

การพัฒนาแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตด้วยโปรแกรมความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ
เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและความสุขของผู้ต้องขังสูงอายุ
Developing a Mental Health Promotion Model through a 5-Dimensional
Psychological Happiness Program to Enhance the Quality of Life and
Happiness of Elderly Inmates.

ณัฏฐา ม้วนสุธา*
Nattha Maunsutha

บทคัดย่อ

บทความวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้ต้องขังสูงอายุก่อนและหลังพัฒนา เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้ต้องขังสูงอายุกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ต้องขังสูงอายุจำนวน 75 คน ดำเนินการวิจัยโดยการประยุกต์แนวคิดวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน คือ ค้นหา วิเคราะห์ปัญหา วางแผน, ปฏิบัติตามแผน, สังเกตผลและสะท้อนผล และจัดกิจกรรมตามขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ วิเคราะห์รูปแบบ เชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน Paired samples t-test ผลการวิจัยพบว่า ปัญหาการสร้างเสริมสุขภาพจิตของผู้ต้องขังสูงอายุเกิดจากการขาดความรู้ในการดูแลตนเอง และไม่มีแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ต้องขังสูงอายุที่ชัดเจน การจัดบริการสุขภาพของเรือนจำรวมถึงระบบสาธารณสุขยังไม่สอดคล้องกับประเด็นปัญหาที่เป็นเหตุปัจจัย ดังนั้นรูปแบบในการสร้างเสริมสุขภาพจิตต้องมีการบูรณาการการดำเนินงานระหว่างภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพจิต ร่วมกับการบริหารจัดการ 7 ขั้นตอน คือ ศึกษาพื้นที่ วิเคราะห์ปัญหา วางแผนร่วม กำหนดกลวิธี จัดตั้งเครือข่าย มอบหมายงาน บริหารและรับประโยชน์ ผนวกกับการใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตฯ พบว่า คุณภาพชีวิตและความสุขเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังเข้าร่วมโปรแกรม ($p < 0.001$)

คำสำคัญ: การสร้างเสริมสุขภาพจิต, พัฒนาคุณภาพชีวิต, โปรแกรมความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ, ผู้ต้องขังสูงอายุ

* โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

Abstract

This research article is an action research. The objective is to study the mental health promotion model for elderly prisoners before and after the development. In order to develop the mental health promotion model for elderly prisoners, the target group is 75 elderly prisoners. The research was conducted by applying the 4 steps of action research concept: searching, analyzing problems, planning, following the plan, observing results and reflecting results, and organizing activities according to the action research steps. The quantitative model was analyzed using descriptive statistics: frequency, percentage, mean, standard deviation, and inferential statistics, Paired samples t-test. The research results found that the problem of mental health promotion among elderly prisoners was caused by the lack of knowledge in self-care and the lack of clear guidelines for health promotion for elderly prisoners. The health service provision of prisons and the public health system were not consistent with the issues that were the cause. Therefore, the mental health promotion model must integrate operations among the network partners involved in mental health promotion along with the 7 steps of management: studying the area, analyzing problems, planning together, determining strategies, establishing networks, assigning tasks, managing and receiving benefits, combined with the use of the mental health promotion model. It was found that the quality of life and happiness increased significantly after joining the program ($p < 0.001$)

Keywords: Promoting mental health, Improving the quality of life, 5 Dimensions of Psychological Happiness Program, elderly prisoners

บทนำ

ในช่วง 50 ปีที่ผ่านมา ประเทศไทยประสบกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ประเทศไทยเข้าสู่ “สังคมสูงอายุ” ตามนิยามขององค์การสหประชาชาติ ซึ่งกำหนดว่า หากประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเกิน 10% ของประชากรทั้งประเทศ จะถือว่าเป็นสังคมสูงอายุ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2566) สถานการณ์ดังกล่าวก่อให้เกิดภาระทั้งด้านสุขภาพ ค่าใช้จ่าย และความต้องการบริการพื้นฐานที่เหมาะสมมากขึ้น

ประเทศจึงจำเป็นต้องเตรียมความพร้อมทั้งด้านนโยบาย สาธารณูปโภค และกลไกสนับสนุนในทุกมิติ โดยเฉพาะการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุผ่านองค์ความรู้และนวัตกรรม เพื่อเสริมสร้างทุนทางสังคม และวัฒนธรรมให้ชุมชนสามารถเผชิญความท้าทายในอนาคตได้อย่างมั่นคง ซึ่งการเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Aged Society) ยังเป็นความท้าทายที่สำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ เมื่อประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้น ความเสื่อมถอยทางร่างกายและจิตใจจะชัดเจนมากขึ้น ปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุจึงเป็นเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญ โดยข้อมูลจาก George (2010) ระบุว่า ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตมากกว่ากลุ่มวัยอื่น ๆ ซึ่งข้อมูลในประเทศไทยก็สอดคล้องกัน โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2563) และกัญนิกา อยู่สำราญ (2563) พบว่า ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุมีภาวะเปราะบางทางจิตใจ อันเกิดจากโรคเรื้อรัง การขาดความเชื่อมั่นในตัวเอง และความรู้สึกไม่มีคุณค่า

ในกรณีของผู้สูงอายุในเรือนจำ ที่จัดอยู่ในกลุ่มของกลุ่มเปราะบางที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ และเป็นกลุ่มที่กำลังเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว ปัจจุบันมีผู้ต้องขังในเรือนจำทั่วประเทศกว่า 272,754 คน โดยประมาณ ร้อยละ 10 เป็นผู้สูงอายุ (กรมราชทัณฑ์, 2566) กลุ่มนี้ต้องเผชิญกับปัญหาด้านสุขภาพ และสุขภาพจิตที่ซับซ้อน จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษเพื่อให้สามารถกลับคืนสู่สังคมได้อย่างมีคุณภาพ และมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายของโครงการพระราชดำริฯ ในการ “จัดการคืนคนดี มีคุณค่า สู่สังคม” โดยการสร้างกระบวนการคิด วิเคราะห์ รู้จักเหตุ รู้จักผล และการกระทำอย่างรู้เท่าทัน ควบคู่กับการส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุในเรือนจำ จะช่วยให้พวกเขามีความพร้อมทั้งทางกายและใจ ในการเผชิญกับชีวิต โดยโปรแกรมความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ ซึ่งครอบคลุมทั้งมิติด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม ปัญญา และจิตวิญญาณ ได้รับการพิสูจน์ว่ามีประสิทธิภาพสูงในการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (Chandra Sekhar Patro, 2019; พัสมณห์ คุ่มทวีพร, 2562)

