

การพัฒนาแบบความสุขสำหรับผู้สูงอายุ

Development of Happiness Model for the Elderly

โสภณา จีรวงศ์นุสรณ์

Sopana Jirawongnusrorn

มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร

Phranakhon Rajabhat University, Thailand

E-mail: sopana2010@gmail.com

Received June 9, 2023; Revised July 11, 2023; Accepted August 16, 2023

บทคัดย่อ

รูปแบบความสุขสำหรับผู้สูงอายุเป็นการส่งเสริมสุขภาพและสร้างความสุขของผู้สูงอายุ วัตถุประสงค์ของการสร้างและพัฒนาแบบและทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบความสุขสำหรับผู้สูงอายุแบ่งออกเป็น 2 ระยะ 1) การสร้างและพัฒนาแบบโดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียตำบลบางม่วง อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี จำนวน 15 คน 2) การทดสอบประสิทธิผลของแบบ กลุ่มตัวอย่างสุ่มแบบเจาะจงตามเกณฑ์ จำนวน 42 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุฉบับสั้น แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired samples t-test และวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุฉบับสั้น แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสอบถามความพึงพอใจ เท่ากับ .907 .829 และ .857 ตามลำดับ

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบที่พัฒนาโดยประยุกต์ใช้กิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ สำหรับผู้สูงอายุ และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 11 กิจกรรม ผลการทดสอบประสิทธิผล ดังนี้ 1) หลังทดลองผู้สูงอายุมีระดับความสุขดีกว่าคนทั่วไป จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 78.6 2) ระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3) การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรคมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 4) ความพึงพอใจที่มีต่อแบบอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.6, S.D. = 0.518) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ารูปแบบความสุขสำหรับผู้สูงอายุมีประสิทธิผลอยู่ในระดับดีมาก ดังนั้นรูปแบบความสุขสำหรับผู้สูงอายุสามารถนำไปใช้ปฏิบัติให้เกิดผลสัมฤทธิ์ได้

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ; รูปแบบความสุข; ผู้สูงอายุ

Abstract

The happiness model for the elderly promotes the health and happiness of the elderly. The objectives of creating and developing a model and testing its effectiveness were divided into two phases. Phase 1: Creating and developing the model by stakeholders in Bang Muang Subdistrict, Bang Yai District, Nonthaburi Province, a total of 15 people; Phase 2: Testing the effectiveness of the model. A random sampling group consisted of 42 people. Data were collected using the elderly mental health assessment questionnaire. Analyzing the data with average statistics, standard deviation, and paired sample t-test. The health belief model assessment form and the satisfaction assessment form are equal to the .907, .829, and .857, respectively.

The study found that a model was developed by applying 5-dimensional happy activities for the elderly and a health belief model, consisting of 11 activities. The results of the efficacy test were as follows: 1) After the experiment, 33 elderly people had happiness levels better than the general population, representing 78.6 percent. 2) The mental health level of the elderly had significantly higher mean scores at the .05 level. 3) Recognition of the risk of disease, perception of the severity of disease, and perceived barriers to prevention and treatment of diseases had significantly higher mean scores at the .05 level. 4) Satisfaction with the model was at the highest level ($\bar{X} = 4.6$, S.D. = 0.518). The results showed that the happiness model for the elderly was highly effective. Therefore, this happiness model for the elderly can be applied into practice to achieve success.

Keyword: Model Development; Happiness Model; Elderly

บทนำ

ประเทศไทยกำลังเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ สัดส่วนของอัตราการเกิดและจำนวนประชากรในวัยทำงานลดน้อยลง โดยคาดการณ์ว่าประชากรผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2566 นั้นมีมากถึง 12,116,199 คน คิดเป็นร้อยละ 18.3 ของประชากรทั้งหมด เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ.2565 ร้อยละ 0.5 (มาร์เก็ตเธียร์, 2565) การที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นส่งผลให้ผู้ที่อยู่ในวัยทำงานจะต้องทำงานมากขึ้น และต้องรับภาระดูแลผู้สูงอายุในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น บางครั้งอาจทำให้ผู้สูงอายุขาดความอบอุ่นหรืออาจถูกทอดทิ้งได้ ปัญหาทางด้านสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ เมื่อถึงวัยเกษียณอายุทำงานน้อยลงทำให้

ผู้สูงอายุรู้สึกเหงา ไม่ภาคภูมิใจเป็นภาระกับลูกหลาน อาจรู้สึกน้อยใจ ซึมเศร้า (รัชนี โตอาจ, 2565) ผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตอย่างครอบคลุมทุกองค์ประกอบของสุขภาพจิต ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านสติปัญญาและการรู้คิด ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ ในการพัฒนาเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุมีความสุขโดยใช้กิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ สำหรับผู้สูงอายุ (สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, 2560) จากการศึกษาพบว่ามีการนำกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ สำหรับผู้สูงอายุไปประยุกต์ใช้ในงานวิจัยเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลองผู้สูงอายุมีความสุขเพิ่มขึ้นทั้ง 5 มิติ (สุภาภรณ์ สมพาน, 2564; ทองศักดิ์ มูลจันดา และ ทัดถณ พละไชย, 2561; ชัชฎาภา สมศรี, 2564) การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความสุขและลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคโดยประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นแนวคิดที่มีจุดเน้นที่พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเกิดโรค หรือความเจ็บป่วยและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Rosenstock, 1974; อาภาพร เพ่าวัฒนา, 2554; จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2561) จากการศึกษาพบว่า มีการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในงานวิจัยเพื่อส่งเสริมสุขภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สุภาวดี พรหมแจ่ม, 2559; กรรณิการ์ เงินดี, 2564; ณัฐนันท์ คำพิริยะพงศ์; ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2560)

จากสถิติผู้สูงอายุในปี 2564 พบว่า จังหวัดนนทบุรีมีผู้สูงอายุทั้งสิ้น 258,977 คน เป็นจังหวัดที่มีผู้สูงอายุมากเป็นลำดับที่ 3 ของประเทศไทย (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2564) จังหวัดนนทบุรี มีขนาดใหญ่ การกระจายประชากรมีความแตกต่างกัน และเป็นสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีอัตราการเพิ่มสูงขึ้นของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง มีการสำรวจสุขภาพจิตคนในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2563 พบว่า ภาคกลางมีค่าคะแนนสุขภาพจิต ต่ำสุด และจังหวัดที่มีคะแนนสุขภาพจิตต่ำสุด 3 อันดับ ในภาคกลาง คือ จังหวัดนนทบุรี จังหวัดปทุมธานี และจังหวัดสมุทรปราการ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม, 2563) ปัญหาด้านสุขภาพเป็นปัญหาสำคัญลำดับต้นของผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นวัยที่ร่างกายเริ่มเสื่อมถอยและเกิดโรคต่างๆ ได้ง่ายโดยเฉพาะกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Noncommunicable diseases; NCDs) รวมถึงโรคจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า โรคเหล่านี้ย่อมส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะทุพพลภาพ (disability) ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง จากการสำรวจกลุ่มผู้สูงอายุที่กำลังอ่อนแอและเป็นโรคเรื้อรัง พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 41 โรคเบาหวาน ร้อยละ 18 โรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 9 พิกการ ร้อยละ 6 ผู้ป่วยติดเตียงร้อยละ 1 และโรคซึมเศร้าร้อยละ 1 (สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล, 2557) ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น มีสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งมาจากการที่ร่างกายและจิตใจเสียสมดุล โดยมีปัจจัยจากสภาพแวดล้อม มลพิษ สารเคมี ฝุ่นละอองและเชื้อโรค รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางสถานะสังคมของผู้สูงอายุทำให้เกิดผลต่อจิตใจ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล นอนไม่หลับ หรือซึมเศร้า การรักษาสมดุลของทั้งร่างกายและจิตใจน่าจะเป็นวิธีที่ดีที่สุดที่ช่วยป้องกันการเจ็บป่วย ทั้งช่วยเสริมสร้างศักยภาพให้เซลล์และอวัยวะภายในร่างกายมีความสมบูรณ์ แข็งแรง

และทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด เมื่อใดที่ร่างกายและจิตใจมีความสมดุล ระบบต่าง ๆ ของร่างกายก็กระตุ้นให้ร่างกายซ่อมแซมตัวเองได้ อาการผิดปกติจะดีขึ้นและสามารถป้องกันโรคต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงต้องสร้างสมดุลด้านจิตใจและร่างกายเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (ลัญญศักดิ์ อรรถชยากร, 2653) มีการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจังหวัดนนทบุรี พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 15.3 (นภา พวงรอด, 2558) และการศึกษาของ วริศรา อินทรแสน (2562) การศึกษาสภาพการณ์ปัจจุบันของผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่กลุ่มจังหวัดภาคกลาง ปริมาณพลคือ จังหวัดนนทบุรี จังหวัดปทุมธานี จังหวัดนครปฐม และจังหวัดสมุทรปราการ พบว่าผู้สูงอายุมีการรวมกลุ่มกันตามความต้องการและความสนใจบนพื้นฐานของความสุขและความต้องการ เพื่อสร้างคุณค่าให้กับตนเอง สร้างความสุขผ่านกิจกรรมร่วมกัน แนวทางพัฒนารูปแบบสังคมผู้สูงอายุด้านความสุขในยุคไทยแลนด์ 4.0 สิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขกับกิจกรรม คือ การที่ผู้สูงอายุสามารถระบุกลุ่มเป้าหมาย ระบุกิจกรรม การค้นหาความต้องการของกิจกรรมด้วยผู้สูงอายุเอง

จากข้อมูลเบื้องต้นของจังหวัดนนทบุรีพบว่ามีผู้สูงอายุสูงเป็นลำดับต้นๆ ของประเทศ และจากการสำรวจสุขภาพจิตพบว่าภาคกลางมีค่าคะแนนสุขภาพจิตต่ำสุด และจังหวัดจังหวัดนนทบุรีเป็นหนึ่งในสามจังหวัดที่มีค่าคะแนนสุขภาพจิตต่ำ และการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจังหวัดนนทบุรี พบว่าผู้สูงอายุ มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 15.3 การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้น ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ดังนั้นการพัฒนารูปแบบความสุขสำหรับผู้สูงอายุเพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพและสร้างความสุขของผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งที่ควรดำเนินการ โดยการพัฒนารูปแบบครั้งนี้ประยุกต์ใช้กิจกรรมสร้างสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ มิติที่ 1: สุขสบาย มิติที่ 2: สุขสนุก มิติที่ 3: สุขสง่า ด้านที่ 4: สุขสว่าง และด้านที่ 5: สุขสงบ และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 3) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคและรักษา 4) การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และผู้สูงอายุมีแนวทางในการสร้างสุขทั้งทางร่างกายและจิตใจ สร้างความภาคภูมิใจให้แก่ตนเองนำไปสู่ชีวิตที่มีสุข รวมทั้งสามารถรับรู้โอกาสเสี่ยง รับรู้ความรุนแรง รับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการดำเนินกิจกรรมอันจะนำไปสู่การลดเจ็บป่วยหรือลดความรุนแรงของโรคในผู้สูงอายุ การศึกษาวิจัยเน้นให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการสร้างและพัฒนารูปแบบรวมทั้งการทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบ โดยทำการศึกษาแบบเจาะจงตามเกณฑ์กับผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่อาศัยในตำบลบางม่วง อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี ซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีจำนวนมากที่สุด สอดคล้องกับการสำรวจในปี 2565 พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 9,491,965 คน แบ่งผู้สูงอายุตามการดูแลส่งเสริมสุขภาพตามช่วงวัยออกเป็น 3 กลุ่ม ตามเกณฑ์การประเมินโดยแบบประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL) แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น 1) กลุ่มติดสังคม มีผู้สูงอายุติดสังคม จำนวน 7,253,112 คน 2) กลุ่มติดบ้าน จำนวน 41,416 คน และ 3) กลุ่มติดเตียง จำนวน 195,842 คน (กรมอนามัย, 2565) รูปแบบที่ทำการพัฒนานี้มีการทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบความสุขสำหรับผู้สูงอายุเพื่อให้มีความน่าเชื่อถือและเพื่อให้

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและผู้สูงอายุมีแนวทางในการสร้างสุขทั้งทางร่างกายและจิตใจ สามารถเผชิญกับปัญหาในปัจจุบันได้อย่างเข้มแข็ง พึ่งพาตนเองได้ และเป็นที่พึ่งของบุตรหลาน สร้างความภาคภูมิใจให้แก่ตนเอง นำไปสู่ชีวิตดี มีสุข

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบความสุขสำหรับผู้สูงอายุ
2. เพื่อทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบความสุขสำหรับผู้สูงอายุ

การทบทวนวรรณกรรม

ผู้วิจัยได้ศึกษาหลักการ แนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เพื่อสังเคราะห์เป็นกรอบแนวคิดและดำเนินการวิจัย และนำไปสร้างและพัฒนารูปแบบความสุขสำหรับผู้สูงอายุ ดังนี้

แนวความคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุ คือ ผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ และสถานภาพทางสังคม แบ่งเกณฑ์แบ่งผู้สูงอายุตามการดูแลส่งเสริมสุขภาพตามช่วงวัยออกเป็น 3 กลุ่ม 1) กลุ่มติดสังคม 2) กลุ่มติดบ้าน 3) กลุ่มติดเตียง (กรมอนามัย, 2565) พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ที่เป็นกฎหมายคุ้มครอง ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ โดยมุ่งให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งตนเองได้และดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งกรมกิจการผู้สูงอายุ (2562) ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป มีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้จำแนกเกณฑ์การกำหนดลักษณะของผู้สูงอายุ 3 ประเภท ได้แก่ ผู้สูงอายุ (elderly) อายุ 60 – 74 ปี คนชรา (old) อายุ 75 – 79 ปี และคนชรามาก (very old) มีอายุมากกว่า 90 ปี (ประทีป ทับอรรถานนท์, 2562) ซึ่งผู้สูงอายุเป็นกลุ่มผู้มีคุณค่าทางสังคมเป็นผู้มีประสบการณ์ชีวิตและมีทักษะในการทำงานควรเป็นกลุ่มที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุ มีกิจกรรมทางกาย กิจกรรมที่สร้างรายได้และกิจกรรมที่แสดงถึงการให้คุณค่าแก่ผู้สูงอายุ

รูปแบบ หมายถึง สิ่งที่ได้รับการพัฒนาขึ้นมาเพื่อบรรยายคุณลักษณะที่สำคัญของปรากฏการณ์อย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจ ไม่ใช่การบรรยายหรืออธิบายปรากฏการณ์อย่างละเอียดทุกแง่มุม (Bardao & Hartman, 1982) ให้คำจำกัดความว่า รูปแบบ หมายถึง แบบจำลองของปรากฏการณ์ใดปรากฏการณ์หนึ่ง เพื่อใช้ประโยชน์ในการบรรยายและแสดงลักษณะปรากฏการณ์ที่จะเกิดขึ้นทั้งนี้ ยังแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรหรือปัจจัยต่างที่เกี่ยวข้องกัน ตลอดจนใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่ง และทิตานา แชมมณี (2545) รูปแบบ หมายถึง เป็นรูปธรรมของความคิดที่เป็นนามธรรม ซึ่งบุคคลแสดงออกมาในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง เช่น เป็นคำอธิบาย เป็นแผนผัง ไดอะแกรม หรือแผนภาพ เพื่อช่วยให้ตนเองและบุคคลอื่นสามารถเข้าใจได้ชัดเจนขึ้น รูปแบบเป็นเครื่องมือทางความคิดที่บุคคลใช้ในการสืบสอบหาคำตอบ

