

ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและความสุขของผู้สูงอายุ*

พัชรี ฤงแก้ว¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและความสุขของผู้สูงอายุของชุมชนบ้านห้วยสะพาน ตำบล บ้านยาง อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์ กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครที่เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม อายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบวัดความสุข มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .88 แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .92 และ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต โดยรวมหลังเข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ คะแนนเฉลี่ยความสุขหลังเข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ มีคะแนนเฉลี่ยความสุขสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, ความสุข, โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ, ผู้สูงอายุ

* ได้รับทุนสนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์, E-mail: patchareethongkaew@gmail.com



The Effects of Mental Health Encourage Program on the Five - dimensional Psychological Happiness Model to Develop the Quality of Life and Happiness of the Elderly *

Patcharee Thungkaew¹

Abstract

This research is a quasi-experimental research by one-group pretest -posttest design. The purpose of this study was to study effects of mental health encourage program by using the five-dimensional psychological happiness model to develop the quality of life for the elderly the sample was the 60 elderly people who was volunteer in Ban Huasapan, Ban Yang Subdistrict, Phutthaisong District, Buriram Province. Samples were volunteers who were elderly over 60 years old by purposive sampling. The instruments used in this study were the happiness measure the reliability was .88 and quality of life test measure the reliability was .92. The program on the five-dimensional psychological happiness model which passed an examination for content validity by experts. Data were analyzed by using statistics; mean, standard deviation and paired t-test.

The results found that the overall quality of life after participating in the mental health encourage program with the five-dimensional psychological happiness model was significant higher at .05 level ($\bar{X} = 81.93$) and mean scores of happiness after attending the mental health encourage program with the

Keywords: Quality of Life, Happiness, Mental Health Encourage Program on the Five-dimensional Psychological Happiness Model, Elderly

* Funded research by Thai Health Promotion Foundation

¹ Assistant Professor, Faculty of Education, Buriram Rajabhat University, E-mail: patchareethoongkaew@gmail.com

ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

ประเทศไทยกำลังอยู่ในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากสังคมสูงวัย (Aging Society) เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยสมบูรณ์ (Aged Society) ทำให้โครงสร้างอายุของประชากรย่อมเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว สาเหตุที่ทำให้ประชากรสูงวัย ส่วนหนึ่งมาจากความก้าวหน้าทางด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีที่ทันสมัยทำให้มีการพัฒนาทางด้าน การแพทย์และมียาตัวกรรมใหม่ที่รักษาโรคและควบคุมโรคระบาด การบำรุงร่างกายให้มีสุขภาพแข็งแรง ทำให้จำนวนและสัดส่วนประชากรสูงอายุของไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2555) การสูงวัยของประชากรจึงเป็นประเด็นท้าทายต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ จะเห็นว่าแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุจะมีจำนวนเพิ่มขึ้น เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น ในทางชีววิทยาย่อมเกิดความเสื่อมถอยทางด้านร่างกาย โดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุพบการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพมากกว่าวัยอื่น โดยเฉพาะสุขภาพกาย และเมื่อมีปัญหาสุขภาพกายแล้วย่อมกระทบต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา ดังนั้น ผู้สูงอายุจะมีความเสี่ยงในการเผชิญปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ (George, L.K., 2010) สอดคล้องกับผลการสำรวจสุขภาพจิตผู้สูงอายุด้วยแบบคัดกรองความสุขฉบับ 15 ข้อ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุต่ำกว่าช่วงวัยอื่น ๆ โดยประมาณ 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีความเปราะบางทางจิตใจ เพราะมีสาเหตุมาจากปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ความรู้สึกมีคุณค่าและความเชื่อมั่นในตัวเองลดลง ทำให้เกิดความวิตกกังวลกลัว เกิดความกลัว อารมณ์เศร้าและสิ้นหวัง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2554; รศรินทร์ เกรย์และคณะ, 2556)