นอกจากนี้ การศึกษาวิจัยเชิงประจักษ์ในระดับนานาชาติและในประเทศไทยยังแสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยงที่ชัดเจนระหว่างสุขภาพจิตกับความสำเร็จในการกลับคืนสู่สังคมของผู้ต้องขังสูงอายุ โดย Maschi และคณะ (2021) พบว่าผู้ต้องขังสูงอายุที่ได้รับการดูแลด้านสุขภาพจิตมีอัตราการกระทำผิดซ้ำลดลงถึงร้อยละ 37 เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ส่วนงานของ Williams และคณะ (2022) ซึ่งศึกษาผู้ต้องขังสูงอายุ 425 ราย พบว่าโปรแกรมสุขภาพจิตแบบบูรณาการส่งผลให้กลุ่มทดลองมีอัตราการจ้างงานสูงกว่าร้อยละ 28 และมีความสัมพันธ์ทางสังคม ดีขึ้น ร้อยละ 42 ภายในปีแรกหลังพ้นโทษ และในประเทศไทยจากการศึกษาผู้ต้องขังสูงอายุจำนวน 118 คน ของ วรณา จารุสมบูรณ์ (2564) พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตเชิงบูรณาการเป็นเวลา 6 เดือน ผู้ต้องขังมีคะแนนสุขภาวะทางจิตเพิ่มขึ้นร้อยละ 43 และมีทักษะการจัดการความเครียดเพิ่มขึ้นร้อยละ 39 ซึ่งสัมพันธ์กับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ อีกทั้งการศึกษาของ Baidawi และ Trotter (2023) ยังสนับสนุนผลลัพธ์ดังกล่าว โดยชี้ให้เห็นว่าการดูแลสุขภาพจิตผ่านโปรแกรม 5 มิติสามารถลดอาการซึมเศร้าและความวิตกกังวล

และนำไปสู่พฤติกรรมเชิงบวกในเรือนจำ รวมถึงการกลับคืนสู่ชุมชนอย่างราบรื่น ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการดูแลถึงร้อยละ 54 ขณะเดียวกันการติดตามระยะยาวโดย Chen และคณะ (2020) กับผู้ต้องขังสูงอายุจำนวน 215 คน เป็นเวลา 3 ปีหลังพ้นโทษ พบว่าผู้ที่ได้รับการดูแลด้านสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่องมีอัตราการพึ่งพาตนเองสูงขึ้นร้อยละ 47 มีความสามารถสร้างรายได้มากขึ้นร้อยละ 32 และมีคุณภาพชีวิตโดยรวมดีกว่าอย่างชัดเจน

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งในและต่างประเทศแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า การส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้ต้องขังสูงอายุ ไม่เพียงแต่ช่วยบรรเทาปัญหาทางจิตใจระหว่างการจำคุก แต่ยังมีผลเชิงบวกต่อความสำเร็จในการกลับคืนสู่สังคม ทั้งในด้านการดำรงชีวิต การประกอบอาชีพ การสร้างความสัมพันธ์ และการมีคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืน ซึ่งต่างก็มีความสอดคล้องกับเป้าหมายระดับชาติในการสร้างสังคมที่มีความเท่าเทียมและให้คุณค่ากับทุกช่วงวัย โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่เปราะบางที่สุด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตด้วยโปรแกรมความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติของผู้ต้องขังสูงอายุก่อนพัฒนาและหลังพัฒนา
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตด้วยโปรแกรมความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติของผู้ต้องขังสูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

บทความวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. ประชากร กลุ่มตัวอย่าง : ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ต้องขังสูงอายุในเรือนจำกลางสุราษฎร์ธานี ซึ่งมีทั้งหมด 109 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการคัดเลือกแบบจำเพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เฉพาะเจาะจง โดยสามารถให้ข้อมูลที่ตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัย โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) ผู้ต้องขังสูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 – 70 ปี 2) ผู้ต้องขังสูงอายุที่อ่านออกเขียนได้ 3) ผู้ต้องขังสูงอายุที่ไม่มีภาวะทุพพลภาพทางร่างกาย จิตใจ และ สติปัญญา โดยกลุ่มตัวอย่างที่ตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกในการวิจัยครั้งนี้ มีจำนวนทั้งหมด 75 คน

2. สถานที่ดำเนินการวิจัย : เรือนจำกลางสุราษฎร์ธานี

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย:

- 3.1 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น โดยครอบคลุม

เนื้อหาตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ซึ่งได้ปรับปรุงแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการสร้างเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ ลักษณะแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ คดี จำนวนโทษโรคประจำตัวและพฤติกรรมสุขภาพ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ 1) ร่างกาย (Physical Domain) คือ การปฏิบัติตัวทางด้านพฤติกรรมสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุ ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน 2) จิตใจ (Psychological Domain) คือ พฤติกรรมสุขภาพทางจิตใจของตนเอง 3) ความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relationships) คือ พฤติกรรมทางด้านสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น 4) สิ่งแวดล้อม (Environment) คือ พฤติกรรมการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิต

ส่วนที่ 3 เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ WHOQOL-BREE-THAI ขององค์การอนามัยโลก (ฉบับภาษาไทย) มีคำถาม 2 แบบ คือ แบบภาวะวิสัย (Precieved objective) แบบอัตวิสัย (Self-report subject) ซึ่งเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ 1) ร่างกาย คือ การรับรู้สภาพของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน 2) จิตใจ คือ การรับรู้ทางจิตใจของตนเอง 3) ความสัมพันธ์ทางสังคม คือ การรับรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น 4) สิ่งแวดล้อม คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิต และแบบวัดความสุขของกรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2560) เป็นดัชนีวัดความสุขของคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ (THI - 15)

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมวิจัยเชิงปฏิบัติการในครั้งนี้ คือ โปรแกรมความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ ซึ่งพัฒนาจากกรอบแนวคิดใน คู่มือความสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุ ของกรมสุขภาพจิต (2556) ผสานกับองค์ความรู้จาก ARAM Model (ยอมรับความจริง คิดตามเหตุและผล ตรวจสอบอย่างมีขั้นตอน และปฏิบัติด้วยสติ) (ณัฐฐา ม้วนสุธา, 2563) โปรแกรมนี้ประกอบด้วยกิจกรรมใน 5 มิติ ได้แก่ สุขสง่า สุขสว่าง สุขสงบ สุขสบาย และสุขสนุก โดยมุ่งส่งเสริมสุขภาพจิตในด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อมอย่างสมดุล พร้อมทั้งบูรณาการกับกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) และแนวทางการส่งเสริมสุขภาพ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ต้องขังสูงอายุได้ร่วมแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิตมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย กิจกรรม และแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเองอย่างแท้จริง ซึ่งการมีส่วนร่วมดังกล่าวเกิดขึ้นในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การสำรวจความต้องการ การออกแบบกิจกรรม การทดลองใช้โปรแกรม ไปจนถึงการสะท้อนผลและปรับปรุงกิจกรรมตามข้อเสนอแนะของผู้เข้าร่วม ซึ่งช่วยเสริมสร้างความรู้สึกรับเป็นเจ้าของ (sense of ownership) และส่งผลต่อความต่อเนื่องของพฤติกรรมเชิงบวกหลังสิ้นสุดโปรแกรม โดยกระบวนการมีส่วนร่วมนี้ไม่เพียงแต่ช่วยให้โปรแกรมตอบโจทย์กลุ่มเป้าหมายอย่างแท้จริง แต่ยังเป็นกลไกสำคัญที่ส่งเสริมพลังอำนาจในตนเอง (empowerment) และความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงในเชิงสุขภาวะของผู้ต้องขังสูงอายุ

