



# ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรabanศรีตรัง<sup>1</sup>

## Effectiveness of Resilience-Enhancing Program in Elderly Residents at Ban Sritang Nursing Home<sup>1</sup>

กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ<sup>2</sup> ไพบูลย์ ชาวสวนศรีเจริญ<sup>2</sup> เสาวลักษณ์ คงสนิท<sup>2</sup>

Kannika Ruangdej Chaosuansreecharoen<sup>2</sup> Paiboon Chaosuansreecharoen<sup>2</sup> Saowaluk Khongsanit<sup>2</sup>

<sup>1</sup> งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

<sup>1</sup> Research granted by the Nurse Alumni Association of the Ministry of Public Health

<sup>2</sup> วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

<sup>2</sup> Sirindhorn College of Public Health, Trang

Corresponding author; Kannika Ruangdej; Email: kanni43@gmail.com

Received: 10 August 2018 Revised: 11 September 2018 Accepted: 27 September 2018

### บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตต่อความแข็งแกร่งในชีวิต สุขภาพกาย ภาวะซึมเศร้า และความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรabanศรีตรัง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรabanศรีตรัง จำนวน 40 คน สุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลากแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต ประกอบด้วยกิจกรรม 10 ครั้ง ๆ ละ 120 นาที เป็นเวลา 5 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติของสถานสงเคราะห์คนชรา เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมคือแบบสัมภาษณ์โครงสร้างวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ค่าที (t-test) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ขณะที่คะแนนเฉลี่ยความสัมพันธ์ทางสังคมหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่าคะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และคะแนนเฉลี่ยความสัมพันธ์ทางสังคมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อควบคุมคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง ดังนั้นโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตมีผลทำให้ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา ลดลงและความสัมพันธ์ทางสังคมเพิ่มขึ้น

**คำสำคัญ:** โปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต; สุขภาพกาย; ภาวะซึมเศร้า; ความสัมพันธ์ทางสังคม; ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา



# Effectiveness of Resilience-Enhancing Program in Elderly Residents at Ban Sritang Nursing Home<sup>1</sup>

Kannika Ruangdej Chaosuansreecharoen<sup>2</sup> Paiboon Chaosuansreecharoen<sup>2</sup> Saowaluk Khongsanit<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Research granted by the Nurse Alumni Association of the Ministry of Public Health

<sup>2</sup> Sirindhron College of Public Health, Trang

Corresponding author; Kannika Ruangdej; Email: kanni43@gmail.com

**Received:** 10 August 2018 **Revised:** 11 September 2018 **Accepted:** 27 September 2018

---

## Abstract

This quasi-experimental research designed with two groups (pre-posttest design) aimed to study the effectiveness of a resilience-enhancing program on resilience, physical health, depression and social relationships among the elderly residing in Ban Sritang Nursing Home. The sample consisted of 40 elderly residents in Ban Sritang Nursing Home. The simple random sampling procedure with a lottery method was used to assign 20 elderly residents into the experimental group and 20 elderly residents into the control group. The experimental group received 10 activities of the resilience-enhancing program that was conducted 120 minutes per activity for 5 weeks. The control group received normal care provided by the nursing home. The research instrument was a structured interview. The data analysis included percentage, mean and standard deviation, t-test and analysis of covariance (ANCOVA). The results revealed that the average posttest scores of resilience in the experimental group were statistically significant higher than the average pre-test scores at p-value <.01. The posttest score of depression in the experimental group were statistically significantly lower than the average pretest scores at p-value < .01 while the average posttest scores of social relationship were statistically significantly higher than the average pretest scores at p-value <.01. The comparison between experimental and control groups showed the average posttest score of resilience of the experimental group was statistically significantly higher than the average score of the control group at p-value <.01 and the average posttest score of social relationship of the experimental group was statistically significantly higher than the control group at p-value <.01, when controlling for the average pretest score. Thus, the resilience-enhancing program had a significant effects on the reduction of depression among elderly residents in nursing home and also enhanced social relationships.

**Keywords:** resilience-enhancing program; physical health; depression; social relationship; elderly residents in nursing home

## ความเป็นมาและความสำคัญ

ในศตวรรษนี้สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก อันเป็นผลมาจากการที่อัตราเกิดของประเทศต่าง ๆ ได้ลดต่ำลง สำหรับประเทศไทย การคาดประมาณประชากรของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติพบว่าในปี พ.ศ. 2566 ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ของประเทศไทยจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 14.1 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 21 ของประชากรทั้งหมด เท่ากับว่าประเทศไทยจะกลายเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” และอีกเพียง 20 ปี ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากถึง 18.7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 29 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งหมายความว่าประเทศไทยจะมีประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มากถึงหนึ่งในสี่ของประชากรทั้งหมด<sup>1</sup>

จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังมากขึ้นต้องรับผิดชอบตนเองมากขึ้น นอกจากนี้โครงสร้างของครอบครัวไทยเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยว ทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้สูงอายุกับบุคคลในครอบครัวลดลง ผู้สูงอายุต้องอยู่ตามลำพังมากขึ้น และขาดการดูแล<sup>2</sup> รวมถึงวัฒนธรรมการให้ความเคารพนับถือผู้อาวุโสเปลี่ยนไป คนรุ่นใหม่อาจมองว่าผู้สูงอายุเป็นบุคคลล้าสมัย ขาดความสำนึกในบุญคุณ ไม่ให้การดูแลเอาใจใส่แก่ผู้สูงอายุและรู้สึกว่าผู้สูงอายุเป็นภาระในการดูแลของครอบครัว การทอดทิ้งและละเลยทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกด้อยคุณค่า ว่าเหว และเป็นส่วนเกินของครอบครัว ด้วยสาเหตุนี้เองผู้สูงอายุจึงต้องหาที่พึ่งพาทางด้านจิตใจ สถานสงเคราะห์คนชราเป็นอีกทางเลือกหนึ่งของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองอยู่ในครอบครัวแล้วไม่มีความสุข ไม่ต้องการเป็นภาระของครอบครัว ไม่มีที่อยู่อาศัย หรือครอบครัวไม่สามารถดูแลได้<sup>3</sup> จากสาเหตุดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุที่มาอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรามีความรู้สึกเสมือนว่าตนเองถูกทอดทิ้ง ถูกขังล้นผลักไส ไม่เป็นที่ต้องการของผู้ใด มองตนเองว่าไร้ค่า มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำลง<sup>4</sup> หากความรู้สึกเหล่านี้สะสมอยู่นานวันโดยไม่ได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรที่เกี่ยวข้อง จะก่อให้เกิดผลเสียทั้งต่อสุขภาพกาย และเกิดภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้สภาพชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรามีการเปลี่ยนแปลงทุกด้าน ทั้งการดำเนินชีวิต สังคม สภาพแวดล้อม ข้อจำกัดต่างๆ ภายใต้กฎระเบียบที่ตั้งไว้ของสถานสงเคราะห์จะทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียบทบาทหรือความสุข ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อภาวะสุขภาพกายและความสัมพันธ์ทางสังคม และทำให้เกิดอาการซึมเศร้าแก่ผู้สูงอายุทั้งสิ้น<sup>5</sup>

