การพัฒนารูปแบบการสร้างความสุขของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน : กรณีศึกษาตำบลกลันทา จังหวัดบุรีรัมย์

ณรงค์กร ชัยวงศ์, ปร.ด.[*]
ณิชาภัทร มณีพันธ์, ปร.ด.[**]
ศิริเพ็ญ อำไพพิศ, พย.ม.[***]
สุมาลา สว่างจิต, พย.ม.[***]
ฐาปนีณัฐ ศิรเฉลิมพงศ์, พย.บ.[****]

Received: January 3, 2026
Revised: August 1, 2026
Accepted: August 27, 2026

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ร่วมกับกระบวนการพัฒนารูปแบบกิจกรรม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างความสุขสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ตำบลกลันทา อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย การดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ (1) การวิเคราะห์ความสุข คุณภาพชีวิต และบริบทปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุ (2) การพัฒนารูปแบบการสร้างความสุขโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตามกรอบแนวคิดความสุขเชิงบวก PERMA Model และ (3) การทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบ โดยการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วยผู้สูงอายุตำบลกลันทา กลุ่มภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพ และผู้นำชุมชน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุฉบับสั้น แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ความเชื่อมั่นเท่ากับ .93, .95 และ .86 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา วิเคราะห์เปรียบเทียบโดยสถิติทีอิสระ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสุขในระดับเท่ากับคนทั่วไป (ร้อยละ 63.08) และมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 70.80) รูปแบบสร้างความสุขที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยชุดกิจกรรมความสุข 5 มิติ ได้แก่ สุขกาย สุขใจ สุขสังคม สุขปัญญา และสุขเศรษฐกิจ ผลการทดลองใช้รูปแบบพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสุข สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(40) = 5.76$, $p < .001$) และผลการประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบ พบอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.58$, $SD = 0.56$) สรุปได้ว่ารูปแบบการสร้างความสุขที่พัฒนาขึ้น สามารถส่งเสริมความสุขของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิผล ควรนำไปส่งเสริมความสุขและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ : รูปแบบ การสร้างความสุข ผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมของชุมชน

[*] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์; ผู้ให้การติดต่อหลัก: E-mail: narongkorn.cha@bru.ac.th
[**] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์
[***] อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์
[****] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกกลาง

Development of a Community-Based Participatory Happiness Promotion Model for Older Adults: A Case Study of Klantha Subdistrict, Buriram Province

Narongkorn Chaiwong, Ph.D.[*]
Nichapat Maneepun, Ph.D.[**]
Siripen Ampaipit, M.S.N.[***]
Sumala Sawangjit, M.S.N.[***]
Thapaneenut Sirichalermpong, B.S.N.[****]

Abstract

This study employed a community-based participatory action research approach combined with a program-development process, with the objective of developing a happiness promotion model for older adults in the community of Klantha Subdistrict, Mueang District, Buriram Province, through community and stakeholder participation. The research process consisted of three phases: (1) analysis of happiness, quality of life, and related contextual factors among older adults; (2) development of a happiness promotion model through community participation based on the PERMA model of positive psychology; and (3) implementation and evaluation of the model using a two-group pretest-posttest quasi-experimental design. The target groups included older adults in Klantha Subdistrict, health service network partners, and community leaders. The research instruments comprised the Thai Geriatric Mental Health Assessment–15, the World Health Organization Quality of Life–BREF Thai version, and a satisfaction questionnaire toward the model, with reliability coefficients of .93, .95, and .86, respectively, obtained from testing with the sample in this study. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and independent t-tests, while qualitative data were analyzed using content analysis.

The results revealed that most older adults reported a level of happiness comparable to that of the general population (63.08%) and an overall quality of life at a moderate level (70.80%). The developed happiness promotion model consisted of a set of activities addressing five dimensions of happiness: physical well-being, psychological well-being, social well-being, intellectual well-being, and economic well-being. The experimental group demonstrated a significantly higher mean happiness score than the control group ($t(40) = 5.76$, $p < .001$). In addition, overall satisfaction with the implementation of the model was rated at the highest level ($M = 4.58$, $SD = 0.56$). In summary, the developed happiness model can effectively promote the happiness of the elderly. It should be used to enhance happiness and improve the quality of life for the elderly.

Keywords: Model, Happiness promotion, Older adults, Community participation

---

[*] Assistant Professor, Faculty of Nursing, Buriram Rajabhat University; Corresponding Author E-mail: narongkorn.cha@bru.ac.th

[**] Assistant Professor, Faculty of Nursing, Buriram Rajabhat University

[***] Lecturer, Faculty of Nursing, Buriram Rajabhat University

[****] Registered Nurse, Ban Khok Klang Subdistrict Health Promoting Hospital, Klantha Subdistrict, Mueang District, Buriram Province

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรอย่างชัดเจน โดยมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อันเป็นผลมาจากอัตราการเกิดที่ลดลงควบคู่กับความก้าวหน้าทางการแพทย์ สาธารณสุข และเทคโนโลยีที่ช่วยยืดอายุขัยของประชากร ส่งผลให้ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (complete aged society) ซึ่งหมายถึง การมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด จากข้อมูลสถิติผู้สูงอายุไทย ปีพ.ศ. 2567 พบว่ามีผู้สูงอายุจำนวนกว่า 14.02 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567) และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยคาดการณ์ว่าในปีพ.ศ. 2583 ผู้สูงอายุจะมีสัดส่วนมากถึงประมาณหนึ่งในสามของประชากรทั้งหมด (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2566) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจ สังคม และระบบสุขภาพของประเทศอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะความจำเป็นในการจัดระบบดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวที่มุ่งเน้นคุณภาพชีวิตและความสุขควบคู่กับการดูแลด้านสุขภาพ

ผู้สูงอายุถือเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบาง เนื่องจากต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลโดยตรงต่อระดับความสุขและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวต่อบทบาททางสังคมที่เปลี่ยนไป การสูญเสียสมรรถภาพทางกาย หรือการลดลงของเครือข่ายทางสังคม ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งจึงอาจเกิดความเครียด ความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง ความเหงา และความขัดแย้งกับครอบครัวหรือบุคคลรอบข้าง ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่บั่นทอนความสุขและอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า ความสิ้นหวัง และการลดทอนคุณภาพชีวิตโดยรวม (วลัยพร นันท์ศุภวัฒน์, 2561) จากการสำรวจความสุขของคนไทย โดยใช้แบบสำรวจสุขภาพจิต (ความสุข) คนไทย (Thai happiness indicators) พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 11 มีคะแนนความสุขต่ำกว่ามาตรฐาน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2565) โดยพบว่า อายุที่เพิ่มขึ้น มีความสัมพันธ์กับความสุขที่ลดลง โดยผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60-69 ปี) จะมีระดับความสุขมากที่สุด และระดับความสุขจะค่อย ๆ ลดลงเมื่ออายุมากขึ้น ซึ่งผู้สูงอายุตอนปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) รู้สึกว่าตนเองมีความสุขน้อยที่สุดหรือไม่มีความสุขเลย (Bartram, 2023) อย่างไรก็ตามปัญหาความสุขของผู้สูงอายุไม่ได้เกิดจากวัยหรืออายุเพียงอย่างเดียว หากแต่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพ และรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ผ่านมา ซึ่งเป็นปัจจัยที่สามารถส่งเสริม ป้องกัน และจัดการได้ผ่านการเตรียมความพร้อม การสร้างโอกาสในการมีส่วนร่วมทางสังคม และการส่งเสริมสุขภาวะเชิงบวกอย่างเหมาะสม อันจะนำไปสู่การเพิ่มพูนความสุข ความหมายในชีวิต และคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในระยะยาว (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2567; World Health Organization [WHO], 2021)

