การพัฒนารูปแบบการสร้างความสุขของผู้สูงอายุด้วยสยามหัวเราะบำบัดผ่านการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน: กรณีศึกษา ชุมชนบ้านท่าช้าง อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว

จิตรา ดุษฎีเมธา[1] สุเมษย์ หนกหลัง[2] ณัชวดี จันทร์ฟอง[3] สุธี สุนทรชัย[4]

สาขาวิชา จิตวิทยา

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ ใช้วิธีการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน มีวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างความสุขของผู้สูงอายุด้วยการหัวเราะบำบัด และศึกษาผลการใช้รูปแบบดังกล่าว โดยมีพื้นที่การวิจัยอยู่ที่ชุมชนบ้านท่าช้าง อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม มีผู้เกี่ยวข้อง คือ คณะวิจัย 3 คน ผู้ร่วมวิจัยจากชุมชน 6 คน และผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม 40 คน การพัฒนารูปแบบการสร้างความสุขของผู้สูงอายุด้วยการหัวเราะบำบัดประกอบด้วยวงจรการปฏิบัติ 3 วงจร ใช้วิธีการแบบ PAOR ผลการวิจัยพบว่า 1) รูปแบบการสร้างความสุขของผู้สูงอายุด้วยการหัวเราะบำบัด ประกอบด้วย ขั้นตอนการบริหารสมอง การฝึกการหายใจ การฝึกหัวเราะบำบัด และการสะท้อนคิด 2) ผลจากการใช้รูปแบบการสร้างความสุขของผู้สูงอายุด้วยการหัวเราะบำบัด พบว่า ผู้สูงอายุรับรู้การเปลี่ยนแปลงตนเองในทิศทางบวก 5 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านพลังชีวิต ด้านการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น และด้านความคิดเชิงบวก

คำสำคัญ : การพัฒนา ความสุข ผู้สูงอายุ หัวเราะบำบัด

ดร.จิตรา ดุษฎีเมธา
หัวหน้าคณะวิจัย
บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
อีเมล์ : jitradr@gmail.com

[1] อาจารย์ประจำ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กรุงเทพฯ
[2] อาจารย์ประจำ สำนักนวัตกรรมการเรียนรู้ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กรุงเทพฯ
[3] อาจารย์ประจำ สำนักนวัตกรรมการเรียนรู้ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กรุงเทพฯ
[4] นักวิชาการสาธารณสุข (ผู้อำนวยการ) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านท่าช้าง จังหวัดสระแก้ว

The Development of happiness model in older adults via Siam laughter therapy through Community-based participatory action research: A case study of Baan Tachang Community, Wattananakorn District, Srakaew Province

Jitra Dudsdeemaytha[1] Sumate Noklang[2] Natchawadee Chanfong[3]
Sutee Soonthronchai[4]

Field : Psychology

Abstract

This research was community-based participatory action research. The objectives of this study were to develop happiness model in older adults via laughter therapy and study the output of its model. The area base was Baan Tachang Community, Wattananakorn district, Srakaew Province. Collecting data by using focus group, in-depth interview and participant observation. The stakeholders consisted of 3 researchers, 6 local people as co-researcher and 40 older adults who participate in this model. The happiness developmental model in older adults via laughter therapy composed of 3 spirals action research process, PAOR. The result found that 1) The happiness developmental model in older adults via laughter therapy had varieties of activities, beginning with brain exercise, respiratory exercise, laughter therapy and reflection. 2) The result of utilizing this model found that the older adults felt positive change in 5 aspects, physical health, emotion, vitality, relationships with the others and positive thinking.

Key words: Development, Happiness, Older adults, Laughter therapy

Dr.Jitra Dudsdeemaytha
Head of research team
Graduate School,
Srinakharinwirot University
E-mail: jitradr@gmail.com

[1] Lecturer at Graduate School, Srinakharinwirot University, Bangkok
[2] Lecturer at Innovative Learning Center, Srinakharinwirot University, Bangkok
[3] Lecturer at Innovative Learning Center, Srinakharinwirot University, Bangkok
[4] Public Health Specialist (Director) Tumbon Health Promoting Hospitals Bann Tachang, Srakaew Province

บทนำ

องค์การสหประชาชาติได้ประเมินสถานการณ์ไว้ว่าในศตวรรษที่ 21 นี้ จะเป็นศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ เนื่องจากประชากรผู้สูงอายุทั่วไปที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จะมีเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 10 ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2557 มีประชากรรวมประมาณ 65 ล้านคน โดยมีกลุ่มประชากรผู้สูงอายุอยู่ที่ 9.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 15.23 ของประชากรทั้งประเทศ และในปีพ.ศ. 2568 คาดการณ์ว่าประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ เพราะมีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 (กุศล สุนทรธาดา, 2557) หรือคิดเป็นจำนวนผู้สูงอายุประมาณ 14 ล้านคน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2553) กล่าวคือจะมีผู้สูงอายุ 1 คน ต่อประชากร 5 คน ทั้งนี้เนื่องจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และบริการทางด้านสาธารณสุขมีความก้าวหน้าและกระจายไปอย่างทั่วถึงมากขึ้น อายุขัยเฉลี่ยของคนอยู่ได้ยืนยาวเพิ่มขึ้น โครงสร้างประชากรวัยเด็กและวัยทำงานมีสัดส่วนลดลงอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่โครงสร้างประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น โดยในอีก 20 ปีข้างหน้าดัชนีการสูงอายุจะมีค่าสูงถึง 186 นั่นคือ ประชากรสูงอายุจะสูงกว่าประชากรวัยเด็กถึง 1.86 เท่า (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2555)

"สังคมผู้สูงอายุ" จึงเป็นอีกหนึ่งประเด็นที่ท้าทายที่ทุกภาคส่วนควรเข้ามามีบทบาทเพื่อให้ความช่วยเหลือ ในมิติทางการแพทย์แนวทางชีวะ-การแพทย์ (Biological/Biomedical Approach) อธิบายถึงผู้สูงอายุในแง่ความเสื่อมถอยของอวัยวะส่วนต่างๆ อย่างไรก็ตาม หากผู้สูงอายุรู้วิธีการบำรุงรักษาร่างกาย และใช้ร่างกายให้เป็น จะสามารถป้องกันการเสื่อมถอยก่อนเวลาอันควรได้ (Harwood, 2007) เพราะพัฒนาการของบุคคลในช่วงวัยนี้ จะมีลักษณะเป็นไปในทิศทางเสื่อมถอยทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ หากไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ ก็ต้องกลายเป็นผู้พึ่งพิงคนอื่น จากผู้ที่เคยมีความมั่นใจ กลายเป็นผู้ที่รู้สึกไม่มั่นคงทางจิตใจ เป็นภาระแก่ลูกหลาน ซึ่งในหลักพัฒนาการทางจิตวิทยาสังคม กล่าวว่า ผู้สูงอายุที่สามารถปรับตัวได้ดีจะเกิดความมั่นคงทางจิตใจ (Integrity) ยอมรับสภาพที่เปลี่ยนแปลงได้ พร้อมถ่ายทอดประสบการณ์ความรู้ให้แก่คนรุ่นหลัง แต่หากไม่สามารถปรับตัวได้ จะเกิดความสิ้นหวัง (Despair) ท้อแท้ รู้สึกไร้คุณค่าในตนเอง ไม่พึงพอใจในชีวิต ไม่มีความสุข จนนำไปสู่การเกิดปัญหาความเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจได้อย่างรวดเร็ว (Kail & Cavanaugh, 2004)

ผลการศึกษาปัญหาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุไทย ในปี พ.ศ.2552 โดยสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ พบว่า ร้อยละ 85 ของผู้สูงอายุ สามารถดูแลตนเองได้ ส่วนอีกร้อยละ 15 ต้องพึ่งพิงคนอื่นให้ช่วยดูแล ในขณะที่แนวโน้มของอัตราการอยู่คนเดียวหรืออยู่ตามลำพังของผู้สูงอายุ เพิ่มมากขึ้น 2 เท่า จากร้อยละ 3.6 ในปี พ.ศ. 2537 เป็นร้อยละ 7.6 ในปีพ.ศ. 2550 โดยโรคเรื้อรัง 5 อันดับแรกที่พบในผู้สูงอายุ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ อัมพฤกษ์ อัมพาต และหลอดเลือดในสมองตีบ (เบญจมาศ นาควิจิตร,2551) นอกจากนี้ ภาวะซึมเศร้ายังเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่มีโรคทางกายร่วมด้วย แต่มักจะถูกมองข้ามและเข้าใจผิดว่าเป็นผลมาจากความชรา จากงานวิจัยของต่างประเทศ พบอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน เฉลี่ยร้อยละ 10 ผู้สูงอายุที่มีอาการเจ็บป่วยทางกายร่วมกับภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 10-43 และในสถานสงเคราะห์คนชรา พบภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 35-45 (Zvi & Stanley, 2014) ซึ่งภาวะซึมเศร้าจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต การปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และทำให้คุณภาพชีวิตลดลง อย่างไรก็ตาม หากผู้สูงอายุสามารถดูแลและสร้างกำลังใจให้กับตนเองได้ จะทำให้ยืดอายุหรือชะลอความเสื่อมทางร่างกายและจิตใจได้ เพราะเมื่อบุคคลเกิดความสุข จะส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในหลายด้าน อาทิ ร่างกายแข็งแรง อารมณ์ดี แจ่มใส มีชีวิตชีวา อยากเข้ากลุ่มร่วมปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดและประสบการณ์ เป็นต้น

ในปี พ.ศ. 2555 คณะผู้วิจัยได้ลงพื้นที่บริการวิชาการแก่ชุมชน ตามนโยบายมหาวิทยาลัยรับใช้สังคม หนึ่งมหาวิทยาลัย หนึ่งจังหวัด ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อสำรวจความต้องการของชุมชน ณ ตำบลหนองหมากฝ้าย อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว พบว่า หนึ่งในความต้องการของชุมชน คือ การพัฒนาผู้สูงอายุในชุมชน ชุมชนที่อาสาเป็นชุมชนนำร่องเพื่อพัฒนาผู้สูงอายุ คือ ชุมชนบ้านท่าช้าง จากการสนทนากลุ่มกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าช้าง ซึ่งเป็นนักวิชาการสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง เพื่อเตรียมการก่อนปฏิบัติการวิจัย (Pre-Plan) พบว่า ปัญหาของผู้สูงอายุในชุมชนจะผสมผสานกันระหว่างโรคทางกายและทางใจ และมีผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 50 มีการพยายามฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุร้อยละ 2.43 (สุธี สุนทรชัย, เอกพจน์ จงดี และระวิวรรณ ปัญญา, 2556) สาเหตุของการตัดสินใจฆ่าตัวตายทั้งที่สำเร็จและไม่สำเร็จเกิดมาจากปัญหาด้านสุขภาพ เจ็บป่วยเรื้อรังและมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย รวมถึงปัญหาด้านครอบครัว นอกจากนี้ ปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียดอันนำไปสู่ภาวะเสี่ยงต่ออาการซึมเศร้านั้น เนื่องมาจากปัญหาทางเศรษฐกิจ ค่าครองชีพสูง รายได้ของชาวนาลดลง ในช่วงปี พ.ศ. 2555 ข้าวที่เคยขายได้ถังละ 134 บาท ลดลงเหลือ 80 บาท ทำให้รายได้ไม่เพียงพอ ลูกหลานต้องออกไปทำงานนอกพื้นที่ ผู้สูงอายุต้องทำหน้าที่ช่วยเลี้ยงหลานที่ยังเล็ก เงินเบี้ยยังชีพที่ได้ในแต่ละเดือนไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น ลูกหลานส่งเงินกลับมาให้บ้างเป็นบางเดือน ผู้สูงอายุที่สภาพร่างกายยังพอแข็งแรงจึงออกไปรับจ้าง ขุดถอนมัน ตัดไม้ยูคาลิปตัส แบกไม้ยูคาลิปตัสขึ้นรถ เพื่อหาเลี้ยงชีพเพิ่มเติม โดยได้ค่าจ้างเพียงวันละ 100 บาท อย่างไรก็ตาม งานลักษณะดังกล่าวจะมีเป็นบางช่วงเท่านั้น ไม่ได้มีทุกวัน ภาวะความเครียดจึงเกิดขึ้นบ่อยครั้ง ทำให้ไม่อยากมารวมกลุ่ม ปิดตัวอยู่บ้านตามลำพัง

ในปี พ.ศ. 2547 มีการริเริ่มตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้น แต่ยังไม่ประสบผลสำเร็จ โดยชมรมผู้สูงอายุได้ยุติลงในปี พ.ศ. 2549 ต่อมาในปีพ.ศ. 2554 เริ่มมีการตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้นใหม่อีกครั้ง เพื่อร่วมทำกิจกรรมด้วยกันเดือนละครั้ง ครั้งละ 1-2 ชั่วโมง โดยพยายามจัดกิจกรรมที่หลากหลายขึ้น อย่างไรก็ตาม พบว่า ผู้สูงอายุยังเข้าร่วมกิจกรรมไม่มากนัก เมื่อทางนักวิชาการสาธารณสุขทราบว่าหน่วยงานของคณะผู้วิจัยมีความรู้และความเชี่ยวชาญด้านการหัวเราะบำบัด เพราะได้ติดตามการให้ความรู้ผ่านทางสื่อโทรทัศน์สาธารณะและสื่อสิ่งพิมพ์ จึงทราบว่าเป็นหน่วยงานแรกที่ริเริ่มการสร้างเทคนิคการหัวเราะบำบัดแบบไทยที่พัฒนาขึ้นโดย ดร.วัลลภ ปิยะมโนธรรม นักจิตวิทยาซึ่งเป็นที่ปรึกษาโครงการศูนย์พัฒนาความสุขมนุษย์บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ภายใต้แนวคิดที่ว่าการหัวเราะบำบัด คือ การออกกำลังกายภายใน (Internal exercise) เป็นการขยับเขยื้อนสรีระกายแต่ละส่วนอย่างเป็นจังหวะด้วยความสนุกพร้อมกับเปล่งเสียงความสุข อย่างเป็นจังหวะ เพื่อให้เซลล์ร่างกายเกิดความมีชีวิตชีวา ซึ่งจะส่งผลให้เกิดผลทางบวกต่อร่างกาย อารมณ์ การสร้างสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง ความคิดสร้างสรรค์ ความคิดเชิงบวก และเพิ่มพลังชีวิต เป็นการสร้างความสุขที่บุคคลสามารถทำได้เอง

ไม่ต้องรอคอยสิ่งกระตุ้นเร้าหรือปัจจัยภายนอกมาช่วยทำให้ดีขึ้น

การหัวเราะบำบัดแบบไทย ประกอบไปด้วยขั้นตอนหลัก 7 ขั้นตอน คือ

1. การอุ่นเครื่องร่างกาย โดยเป็นการขยับร่างกายแต่ละส่วนจากส่วนล่างของร่างกาย คือ เท้าค่อยๆ ขึ้นมาสู่ศีรษะ โดยเป็นการขยับร่างกายอย่างสมดุลทั้งด้านซ้ายและด้านขวา เพื่อบริหารสมองทั้งสองด้าน ให้เลือดลมไหลเวียนทั่วร่างกาย และผ่อนคลายกล้ามเนื้อส่วนที่อาจยังตึงเครียดอยู่

