

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างสุขในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลดงตะขบอำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร

The Effectiveness of Program Happiness in Elderly: A Case Study of Elderly Club in Dongtakop Sub-district, Taphanhin District, Phichit Province

ธานี โชติกคาม

Thanee Chotigakham

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

Phichit Provincial Public Health Office

Received: September 30, 2021 | Revised: December 01, 2021 | Accepted: March 30, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างสุขในชมรมผู้สูงอายุตำบลดงตะขบ อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 30 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม 2563 – มกราคม 2564 จัดกิจกรรม 6 เดือนๆ ละ 1 ครั้ง จำนวน 3 ชั่วโมง โดยเน้นพัฒนาสุข 5 มิติ ด้านที่ 1 สุขสบาย ด้านที่ 2 สุขสนุก ด้านที่ 3 สุขสง่า ด้านที่ 4 สุขสว่าง และด้านที่ 5 สุขสงบ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล แบบวัดคุณภาพชีวิตที่ดี แบบประเมินความสุข เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบบันทึกการเรียนรู้ชมรมผู้สูงอายุและแบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้าง การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ *Paired Sample t - test* ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัย พบว่า หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมทำให้ระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพ และคุณภาพชีวิตโดยรวม เพิ่มขึ้นจากระดับไม่ดีเป็นระดับดี และด้านสิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้นจากระดับกลางเป็นระดับดี เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสร้างสุขพบว่าสูงขึ้นอย่างมีนัยทางสถิติที่ระดับ 0.001 ทุกด้านและภาพรวมระดับความสุขเพิ่มขึ้นจากระดับต่ำกว่าคนทั่วไปเป็นระดับสูงกว่าคนทั่วไป คะแนนค่าเฉลี่ยความสุขหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยทางสถิติที่ระดับ 0.001 และการเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยการทำหน้าที่ของสมองด้านการรับรู้และความจำมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยทางสถิติที่ระดับ 0.001

ติดต่อผู้นิพนธ์: ธานี โชติกคาม

อีเมล: mr.thanee.cho@gmail.com

Abstract

This Quasi-experimental research was a one-group pretest-posttest design. The purpose of this study was to examine the effectiveness of the Happiness Program in the Elderly club in Dongtakop Sub-district, Taphanhin District, Phichit Province. The sample group of 30 elderly citizens wears purposively selected from the elder people whose ages are over 60 years old and

wear members of the elderly club. Data were collected from August 2020 to January 2021. The happiness program was implemented one time per month for 6 months. Each time took 3 hours to develop 5 dimensions of the happiness program, which were dimensions of health, recreation, integrity, cognition, and peacefulness. Research tools were a personal information questionnaire, health-related quality of life, and a happinometer. Qualitative data collection consisted of the elderly club learning recoding form, the structural interview form, the focus group interview, and the in-depth interview. Qualitative data were analyzed by using descriptive statistics to compare the mean score before and after the experiment with the *Paired Sample t-test* statistics. The qualitative data used content analysis, The results indicated that elderly people who participated in this program had better scores in physical health, psychological health, social relationships domains, and the overall quality of life which were developed from poor to good, and the environment domain scores had increased from moderate to good. When comparing the average pre-posttest score of quality of life, the results revealed that after participating in the Happiness Program, elderly people's scores were highly increased compared with before the study significantly ($p\text{-value} < 0.001$). In all aspects and overall, the level of happiness increased from a lower level of an ordinary person to a higher level than an average person. The overall score of happiness and brain function after participating in the program was significantly increased ($p\text{-value} < 0.001$).

Correspondence: Thanee Chotigakham

E-mail: mr.thanee.cho@gmail.com

คำสำคัญ	Keywords
โปรแกรมสร้างสุข	<i>The Program for creating happiness</i>
ความสุข 5 มิติ	<i>5 dimensions of happiness</i>
สุขภาพจิตผู้สูงอายุ	<i>Elderly mental health</i>

บทนำ

จากแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ รัฐบาลจึงมีนโยบายที่สำคัญเพื่อเตรียมความพร้อมรองรับประชากรสูงอายุ หลายหน่วยงานตื่นตัวในการเตรียมการที่จะดูแลสังคมผู้สูงอายุ (Aging society)⁽¹⁾ ในทุกด้านอีกทั้งความก้าวหน้าด้านการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศไทยทำให้อัตราการเกิดน้อยลง ประชากรมีอายุยืนยาวมากขึ้น ซึ่งพบว่าประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ : Aged Society ในปี 2556 จากกรณีดังกล่าวทำให้แนวโน้มผู้สูงอายุในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยร้อยละ 95 ของผู้สูงอายุมีความเจ็บป่วยด้วยโรคอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เชื้อเสื่อม โรคซึมเศร้า และทุพพลภาพติดเตียง ขณะที่เพียงร้อยละ 5 เท่านั้นที่ไม่เป็นโรคและมีผู้สูงอายุที่เข้าถึงระบบบริการสุขภาพเพียงร้อยละ 56 จึงเป็นที่มาของการจัดบริการและทำโครงการที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุมากขึ้นสอดคล้องกับแผนพัฒนาผู้สูงอายุแห่งชาติ (พ.ศ. 2545 - 2564) ในยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ 6 มาตรการ ประกอบด้วย มาตรการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

