

ค้นหาจาก ชื่อบทความ, บทคัดย่อ, คำสำคัญ



Advanced Search

เกี่ยวกับ TCI ▼ ฐานข้อมูล TCI ▼ คำ T-JIF เกณฑ์คุณภาพวารสาร ▼ TH EN (eng/)

ThaiJO ▼ Fast-track Indexing System FAQ Advanced Search

ผลการประเมินคุณภาพวารสารที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI รอบที่ 4 พ.ศ. 2563-2567 และวารสารใหม่ที่ต้องการเข้าสู่ฐานข้อมูล TCI พ.ศ. 2562

ผลการประเมินคุณภาพวารสารที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI รอบที่ 3 (รับรองผลถึง 31 ธันวาคม 2562)
(download/announcement_58.pdf)

Show 10 ▼ entries

Search: 2287-0075

No.	Journal Name English	Journal Name Local	ISSN	E-ISSN	TCI Tier	Date for next submission
* 98	Community Health Development Quarterly Khon Kaen University	วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น	2287-0075	---	2	ไม่ก่อนวันที่ 1 ม.ค. 2565 *

Showing 1 to 1 of 1 entries (filtered from 855 total entries)

Previous 1 Next

0 Share:

Thai-Journal Citation Index Centre (<https://tci-thailand.org/>) ↑

(http://social-plugins.line.me/lineit/share?url=https://tci-thailand.org/)

ISSN 2287-0075



วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 เม.ย. - มิ.ย. 2563 • Vol.8 No.2 April - June 2020

Community Health Development Quarterly
Khon Kaen University

วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ 123 หมู่ 16 ถนนมิตรภาพ
ตำบลโนนเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40002
โทร. 043-363322

CHD@KKU

Community Health Development Academy

"Broad in content, Depth in context"

<http://chd.kku.ac.th/index.php/en/journal.html>

วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Community Health Development Quarterly

Khon Kaen University, Thailand

ปีที่ 8 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2563

ชื่อหนังสือ วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น
เจ้าของ ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ISSN 2287-0075
พิมพ์ที่ บริษัท จรัสสินทวงศ์การพิมพ์ จำกัด (กรุงเทพฯ)
ปีที่พิมพ์ พ.ศ. 2563

กองบรรณาธิการ

ที่ปรึกษา

หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ประธานหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน
ประธานหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน

บรรณาธิการ

รศ.ดร. มานพ คณะโต
ผศ.พญ. วรวิสา ลูวีระ

ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

กองบรรณาธิการฝ่ายวิชาการ

ดร. กาญจนา นิ่มสุนทร
พ.ท.ดร. กฤติณ ศิลาพันธ์
ดร. ชนิษฐา พุมา

วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
คณะทรัพยากรธรรมชาติ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน
วิทยาเขตสกลนคร

ดร. ดวงใจ วิชัย
ดร. เตือนใจ ภูสระแก้ว

คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

ผศ.ว่าที่ ร.ต.หญิง ดร. ธินัฐดา พิมพ์พวง

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

ดร. นฤกร อิตฺตพร

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงใหม่

ดร. นฤมล จันทร์มา

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์

ดร. นันทวรรณ ทิพย์เนตร

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผศ. ณัฏฐ วรโธสง

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

ผศ.ดร. นุชรรัตน์ มังคละศิริ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครพนม

ดร. ประเสริฐ ประสมรักษ์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ

ผศ. พลากร สืบสำราญ

วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ผศ.พ.ต.ต.หญิง ดร. พูนรัตน์ ลียติกุล

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

ดร. ภัสชนก รัตนกรปรีดา

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

นางรชยา ยุกต์สงฆ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

ดร. ราณี วงศ์คงเดช

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พ.ต.ท.หญิง ดร. รังสียา วงศ์อุปปา
 ดร. วรวิมล ชมพูพาน
 ดร. วรณวิมล เมฆวิมล กิ่งแก้ว
 ดร. วรณา ภาจำปา
 ดร. วรพล หนู่นุ่น
 ผศ.ดร. วราวัชร ขจรรัตนวิชัย
 ดร. ศิราณี ศรีหามาศ
 ผศ.ดร. สุณิรัตน์ ยั่งยืน
 ดร. สุทิน ชนะบุญ
 ดร. สุภัทราภรณ์ ทองจิตร์
 ดร. อุมภาพร เคนศิลา

ผู้ทรงคุณวุฒิประจำฉบับ

ดร. กาญจนานันท์ นิมสินทร
 ดร. ธีรชัย พบศิริชัย
 ดร. สุทิน ชนะบุญ
 ดร. นันทวรรณ ทิพย์เนตร
 ดร. เสาวลักษณ์ คัชมาตย์
 ดร. ไพฑูรย์ พรหมเทศ
 ดร. ดวงใจ วิชัย
 ดร. นวลฉวี เพิ่มทองชูชัย
 ดร. วรวิมล ชมพูพาน
 ดร. สราวุธ ราชศรีเมือง
 ดร. ศิริลักษณ์ ใจช่วง
 ดร. สุภัทราภรณ์ กาญจนบัตร
 ดร. ศิราณี ศรีหามาศ
 ดร. บังอรศรี จินดาวงค์
 ดร. วรณวิมล เมฆวิมล กิ่งแก้ว
 ดร. ขนิษฐา ทุมา

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
 วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี
 คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
 คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น
 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
 คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนาภิเษก
 โรงพยาบาลปากช่องนานา นครราชสีมา
 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น
 โรงพยาบาลสิรินธร ขอนแก่น
 คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ
 โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
 มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม
 โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี
 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น
 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
 วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
 คณะทรัพยากรธรรมชาติ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน
 วิทยาเขตสกลนคร