2. การฝึกหายใจ เพื่อเตรียมการหายใจให้ถูกวิธีก่อนการฝึกหัวเราะ

3. การฝึกหัวเราะบำบัด เพื่อขยับร่างกายแต่ละส่วนพร้อมเปล่งเสียงหัวเราะอย่างเป็นจังหวะ

4. การฟังเสียงร่างกาย เป็นการหลับตาให้จิตอยู่กับร่างกายตนเอง เพื่อสำรวจจุดแข็ง (Strength) และจุดอ่อนของร่างกาย (Weakness) อยู่กับความรู้สึกสักครู่ และถ่ายเทพลังจากจุดแข็งไปจุดอ่อน และการสะกดจิตคิดบวก เพื่อจินตนาการภาพอนาคตที่ตนเองปรารถนาให้เกิดขึ้นหนึ่งสิ่ง เช่น เป็นคนอารมณ์ดี อารมณ์มั่นคง มีความมั่นใจ มีร่างกายที่ดีขึ้น เป็นต้น

5. การเปล่งเสียงหัวเราะอิสระ เพื่อเป็นการย้ำเตือนตนเองว่าบุคคลสามารถสร้างความสุขด้วยตนเองได้ และทำให้ร่างกายหลั่งสารเอนโดรฟินส์ สารแห่งความสุข เพื่อให้เปิดรับกับความคิดด้านบวกที่ได้สร้างขึ้น และทำให้เกิดพลังชีวิตส่งให้เกิดพฤติกรรมการกระทำต่อ

6. การหัวเราะเป็นกลุ่ม เพื่อสร้างความสัมพันธ์และภาพประทับด้านบวกกับบุคคลที่แวดล้อมด้วยรอยยิ้มและเสียงหัวเราะ และ

7. การร่วมเปล่งเสียงโอมร่วมกัน เพื่อส่งพลังและความรู้สึกดีแก่กันและกัน (วัลลภ ปิยะมโนธรรม, 2550)

ในปัจจุบัน การฝึกหัวเราะบำบัดแบบไทยนี้ ได้เปลี่ยนชื่อเป็นสยามหัวเราะ การสอนสยามหัวเราะนี้ ได้นำไปใช้ฝึกกับกลุ่มเป้าหมายหลายช่วงอายุ ตั้งแต่ เด็กเล็ก วัยรุ่น ผู้ใหญ่ ความยากง่ายและจำนวนท่า จำนวนครั้งของการฝึก ขึ้นอยู่กับกลุ่มเป้าหมายและวัตถุประสงค์ในการนำไปใช้ โดยในการบริการวิชาการชุมชนครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้นำแนวคิดดังกล่าวมาจัดทำการพัฒนาสร้างความสุขให้แก่ผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุในชุมชนมีคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นตามหลักวิชาการ เพราะกิจกรรมหัวเราะที่เคยทำกันมาในชุมชน เป็นเพียงการรับสมัครผู้สูงอายุที่สนใจแข่งขันประกวดหัวเราะ และขึ้นมาหัวเราะแข่งกัน เพื่อความสนุกสนาน โดยทำกิจกรรมดังกล่าวปีละครั้งเท่านั้น ไม่ได้นำหลักการออกกำลังกายภายในแบบสยามหัวเราะมาใช้อย่างเป็นลำดับขั้นตอน

ด้วยเหตุนี้ คณะผู้วิจัยจึงกำหนดชุมชนหมู่บ้านท่าช้าง เพื่อเป็นพื้นที่ในการศึกษาวิจัยการพัฒนารูปแบบการสร้างความสุขด้วยการหัวเราะบำบัดสำหรับผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นความต้องการที่มาจากชุมชนอย่างแท้จริง ประกอบกับพื้นที่ดังกล่าวเป็นชุมชนชายขอบ ที่ตั้งของชุมชนอยู่ห่างไกลจากชุมชนเมือง ทำให้โอกาสในการได้รับความรู้จากหน่วยงานภาครัฐหรือภาคเอกชนมีน้อย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าช้าง นักวิชาการสาธารณสุข และแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุข มีความประสงค์ที่จะร่วมเรียนรู้ เพื่อจะได้นำความรู้ไปใช้ต่อกับชุมชนได้ ในการส่งเสริมความสุขให้เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ในขณะเดียวกัน คณะผู้วิจัยจะได้เรียนรู้การพัฒนารูปแบบความสุขในกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนที่อยู่ในชนบทด้วย เพราะการบริการวิชาการด้วยการหัวเราะบำบัดในกลุ่มผู้สูงอายุที่ผ่านมานั้น ส่วนใหญ่จะจัดกิจกรรมกับกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ชุมชนเมืองหรือชานเมืองเป็นหลัก ซึ่งย่อมมีความแตกต่างกันในแง่บริบททางชุมชน สภาพความเป็นอยู่ และพื้นฐานของความรู้และโอกาสทางการศึกษา โดยในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้นำหลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ซึ่งจะไม่กำหนดกรอบหรือรูปแบบการทำกิจกรรมที่เป็นลักษณะสำเร็จรูป แต่จะผ่อนสั้นผ่อนยาว เพื่อให้เกิดผลที่ตอบโจทย์ตามความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริง และเพื่อให้เข้ากับบริบทหรือข้อจำกัดที่ชุมชนมีให้ได้มากที่สุด จากกระบวนทัศน์ของคนในชุมชนที่เข้ามามีส่วนร่วมกับคณะผู้วิจัย (สมโภชน์ อเนกสุข, 2548) รวมถึงเพื่อศึกษาผลที่เกิดขึ้นจากการพัฒนารูปแบบดังกล่าวในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม และนำผลสะท้อนคิดที่กลุ่มตัวอย่างร่วมกันแสดงทัศนะมาปรับปรุงแผนและร่วมสร้างความสมบูรณ์ของการพัฒนารูปแบบการสร้างความสุขด้วยการหัวเราะบำบัดที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนอีกครั้ง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างความสุขด้วยการหัวเราะบำบัดสำหรับผู้สูงอายุ ชุมชนบ้านท่าช้าง
2. เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการสร้างความสุขด้วยการหัวเราะบำบัดในผู้สูงอายุ ชุมชนบ้านท่าช้าง

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ศึกษาวิจัยในชุมชนหมู่บ้านท่าช้าง ตำบลหนองหมากฝ้าย อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกระบวนการวิจัย มีความเต็มใจอาสาสมัครในการทำวิจัย ใช้วิธีการกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีผู้เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. คณะผู้วิจัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ จำนวน 3 คน
2. ผู้ร่วมวิจัยจากชุมชน ประกอบด้วย
   - 2.1 นักวิชาการสาธารณสุข 2 คน
   - 2.2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2 คน
   - 2.3 ตัวแทนผู้สูงอายุ 2 คน
3. ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 40 คน จากชมรมผู้สูงอายุ

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ได้นำแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการทำวิจัยดังนี้

1. แนวคิดเรื่องความสุขของรูฟ (Ryff, 1989) ที่กล่าวถึงจิตสุขภาวะ (Psychological Well-Being) โดยแบ่งความสุขออกเป็น 6 ปัจจัย คือ การยอมรับตนเอง (Self-acceptance) การมีสัมพันธภาพด้านบวกกับผู้อื่น (Positive relation with others) การพึ่งตนเองได้ (Autonomy) ความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ (Environmental mastery) การมีเป้าหมายในชีวิต (Purpose in life) การพัฒนาตนเองให้เกิดการเติบโต (Personal growth)

2. แนวคิดการหัวเราะบำบัดด้วยเทคนิคสยามหัวเราะของวัลลภ ปิยะมโนธรรม (2550) ที่กล่าวว่า การหัวเราะคือการออกกำลังกายภายในด้วยการขยับขับเคลื่อนเส้นประสาทสรีระกายแต่ละส่วนอย่างเป็นจังหวะด้วยความรู้สึกดี พร้อมกับการเปล่งเสียงเพื่อให้เกิดความสุข โดยมีลำดับขั้นตอนการฝึกหลายขั้นตอนซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ได้นำเพียงบางขั้นตอนมาใช้กับผู้สูงอายุ ได้แก่ การอุ่นเครื่องร่างกาย เพื่อให้เลือดลมภายในร่างกายไหลเวียน และยังเป็นการกระตุ้นให้สมองสองซีกได้ทำงาน เพราะเป็นการขยับเขยื้อนร่างกายทั้งด้านซ้ายและด้านขวาอย่างสมดุล การฝึกลมหายใจ เพื่อฝึกระบบหายใจและการหายใจที่ถูกวิธี ให้อากาศสามารถเข้าสู่ร่างกายได้อย่างเต็ม แน่น ลึก ระบบการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์จะได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และการฝึกหัวเราะท่าพื้นฐาน 4 ท่า คือ ท้องหัวเราะ อกหัวเราะ คอหัวเราะ และใบหน้าหัวเราะ เพื่อขยับขับเคลื่อนสรีระกายแต่ละส่วนอย่างช้าๆ ด้วยความรู้สึกสุข ไปพร้อมกับการเปล่งเสียงรู้สึกดี อย่างเป็นจังหวะ การฟังเสียงร่างกาย เพื่อรับรู้และอยู่กับความรู้สึกสดๆ ในปัจจุบันขณะ รับรู้ถึงจุดแข็ง ได้แก่ ส่วนที่รู้สึกอุ่นร้อน โล่ง โปร่ง สบาย และจุดอ่อนของร่างกาย ได้แก่ ส่วนที่รู้สึกหนักตึง เย็น ปวด เป็นต้น

3. แนวคิดเรื่องการบริหารสมอง เพื่อกระตุ้นการทำงานของสมองซีกซ้ายและซีกขวา ด้วยการขยับร่างกายด้านซ้ายและขวาเพื่อให้สมองทำงานได้อย่างสมดุล ลดผลกระทบของความเครียดต่อร่างกาย ทำให้สภาพจิตใจสดชื่นพร้อมที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ มีความจำดีและมีอารมณ์ขัน เพราะเป็นการบริหารร่างกายในส่วนที่สมองควบคุม โดยเฉพาะกล้ามเนื้อ คอร์ปัส คอลโลซัม (Corpus Callosum) ซึ่งเชื่อมสมอง 2 ซีกทั้งซ้ายและขวาเข้าด้วยกัน ให้ทำงานอย่างแข็งแรงและทำงานคล่องแคล่ว (สุขพัชรา ซิ้มเจริญ, 2549)

4. แนวคิดการฝึกหายใจ เพื่อให้ออกซิเจนผ่านเข้าไปเข้าสมองและร่างกายได้อย่างเต็มที่ โดยการฝึกหายใจอย่างมีคุณภาพนั้น ระยะเวลาของการหายใจออกจะยาวนานกว่าการหายใจเข้า ซึ่งหากฝึกควบคุมลมหายใจได้ จะช่วยลดภาวะความเครียด ความวิตกกังวลลงได้ โดยวิธีฝึกการหายใจมีหลายวิธีการ งานวิจัยนี้ จะใช้หลัก 7/11 คือ หายใจเข้า 7 จังหวะ หายใจออก 11 จังหวะ

5. แนวคิดการสะท้อนคิด เพื่อให้เกิดการทบทวนตนเอง และสามารถแสดงออกถึงทัศนะและความรู้สึกที่เป็นประสบการณ์ของตนเองออกมา การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ตนเองได้รับผ่านทางการสื่อสารด้วยคำพูดให้ผู้อื่นได้เรียนรู้ร่วมกันนั้น จะทำให้เกิดพัฒนาการตกผลึกทางความคิด ซึ่งส่งผลนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงตัวเองต่อไปได้

6. แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research) ซึ่งเป็นการศึกษาวิจัยที่เป็นความร่วมมือระหว่างผู้วิจัยซึ่งเป็นคนนอก และคนในชุมชนซึ่งเป็นเจ้าของพื้นที่ มีความรู้ในบริบทชุมชน เข้ามามีส่วนในการทำงานร่วมกัน ตั้งแต่การวางแผน สังเกต ประเมินผลร่วมกัน มิใช่การนำความรู้จากคณะผู้วิจัยว่าเป็นผู้รู้ ไปใช้สอนชุมชนในลักษณะทางเดียว เพราะการทำงานกับชุมชนจำเป็นต้องทำความรู้จักชุมชนก่อน ซึ่งผู้ที่จะให้ข้อมูลได้ดี คือ ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย นั่นคือ คนในชุมชน และยังเป็นผู้ที่สามารถให้การสะท้อนกลับได้ดีด้วย การมีส่วนร่วมในการทำงานนี้จึงเป็นการเปิดพื้นที่และยังแสดงถึงความเคารพในความคิด ด้วยการเปิดรับฟังเสียงสะท้อนจากชุมชน ซึ่งจะช่วยเปิดมุมมองการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Crane & O'Regan, 2010) และในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ใช้วงจรการปฏิบัติ (Action Research Spiral) ตามแนวคิดของ เคมมิส และ แมคทัดกาด (Kemmis & Mc Taggart, 1990) ที่ประกอบด้วย การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Act) การสังเกต (Observe) และการสะท้อนผล (Reflect) ที่เรียกว่า PAOR ตลอดจนการปรับปรุงแผน (Replanning) เพื่อนำไปปฏิบัติในวงจรต่อไป

วิธีการดำเนินการวิจัย

1. การศึกษาข้อมูลพื้นฐาน

คณะผู้วิจัยได้มีการเตรียมการก่อนปฏิบัติการวิจัย (Pre-Plan) ประกอบด้วย 1) การศึกษาข้อมูลบริบทชุมชน ข้อมูลด้านผู้สูงอายุ จากเอกสารดำเนินการของท้องถิ่น 2) การสนทนากลุ่ม (Focus Group) ระหว่างคณะผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยจากชุมชน เพื่อหาความต้องการและความเป็นไปได้ในการสร้างความมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างความสุขของผู้สูงอายุ 3) การเตรียมผู้สูงอายุที่จะเข้าร่วมการพัฒนารูปแบบการสร้างความสุขของผู้สูงอายุด้วยการหัวเราะบำบัด พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย

ภาพประกอบที่ 1 การสนทนากลุ่ม ระหว่างคณะผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยจากชุมชน

2. การพัฒนารูปแบบการสร้างความสุขของผู้สูงอายุด้วยการหัวเราะบำบัด

การพัฒนารูปแบบการสร้างความสุขของผู้สูงอายุด้วยการหัวเราะบำบัด ดำเนินการระหว่างกุมภาพันธ์ 2555 — ธันวาคม 2556 กำหนดขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยเป็น 4 ขั้นตอน ตามหลัก PAOR ดังนี้