ดูแลตนเองเบื้องต้น มาตรการส่งเสริมการอยู่ร่วมกันและสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ มาตรการด้านการงานและการหารายได้ของผู้สูงอายุ มาตรการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้เข้าถึงข่าวสารและสื่อ มาตรการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย⁽²⁾ เพื่อพัฒนาและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ รัฐบาลให้ความสำคัญกับการที่ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและมีนโยบายด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทุกกลุ่มมาอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่าประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นจาก 4 ล้านคน (ร้อยละ 6.8) ในปี 2537 เป็น 10 ล้านคน (ร้อยละ 14.9) ในปี 2557 และเพิ่มเป็น 20.5 ล้านคน (ร้อยละ 32.1) ในปี 2563 โดยรัฐบาลได้มุ่งเน้นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ติดบ้านและกลุ่มติดเตียง โดยมีเป้าหมายสำคัญคือทำอย่างไรจะป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงมีการเจ็บป่วยจนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิงและทำอย่างไรผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม โดยทีมสหวิชาชีพในระดับปฐมภูมิซึ่งจัดบริการดูแลด้านสุขภาพถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามปัญหาสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวชุมชนและท้องถิ่นส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การที่ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวขึ้น ทำให้สมรรถภาพของร่างกายถดถอยลง โอกาสที่จะเผชิญกับโรคภัยต่าง ๆ ที่จะบั่นทอนสุขภาพกายและสุขภาพจิต โดยพบว่าโรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าเป็นหนึ่งในปัญหาด้านสุขภาพ 5 อันดับแรกของผู้สูงอายุ และปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ 5 อันดับแรกคือ ความวิตกกังวล ซึมเศร้า นอนไม่หลับ ภาวะสมองเสื่อม ปัญหาเรื่องเพศ โดยกรมสุขภาพจิตได้ตระหนักถึงสถานการณ์ดังกล่าวจึงได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์ในประเด็นที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตประชาชนทุกกลุ่มวัย และมีกลยุทธ์ในการดำเนินงาน คือ พัฒนาองค์ความรู้ สร้างการมีส่วนร่วมในงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตประชาชนทุกกลุ่มวัย โดยมอบหมายให้สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต เป็นผู้ขับเคลื่อนการดำเนินงานภายใต้โครงการขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขภาพจิตในการนี้ส่วนของวัยสูงอายุได้พัฒนาองค์ความรู้ ได้แก่ “โปรแกรม 16 สัปดาห์เพื่อพัฒนาความสุข 5 มิติในผู้สูงอายุ” ในปี 2555 เพื่อใช้ในการพัฒนาผู้สูงอายุในการชะลอความเสื่อมของร่างกาย และได้ขับเคลื่อนให้มีการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติในชมรมผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี 2557 ถึงปัจจุบัน และได้พบอุปสรรคในการดำเนินกิจกรรมของแต่ละโปรแกรม เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภารกิจอื่น ๆ ที่ต้องดำเนินการ ขณะเดียวกันพบว่าบุคลากรผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุได้นำโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ ไปปรับใช้ในการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยขยายเข้าสู่โรงเรียนผู้สูงอายุ โดยมีรูปแบบและระยะเวลาตามบริบทของพื้นที่ เช่น จัดกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ ในชมรมผู้สูงอายุทุกสัปดาห์ต่อเนื่อง ไม่กำหนดระยะเวลาที่แน่นอน เป็นต้น⁽³⁾

จังหวัดพิจิตรมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 108,717 คน คิดเป็นร้อยละ 20.20 ของประชากรทั้งหมด กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) จำนวน 62,020 คน คิดเป็นร้อยละ 57.05 ผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) จำนวน 30,259 คน คิดเป็นร้อยละ 27.83 ผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) จำนวน 16,438 คน คิดเป็นร้อยละ 15.12⁽⁴⁾ อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร ปี 2562 พบว่ามีประชากรที่อยู่ในวัยสูงอายุทั้งชายและหญิง จำนวน 14,250 คน คิดเป็นร้อยละ 21.44 ของประชากรทั้งอำเภอ โดยมีผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่นและสังคมได้ ร้อยละ 93.39 ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองได้บ้าง (ติดบ้าน) ร้อยละ 1.22 และผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิจาร

หรือทุพพลภาพ (ติดเตียง) ร้อยละ 0.61 ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) จำนวน 13 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ 114 คน โรงเรียนผู้สูงอายุ จำนวน 12 แห่ง⁽⁵⁾

ขณะที่ตำบลดงตะขบ อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร เป็นตำบลที่มีการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและเข้มแข็งมีกิจกรรมที่ต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2553 มีผู้สูงอายุทั้งหมด จำนวน 591 คน คิดเป็นร้อยละ 30.34 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จากการคัดกรองแบ่งผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพพบว่า กลุ่มติดสังคม จำนวน 562 คน คิดเป็นร้อยละ 95.09 กลุ่มติดบ้าน จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 1.52 และกลุ่มติดเตียงจำนวน 4 คน คิดเป็น ร้อยละ 0.68 มีชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ จำนวน 1 ชมรม มีจำนวนสมาชิก 563 คน คิดเป็นร้อยละ 95.26⁽⁵⁾ ซึ่งกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคมมีจำนวนมากและเป็นกลุ่มวัยที่มีพลัง (Active Aging) สามารถช่วยเหลือตนเองผู้อื่นและสังคมได้เป็นอย่างดี ซึ่งต้องให้ความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพกายและจิต เพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอาศัยอยู่บ้านเพียงลำพัง ลูกหลานต้องออกไปทำงานต่างจังหวัดมีโอกาสในการเกิดโรคซึมเศร้าได้ง่าย และการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายและสังคมมีผลโดยตรงต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุซึ่งผู้สูงอายุจะมีการปรับและพัฒนาโครงสร้างขององค์ประกอบจิตใจระดับ ต่าง ๆ ทั้งด้านบุคลิกภาพ การเรียนรู้ ความจำ สติปัญญา สมรรถภาพการรับรู้ข้อมูลและการนำความรู้ สู่การปฏิบัติ เจตคติ ความสนใจ และคุณค่าด้านการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง⁽⁴⁾ ผู้วิจัยได้ร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงตะขบ ได้พัฒนาโปรแกรมการสร้างสุข ออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 การศึกษาและสร้างรูปแบบโปรแกรมสร้างสุขในชมรมผู้สูงอายุ ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบโปรแกรมสร้างสุขในชมรมผู้สูงอายุ โดยในระยะนี้ได้ใช้แนวคิดของ Kemmis and McTaggart⁽⁶⁾ ในลักษณะวงจรรอบ 4 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผน (Planning) 2) การลงมือปฏิบัติงาน (Action) 3) การสังเกตผล (Observation) และ 4) การสะท้อนผล (Reflection) และระยะที่ 3 การประเมินรูปแบบโดยเน้นกระตุ้นและส่งเสริมชมรมผู้สูงอายุให้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องพัฒนาจากรูปแบบใหม่ให้มีความน่าสนใจเข้าร่วมกิจกรรมมากขึ้น ครอบคลุมสอดคล้องตามนิยามความสุขในเชิงจิตวิทยาเน้นการพัฒนาความสุขให้ครอบคลุมในทุกมิติ นำมาซึ่งการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคมเปลี่ยนจากผู้สูงอายุที่เป็น “ภาระ” ให้เป็น “พลัง” คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างสุขในชมรมผู้สูงอายุตำบลดงตะขบที่ได้พัฒนาขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างสุขในชมรมผู้สูงอายุตำบลดงตะขบ อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร ในด้านคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในด้านความสุขของผู้สูงอายุ และด้านการทำหน้าที่ของสมอองค์การรับรู้และความจำ

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) กลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) เก็บรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุ ด้วยแบบสัมภาษณ์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างสุขในชมรมผู้สูงอายุตำบลดงตะขบ อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร ซึ่งโปรแกรมนี้ใช้ระยะเวลาศึกษาทั้งสิ้น 6 เดือน รายละเอียดตามแผนภูมิที่ 1 และ 2

แผนภูมิที่ 1 แผนภูมิแบบแผนการวิจัย

	วัดก่อน	ทดลอง	วัดหลัง
กลุ่มทดลอง	O1	X	O2

O1 = การเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง O2 = การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง X = โปรแกรมสร้างสุข

แผนภูมิที่ 2 แผนภูมิแบบแผนการทดลอง (experimental design)

00	01	02	03	04	05	06
	X	X	X	X	X	X
	1 เดือน	2 เดือน	3 เดือน	4 เดือน	5 เดือน	6 เดือน
	ส.ค. 63	ก.ย. 63	ต.ค. 63	พ.ย. 63	ธ.ค. 63	ม.ค. 64

01 ถึง 06 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อดำเนินการทดลองได้ 1 เดือน (เดือนสิงหาคม) ถึง เดือนที่ 6 (มกราคม) ด้วยการรวบรวมจากแบบบันทึกกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ และการรวบรวมจากแบบสอบถาม

X หมายถึง การจัดกิจกรรมโปรแกรมสร้างสุขในชมรมผู้สูงอายุตำบลดงตะขบและให้ผู้สูงอายุนำไปฝึกปฏิบัติที่บ้าน รูปแบบโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นเน้นพัฒนาสุข 5 มิติ เป็นระยะเวลา 6 เดือน เดือนละ 1 ครั้ง จำนวน 3 ชั่วโมง ในช่วงสัปดาห์ที่ 4 ของทุกเดือน ทั้งนี้ในการจัดเรียงลำดับของกิจกรรมได้นำทฤษฎีลำดับความต้องการของมาสโลว์ (Maslow's Hierarchy Theory of needs) ที่เชื่อว่าเมื่อนมนุษย์ได้รับการตอบสนองความต้องการในชั้นที่ต่ำกว่าจนถึงระดับหนึ่งแล้ว มนุษย์ก็จะเกิดความต้องการในชั้นต่อไป เช่น เมื่อได้รับการตอบสนองด้านร่างกายเพื่อให้สามารถดำรงชีพอยู่ได้ จึงจะต้องการความปลอดภัย ความรักความสัมพันธ์ ตลอดจนความต้องการการยอมรับ มาเป็นกรอบแนวคิดในการจัดกิจกรรม⁽⁷⁾

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ไม่จำกัดเพศ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 30 คน มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่คัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria) คือ ประเมินแบบการใช้ชีวิตประจำวัน (ADL) มากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน มีความสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม อ่านออกเขียนได้ มีการรับรู้ด้านการสื่อสาร ภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่ตำบลดงตะขบ อำเภอดงพานหิน จังหวัดพิจิตร เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลดงตะขบ อำเภอดงพานหิน จังหวัดพิจิตร และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง ส่วนคุณสมบัติที่คัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) คือมีปัญหาด้านการรับรู้และการสื่อสาร และเสียชีวิตระหว่างดำเนินการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียด ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมสร้างสุขในชมรมผู้สูงอายุตำบลดงตะขบ อำเภอดงพานหิน จังหวัดพิจิตร ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขอำเภอดงพานหินได้ร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงตะขบ ได้พัฒนาขึ้น รายละเอียด ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 โปรแกรมสร้างสุขในชมรมผู้สูงอายุ

ระยะเวลา	พัฒนาสุข 5 มิติ	กิจกรรม
30 นาที	ด้านที่ 1 สุขสบาย(Health)	ออกกำลังกายร่วมกัน เน้นสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ
40 นาที	ด้านที่ 2 สุขสนุก (Recreation)	ยืนและร้องตามจังหวะเพลงร่าวก และมีทำเต้นประกอบเพลง ทุกคนช่วยกันร้อง ประมือ กิจกรรมหัวเราะบำบัด
40 นาที	ด้านที่ 3 สุขสง่า(Integrity)	การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ด้านดี เรื่องเล่าความภูมิใจ ให้ผู้สูงอายุทุก ให้สมาชิกกลุ่มฟัง ทุกคนร่วมแสดงความ คิดเห็น
40 นาที	ด้านที่ 4 สุขสว่าง(Cognition)	กิจกรรมบริหารสมอง กระตุ้นความจำ จำภาพผลไม้ เรียงคำภาษาไทย จับสลับมือ ซ้ายขวา โป่ง ก้อย (สลับมือ) ตะแคงหู ตะหงู
30 นาที	ด้านที่ 5 สุขสงบ(Peacefulness)	การฝึกสมาธิด้วยการเอาจิตจดจ่ออยู่กับการเคลื่อนไหว ฝึกสติ สมาธิ ลดความคิดฟุ้งซ่าน
180 นาที	ครอบคลุม 5 ด้าน	ทำกิจกรรมต่อเนื่อง ระยะเวลา 6 เดือน เดือนละ 1 ครั้ง รวม 3 ชั่วโมง ในสัปดาห์ที่ 4 ของทุกเดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย เครื่องมือเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและ
เครื่องมือเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ คณะผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่พัฒนาโดย
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข⁽³⁾ มาปรับปรุงเป็นแบบสอบถามเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่ง
แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ดัชนีมวลกาย
การสูบบุหรี่/ยาเส้น การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชื่อย่อ
ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI) พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จำนวน
26 ข้อคำถาม โดยเป็นคำถามเชิงปริมาณค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์ในการตอบคำถาม ดังนี้

ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแสบมาก

เล็กน้อย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นนาน ๆ ครั้งรู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อยรู้สึกไม่
พอใจ หรือรู้สึกแสบ

ปานกลางหมายถึงท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลางรู้สึกพอใจหรือไม่พอใจระดับกลาง ๆ

มาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อย ๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือรู้สึกว่า
สมบูรณ์ รู้สึกพอใจมาก รู้สึกดีมาก

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสุข เป็นเครื่องมือในการสอบถามประสบการณ์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา
มาถึงปัจจุบัน แบ่งออกเป็นด้านความรู้สึกที่ดี ด้านความรู้สึกที่ไม่ดี ด้านสมรรถภาพจิตใจ ด้านคุณภาพ

จิตใจ ด้านปัจจัยสนับสนุนของครอบครัว พัฒนาโดยสำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 15 ข้อคำถาม โดยเป็นคำถามเชิงปริมาณค่า 4 ระดับ โดยมีคำตอบ คือ ไม่เลย เล็กน้อย มาก มากที่สุด โดยมีเกณฑ์ในการตอบคำถามและให้คะแนนแบบสอบถามดังนี้

ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแหย่มาก

เล็กน้อย หมายถึงท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นนาน ๆ ครั้งรู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อยรู้สึกไม่พอใจ หรือรู้สึกแหย่

มาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อย ๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือรู้สึกว่าสมบูรณ์ รู้สึก พอดีมาก รู้สึกดีมาก

