

THE EFFECT OF PROGRAM APPLYING PENDER'S HEALTH PROMOTION MODEL WITH QUALITY OF LIFE AMONG THE ELDERLY CHOK CHAI SUB-DISTRICT MUNICIPALITY, CHOK CHAI DISTRICT, NAKHON RATCHASIMA PROVINCE

Sutep Desud ¹, Sarodh Pechmanee ², Thanakorn Panyasaisophon ^{3,*}

Received: February 15, 2024

Received: October 11, 2024

Accepted: November 13, 2024

¹ Master's degree students in Health Promotion Management Nakhonratchasima College, Nakhon Ratchasima 30000, Thailand

² Faculty of Allied health sciences, Nakhon Ratchasima 30000, Thailand

³ Faculty of Science and Technology Phranakhon Rajabhat University, Bangkok 10220, Thailand

Corresponding author; E-mail: thanakorn.p@prnu.ac.th*

Citation: Desud S., Pechmanee S., Panyasaisophon T. (2024). The Effect of Program Applying Pender's Health Promotion Model with Quality of Life Among the Elderly Chok Chai Sub-District Municipality, Chok Chai District, Nakhon Ratchasima Province. *Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)*, 39(3), 92-102.



Copyright (c) 2024 Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)

ABSTRACT

This quasi-experimental study aimed to examine the effect of a program applying Pender's Health Promotion Model on the quality of life among elderly individuals in Chok Chai Sub-District Municipality, Chok Chai District, Nakhon Ratchasima Province. The participants were divided into two groups. The experimental group, consisting of 30 individuals, received the program based on Pender's Health Promotion Model, while the control group, also comprising 30 individuals, received the standard health promotion program. Participants were selected through simple random sampling. The instruments included the program applying Pender's Health Promotion Model and the World Health Organization Quality of Life Questionnaire. Data analysis involved frequencies, percentages, means, standard deviations, paired samples t-tests, and independent samples t-tests. The results showed that after receiving the program, the experimental group demonstrated significantly improved quality of life, including physical, psychological, social, and environmental dimensions, compared to their baseline and the control group (p -value $< .01$). In conclusion, the development of the quality of life among the elderly should involve a comprehensive assessment prior to implementation. Interventions should promote activities that enhance overall quality of life and its specific dimensions, emphasizing the integration of activities tailored to the local context.

Keywords: Quality of life; Elderly; Health promoting

ผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเทศบาลตำบลโชคชัย อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา

รับบทความ: 15 กุมภาพันธ์ 2566
แก้ไขล่าสุด: 11 ตุลาคม 2567
ตอบรับตีพิมพ์: 13 พฤศจิกายน 2567

สุเทพ ดีสุด¹, สาโรจน์ เพชรธมณี², ธนกร ปัญญาไสโสภณ^{3,*}

¹ นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาการจัดการสร้างเสริมสุขภาพ วิทยาลัยนครราชสีมา, นครราชสีมา 30000, ประเทศไทย

² คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา, นครราชสีมา 30000, ประเทศไทย

³ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร, กรุงเทพฯ 10220, ประเทศไทย

ติดต่อผู้วิจัย: E-mail: thanakorn.p@prnu.ac.th*

อ้างอิง: สุเทพ ดีสุด, สาโรจน์ เพชรธมณี, ธนกร ปัญญาไสโสภณ. (2567). ผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลโชคชัย อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ), 39(3), 92-102.



ลิขสิทธิ์ (c) 2024 วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลโชคชัย อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน เป็นกลุ่มทดลอง โดยได้รับโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ที่สร้างขึ้น และผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน เป็นกลุ่มควบคุม ได้รับโปรแกรมตามปกติ โดยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก การวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่า ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบค่าที (Paired, Independent samples t-test) ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง เทศบาลตำบลโชคชัย อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา มีคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ดีกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สรุปได้ว่า การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ควรได้รับการประเมินก่อนดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยส่งเสริมกิจกรรมเพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยรวมและคุณภาพชีวิตแต่ละด้านโดยเน้นการบูรณาการและผสมผสานกิจกรรมตามบริบทพื้นที่

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต; ผู้สูงอายุ; การสร้างเสริมสุขภาพ

