

ผลของแนวทางการชะลอชราชีวียืนยาวในชมรมผู้สูงอายุตำบลในเมือง อำเภอสุวรรณคโลก จังหวัดสุโขทัย

The Effects of the Health Promotion Individual Wellness Plan Guideline Among
Thamboon Naimueg Elderly Club, Sawankhalok District, Sukhothai Province.

(Received: September 13, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

บัวพลอย พรหมแจ้ง¹ เจียรนันต์ จันทรแก้ว¹

Buaploy Phromchaeng¹ Jiernan Chankaew¹

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของของแนวทางการชะลอชราชีวียืนยาวในชมรมผู้สูงอายุตำบลในเมือง อำเภอสุวรรณคโลก จังหวัดสุโขทัย เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แผนสุขภาพดี และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุติดสังคม จำนวน 40 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากค่า G-Power ที่ ขนาดอิทธิพล เท่ากับ .70 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 อำนาจการทดสอบที่ .80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 40 ราย เครื่องมือ คือแนวทางการชะลอชราชีวียืนยาว จำนวน 8 ครั้ง เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์

กระบวนการดูแลประกอบด้วย 1)การสร้างสัมพันธ์ภาพ 2) การประเมิน ADL 3) การให้ความรู้Wellness Plan 4) การให้ความรู้ส่งเสริมสุขภาพ 5) ทักษะการประเมินตัวเอง 6) เสริมสร้างความรอบรู้ด้าน7) การปฏิบัติตาม Wellness Plan และ 8) การใช้แอปพลิเคชัน LINE ประเมินผลโดย แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประเมินแผนสุขภาพดี ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราก ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.85 วิเคราะห์ข้อมูล โดยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$ ผลการศึกษาพบว่าคะแนนคะแนน Wellness Planและคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม แนวทางการชะลอชราชีวียืนยาว, ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน, คุณภาพชีวิต

Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effects of a Healthy Aging and Longevity Promotion Program among members of an elderly club in Mueang Subdistrict, Sawankhalok District, Sukhothai Province, Thailand. The study compared the mean scores of activities of daily living (ADL), Wellness Plan, and quality of life (QOL) among older adults before and after participating in the program. The sample consisted of 40 socially active older adults. The sample size was determined using G Power with an effect size of 0.70, a significance level of .05, and a statistical power of .80, resulting in a required sample size of 40 participants. The intervention consisted of eight sessions conducted over a period of six weeks.

The care process comprised: (1) establishing rapport; (2) assessing activities of daily living (ADL); (3) providing knowledge on the Wellness Plan; (4) providing health promotion education; (5) developing self-assessment skills; (6) enhancing health literacy; (7) promoting adherence to the Wellness Plan; and (8) using the LINE application for communication and follow-up. The evaluation instruments included an ADL assessment, a Wellness Plan assessment, and an older adults' quality of life assessment. The reliability of the instruments was assessed using Cronbach's alpha coefficient, yielding a reliability coefficient of 0.85. Data were analyzed using descriptive statistics and the paired t -test, with statistical significance set at $p <$

¹ ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลสุวรรณคโลก โรงพยาบาลสุวรรณคโลก จังหวัดสุโขทัย

.05. The results showed that the mean scores for the Wellness Plan and quality of life significantly increased after participation in the program ($p < .001$).

Keywords: socially active older adults, healthy aging and longevity promotion program, activities of daily living, Wellness Plan, quality of life