1. การวางแผน (Plan) ประกอบด้วย การประชุมกลุ่มแบบมีส่วนร่วมระหว่างคณะผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยจากชุมชน จะมีการกำหนดจำนวนครั้ง จำนวนชั่วโมง และช่วงเวลาที่เหมาะสมกับการจัดกิจกรรม รวมถึงการร่วมพัฒนารูปแบบการสร้างความสุขของผู้สูงอายุด้วยการหัวเราะบำบัด ซึ่งประกอบด้วย การบริหารสมอง การฝึกการหายใจ การฝึกหัวเราะบำบัดที่ประยุกต์จากสยามหัวเราะ (วัลลภ ปิยะมโนธรรม, 2550)

และการสะท้อนคิด ด้วยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การฝึก

2. การปฏิบัติการ (Act) เป็นการปฏิบัติตามการวางแผน (Plan) ที่ได้จากการประชุมกลุ่มแบบมีส่วนร่วมในแต่ละวงจร

3. การสังเกต (Observe) เป็นการสังเกตผลจากการนำการพัฒนารูปแบบการสร้างความสุขของผู้สูงอายุด้วยการหัวเราะบำบัดมาใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุจำนวน 40 คน โดยมีการเก็บบันทึกข้อมูลด้วยการบันทึกเทปเสียง การบันทึกภาพ การจดบันทึก การสัมภาษณ์เชิงลึก การสะท้อนคิดด้วยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การฝึก

4. การสะท้อนผล (Reflect) เป็นการร่วมประเมินผลการปฏิบัติการระหว่างคณะผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยจากชุมชนในขั้นการสังเกตมาร่วมสะท้อนผล วิเคราะห์ วิจารณ์ ประมวลผลบรรยากาศ รูปแบบการดำเนินการ ตั้งแต่ก่อน ระหว่าง และหลังการพัฒนา

ภายหลังจากการสะท้อนผล จะมีการปรับปรุงแผน (Replanning) เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการในวงจรต่อไป นั่นคือ ผลจากการสะท้อนผลจากวงจรครั้งที่ 1 จะนำมาร่วมกันปรับปรุงแผนการฝึก เพื่อใช้เป็นการปฏิบัติการของวงจรที่ 2 ผลจากการสะท้อนผลจากวงจรครั้งที่ 2 จะนำมาร่วมกันปรับปรุงแผนการฝึก เพื่อใช้เป็นการปฏิบัติการของวงจรที่ 3 โดยงานวิจัยครั้งนี้ จะมีวงจรรวมทั้งสิ้น 3 วงจร เพื่อเป็นการตรวจสอบการปรับปรุงแผน 2 ครั้ง ประกอบกับงบประมาณและระยะเวลาที่ใช้ในการบริการวิชาการที่มีจำกัด จึงสามารถกระทำได้เพียง 3 วงจร ซึ่งในทุกๆ ขั้นตอน ชุมชนจะเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อนำเอาศักยภาพของคนในชุมชนมาร่วมจัดการและพัฒนาตนเองได้และเรียนรู้กระบวนการร่วมกันสร้างกิจกรรม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data) และข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) ในช่วงการเตรียมการก่อนปฏิบัติการวิจัย (Pre-Plan) ข้อมูลปฐมภูมิได้จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group) โดยใช้การบันทึกเทปเสียง การบันทึกภาพ การจดบันทึก ส่วนข้อมูลทุติยภูมิได้จากการศึกษาเอกสารเกี่ยวกับบริบทข้อมูลทั่วไปของชุมชน และข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจากบันทึกข้อมูลทางสถิติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าช้าง ในช่วงวงจรการปฏิบัติ 3 วงจร ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิได้จากการสะท้อนคิด การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การฝึกขณะก่อนและหลังการจัดกิจกรรรมในแต่ละครั้ง การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) โดยใช้การบันทึกเทปเสียง การบันทึกภาพ การจดบันทึก การสะท้อนผล ส่วนข้อมูลทุติยภูมิได้จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความสุข การฝึกออกกำลังกายสมอง การฝึกหายใจ การหัวเราะบำบัด และการสะท้อนคิด

การวิเคราะห์ข้อมูล

มีการประมวลผลและการวิเคราะห์ข้อมูลในแต่ละขั้นตอนดังนี้

1. ข้อมูลที่ได้จากการเตรียมการก่อนปฏิบัติการวิจัย (Pre-Plan) โดยสรุปผลแต่ละประเด็นจากการสนทนากลุ่ม เพื่อหาความต้องการและรูปแบบการจัดกิจกรรม

2. ข้อมูลที่ได้จากวงจรการปฏิบัติ 3 วงจร โดยนำผลจากการสะท้อนคิด การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การฝึกขณะก่อนและหลังการจัดกิจกรรมในแต่ละครั้ง การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การบันทึกเทปเสียง การบันทึกภาพ การจดบันทึก การสะท้อนผล มาแยกตามประเด็นตามสาระของกลุ่มข้อมูล รวมถึงวิเคราะห์สังเคราะห์เนื้อหาเพื่อนำมาใช้อภิปรายและบรรยายสรุปให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ได้กำหนดไว้

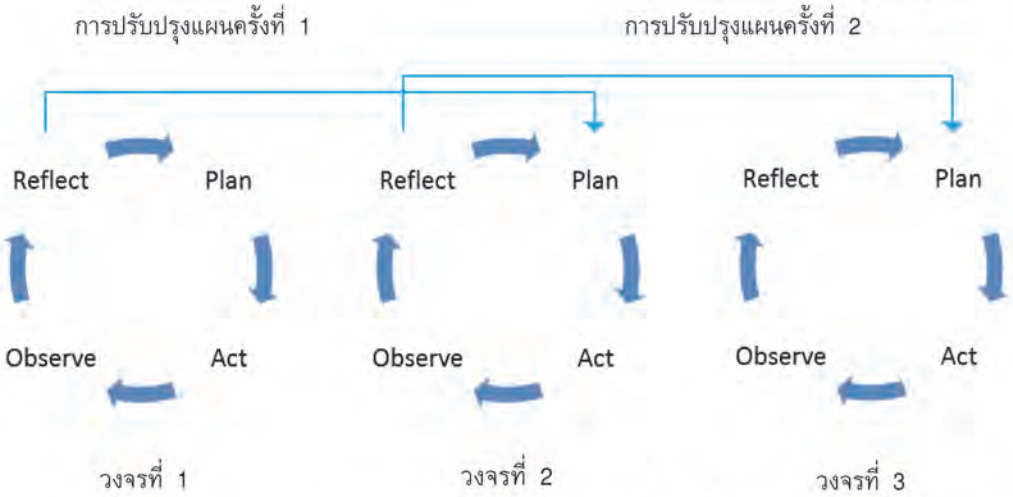
ผลการศึกษาวิจัย

1. ข้อมูลพื้นฐาน : บริบทชุมชน

ชุมชนบ้านท่าช้างเป็นชุมชนหมู่บ้านที่ 4 ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล ตำบลหนองหมากฝ้าย อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว เหตุที่เรียกว่า ท่าช้าง เนื่องจากสมัยก่อน พื้นที่ดังกล่าวมีควานช้างจากถิ่นอื่นนำช้างมาลากซุงจำนวนหลายเชือก และช้างลงดื่มน้ำที่ลำห้วย จนเป็นทางขึ้นลงของช้างจึงเรียกตรงนั้นว่าท่าช้าง จึงนำมาตั้งเป็นชื่อหมู่บ้านจนถึงปัจจุบัน

ชุมชนตั้งห่างจากอำเภอวัฒนานคร 28 กิโลเมตร มีขนาดพื้นที่ทั้งหมด 4,820 ไร่ พื้นที่อยู่อาศัย 845 ไร่ พื้นที่ทำการเกษตร 3,975 ไร่ ประกอบด้วย จำนวนหลังคาเรือนทั้งสิ้น 297 หลังคาเรือน รวม 310 ครอบครัว จำนวนประชากรทั้งหมด 1,330 คน เป็นชาย 652 คน หญิง 678 คน ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 89.14 รับจ้างทั่วไปคิดเป็นร้อยละ 6.04 อื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 4.82 โดยวัยหนุ่มสาวอายุ 20-30 ปี จะทำงานโรงงานนอกพื้นที่ วัยกลางคนขึ้นไปจะประกอบอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้างทั่วไปในพื้นที่ ผู้สูงอายุจะทำหน้าที่ดูแลลูกหลาน รายได้เฉลี่ยประชากรคิดเป็น 35,861 บาท / คน / ปี

ผู้สูงอายุในชุมชนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวนทั้งสิ้น 124 คน เป็นชาย 58 คน และหญิง 66 คน โดยผู้สูงอายุในช่วงอายุ 60-69 ปี เป็นชาย จำนวน 38 คน หญิงจำนวน 31 คน รวม 69 คน ช่วงอายุ 70-79 ปี เป็นชาย จำนวน 17 คน หญิงจำนวน 26 คน รวม 43 คน และช่วงอายุ 80 ปีขึ้นไป เป็นชายจำนวน 3 คน หญิงจำนวน 9 คน รวม 12 คน หากพิจารณาจากความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน จะมีการจำแนกกลุ่มผู้สูง



ภาพประกอบที่ 2 วงจรการปฏิบัติ 3 วงจร

อายุออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ติดสังคม ติดบ้านและติดเตียง กลุ่มติดสังคมหมายถึงกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น สังคม และชุมชนได้ มีจำนวน 101 คน กลุ่มติดบ้านหมายถึงกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง มีจำนวน 22 คน และกลุ่มติดเตียงหมายถึงช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ มีจำนวน 1 คน

ความสัมพันธ์ของคนในชุมชน จะเป็นลักษณะพึ่งพาอาศัยกัน การรวมกลุ่มของคนในชุมชน จะมาร่วมกันทำกิจกรรมในวันขึ้นปีใหม่ วันเด็ก ประเพณีสงกรานต์ รดน้ำขอพรผู้สูงอายุ ทำบุญกลางบ้านไหว้ปู่ตา แห่เทียนเข้าพรรษา วันทำบุญเข้าพรรษา วันแม่แห่งชาติ ตักบาตรเทโว วันออกพรรษา วันลอยกระทง วันพ่อแห่งชาติตามลำดับ ผู้สูงอายุจะมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับวันทางศาสนาเป็นหลัก และการรวมกลุ่มร่วมจัดงานศพในกรณีมีผู้สูงอายุเสียชีวิต คำสรรพนามที่ใช้เรียกผู้สูงอายุ จะใช้คำว่าพ่อใหญ่ แม่ใหญ่ ภาษาที่ใช้พูดในกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกันจะเป็นภาษาอีสาน และสามารถฟังภาษากลางได้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่รู้หนังสือ ระดับการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4

2. สภาพปัญหา ความต้องการและความเป็นไปได้

จากการสนทนากลุ่มและการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับชุมชน ในการเตรียมการก่อนปฏิบัติการวิจัย (Pre-Plan) พบว่า ปัญหาผู้สูงอายุจะเกี่ยวกับด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต ปัญหาทางด้านสุขภาพกายที่พบมาก 3 อันดับแรก คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโรคไต ปัญหาด้านสุขภาพจิตที่พบมาก คือ ภาวะซึมเศร้า และความเครียด ทั้งนี้ ผู้สูงอายุที่มีโรคทางกายและโรคทางใจผสมผสานกันมีจำนวนร้อยละ 27.64 ผู้สูงอายุที่มีอาการทางจิต-ประสาท มีจำนวนร้อยละ 9.75 โดยผู้สูงอายุที่เข้าพบแพทย์ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชนประจำอำเภอ หรือโรงพยาบาลประจำจังหวัด เพื่อขอรับยาแก้ปวด ยานอนหลับ ยาแก้ไข้ รวมถึงยาป้องกันภาวะซึมเศร้า มีเฉลี่ยถึงร้อยละ 35.58 บางรายจะเข้ามารับยาบ่อย 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ จากระเบียนข้อมูลสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าช้าง ปี พ.ศ. 2555 พบผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าจำนวน 62 คน จากจำนวน 124 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 50 ของประชากรผู้สูงอายุในชุมชน และผลจากแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 Q ของกรมสุขภาพจิต เพื่อตรวจละเอียดกับกลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 62 คนดังกล่าว มีผู้สูงอายุจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 9.68 เข้าเกณฑ์มีอาการซึมเศร้า สถิติการพยายามฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุร้อยละ 2.43 ฆ่าตัวตายสำเร็จร้อยละ 0.81 ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จร้อยละ 1.62 สาเหตุการฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มาจากปัญหาโรคทางกายและโรคทางใจและปัญหาครอบครัวที่ต้องหย่าร้างหรือแฟนหนีออกไปจากครอบครัว จึงตัดสินใจกินยาฆ่าแมลงหรือใช้วิธีการผูกคอตาย

ในปี พ.ศ. 2547 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าช้าง ได้ริเริ่มตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้น มุ่งหวังให้ผู้สูงอายุได้รวมตัวทำกิจกรรมเดือนละครั้ง ครั้งละ 1-2 ชั่วโมง เพื่อจะได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่ไม่ประสบผลสำเร็จ มีการรวมกลุ่มได้เพียงประมาณ 2 ปี โดยได้ยุติชมรมผู้สูงอายุลงในปี พ.ศ. 2549 อันเนื่องมาจากลักษณะกิจกรรมน้อย ไม่ต่อเนื่อง และจำเจ ไม่ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุจึงเลือกให้เวลากับการอยู่บ้านเลี้ยงลูกหลานมากกว่าโอกาสที่ผู้สูงอายุจะรวมตัวกันจะมีเพียงการเข้าร่วมในงานสำคัญทางศาสนาหรือของตำบล หรือการร่วมจัดงานศพของผู้สูงอายุที่เสียชีวิตต่อมา ในปี พ.ศ. 2554 เริ่มมีการตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้นใหม่อีกครั้ง เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้ามาร่วมทำกิจกรรมในชมรมและสร้างความเข้มแข็งให้เกิดขึ้น ด้วยการทำกิจกรรมร่วมกันเดือนละครั้ง ครั้งละ 1-2 ชั่วโมง เช่นเดียวกับในคราวที่เริ่มจัดตั้งชมรม มีกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ การศึกษานอกโรงเรียน อำเภอวัฒนานคร เข้ามาให้ความรู้ และองค์การบริหารส่วนอำเภอทำหน้าที่สนับสนุนงบประมาณ กิจกรรม กิจกรรมมีความหลากหลายขึ้น อาทิ การรำเซิ้ง รำไม้พลอง เพื่อเสริมสร้างร่างกายให้แข็งแรง และการสอนอาชีพเสริม เช่น การสานตะกร้า การทำน้ำยาล้างจาน การทำไม้กวาด การทำกล้วยฉาบ เพื่อเป็นการเพิ่มรายได้ และใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ การจัดกิจกรรมที่ร่วมกันทำในวันสำคัญทางศาสนาต่างๆ เช่น เข้าวัดนั่งสมาธิ ฟังธรรม การทำดอกไม้จันทน์ การจัดแข่งขันประกวดหัวเราะในเทศกาลสงกรานต์ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม แม้จะมีกิจกรรมที่หลากหลายขึ้น แต่การเข้ามามีส่วนร่วมของผู้สูงอายุยังมีไม่มากนักและยังเป็นลักษณะเชิงรับอยู่ กิจกรรมที่ทำยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group) นักวิชาการสาธารณสุข และตัวแทนผู้สูงอายุให้ความเห็นว่า ควรมีการฟื้นฟูความเข้มแข็งแก่ชมรมผู้สูงอายุ และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงความสามารถในการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตของตนเอง มีบทบาทเป็นผู้กำกับชีวิตตนเองให้มีความสุขในช่วงบั้นปลายของชีวิต ซึ่งทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าช้างเคยนำจัดกิจกรรมประกวดหัวเราะ ในวันผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีความสุข ผ่อนคลายความเครียด แต่ไม่มีองค์ความรู้มาต่อยอดให้ผู้สูงอายุ เพียงรับรู้ผ่านทางสื่อ จึงต้องการให้มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ซึ่งเป็นผู้ริเริ่มโครงการหัวเราะบำบัด เข้ามาร่วมพัฒนากิจกรรมให้เหมาะแก่ผู้สูงอายุในชุมชน มุ่งหวังให้ผู้สูงอายุในชุมชนใช้ชีวิตอย่างมีความสุขมากขึ้น