บทนำ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) รายงานช่วงอายุเฉลี่ยของประชากรโลกที่พัฒนาแล้วจำนวน 35 ประเทศ และคาดการณ์ว่าประชากรโลกที่เกิดในปี พ.ศ. 2573 จะมีอายุยืนยาวขึ้น อีกทั้งผู้ชายและผู้หญิงจะมีอายุขัยที่ใกล้เคียงกันมากขึ้นแต่อย่างไรก็ตามผู้หญิงก็ยังมีแนวโน้มที่จะอายุยืนกว่าผู้ชายอยู่เล็กน้อย รายงานการศึกษาดังกล่าวยังระบุว่า ผู้หญิงชาวเกาหลีใต้ที่เกิดในปี พ.ศ. 2573 จะเป็นประชากรกลุ่มแรกที่มีอายุเฉลี่ยเกิน 90 ปี ในอีก 13 ปีข้างหน้า โดยอัตราความเป็นไปได้สูงถึง ร้อยละ 50.0 ซึ่งเหตุผลสำคัญที่ทำให้ผู้หญิงเกาหลีมีอายุยืนมากที่สุด เนื่องจากรัฐบาลให้ความสำคัญกับการให้บริการสาธารณสุขที่ครอบคลุมซึ่งตรงกันข้ามกับโลกตะวันตกที่รัฐบาลควบคุมงบประมาณด้านสาธารณสุข อีกทั้งยังมีความเหลื่อมล้ำทางสังคมและเศรษฐกิจในการเข้าถึงบริการ ซึ่งนอกจากปัจจัยด้านความก้าวหน้าทางสาธารณสุขแล้ว เงื่อนไขทางสังคมสิ่งแวดล้อม หรือแม้แต่ปัจจัยด้านพันธุกรรมก็มีส่วนเกี่ยวข้องด้วย (Kontis et al., 2017) สอดคล้องกับการรายงานขององค์การสหประชาชาติ พบว่า ประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีประชากรรวมกันประมาณ 634 ล้านคน โดยมีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 9.3 โดยประเทศที่ติดอันดับ 3 ลำดับแรก ได้แก่ ประเทศสิงคโปร์ ร้อยละ 17.9 ประเทศไทย มี ร้อยละ 15.8 และประเทศเวียดนาม (United Nation, 2015) การรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ แนวโน้มจำนวนประชากรพบว่า ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ด้วยสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 10.0 ของประชากรทั้งประเทศ (National Statistical Office, 2021) คาดว่าจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในช่วงปี พ.ศ. 2564 และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด ในปี พ.ศ. 2578 (Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute, 2017)

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 19.07 จังหวัดนครราชสีมาเป็นจังหวัดที่มีประชากรผู้สูงอายุมากที่สุดรองจากกรุงเทพมหานคร มีจำนวนผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 20.54 ของประชากรทั้งหมด

(Department of Older Persons, 2024) เขตเทศบาลตำบลโชคชัย อำเภอโชคชัย เป็นส่วนหนึ่งของจังหวัดนครราชสีมา มีชุมชนในความรับผิดชอบจำนวน 19 ชุมชน มีผู้สูงอายุ จำนวน 1,845 คน คิดเป็นร้อยละ 17.42 ประชากรทั้งหมด บริบทของชุมชนที่พบปัญหาคือ มีการแข่งขันสูง มีการย้ายเข้าย้ายออกสูงโดยเฉพาะช่วงระหว่างการเลือกตั้งผู้นำ อาชีพหลักของชุมชนทำไร่ทำนามีรายได้อยู่ในเกณฑ์ขั้นต่ำ รายได้หลักของผู้สูงอายุคือเงินสนับสนุนจากรัฐบาล วิทยางานออกไปประกอบอาชีพนอกพื้นที่ ผู้สูงอายุอยู่บ้านตามลำพัง และ/หรือหลาน (Chokchai Subdistrict Municipality, 2021) จากสภาพปัญหาดังกล่าวข้างต้น ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยตรง ผู้วิจัยในฐานะปฏิบัติงานฝ่ายอำนวยการจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับแผนพัฒนาท้องถิ่นเทศบาลตำบลโชคชัย ในยุทธศาสตร์สร้างสังคมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข (Chokchai Subdistrict Municipality Development Plan, 2021) ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของสุขภาพผู้สูงอายุเขตเทศบาลตำบลโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา โดยประยุกต์ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและเป็นต้นแบบในการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบยั่งยืน ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลโชคชัย อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนกับหลังการได้รับโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมหลังการได้รับโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษาระหว่างเดือน ตุลาคม ถึง ธันวาคม 2566

1. การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ ที่อาศัยอยู่เขตเทศบาลตำบลโชคชัย และเทศบาลตำบลกระโทก อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา อย่างน้อย 1 ปี

1.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ ที่อาศัยอยู่เขตเทศบาลตำบลโชคชัย กลุ่มทดลอง และตำบลกระโทก กลุ่มควบคุม อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา อย่างน้อย 1 ปี จำนวนกลุ่มละ 30 ราย โดยใช้การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ของ ES(Effect size) =0.8 ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% (Phosri, 2006) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 17 คน แต่ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวนกลุ่มละ 30 คน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอาจเกิดการสูญหายระหว่างดำเนินการวิจัย โดยการเลือกกลุ่มอย่างง่ายจากการจับฉลาก (Panyasaisophon, 2021) ร่วมกับการสมัครใจเข้าร่วมของผู้สูงอายุ

เกณฑ์คัดเข้า คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เขตเทศบาลตำบลโชคชัยและตำบลกระโทก อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา อย่างน้อย 1 ปี สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัย ไม่มีโรคประจำตัว หรือมีโรคประจำตัวที่ไม่รุนแรงต่อการเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยโดยได้รับการอนุญาตจากผู้ตรวจรักษาผู้สูงอายุ และสามารถพูดคุยตอบคำถามเป็นภาษาไทยได้รู้เรื่อง

เกณฑ์คัดออก คือ ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวที่มีผลกระทบต่อเข้าร่วมกิจกรรม เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน และไม่สามารถพูดและสื่อสารภาษาไทยได้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพการรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริม

สุขภาพ การรับรู้ความสามารถตนเองของการสร้างเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ กิจกรรม การยืดกล้ามเนื้อ และการป้องกันการหกล้ม การเห็นคุณค่าในตนเอง กิจกรรมสันทนาการ และการจัดสิ่งแวดล้อมในบ้าน สื่อที่ใช้ดำเนินการ ได้แก่ สื่อบุคคล PowerPoint กิจกรรมสันทนาการ การสาธิต และการฝึกปฏิบัติ โดยดำเนินกิจกรรมครั้งละ 2 ชั่วโมง/วัน

2.2 เครื่องมือใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item Objective Congruence: IOC) ระหว่าง 0.67-1.00 ประกอบด้วย ความถูกต้องเหมาะสมเชิงวิชาการ ความถูกต้องเนื้อหาความเป็นไปได้ในการดำเนินกิจกรรม สื่อประกอบการดำเนินกิจกรรม และความเสี่ยงต่อกลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัว และความสัมพันธ์ระหว่างชุมชน ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) และเติมข้อความ จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิต (Mahattanirankul et al., 2002) ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.84 ค่าความตรง (Validity) เท่ากับ 0.65 จำนวน 26 ข้อ ลักษณะของแบบประเมินมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

กลุ่มที่ 1	แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้
ไม่เลย	ให้ 5 คะแนน
เล็กน้อย	ให้ 4 คะแนน
ปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
มาก	ให้ 2 คะแนน
มากที่สุด	ให้ 1 คะแนน

กลุ่มที่ 2 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้			
ไม่เลย	ให้	1	คะแนน
เล็กน้อย	ให้	2	คะแนน
ปานกลาง	ให้	3	คะแนน
มาก	ให้	4	คะแนน
มากที่สุด	ให้	5	คะแนน

เกณฑ์การการแปลผล คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26 – 130 คะแนน โดยเมื่อผู้ตอบรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าไร สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้

องค์ประกอบ	ระดับคุณภาพชีวิต		
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี
1. ด้านสุขภาพกาย	7-16	17-26	27-35
2. ด้านจิตใจ	6-14	15-22	23-30
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3-7	8-11	12-15
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	8-18	19-29	30-40
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26-60	61-95	96-130

