

## บทความวิจัย

# ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพัฒนาพลังด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

มุกจรินทร์ สุทธิสัย<sup>1</sup>ภาวินี ศรีสันต์<sup>2</sup>ยุภาวดี แซ่เตี๋ย<sup>3</sup>สุภาวดี นันทะเสน<sup>4</sup>ศุภมาส ศรีอำนาจ<sup>5</sup>

## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพัฒนาพลังด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบลหนองครก อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 44 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 22 คน งานวิจัยนี้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดพัฒนาพลังขององค์การอนามัยโลก ร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามภาวะพัฒนาพลังด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อโปรแกรมฯ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเป็นโปรแกรมเสริมสร้างพัฒนาพลังด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เครื่องมือที่ใช้ตรวจสอบความเที่ยงโดยสุตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค มีความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 1.00, 0.86 และ 0.74 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test และ independent t-test

ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะพัฒนาพลังด้านสุขภาพหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะพัฒนาพลังด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ผลการวิจัยสรุปได้ว่า โปรแกรมเสริมสร้างพัฒนาพลังด้านสุขภาพเป็นโปรแกรมที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน รวมถึงพัฒนาโปรแกรมในบริบทชุมชนที่หลากหลายต่อไป

**คำสำคัญ:** ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง/ ภาวะพัฒนาพลังด้านสุขภาพ

<sup>1-2</sup>อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

<sup>1</sup>First Author, Email: Mukjarin.s@365.sskru.ac.th

<sup>2</sup>Corresponding Author, Email: pawinee.s@365.sskru.ac.th

<sup>3</sup>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองครก จังหวัดศรีสะเกษ

<sup>4</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ

<sup>5</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองครก จังหวัดศรีสะเกษ

## Research article

## Effect of a program to enhancing health of activity aging among dependent elderly living in community

*Mukjarin Suttisai<sup>1</sup> Pawinee Srisan<sup>2</sup>*

*Yuphawadee Saetia<sup>3</sup> Supawadee Nuntasane<sup>4</sup>*

*Supamas Sriamnach<sup>5</sup>*

### Abstract

This study employed a quasi-experimental, two-group design to examine the effectiveness of a health of active aging enhancement program for dependent older adults in the community. The sample consisted of 44 dependent older adults in Nong Khrok Subdistrict, Mueang District, Sisaket Province. Participants were randomly selected and assigned into experimental and control group, with 22 individuals in each group. The health of active aging enhancement program was developed based on the World Health Organization's concept of vitality combined with Bandura's self-efficacy theory. The research instruments consisted of three parts: 1) a demographic questionnaire 2) a health vitality assessment questionnaire for the elderly and 3) a satisfaction questionnaire regarding the program. The intervention tool was the Health Vitality Enhancement Program for community-dwelling dependent elderly individuals. The content validity of the instruments was reviewed by three experts, and reliability was assessed using cronbach's alpha coefficient, yielding values of 1.00, 0.86 and 0.74 respectively. Data were analyzed using mean, standard deviation, paired t-test and independent t-test.

The findings revealed that the experimental group showed significantly higher mean scores in health of active aging status after participating in the program compared to before the intervention ( $p < .05$ ). Additionally, when comparing the experimental group to the control group, the experimental group exhibited significantly higher mean scores in health of active aging status ( $p < .001$ ). The results suggest that the health of active aging enhancement program is an effective tool for improving the health of active aging status of dependent older adults in community settings. The program also shows promise for adaptation and application in diverse community contexts, contributing to the enhancement of older adults quality of life.

**Keywords:** dependent older adults/ health of active aging

---

<sup>1-2</sup> Lecturer, Department of Adult and Geriatric Nursing, Faculty of Nursing, Sisaket Rajabhat University, Sisaket Province

<sup>1</sup>First Author, Email: Mukjarin.s@365.sskru.ac.th

<sup>2</sup>Corresponding Author, Email: pawinee.s@365.sskru.ac.th

<sup>3</sup>Public Health Specialist, Nong Krok Subdistrict Health Promotion Hospital, Sisaket Province

<sup>4</sup>Professional Nurse Specialist, Kanthalak Hospital, Sisaket Province

<sup>5</sup>Professional nurses with special expertise, Nong Krok Subdistrict Health Promotion Hospital, Sisaket Province