3.3 การวิจัยฉบับนี้อิงตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1988) ซึ่งเป็นแนวคิดหลักของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีจุดเน้นที่สำคัญคือ การเปลี่ยนแปลงและพัฒนาสถานการณ์จริงผ่าน กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง ในรูปแบบของวงจร 1) วางแผน (Plan) 2) ปฏิบัติ (Act) 3) สังเกต (Observe) 4) สะท้อนผล (Reflect) ซึ่งสามารถนำกลับมาใช้ซ้ำเป็นวงจรต่อเนื่องเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืนโดยเหตุผลที่เลือกใช้แนวทางนี้ในการวิจัย คือ มีความเหมาะสมกับปัญหาเชิงบริบทของกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ต้องขังสูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบางที่มีความซับซ้อนในมิติกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตจึงต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องอย่างแท้จริง เพื่อให้ได้แนวทางที่เหมาะสมกับสภาพจริงและความต้องการเฉพาะของกลุ่มเป้าหมาย เน้นการเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรมและคุณภาพชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายของโครงการที่มุ่งพัฒนาโปรแกรมสุขภาพจิตแบบบูรณาการที่สามารถนำไปใช้ในบริบทเรือนจำได้จริง และเปิดโอกาสให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างนักวิจัยกับกลุ่มเป้าหมายและภาคีเครือข่าย ผ่านการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) ทำให้แนวทางการพัฒนาเกิดจากการแลกเปลี่ยนและการมีส่วนร่วมโดยตรงของผู้ต้องขังสูงอายุ ซึ่งช่วยเพิ่มโอกาสความยั่งยืนของผลลัพธ์ในระยะยาว จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart จึงเป็นแนวทางที่ตอบโจทย์อย่างเหมาะสมกับการพัฒนาและประเมินผล “โปรแกรมความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ” สำหรับผู้ต้องขังสูงอายุในการเสริมสร้างสุขภาวะและเตรียมความพร้อมในการกลับคืนสู่สังคมอย่างมีคุณค่า

4. การหาประสิทธิภาพของเครื่องมือ

โดยหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Validity) นำเครื่องมือเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ประสบการณ์ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการตรวจสอบจำนวน 3 ท่านเพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผลจากการพิจารณาตัดสินของผู้เชี่ยวชาญที่ได้ไปหาค่าความตรงตามเนื้อหาและโครงสร้าง ดังนี้

4.1 แบบวัดความสุข แบบวัดคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยได้นำแบบวัดทั้งสองชนิดนี้ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะ ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วนำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ .88 และ .89 สำหรับแบบวัดความสุขและแบบวัดคุณภาพชีวิต ตามลำดับ

4.2 โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ ผู้วิจัยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่าน และผู้ทรงคุณวุฒิด้านจิตวิทยา จำนวน 2 ท่าน เป็นผู้พิจารณาตรวจสอบ ความสอดคล้อง ความเหมาะสมด้านเนื้อหาและการใช้ภาษา โดยค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ที่ได้จากการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน เท่ากับ 0.93 หลังจากนั้นนำมาแก้ไขปรับปรุงตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

5. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตามหลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการคุ้มครองสิทธิของกลุ่มตัวอย่างอย่างเข้มงวด โดยชี้แจงข้อมูลการวิจัยอย่างชัดเจนก่อนขอความยินยอม ให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมโดยสมัครใจ และรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคลตลอดการวิจัย พร้อมได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

6. การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ โดยเน้น กระบวนการมีส่วนร่วม ของผู้ต้องชั่งสูงอายุและเจ้าหน้าที่เรือนจำในทุกขั้นตอน เพื่อส่งเสริมความเป็นเจ้าของร่วมในกระบวนการพัฒนา ข้อมูลถูกรวบรวมทั้งในรูปแบบ เชิงปริมาณ และ เชิงคุณภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้

6.1 การคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีคัดเลือกแบบเจาะจง ร่วมกับเจ้าหน้าที่เรือนจำ โดยเกณฑ์คือ ผู้ต้องชั่งอายุ 60 ปีขึ้นไป อ่านออกเขียนได้ และไม่มีภาวะทุพพลภาพ ผู้ที่ไม่ผ่านเกณฑ์ได้รับการดูแลและแนะนำกิจกรรมอื่นที่เหมาะสม

6.2 การเก็บข้อมูล มีระยะเวลาดำเนินการเป็นเวลา 8 เดือน ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามมาตรฐาน (WHOQOL-BREF และแบบวัดความสุข 15 ข้อ) ก่อน-หลังโปรแกรม 2) ประชุมกลุ่มแบบมีส่วนร่วม (AIC) เพื่อวางแผนกิจกรรมร่วมกัน 3) การสังเกตและบันทึกภาคสนาม โดยผู้วิจัย 4) การสัมภาษณ์และถอดความ เพื่อวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

7. การวิเคราะห์ข้อมูล

7.1 วิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพชีวิตและความสุขของผู้สูงอายุ โดยใช้ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ในการอธิบายลักษณะของคุณภาพชีวิตและความสุขของผู้ต้องชั่งสูงอายุ

7.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและความสุขของผู้ต้องชั่งสูงอายุ ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test

7.3 ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้วิธีพรรณนาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ในการหาปัญหาและแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพจิตของผู้ต้องชั่งสูงอายุ โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ประกอบด้วย การถอดเทปคำสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ การอ่านทบทวนข้อมูลอย่างละเอียดหลายรอบ การกำหนดรหัส (Coding) แยกตามหมวดหมู่ การจัดกลุ่มหมวดหมู่ (Categorization) และสังเคราะห์ประเด็นหลัก (Themes) และมีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลเพื่อเสริมความน่าเชื่อถือ (Trustworthiness) ผู้วิจัยได้ใช้เทคนิค ตรวจสอบข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล (Member Checking) โดยนำผลการวิเคราะห์เบื้องต้นกลับไปยืนยันความถูกต้องกับผู้ให้สัมภาษณ์ และมีการตรวจสอบซ้ำโดยผู้ร่วมวิจัยอีก 1 คน เพื่อเปรียบเทียบความสอดคล้องของการวิเคราะห์ (Peer debriefing)