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ ถึงนายกเทศบาลตำบลโชคชัยและตำบลกระโทก อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา เพื่อขอดำเนินการวิจัย

3.2 ผู้วิจัยประสานงานกับผู้ใหญ่บ้าน และประธานชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลโชคชัยและตำบลกระโทก อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา เพื่อชี้แจงและขอความร่วมมือเข้าดำเนินการวิจัยในพื้นที่

3.3 ผู้วิจัยอ่านคำชี้แจง วัตถุประสงค์ และประโยชน์ของการเข้าร่วมการวิจัยให้ผู้ดูแลจนเข้าใจและเปิดโอกาสให้สอบถามประเด็นที่ไม่เข้าใจ จนกว่าจะเข้าใจและให้ลงนามการยินยอมเข้าร่วมการดำเนินการวิจัยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3.4 ผู้วิจัยประเมินคุณภาพชีวิตคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ตำบลโชคชัย (กลุ่มทดลอง) และตำบลกระโทก (กลุ่มควบคุม) อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา ก่อนการทดลองโดยแบบสอบถามคุณภาพชีวิตจากการสัมภาษณ์โดยผู้วิจัย

3.5 ผู้วิจัยดำเนินการทดลองตามแผนการทดลองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ กิจกรรมที่ 2 การรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ กิจกรรมที่ 3 การรับรู้ความสามารถตนเองของการสร้างเสริมสุขภาพ ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 12 สัปดาห์

3.6 ผู้วิจัยประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลโชคชัย กลุ่มทดลอง และตำบลกระโทก กลุ่มควบคุมอำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา หลังการทดลองด้วยแบบสอบถามคุณภาพชีวิตจากการสัมภาษณ์โดยผู้วิจัย

4. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการภายใต้จริยธรรมการวิจัยการพิทักษ์สิทธิโดยได้รับความยินยอมจากผู้เข้าร่วมเป็นลายลักษณ์อักษรตามแบบฟอร์มภายหลังการชี้แจงรายละเอียดต่าง ๆ ของการวิจัยจนเข้าใจ ผลการศึกษาเสนอในภาพรวมและได้รับการตรวจผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของวิทยาลัยนครราชสีมา เอกสารรับรองหมายเลข เอกสารรับรองหมายเลข NMCEC-0009/2566

5. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

5.1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Dependent sample t-test ในกรณีประชากร 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .01

5.3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Independent sample t-test ในกรณีประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .01

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

กลุ่มทดลอง พบว่า ผู้สูงอายุเทศบาลตำบลไชยชัย จังหวัดนครราชสีมา ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.0 อายุเฉลี่ย 67.43 ปี (Max=77, Min=61) ศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.0 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 70.0 อาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 70.0 รายได้/เดือนเฉลี่ย 6,110 บาท (Max=20,000, Min=600) การศึกษาระดับประถมศึกษา/ต่ำกว่า ร้อยละ 86.7 มีความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวระดับดี ร้อยละ 66.7 และมีความสัมพันธ์ระหว่างชุมชนระดับดี ร้อยละ 53.3

กลุ่มควบคุม พบว่า ผู้สูงอายุตำบลกระโทก จังหวัดนครราชสีมา ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.7 ร้อยละ 3.3 อายุเฉลี่ย 67.47 ปี (Max=78, Min=60) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 83.3 อาชีพรับจ้างทั่วไป รายได้/เดือนเฉลี่ย 6,206 บาท (Max=15,000, Min=2,000) การศึกษาระดับประถมศึกษา/ต่ำกว่า ร้อยละ 73.3

มีความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวระดับดี ร้อยละ 56.7 และมีความสัมพันธ์ระหว่างชุมชน ระดับดี ร้อยละ 50.0

2. ผลการศึกษาระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2.1 กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง มีคุณภาพชีวิตโดยรวม (Overall Quality of Life) อยู่ในระดับปานกลาง (Moderate) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 75.23 (SD=7.36) ภายหลังการทดลอง มีคุณภาพชีวิตโดยรวม (Overall Quality of Life) อยู่ในระดับดี (Good) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 98.93 (SD=5.95)

2.2 กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง มีคุณภาพชีวิตโดยรวม (Overall Quality of Life) อยู่ในระดับปานกลาง (Moderate) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 75.60 (SD=7.37) ภายหลังการทดลอง มีคุณภาพชีวิตโดยรวม (Overall Quality of Life) อยู่ในระดับปานกลาง (Moderate) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 75.66 (SD=7.37) (Table 1)

Table 1: Quality of Life Levels of Elderly Participants in the Experimental and Control Groups Before and After the Intervention.