ภาพประกอบ 3 แผนที่อำเภอวัฒนานคร และแผนที่ชุมชนบ้านท่าช้าง

3. การพัฒนารูปแบบการสร้างความสุขของผู้สูงอายุด้วยการหัวเราะบำบัด วงจรที่ 1

ในครั้งแรกของการวิจัยแบบมีส่วนร่วม โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างความสุขของผู้สูงอายุด้วยการหัวเราะบำบัด คณะวิจัยและผู้ร่วมวิจัยจากชุมชนได้ร่วมกำหนดระยะเวลาการให้ความรู้ทั้งสิ้น 3 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง ในเดือนเมษายน เดือนพฤษภาคม และเดือนมิถุนายน 2556 เริ่มตั้งแต่เวลา 9.00-12.00 น. สาเหตุที่เลือกจัดกิจกรรมเป็นช่วงเช้า เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับประทานอาหารร่วมกันในช่วงกลางวัน และเพื่อคณะวิจัยจะ

ได้สัมภาษณ์เชิงลึกต่อได้ในช่วงบ่าย ก่อนที่ผู้สูงอายุจะกลับไปทำกิจส่วนตัวในช่วงบ่าย การเว้นระยะห่างของการให้ความรู้จะห่างกัน 1 เดือน และ 2 เดือน เพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยจากชุมชน คือ นักวิชาการสาธารณสุข นำความรู้ที่ได้รับไปฝึกทบทวนให้แก่กลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์ ทุกวันศุกร์ในช่วงเช้า เพื่อเป็นการทบทวน ฝึกซ้ำ และเป็นการฝึกฝนกันเองภายในชุมชนให้สร้างความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนได้ด้วยตนเอง โดยสถานที่จัดกิจกรรม คือ ห้องเอนกประสงค์ชั้น 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าช้าง ตำบลหนองหมากฝ้าย จังหวัดสระแก้ว

ภาพประกอบที่ 4 กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุทำไม้กวาด และทำดอกไม้จันทน์ (ก่อนการศึกษาวิจัย)

กลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมรูปแบบการสร้างความสุขมีทั้งสิ้น 40 คน เป็นเพศชาย 5 คน เพศหญิง 35 คน ตั้งแต่อายุ 60-80 ปี ซึ่งมีจำนวนผู้สูงอายุที่จบการศึกษาระดับประถม 18 คน ไม่ได้เรียนหนังสือ 22 คน โดยส่วนใหญ่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุที่สนใจเข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจ ผ่านทางการประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าช้าง

รูปแบบการสร้างความสุขของผู้สูงอายุด้วยการหัวเราะบำบัดนั้นจะมี 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่

1) การบริหารสมอง เพื่อเตรียมพร้อมร่างกาย ให้เกิดการตื่นตัวและพร้อมที่จะเรียนรู้ ด้วยการบริหารสมอง 2 ซีก คือ ซีกซ้าย และซีกขวา ด้วยการใช้เพลงประกอบกับการเคลื่อนไหวร่างกายทั้งสองข้างอย่างสมดุล

2) การฝึกหายใจ เพื่ออุ่นเครื่องร่างกาย ให้ร่างกายพร้อมกับการออกกำลังกายภายในด้วยการหัวเราะ และยังเป็นการเพิ่มระดับออกซิเจนเข้าสู่ร่างกาย และนำของเสียจากร่างกายออกผ่านทางลมหายใจด้วย

3) การหัวเราะบำบัด เพื่อออกกำลังกายภายในพร้อมกับการขยับขับเคลื่อนอวัยวะร่างกายในแต่ละส่วนอย่างเป็นระบบ พร้อมกับการเปล่งเสียงด้วยความรู้สึกที่สุข เป็นการกระตุ้นความสุขให้เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง

ตารางที่ 1 แสดงเพศและอายุของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม

อายุ / เพศ	60-65 ปี	66-70 ปี	71-75 ปี	76 ปีขึ้นไป	รวม
เพศชาย	1	1	3	-	5
เพศหญิง	8	9	7	11	35
รวม	9	10	10	11	40

4) การสะท้อนคิด เพื่อให้ผู้สูงอายุได้สื่อสารแลกเปลี่ยนทัศนะและประสบการณ์ตนเองที่ได้รับจากการฝึก ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่จะสังเกตตนเองต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น รวมถึงเป็นการสร้างสัมพันธภาพ และฝึกการปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่ม

กำหนดการที่ได้ร่วมวางแผนเพื่อใช้ปฏิบัติการในวงจรที่ 1 (วันที่ 2 เมษายน พ.ศ. 2556) มีดังนี้

9.00-9.30 น. แนะนำตัว สร้างความสัมพันธ์ ฝึกบริหารสมองด้วยการตบมือเข้ากับจังหวะเพลง เรื่อยๆ มาเรียงๆ ตบมือ 5 จังหวะ (ฝ่ามือเพื่อนด้านขวา 1 ไหล่ซ้ายขวาตนเอง 2 หลังมือเพื่อนด้านซ้าย 1 ฝ่ามือเพื่อนด้านซ้าย 2)

9.30-10.30 น. ให้ความรู้เรื่องการหัวเราะบำบัด และประโยชน์ของการหัวเราะ ตรวจลมหายใจ และฝึกการหายใจที่ถูกต้อง (หายใจเข้าท้องพอง หายใจออกท้องยุบ)

10.30-10.45 น. พัก

10.45-11.00 น. สาธิตท่าอุ่นเครื่องร่างกายก่อนหัวเราะ 6 ท่า (ขา สะโพก อก ไหล่ คอ ใบหน้า)

11.00-11.15 น. ฝึกอุ่นเครื่องร่างกาย

11.15-11.45 น. สาธิตท่าการฝึกหัวเราะด้วยเสียง โอ-อา-อู-เอ และฝึกเสียงหัวเราะ 4 ครั้ง/ท่า

11.45-12.00 น. ผู้สูงอายุร่วมสะท้อนคิดในกลุ่มย่อย และกลุ่มใหญ่

12.00-14.30 น. ร่วมรับประทานอาหารกลางวัน และการสัมภาษณ์เชิงลึก

ในช่วงสะท้อนคิด ผู้สูงอายุบางส่วนยังไม่สามารถพูดอธิบายประสบการณ์ได้มากนัก ต้องใช้คำถามช่วยกระตุ้นในแต่ละเรื่อง ผลการสะท้อนคิดจากผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีความโล่ง สบายตัว มีความสุขสดชื่นขึ้น ร่างกายขยับได้ดีขึ้น หายใจสะดวก และหายใจได้ลึกขึ้น สมองโปร่งขึ้น การจำท่าทางยังจำไม่ค่อยได้ รู้สึกเมื่อยเวลายืนนานๆ ต้องพักเป็นช่วงๆ

จากการสะท้อนผลในครั้งที่ 1 พบว่า การให้ความรู้เชิงบรรยายเนื้อหา จะต้องปรับเป็นการให้ความรู้แบบกระชับและสั้น เน้นการฝึกประสบการณ์และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการฝึก มิใช่เป็นเพียงผู้เข้ารับการอบรมที่นั่งฟังและปฏิบัติตามเท่านั้น การใช้สื่อด้านโสตมาช่วยในการให้ความรู้นั้น ต้องใช้เป็นภาพ ไม่ใช่ภาษาเขียน เพราะผู้สูงอายุมีข้อจำกัดด้านสายตาและการรู้หนังสือ ขั้นตอนของกิจกรรมซับซ้อนเกินไปสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ผู้สูงอายุไม่สามารถจดจำท่าอุ่นเครื่องหลายท่าติดต่อกันได้ การทำท่าส่วนใหญ่จะทำผิดมากกว่าทำถูก มีความเชื่องช้าขณะเคลื่อนไหว สมองสั่งการช้ากว่าผู้สูงอายุในเมืองที่มีอายุในระดับเดียวกันอย่างชัดเจน ใบหน้าของผู้สูงอายุค่อนข้างนิ่ง เรียบเฉย บางคนดูเครียดและเศร้า ในช่วงการพัฒนาความสุข ผู้ร่วมวิจัยจากชุมชนต้องเปลี่ยนจากผู้สังเกตการณ์มาช่วยจัดท่าทาง ประกบกับผู้สูงอายุบางรายอย่างใกล้ชิด การใช้เนื้อเพลงประกอบท่าทางเพื่อบริหารสมองมีความซับซ้อนเกินไป ผู้สูงอายุทำตามไม่ได้ การฝึกหายใจ พบว่าผู้สูงอายุหายใจผิด ร้อยละ 50 กล่าวคือ หายใจเข้าท้องยุบและรับรู้ลมหายใจอยู่เพียงช่วงอกเท่านั้น ยังไม่สามารถหายใจได้อย่างลึก การฝึกหัวเราะที่ตามแผนเตรียมไว้ว่าจะใช้การยืนในการฝึก ปรากฏการณ์ที่พบคือ ผู้สูงอายุบางรายยืนได้ไม่ถึง 2 นาที ต้องลงนั่ง เพราะขาไม่มีกำลัง ทำให้ต้องปรับกิจกรรมอย่างทันที ไม่เป็นไปตามแผนที่ได้วางไว้ การฝึกกิจกรรมแต่ละกิจกรรมใช้เวลาเกินกว่ากำหนด คณะผู้วิจัยต้องใช้กิจกรรมสันทนาการคั่นกิจกรรม เพื่อเป็นการผ่อนคลายความล้าของผู้สูงอายุ มีการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า ตัดเนื้อหาการบรรยายออกบางประเด็น และปรับภาษาให้สนุก เข้าใจง่าย กระชับ พร้อมทำท่าประกอบการพูด ยกตัวอย่างอธิบายประกอบ ในการฝึกอุ่นเครื่องก่อนการหัวเราะ เมื่อสาธิตจบหนึ่งท่า ต้องให้ทำทันที เพื่อป้องกันปัญหาการลืมท่าของผู้สูงอายุ และต้องทวนท่าซ้ำหลายครั้ง การฝึกท่าหัวเราะปรับจากยืนเป็นนั่งแทน ฝึกเพียงการออกเสียงอย่างเดียว เน้นการเปล่งเสียงให้สนุก มีความสุข จากการสังเกตพฤติกรรมของผู้สูงอายุขณะพัก พบว่าผู้สูงอายุจะนอนๆ นั่งๆ ตามลำพัง มีบางคนนำหมากมาตำและรับประทาน ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุด้วยกันมีไม่มากนัก จะคุยกันเฉพาะกลุ่มที่คุ้นเคย อย่างไรก็ตาม หลังจากการพักแล้วกลับมาฝึกหัวเราะใหม่ หน้าตาของผู้สูงอายุเริ่มยิ้มแย้มแจ่มใสขึ้น มีการหยอกล้อกันมากขึ้น และสนทนากันอย่างเป็นกันเองในช่วงรับประทานอาหารกลางวัน แต่ยังคงจับกันเป็นกลุ่มย่อยๆ ที่ตนเองคุ้นเคยอยู่

4. การพัฒนารูปแบบการสร้างความสุขของผู้สูงอายุด้วยการหัวเราะบำบัด วงจรที่ 2

ผลที่ได้จากการสะท้อนผลในวงจรที่ 1 คณะผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยจากชุมชนได้ร่วมกันปรับปรุงแผน เพื่อนำมาใช้วางแผนพัฒนารูปแบบการสร้างความสุขของผู้สูงอายุด้วยการหัวเราะบำบัดในวงจรที่ 2 โดยมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการพัฒนา ดังนี้ นักวิชาการสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่เดิมเป็นผู้สังเกตการณ์อยู่ภายนอกจะทำหน้าที่เข้าไปช่วยดูแลท่าทางการฝึกของผู้สูงอายุเป็นกลุ่มๆ การบริหารสมองจะเริ่มด้วยการฝึกท่าทางก่อนเพียงอย่างเดียวในช่วงแรก และฝึกซ้ำจนกว่าจะเริ่มทำได้ จากนั้น จึงนำบทเพลงใหม่ที่สั้นจดจำง่ายเข้าประกอบกับท่าทาง เพื่อฝึกสมาธิ กระตุ้นการทำงานของสมองซีกขวา และฝึกความสัมพันธ์ระหว่างจังหวะของเพลง การตบมือ และการแตะส่วนต่างๆ ของร่างกายตามเสียงของบทเพลง ได้แก่ ตา หู จมูก ปาก ตา เพื่อกระตุ้นให้สมองเกิดความตื่นตัว ในการฝึกหายใจ จะฝึกหายใจเข้าออกตามจังหวะนับ ด้วยการหายใจเข้า 7 จังหวะ หายใจออก 11 จังหวะ รวม 5 ครั้ง เพื่อรับออกซิเจนมาหล่อเลี้ยงสมองและร่างกายอย่างเต็มที่ และเพื่อเตรียมร่างกายให้พร้อมกับการออกกำลังกายภายในด้วยเสียงหัวเราะ โดยการฝึกหัวเราะจะมีการฝึกท่าอุ่นเครื่องร่างกายก่อนการหัวเราะตามหลักสยามหัวเราะ และจะใช้การสาธิตทีละท่า เมื่อสาธิตจบ จะให้ลุกขึ้นยืนแล้วทำตาม ท่าละ 2 ครั้ง แล้วจึงลงนั่ง อย่างไรก็ตาม หากใครไม่สามารถยืนได้ จะให้นั่งฝึก

ภาพประกอบที่ 5 กลุ่มผู้สูงอายุฝึกหัวเราะบำบัด และรับประทานอาหารกลางวันร่วมกัน

การสะท้อนผลจะแบ่งกลุ่มย่อยเพื่อเปิดโอกาสให้พูดคุยกันได้มากขึ้น และในขณะพัก จะเปิดเพลงรำเซิ้ง เพื่อช่วยสร้างบรรยากาศ ลดการบรรยายเนื้อหา เปลี่ยนเป็นการพูดคุยและเน้นการฝึกปฏิบัติ

กำหนดการที่ได้ร่วมวางแผนเพื่อใช้ปฏิบัติการในวงจรที่ 2 (วันที่ 3 พฤษภาคม พ.ศ. 2556) มีดังนี้

