

การวางแผนก่อนการเกษียณอายุและความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุ



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาเศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์ ไม่สังกัดภาควิชา/เทียบเท่า

คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2561

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การวางแผนก่อนการเกษียณอายุและความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุ



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาเศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์ ไม่สังกัดภาควิชา/เทียบเท่า

คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2561

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์	การวางแผนก่อนการเกษียณอายุและความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุ
โดย	นายศราวุฒิ จตุวิวัฒน์วรกุล
สาขาวิชา	เศรษฐศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธัชพันธ์ โกมลไพศาล

---

คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของ  
การศึกษาตามหลักสูตรปริญญาเศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต

.....	คณบดีคณะเศรษฐศาสตร์
(ศาสตราจารย์ ดร.วรเวศม์ สุวรรณระดา)	
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์	
.....	ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นพพล วิทย์วรพงศ์)	
.....	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธัชพันธ์ โกมลไพศาล)	
.....	กรรมการ
(ดร.เนื่อแพร เล็กเฟื่องฟู)	
.....	กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัทรา เกิดเรือง)	

ศราวุฒิ จตุวิวัฒน์วรกุล : การวางแผนก่อนการเกษียณอายุและความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุ. (PRE-RETIREMENT PLANNING AND WELL-BEING OF THE ELDERLY) อ.  
ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : ผศ. ดร.ธัชพันธ์ โกมลไพศาล

ประเทศไทยเป็นอีกประเทศหนึ่งเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ทั้งยังมีแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับอัตราการเกิดที่น้อยลง จึงทำให้อัตราการพึ่งพิงของผู้สูงอายุต่อวัยทำงานเพิ่มขึ้น จนเป็นภาระแก่บุตรหลานและงบประมาณของประเทศ ซึ่งทำให้เกิดปัญหาในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ แนวทางในการแก้ไขปัญหาเหล่านี้สามารถเริ่มได้ด้วยตัวของบุคคลเองด้วยการวางแผนก่อนการเกษียณอายุ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบของการวางแผนเพื่อการเกษียณอายุและระยะเวลาของการวางแผนที่มีต่อความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุผ่านคะแนนมาตรฐานสุขภาพกายและสุขภาพจิต โดยศึกษาผ่านแบบจำลอง 2-Stage Least Square (2SLS) ด้วยการใช้ตัวแปรมหภาคเป็น instrumental variable ที่ส่งผลต่อการตัดสินใจวางแผนเกษียณอายุ ซึ่งผลศึกษาพบว่าแผนเกษียณอายุทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ แผนเกษียณอายุด้านการเงิน สุขภาพกาย สุขภาพจิต และสังคมผู้สูงอายุที่ทำงานภายหลังอายุ 60 ปีจะส่งผลให้ผู้เกษียณอายุมีความอยู่ดีมีสุขเพิ่มขึ้นได้เมื่อมีการวางแผนทางการเงินและสุขภาพกาย รวมทั้งหากมีการวางแผนเกษียณอายุในช่วงอายุที่เร็วขึ้น ก็จะทำให้ความอยู่ดีมีสุขด้านสุขภาพกายเพิ่มขึ้นอีกด้วย

แม้ว่าการวางแผนเกษียณอายุอาจไม่ทำให้ความอยู่ดีมีสุขด้านสุขภาพจิตดีขึ้น แต่การที่บุคคลได้เริ่มมีการวางแผนย่อมทำให้สามารถตั้งเป้าหมายของชีวิต และเตรียมความพร้อมสำหรับสิ่งจำเป็นต่าง ๆ ได้ ผ่านการวางแผนเกษียณอายุด้านต่าง ๆ ภาครัฐจึงควรสนับสนุนให้เกิดการเตรียมความพร้อม ไม่เพียงแต่ด้านการเงินแต่ยังคงรวมถึงด้านอื่น ๆ อีกด้วย

ภาควิชา	ไม่สังกัดภาควิชา/เทียบเท่า	ลายมือชื่อนิสิต
		.....
สาขาวิชา	เศรษฐศาสตร์	ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
		.....
ปีการศึกษา	2561	

# # 5985174829 : MASTER OF ECONOMICS

RETIREMENT PLANNING, THE ELDERLY, WELL-BEING

Saravut Jatuwiwatworakul : PRE-RETIREMENT PLANNING AND WELL-BEING  
OF THE ELDERLY. ADVISOR: Asst. Prof. Touchanun Komonpaisarn, Ph.D.

Thailand has become a country of aging society. The elderly population has also increased continuously. This situation affects an age dependency ratio of workers. So, these matters burden the descendant of elderly and government budget indeed. Therefore, the pre-retirement planning could be a way to solve this problem by concerning it before retirement.

This study aims to examine the impact of pre-retirement planning and duration of planning on the elderly well-being through standard normal score of physical and mental health. The study was conducted through 2-Stage Least Square (2SLS) Model. Planning for retirement, namely financial, physical health, mental health and social plans, has resulted in better quality of life for the elderly. For the elderly are still working, the financial and physical health planning are the most important thing for happy retirement by getting ready early.

Although the pre-retirement planning may not affect psychological well-being, the early retirement preparation could help people to set a goal of their life. Consequently, the government should encourage people to prepare themselves to be a ready retiree in terms of financial and other preparedness.

Department: Common Course

Student's Signature .....

Field of Study: Economics

Advisor's Signature .....

Academic Year: 2018

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณาของหลาย ๆ ท่าน ซึ่งผู้เขียนต้องขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธัชฉัตร โกมลไพศาล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้คำแนะนำและติดตามความคืบหน้าของการศึกษามาโดยตลอด

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นพพล วิทย์วรพงศ์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และคณะกรรมการทุกท่านซึ่งประกอบด้วย อาจารย์ ดร. เนื่อแพร เล็กเฟื่องฟู และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ภัททา เกิดเรือง ที่ให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการศึกษาในครั้งนี้

นอกจากนี้ ผู้เขียนขอขอบคุณสำนักงานสถิติแห่งชาติและเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่เอื้อเฟื้อข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ และขอขอบคุณเพื่อน ๆ ทุกคนที่ให้กำลังใจผู้เขียนเสมอมา รวมทั้งเจ้าหน้าที่ของคณะเศรษฐศาสตร์ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือด้านเอกสารเป็นอย่างดี

สุดท้ายนี้ ผู้เขียนขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา รวมถึงทุกคนในครอบครัว และอาจารย์ มุกม่านที่คอยอบรมสั่งสอน กระตุ้นเตือนและให้กำลังใจผู้เขียนมาโดยตลอด คุณประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้เขียนขอมอบให้แก่บุคคลดังกล่าว แต่หากมีข้อผิดพลาดประการใด ผู้เขียนขอน้อมรับไว้แต่เพียงผู้เดียว

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ศรารุณี จตุวิวัฒน์วรกุล

## สารบัญ

	หน้า
.....	ค
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญรูปภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา .....	1
1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย.....	2
1.3 ขอบเขตการวิจัย .....	3
1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	3
บทที่ 2 ภูมิหลัง วรรณกรรมปริทัศน์และทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษา .....	4
2.1 ความเป็นมา.....	4
2.2 ทฤษฎีอรรถประโยชน์ของการเกษียณอายุ .....	6
2.3 วรรณกรรมปริทัศน์ .....	7
2.3.1 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความอยู่ดีมีสุขเมื่อเกษียณอายุ .....	9
2.3.2 ปัญหาทางเศรษฐกิจ .....	13
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย.....	15
3.1 กรอบแนวคิด .....	15

3.2 Endogeneity และ Instrumental Variable .....	16
3.3 กลุ่มตัวอย่าง (Sample).....	17
3.4 แบบจำลองที่ใช้ในการศึกษา .....	18
3.5 ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา (Variables).....	18
3.5.1 ตัวแปรตาม (Dependent variables) .....	18
3.5.2 ตัวแปรอิสระที่ใช้ในการศึกษา (Independent variables) .....	25
3.6 สมมติฐานในการศึกษา.....	27
บทที่ 4 ผลการศึกษา.....	30
4.1 ผลวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	30
4.2 ผลวิเคราะห์ First – stage regression.....	32
4.3 ผลวิเคราะห์การวางแผนเกษียณอายุและความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุ.....	36
4.3.1 ผลวิเคราะห์การวางแผนเกษียณอายุและความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุด้านสุขภาพกาย.....	36
4.3.2 ผลวิเคราะห์การวางแผนเกษียณอายุและความอยู่ดีมีสุขภายหลังการเกษียณด้านสุขภาพจิต .....	40
4.3.3 การพิจารณาความแตกต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ยังทำงานภายหลังอายุ 60 ปี และกลุ่มตัวอย่างที่เกษียณอายุ.....	42
4.3.4 การพิจารณาความแตกต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี และกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 70-80 ปี .....	51
บทที่ 5 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ .....	60
5.1 สรุปผลการศึกษา .....	60
5.2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย.....	61
5.3 ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาค้างต่อไป .....	62
บรรณานุกรม.....	64
ภาคผนวก.....	68
ประวัติผู้เขียน.....	70





จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
**CHULALONGKORN UNIVERSITY**

## สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 3-1 แสดงการเปรียบเทียบคำถามระหว่าง Barthel activities of daily living index: ADL index และการสำรวจประชากรสูงอายุ ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2550 และ 2554 .....	19
ตารางที่ 3-2 แสดงค่าคะแนนสุขภาพกาย (Physical health score) เปรียบเทียบกับ ADLs .....	20
ตารางที่ 3-3 แสดงค่าคะแนนสุขภาพจิต (Psychological Health Score) เปรียบเทียบ CES-D....	22
ตารางที่ 3-4 แสดงการกำหนดค่าตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา.....	26
ตารางที่ 4-1 แสดงเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และระดับรายได้ของกลุ่มตัวอย่าง ..	30
ตารางที่ 4-2 แสดงพฤติกรรมด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง .....	31
ตารางที่ 4-3 แสดงลักษณะการวางแผนเกษียณอายุของกลุ่มตัวอย่าง.....	31
ตารางที่ 4-4 แสดงคะแนนมาตรฐานสุขภาพกายและสุขภาพจิต .....	32
ตารางที่ 4-5 แสดงผลการศึกษา First-stage regression .....	34
ตารางที่ 4-6 แสดงผลการศึกษารวางแผนเกษียณอายุและความอยู่ดีมีสุขภายหลังการเกษียณอายุ ด้านสุขภาพกาย .....	38
ตารางที่ 4-7 แสดงผลการศึกษารวางแผนเกษียณอายุและความอยู่ดีมีสุขภายหลังการเกษียณอายุ ด้านสุขภาพจิต .....	41
ตารางที่ 4-8 แสดงผลการศึกษารวางแผนเกษียณอายุและความอยู่ดีมีสุขภายหลังการเกษียณอายุ ด้านสุขภาพกายของกลุ่มตัวอย่างที่ยังทำงานภายหลังอายุ 60 ปี .....	43
ตารางที่ 4-9 แสดงผลการศึกษารวางแผนเกษียณอายุและความอยู่ดีมีสุขภาพจิตหลังการเกษียณอายุด้านสุขภาพกายของกลุ่มตัวอย่างที่ยังทำงานภายหลังอายุ 60 ปี.....	46
ตารางที่ 4-10 แสดงผลการศึกษารวางแผนเกษียณอายุและความอยู่ดีมีสุขหลังการเกษียณอายุด้านสุขภาพกายของกลุ่มตัวอย่างที่เกษียณอายุแล้ว.....	48
ตารางที่ 4-11 แสดงผลการศึกษารวางแผนเกษียณอายุและความอยู่ดีมีสุขหลังการเกษียณอายุด้านสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างที่เกษียณอายุเมื่ออายุ 60 ปี .....	50

ตารางที่ 4-12 แสดงผลการศึกษการวางแผนเกษียณอายุและความอยู่ดีมีสุขหลังการเกษียณอายุด้าน สุขภาพกายของกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี.....	53
ตารางที่ 4-13 แสดงผลการศึกษการวางแผนเกษียณอายุและความอยู่ดีมีสุขหลังการเกษียณอายุด้าน สุขภาพกายของกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 70-80 ปี.....	54
ตารางที่ 4-14 แสดงผลการศึกษการวางแผนเกษียณอายุและความอยู่ดีมีสุขหลังการเกษียณอายุด้าน สุขภาพกายของกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 70-80 ปี.....	57
ตารางที่ 4-15 แสดงผลการศึกษการวางแผนเกษียณอายุและความอยู่ดีมีสุขหลังการเกษียณอายุด้าน สุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 70-80 ปี.....	58



## สารบัญรูปภาพ

หน้า

ภาพที่ 1-1 แสดงประมาณการณ์รายจ่ายสวัสดิการผู้สูงอายุและรายจ่ายสวัสดิการผู้สูงอายุต่อรายได้ ภาครัฐ ปี พ.ศ. 2557 – 2564.....	2
ภาพที่ 2-1 การคาดการณ์ประชากรผู้สูงอายุประเทศไทย พ.ศ. 2548, 2564 และ 2574.....	5
ภาพที่ 3-1 กรอบความคิดเรื่องการวางแผนเกษียณอายุ.....	15
ภาพที่ 3-2 แสดงการกระจายตัวของคะแนนมาตรฐานสุขภาพกายและสุขภาพจิต.....	23



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยกำลังอยู่ในช่วงการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging) โดยตั้งแต่ช่วงปลายศตวรรษที่ 20 ประชากรผู้สูงอายุของไทยมีการขยายตัวถึงร้อยละ 3.7 ต่อปี และเพิ่มเป็นร้อยละ 4 ต่อปีในปี พ.ศ. 2558 ซึ่งเป็นอัตราขยายตัวสูงที่สุดในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และในปี พ.ศ. 2548 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10.7 จึงถือได้ว่าประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุขั้นต้นแล้วตามหลักเกณฑ์ขององค์การสหประชาชาติ<sup>1</sup> ขณะที่อัตราการเกิดของประชากรรวมเพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 0.5 เท่านั้น (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560)

ประเทศไทยมีจำนวนประชากรในปี พ.ศ. 2559 ประมาณ 68.86 ล้านคนและเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีถึง 11 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 16 ของประชากรทั้งประเทศ และตามการคาดการณ์รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ. 2560 ของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2564 และเข้าสู่สังคมสูงอายุที่อุดมไปด้วยผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2574

สาเหตุที่จำนวนประชากรสูงอายุของไทยเพิ่มขึ้นมาจากอัตราการเสียชีวิตและอัตราการเกิดที่ลดลง ทำให้อัตราการพึ่งพิงของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น โดยจากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ. 2560 ของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย พบว่า ผู้สูงอายุที่ต้องอยู่ลำพังเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6 ในปี พ.ศ. 2545 เป็นร้อยละ 9 ในปี พ.ศ. 2557 หรืออยู่กับคู่สมรสโดยที่ไม่มีบุตรหลานดูแลเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 16 ในปี พ.ศ. 2545 เป็นร้อยละ 19 ในปี พ.ศ. 2557 ทำให้ภาระการดูแลตกอยู่กับตัวผู้สูงอายุเอง ทั้งภาระด้านการเงิน การดูแลสุขภาพ และสังคมที่เมื่อบุคคลเกษียณอายุงานแล้ว จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ เหล่านี้

---

<sup>1</sup> องค์การสหประชาชาติ ได้แบ่ง การเข้าสู่สังคมสูงอายุเป็น 3 ระดับได้แก่

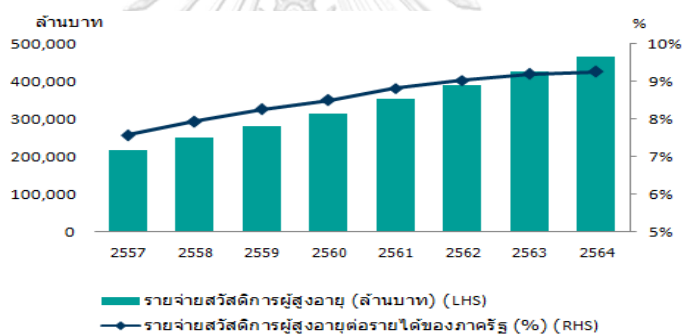
1. ระดับกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุ (aging society) คือ มีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด

2. ระดับสังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ (aged society) คือ มีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด

3. ระดับสังคมที่อุดมไปด้วยผู้สูงอายุ (super-aged society) คือ มีสัดส่วนประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด

นอกจากภาวะด้านการเงินสุขภาพและสังคมจะเกิดกับตัวผู้สูงอายุเองแล้ว ยังเกิดภาวะกดดันงบประมาณของรัฐในการเข้ามาจัดสรรสวัสดิการเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่เกษียณแล้วอีกด้วย จากรายงานการประมาณการงบประมาณสำหรับผู้สูงอายุและแหล่งที่มาของเงิน ของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย และสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ (สท.) ปี พ.ศ. 2555 พบว่า ภาครัฐมีรายจ่ายด้านสวัสดิการสาธารณสุข เพื่อบรรเทาปัญหาการดูแลผู้สูงอายุสูงถึง 2.17 แสนล้านบาทหรือร้อยละ 9.12 ของงบประมาณปี พ.ศ. 2555 และจะเพิ่มเป็น 4.47 แสนล้านบาท และ 7.82 แสนล้านบาทในปี พ.ศ. 2557 และปี พ.ศ. 2566 ตามลำดับ ซึ่งถือเป็นงบประมาณจำนวนมากมหาศาลที่ภาครัฐต้องเข้าไปดูแลสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ ดังนั้น การวางแผนก่อนการเกษียณอายุอาจเป็นหนทางในการเปลี่ยนจากการที่ให้ผู้สูงอายุที่พึ่งพิงแต่ภาครัฐไปเป็นเตรียมความพร้อมของประชาชนเอง เพื่อความอยู่ดีมีสุขหลังวัยเกษียณ

ภาพที่ 1-1 แสดงประมาณการณ์รายจ่ายสวัสดิการผู้สูงอายุและรายจ่ายสวัสดิการผู้สูงอายุต่อรายได้ภาครัฐ ปี พ.ศ. 2557 – 2564



ที่มา: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2560)

ดังนั้น การเตรียมตัวเพื่อการเกษียณอายุของบุคคลคงไม่อาจพึ่งพาได้แต่สวัสดิการจากภาครัฐ แต่บุคคลควรเป็นผู้กำหนดและวางแผนสำหรับการเกษียณอายุด้วยตนเอง ทั้งการวางแผนด้านการเงินสุขภาพ และสังคมที่จะใช้ชีวิตอยู่ในอนาคต การวางแผนสำหรับการเกษียณอายุจึงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้การดำเนินชีวิตยังคงเป็นไปอย่างปกติสุข จึงเป็นที่มาของคำถามวิจัยที่ว่า การวางแผนก่อนเกษียณอายุส่งผลอย่างไรต่อความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุหลังวัยเกษียณ และระยะเวลาวางแผนก่อนเกษียณอายุที่แตกต่างกันจะส่งผลอย่างไรต่อความอยู่ดีมีสุขหลังวัยเกษียณอายุ

## 1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยและอิทธิพลของการวางแผนก่อนการเกษียณอายุด้านการเงิน ด้านสุขภาพกาย ด้านสุขภาพจิต และด้านสังคมต่อความอยู่ดีมีสุขภายหลังการเกษียณอายุ

2. เพื่อศึกษาระยะเวลาที่แตกต่างกันของการวางแผนก่อนการเกษียณอายุแต่ละด้านส่งผลอย่างไรต่อความอยู่ดีมีสุขภายหลังการเกษียณอายุ

### 1.3 ขอบเขตการวิจัย

ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นข้อมูลทุติยภูมิ คือ ข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2550 และ 2554 ซึ่งดำเนินการเก็บและรวบรวมข้อมูลโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ และมีการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรผู้สูงอายุทั้งประเทศ โดยข้อมูลจะใช้ในการศึกษาคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 จนถึง 80 ปี โดยข้อมูลที่จะนำมาใช้หลักอยู่ในส่วนของลักษณะทั่วไปของสมาชิกครัวเรือน ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ และการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ

### 1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ทำให้ทราบถึงการวางแผนก่อนเกษียณอายุด้านใดส่งผลทำให้ความอยู่ดีมีสุขภายหลังการเกษียณอายุเพิ่มขึ้น ระยะเวลาการวางแผนก่อนการเกษียณที่เหมาะสมที่จะทำให้เกิดความอยู่ดีมีสุข ภายหลังจากการเกษียณอายุ รวมทั้งปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อความอยู่ดีมีสุขภายหลังการเกษียณอายุ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับวัยทำงานในการตระหนักถึงการวางแผนก่อนการเกษียณอายุ และเป็นแนวทางสำหรับภาครัฐในการจัดสรรสวัสดิการให้เป็นไปตามความต้องการของผู้สูงอายุที่เกษียณอายุ และวางนโยบายสำหรับวัยแรงงานเพื่อสนับสนุนการเตรียมพร้อมก่อนการเกษียณอายุอย่างมีประสิทธิภาพ

## บทที่ 2

### ภูมิหลัง วรรณกรรมปริทัศน์และทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษา

#### 2.1 ความเป็นมา

โครงสร้างประชากรทั่วโลกกำลังเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จากการแพทย์ที่เจริญก้าวหน้าและการคุมกำเนิดทำให้อัตราการเสียชีวิตและอัตราการเกิดลดลง โครงสร้างประชากรโลกจึงมีแนวโน้มที่จะมีประชากรสูงอายุมากกว่าประชากรเด็กและวัยแรงงาน โดยจากการคาดการณ์ขององค์การสหประชาชาติพบว่า ประชากรโลกจะมีผู้สูงอายุ 2,000 ล้านคนหรือร้อยละ 21 ของประชากรโลกในปี พ.ศ. 2593 โดยปัญหาโครงสร้างทางประชากรนี้เกิดกับหลายทวีปทั่วโลก (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560)

โดยที่ทวีปเอเชียเป็นทวีปที่มีอัตราการเข้าสู่สังคมสูงอายุเร็วที่สุดเมื่อเทียบกับทวีปอื่น ๆ ของโลก ทวีปยุโรปและอเมริกาใช้เวลาในการเข้าสู่สังคมสูงอายุเฉลี่ยประมาณ 70 ปี ซึ่งประเทศในทวีปเอเชียใช้ระยะเวลาเฉลี่ยเพียง 20 ปีเท่านั้น เนื่องจากหลายประเทศในทวีปเอเชีย อาทิ สิงคโปร์ ไทย เกาหลีใต้ ญี่ปุ่น จีน เขตปกครองพิเศษฮ่องกงและไต้หวัน มีประชากรผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมดแล้ว นอกจากนี้ รายงาน Live Long and Prosper: Aging in East Asia and Pacific ของธนาคารโลก (Yiengprugsawan, 2017) พบว่าร้อยละ 36 ของประชากรโลกที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไปหรือประมาณ 211 ล้านคนนั้นอาศัยอยู่ในภูมิภาคเอเชียตะวันออก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศญี่ปุ่น

องค์การสหประชาชาติ (United Nation) ไม่ได้มีการกำหนดอายุเริ่มต้นมาตรฐานสู่สังคมสูงอายุว่าบุคคลอายุเท่าใดเป็นผู้สูงอายุ เพียงแต่เป็นที่ยอมรับกันว่าเป็นบุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป แต่ก็ยังมีความแตกต่างของเกณฑ์กำหนดอายุดังกล่าว คือสำหรับประเทศพัฒนาแล้วผู้สูงอายุคือ ผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปและอายุ 60 ปีขึ้นไปสำหรับประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งสังคมสูงอายุถูกแบ่งไว้ 3 ระดับ ได้แก่

1) ระดับกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุ (Aging society) คือ มีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมดหรือสัดส่วนประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 7 ของประชากรทั้งหมด

2) ระดับสังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) คือ มีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมดหรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด

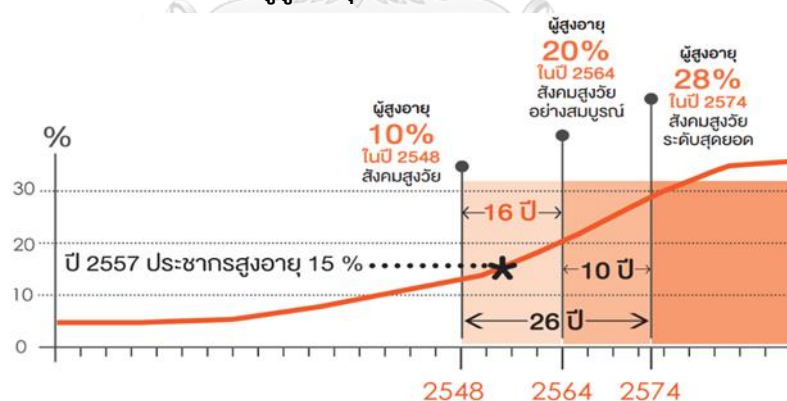


3) สังคมสูงอายุระดับสุดยอด (Super-aged society) คือ มีสัดส่วนประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด

ขณะที่พระราชบัญญัติผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2546 กำหนดให้ผู้สูงอายุหมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ตามปีปฏิทินและมีสัญชาติไทย แบ่งได้ 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุตอนต้น อายุ 60-69 ปี คือ วัยที่ผู้สูงอายุยังมีพลังกำลังที่ยังช่วยเหลือตนเองได้ 2) ผู้สูงอายุตอนกลาง อายุ 70-79 ปี คือ ผู้สูงอายุที่เริ่มมีอาการเจ็บป่วย ร่างกายอ่อนแอ และมีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง 3) ผู้สูงอายุตอนปลาย อายุ 80 ปีขึ้นไป คือ มีอาการเจ็บป่วยบ่อยครั้งขึ้น อวัยวะต่าง ๆ เริ่มเสื่อมสภาพ และอาจมีอาการทุพพลภาพ การจำแนกเหล่านี้ขึ้นอยู่กับแนวคิดที่ว่าผู้สูงอายุเป็นวัยที่เปราะบาง และต้องเผชิญความเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ จิตใจ และสังคม

นอกจากนี้ ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงอายุแล้วตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 จากรายงาน การสำรวจประชากรสูงอายุปี 2560 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า จำนวนประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปของประเทศไทยถึงร้อยละ 10.7 ของประชากรทั้งหมด จึงถือได้ว่าประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุแล้ว และตามการคาดการณ์รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ. 2560 ของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย ไทยจะเข้าสู่สังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2564 และสังคมที่อุดมไปด้วยผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2574

ภาพที่ 2-1 การคาดการณ์ประชากรผู้สูงอายุประเทศไทย พ.ศ. 2548, 2564 และ 2574



ที่มา: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2560)

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุแล้วบุคคลจำเป็นต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ได้แก่ การเคลื่อนไหวที่ช้าลง การมองเห็นที่ไม่ชัดเจน การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ได้แก่ อารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงรวดเร็ว ต้องการคนดูแลเอาใจใส่ และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ได้แก่ การเปลี่ยนจากสังคมในที่ทำงานมาอยู่กับบ้าน ภายหลังการเกษียณอายุ เหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งที่บุคคลต้องเผชิญเมื่อมีอายุมากขึ้น