Variable	Group	Before Intervention			After Intervention		
		\bar{x}	SD	Level	\bar{x}	SD	Level
Overall Quality of Life	Experimental	75.23	7.36	Moderate	98.93	5.95	Good
	Control	75.60	7.37	Moderate	75.66	7.37	Moderate
1. Physical	Experimental	21.87	2.06	Moderate	28.87	1.73	Good
	Control	21.96	2.04	Moderate	21.96	2.04	Moderate
2. Psychological	Experimental	18.40	2.06	Moderate	24.43	1.61	Good
	Control	18.50	2.06	Moderate	18.56	2.19	Moderate
3. Social Relationships	Experimental	9.40	1.49	Moderate	12.43	1.27	Good
	Control	9.40	1.49	Moderate	9.40	1.49	Moderate
4. Environmental	Experimental	25.57	3.13	Moderate	33.20	2.61	Good
	Control	25.73	3.05	Moderate	25.73	3.05	Moderate

3. ผลเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (Overall Quality of Life) ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพฯ มีคุณภาพชีวิตโดยรวม แตกต่างกันจากก่อนการทดลอง และกลุ่มควบคุม

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อแยกตามองค์ประกอบ พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ด้านร่างกาย (Physical) ด้านจิตใจ (Psychological) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationships) และด้านสิ่งแวดล้อม

(Environmental) แตกต่างกันจากก่อนการทดลอง และกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (Table 2)

Table 2: Comparison of Mean Quality of Life Scores for Elderly Participants Within Experimental and Control Groups Before and After the Intervention.

Variable	Group		\bar{x}	SD	t	p-value
Overall Quality of Life	Experimental	Before Intervention	75.23	7.36	14.84*	< .01
		After Intervention	98.93	5.95		
	Control	Before Intervention	75.60	7.37	0.31	0.75
		After Intervention	75.66	7.37		
1. Physical	Experimental	Before Intervention	21.87	2.06	15.56*	< .01
		After Intervention	28.87	1.73		
	Control	Before Intervention	21.96	2.04	0.44	1.00
		After Intervention	21.96	2.04		
2. Psychological	Experimental	Before Intervention	18.40	2.06	13.08*	< .01
		After Intervention	24.43	1.61		
	Control	Before Intervention	18.50	2.06	0.42	.67
		After Intervention	18.56	2.19		
3. Social Relationships	Experimental	Before Intervention	9.40	1.49	8.81*	< .01
		After Intervention	12.43	1.27		
	Control	Before Intervention	9.40	1.49	0.47	.21
		After Intervention	9.40	1.49		
4. Environmental	Experimental	Before Intervention	25.57	3.13	11.05*	< .01
		After Intervention	33.20	2.61		
	Control	Before Intervention	25.73	3.05	0.21	.52
		After Intervention	25.73	3.05		

*Statistically significant at .01

4. ผลเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณภาพชีวิต (Overall Quality of Life) ไม่แตกต่างกัน ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตโดยรวม (Overall Quality of Life) แตกต่างจากกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อแยกตามองค์ประกอบ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ด้านร่างกาย (Physical) ด้านจิตใจ (Psychological) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationships) และด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental) แตกต่างกันจากกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (Table 3)

Table 3: Comparison of Mean Quality of Life Scores Between Experimental and Control Groups Before and After the Intervention.