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราของพื้นที่ภาคใต้<sup>6</sup> พบว่าสุขภาพกายและความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง และผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ส่วนผลการศึกษความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราชักกับสุขภาพกาย ภาวะซึมเศร้า และความสัมพันธ์ทางสังคมพบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพกาย และความสัมพันธ์ทางสังคม หมายถึงผู้สูงอายุที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตที่เพิ่มขึ้น จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายและความสัมพันธ์ทางสังคมเพิ่มขึ้น ขณะที่ความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า หมายถึงผู้สูงอายุที่ความแข็งแกร่งในชีวิตเพิ่มขึ้น ภาวะซึมเศร้าจะลดลง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในต่างประเทศ ที่ระบุว่าผู้สูงอายุที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตอยู่ในระดับสูง จะมีสุขภาพกาย<sup>7-8</sup> และความสัมพันธ์ทางสังคมที่ดี<sup>9-10</sup> และไม่มีภาวะซึมเศร้า<sup>6,8</sup> ซึ่ง “ความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience)” คือความสามารถของบุคคลที่มีความเชื่อมั่นในตนเอง และมีทักษะในการจัดการกับปัญหา พร้อมทั้งจะยับยั้งและนำพาชีวิตให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤติไปได้ เมื่อบุคคลนั้นต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากใจ และปัญหาต่างๆ ในการดำเนินชีวิต จะพบว่า บุคคลที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตจะสามารถจัดการกับสภาวะการณ์นั้น ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี<sup>11</sup>



ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต โดยประยุกต์ใช้แนวคิดความแข็งแกร่งในชีวิตร่วมกับแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมตามแนวคิดความสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุ<sup>12</sup> ทฤษฎีจิตวิญญาณ<sup>13</sup> และแนวคิดการระลึกถึงความหลัง (Reminiscence)<sup>14</sup> การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านศรีตรังว่าเป็นอย่างไร ซึ่งผลการศึกษจะเป็นประโยชน์กับสถานสงเคราะห์อื่น ๆ หรือหน่วยงานอื่น ๆ นำไปประยุกต์ใช้เพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ และชมรมผู้สูงอายุต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตต่อสุขภาพกาย ภาวะซึมเศร้า และความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านศรีตรัง

## วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental) แบบ 2 กลุ่มวัดก่อนและหลัง (Two-group pretest-posttest design) กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต ประกอบด้วยกิจกรรม 10 ครั้ง ๆ ละ 120 นาที เป็นเวลา 5 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติของสถานสงเคราะห์คนชรา

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรของการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุทั้งหญิงและชายที่พักอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านศรีตรัง จำนวน 77 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุทั้งหญิงและชายที่พักอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านศรีตรัง คำนวณขนาดตัวอย่างใช้สูตรการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่าง 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ค่าเฉลี่ย 2 ค่า เปรียบเทียบกันและเป็นอิสระกัน/Independent groups)<sup>15</sup> คัดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร

$$n (\text{ขนาดกลุ่มตัวอย่าง}) = \frac{2 (Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 \sigma^2}{\Delta^2}$$

ค่า  $Z_{\alpha/2}$  กรณีตั้งสมมุติฐาน ONE-TAILED = 1.645, ค่า  $Z_{\beta.05}$  จากการเปิดตารางเท่ากับ 1.645, ค่า  $\Delta$  (delta หรือ  $\delta$ ) =  $\mu_2 - \mu_1$  (mean difference) หรือ  $\bar{X}_1 - \bar{X}_2$  = ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ใช้ค่าเฉลี่ยความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุจากการทดลองใช้แบบสัมภาษณ์ความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์บ้านศรีตรัง ( $\bar{X}_1 = 2.68$ ,  $SD = .29$ ) และค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}_2$ ) = 2.64 จากการเก็บข้อมูลจากสถานสงเคราะห์คนชราบ้านอุทอง-พนักตัก จังหวัดชุมพร และค่า  $\sigma^2$  = ค่าความแปรปรวนของความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านศรีตรัง เท่ากับ .084 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 12 คน เพื่อป้องกันปัญหาเรื่องความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล ได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน สุ่มตัวอย่างแบ่งเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลาก เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ (1) ไม่มีปัญหาทางสมองหรือความจำเสื่อมจนไม่สามารถร่วมกิจกรรมได้, (2) สามารถพูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้เข้าใจ และ (3) ไม่มีปัญหาสุขภาพหรือความผิดปกติทางกายที่เป็นอุปสรรคในการทำกิจกรรมตามโปรแกรม ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ (1) มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลของสถานสงเคราะห์ และ (2) ขาดการเข้าร่วมกิจกรรมตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป



## เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย

1. โปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา ประกอบด้วยกิจกรรม จำนวน 10 ครั้ง เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ ๆ ละ 2 ครั้ง ๆ ละ 120 นาที ดำเนินกิจกรรมโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย ทั้งหมดจำนวน 9 คน ซึ่งผู้วิจัยได้รับการอบรมการทำกิจกรรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต ในโครงการพัฒนาศักยภาพประชากรไทย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และฝึกอบรมและซ่อมการทำกิจกรรมให้ผู้ช่วยนักวิจัยโดยผู้วิจัยและแพทย์แผนไทยที่มีประสบการณ์ จำนวน 3 วัน สำหรับกิจกรรมครั้งที่ 3 “ยามดัมมี่...ฉันก็ทำได้” ครั้งที่ 9 “นวดผ่อนคลายสื่อสารผ่านการสัมผัส” และครั้งที่ 10 “สร้างเสริมสุขภาพด้วยอาหารตามธาตุเจ้าเรือน” วิทยากรบรรยายและผู้นำดำเนินกิจกรรมโดยแพทย์แผนไทยที่มีประสบการณ์ จำนวน 2 คน โดยมีรายละเอียดของกิจกรรม 10 ครั้ง ดังนี้

**กิจกรรมครั้งที่ 1 รู้เขารู้เรา:** แนะนำผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่มเน้นพื้นฐานประวัติส่วนบุคคล ให้ผู้สูงอายุเลือกรูปสัตว์ที่เป็นตัวแทนของตนเองและนำเสนอว่าทำไมสัตว์แต่ละชนิดเป็นตัวแทนของตัวเอง เสนอตัวแบบผู้สูงอายุที่สุขภาพกายและจิตที่ดีด้วยการออกกำลังกายด้วยท่าฤๅษีดัดตน ให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการออกกำลังกายด้วยท่าฤๅษีดัดตนสำหรับผู้สูงอายุ 5 ท่า สาธิตการออกกำลังกายของผู้สูงอายุด้วยท่าฤๅษีดัดตน 5 ท่า และให้ผู้สูงอายุฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายด้วยท่าฤๅษีดัดตน 5 ท่า

**กิจกรรมครั้งที่ 2 ของเล่นในวัยเด็ก:** ผู้สูงอายุ จำนวน 2 คน มาเป็นผู้นำในการออกกำลังกายด้วยท่าฤๅษีดัดตนสำหรับผู้สูงอายุ 5 ท่า เสนอตัวแบบโดยให้ผู้สูงอายุดูวิดีโอตัวอย่างการร่วมกลุ่มของผู้สูงอายุที่ทำกิจกรรมที่ตนเองชอบในอดีต เช่น ดูหนังและฟังเพลงเก่า การทำงานฝีมือ การเล่นกีฬา หรือทำงานอดิเรกร่วมกับเพื่อนวัยเดียวกัน ส่งผลให้เกิดความสุข ความสัมพันธ์ทางสังคม และสุขภาพกาย และสุขภาพจิต ให้ผู้สูงอายุระลึกถึงของเล่นหรือการเล่นในวัยเด็กของผู้สูงอายุ และให้ผู้สูงอายุแต่ละคนเล่าถึงของเล่น หรือการเล่นในวัยเด็กที่ตนเองชื่นชอบ หลังจากนั้นให้ผู้สูงอายุเลือกจับคู่ หรือกลุ่มออกมาอธิบายและสาธิตการเล่น

**กิจกรรมครั้งที่ 3 ยามดัมมี่...ฉันก็ทำได้:** ผู้สูงอายุ จำนวน 2 คน มาเป็นผู้นำในการออกกำลังกายด้วยท่าฤๅษีดัดตนสำหรับผู้สูงอายุ 5 ท่า เสนอตัวแบบโดยให้ผู้สูงอายุดูวิดีโอตัวอย่างกลุ่มผู้สูงอายุที่มาร่วมกลุ่มทำกิจกรรมทำยามดัมมี่ ยามหอม น้ำมันหอมระเหย และลูกประคบเพื่อนำกลับไปใช้เองในครอบครัว และขายเพื่อสร้างรายได้ ก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ รายได้ ความสุข สุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี และความสัมพันธ์ทางสังคม และให้ผู้สูงอายุแต่ละคนทำน้ำมันหอมระเหยและยามดัมมี่มือ อย่างละ 3 กระปุก ไปใช้เอง

