่ผ่านมาจึงสามารถสรุปได้ว่า บุคคลที่มีระดับอายุมากกว่า มีการเตรียมตัวก่อนการเกษียณอายุการทำงานมากกว่าบุคคลที่มีระดับอายุน้อย

3. ทักษะคิดต่อการสูงอายุ เป็นปัจจัยนำอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ เป็นสภาวะความพร้อมของบุคคลที่จะแสดงออกมาในทางสนับสนุนหรือต่อต้านบุคคล สถานการณ์ หรือแนวคิด ดังที่ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549) กล่าวว่า การที่บุคคลมีทักษะคิดที่ดีจะสามารถปรับตัวเข้าสู่วัยเกษียณอายุได้อย่างเหมาะสม นั่นคือ บุคคลที่มีทักษะคิดต่อการสูงอายุในทางบวก จะมีการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุดี เนื่องจากมีความคิดว่าการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุจะทำให้เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตดี ดังผลการศึกษาของ (วันชัย แก้วสุมาลี,

2552) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อ ทักษะคิด และพฤติกรรมการเตรียมตัวก่อนการเกษียณอายุการทำงานของบุคคลทำงานวัยผู้ใหญ่ในเขตกรุงเทพมหานครพบว่า ผู้ที่มีทักษะคิดที่ดีต่อการเตรียมตัวก่อนเกษียณอายุหรือผู้สูงอายุ จะมีพฤติกรรมการเตรียมตัวเข้าสู่วัยเกษียณอายุมากกว่ากลุ่มที่มีทักษะคิดที่ไม่ดีต่อการเตรียมตัวก่อนเกษียณอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ (วรรณรา ชื่นวัฒนา & ชูชีพ เบียดนอก, 2555) ที่ศึกษาการรับรู้และการเตรียมตัวเพื่อการเข้าสู่วัยสูงอายุของประชากรไทยก่อนวัยสูงอายุพบว่า ทักษะคิดต่อการสูงอายุ สามารถร่วมทำนายการเตรียมตัวเพื่อการเข้าสู่วัยสูงอายุได้ร้อยละ 24.1 รวมทั้งการศึกษาของ (วิไลพร วงศ์คีณี et al., 2556) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสูงอายุ อายุ 40-59 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ทักษะคิดต่อการสูงอายุ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุได้ร้อยละ 17.87 และการศึกษาของ (Aluodi, 2017) ที่พบว่า ทักษะคิดซึ่งเป็นปัจจัยด้านจิตวิทยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเตรียมความพร้อมเพื่อเกษียณอายุการทำงานเกี่ยวกับด้านการประเมินตนเองของผู้ที่ทำงานในบริษัทประกันชีวิตในประเทศเคนยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .568, p < .001$)

4. การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นการตัดสินใจของบุคคลในความสามารถของตนเองที่จะจัดการ และดำเนินการแสดงพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยถ้าการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และมีความพยายามที่จะทำพฤติกรรมนั้น ๆ อย่างต่อเนื่อง (Bandura, 1997) นั่นคือ ถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองดี จะมีการปฏิบัติตนในการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุที่ดีด้วย ดังการศึกษาของ (อนงคณาฎ ผ่านสถิน, 2556) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมตัวก่อนการเกษียณของข้าราชการครู จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า การรับรู้ความสามารถในการเตรียมตัวก่อนเกษียณ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเตรียมตัวก่อนการเกษียณของข้าราชการครู จังหวัดร้อยเอ็ด ($r = 0.22, p < .05$) และสามารถร่วมทำนายการเตรียมตัวก่อนการเกษียณของข้าราชการครูจังหวัดร้อยเอ็ดได้ร้อยละ 12 ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีผลต่อการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

5. ภาวะสุขภาพ เป็นปัจจัยที่สำคัญ (Orem, 2001) ได้กล่าวว่า คนที่มีสุขภาพดีจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้เหมาะสมเต็มความสามารถ สภาวะที่ร่างกายมีปัญหสุขภาพจากความเสื่อมตามพัฒนาการของวัยสูงอายุ หรือการมีโรคประจำตัวหรือมีความเจ็บป่วย ย่อมทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายมีความจำกัด เมื่ออย่างเข้าสู่วัยสูงอายุ สภาพร่างกายจะค่อย ๆ เสื่อมถอยลง เกิดการเปลี่ยนแปลงทำให้การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ เริ่มไม่เป็นปกติ เจ็บป่วยได้ง่าย ซึ่งสุขภาพนั้นมีความเกี่ยวข้องกับชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี การมีสุขภาพที่ดีตั้งแต่ก่อนวัยสูงอายุจนกระทั่งเข้าสู่วัยสูงอายุจะส่งผลให้ชีวิต

ในปัจจุบันปลายมีความสุข สามารถช่วยเหลือตนเองได้และไม่ต้องเป็นภาระหรือพึ่งพาผู้อื่น ส่วนผู้ที่มีสุขภาพไม่ดี มีปัญหาสุขภาพมาก หรือเจ็บป่วยได้ง่ายก็จะเป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต เช่น การทำกิจกรรมต่าง ๆ เก็บหรือออมเงินได้น้อย เนื่องจากเงินที่มีส่วนใหญ่มุ่งไปกับการดูแลสุขภาพของตนเอง เป็นต้น เพราะฉะนั้นการมีภาวะสุขภาพที่ดีจะเป็นการลดอุปสรรคและเป็นประโยชน์ในการชักนำให้ผู้ที่กำลังจะเข้าสู่วัยสูงอายุได้มีการเตรียมการก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ (Pathike & Kuhirunyaratn, 2011) ที่ศึกษาการเตรียมตัวด้านสุขภาพผู้วัยเกษียณอายุของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น พบว่า การรับรู้สถานะสุขภาพของตนเองมีความสัมพันธ์กับการเตรียมตัวด้านสุขภาพผู้วัยเกษียณอายุของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และการศึกษาของ (วรรณรา ชื่นวัฒนา & ชูชีพ เบียดนอก, 2555) ที่ศึกษาการรับรู้และการเตรียมตัวเพื่อการเข้าสู่วัยสูงอายุของประชากรไทยก่อนวัยสูงอายุ พบว่า บุคคลที่ไม่มีโรคประจำตัว หรือมีภาวะสุขภาพดี มีการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุสูงกว่าบุคคลที่มีโรคประจำตัว รวมทั้งการศึกษาของ (Kim, Kwon, & Anderson, 2005) ที่พบว่า สุขภาพสามารถร่วมทำนายการเตรียมความพร้อมเพื่อเกษียณอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .148, p < .001$) นอกจากนี้การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพของ (Rattanamongkolgul, Sritanyarat, & Manderson, 2012) เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย พบว่า ประชาชนที่มีภาวะสุขภาพดี แข็งแรงสมบูรณ์ บ่งบอกได้ว่าประชาชนเหล่านั้นสามารถทำกิจกรรมในสังคม รวมทั้งการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุได้

6. รายได้ เป็นปัจจัยที่มีส่วนสำคัญในชีวิตประจำวัน เป็นสิ่งเสริมให้บุคคลมีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมสูงขึ้น ซึ่ง (Pender, 1996) ได้กล่าวว่า สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการมีศักยภาพในการดูแลตนเองของบุคคล ดังนั้นบุคคลที่มีรายได้สูงย่อมส่งผลต่อความสามารถในการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ ดังผลการศึกษาของ (วันชัย แก้วสุมาลี, 2552) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อ ทศนคติ และพฤติกรรมกรรมการเตรียมตัวก่อนการเกษียณอายุการทำงานของบุคคลทำงานวัยผู้ใหญ่ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า บุคคลวัยผู้ใหญ่ที่มีระดับรายได้สูงกว่า 20,000 บาท มีการเตรียมตัวก่อนการเกษียณอายุการทำงานด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านทรัพย์สินเงินทองมากกว่าบุคคลที่มีระดับรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท ($p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ (วรรณรา ชื่นวัฒนา & ชูชีพ เบียดนอก, 2555) ศึกษาการรับรู้และการเตรียมตัวเพื่อการเข้าสู่วัยสูงอายุของประชากรไทยก่อนวัยสูงอายุ พบว่า กลุ่มที่มีรายได้ระหว่าง 30,001-40,000 บาท มีการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุสูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ ที่มีรายได้น้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) รวมทั้งการศึกษาของ (วิไลพร วงศ์สินี et al., 2556) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติพล้งของประชากร อายุ 40-59 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า รายได้สามารถร่วมทำนาย

พดพพลังหรือการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุเพศหญิงเขตเมือง จังหวัดเชียงใหม่ได้ร้อยละ 17.87 นอกจากนี้การศึกษาของ (สมฤดี ชัมภิตติคุณ, 2550) ที่ศึกษาในบุคลากรฝ่ายพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า บุคลากรฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่มีรายได้สูงมีการเตรียมตัวก่อนการเกษียณอายุทำงานโดยรวมมากกว่าบุคลากรที่มีรายได้ปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และรายได้สามารถร่วมทำนายการเตรียมตัวก่อนเกษียณอายุการทำงานได้ร้อยละ 21.6 ($R^2 = .216$, $p < .001$) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า บุคคลทำงานที่มีรายได้มากกว่าจะมีสภาพคล่องในเรื่องของการเงินมากกว่า ตลอดจนสามารถจัดสรรจัดการเรื่องเกี่ยวกับธุรกรรมทางการเงินได้มากกว่าและดีกว่าบุคคลทำงานที่มีรายได้น้อยกว่า สรุปคือบุคคลที่มีรายได้มากกว่าจะมีพฤติกรรมในการเตรียมตัวก่อนการเกษียณอายุการทำงานมากกว่าบุคคลที่มีรายได้น้อยกว่า เพราะบุคคลที่มีรายได้มากกว่าสามารถมีเงินใช้จ่ายได้สะดวกสบาย ไม่เป็นภาระแก่ผู้อื่นจึงทำให้สามารถมีเงินเหลือในการออมเงินจนสามารถวางแผนการใช้จ่ายเงินและเก็บออมทรัพย์สินได้ง่ายและมากกว่าบุคคลที่มีรายได้น้อยกว่านั่นเอง

7. การมีผู้สูงอายุในครอบครัว เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เนื่องจากการมีผู้สูงอายุในครอบครัวทำให้บุคคลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุมีประสบการณ์ซึ่ง (Green & Kreuter, 2005) ได้กล่าวไว้ว่า ประสบการณ์เป็นทักษะส่วนบุคคลและ/หรือทรัพยากรที่จะช่วยเกื้อกูลให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ดังนั้น ครอบครัวที่มีผู้สูงอายุทำให้บุคคลในครอบครัวนั้น ๆ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้บุคคลนั้น ๆ มีการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมากกว่าบุคคลที่ในครอบครัวไม่มีผู้สูงอายุ เนื่องจากบุคคลเหล่านั้นจะทราบปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดกับผู้สูงอายุ ดังการศึกษาของ (วรรณรา ชื่นวัฒนา & ชูชีพ เบียดนอก, 2555) ศึกษาการรับรู้และการเตรียมตัวเพื่อการเข้าสู่วัยสูงอายุของประชากรไทยก่อนวัยสูงอายุ พบว่า ผู้ที่มีภาระในการดูแลบุคคลอื่น มีการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุมากกว่าผู้ที่ไม่มีการดูแลบุคคลอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ มีการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุมากกว่าผู้ที่ไม่มีการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุสามารถร่วมทำนายการเตรียมตัวเพื่อการเข้าสู่วัยสูงอายุสูงได้ร้อยละ 24.1

8. การสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดของ (House, 1981) กล่าวไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคลได้ระบาย ความทุกข์ ความซับซ้อนใจ ทำให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่า มีความสำคัญ ย่อมส่งผลต่อความสามารถได้ดียิ่งขึ้น ดังนั้นบุคคลหรือประชาชนถ้าได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก ทำให้มีการดูแลตนเองดีขึ้น สามารถปฏิบัติพฤติกรรมเตรียมความพร้อมได้อย่างเหมาะสม แต่ถ้าได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย จะทำให้การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุน้อยลง การช่วยเหลือของบุคคลในครอบครัว และบุคลากรทางด้านสุขภาพ

ทำให้ประชาชนมีสุขภาพกายและจิตที่ดี ส่งผลให้ประชาชนมีความสนใจที่จะเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมากขึ้น ดังการศึกษาของ (สุพรรณิ รัตนานนท์, เมธิ จันทชาติ, & ทฤษฎี ชวนไชยสิทธิ์, 2557) ที่ศึกษารูปแบบการเตรียมความพร้อมเพื่อเกษียณอายุงาน กรณีศึกษาครู โรงเรียนเอกชน จังหวัดนนทบุรี พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเตรียมความพร้อมเพื่อเกษียณอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และการศึกษาของ (วิไลพร วงศ์คินี et al., 2556) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมของประชากร อายุ 40-59 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมหรือการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุได้ร้อยละ 17.87 รวมทั้งการศึกษาของ (Amoah-Mensah, 2016) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายการวางแผนด้านสุขภาพก่อนการเกษียณอายุได้ร้อยละ 50.9 ($\beta = .289, p < .001$) ดังนั้นสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม ส่งผลให้บุคคลหรือประชาชนมีการเตรียม ความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมากขึ้น

สำหรับพฤติกรรมด้านการเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในภาพรวมทุกด้าน ได้แก่ ด้านเศรษฐกิจ ด้านที่อยู่อาศัย ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านการใช้เวลา อย่างไรก็ตามบุคคลในวัยสูงอายุจะมีความเสื่อมของร่างกายตามการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ ประสิทธิภาพในการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายลดลง มีโอกาสเกิดโรคได้ง่าย และเมื่อเป็นแล้วต้องใช้เวลารักษานาน ปัญหาที่คนสูงอายุส่วนใหญ่ประสบได้แก่ ปัญหาสุขภาพอนามัย (บรรลุศิริพานิช, 2550 ก, 2550 ข; วิจิตร บุญยโหดระ, 2533) ดังนั้นการวิจัยนี้จึงศึกษาปัจจัยทำนายการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประชาชนในชุมชน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพทางกาย ด้านสุขภาพทางจิตใจ ด้านสุขภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อม และด้านสุขภาพทางปัญญา โดยประยุกต์แนวคิด PRECEDE-PROCEED MODEL (Green & Kreuter, 2005) ในขั้นตอนที่ 3 การประเมินทางการศึกษาและปัจจัยสิ่งแวดล้อม เพื่อวินิจฉัยและประเมินสาเหตุของพฤติกรรม ซึ่งแนวคิดนี้ได้กล่าวถึงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลว่า มีสาเหตุจาก "สหปัจจัย" (Multiple factors) ดังนั้นจะต้องวิเคราะห์หาปัจจัยสำคัญ ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้น ๆ เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยคัดสรรต่าง ๆ ประกอบด้วย ปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ อายุทัศนคติต่อการสูงอายุ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ภาวะสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ รายได้ การมีผู้สูงอายุในครอบครัว ปัจจัยเสริมได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ว่ามีผลต่อการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประชาชน หรือไม่ และปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประชาชนในชุมชนเขตอำเภอวังจันทร์ จังหวัดระยอง ผลการศึกษาจะเป็นแนวทาง

ประกอบการวางแผนในการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งตนเอง และดำรงชีวิตประจำวันเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณค่า ชราอย่างมีศักดิ์ศรี ต่อไป



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlation research design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประชาชนในชุมชนเขตอำเภอวังจันทร์ จังหวัดระยอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ประชาชนที่มีอายุระหว่าง 40-55 ปี ทั้งชายและหญิง ในเขตอำเภอวังจันทร์ จังหวัดระยอง เดือนมกราคม พ.ศ. 2561 จำนวน 6,436 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง, 2561)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่มีอายุระหว่าง 40-55 ปี ทั้งชายและหญิง ในเขตอำเภอวังจันทร์ จังหวัดระยอง ซึ่งมีคุณสมบัติ ดังนี้

1. อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ที่ศึกษาไม่น้อยกว่า 6 เดือน
2. มีสติสัมปชัญญะดี
3. สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้มีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power เพื่อหาปัจจัยทำนายสำหรับตัวแปรต้น 8 ตัวแปร ที่คำนึงถึงการควบคุมความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 (Type I error) และชนิดที่ 2 (Type II error) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติ (Alpha) = .05 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) = 0.8 และกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) (Polit & Beck, 2017) ด้วยค่า Estimated population R^2 จากผลการวิจัยของ (อนงศ์านุกุ ผ่านสถิน, 2556) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมตัวก่อนการเกษียณของข้าราชการครู จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งมีค่า $R^2 = .12$ หลังจากนั้นคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power ได้กลุ่มตัวอย่าง 134 คน แต่เพื่อเป็นการป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสัมภาษณ์ จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 (Little & Rubin, 2002) จำนวน 13 คน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้รวมทั้งสิ้น 147 คน

วิธีการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อตอบแบบสัมภาษณ์โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. กำหนดพื้นที่สำหรับดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นอำเภอวังจันทร์ จังหวัดระยอง ซึ่งอำเภอวังจันทร์ แบ่งออกเป็น 4 ตำบล ได้แก่ ตำบลวังจันทร์ มี 6 หมู่บ้าน ตำบลพลงตาเยี่ยม มี 7 หมู่บ้าน ตำบลชุมแสง มี 8 หมู่บ้าน และตำบลป่ายุบใน มี 8 หมู่บ้าน