9.00- 9.30 น.	ฝึกบริหารสมอง ด้วยการตบมือ 2 จังหวะ (ตบมือตนเอง 2 ตบตัก 2) และฝึกแตะตา หู จมูก ปาก ตา แล้วจึงนำเพลงยกมือขึ้นแล้วตบเป็นเพลงประกอบท่าทาง
9.30-9.50 น.	ร่วมสะท้อนคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของครั้งที่ 1 ในกลุ่มย่อยและกลุ่มใหญ่
9.50-10.30 น.	ทบทวนการหายใจที่ถูกต้อง และฝึกการหายใจ แบบ 7/11 รวม 5 ครั้ง

10.30-10.45 น. พัก (เปิดเพลงรำเซิ้ง)
10.45-11.15 น. สาธิตท่าอุ่นเครื่องก่อนการหัวเราะพร้อมปฏิบัติทีละท่า โดยอธิบายประโยชน์หลังการฝึกในแต่ละท่า
11.15-11.45 น. สาธิตการเปล่งเสียงสยามหัวเราะ (ท้องหัวเราะ—ออกเสียงโอ, อกหัวเราะ—ออกเสียงอา, คอหัวเราะ — ออกเสียงอู และใบหน้าหัวเราะ — ออกเสียงเอ) โดยให้ทำตามทีละท่าๆ ละ 2 ครั้ง โดยอธิบายประโยชน์หลังการฝึกในแต่ละท่า
11.45-12.00 น. ผู้สูงอายุแลกเปลี่ยนประสบการณ์ฝึกหัวเราะและร่วมสะท้อนคิดในกลุ่มย่อย
12.00-14.30 น. ร่วมรับประทานอาหารกลางวัน และการสัมภาษณ์เชิงลึก

ผลการสะท้อนคิดจากผู้สูงอายุในครั้งที่ 2 พบว่า ผู้สูงอายุรับรู้การเปลี่ยนแปลงของร่างกายว่ามีความแข็งแรงขึ้น มีชีวิตชีวามากกว่าเดิม การเข้าร่วมครั้งที่ 2 สามารถทำได้ดี ขั้นตอนการฝึกไม่ยากเกินไป ชอบทุกกิจกรรม โดยเฉพาะการฝึกหายใจและการฝึกหัวเราะ เพราะร่างกายผ่อนคลาย บริเวณที่ปวดหรือตึงดีขึ้น มีการให้ข้อมูลว่า ในช่วงสงกรานต์ มีกิจกรรมแข่งขันหัวเราะในวันผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมประกวดสามารถหัวเราะได้ยาวนาน เพราะใช้หลักการหายใจที่ถูกต้องที่ได้รับจากการเรียน นอกจากนี้ ในด้านการใช้ชีวิตประจำวัน ผู้สูงอายุรู้สึกมีอาการเหนื่อยน้อยลง สามารถทำงานได้นานขึ้น คล่องตัวขึ้น โดยภายหลังการฝึกหัวเราะในแต่ละสัปดาห์ในชมรมผู้สูงอายุ จะกลับไปบ้านอย่างมีความสุข สมองโปร่งขึ้น อยากพูดคุยสนทนากับคนอื่นมากขึ้น ในคนที่มีภาวะซึมเศร้ารู้สึกได้ว่า ตนเองเริ่มยิ้มได้บ้าง ความเครียดลดลง การถอนหายใจลดลง เริ่มทำกิจกรรมต่างๆ มากขึ้น ไม่ใช่เอาแต่นอน เพราะไม่รู้จะทำอะไร เพื่ออะไร

จากการสะท้อนผลในครั้งที่ 2 พบว่า การดำเนินการการพัฒนารูปแบบการสร้างความสุขด้วยการหัวเราะบำบัดครั้งที่ 2 เป็นไปตามแผนที่วางไว้ ผู้สูงอายุมีพัฒนาการที่ดีขึ้น หน้าตามีความสุข ตั้งใจฝึกและมีส่วนร่วมดี มีความไวในการฝึกเพิ่มมากขึ้นกว่าครั้งแรก การฝึกบริหารสมองด้วยการตบมือประกอบเพลงทำได้ดี มีสมาธิในการเรียนรู้ ตั้งใจฝึกมากขึ้น การหายใจทำได้ถูกต้องขึ้น แต่การหายใจแบบ 7/11 ยังทำตามไม่ค่อยได้นัก ในช่วงฝึกท่าอุ่นเครื่องและท่าหัวเราะผู้สูงอายุทำตามได้ แต่ยังจัดท่าทางไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะท่าทางที่ต้องใช้กำลังของกล้ามเนื้อมัดเล็ก การขยับนิ้ว การใช้กำลังเพื่อขยับท้องขึ้นลงขณะหัวเราะ และขณะฝึกหัวเราะ ใบหน้าของหลายคนยังนิ่งอยู่ ต้องใช้เสียงและอารมณ์ขันกระตุ้นอยู่เป็นระยะ ความทนทานในการฝึกกระทำได้นานขึ้น มีผู้สูงอายุขออาสามาแสดงการหัวเราะที่ตนเองแข่งชนะในวันผู้สูงอายุของหมู่บ้าน ซึ่งสร้างบรรยากาศให้มีความสุข สนุกสนานมากขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ นักวิชาการสาธารณสุขให้ข้อมูลว่า ในช่วงเดือนครึ่งที่เว้นระยะไป ผู้สูงอายุกระตือรือร้นในการเข้าชมรมผู้สูงอายุ และมีความสุขกับการเข้าแข่งขันประกวดหัวเราะในวันผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถหัวเราะได้ยาวนานกว่าปีที่แล้ว มีลีลาการหัวเราะมากขึ้น นอกจากนี้ ผู้สูงอายุหลายคนจะรอคอยที่จะเข้าร่วมในครั้งที่ 2 โดยจะโทรศัพท์มาสอบถามกับทางอนามัย ขอสำรองที่นั่ง และในวันที่จัดอบรม ได้มานั่งรอฝึกก่อนเวลาเริ่มสองชั่วโมง

อกหัวเราะ เสียง อา

คอหัวเราะ เสียง อู

ภาพประกอบที่ 6 การสาธิต ตัวอย่างท่าสยามหัวเราะ อกหัวเราะ คอหัวเราะ

5. การพัฒนารูปแบบการสร้างความสุขของผู้สูงอายุด้วยการหัวเราะบำบัด วงจรที่ 3

ผลที่ได้จากการสะท้อนผลในวงจรที่ 2 คณะผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยจากชุมชนได้ร่วมกันปรับปรุงแผน เพื่อนำมาใช้วางแผนพัฒนารูปแบบการสร้างความสุขของผู้สูงอายุด้วยการหัวเราะบำบัดในวงจรที่ 3 โดยยังคงให้ผู้ร่วมวิจัยจากชุมชนสังเกตการณ์อยู่ภายนอก และจะเข้าไปช่วยดูแลท่าทางการฝึกเป็นกลุ่มๆ มีการเพิ่มความซับซ้อนหรือเพิ่มจำนวนครั้งในกิจกรรมต่างๆ ดังนี้ การบริหารสมองจะนำท่าที่ใช้ในครั้งที่ 1 มาทำใหม่ในครั้งที่ 3 โดยใช้เพลงของครั้งที่ 2 เพราะจดจำได้ง่ายกว่า เพื่อกระตุ้นให้สมอง 2 ซีกทำงาน โดยเริ่มต้นจากการฝึกตบมือ 5 จังหวะให้ได้ก่อน แล้วจึงนำเพลงเข้าประกอบท่าทางในการฝึกหายใจ ยังฝึกหายใจเข้าออกตามจังหวะนับ ด้วยการหายใจเข้า 7 จังหวะ หายใจออก 11 จังหวะ โดยเพิ่มจำนวนครั้งของการหายใจเข้าออกเป็น 10 ครั้ง ส่วนการอุ่นเครื่องร่างกายก่อนการหัวเราะรวมถึงการฝึกหัวเราะจะสาธิตทีละท่า และให้ผู้สูงอายุยืนทำทีละท่าเพิ่มจำนวนครั้งของท่าหัวเราะเป็น 4 ครั้ง/ท่า

กำหนดการที่ได้ร่วมวางแผนเพื่อใช้ปฏิบัติการในวงจรที่ 3 (วันที่ 9 มิถุนายน พ.ศ. 2556) มีดังนี้

9.00- 9.30 น. ฝึกบริหารสมอง ด้วยการตบมือ 5 จังหวะ (ฝ่ามือเพื่อนด้านขวา 1 ไหล่ซ้ายขวาตนเอง 2 หลังมือเพื่อนด้านซ้าย 1 ฝ่ามือเพื่อนด้านซ้าย 2 แล้วจึงใส่เพลงยกมือขึ้นแล้วตบเป็นเพลงประกอบ

9.30-9.50 น. ร่วมสะท้อนคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของครั้งที่ 2 ในกลุ่มย่อยและกลุ่มใหญ่

9.50-10.30 น. ทบทวนการหายใจที่ถูกต้อง และฝึกการหายใจ แบบ 7/11 รวม 10 ครั้ง

10.30-10.45 น. พัก

10.45-11.15 น. สาธิตท่าอุ่นเครื่องพร้อมปฏิบัติทีละท่า และบอกประโยชน์หลังการฝึกแต่ละท่า

11.15-11.45 น. สาธิตการเปล่งเสียงสยามหัวเราะ (ท้องหัวเราะ — ออกเสียงโอ, อกหัวเราะ — ออกเสียงอา, คอหัวเราะ — ออกเสียงอู, ใบหน้าหัวเราะ — ออกเสียงเอ) โดยให้ทำตามทีละท่าๆ ละ 4 ครั้ง

11.45-12.00 น. ผู้สูงอายุแลกเปลี่ยนประสบการณ์ฝึกหัวเราะและร่วมสะท้อนคิดในกลุ่มย่อย

12.00-14.30 น. ร่วมรับประทานอาหาร และการสัมภาษณ์เชิงลึก

ผลการสะท้อนคิดจากผู้สูงอายุในครั้งที่ 3 ผู้สูงอายุรับรู้ร่างกายตนเองแข็งแรงขึ้น มีชีวิตชีวา และกระฉับกระเฉงขึ้น หายใจได้ลึกขึ้นกว่าเดิม รู้สึกสมองโปร่ง อาการปวดขา ปวดเข่าเวลาเดินลดลง และเดินได้ในระยะทางที่ไกลกว่าเดิม สามารถปล่อยวางกับเรื่องเครียดได้มากขึ้น เริ่มมีความคิดด้านบวก ได้รับการทักจากคนในชุมชนว่าดูสดชื่นแจ่มใสขึ้น บางรายเริ่มออกมาทักทายเพื่อนบ้าน นั่งพูดคุยกันช่วงเย็น อาการปวดตึงตามร่างกายลดลง อาการปวดศีรษะลดลง อยากเข้าร่วมทำกิจกรรมต่างๆ มากขึ้น สนใจสังคมมากขึ้น มีการนำวิธีการฝึกหายใจ และการฝึกหัวเราะไปสอนหลานที่บ้าน ทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีและมีกิจกรรมที่เล่นร่วมกัน

จากการสะท้อนผลในครั้งที่ 3 พบว่า ผู้สูงอายุมีพัฒนาการที่ดีกว่าสองครั้งแรก ผู้สูงอายุเพศหญิงจะมีส่วนร่วมและแสดงออกได้เร็วกว่าเพศชาย การฝึกบริหารสมองด้วยการตบมือประกอบเพลงที่ทำในครั้งแรกไม่ได้ เริ่มมีบางคนที่ทำได้ แต่พอเข้าจังหวะเพลง ยังทำได้ไม่ดีนัก การหายใจแบบ 7/11 เริ่มทำได้ดีขึ้น สังเกตจากการหายใจเข้าและการหายใจออกที่สามารถตามจังหวะการนับได้ในช่วงครั้งที่ 3 ขึ้นไป ยังไม่มีใครที่ตามจังหวะการหายใจได้ 10 ครั้ง แต่ทุกคนพยายามที่จะฝึกตามอย่างตั้งใจ ในช่วงฝึกท่าอุ่นเครื่องและท่าหัวเราะ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถยืนทำตามจังหวะได้ครบ 4 ครั้ง มีเพียง 7 คน ที่จะนั่งลงก่อน แม้ท่าทางประกอบการฝึกหัวเราะยังทำได้ไม่ถูกท่า อย่างไรก็ตาม ถือได้ว่ามีพัฒนาการที่ดีขึ้นกว่าครั้งที่ 2 การเคลื่อนไหวตัวขณะฝึกกระทำได้อย่างเป็นธรรมชาติมากขึ้น นักวิชาการสาธารณสุขให้ข้อมูลว่าในช่วงเดือนครึ่งที่เว้นระยะไป ผู้สูงอายุยังคงกระตือรือร้นในการฝึก และมีผู้สูงอายุ 2 คนที่พอจำท่าได้ จึงเริ่มให้เป็นผู้นำการฝึก ซึ่งฝึกเพียงการหัวเราะ 4 ท่าหลักเท่านั้น ส่วนบรรยากาศในชมรมผู้สูงอายุดีขึ้น ผู้สูงอายุมีการพบปะสนทนากันมากขึ้น สัมพันธภาพภายในกลุ่มชมรมดีขึ้น และพบว่าผู้สูงอายุรายหนึ่งที่มีอาการเบาหวานร่วมกับภาวะซึมเศร้า มีระดับน้ำตาลลดลง และมีอารมณ์แจ่มใสขึ้น แผลเบาหวานหายเร็วขึ้นกว่าเดิม

หลังจากวงจรที่ 3 เสร็จสิ้น คณะผู้วิจัยมีการนำเสนอผลงานบริการวิชาการที่ได้จากการพัฒนารูปแบบการสร้างสุขของผู้สูงอายุไปแสดงในเวทีประชาคม ในวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2557 ซึ่งจัดโดยศูนย์บริการวิชาการแก่ชุมชน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ณ โพธิวิชชาลัย จังหวัดสระแก้ว ซึ่งเป็นการนำเสนอผลงานของทุกโครงการที่ได้จัดงานบริการวิชาการในจังหวัดสระแก้วแก่ทางชุมชน โดยมีตัวแทนจากกลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 15 คน เตรียมแสดงการฝึกหัวเราะในวันดังกล่าว โดยการเรียงร้อยและต่อยอดสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมภายในชุมชนเอง เริ่มต้นด้วยการฝึกหายใจประกอบเพลงลมหายใจเข้า ลมหายใจออก ต่อด้วยการบริหารสมองด้วยเพลงหนูเป็นเด็กดี ไม่มีปัญหา และการหัวเราะ 4 ท่า ด้วยความตื่นเต้นและความภาคภูมิใจ เพราะเป็นครั้งแรกในชีวิตของผู้สูงอายุแต่ละคนที่ขึ้นแสดงในเวทีใหญ่ที่มีผู้ชมเป็นคนต่างจังหวัด ต่างพื้นที่ที่เป็นนักวิชาการหรือบุคลากรทางการศึกษาที่เข้าร่วมงานนำเสนอผลงานนี้ ดังคำกล่าวของแกนนำผู้สูงอายุว่า

"ฉันไม่เคยคิดว่า จะมีใครที่จะเห็นคุณค่าในตัวฉัน บ้านของพวกฉันอยู่ห่างไกลพื้นที่ที่มีความเจริญ ไม่คิดว่า ทั้งชีวิต จะมีวันนี้ วันที่ได้ขึ้นมาอยู่บนเวทีเป็นครั้งแรกในชีวิต ท่ามกลางคนเก่ง หรือคนชั้นสูง ไม่คิดว่า จะมีอาจารย์ มีด๊อกเตอร์จากมหาลัยมาสอน มาเห็นค่าพวกคนแก่ๆ อย่างแม่ใหญ่ พ่อใหญ่ แค่คิดยังไม่กล้าจะคิดหรือไม่มีภาพอะไรอย่างนี้อยู่ในสมองเลยว่าจะได้แสดงหน้าเวทีแต่วันนี้ มันเป็นวันที่มีความสุขมาก มันคุ้มแล้ว ตายตาหลับมันมีความสุข มีพลัง ทำให้รู้สึกว่าชีวิตมีคุณค่า มีความหมายที่จะมีชีวิตอยู่ต่อ"

จากการสอบถามผู้ร่วมวิจัยจากชุมชนซึ่งเป็นนักวิชาการสาธารณสุข ได้ข้อมูลว่า ภายหลังจากเสร็จสิ้นวงจรที่ 3 ผู้สูงอายุประมาณ 15 คน ได้ร่วมสร้างรูปแบบการฝึกหัวเราะร่วมกับนักวิชาการสาธารณสุข เพื่อจะเป็นต้นแบบในการสาธิตและร่วมทำโครงการส่งเสริมสุขภาพที่ทางอนามัยได้จัดขึ้น ทำให้รู้สึกมีความภาคภูมิใจในตนเองมากขึ้น ซึ่งถือว่าเป็นผลลัพธ์ (Outcome) ที่ได้มาจากการพัฒนารูปแบบการสร้างสุขของผู้สูงอายุ และชมรมผู้สูงอายุมีความเข้มแข็งมากขึ้น มีการพบปะกันเพื่อทำกิจกรรมร่วมกันทุกวันศุกร์เช้า ทั้งนี้ ในปีพ.ศ. 2557 กลุ่มแกนนำผู้สูงอายุบางคนได้รับการเชิญให้ขึ้นปกหนังสือขององค์การบริหารส่วนตำบล หรือขึ้นป้ายประชาสัมพันธ์กิจกรรมในชุมชน และมีโอกาสได้ร่วมแสดงการหัวเราะกับนักวิชาการสาธารณสุขในหลายพื้นที่จวบจนถึงปัจจุบัน ซึ่งการเปิดพื้นที่เช่นนี้ ทำให้กลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มนี้กลายเป็นต้นแบบและยังเป็นตัวแบบ (Modeling) ที่ดีให้แก่ผู้สูงอายุด้วยกัน โดยกลุ่มผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เริ่มชักชวนผู้สูงอายุคนอื่นๆ ในชุมชนเข้าร่วมรูปแบบการสร้างสุขด้วยสยามหัวเราะ ผู้สูงอายุคนอื่นๆ ในชุมชนเริ่มเข้ามาร่วมทำกิจกรรมกลุ่มเพิ่มขึ้น ยิ่งไปกว่านั้น อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนยังมีความสนใจที่อยากจะเรียนรู้ เพื่อนำไปเผยแพร่ให้แก่กลุ่มเป้าหมายอื่นๆ ต่อไปอีก เช่น กลุ่มนักเรียนในโรงเรียน

ภาพประกอบที่ 7 ป้ายประชาสัมพันธ์โครงการ 4 ดี โดยนำกลุ่มผู้สูงอายุขึ้นเป็นแบบเพื่อการประชาสัมพันธ์ (สุธี สุนทรชัย, 2557)

6. การรับรู้การเปลี่ยนแปลงความสุขภายในตนเองของกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม

ผู้สูงอายุชุมชนบ้านท่าช้าง มีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงความสุขภายในตนเองที่เกิดขึ้นในด้านต่างๆ จากมากไปน้อย ได้ดังนี้

1) ด้านร่างกาย ที่มีความคล่องตัวขึ้นมากกว่าเดิม อาการปวดตึงตามร่างกายลดลง การหายใจโปร่งโล่งขึ้น รู้สึกมีความแข็งแรงเพิ่มขึ้นในตนเอง สังเกตได้จากการเดินที่สามารถเดินได้ไกลขึ้น การเดินมั่นคงขึ้น ผู้สูงอายุ 70 เศษ คนหนึ่งกล่าวว่า

"เพิ่งไปทำบุญ 9 วัดมา กับทางอบต. ครั้งนี้ เดินได้ไกลมาก ไม่ปวดขาเลย ไม่เคยเป็นแบบนี้มาก่อน แต่ก่อน เดินนิดเดียว ก็เหนื่อยเมื่อย ปวดเข่า ปวดขา แต่ครั้งนี้ไป เดินสบายมากเลย ขึ้นลงรถ สบายมาก ยายบุญมาเหมือนกัน แต่ก่อนนี้ เดินไม่ไหว ครั้งนี้ไป เดินปร๋อเลย ร่างกายแข็งแรงขึ้นเยอะ"

2) ด้านอารมณ์ รู้สึกมีอารมณ์ดี อารมณ์แจ่มใสขึ้น ระยะเวลาในการคลี่คลายอารมณ์ด้านลบให้ดีขึ้นทำได้เร็วขึ้นกว่าเดิม ใบหน้ายิ้มแย้มมากขึ้น ดังคำพูดของผู้สูงอายุว่า

"เดี๋ยวนี้มันยิ้มง่ายขึ้น มันอยากหัวเราะ มันเห็นอะไร บางทีมันอยากหัวเราะมากขึ้น ถ้าเป็นแต่ก่อน มันจะคิดมาก นั่งคิดไปเรื่อย มันไม่อยากจะยิ้ม ไม่อยากจะคุยกับใคร มันเบื่อ มันเครียด แล้วยิ่งมีโรคโน่นนี่ด้วย ยิ่งหดหู่ มันบ่มม่วน ตอนนี้มันรู้สึกดี รู้สึกดีมาก"

3) ด้านพลังชีวิต เกิดความรู้สึกมีชีวิตชีวาในตนเองมากขึ้น รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และชีวิตมีคุณค่า มีเป้าหมายในการมีชีวิตอยู่ต่ออย่างมีคุณภาพ ผู้สูงอายุรายหนึ่งสะท้อนคิดว่า

"รู้สึกอายุลดลงเหลือแค่ 60 มันมีความหวัง มีกำลังเพิ่มขึ้น ทำให้อยากเดิน อยากทำอะไร รู้สึกว่าตนเองทำอะไรได้มากกว่าเดิม มีความสุขกว่าเดิม แต่ก่อนมันเฉาๆ มันไม่อยากทำอะไร รอว่าเมื่อไรจะตาย ไม่อยากเป็นภาระลูกหลาน แต่หลังจากฝึกแล้ว อยากมาฝึกทุกวัน มันมีความสุข ชีวิตมีความสุขขึ้นกว่าเดิม ตอนเช้า รู้สึกอยากตื่นนอนมากขึ้นกว่าแต่ก่อน ที่ไม่รู้ว่าตื่นมาทำไม"

4) ด้านการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น เริ่มมีความรู้สึกอยากเข้ากลุ่ม อยากจะทักทายผู้คนมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงตัวเองในการเข้ามาร่วมกิจกรรมผู้สูงอายุและกิจกรรมของชุมชนมากขึ้นอย่างกระตือรือร้น ผู้วิจัยสังเกตการเปลี่ยนแปลงนี้ได้จากการรวมกลุ่มพูดคุยกันช่วงพักที่มีการตำหมาก และหยอกล้อกันเพิ่มมากขึ้นในแต่ละครั้ง และทางผู้ร่วมวิจัยจากชุมชนกล่าวว่า

"พ่อใหญ่ แม่ใหญ่ อยากมาหัวเราะมาก มีการโทรศัพท์เข้ามาสอบถามเรื่องวัน เวลาจัดในแต่ละครั้ง เพราะอยากมามาก ถ้าเจอหน้ากัน ก็จะบอกว่า อย่าลืมบอกนะ ยังมีที่เหลืออยู่นะ จะมาอีก และวันนี้ (วันทำกิจกรรม ครั้งที่ 2) มาถึงกันตั้งแต่ยังไม่เปิดอนามัยเลย มานั่งรอกันแล้ว ตั้งแต่ 7 โมงเช้า..... ตอนนี้ พอเราบอกมีกิจกรรมอะไร ก็มากัน บอกให้ทำอะไรก็ทำ ดีขึ้นจากเดิม ในเรื่องของพฤติกรรมสุขภาพด้วย บางคนเริ่มปรับเปลี่ยนการกิน การใช้ชีวิตของตนเองใหม่"

5) ด้านความคิดเชิงบวก พบว่า อาการคิดมาก คิดวิตกกังวลลดลง โดยผู้สูงอายุรายหนึ่งให้คำตอบว่า *"ไม่รู้จะคิดมากไปทำไม ปวดหัว เครียด เอาเวลามาฝึกหัวเราะดีกว่า สนุกกว่าอีก"* ส่วนอีกรายหนึ่งกล่าวว่า *"มันก็ไม่คิดของมันเองนะ แต่ก่อนก็มีคิดมาก มีบ่นตอนนี้ มันเหมือนไม่อยากคิดอะไรที่ไม่ดี มันก็ไม่คิด หรือถ้ามี ก็น้อยลงนะ"*

จากการสังเกตของนักวิชาการสาธารณสุข พบว่า ในแต่ละสัปดาห์ที่นัดฝึกทบทวนกันเองภายในชุมชน ในช่วงระยะที่เว้นระหว่างวงจรของวงจรที่ 2 และวงจรที่ 3 ผู้สูงอายุจะมีความกระตือรือล้นและมีความสุขที่จะเข้ามาร่วมกันฝึกหัวเราะในทุกวันศุกร์ตอนเช้าก่อนทำกิจกรรมอื่นๆ ที่จัดภายในชุมชนกันต่อไป โดยหากวันศุกร์ใดที่นัดทำกิจกรรมอื่น และไม่ได้เริ่มด้วยการฝึกหัวเราะ ผู้สูงอายุจะเป็นคนถามและขอให้นักวิชาการสาธารณสุขเป็นผู้นำการฝึกให้ก่อน และเมื่อเริ่มฝึกพอได้ พบว่าผู้สูงอายุ 2 คน เริ่มเป็นผู้นำการฝึกในกลุ่มเอง สะท้อนให้เห็นถึงการเกิดสุขภาวะแห่งจิตที่ต้องการพัฒนาตนเองให้เกิดการเติบโต มีการสร้างพลังอำนาจในตนเองของกลุ่ม ในการพึ่งพาตัวเอง ทำให้เกิดความยั่งยืน เกิดสัมพันธภาพด้านบวกกับผู้อื่น เกิดการกลับมาควบคุมสถานการณ์ ไม่จำนนให้ชีวิตอยู่ภายใต้ความทุกข์ใจดังแต่ก่อน

ภาพประกอบที่ 8 ผู้สูงอายุทำท่าใบหน้าหัวเราะ (ภาพ 1 และภาพ 3) และทำท่าอกหัวเราะ (ภาพ 2)

อภิปรายผล

1. การพัฒนารูปแบบการสร้างความสุขของผู้สูงอายุด้วยการหัวเราะบำบัด

การพัฒนารูปแบบการสร้างความสุขของผู้สูงอายุด้วยการหัวเราะบำบัด ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม กำหนดการให้ความรู้จากคณะวิจัย 3 ครั้ง และมีการนำข้อมูลมาปรับเพื่อวางแผนในแต่ละวงจรทั้งสิ้น 3 วงจร โดยมีการแบ่งรูปแบบการสร้างความสุขเป็น 4 กิจกรรมหลัก เพื่อให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การบริหารสมอง การฝึกหายใจ การหัวเราะบำบัด และการสะท้อนคิดเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ช่วงระยะเวลาที่เว้นระยะห่าง 1 เดือน และ 2 เดือน เพื่อให้ชุมชนนำความรู้ที่ได้รับจากคณะผู้วิจัยไปฝึกกันเองภายในชุมชน ในแต่ละสัปดาห์ ทำให้ชุมชนมีความเข้มแข็งและเข้ามา

มีส่วนร่วมกันมากขึ้น เป็นการร่วมสร้างและต่อประสานการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างคณะนักวิจัย ผู้ร่วมวิจัยจากชุมชน และผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการพัฒนารูปแบบความสุขดังกล่าว

การนำการหัวเราะบำบัดด้วยเทคนิคสยามหัวเราะเข้ามาใช้โดยตรงสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนนี้นั้นไม่เหมาะสม เพราะผู้สูงอายุในชุมชนบ้านท่าช้างจะต่างจากผู้สูงอายุในเมือง เนื่องจากไม่มีโอกาสในการเรียนรู้ การทำกิจกรรมใหม่ๆ ร่วมกันมีน้อย ในกระบวนการร่วมสร้างเพื่อพัฒนา จึงนำเอาการบริหารสมอง การฝึกหายใจ การสะท้อนคิด เข้ามาร่วมในหัวเราะบำบัดด้วย โดยการบริหารสมอง จะนำมาใช้เป็นกิจกรรมเริ่มต้น เพื่อสร้างความตื่นตัวและกระตุ้นให้สมองพร้อมทำงาน การฝึกหายใจมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างสมาธิ เพิ่มออกซิเจนให้แก่สมองและร่างกาย จะได้เกิดความพร้อมในการเรียนรู้ รวมถึงสามารถนำไปใช้ควบคุมอารมณ์ แก้ไขอาการวิตกกังวล ให้เกิดสติอยู่กับกายตนเอง การหัวเราะบำบัดจะเลือกเพียงท่าพื้นฐาน 4 ท่ามาใช้ โดยมีการปรับท่าฝึกอุ่นเครื่องของการสยามหัวเราะให้เหมาะกับผู้สูงอายุ ด้วยการเน้นการฝึกอุ่นเครื่องที่ขา เอว คอ ไหล่ ซึ่งเป็นส่วนของร่างกายที่ผู้สูงอายุต้องการผ่อนคลาย โดยเริ่มฝึกจากท่านั่งก่อน เมื่อประเมินว่า สามารถเริ่มยืนฝึกได้ จึงให้ลองยืนฝึกดู ส่วนการสะท้อนคิดจะนำมาใช้เป็นระยะในช่วงระหว่างและหลังการฝึก เพื่อให้เกิดการสื่อสารและการแลกเปลี่ยนกัน อย่างไรก็ตาม ในช่วงแรก การสะท้อนคิดยังไม่เกิดขึ้นอย่างสมบูรณ์ จะเป็นการกระตุ้นถามตอบสั้นๆ ใช่ ไม่ใช่ เกิด ไม่เกิด เมื่อเข้าสู่วงจรที่ 2 และ วงจรที่ 3 มีการสะท้อนคิดได้ดีขึ้น สามารถอธิบายถึงประสบการณ์และความรู้สึกของตนเองให้แก่กลุ่มฟังได้ จึงเริ่มให้เวลากับการพูด และใช้คำถามปลายเปิดช่วยในการกระตุ้นให้เกิดคำตอบ

