



ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน
THE EFFECTIVENESS OF HEALTH PROMOTION PROGRAM FOR THE ELDERLY
ON THE QUALITY OF LIFE IN THE COMMUNITY

แว่นใจ นาคะสุวรรณ

Vanjai Nakasuwan

วิทยาลัยนานาชาติพระนคร มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10220

Phranakhon International College, Phranakhon Rajabhat University, Bangkok, Thailand, 10220

Author E-mail: vanjai.nakasuwan@gmail.com

Received: January 2, 2020

Revised: June 20, 2020

Accepted: June 28, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง วัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลทานสัมฤทธิ์ จังหวัดนนทบุรี ได้รับคัดเลือกอย่างเจาะจง จำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกของ สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (Mahatnirunkul et al., 1997) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Wilcoxon Signed Ranks Test

ผลการวิจัย พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตัวอย่างวิจัยโดยรวมหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพมีสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($Z = -2.339, p = .019$)

คำสำคัญ : โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ, คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to compare mean scores of quality of live in older people in total score and in each dimension as physiological, psychological, family and social relationship and environment before and after attending health promotion program. forty elderly elderly club of Tumbon Thansumrit Nontaburi Province were the sample who fitted to expected characteristics of this study. Health Promotion Program was developed by applying self-

efficacy theory and integrating four domains of quality of life (physical, mental, social, and environment). This study used "Quality of Life Questionnaires" for data collection which was developed by Suwat Mahatnirunkul and his colleagues in which originally from WHO and reliability was .84. Researcher collected data before and after attending "Health Promotion Promoting Program". Implementation descriptive statistical analyses were percentage, mean scores, standard deviations, and Wilcoxon Signed Ranks Test was used to compare the scores of quality of life before and after experimentation. The results of this study revealed that mean scores of elderly's quality of life after attending "Health Promotion Program were significantly higher than before at .05 significant level in total and in physiological, environmental dimensions, excepted psychological and family social relationship at .05 significant level ($p = .019$).

Keywords : health promotion program, quality of life, elderly

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประชากรทั่วโลกทั้งหมดในปี พ.ศ. 2559 มีประมาณ 7,433 ล้านคน เป็นประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 929 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 12.5 ของประชากรทั้งหมด สำหรับประเทศไทยมีจำนวนประชากรไทยทั้งหมด 65.9 ล้านคน และมีประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ประมาณ 11 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 16.5 แสดงให้เห็นว่ามีผู้สูงอายุจำนวนมากที่อยู่ในภาวะเปราะบาง และมีจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ประมาณ 4 แสนคนในปี พ.ศ. 2559 โดยมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในอีก 20 ปีข้างหน้า คือผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจะเพิ่มเป็น 1.3 ล้านคน ดังนั้น ความสูงวัยของประชากรจึงเป็นปรากฏการณ์ที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและเป็นปัญหาสำคัญทางการแพทย์และการพยาบาลที่ต้องเพิ่มความเอาใจใส่ดูแลอย่างต่อเนื่องของประชากรทั่วโลก (Foundation of Thai Gerontology Research and Development, 2009)

ปัจจุบันประเทศต่าง ๆ ยังขาดกลุ่มผู้ดูแลในการส่งเสริมเพิ่มความเข้มแข็งให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตอย่างอิสระได้ และตัวแปรด้านจิตลักษณะตามสถานการณ์ที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับ

สุขภาพการรับรู้ภาวะสุขภาพและการรับรู้ประโยชน์ของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากนี้แผนพัฒนาผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) (The 2nd National Plan on the Elderly : NPE, 2002-2021) มียุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุคือมีมาตรการส่งเสริมความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพให้มีความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเองเบื้องต้น อีกทั้งชมรมผู้สูงอายุควรจัดกิจกรรมที่มีลักษณะการแนะแนวกลุ่มโดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และการมีบทบาทส่งเสริมด้านการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ เพิ่มการรับรู้ความสามารถของผู้สูงอายุในการดำรงชีวิต เพื่อเกิดคุณภาพชีวิตที่ดี และผู้สูงอายุที่เชื่อว่าตนเองมีความสามารถที่จะทำให้ตนมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ซึ่งเป็นแรงผลักดันให้ผู้สูงอายุเกิดความพยายามทุกวิถีทางในการปฏิบัติตนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับผลการศึกษาของ (Ounnapiruk et al., 2005) ที่พบว่าผู้สูงอายุตรอกข้าวเมายังขาดโอกาสที่จะได้รับความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากยังไม่มีทีมสุขภาพที่เชี่ยวชาญทางด้านผู้สูงอายุมาช่วยบริหารจัดการ อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และจากงานวิจัยของ

(Ounnampiruk et al., 2005) พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต โดยเรียงค่าเฉลี่ยขนาดอิทธิพลจากมากไปน้อย ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งประกอบด้วยสัมพันธ์ภาพ ในครอบครัวและการอุปถัมภ์จากครอบครัว ความมีคุณค่าในตนเอง พฤติกรรม การดูแลตนเอง และกิจกรรม การดูแลผู้สูงอายุ งานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในต่างประเทศก็เป็นไปในทิศทางเดียวกับของประเทศไทย ในการรับรู้ความสามารถตนเอง เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุได้เช่นเดียวกับการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรังในประเทศไต้หวัน (Cheang & Cheok, 2015) พบว่า มีความสัมพันธ์กันในทางบวกเช่นกัน

ชมรมผู้สูงอายุทานสัมพันธ์ จังหวัดนนทบุรี ประเทศไทยประกอบด้วยสมาชิกผู้สูงอายุซึ่งมีความเชื่อมโยงของระบบต่าง ๆ ของร่างกาย และมีโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เข้าเสื่อมเป็นต้น รวมทั้งบุคคลในครอบครัวต้องหารายได้เพื่อความอยู่รอดครัวให้ดีขึ้น ไม่มีเวลาในการดูแลผู้สูงอายุเท่าที่ควร ทำให้ขาดโอกาสที่จะได้รับความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากในชมรมผู้สูงอายุทานสัมพันธ์ ก็ยังไม่มีบุคลากรทางสุขภาพที่เชี่ยวชาญทางด้านผู้สูงอายุมาช่วยในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยเหตุผลดังกล่าวอาจจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (Lee, Ko, & Lee, 2006) รวมทั้งมีผลการวิจัยที่พบว่า โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพมีผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นได้ (Tantalanukulet et al., 2016)

ผู้วิจัยได้เห็นความสำคัญของการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ด้วยโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยนำแนวคิดคุณภาพชีวิตซึ่งประกอบด้วย ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

รวมทั้งทฤษฎีความสามารถตนเองของ (Bandura, 1997) ซึ่งอธิบายว่าถ้าบุคคลมีความต้องการและมีความเชื่อในความสามารถของตนเองสูง เมื่อตนเองปฏิบัติแล้วจะได้รับผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ บุคคลนั้นก็จะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามอย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ ความเชื่อในความสามารถของตนเองเป็นตัวกำหนดการกระทำของบุคคลที่จะนำไปสู่ผลที่พึงปรารถนา เป็นความเชื่อว่าตนมีความสามารถใน การจัดระบบและกระทำเพื่อให้บรรลุผลตามที่กำหนด (Chuawanlee, 1999) ดังนั้น ผู้สูงอายุที่เชื่อว่าตนเองมีความสามารถที่จะทำให้ตนมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้จะเป็นแรงผลักดันให้ผู้สูงอายุเกิดความพยายามทุกวิถีทางในการปฏิบัติตนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีโดยแนวทางการ พัฒนาประกอบด้วย 1) การบรรยายการส่งเสริมสุขภาพ 2) กระบวนการกลุ่ม วิเคราะห์ปัญหา หาแนวทางแก้ไข พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ 3) สาธิตและฝึกปฏิบัติ 4) โทรศัพท กระตุ้นเตือนให้กำลังใจ โดยการช่วยเหลือของการมีกระบวนการกลุ่ม แรงสนับสนุนทางสังคม มีการปรับสิ่งแวดล้อมให้สัมพันธ์กับแผนการดำเนินชีวิตของตัวอย่างผู้สูงอายุ และจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยต่าง ๆ บ่งชี้ว่าจะส่งผลต่อผู้สูงอายุในการลดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรังและชะลอความเสื่อมตามวัย ลดภาวะพึ่งพามีสุขภาพกายและจิตใจแจ่มใส ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในสังคม และส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้สิ่งใหม่ๆของผู้สูงอายุซึ่งกันและกัน ทำให้ผู้สูงอายุเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในวิจัยครั้งนี้ มีกิจกรรมที่สร้างการเรียนรู้ในเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (self-efficacy theory) ของ Bandura ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม (Bandura, 1977) เป็นพฤติกรรมที่สนองตอบที่เกิดจากการเรียนรู้อย่างสม่ำเสมอและแนวคิดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ซึ่งกิจกรรม