ตัวแปร	Group		\bar{x}	SD	t	p-value
Overall Quality of Life	Before Intervention	Experimental	75.23	7.36	0.19	.84
		Control	75.60	7.37		
	After Intervention	Experimental	98.93	5.95		
		Control	75.66	7.37		
1. Physical	Before Intervention	Experimental	21.87	2.06	0.18	.85
		Control	21.96	2.04		
	After Intervention	Experimental	28.87	1.73		
		Control	21.96	2.04		
2. Psychological	Before Intervention	Experimental	18.40	2.06	0.19	.86
		Control	18.50	2.06		
	After Intervention	Experimental	24.43	1.61		
		Control	18.56	2.19		
3. Social Relationships	Before Intervention	Experimental	9.40	1.49	0.01	1.00
		Control	9.40	1.49		
	After Intervention	Experimental	12.43	1.27		
		Control	9.40	1.49		
4. Environmental	Before Intervention	Experimental	25.57	3.13	0.20	.83
		Control	25.73	3.05		
	After Intervention	Experimental	33.20	2.61		
		Control	25.73	3.05		

*Statistically significant at .01

อภิปรายผล

ผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเทศบาลตำบลโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองของผู้สูงอายุ มีคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิต ดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับอิทธิพลจากโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพโดยการประยุกต์ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ได้แก่ 1) การรับรู้ประโยชน์

ของการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย ด้านร่างกาย ได้แก่ การยืดกล้ามเนื้อ และการป้องกันการหกล้ม ด้านจิตใจ ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ได้แก่ กิจกรรมสันทนาการ และด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การจัดสิ่งแวดล้อมในบ้าน ในรูปแบบของกิจกรรมและร่วมกันสรุปและผู้วิจัยชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ 2) การรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย ด้านร่างกาย ได้แก่ การยืดกล้ามเนื้อ และการป้องกันการหกล้ม ด้านจิตใจ ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ได้แก่

กิจกรรมสันทนาการ และด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การจัดสิ่งแวดล้อมในบ้าน ในรูปแบบของกรณีศึกษาร่วมกันคิดร่วมกันแก้ไขปัญหา ร่วมกันทำใหม่ และออกมาแสดงมุมมอง ข้อเสนอแนะ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน 3) การรับรู้ความสามารถตนเองของการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย ด้านร่างกาย ได้แก่ การยืดกล้ามเนื้อ และการป้องกันการหกล้มด้านจิตใจ ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ได้แก่ กิจกรรมสันทนาการ และด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การจัดสิ่งแวดล้อมในบ้าน โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุดำเนินกิจกรรม จากการสาธิต และฝึกปฏิบัติกิจกรรมต่างๆที่กำหนดในแต่ละด้านตามความสามารถที่ปฏิบัติได้ของแต่ละบุคคล และมีการติดตาม นัดหมาย กระตุ้น และการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ นำข้อมูลมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มตามเวลานัดหมายแต่ละครั้ง และมีการทบทวน การสาธิต และฝึกปฏิบัติ จึงส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และดีกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Sararak et al. (2021) พบว่า ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรม ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ และคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Nakasuwan (2020) พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวม ภายหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Suwannaratan & Panyasai (2019) พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวม และคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ผู้สูงอายุเทศบาลเมืองเมืองปัก อำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา จากการวัดซ้ำแต่ละครั้งดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับคุณภาพชีวิตของ Word Health Organization (1986) ได้นิยามคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้ความพึงพอใจ และสถานะของบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคม โดยจะสัมพันธ์กับเป้าหมายและความคาดหวังของตนเองภายใต้บริบทของวัฒนธรรม ค่านิยม มาตรฐานของสังคม และสิ่งอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น สวัสดิการและบริการด้านต่าง ๆ ตลอดจนจลลักษณะทางการเมืองการปกครองในสังคมที่อยู่อาศัยและสามารถประเมินคุณภาพชีวิตในด้านวัตถุวิสัยและด้านจิตวิสัย (WHOQOL group, 1994)

สอดคล้องกับความหมายของคำว่า “สุขภาพ” Word Health Organization (1986) ให้ความหมายไว้ว่า สภาวะของความสมบูรณ์ทางด้านร่างกาย จิตใจ รวมทั้งการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดี มิได้หมายถึงเพียงความปราศจากโรคหรือปราศจากความทุพพลภาพเท่านั้น สอดคล้องกับคำว่า “การสร้างเสริมสุขภาพ” ตามกฎบัตรออกติดตามได้ให้ความหมายของ “การส่งเสริมสุขภาพ” เป็นกระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้คนเราสามารถควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพและเป็นผลให้บุคคลมีสุขภาพดีขึ้น (Duangwadee, 2001) สอดคล้องแนวคิดของ Pender (1996) กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพเป็นการกระทำของบุคคลหรือกลุ่มเพื่อมุ่งเน้นให้เกิดความผาสุก และการมีสุขภาพดีในระดับสูง