บทนำ

ประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทำให้โครงสร้างอายุของประชากรโลกกำลังไปในทิศทางที่มีอายุสูงขึ้น เป็นผลสืบเนื่องจากอัตราการเกิดของประชากรทั่วโลกได้ลดต่ำลงในขณะที่ผู้คนมีอายุยืนยาวขึ้นการสูงวัยของประชากรย่อมมีผลอย่างมากต่อการพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมในแต่ละประเทศ¹ ในปี 2562 ประชากรโลกมีจำนวน 7,713 ล้านคนในจำนวนนี้เป็นประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 1,016 ล้านคน หรือคิดเป็น ร้อยละ 13 ของประชากร ปัจจุบันประเทศไทยเข้า “สู่สังคมสูงวัย” (60ปีขึ้นไป) เนื่องจากจำนวนประชากรผู้สูงอายุได้มีการเพิ่มอย่างรวดเร็วทั้งในเชิงขนาดและสัดส่วนโดยในปีพ.ศ.2566 มีจำนวนผู้สูงอายุ 9,466,082 คนคิดเป็นร้อยละ 17.50² จังหวัดสุโขทัยมีจำนวนผู้สูงอายุ 114,265 คน คิดเป็นร้อยละ 23.05 เป็น “สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์” (Aged Society) ปี 2566 อำเภอสวรรคโลก มีผู้สูงอายุ 15,626 คน คิดเป็นร้อยละ 29.10 เป็นอำเภอที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ (SuperAgedSociety)³ และตำบลในเมือง อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย มีหมู่บ้านทั้งหมด 13 หมู่บ้าน 3,059 หลังคาเรือน มีจำนวนประชากร 7,904 คน ผู้สูงอายุทั้งหมด 1,676 คน คิดเป็นร้อยละ 21.02 ปัญหาของผู้สูงอายุที่พบเกิดจากความเสื่อมของระบบต่างๆของร่างกายที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของสูงอายุ เช่น ปัญหาภาวะโภชนาการ การทรงตัว สุขภาพช่องปาก ความคิด ความจำ ภาวะสมองเสื่อม สุขภาพจิต การพลัดตกหกล้ม ซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพและบั่นทอนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ส่งผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ลดลง และอาจนำไปสู่ ความพิการ ที่ต้องดูแล นำไปสู่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ติดบ้านและติดเตียง ส่งผลกระทบต่อตัวสูงอายุและ

ครอบครัว ก่อให้เกิดภาระครอบครัวมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นรายได้ลดลง เกิดหนี้สินและผู้ดูแลขาดโอกาสในการประกอบอาชีพ⁴ ส่งผลกระทบด้านการเศรษฐกิจของประเทศที่ต้องรับภาระด้านงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด จึงเป็นสิ่งจำเป็น จากจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นร่วมกับอายุที่สูงขึ้น และความเสื่อมถอยของร่างกายทำให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ช่วยเหลือฟื้นฟูสมรรถภาพ เพิ่มขึ้น หากไม่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพที่พึงประสงค์ อาจทำให้ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว จังหวัดสุโขทัยผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์⁵ ผ่านเกณฑ์ 8 ข้อ คิดเป็นร้อยละ 75.10 พฤติกรรมที่ผู้สูงอายุ ปฏิบัติได้น้อยที่สุด ได้แก่ การมีกิจกรรมทางกาย > 150 นาทีต่อ สัปดาห์ ร้อยละ 51.90 กินผัก/ผลไม้ 5 ทัพพี ทุกวันร้อยละ 54.70 ดื่มน้ำเปล่าอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว เพียงร้อยละ 58.40 ในประเด็นความรู้ด้านสุขภาพ ที่หมายถึง ทักษะทางปัญญาของบุคคล การเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลเพื่อตัดสินใจดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม⁶ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอถึงร้อยละ 39.80 ดังนั้น จำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นรวดเร็วจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องทำให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตัวเองได้และสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพด้านกิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการ และด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ ผู้วิจัยจึงได้การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ ให้สามารถดูแลประเมินสภาพปัญหาและดูแลตัวเองได้อย่างถูกต้อง โดยใช้เครื่องมือ Wellness Plan ซึ่งเป็นเครื่องมือในการสร้างความรอบรู้ ด้านสุขภาพน่าจะเป็นอีกทาง

หนึ่งที่สามารถทำได้และก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด
ต่อตัวผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของ
กลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับแนวทางการชะลอ
ชราชีวิตยืนยาว
- 2) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการ
ประเมินแผนสุขภาพดี ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและ
หลังได้รับแนวทางการชะลอชราชีวิตยืนยาว
- 3) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพ
ชีวิตของผู้สูงอายุ ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลัง
ได้รับแนวทางการชะลอชราชีวิตยืนยาว