อายุเกษียณของประเทศไทยโดยทั่วไปนั้นจะอยู่ที่อายุ 60 ปี พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน ฉบับที่ 6 พ.ศ. 2560 กำหนดอายุเกษียณอายุราชการไว้ที่อายุ 60 ปี และเอกชนให้มีการกำหนดอายุเกษียณตามที่นายจ้างและลูกจ้างได้ตกลงกัน หรือหากไม่มีการตกลงกันไว้ ให้ลูกจ้างสามารถแสดงเจตจำนงเกษียณอายุได้เมื่ออายุครบ 60 ปี อย่างไรก็ตาม การเกษียณอายุอาจเกิดขึ้นก่อนอายุ 60 ปี เนื่องจากหลายสาเหตุ ได้แก่ สุขภาพไม่แข็งแรง เพื่อนร่วมงาน หรือการมีความพร้อมทั้งทางการเงินและครอบครัว ฉะนั้น บุคคลจึงควรมีการเตรียมการสำหรับการเกษียณอายุในเวลาที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดผลลัพธ์อันดีเมื่อเกษียณอายุแล้ว

สวัสดิการสำหรับการเกษียณอายุในประเทศไทยยังคงไม่สามารถครอบคลุมแรงงานทั้งประเทศสำหรับข้าราชการนั้น ผู้ที่ต้องการเกษียณอายุสามารถเลือกรับสวัสดิการได้ 2 ประเภท คือ บำนาญและบำเหน็จ ขณะที่ภาคเอกชน ผู้ที่ต้องการเกษียณอายุจะได้รับสวัสดิการตามที่บริษัทกำหนด และสวัสดิการจากประกันสังคมที่บุคคลนั้นได้เตรียมการไว้ และสวัสดิการเหล่านี้จะค่อย ๆ ลดน้อยลง ดังนั้น การวางแผนเกษียณอายุด้วยตนเอง จึงเป็นสิ่งจำเป็น เพราะจะทำให้เป้าหมายที่ตั้งไว้ตรงตามความต้องการสูงสุด (Butterworth et al., 2006)

## 2.2 ทฤษฎีอรรถประโยชน์ของการเกษียณอายุ

ทฤษฎีอรรถประโยชน์ของการเกษียณอายุบนพื้นฐานของการตัดสินใจเพื่อให้ได้รับการบริโภคสูงสุด (Maximize consumption) ซึ่งมีฟังก์ชันคือ

$$U = U(C, L, H) \quad (2.1)$$

โดย  $C$  คือการบริโภคของบุคคล,  $L$  คือ การพักผ่อน และ  $H$  คือ สุขภาพของบุคคล โดย  $H$  รวมถึงความเจ็บป่วยหรือไม่สบายใจ เนื่องจากความเจ็บป่วยมักเป็นอุปสรรคต่อการทำงาน การจะทำให้เกิดอรรถประโยชน์สูงสุดภายใต้เงื่อนไข 2 ประการคือ

- 1) งบประมาณ (Budget constraint)

$$Y_t = w_t(T - L) + r_t A_t + X_t = P_C C_t + P_H Z_t \quad (2.2)$$

- 2) ฟังก์ชันการผลิตของสุขภาพ (Health production function)

$$H_t = F(\text{Age}_t, Z_t, O_t) \quad (2.3)$$

โดย  $w$  คือ อัตราค่าแรงรายชั่วโมง (Hourly wage rate),  $T$  คือ เวลาทั้งหมด (Total time) มีหน่วยเป็นชั่วโมง ในระยะเวลาที่  $t$  ขณะที่  $r$  คืออัตราผลตอบแทนจากการลงทุน (Return on financial investment),  $A$  คือ สินทรัพย์ที่เป็นตัวเงิน (Financial assets) และ  $X$  คือ รายได้อื่น ๆ นอกจากการทำงาน ดังนั้น งบประมาณที่มีจึงมีค่าเท่ากับ ราคาของการบริโภค  $P_C$  คูณกับ

ปริมาณการบริโภค  $C$  บวกด้วย ราคาของการบริการทางการแพทย์  $P_Z$  คูณด้วยปริมาณการบริการทางการแพทย์  $Z$  ขณะที่  $O$  คือ ลักษณะของงานหรือของตัวบุคคลเอง

จึงสามารถหาอุปสงค์และค่าสูงสุดของสุขภาพ หรือจำนวนชั่วโมงการทำงานและพักผ่อน สูงสุดได้จากเงื่อนไขที่จำเป็นหรือเงื่อนไขอันดับที่หนึ่ง (First order condition) แต่ไม่สามารถหาความยืดหยุ่นของอุปทานของแรงงานได้ เนื่องจากขาดข้อมูลที่จำเป็น (Sickles & Taubman, 1986) บุคคลจึงต้องเปรียบเทียบประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการทำงาน (Working) กับการเกษียณอายุงานทั้งแบบชั่วคราวหรือถาวร (Fully or partially retirement) ซึ่งจะทำให้อรรถประโยชน์นั้นแตกต่างกันในด้านรายได้และความต้องการที่จะพักผ่อนมากกว่าการทำงาน

ขณะที่บุคคลยังอยู่ในวัยทำงาน บุคคลย่อมได้รับผลตอบแทน  $w, L$  และยังสามารถแบ่งรายได้ส่วนหนึ่งจากการทำงานไปไว้เพื่อการออมยามเกษียณอายุ ด้วยการลงต่าง ๆ ซึ่งผลตอบแทนที่ได้จากการออมหรือลงทุนดังกล่าวมีค่าเท่ากับ  $r; A$  การที่บุคคลเก็บออมหรือลงทุนเพื่อหารายได้เพิ่มเติมจึงถือเป็นการวางแผนเพื่อการเกษียณอายุด้านการเงิน โดยรายได้ที่มาจากการลงทุนนี้จะมีส่วนช่วยให้บุคคลที่เกษียณอายุงานแล้ว ยังคงมีรายได้เพื่อเพื่อการบริโภค  $C$ , และเพื่อการรักษาพยาบาล  $Z$ , นอกจากนี้

นอกเหนือไปจากเงื่อนไขด้านงบประมาณของบุคคลที่กำหนดอรรถประโยชน์ที่บุคคลจะได้รับแล้ว สุขภาพเองก็เป็นตัวกำหนดอรรถประโยชน์ด้วยเช่นกัน โดยสุขภาพจะขึ้นอยู่กับอายุ  $Age$ , การบริการทางการแพทย์  $Z$ , และลักษณะเฉพาะของตัวบุคคลเอง  $O$ , ซึ่งบุคคลสามารถรับการรักษาพยาบาลจากภายนอกเพื่อรักษาความเจ็บป่วยหรือส่งเสริมสุขภาพ หรือจะเป็นการรักษาสุขภาพของตนเองด้วยการออกกำลังกาย ไม่สูบบุหรี่หรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพเหล่านี้ ไม่เพียงแต่ส่งเสริมสุขภาพกายเท่านั้น ยังมีส่วนช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตอีกด้วย บุคคลสามารถเตรียมความพร้อมเหล่านี้ได้ตั้งแต่ยังอยู่ในวัยทำงาน เพราะเมื่ออายุเพิ่มสูงขึ้นระยะเวลาที่สามารถเตรียมความพร้อมย่อมลดน้อยลงตามไปด้วย

เมื่อบุคคลเลือกที่จะเกษียณอายุแล้ว เพื่อให้ทำให้อรรถประโยชน์ที่ได้รับยังคงใกล้เคียงกับช่วงเวลาทำงานบุคคลจึงควรมีการวางแผนเกษียณอายุด้านการเงินผ่านการออมเงิน ด้านสุขภาพกาย และสุขภาพจิตผ่านการดูแลสุขภาพ และด้านสังคมเพื่อ

## 2.3 วรรณกรรมปริทัศน์

ความอยู่ดีมีสุขเป็นความหมายโดยรวมของความสุขหรือความพึงพอใจ โดยสามารถมีได้หลากหลายมิติ เช่น สุขภาพที่ดีทั้งกายและใจ ความพึงพอใจในสังคม ความสำเร็จในชีวิต ซึ่งสามารถเป็นได้ทั้งความรู้สึกด้านบวกและลบที่บุคคลเป็นผู้ประเมิน Diener, Emmons, Larsen, and Griffin

(1985) ขณะที่ Stiglitz, Sen, and Fitoussi (2009) ได้ให้ความหมายเพิ่มเติมต่อความหมายของความอยู่ดีมีสุขว่า การประเมินคุณค่าชีวิต (Life) ความสุข (Happiness) ความพึงพอใจ (Satisfaction) ของบุคคล ทั้งความรู้สึกด้านบวก (Positive emotion) เช่น ความสนุกและความภาคภูมิใจ และความรู้สึกด้านลบ (Negative emotion) เช่น ความเจ็บปวดและความกังวล ซึ่งการศึกษาครั้งนี้เลือกใช้ความหมายของความอยู่ดีมีสุขในด้านสุขภาพกายและใจของบุคคล ด้วยการวัดผลของความอยู่ดีมีสุขด้วยเกณฑ์หรือดัชนี (Objective outcome)

การศึกษาผลของการเกษียณอายุต่อสุขภาพนั้นมีการวัดผลลัพธ์ได้ 2 แนวทาง คือ การวัดผลด้วยความรู้สึกของตัวผู้เกษียณอายุเอง (Subjective outcome) ด้วยแนวคิดที่ว่าความรู้สึกของผู้สูงอายุให้ภาพรวมทั้งหมดของความอยู่ดีมีสุข (Coe & Zamarro, 2011) และมีความสัมพันธ์กับการวัดด้วยเกณฑ์หรือดัชนีสูง (J. Noone, Alpass, & Stephens, 2010) โดยการศึกษาส่วนใหญ่จะให้ผู้สูงอายุระบุความอยู่ดีมีสุขด้วย Likert scale (Bender, 2012; Hessel, 2016; Yeung, 2013) และการวัดด้วยเกณฑ์หรือดัชนีต่าง ๆ (Objective outcome) ได้แก่ International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: ICD-10 (Butterworth et al., 2006), Euro-Depression index: Euro-D (Coe & Zamarro, 2011), Center for Epidemiologic Studies – Depression Scale: CES-D (Calvo, Sarkisian, & Tamborini, 2012; J. H. Noone, Stephens, & Alpass, 2009) และ Barthel Index of Activities of Daily Living: ADL (Coe & Zamarro, 2011) ซึ่งการเลือกใช้การวัดผลลัพธ์แบบใดนั้น ขึ้นอยู่กับข้อมูลที่มีและวัตถุประสงค์ของการศึกษา (Topa, Moriano, Depolo, Alcover, & Morales, 2009)

อย่างไรก็ตาม การวัดความรู้สึกโดยให้ผู้สูงอายุระบุถึงความสุขหรือความพึงพอใจด้วยตนเอง อาจเกิดปัญหา Justification bias คือ การที่บุคคลเลือกที่จะระบุว่าตนเองมีความเจ็บป่วย เพื่อใช้เป็นเหตุผลในการออกจากตลาดแรงงานหรือการเกษียณอายุ (Coe & Zamarro, 2011; Gupta & Larsen, 2010) หรือความรู้สึกนั้นอาจเกิดจากการเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุท่านอื่น หรือความรู้สึกของผู้สูงอายุแต่ละบุคคลไม่ได้อยู่ในระดับเดียวกัน ขณะที่การวัดด้วยเกณฑ์หรือดัชนีมีเพียงปัญหาที่อาจเกิดจากการเก็บข้อมูลผิดพลาดเท่านั้น (Measurement error) ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงเลือกใช้การวัดด้วยเกณฑ์หรือดัชนี เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาที่อาจเกิดจากการวัดด้วยความรู้สึก (Coe & Zamarro, 2011)

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผลของการเกษียณอายุต่อสุขภาพนั้นมีมาอย่างแพร่หลาย ไม่เพียงแต่เฉพาะทางด้านสังคมศาสตร์และจิตวิทยา ที่ให้ความสำคัญกับการเกษียณอายุผ่านทาง การเปลี่ยนแปลงบทบาทและการเปลี่ยนแปลงทางสังคม แต่ยังรวมถึงการศึกษาทางด้านเศรษฐศาสตร์ที่ให้ความสำคัญกับความเพียงพอทางการเงินภายหลังการเกษียณอายุหรือบทบาทของสุขภาพที่ส่งผล

ต่อการเกษียณอายุด้วย แต่ผลการศึกษาที่ได้ยังคงไม่มีข้อสรุปที่แน่นอน (Butterworth et al., 2006; Coe & Zamorro, 2011; Hessel, 2016; Yeung, 2013) ทั้งการศึกษาด้วยข้อมูลภาคตัดขวางหรือข้อมูลตามยาว โดย Deaton (2008) ใช้ข้อมูล Cross-sectional data ของ 130 ประเทศทั่วโลก เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างอายุและความพึงพอใจในชีวิต (Butterworth et al., 2006) ใช้ข้อมูล Cross-sectional data จาก National survey of mental health and well-being ในปี ค.ศ. 1997 ของประเทศออสเตรเลีย มีความแตกต่างกันระหว่างช่วงอายุและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เช่นเดียวกันกับ (Muratore & Earl, 2015) ที่ใช้ข้อมูล Cross-sectional data จากผู้เกษียณอายุในประเทศออสเตรเลีย เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) ความอยู่ดีมีสุข (Well-being) และการปรับตัว (Adjustment) กับการวางแผนเกษียณอายุ ด้วยการเสนอทางเลือกในการเกษียณ หรือการอบรมและให้ความรู้เกี่ยวกับการเกษียณอายุ

แนวคิดโดยทั่วไปบ่งชี้ว่าการวางแผนเกษียณอายุจะทำให้ความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ด้วยความคิดนี้จึงทำให้เกิดการศึกษาถึงผลของการวางแผนเกษียณอายุและความอยู่ดีมีสุข (Well-being) ในหลากหลายมุมมอง (J. H. Noone et al., 2009) แต่บางการศึกษากลับพบว่า การวางแผนเกษียณอายุนั้นส่งผลต่อความอยู่ดีมีสุขบางด้านเท่านั้น (Elder & Rudolph, 1999; J. H. Noone et al., 2009; Rosenkoetter & Garris, 2001; Yeung, 2013)

### 2.3.1. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความอยู่ดีมีสุขเมื่อเกษียณอายุ

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเกษียณอายุของบุคคลสามารถแบ่งได้ 2 ประการ คือ ปัจจัยจากตัวบุคคลเอง และปัจจัยด้านการวางแผนเกษียณอายุ

#### 2.3.1.1 ปัจจัยจากตัวบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ระดับรายได้ สถานภาพสมรส และการดูแลสุขภาพ

การศึกษาถึงความสัมพันธ์ของอายุและความอยู่ดีมีสุขมีอยู่จำนวนมาก ซึ่งพบความสัมพันธ์ใน 3 รูปแบบ ได้แก่ 1) ความสัมพันธ์รูปแบบตัวยู (U-shape relation) Easterlin (2005) ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างอายุและความอยู่ดีมีสุขในหลายด้าน (สถานะทางการเงิน, ความสัมพันธ์ในครอบครัว, สุขภาพและการทำงาน) มีความสัมพันธ์กันในรูปแบบตัวยู ที่ความอยู่ดีมีสุขในช่วงต้นของอายุจะอยู่ในระดับสูง ค่อยๆลดลงเมื่ออยู่ในวัยทำงาน และเพิ่มขึ้นอีกครั้งเมื่อเกษียณอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ Bender (2012), Deaton (2008) และ McAdams, Lucas, and Donnellan (2012) โดย Blanchflower and Oswald (2008) ซึ่งให้เหตุผลว่าน่าจะมาจาก 3 สาเหตุ คือ บุคคลที่อายุน้อยจะมีความคาดหวังที่สูงเกินไป เมื่ออายุมากขึ้นจึงเริ่มมีการปรับความคาดหวังนั้นให้ตรงกับความสามารถที่เป็นจริง และผู้สูงอายุที่มีความสุขมักจะมีอายุยืนนานกว่า

2) ความสัมพันธ์ในรูปแบบตัวยูคว่ำ (Inverted u-shape) คือความสัมพันธ์รูปแบบที่สอง การศึกษาของ Easterlin (2006) ใช้ข้อมูล US general social survey ปี ค.ศ. 1973 – 1994 พบว่า มิติของชีวิตทั้ง 5 ด้าน (ความสุข, ความพึงพอใจทางการเงิน, ความพึงพอใจในการทำงาน, ความพึงพอใจในชีวิตครอบครัวและความพึงพอใจในสุขภาพ) และอายุมีความสัมพันธ์กันทางบวกตั้งแต่ช่วงอายุ 18 จนถึง 51 ปี และจะเปลี่ยนเป็นความสัมพันธ์ทางลบเมื่ออายุมากกว่า 51 ปี ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของทฤษฎีวงจรชีวิต (Life-cycle model)

3) ความสัมพันธ์รูปแบบสุดท้ายคือรูปแบบเส้นตรง van Landeghem (2012) ใช้ข้อมูลจาก German socio-economic panel data เพื่อทดสอบความสัมพันธ์แบบเส้นตรงของอายุและความพึงพอใจในชีวิต พบว่า แบบจำลอง Fixed effect ด้วยการควบคุมตัวแปรอายุ ความสัมพันธ์รูปตัวยูจะหายไป เช่นเดียวกับ Frijters and Beaton (2012) ที่ใช้ข้อมูล Household, income and labour dynamics ในออสเตรเลีย พบว่า เมื่อเพิ่มตัวแปรควบคุมด้านอายุ (Cohort) ในแบบจำลอง จะทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างอายุและความพึงพอใจในชีวิตที่มีรูปแบบตัวยูเปลี่ยนเป็นความสัมพันธ์แบบเส้นตรง

เพศเป็นอีกปัจจัยที่ส่งผลต่อความอยู่ดีมีสุข เพศชายถูกมองว่ามีความได้เปรียบในการวางแผนการเกษียณอายุมากกว่าเพศหญิง (J. Noone et al., 2010) เนื่องจากงานที่มีตำแหน่งสูงที่สร้างรายได้มาก จะเป็นงานที่มีเพศชายทำมากกว่าเพศหญิง เพศชายจึงมีโอกาสในการวางแผนเกษียณอายุได้มากกว่าเพศหญิง (Tamborini & Purcell, 2016) อีกทั้งเพศชายเป็นเพศที่มองไปที่อนาคตมากกว่าเพศหญิง (J. Noone et al., 2010) ดังนั้น เพศชายจึงเป็นเพศที่มีความอยู่ดีมีสุขสูงกว่าเพศหญิง โดยเฉพาะด้านสุขภาพจิต (Calvo et al., 2012; Dorfman, 1989; G. K. Mein, Shipley, Hillsdon, Ellison, & Marmot, 2005; J. Noone et al., 2010) ขัดแย้งกับการศึกษาของ Bender (2012) และ Butterworth et al. (2006) ที่พบว่า เพศหญิงมีแนวโน้มจะมีสุขภาพจิตที่ดีกว่าเพศชาย อย่างไรก็ตาม Elder and Rudolph (1999) ไม่พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิต และ Hessel (2016) พบว่า ทั้งเพศชายและหญิงต่างมีความสัมพันธ์ทำให้ความพึงพอใจเพิ่มสูงขึ้นในขนาดที่เท่ากัน

ระดับการศึกษาเป็นอีกปัจจัยที่ส่งผลต่อความอยู่ดีมีสุข การศึกษาส่วนใหญ่พบว่าระดับการศึกษาที่เพิ่มขึ้นจะทำให้บุคคลมีความอยู่ดีมีสุขที่เพิ่มขึ้น Coe and Zamorro (2011) และ Hessel (2016) พบว่า บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าชั้นมัธยมศึกษาจะมีความพึงพอใจและสุขภาพกายที่ดีกว่าบุคคลที่จบการศึกษาชั้นต่ำกว่า เช่นเดียวกับ Dorfman (1989) และ Calvo et al. (2012) ที่พบว่าจำนวนปีการศึกษาที่เพิ่มมากขึ้นทำให้ความพึงพอใจในการเกษียณอายุ สุขภาพกาย และจิตดีขึ้น ขัดแย้งกับ Hessel (2016) ที่พบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำ ทำให้บุคคลต้องทำงานที่

ใช้กำลังกายสูง การเกษียณอายุจึงเป็นการช่วยทำให้ร่างกายได้พักผ่อนจากงานที่หนัก ความพึงพอใจในชีวิตจึงเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม Elder and Rudolph (1999) กลับพบว่าไม่มีความแตกต่างกันในระดับการศึกษาที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในการเกษียณอายุ และ Bender (2012) ที่พบว่า ระดับการศึกษาที่สูงขึ้นกลับทำให้ความพึงพอใจลดลง จากความกังวลต่ออนาคตที่ไม่แน่นอนมากกว่าผู้มีการศึกษาน้อย เพราะผู้มีการศึกษาน้อยนั้นไม่มีทางเลือกในชีวิตมากนัก

ความอยู่ดีมีสุขและระดับรายได้มีความสัมพันธ์กันทางบวก โดยบุคคลที่มีรายได้สูงย่อมสามารถใช้จ่ายได้อย่างปกติ (G. Mein, Martikainen, Hemingway, Stansfeld, & Marmot, 2003) และยิ่งมีรายได้ที่มากขึ้นก็จะยิ่งแสวงหาความสุขได้จากหลายช่องทางกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย (Butterworth et al., 2006; Elder & Rudolph, 1999) โดยรายได้ อาจไม่ได้จำกัดอยู่เพียงตัวเงินแต่ยังรวมถึงทรัพย์สินที่ถือครอง (Butterworth et al., 2006) ซึ่งแหล่งรายได้ที่มีหลายทางจะทำให้บุคคลสามารถวางแผนการเงินเพื่อการเกษียณอายุได้ดีกว่าผู้ที่มีรายได้จากช่องทางเดียว (J. H. Noone et al., 2009) ความพึงพอใจยามเกษียณอายุจึงเพิ่มขึ้น (Bender, 2012; J. H. Noone et al., 2009) แต่อย่างไรก็ตาม รายได้ที่เพิ่มมากขึ้นถึงจุดหนึ่ง ๆ อาจไม่สามารถเพิ่มความพึงพอใจให้สูงขึ้นได้อีก Elder and Rudolph (1999) พบว่า รายได้ที่เพิ่มมากขึ้นจะทำให้ความพึงพอใจมากขึ้น แต่เมื่อถึงระดับหนึ่ง ๆ รายได้ที่เพิ่มขึ้น \$1,000 ทำให้ความพึงพอใจเพิ่มขึ้นน้อยกว่าร้อยละ 1 ดังนั้น รายได้ที่เพิ่มขึ้นอาจไม่ทำให้ความพึงพอใจเพิ่มขึ้นตลอดไป เช่นเดียวกันกับ J. H. Noone et al. (2009) ที่พบว่า รายได้ที่มากขึ้นเพิ่มความพึงพอใจในชีวิต แต่ไม่ส่งผลทำให้ลดความกังวลและความเครียดแต่อย่างใด

สถานภาพสมรสเองก็เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความอยู่ดีมีสุขยามเกษียณอายุ ผู้สูงอายุที่เกษียณอายุแล้วยังคงสมรสอยู่กับคู่สมรสจะมีความอยู่ดีมีสุขที่สูงกว่าผู้สูงอายุที่โสดหรือหย่าร้าง (Bender, 2012; Butterworth et al., 2006; Elder & Rudolph, 1999; J. H. Noone et al., 2009) โดยความเป็นดีอยู่ที่ดีขึ้นนั้น เกิดทั้งทางด้านสุขภาพกาย (Calvo et al., 2012) และสุขภาพจิต (Calvo et al., 2012; Coe & Zamarro, 2011; J. H. Noone et al., 2009) เพราะการที่มีคู่สมรสอาศัยอยู่ด้วยกันทำให้ผู้สูงอายุมิคนคอยรับทุกข์ ดูแลซึ่งกันและกัน และช่วยกันวางแผนถึงอนาคตโดยเฉพาะการวางแผนการเกษียณอายุ (J. H. Noone et al., 2009; Tamborini & Purcell, 2016) เพราะคู่สมรสก็มีวางแผนทางการเงินร่วมกัน อย่างไรก็ตาม Bender (2012) กลับไม่พบว่าสถานภาพสมรสส่งผลต่อความพึงพอใจในการเกษียณอายุ

การดูแลสุขภาพเองก็เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความอยู่ดีมีสุข สุขภาพที่แข็งแรงทำให้บุคคลสามารถทำงานตามที่ได้รับมอบหมายได้อย่างเต็มความสามารถ กลับกันหากเมื่อเกิดความเจ็บป่วยต่อร่างกายหรือจิตใจ ก็จะทำให้ทำงานไม่ได้เต็มประสิทธิภาพ ดังนั้น ความเจ็บป่วยจึงเป็นเหตุผลหนึ่งที่

ทำให้ให้บุคคลต้องออกจากตลาดแรงงาน (Coe & Zamarro, 2011; Datta Gupta & Larsen, 2010) และการออกจากงานด้วยเหตุผลทางด้านสุขภาพนั้นเกิดกับเพศชายมากกว่าเพศหญิง (Bender, 2012) โดยการดูแลสุขภาพนั้นสามารถทำได้หลายช่องทาง เช่น การออกกำลังกาย ลด/เลิก การสูบบุหรี่หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Lee & Law, 2004) การทำประกันสุขภาพ (Bender, 2012) หรือการตรวจสุขภาพ (Datta Gupta & Larsen, 2010)

### 2.3.1.2 ปัจจัยจากการวางแผนเกษียณอายุ

การเกษียณอายุถือได้ว่าเป็นช่วงเวลาสำคัญของชีวิต โดยจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและกดดัน (Coe & Zamarro, 2011; Hessel, 2016; Topa et al., 2009; Yeung, 2013) ซึ่งการจะลดผลกระทบที่เกิดจากการเกษียณอายุนี้จำเป็นต้องมีการวางแผนเกษียณอายุตั้งแต่วัยทำงาน เนื่องจากการวางแผนเกษียณอายุนั้นจะช่วยทำให้บุคคลรู้ถึงความคาดหวังในอนาคต อายุที่คาดหวังว่าจะมีชีวิต และทำให้แผนที่วางไว้ไปได้ถึงจุดหมาย (Topa et al., 2009; Yeung, 2013) ซึ่งการที่บุคคลเลือกว่าจะเริ่มวางแผนเกษียณอายุเมื่อใดขึ้นอยู่กับความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสถานะทางเศรษฐกิจ (Calvo et al., 2012)

การวางแผนเกษียณอายุนั้นทำได้ทั้งแบบเป็นทางการ (Formal) และไม่เป็นทางการ (Informal) แบบที่เป็นทางการ ได้แก่ การเข้าร่วมกองทุนการออมของหน่วยงานหรือบริษัทที่บุคคลทำงาน การเข้าร่วมโครงการเกษียณอายุ การออมในกองทุน (J. H. Noone et al., 2009) และแบบไม่เป็นทางการ ได้แก่ การปรึกษากับการเกษียณอายุกับเพื่อนร่วมงานหรือคู่สมรส (Dorfman, 1989) หรือคิดถึงการเกษียณอายุ (Elder & Rudolph, 1999)

การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นไปที่การวางแผนทางการเงินเป็นสำคัญ (Yeung, 2013) โดยมองว่าแผนทางการเงินนั้นจะช่วยสนับสนุนให้มีรายได้ที่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตและมีค่ารักษาพยาบาลที่เพียงพอ จึงละเลยความสำคัญของการวางแผนด้านจิตใจและสังคม (Anderson & Weber, 1993; Lee & Law, 2004; J. H. Noone et al., 2009) ซึ่งมีความสำคัญไม่น้อยไปกว่ากัน