**กิจกรรมครั้งที่ 4 เหตุการณ์...ที่ฉันภูมิใจ:** ผู้สูงอายุ จำนวน 2 คน มาเป็นผู้นำในการออกกำลังกายด้วยท่าฤๅษีดัดตนสำหรับผู้สูงอายุ 5 ท่า เสนอตัวแบบโดยให้ผู้สูงอายุดูวิดีโอตัวอย่างผู้สูงอายุที่ใช้งานศิลปะ ได้แก่ การวาดรูป และการระบายสี ในการส่งเสริมความจำ ความสุข และสุขภาพจิต ให้ผู้สูงอายุทุกคนเลือกรูปภาพที่เกี่ยวข้องกับเรื่องราวหรือเหตุการณ์ความภาคภูมิใจในอดีตของ และระบายสีรูปภาพที่เลือกตามจินตนาการ หลังจากนั้นให้ผู้สูงอายุแต่ละคนเล่าเรื่องราวความภาคภูมิใจของตนเองจากรูปภาพที่ระบายสีและร่วมกันแสดงความคิดเห็นในผลงานแต่ละชิ้น

**กิจกรรมครั้งที่ 5 ฉันสามารถทำได้...:** ผู้สูงอายุ จำนวน 2 คน มาเป็นผู้นำในการออกกำลังกายด้วยท่าฤๅษีดัดตนสำหรับผู้สูงอายุ 5 ท่า เสนอตัวแบบโดยให้ผู้สูงอายุดูวิดีโอตัวอย่างผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาแตกต่างกัน ได้แก่ ศาสนาพุทธ คริสต์ และอิสลาม ได้นำหลักคำสอนของศาสนาของตนเองมาเป็นรากฐานในการทำบุญจิตวิญญาณ สามารถจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต เช่น การสูญเสียคนที่รักในครอบครัว ญาติ และเพื่อน การสูญเสียฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม ตลอดจนทำให้เกิดการสมมูล มีความสงบสุขภายในและมีความเข้าใจในชีวิตอย่างลึกซึ้ง



ให้ผู้สูงอายุฝึกการหายใจผ่อนคลายความเครียด และสร้างสมาธิและจิตใจที่สงบด้วยการหายใจเข้าออกอย่างช้า ๆ และให้ระลึกย้อนหลังถึง “I have” คนที่รักและคนที่คอยช่วยเหลือ “I am” ความภาคภูมิใจสิ่งที่ดี ๆ และความสำเร็จ และ “I can” ความสามารถในการแก้ไขปัญหาและการเผชิญอุปสรรคต่าง ๆ ที่ผ่านมาของตนเองตั้งแต่วัยเด็กจนถึงปัจจุบัน

**กิจกรรมครั้งที่ 6 มาบริหารสมอง...ย้อนความจำ:** ผู้สูงอายุ จำนวน 2 คน มาเป็นผู้นำในการออกกำลังกายด้วยท่าฤๅษีดัดตนสำหรับผู้สูงอายุ 5 ท่า เสนอตัวแบบโดยให้ผู้สูงอายุดูวิดีโอตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีความจำที่ดี และชะลอความเสื่อมของร่างกาย และคุณภาพชีวิตที่ดี ด้วยการบริหารสมองอย่างสม่ำเสมอด้วยการทำกิจกรรมกลุ่ม การจดบันทึกกิจกรรมประจำวัน และการเล่นเกมฝึกสมอง ได้แก่ หมากขุม ของเล่นอาคารบล็อกไม้ การจัดเรียงตัวอักษร และการปรับรูปทรงของเล่นตามจินตนาการ

**กิจกรรมครั้งที่ 7 บริหารสมอง...ด้วย 2 มือ:** ผู้สูงอายุ จำนวน 2 คน มาเป็นผู้นำในการออกกำลังกายด้วยท่าฤๅษีดัดตนสำหรับผู้สูงอายุ 5 ท่า เสนอตัวแบบโดยให้ผู้สูงอายุดูวิดีโอตัวอย่างผู้สูงอายุ 90 ปี ที่ความจำ สุขภาพกาย และสุขภาพจิตที่ดี ด้วยยังประกอบอาชีพเดิมของตนเอง คือช่างตัดผม หลังจากนั้นให้ผู้สูงอายุจับคู่ฝึกทดลองการบริหารสมอง ด้วยการบริหารปุ่มสมอง ได้แก่ การบริหารปุ่มสมอง ปุ่มขมับ และปุ่มขมับ และการเคลื่อนไหวสลับข้าง (Cross crawl) 5 ท่า โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย เป็นผู้นำในการบริหารสมอง ท่าละ 5 ครั้ง และฝึกซ้ำจนผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติได้

**กิจกรรมครั้งที่ 8 แร่งสนับสนุน...รอบตัวฉัน:** ผู้สูงอายุ นั่งในท่าที่สบายที่สุด ฝึกสมาธิและการหายใจเข้าออกลึก ๆ ช้า ๆ โดยบรรยากาศของห้องจะเปิดเพลงบรรเลงเบา ๆ และมีกลิ่นหอมของน้ำมันหอมระเหย และแอร์ที่เย็นสบาย ให้ผู้สูงอายุหลับตาระลึกย้อนหลังถึง “I have” คนที่รักและคนที่คอยช่วยเหลือ “I am” ความภาคภูมิใจ สิ่งที่ดี ๆ และความสำเร็จ และ “I can” ความสามารถในการแก้ไขปัญหาและการเผชิญอุปสรรคต่าง ๆ ที่ผ่านมาของตนเองตั้งแต่วัยเด็กจนถึงปัจจุบัน ให้ผู้สูงอายุจับคู่กันฝึกทดลองการบริหารสมองด้วยการบริหารปุ่มสมอง และการเคลื่อนไหวสลับข้าง (Cross crawl) 5 ท่า ๆ ละ 5 ครั้ง หลังจากนั้นผู้สูงอายุเลือกรูปภาพของผู้หญิง ผู้ชาย เด็กผู้หญิง หรือเด็กผู้ชาย คนละ 1 รูป ที่เป็นบุคคลที่มีความสำคัญสำหรับผู้สูงอายุหรือผู้สูงอายุรัก ระบายสี และเล่าว่ารูปบุคคลที่เลือกคือใคร และมีความสำคัญอย่างไรกับผู้สูงอายุ

**กิจกรรมครั้งที่ 9 นวดผ่อนคลายสื่อสารผ่านการสัมผัส:** ผู้สูงอายุ นั่งในท่าที่สบายที่สุด ฝึกสมาธิและการหายใจเข้าออกลึก ๆ ช้า ๆ โดยบรรยากาศของห้องจะเปิดเพลงบรรเลงเบา ๆ และมีกลิ่นหอมของน้ำมันหอมระเหย และแอร์ที่เย็นสบาย ให้ผู้สูงอายุหลับตาระลึกย้อนหลังถึง “I have” คนที่รักและคนที่คอยช่วยเหลือ “I am” ความภาคภูมิใจ สิ่งที่ดี ๆ และความสำเร็จ และ “I can” ความสามารถในการแก้ไขปัญหาและการเผชิญอุปสรรคต่าง ๆ ที่ผ่านมาของตนเองตั้งแต่วัยเด็กจนถึงปัจจุบัน ให้ผู้สูงอายุจับคู่ฝึกทดลองการบริหารสมองด้วยการบริหารปุ่มสมอง ได้แก่ การบริหารปุ่มสมอง ปุ่มขมับ และปุ่มขมับ และการเคลื่อนไหวสลับข้าง (Cross crawl) 5 ท่า ๆ ละ 5 ครั้ง ให้ผู้สูงอายุดูวิดีโอ “ทำไมคนโงกินาวาจึงอายุยืน?” ตอนที่ 1 การไปดูวิธีการให้ผู้สูงอายุกลับมามีชีวิตชีวา หลังจากนั้นให้ผู้สูงอายุฝึกการนวดผ่อนคลายตนเองและนวดเพื่อนผู้สูงอายุ ตามการแนะนำของวิทยากรแพทย์แผนไทย

