

หน้าแรก [เกี่ยวกับ TCI](#) [ฐานข้อมูล TCI](#) [คำ TJIF](#) [การปรับปรุง/อบรม](#) [งานวิจัยของ TCI](#) [เกณฑ์คัดเลือวารสาร](#) [กระดานสนทนา](#) [FAQ](#)

ผลการประเมินคุณภาพวารสารที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI

โปรดระบุหมายเลข ISSN หรือชื่อของวารสารที่ต้องการทราบผลประเมิน :

ค้นหา

ลำดับ	ชื่อวารสาร	ISSN	เจ้าของ	จัดอยู่ในวารสาร กลุ่มที่	สาขา
1	วารสารประชากรศาสตร์	0857-2143	วิทยาลัย ประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย	1	มนุษยศาสตร์และ สังคมศาสตร์

[Back to top](#)

Copyright 2005, Thai-Journal Citation Index (TCI) Centre. All rights reserved.

Contact: tcj.thai@gmail.com

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเตรียมความพร้อมของสตรีด้านสุขภาพ ก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ

ปานจันทร์ อิ่มหนา¹

เบญจมาศ ยศเสนา²

ศรีจันทร์ พลับจัน³

บทนำ

การที่ประชากรสูงอายุวัยปลายมีสัดส่วนเพิ่มสูงขึ้น ประกอบกับสัดส่วนของประชากรสูงอายุเพศหญิงจะสูงกว่าชายอย่างชัดเจน และยังคงมีแนวโน้มสูงกว่าชายเพิ่มมากขึ้นตลอดช่วงสองสามทศวรรษหน้า (Kinsella and Phillips, 2005: 24) โดยเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาการทุพพลภาพมากกว่าเพศชาย

ในขณะที่ประเทศไทยกำลังเผชิญกับปัญหาการทุพพลภาพในกลุ่มประชากรสูงอายุมากขึ้น ทั้งจากสถานการณ์การสูงอายุทางประชากร และแนวโน้มการเจ็บป่วยทุพพลภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่ยังเพิ่มมากขึ้น-นอกจากนี้ผลของอัตราการตายเพศของหญิงที่ต่ำกว่าชายทุกกลุ่มอายุ จะส่งผลให้ประชากรเพศหญิงมีสัดส่วนสูงกว่าประชากรเพศชายในวัยสูงอายุ คาดประมาณกันว่ากลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) จะมีเพศหญิงมากกว่าชาย 2.2 เท่าในปี 2568 (Knodel and Chayovan, 2009:4-15; เกื้อ วงศ์บุญสิน, 2549: 15-16) จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงทางประชากรดังกล่าว พบว่า ในภาพรวมของประเทศไทยในช่วงหลังศตวรรษที่ 20 ว่า อัตราการตายของผู้สูงอายุมีแนวโน้มลดลง แต่ภาวการณ์เจ็บป่วยและทุพพลภาพยังเพิ่มขึ้นอยู่ จึงเป็นสถานการณ์ที่เป็นปัญหาเชิงสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุไทย ที่ยังอยู่ในช่วงการขยายตัวของภาวการณ์เจ็บป่วย โดยเฉพาะผู้สูงอายุหญิงที่น่าจะเป็นกลุ่มที่มีการขยายตัวของภาวะทุพพลภาพมากกว่าชาย (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ, 2543: 42-9)

ด้วยเหตุผลดังกล่าว การวิจัยครั้งนี้จึงศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเตรียมความพร้อมของสตรีด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ สถานการณ์การเตรียมความพร้อมของสตรีด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยผลการศึกษาจะนำไปสู่การวางแผนและการจัดทำนโยบายในการส่งเสริมให้

¹ หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลมารดาทารกและผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง

² วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง

³ วิทยาลัยการพยาบาลพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง

ประชากรไทยมีการเตรียมความพร้อมเพื่อวัยสูงอายุด้วยตนเองเพิ่มมากขึ้น อันจะทำให้ประชากรของประเทศมีคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุทั้งด้านสุขภาพและสังคม ได้อย่างเหมาะสมตามเพศ

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเตรียมความพร้อมของสตรีด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1) เพิ่มพูนองค์ความรู้ ในการอธิบายการเตรียมความพร้อมของกลุ่มผู้สูงอายุของประเทศไทย รวมทั้งเป็นการศึกษานำร่อง ที่อธิบายความแตกต่างในด้านการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุของเพศหญิง เพื่อเป็นแนวทาง ปรับปรุงการศึกษาวิจัยด้านความแตกต่างทางเพศต่อไป ทั้งในเชิงประชากร เพศศึกษา ระบาดวิทยาเชิงสังคม และพหุศาสตร์วิทยาเชิงสังคมและการแพทย์

2) ทราบปัจจัยที่มีผลต่อการเตรียมความพร้อม ในเพศหญิง เพื่อนำไปจัดทำแนวการเตรียมความพร้อมในวัยสูงอายุ และแนวทางส่งเสริมการดูแลสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มเพศหญิง ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการทุพพลภาพมากกว่าเพศชาย รวมทั้งเสนอข้อปฏิบัติให้ประชาชนมีเตรียมการในเชิงสุขภาพ และสังคม ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน ได้อย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับปัญหาในแต่ละเพศ

การทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาวิจัยในประเทศไทย การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 ปี 2549 พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีสัดส่วนการเจ็บป่วย และจำนวนโรคเรื้อรังโดยเฉลี่ยที่มากกว่าเพศชาย ทุกกลุ่มอายุ จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการผู้สูงอายุปี 2549 พบว่า เพศหญิงพบโรคเรื้อรังมากกว่าเพศชาย ซึ่งเท่ากับร้อยละ 53.3 และ 41.4 โดยโรคที่เป็นปัญหาต่อสุขภาพผู้สูงอายุตามความชุก ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อกระดูกร้อยละ 11.5, โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 7.9, โรคต่อมไทรอยด์และโรคเบาหวานร้อยละ 3.4, โรคหัวใจร้อยละ 1.9 และโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 1.6 และปัญหาการเจ็บป่วยไม่สบายเพศหญิงจะมีความชุกสูงกว่าเพศชายทุกกลุ่มอายุ และโดยรวมร้อยละ 40.3 และ 35.0 (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2552) นอกจากนี้สภาพการเจ็บป่วย และโรคที่พบบ่อย ที่มีความสัมพันธ์กับการทุพพลภาพในระดับสูงตามลำดับ ได้แก่ โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต โรคหลอดเลือดสมอง โรคสมองเสื่อม โรคไต โรคหัวใจ โรคเกี่ยวกับการเห็น โรคการได้ยิน

