



รูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
ปีการศึกษา 2564
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

รูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต
ปีการศึกษา 2564
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง "รูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพะ"
ของ มุจลินท์ แปงศิริ
ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธาณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชา-

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุธรรม นันทมงคลชัย)

..... ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริไลซ์ วรรณวิจิตร)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(รองศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาจันต์ สงทับ)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรรณณ กิรติสิโรจน์)

อนุมัติ

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.กรองกาญจน์ ชูทิพย์)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	รูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ
ผู้วิจัย	มัจฉินท์ แปะศิริ
ประธานที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริไลซ์ วรรณรัตน์วิจิตร
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ ส.ด. สาขาวิชา-, มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2564
คำสำคัญ	สตรีวัยทอง, ผู้สูงอายุสุขภาพ, รูปแบบการเตรียมความพร้อม

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงผสมผสานขั้นสูง แบบอธิบายตามลำดับครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ แบ่งระยะการวิจัยออกเป็น 3 ระยะตามกระบวนการวิจัย ได้แก่ 1) ศึกษาพฤติกรรมการเตรียมความพร้อม และปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ 2) ศึกษามุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ และ 3) พัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ ผลการวิจัย พบว่า สตรีวัยทองมีการปฏิบัติพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองสู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพทุกด้านรวมในระดับปานกลาง โดยปัจจัยที่มีผลต่อการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทอง ได้แก่ แรงสนับสนุนทางครอบครัว การรับรู้ความสามารถของตนเอง ทักษะคิดต่อการเป็นผู้สูงอายุ แรงสนับสนุนทางชุมชน รายได้ ระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข สถานภาพ (หม้าย/ร้าง) และบทบาทผู้นำสตรี ทั้งนี้รูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบได้แก่ ได้แก่ การสร้างองค์ความรู้ และประสบการณ์เกี่ยวกับผู้สูงอายุ การสนับสนุนด้านการแพทย์และสาธารณสุข การจัดตั้งชมรมสตรีเตรียมพร้อมผู้สูงอายุ การสนับสนุนจากชุมชน และการสนับสนุนด้านนโยบาย ซึ่งได้รับการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญว่า มีความเหมาะสม และความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ รูปแบบนี้สามารถนำไปใช้ในทางปฏิบัติเพื่อบูรณาการงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพของสตรีวัยทอง และประยุกต์ในวัยก่อนสูงอายุ ในพื้นที่ และพื้นที่อื่น ๆ ตามความเหมาะสมต่อไป

Title	THE PREPARATION MODEL FOR MENOPAUSAL WOMEN TOWARD HEALTHY AGING
Author	MUJJALIN PANGSIRI
Advisor	Assistant Professor Civilaiz Wanaratwichit, Dr.PH.
Academic Paper	Dr.P.H. Dissertation in Public Health Program - (Type 2.1), Naresuan University, 2021
Keywords	Menopausal Women, Healthy Aging, The Preparation Model

ABSTRACT

This advanced mixed method research design with explanatory sequential design aimed to develop the preparation model for menopausal women toward healthy aging. There were 3 phases of research process as follows: 1) The preparation behavior and the behavioral factors related to preparation 2) The perspectives on factors affecting preparation behavior and 3) The preparation model development for menopausal women toward healthy aging. The results revealed the preparation behavior at the mid-level with the behavioral factors related to preparation were family support, self-efficacy, attitudes for aging, community support, income, medical and public health services, marital status as widowed or abandoned, and leadership roles. The preparation model for menopausal women toward healthy aging consisted of 5 components as follows: Knowledge and experience, related to the elderly, medical and public health support, the readiness women club, the community support and the policy support by the district quality of life development committee. The model had been evaluated by connoisseur as be appropriate and practical possibilities. The model should be applied and integrated into health promotion and health service systems for menopausal and applied in pre-aging people in areas and other areas appropriately.

ประกาศขอบคุณการ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความกรุณาของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริไลซ์ วนรัตน์วิจิตร ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้อุทิศส่วเวลาอันมีค่ามาเป็นที่ปรึกษา พร้อมทั้งให้คำแนะนำตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ และขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ให้คำแนะนำเพื่อให้งานวิทยานิพนธ์นี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น อันประกอบไปด้วย รองศาสตราจารย์ ดร.สุธรรม นันทมงคลชัย ประธานกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ และคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาจันต์ สงทับ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรุณวรรณ กิรตสิโรจน์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ด้วยความเอาใจใส่ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์ และทรงคุณค่า

กราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ชาตรี มณีโกศล อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏ เชียงใหม่ และผู้ช่วยศาสตราจารย์สุรศักดิ์ นุ่มมีศรี รองอธิการบดี มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ (คณบดี คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีในปีที่เข้าศึกษา) เป็นอย่างสูง ที่ได้กรุณาให้ความอนุเคราะห์ทุนการศึกษาพัฒนาบุคลากรสายวิชาการในการศึกษาระดับปริญญาเอก และการทำวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาในการตรวจเครื่องมือวิจัยพร้อมให้คำแนะนำในการทำวิจัย ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญ ผู้บริหารสาธารณสุขทั้งภาครัฐ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สตรีวัยทองและครอบครัว ผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล และอำนวยความสะดวกแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดีในการเข้าไปทำวิจัย และเก็บข้อมูลในพื้นที่เขตอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

เหนือสิ่งอื่นใดขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา ของผู้วิจัย ขอขอบคุณสามี และบุตรอันเป็นที่รักทั้งสอง เพื่อนร่วมงาน และเพื่อนร่วมชั้นเรียนทุกท่านที่ให้การกำลังใจในทุกๆ ด้านอย่างดีที่สุดเสมอมา

คุณค่าและคุณประโยชน์อันพึงจะมีจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบและอุทิศแต่ผู้มีพระคุณทุกๆ ท่าน ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า งานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพดี สำหรับระบบสาธารณสุขในประเทศและผู้ที่สนใจนำไปใช้ประโยชน์ในอนาคตต่อไป

มัจฉินท์ แพงศิริ

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
ประกาศศุภณูปการ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	9
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	9
ขอบเขตของการวิจัย.....	10
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	11
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยเกี่ยวข้อง.....	15
แนวคิดสตรีวัยทอง.....	15
แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุคุณภาพ และผู้สูงอายุสุขภาวะ.....	19
นโยบายและสถานการณ์การดำเนินการบริการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุในประเทศ.....	24
แนวคิดเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อม.....	27
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษารูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาวะ ในประเทศ และต่างประเทศ.....	40
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	48

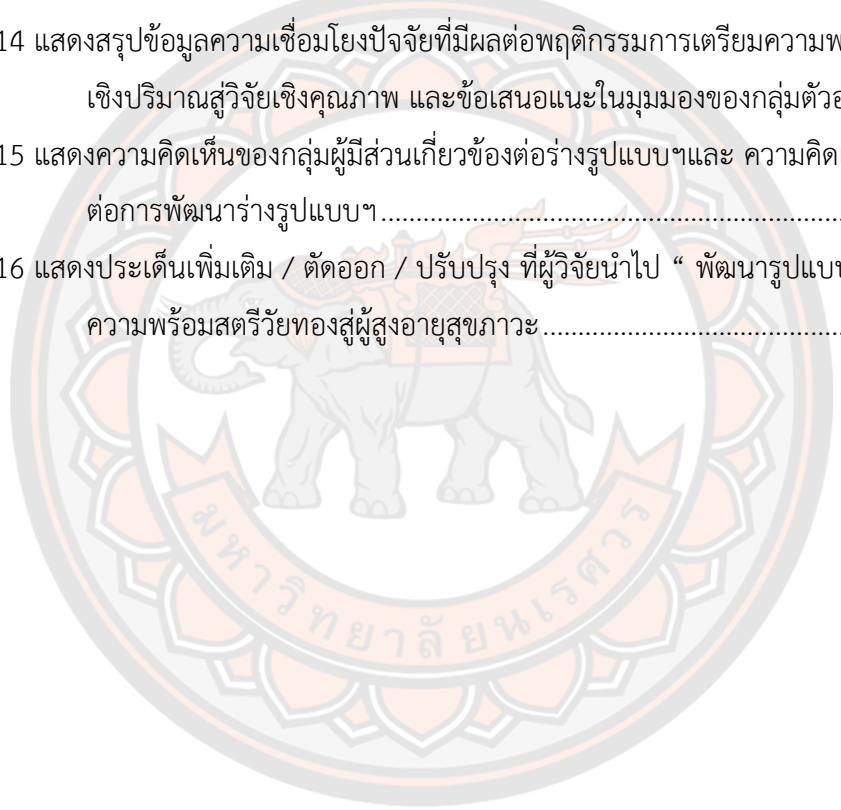
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	52
รูปแบบการวิจัย	52
การวิจัยระยะที่ 1 ศึกษาพฤติกรรมเตรียมความพร้อม และปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม เตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพ	56
การวิจัยระยะที่ 2 ศึกษามุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเตรียมความพร้อมของสตรีวัย ทองผู้สูงอายุสุขภาพ	68
การวิจัยระยะที่ 3 พัฒนาและประเมินผลรูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองผู้สูงอายุ สุขภาพ	79
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (Ethical consideration)	93
บทที่ 4 ผลการวิจัย	95
การวิจัยระยะที่ 1 ศึกษาพฤติกรรมเตรียมความพร้อม และปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม เตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพ	95
การวิจัยระยะที่ 2 มุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทอง ผู้สูงอายุสุขภาพ	120
การวิจัยระยะที่ 3 การพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองผู้สูง อายุสุขภาพ	151
บทที่ 5 บทสรุป.....	188
สรุปผลการวิจัย.....	189
อภิปรายผลการวิจัย.....	196
ข้อเสนอแนะ.....	207
บรรณานุกรม.....	209
ภาคผนวก.....	216
ประวัติผู้วิจัย.....	242

สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายตำบล	57
ตาราง 2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n = 303).....	97
ตาราง 3 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรวม ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับเตรียมความพร้อม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ, การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ, การรับรู้ความสามารถตนเอง (n = 303).....	99
ตาราง 4 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรายข้อของ ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับเตรียมความพร้อม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ, การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ, การรับรู้ความสามารถตนเอง (n = 303).....	99
ตาราง 5 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับเตรียมความพร้อม ได้แก่ การรับรู้ด้านสุขภาพของการเป็นผู้สูงอายุ และทัศนคติที่ดีต่อการเป็นผู้สูงอายุ (n = 303).....	102
ตาราง 6 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรายข้อของ ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับเตรียมความพร้อม ได้แก่ การรับรู้ด้านสุขภาพของการเป็นผู้สูงอายุ และทัศนคติที่ดีต่อการเป็นผู้สูงอายุ (n = 303).....	102
ตาราง 7 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ความเชื่อและวัฒนธรรม แรงสนับสนุนทางครอบครัว แรงสนับสนุนทางชุมชน แรงสนับสนุนทางสิ่งแวดล้อม และระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข (n = 303)	104
ตาราง 8 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรายข้อของ ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับเตรียมความพร้อม ได้แก่ ความเชื่อและวัฒนธรรม, แรงสนับสนุนทางครอบครัว, แรงสนับสนุนทางชุมชน, แรงสนับสนุนทางสิ่งแวดล้อม และระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข (n = 303).....	105
ตาราง 9 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองสู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพดี ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม และด้านจิตปัญญา (n=303).....	108

ตาราง 10 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรายชื่อของพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองสู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพดี ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม และด้านจิตปัญญา (n=303).....	109
ตาราง 11 แสดงตัวแปรและระดับการวัดตัวแปร	115
ตาราง 12 แสดงการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพของสตรีวัยทอง (n=303).....	119
ตาราง 13 แสดงสรุปปัจจัยที่ส่งผลต่อการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพดี (เรียงตามค่าสัมประสิทธิ์ที่ใช้ในการทำนายจากมากไปน้อย)	121
ตาราง 14 แสดงสรุปข้อมูลความเชื่อมโยงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมฯ จากวิจัยเชิงปริมาณสู่วิจัยเชิงคุณภาพ และข้อเสนอแนะในมุมมองของกลุ่มตัวอย่าง	141
ตาราง 15 แสดงความคิดเห็นของกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่อร่างรูปแบบฯ และ ความคิดเห็นของนักวิจัยต่อการพัฒนาร่างรูปแบบฯ.....	157
ตาราง 16 แสดงประเด็นเพิ่มเติม / ตัดออก / ปรับปรุง ที่ผู้วิจัยนำไป “ พัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพดี	164



สารบัญภาพ

หน้า

ภาพ 1 แสดง The three pillars of policy framework for active aging	21
ภาพ 2 แสดงองค์ประกอบของความสามารถในการดำเนินกิจกรรม(Functional ability) เพื่อนำไปสู่ ภาวะสูงวัยสุขภาวะดี (Healthy aging)	23
ภาพ 3 แสดง The Preparedness Cycle.....	33
ภาพ 4 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย	50
ภาพ 5 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปริมาณในระยะที่ 1	51
ภาพ 6 แสดงระเบียบวิธีวิจัยออกแบบอธิบายตามลำดับ(Explanatory Sequential Design)	53
ภาพ 7 แสดงขั้นตอนการดำเนินการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed methods).....	54
ภาพ 8 แสดงขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	55
ภาพ 9 แสดงการวิจัยระยะที่ 2 การศึกษามุมมองต่อของปัจจัยส่งผลการเตรียมความพร้อมของสตรี วัยทองสู่ผู้สูงอายุสุภาพะ.....	68
ภาพ 10 แสดงสรุปขั้นตอนการศึกษาวิจัยระยะที่ 3.....	80
ภาพ 11 ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุภาพะ.....	148
ภาพ 12 แสดง (ร่าง) รูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุภาพะ	155
ภาพ 13 แสดงรูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุภาพะ ฉบับปรับปรุง.....	169
ภาพ 14 แสดงรูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุภาพะ	187

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาของปัญหา

ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี เป็นเป้าหมายสูงสุดที่ต้องการให้เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ (World Health Organization (2015) ตามแนวคิดผู้สูงอายุสุขภาพมุ่งมั่น กระบวนการพัฒนาและคงไว้ซึ่งความสามารถในการดำเนินกิจกรรมเพื่อการมีสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเป้าหมายท้ายสุด คือความสามารถในการดำเนินกิจกรรมด้วยตนเอง (Functional ability) มีความสามารถในการดำเนินกิจกรรมทางกาย จิต สังคมและจิตปัญญาด้วยตนเอง (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2561)

สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย เป็นสังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ ปี พ.ศ.2548 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2560) และเข้าสู่ “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” (Complete aged society) แล้วในปี พ.ศ.2564 คือมีผู้สูงอายุเกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ ตามนิยามขององค์การสหประชาชาติ (United Nations, 2009) และคาดว่าในอีก 10 ปี คือ พ.ศ. 2574 ประเทศไทยจะเข้าสู่ “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” (Super aged society) คือ มีสัดส่วนสูงเกินร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด (World Health Organization, 2015) ที่สำคัญพบว่าประชากรวัยก่อนสูงอายุมีจำนวนมาก จากข้อมูลประชากรที่ผ่านมาในปี พ.ศ.2553-2560 ยังพบอีกว่าอัตราส่วนของประชากรวัยก่อนสูงอายุตั้งแต่ 40-59 ปี ที่กำลังจะเข้าสู่สูงวัยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในปี พ.ศ.2556, 2558 และ 2560 คือ ร้อยละ 23.1, 23.3 และ 23.5 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) ที่สำคัญกลุ่มประชากรเหล่านี้คือ กลุ่มประชากรที่จะก้าวเข้าสู่ผู้สูงอายุอนาคตอันใกล้ ที่สำคัญข้อมูลบ่งบอกถึงขนาดของปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่อาจเพิ่มมากขึ้นในอนาคต หากไม่มีการเตรียมความพร้อมของกลุ่มวัยดังกล่าวจะถือเป็นอุปสรรคอย่างมากต่อการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในอนาคต

สภาพปัญหาสูงอายุปัจจุบัน เมื่อมีผู้สูงอายุจำนวนมาก ปัจจุบันปัญหาที่เกิดกับผู้สูงอายุนอกจากมีความเสื่อมถอยของร่างกายทุกระบบ ยังพบปัญหาสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ 1) ปัญหาสุขภาพกาย ที่พบมาก ได้แก่ อาการทางสมองแบบเฉียบพลัน โรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน 2) ปัญหาสุขภาพจิต มักเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม ปัญหาความรู้สึกของการเป็นภาระแก่ลูกหลาน พบว่า บางรายอาจมีอาการถึงขั้นระดับอาการซึมเศร้า (Depression) จนอาจทำให้เกิดความรุนแรงถึงความผิดปกติทางจิตเกิดขึ้นได้ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่แย่งลง 3) ปัญหาสมาชิกในครอบครัวและสังคมที่มีผลต่อผู้สูงอายุ ในอดีตสังคมไทยเป็นครอบครัวใหญ่ ผู้สูงอายุมักจะไม่รู้สึกเหงาเพราะได้อยู่ร่วมกับลูกหลาน แต่ในสังคมปัจจุบันสภาพสังคมเปลี่ยนแปลง

ไป ผู้สูงอายุที่อยู่ในสังคมเมืองอาจถูกทอดทิ้ง เนื่องจากภาระภาระงานของลูกหลาน จึงทำให้เกิดปัญหาด้านจิตใจตามมาอีกด้วย (ภัทรพรรณ ทำดี, 2559)

ความจำเป็นในการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ จากสภาพปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่ผ่านมาสะท้อนให้เห็นถึงพฤติกรรมที่กระทำในวัยก่อนสูงอายุที่ยังไม่เหมาะสม และจากสังคม สิ่งแวดล้อมรอบข้างผู้สูงอายุ หรือกล่าวได้ว่าสภาพปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ เกิดจากพฤติกรรมที่ปฏิบัติในอดีตมายาวนานจนถึงปัจจุบัน รวมทั้งเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ หากไม่มีการเตรียมตัวต่อการเปลี่ยนแปลง จะเกิดผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจผู้สูงอายุ รวมถึงศักยภาพความสามารถในการดำรงชีวิตด้วยโรคภัยไข้เจ็บ อาจส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน สังคม เศรษฐกิจของผู้สูงอายุตามมา จึงมีความจำเป็นในการเตรียมความพร้อมด้านพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวัยก่อนที่จะเป็นผู้สูงอายุ

กลุ่มก่อนวัยสูงอายุ กับการเรียนรู้ความเป็นผู้สูงอายุก่อน จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างมาก อย่างน้อย 10 ปี ก่อนเป็นผู้สูงอายุ จากการศึกษาค้นคว้าของ Philip Selby and Adrian Griffiths: A Guide to successful aging. Preparing, Coping, and Caring พบว่า ช่วงปีที่ควรทำให้เกิดการเรียนรู้ การเตรียมตัว การเปลี่ยนถ่ายจากวัยก่อนเข้าสู่สูงอายุควรมีการเตรียมตัวมากกว่า 10 ปีขึ้นไป (Selby & Griffiths, 1986) สอดคล้องกับนายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช ซึ่งได้กล่าวไว้ในหนังสือ คู่มือผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์ว่า คนส่วนใหญ่ก่อนเข้าวัยสูงอายุ ไม่ได้มีการเตรียมตัวเตรียมใจต่อการเป็นผู้สูงอายุ เพราะคิดว่าเป็นความเสื่อมที่ทุกคนต้องเจอตามธรรมชาติ ทั้ง ๆ ที่บางคนสามารถมีชีวิตต่อไปได้ถึง 10-20 ปี (บรรลุ ศิริพานิช, 2550) ขณะเดียวกัน พบว่า กลุ่มวัยก่อนสูงอายุพบปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ พบว่า ร้อยละ 20 ของกลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพที่แย่มากๆ ก่อนเกษียณ ร้อยละ 22 ไม่ได้พักหรือลดจากงานเดิมก่อนเลย ยังคงทำงานหนักจนกระทั่งเกษียณงาน และร้อยละ 83 พบปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดจากความเครียดจากภารกิจประจำวันในการประกอบอาชีพ ภาวะโรคเรื้อรังที่สั่งสมมาตั้งแต่วัยผู้ใหญ่ตอนต้น (Dwyer & Mitchell, 1999) และพบว่ามีความดันโลหิตสูงมากที่สุด โรคเบาหวานพบมากในผู้หญิงมากกว่าชาย ส่วนผู้ชายมักเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าหญิง (พานทิพย์ แสงประเสริฐ, 2558) หากสถานการณ์ยังคงเป็นลักษณะดังกล่าว อาจส่งผลกระทบต่อโรคและการดำเนินชีวิต การช่วยเหลือตนเอง ของผู้สูงอายุในอนาคต หรือเรียกได้ว่า ผู้สูงอายุสุขภาพที่ดี ดังนั้นจึงควรมีการเตรียมความพร้อมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งต้องใช้เวลาก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ

กลุ่มวัยทองเป็นกลุ่มที่มีช่วงอายุก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ และมีปัญหาสุขภาพควรได้รับการเตรียมความพร้อม เพราะเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติ ทั้งนี้งานวิจัยต่างประเทศ ยังพบอีกว่า พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ ส่วนใหญ่มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและก่อให้เกิดการทุพพลภาพเมื่อเข้าสู่สูงอายุในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ได้แก่ การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การขาดหรือไม่ออกกำลังกาย ปัญหาทางภาวะโภชนาการ เป็นต้น (Casado, 2006) และด้วยลักษณะทั่วไป สตรีจะเข้าสู่วัยทองเมื่อประจำเดือนไม่มาติดต่อกันเป็นเวลา 12 เดือนหรือ 1 ปี (Post-menopause) แต่เนื่องจากเพศชายไม่

มีประจำเดือนและอายุไม่ใช่ตัวชี้วัดว่าเมื่อไหร่ผู้ชายจะเข้าสู่ภาวะวัยทอง และมักไม่มีอาการและอาการแสดงของวัยทองชายอย่างเด่นชัด (Partial Androgen Deficiency in Aging Male: PADAM) เนื่องจากระดับฮอร์โมนเพศของแต่ละคนในแต่ละช่วงอายุก็ไม่เท่ากัน (Bhasin et al., 2010) หากเปรียบเทียบแล้วสิ่งเหล่านี้ น่าจะเป็นสิ่งกระตุ้นให้สตรีวัยทองได้ตระหนักถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้มากกว่าชายวัยทอง ในขณะที่เดียวกันเพราะสตรีวัยทอง เป็นผู้ที่มีความรู้ค่าของสภาวะการเป็นแม่ และมีอิทธิพลต่อคนในครอบครัว สามารถเป็นผู้นำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในเพศชายต่อไปได้

ปัญหาสุขภาพกลุ่มวัยทอง ซึ่งเป็นวัยที่เริ่มมีปัญหาสุขภาพจากการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมน และปัญหาพฤติกรรมตนเอง เช่น พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของสตรีวัยทอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการควบคุม น้ำหนัก ด้านการรับประทานอาหาร ตามลำดับ (อุมพร ปุณฺณโสพรรณ, 2554) สตรีวัยทองยังขาดความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในดำเนินชีวิตด้วยตนเอง Aging changes in the female reproductive system ของ U.S. National of Medicine (2018) และขาดทักษะการรู้จักคุณค่าในตนเอง การส่งเสริมภาวะโภชนาการ กิจกรรมการออกกำลังกาย การเผชิญความเครียดและการมีส่วนร่วมในการจัดการบริการสุขภาพอนามัยด้วยตนเอง (Ngai & Chan, 2021) ซึ่งสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของประชาชนวัยก่อนเข้าสู่สูงอายุและวัยก่อนเกษียณ ดังกล่าวข้างต้น (Dwyer & Mitchell, 1999)

ผลกระทบปัญหาสุขภาพกลุ่มวัยทอง จากสถานการณ์ปัญหาสตรีวัยทองดังกล่าวผู้วิจัย จึงได้ข้อสรุปว่า ปัญหาสุขภาพของสตรีวัยทองที่เป็นปัญหาหลัก คือ ปัญหาพฤติกรรม ซึ่งเป็นปัญหาเดียวกับกลุ่มก่อนสูงอายุกลุ่มอื่น ๆ ที่ได้กล่าวมาข้างต้น โดยเฉพาะพฤติกรรมที่จะนำไปสู่โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ถ้ายังไม่ได้รับการส่งเสริมให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือไม่มีการเตรียมความพร้อมจะส่งผลกระทบต่อสตรีวัยทอง ซึ่งจะส่งผลกระทบ ได้แก่ ด้านร่างกาย จะส่งผลกระทบต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อร่างกายอย่างรุนแรง และฉุกเฉินโดยไม่คาดคิดมาก่อน เช่น โรคภาวะหลอดเลือดในสมอง และภาวะฟังกิงถาวร จนถึงช่วงสุดท้ายในชีวิต ด้านจิตใจ อาจเกิดภาวะซึมเศร้า หรือปัญหาการฆ่าตัวตายจากการพลัดพรากจากคู่สมรส หรือต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว ปัญหาสังคมสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การไม่สามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ การปฏิบัติพฤติกรรมจะซ้าลง ต้องมีสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในการดำรงชีวิต ในด้านจิตปัญญา ก็จะไม่สามารถตัดสินใจในชีวิตบั้นปลายของตนเองในทางที่ถูกที่ควรเพื่อนำมาซึ่งความสุขในวัยสูงอายุ

นโยบายการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่ผู้สูงอายุของประเทศไทย พบว่า ยังไม่มีนโยบาย และกิจกรรมการบริการเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ ที่ชัดเจน โดยเฉพาะนโยบายการเตรียมความพร้อม ในประเทศไทยยังไม่ได้ให้ความสำคัญในเชิงนโยบายที่เป็นรูปธรรม โดยนโยบายประเทศไทยได้เน้นไปที่การแลในกลุ่มผู้สูงอายุ ไม่ใช่ก่อนสูงอายุ ดังยุทธศาสตร์ที่ 2 ใน

แผนพัฒนาผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ.2545-2564 ได้แก่ นโยบายส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วย และดูแลตนเองเบื้องต้น การสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ การสนับสนุนการเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ การสนับสนุนรายได้ และการสนับสนุนการเข้าถึงสื่อและข้อมูลแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งนโยบายดังกล่าวไม่ได้เน้นการเตรียมตัวของวัยก่อนเป็นผู้สูงอายุ เป็นเพียงนโยบายที่สร้างความตระหนักในการเป็นผู้สูงอายุ และยังคงเน้นกิจกรรมด้านการส่งเสริมกิจการดำเนินงานสำหรับผู้สูงอายุให้หน่วยงานในประเทศ (กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2562)

ส่วนกิจกรรมการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของสตรีวัยทองนั้นไม่พบชัดเจน แต่มีการส่งเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการ ซึ่งส่วนใหญ่ยังเน้นด้านการรักษาอาการในวัยทองโดยเป็นรูปแบบคลินิกวัยทองในโรงพยาบาลทุกระดับ ทั้ง รพช./ รพท./รพศ. (กรมอนามัย และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) ซึ่งพบว่า 1) สตรีวัยทองยังขาดความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในดำเนินชีวิตด้วยตนเอง Aging changes in the female reproductive system ของ U.S. National of Medicine (2018) 2) ขาดการได้รับการสนับสนุนด้านความรู้และทำความเข้าใจในสภาวะการณ่เจริญพันธุ์ตามธรรมชาติ พันธุกรรม และวัฒนธรรม และการคัดกรองความเสี่ยงของโรคเรื้อรังในอนาคต (Shorey & Esperanza, 2019) 3) ขาดการได้รับทักษะการรู้จักคุณค่าในตนเอง การส่งเสริมภาวะโภชนาการ กิจกรรมการออกกำลังกาย การเผชิญความเครียดและการมีส่วนร่วมในการจัดการบริการสุขภาพอนามัยด้วยตนเอง (Ngai & Chan, 2021) และ 4) ขาดการสนับสนุนสร้างเครือข่ายชุมชนโดยมีบุคลากรสาธารณสุขให้คำแนะนำในด้านกระบวนการฝึกอบรมและการนำเสนอนโยบายสู่การปฏิบัติที่ยั่งยืน (ฉัตรทอง จารุพิสิฐไพบูลย์, ณีภูษิณีภรณ์ จันท์ โณทัย, วรธนา ธนานุภาพไพศาล และจงกลณี ต้อยเจริญ, 2555; บุญช่วย นาสูงเนิน, 2554) จากข้อมูลระบบการบริการของประเทศไทยไม่ปรากฏถึงความชัดเจนในการสนับสนุนการเตรียมความพร้อมของวัยทองเข้าสู่ผู้สูงอายุ เพื่อเป็นผู้สูงอายุสุขภาพที่ดี ซึ่งปัญหาเหล่านี้หากไม่รีบดำเนินการป้องกัน และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง หรือเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ อาจเกิดผลกระทบต่อสุขภาพเมื่อวัยสูงอายุ เช่น ภาวะหลอดเลือดในสมอง และเกิดความพิการตามมา

การทบทวนผลศึกษาเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อม พบว่า ระดับการเตรียมความพร้อมของประชาชนกลุ่มนี้ยังไม่ดีเท่าที่ควร เช่น การศึกษาการเตรียมความพร้อมก่อนการเกษียณอายุของพนักงานการเคหะแห่งชาติ: พนักงานผู้ปฏิบัติหน้าที่ในสำนักงานใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง (อังคณา วิจิต, 2560) และการศึกษาการรับรู้และการเตรียมตัวเพื่อการเข้าสู่วัยสูงอายุของคนไทยก่อนวัยสูงอายุ 50-59 ปี พบว่ามีการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (วรรณรา ชื่นวัฒนา, 2555) ซึ่งไม่พบการศึกษาในกลุ่มวัยทอง ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองกลุ่มก่อนวัยสูงอายุ พบว่า ปัจจัยทางคุณลักษณะส่วนบุคคลได้แก่ เพศ สถานภาพ การศึกษา รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว และจำนวนบุตร (ประกาย จิโรจน์กุล , นิภา ลีสุคนธ์ , เรณู ขวัญยืน และ

วันเพ็ญ แก้วปาน, 2560) ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความรู้ของสตรีวัยทองต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง, การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค, ความสามารถในการดูแลตนเอง, บทบาททางสังคมของตนเอง, ระบบความเชื่อและประสบการณ์ในการดูแลตนเอง, กลวิธีเผชิญความเครียดและคุณภาพชีวิต ทักษะชีวิตที่ดีต่อการเป็นผู้สูงอายุ และประสบการณ์ดูแลผู้สูงอายุ ที่มีผลต่อการเตรียมความพร้อม การมุ่งอนาคต การเห็นประโยชน์ของการเตรียมความพร้อม เพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุด้านสุขภาพร่างกาย (Ngai & Chan, 2021; อภารัตน์ อิงคภากร และนาถ พันธุมนาวิน, 2562)

ปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคลหรือแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางชุมชน, แรงสนับสนุนทางครอบครัว และ แรงสนับสนุนทางสิ่งแวดล้อม (วิไลพร วงศ์คินี, โรจณี จินตนาวัฒน์ และกนกพร สุคำวัง, 2556) สำหรับการทบทวนรูปแบบการเตรียมความพร้อม พบว่าไม่ปรากฏรูปแบบการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของสตรีวัยทอง แต่พบรูปแบบที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมความพร้อม สู่วัยสูงอายุของสตรีวัยทอง โดยเน้นใช้กลยุทธ์เป็นรายด้าน ได้แก่ รูปแบบการเตรียมความพร้อมที่เน้นด้านการออมเงินก่อนเกษียณหรือเข้าสู่วัยสูงอายุ (Chatterjee & Zahirovic, 2009) ด้านการให้ความรู้ (Scagnetti et al. (2015) และการให้การศึกษา และการมีส่วนร่วมของชุมชน ครอบครัว (ณัฐธยาน์ วิสารพันธ์ (2558) และการจัดระบบบริการในคลินิกวัยทอง โดยใช้กลยุทธ์เชิงส่งเสริมสุขภาพ (โสภิตา เทิดทำดี (2547) แต่ยังไม่มีความชัดเจนในรูปแบบที่เน้นคนเป็นศูนย์กลางที่มุ่งเป้าในการจัดการพฤติกรรมระดับบุคคล และระดับองค์กรเพื่อการเตรียมความพร้อมในด้านสังคมชุมชน ภาควิเคราะห์สุขภาพเพื่อเป็นผู้สูงอายุสุขภาพดี

แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อม คือ แนวคิดวงจรการเตรียมความพร้อม (Federal Emergency Management Agency, 2010) ที่ได้รับการพัฒนาขึ้นจากเหตุการณ์ในสถานะฉุกเฉิน โดยผ่านวงจร 4 ขั้นตอน ได้แก่ “การวางแผน การจัดการทรัพยากร การจัดการอบรม และการประเมินผลและดำเนินการแก้ไข” ซึ่งสามารถนำมาใช้ในการเตรียมตัวเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ โดยเป็นการเตรียมความพร้อมระดับชุมชน ให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการด้วย นำมาใช้ประกอบกับแนวคิดสุขภาวะที่ดี (World Health Organization, 2015) ที่ต้องมีการเตรียมการ หรือให้ความสำคัญกับทางเลือกปฏิบัติพฤติกรรมและสามารถดำเนินการได้ตลอดทุกช่วงชีวิต ภายใต้องค์ประกอบต่างๆ อย่างรอบด้าน เพื่อให้เกิดความสุข สมบูรณ์ของชีวิต ซึ่งแนวคิดสุขภาวะเป็นแนวคิดหลักที่นักวิชาการและผู้ให้บริการวิชาชีพต่างๆ ให้ความสนใจเป็นพิเศษในการนำมาบูรณาการในการพัฒนาศักยภาพทางสุขภาพของบุคคลในด้านต่างๆ โดยเริ่มตั้งแต่บุคคล ครอบครัว สังคม ตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยสุดท้ายของชีวิต และพัฒนาจากการเสริมสร้างสุขภาพ เป็นการวางแผนเตรียมการในการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคลจากวัยหนึ่งสู่วัยหนึ่ง จากความเป็นปัจเจกบุคคลสู่ความเป็นชุมชนในอนาคตต่อไป (กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2562) สอดคล้องกับการศึกษาของสุรพิเชษฐ์ สุขโชติ และอุบลวรรณ หงษ์วิทยากร (2559) พบว่า การ

สัมภาษณ์ผู้บริหารองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นหลายอำเภอ ให้ความเห็นตรงกันว่า การดำเนินการเตรียมความพร้อมสังคมผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพต้องอาศัยความร่วมมือทุกภาคส่วน ทั้งการให้การศึกษารูปแบบ การให้การดูแลสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต และการจัดการระบบสวัสดิการเพื่อผู้สูงอายุในอนาคต

จังหวัดเชียงใหม่ ตั้งอยู่ทางภาคเหนือของประเทศไทย จากสถานการณ์ของประชากรในจังหวัดเชียงใหม่ซึ่งปัจจุบันถือว่าเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ตามคำนิยามขององค์การสหประชาชาติเรียบร้อยแล้ว เพราะมีสัดส่วนผู้สูงอายุเกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งจังหวัด โดยพบว่า ในปี พ.ศ.2562 จากจำนวนประชากรประมาณ 1.7 ล้านคน มีประชากรผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 18.8 ซึ่งคิดเป็นอัตราส่วนของประชากรวัยพึ่งพิงในจังหวัดเชียงใหม่ถึงร้อยละ 32.2 (สำนักงานสถิติเชียงใหม่, 2562) ด้วยสาเหตุหลายประการ เช่น ระบบสาธารณสุขที่ดีขึ้น สภาพแวดล้อมและธรรมชาติที่น่าอยู่ ทำให้อายุขัยเฉลี่ยของประชาชนเพิ่มสูงขึ้น ประกอบกับจังหวัดเชียงใหม่เองเป็นเมืองที่มีความน่าอยู่ ผู้สูงอายุจำนวนมากย้ายมาจากต่างจังหวัดและต่างประเทศ และเลือกที่จะใช้ชีวิตบั้นปลายในจังหวัดเชียงใหม่ ส่งผลให้ผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สถิติแนวโน้มสังคมผู้สูงอายุของจังหวัดเชียงใหม่ จากข้อมูลทั้งระดับชาติและท้องถิ่น พบว่าจังหวัดเชียงใหม่มีความตื่นตัวค่อนข้างมาก จากแผนพัฒนาจังหวัดเชียงใหม่ พ.ศ. 2561-2564 พบว่า การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุนำมาซึ่งปัญหาและความท้าทายหลายประการแก่สังคมเมืองเชียงใหม่ ไม่ว่าจะเป็นจำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือดูแลโดยครอบครัว ชุมชน และสังคม มีเพิ่มมากขึ้น ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งและไม่มีผู้ดูแลมีมากขึ้น ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้มีเพิ่มมากขึ้น ผู้สูงอายุขาดโอกาสในการมีส่วนร่วมทางสังคม ชุมชนขาดสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกที่เอื้อต่อความเป็นอยู่และการดำรงชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ เป็นต้น ประกอบกับองค์ประกอบทางสังคมอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น การขยายตัวของสังคมเมือง ส่งผลให้วัยแรงงานเข้ามาทำงานในเมือง และทำให้ผู้สูงอายุในชนบทไม่มีผู้ดูแล โรคภัยไข้เจ็บอันเกิดจากการใช้ชีวิตสมัยใหม่ และโรคเรื้อรังต่างๆ (โรคเมะเร็ง โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง) ความเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว ส่งผลต่อความรู้ไม่เท่าทันความเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ และความอ่อนแอของสถาบันครอบครัว จึงทำให้ความสำคัญและบทบาทของผู้สูงอายุในสังคมลดลง เป็นต้น “สังคมล้านนา” เป็นสังคมซึ่งมีวัฒนธรรมที่มีเอกลักษณ์เฉพาะของผู้คนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อันเคยเป็นดินแดนอาณาจักรล้านนาในอดีต และเป็นสังคมที่มีวัฒนธรรมในด้านวิถีชีวิต ภูมิปัญญา ความเชื่อ ศิลปะ จารีตประเพณี และพฤติกรรมบริการบริโภค ที่เชื่อมโยงกับสุขภาพของคนในชุมชน ทำให้วิถีชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนภาคเหนือ โดยเฉพาะในพื้นที่เขตชนบทของผู้สูงอายุแตกต่างกัน ทั้งในด้านความเป็นอยู่ และความต้องการพื้นฐาน จากสถานการณ์ความเจ็บป่วยในผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่ทำให้ต้องใช้งบประมาณด้านสุขภาพสูงมาก ข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ในปีงบประมาณ 2555 พบว่าต้องใช้

งบประมาณสูงถึง 85.56 ล้านบาท เฉพาะจากโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุ และจากการเก็บข้อมูลระดับพื้นที่ของสำนักพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมภาคเหนือพบว่าค่าใช้จ่ายในการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 31 ของค่าใช้จ่ายรวมของสถานพยาบาลในชุมชน (สำนักพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมภาคเหนือ, 2558) ซึ่งหากจะเปรียบเทียบกับผลรวมของทั้งประเทศในอนาคตอีก 30 ปี (ประมาณพ.ศ. 2590) ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุที่ติดบ้านหรือติดเตียงเพิ่มเป็น 1.1 ล้านคนจากปัจจุบันมีประมาณ 3.7 แสนคน และจะมีค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านประมาณ 3.4 แสนล้านบาท ซึ่งค่าใช้จ่ายเหล่านี้ถือว่าเป็นความรับผิดชอบของประชาชนกลุ่มวัยทำงานก่อนสูงอายุในปัจจุบันนั่นเอง (วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์, 2560)

ปัญหาสุขภาพอีกอย่างหนึ่งที่ควรตระหนักก่อนการเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชนก่อนสูงอายุจังหวัดเชียงใหม่ คือ ปัญหาพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมที่ผ่านมาในอดีต เพราะพฤติกรรมเหล่านี้นำมาสู่การเจ็บป่วยที่พบมากในวัยก่อนผู้สูงอายุทั้งหญิงและชาย โดยเฉพาะพฤติกรรมเสี่ยง หรือ พฤติกรรมทางลบ ไม่ว่าจะเป็นการไม่ออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การสูบบุหรี่หรือการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสม (ภัทรพรรณ ทำดี, 2559) อีกทั้งยังพบปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อาทิ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อ้วนลงพุง จากข้อมูลสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า มีแนวโน้มเกิดในกลุ่มประชากรวัยทำงานที่อายุน้อยลงเพิ่มขึ้น (อายุ 40-49 ปี และ 50-59 ปี) ซึ่งประเด็นปัญหาที่พบทำให้สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์จังหวัดเชียงใหม่ เตรียมพัฒนาระบบการดูแล ติดตาม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่เอื้อกับกลุ่มวัยทำงาน ในการเฝ้าระวังโรค (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์จังหวัดเชียงใหม่, 2559) จะเห็นได้ว่าการเตรียมความพร้อมสังคมในประชากรก่อนสูงอายุ อันได้แก่ กลุ่มสตรีวัยทอง และ/หรือ ชายวัยทอง ที่มีอายุ 45- 59 ปี ในจังหวัดเชียงใหม่ก่อนเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุถือเป็นความสำคัญในการพัฒนาศักยภาพระดับบุคคล โดยสรุปแล้วพบว่า สตรีวัยทองเขตชนบทในจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเรียกตามภาษาถิ่นว่า “สตรีล้านนา” ซึ่งผู้วิจัยสนใจที่จะทำการศึกษา พบว่า เป็นกลุ่มสตรีมีลักษณะของกลุ่มชาติพันธุ์ไท มีการเคารพศาสนาผีอันเป็นศาสนาดั้งเดิม และได้หยั่งรากลึกลงไปในชีวิต ประเพณี วัฒนธรรมมาก่อนพุทธศาสนา สืบเนื่องจากในศาสนาผีนี้ ผู้หญิงเป็นผู้นำในทางพิธีกรรม การสืบสายผีนั้นจะสืบทอดผ่านทางแม่ไปสู่ลูกสาว ด้วยลักษณะการสืบทอดอำนาจนี้เองผู้ชายจึงจำต้องแต่งงานเข้าไปในครอบครัวฝ่ายหญิง และต้องเปลี่ยนมานับถือผีฝ่ายเจ้าสาวด้วย ทางฝ่ายชายเมื่อแต่งงานเข้าไปในบ้านเจ้าสาว ก็มีได้มีสถานะเป็นเจ้าของบ้านแต่อย่างใด เนื่องจากการที่ตนเข้ามาอยู่ใหม่ สิ่งนี้จึงถือได้ว่าเป็นสัญลักษณ์ที่แสดงออกถึงอำนาจของผู้หญิงภายในบ้านที่มีเหนือผู้ชาย และส่งผลให้อำนาจในการจัดการบ้านเรือน การดูแลทุกคนในครอบครัวต้องตกเป็นของผู้หญิงล้านนาด้วย อีกทั้งในยังพบว่า สำหรับสตรีล้านนาที่แต่งงาน แม้ร่างกายของคนในบ้านก็ตกเป็นของสตรี มีหน้าที่ต้องดูแลจัดการ ซึ่งแตกต่างจากสตรีภาคกลางและภาคอื่น ในอดีตที่บุรุษจะเป็นผู้นำในทุก ๆ ด้าน ไม่ว่าจะในสถานใด เพราะการจัดการทุกอย่างในบ้าน

เริ่มที่บุรุษ (ปิยะนาถ อังควาณิกกุล, 2560) ดังนั้นสำหรับสตรีภาคเหนือจะพบว่ามีสถานะผู้นำครอบครัวเกี่ยวกับการคิดการตัดสินใจภายในบ้านจึงทำได้เต็มที่ และปราศจากอำนาจครอบงำของผู้ชาย กระบวนการหล่อหลอมนี้ทำให้กระบวนการทัศน์ของสตรีล้านนาจึงกล้าคิดกล้าทำมากขึ้น แต่ด้วยวิถีชีวิตในยุคปัจจุบันที่เปลี่ยนไป พบว่าภาระงานทางครอบครัวที่มาก ประกอบกับการต้องเผชิญการเปลี่ยนแปลงของวัยทอง ทำให้สตรีวัยทองล้านนายังขาดการเตรียมตัวและขาดความตระหนักในการเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ หรือไม่มีการเตรียมความพร้อมจะส่งผลต่อสตรีวัยทอง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อได้แก่ด้านร่างกาย จะส่งผลกระทบต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อร่างกายอย่างรุนแรง และฉุกเฉินโดยไม่คาดคิดมาก่อน เช่น โรคภาวะหลอดเลือดในสมอง และภาวะฟังกังการจนถึงช่วงสุดท้ายในชีวิต ด้านจิตใจ อาจเกิดภาวะซึมเศร้า หรือปัญหาการฆ่าตัวตายจากการพลัดพรากจากคู่สมรส หรือต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว ปัญหาสังคมสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การไม่สามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ การปฏิบัติพฤติกรรมจะซ้าลง ต้องมีสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในการดำรงชีวิต ในด้านจิตปัญญา ก็จะไม่สามารถตัดสินใจในชีวิตบั้นปลายของตนเอง ในทางที่ถูกที่ควรเพื่อนำมาซึ่งความสุขในวัยสูงอายุ

จากการศึกษารูปแบบการให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ชาย-หญิงวัยทอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (ศูนย์อนามัยที่ 1, 2559) พบว่า ยังขาดความตระหนักในการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ขาดความรู้ในการคัดกรองภาวะสุขภาพและภาวะเสี่ยงทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตด้วยตนเอง ขาดแรงสนับสนุนจากครอบครัวและจากภาคีชุมชน และยังขาดการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกจากบุคลากรสาธารณสุขนั่นเอง อีกทั้งยังพบว่าภาวะสุขภาพของสตรีวัยทองล้านนา ยังพบปัญหาสุขภาพของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น ภาวะดัชนีมวลกายเกินร้อยละ 37 ภาวะไขมันโลหิตสูงร้อยละ 32 ความดันโลหิตสูงร้อยละ 29 นอกจากนี้ยังพบภาวะเสี่ยงโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 31.6 อีกทั้งยังพบว่ามีสตรีวัยทองเพียงร้อยละ 26 เท่านั้นที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ แต่ไม่ออกกำลังกายเลยถึงร้อยละ 48.5 ถือได้ว่าเป็นความเสี่ยงทางพฤติกรรมสุขภาพที่น่าเป็นห่วงอย่างยิ่ง ดังนั้นการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองจึงควรกระทำทั้ง ในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคม และภาคส่วนต่างๆ ให้เห็นถึงความสำคัญของการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของสตรีวัยทอง เพื่อให้มีความรู้ ความสามารถ ในการปฏิบัติพฤติกรรมดำเนินชีวิตที่เอื้อต่อการเป็นผู้สูงอายุ รวมถึงได้รับการสนับสนุนการดูแลและจัดสวัสดิการที่เหมาะสมและมีนโยบายการส่งเสริมการเตรียมความพร้อมอย่างเป็นรูปธรรม ทั้งนี้รูปแบบการเตรียมความพร้อมต้องคำนึงถึงความเหมาะสมต่อวัฒนธรรมล้านนา และส่งเสริมกิจกรรมปฏิบัติพฤติกรรมที่ส่งเสริมการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพกาย จิตใจ สังคม และ จิตปัญญา ให้สตรีวัยทองจังหวัดเชียงใหม่ด้วย สำหรับนโยบายผู้สูงอายุที่จังหวัดดำเนินการอยู่ภายใต้แผนพัฒนาจังหวัดเชียงใหม่ ตามยุทธศาสตร์ที่ 3 คือ การเสริมสร้างสังคมให้มีคุณภาพ คงอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรมนั้น มีการวางแผนโครงการใหญ่ในชื่อว่า “เชียงใหม่สู่สังคมผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ” (สำนักงานสถิติ

แห่งชาติจังหวัดเชียงใหม่, 2559) แต่ยังไม่พบกรอบการดำเนินงานในส่วนของผู้ที่กำลังจะก้าวสู่วัยสูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่อย่างชัดเจน ยังคงมีแต่ลักษณะของการวางแผนเมื่อประชาชนเข้าสู่สูงอายุแล้ว อีกทั้งยังขาดการแปลงแผนตามนโยบายสู่แผนการปฏิบัติการที่เป็นรูปธรรม ซึ่งในความเป็นจริงแล้วสังคมสูงวัยกำลังจะครอบคลุมประชากรทุกช่วงวัย แม้ปัจจุบันนโยบายของรัฐส่วนกลางและท้องถิ่นจะเน้นที่ประชากรผู้สูงอายุเป็นหลัก ดังนั้นควรมีการผลักดันนโยบายเพื่อการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุต้องเน้นประชาชนผู้ที่กำลังจะก้าวสู่ผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ โดยสร้างจากระดับบุคคลและระดับชุมชนโดยการมีส่วนร่วมจากคนทุกส่วนในสังคม

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ควรศึกษาหา “รูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพ” ทั้งนี้เพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพในอนาคต โดยเฉพาะพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประเด็น พฤติกรรมการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุสุขภาพของสตรีวัยทองที่เป็นอยู่ และมีปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทอง นำไปสู่การศึกษาถึง รูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพที่เหมาะสม มีพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมที่ดี สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข และเป็นผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพในอนาคต

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุสุขภาพของสตรีวัยทองเป็นอย่างไร และมีปัจจัยใดที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพ
2. มุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพควรเป็นอย่างไร
3. รูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพควรเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษา “รูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพ” โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะในการวิจัยดังนี้

1. ศึกษาพฤติกรรมการเตรียมความพร้อม และปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพ
2. ศึกษามุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพ
3. พัฒนาและประเมินรูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองผู้สูงอายุ

สมมติฐานของการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของสตรีวัยทอง มีผลต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ
2. ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง มีผลต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ
3. ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านประชากร

ประชากร คือ สตรีวัยทองที่มีอายุ 45-59 ปี มีภูมิลำเนาในเขตอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 8,173 คน

ขอบเขตด้านพื้นที่

ดำเนินการวิจัยในพื้นที่ อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

ขอบเขตด้านระยะเวลา

ดำเนินการศึกษาในระยะเวลา 1 ปี 4 เดือน (มีนาคม 2563-กรกฎาคม 2564)

ระยะของการวิจัย

การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยแบ่งระยะการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ตามกระบวนการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. การวิจัยระยะที่ 1 ศึกษาพฤติกรรมการเตรียมความพร้อม และปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ
2. การวิจัยระยะที่ 2 ศึกษามุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ และรับฟังมุมมองความคิดเห็นจากกลุ่มตัวอย่าง
 - ขั้นตอนที่ 1 ค้นข้อมูลผลการศึกษาเชิงปริมาณ ปัจจัยและพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ
 - ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยสังเคราะห์มุมมอง และอธิบายปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงาน รวมทั้งข้อเสนอแนะ เพื่อสรุปประเด็นสาเหตุปัจจัยและข้อเสนอแนะต่อการสร้างรูปแบบ
3. การวิจัยระยะที่ 3 พัฒนาและประเมินผลรูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ
 - ขั้นตอนที่ 1 ยกร่างรูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ
 - ขั้นตอนที่ 2 เสนอร่างรูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 3 ปรับปรุงพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ
ภาวะ

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินรูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพภาวะ

ขั้นตอนที่ 5 สรุปรูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพภาวะ

นิยามศัพท์เฉพาะ

สตรีวัยทอง (Menopausal Women) หมายถึง สตรีที่มีอายุ 45-59 ปี มีภูมิลำเนาในเขต
อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

ผู้สูงอายุสุขภาพ (Healthy Aging) หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีกระบวนการพัฒนาและคงไว้ซึ่ง
ความสามารถในการดำเนินกิจกรรมเพื่อการมีสุขภาพของตนเอง

ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal Factors) หมายถึง คุณลักษณะของบุคคลและ
ประสบการณ์ของสตรีวัยทอง ในด้านชีววิทยา จิตวิทยา สังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ อายุ, ศาสนา,
สถานภาพ, ระดับการศึกษา, อาชีพหลัก, จำนวนรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอต่อค่าใช้จ่ายใน
ครอบครัว, จำนวนสมาชิกในครอบครัว, ระยะเวลาหมดประจำเดือน(จำนวนปี), ภาวะการเจ็บป่วยทาง
สุขภาพหรือโรคประจำตัว, การตรวจสุขภาพประจำปี, อาการและอาการแสดงของสตรีวัยทอง และ
บทบาทในสังคมของสตรีวัยทอง

อาการของสตรีวัยทอง (Signs and Symptoms of Menopausal Women)
หมายถึง อาการก่อน ระหว่างและหลังการหมดประจำเดือน มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายหลายด้าน
เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนในร่างกาย และส่งผลต่อด้านอื่น ๆ เช่น จิตใจ อารมณ์
สังคม ได้แก่ เหงื่อออกง่าย ร้อนวูบวาบตามร่างกาย หงุดหงิดบ่อย เบื่อไม่สนใจทางเพศ ปวดศีรษะ
บ่อย เป็นต้น

บทบาทในสังคมของสตรีวัยทอง (Roles in Society of Menopausal Women)
หมายถึง การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมทางสังคมของสตรีวัยทอง มีตำแหน่งทางกิจกรรมเช่น เป็น
ประธานชมรมสตรี คณะกรรมการชมรมสตรี หรือสมาชิกในชมรมสตรี หรือ สมาคมต่าง ๆ โดย
กิจกรรมมีการแลกเปลี่ยนและร่วมกันพัฒนาตนเองด้านสุขภาพสตรีวัยทอง และการเตรียมความ
พร้อมการเป็นผู้สูงอายุสุขภาพภาวะ

**การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเตรียมความพร้อม (The Perception of
Recognition of Preparation Practical Benefits)** หมายถึง การที่สตรีวัยทองมีการรับรู้ ความ
เข้าใจถึงผลดีหรือประโยชน์จากการปฏิบัติเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพภาวะดี ได้แก่
การตรวจสุขภาพประจำปี การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การรับรู้อาการการเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้า

สู่วัยทอง ความเข้าใจในภาวะสุขภาพและการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพตามคำแนะนำของบุคลากร
สาธารณสุข

การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมเตรียมความพร้อม (The Recognition of Preparation Practical Barriers) หมายถึง การที่สตรีวัยทองมีความเชื่อหรือการรับรู้ต่อสิ่งที่กีดขวางที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพดี เช่น การไม่มีเวลา การมีภารกิจอื่น ๆ ความเบื่อหน่าย ความท้อแท้ต่อการปฏิบัติ

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมเตรียมความพร้อม (The Self-Efficacy for Preparation Behaviors) หมายถึง การที่สตรีวัยทองมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพดีในสถานะต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นเป็นสถานะใดก็ตาม เช่น การแสวงหาความรู้เพื่อการเตรียมความพร้อม การหมั่นสังเกตอาการและความผิดปกติของตนเอง ความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การเลือกรับประทานอาหาร การจัดการความเครียด ตลอดจนสามารถปฏิเสธการชักชวนให้มีพฤติกรรมเสี่ยงจากบุคคลหรือกลุ่มคนได้ เช่น ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่

การรับรู้ด้านสุขภาพของการเป็นผู้สูงอายุ (The Perception of Health for Aging) หมายถึง การรับรู้ข้อมูลอาการ การเปลี่ยนแปลงทางภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความเสื่อม ความเสี่ยงอันตรายจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น ภาวะเส้นเลือดในสมองแตกจากโรคความดันโลหิต เบาหวาน การเคลื่อนไหวร่างกายลำบากอันจะเกิดอุปสรรคต่อการดำเนินกิจกรรมประจำวัน

ทัศนคติต่อการเป็นผู้สูงอายุ (The Attitude for Aging) หมายถึง ความคิดเห็นต่อการเป็นผู้สูงอายุที่ดี เป็นแบบอย่างในการดำเนินชีวิต และการรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ชีวิตในด้าน การเงินที่ต้องมีเพียงพอต่อการใช้จ่ายในวัยสูงอายุ

ความเชื่อและวัฒนธรรม (Beliefs and Culture) หมายถึง การมีความเชื่อและวัฒนธรรมล้านนาต่อการใช้ชีวิตตามประเพณีที่สืบทอดกันมาจากอดีตสู่ปัจจุบัน และจะกระทำตาม ต่อในอนาคตด้วย

แรงสนับสนุนทางครอบครัว (Family Support) หมายถึง การที่สตรีวัยทองได้รับการช่วยเหลือ การให้กำลังใจ การสนับสนุนการเงิน เพื่อให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมเตรียมความพร้อมด้าน กาย จิตใจ สังคมสิ่งแวดล้อม และจิตปัญญา อันจะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพดี

แรงสนับสนุนทางชุมชน (Community Support) หมายถึง การที่สตรีวัยทองได้รับการช่วยเหลือ การให้ข้อมูล การให้คำปรึกษา การให้กำลังใจ ตลอดจนการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้เข้าร่วม จากหน่วยงานสาธารณสุขของรัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อส่งเสริมให้เตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพดี

แรงสนับสนุนทางสิ่งแวดล้อม (Environmental Support) หมายถึง การได้รับการสนับสนุน จัดหาสถานที่ในการเตรียมความพร้อมด้าน กาย จิตใจ สังคมสิ่งแวดล้อม และจิตปัญญา อันจะนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพ

ระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข (Medical and Public Health Service Systems) หมายถึง การได้รับบริการ หรือมีบริการจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ทั้งที่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.) และในโรงพยาบาล โดยจัดบริการด้านการเตรียมความพร้อมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวังภาวะเสี่ยงสุขภาพ ป้องโรค และมีบริการ เช่น คลินิกเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองผู้สูงอายุ ที่มีกิจกรรมด้านการคัดกรอง สอนสุขศึกษา กิจกรรมกลุ่ม กิจกรรมในชุมชน เพื่อส่งเสริมและพัฒนาความสามารถในการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพ

พฤติกรรมเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองสู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพ (The Preparedness Behaviors of The Menopausal Women Toward Healthy Aging) หมายถึง การปฏิบัติพฤติกรรมในการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองสู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพ ในด้านต่าง ๆ ดังนี้ 1) ด้านร่างกาย คือ ความสามารถ ความตั้งใจ มุ่งมั่น ตัดสินใจในการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางกาย อันจะส่งผลต่อสุขภาพ และความสามารถในการดำเนินชีวิตในวัยผู้สูงอายุอย่างมีความสุข 2) ด้านจิตใจ คือ ความสามารถด้านจิตใจ มีความตั้งใจ มุ่งมั่นในการจัดการทางสุขภาพจิต เพื่อให้เกิดความมั่นคงทางจิตใจในวัยผู้สูงอายุอย่างมีความสุข 3) ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม คือ ความสามารถในการมีส่วนร่วมทางสังคมต่อครอบครัวและชุมชน และมีความตั้งใจแสวงหาสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมต่อตนเอง เพื่อการดำรงชีวิตในวัยผู้สูงอายุอย่างมีความสุข 4) ด้านจิตปัญญา คือ ความสามารถทางจิตปัญญาในการตัดสินใจเลือกวิธีการเตรียมความพร้อมของตนเอง โดยมีหลักคิดเป็นแนวทางในการตัดสินใจเพื่อให้ดำเนินชีวิตในวัยผู้สูงอายุอย่างมีความสุข

รูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ (The Healthy Preparation Model for Menopausal Women Toward Healthy Aging) หมายถึง กระบวนการ กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทอง การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การสร้างองค์ความรู้ และประสบการณ์เกี่ยวกับผู้สูงอายุ 2) การสนับสนุนด้านการแพทย์และสาธารณสุข 3) การจัดตั้งชมรมสตรีเตรียมพร้อมผู้สูงอายุ 4) การสนับสนุนจากชุมชน และ 5) การสนับสนุนด้านนโยบาย โดยกระบวนการต่าง ๆ ขององค์ประกอบมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้สตรีวัยทองอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ สามารถมีพฤติกรรมเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพได้

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษา “รูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุภาพะ” ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้นำเสนอตามหัวข้อดังต่อไปนี้

1. แนวคิดสตรีวัยทอง
2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุคุณภาพ และผู้สูงอายุสุภาพะ
3. นโยบายและสถานการณ์การดำเนินการบริการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุในประเทศ
4. แนวคิดเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อม
 - 4.1 ความหมายของความพร้อม
 - 4.2 แนวคิดเกี่ยวกับความพร้อมด้านพฤติกรรม
 - 4.2.1 ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์
 - 4.2.2 แนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระดับบุคคล
 - 4.2.3 แนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระดับองค์กร
5. แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบ
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษารูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุภาพะ
7. กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวคิดสตรีวัยทอง

1. ความหมายของสตรีวัยทอง สตรีวัยหมดระดู หรือ สตรีวัยหมดประจำเดือน

วัยหมดระดู วัยหมดประจำเดือน หรือ สตรีวัยทองถูกกำหนดให้เป็นสถานะของสถานะภาพทางร่างกายผู้หญิงที่ประจำเดือนไม่มา 12 เดือนติดต่อกัน สำหรับผู้หญิงส่วนใหญ่มีอาการหมดประจำเดือนที่อายุเฉลี่ย 51 ปีซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนที่ซับซ้อนที่มาพร้อมกับการลดลงของรูขุมขนของรังไข่ การลดลงของระดับฮอร์โมนหญิง, วัยหมดประจำเดือนมักจะเกี่ยวข้องกับอารมณ์, เหงื่อออกตอนกลางคืน, ปัญหาการนอนหลับ, การเปลี่ยนแปลงอารมณ์ และช่องคลอดแห้งกร้าน แม้จะมีอาการคล้ายกัน แต่ลักษณะอาการเริ่ม ถึงจุดสิ้นสุดของการขาดประจำเดือนต่างกัน ในความเป็นจริงการมีประจำเดือนสิ้นสุดลงด้วยเหตุผลที่แตกต่างกันในรูปแบบที่แตกต่างกันในเวลาที่แตกต่างกัน และในอายุที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพที่แตกต่างกัน

สำหรับผู้หญิงจำนวนไม่น้อย พบว่าวัยหมดระดูจะเกิดขึ้นเร็วกว่าช่วงอายุเชิงบรรทัดฐาน หรือเรียกว่า วัยหมดระดูก่อนวัยอันควร (อายุน้อยกว่า 40 ปี หรือระหว่าง 40 -45 ปี) และถูกชักนำ ด้วยการผ่าตัดรังไข่ (Oophorectomy) หรือไม่มีมดลูก (Salpingo-oophorectomy การกำจัดรังไข่ และท่อนำไข่ หรือการระเหยของรังไข่ผ่านทางรังสี) วัยหมดระดูประเภทต่าง ๆ เหล่านี้มีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนที่แตกต่างกันทั้งที่นำไปสู่และหลังการหยุดพักของระดูซึ่งอาจนำไปสู่วิถีสุขภาพที่แตกต่างกัน แม้ว่าจะเป็นวัยหมดระดูที่มีการเหนี่ยวนำที่เกิดจากการผ่าตัดมดลูกซึ่งมีผลทำให้การทำงานของรังไข่ลดลงก็ตาม (Trabuco, Moorman, Algeciras-Schimmich, Weaver & Cliby, 2016) โดยทั่วไปจะถือว่าสตรีเข้าสู่วัยทองแล้วเมื่อประจำเดือนไม่มาติดต่อกันเป็นเวลา 12 เดือนหรือ 1 ปี (Post-menopause) แต่ในสตรีที่ยังมีประจำเดือนอยู่แต่มีอาการของวัยทอง(Peri-menopause) การตรวจเลือดเพื่อดูระดับของ Follicle Stimulating Hormone (FSH) ซึ่งเป็นฮอร์โมนตัวแรกที่จะมีการเปลี่ยนแปลงก่อนการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนตัวอื่นๆจะพบมีระดับที่สูงขึ้น (>40 mIU/ml) ส่วนในผู้ชาย หรือ ภาวะชายวัยทอง (Partial Androgen Deficiency in Aging Male: PADAM) ซึ่งบางครั้งใช้คำว่า “Andopause” เป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพดังนั้นจึงไม่ได้มีข้อกำหนดที่อายุ และมีความแตกต่างกับภาวะหญิงวัยทอง (Menopause) ที่รังไข่ไม่สามารถสร้างฮอร์โมนเพศหญิงได้ในขณะที่ความเปลี่ยนแปลงของเพศชายเกิดจากอันตะค้อยๆสร้างฮอร์โมนเพศชาย (Testosterone) ลดลงเมื่ออายุมากขึ้น ซึ่งจะมีผลต่อความต้องการทางเพศ และความแข็งแรงของร่างกายลดลง ความยากในการวินิจฉัยภาวะชายวัยทองแตกต่างจากหญิงวัยทองเนื่องจากเพศชายไม่มีประจำเดือน และอายุไม่ใช่ตัวชี้วัดว่าเมื่อไหร่ผู้ชายจะเข้าสู่ภาวะวัยทองแล้ว เนื่องจากระดับฮอร์โมนเพศของแต่ละคนในแต่ละช่วงอายุก็ไม่เท่ากัน ดังนั้นอาการของชายวัยทองจึงไม่ชัดเจนและยากต่อการตัดสินใจพร้อมต่อการเตรียมตัวก่อนเข้าวัยผู้สูงอายุ (Bhasin et al., 2010)

เมื่อกล่าวถึงสตรีวัยทองเขตชนบทในจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเรียกตามภาษาท้องถิ่นว่า “สตรีล้านนา” ซึ่งผู้วิจัยได้คัดเลือกเป็นประชากรในการศึกษา พบว่า เป็นกลุ่มสตรีมีลักษณะของกลุ่มชาติพันธุ์ไท มีการเคารพศาสนาผีอันเป็นศาสนาดั้งเดิม และได้หยั่งรากลึกลงไปในชีวิต ประเพณี วัฒนธรรมมาก่อนพุทธศาสนา สืบเนื่องจากในศาสนาผีนี้ ผู้หญิงเป็นผู้นำในทางพิธีกรรม การสืบสายผีนั้นจะสืบทอดผ่านทางแม่ไปสู่ลูกสาว ด้วยลักษณะการสืบทอดอำนาจนี้เองผู้ชายจึงจำต้องแต่งงานเข้าไปในครอบครัวฝ่ายหญิง และต้องเปลี่ยนมานับถือผีฝ่ายเจ้าสาวด้วย ทางฝ่ายชายเมื่อแต่งงานเข้าไปในบ้านเจ้าสาว ก็มีได้มีสถานะเป็นเจ้าบ้านแต่อย่างใด เนื่องจากการที่ตนเข้ามาอยู่ใหม่ สิ่งนี้จึงถือได้ว่าเป็นสัญลักษณ์ที่แสดงออกถึงอำนาจของผู้หญิงภายในบ้านที่มีเหนือผู้ชาย และส่งผลให้อำนาจในการจัดการบ้านเรือน การดูแลทุกคนในครอบครัวต้องตกเป็นของผู้หญิงล้านนาด้วย ดังนั้นสถานะผู้นำครอบครัวเกี่ยวกับการคิดการตัดสินใจภายในบ้านจึงทำได้เต็มที่ และปราศจากอำนาจครอบงำของผู้ชาย กระบวนการหล่อหลอมนี้ทำให้กระบวนการทัศน์ของสตรีล้านนาจึงกล้าคิดกล้าทำมากขึ้น แต่

ด้วยภาระของความรับผิดชอบทางครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจ ในยุคปัจจุบัน สตรีล้านนาจึงมิได้มีบทบาทเป็นเพียงแม่บ้านเท่านั้น ดังนั้นการละเลยในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นสตรีสูงอายุที่ไม่มีสุขภาพที่ดี จึงควรมีการเตรียมความพร้อมให้กับสตรีวัยทองก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ

ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ให้ความหมายของสตรีวัยทอง คือ สตรีช่วงอายุ 45-59 ปี เขตชนบทในจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งอยู่ในช่วงของการมีอาการก่อน ระหว่างและหลังการหมดประจำเดือน มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายหลายด้านเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนในร่างกาย และส่งผลต่อด้านอื่นๆเช่น จิตใจ อารมณ์ สังคม ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดำเนินชีวิต ความมั่นใจในระดับบุคคล และการเผชิญความเสี่ยงสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น ที่ส่งผลกระทบต่อสังคมและจิตปัญญา ในการดำเนินชีวิต ทั้งยังสร้างความไม่มั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเอง และการดูแลบุคคลในครอบครัว ส่งผลต่อการเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างไม่มีคุณภาพ โดยเน้นการให้ความสำคัญของการสร้างกิจกรรมที่สตรีวัยทองสามารถนำไปพัฒนาทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี จะช่วยให้สตรีวัยทองสามารถดำรงบทบาทที่จะต้องรับภาระในการดูแลคนในครอบครัว และบทบาทในการสร้างสรรค์สังคมสตรีสูงอายุได้อีกด้วย

1.2 ปัญหาสุขภาพสำคัญของสตรีวัยทอง (Menopausal health problem)

รายงานภาวะสุขภาพข้อมูลด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (Reproductive Health Division, 2019) ในการประชุม WHO Regional Office For South-East Asia New Delhi พบว่า สตรีวัยทองโดยเฉลี่ยในประเทศไทยมีอายุ 47 ± 4.5 ปี มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยทองในระดับ ปานกลาง และร้อยละ 50 ของประชากรสตรีวัยทองมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดี โดยสถานการณ์และปัญหาสุขภาพสตรีวัยทองในประเทศไทยร้อยละ 50 ไม่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เนื่องจากคิดว่า กระบวนการเข้าสู่วัยทองจนกระทั่งวัยชรา เป็นเรื่องของธรรมชาติ ซึ่งไม่ต้องสนใจหรือใส่ใจเป็นประเด็นสำคัญของชีวิต ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ และปัญหาการส่งเสริมการดูแลตนเองในสตรีวัยทอง ได้แก่ สตรีวัยทองไม่ได้เข้ารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกทุก ๆ ปี สตรีวัยทองไม่ทำการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง ส่วนใหญ่รอการมารับการตรวจจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สตรีวัยทองไม่มีความสนใจการตรวจสุขภาพประจำปี ยกเว้นผู้มีโรคประจำตัวเช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ที่แพทย์นัดตรวจประจำปี ในด้านการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า สตรีวัยทองมีพฤติกรรมบริโภคไม่ถูกต้อง ไม่นิยมการดื่มนม และไม่สนใจการออกกำลังกาย ส่วนใหญ่จะเน้นมารับการรักษาด้วยฮอร์โมน และผลิตภัณฑ์อาหารเสริมต่างๆ นอกจากนี้ยังพบว่าส่วนใหญ่การดูแลด้านการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทอง ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ระบบบริการส่วนใหญ่ยังเน้นด้านการรักษาอาการในวัยทองโดยเป็นรูปแบบคลินิกวัยทองในโรงพยาบาลทุกระดับ ทั้ง รพช./ รพท./รพศ.(กรมอนามัย และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข,

2559) องค์กรหรือหน่วยงานที่ดูแลเรื่องอนามัยเจริญพันธุ์จะเน้นแต่การรักษาอาการ แต่ไม่เน้นด้านการส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเอง งานด้านอนามัยเจริญพันธุ์ไม่มีการพัฒนา ทั้งในด้านข้อมูลเกี่ยวกับวัยทองที่สำคัญและเป็นปัญหาระดับชาติ หรือแม้แต่ปัญหาของสตรีวัยทองในช่วงการเปลี่ยนถ่ายชีวิตเข้าสู่วัยสูงอายุ อีกทั้งการค้นพบงานวิจัยเกี่ยวกับสตรีวัยทองค่อนข้างน้อย และนานๆครั้ง ส่วนใหญ่ศึกษาในรูปแบบสังคมวิทยาและมนุษยวิทยา เท่านั้น ซึ่งพบว่าจากงานวิจัย 1) สตรีวัยทองยังขาดความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในดำเนินชีวิตด้วยตนเอง Aging changes in the female reproductive system ของ U.S. National of Medicine (2018) 2) ขาดการได้รับการสนับสนุนด้านความรู้และทำความเข้าใจในสภาวะการณ่เจริญพันธุ์ตามธรรมชาติ พันธุกรรม และวัฒนธรรม และการคัดกรองความเสี่ยงของโรคเรื้อรังในอนาคต (Shorey & Esperanza, 2019) 3) ขาดการได้รับทักษะการรู้จักคุณค่าในตนเอง การส่งเสริมภาวะโภชนาการ กิจกรรมการออกกำลังกาย การเผชิญความเครียดและการมีส่วนร่วมในการจัดการบริการสุขภาพอนามัยด้วยตนเอง (Ngai & Chan, 2021) และ 4) ขาดการสนับสนุนสร้างเครือข่ายชุมชนโดยมีบุคลากรสาธารณสุขให้คำแนะนำในด้านกระบวนการฝึกอบรมและการนำเสนอนโยบายสู่การปฏิบัติที่ยั่งยืน (ฉัตรทอง จารุพิสิฐไพบูลย์ และคณะ, 2555; บุญช่วย นาสุงเนิน, 2554)

จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าวผู้วิจัย จึงได้ข้อสรุปว่า ปัญหาสุขภาพของสตรีวัยทองที่เป็นปัญหาหลัก คือ ปัญหาพฤติกรรม และด้วยเหตุผลที่ว่า “ปัญหาสุขภาพของสตรีวัยทอง” หรือ “ปัญหาการปฏิบัติตัว/พฤติกรรมของวัยทอง ไม่ใช่โรค” โดยเฉพาะพฤติกรรมที่จะนำไปสู่โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ถ้ายังไม่ได้รับการส่งเสริมให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือได้รับการเตรียมความพร้อมที่ไม่ดีเท่าที่ควร หรือไม่มีการเตรียมความพร้อมจะส่งผลต่อสตรีวัยทอง ด้านร่างกาย จะส่งผลต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ซึ่งอาจจะส่งผลต่อร่างกายอย่างรุนแรง และถูกวินิจฉัยโดยไม่คาดคิดมาก่อน เช่น โรคภาวะหลอดเลือดในสมอง และภาวะพึ่งพิงถาวร จนถึงช่วงสุดท้ายในชีวิตด้านจิตใจ อาจเกิดภาวะซึมเศร้า หรือปัญหาการฆ่าตัวตายจากการพลัดพรากจากคู่สมรส หรือต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว ปัญหาสังคมสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การไม่สามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ การปฏิบัติพฤติกรรมจะช้าลง ต้องมีสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในการดำรงชีวิต ในด้านจิตปัญญา ก็จะไม่สามารถตัดสินใจในชีวิตบั้นปลายของตนเองในทางที่ถูกที่ควรเพื่อนำมาซึ่งความสุขในวัยสูงอายุ ดังนั้นการกระตุ้นความสามารถของผู้หญิงในวัยนี้ให้รักษาสุขภาพให้แข็งแรงในวัยหมดประจำเดือนจึงเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากจะเป็นวัยที่ต้องดูแล้วยื่นๆในครอบครัว ดังนั้น ต้องผ่านกระบวนการทางสุขภาพแบบองค์รวม และได้รับความร่วมมือจากครอบครัว ชุมชน องค์กร หรือหน่วยบริการด้านสุขภาพ เนื่องจากต้องเป็นกระบวนการที่ผ่านการค้นหาปัจจัยที่จะสนับสนุนการดำเนินการเตรียมความพร้อม ผ่านการระดมความคิดของกลุ่มสตรีวัยทอง ครอบครัว และองค์กรที่เกี่ยวข้องแบบองค์รวม สามารถนำมาใช้เพื่อเพิ่มทัศนคติเชิงบวกและเสริมสร้างศักยภาพ

ของสตรีวัยทอง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะสร้างรูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสร้างสุขภาพที่ดีในปัจจุบัน และพัฒนาทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ในอนาคตให้ดีขึ้นอีกด้วย

แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุคุณภาพ และผู้สูงอายุสุขภาพ

1. สถานการณ์และสภาพปัญหาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ข้อมูลสถิติประชากรระดับโลกและระดับประเทศจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือได้พบว่า ขณะนี้เรากำลังเข้าสู่สังคมสูงวัยแล้ว ถึงแม้ว่าในแต่ละประเทศจะมีระดับการสูงวัยไม่เท่ากันเนื่องจาก อายุคาดเฉลี่ย (Life Expectancy: LE) หรือ Life Expectancy หมายถึง การคาดประมาณจำนวนปี โดยเฉลี่ยของการมีชีวิตอยู่ของประชากรแต่ละประเทศจะไม่เท่ากัน ก็ยังพบว่าทวีปยุโรปมีสัดส่วน ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงสุด ในขณะที่ทวีปแอฟริกา มีสัดส่วนประชากรสูงอายุต่ำสุด ทวีปเอเชียซึ่ง มีประชากรราวหนึ่งในสามของประชากรโลกมีสัดส่วนประชากรสูงอายุอยู่ในระดับกลางของโลก โดย ประเทศเดียวที่สัดส่วนเกินกว่าร้อยละ 30 ของประชากร คือ ประเทศญี่ปุ่น หลายประเทศในทวีป เอเชียเริ่มมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเหมือนประเทศญี่ปุ่นแล้ว ได้แก่ จีน, สาธารณรัฐเกาหลี, ไทย และเวียดนาม (World Health Organization, 2015) ซึ่งประเทศไทย หนึ่งในประเทศที่อยู่ในกลุ่ม ทวีปเอเชีย นั้นได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ ปี 2548 แล้ว โดยสวนทางกับประชากรในวัยเด็ก และ ประชากรวัยแรงงาน ซึ่งมีแนวโน้มลดลง ขณะที่สัดส่วนประชากรวัยสูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่าง ต่อเนื่อง สังคมไทยในปัจจุบันกำลังเผชิญอยู่ในภาวะสังคมผู้สูงอายุที่มีสัดส่วนโครงสร้างประชากรวัย สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในราว 10-20 ปีข้างหน้า สังคมไทยก็จะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ถึงเวลานั้น ประชากรวัยสูงอายุจะเพิ่มขึ้นหลายเท่าตัว เมื่อการพัฒนาเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วเช่นนี้ ประชากรที่กำลังเข้าสู่วัยผู้สูงอายุและประชากรที่อยู่ในวัยผู้สูงอายุ ต้องเร่งตระหนักโดยให้ความสำคัญ กับการเตรียมความพร้อมและรับมือกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เมื่อ ผู้สูงอายุในสังคมมีความรู้ ความสามารถ และมีศักยภาพ ความพร้อมที่จะช่วยกันขับเคลื่อนเศรษฐกิจ และสังคมก็จะสามารถกระทำได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่วนการเตรียมความพร้อมในระดับมห ภาค เป็นรูปแบบทางด้านการวิจัยทางสังคมเกี่ยวกับด้านผู้สูงอายุที่มีความหลากหลาย และเหมาะสม กับกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อการพัฒนาไปสู่นโยบายที่มีความสอดคล้องต่อดำเนินชีวิตจริงในสังคมของผู้สูงอายุ เพราะการศึกษาที่เป็นองค์รวมจะทำให้สามารถมองแนวโน้มในการจัดสวัสดิการต่างๆ เพื่อรองรับ สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ได้มีประสิทธิภาพและตอบสนองต่อประชากรในสังคมได้มากที่สุด มิใช่แต่ จำนวนผู้สูงอายุจะมากขึ้นเท่านั้น อัตราส่วนของผู้สูงอายุเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรในช่วงวัยอื่นๆ แล้วยังเพิ่มมากขึ้นด้วย การที่จำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุต่อประชากรกลุ่มอายุอื่นเพิ่มขึ้นเช่นนี้ ย่อม ก่อให้เกิดปัญหาและผลกระทบต่อตัวผู้สูงอายุและประชากรกลุ่มอายุอื่นๆ และระบบเศรษฐกิจ

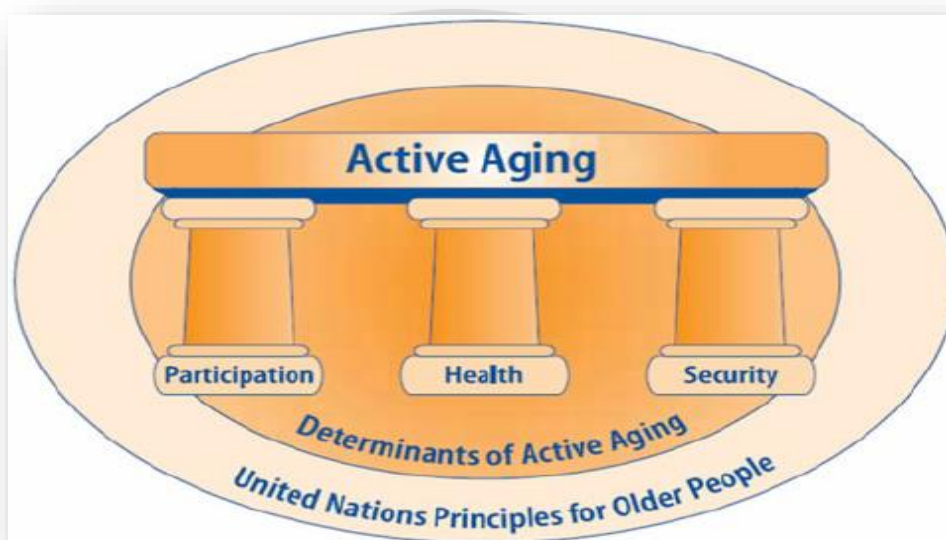
ของประเทศไทยด้วย ในขณะที่ร่างกายยังคงมีความสมบูรณ์ แข็งแรง หรือชีวิตอยู่ในสภาพความพร้อม ประสบความสำเร็จสูงสุดในช่วงวัยอายุ 50-59 ปี ซึ่งถือว่าชีวิตได้เดินทางมาถึงจุดสูงสุดแล้ว บุคคลในวัยนี้มีศักยภาพเพียงพอต่อดำรงสภาวะของตนเอง โดยการดำเนินชีวิตตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง เพื่อการเข้าสู่วัยสูงอายุโดยการไม่พึ่งพาหรือสร้างภาระให้กับบุคคลใกล้ชิด การตระหนักรู้และการเตรียมตัวเพื่อเผชิญภาวะความชราภาพในวัยสูงอายุ ก่อนที่จะถึงวัยนั้นจึงเป็นเรื่องที่สำคัญสำหรับบุคคลวัยนี้ ดังนั้นหากมีการเตรียมความพร้อมในประชากรตั้งแต่ก่อนอายุ 50 ปี จะยิ่งส่งผลต่อการตระหนักรู้และเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุได้ตั้งแต่เนิ่น ๆ และจะสามารถช่วยลดปัจจัยเสี่ยงสุขภาพที่จะเกิดขึ้นในอนาคตลงได้

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมถอยในหลายด้าน ทั้งการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นทุกส่วนของชีวิต ผู้ที่เข้าสู่วัยสูงอายุจะต้องเรียนรู้และทำความเข้าใจ และปรับตัวให้ยอมรับการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ มีการพัฒนาตนเองให้เป็นผู้พร้อมถึงสุขภาพทุกมิติที่เปลี่ยนแปลงอย่างมีคุณภาพ เป็นการป้องกันภาวะวิกฤตในช่วงสุดท้ายของชีวิต เพื่อให้ชีวิตในวัยสูงอายุสามารถดำรงชีวิตเป็นสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี และเป็นตัวอย่างแก่ลูกหลานสืบไป การเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ เป็นการวางแผนการดำเนินการหรือการปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อเป็นการเตรียมตัวในการดำเนินชีวิตเมื่อเข้าสู่วัยชรา ดังนั้นบุคคลจึงต้องมีการปรับตัวเพื่อรักษาความสมดุลของร่างกาย จิตใจ และสังคมของบุคคล ถ้าบุคคลที่ประสบความสำเร็จในการปรับตัวจะมีความมั่นคงในชีวิต มีสุขภาพดี ยอมรับความจริง ส่วนผู้ที่ประสบความล้มเหลวในการปรับตัวก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพ ไม่ยอมรับความจริง ซึมเศร้า เป็นต้น ประชาชนวัยก่อนสูงอายุ โดยส่วนใหญ่เป็นประชาชนที่เป็นวัยทำงาน ซึ่งมีอายุอยู่ในช่วง 40-59 ปี ไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมกับการก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ จึงกลายเป็นเรื่องที่ถูกกละเลยไป และเมื่อประชาชนวัยก่อนสูงอายุก่อนหน้านี้ได้ก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุอาจก่อให้เกิดปัญหาด้านต่างๆตามมาได้ ไม่ว่าจะเป็นปัญหาในการปรับตัวเข้ากับวิถีชีวิตแบบใหม่ ปัญหาด้านสุขภาพ ปัญหาด้านจิตใจ ปัญหาด้านการเงินและปัญหาที่อยู่อาศัย

2. ความหมายของผู้สูงอายุคุณภาพ (Active aging)

ผู้สูงอายุคุณภาพ (Active aging) ตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2002) คือ การเพิ่มโอกาสในการมีสุขภาพที่ดี ทั้งใน “มิติสุขภาพ (Health) การมีส่วนร่วม (Participation) และความมั่นคง (Security)” (ภาพ 2) เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความสุข มีความเป็นอิสระ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี การเป็นผู้สูงอายุคุณภาพแนวนี้จะเน้นการเพิ่มศักยภาพด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ส่งเสริมความเป็นอยู่ตลอดชีวิต โดยเน้นการมีส่วนร่วมในสังคม ตามความต้องการของผู้สูงอายุ มีการป้องกันความปลอดภัย และการดูแลที่เหมาะสมเมื่อต้องการความช่วยเหลือ ตามบริบท และวัฒนธรรมดั้งเดิมของผู้สูงอายุ มีการผสมผสานความรู้ด้านสุขภาพแนวใหม่ เพื่อให้ทันสมัยต่อการเปลี่ยนแปลงของสังคมโลก ซึ่งแนวคิดนี้

ได้มีความพยายามในการนำมาสร้างแนวทางเพื่อสร้างเสริมให้เกิด “ผู้สูงอายุสุขภาพดี (Healthy aging)” ในปัจจุบัน ซึ่งได้แก่ “กระบวนการพัฒนาและคงไว้ซึ่งความสามารถในการดำเนินกิจกรรมเพื่อการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุ โดยเป้าหมายสูงสุดคือ ความสามารถในการดำเนินกิจกรรมด้วยตนเอง (Functional ability)” (ภาพ 2) ซึ่งกระบวนการนี้ต้องพิจารณาจากความหลากหลายของประสบการณ์การใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ ลักษณะทางพันธุกรรม และความสามารถภายในตัวบุคคล โดยคำนึงถึงสถานะทางสุขภาพ และมีแนวทางในการช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุให้สามารถปรับตัวกับความท้าทายทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่พวกเขา กำลังจะเผชิญในอนาคตได้



ภาพ 1 แสดง The three pillars of policy framework for active aging.