เพื่อนช่วยเพื่อน เป็นการเรียนรู้ความรู้จากการปฏิบัติ บอกวิธีปฏิบัติและผลที่ได้รับในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การจัดกิจกรรมเพื่อช่วยเหลือเพื่อน คือ การวิเคราะห์ปัญหาแนวทางแก้ไข พุดคุยแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จซึ่งกันและกัน

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ กล่าวถึงการรับรู้ ความพึงพอใจในการดำรงชีวิต ในการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุแต่ละบุคคลอย่างมีความสุข วัตถุประสงค์จากความพึงพอใจผู้สูงอายุของแต่ละบุคคล ภายในวัฒนธรรมและบริบทของสังคมในการดำรงชีวิตในสังคม ของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ตำบลทานสัมฤทธิ์ จังหวัดนนทบุรี ในงานวิจัยนี้กิจกรรมจะเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม จากการสังเคราะห์งานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางจิตและสังคมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทยพบว่าความเชื่อในความสามารถตนเองในการมีคุณภาพชีวิตที่ดีมีค่าเฉลี่ยความสัมพันธ์ทางบวกค่อนข้างสูงกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ ความเชื่อในความสามารถของตนเองในการมีคุณภาพชีวิตที่ดีจะเป็นตัวแปรจิตลักษณะที่แปรเปลี่ยนไปตามสถานการณ์เป็นตัวแปรที่มีฐานคิด จากการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) (Bandura,1977) กล่าวคือความเชื่อในความสามารถของตนเป็นตัวกำหนดการกระทำของบุคคลที่จะนำไปสู่ผลที่พึงปรารถนา มีความเชื่อว่าตนมีความสามารถในการจัดระบบและกระทำเพื่อให้บรรลุผลตามที่กำหนด (Chuawanle , 1999) ดังนั้น ผู้สูงอายุที่เชื่อว่าตนเองมีความสามารถที่จะทำให้ตนมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้จะเป็นแรงผลักดันให้ผู้สูงอายุเกิดความพยายามทุกวิถีทางในการปฏิบัติตนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

สอดคล้องกับผลการศึกษาของ (Saesiew et al ., 2012) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการกับความเครียดที่เกิดจากการทำงาน ครอบครัว และสังคม สามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านการทำงาน และด้านครอบครัว

ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากได้ร้อยละ 20.4 และร้อยละ 23.4 ตามลำดับ และสามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านสังคมในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวได้ร้อยละ 48.3

ส่วนวิจัยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในจังหวัดอุบลราชธานีพบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง มีคุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.2 ระดับดี ร้อยละ 45.9 และระดับไม่ดี ร้อยละ 1.9 ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ได้แก่ อายุ ความสามารถในการดูแลตนเอง ภาวะแทรกซ้อน ที่เกิดจากโรคเรื้อรัง สัมพันธภาพในครอบครัว โดยสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีรายได้ที่เพียงพอ เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังให้ดียิ่งขึ้น (Nanthamongkolchai et al., 2015)

นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้ารับการศึกษและไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลทุ่งข้าวพวง อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตในด้านความสัมพันธ์ทางสังคมสูงสุด ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจสูงสุด พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูงทุกด้านในส่วนการศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมและไม่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Sarnsang ,2018)

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทางด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพในครอบครัว

สังคม และสิ่งแวดล้อม ก่อนและหลังได้รับ
โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

สมมติฐานวิจัย

ภายหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริม
สุขภาพผู้สูงอายุ ตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพ
ชีวิตผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองกลุ่ม
ตัวอย่างกลุ่มเดียวโดยมีการวัดผลก่อนและหลัง
ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกใน
ชมรมผู้สูงอายุทานสัมพันธ์ อำเภอเมือง จังหวัด
นนทบุรี จำนวน 315 คน

ตัวอย่าง คือ สมาชิกในชมรมผู้สูงอายุทาน
สัมพันธ์ จังหวัดนนทบุรี จำนวน 40 คน ที่คำนวณ
จากค่าอิทธิพลจากค่าเฉลี่ยตัวอย่างกลุ่มเดียว ซึ่ง
คำนวณจากสูตรของ Lemshow (1990) ของ
งานวิจัยที่คล้ายคลึงกัน จากการคำนวณขนาด
ตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ได้ 33 คน เพื่อ
การป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล และการสูญ
หายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่าง
มากกว่าที่คำนวณอีกร้อยละ 20 จะได้ตัวอย่าง 40
คน ผู้วิจัยจึงคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน
40 คน

เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุ
60-85 ปี ทั้งเพศชายและหญิง ที่ช่วยเหลือตัวเอง
ได้ดีสามารถรับรู้และ ติดต่อสื่อสารได้ปกติ
สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริม
สุขภาพผู้สูงอายุ

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา ผู้ที่มี
ปัญหาในการรับรู้และการสื่อสาร ผู้สูงอายุที่
ไม่สบายใจ และไม่ต้องการเข้าร่วมโปรแกรม และ
ผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบทุกกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ได้แก่
เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย สถานภาพ
การศึกษา อาชีพ อาศัยอยู่กับใคร โรคประจำตัว
สูบบุหรี่ และดื่มสุรา

2) แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ใช้
แบบวัดของ องค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับ
ภาษาไทยของเครื่องมือที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัด
คุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกของ สุวัฒน์
มัทธนิรันดร์กุล และคณะ ผู้วิจัยไม่ได้เปลี่ยนแปลง
เนื้อหาในแบบสอบถาม และมีการทดสอบค่าความ
เชื่อมั่นก่อนนำไปใช้จริง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์
แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .84

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ

โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้กรอบ
แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง และ
แนวคิดเรื่องคุณภาพชีวิต ร่วมกับเนื้อหาที่ได้จาก
การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยต่าง ๆ มา
สร้างและออกแบบกิจกรรมในโปรแกรม
ประกอบด้วย การบรรยาย การส่งเสริมสุขภาพ
กระบวนการกลุ่ม วิเคราะห์ปัญหา หาแนวทาง
แก้ไข พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ สาธิตและ
ฝึกปฏิบัติ โทรศัพท์กระตุ้นเตือนให้กำลังใจ
สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง รวมระยะเวลา 6 สัปดาห์ โดย
ครอบคลุมหัวข้อบรรยายและกิจกรรม ดังแสดงใน
ตาราง 1 ซึ่งโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
ได้รับการตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญว่า
มีความตรงเชิงเนื้อหาดี

ตาราง 1 เนื้อหาการบรรยายความรู้และกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