แนวคิดเรื่องความสุขจึงเป็นประเด็นสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ นอกเหนือจากการสนับสนุนเชิงนโยบายหรือสวัสดิการของรัฐ ความสุขเป็นประสบการณ์เชิงอัตวิสัยที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล และเป็นผลลัพธ์ของปัจจัยหลายมิติ งานวิจัยด้านจิตวิทยาเชิงบวกของ Seligman (2011) ได้นำเสนอกรอบแนวคิด PERMA ซึ่งประกอบด้วย อารมณ์บวก การมีส่วนร่วม ความสัมพันธ์ ความหมายในชีวิต และความสำเร็จ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งเสริมความสุขและความเป็นอยู่ที่ดีของมนุษย์ ขณะเดียวกัน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้เสนอแนวคิดความสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ สุขสบาย สุขสนุก สุขสง่า สุขสว่าง และสุขสงบ ซึ่งสอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของสังคมไทย โดยมุ่งเน้นการดูแลสุขภาพกายและใจ การมีสัมพันธภาพทางสังคม การสร้างคุณค่าในตนเอง การพัฒนาศักยภาพด้านการรู้คิด และการมีความสงบทางจิตใจ (กรมสุขภาพจิต, 2560) แม้แนวคิดทั้งสองจะมีจุดเน้นต่างกัน แต่มีลักษณะเสริมกันในเชิงโครงสร้าง กล่าวคือ แนวคิด PERMA ของ Seligman (2011) เน้นองค์ประกอบความสุข

เชิงจิตวิทยาในระดับบุคคล ได้แก่ อารมณ์บวก การมีส่วนร่วม ความสัมพันธ์ ความหมายในชีวิต และความสำเร็จ ขณะที่แนวคิดความสุข 5 มิติของกรมสุขภาพจิต (2560) สะท้อนบริบทวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของผู้สูงอายุไทย ผ่านมิติสุขสบาย สุขสนุก สุขสง่า สุขสว่าง และสุขสงบ การบูรณาการแนวคิดทั้งสองเข้าด้วยกันในการศึกษาครั้งนี้ จึงใช้ PERMA เป็นกรอบทฤษฎีหลักในการกำหนดเป้าหมายเชิงจิตวิทยาของกิจกรรม ควบคู่กับการใช้แนวคิดความสุข 5 มิติเป็นกรอบในการปรับรูปแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่น ซึ่งช่วยให้การออกแบบกิจกรรมส่งเสริมความสุขในการศึกษาครั้งนี้มีความครอบคลุมทั้งมิติจิตใจ สังคม สติปัญญา และบริบทการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนอย่างเป็นองค์รวม ดังนั้นการพัฒนารูปแบบการสร้างความสุขสำหรับผู้สูงอายุจึงควรอาศัยกระบวนการที่เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุและชุมชนมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง

ตำบลกลันทา อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ มี 13 หมู่บ้าน เป็นพื้นที่หนึ่งที่มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้สูงอายุจำนวน 1,097 คน และพบว่ามากกว่าร้อยละ 60 เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน และบางส่วนอยู่ในภาวะพึ่งพิง (ณรงค์กร ชัยวงศ์ และคณะ, 2567) แม้จะมีการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนมาอย่างต่อเนื่อง แต่ยังขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงานและภาคีเครือข่าย รวมทั้งยังไม่พบการศึกษาที่มุ่งเน้นการประเมินและพัฒนาความสุขของผู้สูงอายุในระดับชุมชนอย่างเป็นระบบ ที่ผ่านมามีความพยายามส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลกลันทาอยู่บ้าง อาทิ การสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุในชุมชนด้วยกระบวนการต้นกล้าพยาบาลและครอบครัวอุปถัมภ์ (ณรงค์กร ชัยวงศ์ และคณะ, 2564) และการพัฒนานวัตกรรมทางสังคมด้วยกระบวนการชุมชนเพื่อสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุ ซึ่งได้นวัตกรรมเชิงกายภาพสำหรับส่งเสริมการทรงตัวและการออกกำลังกาย (ณรงค์กร ชัยวงศ์ และคณะ, 2567) รวมถึงการศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ (ถาวรีย์ แสงงาม และคณะ, 2568) อย่างไรก็ตามงานวิจัยดังกล่าวยังมุ่งเน้นด้านสุขภาวะทางกายและการป้องกันโรคเป็นหลัก โดยยังไม่มีการศึกษาที่มุ่งพัฒนาและประเมินรูปแบบการสร้าง "ความสุข" ของผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ โดยใช้กรอบแนวคิดทางจิตวิทยาเชิงบวกร่วมกับกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยเฉพาะ การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งเติมเต็มช่องว่างองค์ความรู้ดังกล่าว โดยพัฒนารูปแบบการสร้างความสุขที่บูรณาการแนวคิด PERMA กับแนวคิดความสุข 5 มิติ ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลกลันทาโดยตรง ด้วยเหตุนี้การศึกษาการพัฒนารูปแบบการสร้างความสุขสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนตำบลกลันทา โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนและกรอบแนวคิดความสุขที่เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่นจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อเป็นแนวทางในการยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และนำไปสู่การดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องในระดับชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

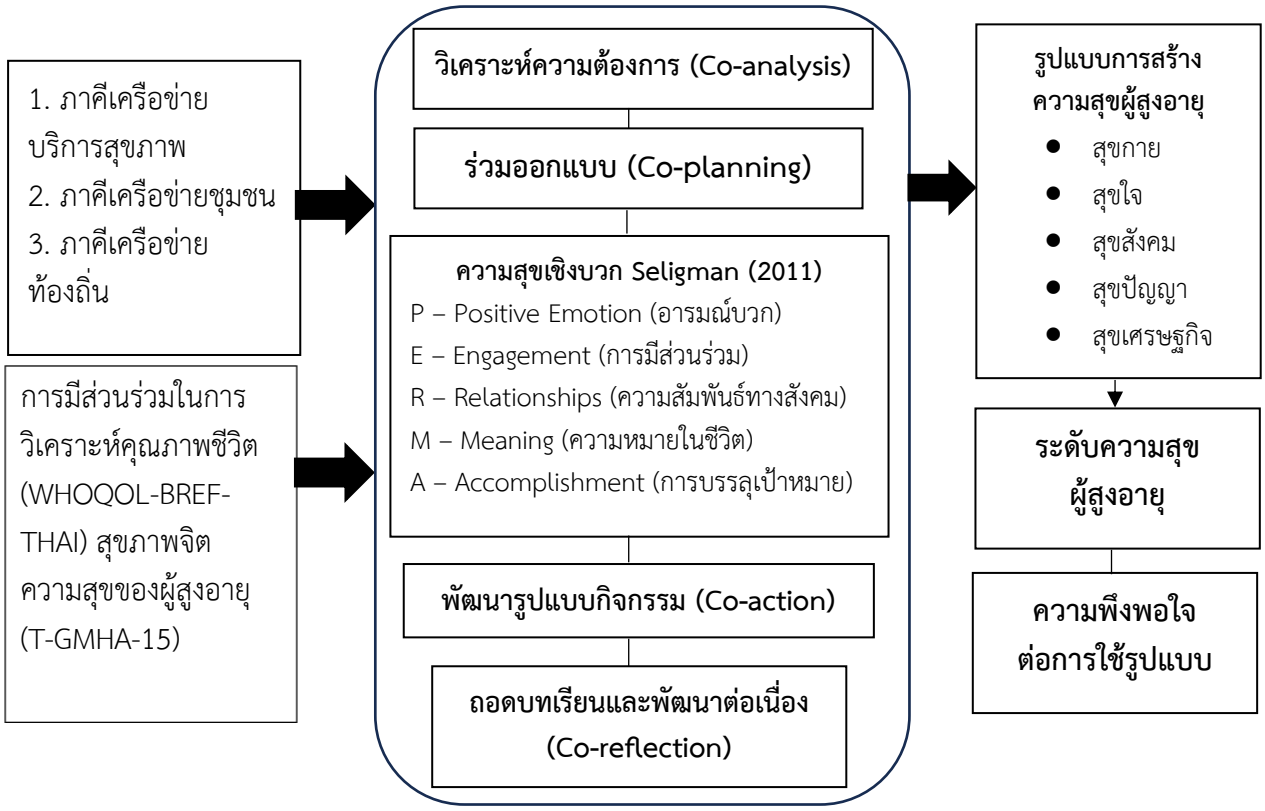
1. เพื่อศึกษาระดับความสุข คุณภาพชีวิต และบริบทปัญหาของผู้สูงอายุในตำบลกลันทา อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างความสุขสำหรับผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในตำบลกลันทา อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์
3. เพื่อทดลองใช้และประเมินผลของรูปแบบการสร้างความสุขต่อระดับความสุขและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลกลันทา อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชน (CBPR) ตามหลักการของ Israel et al. (1998) เป็นกรอบหลักร่วมกับกระบวนการพัฒนารูปแบบกิจกรรม (program development) โดยเน้นความร่วมมืออย่างเท่าเทียมระหว่างนักวิจัย ผู้สูงอายุ และภาคีเครือข่ายในชุมชน กระบวนการวิจัยดำเนินการผ่านการมีส่วนร่วม 4 ขั้นตอน ได้แก่การวิเคราะห์ปัญหา (co-analysis) การออกแบบกิจกรรม (co-planning) การดำเนินงาน (co-action) และการถอดบทเรียน (co-reflection) ทั้งนี้การพัฒนารูปแบบยึดกรอบความสุขเชิงบวก PERMA Model ของ Seligman (2011) ร่วมกับมิติความสุขผู้สูงอายุ 5 ด้าน เป็นแนวทางออกแบบชุดกิจกรรมที่สอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของชุมชนตำบลกลันทา ผลลัพธ์ของกระบวนการแบ่งออกเป็น ผลลัพธ์หลัก (primary outcome) ได้แก่ ระดับความสุขของผู้สูงอายุ และผลลัพธ์รอง (secondary outcome) ได้แก่ ความพึงพอใจต่อรูปแบบกิจกรรม ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชน (CBPR) ร่วมกับกระบวนการพัฒนารูปแบบกิจกรรม (program development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างความสุขสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนตำบลกลันทา อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย การดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1: การวิเคราะห์ความสุขและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ในกระบวนการศึกษาระดับความสุข คุณภาพชีวิต และบริบทปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุขของผู้สูงอายุในตำบลกลันทา อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ มีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย การศึกษาเอกสารแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย การวิเคราะห์ระดับความสุขและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุขของผู้สูงอายุ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ในบ้านเสม็ด ตำบลกลันทา อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 133 คน

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากประชากรทั้งหมด (total population survey) และสามารถเก็บข้อมูลได้จริงจำนวน 130 คน ตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) อายุ 60 ปีขึ้นไป 2) สามารถสื่อสารและตอบแบบสัมภาษณ์ได้ 3) มีคะแนน activities of daily living (ADL) ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้บ้านเสม็ดเป็นหมู่บ้านหนึ่งในตำบลกลันทา ที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากและมีลักษณะทางเศรษฐกิจสังคมใกล้เคียงกับหมู่บ้านอื่นในตำบล คณะผู้วิจัยจึงใช้เป็นพื้นที่นำร่องของการศึกษาในระยะที่ 1 ผลการศึกษาในระยะนี้จึงสะท้อนภาพในระดับหมู่บ้านเป็นสำคัญ มิได้เป็นตัวแทนของผู้สูงอายุทั้งตำบลกลันทาโดยสมบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ โรคประจำตัว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พฤติกรรมสุขภาพ ลักษณะของครอบครัวที่อาศัยอยู่ การมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

2. แบบประเมินความสุขของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสั้น (T-GMHA-15) ของกรมสุขภาพจิต (2566) ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก 14 ข้อ และคำถามเชิงลบ 1 ข้อ (ได้แก่ ข้อ 3) โดยถามถึงประสบการณ์ของผู้ตอบในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน) คำตอบเป็นแบบประเมินค่า (rating scale) 4 ระดับ มีคะแนนระหว่าง 15-60 คะแนน การแปลผลเมื่อรวมคะแนนทุกข้อแล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนด ดังนี้ 50-60 คะแนน หมายถึง ระดับความสุขดีกว่าคนทั่วไป 43-49 คะแนน หมายถึง ระดับความสุขเท่ากับคนทั่วไป 15-42 คะแนน หมายถึง ระดับความสุขต่ำกว่าคนทั่วไป ทั้งนี้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือฉบับนี้ที่ตรวจสอบซ้ำกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ปรากฏในหัวข้อการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

3. แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (WHOQOL-BREF-THAI) ขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อภาษาไทย (กรมสุขภาพจิต, 2558) ประกอบด้วย องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ 1) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย จำนวน 7 ข้อ 2) ด้านจิตใจ จำนวน 6 ข้อ 3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม จำนวน 3 ข้อ และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 8 ข้อ และคำถามอีก 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 และ 26 เป็นตัวชี้วัดที่อยู่ในหมวดคุณภาพชีวิตโดยรวม รวมคำถามทั้งหมด 26 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก 23 ข้อ และคำถามเชิงลบ 3 ข้อ ประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ จากน้อยไปมาก โดยแปลผลแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ดังตารางที่ 1 ทั้งนี้ ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือฉบับนี้ที่ตรวจสอบซ้ำกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ปรากฏในหัวข้อการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ตารางที่ 1

การแปลผลแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (WHOQOL-BREF-THAI)

องค์ประกอบ	คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	คุณภาพชีวิตระดับกลาง	คุณภาพชีวิตดี
ด้านสุขภาพกาย	7-16 คะแนน	17-26 คะแนน	27-35 คะแนน
ด้านจิตใจ	6-14 คะแนน	15-22 คะแนน	23-30 คะแนน
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	3-7 คะแนน	8-11 คะแนน	12-15 คะแนน
ด้านสิ่งแวดล้อม	8-18 คะแนน	19-29 คะแนน	30-40 คะแนน
คุณภาพชีวิตโดยรวม	**26-60 คะแนน**	**61-95 คะแนน**	**96-130 คะแนน**

4. แบบสอบถามปลายเปิด (open-ended questionnaire) เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับความสุขของผู้สูงอายุ สาเหตุ และความต้องการในการสร้างความสุขสำหรับผู้สูงอายุ โดยให้ผู้สูงอายุเขียนตอบด้วยตนเองตามการรับรู้ของแต่ละบุคคล ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหาต่อไป

ระยะที่ 2: การพัฒนารูปแบบการสร้างความสุขสำหรับผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

1. ศึกษาเอกสารเกี่ยวกับแนวคิดทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2. การสนทนากลุ่ม (focus group) ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพ กลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้นำชุมชน ร่วมสนทนากลุ่ม จำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที โดยบันทึกข้อมูลด้วยการบันทึกเสียงและการจดบันทึกภาคสนามควบคู่กัน ประยุกต์แนวคิด community-based participatory research (CBPR) ตามหลักการของ Israel et al. (1998) ร่วมกับกระบวนการมีส่วนร่วม 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) Co-analysis: วิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับชุมชน โดยใช้ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ จากระยะที่ 1 เป็นฐานวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ สำรวจความสุขตาม PERMA และ 5 มิติ ระบุจุดแข็ง จุดอ่อน และทุนทางสังคมของชุมชน ขั้นตอนนี้ทำให้ทุกฝ่ายมีความเข้าใจร่วมกันว่า "สิ่งที่ต้องพัฒนา" คืออะไร 2) Co-planning: ร่วมออกแบบรูปแบบกิจกรรม เมื่อเห็นปัญหาและความต้องการชัดเจนแล้ว ชุมชนและนักวิจัยร่วมกันออกแบบกิจกรรมสร้างสุข เลือกเนื้อหาที่ตอบ PERMA วางแนวทางพัฒนารูปแบบกิจกรรมในมิติสุขกาย สุขใจ สุขสังคม สุขปัญญา และสุขเศรษฐกิจ จัดทำแผนการดำเนินงาน ขั้นตอนนี้เป็นการร่วมสร้างรูปแบบกิจกรรมโดยดึงภูมิปัญญาท้องถิ่นเข้ามาเป็นฐานสำคัญ 3) Co-action: พัฒนารูปแบบกิจกรรมใน 5 มิติ เป็นกระบวนการลงมือทำร่วมกัน โดยผู้สูงอายุมีบทบาทเป็นผู้ร่วมสร้าง ไม่ใช่ผู้รับบริการ ประกอบด้วย การสร้างกิจกรรมส่งเสริมสุขกาย กิจกรรมเพิ่มสุขใจและอารมณ์บวก กิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม กิจกรรมส่งเสริมปัญญาและภูมิปัญญาท้องถิ่น กิจกรรมสร้างความมั่นคงเศรษฐกิจ และ 4) Co-reflection: ถอดบทเรียนและปรับปรุงรูปแบบกิจกรรม หลังดำเนินกิจกรรม ชุมชนและนักวิจัยร่วมกันประเมินผลตาม PERMA วิเคราะห์ผลใน 5 มิติความสุข ถอดบทเรียนว่ากิจกรรมใดมีผลดีและกิจกรรมใดต้องปรับ และปรับรูปแบบกิจกรรมให้เหมาะสมยิ่งขึ้น ขั้นตอนนี้ทำให้เกิด รูปแบบกิจกรรมที่ชุมชนยอมรับและสามารถนำไปใช้ต่อเนื่องได้จริง

กลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย กลุ่มภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพ 10 คน กลุ่มผู้สูงอายุ 10 คน และกลุ่มผู้นำชุมชน 5 คน ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด ได้แก่ กลุ่มภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพต้องเป็นผู้ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลกลันทาโดยตรง กลุ่มผู้สูงอายุต้องเป็นผู้ที่เคยเข้าร่วมการเก็บข้อมูลในระยะที่ 1 และยินดีเข้าร่วมกระบวนการพัฒนารูปแบบกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง และกลุ่มผู้นำชุมชนต้องมีบทบาทเกี่ยวข้องกับงานด้านผู้สูงอายุหรือสุขภาพในพื้นที่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ซึ่งมีแนวคำถามครอบคลุมประเด็นความสุขและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุ ความคาดหวังและความต้องการต่อรูปแบบกิจกรรมสร้างความสุข ผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมของแนวคำถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนการพัฒนารูปแบบการสร้างความสุขสำหรับผู้สูงอายุ

ระยะที่ 3: ทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการสร้างความสุขสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

วิธีการดำเนินการวิจัยในระยะนี้ ผู้วิจัยใช้การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two-group pretest-posttest quasi-experimental design)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงเพศชาย ที่มีคะแนนความสุขต่ำกว่าคนทั่วไป จำนวน 42 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.7 สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่มอิสระ โดยอ้างอิงแนวทางของ Cohen (1988) กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size; Cohen's d) เท่ากับ 0.80 ซึ่งถือเป็นอิทธิพลขนาดใหญ่ (large effect size) สำหรับการศึกษาที่คาดว่า intervention จะให้ผลในระดับมาก เนื่องจากเป็นโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นจากกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ .05 และกำหนดอำนาจการทดสอบ (statistical power; $1-\beta$) เท่ากับ .95 แทนค่าในโปรแกรม ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 42 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 21 คน กลุ่มทดลอง 21 คน จับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามข้อมูลพื้นฐาน (matched pair quasi-experimental design) โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นผู้สูงอายุ อายุระหว่าง 60-70 ปี 2) คะแนนประเมิน ADL 12 - 20 คะแนน 3) ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมโปรแกรม 4) อ่านเขียนภาษาไทยได้ สื่อสารได้ดี 5) มีความสุขต่ำกว่าคนทั่วไป (ต่ำกว่า 43 คะแนน) และเกณฑ์ในการคัดออก (exclusion criteria) คือ 1) ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวที่อาการรุนแรงไม่สามารถควบคุมได้ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคปอด และสุขภาพไม่แข็งแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรม 2) ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบทุกขั้นตอน ทั้งนี้การทดลองในระยะนี้จำกัดเฉพาะผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60-70 ปี) เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีศักยภาพในการเข้าร่วมกิจกรรมและติดตามผลได้ครบตามระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์ ซึ่งต่างจากระยะที่ 1 ที่ศึกษาผู้สูงอายุทุกช่วงวัยเพื่อให้ได้ภาพรวมของปัญหาในพื้นที่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ชุดกิจกรรมการสร้างสุขสำหรับผู้สูงอายุ 5 มิติ ที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ สุขกาย สุขใจ สุขสังคม สุขปัญญา สุขเศรษฐกิจ ที่ผ่านการตรวจสอบเนื้อหา ความเหมาะสมของรูปแบบ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ประกอบด้วย อาจารย์สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ พยาบาลประจำ รพ.สต. ที่ดูแลงานด้านผู้สูงอายุ และอาจารย์สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โดยถือความเห็นตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ใน 3 คน ปรับแก้เนื้อหาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

2. แบบประเมินความสุขของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสั้น (T-GMHA-15) ของกรมสุขภาพจิต (2566) ตามที่ได้กล่าวข้างต้น

3. การประเมินความพึงพอใจการใช้รูปแบบ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวก 18 ข้อ ครอบคลุมมิติความสุข 5 มิติ มีลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ แปลผลโดยใช้เกณฑ์ช่วงคะแนนเฉลี่ย (ประคอง กรรณสูตร, 2538) ดังนี้ ช่วงคะแนน 1.00-1.49 หมายถึง ความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด ช่วงคะแนน 1.50-2.49 หมายถึง อยู่ในระดับน้อย ช่วงคะแนน 2.50-3.49 หมายถึง อยู่ใน

ระดับปานกลาง ช่วงคะแนน 3.50-4.49 หมายถึง อยู่ในระดับมาก ช่วงคะแนน 4.50-5.00 หมายถึง อยู่ในระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความพึงพอใจการใช้รูปแบบการสร้างความสุขสำหรับผู้สูงวัย ไปตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน พิจารณาความสอดคล้องและความเหมาะสมของข้อคำถามเป็นรายข้อกับนิยามเชิงปฏิบัติการ (Item-Objective Congruence: IOC) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.60 ทุกข้อ จากนั้นผู้วิจัยนำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้สูงอายุในตำบลอื่นที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (reliability) ตามวิธีของ Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (WHOQOL-BREF-THAI) เท่ากับ .93 แบบประเมินความสุขของผู้สูงอายุ เท่ากับ .95 และแบบประเมินความพึงพอใจ .86 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ เลขที่รับรอง 32/2567 ลงวันที่ 31 ตุลาคม 2567 ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ และการขอถอนตัว การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือเผยแพร่ จะทำในลักษณะภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. คณะผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกกลาง ตำบลกลันทา อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ในการดำเนินการวิจัย

2. คณะผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย

3. ติดต่อประสานงานกับกลุ่มเป้าหมายที่คัดเลือกแล้ว ประชุมกลุ่มเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการวิจัย ระยะเวลาดำเนินการ ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง

4. ดำเนินกิจกรรมตามแผนต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยสัปดาห์ที่ 1-4 จัดกิจกรรมกลุ่มสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง สัปดาห์ที่ 5-8 จัดกิจกรรมร่วมทุกวันเสาร์ ครั้งละ 3 ชั่วโมง สัปดาห์ที่ 9-11 ติดตามเยี่ยมบ้านทุกวันเสาร์ และสัปดาห์ที่ 12 ถอดบทเรียนและประเมินผล โดยมี อสม. แกนนำผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อปท. ร่วมเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม ดังตารางที่ 2

5. ประเมินผลภายหลังเสร็จสิ้นโครงการ

ตารางที่ 2

กิจกรรมสร้างสุขผู้สูงอายุในชุมชน

สัปดาห์ที่	วัน	มิติ	กิจกรรม	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบร่วม
1	วันจันทร์	เตรียมความพร้อม	ประชุมชี้แจง วิเคราะห์ความต้องการ รวบรวมข้อมูลสุขภาพ วางแผนร่วม กำหนดกิจกรรมและหัวหน้ากลุ่ม	3 ชั่วโมง	ภาคีเครือข่าย, รพ.สต., อสม., แกนนำ
	วันอังคาร	ประเมินพื้นฐาน	ประเมินภาวะสุขภาพทางกาย/สุขภาพจิต	3 ชั่วโมง	รพ.สต., อสม.
	วันพุธ	สุขกาย, สุขใจ	ออกกำลังกายเชิ้งประกอบเพลงพื้นบ้านลายพิณมโหรี ออกกำลังกายผ้าขาวม้ายืดเหยียดกายา และปลูกผัก/ปลูกดอกไม้แบบไร้ดิน	3 ชั่วโมง	อสม., แกนนำ
	วันพฤหัสบดี	สุขสังคม, สุขปัญญา	จัดตั้งชมรมอาสาผู้สูงอายุ และถอดบทเรียนภูมิปัญญาชาวบ้าน	3 ชั่วโมง	อปท., แกนนำ
	วันศุกร์	สุขเศรษฐกิจ	อบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาผลิตภัณฑ์อาชีพ และจัดตั้งธนาคารเวลา	3 ชั่วโมง	อสม., แกนนำ
2	วันจันทร์	สุขกาย, สุขใจ	ออกกำลังกายเชิ้งประกอบเพลงพื้นบ้านลายพิณมโหรีและผ้าขาวม้ายืดเหยียดกายา และปลูกผัก/ปลูกดอกไม้แบบไร้ดิน	3 ชั่วโมง	อสม., แกนนำ
	วันพุธ	สุขกาย, สุขสังคม, สุขปัญญา	ออกกำลังกาย การละเล่นพื้นบ้าน และห้องเรียนผู้สูงอายุ	3 ชั่วโมง	รพ.สต., อสม., แกนนำ, อปท.
	วันศุกร์	สุขเศรษฐกิจ	พัฒนาผลิตภัณฑ์อาชีพ	3 ชั่วโมง	อสม., แกนนำ
3	วันจันทร์	สุขกาย, สุขใจ	ออกกำลังกาย ฟังธรรมะ นั่งสมาธิ	3 ชั่วโมง	อสม., แกนนำ
	วันพุธ	สุขกาย, สุขสังคม, สุขปัญญา	ออกกำลังกาย เยี่ยมเพื่อนบ้าน 60+ และห้องเรียนผู้สูงอายุเรียนรู้การดูแลสุขภาพและการรู้เท่าทันเทคโนโลยี	3 ชั่วโมง	รพ.สต., อสม., แกนนำ, อปท.
	วันศุกร์	สุขเศรษฐกิจ	พัฒนาผลิตภัณฑ์อาชีพ จำหน่ายผลิตภัณฑ์	3 ชั่วโมง	อสม., แกนนำ
4	วันจันทร์	สุขกาย, สุขใจ	ออกกำลังกาย และดูแลสวนผัก	3 ชั่วโมง	อสม., แกนนำ
	วันพุธ	สุขกาย, สุขปัญญา	ออกกำลังกาย และกิจกรรมทำขนมจากภูมิปัญญาท้องถิ่น	3 ชั่วโมง	อสม., แกนนำ
	วันศุกร์	สุขสังคม, สุขเศรษฐกิจ	กิจกรรมจิตอาสา และพัฒนาผลิตภัณฑ์อาชีพ จำหน่ายผลิตภัณฑ์	3 ชั่วโมง	อปท., แกนนำ
5-8	ทุกวันเสาร์	ครบทั้ง 5 มิติ	ทำกิจกรรมร่วมกันครอบคลุมกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ	3 ชั่วโมง	รพ.สต., อสม., แกนนำ