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

วิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนการและหลัง เพื่อศึกษาผลของแนวทางการชะลอชราชีวิตยืนยาว ในชุมชนผู้สูงอายุตำบลในเมือง อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดสุโขทัย ดำเนินการศึกษาวิจัยระหว่าง เดือน พฤศจิกายน 2566 ถึง เดือน ธันวาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรสำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลในเมือง มี จำนวน 200 คน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุใน ชมรมผู้สูงอายุ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) คำนวณขนาดกลุ่ม ตัวอย่างจากการเปิดตาราง ประมาณค่าอำนาจการ วิเคราะห์ ทางสถิติ G Power โดยกำหนดค่า ความ เชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ค่าอำนาจ ทดสอบที่ .70 และค่าอิทธิพลของตัวแปรที่ .05 ได้ ขนาดได้ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 27 ราย⁷ เพื่อป้องกัน จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สมัครใจเข้าร่วม โครงการวิจัยและกลุ่มตัวอย่างที่ drop out จึงเพิ่ม กลุ่มตัวอย่างเป็น 40 คน กำหนดเกณฑ์คัดเข้าดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

- 1.คะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนน
 - 2.ไม่มีปัญหาเรื่องการสื่อสารโดยผ่านการ ประเมิน Mini cog > 4 คะแนน
 - 3.สามารถใช้แอปพลิเคชัน LINE ได้
 - 4.ยินดีเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ
- เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)**
ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้ง
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แนวทางการชะลอชราชีวิตยืน ยาวในชมรมผู้สูงอายุตำบลในเมือง อำเภอสุวรรณ ภูมิ จังหวัด สุโขทัย มี 8 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การประเมิน ADL 3) การให้ความรู้แผนสุขภาพดี 4) การให้ความรู้ เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ 5) การสอนการทักษะ การประเมินตัวเอง 6) การเสริมสร้างความรอบรู้ ด้านสุขภาพ 7) การปฏิบัติตาม Wellness Plan และ 8) ใช้แอปพลิเคชัน LINE group ใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบ สัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว รายได้ การมี ผู้ดูแลผู้สูงอายุ การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการ ดำเนินชีวิตประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel's Activities of Daily Living: ADL) เป็น การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันของผู้สูงอายุใน 10 กิจกรรม กิจกรรมละ 1 ข้อ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด การเคลื่อนย้าย (ลุกนั่ง จากที่ นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้) การใช้ ห้องน้ำ การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การสวม ใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันได การอาบน้ำ การกลั้นการ ถ่ายอุจจาระ การกลั้นปัสสาวะ คะแนนเต็ม 20 คะแนน¹⁰ การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ คะแนน 0-4 คะแนน หมายถึง มีภาวะพึ่งพา

โดยสมบูรณ์หรือติดเตียง คะแนน 5-8 คะแนน หมายถึง มีภาวะพึ่งพาตนเองหรือติดเตียง คะแนน 9-11 คะแนน หมายถึง มีภาวะพึ่งพาปานกลาง หรือติดบ้าน และคะแนน 12-20 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตัวเองได้ไม่เป็น ภาวะพึ่งพา¹¹

ส่วนที่ 4 แผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) เป็นเครื่องมือในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของกรมอนามัย¹² ข้อคำถามเลือกตอบ “ใช่” และ “ไม่ใช่” จำนวน 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ 6 ข้อ คะแนนเต็ม 21 คะแนน คำตอบใช่ 3 คะแนน ไม่ใช่ ได้ 0 คะแนน คะแนนรวม 16 - 20 อยู่ในเกณฑ์ปกติ คะแนน < 15 อยู่ในเกณฑ์เสี่ยง 2) ด้านการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ โดยทดสอบ ลุก-เดิน-นั่ง-ไปกลับ (Timed Up and Go test : TUG) ถ้าใช้เวลาไม่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 วินาที ถือว่า ปกติ/ไม่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม (1 คะแนน) ใช้เวลามากกว่า 12 วินาที ถือว่า มีความเสี่ยงต่อการหกล้มปกติล้ม (0 คะแนน) 3) ด้านผู้สูงอายุสมองดี 11 ข้อ ตอบ ใช่ เท่ากับ 0 คะแนน ไม่ใช่ 1 คะแนน แปรผล ถ้ามี คำตอบใช่ มากกว่า 4 ข้อ ให้สงสัยภาวะสมองเสื่อม 4) ด้านความสุขของผู้สูงอายุ 15 ข้อ แปรผลจากคะแนนรวมทุกข้อ เทียบกับเกณฑ์ปกติ ดังนี้ คะแนนเต็ม 60 ถ้า < 43 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตต่ำ 44-50 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตปกติ 51-60 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป โดยกำหนดผ่านเกณฑ์ประเมินที่คะแนน 44 5) ด้านสุขภาพช่องปาก ผู้สูงอายุ 12 ข้อ พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพช่องปาก 6 ข้อ ปัญหาสุขภาพช่องปากอื่นๆ 6 ข้อ และ 6) ด้านสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ 6 ข้อ คำตอบ ไม่ใช่/ไม่มี น้อยกว่า หรือเท่ากับ 1 ข้อ คะแนน เท่ากับ 1 คำตอบ ไม่ใช่ / ไม่มี มากกว่า 1 ข้อ คะแนน เท่ากับ 0 แปรผลคะแนน ไม่ใช่/ไม่มี ความเสี่ยงแม้แต่ข้อเดียว ถ้ามี คำตอบใช่ มากกว่า 1 ข้อ มีความเสี่ยง

