รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย

ปริญญานิพนธ์

ของ

ธัชณกร ปัญญาใส

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ

พฤษภาคม 2558

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย



ปริญญานิพนธ์
ของ
ธัชณกร ปัญญาใส

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ
พฤษภาคม 2558
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย

บทคัดย่อ

ของ

ธัชณกร ปัญญาใส

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ
พฤษภาคม 2558

ธัชณกร ปัญญาใส. (2558). *รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุจังหวัดเชียงราย*. ปริญญานิพนธ์ ปร.ด. (การจัดการสร้างเสริมสุขภาพ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการควบคุม: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทรงพล ต่อนี, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เกษร สำเภาทอง.

การศึกษาครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินระดับอาการโรคซึมเศร้า สร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิต ทดลองรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิต และประเมินผลรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย การศึกษาแบ่งออกเป็น 4 ระยะ คือ ระยะ1 ประเมินระดับอาการของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จำนวน 405 คน ด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข) วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ ระยะ 2 สร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตโดยประยุกต์เทคนิคการระดมสร้างพลังสร้างสรรค์ (A-I-C) และการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) กลุ่มตัวอย่างได้แก่เครือข่ายสุขภาพชุมชน จำนวน 11 คน ระยะ 3 ทดลองรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่มีระดับโรคซึมเศร้าน้อยและปานกลาง จากการสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 39 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q และแบบวัดดัชนีชี้วัดความสุข (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข) วิเคราะห์ข้อมูลโดยค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ One-way analysis of variance with repeated measures ระยะ 4 ประเมินผลรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตจากผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการวิจัย จำนวน 36 คน โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจวิเคราะห์ข้อมูลโดยค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้สูงอายุตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย มีระดับอาการโรคซึมเศร้าในระดับน้อย ปานกลาง และรุนแรง ร้อยละ 15.55 2.48 และ 2.25 ตามลำดับ

2. ผลการประยุกต์ใช้เทคนิคการระดมสร้างพลังสร้างสรรค์ (A-I-C) และจากการสนทนากลุ่มภายใต้การส่งเสริมสุขภาพกฎบัตรออตาวา (Ottawa) พบว่า กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย กิจกรรมเครื่องสืบจ๊ะต่ำ ตัดตุง กิจกรรมบายศรีสู่ขวัญ กิจกรรมรีไซเคิล และการรำไทเก๊ก

3. ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิต พบว่า ผู้สูงอายุ มีคะแนนเฉลี่ยของโรคซึมเศร้าลดลง และมีดัชนีความสุขเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01

4. รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุจังหวัดเชียงราย มีประสิทธิผลอยู่ในระดับดี และระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

MODEL OF MENTAL HEALTH PROMOTION FOR DEPRESSIVE DISORDER PREVENTION AMONG THE ELDERLY IN CHIANG RAI

AN ABSTRACT

BY

TOUCHNAKORN PANYASAI

Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the

Doctor of Philosophy Program in Sport Science and Health

May 2015

Touchnakorn Panyasai. (2015). *Model of Mental Health Promotion for Depressive Disorder Prevention among the Elderly in Chiang Rai*. Dissertation. Ph.D. (Health Promotion Management). Bangkok: Graduate School, Srinakharinwirot University. Advisor Committee: Asst.Prof. Dr.Songpol Tornee, Asst.Prof. Dr.Kaysorns Sumpowthong.

The purposes of this research were to evaluate the depressive disorder level, to develop a mental health promotion model, to test a mental health promotion model, and to evaluate a mental health promotion model for depressive disorder prevention among the elderly in Chiang Rai. This study was divided into 4 phases. The first phase: 9Q depressive disorder evaluating form (Department of Mental Health, Ministry of Public Health) was applied for assessing the depressive disorders level among 405 elderly. The frequency distribution and percentage were applied for data analysis. The second phase: the Appreciation Influence Control (A-I-C) technique and focus group discussion were applied for developing a mental health promotion model. The study samples were 11 community health networks. The third phase: a mental health promotion model was testing among 39 elderly who were willing to participate in this study. The 9Q depressive disorder evaluating form and the happiness indicator evaluating form (Department of Mental Health, Ministry of Public Health) were applied for data collection. Mean, standard deviation and One-way analysis of variance with repeated measures were applied for data analysis. The fourth phase: satisfaction questionnaires was applied for evaluating a mental health promotion model among 36 elderly who participated in this study. Mean and standard deviation were applied for data analysis.