ดร. เตือนใจ ภูสระแก้ว

ดร. กานต์พิชญา เนตรพิสิฐกุล

ดร. สดุดี ภูห้องใส

ดร. วรพล หนูนุ่น

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ กระทรวง
สาธารณสุข

ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

สารบัญ

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร สำเร็จรูปแช่แข็งของนักศึกษาที่อาศัยในหอพักของมหาวิทยาลัยราชภัฏ แห่งหนึ่งในเขตปริมณฑล ธริธา เวียงปฏี, อภิชัย คุณีพงษ์, กาญจนา หนองเอี่ยน, เยาวลักษณ์ คงโนนนอก, สิทธิโรจน์ ตริเพ็ชร	147
ความรู้เท่าทันสารเสพติดกับการดื่มแอลกอฮอล์ของนักศึกษามหาวิทยาลัย สุรนารี ยั่งยืน, สวรรค์ ธิติสุทธิ	163
ผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อระดับการเคลื่อนไหวและภาวะท้องอืด ในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีหลังผ่าตัด สุพัฒตรา ศรีภักดี, บุษบา สมใจวงศ์, จรี ชูติธาดา, รัตดาพร ศิริแสงตระกูล, อมรรัตน์ ทองสวัสดิ์, อรรถพล ติตะปัญ	185
ผลของโปรแกรมให้ความรู้ในการดูแลเท้าและการนวดเท้าด้วยตนเอง ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอาการชาเท้า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านไผ่คำ สุบรร ชินบุตร, ธัญมล ช่างโชติ, เอกชัย อินหงษา, ประเสริฐ ประสมรักษ์	201
* <u>ความอยู่ดีมีสุขของสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์</u>	219 *
<u>นฤมล จันทรรมา</u> อาการผิดปกติในผู้ใช้เมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับการบำบัดแบบค่าย ประเทศไทย นพพล คำภูมิ, ณัฐกฤตา ทุมวงศ์	235
ผลการส่งเสริมพัฒนาพลังต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาตำบลบ้านกู่ อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม กัทธ ดานา, เมตตา คุณวงศ์, ธวัชรัตน์ สอนบุญชู, สิทธิสันต์ พุทธบาล	249

ความอยู่ดีมีสุขของสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์

นฤมล จันทร์มา*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกในโรงเรียนผู้สูงอายุ ประชากรเป็นผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกในโรงเรียนผู้สูงอายุจังหวัดเพชรบูรณ์ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 39 แห่ง ในปี พ.ศ.2562 ทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน จำนวน 1,179 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามชนิดตอบเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Multiple logistic Regression

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหญิงอายุระหว่าง 66-70 ปี มีความอยู่ดีมีสุขร้อยละ 74.64 รู้สึกสงบและผ่อนคลาย ร้อยละ 38.50 และส่วนใหญ่ชีวิตประจำวันเต็มไปด้วย สิ่งที่น่าสนใจ ร้อยละ 43.26 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุต่อการได้รับบริการของโรงเรียนผู้สูงอายุ [AOR]= 5.09 และการปฏิบัติธรรม [AOR]= 5.03

คำสำคัญ: ความอยู่ดีมีสุข, สมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุ, จังหวัดเพชรบูรณ์

*คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์

Corresponding author: Narumon Janma, Email: dominiger2524@hotmail.com

Received 17/04/2020

Revised 15/05/2020

Accepted 16/06/2020

THE WELL-BEING OF THE SENIORS AT THE SENIOR SCHOOLS IN PHETCHABUN PROVINCE

*Narumon Janma**

ABSTRACT

This cross-sectional descriptive research is focused on the well-being of the seniors at the Senior Schools in Phetchabun. The samples of the study were selected randomly from 39 school members of the Senior Schools of the Provincial Administrative Organizations in Phetchabun. Data collected using self-administered Questionnaire Data analysis employed descriptive statistics and multiple logistic regression.

The study revealed that the samples are mostly female aged approximately 66-70 years old. They significantly maintained the well-being 74.64 percent while 38.50 percent were calm and peaceful and 43.26 percent had the most interesting daily activities. The factors of the well-being of the seniors relatively effected to the service and the Dharma practice of the schools at [AOR] = 5.09 and [AOR] = 5.03 respectively.

Keyword: Well-being, Elderly school members, Phetchabun province

* Faculty of Science and Technology, Phetchaboon Rajabhat University

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

องค์การอนามัยโลก (WHO) คาดการณ์ว่าจำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ 3 ต่อปี ซึ่งในปี พ.ศ. 2560 จำนวนผู้สูงอายุทั่วโลกมีจำนวนประมาณ 963 ล้านคน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 13 ของประชากรทั่วโลก โดยในปี พ.ศ. 2573 คาดว่าจะมีจำนวนประชากรสูงอายุมากถึงประมาณ 1.4 พันล้านคน และจะเพิ่มขึ้นถึง 2 พันล้านคน ในปี พ.ศ. 2593 จำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยมีตัวเลขเทียบเท่ากับประเทศที่พัฒนาแล้วหลายประเทศ ซึ่งถือว่ามีอัตราการเติบโตเป็นอันดับสามในทวีปเอเชียรองมาจากประเทศเกาหลีใต้ และประเทศญี่ปุ่น โดยประเทศไทยนั้น ได้เข้าใกล้สังคมสูงวัยมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 สำนักงานสถิติแห่งชาติได้คาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2559 จำนวนผู้สูงอายุในไทยจะมีมากถึง 11.3 ล้านคนจากประชากรทั้งหมด 67.66 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 16.7 ของประชากรทั้งหมด และจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัวในปี พ.ศ. 2565 และในปี พ.ศ. 2573 ประเทศไทยจะมีสัดส่วนประชากรสูงวัยเพิ่มขึ้นอยู่ที่ร้อยละ 26.9 ของประชากรไทย¹ เมื่อผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น และมีอายุยืนยาวขึ้นทำให้กลายเป็นสังคมที่มีภาระโรคมากขึ้นเนื่องจากผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพมากกว่าวัยอื่น โดยมีโรคเรื้อรังร้อยละ 72-80 มีโรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไปร้อยละ 70 ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตร

ด้วยตนเองได้ ร้อยละ 3.8 และต้องพึ่งพิงบริการด้านสุขภาพของภาครัฐมากขึ้น²

โรงเรียนผู้สูงอายุเป็นกระบวนการจัดการศึกษารูปแบบหนึ่งที่ต้องการให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องที่มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตเกิดจากแนวคิดที่ตระหนักถึงความสำคัญของกลุ่มผู้สูงอายุโดยการสร้างพื้นที่ส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุบนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของชุมชนท้องถิ่นและภาคเครือข่ายของโรงเรียนผู้สูงอายุสอดคล้องแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 (พ.ศ. 2552) และพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ขอเสนอเชิงนโยบายในเวทีการประชุมมติผู้สูงอายุระดับชาติปี พ.ศ. 2553 และ 2556 และแผนระดับชาติหลายฉบับที่ให้ความสำคัญกับการศึกษาเรียนรู้ตลอดชีวิต กิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุจะเป็นเรื่องที่สนใจและมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิต เพื่อช่วยเพิ่มพูนความรู้ ทักษะชีวิตที่จำเป็น โดยวิทยากรจิตอาสาหรือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องขณะเดียวกันก็เป็นพื้นที่ที่ผู้สูงอายุจะได้แสดงความสามารถ ศักยภาพโดยการถ่ายทอดภูมิความรู้ ประสบการณ์นี้ เพื่อสืบสานภูมิปัญญาให้คงคุณค่าคู่กับชุมชนโรงเรียนผู้สูงอายุหลายแห่ง ตั้งขึ้นโดยใช้อาคารเรียนเก่าของโรงเรียนที่เลิกกิจการหรือในชมรมผู้สูงอายุภายในวัดบางแห่งใช้บ้านของผู้สูงอายุที่ก่อตั้งมีอุดมการณ์ มีรูปแบบ

ชัดเจนขึ้น มีกิจกรรมที่หลากหลายตามความต้องการของผู้สูงอายุ หรืออาจเป็นการขยายกิจกรรมจากที่มีการดำเนินการอยู่แล้ว เช่น ศูนย์บริการทางสังคม แบบมีส่วนร่วม (ศาลาสร้างสุข) ศูนย์สามวัย ธนาคารความดี โรงเรียนผู้สูงอายุมีรูปแบบและกิจกรรมที่หลากหลาย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบริบทของพื้นที่ ความต้องการของผู้สูงอายุการจัดกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุจะกำหนดตารางกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์ไว้ ชัดเจน มีระยะเวลาเปิด - ปิด การเรียนตลอดทั้งปี มีหลักสูตรจากการกำหนดของกลุ่มผู้สูงอายุเอง³ ทั้งนี้เพื่อบรรลุเป้าหมายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ คือ การได้รับบริการที่ดีขึ้นเท่าเทียมกันและป้องกันความเสี่ยงทางการเงินจากค่ารักษาพยาบาล⁴ การสร้างเสริมสุขภาพต้องเกิดจากการดำเนินการร่วมกันไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ ภาคส่วนที่ดูแลสุขภาพภาคสังคมและเศรษฐกิจ ภาคเอกชน องค์กรอาสาสมัคร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคอุตสาหกรรมและสื่อมวลชน ประชาชนทุกเพศทุกวัยมีบทบาทต่อสุขภาพในฐานะบุคคล สมาชิกครอบครัว และสมาชิกชุมชน กลุ่มวิชาชีพ กลุ่มทางสังคม และบุคลากรทางสุขภาพเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพปรับให้เหมาะสมกับความต้องการของท้องถิ่น และสามารถนำไปปรับใช้ได้ยาวนานประเทศและทุกภูมิภาคทั่วโลกที่มีระบบทางสังคมวัฒนธรรมและเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน⁵ ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ได้ดีถึง 98.5% ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากที่สุด มีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี 58.2% มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับไม่ดี 71.9 % และมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (AOR 5.35) และการออกกำลังกาย (AOR 5.64) มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁶ หากผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอจะทำให้มีภาวะสุขภาพที่ดีลดอัตราป่วย ลดอัตราการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลและลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ⁷

ประเทศไทยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุเข้ามาทำกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่องยั่งยืน เพื่อการดำเนินงานอย่างมีความสุข ซึ่งในประเทศไทย การศึกษารูปแบบโครงการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ ผู้สูงอายุพบจำนวนไม่มากนัก โดยเฉพาะการศึกษาโครงการตามชุดสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุต่อสุขภาพผู้สูงอายุโดยกระบวนการรับรู้และการมีส่วนร่วมในชุมชนเอง การศึกษาภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์ 2562 ผลของการดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนจากท้องถิ่นต่อสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดเพชรบูรณ์ โดยมีเป้าหมายเพื่อได้รูปแบบการบริหารจัดการโรงเรียนผู้สูงอายุ และรูปแบบของโครงการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้งนี้ต้องศึกษาแนวโน้มกลุ่มผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นในอนาคต ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อ

สุขภาพผู้สูงอายุ อัตราการเจ็บป่วยและพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ความอยู่ดีมีสุขทั้งด้านบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม การศึกษา เศรษฐกิจ รวมทั้งปัจจัยพื้นฐานที่ทำให้ตัวบุคคลพัฒนาศักยภาพตนเองให้สามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข⁸

ความอยู่ดีมีสุขเป็นแนวคิดที่เกิดจากความพึงพอใจต่อการดำรงชีวิตรวมทั้งด้านบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ และการเมือง รวมทั้งปัจจัยพื้นฐานของบุคคลที่สามารถพัฒนาศักยภาพของตนเองใช้ชีวิตแบบพอเพียง⁹ WHO กล่าวว่า ความอยู่ดีมีสุข (Well-being) หมายถึง การมีสุขภาพอนามัยที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ มีความรู้ มีงานทำอย่างทั่วถึงมีรายได้พอเพียงต่อการดำรงชีวิต มีครอบครัวที่อบอุ่นมั่นคง อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีและอยู่ภายใต้ระบบบริหารจัดการที่ดีของภาครัฐ เช่นเดียวกับการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจากการส่งเสริมบทบาทของงานป้องกัน ดำเนินการระดมเพื่อการมีส่วนร่วมของหน่วยงานท้องถิ่น ปรับปรุงการส่งมอบการดูแลผู้สูงอายุหรือในสถานที่ดูแลเพื่อมีสุขภาพที่ดีในปีต่อ ๆ ไป^{10,11} จึงกล่าวโดยสรุปว่า ความอยู่ดีมีสุข คือ การพิจารณาถึงคุณภาพในการดำรงชีวิต ความอยู่ดีมีสุขเป็นประเด็นในการทำให้บุคคลเกิดมุมมองของความคิดในเชิงบวก สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อมิติด้านสุขภาพ มิติด้านสังคม