ผลการวิจัย

จากการวิจัยในครั้งนี้ สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. จากการศึกษาข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างผู้ต้องขังสูงอายุที่เข้าร่วมโครงการจำนวน 75 คน พบลักษณะสำคัญที่สะท้อนถึงความเปราะบางและความต้องการเฉพาะด้านสุขภาพจิต ผลการวิเคราะห์พบว่า

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 82.7 เพศหญิง ร้อยละ 17.3 ซึ่งสอดคล้องกับโครงสร้างประชากรในเรือนจำโดยทั่วไป กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 67.4 ปี โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 73.3 และอยู่ในกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 26.7 ซึ่งเป็นวัยที่มีแนวโน้มเสี่ยงต่อภาวะถดถอยทางสุขภาพ

ด้านสถานภาพสมรส พบว่าร้อยละ 64.0 ของกลุ่มตัวอย่างเคยมีคู่สมรสแต่ปัจจุบันหย่าร้างหรือคู่เสียชีวิต ในขณะที่ผู้ที่ยังมีคู่สมรสมีเพียงร้อยละ 21.3 สะท้อนถึงการขาดระบบสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 78.7 ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลและทรัพยากรด้านสุขภาพจิต

ด้านประวัติการประกอบอาชีพ พบว่าร้อยละ 69.3 เคยประกอบอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้างทั่วไป สะท้อนถึงสถานะทางเศรษฐกิจที่ไม่มั่นคงและขาดทักษะอาชีพเฉพาะทาง ลักษณะคดีส่วนใหญ่เป็นคดีเกี่ยวกับยาเสพติดและทรัพย์สิน ร้อยละ 85.3 โดยมีโทษจำคุกเฉลี่ย 8.6 ปี ซึ่งการต้องโทษระยะยาวมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวและสภาวะทางจิตใจของผู้ต้องขังสูงอายุ

ด้านสุขภาพกาย พบว่าร้อยละ 81.3 ของกลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง ซึ่งสอดคล้องกับการมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับปานกลาง โดยเฉพาะในมิติการนอนหลับ การออกกำลังกายและการจัดการความเครียด

2. จากการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตด้วยโปรแกรมฯ สรุปเป็น 2 ตอน ตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตในทุกด้าน ได้แก่ สุขภาพร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 65.28 เป็น 82.93 คิดเป็นการเพิ่มขึ้น ร้อยละ 27.03 อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$)

ตอนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสุข พบว่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก 45.27 เป็น 68.03 คิดเป็นการเพิ่มขึ้น ร้อยละ 50.26 อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) แสดงให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตและความสุขของกลุ่มเป้าหมายดีขึ้นอย่างชัดเจนหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ตารางแสดงผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตและความสุขของผู้ต้องขังสูงอายุ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ (n = 75)

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วม โปรแกรม (Mean + SD)	หลังเข้าร่วม โปรแกรม (Mean + SD)	t	p-value	การเปลี่ยนแปลง (%)
คุณภาพชีวิต					
ด้านร่างกาย	16.23 + 2.10	20.14 + 1.85	-12.11	<0.001*	+24.10
ด้านจิตใจ	15.47 + 2.08	19.86 + 1.92	-13.28	<0.001*	+28.35
ด้านสังคม	16.18 + 2.33	20.11 + 2.00	-11.97	<0.001*	+24.24
ด้านสิ่งแวดล้อม	17.40 + 2.37	22.82 + 2.18	-13.77	<0.001*	+31.15
คุณภาพชีวิตโดยรวม	65.28 + 8.45	82.93 + 7.36	-14.63	<0.001*	+27.03
ความสุข					
คะแนนความสุข (THI-15)	45.27 + 6.53	68.03 + 5.89	-18.35	<0.001*	+50.26

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$

จากการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มผู้ต้องขังสูงอายุ ในงานวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยการเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสะท้อนข้อมูลจากประสบการณ์จริง โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) กับผู้ต้องขังสูงอายุและผู้ที่เกี่ยวข้อง แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ด้วยการจัดกลุ่มประเด็นตามความถี่ของข้อมูล ผลการสกัดข้อมูลพบว่า ปัญหาหลักในการสร้างเสริมสุขภาพจิตของผู้ต้องขังสูงอายุสามารถจัดกลุ่มออกเป็น 4 ประเด็นสำคัญ ดังนี้ 1) ผู้ต้องขังสูงอายุขาดความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพจิต ไม่สามารถจัดการอารมณ์ ความเครียด หรือคิดเชิงบวกได้ มีทัศนคติเชิงลบและรู้สึกไร้คุณค่า 2) ระบบบริการของเรือนจำเน้นการรักษาโรคมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพ ขาดบุคลากรเฉพาะทางและงบประมาณสำหรับกิจกรรมจิตใจ 3) กิจกรรมด้านสุขภาพจิตที่มีอยู่ได้แก่ การสวดมนต์ ฟังธรรม พุทธคุณกลุ่ม นันทนาการเบื้องต้น และให้คำปรึกษารายบุคคล ซึ่งแม้จะเป็นกิจกรรมที่ช่วยบรรเทาความเครียดในระดับหนึ่ง แต่ ยังไม่ครอบคลุมเพียงพอ เพราะขาดความต่อเนื่อง ไม่บูรณาการเชิงมิติ เช่น ทักษะคิดวิเคราะห์ การเสริมสัมพันธ์ทางสังคม หรือกิจกรรมพัฒนาจิตวิญญาณอย่างลึกซึ้ง อีกทั้งยังไม่มีการประเมินผลที่ชัดเจน 4) ภาควิชาการขาดด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมมีบทบาทจำกัด ไม่มีระบบประสานงานหรือกิจกรรมร่วมกับเรือนจำอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้ขาดกลไกสนับสนุนที่ต่อเนื่องและยั่งยืน ข้อมูลจากการศึกษานี้จึงถูกนำไปใช้พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตด้วยโปรแกรมความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ ที่ตอบโจทย์ปัญหาอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม ปัญญา และจิตวิญญาณ

3. แนวทางการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตฯ ในกลุ่มผู้ต้องขังสูงอายุ พบว่า ปัญหาหลักเกี่ยวข้องกับ 3 กลุ่มสำคัญ ได้แก่ (1) ตัวผู้ต้องขังสูงอายุ ที่ขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ขาดทักษะในการจัดการอารมณ์ แรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่ำ และมีทัศนคติเชิงลบ (2) ผู้รับผิดชอบของเรือนจำ ที่ยังเน้นการรักษาโรคมกกว่าการส่งเสริมสุขภาพ ขาดบุคลากรเฉพาะทาง และงบประมาณ ขาดแนวทางดำเนินงานที่ต่อเนื่อง (3) ภาครัฐช่วยด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ที่ยังมีบทบาทจำกัด ไม่มีกลไกบูรณาการและขับเคลื่อนร่วมอย่างเป็นระบบ ด้วยเหตุนี้จึงนำไปสู่การพัฒนา โปรแกรมความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ ซึ่งเป็นแนวทางที่มุ่งส่งเสริมสุขภาพจิตผู้ต้องขังสูงอายุอย่างรอบด้าน ได้แก่ 1) สุขสง่า (สุขภาพกาย) เน้นการดูแลร่างกายด้วยการออกกำลังกายเบา ๆ และการพักผ่อนที่เหมาะสม 2) สุขสว่าง (สุขภาพจิต) พัฒนาความคิดเชิงบวกและทักษะในการจัดการอารมณ์ 3) สุขสงบ (จิตวิญญาณ) เสริมสร้างเป้าหมายชีวิตและความสงบภายในผ่านกิจกรรมทางศาสนา 4) สุขสบาย (สิ่งแวดล้อม) จัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยและเอื้อต่อสุขภาวะ 4) สุขสนุก (สัมพันธภาพ) ส่งเสริมการสร้างความสัมพันธ์ในกลุ่มผ่านกิจกรรมร่วมกัน ซึ่งการพัฒนารูปแบบนี้ดำเนินการผ่านกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) และการบริหารจัดการ 7 ขั้นตอน ส่งผลให้ผู้ต้องขังสามารถร่วมวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนกิจกรรมได้เอง เกิดกลุ่มอาสาสมัครสุขภาพในเรือนจำ มีกิจกรรมที่หลากหลายและต่อเนื่อง เช่น การสวดมนต์ ฟังธรรม พูดคุยกลุ่ม และฝึกคิดเชิงบวก ซึ่งช่วยให้ คะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นจาก 65.28 เป็น 82.93 และ คะแนนความสุขเพิ่มขึ้นจาก 45.27 เป็น 68.03 อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกที่เป็นรูปธรรมและยั่งยืนของกลุ่มเป้าหมาย

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยนำผลการวิจัยมาอภิปรายผลการวิจัย ตามประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

1. จากการวิเคราะห์รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตด้วยโปรแกรมความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ แบ่งออกเป็น 2 ตอน พบว่า

ตอนที่ 1 ด้านคุณภาพชีวิต จากผลการวิจัย พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ผู้ต้องขังสูงอายุ มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสภาพแวดล้อมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) ซึ่งมีผลการศึกษาที่สอดคล้องพบว่า การใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพกายและจิต ช่วยให้ผู้สูงอายุ มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม เนื่องจากพฤติกรรมด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผล ต่อความเป็นอยู่และความสุขของผู้สูงอายุ (กรฐธวัช ปัญญาใส, 2560; กัญนิกา อยู่สำราญ, 2563; Alborzkouh P, and Teams, 2015)

ตอนที่ 2 ด้านความสุข จากผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสุขเพิ่มขึ้นจาก 45.27 เป็น 68.03 หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) ซึ่งมีผลการศึกษาที่สอดคล้องพบว่า ความสุขในการดำเนินชีวิตเป็นตัวบ่งชี้สำคัญของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยความพอใจในชีวิตทัศนคติเชิงบวก ความภูมิใจในตนเอง และความเมตตาต่อผู้อื่น ล้วนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่ดีขึ้น (ขวัญสุตา บุญทศ, 2563; อารณ สิงห์ขาดา, 2559; อรรถกร เฉยทิม, 2560; Chandra Sekhar Patro, 2019)

2. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้ต้องสูงอายุ โดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ซึ่งประกอบด้วย การวางแผน การดำเนินกิจกรรมและการประเมินผล มีประเด็นที่นำมาอภิปรายผลดังนี้

2.1 สภาพปัญหาการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้ต้องสูงอายุก่อนการพัฒนา พบว่า ผู้ต้องขังสูงอายุไม่มีความรู้ในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพตนเองที่สามารถนำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ดีขึ้นสนใจการรักษาโรคมกกว่าการสร้างเสริมสุขภาพ การจัดบริการสุขภาพของเรือนจำก็เน้นด้านรักษาโรคประจำตัวที่เป็นมาก่อนการเข้าเรือนจำ ไม่มีงบประมาณและไม่มีแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพผู้ต้องขังสูงอายุที่ชัดเจน กิจกรรมส่วนใหญ่จะเน้นเชิงนันทนาการ

การประเมินผลกิจกรรมหลังจากจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) และการดำเนินกิจกรรม 7 ขั้นตอน เพื่อให้ได้มาซึ่งเหตุปัจจัยที่ตรงประเด็น คือ ศึกษาพื้นที่ วิเคราะห์ปัญหา วางแผนร่วม กำหนดกลวิธี จัดตั้งเครือข่าย มอบหมายงาน การบริหาร และรับประโยชน์ ผลลัพธ์ พบว่า ผู้ต้องขังสูงอายุมีทักษะวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนแก้ไข และมีจัดตั้งกลุ่มอาสาสมัครและเครือข่ายสนับสนุน โดยให้ผู้ต้องขังสูงอายุทุกคนได้รับการพัฒนาด้านการพูด การฟัง การแสดงความคิดเห็น การวิเคราะห์ปัญหา และการค้นหาปัญหา ทำให้ผู้ต้องขังสูงอายุสามารถวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม มีการวางแผนแก้ปัญหาตามความต้องการของตนเอง มีแนวทางการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเอง ในด้านสุขภาพจิต มีการสวดมนต์ ฟังธรรม ปรับทัศนคติ คิดบวกผนวกธรรม ด้านสัมพันธภาพทางสังคมมีการจัดตั้งกลุ่ม อาสาสมัครในเรือนจำสำหรับการดูแลกลุ่มผู้ต้องขังสูงอายุ ภาควิชาเครือข่ายด้านสาธารณสุขและการจัดการพฤติกรรมมีส่วนร่วมให้การดูแลและสนับสนุนเพื่อทำกิจกรรมส่งเสริมด้านสุขภาพจิตและสันติภาพร่วมกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วิไลวรรณ อิศรเดช (2564) พบว่า ตัวบุคคล ครอบครัวและเครือข่ายภาคสังคมมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สภาพปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุและกำหนดกิจกรรมที่นำไปสู่เป้าหมายการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ธาณี โชติภักดิ์ (2565) พบว่า การดำเนินงานด้วยหลักการของเหตุและผล มีขั้นตอนการวางแผน จัดการตามเหตุปัจจัยและมุ่งผลสัมฤทธิ์ ร่วมกับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการประชุมวางแผนเพื่อค้นหาปัญหา โดยเทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) สามารถหาทางแก้ไขปัญหามาตามเหตุปัจจัยได้ และยังส่งผลให้เกิดกิจกรรมโครงการ