## บทนำ

สังคมผู้สูงอายุในปัจจุบัน เกิดจากความก้าวหน้าและเทคโนโลยีทางการแพทย์ และการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ส่งผลให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น และการก้าวเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์” ในต่างประเทศรวมทั้งประเทศไทย โดยสถานการณ์ของประเทศไทยในปัจจุบัน ประชากรผู้สูงอายุมากกว่า 12 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งในสถานการณ์ดังกล่าวก่อให้เกิดความท้าทายด้านการบริการด้านสุขภาพและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นด้วย<sup>1,2</sup> ในขณะที่จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น แต่ภาวะสุขภาพกลับอยู่ในสถานะเสื่อมถอย ซึ่งต้องพึ่งพาผู้อื่นและต้องการการดูแลอย่างรอบด้าน เนื่องจากข้อจำกัดทางร่างกายจากภาวะสุขภาพและกระบวนการชรา ภาวะด้านจิตใจที่เปลี่ยนแปลงตามร่างกายและบทบาทหน้าที่ในสังคม รวมถึงสัมพันธภาพในครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไปเป็นวิถีชีวิตแนวใหม่ เรียกผู้สูงอายุกลุ่มนี้ว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง<sup>3</sup> การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนนั้น จำเป็นต้องมีระบบที่ผสมผสานทั้งการดูแลจากครอบครัว ชุมชน และบริการสาธารณสุข เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี ลดความรู้สึกเป็นภาระ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี อย่างไรก็ตาม การให้บริการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของภาครัฐยังคงมีข้อจำกัดทำให้การพัฒนา รูปแบบการดูแลในระยะยาวที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่อง<sup>4,5</sup> องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้เสนอกรอบแนวคิด “พหุพลัง” (active ageing) ซึ่งเป็นแนวทางการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเน้นการมีสุขภาพที่ดี การมีส่วนร่วมในสังคม และการมีหลักประกันความมั่นคง แนวคิดนี้ถูกนำมา

ประยุกต์ใช้ในหลายบริบทรวมถึงประเทศไทย แนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เน้นการจัดระบบดูแลระยะยาว (long-term care) ให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุให้มีความยั่งยืน<sup>6,7</sup> จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งมีประชากรผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 24.50 ของประชากรทั้งหมด กำลังเผชิญกับความท้าทายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยกลุ่มติดบ้านและติดเตียงมีจำนวนกว่า 25,000 คน<sup>8</sup> ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในการพึ่งพาตนเอง และลดภาวะพึ่งพิง

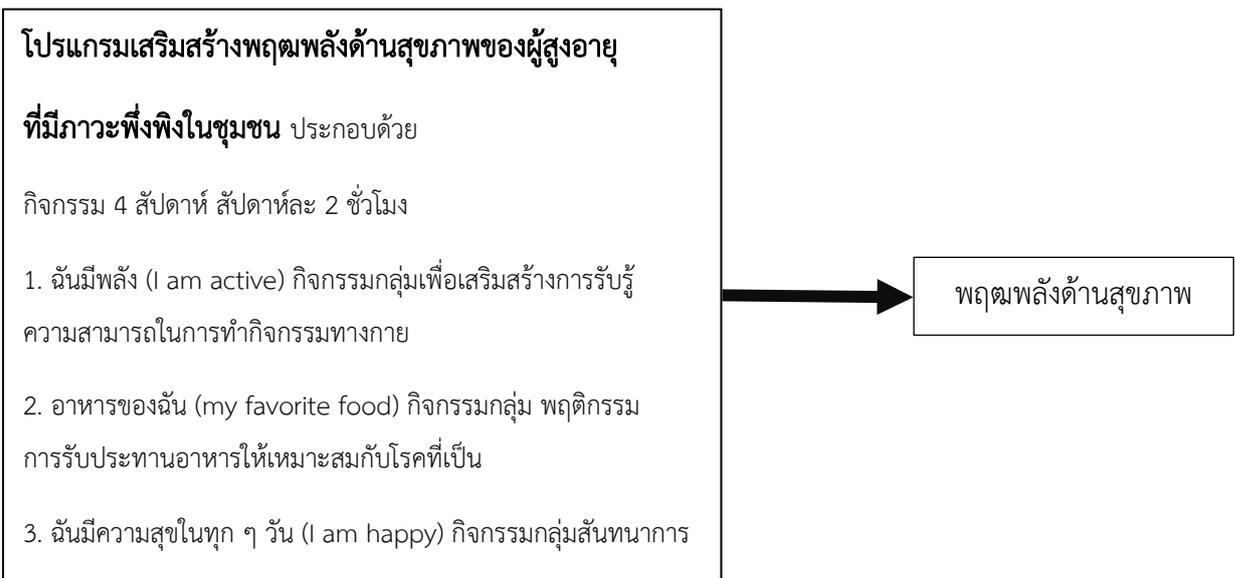
จากแนวโน้มสถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงข้างต้นและการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า การสร้างเสริมภาวะพหุพลัง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพตามเป้าหมายของแนวคิดพหุพลังได้และบริบทของประเทศไทยมีการส่งเสริมพหุพลังในผู้สูงอายุในชุมชน<sup>9</sup> แต่การศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงยังมีอยู่อย่างจำกัด ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างภาวะพหุพลังด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยใช้แนวคิดพหุพลังและทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy theory) เป็นกรอบแนวคิดหลัก เพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี<sup>10,11</sup> และเพื่อสร้างต้นแบบระบบการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนไทย การวิจัยครั้งนี้คาดว่าจะช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดศรีสะเกษต่อไป โดยมุ่งเน้นการสร้างพหุพลังที่ดีทั้งในมิติของสุขภาพกาย สุขภาพจิต และความมั่นคงทางสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถดำรงชีวิตอย่างมี