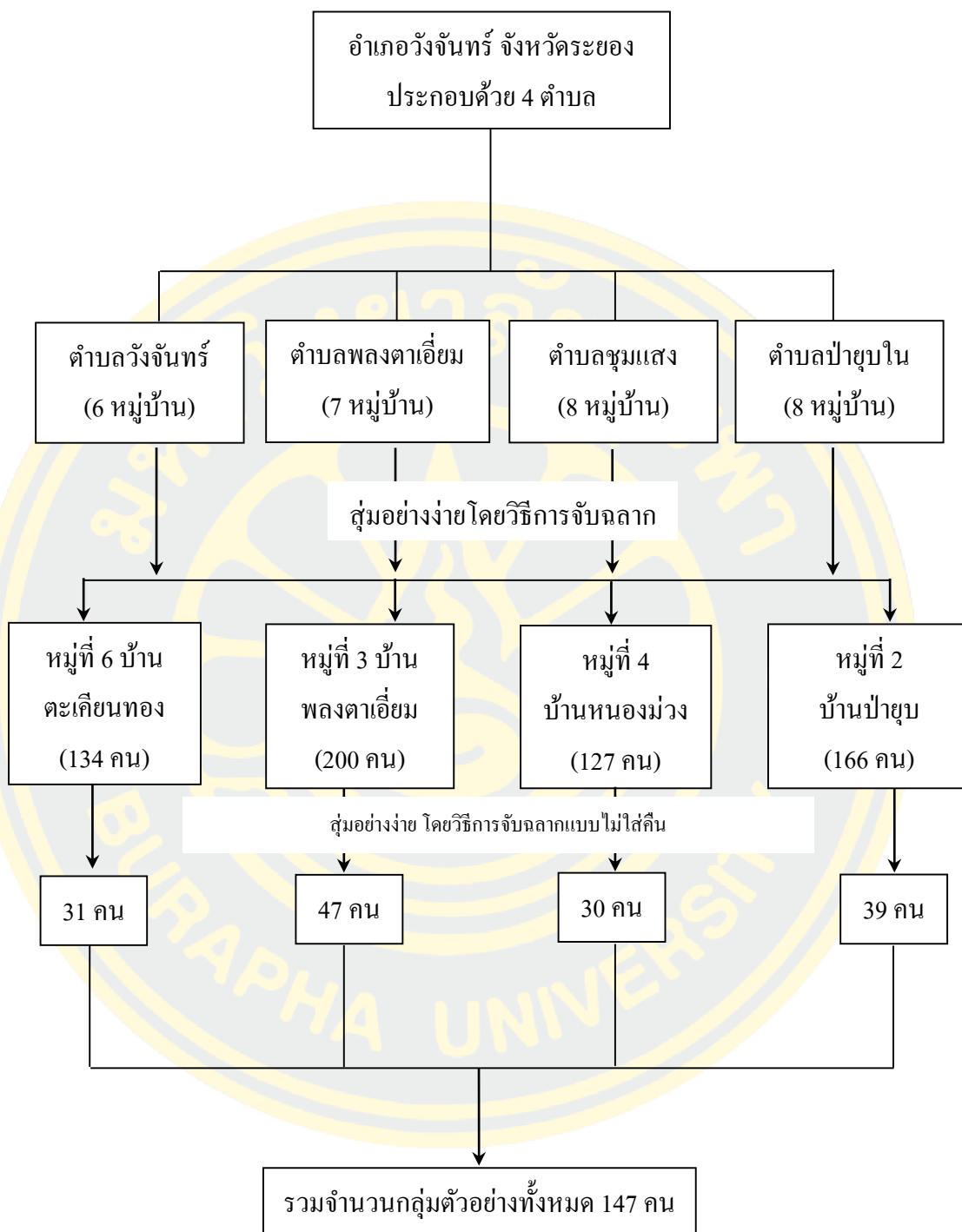
2. สุ่มตัวอย่างหมู่บ้านจากทั้ง 4 ตำบล มาตำบลละ 1 หมู่บ้าน ด้วยการสุ่มอย่างง่ายโดยวิธีการจับฉลาก (Simple random sampling) ได้ 4 หมู่บ้าน คือ 1) ตำบลวังจันทร์ ได้หมู่ที่ 6 บ้านตะเคียนทอง มีประชากร อายุ 40-55 ปี จำนวน 134 คน 2) ตำบลพลงตาเยี่ยม ได้หมู่ที่ 3 บ้านพลงตาเยี่ยม มีประชากร อายุ 40-55 ปี จำนวน 200 คน 3) ตำบลชุมแสง ได้หมู่ที่ 2 บ้านสันติสุข มีประชากร อายุ 40-55 ปี จำนวน 127 คน และ 4) ตำบลป่ายุบใน ได้หมู่ที่ 2 บ้านป่ายุบ มีประชากร อายุ 40-55 ปี จำนวน 166 คน รวมทั้งหมดจำนวน 627 คน

3. กำหนดกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนจากจำนวนประชากรของแต่ละหมู่บ้าน โดยหมู่ที่ 6 บ้านตะเคียนทองได้สัดส่วนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 31 คน หมู่ที่ 3 บ้านพลงตาเยี่ยม ได้สัดส่วนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 47 คน หมู่ที่ 2 บ้านสันติสุข ได้สัดส่วนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน หมู่ที่ 2 บ้านป่ายุบ ได้สัดส่วนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 39 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 147 คน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนที่คำนวณได้ แยกตามหมู่บ้านในอำเภอวังจันทร์ จังหวัดระยอง

ตำบล	หมู่บ้าน	จำนวนประชากร อายุ 40-55 ปี	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ตามสัดส่วน
ตำบลวังจันทร์	หมู่ที่ 6 บ้านตะเคียนทอง	134	31
ตำบลพลงตาเยี่ยม	หมู่ที่ 3 บ้านพลงตาเยี่ยม	200	47
ตำบลชุมแสง	หมู่ที่ 2 บ้านสันติสุข	127	30
ตำบลป่ายุบใน	หมู่ที่ 2 บ้านป่ายุบ	166	39
	รวม	627	147

4. ดำเนินการสุ่มตัวอย่าง ด้วยการสุ่มอย่างง่ายโดยวิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน (Simple random sampling without replacement) จากทะเบียนรายชื่อประชากร อายุ 40-55 ปี ของแต่ละหมู่บ้าน ที่สุ่มตัวอย่างได้จากทั้ง 4 ตำบลที่ศึกษาในอำเภอวังจันทร์ ตามจำนวนสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้จนครบ 4 หมู่บ้าน ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 147 คน ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ความพอเพียงของรายได้ การมีผู้สูงอายุในครอบครัว ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวหรือเครือญาติ แบบสัมภาษณ์มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ทัศนคติต่อการสูงอายุ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้สึที่บุคคลมีต่อการสูงอายุ โดยการให้คุณค่าของประสบการณ์ในชีวิต ทั้งด้านการสูญเสียด้านจิตสังคม การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย และการเติบโตด้านจิตใจ ซึ่งผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบสัมภาษณ์ทัศนคติต่อการสูงอายุของ วิลพร วงศ์คีณี และคณะ (2556) ซึ่งแปลมาจากแบบสอบถามทัศนคติต่อการสูงอายุ (Attitudes toward aging questionnaire) ของ (Laidlaw, 2007) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 แบบสัมภาษณ์มีลักษณะการวัดเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ประกอบด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 24 ข้อ มีช่วงคะแนน 24-120 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อความ	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5
เห็นด้วย	4
ไม่แน่ใจ	3
ไม่เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1

การแปลผล คะแนนมาก หมายถึง มีทัศนคติต่อการสูงอายุเชิงบวก

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนการมีทัศนคติต่อการสูงอายุ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้แบ่งคะแนนรวมออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์อันตรภาคชั้น (ประคอง กรรณสูตร, 2542) ดังนี้

ช่วงคะแนน 24.00-56.00	หมายถึง มีทัศนคติต่อการสูงอายุในระดับไม่ดี
ช่วงคะแนน 56.10-88.00	หมายถึง มีทัศนคติต่อการสูงอายุในระดับปานกลาง
ช่วงคะแนน 88.10-120.00	หมายถึง มีทัศนคติต่อการสูงอายุในระดับดี

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถของตนเองของ (อนงค์นาฏ ผ่านสถิน, 2556) ซึ่งมีความเชื่อมั่นเท่ากับ .81 มีเนื้อหาเกี่ยวกับ การตัดสินใจ หรือประเมินความสามารถตนเองในการ

จัดการหรือปฏิบัติตนกับการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านการเงิน และด้านการดำเนินชีวิต ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรฐานค่า (Rating scale) 6 ระดับ คือ จริงที่สุด จริง ค่อนข้างจริง ค่อนข้างไม่จริง ไม่จริง ไม่จริงที่สุด จำนวน 9 ข้อ มีช่วงคะแนน 9-54 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
จริงที่สุด	6
จริง	5
ค่อนข้างจริง	4
ค่อนข้างไม่จริง	3
ไม่จริง	2
ไม่จริงที่สุด	1

การแปลผล คะแนนมาก หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพดี

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งการวิจัยครั้งนี้มีการแบ่งคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom , Hastings, and Madaus, 1971 อ้างถึงใน (อนงค์นาฏ ผ่านสถิติน, 2556) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 9-31 (< ร้อยละ 60) หมายถึง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 32-42 (ร้อยละ 60-79) หมายถึง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 43-54 (\geq ร้อยละ 80) หมายถึง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพในระดับมาก

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพ เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้สภาพร่างกายของประชาชนเกี่ยวกับสุขภาพโดยรวม ความพึงพอใจต่อสุขภาพ ความสามารถในการเคลื่อนไหว ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง และความสมบูรณ์ของร่างกาย โดยขออนุญาตใช้แบบวัดภาวะสุขภาพของ ทวีพร เตชะรัตนมณี (2547) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93 มีจำนวน 5 ข้อลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานค่าแบบเส้นตรง (Numeric rating scale) โดยเส้นตรงที่มีขีดแบ่งเป็นช่องเท่า ๆ กัน และมีหมายเลขกำกับตั้งแต่ 0-10 ซึ่งแสดงค่าต่อเนื่องของภาวะสุขภาพของประชาชน มีช่วงคะแนน 0-50 คะแนน

การแปลคะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีภาวะสุขภาพดี

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนการมีภาวะสุขภาพ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้แบ่งคะแนนรวมออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์อันตรภาคชั้น (ประคอง กรรณสูตร, 2542) ดังนี้

ช่วงคะแนน 0.00-16.67	หมายถึง มีภาวะสุขภาพในระดับไม่ดี
ช่วงคะแนน 16.68-33.34	หมายถึง มีภาวะสุขภาพในระดับปานกลาง
ช่วงคะแนน 33.35-50.00	หมายถึง การมีภาวะสุขภาพในระดับดี

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการรับรู้หรือมีความรู้สึกรับรู้ของประชาชนถึงการได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านทรัพยากร ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการประเมินเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของ (จันทร์จิรา อยู่วัฒนา et al., 2560) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93 ลักษณะข้อคำถาม เป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย ไม่มี จำนวน 23 ข้อ มีช่วงคะแนน 0-69 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อความ	คะแนน	
ไม่มี	0	หมายถึง รับรู้ที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมเลย
น้อย	1	หมายถึง รับรู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย
ปานกลาง	2	หมายถึง รับรู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง
มาก	3	หมายถึง รับรู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก

การแปลผล คะแนนมาก หมายถึง มีการสนับสนุนทางสังคมดี

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งการวิจัยครั้งนี้แบ่งคะแนนรวมออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์อันตรภาคชั้น (ประคอง กรรณสูตร, 2542) ดังนี้

ช่วงคะแนน 0.00-23.00	หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมในระดับไม่ดี
ช่วงคะแนน 23.10-46.00	หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง
ช่วงคะแนน 46.10-69.00	หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมในระดับดี

ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์เตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตนหรือการกระทำกิจกรรมของประชาชนในการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพทางกาย ด้านสุขภาพทางจิตใจ ด้านสุขภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อม และด้านสุขภาพทางปัญญา เพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์มีลักษณะการวัดเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ประกอบด้วย ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย จำนวน 20 ข้อ มีช่วงคะแนน 20-100 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อความ	คะแนนข้อความด้านบวก
ปฏิบัติเป็นประจำ	5
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	4
ปฏิบัติบางครั้ง	3
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	2
ไม่เคยปฏิบัติเลย	1

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ ถ้าคะแนนสูง หมายถึง มีการเตรียมความพร้อมดี ซึ่งการวิจัยครั้งนี้มีการแบ่งคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ (วิเชียร เกตุสิงห์, 2543) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 5.00-3.67 คะแนน หมายถึง มีการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ อยู่ในระดับดี

คะแนนเฉลี่ย 3.66-2.34 คะแนน หมายถึง มีการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 2.33-1.00 คะแนน หมายถึง มีการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ อยู่ในระดับไม่ดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสัมภาษณ์การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ ที่ผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้วเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์จำนวน 3 ท่าน แพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ จำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำเครื่องมือวิจัยดังกล่าวมาปรับปรุงแก้ไขตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และรวบรวมความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ นำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index [CVI]) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index [CVI]) ของแบบสัมภาษณ์การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ เท่ากับ .95 ซึ่งค่าดัชนีความตรงเนื้อหาที่มีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป David, 1992 อ้างถึงใน (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2553)

CVI = $\frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านให้ความคิดเห็นระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$

สำหรับแบบสัมภาษณ์ที่สนทนิตต่อการสูงอายุ แบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถตนเอง และแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยขออนุญาตใช้จากนักวิจัยท่านอื่น ซึ่งผู้วิจัยไม่มีการปรับปรุงหรือตัดแปลง ดังนั้นจึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่สนทนิตต่อการสูงอายุ แบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถตนเอง แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม และแบบสัมภาษณ์การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ จำนวน 30 ราย การศึกษาครั้งนี้ได้เก็บข้อมูลจากประชากรอายุ 40-55 ปี ที่อาศัยอยู่ในหมู่ที่ 1 ชุมชนบ้านวังจันทร์ ตำบลวังจันทร์ จังหวัดระยอง แล้วนำข้อมูลที่ได้อ้อมวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .83, .82, .84, .94 และ .89 ตามลำดับ ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ 0.70 ขึ้นไป Cronbach, 1951 อ้างถึงใน (จุฬาลักษณ์ บารมี, 2551)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง หลังจากได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ แล้ว (รหัสจริยธรรมการวิจัย 03-03-2561) โดยผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยทำหน้าที่จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงสาธารณสุขอำเภอวังจันทร์ จังหวัดระยอง เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอวังจันทร์ จังหวัดระยอง ภายหลังจากได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 4 แห่ง เพื่อขอทะเบียนรายชื่อประชาชน โดยชี้แจงรายละเอียดวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย จริยธรรมการวิจัยโดยข้อมูลจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และขอความร่วมมืออำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตลอดการดำเนินการวิจัย

2. ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 4 แห่ง เพื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างและนัดหมายวันเวลาในการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2561

ขั้นตอนการ

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ให้ความรู้กลุ่มตัวอย่างในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยโดยอ่านเอกสารชี้แจงการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างพิจารณา หากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยให้ลงลายมือชื่อยินยอมในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยไว้เป็นหลักฐาน
2. หลังจากนั้น ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง โดยนัดหมายตามวันและเวลาที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก
3. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยขออนุญาตใช้สถานที่ในบ้านของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีความเป็นส่วนตัว ดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างทีละคน และบันทึกคำตอบของกลุ่มตัวอย่างลงในแบบสัมภาษณ์ โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 30-40 นาทีต่อคน
4. ระหว่างที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับคำถาม
5. ภายหลังจากสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเสร็จ ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์ทั้งหมด
6. ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ทั้งหมดมารวบรวมข้อมูล เพื่อเตรียมการวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ต้องได้รับการพิทักษ์สิทธิ ดังนี้

1. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาเพื่อพิจารณา ภายหลังจากได้รับการอนุมัติแล้ว (รหัสจริยธรรมการวิจัย 03-03-2561) ผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัย
2. ผู้วิจัยแนะนำตัวเองกับกลุ่มตัวอย่างในวันที่เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างทราบ
3. การยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยหรือไม่ ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง การปฏิเสธไม่เข้าร่วมในการวิจัยไม่มีผลต่อการบริการที่ได้รับแต่อย่างใด เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมในการทำวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยนำเสนอในภาพรวมที่เป็นประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น
4. ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยเก็บเป็นความลับ ในแบบสัมภาษณ์ไม่มีการระบุชื่อ-นามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากผู้วิจัยใช้รหัสในแบบสัมภาษณ์ คำตอบ หรือข้อมูลทุกอย่าง

5. แบบสัมภาษณ์ที่ตอบเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยเก็บมิดชิดในซองกระดาษ ข้อมูลที่ได้จากแบบสัมภาษณ์ทุกอย่างถือเป็นความลับ มีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่ได้อ่าน และรับทราบข้อมูล การนำเสนอผลการวิจัยทำในภาพรวม โดยไม่ได้วิเคราะห์แยกตามตำบลหรือหมู่บ้าน การทำลายข้อมูลกระทำภายหลังจากผลการวิจัยมีการเผยแพร่และตีพิมพ์เรียบร้อยแล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ช่วงคะแนน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์อำนาจการทำนายของปัจจัยทำนายการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประชาชนในชุมชนเขตอำเภอวังจันทร์ จังหวัดระยอง ด้วยสถิติสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research design) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประชาชนในชุมชนเขตอำเภอวังจันทร์ จังหวัดระยอง ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยจำแนกออกเป็น 4 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ทักษะคิดต่อการสูงอายุ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 3 การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ การมีผู้สูงอายุในครอบครัว ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุหรือเครือญาติ โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ได้ผลดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม

ข้อมูลส่วนบุคคล ($n = 147$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	52	35.4
หญิง	95	64.6
ศาสนา		
พุทธ	145	98.6
คริสต์	2	1.4

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
40-44 ปี	40	27.2
45-49 ปี	40	27.2
50-55 ปี	67	45.6
(Min = 40, Max = 55, $M = 48.46$, $SD = 5.03$)		
สถานภาพสมรส		
คู่	114	77.5
หม้าย/ หย่า/ แยก	17	11.6
โสด	16	10.9
การศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	5	3.4
ประถมศึกษา	85	57.8
มัธยมศึกษา	30	20.4
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ/ อนุปริญญา	10	6.8
ปริญญาตรี	16	10.9
สูงกว่าปริญญาตรี	1	0.7
อาชีพ		
เกษตรกรรวม	51	34.7
รับจ้าง	43	29.3
ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว	37	25.3
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	12	8.2
ข้าราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ	4	2.7

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ (ต่อเดือน)		
< 5,000 บาท	36	24.5
5,001-10,000 บาท	52	35.3
10,001-15,000 บาท	21	14.2
15,001-20,000 บาท	19	13.0
20,001 บาทขึ้นไป	19	13.0
(Min = 2,000, Max = 60,000, $M = 13,148.98$, $SD = 11,094.59$, Median = 10,000)		
ความเพียงพอของรายได้		
ไม่พอใช้	62	42.2
พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ	59	40.1
พอใช้เหลือเก็บ	26	17.7
การมีผู้สูงอายุในครอบครัว		
มี	104	70.7
ไม่มี	43	29.3
ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุหรือเครือญาติ		
0 ปี (ไม่มี)	54	36.7
1-5 ปี	18	12.3
6-10 ปี	24	16.3
11-15 ปี	24	16.3
16 ปีขึ้นไป	27	18.4
(Min = 0, Max = 40, $M = 7.77$, $SD = 8.340$)		

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.6) ประมาณเกือบครึ่งหนึ่งมีอายุ 50 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 45.6) โดยอายุเฉลี่ยเท่ากับ 48.46 ปี ($SD = 5.03$) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 98.6) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 77.5) สำหรับการศึกษาพบว่า มากกว่าครึ่งจบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 57.8) ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 34.7) รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 29.3) มีรายได้ 5,000-10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 35.3) รองลงมามีรายได้น้อยกว่า

5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 24.5) โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 13,148.98 บาท ($SD = 11,094.59$) ส่วนความเพียงพอของรายได้ มีรายได้ไม่พอใช้มากที่สุด (ร้อยละ 42.2) รองลงมาไม่พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 40.1) สำหรับการมีผู้สูงอายุในครอบครัวส่วนใหญ่มีผู้สูงอายุในครอบครัว (ร้อยละ 70.7) และประมาณเกือบครึ่งหนึ่งไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุหรือเครือญาติ (ร้อยละ 36.7) รองลงมาประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุหรือเครือญาติ 16 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 18.4) โดยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุหรือเครือญาติเฉลี่ย 7.77 ปี ($SD = 8.34$)

ส่วนที่ 2 ทักษะคิดต่อการสูงอายุ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม

วิเคราะห์ ทักษะคิดต่อการสูงอายุ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมโดยนำเสนอด้วยช่วงคะแนน คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ช่วงคะแนน คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของทักษะคิดต่อการสูงอายุ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 147$)

ตัวแปร	ช่วงคะแนน		M	SD	ระดับ
	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่ได้			
ทักษะคิดต่อการสูงอายุ	24-120	56-109	83.24	8.07	ดี
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	9-54	21-52	38.05	5.73	ปานกลาง
ภาวะสุขภาพ	0-50	19-50	40.71	6.20	ดี
การสนับสนุนทางสังคม	0-69	16-69	54.29	10.80	ดี

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนทักษะคิดต่อการสูงอายุอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ยทักษะคิดต่อการสูงอายุเท่ากับ 83.24 ($SD = 8.07$) มีคะแนนสูงสุดเท่ากับ 109 ต่ำสุดเท่ากับ 56 คะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองเท่ากับ 38.05 ($SD = 5.73$) มีคะแนนสูงสุดเท่ากับ 52 ต่ำสุดเท่ากับ 21 ส่วนภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับดี มีคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพเท่ากับ 40.71

($SD = 6.20$) มีคะแนนสูงสุดเท่ากับ 50 ต่ำสุดเท่ากับ 19 และมีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 54.29 ($SD = 10.80$) มีคะแนนสูงสุดเท่ากับ 69 ต่ำสุดเท่ากับ 16

ส่วนที่ 3 การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ด้านสุขภาพทางกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม และปัญญา วิเคราะห์และนำเสนอผลการวิเคราะห์โดยรวม รายด้าน และรายข้อ ด้วยคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังแสดงในตารางที่ 4 และ 5

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ เพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยรวม และรายด้าน ($n = 147$)

ข้อความ	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
ด้านสุขภาพทางปัญญา	4.10	.46	ดี
ด้านสุขภาพทางจิตใจ	3.88	.48	ดี
ด้านสุขภาพทางกาย	3.62	.59	ปานกลาง
ด้านสุขภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อม	3.51	.64	ปานกลาง
โดยรวม	3.78	.39	ดี

จากตารางที่ 4 พบว่า การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่าง โดยรวมอยู่ในระดับดี ($M = 3.78, SD = .39$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุด้านสุขภาพทางปัญญา และทางจิตใจอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.10 ($SD = .46$) และ 3.88 ($SD = .48$) ตามลำดับ ส่วนการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุด้านสุขภาพทางกาย และทางสังคมและสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.61 ($SD = .59$) และ 3.51 ($SD = .64$) ตามลำดับ

ตารางที่ 5 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ เพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่าง โดยภาพรวม และรายข้อ ($n = 147$)

ข้อความ	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
ด้านสุขภาพทางกาย			
การรับประทานอาหารจำพวกกากใย และดื่มน้ำอย่างเพียงพอ	4.03	.63	ดี
การจัดสรรเวลาในการนอน อย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง	3.93	.83	ดี
การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เพียงพอ เหมาะสมกับวัย	3.71	.89	ดี
การออกกำลังกายหรือกระทำกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับวัย	3.25	1.03	ปานกลาง
การเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	3.16	1.30	ปานกลาง
ด้านสุขภาพทางจิตใจ			
การเตรียมใจที่ต้องเผชิญกับความจริง ได้แก่ เกิด แก่ เจ็บ ตาย	4.26	.66	ดี
ความพร้อมที่จะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจ	4.18	.59	ดี
การเตรียมใจว่าบทบาทหน้าที่การยอมรับนับถือในสังคมจะลดลง	3.87	.79	ดี
การศึกษาและปฏิบัติตามกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา	3.78	.93	ดี
การพูดคุยกับเพื่อนหรือบุคคลอื่นเกี่ยวกับการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ	3.30	1.16	ปานกลาง
ด้านสุขภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อม			
การวางแผนเตรียมปรับเปลี่ยนสภาพภายในบ้านให้เหมาะสม	3.93	.85	ดี
การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมที่สนใจเพื่อเตรียมเข้าสู่วัยสูงอายุ	3.72	.91	ดี
การใช้เวลาว่างทำงานอดิเรกที่เหมาะสม	3.41	.95	ปานกลาง
การวางแผนด้านการเงินเพื่อสะสมทรัพย์สินในรูปแบบต่าง ๆ	3.31	1.12	ปานกลาง
การวางแผนเตรียมทำอาชีพสำรองที่เหมาะสม เพื่อหารายได้	3.18	1.17	ปานกลาง
ด้านสุขภาพทางปัญญา			
การยินดีและเต็มใจให้คำปรึกษาในสิ่งที่เป็นประโยชน์แก่ผู้อื่น	4.13	.62	ดี
การวางแผนเตรียมถ่ายทอดประสบการณ์ ให้แก่คนรุ่นหลัง	4.12	.64	ดี
การทำความดี ละเว้นความชั่ว ทำบุญ บริจาคทาน	4.12	.57	ดี
การยึดมั่นในหลักคำสอนทางศาสนา ใช้ชีวิตอย่างมีสติรอบคอบ	4.10	.60	ดี
การมองเห็นคุณค่าของการมีชีวิต	4.05	.52	ดี
โดยรวม	3.78	.39	ดี

จากตารางที่ 5 พบว่า การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่าง โดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ($M = 3.78, SD = .39$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดได้แก่ การเตรียมใจที่ต้องเผชิญกับความจริง ได้แก่ เกิด แก่ เจ็บ ตาย ($M = 4.26, SD = .66$) รองลงมาคือ ความพร้อมที่จะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจ ($M = 4.18, SD = .59$) และการยินดีและเต็มใจให้คำปรึกษาในสิ่งที่เป็นประโยชน์แก่ผู้อื่น ($M = 4.13, SD = .62$) ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดได้แก่ การเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ($M = 3.16, SD = 1.30$) รองลงมาคือ การวางแผนเตรียมทำอาชีพสำรองที่เหมาะสมเพื่อหารายได้ ($M = 3.18, SD = 1.17$) และการออกกำลังกายหรือกระทำกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับวัย ($M = 3.25, SD = 1.16$) ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

1. การวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) เพื่อหาปัจจัยทำนายการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ทักษะคิดต่อการสูงอายุ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ภาวะสุขภาพ การมีผู้สูงอายุในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ (Assumption) ดังนี้

1.1 ตัวแปรตามเป็น Interval/ ratio scale ในการวิจัยครั้งนี้ตัวแปรตาม คือคะแนนการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ มีระดับการวัดเป็น Interval scale

1.2 ตัวแปรต้นเป็น Interval/ ratio scale หรือเป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variable) ในการวิจัยครั้งนี้ ตัวแปรต้นมีทั้งหมด 8 ตัว แต่ละตัวมีระดับการวัดดังในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ระดับการวัดของตัวแปรต้นและการกำหนดรหัสตัวแปรหุ่น

ตัวแปรต้น	ระดับการวัด	ตัวแปรหุ่น
1. เพศ	Nominal scale	0 = ชาย 1 = หญิง
2. อายุ	Ratio scale	-
3. รายได้	Ratio scale	-
4. ทศนคติต่อการสูงอายุ	Interval scale	-
5. การรับรู้ความสามารถของตนเอง	Interval scale	-
6. ภาวะสุขภาพ	Interval scale	-
7. การมีผู้สูงอายุในครอบครัว	Nominal scale	0 = ไม่มีผู้สูงอายุในครอบครัว 1 = มีผู้สูงอายุในครอบครัว 1 คนขึ้นไป
8. การสนับสนุนทางสังคม	Interval scale	-

1.3 ข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normality) พิจารณาจากค่า Fisher skewness coefficient และค่า Fisher kurtosis coefficient ซึ่งมีค่าไม่เกิน ± 1.96 (สำหรับ $\alpha = .05$) (จุฬาลักษณ์ บารมี, 2551)

1.4 ตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์กันเชิงเส้นตรง จากการทำ Scatter plot ระหว่างตัวแปรต้นกับตัวแปรตาม และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficients) หรือค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบเซรียล (Point biserial correlation coefficients) พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุได้แก่ รายได้ ทศนคติต่อการสูงอายุ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ภาวะสุขภาพ การมีผู้สูงอายุในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง เพศ (x_1) อายุ (x_2) ทักษะคิดต่อการสูงอายุ (x_3) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (x_4) ภาวะสุขภาพ (x_5) รายได้ (x_6) การมีผู้สูงอายุ ในครอบครัว (x_7) การสนับสนุนทางสังคม (x_8) และการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ เพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (y) ของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 147$)

ตัวแปร	y	x_1	x_2	x_3	x_4	x_5	x_6	x_7	x_8
y	1.00								
x_1	-.021 ^{pb}	1.00							
x_2	.098	.164 ^{pb*}	1.00						
x_3	.457***	-.137 ^{pb*}	-.057	1.00					
x_4	.576***	.061 ^{pb}	.085	.318***	1.00				
x_5	.242**	-.119 ^{pb}	-.008	.349***	.026	1.00			
x_6	.175*	-.013 ^{pb}	-.145*	.264**	.143*	.164*	1.00		
x_7	.692 ^{pb***}	.025 ^{pb}	.079	.246**	.469***	.096	.202**	1.00	
x_8	.367***	.095 ^{pb}	.081	.230**	.186*	.115	.071	.280 ^{pb***}	1.00

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$, pb = point biserial

1.5 ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงแบบปกติ มีค่าเฉลี่ย = 0 และเป็นอิสระต่อกัน (ไม่มี Autocorrelation) ทดสอบด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov [KS] test พบว่า ค่า $p > .05$ ($p = .645$) มีค่าเฉลี่ย = 0 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.98 และจากการทำ Histogram ของค่า Residual พบว่า ค่า Residual มีการกระจายแบบปกติ เมื่อวิเคราะห์ค่า Durbin-Watson พบว่าได้เท่ากับ 1.917 ซึ่งเข้าใกล้ 2 และมีค่าอยู่ระหว่าง 1.5-2.5 แสดงว่า ค่าความคลาดเคลื่อนมีอิสระต่อกัน ไม่มี Autocorrelation

1.6 ตัวแปรต้นทุกตัวอิสระต่อกัน ไม่มี Multicollinearity โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficients) พบว่า ไม่มีตัวแปรต้นคู่ใดที่ความสัมพันธ์กันเองในระดับสูงเกิน .85 (ค่า $r < .85$) (Munro, 2005) ดังแสดงในตารางที่ 7 ไม่มีค่า Tolerance ของตัวแปรใด < .20 จากการศึกษาค่านี้วิเคราะห์ได้ค่า Tolerance > .72 ขึ้นไป และค่า Variance inflation factor [VIF] ไม่มากกว่า 4 จากการศึกษาค่านี้วิเคราะห์ได้ค่า VIF อยู่ระหว่าง 1.00-1.37 ซึ่งไม่มากกว่า 4 Garson, 2006 อ้างถึงใน (จุฬาลักษณ์ บารมี, 2551)

1.7 ไม่มี Multivariate outlier พิจารณาจากการกระจายของค่าความคลาดเคลื่อนทุกค่า อยู่ในช่วง +/- 3

1.8 ค่าแปรปรวนของความคลาดเคลื่อน (ϵ) คือ σ^2 ของ y ต้องคงที่ในทุกค่าของ x (Homoscedasticity) พิจารณาจากกราฟ Scatterplot ระหว่างค่ามาตรฐานของความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการทำนาย (ZRESID) และค่ามาตรฐานของค่าทำนายที่ได้จากสมการ (ZPRED) พบว่า การกระจายของจุดบนกราฟไม่มีลักษณะที่แสดงถึงการมีความสัมพันธ์กันรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง จุดอยู่ห่างจากเส้น 0 ในลักษณะสมมาตรด้านบนและด้านล่าง

2. การวิเคราะห์อำนาจการทำนายระหว่างปัจจัยที่ศึกษาต่อการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่าง ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 การวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของปัจจัยทำนายการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 147$)

ตัวแปร	R^2 change	b	SE(b)	Beta	t	p
การมีผู้สูงอายุในครอบครัว	.479	8.140	1.011	.474	8.055	< .001
ทัศนคติต่อการสูงอายุ	.088	.182	.056	.188	3.245	.001
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	.049	.366	.081	.268	4.525	< .001
การสนับสนุนทางสังคม	.016	.094	.039	.129	2.414	.017
ภาวะสุขภาพ	.010	.139	.069	.110	2.021	.045
ค่าคงที่ = 29.965			4.830		6.204	< .001
$R^2 = .641, R^2_{adj} = .629, F_{(5,141)} = 50.433, p < .001$						

จากตารางที่ 8 พบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมด 5 ปัจจัย ได้แก่ การมีผู้สูงอายุในครอบครัว ทัศนคติต่อการสูงอายุ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนในสังคม และภาวะสุขภาพ โดยสามารถร่วมกันทำนายการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุได้ร้อยละ 64.1 ($R^2 = .641, p < .001$) ปัจจัยตัวแรกที่ถูกคัดเลือกเข้าสมการทำนายได้แก่ การมีผู้สูงอายุในครอบครัว โดยสามารถทำนายการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุได้ร้อยละ 47.9 ($R^2 = .479, p < .001$) ปัจจัยตัวที่สองที่ถูกคัดเลือกเพิ่มเข้าในสมการทำนายได้แก่ ทัศนคติต่อการสูงอายุ โดยสามารถร่วมทำนายการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 8.8 (R^2 change

= .088) เป็นร้อยละ 56.6 ($R^2 = .566, p < .01$) ปัจจัยตัวที่สามที่ถูกคัดเลือกเพิ่มเข้าในสมการทำนาย ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยสามารถร่วมทำนายการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ เพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 4.9 ($R^2 \text{ change} = .049$) เป็นร้อยละ 61.5 ($R^2 = .615, p < .001$) ปัจจัยตัวที่สี่ที่ถูกคัดเลือกเพิ่มเข้าในสมการทำนาย ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม โดยสามารถร่วมทำนายการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 1.6 ($R^2 \text{ change} = .016$) เป็นร้อยละ 63.1 ($R^2 = .631, p = .017$) และปัจจัยตัวที่ห้าที่ถูกคัดเลือกเพิ่มเข้าในสมการทำนาย ได้แก่ ภาวะสุขภาพ โดยสามารถร่วมทำนายการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 1.0 ($R^2 \text{ change} = .010$) เป็นร้อยละ 64.1 ($R^2 = .641, p = .045$)

สำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดในการทำนายการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ได้แก่ การมีผู้สูงอายุในครอบครัว ($\beta = .474$) ปัจจัยตัวที่สองที่มีอิทธิพลในการทำนายการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ($\beta = .268$) ปัจจัยตัวที่สามที่มีอิทธิพลในการทำนายการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ได้แก่ ทักษะคิดต่อการสูงอายุ ($\beta = .188$) ปัจจัยตัวที่สี่ที่มีอิทธิพลในการทำนายการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .129$) และปัจจัยตัวที่ห้าที่มีอิทธิพลในการทำนายการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ($\beta = .110$)

จากการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน สามารถสร้างสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบได้ ดังนี้

การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ = $29.965 + 8.140$ (การมีผู้สูงอายุในครอบครัว) + $.182$ (ทักษะคิดต่อการสูงอายุ) + $.366$ (การรับรู้ความสามารถของตนเอง) + $.094$ (การสนับสนุนทางสังคม) + $.139$ (ภาวะสุขภาพ)

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ของประชาชนในชุมชนเขตอำเภอวังจันทร์ จังหวัดระยอง กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ประชาชนที่มีอายุ 40-55 ปี ในเขตอำเภอวังจันทร์ จังหวัดระยอง จำนวน 147 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพ แบบสัมภาษณ์ทัศนคติต่อการสูงอายุ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถของตนเอง แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม และแบบสัมภาษณ์การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยแบบสัมภาษณ์แต่ละชุดมีค่าเชื่อมั่นเท่ากับ .83, .82, .84, 93 และ .89 ตามลำดับ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ในช่วงเดือนมีนาคม ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2561 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression)

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.6) ประมาณเกือบครึ่งหนึ่งมีอายุ 50 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 45.6) โดยอายุเฉลี่ยเท่ากับ 48.46 ปี ($SD = 5.03$) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 98.6) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 77.5) สำหรับการศึกษาพบว่า มากกว่าครึ่งจบชั้นประถม ศึกษา (ร้อยละ 57.8) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 34.7) รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 29.3) มีรายได้ 5,000-10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 35.3) รองลงมามีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 24.5) โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 13,148.98 บาท ($SD = 11,094.59$) ส่วนความเพียงพอของรายได้ มีรายได้ไม่พอใช้มากที่สุด (ร้อยละ 42.2) รองลงมามีรายได้พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 40.1) สำหรับการมีผู้สูงอายุในครอบครัวส่วนใหญ่มีผู้สูงอายุในครอบครัว (ร้อยละ 70.7) และประมาณเกือบครึ่งหนึ่งไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุหรือเครือญาติ (ร้อยละ 36.7) รองลงมามีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุหรือเครือญาติ 16 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 18.4) โดยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุหรือเครือญาติเฉลี่ย 7.77 ปี ($SD = 8.34$)

2. การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่าง โดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ($M = 3.78, SD = .39$)

3. ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ได้แก่ การมีผู้สูงอายุในครอบครัว ($\beta = .474$) ทักษะคิดต่อการสูงอายุ ($\beta = .188$) การรับรู้ความสามารถของตนเอง ($\beta = .268$) การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .129$) และภาวะสุขภาพ ($\beta = .110$) โดยสามารถร่วมทำนายการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุได้ร้อยละ 64.1 ($R^2 = .641$, $p < .001$) ซึ่งสามารถสร้างสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้

การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ = $29.965 + 8.140$ (การมีผู้สูงอายุในครอบครัว) + $.182$ (ทักษะคิดต่อการสูงอายุ) + $.366$ (การรับรู้ความสามารถของตนเอง) + $.094$ (การสนับสนุนทางสังคม) + $.139$ (ภาวะสุขภาพ)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล สามารถนำมาอภิปรายผล ได้ดังต่อไปนี้

1. ระดับการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในเขตอำเภอวังจันทร์ จังหวัดระยอง โดยรวมอยู่ในระดับดี ($M = 3.78$, $SD = .39$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านและรายข้อพบว่า การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุด้านสุขภาพทางปัญญาอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.10 ($SD = .46$) และทุกข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดีด้วย ได้แก่ การยินดีและเต็มใจให้คำปรึกษาในสิ่งที่เป็นประโยชน์แก่ผู้อื่น การวางแผนเตรียมถ่ายถอดประสบการณ์ให้แก่คนรุ่นหลัง การทำความดี ละเว้นความชั่ว ทำบุญ บริจาคทาน การยึดมั่นในหลักคำสอนทางศาสนา ใช้ชีวิตอย่างมีสติรอบคอบ และการมองเห็นคุณค่าของการมีชีวิต และสำหรับการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุด้านสุขภาพทางจิตใจ พบว่า อยู่ในระดับดี เช่นกัน โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.88 ($SD = .48$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือ การเตรียมใจที่ต้องเผชิญกับความจริงได้แก่ เกิด แก่ เจ็บ ตาย รองลงมาคือ ความพร้อมที่จะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจ การเตรียมใจว่าบทบาทหน้าที่การยอมรับนับถือในสังคมจะลดลง การศึกษาและปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา และการพูดคุยกับเพื่อนหรือบุคคลอื่นเกี่ยวกับการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากผลการศึกษาคั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 98.6) ศาสนาพุทธเป็นสถาบันที่สำคัญ เป็นสิ่งที่ช่วยยึดเหนี่ยวจิตใจให้มั่นคง สอนให้มนุษย์รู้จักทุกข์ และวิธีการดับทุกข์ สอนให้มนุษย์ได้รู้ความจริงในธรรมชาติ ความจริงของชีวิต ใช้ชีวิตด้วยความไม่ประมาท มีสติรอบคอบ รู้จักขัดเกลากิเลสออกจากใจ เป็นการหลุดพ้นจากสิ่งไม่เที่ยง ไม่จีรัง ไม่มั่นคง (พระสติมา สติสมปบุ โน (นรินฺท), ม.ป.ป.) จึงส่งผลให้ประชาชนมีการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุด้านสุขภาพทางปัญญาและด้านสุขภาพทางจิตใจ อยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของ (Pathike & Kuhirunyaratn, 2011) การเตรียมตัวด้านสุขภาพผู้วัยเกษียณอายุของ

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความชุกของการเตรียมตัวด้านสุขภาพในมิติด้านจิตใจในระดับค่อนข้างมาก (ร้อยละ 73.4) และมีความชุกของการเตรียมตัวด้านสุขภาพในมิติด้านจิตวิญญาณในระดับมาก (ร้อยละ 80.4)

ส่วนการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุด้านสุขภาพทางกาย จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ภาพรวมรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.61 ($SD = .59$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า การรับประทานอาหารจำพวกกากใยและดื่มน้ำอย่างเพียงพอ การจัดสรรเวลาในการนอน อย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง และการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์เพียงพอเหมาะสมกับวัย อยู่ในระดับดี ทั้งนี้เนื่องมาจากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.6) และมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 48.46 ปี ซึ่งเป็นวัยทำงานที่มีความรับผิดชอบและให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง เพราะต้องทำงานหาเงินมาเลี้ยงครอบครัว โดยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 34.7) และรับจ้าง (ร้อยละ 29.3) ต้องใช้พลังงานมากในการประกอบอาชีพ จึงให้ความสำคัญกับการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เพียงพอ เหมาะสมกับวัย รวมทั้งมีการพักผ่อนที่เพียงพอ ซึ่งการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพกายดังกล่าว จะทำให้มีอายุที่ยืนยาวมีความสุขในชีวิตได้ในอนาคตเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ส่วนการออกกำลังกายหรือกระทำกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับวัย และการเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจจะเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างต้องทำงานหาเลี้ยงชีพ ซึ่งส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ทำให้ไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย หรือเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีมากนัก อีกทั้งเป็นเพราะเห็นว่าร่างกายยังแข็งแรงสามารถทำงานได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ (ภาณุวัฒน์ มีชนะนะ et al., 2560) ที่ศึกษาการเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุคุณภาพ ตำบลหนองหญ้าไซ อำเภอหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาของ (อวยพร ภัทรภักดีกุล et al., 2554) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พบว่า การเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุของบุคลากรด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง

สำหรับการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุด้านสุขภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อม จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ภาพรวมรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.51 ($SD = .64$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า การวางแผนเตรียมปรับเปลี่ยนสภาพภายในบ้านให้เหมาะสมอยู่ในระดับดี ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีผู้สูงอายุในครอบครัว (ร้อยละ 70.7) ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้เห็นประสบการณ์จากผู้สูงอายุในครอบครัวมีปัญหาด้านสุขภาพ มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่เสื่อมถอยลง จึงสมควรมีการวางแผนเตรียมปรับเปลี่ยนสภาพภายในบ้านให้เหมาะสม

เพื่อรองรับการเป็นผู้สูงอายุในอนาคต สอดคล้องกับการศึกษาของ (ภาณุวัฒน์ มีชนะ et al., 2560) ที่ศึกษาการเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุคุณภาพ ตำบลหนองหญ้าไซ อำเภอหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเตรียมความพร้อมภาพรวมด้านที่อยู่อาศัยอยู่ในระดับสูง และการศึกษาของ (แสนคำนิ่ง ศรีฤกษ์ฤทธิ et al., 2557) เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและการเตรียมความพร้อมก่อนการเกษียณอายุของข้าราชการครู จังหวัดชลบุรี พบว่า การเตรียมความพร้อมก่อนการเกษียณอายุด้านที่อยู่อาศัยอยู่ในระดับดี และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมที่สนใจเพื่อเตรียมเข้าสู่วัยสูงอายุ อยู่ในระดับดี ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์จากผู้สูงอายุในครอบครัวว่า ถ้าผู้สูงอายุมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมหรือสมาชิกชมรมต่าง ๆ จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าต่อสังคม จึงส่งผลให้การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมที่สนใจเพื่อเตรียมเข้าสู่วัยสูงอายุอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของ (วรวรรณ ชัยชื่อ, 2556) เกี่ยวกับ การเตรียมความพร้อมก่อนเกษียณอายุของข้าราชการทหารบกประจำการ ณ กรมการทหารสื่อสาร กรุงเทพมหานคร พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการวางแผนที่จะเข้าร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์แก่สังคมเมื่อเกษียณอายุ และเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ก่อนเกษียณอายุ เพื่อสร้างความเคยชิน อยู่ในระดับมาก และการศึกษาของ (ภาณุวัฒน์ มีชนะ et al., 2560) ที่ศึกษาการเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุคุณภาพ ตำบลหนองหญ้าไซ อำเภอหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเตรียมความพร้อมภาพรวมด้านสังคมอยู่ในระดับสูง ส่วนการใช้เวลาว่างทำงานอดิเรกที่เหมาะสม และการวางแผนเตรียมทำอาชีพสำรองที่เหมาะสมเพื่อหารายได้ อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาคั้งนี้กลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด (ร้อยละ 34.7) รองลงมาคือ อาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 29.3) ซึ่งเป็นอาชีพที่สามารถทำได้ แม้จะเข้าสู่วัยสูงอายุแล้ว จึงไม่จำเป็นต้องหาอาชีพสำรอง หรืองานอดิเรก จึงส่งผลให้การใช้เวลาว่าง และการเตรียมหาอาชีพสำรองอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ (แสนคำนิ่ง ศรีฤกษ์ฤทธิ et al., 2557) เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและการเตรียมความพร้อมก่อนการเกษียณอายุของข้าราชการครู จังหวัดชลบุรี พบว่า การเตรียมความพร้อมก่อนการเกษียณอายุด้านการใช้เวลาว่างอยู่ในระดับปานกลาง

2. ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุได้มีดังนี้

2.1 การมีผู้สูงอายุในครอบครัว เป็นปัจจัยเอื้อที่สามารถร่วมทำนายการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุได้ร้อยละ 47.9 ($R^2 = .479, p < .001$) และเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ($\beta = .474$) เนื่องจากการมีผู้สูงอายุในครอบครัวทำให้บุคคลอื่นที่ไม่ใช่ผู้สูงอายุในครอบครัวนั้น ๆ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ ดังที่ (Green & Kreuter, 2005) ได้กล่าวไว้ว่า ประสบการณ์เป็นทักษะส่วนบุคคล

และ/ หรือทรัพยากรที่จะช่วยเกื้อกูลให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ครอบครัวที่มีผู้สูงอายุทำให้บุคคลในครอบครัวนั้น ๆ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้บุคคลนั้น ๆ มีการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมากกว่าบุคคลที่ในครอบครัวไม่มีผู้สูงอายุ เนื่องจากบุคคลเหล่านั้นจะทราบปัญหาต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ จึงทำให้บุคคลเหล่านั้นเห็นความสำคัญของการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ดังการศึกษาของ (วรรณรา ชื่นวัฒนา & ชูชีพ เบียดนอก, 2555) ที่ศึกษาการรับรู้และการเตรียมตัวเพื่อการเข้าสู่วัยสูงอายุของประชากรไทยก่อนวัยสูงอายุ พบว่า ผู้ที่มีภาระในการดูแลบุคคลอื่น มีการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุมากกว่าผู้ที่ไม่มีภาระในการดูแลบุคคลอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ มีการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุมากกว่าผู้ที่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งประสบการณ์ ในการดูแลผู้สูงอายุสามารถร่วมทำนายนการเตรียมตัวเพื่อการเข้าสู่วัยสูงอายุสูงได้ร้อยละ 24.1

2.2 ทักษะคิดต่อการสูงอายุ เป็นปัจจัยนำที่สามารถร่วมทำนายนการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 8.8 (R^2 change = .088) เป็นร้อยละ 56.6 ($R^2 = .566, p < .01; \beta = .188$) นั่นคือ ประชาชนหรือบุคคลที่มีทักษะคิดต่อการสูงอายุในทางบวก จะส่งผลให้เกิดการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมากขึ้น ดังที่ (Green & Kreuter, 2005) ได้กล่าวไว้ว่า ทักษะคิดเป็นปัจจัยนำที่เป็นคุณลักษณะของบุคคลที่ติดตัวกับบุคคลเหล่านั้นมาก่อนแล้ว ก่อให้เกิดแรงจูงใจ หรือเป็นความพอใจ (Preference) ของบุคคลซึ่งได้จากประสบการณ์การเรียนรู้ (Education experience) ที่มีผลต่อการแสดงหรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549) ได้กล่าวว่า การที่บุคคลมีทักษะคิดที่ดีจะสามารถปรับตัวเข้าสู่วัยสูงอายุได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากมีความคิดว่าการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุจะทำให้เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตดี จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทักษะคิดเห็นด้วยว่าการเป็นผู้สูงอายุ ทำให้ความสามารถด้านร่างกายในการช่วยเหลือตนเองลดลง ปัญหาสุขภาพกายเป็นอุปสรรคในการทำสิ่งที่ต้องการ บุคลิกลักษณะถูกกำหนดด้วยอายุ การออกกำลังกายเป็นสิ่งสำคัญทำให้ร่างกายแข็งแรง สามารถในการจัดการกับปัญหาในชีวิต มีการยอมรับตัวเองมากขึ้น มีการถ่ายทอดประสบการณ์ และเป็นตัวอย่างที่ดีให้แก่คนรุ่นหลัง มีหลายสิ่งที่น่าพึงพอใจ รวมทั้งได้สร้างประโยชน์ให้กับผู้อื่น จึงส่งผลให้ทักษะคิดต่อการสูงอายุสามารถร่วมทำนายนได้ ดังผลการศึกษาของ (วรรณรา ชื่นวัฒนา & ชูชีพ เบียดนอก, 2555) ที่ศึกษาการรับรู้และการเตรียมตัวเพื่อการเข้าสู่วัยสูงอายุของประชากรไทยก่อนวัยสูงอายุพบว่า ทักษะคิดต่อการสูงอายุสามารถร่วมทำนายนการเตรียมตัวเพื่อการเข้าสู่วัยสูงอายุได้ร้อยละ 24.1 สอดคล้องกับการศึกษาของ (วิไลพร วงศ์คินี et al., 2556) ที่พบว่า ทักษะคิดต่อการสูงอายุสามารถร่วมทำนายนพฤติกรรมหรือการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุได้ร้อยละ 17.87 และการศึกษาของ (Aluodi, 2017) ที่พบว่า ทักษะคิดซึ่งเป็นปัจจัยด้านจิตวิทยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับ

การเตรียมความพร้อมด้านการประเมินตนเองเพื่อเกษียณอายุการทำงาน ของผู้ที่ทำงานในบริษัท ประกันชีวิตในประเทศเคนยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .568, p < .001$)