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการทำหน้าที่ของสมองด้านการรับรู้และความจำสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร (Mini cog) เป็นเครื่องมือในการประเมินภาวะสมองเสื่อม พัฒนาโดย กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข การประเมิน ให้ผู้สูงอายุดูภาพ รถยนต์ เสือ แก้ว แล้วพูดทวนชื่อสิ่งของทั้งสาม คือ รถยนต์ เสือ แก้ว เพียง 1 ครั้ง และให้ผู้สูงอายุจำของ 3 สิ่งไว้ เพราะจะกลับมาถามซ้ำ การแปลผลกรณีตอบถูกหมด แปลว่า ปกติ กรณีผิด 1-2 ข้อ อาจมีปัญหาความจำให้ส่งต่อประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน Mini-Mental State Examination (MMSE) ต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย 2 ส่วนคือแบบบันทึกกิจกรรมการเรียนรู้ของชมรมผู้สูงอายุตำบลคงตะขบ และแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง โดยการสนทนากลุ่ม (Focus group) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) รายบุคคลระหว่างการจัดโปรแกรมระยะเวลา 3 เดือนและสิ้นสุดโปรแกรม 6 เดือน โดยเก็บข้อมูลแบบเดียวกัน 2 รอบ ส่วนการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสร็จแล้วไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ภาษา ข้อความ ความหมาย และโครงสร้าง มีความสอดคล้องกับสิ่งที่ต้องศึกษา (Item Objective Congruence: IOC) จากนั้นนำไปคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา คำนวณหาค่า Average IOC ได้เท่ากับ 0.95 หลังจากปรับปรุงแก้ไขแล้ว ได้นำแบบสอบถามมาทดลองใช้กับชมรมผู้สูงอายุตำบลวังสำโรง อำเภอตะพานหิน จำนวน 30 ตัวอย่าง เพื่อวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค์ (alpha coefficient) และสูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder – Richardson, KR-20) ได้ค่าความเที่ยง 0.84

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ (Frequency) หาค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และ เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่ดี คะแนนคัดกรองสมองเสื่อม (Mini cog) คะแนนเฉลี่ยแบบประเมินความสุขคนไทย ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Paired t- test โดยผู้วิจัยได้ตรวจสอบการแจกแจงแบบปกติของข้อมูลก่อนวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS 16.0 สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) จากการสัมภาษณ์กลุ่มทดลองประกอบด้วย การตีความข้อมูล การเปรียบเทียบข้อมูล การสังเคราะห์ข้อมูล และการสร้างข้อสรุป

ผลการศึกษา

นำเสนอตามวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างสุขในชมรมผู้สูงอายุตำบลงตะขบ อำเภอดงพานหิน จังหวัดพิจิตร ด้านคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ด้านความสุขของผู้สูงอายุ และ ด้านการทำหน้าที่ของสมอ้งด้านการรับรู้และความจำ แบ่งการนำเสนอเป็นประเด็นดังนี้

1) ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้าร่วมโปรแกรมจำนวน 30 คน เพศชาย ร้อยละ 53.33 เพศหญิง ร้อยละ 46.67 อายุ 60-69 ปี ร้อยละ 56.67 อายุ 70-79 ปี ร้อยละ 33.33 อายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 10.00 สถานภาพสมรส ร้อยละ 46.67 รองลงมาสถานภาพหม้าย/แยก/หย่าร้าง ร้อยละ 40.00 ดัชนีมวลกาย น้ำหนักตัวปกติ ร้อยละ 70.00 น้ำหนักผอม ร้อยละ 10.00 น้ำหนักตัวเกิน ร้อยละ 6.67 น้ำหนักอ้วน ร้อยละ 13.33 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 83.33 สูบบุหรี่บ้าง ร้อยละ 10.00 สูบบุหรี่เป็นประจำ ร้อยละ 6.67 ส่วนการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า ร้อยละ 76.67 ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 16.66 ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บ้างบางครั้ง ร้อยละ 6.67 ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ออกกำลังกายเป็นประจำอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ ครั้งละ 15 - 30 นาที ร้อยละ 30.00 ออกกำลังกายบางครั้ง ร้อยละ 20.00 ไม่ออกกำลังกายเลย ร้อยละ 50.00 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 80.00 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 20.00

2) การวัดคุณภาพชีวิตที่ดีเปรียบเทียบกับระดับคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าด้านที่ 1 สุขภาพกาย กลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสร้างสุขมีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยด้านสุขภาพกาย เท่ากับ 13.37 คะแนน (คุณภาพชีวิตระดับไม่ดี) หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านนี้เพิ่มเป็น เท่ากับ 30.90 คะแนน (คุณภาพชีวิตระดับดี) หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม มีการออกกำลังกายด้วยท่าที่ง่าย ๆ ไม่ต้องมีอุปกรณ์มากมาย ใช้เพียงเก้าอี้ 1 และทำออกกำลังกายก็ไม่ยาก ง่าย สามารถบริหารอวัยวะทุกส่วนของร่างกายได้ และทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรงขึ้น กล้ามเนื้อได้ผ่อนคลาย ดังคำพูดที่ว่า “ออกกำลังกายง่าย ๆ ไม่หักโหม ก็ได้สุขภาพดี แถมเอาไปสอนคนในบ้านได้อีกด้วย ให้สุขภาพร่างกายแข็งแรงกันทั้งบ้าน” (ผู้สูงอายุ ลำดับที่ 12 อายุ 68 ปี) สำหรับด้านที่ 2 จิตใจ กลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสร้างสุขมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจเฉลี่ยอยู่เพียง 12.73 คะแนน (คุณภาพชีวิตระดับไม่ดี) หลังเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยเพิ่มเป็น 24.63 คะแนน (คุณภาพชีวิตดี) หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความภาคภูมิใจทั้งจากการให้และรับจากผู้อื่น เข้าใจตนเอง รับรู้และยอมรับในตัวเอง ตระหนักถึงคุณค่าของตนเอง เกิดความภาคภูมิใจในคุณค่าและศักดิ์ศรีของตนเองและผู้อื่น สามารถจัดการกับอารมณ์ของตนเองได้ ดังคำพูดที่ว่า “แต่ก่อนรู้สึกว่าเป็นภาระให้กับคนในครอบครัว จะไปไหนมาไหนก็ลำบาก ต้องพึ่งลูกหลาน จากที่เคยทำงาน ตอนนี้ต้องมานั่งอยู่บ้านเฉย ๆ ทำให้รู้สึกชีวิตไม่คุณค่า แต่พอได้เข้าร่วมโปรแกรมนี้นี้ ทำให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่ามากขึ้น ได้มีกิจกรรมต่าง ๆ ทำ รักตัวเองมากขึ้น ได้พบเพื่อนๆ ได้ทำกิจกรรมร่วมกัน ชื่นชมให้กำลังใจตัวเองและคนอื่น อยากมีชีวิต

อยู่ต่อไปนาน ๆ อยากเห็นความสำเร็จของลูกหลาน และตอนนี้มีความสุขในการใช้ชีวิตมากขึ้น”(ผู้สูงอายุ ลำดับที่ 11 อายุ 72 ปี)

ด้านที่ 3 สัมพันธภาพ กลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสร้างสุขมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านนี้เฉลี่ยอยู่ที่ 5.73 คะแนน (คุณภาพชีวิตระดับไม่ดี) หลังเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 13.03 คะแนน (คุณภาพชีวิตระดับดี) หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม ในกิจกรรมการเรียนรู้เรื่องราวผ่านเรื่องเล่า ทำให้เกิดการเข้าใจ และยอมรับซึ่งกัน หากทุกคนลองเปิดใจยอมรับในความแตกต่างซึ่งกันและกัน ให้ความร่วมมือทำกิจกรรมร่วมกันโดยไม่ถือตัว อายุ หรือเพศก็จะทำให้รู้จักกันมากขึ้น ดังคำพูดที่ว่า “พอได้มาทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อน ๆ ได้ขยับร่างกายตามจังหวะเพลงร่วมกับเพื่อน ๆ ร้องเพลงร่วมกับเพื่อน ๆ ก็ทำให้รู้สึกสนุก หัวเราะได้มากขึ้น ได้เห็นเพื่อน ๆ ที่เข้าร่วมกิจกรรมมีความสุข และได้รู้จักเพื่อน ๆ มากขึ้น เพราะบางคนอยู่ต่างบ้านกันก็ได้มาทำความรู้จักกัน” (ผู้สูงอายุ ลำดับที่ 6 อายุ 71 ปี) สำหรับด้านที่ 4 สิ่งแวดล้อม กลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสร้างสุขมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมเฉลี่ย 22.53 คะแนน (คุณภาพชีวิตระดับกลาง) หลังเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยเพิ่มเป็น 34.60 คะแนน (คุณภาพชีวิตระดับดี) โดยโปรแกรมนี้นี้ มีรูปแบบของกิจกรรมที่เหมาะสมกับการเรียนรู้ ใช้เวลาที่เหมาะสม คือ เดือนละ 1 ครั้ง ครั้ง ๆ ละ 3 ชั่วโมง และรูปแบบกิจกรรมมีความน่าสนใจ สนุกสนาน เหมาะสมตามวัย ดังคำพูดว่า “โปรแกรมกิจกรรมนี้มีความน่าสนใจ ไม่น่าเบื่อ เกิดความเพลิดเพลินทุกครั้งที่มีการรวมตัวของผู้สูงอายุ ได้พบเพื่อนและทำกิจกรรมการเรียนรู้ร่วมกัน มีความสุขทุกครั้งที่ได้เข้าร่วมกิจกรรม และบางกิจกรรมสามารถนำกลับไปสอนคนในบ้าน เพื่อเสริมสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัวอีกด้วย” (ผู้สูงอายุ ลำดับที่ 9 อายุ 64 ปี)

คุณภาพชีวิตโดยรวม กลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสร้างสุขมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมเฉลี่ย 54.37 คะแนน (คุณภาพชีวิตระดับไม่ดี) หลังเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยเพิ่มเป็น 103.17 คะแนน (คุณภาพชีวิตระดับดี) ซึ่งจากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสร้างสุข พบว่าคะแนน ระดับคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในทุกองค์ประกอบ รายละเอียดดังตารางที่ 2

3) การเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยความสุขก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม การประเมินความสุข พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสุขกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสร้างสุข เท่ากับ 25.67 คะแนน (ระดับความสุขต่ำกว่าคนทั่วไป) หลังเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 36.93 คะแนน (ระดับความสุขสูงกว่าคนทั่วไป) การเข้าร่วมโปรแกรมนี้นี้ทำให้ผู้สูงอายุมีความเพลิดเพลิน สนุกสนานไปกับเพื่อน ๆ ทำให้มีความสุขเพิ่มขึ้น ดังคำพูดที่ว่า “มีความสุขทุกครั้งเวลาเข้าร่วมกิจกรรม มาร่วมกิจกรรมที่ไร้มันแต่ รอยยิ้ม ไม่ซึมเศร้า ไม่เหงาอีกต่อไป เป็น 3 ชั่วโมงที่มีความสุข อยากเข้าร่วมกิจกรรมในทุก ๆ เดือน และอยากให้จัดกิจกรรมแบบนี้ต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อพัฒนาสุขภาพกาย สุขภาพจิตของผู้สูงอายุตำบล

ตะขบ” (ผู้สูงอายุ ลำดับที่ 19 อายุ 66 ปี) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างสุข พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังแตกต่างกันอย่างมีนัยทางสถิติที่ระดับ 0.05 รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 แสดงระดับคุณภาพชีวิตแต่ละองค์ประกอบ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสร้างสุข (n=30)

องค์ประกอบ	ระดับค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต						t	P-value
	การเข้าร่วมโปรแกรมสร้างสุข							
	ก่อน			หลัง				
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับคุณภาพชีวิต	$\bar{X}$	S.D.	ระดับคุณภาพชีวิต		
1.ด้านสุขภาพกาย	13.37	4.80	ไม่ดี	30.90	2.16	ดี	-20.45	0.001***
2.ด้านจิตใจ	12.73	4.57	ไม่ดี	24.63	2.17	ดี	-12.86	0.001***
3.ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	5.73	2.48	ไม่ดี	13.03	1.10	ดี	-15.37	0.001***
4.ด้านสิ่งแวดล้อม	22.53	3.17	กลาง	34.60	2.13	ดี	-20.70	0.001***
5.คุณภาพชีวิตโดยรวม	54.37	8.82	ไม่ดี	103.17	3.60	ดี	-30.13	0.001***

*** P-value < 0.001

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยความสุขก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสร้างสุข (n=30)

องค์ประกอบ	ระดับค่าเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ย						t	P-value
	การเข้าร่วมโปรแกรมสร้างสุข							
	ก่อน			หลัง				
	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล		
คะแนนความสุข	25.67	1.85	ต่ำกว่าคนทั่วไป	36.93	1.95	สูงกว่าคนทั่วไป	-24.78	0.001***

*** P-value < 0.001

4) การเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยการทำหน้าที่ของสมองด้านการรับรู้และความจำ การประเมินการทำหน้าที่ของสมองด้านการรับรู้และความจำสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร โดยใช้แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม (Mini cog) คะแนนเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 1.03 คะแนน (ไม่มีภาวะสมองเสื่อม) หลังเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยเพิ่มเป็น 1.90 คะแนน (ไม่มีภาวะสมองเสื่อม) ดังคำพูดที่ว่า “แต่ก่อนจำอะไรไม่ค่อยได้ หลง ๆ ลืม ๆ พอได้มาทำกิจกรรมนับเลข จำผลไม้เรียงคำ ได้กระตุ้นความจำ ได้บริหารสมอง ก็รู้สึกว่ามีความคิดความอ่านดีขึ้น สมองได้ใช้ ผักบ่อয় ๆ

สมองจะได้ไม่เสื่อม” (ผู้สูงอายุ ลำดับที่ 27 อายุ 73 ปี) และพบว่าหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมสร้างสุขกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนค่าเฉลี่ยด้านการรับรู้และความจำก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนทดสอบสมองเสื่อม ก่อนและหลังการเข้ารับโปรแกรมสร้างสุข (n=30)

องค์ประกอบ	ระดับค่าเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ย						t	P-value
	การเข้าร่วมโปรแกรมสร้างสุข							
	ก่อน			หลัง				
	— X	S.D.	การแปล ผล	— X	S.D.	การแปล ผล		
การทำหน้าที่ ของสมอง	1.03	0.72	ไม่มีภาวะ สมอง เสื่อม	1.90	0.31	ไม่มีภาวะ สมอง เสื่อม	-6.97	0.001***

*** P-value < 0.001

วิจารณ์

การอภิปรายผลการศึกษานี้ เป็นการอภิปรายผลที่ได้จากการศึกษาสมมติฐานกับข้อค้นพบภายใต้บริบทที่ศึกษา มีรายละเอียดดังนี้

ตามสมมติฐานข้อที่ 1 ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามองค์ประกอบ ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพ ด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวม คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต หลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยสูงขึ้น จากการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างสุขในชมรมผู้สูงอายุตำบลงตะขบ อำเภอดงพนาหิน จังหวัดพิจิตร มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินโดยการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยจากแบบวัดคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งเป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI) จำนวน 26 ข้อคำถาม พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ คือ แบบบันทึกกิจกรรมการเรียนรู้ของชมรม แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง โดยการสนทนากลุ่ม (Focus group) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ผลการศึกษา พบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับพัชร⁽⁸⁾ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและความสุขของผู้สูงอายุติดสังคมของชุมชนบ้านหัวสะพาน ตำบลบ้านยาง อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสภาพแวดล้อม เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ ระดับคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกด้าน ส่วนระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในระดับกลาง ๆ ($\bar{X}$ = 69.28) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ พบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในระดับกลาง ๆ แต่มีแนวโน้มสูงขึ้นเมื่อดูจากคะแนนเฉลี่ย

คุณภาพชีวิต ($\bar{X} = 81.93$) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติมีค่าสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมสร้างสุขมีระดับคะแนนเฉลี่ยความสุขหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยทางสถิติ

เสาวนีย์ โสบุญ⁽⁹⁾ ได้ศึกษารูปแบบการสร้างเสริมความรู้สึกรักมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโดยมีส่วนร่วมของชุมชน กรณีศึกษาพื้นที่เทศบาลตาดทอง อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร พบว่า การเห็นคุณค่าของตนเองในผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง รูปแบบการสร้างเสริมความรู้สึกรักมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนที่สร้างตามกรอบแนวคิดการสร้างสุข 5 มิติ สำหรับผู้สูงอายุ และการได้รับสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน จัดกิจกรรมจรรโลงจิตใจเมื่อจิตเป็นสุขและเข้มแข็งสามารถนำสู่การดูแลสุขภาพที่ดีเกิดภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป และจรรยา วังษ์พรหมและคณะ⁽¹⁰⁾ ได้ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อประเมินผลการมีส่วนร่วมของชุมชนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่าคุณภาพชีวิต 4 มิติ มิติด้านกายได้มีการออกกำลังกาย ยืดเหยียดกล้ามเนื้อทุกส่วนทั้งแขน ขา และหลัง มีการตรวจวัดสุขภาพ โรคเบาหวาน ความดันโลหิต และการปฏิบัติตัวเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง ด้านจิตใจ ได้มีการได้มาพบปะพูดคุยถามถึงสารทุกข์กับตัวผู้สูงอายุด้วยกัน มีการรับประทานอาหารร่วมกัน ด้านสังคม การจัดให้มีกิจกรรมสัจจกรโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อเกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้านดีขึ้น

โดยอัมพร เบญจพลพิทักษ์และคณะ⁽⁷⁾ กิจกรรมสร้างสุข 5 มิติที่ใช้เป็นกิจกรรมง่าย ๆ ที่ผู้สูงอายุสามารถทำตามได้ เป็นกิจกรรมต่อเนื่องเชื่อมโยง 5 มิติ โดยเริ่มจาก สุขสง่า ที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับประเด็นปัญหา ที่ตนเองเผชิญ ไม่ว่าจะเป็น การนอนไม่หลับ ความวิตกกังวล การใช้จ่าย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และช่วยกันหาแนวทางในการแก้ไข ซึ่งแต่ละคนยินดีอย่างยิ่งที่จะแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน สุขสงบ ใช้สมาธิบำบัด สุขสบาย ใช้การบริหารร่างกายในท่านั่ง สุขสนุก ใช้การหัวเราะบำบัด และสุขสว่างใช้การบริหารสมองด้วย 2 มือ และทงศักดิ์ มุลจินดา⁽¹⁰⁾ ได้ทำการศึกษาผลการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยสุข 5 มิติ โรงเรียนผู้สูงอายุนาผาง ตำบลห้วย อำเภอบึงสามพัน จังหวัดอำนาจเจริญ โดยการใช้กระบวนการเรียนรู้ 3 วิชา ได้แก่ วิชาการดูแลสุขภาพและนันทนาการ (สุขสบาย, สุขสนุก) วิชาภาษาและวัฒนธรรม (สุขสง่า, สุขสว่าง) วิชาพระพุทธศาสนา (สุขสงบ) ซึ่งเป็นการประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ผลการศึกษาพบว่า หลังการเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพลดลงจากระดับความเสี่ยงปานกลางเป็นระดับความเสี่ยงต่ำมีจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 41.05) ผู้สูงอายุทั้งหมดมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) เป็นกลุ่มติดสังคม พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (ร้อยละ 100) ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 100) ผู้ที่มีปัญหาสมองเสื่อมมีจำนวนลดลง (ร้อยละ 1.05) และผลการคัดกรองภาวะหกล้มในผู้สูงอายุกลุ่มไม่มีความเสี่ยงมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น (ร้อยละ 78.98) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสร้างสุขในชมรมผู้สูงอายุตำบลดงตะขบ อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร มีความเหมาะสม สามารถนำรูปแบบของโปรแกรมไปพัฒนาในทุกมิติ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามองค์ประกอบ ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพ ด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวม คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยสูงขึ้น

ตามสมมติฐานข้อที่ 2 ระดับความสุขหลังเข้ารับโปรแกรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น

จากการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างสุขในชมรมผู้สูงอายุตำบลดงตะขบ อำเภอดงตะพาน จังหวัดพิบูลย์รักษ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินโดยการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยจากแบบวัดความสุขจากแบบประเมินความสุขคนไทย คะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยความสุขสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้อง Lee⁽¹¹⁾ กับ การศึกษาเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของคนที่วัยหัวใจรักเดียวกัน ซึ่งผลการวิจัยพบว่า ช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกสุขภาพจิตดี มีคุณค่า มีความสุข ไม่เครียด และสนุกสนาน ภาวะซึมเศร้าลดลง และไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย กิจกรรมของโปรแกรมครอบคลุมการให้ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพจิต และวิธีการป้องกันโรคซึมเศร้า การออกกำลังกายประกอบดนตรีพื้นเมืองประยุกต์ การรวมกลุ่มรับประทานอาหารร่วมกัน และการแข่งขันประกวดการออกกำลังกายประกอบดนตรีพื้นเมืองประยุกต์ ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในชุมชนของประเทศเกาหลี เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ในผู้สูงอายุในชุมชนจำนวน 2,000 คน ผลการวิจัย พบว่า การออกกำลังกาย การไม่ดื่มแอลกอฮอล์ และการตรวจวัดความดันโลหิตสม่ำเสมอ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ และเช่นเดียวกับการศึกษาของชัยญาภา สมศรีและคณะ⁽¹²⁾ เรื่องผลของกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ ต่อความสุขของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลนครพนม พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติมีระดับความสุขเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมกิจกรรม เท่ากับ 3.32 และหลังเข้าร่วมกิจกรรม เท่ากับ 3.77 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าการจัดกิจกรรมในผู้สูงอายุสำคัญอย่างยิ่งที่จะต้องส่งเสริมให้ผู้สูงอายุตระหนักในคุณค่าของตัวเอง การจับกลุ่มร่วมแบ่งปันประสบการณ์การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจริงจะทำให้ผู้สูงอายุเชื่อถือและนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน ตลอดจนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

สอดคล้องกับ Orem⁽¹³⁾ กล่าวเกี่ยวกับความสุขไว้ว่า ความสุขเป็นภาวะที่มี ความสมบูรณ์ทั้งร่างกายจิตใจ และสังคม นอกจากนี้ความสุขยังเป็นการรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของบุคคลเกี่ยวกับภาวะของตนเองว่ามีความพึงพอใจ มีความยินดีที่ได้บรรลุถึงอุดมคติหรือเป้าหมายของตนเอง และ Dupuy⁽¹⁴⁾ ยังกล่าวเพิ่มเติมไว้อีกว่า เป็นความรู้สึกจากภายในของแต่ละบุคคลต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เป็นอยู่ ซึ่งเป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีชีวิตประจำวันและหน้าที่การงาน ความสุขในชีวิต เกิดจากความรู้สึกเฉพาะของแต่ละบุคคลที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เป็นอยู่จริงในเวลานั้น แล้วแสดงออกมาในรูปแบบความรู้สึกที่มีความสุขและอาจจะเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ซึ่งอาจจะแตกต่างกันไปตามการรับรู้ของแต่ละบุคคล ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสร้างสุขในชมรมผู้สูงอายุตำบลดงตะขบ อำเภอดงตะพาน จังหวัดพิบูลย์รักษ์มีความเหมาะสม สามารถนำรูปแบบของโปรแกรมไปพัฒนาความสุขในเชิงจิตวิทยาได้อย่างครอบคลุม คะแนนเฉลี่ยระดับความสุขหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยสูงขึ้น

ตามสมมติฐานข้อที่ 3 การทำหน้าที่ของสมองด้านการรับรู้และความจำสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร หลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนค่าเฉลี่ยด้านการรับรู้สูงขึ้น

จากการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างสุขในชมรมผู้สูงอายุตำบลดงตะขบ อำเภอดงตะพาน จังหวัดพิบูลย์รักษ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินโดยการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยจากแบบวัดการทำหน้าที่ของสมองด้านการรับรู้และความจำ คะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ผลการศึกษา พบว่า

ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของสมองด้านการรับรู้และความจำสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุดารัตน์ นามกระจำ และคณะ⁽²⁾ พบว่าผู้สูงอายุหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความสุข 5 มิติ มีระดับสมรรถภาพร่างกาย ค่าเฉลี่ยของสมรรถภาพทางสมองเบื้องต้น ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม และค่าเฉลี่ยของคะแนนความสุข เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และผลการประเมินความสุขของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมกิจกรรม ส่วนใหญ่พบว่ามีความสุขอยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 48.42) และระดับดี (ร้อยละ 35.79) สำหรับสุขสายนั้นในโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีกิจกรรมสร้างแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุอยากออกกำลังกาย รวมทั้งการสร้างกิจกรรมให้สมาชิกในกลุ่มสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อตั้งเป้าหมายในการดูแลตนเองเพื่อนำไปปฏิบัติ ทำให้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้สึกอยากออกกำลังกายมากขึ้นรวมทั้งเป็นการสร้างแรงจูงใจทางสังคมให้แก่ผู้สูงอายุอีกด้วย สมรรถภาพทางกายที่เพิ่มขึ้นนั้นทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น มีความมั่นใจในตนเอง และเป็นการลดภาระของผู้ดูแล ดังนั้นจึงทำให้ผู้สูงอายุมีการพัฒนาความสุขมิติสุขสบายได้ดีมากขึ้น การรับรู้ถึงสมรรถภาพทางกายและทางใจที่เพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุนั้นจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีความมั่นคงและไม่เป็นภาระกับผู้อื่น ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมที่วัดให้มากยิ่งขึ้น⁽¹⁵⁾ โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นในการศึกษานี้มีกิจกรรมนั้นหนากการที่ช่วยสร้างความสดชื่น สร้างพลังความมีชีวิตชีวาอย่างสร้างสรรค์และดีงาม เช่น การแสดงออกในด้านกีฬา ดนตรี ศิลปะ เป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีการพัฒนาความสุขสนุกได้ เนื่องจากผู้สูงอายุได้ผ่อนคลาย แสดงออกอย่างเหมาะสม และเข้าสังคมได้อย่างมีความสุขดังจะเห็นได้จากคะแนนความสุขที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ความสุขสว่างในการพัฒนาโปรแกรมครั้งนี้ประกอบด้วย กิจกรรมเน้นการกระตุ้นและคงไว้ซึ่งการชะลอความเสื่อมของสมองในด้านต่าง ๆ ได้แก่ กิจกรรมปฏิทินมีชีวิต กิจกรรมบริหารสมอง กิจกรรมบริหารเวลา กิจกรรมต่อจิ๊กซอร์ภาพ กิจกรรมจำภาพ และกิจกรรมปั่นกระดาษด้วยเท้า ซึ่งเป็นกิจกรรมที่สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุมีการพัฒนาสมรรถภาพทางสมองได้ เมื่อผู้สูงอายุมีความจำที่ดี มีสมรรถภาพสมองที่เพิ่มมากขึ้นจะสามารถช่วยให้เกิดความมั่นใจ ความภูมิใจในตนเอง และความสุขในมิติสุขสว่างรวมทั้งยัง

สอดคล้องกับ Wang⁽¹⁶⁾ ผลการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท ซึ่งเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองในผู้สูงอายุจีนที่สมัครเข้าร่วมโครงการ 6 หมู่บ้าน 520 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ดำเนินกิจกรรม 2 วันต่อสัปดาห์ วันละ 2 ชั่วโมง นาน 24 สัปดาห์ จะเริ่มต้นด้วยการออกกำลังกายแบบแอโรบิก 20-30 นาที กิจกรรมให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับคะแนน GHPS หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ และสามารถควบคุมความดันโลหิตและระดับน้ำตาลได้ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบจากข้อมูลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นได้ว่าโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันโรคซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรมในผู้สูงอายุสามารถใช้เป็นโปรแกรมที่ช่วยสร้างเสริมสุขภาพจิตและป้องกันโรคซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับศึกษาของ โฆษิต กัลยา⁽¹⁷⁾ เรื่องผลของโปรแกรมความสุข 5 มิติเชิงประยุกต์ในผู้สูงอายุ อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ เขตสุขภาพที่ 2 พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความพร้อมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยภาวะสมองเสื่อมปกติสูง

ของการใช้โปรแกรมสร้างสุขในชมรมผู้สูงอายุตำบลดงตะขบ ควรมีติดตามภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต ในระยะยาวเพื่อประเมินผลการคงอยู่ของภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ และ ช่วงเวลาในการดำเนินโครงการมีปัญหาติดขัดในเรื่องการนัดหมายและการรวมกลุ่มเนื่องจากเกิดการระบาดของโรค COVID-19 ในบางกิจกรรมจำเป็นต้องลงไปที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างโดยเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข ข้อเสนอแนะการศึกษาครั้งนี้คือ สามารถนำโปรแกรมสร้างสุขในชมรมผู้สูงอายุตำบลดงตะขบ ไปใช้เป็นแนวทางสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนหรือโรงเรียนผู้สูงอายุอื่น ๆ ต่อไปได้โดยสามารถปรับรูปแบบกิจกรรมได้ตามความเหมาะสม กำหนดระยะเวลาการดำเนินกิจกรรมให้สอดคล้องตามบริบทการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนนั้น ๆ และ ควรมีการศึกษาถึงแนวทางการพัฒนาและสร้างเครือข่ายบูรณาการในการทำงานร่วมกันจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อดูแลส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณคณะเจ้าหน้าที่ อาสาสมัครสาธารณสุข ชมรมผู้สูงอายุตำบลดงตะขบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงตะขบ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตะพานหินทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณนายแพทย์กมล กัญญาประสิทธิ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้คำแนะนำตลอดระยะเวลาการวิจัยและส่งผลให้การวิจัยบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

เอกสารอ้างอิง

1. ชมพูนุท พรหมภักดี. การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย. บทความวิชาการ สำนักวิชาการ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา. 2556; 3 (16): 1-19.
2. สุदारัตน์ นามกระจำง, ลักษณีย์ สมรัตน์, อนัญญา เตชะคำภู. ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความสุข 5 มิติในผู้สูงอายุ กรณีศึกษาในผู้สูงอายุ ตำบลกระหว้น อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ. ในเอกสารการประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัย บัณฑิตศึกษา ระดับชาติและนานาชาติ 2560. วันที่ 10 มีนาคม 2560; ณ อาคารพจน์สารสิน มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น. 2560,
3. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. การศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ สำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต. 2560.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร. สรุปผลงานประจำปีผู้สูงอายุสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ปี 2562. [อินเทอร์เน็ต]. 2562. [เข้าถึงเมื่อ 1 มีนาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก <http://www.ppho.go.th>.
5. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตะพานหิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร. สรุปผลงานประจำปีผู้สูงอายุสำนักงานสาธารณสุขอำเภอตะพานหิน ปี 2562. [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 1 มีนาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก <http://www.ppho.go.th>.
6. Kemmis S, McTargrat R. The Action Research Planner .3rd ed. Victoria: Deakin University;1988.

- 7.อัมพร เบญจพลพิทักษ์, กาญจนา วณิชรมณีย์, พรรณี ภาณุวัฒน์สุข. คู่มือ “ความสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุ”. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2556.
- 8.พัชรี ฤงแก้ว. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและความสุขของผู้สูงอายุ. วารสารวิชาการและวิจัยสังคมศาสตร์. 2561;13(39) 41-54.
- 9.เสาวนีย์ โสบุญ. รูปแบบการสร้างเสริมความรู้สึกรักมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กรณีศึกษาพื้นที่เทศบาลตำบลตาตอง อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. 2560; 6(2): 43-54.
- 10.ทองศักดิ์ มูลจันตตาม, ทัศน พละไชย. ผลการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยสุข 5 มิติ โรงเรียนผู้สูงอายุนาผาง ตำบลห้วย อำเภอบึงสามพัน จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์. 2561; 2(2): 14-29.
11. Lee, WT, Ko SI, Lee JK. Health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly in Korea: A cross-sectional survey. International Journal of Nursing Studies. 2006; 43(3):293-300.
12. ชัชฎาภรณ์ สมศรี, พิกุลทอง โมคมูล. ผลของกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ ต่อความสุขของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลนครพนม. วารสารโรงพยาบาลนครพนม. 2559;3(2): 3-14.
13. Orem DE. Nursing concept of Practice. 4th ed. St Louis: Mosby Year Book; 1991.
14. Dupuy H J. The general well-being schedule. In F. McDowell & C. Newell (Eds.), A measuring health: A guide to rating scales and questionnaires (p. 125). New York: Oxford University Press; 1977.
- 15.Dhramchareon W. The effects of internal and external factors on happiness in elderly. [thesis]. Bangkok: National Institute of Development Administration; 2012. (in Thai).
- 16.Wang J, Chen CY, Lai LJ, Chen ML, Chen MY. The effectiveness of a community-based health promotion program for rural elders: a quasi-experimental design. Appl Nurs Res. 2014; 27(3):181-5.
17. โฆษิต กัลยา, หยกฟ้า เพ็งเลีย, สุขเสริม ทิพย์ปัญญา, ประสงค์ มีทุน, อัญชลี ถีปสี. ผลของโปรแกรมความสุข 5 มิติเชิงประยุกต์ในผู้สูงอายุ อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์เขตสุขภาพที่ 2. [อินเทอร์เน็ต]. 2561. [เข้าถึงเมื่อ 1 มีนาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก <https://www.mhc2.go.th/newweb/files/docs/Research006.pdf>
- 18.คณิง นันทะนะ. ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการ.[อินเทอร์เน็ต]. 2558. [เข้าถึงเมื่อ 1 มีนาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก http://www.thaischool.in.th/_files_school/62102138/data/62102138_1_20111209-131002.pdf