ความสุขและพึงพาตนเองได้ตามบริบทของชุมชน  
อย่างยั่งยืน<sup>11</sup>

### กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิด  
“พหุฒพลัง” (active aging) จากองค์การอนามัย  
โลก (World Health Organization: WHO)<sup>12</sup>  
ร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง  
(self-efficacy theory) ของ แบนดูรา<sup>13</sup> ร่วมกับการ  
ทบทวนวรรณกรรมมาออกแบบกิจกรรมที่  
ส่งเสริมภาวะพหุฒพลัง<sup>6,14,15</sup> เพื่อเสริมสร้าง  
ศักยภาพในด้านสุขภาพ โดยเชื่อว่าผู้สูงอายุที่มี

ภาวะพึ่งพิงจะเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองใน  
การทำสิ่งต่าง ๆ ได้สำเร็จ ซึ่งมีผลต่อการดำเนิน  
ชีวิต เป็นแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง  
อย่างมีอิสระและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ  
แม้ในสภาวะข้อจำกัดของร่างกาย โดยกิจกรรม  
มุ่งเน้นการเสริมสร้างสุขภาพ การมีส่วนร่วม  
ในกิจกรรมของครอบครัวหรือชุมชน โดยใช้  
กระบวนการกลุ่ม การให้ความรู้ และกิจกรรม  
การกระตุ้นความมั่นใจในตนเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุ  
ที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถพึ่งพาตนเองได้และ  
มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย  
ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย  
ภาวะพหุฒพลังด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มี  
ภาวะพึ่งพิงในชุมชนก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม
2. เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย  
ภาวะพหุฒพลังด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มี

ภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่ได้รับโปรแกรม และไม่ได้  
เข้าร่วมโปรแกรม

### สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยภาวะพหุฒพลังด้านสุขภาพ  
ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่เข้าร่วม  
โปรแกรมฯ ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

2. คะแนนเฉลี่ยภาวะพหุพลังด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ ดีกว่ากลุ่มควบคุม

### วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพหุพลังของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม และศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพหุพลังของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม

ประชากร คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและเพศชายอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่มีภูมิลำเนาในชุมชนจังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้รับการคัดกรองสมรรถภาพเชิงปฏิบัติ โดยใช้แบบคัดกรองข้อมูลผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จากรายงานทะเบียนแบบสะสมจำนวนผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบเขตบริการสุขภาพที่ 10 จังหวัดศรีสะเกษ ปีงบประมาณ 2566 มีคะแนนการคัดกรองสมรรถภาพเชิงปฏิบัติดัชนีบาร์เทลเอดีแอลระหว่าง 5-11 คะแนน จำนวน 11,315 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการคัดกรองสมรรถภาพเชิงปฏิบัติดัชนีบาร์เทลเอดีแอล และมีคะแนนระหว่าง 5-11 คะแนน (กลุ่มติดบ้าน) จำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 22 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 22 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ คือ เป็นผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน มีคะแนนภาวะพหุพลังด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง สามารถสื่อสารเป็นภาษาไทยได้ดี ยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมการ

วิจัย เกณฑ์คัดออก คือ เป็นผู้ที่มีคะแนนภาวะพหุพลังด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง และเข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบตามกำหนดของโปรแกรม

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .80 กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .60<sup>16</sup> และกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .05 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 44 คน ซึ่งจะทำให้มีการกระจายตัวเข้าใกล้โค้งปกติมากขึ้น ได้กลุ่มควบคุมจำนวน 22 คน กลุ่มทดลอง จำนวน 22 คน โดยการสุ่มจากประชากรที่ผ่านการประเมินคุณสมบัติของผู้เข้าร่วมการวิจัย (inclusion criteria) โดยใช้เพศอายุ ผู้สูงอายุที่มีคะแนนการคัดกรองสมรรถภาพเชิงปฏิบัติระหว่าง 5-11 คะแนน และระดับคะแนนพหุพลังต่ำถึงปานกลาง จำนวน 44 ราย สุ่มเข้ากลุ่มครั้งละ 1 คน จนครบกลุ่มละ 22 คน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติจนครบก่อนแล้วจึงเก็บข้อมูลกลุ่มทดลองต่อเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมเสริมสร้างพหุพลังด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน มีรายละเอียดคือ วัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการกิจกรรม ระยะเวลา อุปกรณ์ที่ใช้ และการประเมินผลจากกิจกรรมที่ดำเนินการของโปรแกรม หลังจากผู้วิจัยสร้างเครื่องมือแล้วนำไปตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) เท่ากับ 1.00

โปรแกรมฯ มีระยะเวลาในการดำเนินการ 4 สัปดาห์ ช่วงเวลาของการดำเนินกิจกรรม คือ เวลา 09.00-11.00 น. สถานที่ดำเนินกิจกรรม ได้แก่ โรงเรียนผู้สูงอายุชุมชนบ้านหนองครก อ.เมือง จ.ศรีสะเกษ โดยผู้วิจัยจัดรถเพื่อรับ-ส่ง กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมทุกวัน การดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมฯ ดังนี้

วันแรกของการวิจัย กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจะได้รับการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามภาวะพหุผลทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลจากกิจกรรมของชุมชนตามปกติ สำหรับกลุ่มทดลอง จะได้รับคำแนะนำในการเข้าร่วมโปรแกรม เสริมสร้างพหุผลทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ใช้ระยะเวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมฉันมีพลัง (I am active) เป็นกิจกรรมรายกลุ่มเพื่อเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถในการทำกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้เทคนิคการมีปฏิสัมพันธ์และการสนับสนุนให้มีการแสดงความสามารถในการดูแลตนเอง ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 2 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และนัดหมายในการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมอาหารของฉัน (my favorite food) เป็นกิจกรรมรายกลุ่มเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเองเหมาะสมกับโรคที่เป็น ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 2 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และนัดหมายในการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมฉันมีความสุขในทุก ๆ วัน (I am happy) เป็นกิจกรรมรายกลุ่ม

เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสนุกสนาน ผ่อนคลาย สามารถจัดการความเครียดของตนเองได้ในทุกวัน ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 2 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และนัดหมายในการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมความหวังของฉัน (my hope) มีการจัดกิจกรรมรายเดี่ยวและรายกลุ่ม เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในชีวิตของตนเอง มีความรู้สึกพึงพอใจในตนเองในปัจจุบัน และรู้สึกมีความหวังในการดำเนินชีวิต ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 2 ชั่วโมง และนัดหมายในการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 5 เก็บข้อมูลหลังการทดลอง โดยการสัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามภาวะพหุผลทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ สถานภาพ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น

2.2 แบบสอบถามภาวะพหุผลทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยดัดแปลงมาจากแบบประเมินภาวะพหุผลทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย (active ageing) ของกัตติกา ธนะขวิ้ง<sup>17</sup> ประกอบด้วยคำถามที่มีลักษณะด้านบวก จำนวน 15 ข้อ และมีลักษณะคำตอบแบ่งเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยกับข้อความ 2 หมายถึง เห็นด้วยหรือรู้สึกกับข้อความน้อย 3 หมายถึง เห็นด้วยหรือรู้สึกกับข้อความปานกลาง 4 หมายถึง เห็นด้วยหรือรู้สึกมากกับข้อความมาก และ 5 หมายถึง เห็นด้วยหรือรู้สึกมากที่สุด

มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 5-75 คะแนน แปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ค่าคะแนน 5-25 คะแนน อยู่ในระดับต่ำ ค่าคะแนน 26-51 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง ค่าคะแนน 52-75 คะแนน อยู่ในระดับสูง หลังจากผู้วิจัยสร้างเครื่องมือแล้วนำไปตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) เท่ากับ .98 และในการศึกษาครั้งนี้ได้นำแบบสอบถามไปใช้กับผู้สูงอายุที่มีบริบทคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วทำการทดสอบโดยวิธีแอลฟาครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .86