ส่วนที่ 5 แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเป็นแบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจากเครื่องมือชีวิต

คุณภาพชีวิตของ องค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)¹³ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวม มีคะแนน ตั้งแต่ 26-130 คะแนน เปรียบเทียบกับเกณฑ์ ปกติที่กำหนด คือ คะแนน 26-60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนน 61-95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ และคะแนน 96-130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .85

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือดังนี้

1. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ แผนการส่งเสริมสุขภาพดี และแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุนำไปใช้กับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลเมืองบางยม โดยได้ค่าความเชื่อมั่นจากการทดสอบเท่ากับ .85 0.81 และ 0.83

2. แนวทางการชะลอชราชีวิตยืนยาว ผู้วิจัยนำไปเสนอผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจำนวน 3 คนเป็นแพทย์ที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลสวรรค์โลก APN สาขาผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสวรรค์โลก หัวหน้ากลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์กรร่วม แล้วนำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้สูงอายุตำบลเมืองบางยม โดยใช้แล้วนำมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น ได้ 0.83 นำไปปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการดังนี้

1. เสนอโครงการวิจัยและเครื่องมือวิจัยให้กรรมการจริยธรรมพิจารณา เพื่อออกเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

2. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ทีมงานผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจง

วัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กับ กลุ่มตัวอย่าง
ระยะเวลาของการดำเนินการเก็บ ข้อมูล ประโยชน์
ที่ได้รับจากการรวมโครงการวิจัย

3. ดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน

3.1 ทีมผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างตาม
เกณฑ์ ในชุมชน

3.2 ทีมงานผู้วิจัยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์
ของการวิจัยให้กับ กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล ตาม
ข้อมูลการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยปราศจาก
การขู่บังคับ ชักจูง

3.3 อาสาสมัครผู้ช่วยวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่าง
และผู้ดูแลบันทึกข้อมูลในเอกสารยินยอมเข้าร่วม
การวิจัย

3.4 อาสาสมัครผู้ช่วยวิจัย เก็บรวบรวม
ข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแบบประเมิน
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของ
ผู้สูงอายุ แบบแผนสุขภาพดี และแบบวัดคุณภาพ
ชีวิตผู้สูงอายุ โดยใช้เวลาในการทำแบบสอบถาม
30-45 นาที

3.5 อาสาสมัครผู้ช่วยวิจัย ชี้แจงรายละเอียด
ของแนวทางการชะลอชราช้าวัยในชุมชน
ผู้สูงอายุตำบลในเมือง อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัด
สุโขทัย และเปิดโอกาสให้ซักถามกรณีไม่เข้าใจและ
นัดหมาย วันเวลา สถานที่ ในการเข้าร่วมกิจกรรม
โดย นัดหมายทุกวันศุกร์ของสัปดาห์ เวลา 08.00-
09.00 น. ที่ชมรมผู้สูงอายุ

3.6 อาสาสมัครผู้ช่วยวิจัย ดำเนินการ
แนวทางการชะลอชราช้าวัยในชุมชนผู้สูงอายุ
ตำบลในเมือง อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัด สุโขทัย