โรคข้อเข่าเสื่อม โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน (นิสากร กรุงไกรเพชร, 2540; สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2540) โดยโรคหลอดเลือดสมองและแขนขาอ่อนแรงเป็นโรคที่รุนแรง และมีความสัมพันธ์กับทุพพลภาพในผู้สูงอายุเพศหญิงมากที่สุด (Jitapunkul et al., 1994) ส่วนโรคข้อและกระดูกเสื่อมเป็นโรคที่พบเป็นปัญหาในเพศหญิงบ่อยที่สุด (นภาพร ขโยวรรณ และคณะ, 2539; Boonyakawee, 2006) แต่จะมีความสัมพันธ์กับการทุพพลภาพในระดับที่ไม่รุนแรง โดยเฉพาะเพศหญิงที่มักจะไม่ค่อยได้รับการดูแล และไม่ค่อยมีการเตรียมความพร้อมทางด้านสุขภาพเท่าที่ควร เนื่องจากในอดีตเพศหญิงเป็นเพศที่ทำงานอยู่ในบ้าน เพศชายจะเป็นเสาหลักของครอบครัว ทำให้ผู้ชายมักจะได้รับ การดูแลทางด้านสุขภาพมากกว่าเพศหญิง ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้จะเป็นการศึกษาเพื่อดูว่าปัจจัยใดมีผลต่อการเตรียมความพร้อมทางด้านสุขภาพของสตรีก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ เพราะถ้าหากสตรีมีการเตรียมความพร้อมก่อนย่อมลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ สภาพจิตใจของผู้สูงอายุ และการดูแลตนเองให้มีความพร้อมในการรับมือกับสุขภาพของตนเอง

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้ใช้ข้อมูลจาก “โครงการการสำรวจประชากรสูงอายุของประเทศไทย พ.ศ. 2557” ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งเป็นการสำรวจที่มีวัตถุประสงค์เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุตัวอย่างที่ผู้ศึกษาเลือกเฉพาะผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองเท่านั้น โดยได้ทำการถ่วงน้ำหนักตัวอย่างประชากรทั้งหมดด้วยวิธีการ normalize weight และเลือกตัวอย่างเฉพาะสตรีที่อายุตั้งแต่ 50-59 ปีขึ้นไป เนื่องจากเป็นช่วงอายุที่คาดว่าประชากรน่าจะมีการเตรียมความพร้อมทางด้านสุขภาพ ด้านสังคมและด้านเศรษฐกิจ เป็นช่วงอายุก่อนการเกษียณอายุการทำงาน จึงได้มีการกำหนดอายุของตัวอย่างดังที่กล่าวไว้ข้างต้น และนำมาใช้ในการศึกษาได้ตัวอย่างจำนวน 9,344 คน และทำการวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ 1) การวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (Descriptive Statistics) ในส่วนนี้จะใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่และอัตราร้อยละ ในกรณีที่เป็นข้อมูลในระดับช่วงขึ้นไปจะเพิ่มการนำเสนอข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุด สูงสุดด้วย และส่วนที่ 2) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของสตรีด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุจะเป็นการวิเคราะห์การแปรผันหลายทาง (Multivariate Analysis) โดยใช้การวิเคราะห์ Logit เพื่อศึกษาว่าตัวอิสระแต่ละตัวมีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของสตรีด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุหรือไม่เพียงใด และมีความสัมพันธ์ในทิศทางใด ตลอดจนความสัมพันธ์ดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติหรือไม่

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ 1) ผลการวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง และ 2) ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมของสตรีด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไปของตัวอย่างแบ่งออกเป็น 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยทางประชากร ปัจจัยทางสังคม และปัจจัยทางเศรษฐกิจ รวมถึงความต้องการการทำงานต่อไปในอนาคต ภาวะสุขภาพ และการตรวจสุขภาพประจำปี ดังแสดงในตารางที่ 1

1.1 ปัจจัยทางประชากร

ปัจจัยทางประชากร ประกอบด้วย ตัวแปรอายุ สถานภาพสมรสศาสนา ระดับการศึกษา ซึ่งผลการวิเคราะห์ มีดังนี้ อายุ ตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้มีอายุน้อยที่สุดคือ 50 ปี และอายุมากที่สุดคือ 59 ปี เนื่องจากเป็นการศึกษาการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุของสตรี เนื่องจากเมื่อสตรีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ ซึ่งสตรีที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้มีอายุเฉลี่ยประมาณ 55 ปี **สถานภาพสมรส** พบว่า ตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 82.30 และเคยสมรส (หม้าย/หย่า/แยก) ร้อยละ 17.64 ส่วนสถานภาพโสดมีเพียงร้อยละ 0.06 **ศาสนา** พบว่า ตัวอย่างเกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 96.10 รองลงมาคือ ศาสนาอิสลาม ร้อยละ 3.18 ศาสนาคริสต์ร้อยละ 0.70 และศาสนาอื่นๆ เพียงร้อยละ 0.02 ตามลำดับ **ระดับการศึกษา** ระดับการศึกษาสูงสุดของตัวอย่าง พบว่า ตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าประถมศึกษา มีสัดส่วนสูงสุด ร้อยละ 76.01 รองลงมาคือ มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 8.39 ไม่เคยเรียน ร้อยละ 5.72 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่าในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน ร้อยละ 4.13 และร้อยละ 4.02 และระดับการศึกษาอื่นๆ หรือไม่ทราบ ร้อยละ 0.03 และ ตามลำดับ