พื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านยาง อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์ มีประชากรผู้สูงอายุอยู่จำนวนมาก จากสถิติจำนวนผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบลบ้านยาง อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์ ณ เดือนกันยายน 2560 มีผู้สูงอายุจำนวน 560 คน และจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นผู้ประสานงานขององค์การบริหารส่วนตำบลบ้านยาง อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์ ได้ให้ข้อมูลบริบทของพื้นที่ในประเด็นเกี่ยวกับผู้สูงอายุ พบว่าวัยผู้สูงอายุในพื้นที่นี้เป็นวัยที่ได้รับผลกระทบจากความเสื่อมของร่างกายระบบต่าง ๆ ตามวัยและผลจากโรคเรื้อรังต่าง ๆ รวมทั้งสมาชิกส่วนใหญ่ในครอบครัวต้องหารายได้เพื่อการเลี้ยงชีพ ไม่มีเวลาให้การดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ยังขาดโอกาสที่จะได้รับความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต ด้วยเหตุผลดังกล่าวอาจจะทำให้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (Tae WL, Sun K, Kyung JL, 2006) รวมทั้งมีผลการวิจัยที่พบว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพมีผลเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้ (ลิวรรณ อุณนาภิรักษ์ และคณะ, 2555)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ดังกล่าว โดยเลือกดำเนินการศึกษาผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านหัวสะพาน จำนวน 4 หมู่บ้าน ตำบลบ้านยาง อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์ ได้แก่ บ้านหัวสะพาน หมู่ 5 หมู่ 13 หมู่ 14 และหมู่ 18 เนื่องจากชุมชนดังกล่าวมีสัดส่วนจำนวนผู้สูงอายุที่ค่อนข้างมาก โดยมีทั้งหมด 560 คน มีการรวมกลุ่มทำกิจกรรมเป็นประจำ โดยมีจุดศูนย์รวมการทำกิจกรรมที่วัดเทพรังสรรค์ ซึ่งตั้งอยู่ที่บ้านหัวสะพาน หมู่ 14 และมีความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรมและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี และสอดคล้องกับนโยบายขององค์การบริหารส่วนตำบลบ้านยาง อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์ ที่ต้องการให้ชุมชนหมู่บ้านดังกล่าวเป็นชุมชนนาร่องและเป็นชุมชนสูงวัยที่เข้มแข็ง ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการศึกษาโดยใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากคู่มือความสุข 5 มิติของผู้สูงอายุของกรมสุขภาพจิต (2555) และแนวคิดคุณภาพชีวิตซึ่งครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา และสอดคล้องกับแผนพัฒนาผู้สูงอายุแห่งชาติ (พ.ศ. 2545-พ.ศ.2564) สำหรับแนวคิดของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ เป็นการบูรณาการโดยใช้ฐานแนวคิด ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ (Maslow) โดยผสมผสาน กับเนื้อหาที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยต่าง ๆ เพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมคือ กาย จิต สังคม และปัญญา ให้มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และมีความสุขในสังคมสูงวัยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและความสุขของผู้สูงอายุ

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังเข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ ผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ
2. หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ ผู้สูงอายุมีคะแนนความสุขสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดและทฤษฎีของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ หมายถึง ระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต ตลอดจนความรู้สึกและการรับรู้ของผู้สูงอายุ สถานะของผู้สูงอายุในการดำรงชีวิตในสังคม การมี



สุขภาพที่ดี ความสามารถในการดำรงชีวิต และการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นภายใต้บริบทของวัฒนธรรมและค่านิยมของสภาพแวดล้อมนั้น ๆ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสภาพแวดล้อม อธิบายได้ดังนี้ (องค์การอนามัยโลก, 2014; อ้างถึงในปิยภรณ์ เลหาบุตร, 2557)

1. คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย หมายถึง การรับรู้หรือการประเมินตนเองในเรื่องต่าง ๆ ได้แก่ สภาพร่างกาย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การปฏิบัติตนในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด การพักผ่อน และการใช้บริการทางการแพทย์ เป็นต้น

2. คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ หมายถึง การรับรู้สภาพจิตใจในเรื่องภาพลักษณ์ของตนเอง ความภาคภูมิใจในตนเอง ความมั่นใจในตนเอง และความรู้สึกต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต

3. คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุคคลอื่น รวมถึงการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และการมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง

4. คุณภาพชีวิตด้านสภาพแวดล้อม หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ปลอดภัย และมั่นคงในชีวิต การอยู่ในสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่ดี การมีโอกาสได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ เป็นต้น