**กิจกรรมครั้งที่ 10 สร้างเสริมสุขภาพด้วยอาหารตามธาตุเจ้าเรือน:** ผู้สูงอายุ นั่งในท่าที่สบายที่สุด ฝึกสมาธิและการหายใจเข้าออกลึก ๆ ช้า ๆ โดยบรรยากาศของห้องจะเปิดเพลงบรรเลงเบา ๆ และมีกลิ่นหอมของน้ำมันหอมระเหย และแอร์ที่เย็นสบาย ให้ผู้สูงอายุหลับตาระลึกย้อนหลังถึง “I have” คนที่รักและคนที่คอยช่วยเหลือ “I am” ความภาคภูมิใจ สิ่งที่ดี ๆ และความสำเร็จ และ “I can” ความสามารถในการแก้ไขปัญหาและการเผชิญอุปสรรคต่าง ๆ ที่ผ่านมาของตนเองตั้งแต่วัยเด็กจนถึงปัจจุบัน ให้ผู้สูงอายุจับคู่ฝึกทดลองการบริหารสมองด้วย



การบริหารปุ่มสมอง และการเคลื่อนไหวสลับข้าง (Cross crawl) 5 ท่าๆ ละ 5 ครั้ง ให้ผู้สูงอายุดูวิดีโอ “ทำไมคนโอकिनาวาจึงอายุยืน?” ตอนที่ 2 อาหารของชาวโอकिनาวาที่ทำให้ผู้สูงอายุมียืนและสุขภาพแข็งแรงตรวจสอบสุขภาพและธาตุเจ้าเรือน และแนะนำการดูแลสุขภาพจากแพทย์แผนไทยให้กับผู้สูงอายุทุกคน และการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามธาตุเจ้าเรือนในการเตรียมผลไม้และน้ำสมุนไพรในการรับประทาน

การทำกิจกรรมแต่ละครั้งมีวิธีดำเนินการประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1: การสร้างความคุ้นเคย ขั้นที่ 2: การเสนอตัวแบบ ตัวแบบที่จะเสนออาจเป็นแบบที่มีชีวิต (lived model) หรือเป็นแบบสัญลักษณ์ (symbolic model) ซึ่งเป็นเป็นภาพวิดีโอ หรือภาพ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ร่วมกิจกรรม เกิดแรงจูงใจ และเกิดแรงบันดาลใจ ขั้นที่ 3: การให้ความรู้ เป็นการนำเสนอสาระสั้น ๆ เกี่ยวกับความรู้หลักการพื้นฐาน ตลอดจนวิธีปฏิบัติตนในกิจกรรมนั้น ๆ ขั้นที่ 4: การทดลองปฏิบัติ สมาชิกกลุ่มปฏิบัติกิจกรรม หรือฝึกด้วยกัน โดยมีการฝึกปฏิบัติเป็นขั้น ๆ เพื่อให้สมาชิกสามารถนำไปปฏิบัติด้วยตนเอง และขั้นที่ 5: การสะท้อนกลับ

## 2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบสัมภาษณ์ รายละเอียดดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ลักษณะคำตอบเป็นการเลือกตอบและเติมข้อความให้สมบูรณ์ ประกอบด้วย เพศ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพในอดีต ศาสนา สถานภาพสมรสปัจจุบัน โรคประจำตัว อายุ จำนวนบุตร และระยะเวลาของการมาอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความแข็งแรงในชีวิต เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราเกี่ยวกับความสามารถของผู้สูงอายุที่ยืนหยัดและนำพาชีวิตให้ผ่านพ้นปัญหาไปได้ และเมื่อผู้สูงอายุต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากใจ แบบสัมภาษณ์ความแข็งแรงในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา ผู้วิจัยสร้างขึ้นใช้กรอบโครงสร้างแนวคำถามจากการศึกษาของ Manerat et al.<sup>16</sup> จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย เฉยๆ และ ไม่เห็นด้วย เกณฑ์การให้คะแนน 3 หมายถึง เห็นด้วย, 2 หมายถึง เฉยๆ และ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วย

ตอนที่ 3 แบบสัมภาษณ์สุขภาพกาย ผู้วิจัยนำแบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ของลัญชนา พิมพ์พันธ์ชัยบุลย์<sup>17</sup> มาประยุกต์ใช้ในการประเมินความคิดเห็นของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน และการรับรู้ภาวะสุขภาพเมื่อเปรียบเทียบกับผู้อื่น จำนวน 3 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับเกณฑ์การให้คะแนน 3 หมายถึง สุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี/ดีกว่าผู้อื่น 2 หมายถึง สุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง/เท่ากับผู้อื่น และ 1 หมายถึง สุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับไม่ดี/ไม่ดีกว่าผู้อื่น

ตอนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข<sup>18</sup> จะประเมินความรู้สึกของผู้สูงอายุในช่วงเวลาหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมาของการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ไปสู่ภาวะของจิตใจที่เศร้าซึม หม่นหมอง ไม่มีความสุข ซึ่งเป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองทางด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม เครื่องมือนี้นพัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (Train The Brain Forum Thailand) ลักษณะเครื่องมือลักษณะคำตอบเป็น 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่ เกณฑ์การให้คะแนนสำหรับข้อ 1,5,7,9,15,19,21,27,29,30 ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ได้ 1 คะแนน สำหรับข้อ 2, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 28 ถ้าตอบว่า “ใช่” ได้ 1 คะแนน

ตอนที่ 5 แบบสัมภาษณ์ความสัมพันธ์ทางสังคม เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประเมินความสัมพันธ์ส่วนบุคคลของผู้สูงอายุกับครอบครัว เพื่อน และบุคลากรในสถานสงเคราะห์ แหล่งสนับสนุนด้านจิตใจของผู้สูงอายุ และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ ลักษณะคำตอบเป็น 2 ตัวเลือก คือ ดี/มี/เข้าร่วม และ ไม่ดี/ไม่มี/



ไม่เข้าร่วม และรายละเอียดของกิจกรรมทางสังคมที่เข้าร่วมและความถี่ เกณฑ์การให้คะแนน ถ้าตอบ ดี/มี/เข้าร่วม ให้ 1 คะแนน ถ้าตอบ ไม่ดี/ไม่มี/ไม่เข้าร่วม ให้ 0 คะแนน

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) ของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแรงใน ชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา ผู้วิจัยนำโปรแกรมไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านจิตวิทยา ผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ด้านการวิจัยเกี่ยวกับความแข็งแรงในชีวิต ผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ในการวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และแพทย์แผนไทยที่มีประสบการณ์ ทั้งหมดจำนวน 5 คน ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องของกิจกรรม พบว่า ทั้ง 5 กิจกรรม มีความสอดคล้องของกิจกรรมกับวัตถุประสงค์การวิจัย ความสอดคล้องของกิจกรรมกับผลลัพธ์ ที่ต้องการ และระยะเวลาดำเนินกิจกรรม อยู่ในระดับมากที่สุด

2. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ของแบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดย ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านจิตวิทยา หรือมีประสบการณ์ด้านการวิจัยเกี่ยวกับความแข็งแรงในชีวิตและวิจัย เกี่ยวกับผู้สูงอายุ จำนวน 3 คน หลังจากนั้นผู้วิจัยคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เกณฑ์การประเมินความตรงของเนื้อหา ค่า CVI คือ .80 ขึ้นไป<sup>19</sup> แบบสอบถามสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ค่า CVI = .95 และ แบบสัมภาษณ์สุขภาพ ค่า CVI = .90 และแบบสัมภาษณ์ความสัมพันธ์ทางสังคม ค่า CVI = 1 การ ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้าน ศรีตรัง จำนวน 30 คน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง และคำนวณค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสัมภาษณ์โดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของ Cronbach แบบสัมภาษณ์ความแข็งแรงในชีวิตเท่ากับ .86 แบบ สัมภาษณ์สุขภาพกายเท่ากับ .70 แบบสัมภาษณ์ภาวะซึมเศร้าเท่ากับ .70 และแบบสัมภาษณ์ความสัมพันธ์ทางสังคมเท่ากับ .71

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของวิทยาลัยการ สาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง เลขที่ 091/2560

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบความแตกต่าง คะแนนเฉลี่ยสุขภาพกาย สุขภาพจิต และความสัมพันธ์ทางสังคม ก่อนและหลังการทดลองโดยการทดสอบค่าที่ (t-test) เป็นกรณีการเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ย 2 กลุ่มที่สัมพันธ์กัน คือ Paired t-test และการเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยสุขภาพกาย ภาวะซึมเศร้า และความสัมพันธ์ทางสังคม ระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุมด้วยสถิติ ANCOVA โดยคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วมทั้งนี้ ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (assumption) เพื่อหาลักษณะการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (normality) ของข้อมูลด้วย probability plot พบว่า ค่าเฉลี่ยของข้อมูลส่วนใหญ่อยู่รอบ ๆ เส้นตรง ดังนั้นสรุปได้ว่าลักษณะของข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ<sup>20</sup>

### ผลการศึกษา

1. ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะคล้ายคลึงกัน คือ กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง ร้อยละ 75 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 55 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่ได้เรียน หนังสือ ร้อยละ 50 อาชีพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 45 และ 40 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 95.00 และ 84.20 ตามลำดับ สถานภาพสมรส





กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นหม้ายร้อยละ 40 และ 35 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 70 และ 60 ตามลำดับ อายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เท่ากับ 74.90 ปี และ 73.95 ปี ตามลำดับ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีบุตรจำนวน 1 คน และระยะเวลาเฉลี่ยที่อาศัยในสถานสงเคราะห์บ้านศรีตรังของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เท่ากับ 3.55 ปี และ 4.50 ปี ตามลำดับ

## 2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยสุขภาพกาย ภาวะซึมเศร้า และความสัมพันธ์ทางสังคมภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนเฉลี่ยความแข็งแรงในชีวิต และความสัมพันธ์ทางสังคมของกลุ่มทดลอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $<.001$  คะแนนเฉลี่ยสุขภาพกายของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $.01$  (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความแข็งแรงในชีวิต สุขภาพกาย ภาวะซึมเศร้า และสัมพันธ์ทางสังคมภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	n	$\bar{X}$	SD	df	t	p-value
<b>ความแข็งแรงในชีวิต</b>						
<b>กลุ่มทดลอง</b>						
ก่อนการทดลอง	20	2.31	0.27	19	8.78	$<.001$
หลังการทดลอง	20	2.86	0.17	19		
<b>กลุ่มควบคุม</b>						
ก่อนการทดลอง	20	2.47	0.21	19	-1.32	.20
หลังการทดลอง	20	2.39	0.17	19		
<b>สุขภาพกาย</b>						
<b>กลุ่มทดลอง</b>						
ก่อนการทดลอง	20	2.22	0.50	19	0.67	.51
หลังการทดลอง	20	2.32	0.51	19		
<b>กลุ่มควบคุม</b>						
ก่อนการทดลอง	20	2.10	0.56	19	0.14	.89
หลังการทดลอง	20	2.08	0.58	19		
<b>ภาวะซึมเศร้า</b>						
<b>กลุ่มทดลอง</b>						
ก่อนการทดลอง	20	13.65	3.83	19	2.74	.01
หลังการทดลอง	20	11.15	2.56	19		
<b>กลุ่มควบคุม</b>						
ก่อนการทดลอง	20	15.55	4.19	19	0.26	.80
หลังการทดลอง	20	15.25	5.40	19		
<b>ความสัมพันธ์ทางสังคม</b>						
<b>กลุ่มทดลอง</b>						
ก่อนการทดลอง	20	6.15	2.08	19	5.01	$<.001$
หลังการทดลอง	20	8.45	1.64	19		
<b>กลุ่มควบคุม</b>						
ก่อนการทดลอง	20	5.20	2.28	19	1.71	.10
หลังการทดลอง	20	6.00	2.42	19		



3. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความแข็งแรงในชีวิต สุขภาพกาย ภาวะซึมเศร้า และความสัมพันธ์ทางสังคมหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม

คะแนนเฉลี่ยความแข็งแรงในชีวิตของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $<.001$  คะแนนเฉลี่ยความสัมพันธ์ทางสังคมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $.002$  เมื่อควบคุมคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง ขณะที่คะแนนเฉลี่ยสุขภาพกาย และภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันทางสถิติ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสุขภาพกาย สุขภาพจิต และความสัมพันธ์ทางสังคมหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
<b>ความแข็งแรงในชีวิต</b> (R Squared = .68, Adjust R Squared = .67)					
ความแข็งแรงในชีวิตก่อนการทดลอง	0.06	1	0.06	2.10	.16
ระหว่างกลุ่ม	2.22	1	2.22	78.21	<.001
ความคลาดเคลื่อน	1.05	37	0.03		
รวม	3.32	39			
<b>สุขภาพกาย</b> (R Squared = .17, Adjust R Squared = .13)					
สุขภาพกายก่อนการทดลอง	1.50	1	1.50	5.60	.02
ระหว่างกลุ่ม	0.36	1	0.36	1.33	.26
ความคลาดเคลื่อน	9.91	37	0.27		
รวม	205.56	40			
<b>ภาวะซึมเศร้า</b> (R Squared = .15, Adjust R Squared = .11)					
ภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลอง	104.16	1	104.16	5.29	.03
ระหว่างกลุ่ม	3.76	1	3.76	26.95	.77
ความคลาดเคลื่อน	728.13	37	19.68		
รวม	9210.00	40			
<b>ความสัมพันธ์ทางสังคม</b> (R Squared = .47, Adjust R Squared = .44)					
ความสัมพันธ์ทางสังคมก่อนการทดลอง	45.21	1	45.21	14.21	.001
ระหว่างกลุ่ม	37.21	1	37.21	11.69	.002
ความคลาดเคลื่อน	117.74	37	3.18		
รวม	2311.00	40			

สำหรับคะแนนเฉลี่ยภายหลังปรับคะแนนแล้วพบว่า คะแนนเฉลี่ยความแข็งแรงในชีวิตของกลุ่มทดลองเท่ากับ  $\bar{X} \pm SD = 2.88 \pm 0.4$  กลุ่มควบคุมเท่ากับ  $\bar{X} \pm SD = 2.38 \pm 0.4$ , คะแนนเฉลี่ยสุขภาพกายของกลุ่มทดลองเท่ากับ  $\bar{X} \pm SD = 2.30 \pm 1.7$  กลุ่มควบคุมเท่ากับ  $\bar{X} \pm SD = 2.11 \pm 1.7$ , คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองเท่ากับ  $\bar{X} \pm SD = 14.20 \pm 1.09$  กลุ่มควบคุมเท่ากับ  $\bar{X} \pm SD = 4.70 \pm 1.09$  และคะแนนเฉลี่ยความสัมพันธ์ทางสังคมของกลุ่มทดลองเท่ากับ  $\bar{X} \pm SD = 8.21 \pm 4.0$  กลุ่มควบคุมเท่ากับ  $\bar{X} \pm SD = 6.23 \pm 4.0$