หัวข้อ	กิจกรรมที่ 1 บรรยาย	กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมกลุ่ม
โรคความดันโลหิตสูง	- สาเหตุ อาการ และปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง แนวทางการป้องกันและการดูแลภาวะความดันโลหิตสูง	- แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ การคลายเครียด การรับประทานยา
โรคเบาหวาน	- อาการ สาเหตุ และปัจจัยส่งเสริมให้เกิดเบาหวาน แนวทางการป้องกันและการดูแลเบาหวาน	- แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการอาหาร ออกกำลังกาย การรับประทานยา การแก้ไขภาวะน้ำตาลสูงและต่ำ การดูแลเท้า
โรคข้อเข่าเสื่อม	- อาการ สาเหตุ และปัจจัยส่งเสริมให้เกิดข้อเข่าเสื่อม แนวทางการป้องกันและการดูแลข้อเข่าเสื่อม	- แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการ ลดน้ำหนัก การรับประทานยาแก้ปวดที่ถูกต้อง การประคบร้อน-เย็น ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน การบริหารเข่า
โรคไขมันในเลือดสูง	- ความสำคัญของอาหารส่งเสริมสุขภาพ การเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ	- แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการ อาหารไขมันและแป้ง ผลไม้หวานจัด การออกกำลังกาย
โรคอ้วนลงพุง	- สาเหตุ อาการ และปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะอ้วนลงพุง แนวทางการป้องกันและการดูแลภาวะอ้วนลงพุง	- แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการ ลดน้ำหนัก อาหารไขมันและแป้ง เครื่องดื่มชูกำลัง น้ำอัดลม น้ำหวาน การออกกำลังกาย
การส่งเสริมสุขภาพอาหารของผู้สูงอายุ	- ความสำคัญของอาหารส่งเสริมสุขภาพ การเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ	- แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับ อาหารไขมันและแป้ง น้ำอัดลม น้ำหวาน อาหารหมักดอง อาหารกระป๋อง ฉลากโภชนาการ
การส่งเสริมสุขภาพการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ	- ความสำคัญการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ รูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ข้อควรระวังในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ	- แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการออกกำลังกาย สาธิตและปฏิบัติ การออกกำลังกายด้วยยางยืด หาแนวทางแก้ไขผู้ที่ไม่ออกกำลังกาย การอบอุ่นร่างกายก่อนและหลังออกกำลังกาย
การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ	- สาเหตุและปัจจัยที่มีผลให้ผู้สูงอายุ หกล้มและการป้องกันอันตรายของผู้สูงอายุ จากการพลัดตกหกล้ม ภายในและภายนอกบ้าน แนวทางการป้องกันตัวเองของผู้สูงอายุจากอันตรายภายในและภายนอกบ้าน	- แลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อหา แนวทางป้องกัน โดยตัวผู้สูงอายุเองและ และครอบครัว วิเคราะห์สาเหตุ การหกล้ม การได้รับอันตรายทั้งจากภายในและภายนอกบ้าน
การส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวสังคม	- ความสำคัญของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับครอบครัวและสังคม แนวทางการส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวและสังคม	- แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับแนวทางการส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว ปัญหาหรืออุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนผู้สูงอายุ

กิจกรรมที่ 3 เสริมความรู้ผ่านพับเรื่องโรค/ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการอธิบายเนื้อหาความรู้วิธีการปฏิบัติตัว การสังเกตอาการผิดปกติในโรคของผู้สูงอายุ

กิจกรรมที่ 4 โทรศัพท์กระตุ้นเตือนให้กำลังใจการตรวจความเหมาะสมของโปรแกรมกระทำโดย ผู้ทรงคุณวุฒิเป็นอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 2 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 1 คน

การพิทักษ์สิทธิ์ โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการจริยธรรมในคนของสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร (รหัสโครงการ 60-2-22 / 2560) ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุที่เป็นตัวอย่างวิจัยจากชมรมผู้สูงอายุโดยมีการอธิบายโครงการก่อนเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งให้เอกสารชี้แจงการดำเนินโครงการวิจัยแก่ตัวอย่าง เมื่อตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจึงให้ตัวอย่างลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอม ซึ่งข้อมูลทั้งหมดของตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมสุขภาพ และให้ผู้สูงอายุทำแบบสอบถามคุณภาพชีวิตก่อนดำเนินโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

2. ดำเนินโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จัดกิจกรรม 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 2 ชั่วโมง นาน 6 สัปดาห์ ประกอบด้วย

- 1) บรรยายให้ความรู้ด้วย PowerPoint
- 2) ทำกิจกรรมกลุ่ม โดยให้ตัวอย่างร่วมกันหาปัญหา ร่วมหาแนวทางการแก้ไข แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้สูงอายุในชมรมที่ประสบความสำเร็จในการแก้ไขปัญหา เพื่อนำไปปรับใช้ มีการสาธิตและปฏิบัติการออกกำลังกายด้วยยางยืด ร่วมกันหาแนวทางแก้ไขสำหรับผู้ที่ไม่ออกกำลังกาย 3) สรุปลงและโทรศัพท์กระตุ้นเตือนให้กำลังใจ

3. เก็บข้อมูลหลังสิ้นสุดโปรแกรม โดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอีกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมสุขภาพ วิเคราะห์ โดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ด้วยสถิติวิเคราะห์ Wilcoxon signed-rank test

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ผู้สูงอายุตัวอย่างวิจัยที่เข้าร่วมโปรแกรมส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง หัวใจ เครียด นอนไม่หลับ เข้าเสื่อมลมชัก) ร้อยละ 100 อยู่กับบุตรหลาน ร้อยละ 92.5 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 92.5 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 88.9 อาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 90 การศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 80 เพศหญิง ร้อยละ 77.5 ช่วงอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 50 สถานภาพสมรส (หม้าย) ร้อยละ 37.5 ดัชนีมวลกาย 30.0 kg./m^2 ขึ้นไป ร้อยละ 50 และผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = .019$)

ตาราง 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ จำแนกรายด้าน ด้วยสถิติวิเคราะห์ Wilcoxon signed-rank test ($n = 40$)

คะแนนคุณภาพชีวิต ($n = 40$)	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		Range	Z	p
	M (SD)	Mean Rank (sum of Rank) ^a	M (SD)	Mean Rank (sum of Rank) ^b			
ด้านร่างกาย	26.75 (2.18)	9.2 (55.0)	28.73 (2.59)	18.2 (473.0)	7-35	-3.927 ^z	.000
ด้านจิตใจ	24.35 (1.96)	19.8 (336.5)	24.25 (2.75)	17.3 (329.5)	6-30	-.055 ^z	.956
ด้านสังคม	10.30 (1.38)	19.2 (307.0)	10.65 (1.67)	21.4 (513.0)	3-15	-1.425 ^z	.154
ด้านสิ่งแวดล้อม	30.20 (2.02)	15.5 (170.0)	31.30 (3.06)	19.2 (460.0)	8-40	-2.387 ^z	.017
โดยรวม	98.88 (5.77)	17.1 (222.5)	102.55 (8.67)	21.4 (557.5)	26-130	-2.339	.019

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ก่อนและภายหลังได้รับโปรแกรม มีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดีและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ภายหลังได้รับโปรแกรมคุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี โดยคะแนนหลังได้รับโปรแกรมมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพเพื่อส่งเสริมป้องกันสุขภาพ ทำให้มีความมั่นใจที่จะปฏิบัติตัวดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง จึงเกิดพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวในทางบวก มีการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเป็นการประเมินสุขภาพตนเอง (Jaenooobrum, 1998) และภาวะสุขภาพการไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 97.8 และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 88.9 เป็นตัวทำนายของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เพราะคุณภาพชีวิต

ด้านร่างกายสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพ (Lee, Ko, & Lee, 2006) ส่วนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ มีค่าคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน อธิบายได้ว่าทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ (psychological domain) เป็นการรับรู้สภาพจิตใจของตนเอง อาจรับรู้ได้ทั้งทางบวกและทางลบที่บุคคลอื่นมีต่อตนเองหากผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพกาย ทำให้สูญเสียการทำงาน ก่อให้เกิดความเครียด สิ่งเหล่านี้จะรบกวนจิตใจและอารมณ์ ทำให้ขาดความสุข (Cobb, 1976) ซึ่งตัวอย่างมีโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง หัวใจ เครียดนอนไม่หลับ เข้าเสื่อม ลมชัก ทำให้รบกวนจิตใจและอารมณ์ได้

คุณภาพชีวิตด้านสังคมหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นกว่าก่อนทดลอง แต่ไม่แตกต่างกันทางสถิติ อธิบายได้ว่าคุณภาพชีวิตด้านสังคมเป็นการรับรู้ด้านความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่นในสังคมเป็นองค์ประกอบที่

สำคัญของคุณภาพชีวิตเช่นกัน แม้ว่าบทบาททางสังคมลดลง ผู้สูงอายุสามารถแสวงหาแรงสนับสนุนทางสังคมในรูปแบบอื่น ๆ ได้ เช่น การทำบุญร่วมกัน มีการอวยพรวันเกิดซึ่งกันและกัน ทำให้ผู้สูงอายุมีความรักความผูกพันซึ่งกันและกัน มีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางสังคมผู้สูงอายุ ทำให้ตัวเองมีคุณค่าทางสังคม นำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดี จึงกล่าวได้ว่า ความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุ มีทั้งครอบครัว บุตรหลาน ซึ่งตัวอย่างอยู่กับครอบครัวและบุตรหลานถึงร้อยละ 90 ดังนั้น ความสัมพันธ์ทางสังคมจึงมีผลต่อคุณภาพชีวิตเช่นกัน และผู้ที่มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมมากกว่าเป็นผู้ที่มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ที่มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมน้อยกว่า (Achat et al., 1998; Guse & Masesar, 1998)

คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมหลังได้รับโปรแกรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า สภาพแวดล้อม (environmental domain) เป็นการรับรู้และมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับสภาพแวดล้อม ที่อยู่อาศัย ตลอดความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (Sullivan, 1992) และยังมีสถานบริการด้านสุขภาพ การได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ มีกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งชมรมผู้สูงอายุทานสัมพันธ์มีการจัดกิจกรรมทุกเดือน เช่น จัดกิจกรรมเดือนเกิด อวยพรวันเกิด ให้ของขวัญวันเกิด ร่วมกันร้องเพลงรำวง ทำบุญตักบาตรร่วมกัน เป็นต้น ซึ่งผู้สูงอายุของชมรมได้เรียนรู้จากกิจกรรมกลุ่ม ทำให้การรับรู้ต่อสภาพแวดล้อมจึงมีผลต่อคุณภาพชีวิต ครอบครัว บุตรหลาน เพราะผู้สูงอายุของชมรมอยู่กับครอบครัวและบุตรหลานมากถึงร้อยละ 90

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการพัฒนาชมรมผู้สูงอายุทานสัมพันธ์ จังหวัดนนทบุรี อย่างต่อเนื่อง โดยมีการจัดโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ ที่เน้นการป้องกันโรค และจัดกิจกรรมให้ความรู้ มีการคัดกรองสุขภาพ มีบุคลากรทางสุขภาพให้

คำปรึกษาปัญหาสุขภาพ และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกันอย่างต่อเนื่อง และในหลาย ๆ ช่องทางที่ผู้สูงอายุสามารถเลือกได้ โดยไม่จำกัดเวลา โดยเฉพาะการเข้าถึงบุคลากรทางสุขภาพที่ต้องเกิดขึ้นภายใต้สัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เน้นพฤติกรรมการดูแล (caring behavior)