ส่งเสริมสุขภาพ คือ โครงการสูงวัยอย่างมีค่า ชราอย่างมีความสุข โครงการสุขภาพดีด้วยวิถี 3 อ.ฯ กระบวนการดังกล่าว สามารถหาแนวทางแก้ไขปัญหาการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ มีการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบนำสู่ผลสำเร็จที่ยั่งยืน

2.2 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้ต้องสูงอายุ ก่อนการพัฒนา พบว่า ผู้ต้องสูงอายุ มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง หลังการพัฒนา พบว่า กระบวนการ AIC และ PDCA รวมถึงกระบวนการทางการแพทย์ 5 ขั้นตอน ช่วยปรับพฤติกรรมด้านร่างกายและจิตใจ ได้อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ธัญรัตน์ ฤงศ์ชัย (2563) พบว่า ผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง โดยมีความร่วมมือกันระหว่างภาคีเครือข่ายจะตอบสนองความต้องการของได้ตามปัญหาของผู้สูงอายุ และพบว่าการดำเนินงานในการพัฒนาด้านพฤติกรรม โดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ในการดูแลตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ คุณภาพชีวิต และมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้นกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$)

2.3 คุณภาพชีวิตและความสุขผู้ต้องสูงอายุ ก่อนการพัฒนา พบว่า ผู้ต้องสูงอายุ มีคุณภาพชีวิตต่ำ สุขภาพไม่ดี หลังการพัฒนา พบว่า การใช้กระบวนการ AIC และความร่วมมือกับชุมชน ทำให้คุณภาพชีวิตและความสุขดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ธัญรัตน์ ฤงศ์ชัย (2563) พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนโดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) มีรูปแบบการดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการบูรณาการร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลและชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$)

สรุปผลการดำเนินการวิจัย การดำเนินงานวิจัยและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ต้องสูงอายุโดยใช้ โปรแกรมความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ (สุขสง่า สุขสว่าง สุขสงบ สุขสบาย และสุขสนุก) ได้รับการผานอย่างเป็นระบบเข้ากับ กระบวนการมีส่วนร่วม โดยอาศัยกรอบการบริหารจัดการ 7 ขั้นตอน เพื่อสร้างความตระหนักรู้ ความร่วมมือ และการลงมือปฏิบัติจริงจากผู้ต้องสูงอายุอย่างมีส่วนร่วม ได้แก่

ศึกษาพื้นที่ → วิเคราะห์ปัญหา → วางแผนร่วม → กำหนดกลวิธี → จัดตั้งเครือข่าย
→ มอบหมายงาน → การบริหารและรับประโยชน์

การเชื่อมโยงกับกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ในแต่ละมิติของโปรแกรม ได้รับการออกแบบให้สอดคล้องกับ กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่

1. การประเมินภาวะสุขภาพ ใช้กิจกรรม สุขสง่า เพื่อสะท้อนภาพลักษณ์และความภาคภูมิใจในตนเอง
2. การวินิจฉัยการพยาบาล ดำเนินผ่านกิจกรรม สุขสว่าง เพื่อเปิดมุมมองใหม่และค้นหาจุดแข็ง

3. การวางแผนการพยาบาล ใช้กิจกรรม สุขสงบ ในการกำหนดเป้าหมายส่วนบุคคลและแนวทางจัดการอารมณ์

4. การปฏิบัติการพยาบาล ผ่านกิจกรรม สุขสบาย เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

5. การประเมินผล ปิดท้ายด้วยกิจกรรม สุขสนุก เพื่อสะท้อนผลลัพธ์และเสริมสร้างพลังใจในการเปลี่ยนแปลง

เชื่อมโยงสู่กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพจิตผ่านหลัก S-CAFE (หลัก 5 ก.) การดำเนินกิจกรรมทั้งหมดสะท้อนแนวคิดของ S-CAFE ดังนี้

1. Stimulate (กระตุ้น) กระบวนการเริ่มต้นโดยใช้กิจกรรมสุขสง่าและสุขสว่างกระตุ้นให้ผู้ต้องขังสูงอายรรู้ เข้าใจ และมองเห็นคุณค่าในตนเอง

2. Crack (กะเทาะ) ผู้เข้าร่วมได้สะท้อนปัญหาสุขภาพจิตและพฤติกรรมตนเองผ่านการแลกเปลี่ยนและวิเคราะห์ร่วมกับเครือข่าย

3. Affect (กระทบ) การวางแผนร่วม การมอบหมายบทบาท และจัดตั้งเครือข่าย ดำเนินผ่านกิจกรรมกลุ่มตาม 5 มิติ ที่ทำให้เกิดความร่วมมือจริง

4. Flutter (กระพือ) ผู้ต้องขังแลกเปลี่ยนประสบการณ์และถ่ายทอดบทเรียนซึ่งกันและกันก่อให้เกิดการเรียนรู้จากเพื่อนสู่เพื่อนอย่างแท้จริง

5. Evidently (กระจ่าง) กระบวนการประเมินตนเองในกิจกรรมสุขสนุก นำสู่การตระหนักรู้ในพลังบวก ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจริง และความพร้อมสู่การดำรงพฤติกรรมเชิงสุขภาพอย่างยั่งยืน

องค์ความรู้ใหม่

งานวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตด้วยโปรแกรมความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและความสุขของผู้ต้องขังสูงอายุ” เป็นการวิจัยที่ประยุกต์แนวคิดวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอนคือ ค้นหาปัญหา วิเคราะห์ปัญหา วางแผน, ปฏิบัติตามแผน, สังเกตผลและสะท้อนผล มีการบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมด้านสุขภาพจิตเข้ามาดำเนินงานร่วมกัน การบริหารจัดการ 7 ขั้นตอนคือ ศึกษาพื้นที่ วิเคราะห์ปัญหา วางแผนร่วม กำหนดกลวิธี จัดตั้งเครือข่าย มอบหมายงาน การบริหารและรับประโยชน์ ผสมกับการใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตด้วยโปรแกรมความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ (สุขสง่า สุขสว่าง สุขสงบ สุขสบาย สุขสนุก) ด้วยแนวคิดตามหลักกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผล ได้นำสู่องค์ความรู้สำหรับการสร้างเสริมสุขภาพจิต เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและความสุขของผู้ต้องขังสูงอายุ คือ S-cafe (หลัก 5 ก) ซึ่งประกอบด้วย