3.7 ระหว่างการเข้าร่วมงานวิจัยหากกลุ่ม
ตัวอย่างเกิดความไม่สะดวกใจ อึดอัดใจ ในการ
ตอบ

แบบสอบถามหรือการเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่ม
ตัวอย่างสามารถ ยกเลิกการให้คำยินยอมและการ
ร่วมกิจกรรมได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อ
การใช้ชีวิตหรือผลกระทบด้านอื่น ๆ

3.8 อาสาสมัครผู้ช่วยวิจัย ฝ้าระวังและ
สังเกตพฤติกรรมหรือความผิดปกติความเสี่ยงที่เกิด
ขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างในระหว่างการดำเนินการวิจัย
เพื่อให้การพิทักษ์กลุ่มตัวอย่างโดยการช่วยเหลือ
แก้ไขและให้สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการตัดสินใจใน
การเข้าร่วมการวิจัยต่อหรือถอนตัวหากมีความ
ผิดปกติเกิดขึ้นเช่น พบกลุ่มตัวอย่าง วิตกกังวลมาก
ระหว่างวิจัย ทีมงานผู้วิจัยจะส่งต่ออาสาสมัครเข้า
รับการดูแลอย่างทันที่พร้อมรายงานเหตุการณ์
ให้ผู้เกี่ยวข้องทราบเพื่อดำเนินการแก้ไขตาม
แนวทางที่กำหนด

3.9 อาสาสมัครผู้ช่วยวิจัย เก็บรวบรวม
ข้อมูลหลังกิจกรรมแนวทางการชะลอชราช้าวัยใน
ชมรมผู้สูงอายุตำบลในเมือง อำเภอสุวรรณภูมิ
จังหวัด สุโขทัยโดยใช้แบบสอบถามแบบ
ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร
ประจำวันของผู้สูงอายุ แบบแผนสุขภาพดี และ
แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่ม
ตัวอย่างใช้สถิติ เชิงพรรณนา คือ การแจกแจง
ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความสามารถในการทำ
กิจวัตรประจำวัน แบบแผน สุขภาพ และ คุณภาพ
ชีวิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการศึกษาด้วย
สถิติ paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ p -
value < 0.05

ระยะเวลาการศึกษา

เดือนตุลาคม 2566 – เดือนมีนาคม 2567

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาจาก
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย เลขที่โครงการ
96/2023 วันที่ 7 พฤศจิกายน 2566

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วน

ใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 87.5 สถานภาพสมรส ร้อยละ 55.0 นับถือศาสนาพุทธ และมีผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 100 จบการศึกษาปริญญศึกษาร้อยละ 42.5 รายได้ต่อเดือนของครอบครัวไม่พอใช้และมีหนี้สิน ร้อยละ 52.5 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 55.5 และอายุเฉลี่ย 69.1 S.D.=4.821 ต่ำสุด 60 สูงสุด 79 ปี ส่วนใหญ่อายุ 70-79 ปี ร้อยละ 52.5

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนกิจวัตรประจำวัน (n=40)

คะแนนกิจวัตรประจำวัน	ค่าเฉลี่ย	S.D.	t	df	P-value
ก่อนทดลอง	19.80	.758	1.00	39	.323
หลังทดลอง	19.83	.636			

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพ ชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า หลังทดลองกลุ่ม ตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมและ ทั้ง 4 ด้าน สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทาง

หลังได้รับการดูแลสุขภาพแนวทางการ ชะลอชราชีวายุยืนยาวพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนกิจวัตร ประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการ ทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนกิจวัตร ประจำวันไม่แตกต่างกัน (ก่อน $\bar{X}$ =19.80, S.D.= .758, หลัง $\bar{X}$ =19.83, S.D.=.636) ดังแสดงตาม ตาราง ที่ 21

สถิติ (โดยรวม: ก่อนทดลอง $\bar{X}$ =86.1750, S.D.= 9.2400, หลังทดลอง $\bar{X}$ =94.6, S.D.= 6.9791, p- value <.001 แสดงตามตารางที่ 3

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต (n=40)