2.3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นปัจจัยนำที่สามารถร่วมทำนายการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 4.9 (R^2 change = .049) เป็นร้อยละ 61.5 ($R^2 = .615, p < .001; \beta = .268$) นั่นคือ ถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองดี จะมีการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุที่ดีด้วย ซึ่ง (Bandura, 1997) ได้กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นการตัดสินใจของบุคคลในความสามารถของตนเองที่จะจัดการ และดำเนินการแสดงพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยถ้าการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และมีความพยายามที่จะทำพฤติกรรมนั้น ๆ อย่างต่อเนื่อง โดยจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถของตนเองมากเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุมอารมณ์ให้อยู่ในภาวะปกติ และความสามารถในการเตรียมที่อยู่อาศัยให้เหมาะสม ดังการศึกษาของ (อนงค์นาฏ ผ่านสถิน, 2556) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมตัวก่อนการเกษียณของข้าราชการครู จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า การรับรู้ความสามารถในการเตรียมตัวก่อนเกษียณ มีความสัมพันธ์กับการเตรียมตัวก่อนการเกษียณของข้าราชการครูจังหวัดร้อยเอ็ด ($r = 0.22, p < .05$) และสามารถร่วมทำนายการเตรียมตัวก่อนการเกษียณของข้าราชการครูจังหวัดร้อยเอ็ดได้ร้อยละ 12

2.4 การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยเสริมที่สามารถร่วมทำนายการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 1.6 (R^2 change = .016) เป็นร้อยละ 63.1 ($R^2 = .631, p = .017; \beta = .129$) ซึ่งตามแนวคิดของ (House, 1981) กล่าวว่า iva การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคลได้ระบาย ความทุกข์ ความซับซ้อนใจ ทำให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่า มีความสำคัญ ย่อมส่งผลต่อความสามารถได้ดียิ่งขึ้น ดังนั้นบุคคลหรือประชาชนถ้าได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก ทำให้มีการดูแลตนเองดีขึ้น สามารถปฏิบัติพฤติกรรมเตรียมความพร้อมได้อย่างเหมาะสม แต่ถ้าได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย จะทำให้การการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุน้อยลง การช่วยเหลือของบุคคลในครอบครัว และบุคคลากรทางด้านสุขภาพทำให้ประชาชนมีสุขภาพกายและจิตที่ดี ส่งผลให้ประชาชนมีความสนใจที่จะเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมากขึ้น โดยจากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 60 รับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก เกี่ยวกับเรื่อง การได้รับความสะดวกสบายเมื่ออยู่บ้าน การได้รับเชิญให้ไปร่วมงานเมื่อมีกิจกรรมทางสังคม และรับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือในการรักษาสุขภาพให้แข็งแรง ในระดับปานกลาง (ภาคผนวก ก) ถ้าประชาชนได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก จะมีการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมากด้วย ดังการศึกษาของ (สุพรรณิ รัตนานนท์ et

al., 2557) ที่ศึกษารูปแบบการเตรียมความพร้อมเพื่อเกษียณอายุงาน กรณีศึกษาครู โรงเรียนเอกชน จังหวัดนนทบุรี พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเตรียมความพร้อมเพื่อเกษียณอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และการศึกษาของ (วิไลพร วงศ์ดี et al., 2556) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการเกษียณอายุของประชากร อายุ 40-59 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุได้ร้อยละ 17.87 รวมทั้งการศึกษาของ (Amoah-Mensah, 2016) ที่ศึกษาการวางแผนก่อนเกษียณอายุในพนักงานโรงแรมที่มีอายุ 45 ปีขึ้นไป ในประเทศกาน่า พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายการวางแผนด้านสุขภาพก่อนการเกษียณอายุได้ร้อยละ 50.9 ($\beta = .289, p < .001$)

2.5 ภาวะสุขภาพ เป็นปัจจัยนำที่สามารถร่วมทำนายการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 1.0 (R^2 change = .010) เป็นร้อยละ 64.1 ($R^2 = .641, p < .05; \beta = .110$) นั่นคือ ถ้าบุคคลหรือประชาชนมีภาวะสุขภาพดี จะมีการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุที่ดีด้วย ทั้งนี้อาจจะเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารุ่นนี้มีอายุช่วง 40-55 ปี เป็นช่วงอายุของวัยทำงาน ยังมีการเสื่อมถอยของร่างกายน้อย สุขภาพยังอยู่ในภาวะที่ดี ซึ่ง (Orem, 2001) ได้กล่าวว่า คนที่มีสุขภาพดีจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้เหมาะสมเต็มความสามารถ สภาวะที่ร่างกายมีปัญหาสุขภาพจากความเสื่อมถอยตามพัฒนาการของวัยสูงอายุ หรือการมีโรคประจำตัวหรือมีความเจ็บป่วย ย่อมทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายมีความจำกัด เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ สภาพร่างกายจะค่อย ๆ เสื่อมถอยลง เกิดการเปลี่ยนแปลง ทำให้การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ เริ่มไม่เป็นปกติ เจ็บป่วยได้ง่าย ซึ่งสุขภาพนั้นมีความเกี่ยวข้องกับชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี การมีสุขภาพที่ดีตั้งแต่ก่อนวัยสูงอายุจนกระทั่งเข้าสู่วัยสูงอายุจะส่งผลให้ชีวิตในปัจจุบันปลายมีความสุข สามารถช่วยเหลือตนเองได้และไม่ต้องเป็นภาระหรือพึ่งพาผู้อื่น ส่วนผู้ที่มีสุขภาพไม่ดี มีปัญหาสุขภาพมากหรือเจ็บป่วยได้ง่ายก็จะเป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต เช่น การทำกิจกรรมต่าง ๆ เก็บหรือออมเงินได้น้อย เนื่องจากเงินที่มีส่วนใหญ่มักไปกับการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง เป็นต้น เพราะฉะนั้นการมีภาวะสุขภาพที่ดีจะเป็นการลดอุปสรรคและเป็นประโยชน์ในการชักนำให้ผู้ที่กำลังจะเข้าสู่วัยสูงอายุได้มีการเตรียม การก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุได้

จากผลการศึกษารุ่นนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี ($M = 9.46, SD = 1.10$) มีการเคลื่อนไหวร่างกายได้ดี ($M = 9.31, SD = 1.32$) และมีสุขภาพที่สมบูรณ์ ($M = 7.69, SD = 1.60$) (ภาคผนวก ฉ) ดังการวิจัยเชิงคุณภาพของ (Rattanamongkolgul et al., 2012) เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย พบว่า ประชาชนที่มีภาวะสุขภาพดี แข็งแรงสมบูรณ์ บ่งบอกได้ว่าประชาชนเหล่านั้นสามารถทำกิจกรรมในสังคม รวมทั้งการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ (Pathike &

Kuhirunyaratn, 2011) ที่ศึกษาการเตรียมตัวด้านสุขภาพผู้วัยเกษียณอายุของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น พบว่า การรับรู้สถานะสุขภาพของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเตรียมตัวด้านสุขภาพผู้วัยเกษียณอายุของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และการศึกษาของ (วรรณรา ชื่นวัฒนา & ชูชีพ เบียดนอก, 2555) ที่ศึกษาการรับรู้และการเตรียมตัวเพื่อการเข้าสู่วัยสูงอายุของประชากรไทยก่อนวัยสูงอายุ พบว่า บุคคลที่ไม่มีโรคประจำตัว หรือมีภาวะสุขภาพดี มีการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุสูงกว่าบุคคลที่มีโรคประจำตัว หรือมีภาวะสุขภาพไม่ดี รวมทั้งการศึกษาของ (Kim et al., 2005) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเตรียมความพร้อมเพื่อเกษียณอายุ ในผู้ที่เกษียณแล้วในประเทศอเมริกา พบว่า สุขภาพสามารถร่วมทำนายการเตรียมความพร้อมเพื่อเกษียณอายุได้ร้อยละ 37.27 ($\beta = .148, p < .001$)

3. ปัจจัยที่ไม่สามารถร่วมทำนายการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุได้ มีดังนี้

3.1 เพศ ไม่สามารถร่วมทำนายการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุได้ ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและเพศหญิงส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 34.7) และรับจ้าง (ร้อยละ 29.3) ต้องช่วยกันประกอบอาชีพเพื่อหารายได้เลี้ยงครอบครัวและต้องดูแลครอบครัวเหมือนกัน มีภาระหน้าที่และความรับผิดชอบที่ต้องทำงานเหมือนกัน มีความต้องการในการสร้างฐานะที่มั่นคงให้กับตนเองและครอบครัวในการดำรงชีวิต ทำให้ไม่มีเวลาในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมากนัก จึงทำให้เพศไม่สามารถร่วมทำนายการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุได้ ดังการศึกษาของ (ปณญาดา บุญเพ็ญ, 2558) เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนเกษียณอายุของข้าราชการทหารบกประจำการ ณ มณฑลทหารบกที่ 15 จังหวัดเพชรบุรี พบว่า เพศที่แตกต่างกันส่งผลต่อการเตรียมความพร้อมก่อนการเกษียณอายุไม่แตกต่างกัน และการศึกษาของ (วรวรรณ ชัยชื้อ, 2556) เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนเกษียณ อายุของข้าราชการทหารบกประจำการ ณ กรมการทหารสื่อสาร กรุงเทพมหานคร พบว่า เพศที่ต่างกันไม่ส่งผลต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเกษียณอายุของข้าราชการทหารบกประจำการ ณ กรมการทหารสื่อสาร กรุงเทพมหานคร รวมทั้งการศึกษาของ (Nyoro, 2016) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายการเตรียมความพร้อมเพื่อเกษียณอายุของผู้ที่ทำงานในสถาบันของรัฐ ในเคนยา พบว่า เพศไม่สามารถร่วมทำนายการเตรียมความพร้อมเพื่อเกษียณอายุได้ และการศึกษาของ (Kim et al., 2005) ที่ศึกษาการเตรียมความพร้อมเพื่อเกษียณอายุ เพศ และความผาสุกทางใจ ในประชาชนอายุ 50-72 ปี ใน New York พบว่า เพศไม่สามารถร่วมทำนายการเตรียมความพร้อมเพื่อเกษียณอายุได้

3.2 อายุ ไม่สามารถร่วมทำนายการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุได้ ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจากผลการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุใกล้เคียงกัน ระหว่าง

40-49 ปี (ร้อยละ 54.4) และมีอายุ 50 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 45.6 ซึ่งเป็นวัยที่ยังต้องทำงานและเป็นเสาหลักในการหารายได้เพื่อจุนเจือให้กับครอบครัว อีกทั้งเป็นช่วงอายุที่ยังมีสุขภาพแข็งแรง สามารถดูแลช่วยเหลือตัวเองได้ ร่างกายยังมีความเสื่อมถอยน้อย จึงทำให้อายุไม่สามารถร่วมทำนายนการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ (วิไลพร วงศ์คีณี et al., 2556) ที่พบว่า อายุไม่สามารถร่วมทำนายนการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุได้ และการศึกษานอง (วรรณรา ชื่นวัฒนา & ชูชีพ เบียดนอก, 2555) ที่ศึกษาการรับรู้และการเตรียมตัวเพื่อการเข้าสู่วัยสูงอายุของประชากรไทยก่อนวัยสูงอายุ พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมตัวเพื่อการเข้าสู่วัยสูงอายุของประชากรไทยก่อนวัยสูงอายุ รวมทั้งการศึกษาของ (นุสรารัตนสมัย, 2552) ที่พบว่า การมีอายุแตกต่างกัน ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมตนเองก่อนเข้าสู่วัยเกษียณและการศึกษาของ (บุญญาดา บุญเพ็ญ, 2558) เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนเกษียณอายุของข้าราชการทหารบกประจำการ ณ มณฑลทหารบกที่ 15 จังหวัดเพชรบุรี พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 41-50 ปี มีการเตรียมความพร้อมก่อนการเกษียณอายุไม่แตกต่างกันกับกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 51-60 ปี

3.3 รายได้ ไม่สามารถร่วมทำนายนการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุได้ จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีรายได้อ่อนไม่แตกต่างกันมากนัก โดยมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 59.8) มีรายได้อ่อนไม่เกิน 10,000 บาท โดยรายได้อ่อนเฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 13,148.98 บาท ($SD = 11,094.59$) อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างต้องมีภาระในการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว ซึ่งจากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่งมีรายได้อ่อนไม่พอใช้ (ร้อยละ 42.2) ทำให้รายได้อ่อนไม่สามารถร่วมทำนายนการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ (ภาณุวัฒน์ มีชนะนะ et al., 2560) ที่ศึกษาการเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุคุณภาพ ตำบลหนองหญ้าไซ อำเภอนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า รายได้อ่อนไม่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุคุณภาพ ($p > 0.05$) และการศึกษาของ (วันชัย แก้วสุมาลี, 2552) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อ ทศนคติ และพฤติกรรม การเตรียมตัวก่อนการเกษียณอายุการทำงานของบุคคลทำงานวัยผู้ใหญ่ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า บุคคลวัยผู้ใหญ่ที่มีระดับรายได้อ่อนน้อยกว่า 10,000 บาท จะไม่มีพฤติกรรมการเตรียมตัวก่อนการเกษียณอายุ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายนการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุได้แก่ การมีผู้สูงอายุในครอบครัว ทศนคติต่อการสูงอายุ การรับรู้ความสามารถ

ของตนเองการสนับสนุนทางสังคม และภาวะสุขภาพ ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญ และสนับสนุนกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยดังกล่าว ผู้วิจัยขอเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ดังนี้

1. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและบุคลากรด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ควรส่งเสริมการออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมที่เหมาะสมกับวัย เช่น การวิ่งเหยาะ เดินเร็ว ว่ายน้ำ กายบริหาร เพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความอ่อนตัวของเอ็นและข้อ ช่วยเสริมการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ให้ดีขึ้น และพัฒนาการบริการสุขภาพควบคู่กับการส่งเสริมการจัดระบบบริการสุขภาพที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้สะดวกและทั่วถึง รวมทั้งรณรงค์ให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจร่างกายประจำปี

2. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและบุคลากรด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ควรส่งเสริมเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

2.1 การมีผู้สูงอายุในครอบครัว ทำให้ประชาชนเข้าใจธรรมชาติ และการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ ดังนั้นควรส่งเสริมให้ประชาชนตระหนักว่าความสูงวัยเป็นภาวะที่ต้องเกิดกับทุกคน การทำความเข้าใจความสูงวัย ซึ่งจะทำให้ประชาชนรวมทั้งสมาชิกในครอบครัว สามารถเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุได้อย่างเหมาะสม และนำมาซึ่งความผาสุกเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ

2.2 ทักษะคิดต่อการสูงอายุ โดยส่งเสริมให้ประชาชนมีทัศนคติที่ดีต่อการยอมรับตนเอง และเห็นคุณค่าของการเป็นผู้สูงอายุ สร้างประโยชน์ให้กับผู้อื่น โดยการถ่ายทอดประสบการณ์ และเป็นตัวอย่างที่ดีให้แก่คนรุ่นหลัง

2.3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง ควรพัฒนากิจกรรมที่มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของตนเองกับผู้อื่น รวมทั้งให้ประชาชนได้เห็นประสบการณ์หรือตัวอย่างจากตัวแบบผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จด้านการเตรียมความพร้อม รวมทั้งมีการสร้างสัมพันธภาพ ใช้คำพูดชักจูงให้ประชาชนมีการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่สังคมสูงอายุและคอยให้กำลังใจ

2.4 การสนับสนุนทางสังคม ควรส่งเสริมครอบครัวให้เห็นคุณค่าในบทบาทการเป็นบิดามารดา ปู่ย่าตายายของผู้สูงอายุ ให้ความไว้วางใจ ในการตัดสินใจในเรื่องสำคัญ รวมทั้งสนับสนุนให้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในชุมชนส่งเสริมการสร้างกลุ่มอาชีพในชุมชนเพื่อหารายได้เป็นการสนับสนุนผู้ที่มีรายได้น้อย ส่งเสริมการใช้เวลาว่างในการทำงานอดิเรก เช่น ปลูกต้นไม้ อ่านหนังสือ ทำขนม วาดภาพ หรือทำสิ่งประดิษฐ์ต่าง ๆ สนับสนุนการสร้างกลุ่มการออมเงินในชุมชน รวมทั้งการสร้างเครือข่ายสังคมออนไลน์เพื่อหาความรู้และข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์เป็นการตอบสนองนโยบายไทยแลนด์ 4.0 ที่ให้ความสำคัญกับเทคโนโลยีในการขับเคลื่อนประเทศ

2.5 ภาวะสุขภาพ ควรส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ด้านสุขภาพ เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยเสื่อมถอยของร่างกายทุกระบบ มักเกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย และกระบวนการหายป่วย

หรือการฟื้นคืนสภาพก่อนข้างช้า รวมทั้งสนับสนุนบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคทุกกลุ่มวัย ที่เน้นชุมชนเป็นฐาน เพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสม เป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมที่ส่งเสริมการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ โดยเน้นเรื่องทัศนคติต่อการสูงอายุ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และภาวะสุขภาพ
2. ควรมีการศึกษาการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในกลุ่มประชาชนที่มีอายุน้อย เนื่องจากการเตรียมความพร้อมต้องใช้ระยะเวลาในการดำเนินการนานกว่าจะเห็นผลอย่างเป็นรูปธรรม
3. ควรมีการศึกษาการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่สังคมเขตเมือง เขตชนบท เขตอุตสาหกรรม เพื่อให้ได้ข้อมูลการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม
4. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการวิเคราะห์ห้วงค์ประกอบเพื่อพัฒนาเครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดสุขภาพของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เพื่อให้ได้เครื่องมือวิจัยที่มีคุณภาพเป็นเครื่องมือมาตรฐานต่อไป



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วาริ กังใจ สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรินทร์ พูลทวี สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
4. นางจำเนียร พรประยูทธ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
ศูนย์บริการสาธารณสุขสุขเนินพยอม
เทศบาลเมืองมาบตาพุด อำเภอเมือง จังหวัด
ระยอง
5. นายแพทย์ ประภาส ผูกดวง แพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง



ภาคผนวก ข
หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย



009/16 - ม.อ.บ.ร.อ.อ.อ.อ.
- 9 เม.ย. 2561 (รับ อ.อ.อ.อ.อ.)
10 เม.ย. 2561 (รับ อ.อ.อ.อ.อ.)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

๒๕/๒๕ ธ.พุทธมณฑลสาย ๔ ศาลายา นครปฐม ๗๓๑๗๘

โทร. ๐-๒๔๔๑-๔๑๒๕ ต่อ ๑๐๙ โทรสาร ๐-๒๔๔๑-๔๘๘๓

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๒ / ๐๖๑๖๗๔
วันที่ ๒๖ มีนาคม ๒๕๖๑
เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
อ้างถึง หนังสือที่ ศธ ๖๒๐๖/๐๕๗๔ ลงวันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา แจ้งว่า

ขอใช้เครื่องมือวิจัย: น.ส.ภคภัทร พิษิตกุลธรรม นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

งานวิจัยของผู้ขอใช้เครื่องมือ : “ปัจจัยทำนายการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประชาชนในชุมชนเขตอำเภอวังจันทร์ จังหวัดระยอง” โดยมี ผศ.ดร.ชนัญชิตาคุณฤ์ ทูลศิริ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

เครื่องมือวิจัยที่ขอใช้: “แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถของตนเอง”

เครื่องมือวิจัยนี้พัฒนาโดย : น.ส.อนงค์นาฏ ผ่านสถิน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมตัวก่อนการเกษียณของข้าราชการครูจังหวัดร้อยเอ็ด” (พ.ศ. ๒๕๕๖) หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) วิชาเอกอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยมี ผศ.ดร.วิรินทร์ กิตติพิชัย เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

บัณฑิตวิทยาลัย หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) วิชาเอกอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้พิจารณาแล้ว **ยินดีอนุญาตให้ น.ส.ภคภัทร พิษิตกุลธรรม ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้** เนื่องจากเป็นการศึกษาวิจัยทางด้านวิชาการ แต่ทั้งนี้ขอได้โปรดระบุให้ชัดเจนด้วยว่า เครื่องมือวิจัยดังกล่าวมาจากวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล และมีอาจารย์ท่านใดทำหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

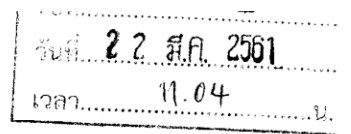
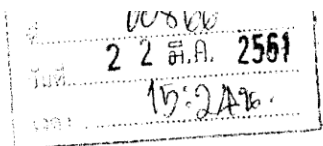
จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการต่อไปด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารณณ์ อัครปทุมวงศ์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติงานแทน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



ที่ ศธ ๖๕๙๓(๒๓)/ ๑๐๙๒
 - รองคณบดีฝ่ายบริหาร
 - คณะบดีหลักสูตรฯ ชุมชน
 - อ. กำปึกษา (ศ.ดร.หญิง) ชิงตุงษ์
 - งานบริหาร

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 ๒๓๙ ถนนห้วยแก้ว ตำบลสุเทพ
 อำเภอเมืองเชียงใหม่ ๕๐๒๐๐

๑๕ มีนาคม ๒๕๖๑

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน อธิการบดี มหาวิทยาลัยบูรพา

อ้างถึง หนังสือ ที่ ศธ ๖๒๐๖/๐๕๓/๓ ลงวันที่ ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑

ตามที่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา มีความประสงค์จะขออนุญาตให้
 นางสาวภคภัทร พิษิตกุลธรรม นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล
 เวชปฏิบัติชุมชน นำเครื่องมือวิจัยในวิทยานิพนธ์ของนางสาววิไลพร วงศ์ศิณี ไปใช้ในวิทยานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง และยินยอมอนุญาต
 ให้นำเครื่องมือดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาวิจัยได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

บดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้ตอบอนุญาต
พร พิษิตกุลธรรม นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
 บาลชุมชน นำเครื่องมือวิจัยในวิทยานิพนธ์ของนางสาววิไลพร
 ระโยชน์ในการศึกษาวิจัยได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณา

เห็นควรสำเนาแจ้งรองคณบดีฝ่ายบัณฑิตฯ

ตรา ชุมชน (รศ.ดร.พรนภา) อาจารย์ที่ปรึกษา (ผศ.ดร.ชนัญชิตาคุชฎี) ทราบ
 ๆ เพื่อแจ้งนิสิต (นางสาวภคภัทร พิษิตกุลธรรม) ทราบต่อไป

ชาลินี/ ๒๒ มี.ค. ๖๑

งานบริการการศึกษา

โทร. ๐-๕๓๙๔-๒๔๐๓

โทรสาร. ๐-๕๓๙๔-๒๔๓๕

(รองศาสตราจารย์ ดร.เอกชัย แสงอินทร์)

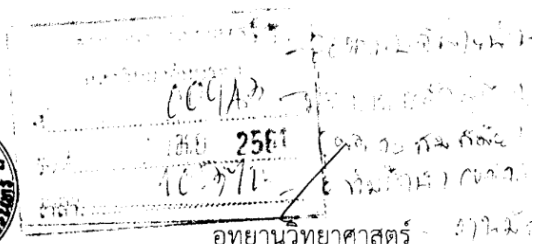
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

เสนาอ คณะพยาบาลศาสตร์

พ/ดาเนต ๖

๖๖ มี.ค. ๖๑

ที่ ศธ 0521.1.20 / 4๐๗



อุทยานวิทยาศาสตร์ - ๓๖๖-๖
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ต.คอหงส์ อ.หาดใหญ่
จ.สงขลา 90110

๒๗ มีนาคม 2561

เรื่อง อนุญาตให้ใช้ลิขสิทธิ์ในวิทยานิพนธ์

เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

อ้างถึง หนังสือราชการเลขที่ ศธ 6206/0575 ลงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2561

ตามที่ นางสาวภคภัทร พิชิตกุลธรรม นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย “แบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพ” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความสามารถในการดูแลตนเองการดูแลตนเอง” ของ คุณทวีพร เตชะรัตนมณี คณะพยาบาลศาสตร์ และเป็นลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อประกอบการดำเนินการวิจัยเรื่อง “ปัจจัยทำนายการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประชาชนในชุมชนเขตอำเภอวังจันทร์ จังหวัดระยอง” นั้น

ในการนี้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ได้พิจารณาแล้วมีความเห็นว่าควรอนุญาตให้ทาง นางสาวภคภัทร พิชิตกุลธรรม ใช้ผลงานลิขสิทธิ์ดังกล่าวโดยไม่มีค่าตอบแทนและใช้สิทธิได้เฉพาะ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เท่านั้น ทั้งนี้จะต้องมีการอ้างถึงมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์และชื่อผู้สร้างสรรค์ผลงานให้เป็นที่ประจักษ์ในการใช้ผลงานดังกล่าวด้วย หากมีผู้ประสงค์จะใช้งานในผลงานอันมีลิขสิทธิ์ดังกล่าว นอกเหนือจากที่ได้อนุญาตไว้ จักต้องมีการขออนุญาตและได้รับการอนุญาตจาก มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ก่อนทุกครั้ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คาร์ณ พิทักษ์)

ผู้อำนวยการอุทยานวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์ งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา) โทร. ๒๘๓๖

ที่ ศธ ๖๒๐๖/ ๕๘๖

วันที่ ๗ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน รองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา

ตามหนังสือที่ ศธ ๖๒๐๖.๐๑/- ลงวันที่ ๒๘ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๑ ท่านได้ขออนุญาตให้ นางสาวภคภัทร พิชิตกุลธรรม นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาล-ศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัย เรื่อง “ปัจจัยทำนายการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประชาชนในชุมชนเขตอำเภอวังจันทร์ จังหวัดระยอง” ของ คุณจันทร์จิรา อยู่วัฒนา นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหา-บัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา พ.ศ.๒๕๕๙

เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ ตามความทราบแล้วนั้น คณะฯ พิจารณาแล้ว อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ โดยขอให้อ้างอิงผู้จัดทำเครื่องมือตามกฎหมายลิขสิทธิ์ด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

BRAPHA UNIVERSITY



ที่ ศธ ๖๒๐๖/ ๐.๗.๓๕



มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์
๑๖๙ ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๗ มีนาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และเพื่อดำเนินการวิจัย
เรียน สาธารณสุขอำเภอวังจันทร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางสาวกศภัทร พิชิตกุลธรรม นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประชาชนในชุมชนเขต อำเภอวังจันทร์ จังหวัดระยอง” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนัญชิตาคุณฎี ทูลศิริ ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนทั้งเพศชายและหญิง ที่มีอายุระหว่าง ๔๐-๕๕ ปี ณ บ้านของกลุ่มตัวอย่าง อำเภอวังจันทร์ จังหวัดระยอง โดยแบ่งดังนี้

๑. เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ จำนวน ๓๐ ราย ระหว่างวันที่ ๒๒-๓๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังจันทร์ ตำบลวังจันทร์

๒. เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย จำนวน ๑๔๗ ราย ระหว่างวันที่ ๑ เมษายน - ๓๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๑ ประกอบด้วย

- ๒.๑ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังจันทร์ ตำบลวังจันทร์ จำนวน ๓๑ ราย
- ๒.๒ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพลงตาเอี่ยม ตำบลพลงตาเอี่ยม จำนวน ๔๗ ราย
- ๒.๓ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสันติสุข ตำบลชุมแสง จำนวน ๓๐ ราย
- ๒.๔ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองเขต ตำบลป่ายุบใน จำนวน ๓๙ ราย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน
ผู้ปฏิบัติหน้าที่อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา



ภาคผนวก ง
แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยทำนายการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประชาชนในชุมชนเขตอำเภอวังจันทร์ จังหวัดระยอง

Factors Predicting Health Preparation for Aging Society among Community-dwelling People in Wangchan District, Rayong Province

ชื่อนิติ นางสาวกัทธ์ พิชิตกุลธรรม

รหัสประจำตัวนิติ 59920425 **หลักสูตร** พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 03 - 03 - 2561

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ประชาชนที่มีอายุระหว่าง 40-55 ปี ทั้งเพศชายและหญิง จำนวนทั้งหมดไม่เกิน 177 ราย

สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ บ้านของกลุ่มตัวอย่าง อำเภอวังจันทร์ จังหวัดระยอง

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วม โครงการวิจัย

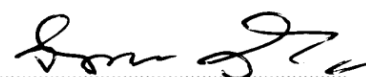
(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 16 มีนาคม พ.ศ. 2562

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 16 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2561

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของ
ประชาชนในชุมชนเขตอำเภอวังจันทร์ จังหวัดระยอง

รหัสจริยธรรมการวิจัย 03-03-2561

ชื่อผู้วิจัย นางสาวกมลภัทร พิชิตกุลธรรม

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และอำนาจการทำนายของปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ อายุ ภาวะสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ทักษะคิดต่อการสูงอายุ ปัจจัยอื่นใดได้แก่ รายได้ การมีผู้สูงอายุในครอบครัว ปัจจัยเสริมได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ต่อการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประชาชนในชุมชนเขตอำเภอวังจันทร์ จังหวัดระยอง ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากท่านเป็นประชาชนที่มีอายุระหว่าง 40-55 ปี ในเขตอำเภอวังจันทร์ จังหวัดระยอง

ประโยชน์ที่จะได้รับในการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อให้ประชาชนเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุที่สามารถพึ่งตนเอง และดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างมีคุณค่า รวมทั้งมีคุณภาพชีวิตที่ดีเช่นเดียวกับประชาชนวัยอื่น ๆ ในสังคมต่อไป

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ได้ และถึงแม้ท่านจะยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ท่านยังมีสิทธิ์ยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลกับผู้วิจัย ซึ่งในการตอบครั้งนี้จะไม่ถูกหรือผิด และไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะถูกเก็บไว้เป็นความลับและไม่มีผลกระทบใด ๆ ที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อตัวท่านและบุคคลที่เกี่ยวข้อง แต่จะเป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม โดยใช้รหัสเลขที่ของแบบสอบถามเป็นรหัสแทนชื่อ-สกุลของกลุ่มตัวอย่าง และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์

ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยครั้งนี้จะนำเสนอในภาพรวม ข้อมูลทั้งหมดจะทำลายหลังจากเผยแพร่ผลงานวิจัย

หากท่านยินดีเข้าร่วมการวิจัย โปรดลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย โดยขอให้ท่านตอบแบบสัมภาษณ์ด้วยความสบายใจและตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด จะใช้ระยะเวลาประมาณ 30-40 นาที

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วไม่ปิดบัง

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางสาวกัทธกร พิชิตกุลธรรม หมายเลขโทรศัพท์ 083-589-5623 หรือที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนัญชิตาคุณฎี ทูลศิริ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 086-3852835

นางสาวกัทธกร พิชิตกุลธรรม
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยทำนายการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประชาชนในชุมชนเขตอำเภอวังจันทร์ จังหวัดระยอง

วันที่ให้คำยินยอม วันที่เดือน.....พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางสาวภกัทร์ พิษิตกุลธรรม)



() ID

แบบสัมภาษณ์งานวิจัยเรื่องปัจจัยทำนายการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ
เพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประชาชนในชุมชน
เขตอำเภอวังจันทร์ จังหวัดระยอง

คำชี้แจง

1. แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยทำนายการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประชาชนในชุมชนเขตอำเภอวังจันทร์ จังหวัดระยอง โดยแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ทัศนคติต่อการสูงอายุ จำนวน 24 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถของตนเอง จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม จำนวน 23 ข้อ

ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จำนวน 20 ข้อ

2. ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้ประชาชนอายุ 40-55 ปี ตอบแบบสัมภาษณ์ โดยไม่ระบุ ชื่อนามสกุล ในการตอบ และข้อมูลที่ตอบจะถือเป็นความลับและใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

นางสาวกชภัทร พิชิตกุลธรรม

นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง ผู้สัมภาษณ์อ่านคำถามแล้วเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบ หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง ให้ตรงกับคำตอบของผู้ถูกสัมภาษณ์

1. เพศ

() 1. ชาย () 2. หญิง

2. ปัจจุบันท่านมีอายุ.....ปี.....เดือน

3. สถานภาพสมรส

() 1. โสด () 2. คู่ () 3. หม้าย/ หย่า/ แยก

4. ศาสนา

() 1. พุทธ () 2. คริสต์ () 3. อิสลาม

5. การศึกษา สำเร็จการศึกษาชั้น.....

() 1. ไม่ได้ศึกษา () 2. ประถมศึกษา
() 3. มัธยมศึกษา () 4. ประกาศนียบัตรวิชาชีพ/อนุปริญญา
() 5.ปริญญาตรี () 6. สูงกว่าปริญญาตรี

6. อาชีพ

() 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ () 2. เกษตรกรรม
() 3. รับจ้าง () 4. ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว
() 5. ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ () 6. อื่น ๆ ระบุ.....

7. รายได้เฉลี่ยปัจจุบันต่อเดือน

() 1. ไม่มีรายได้ () 2. มีรายได้.....บาท/ เดือน

8. ความเพียงพอของรายได้

() 1. ไม่พอเพียง () 2. พอเพียงแต่ไม่เหลือเก็บ () 3. พอเพียงเหลือเก็บ

9. การมีผู้สูงอายุในครอบครัว

() 1. ไม่มี () 2. มี จำนวน.....คน

10. ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวหรือเครือญาติ รวม.....ปี.....เดือน

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพ

คำชี้แจง คำถามต่อไปนี้ใช้วัดการรับรู้ภาวะสุขภาพตามความรู้สึกของท่านในขณะนี้

โปรดทำเครื่องหมายกากบาท (X) ลงบนเส้นตรงที่อยู่ในช่วง 0-10 คะแนน ปลายสุดด้านซ้ายมือมีคะแนนเป็น 0 คือ สุขภาพไม่ดีและปลายสุดด้านขวามือมีคะแนนเป็น 10 คือ สุขภาพดีมาก เมื่อท่านพิจารณาระหว่างตรงความรู้สึกของท่านมากที่สุดไม่ว่าท่านจะทำเครื่องหมายที่ตำแหน่งใด ไม่มีถูกผิด เนื่องจากเป็นความรู้สึกที่ท่านมีต่อสุขภาพของท่าน

1. สุขภาพของท่านดีเพียงใด

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ไม่ดี

ดีมาก

2.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ไม่พอใจ

พอใจมาก

3.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ไม่ดี

ดีมาก

4.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ไม่ดี

ดีมาก

5.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

ไม่สมบูรณ์

สมบูรณ์มาก

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ทัศนคติต่อการสูงอายุ

คำชี้แจง ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อความให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบตามความคิดเห็น แล้วทำเครื่องหมาย ✓
ลงในช่องให้ตรงกับคำตอบของผู้ถูกสัมภาษณ์

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (5)	เห็น ด้วย (4)	ไม่ แน่ใจ (3)	ไม่เห็น ด้วย (2)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1)
การสูญเสียด้านจิตสังคม					
1. ฉันรู้สึกว้าวยุ่สูงอายุเป็นช่วงเวลาของความโดดเดี่ยว					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย					
9. ฉันคิดว่า การออกกำลังกายเป็นสิ่งสำคัญสำหรับคนทุกวัย					
10.					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (5)	เห็น ด้วย (4)	ไม่ แน่ใจ (3)	ไม่เห็น ด้วย (2)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1)
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
การเติบโตด้านจิตใจ					
17.					
18.					
19.					
20.					
21. ฉันยอมรับตัวฉันเองมากขึ้น เมื่อฉันเข้าสู่ วัยสูงอายุ					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (5)	เห็น ด้วย (4)	ไม่ แน่ใจ (3)	ไม่เห็น ด้วย (2)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1)
22.					
23.					
24. ฉันต้องการเป็นตัวอย่างที่ดีให้กับคนรุ่น หลัง					

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถของตนเอง

คำชี้แจง ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อความให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบตามการรับรู้ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลง
ในช่องให้ตรงกับคำตอบของผู้ถูกสัมภาษณ์

ข้อความ	จริง ที่สุด (6)	จริง (5)	ค่อนข้าง จริง (4)	ค่อนข้าง ไม่จริง (3)	ไม่ จริง (2)	ไม่จริง ที่สุด (1)
ท่านมั่นใจว่า ท่านสามารถ.....						
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6. หากิจกรรม/ งานอดิเรกทำในวัยสูงอายุได้						

ข้อความ	จริง ที่สุด (6)	จริง (5)	ค่อนข้าง จริง (4)	ค่อนข้าง ไม่จริง (3)	ไม่ จริง (2)	ไม่จริง ที่สุด (1)
7.						
8.						
9. หากความรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ได้						

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อความให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบตามการรับรู้หรือความรู้สึก แล้วทำเครื่องหมาย ลงในช่องให้ตรงกับคำตอบของผู้ถูกสัมภาษณ์

ข้อความ	มาก (3)	ปานกลาง (2)	น้อย (1)	ไม่มี (0)
การสนับสนุนทางสังคม ด้านอารมณ์				
1. เมื่อท่านมีเรื่องเดือดร้อนต่าง ๆ มีผู้ให้ความเห็นอกเห็นใจ ท่านและให้กำลังใจท่าน				
2.				
3.				
4.				
5.				
6. ท่านมีผู้มาเยี่ยมเยียนด้วยความสนใจและเอาใจใส่				
การสนับสนุนทางสังคม ด้านข้อมูลข่าวสาร				
7.				