2. ส่งเสริมให้กลุ่มผู้สูงอายุตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี เพื่อเป็นการคัดกรองอาการเจ็บป่วยในระยะเริ่มต้นด้วยการสนับสนุนส่งเสริมจากศูนย์ส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลร่วมกับชมรมผู้สูงอายุอย่างมีแผน โดยมุ่งกลุ่มที่ต้องการความช่วยเหลือในระดับสูง อย่างมีเป้าหมายและสร้างหลักฐานเชิงฐานข้อมูลในเรื่องดังกล่าวนี้โดยชมรมผู้สูงอายุร่วมกับศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ หากพบว่าเริ่มพบความผิดปกติต้องจัดโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองในการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคได้ทันทั่วทั้งที่สามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ซึ่งจะใช้จ่ายเงินในการรักษาน้อยกว่าเมื่อมีอาการเจ็บป่วยมากที่บุคลากรทางสุขภาพต้องแสดงความรับผิดชอบเป็นหลัก

3. นำเสนอโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโปรแกรมนี้ไปปรับใช้ในการวิจัยเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ๆ เช่น กลุ่มผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุอื่น ๆ หรือผู้สูงอายุในสถานพยาบาลต่าง ๆ

4. ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ควรจัดทำแผนงานการทำงานร่วมกับชมรมผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม

เอกสารอ้างอิง

- Achat, H., Kawachi, I., Levine, S., Berkey, C., Coakley, E., & Colditz, G. (1998). Social networks, stress and health-related quality of life. *Quality of life research*, 7(8), 735-750.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.

- Cheang, K. M., & Cheok, C. (2015). A 17-month review of the care mode service structure, and design of THRIVE, a community mental health initiative in Northern Singapore. *East Asian Archives of Psychiatry, 25*(4),168.
- Chuawanlee, W. (1999). *Effects of external rewards and self-efficacy on students' intrinsic motivation*. Faculty of Education, Srinakharinwirot University. Foundation of Thai Gerontology Research and Development. Thai elderly population report 2008. Bangkok: TQP Co.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine, 38*(5), 300–314. <https://doi.org/10.1097/00006842-197609000-00003>.
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development. (2009). *Thai elderly population report 2009*. Bangkok: TQP Co.
- Guse, L. W. & Masesar, M. A. (1999). Quality of life and successful aging in long-term care: Perceptions of residents. *Issues in Mental Health Nursing, 20*, 527-539.
- Jaenoobrum, S. (1998). *Vision for the elderly and Non – formal education for Thai elderly*. Bangkok: Nischin Advertising Group.
- Lee, T. W., Ko, I. S., & Lee, K. J. (2006). Health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly in Korea: A cross-sectional survey. *International journal of nursing studies, 43*(3), 293-300.
- Lemeshow, S., Hosmer, D. W., Klar, J., Lwanga, S. K., & World Health Organization. (1990). *Adequacy of sample size in health studies*. Chichester: Wiley.
- Nanthamongkolchai, S. (2015). Quality of life among elderly people with chronic diseases in Ubon Ratchathani province. *Journal of Public Health Special Issue, 18-29*.
- Qunnapiruk, L., Ronnarithivichai, C., & Ucharattana, P. (2005). Quality of life among elderly: The meta-analysis. *Journal of Gerontology and Geriatric Medicine, 69*(1), 2-12.
- Saesiew, N. Vanindananda, N., & Choochom, O. (2012). The psychosocial adjustments and situational conditions as correlates of the quality of life in midlife adulthood. *Journal of Psycho-Behavioral Science: Thai Behavioral System Journal of Behavioral Science for Development 1*(1), 1-13.
- Sarnsang, C. (2018). *Quality of life and health-promoting behavior of the elderly in Thungkhawpuang Sub-district, Chiang Dao District, Chiangmai Province* (Master of public health). Faculty of Graduate Studies, Chiangmai Rajabhat University, Chiangmai.
- Sullivan, L. W. (1992). Health promotion and disease prevention. *Medical Education, 26*, 175-177.
- Tantalanukul, S., Rattanasak, S., Sengpanich, C., Srisung, W., & Tungkawanich, T. (2016). The effect of simulation-based learning on the ability development of primary medical care practicum of nursing students at Boromarajonani College of Nursing Uttaradit. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal, 8*(1), 49-58.
- The National Committee on the Elderly he National Committee on the Elderly. (2009). *The 2nd national plan on the elderly: NPE (2002 – 2021)*.