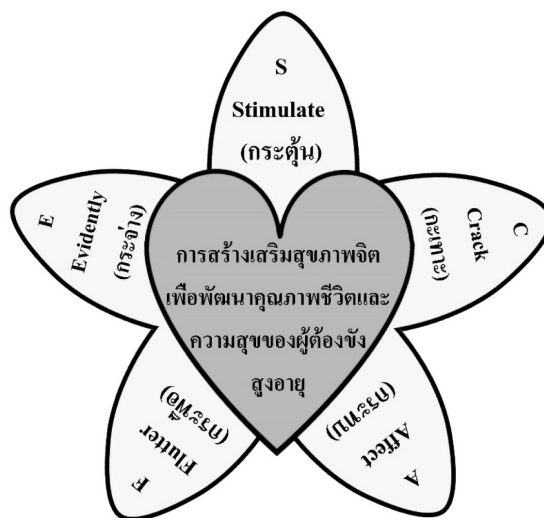
1) Stimulate (กระตุ้น) คือ การกระทำให้เกิดการรับรู้ การเข้าใจปัญหาและพฤติกรรมของตนเอง โดยอาศัยภาคีเครือข่ายเป็นส่วนร่วมในการดำเนินการ คือ การเฝ้าการรับรู้

2) Crack (กะเทาะ) คือ การเข้าถึงปัญหา ยอมรับเข้าใจในเหตุปัจจัยที่เข้ามาเกี่ยวข้อง การประเมินปัจจัยที่เป็นต้นเหตุที่ส่งผลถึงผลลัพธ์เชิงลบ คือ การหาองค์ประกอบ การค้นหาข้อมูลพื้นฐานเพื่อใช้วิเคราะห์ปัญหา

3) Affect (กระทบ) คือ การบริหารจัดการตามกระบวนการ 7 ขั้นตอนในการวางแผนการดำเนินงาน สำหรับภาคีเครือข่าย ตามองค์ประกอบของการวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุ วางแผนร่วมกัน กำหนดกลวิธีดำเนินงาน จัดตั้งเครือข่าย กำหนดผู้รับผิดชอบในกิจกรรมต่าง ๆ คือ การเชื่อมความสัมพันธ์ เพื่อให้เกิดการปฏิบัติตามแผน

4) Flutter (กระพือ) คือ การส่งต่อข้อมูลจากเพื่อนสู่เพื่อน เป็นการเรียนรู้แบบบูรณาการ ใช้ประสบการณ์ของตนเป็นอาจารย์ใหญ่ที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพของตนเองและผู้อื่น สามารถเชื่อมโยงได้อย่างสมเหตุ สมผลนั่นก็คือ การส่งผลถึง เป็นการสะท้อนผลจากต้นน้ำสู่ปลายน้ำ

5) Evidently (กระจ่าง) คือ การรู้แจ้งเห็นจริง รู้เท่าทันสถานการณ์ รู้ด้วยเหตุและผลที่นำไปสู่การปฏิบัติเชิงบวก นั่นก็คือ การตัดสินใจ ประเมินผลลัพธ์ที่นำไปสู่เป้าหมายความสำเร็จ



ภาพที่ 1 แสดงองค์ความรู้สำหรับการสร้างเสริมสุขภาพจิต เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและความสุขของผู้ต้องขังสูงอายุ คือ S-cafe (หลัก 5 ก)

บทสรุป

จากการศึกษางานวิจัยฉบับนี้ สรุปได้ว่าปัญหาการสร้างเสริมสุขภาพจิตของผู้ต้องขังสูงอายุ เกิดจากผู้ต้องขังสูงอายุจะเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ ทั้งที่เป็นเรื่องของปัจจัยภายใน คือ พฤติกรรมส่วนบุคคล การรับรู้ ความคิดเชิงบวกและเชิงลบต่อการดูแลสุขภาพ ขาดความรู้ในการดูแลตนเอง และปัจจัยภายนอก คือ การเข้าถึงข่าวสาร ครอบครัวยุติธรรม ภาควิชาที่ให้การดูแลด้านสุขภาพและสวัสดิการ รวมถึงสิ่งแวดล้อมด้วย ไม่มีแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ต้องขังสูงอายุที่ชัดเจน และการจัดบริการสุขภาพของเรือนจำรวมถึงระบบสาธารณสุขที่เป็นอยู่ยังไม่สอดคล้องกับประเด็นปัญหาที่เป็นเหตุปัจจัย สิ่งต่าง ๆ ที่กล่าวมาล้วนเป็นเหตุที่มีผลกระทบต่อปัญหาด้านสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ต้องขังสูงอายุที่มีสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อสภาพจิตใจและการบริโภคด้านข้อมูลรวมถึงสวัสดิการต่าง ๆ ที่ต้องได้รับการดูแล ส่งเสริม ดังนั้นการที่จะเข้าถึงปัญหาก็จะต้องอาศัยกระบวนการที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อให้ตอบโต้กับเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้น จากผลการวิจัยพบว่า การกระทำที่เหมาะสม เพื่อให้ส่งผลต่อผลลัพธ์เชิงประจักษ์ที่ตรงกับเหตุปัจจัยต่าง ๆ นั่นก็คือ การประยุกต์แนวคิดวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอนคือ ค้นหาปัญหา วิเคราะห์ปัญหาวางแผน, ปฏิบัติตามแผน, สังเกตผลและสะท้อนผล มีการบูรณาการร่วมกับภาควิชาที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมด้านสุขภาพจิตเข้ามาดำเนินงานร่วมกันการบริหารจัดการ 7 ขั้นตอนคือ ศึกษาพื้นที่ วิเคราะห์ปัญหา วางแผนร่วม กำหนดกลวิธี จัดตั้งเครือข่าย มอบหมายงาน การบริหารและรับประโยชน์ ผสมกับการใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตด้วยโปรแกรมความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ ด้วยแนวคิดตามหลักกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผล โดยพบว่า โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตผ่านมิติความสุข 5 ด้าน ช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้ดีขึ้น ทั้งในด้านอารมณ์ สังคม และจิตใจ ผู้เข้าร่วมรู้สึกผ่อนคลาย มีชีวิตชีวา กล้าสื่อสาร มีความหวัง เห็นคุณค่าในตนเอง ลดความเหงา และความรู้สึกด้านลบ พร้อมรับมือกับปัญหาและความเครียดได้ดีขึ้น จึงกล่าวโดยสรุปได้ว่า โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ ที่ผ่านกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม เป็นแนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและความสุขของผู้ต้องขังสูงอายุให้เกิดความสำเร็จและส่งผลให้ผู้ต้องขังสูงอายุมีความสุขที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. การวิจัยในครั้งนี้ เป็นรูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมต่อการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตด้วยโปรแกรมความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและความสุขของผู้ต้องขังสูงอายุ ดังนั้นการขับเคลื่อนสู่การนำไปใช้ในภาพกว้าง เช่น ในภาพรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มต่าง ๆ ทั้งในระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล เครือข่ายบริการ รวมถึงในเรือนจำต่าง ๆ ซึ่งประสบกับปัญหาการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างไม่แตกต่างกันในทุกพื้นที่ทั่วโลก จึงต้นน้ำที่จะเป็นรูปแบบการลงทุนที่ดีที่สุดเพื่อสุขภาพ เพื่อการแก้ปัญหาและพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพอย่างยั่งยืนให้เกิดกับผู้สูงอายุ