The results indicated that:

1. The elderly in Robwieng Sub-district, Maung District, Chiang Rai Province had depression disorder in low, moderate and severe level with 15.55, 2.48 and 2.25 percent, respectively.

2. The results from applying with the Appreciation Influence Control (A-I-C) technique and focus group discussion under the Ottawa charter for health promotion revealed that certain mental health promotion activities for depressive disorder prevention among elderly consisted of prolong life activities, Tung tree cutting, Bai Sri Su Khwan, recycling activities and Tai Chi exercise.

3. After participating in the activities of mental health promotion model, elderly had more average score of depressive disorder and less happiness indicator score with statistically significance at the 0.01 level.

4. The effectiveness of mental health promotion model for depressive disorders prevention among the elderly in Chiang Rai was in a good level and the level of satisfaction was in high level.

ปริญญานิพนธ์
เรื่อง
รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย
ของ
ธัชณกร ปัญญาใส

ได้รับการอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร.สมชาย สันติวัฒนกุล)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2558

อาจารย์ที่ปรึกษาปริญญานิพนธ์

.....ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทรงพล ต่อนี)

.....ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เกษร สำเภาทอง)

คณะกรรมการสอบปากเปล่า

..... ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทรงพล ต่อนี)

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เกษร สำเภาทอง)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.พรสุข หุ่นนิรันดร์)

.....กรรมการ
(อาจารย์ ดร.อนงค์ หาญสกุล)

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดีโดยความเมตตากรุณาอย่างสูงจากท่าน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทรงพล ต่อนี และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เกษร สำเภาทอง กรรมการที่ปรึกษาปริญญานิพนธ์ที่ให้ความรู้ คำปรึกษา ช่วยแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ จึงทำให้ปริญญานิพนธ์เล่มนี้มีความถูกต้อง และมีคุณค่าทางวิชาการ รวมทั้งยังอบรมสั่งสอน แนะนำแนวทางปฏิบัติให้กับผู้วิจัย ทั้งในด้านการศึกษาและการดำรงชีวิต ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความเมตตากรุณาของท่านทั้งสอง จึงขอกราบของพระคุณเป็นอย่างสูง ไว้ ณ โอกาสนี้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.พรสุข หุ่นนิรันดร์ อาจารย์ ดร.อนงค์ หาญสกุล และคณาจารย์ทุกท่าน ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ประธานการสอบที่ให้ความเมตตากรุณา ให้ความรู้ ตลอดจนให้คำแนะนำและคอยดูแลอย่างใกล้ชิดเสมอมา

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรอบเวียง และชุมชนตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ทุกท่าน ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ สถานที่ ผู้เข้าร่วมการวิจัย และให้ความช่วยเหลือดีตลอดมา

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ร่วมดำเนินการวิจัยทุกท่านที่สละเวลาอันมีค่า ให้วามร่วมมือ ดำเนินกิจกรรมเป็นอย่างดีตลอดระยะเวลา 6 เดือน จนทำให้สำเร็จลุล่วงตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

ผู้วิจัยของกราบขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.อินทร์ จันทร์เจริญ อธิการบดี และ อาจารย์ ดร.จินตนา จันทร์เจริญ รองอธิการบดี วิทยาลัยเชียงราย ที่ให้การส่งเสริม สนับสนุน และให้โอกาสทางการศึกษาแก่ผู้วิจัย

ท้ายที่สุดนี้ผู้วิจัยกราบขอบพระคุณคุณแม่จันทร์เพ็ญ ปัญญาใส ที่ให้กำเนิดชีวิตเลี้ยงดู อบรมสั่งสอน ให้เป็นคนดี มีคุณธรรม นางสาวรจนา จี๋มะลิ ที่คอยให้กำลังใจ ตลอดจนคณาจารย์ ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ตั้งแต่วัยเยาว์ คุณค่า คุณประโยชน์ และคุณความดีใดๆ ที่พึงเกิดขึ้นจากปริญญานิพนธ์เล่มนี้ ผู้วิจัยขอเป็นเครื่องบูชาให้ถึงซึ่งผู้มีพระคุณทุกท่านที่กล่าวมา