การศึกษาถึงผลของการวางแผนเกษียณอายุต่อความพึงพอใจในการเกษียณอายุ Dorfman (1989) พบว่าการวางแผนเกษียณอายุด้านการเงิน กิจกรรมในชีวิตประจำวันและการทำงานหลังการเกษียณอายุส่งผลทำให้ความพึงพอใจในการเกษียณอายุเพิ่มขึ้น แต่การวางแผนว่าจะไปอยู่กับผู้ใดไม่ส่งผลอย่างมีนัยสำคัญ แต่ Anderson and Weber (1993) กลับพบว่า การวางแผนทางการเงิน การวางแผนด้านสุขภาพจิต และการวางแผนย้ายที่อยู่อาศัยส่งผลทำให้ความพึงพอใจเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่วางแผนเหล่านี้ด้วยตนเอง นอกจากนี้ J. H. Noone et al. (2009) การวางแผนการออมไว้ตั้งแต่วัย



ทำงานทำให้ความพึงพอใจเมื่อเกษียณอายุเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม Lee and Law (2004) กลับพบว่าการวางแผนทางการเงินและการวางแผนด้านสุขภาพกายทำให้ความพึงพอใจในการเกษียณอายุเพิ่มขึ้น แต่การวางแผนด้านที่อยู่อาศัยและการวางแผนด้านสุขภาพจิตนั้นไม่มีผลกระทบต่อความพึงพอใจ

นอกจากนี้ การศึกษาบางงานได้ใช้คะแนนสุขภาพในการประเมินผลกระทบจากการวางแผนเกษียณอายุ (J. H. Noone et al., 2009) พบว่า แผนเกษียณอายุทางการเงินเท่านั้นที่ส่งผลทำให้สุขภาพจิตดีขึ้น ขณะที่การวางแผนด้านสุขภาพจิตไม่ทำให้สุขภาพจิตดีขึ้น ขัดแย้งกับการศึกษาของ Yeung (2013) ที่พบว่า การวางแผนด้านสุขภาพจิตทำให้ความเป็นดีอยู่ด้านสุขภาพจิต (Psychological well-being) ดีขึ้น แต่การวางแผนด้านสังคมว่าจะมีส่วนร่วมกับสังคมเช่นไร ทำให้ความอยู่ดีมีสุขด้านสุขภาพจิตลดลงและเพิ่มความเครียดภายหลังเกษียณอายุ ขณะที่การวางแผนด้านการเงินและการวางแผนด้านสุขภาพกายไม่มีผลต่อความอยู่ดีมีสุขด้านสุขภาพจิต เช่นเดียวกันกับ Topa et al. (2009) ที่พบว่า การวางแผนเกษียณอายุด้วยเงินบำนาญมีความสัมพันธ์ทางลบต่อสุขภาพกายและใจ

การศึกษาที่ผ่านมาจึงยังไม่อาจหาข้อสรุปได้ว่าการวางแผนเกษียณอายุส่งผลเช่นไรต่อความอยู่ดีมีสุข การศึกษาครั้งนี้จึงพยายามหาผลกระทบของการวางแผนเกษียณอายุต่อความอยู่ดีมีสุขในบริบทของประเทศไทย อีกทั้งการศึกษานี้ยังไม่ได้มองเพียงการวางแผนเกษียณอายุเฉพาะด้านการเงิน แต่ยังรวมถึงการวางแผนด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิตและสังคม ทั้งยังแบ่งการวิเคราะห์ออกเป็นสุขภาพกายและสุขภาพจิตอีกด้วย

### 2.3.2. ปัญหาทางเศรษฐมิติ

ทั้งนี้ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเกษียณอายุและความอยู่ดีมีสุข หรือความสัมพันธ์ระหว่างการวางแผนเกษียณอายุและความอยู่ดีมีสุขต้องคำนึงถึงปัญหาสำคัญทางเศรษฐมิติ คือ ปัญหา Endogeneity จากสาเหตุ 2 ประการ คือ Reverse causality และ Self-selection

Reverse causality เกิดขึ้นจากตัวแปรอิสระส่งผลต่อตัวแปรตาม และตัวแปรตามเองก็ส่งผลต่อตัวแปรอิสระเช่นเดียวกัน กล่าวคือ การวางแผนเกษียณอายุจะทำให้ผู้สูงอายุมีความอยู่ดีมีสุขหลังการเกษียณอายุเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันผู้สูงอายุที่มีความอยู่ดีมีสุขหรือมีความสุขอาจจะสามารถวางแผนเกษียณอายุได้ดีกว่าผู้ที่ไม่มีความสุข ดังนั้น จึงต้องมีการแก้ปัญหา Reverse causality นี้ด้วยวิธีการใช้ Instrumental variable และข้อมูลตามยาว (Longitudinal data) Coe and Zamarro (2011) และ Calvo et al. (2012) อาศัยการเปลี่ยนแปลงของอายุที่ต้องเกษียณของโดยทั่วไปของประเทศในทวีปยุโรป ที่จะมีการเกษียณอายุเมื่ออายุครบ 65 ปี และอายุที่สามารถ

เกษียณอายุก่อนกำหนดที่อายุ 62 ปี ขณะที่ Kesavayuth, Rosenman, and Zikos (2016) ใช้ตัวแปร dummy แสดงถึงการได้รับเงินบำนาญจากการเกษียณอายุที่ตรงอายุหรือก่อนอายุ นอกจากนี้ Hessel (2016) ใช้จำนวนปีที่อายุปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่างห่างจากอายุที่สามารถเกษียณอายุก่อนกำหนดและอายุที่ต้องเกษียณอายุตามกำหนด เป็นตัวแปร Instrumental variable สำหรับการศึกษาคือความสัมพันธ์ระหว่างการเกษียณอายุ การวางแผนเกษียณอายุและความอยู่ดีมีสุข

สาเหตุอีกประการหนึ่งที่อาจเกิดขึ้นได้คือ Self-selection เกิดจากการที่บุคคลเป็นทั้งผู้ระบุระดับความอยู่ดีมีสุขของตนเองและเป็นผู้เลือกที่จะวางแผนการเกษียณอายุเช่นกัน จึงต้องมีการแก้ปัญหา Self-selection ด้วยการใช้อยู่ข้อมูลตามยาว (Longitudinal data) โดยใช้สุขภาพของกลุ่มตัวอย่างในอดีตเป็นตัวแปรควบคุม ซึ่ง J. H. Noone et al. (2009) ใช้ระดับสุขภาพในปี ค.ศ. 1994 เป็นตัวแปรควบคุม เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการวางแผนเกษียณอายุด้านการเงินและความอยู่ดีมีสุขด้วยสุขภาพกายและจิตที่เกิดขึ้นในปี ค.ศ. 2004 นอกจากนี้ Elder and Rudolph (1999) เพื่อขจัดปัญหา Self-selection ของการวางแผนด้านการเงินและความพึงพอใจในการเกษียณอายุ ได้ใช้ Selection corrected order probit model เพื่อตรวจสอบว่าผลที่ได้จากแบบจำลอง Order probit model ได้ผลการศึกษาที่ถูกต้องหรือไม่ และผลของทั้งสองแบบจำลองให้ผลลัพธ์เช่นเดียวกัน

เนื่องจากข้อจำกัดด้านข้อมูลที่มีการจัดเก็บข้อมูลการวางแผนเกษียณอายุและสุขภาพของผู้สูงอายุเฉพาะข้อมูลภาคตัดขวาง (Cross-sectional data) จึงไม่สามารถที่จะใช้ข้อมูลสุขภาพในอดีตของผู้สูงอายุมาเป็นตัวแปรควบคุมได้ การศึกษาครั้งนี้จึงยังอาจเกิดปัญหา Reverse causality การนำผลการศึกษาไปใช้จึงต้องเป็นไปด้วยความระมัดระวัง

นอกจากนี้ การศึกษาที่ผ่านมาเน้นการศึกษาการวางแผนด้านใดเพียงด้านหนึ่ง เช่น ด้านการเงินหรือมีการวางแผนเกษียณอายุแบบไม่เป็นทางการ (Elder & Rudolph, 1999; J. H. Noone et al., 2009) เช่น พูดคุยกับเพื่อนร่วมงาน ปรึกษาคู่สมรส หรือนึกถึงการเกษียณอายุ หรือวัตถุประสงค์เพียงด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิตหรือความพึงพอใจโดยรวม (Anderson & Weber, 1993; Lee & Law, 2004; Yeung, 2013) จึงเป็นการประเมินในมุมมองที่ไม่ครอบคลุม การศึกษาครั้งนี้จึงเพิ่มการวางแผนออกเป็น 4 ด้าน และวัดผลทั้งทางด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต เพื่อให้ครอบคลุมหลายมิติ อีกทั้งการศึกษานี้ต้องการที่จะนำเสนอตัวแปรจำนวนบุตร เพื่อเป็น Instrumental variable สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจวางแผนเกษียณอายุของบุคคล

## บทที่ 3

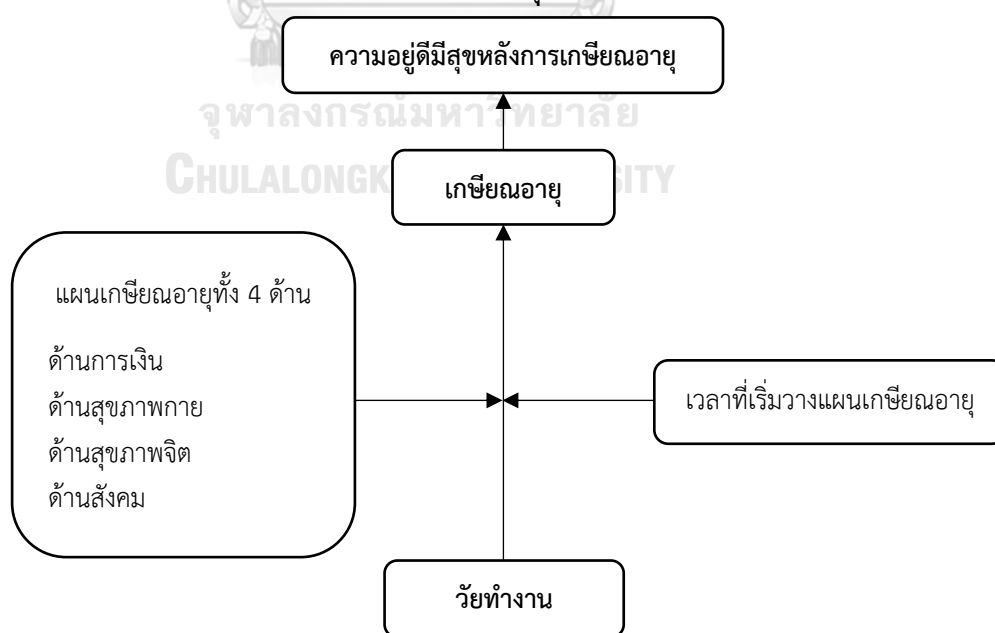
### ระเบียบวิธีวิจัย

#### 3.1 กรอบแนวคิด

การศึกษานี้ต้องการศึกษาถึงผลของการวางแผนเกษียณอายุต่อความอยู่ดีมีสุขภายหลังการเกษียณ โดยการวางแผนเกษียณอายุนั้น บุคคลควรเริ่มวางแผนตั้งแต่ยังอยู่ในช่วงวัยทำงาน โดยการวางแผนเกษียณอายุนั้นแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การวางแผนเกษียณอายุด้านการเงิน การวางแผนเกษียณอายุด้านสุขภาพกาย การวางแผนเกษียณอายุด้านสุขภาพจิต และการวางแผนเกษียณอายุด้านสังคม โดยบุคคลวัยทำงานจะทำการตั้งเป้าหมายในชีวิตว่าภายหลังจากการเกษียณอายุแล้วตนเองต้องมีการใช้ชีวิตอย่างไร ทั้งค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน การดูแลรักษาพยาบาล รวมทั้งการจะอยู่อาศัยที่ใดกับบุคคลใด

ซึ่งการที่บุคคลจะเริ่มวางแผนเกษียณอายุนั้นจะต้องมีความพร้อมทั้งด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ ระยะเวลาที่จะเริ่มต้นการวางแผนของบุคคลจึงแตกต่างกันออกไปตามความพร้อมที่แต่ละบุคคลมี ซึ่งด้วยความแตกต่างในการเลือกที่จะวางแผนเกษียณนี้ จึงทำให้บุคคลมีความอยู่ดีมีสุขที่แตกต่างกันยามเกษียณอายุด้วย

ภาพที่ 3-1 กรอบความคิดเรื่องการวางแผนเกษียณอายุ



ที่มา: รวบรวมโดยผู้วิจัย

ซึ่งการที่บุคคลเป็นผู้เลือกที่จะเริ่มวางแผนเกษียณอายุเมื่อใด และยังเป็นผู้ระบุถึงความอยู่ดีมีสุขของตนเอง จึงเกิดปัญหา Endogeneity ทางเศรษฐมิติ ซึ่งสามารถแก้ปัญหาดังกล่าวได้โดยใช้ Instrumental variable

### 3.2 Endogeneity และ Instrumental Variable

โดยทั่วไปสมการถดถอยเชิงเส้นตรง (Linear regression) จะตั้งอยู่บนสมมติฐาน Zero-condition-mean assumption ดังนี้

$$y = \beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_K x_K + u \quad (3.1)$$

โดยที่  $E(u) = 0$  และ  $Cov(x_j, u) = 0$  โดยที่  $j = 1, 2, \dots, K - 1$

แต่ถ้าหากตัวแปรอิสระ  $x_K$  มีความสัมพันธ์กับค่าคลาดเคลื่อน  $u$  จะเรียกตัวแปร  $x_K$  ว่าเป็นตัวแปรภายใน (Endogenous variable) ซึ่งจะทำให้ค่าประมาณการ  $\beta_j$  ไม่คงที่ (Inconsistent) เรียกปัญหาทางเศรษฐมิตินี้ว่า Endogeneity สาเหตุของการเกิดปัญหา Endogeneity นี้มาจากหลายสาเหตุ ได้แก่ 1) Omitted variable อันเกิดจากข้อจำกัดของข้อมูลที่มี ทำให้ไม่สามารถกำหนดค่าตัวแปรที่ต้องการได้ 2) Measurement error เกิดจากความไม่ครบถ้วนของข้อมูล และ 3) Simultaneity เกิดจากการที่ตัวแปรอิสระ  $x$  มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม  $y$  ในทางกลับกันตัวแปรตาม  $y$  ก็มีความสัมพันธ์กับตัวแปร  $x$  ดังนั้น ปัญหา Endogeneity อาจเกิดจากสาเหตุเดียวหรือหลายสาเหตุก็ได้ (Wooldridge, 2010)

การใช้ Instrumental Variable จึงถูกใช้ในการแก้ปัญหาดังกล่าว ตัวแปรที่จะเป็น Instrumental variable ( $z$ ) ได้นั้นจำเป็นต้องผ่านเงื่อนไข 2 ประการ คือ

1) ตัวแปร Instrumental Variable ( $z$ ) จะต้องไม่มีความสัมพันธ์กับค่าคลาดเคลื่อน  $u$

$$Cov(z, u) = 0 \quad (3.2)$$

2) ตัวแปร Instrumental Variable ( $z$ ) ต้องมีความสัมพันธ์กับตัวแปรภายใน  $x_K$

$$x_K = \delta_0 + \delta_1 x_1 + \delta_2 x_2 + \dots + \delta_{K-1} x_{K-1} + \theta_1 z + r_K \quad (3.3)$$

โดยที่  $E(r_K) = 0$  ,  $Cov(x_j, r_K) = 0$  และ  $\theta_1 \neq 0$

ดังนั้น เมื่อนำสมการ (3) ใส่ในสมการ (1) จะได้

$$y = \alpha_0 + \alpha_1 x_1 + \dots + \alpha_{K-1} x_{K-1} + \lambda_1 z + v \quad (3.4)$$

โดยที่  $v = u + \beta_K r_K$  ,  $\alpha_j = \beta_j + \beta_K \delta_j$  และ  $\lambda_1 = \beta_K \theta_1$

### 3.2.1 การประมาณค่า $\beta_j$

การประมาณค่าพารามิเตอร์  $\beta_j$  จากสมการที่ 3.1 โดยการใช้ Instrumental variable ( $z$ ) นั้นสามารถเขียนในรูปของเมทริกซ์

$$y = x\beta + u \quad (3.5)$$

โดยที่ ค่าคงที่และตัวแปรอิสระทั้งหมดอยู่ใน  $x$  จึงได้เวกเตอร์ตัวแปร  $x = (1, x_2, \dots, x_{K-1}, z)$  ซึ่งจากเงื่อนไขว่า  $z$  และ  $u$  จะต้องไม่มีความสัมพันธ์กัน จะได้

$$E(z'u) = 0 \quad (3.6)$$

ดังนั้นจากสมการที่ เมื่อคูณด้วย  $z'$

$$z'y = z'x\beta + z'u$$

$$E(z'y) = E(z'x\beta) + E(z'u) \quad (3.7)$$

จาก  $E(z'u) = 0$  จะได้

$$E(z'y) = E(z'x)\beta \quad (3.8)$$

ซึ่ง  $E(z'x)$  มีขนาด  $K \times K$  และ  $E(z'y)$  มีขนาด  $K \times 1$  จึงจะสามารถหาค่าพารามิเตอร์  $\beta$  ได้ก็ต่อเมื่อเมทริกซ์  $E(z'x)$  มี Full rank ;  $\text{rank } E(z'x) = K$

จะได้

$$\beta = [E(z'x)]^{-1} E(z'y) \quad (3.9)$$

โดยการศึกษาถึงผลของการวางแผนเกษียณอายุต่อความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุครั้งนี้ ผู้วิจัยคาดว่าการศึกษาจะเกิดปัญหา Endogeneity จากสาเหตุคือ Self-selection ที่บุคคลเป็นผู้ที่ระบุสถานของสุขภาพตนเองและยังเป็นผู้ระบุถึงแผนเกษียณอายุที่ตนเองได้เตรียมการไว้ การศึกษาครั้งนี้จึงจำเป็นต้องใช้ Instrumental variable เพื่อให้ผลการศึกษาที่ได้เป็นไปอย่างถูกต้อง

### 3.3 กลุ่มตัวอย่าง (Sample)

การศึกษาเรื่องผลของการวางแผนการเกษียณอายุที่ส่งผลต่อความอยู่ดีมีสุขครั้งนี้ ใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) จากการสำรวจประชากรสูงอายุปี พ.ศ. 2550 และ พ.ศ. 2554 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในปี พ.ศ. 2550 มีจำนวน 56,002 ตัวอย่าง และปีพ.ศ. 2554 จำนวน 204,905 ตัวอย่าง และเลือกเฉพาะกลุ่มตัวอย่างตรงตามเงื่อนไข จึงมีกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาในครั้งนี้จะมีจำนวน 35,453 ตัวอย่าง โดยมีเงื่อนไข ดังนี้

1. มีอายุตั้งแต่ 60 -80 ปี
2. เป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง
3. ผู้สูงอายุตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับสุขภาพกายและสุขภาพจิตครบทุกข้อ

### 3.4 แบบจำลองที่ใช้ในการศึกษา

แบบจำลองที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้แบ่งการวัดผลของการวางแผนการเกษียณอายุและระยะเวลาที่ใช้ในการวางแผนเป็น 2 ลักษณะ คือ ความอยู่ดีมีสุขด้านสุขภาพกาย และความอยู่ดีมีสุขด้านสุขภาพจิต โดยใช้แบบจำลอง Ordinary Least square (OLS) และ 2-Stage least square (2-SLS) ในการศึกษา

#### 3.4.1 ความอยู่ดีมีสุขด้านสุขภาพกาย

$$\begin{aligned} Zphscore_i = & \alpha_0 + \alpha_1 male_i + \alpha_2 age_i + \alpha_3 edu_i + \alpha_4 married + \alpha_5 inc2_i + \alpha_6 inc3_i \\ & + \alpha_7 smoking_i + \alpha_8 alcohol_i + \alpha_9 exercise_i + \alpha_{10} duration_i + \alpha_{11} year_i \quad (3.10) \\ & + \alpha_{12} finplan_i + \alpha_{13} phyplan_i + \alpha_{14} psyplan_i + \alpha_{15} soplan_i + u_i \end{aligned}$$

#### 3.4.2 ความอยู่ดีมีสุขด้านสุขภาพจิต

$$\begin{aligned} Zpsscore_i = & \beta_0 + \beta_1 male_i + \beta_2 age_i + \beta_3 edu_i + \beta_4 married + \beta_5 inc2_i + \beta_6 inc3_i \\ & + \beta_7 smoking_i + \beta_8 alcohol_i + \beta_9 exercise_i + \beta_{10} duration_i + \beta_{11} year_i \quad (3.11) \\ & + \beta_{12} finplan_i + \beta_{13} phyplan_i + \beta_{14} psyplan_i + \beta_{15} soplan_i + \varepsilon_i \end{aligned}$$

### 3.5 ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา (Variables)

#### 3.5.1 ตัวแปรตาม (Dependent variables)

จากความหมายของความอยู่ดีมีสุข (Well-being) ด้วยการใช้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health-related quality of life) ผ่านมุมมองทางสุขภาพกาย (Physical health) และสุขภาพจิต (Psychological health) จึงจำเป็นต้องทำการวัดสุขภาพทั้ง 2 ด้าน เพื่อนำมาคำนวณเป็นค่าความอยู่ดีมีสุขในการศึกษาครั้งนี้

##### 3.5.1.1 การวัดความอยู่ดีมีสุขด้านสุขภาพกาย (Physical health)

ความอยู่ดีมีสุขด้านสุขภาพกาย (Physical health) จะถูกวัดจากความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ด้วยดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel activities of daily living index: ADL) ฉบับภาษาไทย ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สามารถจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพและความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน โดยจะมีคำถามจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ 1) การรับประทานอาหาร (Feeding) 2) การลุกจากที่นอน (Transfer) 3) การใช้ห้องน้ำ (Toilet) 4) การอาบน้ำ (Bathing) 5) การล้างหน้า แปรงฟัน โกนหนวด (Grooming) 6) การเคลื่อนที่ภายในห้อง (Mobility) 7) การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) 8) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs) 9) การกลั้นอุจจาระ (Bowels) และ 10) การกลั้นปัสสาวะ (Bladder)

ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้จึงใช้ Barthel ADL index ในการวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายของผู้สูงอายุ และนำข้อมูลจากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุ ปี พ.ศ. 2550 และ 2554 ในคำถาม “ท่านสามารถทำกิจกรรมเหล่านี้ได้ด้วยตนเองหรือไม่” เปรียบเทียบกับ Barthel ADL Index หากแต่ข้อมูลจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในหมวดความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของทั้งปีพ.ศ. 2550 และ 2554 ไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับการลุกจากที่นอน (Transfer) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs) และการเคลื่อนที่ภายในห้อง (Mobility) แต่การขึ้นลงบันได 1 ชั้น ที่น่าจะสมารถทดแทนได้ด้วยคำถามถึงการขึ้นลงบันได 2-3 ชั้น ที่แสดงถึงความสามารถทางด้านร่างกายที่สูงกว่า ขณะที่การเคลื่อนที่ภายในห้องน่าจะสมารถทดแทนได้ด้วยการเดินระยะทาง 200-300 เมตร ที่แสดงถึงความสามารถในการเคลื่อนที่ของผู้สูงอายุได้

ขณะที่ การสำรวจประชากรสูงอายุ ปี พ.ศ. 2550 ได้รวมคำถามเกี่ยวกับการใช้ห้องน้ำ (Toilet) การอาบน้ำ (Bathing) และการล้างหน้า แปรงฟัน โกนหนวด (Grooming) ไว้ในคำถามเดียวกัน และการกลั้นอุจจาระ (Bowels) และการกลั้นปัสสาวะ (Bladder) ไว้ในคำถามเดียวกันอีกเช่นกัน ซึ่งแสดงดังตาราง 3-1

**ตารางที่ 3-1 แสดงการเปรียบเทียบคำถามระหว่าง Barthel activities of daily living index: ADL index และการสำรวจประชากรสูงอายุ ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2550 และ 2554**

Barthel Activities of Daily Living Index: ADL	การสำรวจประชากรสูงอายุ	พ.ศ. 2550	พ.ศ. 2554
การรับประทานอาหาร (Feeding)	การกินอาหาร	✓	✓
การลุกจากที่นอน (Transfer)	-	-	-
การใช้ห้องน้ำ (Toilet)	การใช้ห้องน้ำ ห้องส้วม (รวมทำความสะอาดร่างกายหลังการขับถ่าย)	✓	✓
การอาบน้ำ (Bathing)	การอาบน้ำ		✓
การล้างหน้า แปรงฟัน โกนหนวด (Grooming)	การล้างหน้า แปรงฟัน		✓
การเคลื่อนที่ภายในห้อง (Mobility)	การเดินระยะทาง 200-300 เมตร	✓	✓
การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing)	การใส่เสื้อผ้า	✓	✓
การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs)	การขึ้นลงบันได 2-3 ชั้น	✓	✓
การกลั้นอุจจาระ (Bowels)	การกลั้นอุจจาระ	✓	✓

Barthel Activities of Daily Living Index: ADL	การสำรวจประชากรสูงอายุ	พ.ศ. 2550	พ.ศ. 2554
การกลั้นปัสสาวะ (Bladder)	การกลั้นปัสสาวะ		✓

ที่มา: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2558)

จากการเปรียบเทียบกิจกรรมต่าง ๆ จะได้รับการคำนวณคะแนนด้านสุขภาพกาย โดยในแต่ละคำถามจะมีคำตอบคือ ทำได้ด้วยตนเอง เท่ากับ 0 คะแนน ทำเองได้บ้างโดยมีคน/อุปกรณ์ช่วย เท่ากับ 1 คะแนน และทำเองไม่ได้เลย เท่ากับ 2 คะแนน ดังนั้น คะแนนที่ได้จากคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจะมีคะแนนตั้งแต่น้อยที่สุด คือ 0 คะแนนที่แสดงถึงความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้ดีที่สุด และมากที่สุดคือ 12 คะแนนสำหรับข้อมูลปีพ.ศ. 2550 และ 18 คะแนนสำหรับข้อมูลปีพ.ศ. 2554 ซึ่งแสดงถึงความสามารถในการดูแลตนเองน้อยที่สุดหรือไม่สามารถทำกิจวัตรด้วยตนเองได้เลย ดังแสดงในตาราง 3-2

ตารางที่ 3-2 แสดงค่าคะแนนสุขภาพกาย (Physical health score) เปรียบเทียบกับ ADLs

Barthel ADL Index	การสำรวจประชากรสูงอายุ ปีพ.ศ. 2550 และ 2554	คะแนน ปีพ.ศ. 2550	คะแนน ปีพ.ศ. 2554
- การรับประทานอาหาร (Feeding)	- การกินอาหาร	0 – 2	0 – 2
- การใช้ห้องน้ำ (Toilet)	- การใช้ห้องน้ำ ห้องส้วม (รวมทำความสะอาดร่างกายหลังการขับถ่าย)	0 – 2	0 – 2
- การอาบน้ำ (Bathing)	- การอาบน้ำ		0 – 2
- การล้างหน้า แปรงฟัน โกนหนวด (Grooming)	- การล้างหน้า แปรงฟัน		0 – 2
- การเคลื่อนที่ภายในห้อง (Mobility)	- การเดินระยะทาง 200-300 เมตร	0 – 2	0 – 2
- การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing)	- การใส่เสื้อผ้า	0 – 2	0 – 2
- การขึ้นลงบันได 1 ชั้น (Stairs)	- การขึ้นลงบันได 2-3 ชั้น	0 – 2	0 – 2
- การกลั้นอุจจาระ (Bowels)	- การกลั้นอุจจาระ	0 – 2	0 – 2
- การกลั้นปัสสาวะ (Bladder)	- การกลั้นปัสสาวะ		0 – 2
<b>รวม</b>		<b>0 – 12</b>	<b>0 – 18</b>

