

ผลของโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ ต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชนตำบลสะวาง  
จังหวัดเชียงใหม่: การบูรณาการแนวคิดอนามัยครอบครัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต

Effects of the 5-Dimensional Happiness Program on Preventing Depression in  
Older Adults in Saluang Sub-district, Chiang Mai Province: Integrating the  
Family Health Concept for Mental Health Promotion

ฉัตรศิริ วิภาวิน

Chatsiri Wiphawin

ภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่

Department of Public Health, Faculty of Science and Technology, Chiang Mai Rajabhat University

(Received: July 28, 2025; Revised: August 10, 2025; Accepted: August 20, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุ 163 คน ในพื้นที่ตำบลสะวาง จังหวัดเชียงใหม่ ใช้การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) กลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (one-group pretest-posttest design) ดำเนินโปรแกรมเป็นเวลา 8 สัปดาห์ เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลองด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (TGDS-15) แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (WHOQOL-OLD) และแบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) อยู่ในช่วง 0.80–1.00 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ paired t-test และ Chi-square test

ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้ามลดลงจาก 7.8 (S.D. = 2.6) เหลือ 4.1 (S.D. = 2.3) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 13.45, p < 0.001$ ) คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นจาก 65.2 (S.D. = 7.3) เป็น 75.6 (S.D. = 6.8) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 11.89, p < 0.001$ ) และคะแนนรวมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นจาก 18.5 (S.D. = 4.7) เป็น 25.2 (S.D. = 5.1) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 15.76, p < 0.001$ ) การวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพจิตรายด้าน พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การนั่งสมาธิเจริญสติ การพูดคุยกับครอบครัวทุกวัน การนอนหลับเพียงพอ และการลดเลิกสูบบุหรี่ ดื่มสุรา สรุปได้ว่า โปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ ช่วยลดภาวะซึมเศร้า และส่งเสริมคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**คำสำคัญ:** ผู้สูงอายุ, ภาวะซึมเศร้า, โปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ, ครอบครัว, อนามัยครอบครัว

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding author: Chatsiri Wiphawin, E-mail chatsiri\_wip@g.cmru.ac.th)

## Abstract

The objective of this study was to evaluate the effects of the Five-Dimension Happiness Program among older adults at risk of depression. The sample comprised 163 older adults residing in Saluang Subdistrict, Chiang Mai Province. This study employed a quasi-experimental, one-group pretest-posttest design. The program was implemented over an eight-week period. Data were collected before and after the intervention using the Thai Geriatric Depression Scale-15 (TGDS-15), the World Health Organization Quality of Life Instrument–Older Adults Module (WHOQOL-OLD), and a mental health-promoting behavior assessment tool, which had a content validity index (IOC) ranging from 0.80 to 1.00. Data were analyzed using paired t-test and Chi-square test.

The results revealed that after participating in the program, the mean depression score significantly decreased from 7.8 (S.D. = 2.6) to 4.1 (S.D. = 2.3) ( $t = 13.45, p < .001$ ). The mean quality of life score significantly increased from 65.2 (S.D. = 7.3) to 75.6 (S.D. = 6.8) ( $t = 11.89, p < .001$ ). The total mean score for mental health-promoting behaviors significantly increased from 18.5 (S.D. = 4.7) to 25.2 (S.D. = 5.1) ( $t = 15.76, p < .001$ ). Analysis of individual dimensions of mental health-promoting behaviors indicated significant improvements in regular exercise, mindfulness meditation, daily communication with family members, sufficient sleep, and reduction or cessation of smoking and alcohol consumption. In conclusion, the Five-Dimension Happiness Program effectively reduced depression and enhanced quality of life and mental health-promoting behaviors among older adults.

**Keywords:** Older adults, Depression, 5-Dimensional Happiness Program, Family, Family Health

## บทนำ

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรครั้งสำคัญ โดยกำลังก้าวเข้าสู่ สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Aging Society) อย่างรวดเร็ว จากข้อมูลพบว่าสัดส่วนผู้สูงอายุเกินกว่าร้อยละ 10 ตั้งแต่ปี 2564 และคาดการณ์ว่าในปี 2578 สัดส่วนนี้จะพุ่งสูงถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งประเทศ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2568) ซึ่งเป็นผลโดยตรงจากความสำเร็จด้านสาธารณสุขที่ทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น อย่างไรก็ตาม ความสำเร็จนี้กลับมามีความท้าทายด้านสุขภาพที่หลากหลายและซับซ้อนโดยเฉพาะปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุโดยมีภาวะซึมเศร้าเป็นหนึ่งในปัญหาที่พบบ่อยและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ (กองกิจการสังคมผู้สูงอายุ, 2560) ในบริบทของจังหวัดเชียงใหม่และอำเภอแมริม ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีประชากรผู้สูงอายุจำนวนมากและมีวิถีชีวิตที่หลากหลายทั้งในเขตเมืองและชนบท ปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุยิ่งเป็นประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญเป็นพิเศษ ข้อมูลจากปี 2566 ระบุว่าจังหวัดเชียงใหม่ มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงถึง 34,692 ราย ซึ่งเป็นจำนวนที่สูงที่สุดในภาคเหนือตอนบน (สื่อออนไลน์ภาคเหนือเพื่อคุณภาพชีวิตของทุกคน, 2567) แสดงให้เห็นถึงความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่นี้ ผู้สูงอายุหลายท่านอาจเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม การสูญเสียคู่ชีวิตหรือเพื่อนฝูง การเจ็บป่วยทางกายเรื้อรัง รวมถึงการขาดการเชื่อมโยงกับชุมชนและครอบครัว ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่ายขึ้น งานวิจัยของฉัตรศิริ วิภาวิน และศศิวิภา มณีศิลป์ (2563) ยืนยันว่าผู้สูงอายุมีความต้องการส่งเสริมคุณภาพชีวิตในด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.02 และยังพบว่าผู้สูงอายุบางส่วนมีปัญหาด้านสุขภาพจิตที่ชัดเจน เช่น ภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 36.60 และ ภาวะเครียด ร้อยละ 33.80 ซึ่งปัญหาเหล่านี้