มิติด้านเศรษฐกิจและมิติด้านสิ่งแวดล้อมให้เกิดความสมดุล จากข้อมูลเบื้องต้นมีผลต่อการจัดสรรงบประมาณเพื่อส่งเสริมการจัดกิจกรรมสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุทั้งในภาครัฐและภาคเอกชนอย่างต่อเนื่องในรูปแบบต่าง ๆ ของการดำเนินงานของแต่ละท้องถิ่นคิดเป็นร้อยละ 78.4 โดยส่วนใหญ่จะมี รพ.สต. และกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เป็นพี่เลี้ยงและเป็นกิจกรรมที่ต่อเนื่อง สอดคล้องกับงานประจำของ รพ.สต. และการดำเนินการส่วนใหญ่อยู่ภายในกรอบนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข¹²

จากการทบทวนวรรณกรรมพบความสำคัญของปัญหา ชุมชนสร้างโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 ถึงปัจจุบัน ปี พ.ศ. 2061 จากความต่อเนื่องของโครงการกิจกรรมที่มีตั้งแต่เริ่มก่อตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุถึงปัจจุบัน เมื่อสิ้นสุดทุกโครงการกิจกรรมจะมีเพียงรายงานผลการดำเนินโครงการนั้น ๆ เป็นรูปเล่มพร้อมภาพถ่ายหลักฐานจากการรายงานท้องถิ่นที่ดำเนินแล้วเสร็จและหลักฐานจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเองก็ยังไม่พบข้อมูลเชิงสถิติว่าด้วยการประเมินผลการดำเนินโครงการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้โรงเรียนผู้สูงอายุที่ผ่านมา นั้นมีผลต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุเกิดผลอย่างไรในด้านร่างกาย จิตใจและการมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพมีการ

ปรับเปลี่ยนอย่างต่อเนื่องหรือไม่อย่างไร
มีความอยู่ดีมีสุขอย่างไร

ดังนั้นการศึกษาประสิทธิภาพของผล
การดำเนินกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุครั้งนี้
เพื่อมีข้อมูลที่ใช้ในการปรับปรุงหลักสูตรการ
ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุต่อความต้องการของ
ชุมชนท้องถิ่นและเกิดความยั่งยืนเพิ่มสมาชิก
ในโรงเรียนส่งเสริมศักยภาพเพื่อสุขภาพระดับ
ร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และระดับความ
อยู่ดีมีสุข ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

1. เพื่อศึกษาความอยู่ดีมีสุขผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกในโรงเรียนผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความอยู่ดีมีสุข

วิธีการศึกษา (Method)

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิง
พรรณนาแบบภาคตัดขวาง (a cross-
sectional descriptive study) ในจังหวัด
เพชรบูรณ์ ประกอบด้วย 11 อำเภอ ซึ่ง
ประกอบไปด้วย 117 ตำบล โดยมีเกณฑ์การ
คัดเลือกตำบลเข้า ดังต่อไปนี้

1. เป็นตำบลที่อยู่ในพื้นที่จังหวัด
เพชรบูรณ์
2. เป็นตำบลที่มีโรงเรียนผู้สูงอายุ ที่ม
การดำเนินโครงการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ผู้สูงอายุ ในช่วงปี พ.ศ. 2558-2562 เกณฑ์
การคัดเลือกตำบลออก ดังต่อไปนี้

1) ตำบลที่ไม่เข้าร่วมการก่อตั้ง
โรงเรียนผู้สูงอายุ

2) มีการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพ
ผู้สูงอายุในชุมชนมาก่อน

ดังนั้นมีตำบลที่ผ่านเกณฑ์ในการ
คัดเลือกซึ่งประกอบไปด้วย 39 ตำบล เท่ากับ มี
โรงเรียนผู้สูงอายุ 39 แห่ง มีจำนวนผู้สูงอายุที่
เป็นสมาชิกในโรงเรียนผู้สูงอายุทั้งสิ้น 6,719
คน

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60
ปีบริบูรณ์ ที่เป็นสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุ
จังหวัดเพชรบูรณ์ มีโรงเรียนผู้สูงอายุ 39 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่เป็น
สมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุ จังหวัดเพชรบูรณ์ ที่
ยินดีเข้าร่วมในการศึกษานี้ สุ่มตัวอย่างแบบ
Multi-stage random sampling

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

การวิจัยนี้ คำนวณขนาดตัวอย่าง
(Sample size) โดยใช้สูตรประมาณค่า
สัดส่วน กรณีทราบประชากร มีสูตรดังนี้

$$n = \left(\frac{NZ^2_{\alpha/2} p^{(1-p)}}{(N-1)e^2 + Z^2_{\alpha/2} p^{(1-p)}} \right) \times \text{design effect}$$

เมื่อ n = ขนาดตัวอย่าง

N = จำนวนผู้สูงอายุในโรงเรียน
ผู้สูงอายุ 6,719 คน

$Z\alpha_{/2}$ = ค่าคะแนนปกติมาตรฐานที่

ระดับ $\alpha = 0.05 \approx 1.96$

p = ความอยู่ดีมีสุขระดับมาก
เท่ากับ 0.79 (ความอยู่ดีมีสุขและปัจจัยที่
เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกสมาคม

ข้าราชการบำเหน็จบำนาญและผู้สูงอายุ
จังหวัดขอนแก่น ร้อยละ 79.80^(x))

e = ค่าความแม่นยำของการ
ประมาณค่า = 0.05

ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 491.29 คน
แต่เนื่องจากงานวิจัยนี้ มีการสุ่มตัวอย่างแบบ
Multi-stage random sampling เพื่อปรับ
อิทธิพลของความคลาดเคลื่อนจากการสุ่ม
จึงพิจารณาคุณค่าด้วย design effect มากกว่า 1¹³
งานวิจัยนี้คูณด้วย 2.4 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่าง
จึงเท่ากับ $491.29 \times 2.4 = 1,179$ คน งานวิจัยนี้
เก็บตัวอย่างมาวิเคราะห์ได้ทั้งสิ้น 1,179 คน