ความรู้ ความเข้าใจในปรากฏการณ์ทั้งหลาย ซึ่งรูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น หมายถึง โครงสร้างที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบหรือตัวแปร สามารถใช้รูปแบบอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบหรือตัวแปร ลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบหรือตัวแปรมีการลำดับก่อนหลัง โดยการสร้างและพัฒนาขึ้นจากการศึกษาแนวคิดและทฤษฎีที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของผู้สร้างรูปแบบ และนำรูปแบบไปทดลองใช้ในสถานการณ์จริงเพื่อทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบ

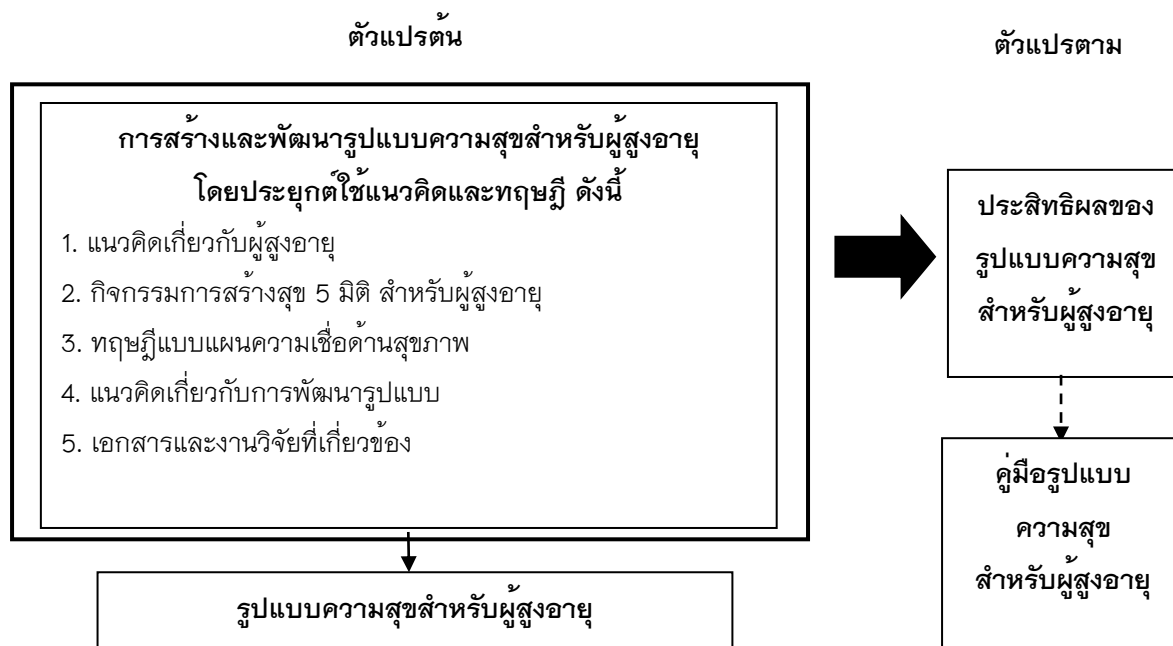
กิจกรรมสร้างสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุ (สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, 2560) ได้พัฒนากิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ เพื่อเป็นคู่มือในการดำเนินกิจกรรมสร้างสุขสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย มิติที่ 1: สุขสบาย หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพร่างกายให้มีสมรรถภาพร่างกายที่แข็งแรง คล่องแคล่ว สามารถตอบสนองต่อความต้องการทางกายภาพได้ตามสภาพที่เป็นอยู่ มิติที่ 2: สุขสนุก หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุในการเลือกวิถีชีวิตที่รื่นรมย์ สนุกสนาน ด้วยการทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดอารมณ์เป็นสุข จิตใจสดชื่นแจ่มใส กิจกรรมที่สามารถลดความซึมเศร้า ความเครียดและความวิตกกังวลได้ มิติที่ 3 : สุขสง่า หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต ความภาคภูมิใจในตนเอง การยอมรับนับถือตนเอง และมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้อื่นในสังคม ด้านที่ 4 : สุขสว่าง หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุด้านความจำ ความคิดอย่างมีเหตุมีผล ด้านที่ 5 : สุขสงบ หมายถึง การรู้จักควบคุมอารมณ์และสามารถจัดการกับสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถผ่อนคลายให้เกิดความสุขสงบกับตนเองได้ ซึ่งมีผู้นำกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานวิจัย คือ อนุญญา เดชะคำภู (2560) ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาความสุข 5 มิติในผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาในผู้สูงอายุ ตำบลกระหว่น อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ การศึกษาของ มณฑิยา ทักษณา และ ณัฐพล พุ่มอิม (2563) ผลของโปรแกรมสร้างสุขในชมรมผู้สูงอายุตำบลบ้านมุง อำเภอเนินมะปราง จังหวัดพิษณุโลก

การศึกษาของ สุภาภรณ์ สมพาน (2564) ผลการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุด้วยโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ ชมรมผู้สูงอายุตำบลบวค่าง อำเภอสนักำแพง จังหวัดเชียงใหม่ การศึกษาของทองศักดิ์ มุลจันดา และทัศนัย พลไชย (2561) ศึกษาผลการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยสุข 5 มิติ โรงเรียนผู้สูงอายุนาผาง ตำบลห้วย อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ และการศึกษาของ ชัชฎาภา สมศรี (2564) การพัฒนารูปแบบของกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติในผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่องเบื้องต้น ผลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผลวิจัยผู้สูงอายุมีความสุขในระดับที่ดีขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมสร้างสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุเป็นกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับการนำไปสร้างและพัฒนารูปแบบความสุขสำหรับผู้สูงอายุ

การที่บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำทางด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก การปฏิบัติตามคำแนะนำดังกล่าวบุคคลจะต้องมีความรู้สึกล่วงต่อโรคหรือรู้สึกลัวโรคคุกคามตน และจะต้องมีความรู้สึกลัวว่าตนเองมีพลังที่จะต่อต้านโรคได้ องค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ คือ การรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจ การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจาก

การเป็นโรค จะต้องมีความเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคโรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต รวมทั้งการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรค (Rosenstock, 1974) ซึ่งมีการสรุปและอธิบายแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง การประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค ปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบ 3) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคและรักษาโรค การเกิดโรคซึ่งก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้วจะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค 4) การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2561; อาภาพร เผ่าวัฒนา, 2554) ซึ่งมีผู้นำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานวิจัย คือ ณัฐนันท์ คำพิริยะพงศ์ และศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2560) ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง การศึกษาของ สุภาวดี พรหมแจ่ม (2559) ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง การศึกษาของ ทิดาวดี สิงห์โค (2563) ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและการรับรู้ประโยชน์ของการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง การศึกษาของ กิตติศักดิ์ เมืองหนู (2557) การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับกระบวนการกลุ่มในการให้ความรู้ทางสุขภาพ การศึกษาของ นิธิพงศ์ ศรีเบญจมาศ และ กิ่งแก้ว สรรวยรื่น (2564) ประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก และการศึกษาของ อัมชธานี สิงขรทัย (2560) ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ตำบลเขาพนม อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ ผลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค และรักษาโรค และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นทฤษฎีที่เหมาะสมสำหรับการนำไปสร้างและพัฒนา รูปแบบความสุขสำหรับผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน พื้นที่การวิจัย คือ จังหวัดนนทบุรี