มีความสัมพันธ์โดยตรงกับการลดลงของคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัจจัยเสี่ยงสูง อาทิ การขาดการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว กิจกรรมทางสังคมที่จำกัด หรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและมีข้อจำกัดในการใช้ชีวิตประจำวัน

นอกจากปัญหาด้านสุขภาพจิตแล้ว ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มติดบ้านและติดเตียง ยังคงเผชิญกับปัญหาด้านสุขภาพกายที่สำคัญ อาทิ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะสมองเสื่อม และการหกล้ม ซึ่งทั้งหมดนี้ไม่เพียงส่งผลให้เกิดการสูญเสียสุขภาพ แต่ยังทำให้เกิดค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขจำนวนมากในการดูแลรักษาพยาบาล (บุรพ พงศ์พัฒน์โยธิน, 2562) จากความเข้าใจในปัญหาที่กล่าวมา การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจึงมิได้จำกัดอยู่เพียงการดูแลสุขภาพกาย แต่จำเป็นต้องครอบคลุมถึงการส่งเสริมสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตในมิติที่หลากหลายอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ซึ่งในบริบทของการดูแลสุขภาพชุมชน แนวคิดอนามัยครอบครัว (Family Health) ได้เข้ามามีบทบาทสำคัญถึงหน้าที่ของครอบครัว ในฐานะหน่วยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของสมาชิกทุกคน (สุธรรม นันทมงคลชัย, 2567)

การดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุควบคู่ไปกับแนวคิดอนามัยครอบครัวจึงได้พัฒนาโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ ขึ้นซึ่งประกอบด้วยมิติสำคัญ ได้แก่ สุขสบาย สุขสนุก สุขสง่า สุขสว่าง และสุขสงบ (เนติยา แจ่มทิม, 2565) โปรแกรมนี้การออกแบบโดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งจากครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และชุมชน(พฤทธิ พนาวรรณ และคณะ, 2560) และยังสามารถนำแนวคิดการสร้างสุขให้ผู้สูงอายุจากหลักธรรม 4 ประการของศาสนาพุทธ คือ สุขกาย สุขใจ พละนามัยสมบูรณ์ เพิ่มพูนงานอดิเรก (จิรายุ แก้วกาหลง และกรรณวิษณ์ ช่วยอุปการ, 2566) และแนวคิดในการสร้างความสุขเชิงจิตวิทยาบูรณาการเข้าด้วยกันเพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (มนต์ดี ชัยแก้ว, 2563) ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางด้านอนามัยครอบครัวและหลักการส่งเสริมสุขภาพจิตในระดับชุมชน นอกจากนี้ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการพัฒนาทางจิตใจที่สมวัยเป็นสิ่งสำคัญ โดยผู้สูงอายุควรได้รับการส่งเสริมให้ฝึกควบคุมอารมณ์ มีสติ และสามารถจัดการปัญหาในชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะช่วยสร้างความอดทน มั่นคง เข้าใจผู้อื่น และทำตนให้เป็นประโยชน์ต่อสังคม นอกจากนี้ การฝึกจิตใจให้สงบด้วยการทำสมาธิ หรือสวดมนต์ก็เป็นอีกแนวทางหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมการจัดการความเครียดได้ รวมถึงการออกกำลังกายที่ช่วยให้ร่างกายหลังฮอร์โมนเอ็นโดรฟิน ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสุข คลายเครียด และมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น (ดร.นวรรณ สุขสม, 2561; กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย, 2560; กรณ์ทิพย์ ลิมนรรัตน์, 2565) ที่ยืนยันว่าการส่งเสริมกิจกรรมทางกายภาพมีส่วนช่วยในการจัดการความเครียดและส่งเสริมสุขภาพจิตใจของผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี และเทคโนโลยีและนวัตกรรมก็เข้ามามีบทบาทสำคัญในการช่วยดูแลสุขภาพจิตในมิติด้านจิตใจ เช่น แอปพลิเคชันหรืออุปกรณ์ที่ช่วยในการฝึกสมาธิ การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพจิต การเชื่อมโยงกับกลุ่มสังคมเสมือนจริงเพื่อลดความโดดเดี่ยว และกิจกรรมที่กระตุ้นการทำงานของสมอง ซึ่งงานวิจัยของฉัตรศิริ วิภาวิน และนันทิยา เรื่องคงจันทร์ (2565) กล่าวว่าผู้สูงอายุมีความต้องการเทคโนโลยีเพื่อสุขภาพซึ่งหากปัญหาด้านสุขภาพกายดีขึ้นก็อาจส่งผลดีต่อสุขภาพจิตตามมา เนื่องจากความเจ็บป่วยทางกายมักเป็นสาเหตุหนึ่งของความเครียดและความกังวลในผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมมีงานวิจัยและโครงการด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุหลายรูปแบบในประเทศไทยและต่างประเทศ แต่ส่วนใหญ่เน้นการดำเนินงานเชิงเดี่ยว เช่น การฝึกสมาธิ การออกกำลังกายหรือกิจกรรมสันทนาการ โดยขาดการบูรณาการทั้ง 5 มิติของความสุขอย่างเป็นระบบ และยังไม่ได้นำแนวคิดอนามัยครอบครัวมาประยุกต์ใช้ร่วมกับการมีส่วนร่วมของ อสม. และชุมชนอย่างเป็นรูปธรรมในพื้นที่ชนบทภาคเหนือ อีกทั้งหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับประสิทธิผลของการดำเนินงานในรูปแบบดังกล่าวต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุยังมีจำกัด ดังนั้นการศึกษาประเมินผลของโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ ต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าและการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุชุมชนตำบลสะลงง จังหวัดเชียงใหม่ โดยบูรณาการแนวคิดอนามัยครอบครัวและการมีส่วนร่วมของ อสม. และครอบครัว เพื่อเป็นต้นแบบการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุต่อไป

## วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าและส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนตำบลสะลวง จังหวัดเชียงใหม่

## กรอบแนวคิด



ภาพที่ 1 ภาพกรอบแนวคิด

## ระเบียบวิธีวิจัย

### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบกลุ่มเดียวมีการทดสอบก่อนและหลัง (one-group pretest-posttest design) ซึ่งเหมาะสมสำหรับการศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรม intervention ในกลุ่มเป้าหมายในชุมชน

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนตำบลสะลวง อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีลักษณะเป็นพื้นที่สูงมีการรวมกลุ่มทำกิจกรรมของผู้สูงอายุเป็นระยะ และมีการดำเนินงานสุขภาพร่วมกับครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อย่างต่อเนื่อง

ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้วิธีการ สุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากบัญชีรายชื่อประชากรของแต่ละกลุ่มเพื่อให้แต่ละคนมีโอกาสถูกเลือกเท่าเทียมกัน ได้แก่

กลุ่มที่ 1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้ใหญ่บ้านที่อาศัยในพื้นที่ลุ่มน้ำแม่เลาะ ตำบลสะลวง อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ 4 ชุมชน จำนวนทั้งหมด 40 คน

กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่ลุ่มน้ำแม่เลาะ ตำบลสะลวง อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ 4 ชุมชน จำนวนทั้งหมด 163 คน

กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ดังนี้

กลุ่มที่ 1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้ใหญ่บ้าน

1) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือผู้ใหญ่บ้านที่ได้รับการแต่งตั้ง

อย่างเป็นทางการ

2) อาศัยอยู่ในพื้นที่ลุ่มน้ำแม่เลาะอย่างน้อย 6 เดือน

3) มีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและสามารถให้ข้อมูลได้

กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุ

1) อาศัยอยู่ในพื้นที่ลุ่มน้ำแม่เลาะอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 6 เดือน

2) มีสภาพจิตใจและร่างกายที่สามารถสื่อสารและตอบแบบสอบถามได้

3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

กำหนดเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้

- 1) ผู้ที่ไม่สามารถสื่อสารได้ เช่น มีความบกพร่องทางการได้ยินหรือการพูดอย่างรุนแรง
  - 2) ผู้ที่ป่วยหนักหรืออยู่ในภาวะเจ็บป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมหรือให้ข้อมูลได้
- กลุ่มที่ 3 ครอบครัวของผู้สูงอายุ จำนวน 20 คน ที่ได้จากการสุ่มอย่างง่ายโดยเลือกจากครอบครัวของผู้สูงอายุที่ได้รับการสุ่มเลือกและเข้าร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยนี้ประกอบด้วย

#### 1. เครื่องมือในการดำเนินโปรแกรม

โปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ พัฒนาขึ้นจากแนวคิดสุขภาพองค์รวมและแนวคิดอนามัยครอบครัว ครอบครัว 5 มิติ ได้แก่ 1) สุขสบาย กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกาย เช่น ออกกำลังกายเบา ๆ การดูแลตนเอง การรับประทานอาหารที่เหมาะสม 2) สุขสนุก กิจกรรมนันทนาการ เช่น เกมเสริมความจำ ดนตรีบำบัด การทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว 3) สุขสง่า การมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและชุมชน การทำกิจกรรมกลุ่ม 4) สุขสว่าง การให้ความรู้ ผูกคิควิเคราะห์ กิจกรรมเรียนรู้ที่กระตุ้นความจำ 5) สุขสงบ การทำสมาธิ ไหว้พระ สวดมนต์การผ่อนคลายความเครียด

#### 2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ใช้ทั้งแบบสอบถามและการสัมภาษณ์ ได้แก่

- 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อมูลด้านเพศ อายุ การศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพจำนวนข้อ 10 ข้อ
- 2) แบบวัดภาวะซึมเศร้า Thai GDS-15 (Geriatric Depression Scale-15) ซึ่งเป็นแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พัฒนาโดย Yesavage et al. (1983) และแปลเป็นภาษาไทยโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่นในบริบทประเทศไทย IOC เท่ากับ 0.92 ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha เท่ากับ 0.82 จำนวนข้อ 15 ข้อ คำตอบเป็น ใช่ หรือ ไม่ใช่ การให้คะแนนคำตอบที่บ่งชี้ภาวะซึมเศร้าให้ 1 คะแนน คำตอบที่ไม่บ่งชี้ให้ 0 คะแนนเกณฑ์การแปลผล 0-4 คะแนนเท่ากับปกติ 5-8 คะแนนเท่ากับมีแนวโน้มซึมเศร้าเล็กน้อย 9-11 คะแนนเท่ากับซึมเศร้าปานกลาง 12-15 คะแนนเท่ากับซึมเศร้ารุนแรง
- 3) แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ แบบสอบถาม WHOQOL-OLD พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก (WHO) และแปลเป็นภาษาไทยโดยคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา IOC เท่ากับ 0.93 และความเชื่อมั่น Cronbach's alpha เท่ากับ 0.88 จำนวนข้อ 24 ข้อ ครอบคลุม 6 ด้านแต่ละด้าน 4 ข้อ ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจกรรม ความสัมพันธ์ทางสังคม การมีส่วนร่วมในชุมชน สุขภาพกาย สุขภาพจิตและสิ่งแวดล้อม การให้คะแนน Likert scale 5 ระดับ 1 หมายถึงไม่เคย ถึง 5 หมายถึงมากที่สุดเกณฑ์การแปลผลคะแนนรวมสูงบ่งชี้ว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดี
- 4) แบบสอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต พัฒนาจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพร้อมผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ IOC เท่ากับ 0.91 และความเชื่อมั่น Cronbach's alpha เท่ากับ 0.85 จำนวนข้อ 20 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรมบวเมื่อเกิดความเครียด เช่น การออกกำลังกาย การนั่งสมาธิ การพูดคุยกับครอบครัว การให้คะแนน Likert scale 5 ระดับ 1 หมายถึงไม่เคย ถึง 5 หมายถึงเป็นประจำ เกณฑ์การแปลผลคะแนนรวมสูงหมายถึงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดี
- 5) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับ อสม. และผู้นำชุมชน เพื่อประเมินบทบาทการมีส่วนร่วมความคิดเห็น และข้อเสนอแนะในการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ IOC เท่ากับ 1.00 จำนวนคำถามหลัก 10 คำถาม เปิดโอกาสให้ผู้ตอบขยายความได้เต็มที่ใช้วิธีการบันทึกคำตอบและวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

6) แบบสอบถามความพึงพอใจใช้ประเมินระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุและครอบครัวต่อการดำเนินโปรแกรม ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา IOC เท่ากับ 0.95 และความเชื่อมั่น Cronbach's alpha เท่ากับ 0.87 จำนวนข้อ 15 ข้อ การให้คะแนน Likert scale 5 ระดับ 1 หมายถึงพึงพอใจน้อยที่สุด ถึง 5 หมายถึงพึงพอใจมากที่สุด เกณฑ์การแปลผล ค่าเฉลี่ย 4.51–5.00 หมายถึงพึงพอใจมากที่สุด 3.51–4.50 หมายถึงพึงพอใจมาก 2.51–3.50 หมายถึงพึงพอใจปานกลาง ต่ำกว่า 2.50 หมายถึงควรปรับปรุง

7) แบบรายงานกิจกรรมของครอบครัวที่มีส่วนร่วม ใช้บันทึกข้อมูลการมีส่วนร่วมของครอบครัวในกิจกรรมต่าง ๆ ระหว่างการดำเนินโปรแกรม ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา IOC เท่ากับ 1.00 จำนวนหัวข้อ 8 หัวข้อ เช่น การร่วมออกกำลังกาย การร่วมกิจกรรมนันทนาการ การพูดคุยปรึกษา การดูแลด้านอาหารและสุขภาพ การให้คะแนน บันทึกเป็นมีหรือไม่มีและจำนวนครั้งต่อสัปดาห์ เกณฑ์การแปลผลใช้สรุปเป็นความถี่และร้อยละเพื่อสะท้อนบทบาทของครอบครัว

### การดำเนินการวิจัย

การดำเนินงานวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะหลัก ดังนี้

#### ระยะที่ 1 เตรียมการวิจัย

ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อวางแนวความคิดการออกแบบโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ ให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชนและแนวคิดอนามัยครอบครัว ขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย พัฒนาเครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพจิตและแบบรายงานกิจกรรมครอบครัว ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานในพื้นที่ได้แก่ รพ.สต. อสม. ผู้นำชุมชนและครอบครัวของผู้สูงอายุจากกลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 163 คน

#### ระยะที่ 2 ดำเนินการวิจัย

ในระยะนี้เป็นการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ กับกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกไว้ การเก็บข้อมูลก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (Pre-test) ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างก่อนเริ่มการใช้โปรแกรม โดยใช้แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า (GDS-15) แบบประเมินคุณภาพชีวิต (WHOQOL-OLD) และแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต การดำเนินกิจกรรมโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียดการดำเนินงานในแต่ละช่วง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 โปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

| มิติ    | กลุ่มเป้าหมาย               | กิจกรรมหลัก  | จำนวน<br>ครั้ง | ระยะเวลา<br>ชม./ครั้ง |
|---------|-----------------------------|--|----------------|-----------------------|
| สุขสบาย | อสม./ผู้ใหญ่บ้าน<br>(40 คน) | อบรมการคัดกรองสุขภาพ กายบริหารสำหรับ<br>ผู้สูงอายุ โภชนาการเหมาะสมวัย จัดสภาพบ้าน<br>ปลอดภัย | 4              | 2.5                   |
| สุขสบาย | ผู้สูงอายุ (163 คน)         | ประเมินสุขภาพเบื้องต้น กิจกรรมกายบริหาร<br>อบรมโภชนาการ ปรับสภาพแวดล้อมบ้าน                  | 4              | 1.5                   |
| สุขสนุก | อสม./ผู้ใหญ่บ้าน<br>(40 คน) | อบรมการจัดกิจกรรมนันทนาการ ดนตรีบำบัด<br>เกมเสริมสมอง ศิลปะเพื่อสุขภาพ                       | 4              | 2.5                   |
| สุขสนุก | ผู้สูงอายุ (163 คน)         | กิจกรรมนันทนาการ ดนตรีบำบัด เกม<br>เสริมสร้างความจำ ศิลปะสร้างสรรค์                          | 4              | 1.5                   |
| สุขสง่า | อสม./ผู้ใหญ่บ้าน<br>(40 คน) | อบรมการดูแลบุคลิกภาพ การแต่งกาย การ<br>สื่อสารเชิงบวก การสร้างภาพลักษณ์ในสังคม               | 4              | 2.5                   |

| มิติ     | กลุ่มเป้าหมาย               | กิจกรรมหลัก  | จำนวน<br>ครั้ง | ระยะเวลา<br>ชม./ครั้ง |
|----------|-----------------------------|--|----------------|-----------------------|
| สุขสง่า  | ผู้สูงอายุ (163 คน)         | กิจกรรมดูแลบุคลิกภาพ การแต่งกายตามวัย<br>ฝึกการสื่อสาร เสริมสร้างความมั่นใจ              | 4              | 1.5                   |
| สุขสว่าง | อสม./ผู้ใหญ่บ้าน<br>(40 คน) | อบรมการเรียนรู้ศาสนา จิตวิญญาณ การ<br>เจริญสติ การภาวนา การสร้างคุณค่าชีวิต              | 4              | 2.5                   |
| สุขสว่าง | ผู้สูงอายุ (163 คน)         | ฝึกสติและสมาธิ การฟังธรรม การแลกเปลี่ยน<br>ประสบการณ์ชีวิต การทำกิจกรรมจิตอาสา           | 4              | 1.5                   |
| สุขสงบ   | อสม./ผู้ใหญ่บ้าน<br>(40 คน) | อบรมการจัดการความเครียด การผ่อนคลาย<br>การนอนหลับอย่างมีคุณภาพ การอยู่ร่วมอย่าง<br>สันติ | 4              | 2.5                   |
| สุขสงบ   | ผู้สูงอายุ (163 คน)         | ฝึกผ่อนคลาย การหายใจเพื่อคลายเครียด<br>เทคนิคการนอนหลับ สร้างสัมพันธภาพใน<br>ครอบครัว    | 4              | 1.5                   |

การบันทึกกิจกรรมโดยครอบครัว สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุจะรับผิดชอบในการบันทึกกิจกรรมที่ได้ทำร่วมกับผู้สูงอายุผ่าน แบบรายงานกิจกรรมครอบครัว เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการประเมินผลและสะท้อนการมีส่วนร่วม

การติดตามและสนับสนุนอย่างใกล้ชิด อสม. และทีมวิจัยจะให้การติดตามและให้การสนับสนุนผู้สูงอายุและครอบครัวอย่างสม่ำเสมอตลอดระยะเวลาดำเนินโปรแกรม เพื่อให้ผู้เข้าร่วมสามารถทำกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่องและแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้น

### ระยะที่ 3 ติดตามผลและวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อสิ้นสุดระยะเวลา 8 สัปดาห์ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลอีกครั้งด้วยแบบสอบถามชุดเดียวกับที่ใช้ในการเก็บข้อมูลก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเพื่อนำข้อมูลมาเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลง ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกกับ อสม. และตัวแทนสมาชิกในครอบครัว เพื่อบรรณข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับมุมมองประสบการณ์ และผลกระทบของการดำเนินโปรแกรมทั้งในด้านผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ และบทบาทการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลที่เก็บได้ เช่น ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) นอกจากนี้ ยังใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ paired, t-test และ Chi-square test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิต และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อสกัดประเด็นสำคัญที่สะท้อนถึงประสบการณ์ ความคิดเห็นและปัจจัยความสำเร็จของโปรแกรม

## จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่หมายเลขรับรอง IRBCMRU 2025/205.25.03 เพื่อให้มั่นใจว่าการวิจัยดำเนินไปตามหลักจริยธรรมและคุ้มครองสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคน

## ผลการวิจัย

### 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.15 มีอายุเฉลี่ย 68.30 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่คือประถมศึกษา ร้อยละ 54.62 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 47.94 และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 3,000 บาท ร้อยละ 45.40 นอกจากนี้ ร้อยละ 74.85 ของกลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว เช่น เบาหวานหรือความดันโลหิตสูง และร้อยละ 58.91 เคยรู้สึกเศร้า ว่างเปล่า หรือเบื่อชีวิตในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ (n = 163)

| ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง                        | จำนวน (คน)  | ร้อยละ |
|---|-------------|--------|
| <b>เพศ</b>  |             |        |
| - เพศชาย  | 52          | 31.95  |
| - เพศหญิง   | 111         | 68.15  |
| <b>อายุเฉลี่ย (ปี)</b>                              | 68.30 ± 5.4 | -      |
| <b>ระดับการศึกษา</b>                                |             |        |
| - ไม่ได้เรียนหนังสือ                                | 38          | 23.34  |
| - ประถมศึกษา  | 89          | 54.62  |
| - มัธยมศึกษา  | 36          | 22.14  |
| <b>อาชีพ</b>  |             |        |
| - เกษตรกร   | 78          | 47.94  |
| - รับจ้างทั่วไป                                     | 49          | 30.13  |
| - อื่น ๆ (เช่น ดูแลบ้าน, ไม่มีอาชีพ)                | 36          | 22.13  |
| <b>รายได้เฉลี่ยต่อเดือน</b>                         |             |        |
| - น้อยกว่า 3,000 บาท                                | 74          | 45.40  |
| - 3,001 – 5,000 บาท                                 | 57          | 35.00  |
| - มากกว่า 5,000 บาท                                 | 32          | 19.60  |
| <b>มีโรคประจำตัว (เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง ฯลฯ)</b> | 122         | 74.85  |
| <b>เคยรู้สึกเศร้า ว่างเปล่า หรือเบื่อชีวิต</b>      | 96          | 58.91  |

### 2. ผลของโปรแกรมต่อระดับภาวะซึมเศร้า

ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติ paired t-test พบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้า (GDS-15) ของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 13.45, p < .001$ ) โดยคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 7.80 (S.D. = 2.10) ลดลงเหลือ 4.10 (S.D. = 1.90) หลังการเข้าร่วมโปรแกรม แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถลดระดับภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญและมีความแตกต่างอย่างชัดเจน ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ผลของโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติต่อคะแนนภาวะซึมเศร้า (GDS-15) ของผู้สูงอายุ (n = 163)

| ตัวแปร              | เฉลี่ย (Mean) | ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) | t     | p-value |
|---------------------|---------------|-----------------------------|-------|---------|
| ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม | 7.80          | 2.10                        |       |         |
| หลังเข้าร่วมโปรแกรม | 4.10          | 1.90                        | 13.45 | < .001* |

\* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < .001$

### 3. ผลของโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ ( $t = 11.89, p < .001$ ) โดยคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 65.22 (S.D. = 7.30) และเพิ่มขึ้นเป็น 75.64 (S.D. = 6.80) หลังจบโปรแกรม โดยเฉพาะคะแนนที่มีการเปลี่ยนแปลงสูง ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต การมีเป้าหมายในชีวิต ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** ผลของโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (WHOQOL-OLD) (n = 163)

| ตัวแปร              | เฉลี่ย (Mean) | ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) | t     | p-value |
|---------------------|---------------|-----------------------------|-------|---------|
| ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม | 65.22         | 7.30                        |       |         |
| หลังเข้าร่วมโปรแกรม | 75.64         | 6.80                        | 11.89 | .001*   |

\* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < .001$

### 4. การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต

พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ( $p < 0.05$ ) โดยพฤติกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงสูงที่สุดคือ การนั่งสมาธิ/เจริญสติ จากร้อยละ 22.72 เพิ่มขึ้นร้อยละ 63.84 ( $\chi^2 = 54.72, p = 0.022$ ) รองลงมาคือ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ จากร้อยละ 38.05 เป็นร้อยละ 72.31 ( $\chi^2 = 35.43, p < 0.001$ ) และ การพูดคุยกับครอบครัวทุกวัน จากร้อยละ 52.65 เป็นร้อยละ 81.63 ( $\chi^2 = 31.19, p < 0.001$ ) นอกจากนี้พฤติกรรม การนอนหลับเพียงพอ และการลดหรือเลิกสูบบุหรี่/ดื่มสุรา ก็เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยมีค่า  $\chi^2$  เท่ากับ 28.96 และ 25.85 ตามลำดับ ( $p < 0.001$ ) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมดังกล่าวสามารถส่งเสริมให้ผู้สูงอายุปรับพฤติกรรมสุขภาพจิตไปในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ดังตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** ผลการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (n = 163)

| พฤติกรรมสุขภาพจิต         | ก่อนโปรแกรม<br>n (ร้อยละ) | หลังโปรแกรม<br>n (ร้อยละ) | $\chi^2$ | p-value  |
|---------------------------|---------------------------|---------------------------|----------|----------|
| ออกกำลังกายสม่ำเสมอ       | 62 (38.05)                | 118 (72.31)               | 35.43    | < 0.001* |
| นั่งสมาธิ/เจริญสติ        | 37 (22.72)                | 104 (63.84)               | 54.72    | 0.022*   |
| พูดคุยกับครอบครัวทุกวัน   | 86 (52.65)                | 133 (81.63)               | 31.19    | < 0.001* |
| นอนหลับเพียงพอ            | 77 (47.44)                | 124 (76.16)               | 28.96    | < 0.001* |
| ลด/เลิกสูบบุหรี่/ดื่มสุรา | 43 (26.47)                | 90 (55.25)                | 25.85    | < 0.001* |

\* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.05$

ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติ paired t-test พบว่า หลังจากที่มีผู้สูงอายุเข้าร่วมโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ เป็นเวลา 8 สัปดาห์ โดยมีคะแนนรวมของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 15.76, p < 0.001$ ) เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ดังตารางที่ 6

**ตารางที่ 6** การเปรียบเทียบคะแนนรวมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ (n = 163)

| ตัวแปร                          | คะแนนเฉลี่ยก่อนโปรแกรม<br>(Mean ± SD) | คะแนนเฉลี่ยหลังโปรแกรม<br>(Mean ± SD) | t     | p-value  |
|---------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|-------|----------|
| พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต (รวม) | 18.5 ± 4.7                            | 25.2 ± 5.1                            | 15.76 | < 0.001* |

\* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.05$

### 5. บทบาทของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.)

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับครอบครัวของผู้สูงอายุและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พบว่าโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติช่วยกระตุ้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมากขึ้น ทั้งในด้านอารมณ์ ความผูกพัน และกิจกรรมที่ทำร่วมกัน ขณะเดียวกัน อสม. ยังมีบทบาทเป็นผู้ประสานงานที่สำคัญในการเชื่อมโยงผู้สูงอายุกับครอบครัวและชุมชน ซึ่งส่งผลให้การดำเนินกิจกรรมมีความต่อเนื่องและมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น ดังตารางที่ 7

**ตารางที่ 7** สารสำคัญจากการสัมภาษณ์เชิงลึกครอบครัวและ อสม.

| กลุ่มผู้ให้ข้อมูล  | ประเด็นหลักที่พบ   | ผลการสัมภาษณ์   |
|--------------------|--|---|
| ครอบครัวผู้สูงอายุ | การตระหนักรู้และมีส่วนร่วม<br>การทำกิจกรรมร่วมกัน                | ตอนแรกไม่คิดว่าผู้สูงอายุที่บ้านจะเหงาแต่พอได้เข้าร่วมกิจกรรมรู้เลยว่าเขาต้องการคนคุยต้องการให้สนใจ เราได้ทำอาหารด้วยกัน ดูทีวี พูดคุยมากขึ้นเห็นรอยยิ้มเขาก็บ่อยขึ้น |
| อสม.               | การเชื่อมโยงระหว่างครอบครัวและชุมชน<br>บทบาทในการสนับสนุนกิจกรรม | เราเข้าไปคุยกับลูกหลานบอกเขาว่าผู้สูงอายุต้องการเพื่อน ต้องมีคนให้กำลังใจ<br>เราเป็นเหมือนสะพานเชื่อมให้ครอบครัวเข้ามามีบทบาทมากขึ้นไม่ใช่แค่ให้ยาแต่ช่วยเติมใจด้วย   |

### 6. ความพึงพอใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่อโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ

ผลการประเมินความพึงพอใจพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมในระดับมากถึงมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 94.5 ซึ่งสะท้อนว่าโปรแกรมสามารถตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตได้อย่างดี ขณะที่ครอบครัวผู้สูงอายุร้อยละ 91.2 เห็นว่าโปรแกรมช่วยส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัวและทำให้บรรยากาศภายในบ้านดีขึ้น ส่วนอสม. ร้อยละ 89.7 ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ระดับความพึงพอใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่อโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ (n=223)

| กลุ่มตัวอย่าง      | จำนวน (n) | ร้อยละที่พึงพอใจในระดับมาก-มากที่สุด | รายละเอียดเพิ่มเติม   |
|--------------------|-----------|--------------------------------------|---|
| ผู้สูงอายุ         | 163       | 94.52                                | พึงพอใจในด้านกิจกรรมหลากหลาย บรรยากาศดี ได้พูดคุยและมีส่วนร่วม        |
| ครอบครัวผู้สูงอายุ | 20        | 91.24                                | เห็นว่าโปรแกรมทำให้บรรยากาศในบ้านดีขึ้น สมาชิกในบ้านใกล้ชิดกันมากขึ้น |
| อสม.               | 40        | 89.71                                | เห็นว่าโปรแกรมมีความเหมาะสมกับชุมชน สนับสนุนการขยายผลในพื้นที่อื่น    |

### การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติต่อการป้องกันภาวะซึมเศร้าและส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุในชุมชนตำบลเสถียร จังหวัดเชียงใหม่ โดยบูรณาการแนวคิดอนามัยครอบครัวและการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และครอบครัว ผลการอภิปรายมีดังนี้

คะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของกิจกรรมที่สอดคล้องกับปัจจัยพื้นฐานของผู้สูงอายุ เช่น ความต้องการความสัมพันธ์ทางสังคม ความมั่นคงทางจิตใจและการมีคุณค่าในตนเอง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของเนติยา แจ่มทิม (2565) ที่พบว่าโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติสามารถลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความสุขของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญโดยเฉพาะเมื่อกิจกรรมมีการบูรณาการกับวิถีชีวิตและบริบทวัฒนธรรมท้องถิ่น นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ ทนงศักดิ์ มุลจินดา และทัศนีย์ พลไชย (2561) ที่กล่าวว่าโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติมาใช้ในโรงเรียนผู้สูงอายุช่วยให้ผู้เข้าร่วมรู้สึกมีพลังทางใจ รู้สึกผูกพันกับเพื่อนร่วมกิจกรรมและมีพฤติกรรมเชิงบวกเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องซึ่งแสดงถึงประสิทธิผลของแนวคิดสุขภาวะองค์รวมในผู้สูงอายุ

หลังการเข้าร่วมโปรแกรม 8 สัปดาห์ ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นในหลายมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยเฉพาะความรู้สึกมีเป้าหมาย ความสัมพันธ์กับครอบครัว และความพึงพอใจในชีวิต สอดคล้องกับผลวิจัยของ ฉัตรศิริ วิภาวิน และศศิวิภา มณีศิลป์ (2563) ที่ระบุว่าปัจจัยทางจิตใจและสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ โดยการมีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น การได้รับการยอมรับ และการมีบทบาทในสังคมช่วยส่งเสริมความสุขในผู้สูงอายุ แนวทางกิจกรรมในโปรแกรมยังส่งผลต่อมิติทางจิตวิญญาณและความผาสุกทางใจอย่างเด่นชัด สอดคล้องกับ จิรายุ แก้วกาหลง และกรรณวิษณ์ ช่วยอุปการ (2566) ที่เสนอว่าการเสริมสร้างความผาสุกตามหลักพุทธธรรม เช่น การระลึกคุณ การทำสมาธิ หรือการทบทวนความดีในอดีต ช่วยลดความกังวลและเพิ่มคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท

จากการวิเคราะห์เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ พบว่า มีความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุด ครอบครัวรายงานว่าบรรยากาศในบ้านดีขึ้น และ อสม. เห็นว่าโปรแกรมมีความเหมาะสมและควรขยายผลต่อไป การที่ครอบครัวและ อสม. มีส่วนร่วมอย่างเป็นระบบ เช่น การทำอาหารร่วมกัน การเล่นเกมฝึกสมอง การสนทนาเชิงบวก และการเยี่ยมบ้านรายสัปดาห์ ทำให้เกิดเครือข่ายสนับสนุนที่มั่นคงในระดับชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2560) ที่เน้นการดูแลผู้สูงอายุแบบ 3 มิติ โดยครอบครัวและชุมชนเป็นกลไกหลัก และสอดคล้องกับ สุธรรม นันทมงคลชัย (2567) ที่เสนอว่าครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงวัยในระยะยาว

การศึกษานี้ยืนยันว่า โปรแกรมสร้างสุข 5 มิติที่ออกแบบตามแนวคิดอนามัยครอบครัวและบูรณาการสุขภาวะทั้ง 5 มิติ (กาย ใจ ปัญญา สังคม จิตวิญญาณ) สามารถลดภาวะซึมเศร้า เพิ่มคุณภาพชีวิต และสร้าง

ความผาสุกในผู้สูงอายุได้อย่างเป็นระบบ ทั้งยังเป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาศักยภาพครอบครัวและ อสม. ให้สามารถทำหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงวัยในชุมชนได้อย่างยั่งยืน

### การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยสามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชนผ่านโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและอสม. ทั้งนี้ครอบครัวสามารถใช้กิจกรรมในโปรแกรมลดความเหงาและเสริมความสัมพันธ์ในบ้าน อสม. ใช้แนวทางนี้พัฒนางานเยี่ยมบ้านเชิงจิตสังคมและหน่วยบริการสุขภาพสามารถจัดกิจกรรมเชิงรุกแบบบูรณาการและสามารถขยายผลสู่ชมรมหรือโรงเรียนผู้สูงอายุในพื้นที่อื่นได้อย่างเหมาะสม

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ควรขยายระยะเวลาศึกษาและติดตามผลในระยะยาวเพื่อประเมินผลต่อเนื่องของโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ ต่อภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระยะ 6 เดือน หรือ 1 ปี
- 2) ควรเพิ่มกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างเป็นระบบช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลวิจัย
- 3) ควรศึกษาปัจจัยเสริมจากบริบทชุมชน เช่น วัฒนธรรม ความเชื่อ หรือการสนับสนุนจากหน่วยงานท้องถิ่นว่ามีผลต่อประสิทธิภาพของโปรแกรมอย่างไรบ้างเพื่อพัฒนาให้สอดคล้องกับพื้นที่มากขึ้น

### References

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2568). *ข้อมูลสถิติผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2568*. สืบค้นเมื่อ 13 กรกฎาคม 2568, จาก [https://www.dop.go.th/th/statistics\\_page?cat=1&id=2569](https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=1&id=2569)
- กรมสุขภาพจิต. (2551). *คู่มือแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทย (WHOQOL-OLD)*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต.
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2564). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564*. สืบค้นเมื่อ 28 มีนาคม 2568, จาก [https://www.m-society.go.th/ewtadmin/ewt/m\\_soc/ewt\\_dl\\_link.php?nid=30616](https://www.m-society.go.th/ewtadmin/ewt/m_soc/ewt_dl_link.php?nid=30616)
- กองกิจการสังคมผู้สูงอายุ กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2560). *รายงานผลการสำรวจทัศนคติที่มีต่อการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุของประชาชนในกรุงเทพมหานครที่มีต่อผู้สูงวัย (ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป)*. กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ.
- กรณทิพย์ สืบสานรัตน์. (2565). *รายงานผลการวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการออกกำลังกายแบบบูรณาการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ*. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาลัยพยาบาล.
- จิรายุ แก้วกาหลง, และกรณวิชญ์ ช่วยอุปการ. (2566). *แนวทางการเสริมสร้างความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุตามหลักพุทธธรรม ตำบลนาเสียว อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ*. *วารสารพุทธนวัตกรรมและการจัดการ*, 6(6), 67–80.
- ฉัตรศิริ วิภาวิน, และนันทิยา เรืองคงจันทร์. (2565). *การศึกษาความต้องการด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลชีเหล็กและสะลวง อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่*. *วารสารวิจัยราชภัฏเชียงใหม่*, 23(1), 127–139.
- ฉัตรศิริ วิภาวิน, และศศิวิภา มณีศิลป์. (2563). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนสะลวง-ชีเหล็ก อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่*. *วารสารวิชาการวิทยาลัยสันตพล*, 6(2), 18–27. สืบค้นจาก <https://so05.tci-thaijo.org/index.php/scaj/article/view/227576>

- ทงศักดิ์ มูลจันดา, และทัศน พลไชย. (2561). ผลการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยสุข 5 มิติ โรงเรียนผู้สูงอายุนาผาง ตำบลห้วย ฯ จังหวัดอำนาจเจริญ. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์*, 2(2), 15–29.
- เนติยา แจ่มทิม. (2565). ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาความสุข 5 มิติในผู้สูงอายุ ตำบลสนามชัย อำเภอเมืองจังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี*, 5(2), 140–150. สืบค้นเมื่อ 20 มีนาคม 2568, จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/SNC/article/view/260550>
- บุรพ พงศ์พัฒนโยธิน. (2562). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2562*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.).
- พฤทธิ พนารวรรณ, สุธิดา พุ่มพวง, และจินตนา นาคประเสริฐ. (2560). *การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวในชุมชน*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มนต์ดี ชัยแก้ว. (2563). *การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ*. สุพรรณบุรี: มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ วิทยาเขตสุพรรณบุรี.
- สื่อออนไลน์ภาคเหนือเพื่อคุณภาพชีวิตของทุกคน. (2567). *เชียงใหม่ป่วยซึมเศร้าสูงสุดภาคเหนือตอนบน ปี 66 ป่วยแล้ว 3.4 หมื่นราย*. สืบค้นเมื่อ 28 มีนาคม 2568, จาก <https://www.lanner-news.com/news/122045/>
- สุธรรม นันทมงคลชัย. (2567). *ครอบครัวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. กรุงเทพฯ: บริษัท อิมเมจชั่น อาร์ต จำกัด.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *คู่มือการจัดบริการสุขภาพ 3 มิติ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง*. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37–49. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)
- World Health Organization. (2006). *WHOQOL-OLD: Module for the assessment of quality of life in older adults (WHOQOL-OLD Manual)*. Geneva: WHO.