## อภิปรายผล

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแรงในชีวิตสำหรับผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา พบว่า หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ผู้สูงอายุมีความแข็งแรงในชีวิตเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากกิจกรรมของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแรงในชีวิตของผู้สูงอายุได้พัฒนาขึ้นตามข้อเสนอแนะของ นักวิชาการที่ศึกษาและพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแรงในชีวิตระดับบุคคล<sup>13</sup> ที่เสนอแนะว่าการเสริมสร้างความแข็งแรงในชีวิตระดับบุคคลจะต้องเสริมสร้างทั้ง 3 องค์ประกอบไปพร้อม ๆ กัน คือ “I am”, “I have” และ “I can” ดังนั้นกิจกรรมของโปรแกรมได้พัฒนาแต่ละองค์ประกอบของความแข็งแรงในชีวิตโดยให้ผู้สูงอายุฝึกการหายใจผ่อนคลายความเครียด สร้างสมาธิและจิตใจที่สงบด้วยการหายใจเข้าออกอย่างช้า ๆ และให้ระลึกย้อนหลังถึง “I am” ความภาคภูมิใจ สิ่งที่ดี ๆ และความสำเร็จ “I have” คนที่รักและคนที่คอยช่วยเหลือ และ “I can” ความสามารถในการแก้ไขปัญหาและการเผชิญอุปสรรคต่าง ๆ ของตนเองตั้งแต่วัยเด็กจนถึงปัจจุบัน นอกจากนี้ กิจกรรมของโปรแกรมได้พัฒนาขึ้นให้สอดคล้องกับข้อเสนอแนะจากการวิจัยที่ผ่านมา ที่เสนอแนะไว้ว่าการเสริมสร้างความแข็งแรงในชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ ควรให้ความสำคัญกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือสัมพันธ์กับความแข็งแรงในชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย การสร้างเสริมสุขภาพในการดำเนินชีวิตประจำวันและความเป็นอยู่ที่ดี<sup>7-8</sup> เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย กิจกรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุได้ใช้ความสามารถและความรู้สึกในชีวิตยังมีหวัง<sup>21</sup> ตลอดจนการเสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล<sup>9-10</sup>

สำหรับสุขภาพกายของผู้สูงอายุ พบว่า คะแนนเฉลี่ยสุขภาพกายของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแรงในชีวิตสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม คะแนนเฉลี่ยสุขภาพกายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันทางสถิติ เมื่อควบคุมคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง แม้ว่าโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแรงในชีวิตที่พัฒนาขึ้นในการศึกษารั้งนี้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความแข็งแรงในชีวิตเพิ่มขึ้น ซึ่งการวิจัยที่ผ่านมา<sup>6</sup> พบว่า ความแข็งแรงในชีวิตของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพกาย หมายถึงผู้สูงอายุที่มีความแข็งแรงในชีวิตที่เพิ่มขึ้น จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายเพิ่มขึ้น และผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมตามแนวคิดความสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุ และแนวคิดทฤษฎีจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพกายของผู้สูงอายุ กิจกรรมได้แก่ การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ เน้นไปที่การเคลื่อนไหวปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Functional mobility) การบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และการบริหารสมองโดยกิจกรรมที่ใช้เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวกับการรับรู้ความจริงในกิจวัตรประจำวัน (Reality orientation) ที่ส่งเสริมการจดจำข้อมูลต่าง ๆ เช่น วัน เวลา สถานที่ บุคคล การกระทำ กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการฝึกฝนด้านความจำ จะช่วยให้ผู้สูงอายุยังคงมีความจำที่ดี ช่วยชะลอความเสื่อม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ตลอดจนการนำเสนอตัวอย่างผู้สูงอายุที่สุขภาพกาย และความจำที่ดีจากยังคงปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอ (Active ageing) เหตุผลที่สามารถนำมาอธิบายว่าทำไมโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแรงในชีวิตสำหรับผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรายังไม่มีประสิทธิผลเพียงพอที่จะพัฒนาสุขภาพกายของผู้สูงอายุให้เพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ



ทางสถิติ เนื่องจากผู้สูงอายุทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 70 - 79 ปี ถือว่าเป็นผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) เป็นช่วงวัยที่เริ่มมีอาการเจ็บป่วย ร่างกายเริ่มอ่อนแอ มีโรคประจำตัว หรือโรคเรื้อรัง<sup>22</sup> สอดคล้องกับข้อมูลของโรคประจำตัวที่พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีโรคประจำตัวสูงถึงร้อยละ 75 ประกอบกับในวัยผู้สูงอายุวัยชราในร่างกายนี้อาจจะมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลงมากกว่าการเจริญเติบโต<sup>22</sup> ดังนั้น กิจกรรมของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตที่พัฒนาขึ้นสำหรับการวิจัยครั้งนี้ เป็นการยากที่จะฟื้นฟูวัยชราในร่างกายนี้อาจจะเสื่อมให้กลับมาเหมือนเดิมได้ ผู้สูงอายุจึงรู้สึกว่าการสร้างร่างกายก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมไม่มีการเปลี่ยนแปลง เพราะแบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นแบบประเมินที่ผู้สูงอายุประเมินสุขภาพของตนเองโดยรวมเมื่อเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพของตนเองในอดีต ภาวะสุขภาพของตนเองในปัจจุบัน และภาวะสุขภาพของตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับผู้อื่น ดังนั้น การประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุสำหรับการวิจัยครั้งต่อไปควรเพิ่มวิธีการประเมินด้วยการตรวจสุขภาพร่างกายจากบุคลากรทางการแพทย์ร่วมด้วย สำหรับผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสุวรัตน์ นามกระจ่าง และคณะ<sup>23</sup> ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมพัฒนาความสุข 5 มิติในผู้สูงอายุใช้รูปแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) กลุ่มเดียว วัดก่อนและหลัง โดยการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาความสุข 5 มิติให้กับผู้สูงอายุ โดยความสุข 5 มิติได้แก่ สุขสบาย สุขสนุก สุขสง่า สุขสว่าง และสุขสงบ เป็นระยะเวลา 16 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองระดับของสมรรถภาพร่างกายของผู้สูงอายุ และค่าเฉลี่ยของคะแนนสมรรถภาพทางสมองเบื้องต้นเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) แต่ทั้งนี้ การศึกษาครั้งนี้<sup>23</sup> กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุติดสังคม ช่วงอายุ 60-70 ปี ซึ่งถือว่าเป็นผู้สูงอายุวัยต้น เป็นช่วงไม่ค่อยแก่ (the young-old) โดยทั่วไปยังเป็นผู้สูงอายุที่แข็งแรง เป็นช่วงที่ยังมีพลังช่วยเหลือตนเองได้ และร่างกายสามารถฟื้นฟูให้แข็งแรงและกระฉับกระเฉงใกล้เคียงกับวัยกลางคน<sup>23</sup> ตลอดจนการดำเนินกิจกรรมยาวนานถึง 16 สัปดาห์มากกว่าโปรแกรมของการศึกษาครั้งนี้

สำหรับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างกันทางสถิติ แต่อย่างไรก็ตาม คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ( $\bar{X}=14.20$ ) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมเล็กน้อย ( $\bar{X}=14.70$ ) เมื่อควบคุมคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง เหตุผลที่น่ามาอธิบายถึงประสิทธิผลของโปรแกรมในการทำให้ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุลดลง เนื่องจากโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตที่พัฒนาขึ้นในการศึกษาครั้งนี้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความแข็งแกร่งในชีวิตเพิ่มขึ้น การวิจัยที่ผ่านมา<sup>6,8</sup> พบว่าความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า หมายถึงผู้สูงอายุที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตที่เพิ่มขึ้น จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร่าลดลง นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีจิตวิญญาณเพื่อให้เกิดผลกระทบต่อจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ เพื่อดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้สูงอายุ เน้นการมีสมาธิ การอยู่กับธรรมชาติ สามารถเข้าถึงตนเอง เพื่อเข้าสู่ความสงบภายใน พัฒนาความตระหนักรู้ในชีวิต ซึ่งเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการทำบารุงจิตวิญญาณ จนเข้าถึงการมีความสุข และการดูแลด้านจิตวิญญาณตามแนวคิดทฤษฎีช่วงชีวิตเกี่ยวกับการพัฒนา (Life span theories about adult development) มาใช้ร่วมด้วย<sup>14</sup> เนื่องจากการเจริญเติบโตหรือการพัฒนาด้านจิตวิญญาณเป็นพลวัตที่เกิดขึ้นตลอดช่วงชีวิตอายุไข ซึ่งบุคคลเริ่มมีการตระหนักรู้ถึงความหมาย จุดมุ่งหมาย และการให้คุณค่าในชีวิตภายในบุคคลเมื่ออายุมากขึ้น เพราะผู้สูงอายุจะเริ่มตระหนักรู้ถึงสมรรถภาพทางกายที่ถดถอย และการสูญเสียที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุพยายามที่จะหาความหมายในชีวิต เพื่อจะทำให้ชีวิตเกิดความสมดุลระหว่างความท้อแท้ (Despair) และการบูรณาการของตัวตน (Ego-integrity) ดังนั้นการพัฒนาด้านจิตวิญญาณมีความสำคัญในผู้สูงอายุ 4 ด้าน คือ การค้นพบในความหมายของชีวิต, การช่วยลดความรู้สึกสูญเสียตาม

ธรรมชาติเป็นการช่วยในการตัดสินใจว่าอะไรเป็นสิ่งที่สำคัญหรือไม่สำคัญของชีวิต และการช่วยเหลือให้เผชิญกับการสูญเสียของด้านอารมณ์และสังคม ซึ่งส่งผลต่อการลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ<sup>14</sup> โดยกิจกรรมของโปรแกรมครอบคลุมการสวนมนต์และการนั่งสมาธิ ให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมและศาสนาไม่ว่าจะเป็นศาสนาพุทธ คริสต์ อิสลาม หรือความเชื่ออื่นใดที่เป็นความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ การใช้ศิลปะ เพราะศิลปะเป็นงานที่สะท้อนถึงการแสดงออกทางจิตวิญญาณ เช่น เพลง รูปภาพ น้ำมันหอมระเหย และการนวดสัมผัสผ่อนคลาย เป็นต้น และการค้นหาการให้ความหมายเกี่ยวกับความตาย ทำให้ผู้สูงอายุเริ่มตระหนักถึงการไถ่เวลาการกลับคืนสู่โลกของจิตวิญญาณ สอดคล้องกับการศึกษาของธีรประภา ทองวิเศษ และคณะ<sup>25</sup> พัฒนารูปแบบกิจกรรมภายใต้ตัวแบบกระบวนการเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุตามแนวจิตวิญญาณสำหรับผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการระลึกความหลัง (Reminiscence)<sup>14</sup> มาประยุกต์ใช้ร่วมกับการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ การระลึกถึงของเล่นหรือการเล่นในวัยเด็ก ความภาคภูมิใจ สิ่งที่ดี ๆ และความสำเร็จ คนที่รักและคนที่คอยช่วยเหลือ และความสามารถในการแก้ไขปัญหาและการเผชิญอุปสรรคต่าง ๆ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การระลึกความหลังที่เป็นสุขสามารถลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ<sup>14,25</sup> ผลการศึกษาสามารถสรุปในเบื้องต้นว่า โปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตที่พัฒนาขึ้นในการวิจัยครั้งนี้ สามารถลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ อย่างไรก็ตามการศึกษามีการศึกษาเพิ่มเติม โดยนำโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราจำนวนมากขึ้น เพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรม

สำหรับความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสัมพันธ์ทางสังคมของกลุ่มทดลอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $<.001$  และคะแนนเฉลี่ยความสัมพันธ์ทางสังคมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $.002$  เมื่อควบคุมคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง สรุปผลได้อย่างชัดเจนว่า โปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตมีประสิทธิผลในการเสริมสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมให้กับผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา สำหรับเหตุผลที่สามารถนำมาอธิบายถึงประสิทธิผลของโปรแกรมต่อการเสริมสร้างความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับครอบครัว เพื่อนผู้สูงอายุ และเจ้าหน้าที่ในสถานสงเคราะห์คนชรา และบุคคลภายนอก การเสริมสร้างการรับรู้ถึงแหล่งสนับสนุนด้านจิตใจของผู้สูงอายุ และการพัฒนาความสามารถในการแสวงหาความช่วยเหลือ (Ability to seek help) ของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการทำงานกลุ่มจากทุกกิจกรรมมาพัฒนาความสัมพันธ์ทางสังคมที่ดีให้กับผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราสอดคล้องกับทฤษฎีการมีกิจกรรมร่วมกัน (Activity Theory)<sup>22</sup> ที่อธิบายไว้ว่า การส่งเสริมความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุ ควรสนับสนุนให้ผู้สูงอายุกิจกรรมต่าง ๆ อย่างต่อเนื่องกับสมาชิกในวัยเดียวกัน ดังตัวอย่างของกิจกรรมระลึกถึงของเล่นและการเล่นในวัยเด็ก อารมณ์ที่ผู้สูงอายุถ่ายทอดออกมาทุกคนมีอารมณ์ร่วม และรู้จักของเล่นและการเล่นในวัยเด็ก กิจกรรมนี้ผู้สูงอายุแย่งกันออกมาสาธิตการเล่นหมากเก็บและการเป่ากบหนังยาง ขณะสาธิตของแต่ละคนจะเรียกเสียงหัวเราะของผู้สูงอายุทุกคน ดังตัวอย่างที่ผู้สูงอายุชายคนหนึ่งเล่าว่า “ตอนเด็กหว่างแต่เล่น เล่นเป่ากบ เล่นไม่ช่วยทำงานเลย โดนแม่ข่มขู่มาตีจากทางด้านหลังเข้าอย่างจัง ตัวเองก็เจ็บ ลูกขึ้นได้ก็วังหนี่” ขณะเล่าหน้าตาของผู้สูงอายุไม่ได้เสียใจกับการถูกตีจากมารดาเลย แต่วิธีการเล่าแสดงท่าทางให้เห็นจริงที่กำลังเป่ากบหนังยางกับเพื่อนอย่างไร ถูกมารดาทำโทษอย่างไร ทำให้ผู้สูงอายุทุกคนหัวเราะกันอย่างมีความสุขกับท่าทางที่คุณตาแสดงให้ดู มีผู้สูงอายุหลายคนสะท้อนว่ากิจกรรมเล่าถึงของเล่น และการเล่นในวัยเด็ก “สนุกมาก รู้สึกมีความสุขมาก” “อยากให้มีโอกาสเล่นแบบนี้ให้มาก ๆ...” “อาจารย์อย่าลืมนะนึกถึงของเล่น กับการเล่นตีหมากเลยอาจารย์... มีความสุขจังเลย” สะท้อนถึงกิจกรรมที่กระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้มีกิจกรรมต่อเนื่องกับคนวัยเดียวกันและกิจกรรมนั้นเหมาะสมกับวัยของผู้สูงอายุ จะส่งเสริมความสัมพันธ์ทางสังคมและความสุขแก่ผู้สูงอายุ



## ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

สถานสงเคราะห์คนชรา หน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์สามารถนำโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตไปประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตและความสัมพันธ์ทางสังคมให้กับผู้สูงอายุ และลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุทั้งในสถานสงเคราะห์คนชรา และผู้สูงอายุในบริบทอื่น ๆ ต่อไป

## ข้อเสนอแนะการนำในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำโปรแกรมการเสริมความแข็งแกร่งในชีวิตไปทดลองกับกลุ่มผู้สูงอายุจำนวนมากขึ้น เพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมต่อการลดภาวะซึมเศร้า และเสริมสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา และมีการวัดซ้ำเพื่อประเมินความคงทนของประสิทธิผลของโปรแกรม