ในกระบวนการพัฒนารูปแบบการสร้างความสุขของผู้สูงอายุนั้น คณะผู้วิจัยพบข้อค้นพบใหม่ที่ควรคำนึงถึงในกระบวนการของการพัฒนารูปแบบการสร้างสุขของผู้สูงอายุ ดังนี้

1) ศิลปะในการสร้างสัมพันธภาพ การพัฒนากิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบทที่ห่างไกลความเจริญควรคำนึงสภาพของกลุ่มและบริบทของชุมชน ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มผู้สูงอายุมีทั้งผู้สูงอายุตอนต้น ตอนกลาง และตอนปลาย มีสภาพร่างกายที่แข็งแรงไม่เท่ากัน จบชั้นประถมศึกษาหรือไม่ได้เรียนหนังสือและใช้การสื่อสารด้วยภาษาถิ่น ซึ่งแตกต่างจากคณะผู้วิจัยที่ใช้ภาษากลาง มาจากหน่วยงานการศึกษา ไม่สามารถพูดภาษาถิ่นได้ การลดช่องว่างจำเป็นต้องกระทำให้เร็วที่สุด เพื่อเป็นการสร้างความสัมพันธ์และลดระยะห่างหรือความรู้สึกของคนในชุมชนและคนภายนอก การเริ่มต้นของการเข้าหากลุ่ม จึงต้องให้คนในพื้นที่ที่ผู้สูงอายุให้ความนับถือ คือ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เป็นผู้เปิดพื้นที่เชื่อมต่อ ในขณะเดียวกัน ผู้วิจัยจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องเรียนรู้คำสรรพนามการเรียกผู้สูงอายุในท้องถิ่น คือ พ่อใหญ่ แม่ใหญ่ หรือการใช้ภาษาถิ่นทักทาย เพื่อสร้างความใกล้ชิด ทำให้การเปิดตัวและการยอมรับเป็นไปได้ง่ายขึ้น

2) ความยืดหยุ่นในการทำกิจกรรม ผู้นำกิจกรรมจะต้องไม่ยึดติดรูปแบบการทำกิจกรรมที่เป็นระบบหรือตามขั้นตอนที่เตรียมมา แต่ต้องเป็นผู้นำที่สามารถปรับเปลี่ยนกิจกรรมได้ตามสถานการณ์ โดยถือกลุ่มเป้าหมายเป็นศูนย์กลาง โดยต้องมีความสามารถในการแก้ไขสถานการณ์เฉพาะหน้าในระหว่างการทำกิจกรรมกับกลุ่ม มีความไวในการสังเกตกลุ่มว่า มีความพร้อมหรือเรียนรู้ได้ตามที่ผู้นำต้องการให้เกิดขึ้นหรือไม่ หากกิจกรรมที่เตรียมมานั้น มีความยากเกินไปจำเป็นต้องปรับกิจกรรมให้ง่ายขึ้น ในทางตรงข้าม หากกิจกรรมมีความง่ายจนเกินไป ควรกระชับ และเพิ่มความยากของกิจกรรมเพื่อความท้าทาย และกระตุ้นความสนใจ

3) การใช้ภาษากายและภาษาท่าทางในการกระตุ้นกลุ่ม เนื่องจากผู้สูงอายุในกลุ่มมีบางคนที่อ่านหนังสือไม่ออก เพื่อให้เกิดการรับฟังและการปฏิบัติตาม การใช้การบรรยายจึงไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในชุมชนบ้านท่าช้าง การออกแบบการเรียนรู้ต้องเป็นการเรียนรู้ผ่านการฝึกปฏิบัติ เพื่อดึงความสนใจ รวมถึงมีการใช้อารมณ์ขัน การหยอกล้อ เพื่อลดความตึงเครียดของการปฏิบัติตามที่ช้าหรือยังจดจำหรือทำไม่ได้

4) การอธิบายพร้อมสาธิตท่าให้ดูทีละท่า การสาธิตท่าให้ผู้สูงอายุดูนั้น ต้องกระทำอย่างช้าๆ พร้อมใช้การอธิบายประกอบไปด้วย แล้วจึงให้ผู้สูงอายุเริ่มทำตาม ในขณะที่ผู้สูงอายุฝึกทำ ผู้นำจะพูดท่าไปด้วย ให้เกิดการจดจำ การเพิ่มความรู้จะกระทำเป็นช่วงๆ จากง่ายไปยาก

5) การทวนซ้ำด้วยภาษาที่ง่าย สั้น กระชับ การทบทวนการสาธิต การฝึกซ้ำ ในวงจรที่ 2 และวงจรที่ 3 ช่วยทำให้การเรียนรู้ของผู้สูงอายุดีขึ้น ไม่จำเป็นที่จะต้องหากิจกรรมใหม่ๆ มาใส่ แต่ควรเป็นการฝึกซ้ำและเพิ่มต่อยอดจากกิจกรรมเดิมจะเหมาะสมมากกว่า เพราะการทำงานของสมองในช่วงวัยนี้จะไม่ว่องไวเท่ากับในวัยอื่นๆ จึงจำเป็นต้องใช้การทวนซ้ำเพื่อย้ำเตือน

6) สร้างตัวแบบในกลุ่มผู้สูงอายุ หากผู้สูงอายุคนไหนพอจะเริ่มทำท่าได้ ผู้นำจะใช้การเรียกชื่อและให้ความสนใจกับผู้สูงอายุคนดังกล่าว เพื่อให้เพื่อนในกลุ่มดูเป็นตัวแบบ ซึ่งเป็นการให้คุณค่าและกระตุ้นการเรียนรู้ภายในกลุ่มด้วยกันเอง โดยพยายามและต้องมีการให้กำลังใจและคำชมเป็นระยะ

7) การเพิ่มพลังอำนาจในการสร้างความมีส่วนร่วมด้วยการให้ชุมชนเรียนรู้ในการสอนกันเอง การสอนกันเองภายในชุมชนทำให้เกิดความแข็งแกร่งในชุมชนเพิ่มมากขึ้น และเป็นการร่วมเรียนรู้ร่วมจดจำ เพื่อจะได้กลับไปทำได้อย่างถูกต้อง ทั้งนี้ ผู้นำที่เข้มแข็งจะมีส่วนสำคัญยิ่งที่ทำให้เกิดการขับเคลื่อนของการพัฒนาอย่างยั่งยืนต่อไปได้

8) การติดตามผลอย่างใส่ใจและพร้อมให้คำปรึกษากับทางผู้นำชุมชน แม้ว่าระยะการเว้นห่างจะเป็นสิ่งที่คณะผู้วิจัยตั้งใจให้เกิดการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนกันเองในชุมชนเพื่อเพิ่มพลังอำนาจ อย่างไรก็ตาม คณะผู้วิจัยต้องพร้อมให้ความช่วยเหลือหรือให้คำปรึกษาในกรณีที่ทางชุมชนต้องการคำแนะนำ โดยเฉพาะหลังจากเสร็จสิ้นในวงจรที่ 3 เพราะการถอนตัวอย่างรวดเร็วออกจากพื้นที่อาจไม่เกิดประโยชน์ซ้ำยังสร้างโทษหรือความทรงจำทางลบให้แก่ชุมชนว่าเป็นการทิ้งจาก โดยไม่ดูแลเอาใจใส่ เป็นเพียงการกระทำเพื่อให้ได้ประโยชน์ด้านวิชาการเท่านั้น

2. ผลการใช้รูปแบบการสร้างความสุขด้วยการหัวเราะบำบัดในผู้สูงอายุ ชุมชนบ้านท่าช้าง

การพัฒนารูปแบบการสร้างความสุขด้วยการหัวเราะบำบัดในผู้สูงอายุ ชุมชนบ้านท่าช้าง ในแต่ละกิจกรรมสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

2.1 การบริหารสมอง เป็นกระบวนการเคลื่อนไหวร่างกาย

อย่างง่ายเพื่อช่วยกระตุ้นสมอง 2 ซีก ส่งผลทำให้การเรียนรู้ดีขึ้น ผ่อนคลายความเครียด จิตใจสงบ (สุขพัชรา ซื่มเจริญ, 2549) การกระตุ้นร่างกายให้เคลื่อนไหวทั้งสองข้างอย่างสมดุลถือเป็นการฝึกบริหารสมอง เนื่องจากสมองซีกซ้ายควบคุมการทำงานด้านขวาของร่างกายและสมองซีกขวาควบคุมการทำงานด้านซ้ายของร่างกาย การใช้เพลงและการประสานจังหวะท่าทางให้สัมพันธ์กับเพลงจึงเป็นการฝึกกระตุ้นการทำงานของสมองสองซีกได้ จากงานวิจัยของเฮียนและคณะ (Heyn, Abreu & Ottenbacher, 2004) พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อม (Dementia) ที่ได้รับการฝึกบริหารสมอง จะทำให้ร่างกายแข็งแรงขึ้น มีความคล่องตัว เกิดความมั่นใจ ช่วยฟื้นฟูการทำงานของการคิด มีพฤติกรรมในทางบวกเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ กิจกรรมที่ใช้ในการบริหารสมองยังช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความเพลิดเพลิน เสมือนได้กลับไปสู่ในวัยเด็กอีกครั้ง ถือเป็นการคืนกลับวัยที่มีความสดใส มีชีวิตชีวา

2.2 การฝึกหายใจ จะช่วยเพิ่มระดับออกซิเจนในสมองและร่างกาย ทำให้สมองปลอดโปร่ง ทำให้เกิดชีวิตชีวา ซึ่งงานวิจัยของโฮเซลและคณะ (Hölzel & et al., 2011) และที่เกี่ยวข้องกับการทำสมาธิและการฝึกหายใจระบุว่า การฝึกดังกล่าวจะทำให้จิตใจสงบ และส่งผลต่อการเพิ่มความสัมพันธ์ที่ดีในชีวิตคู่ และการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น สอดคล้องกับเครสเวลล์และคณะ (Creswell & et al., 2012) ที่พบว่าการฝึกหายใจอย่างสงบและมีสมาธิจะช่วยลดภาวะโดดเดี่ยว ลดความเครียดในผู้สูงอายุได้ และยังพบว่า สัมพันธภาพด้านชีวิตสมรสเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางบวกด้วย

2.3 การฝึกหัวเราะบำบัด ถือเป็นแขนงหนึ่งของศาสตร์แพทย์ทางเลือก (Complimentary / Alternative Medicine) จิตวิทยาแห่งการหัวเราะ (Psychology of Laughter) ระบุว่า อารมณ์ขันและเสียงหัวเราะจะทำให้ร่างกายหลั่งสารเอนโดรฟินส์ ซึ่งเป็นฮอร์โมนแห่งความสุข ช่วยลดความเจ็บปวด เพิ่มภูมิคุ้มกันร่างกาย ลดความเครียด แก้ไขอาการซึมเศร้า ช่วยทำให้เข้าสังคมได้ดีขึ้น เกิดความคิดสร้างสรรค์ด้านบวก และทำให้บุคคลเกิดพลังชีวิต มีชีวิตชีวามากขึ้นในการดำรงชีวิต และถือเป็นการออกกำลังกายภายใน (Internal Exercise) (วัลลภ ปิยะมโนธรรม, 2550) จากงานวิจัยของ โคและหยุน (Ko & Youn, 2011) ที่นำการหัวเราะบำบัดไปใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า นอนไม่หลับ ในชุมชน พบว่า กลุ่มทดลองมีอารมณ์ในทางบวกเพิ่มขึ้น และนอนหลับได้อย่างมีคุณภาพมากขึ้น ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของริชแมน (Richman, 1997) ที่ใช้อารมณ์ขันรักษาคนไข้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและมีความคิดฆ่าตัวตาย พบว่า อารมณ์ขันและเสียงหัวเราะจะช่วยเพิ่มสัมพันธภาพและการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้รักษาและคนไข้ และช่วยลดภาวะความเสี่ยงในการคิดฆ่าตัวตาย รวมถึงลดภาวะความเครียดได้ ซึ่งผลจากการพัฒนารูปแบบการสร้างความสุขใน 3 วงจรนี้ พบการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุใน 5 ด้านที่เป็นไปในทิศทางบวก คือ ร่างกายแข็งแรงขึ้น อารมณ์ดีขึ้น มีสัมพันธภาพกับคนรอบข้างมากขึ้น สามารถปล่อยวางความคิดด้านลบ เพิ่มความคิดทางบวกให้ตนเอง และมีพลังชีวิต มีชีวิตชีวาเพิ่มมากขึ้น

2.4 การสะท้อนคิด ในก่อนและหลังการเรียนรู้ ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถนำประสบการณ์ของตนเองมาแลกเปลี่ยนกันในกลุ่ม ทำให้เกิดความเติบโตทางความคิดทั้งตัวบุคคลและกลุ่ม เกิดความรู้สึกมีตัวตน และเรียนรู้การสังเกตตนเอง ไวต่อการรับรู้ได้มากขึ้น ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตของตนเองได้เช่นกัน ซึ่งจากการได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เป็นบวกในแต่ละครั้ง ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ในกลุ่มผู้สูงอายุในทางอ้อมว่า อายุเป็นเพียงตัวเลข หากใจไม่ได้จำนนหรือจำยอม และพร้อมเปิดตัว เปิดใจฝึกประสบการณ์ใหม่ ย่อมเปลี่ยนแปลงตัวเองไปในทางที่ดีขึ้นได้ด้วยตนเอง และเรียนรู้ว่า ความสุขอยู่ที่การสร้าง ไม่ใช่การแสวงหาหรือรอคอย ปล่อยไปตามยถากรรมเพียงเท่านั้น

ทั้งนี้ จากการบันทึกและการสังเกตของนักวิชาการสาธารณสุข พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมมีอัตราเจ็บป่วยลดลงมากกว่าผู้ที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม และจากการให้ข้อมูลจากคนในชุมชนที่ใกล้ชิดผู้สูงอายุหลายรายกล่าวว่า ผู้สูงอายุมีการปรับตัวดีขึ้น เข้ากลุ่มพูดคุยทักทายกับคนรอบข้าง ไม่เก็บตัวเหมือนแต่ก่อนที่อยู่เพียงแต่ในบ้าน ไม่สุงสิงกับใคร ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ที่ว่าผู้สูงอายุจะมีความสุขทั้งทางร่างกายและจิตใจ หากได้มีกิจกรรมและเคลื่อนไหว ส่งผลให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุขและตระหนักว่าตนเองเป็นประโยชน์ต่อสังคม (กาญจนา แก้วเทพ, 2554)