ธัชณกร ปัญญาใส

สารบัญ

บทที่		หน้า
1	**บทนำ**	1
	ภูมิหลัง	1
	คำถามการวิจัย	5
	ความมุ่งหมายของการวิจัย	5
	ความสำคัญของการวิจัย	5
	ขอบเขตของการวิจัย	5
	ระยะที่ 1 สำรวจระดับอาการของโรคซึมเศร้า	5
	ประชากรที่ใช้ในการวิจัย	5
	กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	6
	ระยะที่ 2 การสร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิต	6
	ประชากรที่ใช้ในการวิจัย	6
	กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	6
	ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิต	6
	ประชากรที่ใช้ในการวิจัย	6
	กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	6
	ระยะที่ 4 การประเมินผลรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิต	6
	ประชากรที่ใช้ในการวิจัย	6
	กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	6
	ตัวแปรที่ศึกษา	6
	นิยามศัพท์เฉพาะ	7
	กรอบแนวคิดในการวิจัย	8
	สมมุติฐานในการวิจัย	10
2	**ทบทวนวรรณกรรม**	11
	แนวคิด ทฤษฎีการวิจัยและพัฒนา (Research & Development)	11
	แนวคิดเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า (Depressive Disorder)	17
	ความหมายและลักษณะของโรคซึมเศร้า	17
	ระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้า (Epidemiology of Depressive Disorder)	19
	โรคทางจิตเวชที่เกิดร่วม	21

สารบัญ (ต่อ)

บทที่		หน้า
2 (ต่อ)		
	การศึกษาระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้าในประเทศไทย	21
	การส่งเสริมสุขภาพจิต (Mental Health Promotion)	25
	กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิต	27
	แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับรูปแบบ (Model)	33
	ประเภทของรูปแบบ (Model)	35
	ความสัมพันธ์ระหว่างโมเดลกับทฤษฎี	36
	คุณลักษณะของรูปแบบที่ดี	37
	การสร้างโมเดล	37
	การทดสอบโมเดล	38
	ข้อควรระวังระวังในการสร้างโมเดล	39
	การระดมพลังสร้างสรรค์ (Appreciation – Influence – Control : AIC)	40
	แนวคิดของ AIC	41
	ขั้นตอนการระดมพลังสร้างสรรค์ AIC	42
	ชีวิตที่สุขสมบูรณ์ของผู้สูงอายุ	47
	ปัจจัยสนับสนุนการพัฒนาชีวิตที่สุขสมบูรณ์ของผู้สูงอายุไทย	52
	การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ	55
	การสร้างความสุข	59
	ผู้สูงอายุมีการเสริมพลังชีวิตตนเอง	59
	ผู้ให้บริการมีการประสานเครือข่ายบริการเพื่อผู้สูงอายุ	70
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	74
	งานวิจัยในประเทศ	74
	งานวิจัยต่างประเทศ	76
3	**วิธีดำเนินการวิจัย**	78
	การกำหนดประชากร การเลือกกลุ่มตัวอย่าง และการสร้างเครื่องมือ	80
	ระยะที่ 1 สำรวจระดับอาการของโรคซึมเศร้า	80
	ระยะที่ 2 การสร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิต	81
	ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิต	83
	ระยะที่ 4 การประเมินผลรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิต	85

สารบัญ (ต่อ)

บทที่ **หน้า**

3 (ต่อ)

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 88
การเก็บรวบรวมข้อมูล 89
จริยธรรมในการวิจัย 89
การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล 89

4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล 90
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล 90
การวิเคราะห์ข้อมูล..... 90
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล 91
ระยะที่ 1 91
ระยะที่ 2 91
ระยะที่ 3 102
ระยะที่ 4 111

5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ 119
สังเขปคำถามการวิจัย ความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีการศึกษาค้นคว้า 119
สรุปผลการวิจัย 122
อภิปรายผล 123
ข้อเสนอแนะ 130
ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย 130
ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย 131
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป 131