กรอบแนวคิดความสุข 5 มิติ

สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต (2555) ได้จำแนกความสุขของผู้สูงอายุ 5 มิตินี้

ด้านที่ 1 : สุขสบาย (Health) หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพร่างกายให้มีสมรรถภาพร่างกายที่แข็งแรงคล่องแคล่ว มีกำลังสามารถตอบสนองต่อความต้องการทางกายภาพได้ตามสภาพที่เป็นอยู่มีเศรษฐกิจหรือปัจจัยที่จำเป็นพอเพียง ไม่มีอุบัติเหตุหรืออันตราย มีสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ ไม่ติดสิ่งเสพติด

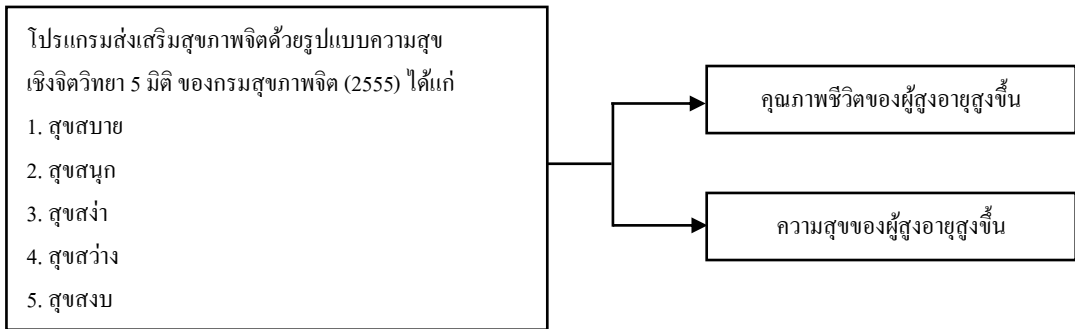
ด้านที่ 2 : สุขสนุก (Recreation) หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุในการเลือกวิถีชีวิตที่รื่นรมย์ สนุกสนาน ด้วยการทำ กิจกรรมที่ก่อให้เกิดอารมณ์เป็นสุข จิตใจสดชื่นแจ่มใส กระปรี้กระเปร่า มีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้สามารถลดความซึมเศร้า ความเครียดและความวิตกกังวลได้

ด้านที่ 3 : สุขสง่า (Integrity) หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต ความภาคภูมิใจในตนเอง ความเชื่อมั่นในตนเอง เห็นคุณค่าในตนเอง การยอมรับนับถือตนเอง ให้กำลังใจตนเองได้เห็นอกเห็นใจผู้อื่น มีลักษณะเอื้อเพื่อแบ่งปัน และมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้อื่นในสังคม

ด้านที่ 4 : สุขสว่าง (Cognition) หมายถึงความสามารถของผู้สูงอายุด้านความจำ ความคิดอย่างมีเหตุผล การสื่อสาร การวางแผนและการแก้ไขปัญหาความสามารถในการคิดแบบนามธรรมรวมทั้งความสามารถในการจัดการสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านที่ 5 : สุขสงบ (Peacefulness) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการรับรู้ เข้าใจความรู้สึกของตนเอง รู้จักควบคุมอารมณ์และสามารถจัดการกับสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพสามารถผ่อนคลายให้เกิดความสุขสงบกับตนเองได้ รวมทั้งความสามารถในการปรับตัวยอมรับสภาพสิ่งที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง

สามารถเขียนเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ได้ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One-group pretest -posttest design) (วรรณดี แสงประทีปทอง, 2555)

ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลบ้านยาง อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 560 คน (สถิติจำนวนผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบลบ้านยาง อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์ ณ เดือนกันยายน 2560)

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาสาสมัครที่เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม โดยมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านหัวสะพาน จำนวน 4 หมู่บ้าน ตำบลบ้านยาง อำเภอพุทไธสง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยมีการควบคุมความแปรปรวนของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะที่ไม่แตกต่างกันมากนัก โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) ด้วยการคำนวณค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) จากสูตร comparison between two proportions ของ Kirkwood (1988) วิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) โดยอาศัยอำนาจการทดสอบ (Power) ที่ 0.90 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Significant level) ที่ 0.05

และกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ในระดับใหญ่ที่ 0.60 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณคือ 55.63 คน ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดตัวอย่างไว้ที่ 60 คน จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์พิจารณาการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ผู้สูงอายุติดสังคม ซึ่งหมายถึง กลุ่มผู้สูงอายุที่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี ดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างอิสระ สามารถทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน และกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องได้ เป็นผู้ที่มีความสุขภาพทั่วไป ไม่มีโรคเรื้อรัง

2. สามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยประเมินจากแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2557) โดยประยุกต์จากดัชนีบาร์ธเอลเอดีแอล (Barthel ADL Index) มีความสามารถทางกายในระดับปานกลางและระดับดี โดยได้คะแนน 12 คะแนนขึ้นไป

3. มีความสามารถสื่อความหมายเข้าใจและตอบแบบสัมภาษณ์ได้

4. ไม่เป็นโรคที่แพทย์วินิจฉัยห้าม หรือจำกัดการออกกำลังกาย

5. ยินยอมและสมัครใจให้ความร่วมมือในการวิจัย

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ (Independent variables) คือ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ ได้แก่ มิติ 1 สุขสบาย มิติ 2 สุขสนุก มิติ 3 สุขสง่า มิติ 4 สุขสว่าง และมิติ 5 สุขสงบ

2. ตัวแปรตาม (Dependent variable) คือ คุณภาพชีวิต และความสุขของผู้สูงอายุ

เครื่องมือที่ใช้วิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลการทดลอง ประกอบด้วย

1.1 แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจากเครื่องวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization Quality of Life Brief – Thai, WHOQOL-BREF-THAI) โดยพัฒนามาจากปียกรณ์ เลาหบุตร (2557) ประเมินคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสภาพแวดล้อม มีคำถาม 26 ข้อ ประเมินค่า 5 ระดับ ดังแสดงในตารางที่ 1 ดังนี้
ตารางที่ 1 เกณฑ์พิสัยของคะแนนคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต	ระดับการมีคุณภาพชีวิต		
	ไม่ดี	กลาง ๆ	ดี
ด้านร่างกาย	7-16	17-26	27-35
ด้านจิตใจ	6-14	15-22	23-30
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	3-7	8-11	12-15
ด้านสิ่งแวดล้อม	8-18	19-29	30-40
โดยรวม	26-60	61-95	96-130

การแปลผล

26 – 60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

61 – 95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ

96 – 130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

1.2 แบบวัดความสุขของกรมสุขภาพจิต โดยพัฒนามาจากอภิชัย มงคล และคณะ (2552) เป็นดัชนีวัดความสุขของคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ (THI – 15) มีคะแนนเต็ม 60 คะแนน การให้คะแนนแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังแสดงในตารางที่ 2 ดังนี้

ตารางที่ 2 เกณฑ์การให้คะแนนความสุข

กลุ่ม	ข้อ	คะแนน			
		ไม่เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด
1	1, 2, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15	0	1	2	3
2	3, 4, 5	3	2	1	0

การแปลผล

51 - 60 คะแนน หมายถึง มีความสุขมากกว่าคนทั่วไป (Good)

44 - 50 คะแนน หมายถึง มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป (Fair)

43 คะแนนหรือน้อยกว่า หมายถึง มีความสุขต่ำกว่าคนทั่วไป (Poor)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ กรอบของการพัฒนาโปรแกรมฯ มาจาก “คู่มือความสุข 5 มิติ สำหรับผู้สูงอายุ” ของกรมสุขภาพจิต (2555) สำหรับกิจกรรมในโปรแกรมฯ มีจำนวนทั้งหมด 10 กิจกรรม ใช้ระยะเวลาสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1-2 ชั่วโมง รวมระยะเวลา 3 เดือน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ

กิจกรรม	ความสุข 5 มิติ	วัน เดือน ปี	เวลา
ครั้งที่ 1 ปฐมนิเทศและสร้างสัมพันธภาพ /ทำแบบวัดความสุขและแบบวัดคุณภาพชีวิต (ก่อนทดลองโปรแกรมฯ)	สุขสบาย	9 ต.ค. 2560	10.00 – 12.00 น.
ครั้งที่ 2 กิจกรรมออกกำลังกายในท่านั่ง			
ครั้งที่ 3 กิจกรรมชวนน้ำใจ	สุขสนุก	30 ต.ค. 2560	10.00 – 12.00 น.
ครั้งที่ 4 กิจกรรมเพื่อนรัก			