ประชากร แบ่งตามขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

ขั้นตอนการพัฒนาารูปแบบ กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเลือกใช้กลุ่มตัวอย่างเจาะจงตามเกณฑ์ เป็นกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ตำบลบางม่วง อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี รวมจำนวน 15 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารเทศบาลตำบลบางม่วง จำนวน 2 คน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลบางม่วง จำนวน 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุขตำบลบางม่วง จำนวน 4 คน ตัวแทนชมรมผู้สูงอายุของตำบลบางม่วง จำนวน 4 คน และผู้สูงอายุ จำนวน 4 คน

ขั้นตอนการทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบ ประชากร คือ ผู้สูงอายุอาศัยในตำบลบางม่วง อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี จำนวน 1,480 คน กลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยเลือกใช้กลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ จำนวน 42 คน โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าคือ ผู้สูงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในตำบลบางม่วง อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม สามารถฟังการบรรยายและสนทนาได้ดี เต็มใจเข้าร่วมตลอดระยะการทำการวิจัย และเกณฑ์ในการคัดออก คือ ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดระยะการทำการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการสร้างและพัฒนาารูปแบบความสุขสำหรับผู้สูงอายุเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ จากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยใช้แบบสัมภาษณ์ปลายเปิด และ

เครื่องมือที่ใช้ในการทดสอบประสิทธิภาพของรูปแบบ คือแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุฉบับสั้น (กรมสุขภาพจิต, 2564) แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสอบถามความพึงพอใจ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุฉบับสั้น แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามความพึงพอใจ ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาที่มีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ระหว่าง 0.8-1.0 ทั้งนี้ ได้มีการปรับปรุงตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะ

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยดังกล่าวไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยในอำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี จำนวน 30 คน แล้วนำแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุฉบับสั้น แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามความพึงพอใจ มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุฉบับสั้นได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .907 แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .829 และแบบสอบถามความพึงพอใจ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .857

การดำเนินการวิจัยระหว่าง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565 – เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้หลักการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยวิธีวิเคราะห์เชิงพรรณนา เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหา และข้อมูลเชิงปริมาณใช้วิธีวิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาคือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มด้วยสถิติเชิงอนุมานคือ Paired Samples t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ .05

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร ซึ่งผ่านการรับรองโครงการวิจัย รหัสโครงการ 03.018/2565 ระยะเวลา อนุมัติมีผลตั้งแต่ 22 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 ถึง 21 กรกฎาคม พ.ศ. 2566

ผลการวิจัย

วัตถุประสงค์ที่ 1 ผลการวิจัยพบว่า การสร้างและพัฒนารูปแบบความสุขสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 5 มิติ รวม 11 กิจกรรม มีรายละเอียดแสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงมิติ และกิจกรรมที่เป็นองค์ประกอบของรูปแบบความสุขสำหรับผู้สูงอายุ

มิติ	กิจกรรม
ความสุขด้านที่ 1: สุขสบาย	1. กิจกรรมเรียนรู้และเข้าใจร่วมกันเรื่องกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ สำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ มิติที่ 1: สุขสบาย มิติที่ 2: สุขสนุก มิติที่ 3: สุขสง่า ด้านที่ 4: สุขสว่าง ด้านที่ 5: สุขสงบ และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 3) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคและรักษาโรค และ 4) การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค ซึ่งนำไปสู่การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ มีสุขภาพดี 2. กิจกรรมสุขสบาย ภายใต้การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถประเมินสุขภาพกายและสุขภาพจิตเบื้องต้น ซึ่งนำไปสู่การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่อาจเกิดขึ้นได้ การดำเนินกิจกรรม 1) ให้ความรู้เรื่อง สุขสบาย หมายถึง ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพร่างกายให้มีสมรรถภาพร่างกายที่แข็งแรง คล่องแคล่ว สามารถตอบสนองต่อความต้องการทางกายภาพได้ตามสภาพที่เป็นอยู่ และดำเนินกิจกรรมประจำวันได้ 2) การคำนวณค่าดัชนีมวลกาย (BMI) 3) การประเมินสุขภาพจิต ผู้วิจัยสรุปถึงประโยชน์ของกิจกรรมสุขสบาย การคำนวณดัชนีมวลกายและการประเมินสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่จะช่วยในการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่อาจเกิดขึ้นได้ วิธีการประเมิน คือ สังเกตการณ์มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม และการตอบคำถาม 3. กิจกรรมสุขสบายภายใต้การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีร่างกายที่แข็งแรง คล่องแคล่วสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ และนำไปสู่การมีสุขภาพดี และสามารถช่วย ในการป้องกันและลดความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่อาจเกิดขึ้นได้ การดำเนินกิจกรรม 1) การเตรียมความพร้อมก่อนการออกกำลังกาย 2) ฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายที่ใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ตามท่าออกกำลังกาย 8 ท่า คือ ท่าที่ 1 คอและบ่า และท่าภูเขา ท่าที่ 2 หมุนศีรษะ ท่าที่ 3 ท่ายกแขน ท่าที่ 4 หลังส่วนบน ท่าที่ 5 ท่างอ และเหยียดสะโพก ท่าที่ 6 ท่าเหยียดเข่า ท่าที่ 7 ท่าเหยียดข้อเท้า ท่าที่ 8 ท่าโยกมัดตัว 3) สรุปและอภิปรายถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการออกกำลังกาย และหาแนวทางปฏิบัติร่วมกันในการลดอุปสรรคที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถออกกำลังกาย วิธีการประเมิน คือ สังเกตการณ์มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม และการตอบคำถาม

ตารางที่ 1 แสดงมิติ และกิจกรรมที่เป็นองค์ประกอบของรูปแบบความสุขสำหรับผู้สูงอายุ (ต่อ)

มิติ	กิจกรรม
ความสุขด้านที่ 2: สุขสนุก	4. กิจกรรมสุขสนุก ภายใต้การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรื่นรมย์ สนุกสนาน ลดความซึมเศร้า กิจกรรมนี้สามารถลดความเครียด และความวิตกกังวลของผู้สูงอายุส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตและสุขภาพกายดี ส่งผลให้สามารถลดโอกาสเสี่ยงและลดความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่อาจเกิดขึ้นได้ การดำเนินกิจกรรม 1) การให้ความรู้เรื่องสุขสนุก หมายถึง ผู้สูงอายุสามารถเลือกวิถีชีวิตหรือกิจกรรมที่รื่นรมย์ สนุกสนาน ก่อให้เกิดอารมณ์เป็นสุข ลดความซึมเศร้า ส่งเสริมให้มีสุขภาพจิตและสุขภาพกายดี 2) ผู้สูงอายุอธิบายกิจกรรมที่สนุกสนานรื่นรมย์ก่อก่อให้เกิดอารมณ์ที่เป็นสุข ลดความเครียดความวิตกกังวลส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี 3) ฝึกปฏิบัติกิจกรรมสุขสนุก 3.1) การรำสวย 3.2) การหัวเราะบำบัด 4) สรุปประโยชน์ของกิจกรรมสุขสนุก วิธีการประเมิน คือ สังเกตการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม และการตอบคำถามของผู้สูงอายุ 5. กิจกรรมสุขสนุก ภายใต้การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรื่นรมย์ สนุกสนาน ลดความซึมเศร้า กิจกรรมนี้สามารถลดความเครียด และความวิตกกังวลของผู้สูงอายุได้ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตและสุขภาพกายดี สามารถช่วยในการป้องกันและลดความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่อาจเกิดขึ้นได้ การดำเนินกิจกรรม 1) ให้ความรู้เรื่องประโยชน์กิจกรรมสุขสนุก และร่วมกันวิพากษ์กิจกรรมที่ก่อก่อให้เกิดอารมณ์ที่เป็นสุข จิตใจสดชื่นแจ่มใส กระปรี้กระเปร่า 2) ฝึกปฏิบัติกิจกรรมสุขสนุก 2.1) ร้องเพลง 2.2) การเต้นตามตารางเก้าช่อง 3) การบริหารมือเพื่อกระตุ้นสมอง 4) สรุปถึงประโยชน์ของกิจกรรมสุขสนุกซึ่งนำไปสู่การป้องกันและลดความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่อาจเกิดขึ้นได้ และหาแนวทางปฏิบัติร่วมกันในการลดอุปสรรคที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถดำเนินกิจกรรมสุขสนุกได้