2. ควรเพิ่มระยะเวลาการดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมการเสริมความแข็งแกร่งในชีวิตให้มากขึ้นเป็น 12 – 16 สัปดาห์ เพื่อผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นของสุขภาพกาย และการลดภาวะซึมเศร้า และควรใช้การประเมินการตรวจสุขภาพร่างกายจากบุคลากรทางการแพทย์ร่วมกับแบบประเมินที่ให้ผู้สูงอายุประเมินสุขภาพกายของตนเอง เพื่อผลการประเมินสุขภาพกายที่ชัดเจน

3. ควรนำโปรแกรมการเสริมความแข็งแกร่งในชีวิตไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุทั้ง 3 ช่วงอายุ คือ ผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60–69 ปี) ผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70–79 ปี) และ ผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) เพื่อศึกษาว่าโปรแกรมมีประสิทธิผลในการพัฒนาสุขภาพกายของผู้สูงอายุหรือไม่ เมื่อเปรียบเทียบกับทั้ง 3 กลุ่มอายุ

## References

1. Prasartkul P. General situation. In: Prasartkul P, editor. The situation of the elderly in B.E. 2559. Nakhon Pathom: Institute and Social Research; 2017:16–27. (in Thai).
2. Panyapong S, Chaisri A, Doungmala T, Khumchaiyaphum W, Prungchaiyaphum W. Formal of social welfare elderly in Chaiyaphum Province. Journal of MCU Peace Studies; 5(3): 1–16.
3. Pumsoon N, Singhasut, S. Lifestyle of elderly in 2<sup>nd</sup> Banbangkhae Development and Social Welfare Center [Dissertation]. Bangkok: Silpakorn University; 2009. (in Thai)
4. Promjun T, Suppavitiporn S. Depression loneliness and self-esteem of the elderly in Bangkhae Home and private homes for the aged in Bangkok. Chula Med J [Internet]. 2014 [cited 2017 Jun 15]; 58(5): 545–61. Available from [http://clmjournals.org/\\_fileupload/journal/25-7.pdf](http://clmjournals.org/_fileupload/journal/25-7.pdf)
5. Jongsthitmean J, Silthunawa P, Sirisompun N. An Evaluation of Governmental Homes for the Aged: Case Studies of the Three Homes for the Aged. Nonthaburi: Health System Research Institute; 2000. (in Thai)
6. Chaosuansreechroen KR, Chaosuansreechroen P, Kongsanit S. Development of resilience-enhancing program for elderly nursing home residents of Southern Area. Trang: Sirindhorn College of Public Health, Trang; 2018. (in Thai)
7. Centre for Policy on Ageing. Resilience in older age. [internet]. 2014 [cited 2017 April 10]. Available from <http://www.cpa.org.uk /information/reviews/CPA-Rapid-Review-Resilience-and- recovery.pdf>



8. Gallacher J, Mitchell C, Heslop L, Christopher G. Resilience to health related adversity in older people. *Emerald Quality in Ageing and Older Adults* [Internet]. 2012 [cited 2018 Mar 18]; 13(3): 197–204. Available from <https://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/14717791211264188>
9. Moyle W, Clarke C, Gracia N, Reed J, Cook G, Klein B, Marais S, Richardson E. Older people maintaining mental health well-being through resilience: an appreciative inquiry study in four countries. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness* [Internet]. 2010 [cite 2018 Mar 18]; 2(2): 113–21. Available from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1752-9824.2010.01050.x>
10. Wells M. Resilience in older adults living in rural, suburban, and urban areas. *Journal of Rural Nursing & Health Care* [Internet]. 2010 [cited 2018 Jun 6]; 10(2): 45–54. Available from <https://rnojournals.binghamton.edu/index.php/RNO/article/view/55>
11. Sangon S. Depression: risk factors, protection factors, and resilience. In: Nintachan P, editor. *A resilience- enhancing program*. Bangkok: Jutthong. p.105–106. (in Thai)
12. Benjaponpitak A, Wanitrommanee K, Panuwatsuk P. *Handbook of “five dimensions of happiness” for older people*. Nonthaburi: Department of Mental Health Ministry of Public Health; 2013. (in Thai)
13. Institute of Geriatric Medicine. *Care and treatment elderly disease with alternative medicine for medicine and public health workers*. Nonthaburi: Department of Medicine; 2004. (in Thai)
14. Stinson CK. Structured group reminiscence: an intervention for older adults. *The Journal of Continuing Education in Nursing* [Internet]. 2009 [cited 2017 May 10]; 40(11): 521–28. Available from <https://sites.temple.edu/jmcluskey/files/2015/12/Group-reminiscence.pdf>
15. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB. *Designing Clinical Research, Third Edition*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins; 2007.
16. Maneerat S, Isaramalai S, Boonyasopun U. Conceptual structure of resilience among Thai elderly. *International Journal of Behavioral Science* [Internet]; 2011[cited 2018 Mar 10]; 6(1): 26–40. Available from [https://www.researchgate.net/publication/216882389\\_A\\_conceptual\\_structure\\_of\\_resilience\\_among\\_Thai\\_elderly](https://www.researchgate.net/publication/216882389_A_conceptual_structure_of_resilience_among_Thai_elderly)
17. Nitipakorn P. *The effect of reminiscence on depression and life satisfaction among the elderly nursing home* [Dissertation]. Chonburi: Burapha University; 2004. (in Thai)
18. Department of Mental Health. *Thai Geriatric Depression Scale*. *Siriraj Medical Journal* [Internet]. 1994 [cited Jun 7]; 46: 1–9. Available from <http://www.smj.si.mahidol.ac.th/sirirajmedj/index.php/smj/article/view/1736> (in Thai)
19. Polit DF, Beck CT. The Content Validity Index: are you sure you know what’s being reported? critique and recommendations. *Research in Nursing & Health* [Internet]. 2006 [cited Aug 13]; 29: 489–497. Available from <https://pdfs.semanticscholar.org/537d/5a0f09968979b4cf4e8b0213a8f39257b393.pdf>
20. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson, RE. *Multivariate data analysis: a global perspective*. 7<sup>th</sup> ed. New Jersey: Pearson Education Inc; 2010.



21. McFadden SH, Basting AD. Healthy aging persons and their brains: promoting resilience through creative engagement. *Clin Geriatr Med* [Internet]. 2010 [cited 2018 May 14]; 26(1): 149–61. Available from [https://www.researchgate.net/publication/41531730\\_Healthy\\_Aging\\_Persons\\_and\\_Their\\_Brains\\_Promoting\\_Resilience\\_Through\\_Creative\\_Engagement](https://www.researchgate.net/publication/41531730_Healthy_Aging_Persons_and_Their_Brains_Promoting_Resilience_Through_Creative_Engagement)
22. Nugate B, Pornthaweeekuntha P. Gerontological nursing. 3rd ed. Nonthaburi: Academic Welfare Project Praboromajanok Institute for Health Workforce Development; 2005.
23. Namkajang S, Somrat L, Dechakumphu A. Effectiveness of development 5 dimension happiness for elderly person: a case study of elderly person in Tambon krawon Amphoe Khunhan Changwat Sisaket. In: the National and International Graduate Research Conference; 2017 March 10; Khon Kaen University; 2017: p. 699–709. (in Thai)
24. Thongweeset T, Kingminghae P, Suparatnakul S. Development of activity model under process of elderly mental health promotion. *Journal of Education, Mahasarakham University* [Internet]. 2015 [cite 2018 May 14]; 9(special issue): 219–34. Available from [https://edu.msu.ac.th/journal/home/journal\\_file/84.pdf](https://edu.msu.ac.th/journal/home/journal_file/84.pdf) (in Thai)
25. Laukongtam W, Phimtra S, Kongsuk T, Rungreangkulkij S. The effective of group happy reminiscence therapy on depressive symptoms in Thai older people with major depressive disorder. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*. 2015; 29(2): 12–27.(in Thai)