ข้อความ	มาก (3)	ปานกลาง (2)	น้อย (1)	ไม่มี (0)
8.				
9.				
10.				
11.				
12. ท่านได้รับการชี้แนะแก้ไขเมื่อท่านปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง				
การสนับสนุนทางสังคม ด้านทรัพยากร				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18. ท่านได้รับความสะดวกสบายเมื่ออยู่บ้าน เช่น การจัดที่ อยู่ ที่รับประทานอาหารที่เหมาะสม เสื้อผ้า ห้องน้ำ				
การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินค่า				
19.				
20.				

ข้อความ	มาก (3)	ปานกลาง (2)	น้อย (1)	ไม่มี (0)
21.				
22.				
23. เมื่อมีกิจกรรมทางสังคมที่เหมาะสม ท่านได้รับเชิญให้ ไปร่วมงาน เช่น งานเลี้ยง งานบุญ งานแต่งงาน				

ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อความให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบตามการปฏิบัติตนหรือการกระทำกิจกรรมเพื่อเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องให้ตรงกับคำตอบของผู้ถูกสัมภาษณ์ ตามเกณฑ์ดังนี้

5 หมายถึง ท่านปฏิบัติตนหรือการกระทำกิจกรรมเพื่อเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพตามข้อความนั้น ๆ เป็นประจำ/สม่ำเสมอ/ ตลอดเวลา หรือมากที่สุด

4 หมายถึง ท่านปฏิบัติตนหรือการกระทำกิจกรรมเพื่อเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพตามข้อความนั้น ๆ บ่อยครั้ง หรือมาก

3 หมายถึง ท่านปฏิบัติตนหรือการกระทำกิจกรรมเพื่อเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพตามข้อความนั้น ๆ เป็นบางครั้ง หรือปานกลาง

2 หมายถึง ท่านปฏิบัติตนหรือการกระทำกิจกรรมเพื่อเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพตามข้อความนั้น ๆ นาน ๆ ครั้ง หรือน้อย

1 หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติตนหรือการกระทำกิจกรรมเพื่อเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ ตามข้อความนั้น ๆ เลย หรือปฏิบัติน้อยที่สุด

ข้อความ	5	4	3	2	1
ด้านสุขภาพทางกาย					
1. ท่านเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และ เพียงพอ เหมาะสมกับวัย					
2.					
3.					
4.					
5.					
ด้านสุขภาพทางจิตใจ					
6. ท่านพร้อมที่จะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลง ของ ร่างกายและจิตใจ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ					
7.					
8.					
9.					
10.					

ข้อความ	5	4	3	2	1
ด้านสุขภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อม					
11. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมที่ท่านสนใจ เพื่อเตรียมเข้าสู่วัยสูงอายุ					
12.					
13.					
14.					
15.					
ด้านสุขภาพทางปัญญา					
16. ท่านมองเห็นคุณค่าของการมีชีวิต แม้ท่านเข้าสู่ วัยสูงอายุ					
17.					
18.					
19.					
20.					



ตารางที่ 9 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง
จำแนกตามรายชื่อ ($n = 147$)

ข้อความ	<i>M</i>	<i>SD</i>
ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง	9.46	1.10
ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย	9.31	1.32
การมีสุขภาพสมบูรณ์	7.69	1.60
ความพึงพอใจกับภาวะสุขภาพ	7.12	2.01
การมีสุขภาพดี	7.10	1.70

ตารางที่ 10 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามทัศนคติต่อการสูงอายุ รายชื่อ ($n = 147$)

ข้อความ	เห็นด้วย	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
	อย่างยิ่ง	อย่างยิ่ง		ด้วย	อย่างยิ่ง
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)
การสูญเสียด้านจิตสังคม					
1. วัยสูงอายุเป็นช่วงเวลาของ ความโดดเดี่ยว	5(3.4)	52(35.4)	16(10.9)	68(46.3)	6(4.1)
2. วัยสูงอายุเป็นช่วงเวลาที่ย่ำแย่ ของชีวิต	4(2.7)	32(21.8)	16(10.9)	89(60.5)	6(4.1)
3. ความยากที่จะพูดถึงความรู้สึก ของตนเอง เมื่อมีอายุมากขึ้น	4(2.7)	48(32.7)	26(17.7)	63(42.9)	6(4.1)
4. วัยสูงอายุเป็นช่วงเวลาของ การสูญเสีย	4(2.7)	84(57.1)	16(10.9)	34(23.1)	9(6.1)
5. ความสามารถด้านร่างกายในการ ช่วยเหลือตนเองลดลง	13(8.8)	103(70.1)	13(6.8)	17(11.6)	1(0.7)
6. ความยากในการคบหาเพื่อน ใหม่ๆ	3(2.0)	70(47.6)	19(12.9)	46(31.3)	9(6.1)

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ข้อความ	เห็นด้วย	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
	อย่างยิ่ง	อย่างยิ่ง		ด้วย	อย่างยิ่ง
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)
7. การไม่ยอมเข้าไปมีส่วนร่วมในสังคม เนื่องจากฉันมีอายุมากขึ้น	2(1.4)	45(30.6)	16(10.9)	73(49.7)	11(7.5)
8. การได้รับการยกเว้นจากสิ่งต่าง ๆ เพราะอายุที่มากขึ้น	2(1.4)	57(38.8)	18(12.2)	64(43.5)	6(4.1)
การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย					
9. การออกกำลังกายเป็นสิ่งสำคัญ	84(57.1)	62(42.2)	1(0.7)	0(0.00)	0(0.00)
10. การเป็นผู้สูงอายุมันเกิดขึ้นง่าย	8(5.4)	83(56.5)	29(19.9)	26(17.7)	1(0.7)
11. การรู้สึกว่าคุณแก่	20(13.6)	75(51.0)	13(8.8)	39(26.5)	0(0.00)
12. บุคลิกลักษณะถูกกำหนดด้วยอายุ	19(12.9)	85(57.8)	22(15)	21(14.3)	0(0.00)
13. การมีกำลังวังชามากกว่าที่คาดหวังไว้	4(2.7)	75(51.0)	27(18.4)	39(26.5)	2(1.4)
14. ปัญหาสุขภาพกายเป็นอุปสรรคในการทำสิ่งที่ต้องการ	8(5.4)	107(72.8)	9(6.1)	22(15.0)	1(0.7)
15. การมีสุขภาพดีกว่าที่คาดหวังไว้	5(3.4)	93(63.3)	22(15.0)	93(63.3)	5(3.4)
16. การออกกำลังกาย ทำให้ร่างกายแข็งแรง	29(19.7)	104(70.7)	10(6.8)	4(2.7)	0(0.00)
การเติบโตด้านจิตใจ					
17. ความสามารถในการจัดการกับปัญหาในชีวิต เมื่ออายุมากขึ้น	10(6.8)	94(63.9)	22(15.0)	19(12.9)	2(1.4)
18. การเป็นผู้สูงอายุ ถือว่าเป็นข้อได้เปรียบ	3(2.0)	37(25.2)	42(28.6)	60(40.8)	5(3.4)
19. การมีภูมิปัญญาเกิดขึ้น เมื่ออายุมากขึ้น	11(7.5)	72(49.0)	21(14.3)	41(27.9)	2(1.4)

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ข้อความ	เห็นด้วย	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
	อย่างยิ่ง			ด้วย	อย่างยิ่ง
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)
20. การมีหลายสิ่งที่น่าพึงพอใจ เมื่ออายุมากขึ้น	4(2.7)	88(59.9)	23(15.6)	31(21.1)	1(0.7)
21. การยอมรับตัวเองมากขึ้น เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ	12(8.2)	117(79.6)	11(7.5)	7(4.8)	0(0.00)
22. การถ่ายทอดประสบการณ์ ให้แก่คนรุ่นหลัง	29(19.7)	106(72.1)	0(0.00)	11(7.5)	1(0.7)
23. การได้สร้างประโยชน์ให้กับ ผู้อื่น	20(13.6)	107(72.8)	18(12.2)	2(1.4)	0(0.00)
24. การเป็นตัวอย่างที่ดีให้กับ คนรุ่นหลัง	40(27.2)	100(68.0)	6(4.1)	1(0.7)	0(0.00)

ตารางที่ 11 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการรับรู้ความสามารถของตนเอง
รายชื่อ ($n = 147$)

ข้อความ	จริงที่สุด	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด
			จริง	ไม่จริง		
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)
ท่านมั่นใจว่า ท่านมี....						
1. ความสามารถในการ ออกกำลังกายเป็นประจำ	13(8.8)	56(38.1)	34(23.4)	27(18.4)	45(10.2)	2(1.4)
2. ความสามารถในการเข้ารับ การตรวจสุขภาพประจำปี	16(10.9)	47(32.0)	35(23.8)	18(12.2)	21(14.3)	10(6.8)

ตารางที่ 11 (ต่อ)

ข้อความ	จริง	จริง	ค่อนข้าง	ค่อนข้าง	ไม่จริง	ไม่จริง
	ที่สุด		จริง	ไม่จริง		ที่สุด
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)
3. การรับประทานอาหารที่มี แคลเซียมสูง/ ไขมันต่ำ/ คลอเลสเตอรอลต่ำ	10(6.8)	39(26.5)	53(36.1)	27(18.4)	13(8.8)	5(3.4)
4. ความสามารถในการควบคุม อารมณ์ให้อยู่ในภาวะปกติ เมื่อเกิดความเครียด	15(10.2)	91(61.9)	29(19.7)	8(5.4)	4(2.7)	0(0.00)
5. ความสามารถในการเก็บ ออมเงินไว้ใช้ในยามเข้าสู่ วัยสูงอายุ	4(2.7)	44(29.9)	48(32.7)	26(17.7)	16(10.9)	9(6.1)
6. ความสามารถในการหา กิจกรรม/ งานอดิเรกทำใน วัยสูงอายุ	12(8.2)	65(44.2)	38(25.5)	19(12.9)	8(5.4)	5(3.4)
7. ความสามารถในการเตรียม ที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับ ชีวิตหลังวัยสูงอายุ	23(15.6)	96(65.3)	14(9.5)	7(4.8)	6(4.1)	1(0.7)
8. ความสามารถในการทำ สมาธิ ฝึกจิตใจให้สงบ	14(9.5)	68(46.3)	36(24.5)	17(11.6)	9(6.1)	2(2.0)
9. ความสามารถในการหา ความรู้เกี่ยวกับสิทธิ ประโยชน์ต่าง ๆ	7(4.8)	72(49.0)	37(25.2)	8(5.4)	10(6.8)	13(9.8)

ตารางที่ 12 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการสนับสนุนทางสังคม รายข้อ
(n = 147)

ข้อความ	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
การสนับสนุนทางสังคม ด้านอารมณ์				
1. การมีผู้ให้ความเห็นอกเห็นใจ ให้กำลังใจ เมื่อมีเรื่องเดือดร้อน	77(52.4)	50(34.0)	9(6.1)	11(7.5)
2. การมีผู้รับฟังเมื่อต้องการระบาย ความรู้สึก ขณะมีเรื่องไม่สบายใจ	71(48.3)	56(38.1)	9(6.1)	11(7.5)
3. บุคคลรอบข้างพอใจที่ได้ใกล้ชิดท่าน	73(49.7)	70(47.6)	1(0.7)	3(2.0)
4. บุตรหลาน ญาติมิตรสนใจและต้องการ ดูแลท่าน	69(46.9)	68(46.3)	8(5.4)	2(1.4)
5. การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลรอบ ข้าง หากเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ	82(55.8)	46(31.3)	14(9.5)	5(3.4)
6. การมีผู้มาเยี่ยมเยียนด้วยความสนใจและ เอาใจใส่	77(52.4)	61(41.5)	5(3.4)	4(2.7)
การสนับสนุนทางสังคม ด้านข้อมูลข่าวสาร				
7. การได้รับคำแนะนำหรือข่าวสารเกี่ยวกับ การปฏิบัติตนเรื่องการดูแลสุขภาพ	82(55.8)	54(36.7)	9(6.1)	2(1.4)
8. การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการ ปฏิบัติตนที่เหมาะสม	65(44.2)	67(45.6)	11(7.5)	6(2.7)
9. การมีผู้ให้คำปรึกษา เมื่อมีปัญหา หรือ ต้องการคำปรึกษา	81(55.1)	59(40.1)	2(1.4)	5(3.4)
10. การได้รับคำแนะนำที่มีประโยชน์ต่อ การแก้ปัญหา	78(53.1)	66(44.9)	1(0.7)	2(1.4)

ตารางที่ 12 (ต่อ)

ข้อความ	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
11. การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแล ป้องกันการเกิดความเครียด	57(38.8)	67(45.6)	15(10.2)	8(5.4)
12. การได้รับการชี้แนะแก้ไขเมื่อปฏิบัติตัว ไม่ถูกต้อง	65(44.2)	72(49.0)	7(4.8)	3(2.0)
การสนับสนุนทางสังคม ด้านทรัพยากร				
13. การมีคนช่วยเหลือพาไปตามที่ต้องการ เมื่อต้องการ ไปสถานที่ต่าง ๆ	69(46.9)	39(26.5)	19(12.9)	20(13.6)
14. การมีผู้ให้ความช่วยเหลือ เมื่อมีปัญหา เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน	59(40.1)	47(32.0)	18(12.2)	23(15.6)
15. การได้รับความช่วยเหลือในการรักษา สุขภาพให้แข็งแรง	44(29.9)	88(59.9)	11(7.5)	4(2.7)
16. การมีผู้พาไปพบแพทย์ เพื่อตรวจ สุขภาพ รับคำปรึกษา	62(42.2)	54(36.7)	18(12.2)	13(8.8)
17. การได้รับความสะดวก เมื่อต้องไป ตรวจสุขภาพ	80(54.4)	64(43.5)	2(1.4)	1(0.7)
18. การได้รับความสะดวกสบาย เมื่ออยู่บ้าน	97(66.0)	46(31.3)	3(2.0)	1(0.7)
การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินค่า				
19. การมีโอกาสดแสดงความคิดเห็นร่วมกับ บุคคลในครอบครัว	80(54.4)	57(38.8)	6(4.1)	4(2.7)
20. บุคคลรอบข้างให้คำแนะนำ เพื่อให้ กระทำในสิ่งที่เหมาะสม	66(44.9)	74(50.3)	4(2.7)	3(2.0)
21. การได้รับคำชื่นชม สรรเสริญ เมื่อ กระทำในสิ่งที่ถูกต้อง เหมาะสม	67(45.0)	72(49.0)	6(4.1)	2(1.4)

ตารางที่ 12 (ต่อ)

ข้อความ	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
22. การได้รับความไว้วางใจให้ตัดสินใจ เรื่องสำคัญ/ ปัญหาในครอบครัว	81(55.1)	60(40.8)	5(3.4)	1(0.7)
23. การได้รับเชิญให้ไปร่วมงาน เมื่อมี กิจกรรมทางสังคม	87(59.2)	57(38.8)	3(2.0)	0(0.00)

บรรณานุกรม

- Aluodi, E., & Njuguna, A. (2017). Effect of psychological factors on retirement preparedness among employees in the insurance sector in Kenya. *European Journal of Business and Management*, 9(24), 1-8.
- Amoah-Mensah, A., & Darkw, P. (2016). Pre-retirement planning and satisfaction of prospective retirees in the industry. *Romanian Economic and Business Review*, 11(3), 15-33.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman.
- Burnside, I. M. (1988). *Nursing and the aged: A self care approach (3rd ed.)*. New York: McGraw-Hill.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach (4th ed.)*. New York: McGraw-Hill Higher Education.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Kim, J., Kwon, J., & Anderson, E. A. (2005). Factors related to retirement confidence: retirement preparation and workplace financial education. *Financial Counseling and Planning*, 16, 77-89.
- Kimmel, D. C. (1980). *Adulthood and aging (2nd ed.)*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Laidlaw, K., Power, M. J., Schmidt, S., & The WHOQOL-OLD Group. (2007). The attitudes to ageing questionnaire (AAQ): development and psychometric properties. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 367-379.
- Leedy, J. J., & Wynbrandt, J. (1987). *Executive retirement management*. New York: Facts on File Publications.
- Little, R. J. A., & Rubin, D. B. (2002). *Statistical analysis with missing data (2nd ed.)*. New York: John Wiley & Sons.
- Matras., J. (1990). *Dependency, obligations, and entitlements: A new sociology of aging, the life course, and the elderly*. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall.
- Nyoro, K. N., & Otieno, O. J. (2016). Predictors of employee preparedness for retirement in public institutions within Mombasa County, Kenya. *International Journal of Humanities Social Sciences and Education (IJHSSE)*, 3(1), 136-145.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing concepts of practice (6th ed.)*. St. Louis: Mosby.