ตารางที่ 1 แสดงมิติ และกิจกรรมที่เป็นองค์ประกอบของรูปแบบความสุขสำหรับผู้สูงอายุ (ต่อ)

มิติ	กิจกรรม
ความสุขด้านที่ 3 : สุขสง่า	6. กิจกรรมสุขสง่า ภายใต้การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมองเห็นคุณค่าในตนเอง และสร้างกำลังใจตนเอง กิจกรรมนี้ก่อให้เกิดความภูมิใจในตนเอง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดี ทำให้สามารถลดโอกาสเสี่ยงและลดความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่อาจเกิดขึ้นได้ การดำเนินกิจกรรม 1) ให้ความรู้เรื่องสุขสง่า หมายถึง การสร้างความคิดเชิงบวก การเห็นคุณค่าในตนเอง การให้กำลังใจตนเอง นำไปสู่การมีสุขภาพจิตดี 2) ฝึกปฏิบัติกิจกรรมสุขสง่า 2.1) การเรียนรู้ตนเอง 2.2) การเข้าใจตนเอง 2.3) การเห็นคุณค่าในตนเอง 2.4) การมีพฤติกรรมใหม่ 2.5) การสะท้อนคุณค่าในตนเอง 3) สรุปถึงประโยชน์ของกิจกรรมสุขสง่า วิธีการประเมิน คือ สังเกตการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม และการตอบคำถามของผู้สูงอายุ 7. กิจกรรมสุขสง่า ภายใต้การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการเอื้อเฟื้อแบ่งปัน และมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้อื่นในสังคม กิจกรรมนี้ก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้อื่น และสร้างรายได้เสริมให้แก่ผู้สูงอายุส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดี ทำให้สามารถช่วยในการป้องกันและลดความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่อาจเกิดขึ้นได้ การดำเนินกิจกรรม 1) สูงวัยอาสาทำผลิตภัณฑ์ยาต้มสมุนไพรสดเพื่อชุมชน 2) สูงวัยอาสาทำผลิตภัณฑ์สบู่สมุนไพรเพื่อชุมชน 3) สูงวัยอาสาทำผลิตภัณฑ์แชมพูสมุนไพรเพื่อชุมชน ซึ่งเป็นการสร้างรายได้ให้แก่ผู้สูงอายุและเป็นการสร้างสินค้าราคาถูกมาแจกผู้บริโภคนในชุมชน และเป็นการช่วยชุมชนให้ได้ใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีราคาถูกและคุณภาพดี 4) สรุปถึงประโยชน์ของกิจกรรมสุขสง่าซึ่งนำไปสู่การป้องกันและลดความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่อาจเกิดขึ้นได้ และหาแนวทางปฏิบัติร่วมกันในการลดอุปสรรค ที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถดำเนินกิจกรรมสุขสง่าได้

ตารางที่ 1 แสดงมิติ และกิจกรรมที่เป็นองค์ประกอบของรูปแบบความสุขสำหรับผู้สูงอายุ (ต่อ)

มิติ	กิจกรรม
ความสุขด้านที่ 4 : สุขสว่าง	8. กิจกรรมสุขสว่าง ภายใต้การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถความจำของผู้สูงอายุ และชะลอความเสื่อมทางสมอง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดี ทำให้สามารถลดโอกาสเสี่ยงและลดความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่อาจเกิดขึ้นได้ การดำเนินกิจกรรม 1) ให้ความรู้เรื่องสุขสว่าง หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุด้านความจำช่วยในการชะลอความเสื่อมทางสมอง มีความสามารถในการสื่อสาร 2) ฝึกปฏิบัติกิจกรรมสุขสว่าง 2.1) การต่อเพลง 2.2) การทายคำจากภาพ 2.3) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ภาคภูมิใจ 3) สรุปถึงประโยชน์ของกิจกรรมสุขสว่าง วิธีการประเมิน คือ สังเกตการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม และการตอบคำถามของผู้สูงอายุ 9. กิจกรรมสุขสว่าง ภายใต้การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค เป็นกิจกรรมเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้ผู้สูงอายุสามารถสื่อสารและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลทางด้านสุขภาพได้ถูกต้องตามการดำเนินกิจกรรม 1) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของผู้สูงอายุโดยใช้สื่อออนไลน์ ได้แก่ ยูทูบ ภูเก็ต ในการสืบค้นข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพจากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ 2) สรุปถึงประโยชน์ของกิจกรรมสุขสว่างซึ่งนำไปสู่การป้องกันและลดความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่อาจเกิดขึ้นได้ และหาแนวทางปฏิบัติร่วมกันในการลดอุปสรรค ที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถดำเนินกิจกรรมสุขสว่างได้
ความสุขด้านที่ 5 : สุขสงบ	10. กิจกรรมสุขสงบ ภายใต้การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถรับรู้และเข้าใจความรู้สึกของตนเองและยอมรับสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงได้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดี ทำให้สามารถลดโอกาสเสี่ยงและลดความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่อาจเกิดขึ้นได้ การดำเนินกิจกรรม 1) ให้ความรู้เรื่องสุขสงบ หมายถึง การรับรู้อารมณ์ความรู้สึกของตนเอง การรู้จักควบคุมอารมณ์ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสุขสงบทางใจซึ่งจะทำให้ลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่อาจเกิดขึ้นได้ 2) ฝึกปฏิบัติกิจกรรมสุขสงบ 2.1) ฝึกการหายใจที่ถูกต้องวิธีเพื่อลดความเครียด 2.1) การฝึกสมาธิ 3) สรุปถึงประโยชน์ของกิจกรรมสุขสงบ วิธีการประเมิน คือ สังเกตการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม และการตอบคำถามของผู้สูงอายุ 11. กิจกรรมสุขสงบ ภายใต้การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการกับสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้น ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถผ่อนคลายให้เกิดความสุขสงบกับตนเองได้ การดำเนินกิจกรรม 1) การบริหารจัดการ 2) การฝึกคิดบวกโดยผ่านการถ่ายทอดประสบการณ์ร่วมกันของผู้สูงอายุ 3) สรุปถึงประโยชน์ของกิจกรรมสุขสงบซึ่งนำไปสู่การป้องกันและลดความรุนแรงของโรค ไม่ติดต่อเรื้อรังที่อาจเกิดขึ้นได้ และหาแนวทางปฏิบัติร่วมกันในการลดอุปสรรคที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถดำเนินกิจกรรมสุขสงบได้