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ ผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2024-002 ผู้วิจัยได้คำนึงถึงการป้องกันความเสี่ยงต่อร่างกายและจิตใจของผู้เข้าร่วมการวิจัยและเลือกช่วงเวลา 09.00-11.00 น. ในวันหยุดสุดสัปดาห์ ผู้วิจัยเดินทางไปที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การดำเนินกิจกรรมและการเดินทางเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมให้ผู้ดูแลทราบและให้การยินยอมก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หากกลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติระหว่างการสัมภาษณ์และการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้วิจัยจะหยุดการวิจัยทันที และให้การช่วยเหลือชีวิตเบื้องต้นตามความเหมาะสม กลุ่มตัวอย่างสามารถหยุดพัก ยกเลิกการให้ข้อมูลหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่เกิดผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง การรักษาข้อมูลความลับของผู้ป่วย และปฏิบัติการรักษาสี

ของกลุ่มตัวอย่างในตลอดกระบวนการวิจัยโดยผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ไม่นำเสนอเป็นข้อมูลรายบุคคล

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอรับรองจริยธรรมการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ และจัดทำหนังสือไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยในพื้นที่
2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าตามจำนวนที่กำหนด
3. ผู้วิจัยเข้าไปชี้แจงข้อมูลการวิจัย และขอความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัยที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างและขออนุญาตจากผู้ดูแล โดยชี้แจงกิจกรรมและระยะเวลาของโปรแกรมฯ รวมถึงการเดินทางเพื่อดำเนินกิจกรรมให้ผู้ดูแลทราบ
4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินดีเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในใบรับทราบข้อมูลและใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย พร้อมดำเนินการตามขั้นตอนของโปรแกรมฯ โดยเก็บข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามภาวะพหุผลทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนการทดลองทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม นัดหมายกลุ่มควบคุมในวันที่สิ้นสุดการทดลอง และนัดหมายกลุ่มทดลองวันแรกของการเสริมสร้างภาวะพหุผลทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน และดำเนินการตามกิจกรรมของโปรแกรมฯ จนครบ 4 สัปดาห์
5. เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมฯ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูล ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการเสริมสร้างภาวะพหุผลทางด้านสุขภาพ แจกคู่มือโปรแกรมแก่กลุ่มทดลอง

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยมีกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for window และใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบระดับคะแนนพัฒนาผลทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ paired t-test
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับคะแนนภาวะพัฒนาผลทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบ independent t-test

## ผลการวิจัย

**1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง**  
กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 22 คน และกลุ่มควบคุม 22 คน ในระหว่างการทดลองไม่มีกลุ่มตัวอย่างขอยกจากการทดลองหรือยุติการวิจัย ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณลักษณะทั่วไปไม่แตกต่างกัน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบค่าคะแนนภาวะพัฒนาผลทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองได้รับโปรแกรมฯ

	mean	S.D.	t	df	p-value
ก่อนได้รับโปรแกรม	45.06	6.85	8.267	21	<.001*
หลังได้รับโปรแกรม	48.60	7.04			

p-value<.05

การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยภาวะพัฒนาผลทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

59.1 และร้อยละ 63.6 ตามลำดับ อายุเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มเท่ากับ 76.66 ปี มีอายุระหว่าง 67-86 ปี ทั้งสองกลุ่มมีสถานภาพหม้าย ร้อยละ 54.5 และร้อยละ 63.7 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่ได้เรียนหนังสือ คิดเป็นร้อยละ 50.0 และร้อยละ 40.9 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50.0 และร้อยละ 54.6 ตามลำดับ โรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง พบมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.5 รองลงมา ได้แก่ โรคไขมันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 41

**2. การเปรียบเทียบระดับคะแนนพัฒนาผลทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง**  
กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะพัฒนาผลทางด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ( $X=45.06$ ,  $S.D.=6.85$ ) และภายหลังได้รับโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยภาวะพัฒนาผลทางด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ( $X=48.60$ ,  $S.D.=7.04$ ) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพัฒนาผลทางด้านสุขภาพแตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .056 ( $t_{21} = 8.267$ ,  $p < .001$ ) ดังแสดงตารางที่ 1

พบว่า หลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะพัฒนาผลทางด้านสุขภาพ ( $X=48.60$ ,  $S.D.=7.04$ ) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะ

พหุคูณพลังด้านสุขภาพ ( $X=45.85, S.D.=8.82$ ) เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมทั้งสองกลุ่มมีค่าคะแนนภาวะพหุคูณพลังด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน แต่หลัง