2. ควรมีการศึกษาถึงแนวทางการพัฒนา และสร้างเครือข่ายในการทำงานร่วมกันจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อดูแลส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น การศึกษานำร่องเพื่อเป็นต้นแบบในการดำเนินการโดยหน่วยงานขนาดเล็ก หรือการขับเคลื่อนสู่การขยายพื้นที่ดำเนินการในภาพกว้างโดยผู้ปฏิบัติ อาจมีข้อจำกัดในการดำเนินการเนื่องจาก การขับเคลื่อนสู่การนำผลการวิจัยไปใช้ให้เกิดประโยชน์และขยายพื้นที่ดำเนินการต้องอาศัยการสร้างการมีส่วนร่วม การสร้างความเข้าใจจากหลายภาคส่วน และการเผยแพร่ผลงานในหลากหลายรูปแบบ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ประยุกต์ใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพจิต 5 มิติในสังคมและชุมชน โดยการนำโปรแกรมสุขภาพจิต 5 มิติไปปรับใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและความสุขของผู้สูงอายุในชุมชนต่าง ๆ โดยปรับกิจกรรมและระยะเวลาให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

2. อบรมแกนนำผู้สูงอายุ โดยการจัดอบรมแกนนำในกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อเป็นผู้นำในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม 5 มิติอย่างต่อเนื่อง และพัฒนาต้นแบบชุมชนผู้สูงอายุที่สามารถขยายผลได้

3. ขยายกลุ่มเป้าหมาย โดยการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมและนำโปรแกรมไปปรับใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยง เช่น ผู้ที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า การหกล้ม หรือภาวะสมองเสื่อม เพื่อเพิ่มประสิทธิผลและการเข้าถึงในกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลาย

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต. (2560). **เครียด..คลายเครียด** (พิมพ์ครั้งที่ 8). นนทบุรี:การพิมพ์.
- กรมสุขภาพจิต. (2556). **คู่มือความสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุ** (พิมพ์ครั้งที่ 2). ปิยอนด์พับลิชชิง.
- กรณธัช ปัญญาใส. (2562). ประสิทธิภาพของรูปแบบการมีส่วนร่วมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. **วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา**, 14(2), 52-62.
- กัญนิกา อยู่สำราญ. (2563). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอำเภอมืองจังหวัดนครราชสีมา. **วารสารศูนย์อนามัยที่ 9**, 16(1), 55-64.
- ขวัญสุตา บุญทศ. (2563). **ทฤษฎีเกี่ยวกับจิตวิทยาพัฒนาการวัยสูง**. <https://shorturl.asia/ZHSQg>
- ณัฐชา ม้วนสุธา. (2563). การจัดการความเครียดของผู้สูงอายุในจังหวัดสุราษฎร์ธานีตามแนวพระพุทธศาสนา. **วารสารนาคบุตรปริทรรศน์มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช**, 14(3), 81-90.
- ธานี โชติกคาม. (2565). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างสุขในชมรมผู้สูงอายุตำบลคงตะขบอำเภอดงพวนหินจังหวัดพิจิตร. **วารสารโรคและภัยสุขภาพสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์**, 16(1), 18-34.
- ธัญรัตน์ ภูงศ์ชัย. (2563). การพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลนาฝายอำเภอมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ. **วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ**, 38(1), 167-176.
- พัฒน์ คุ่มทวีพร. (2562). **การจัดการความเครียด**. https://ns.mahidol.ac.th/english/th/departments/FN/COE_gerontological/article.html
- วิไลวรรณ อิศรเดช. (2564). การเสริมสร้างสุขภาวะผู้สูงอายุของสังคมเมืองผ่านระบบสื่อสารออนไลน์. **วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ**, 6(2), 347-360.
- วรรณ จารุสมบุญ. (2564). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพจิตเชิงบูรณาการในผู้ต้องขังสูงอายุ: การศึกษาแบบกึ่งทดลอง. **วารสารสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช**, 35(3), 101-118.
- สถิติผู้ต้องขังจากกรมราชทัณฑ์. (2566). <http://www.correct.go.th/stathomepage/>
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2566). **รายงานประจำปี 2566** <http://nscr.nesdc.go.th/>
- อาภรณ์ สิงห์ชาดา. (2559). ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อความเครียดของผู้สูงอายุ. **วารสาร มจร วิชาการ**, 19(38), 39-51.
- อรรถกร เฉยทิม. (2560). **ความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเขตกรุงเทพมหานคร**. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยศิลปากร.

- Alborzkouh, P., & Teams. (2015). A review of the effectiveness of stress management skills training on academic vitality and psychological well-being of college students. **J Med Life**. 8(4), 39–44.
- Baidawi, S., & Trotter, C. (2023). Psychological well-being intervention outcomes in elderly inmates: A comprehensive five-dimensional approach. **Journal of Correctional Health Care**, 29(3), 167-184. <https://shorturl.asia/WAeQO>
- Chen, G., Zhang, Y., Li, X., & Wang, J. (2020). Long-term outcomes of mental health interventions for elderly ex-prisoners: A three-year longitudinal study. **International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology**, 64(8), 845-863.
- George, L. K. (2010). Still happy after all these years: Research frontiers on subjective well-being in later life. **Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences**, 65(3), 331-339.
- Patro, Chandra Sekhar., & Kumar, K. Sudesh. (2019). Effect of Workplace Stress Management Strategies on Employees' Efficiency. **International Journal of Scientific Development and Research (IJSDR)**, 4(5). 413-418.
- United Nations. (2015). **World population ageing 2015**. Department of Economic and Social Affairs, Population Division.