วัตถุประสงค์ที่ 2 ผลการวิจัยพบว่า ประสิทธิภาพของรูปแบบความสุขสำหรับผู้สูงอายุมีรายละเอียดดังนี้

2.1 ผลการเปรียบเทียบระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังทดลองใช้รูปแบบดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังทดลองใช้รูปแบบ (n=42)

ระดับสุขภาพจิตผู้สูงอายุ	ก่อนทดลองใช้รูปแบบ		หลังทดลองใช้รูปแบบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป	17	40.5	33	78.6
สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป	25	59.5	9	21.4
สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป	0	0	0	0

จากตารางที่ 2 พบว่า ก่อนการทดลองผู้สูงอายุมีระดับสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 40.5 หลังการทดลองใช้รูปแบบพบว่าผู้สูงอายุระดับสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 78.6

2.2 ผลการเปรียบเทียบค่าความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ (n=42)

ผลการประเมินระดับสุขภาพจิตผู้สูงอายุ	$\bar{x}$	S.D.	t	p-value
ก่อนการทดลอง	2.40	0.496	3.964	.000
หลังการทดลอง	2.78	0.415		

p<0.05

จากตารางที่ 3 พบว่า ก่อนการทดลอง ผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยของสุขภาพจิต เท่ากับ 2.40 (S.D.=0.496) และภายหลังการทดลอง ผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยของสุขภาพจิต เท่ากับ 2.78 (S.D.=0.415) เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อน การทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < 0.000$)

2.3 ผลการเปรียบเทียบค่าความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพก่อน และ หลังการทดลองใช้รูปแบบ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ (n=42)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	เปรียบเทียบ		$\bar{x}$	S.D.	t	p-value
	ก่อนและหลัง	การทดลอง				
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	ก่อนการทดลอง		12.93	5.969	9.883	.000
	หลังการทดลอง		21.66	1.971		
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	ก่อนการทดลอง		14.31	4.588	11.537	.000
	หลังการทดลอง		22.35	1.750		
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค	ก่อนการทดลอง		19.50	3.344	8.300	.000
	หลังการทดลอง		23.83	1.208		
การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค	ก่อนการทดลอง		18.48	4.008	7.638	.000
	หลังการทดลอง		23.45	1.564		

p<0.05

จากตารางที่ 4 ก่อนการทดลองผู้สูงอายุมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 12.93 (S.D.= 5.969) และภายหลังการทดลอง ผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 21.66 (S.D.= 1.971) ก่อนการทดลองผู้สูงอายุมีการรับรู้ความรุนแรงของโรค ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.31 (S.D.= 4.588) และภายหลังการทดลอง ผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 22.35 (S.D.= 1.750) ก่อนการทดลองผู้สูงอายุ มีการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 19.50 (S.D.= 3.344) และภายหลังการทดลอง ผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 23.83 (S.D.= 1.208) ก่อนการทดลองผู้สูงอายุ มีการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 18.48 (S.D.= 4.008) และภายหลังการทดลอง ผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 23.45 (S.D.= 1.564) เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง ทั้ง 4 ตัวแปร พบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p<0.000$, $p<0.000$, $p<0.000$, $p<0.000$ ตามลำดับ)

2.4 ความพึงพอใจที่มีต่อรูปแบบความสุขสำหรับผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อรูปแบบความสุขสำหรับผู้สูงอายุ ด้านความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง ระดับมาก ($\bar{x}= 4.42$, S.D.= 0.658) ด้านความเป็นประโยชน์ และการสนองตอบต่อความต้องการของผู้ใช้ ระดับมากที่สุด ($\bar{x}= 4.67$, S.D.= 0.473) ด้านความเหมาะสม ระดับมากที่สุด ($\bar{x}= 4.70$, S.D.= 0.464) ด้านความถูกต้อง ครบคลุม ความน่าเชื่อถือ และได้สาระครบถ้วนตามความต้องการ ระดับมากที่สุด ($\bar{x}= 4.76$, S.D.= 0.479) และผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อรูปแบบความสุขสำหรับผู้สูงอายุ ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}= 4.6$, S.D.= 0.518)

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างและพัฒนาารูปแบบและทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบความสุขสำหรับผู้สูงอายุ สามารถนำมาอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ที่ 1 การสร้างและพัฒนาารูปแบบความสุขสำหรับผู้สูงอายุผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มที่มีส่วนได้ส่วนเสียตำบลบางม่วง อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี โดยใช้แนวคิดกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุ และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย มิติความสุขด้านที่ 1 : สุขสบาย มิติความสุขด้านที่ 2 : สุขสนุก มิติความสุขด้านที่ 3 : สุขสง่า มิติความสุขด้านที่ 4 : สุขสว่าง มิติความสุขด้านที่ 5 : สุขสงบ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุภาภรณ์ สมพาน (2564) ทำการศึกษาผลการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุด้วยโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ ชมรมผู้สูงอายุตำบลบวักค้าง อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ เปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ ในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ตำบลบวักค้าง อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 50 คน หลังเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างมีระดับความสุขมากกว่าคนทั่วไป และสอดคล้องกับงานวิจัยของ มณฑิยา ทักษณา และณัฐพล พุ่มอิม (2563) ผลของโปรแกรมสร้างสุขในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลบ้านม่วง อำเภอเนินมะปราง จังหวัดพิษณุโลก ผลการวิจัย พบว่าหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมทำให้ระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกายเพิ่มขึ้นจากระดับกลางเป็นระดับดีด้านจิตใจเพิ่มขึ้นจากระดับไม่ดีเป็นระดับดี 2. ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ที่ 2 การทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบความสุขสำหรับผู้สูงอายุ 1) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างของระดับสุขภาพจิตผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบความสุขสำหรับผู้สูงอายุ พบว่าก่อนทดลองใช้รูปแบบความสุขสำหรับผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับสุขภาพจิตดีที่ต่ำกว่าคนทั่วไป จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 40.50 หลังทดลองใช้รูปแบบ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับสุขภาพจิตดีที่ต่ำกว่าคนทั่วไป จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 78.60 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุภาภรณ์ สมพาน (2564) พบว่าผลการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุด้วยโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ ชมรมผู้สูงอายุตำบลบวักค้าง อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่าหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรม ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน มีระดับความสุขมากกว่าคนทั่วไป อีกทั้งยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ ทนงค์ดี มุลจันดา และทัศน พละไชย (2561) ได้ทำการศึกษา ผลการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยสุข 5 มิติ โรงเรียนผู้สูงอายุนาผาง ตำบลห้วย อำเภอบัณฑุมาชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญผลการวิจัยพบว่า หลังการเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีความสุขในภาพรวมคะแนนอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 48.42 รองลงมาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 35.79 2) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพก่อนและหลังทดลองใช้รูปแบบความสุขสำหรับผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค หลังการทดลองใช้รูปแบบมีคะแนนเฉลี่ยสูง