ตารางที่ 3 (ต่อ)

กิจกรรม	ความสุข 5 มิติ	วัน เดือน ปี	เวลา
ครั้งที่ 5-6 กิจกรรมฝึกทำลูกบิบบิบริหารสมอง	สุขสง่า	30 พ.ย. 2560	10.00 – 12.00 น.
ครั้งที่ 7 กิจกรรมบริหารสมองเป็น 2 เท่า	สุขสว่าง	6 พ.ย. 2560	10.00 – 12.00 น.
ครั้งที่ 8 กิจกรรมต่อภาพจิ๊กซอว์			
ครั้งที่ 9 กิจกรรมต่อภาพวิถีชีวิต			
ครั้งที่ 10 กิจกรรมฝึกการหายใจอย่างถูกวิธีเพื่อลด ความเครียด/ทำแบบวัดความสุขและแบบวัดคุณภาพ ชีวิต (หลังทดลองโปรแกรมฯ)	สุขสงบ	6 ธ.ค. 2560	10.00 – 12.00 น.

การหาประสิทธิภาพของเครื่องมือ

1. แบบวัดความสุขและแบบวัดคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยได้นำแบบวัดทั้งสองชนิดนี้ไปทดลองใช้กับ ผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วนำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นได้ค่า สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบราค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ .88 และ .89 สำหรับแบบวัด ความสุข และแบบวัดคุณภาพชีวิต ตามลำดับ

2. โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ ผู้วิจัยนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่าน และอาจารย์สาขา จิตวิทยา จำนวน 2 ท่าน เป็นผู้พิจารณาตรวจสอบ ความสอดคล้อง ความเหมาะสมด้านเนื้อหาและการใช้ ภาษา หลังจากนั้นนำมาแก้ไขปรับปรุงตามข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยก่อนทำการเก็บข้อมูลการ วิจัย ผู้วิจัยได้ชี้แจงข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างได้ทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวม ข้อมูล และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ ตลอดจนทราบถึงสิทธิที่จะยกเลิกหรือถอนตัว ออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลและไม่มีผลกระทบใด ๆ กับกลุ่มตัวอย่าง โดย ผลการวิจัยในครั้งนี้จะนำเสนอเป็นภาพรวม ไม่ระบุชื่อ/สกุลของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ รายละเอียดดังกล่าวแล้วและยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ จึงให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อให้คำ ยินยอมในแบบฟอร์มการให้คำยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเชิญชวนผู้สูงอายุเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นอธิบายโครงการวิจัย พร้อมเอกสารชี้แจง แก่กลุ่มตัวอย่าง พร้อมกับสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐาน ก่อนดำเนินการทดลองใช้โปรแกรมฯ

2. ทดลองโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ โดยจัดกิจกรรมทั้งหมด 10 กิจกรรม ตามตารางโปรแกรมที่กำหนด

3. เก็บข้อมูลหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพชีวิตและความสุขของผู้สูงอายุ โดยใช้ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ในการอธิบายลักษณะของคุณภาพชีวิตและความสุขของผู้สูงอายุ

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและความสุขของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test

สรุปผลการวิจัย

ผู้วิจัยเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยแบ่งออกเป็น 2 ตอน ตามลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 เปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ แสดงดังตารางที่ 4

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ แสดงดังตารางที่ 5

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	คะแนนเฉลี่ยระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ						t	Sig. (1-tailed)
	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม				
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ		
ด้านสุขภาพร่างกาย	15.97	2.32	กลางๆ	17.15	2.40	กลางๆ	-1.989	.05*
ด้านจิตใจ	17.85	2.16	กลางๆ	22.78	1.30	ดี	-12.980	.000*
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	10.10	3.29	กลางๆ	14.95	2.22	ดี	-12.313	.000*
ด้านสภาพแวดล้อม	25.37	2.35	กลางๆ	27.05	2.06	กลางๆ	-4.876	.003*
โดยรวม	69.28	4.85	กลางๆ	81.93	3.99	กลางๆ	-3.151	.000*