ได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<.001$ ) ดังแสดงตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะพหุคูณพลังด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลอง

พหุคูณพลังด้านสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n=22)			กลุ่มควบคุม (n=22)			t	df	p-value
	mean	S.D.	แปลผล	mean	S.D.	แปลผล			
ก่อนทดลอง	45.06	6.85	ปานกลาง	43.86	4.33	ปานกลาง	-.247	42	.020*
หลังทดลอง	48.60	7.04	ปานกลาง	45.85	8.82	ปานกลาง	-.841*	42	.001**

p-value<.05

### อภิปรายผลการวิจัย

จากการวิจัยครั้งนี้อภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัยกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพหุคูณพลังด้านสุขภาพมีการรับรู้ภาวะพหุคูณพลังสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1 และข้อ 2 ที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายผลการวิจัยได้ ดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยภาวะพหุคูณพลังด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ ดีวก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .005 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน

อธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพหุคูณพลังด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยภาวะพหุคูณพลังด้านสุขภาพเท่ากับ 45.06 (S.D.=6.85) และภายหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะพหุคูณพลังด้านสุขภาพเท่ากับ 48.60 (S.D.=7.04) อาจเป็นเพราะโปรแกรมส่งเสริม

พหุคูณพลังด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นโปรแกรมที่ประยุกต์มาจากแนวคิดพหุคูณพลังจากองค์การอนามัยโลก<sup>12</sup> ร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา<sup>13</sup> ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพของตนเองให้มีศักยภาพตามอัตภาพ กลุ่มทดลองเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านมีคะแนน ADL 5-11 คะแนน ลักษณะการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ คือ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ แต่ยังมีข้อจำกัดที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการเดินทางไปเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น การไปเข้าวัดทำบุญ การไปพบปะญาติมิตรหรือเพื่อนบ้าน จึงทำให้การรับรู้ภาวะพหุคูณพลังของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และเนื่องจากสภาพชุมชนเป็นลักษณะชุมชนเขตเมือง เส้นทางคมนาคมขนส่งมีความสะดวก แหล่งประโยชน์ด้านบริการทางการแพทย์อยู่ใกล้บ้าน จะเห็นได้จาก

ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับลูกหลาน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีสถานภาพหม้าย ไม่ได้เรียนหนังสือเป็นส่วนใหญ่ ทำให้มีสภาวะสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตที่แข็งแรง แต่อาจยังขาดกิจกรรมที่มีส่วนร่วมที่ต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยคุณภาพด้านสุขภาพหลังได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม แต่การรับรู้ภาวะพลังของกลุ่มตัวอย่างยังอยู่ในระดับปานกลางซึ่งไม่แตกต่างกันการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทำให้กลุ่มตัวอย่างได้มีโอกาสออกจากบ้าน มาพบปะเพื่อนฝูง และมีกิจกรรมร่วมกันทำให้เกิดความรู้สึกเพลิดเพลินและผ่อนคลายความเครียดในช่วงระยะเวลาของการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมได้ ส่งผลให้หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยภาวะพลังด้านสุขภาพสูงขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .00 สอดคล้องกับการศึกษาที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและการได้รับการสนับสนุนทางสังคม หรือการที่ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการใช้เวลาว่างในการพักผ่อนหย่อนใจ เช่น การพบปะเพื่อนฝูง และมีกิจกรรมร่วมกันในบางครั้งจะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี<sup>18</sup> และสอดคล้องกับการศึกษาผลของการส่งเสริมภาวะสุขภาพ ได้แก่ การให้ความรู้ด้านโภชนาการ การส่งเสริมสมรรถภาพด้านร่างกาย การจัดการความเครียดและการส่งเสริมด้านจิตวิญญาณ โดยให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดกิจกรรมทางกายที่เชื่อมโยงกับการรับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคมที่ดี<sup>19,20</sup> ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านได้มีกิจกรรมร่วมกับเพื่อนบ้าน หรือส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ถึง

ระดับพลังและสัมพันธ์ทางสังคมของตนเองในการดำรงชีวิตในสังคมได้

2. ก่อนได้รับโปรแกรมทั้งสองกลุ่มมีค่าคะแนนภาวะพลังด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน แต่หลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

อธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลจากกิจกรรมของชุมชนตามปกติเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีคะแนน ADL 5-11 คะแนน มีลักษณะการดำเนินชีวิตประจำวันที่คล้ายคลึงกัน คือ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ แต่ยังมีข้อจำกัดที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการเดินทางไปเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเข้าร่วมกิจกรรมการเสริมสร้างพลังด้านสุขภาพและการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง กลุ่มตัวอย่างได้ใช้ประสบการณ์เดิมร่วมกิจกรรมรายกลุ่มและรายเดี่ยว ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นจะช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและเพิ่มความพึงพอใจในชีวิตทำให้กลุ่มได้รับการกระตุ้นด้านสมรรถนะและการรับรู้ของตนเองทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จึงส่งผลต่อการรับรู้ภาวะพลังที่ดีขึ้นได้<sup>21</sup> กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างภาวะพลังด้านสุขภาพจึงมีระดับการรับรู้ภาวะพลังด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม และในส่วนของกลุ่มควบคุมที่มีคะแนนภาวะพลังด้านสุขภาพเพิ่ม แม้ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ อาจเกิดจากปัจจัยหลายประการที่ส่งผลต่อการรับรู้ภาวะพลังของกลุ่มควบคุม ได้แก่ กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและมีสถานภาพหม้าย ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตเมืองและมีผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งเพศหญิง

จะมีความมั่นคงทางอารมณ์และการได้รับความรักและความห่วงใยจากคนในครอบครัว รวมถึงการปฏิบัติตามหลักศาสนาและมีหลักยึดเหนี่ยวทางใจช่วยให้ผู้สูงอายุเพศหญิงปรับตัวและยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ดีขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้สูงอายุกับความแตกต่างทางเพศ และการมีส่วนร่วมทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการรับรู้ด้านคุณภาพและสุขภาวะทางจิตใจของผู้สูงอายุ<sup>20</sup> และยังสอดคล้องกับการศึกษาที่ พบว่า การเสริมสร้างพลังทางสุขภาพและมีบทบาทสำคัญในการเพิ่มพลังของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>22</sup> ดังนั้น การรับรู้ภาวะพลังด้านสุขภาพของกลุ่มควบคุมจึงอยู่ระดับปานกลางและมีระดับเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการทดลอง

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การดำเนินโปรแกรมส่งเสริมภาวะพลังด้านสุขภาพสามารถเพิ่มการรับรู้ภาวะพลังด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนได้ ตามแนวคิดของภาวะพลังในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพด้านร่างกาย สังคม และความผาสุกด้านจิตใจ มีคุณค่า และพึ่งพาตนเองได้ตามบริบทของตนเองและชุมชน การดำเนินการของโปรแกรมร่วมกับการส่งเสริมสรณะด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองของเบนดورا เพื่อให้กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มติดบ้าน ซึ่งเป็นกลุ่มที่ระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองมีอยู่อย่างจำกัดได้เกิดการรับรู้ถึงความสามารถของตนเองภายใต้เงื่อนไขและเมื่อมีสิ่งเร้ามาเสริมแรงผ่านรูปแบบการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมส่งเสริมภาวะพลังด้านสุขภาพส่งผลต่อระดับภาวะพลังด้านสุขภาพ และลดความรู้สึกเป็นภาระของ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน และสามารถดำรงชีวิตในชุมชนได้อย่างมีศักดิ์ศรี

## ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรมีการใช้โปรแกรมการในการเสริมสร้างพลังทางด้านองค์ประกอบอื่น ๆ ให้มีความครอบคลุมทั้ง 3 องค์ประกอบ และสามารถใช้โปรแกรมในผู้สูงอายุกลุ่มอื่นที่อาศัยอยู่ในบริบทของชุมชนได้ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่อไป

2. ด้านการวิจัย อาจมีการเพิ่มระยะเวลาในการใช้โปรแกรม และมีการติดตามผลของโปรแกรมในระยะยาว เช่น 6 เดือน หรือ 1 ปี และควรใช้สื่อในการให้ความรู้และจัดกิจกรรมที่หลากหลายและเหมาะสมกับผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่ม

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษที่สนับสนุนทุนวิจัย และขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุทั้งหมด 44 คน ที่ให้ความร่วมมือในการเป็นอาสาสมัครวิจัยครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. Department of Older Persons, Ministry of Social Development and Human Security. Measures to drive the national agenda on aging society; 2019. (in Thai)