ที่มา: รวบรวมโดยผู้วิจัย



### 3.5.1.2 การวัดความอยู่ดีมีสุขด้านสุขภาพจิต (Psychological Health)

ความอยู่ดีมีสุขด้านสุขภาพจิต (Psychological health) จะถูกวัดจากความรู้สึกด้านลบ (Negative feeling) ของผู้สูงอายุ ซึ่งโดยทั่วไปการวัดสุขภาพทางจิตสามารถแบ่งการวัดออกได้สองประเภท คือ การวัดความรู้สึกทางบวก (Positive emotion) และความรู้สึกทางลบ (Negative emotion) โดยการวัดความรู้สึกด้านใดด้านหนึ่งสามารถสะท้อนความรู้สึกอีกด้านหนึ่งได้ด้วย เช่นเดียวกัน และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกด้านลบด้วยกันนั้น มีแนวโน้มน้อยกว่าทางด้านบวก (Diener, Sandvik, Pavot, & Gallagher, 1991)

จากแบบสอบถาม the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) ถูกใช้ในการศึกษาครั้งแรกของ Radloff ในปี ค.ศ. 1977 เพื่อใช้ในการทดสอบถึงภาวะซึมเศร้า โดยมีคำถามถึงอาการต่าง ๆ ที่บ่งชี้ถึงภาวะซึมเศร้า จำนวน 20 ข้อ ซึ่งถึงแม้ว่า CES-D จะถูกใช้สำหรับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่น แต่ก็ได้มีการนำแบบทดสอบ CES-D ไปทดสอบในกลุ่มผู้สูงอายุและสามารถคัดกรองภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุได้ (Herzog, House, & Morgan, 1991)

โดยการวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตจะใช้คำถามที่แสดงถึงความรู้สึกด้านลบเปรียบเทียบกับคำถามในการสำรวจประชากรสูงอายุ ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2550 และ 2554 โดยความรู้สึกด้านลบ (Carleton et al., 2013) ใน CES-D ที่นำมาอ้างอิงจะมี 6 คำถามคือ 1) I did not feel like eating; my appetite was poor 2) I felt that I could not shake of the blues 3) I was bothered by thing that usually don't bother me 4) I felt depressed 5) I thought my life had been a failure 6) I felt lonely 7) I felt sad ซึ่งคำถามใน CES-D นั้น น่าจะมีความหมายใกล้เคียงกับคำถามในการสำรวจประชากรสูงอายุ ในประเทศไทยคือ “ในระหว่าง 1 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ ท่านมีอาการหรือความรู้สึกต่อไปนี้บ่อยครั้งเพียงใด” ซึ่งแบ่งออกเป็นความรู้สึกย่อย 7 ความรู้สึกคือ 1) ความอยากอาหารลดลง 2) คิดมากหรือมีความวิตกกังวลใจ 3) รู้สึกหงุดหงิด รำคาญใจ 4) รู้สึกหมดหวังในชีวิต 5) รู้สึกชีวิตไม่มีค่า 6) รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง 7) รู้สึกเหงา

จากคำถามทั้ง 7 ข้อ จะสามารถคำนวณคะแนนด้านสุขภาพจิตจากคำตอบในแต่ละคำถามคือ ไม่เคยมีความรู้สึกดังกล่าว มีค่าเท่ากับ 0 คะแนน มีความรู้สึกดังกล่าวเป็นบางครั้งมีค่าเท่ากับ 1 คะแนน และมีความรู้สึกเหล่านั้นเป็นประจำมีค่าเท่ากับ 2 คะแนน ดังนั้น คะแนนต่ำที่สุดในด้านสุขภาพจิตเท่ากับ 0 คะแนนแสดงถึงการมีสุขภาพจิตที่ดีที่สุด คะแนนที่เพิ่มมากขึ้นแสดงถึงสุขภาพทางจิตที่แย่ลง และคะแนนสูงที่สุดเท่ากับ 14 คะแนนแสดงถึงการมีสุขภาพจิตที่แย่ที่สุด ดังนั้น การวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้จึงมีทั้งสิ้น 7 คำถาม ดังแสดงในตาราง 3-3

ตารางที่ 3-3 แสดงค่าคะแนนสุขภาพจิต (Psychological Health Score) เปรียบเทียบ CES-D

Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)	การสำรวจประชากร สูงอายุ	พ.ศ. 2550 และ 2554	คะแนน
I did not feel like eating; my appetite was poor	ความอยากอาหารลดลง	✓	0 – 2
I felt that I could not shake of the blues	คิดมาก/มีความวิตกกังวล ใจ	✓	0 – 2
I was bothered by thing that usually don't bother me	รู้สึกหงุดหงิดรำคาญใจ	✓	0 – 2
I felt depressed	รู้สึกว่าชีวิตไม่มีคุณค่า	✓	0 – 2
I thought my life had been a failure	รู้สึกหมดหวังในชีวิต	✓	0 – 2
I felt lonely	รู้สึกเหงา	✓	0 – 2
I felt sad	รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้า หมอง	✓	0 – 2
<b>รวม</b>			<b>0 – 14</b>

ที่มา: Carleton et al. (2013) และรวบรวมโดยผู้วิจัย

### 3.5.1.3 การแปลงช่วงค่าคะแนนสุขภาพกายและสุขภาพจิต (Health score transformation)

การศึกษาในครั้งนี้ได้แบ่งการวัดคุณภาพชีวิตทางด้านสุขภาพเป็น 2 ประเภท คือ ด้านสุขภาพกาย (Physical health) และด้านสุขภาพจิต (Psychological health) ซึ่งทั้ง 2 ด้านนั้นมีช่วงคะแนนที่ไม่เท่ากัน เพื่อความเหมาะสมต่อการแปรผลกระทบของการวางแผนการเกษียณอายุต่อความอยู่ดีมีสุข จึงจำเป็นต้องมีการปรับคะแนนของคุณภาพชีวิตทั้ง 2 ด้าน ให้อยู่ในช่วงคะแนนระหว่าง 0 – 100 (McDowell, 2006) ด้วยสูตร ดังนี้

$$\text{transformed score} = \left( \frac{\text{actual raw score} - \text{lowest possible raw score}}{\text{possible raw score range}} \right) \times 100 \quad (3.10)$$

ซึ่งจะได้ว่า ค่าคะแนนจริง (Actual raw score) คือค่าคะแนนที่ได้จากคำตอบในคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายที่มีค่าอยู่ระหว่าง 0 – 12 คะแนน ค่าคะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้ (Lowest possible raw score) จึงมีค่าเท่ากับ 0 คะแนนและช่วงคะแนนจริง (Possible raw score range) จะมีค่าเท่ากับ 12 (12 ลบด้วย 0) สำหรับปีพ.ศ. 2550

$$\text{physical health score}_{50} = \left( \frac{\text{actual raw score}}{12} \right) \times 100 \quad (3.11)$$

และการแปลงคะแนนสุขภาพกายสำหรับข้อมูลปีพ.ศ. 2554 จะเป็นดังสมการ

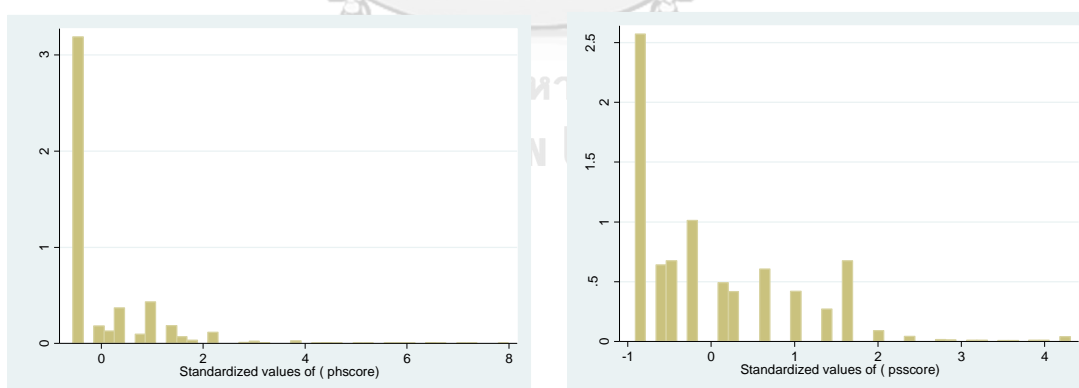
$$\text{physical health score}_{54} = \left( \frac{\text{actual raw score}}{18} \right) \times 100 \quad (3.12)$$

ขณะเดียวกัน ค่าคะแนนจากคำตอบในคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตที่มีค่าอยู่ระหว่าง 0-14 คะแนน ค่าคะแนนต่ำสุดที่เป็นไปได้คือ 0 และช่วงคะแนนจริงคือ 14 (14 ลบด้วย 0) การแปลงช่วงคะแนนสุขภาพจิตจึงเป็นดังสมการ

$$\text{psychological health score}_7 = \left( \frac{\text{actual raw score}}{14} \right) \times 100 \quad (3.13)$$

จากนั้นจะนำคะแนนที่ได้มาทำให้อยู่ในรูปของคะแนนมาตรฐาน (Standard normal score) เนื่องจากเมื่อปรับคะแนนให้อยู่ในช่วง 1 – 100 คะแนน คะแนนที่ได้ส่วนใหญ่จะอยู่ที่ระดับ 0 คือ ผู้สูงอายุระบุว่าตนเองมีสุขภาพกายและจิตอยู่มในระดับที่ดีมาก จึงทำให้ข้อมูลที่ได้ไม่มีการแจกแจงแบบปกติ (Nonnormal distribution) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Calvo et al. (2012) ที่ข้อมูลสุขภาพกายและสุขภาพจิตไม่มีการแจกแจงแบบปกติ และไม่สามารถปรับคะแนนให้มีการกระจายแบบปกติได้

ภาพที่ 3-2 แสดงการกระจายตัวของคะแนนมาตรฐานสุขภาพกายและสุขภาพจิต



ที่มา: รวบรวมโดยผู้วิจัย

#### 3.5.1.4 ตัวแปร Instrumental variable

การศึกษาผลของการวางแผนเกษียณอายุและความอยู่ดีมีสุขภายหลังการเกษียณอายุนั้น น่าจะยังคงมีปัญหาทางเศรษฐมิติเช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมา คือ ปัญหา Endogeneity ที่เกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างการวางแผนเกษียณอายุและสุขภาพของผู้เกษียณเอง ซึ่งผู้ที่มีการวางแผน

เกษียณอายุน่าจะเป็นผู้ที่มีสุขภาพกายและจิตที่ดีตามไปด้วย แต่อย่างไรก็ตาม ด้วยข้อจำกัดของข้อมูลเกี่ยวกับการเกษียณอายุและสุขภาพของประเทศไทยที่มีเพียงข้อมูลภาคตัดขวาง (Cross-sectional data) จึงไม่สามารถใช้ข้อมูลสุขภาพในอดีตของกลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแปรควบคุมได้

สำหรับปัญหา Self-selection ที่ผู้สูงอายุเป็นผู้เลือกที่จะวางแผนเกษียณอายุและเป็นผู้ระบุถึงระดับสุขภาพของตนเองนั้น ซึ่งสามารถแก้ปัญหาดังกล่าวได้ด้วย Instrumental variable ผู้วิจัยได้กำหนดให้ตัวแปรระดับมหภาค<sup>2</sup> ได้แก่ อัตราเติบโตของผลิตภัณฑ์มวลรวมต่อหัว (GDP per capita growth), อายุคาดเฉลี่ยแรกเกิด (Life expectancy at birth), อัตราพึ่งพิงของผู้สูงอายุ (Old-age dependency ratio) และอัตราการรอดชีพถึงอายุ 65 ปี (Survival rate to age 65) ที่น่าจะมีความเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจวางแผนการเกษียณอายุทั้ง 4 ด้านของผู้สูงอายุ คือ ด้านการเงิน ด้านสุขภาพกาย ด้านสุขภาพจิต และด้านสังคม

อัตราเติบโตของผลิตภัณฑ์มวลรวมต่อหัวที่สูงแสดงถึงสภาพเศรษฐกิจที่อยู่ในช่วงเติบโต รายได้จากการทำงานจึงเพิ่มมากขึ้น จึงสามารถจัดสรรรายได้ที่เหลือจากการบริโภคไปเป็นเงินออมและลงได้เพิ่มขึ้น (Bloom, Canning, & Graham, 2003) ขณะที่ อัตราการพึ่งพิงของผู้สูงอายุและอัตราการรอดชีพถึงอายุ 65 ปี ที่เพิ่มสูงขึ้นแสดงถึงสัดส่วนของประชากรวัยสูงอายุต่อประชากรวัยทำงานและโอกาสที่บุคคลจะมีอายุที่ยืนยาว เมื่อค่าทั้งสองนี้เพิ่มขึ้น เมื่อบุคคลเกษียณอายุแล้วจะต้องพึ่งพาตนเอง และความจำเป็นของรายได้ที่จะใช้จ่ายยามเกษียณแล้ว จึงเพิ่มโอกาสในการวางแผนสำหรับอนาคตของบุคคลวัยทำงาน (Bloom et al., 2003; Higgins & Williamson, 1997) นอกจากนี้ อายุคาดเฉลี่ยแรกเกิด แสดงถึงโอกาสที่บุคคลจะมีชีวิตอยู่ยาวนานขึ้น และความก้าวหน้าทางการแพทย์ที่เพิ่มขึ้น ซึ่งเมื่อประชากรรุ่นต่อไปจะมีอายุที่ยาวนาน จึงสามารถเพิ่มระยะเวลาการทำงานที่ยาวนานขึ้น และการแพทย์ที่เจริญก้าวหน้า (Bloom et al., 2003) ทำให้การตัดสินใจที่จะเตรียมตัวเพื่อการเกษียณอายุให้เป็นภาระแก่บุตรหลานที่จะมาดูแล หรือพึ่งพิงการแพทย์ที่ก้าวหน้าในการดูแลสุขภาพในอนาคต การเตรียมการเพื่อการเกษียณอายุจึงลดลง

อย่างไรก็ตาม การใช้อัตราเติบโตของผลิตภัณฑ์มวลรวมต่อหัว, อายุคาดเฉลี่ยแรกเกิด, อัตราพึ่งพิงของผู้สูงอายุ และอัตราการรอดชีพถึงอายุ 65 ปี เป็นตัวแปร Instrumental variable ในการศึกษาผลของการวางแผนเกษียณอายุต่อความเป็นดีอยู่นั้น อาจจะไม่เหมาะสมเฉพาะกับการศึกษาครั้งนี้ เพราะด้วยข้อจำกัดของข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา ความเหมาะสมทางเศรษฐมิติ หรือสมมุติฐานที่ตั้งไว้ จึงต้องมีความระมัดระวังในการใช้ตัวแปรจำนวนบุตรเป็นตัวแปร Instrumental variable

<sup>2</sup> ข้อมูลจาก World Development Indicators, World Bank สืบค้นจาก

<http://databank.worldbank.org/data/source/world-development-indicators>

### 3.5.2 ตัวแปรอิสระที่ใช้ในการศึกษา (Independent variables)

ตัวแปรอิสระที่ใช้ในการศึกษานี้สามารถแบ่งเป็นตัวแปรหลักได้ 3 ประเภท คือ 1) ปัจจัยลักษณะประชากร ได้แก่ ปีที่สำรวจ เพศ อายุ อายุกำลังสอง สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและระดับรายได้ 2) ปัจจัยด้านการดูแลสุขภาพ ได้แก่ การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 3) ปัจจัยด้านการวางแผนเกษียณอายุและระยะเวลาที่ใช้ในการวางแผน

#### 1) ปัจจัยลักษณะประชากรของครัวเรือน (Household characteristic variables)

- ปีที่สำรวจ เป็นการนำข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุของไทย 2 ปีมาใช้ คือ ปี พ.ศ. 2550 และปี พ.ศ. 2554

- เพศ เลือกใช้เพศหญิงเป็นเพศอ้างอิงในการศึกษา

- อายุและอายุกำลังสองของตัวอย่าง เพื่อหาความสัมพันธ์และทดสอบลักษณะความสัมพันธ์เชิงเส้น

- สถานภาพสมรส ของกลุ่มตัวอย่างว่างคงสมรส หรือมีสถานภาพสมรสอื่น ๆ (กลุ่มอ้างอิง)

- ระดับการศึกษา ของกลุ่มตัวอย่าง แสดงถึงการศึกษาสูงสุดของกลุ่มตัวอย่าง โดยให้ระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษาเป็นกลุ่มอ้างอิง

- ระดับรายได้ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ รายได้ 0 – 19,999 บาทต่อปี (กลุ่มอ้างอิง) รายได้ 20,000 – 49,999 บาทต่อปี และรายได้ตั้งแต่ 50,000 บาทต่อปีขึ้นไป

#### 2) ปัจจัยด้านการดูแลสุขภาพ (Health care variables)

- การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการออกกำลังกาย จากคำถาม “ในระหว่าง 6 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ ท่านมีพฤติกรรมต่อไปนี้เป็นประจำ (บ่อย/ทุกวัน/เกือบทุกวัน) หรือไม่” โดยคำตอบที่เป็นไปได้ คือ ไม่ใช่ และใช่ ทั้งที่เป็นประจำหรือบางครั้ง

#### 3) ปัจจัยด้านการวางแผนเกษียณอายุ (Retirement planning variables)

จากคำถามในการสำรวจประชากรสูงอายุ “ท่านได้คิดหรือมีการเตรียมการเพื่อวัยสูงอายุในด้านต่อไปนี้หรือไม่” โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติได้แบ่งการเตรียมการเพื่อการเกษียณอายุไว้ 5 ประเภท คือ ด้านการเงิน (เช่น ออมหรือสะสมเงิน/ทอง/ทรัพย์สิน ฯลฯ) ด้านสุขภาพ (เช่น การออกกำลังกาย/ตรวจสุขภาพ/กินอาหารครบ 5 หมู่/ไม่ดื่มสุรา/ไม่สูบบุหรี่ ฯลฯ) ด้านที่อยู่อาศัย (เช่น มีหรือปรับปรุงให้เหมาะกับวัยสูงอายุ ฯลฯ) ด้านจิตใจ (เช่น เข้าวัด ฟังเทศน์ ปฏิบัติธรรม ฯลฯ) และด้านสังคม (ด้านผู้ที่จะมาดูแลในอนาคต) ซึ่งคำตอบที่เป็นไปได้มี 3 คำตอบคือ ไม่คิด คิด/ได้

เตรียมการ และคิด/ไม่ได้เตรียมการ จึงสามารถแบ่งคำตอบได้เป็น 2 คำตอบ คือ คิด/ได้เตรียมการ และไม่คิดหรือคิดแต่ไม่ได้เตรียมการ

- ระยะเวลาเตรียมการเพื่อการเกษียณอายุ นำมาจากคำถาม “ท่านได้เตรียมการเพื่อวัยสูงอายุตั้งแต่อายุเท่าไร” ซึ่งคำตอบที่สนใจคือ คิด/ได้เตรียมการ ขณะที่ผู้ที่ระบุตนเองการวางแผนไม่มีการวางแผน ไม่คิด และคิด/แต่ไม่ได้เตรียมการ ให้เป็นกลุ่มอ้างอิง เนื่องจากอายุเกษียณโดยทั่วไปของประเทศไทยอยู่ที่ประมาณ 60 ปี จึงใช้เกณฑ์อายุอายุ 60 ปี เป็นตัวกำหนดว่ากลุ่มตัวอย่างใดที่มีการวางแผนเกษียณอายุก่อนการเกษียณอายุที่ 60 ปี จึงสามารถหาระยะเวลาการเตรียมการได้จากอายุเกษียณโดยทั่วไป 60 ปี หักลบด้วยระยะเวลาที่ได้เริ่มมีการวางแผนเกษียณอายุ

#### ตารางที่ 3-4 แสดงการกำหนดค่าตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

ตัวแปร	ลักษณะข้อมูล	คำอธิบาย
<b>ปัจจัยลักษณะประชากรของครัวเรือน</b>		
$male_i$	0 = เพศหญิง 1 = เพศชาย	เพศของตัวอย่างที่ $i$
$age_i$	ต่อเนื่อง	อายุ (ปี)
$edu_i$	1 = จบการศึกษาระดับประถมศึกษาขึ้นไป 0 = ถ้าไม่ใช่	ระดับการศึกษาของตัวอย่าง $i$ เมื่อจบชั้นประถมศึกษาขึ้นไป
$married_i$	1 = มีสถานภาพสมรส 0 = มีสถานภาพสมรสอื่น ๆ	สถานภาพสมรสของของตัวอย่าง $i$ เมื่อยังคงสมรส
$inc2_i$	1 = ระดับรายได้ 20,000 – 49,999 บาทต่อปี 0 = ระดับรายได้อื่น ๆ	ระดับรายได้ของตัวอย่าง $i$ เมื่อมีรายได้ 20,000 – 49,999 บาทต่อปี
$inc3_i$	1 = ระดับรายได้ตั้งแต่ 50,000 บาทต่อปีขึ้นไป 0 = ระดับรายได้อื่น ๆ	ระดับรายได้ของตัวอย่าง $i$ เมื่อมีรายได้ตั้งแต่ 50,000 บาทต่อปีขึ้นไป
$year_i$	1 = สสำรวจในปี พ.ศ. 2554 0 = สสำรวจในปี พ.ศ. 2550	ปีที่ทำการสำรวจ
<b>ปัจจัยด้านการดูแลสุขภาพ</b>		
$exercise_i$	1 = ออกกำลังกายเป็นประจำ 0 = ถ้าไม่ใช่	การออกกำลังกายในระหว่าง 6 เดือนก่อนสัมภาษณ์
$smoke_i$	1 = มีการสูบบุหรี่เป็นประจำ	การสูบบุหรี่ในระหว่าง 6 เดือนก่อนสัมภาษณ์

ตัวแปร	ลักษณะข้อมูล	คำอธิบาย
	0 = ถ้าไม่ใช่	
$alcohol_i$	1 = มีการดื่มสุราเป็นประจำ 0 = ถ้าไม่ใช่	การดื่มสุราในระหว่าง 6 เดือนก่อนสัมภาษณ์
<b>ปัจจัยด้านการวางแผนเกษียณอายุ</b>		
$finplan_i$	1 = คิดและได้เตรียมการวางแผนทางด้าน การเงิน 0= ถ้าไม่ใช่	การวางแผนเกษียณด้านการเงิน เมื่อผู้สูงอายุได้คิด และเตรียมการ
$phyplan_i$	1 = คิดและได้เตรียมการวางแผนทางด้าน สุขภาพกาย 0= ถ้าไม่ใช่	การวางแผนเกษียณด้านสุขภาพกาย เมื่อผู้สูงอายุได้ คิดและเตรียมการ
$psyplan_i$	1 = คิดและได้เตรียมการวางแผนทางด้าน สุขภาพจิต 0= ถ้าไม่ใช่	การวางแผนเกษียณด้านสุขภาพจิต เมื่อผู้สูงอายุได้ คิดและเตรียมการ
$soplan_i$	1 = คิดและได้เตรียมการวางแผนทางด้าน ผู้ที่จะมาดูแลในอนาคต 0= ถ้าไม่ใช่	การวางแผนเกษียณด้านผู้ที่จะมาดูแลในอนาคต เมื่อ ผู้สูงอายุได้คิดและเตรียมการ
$duration_i$	ต่อเนื่อง	อายุ 60 ปี หักลบด้วยอายุที่เริ่มวางแผนเกษียณอายุ

### 3.6 สมมติฐานในการศึกษา

#### 3.6.1 ปัจจัยลักษณะประชากรของครัวเรือน (Household characteristic variables)

ตัวแปร	ความสัมพันธ์	สมมติฐาน
เพศ ( $male_i$ )	-	เพศชายเป็นเพศที่มักเตรียมตัวสำหรับการเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ได้ดีกว่าเพศหญิง และเพศหญิงมักระบุว่าตนเองมีสุขภาพที่แย่กว่าเพศชาย
อายุ ( $age_i$ )	+	อายุของตัวอย่าง $i$ น่าจะมีผลทางบวกกับความอยู่ดีมีสุขด้านสุขภาพ เพราะ เมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้น สุขภาพมักเสื่อมถอยลง
ระดับการศึกษา ( $edu_i$ )	-	ระดับการศึกษาที่สูงกว่าชั้นประถมศึกษาจะทำให้ผู้สูงอายุ รู้ถึงแนวทางการ วางแผนเกษียณอายุและเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงทั้งสุขภาพกายและ สุขภาพจิต

ตัวแปร	ความสัมพันธ์	สมมติฐาน
สถานภาพสมรส ( <i>married<sub>i</sub></i> )	-	ผู้สูงอายุที่ยังคงสมรส จะมีคู่สมรสอาศัยอยู่ด้วยกัน จึงทำให้มีผู้ช่วยคิดและคอยปรึกษาในเรื่องต่าง ๆ จึงน่าจะทำให้ผู้สูงอายุมีคะแนนมาตรฐานสุขภาพกายและจิตดีกว่าสถานภาพสมรสอื่น ๆ (กลุ่มอ้างอิง)
รายได้ 20,000 – 49,999 บาทต่อปี ( <i>inc2<sub>i</sub></i> )	-	ระดับที่สูงขึ้นจะทำให้ผู้สูงอายุสามารถใช้จ่ายได้อย่างปกติ ทั้งเพื่อการดำรงชีวิตและค่ารักษาพยาบาล เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยกว่า 20,000 บาทต่อปี (กลุ่มอ้างอิง)
รายได้ 50,000 บาทต่อปีขึ้นไป ( <i>inc2<sub>i</sub></i> )	-	รายได้ที่สูงทำให้ผู้สูงอายุสามารถจับจ่ายเพื่อทำให้ชีวิตเป็นปกติสุขภายหลังการเกษียณอายุแล้ว

### 3.6.2 ปัจจัยด้านการดูแลสุขภาพ (Health care variables)

ตัวแปร	ความสัมพันธ์	สมมติฐาน
การออกกำลังกายเป็นประจำ ( <i>exercise<sub>i</sub></i> )	-	ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายเป็นประจำจะมีสุขภาพกายและจิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ออกกำลังกายหรือออกกำลังกายเพียงบางครั้ง
การสูบบุหรี่เป็นประจำ ( <i>smoke<sub>i</sub></i> )	+ , -	การที่ผู้สูงอายุยังคงสูบบุหรี่เป็นประจำ จะทำให้สุขภาพกายของผู้สูงอายุแย่ลง แต่อาจมีส่วนช่วยบรรเทาความกังวลหรือความเครียดของผู้สูงอายุบางท่านได้
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ ( <i>alcohol<sub>i</sub></i> )	+	ผู้สูงอายุที่ยังคงดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะทำให้สุขภาพของผู้สูงอายุเสื่อมลงได้ มากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ดื่มหรือดื่มเพียงบางครั้ง (กลุ่มอ้างอิง)

### 3.6.3 ปัจจัยด้านการวางแผนการเกษียณอายุ (Retirement Planning Variables)

ตัวแปร	ความสัมพันธ์	สมมติฐาน
การวางแผนเกษียณอายุทางการเงิน ( <i>finplan<sub>i</sub></i> )	-	การวางแผนเกษียณทางการเงิน จะทำให้ผู้สูงอายุมีเงินเพียงพอต่อการใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน มีเงินสำหรับซื้ออาหารและอาหารเสริมที่ดีต่อสุขภาพ และเพิ่มความมั่นใจในการใช้จ่ายสำหรับการซื้อสิ่งของที่ต้องการว่าจะไม่กระทบต่อการใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน



ตัวแปร	ความสัมพันธ์	สมมติฐาน
การวางแผน เกษียณอายุทางด้าน สุขภาพกาย ( <i>phyplan<sub>i</sub></i> )	-	การวางแผนเกษียณอายุด้านสุขภาพกาย เช่น การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพ จะทำให้สุขภาพกายยังคงดีหรือดีขึ้น เมื่ออายุเพิ่มสูงขึ้น
การวางแผน เกษียณอายุทางด้าน สุขภาพจิต ( <i>psyplan<sub>i</sub></i> )	-	การวางแผนเกษียณอายุด้านสุขภาพจิต เช่น เข้าวัด ฟังเทศน์ จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี เข้าใจและปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง เมื่อเปลี่ยนผ่านจากการทำงานเป็นว่างงาน
การวางแผน เกษียณอายุทางด้านผู้ ที่จะมาดูแลในอนาคต ( <i>soplan<sub>i</sub></i> )	-	การวางแผนเกษียณอายุด้านผู้ที่จะมาดูแลในอนาคต ทำให้ผู้สูงอายุมีผู้ดูแลและอยู่อาศัยกับผู้ที่เกี่ยวข้อง การใกล้ชิดกับบุคคลที่ทำให้เกิดความสุข ดังนั้น การวางแผนด้านผู้ที่จะมาดูแลในอนาคตน่าจะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดีขึ้น
ระยะเวลาการวางแผน เกษียณอายุ ( <i>time<sub>i</sub></i> )	-	ระยะเวลาการวางแผนเกษียณอายุที่ยาวนานกว่าของบุคคลหนึ่ง น่าจะส่งผลทางบวกต่อความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุมากกว่าบุคคลที่มีระยะเวลาการเตรียมการที่น้อยกว่า

## บทที่ 4

### ผลการศึกษา

ผลการศึกษาแบ่งออกเป็น 2 ส่วนหลัก คือ ผลวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และผลวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อความความอยู่ดีมีสุขภาพหลังการเกษียณอายุ โดยมีรายละเอียดดังนี้

#### 4.1 ผลวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย และตัวแปรด้านการวางแผนเกษียณอายุ ได้แก่ ระยะเวลาในการวางแผนเกษียณอายุ การวางแผนเกษียณอายุทั้ง 4 ด้าน คือ แผนด้านการเงิน แผนด้านสุขภาพกาย แผนด้านสุขภาพจิต และแผนด้านสังคม

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้มีทั้งสิ้น 35,453 คน โดยเป็นกลุ่มตัวอย่างจากการสำรวจในปี พ.ศ. 2550 ร้อยละ 48.53 ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจากปี พ.ศ. 2554 ที่ร้อยละ 51.47 เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายที่ร้อยละ 59.16 และร้อยละ 40.84 ตามลำดับ มีอายุระหว่าง 60 – 80 ปี และอายุเฉลี่ยที่ 67.80 ปี โดยมีระดับการศึกษาต่ำกว่าชั้นประถมศึกษาสูงถึงร้อยละ 84.56 ขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาตั้งแต่ชั้นระดับประถมศึกษาที่ร้อยละ 15.44 นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสร้อยละ 63.23 และสถานภาพอื่น ๆ ร้อยละ 36.77 มีรายได้ต่อปี 19,999 บาท และต่ำกว่าร้อยละ 30.08 อีกทั้งมีรายได้ต่อปีระหว่าง 20,000 – 49,999 บาทร้อยละ 33.28 และรายได้ 50,000 บาทขึ้นไปร้อยละ 35.92

ตารางที่ 4-1 แสดงเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และระดับรายได้ของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ความแปรปรวน	ค่าต่ำสุด	ค่ามากที่สุด
ปีสำรวจ พ.ศ. 2554	0.51	0.50	0	1
เพศชาย	0.41	0.49	0	1
อายุ	67.80	5.74	60	80
ระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา	0.14	0.36	0	1
สมรส	0.63	0.48	0	1
เกษียณอายุแล้ว	0.60	0.49	0	1
ระดับรายได้ต่อปี				

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ความแปรปรวน	ค่าต่ำสุด	ค่ามากที่สุด
- 19,999 บาทและต่ำกว่า (กลุ่มอ้างอิง)	0.29	0.45	0	1
- 20,000 – 49,999 บาท	0.33	0.47	0	1
- 50,000 บาทขึ้นไป	0.35	0.48	0	1

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างมีทั้งพฤติกรรมที่ส่งเสริมและเสี่ยงต่อสุขภาพ โดยพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การออกกำลังกาย พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 43.48 ที่ออกกำลังกายเป็นประจำ และกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 56.52 ที่ไม่ออกกำลังกายหรือออกกำลังกายเพียงบางครั้งเท่านั้น ด้านพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ ได้แก่ การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำมีจำนวนน้อย โดยเป็นผู้สูบบุหรี่เพียงร้อยละ 8.81 และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำร้อยละ 2.56 เท่านั้น

#### ตารางที่ 4-2 แสดงพฤติกรรมด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย	ความแปรปรวน	ค่าต่ำสุด	ค่ามากที่สุด
การออกกำลังกายเป็นประจำ	0.43	0.50	0	1

พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย	ความแปรปรวน	ค่าต่ำสุด	ค่ามากที่สุด
การสูบบุหรี่เป็นประจำ	0.09	0.28	0	1
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ	0.03	0.16	0	1

ระยะเวลาการวางแผนการเกษียณอายุและแผนการเกษียณอายุของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า อายุเฉลี่ยที่กลุ่มตัวอย่างเริ่มต้นวางแผนสำหรับการเกษียณคือ 50.64 ปี ขณะที่ระยะเวลาเฉลี่ยสำหรับการวางแผนเกษียณอายุคือ 7.79 ปี โดยแผนการเกษียณอายุที่กลุ่มตัวอย่างได้คิดและเตรียมการมากที่สุดคือ แผนด้านสุขภาพจิตที่ร้อยละ 68.93 รองลงมาคือแผนด้านสุขภาพกายร้อยละ 64.97 แผนด้านการเงินร้อยละ 58.78 และแผนด้านสังคมร้อยละ 47.47

#### ตารางที่ 4-3 แสดงลักษณะการวางแผนเกษียณอายุของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ความแปรปรวน	ค่าต่ำสุด	ค่ามากที่สุด
อายุที่เริ่มวางแผนเกษียณอายุ	50.64	8.29	23	60
ระยะเวลาสำหรับการวางแผนเกษียณอายุ	7.79	8.33	0	37
แผนเกษียณอายุด้านการเงิน	0.59	0.49	0	1
แผนเกษียณอายุด้านสุขภาพกาย	0.65	0.48	0	1

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ความแปรปรวน	ค่าต่ำสุด	ค่ามากที่สุด
แผนเกษียณอายุด้านสุขภาพจิต	0.69	0.46	0	1
แผนเกษียณอายุด้านสังคม	0.47	0.50	0	1

ความอยู่ดีมีสุขผ่านคะแนนมาตรฐานสุขภาพกายและสุขภาพจิต<sup>3</sup>ของการศึกษาครั้งนี้ พบว่าคะแนนมาตรฐานสุขภาพกายมีค่าอยู่ระหว่าง - 0.511 ถึง 9.361 และคะแนนมาตรฐานสุขภาพจิตมีค่าอยู่ระหว่าง - 0.893 ถึง 4.576

#### ตารางที่ 4-4 แสดงคะแนนมาตรฐานสุขภาพกายและสุขภาพจิต

ตัวแปร	ค่าต่ำสุด	ค่ามากที่สุด
คะแนนมาตรฐานสุขภาพกาย	- 0.511	9.361
คะแนนมาตรฐานสุขภาพจิต	- 0.893	4.576

## 4.2 ผลวิเคราะห์ First – stage regression

การวิเคราะห์ผล First – stage regression โดยการใช้อัตราเติบโตของผลิตภัณฑ์มวลรวมต่อหัว (GDP per capita growth) อัตราการพึ่งพิงของผู้สูงอายุ (Old age dependency ratio) อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life expectancy at birth) และอัตราการรอดชีพถึงอายุ 65 ปี (Survival rate to age 65) เป็นตัวแปร Instrumental variable โดยมีสมมติฐานว่า อัตราการเติบโตของรายได้ต่อหัวที่เพิ่มสูงขึ้นจะทำให้บุคคลในวัยทำงานเลือกที่จะชะลอการออมเงินออกไป เนื่องจากสภาพเศรษฐกิจที่ดี การทำงานหารรายได้จึงเป็นไปได้อย่างต่อเนื่อง บุคคลจึงเลือกที่จะยังคงรักษาการบริโภคของตนเองต่อไป ขณะที่อัตราการพึ่งพิงของผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้นจะทำให้บุคคลวัยทำงาน ตระหนักได้ว่าเมื่อชราภาพแล้ว จำเป็นจะต้องพึ่งพิงตนเองทั้งในการหารายได้เพื่อเลี้ยงชีพและการรักษาพยาบาล การออมและการรักษาสุขภาพจึงเป็นสิ่งที่ต้องมีการเตรียมการด้วยตนเอง

นอกจากนี้ อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดซึ่งหมายถึงอายุที่จะยืนยาวเพิ่มมากขึ้นของประชากรรุ่นต่อไป แสดงถึงการพัฒนาทางการแพทย์ที่ดี บุคคลจึงไม่วางแผนเพื่ออนาคต เพราะความหวังในการรักษาพยาบาลที่มากขึ้นตามการพัฒนาทางการแพทย์ เช่นเดียวกันกับอัตราการรอดชีพถึงอายุ 65 ปี ซึ่งยังมีค่าสูง แสดงถึงโอกาสที่จะมีชีวิตที่ยืนยาว บุคคลจึงต้องมีการเตรียมการเพื่อการใช้ชีวิตอยู่ภายหลัง

<sup>3</sup> คะแนนมาตรฐานสุขภาพกายและจิตคำนวณจาก 
$$\text{transformed score} = \left( \frac{\text{actual raw score} - \text{lowest possible raw score}}{\text{possible raw score range}} \right) \times 100$$
 จากนั้นปรับให้อยู่ในรูป Standard normal score ซึ่งคะแนนที่น้อยแสดงถึงสุขภาพกายและจิตที่ต่ำกว่า

จากการเกษียณอายุแล้ว จากตารางที่ 4-5 จะเห็นได้ว่า อัตราเติบโตของผลิตภัณฑ์มวลรวมต่อหัว และอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดมีความสัมพันธ์กับการวางแผนเกษียณอายุทั้ง 4 ด้านทางลบ ขณะที่ อัตราการพึ่งพิงของผู้สูงอายุและอัตรารอดชีพถึงอายุ 65 ปี มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการวางแผนเกษียณอายุ

ผล F-test of overall significant ของตัวแปร Instrumental variable ทั้ง 4 ตัวมีค่ามากกว่า 10 ตามกฎ Rule of thumb อีกทั้งการทดสอบ Under identification ของตัวแปรทั้ง 4 ตัว มีค่าเท่ากับ 4.059 ( $p\text{-val}=0.0439$ ) และการทดสอบปัญหา Endogeneity ของตัวแปรการวางแผนเกษียณอายุทั้ง 4 ด้าน ปฏิเสธสมมติฐานที่ว่าตัวแปรการวางแผนเกษียณอายุทั้ง 4 ด้านเป็นตัวแปร Endogenous variable อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยเชื่อว่า การตัดสินใจวางแผนเกษียณอายุของคุณคนนั้นมีความสัมพันธ์กับลักษณะบางประการที่ไม่อาจสังเกตเห็น เช่น ความกลัวความเสี่ยง การปรึกษากับบุคคลรอบข้าง เพื่อนร่วมงานที่มีการวางแผนเกษียณอายุ หรือสวัสดิการที่บุคคลได้รับจากการทำงาน ดังนั้น จึงยังคงกำหนดให้ตัวแปรการวางแผนเกษียณอายุทั้ง 4 ด้าน ทำให้เกิดปัญหา Endogeneity<sup>4</sup> เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ Elder and Rudolph (1999) และ J. H. Noone et al. (2009) แต่การใช้ตัวแปรมหภาคทั้ง 4 ตัวเป็นตัวแปร Instrumental variable ยังคงพบปัญหา Weak instrument ซึ่งผู้วิจัยได้ทดลองปรับเปลี่ยนตัวแปรที่จะนำมาใช้เป็นตัวแปร Instrumental variable แล้ว แต่ยังคงพบปัญหา Weak instrument เช่นเดิม

การศึกษานี้จึงเป็นเพียงการนำเสนอตัวแปร Instrumental variable ที่น่าจะส่งผลต่อการตัดสินใจวางแผนเกษียณอายุของบุคคล เนื่องจากข้อจำกัดของข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและการเกษียณอายุของประเทศไทยยังคงมีอย่างจำกัด และอายุเกษียณของประเทศไทยไม่มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมากนัก ซึ่งโดยปกติจะมีอายุเกษียณที่ 60 ปี จึงไม่สามารถใช้ข้อได้เปรียบจากการเปลี่ยนแปลงอายุเกษียณของบุคคลมาเป็นตัวแปร Instrumental variable ดังเช่นการศึกษาอื่น ๆ การอธิบายผลการศึกษาและการนำผลการศึกษาไปใช้ จึงควรเป็นไปด้วยความระมัดระวัง

โดยทิศทางและขนาดของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร Instrumental variable ที่ใช้และการตัดสินใจวางแผนเกษียณอายุทั้ง 4 แผนมีทิศทางเดียวกันและขนาดใกล้เคียงกัน โดยปัจจัยที่ส่งผลทางบวกต่อโอกาสในการวางแผนเกษียณอายุได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่สำรวจในปี พ.ศ. 2554 เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีโอกาสในการวางแผนเพื่อการเกษียณอายุที่มากกว่ากลุ่มตัวอย่างในปี พ.ศ. 2550 อายุที่เพิ่มมากขึ้นทำให้ระยะเวลาที่จะถึงวัยเกษียณอายุเหลือน้อยลง จึงเป็นแรงผลักดันให้บุคคลต้องมีการเตรียมการใช้ชีวิตภายหลังการเกษียณอายุ และเมื่อบุคคลมีคู่สมรสคอยให้คำแนะนำปรึกษาย่อมส่งผล

<sup>4</sup> รายละเอียดการทดสอบสามารถดูได้จากตารางที่ 8 ในภาคผนวก

ต่อการวางแผนเพื่ออนาคต โอกาสในการวางแผนเกษียณอายุจึงเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสอื่น ๆ

นอกจากนี้ บุคคลที่จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาขึ้นไปและมีรายได้ตั้งแต่ 20,000 บาทต่อปีขึ้นไป เมื่อเทียบกับกลุ่มอ้างอิงคือ กลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษาและมีระดับรายได้ต่ำกว่า 20,000 บาทต่อปี โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับรายได้ตั้งแต่ 50,000 บาทต่อปีขึ้นไปจะยิ่งทำให้โอกาสในการวางแผนเกษียณอายุเพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับรายได้ต่ำกว่า 20,000 บาท ระดับการศึกษาที่สูงจะทำให้บุคคลตระหนักได้ถึงความไม่แน่นอนในอนาคต โอกาสในการวางแผนเกษียณอายุจึงเพิ่มขึ้น ประกอบกับรายได้ที่สูง ย่อมทำให้บุคคลมีช่องทางที่มากกว่าในการจัดสรรรายได้ไปเป็นเงินออมหรือนำไปลงทุน เพื่อเป็นแหล่งรายได้ยามเกษียณอายุ

ขณะที่บุคคลที่ออกกำลังกายเป็นประจำ แสดงถึงความใส่ใจต่อการดูแลตนเอง จึงเพิ่มโอกาสในการวางแผนเกษียณอายุสำหรับอนาคต เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ออกกำลังกายหรือออกกำลังกายเพียงบางครั้งเท่านั้น เช่นเดียวกันกับระยะเวลาที่ใช้ในการวางแผนเกษียณอายุเร็วตั้งแต่อายุยังน้อย จะเพิ่มโอกาสในการวางแผนเพื่อการเกษียณอายุ

อย่างไรก็ตาม ปัจจัยที่ส่งผลทางลบต่อโอกาสในการวางแผนเกษียณอายุ ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชายจะมีโอกาสในการวางแผนเกษียณอายุน้อยกว่าเพศหญิง อันเนื่องมาจากเพศหญิงเป็นเพศที่มักมีความละเอียดรอบคอบและคำนึงถึงอนาคตมากกว่าเพศชาย อีกทั้งบุคคลที่สูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ แสดงถึงความไม่กังวลต่อสุขภาพและการควบคุมตนเอง จึงทำให้โอกาสในการวางแผนเกษียณอายุน้อยลงเมื่อเทียบกับบุคคลที่ไม่สูบบุหรี่หรือดื่มแอลกอฮอล์ ดังแสดงในตารางที่ 4-5

ตารางที่ 4-5 แสดงผลการศึกษา First-stage regression

ตัวแปร	แผนการเงิน	แผนสุขภาพกาย	แผนสุขภาพจิต	แผนด้านสังคม
อัตราเติบโตของผลิตภัณฑ์	-0.010***	-0.013***	-0.017***	-0.009***
มวลรวมต่อหัว	(0.002)	(0.002)	(0.002)	(0.002)
อัตราการพึ่งพิงของผู้สูงอายุ	0.349***	0.239***	0.294***	0.215***
	(0.038)	(0.039)	(0.040)	(0.047)
อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด	-0.056***	-0.028***	-0.041***	-0.031***
	(0.009)	(0.009)	(0.009)	(0.011)
อัตรารอดชีพถึงอายุ 65 ปี	0.018***	0.000	0.007	0.006
	(0.005)	(0.005)	(0.005)	(0.006)

ตัวแปร	แผนการเงิน	แผนสุขภาพกาย	แผนสุขภาพจิต	แผนด้านสังคม
ปีสำรวจ พ.ศ. 2554	0.074*** (0.006)	0.014** (0.006)	0.094*** (0.006)	0.031*** (0.006)
เพศชาย	-0.033*** (0.007)	-0.058*** (0.007)	-0.099*** (0.007)	-0.063*** (0.007)
อายุ	0.003*** (0.000)	0.003*** (0.000)	0.005*** (0.000)	0.006*** (0.000)
สมรส	0.039*** (0.005)	0.012** (0.005)	0.021*** (0.005)	0.020*** (0.006)
จบการศึกษาประถมศึกษาขึ้นไป	0.132*** (0.006)	0.107*** (0.006)	0.023*** (0.007)	0.033*** (0.008)
รายได้ 20,000-49,999 บาทต่อปี	0.042*** (0.006)	0.011** (0.006)	0.006 (0.005)	0.012** (0.006)
รายได้ตั้งแต่ 50,000 บาทต่อปีขึ้นไป	0.147*** (0.006)	0.061*** (0.006)	-0.003 (0.006)	0.046*** (0.006)
การออกกำลังกายเป็นประจำ	0.068*** (0.005)	0.139*** (0.005)	0.060*** (0.005)	0.038*** (0.005)
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ	-0.044*** (0.016)	-0.045*** (0.016)	-0.065*** (0.016)	-0.019 (0.017)
การสูบบุหรี่เป็นประจำ	-0.062*** (0.009)	-0.120*** (0.010)	-0.043*** (0.009)	-0.028*** (0.010)
ระยะเวลาที่ใช้วางแผนก่อนเกษียณอายุ	0.024*** (0.001)	0.021*** (0.001)	0.022*** (0.001)	0.019*** (0.001)
ค่าคงที่	0.075** (0.031)	0.246*** (0.031)	0.197*** (0.031)	-0.115*** (0.033)
จำนวนตัวอย่าง	35,453	35,453	35,453	35,453

หมายเหตุ: 1. Standard errors ในวงเล็บ 2. \*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1

### 4.3 ผลวิเคราะห์การวางแผนเกษียณอายุและความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุ

การศึกษาผลของการวางแผนก่อนเกษียณอายุและความอยู่ดีมีสุขภายหลังการเกษียณอายุด้วยแบบจำลอง คือ Ordinary Least square (OLS) และ 2-Stage Least Square (2SLS) เพื่อทำการเปรียบเทียบผลการศึกษาที่ได้ว่ามีความสอดคล้องระหว่างกันหรือไม่ โดยแบ่งผลของการวางแผนเกษียณอายุเป็น 2 ด้าน ได้แก่ คะแนนมาตรฐานสุขภาพกายและคะแนนมาตรฐานสุขภาพจิต (Standard normal score)<sup>5</sup>

#### 4.3.1 ผลวิเคราะห์การวางแผนเกษียณอายุและความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุด้านสุขภาพกาย

ผลการศึกษาจากแบบจำลองที่ (1) ด้วยวิธีการ Ordinary least square (OLS) พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลทางลบต่อคะแนนมาตรฐานสุขภาพกาย ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่สำรวจในปี พ.ศ.2554 จะมีคะแนนมาตรฐานสุขภาพกายลดลง (สุขภาพกายดีขึ้น) เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่สำรวจในปี พ.ศ. 2550 ซึ่งอาจเกิดจากความสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่เข้าถึงได้สะดวกกว่าและการพัฒนาทางการแพทย์ที่มีการพัฒนามากขึ้น ขณะที่กลุ่มตัวอย่างเพศชาย ที่ยังคงสมรส มีการศึกษาตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาขึ้นไป และมีระดับรายได้ตั้งแต่ 20,000 บาทต่อปีขึ้นไปจะมีคะแนนมาตรฐานสุขภาพกายลดลง (สุขภาพกายดีขึ้น) เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างเพศหญิง ที่มีสถานภาพสมรสอื่น ๆ มีการศึกษาต่ำกว่าชั้นประถมศึกษาและระดับรายได้ต่ำกว่า 20,000 บาทต่อปี โดยที่กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับรายได้ตั้งแต่ 50,000 บาทต่อปีขึ้นไปจะมีคะแนนมาตรฐานสุขภาพกายลดลงมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับรายได้ 20,000-49,999 บาท ซึ่งอาจเกิดจากการที่เพศหญิงมีความกังวลต่อสุขภาพของตนเอง และมีกระบวนทัศน์สุขภาพแย่กว่าความเป็นจริง (Calvo et al., 2012; Dorfman, 1989) ขณะที่เพศชายก็อาจจะระบุถึงสุขภาพของตนเองดีกว่าความเป็นจริง เพื่อให้ตนเองยังรู้สึกว่ามีสุขภาพแข็งแรงเทียบเท่ากับคนอื่น (Butterworth et al., 2006) และการที่ยังคงมีคู่สมรสอยู่ดูแลซึ่งกันและกันจึงทำให้มีคะแนนมาตรฐานสุขภาพกายลดลง (สุขภาพกายดีขึ้น) เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีคู่สมรสอยู่ดูแล เนื่องจากคู่สมรสจะคอยเป็นที่ปรึกษาและเกื้อกูลกัน อีกทั้งอาจเป็นที่พึ่งพิงทางรายได้ยามเกษียณอีกด้วย (Calvo et al., 2012; Elder & Rudolph, 1999; J. Noone et al., 2010)

ขณะที่ระดับการศึกษาและรายได้ที่สูง ทำให้บุคคลมีความรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง (Calvo et al., 2012; Hessel, 2016) และมีรายได้เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพและใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน (Butterworth et al., 2006; Elder & Rudolph, 1999)

<sup>5</sup> คะแนนมาตรฐานสุขภาพกายและจิตคำนวณจาก 
$$\text{transformed score} = \left( \frac{\text{actual raw score} - \text{lowest possible raw score}}{\text{possible raw score range}} \right) \times 100$$
 จากนั้นปรับให้อยู่ในรูปคะแนนมาตรฐาน (Standard normal score) ซึ่งคะแนนมาตรฐานที่น้อยลงแสดงถึงสุขภาพกายและจิตที่ด้อย



ในส่วนของปัจจัยด้านการดูแลสุขภาพ พบว่า ทั้งการออกกำลังกายเป็นประจำ การสูบบุหรี่เป็นประจำ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ ทำให้คะแนนมาตรฐานสุขภาพกายลดลง (สุขภาพกายดีขึ้น) เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ทำกิจกรรมดังกล่าว ซึ่งบุคคลที่มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงสมบูรณ์กว่าผู้ที่ไม่ออกกำลังกายหรือออกกำลังกายเพียงบางครั้ง ขณะที่การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้สุขภาพกายดีขึ้น เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มแอลกอฮอล์นั้น อาจเป็นเพราะคะแนนมาตรฐานสุขภาพกายจาก ADL index นั้นมุ่งเน้นไปที่การดูแลตนเองของคุณคนในชีวิตประจำวัน ดังนั้น จึงไม่อาจวัดความเจ็บป่วยที่คุณคนมีได้ ซึ่งผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่หรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้น จึงยังเป็นผู้ที่เคลื่อนไหวและทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมเหล่านี้จึงระบุคะแนนสุขภาพกายของตนเองสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่สูบบุหรี่หรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยผู้ที่สูบบุหรี่และผู้ที่ยังดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำระบุว่าตนเองมีสุขภาพกายดีกว่าค่าเฉลี่ยถึงร้อยละ 78.91 ของผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำทั้งหมด และร้อยละ 81.52 ของผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำทั้งหมด ตามลำดับ

ปัจจัยด้านการวางแผนเกษียณอายุและระยะเวลาที่ใช้ในการวางแผน พบว่า การวางแผนเกษียณอายุด้านการเงิน ด้านสุขภาพกาย และด้านสุขภาพจิต ทำให้คะแนนมาตรฐานสุขภาพกายลดลง (สุขภาพกายดีขึ้น) เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีการวางแผนเกษียณอายุเหล่านี้ เช่นเดียวกับกับระยะเวลาที่ใช้ในการวางแผนเกษียณอายุ โดยบุคคลที่เริ่มต้นวางแผนเกษียณอายุก่อนถึงเวลาเกษียณอายุที่ 60 ปี ที่เร็วกว่าจะมีสุขภาพกายที่ดีกว่าตามสมมติฐานที่ได้วางไว้ โดยบุคคลที่มีการวางแผนเกษียณอายุด้านการเงินจะทำให้มีรายได้ที่เพียงพอต่อการใช้จ่ายภายหลังการเกษียณอายุ (Dorfman, 1989) และการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตเพื่อรับการเปลี่ยนแปลงทางกายและจิตใจต่อการเกษียณอายุที่เป็นช่วงเวลาสำคัญของชีวิต (J. H. Noone et al., 2009; Yeung, 2013)

อย่างไรก็ตาม การวางแผนเกษียณอายุด้านสังคมส่งผลทางบวกต่อคะแนนมาตรฐานสุขภาพกาย (สุขภาพกายแย่ลง) เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีการวางแผนเกษียณอายุด้านสังคม ขัดแย้งกับการศึกษาของ Dorfman (1989) และ Lee and Law (2004) ที่ไม่พบว่า การวางแผนว่าจะอยู่กับใครหรือที่ใดส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิตโดยรวม อาจเนื่องมาจากผู้ที่มีการเตรียมการว่าจะไปอยู่อาศัยกับผู้ใดหลังจากการเกษียณอายุแล้วเป็นผู้ที่มีสุขภาพกายไม่ค่อยแข็งแรง และจำเป็นต้องมีผู้ที่จะมาดูแลในอนาคตเมื่อตนเองชรภาพลง และเมื่อเพิ่มปัจจัยระยะเวลาที่ใช้ในการวางแผนเกษียณอายุในแบบจำลองที่ (3) ระยะเวลาวางแผนเกษียณอายุที่มากขึ้นจะส่งผลทำให้คะแนนมาตรฐานสุขภาพกายลดลง (สุขภาพกายดีขึ้น)