เครื่องมือวิจัย

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง
และขออนุญาตให้เครื่องมือจากงานวิจัย
ความอยู่ดีมีสุขและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของ
ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกสมาคมข้าราชการ
บำเหน็จบำนาญและผู้สูงอายุจังหวัด
ขอนแก่นเป็นแบบวัดความอยู่ดีมีสุข
(Subjective Wellbeing)¹⁴ ดัชนีชี้วัดความ
อยู่ดีมีสุขขององค์การอนามัยโลก [WHO
(Five) Well-Being Index, 1998 version]¹⁵

ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative data)
โดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูล
สุขภาพ ได้แก่ เพศ สถานะในครอบครัว การ
อยู่อาศัย ศาสนา การศึกษา ลักษณะการ
ทำงาน อาการโรคเจ็บป่วยใน 3 เดือนที่ผ่าน
มา การรักษาโรคประจำตัว และข้อมูลสุขภาพ
จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 2 จำนวน 5 ข้อ เครื่องมือที่ใช้ใน
การวิจัย คือ แบบสอบถามวัดความอยู่ดีมีสุข
(Subjective Wellbeing) คือ ดัชนีชี้วัดความ
อยู่ดีมีสุขขององค์การอนามัยโลก [WHO
(Five) Well-Being Index, 1998 version] ซึ่ง
ถูกนำมาแปลเป็นภาษาไทยครั้งแรกด้วย
เทคนิควิธีการแปลย้อนกลับ (Back
Translation Technique) นำไปทดสอบหา
ความเที่ยงตรงโดยปรึกษาความเที่ยงตรง
ด้านเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ และหาความ
เชื่อมั่น (Reliability) และนำแบบสอบถามไป
หาค่าความเชื่อมั่นกับสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ
จังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 ราย พบว่า มีค่า
Cronbach's alpha Coefficient ของ ทุก
ตัวแปรมีค่ามากกว่า 0.88 ลักษณะคำถาม
เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating
Scale) มีคำตอบ 6 ระดับ (5, 4, 3, 2, 1, 0)
มีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้

ตลอดเวลา (All of the time) เท่ากับ 5
ส่วนใหญ่ (Most of the time) เท่ากับ 4
บ่อย ๆ (More than half of the time)
เท่ากับ 3
บางครั้ง (Less than half of the time)
เท่ากับ 2
นาน ๆ ครั้ง (Some of the time)
เท่ากับ 1 ไม่เคย (At no time) เท่ากับ 0
การแปลผล คะแนนรวมทั้งหมดเท่ากับ
25 คะแนน ถ้ารวมคะแนนที่ได้ทั้งหมดเป็น 0
คะแนน หมายถึง บุคคลมีระดับความอยู่ดีมี
สุขน้อยที่สุด และถ้าคะแนนรวมทั้งหมด

เท่ากับ 25 คะแนน หมายถึงบุคคลมีระดับความอยู่ดีมีสุขมากที่สุด ในการศึกษาค้างนี้ ได้กำหนดเกณฑ์การแบ่งระดับความอยู่ดีมีสุขเป็น 2 ระดับ คือ บุคคลที่มีคะแนนรวมมากกว่า 12 คะแนน หมายถึง "มีระดับความอยู่ดีมีสุขมาก" และบุคคลที่มีคะแนนรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน หมายถึง "มีระดับความอยู่ดีมีสุขน้อย" ¹⁶

การรวบรวมข้อมูล

1) เข้าศึกษา และเก็บข้อมูลไปยังโรงเรียนผู้สูงอายุตามกลุ่มเป้าหมายตัวแทนทุกแห่งทั้ง 39 แห่ง

2) ขอเชิญประชุมกรรมการโรงเรียนผู้สูงอายุ/ผู้ประสานงานโรงเรียน/ผู้เขียนโครงการกิจกรรมผู้สูงอายุ เข้าร่วมรับการชี้แจงโครงการ เพื่อได้เก็บข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือตอบแบบสอบถาม สำหรับกรรมการโรงเรียนฯ และนำแบบสอบถามส่งมอบแก่กรรมการโรงเรียนฯ เพื่อให้กรรมการแจกแบบสอบถามต่อสมาชิก ภายในระยะเวลา 3 วัน

3) ติดตามการเก็บแบบสอบถามด้วยตนเองภายหลังส่งมอบเครื่องมือวิจัย 30 วัน ได้แบบสอบถามเก็บรวบรวมข้อมูล ตามแบบสอบถาม บันทึกข้อมูลระดับความอยู่ดีมีสุข คำนวณ 1,179 ชุด สมบูรณ์ทุกประการ คิดเป็นร้อยละ 100 ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่เก็บรวบรวมแต่ละชุดจะถูกตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วน

สมบูรณ์นำเข้าในคอมพิวเตอร์ 2 ครั้งที่เป็นอิสระต่อกันแบบ (data double entry) สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และช่วงความเชื่อมั่น 95 % และ Multiple logistic regression

จริยธรรม

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ในเครือข่ายภูมิภาคมหาวิทยาลัยนครสวรรค์ โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) รหัสโครงการ COA No.003/2019 ลงวันที่ 13 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562

ผลการศึกษา (Results)

ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวน 1,179 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 68.89 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 71.92 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 70.14 มีรายได้ต่อเดือน 1,000 - 5,000 บาท ร้อยละ 78.20 ข้อมูลด้านครอบครัว พบว่า ส่วนใหญ่บุคคลผู้ดูแลด้านการใช้ชีวิตประจำวันและดูแลค่ารักษาพยาบาล คือ คู่สมรส ร้อยละ 49.48 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ (N= 1,179 คน)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	359	30.45
หญิง	820	69.56
อายุ		
60-65	348	29.52
66-70	722	61.23
≥70	109	9.25
เฉลี่ย = 68.89 ปี , ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 8.13 ปี, ต่ำสุด = 60 ปี และสูงสุด = 87 ปี		
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	139	11.79
ประถมศึกษา	848	71.92
มัธยมศึกษาตอนต้น	38	3.23
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	154	13.06
มีรายได้ต่อเดือน		
1,000 - 5,000 บาท	922	78.20
5,001 - 10,000 บาท	200	16.96
100,001 - 20,000 บาท	57	4.84
ผู้ดูแลด้านการใช้ชีวิตประจำ/คำรักษาพยาบาล		
ไม่มี	118	10.00
คู่สมรส	525	49.48
บุตร	411	38.74
หลาน	50	4.71
อื่นๆ เช่น ญาติ,เพื่อนบ้าน	75	7.07