*p< .05

จากตารางที่ 4 พบว่าระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสภาพแวดล้อม เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ ระดับคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในทุกด้าน ส่วนระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วย

รูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในระดับกลาง ๆ ($\bar{X} = 69.28$) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ พบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในระดับกลาง ๆ แต่มีแนวโน้มสูงขึ้นเมื่อดูจากคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ($\bar{X} = 81.93$) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมหลังเข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ มีค่าสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 5 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสุข ก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิต ด้วยรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ

	ระดับความสุขของผู้สูงอายุ						t	Sig. (1-tailed)
	ก่อนโปรแกรม			หลังโปรแกรม				
	\bar{X}	S.D.	แปลผล	\bar{X}	S.D.	แปลผล		
			ความสุข			ความสุข		
คะแนนความสุข	49.17	5.20	เท่ากับคน ทั่วไป	53.03	5.68	มากกว่าคน ทั่วไป	-10.931	.000*

* $p < .05$

จากตารางที่ 5 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ เท่ากับ 49.17 และคะแนนเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ เท่ากับ 53.03 และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสุขหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ มีคะแนนเฉลี่ยความสุขสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

ตอนที่ 1 หลังเข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ ผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

จากผลการวิจัย พบว่าระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสภาพแวดล้อม เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ ระดับคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในทุกด้าน สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่าเมื่อนำโปรแกรมด้านการส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิตไปทดลองใช้ สามารถทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตสูงขึ้นกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ สามารถนำไปปฏิบัติให้เกิดผลดีและมีความสุขมากกว่าที่เป็นอยู่ เนื่องจากพฤติกรรม

การส่งเสริมสุขภาพเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์ และคณะ, 2555; กรฐณรัช ปัญญาไส, 2560; Rana A.K.M.M., Wahlin, A., Lundborg, C.S., and Kabir, Z.N., 2009)

ตอนที่ 2 หลังเข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ ผู้สูงอายุมีคะแนนความสุขสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

หลังเข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ ผู้สูงอายุ มีคะแนนความสุขสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ จากผลการวิจัย พบว่าคะแนนเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุก่อนเข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ เท่ากับ 49.17 และคะแนนเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ เท่ากับ 53.03 และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสุขก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ มีคะแนนเฉลี่ยความสุขสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าความสุขในการดำเนินชีวิต เป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ ทั้งนี้เพราะความพอใจในชีวิตของตนเอง การมองโลกในแง่บวก การมีความภูมิใจในตนเอง และการเอื้ออาทรต่อผู้อื่น ส่งผลต่อความสุขในการดำเนินชีวิต และส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย (ปรียาภรณ์ ตั้งเพียร, 2551; พรรณทิภา ศัพท์ะนาวัน, 2551; ชุตติเดช เจียนดอน, 2554; Gabriel & Bowling, 2004)

สรุปได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและความสุขของผู้สูงอายุส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีขึ้น เช่น รู้สึกเป็นสุข สนุก ผ่อนคลาย รู้สึกมีชีวิตชีวาได้หัวเราะ ได้พูดคุยกับกลุ่ม รู้สึกมีความหวังเพราะมีเป้าหมายในชีวิต ลดความรู้สึกด้านลบลง คลายความรู้สึกเหงาเพราะได้มาทำกิจกรรมกับเพื่อนๆ รวมถึงรู้สึกมีเพื่อน มีเครือข่าย คลายความหงุดหงิดรำคาญใจจากสภาพร่างกายจิตใจ อารมณ์ และสังคมที่เปลี่ยนแปลง รู้สึกมั่นใจมากขึ้นที่จะเผชิญปัญหาและความเครียดที่อาจเกิดขึ้นในวันข้างหน้า รับรู้ถึงแหล่งสนับสนุน เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จึงกล่าวโดยสรุปได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและความสุขของผู้สูงอายุสามารถพัฒนาทุกองค์ประกอบของสุขภาพจิตผู้สูงอายุได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

1. สามารถนำโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและความสุขของผู้สูงอายุ ไปใช้เป็นแนวทางสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนอื่น ๆ ต่อไปได้ โดยสามารถปรับรูปแบบกิจกรรมได้ตามความเหมาะสม กำหนดระยะเวลาการดำเนินกิจกรรมให้สอดคล้องตามบริบทการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนนั้น ๆ