อย่างไรก็ดี เมื่อพิจารณาถึงผลการศึกษาในแบบจำลองด้วยวิธี 2-stage least square (2SLS) แบบจำลองที่ (2) ไม่พบว่ามีปัจจัยใดที่ส่งผลต่อคะแนนมาตรฐานสุขภาพกายอย่างมีนัยสำคัญ แต่เมื่อพิจารณาแบบจำลองที่ (4) ด้วยการเพิ่มปัจจัยระยะเวลาที่ใช้ในการวางแผนเกษียณอายุทำให้ปัจจัยที่ไม่ส่งผลต่อคะแนนมาตรฐานสุขภาพกายในแบบจำลองที่ (2) เปลี่ยนเป็นมีผลดังนี้ ปัจจัยที่ส่งผลทำให้คะแนนมาตรฐานสุขภาพกายลดลง (สุขภาพกายดีขึ้น) ได้แก่ เพศชายที่มีระดับการศึกษาตั้งแต่ประถมศึกษาขึ้นไป มีรายได้ตั้งแต่ 20,000 บาทต่อปีขึ้นไป และเมื่อมีรายได้ตั้งแต่ 50,000 บาทต่อปีขึ้นไปก็จะยิ่งทำให้คะแนนมาตรฐานสุขภาพกายลดลง เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงที่มีการศึกษาต่ำกว่าชั้นประถมศึกษาและมีรายได้ต่ำกว่า 20,000 บาทต่อปี

ขณะที่ปัจจัยด้านการดูแลสุขภาพ มีเพียงกลุ่มตัวอย่างที่ออกกำลังกายเป็นประจำเท่านั้นที่ทำให้คะแนนมาตรฐานสุขภาพกายลดลง (สุขภาพกายดีขึ้น) เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ออกกำลังกายหรือออกกำลังเพียงบางครั้ง อย่างไรก็ตาม ปัจจัยด้านการวางแผนเกษียณอายุนั้นไม่ส่งผลต่อคะแนนมาตรฐานสุขภาพกาย แต่ระยะเวลาที่ใช้ในการวางแผนที่เพิ่มขึ้นนั้นจะส่งผลทำให้คะแนนมาตรฐานสุขภาพกายลดลง (สุขภาพกายดีขึ้น) ดังแสดงในตารางที่ 4-6

**ตารางที่ 4-6 แสดงผลการศึกษากการวางแผนเกษียณอายุและความอยู่ดีมีสุขภายหลังการเกษียณอายุด้านสุขภาพกาย**

	คะแนนมาตรฐานสุขภาพกาย			
	(1)	(2)	(3)	(4)
	OLS	2SLS	OLS	2SLS
ปีสำรวจ พ.ศ. 2554	-0.0292*** (0.0105)	-0.00985 (0.243)	-0.0345*** (0.0106)	-0.00395 (0.0891)
เพศชาย	-0.0954*** (0.0120)	-0.273 (0.279)	-0.0954*** (0.0120)	-0.139*** (0.0438)
อายุ	0.0271*** (0.000996)	0.0509 (0.0315)	0.0267*** (0.000997)	0.0303*** (0.00444)
สมรส	-0.0313*** (0.0121)	-0.00964 (0.0520)	-0.0307** (0.0121)	-0.0315 (0.0251)
จบการศึกษาประถมศึกษาขึ้นไป	-0.0660*** (0.0133)	-0.400 (0.504)	-0.0646*** (0.0133)	-0.188** (0.0944)

	คะแนนมาตรฐานสุขภาพกาย			
	(1)	(2)	(3)	(4)
	OLS	2SLS	OLS	2SLS
รายได้ 20,000-49,999 บาทต่อปี	-0.0660*** (0.0119)	-0.0963 (0.0882)	-0.0663*** (0.0119)	-0.0813*** (0.0250)
รายได้ตั้งแต่ 50,000 บาทต่อปีขึ้นไป	-0.118*** (0.0120)	-0.291 (0.375)	-0.116*** (0.0120)	-0.202** (0.0911)
การออกกำลังกายเป็นประจำ	-0.180*** (0.0101)	-0.449 (0.348)	-0.179*** (0.0100)	-0.285*** (0.100)
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ	-0.0659** (0.0280)	-0.00747 (0.132)	-0.0643** (0.0279)	-0.0509 (0.0460)
การสูบบุหรี่เป็นประจำ	-0.0782*** (0.0181)	0.195 (0.360)	-0.0787*** (0.0181)	0.0243 (0.0975)
ระยะเวลาที่ใช้วางแผนก่อนเกษียณอายุ			-0.00344*** (0.000638)	-0.00741* (0.00441)
การวางแผนด้านการเงิน	-0.0428*** (0.0127)	1.614 (3.559)	-0.0301** (0.0129)	0.371 (0.637)
การวางแผนด้านสุขภาพกาย	-0.0596*** (0.0144)	2.909 (3.990)	-0.0552*** (0.0144)	0.960 (1.227)
การวางแผนด้านสุขภาพจิต	-0.0742*** (0.0145)	-0.811 (3.006)	-0.0678*** (0.0145)	-0.597 (1.066)
การวางแผนด้านสังคม	0.0765*** (0.0117)	-5.275 (6.833)	0.0801*** (0.0117)	-0.723 (1.136)
ค่าคงที่	-1.526*** (0.0697)	-2.728** (1.379)	-1.484*** (0.0700)	-1.752*** (0.332)
จำนวนตัวอย่าง	35,453	35,453	35,453	35,453

หมายเหตุ: 1. Robust standard errors ในวงเล็บ 2. \*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1

#### 4.3.2 ผลวิเคราะห์การวางแผนเกษียณอายุและความอยู่ดีมีสุขภายหลังการเกษียณด้านสุขภาพจิต

ผลการศึกษาจากแบบจำลองที่ (1) ด้วยวิธีการ Ordinary Least square (OLS) พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคะแนนมาตรฐานสุขภาพจิต ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างเพศชาย ยังคงสมรส มีระดับการศึกษาตั้งแต่ประถมศึกษาขึ้นไป และมีรายได้ตั้งแต่ 20,000 บาทต่อปีขึ้นไป ที่สำรวจในปี พ.ศ. 2554 จะมีคะแนนมาตรฐานสุขภาพจิตลดลง (สุขภาพจิตดีขึ้น) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างเพศหญิง ที่มีสถานภาพสมรสอื่น ๆ มีระดับการศึกษาต่ำกว่าชั้นประถมศึกษา และระดับรายได้ต่ำกว่า 20,000 บาทต่อปี ขณะที่การดูแลสุขภาพด้วยการออกกำลังกายเป็นประจำทำให้คะแนนมาตรฐานสุขภาพจิตลดลง (สุขภาพจิตดีขึ้น) เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ออกกำลังกาย

ในส่วนของการวางแผนเกษียณอายุและระยะเวลาในการวางแผนเกษียณ พบว่า มีเพียงแผนเกษียณอายุด้านการเงินและด้านสุขภาพกายเท่านั้นที่ส่งผลกระทบต่อคะแนนมาตรฐานสุขภาพจิต (สุขภาพจิตดีขึ้น) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Dorfman (1989), Lee and Law (2004) และ J. Noone et al. (2010) โดยแผนเกษียณอายุด้านการเงินนั้นส่งผลทำให้สุขภาพจิตดีขึ้นมากกว่าแผนเกษียณอายุด้านสุขภาพกาย เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีกรวางแผนเกษียณอายุด้านนี้ นอกจากนี้ เมื่อเพิ่มปัจจัยระยะเวลาที่ใช้ในการวางแผนเกษียณอายุในแบบจำลองที่ (3) พบว่า บุคคลที่เริ่มวางแผนเกษียณอายุเร็วจะมีคะแนนมาตรฐานสุขภาพจิตลดลง (สุขภาพจิตดีขึ้น) เมื่อเทียบกับบุคคลที่เริ่มวางแผนเกษียณอายุที่ช้ากว่า

อย่างไรก็ตาม อายุที่เพิ่มขึ้นทำให้คะแนนมาตรฐานสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น (สุขภาพจิตแย่ลง) อาจเนื่องมาจากเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee and Law (2004) และ G. Mein et al. (2003) สุขภาพย่อมเสื่อมถอยและเกิดความกังวลต่อความไม่แน่นอนในอนาคต เช่นเดียวกับกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำจะทำให้คะแนนมาตรฐานสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น (สุขภาพจิตแย่ลง)

เมื่อเปรียบเทียบผลการศึกษาดูด้วยแบบจำลอง (2) และ (4) ด้วยวิธี 2SLS พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคะแนนมาตรฐานสุขภาพจิต ได้แก่ การสมรสและการออกกำลังกายเป็นประจำเท่านั้นที่ทำให้คะแนนมาตรฐานสุขภาพจิตลดลง (สุขภาพจิตดีขึ้น) เมื่อเพิ่มปัจจัยระยะเวลาการวางแผนเกษียณอายุในแบบจำลอง (4) จะทำให้ปัจจัยระดับรายได้ตั้งแต่ 20,000 บาทต่อปีขึ้นไปส่งผลให้คะแนนมาตรฐานสุขภาพจิตลดลง (สุขภาพจิตดีขึ้น) เมื่อเทียบกับกลุ่มอ้างอิง (ระดับรายได้ต่ำกว่า 20,000 บาทต่อปี) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับรายได้ตั้งแต่ 50,000 บาทต่อปีขึ้นไปจะมีคะแนนมาตรฐานสุขภาพจิตลดลงมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 20,000-49,999 บาทและรายได้น้อยกว่า

20,000 บาทต่อปี ขณะที่แผนการเกษียณอายุและระยะเวลาที่ใช้ในการวางแผนนั้น ไม่ส่งผลต่อคะแนนมาตรฐานสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญ ดังแสดงในตารางที่ 4-7

**ตารางที่ 4-7 แสดงผลการศึกษากการวางแผนเกษียณอายุและความอยู่ดีมีสุขภายหลังการเกษียณอายุด้านสุขภาพจิต**

	คะแนนมาตรฐานสุขภาพจิต			
	(1)	(2)	(3)	(4)
	OLS	2SLS	OLS	2SLS
ปีสำรวจ พ.ศ. 2554	-0.0993*** (0.0105)	-0.0505 (0.0870)	-0.102*** (0.0106)	-0.0509 (0.0853)
เพศชาย	-0.0658*** (0.0117)	-0.0477 (0.0957)	-0.0658*** (0.0117)	-0.0573 (0.0400)
อายุ	0.00389*** (0.000947)	0.00194 (0.0107)	0.00371*** (0.000952)	0.00343 (0.00413)
สมรส	-0.152*** (0.0120)	-0.136*** (0.0195)	-0.152*** (0.0120)	-0.134*** (0.0236)
จบการศึกษาประถมศึกษาขึ้นไป	-0.135*** (0.0135)	-0.110 (0.172)	-0.135*** (0.0135)	-0.126 (0.0855)
รายได้ 20,000-49,999 บาทต่อปี	-0.0642*** (0.0121)	-0.0444 (0.0303)	-0.0643*** (0.0121)	-0.0455** (0.0231)
รายได้ตั้งแต่ 50,000 บาทต่อปีขึ้นไป	-0.202*** (0.0120)	-0.147 (0.128)	-0.201*** (0.0120)	-0.153* (0.0822)
การออกกำลังกายเป็นประจำ	-0.189*** (0.0106)	-0.229* (0.123)	-0.189*** (0.0106)	-0.241** (0.0946)
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ	0.0659* (0.0357)	0.0600 (0.0501)	0.0666* (0.0357)	0.0631 (0.0483)
การสูบบุหรี่เป็นประจำ	0.0298 (0.0203)	0.0614 (0.126)	0.0296 (0.0203)	0.0737 (0.0917)

	คะแนนมาตรฐานสุขภาพจิต			
	(1)	(2)	(3)	(4)
	OLS	2SLS	OLS	2SLS
ระยะเวลาที่ใช้วางแผนก่อนเกษียณอายุ			-0.00143**	0.000534
			(0.000655)	(0.00409)
การวางแผนด้านการเงิน	-0.129***	-0.879	-0.124***	-0.790
	(0.0127)	(1.201)	(0.0129)	(0.597)
การวางแผนด้านสุขภาพกาย	-0.0259*	0.559	-0.0241*	0.700
	(0.0139)	(1.418)	(0.0139)	(1.165)
การวางแผนด้านสุขภาพจิต	0.0120	-0.0993	0.0146	-0.115
	(0.0140)	(1.068)	(0.0140)	(0.997)
การวางแผนด้านสังคม	-0.0130	0.437	-0.0115	0.109
	(0.0116)	(2.300)	(0.0116)	(1.065)
ค่าคงที่	0.194***	0.191	0.211***	0.121
	(0.0678)	(0.469)	(0.0685)	(0.310)
จำนวนตัวอย่าง	35,453	35,453	35,453	35,453

หมายเหตุ: 1. Robust standard errors ในวงเล็บ 2. \*\*\*  $p < 0.01$ , \*\*  $p < 0.05$ , \*  $p < 0.1$

#### 4.3.3 การพิจารณาความแตกต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ยังทำงานภายหลังอายุ 60 ปี และกลุ่มตัวอย่างที่เกษียณอายุ

เมื่อพิจารณาถึงความแตกต่างระหว่างผู้สูงอายุที่ยังคงทำงานภายหลังอายุ 60 ปี และผู้สูงอายุที่เกษียณอายุเมื่ออายุครบ 60 ปี เพื่อวิเคราะห์ถึงผลของการวางแผนเกษียณอายุและระยะเวลาที่ใช้ในการวางแผนเกษียณอายุว่ามีความแตกต่างกันระหว่างทั้ง 2 กลุ่มตัวอย่างหรือไม่ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ยังคงทำงานภายหลังอายุ 60 ปี มีจำนวน 14,215 คน และกลุ่มตัวอย่างที่เกษียณอายุแล้วจำนวน 21,238 คน

##### 4.3.3.1 กลุ่มตัวอย่างที่ยังทำงานภายหลังอายุ 60 ปี

การศึกษาถึงผลของการวางแผนเกษียณอายุและความอยู่ดีมีสุขด้านสุขภาพกายด้วยแบบจำลอง (1) OLS พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคะแนนมาตรฐานสุขภาพกายของผู้สูงอายุที่ยังคง

ทำงานเมื่ออายุ 60 ปีแล้ว (ทำให้สุขภาพกายดีขึ้น) ได้แก่ เพศชายที่มีระดับรายได้ตั้งแต่ 20,000 บาท ต่อปีขึ้นไปและสำรวจในปี พ.ศ. 2554 กลุ่มตัวอย่างที่มีการออกกำลังกายและการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์เป็นประจำ เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะแตกต่างไปจากกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว นอกจากนี้ การวางแผนเกษียณอายุด้านการเงินและการวางแผนเกษียณอายุด้านสุขภาพกายจะทำให้คะแนนมาตรฐานสุขภาพกายลดลงเช่นเดียวกัน เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ได้มีการวางแผนเกษียณอายุทั้งสองด้านนี้

อย่างไรก็ตาม อายุที่เพิ่มมากขึ้นและการวางแผนเกษียณอายุด้านสังคมยังคงเป็นปัจจัยที่ทำให้คะแนนมาตรฐานสุขภาพกายเพิ่มขึ้น (สุขภาพกายแย่ลง) เมื่อเพิ่มปัจจัยระยะเวลาที่ใช้ในการวางแผนเกษียณอายุในแบบจำลอง (3) พบว่า ระยะเวลาที่ใช้การวางแผนเกษียณทำให้คะแนนมาตรฐานสุขภาพกายลดลง (สุขภาพกายดีขึ้น) แต่การวางแผนเกษียณอายุด้านการเงินเปลี่ยนเป็นไม่ส่งผลอย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่ปัจจัยอื่น ๆ ยังคงมีผลต่อคะแนนมาตรฐานสุขภาพกายเช่นเดิม

เมื่อเปรียบเทียบผลการศึกษากับแบบจำลอง (2) 2SLS พบว่า ไม่มีปัจจัยใดที่ส่งผลต่อคะแนนมาตรฐานสุขภาพกายอย่างมีนัยสำคัญ แต่เมื่อเพิ่มปัจจัยระยะเวลาที่ใช้ในการวางแผนเกษียณอายุในแบบจำลอง (4) กลับพบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศชายที่มีระดับรายได้ตั้งแต่ 20,000 บาทขึ้นไป และมีการวางแผนเกษียณอายุด้านสุขภาพกาย โดยเมื่อมีระยะเวลาที่ใช้ในการวางแผนเกษียณอายุเพิ่มขึ้น (เริ่มวางแผนเร็ว) จะส่งผลทำให้คะแนนมาตรฐานสุขภาพกายลดลง (สุขภาพกายดีขึ้น) เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงที่มีรายได้น้อยกว่า ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับรายได้ 50,000 บาทต่อปีขึ้นไป จะมีการลดลงของคะแนนมาตรฐานสุขภาพที่มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับรายได้ 20,000-49,999 บาทต่อปี และอายุที่เพิ่มขึ้นทำให้คะแนนมาตรฐานสุขภาพกายเพิ่มขึ้น (สุขภาพกายแย่ลง) เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า ดังแสดงในตารางที่ 4-8

**ตารางที่ 4-8 แสดงผลการศึกษากการวางแผนเกษียณอายุและความอยู่ดีมีสุขภายหลังการเกษียณอายุด้านสุขภาพกายของกลุ่มตัวอย่างที่ยังทำงานภายหลังอายุ 60 ปี**

	คะแนนมาตรฐานสุขภาพกาย			
	(1)	(2)	(3)	(4)
	OLS	2SLS	OLS	2SLS
ปีสำรวจ พ.ศ. 2554	0.0773*** (0.0172)	0.152 (0.484)	0.0721*** (0.0172)	0.123 (0.114)
เพศชาย	-0.102*** (0.0191)	-0.500 (0.750)	-0.103*** (0.0191)	-0.149** (0.0628)

	คะแนนมาตรฐานสุขภาพกาย			
	(1)	(2)	(3)	(4)
	OLS	2SLS	OLS	2SLS
อายุ	0.0199*** (0.00189)	0.0392 (0.0348)	0.0193*** (0.00189)	0.0147*** (0.00372)
สมรส	-0.00878 (0.0209)	0.325 (0.588)	-0.00782 (0.0209)	-0.0511 (0.0581)
จบการศึกษาประถมศึกษาขึ้นไป	-0.0159 (0.0237)	-0.571 (1.068)	-0.0147 (0.0237)	-0.113 (0.105)
รายได้ 20,000-49,999 บาทต่อปี	-0.0364* (0.0206)	-0.181 (0.320)	-0.0360* (0.0205)	-0.0882* (0.0471)
รายได้ตั้งแต่ 50,000 บาทต่อปีขึ้นไป	-0.102*** (0.0204)	-0.756 (1.294)	-0.100*** (0.0204)	-0.282** (0.136)
การออกกำลังกายเป็นประจำ	-0.0683*** (0.0172)	-0.428 (0.711)	-0.0673*** (0.0172)	-0.0581 (0.0967)
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ	-0.115*** (0.0432)	-0.191 (0.345)	-0.113*** (0.0432)	-0.135* (0.0775)
การสูบบุหรี่เป็นประจำ	-0.0250 (0.0267)	0.358 (0.798)	-0.0251 (0.0267)	-0.000574 (0.113)
ระยะเวลาที่ใช้วางแผนก่อนเกษียณอายุ			-0.00377*** (0.00103)	-0.0181*** (0.00670)
การวางแผนด้านการเงิน	-0.0458** (0.0201)	5.298 (10.36)	-0.0309 (0.0209)	0.682 (0.950)
การวางแผนด้านสุขภาพกาย	-0.0455** (0.0223)	3.675 (7.889)	-0.0396* (0.0223)	-0.0729* (0.0405)
การวางแผนด้านสุขภาพจิต	-0.0144 (0.0221)	-3.037 (8.052)	-0.00815 (0.0220)	-1.508 (1.556)



	คะแนนมาตรฐานสุขภาพกาย			
	(1)	(2)	(3)	(4)
	OLS	2SLS	OLS	2SLS
การวางแผนด้านสังคม	0.0613***	-9.863	0.0655***	1.865
	(0.0190)	(17.77)	(0.0190)	(2.086)
ค่าคงที่	-1.138***	-1.197	-1.088***	-0.743**
	(0.127)	(1.106)	(0.127)	(0.342)
จำนวนตัวอย่าง	14,215	14,215	14,215	14,215

หมายเหตุ: 1. Robust standard errors ในวงเล็บ 2. \*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1

ในส่วนของการศึกษาถึงผลของการวางแผนเกษียณอายุและความอยู่ดีมีสุขด้านสุขภาพจิต ด้วยแบบจำลอง (1) OLS พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคะแนนมาตรฐานสุขภาพจิต (สุขภาพจิตดีขึ้น) ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างเพศชายที่ยังสมรส มีระดับการศึกษาตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาขึ้นไป มีรายได้ตั้งแต่ 20,000 บาทต่อปีขึ้นไป ออกกำลังกายเป็นประจำ มีการวางแผนเกษียณอายุด้านการเงินและด้านสังคม จะมีคะแนนมาตรฐานสุขภาพจิตลดลง (สุขภาพจิตดีขึ้น) เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีลักษณะดังกล่าว โดยเมื่อเพิ่มปัจจัยระยะเวลาที่ใช้ในการวางแผนเกษียณอายุในแบบจำลองที่ (3) ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคะแนนมาตรฐานสุขภาพจิตยังคงไม่เปลี่ยนแปลงไปจากแบบจำลองที่ (1)

แบบจำลอง (2) 2SLS ไม่พบปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคะแนนมาตรฐานสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญ แต่เมื่อเพิ่มปัจจัยระยะเวลาที่ใช้ในการวางแผนเกษียณอายุในแบบจำลองที่ (4) พบว่า ปัจจัยการสมรส การออกกำลังกายเป็นประจำ และการวางแผนเกษียณด้านการเงินเท่านั้นที่ส่งผลกระทบต่อคะแนนมาตรฐานสุขภาพจิต (สุขภาพจิตดีขึ้น) เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสอื่น ๆ ไม่มีการออกกำลังกายเป็นประจำและไม่วางแผนเกษียณอายุด้านการเงิน ดังแสดงในตารางที่ 4-9

ตารางที่ 4-9 แสดงผลการศึกษารวบรวมแผนเกษียณอายุและความอยู่ดีมีสุขภาพจิตหลังการเกษียณอายุด้านสุขภาพกายของกลุ่มตัวอย่างที่ยังทำงานภายหลังจากอายุ 60 ปี

	คะแนนมาตรฐานสุขภาพจิต			
	(1)	(2)	(3)	(4)
	OLS	2SLS	OLS	2SLS
ปีสำรวจ พ.ศ. 2554	-0.0878*** (0.0168)	-0.0186 (0.178)	-0.0892*** (0.0169)	-0.0286 (0.0923)
เพศชาย	-0.0802*** (0.0184)	-0.178 (0.273)	-0.0803*** (0.0184)	-0.0596 (0.0482)
อายุ	0.00279 (0.00174)	0.00912 (0.0128)	0.00264 (0.00175)	0.000874 (0.00301)
สมรส	-0.189*** (0.0212)	-0.0549 (0.216)	-0.189*** (0.0212)	-0.181*** (0.0471)
จบการศึกษาประถมศึกษาขึ้นไป	-0.0970*** (0.0231)	-0.278 (0.390)	-0.0966*** (0.0231)	-0.124 (0.0802)
รายได้ 20,000-49,999 บาทต่อปี	-0.0573*** (0.0200)	-0.0635 (0.117)	-0.0572*** (0.0200)	-0.0321 (0.0373)
รายได้ตั้งแต่ 50,000 บาทต่อปีขึ้นไป	-0.182*** (0.0194)	-0.299 (0.472)	-0.181*** (0.0194)	-0.139 (0.106)
การออกกำลังกายเป็นประจำ	-0.161*** (0.0170)	-0.374 (0.261)	-0.161*** (0.0170)	-0.249*** (0.0784)
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ	0.0889* (0.0486)	0.0798 (0.130)	0.0895* (0.0486)	0.0988 (0.0676)
การสูบบุหรี่เป็นประจำ	0.0563** (0.0282)	0.275 (0.292)	0.0563** (0.0283)	0.155* (0.0924)
ระยะเวลาที่ใช้วางแผนก่อนเกษียณอายุ			-0.00105 (0.00102)	-0.00609 (0.00543)

	คะแนนมาตรฐานสุขภาพจิต			
	(1)	(2)	(3)	(4)
	OLS	2SLS	OLS	2SLS
การวางแผนด้านการเงิน	-0.145*** (0.0202)	0.622 (3.779)	-0.141*** (0.0206)	-0.130** (0.0507)
การวางแผนด้านสุขภาพกาย	-0.00553 (0.0215)	2.306 (2.891)	-0.00388 (0.0215)	1.047 (0.980)
การวางแผนด้านสุขภาพจิต	0.0383* (0.0216)	-0.585 (2.937)	0.0400* (0.0217)	-0.0718 (1.189)
การวางแผนด้านสังคม	-0.0324* (0.0182)	-3.509 (6.503)	-0.0313* (0.0182)	0.431 (1.650)
ค่าคงที่	0.322*** (0.119)	-0.0234 (0.410)	0.336*** (0.120)	0.129 (0.270)
จำนวนตัวอย่าง	14,215	14,215	14,215	14,215

หมายเหตุ: 1. Robust standard errors ในวงเล็บ 2. \*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1

#### 4.3.3.2 กลุ่มตัวอย่างที่เกษียณแล้ว

การศึกษาถึงผลของการวางแผนเกษียณอายุและความอยู่ดีมีสุขด้านสุขภาพกายด้วยแบบจำลอง (1) OLS พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศชาย มีระดับการศึกษาตั้งแต่ประถมศึกษาขึ้นไป รายได้ตั้งแต่ 20,000 บาทต่อปีขึ้นไป ที่สำรวจในปี พ.ศ. 2554 จะมีคะแนนมาตรฐานสุขภาพกายที่ลดลง (สุขภาพกายดีขึ้น) เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างเพศหญิง มีระดับการศึกษาต่ำกว่าและมีรายได้น้อยที่สำรวจในปีพ.ศ. 2550

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างที่มีการดูแลสุขภาพด้วยการออกกำลังกายและกลุ่มตัวอย่างที่มีการสูบบุหรี่เป็นประจำ ระบุว่าตนเองมีคะแนนมาตรฐานสุขภาพกายที่ลดลง (สุขภาพกายดีขึ้น) เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ทำกิจกรรมดังกล่าว ขณะที่ด้านการวางแผนเกษียณอายุและระยะเวลาที่ใช้ในการวางแผนเกษียณ พบว่า แผนเกษียณอายุด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตต่างทำให้คะแนนมาตรฐานสุขภาพกายลดลง (สุขภาพกายดีขึ้น) เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีการวางแผนด้านนี้

อย่างไรก็ตาม อายุที่เพิ่มขึ้นและแผนเกษียณอายุด้านสังคมนั้นกลับทำให้คะแนนมาตรฐานสุขภาพกายเพิ่มขึ้น (สุขภาพกายแย่ลง) และเมื่อเพิ่มปัจจัยด้านระยะเวลาที่ใช้ในการวางแผนในแบบจำลอง