ที่มา: World Health Organization, 2002

การเปลี่ยนแปลงกระบวนการส่งเสริมการเป็น “ผู้สูงอายุคุณภาพ” มาเป็น “ผู้สูงอายุสุขภาพดี” เริ่มจากในปี 1995 เมื่อ WHO เปลี่ยนชื่อจาก “โปรแกรมสุขภาพผู้สูงอายุ” เป็น “ผู้สูงอายุคุณภาพและสุขภาพดี” สัญญาณการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในการเปลี่ยนชื่อใหม่ ทำให้เกิดอีกมุมมองของหลักสูตร คือ มนุษย์ทุกคนต้องชรา และนี่เป็นวิธีที่ดีที่สุดในการสร้างความมั่นใจว่าการมีสุขภาพที่ดีสำหรับผู้สูงอายุในอนาคต คือ “การป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพตลอดเส้นทางชีวิตด้วยตนเอง” ในทางกลับกันสุขภาพของผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุ จะสามารถเข้าใจได้อย่างสมบูรณ์หากผู้สูงอายุได้มีการพิจารณาตนเองถึงเหตุการณ์ในชีวิตที่พวกเขาเผชิญมาก่อนนี้ องค์การอนามัยโลกจึงได้กำหนดปัจจัยหลัก 6 ประการของอายุผู้สูงอายุที่มีคุณภาพคือ ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพในด้านรูปแบบพฤติกรรม,

ชีวภาพส่วนบุคคล,เงื่อนไขทางจิตวิทยาสุขภาพบริการสังคม, สภาพแวดล้อมทางกายภาพและปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ ดังนั้นโปรแกรมการส่งเสริมผู้สูงอายุคุณภาพที่ใช้งานอยู่ในหลายประเทศ เช่น โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุพึ่งตนเองได้ (Active Aging in South Australia) หรือโปรแกรมที่ส่งเสริมโดเมนของวัยชรา เช่น การออกกำลังกาย (California Active Aging) โดยการส่งเสริมสมรรถภาพทางปัญญา การมีส่วนร่วมทางสังคมและอื่น ๆ จะต้องทำการวิจัยประเมินผลเพิ่มเติมเพื่อทดสอบในผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ต่อไป (Fernández-Ballesteros, Robine, Walker & Kalache, 2013)

กรอบนโยบายสามเสาหลักของผู้สูงอายุคุณภาพ คือการดำเนินการเกี่ยวกับมิติสุขภาพ (Health) การมีส่วนร่วม (Participation) และความมั่นคง (Security) โดยเสนอนโยบายที่สำคัญเชิงนโยบายเพื่อจัดการกับเสาหลักสามประการของอายุผู้สูงอายุเป็นวงกว้าง และครอบคลุมทุกกลุ่มอายุ โดยการกำหนดเป้าหมายเป็นพิเศษสำหรับผู้ที่กำลังเข้าสู่ผู้สูงอายุและ / หรือผู้สูงอายุเองได้แก่

1. มิติสุขภาพ (Health) คือ การดำเนินการเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง (ทั้งด้านสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรม) สำหรับโรคเรื้อรังและการเสื่อมสภาพของการทำงาน ในขณะที่ปัจจัยป้องกันยังคงอยู่ในระดับสูง ประชาชนจะได้รับความสุขในชีวิตทั้งปริมาณและคุณภาพชีวิตที่ยาวนานขึ้น การมีสุขภาพดีและสามารถจัดการชีวิตของตนเองเมื่อเข้าสู่สูงอายุ รวมถึงการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและสังคมทั้งหมดที่ตอบสนองความต้องการทั้งหญิงและชายเมื่ออายุมากขึ้น

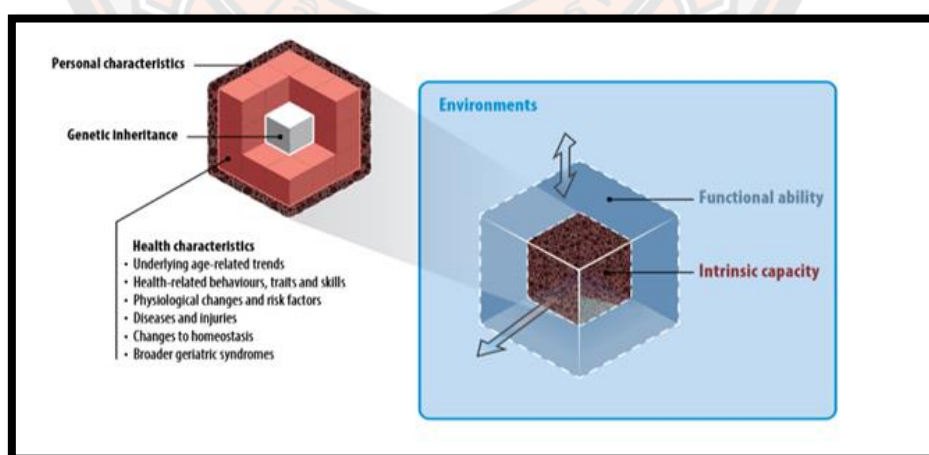
2. การมีส่วนร่วม (Participation) คือ การมีนโยบายทางสังคม และโครงการสนับสนุนการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในกิจกรรมทางเศรษฐกิจสังคมวัฒนธรรม และจิตวิญญาณตามสิทธิมนุษยชนบนพื้นฐานความสามารถ ความต้องการ ทั้งที่ได้รับค่าตอบแทนและไม่ได้รับค่าตอบแทนตามอายุของบุคคลนั้น ได้แก่

3. ความมั่นคง (Security) คือ ความปลอดภัย เป็นนโยบายและโปรแกรมจัดการกับความต้องการทางการเงิน และทางกายภาพ และความปลอดภัยระดับบุคคล ในขณะที่อายุมากขึ้น ผู้สูงอายุจะได้รับความคุ้มครองเกียรติ และความเอาใจใส่ในกรณีที่พวกเขาไม่สามารถสนับสนุนและปกป้องตนเองได้ ครอบครัวและชุมชนต้องได้รับการสนับสนุนในการดูแลสมาชิกผู้สูงอายุ

กล่าวโดยสรุป ผู้สูงอายุคุณภาพ ตามความหมายข้างต้น จะมุ่งเน้นการมีคุณภาพด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโดยอาศัยความร่วมมือของระบบบริการสุขภาพและภาคีเครือข่ายในการทำให้เกิดผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จตามมิติของผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ คือ มีมิติทางสุขภาพที่ดี สามารถเข้าร่วมกิจกรรมหรือมีส่วนร่วมในสังคมได้ และมีความมั่นคงในตนเองตามศักยภาพ ทั้งนี้การจะเป็นผู้สูงอายุคุณภาพต้องอาศัยปัจจัยสู่ความสำเร็จ คือ การดูแลตนเอง หลีกเลี่ยงโรคภัยและความพิการได้ การมีเครือข่ายทางสังคมซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุไม่ต้องแยกตัวอยู่คนเดียว และการเชื่อในความสามารถของตนเองต่อการดำรงชีวิตโดยมีวิถีภาวะทางอารมณ์ที่ดีต่อการเปลี่ยนแปลงสภาวะตามวัย

3. ความหมายของผู้สูงอายุสุขภาพ (Healthy aging)

ในปี ค.ศ. 2015 องค์การอนามัยโลกได้มีการรณรงค์อีกครั้งในด้านผู้สูงอายุ ร่วมกับ Swedish institute of public health 2006: Healthy aging – A Challenge for Europe ได้ให้คำนิยามไว้ว่า ผู้สูงอายุสุขภาพ (Healthy aging) คือ “การพัฒนาและคงไว้ซึ่งความสามารถในการดำเนินกิจกรรมเพื่อการมีสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเป้าหมายสูงสุดคือ ความสามารถในการดำเนินกิจกรรม” (Functional ability) โดยต้องคำนึงถึง 1) ระดับพันธุกรรมแต่กำเนิดของผู้สูงอายุคนนั้น การแสดงออกในอนาคตจะเกิดจากประสบการณ์ที่เคยปฏิบัติในอดีต รวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่เคยเผชิญมาด้วย ผู้ที่เกิดในสังคม วัฒนธรรม เชื้อชาติเดียวกัน ก็มักจะมีวิถีของการก้าวเข้าสู่สูงอายุรูปแบบเดียวกัน รวมทั้งฐานะทางสังคมที่ประสบมา ก็จะเป็นประโยชน์ต่อการเตรียมความพร้อมในอนาคตด้วย ดังนั้นการจะสร้างรูปแบบการเตรียมความพร้อม จะต้องมีความยืดหยุ่นเพื่อเอื้อต่อผู้สูงอายุตามสังคมและวัฒนธรรมนั้น ๆ ด้วย 2) ระดับคุณลักษณะที่อาจทำให้เกิดความแตกต่าง เช่น บทบาทหรืออัตลักษณ์ ความสัมพันธ์ต่อสังคม ระดับของความสุขที่ยอมรับได้ส่วนบุคคล ความเป็นอิสระภาพ (เป็นอิสระหรือความสามารถตัดสินใจ) ศักยภาพในการเติบโตส่วนบุคคล และความต้องการด้านความปลอดภัยต่อตนเอง 3) ระดับความสามารถในการทำงานและสภาพแวดล้อมในการทำงานมีผลต่อการปรับตัวต่อสังคมสูงอายุที่จะเข้าถึง โดยเฉพาะการรักษาความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน สังคม การตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของตนเอง การเรียนรู้ที่เติบโตในหน้าที่การงานและร่วมตัดสินใจกับผู้อื่น เป็นต้น ดังภาพ 2 (World Health Organization, 2015)



ภาพ 2 แสดงองค์ประกอบของความสามารถในการดำเนินกิจกรรม(Functional ability) เพื่อนำไปสู่ภาวะสูงวัยสุขภาพดี (Healthy aging)

ที่มา: World Health Organization, 2015

องค์ประกอบของความสามารถในการดำเนินกิจกรรม(Functional ability) คือ ปัจจัยสำคัญเพื่อนำไปสู่ภาวะสูงวัยสุขภาพดี (Healthy aging) โดยคำว่า “Functional ability หรือความสามารถในการดำเนินกิจกรรม” ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก ต้องเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันระหว่างสองปัจจัย คือ ความสามารถภายในบุคคล (Intrinsic capacity) โดยปัจจัยด้านพันธุกรรมและลักษณะทางสุขภาพ ได้ถูกเน้นในส่วนนี้ เพื่อให้เห็นว่า การมีสุขภาพดีในผู้สูงอายุต้องเริ่มตั้งแต่แรกเกิดจนตลอดช่วงชีวิต (Life-course) ซึ่งเป็นผลจากปัจจัยนอกพันธุกรรม ได้แก่ การศึกษา อาชีพ เพศ เศรษฐฐานะที่มีอิทธิพลต่อฐานะทางสังคมและการเงิน ซึ่งล้วนแต่มีผลต่อการได้รับโอกาสหรืออุปสรรคในการเข้าถึงทรัพยากร และการบริการตลอดช่วงชีวิต และโดยปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สังคม เศรษฐกิจ และการบริการทางการแพทย์และทางสังคม ที่ครอบคลุมตั้งแต่ภายในครอบครัว ชุมชนและสังคม ทั้งทัศนคติ ความเชื่อ และวัฒนธรรม ล้วนแล้วแต่ส่งผลต่อการจัดการผู้สูงอายุสุขภาพดีทั้งสิ้น เพราะสิ่งแวดล้อมจะตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน การที่ได้รับความพึงพอใจในการดูแล ได้มีบทบาทในสังคม มีความสัมพันธ์กับผู้อื่น มีความสนุกสนานและเป็นอิสระ มีความมั่นคง สิ่งเหล่านี้ล้วนแต่มีผลต่อการพัฒนาตนเองไปสู่การมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุในอนาคต (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2561)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสรุปว่าจากพัฒนาการ “ผู้สูงอายุคุณภาพสู่ผู้สูงอายุสุขภาพดี” (Active aging to Healthy aging) ล้วนแล้วแต่ให้ความสำคัญต่อการเป็นผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ หากแต่ว่าการมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุตระหนักในการดูแลตนเอง และมุ่งที่ความสามารถตนเองจะทำให้เกิดความมั่นใจมากกว่าผู้อื่นทำให้ ซึ่งหมายความว่าต้องเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตลอดช่วงปลายของชีวิต

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ขอสรุปความหมาย “ผู้สูงอายุสุขภาพดี” (Healthy Aging) หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีกระบวนการพัฒนาและคงไว้ซึ่งความสามารถในการดำเนินกิจกรรมเพื่อการมีสุขภาพของตนเอง ผู้วิจัยจึงมุ่งเน้นการสร้างรูปแบบการเตรียมความพร้อมสู่ผู้สูงอายุโดยใช้ “แนวคิดผู้สูงอายุสุขภาพดี (Healthy aging)” ซึ่งเน้นปฏิสัมพันธ์ของความสามารถภายในบุคคล (Intrinsic capacity) ได้แก่ ความสามารถทางกาย จิต พันธุกรรมและลักษณะทางสุขภาพ บุคคลที่เกี่ยวข้อง และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมตลอดช่วงชีวิต

นโยบายและสถานการณ์การดำเนินการบริการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุในประเทศไทย

ประเทศไทยได้มีการดำเนินการเพื่อส่งเสริมความพร้อมด้านสุขภาพผู้สูงอายุ โดยในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 - 2564) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) สร้างจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักถึงผู้สูงอายุในฐานะบุคคลที่มีประโยชน์ต่อสังคม 2) เพื่อให้ประชากรทุกคนตระหนักถึงความสำคัญของการเตรียมการและมีการเตรียมการเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ 3) เพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีพึ่งตนเองได้มีคุณภาพชีวิตและมีหลักประกัน 4) เพื่อให้ประชาชน

ครอบครัว ชุมชน องค์กรภาครัฐและเอกชนมีส่วนร่วมในการกิจด้านผู้สูงอายุ และ 5) เพื่อให้มีกรอบและแนวทางปฏิบัติสำหรับส่วนต่าง ๆ ในสังคมทั้ง ภาคประชาชนชุมชน องค์กรภาครัฐและเอกชนที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุได้ปฏิบัติงานอย่างประสานและสอดคล้องกัน โดยในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 และยุทธศาสตร์กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ พ.ศ.2555 - 2559 ซึ่งยุทธศาสตร์ฉบับนี้ ก็เน้นให้ความสำคัญกับการที่ประเทศไทยกำลังก้าวสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปีพ.ศ.2573 ซึ่งได้กำหนดไว้ในประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1. การผลักดันให้เกิดสังคมสวัสดิการ กลยุทธ์ที่ 1.4 การเตรียมความพร้อมสู่สังคมสูงอายุ (Aging Society) ซึ่งในกลยุทธ์นี้ได้เสนอโครงการที่จะขับเคลื่อนประเทศไทยสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ และโครงการจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้และพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งก็พบว่ามุ่งประเด็นไปที่กลุ่มผู้สูงอายุอย่างชัดเจน (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2555) จะเห็นได้ว่าทั้งยุทธศาสตร์และนโยบาย ไม่ได้มีความชัดเจนที่จะมุ่งไปในกลุ่มประชาชนก่อนสูงอายุ และสตรีวัยทองเลย

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า นโยบายหรือแผนกลยุทธ์ระดับประเทศ พุ่งประเด็นไปในสังคมของผู้สูงอายุใน ด้านการเตรียมความพร้อมสู่สังคมผู้สูงอายุสุขภาวะ คือ ส่งเสริมความสามารถในการดำเนินกิจกรรม โดยสนับสนุนการสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง และช่วยประคับประคองขีดความสามารถที่อาจลดลงบ้างตามความเสื่อมของร่างกาย โดยเป้าหมายหลักของยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คือ การกระทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นคง และมีเสถียรภาพในการดำรงชีวิตให้นานที่สุด ส่วนระบบสุขภาพจะทำหน้าที่ในการคัดกรอง ตรวจรักษา ควบคุมโรค และปัจจัยเสี่ยงจากโรคต่างๆของผู้สูงอายุ มีการเพิ่มทักษะและความรู้ส่วนบุคคล นำกลยุทธ์ด้านสิ่งแวดล้อมมาช่วยส่งเสริมพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพ เช่น การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย มีแสงสว่างเพียงพอ และน้ำร้อนรมย์สำหรับการออกกำลังกาย ซึ่งจะช่วยกระตุ้นการแสดงออกในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในด้านของการดูแลโรคที่กำลังจะเข้ามาในช่วงวัยสูงอายุ จะเน้นการป้องกันและรักษาโรคไปพร้อมกัน เพื่อช่วยลดอุปสรรคในการดำเนินชีวิตให้แก่ผู้สูงอายุ การให้ความสำคัญกับการตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ การดูแลความเสี่ยงของการสูญเสีย กระบวนการเหล่านี้จึงถูกนำมาใช้เป็นนโยบายในการให้การดูแลผู้สูงอายุแบบระยะยาว (Long-term care) ในปัจจุบันซึ่งสอดคล้องกับนโยบายการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพขององค์การอนามัยโลก ที่ให้เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง และมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองทุกช่วงวัยของชีวิต (World Health Organization, 2005) จากการดำเนินงานด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุสุขภาวะ โดยเฉพาะการให้ความรู้ความเข้าใจในชีวิตและพัฒนาการ ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงการเสริมสร้างสุขภาวะด้านสุขภาพ เพราะเป็นปัจจัยหลักที่จะนำไปให้ด้านอื่นๆ สามารถพัฒนาตามไปด้วย โดยพบว่า หากจะดูแลผู้สูงอายุด้านสุขภาวะ ต้องคำนึงถึง 1) กระบวนการคัดกรองความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน (Activity of Daily Living: ADL) 2) กระบวนการลดปัจจัยเสี่ยงของโรค 3) การจัดบริการทางการแพทย์และทางสังคมที่มี

คุณภาพ และ 4) การฝึกอบรมให้กับผู้ดูแล (Caregiver) (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2561) โดยประเด็นสำคัญสำหรับการดำเนินงานด้านสาธารณสุข คือการกำหนดนโยบายเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพที่ดี

ในส่วนของการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพหรือเตรียมความพร้อมด้านอนามัยเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2559) ได้ประกาศเป็นนโยบายที่ชัดเจนตั้งแต่ปี พ.ศ.2540 หรือประมาณ 20 ปีที่ผ่านมาและนำนโยบายสู่การปฏิบัติต่อเนื่องถึงปัจจุบัน ในด้านที่เกี่ยวข้องกับภาวะหลังวัยเจริญพันธุ์ซึ่งต่อมาได้ครอบคลุมสตรีกลุ่มอายุตั้งแต่ 40-59 ปี โดยสาระสำคัญ คือ การให้ความรู้และข้อเสนอแนะในการปฏิบัติตนพร้อมทั้งการบำบัดรักษา ให้ประชาชนสตรีวัยเจริญพันธุ์ก่อนการเข้าสู่วัยสูงอายุ มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี สามารถใช้ชีวิตให้เป็นประโยชน์แก่สังคมและครอบครัวอย่างเต็มที่ โดยเน้นการให้บริการในระบบบริการสาธารณสุข ได้แก่ คลินิกวัยทอง ซึ่งให้การดูแลสุขภาพโดย 1) ใช้ฮอร์โมนเมื่อมีข้อบ่งชี้ / ไม่มีข้อบ่งห้าม 2) ไม่ควรซื้อฮอร์โมนมาใช้ด้วยตนเอง ควรมาพบแพทย์ 3) ควรทำการตรวจสุขภาพเป็นประจำ ได้แก่ การตรวจวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก-วัดส่วนสูง ตรวจตา ตรวจฟัน เอ็กซเรย์ปอด อัลตราซาวด์อุ้งเชิงกราน ตรวจคลื่นหัวใจ ตรวจมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม ซึ่งส่วนใหญ่ยังเน้นด้านบริการการรักษา และตรวจร่างกายตามระบบที่จำเป็นต่อสตรีวัยทองเป็นสำคัญ การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพสตรีวัยทองที่ผ่านมาจึงไม่ได้เน้นไปที่การเตรียมพฤติกรรมระดับบุคคล แต่มุ่งไปที่ระบบบริการสุขภาพ

ผู้วิจัยจึงให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุ ที่เป็นรูปแบบกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีตามความสามารถของตนเอง ตามเป้าหมายของ Healthy aging คือ การมีสุขภาพที่ดีภายใต้กระบวนการพัฒนาและคงไว้ซึ่งความสามารถในการดำเนินกิจกรรมด้วยตนเอง โดยกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีตามความสามารถของตนเอง โดยเป้าหมายการสนับสนุนการเป็นผู้สูงอายุสุขภาพดี คือ การเตรียมความพร้อมด้านองค์ประกอบพฤติกรรมที่สำคัญของสุขภาพดี เพราะเป็นการสร้างหลักประกันทางสุขภาพที่มั่นคงในการเป็นผู้สูงอายุในอนาคต การบรรลุเป้าหมายดังกล่าว จำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมอย่างเป็นรูปธรรม และมีองค์ประกอบทั้งส่วนบุคคล และส่วนของภาคีเครือข่ายรอบด้านที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ

แนวคิดเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อม

1. ความหมายของความพร้อม

ดาวนิง และแธคเคอรี (Downing & Thackrey, 1971) ให้ความหมายของความพร้อมว่าเป็น ความสามารถในการปรารถนา ความตกลงใจ และความสามารถที่จะเข้าร่วมกิจกรรม หรือ กระบวนการต่างๆ ความพร้อมเกิดจากลักษณะบุคลิกภาพ ประสบการณ์และอารมณ์ ความพร้อมจึงเป็นการพัฒนาคนให้มีความสามารถทำกิจกรรมนั้นๆ โดยทั้งสองท่านได้แบ่งองค์ประกอบความพร้อมไว้ 4 ด้าน ดังนี้ 1) องค์ประกอบทางกายภาพ (Physical factors) ได้แก่ ความพร้อมทางด้านร่างกาย จิตใจและ สังคม 2) องค์ประกอบทางด้านสติปัญญา (Intellectual factors) ได้แก่ ความพร้อมทางสติปัญญา และความสามารถในการรับรู้ปรากฏการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น ในการแยกแยะการเห็น การฟัง และ ความสามารถในการตัดสินใจและคิดแก้ปัญหา 3) องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental factors) ได้แก่ สภาพทางเศรษฐกิจ ความพอเพียง โอกาสในการหาประสบการณ์ทางสังคม และ 4) องค์ประกอบด้านอารมณ์ แรงจูงใจและบุคลิกภาพ (Emotional Factor, Motivation and Personality factors) ได้แก่ ความมั่นคงทางอารมณ์ จิตใจ และความต้องการที่จะเรียนรู้

ซินแคลร์และแฮงส์ (Sinclair & Hanks, 1995) กล่าวว่า ความพร้อม หมายถึง การที่บุคคล ได้จัดการตนเองในการเตรียมตัวเพื่อกระทำกิจกรรม บางอย่างให้สำเร็จตามเป้าหมายด้วยความเต็มใจ ความกระตือรือร้นที่จะกระทำกิจกรรมบางอย่างให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์

แมคเคซีนี (Kechine, 1996) ให้ความหมายของความพร้อมว่า เป็นความสามารถของการกระทำในลักษณะของความเต็มใจ ถึงพร้อมด้วยความตั้งใจ ผู้กระทำจะมีความกระตือรือร้นต่อการกระทำกิจกรรมนั้นๆ ซึ่งจะก่อให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์แก่ตนเองเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จ

อุษณีย์ พรหมศรียา (2555) ให้ความหมายของความพร้อมว่า เป็นสภาวะของบุคคลที่จะเรียนรู้ สิ่งใดสิ่งหนึ่งอย่างบังเกิดผล ซึ่งขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพ การได้รับการฝึกฝน การเตรียมความสนใจ และแรงจูงใจ ซึ่ง แต่ละคนมีความแตกต่างกัน แต่มุ่งผลสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น

เจนนิเฟอร์ วาลินกา (Walinga, 2008) ให้ความหมายของความพร้อมว่า การเตรียมตนเองด้านจิตใจ และร่างกาย สำหรับประสบการณ์ในการปฏิบัติสิ่งใหม่ๆ การเปลี่ยนแปลงความพร้อมสามารถทำได้โดย

1. สร้างความพร้อมด้วยการ “ลดการต่อต้านการเปลี่ยนแปลง”
2. เสริมสร้างพลังการมีส่วนร่วมจากประสบการณ์ไม่ดีในอดีต
3. ทดลองสร้างกระบวนการกลุ่ม เพื่อให้เพิ่มโอกาสในการร่วมแสดงความคิดเห็นในการเปลี่ยนแปลงอย่างสิ้นเชิง

4. ทดลองสร้างความพร้อมเชิงรุกที่จะเปลี่ยนการต่อต้านความเชื่อ ทศนคติ ความสนใจ
 เต็มๆของบุคคลนั้น

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสรุป ความหมายของ ความพร้อม ว่าเป็นความสามารถของบุคคลในการ
 เปลี่ยนแปลง หรือเตรียมดำเนินการในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อการดำเนินชีวิตในระยะเวลาต่างๆด้วย
 ความสามารถของตนเอง โดยเน้นความสามารถที่มีอยู่ในตัวตนของผู้ที่จะปรับเปลี่ยน ทั้งนี้ต้องมี
 องค์ประกอบระดับบุคคล ได้แก่ 1) องค์ประกอบทางกายภาพ (Physical factors) ได้แก่ ร่างกาย
 จิตใจและ สังคม 2) องค์ประกอบทางด้านสติปัญญา (Intellectual factors) 3) องค์ประกอบด้าน
 สิ่งแวดล้อม (Environmental factors) ได้แก่ สภาพทางเศรษฐกิจ ความพอเพียง และ
 4) องค์ประกอบด้านอารมณ์ แรงจูงใจและบุคลิกภาพ (Emotional Factor, Motivation and
 Personality factors)

2. แนวคิดการเตรียมความพร้อมด้านพฤติกรรม

2.1 ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion model) ฉบับปรับปรุง
 2006 ของโนราห์ เจ เพนเดอร์ (Pender, Murdaugh & Parsons, 2006) ได้ให้แนวคิดเป็น
 สาระสำคัญไว้ว่า “การกระทำพฤติกรรมที่มีเป้าหมายสำคัญในการยกระดับความเป็นอยู่ที่ดี และการ
 บรรลุเป้าหมายในการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม” สามารถ
 ควบคุมดูแลสุขภาพให้ได้ตามเป้าหมาย และปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ จนเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต” ซึ่ง
 มโนทัศน์หลักของแบบจำลอง จะประกอบไปด้วย 1) ประสพการณ์และคุณลักษณะของปัจเจกบุคคล
 ได้แก่ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง และปัจจัยส่วนบุคคล (ด้านชีววิทยา ด้านจิตวิทยาและด้านสังคม
 วัฒนธรรม) 2) ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม
 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรม ความรู้สึกที่มี
 ต่อพฤติกรรม และอิทธิพลที่มีต่อการสนับสนุนการปฏิบัติพฤติกรรม และ 3) ผลลัพธ์ของการปฏิบัติ
 พฤติกรรม ได้แก่ ความมุ่งมั่น หรือความหวังต่อผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมจากการศึกษาการ
 วิเคราะห์ห่อถักงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (กัตติกา ณะขว่าง, 2554) พบว่า เมื่อใช้
 แนวคิดแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al., 2006) พบว่า เกือบทุกตัวแปร
 ในแบบจำลอง ไม่ว่าจะเป็นคุณลักษณะส่วนบุคคลทั้งในด้านชีววิทยา จิตวิทยา และสังคมวัฒนธรรม
 ความรู้ความเข้าใจในพฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรค
 ของการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรู้สึกต่อพฤติกรรม และอิทธิพลระหว่างบุคคล
 และจากสถานการณ์ ล้วนแล้วแต่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทั้งสิ้น ดังนั้นจึงพบว่ามี ความ
 สอดคล้อง และเหมาะสม ในการหาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม เพราะทฤษฎีนี้ให้

ความสำคัญกับคุณลักษณะของบุคคล และประสบการณ์ของบุคคล (Individual characteristics and experiences) การรู้คิด และอารมณ์ที่จำเพาะต่อพฤติกรรม (Behavioral specific cognitions and affect) และพฤติกรรมที่ได้ (Behavioral Outcome) การรู้ตัวแปรที่เป็นปัจจัยต่อการเกิดพฤติกรรม จะเป็นประโยชน์ต่อการออกแบบกิจกรรมเพื่อสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมที่ดีในปัจจุบันและส่งผลต่ออนาคต และจากทฤษฎีนี้แสดงให้เห็นว่าแต่ละบุคคลมีลักษณะและความเฉพาะของปัจจัยที่จะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จะทำให้สามารถสร้างรูปแบบได้เหมาะสม และมีความเป็นไปได้ตรงกับความต้องการและสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้อย่างยั่งยืน ผนวกตามคุณลักษณะการเตรียมความพร้อมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (World Health Organization, 2015; นฤตพงษ์ ไชยวงศ์, 2540) ได้แก่

ประการแรก คือ ลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ ซึ่งต่อมาแบ่งออกเป็นประเภทย่อยของพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องก่อน และปัจจัยส่วนบุคคล

ประการที่สอง (รวม) คือ การรับรู้ผลของการปฏิบัติพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ, การรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำ, การรับรู้ความสามารถของตนเอง, กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบการปฏิบัติพฤติกรรม และความมุ่งมั่นต่อการปฏิบัติพฤติกรรม

ประการสุดท้ายคือ ผลลัพธ์ของพฤติกรรม หรือความคาดหวังต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ตนเองเลือกไป

สรุป ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์กล่าวถึง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและส่งเสริมในการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ อันได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง และปัจจัยสนับสนุนทางสังคม โดยปัจจัยทั้ง 3 ด้านจะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในการส่งเสริมสุขภาพจากปัจจุบันสู่ออนาคต ได้ ผู้วิจัยจึงนำมาเป็นกรอบในการศึกษาหาปัจจัยและสาเหตุที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพอยู่ในระยะที่ 1 ของการศึกษา

2.2 ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระดับบุคคล (โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม: Transtheoretical model)

จุดเริ่มต้นของแนวคิดทฤษฎีนี้เกิดจากโปรแชสกาและไดคลีเมนเต้ (Prochaska & DiClemente, 1993) ได้ระบุถึงหกขั้นตอนที่บุคคลจะต้องดำเนินการเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเชิงบวกอย่างสมบูรณ์ ได้แก่ ขั้นก่อนคิดล่วงหน้า ขั้นการใคร่ครวญ ขั้นการเตรียม ขั้นการปฏิบัติการ ขั้นคงสภาพไว้ และขั้นตอนการสิ้นสุด หลังจากมีการวิจัยเป็นเวลาหลายปีขั้นตอนการสิ้นสุด ก็มีการพิจารณาแล้วว่าต้องตัดออก เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไม่สามารถรับประกันว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามที่ต้องการทางบวกได้สิ้นสุดตลอดช่วงชีวิตหรือไม่ เพราะยังมีความเสี่ยงในการกลับไปสู่พฤติกรรมเชิงลบอยู่เสมอ ทฤษฎีนี้ได้นำมาสร้างกิจกรรมในการส่งเสริม

พฤติกรรมตามความแตกต่างของแต่ละช่วงวัย จุดเริ่มต้นของทฤษฎีนี้ คือ (Wilson, Bradley R. A., Salem Press Encyclopedia of Health, 2018) โดยมีกระบวนการของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และกระบวนการของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนี้

1. กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ลำดับขั้นการเปลี่ยนแปลง (Stage of change) โดย 1) ขั้นตอนแรก คือ ขั้นก่อนคิดล่วงหน้า บุคคลในระยะนี้ไม่ได้พิจารณาการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจง ซึ่งส่วนใหญ่บุคคลเหล่านี้ไม่ทราบว่าพฤติกรรมของพวกเขาเป็นปัญหา หรือพวกเขาเชื่อว่าไม่มีสิ่งใดที่พวกเขาสามารถทำได้ 2) บุคคลที่อยู่ในช่วงการใคร่ครวญได้ตระหนักว่าพวกเขามีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและพวกเขากำลังคิดว่าพวกเขาจำเป็นต้องทำการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมนั้น แม้ว่าจะสามารถระบุพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงได้ว่าเป็นปัญหา แต่พวกเขาก็ไม่มีแผนสำหรับการเปลี่ยนแปลง 3) ในขั้นตอนการเตรียม บุคคลจะสามารถระบุพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและได้พัฒนาแผนการที่จะเปลี่ยนแปลงในเชิงบวก แผนอาจเป็นแผนที่ดีหรือไม่ดีก็ได้ 4) ในขั้นตอนการปฏิบัติบุคคลได้ดำเนินการตามแผนและได้เริ่มทำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อย่างไรก็ตามพฤติกรรมดังกล่าวมีการเปลี่ยนแปลงน้อยกว่าหกเดือน เมื่อการเปลี่ยนแปลงได้รับการสนับสนุนมานานกว่าหกเดือนบุคคลจะเข้าสู่ 5) ขั้นตอนการคงสภาพไว้ แม้ว่าในระยะนี้จะประสบความสำเร็จเป็นเวลาหกเดือน แต่ก็พบว่าจะมีความเสี่ยงที่จะย้อนกลับไปสู่พฤติกรรมเชิงลบได้

2. กระบวนการของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2.1 การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy) เพื่อเตรียมความพร้อมต่อความมั่นใจ ให้อ้างแผนการเปลี่ยนแปลงโดยทำให้เกิดความตื่นตัว และประเมินค่าตัวเองใหม่ เป็นการสร้างความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมแม้ว่าจะอยู่ในเหตุการณ์ที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ เช่น ในสภาวะฉุกเฉิน

2.2 ความสมดุลในการตัดสินใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Decisional balance) คือการรับรู้ความสมดุลระหว่างผลได้กับผลเสีย ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นๆ ซึ่งสามารถประเมินความสมดุลในการปฏิบัติพฤติกรรม เพื่อนำไปสู่เป้าหมายได้ พร้อมสามารถยับยั้งให้อยู่ในระดับที่สูงขึ้นอีกได้

2.3 กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Processes of change) เป็นกลวิธีหรือเทคนิคที่ใช้ความรู้สึก หรือประสบการณ์ที่ผ่านมาในชีวิตมาช่วยเสริมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สรุปในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระดับบุคคล ได้แก่ กาย จิต สังคม สิ่งแวดล้อม และจิตปัญญา โดยใช้ในส่วนของกระบวนการของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระดับบุคคล มาสร้างกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองสู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพ

2.3 แนวคิดการเตรียมความพร้อมระดับองค์กรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดย แนวคิดวงจรการเตรียมความพร้อม (The Preparedness Cycle)

การศึกษาวិจัยครั้งนี้ได้มีการประยุกต์แนวคิดของวงจรการเตรียมความพร้อม (Federal Emergency Management Agency, 2010) (ภาพ 3) ซึ่งเป็นโปรแกรมการเตรียมพร้อมที่ได้รับการพัฒนาขึ้นจากเหตุการณ์ในสภาวะฉุกเฉิน โดยกำหนดเป้าหมายเพื่อให้ความรู้ ส่งเสริมและทดสอบความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง หนึ่งในโปรแกรมการให้ความรู้ คือ โครงการเตรียมความพร้อมชุมชนและครอบครัวให้การศึกษาแก่ประชาชนทั่วไปเกี่ยวกับการตระหนักถึงภัยพิบัติและการเตรียมพร้อมชุมชนและครอบครัว ซึ่งแสดงให้เห็นถึงวิธีการวางแผนที่ต้องได้รับการประเมินและปรับปรุงอย่างต่อเนื่องผ่านทางวงจรของการวางแผน การจัดการทรัพยากร การจัดการอบรม และการประเมินผลและดำเนินการแก้ไข ตามแนวทางดังนี้

1. การวางแผน (Planning) มีสามระดับ: การวางแผนเชิงกลยุทธ์การดำเนินงาน / การวางแผนและการวางแผนทางยุทธวิธี (จากเหตุการณ์) / การวางแผนเชิงกลยุทธ์กำหนดบริบทและความคาดหวังสำหรับการวางแผน แนวทางการวางแผน

การวางแผนตามสถานการณ์ วิธีนี้เริ่มต้นด้วยการสร้างสถานการณ์สำหรับอันตรายหรือภัยคุกคาม จากนั้นนำวางแผนวิเคราะห์ผลกระทบของสถานการณ์เพื่อกำหนดหลักสูตรการปฏิบัติที่เหมาะสม โดยทั่วไปจะใช้แนวคิดการวางแผนนี้เพื่อพัฒนาเหตุการณ์ที่อาจคุกคามต่อชีวิต

การวางแผนตามหน้าที่ (การวางแผนการทำงาน) วิธีการนี้จะระบุหน้าที่ที่ทั่วไปที่ต้องดำเนินการในกรณีฉุกเฉิน มีการกำหนดหน้าที่ในดำเนินการและรวบรวมหน่วยงานราชการและหน่วยงานที่รับผิดชอบเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ

การวางแผนตามความสามารถ วิธีการนี้มุ่งเน้นไปที่ความสามารถผสมผสานที่ถูกต้องในการฝึกอบรม เช่น การผสมผสานองค์กร, แผน, คน, ความเป็นผู้นำและการจัดการ, อุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำเนินการ ซึ่งวิธีนี้เป็นารผสมผสานระหว่างสถานการณ์และการวางแผนตามหน้าที่ซึ่งจะมุ่งเน้นไปที่ภารกิจนั้น

2. การจัดการทรัพยากร (Organizer equip) ซึ่งที่ทำหน้าที่ในการประสานงานด้านทรัพยากรช่วยเหลือ และสนับสนุนในกรณีฉุกเฉิน เช่น คน อัตรากำลัง การจัดกลุ่มและอธิบายชนิดของทรัพยากร และประเภทของความช่วยเหลือในการเตรียมความพร้อมที่รัฐและท้องถิ่นสามารถตอบสนองได้

3. การจัดการอบรมและการฝึกปฏิบัติ (Train and Exercise) คือ การพัฒนาหลักสูตรให้ตอบสนองต่อความต้องการและความสามารถในการปฏิบัติของประชาชน ทั้งในยามปกติและฉุกเฉิน โดยอาจมีการนำอาสาสมัคร เจ้าหน้าที่ ๆ เกี่ยวข้องมาร่วมในการอบรมด้วย

4. การประเมินผลและดำเนินการแก้ไข (Evaluation) คือการประเมินความเป็นไปได้ และความเหมาะสมของการนำโปรแกรมเตรียมความพร้อมไปใช้ในทางปฏิบัติกับสถานการณ์จริง เพื่อให้ตรงกับความต้องการและเกิดประสิทธิภาพอย่างแท้จริง

ดังนั้น “การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ” ตามแนวคิดวงจรการเตรียมความพร้อม จึงหมายถึง การวางแผนเพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ในอดีตและปัจจุบัน เพื่อให้มีผลดีต่อสุขภาพที่จะเกิดขึ้นในอนาคต การเตรียมความพร้อมที่มีประสิทธิภาพ จะบ่งบอกผู้ที่มีความรับผิดชอบในการปฏิบัติว่าต้องทำอะไรและทำไมจึงต้องทำ และจะสามารถระบุความต้องการของผู้ที่จะเตรียมความพร้อมต่อผู้ที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานเตรียมความพร้อมเพื่อให้การสนับสนุนต่อสิ่งที่คาดหวัง การเตรียมความพร้อมจะต้องสื่อสารกับครอบครัว ชุมชน บุคลากร และผู้ให้การสนับสนุนอย่างชัดเจนว่าบทบาทและความรับผิดชอบของพวกเขาคืออะไร และจะเสริมกิจกรรมให้แก่ผู้เตรียมพร้อมอย่างไร กิจกรรมเหล่านี้จะช่วยให้ทุกภาคส่วนสามารถทำงานเป็นทีมอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นและลดความซ้ำซ้อนของการทำงาน การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ จำเป็นต้องใช้การวางแผน และการจัดการทรัพยากร มาเป็นกระบวนการพื้นฐานในการจัดการด้านสุขภาพและความเสี่ยงทางสุขภาพ ซึ่งเป็นกระบวนการที่มีการกำหนดบริบท มีการระบุแผนและประเมินการดำเนินการสำหรับการจัดการความเสี่ยงเหล่านั้น จากนั้นกระบวนการจะถูกนำมาวิเคราะห์ ตัดสินใจ ก่อนการนำไปใช้ ซึ่งถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการและเป็นเครื่องมือที่ช่วยในการบริหารความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ ทั้งนี้เพื่อลดหรือขจัดความเสี่ยงของสุขภาพในอนาคต โดยกลยุทธ์ในการเตรียมความพร้อมควรจะเป็นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพอย่างหนึ่งที่จะช่วยในการวางแผนต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่แก้ปัญหาสุขภาพในอนาคตทั้งที่คาดการณ์ได้และไม่ได้ เช่น ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านสภาวะจิตและอารมณ์ ด้านสิ่งแวดล้อม ตลอดจนธรรมชาติของผลจากภาวะหมดประจำเดือนต่อการเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ เป็นต้น (Federal Emergency Management Agency, 2010)

สรุปในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดวงจรการเตรียมความพร้อม (The Preparedness Cycle) มาใช้ในการเตรียมความพร้อมระดับองค์กรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยประยุกต์แนวคิดวงจรการเตรียมความพร้อมได้แก่ ข้อที่ 1 การวางแผน (Planning) เน้นการวางแผนตามความสามารถ วิธีการนี้มุ่งเน้นไปที่ความสามารถการผสมผสานที่ถูกต้องในการฝึกอบรมได้แก่ การวางแผนเพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ในอดีตและปัจจุบัน ในส่วนข้อที่ 2-4 ได้แก่ การจัดการทรัพยากร การจัดการอบรม และการประเมินผลและดำเนินการแก้ไข

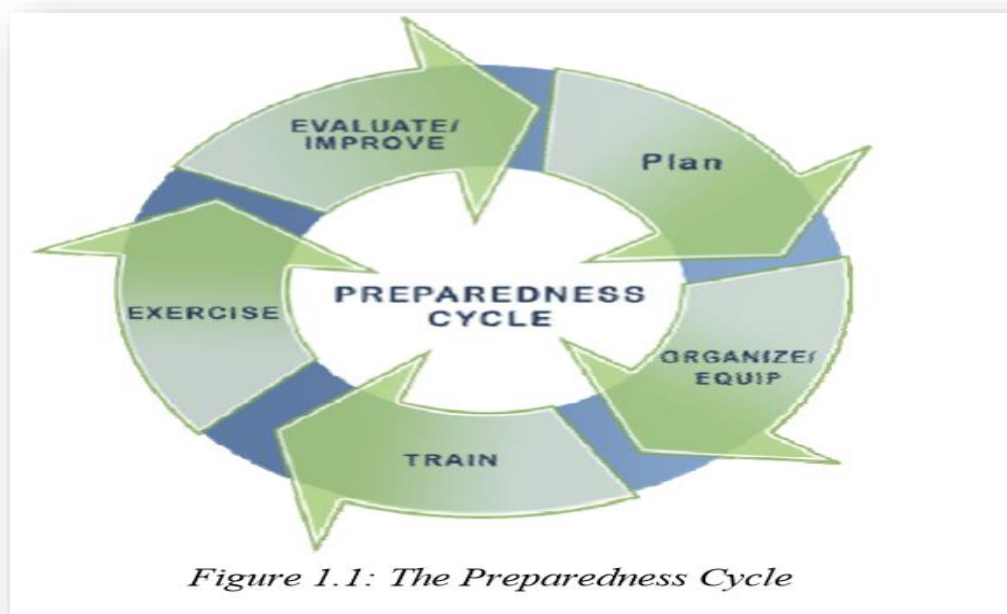


Figure 1.1: The Preparedness Cycle

ภาพ 3 แสดง The Preparedness Cycle

ที่มา: (Federal Emergency Management Agency, 2010)

แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบ

1. ความหมายของรูปแบบ

รัตน์ บัวสนธิ์ (2552) กล่าวว่า รูปแบบจำแนกออกเป็น 3 ความหมาย ดังนี้
 1) แผนภาพหรือภาพร่างของสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ยังไม่สมบูรณ์เหมือนของจริงรูปแบบในความหมายนี้มักจะเรียกทับศัพท์ในภาษาไทยว่า “โมเดล” ได้แก่ โมเดลบ้าน โมเดลรถยนต์ โมเดลเสื้อ เป็นต้น 2) แบบแผนความสัมพันธ์ของตัวแปร หรือสมการทางคณิตศาสตร์ที่รู้จักกันในชื่อที่เรียกว่า “Mathematical model” และ 3) แผนภาพที่แสดงถึงองค์ประกอบการทำงานของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง รูปแบบในความหมายนี้บางทีเรียกกันว่าภาพย่อส่วนของทฤษฎีหรือแนวคิดในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เช่น รูปแบบการสอน รูปแบบการบริหาร รูปแบบการประเมิน เป็นต้น

จิรวัดน์ นิจนตร (2560) กล่าวว่า รูปแบบ หมายถึง โครงสร้างหรือความสัมพันธ์เชิงเหตุผลแบบย่อส่วนของปัจจัยต่างๆ ที่ใช้อธิบายปรากฏการณ์ต่างๆ ให้เข้าใจง่ายและมองเห็นเป็นรูปธรรม

จากความหมายของรูปแบบสามารถสรุปได้ว่า รูปแบบ หมายถึง สิ่งที่เป็นตัวแทนของ โครงสร้างทางความคิดหรือองค์ประกอบ และแสดงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่าง ๆ ที่สำคัญของ เรื่องใดเรื่องหนึ่งที่ใช้อธิบายปรากฏการณ์ต่างๆ ให้เข้าใจง่ายและมองเห็นเป็นรูปธรรม

2. การจำแนกประเภทของรูปแบบ

นิคม ทาแดง (2553) จำแนกชนิดของรูปแบบ 4 ประเภทดังนี้ รูปแบบที่ยึดกฎเกณฑ์ เป็นรูปแบบที่มีระเบียบใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหา รูปแบบที่ใช้พรรณนาเป็นรูปแบบที่ใช้ บรรยายสิ่งที่ปรากฏว่ามีลักษณะเช่นไร รูปแบบที่มีตัวตน เป็นรูปแบบที่มีตัวตนสามารถมองเห็นได้ อย่างชัดเจน และรูปแบบที่ไม่มีตัวตน เป็นรูปแบบที่ต้องจินตนาการ

Steiner (1988) ได้จำแนกรูปแบบออกเป็น 2 ประเภท คือ รูปแบบเชิงกายภาพ (Physical model) เป็นแบบจำลองที่ออกแบบมาจากของจริงเพื่อเป็นต้นแบบของสิ่งหนึ่งสิ่งใด เช่น แบบจำลองเครื่องบิน และรูปแบบเชิงมโนทัศน์ (Conceptual model) ซึ่งเป็นรูปแบบเชิงความคิด ของสิ่งหนึ่งสิ่งใด โดยจำลองมาจากทฤษฎีที่มีอยู่แล้ว (Conceptual model-of) หรือแบบจำลองที่ สร้างขึ้นเพื่อใช้อธิบายทฤษฎี (Theoretical model or Model-for) ซึ่งเป็นแบบจำลองที่สร้างขึ้น จากกรอบแนวคิดที่มีทฤษฎีเป็นพื้นฐานเพื่อช่วยให้เกิดรูปแบบที่มีโครงสร้างต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กัน

Keeves (1988) ได้แบ่งประเภทของรูปแบบทางการศึกษาและสังคมศาสตร์ เป็น 5 ประเภท คือ

1. รูปแบบเชิงเปรียบเทียบ (Analogue model) เป็นรูปแบบที่ใช้การอุปมาอุปมัย เทียบเคียงปรากฏการณ์ ซึ่งเป็นรูปธรรมเพื่อสร้างความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่เป็นนามธรรม

2. รูปแบบเชิงภาษา (Semantic model) เป็นรูปแบบที่ใช้ภาษาเป็นสื่อในการบรรยาย หรืออธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษาด้วยภาษา แผนภูมิ หรือรูปภาพ เพื่อให้เห็นโครงสร้างทางความคิด องค์ประกอบและความสัมพันธ์ขององค์ประกอบของปรากฏการณ์นั้นๆ และใช้ข้อความในการอธิบาย เพื่อให้เกิดความกระจ่างมากขึ้น แต่ละจุดอ่อนของรูปแบบประเภทนี้คือ ขาดความชัดเจน แฉกๆ ทำให้ยากแก่การทดสอบรูปแบบ แต่อย่างไรก็ตามก็ได้มีการนำรูปแบบนี้มาใช้กับการศึกษามาก

3. รูปแบบทางคณิตศาสตร์ (Mathematical model) เป็นรูปแบบที่ใช้แสดง ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบหรือตัวแปร โดยสัญลักษณ์ทางคณิตศาสตร์ ปัจจุบันมีแนวโน้มว่าจะ นำไปใช้ในด้านพฤติกรรมศาสตร์มากขึ้น โดยเฉพาะในการวัดและประเมินผลทางการศึกษารูปแบบ ลักษณะนี้สามารถนำไปสู่การสร้างทฤษฎี เพราะสามารถนำไปทดสอบสมมติฐานได้รูปแบบทาง คณิตศาสตร์นี้ ส่วนมากพัฒนามาจากรูปแบบเชิงภาษา

4. รูปแบบเชิงแผนผัง (Schematic Model) เป็นความคิดที่แสดงออกผ่านทางแผนผัง แผนภาพ ไดอะแกรม กราฟ เป็นต้น

5. รูปแบบเชิงสาเหตุ (Causal model) เป็นรูปแบบที่เริ่มมาจากนำเทคนิคการวิเคราะห์เส้นทาง (Path analysis) ในการศึกษาเกี่ยวกับพันธุศาสตร์ รูปแบบเชิงสาเหตุทำให้สามารถศึกษารูปแบบเชิงข้อความที่มีตัวแปรสลับซับซ้อนได้ แนวคิดสำคัญของรูปแบบนี้คือ ต้องสร้างขึ้นจากทฤษฎีที่เกี่ยวข้องหรืองานวิจัยที่มีมาแล้ว รูปแบบจะเขียนในลักษณะสมการเส้นตรง แต่ละสมการแสดงความสัมพันธ์เชิงเหตุเชิงผลระหว่างตัวแปร จากนั้นมีการเก็บรวบรวมข้อมูลในสภาพการณ์ที่เป็นจริงเพื่อทดสอบรูปแบบเชิงสาเหตุนี้แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ

5.1 รูปแบบระบบเส้นเดียว (Recursive model) เป็นรูปแบบที่แสดงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรด้วยเส้นโยงที่มีทิศทางของการเป็นสาเหตุในทิศทางเดียวโดยไม่มีความสัมพันธ์ย้อนกลับ

5.2 รูปแบบเชิงสาเหตุเส้นคู่ (Non - recursive model) คือ รูปแบบที่แสดงถึงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปร โดยมีทิศทางความสัมพันธ์ของตัวแปรภายในตัวแปร ตัวหนึ่งอาจเป็นทั้งตัวแปรเชิงเหตุและเชิงผลพร้อมกันจึงมีทิศทางย้อนกลับได้

สรุปรูปแบบที่ผู้วิจัยนำมาเป็นแนวทาง จะมีรูปแบบของกิจกรรม หรือ กระบวนการ จากสกัดความคิดเห็นของกลุ่มผู้ร่วมวิจัย มีลักษณะคล้ายรูปแบบเชิงมโนทัศน์ (Conceptual model) ซึ่งเป็นรูปแบบเชิงความคิดของสิ่งหนึ่งสิ่งใด และผนวกรูปแบบเชิงภาษา (Semantic model) เป็นรูปแบบที่ใช้ภาษาเป็นสื่อในการบรรยายหรืออธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษาด้วยภาษา แผนภูมิ หรือรูปภาพ เพื่อให้เห็นโครงสร้างทางความคิดของกลุ่มผู้ร่วมวิจัย โดยกระบวนการ วางแผน การจัดการ การอบรม และการประเมินผลความเหมาะสมและความเป็นไปได้ทางการปฏิบัติ

องค์ประกอบของรูปแบบ

Brown & Moberg (1980) ได้สังเคราะห์รูปแบบขึ้นจากแนวคิดเชิงระบบ (System approach) กับหลักการบริหารตามสถานการณ์ (Contingency approach) กล่าวว่า องค์ประกอบของรูปแบบประกอบด้วยสภาพแวดล้อม (Environment) เทคโนโลยี (Technology) โครงสร้าง (Structure) กระบวนการจัดการ (Management process) และการตัดสินใจสั่งการ (Decision making)

นิคม ทาแดง (2553) ได้กำหนดองค์ประกอบต่าง ๆ ของรูปแบบ ดังนี้

1. ส่วนประกอบ เป็นส่วนหนึ่งของระบบซึ่งถูกกำหนดขึ้นจากการกระทำต่าง ๆ เพื่อแสดงผลลัพธ์ของระบบ
2. ตัวแปร เป็นคุณสมบัติที่กำหนดขึ้นของระบบภายใต้เงื่อนไขต่าง ๆ กัน ซึ่งอาจจำแนกได้หลายชนิด
3. พารามิเตอร์ เป็นคุณสมบัติของระบบ

4. ฟังก์ชันความสัมพันธ์ เป็นฟังก์ชันที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพารามิเตอร์ และตัวแปรต่าง ๆ ในระบบ ซึ่งจะบอกถึงพฤติกรรมของระบบนั้น

วาโร เฟ็งสวส์ตี (2553) ได้ให้แนวความคิดการกำหนดองค์ประกอบของรูปแบบว่าจะประกอบด้วยอะไร จำนวนเท่าใด มีโครงสร้างและความสัมพันธ์กันอย่างไร ขึ้นอยู่กับปรากฏการณ์ปัจจัยหรือตัวแปรต่างๆ ที่กำลังศึกษา ซึ่งจะออกแบบตามแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัย และหลักการพื้นฐานในการกำหนดรูปแบบนั้น ๆ เป็นหลัก

ซีรวัดน์ นิจเนตร (2560) ได้กำหนดรูปแบบต้องมีองค์ประกอบอย่างน้อย 6 ประการคือ วัตถุประสงค์หรือเป้าหมายของรูปแบบ ตัวแปรหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ระบบหรือโครงสร้าง กลไกหรือกระบวนการทำงาน ข้อมูลสารสนเทศและเทคโนโลยีที่ใช้ในรูปแบบ และบริบทหรือสภาพแวดล้อมของรูปแบบ

ขั้นตอนการทดสอบรูปแบบ

จุดมุ่งหมายที่สำคัญของการสร้างรูปแบบก็เพื่อทดสอบหรือตรวจสอบรูปแบบนั้นด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยการประมาณค่าพารามิเตอร์ของรูปแบบ รูปแบบที่สร้างขึ้นจึงควรมีความชัดเจน และเหมาะสมกับวิธีทดสอบ โดยปกติแล้วการวิจัยทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์มักจะดำเนินการทดสอบรูปแบบด้วยวิธีทางสถิติ ผลของการทดสอบจะนำไปสู่การยอมรับหรือปฏิเสธรูปแบบนั้นและนำไปสู่การสร้างทฤษฎีใหม่ต่อไป (ซีรวัดน์ นิจเนตร, 2560) สรุปได้ว่า การทดสอบหรือตรวจสอบรูปแบบสามารถจะทำได้ 2 ลักษณะ

1. การทดสอบรูปแบบด้วยการประเมิน ซึ่งเกณฑ์มาตรฐานของคณะกรรมการประเมินทางการศึกษา (Joint Committee on Standards for Educational Evaluation) ได้เสนอหลักการเพื่อเป็นหลักฐานของกิจกรรมของการตรวจสอบรูปแบบ ซึ่งจัดเป็น 3 หมวด (Madaus, Scriven & Stufflebeam, 1983) ดังนี้

1.1 มาตรฐานด้านความเป็นไปได้ (Feasibility standard) เป็นการประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง

1.2 มาตรฐานด้านความเป็นประโยชน์ (Utility standard) เป็นการประเมินการสนองตอบต่อความต้องการของผู้ใช้รูปแบบ

1.3 มาตรฐานด้านความถูกต้อง เหมาะสมและครอบคลุม (Accuracy standard) เป็นการประเมินความน่าเชื่อถือและได้สาระครอบคลุมครบถ้วนตามความต้องการอย่างแท้จริง

2. การทดสอบรูปแบบโดยใช้ผู้ทรงคุณวุฒิ การทดสอบรูปแบบหรือการประเมินในบางเรื่องก็ไม่สามารถกระทำได้ด้วยข้อจำกัดสภาพการณ์ต่าง ๆ ซึ่ง Eisner (1976) ได้เสนอแนวความคิดของการทดสอบหรือประเมินโดยใช้ผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

2.1 การประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จะเน้นการวิเคราะห์และวิจารณ์อย่างลึกซึ้งเฉพาะในประเด็นที่ถูกพิจารณา ซึ่งไม่จำเป็นต้องเกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ หรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเสมอไปแต่อาจจะผสมผสานกับปัจจัยต่าง ๆ ในการพิจารณาเข้าด้วยกันตามวิจรรย์ญาณของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับข้อมูลคุณภาพ ประสิทธิภาพและความเหมาะสมของสิ่งที่จะทำการประเมิน

2.2 รูปแบบการประเมินที่เป็นความชำนาญเฉพาะทาง (Specialization) ในเรื่องที่จะประเมินโดยพัฒนาจากแบบการวิจารณ์งานศิลปะ (Art criticism) ที่มีความละเอียดอ่อนลึกซึ้งและต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญระดับสูงมาเป็นผู้วินิจฉัย เนื่องจากการวัดคุณค่าที่ไม่อาจประเมินด้วยเครื่องวัดใด ๆ และต้องใช้ความรู้ความสามารถของผู้ประเมินอย่างแท้จริง แนวคิดนี้ได้นำมาประยุกต์ใช้ในทางการศึกษาระดับสูงมากขึ้น ทั้งนี้ เพราะเป็นองค์ความรู้เฉพาะสาขา ผู้ที่ศึกษาเรื่องนั้นจริง ๆ จึงจะทราบและเข้าใจอย่างลึกซึ้ง ดังนั้น ในวงการศึกษานิยมนำรูปแบบนี้มาใช้ในเรื่องที่ต้องการความลึกซึ้งและความเชี่ยวชาญเฉพาะ

2.3 รูปแบบที่ใช้ตัวบุคคลคือ ผู้ทรงคุณวุฒิเป็นเครื่องมือในการประเมินโดยให้ความเชื่อถือกับผู้ทรงคุณวุฒิที่เที่ยงธรรม และมีดุลพินิจที่ดี ทั้งนี้ มาตรฐานและเกณฑ์พิจารณาต่าง ๆ นั้นจะเกิดขึ้นจากประสบการณ์และความชำนาญของผู้ทรงคุณวุฒิผู้นั้นเอง

2.4 รูปแบบที่ยอมให้มีความยืดหยุ่นในกระบวนการทำงานของผู้ทรงคุณวุฒิตามอัธยาศัย และความถนัดของแต่ละคน นับตั้งแต่การกำหนดประเด็นสำคัญที่จะนำมาพิจารณาการบ่งชี้ข้อมูลที่ต้องการการเก็บรวบรวมข้อมูล การประมวลผล การวินิจฉัยข้อมูล ตลอดจนวิธีการนำเสนอ

2.5 การทดสอบรูปแบบโดยการสำรวจความคิดเห็นของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง มักจะใช้กับการพัฒนารูปแบบโดยใช้เทคนิคเดลฟาย เมื่อผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบโดยใช้เทคนิคเดลฟายเสร็จสิ้นเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในรอบสุดท้ายมาจัดทำเป็นแบบสอบถามที่มีลักษณะเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) เพื่อนำไปสำรวจความคิดเห็นของบุคคลที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบ

2.6 การทดสอบรูปแบบโดยการทดลองใช้รูปแบบ การทดสอบรูปแบบโดยการทดลองใช้รูปแบบนี้ ผู้วิจัยจะนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้จริงกับกลุ่มเป้าหมาย มีการดำเนินการตามกิจกรรมอย่างครบถ้วน ผู้วิจัยจะนำข้อค้นพบที่ได้จากการประเมินไปปรับปรุงรูปแบบต่อไป

ชิรวัดน์ นิจนตร (2560) ได้แบ่งขั้นตอนการตรวจสอบรูปแบบ (Model testing) 2 ขั้นตอน ดังนี้

1. การทดลองใช้รูปแบบกับหน่วยตัวอย่าง
2. การประเมินผลการทดลองการใช้รูปแบบ ด้วยการให้ผู้ที่เกี่ยวข้องประเมินความเหมาะสม และความเป็นไปได้ของรูปแบบ รวมทั้งมีการแก้ไข ปรับปรุง เพิ่มเติมตามผลการประเมิน แล้วจึงสรุปผล ได้รูปแบบที่ต้องการ

การตรวจสอบรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมา นั้นมีหลายวิธี อาจจะทำให้ผู้เชี่ยวชาญช่วยวิเคราะห์จากหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งปริมาณ (Quantitative) และคุณภาพ (Qualitative) การตรวจสอบรูปแบบควรตรวจสอบคุณลักษณะ 2 อย่างคือ การตรวจสอบความมากน้อยของความสัมพันธ์ ความเกี่ยวข้อง เหตุผลระหว่างตัวแปร และการประมาณค่าพารามิเตอร์ของความสัมพันธ์ดังกล่าว โดยสามารถประมาณค่าข้ามช่วงเวลา กลุ่มตัวอย่าง หรือสถานที่ได้ หรืออ้างอิงจากกลุ่มตัวอย่างไปหาประชากรได้ โดยผลการตรวจสอบจะนำไปสู่คำตอบสองประเด็นคือการสร้างรูปแบบและการปรับปรุงหรือพัฒนารูปแบบเดิม (Eisner, 1976)

เบญจพร แก้วมีศรี (2545); พูนสุข หิงคานนท์ (2540) ได้เสนอว่า รูปแบบในบางเรื่องต้องการความละเอียดอ่อนมากกว่าการวิจัยเชิงปริมาณคือ การประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ เชื่อว่าการรับรู้ที่เท่ากันเป็นคุณสมบัติพื้นฐานของผู้รู้ และได้เสนอแนวคิดการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

1. การประเมินในแนวทางนี้ ไม่ได้เน้นผลสัมฤทธิ์ของเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ตามแบบการประเมินอิงเป้าหมาย (Goal-based model) หรือการตอบสนองความต้องการของผู้ที่เกี่ยวข้องตามการประเมินแบบตอบสนองความต้องการ (Responsive model) หรือประเมินเพื่อการตัดสินใจ (Decision making model) อย่างไม่อย่างใด แต่เป็นการวิเคราะห์วิจารณ์อย่างลึกซึ้งเฉพาะประเด็นที่นำมาพิจารณา ซึ่งไม่จำเป็นต้องเกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเสมอไป แต่อาจจะผสมผสานปัจจัยต่าง ๆ ในการพิจารณาเข้าด้วยกันตามวิจารณ์ญาณของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับคุณภาพ ประสิทธิภาพ หรือความเหมาะสมของสิ่งที่ทำการประเมิน

2. การประเมินที่เน้นความเชี่ยวชาญเฉพาะทางในเรื่องที่จะประเมิน โดยพัฒนามาจากรูปแบบการวิจารณ์งานศิลปะ (Art criticism) ที่มีความละเอียดอ่อนลึกซึ้งและต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญระดับสูงมาเป็นผู้วินิจฉัย เนื่องจากเป็นการวัดคุณค่าที่มีอาจประเมินด้วยเครื่องวัดใด ๆ ได้ และต้องใช้ความรู้ความสามารถและประสบการณ์ของผู้ประเมินอย่างแท้จริง

3. รูปแบบที่ใช้ตัวบุคคลคือ ผู้ทรงคุณวุฒิเป็นเครื่องมือในการประเมิน โดยเชื่อว่าผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเที่ยงธรรมและมีดุลยพินิจที่ดี มาตรฐานและเกณฑ์การพิจารณาจะเกิดจากประสบการณ์และความชำนาญของผู้ทรงคุณวุฒิเอง

4. รูปแบบที่ให้ความยืดหยุ่นในกระบวนการทำงานของผู้ทรงคุณวุฒิ พิจารณาตามอรรถยาศัยและความถนัดของแต่ละคน นับตั้งแต่การกำหนดประเด็นสำคัญที่จะพิจารณา การบ่งชี้ข้อมูลที่ต้องการ การเก็บรวบรวมข้อมูล การประมวลผล การวินิจฉัย ตลอดจนวิธีการนำเสนอ

2.7 การทดสอบรูปแบบโดยการสัมมนาอิงผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) ซึ่ง คอนลาส และวิลสัน (Conrad & Wilson, 1985) ได้กล่าวถึงการสัมมนาอิงผู้เชี่ยวชาญว่าเป็นรูปแบบหนึ่งของการประเมินซึ่งถือว่ารูปแบบนี้เป็นวิธีการประเมินโดยกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ในศาสตร์สาขานั้นๆ หรือใน วิชาซีพๆนั้น ๆ ซึ่งมีเกณฑ์ในการเลือกผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้กำหนดนโยบาย ผู้ปฏิบัติ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ตามจำนวนที่เหมาะสมในแต่ละกลุ่ม กำหนดให้เป็นกลุ่มผู้ตรวจสอบร่างรูปแบบก่อนนำไปทดลองใช้ ข้อควรระวังอย่างยิ่งในการให้ผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบรูปแบบก็คือ ผู้วิจัยต้องเลือกบุคคลที่เป็นผู้ทรงคุณวุฒิอย่างเข้มงวด เป็นผู้ที่ได้รับการยอมรับในวงวิชาการ หรือกิจการนั้น ๆ อย่างแท้จริง โดยต้องมีเกณฑ์ในการกำหนดคุณสมบัติและความเชี่ยวชาญของผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 3 ประการ เพื่อกลั่นกรองให้ได้บุคคลที่เป็นผู้ทรงคุณวุฒิอย่างแท้จริง อาจจะทำให้รูปแบบที่ได้ไม่มีประสิทธิภาพและขาดความน่าเชื่อถือ โดยมีมาตรฐานการประเมิน 3 มาตรฐาน ได้แก่ มาตรฐานด้านความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ (Feasibility standard) มาตรฐานด้านความเป็นประโยชน์ (Utility standard) และมาตรฐานด้านความถูกต้อง เหมาะสมและครอบคลุม (Accuracy standard (ศิริวัฒน์ นิจนตร, 2560)

ดังนั้นแนวคิดของรูปแบบที่ผู้วิจัยจะนำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ การนำแนวคิด ทฤษฎี และจากผลการวิจัยในส่วนปัจจัยที่มีผลต่อการเตรียมความพร้อมมาทบทวน พร้อมทั้งนำมาใช้กำหนดองค์ประกอบหรือตัวแปรต่าง ๆ ภายในรูปแบบ รวมทั้งหาคุณลักษณะความสัมพันธ์ระหว่าง องค์ประกอบหรือตัวแปรเหล่านั้น หรือลำดับก่อนหลังของแต่ละองค์ประกอบในรูปแบบโดยใช้ข้อมูล ที่ศึกษาทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพมาใช้ในการสร้างรูปแบบ นำร่างรูปแบบที่สร้างขึ้นมาทำการประเมิน รูปแบบโดยเทคนิคการประชุมกลุ่ม (Focus group discussion) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In - depth interview) โดยเพิ่มความน่าเชื่อถือของรูปแบบด้วยการประเมินรูปแบบด้วยวิธีการ สัมมนาอิงผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) เพื่อประเมินรูปแบบ 3 มาตรฐาน คือ มาตรฐาน ด้านความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ (Feasibility standard) มาตรฐานด้านความเป็นประโยชน์ (Utility standard) และมาตรฐานด้านความถูกต้อง เหมาะสมและครอบคลุม (Accuracy standard)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษารูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ
ในประเทศ และต่างประเทศ

1. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมความพร้อมสู่ผู้สูงอายุ ใน
ประชาชนวัยก่อนสูงอายุ และวัยทอง ได้แก่

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพต่างๆที่ศึกษาทั้งใน
ประชากรวัยก่อนสูงอายุ วัยเกษียณ ผู้ใหญ่ตอนปลาย และของสตรีวัยทอง สู้สังคมผู้สูงอายุคุณภาพ
ของ เกวลี เครือจักร, กิตติ ศศิวิมลลักษณ์ และวิโรจน์ มงคลเทพ (2560) พบว่า เพศ การศึกษา
รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว และจำนวนบุตร มีผลต่อการเตรียมตัวเพื่อการเข้าสู่ผู้สูงอายุ ใน
ส่วนการศึกษาของ สัจจุล ธวัชวงศ์ ศึกษาพฤติกรรมการเตรียมตัวก่อนการเกษียณอายุการทำงานของ
พนักงานเทศบาลในจังหวัดอุดรธานี พบว่า เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ มีผลต่อพฤติกรรม
เตรียมความพร้อม การศึกษาของตลนภา ไชยสมบัติ และบัวบาน ยะนา (2562) ศึกษาปัจจัยที่มี
ความสัมพันธ์ต่อการเตรียมตัวเข้าสู่ผู้สูงอายุของประชากรวัยก่อนสูงอายุ พบว่า การประกอบอาชีพ
รายได้ การตรวจร่างกายประจำปี อายุ และการศึกษาของ Carolyn, Zitzow & King (1984) พบว่า
อายุ และสถานภาพ มีผลต่อการเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุ

1.2 ปัจจัยทางการส่งเสริมพฤติกรรม ที่มีผลต่อการเตรียมความพร้อม ได้แก่

การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคในการเตรียมความพร้อม จะทำให้
ตระหนักต่อการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมเตรียมความพร้อม เช่น การศึกษาของอุมพร ปุณฺณโสพรรณ
(2554) ศึกษาการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของ
สตรีวัยทองในตำบลท่าฉาง อำเภอท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาส
เสี่ยงต่อการเกิดโรคและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ใน
ระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงด้านการลดปัจจัยเสี่ยง
สูงที่สุด แสดงว่า เมื่อสตรีวัยทองมีการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรม จะทำให้
เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีในอนาคตได้

การรับรู้ความสามารถของตนเอง ได้แก่การศึกษาของพรพิมล เสาะตัน (2552)
ซึ่งศึกษาการเตรียมการ ก่อนเข้าสู่ผู้สูงอายุของประชากรในจังหวัดปราจีนบุรี ได้แก่ ความสามารถในการ
การดูแลตนเอง พรทิพย์ เนติภรณ์กุล (2557) ศึกษาความพร้อมของแรงงานนอกระบบในประเทศไทย
ไทยกับการเข้าสู่สังคมสูงอายุ พบว่า ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง
มีผลต่อการเตรียมความพร้อม และการศึกษาของปานจันทร์ อิมหน่า, เบญจมาศ ยศเสนา และศรี
จันทร์ พลับจั่น (2561) ศึกษาการเตรียมความพร้อมของสตรีด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่ผู้สูงอายุ พบว่า

สตรีวัยทองที่ต้องทำงานหนัก และไม่มีเวลาเพียงพอที่จะดูแลสุขภาพ ทำให้ความสนใจต่อการดูแลสุขภาพพลดลง และไม่ได้มีการเตรียมความพร้อม ควรได้รับการส่งเสริมสุขภาพและได้รับการกระตุ้นเตือนหรือรณรงค์เพื่อให้มีสุขภาพหรือมีการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพที่ดี

การรับรู้ภาวะสุขภาพ และทัศนคติที่ดีต่อการเป็นผู้สูงอายุ และประสบการณ์ดูแลผู้สูงอายุ การเห็นประโยชน์ของการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ พบในการศึกษาของ U.S. National of Medicine และ ดลนภา ไชยสมบัติ ซึ่งพบว่า การเปลี่ยนแปลงตามสภาวะเพศ วัยหมดประจำเดือน ทัศนคติต่อความเข้าใจและการรับรู้การเปลี่ยนแปลงวัยหมดประจำเดือน ทัศนคติที่ดีต่อการเป็นผู้สูงอายุ และคุณภาพชีวิตที่ดี จะทำให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อเนื่องถึงวัยผู้สูงอายุ ทั้งนี้ในการศึกษาของฉัตรทอง จารุพิสิฐไพบูลย์ และคณะ (2555) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทองในเขต อ.เมือง จ.นครราชสีมา พบว่า ความเครียดมีผลต่อการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทอง ในส่วนการเห็นประโยชน์ของการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุด้านสุขภาพร่างกาย การรับรู้นโยบายเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อม เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ที่มีผลต่อการเตรียมความพร้อม พบในการศึกษาของ พรทิพย์ เนติการัตนกุล (2557), มินตรา สารระรักษ (2558) และวรรณรา ชื่นวัฒนา (2555)

1.3 ปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อการเตรียมความพร้อม ได้แก่

ความเชื่อและวัฒนธรรม ได้แก่ การศึกษาของ Shorey & Esperanza (2019) ศึกษาประสบการณ์และความต้องการของสตรีชาวเอเชียที่มีอาการวัยหมดประจำเดือน พบว่า ธรรมชาติดั้งเดิมและอนุรักษนิยมของสังคมเอเชียยังเป็นอุปสรรคในการแสวงหาความช่วยเหลือ การสร้างความมั่นใจในความเป็นอยู่ที่ดีของสตรีวัยหมดประจำเดือนจำเป็นต้องมีการจัดการที่เหมาะสมทางวัฒนธรรมพื้นที่ด้วย

แรงสนับสนุนทางครอบครัว ได้แก่ การศึกษาของคันสนีย์ สีต่างคำ และเกษราวัลณ์ นิลวรางกูร (2560) ศึกษาสถานการณ์การเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุของคนวัยแรงงาน พบว่า สัมพันธภาพที่ดีกับคนในครอบครัวและการมีกิจกรรมทำร่วมกับสมาชิกในครอบครัว และรับประทานอาหารพร้อมหน้าเป็นประจำ ไม่มีปัญหาทะเลาะรุนแรง จะช่วยให้เกิดการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุภายใต้บริบทที่มีความเฉพาะของพื้นที่ได้ดี

การสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การศึกษาของอังคณา วิจิต (2560) การวิจัยเรื่อง “การเตรียมความพร้อมก่อนการเกษียณอายุของพนักงานการเคหะแห่งชาติ พบว่า การมีส่วนร่วมในสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมความพร้อมก่อนการเกษียณอายุ และพลอยพัชร กิจเจริญเกษม ศึกษาการเตรียมความพร้อมเพื่อการเกษียณอายุ ของพนักงานธนาคารกรุงไทย ควรมีนโยบายการสนับสนุนเพื่อให้พนักงานมีความรู้สึกภาคภูมิใจ ในการที่ได้อยู่ในสังคมและการยอมรับนับถือในสังคม

การพัฒนาาระบบสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การศึกษาของคັນสนีย์ สีต่างคำ และเกษราวัลณ์ นิลวรางกูร (2560) ศึกษาสถานการณ์การเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุของ คนวัยแรงงาน ส่วนใหญ่มีความต้องการให้มีกิจกรรมหรือนโยบายที่ส่งเสริมการเตรียมความพร้อมสู่ การเป็นผู้สูงอายุในพื้นที่ โดยเฉพาะกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพและเศรษฐกิจ

แรงสนับสนุนทางสภาวะแวดล้อม ได้แก่ การศึกษาของพรทิพย์ เนติภรณ์กุล (2557) ศึกษา ความพร้อมของแรงงานนอกระบบในประเทศไทยกับการเข้าสู่สังคมสูงอายุ พบว่า แรงงานนอกระบบส่วนใหญ่มีความพร้อมในมิติทางสังคมอย่างมาก แต่ยังพบปัญหาการเตรียมความ พร้อมที่ยังไม่ชัดเจนในเรื่อง การจัดเตรียมลักษณะของที่พักอาศัยที่เหมาะสมสำหรับคนสูงอายุ การเื้ออำนวยการดำเนินชีวิตเมื่อเป็นผู้สูงอายุจากภาครัฐ อาทิ เงินกู้ที่อยู่อาศัย สวัสดิการต่าง ๆ

ระบบบริการสาธารณสุข ได้แก่ การศึกษาของ อภารัตน์ อิงคภากร และนาถ พันธุมนาวิน (2562) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชนวัย ทำงาน นโยบายเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมเมื่อเข้าวัยสูงอายุ สามารถร่วมกันทำนายตัวแปรตาม คือ การเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ เช่นเดียวกับการศึกษาของคັນสนีย์ สีต่างคำ และ เกษราวัลณ์ นิลวรางกูร (2560) ความต้องการช่วยเหลือในด้านการเตรียมความพร้อมก่อนการเป็น ผู้สูงอายุของสตรีวัยทอง ส่วนใหญ่มีความต้องการให้มีกิจกรรมที่ส่งเสริมการเตรียมความพร้อมสู่การ เป็นผู้สูงอายุในพื้นที่ โดยเฉพาะกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพมีผู้สาคิต ผู้นำปฏิบัติ รวมถึงมีสื่อความรู้ที่ เหมาะสม เข้าใจง่าย สามารถเข้าถึงได้ และนำไปปฏิบัติได้จริงจากบุคลากรสาธารณสุข