คุณภาพชีวิต	ค่าเฉลี่ย	S.D.	t	df	P-value
ด้านร่างกาย					
ก่อนทดลอง	22.4	2.1470	5.635	39	.000
หลังทดลอง	23.5	1.6486			
ด้านจิตใจ					
ก่อนทดลอง	21.2	3.2859	3.442	39	.001
หลังทดลอง	22.1	2.3461			
ด้านสิ่งแวดล้อม					
ก่อนทดลอง	26.7	3.2988	11.181	39	.000
หลังทดลอง	28.9	2.3072			
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม					
ก่อนทดลอง	9.3	1.1633	7.373	39	.000
หลังทดลอง	10.3	.7156			
คุณภาพชีวิตโดยรวม					
ก่อนทดลอง	86.2	9.2400	18.106	39	.000
หลังทดลอง	94.6	6.9791			

p-value <.001

ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมแนวทางการ ชะลอชราชีวายุยืนยาว พบค่าเฉลี่ยคะแนนแผน ส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ของกลุ่ม

ตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยคะแนนแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ทั้ง 5 ด้านสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.001 แยก

เป็นรายด้านก่อนและหลังการเข้าร่วม พบว่า ด้านโภชนาการ $\bar{X}=8.0$, S.D.=2.4703 และ $\bar{X}=17.3$, S.D.=.54302, p-value <.001 ด้านการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ $\bar{X}=0.8$, S.D.=.4050, และ $\bar{X}=0.9$, S.D.=.3040, p-value =.044 ด้านผู้สูงอายุสมองดี $\bar{X}=9.9$, S.D.=1.2184, และ $\bar{X}=11.0$, S.D.=.0000, p-value =.001 ด้านความสุขของผู้สูงอายุ $\bar{X}=45.7$, S.D.=3.6040,

และ $\bar{X}=50.5$, S.D.=3.1378, p-value <.001 ด้านสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ $\bar{X}=5.4$, S.D.=.5490 และ $\bar{X}=5.8$, S.D.=.4939, p-value <.001) ส่วนด้านปัญหาสุขภาพช่องปากมีค่าเฉลี่ยคะแนนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $\bar{X}=2.4$, S.D.=1.9322, $\bar{X}=0.4$, S.D.=.59055, p-value <.001)แสดงตามตารางที่ 3

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนแผนส่งเสริมสุขภาพดี Wellness Plan (n=40)

แผนส่งเสริมสุขภาพดี : Wellness Plan	ค่าเฉลี่ย	S.D.	t	df	P-value
ด้านโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ					
ก่อนทดลอง	8.0	2.4703	26.970	39	.000
หลังทดลอง	17.3	.5430			
ด้านการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ					
ก่อนทดลอง	0.8	.4050	2.082	39	.044
หลังทดลอง	0.9	.3040			
ด้านปัญหาสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ					
ก่อนทดลอง	2.4	1.9322	7.398	39	.000
หลังทดลอง	0.4	.5900			
ด้านผู้สูงอายุสมองดี					
ก่อนทดลอง	9.9	1.2184	5.450	39	.000
หลังทดลอง	11.0	.0000			
(p-value <.001)					
ด้านความสุขของผู้สูงอายุ					
ก่อนทดลอง	45.7	3.6040	12.829	39	.000
หลังทดลอง	50.5	3.1378			
ด้านสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ					
ก่อนทดลอง	5.4	.5490	4.837	39	.000
หลังทดลอง	5.8	.4939			

p-value <.001

สรุปและอภิปรายผล

1.ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

กิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลในเมือง พบว่า ก่อนและหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนกิจวัตรประจำวันไม่

แตกต่างกัน (ก่อนทดลองมี ADL เฉลี่ย เท่ากับ 19.8 และ หลังทดลอง ADL เฉลี่ย เท่ากับ 19.83 ซึ่งยังคงเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ($ADL \geq 12$ คะแนน) ทั้งก่อนและหลังทดลอง 6 สัปดาห์ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า เครื่องมือประเมิน ADL มีข้อจำกัดต่อการเปลี่ยนแปลงที่มีความสำคัญทางคลินิกในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง^๑ ผลการศึกษาครั้งนี้อธิบายได้ว่า