บรรณานุกรม 133

ภาคผนวก 141
ภาคผนวก ก 142
ภาคผนวก ข 163
ภาคผนวก ค 165

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
ภาคผนวก ง	168
ภาคผนวก จ	171
ภาคผนวก ฉ	173
ภาคผนวก ช	175
ภาคผนวก ซ	178
ภาคผนวก ฌ	180
ภาคผนวก ญ	183
ภาคผนวก ฎ	191
ภาคผนวก ฏ	200
ภาคผนวก ฐ	209
ภาคผนวก ฑ	216
ภาคผนวก ฒ	228
ภาคผนวก ณ	234
ประวัติย่อผู้วิจัย	244

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	แสดงความชุกของโรคซึมเศร้าชนิดต่าง ๆ	19
2	รูปแบบการทดลอง	83
3	แผนการดำเนินการทดลอง	83
4	จำนวน ค่าร้อยละ และระดับอาการของโรคซึมเศร้า ของผู้ตอบแบบสอบถาม	91
5	แผนการทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิต	96
6	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มีระดับอาการโรคซึมเศร้า ระดับน้อย และปานกลาง ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย	102
7	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยและปานกลาง ที่เข้าร่วมการทดลองใช้รูปแบบการป้องกันโรคซึมเศร้า	105
8	จำนวนและร้อยละความสุขของผู้สูงอายุที่มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยและปานกลางที่เข้าร่วมการทดลองใช้รูปแบบการป้องกันโรคซึมเศร้า	106
9	จำนวน คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับอาการของโรคซึมเศร้าของผู้ตอบแบบสอบถาม	108
10	จำนวน คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับวามสุขของผู้ตอบแบบสอบถาม	109
11	การทดสอบความแตกต่างของโรคซึมเศร้าและความสุขของผู้สูงอายุที่มีอาการโรคซึมเศร้า ระดับน้อยและปานกลางจากการวัดแต่ละครั้ง โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวแบบวัดซ้ำ	109
12	ทดสอบความแตกต่างของคะแนนรวมของโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีอาการโรคซึมเศร้า ระดับน้อยและปานกลาง ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย	110
13	ทดสอบความแตกต่างของคะแนนรวมความสุขของผู้สูงอายุที่มีอาการโรคซึมเศร้าระดับน้อยและปานกลางในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย	111
14	การประเมินผลของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย จำนวน 36 คน	112
15	ระดับความพึงพอใจของของผู้เข้าร่วมทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย	116

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
16	เครื่องสืบชะตาและตัดตุง	143
17	การทำบายศรีสู่ขวัญ	146
18	การออกกำลังกายแบบไทเก๊ก	148
19	การรีไซเคิล	161

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย	9
2	วงจรการปฏิบัติงานเชิงระบบและประเภทของการวิจัย	13
3	โมเดลเชิงทฤษฎี	36
4	โมเดลเชิงปฏิบัติ	37
5	การศึกษาปรากฏการณ์โดยวิธีการสร้างโมเดล	38
6	กรอบการสร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิต	40
7	ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	79
8	รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ	101
9	ท่าที่ 1 ปรับลมปราณ	152
10	ท่าที่ 2 ยืดอกขยายทรวง	152
11	ท่าที่ 3 เฉิดฉายสายรุ้ง	153
12	ท่าที่ 4 ตะวันเบิกฟ้า	153
13	ท่าที่ 5 ยืนหยัดดัดแขน	154
14	ท่าที่ 6 พายเรือกลางน้ำ	154
15	ท่าที่ 7 เมฆขลาลอยแก้ว	155
16	ท่าที่ 8 สาวน้อยชมจันทร์	155
17	ท่าที่ 9 หมุนกายผลักกร	156
18	ท่าที่ 10 เยื้องย่างบังแสงส่อง	156
19	ท่าที่ 11 แหวกธารชมเวหา	157
20	ท่าที่ 12 แหวกคลื่นกลางสมุทร	157
21	ท่าที่ 13 วิหคกระพือปีก	158
22	ท่าที่ 14 ยืดแขนปล่อยหมัด	158
23	ท่าที่ 15 อินทรีทะยานฟ้า	159
24	ท่าที่ 16 กังหันต้องลม	159
25	ท่าที่ 17 ลีลาพาจร	160
26	ท่าที่ 18 ผ่อนคลายลมปราณ	160
27	การสนทนากลุ่ม	192
28	การสนทนากลุ่ม	192