สรุปผล

ผลการวิจัยครั้งนี้ทำให้ได้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่สามารถนำไปใช้พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ สำหรับการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การยืดกล้ามเนื้อ และการป้องกันการหกล้ม การเห็นคุณค่าในตนเอง กิจกรรมสันทนาการ และการสิ่งแวดล้อมในบ้าน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้
 - 1.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ผลการวิจัยการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยประยุกต์ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถตนเองของการสร้างเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นระดับดี ดังนั้น นโยบายของเทศบาลตำบลโชคชัย สามารถนำโปรแกรมห้ไปพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตได้
 - 1.2 การนำโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ สำหรับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไปใช้ควรเริ่มต้นจากการประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุก่อน เพื่อทราบถึง

ระดับคุณภาพชีวิตและนำไปพัฒนาโปรแกรมให้มีประสิทธิผล และประสิทธิภาพสูงสุด

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ หรือการวิจัยเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการส่งเสริมคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุในพื้นที่ต้นแบบตำบลจัดการคุณภาพชีวิต

2.2 ควรมีการดำเนินการวิจัยรูปแบบกึ่งทดลอง เฉพาะแต่ละด้าน เช่น ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม หรือด้านสิ่งแวดล้อม

References

- Chokchai Subdistrict Municipality. (2021). *Chokchai Subdistrict Municipality information center, Nakhon Ratchasima Province*. Chokchai Subdistrict Municipality: Nakhon Ratchasima.
- Department of Older Persons. (2024, April 30). *Number of Thai elderly by province, 2024*. https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=1&id=2552
- Duangwadee, S. (2001). *Research Health Promotion in the WHO South-East Asia Region in Proceeding Improving Life Through Health Promotion Nurses Making a Difference*. Chiang Mai: Pang Suan Kaew Hotel.
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. (2017). *The situation of Thai elderly 2016*. Nakhon Pathom: Printery.
- Kontis V. et al. (2017). Future life expectancy in 35 industrialized countries: Projections with a Bayesian model ensemble. *The Lancet*, 89(10076), 1323-1335.
- Mahattanirankul S. et al. (2002). *The WHOQOL-BREF quality of life index: Thai version*. Nonthaburi: Department of Mental Health.
- Nakasuwan, V. (2020). The Effectiveness of Health Promotion Program for the Elderly on the Quality of Life in the Community. *Journal of The Police Nurses*, 12(1), 171-180.
- National Statistical Office. (2021). *The situation of Thai elderly in spatial dimensions 2021*. https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/ebook/2023/20230506145038_72776.pdf
- Panyasaisophon, T. (2021). *Research methodology for health promotion management*. Nakhon Ratchasima: Lertsilp Sarn Holding Partnership.
- Pender, N.J. (1996). *Health Promotion in Nursing Practice*. London: Appleton and Lange.
- Phosri, R. (2006). *The construction and quality analysis of research instruments*. Uttaradit: Faculty of Education, Uttaradit Rajabhat University
- Sarak M. et al. (2021). *Study of the effectiveness of capacity-building activities for promoting health behaviors among the elderly in Ban Non Kheng, Kham Kwang Subdistrict, Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province*. *Srinagarind Medical Journal*, 36(2), 157-165.
- Suwannaratan, J., & Panyasai, K. (2019). *Effectiveness of a participatory health promotion model to improve the quality of life among the elderly*. *The Public Health Journal of Burapha University*, 14(2), 53-62.
- United Nation. (2015). *World populations ageing in 2015*. New York: Author.
- WHOQOL GROUP. (1995). *WHOQOL - BREF introduction administration scoring and generic version of assessment file trail version*. Geneva: WHO.

World Health Organization. (November 17 - 26 1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. An International Conference on Health Promotion. Ontario Canada: Ottawa.