ที่ (3) ปัจจัยที่ส่งผลต่อคะแนนมาตรฐานสุขภาพกายยังคงเป็นปัจจัยเดิมเช่นเดียวกับแบบจำลองที่ (1) โดยกลุ่มตัวอย่างที่เริ่มวางแผนเกษียณอายุเร็วกว่าก็จะทำให้มีสุขภาพกายที่ดียิ่งขึ้น

เมื่อเปรียบเทียบผลการศึกษาด้วยแบบจำลองที่ (2) และ (4) 2SLS กลับพบว่าไม่มีปัจจัยใดที่ส่งผลต่อคะแนนมาตรฐานสุขภาพกายอย่างมีนัยสำคัญ ดังแสดงในตารางที่ 4-10

**ตารางที่ 4-10 แสดงผลการศึกษาการวางแผนเกษียณอายุและความอยู่ดีมีสุขหลังการเกษียณอายุ ด้านสุขภาพกายของกลุ่มตัวอย่างที่เกษียณอายุแล้ว**

	คะแนนมาตรฐานสุขภาพกาย			
	(1)	(2)	(3)	(4)
	OLS	2SLS	OLS	2SLS
ปีสำรวจ พ.ศ. 2554	-0.0705*** (0.0135)	0.147 (0.762)	-0.0765*** (0.0136)	0.180 (0.926)
เพศชาย	-0.0638*** (0.0163)	-0.204 (0.523)	-0.0637*** (0.0163)	-0.232 (0.515)
อายุ	0.0237*** (0.00123)	0.0397 (0.0484)	0.0233*** (0.00123)	0.0431 (0.0462)
สมรส	-0.0220 (0.0146)	-0.0246 (0.0939)	-0.0214 (0.0146)	-0.0269 (0.0788)
จบการศึกษาประถมศึกษาขึ้นไป	-0.116*** (0.0174)	-0.516 (1.451)	-0.114*** (0.0174)	-0.595 (1.331)
รายได้ 20,000-49,999 บาทต่อปี	-0.0569*** (0.0149)	-0.0476 (0.0517)	-0.0577*** (0.0149)	-0.0461 (0.0791)
รายได้ตั้งแต่ 50,000 บาทต่อปีขึ้นไป	-0.0861*** (0.0164)	-0.165 (0.556)	-0.0860*** (0.0164)	-0.179 (0.550)
การออกกำลังกายเป็นประจำ	-0.198*** (0.0131)	-0.630 (1.246)	-0.197*** (0.0132)	-0.694 (1.444)
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ	-0.0444 (0.0438)	0.0492 (0.271)	-0.0435 (0.0437)	0.0670 (0.265)
การสูบบุหรี่เป็นประจำ	-0.113***	0.251	-0.114***	0.313

	คะแนนมาตรฐานสุขภาพกาย			
	(1)	(2)	(3)	(4)
	OLS	2SLS	OLS	2SLS
ระยะเวลาที่ใช้วางแผนก่อนเกษียณอายุ	(0.0281)	(1.082)	(0.0281)	(1.148)
			-0.00349***	0.00102
			(0.000831)	(0.0186)
การวางแผนด้านการเงิน	-0.0284*	-0.418	-0.0162	-0.376
	(0.0166)	(2.911)	(0.0168)	(2.740)
การวางแผนด้านสุขภาพกาย	-0.0682***	5.111	-0.0645***	5.958
	(0.0192)	(14.83)	(0.0192)	(17.04)
การวางแผนด้านสุขภาพจิต	-0.107***	-2.229	-0.100***	-2.599
	(0.0195)	(9.332)	(0.0195)	(10.18)
การวางแผนด้านสังคม	0.0771***	-2.899	0.0807***	-3.570
	(0.0153)	(8.845)	(0.0153)	(7.315)
ค่าคงที่	-1.334***	-2.463	-1.296***	-2.659
	(0.0876)	(2.726)	(0.0879)	(3.060)
จำนวนตัวอย่าง	21,238	21,238	21,238	21,238

หมายเหตุ: 1. Robust standard errors ในวงเล็บ 2. \*\*\*  $p < 0.01$ , \*\*  $p < 0.05$ , \*  $p < 0.1$

การศึกษาถึงผลของการวางแผนเกษียณอายุและความอยู่ดีมีสุขด้านสุขภาพจิตด้วยแบบจำลอง OLS พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลทางบวกต่อคะแนนมาตรฐานสุขภาพจิตได้แก่ กลุ่มตัวอย่างเพศชาย ที่ยังคงสมรส มีระดับการศึกษาตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาขึ้นไป และมีรายได้ตั้งแต่ 20,000 บาทต่อปีขึ้นไป จะเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนมาตรฐานสุขภาพจิตลดลง (สุขภาพจิตดีขึ้น) เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีลักษณะดังกล่าว อีกทั้งการออกกำลังกายเป็นประจำก็เป็นอีกปัจจัยที่ช่วยลดคะแนนมาตรฐานสุขภาพจิต (สุขภาพจิตดีขึ้น) เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ออกกำลังกาย

ในส่วนของปัจจัยแผนการเกษียณอายุ พบว่า มีเพียงกลุ่มตัวอย่างที่วางแผนด้านการเงินและแผนด้านสุขภาพกายเท่านั้นที่ส่งผลทำให้คะแนนมาตรฐานสุขภาพจิตลดลง (สุขภาพจิตดีขึ้น) ซึ่งเมื่อมีระยะเวลาที่ใช้ในการวางแผนเพิ่มขึ้น ก็จะมีคะแนนมาตรฐานสุขภาพจิตลดลง (สุขภาพจิตดีขึ้น)

เมื่อเปรียบเทียบผลการศึกษากับแบบจำลอง 2SLS ในแบบจำลองที่ (2) ไม่พบปัจจัยที่ส่งผลต่อคะแนนมาตรฐานสุขภาพจิต แต่ในแบบจำลองที่ (4) ที่เพิ่มปัจจัยระยะเวลาที่ใช้ในการวางแผนเกษียณอายุ พบว่า มีเพียงปัจจัยการสมรสเท่านั้นส่งผลทำให้คะแนนมาตรฐานสุขภาพจิตลดลง (สุขภาพจิตดีขึ้น) โดยที่ปัจจัยอื่น ๆ ไม่ส่งผลต่อคะแนนมาตรฐานสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญ ดังแสดงในตารางที่ 4-11

**ตารางที่ 4-11 แสดงผลการศึกษาการวางแผนเกษียณอายุและความอยู่ดีมีสุขหลังการเกษียณอายุ ด้านสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างที่เกษียณอายุเมื่ออายุ 60 ปี**

	คะแนนมาตรฐานสุขภาพจิต			
	(1) OLS	(2) 2SLS	(3) OLS	(4) 2SLS
ปีสำรวจ พ.ศ. 2554	-0.106*** (0.0135)	-0.295 (0.844)	-0.109*** (0.0137)	-0.116 (0.324)
เพศชาย	-0.0409*** (0.0157)	0.143 (0.583)	-0.0408*** (0.0157)	-0.00865 (0.180)
อายุ	0.00209* (0.00120)	-0.0174 (0.0544)	0.00192 (0.00120)	0.000955 (0.0161)
สมรส	-0.129*** (0.0146)	-0.0913 (0.107)	-0.128*** (0.0146)	-0.103*** (0.0286)
จบการศึกษาประถมศึกษาขึ้นไป	-0.170*** (0.0176)	0.392 (1.624)	-0.169*** (0.0176)	-0.0334 (0.462)
รายได้ 20,000-49,999 บาทต่อปี	-0.0574*** (0.0154)	-0.0427 (0.0581)	-0.0577*** (0.0154)	-0.0347 (0.0284)
รายได้ตั้งแต่ 50,000 บาทต่อปีขึ้นไป	-0.197*** (0.0161)	-0.00727 (0.619)	-0.197*** (0.0161)	-0.0828 (0.193)
การออกกำลังกายเป็นประจำ	-0.192*** (0.0142)	0.220 (1.383)	-0.191*** (0.0142)	-0.125 (0.503)
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ	0.0423 (0.0548)	-0.0650 (0.307)	0.0428 (0.0548)	0.0302 (0.0927)

	คะแนนมาตรฐานสุขภาพจิต			
	(1)	(2)	(3)	(4)
	OLS	2SLS	OLS	2SLS
การสูบบุหรี่เป็นประจำ	0.0152 (0.0303)	-0.386 (1.206)	0.0147 (0.0303)	-0.0560 (0.399)
ระยะเวลาที่ใช้วางแผนก่อนเกษียณอายุ			-0.00164* (0.000857)	0.00548 (0.00662)
การวางแผนด้านการเงิน	-0.115*** (0.0165)	-1.009 (3.320)	-0.109*** (0.0168)	-0.783 (0.961)
การวางแผนด้านสุขภาพกาย	-0.0409** (0.0185)	-5.035 (16.49)	-0.0391** (0.0185)	-0.495 (5.937)
การวางแผนด้านสุขภาพจิต	-0.00559 (0.0185)	2.581 (10.35)	-0.00227 (0.0186)	0.597 (3.563)
การวางแผนด้านสังคม	-0.00356 (0.0151)	3.789 (10.06)	-0.00186 (0.0151)	0.188 (2.539)
ค่าคงที่	0.262*** (0.0865)	1.404 (3.057)	0.280*** (0.0873)	0.353 (1.062)
จำนวนตัวอย่าง	21,238	21,238	21,238	21,238

หมายเหตุ: 1. Robust standard errors ในวงเล็บ 2. \*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1

#### 4.3.4 การพิจารณาความแตกต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี และกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 70-80 ปี

เมื่อพิจารณาถึงความแตกต่างระหว่างผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี และผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 70-80 ปี เพื่อวิเคราะห์ถึงผลของการวางแผนเกษียณอายุและระยะเวลาที่ใช้ในการวางแผนเกษียณอายุว่ามีความแตกต่างกันระหว่างทั้ง 2 กลุ่มตัวอย่างหรือไม่ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี จำนวน 22,198 คน และกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 70-80 ปี จำนวน 13,255 คน

#### 4.3.4.1 กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี

การศึกษาถึงผลของการวางแผนเกษียณอายุและความอยู่ดีมีสุขด้านสุขภาพกายด้วยแบบจำลอง OLS พบว่า ในแบบจำลองที่ (1) ปัจจัยที่ส่งผลทางลบต่อคะแนนมาตรฐานสุขภาพกาย (สุขภาพกายดีขึ้น) ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างเพศชาย ที่มีระดับการศึกษาตั้งแต่ประถมศึกษาขึ้นไป มีระดับรายได้ตั้งแต่ 20,000 บาทต่อปี จะเป็นผู้ที่มีคะแนนมาตรฐานสุขภาพกายลดลง (สุขภาพกายดีขึ้น) เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีลักษณะดังกล่าว โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับรายได้ตั้งแต่ 50,000 บาทต่อปีขึ้นไป จะมีคะแนนมาตรฐานสุขภาพกายลดลงมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 20,000-49,999 บาทต่อปี และไม่พบความแตกต่างระหว่างปีสำรวจ พ.ศ. 2550 และ 2554 ขณะที่ปัจจัยด้านการดูแลสุขภาพ พบว่า การออกกำลังกายและการสูบบุหรี่เป็นประจำจะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนมาตรฐานสุขภาพกายลดลง (สุขภาพกายดีขึ้น) เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ทำกิจกรรมเหล่านี้

นอกจากนี้ ปัจจัยด้านการวางแผนเกษียณอายุ 3 ด้าน ได้แก่ การวางแผนด้านการเงิน การวางแผนด้านสุขภาพกาย การวางแผนด้านสุขภาพจิต ยังคงทำให้คะแนนมาตรฐานสุขภาพกายลดลง (สุขภาพกายดีขึ้น) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มี การวางแผน และกลุ่มตัวอย่างที่มีการวางแผนด้านสังคม ยังคงมีคะแนนมาตรฐานสุขภาพกายเพิ่มขึ้น (สุขภาพกายแย่ลง) และเมื่อเพิ่มปัจจัยระยะเวลาที่ใช้ในการวางแผนในแบบจำลองที่ (3) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาวางแผนเกษียณอายุที่ยาวนานขึ้น จะมีคะแนนมาตรฐานสุขภาพกายลดลง (สุขภาพกายดีขึ้น) เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาวางแผนที่น้อยกว่า โดยที่ปัจจัยอื่น ๆ ยังคงมีทิศทางความสัมพันธ์เช่นเดียวกันกับแบบจำลองที่ (1)

เมื่อพิจารณาแบบจำลอง (2) และ (4) ที่ใช้วิธีการ 2SLS พบว่า ในแบบจำลอง (2) เมื่อยังไม่ได้เพิ่มปัจจัยระยะเวลาที่ใช้ในการวางแผนเกษียณอายุ ปัจจัยต่าง ๆ ไม่ส่งผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อคะแนนมาตรฐานสุขภาพกาย แต่เมื่อเพิ่มปัจจัยระยะเวลาที่ใช้ในการวางแผนเกษียณอายุในแบบจำลองที่ (4) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับรายได้ 20,000 – 49,999 บาทต่อปี จะมีคะแนนมาตรฐานสุขภาพกายลดลง (สุขภาพกายดีขึ้น) เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่ำกว่า แต่กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับรายได้ตั้งแต่ 50,000 บาทต่อปีขึ้นไปไม่ส่งผลอย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่อายุที่เพิ่มขึ้นจะทำให้คะแนนมาตรฐานสุขภาพกายเพิ่มขึ้น (สุขภาพกายแย่ลง) ดังแสดงในตารางที่ 4-12



ตารางที่ 4-12 แสดงผลการศึกษาการวางแผนเกษียณอายุและความอยู่ดีมีสุขหลังการเกษียณอายุ  
ด้านสุขภาพกายของกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี

	คะแนนมาตรฐานสุขภาพกาย			
	(1)	(2)	(3)	(4)
	OLS	2SLS	OLS	2SLS
ปีสำรวจ พ.ศ. 2554	0.00677 (0.0136)	-0.290 (0.343)	0.000492 (0.0137)	-0.176 (0.260)
เพศชาย	-0.0620*** (0.0156)	-0.0598 (0.202)	-0.0616*** (0.0156)	-0.0300 (0.0858)
อายุ	0.0193*** (0.00241)	0.0327 (0.0275)	0.0184*** (0.00241)	0.0200** (0.00839)
สมรส	-0.0156 (0.0159)	-0.0363 (0.0706)	-0.0148 (0.0160)	-0.0429 (0.0422)
จบการศึกษาประถมศึกษาขึ้นไป	-0.0765*** (0.0168)	-0.0314 (0.395)	-0.0752*** (0.0168)	-0.0118 (0.216)
รายได้ 20,000-49,999 บาทต่อปี	-0.0671*** (0.0156)	-0.109 (0.105)	-0.0674*** (0.0156)	-0.0826** (0.0343)
รายได้ตั้งแต่ 50,000 บาทต่อปีขึ้นไป	-0.130*** (0.0157)	-0.129 (0.325)	-0.129*** (0.0157)	-0.113 (0.174)
การออกกำลังกายเป็นประจำ	-0.137*** (0.0131)	0.0279 (0.289)	-0.136*** (0.0131)	-0.0217 (0.205)
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ	-0.0533 (0.0370)	0.0507 (0.141)	-0.0522 (0.0370)	-0.00311 (0.0925)
การสูบบุหรี่เป็นประจำ	-0.0908*** (0.0227)	-0.193 (0.291)	-0.0908*** (0.0227)	-0.181 (0.185)
ระยะเวลาที่ใช้วางแผนก่อนเกษียณอายุ			-0.00393*** (0.000827)	-0.00554 (0.00829)
การวางแผนด้านการเงิน	-0.0600*** (0.0166)	2.038 (3.174)	-0.0452*** (0.0170)	0.942 (1.099)
การวางแผนด้านสุขภาพกาย	-0.0560*** (0.0188)	-2.543 (3.995)	-0.0499*** (0.0188)	-1.837 (2.831)
การวางแผนด้านสุขภาพจิต	-0.0412** (0.0185)	2.865 (3.743)	-0.0336* (0.0185)	1.748 (3.203)
การวางแผนด้านสังคม	0.0728*** (0.0152)	-3.612 (4.466)	0.0775*** (0.0151)	-1.122 (2.267)
ค่าคงที่	-0.971*** (0.156)	-1.635 (1.215)	-0.900*** (0.156)	-1.032* (0.560)

	คะแนนมาตรฐานสุขภาพกาย			
	(1)	(2)	(3)	(4)
	OLS	2SLS	OLS	2SLS
จำนวนตัวอย่าง	22,198	22,198	22,198	22,198

หมายเหตุ: 1. Robust standard errors ในวงเล็บ 2. \*\*\*  $p < 0.01$ , \*\*  $p < 0.05$ , \*  $p < 0.1$

การศึกษาถึงผลของการวางแผนเกษียณอายุและความอยู่ดีมีสุขด้านสุขภาพจิตด้วยแบบจำลอง OLS พบว่า แบบจำลองที่ (1) ปัจจัยที่ส่งผลทำให้คะแนนมาตรฐานสุขภาพจิตลดลง (สุขภาพจิตดีขึ้น) ได้แก่ เพศชายที่ยังคงสมรส มีระดับการศึกษาตั้งแต่ประถมศึกษาขึ้นไป มีรายได้ตั้งแต่ 20,000 บาทต่อปีขึ้นไป ออกกำลังกายเป็นประจำ และสำรวจในปี พ.ศ. 2554 เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีลักษณะดังกล่าว

ขณะที่การวางแผนเกษียณอายุด้านการเงินเท่านั้นที่ทำให้คะแนนมาตรฐานสุขภาพจิตลดลง (สุขภาพจิตดีขึ้น) เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่วางแผนเกษียณอายุด้านการเงิน เมื่อเพิ่มปัจจัยระยะเวลาในการวางแผนเกษียณอายุในแบบจำลอง (3) พบว่า ปัจจัยต่าง ๆ ยังคงส่งผลต่อคะแนนมาตรฐานสุขภาพจิตเช่นเดียวกันกับแบบจำลอง (1) และระยะเวลาวางแผนเกษียณอายุที่เพิ่มขึ้นจะทำให้คะแนนมาตรฐานสุขภาพจิตลดลง (สุขภาพจิตดีขึ้น)

อย่างไรก็ตาม ในแบบจำลอง (2) และ (4) ที่ใช้วิธีการ 2SLS พบว่า มีเพียงปัจจัยสมรสที่ส่งผลทางลบต่อคะแนนมาตรฐานสุขภาพจิต (สุขภาพจิตดีขึ้น) เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสอื่น ๆ ทั้งแบบจำลองที่มีและไม่มีปัจจัยระยะเวลาที่ใช้ในการวางแผนเกษียณอายุ ดังแสดงในตารางที่ 4-13

ตารางที่ 4-13 แสดงผลการศึกษารวบรวมเกษียณอายุและความอยู่ดีมีสุขหลังการเกษียณอายุด้านสุขภาพกายของกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 70-80 ปี

	คะแนนมาตรฐานสุขภาพจิต			
	(1)	(2)	(3)	(4)
	OLS	2SLS	OLS	2SLS
ปีสำรวจ พ.ศ. 2554	-0.0954*** (0.0133)	-0.0801 (0.142)	-0.0986*** (0.0134)	-0.0536 (0.196)
เพศชาย	-0.0628*** (0.0148)	-0.0428 (0.0827)	-0.0626*** (0.0148)	-0.0359 (0.0628)
อายุ	-0.00139	-0.00262	-0.00185	-0.00560

	คะแนนมาตรฐานสุขภาพจิต			
	(1)	(2)	(3)	(4)
	OLS	2SLS	OLS	2SLS
	(0.00233)	(0.0108)	(0.00234)	(0.00634)
สมรส	-0.163***	-0.148***	-0.163***	-0.150***
	(0.0157)	(0.0307)	(0.0157)	(0.0323)
จบการศึกษาประถมศึกษาขึ้นไป	-0.144***	-0.105	-0.143***	-0.101
	(0.0163)	(0.160)	(0.0163)	(0.155)
รายได้ 20,000-49,999 บาทต่อปี	-0.0531***	-0.0363	-0.0533***	-0.0300
	(0.0156)	(0.0417)	(0.0156)	(0.0253)
รายได้ตั้งแต่ 50,000 บาทต่อปีขึ้นไป	-0.198***	-0.133	-0.197***	-0.129
	(0.0153)	(0.131)	(0.0153)	(0.125)
การออกกำลังกายเป็นประจำ	-0.181***	-0.197	-0.180***	-0.208
	(0.0133)	(0.122)	(0.0133)	(0.153)
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ	0.0725*	0.0717	0.0730*	0.0591
	(0.0417)	(0.0599)	(0.0417)	(0.0719)
การสูบบุหรี่เป็นประจำ	0.0138	0.0230	0.0138	0.0258
	(0.0249)	(0.123)	(0.0249)	(0.137)
ระยะเวลาที่ใช้วางแผนก่อนเกษียณอายุ			-0.00202**	-0.00130
			(0.000829)	(0.00605)
การวางแผนด้านการเงิน	-0.136***	-0.673	-0.129***	-0.930
	(0.0161)	(1.238)	(0.0165)	(0.844)
การวางแผนด้านสุขภาพกาย	-0.0227	0.227	-0.0196	0.392
	(0.0177)	(1.679)	(0.0177)	(2.121)
การวางแผนด้านสุขภาพจิต	0.00954	0.234	0.0134	-0.0276
	(0.0176)	(1.564)	(0.0176)	(2.386)
การวางแผนด้านสังคม	-0.00177	0.0539	0.000635	0.637
	(0.0146)	(1.733)	(0.0146)	(1.726)

	คะแนนมาตรฐานสุขภาพจิต			
	(1)	(2)	(3)	(4)
	OLS	2SLS	OLS	2SLS
ค่าคงที่	0.573***	0.574	0.610***	0.715*
	(0.152)	(0.483)	(0.153)	(0.424)
จำนวนตัวอย่าง	22,198	22,198	22,198	22,198

หมายเหตุ: 1. Robust standard errors ในวงเล็บ 2. \*\*\*  $p < 0.01$ , \*\*  $p < 0.05$ , \*  $p < 0.1$

#### 4.3.4.2 กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 70-80 ปี

การศึกษาถึงผลของการวางแผนเกษียณอายุและความอยู่ดีมีสุขด้านสุขภาพกายด้วยแบบจำลอง OLS พบว่า ในแบบจำลองที่ (1) ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคะแนนมาตรฐานสุขภาพกาย (ทำให้สุขภาพกายดีขึ้น) ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างเพศชายที่ยังคงสมรส มีระดับการศึกษาตั้งแต่ประถมศึกษาขึ้นไป มีระดับรายได้ตั้งแต่ 20,000 บาทต่อปีขึ้นไป เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีลักษณะดังกล่าว

ในด้านปัจจัยการดูแลสุขภาพ พบว่า ทั้งการออกกำลังกายเป็นประจำ การสูบบุหรี่เป็นประจำ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ ต่างทำให้คะแนนมาตรฐานสุขภาพกายลดลง (สุขภาพกายดีขึ้น) เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ทำกิจกรรมดังกล่าว อาจเนื่องมาจากยังเป็นผู้สูงอายุที่อายุมากแล้วยังคงไม่ลด/เลิก การสูบบุหรี่หรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จะระบุถึงสุขภาพของตนเองดีกว่าที่เป็นจริง เพื่อแสดงให้เห็นถึงสุขภาพที่แข็งแรง แม้ว่าจะยังคงสูบบุหรี่หรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีการวางแผนด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตเท่านั้นที่จะมีคะแนนมาตรฐานสุขภาพกายลดลง (สุขภาพกายดีขึ้น) โดยที่การวางแผนด้านการเงินนั้นไม่ส่งผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม อายุที่เพิ่มมากขึ้นและการวางแผนเกษียณอายุด้านสังคมต่างทำให้คะแนนมาตรฐานสุขภาพกายเพิ่มขึ้น (สุขภาพกายแย่งลง) โดยเมื่อเพิ่มปัจจัยระยะเวลาที่ใช้ในการวางแผนเกษียณอายุในแบบจำลองที่ (3) ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคะแนนมาตรฐานสุขภาพกายยังคงเป็นเช่นเดียวกันกับแบบจำลองที่ (1) และปัจจัยระยะเวลาที่ใช้ในการวางแผนเกษียณอายุทำให้คะแนนมาตรฐานสุขภาพกายลดลง (สุขภาพกายดีขึ้น) ดังแสดงในตารางที่ 4-14

ตารางที่ 4-14 แสดงผลการศึกษาการวางแผนเกษียณอายุและความอยู่ดีมีสุขหลังการเกษียณอายุ  
ด้านสุขภาพกายของกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 70-80 ปี

	คะแนนมาตรฐานสุขภาพกาย			
	(1)	(2)	(3)	(4)
	OLS	2SLS	OLS	2SLS
ปีสำรวจ พ.ศ. 2554	-0.0740*** (0.0172)	0.299 (0.926)	-0.0790*** (0.0173)	0.0652 (0.392)
เพศชาย	-0.139*** (0.0197)	-0.492 (1.362)	-0.139*** (0.0197)	-0.268 (0.210)
อายุ	0.0255*** (0.00294)	0.0553 (0.115)	0.0255*** (0.00294)	0.0339 (0.0240)
สมรส	-0.0396** (0.0192)	-0.0606 (0.241)	-0.0389** (0.0192)	-0.0534 (0.0744)
จบการศึกษาประถมศึกษาขึ้นไป	-0.0552** (0.0245)	-0.522 (1.783)	-0.0534** (0.0245)	-0.267 (0.273)
รายได้ 20,000-49,999 บาทต่อปี	-0.0620*** (0.0189)	0.0415 (0.290)	-0.0623*** (0.0189)	-0.0543 (0.178)
รายได้ตั้งแต่ 50,000 บาทต่อปีขึ้นไป	-0.115*** (0.0199)	-0.398 (1.276)	-0.114*** (0.0198)	-0.292 (0.249)
การออกกำลังกายเป็นประจำ	-0.250*** (0.0167)	-1.145 (2.869)	-0.248*** (0.0167)	-0.573 (0.756)
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ	-0.134*** (0.0470)	-0.408 (1.074)	-0.131*** (0.0469)	-0.222 (0.211)
การสูบบุหรี่เป็นประจำ	-0.0711** (0.0323)	0.632 (2.143)	-0.0726** (0.0323)	0.199 (0.595)
ระยะเวลาที่ใช้วางแผนก่อนเกษียณอายุ			-0.00336*** (0.00104)	-0.00737 (0.0182)
การวางแผนด้านการเงิน	-0.0189 (0.0206)	-0.298 (6.297)	-0.00708 (0.0208)	0.235 (3.573)
การวางแผนด้านสุขภาพกาย	-0.0613*** (0.0235)	9.772 (30.30)	-0.0585** (0.0235)	3.202 (8.999)
การวางแผนด้านสุขภาพจิต	-0.120*** (0.0245)	-4.870 (15.01)	-0.114*** (0.0245)	-2.155 (3.226)
การวางแผนด้านสังคม	0.0855*** (0.0192)	-5.642 (25.65)	0.0883*** (0.0193)	-1.283 (4.125)
ค่าคงที่	-1.527*** (0.220)	-3.352 (6.217)	-1.518*** (0.220)	-2.059 (2.042)

จำนวนตัวอย่าง 13,255 13,255 13,255 13,255

หมายเหตุ: 1. Robust standard errors ในวงเล็บ 2. \*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1