ดังนั้นสรุปปัจจัยส่วนบุคคลที่ค้นพบจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อายุ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพหลัก จำนวนรายได้และความเพียงพอต่อค่าใช้จ่ายใน ครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระยะเวลาหมดประจำเดือน (จำนวนปี) ภาวะการเจ็บป่วยทาง สุขภาพหรือโรคประจำตัว การตรวจสุขภาพประจำปี อาการของสตรีวัยทอง และ บทบาทในสังคม ของสตรีวัยทอง

ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับเตรียมความพร้อม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ด้านสุขภาพของ การเป็นผู้สูงอายุ และทัศนคติที่ดีต่อการเป็นผู้สูงอายุ

ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ความเชื่อและวัฒนธรรม แรงสนับสนุน ทางครอบครัว แรงสนับสนุนทางชุมชน แรงสนับสนุนทางสิ่งแวดล้อม และระบบบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุข

โดยเป้าหมายของพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองสู่การเป็น ผู้สูงอายุสุขภาพะ ที่ผู้วิจัยประยุกต์ตามแนวคิดและทฤษฎีที่ได้กล่าวมาแล้ว และสอดคล้องกับประเด็น ศึกษาวิจัยที่กล่าวมาข้างต้น ได้แก่

1. ด้านร่างกาย คือ ความสามารถ ความตั้งใจ มุ่งมั่น ตัดสินใจในการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางกาย อันจะส่งผลต่อสุขภาพ และความสามารถในการดำเนินชีวิตในวัย ผู้สูงอายุอย่างมีสุขภาวะ ได้แก่ การศึกษาของฉัตรทอง จารุพิสิฐไพบูลย์ และคณะ (2555) ศึกษา พฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทองในเขต อ.เมือง จ.นครราชสีมา พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของหญิงวัยทองในด้านการรับประทานอาหาร การนอน สุขอนามัยส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมที่เหมาะสม ยกเว้นด้านการออกกำลังกาย และสุขภาพทางเพศ และการศึกษาของ Frank & Edgar A. Norton (2006) พบว่า กลุ่มก่อนวัยมีสุขภาพแข็งแรงจะมีการเตรียมตัวสูงกว่ากลุ่มที่สุขภาพไม่แข็งแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น ภาวะสุขภาพ เป็นตัวกำหนดที่สำคัญที่อาจจะเป็นอุปสรรคต่อการเตรียมความพร้อมก่อนการเกษียณอายุ

2. ด้านจิตใจ คือ ความสามารถด้านจิตใจ มีความตั้งใจ มุ่งมั่นในการจัดการทางสุขภาพจิต เพื่อให้เกิดความมั่นคงทางจิตใจในวัยผู้สูงอายุอย่างมีสุขภาวะ ได้แก่ ปริณดา บุญชัย และศุภวัฒน์ วังศ์ธนวิสุ (2555) ศึกษาการเตรียมความพร้อมของวัยแรงงานเพื่อเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพของประชาชนในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลดอนตั่ง อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น จากสถานการณ์การเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุของคนวัยแรงงานไทยที่ผ่านมา พบว่ามีการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง โดยส่วนใหญ่ยังไม่เห็นความสำคัญของการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ

3. ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม คือ ความสามารถในการมีส่วนร่วมทางสังคมต่อครอบครัวและชุมชน และมีความตั้งใจแสวงหาสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมต่อตนเอง เพื่อการดำรงชีวิตในวัยผู้สูงอายุอย่างมีสุขภาวะ ได้แก่ การศึกษาของ ปิยะดา พิศาลบุตร และพิทักษ์ ศิริวงศ์ (2558) การเตรียมตัวเพื่อการเกษียณอายุของบุคลากรสายสนับสนุนวิชาการของมหาวิทยาลัยสุโขทัย ธรรมชาติราผลการวิจัยพบว่า บุคลากรมีสภาวะการเตรียมตัวค่อนข้างดีในทุกๆด้าน คือ ด้านที่อยู่อาศัย งบประมาณ การใช้เวลาว่างและด้านสุขภาพ และได้มีการจัดระดับปัญหาในด้านต่างๆ พบว่าด้านที่อยู่อาศัยยังมีปัญหาในการเตรียมความพร้อมค่อนข้างน้อย

4. ด้านจิตปัญญา คือ ความสามารถทางจิตปัญญาในการตัดสินใจเลือกวิถีการเตรียมความพร้อมของตนเอง โดยมีหลักคิดเป็นแนวทางในการตัดสินใจเพื่อให้ดำเนินชีวิตในวัยผู้สูงอายุอย่างมีสุขภาวะ ได้แก่ การศึกษาของ ทยณัฐ ชวนไชยสิทธิ์ (2555) ศึกษาการเตรียมความพร้อมเพื่อเกษียณอายุราชการของข้าราชการที่กำลังจะเกษียณอายุ พบว่า การเตรียมความพร้อมเพื่อเกษียณอายุตั้งแต่เนิ่น ๆ เป็นวิธีการสำคัญที่จะช่วยให้ผู้เกษียณอายุสามารถใช้ชีวิตในวัยสูงอายุอยู่ร่วมกับครอบครัวชุมชนและสังคมได้อย่างมีความสุข อันได้แก่ การส่งเสริมความมีศักดิ์ศรี มีคุณค่า และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ส่งเสริมการตัดสินใจในการออมเพื่อร่วมใช้และลดภาระของครอบครัวและของ

รัฐที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการป้องกันปัญหาอันเกิดจากวัยสูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. งานวิจัยที่เกี่ยวกับรูปแบบการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรม พบว่าที่ผ่านมามีหลายภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับงานดูแลผู้สูงอายุและการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ ได้พยายามศึกษากิจกรรมที่ช่วยเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเอง

สรุปรูปแบบที่เกี่ยวข้องกับ การเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุของสตรีวัยทอง จากงานวิจัยที่ผ่านมา ได้แก่

1. รูปแบบการเตรียมความพร้อมที่เน้นด้านการออมเงินก่อนเกษียณหรือเข้าสู่วัยสูงอายุ

Chatterjee & Zahirovic (2009) ศึกษาการมีส่วนร่วมในการวางแผนเกษียณในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยการศึกษาจะครอบคลุมพฤติกรรมการออมของพนักงานภาครัฐและเอกชน โดยใช้ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมรายได้และรายจ่ายของครัวเรือน ซึ่งเป็นข้อมูลเชิงเศรษฐศาสตร์ จุลภาคของประเทศ สหรัฐอเมริกา ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมการวางแผนของประชากรเพิ่มขึ้นตามอายุรายได้ และระดับการศึกษา พนักงานภาครัฐมีส่วนร่วมในโครงการผลประโยชน์หลังออกจากงานมากกว่าพนักงานภาคเอกชน และมีการมีส่วนร่วมในโครงการสมทบเงิน และ Zou & Zhou (2014) ได้ศึกษาเปรียบเทียบการเตรียมความพร้อมของประชาชนวัยแรงงานในประเทศญี่ปุ่น เกาหลี และมาเลเซีย มีการเตรียมความพร้อมของประชาชนวัยแรงงาน เพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุมีลักษณะ 3 ประการ คือ 1) ระบบออมเงินภาคบังคับซึ่งเป็นสวัสดิการที่รัฐบาลจัดตั้งขึ้นเพื่อช่วยเหลือกลุ่มประชาชนชั้นพื้นฐาน เช่น กองทุนประกันสังคมกรณีชราภาพ 2) กองทุนออมภาคบังคับสะสม และ 3) กองทุนออมภาคสมัครใจ ซึ่งประเทศเหล่านี้ยังคงเน้นไปในด้านเศรษฐกิจและการออมเพื่ออนาคต ยังไม่พบแผนหรือกิจกรรมการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพอย่างชัดเจน

2. รูปแบบการเน้นสร้างความรู้ผ่านการอบรมระยะสั้น ด้านการเงินและการออกกำลังกาย สุขภาพอนามัยทางการแพทย์

การศึกษาของ Scagnetti et al. (2015) ที่ทำการศึกษาเรื่อง Pre-Retirement Preparation for Healthy and Active Aging โดยทำการเปรียบเทียบหลายประเทศ พบว่าสหรัฐอเมริกา มีการจัดการศึกษาเพื่อเตรียมตัวก่อนเกษียณ ซึ่งถือเป็นรูปแบบหนึ่งของการศึกษาผู้ใหญ่ โดยจะเน้นการจัดกิจกรรมอบรมสั้นๆ โดยเน้นการให้ความรู้ด้านการเงิน สุขภาพอนามัย การแพทย์ รายได้และผลประโยชน์ต่างๆในวัยเกษียณ ประเทศออสเตรเลีย จัดการเรียนการสอนเพื่อเตรียมเข้าสู่วัยเกษียณโดยรับผู้เรียนที่มีระดับการศึกษาต่ำหรือไม่ครบ 12 ปีของการศึกษาในระบบ หรือผู้ที่มีรายได้ต่ำ ประเทศฝรั่งเศส มีรูปแบบโครงการที่รัฐบาลให้ความสำคัญมากโดยวางเป้าหมายของโครงการ คือ เป็นการศึกษาที่ช่วยให้ผู้ใหญ่สามารถคาดหวังชีวิตของตนได้ในระยะต่อไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ทางเลือกหลายทางในการดำรงชีวิต สามารถพัฒนาความสนใจใหม่ รอบตัวทั้งเฉพาะเจาะจงและกว้าง สามารถทำในสิ่งที่ถูกต้องได้ด้วยตนเอง จัดโดยชุมชนผ่านชมรมผู้สูงอายุ (Old people's club) โดยให้ชื่อโครงการว่า มหาวิทยาลัยวัยที่ 3 (Universities for the third age) และจัดที่ศูนย์การเรียนรู้ตลอดชีวิต โดยมีผู้ร่วมอบรมหลายสายงาน เช่น นักสังคมสงเคราะห์ แพทย์ เจ้าหน้าที่ งบประมาณและที่อยู่อาศัย พบว่าเป็นการจัดการศึกษาที่ดี มีบุคลากรหลายส่วนร่วมมือในการเตรียมความพร้อมหลายด้านเพื่อวัยก่อนเกษียณ จะได้เข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพ และประเทศฟินแลนด์ มีการจัดการด้านส่งเสริมการเตรียมความพร้อมประชาชน ก่อนการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดย กำหนดวิสัยทัศน์และพันธะผูกพันในระยะยาว ในการจัดการด้านสุขภาพต่อประชากรและมีการประชาสัมพันธ์ที่มีผลต่อทุกระดับ (Public health capacity and expertise for advocacy all level) มีการจัดการสารสนเทศด้านสุขภาพที่เชื่อมโยงกับความสัมพันธ์ผลลัพธ์ด้านสุขภาพกับดัชนีการประเมินสุขภาพ ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพและมีองค์ความรู้ในสื่อสาธารณะ รวมทั้งจัดการดำเนินโครงสร้างที่เอื้อและเชื่อมโยงระดับนานาชาติ

3. รูปแบบเน้นความสำคัญในการดูแลด้านความจำเป็นพื้นฐานของผู้สูงอายุ

World Health Organization (2015) การดำเนินงานในต่างประเทศตามแนวทางขององค์การอนามัยโลกที่เห็นชัด เช่น ในปี 2546 รัฐบาลประเทศญี่ปุ่นได้นำแนวคิดเรื่อง รูปแบบการดูแลจากหน่วยบริการสุขภาพ ซึ่งเน้นความสำคัญในการดูแลด้านความจำเป็นพื้นฐานของผู้สูงอายุ มาดำเนินการ โดยมีลักษณะรูปแบบที่ช่วยให้มีความยืดหยุ่นในการดูแลตนเอง เช่น โครงการจัดหาทางเลือกสำหรับมื้ออาหาร และกิจกรรมสำหรับเวลาว่างของผู้สูงอายุที่ป่วย และในปีเดียวกันประเทศเนเธอร์แลนด์ ได้มีการจัดสภาพแวดล้อมในการดูแล จัดสิ่งอำนวยความสะดวกเหมือนบ้านขนาดเล็ก ในหน่วยบริการสุขภาพสำหรับผู้ที่เป็โรคสมองเสื่อม โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่วนรวม และเลือกกิจกรรมนัดส่วนบุคคลได้ตามที่ต้องการ ทั้งนี้กระบวนการที่เน้นคนเป็นศูนย์กลางสามารถเป็นประโยชน์ในการช่วยให้ภาคีอื่น ๆ สามารถนำมาใช้จัดลำดับความสำคัญของการตอบสนองต่อความชราภาพของประชาชนได้ด้วย ในส่วนการเตรียมความพร้อมในด้านระบบสังคม และภาคีเครือข่ายการมีส่วนร่วมเป็นอีกด้านที่ต้องตระหนักต่อการรองรับสังคมผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการสร้างเครือข่ายการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยอาจทำเป็นลักษณะของกลุ่มหรือองค์กรที่สนับสนุนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเพื่อผู้ที่กำลังจะเข้าวัยสูงอายุและผู้已进入วัยสูงอายุแล้ว เมื่อชุมชนร่วมกันตระหนักถึงความเป็นต้นแบบการดำเนินชีวิตในอดีต ชุมชนจะช่วยกันดูแลให้เกิดความยั่งยืน เพราะทุกชีวิตไม่สามารถหลีกเลี่ยงความชราภาพได้

4. รูปแบบการจัดระบบบริการในคลินิกวัยทอง โดยใช้กลยุทธ์เชิงส่งเสริมสุขภาพ

โสภิตา เทิดทำดี (2547) การศึกษารูปแบบบริการคลินิกหญิงวัยทองของศูนย์อนามัยที่ 6 โดยใช้กลยุทธ์เชิงส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มหญิงวัยทองจำนวน 42 คนที่มาใช้บริการคลินิกหญิงวัยทองของศูนย์อนามัยที่ 6 จำนวน 2 ครั้งติดต่อกัน รูปแบบบริการในคลินิกเน้นให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพโดยให้ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง โดยให้ผู้รับบริการได้ทราบสภาวะสุขภาพของตนเอง มีความรู้ ความเข้าใจ ตระหนักถึงความสำคัญในการเฝ้าระวังส่งเสริมสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้ข้อมูลที่ถูกลงทบทวนความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพหญิงวัยทองก่อนและหลังรับบริการ มีคะแนนเฉลี่ยหลังรับบริการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สำหรับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การดื่มกาแฟ การดื่มนม/นมถั่วเหลือง การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ/ทำงานบ้าน งานอดิเรก/บริหารจิต พบว่า หลังรับบริการมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางบวก ส่วนสภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปในทางบวก ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต ไขมันโคเลสเตอรอล ไขมันไตรกลีเซอไรด์ ไขมัน LDL การทำงานของตับ สมรรถภาพความจุปอด สมรรถภาพความอ่อนตัว สมรรถภาพแรงบีบมือ ต้อง รวมถึงการสนับสนุนให้ผู้รับบริการตัดสินใจเลือกวิธีที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพตนเอง ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

5. รูปแบบการศึกษานอกระบบ โดยใช้รูปแบบตามอัธยาศัย

อาชญญา รัตนอุบล (2552) การศึกษาสภาพด้านการเตรียมความพร้อมเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของผู้ใหญ่ตอนปลายในเขตเมืองและชนบท พบว่า ประเทศไทยจัดอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีอัตราการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุที่รวดเร็ว นอกจากนี้พบว่า รูปแบบการจัดกิจกรรมการเตรียมความพร้อมเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของผู้ใหญ่ตอนปลายในเขตเมืองและเขตชนบท มี 2 รูปแบบหลัก คือ การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย กิจกรรมการศึกษานอกระบบเป็นกิจกรรมเพื่อให้เกิดความรู้พื้นฐานในการดำรงชีวิต การศึกษาต่อเนื่อง การให้ข้อมูลข่าวสารตามสถานการณ์สังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ส่วนกิจกรรมศึกษาตามอัธยาศัย เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยอาศัยทรัพยากรการเรียนรู้และแหล่งการเรียนรู้ผ่านสื่อต่างๆ เช่น อินเทอร์เน็ต เทปบันทึกเสียง รายการโทรทัศน์รายการวิทยุ เป็นต้น

6. รูปแบบการเตรียมความพร้อมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและกระสนับสนุนจากครอบครัว

ณัฐธยาน์ วิสารพันธ์ (2558) รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกายของสตรีวัยทองใน ชุมชนชนบทกรณีศึกษา ตำบลสร้างนงทา อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ พบว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย ของสตรีวัยทองอาศัยแนวคิด “ออกกำลังกายแบบง่ายๆ ตามวิถีชุมชน” โดยการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย ตามโมเดล “COKYAW Model” ได้แก่ C=Community concern คือการสร้างความตระหนักให้คนในชุมชน O=Opportunity คือการ

วิเคราะห์และเปิดโอกาสการพัฒนาในทุกด้าน K=Knowledge คือการให้ความรู้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง ทุกฝ่าย Y=Yield คือ การวิเคราะห์ผลลัพธ์ที่ได้และนำไปสู่การปฏิบัติที่ยั่งยืน A=Attitude คือการสร้างทัศนคติที่ดีในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยทองด้านการออกกำลังกายและการประสานความร่วมมือของทุกฝ่าย และ W=Women คือ การดูแลสุขภาพสตรีวัยทองให้ดี เนื่องจากกลุ่มประชากรวัยทองเป็นผู้ที่ต้องทำงานและดูแลบุคคลอื่นในครอบครัวและสังคมต่อไป และบุญช่วย นาสุงเนิน (2554) การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพสตรีวัยหมดระดู เขตชนบท จังหวัดนครราชสีมา การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ คือการบรรยายประกอบสไลด์ การใช้ตัวแบบ กระบวนการกลุ่ม การสาธิต และฝึกปฏิบัติ การกระตุ้นเตือนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและการเยี่ยมบ้านจากผู้วิจัย กลุ่มตัวอย่าง 80 คน ประกอบด้วย กลุ่มทดลอง 40 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 40 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับสตรีวัยหมดระดู การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย ชีพจร ความดันโลหิตและระดับโคเลสเตอรอลในเลือด ดีขึ้นกว่าการทดลอง และดีกว่ากลุ่ม เปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) และสุพรรณิ รัตนานนท์ และนายเมธี จันทชาติ (2557) ศึกษารูปแบบการเตรียมความพร้อมเพื่อเกษียณอายุงานกรณีศึกษาครูโรงเรียนเอกชน จังหวัดนนทบุรี พบว่า รูปแบบการเตรียมครอบครัวให้เป็นสถาบันที่ให้ความรัก ความอบอุ่น ความไว้วางใจ ซึ่งบุคคลในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส บุตร บิดา/มารดา ตลอดจนญาติพี่น้อง จึงมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการเตรียมความพร้อมเพื่อเกษียณอายุในทุกช่วงอายุ

โดยสรุปรูปแบบทั้งหมด พบว่า เน้นใช้กลยุทธ์เป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านการออมเงิน ด้านการให้ความรู้ และการให้การศึกษา และการมีส่วนร่วมของชุมชน ครอบครัว แต่ยังไม่มีความชัดเจนในรูปแบบที่เน้นคนเป็นศูนย์กลางที่มุ่งเป้าในการจัดการพฤติกรรมระดับบุคคล และระดับองค์กรเพื่อการเตรียมความพร้อมในด้านสังคมชุมชน ภาควิเคราะห์สุขภาพเพื่อเป็นผู้สูงอายุสุขภาพ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดผู้สูงอายุสุขภาพ (Healthy aging) ซึ่งเน้นปฏิสัมพันธ์ของความสามารถภายในบุคคล (Intrinsic capacity) และกับภายนอก และแนวคิดการเตรียมความพร้อมมาเป็นกรอบในการศึกษาภาพรวมทั้งการศึกษา ในด้านของเนื้อหา และการศึกษาองค์ประกอบของรูปแบบ ในส่วนกระบวนการของรูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองของผู้สูงอายุสุขภาพนั้น ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ โมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Transtheoretical model) ผสมผสานกับแนวคิดวงจรการเตรียมความพร้อม (The Preparedness Cycle ; FEMA, 2010) ในส่วนการเตรียมพร้อมระดับบุคคลและระดับองค์กร ซึ่งกล่าวไว้ถึง การส่งเสริมการให้ความรู้ ผ่านการทดสอบความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง ต้องได้รับการประเมินและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ผ่านทางวงจรของการวางแผน การจัดการทรัพยากร การจัดการอบรม และการประเมินผลและดำเนินการ ในการออกแบบเนื้อหากิจกรรมของรูปแบบฯ นำมาเป็นแนวทางในการร่างรูปแบบฯ

ในการศึกษาหาปัจจัยและสาเหตุที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทอง ผู้สูงอายุสุขภาพนั้น ผู้วิจัยได้ประยุกต์ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Nola J. Pender, 2006) ซึ่งกล่าวถึง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและส่งเสริมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ อันได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการส่งเสริมพฤติกรรมเตรียมความพร้อม และอิทธิพลและการสนับสนุนทางสังคม มาเป็นกรอบของปัจจัย และนำปัจจัยอื่นๆที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยมาร่วมเป็นตัวแปรในการศึกษาดังแสดงในภาพ 4

จากการทบทวนงานวิจัย ได้ตัวแปรมาประกอบในการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ ที่จะทำการศึกษาในระยะที่ 1 เพื่อศึกษาพฤติกรรม และปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทอง จึงประกอบด้วย ตัวแปรต้น และตัวแปรตามที่จะศึกษาดังต่อไปนี้

ตัวแปรต้นที่ทำการศึกษา

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพหลัก จำนวนรายได้และความเพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระยะการหมดประจำเดือน (จำนวนปี) ภาวะการเจ็บป่วยทางสุขภาพหรือโรคประจำตัว การตรวจสุขภาพประจำปี อาการของสตรีวัยทอง และบทบาทในสังคมของสตรีวัยทอง

2. ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับเตรียมความพร้อม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ด้านสุขภาพของการเป็นผู้สูงอายุ และทัศนคติที่ดีต่อการเป็นผู้สูงอายุ

3) ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ความเชื่อและวัฒนธรรม แรงสนับสนุนทางครอบครัว แรงสนับสนุนทางชุมชน แรงสนับสนุนทางสิ่งแวดล้อม และระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

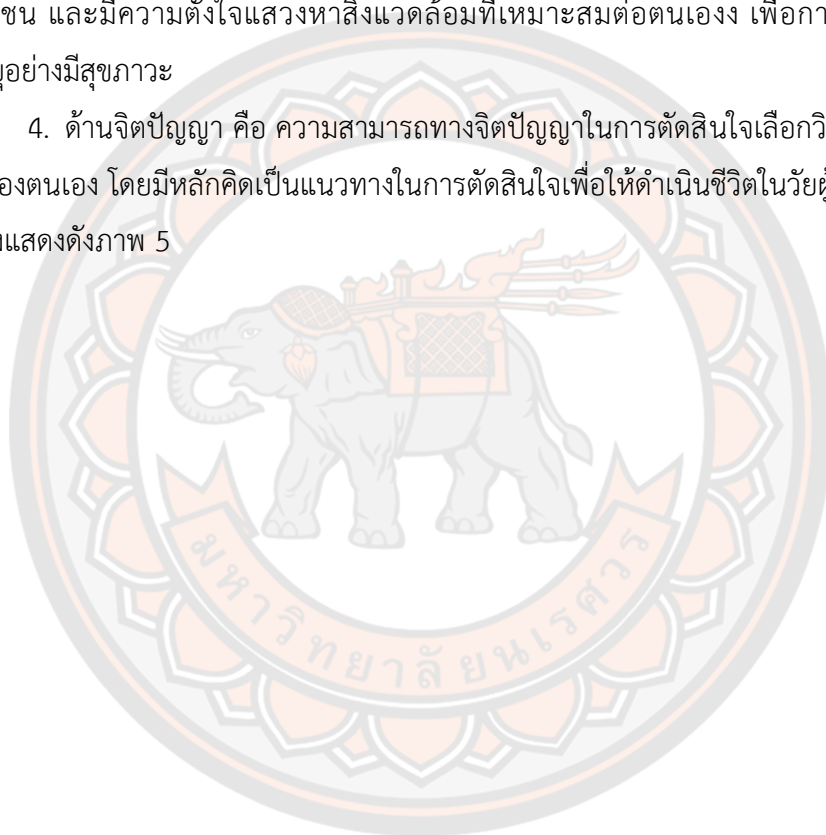
ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองสู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพ

1. ด้านร่างกาย คือ ความสามารถ ความตั้งใจ มุ่งมั่น ตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางกาย อันจะส่งผลต่อสุขภาพ และความสามารถในการดำเนินชีวิตในวัยผู้สูงอายุอย่างมีสุขภาพ

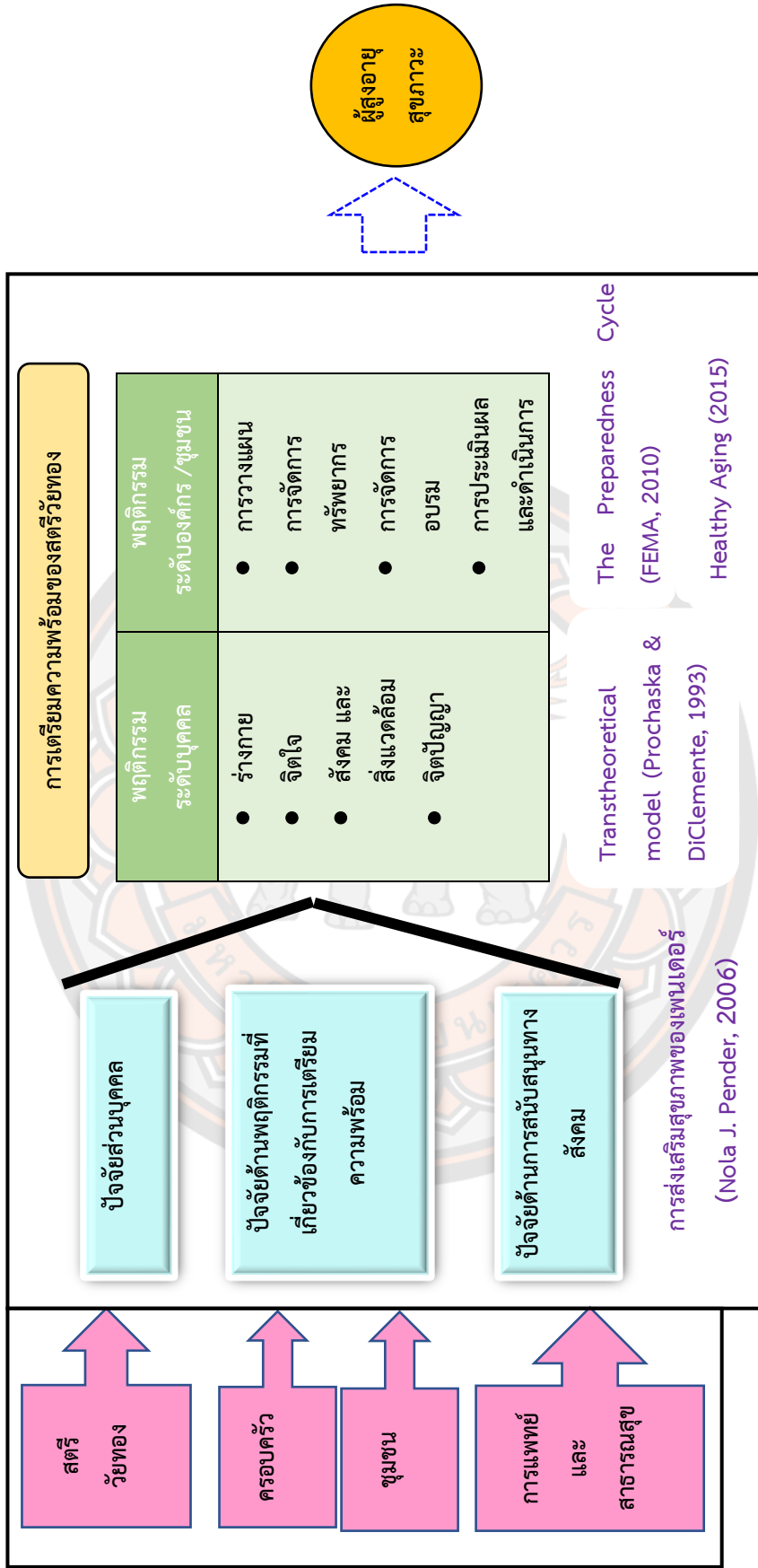
2. ด้านจิตใจ คือ ความสามารถด้านจิตใจ มีความตั้งใจ มุ่งมั่นในการจัดการทางสุขภาพจิต เพื่อให้เกิดความมั่นคงทางจิตใจในวัยผู้สูงอายุอย่างมีสุขภาพ

3. ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม คือ ความสามารถในการมีส่วนร่วมทางสังคมต่อครอบครัว และชุมชน และมีความตั้งใจแสวงหาสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมต่อตนเอง เพื่อการดำรงชีวิตในวัยผู้สูงอายุอย่างมีสุขภาพ

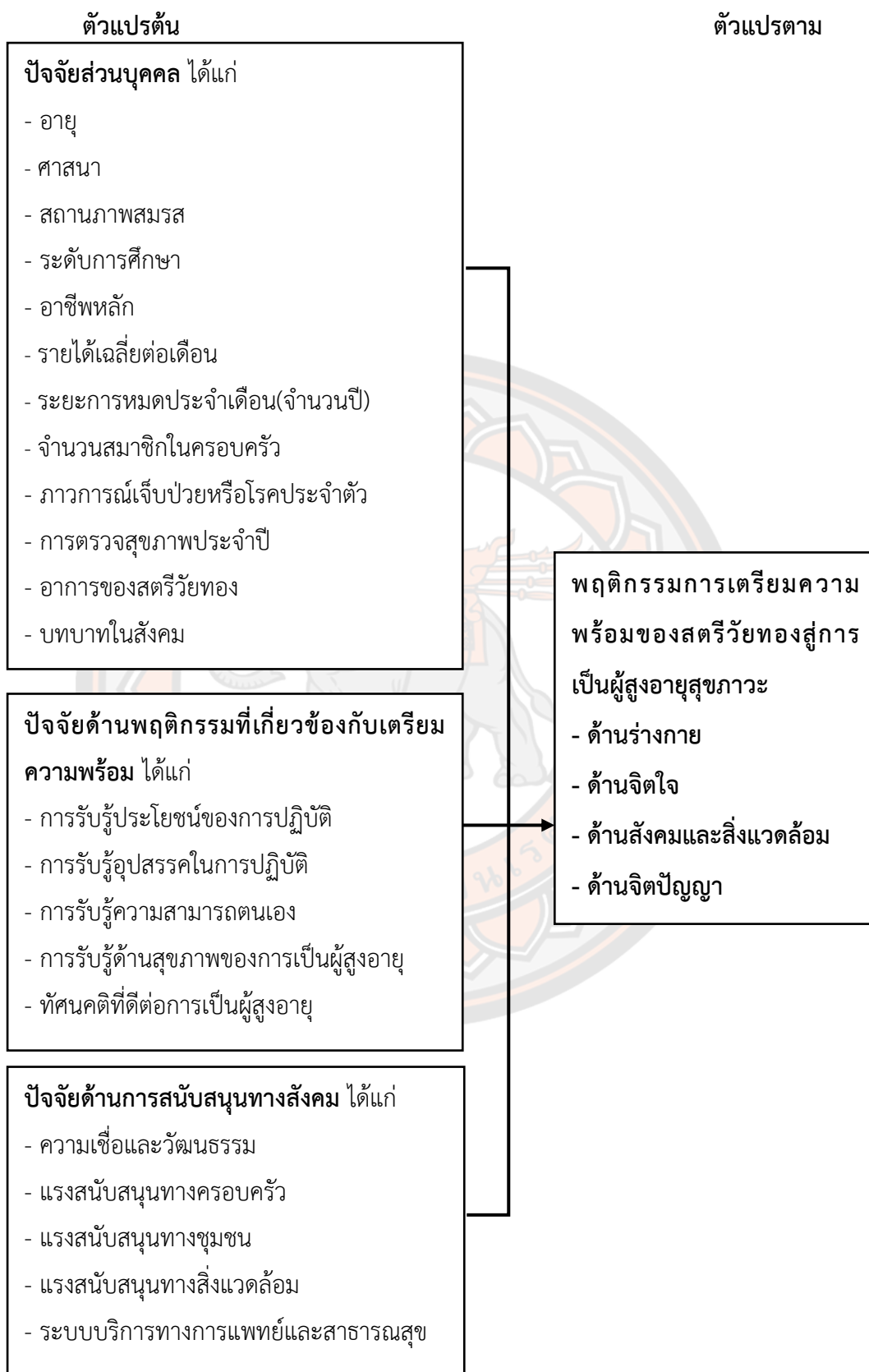
4. ด้านจิตปัญญา คือ ความสามารถทางจิตปัญญาในการตัดสินใจเลือกวิธีการเตรียมความพร้อมของตนเอง โดยมีหลักคิดเป็นแนวทางในการตัดสินใจเพื่อให้ดำเนินชีวิตในวัยผู้สูงอายุอย่างมีสุขภาพดังแสดงดังภาพ 5



รูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพดี



ภาพ 4 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 5 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปริมาณในระยะที่ 1

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา“รูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพ” โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

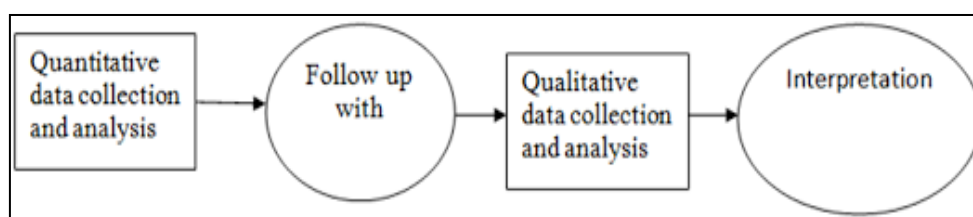
รูปแบบการวิจัย

1. กระบวนทัศน์การวิจัย

การวิจัยนี้ ผู้วิจัยมีกระบวนกร และแนวคิดของกระบวนทัศน์แบบปฏิบัตินิยม (Pragmatism) ที่เชื่อว่า ความรู้ที่มีอยู่หากไม่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้จะไร้ค่า สามารถใช้วิธีวิจัยแบบใดก็ได้ที่ตอบคำถามการวิจัยได้ดีที่สุด และข้อมูลเพียงวิธีการเดียวไม่สามารถอธิบายรายละเอียดของสถานการณ์นั้นได้ การผสมผสานเทคนิคทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพจะทำให้เกิดความสมบูรณ์ของข้อมูล (นิทรา กิจธีระวุฒิมงษ์, 2555)ซึ่งเป็นการผสมผสานวิธีวิจัยที่เน้นผลลัพธ์จากการปฏิบัติ มุ่งการแก้ปัญหามากกว่าการติดยึดวิธีวิจัย มีการใช้การเก็บข้อมูลหลากหลายวิธี และมุ่งให้เกิดการปฏิบัติตามโลกของความเป็นจริง (Creswell, 2014)

จากกระบวนทัศน์ข้างต้น ผู้วิจัยจึงเลือกใช้วิธีการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed methods research design) เนื่องจากผลการวิจัยจากการวิจัยเชิงผสมผสานสามารถเสริมต่อกันโดยใช้ผลการวิจัยจากวิธีหนึ่งอธิบายขยายความผลการวิจัยอีกวิธีหนึ่ง สามารถช่วยให้การตอบคำถามการวิจัยได้ละเอียดชัดเจนมากกว่าการใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพเพียงรูปแบบเดียว การใช้ผลการวิจัยจากวิธีหนึ่ง โดยสามารถนำผลผลิตจากการวิจัยแบบผสมผสานวิธีมาสร้างความจริงที่สมบูรณ์สำหรับใช้ในการปรับเปลี่ยนทฤษฎีหรือการปฏิบัติงาน (ภัทราวดี มากมี, 2559)และการวิจัยครั้งนี้ใช้ ระเบียบวิธีวิจัยออกแบบอธิบายตามลำดับ(Explanatory Sequential Design) ตาม (ภาพ 6) ซึ่งอธิบายถึงการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพในสองขั้นตอนติดต่อกัน ต้องใช้กระบวนกรวิจัยที่เชื่อมโยงข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ และผลลัพธ์จะถูกรวมเข้าด้วยกัน โดยในระยะแรกจะทำการเลือกและวิเคราะห์ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ในข้อมูลเชิงปริมาณ จากนั้นจึงนำไปสู่การศึกษาสาเหตุและที่มาของปัจจัย เพื่อตั้งคำถามวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพในระยะที่สอง และนำผลมาเชื่อมโยงในช่วงการแปลผล (Connecting data) โดยอาจนำเอาข้อมูลคุณภาพที่วิเคราะห์ได้ในระยะที่สองมาช่วยอธิบายผลกับข้อมูลเชิงปริมาณในระยะแรก วาดเป็นข้อสรุป ตรวจสอบความถูกต้องซึ่งจะทำให้ผลการวิจัยสมบูรณ์มากขึ้น นำผลที่ได้จากการศึกษาทั้งสองวิธีการมาเชื่อมโยงกัน จากนั้นนำข้อมูลมาตีความสิ่งที่ต้องการจะศึกษาต่อไป (Creswell, 2014) การ

วิจัยครั้งนี้ใช้การวิจัยแบบหลายช่วง (Multi-phase design) เป็นการวิจัยที่มีหลายช่วงหลายรูปแบบ การวิจัยเพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์การวิจัย มีวัตถุประสงค์เพื่อตอบปัญหาการวิจัยที่ต้องอาศัยสิ่งที่เรียนรู้จากหลาย ๆ การวิจัยร่วมกัน โดยมีการเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ผล และการสรุปผลตามช่วงเวลาการดำเนินการวิจัยแต่ละช่วงหรือตามวัตถุประสงค์การวิจัย ซึ่งในแต่ละขั้นตอนสามารถเป็นตัวแทนของการศึกษาเดี่ยวได้



ภาพ 6 แสดงระเบียบวิธีวิจัยออกแบบอธิบายตามลำดับ(Explanatory Sequential Design)

ที่มา : John W. Creswell, 2014

2. ระยะเวลาวิจัย

การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยแบ่งระยะเวลาวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ตามกระบวนการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. การวิจัยระยะที่ 1 ศึกษาพฤติกรรมการเตรียมความพร้อม และปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพ

2. การวิจัยระยะที่ 2 มุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพ

3. การวิจัยระยะที่ 3 พัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพ

โดยสามารถเขียนขั้นตอนการวิจัยได้ดังภาพ 7 และสรุปขั้นตอนการวิจัยมีทั้งหมดดัง

ภาพ 8



ภาพ 7 แสดงขั้นตอนการดำเนินการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed methods)



ภาพ 8 แสดงขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยระยะที่ 1 ศึกษาพฤติกรรมเตรียมความพร้อม และปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพ

การวิจัยระยะนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ(Quantitative research) ศึกษาพฤติกรรมเตรียมความพร้อม และปัจจัยที่ส่งผลต่อการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพจะทำการเลือกและวิเคราะห์ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ในข้อมูลเชิงปริมาณ จากนั้นจึงนำมาสู่วิธีการหาสาเหตุและที่มาของปัจจัยเพื่อกำหนดคำถามวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพในระยะที่สอง

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรที่ศึกษาคือ สตรีวัยทองที่มีอายุระหว่าง 45-59 ปี โดยมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 8,173 คน

(ทะเบียนสถิติ: ประชากรหญิงอายุ 45-59 ปี อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ เฉพาะผู้มีสัญชาติไทย และมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน: อำเภอสันป่าตอง, 2561)

1.2 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ สตรีวัยทองอายุระหว่าง 45-59 ปี โดยมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 303คน

การคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรการประมาณการค่าเฉลี่ยประชากร (กัลยา วานิชย์บัญชา และฐิตา วานิชย์บัญชา, 2559)ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 275 ตัวอย่าง และเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 รวมเป็นจำนวน 303 ตัวอย่าง

$$n = \frac{N \frac{\alpha}{Z^2} \sigma^2}{\alpha + Z^2 \sigma^2}$$

n = ขนาดตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

Z = ค่า Z ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05, ทดสอบ 2 ทาง (Z = 1.96)

E = ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (E = 0.05)

σ^2 = ค่าแปรปรวนของประชากร คำนวณจากกำลังสองของส่วนเบี่ยงเบนการเตรียมความพร้อมของสตรีด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ

($S^2 = 71.40$) (ปานจันทร์ อิมหนา และคณะ, 2561)

แทนค่า

$$N = \frac{8,173(1.96^2)(71.40)}{8,173(0.05^2)+(1.96^2)(71.40)}$$

n = 274.98 (303)

1.3 การสุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling technique) ดังนี้

1.3.1 เรียงลำดับรายชื่อสตรีวัยทองทุกตำบล โดยเรียงตามลำดับตัวอักษร ก - ฮ และลำดับหมู่บ้านจากน้อยไปมาก

1.3.2 การสุ่มตัวอย่างตามช่วงที่คำนวณได้ ตามสัดส่วนสตรีวัยทองทุกหมู่บ้านของแต่ละตำบล

โดยขนาดตัวอย่างของแต่ละตำบล ใช้สูตรกำหนดสัดส่วนดังนี้

$$n_i = \frac{nN_i}{N}$$

กำหนดให้ n_i = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละชั้นภูมิ

n = ขนาดตัวอย่าง

N_i = สมาชิกของประชากรในแต่ละชั้นภูมิ

N = จำนวนสมาชิกของประชากรทั้งหมด

ตาราง 1 แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายตำบล

ลำดับ	ตำบล	สตรีวัยทอง (คน)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
1	ยุหว่า	1,200	45
2	สันกลาง	759	28
3	ท่าวังพร้าว	242	10
4	มะขามหลวง	708	26
5	แม่ก้ำ	1,049	40
6	บ้านแม่	825	30
7	บ้านกลาง	541	20
8	ทุ่งสะโตก	907	32
9	ทุ่งด้อม	774	29
10	น้ำบ่อหลวง	687	25
11	มะขุนหวาน	481	18
รวม		8,173	303

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. อายุ 45-59 ปีบริบูรณ์
2. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ โดยกำเนิด มีสัญชาติไทย และมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ได้รับวัฒนธรรม และความเป็นอยู่และวิถีชีวิตดั้งเดิมของพื้นที่ มากกว่าหรือเท่ากับ 10 ปีขึ้นไป
3. ไม่มีโรคประจำตัวร้ายแรง อันจะเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมวิจัย
4. ยินดีให้ข้อมูล และสมัครใจในการเข้าร่วมกิจกรรมตั้งแต่เริ่มต้นถึงสิ้นสุดกิจกรรมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ย้ายที่อยู่ไปในพื้นที่อื่น
2. เป็นชาวต่างประเทศ
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือเพื่อในการศึกษาหาปัจจัยและสาเหตุที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพผู้วิจัยได้ประยุกต์ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ฉบับปรับปรุง 2006 (Pender et al., 2006) ซึ่งกล่าวถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องและส่งเสริมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งด้านปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับเตรียมความพร้อม และปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม มาเป็นกรอบของปัจจัย และแนะนำปัจจัยที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยมาร่วมเป็นตัวแปรในการศึกษา ดังนั้นการวิจัยเชิงปริมาณที่จะทำการศึกษาในระยะที่ 1 ประกอบด้วย ตัวแปรต้น และตัวแปรตามที่จะศึกษาดังต่อไปนี้

ตัวแปรต้นที่ทำการศึกษา

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพหลัก จำนวนรายได้และความเพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระยะการหมดประจำเดือน (จำนวนปี) ภาวะการเจ็บป่วยทางสุขภาพหรือโรคประจำตัว การตรวจสุขภาพประจำปี อาการของสตรีวัยทอง และบทบาทในสังคมของสตรีวัยทอง
2. ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับเตรียมความพร้อม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ด้านสุขภาพของการเป็นผู้สูงอายุ และทัศนคติที่ดีต่อการเป็นผู้สูงอายุ

3. ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ความเชื่อและวัฒนธรรม แรงสนับสนุนทางครอบครัว แรงสนับสนุนทางชุมชน แรงสนับสนุนทางสิ่งแวดล้อม และระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

4. ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองสู่การเป็นผู้สูงอายุ สุขภาวะ

4.1 ด้านร่างกาย คือ ความสามารถ ความตั้งใจ มุ่งมั่น ตัดสินใจในการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางกาย อันจะส่งผลต่อสุขภาพ และความสามารถในการดำเนินชีวิตในวัยผู้สูงอายุอย่างมีสุขภาวะ

4.2 ด้านจิตใจ คือ ความสามารถด้านจิตใจ มีความตั้งใจ มุ่งมั่นในการจัดการทางสุขภาพจิต เพื่อให้เกิดความมั่นคงทางจิตใจในวัยผู้สูงอายุอย่างมีสุขภาวะ

4.3 ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม คือ ความสามารถในการมีส่วนร่วมทางสังคมต่อครอบครัวและชุมชน และมีความตั้งใจแสวงหาสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมต่อตนเอง เพื่อการดำรงชีวิตในวัยผู้สูงอายุอย่างมีสุขภาวะ

4.4 ด้านจิตปัญญา คือ ความสามารถทางจิตปัญญาในการตัดสินใจเลือกวิถีการเตรียมความพร้อมของตนเอง โดยมีหลักคิดเป็นแนวทางในการตัดสินใจเพื่อให้ดำเนินชีวิตในวัยผู้สูงอายุอย่างมีสุขภาวะ

ลักษณะเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีดังนี้

แบบสอบถาม (Questionnaire) ชุดที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพหลัก จำนวนรายได้และความเพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระยะเวลาหมดประจำเดือน (จำนวนปี) ภาวะการเจ็บป่วยทางสุขภาพหรือโรคประจำตัว การตรวจสุขภาพประจำปี อาการของสตรีวัยทอง และบทบาทในสังคมของสตรีวัยทอง ลักษณะคำถามเป็นชนิดแบบเลือกตอบ และเติมคำตอบ ตามคุณลักษณะของข้อคำถามที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ให้

2. ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับเตรียมความพร้อม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ด้านสุขภาพของการเป็นผู้สูงอายุ และทัศนคติที่ดีต่อการเป็นผู้สูงอายุ ประยุกต์จากมูจลินท์ แพงศิริ และวิทญา ต้นอารีย์ (2559)

แบบสอบถาม (Questionnaire) ชุดที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ และการรับรู้ความสามารถตนเองโดยสตรีวัยทองตอบตามความเป็นจริงตรงกับการปฏิบัติมากที่สุดในระยะเวลา 3 เดือน เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale)

5 ระดับตามมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert, 1961) ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 12 ข้อ แต่ละข้อจะมีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ ดังนี้ คือ

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความคิดเห็น หรือมีความรู้สึกต่อข้อความนั้นมากที่สุด
 มาก หมายถึง ท่านมีความคิดเห็น หรือมีความรู้สึกต่อข้อความนั้นมาก
 ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็น หรือมีความรู้สึกต่อข้อความนั้นปานกลาง
 น้อย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็น หรือมีความรู้สึกต่อข้อความนั้นน้อย
 น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความคิดเห็น หรือมีความรู้สึกต่อข้อความนั้นน้อยที่สุด

ส่วนเกณฑ์การแปลความหมาย เพื่อจัดระดับคะแนนเฉลี่ยในช่วงคะแนนต่าง ๆ
 มีสมการคำนวณอันตรภาคชั้นของค่าเฉลี่ยมีค่าเท่ากับ 0.8 โดยใช้สมการทาง
 คณิตศาสตร์ของ (Fisher, 1950)

ความกว้างของอันตรภาคชั้น = (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด) / จำนวนชั้น

ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ		
ระดับการให้คะแนน	มากที่สุด	5 คะแนน	1 คะแนน
ระดับการให้คะแนน	มาก	4 คะแนน	2 คะแนน
ระดับการให้คะแนน	ปานกลาง	3 คะแนน	3 คะแนน
ระดับการให้คะแนน	น้อย	2 คะแนน	4 คะแนน
ระดับการให้คะแนน	น้อยที่สุด	1 คะแนน	5 คะแนน

กำหนดเกณฑ์แปลความหมายคะแนนบทบาททางสังคมของตนเอง ดังนี้ คือ

มากที่สุด	ค่าเฉลี่ย 4.21 - 5.00	หมายถึง มีความคิดเห็น หรือมีความรู้สึกต่อข้อความนั้น
มาก	ค่าเฉลี่ย 3.41 - 4.20	หมายถึง มีความคิดเห็น หรือมีความรู้สึกต่อข้อความนั้น
ปานกลาง	ค่าเฉลี่ย 2.61 - 3.40	หมายถึง มีความคิดเห็น หรือมีความรู้สึกต่อข้อความนั้น
น้อย	ค่าเฉลี่ย 1.81 - 2.60	หมายถึง มีความคิดเห็น หรือมีความรู้สึกต่อข้อความนั้น
น้อยที่สุด	ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.80	หมายถึง มีความคิดเห็น หรือมีความรู้สึกต่อข้อความนั้น

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ด้านสุขภาพของการเป็นผู้สูงอายุ และทัศนคติที่ดีต่อการเป็นผู้สูงอายุ

โดยสตรีวัยทองตอบตามความเป็นจริงตรงกับการปฏิบัติมากที่สุดในระยะเวลา 3 เดือน เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับตามมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert, 1961)

ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 8 ข้อ แต่ละข้อจะมีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ ดังนี้ คือ

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความคิดเห็น หรือมีความรู้สึกต่อข้อความนั้นมากที่สุด

มาก หมายถึง ท่านมีความคิดเห็น หรือมีความรู้สึกต่อข้อความนั้นมาก

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็น หรือมีความรู้สึกต่อข้อความนั้นปานกลาง

น้อย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็น หรือมีความรู้สึกต่อข้อความนั้นน้อย

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความคิดเห็น หรือมีความรู้สึกต่อข้อความนั้นน้อย

ที่สุด

ส่วนเกณฑ์การแปลความหมาย เพื่อจัดระดับคะแนนเฉลี่ยในช่วงคะแนนต่าง ๆ

มีสมการคำนวณอันตรภาคชั้นของค่าเฉลี่ยมีค่าเท่ากับ 0.8 โดยใช้สมการทางคณิตศาสตร์ของ Fisher RA. (1950)

ความกว้างของอันตรภาคชั้น = (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด) / จำนวนชั้น

ระดับการให้คะแนน มากที่สุด 5 คะแนน

ระดับการให้คะแนน มาก 4 คะแนน

ระดับการให้คะแนน ปานกลาง 3 คะแนน

ระดับการให้คะแนน น้อย 2 คะแนน

ระดับการให้คะแนน น้อยที่สุด 1 คะแนน

กำหนดเกณฑ์แปลความหมายคะแนนบทบาททางสังคมของตนเอง ดังนี้ คือ

ค่าเฉลี่ย 4.21 - 5.00 หมายถึง มีความคิดเห็น หรือมีความรู้สึกต่อข้อความนั้น

มากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.41 - 4.20 หมายถึง มีความคิดเห็น หรือมีความรู้สึกต่อข้อความนั้น

ปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 2.61 - 3.40 หมายถึง มีความคิดเห็น หรือมีความรู้สึกต่อข้อความนั้น

ปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.81 - 2.60 หมายถึง มีความคิดเห็น หรือมีความรู้สึกต่อข้อความนั้น

น้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.80 หมายถึง มีความคิดเห็น หรือมีความรู้สึกต่อข้อความนั้น

น้อยที่สุด

3. ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ความเชื่อและวัฒนธรรม แรงสนับสนุนทางครอบครัว แรงสนับสนุนทางชุมชน แรงสนับสนุนทางสิ่งแวดล้อม และระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ประยุกต์จากมูจลินท์ แปงศิริ และวิทญา ตันอารีย์ (2559)

แบบสอบถาม (Questionnaire) ชุดที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ความเชื่อและวัฒนธรรม แรงสนับสนุนทางครอบครัว แรงสนับสนุนทางชุมชน แรงสนับสนุนทางสิ่งแวดล้อม และระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

โดยสตรีวิจัยทองตอบตามความเป็นจริงตรงกับการปฏิบัติมากที่สุดในระยะเวลา 3 เดือน เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับตามมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert, 1961) ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 17 ข้อ แต่ละข้อจะมีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ ดังนี้ คือ

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความคิดเห็น หรือได้รับการสนับสนุนต่อข้อความนั้นมากที่สุด

มาก หมายถึง ท่านมีความคิดเห็น หรือได้รับการสนับสนุนต่อข้อความนั้นมาก

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็น หรือได้รับการสนับสนุนต่อข้อความนั้นปานกลาง

น้อย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็น หรือได้รับการสนับสนุนต่อข้อความนั้นน้อย

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความคิดเห็น หรือได้รับการสนับสนุนต่อข้อความนั้นน้อยที่สุด

ส่วนเกณฑ์การแปลความหมาย เพื่อจัดระดับคะแนนเฉลี่ยในช่วงคะแนนต่าง ๆ มีสมการคำนวณอันตรภาคชั้นของค่าเฉลี่ยมีค่าเท่ากับ 0.8 โดยใช้สมการทางคณิตศาสตร์ของ Fisher RA. (1950)

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = (\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}) / \text{จำนวนชั้น}$$

ระดับการให้คะแนน มากที่สุด 5 คะแนน

ระดับการให้คะแนน มาก 4 คะแนน

ระดับการให้คะแนน ปานกลาง 3 คะแนน

ระดับการให้คะแนน น้อย 2 คะแนน

ระดับการให้คะแนน น้อยที่สุด 1 คะแนน

กำหนดเกณฑ์แปลความหมายคะแนนบทบาททางสังคมของตนเอง ดังนี้ คือ

ค่าเฉลี่ย 4.21 - 5.00 หมายถึง มีความคิดเห็น หรือได้รับการสนับสนุนต่อข้อความนั้นมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.41 – 4.20	หมายถึง มีความคิดเห็น หรือได้รับการสนับสนุนต่อ ข้อความนั้นมาก
ค่าเฉลี่ย 2.61 – 3.40	หมายถึง มีความคิดเห็น หรือได้รับการสนับสนุนต่อ ข้อความนั้นปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.81 – 2.60	หมายถึง มีความคิดเห็น หรือได้รับการสนับสนุนต่อ ข้อความนั้นน้อย
ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.80	หมายถึง มีความคิดเห็น หรือได้รับการสนับสนุนต่อ ข้อความนั้นน้อยที่สุด

4. พฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองสู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพะ

4.1 ด้านร่างกาย คือ ความสามารถ ความตั้งใจ มุ่งมั่น ตัดสินใจในการปฏิบัติ
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางกาย อันจะส่งผลต่อสุขภาพ และความสามารถในการดำเนินชีวิตในวัย
ผู้สูงอายุอย่างมีสุขภาพะ

4.2 ด้านจิตใจ คือ ความสามารถด้านจิตใจ มีความตั้งใจ มุ่งมั่นในการจัดการทาง
สุขภาพจิต เพื่อให้เกิดความมั่นคงทางจิตใจในวัยผู้สูงอายุอย่างมีสุขภาพะ

4.3 ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม คือ ความสามารถในการมีส่วนร่วมทางสังคมต่อ
ครอบครัวและชุมชน และมีความตั้งใจแสวงหาสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมต่อตนเอง เพื่อการดำรงชีวิตใน
วัยผู้สูงอายุอย่างมีสุขภาพะ

4.4 ด้านจิตปัญญา คือ ความสามารถทางจิตปัญญาในการตัดสินใจเลือกวิธีการ
เตรียมความพร้อมของตนเอง โดยมีหลักคิดเป็นแนวทางในการตัดสินใจเพื่อให้ดำเนินชีวิตในวัย
ผู้สูงอายุอย่างมีสุขภาพะ

ลักษณะเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม (Questionnaire)

ชุดที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองสู่การเป็น
ผู้สูงอายุสุขภาพะ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม และด้านจิตปัญญา

โดยสตรีวัยทองตอบตามความเป็นจริงตรงกับการปฏิบัติมากที่สุด เป็นมาตราส่วน
ประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับตามมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert, 1961) ลักษณะคำถามเป็น
แบบเลือกตอบ จำนวน 26 ข้อ แต่ละข้อจะมีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ ดังนี้ คือ

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีระดับการปฏิบัติพฤติกรรมในข้อความนั้นมากที่สุด

มาก หมายถึง ท่านมีระดับการปฏิบัติพฤติกรรมในข้อความนั้นมาก

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีระดับการปฏิบัติพฤติกรรมในข้อความนั้นปานกลาง

น้อย หมายถึง ท่านมีระดับการปฏิบัติพฤติกรรมในข้อความนั้นน้อย

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีระดับการปฏิบัติพฤติกรรมในข้อความนั้นน้อยที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลความหมาย เพื่อจัดระดับคะแนนเฉลี่ยในช่วงคะแนนต่าง ๆ มีสมการคำนวณอันตรภาคชั้นของค่าเฉลี่ยมีค่าเท่ากับ 0.8 โดยใช้สมการทางคณิตศาสตร์ของ (Fisher, 1950)

ความกว้างของอันตรภาคชั้น = (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด) / จำนวนชั้น

ระดับการให้คะแนน มากที่สุด 5 คะแนน

ระดับการให้คะแนน มาก 4 คะแนน

ระดับการให้คะแนน ปานกลาง 3 คะแนน

ระดับการให้คะแนน น้อย 2 คะแนน

ระดับการให้คะแนน น้อยที่สุด 1 คะแนน

กำหนดเกณฑ์แปลความหมายคะแนนบทบาททางสังคมของตนเอง ดังนี้ คือ

ค่าเฉลี่ย 4.21 - 5.00 หมายถึง มีการปฏิบัติพฤติกรรมในข้อความนั้นมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.41 - 4.20 หมายถึง มีการปฏิบัติพฤติกรรมในข้อความนั้นมาก

ค่าเฉลี่ย 2.61 - 3.40 หมายถึง มีการปฏิบัติพฤติกรรมในข้อความนั้นปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.81 - 2.60 หมายถึง มีการปฏิบัติพฤติกรรมในข้อความนั้นน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.80 หมายถึง มีการปฏิบัติพฤติกรรมในข้อความนั้นน้อยที่สุด

3. การสร้างและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การสร้างเครื่องมือที่ใช้วัดพฤติกรรมเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพและ ปัจจัยที่มีผลต่อการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพดี ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

3.1 ทำการศึกษาข้อมูลเบื้องต้น โดยศึกษารายละเอียดจากแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.2 กำหนดขอบเขตและโครงสร้างเนื้อหาของแบบสอบถามให้สอดคล้องกับกรอบแนวคิดการวิจัย

3.3 สร้างข้อคำถามในแบบสอบถาม โดยพิจารณาจากนิยามศัพท์ และวัตถุประสงค์ของการวิจัย นำมากำหนดการให้คะแนนสำหรับคำตอบแต่ละข้อ

3.4 นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อพิจารณาความเหมาะสม ความถูกต้องของภาษา และปรับปรุงแบบสอบถามตามคำแนะนำ

3.5 การตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และพิจารณาสำนวนภาษา ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข โดยคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับเนื้อหาตามระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

(Index of Item – Objective Congruence) จำนวน 5 ท่าน คือ ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านงานอนามัยเจริญพันธุ์และอนามัยครอบครัว 3 ท่าน โดยเกณฑ์ในการพิจารณาให้คะแนนแบบสอบถามเป็นรายข้อ ดังนี้

ให้ +1 = แน่ใจว่าสอดคล้องกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ให้ 0 = ไม่แน่ใจว่าสอดคล้องกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ให้ -1 = แน่ใจว่าไม่สอดคล้องกับเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

การคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

(IOC) จากสูตรของ Rovinelli & Hambleton (1977) ดังนี้

$$IOC = (\Sigma R)/N$$

IOC = ค่าดัชนีความสอดคล้องข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ΣR = ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N = จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

พบว่า ค่า IOC ของข้อคำถามในแบบสอบถามทุกข้อ มีค่าอยู่ระหว่าง 0.5 - 1 ถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนดคือ เกณฑ์การพิจารณาความเหมาะสมของค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามรายข้อ ให้มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป แต่ถ้าได้ค่า IOC ต่ำกว่า 0.5 ต้องพิจารณาแก้ไขปรับปรุงหรือตัดทิ้ง ซึ่งค่าเฉลี่ยผลรวมของความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถามได้ 0.89

3.6 การตรวจสอบความเชื่อถือได้ (Reliability) นำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับสตรีวัยทองที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงแต่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อถือได้ (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้สูตรประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์การพิจารณาความเชื่อถือได้ ควรจะมากกว่า 0.70 (กัลยา วานิชย์บัญชา และจิตตา วานิชย์บัญชา, 2559) ซึ่งค่าเฉลี่ยผลรวมของค่าความเที่ยงของแบบสอบถามได้ 0.87

ค่าความเที่ยงรายฉบับมีค่าดังต่อไปนี้

แบบสอบถาม	ค่าความเที่ยง
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ	0.83
การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ	0.90
การรับรู้ความสามารถตนเอง	0.87
การรับรู้ด้านสุขภาพของการเป็นผู้สูงอายุ	0.77
ทัศนคติที่ดีต่อการเป็นผู้สูงอายุ	0.80
ความเชื่อและวัฒนธรรม	0.92
แรงสนับสนุนทางครอบครัว	0.84
แรงสนับสนุนทางชุมชน	0.76
แรงสนับสนุนทางสิ่งแวดล้อม	0.88
ระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข	0.75
พฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัย	0.91
ทงสู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพะ	
รวมทั้งฉบับ	0.87

3.7 จัดทำแบบสอบถามเป็นฉบับสมบูรณ์ เพื่อนำไปเก็บข้อมูลกับสตรีวัยทองที่เป็นกลุ่มตัวอย่างต่อไป

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม มีวิธีการดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

4.1 ส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากมหาวิทยาลัยนเรศวรถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ที่ว่าการอำเภอสันป่าตอง เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล ในเขตอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อขอความร่วมมือเก็บรวบรวมข้อมูล

4.2 ผู้วิจัยจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และฝึกทักษะการเป็นผู้ช่วยผู้วิจัยให้แก่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานอนามัยเจริญพันธุ์และอนามัยครอบครัวของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน กองงานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลบ้านกลาง อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน

4.3 ส่งแบบสอบถามที่ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ในแบบสอบถามจะมีคำชี้แจงการทำแบบสอบถามและขอความร่วมมือในการทำแบบสอบถาม พร้อมทั้งเขียนชี้แจงถึงการนำผลการวิจัยไปใช้ไว้ที่แบบสอบถามทุกฉบับให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานอนามัยเจริญพันธุ์และอนามัยครอบครัว ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

โรงพยาบาลชุมชน กองงานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาลตำบลบ้านกลาง อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ ช่วยเก็บข้อมูล

4.4 ประสานงานการเก็บรวบรวมข้อมูลรายตำบล โดยเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานอนามัยเจริญพันธุ์และอนามัยครอบครัว ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน กองงานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาลตำบลบ้านกลาง อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ เป็นผู้ช่วยรวบรวมแบบสอบถาม โดยกำหนดส่งแบบสอบถามคืนผู้วิจัย ภายใน 2 สัปดาห์

4.5 กรณีแบบสอบถามที่ไม่ได้รับคืน เมื่อผู้วิจัยตรวจสอบจากรหัสแบบสอบถามแล้ว ติดตามเก็บข้อมูลด้วยตนเองและประสานงานช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลกับประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระดับหมู่บ้านหรือระดับตำบลหรือระดับอำเภอ แล้วแต่กรณี

4.6 หลังจากที่ได้รับแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาตรวจสอบความถูกต้อง และสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนการวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติในการวิจัย ดังนี้

5.1 การวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ อายุ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพหลัก จำนวนรายได้และความเพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระยะการหมดประจำเดือน(จำนวนปี) ภาวะการเจ็บป่วยทางสุขภาพหรือโรคประจำตัว และการตรวจสุขภาพประจำปี โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

5.2 การวิเคราะห์หาระดับปัจจัยด้านการส่งเสริมพฤติกรรมเตรียมความพร้อม และอิทธิพลและการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

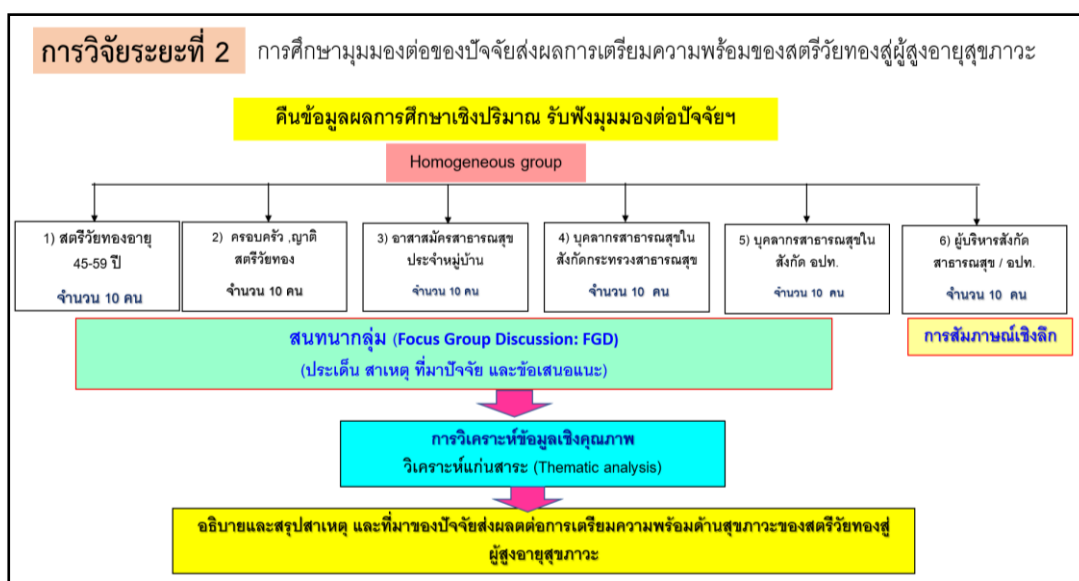
5.3 การวิเคราะห์หาพฤติกรรมเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองสู่การเป็นผู้สูงอายุ สุขภาวะโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.4 วิเคราะห์หาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุ สุขภาวะ โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Multiple Regression Analysis: Stepwise)

5.5 กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐาน

การวิจัยระยะที่ 2 ศึกษามุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพ

การวิจัยระยะนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพื่อศึกษามุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อม และสรุปประเด็นสาเหตุปัจจัยและข้อเสนอแนะต่อการสร้างรูปแบบของสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพ (ตามภาพ 9)



ภาพ 9 แสดงการวิจัยระยะที่ 2 การศึกษามุมมองต่อของปัจจัยส่งผลการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพ

โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 คืนข้อมูลผลการศึกษาเชิงปริมาณ ปัจจัยและพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพ และรับฟังมุมมองความคิดเห็นจากกลุ่มตัวอย่าง

โดยผู้วิจัยนำเสนอระดับของปัจจัยและพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพ ซึ่งได้จากการวิจัยระยะที่ 1 เพื่อเป็นการคืนข้อมูล และให้กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสะท้อนมุมมอง สาเหตุปัจจัย และปัจจัยที่ส่งผลต่อการการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพ เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของสตรีวัยทองในพื้นที่ ที่สามารถนำมาส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพ

ในกลุ่มที่มีลักษณะแบบเอกพันธ์ (Homogeneous group) คือ มีประสบการณ์ในการทำงานที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งจะช่วยลดความผันแปร (หรือลดความแตกต่าง) ของข้อมูล และช่วยให้การวิเคราะห์ข้อมูลทำได้ง่ายขึ้น และยังช่วยอำนวยความสะดวกในการสนทนากลุ่ม (Focus Group

Discussion: FGD) จำนวน 8 กลุ่ม ได้แก่ 1) สตรีวัยทองอายุ 45-59 ปี 2) ครอบครัว ,ญาติ หรือผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับสตรีวัยทอง 3) ประชาชนชาวบ้าน หรือประชาชนล้าหน้า 4) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 5) บุคลากรสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 6) บุคลากรในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 7) บุคลากรในสังกัดสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และ 8) ผู้บริหารทั้งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยสังเคราะห์ข้อมูล และอธิบายปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงาน รวมทั้งข้อเสนอแนะ เพื่อสรุปประเด็นสาเหตุปัจจัยและข้อเสนอแนะต่อการสร้างรูปแบบ โดยมีรายละเอียดในการดำเนินขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก

1.1 ประชากรที่ศึกษาและกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก

1.1.1 สตรีวัยทองในเขตอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ โดยคัดเลือกสตรีที่มีคุณลักษณะของผู้นำด้านการเตรียมความพร้อมในการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยทองในระดับตำบล

1.1.2 ครอบครัว ญาติ หรือผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับสตรีวัยทอง

1.1.3 ประชาชนชาวบ้าน หรือ ประชาชนล้าหน้า หรือผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านวัฒนธรรมและภูมิปัญญาพื้นบ้านล้าหน้า

1.1.4 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

1.1.5 บุคลากรสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีความเชี่ยวชาญหรือปฏิบัติงานในแผนกอนามัยเจริญพันธุ์ และอนามัยครอบครัว (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/โรงพยาบาลชุมชน)

1.1.6 บุคลากรในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (กองการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาลตำบล)

1.1.7 บุคลากรในสังกัดสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ทั้งในระดับอำเภอและตำบล ได้แก่ นักพัฒนาชุมชน นักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ นักสังคมสงเคราะห์

1.1.8 กลุ่มผู้บริหารที่มีส่วนในการผลักดันนโยบายส่งเสริมการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพดี ทั้งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

1.2 การคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ใช้วิธีคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลตาม 16 กลยุทธ์ตามแนวทางของ Miles & Huberman (1994) แบบการเลือกตัวอย่างกรณีหลากหลาย (Maximum Variation Sampling) ซึ่งเป็นการเลือกตัวอย่างที่ครอบคลุมความหลากหลายที่ผู้วิจัยให้ความสนใจหรืออาจจะเป็นการทำความเข้าใจปรากฏการณ์ใดปรากฏการณ์หนึ่งที่ศึกษากลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน

กัน ในพื้นที่ที่ต่างกัน และในระยะเวลาที่ต่างกัน การเลือกกลุ่มตัวอย่างนี้ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดเล็กแต่ครอบคลุมความหลากหลายมากที่สุดเท่าที่จะมากได้ หรืออาจจะเป็นการทำความเข้าใจปรากฏการณ์ใดปรากฏการณ์หนึ่งที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน ในพื้นที่ที่ต่างกัน และในระยะเวลาที่ต่างกัน ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา เป็นต้น

1.3 เกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล (Inclusion criteria)

1.3.1 สตรีวัยทองอายุ 45-59 ปี มีคุณลักษณะของผู้นำด้านการเตรียมความพร้อมด้านการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยทองในระดับตำบล ในเขตอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ ไม่มีโรคหรืออาการเจ็บป่วยรุนแรงที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ จำนวน 10 คน (คัดเลือกผู้นำสตรีประจำตำบล ตำบลละ 1 คน)

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล (Inclusion criteria)

1. อายุ 45-59 ปีบริบูรณ์
2. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่โดยกำเนิด มีสัญชาติไทย และมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ได้รับวัฒนธรรม และความเป็นอยู่และวิถีชีวิตดั้งเดิมของพื้นที่ มากกว่าหรือเท่ากับ 10 ปีขึ้นไป
3. ไม่มีโรคประจำตัวร้ายแรง อันจะเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมวิจัย
4. ยินดีให้ข้อมูล และสมัครใจในการเข้าร่วมกิจกรรมตั้งแต่เริ่มต้นถึงสิ้นสุด

กิจกรรมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ย้ายที่อยู่ไปในพื้นที่อื่น
2. เป็นชาวต่างประเทศ

เกณฑ์การยุติโครงการ (Termination Criteria) (ถ้ามี)

ไม่มี

1.3.2 ครอบครัว ญาติ หรือผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดสตรีวัยทอง จำนวน 10 คน (1 ท่านที่มีความสัมพันธ์ต่อสตรีวัยทอง 1 คน)

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล (Inclusion criteria)

1. อายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
2. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่โดยกำเนิด เป็นญาติสายตรง และมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดสตรีวัยทอง
3. ไม่มีโรคประจำตัวร้ายแรง อันจะเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมวิจัย
4. ยินดีให้ข้อมูล และสมัครใจในการเข้าร่วมกิจกรรมตั้งแต่เริ่มต้นถึงสิ้นสุด

กิจกรรมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ย้ายที่อยู่ไปในพื้นที่อื่น
2. เป็นชาวต่างประเทศ

เกณฑ์การยุติโครงการ (Termination Criteria) (ถ้ามี)

ไม่มี

1.3.3 ประชาชนชาวบ้าน หรือ ประชาชนล้าंना หรือผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านวัฒนธรรมและภูมิปัญญาพื้นบ้านล้าंना จำนวน 10 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. อายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
2. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่โดยกำเนิด มีสัญชาติไทย และมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ได้รับวัฒนธรรม และความเป็นอยู่และวิถีชีวิตดั้งเดิมของพื้นที่มากกว่าหรือเท่ากับ 10 ปีขึ้นไป

3. ไม่มีโรคประจำตัวร้ายแรง อันจะเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมวิจัย
4. ยินดีให้ข้อมูล และสมัครใจในการเข้าร่วมกิจกรรมตั้งแต่เริ่มต้นถึงสิ้นสุด

กิจกรรมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ย้ายที่อยู่ไปในพื้นที่อื่น
2. เป็นชาวต่างประเทศ

เกณฑ์การยุติโครงการ (Termination Criteria) (ถ้ามี)

ไม่มี

1.3.4 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีความเชี่ยวชาญและ /หรือได้รับมอบหมายในการให้การส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยทอง หรือวัยผู้ใหญ่และวัยผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. อายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
2. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่โดยกำเนิด เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบของอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่มีความเชี่ยวชาญและ /หรือได้รับมอบหมายในการให้การส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยทอง หรือวัยผู้ใหญ่และวัยผู้สูงอายุ และ / หรือ ปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ปีขึ้นไป

3. ไม่มีโรคประจำตัวร้ายแรง อันจะเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมวิจัย
4. ยินดีให้ข้อมูล และสมัครใจในการเข้าร่วมกิจกรรมตั้งแต่เริ่มต้นถึงสิ้นสุด

กิจกรรมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ย้ายที่อยู่ไปในพื้นที่อื่น
2. เป็นชาวต่างประเทศ

เกณฑ์การยุติโครงการ (Termination Criteria) (ถ้ามี)

ไม่มี

1.3.5 บุคลากรสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีความเชี่ยวชาญหรือปฏิบัติงานในแผนกอนามัยเจริญพันธุ์และอนามัยครอบครัว (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/โรงพยาบาลชุมชน) จำนวน 10 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. อายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
2. ปัจจุบันปฏิบัติงานในจังหวัดเชียงใหม่ มีความเชี่ยวชาญหรือปฏิบัติงานในแผนกอนามัยเจริญพันธุ์และอนามัยครอบครัว (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/โรงพยาบาลชุมชน) มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ปีขึ้นไป
3. ไม่มีโรคประจำตัวร้ายแรง อันจะเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมวิจัย
4. ยินดีให้ข้อมูล และสมัครใจในการเข้าร่วมกิจกรรมตั้งแต่เริ่มต้นถึงสิ้นสุด

กิจกรรมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ย้ายที่อยู่ไปในพื้นที่อื่น
2. เป็นชาวต่างประเทศ

เกณฑ์การยุติโครงการ (Termination Criteria) (ถ้ามี)

ไม่มี

1.3.6 บุคลากรสาธารณสุข กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ซึ่งอยู่ในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 10 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. อายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
2. ปัจจุบันปฏิบัติงานในจังหวัดเชียงใหม่ มีความเชี่ยวชาญหรือปฏิบัติงานในกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ซึ่งอยู่ในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ปีขึ้นไป
3. ไม่มีโรคประจำตัวร้ายแรง อันจะเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมวิจัย
4. ยินดีให้ข้อมูล และสมัครใจในการเข้าร่วมกิจกรรมตั้งแต่เริ่มต้นถึงสิ้นสุด

กิจกรรมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ย้ายที่อยู่ไปในพื้นที่อื่น
2. เป็นชาวต่างประเทศ

เกณฑ์การยุติโครงการ (Termination Criteria) (ถ้ามี)

ไม่มี

1.3.7 บุคลากรในสังกัดสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ทั้งในระดับอำเภอและตำบล ได้แก่ นักพัฒนาชุมชน นักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ นักสังคมสงเคราะห์ จำนวน 10 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. อายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
2. ปัจจุบันปฏิบัติงานในจังหวัดเชียงใหม่ มีความเชี่ยวชาญหรือปฏิบัติงานในพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ทั้งในระดับอำเภอและตำบล มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ปีขึ้นไป
3. ไม่มีโรคประจำตัวร้ายแรง อันจะเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมวิจัย
4. ยินดีให้ข้อมูล และสมัครใจในการเข้าร่วมกิจกรรมตั้งแต่เริ่มต้นถึงสิ้นสุด

กิจกรรมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ย้ายที่อยู่ไปในพื้นที่อื่น
2. เป็นชาวต่างประเทศ

เกณฑ์การยุติโครงการ (Termination Criteria) (ถ้ามี)

ไม่มี

1.3.8 กลุ่มผู้บริหารที่มีส่วนในการผลักดันนโยบายส่งเสริมการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพดี ทั้งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 10 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. อายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
2. ปัจจุบันปฏิบัติงานในจังหวัดเชียงใหม่ ปฏิบัติงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในระดับอำเภอ และ/ หรือระดับตำบล มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ปีขึ้นไป
3. ไม่มีโรคประจำตัวร้ายแรง อันจะเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมวิจัย

4. ยินดีให้ข้อมูล และสมัครใจในการเข้าร่วมกิจกรรมตั้งแต่เริ่มต้นถึงสิ้นสุด
กิจกรรมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ย้ายที่อยู่ไปในพื้นที่อื่น
2. เป็นชาวต่างประเทศ

เกณฑ์การยุติโครงการ (Termination Criteria) (ถ้ามี)

ไม่มี

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion: FGD) โดยกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักในการสนทนากลุ่มที่ได้รับการคัดเลือกไว้ (กลุ่มที่ 1.3.1-1.3.7) ทำการสนทนาจนได้ข้อมูลที่อิ่มตัว กำหนดเวลาให้ไม่เกิน 1 ชั่วโมง 30 นาที โดยแบ่งออกเป็น 7 กลุ่มตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก

2.2 ประเด็นการสนทนากลุ่มและข้อคำถามที่ศึกษาเชิงคุณภาพจากการวิเคราะห์ตัวแปรเชิงปริมาณด้านมุมมองต่อปัจจัยที่มีผล และข้อเสนอแนะต่อปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพดี โดยแยกประเด็นและข้อคำถามตามกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ดังนี้

2.2.1 สตรีวัยทองในเขตอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งมีคุณลักษณะของผู้นำการเตรียมความพร้อมด้านการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยทองในระดับตำบล จำนวน 10 คน โดยประเด็นการสนทนากลุ่มและข้อคำถามที่ศึกษาเชิงคุณภาพ ได้แก่

- 1) ปัญหาของปัจจัยทางสภาวะสุขภาพ และอุปสรรคการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทางกาย จิตใจ สังคมสิ่งแวดล้อม และจิตปัญญาที่ผ่านมาในอดีต
- 2) มุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเตรียมความพร้อมเป็นอย่างไร
- 3) ข้อเสนอแนะความต้องการในการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ ความต้องการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ความต้องการสิ่งสนับสนุนการเตรียมความพร้อมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ หรือช่องทางติดต่อสื่อสาร ประสานงานบุคลากร เพื่อขอคำแนะนำเพิ่มเติมด้านสุขภาพ กรณีฉุกเฉิน เป็นต้น

2.2.2 ครอบครัว ญาติ หรือผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดสตรีวัยทอง จำนวน 10 คน (1 ท่านที่มีความสัมพันธ์ต่อสตรีวัยทอง 1 คน) โดยประเด็นการสนทนากลุ่มและข้อคำถามที่ศึกษาเชิงคุณภาพ ได้แก่

- 1) การสนับสนุนจากครอบครัว ญาติ หรือผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดสตรีวัยทองในด้านต่างๆ เพื่อการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุ

2) มุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองเป็นอย่างไร

3) ควรส่งเสริมกิจกรรม หรือคำแนะนำในการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุอย่างไร

2.2.3 ประชาชนชาวบ้าน หรือ ประชาชนล้านนา หรือผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านวัฒนธรรมและภูมิปัญญาพื้นบ้านล้านนา จำนวน 10 คน โดยประเด็นการสนทนากลุ่มและข้อคำถามที่ศึกษาเชิงคุณภาพ ได้แก่

1) มุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองเป็นอย่างไร

2) แนวทางส่งเสริมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองเพื่อการเป็นผู้สูงอายุสุขภาพดีตามวัฒนธรรมและภูมิปัญญาพื้นบ้านล้านนา

2.2.4 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีความเชี่ยวชาญและ /หรือได้รับมอบหมายในการให้การส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยทอง หรือสาขาที่เกี่ยวข้องเช่น อนามัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน โดยประเด็นการสนทนากลุ่มและข้อคำถามที่ศึกษาเชิงคุณภาพ ได้แก่