- Pathike, W., & Kuhirunyaratn, P. (2011). Health preparation for retirement among community hospitals registered nurses in Khon Kaen Province. *Journal of Health Research*, 25(4), 171-177.
- Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice (3th ed.)*. Connecticut: Appleton and Lange.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rattanamongkolgul, D., Sritanyarat, W., & Manderson, L. (2012). Preparing for aging among older villagers in northeastern Thailand. *Nursing and Health Sciences*, 14, 446–451.
- United Nations [UN] Department of Economic and Social Affairs Population Division. (2015 a). *World population ageing 2015 - Highlights*. New York: United Nations.
- United Nations [UN] Department of Economic and Social Affairs Population Division. (2015 b). *World Population Ageing 2015 - Report*. New York: United Nations.
- United Nations [UN] Department of Economic and Social Affairs Population Division. (2017 a). *World population ageing 2017 - Highlights*. New York: United Nations.
- United Nations [UN] Department of Economic and Social Affairs Population Division. (2017 b). *World population prospects: The 2017 revision, key findings and advance tables*. New York: United Nations.
- United Nations Population Fund [UNFPA], & Help Age International. (2012). *Ageing in the twenty-first century: A celebration and a challenge*. London, UK: Pureprint Group.
- World Health Organization [WHO]. (1998). *The world health report 1998*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization [WHO]. (2001). *Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS project*. Geneva: World Health Organization. Retrieved from <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>.
- World Health Organization [WHO]. (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*. Geneva: World Health Organization.
- กระทรวงการพัฒนาศักยภาพและความมั่นคงของมนุษย์. (2553). พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546. กรุงเทพฯ: เทพเพ็ญวานิชย์.
- กระทรวงการพัฒนาศักยภาพและความมั่นคงของมนุษย์. (2554). ยุทธศาสตร์กระทรวงการพัฒนาศักยภาพ

และความมั่นคงของมนุษย์ พ.ศ. 2555-2559. กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. เข้าถึงได้จาก

http://www.dcy.go.th/data_center/4/4.1/4.1.2.1.pdf.

กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. (2553). กรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ *PRECEDE Framework*. เข้าถึงได้จาก

<http://www.thaihed.com/html/show.php?SID=132>.

กุลยา ตันติผลาชีวะ. (2551). สุขภาพกับวัยสูงอายุ. กรุงเทพฯ: เรื่องปัญญา.

คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎมนตรี. (2545). แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564). กรุงเทพฯ: คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ.

จันทร์จิรา อยู่วัฒนา, ชนัญชิตาคุชฎี ทูลศิริ, & พรนภา หอมสินธุ์. (2560). ปัจจัยทำนายการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในเขตอำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 25(2), 69-81

จุฬาลักษณ์ บารมี. (2551). สถิติเพื่อการวิจัยเพื่อสุขภาพและการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

เฉลิมพล แจ่มจันทร์, & สวรัช บุญมมานนท์. (2554). แรงงานสูงวัยและการคาดการณ์ผลกระทบจากการขยายกำหนดเกษียณอายุ. In สุริย์พร พันพิ่ง & มาลี สันถาวรณ (Eds.), ประชากรและสังคม 2554: จุดเปลี่ยนประชากร จุดเปลี่ยนสังคมไทย (pp. 253-268). นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ชมพูนุท พรหมภักดี. (2556). การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย (*Aging Society in Thailand*). เข้าถึงได้จาก http://library.senate.go.th/document/Ext6078/6078440_0002.PDF.

ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา, ชาย โพธิสิตา, กฤตยา อาชวนิจกุล, เฉลิมพล แจ่มจันทร์, กุลวิณี ศิริรัตน์มงคล, ปาณฉัตร ทิพย์สุข, . . . สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2554). สุขภาพคนไทย 2554: เอชไอเอ กลไกพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อชีวิตและสุขภาพ. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา, & สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2550). สุขภาพคนไทย 2550. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ชูทิศย์ ปานปรีชา. (2540, ตุลาคม 6). ปรับตัวปรับใจผู้วัยเกษียณ. มติชน, p. 17.

- ชูศักดิ์ เวชแพทย. (2531). การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุเพื่อให้มีอายุยืน. กรุงเทพฯ: ศุภนิชการพิมพ์.
- ดวงภา จิระเดชประไพ. (2553). การศึกษาการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ การปรับตัว และความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุตอนต้น เขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัย, สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- ทวีพร เตชะรัตนมณี. (2547). ความสามารถในการดูแลตนเอง การดูแลตนเองและการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมในจังหวัดภูเก็ต. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ธาดา วิมลวัตรเวที. (2542). สุขภาพผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- นภากรณ์ หะวานนท์, & ธีรวัลย์ วรรณโนทัย. (2552). ทิศทางใหม่ของการพัฒนาการอยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุในสังคมไทย. ปทุมธานี: คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี.
- นุสราร รัตนสมัย. (2552). พฤติกรรมการเตรียมความพร้อมตนเองก่อนเข้าสู่วัยเกษียณ: กรณีศึกษาข้าราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ภาคนิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพัฒนาสังคม, บัณฑิตวิทยาลัย, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2538). คู่มือผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2550 ก). การเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ. เข้าถึงได้จาก <https://www.doctor.or.th/article/detail/1062>.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2550 ข). คู่มือผู้สูงอายุฉบับเตรียมตัวก่อนสูงอายุ (เตรียมตัวก่อนเกษียณการงาน). กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร. (2553). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย.
- บุญเทือง โพธิ์เจริญ. (2551). แผนที่ชีวิตวัยเกษียณ. กรุงเทพฯ: ฐานบุ๊คส์.
- ปฐมพร ธรรมชวีช. (2555). ความสัมพันธ์ของการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุและความพึงพอใจในชีวิต ของผู้สูงอายุในเทศบาลนครนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช. เข้าถึงได้จาก http://www.east.spu.ac.th/journal/booksearch/upload/1320-1307_13.pdf.
- ประคอง กรรณสูตร. (2542). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประนอม โอทกานนท์. (2554). ชีวิตที่สุขสมบูรณ์ของผู้สูงอายุไทย หลักการงานวิจัยและบทเรียนจากประสบการณ์. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประเวศ ะสี. (2551, 14 มิถุนายน). สุขภาวะทางปัญญา. มติชน.

ปริญดา บุญชัย, & ศุภวัฒน์กร วงศ์ชนวสุ. (2555). การเตรียมความพร้อมของวัยแรงงานเพื่อเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุ ที่มีคุณภาพของประชาชนในพื้นที่องค์กรบริหารส่วนตำบลคอนดั่ง อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น. วไลยอลงกรณ์ปริทัศน์, 2(2), 1-10.

ปริญดา บุญเพ็ญ. (2558). การเตรียมความพร้อมก่อนเกษียณอายุของข้าราชการทหารบกประจำการ ณ มณฑลทหารบกที่ ๑๕ จังหวัดเพชรบุรี., ภาคนิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต, สาขาวิชาบริหารธุรกิจ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยนานาชาติแสตมฟอร์ด.

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่สิบสอง พ.ศ. 2560-2564. (2559, 30 ธันวาคม). ราชกิจจานุเบกษา, หน้า 1-224.

พระปลัดวีระชนม์ เขมวีโร, ธนันต์ชัย พัฒนะสิงห์, ทิพย์ ชันแก้ว, โฉมิต คุ่มท้าว, & สงวน หล้าโพนทัน. (2560). การเสริมสร้างความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุตามหลักพระพุทธศาสนา. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย, 5(1), 79-88.

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. (2550, 19 มีนาคม). ราชกิจจานุเบกษา, หน้า 1-19.

พระสติมา สติสมปโน โน (นารีนุช). (ม.ป.ป.). พระพุทธศาสนากับความมั่นคงของมนุษย์. เข้าถึงได้จาก <http://satimamcu.blogspot.com/>.

ภาณุวัฒน์ มีชนะ, นิชชาภัทร ชันสาคร, ทศนีย์ ศิลาวรรณ, ทศนีย์ รวีวรกุล, & เพ็ญศรี พิชัยสนิธ.

(2560). การเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุคุณภาพ ตำบลหนองหญ้าไซ อำเภอหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 11(1), 259-271.

มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2560). รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2557. นนทบุรี: เดอะกราฟิโก ซิสเต็มส์.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2554). รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2553. นนทบุรี: เอสเอส พลัส มีเดีย.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย [มส.ผส.], & สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2559). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2558. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง.

ระวี สัจจโสภณ. (2557). รายงานผลการวิจัยฉบับสมบูรณ์เรื่อง การพัฒนานวัตกรรมการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะของแกนนำชมรมผู้สูงอายุรุ่นใหม่. นครปฐม: ภาควิชาการพัฒนาศึกษาการมนุษย์และชุมชน คณะศึกษาศาสตร์และพัฒนศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน.

- ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน 2542. กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คส์.
- ละเอียด แจ่มจันทร์, & สุรี ชันชรภักขวงศ์. (2549). สาระทบทวน: การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: จุฑทอง.
- ลัดดา คำริการเลิศ. (2555). การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในชุมชน: ช่วงที่ 1 สถานการณ์และความ ต้องการ ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน. นครปฐม: สำนักวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ.
- วรชัย สิงห์ฤกษ์, & พิทักษ์ ศิริวงศ์. (2560). การเตรียมความพร้อมในการเกษียณอายุงานของเจ้าหน้าที่ ชุมชนสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย จำกัด: การศึกษาแบบสร้างทฤษฎีฐานราก. วารสารอิเล็กทรอนิกส์การเรียนรู้ทางไกลเชิงนวัตกรรม, 7(2), 118-133. เข้าถึงได้จาก http://e-jodil.stou.ac.th/filejodil/116_119_566.pdf.
- วรรณรา ชื่นวัฒนา. (2556). การเกิดอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ ตำบลดอนไก่อี อำเภอกะทู้มแบบ จังหวัดสมุทรสาคร. วารสารสหศาสตร์, 13(2), 366-390.
- วรรณรา ชื่นวัฒนา. (2557). การเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี, 6(1), 197-202.
- วรรณรา ชื่นวัฒนา, & ชูชีพ เบียดนอก. (2555). การรับรู้และการเตรียมตัวเพื่อการเข้าสู่วัยสูงอายุของ ประชากรไทยก่อนวัยสูงอายุ. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี, 4(2), 197-208.
- วรวรรณ ชัยชื่อ. (2556). การเตรียมความพร้อมก่อนเกษียณอายุของข้าราชการทหารบกประจำการ ณ กรมการทหารสื่อสาร กรุงเทพมหานคร. จุลนิพนธ์บริหารธุรกิจบัณฑิต, สาขาวิชาการจัดการ ธุรกิจทั่วไป, คณะวิทยาการจัดการ, มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- วรวศม์ สุวรรณระดา. (2560, 20 เมษายน). เปิดสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย อีกไม่เกิน 15 ปี วัยทำงาน แบกรับภาระเลี้ยงดูผู้สูงอายุ-เด็ก. สยามรัฐ. เข้าถึงได้จาก <https://www.siamrath.co.th/n/13750>.
- วิศา จันทรงสิวรกุล. (2553). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่สถาน สงเคราะห์คนชรา จังหวัดนครสวรรค์. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 4, 12-20.
- วันชัย แก้วสุมาลี. (2552). ความเชื่อ ทศนคติ และพฤติกรรมการเตรียมตัวก่อนการเกษียณอายุการ ทำงานของบุคคลทำงานวัยผู้ใหญ่ในเขตกรุงเทพมหานคร. สารนิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- วิจิตร บุญยะโทตระ. (2537). คู่มือเกษียณอายุ. กรุงเทพฯ: สัมผัสที่ 6.
- วิจิตร บุญยะโทตระ. (2533). คู่มือเกษียณอายุ. กรุงเทพฯ: บพิธการพิมพ์.
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2543). คู่มือการวิจัย: การวิจัยเชิงปฏิบัติ (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: เจริญผล.
- วิไลพร วงศ์คินี, โรจน์ จินตนาวัฒน์, & กนกพร สุคำวัง. (2556). ปัจจัยทำนายพฤติพลั้งของประชากร

- เขตเมือง จังหวัดเชียงใหม่. พยาบาลสาร, 40(4), 91-99.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2545). จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย เล่ม 2 วัยรุ่น-วัยสูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 8 แก้ไขเพิ่มเติม). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2553). จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย (เล่ม 2 วัยรุ่น-วัยสูงอายุ) (พิมพ์ครั้งที่ 9 แก้ไขเพิ่มเติม). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2549). สวัสดิการผู้สูงอายุแนวคิดและวิธีการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์. กรุงเทพฯ: มิสเตอร์ท้อปปี.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2556, มกราคม). ประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2560. สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล, 22(2556), 1-2.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2557, มกราคม). ประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2560. สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล, 23(2557), 1-2.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2558, มกราคม). ประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2560. สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล, 24(2558), 1-2.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2559, มกราคม). ประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2560. สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล, 25(2559), 1-2.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2560, มกราคม). ประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2560. สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล, 26(2560), 1-2.
- สมประวิณ มั่นประเสริฐ. (2553). ผลกระทบของสังคมผู้สูงอายุต่อระบบเศรษฐกิจ. *The Thailand Research Fund Policy Brief*, 1(10), 1-9.
- สมฤดี ชัมภิตดิคุณ. (2550). การเตรียมตัวก่อนการเกษียณอายุทำงานของบุคลากรฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. สารนิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2554). สัมมะโนประชากร พ.ศ. 2553. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง. (2561). ข้อมูลประชากรจังหวัดระยอง. เข้าถึงได้จาก https://ryg.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=ac4eed1bddb23d6130746d62d2538fd0.
- สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต. (2556). โครงการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตวัยสูงอายุ. เข้าถึงได้จาก <http://www.dmh.go.th/downloadportal/Strategy/ผู้สูงอายุ.pdf>.
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2553). การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว.

- กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สุขใจ น้ำผุด. (2557). กลยุทธ์การบริหารการเงินส่วนบุคคล (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุพรรณิ รัตนานนท์, เมธิ จันทชาติ, & ทฤษฎ ชวนไชยสิทธิ์. (2557). รูปแบบการเตรียมความพร้อมเพื่อเกษียณอายุงาน กรณีศึกษาครูโรงเรียนเอกชน จังหวัดนนทบุรี. วารสารอิเล็กทรอนิกส์การศึกษารัฐทางไกลเชิงนวัตกรรม, 4(1), 82-101. เข้าถึงได้จาก http://e-jodil.stou.ac.th/filejodil/105_107_472.pdf.
- สุรศักดิ์ วงศ์รัตนชีวิน, รศนา วงศ์รัตนชีวิน, & วิชัย บุญแสง. (2548). ก้น/ แก่...แก่. กรุงเทพฯ: มูลนิธิบัณฑิตยสภาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งประเทศไทย.
- แสนคำนึ่ง ตริฤกษ์ฤทธิ์, ชีพสุมน รังสยาธร, & อภิญา หิรัญวงษ์. (2557). คุณภาพชีวิตและการเตรียมความพร้อมก่อนการเกษียณอายุของข้าราชการครู จังหวัดชลบุรี. วารสารเกษตรศาสตร์ (สังคม), 35, 460-471.
- อนงค์นาฏ ผ่านสทิน. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมตัวก่อนการเกษียณของข้าราชการครูจังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขารณศาสตร), สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อวยพร ภัทรภักดีกุล, อัมพา อารณทิพย์, & อุษณีย์ ธรรมสุวรรณ. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมตัวเข้าวัยสูงอายุของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. วารสารพดุมหาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 12(1), 21-31.

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล นางสาวภคภัทร พิษิตกุลธรรม
วัน เดือน ปี เกิด 1 สิงหาคม 2531
สถานที่เกิด จังหวัดชลบุรี
ประวัติการศึกษา พ.ศ. 2550-2554 พยาบาลศาสตรบัณฑิต
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี
พ.ศ. 2559-2561 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
(การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
มหาวิทยาลัยบูรพา
ที่อยู่ปัจจุบัน 148 หมู่ที่ 3 ตำบลวังจันทร์ อำเภอวังจันทร์ จังหวัดระยอง 21210