บัญชีภาพประกอบ (ต่อ)

ภาพประกอบ **หน้า**

29 การสนทนากลุ่ม 193
30 การศึกษาข้อมูล 193
31 การศึกษาข้อมูล 194
32 การศึกษาข้อมูล 194
33 การศึกษาข้อมูล 195
34 การหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของกิจกรรม 195
35 การหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของกิจกรรม 196
36 ประชาคมกิจกรรมหมู่บ้าน 196
37 ประชาคมกิจกรรมหมู่บ้าน 197
38 ประชาคมกิจกรรมหมู่บ้าน 197
39 ประชาคมกิจกรรมกลุ่มผู้สูงอายุ 198
40 ประชาคมกิจกรรมกลุ่มผู้สูงอายุ 198
41 ประชาคมกิจกรรมกลุ่มผู้สูงอายุ 199
42 ประชาคมกิจกรรมกลุ่มผู้สูงอายุ 199
43 การไหว้ครูเครื่องสืบชะต่ำและตัดตุง 201
44 กิจกรรมตัดตุง 201
45 กิจกรรมตัดตุง 202
46 กิจกรรมตัดตุง 202
47 กิจกรรมตัดตุง 203
48 กิจกรรมตัดตุง 203
49 กิจกรรมตัดตุง 204
50 กิจกรรมตัดตุง 204
51 กิจกรรมตัดตุง 205
52 กิจกรรมเตรียมเครื่องสืบจ๊ะต่ำ 205
53 กิจกรรมเตรียมเครื่องสืบจ๊ะต่ำ 206
54 กิจกรรมเตรียมเครื่องสืบจ๊ะต่ำ 206
55 กิจกรรมเตรียมเครื่องสืบจ๊ะต่ำ 207
56 กิจกรรมเตรียมเครื่องสืบจ๊ะต่ำ 207

บัญชีภาพประกอบ (ต่อ)

ภาพประกอบ **หน้า**

57 กิจกรรมเตรียมเครื่องสืบจ๊ะต๋ำ 208
58 กิจกรรมเตรียมเครื่องสืบจ๊ะต๋ำ 208
59 กิจกรรมการไหว้ครูบายศรีสู่ขวัญ 210
60 กิจกรรมบายศรีสู่ขวัญ 210
61 กิจกรรมบายศรีสู่ขวัญ 211
62 กิจกรรมบายศรีสู่ขวัญ 211
63 กิจกรรมบายศรีสู่ขวัญ 212
64 กิจกรรมบายศรีสู่ขวัญ 212
65 กิจกรรมบายศรีสู่ขวัญ 213
66 กิจกรรมบายศรีสู่ขวัญ 213
67 กิจกรรมบายศรีสู่ขวัญ 214
68 กิจกรรมบายศรีสู่ขวัญ 214
69 กิจกรรมบายศรีสู่ขวัญ 215
70 กิจกรรมบายศรีสู่ขวัญ 215
71 กิจกรรมการสานตะกร้า 217
72 กิจกรรมการสานตะกร้า 217
73 กิจกรรมการสานตะกร้า 218
74 กิจกรรมการสานตะกร้า 218
75 กิจกรรมการสานตะกร้า 219
76 กิจกรรมการสานตะกร้า 219
77 กิจกรรมการทำฐานมะติ๊บ 220
78 กิจกรรมการทำฐานมะติ๊บ 220
79 กิจกรรมการทำฐานมะติ๊บ 221
80 กิจกรรมการทำฐานมะติ๊บ 221
81 กิจกรรมการทำฐานมะติ๊บ 222
82 กิจกรรมการทำฐานมะติ๊บ 222
83 กิจกรรมการเตรียมทางมะพร้าว 223
84 กิจกรรมการทำไม้กวาดทางมะพร้าว 223

บัญชีภาพประกอบ (ต่อ)