1) ปัญหาของปัจจัยสุขภาพที่มักพบในสตรีวัยทองท้องถิ่นพื้นที่ ๆ ท่านรับผิดชอบ ตลอดจนการให้ความช่วยเหลือดูแลเมื่อพบปัญหาสุขภาพที่ผ่านมา

2) อุปสรรคในการส่งเสริมพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุให้แก่สตรีวัยทอง และข้อเสนอแนะกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ สามารถตอบสนองการสนับสนุนพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพดี

3) มุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองเป็นอย่างไร

2.2.5 บุคลากรสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีความเชี่ยวชาญหรือปฏิบัติงานในแผนกอนามัยเจริญพันธุ์และอนามัยครอบครัว (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/โรงพยาบาลชุมชน) จำนวน 10 คน

2.2.6 บุคลากรในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (กองการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาลตำบล) จำนวน 10 คน

โดยกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสองกลุ่มนี้จะมีประเด็นการสนทนากลุ่มและข้อคำถามที่ศึกษาเชิงคุณภาพที่เหมือนกัน เป็นไปในแนวทางด้านเดียวกัน คือ

1) การให้บริการด้านสุขภาพสตรีวัยทองที่ผ่านมา พบปัญหาใดที่เป็นปัจจัยของระบบการให้บริการและอุปสรรคในการดำเนินการตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงมหาดไทย

2) มุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองเป็นอย่างไร

3) ข้อเสนอแนะความต้องการพัฒนาระบบการให้บริการในการเตรียมความพร้อมสำหรับสตรีวัยทองที่จะเข้าสู่วัยสูงอายุนอกเหนือจากการให้บริการในคลินิกวัยทองที่อาจพบว่ามี ความเหมาะสมและมีประโยชน์สำหรับสตรีวัยทองในพื้นที่

2.2.7 บุคลากรในสังกัดสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ทั้งในระดับอำเภอและตำบล ได้แก่ นักพัฒนาชุมชน นักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ นักสังคมสงเคราะห์ จำนวน 10 คน โดยประเด็นการสนทนากลุ่มและข้อคำถามที่ศึกษาเชิงคุณภาพ ได้แก่

1) ปัญหาของปัจจัยด้านการให้ความสนับสนุน ที่มีกพบในสตรีวัยทองท้องถิ่นพื้นที่ ๆ ท่านรับผิดชอบ ตลอดจนการให้ความช่วยเหลือดูแลเมื่อพบปัญหาการขอความสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ที่ผ่านมา

2) มุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองเป็นอย่างไร

3) ข้อเสนอแนะความต้องการพัฒนาระบบการให้ความสนับสนุนด้านทรัพยากรในการเตรียมความพร้อมสำหรับสตรีวัยทองที่จะเข้าสู่วัยสูงอายุนอกเหนือจากการให้การสนับสนุนที่ผ่านมาซึ่งน่าจะมีความเหมาะสมและมีประโยชน์สำหรับสตรีวัยทองในพื้นที่

2.2.8 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) โดยแบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้าง สำหรับกลุ่มผู้บริหารที่มีส่วนในการผลักดันนโยบายส่งเสริมการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพดี ทั้งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานละ 5 คน รวม 10 คน โดยทำการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่

(1) การส่งเสริมกิจกรรมการเตรียมความพร้อม และข้อเสนอแนะการผลักดันนโยบายที่ส่งเสริมการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุในพื้นที่ โดยเฉพาะกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพและเศรษฐกิจ

(2) มุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองเป็นอย่างไร

2.4 ผู้วิจัย เป็นเครื่องมือในการศึกษา ประกอบด้วยผู้วิจัย และผู้ช่วยผู้วิจัย ต้องเตรียมความพร้อมด้านองค์ความรู้ทั้งทางด้านระเบียบวิธีวิจัย และประเด็นข้อคำถามในการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพดี และทักษะในระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อดำเนินการศึกษาวิจัยให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพในทุกด้านที่จะส่งผลให้ผลการวิจัยมีความถูกต้องน่าเชื่อถือ

2.5 สมุดจดบันทึกและเครื่องบันทึกเสียง

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งในส่วนการจัดการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion: FGD) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ร่วมกับการสังเกตแบบมีส่วนร่วมในการสนทนากลุ่ม (Observation) ซึ่งมุ่งประเด็นหาข้อมูลเชิงลึกของแต่ละกลุ่มผู้ให้ข้อมูล เพราะข้อมูลที่ได้จะเป็นมุมมองส่วนบุคคลและการให้ความคิดเห็นในเชิงคุณภาพของผู้ให้ข้อมูลหลักเอง ทั้งการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก จะดำเนินการพร้อมกับการสังเกตซึ่งทำให้ผู้วิจัยมีความเข้าใจในข้อมูลและสกัดประเด็นได้ประจักษ์แจ้งในปัญหายิ่งขึ้น โดยใช้กระบวนการดังนี้

3.1 ส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากมหาวิทยาลัยนเรศวรถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ที่ว่าการอำเภอสันป่าตอง เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล ในเขตอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อขอความร่วมมือเก็บรวบรวมข้อมูล และประสานงานนัดหมายกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ล่วงหน้า ตามวันเวลา และสถานที่ที่จะทำการศึกษา

3.2 จัดทำแนวทางการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นคำถามที่ผู้วิจัยใช้จุดประเด็นการสนทนา เป็นคำถามปลายเปิดที่แสดงความคิดเห็นต่อประเด็นปัญหา มุมมองต่อปัจจัยและข้อเสนอแนะความต้องการรูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพที่เหมาะสมต่อวัฒนธรรมพื้นที่ ตามกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่ได้แบ่งกลุ่มไว้

3.3 การเตรียมตัวและอุปกรณ์ นักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยเตรียมตัวโดยการทำความเข้าใจประเด็นที่ต้องการศึกษาให้ชัดเจน ศึกษาข้อมูลของผู้ร่วมสนทนา และเตรียมอุปกรณ์ เช่น เครื่องบันทึกเสียง สมุดปากกา สำหรับบันทึกการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก

3.4 เตรียมสถานที่ เป็นสถานที่ที่สะดวกสบาย ไม่พลุกพล่าน สามารถควบคุมเสียงจากภายนอก และผู้ไม่เกี่ยวข้องได้ มีบรรยากาศเป็นกันเองเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกผ่อนคลายไม่กังวล และไม่รู้สึกเกร็งที่จะพูดและแสดงความคิดเห็น รวมถึงจัดที่นั่งเป็นวงกลมหรือวงรีในการ เพื่อให้ผู้ดำเนินการสนทนาสามารถสบตาในระหว่างดำเนินการสนทนา

3.5 ขั้นตอนการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนา ผู้ช่วยนักวิจัย และผู้ร่วมสนทนามาพบกันเริ่มต้นด้วย การทำความรู้จักกันให้ทุกคนได้ผ่อนคลายและรู้สึกคุ้นเคยกันพอสมควร จากนั้นนักวิจัยเริ่ม ดำเนินการสนทนากลุ่ม โดยเริ่มแจ้งเป้าหมายของการสนทนา กล่าวขอบคุณที่มาร่วมสนทนา ขอให้ทุกคนพูดได้โดยไม่กังวลเรื่องถูกผิด การรักษาความลับ การนำข้อมูลไปใช้ และขออนุญาตให้ผู้ช่วย นักวิจัยบันทึกกลุ่มพร้อมบันทึกเทปการสนทนา หลังจากนั้นนักวิจัยก็จุดประเด็นการสนทนาของปัญหาและความต้องการเพื่อนำมาสร้างรูปแบบตามแนวทางการสนทนาที่เตรียมไว้ ผู้ดำเนินการจะคอยจับประเด็นต่าง ๆ ที่ปรากฏแล้วพยายามให้ผู้ร่วมวงสนทนาได้ร่วมแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นในทุกประเด็นให้มากที่สุด โดยประยุกต์ใช้เทคนิคการทำแผนที่ ความคิด (Mind mapping) และเทคนิคการใช้คำสำคัญ (Key Word)

3.6 ขั้นตอนการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยต้องขออนุญาตในการบันทึกเทปการสัมภาษณ์ พร้อมทั้งขออนุญาตให้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นระดับผู้บริหารให้ข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็น สำหรับประเด็นการสร้างรูปแบบในระดับการผลักดันนโยบาย เพื่อนำมาเชื่อมโยงกับปัญหา มุมมอง และข้อเสนอแนะความต้องการของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลในระดับผู้ปฏิบัติ และผู้ให้บริการ

3.7 ขั้นสรุปข้อมูลของรูปแบบหลังการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยถอดเทปการสนทนา และการสัมภาษณ์คำต่อคำ โดยบันทึกลงในกระดาษตลอดการสนทนาเพื่อนำไปสู่ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั้งการสนทนากลุ่ม และการให้สัมภาษณ์เชิงลึก ด้วยการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic analysis) เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับมุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการเตรียมความพร้อม และข้อเสนอแนะความต้องการการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมต่อวัฒนธรรมพื้นที่ ทั้งนี้ข้อมูลทั้งหมดจะนำมารวบรวมเพื่อใช้ในการสร้างร่างรูปแบบการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพดีโดยผู้วิจัย โดยวิธีการ ดังนี้

4.1 การวางแนวทางวิเคราะห์โดยใช้ทฤษฎี (Analytical approach using theory) ผู้วิจัยตั้งต้นการวิเคราะห์โดยใช้แนวทางจากทฤษฎีที่ผู้วิจัยศึกษา

4.2 การจัดระบบข้อมูล และแยกประเภทของข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ (Organization of information and classify the types of data into categories) ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทั้งกระบวนการ โดยเริ่มต้นที่การถอดข้อความจากแถบเสียงบันทึก การสนทนาของแต่ละกลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึกโดยถอดข้อความคำต่อคำและจัดพิมพ์ข้อมูล ในรูปแบบไฟล์ข้อมูลในคอมพิวเตอร์ที่กำหนดรหัสผ่าน ผู้วิจัยอ่านข้อมูลอย่างวิเคราะห์ เพื่อหาความหมายในข้อมูลนั้น

4.3 การให้รหัสข้อมูล (Coding) ผู้วิจัยจำแนกข้อมูล ออกเป็นหน่วยย่อยโดยใช้การกำหนดรหัสของข้อมูล โดยที่แต่ละหน่วยมีความหมายเฉพาะของตนเอง โดยแต่ละหน่วยย่อยของข้อมูลนั้นจะถูกเป็นรหัส รวมถึงการกำหนดรหัสแทนการใช้ชื่อจริง นามสกุลจริงของกลุ่มตัวอย่าง มีการเปรียบเทียบรหัสข้อมูลจากการที่กำหนดรหัสข้อมูลในชุดเดียวกันเพื่อเป็นการทวนสอบความถูกต้อง

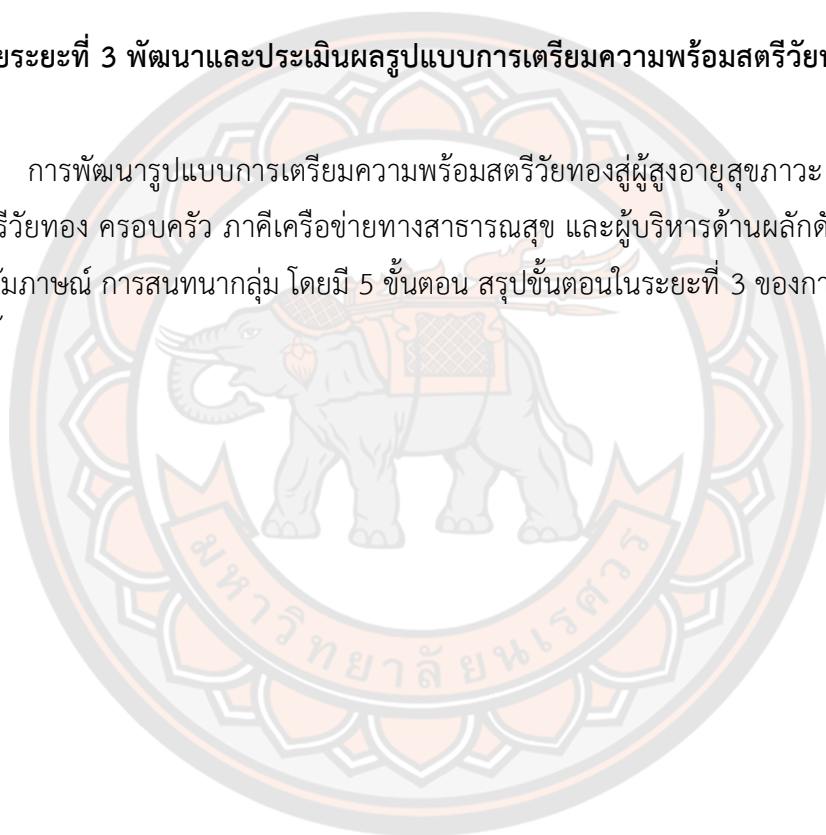
4.4 การให้ความหมาย ติความข้อมูล (Themes and categories) ผู้วิจัย เชื่อมโยงเปรียบเทียบมโนทัศน์ และให้ความหมายที่ปรากฏอยู่ในข้อความ โดยยึดใจความที่เข้ากันได้และที่บ่งบอกถึงเรื่องหรือแก่นสาระ (Theme) เดียวกัน และมีการบูรณาการให้เป็นเรื่องเป็นราว โดยอาศัยความสัมพันธ์ของมโนทัศน์หรือหัวข้อย่อยเป็นแนวทางและมีการตรวจสอบมโนทัศน์เหล่านี้กับข้อมูลเชิงประจักษ์ที่มีอยู่ว่าข้อสรุปหรือความหมายที่ได้นั้นมีความถูกต้องตรงประเด็นและน่าเชื่อถือ

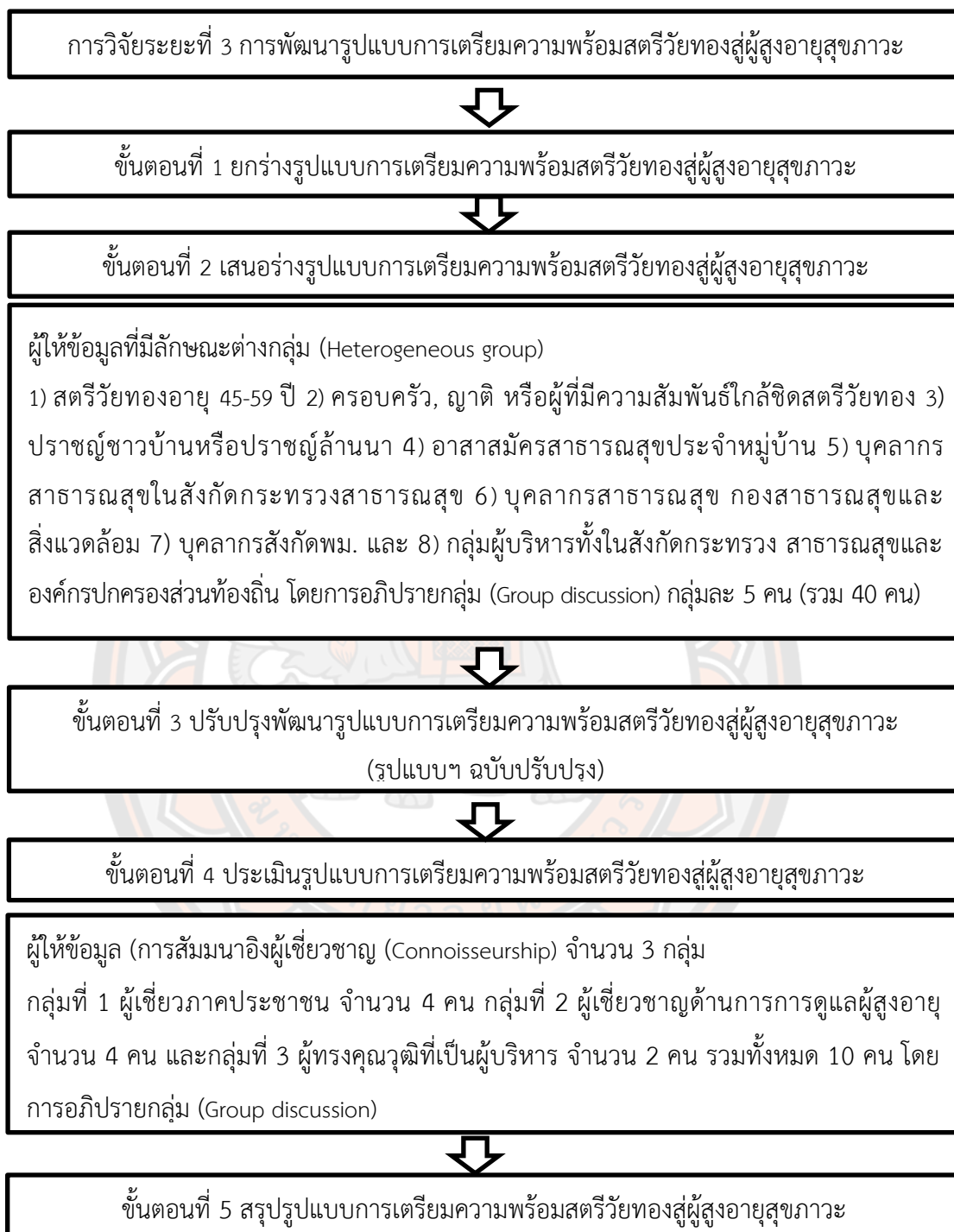
4.5 การแสดงข้อมูลจัดกลุ่ม (Data display) ผู้วิจัยใช้แผนที่ความคิด (Thematic map) แสดงความเชื่อมโยงข้อมูลที่จัดระเบียบแล้วแต่ละมโนทัศน์ เข้าด้วยกันเพื่อบอกความหมายของข้อมูลที่ศึกษา

4.6 การนำเสนอข้อมูล หรือการสรุปข้อมูล (Representing the data analysis) การนำเสนอข้อค้นพบแยกตามหมวดหมู่ของแก่นสาระ และมีการแสดงข้อความสนับสนุนมโนทัศน์ย่อย และหลักโดยใช้ข้อมูลจากคำพูดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้ได้มาซึ่งคำตอบตามวัตถุประสงค์

การวิจัยระยะที่ 3 พัฒนาและประเมินผลรูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพ

การพัฒนาารูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพ โดยความร่วมมือของสตรีวัยทอง ครอบครัว ภาควิชาเครือข่ายทางสาธารณสุข และผู้บริหารด้านผลิตภัณฑ์นโยบาย ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม โดยมี 5 ขั้นตอน สรุปขั้นตอนในระยะที่ 3 ของการวิจัยดังแผนภาพ 10 ดังนี้





ภาพ 10 แสดงสรุปขั้นตอนการศึกษาระยะที่ 3

โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ยกร่างรูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ

ผู้วิจัยยกร่างรูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพจากผลการศึกษา
ระยะที่ 2 และจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎี เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาประกอบการจัดทำร่าง
รูปแบบ ที่สอดคล้องกับความต้องการของภาคส่วนในพื้นที่

ขั้นตอนที่ 2 เสนอร่างรูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ

1. ผู้วิจัยนำเสนอร่างรูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ ที่ผู้วิจัย
สร้างขึ้นที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อระดมความคิดเห็นต่อรูปแบบ ในประเด็น 1) ตรงตามความต้องการของ
กลุ่มผู้ให้ข้อมูลทุกกลุ่ม 2) มีความเป็นไปได้ และเหมาะสมในการปฏิบัติ 3) จัดทำข้อเสนอแนะเชิง
ปฏิบัติการเพิ่มเติม เพื่อหาแนวทางการสร้างรูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ
ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

2. ทำการอภิปรายกลุ่ม (Group discussion) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแนวทางการอภิปราย
กลุ่ม เครื่องบันทึกเสียง และสมุดจด ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการอภิปราย ในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีลักษณะ
แบบวิวิธพันธ์ (Heterogeneous group) ได้แก่ 1) สตรีวัยทองอายุ 45-59 ปี 2) ครอบครัว ญาติ
หรือผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดสตรีวัยทอง 3) ประชาชนชาวบ้าน หรือประชาชนล้าหนา 4) อาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 5) บุคลากรสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 6) บุคลากร
สาธารณสุข กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม 7) บุคลากรในสังกัดสำนักงานพัฒนาสังคมและความ
มั่นคงของมนุษย์ และ 8) ผู้บริหารทั้งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
โดยการอภิปรายกลุ่ม (Group discussion) และเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อให้ได้รูปแบบที่
เหมาะสมกับพื้นที่ ด้วยแนวทางการอภิปรายกลุ่ม เครื่องบันทึกเสียง และสมุดจดบันทึก ซึ่งผู้วิจัยเป็น
ผู้ดำเนินการอภิปราย โดยใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที ถึง 2 ชั่วโมง ณ ห้องประชุมม่วนใจ๋
องค์การบริหารส่วนตำบลเวียงท่ากาน ตำบลบ้านกลาง อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

2.1 เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักมีดังนี้

2.1.1 สตรีวัยทองอายุ 45-59 ปี มีคุณลักษณะของผู้นำด้านการเตรียมความพร้อม
ด้านการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยทองในระดับตำบล ในเขตอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ ไม่มีโรค
หรืออาการเจ็บป่วยรุนแรงที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ จำนวน 5 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. อายุ 45-59 ปีบริบูรณ์
2. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่โดยกำเนิด มี
สัญชาติไทย และมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ได้รับวัฒนธรรม และความเป็นอยู่และวิถีชีวิตดั้งเดิมของ
พื้นที่ มากกว่าหรือเท่ากับ 10 ปีขึ้นไป

3. ไม่มีโรคประจำตัวร้ายแรง อันจะเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมวิจัย
4. ยินดีให้ข้อมูล และสมัครใจในการเข้าร่วมกิจกรรมตั้งแต่เริ่มต้นถึงสิ้นสุด

กิจกรรมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ย้ายที่อยู่ไปในพื้นที่อื่น
2. เป็นชาวต่างประเทศ

เกณฑ์การยุติโครงการ (Termination Criteria) (ถ้ามี)

ไม่มี

2.1.2 ครอบครัว ญาติ หรือผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดสตรีวัยทอง จำนวน 5 คน
(1 ท่านที่มีความสัมพันธ์ต่อสตรีวัยทอง 1 คน)

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. อายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
2. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่โดยกำเนิด เป็นญาติสายตรง และมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดสตรีวัยทอง

ญาติสายตรง และมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดสตรีวัยทอง

3. ไม่มีโรคประจำตัวร้ายแรง อันจะเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมวิจัย
4. ยินดีให้ข้อมูล และสมัครใจในการเข้าร่วมกิจกรรมตั้งแต่เริ่มต้นถึงสิ้นสุด

กิจกรรมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ย้ายที่อยู่ไปในพื้นที่อื่น
2. เป็นชาวต่างประเทศ

เกณฑ์การยุติโครงการ (Termination Criteria) (ถ้ามี)

ไม่มี

2.1.3 ประชาชนชาวบ้าน หรือ ประชาชนล้านนา หรือผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านวัฒนธรรมและภูมิปัญญาพื้นบ้านล้านนา จำนวน 5 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. อายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
2. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่โดยกำเนิด มีสัญชาติไทย และมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ได้รับวัฒนธรรม และความเป็นอยู่และวิถีชีวิตดั้งเดิมของพื้นที่มากกว่าหรือเท่ากับ 10 ปีขึ้นไป

3. ไม่มีโรคประจำตัวร้ายแรง อันจะเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมวิจัย

4. ยินดีให้ข้อมูล และสมัครใจในการเข้าร่วมกิจกรรมตั้งแต่เริ่มต้นถึงสิ้นสุด

กิจกรรมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ย้ายที่อยู่ไปในพื้นที่อื่น
2. เป็นชาวต่างประเทศ

เกณฑ์การยุติโครงการ (Termination Criteria) (ถ้ามี)

ไม่มี

2.1.4 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีความเชี่ยวชาญและ /หรือได้รับมอบหมายในการให้การส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยทอง หรือวัยผู้ใหญ่และวัยผู้สูงอายุ จำนวน 5 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. อายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
2. มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่โดยกำเนิด เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบของอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่มีความเชี่ยวชาญและ /หรือได้รับมอบหมายในการให้การส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยทอง หรือวัยผู้ใหญ่และวัยผู้สูงอายุ และ / หรือ ปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ปีขึ้นไป
3. ไม่มีโรคประจำตัวร้ายแรง อันจะเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมวิจัย
4. ยินดีให้ข้อมูล และสมัครใจในการเข้าร่วมกิจกรรมตั้งแต่เริ่มต้นถึงสิ้นสุด

กิจกรรมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ย้ายที่อยู่ไปในพื้นที่อื่น
2. เป็นชาวต่างประเทศ

เกณฑ์การยุติโครงการ (Termination Criteria) (ถ้ามี)

ไม่มี

2.1.5 บุคลากรสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีความเชี่ยวชาญหรือปฏิบัติงานในแผนกอนามัยเจริญพันธุ์และอนามัยครอบครัว (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/โรงพยาบาลชุมชน) จำนวน 5 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. อายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
2. ปัจจุบันปฏิบัติงานในจังหวัดเชียงใหม่ มีความเชี่ยวชาญหรือปฏิบัติงานในแผนกอนามัยเจริญพันธุ์และอนามัยครอบครัว (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/โรงพยาบาลชุมชน) มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ปีขึ้นไป

3. ไม่มีโรคประจำตัวร้ายแรง อันจะเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมวิจัย
4. ยินดีให้ข้อมูล และสมัครใจในการเข้าร่วมกิจกรรมตั้งแต่เริ่มต้นถึงสิ้นสุด

กิจกรรมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ย้ายที่อยู่ไปในพื้นที่อื่น
2. เป็นชาวต่างประเทศ

เกณฑ์การยุติโครงการ (Termination Criteria) (ถ้ามี)

ไม่มี

2.1.6 บุคลากรสาธารณสุข กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ซึ่งอยู่ในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 5 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. อายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

2. ปัจจุบันปฏิบัติงานในจังหวัดเชียงใหม่ มีความเชี่ยวชาญหรือปฏิบัติงานในกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ซึ่งอยู่ในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ปีขึ้นไป

3. ไม่มีโรคประจำตัวร้ายแรง อันจะเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมวิจัย

4. ยินดีให้ข้อมูล และสมัครใจในการเข้าร่วมกิจกรรมตั้งแต่เริ่มต้นถึงสิ้นสุด

กิจกรรมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ย้ายที่อยู่ไปในพื้นที่อื่น
2. เป็นชาวต่างประเทศ

เกณฑ์การยุติโครงการ (Termination Criteria) (ถ้ามี)

ไม่มี

2.1.7 บุคลากรในสังกัดสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ทั้งในระดับอำเภอและตำบล ได้แก่ นักพัฒนาชุมชน นักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ นักสังคมสงเคราะห์ จำนวน 5 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. อายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

2. ปัจจุบันปฏิบัติงานในจังหวัดเชียงใหม่ มีความเชี่ยวชาญหรือปฏิบัติงานในพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ทั้งในระดับอำเภอและตำบล มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ปีขึ้นไป

3. ไม่มีโรคประจำตัวร้ายแรง อันจะเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมวิจัย
4. ยินดีให้ข้อมูล และสมัครใจในการเข้าร่วมกิจกรรมตั้งแต่เริ่มต้นถึงสิ้นสุด

กิจกรรมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ย้ายที่อยู่ไปในพื้นที่อื่น
2. เป็นชาวต่างประเทศ

เกณฑ์การยุติโครงการ (Termination Criteria) (ถ้ามี)

ไม่มี

2.1.8 กลุ่มผู้บริหารที่มีส่วนในการผลักดันนโยบายส่งเสริมการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพดี ทั้งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 5 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. อายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
2. ปัจจุบันปฏิบัติงานในจังหวัดเชียงใหม่ ปฏิบัติงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในระดับอำเภอ และ/ หรือระดับตำบล มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ปีขึ้นไป
3. ไม่มีโรคประจำตัวร้ายแรง อันจะเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมวิจัย
4. ยินดีให้ข้อมูล และสมัครใจในการเข้าร่วมกิจกรรมตั้งแต่เริ่มต้นถึงสิ้นสุด

กิจกรรมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ย้ายที่อยู่ไปในพื้นที่อื่น
2. เป็นชาวต่างประเทศ

เกณฑ์การยุติโครงการ (Termination Criteria) (ถ้ามี)

ไม่มี

การคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ใช้วิธีคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบกรณีหลากหลาย (Maximum variation sampling) เป็นการเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีขนาดเล็กแต่ครอบคลุมความหลากหลายมากที่สุดเท่าที่จะมากได้ หรืออาจจะเป็นการทำความเข้าใจปรากฏการณ์ใดปรากฏการณ์หนึ่งที่ศึกษากลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน ในพื้นที่ที่ต่างกัน และในระยะเวลาที่ต่างกัน (Miles & Huberman, 1994) และยินดีให้ข้อมูลและยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีรายละเอียด ดังนี้

2.2.1 ร่างรูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ

2.2.2 แนวทางการอภิปรายกลุ่ม แบบกึ่งมีโครงสร้าง (Semi - structured interview) ครอบคลุมประเด็นการพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพในประเด็นความคิดเห็นเพิ่มเติมจากร่างรูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ

โดยมีกระบวนการดำเนินการวิจัยในขั้นตอนนี้ ดังนี้

1. การดำเนินงานเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 ผู้วิจัยดำเนินการอภิปรายกลุ่ม สร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ สร้างบรรยากาศการสนทนาเป็นกันเอง และให้ความเคารพเจ้าของสถานที่ จากนั้นแนะนำตัวผู้วิจัย และผู้ช่วยนักวิจัย โดยใช้เวลาคิด และการตัดสินใจโดยไม่เร่งรัด เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินดีเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจึงอธิบายขั้นตอนการอภิปรายกลุ่มการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการอภิปรายกลุ่ม โดยผู้วิจัยเข้าสู่กลุ่มอภิปราย โดยการแนะนำตนเอง และวัตถุประสงค์ แนะนำกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องทั้งหมดให้มีปฏิสัมพันธ์เริ่มต้นต่อกัน และดำเนินการอภิปรายกลุ่ม โดยผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัย เป็นผู้ดำเนินงาน และดำเนินการอภิปรายกลุ่ม วิพากษ์ข้อเสนอแนะ และข้อคิดเห็นของกลุ่มทั้งหมดจนสกัดข้อมูลมาเป็น รูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ ที่ตรงตามความต้องการ ความตรงประเด็น ความเหมาะสมในการปฏิบัติซึ่งสอดคล้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่น ความเป็นไปได้ในการนำไปดำเนินงานจริง

1.2 เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูล แสดงความคิดเห็น ความเห็นและอภิปรายเกี่ยวกับรูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ โดยความร่วมมือของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยประยุกต์ใช้แผนที่ความคิด (Mind mapping) เทคนิคการใช้คำสำคัญ (Key word) เพื่อค้นหาความต้องการและข้อเสนอแนะในกลุ่มผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) ว่าควรเป็นอย่างไร

1.3 ผู้วิจัยสังเคราะห์และสรุปข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ปรับปรุง และตัดออก ในประเด็น 1) ตรงตามความต้องการของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลทุกกลุ่ม 2) ความเป็นไปได้ และเหมาะสมในการปฏิบัติซึ่งสอดคล้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่น 3) ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการเพิ่มเติม จากการอภิปรายกลุ่มของผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด แล้วสรุปเป็นข้อเสนอแนะเพิ่มเติมอีกครั้ง โดยพิจารณาความสอดคล้องและความสัมพันธ์ของข้อเสนอแนะทางการพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ

2.3 การสร้างและการตรวจคุณภาพเครื่องมือ

2.3.1 ผู้วิจัยดำเนินการสร้างแนวคำถามการอภิปรายกลุ่ม แบบกึ่งมีโครงสร้าง (Semi - structured interview) เป็นโดยเนื้อหาสอดคล้องกับการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.3.2 นำเสนอเครื่องมือต่อประธานที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ครอบคลุมชัดเจน และนำมาปรับให้ถูกต้องตามหลักวิชาการ

2.3.3 หลังจากนั้นนำมาปรับแนวคำถาม แนวทางการสนทนากลุ่มและเตรียมทักษะการสนทนากลุ่มที่เหมาะสมก่อนนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

2.3.4 ผู้วิจัยใช้การอภิปรายกลุ่ม เพื่อยืนยันรูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพ โดยมีประเด็นการอภิปรายกลุ่มในด้านตรงตามความต้องการ ความเหมาะสมในการปฏิบัติซึ่งสอดคล้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่น ความเป็นไปได้ในการนำไปดำเนินงานจริงและปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น

2.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม โดยผู้วิจัยเข้าสู่กลุ่มสนทนา โดยการแนะนำตนเอง และวัตถุประสงค์ แนะนำกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องทั้งหมดให้มีปฏิสัมพันธ์เริ่มต้นต่อกัน และดำเนินการสนทนากลุ่ม โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย เป็นผู้ดำเนินงาน และดำเนินการอภิปรายกลุ่ม วิทยากรข้อเสนอแนะ และข้อคิดเห็นของกลุ่มสนทนาทั้งหมดจนสกัดข้อมูลมาเป็น รูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพ ที่ตรงตามความต้องการ ความเหมาะสมในการปฏิบัติซึ่งสอดคล้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่น ความเป็นไปได้ในการนำไปดำเนินงานจริง

2.5 การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล

ผู้วิจัยใช้วิธีการสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Credibility) ตามแนวทางของ Teddlie and Tashakkori (2009) ดังนี้

1. ระยะเวลาที่อยู่ในพื้นที่ที่นานพอ (Prolonged engagement) ผู้วิจัยสร้างความคุ้นเคยและไว้วางใจกับผู้ให้ข้อมูลโดยการเข้าไปพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องทั่วไปจำนวน 1 - 2 ครั้ง จนผู้ให้ข้อมูลเกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจมากยิ่งขึ้น จึงดำเนินการอภิปรายกลุ่มใหญ่

2. การสังเกตติดต่อกัน (Persistent observation) ตลอดระยะเวลาที่ทำการสัมภาษณ์ และสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่ผ่านมา ผู้วิจัยมีการสังเกตร่วมกับการจดบันทึกท่าทางการแสดงออก และความรู้สึกนึกคิดควบคู่กันไปด้วย

3. การตรวจสอบสามเส้า (Use of triangulation technique) ผู้วิจัยมีการนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ และสนทนาผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายมาตรวจสอบแบบสามเส้า ดังนี้

3.1 การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data triangulation) จะเน้นการตรวจสอบข้อมูลที่ได้มาจากแหล่งต่างๆ นั้นที่มีความเหมือนกันหรือไม่ทั้งในส่วนของ การตรวจสอบความ โดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ การเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม ซึ่งถ้าทุกแหล่งของข้อมูลพบว่าได้ข้อค้นพบที่ได้มา มีความเหมือนกันแสดงว่าข้อมูลที่วิจัยได้มา มีความถูกต้อง

3.2 การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการวิจัย (Methodological triangulation) ได้แก่ การวิจัยเชิงปริมาณ, การวิจัยเชิงคุณภาพ (ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต การจดบันทึกภาคสนาม ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากการถอดเสียงสัมภาษณ์)

3.3 การตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ (Peer debriefing) โดยการนำข้อมูลในขั้นตอนของการวิเคราะห์และสรุปความไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญในการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อตรวจสอบการตีความและข้อค้นพบ

3.4 การตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (Member checks) โดยผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปสัมภาษณ์แบบคำต่อคำไปให้ผู้ให้ข้อมูลอ่าน ซึ่งผู้ให้ข้อมูลทุกคนได้ยืนยันความถูกต้องของข้อมูลโดยไม่มีการแก้ไข

2.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลการอภิปรายกลุ่ม (Group discussion) วิเคราะห์โดยใช้ วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ด้วยการวิเคราะห์แบบอุปนัย (Analytic inductive) โดยการจำแนกและระบบข้อมูล (Typology and Taxonomy) ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยถอดความจากแถบเสียงบันทึกการอภิปรายกลุ่ม วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ประยุกต์มาจากแนวคิด Miles & Huberman, 1994; Creswell & Plano Clark, 2007 ดังนี้

2. การจัดระเบียบข้อมูล (Preparing and exploring the data for analysis) ผู้วิจัย เป็นผู้วิเคราะห์ข้อมูลทั้งกระบวนการ โดยเริ่มต้นที่การถอดข้อความจากแถบเสียงบันทึก การสนทนาของแต่ละกลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึกโดยถอดข้อความคำต่อคำและจัดพิมพ์ข้อมูล ในรูปแบบไฟล์ข้อมูลใน คอมพิวเตอร์ที่กำหนดรหัสผ่าน ผู้วิจัยอ่านข้อมูลอย่างวิเคราะห์ เพื่อหาความหมายในข้อมูลนั้น

3. การกำหนดรหัสข้อมูล (Coding) ผู้วิจัยจำแนกข้อมูล ออกเป็นหน่วยย่อยโดยใช้ การกำหนดรหัสของข้อมูล โดยที่แต่ละหน่วยมีความหมายเฉพาะของตนเอง โดยแต่ละหน่วยย่อยของข้อมูลนั้นจะถูกเป็นรหัส รวมถึงการกำหนดรหัสแทนการใช้ชื่อจริง นามสกุลจริงของกลุ่มตัวอย่าง มีการเปรียบเทียบรหัสข้อมูลจากการที่กำหนดรหัสข้อมูลในชุดเดียวกันเพื่อเป็นการทวนสอบความถูกต้อง

4. การให้ความหมาย ดีความข้อมูล (Themes and categories) ผู้วิจัย เชื่อมโยงเปรียบเทียบมโนทัศน์ และให้ความหมายที่ปรากฏอยู่ในข้อความ โดยยึดใจความที่เข้ากันได้และที่บ่งบอกถึงเรื่องหรือแก่นสาระ (Theme) เดียวกัน และมีการบูรณาการให้เป็นเรื่องเป็นราว โดยอาศัยความสัมพันธ์ของมโนทัศน์หรือหัวข้อย่อยเป็นแนวทางและมีการตรวจสอบมโนทัศน์เหล่านี้กับข้อมูลเชิงประจักษ์ที่มีอยู่ว่าข้อสรุปหรือความหมายที่ได้นั้นมีความถูกต้องตรงประเด็นและหน้าเชื่อถือ

5. การแสดงข้อมูลจัดกลุ่ม (Data display) ผู้วิจัยใช้แผนที่ความคิด (Thematic map) แสดงความเชื่อมโยงข้อมูลที่จัดระเบียบแล้วแต่ละมโนทัศน์ เข้าด้วยกันเพื่อบอกความหมายของข้อมูลที่ศึกษา

6. การนำเสนอข้อมูล (Representing the data analysis) การนำเสนอข้อค้นพบแยกตามหมวดหมู่ของแก่นสาระ และมีการแสดงข้อความสนับสนุนมโนทัศน์ย่อยและหลักโดยใช้ข้อมูลจากคำพูดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้ได้มาซึ่งคำตอบตามวัตถุประสงค์

ขั้นตอนที่ 3 ปรับปรุงพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพดี โดยผู้วิจัยนำผลเสนอและสรุปความคิดเห็นเพิ่มเติม ปรับปรุง และตัดออก ของร่างรูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพดีจากขั้นตอนที่ 2 มาพัฒนา ปรับปรุงและแก้ไขตามความครอบคลุม ความตรงประเด็นความเหมาะสม ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ จนได้รูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพดี (ฉบับปรับปรุง)

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินรูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพดี

โดยรับฟังความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ และนักวิชาการในพื้นที่ ด้วยการจัดสัมมนาอิงกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) ซึ่งมีเกณฑ์ในการเลือกผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้กำหนดนโยบาย ผู้ปฏิบัติ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ตามจำนวนที่เหมาะสม เพื่อประเมินรูปแบบเกี่ยวกับความเหมาะสม การนำไปใช้ประโยชน์ และความเป็นไปได้ของรูปแบบต่อการนำไปปฏิบัติ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการ ใช้เวลาในการดำเนินการ 1 ชั่วโมง 30 นาที ณ ห้องประชุมม่วนใจ๋ องค์การบริหารส่วนตำบลเวียงท่ากาน ตำบลบ้านกลาง อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเป็น 3 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มที่ 1 ผู้เชี่ยวชาญประชาชนจำนวน 4 คน ได้แก่ สตรีวัยทองเคยที่ประสบปัญหาการดูแลตนเอง ผู้ที่เคยดูแลสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพดี อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีความเชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ จำนวน 4 คน กลุ่มที่ 2 ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ บุคลากรที่เกี่ยวข้องด้านสาธารณสุข จำนวน 4 คน

และกลุ่มที่ 3 ผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นผู้บริหารระดับตำบล หรืออำเภอที่มีส่วนในการเสนอนโยบาย จำนวน 2 คน รวมทั้งหมด 10 คน

1.2 เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)

1.3 เกณฑ์คัดเข้า

1.3.1 อายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

1.3.2 กลุ่มที่ 1 ผู้เชี่ยวชาญประชาชนจำนวน 4 คน ได้แก่ สตรีวัยทองที่ประสบปัญหาการดูแลตนเอง ผู้ที่เคยดูแลสตรีวัยทอง ผู้สูงอายุได้รับรางวัลสุขภาพดี อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีภูมิลำเนาในจังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป

1.3.3 กลุ่มที่ 2 ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ และ/หรือ บุคลากรที่เกี่ยวข้องด้านสาธารณสุข ระดับตำบล และอำเภอ ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ ที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ และหรือ นักวิชาการสาธารณสุข ทั้งในระดับตำบล และอำเภอ พัฒนาการชุมชนระดับตำบล และอำเภอ สำเร็จการศึกษาไม่ต่ำกว่าปริญญาตรี และ/หรือ ปริญญาโท สาขาปริญญาตรี และ/หรือ ปริญญาโท สาขาสาธารณสุขศาสตร์ และ/หรือ สาขาที่เกี่ยวข้องปฏิบัติงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในระดับอำเภอ และ/ หรือระดับตำบล มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ปีขึ้นไป

1.3.4 กลุ่มที่ 3 ผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นผู้บริหารระดับตำบล หรืออำเภอที่มีส่วนในการเสนอแนะ ผู้บริหารระดับอำเภอที่มีส่วนในการเสนอแนะ ปฏิบัติงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในระดับอำเภอ และ/ หรือระดับตำบล มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ปีขึ้นไป

1.4 ไม่มีโรคประจำตัวร้ายแรง อันจะเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมวิจัย

1.5 ยินดีให้ข้อมูล แสดงความคิดเห็นตามความเชี่ยวชาญ และสมัครใจในการเข้าร่วมกิจกรรมตั้งแต่เริ่มต้นถึงสิ้นสุดกิจกรรมการวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 ดำเนินการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) ด้วยการนำเสนอวัตถุประสงค์ และผลการวิจัยที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษา จากนั้นนำเสนอรูปแบบการเตรียมความพร้อม สตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพดี (ฉบับปรับปรุง) นักวิจัยเริ่มโดยชี้แจงเป้าหมายของการสนทนา กล่าวขอบคุณที่มาร่วมสนทนา ขอให้ทุกคนพูดให้ข้อเสนอแนะ และประเมินรูปแบบได้โดยไม่กังวลเรื่อง ถูกผิด การรักษาความลับ การนำข้อมูลไปใช้ และขออนุญาตให้ผู้ช่วย นักวิจัยบันทึกกลุ่มพร้อมบันทึกเทปการสนทนา หลังจากนั้นนักวิจัยก็จุดประเด็นการสนทนาตามแนวทาง ผู้ดำเนินการจะคอยจับประเด็นต่าง ๆ ที่ปรากฏแล้วพยายามให้ผู้ร่วมอภิปรายได้ร่วมแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นในทุกประเด็นให้

มากที่สุด ซึ่งผู้เชี่ยวชาญทุกท่านจะผลัดกันให้ข้อเสนอแนะ ประเมิน และร่วมยืนยันรูปแบบฯ ด้วยการเสนอความคิดเห็น และความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงานในพื้นที่ จนครบทุกท่าน ตามความเหมาะสม ประโยชน์ และความเป็นไปได้ทางปฏิบัติ โดยผู้วิจัยบันทึกเทปการสนทนา จุดประเด็นการสนทนา ตามแนวทางการร่วมแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นในทุกประเด็น

3. การสร้างและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.1 นำรูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองของผู้สูงอายุสุขภาพะ (ฉบับปรับปรุง) และแนวทางการสนทนากลุ่ม นำไปปรึกษาประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อขอข้อเสนอแนะและปรับปรุงก่อนการนำไปใช้

3.2 นำรูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองของผู้สูงอายุสุขภาพะ (ฉบับปรับปรุง) ไปจัดการอภิปรายกลุ่ม ตามหัวข้อที่กำหนดไว้

3.3 สรุปผลการประเมินรูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองของผู้สูงอายุสุขภาพะ ข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็นของการยืนยันรูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองของผู้สูงอายุสุขภาพะที่มีความเหมาะสม และมีความเป็นไปได้ต่อการปฏิบัติ เพื่อนำมาปรับปรุงเป็นรูปแบบที่สมบูรณ์ เสนอต่อประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อขอคำแนะนำและความเห็นชอบเพิ่มเติม ก่อนการนำเสนอผลการวิจัย รูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองของผู้สูงอายุสุขภาพะ

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการวิจัยมีขั้นตอนดังนี้

4.1 ชั้นเตรียมการ

4.1.1 ส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากมหาวิทยาลัยนเรศวรถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ที่ว่าการอำเภอสันป่าตอง เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล ในเขตอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อขอความร่วมมือเก็บรวบรวมข้อมูล และประสานงานนัดหมายกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก ล่วงหน้า ตามวันเวลา และสถานที่ที่จะทำการศึกษา

4.1.2 นัดหมายการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) โดยติดต่อประสานงานกับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทุกท่าน โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการ ระยะเวลา และแผนการดำเนินกิจกรรม เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมและการเก็บรวบรวมข้อมูล

4.1.3 เตรียมเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย เช่น เทปบันทึกการสนทนา สมุดจดบันทึก

4.2 ชั้นดำเนินการนำแนวทางการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการ แนะนำผู้ช่วยนักวิจัยกับผู้เชี่ยวชาญและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง โดยการทำความรู้จักกันให้ทุกคนได้ผ่อนคลายและรู้สึกคุ้นเคยกันพอสมควร โดยประยุกต์ใช้เทคนิคการทำแผนที่ ความคิด (Mind mapping) และเทคนิคการใช้คำสำคัญ (Key Word) จากนั้นนำแบบสอบถามความคิดเห็น

เกี่ยวกับความเหมาะสม ประโยชน์ และความเป็นไปได้ทางปฏิบัติ เน้นการพิจารณาตัดสินคุณค่า หรือ การสรุปความเห็นเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยมีข้ออภิปรายเกี่ยวกับรูปแบบพฤติกรรมเตรียมความพร้อมทางสุขภาพที่เหมาะสมด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม และจิตปัญญา ตามรูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ (ฉบับปรับปรุง) ที่ผู้วิจัยนำมา นำข้อมูล การอภิปรายกลุ่มมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยนำข้อเสนอแนะต่าง ๆ ของผู้เชี่ยวชาญและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง มาพิจารณา และปรับปรุง แก้ไข เพื่อยืนยันรูปแบบฯ ให้มีความเหมาะสม

4.3 ขั้นสรุปผลการตรวจสอบความเหมาะสม โดยการนำรูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ ที่ได้รับการยืนยันจากจัดทำกลุ่มการสัมมนาอิงผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) มาสรุปผลขั้นสุดท้าย เพื่อให้ได้รูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพที่มีความเหมาะสม และมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ที่มีความสมบูรณ์ครบถ้วนตามกระบวนการวิจัยที่ผู้วิจัยกำหนดไว้

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติในการวิจัย ดังนี้

การวิเคราะห์และยืนยันรูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ จากผู้เชี่ยวชาญและบุคลากรเกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบกรวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความคิดเห็นเกี่ยวกับความเหมาะสม ความเป็นไปได้ทางปฏิบัติ

5.1 ความตรงประเด็น (Validity) หมายถึง ประเด็นดังกล่าวสามารถเป็นกิจกรรมที่เตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพได้จริง

5.2 ความเหมาะสม (Appropriateness) หมายถึง เป็นมาตรการหรือ กิจกรรมที่เหมาะสมต่อสตรีวัยทองและวัฒนธรรมพื้นที่ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองได้ทุกหน่วยงานในพื้นที่

5.3 ความเป็นไปได้ในการดำเนินงานจริง (Practicality) หมายถึง กระบวนการนั้นสามารถนำมาปฏิบัติได้จริงเมื่อนำนโยบายลงสู่การปฏิบัติในพื้นที่

ขั้นตอนที่ 5 สรุปรูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ

ขั้นตอนนี้ดำเนินการโดยผู้วิจัย ผู้วิจัยได้นำข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะต่าง ๆ ของผู้เชี่ยวชาญ มาพิจารณา และปรับปรุง แก้ไข รูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ และดำเนินการสรุปรูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (Ethical consideration)

การดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยเสนอโครงร่างเพื่อขอรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่รับรอง IRB No. 0016/63 (4 มีนาคม 2563-4 มีนาคม 2565) ทำการจัดเก็บข้อมูลโดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย การปกปิดรายชื่อและข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม โดยจะไม่มีการระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่างลงในแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้สอบถามกลุ่มตัวอย่างจะเก็บเป็นความลับและไม่นำมาเปิดเผย การศึกษาครั้งนี้จะไม่ผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามและข้อมูลจะเก็บไว้เฉพาะที่ผู้วิจัยเท่านั้น ข้อมูลนี้จะถูกทำลายหลังจากมีการวิเคราะห์ข้อมูลและเขียนรายงานหลังการวิจัยเสร็จสิ้นภายใน 1 ปี เพื่อนำเสนอในภาพรวมโดยไม่ระบุหรืออ้างอิงกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูล หากไม่ได้รับอนุญาต โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ขั้นกำหนดหัวข้อเรื่องที่จะทำการวิจัย ผู้วิจัยเลือกเรื่องเกี่ยวกับประเด็นสำคัญที่เป็นประโยชน์แก่สังคมโดยส่วนรวม
2. ขั้นการออกแบบการวิจัย ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล โดยผู้ให้ข้อมูลต้องให้ความยินยอมและให้ความร่วมมือในการศึกษา รักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างโดยไม่มีการนำเสนอชื่อ – สกุลจริงของผู้ให้ข้อมูล และสรุปข้อมูลเป็นภาพรวม เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดผลกระทบที่อาจจะมีอันเนื่องมาจากการให้ความร่วมมือในการศึกษา
3. ขั้นการดำเนินการเก็บข้อมูล ระหว่างการเก็บข้อมูลผู้วิจัยวางแผนการเก็บข้อมูลโดยไม่รบกวนต่อชีวิตและการงานตามปกติของแหล่งข้อมูลน้อยที่สุด และหลีกเลี่ยงวิธีการที่จะก่อให้เกิดความเครียดหรือ ความวิตกกังวลแก่ผู้ให้ข้อมูล ไม่มีการใส่ชื่อผู้ถูกวิจัยในเครื่องมือเก็บข้อมูล จะใช้รหัสแทน ถ้าหากผู้ให้ข้อมูลไม่พร้อมที่จะให้ข้อมูลก็สามารถปฏิเสธหรือออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา ในกรณีผู้ให้ข้อมูลเกิดความเครียดหรือไม่สบายใจทางด้านอารมณ์และความรู้สึก ผู้วิจัยจะยุติการสัมภาษณ์ และเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลระบายหรือแสดงความรู้สึกได้อย่างเต็มที่ โดยรับฟังด้วยความตั้งใจและแสดงความเห็นใจ
4. ขั้นการจดบันทึกและการถอดเทปการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยคำนึงถึงการรักษาความลับเคารพในความเป็นมนุษย์ของผู้ให้ข้อมูล โดยไม่ใส่ชื่ออะไรที่มิใช่สิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวในบทบันทึกหรือบทสัมภาษณ์ในระหว่างการถอดเทป
5. ขั้นการวิเคราะห์ ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลอย่าง “ละเอียดลึกซึ้ง” ด้วยความระมัดระวังในการตีความที่ห่างจากความเป็นจริงเกินไป และให้ผู้ให้ข้อมูลบางส่วนมีส่วนร่วมในการตีความข้อมูลภายหลังจากที่ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

6. ขั้นการตรวจสอบความถูกต้องของการวิเคราะห์ ผู้วิจัยจะเผยแพร่ข้อมูลเฉพาะความรู้ที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือเท่านั้น ผลการศึกษาใดที่ยังคลุมเครือหรือยังไม่ได้ตรวจสอบอย่างรอบคอบจะไม่เปิดเผย เพราะอาจก่อให้เกิดผลเสียหายแก่แหล่งข้อมูลได้
7. ขั้นรายงานผล ผู้วิจัยรายงานผลการวิจัยเฉพาะข้อมูลที่เป็นเปิดเผยได้ หากส่วนใดที่เป็นความลับ เป็นเรื่องส่วนตัว หรือเป็นเรื่องที่ทำให้ผู้อ่านรู้ว่าผู้ให้ความร่วมมือในการวิจัยนั้นเป็นใคร ผู้วิจัยจะมีความระมัดระวังในการนำเสนอ และปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อหาความเหมาะสมในการนำเสนอต่อไป



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษา “รูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพ” โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed methods research design) ใช้ ระเบียบวิธีวิจัยออกแบบอธิบายตามลำดับ(Explanatory Sequential Design) ซึ่งอธิบายถึงการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยมีวัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษารูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพ และมีวัตถุประสงค์เฉพาะในการวิจัยดังนี้ 1)ศึกษาพฤติกรรมการเตรียมความพร้อม และปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพ 2)ศึกษามุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพ และ3)พัฒนาและประเมินผลรูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพ โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามระยะ การวิจัย 3 ระยะ ดังนี้

1. การวิจัยระยะที่ 1 ศึกษาพฤติกรรมการเตรียมความพร้อม และปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพ
2. การวิจัยระยะที่ 2 มุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพ
3. การวิจัยระยะที่ 3 พัฒนาและประเมินรูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพ

การวิจัยระยะที่ 1 ศึกษาพฤติกรรมการเตรียมความพร้อม และปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพ

การวิจัยระยะนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ(Quantitative research) ศึกษาพฤติกรรมการเตรียมความพร้อม และปัจจัยที่ส่งผลต่อการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพ จะทำการเลือกและวิเคราะห์ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ในข้อมูลเชิงปริมาณ จากนั้นจึงนำมาสู่วิธีการหาสาเหตุและที่มาของปัจจัยเพื่อกำหนดคำถามวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพในระยะที่สอง

ส่วนที่ 1 การศึกษาพฤติกรรมการเตรียมความพร้อม และปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพ

การวิจัยส่วนนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการเตรียมความพร้อม และปัจจัยที่ส่งผลต่อการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองผู้สูงอายุ สุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีวัยทองที่มีอายุระหว่าง 45-59 ปี โดยมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอสันป่าตอง

จังหวัดเชียงใหม่แต่กำเนิด จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 303 คนซึ่งได้จากการสุ่มแบบเป็นระบบ เก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยแบบสอบถามในเดือนพฤษภาคม 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 50-54 ปีขึ้นไป ร้อยละ 56.4 รองลงมาคือ 45-49 ปี ร้อยละ 33.6 (อายุต่ำสุด 45 ปี อายุสูงสุด 59 ปี และอายุเฉลี่ย 53.03 ปี) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97.7 รองลงมาคือ ศาสนาคริสต์ ร้อยละ 2.3 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 75.9 รองลงมาคือ โสด ร้อยละ 8.6 และน้อยที่สุดคือ หย่า ร้อยละ 7.3 วุฒิการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 52.5 รองลงมาคือ มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 19.5 และน้อยที่สุดคือ อนุปริญญา/ปวส. ร้อยละ 7.6 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 47.2 รองลงมา คือ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 35.0 และน้อยที่สุด คือ เป็นแม่บ้าน ร้อยละ 1.0 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากที่สุด 5,001 – 10,000 บาท ร้อยละ 62.4 รองลงมา คือ น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 33.0 และน้อยที่สุดคือ 10,001 บาท ขึ้นไปร้อยละ 4.6 (รายได้ต่ำสุด 5,000 บาท สูงสุด 25,000 บาท และรายได้เฉลี่ย 6,221.12 บาท) ความเพียงพอต่อการใช้จ่ายในครอบครัวส่วนใหญ่เพียงพอ ร้อยละ 73.6 รองลงมาไม่เพียงพอ ร้อยละ 26.4 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ มากกว่า 4 ขึ้นไป ร้อยละ 51.2 รองลงมา 1-3 คน ร้อยละ 48.8 จำนวนสมาชิกต่ำสุด 1 คน สูงสุด 7 คนและจำนวนสมาชิกเฉลี่ย 3.59 คน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาการหมดประจำเดือนน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 65.3 รองลงมาคือ 6-10 ปี ร้อยละ 34.0 และมากกว่า 10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 0.7 (ระยะเวลาการหมดประจำเดือนต่ำสุด คือ ยังไม่หมดประจำเดือน สูงสุด คือ หมดประจำเดือนมาแล้ว 12 ปี และค่าเฉลี่ยระยะเวลาการหมดประจำเดือน 3.89 ปี) การเจ็บป่วยทางสุขภาพหรือโรคประจำตัว ส่วนใหญ่ ไม่มีภาวะการเจ็บป่วยหรือ โรคประจำตัว ร้อยละ 51.5 รองลงมาคือ มีภาวะการเจ็บป่วยหรือ โรคประจำตัว ร้อยละ 48.5 ซึ่งโรคประจำตัวที่พบ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคไขมันในเลือดสูง โรคโลหิตจาง และอาการเจ็บป่วยที่เกี่ยวกับกระดูกและข้อ ส่วนใหญ่มีการตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 92.4 รองลงมาไม่ตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 7.6 อาการและอาการแสดงของสตรีวัยทองส่วนใหญ่ ไม่มีอาการ ร้อยละ 50.8 รองลงมามีอาการและอาการแสดงของสตรีวัยทอง ร้อยละ 49.2 โดยพบว่ามีอาการและอาการแสดงของสตรีวัยทอง ได้แก่ เหนื่อยง่าย ร้อนวูบวาบตามตัว หงุดหงิดง่าย เหงื่อออกตามตัวง่าย และช่องคลอดแห้ง บทบาทในสังคม สตรีวัยทองส่วนใหญ่ไม่มีบทบาทในสังคม ร้อยละ

67.3 รองลงมา มีบทบาทเป็นสมาชิกกลุ่มสตรี/ชมรมสตรีหมู่บ้าน ร้อยละ 30.4 และน้อยที่สุด คือ มีบทบาทเป็นผู้นำสตรี/ประธานสตรีหมู่บ้าน ร้อยละ 2.3 รายละเอียดดังตาราง 2

ตาราง 2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n = 303)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
45-49 ปี	102	33.6
50-54 ปี	156	51.4
55-59 ปี	45	15.0
(Minimum = 45, Maximum = 59, Mean = 53.03, S.D. = 4.59)		
ศาสนา		
พุทธ	296	97.7
คริสต์	7	2.3
สถานภาพ		
โสด	26	8.6
สมรส	230	75.8
หย่า	22	7.3
หม้าย/ร้าง	25	8.3
วุฒิการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	159	52.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	59	19.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	35	11.5
อนุปริญญา/ปวส.	23	7.6
ปริญญาตรี	27	8.9
อาชีพหลัก		
รับจ้าง	143	47.2
เกษตรกรกรรม และเลี้ยงสัตว์	21	6.9
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	106	35.0
พนักงานของรัฐ/รัฐวิสาหกิจ	30	9.9
แม่บ้าน (ไม่ได้ประกอบอาชีพใดเป็นหลัก)	3	1.0
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่า 5,000 บาท	100	33.0
5,001 – 10,000 บาท	189	62.4
10,001 บาท ขึ้นไป	14	4.6
(Minimum = 5,000, Maximum = 25,000, Mean = 6221.12, S.D.=3,305.96)		

ตาราง 2 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ความเพียงพอต่อการใช้จ่ายในครอบครัว		
เพียงพอ	223	73.6
ไม่เพียงพอ	80	26.4
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
1 - 3 คน	148	48.8
4 คนขึ้นไป	155	51.2
(Minimum = 1, Maximum = 7, Mean = 3.59, S.D. = 1.09)		
ระยะเวลาหมดประจำเดือน		
0 - 5 ปี	198	65.3
6 - 10 ปี	103	34.0
มากกว่า 10 ปี	2	0.7
(Minimum = 0, Maximum = 12, Mean = 3.89, S.D. = 3.33)		
การเจ็บป่วยทางสุขภาพหรือโรคประจำตัว		
มี	147	48.5
ไม่มี	156	51.5
การตรวจสุขภาพประจำปี		
ตรวจ	280	92.4
ไม่ตรวจ	23	7.6
อาการและอาการแสดงของสตรีวัยทอง		
ไม่มี	154	50.8
มี	149	49.2
บทบาทในสังคม		
ผู้นำสตรี/ประธานสตรีหมู่บ้าน	7	2.3
สมาชิกกลุ่มสตรี/ชมรมสตรีหมู่บ้าน	92	30.4
ไม่มี	204	67.3

2. ข้อมูลปัจจัยด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับเตรียมความพร้อม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ, การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ, การรับรู้ความสามารถตนเอง

กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อการรับรู้ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมความพร้อม ได้แก่ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.15 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.50) ด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 2.22 (ส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน 0.61) และด้านการรับรู้ความสามารถตนเองในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.62 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.71) รายละเอียดดังตาราง 3

ตาราง 3 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรวม ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับเตรียมความพร้อม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ, การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ, การรับรู้ความสามารถตนเอง (n = 303)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ	4.15	0.50	มาก
การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ	2.22	0.61	น้อย
การรับรู้ความสามารถตนเอง	3.62	0.71	มาก

โดยแยกเป็นข้อมูลรายข้อ ของปัจจัยด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับเตรียมความพร้อม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ, การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ, การรับรู้ความสามารถตนเอง โดยพบว่า สตรีวัยทองมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ, การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ, การรับรู้ความสามารถตนเอง ส่วนใหญ่ในระดับ มาก หัวข้อ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ “การไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อร่วมทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นเรื่องน่าเบื่อหน่าย และยากต่อการเดินทางสำหรับท่าน” อยู่ในระดับ น้อยที่สุด ค่าเฉลี่ย 1.72 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.09) ดังแสดงตามตาราง 4 ได้ดังนี้

ตาราง 4 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรายข้อของ ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับเตรียมความพร้อม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ, การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ, การรับรู้ความสามารถตนเอง (n = 303)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ			
1. การตรวจสุขภาพประจำปี ทำให้สามารถรับรู้ภาวะสุขภาพเพื่อการเตรียมความพร้อมในการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีสุขภาพ	4.19	0.54	มาก

ตาราง 4 (ต่อ)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปลผล
2. การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับวัย และหลีกเลี่ยงอาหารเสี่ยงต่อโรค ช่วยให้สุขภาพแข็งแรงในวัยสูงอายุ	4.15	0.55	มาก
3. การออกกำลังกาย การพักผ่อนอย่างเพียงพอ ช่วยลดความเครียด และทำให้ร่างกายแข็งแรงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ	4.12	0.55	มาก
4. การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วยตามคำแนะนำของบุคลากรสาธารณสุข ช่วยให้มีความสุขแข็งแรง ปราศจากโรคเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ	4.16	0.51	มาก
การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ			
1. การไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อร่วมทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นเรื่องน่าเบื่อหน่าย และยากต่อการเดินทางสำหรับท่าน	1.72	1.09	น้อยที่สุด
2. การออกกำลังกายตามที่บุคลากรทางสาธารณสุขแนะนำเป็นเรื่องลำบาก และเสียเวลาสำหรับท่าน	2.62	0.91	ปานกลาง
3. การเลือกรับประทานอาหารที่มีคุณค่าต่อร่างกายเป็นเรื่องลำบากสำหรับท่าน เนื่องจากมีบุตรหลานทำให้ หรือซื้ออาหารปรุงสำเร็จมาให้	2.33	0.81	น้อย
4. การพูดคุยขอคำปรึกษากับบุคลากรทางด้านสุขภาพเป็นเรื่องยุ่งยาก และเสียเวลา	2.23	0.76	น้อย

ตาราง 4 (ต่อ)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปลผล
การรับรู้ความสามารถตนเอง			
1. ท่านสามารถหลีกเลี่ยงอาหารที่เกิดผล เสียต่อร่างกายของท่านได้	3.30	1.25	ปานกลาง
2. ท่านสามารถดูแลสุขภาพของตนเอง พร้อมจะเป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ โดยไม่ต้องพึ่งพาลูกหลาน	3.45	0.92	มาก
3. ท่านสามารถปฏิเสธบุคคลที่ชักชวนท่าน สูบบุหรี่ ดื่มสุรา หรือ เครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์ได้	3.78	0.98	มาก
4. ท่านสามารถถ่ายทอดประสบการณ์ต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิต ทั้งการใช้จ่าย เป็น ต้นแบบให้ลูกหลานหรือผู้อื่น ในการดำเนิน ชีวิตได้	3.97	0.82	มาก

3. ข้อมูลปัจจัยด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับเตรียมความพร้อม ได้แก่ การรับรู้ด้าน สุขภาพของการเป็นผู้สูงอายุ และทัศนคติที่ดีต่อการเป็นผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อการรับรู้ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเตรียม
ความพร้อม ได้แก่ ด้านการรับรู้ด้านสุขภาพของการเป็นผู้สูงอายุ ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.22
(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.51) และด้านทัศนคติที่ดีต่อการเป็นผู้สูงอายุในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย
4.40 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.46) รายละเอียดดังตาราง 5

ตาราง 5 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับเตรียมความพร้อม ได้แก่ การรับรู้ด้านสุขภาพของการเป็นผู้สูงอายุ และทัศนคติที่ดีต่อการเป็นผู้สูงอายุ (n = 303)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
การรับรู้ด้านสุขภาพของการเป็นผู้สูงอายุ	4.22	0.51	มากที่สุด
ทัศนคติที่ดีต่อการเป็นผู้สูงอายุ	4.40	0.46	มากที่สุด

โดยแยกเป็นข้อมูลรายข้อ ของปัจจัยด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับเตรียมความพร้อม ได้แก่ การรับรู้ด้านสุขภาพของการเป็นผู้สูงอายุ และทัศนคติที่ดีต่อการเป็นผู้สูงอายุ โดยพบว่า สตรีวัยทองมีการรับรู้ด้านสุขภาพของการเป็นผู้สูงอายุ และทัศนคติที่ดีต่อการเป็นผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ในระดับมากที่สุด ดังแสดงตามตาราง 6 ได้ดังนี้

ตาราง 6 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรายข้อของ ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับเตรียมความพร้อม ได้แก่ การรับรู้ด้านสุขภาพของการเป็นผู้สูงอายุ และทัศนคติที่ดีต่อการเป็นผู้สูงอายุ (n = 303)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
การรับรู้ด้านสุขภาพของการเป็นผู้สูงอายุ			
1. ผู้สูงอายุ เป็น ผู้ที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านความเสื่อมทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตปัญญา และส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน	4.18	0.61	มาก
2. การมีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ข้อเสื่อม เป็นเรื่องปกติของผู้สูงอายุ	4.22	0.55	มากที่สุด
3. ผู้สูงอายุจะมีร่างกายเสื่อมลง ทำให้มีการเคลื่อนไหวลำบากเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิต	4.22	0.57	มากที่สุด

ตาราง 6 (ต่อ)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปลผล
4. ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดเส้นเลือดในสมองแตก ทำให้เกิดโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตได้	4.23	0.56	มากที่สุด
5. เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ร่างกายจะเคลื่อนไหวลำบากทั้ง เดิน นั่ง นอน ดังนั้นผู้สูงอายุควรอยู่กับครอบครัวหรือญาติพี่น้อง	4.21	0.55	มากที่สุด
6. ผู้สูงอายุเคลื่อนไหวด้วยตนเองลำบาก ดังนั้นควรมีอุปกรณ์ช่วยพยุงต่าง ๆ ที่จำเป็นเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ	4.25	0.51	มากที่สุด
ทัศนคติต่อการเป็นผู้สูงอายุ			
1. ผู้สูงอายุทุกคนมีความจำเป็นต้องมีเงินเป็นของตนเองเพื่อการใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน	4.35	0.52	มากที่สุด
2. ผู้สูงอายุควรเป็นแบบอย่างด้านศาสนา วัฒนธรรมและขนบธรรมเนียมอันดีงามให้ลูกหลาน	4.43	0.52	มากที่สุด
3. ผู้สูงอายุ เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ชีวิตที่มีคุณค่าที่จะมีประโยชน์ในการสอน ชี้แนะบุตรหลานได้	4.41	0.53	มากที่สุด

4. ข้อมูลปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ความเชื่อและวัฒนธรรม, แรงสนับสนุนทางครอบครัว แรงสนับสนุนทางชุมชน แรงสนับสนุนทางสิ่งแวดล้อม และระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ความเชื่อและวัฒนธรรมในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.41 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.49) และได้รับการสนับสนุนต่อปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางครอบครัวในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.60 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.57) แรงสนับสนุนทางชุมชนในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.62 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.47) แรงสนับสนุนทางสิ่งแวดล้อมในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.57 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.68) และระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 2.32 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.56) รายละเอียดดังตาราง 7

ตาราง 7 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ความเชื่อและวัฒนธรรม แรงสนับสนุนทางครอบครัว แรงสนับสนุนทางชุมชน แรงสนับสนุนทางสิ่งแวดล้อม และระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข (n = 303)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
ความเชื่อและวัฒนธรรม	3.41	0.49	มาก
แรงสนับสนุนทางครอบครัว	3.60	0.57	มาก
แรงสนับสนุนทางชุมชน	2.62	0.47	ปานกลาง
แรงสนับสนุนทางสิ่งแวดล้อม	3.57	0.68	มาก
ระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข	2.32	0.56	น้อย

โดยแยกเป็นข้อมูลรายข้อ ของปัจจัยด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับเตรียมความพร้อม ได้แก่ ได้แก่ ความเชื่อและวัฒนธรรม แรงสนับสนุนทางครอบครัว แรงสนับสนุนทางชุมชน แรงสนับสนุนทางสิ่งแวดล้อม และระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข พบว่า สตรีวัยทองได้รับปัจจัยด้านความเชื่อและวัฒนธรรม ในระดับมาก โดยเฉพาะหัวข้อ “ท่านมีความเชื่อเกี่ยวกับผีล้านนาว่าสามารถช่วยเหลือความเจ็บป่วยต่อตนเองหรือต่อบุคคลในครอบครัวได้” มากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.30 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.70) แรงสนับสนุนทางครอบครัว ส่วนใหญ่สตรีวัยทอง ได้รับการสนับสนุนในระดับมาก แรงสนับสนุนทางชุมชนส่วนใหญ่ได้รับในระดับ ปานกลาง แต่ได้รับในระดับน้อยที่สุดในหัวข้อ “ท่านได้รับการพัฒนาอาชีพจากพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์” ค่าเฉลี่ย 1.43 (ส่วน

เบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.73) แรงสนับสนุนทางสิ่งแวดล้อม ส่วนใหญ่ได้รับในระดับ มาก และระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ส่วนใหญ่ได้รับในระดับน้อย ในหัวข้อ “โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.) หรือโรงพยาบาลประจำอำเภอ ได้เตรียมความพร้อมเป็นผู้สูงอายุ แก่สตรีวัยทอง” ค่าเฉลี่ย 1.86 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.73) และ “โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.) หรือโรงพยาบาลประจำอำเภอ ได้จัดกิจกรรมในชุมชน เพื่อเตรียมความพร้อมเป็นผู้สูงอายุ แก่สตรีวัยทอง” ค่าเฉลี่ย 1.85 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.71) ดังแสดงตามตาราง 8 ได้ดังนี้

ตาราง 8 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรายชื่อของ ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับเตรียมความพร้อม ได้แก่ ความเชื่อและวัฒนธรรม, แรงสนับสนุนทางครอบครัว, แรงสนับสนุนทางชุมชน, แรงสนับสนุนทางสิ่งแวดล้อม และระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข (n = 303)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
ความเชื่อและวัฒนธรรม			
1. ท่านเชื่อว่าสตรีล้านนา เมื่อแต่งงานแล้วต้องมีบทบาทในการดูแลสมาชิกทุกคนในครอบครัว	2.91	0.77	ปานกลาง
2. ท่านมีความเชื่อเกี่ยวกับผีล้านนา ว่าสามารถช่วยเหลือความเจ็บป่วยต่อตนเองหรือต่อบุคคลในครอบครัวได้	4.30	0.70	มากที่สุด
3. ท่านมีความเชื่อด้านการบริโภคตามวิถีพื้นบ้านล้านนาว่าดีกว่าการบริโภคตามสังคมยุคใหม่	3.02	0.55	ปานกลาง
แรงสนับสนุนทางครอบครัว			
1. บุคคลในครอบครัวท่านให้ความสนใจ ห่วงใย ซักถามเกี่ยวกับสุขภาพ และผลการตรวจสุขภาพประจำปีของท่าน	3.88	0.97	มาก

ตาราง 8 (ต่อ)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปลผล
2. บุคคลในครอบครัวให้กำลังใจในการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางกายเช่น กระตุ้นให้ ท่านออกกำลังกาย เพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี	3.19	0.73	ปานกลาง
3. บุคคลในครอบครัวให้การสนับสนุนเงินเพื่อ การใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน เช่น ซื้ออาหาร ของ ใช้ต่าง ๆ	3.86	0.69	มาก
4. บุคคลในครอบครัวส่งเสริมให้ท่านร่วม กิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ท่านเกิดสัมพันธ์อันดีต่อ ชุมชน เช่น งานประเพณี กิจกรรมทางศาสนา แรงสนับสนุนทางชุมชน	3.48	0.65	มาก
1. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ จาก อาสาสมัครสาธารณสุข หรือบุคลากรสาธารณสุข	3.01	0.62	ปานกลาง
2. ท่านได้รับการดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพเพื่อ ส่งเสริมการเตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี จากเทศบาล หรือ อบต. ในพื้นที่ที่ท่านอาศัยอยู่	2.16	0.79	น้อย
3. ชุมชนของท่านมีการจัดตั้งชมรม เช่น ชมรม สตรี ชมรมผู้สูงอายุ เพื่อเป็นศูนย์รวมในทำ กิจกรรมเช่น การออกกำลังกาย การพบปะ สังสรรค์	3.85	0.69	มาก
4. ท่านได้รับการพัฒนาอาชีพจากพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์	1.43	0.73	น้อยที่สุด
5. ท่านได้รับคำปรึกษา คำแนะนำ จากผู้รู้ใน ชุมชนเรื่อง การดูแลสุขภาพ เช่น ปรากฏ ชาวบ้าน พระสงฆ์ มัคทายก	2.63	0.58	ปานกลาง

ตาราง 8 (ต่อ)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปลผล
แรงสนับสนุนทางสิ่งแวดล้อม			
1. ท่านมีสถานที่ที่สามารถใช้ในการออกกำลังกาย ภายในบ้าน หรือ ในชุมชน เช่น ลานกิจกรรม	4.09	0.75	มาก
2. ท่านมีสถานที่ที่สามารถเข้าไปร่วมกิจกรรม เพื่อความสงบทางจิตใจ เช่น วัด	4.14	0.80	มาก
3. ชุมชนของท่านสามารถเป็นแหล่งทัศนศึกษา ทางธรรมชาติ ศาสนสถาน และแหล่งเรียนรู้ทาง วัฒนธรรม	2.50	1.20	น้อย
ระบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข			
1. ท่านได้รับการเยี่ยมบ้านจากอาสาสมัคร สาธารณสุขเพื่อซักถาม ให้คำแนะนำ ประเมิน ภาวะสุขภาพที่บ้านของท่าน	2.79	0.65	ปานกลาง
2. ท่านได้รับการตรวจสุขภาพ และคำแนะนำ ด้านสุขภาพ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่บ้าน ของท่าน	2.77	0.65	ปานกลาง
3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.) หรือ โรงพยาบาลประจำอำเภอ ได้เตรียมความพร้อม เป็นผู้สูงอายุ แก่สตรีวัยทอง	1.86	0.73	น้อย
4. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.) หรือ โรงพยาบาลประจำอำเภอ ได้จัดกิจกรรมใน ชุมชน เพื่อเตรียมความพร้อมเป็นผู้สูงอายุ แก่ สตรีวัยทอง	1.85	0.71	น้อย

5. ข้อมูลพฤติกรรมเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองสู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพดี ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม และด้านจิตปัญญา

กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติพฤติกรรมเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองสู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพดีทุกด้านรวมในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.09 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.39) โดยมีค่าเฉลี่ยรายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกายในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.61 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.51) ด้านจิตใจในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.67 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.53) ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.09 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.50) และด้านจิตปัญญาในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.01 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.44) รายละเอียดดังตาราง 9

ตาราง 9 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองสู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพดี ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม และด้านจิตปัญญา (n=303)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
พฤติกรรมเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทอง	3.09	0.39	ปานกลาง
ด้านร่างกาย	3.61	0.51	มาก
ด้านจิตใจ	2.67	0.53	ปานกลาง
ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม	3.09	0.50	ปานกลาง
ด้านจิตปัญญา	3.01	0.44	ปานกลาง

โดยแยกเป็นข้อมูลรายข้อพฤติกรรมเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองสู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพดี ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม และด้านจิตปัญญา โดยพบว่าพฤติกรรมเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย อยู่ในระดับ มาก โดยในหัวข้อ “หากมีปัญหาสุขภาพ ท่านสามารถจัดการแก้ไขได้ เช่น ไปพบแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข” พบในระดับ มากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.35 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.67) พฤติกรรมเตรียมความพร้อมด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลางและระดับน้อย แต่ในหัวข้อ “ท่านเตรียมทำกิจกรรมช่วยเหลือผู้อื่นให้จิตใจเบิกบาน” พบในระดับน้อยที่สุด ค่าเฉลี่ย 1.76 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.78) พฤติกรรมเตรียมความพร้อมด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับมากและปานกลาง แต่ในหัวข้อ “ท่านแสวงหาและเตรียมปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่เป็นธรรมชาติและเหมาะสมต่อชีวิตผู้สูงอายุของท่านในอนาคต” พบในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 2.54 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.78) พฤติกรรมเตรียมความพร้อมด้านจิตปัญญา อยู่ใน

ระดับมากและปานกลาง แต่ในหัวข้อ “ท่านตัดสินใจไว้ว่าอนาคตจะอาศัยอยู่กับลูกหลาน ญาติพี่น้อง หรือสถานบริการผู้สูงอายุของรัฐและเอกชน และ “ท่านตัดสินใจเดินทางท่องเที่ยว ทัศนศึกษาเพื่อเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ในวัยผู้สูงอายุ” อยู่ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 2.52 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.10) และ ค่าเฉลี่ย 2.56 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.01) รายละเอียดดังตาราง 10

ตาราง 10 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรายชื่อของพฤติกรรมเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองสู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพดี ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม และด้านจิตปัญญา (n=303)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
ด้านร่างกาย			
1. ท่านมีความมุ่งมั่นในการออกกำลังกาย สัปดาห์ละไม่น้อยกว่า 5 วันและครั้งละไม่น้อยกว่า 30 นาที	2.95	0.73	ปานกลาง
2. ท่านมีความตั้งใจในการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องเพื่อให้กล้ามเนื้อแข็งแรง	2.99	0.72	ปานกลาง
3. ท่านหลีกเลี่ยงการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ เพื่อลดการเสี่ยงต่อภัยสุขภาพในระยะยาว	3.83	0.95	มาก
4. ท่านหลีกเลี่ยงอาหาร หวาน มัน เค็ม เพื่อไม่ให้เกิดโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไตวาย ในวัยผู้สูงอายุ	3.34	0.71	ปานกลาง
5. ท่านนอนหลับให้ได้มากกว่า 8-10 ชั่วโมง/วัน	4.10	0.93	มาก
6. ท่านตรวจสุขภาพประจำปี เช่น วัดความดัน ตรวจน้ำตาล ตรวจไขมัน เพื่อติดตามภาวะสุขภาพของตนเอง	3.64	0.60	มาก

ตาราง 10 (ต่อ)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปลผล
7. หากมีปัญหาสุขภาพท่านสามารถจัดการ แก้ไขได้ เช่น ไปพบแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข	4.35	0.67	มากที่สุด
8. ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากร ทางสาธารณสุข เพื่อการเป็นผู้สูงอายุสุข ภาวะดีในอนาคต	3.66	0.60	มาก
ด้านจิตใจ			
1. ท่านฝึกสติเรียนรู้ที่จะเข้าใจตนเอง พยายามยอมรับและแก้ไขข้อบกพร่องของ ตนเอง เพื่อเกิดผลต่อสุขภาพจิตที่ดีและ ต่อเนื่องในวัยผู้สูงอายุ	3.25	0.64	ปานกลาง
2. ท่านสามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลง ร่างกาย จิตใจ จากสตรีวัยทองผู้สูงอายุ	3.33	0.65	ปานกลาง
3. ท่านมุ่งมั่นในการปฏิบัติฝึกฝนจิตใจ เพื่อให้เกิดความสงบในจิตใจ เช่น การนั่ง สมาธิ การทำบุญทำทาน ศึกษารธรรมะ	2.84	0.61	ปานกลาง
4. เมื่อมีความเครียด ท่านมีวิธีในการจัดการ ความเครียดทางจิตใจ เช่น การฟังเพลง การออกกำลังกาย การนั่งสมาธิ	2.71	0.72	ปานกลาง
5. ท่านพูดคุยกับเพื่อนรุ่นเดียวกันเพื่อ แลกเปลี่ยนการเตรียมจิตใจต่อการเข้าสู่วัย สูงอายุ	1.88	0.89	น้อย
6. ท่านเตรียมทำกิจกรรมช่วยเหลือผู้อื่นให้ จิตใจเบิกบาน	1.76	0.78	น้อยที่สุด