กว่าก่อนทดลองใช้รูปแบบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < 0.00$, $p < 0.00$, $p < 0.00$, $p < 0.00$ ตามลำดับ) สอดคล้องกับผลการวิจัยของ สุภาวดี พรหมแจ่ม (2559) ทำการศึกษาวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ถูกต้องมากกว่ากลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยระดับความเข้มข้นของโลหิตหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับผลการวิจัยของ กรรณิการ์ เงินดี (2564) ทำการศึกษาวิจัยเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา ผลการวิจัยพบว่าค่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($p < 0.001$, < 0.001 , < 0.001 , < 0.001 , < 0.001 และ 0.009 ตามลำดับ) 3) ความพึงพอใจที่มีต่อรูปแบบความสุขสำหรับผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อรูปแบบความสุขสำหรับผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.6$, S.D. = 0.518) ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของสุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน (2560) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับมากที่สุด และสอดคล้องกับการวิจัยของ นวรัตน์ ไชยชมภู และคณะ.(2562) รูปแบบการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลัก 3 อ ในโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลยุโป อำเภอเมือง จังหวัดยะลา ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจ ในการใช้รูปแบบมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ($M=5.00$, $SD=0.00$) รองลงมา คือ ส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ มีประโยชน์ต่อหน่วยงาน ($M=4.80$, $SD=0.44$) ส่วนความเป็นไปได้ในการนำมาใช้จริงมีคะแนนเฉลี่ย ($M=4.40$, $SD=0.54$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่ารูปแบบความสุขสำหรับผู้สูงอายุมีความเหมาะสม ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถนำรูปแบบความสุขสำหรับผู้สูงอายุไปใช้ในโครงการพัฒนาศูนย์การเรียนรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุของเทศบาลตำบลบางม่วง อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี

องค์ความรู้ใหม่จากการวิจัย

จากการวิจัยทำให้ได้รูปแบบในการสร้างความสุขสำหรับผู้สูงอายุ ที่สามารถส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถนำรูปแบบความสุข สำหรับผู้สูงอายุไปใช้ในโครงการพัฒนาศูนย์

การเรียนรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุของเทศบาลตำบลบางม่วง อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี ที่ประกอบด้วย 5 มิติ 11 กิจกรรม โดยผู้วิจัยขอเสนอ ดังภาพที่ 2

มิติความสุข ด้านที่ 1 : สุขภาพ

กิจกรรมที่ 1 เรียนรู้และเข้าใจร่วมกันเรื่องกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ สำหรับผู้สูงอายุ และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการสร้างเข้าใจร่วมกันใน กิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ สำหรับผู้สูงอายุ และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้พื้นฐาน ภาพรวมของกิจกรรม และประโยชน์ที่ได้รับการเข้าร่วมกิจกรรม

กิจกรรมที่ 2 สุขสบายภายใต้การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค การดำเนินกิจกรรม 1) ให้ความรู้เรื่อง สุขสบาย 2) การคำนวณค่าดัชนีมวลกาย (BMI) และประเมินสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ สรุปประโยชน์ของกิจกรรมสุขสบายที่ช่วยให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่อาจเกิดขึ้นได้

กิจกรรมที่ 3 สุขสบายภายใต้การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค การดำเนินกิจกรรม 1) เตรียมความพร้อมก่อนการออกกำลังกาย 2) ฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ สรุปประโยชน์ของกิจกรรมสุขสบายซึ่งสามารถป้องกันและลดความรุนแรงของโรคและแนวทางเพื่อลดอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถดำเนินกิจกรรมสุขสบายได้

มิติความสุข ด้านที่ 2 : สุขสนุก

กิจกรรมที่ 4 สุขสนุกภายใต้การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค การดำเนินกิจกรรม 1) ให้ความรู้เรื่องสุขสนุก 2) ฝึกปฏิบัติการกิจกรรมสุขสนุก คือ ร้องเพลง การรำสวส การหัวเราะบำบัด สรุปประโยชน์ของกิจกรรมสุขสนุกที่ช่วยให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่อาจเกิดขึ้นได้

กิจกรรมที่ 5 สุขสนุกภายใต้การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค การดำเนินกิจกรรม 1) ให้ความรู้เรื่องประโยชน์กิจกรรมสุขสนุก 2) ฝึกปฏิบัติการกิจกรรมสุขสนุก คือ การรำสวส การเดินตามตารางเก้าช่อง บริหารมือเพื่อกระตุ้นสมอง สรุปประโยชน์ของกิจกรรมสุขสนุกซึ่งสามารถป้องกันและลดความรุนแรงของโรคและแนวทางเพื่อลดอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถดำเนินกิจกรรมสุขสนุกได้

มิติความสุข ด้านที่ 3 : สุขสง่า

กิจกรรมที่ 6 สุขสง่าภายใต้การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค การดำเนินกิจกรรม 1) ให้ความหมายเรื่องสุขสง่า 2) ฝึกปฏิบัติการ สุขสง่า คือ การเรียนรู้ตนเอง การเข้าใจตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง การมีพฤติกรรมใหม่ การสะท้อนคุณค่าในตนเอง สรุปประโยชน์ของกิจกรรมสุขสง่าที่ช่วยให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่อาจเกิดขึ้นได้

กิจกรรมที่ 7 สุขสง่าภายใต้การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค การดำเนินกิจกรรม 1) ร่วมกันสรุปกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ มีคุณค่าในตนเอง และช่วยเหลือผู้อื่นในสังคม 2) ฝึกปฏิบัติการสุขสง่า คือ กิจกรรมส่งถ้วยสาธิตทำผลิตภัณฑ์ยาตรสมุนไพรสดเพื่อชุมชน กิจกรรมส่งถ้วยสาธิตทำผลิตภัณฑ์สมุนไพรสดเพื่อชุมชน กิจกรรมส่งถ้วยสาธิตทำผลิตภัณฑ์สมุนไพรสดเพื่อชุมชน สรุปประโยชน์ของกิจกรรมสุขสง่าซึ่งสามารถป้องกันและลดความรุนแรงของโรคและแนวทางเพื่อลดอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถดำเนินกิจกรรมสุขสง่าได้

มิติความสุข ด้านที่ 4 : สุขสว่าง

กิจกรรมที่ 8 สุขสว่างภายใต้การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค การดำเนินกิจกรรม 1) ให้ความรู้เรื่องสุขสว่าง 2) ฝึกปฏิบัติการกิจกรรมสุขสว่าง คือ กิจกรรมต่อเพลง กิจกรรมทายคำจากภาพ กิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ภาคภูมิใจ สรุปประโยชน์ของกิจกรรมสุขสว่างที่ช่วยให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่อาจเกิดขึ้นได้

กิจกรรมที่ 9 สุขสว่างภายใต้การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค การดำเนินกิจกรรม 1) ให้ความรู้เรื่องประโยชน์กิจกรรมสุขสว่าง 2) ฝึกปฏิบัติการกิจกรรมสุขสว่าง คือ ฝึกปฏิบัติการใช้สื่อออนไลน์เพื่อสร้างความรู้ด้านสุขภาพ สรุปประโยชน์ของกิจกรรม สุขสว่าง ซึ่งสามารถป้องกันและลดความรุนแรงของโรคและแนวทางเพื่อลดอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถดำเนินกิจกรรมสุขสว่างได้

มิติความสุข ด้านที่ 5 : สุขสงบ

กิจกรรมที่ 10 สุขสงบภายใต้การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค การดำเนินกิจกรรม 1) ให้ความรู้เรื่องสุขสงบ 2) ฝึกปฏิบัติการกิจกรรมสุขสงบ คือ หัวเราะบำบัด ผักสด ผักสมายี สรุปประโยชน์ของกิจกรรมสุขสงบที่ช่วยให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่อาจเกิดขึ้นได้

กิจกรรมที่ 11 สุขสงบภายใต้การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค การดำเนินกิจกรรม 1) ให้ความรู้เรื่องประโยชน์กิจกรรมสุขสงบ 2) ฝึกปฏิบัติการกิจกรรมสุขสงบ คือ การฝึกการหายใจที่ถูกต้องเพื่อลดความเครียด การบริหารจัดการ สรุป ประโยชน์ของกิจกรรมสุขสงบซึ่งสามารถป้องกันและลดความรุนแรงของโรคและแนวทางเพื่อลดอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถดำเนินกิจกรรมสุขสงบได้