ผู้สูงอายุ มีผลการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน สูงอยู่เดิมแล้ว และยังสามารถ คงความสามารถในการพึ่งพาตนเองด้านกิจวัตรประจำวันไว้ได้ โดยมีโอกาสเกิดการเปลี่ยนแปลงของคะแนนได้น้อย มีข้อเสนอแนะให้ใช้แบบประเมิน IADL (Instrumental ADL) ประเมินกิจกรรมที่ซับซ้อนขึ้น เช่น การใช้โทรศัพท์ การทำอาหาร การกินยา และการเดินทาง สำหรับผู้สูงอายุ ในครั้งต่อไป

2.แผนสุขภาพดี

หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย Wellness Plan สูงกว่าก่อนทดลองใน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ ด้านการเคลื่อนไหว ด้านผู้สูงอายุสมองดี ด้านความสุข และด้านสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ อธิบายได้ว่า Wellness Plan เป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้สูงอายุได้ประเมินสุขภาพของตนเอง เรียนรู้ปัจจัยเสี่ยง และกำหนดแนวทางการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเอง ส่งผลให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ และนำความรู้ไปใช้ในการจัดการสุขภาพตนเอง สอดคล้องกับแนวทางของกรมอนามัยที่กำหนดให้ Wellness Plan เป็นกลไกในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ โดยดำเนินการของครอบครัว ชุมชนผู้สูงอายุ และชุมชน^{2,9} โดยเฉพาะด้านการเคลื่อนไหวและโภชนาการ การที่ผู้สูงอายุได้รับความรู้และมีโอกาสวางแผนการดูแลตนเองอย่างเป็นรูปธรรม สามารถช่วยให้เกิดการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม กรมอนามัยให้ความสำคัญกับการส่งเสริมกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม การรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการ และการจัดการสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันปัจจัยเสี่ยงและคงไว้ซึ่งความสามารถในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ² สำหรับด้านผู้สูงอายุสมองดีและด้านความสุข พบว่าหลังการทดลองมีคะแนนสูงขึ้น และผลการประเมินสุขภาพจิตหลังการทดลองไม่พบกลุ่มที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป โดยกลุ่มที่มีสุขภาพจิต

เท่ากับคนทั่วไปและดีกว่าคนทั่วไปมีสัดส่วนเท่ากัน ผลดังกล่าวอาจเกิดจากการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการเรียนรู้ การมีส่วนร่วม การฝึกทักษะทางสมอง และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีคุณค่าและสามารถจัดการอารมณ์และความเครียดได้ดีขึ้น ทั้งนี้ กรมอนามัยให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพสมอง การเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เพื่อช่วยส่งเสริมสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุ^{2,6} สอดคล้องกับการศึกษาของรวมพร กุลเริ่มตั้ง¹⁰ ที่พบว่า การนำแนวทางชะลอชราชีวิายนยาวไปใช้ในการดูแลสุขภาพสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ช่วยส่งเสริมการประพฤติปฏิบัติตนที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ ทั้งด้านการรับประทานอาหาร การเคลื่อนไหว สุขภาพช่องปาก การดูแลสมอง สุขภาพจิต และสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย โดยด้านการดูแลสมองมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ขณะที่ด้านอื่น ๆ และภาพรวมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าด้านสุขภาพช่องปากมีคะแนนเฉลี่ยลดลง อธิบายว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพช่องปากมีความซับซ้อนและอาจต้องอาศัยการติดตามอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการเข้าถึงบริการทันตสุขภาพและการดูแลที่เหมาะสมกับสภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ดังนั้น ในการดำเนินงานครั้งต่อไปควรเพิ่มกิจกรรมเชิงปฏิบัติ เช่น การสาธิต การทำความสะอาดช่องปาก การประเมินสุขภาพช่องปากรายบุคคล การให้คำแนะนำเฉพาะราย และการติดตามพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน

3.คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

คุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลในเมือง พบว่า หลังทดลองใช้แนวทางการชะลอชราชีวิายนยาวในชมรมผู้สูงอายุตำบลในเมือง อำเภอสุวรรณคูหา 8 ตำบล ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลในเมือง มีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งโดยรวมและ รายด้าน ด้านร่างกาย, ด้านจิตใจ,