ตาราง 10 (ต่อ)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปลผล
7. ท่านสามารถวางแผนการดำเนินชีวิตเมื่อ เข้าสู่วัยผู้สูงอายุ เพื่อไม่ให้เกิดความวิตก กังวล	2.92	0.54	ปานกลาง
ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม			
1. ท่านแสวงหากิจกรรม หรือ งานอดิเรกที่ พึงพอใจและเหมาะสมต่อตนเอง	3.01	0.64	ปานกลาง
2. ท่านแสวงหาสัมพันธภาพ และ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับครอบครัว	3.48	0.65	มาก
3. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชนมาก ขึ้นเพื่อสร้างความเคยชินซึ่งจะกลายเป็น แบบแผนในการดำเนินชีวิตเมื่อเข้าสู่วัย ผู้สูงอายุ	3.23	0.61	ปานกลาง
4. ท่านแสวงหากิจกรรมจิตอาสา หรือ กิจกรรมที่เป็นประโยชน์แก่สังคม เพื่อสร้าง สังคมแวดล้อมเพิ่มขึ้นให้ตนเอง	3.35	0.72	มาก
5. ท่านแสวงหาการปรับปรุงบ้านให้ เหมาะสมกับการใช้ชีวิตในผู้สูงอายุ เช่น การจัดทางเดินในบ้านให้สะดวก การจัด ห้องนอนมาชั้นล่าง	2.91	0.89	ปานกลาง
6. ท่านแสวงหาและเตรียมปรับปรุง สิ่งแวดล้อมที่เป็นธรรมชาติและเหมาะสม ต่อชีวิตผู้สูงอายุของท่านในอนาคต	2.54	0.78	น้อย

ตาราง 10 (ต่อ)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปลผล
ด้านจิตปัญญา			
1. ท่านตัดสินใจออมเงินเพื่อการใช้จ่ายใน วัยผู้สูงอายุ	4.08	0.81	มาก
2. ท่านตัดสินใจไว้ว่าอนาคตจะอาศัยอยู่กับ ลูกหลาน ญาติพี่น้อง หรือสถานบริการ ผู้สูงอายุของรัฐและเอกชน	2.52	1.10	น้อย
3. ท่านตัดสินใจเดินทางท่องเที่ยว ทักสน ศึกษาเพื่อเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ในวัยผู้สูงอายุ	2.56	1.01	น้อย
4. ท่านมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติตามแนวคิดที่ ตนเองยึดถือ เพื่อเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวใน การดำรงชีวิตอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน	3.05	0.56	ปานกลาง
5. ท่านตัดสินใจในการจัดการด้านร่างกาย ในวาระสุดท้ายของชีวิต (เช่น การฉาปนกิจ การบริจาคร่างกาย เป็นต้น)	2.83	0.69	ปานกลาง

6. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาวะ วิเคราะห์การ
ทำนายจากปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับเตรียมความพร้อม
ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทอง

6.1 สมการในการวิเคราะห์

$$Y = a + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots + b_nx_n$$

เมื่อ Y = การเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาวะ

a = ค่าคงที่

b_1 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของอายุ

b_2 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของศาสนาพุทธ

b_3 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของศาสนาคริสต์

b_4 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของสถานภาพโสด

- b_5 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของสถานภาพหย่า
- b_6 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของสถานภาพหม้าย/ ร้าง
- b_7 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น
- b_8 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.
- b_9 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการศึกษาอนุปริญญา/ ปวส.
- B_{10} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการศึกษาปริญญาตรี
- b_{11} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของอาชีพเกษตรกรกรรม และเลี้ยงสัตว์
- b_{12} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของอาชีพรับจ้าง
- b_{13} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของอาชีพค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว
- b_{14} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของอาชีพงานบ้าน
- b_{15} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของรายได้เฉลี่ยต่อเดือน
- b_{16} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของความเพียงพอต่อการใช้จ่ายใน

ครอบครัว

- b_{17} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของจำนวนสมาชิกในครอบครัว
- b_{18} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของระยะเวลาหมัดประจำเดือน
- b_{19} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของภาวะการเจ็บป่วย/โรคประจำตัว
- b_{20} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี
- b_{21} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของอาการ/อาการแสดงสตรีวัยทอง
- b_{22} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของผู้นำสตรี
- b_{23} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของสมาชิกกลุ่ม
- b_{24} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ
- b_{25} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ
- b_{26} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการรับรู้ความสามารถตนเอง
- b_{27} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการรับรู้ด้านสุขภาพของการเป็น

ผู้สูงอายุ

- b_{28} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของทัศนคติที่ดีต่อการเป็นผู้สูงอายุ
- b_{29} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของความเชื่อและวัฒนธรรม
- b_{30} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของแรงสนับสนุนทางครอบครัว
- b_{31} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของแรงสนับสนุนทางชุมชน
- b_{32} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของแรงสนับสนุนทางสิ่งแวดล้อม

สาธารณสุข

b_{33} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของระบบบริการทางการแพทย์และ

x_1 = อายุ

x_2 = ศาสนาพุทธ

x_3 = ศาสนาคริสต์

x_4 = สถานภาพโสด

x_5 = สถานภาพหย่า

x_6 = สถานภาพหม้าย/ ร้าง

x_7 = การศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น

x_8 = การศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.

x_9 = การศึกษาอนุปริญญา/ ปวส.

x_{10} = การศึกษาปริญญาตรี

x_{11} = อาชีพเกษตรกรกรรม และเลี้ยงสัตว์

x_{12} = อาชีพรับจ้าง

x_{13} = อาชีพค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว

x_{14} = อาชีพงานบ้าน

x_{15} = รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

x_{16} = ความเพียงพอต่อการใช้จ่ายในครอบครัว

x_{17} = จำนวนสมาชิกในครอบครัว

x_{18} = ระยะเวลาหมดประจำเดือน

x_{19} = ภาวะการเจ็บป่วย/โรคประจำตัว

x_{20} = การได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี

x_{21} = อาการ/อาการแสดงสตรีวัยทอง

x_{22} = ผู้นำสตรี

x_{23} = สมาชิกกลุ่ม

x_{24} = การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ

x_{25} = การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ

x_{26} = การรับรู้ความสามารถตนเอง

x_{27} = การรับรู้ด้านสุขภาพของการเป็นผู้สูงอายุ

x_{28} = ทศนคติที่ดีต่อการเป็นผู้สูงอายุ

x_{29} = ความเชื่อและวัฒนธรรม

X_{30} = แรงสนับสนุนทางครอบครัว

X_{31} = แรงสนับสนุนทางชุมชน

X_{32} = แรงสนับสนุนทางสิ่งแวดล้อม

X_{33} = ระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

6.2 ตัวแปรและระดับการวัดตัวแปร ดังตาราง

ตาราง 11 แสดงตัวแปรและระดับการวัดตัวแปร

ตัวแปร	ระดับการวัดตัวแปร
อายุ	อัตราส่วน
ศาสนา	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ศาสนาอิสลาม (อ้างอิง) ศาสนาพุทธ (พุทธ=1, อื่น ๆ =0) ศาสนาคริสต์ (คริสต์=1, อื่น ๆ =0)
สถานภาพ	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) สถานภาพสมรส (อ้างอิง) สถานภาพโสด (โสด=1, อื่น ๆ =0) สถานภาพหย่า (หย่า=1, อื่น ๆ =0) สถานภาพหม้าย/ร้าง (หม้าย/ร้าง=1, อื่น ๆ =0)
วุฒิการศึกษาสูงสุด	จัดอันดับ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) วุฒิการศึกษาประถมศึกษา (อ้างอิง) วุฒิศึกษามัธยมศึกษา (มัธยมต้น=1, อื่น ๆ =0) วุฒิศึกษามัธยมปลาย/ปวช. (มัธยมปลาย=1, อื่น ๆ =0) วุฒิศึกษาอนุปริญญา/ปวช. (อนุปริญญา=1, อื่น ๆ =0) วุฒิศึกษาปริญญาตรี (ปริญญาตรี=1, อื่น ๆ =0)
อาชีพหลัก	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) อาชีพพนักงานของรัฐ/รัฐวิสาหกิจ (อ้างอิง) อาชีพรับจ้าง (รับจ้าง=1, อื่น ๆ =0) อาชีพเกษตรกร (เกษตรกร=1, อื่น ๆ =0) อาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว (ค้าขาย=1, อื่น ๆ =0) อาชีพงานบ้าน (งานบ้าน=1, อื่น ๆ =0)

ตาราง 11 (ต่อ)

ตัวแปร	ระดับการวัดตัวแปร
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	อัตราส่วน
ความเพียงพอต่อการใช้จ่ายในครอบครัว	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ความเพียงพอ (เพียงพอ=1, ไม่เพียงพอ=0)
จำนวนสมาชิกในครอบครัว	อัตราส่วน
ระยะเวลาหมดประจำเดือน	อัตราส่วน
ภาวะการเจ็บป่วย/โรคประจำตัว	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) โรคประจำตัว (มี=1, ไม่มี=0)
การตรวจสุขภาพประจำปี	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) การตรวจสุขภาพ (ตรวจ=1, ไม่ตรวจ=0)
อาการ/อาการแสดงสตรีวัยทอง	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) อาการสตรีวัยทอง (มี=1, ไม่มี=0)
บทบาทในสังคม	นามบัญญัติ (สร้างเป็นตัวแปรหุ่น) ไม่มีบทบาท (อ้างอิง) บทบาทผู้นำสตรี (ผู้นำ=1, อื่น ๆ =0) บทบาทในสังคมสมาชิกกลุ่ม (สมาชิก=1, อื่น ๆ =0)
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ	ค่าเฉลี่ย
การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ	ค่าเฉลี่ย
การรับรู้ความสามารถตนเอง	ค่าเฉลี่ย
การรับรู้ด้านสุขภาพของการเป็นผู้สูงอายุ	ค่าเฉลี่ย
ทัศนคติที่ดีต่อการเป็นผู้สูงอายุ	ค่าเฉลี่ย
ความเชื่อและวัฒนธรรม	ค่าเฉลี่ย
แรงสนับสนุนทางครอบครัว	ค่าเฉลี่ย
แรงสนับสนุนทางชุมชน	ค่าเฉลี่ย
แรงสนับสนุนทางสิ่งแวดล้อม	ค่าเฉลี่ย
ระบบบริการทางการแพทย์และ	ค่าเฉลี่ย
สาธารณสุข	

6.3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ

การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระทั้ง 34 ตัวแปร พบว่า มีค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระอยู่ระหว่าง -0.697 ถึง 0.720 ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ ถดถอยพหุ โดยไม่มีตัวแปรพยากรณ์คู่ใดที่มีความสัมพันธ์กันสูงเกินไป ไม่เกิน 0.80 (ชวลิต ทับสีร์ก, 2555)

6.4 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ

ก่อนการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ได้ดำเนินการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นจำนวน 5 ข้อ (กัลยา วานิชย์บัญชา และฐิตา วานิชย์บัญชา, 2558) พบว่า

1. ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และต้องเป็นตัวแปรเชิงปริมาณ (Quantitative variable) หรือ ตัวแปรต่อเนื่อง (Continuous variable) หรือมีระดับการวัดเป็น Interval หรือ Ratio ในกรณีที่ตัวแปรอิสระบางตัวมีระดับการวัดเป็น Nominal หรือ Ordinal Scale จะต้องมีการแปลงข้อมูลให้เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variable) คือ มีค่า 0 กับ 1 ก่อนจึงจะสามารถนำไปวิเคราะห์ ทั้งนี้ตัวแปรหุ่นไม่ควรจะมีหลายตัว เพราะจะทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนมากขึ้น

2. ค่าความคลาดเคลื่อนมีความเป็นอิสระจากกัน โดยพิจารณาค่า Dubin-Watson เท่ากับ 1.781 (เกณฑ์คือ $1.50 - 2.50$)

3. ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงปกติ โดยพิจารณาจากตาราง Residuals statistic พบว่า ค่า Mean เท่ากับ 0 (เกณฑ์คือ Mean = 0) และค่า S.D. เท่ากับ 0.987 (เกณฑ์คือ S.D. เข้าใกล้ 1) ซึ่งสอดคล้องกับการแปลผลจากกราฟ Normal probability plot

4. ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ (Homo-scedasticity) โดยพิจารณาจากกราฟ Scatter plot ซึ่งพบว่าค่าความคลาดเคลื่อนกระจายรอบ ๆ ค่า 0 และค่อนข้างคงที่

5. ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันสูงเกินไป (Multi-collinearity) โดยพิจารณาจาก Correlation matrix พบว่า ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระมีค่าตั้งแต่ -0.697 ถึง 0.720 (เกณฑ์ คือ น้อยกว่า 0.80) ร่วมกับการพิจารณาจากค่าปัจจัยความแปรปรวนที่เพิ่มสูงขึ้น (Variance inflation factor) มีค่าตั้งแต่ 1.031 ถึง 1.693 (เกณฑ์คือ ทุกค่าต้องน้อยกว่า 10) และ Tolerance มีค่าตั้งแต่ 0.591 ถึง 0.970 (เกณฑ์คือ มีค่าเข้าใกล้ 1 แต่ไม่เกิน 1)

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ พบว่า

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพ พบว่า มีตัวแปรที่รวมพยากรณ์พฤติกรรมเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพของสตรีวัยทอง โดยเรียงลำดับตามค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรอิสระแต่ละตัวที่จะนำมาสร้างสมการตามความสามารถ

พยากรณ์ของพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาวะจากตัวแปรที่ถูกคัดเลือกจากมากไปหาน้อย ทั้ง 8 ตัวแปรได้แก่

1. แรงสนับสนุนทางครอบครัว สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 48.2 (R Square = 0.482) โดยเมื่อคะแนนแรงสนับสนุนทางครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป 1 คะแนน พฤติกรรมการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาวะของสตรีวัยทอง จะเพิ่มขึ้น 0.344 คะแนน (B = 0.344)

2. การรับรู้ความสามารถของตนเอง สามารถอธิบายความแปรปรวนได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 59.5 (R Square = 0.595) โดยเมื่อคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง เปลี่ยนแปลงไป 1 คะแนน พฤติกรรมการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาวะของสตรีวัยทอง จะเพิ่มขึ้น 0.104 คะแนน (B = 0.104)

3.ทัศนคติต่อการเป็นผู้สูงอายุ สามารถอธิบายความแปรปรวนได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 61.2 (R Square = 0.612) โดยเมื่อคะแนนทัศนคติต่อการเป็นผู้สูงอายุ เปลี่ยนแปลงไป 1 คะแนน พฤติกรรมการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาวะของสตรีวัยทอง จะเพิ่มขึ้น 0.143 คะแนน (B = 0.143)

4. แรงสนับสนุนทางชุมชน สามารถอธิบายความแปรปรวนได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 53.7 (R Square = 0.537) โดยเมื่อคะแนนแรงสนับสนุนทางชุมชนเปลี่ยนแปลงไป 1 คะแนน พฤติกรรมการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาวะของสตรีวัยทอง จะเพิ่มขึ้น 0.129 คะแนน (B = 0.129)

5. รายได้ โดยมีผลทางบวกต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาวะ สามารถอธิบายความแปรปรวนได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 56.9 (R Square = 0.569) โดยเมื่อสตรีวัยทอง มีรายได้มากขึ้น พฤติกรรมการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาวะของสตรีวัยทอง จะเพิ่มขึ้น 0.156 คะแนน (B = 0.156)

6. ระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข สามารถอธิบายความแปรปรวนได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 62.5 (R Square = 0.625) โดยเมื่อคะแนนระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข เปลี่ยนแปลงไป 1 คะแนน พฤติกรรมการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาวะของสตรีวัยทอง จะเพิ่มขึ้น 0.103 คะแนน (B = 0.103)

7. สถานภาพหม้าย/ร้าง โดยสถานภาพหม้าย/ร้าง มีผลต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาวะมากกว่า สถานภาพสมรส (อ้างอิง) สามารถอธิบายความแปรปรวนได้เพิ่มเป็นร้อยละ 63.4 (R Square = 0.634) โดยเมื่อสตรีวัยทองมีสถานภาพเป็นหม้าย/ร้าง พฤติกรรมการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาวะของสตรีวัยทอง จะเพิ่มขึ้น 0.146 คะแนน (B = 0.146)

8. บทบาทผู้นำสตรี โดยบทบาทผู้นำสตรี มีผลต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาวะมากกว่า ผู้ที่ไม่มีบทบาทในสังคม (อ้างอิง) สามารถอธิบายความแปรปรวนได้

เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 63.9 (R Square = 0.639) โดยเมื่อสตรีวัยทองมีบทบาทการเป็นผู้นำสตรี พฤติกรรมการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาวะของสตรีวัยทอง จะเพิ่มขึ้น 0.190 คะแนน (B = 0.190) ซึ่งทั้งหมด 8 ตัวแปร สามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาวะของสตรีวัยทอง ได้ร้อยละ 63.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนตัวแปรอื่น ๆ ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาวะของสตรีวัยทอง รายละเอียดดังตาราง 12

ตาราง 12 แสดงการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาวะของสตรีวัยทอง (n=303)

ตัวแปรพยากรณ์	R Square	R Square Change	b	Beta	s.e. of b	t	p-value
แรงสนับสนุนทางครอบครัว	0.482	0.482	0.344	0.494	0.030	11.595	<0.001
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	0.595	0.026	0.104	0.185	0.022	4.720	<0.001
ทัศนคติต่อการเป็นผู้สูงอายุ	0.612	0.017	0.143	0.165	0.033	4.274	<0.001
แรงสนับสนุนทางชุมชน	0.537	0.054	0.129	0.151	0.039	3.306	0.001
รายได้	0.569	0.032	0.156	0.148	0.000	3.908	<0.001
ระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข	0.625	0.012	0.103	0.145	0.031	3.328	0.001
สถานภาพหม้าย/ร้าง	0.634	0.009	0.146	0.101	0.052	2.800	0.005
บทบาทผู้นำสตรี	0.639	0.005	0.190	0.072	0.094	2.012	0.045

Constant (a)= 0.956, R square= 0.639, Adjust R Square= 0.629, F= 4.048, P<0.001

6.5 สมการในการพยากรณ์ตัวแปรตาม

จากการวิเคราะห์สามารถเขียนสมการอธิบายพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาวะของสตรีวัยทอง ในรูปแบบคะแนนดิบได้ดังนี้

สมการทำนาย

$$Y = a + b_1x_1 + b_2x_2 + b_3x_3 + b_4x_4 + b_5x_5 + b_6x_6 + b_7x_7 + b_8x_8$$

เมื่อ

$$Y = \text{พฤติกรรมการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาวะของสตรีวัยทอง}$$

a = ค่าคงที่

b_1 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของแรงสนับสนุนทางครอบครัว

b_2 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของบทบาทผู้นำสตรี

b_3 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของรายได้

b_4 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของสถานภาพหม้าย/ร้าง

b_5 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของทัศนคติต่อการเป็น

ผู้สูงอายุ

b_6 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของแรงสนับสนุนทางชุมชน

b_7 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการรับรู้ความสามารถของตนเอง

b_8 = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของระบบบริการทางการแพทย์ และ

สาธารณสุข

x_1 = แรงสนับสนุนทางครอบครัว

x_2 = บทบาทผู้นำสตรี

x_3 = รายได้

x_4 = สถานภาพหม้าย/ร้าง

x_5 = ทัศนคติต่อการเป็นผู้สูงอายุ

x_6 = แรงสนับสนุนทางชุมชน

x_7 = การรับรู้ความสามารถของตนเอง

x_8 = ระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

โดยสามารถเขียนสมการในการพยากรณ์พฤติกรรมเตรียมความพร้อมด้านสุข

ภาวะของสตรีวัยทอง ในรูปแบบคะแนนดิบ ได้ดังนี้

พฤติกรรมเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพของสตรีวัยทอง = $0.956 + 0.344$
 (แรงสนับสนุนทางครอบครัว) + 0.104 (การรับรู้ความสามารถของตนเอง) + 0.143 (ทัศนคติต่อการ
 เป็นผู้สูงอายุ) + 0.129 (แรงสนับสนุนทางชุมชน) + 0.156 (รายได้) + 0.103 (ระบบบริการทาง
 การแพทย์และสาธารณสุข) + 0.146 (สถานภาพหม้าย/ร้าง) + 0.190 (บทบาทผู้นำสตรี)

**การวิจัยระยะที่ 2 มุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองสู่
 ผู้สูงอายุสุขภาพ**

การวิจัยระยะนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพื่อศึกษา มุมมองปัจจัย
 ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลมุมมอง
 ต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุ สุขภาวะ ตามระเบียบ

วิธีวิจัยออกแบบอธิบายตามลำดับ (Explanatory Sequential Design) ซึ่งอธิบายถึงการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพในสองขั้นตอนติดต่อกัน ต้องใช้กระบวนการวิจัยที่เชื่อมโยงข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยในระยะแรกจะทำการเลือกและวิเคราะห์ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ในข้อมูลเชิงปริมาณ จากนั้นจึงนำไปสู่การศึกษาสาเหตุและที่มาของปัจจัย และนำผลมาเชื่อมโยงในช่วงการแปลผล (Connecting data) โดยกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสองวิธีนี้จะมีประเด็นการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก ด้วยข้อคำถามที่ศึกษาเชิงคุณภาพ ในประเด็นของมุมมอง และรากเหง้าของปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทอง และข้อเสนอแนะที่ช่วยสนับสนุนทำให้สตรีวัยทองมีการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพะ โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic analysis) ตามลำดับ ดังนี้

1. อธิบายปัจจัยที่จะนำเข้าในการสนทนากลุ่ม คือ เพื่อศึกษามุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองเป็นอย่างไร และข้อเสนอแนะที่ช่วยสนับสนุนทำให้สตรีวัยทองมีการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพะ โดยมีตัวแปรปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพะของสตรีวัยทอง(การวิจัยเชิงปริมาณ) ได้แก่ แรงสนับสนุนทางครอบครัว การรับรู้ความสามารถของตนเอง ทักษะคิดต่อการเป็นผู้สูงอายุ แรงสนับสนุนทางชุมชน รายได้ ระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข สถานภาพ (หม้าย/ร้าง) และบทบาทผู้นำสตรี รวมจำนวน 8 ปัจจัย / ตัวแปร รายละเอียดดังตาราง 13

ตาราง 13 แสดงสรุปปัจจัยที่ส่งผลต่อการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพะ (เรียงตามค่าสัมประสิทธิ์ที่ใช้ในการทำนายจากมากไปน้อย)

ปัจจัย/ตัวแปร	ผลการวิจัย
ปัจจัยที่มีผลต่อที่ส่งผลต่อการเตรียมความพร้อม(การวิจัยเชิงปริมาณ)	
1. แรงสนับสนุนทางครอบครัว	แรงสนับสนุนทางครอบครัวมีผลทางบวกต่อพฤติกรรมกรรมการเตรียมความพร้อม
2. การรับรู้ความสามารถของตนเอง	การรับรู้ความสามารถของตนเองมีผลทางบวกต่อพฤติกรรมกรรมการเตรียมความพร้อม
3. ทักษะคิดต่อการเป็นผู้สูงอายุ	ทักษะคิดต่อการเป็นผู้สูงอายุมีผลทางบวกต่อพฤติกรรมกรรมการเตรียมความพร้อม
4. แรงสนับสนุนทางชุมชน	แรงสนับสนุนทางชุมชน มีผลทางบวกต่อพฤติกรรมกรรมการเตรียมความพร้อม
5. รายได้	รายได้มีผลทางบวกต่อพฤติกรรมกรรมการเตรียมความพร้อม

ตาราง 13 (ต่อ)

ปัจจัย/ตัวแปร	ผลการวิจัย
6. ระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข	ระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขส่งผลทางบวกต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อม
7. สถานภาพ	สถานภาพ(หม้าย/ร้าง) มีผลต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อม มากกว่าสถานภาพโสด (อ้างอิง)
8. บทบาทผู้นำสตรี	บทบาทผู้นำสตรีมีผลต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมมากกว่าผู้ที่ไม่มีบทบาทสตรี (อ้างอิง)

2. กระบวนการในการสนทนากลุ่ม เพื่อนำไปสู่การแสดงความเห็นด้านมุมมอง และข้อเสนอแนะต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทอง เมื่อนำข้อมูลการสนทนากลุ่ม มาวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic analysis) พบดังนี้

2.1 แรงสนับสนุนทางครอบครัว

จากการศึกษาเชิงปริมาณ พบว่า แรงสนับสนุนทางครอบครัวของสตรีวัยทองเป็นปัจจัยที่ส่งผลทางบวกต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทอง มุมมองต่อ “แรงสนับสนุนทางครอบครัว” จากผู้ให้ข้อมูลหลัก สรุปได้ว่า ครอบครัวของสตรีวัยทอง ที่มีความเข้าใจ เห็นใจ และยอมรับสุขภาวะทางกาย จิต ของสตรีวัยทองที่เปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่ระยะของวัยทอง ทำให้เกิดการสนับสนุนเรื่อง เงิน การเข้าร่วมทำกิจกรรมในหมู่บ้าน ช่วยกระตุ้นสตรีวัยทอง เพื่อปฏิบัติพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมสู่ผู้สูงอายุสุขภาวะ ดังตัวอย่าง คำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลัก ดังนี้

...สิ่งสำคัญที่จะทำให้เธอสามารถร่วมทำกิจกรรมต่าง ๆ ในหมู่บ้านได้ก็คือ ครอบครัวเธอเจ้า ถ้าเป็นเข้าใจในสภาวะของแม่หญิงวัยทอง ฮับฮู้ว่าเธอมีการ เปลี่ยนแปลงทางกาย ใจ อย่างไรก็ดี แล้วเธอต้องกานหื้อเป็นส่งเสริมเธออย่างเต็มที่ พร้อมทั้งจะช่วยเธอเตรียมตัว อันนี้แหละเจ้าที่พี่จะม่วนใจขนาดเจ้า

(FGD MW06, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 20 มิถุนายน 2563)

...สามปีเป็นสนับสนุนหื้อไปร่วมทำกิจกรรมแบบตีมาวันนี้ด้วยนา คือ จะช่วยในการมาฮับส่ง แต่สามปีเป็นจะบะได้มาตวย เพราะต้องมีคนไปเซาะว่าหากินคนนึ่ง มาพร้อมกันบะได้เจ้า อันนี้ก่อนจะลำบากหน่อย เพราะบางทีปีก่อนต้องไปกับสามปี บะได้มาร่วมทุกครั้งนะเจ้า

(FGD MW07, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 20 มิถุนายน 2563)

...ตั้งวันนี้สำหรับคนในครอบครัว เขาอินดูแม่บ้านที่สุด เพราะเป็นจะดูแลทุก เรื่อง บ้าน กำนเงินกำนทอง กำนบ้านกำนจอง ไหนจะกำนหลวงดีต้องทำกับหมูบ้านแหมครีบ ถ้า ป้อบ้านอย่างผมสามารถมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม ขอหื้อเป็นเขียนแบบหื้อเขาเข้าร่วมได้ ยินดีสนับสนุน และเข้าร่วมเต็มความสามารถครับ

(FGD FM02, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 20 มิถุนายน 2563)

...น้องเป็นลูก สิ่งทีกำนที่สุด คือ ยามแม่เฒ่าจะป่วยหลาย ๆ โรค กำนแม่เป็นท้อแท้ยาม เฒ่า ถ้ามีการอบรมเตรียมตัว เตรียมสุขภาพ หรือการอมสตางค์ ทีแม่สามารถนำไปปฏิบัติ ได้ แล้วถ้าเป็นหื้อครอบครัวไปตวยได้ น้องจะไปฟังกำนตวยนะเจ้า

(FGD FM07, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 20 มิถุนายน 2563)

...บางบ้านยากหน้อยเจ้า อยู่กันสองคนผัวเมีย บะมีใผช่วยทำมาหากิน เขากะบะ สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในหมูบ้าน หรือในชุมชนได้เลยเจ้า

(FGD HV04, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 21 มิถุนายน 2563)

...การทีญาติเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงของร่างกายสตรีวัยทองตั้งแต่ช่วงเค้าจะ ใกล้เคียง หมตประจำเดือน หรือบางคนหมดไปแล้ว และพยายามช่วยดูแล รวมถึงรับรู้ และเข้าใจใน อาการของสตรีวัยทอง จะช่วยทำหื้อสตรีวัยทองมีกำลังใจ และพอเข้าสู่วัยผู้สูงอายุก็ไม่ต้องปรับตัวอะไรกันมากนักคะ

(FGD PH01, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 22 มิถุนายน 2563)

ทั้งนี้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลได้ให้ข้อเสนอแนะต่อ การเสริมแรงสนับสนุนทางครอบครัวของ สตรีวัยทองทีจะมีผลต่อการเตรียมความพร้อมต่อการเป็นผู้สูงอายุทีมีสุขภาพที่ดี อันได้แก่ ควรสนับสนุนให้สามี หรือ คนในครอบครัวมีการเตรียมความพร้อมไปด้วยกัน สามารถทำ กิจกรรมการเตรียมความพร้อมให้ต่อเนื่องคงอยู่จนเข้าสู่วัยสูงอายุไปพร้อม ๆ กัน และ เทศบาล หรืออบต. จัดโครงการให้ครอบครัวได้ร่วมกิจกรรม เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการ ปฏิบัติตัว โดยเป็นเรื่องทีมีความสนใจในสิ่งเดียวกัน เพื่อให้เกิดการเกื้อหนุนต่อการปฏิบัติ พฤติกรรมการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุทีดีด้วยกัน ดังตัวอย่าง คำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูล หลัก ดังนี้

...กานที่ครอบครัวมีกิจกรรมร่วมกันตลอดเวลา เช่น ไปแ่ววันหยุด หรือร่วมงานในหมู่บ้าน จะสร้างสัมพันธ์อันดีงามต่อกันภายในบ้าน ปีมีความสุขเวลาที่เห็นสามีภรรยา มาตวยกันเวลารพ.สต.จัดอบรม ดังนั้นการส่งเสริมให้มีกิจกรรมที่สามารถร่วมทำกับครอบครัวได้จะยิ่งสร้างความมั่นใจ และความสุขในการปฏิบัติกิจกรรม

(FGD HV02, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 21 มิถุนายน 2563)

...อันที่จริงการเตรียมตัวในวัยก่อนสูงอายุควรทำทุกกลุ่ม แต่ถ้าเราสามารถเริ่ม ที่สถาบันครอบครัวก่อนได้ ในอนาคต กิจกรรมต่าง ๆ อาจสามารถต่อยอดไปในกลุ่มอื่น ๆ และอาจถูกใส่ไว้ในนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน เพื่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพในพอ.ทุกอำเภอ นะคะ

(FGD DH06, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 22 มิถุนายน 2563)

...สถาบันครอบครัว เป็นศูนย์รวมความรัก ความหวังใยของคนทั้งบ้าน การที่เทศบาลมีโครงการต่าง ๆ หรือมีกิจกรรมเพื่อสนับสนุนความสัมพันธ์อันดีงามของครอบครัว ผมเชื่อว่าจะทำให้เกิดความร่วมมือร่วมใจ เกิดความแน่นแฟ้นในการดำเนินชีวิตมากยิ่งขึ้น

(FGD BH01, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 22 มิถุนายน 2563)

2.2 การรับรู้ความสามารถของตนเอง

จากการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง ของสตรีวัยทองเป็นปัจจัยที่ส่งผลทางบวกต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองมุมมองต่อ “การรับรู้ความสามารถของตนเอง” จากผู้ให้ข้อมูลหลัก สรุปได้ว่า สตรีวัยทองที่มีการรับรู้ถึงความสามารถในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ปฏิเสธการชักชวนปฏิบัติพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ เป็นตัวอย่างที่ดีสามารถถ่ายทอดประสบการณ์แก่ลูกหลาน ในการปฏิบัติพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพดี ทำให้ทราบข้อดี ข้อจำกัดของตนเอง รวมทั้ง จุดอ่อนของตนเอง จึงมั่นใจและเชื่อในศักยภาพของตนเอง เปิดใจรับรู้ข้อมูล และพร้อมที่จะเปิดรับการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดในอนาคต จะทำให้สตรีวัยทองสามารถเตรียมความพร้อมต่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีในอนาคตได้ ดังตัวอย่างคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลัก ดังนี้

...ในฐานะที่เหาเป็นแม่หญิงของบ้าน ที่ต้องมีหน้าที่ในกานจัดกานทุกเรื่องในบ้าน เหาจะต้องแข็งแรงทั้งกาย ใจ ต้องรู้จักการประเมินตัวเก่าว่าเป็นจะได อันใดทำได้อันใดทำปะได้ ต้องดูแลอะหยังเพิ่ม และต้องเซอะอะหยังดีดีที่ื่อตัวเก่าเพิ่ม ที่สำคัญต้องรู้จักปฏิเสธเวลา

มีงานในหมู่บ้าน บะฮ่วมกินเหล้า บะฮ่วมบู่หรี จะได้เป็นตัวอย่างหื้อลูกหื้อหลานในอนาคตตวยเจ้า

(FGD MW02, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 20 มิถุนายน 2563)

...หน้าที่ในกานเซาะของดี ๆ หื้อคนในบ้านมันเป็นของเฮา เฮาต้องเข้มแข็งและใช้ชีวิตอยู่หื้อเมินกว่าเขา อายุมันห้ามบ่ได้ แต่บ่ตั้งบะยอมเฒ่าตามอายุเน่อ (หัวเราะ) ต้องประเมินตัวเก่าจ้าง ดูแลตัวเองเป็น อย่างบ่ินล่ำบากหน้อยนา ไค่ออก กำลั้งแต่ยะบ่อเป็นกะเลยบะได้ไปยะกับเป็น ถ้ามีคนสอนนี้ก่อน่าจะยะตวยได้อยู่บะเจ้า

(FGD MW09, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 20 มิถุนายน 2563)

วัฒนธรรมบะเก่า แม่ญิงเหนือต้องรับผิดชอบบ้าน สมัยก่อนแต่งงานต้องพ้อก้อย่างตั้ง บ้านตัวบ้านผัว อดเซียงอย่างเน่อแม่ญิงล้านนานีนา บ่อซัด ทำก้อย่างที่จะหื้อครอบครัวมีความสุข ข้อดีของแม่ญิงล้ามนา คือ อดทน ฟังกำป้อแม่ บะดีบะถียง ว่านอนสอนง่าย อยู่ แต่ข้อเสียคือ ซี้แหละง่ายขนาด (อ่อนแอ ง่าย) อ่อนไหวง่ายบะตายครับ (หัวเราะ)

(FGD WM09, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 20 มิถุนายน 2563)

ทั้งนี้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลได้ให้ข้อเสนอแนะต่อ การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในสตรีวัยทอง ซึ่งจะมีผลต่อการเตรียมความพร้อมต่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพที่ดี อันได้แก่ ควรมีการประเมินศักยภาพด้านร่างกายในการดูแลตนเอง ศักยภาพในการปฏิเสธพฤติกรรมเสี่ยงที่ไม่ดีต่อสุขภาพ โดยมีภาครัฐสนับสนุน เพื่อที่สตรีวัยทองจะได้ทราบศักยภาพของตนเองให้สามารถเตรียมความพร้อมเป็นผู้สูงอายุที่ดีในอนาคต พร้อมทั้งควรมีกิจกรรมกระตุ้นเตือนการปฏิบัติตัวและความสามารถปฏิบัติพฤติกรรมตามการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องเพราะจะทำให้สตรีวัยทองมีความมั่นใจในตนเองมาก เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ และเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพสามารถเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่นได้ โดยมีเจ้าหน้าที่มาช่วยพัฒนา เสริมแรง กระตุ้นสตรีวัยทองให้มีความสามารถในการปฏิบัติตัวทุกด้านให้ดีขึ้น เสมือนแม่ที่คอยดูแลลูก เพราะผู้หญิงจะเป็นผู้ดูแลคนในครอบครัวต่อไป ดังตัวอย่าง คำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลัก ดังนี้

...สำหรับบ่แล้วกว่า ว่า วัยทอง คือน่าจะเป็นช่วงที่ดีที่สุดของชีวิต เพราะ ทองคำเป็นสัญลักษณ์ของมีค่า และความดีงาม แต่วัยทองจะมีค่าเมื่อได้รับกานดูแลเอาใจใส่ที่ดี ถ้ามีคนมาช่วยขัดช่วยเกลา ช่วยเพิ่มความมั่นใจ วัยทองแบบเฮาก่อจะงดงามเสมอ บ่เลยอยากเสนอหื้อมีกานประเมินสุขภาพเฮาที่เฉพาะเจาะจงว่าเฮาทำอะหยังได้ อะหยังที่ทำบะ

ได้ หรืออาจจะทำหือได้น้อยลง แต่ภาครัฐต้องสนับสนุนงบประมาณในการตรวจน้าเจ้า เพราะปีเขาขายได้น้อย

(FGD MW03, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 20 มิถุนายน 2563)

...ร่างกาย จิตใจ ของเขาเป็นของกูกัน ใจนี้ละนำกายหือแข็งแรง อยากรหือหน่วยงาน สาธารณสุขมาหือคำแนะนำบ่อย ๆ ในหลาย ๆ เรื่องที่จะส่งเสริมชีวิตเขาหือดีขึ้น อันที่จริงเขาฮือหมดนา ก็น้อย่างใดหือดี หือปลอดภัย แต่บางทีมันห้ามใจตัวเก่าบ่อได้ หันอะหยง ล้า ๆ งอมไล่ ๆ (อาการพุ่งเข้าหาของชอบ) เป็นว่าปากกินจะไดร่างกายก่อเป็นจะอัน แต่ถ้ามีคนมาช่วยเตือนเขาบ่อย ๆ ปีว่าจะทำหือเฮากลัวแล้ว และก่อบังคับตัวเก่าได้ดีขึ้นเจ้า

(FGD MW05, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 20 มิถุนายน 2563)

...อีกอย่างทีเห็นในแม่ญิงแม่บ้านทีเขาฮือความสามารถตัวเก่าเขา เขาจะบะเป็นน้ำเต็ม แก้ว แม้จะบ่อได้เป็นประธานแล้ว หรือบ่อมีตำแหน่งทางสังคม เขาตึงจะไปร่วมกิจกรรม ตลอด เหมือนเติมความฮือหรือน้ำลงแก้วชีวิตเขาไปเรื่อย ๆ เจ้า ร่างกาย จิตใจเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาโดยเฉพาะเปลี่ยน เพราะเขาเฒ่าขึ้น เพราะฉะนั้นก้านสร้าง ความมั่นใจในตัวเก่าหือ แม่ญิงเขามั่นใจ จะช่วยหือเขาสามารถฮือมือกกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ได้เจ้า

(FGD HV05, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 21 มิถุนายน 2563)

...ควรมีการประเมินศักยภาพการปฏิบัติทีเกี่ยวข้องกกับการเตรียมความพร้อม ของสตรีวัยทอง คนไหนทำไม่เป็น เช่น การออกกำลังกาย ก็เพิ่มการอบรม สอนวิธีการปฏิบัติเพื่อให้เขาพร้อมในการเตรียมตนเองก่อนวัยสูงอายุ

(FGD PH07, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 22 มิถุนายน 2563)

2.3 ทศนคติต่อการเป็นผู้สูงอายุ

จากการศึกษาเชิงปริมาณ พบว่า ทศนคติต่อการเป็นผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยทีส่งผลทางบวกต่อพฤติกรรมกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทอง มุมมองต่อ “ทศนคติต่อการเป็นผู้สูงอายุ” จากผู้ให้ข้อมูลหลัก สรุปได้ว่า สตรีวัยทองทีมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ หรือมีประสบการณ์ได้เห็นผู้สูงอายุในชุมชน ทีมีการเปลี่ยนแปลงทั้งผู้สูงอายุทีสุขภาพไม่ตีมีปัญหา และสุขภาพตีมีความแข็งแรงทั้งสุขภาพกายและจิตเป็นแบบอย่างการดำเนินชีวิตทีดี การยอมรับการเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ทำให้เกิดทศนคติ หรือความรู้สึกนึกคิดต่อการเป็นผู้สูงอายุทีตนเอง

ต้องการในอนาคต ส่งผลต่อการเลือกที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุ สุขภาวะ ดังตัวอย่าง คำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลัก ดังนี้

...ปีเป็นสตรีวัยทองที่ปะเกยรับรู้ภาวะวัยทองของตัวเก่า เพราะอาการจะเกิดบ่อยๆ แต่เพราะปีต้องดูแลแม่ ซึ่งก็คือ ยายของหลานๆ เห็นมาตลอดว่าแม่เปลี่ยนไปแบบใดพอง ทั้งร่างกาย ทั้งจิตใจ เขาจึงรู้ว่าแม่เปลี่ยนแปลงอะไ้อย่างใดพอง แล้วอนาคตเขาก็คงจะเป็นแบบนั้น สิ่งที่ปีกลัวคือ เขาต้องกลับมาดูแลตัวเองมาก ๆ เพราะบะอวยากหือป่วยนัก แบบแม่เขาเจ้า

(FGD MW03, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 20 มิถุนายน)

...ป้อมแม่ปี ป้อมแม่ย้ายเป็นเลียมหมดละเจ้า แต่ก่อนแม่ปีจะเสียได้ดูแลเป็นช่วยปีสาวป้อนข้าว ป้อนน้ำ เปลี่ยนผ้าอาบน้ำ ขนาดแม่แข็งแรงมาตลอด พอป่วยนี่ไปหมดเลยเจ้า สิ่งเหล่านี้ที่พี่เห็น ทำหือรู้ว่าต้องรีบหันมาดูแลตัวเองก่อนเฒ่าละ ต้องเตรียมต้องกิดไปยาว ๆ ต้องบะเป็นภาระลูกหลานนัก เกินไป ลูกเขาจะได้บ่อต้องลำบากดูแลเฒ่าเจ้า

(FGD MW06, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 20 มิถุนายน 2563)

...งานอสม.ส่วนใหญ่ ก็จะเป็นงานส่งเสริมสุขภาพร่วมกับรพ.สต. งานเยี่ยมบ้าน ผู้สูงอายุติดเตียง ถ้าช่วงไหนมีจิตอาสา พี่ว่าสตรีวัยทองแม่บ้านน่าจะมาร่วมเยี่ยม เขาจะได้มองเห็นภาพอนาคตว่า คนเฒ่าที่ติดเตียงเป็นหยั่งใด มีความลำบากแบบไหน อันนี้ปีว่าเขาจะได้ตระหนัก รีบลุกมาพ่อตัวเก่าตั้งแต่วันนี้ไปจนแก่ป็นนะเจ้า

(FGD HV01, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 21 มิถุนายน 2563)

...โบราณเป็นว่า ขอนดีจะมีเห็นดงอก ตัวอย่างคนเฒ่าดี ๆ ในหมู่บ้านเป็นต้นกำเนิด ลูกหลานที่ดีมีเยอะขนาด บางคนเฒ่าอายุ 70 80 นี้ยังไปไหนมาไหนคนเดียวได้บ่ดีก็คิดว่า เฒ่าแล้วบ่อมีคุณค่า คนเฒ่าแบบนี้แหละคือต้นแบบการเตรียมตัวหือคนรุ่นต่อไปพัฒนาตัวเก่า

(FGD WM08, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 20 มิถุนายน 2563)

ทั้งนี้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลได้ให้ข้อเสนอแนะต่อ การเสริมสร้างทัศนคติต่อการเป็นผู้สูงอายุในสตรีวัยทอง ซึ่งจะมีผลต่อการเตรียมความพร้อมต่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะที่ดี อันได้แก่ ควรมีการจัดอบรมให้สตรีวัยทอง โดยบุคลากรทางสาธารณสุข การบอกเล่าข้อมูล หรือจาก

ต้นแบบผู้สูงอายุที่สุขภาพดีในหมู่บ้าน เป็นการสร้างคุณค่า ในการเป็นผู้สูงอายุ เพื่อสร้างแรงบันดาลใจ ให้เกิดเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ มีความรู้สึกดีต่อผู้สูงอายุ และควรให้สตรีวัยทองได้รับประสบการณ์ หรือได้เรียนรู้ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพที่ไม่ดีด้วย ดังตัวอย่าง คำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลัก ดังนี้

...เทศบาลของเรามีกิจกรรมที่ส่งเสริมความสัมพันธ์อันดีงามในครอบครัวทุก ๆ ปี โดยเฉพาะเทศกาลสงกรานต์ เราจะจัดพิธีรดน้ำดำหัวผู้สูงอายุ ประกวดผู้สูงอายุระดับตำบล และให้ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดเลือกมาแล้วประสบการณ์การใช้ชีวิตการดูแลตนเองให้ประชาชนฟังในงาน สังเกตได้เลยว่า ลูกหลานของผู้สูงอายุคนนั้นจะปลื้มใจ และภูมิใจกับปู่ย่าตายายของเขามากครับ

(FGD DH05, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 22 มิถุนายน 2563)

...พัฒนาชุมชนเราเองก็มีโครงการตามนโยบายส่งเสริมวัยก่อนสูงอายุให้เตรียมพร้อม และเข้าใจความเป็นธรรมชาติของผู้สูงอายุนะคะ เราจะจัดกิจกรรมเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่บ้านธรรมปกรณ์ (บ้านพักคนชรา) เพื่อให้ผู้นำสตรี หรือกลุ่มสตรีวัยทองได้เรียนรู้กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์ แล้วให้เขานำมาปรับกิจกรรมให้เหมาะสมต่อการดูแลผู้สูงอายุในหมู่บ้านของตนเองค่ะ

(FGD SD08, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 22 มิถุนายน 2563)

...ผมในฐานะ ผอ.กองสาธารณสุขฯ ผู้สูงอายุถือเป็นกลุ่มเปราะบางกลุ่มหนึ่งที่ต้องได้รับการดูแลใกล้ชิด และเพราะเราเป็นสังคมผู้สูงอายุที่ใกล้จะสมบูรณ์เนื่องจากวัยทำงานเราก็มีเยอะ การที่สตรีวัยทองเป็นกลุ่มหนึ่งที่ได้รับการอบรมและส่งเสริมด้านการเตรียมความพร้อมตนเองก่อนวัยสูงอายุ ถือเป็นเรื่องดีที่จะช่วยให้สังคมผู้สูงอายุในอนาคตมีคุณภาพครับ

(FGD BH04, ผู้ให้ข้อมูลสัมภาษณ์, 23 มิถุนายน 2563)

2.4 แรงสนับสนุนทางชุมชน

จากการศึกษาเชิงปริมาณ พบว่า แรงสนับสนุนทางชุมชนของสตรีวัยทอง เป็นปัจจัยที่ส่งผลทางบวกต่อพฤติกรรมเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทอง โดยแรงสนับสนุนทางชุมชน ได้แก่ ได้รับคำปรึกษา คำแนะนำ ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ มีชมรม และได้เข้าร่วมการดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพเพื่อส่งเสริมการเตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ตลอดจนได้รับการพัฒนาอาชีพเสริมจากเทศบาล หรือ อบต. ในพื้นที่ที่อาศัยอยู่ โดยมุมมองต่อ “แรงสนับสนุนทางชุมชน”

จากผู้ให้ข้อมูลหลัก สรุปได้ว่า การที่ชุมชนมีโครงการสนับสนุนต่างๆในชุมชน ทำให้มีกิจกรรมเพื่อสุขภาพ และได้พบกัน สตรีวัยทองได้มีโอกาสในการได้สอบถามข้อมูลทางสุขภาพ พร้อมกับการได้รับการสอนอาชีพเสริม เพื่อเพิ่มรายได้ จากโครงการที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของเทศบาล หรือ อบต. หรือ จาก อสม. ในหมู่บ้านของตนเองจัดให้ ดังตัวอย่าง คำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลัก ดังนี้

... อันที่จริงก้านอยู่บ้านบะดาย สำหรับปิ้งอมนะเจ้า เขาอยากมีความสุขกับการไปหาเพื่อนฝูง ไปทำอะไรร่วมกันในสิ่งที่เขาชอบ ไค่มีกลุ่ม ไค่มีกิจกรรม อะไรรักกันได้ที่เขาจะต้องอยู่ง่อม ๆ ที่บ้านเวลาจะก้านบ้านแล้ว

(FGD MW07, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 20 มิถุนายน 2563)

...อยากมีอาชีพเสริม อบต.เป็นก้อมือบรรมพ่องนะเจ้า แต่มั่นหน้อยปีละเตื่อ๊ะเจ้า (ปีละครั้ง) ไค่ฮู้ ไค่ถาม ไค่ม่วนไปกับหมู่

(FGD MW07, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 20 มิถุนายน 2563)

...สังคมคนเมือง คือสังคมของก้านช่วยเหลือ อ้อยเขาเผาหมดละต้องพึ่งลูกหลานรุ่นต่อไป ดีที่อบต.มีโรงเรียนสูงอายุ อ้อยเขาทำอะไรมีกิจกรรมเพื่อสุขภาพ ตลอดไป เจ อ ห มู่เดียวกัน มันม่วนดีลูก ทีนี้อ้อยก้อคิดว่า แม่ญิงวัยทองบ้านเฮา แหมหน้อยก้อจะเผาเหมือนอ้อย อบต.น่าจะผ่อกอยเป็นพ่อง บ่อไซขอเข็นมาช่วยดูแลอ้อยเขา ยามมีก้านมีงานอย่างเดี่ยว เป็นก้อจะน้อยใจอะกะน่อ

(FGD WM07, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 20 มิถุนายน 2563)

ทั้งนี้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลได้ให้ข้อเสนอแนะต่อ การเสริมแรงสนับสนุนทางชุมชนของสตรีวัยทองที่จะมีผลต่อการเตรียมความพร้อมต่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพที่ดี ชุมชนต้องเห็นความสำคัญของกลุ่มสตรีวัยทอง ต้องสนับสนุนการสร้างกลุ่ม หรือ ชมรมสตรีวัยทอง เหมือนชมรมผู้สูงอายุ สนับสนุนสถานที่ งบประมาณต่าง ๆ ให้แก่สตรีวัยทอง อยากมีตัวตนในชุมชน อยากให้ชุมชนเห็นความสำคัญเหมือนกลุ่มอื่น ๆ เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ ช่วยอำนวยความสะดวกต่อการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน หรือหากมีกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาอาชีพ เพื่อสร้างรายได้เสริมแก่สตรีวัยทอง อันได้แก่ 1) ควรสนับสนุนเงินทุนสำรองเริ่มต้นสำหรับกลุ่มสตรีเพื่อร่วมทำกิจกรรมด้วยกัน จะได้แลกเปลี่ยนพฤติกรรมเตรียมความพร้อมซึ่งกันและกัน 2) ควรให้ความสำคัญกับสตรีวัยทองที่กำลังจะเข้าสู่ผู้สูงอายุให้มีตัวตนในสังคมอย่างภาคภูมิใจ ส่งเสริมการแสดงออกในทักษะการเตรียมความพร้อมโดยภาครัฐ ได้แก่ เทศบาล อบต. รพช. และ รพ.สต. ร่วมมือกันเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองอย่างเป็นระบบและเชิงรุก เริ่มตั้งแต่การสอบถามปัญหา ดูแลช่วยเหลือทั้งทางกาย ใจ สังคม และ

จิตปัญหา โดยต้องขึ้นอยู่กับปัญหาของสตรีวัยทอง อาจทำในรูปแบบการประชาคมหรือระดมสมอง 3) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ควรนำเรื่องการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองผู้สูงอายุเป็นประเด็นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอโดยทำเป็นโครงการต่อเนื่องจนถึงวัยผู้สูงอายุ ดังตัวอย่าง คำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลัก ดังนี้

...ปีเรามีชมรมสตรีรักสุขภาพนะเจ้า เहारวมกลุ่มเพื่อออกกำลังกายหน้าลานวัด ตอนนี้อย่างไปหลายหมู่บ้านแล้วนะเจ้า ดีใจที่เทศบาลเป็นสนับสนุนกลุ่ม หื้อทำโครงการประกวดต้นสนับสนุนเงินรางวัลหื้อเอาได้มาซื้อชุดออกกำลังเป้นทีม อยากรหื้อเป็นสนับสนุนไปประกวดระดับจังหวัดด้วยนะเจ้า ดีต่อสุขภาพหมู่ปีเขาซ่อมไว้ตั้งวันเจ้าม่วนกว่าไปนั่งสูมกัันอู้เรื่องจาวบ้าน (หัวเราะ)

(FGD MW03, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 20 มิถุนายน 2563)

...ปีอยากหื้ออบต.เฮามิงบสนับสนุน แป้งชมรมสตรีวัยทองฟองนะเจ้า เห็นความสำคัญของหมู่ปีเขาฟองในก้านงานต่าง ๆ ซักวันเฮาก้อต้องเฒ่า มีก้านมิงงานก้อนึกถึงเฮา แต่พอมิงบประมาณอบรมหรือ กิจกรรม ทำไมหื้อแต่โรงเรียนสูงอายุ เป้นดินน้อยใจเน้อเจ้า กลุ่มแม่ญิงเฮาหลายคนเขาไค่ร่วมกะ แต่พอเขาขอกิจกรรมตัวเก่าละบะได้เขาบะไค่ไปทำงานฮื้อหมู่บ้านละเจ้า

(FGD MW05, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 20 มิถุนายน 2563)

...สำหรับคนในครอบครัวแน่นอนที่สุดสิ่งที่ต้องการความช่วยเหลือจากหน่วยงาน คือ การสนับสนุนกำลังเงิน กำลังคน ในก้านเตรียมตัวหื้อแม่บ้านเฮามี สุขภาพแข็งแรง มีจิตใจที่ดี ช่วยหื้อเขาสบายใจในก้านใช้ชีวิต เข้าสังคมได้ปกติ หื้อ แม่ญิงวัยทองบ้านเฮาเป้นมีคุณค่าในการใช้ชีวิตในวันนี้อย่างเป็นเฒ่า บ่อยากหื้อเป้นต้องมาห้วงหน้าห้วงหลัง บ่อยากหื้อเป้นเครียดเรื่องเงินทอง อยากรหื้อได้เป้นคนเฒ่าดีมีความสุขในกวัน ๆ วัน ได้กิน ได้แ้วตามกำลังเด้าต่ายนะเจ้า

(FGD FM03, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 20 มิถุนายน 2563)

...แม่ญิงเหนือนี่ส่วนใหญ่อายุยืนกว่าบ้อจายนะเจ้า ถ้าหื้อความสนใจดูแลเขาหื้อ เขาได้มีบทบาท หรือเห็นความสำคัญของเขา หมู่แม่ญิงเฮานี้ละจะพาหื้อคนในครอบครัวมีความสุข มีสุขภาพที่ดีไปตวยกัน ชุมชนเฮาก้อจะแข็งแรงด้วยเจ้า

(FGD HV06, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 21 มิถุนายน 2563)

...ในฐานะ อสม.เขาจะยึดถึงความต้องกานที่แท้จริงของชาวบ้านทุกกลุ่ม เพราะเขาคือ คนในหมู่บ้านนั้น ความต้องกานของส่วนรวมก็คือ ของเขาเหมือน กัน อบต. เทศบาล โองยา อนามัย ต้องจับมือกัน มาเยี่ยมแม่หญิงวัยทองในหมู่บ้านพ่อง มาถามปัญหา มา สนับสนุนความช่วยเหลือในเรื่องสุขภาพกายใจ ต้องหือสตรีวัยทอง มีตัวตนในสังคม ต่อไปพอเป็นจะเริ่มเข้าวัยสูงอายุ เป็นจะเป็นแกนนำสำคัญหือหมู่คนเฒ่าป้อจายมาร่วมได้ อย่างแน่นอนเจ้า

(FGD HV09, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 21 มิถุนายน 2563)

...กองทุนสุขภาพฯ เป็นกองทุนหนึ่งที่พัฒนาชุมชนส่งโครงการเพื่อพัฒนาแรงงาน ฝีมือให้สตรีวัยทอง เช่น การเย็บหน้ากากอนามัยขายในช่วงโควิดเริ่มชาลงนี้แหละคะ บาง คนเขาต้องหยุดงาน เขาจะกังวลมากเรารู้ว่าเรื่องทำมาหากินเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตของเขา ถ้าเขามีงานพิเศษร่วมกับงานประจำ รายได้ที่เพิ่มขึ้นจะทำให้เขาสบายใจ มีเวลาไปร่วม กิจกรรมเตรียมพร้อมด้านอื่น ๆ ได้อย่างสบายใจ

(FGD SD07, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 22 มิถุนายน 2563)

...เรามีคณะกรรมการพอ.ทุกอำเภอ นะครับ จริงๆ ผมว่าเราน่าจะเอาการเตรียม ความพร้อมของสตรีวัยทองให้เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุระดับ อำเภอ เพราะถ้าเราสามารถดูแลเตรียมประชาชนได้ตั้งแต่ยังไม่สูงอายุให้พัฒนาตนเองได้ ก่อน ผมว่าเขาเข้าสู่สังคมสูงอายุได้ไม่ยาก เพราะวัยไม่ได้ห่างกัน ความต้องการก็ใกล้เคียง กัน อาจจะเริ่มอำเภอชนบทแบบเรานี้ก่อนเลยก็ได้เนาะครับ วางแผนเป็นโครงการต่อเนื่อง จากวัยทองสู่สูงอายุ จัดกิจกรรมให้เข้าร่วม ทั้งหญิงชาย หรือจะแบ่งก็ได้เอาที่ประชาชน สะดวก ยินดีสนับสนุนเต็มที่ครับ

(FGD BH02, ผู้ให้ข้อมูลสัมภาษณ์, 23 มิถุนายน 2563)

2.5 รายได้

จากการศึกษาเชิงปริมาณ พบว่า รายได้ของสตรีวัยทองเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อ พฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทอง และส่งผลต่อพฤติกรรมการดำรงชีวิตในปัจจุบัน มุมมองต่อ “รายได้” จากผู้ให้ข้อมูลหลัก สรุปได้ว่า หากมีรายได้พอเพียง จะมีความมั่นใจในการดำรง ใช้ชีวิต และไม่ต้องวิตกกังวล หรือกลัวภาวะต่าง ๆ หรือต่อค่าใช้จ่ายในอนาคต ส่งผลให้เข้าร่วม กิจกรรมและการปฏิบัติพฤติกรรมเตรียมความพร้อมได้อย่างมั่นใจ และสบายใจ ส่วนสตรีวัยทองผู้ที่มี

รายได้น้อยจะมีความกังวลต่อรายได้ จึงไม่สนใจเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุ ดังตัวอย่าง คำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลัก ดังนี้

...อาชีพที่มีตั้งวันนี้มันเขาสะดวกได้แค่ใช้วันหมดวัน มันทำให้อีกคิดนึก จนบะมี เวลาไปคิดทำเรื่องอื่น ๆ ป็อยากมีอาชีพเสริมที่จะสร้างรายได้หมั่นัก ๆ กลัวตุ๊กยาม เฒ่าถ้ารายได้ปก่อจะสามารถหาเวลาไปทำกิจกรรมร่วมกับคนอื่น ๆ ได้ละเจ้า

(FGD MW03, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 20 มิถุนายน 2563)

...ป็บ่มีลูกเต้า หรือ หลาน อยู่กันสองคนข้าต้องหาเผื่อเฒ่า เขาสะดวกยาก มันบะปอบะมีเวลากิดเรื่องอื่นเลยนอกจากเขาสะดวกนี่ละเจ้า บะอยากไปกวนญาติป็น้อง เกรงใจป็น

(FGD MW06, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 20 มิถุนายน 2563)

...ป็มีสมบัติตกมาแต่ป็แม่ละนา ฮีหาหม่น้อยหื้อลูกหลานไว้ เขาก่อเก็บไว้ใช้ตวยมีสต่างค์นั๊ก ๆ ไว้ตั้งดี ลูกหลานตั้งบะละบะขว่าง พอสะดวกเฮาปอใช้ เขาก่อบะห้วงเรื่องเขาจักละ มีก้านงานก่อสามารถไปร่วมได้อยู่เจ้า

(FGD MW10, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 20 มิถุนายน 2563)

ทั้งนี้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลได้ให้ข้อเสนอแนะ ควรมีการสอนการสร้างอาชีพเสริมให้แก่สตรีวัยทอง จากผู้เชี่ยวชาญที่เป็นอาจารย์จากมหาวิทยาลัย หรือ วิทยาลัยการอาชีพ และปราชญ์ชาวบ้าน เพื่อให้เกิดรายได้ที่พอเพียง ไม่ต้องกังวลต่อการเตรียมความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุ ดังตัวอย่าง คำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลักที่สอดคล้องกับประเด็นนี้ พบว่า ดังนี้

...ป็ทำงานราชการ พอเกษียณยังดีหน้อยยังมีเงินเดือนหลวง แต่หยั่งว่าหักหนี่สกรรม หนี่อื่น ๆ เหลือบะกี่ปาท ข้าบ่มีลูกเต้าลำบาก เขาสะดวกเดียนนี้ตั้งบะปอแต่ อยากรหื้อหน่วยงานที่เป็นเชี่ยวชาญวิชาการ เช่น อาจารย์ในมหาลัย หรือ วิทยาลัย อาชีพ มาช่วยสอนอาชีพเสริม พวกเย็บผ้า หยั่งช่วงนี้ หน้ากากอนามัยใช้ช่วงโควิดระบาดนี้ป็ว่าเหมาะสมขนาด ในทีวีขนาดดาราเขายังทำ เขารวยขนาดนั้นนา (หัวเราะ)

(FGD MW06, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 20 มิถุนายน 2563)

...ต้องมีการสนับสนุนก้านฝึกอาชีพหื้อแม่บ้านน้อ รายได้จะได้มาหลาย ๆทาง ถ้าเขาหื้อเอาลูกผัวไปฝึกทวยซำดี ช่วยกันหลาย ๆ มือ รายได้พอเพียงก้านี้จะกิดทำอะ หยั่งเตรียมเพื่ออนาคตก้อได้ละครับ

(FGD FM08, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 20 มิถุนายน 2563)

...น่าจะมีหน่วยงานมาสอน สนับสนุนงานที่สร้างรายได้หื้อแม่หม่นอเจ้า เป็น เฒ่ามาจะได้บะเป็นภาระลูกหลาน ละบะต้องพะวงหน้าหลังทวย

(FGD HV06, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 21 มิถุนายน 2563)

...ที่ผ่านมารายได้ มีความจำเป็นกับทุก ๆ กลุ่มวัยโดยเฉพาะวัยทำงาน และวัยสูงอายุ เพราะจะทำให้เขามีคุณภาพชีวิตดี และรู้สึกมั่นคงในการดำเนินชีวิต พช.เราก็มึหน่วยงานสนับสนุนด้านอาชีพ แต่ต้องเป็นไปตามนโยบายและแผนรายปีละ

(FGD SD04, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 22 มิถุนายน 2563)

...การส่งเสริมให้ประชาชนทุกกลุ่มวัย มีรายได้ที่เพียงพอ เป็นนโยบายหลักอย่างหนึ่ง ที่ผู้บริหารต้องตระหนัก และส่งเสริมให้เกิดการสร้างงานเพื่อให้เขาได้มีหลักประกันคุณภาพชีวิตที่ดีจนถึงวัยชรา

(FGD BH02, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 22 มิถุนายน 2563)

2.6 ระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

จากการศึกษาเชิงปริมาณ พบว่า ระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข เป็นปัจจัยที่ส่งผลทางบวกต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทอง โดยมุมมองต่อ “ระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข” จากผู้ให้ข้อมูลหลัก สรุปได้ว่า บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่มีระบบบริการเชิงรุกที่เฉพาะเจาะจงในการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาวะ จะทำให้สตรีวัยทอง มีความเข้าใจ มั่นใจ และตระหนักในศักยภาพความสามารถของตนเอง ส่งผลให้เกิดการเตรียมความพร้อมสู่ผู้สูงอายุสุขภาวะดี

แต่ระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในปัจจุบัน ยังไม่มีความชัดเจน ไม่มีกระบวนการการให้คำแนะนำอย่างเฉพาะเจาะจง ไม่สามารถตอบสนองความต้องการแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมสู่ผู้สูงอายุให้แก่สตรีวัยทองได้ และไม่มีบริการเพื่อเตรียมความพร้อมที่เฉพาะเจาะจงสำหรับสตรีวัยทอง ดังตัวอย่าง คำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลัก ดังนี้

...เจ้าน่าจะยังบะเขี้ยวทอง ประจำเดือนยังมานักอยู่นะเจ้า แต่กะเตรียมตัวเองอยู่ เสมอว่าต้องเริ่มบำรุงสุขภาพ กลัวแก่เกินไว ยิ่งหากเฒ่ามาคงยิ่งแก่ยาก เตรียมตัวเตรียมสุขภาพเอาไว้ก่อนดีกว่าเจ้า เพราะถ้าเฮาบะมีอากาการอะหยั่ง ไปโงงยาหมอ เป็นกะบะแนะนำอะไร เป็นบะมีคลินิกก่อนวัยทอง ยิ่งถ้าคลินิกก่อนวัยเฒ่านี้เข้าบะมีน้อเจ้า(หัวเราะ)

(FGD MW02, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 20 มิถุนายน 2563)

...แม่บ้านของอ้ายเป็นมีความตั้งใจจะสร้างอนาคตไว้ให้ลูกเค้า เขาทำงาน นักจับบางที่อ้ายก่อกแล้วเขาล้มป่วย โงงยาบ้านเฮามีคลินิกวัยทองนา แต่เป็นการรักษาที่ปลายเหตุ ป่วยละถึงไปหาหมอ อนามัยน่าจะจะมีชมรมหรือคลินิกที่ช่วยส่งเสริม ตั้งแต่วัยทองจนเริ่มเฒ่า อันที่จริงเป็นออกมาแล้วหาเองที่บ้าน มาถามไถ่สุขภาพแบบที่มาแล้วหาคนป่วยติดเตียงพ่องก่อได้เนาะครับ แบบนี้น่าจะเป็นผลดีกับแม่ญิงวัยทองในหมู่บ้านน้อครับ

(FGD FM01, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 20 มิถุนายน 2563)

...แม่เขาบะฮู้จักวัยทอง สมัยก่อนกะงานจนหมดยังบะฮู้ บะได้สนใจเจ้า บะมีหมอคนใดมาสอน แม่เฮาสอนเฮาก็อย่าง ถ้ามีหมอแบบสมัยนี้แม่เขาคงบะเฒ่าไวจะอีน้อ เจ้าเฮาจะฮู้ว่าต้องเตรียมตัวอย่างใดถ้าวัยทอง แม่เลยก็คิดว่า ถ้ามีคลินิกเตรียมตัววัยเฒ่าลูกแม่เขาจะได้รับผลดีขนาด จะเป็นคนเฒ่าที่มีคุณภาพ บะต้องกุกุมะมะ (การกระทำกิจวัตรประจำวันทีลำบาก ความจำเลอะเลือน) เหมือนแม่เขาตอนนี้น้อเจ้า

(FGD FM05, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 20 มิถุนายน 2563)

ทั้งนี้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลได้ให้ข้อเสนอแนะต่อระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่จะมียผลต่อการเตรียมความพร้อมต่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะที่ดี อันได้แก่ ควรมีหลักสูตรอบรมการเตรียมตัวสูงอายุให้แก่สตรีวัยทองโดยเฉพาะ ควรสนับสนุนการจัดตั้งคลินิก/ศูนย์/ชมรม ในการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุ เพื่อให้บริการเชิงรุก เน้นการให้ความสำคัญแก่สตรีวัยทองในการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาวะให้แก่สตรีวัยทองเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะดีในอนาคต หรือมีการพัฒนาอสม. ให้มีความเชี่ยวชาญด้านการเตรียมความพร้อมประชาชนก่อนสูงอายุ เพื่อให้เป็นที่เลี้ยงให้คำแนะนำแก่สตรีวัยทองและประชาชนกลุ่มก่อนสูงอายุอื่น ๆ ด้วย ทั้งนี้ควรเพิ่มการให้บริการเชิงรุกในการเข้าพื้นที่ ได้แก่ การเยี่ยมบ้านสตรีวัยทอง ภายใต้นโยบายของผู้บริหารระดับอำเภอ มีโครงสร้างผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน หรือจัดบริการทางสุขภาพผ่านกิจกรรมอำเภอสุขภาพที่มีทุกปี โดยความร่วมมือของ รพช. รพ.สต. และอปท. ดังตัวอย่าง คำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลัก ดังนี้

...อสม.ส่วนใหญ่ทำงานตามตัวชี้วัดที่รับมาจากอนามัยนะคะ เราทำงานช่วยหมอ เพราะจำนวนหมอต่อกันที่น้อย อันนี้เราเองในฐานะประชาชนก็เข้าใจนะคะ ถ้ามีคลินิกแบบลำคานแรกแย้ม อะไรแบบนี้ คือเริ่มเตรียมในอนามัยเลย โดยดูแลเพิ่มกิจกรรมในกลุ่มสตรีวัยทองที่มีความพร้อมในการร่วมกิจกรรมในคลินิก พออายุครบ 60 ปี ก็ไปเข้าชมรมสูงอายุต่อเนื่อง พี่ว่าดีมากเลยนะคะ ส่วนวัยทองที่มีปัญหาสุขภาพต่าง ๆ เราจะแนะนำให้ไปรับบริการที่หน่วยบริการของโรงพยาบาลชุมชนคะ

(FGD HV05, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 20 มิถุนายน 2563)

...กรมอนามัยเรา มีรพ.ส่งเสริมสุขภาพ ที่มีคลินิกวัยทองตามพันธกิจ ยอมรับนะคะ ว่าเราทำงานตามตัวชี้วัดกระทรวง บางอย่างอยากทำมากก็ไม่สามารถเพิ่ม กิจกรรมได้ ภาระงานเราก่อนข้างมาก บุคลากรเราก็น้อย และที่สำคัญอีกอย่าง คือ เรื่องงบประมาณคะ

(FGD PH06, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 22 มิถุนายน 2563)

...ผู้บริหารรพช. หรือ กรมอนามัยทุกแห่งทราบเรื่องนโยบายที่เป็นไปในทางเดียวกัน เราเคยคิดว่า เราแก้ปัญหาที่ปลายเหตุกันมาตลอด เพราะคลินิกวัยทองทำตามพันธกิจงบประมาณ บุคลากร ทรัพยากรที่มีอย่างจำกัด จึงยอมรับว่าเราไม่สามารถจัดตั้งคลินิก หรือ หน่วยสุขภาพเตรียมตัวก่อนสูงอายุได้ แต่จะให้คำแนะนำเพื่อสนับสนุนการเตรียมความพร้อมเพื่อให้เค้าเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ ผมว่าควรส่งเสริมบุคลากรของเราเข้าไปในเชิงรุก เหมือนการเยี่ยมบ้าน โดยทำเป็นลักษณะการออกบริการทางสุขภาพผ่านกิจกรรมอำเภอสุขภาพที่มีทุกปีเข้าไป รพช.หรือ รพ.ส่งเสริมสุขภาพ ต้องทำให้ประชาชนรู้ว่า เรามีความจริงใจที่จะสนับสนุนด้านสุขภาพทุกมิติ ต่อไปสตรีวัยทองเค้าจะยินดีมาหาเรา พบเรา ได้ตลอดเวลาทั้งยามปกติและยามป่วย คงต้องใช้เวลาซักพัก แต่หากทำได้เห็นผลต่อไป ผู้สูงอายุเชิงใหม่จะป่วยน้อยลง หรือตั้งรับกับความเจ็บป่วยที่จะมีในอนาคตได้

(FGD BH08, ผู้ให้ข้อมูลสัมภาษณ์, 23 มิถุนายน 2563)

ทั้งนี้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลได้ให้ข้อเสนอแนะต่อ การเสริมสร้างบทบาทผู้นำสตรีในสตรีวัยทองซึ่งจะมีผลต่อการเตรียมความพร้อมต่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพที่ดี อันได้แก่ การส่งเสริมให้สตรีวัยทอง มีบทบาททางสังคมให้มากที่สุด โดยเฉพาะการเป็นผู้นำ เพื่อให้สตรีวัยทองได้รับโอกาสในการพัฒนาชีวิตและการปฏิบัติในการเตรียมตัวสู่ผู้สูงอายุ และนำมาเผยแพร่ให้กับเพื่อน ๆ ในหมู่บ้าน และครอบครัวของตนเองได้ ดังตัวอย่าง คำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลัก ดังนี้

...ระบบการคัดเลือกผู้นำสตรี หรือประธานแม่บ้านของชาวบ้าน คือ คัดจากคนที่ชุมชนรู้จัก ส่วนใหญ่ก็จะเห็นเป็นภรรยาผู้ใหญ่บ้านโดยตำแหน่ง เพราะชาวบ้านเชื่อว่าเขามีฐานะ เขามีเวลาเยอะ และทำงานคู่ไปกับสามีได้ดีกว่าคนอื่น ๆ แต่ถ้าเราสามารถผลัดเปลี่ยนให้สตรีวัยทองคนอื่นได้มีโอกาสเป็นผู้นำบ้าง จะช่วยในเรื่องเพื่อนช่วยเพื่อน และเป็นการพัฒนาตนเองในการเป็นผู้นำได้ด้วยนะคะ

(FGD PH04, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 22 มิถุนายน 2563)

...นโยบายส่งเสริมอาชีพมีทุกเทศบาลอยู่แล้ว แต่การคัดเลือกเราให้สิทธิ์ประชาชนในการคัดเลือกคนเข้าอบรม ที่ผ่านมามีส่วนใหญ่มักจะเป็นประธานสตรีระดับหมู่บ้าน ตำบล หรือ อำเภอ ก็จะเป็นคนเดิม ๆ อันที่จริงถ้าสามารถเปลี่ยน หรือผลัดกันเป็นประธาน หรือ ผู้นำ ก็จะเป็นการเพิ่มโอกาสในการรับรู้ข้อมูล หรือ เพิ่มทักษะ ผลัดกันนำผลัดกันตามแบบนี้ ในที่สุดทุกคนก็จะได้รับโอกาสที่เท่าเทียมกันพอดีครับ

(FGD BH04, ผู้ให้ข้อมูลสัมภาษณ์, 23 มิถุนายน 2563)

...เวลาเมื่ออบรมทำให้ความรู้หรือทักษะทางสุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล หรือของรพช. / รพ.สต. เราจะขอความร่วมมือแกนนำสุขภาพสตรีของหมู่บ้าน ซึ่งก็พบว่า หนึ่งในคนที่เข้าร่วมมักจะเป็นประธานสตรี แล้วประธานก็จะไปชวนคนที่เหมาะสม หรือมีเวลาไม่มีภาระงานมาร่วมด้วย แล้วเค้าก็จะกลับไปเผยแพร่สิ่งที่ได้มาเรียนรู้กับสตรีวัยทองในหมู่บ้านตอนมีกิจกรรมกันเองในหมู่บ้านของเขาเอง

(FGD BH10, ผู้ให้ข้อมูลสัมภาษณ์, 23 มิถุนายน 2563)

2.7 สถานภาพ (หม้าย/ร้าง)

จากการศึกษาเชิงปริมาณ พบว่า สถานภาพของสตรีวัยทองเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทอง โดยพบว่า สตรีวัยทองที่มีสถานภาพเป็นหม้ายหรือร้าง จะมีพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมสู่ผู้สูงอายุสุขภาพะ ได้ดีกว่าสตรีวัยทองที่มี สถานภาพโสด คู่ และหย่าร้าง โดยมุมมองต่อ “สถานภาพ”(หม้าย/ร้าง) จากผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แสดงความคิดเห็น สรุปได้ว่า สตรีวัยทองที่เป็นหม้ายหรือร้าง ไม่มีสามี ดูแลหรือลูกหลานไม่ได้อยู่ด้วยกัน จะมีความกลัวและความตระหนกต่อการเป็นผู้สูงอายุที่สุขภาพไม่ดี ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ทำให้สตรีวัยทองกระตือรือร้น ตื่นตัวในการดูแลตนเอง และมีความตั้งใจต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมสู่ผู้สูงอายุสุขภาพะ ดังตัวอย่าง คำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลัก ดังนี้

...ยิ่งเราไม่มีคู่ ไม่มีลูกอีกด้วย เราแก่ตัวมาต้องยิ่งเข้มแข็ง เพราะไม่มีที่พึ่งเลยต้องดูแลตัวแก่นัก ๆ บ่อยากเป็นภรรยาติดคนอื่น ๆ บ่อยากเป็นคนเฒ่าที่ต้องพึ่งคนอื่นตลอดเวลาเจ้า

(FGD MW06, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 20 มิถุนายน 2563)

...การมีชีวิตอยู่คนเดียว ไม่มีลูกหลาน ยิ่งทำให้เค้ากลับมาสนใจตนเองมากขึ้น ที่สำคัญเค้ามีเวลากลับมาสนใจตนเองมากขึ้นด้วยนะคะ

(FGD PH06, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 22 มิถุนายน 2563)

...ป้าอยู่คนเดียวมาเมิน ตั้งแต่ยาย (สามี) ตาย ลูกเขาก่อนแยกบ้านไปเมินละ เขาต้องอยู่ดูแลตัวแก่คนเดียว ก่อจะเป็นกำกิดน้อย (คิดมาก) กลัวลูกเขาจะเป็นห่วงด้วย คงต้องพยายามฝ่อตัวเองนัก ๆ

(FGD MW10, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 20 มิถุนายน 2563)

ทั้งนี้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลได้ให้ข้อเสนอแนะต่อ การกระตุ้นสตรีวัยทองที่มี สถานภาพ (หม้าย) ที่จะส่งผลต่อการเตรียมความพร้อมต่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพที่ดี อันได้แก่ การที่หน่วยงานต้องทำการสร้างกลุ่มเพื่อนวัยก่อนสูงอายุ หรือชมรมสตรีวัยทองก่อนวัยสูงอายุ ให้มีกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ได้แลกเปลี่ยนความรู้และการปฏิบัติตัว ทำให้เกิดกำลังใจ และมีพลังในการปฏิบัติพฤติกรรมเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ดังตัวอย่าง คำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลัก ดังนี้

...ถ้าหมู่แม่หญิงวัยทองเขามีกลุ่มชมรมวัยทองเป็นเรื่องเป็นราว ทำกิจกรรมร่วมกันเดือนละเดือน ร่วมกันหากิจกรรม หรือทำนเตรียมตัวก่อนเขาเฒ่า มาอยู่ในเรื่องเดียวกัน มาช่วยกัน จะช่วยหื้อคนเป็นหม้ายเป็นบ่่งอ่มอยู่คนเดียว ถ้ามีชมรมแล้ว กำนี่ละมีกิจกรรม กำนงานจะได้รวมตัวกันง่ายขึ้นละเจ้า (หัวเราะ)

(FGD MW08, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 20 มิถุนายน 2563)

...ในฐานะ อสม. ปีมองว่ายิ่งคนที่ต้องกลับมาโสดอยู่คนเดียว เขาน่าจะกลัว น่าจะง่อมมากกว่าคนมีคู่ น่าจะมีกิจกรรมทางชุมชน หรือกิจกรรมทางสุขภาพมาหื้อได้ร่วม

(FGD HV02, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 21 มิถุนายน 2563)

...ถ้าพูดถึงกิจกรรมการเตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุที่ดีในอนาคต สำหรับสตรีวัย ทองถือว่า จำเป็นนะคะ โดยเฉพาะคนที่เป็นหม้าย เราต้องมาคิดว่า จะให้เค้าดูแลตนเองด้วยตัวเอง อย่งไร อาจเป็นโจทย์ที่ยากต่อการติดตาม แต่ถ้าเป้าหมายคือ เค้าสามารถดูแลสุขภาพ ตนเอง และดำเนินชีวิตตั้งแต่วันนี้จนชราได้อย่างมั่นใจและมีความสุข ถือว่างานส่งเสริม สุขภาพของสาธารณสุขบรรลุผลนะคะ

(FGD DH01, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 22 มิถุนายน 2563)

2.8 บทบาทการเป็นผู้นำสตรี

จากการศึกษาเชิงปริมาณ พบว่า บทบาทการเป็นผู้นำสตรีเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อ พฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทอง มุมมองต่อ “บทบาทการเป็นผู้นำสตรี” จากผู้ให้ ข้อมูลหลัก สรุปได้ว่า สตรีวัยทองที่ได้รับบทบาทการเป็นผู้นำ ได้แก่ ประธานแม่บ้าน ประธานสตรี ประธานชมรมสตรีรักสุขภาพ สตรีวัยทองจะได้รับโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม ได้แลกเปลี่ยน เรียนรู้วิธีการดูแลตนเองกับสตรีวัยทองต่างพื้นที่ และได้โอกาสในการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับตนเอง ส่งผลต่อการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุ สุข ภาวะดีในอนาคต ดังตัวอย่าง ดังตัวอย่าง คำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลัก ดังนี้

...ปีเป็นประธานแม่บ้านมาตั้งแต่สมัยเป็นประธานกลุ่มสาว เขาบอกว่าปีเก่งคล่อง งาน ไปไหนมาไหนสะดวกกว่าคนอื่น บ้อบ้านก่อนนับสนุน ปีเลยเสียสละ ช่วยงานของ แม่ถึงเฮามาตลอด ได้รู้ได้เห็นเรื่องอะหย่งต่าง ๆ ก่อนหมดอายุ เช่น อบรมสุขภาพ อบรม แก่นนำสตรี ม่วนดีเจ้าได้ปะคนหลายทุกอำเภอมาร่วมกัน ปีจะเห็น ความแตกต่าง และกำ กิดใหม่ ๆ ที่แตกต่างกันออกไป

(FGD MW02, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 20 มิถุนายน 2563)

...ผมเป็นสามีเป็น พอได้รับตำแหน่งประธานแม่บ้าน เขาต้องช่วยเขาทำงานอื่น ๆ ในบ้านพอเวลาเขาไปอบรม เห็นเขาม่วนเฮาก่อม่วนครับ หื้อเขาทำในงานตั้ฮัก ไปส่งเขา ฟ่อง ม่วนไปแหมแบบครับ เขามีโอกาสฮับฮู้เรื่องที่มีประโยชน์ทุก ๆ เรื่องก่อนคนอื่น อันนี้ ผมถือว่าเป็นข้อดี เพราะนอกจากเขาฮู้แล้ว เขาถ่ายทอดได้ ทำสำคัญเขานำมาดูแลคนตั้ง บ้านได้ดีเลยนะครับ

(FGD FM02, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 20 มิถุนายน 2563)

...คนโบราณเป็นว่า ทุกอย่างต้องมีแก้ว เพราะคำว่าว่า “แก้ว” คือ ต้นแบบที่คน เชื่อถือ นับว่าถือตำ และยอมรับฟัง แก้วจึงต้องมีในทุก ๆ ชมรม เหมือนแก้วคนเม่านั้นห ณะครับ กำนเป็นประธานแม่บ้าน กว่าสตรีนี้มา คือ ได้ฮับฮู้ทุก ๆ เรื่องก่อนเพื่อน ๆ แม่หญิงคนอื่น ๆ สำคัญ คือ ต้องกลับมาเล่าสู่ เอาประโยชน์มาแบ่งปันกัน เพื่อที่ื่อมีความ ฮู้ ความสามารถไปในทางเดียวกันอย่างถูกต้องน่อครับ

(FGD WM02, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 20 มิถุนายน

ทั้งนี้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลได้ให้ข้อเสนอแนะต่อ การเสริมสร้างบทบาทผู้นำสตรีในสตรีวัยทองซึ่ง จะมีผลต่อการเตรียมความพร้อมต่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพที่ดี อันได้แก่ การส่งเสริมให้สตรีวัย ทอง มีบทบาททางสังคมให้มากที่สุด โดยเฉพาะการเป็นผู้นำ เพื่อให้สตรีวัยทองได้รับโอกาสในการ พัฒนาชีวิตและการปฏิบัติในการเตรียมตัวสู่ผู้สูงอายุ และนำมาเผยแพร่ให้กับเพื่อน ๆ ในหมู่บ้านแล ครอบครัวของตนเองได้ ดังตัวอย่าง คำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลหลัก ดังนี้

...ระบบการคัดเลือกผู้นำสตรี หรือประธานแม่บ้านของชาวบ้าน คือ คัดจากคนที่ ชุมชนรู้จัก ส่วนใหญ่ก็จะเห็นเป็นภรรยาผู้ใหญ่บ้านโดยตำแหน่ง เพราะชาวบ้านเชื่อว่าเขามี ฐานะ เขามีเวลาเยอะ และทำงานคู่ไปกับสามีได้ดีกว่าคนอื่น ๆ แต่ถ้าเราสามารถผลักดันเปลี่ยน ให้สตรีวัยทองคนอื่นได้มีโอกาสเป็นผู้นำบ้าง จะช่วยในเรื่องเพื่อนช่วยเพื่อน และเป็นการ พัฒนาตนเองในการเป็นผู้นำได้ด้วยนะคะ

(FGD PH04, ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม, 22 มิถุนายน 2563)

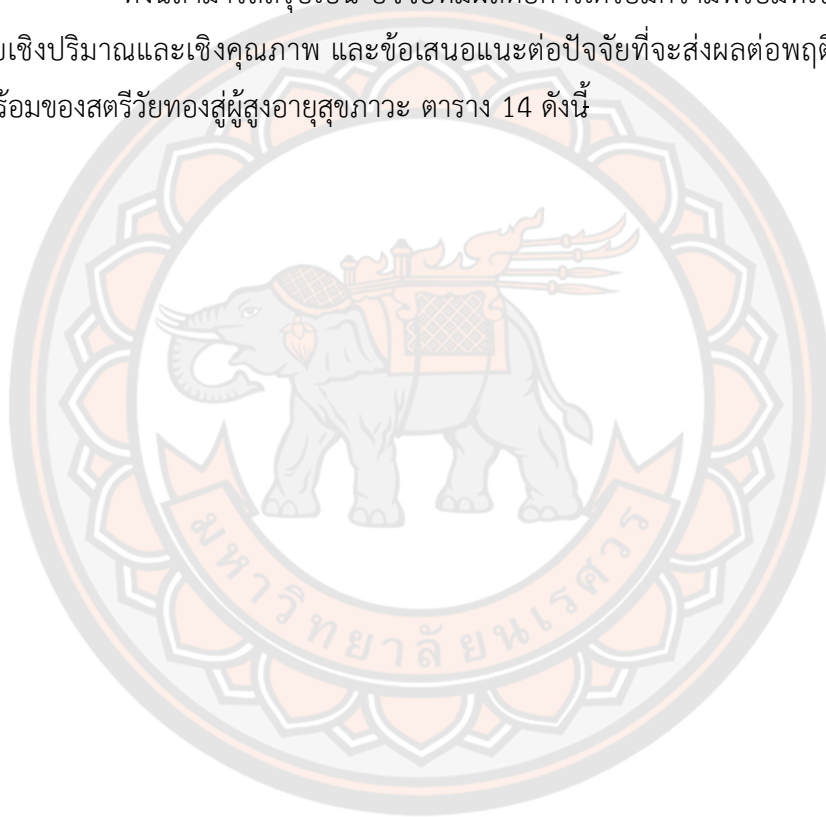
...นโยบายส่งเสริมอาชีพมีทุกเทศบาลอยู่แล้ว แต่การคัดเลือกเราให้สิทธิ์ ประชาชนในการคัดเลือกคนเข้าอบรม ที่ผ่านมามีส่วนใหญ่อจะเป็นประธานสตรีระดับ หมู่บ้าน ตำบล หรือ อำเภอ ก็จะเป็นคนเดิม ๆ อันที่จริงถ้าสามารถเปลี่ยน หรือผลัดกัน เป็นประธาน หรือ ผู้นำ ก็จะเป็นการเพิ่มโอกาสในการรับรู้ข้อมูล หรือ เพิ่มทักษะ ผลัดกัน นำผลัดกันตามแบบนี้ ในที่สุดทุกคนก็จะได้รับโอกาสที่เท่าเทียมกันพอดีครับ

(FGD BH04, ผู้ให้ข้อมูลสัมภาษณ์, 23 มิถุนายน 2563)

...เวลาเมื่อกรรมการให้ความรู้หรือทักษะทางสุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล หรือของ รพช. / รพ.สต. เราจะขอความร่วมมือแกนนำสุขภาพสตรีของหมู่บ้าน ซึ่งก็พบว่า หนึ่งใน คนที่เข้าร่วมมักจะเป็นจะเป็นประธานสตรี แล้วประธานก็จะไปชวนคนที่เหมาะสม หรือมี เวลาไม่มีภาระงานมาร่วมด้วย แล้วเค้าก็จะกลับไปเผยแพร่สิ่งที่ได้มาเรียนรู้กับสตรีวัยทอง ในหมู่บ้านตอนมีกิจกรรมกันเองในหมู่บ้านของเขาเอง

(FGD BH10, ผู้ให้ข้อมูลสัมภาษณ์, 23 มิถุนายน 2563)

ทั้งนี้สามารถสรุปเป็น ปัจจัยที่มีผลต่อการเตรียมความพร้อมที่เชื่อมโยงกันทั้งจาก การวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ และข้อเสนอแนะต่อปัจจัยที่จะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมเตรียม ความพร้อมของสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพดี ตาราง 14 ดังนี้



ตาราง 14 แสดงสรุปข้อมูลความเชื่อมโยงที่มีผลต่อพฤติกรรมเตรียมความพร้อมจากวิจัยเชิงปริมาณวิจัยเชิงคุณภาพ และข้อเสนอแนะในมุมมองของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัย/ตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรมเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทอง	อธิบายปัจจัยในมุมมองของกลุ่มตัวอย่าง	ข้อเสนอแนะต่อปัจจัยที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองของผู้สูงอายุ ในมุมมองของกลุ่มตัวอย่าง
1. แร่งสับสนุนทางครอบครัว	<p>แร่งสับสนุนทางครอบครัว ส่งผลทางบวกต่อการเตรียมความพร้อม โดยครอบครัวของสตรีวัยทอง มีความเข้าใจ เห็นใจ ดูแล และยอมรับสุขภาพร่างกาย จิต ของสตรีวัยทองที่เปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่ระยะวัยทองจนถึงวัยสูงอายุ ทำให้เกิดการสนับสนุนเรื่อง เงิน การเข้าร่วมทำกิจกรรมในหมู่บ้าน ช่วยกระตุ้นสตรีวัยทอง เกิดความมั่นใจในตนเองที่จะเตรียมความพร้อม เพื่อปฏิบัติพฤติกรรมในการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุ</p>	<p>1) ครอบครัวควรมีการเตรียมความพร้อมไปด้วยกัน โดยสามารถอบรมความรู้ และทำกิจกรรมเตรียมความพร้อมให้ต่อเนื่องคงอยู่จนเข้าสู่ผู้สูงอายุไปพร้อม ๆ กัน</p> <p>2) เทศบาล และอบต. ควรมีการจัดโครงการให้ครอบครัวได้ร่วมกิจกรรม เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการปฏิบัติตัว โดยเป็นเรื่องที่มีความสนใจในสิ่งเดียวกัน เพื่อให้เกิดการเกื้อหนุนต่อการปฏิบัติพฤติกรรมเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุที่ดีด้วยกัน</p>

ตาราง 14 (ต่อ)

ปัจจัย/ตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทอง	อธิบายปัจจัยในมุมมองของกลุ่มตัวอย่าง	ข้อเสนอแนะต่อปัจจัยที่จะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองของผู้สูงอายุ
ผู้สูงอายุสุขภาพ	การรับรู้ความสามารถของตนเอง ส่งผลทางบวกต่อการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทอง เพราะทำให้สตรีวัยทองมั่นใจและเชื่อในศักยภาพของตนเอง เปิดใจรับรู้ข้อมูลให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุสุขภาพ ในสถานะต่าง ๆ ซึ่งการทราบข้อดีของตนเอง รวมทั้งข้อจำกัด และจุดอ่อนของตนเอง ทำให้สามารถพัฒนาตนเองให้เป็นผู้สูงอายุที่แข็งแรงในอนาคตได้	<p data-bbox="517 358 555 672">ในมุมมองของกลุ่มตัวอย่าง</p> <p data-bbox="580 183 724 837">1) ควรมีการประเมินศักยภาพด้านร่างกายในการดูแลตนเอง และศักยภาพในการปฏิเสธพฤติกรรมเสี่ยงที่ไม่ดีต่อสุขภาพ โดยมีภาครัฐสนับสนุน</p> <p data-bbox="756 183 963 837">2) ควรมีกิจกรรมกระตุ้นเตือนการปฏิบัติตัวและความสามารถอย่างต่อเนื่อง เพราะจะทำให้สตรีวัยทองมีความมั่นใจในตนเองมากขึ้นในการเตรียมตัวผู้สูงอายุที่มีคุณภาพและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่นได้</p> <p data-bbox="979 183 1171 837">3) ควรมีเจ้าหน้าที่มาช่วยพัฒนา เสริมแรง กระตุ้นสตรีวัยทองให้มีความสามารถในการปฏิบัติตัวทุกด้านให้ดีขึ้น เสมือนแม่ที่คอยดูแลลูก เพราะผู้หญิงจะเป็นผู้ดูแลคนในครอบครัวต่อไป</p>

ตาราง 14 (ต่อ)

ปัจจัย/ตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรม การเตรียมความพร้อมของสตรีวัย ทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ	อธิบายปัจจัยในมุมมองของกลุ่มตัวอย่าง	ข้อเสนอแนะต่อปัจจัยที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมการเตรียม ความพร้อมของสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ
3.ทัศนคติต่อการเป็นผู้สูงอายุ	ทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ ส่งผลทางบวกต่อการเตรียมความพร้อม เพราะประสบการณ์ของการได้เห็นชีวิตผู้สูงอายุตั้งแต่ตนเองเป็นสตรีวัยทอง ทำให้เห็นพัฒนาการ และการเปลี่ยนแปลงทั้งจากผู้สูงอายุที่สุขภาพดีและไม่ดี ทำให้เกิดทัศนคติ หรือความรู้สึกนึกคิดต่อการเป็นผู้สูงอายุที่ตนเองต้องการในอนาคต ส่งผลต่อการเลือกที่จะปฏิบัติ	1) ควรมี การสร้างคุณค่าและเสริมกำลังใจในการเป็นผู้สูงอายุ เพื่อสร้างแรงบันดาลใจให้เกิดคตที่ดีต่อผู้สูงอายุ และมีความรู้สึกที่ดีต่อผู้สูงอายุ 2) ควรให้สตรีวัยทอง ได้รับประสบการณ์ หรือได้เรียนรู้ รู้จักสภาพผู้สูงอายุที่มีสุขภาพที่ไม่ดี เช่นผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ติดเตียง เพื่อให้เกิดความตระหนักในการปฏิบัติพฤติกรรม การเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพ
4. แรงสนับสนุนทางชุมชน	แรงสนับสนุนทางชุมชน ส่งผลทางส่งผลทางบวกต่อการเตรียมความพร้อม ชุมชนต้องให้สนับสนุนด้านคำปรึกษา คำแนะนำ ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ มีชมรม และได้เข้าร่วมการดำเนินงานกิจกรรม ให้การพัฒนาความรู้ด้านอาชีพ เสริมจากเทศบาล หรือ อบต. ในพื้นที่	1) ควรมีการสนับสนุนเงินทุนสำรองเริ่มต้นสำหรับกลุ่มสตรี เพื่อให้ในการแลกเปลี่ยนและร่วมทำกิจกรรมด้วยกัน 2) ควรให้ความสำคัญกับสตรีวัยทองที่กำลังจะเข้าสู่ผู้สูงอายุให้มีตัวตนในสังคมอย่างภาคภูมิใจ ส่งเสริมการ แสดงออกในทักษะการเตรียมความพร้อมโดยภาครัฐ ได้แก่ เทศบาล อบต. รพช. และ รพ.สต. ร่วมมือกันเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองอย่างเป็นระบบและเชิงรุก

ตาราง 14 (ต่อ)

ปัจจัย/ตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรม การเตรียมความพร้อมของสตรีวัย ทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ	อธิบายปัจจัยในมุมมองของกลุ่มตัวอย่าง	ข้อเสนอแนะต่อปัจจัยที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมการเตรียม ความพร้อมของสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ
ทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ	ยินดี ส่งผลทางบวกต่อการเตรียมความพร้อม โดยรายได้ ที่มากพอเพียงกับการดำเนินชีวิต ทำให้สตรีวัยทอง มีการ เตรียมความพร้อมใส่ใจในการดำรงใช้ชีวิต และไม่ต้องวิตก กังวลต่อค่าใช้จ่ายในอนาคต ต้องมีการเสริมรายได้เพื่อ ส่งผลให้เกิดความสามารถเข้าร่วมกิจกรรมและการปฏิบัติ พฤติกรรมเตรียมความพร้อมได้อย่างมั่นใจ และสบายใจ	3) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ควรนำเรื่องการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุ เป็นประเด็นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอโดยทำ เป็นโครงการต่อเนื่องจนถึงวัยผู้สูงอายุ
5. รายได้	ยินดี ส่งผลทางบวกต่อการเตรียมความพร้อม โดยรายได้ ที่มากพอเพียงกับการดำเนินชีวิต ทำให้สตรีวัยทอง มีการ เตรียมความพร้อมใส่ใจในการดำรงใช้ชีวิต และไม่ต้องวิตก กังวลต่อค่าใช้จ่ายในอนาคต ต้องมีการเสริมรายได้เพื่อ ส่งผลให้เกิดความสามารถเข้าร่วมกิจกรรมและการปฏิบัติ พฤติกรรมเตรียมความพร้อมได้อย่างมั่นใจ และสบายใจ	ควรมีการสื่อสารการสร้างอาชีพเสริมให้แก่สตรีวัยทอง จาก ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นอาจารย์จากมหาวิทยาลัย หรือ วิทยาลัย การอาชีพ และประชาชนทั่วไป เพื่อให้ทราบได้เพียงพอ ไม่ก้ำกึ่งต่อการเตรียมความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุ

ตาราง 14 (ต่อ)

ปัจจัย/ตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรม การเตรียมความพร้อมของสตรีวัย ทองผู้สูงอายุสุขภาพ	อธิบายปัจจัยในมุมมองของกลุ่มตัวอย่าง	ข้อเสนอแนะต่อปัจจัยที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมเตรียม ความพร้อมของสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพ ในมุมมองของกลุ่มตัวอย่าง
6. ระบบบริการทางการแพทย์ และ สาธารณสุข	ระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ส่งผลทาง ส่งผลทางบวกต่อการเตรียมความพร้อม โดยระบบบริการ ทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่มีระบบบริการเชิงรุกที่ เฉพาะเจาะจงในการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุ สุขภาพ จะทำให้สตรีวัยทอง มีความเข้าใจ มั่นใจ และ ตระหนักในศักยภาพความสามารถของตนเอง แต่พบว่าปัจจุบัน ยังไม่มีความชัดเจน ไม่มีกระบวนการ ให้คำแนะนำอย่างเฉพาะเจาะจง ไม่สามารถตอบสนอง ความต้องการแนวทางในการปฏิบัติพฤติกรรมเตรียม ความพร้อมผู้สูงอายุให้แก่สตรีวัยทองได้ และไม่มีการ เพื่อเตรียมความพร้อมที่เฉพาะเจาะจงสำหรับสตรีวัยทอง	1) ควรจัดทำหลักสูตรการอบรมเตรียมความพร้อมผู้การเป็น ผู้สูงอายุสุขภาพให้แก่กลุ่มสตรีวัยทอง 2) ควรจัดตั้งคลินิก/ศูนย์/ชมรม ในการเตรียมความพร้อม สตรีวัยทองผู้สูงอายุ ให้บริการเชิงรุก เน้นการให้ ความสำคัญแก่สตรีวัยทองในการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ ทำให้แก่สตรีวัยทองเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีใน อนาคต 3) ควรมีอสม.หรือสตรีวัยทอง ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการ เตรียมความพร้อมประชาชนก่อนสูงอายุ เพื่อให้เป็นพี่เลี้ยงให้ คำแนะนำแก่สตรีวัยทองและประชาชนก่อนสูงอายุอื่น ๆ

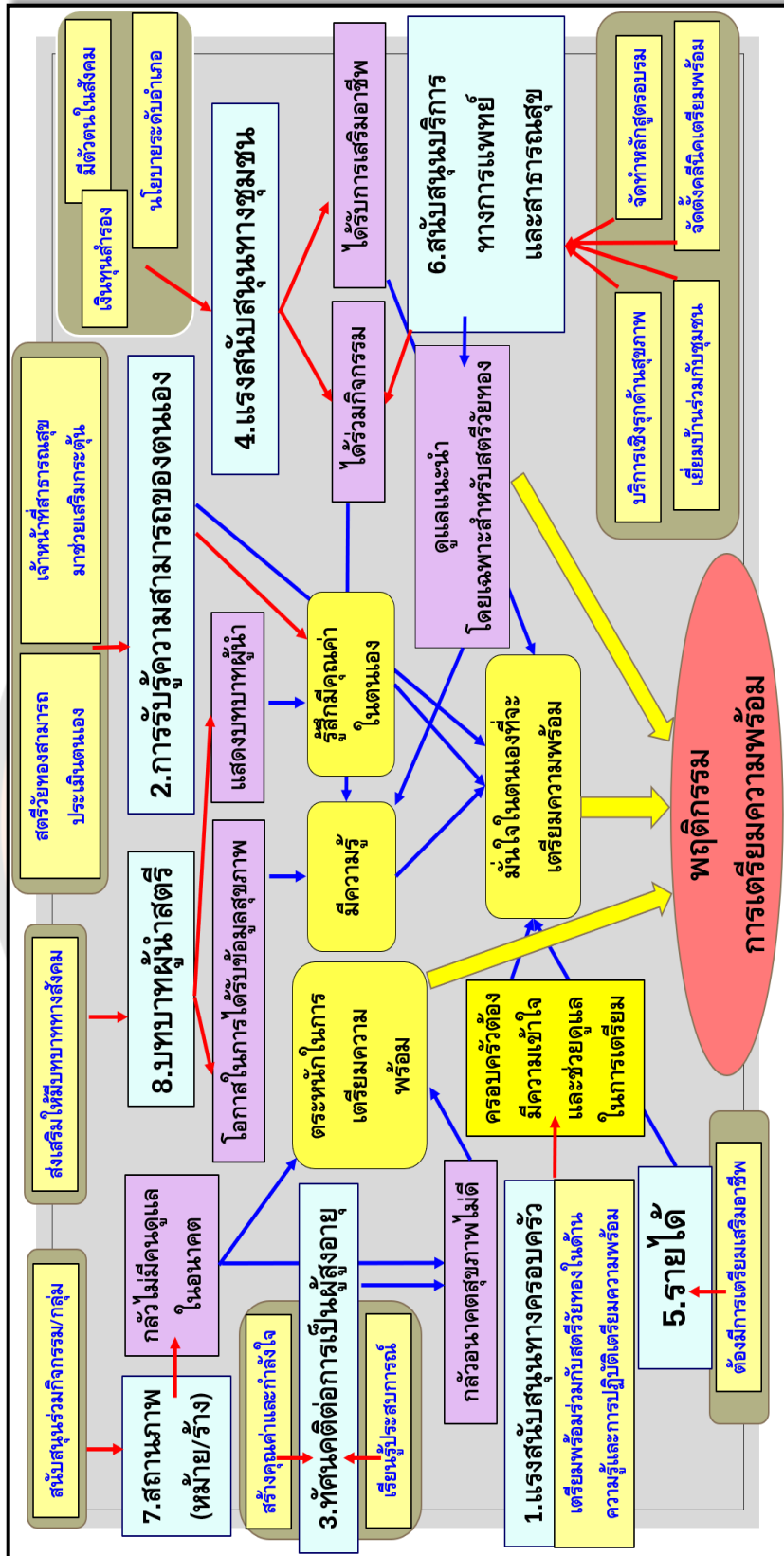
ตาราง 14 (ต่อ)

ปัจจัย/ตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรม การเตรียมความพร้อมของสตรีวัย ทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ	อธิบายปัจจัยในมุมมองของกลุ่มตัวอย่าง	ข้อเสนอแนะต่อปัจจัยที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมการเตรียม ความพร้อมของสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ ในมุมมองของกลุ่มตัวอย่าง
		<p>4) รพช. รพ.สต. และอปท. ให้บริการเชิงรุกในการเข้าพื้นที่ภายใต้นโยบายของผู้บริหารระดับอำเภอ โดยมีโครงสร้างผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน</p> <p>5) รพช. รพ.สต. และอปท. ให้บริการเชิงรุกเหมือนการเยี่ยมบ้าน โดยทำ เป็นลักษณะการออกบริการทางสุขภาพผ่านกิจกรรมอำเภอสุขภาพที่มีทุกปี เพื่อให้สตรีวัยทองเกิดความรูสึกที่ติดต่อระบบบริการสุขภาพและสาธารณสุขที่พร้อมและมุ่งมั่นในการสนับสนุนด้านการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพทุกมิติ</p>

ตาราง 14 (ต่อ)

ปัจจัย/ตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรม การเตรียมความพร้อมของสตรีวัย ทองผู้สูงอายุสุขภาพ	อธิบายปัจจัยในมุมมองของกลุ่มตัวอย่าง	ข้อเสนอแนะต่อปัจจัยที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมเตรียม ความพร้อมของสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพ ในมุมมองของกลุ่มตัวอย่าง
7. สถานภาพ	สตรีวัยทองที่มีสถานภาพหม้าย/หย่าร้าง มีการตระหนักก่อ การเตรียมความพร้อมได้ดีกว่าสถานภาพอื่น ๆ เพราะสตรี วัยทองที่มีสถานภาพหม้าย/หย่าร้าง มีความกลัว และความ ตระหนักต่อการเป็นผู้สูงอายุที่สุขภาพไม่ดี ช่วยเหลือตนเอง ไม่ได้ กลัวไม่มีผู้ดูแลในอนาคต ทำให้สตรีวัยทอง กระตือรือร้น ต้นตัวในการดูแลตนเอง และมีความตั้งใจต่อ พฤติกรรมการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุสุขภาพ	การกระตุ้น สนับสนุนให้สตรีวัยทองที่มี สถานภาพ (หม้าย) เข้าร่วมกิจกรรม ร่วมกลุ่มเพื่อนวัยก่อนสูงอายุ หรือชมรม ก่อนวัยสูงอายุ ที่หน่วยงานภาครัฐช่วยสร้างขึ้น มีกิจกรรม อย่างต่อเนื่อง ได้แลกเปลี่ยนความรู้และการปฏิบัติตัว ทำ ให้เกิดกำลังใจ และมีพลังในการปฏิบัติกิจกรรมเตรียม ความพร้อมเพื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุ
8. บทบาทผู้นำสตรี	บทบาทผู้นำสตรี มีผลทางบวกต่อการเตรียมความพร้อม เพราะ ทำให้สตรีวัยทองจะได้รับโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมใน สังคม ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลตนเองกับสตรีวัยทอง ต่างพื้นที่ และได้โอกาสในการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติ ตัว พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับตนเองเกิด ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และสามารถช่วยเหลือเพื่อน สตรีวัยทองด้วยกันได้	การเสริมสร้างบทบาทผู้นำสตรีในสตรีวัยทอง อันได้แก่ การส่งเสริมให้สตรีวัยทอง มีบทบาททางสังคมให้มากที่สุด เพื่อให้เขาได้รับโอกาสในการพัฒนาชีวิตและการปฏิบัติใน การเตรียมตัวผู้สูงอายุ และนำมาเผยแพร่ให้กับเพื่อน ๆ ในหมู่บ้านและครอบครัวของตนเองได้ ส่งผลต่อการเตรียม ความพร้อมต่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพที่ดี

สรุปมุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองผู้สูงอายุสถานะ ได้ตั้งภาพ 11



ภาพ 11 ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองผู้สูงอายุสถานะ

ขั้นตอนการวิเคราะห์มุมมองเชื่อมโยงวิจัยเชิงปริมาณ และคุณภาพ เพื่อหารากเหง้าของปัญหา

1. นำผลวิจัยเชิงคุณภาพ ที่อธิบายตัวแปรปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพ มานำเสนอต่อกลุ่มตัวอย่าง (คืนข้อมูลที่วิเคราะห์แล้วให้รับทราบ)
2. ทำการสนทนากลุ่มและการให้สัมภาษณ์เชิงลึก ถึงสาเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเตรียมความพร้อม ผู้วิจัยเชื่อมโยงมุมมองผู้ให้ข้อมูล จากปัจจัยสู่สาเหตุอย่างเป็นเหตุเป็นผล
3. สังเคราะห์ข้อมูล ด้วยการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic analysis) เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับมุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเตรียมความพร้อม

4. สรุปข้อมูล นำสู่การสังเคราะห์ร่างรูปแบบ และเพื่อนำเข้าสู่กระบวนการต่อไป

สรุปผลการวิเคราะห์หารากเหง้าของปัญหา จากการเชื่อมโยงวิจัยเชิงปริมาณ และคุณภาพ

ผลการวิเคราะห์หารากเหง้าของปัญหา จากการเชื่อมโยงวิจัยเชิงปริมาณ และคุณภาพ สรุปได้ดังต่อไปนี้

1. ความตระหนักของสตรีวัยทอง

ความตระหนักในการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพ จากการกลัวไม่มีผู้ดูแลในอนาคตโดยเพราะผู้ที่อยู่คนเดียวหรือเป็นหม้าย และจากประสบการณ์เห็นผู้สูงอายุที่สุขภาพไม่แข็งแรง จึงเกิดความกลัวอนาคตเมื่อสู่วัยสูงอายุ ทำให้มีพฤติกรรมเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพ
2. ความรู้ความเข้าใจของสตรีวัยทอง

ความรู้ความเข้าใจของสตรีวัยทองเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพ จากคำแนะนำและการบริการของบุคลากรสาธารณสุข รวมทั้งการได้รับข้อมูลการดูแลสุขภาพจากการเข้าร่วมกิจกรรมฐานะบทบาทผู้นำในชุมชน ทำให้เกิดความมั่นใจในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ผู้สูงอายุ
3. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของสตรีวัยทอง

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภูมิใจในตนเองของสตรีวัยทอง จากการรับรู้ความสามารถตนเอง การได้แสดงบทบาทผู้นำ และจากการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน รวมทั้งได้ทำอาชีพเสริมมีรายได้จากการสนับสนุนของชุมชน จะทำให้สตรีวัยทอง เกิดความมั่นใจในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ

4. ความมั่นใจในตนเองของสตรีวัยทอง

ความมั่นใจในตนเอง ที่เกิดจากการรับรู้ความสามารถของตนเองส่งผลให้เกิดความรู้สึกถึงคุณค่าของตนเอง เมื่อได้รับความเข้าใจและความช่วยเหลือจากครอบครัวในการดูแลในการเตรียมความพร้อม ผนวกกับการได้รับความรู้จากคำแนะนำของบุคลากรสาธารณสุข ส่งผลให้เกิดบทบาทของการเป็นผู้นำสตรีวัยทองเตรียมความพร้อมสู่ผู้สูงอายุ

5. ความเข้าใจของสมาชิกครอบครัวของสตรีวัยทอง

ความเข้าใจของสมาชิกครอบครัวต่อสุขภาพทางกาย จิต ของสตรีวัยทองที่เปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่ระยะของวัยทองจนถึงวัยสูงอายุของสตรีวัยทอง ทำให้เกิดการสนับสนุน การเสริมกำลังใจแก่สตรีวัยทองในการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน แรงสนับสนุนทางครอบครัวนี้จะทำให้เกิดความมั่นใจในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ผู้สูงอายุ

สรุปประเด็นเสนอแนะ เพื่อนำไปพิจารณา สู่การยกย่องรูปแบบ

ผลการสรุปประเด็นเสนอแนะ เพื่อนำไปพิจารณา สู่การยกย่องรูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุ ในมุมมองของนักวิจัย ได้แก่

1. ความเข้าใจของสมาชิกครอบครัวต่อการเปลี่ยนแปลงของสตรีวัยทอง เมื่อเข้าสู่ระยะของวัยทองจนถึงวัยสูงอายุ ทำให้ครอบครัวเข้าใจ เห็นใจและเกิดแรงสนับสนุนทางครอบครัวในการเตรียมความพร้อม และร่วมทำกิจกรรมเตรียมความพร้อมไปด้วยกัน มีกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการเสริมกำลังใจแก่สตรีวัยทอง
2. บทบาทของสตรีวัยทอง และการเป็นที่ยอมรับของชุมชน โดยการสร้างปัจจัยเอื้อให้สตรีวัยทองได้ร่วมกิจกรรมในชุมชน เพื่อสตรีวัยทองได้แสดงบทบาทตนเอง เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และเกิดความมั่นใจในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ผู้สูงอายุ
3. ชุมชนสนับสนุนให้มีกิจกรรม ให้สตรีวัยทองได้ร่วมกิจกรรมในชุมชน และได้แสดงออก (ในบทบาทที่เกี่ยวข้องกับ) ทักษะการเตรียมความพร้อม (เพื่อสนับสนุนให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และเกิดความมั่นใจในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ผู้สูงอายุ)
4. สตรีวัยทอง มีรายได้ที่พอเพียงต่อการดำเนินชีวิต โดยการสอนการสร้างอาชีพเสริมให้แก่สตรีวัยทอง
5. การสร้างการรับรู้ศักยภาพ และความสามารถของสตรีวัยทองต่อการเตรียมความพร้อม เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ผู้สูงอายุ
6. การสร้างประสบการณ์หรือได้เรียนรู้ รู้จักสภาพผู้สูงอายุที่มีสุขภาพที่ไม่ดี ด้วยการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง เพื่อการสร้างความตระหนัก ความกลัวต่อการเป็นผู้สูงอายุที่สุขภาพไม่ดี ให้แก่สตรีวัยทอง

7. การจัดให้มีบริการในหน่วยบริการสาธารณสุข จัดกิจกรรมการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุ โดยเฉพาะเจาะจงสำหรับสตรีวัยทอง

8. การให้บริการเชิงรุก และการดูแล แนะนำเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทอง โดยเฉพาะ ของ รพช. รพ.สต. และอปท. ภายใต้นโยบายของผู้บริหารระดับอำเภอ โดยมีโครงสร้างผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน

9. การนำนโยบายการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองของผู้สูงอายุสุขภาพ ให้เป็นส่วนหนึ่งในแผนการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล/อำเภอ

การวิจัยระยะที่ 3 การพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพ

โดยความร่วมมือของสตรีวัยทอง ครอบครัว ภาควิชาอายุรศาสตร์ทางสาธารณสุข และผู้บริหาร ด้านผลักดันนโยบาย ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการอภิปรายกลุ่ม โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ยกร่างรูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพ

ผู้วิจัยยกร่างรูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพ ซึ่งได้จาก เชื่อมโยงผลการวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาพฤติกรรมกรรมการเตรียมความพร้อม และปัจจัยที่ส่งผลต่อ พฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพ และผลการสนทนากลุ่มในวิจัย ระยะที่ 2 มุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองผู้สูงอายุ ภาวะ ที่สอดคล้องกับความต้องการของภาคส่วนในพื้นที่ ตามมุมมองปัจจัย และเหตุแห่งปัจจัย ที่สามารถนำมาส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพ

ขั้นตอนการร่างรูปแบบการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพ

1. ผู้วิจัยนำเสนอผล และสรุปประเด็นเสนอแนะ เพื่อนำไปพิจารณาสู่การสร้าง (ร่าง) รูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพ โดยพิจารณาความเชื่อมโยงเกิดจากการ นำสัมประสิทธิ์ตัวแปรที่ใช้ในการทำนายทั้ง 8 ตัวแปร (ระยะที่ 1) ซึ่งเป็นปัจจัยนำเข้ามาเชื่อมโยงกับ ข้อสรุปในการสนทนากลุ่มที่ได้รับการสังเคราะห์รากเหง้า ที่มา สาเหตุปัจจัย (ระยะที่ 2) ที่ตรงกับ ความต้องการ มีความครอบคลุม ตรงประเด็น เหมาะสม และเป็นไปได้ในการปฏิบัติ

2. นำข้อสรุปประเด็น และเสนอแนะ ของระยะที่ 2 มาพิจารณาสู่การยกร่างรูปแบบการ เตรียมความพร้อมสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพ

3. ออกแบบกิจกรรมตามข้อเสนอแนะ และเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ตามบริบทการทำงาน ในพื้นที่ โดยพิจารณาความเชื่อมโยงของข้อมูลในกิจกรรมจากทั้งระยะที่ 1 และ 2

4. ผู้วิจัยสรุป(ร่าง)รูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาวะ โดยมีรายละเอียดองค์ประกอบรูปแบบฯ ผู้วิจัยร่างขึ้น ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบได้แก่ 1. การสร้างองค์ความรู้ และประสบการณ์เกี่ยวกับผู้สูงอายุ 2. การสนับสนุนด้านการแพทย์และสาธารณสุข 3. การจัดตั้งชมรมสตรีเตรียมพร้อมผู้สูงอายุ 4. การสนับสนุนจากชุมชน และ 5. การสนับสนุนด้านนโยบาย โดยมีองค์ประกอบ วิธีการดำเนินการหรือกิจกรรม และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหรือสนับสนุนกิจกรรม ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 การสร้างองค์ความรู้ และประสบการณ์เกี่ยวกับผู้สูงอายุ องค์ประกอบนี้ให้ความสำคัญกับ สตรีวัยทองและครอบครัว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ เสริมสร้างความรู้ ประสบการณ์เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้สูงอายุและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น เพราะจะทำให้เกิดความตระหนักในการปฏิบัติตัว และพัฒนาทักษะความสามารถสตรีวัยทอง ให้มั่นใจและสามารถเตรียมความพร้อมตนเอง สู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาวะได้ นอกจากนี้ มีจุดประสงค์ เพื่อพัฒนาความรู้ในสมาชิกครอบครัวไปพร้อมกัน เพราะเป็นกลุ่มหลักที่สนับสนุนสตรีวัยทอง ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง โดยดำเนินการดังนี้

การจัดทำหลักสูตรเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาวะเพื่อพัฒนากลุ่มสตรีวัยทอง และครอบครัว โดยผู้ร่วมดำเนินการในองค์ประกอบนี้ ได้แก่ การแพทย์และสาธารณสุข ภาควิชา การและชุมชน มาร่วมทำหลักสูตรที่เหมาะสม สามารถนำไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของสตรีวัยทองปัจจุบัน จนนำไปสู่พฤติกรรมเตรียมความพร้อมสู่ผู้สูงอายุสุขภาวะได้

1. เนื้อหาสำคัญและจำเป็นต่อสตรีวัยทองที่ต้องการเตรียมพร้อมสู่ผู้สูงอายุที่สุขภาพดี ดังนี้

1.1 ความเข้าใจวัยผู้สูงอายุและผลกระทบการเป็นผู้สูงอายุสุขภาพที่ดี และไม่ตี

1.2 ทักษะความมั่นใจในความสามารถของตนเอง รับรู้ศักยภาพของสตรีวัยทองต่อ

การเตรียมความพร้อม

1.3 การปฏิบัติตัวของสตรีวัยทองเพื่อเตรียมความพร้อมสู่ผู้สูงอายุสุขภาวะ

2. พัฒนาสตรีวัยทองและครอบครัว ตามหลักสูตร โดยวิธีการดังนี้

2.1 อบรมเชิงปฏิบัติการ ในเรื่อง วัยผู้สูงอายุและผลกระทบการเป็นผู้สูงอายุเสริมสร้าง ทักษะความมั่นใจในความสามารถของตนเอง และการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมความพร้อมสู่ผู้สูงอายุ สุขภาวะ

2.2 การให้ประสบการณ์แก่สตรีวัยทองได้เห็นผู้สูงอายุที่สุขภาพดี และไม่ตี โดยวิธีการ ให้สตรีวัยทองเยี่ยมบ้านเพื่อให้เห็นสภาพที่แท้จริงของผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง โดยมีการให้ การสนับสนุนหลาย ๆ ภาคส่วนทั้งหน่วยงานสาธารณสุข และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

โดยผู้ร่วมดำเนินการในองค์ประกอบนี้ ได้แก่ การแพทย์และสาธารณสุข ภาควิชา การและชุมชน

องค์ประกอบที่ 2 การสนับสนุนด้านการแพทย์และสาธารณสุข

องค์ประกอบนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้หน่วยบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขให้การสนับสนุน จัดบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขเชิงรุกให้สตรีวัยทอง โดยมีรูปแบบ ได้แก่

1. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในอำเภอร่วมกันจัดอบรมสร้างองค์ความรู้แก่สตรีวัยทอง ตามหลักสูตรที่กำหนดขึ้นเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพ

1.1 จัดตั้งคลินิกสตรีวัยทองเพื่อเตรียมความพร้อมสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ ในโรงพยาบาลชุมชน และมีการประเมินศักยภาพและความสามารถในการดูแลตนเอง

1.2 การให้บริการเชิงรุกด้วยการเยี่ยมบ้านสตรีวัยทอง และการสร้างกิจกรรมการเตรียมความพร้อมให้แก่สตรีวัยทอง โดยรูปแบบกิจกรรมเยี่ยมบ้านสามารถทำร่วมกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ภายใต้โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตสตรี หรือโครงการที่เกี่ยวข้องกับสตรีวัยทอง

องค์ประกอบที่ 3 การจัดตั้งชมรมสตรีเตรียมพร้อมสู่สูงอายุ

องค์ประกอบนี้เน้นการจัดตั้งชมรมสตรีเตรียมพร้อมสู่สูงอายุสุขภาพ เป็นจุดรวมสตรีก่อนวัยสูงอายุในการทำกิจกรรมต่างๆ และเป็นจุดประสานงานหน่วยงานต่างๆที่เข้ามาร่วมสนับสนุนกลุ่มสตรีวัยทองเตรียมความพร้อมสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ

1. วัตถุประสงค์เพื่อ

1.1 เพื่อให้เป็นจุดรวมกลุ่มสตรีเตรียมสู่สูงอายุ และให้สมาชิกชมรมได้เข้ามาร่วมกิจกรรมสตรีวัยทอง นำไปสู่การเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพ

1.2 เพื่อให้ชมรมสตรีเตรียมพร้อมสู่สูงอายุ เป็นจุดประสานงานหน่วยงานต่างๆและชุมชน ในการสนับสนุนการสร้างอาชีพเพื่อให้เกิดรายได้เสริมให้แก่สตรีวัยทอง รวมทั้งให้การสนับสนุนงบประมาณ เพื่อใช้ในกิจกรรมชมรมสตรีก่อนวัยสูงอายุ

1.3 เพื่อสร้างสตรีเชี่ยวชาญ โดยเกิดจากสมาชิกที่อยู่ในกลุ่มสตรีเตรียมพร้อมสู่สูงอายุ ให้เป็นผู้นำ ผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มสตรีของชุมชนตนเองในการเตรียมความพร้อมให้แก่สตรีในชุมชน

2. กิจกรรมชมรมสตรีวัยทอง

2.1 กิจกรรมเสริมสร้างบทบาทสตรี และสร้างตัวตนสตรีวัยทองให้เกิดคุณค่า โดยการสร้างสตรีเชี่ยวชาญจากสมาชิกที่อยู่ในกลุ่มสตรีเตรียมพร้อมสู่สูงอายุ ให้เป็นผู้นำในกลุ่มสตรีวัยทองของชุมชนตนเองในเพื่อให้คำปรึกษา และจัดกิจกรรมเตรียมความพร้อมสู่สูงอายุให้แก่สตรีวัยทองและสตรีอื่น ๆ ในชุมชน

3. การสนับสนุน

ครอบครัวให้การสนับสนุนให้สตรีเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมสตรีเตรียมพร้อมสู่สูงอายุ และให้กำลังใจในการปฏิบัติการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพ

โดยการดำเนินกิจกรรมได้รับการสนับสนุนจาก ชุมชนของสตรีวัยทอง และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นทั้ง อบต.และทต. โดยการสนับสนุนให้มีสถานที่ตั้ง หรือจัดสถานที่เพื่อตั้งเป็นชมรมสตรีก่อนวัยสูงอายุ

องค์ประกอบที่ 4 การสนับสนุนจากชุมชน

องค์ประกอบนี้ เป็นความต้องการของสตรีวัยทองที่ให้ชุมชนเป็นผู้ให้การสนับสนุนภารกิจของชมรมสตรีเตรียมพร้อมผู้สูงอายุสุขภาพดี ทั้งนี้ เพื่อส่งเสริมบทบาท และสร้างการเป็นที่ยอมรับของชุมชน สร้างปัจจัยเอื้อให้สตรีวัยทองได้ร่วมกิจกรรมในชุมชน มีตัวตน มีความมั่นใจ ในการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมพร้อมผู้สูงอายุสุขภาพดี มีกิจกรรมสำคัญดังนี้

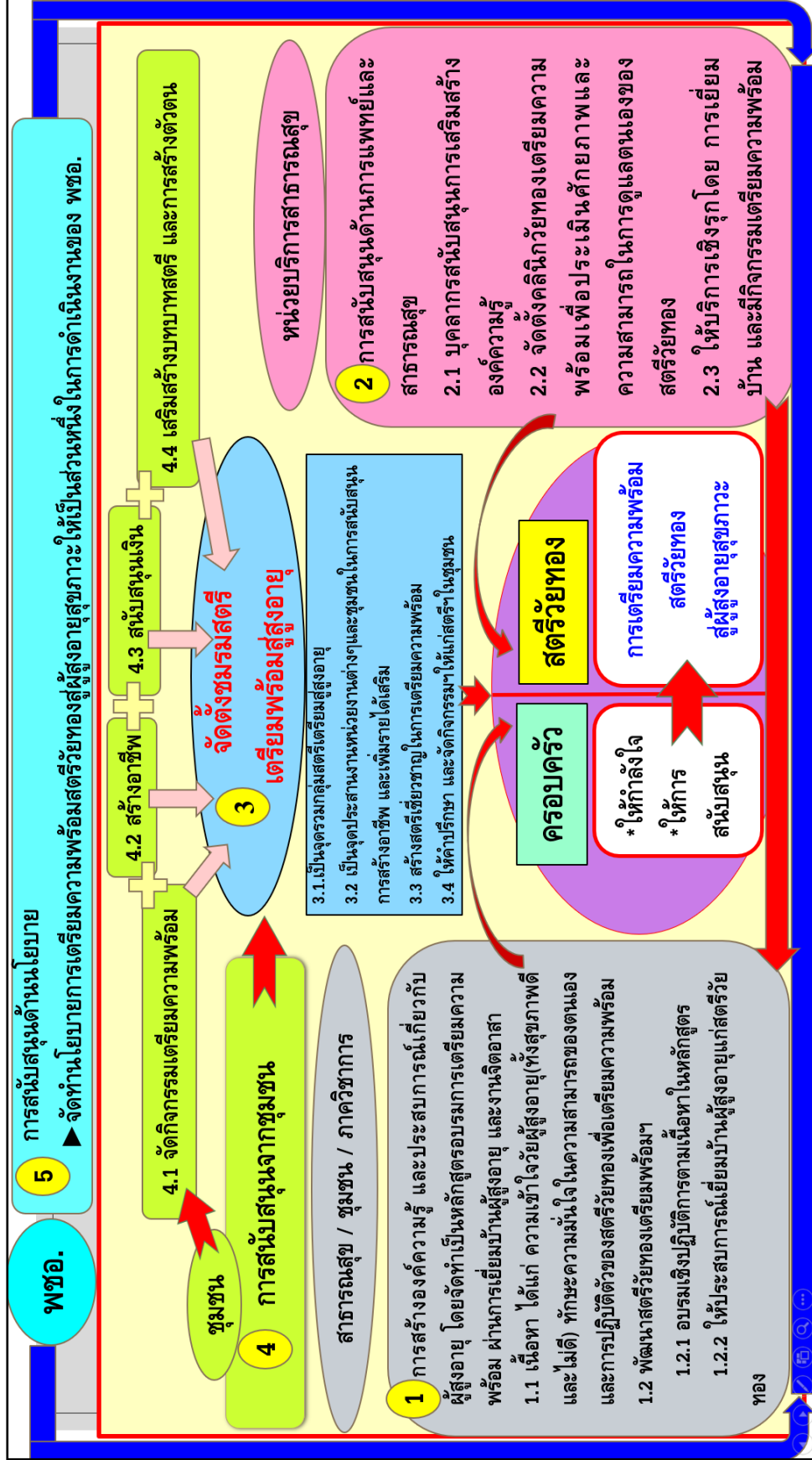
1. สนับสนุนให้มีการจัดกิจกรรมในชมรมสตรีเตรียมพร้อมผู้สูงอายุ
2. สนับสนุนการสร้างอาชีพเพื่อให้เกิดรายได้เสริมให้แก่สตรีวัยทอง หรือ สตรีเตรียมพร้อมผู้สูงอายุ เนื่องจากพบว่าสตรีวัยทองที่มีปัญหารายได้ ส่งผลต่อการเข้าร่วมกิจกรรมการปฏิบัติตัวเตรียมความพร้อมฯ
3. ให้การสนับสนุนงบประมาณเพื่อใช้ในกลุ่มชมรมสตรีก่อนวัยสูงอายุ
4. จัดกิจกรรมเพื่อการเสริมสร้างบทบาทสตรี และสร้างตัวตนสตรีวัยทองให้เกิดคุณค่านำไปสู่การสร้างสตรีเชี่ยวชาญด้านการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพดี

องค์ประกอบที่ 5 การสนับสนุนด้านนโยบาย

องค์ประกอบนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้การเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพดีเป็นประเด็นสำคัญของอำเภอที่ต้องทำร่วมกันทั้งอำเภอ เพื่อให้มีการสนับสนุนให้นำเอานโยบายการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพดี เป็นส่วนหนึ่งในแผนงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล/อำเภอ ดำเนินการ ดังนี้

1. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ สตรีวัยทอง ครอบครัว หน่วยบริการสาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน และภาควิชาการ ทำการกำหนดนโยบาย “การเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพดี” โดยกำหนดเป็นประเด็นสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนของอำเภอ เพื่อให้ทุกภาคส่วน วางแผนและดำเนินการตอบสนอง
2. หน่วยบริการสาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน ประชาชน และภาควิชาการ ในพื้นที่ นำนโยบายการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพดี สู่การปฏิบัติ และพัฒนาให้เกิดอย่างต่อเนื่อง เพื่อก้าวสู่ผู้สูงอายุสุขภาพดี

โดยผู้วิจัยสามารถวาดสรุป ร่างรูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพดี รายละเอียดดังภาพ 12 ได้ดังนี้



ภาพ 12 แสดง (ร่าง) รูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ 2 นำเสนอร่างรูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ

1. ผู้วิจัยนำเสนอร่างรูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเสนอต่อกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ สตรีวัยทองอายุ 45-59 ปี ครอบครัว ญาติ หรือผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดสตรีวัยทอง ปราชญ์ชาวบ้าน หรือปราชญ์ล้านนา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บุคลากรสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข บุคลากรสาธารณสุข กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม บุคลากรในสังกัดสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และผู้บริหารสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยใช้เวลา 1 ชั่วโมง 45 นาที ในวันที่ 4 มกราคม 2564 ณ ห้องประชุมองค์การบริหารส่วนตำบลเวียงท่ากาน ชั้น 2 องค์การบริหารส่วนตำบลเวียงท่ากาน ตำบลบ้านกลาง อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อร่วมกันแสดงความเห็นเสนอแนะเพิ่มเติม ให้ได้ข้อสรุปเพื่อนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพจากผู้วิจัยในขั้นตอนต่อไป



ข้อสรุปผลการแสดงความคิดเห็นของกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่อร่างรูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพ และความคิดเห็นของนักวิจัยต่อการปรับปรุง พัฒนาร่างรูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพ โดยนำเสนอรายงานองค์ประกอบของรูปแบบ ดังตาราง 15 ต่อไปนี้

ตาราง 15 แสดงความคิดเห็นของกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่อร่างรูปแบบและความคิดเห็นของนักวิจัยต่อการพัฒนารูปแบบฯ

องค์ประกอบรูปแบบ	เห็นด้วย	การแสดงความคิดเห็น	ไม่เห็นด้วย	ความคิดเห็น	ความคิดเห็นของนักวิจัยในการเพิ่มเติม / ตัดออก / ปรับปรุงร่างรูปแบบให้มีความเหมาะสม
1. การสร้างองค์ความรู้ และประสบการณ์เกี่ยวกับผู้สูงอายุ	✓	เห็นด้วย	✓	ไม่เห็นด้วย	1. ประเด็นที่ “ตัดออก” คือ ตัดกรอบครัวออกจากความร่วมมือหรือทำกิจกรรมกับสตรีวัยทอง ให้ทำเฉพาะสตรีวัยทองเท่านั้น กรอบครัวเป็นเพียงผู้ให้กำลังใจและสนับสนุนเท่านั้น
1.1 ความเข้าใจผู้สูงอายุและผลกระทบการเป็นผู้สูงอายุสุขภาพไม่ดี และดี					
1.2 ทักษะความมั่นใจในความสามารถของตนเองและการรับรู้ศักยภาพของสตรีวัยทอง					
1.3 การปฏิบัติตัวของสตรีวัยทองเพื่อเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุสุขภาพ					
1.4 หลักสูตรอบรมการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุและผลกระทบการเป็นผู้สูงอายุเสริมสร้างทักษะความมั่นใจใน					
					2. ประเด็นที่ “ปรับปรุง” คือ 2.1 ระยะเวลาในการอบรมให้แบ่งการอบรม เป็น 2 ครั้ง เพื่อลดเวลาการอบรมติดต่อกันนาน 2.2 การสร้างประสบการณ์เกี่ยวกับผู้สูงอายุ โดยการเยี่ยมบ้าน นำไปเป็น

ตาราง 15 (ต่อ)

องค์ประกอบรูปแบบ	การแสดงความคิดเห็น	การแสดงความคิดเห็น
	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
<p>ความสามารถของตนเองและการปฏิบัติตัว เพื่อเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุสุขภาพ โดยผู้ร่วมดำเนินงานในองค์ประกอบนี้ ได้แก่ การแพทย์และสาธารณสุข ภาค วิชาการ และชุมชน</p> <p>2. การสนับสนุนด้านการแพทย์และสาธารณสุข ให้การสนับสนุน จัดบริการตาม การแพทย์และสาธารณสุขเชิงรุก ให้แก่ กลุ่มสตรีวัยทอง</p> <p>ในเรื่อง 2.1 สนับสนุนบุคลากรเสริมสร้าง องค์ความรู้</p> <p>2.2 จัดตั้งคลินิกเตรียมความพร้อมเพื่อ ประเมินศักยภาพและความสามารถในการ ดูแลตนเองของสตรีวัยทอง</p>	<p>✓</p> <p>- แต่มีข้อเสนอแนะว่า การสร้างเสริมองค์ความรู้ หรือประสบการณ์ ขอให้อบรมช่วย ในการเป็นพี่เลี้ยง หรือช่วยในการดูแล และกระตุ้นเตือนสตรีวัยทองในการ เตรียมความพร้อม</p>	<p>✓</p> <p>- ไม่เห็นด้วย เรื่อง การจัดตั้งคลินิกสตรีวัยทองเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุในรพช. และ การให้บริการเชิงรุกโดยการเยี่ยมบ้านสตรีวัยทองเนื่องจาก ภาครัฐไม่ได้ให้การสนับสนุน และด้วยภาระงานที่ค่อนข้างมาก ต้องทำงานประจำในโรงพยาบาล และคลินิกวัยทองตามตัวชีวิต และ</p>
<p>ความสามารถของตนเองและการปฏิบัติตัว เพื่อเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุสุขภาพ โดยผู้ร่วมดำเนินงานในองค์ประกอบนี้ ได้แก่ การแพทย์และสาธารณสุข ภาค วิชาการ และชุมชน</p> <p>2. การสนับสนุนด้านการแพทย์และสาธารณสุข ให้การสนับสนุน จัดบริการตาม การแพทย์และสาธารณสุขเชิงรุก ให้แก่ กลุ่มสตรีวัยทอง</p> <p>ในเรื่อง 2.1 สนับสนุนบุคลากรเสริมสร้าง องค์ความรู้</p> <p>2.2 จัดตั้งคลินิกเตรียมความพร้อมเพื่อ ประเมินศักยภาพและความสามารถในการ ดูแลตนเองของสตรีวัยทอง</p>	<p>✓</p> <p>- แต่มีข้อเสนอแนะว่า การสร้างเสริมองค์ความรู้ หรือประสบการณ์ ขอให้อบรมช่วย ในการเป็นพี่เลี้ยง หรือช่วยในการดูแล และกระตุ้นเตือนสตรีวัยทองในการ เตรียมความพร้อม</p>	<p>✓</p> <p>- ไม่เห็นด้วย เรื่อง การจัดตั้งคลินิกสตรีวัยทองเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุในรพช. และ การให้บริการเชิงรุกโดยการเยี่ยมบ้านสตรีวัยทองเนื่องจาก ภาครัฐไม่ได้ให้การสนับสนุน และด้วยภาระงานที่ค่อนข้างมาก ต้องทำงานประจำในโรงพยาบาล และคลินิกวัยทองตามตัวชีวิต และ</p>
<p>ความสามารถของตนเองและการปฏิบัติตัว เพื่อเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุสุขภาพ โดยผู้ร่วมดำเนินงานในองค์ประกอบนี้ ได้แก่ การแพทย์และสาธารณสุข ภาค วิชาการ และชุมชน</p> <p>2. การสนับสนุนด้านการแพทย์และสาธารณสุข ให้การสนับสนุน จัดบริการตาม การแพทย์และสาธารณสุขเชิงรุก ให้แก่ กลุ่มสตรีวัยทอง</p> <p>ในเรื่อง 2.1 สนับสนุนบุคลากรเสริมสร้าง องค์ความรู้</p> <p>2.2 จัดตั้งคลินิกเตรียมความพร้อมเพื่อ ประเมินศักยภาพและความสามารถในการ ดูแลตนเองของสตรีวัยทอง</p>	<p>✓</p> <p>- แต่มีข้อเสนอแนะว่า การสร้างเสริมองค์ความรู้ หรือประสบการณ์ ขอให้อบรมช่วย ในการเป็นพี่เลี้ยง หรือช่วยในการดูแล และกระตุ้นเตือนสตรีวัยทองในการ เตรียมความพร้อม</p>	<p>✓</p> <p>- ไม่เห็นด้วย เรื่อง การจัดตั้งคลินิกสตรีวัยทองเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุในรพช. และ การให้บริการเชิงรุกโดยการเยี่ยมบ้านสตรีวัยทองเนื่องจาก ภาครัฐไม่ได้ให้การสนับสนุน และด้วยภาระงานที่ค่อนข้างมาก ต้องทำงานประจำในโรงพยาบาล และคลินิกวัยทองตามตัวชีวิต และ</p>

ตาราง 15 (ต่อ)

องค์ประกอบรูปแบบ	การแสดงความคิดเห็น	ความคิดเห็น
<p>2.3 ให้บริการเชิงรุกโดย การเยี่ยมบ้าน และมีกิจกรรมเตรียมความพร้อม</p>	<p>- ยังไม่มีตัวชี้วัดในการประเมินผลการให้บริการในกลุ่มสตรีวัยทองผู้สูงอายุซึ่งทำให้บริการเชิงรุกทำได้ยาก</p>	<p>ไม่เห็นด้วย</p>
<p>3. จัดตั้งชมรมสตรีเตรียมพร้อมผู้สูงอายุ ให้แก่ กลุ่มสตรีวัยทอง เพื่อ 3.1) เพื่อให้เป็นจุดรวมกลุ่มสตรีเตรียมผู้สูงอายุ และให้สมาชิกชมรมได้เข้ามาร่วมกิจกรรมสตรีวัยทองเพื่อเตรียมความพร้อมผู้การเป็นผู้สูงอายุ</p>	<p>✓ - การตั้งชมรมสตรีเตรียมพร้อมผู้สูงอายุ จะช่วยให้เกิดการรวมกลุ่ม และมีกิจกรรมเตรียมความพร้อมไปด้วยกัน</p>	<p>เห็นด้วย</p>
<p>3.2) เพื่อให้ชมรมสตรีเตรียมพร้อมผู้สูงอายุ เป็นจุดประสานงานหน่วยงานต่างๆและชุมชน ในการสนับสนุนการสร้างอาชีพให้แก่สตรีวัยทอง</p>	<p>✓ - ไม่เห็นด้วยในการจัดทำสถานที่ในการจัดตั้งชมรมสตรีวัยทองโดยเฉพาะ โดยใช้งบประมาณด้านโครงสร้างจาก อบต. เพราะไม่มีระเบียบและนโยบายในการดำเนินงาน</p>	<p>เห็นด้วย</p>

ตาราง 15 (ต่อ)

องค์ประกอบรูปแบบ	การแสดงความคิดเห็น	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ความคิดเห็นของนักวิจัยในการเพิ่มเติม / ตัดออก / ปรับปรุงรูปแบบให้มีความเหมาะสม
<p>3.3) เพื่อสร้างสตรีเชี่ยวชาญในการเตรียมความพร้อมให้แก่สตรีในชุมชนรุ่นต่อ ๆ ไป</p> <p>4. การสนับสนุนทางชุมชน เพื่อให้ชุมชนเป็นผู้ให้การสนับสนุนภารกิจของชมรมสตรีเตรียมพร้อมผู้สูงอายุสุขภาพดี ทั้งนี้ เพื่อส่งเสริมบทบาท และสร้างการเป็นที่ยอมรับของชุมชนในเรื่อง</p> <p>4.1) การจัดกิจกรรมเตรียมความพร้อม</p> <p>4.2) การสร้างอาชีพให้แก่สตรีวัยทอง</p>	<p>✓</p> <p>- การให้ชุมชน เป็นผู้สนับสนุนภารกิจของชมรมสตรีเตรียมพร้อมผู้สูงอายุสุขภาพดี ทั้งนี้ เพื่อส่งเสริมบทบาท สร้างตัวตน และสร้างการเป็นที่ยอมรับของชุมชนให้แก่สตรีวัยทอง ตามกิจกรรม</p>				<p>2. ประเด็นที่ “เพิ่มเติม” คือ ให้สตรีวัยทองร่วมกิจกรรมจิตอาสาในชุมชน เช่น ให้การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง หรือการดูแลผู้ป่วยระยะยาว ในหมู่บ้าน หรือชุมชนของตนเอง</p> <p>1. ประเด็นที่ “เพิ่มเติม” คือ ชุมชนเป็นต้นทุนใหญ่ ได้แก่ การเสนอพื้นที่ในการจัดตั้งชมรมสตรีวัยทองในชุมชนของตนเอง ริเริ่มกิจกรรมเตรียมความพร้อมที่เหมาะสมแก่สตรีวัยทองในชุมชนของตนเอง ในการให้การสนับสนุนการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพดี โดยมี อปท. สาธารณสุข และภาควิชาการ ร่วมสนับสนุน</p>

ตาราง 15 (ต่อ)

องค์ประกอบรูปแบบ	การแสดงความคิดเห็น	ความคิดเห็น	ความคิดเห็นของนักวิจัยในการเพิ่มเติม / ตัดออก / ปรับปรุงร่างรูปแบบให้มีความเหมาะสม
4.3) การสนับสนุนเงินงบประมาณให้แก่ ชมรม	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	
4.4) เสริมสร้างบทบาทสตรี และการสร้าง ตัวตน	✓		
5. การสนับสนุนด้านนโยบาย เพื่อให้มีการ สนับสนุนให้นำเอานโยบายการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่สูงอายุ สุขภาวะ เป็น ส่วนหนึ่งใน แผนงานของ คณะกรรมการ การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ ตำบล/อำเภอ	✓	- การสนับสนุนด้านนโยบาย เพื่อให้มีการ สนับสนุนให้นำเอานโยบาย การเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่สูงอายุ สุขภาวะ เป็นส่วนหนึ่งใน แผนงานของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ ตำบล/อำเภอ	ประเด็นนี้ยัง “คงเดิม”
5.1) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ กำหนดนโยบาย “การเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่สูงอายุสุขภาพ” โดยกำหนดเป็นประเด็นสำคัญในการพัฒนา คุณภาพชีวิตประชาชของอำเภอ			

ตาราง 15 (ต่อ)

องค์ประกอบรูปแบบ	การแสดงความคิดเห็น เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย	ความคิดเห็นของนักวิจัยในการเพิ่มเติม / ตัดออก / ปรับปรุงรูปร่างแบบให้มีความ เหมาะสม
5.2) อปท. สาธารณสุขภาครัฐ และภาควิชาการในพื้นที่ มีการนำนโยบายการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่สูงอายุสุขภาพะสู่การปฏิบัติ และพัฒนาให้เกิดอย่างต่อเนื่อง เพื่อก้าวสู่สูงอายุสุขภาพะ		

สรุปประเด็นเพิ่มเติม / ตัดออก / ปรับปรุง ที่ผู้วิจัยนำไป “ พัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพดี ” ได้แก่

1. ประเด็นที่ “ตัดออก” คือ

1.1 ตัดครอบครัว ออกจากการร่วมอบรมหรือทำกิจกรรมกับสตรีวัยทอง ให้ทำเฉพาะสตรีวัยทองเท่านั้น ครอบครัวเป็นเพียงผู้ให้กำลังใจและสนับสนุนเท่านั้น

1.2 ตัดการจัดตั้งคลินิกสตรีวัยทองก่อนสูงอายุใน รพช./ รพ.สต.

2. ประเด็นที่ “ปรับปรุง” คือ

2.1 การสร้างประสบการณ์เกี่ยวกับผู้สูงอายุโดยการเยี่ยมบ้าน นำไปเป็นวิธีการหนึ่งของการจัดอบรมในหลักสูตร

2.2 เจ้าหน้าที่ บุคลากรสาธารณสุขเป็นวิทยากรฝึกอบรมตามร่างฯ เดิม โดยทำร่วมกับเจ้าหน้าที่ อปท. และให้มีการเยี่ยมประเมินศักยภาพ และความสามารถสตรีวัยทองในการเตรียมความพร้อมไปตามแผน หรือ โครงการที่ อปท. ได้จัดทำไว้

2.3 อปท. ให้การสนับสนุนในการใช้อาคาร หรือห้องประชุมในการทำกิจกรรมต่างๆ ในการเตรียมความพร้อมสำหรับสตรีวัยทอง เป็นครั้งคราว หรือ ให้เลือกใช้บริเวณหมู่บ้าน เช่น ศาลาประชาคม บริเวณออกกำลังกายประจำหมู่บ้าน เพื่อใช้ในการทำกิจกรรม และจัดตั้งศูนย์สตรีวัยทองก่อนสูงอายุประจำหมู่บ้าน

3. ประเด็นที่ “เพิ่มเติม” คือ

3.1 ให้เจ้าหน้าที่บุคลากรสาธารณสุขช่วยพัฒนาทักษะของ อสม. ให้เป็นที่เลี้ยงแก่สตรีวัยทองในการเตรียมความพร้อม

3.2 ส่งเสริมให้สตรีวัยทองร่วมกิจกรรมจิตอาสาในชุมชน

3.3 ชุมชนให้การสนับสนุนการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพดี ได้แก่ การเสนอพื้นที่ในการจัดตั้งชมรมสตรีวัยทองในชุมชนของตนเอง ริเริ่มกิจกรรมเตรียมความพร้อมที่เหมาะสมแก่สตรีวัยทองในชุมชนของตนเอง โดยมี อปท. สาธารณสุข และภาควิชาการ ร่วมสนับสนุน โดยมี อปท. สาธารณสุข และภาควิชาการ ร่วมสนับสนุน

ดังนั้นรูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพดี ที่ผู้วิจัยสังเคราะห์ได้ใหม่ตามบริบทของสตรีวัยทอง และตามเจตนารมณ์ โดยอยู่บนพื้นฐานของเหตุและปัจจัยที่ค้นพบ ได้ดังนี้ จะพบว่า รูปแบบให้ความสำคัญกับการจัดตั้งชมรมสตรีเตรียมพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุ โดยได้รับการสนับสนุน จากภาคีเครือข่ายจาก ชุมชน สาธารณสุข และภาควิชาการ พร้อมทั้งสนับสนุนการผลักดันเพื่อให้เป็นนโยบายในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการส่งเสริมพฤติกรรมเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทอง เพื่อให้สตรีวัยทองมีพฤติกรรมเตรียมความพร้อมสู่ผู้สูงอายุสุขภาพดี เป็นผู้สูงอายุสุขภาพดีที่สุดในอนาคต โดยสรุปดังตาราง 16 ต่อไปนี้

ตาราง 16 แสดงประเด็นเพิ่มเติม / ตัดออก / ปรับปรุง ที่ผู้วิจัยนำไป “ พัฒนารูปแบบการเตรียม
ความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพดี ”

ประเด็นที่ “ตัดออก”	ประเด็นที่ “ปรับปรุง”	ประเด็นที่ “ตัดออก”
1.1 ตัดครอบครัว ออกจากการ ร่วมอบรมหรือทำกิจกรรมกับ สตรีวัยทอง ให้ทำเฉพาะสตรีวัย ทองเท่านั้นครอบครัวเป็นเพียง ผู้ให้กำลังใจและสนับสนุน เท่านั้น (องค์ประกอบที่ 1)	2.1 การสร้างประสบการณ์ เกี่ยวกับผู้สูงอายุโดยการเยี่ยม บ้าน นำไปเป็นวิธีการหนึ่งของ การจัดอบรมในหลักสูตร (องค์ประกอบที่ 1)	3.1 ให้เจ้าหน้าที่บุคลากร สาธารณสุขช่วยพัฒนาทักษะ ของ อสม.ให้เป็นพี่เลี้ยงแก่สตรี วัยทองในการเตรียมความพร้อม (องค์ประกอบที่ 2)
1.2 ตัดการจัดตั้งคลินิกสตรีวัย ทองก่อนสูงอายุใน รพช./ รพ.สต. (องค์ประกอบที่ 2)	2.2 เจ้าหน้าที่ บุคลากร สาธารณสุขเป็นวิทยากร ฝึกอบรมตามร่างฯ เดิม โดยทำ ร่วมกับเจ้าหน้าที่ อปท.และให้มี การเยี่ยมประเมินศักยภาพ และ ความสามารถสตรีวัยทองในการ เตรียมความพร้อมไปตามแผน หรือ โครงการที่ อปท.ได้จัดทำ ไว้ (องค์ประกอบที่ 1)	3.2 ส่งเสริมให้สตรีวัยทองร่วม กิจกรรมจิตอาสาในชุมชน (องค์ประกอบที่ 3)
	2.3 อปท. ให้การสนับสนุนใน การใช้อาคาร หรือห้องประชุม ในการทำกิจกรรมต่างๆ ในการ เตรียมความพร้อมสำหรับสตรี วัยทอง เป็นครั้งคราว หรือ ให้ เลือกใช้บริเวณหมู่บ้าน เช่น ศาลาประชาคม บริเวณออก กำลังกายประจำหมู่บ้าน เพื่อใช้ ในการทำกิจกรรม และจัดตั้ง ศูนย์สตรีวัยทองก่อนสูงอายุ ประจำหมู่บ้าน (องค์ประกอบที่ 3)	3.3 ชุมชนให้การสนับสนุนการ เตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพดี ได้แก่ การเสนอพื้นที่ในการจัดตั้ง ชมรมสตรีวัยทองในชุมชนของ ตนเอง ริเริ่มกิจกรรมเตรียม ความพร้อมที่เหมาะสมแก่สตรี วัยทองในชุมชนของตนเอง โดย มี อปท. สาธารณสุข และ ภาควิชาการ ร่วมสนับสนุน (องค์ประกอบที่ 3)

ขั้นตอนที่ 3 ปรับปรุงพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ

ภาวะ

โดยผู้วิจัยนำเสนอผลและสรุปรูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพจากขั้นตอนที่ 2 มาปรับปรุงและแก้ไขตามความครอบคลุม ความตรงประเด็นความเหมาะสม ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ โดยผู้วิจัยสามารถสรุป รูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ โดยมีรายละเอียดองค์ประกอบรูปแบบที่ปรับปรุง ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 การสร้างองค์ความรู้ และประสบการณ์เกี่ยวกับผู้สูงอายุ

องค์ประกอบนี้ให้ความสำคัญกับ สตรีวัยทอง โดยเฉพาะ มีวัตถุประสงค์เพื่อ เสริมสร้างความรู้ ประสบการณ์เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้สูงอายุและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น เพราะจะทำให้เกิดความตระหนักในการปฏิบัติตัว และพัฒนาทักษะความสามารถสตรีวัยทองให้มั่นใจและสามารถเตรียมความพร้อมตนเอง สู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพได้ โดยมีครอบครัวทำหน้าที่ให้กำลังใจและสนับสนุนการเข้าร่วมกิจกรรม

การจัดทำหลักสูตรเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพเพื่อพัฒนากลุ่มสตรีวัยทอง โดยความร่วมมือของหน่วยงานสาธารณสุขในอำเภอ และชุมชน ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บุคลากรรพ.สต. กลุ่มสตรีวัยทอง อสม. นักพัฒนาชุมชน และภาควิชาการ เช่น อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญ ด้านอนามัยเจริญพันธุ์และผู้สูงอายุในมหาวิทยาลัย มาร่วมทำหลักสูตรที่เหมาะสม สามารถนำไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของสตรีวัยทองปัจจุบัน จนนำไปสู่พฤติกรรมการเตรียมความพร้อมสู่ผู้สูงอายุสุขภาพได้

1. เนื้อหาสำคัญและจำเป็นต่อสตรีวัยทองที่ต้องการเตรียมพร้อมสู่ผู้สูงอายุที่สุขภาพดี ดังนี้

1.1 ความเข้าใจวัยผู้สูงอายุและผลกระทบการเป็นผู้สูงอายุสุขภาพดี และไม่ดี

1.2 ทักษะความมั่นใจในความสามารถของตนเอง รับรู้ศักยภาพของสตรีวัยทองต่อการเตรียมความพร้อม

1.3 การปฏิบัติตัวของสตรีวัยทองเพื่อเตรียมความพร้อมสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ

2. พัฒนาสตรีวัยทอง ตามหลักสูตร โดยวิธีการอบรมเชิงปฏิบัติการ ในเรื่องวัยผู้สูงอายุและผลกระทบการเป็นผู้สูงอายุ เสริมสร้างทักษะความมั่นใจในความสามารถของตนเองและการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมความพร้อมสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ และการให้ประสบการณ์แก่สตรีวัยทองได้เห็นผู้สูงอายุที่สุขภาพดี และไม่ดี โดยวิธีการให้สตรีวัยทองเยี่ยมบ้านเพื่อให้เห็นสภาพที่แท้จริงของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง โดยมีการให้การสนับสนุนหลาย ๆ ภาคส่วนทั้งหน่วยงานสาธารณสุข วิชาการ ชุมชนและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

องค์ประกอบที่ 2 การสนับสนุนด้านการแพทย์และสาธารณสุข

องค์ประกอบนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้หน่วยบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขให้การสนับสนุน จัดบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขเชิงรุกให้แก่สตรีวัยทอง โดยมีรูปแบบ ได้แก่

1. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในอำเภอร่วมกันจัดอบรมสร้างองค์ความรู้แก่สตรีวัยทอง ตามหลักสูตรที่กำหนดขึ้นเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพดี ร่วมกับชุมชนและอปท.

2. ให้บุคลากรสาธารณสุขช่วยพัฒนาทักษะของ อสม.ให้เป็นพี่เลี้ยงแก่สตรีวัยทองในการเตรียมความพร้อม

3. ปรับระบบบริการด้านสาธารณสุขแก่สตรีวัยทอง ให้เป็นบริการแบบเชิงรุกโดยการเยี่ยมบ้าน และประเมินศักยภาพ ความสามารถสตรีวัยทองในการเตรียมความพร้อม โดยมีกิจกรรมเตรียมความพร้อม ซึ่งสอดคล้องกับผลการประเมินศักยภาพและความสามารถของสตรีวัยทอง และสร้างสตรีเชี่ยวชาญ โดยเกิดจากสมาชิกที่อยู่ในกลุ่มสตรีเตรียมพร้อมผู้สูงอายุ แต่ละด้านได้แก่ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมสิ่งแวดล้อมและ จิตปัญญา

องค์ประกอบที่ 3 การจัดตั้งชมรมสตรีเตรียมพร้อมผู้สูงอายุ

องค์ประกอบนี้เน้นการจัดตั้งชมรมสตรีเตรียมพร้อมผู้สูงอายุสุขภาพดี เป็นจุดรวมสตรีก่อนวัยสูงอายุในการทำกิจกรรมต่างๆ และเป็นจุดประสานงานหน่วยงานต่างๆที่เข้ามาสนับสนุนกลุ่มสตรีวัยทองเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุสุขภาพดี

1. วัตถุประสงค์เพื่อ

1.1 เพื่อให้เป็นจุดรวมกลุ่มสตรีเตรียมพร้อมผู้สูงอายุ และให้สมาชิกชมรมได้เข้ามามีกิจกรรมสตรีวัยทอง นำไปสู่การเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพดี

1.2 เพื่อให้ชมรมสตรีเตรียมพร้อมผู้สูงอายุ เป็นจุดประสานงานหน่วยงานต่างๆและชุมชน ในการสนับสนุนการสร้างอาชีพเพื่อให้เกิดรายได้เสริมให้แก่สตรีวัยทอง รวมทั้งให้การสนับสนุนงบประมาณ เพื่อใช้ในชมรมสตรีก่อนวัยสูงอายุ

1.3 เพื่อสร้างสตรีเชี่ยวชาญ โดยเกิดจากสมาชิกที่อยู่ในกลุ่มสตรีเตรียมพร้อมผู้สูงอายุ ให้เป็นผู้นำ ผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มสตรีของชุมชนตนเองในการเตรียมความพร้อมให้แก่สตรีในชุมชน

2. กิจกรรมชมรมสตรีวัยทอง

2.1 ชมรมสตรีวัยทองริเริ่มกิจกรรมเอง และร่วมจัดกิจกรรมเตรียมความพร้อมโครงการต่างๆของชุมชน โดยจัดเป็นระยะ ๆ

2.2 สมาชิกเข้าร่วมกิจกรรมจิตอาสาต่าง ๆในชุมชน

2.3 สตรีเชี่ยวชาญ จากสมาชิกที่อยู่ในกลุ่มสตรีเตรียมพร้อมผู้สูงอายุ เป็นผู้นำในกลุ่มสตรีวัยทองของชุมชนตนเองในเพื่อให้คำปรึกษา และจัดกิจกรรมเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุให้แก่สตรีวัยทอง และสตรีอื่น ๆ ในชุมชนด้วย

3. การสนับสนุน

ครอบครัวให้การสนับสนุนให้สตรีเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมสตรีเตรียมพร้อมผู้สูงอายุ และให้กำลังใจในการปฏิบัติการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุ

โดยการดำเนินกิจกรรมได้รับการสนับสนุนจาก ชุมชนของสตรีวัยทอง และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้ง อบต.และทต. โดยการสนับสนุนสถานที่เพื่อตั้งเป็นชมรมสตรีก่อนวัยสูงอายุ ได้แก่ สนับสนุนในการใช้อาคาร หรือห้องประชุมที่มีอยู่แล้ว ในการทำกิจกรรมต่างๆ ในการเตรียมความพร้อมสำหรับสตรีวัยทอง เป็นครั้งคราว หรือ ชุมชนให้การสนับสนุนให้เลือกใช้บริเวณหมู่บ้าน เช่น ศาลาประชาคม บริเวณออกกำลังกายประจำหมู่บ้าน เพื่อใช้ในการทำกิจกรรม และจัดตั้งศูนย์สตรีวัยทองก่อนสูงอายุประจำหมู่บ้าน

องค์ประกอบที่ 4 การสนับสนุนจากชุมชน

องค์ประกอบนี้ เป็นความต้องการของสตรีวัยทองที่ให้ชุมชนเป็นผู้ให้การสนับสนุนภาระกิจของชมรมสตรีเตรียมพร้อมผู้สูงอายุที่ดี โดยให้ชุมชนเป็นผู้สนับสนุนหลักทั้งงบประมาณ และทรัพยากร ทั้งนี้ เพื่อส่งเสริมบทบาท และสร้างการเป็นที่ยอมรับของชุมชน สร้างปัจจัยเอื้อให้สตรีวัยทองได้ร่วมกิจกรรมในชุมชน มีตัวตน มีความมั่นใจ ในการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมพร้อมผู้สูงอายุที่ดี มีกิจกรรมสำคัญดังนี้

1. สนับสนุนให้มีการจัดกิจกรรมในชมรมสตรีเตรียมพร้อมผู้สูงอายุ
2. สนับสนุนการสร้างอาชีพเพื่อให้เกิดรายได้เสริมให้แก่สตรีวัยทอง หรือ สตรีเตรียมพร้อมผู้สูงอายุ เนื่องจากพบว่าสตรีวัยทองที่มีปัญหารายได้ ส่งผลต่อการเข้าร่วมกิจกรรมการปฏิบัติตัวเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุ
3. ให้การสนับสนุนงบประมาณเพื่อใช้ในชมรมสตรีก่อนวัยสูงอายุ
4. ผู้นำชุมชนให้การสนับสนุน การประสานงานด้านสถานที่จัดกิจกรรม การประสานงานหน่วยงานภายนอก เสริมสร้างบทบาทสตรี และกระตุ้นการสร้างตัวตนของสตรีวัยทองในชุมชน กิจกรรมเพื่อการเสริมสร้างบทบาทสตรีให้เกิดคุณค่า นำไปสู่การสร้างสตรีเชี่ยวชาญด้านการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุ

องค์ประกอบที่ 5 การสนับสนุนด้านนโยบาย

องค์ประกอบนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้การเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองผู้สูงอายุกลายเป็นประเด็นสำคัญของอำเภอที่ต้องทำร่วมกันทั้งอำเภอ เพื่อให้มีการสนับสนุนให้นำเอานโยบาย

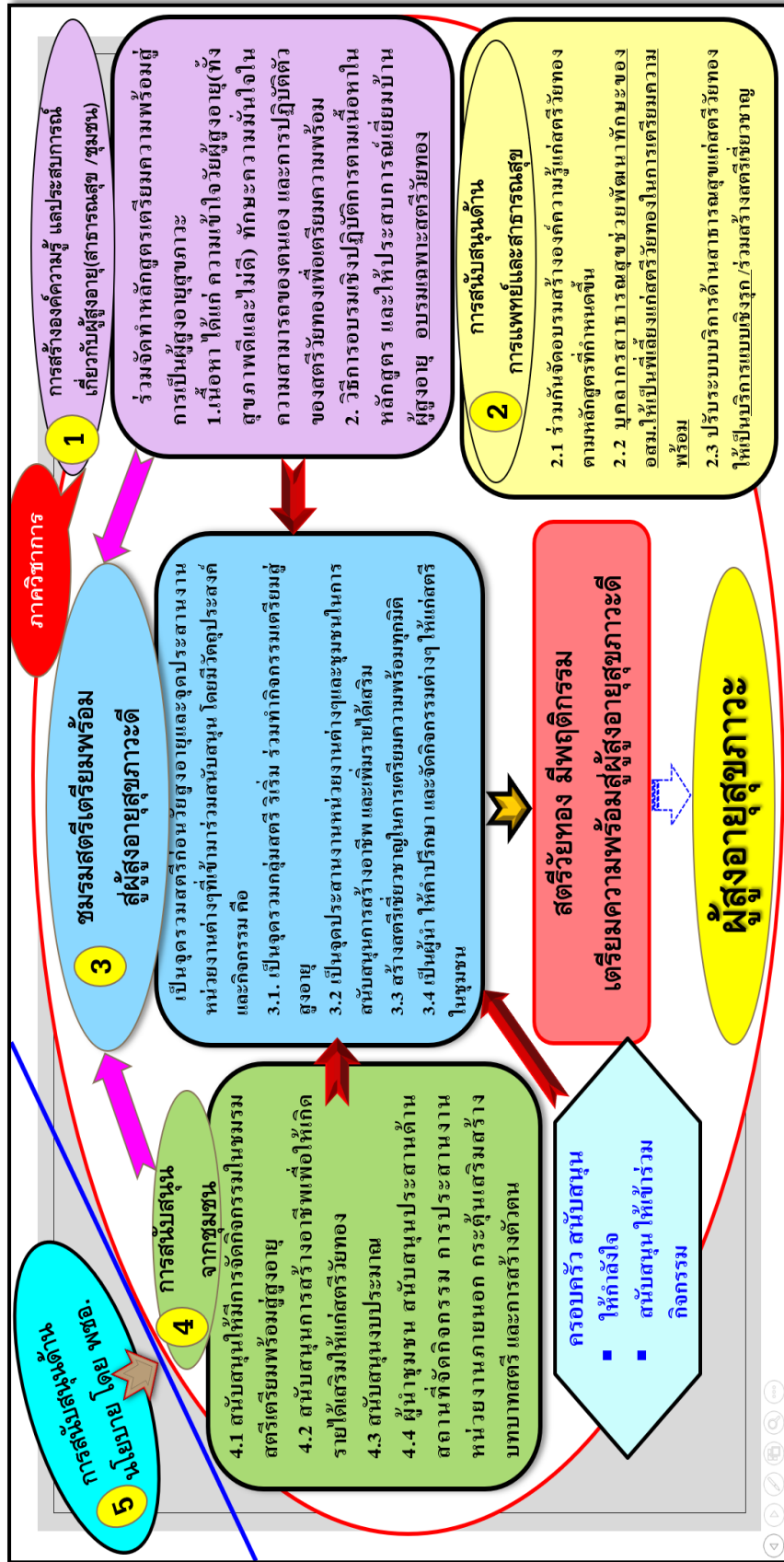
การเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพดี เป็นส่วนหนึ่งใน แผนงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล/อำเภอ ดำเนินการ ดังนี้

1. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ กำหนดนโยบาย “การเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพดี” โดยกำหนดเป็นประเด็นสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนของอำเภอ

2. อปท. สาธารณสุขภาครัฐ และภาควิชาการในพื้นที่ มีการนำนโยบายการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพดีสู่การปฏิบัติ และพัฒนาให้เกิดอย่างต่อเนื่อง เพื่อก้าวสู่ผู้สูงอายุสุขภาพดี

โดยสามารถวาดเป็น รูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพดี ฉบับปรับปรุง ดังภาพ 13





ภาพ 13 แสดงรูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพดี ฉบับปรับปรุง

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินรูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ

โดยรับฟังความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ และนักวิชาการในพื้นที่ ด้วยการจัดสัมมนาอิงกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) ซึ่งมีเกณฑ์ในการเลือกผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้กำหนดนโยบาย ผู้ปฏิบัติ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ตามจำนวนที่เหมาะสม เพื่อประเมินรูปแบบเกี่ยวกับความเหมาะสม การนำไปใช้ประโยชน์ และความเป็นไปได้ของรูปแบบต่อการนำไปปฏิบัติ

1. กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ที่ร่วมในการประเมินรูปแบบการเตรียมความพร้อมฯ ประกอบด้วย สตรีวัยทองที่ประสบปัญหาการดูแลตนเอง ผู้ที่เคยดูแลสตรีวัยทอง ผู้สูงอายุสุขภาพดี อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีความเชี่ยวชาญในการทำงานในชุมชน ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ ที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ และหรือ นักวิชาการสาธารณสุข ทั้งในระดับตำบล และอำเภอ พัฒนาการชุมชนระดับตำบลและอำเภอ และผู้บริหารระดับอำเภอที่มีส่วนในการเสนอนโยบาย รวมทั้งหมด 10 คน ด้วยการสัมมนาอิงผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการ ใช้เวลาในการดำเนินการ 1 ชั่วโมง 30 นาที

2. ดำเนินการสัมมนาอิงผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) ด้วยการนำเสนอวัตถุประสงค์ และผลการวิจัยที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษา จากนั้นนำเสนอรูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ (ฉบับปรับปรุง) ให้ผู้เชี่ยวชาญร่วมให้ข้อเสนอแนะ และประเมินรูปแบบทุกท่าน ตามประเด็นความเหมาะสม ประโยชน์ และความเป็นไปได้ทางปฏิบัติ ผู้วิจัยบันทึกผลการสนทนา จุดประเด็นการสนทนา ตามแนวทางการ ร่วมแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นในทุกประเด็น

ผลการประเมินรูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ

ผลการประเมินความคิดเห็นต่อรูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ พบว่า

1. ผู้เชี่ยวชาญทุกท่านเห็นด้วยกับ รูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ ในประเด็นความเหมาะสม และความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ

2. ผู้เชี่ยวชาญ ได้ให้ข้อเสนอแนะ ในประเด็นที่ควรพิจารณาปรับปรุง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ ดังต่อไปนี้

2.1 การจัดตั้งชมรมสตรีเตรียมพร้อมผู้สูงอายุสุขภาพดี ให้เกิดความยั่งยืนและสอดคล้องกับบริบทในพื้นที่นั้น ต้องสนับสนุนให้ชมรมพึ่งตนเองให้ได้มากที่สุด โดยการวางแผนการเขียนโครงการเพื่อพัฒนาตนเอง ตามบริบทพื้นที่หรือชุมชนของตนเอง ตามความต้องการของสตรีวัยทอง ในการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุสุขภาพดี การเสนองบประมาณต่อกองทุนต่าง ๆ การเสนอวิธีการดำเนินงาน และการขอการสนับสนุนจากหน่วยงาน อปท. สาธารณสุข ชุมชน และภาควิชาการ

2.2 การปรับระบบบริการและโครงสร้างด้านหน่วยงานสาธารณสุข ได้แก่ การมีผู้รับผิดชอบงานเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุ ควรชัดเจน ซึ่งควรเป็นผู้เชี่ยวชาญที่มี

บทบาทในการประสานความร่วมมือด้านการพัฒนาหลักสูตรการเตรียมความพร้อม การปรับปรุงระบบการส่งเสริมสุขภาพวัยก่อนสูงอายุ ทั้งในระดับตำบล และอำเภอ

3. ข้อเสนอแนะควรพิจารณา เรื่องกลุ่มเป้าหมายของรูปแบบ คือ รูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพดี อาจเหมาะสมกับสตรีวัยทองที่ทำงานในชุมชนเป็นหลัก เพราะใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่ในชุมชน จะมีเวลาในการร่วมกิจกรรม ซึ่งสามารถเป็นสตรีเชี่ยวชาญ เป็นผู้นำในการจัดกิจกรรมได้ ส่วนสตรีวัยทองทำงานประจำในเมือง อาจไม่สะดวกในการเป็นผู้นำในกลุ่ม หรือเข้าร่วมกิจกรรมได้ทั้งหมด แต่ให้สตรีวัยทองกลุ่มนี้ก็สามารถเข้าร่วมเป็นสมาชิก และร่วมเป็นรายกิจกรรมได้ตามความเหมาะสม

จากผลการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยได้นำไปปรับปรุงรูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพดี ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 การสร้างองค์ความรู้ เพิ่มเนื้อหา และทักษะการเขียนโครงการ

องค์ประกอบที่ 2 เพิ่มการปรับโครงสร้างด้านหน่วยงานสาธารณสุขให้มีผู้รับผิดชอบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพดีที่ชัดเจน

องค์ประกอบที่ 3 การจัดตั้งชมรมสตรีเตรียมพร้อมผู้สูงอายุ เพิ่มหลักการให้เกิดความยั่งยืนและพึ่งตนเองได้ และกิจกรรมชมรมสตรีวัยทองเพิ่มการเขียนโครงการ เพื่อพัฒนาตนเอง

ขั้นตอนที่ 5 สรูปรูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพดี

รูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพดี ที่ผู้วิจัยสังเคราะห์ได้ใหม่ และได้รับการประเมินรูปแบบเกี่ยวกับความเหมาะสม การนำไปใช้ประโยชน์ และความเป็นไปได้ของรูปแบบต่อการนำไปปฏิบัติ

พบว่ารูปแบบต้องเริ่มต้นจากการ จัดตั้งชมรมสตรีเตรียมพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุ ได้รับการสนับสนุนจากชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชนให้การประสานงานเครือข่ายอื่น

มีภาคีสาธารณสุข และภาควิชาการ ร่วมกันจัดทำหลักสูตรการเตรียมความพร้อมที่เป็นไปตามความต้องการของสตรีวัยทอง โดยโครงการที่ชมรมสตรีวัยทองเขียนขึ้นเองจากความต้องการของตนเอง และเป็นไปตามบริบทของพื้นที่ จัดอบรมและทำกิจกรรมในชมรมสตรีที่ตั้งขึ้น

โดยมีครอบครัวให้การสนับสนุนและให้กำลังใจแก่สตรีวัยทองในการเข้าร่วมกิจกรรมเตรียมความพร้อมเน้นกลุ่มสตรีวัยทองที่อยู่ในชุมชน

มีการปรับระบบบริการและโครงสร้างด้านหน่วยงานสาธารณสุข ได้แก่ การมีผู้รับผิดชอบงานเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุที่ชัดเจน ซึ่งควรเป็นผู้เชี่ยวชาญที่มีบทบาทในการประสานความร่วมมือด้านการพัฒนาหลักสูตรการเตรียมความพร้อม และปรับปรุงระบบการส่งเสริมสุขภาพวัยก่อนสูงอายุ ทั้งในระดับตำบล และอำเภอ พร้อมได้รับการสนับสนุน และผลักดันให้เป็นข้อเสนอเชิงนโยบายในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการส่งเสริมพฤติกรรมการเตรียมความพร้อม

พร้อมของสตรีวัยทอง เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สาธารณสุข ได้ร่วมตอบสนองและดำเนินการ มีโครงสร้างในภารกิจที่ชัดเจน และบูรณาการร่วมกับการดำเนินการอื่น ๆ เพื่อให้สตรีวัยทองมีพฤติกรรมเตรียมความพร้อมสู่ผู้สูงอายุสุขภาพดี ดังนั้น “รูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพดี” จึงมีองค์ประกอบโดยสรุปดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 การสร้างองค์ความรู้ และประสบการณ์เกี่ยวกับผู้สูงอายุ

องค์ประกอบนี้ให้ความสำคัญกับ สตรีวัยทอง โดยเฉพาะ มีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างความรู้ ประสบการณ์เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้สูงอายุและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น เพราะจะทำให้เกิดความตระหนักในการปฏิบัติตัว และพัฒนาทักษะความสามารถสตรีวัยทองให้มั่นใจและสามารถเตรียมความพร้อมตนเอง สู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพดี โดยมีครอบครัวทำหน้าที่ให้กำลังใจและสนับสนุนการเข้าร่วมกิจกรรม

การจัดทำหลักสูตรเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพดีเพื่อพัฒนากลุ่มสตรีวัยทอง โดยความร่วมมือของหน่วยงานสาธารณสุขในอำเภอ และชุมชน ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บุคลากรรพ.สต. กลุ่มสตรีวัยทอง อสม. นักพัฒนาชุมชน และภาควิชาการ เช่น อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญ ด้านอนามัยเจริญพันธุ์และผู้สูงอายุในมหาวิทยาลัย มาร่วมทำหลักสูตรที่เหมาะสม สามารถนำไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของสตรีวัยทองปัจจุบัน จนนำไปสู่พฤติกรรมเตรียมความพร้อมสู่ผู้สูงอายุสุขภาพดี

1. เนื้อหาสำคัญและจำเป็นต่อสตรีวัยทองที่ต้องการเตรียมพร้อมสู่ผู้สูงอายุที่สุขภาพดี ดังนี้

1.1 ความเข้าใจวัยผู้สูงอายุและผลกระทบการเป็นผู้สูงอายุสุขภาพดี และไม่ดี

1.2 ทักษะความมั่นใจในความสามารถของตนเอง รับรู้ศักยภาพของสตรีวัยทองต่อการเตรียมความพร้อม

1.3 การปฏิบัติตัวของสตรีวัยทองเพื่อเตรียมความพร้อมสู่ผู้สูงอายุสุขภาพดี

1.4 ทักษะการเขียนโครงการเพื่อสนับสนุนการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองโดยพิจารณาจากบริบทและความต้องการในการพัฒนาตนเอง

2. พัฒนาสตรีวัยทอง ตามหลักสูตร โดยวิธีการอบรมเชิงปฏิบัติการ ในเรื่อง วัยผู้สูงอายุ และผลกระทบการเป็นผู้สูงอายุเสริมสร้างทักษะความมั่นใจในความสามารถของตนเองและการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมความพร้อมสู่ผู้สูงอายุสุขภาพดี และการให้ประสบการณ์แก่สตรีวัยทองได้เห็นผู้สูงอายุที่สุขภาพดี และไม่ดี โดยวิธีการให้สตรีวัยทองเยี่ยมบ้านเพื่อให้เห็นสภาพที่แท้จริงของผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง โดยมีให้การสนับสนุนหลาย ๆ ภาคส่วนทั้งหน่วยงานสาธารณสุข วิชาการ ชุมชนและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

องค์ประกอบที่ 2 การสนับสนุนด้านการแพทย์และสาธารณสุข

องค์ประกอบนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้หน่วยบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ให้การสนับสนุน จัดบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขเชิงรุกให้แก่สตรีวัยทอง โดยมีรูปแบบ ได้แก่

1. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในอำเภอร่วมกันจัดอบรมสร้างองค์ความรู้แก่สตรีวัยทอง ตามหลักสูตรที่กำหนดขึ้นเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพดี ร่วมกับชุมชนและอปท.

2. ให้เจ้าหน้าที่บุคลากรสาธารณสุขช่วยพัฒนาทักษะของ อสม.ให้เป็นพี่เลี้ยงแก่สตรีวัยทองในการเตรียมความพร้อม

3. ปรับระบบบริการด้านสาธารณสุขแก่สตรีวัยทอง ให้เป็นบริการแบบเชิงรุกโดยการเยี่ยมบ้าน และประเมินศักยภาพ ความสามารถสตรีวัยทองในการเตรียมความพร้อม โดยมีกิจกรรมเตรียมความพร้อม ซึ่งสอดคล้องกับผลการประเมินศักยภาพและความสามารถของสตรีวัยทอง และสร้างสตรีเชี่ยวชาญ โดยเกิดจากสมาชิกที่อยู่ในกลุ่มสตรีเตรียมพร้อมผู้สูงอายุ แต่ละด้านได้แก่ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมสิ่งแวดล้อมและ จิตปัญญา

4. จัดโครงสร้างหน่วยงานสาธารณสุข เพื่อรองรับการจัดบริการ การเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพดี โดยจัดแผนกหรือมีผู้รับผิดชอบโดยตรงในการให้คำปรึกษา บริการ ตลอดจนการประสานความร่วมมือด้านการพัฒนาหลักสูตรการเตรียมความพร้อม การปรับปรุงระบบการส่งเสริมสุขภาพวัยก่อนสูงอายุ ทั้งในระดับตำบล และอำเภอ

องค์ประกอบที่ 3 การจัดตั้งชมรมสตรีเตรียมพร้อมผู้สูงอายุ

องค์ประกอบนี้เน้นการจัดตั้งชมรมสตรีเตรียมพร้อมผู้สูงอายุสุขภาพดี เป็นจุดรวมสตรีก่อนวัยสูงอายุในการทำกิจกรรมต่างๆ และเป็นจุดประสานงานหน่วยงานต่างๆที่เข้ามาสนับสนุนกลุ่มสตรีวัยทองเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุสุขภาพดี โดยให้เกิดความยั่งยืนและพึ่งตนเองได้

1. วัตถุประสงค์เพื่อ

1.1 เพื่อให้ชมรมสตรีวัยทอง ได้วางแผนเขียนโครงการ เพื่อพัฒนาตนเอง ตามบริบทพื้นที่หรือชุมชนของตนเอง ตามความต้องการของสตรีวัยทอง

1.2 เพื่อให้เป็นจุดรวมกลุ่มสตรีเตรียมพร้อมผู้สูงอายุ และให้สมาชิกชมรมได้เข้ามามีส่วนร่วมกิจกรรมสตรีวัยทอง นำไปสู่การเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพดี

1.3 เพื่อให้ชมรมสตรีเตรียมพร้อมผู้สูงอายุ เป็นจุดประสานงานหน่วยงานต่างๆและชุมชน ในการสนับสนุนการสร้างอาชีพเพื่อให้เกิดรายได้เสริมให้แก่สตรีวัยทอง รวมทั้งให้การสนับสนุนงบประมาณ เพื่อใช้ในชมรมสตรีก่อนวัยสูงอายุ

1.4 เพื่อสร้างสตรีเชี่ยวชาญ โดยเกิดจากสมาชิกที่อยู่ในกลุ่มสตรีเตรียมพร้อมผู้สูงอายุ ให้เป็นผู้นำ ผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มสตรีของชุมชนตนเองในการเตรียมความพร้อมให้แก่สตรีในชุมชน

2. กิจกรรมชมรมสตรีวัยทอง

2.1 เขียนโครงการ เพื่อพัฒนาตนเอง ตามบริบทพื้นที่หรือชุมชนของตนเอง ตามความต้องการของสตรีวัยทอง เป็นการริเริ่มกิจกรรมเอง

2.2 ชมรมสตรีวัยทองร่วมจัดกิจกรรมเตรียมความพร้อมโครงการต่างๆ ของชุมชน โดยจัดเป็นระยะ ๆ

2.3 สมาชิกเข้าร่วมกิจกรรมจิตอาสาต่าง ๆ ในชุมชน

2.4 สตรีเชี่ยวชาญจากสมาชิกที่อยู่ในกลุ่มสตรีเตรียมพร้อมผู้สูงอายุ เป็นผู้นำในกลุ่มสตรีวัยทองของชุมชนตนเองในเพื่อให้คำปรึกษา และจัดกิจกรรมเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุให้แก่สตรีวัยทอง และสตรีอื่น ๆ ในชุมชนด้วย

3. การสนับสนุน

ครอบครัวให้การสนับสนุนให้สตรีเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมสตรีเตรียมพร้อมผู้สูงอายุ และให้กำลังใจในการปฏิบัติการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพ

โดยการดำเนินกิจกรรมได้รับการสนับสนุนจาก ชุมชนของสตรีวัยทอง และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นทั้ง อบต.และทต. โดยการสนับสนุนสถานที่เพื่อตั้งเป็นชมรมสตรีก่อนวัยสูงอายุ ได้แก่ สนับสนุนในการใช้อาคาร หรือห้องประชุมที่มีอยู่แล้ว ในการทำกิจกรรมต่างๆ ในการเตรียมความพร้อมสำหรับสตรีวัยทอง เป็นครั้งคราว หรือ ชุมชนให้การสนับสนุนให้เลือกใช้บริเวณหมู่บ้าน เช่น ศาลาประชาคม บริเวณออกกำลังกายประจำหมู่บ้าน เพื่อใช้ในการทำกิจกรรม และจัดตั้งศูนย์สตรีวัยทองก่อนสูงอายุประจำหมู่บ้าน

องค์ประกอบที่ 4 การสนับสนุนจากชุมชน

องค์ประกอบนี้ เป็นความต้องการของสตรีวัยทองที่ให้ชุมชนเป็นผู้ให้การสนับสนุนภาระกิจของชมรมสตรีเตรียมพร้อมผู้สูงอายุสุขภาพดี โดยให้ชุมชนเป็นผู้สนับสนุนหลักทั้งงบประมาณ และทรัพยากร ทั้งนี้ เพื่อส่งเสริมบทบาท และสร้างการเป็นที่ยอมรับของชุมชน สร้างปัจจัยเอื้อให้สตรีวัยทองได้ร่วมกิจกรรมในชุมชน มีตัวตน มีความมั่นใจ ในการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมพร้อมผู้สูงอายุสุขภาพดี มีกิจกรรมสำคัญดังนี้

1. สนับสนุนให้มีการจัดกิจกรรมในชมรมสตรีเตรียมพร้อมผู้สูงอายุ
2. สนับสนุนการสร้างอาชีพเพื่อให้เกิดรายได้เสริมให้แก่สตรีวัยทอง หรือ สตรีเตรียมพร้อมผู้สูงอายุ เนื่องจากพบว่าสตรีวัยทองที่มีปัญหารายได้ ส่งผลต่อการเข้าร่วมกิจกรรมการปฏิบัติตัวเตรียมความพร้อมฯ
3. ให้การสนับสนุนงบประมาณเพื่อใช้ในกลุ่มชมรมสตรีก่อนวัยสูงอายุ
4. ผู้นำชุมชนให้การสนับสนุน การประสานงานด้านสถานที่จัดกิจกรรม การประสานงานหน่วยงานภายนอก เสริมสร้างบทบาทสตรี และกระตุ้นการสร้างตัวตนของสตรีวัยทองในชุมชน

กิจกรรมเพื่อการเสริมสร้างบทบาทสตรีให้เกิดคุณค่า นำไปสู่การสร้าง สตรีเชี่ยวชาญด้านการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาวะ

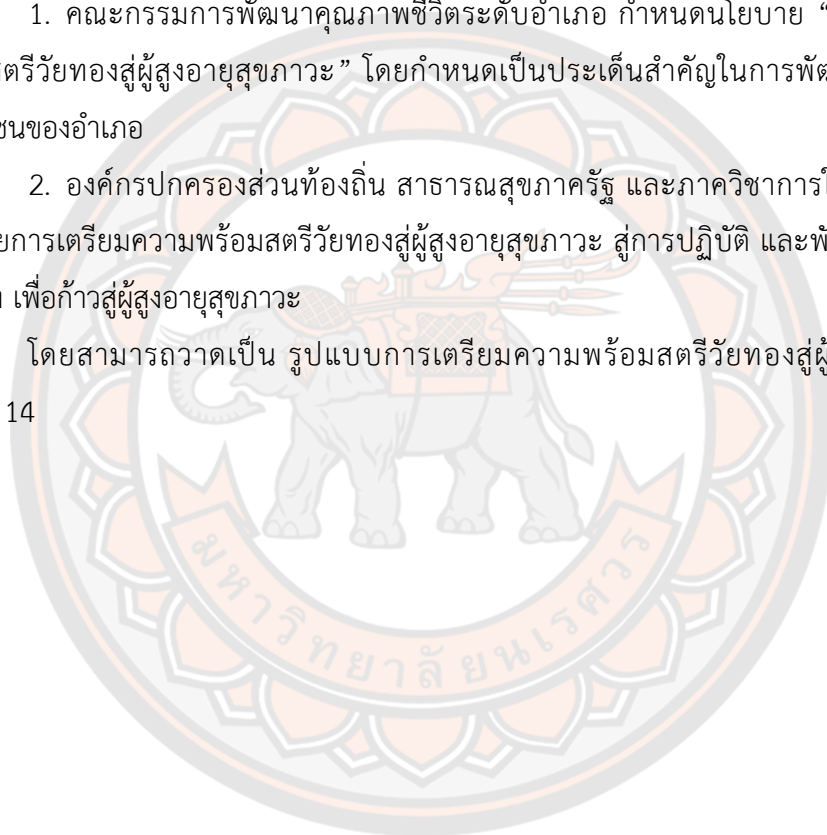
องค์ประกอบที่ 5 การสนับสนุนด้านนโยบาย

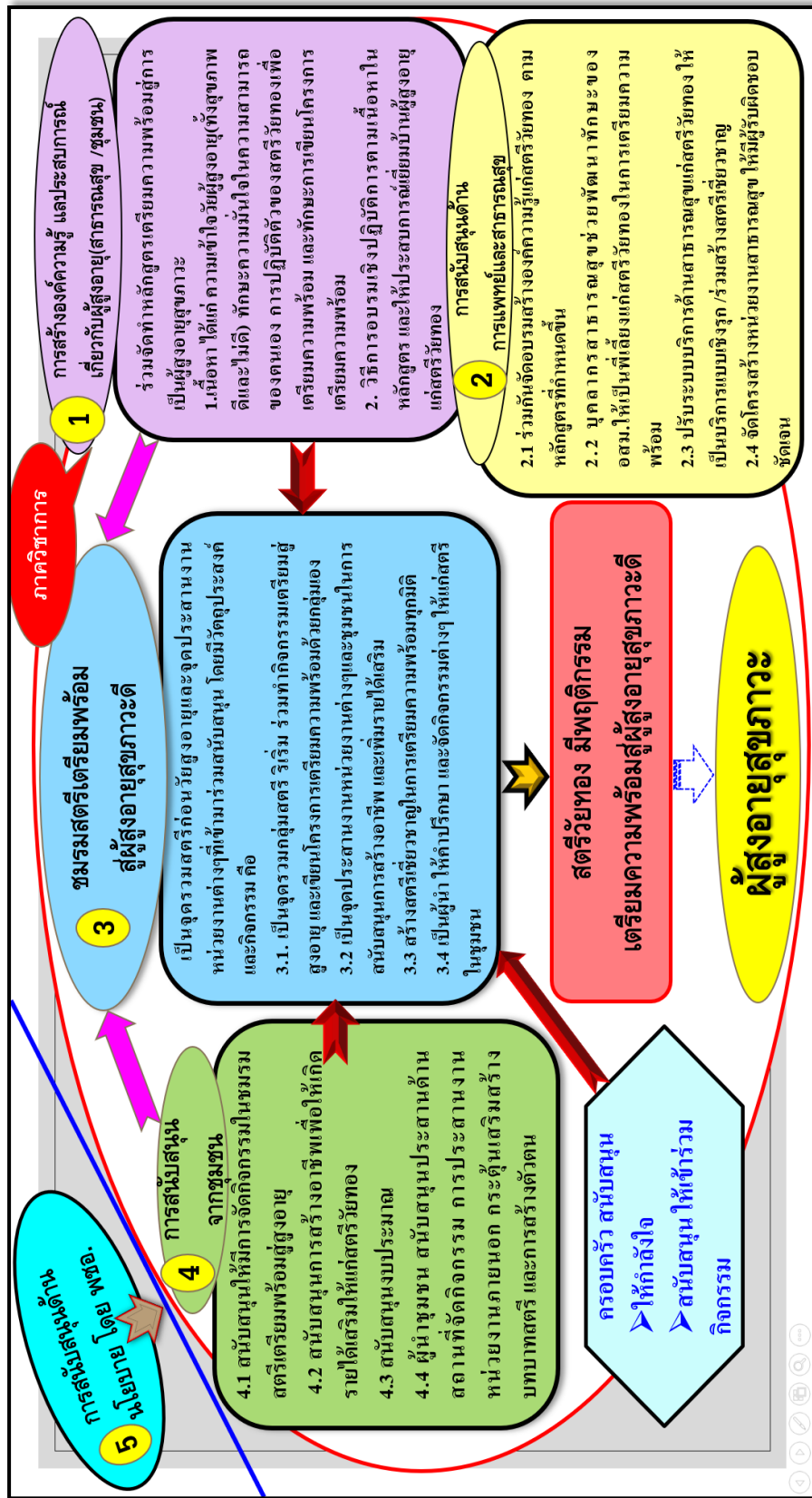
องค์ประกอบนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้การเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาวะเป็นประเด็นสำคัญของอำเภอที่ต้องทำร่วมกันทั้งอำเภอ เพื่อให้มีการสนับสนุนให้นำเอานโยบายการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาวะ เป็นส่วนหนึ่งใน แผนงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล/อำเภอ ดำเนินการ ดังนี้

1. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ กำหนดนโยบาย “การเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาวะ” โดยกำหนดเป็นประเด็นสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนของอำเภอ

2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สาธารณสุขภาครัฐ และภาควิชาการในพื้นที่ มีการนำนโยบายการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาวะ สู่การปฏิบัติ และพัฒนาให้เกิดอย่างต่อเนื่อง เพื่อก้าวผู้สูงอายุสุขภาวะ

โดยสามารถวาดเป็น รูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาวะ ดังภาพ 14





ภาพ 14 แสดงรูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองผู้สูงอายุสู่ภาวะ

บทที่ 5

บทสรุป

การศึกษาเรื่อง “รูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพ” ด้วยวิธีการดำเนินการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed methods research design) ใช้ระเบียบวิธีวิจัยออกแบบอธิบายตามลำดับ (Explanatory Sequential Design) ซึ่งอธิบายถึงการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษารูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพ และมีวัตถุประสงค์เฉพาะ คือ 1) ศึกษาพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมและปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพ และ 2) ศึกษามุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพ และ 3) พัฒนาและประเมินผลรูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้คือ สตรีวัยทอง อายุ 45-59 ปี ครอบครัวสตรีวัยทอง ประชาชนชาวบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บุคลากรสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น บุคลากรในสังกัดสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ทั้งในระดับตำบลและอำเภอ กลุ่มผู้บริหารที่มีส่วนในการผลักดันนโยบายส่งเสริมการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพ ทั้งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ประเมินรูปแบบจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย สตรีวัยทองที่ประสบปัญหาการดูแลตนเอง ผู้ที่เคยดูแลสตรีวัยทอง ผู้สูงอายุสุขภาพดี อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีความเชี่ยวชาญในการทำงานในชุมชน ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ และหรือ นักวิชาการสาธารณสุข ทั้งในระดับตำบล และอำเภอ พัฒนาการชุมชนระดับตำบลและอำเภอ และผู้บริหารระดับอำเภอที่มีส่วนในการผลักดันและเสนอนโยบาย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามปัจจัยที่ส่งผลต่อการเตรียมความพร้อม และพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทอง มีลักษณะทั้งแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) และแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แบบสนทนากลุ่มชนิดกึ่งมีโครงสร้าง แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และการอภิปรายกลุ่ม โดยผู้วิจัยพัฒนา และปรับปรุงจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามกรอบแนวคิดและทฤษฎีที่นำมาศึกษา

วิธีดำเนินการวิจัย ในระยะที่ 1 เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณ ผู้วิจัยได้เก็บแบบสอบถามด้วยตนเอง และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ทำการวิเคราะห์ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อม ด้วยการ

วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน ในระยะที่ 2 เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ ดำเนินการ สอนทากลุ่ม สัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic analysis) และ ในระยะที่ 3 เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นการประเมินรูปแบบด้วยการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์

1. ผลการศึกษาพฤติกรรมกรรมการเตรียมความพร้อม และปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพ พบว่า

กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองสู่การเป็น ผู้สูงอายุสุขภาพทุกด้านรวมในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.09 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.39) โดยมี ค่าเฉลี่ยรายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกายในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.61 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.51) ด้าน จิตใจในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.67 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.53) ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ใน ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.09 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.50) และด้านจิตปัญญาในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.01 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.44)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพ พบว่า มีตัวแปรที่ ร่วมพยากรณ์พฤติกรรมกรรมการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพของสตรีวัยทอง โดยเรียงลำดับตามค่า สัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรอิสระแต่ละตัวตามความสามารถพยากรณ์ ของพฤติกรรม การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพจากตัวแปรที่ถูกคัดเลือกจากมากไปหาน้อย ทั้ง 8 ตัวแปรซึ่งสามารถ ร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมกรรมการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพของสตรีวัยทอง ได้ร้อยละ 63.9 อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ แรงสนับสนุนทางครอบครัว ($\beta=0.494$) การรับรู้ ความสามารถของตนเอง ($\beta=0.185$) ทศนคติต่อการเป็นผู้สูงอายุ ($\beta=0.165$) แรงสนับสนุนทาง ชุมชน ($\beta=0.151$) รายได้ ($\beta=0.148$) ระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ($\beta=0.145$) สถานภาพ (หม้าย/ร้าง) ($\beta=0.101$) และบทบาทผู้นำสตรี ($\beta=0.072$) โดยสามารถเขียนสมการใน การพยากรณ์พฤติกรรมกรรมการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพของสตรีวัยทอง ในรูปแบบคะแนนดิบ ได้ ดังนี้

พฤติกรรมกรรมการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพของสตรีวัยทอง = $0.956 + 0.344$ (แรง สนับสนุนทางครอบครัว) + 0.129 (แรงสนับสนุนทางชุมชน) + 0.156 (รายได้) + 0.104 (การรับรู้ ความสามารถของตนเอง) + 0.143 (ทัศนคติต่อการเป็นผู้สูงอายุ) + 0.103 (ระบบบริการทาง การแพทย์และสาธารณสุข) + 0.146 (สถานภาพหม้าย/ร้าง) + 0.190 (บทบาทผู้นำสตรี)

2. ผลการศึกษามุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองสู่วัยสูงอายุสุขภาพะ พบว่า

จากมุมมองต่อปัจจัยของกลุ่มตัวอย่าง ต่อ 8 ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทอง สามารถสังเคราะห์กราฟแท่งได้ ที่มา สาเหตุปัจจัยมีผลพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองสู่วัยสูงอายุสุขภาพะ นำไปสู่การยกวางรูปแบบฯ ดังนี้

1. ความตระหนักของสตรีวัยทอง

ความตระหนักในการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองสู่วัยสูงอายุสุขภาพะ จากการกล่าวไม่มีผู้ดูแลในอนาคตโดยเพราะผู้ที่อยู่คนเดียวหรือเป็นหม้าย และจากประสบการณ์เห็นผู้สูงอายุที่สุขภาพไม่แข็งแรง จึงเกิดความกลัวอนาคตเมื่อสู่วัยสูงอายุ ทำให้มีพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองสู่วัยสูงอายุสุขภาพะ

2. ความรู้ความเข้าใจของสตรีวัยทอง

ความรู้ความเข้าใจของสตรีวัยทองเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองสู่วัยสูงอายุสุขภาพะ จากคำแนะนำและการบริการของบุคลากรสาธารณสุข รวมทั้งการได้รับข้อมูลการดูแลสุขภาพจากการเข้าร่วมกิจกรรมฐานะบทบาทผู้นำในชุมชน ทำให้เกิดความมั่นใจในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สู่วัยสูงอายุ นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองสู่วัยสูงอายุสุขภาพะ

3. ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของสตรีวัยทอง

ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภูมิใจในตนเองของสตรีวัยทอง จากการรับรู้ความสามารถตนเอง การได้แสดงบทบาทผู้นำ และจากการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน รวมทั้งได้ทำอาชีพเสริมมีรายได้จากการสนับสนุนของชุมชน จะทำให้สตรีวัยทอง เกิดความมั่นใจในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สู่วัยสูงอายุสุขภาพะ นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองสู่วัยสูงอายุสุขภาพะ

4. ความมั่นใจในตนเองของสตรีวัยทอง

ความมั่นใจในตนเอง ที่เกิดจากการรับรู้ความสามารถของตนเองส่งผลให้เกิดความรู้สึกรู้สึกถึงคุณค่าของตนเอง เมื่อได้รับความเข้าใจและความช่วยเหลือจากครอบครัวในการดูแลในการเตรียมความพร้อม และได้รับความรู้จากคำแนะนำของบุคลากรสาธารณสุข ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองสู่วัยสูงอายุสุขภาพะ

5. ความเข้าใจของสมาชิกครอบครัวของสตรีวัยทอง

ความเข้าใจของสมาชิกครอบครัวต่อสุขภาพะทางกาย จิต ของสตรีวัยทองที่เปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่ระยะของวัยทองจนถึงวัยสูงอายุของสตรีวัยทอง ทำให้เกิดการสนับสนุน

การเสริมกำลังใจแก่สตรีวัยทองในการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน แรงสนับสนุนทางครอบครัวนี้จะทำให้เกิดความมั่นใจในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ผู้สูงอายุ นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ

3. ผลการศึกษาการพัฒนาและประเมินรูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ

การพัฒนาและสร้างรูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพโดยการยกร่างรูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพจากการศึกษาเหตุแห่งปัจจัยและข้อเสนอแนะจากกลุ่มตัวอย่าง และองค์ประกอบจากการค้นคว้าเอกสาร แนวคิดและทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องร่วมด้วย ผู้วิจัยยกร่างรูปแบบจากการวิจัยในระยะที่ 1 และ 2 นำมาจัดองค์ประกอบ และรายละเอียดของรูปแบบตามสมมติฐาน (Hypothesis model) และทำการสร้างหรือพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ จากการวิเคราะห์ผู้วิจัยสามารถสร้างรูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การสร้างองค์ความรู้ และประสบการณ์เกี่ยวกับผู้สูงอายุ 2) การสนับสนุนด้านการแพทย์และสาธารณสุข 3) การจัดตั้งชมรมสตรีเตรียมพร้อมสู่สูงอายุ 4) การสนับสนุนจากชุมชน และ 5) การสนับสนุนด้านนโยบาย ผู้วิจัยนำร่างรูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพเข้าสู่เวทีการอภิปรายกลุ่ม (Group discussion) เพื่อได้ข้อเสนอแนะและยืนยันองค์ประกอบ ซึ่งในระหว่างการจัดเวทีการอภิปรายกลุ่มอาจมีการปรับปรุงเพิ่มเติม และตัดองค์ประกอบซึ่งจะทำให้รูปแบบมีความเหมาะสมยิ่งขึ้น แล้วนำข้อเสนอและข้อคิดเห็นที่ได้ไปปรับปรุงแก้ไข จากนั้นผู้วิจัยได้ทำการนำองค์ประกอบที่ได้มาสร้างรูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ ฉบับปรับปรุง แล้วนำไปประเมินรูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพโดยรับฟังความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ และนักวิชาการในพื้นที่ด้วยการจัดสัมมนาอิงกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (Connoisseurship) ซึ่งมีเกณฑ์ในการเลือกผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้กำหนดนโยบาย ผู้ปฏิบัติ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยประเมินรูปแบบเกี่ยวกับความเหมาะสมการนำไปใช้ประโยชน์ และความเป็นไปได้ของรูปแบบต่อการนำไปปฏิบัติ

ผลการประเมินความคิดเห็นต่อรูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ พบว่า ผู้เชี่ยวชาญทุกท่านเห็นด้วยกับ รูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ ในประเด็นความเหมาะสม และความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ทั้งนี้ได้ให้ข้อเสนอแนะ ในประเด็นที่ควรพิจารณาปรับปรุง เพื่อ เพิ่มประสิทธิภาพของความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ รูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพ ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาจากผลการวิจัยทุกระยะ พบว่ารูปแบบต้องเริ่มต้นจากการ จัดตั้งชมรมสตรีเตรียมพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุ ได้รับการสนับสนุนจาก

ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชนให้การประสานงานเครือข่ายอื่น มีภาคีสาธารณสุข และภาควิชาการ ร่วมกันจัดทำหลักสูตรและจัดอบรมการเตรียมความพร้อม ดำเนินกิจกรรมในชมรม สตรีที่ตั้งขึ้น โดยมีครอบครัวให้การสนับสนุนและให้กำลังใจแก่สตรีวัยทองในการเข้าร่วมกิจกรรม มีการปรับระบบบริการและโครงสร้างด้านหน่วยงานสาธารณสุข ให้มีผู้รับผิดชอบงานเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุที่ชัดเจน และปรับปรุงระบบการส่งเสริมสุขภาพวัยก่อนสูงอายุ ทั้งในระดับตำบล และอำเภอ และผลักดันให้มีนโยบายจากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และบูรณาการร่วมกับการดำเนินการอื่น ๆ เพื่อให้สตรีวัยทองมีพฤติกรรมเตรียมความพร้อมสู่ผู้สูงอายุสุขภาพดี ซึ่งรูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพดี มีองค์ประกอบโดยสรุปดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 การสร้างองค์ความรู้ และประสบการณ์เกี่ยวกับผู้สูงอายุ

องค์ประกอบนี้ให้ความสำคัญกับ สตรีวัยทอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ เสริมสร้างความรู้ ประสบการณ์เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้สูงอายุและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น เพราะจะทำให้เกิดความตระหนักในการปฏิบัติตัว และพัฒนาทักษะความสามารถสตรีวัยทอง ให้มั่นใจและสามารถเตรียมความพร้อมตนเอง สู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพดี โดยมีครอบครัวทำหน้าที่ให้กำลังใจและสนับสนุนการเข้าร่วมกิจกรรม

การจัดทำหลักสูตรเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพดีเพื่อพัฒนากลุ่มสตรีวัยทอง โดยความร่วมมือของหน่วยงานสาธารณสุขในอำเภอ และชุมชน ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บุคลากรรพ.สต. กลุ่มสตรีวัยทอง อสม. นักพัฒนาชุมชน และภาควิชาการ เช่น อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอนามัยเจริญพันธุ์และผู้สูงอายุในมหาวิทยาลัย มาร่วมทำหลักสูตรที่เหมาะสมสามารถนำไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของสตรีวัยทองปัจจุบัน จนนำไปสู่พฤติกรรมเตรียมความพร้อมสู่ผู้สูงอายุสุขภาพดี

1. หลักสูตรมีเนื้อหาสำคัญและจำเป็นต่อสตรีวัยทองที่ต้องการเตรียมพร้อมสู่ผู้สูงอายุที่สุขภาพดี ดังนี้

1.1 ความเข้าใจวัยผู้สูงอายุและผลกระทบการเป็นผู้สูงอายุสุขภาพไม่ดี และดี

1.2 ทักษะความมั่นใจในความสามารถของตนเอง รับรู้ศักยภาพของสตรีวัยทองต่อการเตรียมความพร้อม

การเตรียมความพร้อม

1.3 การปฏิบัติตัวของสตรีวัยทองเพื่อเตรียมความพร้อมสู่ผู้สูงอายุสุขภาพดี

1.4 ทักษะการเขียนโครงการเพื่อสนับสนุนการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทอง

โดยพิจารณาจากบริบทและความต้องการในการพัฒนาตนเอง

2. พัฒนาสตรีวัยทอง ตามหลักสูตร โดยวิธีการอบรมเชิงปฏิบัติการ ในเรื่อง วัยผู้สูงอายุ และผลกระทบการเป็นผู้สูงอายุเสริมสร้างทักษะความมั่นใจในความสามารถของตนเองและการปฏิบัติ

ตัวเพื่อเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุสุขภาพ และการให้ประสบการณ์แก่สตรีวัยทองได้เห็นผู้สูงอายุที่สุขภาพดี และไม่ตี โดยวิธีการให้สตรีวัยทองเยี่ยมบ้านเพื่อให้เห็นสภาพที่แท้จริง ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง โดยมีการให้การสนับสนุนหลาย ๆ ภาคส่วนทั้งหน่วยงานสาธารณสุข วิชาการ ชุมชนและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

องค์ประกอบที่ 2 การสนับสนุนด้านการแพทย์และสาธารณสุข

องค์ประกอบนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้หน่วยบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขให้การสนับสนุน จัดบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขเชิงรุกให้สตรีวัยทอง โดยมีรูปแบบ ได้แก่

1. บุคลากรการแพทย์และสาธารณสุขในอำเภอร่วมกันจัดอบรมสร้างองค์ความรู้แก่สตรีวัยทอง ตามหลักสูตรที่กำหนดขึ้นเพื่อเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุสุขภาพ ร่วมกับชุมชนและอปท.

2. ให้เจ้าหน้าที่บุคลากรสาธารณสุขช่วยพัฒนาทักษะของ อสม.ให้เป็นพี่เลี้ยงแก่สตรีวัยทองในการเตรียมความพร้อม

3. ปรับระบบบริการด้านสาธารณสุขแก่สตรีวัยทอง ให้เป็นบริการแบบเชิงรุกโดยการเยี่ยมบ้าน และประเมินศักยภาพ ความสามารถสตรีวัยทองในการเตรียมความพร้อม โดยมีกิจกรรมเตรียมความพร้อม ซึ่งสอดคล้องกับผลการประเมินศักยภาพและความสามารถของสตรีวัยทองและสร้างสตรีเชี่ยวชาญ โดยเกิดจากสมาชิกที่อยู่ในกลุ่มสตรีเตรียมพร้อมผู้สูงอายุ แต่ละด้านได้แก่ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมสิ่งแวดล้อม และจิตปัญญา

4. จัดโครงสร้างหน่วยงานสาธารณสุข เพื่อรองรับการจัดบริการ การเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพ โดยจัดแผนกหรือมีผู้รับผิดชอบโดยตรงในการให้คำปรึกษา บริการตลอดถึงการประสานความร่วมมือด้านการพัฒนาหลักสูตรการเตรียมความพร้อม การปรับปรุงระบบการส่งเสริมสุขภาพวัยก่อนสูงอายุ ทั้งในระดับตำบล และอำเภอ

องค์ประกอบที่ 3 การจัดตั้งชมรมสตรีเตรียมพร้อมผู้สูงอายุ

องค์ประกอบนี้เน้นการจัดตั้งชมรมสตรีเตรียมพร้อมผู้สูงอายุสุขภาพ เป็นจุดรวมสตรีก่อนวัยสูงอายุในการทำกิจกรรมต่างๆ และเป็นจุดประสานงานหน่วยงานต่างๆที่เข้ามาร่วมสนับสนุนกลุ่มสตรีวัยทองเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุสุขภาพ โดยให้เกิดความยั่งยืนและพึ่งตนเองได้

1. วัตถุประสงค์เพื่อ

1.1 เพื่อให้ชมรมสตรีวัยทอง ได้วางแผนเขียนโครงการ เพื่อพัฒนาตนเองตามบริบทพื้นที่หรือชุมชนของตนเอง ตามความต้องการของสตรีวัยทอง

1.2 เพื่อให้เป็นจุดรวมกลุ่มสตรีเตรียมพร้อมผู้สูงอายุ และให้สมาชิกชมรมได้เข้าร่วมกิจกรรมสตรีวัยทอง นำไปสู่การเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุสุขภาพ

1.3 เพื่อให้ชมรมสตรีเตรียมพร้อมผู้สูงอายุ เป็นจุดประสานงานหน่วยงานต่างๆ และชุมชน ในการสนับสนุนการสร้างอาชีพเพื่อให้เกิดรายได้เสริมให้แก่สตรีวัยทอง รวมทั้งให้การสนับสนุนงบประมาณ เพื่อใช้ในกิจกรรมสตรีก่อนวัยสูงอายุ

1.4 เพื่อสร้างสตรีเชี่ยวชาญ โดยเกิดจากสมาชิกที่อยู่ในกลุ่มสตรีเตรียมพร้อมผู้สูงอายุ ให้เป็นผู้นำ ผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มสตรีของชุมชนตนเองในการเตรียมความพร้อมให้แก่สตรีในชุมชน

2. กิจกรรมชมรมสตรีวัยทอง

2.1 เขียนโครงการ เพื่อพัฒนาตนเอง ตามบริบทพื้นที่หรือชุมชนของตนเอง ตามความต้องการของสตรีวัยทอง เป็นการริเริ่มกิจกรรมเอง

2.2 ชมรมสตรีวัยทองร่วมจัดกิจกรรมเตรียมความพร้อมโครงการต่างๆของชุมชน โดยจัดเป็นระยะ ๆ

2.3 สมาชิกเข้าร่วมกิจกรรมจิตอาสาต่าง ๆ ในชุมชน

2.4 สตรีเชี่ยวชาญ จากสมาชิกที่อยู่ในกลุ่มสตรีเตรียมพร้อมผู้สูงอายุ เป็นผู้นำในกลุ่มสตรีวัยทองของชุมชนตนเองในเพื่อให้คำปรึกษา และจัดกิจกรรมเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุให้แก่สตรีวัยทอง และสตรีอื่น ๆ ในชุมชนด้วย

3. การสนับสนุน

ครอบครัวให้การสนับสนุนให้สตรีเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมสตรีเตรียมพร้อมผู้สูงอายุ และให้กำลังใจในการปฏิบัติการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพดี

โดยการดำเนินกิจกรรมได้รับการสนับสนุนจาก ชุมชนของสตรีวัยทอง และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นทั้ง อบต.และทต. โดยการสนับสนุนสถานที่เพื่อตั้งเป็นชมรมสตรีก่อนวัยสูงอายุ ได้แก่ สนับสนุนในการใช้อาคาร หรือห้องประชุมที่มีอยู่แล้ว ในการทำกิจกรรมต่างๆ ในการเตรียมความพร้อมสำหรับสตรีวัยทอง เป็นครั้งคราว หรือ ชุมชนให้การสนับสนุนให้เลือกใช้บริเวณหมู่บ้าน เช่น ศาลาประชาคม บริเวณออกกำลังกายประจำหมู่บ้าน เพื่อใช้ในการทำกิจกรรม และจัดตั้งศูนย์สตรีวัยทองก่อนสูงอายุประจำหมู่บ้าน

องค์ประกอบที่ 4 การสนับสนุนจากชุมชน

องค์ประกอบนี้ เป็นความต้องการของสตรีวัยทองที่ให้ชุมชนเป็นผู้ให้การสนับสนุน ภาระกิจของชมรมสตรีเตรียมพร้อมผู้สูงอายุสุขภาพดี โดยให้ชุมชนเป็นผู้สนับสนุนหลักทั้งงบประมาณ และทรัพยากร ทั้งนี้ เพื่อส่งเสริมบทบาท และสร้างการเป็นที่ยอมรับของชุมชน สร้างปัจจัยเอื้อให้สตรีวัยทองได้ร่วมกิจกรรมในชุมชน มีตัวตน มีความมั่นใจ ในการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมพร้อมผู้สูงอายุสุขภาพดี มีกิจกรรมสำคัญดังนี้

1. สนับสนุนให้มีการจัดกิจกรรมในชมรมสตรีเตรียมพร้อมผู้สูงอายุ
2. สนับสนุนการสร้างอาชีพเพื่อให้เกิดรายได้เสริมให้แก่สตรีวัยทอง หรือ สตรีเตรียมพร้อมผู้สูงอายุ เนื่องจากพบว่าสตรีวัยทองที่มีปัญหารายได้ ส่งผลต่อการเข้าร่วมกิจกรรมการปฏิบัติตัวเตรียมความพร้อมฯ

3. ให้การสนับสนุนงบประมาณเพื่อใช้ในกลุ่มชมรมสตรีก่อนวัยสูงอายุ

4. ผู้นำชุมชนให้การสนับสนุน การประสานงานด้านสถานที่จัดกิจกรรม การประสานงานหน่วยงานภายนอก เสริมสร้างบทบาทสตรี และกระตุ้นการสร้างตัวตนของสตรีวัยทองในชุมชนกิจกรรมเพื่อการเสริมสร้างบทบาทสตรีให้เกิดคุณค่า นำไปสู่การสร้าง สตรีเชี่ยวชาญด้านการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาวะ

องค์ประกอบที่ 5 การสนับสนุนด้านนโยบาย

องค์ประกอบนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้การเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาวะเป็นประเด็นสำคัญของอำเภอที่ต้องทำร่วมกันทั้งอำเภอ เพื่อให้มีการสนับสนุนให้นำเอานโยบายการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาวะ เป็นส่วนหนึ่งใน แผนงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล/อำเภอ ดำเนินการ ดังนี้

1. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ กำหนดนโยบาย “การเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาวะ” โดยกำหนดเป็นประเด็นสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนของอำเภอ

2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สาธารณสุขภาครัฐ และภาควิชาการในพื้นที่ มีการนำนโยบายการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาวะ สู่การปฏิบัติ และพัฒนาให้เกิดอย่างต่อเนื่อง เพื่อก้าวสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ

อภิปรายผลการวิจัย

ในการการศึกษาวิจัยเรื่อง รูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพสามารถอภิปรายผลการวิจัย ตามวัตถุประสงค์ ได้ดังนี้

1. ผลการศึกษาพฤติกรรมการเตรียมความพร้อม และปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพ พบว่า

1.1 ทุกด้านรวมอยู่ในระดับ ปานกลาง อภิปรายได้ว่า การเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพ หรือการเตรียมความพร้อมกลุ่มอื่นๆ ผู้สูงอายุสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ไม่ได้มีนโยบายมุ่งเน้นการเตรียมพร้อมกลุ่มก่อนสูงอายุ แต่มีนโยบายมุ่งเน้นไปที่กลุ่มสูงอายุ ส่งผลให้การมุ่งพัฒนาพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมในกลุ่มก่อนสูงอายุพบได้ไม่มาก (สำนักนโยบายยุทธศาสตร์, 2561) เมื่อจำแนกพฤติกรรมรายด้าน พบว่า พฤติกรรมการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายยังอยู่ในระดับ ระดับมาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ สตรีวัยทองได้รับการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกาย จากโรคที่เป็นอยู่ เช่นโรคเรื้อรัง ได้แก่โรคเบาหวาน ซึ่งต้องปฏิบัติตัวลักษณะเดียวกัน ทั้งการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และการจัดการตนเอง เป็นต้น (ชนิษฐา พิสนลาด และภาวดี วิมลพันธุ์, 2561)

1.2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ รายได้ สถานภาพ (หม้าย/ร้าง) และบทบาทผู้นำสตรี มีผลต่อการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทอง ในส่วน อายุ ศาสนา การศึกษา อาชีพ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ความเพียงพอต่อการใช้จ่ายในครอบครัว ระยะเวลาการหมดประจำเดือน การเจ็บป่วยทางสุขภาพหรือโรคประจำตัว การตรวจสุขภาพประจำปี และอาการและอาการแสดงของสตรีวัยทอง ไม่มีผลต่อการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทอง ขอนำเสนอการอภิปรายผลการวิจัยตามปัจจัยดังนี้

1.2.1 ปัจจัยส่วนบุคคลของสตรีวัยทอง พบว่า รายได้ สถานภาพ(หม้าย/ร้าง) และบทบาทผู้นำสตรี มีผลต่อการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทอง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของสตรีวัยทองที่แตกต่างกัน มีผลต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพที่แตกต่างกัน โดยพบว่า การวิเคราะห์และแปลผลจากค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยทั้งหมด 8 ตัวแปร ที่สามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพของสตรีวัยทอง พบว่ามี ปัจจัยส่วนบุคคล 3 ตัวแปร คือ รายได้ สถานภาพ (หม้าย/ร้าง) และบทบาทผู้นำสตรี ได้แก่

“รายได้” และความพอเพียงของเงินต่อการดำเนินชีวิต เป็นเรื่องสำคัญต่อการตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมในการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุสุขภาพได้ดี หากยังต้องกังวลหรือต้องรับภาระหลักในการหารายได้ให้ครอบครัว สตรีวัยทองก็จะไม่สนใจในการเข้าร่วมกิจกรรมเตรียมความพร้อม ซึ่งหนึ่งสาเหตุหลักในการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ คือ ต้องมีหลักประกันชีวิต

ซึ่งเป็นด้านหนึ่งเสาหลักที่นำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพที่ดีต่อมา (WHO,2015) ดังนั้นสตรีวัยทองจึงควรเริ่มศึกษาวิธีการจัดสรรรายได้ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตในวัยสูงอายุอย่างไม่เดือดร้อน (สุรพิเชษฐ์ สุขโชติ,2559) ตามดัชนีพหุคูณพลัง ด้านความมั่นคงในการเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุข คือ ต้องมีรายได้ที่เพียงพอ และการเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2563)

“สถานภาพ (หม้าย/ร้าง)” มีผลต่อพฤติกรรมเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพดี โดยพบว่า สตรีวัยทองที่มีสถานภาพ หม้ายหรือร้าง และมีประสบการณ์การรับรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคติดต่อเรื้อรัง หรือเคยเห็นผู้สูงอายุติดเตียง และมีความกลัวต่ออนาคต หากต้องอยู่คนเดียวไม่มีคนดูแล จำเป็นที่จะต้องสนใจดูแลตนเอง พึ่งตนเองให้มากที่สุด ทำให้สตรีวัยทอง กระตือรือร้น ตื่นตัวในการดูแลตนเอง และมีความตั้งใจต่อพฤติกรรมเตรียมความพร้อมสู่ผู้สูงอายุสุขภาพดี สอดคล้องกับ สมหญิง ฤทธิ์สื่อไกร (2559) การรับรู้ภาวะสุขภาพ ระดับสูงจะเป็นผู้สูงวัยอย่างมีสุขภาพดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ

“บทบาทผู้นำสตรี” มีผลต่อพฤติกรรมเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพดี ข้อมูลอภิปรายได้ว่า การที่สตรีวัยทองมีบทบาทผู้นำ จะทำให้สตรีวัยทองการมีโอกาสได้รับข้อมูลในการพัฒนาตนเอง และเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่ภาครัฐ และชุมชนจัดขึ้นก่อนผู้อื่น จะเป็นการสร้างบทบาทในการเป็นผู้นำของสตรีวัยทองส่งผลให้มีโอกาสได้รับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมตั้งแต่เนิ่น ๆ ก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ดังนั้นควรส่งเสริมให้มีบทบาทมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้การเข้าร่วมกิจกรรมยังเพิ่มโอกาสให้ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการดูแลตนเองกับสตรีวัยทองต่างตำบล และต่างอำเภออีกด้วย สอดคล้องกับ ชุตินา สินชัยวนิชกุล (2561) พบว่า การเห็นคุณค่าของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสูงวัยอย่างมีสุขภาพดี ($r = 0.499$) ผู้สูงอายุที่รู้สึกว่าคุณค่าของตนเองมีประโยชน์ สามารถเป็นที่พึ่ง เป็นตัวอย่างและเป็นທີ່ปรึกษาแก่ลูกหลาน และผู้อื่นในชุมชน ในส่วนของปัจจัยส่วนบุคคลด้านอื่น ๆ ที่พบว่า ไม่มีผลต่อการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทอง ได้แก่ อายุ ศาสนา การศึกษา อาชีพ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ความเพียงพอต่อการใช้จ่ายในครอบครัว ระยะเวลาหมดประจำเดือน การเจ็บป่วยทางสุขภาพหรือโรคประจำตัว การตรวจสุขภาพประจำปี และอาการและอาการแสดงของสตรีวัยทอง

1.2.2 ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง และการได้รับปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมที่ต่างกัน มีผลต่อพฤติกรรมเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพดีที่แตกต่างกัน โดยพบว่า การวิเคราะห์และแปลผลจากค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอย ทั้งหมด 8 ตัวแปร ที่สามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพของสตรีวัยทอง พบว่ามี ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง และปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม 4 ตัวแปร คือ แรงสนับสนุนทางครอบครัว แรงสนับสนุนทางชุมชน การรับรู้ความสามารถของตนเอง ทักษะต่อการเป็นผู้สูงอายุ และระบบบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุข ได้แก่

“แรงสนับสนุนทางครอบครัว” มีผลต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทอง ผู้สูงอายุสุขภาพดี อภิปรายได้ว่า ครอบครัว คือ ผู้มีบทบาทในการส่งเสริมกระตุ้นเพื่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพมากที่สุด กำลังใจ และการได้รับสนับสนุนให้ร่วมกิจกรรมจะช่วยสร้างความสบายใจให้แก่สตรีวัยทอง ดังนั้น จึงควรมีการส่งเสริมความเข้าใจของครอบครัว ต่อบทบาทและภาระของสตรีวัยทองและการเห็นความสำคัญของการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี สอดคล้องกับพระธรรมบุญ เพชรเลิศ และภักดี โปธิ์สิงห์ (2562) จากการศึกษาการส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวของผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ซึ่งพบว่า การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งตนเองได้อย่างต่อเนื่อง และเกิดความมั่นคงต่อคุณภาพชีวิตของตนเอง และครอบครัวที่สนับสนุนค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน การดูแลและการจัดการด้านอาหาร รวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจ มีความมั่นใจ และมีกำลังใจในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง (พรรณพิมล สุขวงศ์ และคณะ, 2559)

“การรับรู้ความสามารถของตนเอง” มีผลต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพดี อภิปรายได้ว่า การที่สตรีวัยทองมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ทำให้สตรีวัยทองมีความมั่นใจ และเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมทางสุขภาพต่าง ๆ ได้ และสามารถเป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ ไม่ต้องพึ่งพาหรือ พึ่งพาลูกหลานน้อยที่สุด ดังนั้นการสร้างการรับรู้ศักยภาพ และการกระตุ้นให้เกิดการรับรู้ความสามารถของสตรีวัยทองต่อการเตรียมความพร้อม จะช่วยให้เกิดการพัฒนาตนเองสู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพดีได้ ซึ่งการศึกษาของ ชัยวัฒน์ อ่อนไธสง (2563) พบว่า ปัญหาอุปสรรคการขาดการเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย ยังขาดการตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ ขาดความรู้ความเข้าใจในการเตรียมอย่างเป็นรูปธรรม และปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง ประชากรกลุ่มนี้จึงยังคงมีความกลัวที่จะเกิดภาวะเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอนาคต

“ทัศนคติต่อการเป็นผู้สูงอายุ” มีผลต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพดี อภิปรายได้ว่า ทัศนคติต่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีและสุขภาพไม่ดี ต่างมีผลต่อสตรีวัยทองในการปฏิบัติตัวในการเตรียมพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุ การที่มีทัศนคติไม่ดีต่อผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี อาจทำให้เกิดความกลัวนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ ขณะเดียวกันการทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุสุขภาพดี ทำให้สตรีวัยทองเห็นแบบอย่างและต้องการเป็นผู้สูงอายุที่สุขภาพดีได้ สอดคล้องกับการศึกษาของจิราวรรณ ชาลี (2563) พบว่า การเตรียมความพร้อมของประชาชนก่อนสูงอายุ ประชาชนกลุ่มนี้ มีการเตรียมความพร้อมด้านสังคมในระดับสูง มีเจตคติที่ดีต่อการเป็นผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการเป็นที่ปรึกษา คอยให้คำแนะนำเรื่องต่าง ๆ แก่ลูกหลาน ในอนาคต ทั้งนี้วัฒนธรรมล้านนาจะให้ความสำคัญและเคารพผู้สูงอายุอย่างยิ่งมาแต่ช้านาน จากประเพณีสงกรานต์ ซึ่งชาวเหนือจะมีวัฒนธรรมรดน้ำดำหัวผู้เฒ่าผู้แก่ ซึ่งเป็นผู้สูงอายุในบ้าน ซึ่งถือ

เป็นวัฒนธรรมที่เป็นเอกลักษณ์ของชาวล้านนา (Office of the National Economics and Social Development Board, 2014)

“แรงสนับสนุนทางชุมชน” มีผลต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพ อภิปรายได้ว่า ชุมชน คือ ศูนย์รวมของการสนับสนุนทุกกลุ่มประชากร การได้รับความช่วยเหลือให้เกิดการสร้างตัวตน เสริมบทบาท สนับสนุนการสร้างกิจกรรมเตรียมความพร้อม ให้ปัจจัยเอื้อ เช่น งบประมาณ หรือสถานที่ในการจัดกิจกรรมจะช่วยให้เกิดความสะดวกต่อการจัดกิจกรรม และเป็นศูนย์รวมได้อย่างยั่งยืน สอดคล้องกับการศึกษาของ ยูวันดา ซูร์กซ์ (2562) พบว่า การเตรียมความพร้อมของประชาชนเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ ประชาชนมีความต้องการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการเตรียมความพร้อมเพื่อให้ตนเองยังสามารถทำประโยชน์ต่อชุมชนได้เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ และจามจรี แซ่หลู่ (2564) พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการได้รับการสนับสนุนทางชุมชนด้านข้อมูลข่าวสาร การรู้เท่าทันสื่อ การส่งเสริมกิจกรรมที่เหมาะสมให้แก่ผู้สูงอายุ และการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ จะช่วยยกระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิตและพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุได้ดี

“ระบบบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุข” มีผลต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพ อภิปรายได้ว่า การเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุสุขภาพ เป็นความรู้เฉพาะด้านการแพทย์และการสาธารณสุข และมีความเป็นเฉพาะ ควรได้รับคำปรึกษา คำแนะนำเฉพาะในการปฏิบัติตัวด้านร่างกาย จิตใจ สังคมสิ่งแวดล้อม และปัญญา ดังนั้น การได้รับบริการ การดูแลและการสนับสนุนจากระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยผู้เชี่ยวชาญที่รับผิดชอบเรื่องนี้โดยตรง จึงมีความจำเป็น ต่อการปฏิบัติตัวในการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพ ซึ่งปัจจุบันยังไม่มีการจัดบริการ การเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุ โดยเฉพาะ ที่ผ่านมานโยบายและการบริการที่เกี่ยวข้องกับสตรีวัยทอง มุ่งเน้นให้บริการในคลินิกวัยทองเป็นหลัก เช่นเดียวกับการศึกษาของ จินตนา อาจสันเทียะ (2561) ถึงแนวโน้มการดูแลผู้สูงอายุในศตวรรษที่ 21 และรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งเป็นปัญหาเปราะบางด้านสุขภาพที่ซับซ้อนมากขึ้น รูปแบบการจัดการบริการชุมชนแก่ผู้สูงอายุ ควรเป็นบริการที่บ้านในชุมชน บุคลากรมีความเอาใจใส่ผู้สูงอายุ มีความเอื้ออาทร เพื่อลดภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุลง ดังนั้น หากมีการปรับเปลี่ยนระบบบริการที่เน้นการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุโดยเฉพาะแก่สตรีวัยทอง

2. มุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุ สุขภาวะ พบว่า

จากมุมมองของกลุ่มตัวอย่าง ต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมฯ สามารถสังเคราะห์ รากเหง้าที่มา สาเหตุปัจจัยมีผลพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุ สุขภาวะ นำไปสู่การยกกร่างรูปแบบฯดังนี้

2.1 ความตระหนักของสตรีวัยทอง

ความตระหนักในการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุ สุขภาวะ ทำให้มี พฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุ สุขภาวะ ทั้งนี้ จากการกล่าวไม่มีผู้ดูแลใน อนาคตโดยเพราะผู้ที่อยู่คนเดียวหรือเป็นหม้าย และจากประสบการณ์เห็นผู้สูงอายุที่สุขภาพไม่ แข็งแรง จึงเกิดความกลัวอนาคต หรือเกิดทัศนคติต่อวัยสูงอายุ ทำให้มีพฤติกรรมการเตรียมความ พร้อมของสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุ สุขภาวะ อภิปรายได้ว่า บุคคลเมื่อมีความตระหนัก ความกลัวผลเสียที่ จะเกิดขึ้นกับตัวเอง มักมีความพยายามในการปฏิบัติหรือมีพฤติกรรมที่ดี เพื่อให้เกิดผลดีกับตัวเอง ทั้งนี้ ความตระหนักในตนเองจะส่งผลต่อการเสริมสร้างสุขภาพตนเอง (กอบชัย พลเสน, สุพจน์ พันธนิยะ, เตชิต ตรีชัย และณกมล ปุญชเขตต์ทิกุล, 2564) ดังนั้น การสร้างประสบการณ์หรือได้ เรียนรู้ รู้จักสภาพผู้สูงอายุที่มีสุขภาพที่ไม่ดี ด้วยการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง เพื่อการสร้าง ความตระหนัก รวมทั้งการให้ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบผลกระทบการเป็นผู้สูงอายุสุขภาพไม่ดี และดี มีความจำเป็นยิ่ง เพื่อให้สตรีวัยทอง เกิดความตระหนัก และมีพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของ สตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุ สุขภาวะ

2.2 ความรู้ความเข้าใจของสตรีวัยทอง

ความรู้ความเข้าใจของสตรีวัยทองเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองสู่ ผู้สูงอายุ สุขภาวะ ทำให้สตรีวัยทองเกิดความมั่นใจในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ผู้สูงอายุ นำไปสู่การมี พฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุ สุขภาวะ ทั้งนี้เกิดจากคำแนะนำและ การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของบุคลากรสาธารณสุข รวมทั้งการได้รับข้อมูลการดูแล สุขภาพ จากการเข้าร่วมกิจกรรมในฐานะบทบาทผู้นำต่าง ๆ ในชุมชนทำให้เกิดความมั่นใจใน การเตรียมความพร้อมเข้าสู่ผู้สูงอายุ นำไปสู่การมีพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองสู่ ผู้สูงอายุ สุขภาวะ อภิปรายได้ว่า ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองสู่ ผู้สูงอายุ สุขภาวะ ไม่ว่าจะสตรีวัยทองจะได้รับการสนับสนุนจากแหล่งใด จะสามารถช่วยส่งเสริมให้เกิด ความมั่นใจ และเกิดพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ผู้สูงอายุ สุขภาวะได้ ทั้งนี้ ความรู้ เป็นปัจจัย ที่สำคัญที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม (Green & Kreuter, 1999) ดังนั้น การจัดให้มีบริการ และ จัดกิจกรรมที่เอื้อต่อการเตรียมความพร้อมสู่ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะสำหรับสตรีวัยทองจึงเป็นสิ่งจำเป็น

2.3 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของสตรีวัยทอง

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภูมิใจในตนเองของสตรีวัยทอง จากการรับรู้ความสามารถตนเอง การได้แสดงบทบาทผู้นำ ได้แก่ ประธานแม่บ้าน ประธานสตรี ประธานชมรม สตรีรักสุขภาพ ทำให้มีโอกาสได้รับข้อมูลในการพัฒนาตนเอง และจากการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน รวมทั้งได้ทำอาชีพเสริมมีรายได้จากการสนับสนุนของชุมชน จะทำให้สตรีวัยทอง เกิดความมั่นใจในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ผู้สูงอายุสุขภาพดี นำไปสู่การมีพฤติกรรมเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพดี อภิปรายได้ว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของสตรีวัยทอง ไม่ว่าจะเกิดจากการได้แสดงบทบาทผู้นำ การเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน และมีอาชีพเสริมมีรายได้ ล้วนทำให้สตรีวัยทอง รู้สึกมีคุณค่า เกิดความมั่นใจในตนเอง ในการปฏิบัติตัวการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ผู้สูงอายุสุขภาพดี ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นพลังภายในตัวบุคคล หากบุคคลใดรู้สึกมีคุณค่า จะมีศักยภาพทำสิ่งต่างๆ ได้สำเร็จ สอดคล้องกับผลการศึกษา ของจันจิราภรณ์ ปานยินดี (2564) ก็พบว่า โปรแกรมการสร้างและกระตุ้นความภาคภูมิใจของตนเองในผู้สูงอายุตอนต้น (60-69ปี) เพื่อให้เห็นคุณค่าของตนเอง สามารถประเมินความมั่นใจต่อการดำรงชีวิตโดยพึ่งพาตนเองได้มากขึ้นกว่าก่อนการอบรม ดังนั้นประเด็นที่ควรนำไปพิจารณาในสร้างรูปแบบการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ผู้สูงอายุสุขภาพดี คือ การสร้างการรับรู้ศักยภาพ และความสามารถของสตรีวัยทองต่อการเตรียมความพร้อม และการสร้างโอกาสรับรู้ข้อมูลการเตรียมความพร้อมฯ สนับสนุนบทบาททางสังคม

2.4 ความมั่นใจในตนเองของสตรีวัยทอง

ความมั่นใจในตนเอง ที่เกิดจากการรับรู้ความสามารถของตนเองส่งผลให้เกิดความรู้สึกถึงคุณค่าของตนเองของสตรีวัยทอง ยิ่งเมื่อได้รับความเข้าใจและความช่วยเหลือจากครอบครัวในการดูแลในการเตรียมความพร้อม ผนวกกับการได้รับความรู้จากคำแนะนำของบุคลากรสาธารณสุข ส่งผลให้เกิดบทบาทของการเป็นผู้นำสตรีวัยทองเตรียมความพร้อมสู่ผู้สูงอายุสุขภาพดี สามารถเป็นที่ปรึกษาแก่สตรีอื่น ๆ ได้ อภิปรายได้ว่า ความมั่นใจในตนเองของสตรีวัยทองที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว มีการเสริมสร้างความรู้เพิ่มจากการอบรม หรือกิจกรรมต่าง ๆ ที่จะช่วยในการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี จะช่วยให้สตรีวัยทองมีการเตรียมความพร้อมของตนเองได้อย่างสบายใจ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ ของสิริวัลลี พฤษชาอุตมชัย (2559) พบว่า ปัจจัยสำคัญในการดำเนินการเพื่อให้เกิดความร่วมมือร่วมใจในชมรมผู้สูงอายุ คือการเสริมแรงภายในตัวผู้สูงอายุได้แก่ ความชอบและความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง เพราะจะทำให้อยากเป็นส่วนหนึ่งของชมรมผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีทั้งทางกายและใจ รวมถึงการเป็นตัวอย่างในการพัฒนาด้านสังคมและจิตวิญญาณในแก่ลูกหลานอีกด้วย

2.5 ความเข้าใจของสมาชิกครอบครัวสตรีวัยทอง

ความเข้าใจของสมาชิกครอบครัว ต่อสุขภาพะทางกาย จิต ของสตรีวัยทองที่เปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่ระยะของวัยทองจนถึงวัยสูงอายุของสตรีวัยทอง ทำให้มีความเข้าใจ เห็นใจ เสริมกำลังใจ และเกิดการกระตุ้นการสนับสนุนการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน แรงสนับสนุนทางครอบครัวนี้ จะทำให้เกิดความมั่นใจในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ผู้สูงอายุ อภิปรายได้ว่า ครอบครัวสตรีวัยทอง เป็นผู้ใกล้ชิดที่สุดกับสตรีวัยทองที่สุด ได้พูดคุย ถ่ายทอดความรู้ ความคิดซึ่งกันและกัน ทุกวันรวมทั้งพฤติกรรมกรปฏิบัติตัวเพื่อสุขภาพ ดังนั้นความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวัยผู้สูงอายุ และการปฏิบัติตัวของสตรีวัยทองเพื่อเตรียมความพร้อมสู่ผู้สูงอายุสุขภาพะ จึงมีความจำเป็นต่อครอบครัวสตรีวัยทองด้วย ซึ่งครอบครัวคือผู้มีบทบาทในการส่งเสริมกระตุ้นเพื่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพมากที่สุด เพราะครอบครัวจะเป็นผู้ผลักดัน พูดคุยสื่อสารกระตุ้นให้เกิดการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพต่าง ๆ โดยเฉพาะครอบครัวที่มีการติดต่อญาติพี่น้องไปมาหาสู่กันก็ยิ่งเสริมแรงผ่านความเห็นอกเห็นใจที่เพิ่มมากขึ้น (สุรพิเชษฐ์ สุขโชติ และอุบลวรรณ หงษ์วิทย์การ, 2559)

3. ผลการวิจัยรูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพะ เกิดจากปัจจัยและมุมมองที่หลากหลายของสตรีวัยทอง ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการเตรียมความพร้อมและผู้เชี่ยวชาญด้านการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุ อภิปรายได้ว่า รูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพะ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 5 ประการ ได้แก่

องค์ประกอบที่ 1 การสร้างองค์ความรู้ และประสบการณ์เกี่ยวกับผู้สูงอายุ โดยจัดทำหลักสูตรเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพะ โดยมีภาคสาธารณสุข และภาควิชาการ ในด้านการจัดทำหลักสูตรการเตรียมความพร้อมที่เป็นไปตามความต้องการของสตรีวัยทอง องค์ประกอบนี้ให้ความสำคัญกับ สตรีวัยทอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ เสริมสร้างความรู้ ประสบการณ์เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้สูงอายุและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น เพราะจะทำให้เกิดความตระหนักในการปฏิบัติตัว และพัฒนาทักษะความสามารถสตรีวัยทอง ให้มั่นใจและสามารถเตรียมความพร้อมตนเอง สู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพะได้ โดยมีครอบครัวทำหน้าที่ให้กำลังใจ และสนับสนุนการเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งองค์ประกอบนี้สอดคล้องกับแนวคิดของวงจรกิจกรรมเตรียมความพร้อม (Federal Emergency Management Agency, 2010) คือ การจัดการอบรมและการฝึกปฏิบัติ (Train and Exercise) ต้องมีการพัฒนาหลักสูตรในการอบรมเป็นกิจกรรมเตรียมความพร้อมระดับบุคคล ให้ตอบสนองต่อความต้องการและความสามารถในการปฏิบัติของประชาชน ทั้งในยามปกติและฉุกเฉิน โดยอาจมีการนำอาสาสมัคร เจ้าหน้าที่ ๆ เกี่ยวข้องมาร่วมสนับสนุนในการจัดอบรมให้แก่ผู้ร่วมอบรมด้วยทั้งนี้ ความรู้ เป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม (Green & Kreuter, 1999) ดังนั้น สตรีวัยทอง จึงมีความจำเป็นในการได้รับการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุ

องค์ประกอบที่ 2 การสนับสนุนด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยให้หน่วยบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ให้การสนับสนุน จัดบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขเชิงรุกให้สตรีวัยทอง โดยมีรูปแบบ ได้แก่ บุคลากรการแพทย์และสาธารณสุขในอำเภอร่วมกันจัดอบรมสร้างองค์ความรู้แก่สตรีวัยทอง ตามหลักสูตรที่กำหนดขึ้นเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพดี ร่วมกับชุมชน และอปท. ทั้งนี้ยังให้บุคลากรสาธารณสุขช่วยพัฒนาทักษะของ อสม. เพื่อให้เป็นที่พึ่งแก่สตรีวัยทองในการเตรียมความพร้อม เพราะศักยภาพของ อสม. สามารถช่วยเหลืองานด้านสาธารณสุขอย่างดี มาอย่างต่อเนื่องผลสัมฤทธิ์ของงานสุขภาพภาคประชาชนของอสม. ที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพด้านการปรับพฤติกรรมประชาชน ได้แก่ การลดปัญหาสุขภาพในชุมชน (ชาติชาย สุวรรณนิตย์, 2560) สำหรับระบบบริการสาธารณสุข แนะนำให้มีการปรับระบบบริการด้านสาธารณสุขแก่สตรีวัยทอง ให้เป็นบริการแบบเชิงรุกโดยการเยี่ยมบ้าน และประเมินศักยภาพความสามารถสตรีวัยทองประเด็นสำคัญขององค์ประกอบนี้ คือ การจัดโครงสร้างหน่วยงานสาธารณสุข เพื่อรองรับการจัดบริการ การเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพดี ตลอดถึงการประสานความร่วมมือด้านการพัฒนาหลักสูตรการเตรียมความพร้อม กำหนดให้มีโครงสร้างแผนก หรือ ผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนในการให้บริการการเตรียมความพร้อมจะช่วยให้สตรีวัยทอง เข้าถึงบริการ นำไปสู่การมีพฤติกรรมเตรียมฯ ที่ดีและบรรลุวัตถุประสงค์ ซึ่งอภิปรายได้ว่า หน่วยงานใดมีการจัดโครงสร้างขององค์การที่ดีและเหมาะสม กับภารกิจหรืองานใหม่ จะทำให้องค์การดำเนินการอย่างบรรลุวัตถุประสงค์ (model of organization efficiency) โดยมีการกำหนดระเบียบปฏิบัติ และมีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน (Becker and Neuhauser, 1975) สอดคล้องกับแผนของกรมกิจการผู้สูงอายุ (2562) ที่สนับสนุนให้มีการสร้าง และพัฒนาระบบเพื่อจัดบริการรองรับความต้องการ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยมุ่งเน้นที่จะสร้างและพัฒนาหลากหลาย ๆ ที่มีอยู่ อันได้แก่ สนับสนุนให้มีการสร้าง และพัฒนาระบบเพื่อจัดบริการรองรับความต้องการ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยมุ่งเน้นที่จะสร้างและพัฒนาหลากหลาย ๆ ที่มีอยู่ทั้งในระดับนโยบาย ระดับปฏิบัติ ทั้งในเขตเมือง และในระดับท้องถิ่น โดยเฉพาะด้านบุคลากรและผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันทำหน้าที่เตรียมพร้อมวัยก่อนสูงอายุ และเตรียมผู้ดูแลผู้สูงอายุทั้งบุคลากรวิชาชีพ และอาสาสมัครด้วยการให้บริการแก่ผู้สูงอายุในชุมชน พร้อมทั้งส่งเสริมการพัฒนาทุนมนุษย์ และความเชี่ยวชาญในด้านพฤกษวิทยา และเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ สำหรับบุคลากรมืออาชีพ และกึ่งมืออาชีพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อตอบสนองความต้องการในปัจจุบันและอนาคตด้านสุขภาพและบริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

องค์ประกอบที่ 3 การจัดตั้งชมรมสตรีเตรียมพร้อมผู้สูงอายุสุขภาพะ มีจุดเด่นที่สำคัญ คือ การจัดตั้งชมรมสตรีเตรียมพร้อมผู้สูงอายุ โดยได้รับการสนับสนุนภาคีเครือข่ายจากชุมชน และอปท. มีครอบครัวให้การสนับสนุน เป็นกำลังใจให้เข้าร่วมกิจกรรมในชมรม และมุ่งให้ชมรมสตรีเกิดความยั่งยืนและพึ่งตนเองให้ได้มากที่สุด การมีชมรม มีกิจกรรมในชมรมที่ส่งเสริมให้สตรีวัยทองได้มีส่วนร่วม รวมทั้งเขียนโครงการพัฒนาตนเองตามสภาพปัญหา นับว่าเป็นการพัฒนาสตรีให้แสดงบทบาทความเป็นผู้นำ กลุ่มสตรีสามารถพึ่งตนเองได้ในการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุสุขภาพะ และเป็นการพัฒนาที่ยั่งยืน เป็นไปตามเป้าหมายของการพัฒนาสหัสวรรษ 15 ปี (2558-2573) ที่เน้นการพัฒนาบทบาทสตรีเป็น 1 ในเป้าหมายสำคัญ (UN, 2015) องค์ประกอบนี้จะช่วยให้สตรีวัยทองในพื้นที่มีตัวตนในชุมชน มีพื้นที่ในการเลือกจัดกิจกรรมโดยเฉพาะสำหรับสตรีวัยทอง ที่สำคัญครอบครัวชุมชนเป็นผู้สนับสนุนหลักในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ สอดคล้องกับ Andrews & Newman (2012) พบว่ามิติสำคัญของการเตรียมความพร้อมคือการเป็นหุ้นส่วนทางพันธมิตรด้านวิชาการและชุมชนเพื่อดำเนินการในกิจกรรมการเตรียมความพร้อม ไม่เพียงแต่การฝึกอบรมที่จำเป็นสำหรับการประเมินความพร้อมเพื่อพัฒนาคุณลักษณะส่วนบุคคลเท่านั้น อีกทั้งกิจกรรมที่ชุมชนเลือกที่จะดำเนินการควรเป็นกิจกรรมเพื่อตอบภาพฝันของชุมชนเอง และยังไม่เคยมีการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมในระดับชุมชนมาก่อน อนึ่งการจัดตั้งชมรมหรือการมีชมรมต่างๆ มีจุดประสงค์เพื่อดำเนินการร่วมกันในสิ่งใดสิ่งหนึ่งผลประโยชน์ที่เกิดขึ้น มักเกิดประโยชน์ต่อตัวกลุ่มเองและต่อผู้อื่น เช่นเดียวกับการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ จะต้องบริหารโดยผู้สูงอายุ เพื่อผู้สูงอายุ มีสถานที่ทำกิจกรรมที่เอื้อและมั่นคง สนับสนุนให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการตนเอง ร่วมจัดกิจกรรมท้องถิ่น กับหน่วยงานในภาครัฐ กิจกรรมมีความหลากหลายและตอบสนองความต้องการของสมาชิก เขียนโครงการจากสมาชิก และขอสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนต่าง ๆ ได้ (สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, 2562) ดังนั้นสตรีวัยทองจึงจำเป็นต้องมีชมรมเตรียมพร้อมผู้สูงอายุสุขภาพะ

องค์ประกอบที่ 4 การสนับสนุนจากชุมชน โดยสตรีวัยทองมีความต้องการให้ชุมชนเป็นผู้ให้การสนับสนุนภาระกิจของชมรมสตรีเตรียมพร้อมผู้สูงอายุสุขภาพะดี โดยให้ชุมชนเป็นผู้สนับสนุนหลักทั้งงบประมาณ และทรัพยากร ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งนี้ เพื่อส่งเสริมบทบาท และสร้างการเป็นที่ยอมรับของชุมชน สร้างปัจจัยเอื้อให้สตรีวัยทองได้ร่วมกิจกรรมในชุมชน มีตัวตน มีความมั่นใจ ในการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมพร้อมผู้สูงอายุสุขภาพะ นำไปสู่การสร้างสตรีเชี่ยวชาญต้นแบบการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุสุขภาพะดี พร้อมทั้งสนับสนุนการสร้างรายได้เสริมให้แก่สตรีวัยทอง เพื่อให้เกิดความสบายใจในการร่วมกิจกรรม การเตรียมพร้อมสตรีวัยทองที่จัดทำโดยระดับชุมชนนี้ เป็นการเตรียมพร้อมของระดับองค์กรไม่ใช่บุคคล ซึ่งการเตรียมความพร้อมระดับองค์กรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แก่กลุ่มเป้าหมาย ต้องมีการวางแผน การจัดการทรัพยากร (Organizer equip) การประสานงานด้านทรัพยากรช่วยเหลือ รวมถึงจัดการอบรมและการฝึกปฏิบัติ

(Train and Exercise) เพื่อให้มีผลดีต่อสุขภาพที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ตามแนวคิดวงจรการเตรียมความพร้อม (The Preparedness Cycle Concept) (Federal Emergency Management Agency : FEMA , 2010) และการที่ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการเตรียมความพร้อม เป็นความต้องการของประชาชน เพราะประชาชนต้องการทำประโยชน์ต่อชุมชนได้เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ (ยุวันดา ชูรักษ์, 2562) และองค์ประกอบนี้ ยังมีประเด็น ที่ให้ชุมชนประสานงานหน่วยงานภายนอกในการสร้างอาชีพ เพื่อให้เกิดรายได้เสริมให้แก่สตรีวัยทอง ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาค้นสนีย์ สีต่างคำ (2560) มีความต้องการให้มีกิจกรรมหรือนโยบายที่ส่งเสริมการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุ โดยเฉพาะ สุขภาวะและเศรษฐกิจ เพื่อให้คนในชุมชนมีสุขภาพดี พึ่งตนเองได้

องค์ประกอบที่ 5 การสนับสนุนด้านนโยบาย โดยทำร่วมกันทั้งอำเภอ สนับสนุนให้นำนโยบายการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุภาพะ เป็นส่วนหนึ่งใน แผนงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล/อำเภอ (พชอ.) คือ พชอ. กำหนดนโยบาย “การเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุภาพะ” โดยกำหนดเป็นประเด็นสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนของอำเภอ จะทำให้เกิดความร่วมมือการทำงานทั้งอำเภอ เนื่องจากอำนาจของ พชอ.เกี่ยวข้องกับนโยบายระดับอำเภอโดยตรง พชอ. มีบทบาทการขับเคลื่อนให้ทุกส่วนในอำเภอ มีการดำเนินการตามเป้าหมาย เกิดการบูรณาการ ร่วมกันของหน่วยงานของรัฐในพื้นที่ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ตลอดจนผู้ประกอบการในพื้นที่ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สาธารณสุข ภาครัฐ และภาควิชาการในพื้นที่ มีการนำนโยบายการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุภาพะ สู่การปฏิบัติ โดยนโยบายนั้นควรเป็นนโยบายที่สอดคล้องกับนโยบายระดับชาติ ซึ่งสอดคล้องข้อเสนอของกรมกิจการผู้สูงอายุที่ระบุว่า ควรมีการบูรณาการเรื่องประชากรสูงอายุในนโยบาย สาธารณะและแผนการพัฒนาระดับชาติ และแผนงานของพชอ.ซึ่งมีอำนาจเกี่ยวข้องกับนโยบายระดับอำเภอโดยตรง โดยอาจรวมถึงการกำหนดการเกษียณอายุและนโยบายการจ้างงานที่ยืดหยุ่น เพื่อให้เกิดการประสานงานและประสิทธิผลที่ดีขึ้นในการจัดบริการที่มีคุณภาพสำหรับผู้สูงอายุในระดับท้องถิ่น ระดับชาติ และระดับภูมิภาค (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562)

เมื่อพิจารณาในภาพรวมของรูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุภาพะ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 5 ประการ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 การสร้างองค์ความรู้ และประสบการณ์เกี่ยวกับผู้สูงอายุ องค์ประกอบที่ 2 การสนับสนุนด้านการแพทย์และสาธารณสุข องค์ประกอบที่ 3 การจัดตั้งชมรมสตรีเตรียมพร้อมผู้สูงอายุ องค์ประกอบที่ 4 การสนับสนุนจากชุมชน และองค์ประกอบที่ 5 การสนับสนุนด้านนโยบาย เป็นรูปแบบที่ให้ความสำคัญกับ การสร้างชมรมสตรีวัยทอง ด้วยความรู้ความเข้าใจสู่ผู้สูงอายุอย่างมีสุขภาพะ เพื่อให้เกิดการรวมกลุ่มสตรีเตรียมพร้อมก่อนสูงอายุ ส่งผลให้สตรีวัยทองมีความมั่นใจ และพร้อมในการสร้างเสริมพฤติกรรมของตนเอง โดยมีครอบครัวเป็นกำลังใจในการกระตุ้น และเสริมแรงในการทำกิจกรรม ทั้งนี้ได้รับการ

สนับสนุนจากชุมชน หน่วยงานท้องถิ่น หน่วยงานสาธารณสุขภาครัฐ และหน่วยงานด้านวิชาการ ด้านการสร้างหลักสูตรเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุสุขภาพให้แก่สตรีวัยทอง โดยมีนโยบายระดับอำเภอ หรือ พชอ. ผลักดันร่วมกันดำเนินการ จนสตรีวัยทองสามารถมีพฤติกรรมเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพได้ในที่สุด

การนำรูปแบบไปประยุกต์ใช้ ต้องเริ่มต้นจากการจัดตั้งชมรมสตรีเตรียมพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชนให้การประสานงานเครือข่ายอื่น มีภาคีสาธารณสุข และภาควิชาการ ร่วมกันจัดทำหลักสูตรและจัดอบรมการเตรียมความพร้อม ดำเนินกิจกรรมในชมรมสตรีที่ตั้งขึ้น โดยมีครอบครัวให้การสนับสนุนและให้กำลังใจแก่สตรีวัยทองในการเข้าร่วมกิจกรรม มีการปรับระบบบริการและโครงสร้างด้านหน่วยงานสาธารณสุข ให้มีผู้รับผิดชอบงานเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองผู้สูงอายุที่ชัดเจน และปรับปรุงระบบการส่งเสริมสุขภาพวัยก่อนสูงอายุ ทั้งในระดับตำบล และอำเภอ ในขณะที่เดียวกันต้องมีการผลักดันให้ มีนโยบายจากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และบูรณาการร่วมกับการดำเนินการอื่นไปพร้อม ๆ กัน เพื่อให้สตรีวัยทองมีพฤติกรรมเตรียมความพร้อมสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ

รูปแบบโดยรวมเป็นไปตามแนวคิดวงจรการเตรียมความพร้อม; The Preparedness Cycle Concept (Federal Emergency Management Agency, 2010) ในเรื่องของเตรียมความพร้อมต้องมีการวางแผนเพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ในอดีตและปัจจุบัน เพื่อให้มีผลดีต่อสุขภาพที่จะเกิดขึ้นในอนาคต แต่เป็นไปในลักษณะการเตรียมความพร้อมเพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพในภาพรวมตามสถานการณ์สุขภาพ ซึ่งนำไปเป็นแนวทางใหญ่ในระดับประเทศ แต่สำหรับรูปแบบการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุสุขภาพที่ผู้วิจัยศึกษานั้น เป็นรูปแบบที่เหมาะสมในระดับพื้นที่ชุมชน เน้นการสร้างเสริมการเตรียมความพร้อมทุกมิติสุขภาพ ซึ่งแตกต่างจากรูปแบบของ ณัฐธยาน์ วิสารพันธ์ (2558) ที่ศึกษารูปแบบการออกกำลังกายเพื่อสร้างเสริมสุขภาพให้แก่สตรีวัยทองเท่านั้น แต่ในรูปแบบของผู้วิจัยพัฒนาครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตปัญญาด้วย ขณะเดียวกันรูปแบบฯ ของผู้วิจัย พุ่งประเด็นตั้งแต่สุขภาพปัจจุบัน จนเข้าสู่ผู้สูงอายุอย่างมีความสุขที่ดี ในส่วนที่คล้ายกัน คือ ด้านการมีส่วนร่วมของภาคส่วนอื่นในชุมชน และการสร้างทัศนคติที่ดีในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยทอง

อย่างไรก็ตามรูปแบบจากผลการวิจัยครั้งนี้ มีประเด็นที่ต้องเพิ่มเติม ได้แก่ การทดสอบรูปแบบ และการประเมินผลของการนำรูปแบบเตรียมความพร้อมไปใช้ในทางปฏิบัติกับสถานการณ์จริง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ค้นพบจากผลการวิจัย

1.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1.1 กระทรวงสาธารณสุข ควรกำหนดนโยบาย “การเตรียมความพร้อมกลุ่มสตรีวัยทอง และประชากรอายุ 45 ปีขึ้นไป สู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพ” เป็นนโยบายในระดับชาติ (National policy) เพื่อผลักดันให้เกิดการกำหนดนโยบายในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบลเป็นลำดับ และเกิดการนำไปสู่การปฏิบัติ (Implementation)ในระดับพื้นที่

1.1.2 ระดับกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรกำหนดนโยบาย “การจัดโครงสร้างหน่วยงานสาธารณสุขเพื่อรองรับการจัดการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ” ให้มีผู้รับผิดชอบโดยตรงด้านการเตรียมพร้อมของสตรีวัยทอง

1.1.3 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และระดับอำเภอควรกำหนดและสนับสนุนให้มีนโยบายเรื่อง “การพัฒนาผู้รับผิดชอบด้านการเตรียมพร้อมผู้สูงอายุสุขภาพระดับตำบล และอำเภอ” ให้มีความรู้เชี่ยวชาญพอเพียงในการให้บริการเกี่ยวกับการเตรียมพร้อมของสตรีวัยทอง โดยเฉพาะความรู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการเตรียมพร้อมของสตรีวัยทอง

1.2 ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1.2.1 บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ ควรวางแผนดำเนินการกระตุ้นสนับสนุนครอบครัวให้เป็นผู้ส่งเสริมสนับสนุนสตรีวัยทองในการปฏิบัติตัว เพื่อเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุสุขภาพ เนื่องจากผลการศึกษาชี้ชัดว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมเตรียมพร้อมของสตรีวัยทองมาก

1.2.2 บุคลากรสาธารณสุขในระดับอำเภอ ระดับตำบล ควรร่วมมือกับภาคีในชุมชน นำรูปแบบการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพ นี้ไปประยุกต์ใช้ โดยควรเริ่มต้นจากการผลักดันให้เกิดนโยบายการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพจาก พชอ. เพื่อให้เกิดเป็นความร่วมมือในภาคส่วนต่าง ๆ ดำเนินการพร้อม ๆ กับ การตั้งชมรมสตรีวัยทอง จากนั้นร่วมมือกันให้การสนับสนุนการอบรม สนับสนุนโครงการพัฒนาสตรีวัยทอง สนับสนุนงบประมาณ สถานที่แก่ชมรมฯ จนดำเนินการสำเร็จ

1.3 ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

1.3.1 รูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ เป็นรูปแบบที่เป็นองค์ความรู้ใหม่ที่ได้สังเคราะห์ด้วยหลักและวิธีการทางวิชาการ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ดำเนินการได้ในพื้นที่โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งในภาคสาธารณสุขและผู้เกี่ยวข้องนอกภาคสาธารณสุข

1.3.2 องค์ความรู้จากกระบวนการสร้างและพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพที่เป็นระบบ มีส่วนร่วม และเชื่อมโยง สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ตั้งแต่การค้นหาและรวบรวมข้อมูลปัญหาจนกระทั่งได้รูปแบบนั้น มีลำดับขั้นตอนอย่างเป็นระบบ โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องนั้นต้องประกอบด้วยหลายภาคส่วนทั้งทาง การแพทย์และสาธารณสุข ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาควิชาการ ส่วนวิธีการและกิจกรรมเป็นกระบวนการอย่างมีส่วนร่วม โดยตรงจากสตรีวัยทองและครอบครัว ชุมชน สาธารณสุข ภาควิชาการ

1.3.3 สถาบันการศึกษาสามารถนำรูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพ นี้ทั้งหลักการ กระบวนการ และวิธีการตามองค์ประกอบต่าง ๆ ไปใช้ในการเรียนการสอน ในสาขาวิชาที่หลากหลายโดยมิได้จำกัดเพียงสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพเท่านั้น เนื่องจากเป็นกระบวนการเชิงสังคมและวิถีชีวิต และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม

2. ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาโดยนำรูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพนี้ ไปทดลองใช้จริงในพื้นที่ และต่อยอดพัฒนาในทางปฏิบัติในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ และพื้นที่จังหวัดอื่นในบริบทที่ใกล้เคียงกัน และในบริบทที่ต่างกัน

2.2 ควรมีการศึกษาโดยนำรูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพนี้ ไปประยุกต์ใช้กับการดูแลสร้างเสริมสุขภาพประชาชนวัยก่อนสูงอายุกลุ่มอื่นได้แก่ กลุ่มผู้ใหญ่วัยทำงานทั้งชายและหญิง เพื่อให้มีศักยภาพในการพัฒนาประชาชนทั่วถึง และเกิดความเข้มแข็งในชุมชนทุกมิติสุขภาพ

2.3 ควรสร้างนวัตกรรม เชิงกระบวนการ และผลิตภัณฑ์ซึ่งเป็นผลงานของชมรมสตรีในการการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุสุขภาพ

บรรณานุกรม

- กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2562). *มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ (ฉบับปรับปรุง) (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์ พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- กอบชัย พลเสน, สุพจน์ พันธนิยะ, เตชิต ตรีชัย, และณกมล ปุณฺณเขตต์ทิกุล. (2564). รูปแบบการพัฒนาสังคมผู้สูงอายุเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพของชุมชนบ้านห้วยสุวรรณ ตำบลคอนปฐ อำเภอสรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ*, 6(8), 54-72.
- กัตติกา ธนะขว้าง. (2554). การวิเคราะห์ห่อปริมาณงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 2(12), 30-36.
- กัลยา วานิชย์บัญชา, และฐิตา วานิชย์บัญชา. (2559). *การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล* (พิมพ์ครั้งที่ 27). กรุงเทพฯ: สามลดา.
- เกวลี เครือจักร, กิตติ ศศิวิมลลักษณ์, และและวิโรจน์ มงคลเทพ. (2560). ความเครียดและพฤติกรรม การปรับตัวของประชากรวัยทอง ตำบลแม่กรณ์ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. *วารสารบัณฑิตศึกษา. มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์*, 11(1), 1-11.
- จันจิราภรณ์ ปานยินดี. (2564). ผลของการใช้โปรแกรมฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างความรู้ ต่อพฤติกรรม การเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ. *วารสารการจัดการทางวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ*, 8(2), 64-80.
- ฉัตรทอง จารุพิสิฐไพบูลย์, ณิชฐินิภรณ์ จันทร์โหมทัย, วรณา ธนานุภาพไพศาล, และจงกลนี ต้อยเจริญ. (2555). พฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทองในเขตอ.เมือง จ.นครราชสีมา. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 22(3), 39-50.
- ชาติชาย สุวรรณนิตย์. (2560). การศึกษาสถานการณ์งานสุขภาพภาคประชาชนในปัจจุบันและทิศทางการพัฒนาในอนาคต. *วารสารสุขภาพภาคประชาชน*, 12(4), 4-15.
- ชिरวัฒน์ นิจนตร. (2560). การวิจัยพัฒนารูปแบบทางสังคมศาสตร์และการศึกษา. *วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี*, 4(2), 71-102.
- ณัฐธยาน์ วิสารพันธ์. (2558). รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายของสตรีวัยทองในชุมชนชนบทกรณีศึกษา ตำบลสร้างนงทา อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์*, 6(1), 49-60.
- ดลนภา ไชยสมบัติ, และบัวบาน ยะนา. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ

- ของประชากรวัยก่อนสูงอายุ. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 9, 131-146.
- ทญณฐ ชวนไชยสิทธิ์. (2555). *การเตรียมความพร้อมเพื่อเกษียณอายุราชการของข้าราชการที่กำลังจะเกษียณอายุ* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นฤตพงษ์ ไชยวงศ์. (2540). *ความพร้อมในการจัดป่าชุมชน: ศึกษากรณีคณะกรรมการหมู่บ้านอำเภอบัว จังหวัดน่าน*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิคม ทาแดง. (2553). *ประมวลสาระชุดวิชาการจัดระบบทางการศึกษา หน่วยที่ 5 การสร้างแบบจำลองระบบทางการศึกษา* (พิมพ์ครั้งที่ 6). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์. (2555). *วิธีการวิจัยเชิงผสมผสานสำหรับงานสาธารณสุข*. *วารสารสาธารณสุข*, 7(2), 130-152.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2550). *คู่มือผู้สูงอายุ: ฉบับเตรียมตัวก่อนสูงอายุ (เตรียมตัวก่อนเกษียณการทำงาน)*. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- บุญช่วย นาสูงเนิน. (2554). *การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงบันดาลใจทางสังคมในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยหมดระดู เขตชนบท จังหวัดนครราชสีมา* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). นครปฐม: สาขาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เบญจพร แก้วมีศรี. (2545). *รูปแบบการพัฒนาคุณลักษณะภาวะผู้นำของผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประกาย จีโรจน์กุล , นิภา ลีสุคนธ์ , เรณู ขวัญเย็น, และวันเพ็ญ แก้วปาน. (2560). *การเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของผู้ใหญ่วัยกลางคนในเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร*. กรุงเทพฯ: สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ.
- ปริญดา บุญชัย, และศุภวัฒน์กร วงศ์ธนวุธ. (2555). *การเตรียมความพร้อมของวัยแรงงานเพื่อเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพของประชาชนในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลดอนดั่ง อำเภอนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น*. *วารสารวไลยอลงกรณ์ปริทัศน์*, 2(2), 1-10.
- ปานจันทร์ อิมหน้า, เบญจมาศ ยศเสนา, และศรีจันทร์ พลับจั่น. (2561). *การเตรียมความพร้อมของสตรีด้านสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ*. *วารสารปัญญาภิวัฒน์*, 10(2), 151-164.
- ปิยะดา พิศาลบุตร, และพิทักษ์ ศิริวงศ์. (2558). *การเตรียมตัวเพื่อการเกษียณอายุของบุคลากรสายสนับสนุนวิชาการของมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช*. สืบค้น 10 มกราคม 2561, <https://www.tcithaijo.org/index.php/Veridian-E-Journal/article/view/File/43673/36107>
- พรทิพย์ เนติภรณ์ทนกุล. (2557). *ความพร้อมของแรงงานนอกระบบในประเทศไทยกับการเข้าสู่สังคมสูงอายุ*. *วารสารธรรมศาสตร์*, 33(3), 135-148.

- พรพิมล เสาศัน. (2552). *การเตรียมการก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุของประชากรในจังหวัดปราจีนบุรี* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พานทิพย์ แสงประเสริฐ. (2558). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทแห่งหนึ่งในเขตปริมณฑลกรุงเทพมหานคร. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 23(1), 113-126.
- พูนสุข หิงคานนท์. (2540). *การพัฒนารูปแบบการจัดองค์การของวิทยาลัยพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข ๑* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภัทรพรรณ ทำดี. (2559). ตัวตน สังคม วัฒนธรรม: เงื่อนไขสู่การสูงวัยอย่างมีศักยภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสังคมศาสตร์*, 47(2), 109-131.
- ภัทรชาติ มากมี. (2559). การออกแบบการวิจัยสำหรับการวิจัยแบบผสมผสานวิธี. *วารสารสมาคมนักวิจัย*, 21(2), 19-31.
- มินตรา สารรักษ์. (2558). การส่งเสริมกิจกรรมทางกายในวัยสูงอายุ. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 17(1), 23-36.
- มุกลินท์ แสงศิริ, และวิทญา ตันอารีย์. (2559). การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้านล้านนา. *วารสารวิจัยราชภัฏเชียงใหม่*, 16(2), 87-96.
- รัตนะ บัวสนธ์. (2552). *การวิจัยและพัฒนานวัตกรรมการศึกษา*. กรุงเทพฯ: คำสมัย.
- ลีลาวดี อัครเศรษฐ์. (2549). *การเตรียมการเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชนตำบลไร่ขิง อำเภอสยามพราน จังหวัดนครปฐม* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วรรณรา ชื่นวัฒนา. (2555). *การเตรียมตัวเพื่อการเข้าสู่วัยสูงอายุของประชากรไทยก่อนวัยสูงอายุ*. *วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย*, 8(2), 130-144.
- วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์. (2560). *ระบบการดูแลระยะยาว :ระบบที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.
- วาโร เพ็งสวัสดิ์. (2553). การวิจัยพัฒนารูปแบบ. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร*, 2(4), 1-15.
- วิไลพร วงศ์คินี, โรจน์ จินตนาวัฒน์, และกนกพร สุคำวัง. (2556). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมของประชากรเขตเมือง จังหวัดเชียงใหม่. *พยาบาลสาร*, 40(4), 91-99.
- วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2561). *ประเด็นท้าทายและทางแก้สำหรับการสูงวัยอย่างมีสุขภาพดี*. กรุงเทพฯ: พิมพ์ลักษณ์.
- คันสนีย์ สีต่างคำ, และเกษราวัลณ์ นิลารางกูร. (2560). สถานการณ์การเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุของคนวัยแรงงาน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(4), 204-213.
- ศูนย์อนามัยที่ 1. (2559). *รูปแบบการให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ชาย-หญิงวัยทอง โรงพยาบาลส่งเสริม*

- สุขภาพ. เชียงใหม่: ศูนย์อนามัยที่ 1.
 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2560). *ภาวะเศรษฐกิจรายไตรมาส และแนวโน้มเศรษฐกิจไทยปี 2560*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ..
- สำนักงานสถิติเชียงใหม่. (2562). *รายงานการสรุปประชากรประจำปี*. เชียงใหม่: สำนักงานสถิติเชียงใหม่.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์จังหวัดเชียงใหม่. (2559). *รายงานการพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัยและระบบควบคุมโรคจังหวัดเชียงใหม่ เขตสุขภาพที่ 1*. เชียงใหม่: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์จังหวัดเชียงใหม่.
- สิริวัลล์ พลุกษาอุดมชัย. (2559). ปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ ตำบลดอนแฝก จังหวัดนครปฐม (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- สุพรรณิรัตน์ รัตนานนท์, และนายเมธี จันทร์ชาติ. (2557). *รูปแบบการเตรียมความพร้อมเพื่อเกษียณอายุงานกรณีศึกษาครูโรงเรียนเอกชนจังหวัดนนทบุรี*. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลตะวันออก.
- สุรพิเชษฐ์ สุขโชติ, และอุบลวรรณ หงษ์วิทยากร. (2559). การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี*, 10(2), 1-15.
- โสภิตา เทิดทำดี. (2547). *รูปแบบบริการคลินิกหญิงวัยทองของศูนย์อนามัยที่ 6 กลยุทธ์เชิงส่งเสริมสุขภาพ*. ชลบุรี: ศูนย์อนามัยที่ 6.
- อังคณา วิชิต. (2560). การเตรียมความพร้อมก่อนการเกษียณอายุของพนักงานการเคหะแห่งชาติ: กรณีศึกษาพนักงานผู้ปฏิบัติหน้าที่ในสำนักงานใหญ่. *วารสารมนุษยศาสตร์ และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี*, 8(1), 15-28.
- อาชัญญา รัตนอุบล. (2552). *รายงานวิจัยเรื่องการศึกษาสภาพ ปัญหา ความต้องการและรูปแบบการจัดกิจกรรมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ด้านการเตรียมความพร้อมเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของผู้ใหญ่วัยแรงงาน*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- อาภารัตน์ อิงคภากร, และนาถ พันธุมนาวิณ. (2562). ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชนวัยทำงาน: กรณีศึกษาเขตสายไหม กรุงเทพมหานคร. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(1), 22-36.
- อุมาพร ปุณฺณโสพรรณ. (2554). *การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของสตรีวัยทองในตำบลท่าฉาง อำเภอท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี*. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 3(1), 47-60.

- อุษณีย์ พรหมศรียา. (2555). *ความพร้อมของนักศึกษาระดับปริญญาตรีในจังหวัดปทุมธานีในการเข้าสู่ตลาดแรงงานประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี.
- Bhasin, S., Cunningham, G. R., Hayes, F. J., Matsumoto, A. M., Snyder, P. J., Swerdloff, R. S., . . . Endocrine Society. (2010). Testosterone Therapy in Men with Androgen Deficiency Syndromes: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 95(6), 2536–2559.
- Brown, W. B., & Moberg, D. J. (1980). *Organization Theory and Management: A Macro Approach*. New York: John Wiley and Sons.
- Carolyn, C. K. (1984). A Care for Health Promotion with the Elderly New York: Columbia University. *Dissertation Abstracts International*, 45(6), 1593.
- Casado, R. L. (2006). *Gender different in association between disability and mortality in the elderly. spain*: Doctoral thesis Health and Life Sciences Faculty Pompeu Fabra University.
- Chatterjee, S., & Zahirovic, H. (2009). Pre-retirement Life-style and the Degree of Planning for Retirement. *Journal of Gerontology*, 5.
- Conrad, C. F., & Wilson, R. F. (1985). *Academic Program Reviews: Institutional Approaches, Expectations, and Controversies*. Washington, D.C. : ASHE.
- Creswell, J. W. (2014). *A Concise Introduction to Mixed Methods Research*. The United States of America SAGE: University of Nebraska-Lincoln.
- Downing, J., & Thackrey, D. (1971). *Reading Readiness*. New York: University of London.
- Dwyer, D., & Mitchell, O. (1999). Health problems as determinants of retirement: Are self-rated measures endogenous. *Journal of Health Economics*, 18(1999), 173-193.
- Eisner, E. W. (1976). Educational connoisseurship and criticism: Their form and functions in educational evaluation. *Journal of Aesthetic Education*, 10(3/4), 135-150.
- Federal Emergency Management Agency. (2010). Comprehensive Preparedness Guide 101 Version 2.0. November 2010. *Developing and Maintaining Emergency Operations Plans*. Retrived May 10, 2021, from https://www.fema.gov/pdf/about/divisions/npd/CPG_101_V2.pdf
- Fernández-Ballesteros, R., Robine, J. M., Walker, A., & Kalache, A. (2013). Active Aging: A

- Global Goal. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2013, 298012. doi: 10.1155/2013/298012
- Fisher, R. A. (1950). *Statistical methods for research workers. 11th Edition*. Edinburgh: Oliver & Boyd.
- Frank, K. R., & Edgar A. Norton. (2006). *Investments*. Mason, OH: South-Western.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (1999). *Health Promotion planning third edition an educational and ecological approach* (3rd ed.). California: Mayfield publishing company.
- Kechine, M. (1996). *Psychology* (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Keeves, P. J. (1988). *An International Handbook Model and model building Education Research, methodology and measurement*. Oxford, England.
- Likert, R. (1961). *New Patterns of Management*. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Madaus, G. F., Scriven, M. S., & Stufflebeam, D. L. (1983). *Evaluation models: Viewpoints on educational and human services evaluation*. Dordrecht: Springer Netherlands.
- Ngai, F. W., & Chan, P. S. (2021). Perception of family sense of coherence during parental transition: A qualitative study. *Journal of Health Psychology*, 26(13), 2435-2449. doi: 10.1177/1359105320914062
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice. 5th ed.* Jurong, Singapore.
- Reproductive Health Division. (2019). *Thailand Reproductive Health Profile*. Nonthaburi: Department of Health Ministry of Public Health Thailand.
- Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. (1977). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. *Dutch Journal of Educational Research*, 2, 46-60.
- Scagnetti, N., Blenkuš, M. G., Gračner, U., Mezinec, A., Mojca Omerzu, Vida Fajdiga Turk, & Čuić, M. (2015). *Pre-Retirement Preparation for Healthy and Active Ageing: DP4 analytical report of the AHA.SI project Ljubljana* (Mojca Gabrijelčič Blenkuš, & Nina Scagnetti Eds.). Ljubljana: NIJZ.
- Selby, P., & Griffiths, A. (1986). *A Guide to successful aging. Preparing, Coping and Caring*. Lancs: Parthenon.

- Shorey, S., & Esperanza, D. N. (2019). The experiences and needs of Asian women experiencing menopausal symptoms. *The Journal of The North American Menopause Society*, 26(5), 557–569.
- Sinclair, J., & Hanks, P. (1995). *Collins Cobuild English Language Dictionary*. London: William Collin Son.
- Steiner, E. (1988). *Methodology of theory building*. Sydney: Educology Research Associates.
- Trabuco, E. C., Moorman, P. G., Algeciras-Schimnich, A., Weaver, A. L., & Cliby, W. A. (2016). Association of ovary-sparing hysterectomy with ovarian reserve. *Obstetrics and gynecology*, 127(5), 819.
- U.S. National of Medicine. (2018). Aging changes in the female reproductive system. Retrieved May 10, 2021, from <https://medlineplus.gov>
- Walinga, J. (2008). Toward a Theory of Change Readiness: The Roles of Appraisal, Focus, and Perceived Control. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 44(3), 315-347.
- World Health Organization. (2002). Active ageing: A policy framework (WHO/NMH/NPH/02.8). Retrived August 9, 2021, form https://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/
- World Health Organization. (2005). *Active Ageing: A Policy Framework*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization. (2015). World report on ageing and health 2015. 2018 October 27, <https://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>
- Zitzow, D., & King, D. N. (1984). *The King Pre-Retirement Checklist: Assessing Differences in Pre-Retirement Planning*. United States: Midwest.
- Zou, C., & Zhou, P. (2014). Analyzing information needs of elderly people: A survey in Chinese rural community. *Journal of social sciences*, 2(9), 109-115.

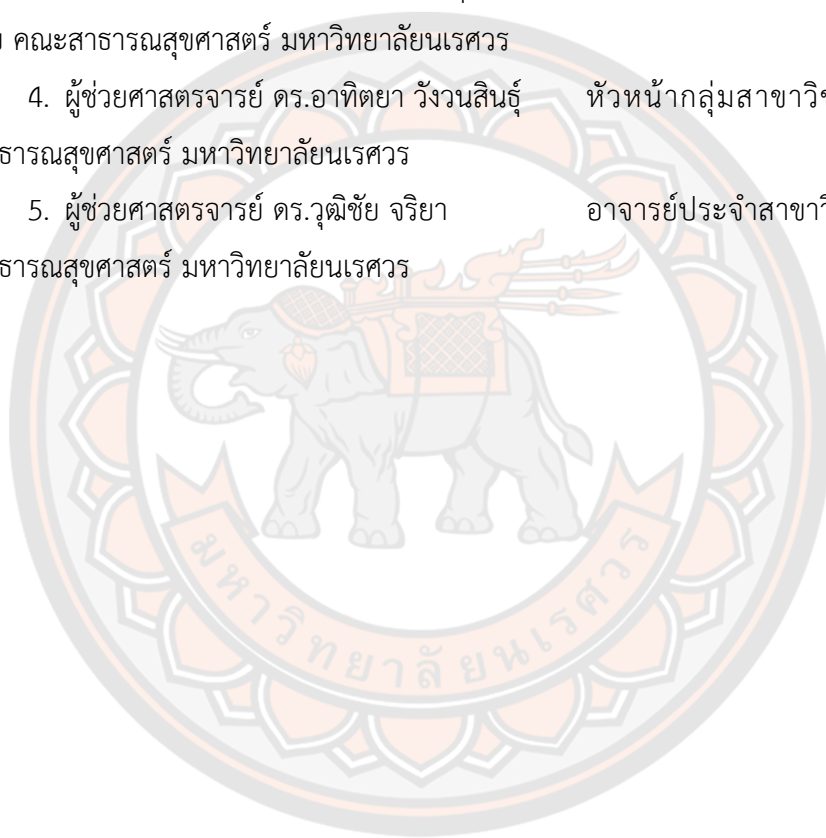


ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยนครพนม

ภาคผนวก ก รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่ง
1. นายแพทย์สุรพันธ์ แสงสว่าง สุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริม
2. รองศาสตราจารย์ ดร.สามารถ ใจดี สาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่	ผู้อำนวยการศูนย์ความเป็นเลิศด้าน
3. รองศาสตราจารย์ ดร.นิทรา กิจธีระวุฒินงษ์ งานวิจัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	รองคณบดีฝ่ายบริหารและแผนพัฒนา
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาทิตยา วัฒนสินธุ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	หัวหน้ากลุ่มสาขาวิชาอนามัยชุมชน
5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วุฒิชัย จรียา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	อาจารย์ประจำสาขาวิชาอนามัยชุมชน



ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม

วิทยานิพนธ์เรื่อง รูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ

ผู้วิจัย นางมัจฉลินท์ แปงศิริ

นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ (การวิจัยระยะที่ 1 สำหรับสตรีวัยทอง ในเขตอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่) เรื่อง รูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์ศึกษาพฤติกรรมการเตรียมความพร้อม และปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของสตรีวัยทอง

ส่วนที่ 2

1.1 ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับเตรียมความพร้อม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ, การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ, การรับรู้ความสามารถตนเอง, การรับรู้ด้านสุขภาพของการเป็นผู้สูงอายุ และทัศนคติที่ดีต่อการเป็นผู้สูงอายุ

2. ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับเตรียมความพร้อม ได้แก่ การรับรู้ด้านสุขภาพของการเป็นผู้สูงอายุ และทัศนคติที่ดีต่อการเป็นผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ความเชื่อและวัฒนธรรม, แรงสนับสนุนทางครอบครัว, แรงสนับสนุนทางชุมชน, แรงสนับสนุนทางสิ่งแวดล้อม และระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองสู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพ

โปรดตอบแบบสอบถามทุกข้อให้ตรงกับความเป็นจริงและตรงความคิดเห็นมากที่สุด ผู้วิจัยจะเก็บคำตอบของท่านไว้เป็นความลับ ซึ่งจะมีการทำลายข้อมูลทั้งหมด หลังการวิจัยเสร็จสิ้นสุด 1 ปี และขอรับรองว่าจะไม่มีผลกระทบที่เสียหายต่อท่านแต่ประการใด

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่งที่ท่านให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

นางมัจฉลินท์ แปงศิริ

เลขที่แบบสอบถาม **ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของสตรีวัยทอง**

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของสตรีวัยทอง

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย \surd ลงในช่อง ที่ตรงกับความเป็นจริงหรือเติมข้อความลงในช่องว่าง (.....) ให้สมบูรณ์

1. อายุ.....ปี (เศษมากกว่า 6 เดือนให้นับเป็น 1 ปี)
2. ศาสนา 1) พุทธ 2) คริสต์ 3) อิสลาม
3. สถานภาพสมรส 1) โสด 2) สมรส
 3) หย่า 4) หม้าย/ร้าง
4. วุฒิการศึกษาสูงสุด 1) ประถมศึกษา 2) มัธยมศึกษา
 3) มัธยมปลาย/ปวช. 4) อนุปริญญา/ปวส.
 5) ปริญญาตรี 6) อื่น ๆ (ระบุ).....
5. อาชีพหลัก 1) รับจ้าง 2) เกษตรกรรม
 3) ค้าขาย/ธุรกิจ 4) งานบ้าน
 5) เลี้ยงสัตว์ 6) พนักงานของรัฐ/รัฐวิสาหกิจ
 7) อื่น ๆ (ระบุ).....
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท (โดยประมาณ)
7. ความเพียงพอต่อการใช้จ่ายในครอบครัว
 1) เพียงพอ 2) ไม่เพียงพอ สาเหตุ (ระบุ).....
8. จำนวนสมาชิกในครอบครัวทั้งหมด.....คน
9. ระยะเวลาหมดประจำเดือน.....ปี
10. ภาวะการเจ็บป่วยทางสุขภาพหรือโรคประจำตัว
 1) ไม่ 2) มี ระบุ..... (โรคหลัก)
11. การตรวจสุขภาพประจำปี 1) ตรวจ 2) ไม่ตรวจ
12. ขณะนี้ท่านมีอาการของสตรีวัยทอง (อาการแสดงที่เด่นชัดที่สุด) เช่น เหงื่อออกง่าย หงุดหงิดบ่อย เบื่อไม่สนใจทางเพศ ปวดศีรษะบ่อย เป็นต้น 1) ไม่มี 2) มี ระบุ.....
13. บทบาทในสังคม
 ผู้นำสตรี เช่น ประธานสตรี ประธานแม่บ้านหมู่บ้าน
 สมาชิกกลุ่มสตรี / ชมรมสตรีหมู่บ้าน ตำแหน่ง..... (ระบุถ้ามี)
 ไม่มี

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับเตรียมความพร้อม

ชุดที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับเตรียมความพร้อม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ, การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ และการรับรู้ความสามารถตนเอง

ขอให้ท่านตามความเป็นจริงตรงกับการปฏิบัติและความคิดเห็นมากที่สุด จำนวน 12 ข้อ แบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ได้แก่

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความคิดเห็น หรือมีความรู้สึกต่อข้อความนั้นมากที่สุด

มาก หมายถึงท่านมีความคิดเห็น หรือมีความรู้สึกต่อข้อความนั้นมาก

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็น หรือมีความรู้สึกต่อข้อความนั้นปานกลาง

น้อย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็น หรือมีความรู้สึกต่อข้อความนั้นน้อย

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความคิดเห็น หรือมีความรู้สึกต่อข้อความนั้นน้อยที่สุด

ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับเตรียมความพร้อม	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ					
2.1.1 การตรวจสอบสุขภาพประจำปี ทำให้สามารถรับรู้ภาวะสุขภาพเพื่อการเตรียมความพร้อมในการเป็นผู้สูงวัยอย่างมีสุขภาพ					
2.1.2 การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับวัย และหลีกเลี่ยงอาหารเสี่ยงต่อโรค ช่วยให้สุขภาพแข็งแรงในวัยสูงอายุ					
2.1.3 การออกกำลังกาย การพักผ่อนอย่างเพียงพอ ช่วยลดความเครียด และทำให้ร่างกายแข็งแรงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ					
2.1.4 การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วยตามคำแนะนำของบุคลากรสาธารณสุข ช่วยให้มีความสุขแข็งแรงปราศจากโรคเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ					
2.2 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ					
2.2.1 การไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อ					

ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับเตรียมความพร้อม	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
ร่วมทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นเรื่องน่าเบื่อหน่าย และยากต่อการเดินทางสำหรับท่าน					
2.2.2 การออกกำลังกายตามที่บุคลากรทางสาธารณสุขแนะนำเป็นเรื่องลำบาก และเสียเวลาสำหรับท่าน					
2.2.3 การเลือกรับประทานอาหารที่มีคุณค่าต่อร่างกายเป็นเรื่องลำบากสำหรับท่าน เนื่องจากมีบุคลากรแนะนำให้ หรือซื้ออาหารปรุงสำเร็จมาให้					
2.2.4 การพูดคุยขอคำปรึกษากับบุคลากรทางด้านสุขภาพเป็นเรื่องยุ่งยาก และเสียเวลา					
2.3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง					
2.3.1 ท่านสามารถหลีกเลี่ยงอาหารที่เกิดผลเสียต่อร่างกายของท่านได้					
2.3.2 ท่านสามารถดูแลสุขภาพของตนเอง พร้อมจะเป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ โดยไม่ต้องพึ่งพาลูกหลาน					
2.3.3 ท่านสามารถปฏิเสธบุคคลที่ชักชวนท่านสูบบุหรี่ ดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ได้					
2.3.4 ท่านสามารถถ่ายทอดประสบการณ์ต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิต ทั้งการใช้จ่าย เป็นต้นแบบให้ลูกหลานหรือผู้อื่น ในการดำเนินชีวิตได้					

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับเตรียมความพร้อม

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ด้านสุขภาพของการเป็นผู้สูงอายุ และทัศนคติที่ดีต่อการเป็นผู้สูงอายุ

ขอให้ท่านตามความเป็นจริงตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด จำนวน 8 ข้อ แบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ได้แก่

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความคิดเห็น หรือมีความรู้สึกต่อข้อความนั้นมากที่สุด

มาก หมายถึงท่านมีความคิดเห็น หรือมีความรู้สึกต่อข้อความนั้นมาก

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็น หรือมีความรู้สึกต่อข้อความนั้นปานกลาง

น้อย หมายถึงท่านมีความคิดเห็น หรือมีความรู้สึกต่อข้อความนั้นน้อย

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความคิดเห็น หรือมีความรู้สึกต่อข้อความนั้นน้อยที่สุด

ปัจจัยด้านการส่งเสริมพฤติกรรมเตรียมความพร้อม	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
3.1 การรับรู้ด้านสุขภาพของการเป็นผู้สูงอายุ					
3.1.1 ผู้สูงอายุ เป็น ผู้ที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านความเสื่อมทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตปัญญา และส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน					
3.1.2 การมีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ข้อเสื่อม เป็นเรื่องปกติของผู้สูงอายุ					
3.1.3 ผู้สูงอายุจะมีร่างกายเสื่อมลง ทำให้มีการเคลื่อนไหวลำบากเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิต					
3.1.4 ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดเส้นเลือดในสมองแตก ทำให้เกิดโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตได้					
3.1.5 เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ร่างกายจะเคลื่อนไหวลำบากทั้ง เดิน นั่ง นอน ดังนั้นผู้สูงอายุควรอยู่กับครอบครัวหรือญาติพี่น้อง					
3.1.6 ผู้สูงอายุเคลื่อนไหวด้วยตนเองลำบาก					

ปัจจัยด้านการส่งเสริมพฤติกรรมเตรียม ความพร้อม	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปาน กลาง (3)	น้อย (2)	น้อย ที่สุด (1)
ดังนั้นควรมีอุปกรณ์ช่วยพยุงต่าง ๆ ที่จำเป็นเพื่อ ป้องกันอุบัติเหตุ					
3.2 ทักษะคิดต่อการเป็นผู้สูงอายุ					
3.2.1 ผู้สูงอายุทุกคนมีความจำเป็นต้องมีเงินเป็น ของตนเองเพื่อการใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน					
3.2.2 ผู้สูงอายุควรเป็นแบบอย่างด้านศาสนา วัฒนธรรมและขนบธรรมเนียมอันดีงามให้ ลูกหลาน					
3.2.3 ผู้สูงอายุ เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ชีวิตที่มี คุณค่าที่จะมีประโยชน์ในการสอน ชี้แนะ บุตร หลานได้					

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม

ชุดที่ 4 การสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ความเชื่อและวัฒนธรรม, แรงสนับสนุนทางครอบครัว, แรงสนับสนุนทางชุมชน, แรงสนับสนุนทางสิ่งแวดล้อม และระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ขอให้ท่านตอบตามความเป็นจริงตรงกับกาได้รับการสนับสนุนมากที่สุด จำนวน 17 ข้อ แบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ได้แก่

มากที่สุด หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นมากที่สุด

มาก หมายถึงท่านได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นมาก

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็น หรือมีความรู้สึกต่อข้อความนั้นปานกลาง

น้อย หมายถึงท่านได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นน้อย

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นน้อยที่สุด

ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อย ที่สุด (1)
4.1 ความเชื่อและวัฒนธรรม					
4.1.1 ท่านเชื่อว่าสตรีล้านนา เมื่อแต่งงานแล้ว ต้องมีบทบาทในการดูแลสมาชิกทุกคนในครอบครัว					
4.1.2 ท่านมีความเชื่อเกี่ยวกับผีล้านนา ว่าสามารถช่วยเหลือความเจ็บป่วยต่อตนเองหรือต่อบุคคลในครอบครัวได้					
4.1.3 ท่านมีความเชื่อด้านการบริโภคตามวิถีพื้นบ้านล้านนาว่าดีกว่าการบริโภคตามสังคมยุคใหม่					
4.2 แรงสนับสนุนทางครอบครัว					
4.2.1 บุคคลในครอบครัวท่านให้ความสนใจห่วงใย ชักถามเกี่ยวกับสุขภาพ และผลการตรวจสุขภาพประจำปีของท่าน					
4.2.2 บุคคลในครอบครัวให้กำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางกายเช่น กระตุ้นให้ท่านออกกำลังกาย เพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี					
4.2.3 บุคคลในครอบครัวให้การสนับสนุนเงินเพื่อการใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน เช่น ซื้ออาหาร ของใช้ต่าง ๆ					
4.2.4 บุคคลในครอบครัวส่งเสริมให้ท่านร่วมกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ท่านเกิดสัมพันธ์อันดีต่อชุมชน เช่น งานประเพณี กิจกรรมทางศาสนา					
4.3 แรงสนับสนุนทางชุมชน					
4.3.1 ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ จากอาสาสมัครสาธารณสุข หรือบุคลากรสาธารณสุข					

ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อย ที่สุด (1)
4.3.2 ท่านได้รับการดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพ เพื่อส่งเสริมการเตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี จากเทศบาล หรือ อบต. ในพื้นที่ที่ท่านอาศัยอยู่					
4.3.3 ชุมชนของท่านมีการจัดตั้งชมรม เช่น ชมรมสตรี ชมรมผู้สูงอายุ เพื่อเป็นศูนย์รวมในการทำกิจกรรมเช่น การออกกำลังกาย การพบปะสังสรรค์					
4.3.4 ท่านได้รับการพัฒนาอาชีพจากพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์					
4.3.5 ท่านได้รับคำปรึกษา คำแนะนำ จากผู้รู้ในชุมชนเรื่อง การดูแลสุขภาพ เช่น ปราชญ์ชาวบ้าน พระสงฆ์ หมักทายก					
4.4 แรงสนับสนุนทางสิ่งแวดล้อม					
4.4.1 ท่านมีสถานที่ที่สามารถใช้ในการออกกำลังกายในบ้าน หรือ ในชุมชน เช่น ลานกิจกรรม					
4.4.2 ท่านมีสถานที่ที่สามารถเข้าไปร่วมกิจกรรมเพื่อความสงบทางจิตใจ เช่น วัด					
4.4.3 ชุมชนของท่านสามารถเป็นแหล่งทัศนศึกษาทางธรรมชาติ ศาสนสถาน และแหล่งเรียนรู้ทางวัฒนธรรม					
4.5 ระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข					
4.5.1 ท่านได้รับการเยี่ยมบ้านจากอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อซักถาม ให้คำแนะนำ ประเมินภาวะสุขภาพที่บ้านของท่าน					
4.5.2 ท่านได้รับการตรวจสุขภาพ และคำแนะนำด้านสุขภาพ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่บ้านของ					

ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อย ที่สุด (1)
ท่าน					
4.5.3 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.) หรือ โรงพยาบาลประจำอำเภอ ได้เตรียมความพร้อม เป็นผู้สูงอายุ แก่สตรีวัยทอง					
4.5.4 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.) หรือ โรงพยาบาลประจำอำเภอ ได้จัดกิจกรรมในชุมชน เพื่อเตรียมความพร้อมเป็นผู้สูงอายุ แก่สตรีวัย ทอง					

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองสู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพะ

ชุดที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองสู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพะ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม และด้านจิตปัญญา

ขอให้ท่านตอบตามความเป็นจริงตรงกับพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของตนเองต่อข้อความนั้นมากที่สุด เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบแบ่งเป็น 4 ด้านคือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม และด้านจิตปัญญา รวมจำนวน 26 ข้อ แต่ละข้อจะมีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ ดังนี้ คือ

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติพฤติกรรมเตรียมความพร้อมของตนเองตามข้อความนั้น มากที่สุด

มาก หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติพฤติกรรมเตรียมความพร้อมของตนเองตามข้อความนั้น มาก

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติพฤติกรรมเตรียมความพร้อมของตนเองตามข้อความนั้น ปานกลาง

น้อย หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติพฤติกรรมเตรียมความพร้อมของตนเองตามข้อความนั้น น้อย

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติพฤติกรรมเตรียมความพร้อมของตนเองตามข้อความนั้น น้อยที่สุด

พฤติกรรมเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทอง สู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพะ	ระดับการปฏิบัติพฤติกรรม				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปาน กลาง (3)	น้อย (2)	น้อย ที่สุด (1)
5.1 ด้านร่างกาย					
5.1.1 ท่านมีความมุ่งมั่นในการออกกำลังกาย สัปดาห์ละไม่น้อยกว่า 5 วันและครั้งละไม่น้อยกว่า 30 นาที					
5.1.2 ท่านมีความตั้งใจในการออกกำลังกายอย่าง ต่อเนื่องเพื่อให้กล้ามเนื้อร่างกายแข็งแรง					
5.1.3 ท่านหลีกเลี่ยงการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ เพื่อลดการเสี่ยงต่อ ภัยสุขภาพในระยะยาว					
5.1.4 ท่านหลีกเลี่ยงอาหาร หวาน มัน เค็ม เพื่อ ไม่ให้เกิดโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไตวาย ในวัยผู้สูงอายุ					
5.1.5 ท่านนอนหลับให้ได้มากกว่า 8-10 ชั่วโมง/ วัน					
5.1.6 ท่านตรวจสุขภาพประจำปี เช่น วัดความดัน ตรวจน้ำตาล ตรวจไขมัน เพื่อติดตามภาวะสุขภาพ ของตนเอง					
5.1.7 หากมีปัญหาสุขภาพท่านสามารถจัดการ แก้ไขได้ เช่น ไปพบแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข					
5.1.8 ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทาง สาธารณสุข เพื่อการเป็นผู้สูงอายุสุขภาพะดีใน อนาคต					
5.2 ด้านจิตใจ					
5.2.1 ท่านฝึกสติเรียนรู้ที่จะเข้าใจตนเอง พยายาม ยอมรับและแก้ไขข้อบกพร่องของตนเอง เพื่อ					

พฤติกรรมเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทอง สู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพ	ระดับการปฏิบัติพฤติกรรม				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อย ที่สุด (1)
เกิดผลต่อสุขภาพจิตที่ดีและต่อเนื่องในวัยผู้สูงอายุ					
5.2.2 ท่านสามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลง ร่างกาย จิตใจ จากสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุ					
5.2.3 ท่านมุ่งมั่นในการปฏิบัติฝึกฝนจิตใจเพื่อให้ เกิดความสงบในจิตใจ เช่น การนั่งสมาธิ การ ทำบุญทำทาน ศึกษาศาธรรมะ					
5.2.4 เมื่อมีความเครียด ท่านมีวิธีในการจัดการ ความเครียดทางจิตใจ เช่น การฟังเพลง การออก กำลังกาย การนั่งสมาธิ					
5.2.5 ท่านพูดคุยกับเพื่อนรุ่นเดียวกันเพื่อ แลกเปลี่ยนการเตรียมจิตใจต่อการเข้าสู่วัยสูงอายุ					
5.2.6 ท่านเตรียมทำกิจกรรมช่วยเหลือผู้อื่นให้ จิตใจเบิกบาน					
5.2.7 ท่านสามารถวางแผนการดำเนินชีวิตเมื่อเข้า สู่วัยผู้สูงอายุ เพื่อไม่ให้เกิดความวิตกกังวล					
5.3 ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม					
5.3.1 ท่านแสวงหากิจกรรม หรือ งานอดิเรกที่ฟัง พอใจและเหมาะสมต่อตนเอง					
5.3.2 ท่านแสวงหาสัมพันธภาพและแลกเปลี่ยน ความคิดเห็นกับครอบครัว					
5.3.3 ท่านเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชนมากขึ้น เพื่อสร้างความเคยชินซึ่งจะกลายเป็นแบบแผนใน การดำเนินชีวิตเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ					
5.3.4 ท่านแสวงหากิจกรรมจิตอาสา หรือกิจกรรม ที่เป็นประโยชน์แก่สังคม เพื่อสร้างสังคมแวดล้อม เพิ่มขึ้นให้ตนเอง					

พฤติกรรมเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทอง สู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพ	ระดับการปฏิบัติพฤติกรรม				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
5.3.5 ท่านแสวงหาการปรับปรุงบ้านให้เหมาะสมกับการใช้ชีวิตในผู้สูงอายุ เช่น การจัดทางเดินในบ้านให้สะดวก การจัดห้องนอนมาชั้นล่าง					
5.3.6 ท่านแสวงหาและเตรียมปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่เป็นธรรมชาติและเหมาะสมต่อชีวิตผู้สูงอายุของท่านในอนาคต					
5.4 ด้านจิตปัญญา					
5.4.1 ท่านตัดสินใจออมเงินเพื่อการใช้จ่ายในวัยผู้สูงอายุ					
5.4.2 ท่านตัดสินใจไว้ว่าอนาคตจะอาศัยอยู่กับลูกหลาน ญาติพี่น้อง หรือสถานบริการผู้สูงอายุของรัฐและเอกชน					
5.4.3 ท่านตัดสินใจเดินทางท่องเที่ยว ทักษะศึกษาเพื่อเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ในวัยผู้สูงอายุ					
5.4.4 ท่านมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติตามแนวคิดที่ตนเองยึดถือ เพื่อเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวในการดำรงชีวิตอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน					
5.4.5 ท่านตัดสินใจในการจัดการด้านร่างกายในวาระสุดท้ายของชีวิต (เช่น การฃาปนกิจ การบริจาคร่างกาย เป็นต้น)					

แบบสอบถาม**การสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก (ระยะที่ 2)****วิทยานิพนธ์เรื่อง รูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่สูงอายุสุขภาพ**

ผู้วิจัย นางมัจฉินท์ แปงศิริ

นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการทำวิทยานิพนธ์ (การวิจัยระยะที่ 2) เรื่อง รูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่สูงอายุสุขภาพ การวิจัยระยะนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพื่อศึกษามุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองสู่สูงอายุสุขภาพ

โปรดตอบแบบสอบถามทุกข้อให้ตรงกับความเป็นจริงและตรงความคิดเห็นมากที่สุด ผู้วิจัยจะเก็บคำตอบของท่านไว้เป็นความลับ ซึ่งจะมีการทำลายข้อมูลทั้งหมด หลังการวิจัยเสร็จสิ้นสุด 1 ปี และขอรับรองว่าจะไม่มีผลกระทบที่เสียหายต่อท่านแต่ประการใด

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่งที่ท่านให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

นางมัจฉินท์ แปงศิริ

การสนทนากลุ่ม ประกอบการวิจัย

เรื่อง...ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพ

คำชี้แจง การจัดทำสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ของสตรีวัยทองและ ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพ เพื่อค้นหาประเด็นในการสร้างรูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพ

1. วันที่สนทนากลุ่ม เวลา.....ณ

2. ขั้นตอนการสนทนากลุ่ม ดำเนินการสนทนากลุ่มแยกตามประเด็น และกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักในแต่ละประเด็นดังนี้

2.1 สตรีวัยทองในเขตเทศบาลตำบลบ้านกลาง ซึ่งมีคุณลักษณะของผู้นำการเตรียมความพร้อมด้านการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยทองในระดับตำบล จำนวน 10-12 คน หรือจกกว่าข้อมูลจะอ้อมตัว โดยประเด็นการสนทนากลุ่มและข้อคำถามที่ศึกษาเชิงคุณภาพ ได้แก่

2.1.1 ปัญหาของปัจจัยทางสภาวะสุขภาพ และอุปสรรคการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทางกาย จิตใจ สังคมสิ่งแวดล้อม และจิตปัญญาที่ผ่านมาในอดีต

2.1.2 มุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมเป็นอย่างไร

2.1.3 ข้อเสนอแนะความต้องการในการเตรียมความพร้อมด้านสภาวะ ความต้องการการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ความต้องการสิ่งสนับสนุนการเตรียมความพร้อมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ หรือช่องทางติดต่อสื่อสาร ประสานงานบุคลากร เพื่อขอคำแนะนำเพิ่มเติมด้านสุขภาพ กรณีฉุกเฉิน เป็นต้น

ตัวอย่าง...ประเด็นการสนทนา

การศึกษาหรือมีการเตรียมวางแผนด้านความรู้ในการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพสู่การเป็นผู้สูงอายุ

(อะไรบ้างที่ท่านคิดว่าต้องเตรียม ต้องมีในการเป็นผู้สูงอายุ)

การพูดคุย หรือขอคำแนะนำจากครอบครัว เพื่อนหรือญาติสนิทในการหาความรู้ด้านสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุ

ความเครียด ความกลัว หรือ ความวิตกกังวลต่อการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุ

มุมมองต่อปัจจัยที่มีผลต่อการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุ

การสนับสนุนของครอบครัวในการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุ

การจัดการกับภาวะการเจ็บป่วย หรือ โรคประจำตัวที่ท่านเป็นปัจจุบันนี้เมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุ

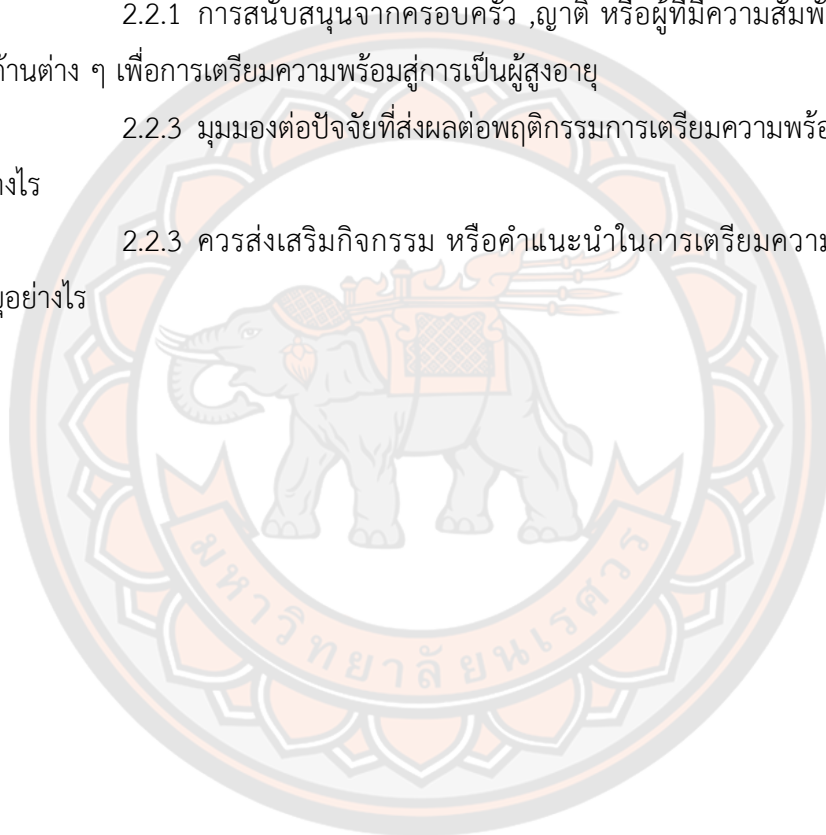
หน่วยงานกับการให้การสนับสนุนการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุ การรับรู้การเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุของท่านผ่านทางช่องทางอื่น ๆ หน่วยงานสนับสนุนทางสุขภาพได้มีส่วนในการส่งเสริมการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุอย่างไร

2.2 ครอบครัว, ญาติ หรือผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดสตรีวัยทอง จำนวน 10-12 คน (1 ท่านที่มีความสัมพันธ์ต่อสตรีวัยทอง 1 คน) หรือจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว โดยประเด็นการสนทนากลุ่มและข้อคำถามที่ศึกษาเชิงคุณภาพ ได้แก่

2.2.1 การสนับสนุนจากครอบครัว ,ญาติ หรือผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดสตรีวัยทองในด้านต่าง ๆ เพื่อการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุ

2.2.3 มุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทอง เป็นอย่างไร

2.2.3 ควรส่งเสริมกิจกรรม หรือคำแนะนำในการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุอย่างไร



ตัวอย่าง...ประเด็นการสนทนา

- การให้คำแนะนำด้านการเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจิตปัญญาต่อสตรีวัยทองที่เป็นญาติของท่าน
- การร่วมสนับสนุน หรือ แนะนำสถานที่หรือแหล่งความรู้ในการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุแก่สตรีวัยทอง
- ความวิตกกังวลของครอบครัวหรือญาติต่อการเปลี่ยนแปลง หรือเปลี่ยนถ่ายสู่วัยสูงอายุของสตรีวัยทอง
- แนวทาง หรือความต้องการการให้คำปรึกษาครอบครัว หรือกิจกรรมครอบครัวที่เอื้อต่อการสนับสนุนการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุแก่สตรีวัยทอง

3.3 ประชาชนชาวบ้าน หรือ ประชาชนล้าหนา หรือผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านวัฒนธรรมและภูมิปัญญาพื้นบ้านล้าหนา จำนวน 10-12 คน หรือจนข้อมูลมิติตัวโดยประเด็นการสนทนาดู่มและข้อคำถามที่ศึกษาเชิงคุณภาพ ได้แก่

3.3.1 มุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองเป็นอย่างไร

3.3.2 แนวทางส่งเสริมกรเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองเพื่อการเป็นผู้สูงอายุสุภาวะตามวัฒนธรรมและภูมิปัญญาพื้นบ้านล้าหนา

ตัวอย่าง...ประเด็นการสนทนา

- มุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทอง
- แนวทางการส่งเสริมค่านิยมในการอยู่ร่วมกัน หรือกรเตรียมความพร้อมเป็นผู้สูงอายุสำหรับสตรีวัยทอง ตามวัฒนธรรมและภูมิปัญญาพื้นบ้านล้าหนา
- วัฒนธรรมและภูมิปัญญาพื้นบ้านล้าหนาที่ส่งเสริมกรเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองเพื่อการเป็นผู้สูงอายุสุภาวะได้อย่างยั่งยืน

3.4 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีความเชี่ยวชาญและ /หรือได้รับมอบหมายในการให้การส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยทอง หรือสาขาที่เกี่ยวข้องเช่น อนามัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จำนวน 10-12 คน โดยประเด็นการสนทนาดู่มและข้อคำถามที่ศึกษาเชิงคุณภาพ ได้แก่

3.4.1 ปัญหาของปัจจัยสุขภาพที่มักพบในสตรีวัยทองท้องถิ่นพื้นที่ ๆ ท่านรับผิดชอบ ตลอดจนการให้ความช่วยเหลือดูแลเมื่อพบปัญหาสุขภาพที่ผ่านมา

3.4.2 อุปสรรคในการส่งเสริมพฤติกรรมกรเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุให้แก่สตรีวัยทอง และข้อเสนอแนะกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ สามารถตอบสนองการสนับสนุนพฤติกรรมกรเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุสุภาวะ

3.4.3 มุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองเป็นอย่างไร

ตัวอย่าง...ประเด็นการสนทนา

- การร่วมวางแผน หรือ เสนอปัญหาทางภาวะสุขภาพของสตรีวัยทองในพื้นที่รับผิดชอบของท่านต่อบุคลากรทางสาธารณสุข
- แนวทางในการเสนอนโยบาย หรือ การส่งเสริมพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุให้กับสตรีวัยทองในพื้นที่รับผิดชอบของท่าน
- ควรมีนโยบาย หรือ กิจกรรมการส่งเสริมการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุแบบใดให้กับสตรีวัยทองในพื้นที่รับผิดชอบของท่าน
- แนวทางการจัดให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุให้กับสตรีวัยทองในพื้นที่รับผิดชอบของท่าน

3.5 บุคลากรสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีความเชี่ยวชาญหรือปฏิบัติงานในแผนกอนามัยเจริญพันธุ์และอนามัยครอบครัว (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/โรงพยาบาลชุมชน) จำนวน 10-12 คน

3.6 บุคลากรในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (กองการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาลตำบล) จำนวน 10-12 คน

โดยกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสองกลุ่มนี้จะมีประเด็นการสนทนาดังกล่าวและข้อคำถามที่ศึกษาเชิงคุณภาพที่เหมือนกัน เป็นไปในแนวทางด้านเดียวกัน คือ

3.6.1 การให้บริการด้านสุขภาพสตรีวัยทองที่ผ่านมา พบปัญหาใดที่เป็นปัจจัยของระบบการให้บริการและอุปสรรคในการดำเนินการตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทย

3.6.2 มุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองเป็นอย่างไร และ

3.6.3 ข้อเสนอแนะความต้องการพัฒนาระบบการให้บริการในการเตรียมความพร้อมสำหรับสตรีวัยทองที่จะเข้าสู่วัยสูงอายุ นอกเหนือจากการให้บริการในคลินิกวัยทองที่อาจพบว่ามีเหมาะสมและมีประโยชน์สำหรับสตรีวัยทองในพื้นที่

ตัวอย่าง...ประเด็นการสนทนา

- ตัวชี้วัด ตามนโยบายส่งผลสำเร็จต่อการส่งเสริมสุขภาพ และ พฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยทองอย่างไร

- นโยบายหรือตัวชี้วัดใดที่มีผลต่อกิจกรรมการส่งเสริมการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุของสตรีวัยทอง และท่านได้จัดการกับกิจกรรมนั้นๆ อย่างไร
- ระบบสนับสนุนการให้บริการทางด้านสาธารณสุขแบบใดที่เหมาะสมต่อรูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพ
- แนวทางการส่งเสริม การรักษาด้านสุขภาพในการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองสู่การเป็นผู้สูงอายุสุขภาพ

3.7 บุคลากรในสังกัดสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ทั้งในระดับอำเภอและตำบล ได้แก่ นักพัฒนาชุมชน, นักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, นักสังคมสงเคราะห์ จำนวน 10-12 คน โดยประเด็นการสนทนากลุ่มและข้อคำถามที่ศึกษาเชิงคุณภาพ ได้แก่

3.7.1 ปัญหาของปัจจัยด้านการให้ความสนับสนุน ที่มีกพบในสตรีวัยทองท้องถิ่นพื้นที่ ๆ ท่านรับผิดชอบ ตลอดจนการให้ความช่วยเหลือดูแลเมื่อพบปัญหาการขอความสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ที่ผ่านมา

3.7.2 มุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทองเป็นอย่างไร

3.7.3 ข้อเสนอแนะความต้องการพัฒนาระบบการให้ความสนับสนุนด้านทรัพยากรในการเตรียมความพร้อมสำหรับสตรีวัยทองที่จะเข้าสู่วัยสูงอายุนอกเหนือจากการให้การสนับสนุนที่ผ่านมาซึ่งน่าจะมีความเหมาะสมและมีประโยชน์สำหรับสตรีวัยทองในพื้นที่

ตัวอย่าง...ประเด็นการสนทนา

- แนวทางการสนับสนุนด้านการส่งเสริมอาชีพ หรือ เตรียมด้านเบี้ยยังชีพ เพื่อเตรียมความพร้อมด้านการดำรงชีพของสตรีวัยทองสู่การเป็นผู้สูงอายุ
- แนวทางการจัดตั้งศูนย์บริการสังคม กองทุนส่งเสริมสวัสดิการ เพื่อเตรียมความพร้อมให้แก่สตรีวัยทองเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ.
- มุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทอง
- แนวทางการพัฒนาระบบการให้ความสนับสนุนด้านทรัพยากรในการเตรียมความพร้อมสำหรับสตรีวัยทองในพื้นที่ที่จะเข้าสู่วัยสูงอายุ

แบบสัมภาษณ์เชิงลึกชนิดกึ่งมีโครงสร้าง ประกอบการวิจัย

เรื่อง.....มุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทอง

ผู้สัมภาษณ์นางมัจฉลินท์ แปงศิริ.....วัน เวลา สัมภาษณ์

สถานที่สัมภาษณ์

ชั้นนำ

1. ผู้สัมภาษณ์แนะนำตนเอง

2. แจ้งวัตถุประสงค์ในการสัมภาษณ์ ขออนุญาตเริ่มการสัมภาษณ์และบันทึกเทป โดย

ขอให้ผู้

ถูกสัมภาษณ์แสดงความคิดเห็นและข้อเท็จจริงอย่างอิสระ เพื่อประโยชน์ต่อการได้ข้อมูล ประกอบการพัฒนาารูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพ

ชั้นสัมภาษณ์

ผู้สัมภาษณ์ใช้คำถามที่กำหนดไว้เป็นประเด็นสัมภาษณ์ โดยกลุ่มผู้ให้สัมภาษณ์ดังนี้

3.8 กลุ่มผู้บริหารที่มีส่วนในการผลักดันนโยบาย ส่งเสริมการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองผู้สูงอายุสุขภาพ ทั้งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานละ 5 คนรวมทั้งหมด 10 คน ใช้แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งมีโครงสร้าง ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) โดยทำการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่

3.8.1 การส่งเสริมกิจกรรมการเตรียมความพร้อม และข้อเสนอแนะการผลักดันนโยบายที่ส่งเสริมการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุในพื้นที่ โดยเฉพาะกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพและเศรษฐกิจ

3.8.12 มุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทอง เป็นอย่างไรตัวอย่าง...ประเด็นการสัมภาษณ์

➤ ท่านคิดว่า นโยบายตามตัวชี้วัดหรือ กรอบการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยทองในระดับพื้นที่ของท่านยังมีข้อดีและข้อจำกัดใดที่ต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

➤ ในฐานะผู้บริหาร ท่านจะผลักดันนโยบายใดเป็นนโยบายของการส่งเสริมการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่การเป็นผู้สูงอายุอย่างมีความสุข

➤ ปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมนโยบายของการส่งเสริมการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่การเป็นผู้สูงอายุอย่างมีความสุขคืออะไร

➤ มุมมองต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมของสตรีวัยทอง เป็นอย่างไร

กิจกรรมการเตรียมความพร้อม และข้อเสนอแนะการผลักดันนโยบายที่ส่งเสริม
การเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุในพื้นที่ โดยเฉพาะกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพและเศรษฐกิจ

3.8.3 สรุปผลการสนทนากลุ่ม/การสัมภาษณ์เชิงลึก

3.8.4 ขอบคณผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม/การสัมภาษณ์เชิงลึก และจบการสนทนา
กลุ่ม/การสัมภาษณ์เชิงลึก



ภาคผนวก ค เอกสารรับรองจริยธรรมโครงการวิจัยในมนุษย์

COA No. 094/2020
IRB No. 0016/63



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
NARESUAN UNIVERSITY INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 เบอร์โทรศัพท์ 05596 8642

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

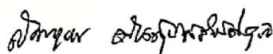
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : รูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ
Study Title : The preparation model for menopausal women toward healthy aging
ผู้วิจัยหลัก : นางมัจฉลินท์ แปงศิริ
สังกัดหน่วยงาน : คณะสาธารณสุขศาสตร์
วิธีทบทวน : แบบเร่งรัด (Expedited Review)
รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง

- AF 01-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 13 มกราคม 2563
- AF 02-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 13 มกราคม 2563
- AF 03-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 13 มกราคม 2563
- AF 04-10 ระยะที่ 1 ส่วนที่ 1-4 (ชุดที่1-5) เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 16 ธันวาคม 2562
- AF 04-10 ระยะที่ 1 ส่วนที่ 1-4 (ชุดที่1-5) สำหรับสตรีวัยทอง กลุ่มทดลองใช้ (Try out) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2563
- AF 04-10 ระยะที่ 1 ส่วนที่ 1-4 (ชุดที่1-5) สำหรับสตรีวัยทอง เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2563
- AF 04-10 ระยะที่ 2 ส่วนที่ 1 สำหรับสตรีวัยทอง เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2563
- AF 04-10 ระยะที่ 2 ส่วนที่ 1 สำหรับครอบครัว/ญาติสายตรงสตรีวัยทอง เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2563
- AF 04-10 ระยะที่ 2 ส่วนที่ 1 สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2563
- AF 04-10 ระยะที่ 2 ส่วนที่ 1 ประชาชนชาวบ้าน หรือ ประชาชนล้านนา เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2563
- AF 04-10 ระยะที่ 2 ส่วนที่ 1 สำหรับบุคลากรสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2563
- AF 04-10 ระยะที่ 2 ส่วนที่ 1 สำหรับบุคลากรในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น(กองการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาลตำบล) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2563
- AF 04-10 ระยะที่ 2 ส่วนที่ 1 สำหรับบุคลากรในสังกัดสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 12 มีนาคม 2563
- AF 04-10 ระยะที่ 2 ส่วนที่ 1 สำหรับกลุ่มผู้บริหารในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2563
- AF 04-10 ระยะที่ 3 (ขั้นตอน 1-3) สำหรับสตรีวัยทอง เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2563
- AF 04-10 ระยะที่ 3 (ขั้นตอน 1-3) สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2563
- AF 04-10 ระยะที่ 3 (ขั้นตอน 1-3) สำหรับครอบครัว,ญาติ หรือ ผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดสตรีวัยทอง เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2563
- AF 04-10 ระยะที่ 3 (ขั้นตอน 1-3) สำหรับประชาชนชาวบ้าน หรือ ประชาชนล้านนา เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2563

19. AF 04-10 ระยะที่ 3 (ขั้นตอน 1-3) สำหรับบุคลากรสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2563
20. AF 04-10 ระยะที่ 3 (ขั้นตอน 1-3) สำหรับบุคลากรสาธารณสุขในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2563
21. AF 04-10 ระยะที่ 3 (ขั้นตอน 1-3) สำหรับบุคลากรในสังกัดสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2563
22. AF 04-10 ระยะที่ 3 (ขั้นตอน 1-3) สำหรับกลุ่มผู้บริหารทั้งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2563
23. AF 04-10 ระยะที่ 3 (ขั้นตอน 5) สำหรับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ กลุ่มที่ 1 ผู้เชี่ยวชาญด้านงานอนามัยเจริญพันธุ์และอนามัยครอบครัว เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2563
24. AF 04-10 ระยะที่ 3 (ขั้นตอน 5) สำหรับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ กลุ่มที่ 2 ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลและพัฒนาการดูแลระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุ เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2563
25. AF 04-10 ระยะที่ 3 (ขั้นตอน 5) สำหรับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ กลุ่มที่ 3 บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นนักวิชาการด้านสาธารณสุข เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2563
26. AF 05-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 23 ธันวาคม 2562
27. สรุปโครงการเพื่อการพิจารณาทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2563
28. โครงร่างวิทยานิพนธ์ เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 23 ธันวาคม 2562
29. ประวัติผู้วิจัย เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 23 ธันวาคม 2562
30. รายละเอียดเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 23 ธันวาคม 2562
31. แบบสอบถาม เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2563



ลงนาม

(นายแพทย์สมบูรณ์ ตันสุกสวัสดิกุล)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยนเรศวร

วันที่รับรอง : 04 มีนาคม 2563
Date of Approval : March 04, 2020
วันหมดอายุ : 04 มีนาคม 2564
Approval Expire Date : March 04, 2021

ทั้งนี้ การรับรองมีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

COA No. 094/2020

IRB No. 0016/63



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

มหาวิทยาลัยนเรศวร

99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 เบอร์โทรศัพท์ 05596 8642

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : รูปแบบการเตรียมความพร้อมสตรีวัยทองสู่ผู้สูงอายุสุขภาพ
 ผู้วิจัยหลัก : นางสาวมัจฉินท์ แปงศิริ
 สังกัดหน่วยงาน : คณะสาธารณสุขศาสตร์
 วิธีทบทวน : แบบเร่งรัด (Expedited Review)
 รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือ ส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการ : เสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง

1. แบบรายงานความก้าวหน้าของโครงการวิจัย (AF01-14) เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2564

ลงนาม

วิไลคุณา อธิสโรจน์ประเสริฐ
 (นายแพทย์สมบูรณ ดันสุกสวัสดิกุล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

มหาวิทยาลัยนเรศวร

วันที่รับรอง : 4 มีนาคม 2563
 วันหมดอายุ : 4 มีนาคม 2564
 วันที่รับรองต่อเนื่องครั้งที่ 1 : 4 มีนาคม 2564
 วันที่หมดอายุการรับรองครั้งที่ 1 : 4 มีนาคม 2565

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขที่ตั้งไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
2. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ใบยินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี) แบบสัมภาษณ์ และหรือแบบสอบถาม เฉพาะที่มีตราประทับของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เท่านั้น และส่งสำเนาเอกสารดังกล่าวให้กับผู้เข้าร่วมวิจัยจริงรายแรกมาที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐาน
3. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นหรือการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมวิจัยใดๆ ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ภายในระยะเวลาที่กำหนดไว้ในวิธีดำเนินการมาตรฐาน (SOPs)
4. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
5. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขออนุมัติใหม่ก่อน อย่างน้อย 45 วัน ก่อนใบรับรองหมดอายุ
6. เอกสารทุกฉบับที่ได้รับการรับรองครั้งนี้ หมดอายุตามอายุของโครงการวิจัยที่ได้รับการรับรองก่อนหน้านี้ (COA No. 094/2019)

* รายชื่อของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (ชื่อและตำแหน่ง) ที่อยู่ในที่ประชุมวันที่รับรองโครงการวิจัยได้แนบมาด้วย (หากร้องขอล่วงหน้า) เอกสารที่รับรองทั้งหมดจะถูกลบส่งไปยังผู้วิจัยหลัก



ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-นามสกุล	มัจฉินท์ แพงศิริ
วัน เดือน ปี เกิด	
ที่อยู่ปัจจุบัน	
ที่ทำงานปัจจุบัน	มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ 202 หมู่ที่ 1 ตำบลช้างเผือก อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ 50300
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน	อาจารย์ประจำภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่
ประสบการณ์การทำงาน	พ.ศ. 2555 อาจารย์ประจำ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ อำเภอเมือง เชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ พ.ศ. 2544 พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสันป่าตอง อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ พ.ศ. 2542 พยาบาลวิชาชีพ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล กรุงเทพมหานคร
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2554 ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ พ.ศ. 2542 พย.บ (พยาบาลศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล
ผลงานตีพิมพ์	ผลงานตีพิมพ์ที่เกี่ยวข้องกับวิทยานิพนธ์ Pangsiri, M., Wanaratwichit, C., & Khamja, P. (2012). Using the Readiness Concept and Pender's Health Promotion Model to Predict the Preparation Behavior towards Healthy Aging of Menopausal Women in the Northern Region of Thailand. Journal of The Medical Association of Thailand, 104 (10), 1590-1596. ผลงานตีพิมพ์อื่นๆ มัจฉินท์ แพงศิริ. (2564). การเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีวัยทองในการ เตรียมความพร้อมสู่สังคมผู้สูงอายุคุณภาพ. วารสารวิจัยราชภัฏเชียงใหม่, 22(3), 54-65. มัจฉินท์ แพงศิริ. (2563). การเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุ คุณภาพในประชากรก่อนวัยสูงอายุ, วารสารวิทยาลัยพยาบาล พระปกเกล้า จันทบุรี. 31(2), 213-223.