

ความอยู่ดีมีสุขของสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์

นฤมล จันทร์มา *

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง 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 มีความอยู่ดีมีสุข ร้อยละ 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 Dhama 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 ซึ่งถือว่าอัตราการเติบโตเป็นอันดับสามในทวีปเอเชียรองมาจากประเทศเกาหลีใต้ และประเทศญี่ปุ่น โดยประเทศไทยนั้นได้เข้าใกล้สังคมสูงวัยมาตั้งแต่ปี 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 ขอเสนอเชิงนโยบายในเวทีการประชุมติผู้สูงอายุระดับชาติปี 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 ความต้องการของผู้สูงอายุการจัดกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุจะกำหนดตารางกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์ไว้ชัดเจน มีระยะเวลาเปิด - ปิด การเรียนตลอดทั้งปี มีหลักสูตรจากการกำหนดของกลุ่มผู้สูงอายุเอง³ ทั้งนี้เพื่อบรรลุเป้าหมายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ คือ การได้รับบริการที่ดีขึ้นเท่าเทียมกันและป้องกันความเสี่ยงทางการเงินจากค่ารักษาพยาบาล⁴ การสร้างเสริมสุขภาพต้องเกิดจากการดำเนินการร่วมกันไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ ภาคส่วนที่ดูแลสุขภาพภาคสังคมและเศรษฐกิจ ภาคเอกชน องค์กรอาสาสมัคร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคอุตสาหกรรมและสื่อมวลชน ประชาชนทุกเพศทุกวัยมีบทบาทต่อสุขภาพในฐานะบุคคล สมาชิกครอบครัว และสมาชิกชุมชน กลุ่มวิชาชีพ กลุ่มทางสังคม และบุคลากรทางสุขภาพเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพปรับให้เหมาะสมกับความต้องการของท้องถิ่น และสามารถนำไปปรับใช้ได้ยาวนานในประเทศและทุกภูมิภาคทั่วโลกที่มีระบบทางสังคมวัฒนธรรมและเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน⁵ ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ได้ดีถึง 98.5% ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากที่สุด มีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี 58.2% มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับไม่ตี 71.9 % และมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (AOR 5.35) และการออกกำลังกาย (AOR 5.64) มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁶ หากผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ จะทำให้มีภาวะสุขภาพที่ดีลดอัตราป่วย ลดอัตราการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลและลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ⁷

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

สุขภาพผู้สูงอายุ อัตราการเจ็บป่วยและ
พฤติกรรมของผู้สูงอายุ ความอยู่ดีมีสุขทั้ง
ด้านบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคม
วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม การศึกษา เศรษฐกิจ
รวมทั้งปัจจัยพื้นฐานที่ทำให้ตัวบุคคลพัฒนา
ศักยภาพตนเองให้สามารถใช้ชีวิตในสังคมได้
อย่างปกติสุข⁸

ความอยู่ดีมีสุขเป็นแนวคิดที่เกิดจาก
ความพึงพอใจต่อการดำรงชีวิตรวมทั้งด้าน
บุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคม วัฒนธรรม
สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ และการเมือง รวมทั้ง
ปัจจัยพื้นฐานของบุคคลที่สามารถพัฒนา
ศักยภาพของตนเองให้ใช้ชีวิตแบบพอเพียง⁹
WHO กล่าวว่า ความอยู่ดีมีสุข (Well-being)
หมายถึง การมีสุขภาพอนามัยที่ดีทั้งร่างกาย
และจิตใจ มีความรู้ มีงานทำอย่างทั่วถึงมี
รายได้พอเพียงต่อการดำรงชีวิต มีครอบครัวที่
อบอุ่นมั่นคง อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีและอยู่
ภายใต้ระบบบริหารจัดการที่ดีของภาครัฐ
เช่นเดียวกับการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของ
ผู้สูงอายุจากการส่งเสริมบทบาทของงาน
ป้องกัน ดำเนินการระดมเพื่อการมีส่วนร่วม
ของหน่วยงานท้องถิ่น ปรับปรุงการส่งมอบ
การดูแลผู้สูงอายุหรือในสถานที่ดูแลเพื่อมี
สุขภาพที่ดีในปีต่อ ๆ ไป^{10,11} จึงกล่าวโดย
สรุปว่า ความอยู่ดีมีสุข คือ การพิจารณาถึง
คุณภาพในการดำรงชีวิต ความอยู่ดีมีสุขเป็น
ประเด็นในการทำให้บุคคลเกิดมุมมองของ
ความคิดในเชิงบวก สามารถปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมต่อมิติด้านสุขภาพ มิติด้านสังคม

มิติด้านเศรษฐกิจและมิติด้านสิ่งแวดล้อมให้
เกิดความสมดุล จากข้อมูลเบื้องต้นมีผลต่อ
การจัดสรรงบประมาณเพื่อส่งเสริมการจัด
กิจกรรมสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุทั้งในภาครัฐ
และภาคเอกชนอย่างต่อเนื่องในรูปแบบต่าง ๆ
ของการดำเนินงานของแต่ละท้องถิ่นคิดเป็น
ร้อยละ 78.4 โดยส่วนใหญ่จะมี รพ.สต. และ
กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เป็นพี่เลี้ยง
และเป็นกิจกรรมที่ต่อเนื่อง สอดคล้องกับงาน
ประจำของ รพ.สต. และการดำเนินการส่วน
ใหญ่อยู่ภายในกรอบนโยบายของกระทรวง
สาธารณสุข¹²

จากการทบทวนวรรณกรรมพบ
ความสำคัญของปัญหา ชุมชนสร้างโรงเรียน
ผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่าง
ต่อเนื่องและเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 ถึง
ปัจจุบัน ปี พ.ศ. 2561 จากความต่อเนื่องของ
โครงการกิจกรรมที่มีตั้งแต่เริ่มก่อตั้งโรงเรียน
ผู้สูงอายุถึงปัจจุบัน เมื่อสิ้นสุดทุกโครงการ
กิจกรรมจะมีเพียงรายงานผลการดำเนิน
โครงการนั้น ๆ เป็นรูปเล่มพร้อมภาพถ่าย
หลักฐานจากการรายงานท้องถิ่นที่ดำเนิน
แล้วเสร็จและหลักฐานจากสำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติเองก็ยังไม่พบ
ข้อมูลเชิงสถิติว่าด้วยการประเมินผลการ
ดำเนินโครงการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ผู้สูงอายุภายใต้โรงเรียนผู้สูงอายุที่ผ่านมานั้น
มีผลต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุเกิดผลอย่างไร
ในด้านร่างกาย จิตใจและการมีส่วนร่วมต่อ
กิจกรรมทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพมีการ

ปรับเปลี่ยนอย่างต่อเนื่องหรือไม่อย่างไร
มีความอยู่ดีมีสุขอย่างไร

ดังนั้นการศึกษาประสิทธิภาพของผล
การดำเนินกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุครั้งนี้
เพื่อมีข้อมูลที่ใช้ในการปรับปรุงหลักสูตรการ
ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุต่อความต้องการของ
ชุมชนท้องถิ่นและเกิดความยั่งยืนเพิ่มสมาชิก
ในโรงเรียนส่งเสริมศักยภาพเพื่อสุขภาพระดับด้าน
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
จึงพิจารณาคูณด้วย design effect มากกว่า 1¹³
งานวิจัยนี้คูณด้วย 2.4 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่าง
จึงเท่ากับ $491.29 \times 2.4 = 1,179$ คน งานวิจัยนี้
เก็บตัวอย่างมาวิเคราะห์ได้ทั้งสิ้น 1,179 คน

เครื่องมือวิจัย

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง
และขออนุญาตใช้เครื่องมือจากงานวิจัย
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 อาการโรคเฉียบพลันใน 3 เดือนที่ผ่านมา การ
รักษาโรคประจำตัว 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 ในการศึกษาครั้งนี้ได้กำหนดเกณฑ์การแบ่งระดับความอยู่ดีมีสุขเป็น 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

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ในเครือข่ายภูมิภาคมหาวิทยาลัยนเรศวร 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/ค่ารักษาพยาบาล		
ไม่มี	118	10.00
คู่สมรส	525	49.48
บุตร	411	38.74
หลาน	50	4.71
อื่น ๆ เช่น ญาติ,เพื่อนบ้าน	75	7.07

ความอยู่ดีมีสุขกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความอยู่ดีมีสุขระดับมาก (บุคคลที่มีคะแนนรวมมากกว่า 12 คะแนนขึ้นไป) คิดเป็นร้อยละ 74.64 [95% CI: 73.55 - 82.20] เมื่อแยกพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุมีระดับความ

อยู่ดีมีสุขตลอดเวลาและส่วนใหญ่มีความรู้สึกสดชื่น แจ่มใส อารมณ์ดี และผ่อนคลาย มีความรู้สึกคึกคัก และมีพลังวังชา 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) รู้สึกคึกคักและมีพลัง 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) ชีวิตประจำวันเต็มไปด้วย สิ่งที่น่าสนใจ	190 (16.12)	510 (43.26)	205 (17.39)	160 (13.57)	80 (6.78)	34 (2.88)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความอยู่ดีมีสุข

ความสัมพันธ์ระหว่างความอยู่ดีมีสุขของสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับจากการคัดเลือกตัวแปรที่คาดว่า จะมีความสัมพันธ์กับความอยู่ดีมีสุข โดยวิเคราะห์แบบตัวแปรเชิงซ้อน ปัจจัยที่