ภาพประกอบ **หน้า**

85 กิจกรรมการทำไม้กวาดทางมะพร้าว 224
86 กิจกรรมการทำไม้กวาดทางมะพร้าว 224
87 กิจกรรมการทำไม้กวาดทางมะพร้าว 225
88 กิจกรรมการทำไม้กวาดทางมะพร้าว 225
89 กิจกรรมการทำไม้กวาดทางมะพร้าว 226
90 กิจกรรมการทำไม้กวาดทางมะพร้าว 226
91 กิจกรรมการทำไม้กวาดทางมะพร้าว 227
92 กิจกรรมการทำไม้กวาดทางมะพร้าว 227
93 กิจกรรมรำไทเก๊ก 229
94 กิจกรรมรำไทเก๊ก 229
95 กิจกรรมรำไทเก๊ก 230
96 กิจกรรมรำไทเก๊ก 230
97 กิจกรรมรำไทเก๊ก 231
98 กิจกรรมรำไทเก๊ก 231
99 กิจกรรมรำไทเก๊ก 232
100 กิจกรรมรำไทเก๊ก 232
101 กิจกรรมรำไทเก๊ก 233
102 กิจกรรมรำไทเก๊ก 233
103 กิจกรรมการประเมินโรคซึมเศร้าและระดับความสุข 235
104 กิจกรรมการประเมินโรคซึมเศร้าและระดับความสุข 235
105 กิจกรรมการประเมินโรคซึมเศร้าและระดับความสุข 236
106 กิจกรรมร่วมรับประทานอาหารกลางวัน 236
107 กิจกรรมร่วมรับประทานอาหารกลางวัน 237
108 กิจกรรมร่วมรับประทานอาหารกลางวัน 237
109 กิจกรรมร่วมรับประทานอาหารกลางวัน 238
110 กิจกรรมร่วมรับประทานอาหารกลางวัน 238
111 กิจกรรมจิตอาสาล้างถ้วย 239
112 กิจกรรมรับมอบเงินสนับสนุน 239

บัญชีภาพประกอบ (ต่อ)

ภาพประกอบ **หน้า**

113 ประมวลภาพรวมการทดลองรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิต 240

114 ประมวลภาพรวม 241

115 ประมวลภาพรวม 242

116 ประมวลภาพรวม 243

บทที่ 1
บทนำ

ภูมิหลัง

ปัจจุบันประชากรวัยสูงอายุมีจำนวนมากขึ้นทั่วโลก ในประเทศไทยได้มีการสำรวจในปี พ.ศ. 2550 พบว่า มีจำนวนผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 6,824,000 คน จากจำนวนประชากรทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 10.86 ของประชากรทั้งหมดมีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2563 ข้างหน้าจะมีประชากรผู้สูงอายุจำนวนประมาณ 10 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 26.78 ของประชากรรวม (สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล. 2550) จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง อย่างรวดเร็วก่อให้เกิดปัญหาสาธารณสุขหลายประการ ปัญหาที่สำคัญปัญหาหนึ่งและนับวันจะทวี ความรุนแรงยิ่งขึ้นเรื่อยๆ คือ ปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาสุขภาพจิตไม่ใช่เพียงปัญหาของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง แต่เป็นปัญหาระดับประเทศ และระดับโลก ปัจจุบันพบว่าประชากรทั่วโลกประมาณ 450 ล้านคน มีการเจ็บป่วยทางจิต หรือมีพฤติกรรมที่ผิดปกติ แต่มีจำนวนน้อยที่ได้รับการรักษาและพบว่าการเจ็บป่วยทางจิตเป็น 1 ใน 10 ของสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ เป็นภาระทางเศรษฐกิจของประเทศ และของโลก จากการรายงานภาวะสุขภาพทั่วโลกพบว่า มากกว่าร้อยละ 25 ของประชากรโลก มีภาวการณ์เจ็บป่วยทางจิตในช่วงใดช่วงหนึ่งในชีวิตและทุกๆ 4 ครอบครัวจะมีอย่างน้อย 1 คน มีปัญหาการเจ็บป่วยทางจิต หรือพฤติกรรมผิดปกติ (World Health Report. 2001: Online)