ด้านสิ่งแวดล้อมและด้านความสัมพันธ์ทางสังคมสูงขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ เหล็กกร รัตนชาวยกร¹⁴ ที่ศึกษาการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นกุญแจสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนั้น การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ ปัจจุบันผู้สูงอายุในประเทศไทยมีระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ ซึ่งเป็นผลจากปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านวัฒนธรรม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดีขึ้น โดยสรุป หลังใช้แนวทางการชะลอชราชิวา ยืนยาวในชมรมผู้สูงอายุตำบลในเมือง อำเภอ สวรรคโลกกิจกรรม 6 ครั้งใน 8 สัปดาห์ ผู้สูงอายุมี

ค่าเฉลี่ยคะแนนแผนส่งเสริมสุขภาพดี Wellness Plan ใน 5 ด้าน โภชนาการ การเคลื่อนไหว ผู้สูงอายุสมองดี สุข และด้านสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยส่วน ดีขึ้น ส่วนด้านปัญหาสุขภาพช่องปากมีค่าเฉลี่ยคะแนนลดลง ด้านคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลในเมือง พบว่าหลังทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมและทั้ง 4 ด้าน ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสิ่งแวดล้อมและด้านความสัมพันธ์ทางสังคม สูงกว่าก่อนทดลอง สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง ส่งผลให้ พฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ดีขึ้นด้วยเช่นกัน

เอกสารอ้างอิง

- 1.กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2565). แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566 - 2580).
- 2.กรมอนามัย. (2566). แนวทางการศึกษาวิจัยการสร้างและพัฒนาแผนส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน (Individual Wellness Plan). กระทรวงสาธารณสุข.
- 3.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย.(2566). skto.moph.go.th. สืบค้น 12 สิงหาคม 2566,จาก https://www.skto.moph.go.th/document_file/raynganyear65.pdf
- 4.นภาพร เหมะเหม็ง และคณะ. (2564). การศึกษาสุขภาพผู้สูงอายุ ชะลอชรา ชิวายืนยาว.สืบค้น วันที่ 5 พฤศจิกายน 2566, จาก <https://hpc2service.anamai.moph.go.th/kmhpc2/myfile/144.pdf>.
- 5.กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2564). คู่มือมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ปี 2564. สืบค้น วันที่ 5 พฤศจิกายน 2566, จาก <https://ricd.go.th/webth2/wp-content/uploads/2021/06/Health-Service-System-Standards-Year-64.pdf>
- 6.จันทนา วังคะออม. (2565). ระบบบริการผู้สูงอายุการสังเคราะห์การจัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุของคลินิกหมอครอบครัว ในเขตสุขภาพที่ 6; วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา, 17(2),56-66
- 7.ไพจิตร พุทธรอด. (2563). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า.วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีตรัง, 15(1), 69-81. <https://doi.org/10.14456/nrru-rdi.2021.6>
8. Hopman-Rock M, van Hirtum H, de Vreede P, Freiburger E.(2019). Activities of daily living in older community-dwelling persons: a systematic review of psychometric properties of instruments. Aging Clin Exp Res.31(7):917-925. doi: 10.1007/s40520-018-1034-6. Epub 2018 Sep 6. PMID: 30191453; PMCID: PMC6589141.
9. กรมอนามัย. (2560). กรมอนามัยแนะ 4 Smart ผู้สูงอายุสุขภาพดี. กระทรวงสาธารณสุข.
- 10.รวมพร กุลเริ่มตั้ง. (2566). ประสิทธิผลของการนำแนวทางชะลอชราชิวายืนยาวไปใช้ในการดูแลสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดสงขลา (รายงานการวิจัย). กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา. <https://skho.moph.go.th/oa/?page=document&y=2023>
- 11.วาสนา บุญยณณ. (2567). อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นกับการดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง. วารสารสังคมศาสตร์และวัฒนธรรม. 8(2),273-284

- 12.สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2565).คู่มือแผนส่งเสริมสุขภาพดี(wellness Plan) คลัสเตอร์
กลุ่มผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- 13.หทัยรัตน์ กระต่ายน้อย.(2569). รูปแบบกิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในโรงเรียนผู้สูงอายุหาด
กรวดชวนชื่น ตำบลหาดกรวด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิษฐ์. วารสารสังคมศาสตร์และวัฒนธรรม.10(2),71-85
- 14.กรเกล้า รัตนชาญกร. (2566) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นกุญแจสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ; วารสารพยาบาล
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน.10(1) ,85-97