‘ความอยู่ดีมีสุขกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับความอยู่ดีมีสุขระดับมาก (บุคคลที่มี คะแนนรวมมากกว่า 12 คะแนนขึ้นไป) คิดเป็นร้อยละ 74.64 [95%CI: 73.55 - 82.20] เมื่อแยกพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุมีระดับความ

อยู่ดีมีสุขตลอดเวลาและส่วนใหญ่มีความรู้สึกสดชื่น แจ่มใส อารมณ์ดี และผ่อนคลาย มีความรู้สึกดีอีก และมีความสุข และพบว่า มีผู้สูงอายุร้อยละ 43.26 มีชีวิตประจำวันเต็มไปด้วย สิ่งที่น่าสนใจ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนร้อยละระดับความอยู่ดีมีสุขต่อภาวะสุขภาพ จำแนกรายข้อ (N= 1,179)

มิติของความอยู่ดีมีสุข	ระดับความอยู่ดีมีสุข					
	ตลอดเวลา ร้อยละ	ส่วนใหญ่ ร้อยละ	บ่อย ๆ ร้อยละ	บางครั้ง ร้อยละ	นาน ๆ ครั้ง ร้อยละ	ไม่เคย ร้อยละ
1) รู้สึกสดชื่น แจ่มใส และอารมณ์ดี	280 (23.75)	437 (37.07)	172 (14.59)	240 (20.35)	50 (4.24)	-
2) รู้สึกสงบและผ่อนคลาย	245 (20.78)	454 (38.50)	245 (20.78)	175 (14.86)	60 (5.08)	-
3) รู้สึกดีอีกและมีพลัง วังชา	147 (12.47)	381 (32.31)	159 (13.49)	369 (31.30)	108 (9.16)	15 (1.27)
4) ตื่นขึ้นมาพร้อม ความรู้สึกสดชื่นและสงบ	197 (16.71)	472 (40.04)	247 (20.95)	216 (18.32)	47 (3.98)	-
5) ชีวิตประจำวันเต็มไปด้วยสิ่งที่น่าสนใจ	190 (16.12)	510 (43.26)	205 (17.39)	160 (13.57)	80 (6.78)	34 (2.88)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความอยู่ดีมีสุข

ความสัมพันธ์ระหว่างความอยู่ดีมีสุขของสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับจากการคัดเลือกตัวแปรที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับความอยู่ดีมีสุข โดยวิเคราะห์แบบตัวแปรเชิงซ้อน ปัจจัยที่

เกี่ยวข้องกับความอยู่ดีมีสุขและมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ตัวแปรด้านคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ ระดับการศึกษา ความพอเพียงรายได้ สถานภาพสมรส บุคคลผู้ดูแล การใช้ชีวิตประจำวันและการรักษาพยาบาล ได้รับการบริการจากกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ

ส่วนปัจจัยภายนอก ได้แก่ ความรู้สึกมั่นคง
ในทรัพย์สิน การเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียน
ผู้สูงอายุ การปฏิบัติกรรมทางศาสนา สิทธิ
การรักษา การได้รับความช่วยเหลือของเพื่อน
บ้านและด้านปัจจัยภายใน ได้แก่ ความรู้สึกมี
คุณค่าในตนเอง และยอมรับการเปลี่ยนแปลง
ความสามารถของร่างกาย

เมื่อนำมาศึกษาโดยวิเคราะห์แบบตัว
แปรเชิงซ้อน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความอยู่ดีมี
สุขและมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่า ผู้สูงอายุที่
ได้รับบริการจากกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุมี
ระดับความอยู่ดีมีสุขมาก 89.70% [AOR=

5.09, (95%CI: 1.82, 14.32)] มีความสัมพันธ์
กับความอยู่ดีมีสุขระดับมากอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ นอกจากนั้นยังพบว่า การได้เข้าร่วม
การปฏิบัติกรรมทางศาสนามีระดับความอยู่ดี
มีสุขมาก 86.2% [AOR= 5.03, (95%CI:
1.50, 17.15)] และมีการใช้การรักษาแบบ
แพทย์ทางเลือก เช่น สมุนไพร การนวด กับ
ผู้สูงอายุที่โรงเรียน 80.1% [AOR= 3.67,
(95%CI: 0.69, 19.41)] มีความสัมพันธ์กับ
ความอยู่ดีมีสุขระดับมากอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความอยู่ดีมีสุข (มาก/น้อย)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับ ความอยู่ดีมีสุข	ความอยู่ดี มีสุข N	(%)	COR	95% CI	AOR	95% CI	P-value
ระดับการศึกษา	848	71.93	0.76	1.22-3.79	0.63	0.10-3.64	0.606
ความพอเพียงของรายได้ ต่อรายจ่าย	525	44.53	1.00	0.38-2.85	0.87	0.26-2.70	0.786
บุคคลผู้ดูแลการใช้ ชีวิตประจำวันและการ รักษาพยาบาล	525	44.53	2.80	0.76-11.24	2.67	0.64-11.09	0.175
ได้รับบริการจากกิจกรรม โรงเรียนผู้สูงอายุ	1,003	85.07	5.80	1.94-14.47	5.09	1.82-14.32	0.001*
มีรถไปรับผู้สูงอายุไปตรวจ สุขภาพประจำปีที่หน่วย บริการสุขภาพ	826	70.06	2.85	1.09-7.71	2.72	0.97-7.56	0.054
เข้าร่วมอบรมเรื่องอาหาร/ การออกกำลังกายที่ เหมาะสมในผู้สูงอายุ	730	61.91	1.22	0.21-12.39	1.09	0.09-12.24	0.940

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความอยู่ดีมีสุข (มาก/น้อย) (ต่อ)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับ ความอยู่ดีมีสุข	ความอยู่ดี มีสุข N	(%)	COR	95% CI	AOR	95% CI	P-value
การเข้าร่วมกิจกรรมของทาง โรงเรียนผู้สูงอายุ	800	67.85	2.38	0.74-8.21	2.25	0.62-8.06	0.211
ร่วมกิจกรรมจิตอาสาใน ชุมชน	707	59.97	1.49	0.48-5.31	1.36	0.36-5.16	0.643
เข้าร่วมการปฏิบัติธรรม ทางศาสนา	944	80.07	5.16	1.62-17.30	5.03	1.50-17.15	0.008*
มีการใช้การรักษาแบบแพทย์ ทางเลือก เช่น สมุนไพร การนวด กับผู้สูงอายุที่ โรงเรียน	885	75.06	3.80	0.81-19.56	3.67	0.69-19.41	0.126
สิทธิในการรักษาพยาบาล	925	78.46	1.01	0.23-7.63	0.88	0.10-7.48	0.910
มีการจัดกิจกรรมเวที แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ตามกลุ่ม โรคต่าง ๆ	531	45.04	1.57	0.43-6.76	1.44	0.31-6.61	0.637
สถานะสุขภาพ (ดี/ควรได้รับการดูแล)	795	67.43	2.01	0.54-8.55	1.88	0.42-8.40	0.403
การช่วยเหลือของเพื่อนบ้าน	378	32.06	0.94	0.35-2.95	0.81	0.23-2.80	0.751
ความรู้สึกรังเกียจของทรัพย์สิน	531	45.04	1.53	0.55-4.72	1.40	0.43-4.57	0.574
ความรู้สึกรังเกียจคุณค่าในตนเอง	700	59.37	2.78	1.08-7.40	2.65	0.96-7.25	0.057
ยอมรับการเปลี่ยนแปลง ความสามารถร่างกาย	649	55.05	2.16	0.66-7.80	2.03	0.54-7.65	0.291

* Significant at p-value < 0.05

วิจารณ์ (Discussions)

ความอยู่ดีมีสุขมีความสัมพันธ์กับการเป็นสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุระดับมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อมีการควบคุมตัวแปรการได้รับบริการจากกิจกรรมโรงเรียน

ผู้สูงอายุ และเข้าร่วมการปฏิบัติธรรมทางศาสนา มีความสัมพันธ์กับความอยู่ดีมีสุขระดับมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ วิจารณ์ผลดังนี้

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความอยู่ดีมีสุขและมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับบริการจากกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุมีระดับความอยู่ดีมีสุขมาก 89.70% [AOR= 5.09, (95%CI: 1.82, 14.32)] (P-value = 0.001) มีความสัมพันธ์กับความอยู่ดีมีสุขระดับมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่า การได้เข้าร่วมการปฏิบัติธรรมทางศาสนา มีระดับความอยู่ดีมีสุขมาก 86.2% [AOR= 5.03, (95%CI: 1.50, 17.15)] (P-value = 0.008) อภิปรายได้ว่าผู้สูงอายุต้องทำกิจกรรมเชิงบวกสามารถปรับอารมณ์มีผลต่อความรู้สึก พัฒนาความสัมพันธ์กับผู้อื่น ทำให้มีจุดมุ่งหมายในชีวิตมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น มีความพึงพอใจในชีวิต โดยเฉพาะกิจกรรมวาดภาพและกิจกรรมทางศาสนา¹⁷

นอกจากนั้นผู้สูงอายุต้องการได้รับการบริการทางการแพทย์ตรวจสุขภาพฟรี การได้รับความช่วยเหลือทางการเงินและการจัดกิจกรรมสันทนาการ มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตและฐานะทางเศรษฐกิจเพียงพอต่อการดูแลตนเอง¹⁸ สอดคล้องกับการศึกษาของ Merriam, Kee (2014) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนสำหรับสมาชิกพบว่า ผู้สูงอายุที่มีความกระตือรือร้นเข้าร่วมกิจกรรม จากวิทยากรผู้สูงอายุเดียวกันที่มีสุขภาพดีและผ่านประสบการณ์ชีวิตมีความเชี่ยวชาญ สามารถส่งเสริมการใช้ชีวิตมีความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการบริการที่เหมาะสม และความเป็นอยู่ที่ดีของสมาชิก

ชุมชนงานวิจัยนี้เชื่อว่ากิจกรรมการเรียนรู้อย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการของผู้สูงอายุสามารถส่งเสริมการใช้ชีวิตและการมีส่วนร่วมให้เข้าถึงโอกาสได้รับการแก้ไข ปัญหา¹⁹ และการศึกษา Anaby, et al. (2011) ทำการศึกษาการมีส่วนร่วมและความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรัง พบว่าการมีส่วนร่วมที่เป็นเอกลักษณ์ เช่น ระดับกิจกรรมประจำ ความคล่องตัวและบทบาททางสังคม ได้รับการตรวจสอบว่ามีส่วนเกี่ยวข้องที่สำคัญต่อความสำเร็จของการมีส่วนร่วม ความเป็นอยู่ที่ดี ความพึงพอใจของชีวิตจากการวัดระดับความเป็นอยู่ที่ดี ประเมินจาก 1) ความสำเร็จของกิจกรรมประจำวันและบทบาททางสังคม 2) ระดับความพึงพอใจกับการมีส่วนร่วม เพื่อประเมินระดับการสนับสนุนทางสังคมและระดับผลกระทบเงื่อนไขภาวะสุขภาพที่สมดุลของผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรัง และพบว่า 31% ความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุจากความพึงพอใจกับการมีส่วนร่วมมากกว่าความสำเร็จของกิจกรรม²⁰

สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทย Petchprapa (2019) ศึกษาภาวะสุขภาพและรูปแบบสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเมืองและชนบทในจังหวัดนครราชสีมา ประเทศไทย ใช้แบบการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุจำนวน 350 คน จากการสุ่มเลือกเขตเทศบาล 14 แห่ง ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดนครราชสีมา การรับรู้สถานะสุขภาพ รูปแบบสุขภาพ กิจกรรมทางจิตสังคมและปัญหาสิ่งแวดล้อม พบว่า

ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอายุเฉลี่ย 70.86 ปี อาศัยอยู่ในบ้านของตนเอง หนึ่งในสามของผู้สูงอายุยังมีรายได้ 3,030 บาท (95 USD) ต่อเดือน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรังอย่างน้อยหนึ่งโรคและหรือปัญหาความเสื่อมของร่างกายที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของพวกเขา 46% เช่น ความดันโลหิตสูง ปวดข้อและปวดศีรษะ จัดอันดับสถานะสุขภาพในระดับปานกลาง ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการด้านสุขภาพกับแพทย์เมื่อจำเป็น 90.4% เพียง 35.6% ไปตรวจสุขภาพประจำปี ทางด้านกิจกรรมพบว่า ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่ 83.4% มีการออกกำลังกายเป็นประจำ เช่น การเดิน การวิ่งหรือการออกกำลังกายอื่น ๆ ผลการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับความอยู่ดีมีสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²¹