2. Kongmaha H, Hansoongnoen K, Rangkawat W, Kongmaha P. Development of a model to promote active aging in Mueang District, Nakhon Ratchasima Province. *Nakhon Phanom University Journal*. 2015;54-62. (in Thai)
3. Prasatkul P. The situation of the Thai elderly in 2016. Nakhon Pathom: Printery; 2017. (in Thai)
4. Kamnoed A, Phonyotha T, Saenjaemsai S. The effect of a social participation promotion program for elderly active aging. *The 13th Hatyai National and International Conference*. 2022;369-83. (in Thai)
5. Asante S, Karikari G. Social relationships and the health of older adults: An examination of social connectedness and perceived social support. *Journal of Aging and Longevity*. 2022;2:49-62. [cited 2023 Oct 31]. Available from: <https://doi.org/10.3390/jal2010005>
6. Davodi SR, Zendehtalab H, Zare M, Behnam Vashani H. Effect of health promotion interventions in active aging in the elderly: A randomized controlled trial. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 2023;11(1):34-43. [cited 2023 Oct 31]. Available from: <https://doi.org/10.30476/IJCBNM.2022.96246.2117>
7. Kim J, Kim H, Kim S, Lee J, Park K. Multilevel effects of community capacity on active aging in community-dwelling older adults in South Korea. *Asian Nurs Res*. 2020;14:36-43. [cited 2024 Jan 13]. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.anr.2020.01.001>
8. Health Service Area 10 Office. Cumulative registration report of the elderly population in the responsible health service area 10, Sisaket Province. Sisaket: Health Service Area 10 Office; 2024. [cited 2024 Jan 15]. Available from: <https://ssk.hdc.moph.go.th/hdc/reports> (in Thai)
9. Laosa C, Chaisat K, Witayakhaw W. Participatory care for dependent elderly at the Elderly Care Center of the Health Promotion Hospital, Wiang Subdistrict, Kraden Subdistrict, Trakan Phuet Phon District, Ubon Ratchathani Province. *Public Health Acad J*. 2020;29(5):813-21. (in Thai)
10. Shahla AM, Ziba F, Maryam EB, Mahrokh K, Jamileh F. Essential factors and key features in designing active aging programs and their outcomes: A narrative review study. *J Educ Health Promot*. 2023;12:1-9 [cited 2024 Jan 15]. Available from: [https://doi.org/10.4103/jehp.jehp\\_894\\_22](https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_894_22)
11. Vetter NJ, Lewis PA, Llewellyn L. Supporting elderly dependent people at home. *BMJ*. 1992;304(6837): 1290-2. [cited 2024 Jul 15]. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmj.304.6837.1290>
12. World Health Organization. Active ageing: A policy framework [Internet]. 2002 [cited 2024 Jul 29]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665>
13. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. W. H. Freeman; 1997.

14. Mendoza-Ruvalcaba NM, Arias-Merino ED. "I am active": Effects of a program to promote active aging. *Clin Interv Aging*. 2015;10:829-37. 2002 [cited 2024 Jul 29]. Available from: <https://doi.org/10.2147/CIA.S79511>
15. Gürkan N, Kaptan G. Active aging and the role of the nurse. *Int J Act Health Aging*. 2024;2(1):25-29. [cited 2024 Jul 29]. Available from: <https://doi.org/10.5281/zenodo.12582480>
16. Polit DF, Hungler BP. *Nursing research: Principles and methods*. 3rd ed. Lippincott; 1987.
17. Kattika T. The mechanism of social networks influencing healthy ageing of the elderly in Nan Province, Thailand [Doctoral dissertation]. Mahidol University; 2008. (in Thai)
18. Asante FA, Karikari TK. The impact of social participation on the health and well-being of elderly populations. *J Aging Soc Policy*. 2022;34(1):45-60 [cited 2024 Dec 20]. Available from: <https://doi.org/10.3390/jal2010005>
19. Davodi S. Social engagement and physical activities in older adults. *Int J Aging Res*. 2022;12(2):112-20.
20. Saha S. Social relationships and subjective well-being of the older adults in India: The moderating role of gender. *BMC Geriatr*. 2024;24(1):142. [cited 2024 Dec 20]. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04520-x>
21. Muangsakul W. The development of the potential of elderly individuals living alone using the active aging concept. *J Soc Res Rev [Internet]*. 2015;38(2):93-112 [cited 2025 Mar 18]. Available from: <https://so04.tci-thaijo.org/index.php/socialresearchjournal/article/view/8273> (in Thai)
22. Nakphu T, Sonthirat S. Self-reliance, health empowerment, health literacy, and happiness of the elderly in ThapYaiChiang Subdistrict, PhromPhiram District, Phitsanulok Province. *J Soc Sci Humanit Kasetsart Univ*. 2018 Jun 28 :88-104;41(1) [cited 2025 Mar 18]. Available from: <https://so04.tci-thaijo.org/index.php/socku/article/view/131393> (in Thai)