ภาพที่ 2 แสดงรูปแบบความสุขสำหรับผู้สูงอายุ

สรุป

รูปแบบความสุขสำหรับผู้สูงอายุ โดยใช้วิธีการวิจัยแบบผสมวิธี ได้ทำการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนารูปแบบความสุขสำหรับผู้สูงอายุกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ตำบลบางม่วง อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ และการทดลองใช้รวมทั้งการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบความสุขสำหรับผู้สูงอายุกับผู้สูงอายุที่อาศัย ในตำบลบางม่วง อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถนำมาใช้ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ผลจากการวิจัยในครั้งนี้ทำให้ได้รูปแบบสร้างความสุขสำหรับผู้สูงอายุ ที่เหมาะสำหรับการนำไปใช้ในกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีนำไปสู่การเป็นบุคคลที่มีคุณค่าต่อครอบครัวและสังคม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้

ควรนำรูปแบบความสุขสำหรับผู้สูงอายุ ไปใช้เพื่อพัฒนาศูนย์การเรียนรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุของเทศบาลตำบลบางม่วง อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดี

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษากับผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเทศบาลต่าง ๆ ในจังหวัดนนทบุรี
2. ควรมีการขยายผลการศึกษารูปแบบความสุขสำหรับผู้สูงอายุ ในกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2562). *มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่องสังคมสูงอายุ*. (ฉบับปรับปรุง) (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: อมรินทร์ พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2564). *สถิติผู้สูงอายุ : สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 จังหวัด*. ณ.วันที่ 31 ธันวาคม 2564. สืบค้นจาก <https://www.dop.go.th/th/know/1>.
- กรมสุขภาพจิต. (2564). *แบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสั้น*. สืบค้นจาก <https://www.dmd.go.th>.
- กรมอนามัย. (2565). *ฐานข้อมูลกรมอนามัย*. สืบค้นจาก <https://dohdatacenter.anamai.moph.go.th/coverpage/index.php?r=groupdata/index&group=1&id=4>.

- กรรณิการ์ เงินดี. (2564). *ทำการศึกษาวิจัยเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา*(วิทยานิพนธ์สาขารัฐศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยพะเยา.
- กิตติศักดิ์ เมืองหนู. (2557). การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับกระบวนการกลุ่มในการให้ความรู้ทางสุขภาพ. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 1(3), 1-14
- จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. (2561). *พฤติกรรมสุขภาพ แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ชัชฎาภรณ์ สมศรี. (2564). การพัฒนารูปแบบของกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติในผู้สูงอายุที่มีความจำบกพร่องเบื้องต้น และศึกษา. *วารสารโรงพยาบาลนครพนม*, 8(2), 78-93.
- ณัฐนันท์ คำพิริยพงษ์ และศิริพันธ์ุ สาสัตย์. (2560). ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารแพทยนาวิ*, 44(3), 67-83.
- ทองศักดิ์ มูลจันดา และ ทัดถณ พลไชย. (2561). ศึกษาผลการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยสุข 5 มิติ โรงเรียนผู้สูงอายุนาผาง ตำบลห้วย อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์*, 2(2), 14-29.
- ทิตาวดี สิงห์โค. (2563). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค หลอดเลือดสมองและการรับรู้ประโยชน์ของการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง*(วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- ทิตนา แหมมณี. (2545). *ศาสตร์ การสอน: องค์ความรู้ เพื่อจัดกระบวนการเรียนรู้*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นภา พวงรอด. (2558). การศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี. *วารสารสงขลา นครินทร์ ฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์*, 2(1), 63-74.
- นวรรตน์ ไชยมภู, สุนีย์ เกรานวล, รัตติกรณ บุญทัศน์ และ เดียร์นา แม้ง. (2562). รูปแบบการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลัก 3 อ ในโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลยุโป อำเภอเมือง จังหวัดยะลา. *คณะวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและการเกษตร มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา*.
- นิธิพงศ์ ศรีเบญจมาศ และ กิ่งแก้ว ลำรวยรีน (2564) *ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก*. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย*, 15(1), 155-166.
- ประทีป ทับอรรถานนท์. (2562). *สถิติของผู้สูงอายุในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: กรุงเทพมหานคร พับลิชชิง.

มณเฑียร ทักขณา และ ณัฐพล พุ่มอิม. (2563). ผลของโปรแกรมสร้างสุขในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลบ้านม่วง อำเภอเนินมะปราง จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร*, 1(2), 54-63.

มาร์เก็ตเธียร์. (2565). สถิติผู้สูงอายุไทยปี 65 จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง แต่อัตราการเกิดต่ำ.

สืบค้นจาก <https://marketeeronline.co/archives/272771>.

รัชณี โตอาจ. (2565). สังคมผู้สูงอายุ : นัยต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ. สืบค้นจาก

<https://www.stou.ac.th/stouonline/lom/data/sec/Lom12/05-04-02.html>.

ลัญจศักดิ์ อรรถขยายกร. (2563). การดูแลสุขภาพกายและใจให้สมดุล โรงพยาบาลมหารมย์. สืบค้นจาก

https://www.manarom.com/blog/Balance_mind_and_body.html

วิศรดา อินทรแสน. (2562). การพัฒนารูปแบบสังคมผู้สูงอายุด้านความสุข ในยุคไทยแลนด์ 4.0.

(วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต). มหาวิทยาลัยศิลปากร.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมสรุปผลที่สำคัญ. (2563). การสำรวจ

สุขภาพจิต (ความสุข) ของคนในประเทศไทย พ.ศ. 2563. กรุงเทพฯ.: บางกอก บล็อก

สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2560). คู่มือวิทยาการจัดกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ

สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน. โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.

สุภาภรณ์ สมพาน. (2564). ผลการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุด้วยโปรแกรมสร้างสุข 5 มิติ ชมรม

ผู้สูงอายุตำบลบวักค่าง อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่. สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด

เชียงใหม่. สืบค้นจาก https://www.chiangmaihealth.go.th/all_academic.php?pages=2\.

สุภาวดี พรหมแจ่ม. (2559). ผลของโปรแกรมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะ

แทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง(วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต).

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล. (2557). สังคมผู้สูงอายุ...กับความท้าทายของการจัดการด้านสุขภาพ.

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

สืบค้นจาก https://www.hitap.net/wp-content/uploads/2014/12/PB_Elderly-Survey-2556-Final.pdf

สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน. (2560). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอ

วารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 9(3), 57-69.

อนัญญา เดชะคำภู. (2560). ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาความสุข 5 มิติในผู้สูงอายุ: กรณีศึกษา

ในผู้สูงอายุ ตำบลกระหวั่น อำเภอบึงนาราง จังหวัดนครสวรรค์. การประชุมวิชาการผลงานวิจัย

บัณฑิตศึกษา ระดับชาติและระดับนานาชาติ. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- อัชฌาณี สิงขโรทัย. (2560). ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูง โดยการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ตำบลเขาพนม อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่. *วารสารการพัฒนาศาสนาชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 5(2), 259–279
- อาภาพร เพาวัฒนา. (2554). *การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนการประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีการปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: คลังน่านาวิทยา.
- Bardo, J.W., & Hartman, J.J. (1982). *Urban Society: A Systemic Introduction*. New York: Peacock.
- Rosenstock, I.M. (1974) Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2, 328–335. <https://doi.org/10.1177/109019817400200403>