1.2 ปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การมีบุตร พบว่า ตัวอย่างมีบุตรโดยเฉลี่ย 3 คน และเมื่อแยกพิจารณาเป็น 3 กลุ่ม พบว่า ตัวอย่างส่วนใหญ่มีจำนวนบุตรระหว่าง 1-3 คน ร้อยละ 85.70 รองลงมาคือ มีจำนวนบุตรระหว่าง 4-6 คน ร้อยละ 13.34 และมีบุตรตั้งแต่ 7 คนขึ้นไปเพียงร้อยละ 0.96 ตามลำดับ **สถานภาพการทำงาน** พบว่า ทำงานเป็นผู้ช่วยธุรกิจในครัวเรือน โดยไม่ได้รับค่าจ้างมีสัดส่วนสูงสุด ร้อยละ 42.52 รองลงมาเป็นผู้ประกอบธุรกิจส่วนตัวโดยไม่มีลูกจ้าง ร้อยละ 33.83 เป็นลูกจ้างเอกชน ร้อยละ 12.29 ลูกจ้างรัฐบาลร้อยละ 9.23 ลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 0.35 และเป็นสมาชิกของการรวมกลุ่มผู้ผลิต ร้อยละ 0.11 ตามลำดับ และ **สัมพันธภาพของ**

บุคลากรในครัวเรือน แบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ 3.1) การเยี่ยมเยียนจากบุตร พบว่า ตัวอย่างร้อยละ 38.95 ได้รับการเยี่ยมเยียนจากบุตรอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง รองลงมา ได้รับการเยี่ยมเยียนจากบุตรทุกเดือน ร้อยละ 25.02 ส่วนตัวอย่างที่ได้รับการเยี่ยมเยียนจากบุตรทุกวันหรือเกือบทุกวันและได้รับการเยี่ยมเยียนทุกสัปดาห์มีสัดส่วนใกล้เคียงกัน ร้อยละ 16.58 และร้อยละ 15.74 ส่วนตัวอย่างที่ไม่เคยได้รับการเยี่ยมเยียนจากบุตรมีเพียงร้อยละ 3.71 ตามลำดับ 3.2) การพูดคุยทางโทรศัพท์พบว่า ตัวอย่างที่ได้รับการพูดคุยกับสมาชิกในครัวเรือนทุกวันหรือเกือบทุกวัน และได้รับการพูดคุยทุกสัปดาห์มีสัดส่วนใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 38.45 และร้อยละ 36.39 รองลงมาคือ ได้พูดคุยกันทุกเดือนร้อยละ 17.66 ไม่เคยติดต่อพูดคุยทางโทรศัพท์ร้อยละ 6.05 และได้พูดคุยกันอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพียงร้อยละ 1.45 ตามลำดับ และ 3.3) การติดต่อผ่านระบบอินเทอร์เน็ตพบว่า ตัวอย่างเกือบทั้งหมดร้อยละ 94.11 ไม่เคยติดต่อสมาชิกในครัวเรือนผ่านระบบอินเทอร์เน็ต รองลงมา เคยติดต่อทุกวันหรือเกือบทุกวัน ร้อยละ 3.80 ติดต่อกันทุกสัปดาห์ร้อยละ 1.43 และเคยติดต่อกันทุกเดือนหรืออย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพียงร้อยละ 0.51 และร้อยละ 0.15 ตามลำดับ

1.3 ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ได้แก่ รายได้ต่อปี พบว่า ตัวอย่างร้อยละ 32.62 มีรายได้ต่อปีระหว่าง 30,000-59,999 บาท รองลงมา มีรายได้ต่อปีระหว่าง 100,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 30.26 มีรายได้ต่อปีระหว่าง 60,000-99,999 บาท ร้อยละ 26.17 มีรายได้ต่อปีระหว่าง 10,000-29,999 บาท ร้อยละ 9.43 และมีรายได้ต่อปี ต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 1.53 ตามลำดับ **แหล่งรายได้** พบว่า ตัวอย่างส่วนใหญ่มีแหล่งรายได้หลักมาจากการทำงานถึงร้อยละ 84.79 รองลงมา มาจากคู่สมรส ร้อยละ 7.18 มาจากบุตร ร้อยละ 7.00 มาจากดอกเบี้ยเงินออม/เงินออม/ทรัพย์สิน ร้อยละ 0.90 มาจากพ่อแม่/พี่น้อง/ญาติ ร้อยละ 0.06 จากบำนาญ/บำนาญ ร้อยละ 0.04 ไม่มีรายได้ ร้อยละ 0.02 และมาจากกองทุนประกันสังคม ร้อยละ 0.01 ตามลำดับ และ **ความพึงพอใจในภาวะการเงินของตนเอง** พบว่า ตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งมีความพึงพอใจ ร้อยละ 77.30 ไม่พอใจในภาวะการเงินของตนเอง ร้อยละ 19.19 และมีความพึงพอใจมาก ร้อยละ 3.51 ตามลำดับ

1.4 ความต้องการการทำงานต่อไปในอนาคต พบว่า ตัวอย่างไม่ต้องการทำงานในสัดส่วนสูงสุด ร้อยละ 49.22 ต้องการทำงานและกำลังทำงานหรือกำลังหางานทำ ร้อยละ 45.84 และต้องการทำงานแต่ไม่หางานทำ ร้อยละ 4.94

1.5 ภาวะสุขภาพ การประเมินสุขภาพร่างกายของตนเองในระหว่าง 7 วันก่อนวันสัมภาษณ์ พบว่า ตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งมีภาวะสุขภาพในระดับดี ร้อยละ 62.55 รองลงมา มีภาวะสุขภาพระดับปานกลาง ร้อยละ 26.74 มีภาวะสุขภาพในระดับดีมากและไม่ดีในสัดส่วนใกล้เคียงกัน ร้อยละ 5.30 และร้อยละ 5.19 และมีภาวะสุขภาพไม่ดีมาก ร้อยละ 0.22 ตามลำดับ

1.6 การตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า ตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีจากสถานบริการของรัฐ ร้อยละ 51.74 ได้รับการตรวจจากสถานบริการเอกชน ร้อยละ 46.18 และไม่ตรวจสุขภาพ ร้อยละ 2.08 ตามลำดับ

2. ผลการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเตรียมความพร้อมของสตรีด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ

การอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการเตรียมความพร้อมของสตรีด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุกับปัจจัยต่างๆ ครั้งนี้จะนำเสนอผลการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนแรกเป็นผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระดับสองตัวแปร (Bivariate Analysis) และส่วนที่สองเป็นผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระดับหลายตัวแปร (Multivariate Analysis) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระดับสองตัวแปร (Univariate analysis)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระดับสองตัวแปรเป็นการนำเสนอผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคอย่างง่าย (Simple Logistic Regression Analysis) พบว่า

1) ปัจจัยทางประชากร

1.1) อายุ พบว่า สตรีที่มีอายุมากกว่ามีโอกาสที่จะเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพสูงเป็น 1.01 เท่าของสตรีที่มีอายุน้อยกว่า (ค่า Odds ratio เท่ากับ 1.01) แต่ความสัมพันธ์นี้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จึงสรุปว่าอายุของสตรีไม่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ

1.2) สถานภาพสมรส พบว่า สตรีที่มีสถานภาพโสดมีโอกาสที่จะเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพสูงเป็น 5.99 เท่า และสตรีที่มีสถานภาพสมรสมีโอกาสที่จะเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพสูงเป็น 1.16 เท่าของสตรีที่มีสถานภาพเคยสมรส (หม้าย/หย่า/แยก) ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงสรุปว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ

1.3) ศาสนา พบว่า สตรีที่นับถือศาสนาพุทธมีโอกาสที่จะเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพสูงเป็น 2.91 เท่าของสตรีที่นับถือศาสนาอิสลาม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 แต่ไม่มีความสัมพันธ์ในสตรีที่นับถือศาสนาคริสต์

1.4) ระดับการศึกษา พบว่า สตรีที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น/ตอนปลายหรือเทียบเท่า ระดับปวส./ปวท./อนุปริญญา และระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่ามีโอกาสที่จะเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพสูงเป็น 1.43 1.76 1.63 1.80 และ 2.52 เท่าของสตรีที่ไม่เคยเรียนซึ่งความสัมพันธ์นี้มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึง

สรุปว่า ระดับการศึกษาที่สูงขึ้นจะส่งผลให้สตรีมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพหรือมีความพร้อมด้านสุขภาพสูงกว่าสตรีที่ไม่เคยเรียน

2) ปัจจัยทางสังคม

2.1) การมีบุตร พบว่า สตรีที่มีจำนวนบุตรมากกว่ามีโอกาที่จะเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพต่ำเป็น 0.93 เท่าของสตรีที่มีจำนวนบุตรน้อยกว่าซึ่งความสัมพันธ์นี้มีนัยสำคัญทางสถิติ จึงสรุปว่าสตรีที่มีจำนวนบุตรที่น้อยกว่าจะมีการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพดีกว่าสตรีที่มีบุตรมากกว่า

2.2) สถานภาพการทำงาน พบว่า สตรีที่ทำงานเป็นลูกจ้างรัฐบาล ผู้ประกอบธุรกิจส่วนตัว/ธุรกิจในครัวเรือนนายจ้าง และลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ/เอกชนมีโอกาที่จะเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพสูงเป็น 2.40 1.49 1.20 และ 1.10 เท่าของสตรีที่เป็นสมาชิกของการรวมกลุ่มผู้ผลิต ตามลำดับ แต่ความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในทุกสถานภาพการทำงาน จึงสรุปว่า สถานภาพการทำงานของสตรีไม่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ

2.3) สัมพันธภาพของบุคลากรในครัวเรือน

2.3.1) การเยี่ยมเยียนจากบุตรพบว่า สตรีที่ได้รับการเยี่ยมเยียนจากบุตรเป็นประจำ หรือเป็นบางครั้ง มีโอกาที่จะเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพสูงเป็น 1.59 และ 1.55 เท่าของสตรีที่ไม่เคยได้รับการเยี่ยมเยียนจากบุตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงสรุปได้ว่า สตรีที่ได้รับการเยี่ยมเยียนจากบุตรจะมีการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุดีกว่าสตรีที่ไม่ได้รับการเยี่ยมเยียนจากบุตร

2.3.2) การพูดคุยทางโทรศัพท์พบว่า สตรีที่ได้ติดต่อหรือพูดคุยทางโทรศัพท์กับสมาชิกในครัวเรือนเป็นประจำมีโอกาที่จะเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพสูงเป็น 1.23 เท่าของสตรีที่ไม่เคยได้รับการติดต่อหรือพูดคุยทางโทรศัพท์กับสมาชิกในครัวเรือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ไม่พบความสัมพันธ์ในสตรีที่ได้รับการติดต่อหรือพูดคุยทางโทรศัพท์เป็นบางครั้ง จึงสรุปได้ว่า สตรีที่ได้รับการติดต่อหรือพูดคุยทางโทรศัพท์กับสมาชิกในครัวเรือนเป็นประจำจะมีการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุดีกว่าสตรีที่ไม่ได้รับการติดต่อหรือพูดคุยทางโทรศัพท์กับสมาชิกในครัวเรือน

2.3.3) การติดต่อผ่านระบบอินเทอร์เน็ตพบว่า สตรีที่ได้รับการติดต่อผ่านระบบอินเทอร์เน็ตจากสมาชิกในครัวเรือนเป็นบางครั้ง หรือเป็นประจำ มีโอกาที่จะเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพสูงเป็น 1.72 และ 1.46 เท่าของสตรีที่ไม่เคยได้รับการติดต่อผ่านระบบอินเทอร์เน็ต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงสรุปได้ว่า สตรีที่ได้รับการติดต่อผ่าน

ระบบอินเทอร์เน็ตจะมีการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุดีกว่าสตรีที่ไม่ได้รับ
บริการติดต่อผ่านระบบอินเทอร์เน็ต