ข้อยุติ (Conclusions)

ความอยู่ดีมีสุขมีความสัมพันธ์กับการเป็นสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุระดับมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังจากควบคุมตัวแปรอื่น การได้รับบริการจากกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ และเข้าร่วมการปฏิบัติธรรมทางศาสนาโดยการพูดคุยแบบตัวต่อตัวในชุมชน

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

วิทยาการโรงเรียนผู้สูงอายุและบุคลากร

สาธารณสุขควรจัดกิจกรรมหรือช่องทางการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาความอยู่ดีมีสุขในระดับมาก

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษา intervention เพื่อทดสอบรูปแบบที่มีผลต่อการส่งเสริมระดับความอยู่ดีมีสุขผู้สูงอายุต่อไป

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

การส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเป็นการส่งเสริมสุขภาพตามบริบทของนโยบายสุขภาพท้องถิ่นอย่างเฉพาะเจาะจงของผู้สูงอายุ มีความสำคัญ มีเป้าหมายเพื่อสร้างความเข้มแข็งของสุขภาพโดยการปรับปรุงความเป็นอยู่ของชีวิต ขึ้นอยู่กับความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาและการดูแลสุขภาพที่ดี ลดผลกระทบต่อสภาพความเป็นอยู่ด้านสุขภาพ เน้นหลักในการปรับปรุงส่วนบุคคลและความสามารถด้านสุขภาพทางสังคม ด้วยความยั่งยืนของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อผู้สูงอายุต้องได้รับความร่วมมืออย่างต่อเนื่อง จริงจังจากทุกภาคส่วนในชุมชนเน้นการทำงานแบบมีส่วนร่วม มีระบบประเมินผลกระทบสุขภาพ ประเมินความอยู่ดีมีสุขและภาวะสุขภาพทุกด้านทั้งกายจิตสังคมและสิ่งแวดล้อมพร้อมให้คำปรึกษาช่วยเหลืออย่างทันทั่วทั้งที่

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ขอขอบคุณ ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมงานวิจัย

และมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์ ใน
การสนับสนุนทุนวิจัย

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Promphak C. Aging society in Thailand [online] 2013 [cited 2020 Feb 18]. Available from: http://library.senate.go.th/document/Ext6078/6078440_0002.PDF [in Thai].
2. Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute (TGRI). **Situation of the Thai elderly 2016**. Bangkok: TQP; 2016.
3. Ministry of Social Development and Human Security. **Situation of the Thai Elderly 2009**. Bangkok: Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute; 2009. [in Thai].
4. Tangcharoensathien V, Limwattananon S, Patcharanarumol W, Thammatacharee J, Jongudomsuk P, Sirilak S. Achieving universal health coverage goals in Thailand: the vital role of strategic purchasing. **Health Policy and Planning** 2015; 30: 1152-1161.
5. World Health Organization. **Milestones in Health Promotion: Statements from Global Conferences**. Translated by Sinsakchon Aunprom-me. Nonthaburi: Tanapress; 2013.
6. Wongchareon R, Prasomruk P. Health literacy, health promotion behaviours, health outcomes among older adults in amnatcharoen province. **Community Health Development Quarterly Khon Kaen University** 2019; 7(2): 181-196. [in Thai].
7. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. **Health promotion international** 2000; 15: 259-67.
8. Sirikul D. **Thai Elderly Health Survey 2013**. Bangkok: Bureau of Health Promotion, Department of Health; 2013. [in Thai].
9. Anaby D, Miller WC, Jarus T, Eng JJ, Noreau L. Participation and Well-Being Among Older Adults Living with Chronic Conditions. **Soc Indic Res** 2011; 100(1): 171-83.
10. WHO. **World health statistics 2015**. Luxembourg: Printed in Luxembourg Original cover by WHO Graphics; 2015.

11. Merriam S, Kee Y. Promoting Community Wellbeing: The Case for Lifelong Learning for Older Adults. **Adult Educ Q** 2014; 64:128-44.
12. Janma N. Management of Local Health Assurance Fund in 2th, 2017. **Community Health Development Quarterly Khon Kaen University** 2018; 6(4): 518-524. [in Thai].
13. Salganik MJ. Variance estimation, design effects, and sample size calculations for respondent- driven sampling. **J Urban Health Bull NY Acad Med** 2006; 83(Suppl 1): 98-112.
14. Chasoongnoen T. Well- being and related factors among Khon Kaen Pensioners and Elderly Association members. Khon Kaen Province: Department of Community Medicine Faculty of Medicine Khon Kaen University; 2011.
15. Ware J. WHO (Five) Well-Being Index (1998 version). Copenhagen: Psychiatric Research Unit WHO Collaborating in Mental Health; 1995.
16. Liwowsky I, Kramer D, Mergl R, Bramesfeld A, Allgaier AK, Poppel E, et al. Screening for depression in the older long- term unemployed. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol** 2009; 44: 622-7.
17. Lindert J, Bain PA, Kubzansky LD, Stein C. Well-being measurement and the WHO health policy Health 2010: systematic review of measurement scales. **Eur J Public Health** 2015; 25(4): 731-40.
18. Huang L-H, Lin Y-C. The Health Status and Needs of Community Elderly Living Alone. **J Nurs Res** 2002; 10(3): 227-236.
19. Merriam S, Kee Y. Promoting Community Wellbeing: The Case for Lifelong Learning for Older Adults. **Adult Educ Q** 2014; 64: 128-44.
20. Anaby D, Miller WC, Jarus T, Eng JJ, Noreau L. Participation and Well-Being Among Older Adults Living with Chronic Conditions. **Soc Indic Res** 2011; 100(1): 171-83.
21. Petchprapai N. Health Status and Health Patterns in Urban - rural Dwelling Elderly in Nakhon Ratchasima Province, Thailand. **Elder Health J** 2019; 5(2): 108-16.