2. จัดอบรมแกนนำผู้สูงอายุ เพื่อเป็นผู้นำในการจัดกิจกรรม โดยใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ ให้กับผู้สูงอายุในชุมชนได้ปฏิบัติกิจกรรมเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง และสามารถพัฒนาเป็นต้นแบบชุมชนผู้สูงอายุให้เกิดขึ้นได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ได้รับ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ ในระยะยาว เพื่อประเมินผลการคงอยู่ของภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

2. ควรมีการศึกษาวิจัยและนำโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยรูปแบบความสุขเชิงจิตวิทยา 5 มิติ ไปปรับปรับใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุ อื่น ๆ เช่น ผู้สูงอายุที่ประเมินแล้วเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า เสี่ยงต่อการหกล้ม และเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม เป็นต้น

3. ควรมีการศึกษาถึงแนวทางการพัฒนา และสร้างเครือข่ายในการทำงานร่วมกันจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อดูแลส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กรฐณรัช บัญญาโส. (2560). ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตบนพื้นฐานความต้องการของผู้สูงอายุ. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 12(2), 65-74.

กรมสุขภาพจิต. (2555). *คู่มือความสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: บิยอนด์ พับลิชชิง.

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *องค์ประกอบองค์การดำเนินงานตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care)*. ขอนแก่น: ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น.

ชุตติเดช เจียนดอน. (2554). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอลำน้ำเจริญ จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 41(3), 229-239.

ปรียาภรณ์ ตั้งเพียร. (2551). *การสนับสนุนทางสังคม การเห็นคุณค่าในตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

ปิยภรณ์ เลาหนูตร. (2557). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่ 7 ตำบลพลูตาหลวง อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี*. วิทยานิพนธ์หลักสูตร ปร.ม. (การบริหารทั่วไป). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

พรรณทิภา ศัพท์ะนาวิน. (2551). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนการเคหะรามอินทรา เขตบางเขน กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

รศรินทร์ เกรย์และคณะ. (2556). *มโนทัศน์ใหม่ของนิยามผู้สูงอายุ : มุมมองเชิงจิตวิทยาสังคมและสุขภาพ*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.



- ลิวรรณ อุนนากิรค์ และคณะ. (2555). ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ. *J Nurs Sci*, 30(2), 35-45.
- วรรณดี แสงประทีปทอง และคณะ. (2555). *การพัฒนาชุดฝึกอบรมทางไกลเรื่องการสร้างเครื่องมือวิจัย*. นนทบุรี: สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สุริย์พร แซ่เอี้ยบ และคณะ. (2561). การเสริมสร้างพฤติกรรมเชิงจริยธรรมด้านจิตสาธารณะในสังคมไทย ด้วยหลักสังคหวัตถุ 4. *วารสารวิชาการและวิจัยสังคมศาสตร์*, 13(38), 1-14.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2554). *สำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับความรู้และทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุ พ.ศ. 2554*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2555). *ภาวะสังคมไทยไตรมาสสี่ และภาพรวมปี 2554 ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 เดือนกุมภาพันธ์ 2555*. สืบค้นเมื่อ 22 ตุลาคม 2559 จาก <http://www.nesdb.go.th/>
- อภิชัย มงคล และคณะ. (2552). *รายงานการวิจัย การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007): กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- Betty R. Kirkwood. (1988). *Essentials of Medical Statistics*. 25 John Street, London WCIN 2BL 23 Ainslie Place, Edinburgh EH3 6AJ: Blackwell Science Ltd.
- Gabriel, Z. & Bowling, A. (2004). Quality of life from the perspectives of older people. *Ageing & Society*, 24, 675-691.
- George, L.K., (2010). Still happy after all these years: Research frontiers on subjective well-being in later life, *J. Gerontol. Soc. Sci*, 65, 229-331.
- Rana A.K.M.M., Wahlin, A., Lundborg, C.S., and Kabir, Z.N., (2009) Impact of health education on health-related quality of life among elderly persons: results from a community-based intervention study in rural Bangladesh. *Health Promotion International*, 24(1), 36-45.
- Tae WL, Sun K, Kyung JL. (2006). Health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly in Korea: A cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud*, 43(3), 293-300.