ปัญหาโรคซึมเศร้า (Depressive Disorders) จัดได้ว่าเป็นปัญหาที่มีความสำคัญและเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ต้องรีบดำเนินการป้องกัน เพราะโรคซึมเศร้าเป็นโรคที่พบได้บ่อยและนำไปสู่การสูญเสียสมรรถภาพของบุคคลและเศรษฐกิจของประเทศ ชนิดของโรคซึมเศร้าที่พบบ่อยมาก ได้แก่ โรคซึมเศร้าหลัก ซึ่งพบว่ามีชุกชั่วชีวิตได้ตั้งแต่ร้อยละ 5 – 17 (เฉลี่ยร้อยละ 12) (Rihmer, Z.; & Angst, J. 2005) โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (อาจสูงถึงร้อยละ 25 ในเพศหญิง) คาดการณ์ว่า โรคซึมเศร้าจะเลื่อนอันดับจาก อันดับที่ 4 ในปี ค.ศ. 1990 ขึ้นมาเป็นอันดับที่ 2 ในปี ค.ศ. 2020 โรคซึมเศร้าเป็น 1 ใน 10 ของโรคที่ต้นทุนสูงของประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งในปี ค.ศ. 1990 มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าถึง 11 ล้านคน เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจประมาณ 44,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐ ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาโดยตรง ประมาณร้อยละ 28 เป็นการสูญเสียที่เกี่ยวกับภาวะทุพพลภาพร้อยละ 55 ผลกระทบที่รุนแรง คือ การเสียชีวิต เป็นการสูญเสียที่เกี่ยวกับการตาย ร้อยละ 17 (American Psychiatric Association. 2000) พบว่า โรคซึมเศร้าที่มีอาการนานเกิน 1 เดือน จะเสียชีวิตโดยการฆ่าตัวตายร้อยละ 15 (สรยุทธ วาสิกนานนท์. 2547) องค์การอนามัยได้คาดประมาณการณ์ว่า โรคซึมเศร้าจะเป็นภาระทางสังคมและเศรษฐกิจเป็นอันดับที่ 1 เคียงคู่ไปกับโรคหัวใจขาดเลือด ในปี ค.ศ. 2020 (รณชัย คงสกนธ์. 2547)

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทยที่ทำให้ประชากรในวัยสูงอายุเพิ่มขึ้น ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคม โดยเปลี่ยนระบบการผลิตจากเกษตรกรรมไปเป็น