3) ปัจจัยทางเศรษฐกิจ

3.1) รายได้ต่อปี พบว่า สตรีที่มีรายได้ต่อปีระหว่าง 10,000-29,999 บาท มีรายได้ต่อปีระหว่าง 30,000-59,999 บาท มีรายได้ต่อปีระหว่าง 60,000-99,999 บาท และมีรายได้ต่อปี 100,000 บาทขึ้นไปมีโอกาสที่จะเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพสูงเป็น 1.82 1.92 2.13 และ 2.77 เท่าของสตรีที่มีรายได้ต่อปีต่ำกว่า 10,000 บาท ซึ่งความสัมพันธ์นี้มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงสรุปว่า รายได้ต่อปีสูงจะส่งผลให้สตรีมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพหรือมีความพร้อมด้านสุขภาพสูงกว่าสตรีที่มีรายได้ต่ำน้อยกว่า

3.2) แหล่งรายได้ พบว่าสตรีที่มีแหล่งรายได้จากครอบครัว (คู่สมรส/บุตร/พ่อแม่/พี่น้อง/ญาติ) มีโอกาสที่จะเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพต่ำเป็น 0.96 เท่าของสตรีที่มีรายได้จากการทำงาน และสตรีที่มีรายได้จากบำนาญ/บำนาญ/กองทุนประกันสังคม/ดอกเบี้ยเงินออม/เงินออม/ทรัพย์สินมีโอกาที่จะเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพต่ำเป็น 0.71 เท่าของสตรีที่มีรายได้จากการทำงานเช่นกัน แสดงว่าสตรีที่มีรายได้จากการทำงานมีโอกาที่จะมีการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุสูงกว่าสตรีที่มีรายได้จากแหล่งอื่นๆ แต่ความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จึงสรุปได้ว่า แหล่งรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพของสตรี

3.3) ความพึงพอใจในภาวะการเงินของตนเอง พบว่า สตรีที่มีพึงพอใจในภาวะการเงินของตนเองมีโอกาที่จะเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพสูงเป็น 1.16 เท่าของสตรีที่ไม่พึงพอใจในภาวะการเงินของตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงสรุปได้ว่า ความพึงพอใจในภาวะการเงินของตนเองมีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ

4) ความต้องการการทำงานต่อไปในอนาคต พบว่า สตรีที่ต้องการทำงานต่อไปในอนาคตมีโอกาที่จะเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพสูงเป็น 1.22 เท่าของสตรีที่ไม่ต้องการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 จึงสรุปได้ว่า ความต้องการทำงานต่อไปในอนาคตของสตรีมีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ

5) ภาวะสุขภาพ พบว่า สตรีที่มีภาวะสุขภาพดีมีโอกาสที่จะเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพไม่แตกต่างจากสตรีที่มีภาวะสุขภาพไม่ดี และสตรีที่มีภาวะสุขภาพปานกลาง โอกาสที่จะเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพต่ำเป็น 0.83 เท่าของสตรีที่มีภาวะสุขภาพไม่ดี แต่ทิศทางความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จึงสรุปได้ว่า ภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพของสตรี

6) การตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า สตรีที่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีทั้งจากสถานบริการภาครัฐและภาคเอกชน มีโอกาสที่จะเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพสูงเป็น 1.34 เท่าของสตรีที่ไม่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 จึงสรุปได้ว่า การตรวจสุขภาพประจำปีของสตรีมีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ

3.2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระดับหลายตัวแปร (Multivariate analysis)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระดับหลายตัวแปรเป็นการนำเสนอผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุ (Multiple Logistic Regression Analysis) เมื่อควบคุมตัวแปรอิสระอื่นๆ พบว่าตัวแปรที่ยังคงมีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพของสตรีก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ได้แก่ ตัวแปรสถานภาพสมรส ศาสนา (พุทธ) ระดับการศึกษา (มัธยมศึกษาตอนต้น และปริญญาตรีหรือสูงกว่า) การได้รับการติดต่อหรือเยี่ยมเยียนจากบุตรชายได้ต่อปี ความต้องการการทำงานต่อไปในอนาคต และการตรวจสุขภาพประจำปี ส่วนผลการพิจารณาเปรียบเทียบผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุกับผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคอย่างง่าย พบว่า

1) การมีบุตร จากการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคอย่างง่าย พบว่า สตรีที่มีจำนวนบุตรมากกว่ามีโอกาที่จะเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพสูงกว่าสตรีที่มีจำนวนบุตรน้อยกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แต่ในการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุกลับ พบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ดังนั้นจำนวนบุตรในครัวเรือนของสตรีจึงไม่มีผลต่อการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ

2) การติดต่อพูดคุยทางโทรศัพท์กับสมาชิกในครัวเรือน จากการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคอย่างง่าย พบว่า สตรีที่เคยได้รับการติดต่อพูดคุยทางโทรศัพท์กับสมาชิกในครัวเรือนเป็นประจำมีโอกาที่จะเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพสูงกว่าสตรีที่ไม่เคยได้รับการติดต่อพูดคุยทางโทรศัพท์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ในการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุกลับพบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นการติดต่อพูดคุยทางโทรศัพท์กับสมาชิกในครัวเรือนของสตรีจึงไม่มีผลต่อการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ

3) การติดต่อผ่านระบบอินเทอร์เน็ต จากการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคอย่างง่ายพบว่า สตรีที่เคยได้รับการติดต่อผ่านระบบอินเทอร์เน็ตกับสมาชิกในครัวเรือนเป็นประจำหรือบางครั้ง มีโอกาที่จะเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพสูงกว่าสตรีที่ไม่เคยได้รับการติดต่อผ่านระบบอินเทอร์เน็ต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ในการวิเคราะห์การ

ถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุกลับพบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นการติดต่อผ่านระบบอินเทอร์เน็ตกับสมาชิกในครัวเรือนของสตรีจึงไม่มีผลต่อการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ

4) ความพึงพอใจในภาวะการเงินของตนเอง จากการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคอย่างง่ายพบว่า สตรีที่พึงพอใจในภาวะการเงินของตนเองมีโอกาสที่จะเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพสูงกว่าสตรีที่ไม่พึงพอใจในภาวะการเงินของตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ในการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุกลับพบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นความพึงพอใจในภาวะการเงินของตนเองของสตรีจึงไม่มีผลต่อการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ

ทั้งนี้จากการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุภายใต้ปัจจัยทางประชากร ปัจจัยทางสังคมปัจจัยทางเศรษฐกิจ ความต้องการการทำงานต่อไปในอนาคต การตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า ตัวแปรอิสระทั้งหมดสามารถอธิบายการแปรผันของการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุได้ร้อยละ 2.2 ($R^2 = 0.022$) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ตารางที่ 1 อัตราส่วนโอกาสต่อการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพของสตรีด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคอย่างง่าย

Variables	Univariate analysis		Multivariate analysis	
	OR (95%CI)	p-value	OR (95%CI)	p-value
ปัจจัยทางประชากร				
อายุ	1.01 (0.99-1.03)	0.12		
สถานภาพสมรส				
เคยสมรส (หม้าย/หย่า/แยก)	1.00 (reference)		1.00 (reference)	
โสด	5.99 (1.09-32.80)	0.04*	6.94 (1.24-38.85)	0.03*
สมรส	1.16 (1.02-1.31)	0.02*	1.16 (1.02-1.31)	0.02*
ศาสนา				
พุทธ	2.91 (2.04-4.15)	<0.001***	2.92 (2.01-4.25)	<0.001***
คริสต์	1.53 (0.73-3.19)	0.26	1.73 (0.81-3.67)	0.16
อิสลาม	1.00 (reference)		1.00 (reference)	
ระดับการศึกษา				
ไม่เคยเรียน	1.00 (reference)		1.00 (reference)	
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	1.43 (1.15-1.78)	0.001***	1.20 (0.96-1.51)	0.11

Variables	Univariate analysis		Multivariate analysis	
	OR (95%CI)	p-value	OR (95%CI)	p-value
มัธยมศึกษาตอนต้น	1.76 (1.30-2.38)	<0.001***	1.41 (1.03-1.93)	0.03*
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	1.63 (1.20-2.22)	0.002**	1.22 (0.88-1.68)	0.23
ปวส./ปวท./อนุปริญญา	1.80 (1.21-2.68)	0.004**	1.32 (0.88-1.99)	0.18
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	2.52 (1.95-3.26)	<0.001***	1.72 (1.28-2.30)	<0.001***
ปัจจัยทางสังคม				
การมีบุตร	0.93 (0.85-5.12)	0.001***	0.99 (0.95-1.04)	0.76
สถานภาพการทำงาน				
นายจ้าง	1.20 (0.24-5.91)	0.82		
ผู้ประกอบการธุรกิจส่วนตัว/ธุรกิจในครัวเรือน	1.49 (0.32-7.05)	0.61		
ลูกจ้างรัฐบาล	2.40 (0.51-11.39)	0.27		
ลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ/เอกชน	1.10 (0.23-5.21)	0.90		
สมาชิกของการรวมกลุ่มผู้ผลิต	1.00 (reference)			
สัมพันธภาพของบุคลากรในครัวเรือน				
การเยี่ยมเยือนจากบุตร				
ไม่เคยติดต่อ	1.00 (reference)		1.00 (reference)	
เคยติดต่อเป็นบางครั้ง	1.55 (1.18-2.03)	0.002**	1.43 (1.08-1.88)	0.01**
เคยติดต่อเป็นประจำ	1.59 (1.21-2.10)	0.001**	1.49 (1.12-1.98)	0.006**
การพูดคุยทางโทรศัพท์				
ไม่เคยติดต่อ	1.00 (reference)		1.00 (reference)	
เคยติดต่อเป็นบางครั้ง	1.00 (0.80-1.25)	0.99	0.90 (0.71-1.14)	0.38
เคยติดต่อเป็นประจำ	1.23 (1.01-1.49)	0.04*	0.98 (0.79-1.21)	0.87
การติดต่อผ่านระบบอินเทอร์เน็ต				
ไม่เคยติดต่อ	1.00 (reference)		1.00 (reference)	
เคยติดต่อเป็นบางครั้ง	1.72 (1.03-2.87)	0.04*	1.42 (0.83-2.42)	0.20
เคยติดต่อเป็นประจำ	1.46 (1.21-1.77)	<0.001***	0.92 (0.73-1.15)	0.46
ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ				
รายได้ต่อปี				
ต่ำกว่า 10,000 บาท	1.00 (reference)		1.00 (reference)	
10,000-29,999 บาท	1.82 (1.12-2.96)	0.02*	1.69 (1.03-2.76)	0.04*

Variables	Univariate analysis		Multivariate analysis	
	OR (95%CI)	p-value	OR (95%CI)	p-value
30,000-59,999บาท	1.92 (1.20-3.08)	0.006**	1.76 (1.10-2.84)	0.02*
60,000-99,999บาท	2.13 (1.33-3.41)	0.002**	1.92 (1.19-3.10)	0.007**
100,000 บาทขึ้นไป	2.77 (1.73-4.44)	<0.001***	2.21 (1.36-3.56)	0.001***
แหล่งรายได้				
ทำงาน	1.00 (reference)			
ไม่มีรายได้	0.00 (0.00-0.00)	1.00		
บำนาญ/บำนาญ/กองทุน ประกันสังคม/ดอกเบี้ยเงินออม/เงิน ออม/ทรัพย์สิน	0.71 (0.43-1.89)	0.19		
ครอบครัว (คู่สมรสบุตรพ่อแม่พี่น้อง/ ญาติ)	0.96 (0.84-1.09)	0.54		
ความพึงพอใจในภาวะการเงิน ของตนเอง				
ไม่พอใจ	1.00 (reference)		1.00 (reference)	
พอใจ	1.16 (1.03-1.31)	0.012*	1.02 (0.90-1.15)	0.77
ความต้องการการทำงานต่อไป ในอนาคต				
ไม่ต้องการ	1.00 (reference)		1.00 (reference)	
ต้องการ	1.22 (1.12-1.34)	<0.001***	1.21 (1.10-1.33)	<0.001***
ภาวะสุขภาพ				
ไม่ดี	1.00 (reference)			
ปานกลาง	0.83 (0.67-1.03)	0.10		
ดี	1.00 (0.82-1.23)	0.97		
การตรวจสุขภาพประจำปี				
ไม่ตรวจ	1.00 (reference)		1.00 (reference)	
ตรวจ	1.34 (1.23-1.47)	<0.001***	1.27 (1.16-1.39)	<0.001***