การศึกษาถึงผลของการวางแผนเกษียณอายุและความอยู่ดีมีสุขด้านสุขภาพจิตด้วยแบบจำลอง OLS พบว่า แบบจำลองที่ (1) ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคะแนนมาตรฐานสุขภาพจิต (ทำให้สุขภาพจิตดีขึ้น) ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างเพศชายที่ยังคงสมรส มีระดับการศึกษาตั้งแต่ประถมศึกษาขึ้นไป มีระดับรายได้ตั้งแต่ 20,000 บาทขึ้นไป และออกกำลังกายเป็นประจำ เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีลักษณะดังกล่าว โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีการวางแผนเกษียณอายุด้านการเงินเพียงด้านเดียวที่ทำให้คะแนนมาตรฐานสุขภาพจิตลดลง (สุขภาพจิตดีขึ้น) ซึ่งแม้ว่าจะเพิ่มปัจจัยระยะเวลาในการวางแผนเกษียณอายุในแบบจำลองที่ (3) ก็ไม่ได้ทำให้ปัจจัยอื่น ๆ มีการเปลี่ยนแปลง

เมื่อใช้วิธีการ 2SLS ในแบบจำลองที่ (2) และ (4) ไม่พบว่ามีปัจจัยใดที่ส่งผลกระทบต่อคะแนนมาตรฐานสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญ ดังแสดงในตารางที่ 4-15

**ตารางที่ 4-15 แสดงผลการศึกษารวบรวมการวางแผนเกษียณอายุและความอยู่ดีมีสุขหลังการเกษียณอายุด้านสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 70-80 ปี**

	คะแนนมาตรฐานสุขภาพจิต			
	(1) OLS	(2) 2SLS	(3) OLS	(4) 2SLS
ปีสำรวจ พ.ศ. 2554	-0.106*** (0.0171)	-0.0981 (0.286)	-0.107*** (0.0172)	0.0748 (0.426)
เพศชาย	-0.0716*** (0.0194)	0.00140 (0.416)	-0.0716*** (0.0194)	-0.164 (0.227)
อายุ	0.00164 (0.00286)	-0.00470 (0.0355)	0.00165 (0.00286)	0.0112 (0.0257)
สมรส	-0.136*** (0.0189)	-0.113 (0.0729)	-0.135*** (0.0189)	-0.118 (0.0795)
จบการศึกษาประถมศึกษาขึ้นไป	-0.117*** (0.0249)	-0.0296 (0.546)	-0.116*** (0.0249)	-0.218 (0.295)
รายได้ 20,000-49,999 บาทต่อปี	-0.0785*** (0.0193)	-0.0823 (0.0899)	-0.0785*** (0.0193)	-0.0115 (0.191)

	คะแนนมาตรฐานสุขภาพจิต			
	(1)	(2)	(3)	(4)
	OLS	2SLS	OLS	2SLS
รายได้ตั้งแต่ 50,000 บาทต่อปีขึ้นไป	-0.209*** (0.0198)	-0.137 (0.386)	-0.209*** (0.0198)	-0.216 (0.265)
การออกกำลังกายเป็นประจำ	-0.206*** (0.0179)	-0.111 (0.888)	-0.205*** (0.0178)	-0.534 (0.814)
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ	0.0556 (0.0718)	0.107 (0.324)	0.0563 (0.0718)	-0.0300 (0.233)
การสูบบุหรี่เป็นประจำ	0.0629* (0.0357)	0.00867 (0.663)	0.0626* (0.0357)	0.329 (0.644)
ระยะเวลาที่ใช้งานแผนก่อนเกษียณอายุ			-0.000646 (0.00108)	0.00544 (0.0197)
การวางแผนด้านการเงิน	-0.117*** (0.0207)	-0.885 (1.812)	-0.115*** (0.0210)	-1.279 (3.827)
การวางแผนด้านสุขภาพกาย	-0.0301 (0.0228)	-0.936 (9.388)	-0.0296 (0.0228)	3.920 (9.689)
การวางแผนด้านสุขภาพจิต	0.0160 (0.0233)	0.442 (4.604)	0.0172 (0.0234)	-1.565 (3.528)
การวางแผนด้านสังคม	-0.0296 (0.0191)	1.733 (7.857)	-0.0291 (0.0191)	-1.489 (4.412)
ค่าคงที่	0.292 (0.215)	0.499 (1.927)	0.294 (0.215)	-0.457 (2.171)
จำนวนตัวอย่าง	13,255	13,255	13,255	13,255

หมายเหตุ: 1. Robust standard errors ในวงเล็บ 2. \*\*\*  $p < 0.01$ , \*\*  $p < 0.05$ , \*  $p < 0.1$

## บทที่ 5

### สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

ในส่วนนี้จะแบ่งเนื้อหาออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) สรุปผลการศึกษา 2) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย 3) ข้อจำกัดของการศึกษาและข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป

#### 5.1 สรุปผลการศึกษา

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการวางแผนเกษียณอายุ ระยะเวลาที่ใช้ในการวางแผนเกษียณอายุต่อความอยู่ดีมีสุขด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต ผ่านคะแนนมาตรฐานสุขภาพกายและสุขภาพจิต พบว่า เพศชายเป็นเพศที่ระบุว่าตนเองมีสุขภาพกายและจิตดีกว่าเพศหญิง อาจเนื่องมาจากเพศชายมักระบุว่าตนเองมีสุขภาพดีกว่าความเป็นจริง เพื่อต้องการแสดงออกถึงความแข็งแรงแก่บุคคลอื่น ผู้สูงอายุที่จบการศึกษาตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาขึ้นไปและมีรายได้ตั้งแต่ 20,000 บาทต่อปีขึ้นไป เป็นผู้ที่มีความรู้ในการดูแลตนเอง จึงสามารถนารายได้ที่ตนเองมีไปลงทุนหรือออมไว้ใช้ในยามเกษียณอายุ

ขณะที่การดูแลสุขภาพของตนเองด้วยการออกกำลังกายเป็นประจำนั้น จะทำให้ผู้สูงอายุมีทั้งสุขภาพกายและจิตที่ดี อย่างไรก็ตาม การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้น ส่งผลทำให้สุขภาพกายดีขึ้น เนื่องจากการวัดคะแนนมาตรฐานสุขภาพกายผ่าน ADL index นั้น วัดเพียงการเคลื่อนไหวและการช่วยเหลือตนเอง จึงไม่อาจระบุถึงโรคหรือความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุได้ และผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่หรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มักระบุว่าตนเองมีสุขภาพที่ดีกว่าบุคคลอื่น

ด้านการวางแผนเกษียณอายุ พบว่า การวางแผนเกษียณอายุทั้ง 4 ด้านนั้น ไม่ส่งผลต่อความอยู่ดีมีสุขด้านสุขภาพกายและจิตของกลุ่มตัวอย่างรวมอย่างมีนัยสำคัญ แต่ระยะเวลาเริ่มต้นวางแผนของผู้ที่คิดและได้เตรียมการที่เร็วกว่าจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความอยู่ดีมีสุขทางสุขภาพกาย

เมื่อวิเคราะห์แบบแยกกลุ่มตัวอย่างระหว่างผู้สูงอายุที่ยังคงทำงานหลังอายุ 60 ปีและผู้สูงอายุที่ไม่ทำงานแล้ว พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ยังคงทำงานจะมีสุขภาพกายดีขึ้นจากการเป็นเพศชายและมีรายได้ตั้งแต่ 20,000 ต่อปีขึ้นไป มีการวางแผนเกษียณอายุด้านสุขภาพกาย และเมื่อเริ่มวางแผนเกษียณอายุได้เร็วจะยิ่งทำให้มีสุขภาพกายดีขึ้น ขณะที่การออกกำลังกายเป็นประจำและการมีคู่สมรสดูแล รวมถึงมีการวางแผนทางการเงินไว้ก่อนเกษียณจะทำให้ผู้สูงอายุที่ยังคงทำงานมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น แต่ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานแล้วการมีคู่สมรสดูแลเท่านั้นที่ทำให้สุขภาพจิตดีขึ้น



นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี และอายุระหว่าง 70-80 ปี พบว่า ปัจจัยการวางแผนเกษียณอายุและระยะเวลาที่ใช้ในการวางแผนเกษียณอายุไม่ส่งผลต่อสุขภาพกายและจิตของผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่ม อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุที่อายุระหว่าง 60-69 ปี ที่มีระดับรายได้ 20,000 - 49,999 บาทต่อปีจะเป็นผู้ที่มีสุขภาพกายที่ดีกว่ากลุ่มอื่น ๆ และเมื่อผู้สูงอายุกลุ่มนี้ยังคงสมรสกับคู่สมรส จะทำให้มีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพัง

## 5.2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การส่งเสริมให้วัยทำงานหันมาเริ่มต้นวางแผนการเกษียณอายุนั้น นอกจากจะทำให้บุคคลสามารถดูแลตนเองยามชราแล้ว ยังทำให้งบประมาณที่รัฐต้องใช้ไปในการดูแลผู้สูงอายุลดลง เพราะประชากรผู้สูงอายุของไทยมีแต่จะเพิ่มจำนวนขึ้นทุกวัน ซึ่งถ้าหากรัฐสามารถส่งเสริมหรือชี้แนะการเตรียมตัวสำหรับการเกษียณอายุได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ก็จะทำให้เกิดประโยชน์ทั้งแก่ตัวผู้สูงอายุ บุตรหลานวัยทำงานและประเทศโดยรวม ซึ่งผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า เมื่อมีการวางแผนเกษียณอายุด้านการเงินและสุขภาพ จะทำให้ความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่ยังคงทำงานหลังอายุ 60 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ทำงานหลังอายุ 60 ปี ดังนั้น รัฐจึงควรให้ความสำคัญต่อการจ้างงานผู้สูงอายุ เพราะจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีเวลาปรับตัวจากการทำงานมาเป็นผู้ว่างงาน ได้ใช้ความคิดและเคลื่อนไหวร่างกายด้วยการทำงานอย่างสม่ำเสมอ อีกทั้งยังจะทำให้ผู้สูงอายุมีรายได้ที่เพียงพอต่อการดำเนินชีวิตและค่ารักษาพยาบาล อันเห็นได้จากการวางแผนทางการเงินและมีรายได้ที่เพียงพอจะช่วยเพิ่มความอยู่ดีมีสุขทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

รัฐสามารถส่งเสริมการจ้างงานผู้สูงอายุของเอกชนผ่านนโยบายจูงใจ เช่น ลดหย่อนภาษีสำหรับบริษัทที่มีการจ้างงานผู้สูงอายุ มีการจัดอบรมและให้ความรู้เกี่ยวกับการเกษียณอายุตั้งแต่พนักงานยังคงอยู่ในวัยทำงาน หรือการส่งเสริมให้บริษัทจ้างผู้สูงอายุมาเป็นที่ปรึกษาหรือเป็นที่เลี้ยงให้แก่พนักงานรุ่นใหม่ อันจะทำให้ผู้สูงอายุมีการปรับตัวอย่างค่อยเป็นค่อยไป

ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายเป็นประจำจะเป็นผู้ที่มีสุขภาพกายและจิตที่ดี การออกกำลังกายนอกจากจะช่วยเสริมสร้างร่างกายแล้ว ยังเป็นการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอีกด้วย เพราะการได้เคลื่อนไหวหรือออกไปทำกิจกรรมนอกบ้าน จะทำให้ผู้สูงอายุได้พบปะผู้คน ได้พบกับสังคมใหม่นอกจากสังคมที่ทำงานเดิม จึงช่วยให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกโดดเดี่ยวหรืออ้างว้าง การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีกิจกรรมกับชุมชนส่วนรวมหรือการสร้างสถานที่ออกกำลังกายที่เหมาะสมต่อวัยของผู้สูงอายุ จึงเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่จะช่วยเสริมสร้างความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุ

แม้ว่าการวางแผนเกษียณอายุจะส่งผลทำให้สุขภาพกายและจิตดีขึ้นแก่กลุ่มตัวอย่างเพียงบางกลุ่ม แต่การที่สนับสนุนให้วัยทำงานเริ่มต้นวางแผนเกษียณอายุ จะทำให้ตระหนักได้ถึงเป้าหมายใน

ชีวิตและความต้องการที่จะทำให้เป้าหมายที่ตั้งใจไว้เป็นจริง อีกทั้งระหว่างการวางแผนเกษียณอายุ จะทำให้บุคคลรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง และปรับเปลี่ยนแผนอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ถึงเป้าหมายยามเกษียณอายุที่ตนได้ตั้งไว้

### 5.3 ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษารั้งต่อไป

การศึกษารั้งนี้ยังคงมีข้อจำกัดในหลายด้าน ได้แก่ ด้านข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ด้านการวัดผลของความอยู่ดีมีสุข และการนำเสนอตัวแปร Instrumental variable

ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้เป็นข้อมูลภาคตัดขวาง (Cross-sectional data) ในการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการเกษียณอายุและความเป็นต้อยที่ตั้นั้นควรมีการใช้ข้อมูลตามยาว (Longitudinal data) เพื่อให้สามารถศึกษาถึงการเปลี่ยนแปลงตามช่วงเวลาของความอยู่ดีมีสุขของกลุ่มตัวอย่างได้ ทั้งยังเป็นการแก้ปัญหา Reverse causality ด้วยการควบคุมตัวแปรสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง แต่สำหรับประเทศไทยที่ยังไม่มีข้อมูลตามยาวสำหรับการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการเกษียณอายุและสุขภาพนี้ จึงต้องใช้ข้อมูลภาคตัดขวางของการสำรวจประชากรสูงอายุ ปี พ.ศ. 2550 และพ.ศ. 2554 มาใช้ในการศึกษา จึงไม่สามารถใช้สุขภาพเริ่มต้นของกลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแปรควบคุมได้ ผลการศึกษาที่ได้จึงต้องนำไปใช้ด้วยความระมัดระวัง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาอาจจะทำให้ข้อมูลสุขภาพมีความเอนเอียง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่นำมาใช้ในการศึกษามีเฉพาะผู้สูงอายุที่ยังคงมีชีวิตอยู่หรือเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสำรวจ ขณะที่ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพไม่แข็งแรงหรือเสียชีวิตแล้วจะไม่ได้รับการสำรวจ เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรงจะมีอายุที่ยืนยาวกว่า ข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จึงมีคำตอบว่าตนเองมีสุขภาพที่ดีมากกว่ากลุ่มตัวอย่างอื่น ๆ

การวัดผลของความอยู่ดีมีสุขโดยการใช้ ADL index และ CES-D อาจเป็นเพียงการวัดผลอย่างกว้าง เนื่องด้วยข้อจำกัดทางข้อมูลของข้อมูลทุติยภูมิ จึงจำเป็นต้องอ้างอิงเกณฑ์การประเมินสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างตามข้อมูลชุดนั้น ๆ ด้วยการเทียบกับเกณฑ์สุขภาพที่มีความใกล้เคียงกัน จึงอาจทำให้คะแนนที่ได้ไม่สามารถวัดความอยู่ดีมีสุขอย่างละเอียดได้ โดย ADL index นั้นมุ่งเน้นไปที่การวัดผลด้านการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ ผ่านการเคลื่อนไหวในกิจกรรมต่าง ๆ จึงไม่อาจวัดความเจ็บป่วยทางร่างกายอื่น ๆ เช่น โรคที่เป็นอยู่หรือความเสี่ยงของการเกิดโรคได้ เช่นเดียวกับกับ CES-D ที่นำมาใช้วัดความอยู่ดีมีสุขด้านสุขภาพจิตที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ เป็นเพียงการวัดเฉพาะความรู้สึกด้านลบ จึงทำให้ขาดการคำนึงถึงความรู้สึกด้านบวกของผู้สูงอายุไป การศึกษารั้งต่อไปจึงอาจนำเสนอการวัดผลความอยู่ดีมีสุขที่แตกต่างออกไปที่มีความละเอียดหรือเฉพาะเจาะจงมากยิ่งขึ้น

การนำเสนอตัวแปร Instrument variable เพื่อแก้ปัญหา Self-selection ด้วยตัวแปรมหภาคได้แก่ อัตราเติบโตของผลิตภัณฑ์มวลรวมต่อหัว (GDP per capita growth) อัตราการพึ่งพิงของผู้สูงอายุ (Old age dependency ratio) อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life expectancy at birth) และอัตราการรอดชีพถึงอายุ 65 ปี (Survival rate to age 65) นั้นยังคงมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจวางแผนเกษียณอายุน้อย ซึ่งถ้าหากสามารถรู้ถึงอายุเกษียณที่แท้จริงของกลุ่มตัวอย่างหรือสวัสดิการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับเมื่อเกษียณอายุ น่าจะสามารถใช้เป็น Instrument variable สำหรับการตัดสินใจวางแผนเกษียณอายุได้ดียิ่งขึ้น



## บรรณานุกรม

- Anderson, C. E., & Weber, J. A. (1993). Preretirement planning and perceptions of satisfaction among retirees. *Educational Gerontology: An International Quarterly*, 19(5), 397-406.
- Bender, K. A. (2012). An analysis of well-being in retirement: The role of pensions, health, and 'voluntariness' of retirement. *The Journal of Socio-Economics*, 41(4), 424-433.
- Blanchflower, D. G., & Oswald, A. J. (2008). Is well-being U-shaped over the life cycle? *Social science & medicine*, 66(8), 1733-1749.
- Bloom, D. E., Canning, D., & Graham, B. (2003). Longevity and life-cycle savings. *Scandinavian Journal of Economics*, 105(3), 319-338.
- Butterworth, P., Gill, S. C., Rodgers, B., Anstey, K. J., Villamil, E., & Melzer, D. (2006). Retirement and mental health: analysis of the Australian national survey of mental health and well-being. *Social science & medicine*, 62(5), 1179-1191.
- Calvo, E., Sarkisian, N., & Tamborini, C. R. (2012). Causal effects of retirement timing on subjective physical and emotional health. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 68(1), 73-84.
- Carleton, R. N., Thibodeau, M. A., Teale, M. J., Welch, P. G., Abrams, M. P., Robinson, T., & Asmundson, G. J. (2013). The center for epidemiologic studies depression scale: a review with a theoretical and empirical examination of item content and factor structure. *PloS one*, 8(3), e58067.
- Coe, N. B., & Zamarro, G. (2011). Retirement effects on health in Europe. *Journal of health economics*, 30(1), 77-86.
- Datta Gupta, N., & Larsen, M. (2010). The impact of health on individual retirement plans: Self-reported versus diagnostic measures. *Health economics*, 19(7), 792-813.
- Deaton, A. (2008). Income, health, and well-being around the world: Evidence from the Gallup World Poll. *Journal of Economic perspectives*, 22(2), 53-72.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life

- scale. *Journal of personality assessment*, 49(1), 71-75.
- Diener, E., Sandvik, E., Pavot, W., & Gallagher, D. (1991). Response artifacts in the measurement of subjective well-being. *Social indicators research*, 24(1), 35-56.
- Dorfman, L. T. (1989). Retirement preparation and retirement satisfaction in the rural elderly. *Journal of Applied Gerontology*, 8(4), 432-450.
- Easterlin, R. A. (2005). *Building a better theory of well-being: Economics and Happiness. Framing the Analysis*. Oxford: Oxford University Press.
- Easterlin, R. A. (2006). Life cycle happiness and its sources: Intersections of psychology, economics, and demography. *Journal of Economic Psychology*, 27(4), 463-482.
- Elder, H. W., & Rudolph, P. M. (1999). Does retirement planning affect the level of retirement satisfaction? *Financial Services Review*, 8(2), 117-127.
- Frijters, P., & Beaton, T. (2012). The mystery of the U-shaped relationship between happiness and age. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 82(2-3), 525-542.
- Gupta, D. N., & Larsen, M. (2010). The impact of health on individual retirement plans: Self-reported versus diagnostic measures. *Health economics*, 19(7), 792-813.
- Herzog, A., House, J. S., & Morgan, J. N. (1991). Relation of work and retirement to health and well-being in older age. *Psychology and aging*, 6(2), 202.
- Hessel, P. (2016). Does retirement (really) lead to worse health among European men and women across all educational levels? *Social science & medicine*, 151, 19-26.
- Higgins, M., & Williamson, J. G. (1997). Age structure dynamics in Asia and dependence on foreign capital. *Population and development review*, 261-293.
- Kesavayuth, D., Rosenman, R. E., & Zikos, V. (2016). Retirement, Personality, and Well-Being. *Economic Inquiry*, 54(2), 733-750.
- Lee, W. K. M., & Law, K. W.-K. (2004). Retirement planning and retirement satisfaction: The need for a national retirement program and policy in Hong Kong. *Journal of Applied Gerontology*, 23(3), 212-233.
- McAdams, K. K., Lucas, R. E., & Donnellan, M. B. (2012). The role of domain satisfaction in explaining the paradoxical association between life satisfaction and age.

*Social indicators research*, 109(2), 295-303.

McDowell, I. (2006). *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires*:

Oxford University Press, USA.

Mein, G., Martikainen, P., Hemingway, H., Stansfeld, S., & Marmot, M. (2003). Is retirement good or bad for mental and physical health functioning? Whitehall II longitudinal study of civil servants. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57(1), 46-49.

Mein, G. K., Shipley, M. J., Hillsdon, M., Ellison, G. T., & Marmot, M. G. (2005). Work, retirement and physical activity: cross-sectional analyses from the Whitehall II study. *The European Journal of Public Health*, 15(3), 317-322.

Muratore, A. M., & Earl, J. K. (2015). Improving retirement outcomes: the role of resources, pre-retirement planning and transition characteristics. *Ageing & Society*, 35(10), 2100-2140.

Noone, J., Alpass, F., & Stephens, C. (2010). Do men and women differ in their retirement planning? Testing a theoretical model of gendered pathways to retirement preparation. *Research on Aging*, 32(6), 715-738.

Noone, J. H., Stephens, C., & Alpass, F. M. (2009). Preretirement planning and well-being in later life: A prospective study. *Research on Aging*, 31(3), 295-317.

Rosenkoetter, M. M., & Garris, J. M. (2001). Retirement planning, use of time, and psychosocial adjustment. *Issues in Mental Health Nursing*, 22(7), 703-722.

Sickles, R. C., & Taubman, P. (1986). An analysis of the health and retirement status of the elderly. *Econometrica: Journal of the Econometric Society*, 1339-1356.

Stiglitz, J., Sen, A., & Fitoussi, J.-P. (2009). The measurement of economic performance and social progress revisited. *Reflections and overview. Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress, Paris*.

Tamborini, C. R., & Purcell, P. (2016). Women's household preparation for retirement at young and mid-adulthood: Differences by children and marital status. *Journal of Family and Economic Issues*, 37(2), 226-241.

Topa, G., Moriano, J. A., Depolo, M., Alcover, C.-M., & Morales, J. F. (2009). Antecedents and consequences of retirement planning and decision-making: A meta-analysis and model. *Journal of Vocational Behavior*, 75(1), 38-55.

- van Landeghem, B. (2012). A test for the convexity of human well-being over the life cycle: Longitudinal evidence from a 20-year panel. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 81(2), 571-582.
- Wooldridge, J. M. (2010). *Econometric analysis of cross section and panel data*: MIT press.
- Yeung, D. Y. (2013). Is pre-retirement planning always good? An exploratory study of retirement adjustment among Hong Kong Chinese retirees. *Aging & mental health*, 17(3), 386-393.
- Yiengprugsawan, V. (2017). Live Long and Prosper: Aging in East Asia and Pacific. World Bank East Asia and Pacific Regional Report. The World Bank. World Bank Group, 2016, ISBN 978-1-4648-0469-4, 263 pages. *Journal of Pension Economics & Finance*, 16(4), 586-587.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (Producer). (2560). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2560. Retrieved from <http://thaiteri.org/?p=37841>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ (Producer). (2558). ผลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557. Retrieved from <http://service.nso.go.th/nso/web/survey/surpop2-1-1.html>

ภาคผนวก

ตารางที่ A แสดงสหสัมพันธ์ของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

	year	male	age	married	educ	inc2
year	1.0000					
male	-0.0127	1.0000				
age	-0.0287	-0.0019	1.0000			
married	0.0232	0.3414	-0.1665	1.0000		
educ	-0.0306	0.1326	-0.0911	0.0750	1.0000	
inc2	-0.0606	0.0081	-0.0091	0.0086	-0.0895	1.0000
inc3	0.0589	0.1047	-0.1417	0.1148	0.2485	-0.3604
exercise	-0.0388	0.0934	-0.1083	0.0725	0.0905	-0.0052
drinking	0.0083	0.1154	-0.0506	0.0345	0.0033	-0.0082
smoking	-0.0542	0.2870	-0.0456	0.0904	-0.0337	0.0277
finplan	0.0295	0.0454	-0.0397	0.0754	0.1622	-0.0296
phyplan	-0.0344	0.0049	-0.0209	0.0300	0.1295	-0.0241
psyplan	0.0472	-0.0489	0.0202	0.0082	0.0321	-0.0039
soplan	-0.0124	-0.0140	0.0370	0.0144	0.0474	-0.0112
Zphscore	-0.0167	-0.0774	0.1825	-0.0769	-0.0699	-0.0088
Zpsscore	-0.0518	-0.0819	0.0664	-0.1152	-0.1014	0.0138

	inc3	exercise	drinking	smoking	finplan	phyplan
inc3	1.0000					
exercise	0.1295	1.0000				
drinking	0.0158	0.0399	1.0000			
smoking	-0.0173	0.0522	0.2807	1.0000		
finplan	0.1954	0.1165	-0.0183	-0.0467	1.0000	
phyplan	0.1161	0.1730	-0.0305	-0.0808	0.4859	1.0000
psyplan	0.0254	0.0727	-0.0349	-0.0563	0.3600	0.4949
soplan	0.0606	0.0532	-0.0145	-0.0322	0.3217	0.3868
Zphscore	-0.0980	-0.1299	-0.0329	-0.0460	-0.0680	-0.0665
Zpsscore	-0.1422	-0.1280	0.0012	-0.0014	-0.1165	-0.0782



	psyplan	soplan	Zphscore	Zpsscore
psyplan	1.0000			
soplan	0.4562	1.0000		
Zphscore	-0.0409	0.0031	1.0000	
Zpsscore	-0.0389	-0.0416	0.1879	1.0000

ตารางที่ B แสดงผลการทดสอบใน First-stage regression

First-stage test statistics heteroskedasticity-robust

	F (4,35437)	P - val	(Under id)		(Weak id)	
			SW Chi-sq(1)	P - val	SW F (1,35437)	
finplan	78.55	0.0000	12.64	0.0004	12.64	
phyplan	91.64	0.0000	4.56	0.0328	4.56	
psyplan	114.72	0.0000	4.95	0.0262	4.94	
soplan	44.10	0.0000	4.07	0.0438	4.06	
<b>Endogeneity test of endogenous regressors:</b>					5.309	
Chi-sq (4) P=val =					0.257	
Regressors tested: finplan phyplan psyplan soplan						

ที่มา: เรียบเรียงโดยผู้วิจัย

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	ศรารุณี จตุวิวัฒน์วรกุล
วัน เดือน ปี เกิด	17 มิถุนายน 2532
สถานที่เกิด	จังหวัดพิษณุโลก
วุฒิการศึกษา	เศรษฐศาสตรบัณฑิต คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ที่อยู่ปัจจุบัน	389 ม.3 ตำบลดงขุย อำเภอชนแดน จังหวัดเพชรบูรณ์
รางวัลที่ได้รับ	เกียรติคุณอันดับหนึ่ง เหรียญเงิน



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY