

นิพนธ์ต้นฉบับ

**การส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ด้วยกิจกรรมทางการแพทย์แผนไทย
กรณีศึกษา จังหวัดนครศรีธรรมราช**

ลลิตา บุญศิลป์¹ ณัฐวรรณ วรพิสุทธิวงศ์¹ ประสิทธิ์ บุญไทย¹ และ ศศิธร ตันทวารวณะ^{1*}

¹ สาขาวิชาการแพทย์แผนไทย คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง กรุงเทพฯ

*ผู้นิพนธ์ที่ให้การติดต่อ E-mail: sasithorn.t@rumail.ru.ac.th

Received date: August 31, 2024; Revised date: December 23, 2024; Accepted date: December 25, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ ในอาสาสมัครผู้สูงอายุกลุ่มเดียวจำนวน 100 คนที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าจำนวน 7 ข้อและเกณฑ์การออกจากโครงการจำนวน 3 ข้อ ประเมินก่อน-หลังเข้าร่วมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้วยกิจกรรมทางการแพทย์แผนไทย วัดคุณสมบัติเพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังการส่งเสริมคุณภาพชีวิต และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจ ความต้องการนำไปใช้ประโยชน์ และความรู้ที่ได้จากการอบรมเชิงปฏิบัติการกับคุณภาพชีวิต

ผลการวิจัยพบว่าก่อนการศึกษาอาสาสมัครมีคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับปานกลาง เมื่อจบการศึกษาแล้วมีคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับดี มีระดับคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แรงจูงใจในการเข้าร่วมโครงการ ($r = 0.430$) และความต้องการนำไปใช้ประโยชน์ ($r = 0.502$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แต่ความรู้ที่ได้จากการอบรมเชิงปฏิบัติการ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ($r = 0.066$, $p > 0.05$)

อย่างไรก็ตามอาสาสมัครสามารถเผยแพร่ความรู้ที่ได้รับจากการฝึกอบรม ขยายเครือข่ายในอัตราส่วนอาสาสมัคร : ผู้ได้รับการเผยแพร่จำนวน 1 ต่อ 30 คน ทั้งยังสามารถรวมกลุ่มกันผลิต น้ำมันนวดสมุนไพร จำนวน 2 ยี่ห้อ เริ่มจำหน่ายในท้องถิ่น การศึกษานี้แสดงให้เห็นได้ว่าผู้สูงอายุสามารถแสดงศักยภาพที่ชัดเจน สามารถต่อยอดการพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพื่อจำหน่ายหรือใช้ประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพและสามารถประยุกต์การศึกษานี้ให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชนผู้สูงอายุอื่นๆ ได้

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุ, แพทย์แผนไทย

Quality of life for Elderly with Thai Traditional Medicine Activities Case study: Nakhon Si Thammarat Province

Lalita Boonsil¹, Nattawan Worapisuttiwong¹, Prasit Boonthai¹,
and Sasithorn Tandhavadhana^{1*}

¹Thai traditional medicine department, Faculty of Science, Ramkhamhaeng University, Bangkok

*Corresponding Author E-mail: sasithorn.t@ru.ac.th

Abstract

Quasi-experimental research, collected quantitative and qualitative data on a single group of 100 elderly volunteers which passed 7 inclusion criteria and 3 exclusion criteria. Assessed before and after participated health promotion with Thai traditional medical activities. Research aims to compare knowledge level of the elderly before and after training. Compare level of quality of life of the elderly before and after health promotion. Study the relationship between motivation, needs for beneficial, knowledge gained from workshop training and quality of life.

Prior to study, the result shows that the quality of life of the sampling group was in the middle level. However, after the study, their quality of life became good. The score increased with statistical significance ($p < 0.05$). The motivation for workshop participation ($r = 0.430$) and need for application in life ($r = 0.502$) showed moderate positive relationship with better life quality with statistical significance ($p < 0.05$). Nevertheless, there was no relationship between knowledge gained from the workshop and better quality of life ($r = 0.066$, $p > 0.05$).

However, the participants can share the knowledge gained from the training, and they can expand the network with the ratio of 1 to 30 of volunteer and published person. The participants joined together to produce 2 brands of herbal massage oils and began selling in the local market. This study apparently demonstrated the elders' capabilities. They can further develop herbal products for sale and health promotion, and they can apply knowledge from the study to suit other elderly communities

Keywords: Quality of life, Elderly, Thai Traditional Medicine

บทนำ

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี 2548⁽¹⁾ ในปี 2566 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุทั้งหมดจำนวน 12,841,778 คน จากจำนวนประชากรทั้งหมด 66,054,803 คน คิดเป็นร้อยละ 19.40⁽²⁾ ตามเกณฑ์ขององค์การสหประชาชาติถือว่าประเทศไทยอยู่ในระดับการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ¹ ซึ่งผู้สูงอายุเหล่านี้คุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน การเปลี่ยนแปลงค่อนข้างมาก ด้านร่างกายมีความเสื่อมอย่างเห็นได้ชัดจนมักเกิดโรคประจำตัวที่ไม่ติดต่อเช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจ เป็นต้น^(3,4) ด้านจิตใจและอารมณ์ที่พบบ่อยคือมีความสุขน้อยลง ซึ่งมักมีสาเหตุจากการเจ็บป่วย⁽⁴⁾ ด้านสังคม เช่นการเกษียณอายุจากการทำงาน การสูญเสียคนใกล้ชิด⁽⁴⁾ และด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ความปลอดภัยของชีวิต สถานะทางการเงิน เป็นต้น⁽⁵⁾ หากผู้สูงอายุยอมรับความเปลี่ยนแปลงและพยายามปรับตัว ปรับพฤติกรรมจะสามารถลดผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อมได้⁽⁵⁾ อย่างไรก็ตามสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการมากที่สุดคือ การดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยตนเองอย่างมีความสุข ไม่เป็นภาระของสังคมหรือลูกหลาน เป็นที่ยอมรับของสังคมว่ายังมีศักยภาพ^(5,9)

องค์การอนามัยโลกได้มีนโยบายในการพัฒนาผู้สูงอายุให้พึ่งตนเองได้อย่างมีศักยภาพ และเป็นผู้ที่ยังสามารถทำประโยชน์แก่ตนเอง ครอบครัวและสังคมได้ ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเอง หรือที่เรียกว่า “พหุพลัง” (Active Ageing)⁽⁶⁾ เป็นแนวคิดที่แสดงถึงภาวะสุขสมบูรณ์ของผู้สูงอายุและเป็นเป้าหมายของผู้สูงอายุทั่วโลก มีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ คือการส่งเสริมให้มีสุขภาพที่ดี การส่งเสริมให้มีความมั่นคงหรือการมีหลักประกันสุขภาพ และการส่งเสริมการมีส่วนร่วม⁽⁶⁾ หากผู้สูงอายุได้ร่วมกันทำกิจกรรมจะช่วยให้การดำเนินงานของกิจกรรมนั้นประสบผลสำเร็จ ทั้งยังช่วยให้สมาชิกในทีมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ ฟังพาท้าย ซึ่งกันและกัน ร่วมกันแก้ไขปัญหาและดำเนินงานตามที่ได้รับมอบหมายอย่างเต็มที่⁽⁷⁾ สามารถรวมกันเป็นชุมชนนักปฏิบัติที่มีการรวมตัวกันหรือเชื่อมโยงกันอย่างไม่เป็นทางการ มีความสนใจในเรื่องเดียวกัน ต้องการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากกันและกันมีเป้าหมายร่วมกัน มีความมุ่งมั่นร่วมกันที่จะเป็นที่ยอมรับของสังคมว่ายังมีศักยภาพ ชุมชนนักปฏิบัติประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ⁽⁸⁾ คือ ขอบเขตความรู้คือการกำหนดหัวข้อความรู้ ซึ่งงานวิจัยนี้กำหนดหัวข้อความรู้เป็นความรู้ทางการแพทย์แผนไทย ชุมชนในงานวิจัยนี้คือการรวมกลุ่มกันของผู้สูงอายุที่ยังมีศักยภาพในจังหวัดนครศรีธรรมราช ที่มีเป้าหมายในการเรียนรู้ร่วมกัน และแนวปฏิบัติคือกิจกรรมที่กำหนดในงานวิจัยนี้ที่มีทั้งการอบรมและให้อาสาสมัครรวมกลุ่มกันไปเผยแพร่ความรู้และร่วมกันผลิต ผลิตภัณฑ์สมุนไพร

ในทฤษฎีการแพทย์แผนไทยเชื่อว่าสิ่งมีชีวิตประกอบขึ้นมาจากธาตุทั้ง 4 ได้แก่ ดิน น้ำ ลม ไฟ ทำให้ร่างกายมนุษย์มีลักษณะที่แตกต่างกันออกไป ก่อให้เกิดลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคลตามธาตุหลักที่เกิดขึ้นกับร่างกาย ซึ่งธาตุหลักนี้เรียกว่า “ธาตุเจ้าเรือน” แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ ธาตุเจ้าเรือนเกิด ซึ่งจะเป็นไปตาม วัน เดือนปีเกิด และธาตุเจ้าเรือนปัจจุบัน ที่พิจารณาจากบุคลิกลักษณะ อุปนิสัยและภาวะด้านสุขภาพ เมื่อธาตุทั้งสี่ในร่างกายสมดุลบุคคลจะแข็งแรงไม่เจ็บป่วย แต่หากขาดความสมดุลมักเกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกิดจากจุดอ่อนด้านสุขภาพของ แต่ละบุคคลตามเรือนธาตุที่ขาดความสมดุลนั้นไป⁽⁹⁾ นอกการปรับพฤติกรรมการบริโภคแล้วยังมีการออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมสุขภาพด้วยท่าฤๅษีดัดตน การออกกำลังกายด้วยท่าฤๅษีดัดตนนี้ยังช่วยให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นเช่นกัน เนื่องมาจากมีรูปแบบการออกกำลังกายที่คล้ายคลึงกัน เป็นการออกกำลังกายที่ฝึกกำหนดลมหายใจเข้า-ออก มีการเคลื่อนไหวซ้ำๆที่ช่วยให้กล้ามเนื้อ เอ็น ข้อต่อ มีการพัฒนา การยืดเหยียดได้เพิ่มมากขึ้น⁽¹⁰⁾ การส่งเสริมคุณภาพชีวิตทางการแพทย์แผนไทย ตามหลักธรรมนามัย 3 ด้าน คือกายานามัยเน้นสร้างเสริมสุขภาพกายที่ดี จิตตานามัยสร้างเสริมสุขภาพจิตด้วยการยึดทางสายกลางของจิต และชีวิตานามัยส่งเสริมคุณภาพชีวิตและครอบครัว⁽¹¹⁾

จังหวัดนครศรีธรรมราช มีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 19.52 ในปี 2566⁽²⁾ อาชีพเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ มีการปลูกพืชสมุนไพรเชิงพาณิชย์ และปลูกตามบ้านเรือนทั่วไปใช้เป็นอาหารและดูแลสุขภาพในครอบครัวได้ อีกทั้งจังหวัดนครศรีธรรมราชเป็น 1 ใน 3 จังหวัดที่ได้รับการคัดเลือกเป็นพื้นที่ต้นแบบดีเด่นแห่งชาติ ด้านการแพทย์แผนไทย แพทย์พื้นบ้าน และแพทย์ทางเลือกปี.ศ. 2563 มีการจัดทำแผนแม่บทด้านการอนุรักษ์ ส่งเสริม คัดกรองภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยพ.ศ.2563-2567 เน้นนโยบาย Thai herb first ส่งเสริมการใช้สมุนไพรในทุกหน่วยบริการ

สุขภาพ⁽¹²⁾ แม้ว่าเคยมีการศึกษาถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราชเมื่อประมาณ 7 ปีที่แล้วพบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี แต่คุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับน้อยที่สุด⁽¹³⁾ และด้วยนโยบายภาครัฐที่ส่งเสริมการใช้สมุนไพร ประกอบกับการแพทย์แผนไทยเป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจและการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับธรรมชาติ⁽⁹⁾ จึงเป็นที่มาในการศึกษาการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ด้วยกิจกรรมทางการแพทย์แผนไทยที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการอบรมเชิงปฏิบัติการทางการแพทย์แผนไทย
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ด้วยกิจกรรมทางการแพทย์แผนไทย
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจ ความต้องการนำไปใช้ประโยชน์ และความรู้ที่ได้จากการอบรมเชิงปฏิบัติการ กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ระเบียบวิธีศึกษา

การวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่อง “สูงวัย ใส่ใจสุขภาพดี มีพลัง สู้สังคมดิจิทัล” ซึ่งได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง หมายเลข RU-HRE 66/0020 และได้ทุนอุดหนุนการวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.)

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เก็บข้อมูลงานวิจัยแบบผสมผสานทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณ ในอาสาสมัครกลุ่มเดียว ประเมินก่อน-หลังการเข้าร่วมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ด้วยกิจกรรมทางการแพทย์แผนไทย ที่ประกอบด้วยการอบรม (Training) และเรียนรู้ผ่านการกระทำ (Learning by doing) โดยเริ่มจากการอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้ทางการแพทย์แผนไทยทั้งด้านทฤษฎีและปฏิบัติแก่อาสาสมัครจำนวน 4 ครั้ง ซึ่งครอบคลุมเนื้อหาเพียงพอที่อาสาสมัครจะนำไปเผยแพร่ต่อ จากนั้นให้อาสาสมัครเรียนรู้ผ่านการกระทำ (Learning by doing) ด้วยการรวมกลุ่มกันเผยแพร่ความรู้ที่ได้จากการอบรม ขยายเครือข่าย และผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร โดยผู้วิจัยมีการติดตามผลจากอาสาสมัครจำนวน 2 ครั้ง ด้วยการให้อาสาสมัครนำเสนอผลการเผยแพร่ความรู้ ขยายเครือข่าย และการผลิต “ผลิตภัณฑ์สมุนไพร”

ประชากรและอาสาสมัครในโครงการวิจัย

ประชากร : ผู้สูงอายุในอำเภอเมืองนครศรีธรรมราช อำเภอพระพรหม อำเภอลานสกา อำเภอเฉลิมพระเกียรติ และอำเภอร่อนพิบูล จังหวัดนครศรีธรรมราช

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ :

1. ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป⁽⁴⁾ ในสาขาอาชีพต่างๆ กลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นผู้นำชุมชน และกลุ่มนักเรียนในโรงเรียนผู้สูงอายุ ที่ได้รับการแนะนำจากส่วนราชการท้องถิ่นในจังหวัดนครศรีธรรมราช
2. ไม่จำกัดเพศ สามารถอ่านออก-เขียนได้
3. มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงอาจมีโรคประจำตัวได้แต่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้⁽⁴⁾
4. มีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับพืชสมุนไพร
5. สามารถใช้สมารถโทรในชีวิตประจำวัน
6. สมัครใจเข้าร่วมโครงการ
7. มีระดับคะแนนดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ไม่ต่ำกว่า 12 คะแนน⁽⁴⁾

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครออกจากโครงการ :

1. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของโครงการได้ตลอดระยะเวลาที่กำหนด
2. แพทย์มีความเห็นว่าสภาพร่างกายและจิตใจเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโครงการ
3. อยู่ในการศึกษาวิจัยอื่นที่มีลักษณะการส่งเสริมสุขภาพในระยะเวลาเดียวกับโครงการนี้

จำนวนอาสาสมัครและการสุ่มตัวอย่าง : คำนวณจากสูตร $n = P(1-P)z^2/e^2$ โดย P = สัดส่วนประชากรที่ผู้วิจัยกำหนดสุ่มในโครงการนี้คือร้อยละ 7 z = ระดับความเชื่อมั่นเท่ากับร้อยละ 95 และ e = ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับร้อยละ 5⁽¹⁴⁾ เมื่อแทนค่าจากสูตรได้จำนวนอาสาสมัคร 100 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) อย่างไม่เป็นสัดส่วน

ขั้นตอนการคัดกรองอาสาสมัคร : ก่อนเริ่มโครงการวิจัย คณะผู้วิจัยได้ทำการคัดกรองอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ ณ มหาวิทยาลัยรามคำแหง สาขาวิทยบริการเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา โดยชี้แจงผู้สนใจเข้าร่วมโครงการด้วยเอกสารคำชี้แจงอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการจำนวน 150 คน จากนั้นใช้แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เรลเอดีแอล ซึ่งผู้ที่จะเข้าร่วมโครงการได้จะต้องมีค่าดัชนีบาร์เรลเอดีแอลไม่ต่ำกว่า 12 คะแนน⁽¹⁵⁾ จากนั้นประกาศรายชื่อผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์การคัดกรองจำนวน 100 คน เพื่ออาสาสมัครเพื่อป้องกันการออกจากโครงการ ในระหว่างการดำเนินงานจำนวน 35 คน ผ่านช่องทางการประชาสัมพันธ์ในจังหวัดนครราชสีมาของมหาวิทยาลัยรามคำแหง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 2 ส่วน คือเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือสำหรับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทางการแพทย์แผนไทย ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 แบบประเมินดังนี้

1. แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เรลเอดีแอล ฉบับแปลภาษาไทย⁽¹⁵⁾ มีทั้งหมด 10 ข้อ มีการให้คะแนน 0-1 จำนวน 2 ข้อ ให้คะแนน 0-2 จำนวน 6 ข้อ และให้คะแนน 0-3 จำนวน 2 ข้อ การแปลผล คือคะแนนรวมตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไปเป็นกลุ่มติดสังคม คะแนนรวม 5 – 11 คะแนน เป็นกลุ่มติดบ้าน และคะแนนรวม 0-4 คะแนน เป็นกลุ่มติดเตียง

2. แบบประเมินคุณภาพชีวิต (WHOQOL – BREF –THAI-1997) ฉบับแปลภาษาไทย⁽¹⁶⁾ มีทั้งหมด 26 ข้อ โดยไม่มีการเปลี่ยนคำถาม ด้วยต้องการประเมินคุณภาพชีวิตในทุกมิติเช่นเดียวกับการแพทย์แผนไทยที่เป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตอย่างองค์รวมเช่นกัน เป็นข้อคำถามด้านบวก 23 ข้อ ด้านลบ 3 ข้อ ได้แก่ข้อ 2,9,11 เพื่อวัดคุณภาพชีวิต 4 ด้านคือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม การให้คะแนนแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด โดยให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 ตามลำดับ การแปลผลในภาพรวม 26- 60 คะแนน คือคุณภาพชีวิตไม่ดี เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ของบลูม⁽¹⁷⁾คืออาสาสมัครสามารถเข้าใจเนื้อหา องค์ความรู้ที่ได้จากการอบรม 61-95 คะแนน คือคุณภาพชีวิตระดับปานกลางเมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ของบลูม⁽¹⁷⁾คืออาสาสมัครสามารถวิเคราะห์และประยุกต์องค์ความรู้ในการนำไปใช้ได้และ 91-130 คะแนน คือคุณภาพชีวิตระดับดีเมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ของบลูม⁽¹⁷⁾คืออาสาสมัครสามารถประเมินค่าตามมาตรฐานและสร้างสรรค์สิ่งใหม่ได้

3. แบบสอบถามการอบรมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 4 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไปจำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 2 เป็นเรื่องการดูแลสุขภาพตามหลักการแพทย์แผนไทยจำนวน 5 ข้อ ส่วนที่ 3 เป็นเรื่องความรู้ด้านโรคเรื้อรังตามการแพทย์แผนปัจจุบันจำนวน 5 ข้อ เป็นคำตอบแบบถูก-ผิด ประเมินด้วยการนับจำนวนข้อที่ตอบถูกแล้วคิดค่าเฉลี่ยของคำตอบที่ถูกต้อง ส่วนที่ 4 เป็นแบบทดสอบตามวิธีการของลิเคิร์ต (Likert Rating Scales) จำนวน 8 ข้อ การให้คะแนนแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด โดยให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 ตามลำดับ การแปลผลจากคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 คือมีความรู้ที่น้อยที่สุด 1.50-2.49 คือมีความรู้ที่น้อย 2.50-3.49 คือมีความรู้ปานกลาง 3.50-4.49 คือมีความรู้มาก และ 4.50-5.00 คือมีความรู้มากที่สุด

เครื่องมือสำหรับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทางการแพทย์แผนไทย ประกอบด้วยกิจกรรมและการติดตามผลดังนี้

1. กิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการทั้งสิ้น 4 ครั้ง

ครั้งที่ 1) อบรมเรื่องโรคเรื้อรังตามการแพทย์แผนปัจจุบันเบื้องต้นและการดูแลสุขภาพด้วยหลักธรรมมานามัย พร้อมกิจกรรมการบริหารร่างกายด้วยฤๅษีดัดตน

ครั้งที่ 2) อบรมเรื่องการตลาดและการส่งออกสมุนไพรไทยเบื้องต้น การใช้ประโยชน์จากสมุนไพรในสาธารณสุขมูลฐานและบัญชียาหลักแห่งชาติ สรรพคุณและการนำไปใช้ของ ขมิ้นชัน ฟ้าทะลายโจร กระเทียม และกัญชา และกิจกรรมการหาธาตุเจ้าเรือน การจัดอาหารตามธาตุเจ้าเรือน และการทำน้ำมันนวดตามธาตุเจ้าเรือน

ครั้งที่ 3) อบรมเรื่องหลักการแปรรูปสมุนไพร หลักการควบคุมคุณภาพขมิ้นชันและฟ้าทะลายโจร การขออนุญาตขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์สมุนไพร กิจกรรมการแปรรูปขมิ้นชันและฟ้าทะลายโจรให้อยู่ในรูปแบบแคปซูล

ครั้งที่ 4) อบรมเรื่องภาพรวมตั้งแต่การดูแลสุขภาพตามการแพทย์แผนไทย การกินอาหารตามธาตุเจ้าเรือน การตลาดสมุนไพร การแปรรูป การควบคุมคุณภาพ และการขออนุญาตผลิตพร้อมกิจกรรมการแปรรูปกระเทียมให้อยู่ในรูปแบบเจลล้างมือแอลกอฮอล์ และชาชาง

2. กิจกรรมการให้อาสาสมัครรวมกลุ่มกันเผยแพร่ความรู้ การขยายเครือข่าย และการรวมกลุ่มกันเพื่อผลิต

ผลิตภัณฑ์สมุนไพร โดยผู้วิจัยมีงบประมาณให้อาสาสมัครในกิจกรรมนี้คนละ 2,000 บาท

3. การติดตามผลการเผยแพร่ความรู้ การขยายเครือข่าย และการรวมกลุ่มกันเพื่อผลิต ผลิตภัณฑ์สมุนไพร

จากอาสาสมัคร จำนวน 2 ครั้ง โดยการติดตามครั้งแรกในสัปดาห์ที่ 10 (หลังการอบรม 1 เดือน) และการติดตามครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 22 (หลังการติดตามครั้งแรก 3 เดือน) โดยให้อาสาสมัครแต่ละกลุ่มนำเสนอผลการเผยแพร่ความรู้ การขยายเครือข่าย และการรวมกลุ่มกันผลิต “ผลิตภัณฑ์สมุนไพร” ในประเด็นดังนี้ 1) หัวข้อที่เผยแพร่และจำนวนครั้งของการเผยแพร่ 2) กลุ่มเป้าหมาย 3) จำนวนคนเข้ารับการอบรมต่อ 4) รูปแบบการอบรม และ 5) การรวมกลุ่มกันผลิต “ผลิตภัณฑ์สมุนไพร”

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ของแบบประเมินความรู้ก่อน-หลังการอบรมเชิงปฏิบัติการ และหัวข้อติดตามผลที่สร้างขึ้น โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างคำถามและวัตถุประสงค์การวิจัย (Index of Item-Objective Congruence; IOC) = 0.97 จากนั้นนำแบบประเมินความรู้ก่อน-หลังการอบรมเชิงปฏิบัติการ ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่โรงเรียนผู้สูงอายุเสม็ดใต้ ตำบลเสม็ดใต้ อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 30 คน หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) = 0.708 จากค่า IOC และค่าความเชื่อมั่นแสดงว่าแบบประเมินความรู้ก่อน-หลังการอบรมเชิงปฏิบัติการ และหัวข้อติดตามผลที่สร้างขึ้น สามารถนำไปใช้ในการศึกษานี้ได้

วิธีดำเนินงานวิจัย

การเก็บข้อมูลการวิจัย ผู้วิจัยเก็บข้อมูล ณ ห้องประชุมมหาวิทยาลัยรามคำแหง สาขาวิทยบริการเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา

1. วันที่เริ่มโครงการ (วันที่ 0) นัดหมายอาสาสมัครจำนวน 100 คน จากนั้นอาสาสมัครลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย จากนั้นตอบแบบประเมินคุณภาพชีวิตตนเองด้วยแบบประเมินคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI-1997) ฉบับภาษาไทย และประเมินความรู้ก่อนการอบรมเชิงปฏิบัติการ และอบรมเชิงปฏิบัติการทางการแพทย์แผนไทยครั้งที่ 1

2. หลังจากการอบรมครั้งแรก 2 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 2) อบรมครั้งที่ 2 โดยมีอาสาสมัครจำนวน 100 คน

3. หลังจากนั้นอีก 2 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 4) อบรมครั้งที่ 3 โดยมีอาสาสมัครเข้าอบรมจำนวน 100 คน

4. หลังจากนั้นอีก 2 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 6) อบรมครั้งที่ 4 โดยมีอาสาสมัครเข้าอบรม 100 คน หลังการอบรมอาสาสมัครประเมินความรู้หลังการอบรมเชิงปฏิบัติการ จากนั้นผู้วิจัยมอบหมายงานให้อาสาสมัครรวมกลุ่มกันเผยแพร่ความรู้ที่ได้รับมาสร้างเครือข่ายและรวมกลุ่มกันผลิต ผลิตภัณฑ์สมุนไพร โดยใช้ความรู้ที่ได้รับจากการอบรม โดยมีผู้วิจัยเป็นที่ปรึกษา และนัดหมายการมาติดตามผลครั้งที่ 1

5. สัปดาห์ที่ 10 คณะผู้วิจัยติดตามผลการเผยแพร่ความรู้ การขยายเครือข่าย และการรวมกลุ่มผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรของอาสาสมัครครั้งที่ 1 โดยให้อาสาสมัครในแต่ละกลุ่ม นำเสนอผลงานในประเด็นดังนี้ 1) หัวข้อที่เผยแพร่และจำนวนครั้งของการเผยแพร่ 2) กลุ่มเป้าหมาย 3) จำนวนคนเข้ารับการอบรมต่อ 4) รูปแบบการอบรม และ 5) การรวมกลุ่มการผลิต “ผลิตภัณฑ์สมุนไพร” รวมทั้งพูดคุยถึงปัญหา อุปสรรค และหาแนวทางการปรับปรุง พร้อมนัดหมายการมาติดตามผลครั้งที่ 2

6. สัปดาห์ที่ 22 คณะผู้วิจัยติดตามผลใน 5 ประเด็น เหมือนกับการติดตามผลครั้งที่ 1 จากนั้นอาสาสมัครประเมินคุณภาพชีวิตตนเอง ด้วยแบบประเมินคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI-1997) ฉบับภาษาไทย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

การวิจัยครั้งนี้คำนวณโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัคร ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ประกอบไปด้วย ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตและการประเมินความรู้ก่อน-หลังกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการ ข้อมูลเป็น Dependent samples สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐานคือ Paired t-test ทดสอบสมมติฐานแบบ 2 ทาง โดยมีค่านัยสำคัญที่ $p < 0.05$ ส่วนการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจ ความต้องการนำไปใช้ประโยชน์ และความรู้ที่ได้รับจากการอบรม กับคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้น ใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearsons Correlation Coefficient)⁽¹⁸⁾

โดยใช้เกณฑ์ในการพิจารณาความสัมพันธ์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ดังนี้

- ± 0.81 ถึง ± 1.00 หมายถึงมีความสัมพันธ์ระดับสูงมาก
- ± 0.61 ถึง ± 0.80 หมายถึงมีความสัมพันธ์ระดับสูง
- ± 0.41 ถึง ± 0.60 หมายถึงมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง
- ± 0.21 ถึง ± 0.40 หมายถึงมีความสัมพันธ์ระดับต่ำ
- 0.00 ถึง ± 0.20 หมายถึงมีความสัมพันธ์ระดับต่ำมาก

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัคร

อาสาสมัครจำนวน 100 คน เข้าร่วมตลอดโครงการไม่พบอาสาสมัครที่ออกจากโครงการก่อนกำหนด เป็นเพศหญิงร้อยละ 79.0 มีอายุระหว่าง 60 - 64 ปี ร้อยละ 45.0 รองลงมา มีอายุระหว่าง 65 - 69 ปี ร้อยละ 39.0 มีภูมิลำเนาในอำเภอเมืองร้อยละ 46.0 จากอำเภออื่นในจังหวัดนครศรีธรรมราชร้อยละ 54.0 สามารถอ่านออก-เขียนได้ร้อยละ 100.0 ภาวะสุขภาพแข็งแรงร้อยละ 79.0 มีความรู้เกี่ยวกับสมุนไพร รู้จักและเคยใช้ ร้อยละ 83.0 มีแรงจูงใจในการเข้าร่วมโครงการอยู่ในระดับมากร้อยละ 79.0 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.78 ± 0.44 และมีความต้องการนำไปใช้ประโยชน์อยู่ในระดับมากร้อยละ 74.0 คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.70 ± 0.54 รายละเอียดดังตารางที่ 1

2. ผลการเปรียบเทียบความรู้ก่อน-หลังการอบรมเชิงปฏิบัติการ

ผลการเปรียบเทียบความรู้ก่อน-หลังการอบรมเชิงปฏิบัติการ เมื่ออาสาสมัครผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการจำนวน 4 ครั้งแล้ว พบว่าหัวข้อที่ 1 เรื่องโรคเรื้อรังตามการแพทย์แผนปัจจุบันและการดูแลสุขภาพตามหลักการแพทย์แผนไทย ก่อนการอบรมอาสาสมัครมีความรู้ในระดับน้อย หลังการอบรมอาสาสมัครมีความรู้ในระดับมากที่สุด หัวข้อที่ 2 เรื่องความรู้ในเรื่องธาตุเจ้าเรือนและการใช้ประโยชน์ของสมุนไพร ก่อนการอบรมอาสาสมัครมีความรู้ในระดับน้อย-ปานกลาง หลังการอบรมอาสาสมัครมีความรู้ในระดับปานกลาง-มาก หัวข้อที่ 3 ความเข้าใจและทักษะการแปรรูปสมุนไพรและฟ้าทะลายโจรให้อยู่ในรูปแบบแคปซูล ก่อนการอบรมอาสาสมัครมีความรู้ในระดับน้อย หลังการอบรมอาสาสมัครมีความรู้ในระดับมาก และหัวข้อที่ 4 ความรู้ ความเข้าใจในการแปรรูปกระท่อม ก่อนและหลังการอบรมอาสาสมัครมีความรู้ในระดับปานกลางเหมือนกัน แต่คะแนนเฉลี่ยในทุกหัวข้อย่อมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) รายละเอียดดังตารางที่ 2

3. ผลการติดตามการเผยแพร่ความรู้ การขยายเครือข่าย และการรวมกลุ่มผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพรของอาสาสมัครครั้งที่ 1 และ 2

คณะผู้วิจัยได้ติดตามผลการเผยแพร่ความรู้ การขยายเครือข่าย และการรวมกลุ่มผลิต “ผลิตภัณฑ์สมุนไพร” ของอาสาสมัครทั้ง 10 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน จำนวน 2 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 ติดตามหลังการอบรม 1 เดือน และครั้งที่ 2 หลังจากการติดตามครั้งแรก 3 เดือน โดยผลการติดตามครั้งที่ 1 พบว่าจำนวนหัวข้อที่เผยแพร่คือ 5 หัวข้อตามที่ได้รับการอบรมจากผู้วิจัย จำนวนผู้ได้รับการเผยแพร่ต่อผู้ทั้งสิ้น 311 คน รวมทั้งมีการรวมกลุ่มกันทำน้ำมันนวดจำนวน 2 กลุ่ม เพื่อแจกเป็นของขวัญปีใหม่และแจกให้ผู้มาทำบุญที่วัด ส่วนการติดตามครั้งที่ 2 หลังจากติดตามผลครั้งแรก 3 เดือน อาสาสมัครสามารถเลือกเรื่องที่ถนัดไปเผยแพร่ต่อเพียง 2 หัวข้อ อัตราส่วนอาสาสมัคร : ผู้ได้รับการเผยแพร่คือ 1 ต่อ 30 คน การรวมกลุ่มกันทำน้ำมันนวดยังมีจำนวน 2 กลุ่มเท่าเดิมโดยมีการผลิตและเริ่มจำหน่ายในชุมชน

4. ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตอาสาสมัคร ก่อน-หลังเข้าร่วมโครงการ

อาสาสมัครประเมินคุณภาพชีวิตในวันที่ 0 (เริ่มโครงการ) จากนั้นประเมินประเมินคุณภาพชีวิตอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 22 (จบโครงการ) ด้วยแบบประเมินคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI-1997) ฉบับภาษาไทย เมื่อนำผลการประเมินมาเปรียบเทียบกันพบว่าด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวม มีระดับคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน ($p < 0.05$) รายละเอียดดังตารางที่ 3

5. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการเข้าร่วมโครงการกับคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้น

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการเข้าร่วมโครงการ กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น โดยคิดจากค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตหลังเข้าร่วมโครงการ – ก่อนเข้าร่วมโครงการ พบว่าแรงจูงใจในการเข้าร่วมโครงการมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้านและคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยแรงจูงใจในการเข้าร่วมโครงการมีความสัมพันธ์กับสุขภาพกายในระดับปานกลาง ($r = 0.562$) มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจในระดับสูง ($r = 0.786$) มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมในระดับสูง ($r = 0.641$) ส่วนความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมในระดับปานกลาง ($r = 0.437$) และมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับปานกลาง ($r = 0.430$) เห็นได้ว่าแรงจูงใจในการเข้าร่วมโครงการมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจสูงที่สุด รายละเอียดดังตารางที่ 4

6. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการนำไปใช้ประโยชน์กับคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้น

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการนำไปใช้ประโยชน์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น โดยคิดจากค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตหลังเข้าร่วมโครงการ – ก่อนเข้าร่วมโครงการ พบว่าความต้องการนำไปใช้ประโยชน์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้านและคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยความต้องการนำไปใช้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับสุขภาพกายในระดับสูง ($r = 0.653$) มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจในระดับสูงมาก ($r = 0.811$) มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมในระดับสูง ($r = 0.750$) มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมในระดับปานกลาง ($r = 0.456$) และมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับปานกลาง ($r = 0.502$) เห็นได้ว่าความต้องการนำไปใช้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจสูงที่สุด รายละเอียดดังตารางที่ 5

7. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ที่ได้รับเพิ่มขึ้นจากการอบรมกับคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้น

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ที่ได้รับเพิ่มขึ้นจากการอบรมโดยคิดจากค่าเฉลี่ยของระดับความรู้หลัง-ก่อนการอบรมกับคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้น โดยคิดจากค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตหลังเข้าร่วมโครงการ – ก่อนเข้าร่วมโครงการ พบว่าความรู้ที่ได้รับเพิ่มขึ้นจากการอบรม ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้านและคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) โดยความรู้ที่ได้รับเพิ่มขึ้นจากการอบรมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม สิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวม ($r = 0.073, 0.047, 0.115, 0.018$ และ 0.066 ตามลำดับ) รายละเอียดดังตารางที่ 6

อภิปรายผล

การส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ด้วยกิจกรรมทางการแพทย์แผนไทย กรณีศึกษาจังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นการวิจัยกึ่งทดลองในอาสาสมัครผู้สูงอายุกลุ่มเดียว ประเมินผลก่อน-หลังการเข้าร่วมกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการทางการแพทย์แผนไทยจำนวน 4 ครั้ง และหลังการอบรมให้อาสาสมัครรวมกลุ่มกันนำองค์ความรู้ที่ได้จากการอบรมไปเผยแพร่ ขยายเครือข่าย รวมกลุ่มผลิต “ผลิตภัณฑ์สมุนไพร” โดยมีการติดตามความคืบหน้าของอาสาสมัครจำนวน 2 ครั้งโดยในครั้งแรกระยะเวลาห่างจากการอบรม 1 เดือนและครั้งที่ 2 ห่างจากการติดตามผลครั้งแรก 3 เดือน ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตอาสาสมัครผู้สูงอายุดีขึ้นในทุกด้านทั้งทางกาย ทางจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับงานวิจัยของ ยุพิน ทรัพย์แก้ว⁽¹⁹⁾ ที่ศึกษารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้วยหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ ถึงแม้หลักสูตรที่ใช้จะแตกต่างจากงานวิจัยนี้ แต่ผู้สูงอายุหลังผ่านกิจกรรมแล้วมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นในทุกด้านเช่นกัน

การที่อาสาสมัครนำความรู้ที่ได้จากการอบรมไปเผยแพร่ ขยายเครือข่าย และรวมกลุ่มผลิต “ผลิตภัณฑ์สมุนไพร” จากการติดตามครั้งที่ 1 อาสาสมัครนำความรู้ทุกหัวข้อที่ได้รับจากการอบรมไปเผยแพร่ต่อ แต่เมื่อเวลาผ่านไปอาสาสมัครสามารถคัดเลือกองค์ความรู้ที่เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มและบริบทของสังคมไปเผยแพร่ต่อ ดังผลจากการติดตามครั้งที่ 2 ที่พบว่าอาสาสมัครเลือกหัวข้อในการเผยแพร่ต่อเพียง 2 หัวข้อ แต่เพิ่มวิธีการเผยแพร่คือบอกเล่าและชวนมาปฏิบัติด้วยกันอันเป็นแลกเปลี่ยนองค์ความรู้กับผู้สนใจ ทั้งยังมีการรวมกลุ่มกันผลิต “ผลิตภัณฑ์สมุนไพร” คือน้ำมันนวด ตลอดจนมีการสร้างแบรนด์ จำนวน 2 ยี่ห้อและเริ่มจำหน่ายในท้องถิ่น สอดคล้องกับงานวิจัยของ วีรวัฒน์ เข้มแข็งและคณะ⁽²⁰⁾ ที่ศึกษาการพัฒนาแบบการจัดการความรู้ของกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อเสริมสร้างทุนปัญญาในการจัดการศึกษาตลอดชีวิตที่มีรูปแบบคือ การจัดการกระบวนการเรียนรู้หลักสูตรระยะสั้น มีการถ่ายทอด สานิต การปฏิบัติให้เห็นจริง สามารถนำมาปรับใช้ในการดำเนินชีวิตได้ ทั้งยังสร้างอาชีพใหม่แก่อาสาสมัคร รวมทั้งสอดคล้องกับนโยบายในการพัฒนาผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ หรือ พหุพลัง (Active Ageing)⁽⁶⁾ ที่มีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ คือ (1) การส่งเสริมให้มีสุขภาพที่ดี (2) การส่งเสริมให้มีความมั่นคงหรือการมีหลักประกันในชีวิตและ (3) การส่งเสริมการมีส่วนร่วม และสอดคล้องแนวคิดการทำงานเป็นทีม⁽⁷⁾ และแนวคิดชุมชนนักปฏิบัติ⁽⁸⁾ ดังจะเห็นได้จากกิจกรรมการอบรมระยะสั้น คือการส่งเสริมสุขภาพตามพหุพลังและกำหนดหัวข้อความรู้ตามแนวคิดชุมชนนักปฏิบัติ กิจกรรมให้ผู้สูงอายุรวมกลุ่มและนำความรู้ไปเผยแพร่ต่อและรวมกลุ่มกันผลิตน้ำมันนวดเป็นการให้มีการให้รวมตัวกันเป็นชุมชนเล็กๆ ทำงานเป็นทีมร่วมกันมีเป้าหมายเดียวกันตามแนวคิดการทำงานเป็นทีม และแนวคิดชุมชนนักปฏิบัติ และเมื่อกลุ่มผู้สูงอายุมีอาชีพเสริมเป็นการเสริมความมั่นคงตามแนวคิดพหุพลัง โดยรวมเป็นการเพิ่มศักยภาพผู้สูงอายุ และสามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับองค์ความรู้ในด้านอื่นๆ หรือเป็นแนวทางในการนำไปปรับใช้ในชุมชนอื่น

จากผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช ในการวิจัยนี้พบว่า ก่อนเข้าร่วมโครงการผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับปานกลาง ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยเดิมที่เคยศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราชของยุพิน ทรัพย์แก้ว⁽¹⁹⁾ ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราชโดยรวมอยู่ในระดับระดับดี และงานวิจัยของ จิรัชยา เกล้าดีและคณะ⁽¹³⁾ เช่นกันที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช โดยรวมอยู่ในระดับระดับดีแต่เมื่อพิจารณาในแต่ละด้านยังคงมีปัญหาก็จะต้องมีการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นคือด้านจิตใจ ทั้งนี้ผลที่แตกต่างจากงานวิจัยเดิมอาจเกิดจาก ระยะเวลาของการทำวิจัย ซึ่งงานวิจัยของยุพิน ทรัพย์แก้ว⁽¹⁹⁾ ศึกษาในปี 2556-2557 ส่วนงานวิจัยของ จิรัชยา เกล้าดีและคณะ⁽¹³⁾ ศึกษาโดยประมาณในพ.ศ. 2560 ซึ่งผ่านมาโดยประมาณ 7-10 ปี ในช่วงเวลาที่ผ่านมามีสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมค่อนข้างมากส่งผลให้ผลการวิจัยในปี 2566 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำกว่างานวิจัยเดิม

จากผลการศึกษาที่พบว่าแรงจูงใจในการเข้าร่วมโครงการ และความต้องการนำไปใช้ประโยชน์มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.430$ และ 0.502 ตามลำดับ) สอดคล้องกับงานวิจัยของพิมพ์ดี โตยิ่ง⁽²¹⁾ ที่ศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ กรณีศึกษา

ตำบลคลองเกตุ อำเภอโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี และพบว่าปัจจัยด้านชุมชน ในประเด็นการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิต

ข้อสรุป

การศึกษานี้สรุปได้ว่า ก่อนการศึกษาอาสาสมัครผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับปานกลาง แต่เมื่อจบโครงการแล้วอาสาสมัครมีคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับดี แรงจูงใจในการเข้าร่วมโครงการ และความต้องการนำไปใช้ประโยชน์ มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตโดยรวมที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ความรู้ที่ได้จากการอบรมเชิงปฏิบัติการทางการแพทย์แผนไทย ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของอาสาสมัคร อย่างไรก็ตามอาสาสมัครสามารถนำความรู้ที่ได้จากการอบรมไปเผยแพร่ ขยายเครือข่ายต่อไปในอัตราส่วนอาสาสมัครต่อผู้ได้รับการเผยแพร่ คือ 1 ต่อ 30 คน ทั้งยังสามารถรวมกลุ่มกันผลิต ผลิตภัณฑ์สมุนไพรคือน้ำมันนวด สามารถสร้างแบรนด์ได้จำนวน 2 ยี่ห้อและเริ่มจำหน่ายในท้องถิ่น แสดงให้เห็นได้ว่าอาสาสมัครเริ่มมีความมั่นใจในการเผยแพร่ความรู้ มั่นใจในคุณภาพของน้ำมันนวด สามารถสร้างอาชีพเสริมและตอบสนองต่อนโยบายของจังหวัดที่ส่งเสริม ส่งเสริมการใช้สมุนไพร มีส่วนร่วมในการเริ่มรวมตัวกันเป็นชุมชนนักปฏิบัติ อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งด้าน กาย จิต สังคมและสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุให้เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุสามารถแสดงศักยภาพที่ยังมีอยู่ให้เป็นที่ประจักษ์ ทั้งยังสามารถนำการศึกษานี้ไปเป็นต้นแบบในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยประยุกต์ให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชนผู้สูงอายุอื่น ๆ ได้ สามารถนำไปต่อยอดการศึกษาในการพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรในชุมชนเพื่อการจำหน่ายหรือการใช้ประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งต่อยอดผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่เกิดขึ้นจากโครงการนี้เรื่องการรักษาโรคมาตรฐานผลิตภัณฑ์และขยายโอกาสทางการค้าต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ที่สนับสนุนทุนอุดหนุนการวิจัย และช่วยเหลือด้านสถานที่ให้กับโครงการนี้ นอกจากนี้ขอขอบคุณผู้บริหาร คณะอาจารย์ที่เกี่ยวข้อง เจ้าหน้าที่ของมหาวิทยาลัย เจ้าหน้าที่ของสาขาวิทยบริการเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา อาสาสมัครทุกท่านและผู้ทีอาสาสมัครไปเผยแพร่ความรู้ต่อ ที่ช่วยให้งานวิจัยนี้ประสบผลสำเร็จได้เป็นอย่างดี

ตาราง ภาพ และแผนภาพ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัคร (n=100)

	ข้อมูลส่วนบุคคล	ร้อยละ
1. เพศ	ชาย	21.0
	หญิง	79.0
2. อายุ	60 - 64 ปี	45.0
	65 - 69 ปี	39.0
	> 70 ปี	16.0
3. ภูมิลำเนา (อำเภอ)	เมืองนครศรีธรรมราช	46.0
	อำเภออื่น ๆ	54.0
4. ความสามารถ อ่านออก-เขียนได้	อ่านออก-เขียนได้	100.0
5. ภาวะสุขภาพ	แข็งแรงดี	79.0
	มีโรคประจำตัว เช่นโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น	21.0
6. ความรู้เกี่ยวกับสมุนไพร	รู้จัก แต่ไม่เคยใช้	15.0
	รู้จัก และเคยใช้	83.0
	ไม่รู้จัก	2.0
7. แรงจูงใจในการเข้าร่วมโครงการฯ	มากที่สุด	0.0
	มาก	79.0
	ปานกลาง	20.0
	น้อย	1.0
	น้อยที่สุด	0.0
	mean $\pm$ S.D.	3.78 $\pm$ 0.44
8. ต้องการนำไปใช้ประโยชน์	มากที่สุด	0.0
	มาก	74.0
	ปานกลาง	24.0
	น้อย	2.0
	น้อยที่สุด	0.0
	mean $\pm$ S.D.	3.70 $\pm$ 0.54

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความรู้ก่อน-หลังการอบรมเชิงปฏิบัติการ

หัวข้อ	ก่อนการอบรม (mean±S.D.)	หลังการอบรม (mean±S.D.)	p-value*
1. ความรู้ด้านโรคเรื้อรังตามการแพทย์แผนปัจจุบันและการดูแลสุขภาพตามหลักการแพทย์แผนไทย			
1.1 ความรู้ด้านโรคเรื้อรังตามการแพทย์แผนปัจจุบัน	1.50±1.06 (ระดับน้อย)	3.98±1.00 (ระดับมาก)	<0.001
1.2 การดูแลสุขภาพตามหลักการแพทย์แผนไทย	2.24±1.12 (ระดับน้อย)	4.67±0.51 (ระดับมากที่สุด)	<0.001
2. ความรู้ในเรื่องธาตุเจ้าเรือนและการใช้ประโยชน์ของสมุนไพร			
2.1 ความรู้เรื่องธาตุเจ้าเรือน	1.92±0.79 (ระดับน้อย)	3.97±0.78 (ระดับมาก)	<0.001
2.2 ความรู้ในสรรพคุณและประโยชน์ของขมิ้นชันและฟ้าทะลายโจร	2.89±0.83 (ระดับปานกลาง)	3.61±0.89 (ระดับมาก)	<0.001
2.3 ความรู้ในประโยชน์และโทษของกระท่อม	2.47±0.85 (ระดับน้อย)	3.44±0.73 (ระดับปานกลาง)	<0.001
2.4 ความรู้ในประโยชน์และโทษของกัญชา	2.44±0.79 (ระดับน้อย)	3.56±0.88 (ระดับมาก)	<0.001
3. ความเข้าใจและทักษะการแปรรูปขมิ้นชันและฟ้าทะลายโจรให้อยู่ในรูปแบบแคปซูล			
3.1 ด้านความรู้	2.38±0.95 (ระดับน้อย)	4.17±0.67 (ระดับมาก)	<0.001
3.2 ด้านเทคนิคการแปรรูป	2.23±0.95 (ระดับน้อย)	4.03±0.69 (ระดับมาก)	<0.001
3.3 ด้านทักษะการใช้เครื่องบรรจุแคปซูลแบบ manual	2.11±0.99 (ระดับน้อย)	4.09±0.74 (ระดับมาก)	<0.001
4. ความรู้ ความเข้าใจในการแปรรูปกระท่อม			
4.1 ความรู้ ความเข้าใจในการแปรรูปกระท่อมให้อยู่ในรูปแบบชาขงและเจล	2.55±0.92 (ระดับปานกลาง)	3.76±0.75 (ระดับปานกลาง)	<0.001
ค่าเฉลี่ยระดับความรู้ทั้ง 4 หัวข้อ	2.27±0.39 (ระดับน้อย)	3.92±0.30 (ระดับมาก)	<0.001
ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับความรู้หลัง-ก่อนการอบรม		1.65±0.50 (ระดับน้อย)	-

* สถิติที่ใช้ในการหาค่า p-value คือ paired t test ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครก่อน-หลังเข้าร่วมโครงการ

คุณภาพชีวิต	ระดับคะแนนคุณภาพชีวิต (mean±S.D.)		p-value*
	ก่อนการศึกษา	หลังการศึกษา	
ด้านสุขภาพกาย	20.34±1.34 (ระดับปานกลาง)	29.58±4.88 (ระดับดี)	<0.001
ด้านจิตใจ	20.21±3.19 (ระดับปานกลาง)	26.29±3.44 (ระดับดี)	<0.001
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	8.26±2.84 (ระดับปานกลาง)	11.05±0.54 (ระดับปานกลาง)	<0.001
ด้านสิ่งแวดล้อม	18.28±8.28 (ระดับปานกลาง)	32.44±2.49 (ระดับดี)	<0.001
คุณภาพชีวิตโดยรวม	69.12±10.87 (ระดับปานกลาง)	107.53±3.92 (ระดับดี)	<0.001

* สถิติที่ใช้ในการหาค่า p- value คือ paired t test ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการเข้าร่วมโครงการกับคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้น

ค่าเฉลี่ยของ แรงจูงใจในการ เข้าร่วม โครงการ (mean±S.D.)	คุณภาพชีวิตด้าน	ค่าเฉลี่ยของคุณภาพ ชีวิตหลัง-ก่อนเข้า ร่วมโครงการ (mean±S.D.)	ค่า สัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ (r)	p-value*	ระดับ ความ สัมพันธ์
3.78±0.44	ด้านสุขภาพกาย	9.24±4.48	0.562	<0.001	ปานกลาง
	ด้านจิตใจ	6.08±4.49	0.786	<0.001	สูง
	ด้านสัมพันธภาพทาง สังคม	2.79±3.14	0.641	<0.001	สูง
	ด้านสิ่งแวดล้อม	14.16±7.49	0.437	<0.001	ปานกลาง
	คุณภาพชีวิตโดยรวม	38.41±11.92	0.430	<0.001	ปานกลาง

* สถิติที่ใช้ในการหาค่า p- value คือ Pearsons Correlation ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

ตารางที่ 5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการนำไปใช้ประโยชน์กับคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้น

ค่าเฉลี่ยของ ความต้องการ นำไปใช้ ประโยชน์ (mean±S.D.)	คุณภาพชีวิตด้าน	ค่าเฉลี่ยของคุณภาพ ชีวิตหลัง -ก่อนเข้าร่วม โครงการ(mean±S.D.)	ค่า สัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ (r)	p-value*	ระดับ ความ สัมพันธ์
3.70±0.54	ด้านสุขภาพกาย	9.24±4.48	0.653	<0.001	สูง
	ด้านจิตใจ	6.08±4.49	0.811	<0.001	สูงมาก
	ด้านสัมพันธภาพ	2.79±3.14	0.750	<0.001	สูง
	ทางสังคม				
	ด้านสิ่งแวดล้อม	14.16±7.49	0.456	<0.001	ปานกลาง
	คุณภาพชีวิต โดยรวม	38.41±11.92	0.502	<0.001	ปานกลาง

* สถิติที่ใช้ในการหาค่า p-value คือ Pearsons Correlation ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

ตารางที่ 6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ที่ได้เพิ่มขึ้นจากการอบรมกับคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้น

ค่าเฉลี่ยของความรู้ ที่ได้รับหลัง-ก่อน การอบรม (mean±S.D.)	คุณภาพชีวิต	ค่าเฉลี่ยของคุณภาพ ชีวิตหลัง-ก่อนเข้าร่วม โครงการ (mean±S.D.)	ค่า สัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ (r)	p- value*	ระดับ ความ สัมพันธ์
1.65±0.50	ด้านสุขภาพกาย	9.24±4.48	0.073	0.469	ต่ำมาก
	ด้านจิตใจ	6.08±4.49	0.047	0.639	ต่ำมาก
	ด้านสัมพันธภาพทาง สังคม	2.79±3.14	0.115	0.256	ต่ำมาก
	ด้านสิ่งแวดล้อม	14.16±7.49	0.018	0.860	ต่ำมาก
	คุณภาพชีวิตโดยรวม	38.41±11.92	0.066	0.513	ต่ำมาก

* สถิติที่ใช้ในการหาค่า p-value คือ Pearsons Correlation ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2559). รายงานสถานการณ์ ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2558. กรุงเทพฯ : อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). ข้อมูลผู้สูงอายุ. ค้นเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2565 จาก <https://www.dop.go.th>.
3. อุไรรัชต์ บุญแท้ และคณะ. (2560). สภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ภายใต้การดูแลของเครือข่ายชุมชนร่วมกับครอบครัวเสมือน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 35(3), 175-185.
4. โสภิษา เรืองผึ่ง. (2561). ความต้องการในโครงการสมรรถนะที่ดีด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลเมืองแสนสุข จังหวัดชลบุรี สารนิพนธ์ปริญญาตรี ภาควิชาสังคมวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
5. นิธิภัทร ชิตานนท์. (2563). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลเสม็ด อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาตรี สาขาวิชาการบริหารงานยุติธรรมและสังคม คณะรัฐศาสตร์และนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
6. วิภาณันท์ ม่วงสกุล. (2558). การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังด้วยแนวคิดพัฒนาพลัง. วารสารวิจัยสังคม. 38(2), 93-112.
7. กิตติพัช เขียวฉ่อน และธีระวัฒน์ จันทิก. (2560). การทำงานเป็นทีมสู่การเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน. วารสารวิทยาลัยดุสิตธานี. 11(1), 355-370.
8. สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ. (2557). ชุมชนนักปฏิบัติ (Community of Practices CoPs) ค้นเมื่อ 5 พฤศจิกายน 2565. จาก <https://www.nstda.or.th/>.
9. ภักศจิรณ ชันทอง. (2567) การฟื้นฟูผู้สูงอายุสำหรับสำหรับแพทย์แผนไทย. กรุงเทพฯ : ศูนย์หนังสือแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
10. ดารชา เทพสุริยานนท์ และภักศจิรณ ชันทอง. (2017). คุณภาพชีวิตของการออกกำลังกายด้วยท่าฤๅษีดัดตนในผู้สูงอายุบ้านทรายมูล จังหวัดยโสธร. วารสารหมอยาไทยวิจัย. 3(2), 1-5.
11. พรรณภัทร อินทฤทธิ์. (2560). การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย. วารสารหมอยาไทยวิจัย. 3(2), 35-42.
12. สำนักข่าวกรมประชาสัมพันธ์. (2563). จ.นครศรีธรรมราช ติด 1 ใน 3 จังหวัด ที่ได้รับการคัดเลือกเป็นพื้นที่ต้นแบบดีเด่นแห่งชาติ ด้านการแพทย์แผนไทย แพทย์พื้นบ้านและแพทย์ทางเลือก ปี 2563 ค้นเมื่อ 5 พฤศจิกายน 2565. จาก <https://nakhonsithammarat.prd.go.th>.
13. จิรัชยา เคล้าดี และคณะ. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในจังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารราชพฤกษ์. 15(1), 27-32.
14. ภิรมย์ กมลรัตนกุล และคณะ. (2542). หลักการทำวิจัยให้สำเร็จ. กรุงเทพฯ : เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นอล พับลิเคชั่น จำกัด.
15. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา.(2558). แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน. ดัชนีบาร์เรลเอทีแอล ค้นเมื่อ 23 พฤศจิกายน 2565 จาก <https://ayo.moph.go.th>
16. กรมสุขภาพจิต.(2559) แบบประเมินคุณภาพชีวิต (WHOQOL – BREF –THAI-1997) ค้นเมื่อ 23 พฤศจิกายน 2565 จาก <https://dmh.go.th>.
17. รัฐพล ประดับเวทย์. (2560). แนวทางการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยเทคโนโลยีตามแนวคิดอนุกรมวิธานของ บลูม. Veridian E-Journal. 10(3), 1051-1065.
18. สมถวิล วิจิตรวรรณ. (2563). สถิติความสัมพันธ์: เลือกใช้อย่างไร วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. 8(2), 1-15.

19. ยุพิน ทรัพย์แก้ว. (2559). การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้วยหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุของศูนย์ความเป็นเลิศด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช. **วารสารการพยาบาลและการศึกษา**. 26(9), 25-39.
20. วีรวัฒน์ เข้มแข็ง และคณะ. (2561). การพัฒนาภาพแบบการจัดการความรู้ของกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อเสริมสร้างทุนทางปัญญาในการจัดการศึกษาตลอดชีวิต. **วารสารศึกษาศาสตร์ปริทัศน์**. 33(3), 60-70.
21. พิมพ์ดี โตยั้ง. (2563). การวิเคราะห์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ กรณีศึกษา ตำบลคลองเกตุ อำเภอโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี. สารนิพนธ์ทวิปริญญาโททางรัฐประศาสนศาสตร์และบริหารธุรกิจ คณะรัฐศาสตร์และคณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยรามคำแหง.