

ผลของโปรแกรมสร้างสุขในชมรมผู้สูงอายุตำบลบ้านมุง อำเภอเนินมะปราง จังหวัดพิษณุโลก

The Program for creating happiness in the elderly club of Banmung Subdistrict Noen Maprang District Phitsanulok Province

มณฑิธร ทักษณา สม.

ณัฐพล พุ่มอิม วท.บ.

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเนินมะปราง

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) กลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) เก็บรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างสุขในชมรมผู้สูงอายุตำบลบ้านมุง อำเภอเนินมะปราง จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 30 คน ดำเนินการระหว่างเดือนสิงหาคม – ตุลาคม 2563 จัดกิจกรรม 3 เดือนๆ ละ 1 ครั้ง จำนวน 3 ชั่วโมง โดยเน้นพัฒนาสุข 5 มิติ ด้านที่ 1 สุขสบาย(Health) ด้านที่ 2 สุขสนุก (Recreation) ด้านที่ 3 สุขสง่า (Integrity) ด้านที่ 4 สุขสว่าง (Cognition) และด้านที่ 5 สุขสงบ (Peacefulness) ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล แบบวัดคุณภาพชีวิตที่ดี แบบประเมินความสุข เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้แบบบันทึกการเรียนรู้ชมรมผู้สูงอายุและแบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้าง การสนทนากลุ่ม (Focus group) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Paired t- test ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย พบว่า หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมทำให้ระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกายเพิ่มขึ้นจากระดับกลางเป็นระดับดี ด้านจิตใจเพิ่มขึ้นจากระดับไม่ดีเป็นระดับดี ด้านสัมพันธภาพเพิ่มขึ้นจากระดับไม่ดีเป็นระดับดี ด้านสิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้นจากระดับไม่ดีเป็นระดับดี คุณภาพชีวิตโดยรวมเพิ่มขึ้นจากระดับไม่ดีเป็นระดับดี เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสร้างสุขพบว่าสูงขึ้นอย่างมีนัยทางสถิติ (p -value <0.05) ในทุกด้าน และในภาพรวมระดับความสุขเพิ่มขึ้นจากระดับต่ำกว่าคนทั่วไปเป็นระดับสูงกว่าคนทั่วไป คะแนนค่าเฉลี่ยความสุขหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยทางสถิติ (p -value<0.05)

คำสำคัญ: โปรแกรมสร้างสุข,ความสุข 5 มิติ,สุขภาพจิตผู้สูงอายุ

Abstract

This objective is the Quasi-experimental research, one group pretest-posttest design for collecting elder's information. To examine the results of the happiness creation program in the elderly club at Banmung Subdistrict Noenmaprang District Phitsanulok Province. A sample was selected from the elder who was 60 years older by selecting purposive sampling for 30 people. The progress will be on August 2020 to October 2020. There would have the activities along 3 months, 1 time per month for 3 hours by emphasis on 5 dimensions of happiness development. There are dimension of health, dimension of recreation, dimension of integrity, dimension of cognition and dimension peacefulness. Data collection was performed by using personal information questionnaires, health-related quality of life and happinometer. Compile qualitative information by using the elderly club learning record form, the structural interview form, the focus group, the in-depth interview.

The quantitative data was analyzed by using descriptive statistics to compare the mean score before and after the experiment using the Paired t-test statistics. The qualitative information was used content analysis.

The findings indicated that after attended this program made their physical health quality of life increased from middle to high level, mental health increased from low to high level, relationship increased from low to high level, environment increased from low to high level, quality of life increased from low to high level. The average score of quality of life before and after joining the happiness program was found to be significantly higher (p -value < 0.05) in all aspects and overall, the level of happiness increased from a lower level of a general person to a higher level than an average person. The standard score of happiness after joining the program was significantly increased (p -value < 0.05).

Key word : The Program for creating happiness, 5 dimensions of happiness, Elderly mental health

บทนำ

สถานการณ์ปัจจุบัน โลกกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุ มีผู้สูงอายุร้อยละ 10 ของประชากรโลก องค์การสหประชาชาติ ได้แบ่งระดับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1. ระดับการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) หมายถึง สังคมหรือประเทศที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่า ร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศหรือมีประชากรอายุ ตั้งแต่ 65 ปีมากกว่าร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ แสดงว่าประเทศนั้นกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ 2. ระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) หมายถึงสังคมหรือประเทศที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศหรือมีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปี มากกว่าร้อยละ 14 ของประชากรทั้งประเทศ แสดงว่าประเทศ นั้น เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ 3. ระดับสังคมผู้สูงอายุ อย่างเต็มที่ (Super-aged society) หมายถึงสังคมหรือ ประเทศที่มีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่า ร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ แสดงว่าประเทศนั้นเข้าสู่สังคม ผู้สูงอายุอย่างเต็มที่⁽¹⁾

ในประเทศอาเซียนมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปอยู่ ประมาณ 59 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 9 ของประชากร ทั้งหมด ประเทศอาเซียนที่เข้าเกณฑ์เป็นสังคมสูงวัยแล้ว มี 3 ประเทศ คือ สิงคโปร์ ร้อยละ 18 ไทยร้อยละ 16 และ เวียดนามร้อยละ 10 ส่วนประเทศที่มีประชากรมากที่สุด ของอาเซียน คือ อินโดนีเซีย มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ประมาณ 21 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 8 ของประชากร ทั้งหมด⁽²⁾

จากแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของประชากรรัฐบาลจึงมี นโยบายที่สำคัญเพื่อเตรียมความพร้อมรองรับประชากร สูงอายุ หลายหน่วยงานตื่นตัวในการรองรับสังคมผู้สูงอายุ (Aging society) จากความก้าวหน้าด้านการแพทย์และ สาธารณสุขของประเทศไทยทำให้อัตราการเกิดน้อยลง

ประชากรมีอายุยืนยาวมากขึ้น ซึ่งมีการคาดการณ์ว่า ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ : Aged Society ในปี 2556 จากปัญหาดังกล่าวทำให้แนวโน้มผู้สูงอายุ ในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยร้อยละ 95 ของ ผู้สูงอายุมีความเจ็บป่วยด้วยโรคอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เข้าเสื่อม โรคซึมเศร้า และทุพพลภาพติดเตียง ขณะที่มีเพียงร้อยละ 5 เท่านั้นที่ ไม่เป็นโรค และผู้สูงอายุเข้าถึงระบบบริการสุขภาพเพียง ร้อยละ 56 จึงเป็นที่มาของการจัดบริการและทำโครงการ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุมากขึ้น สอดคล้องกับแผนพัฒนา ผู้สูงอายุแห่งชาติ (พ.ศ.2545-2564) ในยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้าน การส่งเสริมผู้สูงอายุ 6 มาตรการ ประกอบด้วย มาตรการ ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ป้องกัน ดูแลตนเองเบื้องต้น มาตรการส่งเสริมการอยู่ร่วมกันและสร้างความเข้มแข็งของ องค์กรผู้สูงอายุ มาตรการด้านการงานและการหารายได้ ของผู้สูงอายุ และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้เข้าถึง ข่าวสารและสื่อ และมาตรการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุ มีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย⁽³⁾ เพื่อพัฒนาและ ยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเน้นให้ผู้สูงอายุเข้าถึง บริการอย่างถ้วนหน้าเท่าเทียมและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

รัฐบาลให้ความสำคัญกับการที่ประเทศไทยจะเข้าสู่ สังคมผู้สูงอายุและมีนโยบายด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทุกกลุ่มมาอย่างต่อเนื่องโดยพบว่าประชากรสูงอายุเพิ่ม ขึ้นจาก 4 ล้านคน (ร้อยละ 6.8) ในปี 2537 เป็น 10 ล้าน คน (ร้อยละ 14.9) ในปี 2557 และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 20.5 ล้านคน (ร้อยละ 32.1) ในปี 2563 ในปี 2559 รัฐบาลได้ มุ่งเน้นในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งกลุ่มติดบ้านและ กลุ่มติดเตียง โดยมีเป้าหมายสำคัญคือทำอย่างไรจะป้องกัน ไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงมีการเจ็บป่วยจนต้องอยู่ในภาวะ พึ่งพิงและทำอย่างไรผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจะได้รับการ ดูแลอย่างเหมาะสม โดยทีมสหวิชาชีพในระดับปฐมภูมิซึ่งจัด

บริการดูแลด้านสุขภาพถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามปัญหาสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวชุมชนและท้องถิ่นส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีอยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรี⁽⁴⁾

การที่ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวขึ้น มีผลต่อสมรรถภาพของร่างกายที่ถดถอยลง โอกาสที่จะเผชิญกับโรคภัยต่างๆ ที่จะบั่นทอน สุขภาพกายและสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น โดยพบว่าโรคสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าเป็นหนึ่งในปัญหาด้านสุขภาพ 5 อันดับแรกของผู้สูงอายุไทย และปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ 5 อันดับแรกคือ ความวิตกกังวล ซึมเศร้า นอนไม่หลับ ภาวะสมองเสื่อม ปัญหาเรื่องเพศ⁽⁵⁾

กรมสุขภาพจิตได้ตระหนักถึงสภาวะการณ์ดังกล่าว จึงได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์ กรมสุขภาพจิตในประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตประชาชนทุกกลุ่มวัย และมีกลยุทธ์ในการดำเนินคือ พัฒนาศักยภาพ รูปแบบงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตประชาชนทุกกลุ่มวัย สร้างการมีส่วนร่วมในงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตประชาชนทุกกลุ่มวัย พัฒนาศูการเป็นศูนย์สุขภาพจิตที่ได้มาตรฐานด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต โดยมอบหมายให้สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิตเป็นผู้ขับเคลื่อนการดำเนินงานภายใต้โครงการขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขภาพจิตทุกกลุ่มวัยในการนี้กลุ่มวัยสูงอายุได้พัฒนาศักยภาพ ได้แก่ “โปรแกรม 16 สัปดาห์เพื่อพัฒนาความสุข 5 มิติในผู้สูงอายุ” ในปี 2555 เพื่อใช้ในการพัฒนาผู้สูงอายุในการชะลอความเสื่อมของร่างกาย การพัฒนาให้ผู้สูงอายุมีความสุขเชิงจิตวิทยา และได้ขับเคลื่อนให้มีการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติในชมรมผู้สูงอายุ ผ่านบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ตั้งแต่ปี 2557 ถึงปัจจุบันและจากข้อมูลติดตามผลการดำเนินงานพบว่าชมรมผู้สูงอายุ ประมาณ ประมาณ 300 ชมรม และได้ให้ข้อมูลคืนกลับถึงการที่ไม่สามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามระยะเวลาของแต่ละโปรแกรมได้ เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการกิจอื่นที่ต้องดำเนินการจึงทำให้ไม่สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตขณะเดียวกันพบว่าบุคลากรผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุได้นำโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ ไปใช้ในการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดยขยายเข้าสู่โรงเรียนผู้สูงอายุ โดยมีรูปแบบและระยะเวลาแตกต่างกันตามบริบทของพื้นที่ จำแนกได้ดังนี้ 1. จัดกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ ในโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยจัดกิจกรรมทุกสัปดาห์ 2. จัดกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุทุกสัปดาห์ และ 3. กิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุทุกเดือน⁽⁵⁾

จังหวัดพิจิตรโลกมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ จำนวน

134,260 คน คิดเป็นร้อยละ 15.24 ของประชากรทั้งหมด กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) จำนวน 75,123 คน คิดเป็นร้อยละ 55.95 ผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) จำนวน 38,234 คน คิดเป็นร้อยละ 28.48 ผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) จำนวน 20,903 คน คิดเป็นร้อยละ 15.59⁽⁶⁾

จากการสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุอำเภอเนินมะปราง จังหวัดพิจิตรโลก ปี 2560 พบว่ามีประชากรที่อยู่ในวัยสูงอายุทั้งชายและหญิงจำนวน 8,432 คน คิดเป็น ร้อยละ 13.85 ของประชากรทั้งหมดโดยมีผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองได้ช่วยเหลือผู้อื่นและสังคมได้ ร้อยละ 88.21 ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (ติดบ้าน) ร้อยละ 1.23 และผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ หรือทุพพลภาพ (ติดเตียง) ร้อยละ 0.59 ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) จำนวน 15 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ 59 คน ศูนย์พัฒนาฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการ จำนวน 8 แห่ง⁽⁷⁾

ตำบลบ้านม่วง อำเภอเนินมะปราง จังหวัดพิจิตรโลก เป็นตำบลที่มีการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี 2553 ผู้สูงอายุทั้งหมด จำนวน 967 คน คิดเป็นร้อยละ 14.70 ของประชากรทั้งหมดซึ่งก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ แบ่งผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพพบว่า กลุ่มติดสังคม จำนวน 963 คน ร้อยละ 14.63 กลุ่มติดบ้าน จำนวน 2 คน ร้อยละ 0.03 และกลุ่มติดเตียง จำนวน 2 คน ร้อยละ 0.03 มีชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ จำนวน 1 ชมรม จำนวนสมาชิก 720 คน คิดเป็นร้อยละ 74.245⁽⁷⁾ ซึ่งกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคมมีจำนวนมากเป็นกลุ่มวัยที่มีพลัง (Active Aging) สามารถช่วยเหลือตนเองผู้อื่นและสังคมได้เป็นอย่างดี และต้องให้ความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพกายและจิต เพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มักอยู่บ้าน หรืออาศัยอยู่บ้านเพียงลำพัง ลูกหลานต้องออกไปทำงานต่างจังหวัดมีโอกาสในการเกิดโรคซึมเศร้าได้ง่าย และการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายและสังคมมีผลโดยตรงต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุซึ่งผู้สูงอายุจะมีการปรับและพัฒนาโครงสร้างขององค์ประกอบจิตใจระดับต่างๆทั้งด้านบุคลิกภาพ การเรียนรู้ วามจำ สติปัญญา สมรรถภาพการรับรู้ข้อมูลและการนำความรู้สู่การปฏิบัติ เจตคติความสนใจ และคุณค่าด้านการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ปีงบประมาณ 2560 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเนินมะปรางได้ร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไทร้อย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านหนองขม้น ได้มีการพัฒนาโปรแกรมการสร้างสุข ที่ได้พัฒนาขึ้นจากงานประจำสู่งานวิจัย (R2R) โดยทำการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 การศึกษาและสร้างรูปแบบโปรแกรม

สร้างสุขในชมรมผู้สูงอายุ ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบโปรแกรมสร้างสุขในชมรมผู้สูงอายุ โดยในระยะนี้ได้ใช้แนวคิดของ Kemmis and McTaggart (1998) ในลักษณะวงรอบ 4 ขั้นตอน คือ 1. การวางแผน (Planning) 2. การลงมือปฏิบัติงาน (Action) 3. การสังเกตผล (Observation) และ 4.การสะท้อนผล (Reflection) และระยะที่ 3 การประเมินรูปแบบ

ปีงบประมาณ 2563 เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมุงได้นำรูปแบบมาปรับใช้ในชมรมผู้สูงอายุตำบลบ้านมุง เพราะเป็นรูปแบบที่มีความน่าสนใจ ครอบคลุมสอดคล้องตามนิยามความสุข ในเชิงจิตวิทยาเน้นการพัฒนาความสุขให้ครอบคลุมในทุกมิติ นำมาซึ่งการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุ ดัดแปลงเปลี่ยนจากผู้สูงอายุที่เป็น “ภาระ” ให้เป็น “พลัง” คณะผู้วิจัยจึงสนใจผลของโปรแกรมสร้างสุขในชมรมผู้สูงอายุตำบลบ้านมุง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างสุขในชมรมผู้สูงอายุตำบลบ้านมุง อำเภอเนินมะปราง จังหวัดพิษณุโลก

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างสุขในชมรมผู้สูงอายุ ในด้านคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุหลังจากได้รับโปรแกรมสร้างสุข
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างสุขในชมรมผู้สูงอายุ ในด้านความสุขของผู้สูงอายุหลังจากได้รับโปรแกรมสร้างสุข

ขอบเขตการวิจัย

วิจัยครั้งนี้เป็นแบบวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบแผนการวิจัยกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างสุข ในชมรมผู้สูงอายุตำบลบ้านมุง อำเภอเนินมะปราง จังหวัดพิษณุโลก ศึกษาในผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม อายุ 60 ปีขึ้นไปที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลบ้านมุง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 30 คน

วิธีดำเนินการ

1. รูปแบบการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) กลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง

(One group pretest-posttest design) เก็บรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุด้วยแบบสัมภาษณ์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างสุขในชมรมผู้สูงอายุตำบลบ้านมุง อำเภอเนินมะปราง ซึ่งโปรแกรมนี้ใช้ระยะเวลาศึกษาทั้งสิ้น 3 เดือน รายละเอียดตามแผนภูมิที่ 1 และ 2

แผนภูมิที่ 1 แผนภูมิแบบแผนการวิจัย

	วัดก่อน	ทดลอง	วัดหลัง
กลุ่มทดลอง	O1	X	O2

O1 = การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง

O2 = การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง

X = โปรแกรมสร้างสุขในชมรมผู้สูงอายุ

แผนภูมิที่ 2 แผนภูมิแบบแผนการทดลอง (experimental design)

00	01	02	03
X	X	X	
1 เดือน	2 เดือน	3 เดือน	
ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	

โดยกำหนดให้

00 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (เดือนกรกฎาคม) ด้วยแบบสอบถาม ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกการเข้าร่วมและแบบบันทึกกิจกรรม
2. แบบวัดคุณภาพชีวิตที่ดี 26 ข้อ
3. แบบประเมินความสุขคนไทย 15 ข้อ

01 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อดำเนินการทดลองได้ 1 เดือน (เดือนสิงหาคม) ด้วยการรวบรวมจากแบบบันทึกกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ

02 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อดำเนินการทดลองได้ 2 เดือน (เดือนกันยายน) ด้วยการรวบรวมจากบันทึกกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ

03 หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อดำเนินการทดลองได้ 3 เดือน (เดือนตุลาคม) ด้วยการรวบรวมจากแบบบันทึกกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ

1. แบบบันทึกการเข้าร่วมและแบบบันทึกกิจกรรม
2. แบบวัดคุณภาพชีวิตที่ดี 26 ข้อ
3. แบบประเมินความสุข 15 ข้อ

X หมายถึง การจัดกิจกรรมโปรแกรมสร้างสุขในชมรมผู้สูงอายุตำบลบ้านมุงและให้ผู้สูงอายุนำไปฝึกปฏิบัติที่บ้าน รูปแบบโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น เน้นพัฒนาสุข 5 มิติ ด้านที่ 1 สุขสบาย (Health) ด้านที่ 2 สุขสนุก (Recreation) ด้านที่ 3 สุขสง่า (Integrity) ด้านที่ 4 สุขสว่าง (Cognition) และด้านที่ 5 สุขสงบ (Peacefulness) เป็นระยะเวลา 3 เดือน

เดือนละ 4 ครั้ง จำนวน 3 ชั่วโมง ในการจัดเรียงลำดับของกิจกรรมได้นำทฤษฎีลำดับความต้องการของมาสโลว์ (Maslow's Hierarchy Theory of needs) มาเป็นกรอบแนวคิดในการจัดกิจกรรม⁽⁸⁾

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป เพศชายและเพศหญิง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 30 คน มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

คุณสมบัติที่คัดเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

1. ประเมินแบบการใช้ชีวิตประจำวัน (ADL) มากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน
2. มีความสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม
3. อ่านออกเขียนได้
4. มีการรับรู้ด้านการสื่อสาร
5. ภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่ตำบลบ้านม่วง อำเภอเนินมะปราง

จังหวัดพิจิตร

6. เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลบ้านม่วง อำเภอเนินมะปราง จังหวัดพิจิตร

7. สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง

คุณสมบัติที่คัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

1. มีปัญหาด้านการรับรู้และการสื่อสาร

2. เสียชีวิตระหว่างดำเนินการวิจัย

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมสร้างสุขในชมรมผู้สูงอายุตำบลบ้านม่วง อำเภอเนินมะปราง จังหวัดพิจิตร ได้พัฒนาขึ้นรายละเอียด ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 โปรแกรมสร้างสุขในชมรมผู้สูงอายุตำบลไทรย้อย อำเภอเนินมะปราง จังหวัดพิจิตร

ระยะเวลา	พัฒนาสุข 5 มิติ	กิจกรรม
30 นาที	ด้านที่ 1 สุขสบาย (Health)	การออกกำลังกายร่วมกันโดยระบุชื่อท่าออกกำลังกายเป็นชื่อวันประจำสัปดาห์ เน้นสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อให้ผู้สูงอายุเพื่อคงสภาพความแข็งแรง โดยให้ผู้สูงอายุปฏิบัติทุกท่า ดังนี้ วันอาทิตย์ ท่ายกแขน (บริหารกล้ามเนื้อไหล่) วันจันทร์ ท่ากรรเชียง(บริหารกล้ามเนื้อหน้าอก) วันอังคาร ท่าเหยียดข้อเท้า (บริหารกล้ามเนื้อน่อง) วันพุธ ท่าเหยียดขา(บริหารกล้ามเนื้อต้นขาด้านหลัง) วันพฤหัสบดี ท่าเหยียดหลัง(บริหารกล้ามเนื้อหลัง) วันศุกร์ ท่างอและเหยียดสะโพก (บริหารกล้ามเนื้อต้นขาด้านหน้า/หลัง) วันเสาร์ ท่าโยกลำตัว(บริหารกล้ามเนื้อลำตัว)
40 นาที	ด้านที่ 2 สุขสนุก (Recreation)	1.กิจกรรมร้องให้ผู้สูงอายุเป็นวงกลมและร้องตามจังหวะเพลงร้อง 2.กิจกรรมนันทนาการสร้างสุข ให้ผู้สูงอายุร้องเพลงตามเนื้อร้อง และมีทำนองประกอบเพลง ทุกคนช่วยกันร้อง ประบมือ 3.กิจกรรมหัวเราะบำบัด
30 นาที	ด้านที่ 5 สุขสงบ (Peacefulness)	การฝึกสมาธิด้วยการเอาจิตจดจ่ออยู่กับการเคลื่อนไหว ฝึกสติ สมาธิ ลดความฟุ้งซ่าน 1.ดนตรีสมาธิบำบัดด้วยเพลงสมาธิบำบัด 2.บทสวดมนต์ปรัชญาปารมิตาหฤทัยสูตร 3.การนับ 1-14 ฝึกสมาธิอยู่กับการเคลื่อนไหว เพื่อฝึกสติ สมาธิ ลดความฟุ้งซ่าน

ระยะเวลา	พัฒนาสุข 5 มิติ	กิจกรรม
		3.1 เอานิ้ววางไว้ที่ขาทั้ง 2 ข้าง คว่าไว้
		3.2 เอามือขวาตบที่ต้นขา ทำซ้ำๆให้รู้สึก
		3.3 ตั้งมือขวาแบบตะแคงขึ้น ทำซ้ำๆให้รู้สึก
		4.ยกมือขวาขึ้นซ้ายๆมาที่อก ทำซ้ำๆให้รู้สึก
		5.ยกมือขวาจากอกลงมาที่หน้าขาและยังตะแคงมือขึ้น ทำซ้ำๆให้รู้สึก
		6.สับมือขวาลงกับหน้าขา ทำให้ซ้ำๆให้รู้สึก
		7.เอามือขวาคว่าลงที่หน้าขาให้รู้สึก
		8.เอามือซ้ายไว้ที่ขา 2 ข้าง คว่าไว้
		9.ตบมือซ้ายที่หน้าขา ให้รู้สึก
		10.ตั้งมือซ้ายแบบตะแคงขึ้น ทำซ้ำๆให้รู้สึก
		11.ยกมือซ้ายขึ้นซ้ายๆมาที่อกทำซ้ำๆให้รู้สึก
		12.ยกมือซ้ายจากอกลงมาที่หน้าขาและยังตะแคงมือขึ้น ทำซ้ำๆให้รู้สึก
		13.สับมือซ้ายลงกับหน้าขาทำซ้ำๆให้รู้สึก
		14.ตบมือซ้ายที่หน้าขา ให้รู้สึก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ คณะผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่พัฒนาโดย กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข⁽⁵⁾ มาปรับปรุงเป็นแบบสอบถามเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ดัชนีมวลกาย การสูบบุหรี่/ยาเส้น การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย โรคประจำตัว จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI) จำนวน 26 ข้อคำถาม พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โดยเป็นคำถาม

เชิงปริมาณค่า 5 ระดับ โดยมีคำตอบ คือ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสุข เป็นเครื่องมือในการสอบถามประสบการณ์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาถึงปัจจุบัน แบ่งออกเป็นด้านความรู้สึกที่ดี ด้านความรู้สึกที่ไม่ดี ด้านสมรรถภาพจิตใจ ด้านคุณภาพจิตใจ ด้านปัจจัยสนับสนุนของครอบครัว จำนวน 15 ข้อคำถาม พัฒนาโดยสำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โดยเป็นคำถามเชิงปริมาณค่า 4 ระดับ โดยมีคำตอบ คือ ไม่เลย เล็กน้อย มาก มากที่สุด

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลสุขภาพทั่วไป (N=30)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	12	40.00
หญิง	18	60.00
2. อายุ (MIN = 60, MAX = 82, Mean = 67.24, S.D.= 8.9) (ปี)		
60-69	15	50.00
70 – 79	13	43.33
≥ 80	2	6.67
3. สถานภาพสมรส		

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
โสด	2	6.67
คู่	18	60.00
หม้าย/หย่า/แยก/ร้าง	10	33.33
รวม	30	100
4. ดัชนีมวลกาย		
น้ำหนักตัวปกติ	12	40.00
น้ำหนักพอม	6	20.00
น้ำหนักเกิน	8	26.67
น้ำหนักอ้วน	4	13.33
รวม	30	100
5. การสูบบุหรี่/ยาเส้น		
ไม่สูบ	22	73.33
สูบบ้าง	6	20.00
สูบประจำ	2	6.67
6. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่ดื่ม	24	80.00
ดื่มบางครั้ง	4	13.33
ดื่มเป็นประจำ	2	6.67
7. การออกกำลังกาย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ครั้งละ 15-30 นาที		
ไม่เคย	11	36.67
ไม่เคยม	11	36.67
บางครั้ง	12	40.00
เป็นประจำ	7	23.33
8. โรคประจำตัว		
ไม่มี	21	70.00
มี	9	30.00

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ตอนต้นและตอนกลาง (อายุไม่เกิน 80 ปี) (ร้อยละ 93.33) ส่วนมากเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60) สถานภาพคู่ (ร้อยละ 60) รองลงมาสถานภาพหม้าย/แยก/หย่าร้าง (ร้อยละ 33.33) ผู้ที่มีดัชนีมวลกายปกติมากที่สุด (ร้อยละ 40) ส่วนมาก

ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 73.33 และไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 80 ส่วนมากออกกำลังกายเป็นบางครั้ง ร้อยละ 40 รองลงมาไม่ออกกำลังกายเลย ร้อยละ 36.67 ส่วนมากไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 70

ตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตทั้งรายด้านและโดยรวม ก่อนและหลังการเข้ารับโปรแกรม สร้างสุข (N=30)

ด้าน	คุณภาพชีวิต						t	P-value
	ก่อน			หลัง				
	\bar{x}	S.D.	ระดับคุณภาพชีวิต	\bar{x}	S.D.	ระดับคุณภาพชีวิต		
1.ด้านสุขภาพร่างกาย	14.90	6.03	ปานกลาง	29.1	3.47	ดี	-14.32*	0.00
2.ด้านจิตใจ	13.36	3.56	ไม่ดี	27.46	3.70	ดี	-19.90	0.00

ด้าน	คุณภาพชีวิต						t	P-value
	ก่อน			หลัง				
	\bar{x}	S.D.	ระดับคุณภาพชีวิต	\bar{x}	S.D.	ระดับคุณภาพชีวิต		
3.ด้านสัมพันธภาพ	5.36	1.71	ไม่ดี	12.63	1.75	ดี	-18.95	0.00
4.ด้านสิ่งแวดล้อม	16.00	5.37	ไม่ดี	32.50	4.23	ดี	-19.39	0.00
5.คุณภาพชีวิตโดยรวม	50.16	10.01	ไม่ดี	101.76	9.07	ดี	-26.27	0.00

* p < .01

ตารางที่ 2 คุณภาพชีวิตทั้งรายด้านและโดยรวม พบว่า ค่าเฉลี่ยด้านที่ 1 สุขภาพร่างกาย กลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสร้างสุข เท่ากับ 14.9 คุณภาพชีวิตระดับกลาง หลังเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 29.1 คุณภาพชีวิตระดับดี หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรงขึ้น กล้ามเนื้อได้ผ่อนคลาย เป็นทำบริหารอวัยวะทุกส่วนของร่างกายได้เป็นอย่างดี มีท่าออกกำลังกายประจำวันที่น่าไปใช้ได้จริง ดังพูดที่ว่า “เป็นท่าออกกำลังกายง่ายๆ จำง่าย ทำแล้วดี”

ด้านที่ 2 จิตใจ กลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสร้างสุข เท่ากับ 13.36 คุณภาพชีวิตระดับไม่ดี หลังเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 27.46 คุณภาพชีวิตดี หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมทำให้เข้าใจตนเอง รับรู้และยอมรับในตัวเอง เกิดความภาคภูมิใจในคุณค่าและศักดิ์ศรีของตนเองและผู้อื่น สามารถจัดการกับอารมณ์ ความรู้สึกท้อแท้ เครียด ซึมเศร้าเมื่อเจอปัญหาต่างๆ และตัดสินใจได้เป็นอย่างดี ดังพูดที่ว่า “เดิมรู้สึกไม่มั่นใจในตนเอง รู้สึกชีวิตไม่คุณค่า อายุเยอะขึ้นก็ไม่อยากเป็นภาระให้ลูกหลาน ไปไหนมาไหนลำบากไม่เหมือนก่อน เดินมากก็ปวดเข่า เบื่อตัวเอง พอมาเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุรู้สึกตัวเองมีคุณค่า รักตัวเองภูมิใจ ชื่นชมให้กำลังใจตัวเองและคนอื่น”

ด้านที่ 3 สัมพันธภาพ กลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสร้างสุข เท่ากับ 5.36 คุณภาพชีวิตระดับไม่ดี หลังเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 12.63 คุณภาพชีวิตระดับดี หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการเรียนรู้เรื่องราวผ่านเรื่องเล่า

ทำให้เกิดการยอมรับซึ่งกันและกันและ รู้จักเขารู้จักเรา ทุกคนเปิดใจยอมรับในความแตกต่างซึ่งกันและกัน ความร่วมมือในการทำกิจกรรมร่วมกัน โดยไม่ถือตัว อายุหรือเพศ ทำให้รู้จักกันมากขึ้น ดังพูดที่ว่า “การขยับร่างกายตามจังหวะเพลงร่วมกับเพื่อนๆ รู้สึกสนุก หัวเราะได้มากขึ้น เห็นความสุขของเพื่อนๆ ที่เข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ ทุกคนได้ทำความรู้จักกันมากขึ้น ก่อนหน้าไม่รู้จักกันเพราะอยู่ต่างหมู่บ้าน”

ด้านที่ 4 สิ่งแวดล้อม กลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสร้างสุข เท่ากับ 16 คุณภาพชีวิต ระดับไม่ดี หลังเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 32.5 คุณภาพชีวิตระดับดี บรรยากาศของการจัดกิจกรรม เหมาะสมต่อการเรียนรู้ มีความเหมาะสมเดือนละ 1 ครั้ง ครั้งๆละ 3 ชั่วโมง รูปแบบกิจกรรมมีความน่าสนใจ สนุกสนาน เหมาะสมตามวัย ดังพูดว่า “เป็นกิจกรรมที่แปลกใหม่น่าสนใจ มีความหลากหลายพัฒนาความสุขได้ครอบคลุม มีความสนุกสนาน ได้พบเพื่อนและทำกิจกรรมการเรียนรู้ร่วมกันมีความสุขทุกครั้งที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมคุณภาพชีวิตโดยรวม กลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสร้างสุข เท่ากับ 50.16 คุณภาพชีวิต ระดับไม่ดี หลังเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 101.76 คุณภาพชีวิตระดับดี ซึ่งเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสร้างสุข ระดับคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างสูงขึ้นอย่างมีนัยทางสถิติ (p-value <0.05) ในทุกองค์ประกอบ

ส่วนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยความสุขก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยความสุขก่อนและหลังการเข้ารับโปรแกรมสร้างสุข (N=30)

องค์ประกอบ	ระดับค่าเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ย						t	P-value
	การเข้าร่วมโปรแกรมสร้างสุข							
	ก่อน			หลัง				
	\bar{x}	S.D.	การแปลผล	\bar{x}	S.D.	การแปลผล		
คะแนนความสุข	25.7	4.79	ต่ำกว่าคนทั่วไป	36.6	5.52	สูงกว่าคนทั่วไป	8.1	<0.000**

ตารางที่ 3 พบว่า การประเมินความสุข พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสุขกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสร้างสุข เท่ากับ 25.7 ระดับความสุขต่ำกว่าคนทั่วไป หลังเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 36.6 ระดับความสุขสูงกว่าคนทั่วไป การเข้าร่วมโปรแกรมทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข ร่าเริง แจ่มใส ทำให้มีความสุขเพิ่มขึ้น ดังพูดที่ว่า “กิจกรรมสนุก หลากหลาย” ดังพูดที่ว่า มีความสุขทุกครั้ง ยิ้มและหัวเราะ ไม่เครียด อยากเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุในทุกๆ เดือน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างสุขมีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

อภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมสร้างสุขในชมรมผู้สูงอายุตำบลบ้านม่วง อำเภอเนินมะปราง จังหวัดพิษณุโลก โดยเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยแบบวัดคุณภาพชีวิตที่ดี คะแนนเฉลี่ยแบบประเมินความสุขคนไทย และการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ คือ แบบบันทึกกิจกรรมการเรียนรู้ของชมรม แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง โดยการสนทนากลุ่ม (Focus group) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (Indepth Interview) ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยทางสถิติ สอดคล้องกับการงานวิจัยของสุดารัตน์ นามกระจ่าง และคณะ⁽⁹⁾ ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความสุข 5 มิติในผู้สูงอายุ กรณีศึกษาในผู้สูงอายุ ตำบลกระหวาน อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ เก็บข้อมูลสมรรถภาพร่างกาย สมรรถภาพสมอง คุณภาพชีวิต และดัชนีชี้วัดความสุขเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้ารับโปรแกรมผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลองสมรรถภาพร่างกายของผู้สูงอายุ ค่าเฉลี่ยคะแนนสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมและค่าเฉลี่ยคะแนนความสุข เพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) มีประสิทธิภาพที่สามารถนำไปใช้ในการเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุต่อไป สอดคล้องกับการงานวิจัยของเสาวนีย์ โสบุญ⁽¹⁰⁾ ได้ศึกษารูปแบบการสร้างเสริมความรู้สึกรักคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กรณีศึกษาพื้นที่เทศบาลตาดทอง อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร พบว่า การเห็นคุณค่าของตนเองในผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง รูปแบบการสร้างเสริมความรู้สึกรักคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนที่สร้างตามกรอบแนวคิดการสร้างสุข 5 มิติ สำหรับผู้สูงอายุ และการได้รับสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน จัดกิจกรรม

จรรโลงจิตใจเมื่อจิตเป็นสุขและเข้มแข็งสามารถนำสู่การดูแลสุขภาพที่ดีเกิดภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป สอดคล้องกับการงานวิจัยของกันต์สุดา จันทร์แจ่ม⁽¹¹⁾ ได้ศึกษาผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ตามแนวคิดความสุข 5 มิติ กรมสุขภาพจิตเพื่อเสริมสร้างความผาสุกในผู้สูงอายุ ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มทดลองมีความผาสุกมากขึ้นหลังผ่านการทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่สถิติที่ระดับ 0.05 และผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีความผาสุกมากกว่าผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่สถิติที่ระดับ 0.05

ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสร้างสุขในชมรมผู้สูงอายุตำบลบ้านม่วง มีความเหมาะสม สามารถนำรูปแบบของโปรแกรมไปพัฒนาความสุขในเชิงจิตวิทยาได้อย่างครอบคลุมในทุกมิติ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพ ด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวม สามารถสร้างความสุขให้กับผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมได้มากขึ้น และชะลอปัญหาสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ สอดคล้องตามนิยามความสุขตามลำดับขั้นความต้องการของมนุษย์ (The need-Hierarchy Conception of Human Motivation) Maslow เรียงลำดับความต้องการของมนุษย์จากขั้นต้นไปสู่ความต้องการขั้นต่อไปไว้เป็นลำดับ

1. ความต้องการทางด้านร่างกาย (Physiological need)
2. ความต้องการความปลอดภัย (Safety needs)
3. ความต้องการความรักและความเป็นเจ้าของ (Belongingness and love needs)
4. ความต้องการได้รับความนับถือยกย่อง (Esteem needs)
5. ความต้องการที่จะเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง (Self-actualization needs)

ล้วนส่งผลให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมมากขึ้น เพราะมีความน่าสนใจและความหลากหลายของกิจกรรมที่สามารถสร้างความสุข ความสนุกสนานด้วยรูปแบบกิจกรรมที่เหมาะสม ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขกายและสุขภาพจิตที่ดี ดูแลสุขภาพร่างกายของตนเองให้มีความคล่องแคล่ว แข็งแรง มีความสนุกสนานรื่นรมย์ อารมณ์เป็นสุข จิตใจสดชื่นแจ่มใส ลดความซึมเศร้า ความเครียดและความวิตกกังวล มีความพึงพอใจในชีวิต เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง เชื่อมมั่นและเห็นคุณค่าของตนเองให้กำลังใจตนเองและคนอื่น ส่งผลในด้านความจำ คิดอย่างเป็นระบบและมีเหตุผล การวางแผนการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุรับรู้และเข้าใจความรู้สึกรู้สึกของตนเอง รู้จักควบคุมอารมณ์และสามารถจัดการกับสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถผ่อนคลายให้เกิดความสุขสงบกับตนเองได้ รวมทั้งความสามารถในการปรับตัวยอมรับสภาพสิ่งที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง

ข้อจำกัด

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลบ้านม่วง ศึกษาในกลุ่มเดียววัดผลก่อนหลังการทดลอง เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่แน่นอนควรศึกษาใน 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

2. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสร้างสุขในชมรมผู้สูงอายุตำบล บ้านม่วง ควรประเมินให้ครอบคลุมความสุขในทุกมิติ สุขสบาย สุขสนุก สุขสว่าง สุขสง่า สุขสงบ

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษางานวิจัยในครั้งนี้ทำให้ผู้วิจัยได้ทราบถึง ปัญหาและแนวทางในการจัดกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ ได้ พัฒนารูปแบบโปรแกรมด้านกิจกรรมและระยะเวลาให้มีความเหมาะสม เป็นรูปแบบให้พื้นที่นำไปปรับใช้ได้ตามบริบท กิจกรรมการดำเนินงานต้องง่ายและผู้สูงอายุมีส่วนร่วม ในการกำหนดกิจกรรมและการประเมินผล เน้นการพัฒนา สุขให้ครอบคลุมในทุกมิติ

เอกสารอ้างอิง

1. ชมพูนุท พรหมภักดี.การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของ ประเทศไทย ปี 2556 ปีที่ 3 ฉบับที่ 16 ค้นจาก http://library.senate.go.th/document/Ext6078/6078440_0002.PDF.
2. มุลนิธิตถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.เอกสาร ประมวลสถิติด้านสังคม ปี 2559 ค้นจาก <http://www.komchadluek.net/news/edu-health/270595>.
3. ณีรัฐพัชร สโรบล.ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนา ความสุข 5 มิติในผู้สูงอายุ กรณีศึกษาในผู้สูงอายุ ตำบล

กระหว้น อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสาร การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยบัณฑิตศึกษา ระดับชาติและนานาชาติ 2560.

4. ปิยะสกล สกลสัตยาทร.คู่มือสนับสนุนการบริหาร จัดการระบบบริการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้าน สาธารณสุข.สปสช.2559.
5. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. การศึกษา ประสิทธิภาพโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุ. สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ.2560.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก. สรุปผลงาน ประจำปีผู้สูงอายุสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก ปี 2560. พิษณุโลก
7. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเนินมะปราง. สรุปผลงาน ประจำปีผู้สูงอายุสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเนินมะปราง ปี 2560. พิษณุโลก
8. อัมพร เบญจพลพิทักษ์และ คณะ.คู่มือความสุข 5 มิติ สำหรับผู้สูงอายุ. นนทบุรี: ปิยอนด์พับลิชชิง.2555.
9. สุदारัตน์ นามกระจ่าง และคณะ. ประสิทธิผลของ โปรแกรมพัฒนาความสุข 5 มิติในผู้สูงอายุ กรณีศึกษา ในผู้สูงอายุ ตำบลกระหว้น อำเภอขุนหาญ จังหวัด ศรีสะเกษ .2560.
10. เสาวนีย์ โสบุญ.ศึกษารูปแบบการสร้างเสริมความรู้สึกรัก มีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของ ชุมชน กรณีศึกษาพื้นที่เทศบาล ต.ตาตทอง อ.เมือง จ.ยโสธร.2560.
11. กันต์สุดา จันท์แจ่ม ศึกษา ผลการให้การปรึกษาแบบ กลุ่ม ตามแนวคิด ความสุข 5 มิติ ของกรมสุขภาพจิต เพื่อส่งเสริมความผาสุกในผู้สูงอายุ. มหาวิทยาลัย รามคำแหง.2559.