จากผลที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมกิจกรรม จะเห็นการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุในทิศทางบวก สะท้อนให้เห็นว่า ความสูงอายุ (Aging) เป็นเพียงกระบวนการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในช่วงวัยสุดท้ายของอายุมนุษย์ โดยมีความเสื่อมถอยทั้งทางร่างกาย จิตใจและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นตามอายุ อย่างไรก็ตาม ความชราภาพที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ อาทิ ความเหี่ยวย่น ความเสื่อมโทรมของเซลล์ร่างกาย พละกำลังที่ถดถอย ถือเป็นเพียงความชราภาพแบบปฐมภูมิ (Primary Aging) เท่านั้น แต่ความชราภาพแบบทุติยภูมิ (Secondary Aging) นั้นเป็นความชราภาพที่คนเราสามารถหลีกเลี่ยงได้ นั่นคือ ความชราภาพอันเกิดจากการปล่อยปละร่างกาย ไม่ใส่ใจหรือทำให้ตนเองไร้ค่า อันเป็นเงื่อนไขที่ทำให้คนเราถดถอยลง (สุรกุล เจนอบรม, 2534) ซึ่งหากผู้สูงอายุสามารถรับรู้ถึงศักยภาพและดึงความสามารถหรือศักยภาพที่ซ่อนอยู่มาใช้ ย่อมทำให้เกิดการพึ่งพาตนเอง (Self-reliance) ดูแลตนเอง (Self-care) ได้ และอาจนำไปสู่การทำประโยชน์ให้แก่ผู้อื่นหรือสังคมด้วยการเป็นแบบอย่างที่ดี มีความพึงพอใจในชีวิตที่เป็น ย่อมนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพหรือเป็นผู้สูงอายุที่มีพฤฒิพลัง (Active Aging) ได้ ดังเช่นผู้สูงอายุในชุมชนหมู่บ้านท่าช้าง ที่เป็นกรณีศึกษาในงานวิจัยครั้งนี้

ผลกระทบและคุณค่าที่ได้รับจากงานวิจัย

จากการดำเนินการวิจัยข้างต้น ทำให้สะท้อนคุณค่าของการวิจัยที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางทางที่ดีในทุกๆ ฝ่ายของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง กล่าวคือ

1. กลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม เกิดการเปลี่ยนแปลงตนเองในทิศทางบวก มีคุณค่า มีศักดิ์ศรีในตนเองเพิ่มขึ้น คุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ที่ดีขึ้น และพร้อมจะดำรงชีวิตอย่างมีความหวังต่อไป สะท้อนให้เห็นว่าการก้าวสู่วัยสูงอายุมิใช่ช่วงวัยแห่งการร่วงโรยที่เป็นฝ่ายรับหรือรอคอยเพียงความตายที่มาเยือน หากผู้สูงอายุเพียงเรียนรู้จักการดูแลตนเอง และหาความหมายและคุณค่าในการสร้างตัวตนแห่งการธำรงอยู่ จะทำให้เกิดความหวังและพลังแห่งชีวิตมากขึ้น นอกจากนี้ ยังเป็นการเปิดพื้นที่ให้แก่กลุ่มผู้สูงอายุที่เดิมเคยคิดว่าตนเอง

ไร้คุณค่าให้เห็นคุณค่าในตนเอง ผ่านทางกิจกรรมที่ผู้สูงอายุเป็นผู้ฝึกปฏิบัติและมีประสบการณ์ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องรอคอยให้ใครมาให้คุณค่า แต่เป็นการสร้างค่าจากตัวตนของผู้สูงอายุ จนในที่สุด จากกิจกรรมที่ได้กระทำอย่างต่อเนื่อง ทางองค์การบริหารส่วนตำบลได้จัดกิจกรรมเพื่อประชาสัมพันธ์โครงการ 4 ดี โดยการนำภาพผู้สูงอายุขึ้นประกอบการประชาสัมพันธ์ ทำให้เกิดศักดิ์ศรีและความภาคภูมิใจในการกระทำของตนเอง

2. ผู้ร่วมวิจัยจากชุมชน มีทักษะและความรู้เพิ่มขึ้น และสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ต่อในโครงการส่งเสริมสุขภาพอื่นๆ ซึ่งเกิดจากแนวคิดการพัฒนาร่วมกันด้วยพลังของคนในชุมชน จากศักยภาพกระบวนทัศน์ที่มีอยู่ในชุมชนเอง รวมถึงได้แนวคิดในการทำงานแบบมีส่วนร่วมเพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานในชุมชน เช่น การประชุมกลุ่มกับแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน มีการเปิดโอกาสแลกเปลี่ยน และรับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดการสื่อสารแบบสองทาง มิใช่การบอกให้ฟังและสั่งให้ทำตาม ทำให้เกิดความร่วมมือในการทำงาน ถือเป็นการเพิ่มคุณค่าแก่คนทำงานว่าพวกเขาเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างสรรค์ชุมชนให้ดีขึ้น

3. นักวิชาการสาธารณสุขได้นำแนวคิดรูปแบบการสร้างความสุขด้วยการหัวเราะบำบัดนี้ไปใช้ในการต่อยอดกับกิจกรรมและการพัฒนางานชุมชนอื่นๆ อาทิ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ กิจกรรม 3 อ และมีการเผยแพร่ความรู้ที่ได้รับไปยังหมู่บ้านและอำเภอข้างเคียง คือ ตำบลหนองน้ำใส และที่ชุมชนในอำเภอวังน้ำเย็น ถือเป็นการแลกเปลี่ยนความรู้และถ่ายทอดความรู้จากชุมชนสู่ชุมชน ซึ่งเป็นทิศทางที่ก่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน ในที่สุด จะสร้างให้ชุมชนเกิดความเข้มแข็งจากคนภายในชุมชนกันเอง

4. คณะผู้วิจัยได้เกิดความตระหนักถึงคุณค่าของการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม โดยคณะวิจัยเป็นเพียงผู้อำนวยความสะดวก มิใช่ผู้รู้ที่จะมาให้ความรู้เท่านั้น และได้เรียนรู้แนวคิดการพัฒนาการมีส่วนร่วมที่กระจ่างชัดมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะกับบริบทที่ห่างไกลความเจริญ มีความหลากหลายและความแตกต่างในด้านต่างๆ อาทิ ด้านภาษา ด้านพื้นฐานความรู้ ทำให้ผู้วิจัยต้องการเรียนรู้ที่จะปรับเปลี่ยนและปรับตัวเองให้เข้าตามสภาพบริบทชุมชน เพื่อให้การวิจัยราบรื่น การเพิ่มพลังอำนาจด้วยการให้ชุมชนมีส่วนร่วมทำให้เกิดย้ำเตือนถึงการธำรงอยู่ของคุณค่า ศักดิ์ศรี ในแต่ละเอกัตบุคคล และดึงศักยภาพของคนในชุมชนมาพัฒนาตนเองได้ด้วยตนเองอย่างยั่งยืน

5. ประเทศชาติลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล จากระเบียนข้อมูลสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าช้าง ปีพ.ศ. 2555 ที่สำรวจภาวะซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 Q ของกรมสุขภาพจิต ในเดือนตุลาคม ปีพ.ศ. 2556 เมื่อเทียบกับปีพ.ศ. 2555 พบว่า จำนวนผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าลดลงจากร้อยละ 50 เหลือเพียงร้อยละ 23.08 และการให้บริการและจ่ายยาให้แก่ผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2556 ลดลงกว่าปีพ.ศ. 2555 โดยในปี พ.ศ. 2555 ผู้สูงอายุที่เข้ามารับยา มีจำนวนทั้งสิ้น 254 คน เข้ารับบริการรวม 1,313 ครั้ง ในขณะที่ปีพ.ศ. 2556 พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้ามารับยา มีจำนวนทั้งสิ้น 97 คน เข้ารับบริการรวม 716 ครั้ง ค่าใช้จ่ายลดลงจาก 91,348.95 บาท เป็น 50,584.95 บาท (สุธี สุนทรชัย, เอกพจน์ จงดี และระวิวรรณ ปัญญา, 2556; 2557) ซึ่งถือว่าเป็นการลดค่าใช้จ่ายพยาบาลถึงร้อยละ 44.62

ภาพประกอบที่ 9 การขยายผลต่อภายในชุมชนกับกลุ่มนักเรียน โดยมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านท่าช้าง เป็นผู้นำการฝึก ผู้สูงอายุเป็นผู้สาธิตการฝึก

ข้อเสนอแนะ

1. เชิงนโยบาย ต่อการพัฒนารูปแบบการสร้างความสุขของผู้สูงอายุ

การพัฒนารูปแบบส่งเสริมกิจกรรมสร้างความสุขด้วยตนเองได้ในผู้สูงอายุเป็นแผนงานที่รัฐบาลควรให้ความสำคัญและส่งเสริมมากขึ้น เพราะหากเน้นการส่งเสริม จะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้น ช่วยลดต้นทุนค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล และทรัพยากรมนุษย์กลุ่มนี้ยังเป็นทรัพยากรสำคัญที่จะถ่ายทอดความรู้ด้านภูมิปัญญาให้แก่ลูกหลานได้ และเป็นการสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและรู้สึกชีวิตมีคุณค่า

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปปฏิบัติ

2.1 การนำผลการวิจัยนี้ไปใช้ ควรศึกษาบริบทชุมชนของผู้สูงอายุนั้นๆ ก่อน เพื่อจะได้ปรับระยะเวลา จำนวนครั้ง เนื้อหา และวิธีการให้ความรู้ ให้เหมาะสมกับทางชุมชนนั้นๆ

2.2 ควรหาแกนนำหลักที่มีความเข้มแข็งในการประสานหรือช่วยสร้างความเข้มแข็งหรือต่อยอดความรู้ที่ได้ต่อไป เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน

2.3 หากจะนำไปใช้กับกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ ควรศึกษาถึงความต้องการและปัญหาของกลุ่มเป้าหมายนั้นๆ เพื่อจะได้ร่วมสร้างรูปแบบการพัฒนาได้ตรงตามกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการศึกษา

3. ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป

3.1 ควรติดตามผลของความสุขในกลุ่มผู้สูงอายุและการนำความรู้ที่ได้ไปขยายผลต่ออย่างไร รวมถึงควรมีการให้ความรู้เพิ่มเติมเพื่อจะได้สร้างแกนนำความสุขในผู้สูงอายุชุมชนบ้านท่าช้าง เพื่อจะได้เป็นตัวอย่างให้แก่กลุ่มคนในสังคมได้ และเป็นการส่งเสริมด้านคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตที่ดีให้กับผู้สูงอายุในชุมชน

3.2 ควรมีการจัดโครงการฝึกอบรมแกนนำผู้สูงอายุเพื่อพัฒนาผู้สูงอายุในชุมชนกันเอง (Train the Trainer)

3.3 ควรจัดทำสื่อแผ่นพับเพื่อเผยแพร่ประชาสัมพันธ์กับคนในชุมชน หรือจัดทำสื่อวิดีทัศน์สำหรับการสอนหัวเราะ เพื่อจะได้สามารถนำไปฝึกด้วยตนเองได้ โดยใช้คนในชุมชนมีส่วนร่วมในสื่อวิดีทัศน์ด้วย เพื่อให้เกิดคุณค่าและความภาคภูมิใจ

เอกสารอ้างอิง

กาญจนา แก้วเทพ. 2554. **ผู้คนที่หลากหลายในการสื่อสาร.** กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.

กุศล สุนทรธาดา. 2557. *ประเด็นทางประชากรและสังคม : ยิ่งอายุยืนขึ้น ยิ่งต้องทำงานนานขึ้น ?.* ประชากรและการพัฒนา (34) 5: มิถุนายน —กรกฎาคม 2557. หน้า 4.

เบญจมาศ นาควิจิตร. 2551. *ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร.* ปริญญานิพนธ์วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

วัลลภ ปิยะมโนธรรม. 2550. **สยามหัวเราะ เพาะสุขให้กับชีวิต : ตำรวจจราจรไทย** [ซีดี]. ม.ป.ท.

สุขพัชรา ซิ้มเจริญ. 2549. **บริหารสมองของคนทุกวัย.** กรุงเทพฯ: สวัสดีการพิมพ์.

สุธี สุนทรชัย. 2556. *Facebook.: Sutee Soonthronchai.* Retrieved Dec 15, 2014, from https://www.facebook.com/sutee.soonthronchai.

สุธี สุนทรชัย, เอกพจน์ จงดี และระวิวรรณ ปัญญา. 2556. **เอกสารสรุปรายงานผลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าช้าง ตำบลหนองหมากฝ้าย อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว ประจำปี 2555.** (อัดสำเนา)

_____. *2557.* **เอกสารสรุปรายงานผลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าช้าง ตำบลหนองหมากฝ้าย อำเภอวัฒนานคร จังหวัดสระแก้ว ประจำปี 2556.** (อัดสำเนา)

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2553. **สถิติรายปี ไตรมาสที่ 1— 2.** กรุงเทพฯ: กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.

สมโภชน์ อเนกสุข. 2548. *การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม.* วารสารวิจัยและวัดผลการศึกษา. **(3) 1**: มีนาคม 2548 หน้า 18-30.

สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. (บรรณาธิการ). 2555. **รายงานประจำปีสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ประจำปี พ.ศ. 2553.** กรุงเทพฯ: ที คิว พี.

สุรกุล เจนอบรม. 2534. **วิทยาการผู้สูงอายุ.** กรุงเทพฯ: ภาควิชาการศึกษานอกโรงเรียน คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Crane, P. & O'Regan, M. 2010. *On PAR: Using participatory action research to improve early intervention.* Retrieved Dec 15, 2014, from http://eprints.qut.edu.au/34301/

Creswell, J.D.; Michael R.I.; Lisa J.B; & et al. 2012. *Mindfulness-based stress reduction training reduces loneliness and Pro-inflammatory gene expression in older adults: A small randomized controlled trial.* **Brain Behavior and Immunity.** Oct 2012; 26(7): 1095—1101.

Harvood, J. 2007. **Understanding communication and aging.** CA: Sage publications.

Heyn P.; Abreu B.C.; & Ottenbacher K.J. 2004. *The effects of exercise training on elderly persons with cognitive impairment and dementia: a meta-analysis.* **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 85 :1694 —1704**

Hölzel, B.K.; Lazar, S.W; Gard, T; Schuman-Olivier, Z; Vago, D.R; Ott U. 2011. *How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective.* **Perspective Psychological Science,(6):** 537-559.

Kail, R.V. & Cavanaugh, J.C. 2004. (3rd ed.). **Human Development.** CA: Thomson/Wadsworth.

Kemmis, S. & Mc Taggart,R. 1990. **The action research planner**. (3 rd. ed.). Victoria: Brown Prior Anderson National Library of Australia Cataloging in publication data.

Ko, Hae-Jin & Youn, Chang-Ho. 2011. *Effects of laughter therapy on depression, cognition and sleep among the community-dwelling elderly.* **Geriatrics and Gerontology International 11(3)** (Jul 2011): 267-274.

Richman, J. 1995. *The lifesaving function of humor with the depressed and suicidal elderly.* **The Gerontologist 35(2)** Apr 1995: 271-3.

Ryff, C. D. 1989. *Happiness is everything, or is it? Exploration on the meaning of psychological well-being.* **Journal of Personality and Social Psychology, 57:** 1069-1081.

Zvi, D.G. & Stanley, G.McC. 2014. *Chapter 5: Depressive disorders in older adults.* Retrieved Aug 12, 2014, from http://www.cswe.org/File.aspx?id=23509.