หมายเหตุ *** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001
 ** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01
 * หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปและอภิปรายผล

ผู้วิจัยวัดการเตรียมความพร้อมของสตรีด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ จากคะแนนรวมของพฤติกรรมสุขภาพใน 5 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการออกกำลังกาย การกินผัก/ผลไม้ การดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 แก้วหรือมากกว่า การดื่มแอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่ ซึ่งผลการวิเคราะห์ พบว่า สตรีมีคะแนนการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพต่ำสุดเท่ากับ 2 คะแนน หรือมีการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเพียงเรื่องเดียว และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 10 คะแนน หรือมีการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพในทุกเรื่องที่สตรีพึงกระทำก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ สตรีได้มีการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสุ่วยร้อยละ 27.38 ซึ่งเมื่อพิจารณาการเตรียมความพร้อมในพฤติกรรมแต่ละด้าน แล้วสตรีส่วนใหญ่มีการเตรียมความพร้อมในการดูแลสุขภาพ ในขณะที่พฤติกรรมที่สตรีไม่ได้เตรียมความพร้อมด้านสุขภาพมากที่สุดคือ การออกกำลังกาย การดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 แก้วหรือมากกว่า การกินผักผลไม้ การไม่ดื่มแอลกอฮอล์ และการไม่สูบบุหรี่ ตามลำดับ ดังนั้นสตรีที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมหรือไม่ได้เตรียมความพร้อมทางสุขภาพในด้านต่างๆ เหล่านี้ควรได้รับการส่งเสริมสุขภาพและได้รับการกระตุ้นเตือนหรือรณรงค์เพื่อให้มีสุขภาพหรือมีการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพที่ดีต่อไป

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพของสตรีก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุในการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบง่าย พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ คือ สถานภาพโสดและสมรส ศาสนาพุทธ ระดับการศึกษา การมีบุตร สัมพันธภาพของบุคลากรในครัวเรือน (การเยี่ยมเยียนจากบุตร การพูดคุยทางโทรศัพท์ และการติดต่อผ่านระบบอินเทอร์เน็ต) รายได้ต่อปี ความพึงพอใจในภาวะการเงินของตนเอง ความต้องการทำงานต่อไปในอนาคต และการตรวจสุขภาพประจำปี ทั้งนี้ผลจากการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุ ยังแสดงให้เห็นความสำคัญของการได้รับการเยี่ยมเยียนจากบุตรเป็นประจำแสดงถึงความสนใจและความเอาใจใส่จากบุตร เช่น ซื้อผักผลไม้มาให้ พาไปออกกำลังกาย หรือร่วมพูดคุยถึงเรื่องสุขภาพ ซึ่งจะทำให้สตรีรับรู้ถึงความเอาใจใส่นั้น ซึ่งอาจส่งผลให้สตรีมีกำลังใจในการดำเนินชีวิตและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และการตรวจสุขภาพประจำปีของสตรีแสดงถึงความสนใจทางด้านสุขภาพของตนเอง การได้รับการตรวจสุขภาพทั้งจากสถานบริการรัฐและเอกชนจะทำให้สตรีได้ทราบถึงโรคหรือความเจ็บป่วยที่จะเกิดขึ้น และจะได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดการมีพฤติกรรมกระดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสม ออกกำลังกายสม่ำเสมอ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ นอกจากนี้สตรียังมีความต้องการทำงานต่อไปในอนาคตซึ่งแสดงให้เห็นว่า สตรีที่ยังคงต้องการทำงานต่อไปในอนาคตน่าจะเป็นผู้ที่สุขภาพดี มีกำลังใจที่จะทำงาน ทำให้รู้สึกมีคุณค่า

ในตัวเอง ไม่เป็นภาระต่อบุตรหลาน และการทำงานยังสามารถสร้างรายได้ให้แก่ตนเองหรือครอบครัวอาจทำให้สามารถเลือกซื้อหรือเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ได้หลากหลาย ตลอดจนการทำงานยังสามารถทำให้สตรีมีปฏิสัมพันธ์ในชุมชนหรือสังคม สามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์หรือร่วมพูดคุยเรื่องสุขภาพต่อกันได้ ดังนั้นภาครัฐมีส่วนสำคัญในการสร้างงานให้ผู้สูงอายุในอนาคต เพื่อให้ผู้สูงอายุมีงานทำหลังเกษียณ

รายการอ้างอิง

- Aberg, A.C. (2006). Gender comparisons of function-related dependence pain and insecurity in geriatric rehabilitation. *J Rehabil Med* 38: 73-9.
- Adams, P. F.; Hendershot, G. E.; and Marano, M. A. (1999). Current Estimates from the National Health Interview Survey, 1996. *Vital Health Stat* 10 (200): 1-203.
- Berkman, B., and Harootyan, L. (2003). *Social Work and Health Care in Aging Society: Education, Policy, Practice, and Research*. New York : Springer.
- Boonyakawee, Churirat. (2007). *The Functional Disability of the Elderly in Tambon Krabi-noiMuang District, Krabi Province, Thailand*. Public Health Thesis.College of Public Health Science, Chulalongkorn University.
- Bootsma-van der Wiel A. M.; de Craen A. J., and Exel, E. V. (2005). Association between chronic diseases and disability in elderly subjects with low and high income: the Leiden 85-plus study. *European Journal of Public Health* 15(5): 494-497.
- Casario, R. L. (2006). *Gender different in association between disability and mortality in the elderly*. Doctoral Thesis. Health and Life Sciences Faculty, Pompeu University.
- Dunail, A. (2005). *Women's Health*. In Denis L Kasper, Braunwald E et al. (eds), *Harrison's principles of internal medicine*, pp.28-32. United States of America : The McGraw-Hill Companies, Inc.
- Halter, J. B. (2003). *Diabetes Mellitus*. In Hazzard, W. R.; Brass, J. P., Halter, J. B.; Outlander, J. R.; Tenett, M. E. *Principles of Geriatric Medicine & Gerontology*, pp.855-61. 5th ed. United States of America: MCGraw-Hill Company, Inc.
- Jitapankul, S.; Kamolratanakul, P.; Chandraprasert, S.; & Bunnag, S. (1994). Disability among Thai elderly living in Klong Toy slum. *J Med Assoc Thai* 77: 231-8.