เกี่ยวข้องกับความอยู่ดีมีสุขและมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ตัวแปรด้านคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ ระดับการศึกษา ความพอเพียงรายได้ สถานภาพสมรส บุคคลผู้ดูแล การใช้ชีวิตประจำวันและการรักษาพยาบาล ได้รับการบริการจากกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ

ส่วนปัจจัยภายนอก ได้แก่ ความรู้สึกมั่นคงในทรัพย์สิน การเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ การปฏิบัติกรรมทางศาสนา สิทธิการรักษา การได้รับความช่วยเหลือของเพื่อนบ้านและด้านปัจจัยภายใน ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และยอมรับการเปลี่ยนแปลงความสามารถของร่างกาย

เมื่อนำมาศึกษาโดยวิเคราะห์แบบตัวแปรเชิงซ้อน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความอยู่ดีมีสุขและมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการบริการจากกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุมีระดับความอยู่ดีมีสุขมาก 89.70% [AOR=

5.09, (95%CI: 1.82, 14.32)] มีความสัมพันธ์กับความอยู่ดีมีสุขระดับมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนั้นยังพบว่า การได้เข้าร่วมการปฏิบัติธรรมทางศาสนามีระดับความอยู่ดีมีสุขมาก 86.2% [AOR= 5.03, (95%CI: 1.50, 17.15)] และมีการใช้การรักษาแบบแพทย์ทางเลือก เช่น สมุนไพร การนวด กับผู้สูงอายุที่โรงเรียน 80.1% [AOR= 3.67, (95%CI: 0.69, 19.41)] มีความสัมพันธ์กับความอยู่ดีมีสุขระดับมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความอยู่ดีมีสุข (มาก/น้อย)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับ ความอยู่ดีมีสุข	ความอยู่ดีมีสุข 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
ได้รับการบริการจากกิจกรรม 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
ความรู้สึกมั่นคงของทรัพย์สิน	531	45.04	1.53	0.55-4.72	1.40	0.43-4.57	0.574
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	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 นอกจากนั้นยังพบว่าการได้เข้าร่วมการปฏิบัติธรรมทางศาสนามีระดับความอยู่ดีมีสุขมาก 86.2% [AOR= 5.03, (95%CI: 1.50, 17.15)] (P-value = 0.008) อภิปรายได้ว่าผู้สูงอายุต้องทำกิจกรรมเชิงบวกสามารถปรับอารมณ์มีผลต่อความรู้สึก พัฒนาความสัมพันธ์กับผู้อื่น ทำให้มีจุดหมายในชีวิตมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น มีความพึงพอใจในชีวิต โดยเฉพาะกิจกรรมวาดภาพและกิจกรรมทางศาสนา¹⁷

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

ชุมชนงานวิจัยนี้เชื่อว่ากิจกรรมการเรียนรู้อย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการของผู้สูงอายุสามารถส่งเสริมการใช้ชีวิตและการมีส่วนร่วมให้เข้าถึงโอกาสได้รับการแก้ไข้ปัญหา¹⁹ 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 หนึ่งในสามของผู้สูงอายุยังคงมีรายได้ 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

สาธารณสุขควรจัดกิจกรรมหรือช่องทางทาง การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาความอยู่ดีมีสุขในระดับมาก

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษา intervention เพื่อทดสอบรูปแบบที่มีผลต่อการส่งเสริมระดับความอยู่ดีมีสุขผู้สูงอายุต่อไป

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

การส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเป็น การส่งเสริมสุขภาพตามบริบทของนโยบาย สุขภาพท้องถิ่นอย่างเฉพาะเจาะจงของ ผู้สูงอายุ มีความสำคัญ มีเป้าหมายเพื่อสร้าง ความเข้มแข็งของสุขภาพโดยการปรับปรุง ความเป็นอยู่ของชีวิต ขึ้นอยู่กับความรู้ เกี่ยวกับการพัฒนาและการดูแลรักษา สุขภาพที่ดี ลดผลกระทบต่อสภาพความ เป็นอยู่ด้านสุขภาพ เน้นหลักในการปรับปรุง ส่วนบุคคลและความสามารถด้านสุขภาพ ทางสังคม ด้วยความยั่งยืนของกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพเพื่อผู้สูงอายุต้องได้รับความ ร่วมมืออย่างต่อเนื่อง จริ่งจจจากทุกภาคส่วน ในชุมชนเน้นการทำงานแบบมีส่วนร่วม มีระบบประเมินผลกระทบสุขภาพ ประเมิน ความอยู่ดีมีสุขและภาวะสุขภาพทุกด้าน ทั้งกายจิตสังคมและสิ่งแวดล้อมพร้อมให้ คำปรึกษาช่วยเหลืออย่างทันท่วงที

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.