ตารางที่ 2 (ต่อ)

สัปดาห์ที่	วัน	มิติ	กิจกรรม	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบร่วม
9-11	ทุกวันเสาร์	ครบทั้ง 5 มิติ (ต่อเนื่อง)	ติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตามการนำกิจกรรมสร้างสุขทั้ง 5 มิติไปปฏิบัติต่อเนื่องที่บ้าน ให้กำลังใจ และเสริมพลังการดูแลตนเอง	3 ชั่วโมง	ภาคีเครือข่าย
12	-	สรุปผล	ถอดบทเรียน วางแผนระยะต่อเนื่อง วัดระดับความสุขผู้สูงอายุและประเมินรูปแบบ	3 ชั่วโมง	ทีมผู้วิจัย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) วิเคราะห์เปรียบเทียบด้วยสถิติ independent t-test

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ บ้านเสม็ด ตำบลกลันทา อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.20 อายุเฉลี่ยประมาณ 72.42 ปี (*SD* = 8.74) ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 95.4 มีโรคประจำตัวกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ร้อยละ 53.80 ส่วนใหญ่ร้อยละ 86.90 ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอทำเป็นบางครั้งตามโอกาส ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 73.80 ส่วนใหญ่ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ หรือเป็นสมาชิกชมรมแต่เข้าร่วมกิจกรรมไม่สม่ำเสมอ (น้อยกว่า 8 ครั้งต่อปี) ร้อยละ 74.60

ระดับความสุขของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ระดับเท่ากับคนทั่วไป โดยมีคะแนนความสุขเฉลี่ยเท่ากับ 47.53 จากคะแนนเต็ม 60 คะแนน (ร้อยละ 63.08) รองลงมา คือ มีความสุขต่ำกว่าคนทั่วไป คะแนนอยู่ในช่วงน้อยกว่า 43 คะแนน (ร้อยละ 33.07) และมีความสุขมากกว่าคนทั่วไป (ร้อยละ 3.85) ตามลำดับ ระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (WHOQOL-BREF-THAI) ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ระดับกลาง ร้อยละ 70.80 จำแนกรายด้านพบว่า ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม มีคุณภาพชีวิตไม่ดี ร้อยละ 18.50ประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความสุขและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลกลันทา ที่ได้จากการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ ได้แก่ ความมั่นคงทางเศรษฐกิจที่ช่วยลดความกังวลและเสริมคุณค่าในตนเอง สุขภาพกายที่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตและการมีส่วนร่วมทางสังคม ความสัมพันธ์และเครือข่ายสังคมที่สร้างความผูกพันในชุมชน สภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้อต่อการเคลื่อนไหว มิติทางจิตวิญญาณและความหมายในชีวิตจากการเป็นผู้ให้ รวมถึงความรู้ด้านสุขภาพที่ช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและยกระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ

2. การพัฒนารูปแบบการสร้างความสุขสำหรับผู้สูงอายุในตำบลกลันทา อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

จากการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนตามขั้นตอน Co-analysis, Co-planning, Co-action และ Co-reflection ได้ผลลัพธ์เป็นรูปแบบการสร้างความสุขสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม 4 ขั้นตอน และชุดกิจกรรมสร้างความสุข 5 มิติ ดังนี้

มิติที่ 1: สุขกาย (physical health) หมายถึง การมีกายภาพแข็งแรง สมรรถภาพร่างกายเพียงพอต่อการทำกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหวที่คล่องตัว ความสามารถในการดูแลตนเอง และการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม กิจกรรมประกอบด้วย ประเมินภาวะสุขภาพทางกาย การออกกำลังกายเชิ้งประกอบเพลงพื้นบ้านลายพิณมโหรี ออกกำลังกายผ้าขาวม้ายืดเหยียดกายาเพิ่มการทรงตัว เดินสุขภาพรอบวัด/ชุมชน สาระสำคัญ: แข็งแรง เคลื่อนไหวได้ ลดโรค ป้องกันหกล้ม

มิติที่ 2: สุขใจ (mental & emotional health) หมายถึง ภาวะอารมณ์และจิตใจที่สงบ ผ่อนคลาย มีความสุข ความพึงพอใจในชีวิต มีความหวัง มีกำลังใจ มีทักษะจัดการความเครียด รวมถึงการป้องกันภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความรู้สึกโดดเดี่ยว กิจกรรมประกอบด้วย การประเมินสุขภาพใจ สมาธิ/กายใจผ่อนคลาย ปลูกผัก/ปลูกดอกไม้แบบไร้ดิน ชมรมพูดคุย "เพื่อนคุยยามเช้า" สาระสำคัญ: ใจเป็นสุข ไม่เครียด ไม่เหงา รู้สึกมีคุณค่า

มิติที่ 3: สุขสังคม (social connection) หมายถึง ความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีความสัมพันธ์อันดีในครอบครัว เพื่อนบ้าน และชุมชน ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างเหมาะสม มีบทบาทในกลุ่มหรือองค์กร และรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม กิจกรรมประกอบด้วย จัดตั้งชมรมอาสาผู้สูงอายุการละเล่นพื้นบ้าน กิจกรรม "เยี่ยมเพื่อนบ้าน 60+" สาระสำคัญ: มีเพื่อน มีเครือข่าย มีการยอมรับ ไม่โดดเดี่ยว

มิติที่ 4: สุขปัญญา (wisdom & learning) หมายถึง การใช้ความรู้ ความคิด ความจำ และภูมิปัญญาชีวิตในการจัดการตนเอง เรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ การฝึกสมองให้ทำงานต่อเนื่อง มีความสามารถในการคิดวิเคราะห์ตัดสินใจ และถ่ายทอดประสบการณ์ให้คนรุ่นใหม่ กิจกรรมประกอบด้วย ถอดบทเรียนภูมิปัญญาชาวบ้าน ห้องเรียนผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันหกล้ม โภชนาการ กิจกรรมกระตุ้นสมอง สาระสำคัญ: สมองดี คิดได้ เรียนรู้ได้ ถ่ายทอดภูมิปัญญา

มิติที่ 5: สุขเศรษฐกิจ (economic well-being) หมายถึง ความมั่นคงด้านรายได้และทรัพยากรที่เพียงพอสำหรับการดำรงชีวิตประจำวัน สามารถจัดการค่าใช้จ่ายได้อย่างเหมาะสม มีโอกาสหารายได้เสริมและไม่เป็นภาระแก่ครอบครัว รวมทั้งเป็นการใช้เวลาว่างอย่างมีคุณค่าและลดความกังวลทางการเงิน กิจกรรมประกอบด้วย กลุ่มอาชีพเสริม ตลาดนัดผู้สูงอายุ/สินค้าชุมชน ธนาคารเวลาเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุในชุมชนช่วยเหลือดูแลกัน สร้างสัมพันธภาพที่ดีในชุมชน ส่งเสริมให้เกิดเครือข่ายการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน เก็บชั่วโมงอาสาแลกบริการในชุมชน สาระสำคัญ: มีรายได้พอเพียง ไม่ลำบาก จัดการเงินได้

3. ผลการทดลองและประเมินผลการใช้รูปแบบการสร้างความสุขสำหรับผู้สูงวัยในตำบลกลันทา อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

การทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะทั่วไปไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ทั้งด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การมีโรคประจำตัว และคะแนนความสุขก่อนการทดลอง แสดงให้เห็นว่าทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกัน

ผลการทดลองใช้รูปแบบพบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสุขเท่ากับ 38.95 ± 2.11 คะแนน และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 39.33 ± 2.54 คะแนน โดยไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่ม (mean difference = - 0.38, 95% CI: -1.84 ถึง 1.08, t = - 0.529, $p = .600$)

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสุขเท่ากับ 48.62 ± 4.49 คะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ย 41.95 ± 2.82 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean difference = 6.67 คะแนน, 95% CI: 4.32–9.02, t = 5.764, $p < .001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ระยะการประเมิน	กลุ่ม	n	Mean ± *SD*	Mean Difference (95% CI)	t	*p*-value
ก่อนการทดลอง	กลุ่มทดลอง	21	38.95 ± 2.11	- 0.38 (- 1.84, 1.08)	- 0.529	.600
	กลุ่มควบคุม	21	39.33 ± 2.54			
หลังการทดลอง	กลุ่มทดลอง	21	48.62 ± 4.49	6.67 (4.32, 9.02)	5.764	< .001*
	กลุ่มควบคุม	21	41.95 ± 2.82			

ผลการประเมินความพึงพอใจการใช้รูปแบบการสร้างความสุขสำหรับผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้ใช้รูปแบบการสร้างความสุขสำหรับผู้สูงวัย ในตำบลกลันทา อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.58 (*SD* = 0.56) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีคะแนนสูง 3 ลำดับแรก คือ รูปแบบกิจกรรมช่วยให้ท่านรู้สึกมีคุณค่าและภูมิใจในตัวเอง ท่านรู้สึกว่าความเครียดลดลงจากการเข้าร่วมกิจกรรม ท่านรู้สึกมีความสุขมากขึ้นเมื่อเข้าร่วมกิจกรรม โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.81, 4.76 และ 4.71 ตามลำดับ

อภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เพื่อศึกษาระดับความสุข คุณภาพชีวิต และบริบทปัญหาของผู้สูงอายุในตำบลกลันทา อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในตำบลกลันทามีระดับความสุขเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ "เท่ากับคนทั่วไป" โดยคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 47.53 จากคะแนนเต็ม 60 แต่เมื่อลงลึกจะพบว่าร้อยละ 33.07 มีความสุขต่ำกว่ามาตรฐานคนไทย ขณะที่เพียงร้อยละ 3.85 เท่านั้นที่มีความสุขสูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุจำนวนมากยังขาดปัจจัยสนับสนุนด้านสุขภาวะและคุณภาพชีวิต สะท้อนจากการที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 53.80 มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร้อยละ 86.90 ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ และร้อยละ 74.60 ไม่เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง แม้จะอยู่ในสังคมชนบทที่มีทุนทางสังคมสูงก็ตาม ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ดุษฎี อายุวัฒน์ และคณะ (2562) ที่ศึกษาผู้สูงอายุในภาคอีสาน พบว่า ผู้สูงอายุจำนวนมากมีระดับความสุขปานกลางและมีความสุขต่ำในกลุ่มที่มีโรคประจำตัวหรือขาดกิจกรรมร่วมกับชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของตำบลกลันทา ที่พบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมี NCDs โดยเฉพาะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ส่งผลโดยตรงต่อความสุขทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ เพราะผู้สูงวัยจำนวนหนึ่งรู้สึกเปราะบางทางสุขภาพและจำกัดความสามารถในการทำกิจกรรมทางสังคม เมื่อพิจารณาผลด้านคุณภาพชีวิตตามกรอบ WHOQOL-BREF พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจและสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดี แต่ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมยังมีสัดส่วนผู้ที่มีคุณภาพชีวิต "ไม่ดี" ร้อยละ 18.5 ซึ่งสะท้อนปัญหาความโดดเดี่ยวทางสังคม (social isolation) โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่บุตรหลานย้ายถิ่นฐานไปทำงานต่างจังหวัด ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานของ ดุษฎี อายุวัฒน์ และคณะ (2562) ที่พบว่าผู้สูงอายุชนบทอีสานมีความสุขสูงขึ้นเมื่อได้รับการสนับสนุนทางสังคมและเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนอย่างสม่ำเสมอ ตรงกันกับ

แนวคิด active ageing ของ WHO (2002) ที่เน้นว่าการมีส่วนร่วม (participation) การมีสุขภาวะ (health) และความมั่นคงปลอดภัย (security) เป็นปัจจัยกำหนดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

เมื่อนำผลการศึกษานี้มาเปรียบเทียบกับงานวิจัยระดับประเทศ เช่น สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2565) ที่รายงานว่าผู้สูงอายุไทยมีความสุขปานกลาง ส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบจากโรคประจำตัว ความเหงา และรายได้ไม่เพียงพอ พบว่า ตำบลกลันทามีลักษณะใกล้เคียงกัน โดยเฉพาะปัญหาด้านรายได้และสุขภาพเรื้อรัง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ลดประสบการณ์ความสุขในวัยสูงอายุ ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับงานของ วรวรรณ์ ทิพย์วารีรมย์ และคณะ (2565) ที่พบว่า ปัจจัยที่ทำนายความสุขผู้สูงอายุได้ดีที่สุดคือสุขภาพกาย ความสัมพันธ์ในครอบครัว และการมีบทบาทในสังคม ซึ่งตรงกับผลของตำบลกลันทาที่พบว่า ผู้สูงวัยส่วนใหญ่ยังคงสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ แต่มีบางส่วนที่ขาดกิจกรรมสังคม ทำให้คะแนนความสุขด้านความสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับกลางถึงต่ำ การตีความผลการศึกษานี้โดยใช้กรอบ PERMA ของ Seligman (2011) จะพบว่าผู้สูงอายุในตำบลกลันทามี P–(Positive Emotion) และ R–(Relationship) อยู่ในระดับปานกลาง แต่มีข้อจำกัดด้าน Meaning (ความหมาย/บทบาททางสังคม) และ Accomplishment (ความสำเร็จ/คุณค่าในตนเอง) โดยเฉพาะในกลุ่มที่รายได้ไม่แน่นอนหรือมีโรคเรื้อรัง ทำให้ประสบการณ์ความสุขโดยรวมไม่สูงมาก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Hone et al. (2020) ที่ชี้ว่าความสุขผู้สูงอายุลดลงเมื่อบุคคลรู้สึกไร้บทบาทหรือไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม

2. การพัฒนารูปแบบการสร้างความสุขสำหรับผู้สูงอายุในตำบลกลันทา อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนารูปแบบกิจกรรมสร้างความสุขสำหรับผู้สูงอายุในตำบลกลันทาเกิดขึ้นภายใต้กระบวนการทางสังคมแบบมีส่วนร่วม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ community-based participatory research (CBPR) ที่ย้ำว่าการแก้ปัญหาใด ๆ ในชุมชนควรตั้งอยู่บนฐานพลังของชุมชน และการร่วมออกแบบโดยคนในพื้นที่ (Israel et al., 1998) กระบวนการพัฒนารูปแบบกิจกรรมในงานวิจัยนี้เริ่มจากการสำรวจความต้องการ (need assessment) ผ่านเวทีพูดคุยกับผู้สูงอายุ อสม. ผู้นำชุมชน และหน่วยบริการสุขภาพ ก่อนจะนำผลมาสังเคราะห์เป็นชุดกิจกรรมที่สอดคล้องกับบริบท วัฒนธรรม และทุนทางสังคมของตำบลกลันทา โดยเฉพาะ ผลการศึกษานี้สะท้อนระดับการมีส่วนร่วมตามลำดับขั้นของ Arnstein's Ladder of Participation (1969) ซึ่งชี้ว่า การพัฒนาโครงการที่ยั่งยืนต้องยกระดับจากการรับฟังความคิดเห็นแบบสัญลักษณ์ ไปสู่ระดับที่ประชาชนมีอำนาจตัดสินใจร่วม ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนมีบทบาทสำคัญในขั้นตอนออกแบบกิจกรรม เช่น การเลือกประเภทกิจกรรมสร้างสุขในแต่ละมิติ การกำหนดรูปแบบกิจกรรมที่เป็นไปได้ในชุมชน และการเป็นแกนนำดำเนินกิจกรรมบางส่วน แสดงให้เห็นว่า กระบวนการมีส่วนร่วมในงานวิจัยนี้อยู่ในระดับ "partnership" หรือ "citizen power" ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการยอมรับและการใช้ประโยชน์จากรูปแบบกิจกรรมในระยะยาว เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ผลลัพธ์ในลักษณะเดียวกันปรากฏในงานของ วิภาดา กาญจนสิทธิ์ และยุภาพร ม่วงนิล (2568) ซึ่งศึกษาการพัฒนานวัตกรรมดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม พบว่า การให้ผู้สูงอายุและผู้นำท้องถิ่นร่วมออกแบบกิจกรรม ทำให้เกิดความผูกพันและยอมรับในโครงการสูงกว่าโครงการที่จัดโดยหน่วยงานภายนอกเพียงอย่างเดียว นอกจากนี้ สังวาล จ่างโพธิ์ (2564) พบว่า การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชุมชนช่วยเพิ่มทั้งความพึงพอใจ ความรู้สึกมีคุณค่า และการตอบสนองความต้องการที่แท้จริง ซึ่งสะท้อนแนวคิดในงานวิจัยครั้งนี้ว่า การออกแบบกิจกรรมที่เหมาะกับวิถีชีวิตชุมชน เช่น การรำ การละเล่นพื้นบ้าน สมุนไพรชุมชน และการถ่ายทอดภูมิปัญญา สามารถช่วยส่งเสริมการรับรู้คุณค่าในตนเอง และความหมายในชีวิต (meaning) ให้ผู้สูงอายุได้ดี

การพัฒนารูปแบบกิจกรรมในครั้งนี้ยังสอดคล้องกับโมเดลความสุขเชิงบูรณาการ PERMA ของ Seligman (2011) ซึ่งประกอบด้วย positive emotion, engagement, relationships, meaning, และ

accomplishment โดยกระบวนการออกแบบกิจกรรมทั้ง 5 มิติของงานวิจัย สุขกาย สุขใจ สุขสังคม สุขปัญญา และสุขเศรษฐกิจ ครอบคลุมองค์ประกอบ PERMA อย่างครบถ้วน เช่น กิจกรรมดนตรีบำบัดสร้าง positive emotion กิจกรรมฝึกสมองและการถ่ายทอดภูมิปัญญาสนับสนุน meaning และ accomplishment ขณะที่กิจกรรมชมรมและกลุ่มอาชีพเสริมช่วยสร้าง relationships และ engagement ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญมากในผู้สูงอายุชนบท และจากการศึกษาของดุษฎี อายุวัฒน์ และคณะ (2562) พบว่า กิจกรรมที่อาศัยทุนทางสังคมและเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีบทบาทในกระบวนการนำ ช่วยเพิ่มความพึงพอใจและความสุขอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง เช่นเดียวกับตำบลกลันทาที่มีกลุ่มเปราะบางจำนวนมาก การออกแบบโดยใช้แนวทางชุมชนจึงช่วยให้กิจกรรมมีความยืดหยุ่น และเหมาะสมกับสมรรถนะที่หลากหลายของผู้สูงอายุ เช่น การแบ่งระดับกิจกรรมตามความสามารถ การใช้พื้นที่วัดหรือศาลาชุมชนที่เข้าถึงง่าย และการให้แกนนำสูงวัยดูแลกันเอง

3. ผลการทดลองและประเมินผลการใช้รูปแบบการสร้างความสุขสำหรับผู้สูงวัยในตำบลกลันทา อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

ผลการทดลองใช้รูปแบบการสร้างความสุขที่พัฒนาด้วยกระบวนการทางสังคม พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีคะแนนความสุขหลังเข้าร่วมกิจกรรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .001$) โดยคะแนนเฉลี่ยหลังทดลองอยู่ที่ 48.62 สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีค่าเฉลี่ยเพียง 41.95 ซึ่งไม่ได้เพิ่มขึ้นจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบการสร้างสุขผู้สูงอายุ ที่ประกอบด้วยกิจกรรมทั้ง 5 มิติ ได้แก่ สุขกาย สุขใจ สุขสังคม สุขปัญญา และสุขเศรษฐกิจ สามารถส่งผลเชิงบวกต่อสุขภาวะผู้สูงอายุได้อย่างแท้จริง โดยเฉพาะในมิติสุขใจและสุขสังคม ซึ่งผู้สูงอายุให้ข้อมูลว่ารู้สึกมีความสุขมากขึ้น ผ่อนคลาย และมีเพื่อนใหม่จากการเข้าร่วมกิจกรรม และคะแนนความพึงพอใจโดยรวมของผู้เข้าร่วมกิจกรรมอยู่ระดับมากที่สุด (เฉลี่ย 4.58 จาก 5) ภาพของผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Seligman (2011) ผ่านกรอบ PERMA ที่ระบุว่าความสุขของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเมื่อได้รับประสบการณ์เชิงบวก (positive emotion) ความผูกพัน (engagement) ความสัมพันธ์ทางสังคม (relationships) ความหมายในชีวิต (meaning) และความรู้สึกประสบความสำเร็จ (accomplishment) ซึ่งกิจกรรมที่ใช้ในชุดกิจกรรมสร้างสุขนี้ เช่น ดนตรีบำบัด การทำกิจกรรมกลุ่มภูมิปัญญา การรำอีสาน การออกกำลังกายเบา ๆ และกิจกรรมแบ่งปันประสบการณ์มีองค์ประกอบที่ส่งเสริม PERMA ครบทุกด้าน จึงก่อให้เกิดผลต่อความสุขในเชิงพหุมิติตามทฤษฎีดังกล่าว เมื่อเปรียบเทียบกับงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า แนวโน้มของผลลัพธ์ไปในทิศทางเดียวกัน เช่นการศึกษาของ ดุษฎี อายุวัฒน์ และคณะ (2562) ที่พบว่ากิจกรรมชุมชนที่ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมเชิงรุกช่วยลดความเครียด เพิ่มความสุข และส่งเสริมความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมอย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับ สังวาล จ่างโพธิ์ (2564) พบว่า กิจกรรมแบบมีส่วนร่วม เช่น กิจกรรมดนตรีและการละเล่นท้องถิ่น ช่วยปรับสภาวะอารมณ์ เพิ่มความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงวัย และทำให้ผู้สูงอายุมีทัศนคติเชิงบวกต่อการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น งานวิจัยต่างประเทศยังสนับสนุนผลการศึกษาในครั้งนี้ เช่น Hone et al. (2020) ที่พบว่า การจัดกิจกรรมแบบกลุ่มกับผู้สูงอายุ เช่น โปรแกรมศิลปะ การออกกำลังกายเบา และการสร้างเครือข่ายสังคม ส่งผลให้ระดับ wellbeing สูงขึ้น โดยเฉพาะกลไกผ่านความสัมพันธ์ทางสังคมและความหมายในชีวิต ซึ่งตรงกับกลไกที่เกิดในรูปแบบกิจกรรมของตำบลกลันทา นอกจากนี้งานของ Yuen et al. (2018) พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้ทำกิจกรรมร่วมกันอย่างสม่ำเสมอมีระดับสุขภาพจิตและความผาสุกสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ทำกิจกรรม ซึ่งสอดคล้องกับผลในกลุ่มควบคุมของงานวิจัยนี้ที่คะแนนความสุขแทบไม่เปลี่ยนแปลง อีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้รูปแบบกิจกรรมเกิดผลดี คือ กระบวนการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ CBPR (Israel et al., 1998) ที่ชี้ว่า ความสำเร็จของโครงการคนวัยสูงอายุมาจากความรู้สึกเป็นเจ้าของ (ownership) และความเกี่ยวข้องทางสังคมที่เพิ่มขึ้น การใช้แกนนำผู้สูงอายุในการนำ

กิจกรรมบางส่วนในตำบลกลันทาทำให้ผู้เข้าร่วมรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนมากขึ้น ลดความโดดเดี่ยว และเกิดความผูกพันทางสังคม (social bonding) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสุขผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบทไทย ด้านสุขกาย รูปแบบกิจกรรมนี้แม้จะไม่ได้มุ่งเน้นการออกกำลังกายที่เข้มข้น แต่กิจกรรมยืดเหยียดและเคลื่อนไหวตามจังหวะดนตรีช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกกระฉับกระเฉงขึ้น สอดคล้องกับงานของ พัทธนันท์ เลิศคุณอธินนท์ (2565) ที่พบว่า กิจกรรมรำวงช้าและไทเก็กในผู้สูงอายุช่วยปรับสมดุล ลดความวิตกกังวล และเพิ่มความพึงพอใจในชีวิต นอกจากนี้การเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุถ่ายทอดภูมิปัญญา เช่น การทำสมุนไพร การสาธิตอาหารพื้นบ้าน ยังช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่า สอดคล้องกับงานของวรวรรณ์ ทิพย์วารีรมย์ และคณะ (2565) ระบุว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสุขของผู้สูงอายุไทย โดยรวมแล้วรูปแบบกิจกรรมสร้างสุขที่ใช้ในตำบลกลันทาไม่เพียงช่วยเพิ่มความสุขในระยะสั้น แต่ยังทำให้ผู้สูงอายุเกิดบทบาทใหม่ในชุมชน เกิดความหมายในชีวิต และรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมากขึ้น อันเป็นองค์ประกอบหลักของ active ageing ตามแนวทางของ WHO (2002) ที่เน้นให้ผู้สูงวัยดำรงชีวิตอย่างกระฉับกระเฉง มีส่วนร่วมทางสังคม และมีความมั่นคงทางสุขภาวะ

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษาระยะที่ 1 เก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุในบ้านเสม็ด ซึ่งเป็นเพียงหนึ่งหมู่บ้านในตำบลกลันทา แม้พื้นที่ดังกล่าวมีลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคมใกล้เคียงกับหมู่บ้านอื่น แต่ผลการศึกษายังสะท้อนบริบทของพื้นที่ศึกษาเป็นสำคัญ จึงควรใช้ความระมัดระวังในการอ้างอิงผลไปยังผู้สูงอายุทั้งตำบลหรือพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานด้านสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถนำรูปแบบการสร้างความสุขสำหรับผู้สูงอายุทั้ง 5 มิติ ได้แก่ สุขกาย สุขใจ สุขสังคม สุขปัญญา และสุขเศรษฐกิจ ไปประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุในชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับความสุขต่ำกว่าคนทั่วไป

2. บุคลากรสุขภาพควรนำข้อมูลด้านความสุขและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมาใช้วางแผนการดูแลแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนอย่างต่อเนื่อง

3. ชุมชนและครอบครัวสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการสร้างสภาพแวดล้อมและกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคม ลดความโดดเดี่ยว และเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีอิทธิพลต่อความสุขของผู้สูงอายุ เช่น ภาวะสุขภาพ โรคเรื้อรัง การสนับสนุนทางสังคม และฐานะทางเศรษฐกิจ รวมถึงการวิจัยเชิงคุณภาพหรือการวิจัยแบบผสมผสานเพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์และมุมมองเชิงลึกเกี่ยวกับความสุขของผู้สูงอายุในแต่ละช่วงวัย และดำเนินการวิจัยเชิงติดตาม (longitudinal study) เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของความสุขของผู้สูงอายุในระยะยาวอย่างต่อเนื่อง เพิ่มตัวชี้วัดเชิงชีวภาพและเชิงกายภาพเพื่อสนับสนุนผลการประเมิน เช่น ความดันโลหิต ดัชนีสมรรถภาพทางกาย ความถี่ในการออกกำลังกายจริง ตัวชี้วัดสุขภาพจิตทางคลินิก เพื่อยืนยันผลลัพธ์ของรูปแบบกิจกรรมให้รอบด้าน

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข, กรมสุขภาพจิต. (2558). *เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI).* https://catalog.dmh.go.th/dataset/whoqol-bref-thai

กระทรวงสาธารณสุข, กรมสุขภาพจิต. (2560). *การศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุ.* สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต.

กระทรวงสาธารณสุข, กรมสุขภาพจิต. (2566). *แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสั้น (T-GMHA-15).* https://mhc11.dmh.go.th/tester/4995/

ณรงค์กร ชัยวงศ์, ณิชาภัทร มณีพันธ์, สุกัญญา บุรวงศ์, ถาวรีย์ แสงงาม, และปัณณทัต บนขุนทด. (2567). การพัฒนานวัตกรรมทางสังคมด้วยกระบวนการชุมชนเพื่อสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุ ตำบลกลันทา อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9,* 18(3), 957-973.

ณรงค์กร ชัยวงศ์, รัชนี ผิวผ่อง, เพิ่มพูล บุญมี, และเยี่ยม คงเรืองราช. (2564). การสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุในชุมชนด้วยต้นกล้าพยาบาลกับครอบครัวอุปถัมภ์: กรณีศึกษาชุมชนตำบลกลันทา อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี, 29*(3), 357-370.

ดุษฎี อายุวัฒน์, จงรักษ์ หงษ์งาม, เกศินี สราญฤทธิชัย, รักชนก ชำนาญมาก, วณิชชา ณรงค์ชัย, และณัฐวรรธ อุไรอำไพ. (2562). ความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารภาษา ศาสนาและวัฒนธรรม, 8(*1), 136-155.

ถาวรีย์ แสงงาม, ปัณณทัต บนขุนทด, ณรงค์กร ชัยวงศ์, ณิชาภัทร มณีพันธ์, และเพ็ญพิศ นุกูลสวัสดิ์. (2568). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารพยาบาลทหารบก, 26*(2), 272-280.

ประคอง กรรณสูตร. (2538). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์.* จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พัทธนันท์ เลิศคุณอธินนท์. (2565). ไทเก๊ก: ศาสตร์แห่งความสมดุลของชีวิต. *ศิลปศาสตร์ปริทัศน์, 17*(2), 175-189.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2567). *รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2567.* สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

วรวรรณ์ ทิพย์วารีรมย์, แสงเดือน อภิรัตนวงศ์, และนิศากร โพธิมาศ. (2565). ปัจจัยทำนายความสุขของผู้สูงอายุในชุมชนวังชมภู จังหวัดเพชรบูรณ์. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุขภาคใต้,* 9(1), 94-106.

วลัยพร นันท์ศุภวัฒน์. (2561). *การพยาบาลผู้สูงอายุความท้าทายกับภาวะประชากรผู้สูงอายุ.* ขอนแก่นการพิมพ์.

วิภาดา กาญจนสิทธิ์, และยุภาพร ม่วงนิล. (2568). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยนวัตกรรมทางการพยาบาลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ,10*(4), 285-294.

สังวาล จ่างโพธิ์. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 7*(2), 165-183.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2565). *รายงานผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565.* สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567 ระดับจังหวัด.* กลุ่มบริการและเผยแพร่ข้อมูลสถิติ กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2566). *การประเมินผลกระทบและความยั่งยืนของการบริโภคของผู้สูงอายุภายใต้ระบบบำนาญของประเทศไทย.* https://www.nesdc.go.th/download/policy-brieft/

Arnstein, S. R. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of Planners*, *35*(4), 216–224. https://doi.org/10.1080/01944366908977225

Bartram, D. (2023). Is happiness u-shaped in age everywhere? a methodological reconsideration for Europe. *National Institute Economic Review, 263*, 61–75. doi:10.1017/nie.2022.1

Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavior dciences (2nd ed.). Lawrence Erlbaum.

Hone, L., Jarden, A., & Schofield, G. (2020). Psychosocial correlates of flourishing and wellbeing among older adults: A systematic review. *European Journal of Ageing, 17*(4), 445–459.

Israel, B. A., Schulz, A. J., Parker, E. A., & Becker, A. B. (1998). Review of community-based research: assessing partnership approaches to improve public health. *Annual Review of Public Health*, *19*, 173–202. https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.19.1.173

Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being.* Free Press.

World Health Organization. (2002). *Active ageing: A policy framework.* https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf

World Health Organization. (2021). Decade of healthy ageing: Baseline report. https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900

Yuen, E. Y. N., Knight, T., Ricciardelli, L. A., & Burney, S. (2018). Health literacy of caregivers of adult care recipients: A systematic scoping review. *Health & Social Care in the Community*, *26*(2), e191–e206. https://doi.org/10.1111/hsc.12368