- Kelley-Moore, J. A., and Schumacher, J. C. (2006). When Do Older Adults Become "Disabled"? Social and Health Antecedents of Perceived Disability in Panel Study of the Oldest Old. *Journal of Health and Behavior* 47 (June): 126-41.
- Kinsella, K., and Phillips, D. R. (2005). Global Aging: The challenge of success. *Population Bulletin* vol. 60 (1) :24-5.
- Knodel, J.; &Chayovan, N.(2009). . Population Aging and the Wellbeing of Older Persons in Thailand.Paper in Population Ageing Series Number 5.Bangkok: UNFPA.
- Lima, M. G., et al. (2009). Impact of Chronic Disease on Quality of Life Among the Elderly in the State of Sao Paulo, Brazil: A Population-Based Study. *Pan Am J Public Health* 25(4): 314-21.
- Manda, P. K., et al. (2009). Disability among geriatric female : an uncared agenda in rural area. *Sudanese Journal of Public Health* 4(4): 376-82.
- Murtagh, K. N.; Helen, M. A.; and Hubert, H. B. (2004). Gender Differences in Physical Disability Among an Elderly Cohort. *American Journal of Public Health* 94: 1406-11.
- Persky, R. W.; Turtzo, L. C. ; and McCullough, L. D. (2010). Stroke in Women: Disparities and Outcome. *CurrCardiol Rep*. Published online: 08 January 2010, Springer Science & Business Media, LLC.
- Powers, A.C., et al. (2005). Harrison's principles of internal medicine.16th (eds.), p.2152-3. USA: McGraw-Hill Companies, Inc.
- Reus, V.I. (2005). Mental disorder. In Denis L Kasper, Braunwald E. et al. (eds), Harrison's principles of internal medicine,pp 2553-4. United States of America: The McGraw-Hill Companies, Inc.
- Salinas, J. J., and Peek, M. K. (2008). Work Experience and Gender Difference in Chronic Disease Risk in older Maxicans. *Ann Epidemiol* 18(8): 623-30.
- Stuck, A.E.; Walther, J.M.; Nicholas, T.;Bula, C.J.;Hohmann, C.;Beck, J.C. (1999). Risk for functional status decline in community-living elderly people: A systematic review. *SocSci Med* 48(4): 445-69.
- Yount, K. M., and Agree, E. M. (2005). Differences in Disability among Older Women and Men in Egypt and Tunisia. *Demography* 42(1): 169-87.

- Zhang, W.; Li S., and Feldman, M. W. (2005). Gender Differences in Activity of Daily Living of the Elderly in Rural China: Evidence from Chaohu. *Journal of Women & Aging* 17(3): 73-89.
- เกื้อ วงศ์บุญสิน. (2549). สังคม สว. (ผู้สูงวัย). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กาญจนา แก้วเทพ, กนกศักดิ์ แก้วเทพ, อมรา พงศาพิชญ์. (2529). สังคมศาสตร์กับผู้หญิงสมาคม สังคมศาสตร์แห่งประเทศไทย
- คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ. (2545). แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564). กรุงเทพมหานคร: สำนักนายกรัฐมนตรี
- นิสากร กรุงไกรเพชร. (2540). ภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตจังหวัดภาคกลาง ของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์คณะแพทยศาสตร์สาขาเวชศาสตร์ชุมชนจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- นภาพร ชัยวรรณ, จอห์น โนเดล. (2539). รายงานการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2550). คู่มือผู้สูงอายุ: ฉบับเตรียมตัวก่อนสูงอายุ (เตรียมตัวก่อนเกษียณการงาน). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- รุ่งโรจน์ สงสระบุญ. (2557). รูปแบบการบริการสุขภาพที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยในแผนก อายุรกรรมโรงพยาบาลเอกชน. *วารสารมหาวิทยาลัยศิลปากร ฉบับภาษาไทย*. 34 (3) : 151-170.
- วิทยาลัยประชากรศาสตร์. (2553). สรุปการประชุมวิชาการเรื่อง พัฒนางานผู้สูงอายุไทยอย่าง ก้าวหน้าและยั่งยืน. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิพรรณ ประจวบเหมาะ. (2554). คนไทยเตรียมการเพื่อยามสูงวัยเพียงพอหรือยัง. In วิพรรณ ประจวบเหมาะ & วรเวชม์ สุวรรณระดา (Eds.), 100 ปี ปรีดีเปรม (pp. 17). กรุงเทพมหานคร: สร้างสื่อ.
- วิราพรณ วิโรจน์รัตน์ และคณะ. (2557). การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ต้อง พึ่งพาผู้อื่น. *วารสารสถานพยาบาล* : 29 (3) ; 104-115.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2552). โครงการวิจัยเรื่องการศึกษาาระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มี ความเปราะบางด้านสุขภาพในชุมชน. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส). (2549). การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชน ไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การ สหเคราะห์ทหารผ่านศึก.

- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP).(2547). ภาวะโรคและปัจจัยเสี่ยงของคนไทย ปี พ.ศ.2547 (รายงานชั้นกลาง). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2543). การขยายตัวของโรคเรื้อรังและภาวะทุพโภชนาการในประเทศไทย: สมมุติฐานที่เริ่มจากข้อมูลงานวิจัยผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพญณาวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2540). สภาวะสุขภาพประชากรผู้สูงอายุ. ใน ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 2 พ.ศ.2539-2540, หน้า 83-117. กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายและแผนกระทรวงสาธารณสุข.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ. (2553). รายงานการสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวสำหรับประเทศไทย. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.