อุสาหกรรม มีผลให้ลักษณะครอบครัวไทยเปลี่ยนแปลงจากครอบครัว ขยายไปสู่ระบบครอบครัวเดี่ยว ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวลดลง จำนวนผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวลดลง มีเวลาให้ผู้สูงอายุลดลงขาดการให้ความรักและความอบอุ่น ผู้สูงอายุจึงทอดทิ้งอยู่โดดเดี่ยว ดำรงชีวิตตามลำพัง การเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ส่งผลกระทบต่อความเสื่อมทางด้านจิตใจ ขาดความมั่นคงของชีวิต และพบว่าโรคซึมเศร้าเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ (จิติมาวรรณ บำรุงรส. 2552) ซึ่งจากผลการสำรวจพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 30 ของผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป เคยมีประสบการณ์ของภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงอย่างน้อยหนึ่งครั้ง ซึ่งมีผลกระทบกระเทือนต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน (ภัทรา เสงี่ยมในเมือง; และคณะ. 2553) จากผลการวิจัยการสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย ปี พ.ศ. 2548 – 2549 พบว่า ปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่เป็นปัญหามากที่สุด คือ ภาวะซึมเศร้าที่พบถึงร้อยละ 87 และพบมากที่สุดในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนนอกเขตเมือง (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. 2546) และพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ไม่มีความสุข จิตใจหม่นหมอง หมดความกระตือรือร้น หดหู่ ท้อแท้ เบื่อหน่าย สิ้นหวัง และรู้สึกไร้ค่า เป็นภาระต่อคนอื่น ถ้ามีอาการมาก จะมีความรู้สึกเบื่อชีวิต คิดอยากตายหรือคิดฆ่าตัวเอง ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นยังส่งผลต่อภาวะสุขภาพ คือ หากผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและมีการเจ็บป่วยอื่นๆร่วมด้วยก็จะทำให้อาการเจ็บป่วยนั้นๆ มากขึ้น เนื่องจากหมดกำลังใจในการรักษาตนเอง ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายขึ้น ถ้ามีอาการรุนแรง ทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตร่วมด้วย (อรพรรณ ทองแตง. 2551: Online) จากการศึกษาภาระโรคและการเจ็บป่วยในประเทศไทย พบว่า โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ นอกจากนั้นมีการศึกษาในปี พ.ศ. 2541 พบว่า ความชุกชีวิตของโรคอารมณ์แปรปรวนมีค่าเฉลี่ยที่ร้อยละ 1.8 และกระจายไปภาคต่างๆ (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์. 2547) โดยเมื่อวัดจากจำนวนปีที่สูญเสียไปเนื่องจากความพิการและการเจ็บป่วย พบว่า โรคซึมเศร้าจะก่อความสูญเสียเป็นอันดับที่ 1 ในผู้หญิงไทย และอันดับที่ 4 ในผู้ชายไทย และเมื่อเปรียบเทียบเฉพาะกลุ่มโรคทางจิตและจิตเวช พบว่า โรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะสูงที่สุดแสดงให้เห็นว่า โรคซึมเศร้าถึงแม้จะไม่มีการสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควร แต่ผู้ป่วยก็ต้องทนอยู่กับอาการเจ็บป่วย ด้วยโรคนี้เป็นเวลานานกว่าโรคอื่นๆ และมีผลกระทบต่อสังคมที่ค่อนข้างสูง (ธรณินทร์ กองสุข. 2550) จากสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาในการปรับตัวเพื่อให้สอดคล้องกับสังคมในปัจจุบัน ทั้งด้านความคิด ความเข้าใจและค่านิยมต่างๆ ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความน้อยใจความเครียด คับข้องใจ แยกตัวเองออกจากสังคม ขาดสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัว ประกอบกับวัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับรูปแบบการดำเนินชีวิตแบบใหม่ต้องออกจากงาน มีรายได้ลดลง ภาวะสุขภาพเสื่อมลง มีโรคทางกายเพิ่มมากขึ้น มีสารชีวเคมีและฮอร์โมนลดลง การสูญเสียสิ่งสำคัญของชีวิต เช่น สูญเสียคู่ชีวิต เพราะตายจาก การสูญเสียบุตรเพราะแยกไปมีครอบครัว การสูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงาน การสูญเสียสถานภาพหรือบทบาททางสังคม ตลอดจนการสูญเสียการเป็นที่พึ่งของครอบครัว สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุ (ปาริชาติ ค้ำชู. 2551) และหากไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลใกล้ชิดด้วยแล้วจะยิ่งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุว้าเหว่ มีภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เป็นต้น ผลให้เกิดความผิดปกติทางจิตใจที่รุนแรงและอาจเป็นอันตรายต่อชีวิตได้ ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นการเจ็บป่วยทางจิตใจ

ชนิดหนึ่งที่ตอบสนองต่อความผิดหวัง ความสูญเสียหรือการถวิลหาสิ่งที่ขาดหายไป เมื่อเกิดขึ้นแล้วจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไม่มีความสุข จิตใจหม่นหมอง หดหู่ หมดความกระตือรือร้น เบื่อหน่ายสิ่งต่างๆ รอบตัว แยกตัวเอง ชอบอยู่เงียบๆ คนเดียว ท้อแท้ บางครั้งรู้สึกสิ้นหวัง มองชีวิตไม่มีคุณค่า มองตนเองไร้ค่า เป็นภาระต่อคนอื่นถ้ามีอาการรุนแรงจะมีอันตรายจากการทำร้ายตนเอง จากการรายงานการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ พบว่าร้อยละ 90 มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า บุคคลทั่วไปเข้าใจว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นเรื่องธรรมดาของผู้สูงอายุจึงละเลยไม่สนใจส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความทุกข์ทรมารมากขึ้น ในความเป็นจริงแล้วภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงหรือป้องกันไม่ให้เกิดได้ หากผู้สูงอายุได้รับการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจก่อนจะเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ เพื่อให้ทราบแนวทางในการปฏิบัติหรือแนวทางในการดูแลตนเองเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุปรับต่อต่อการเปลี่ยนแปลงสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณค่า มีความสุขและคุณภาพชีวิตที่ดี (ภัทรา เสงี่ยมในเมือง; และคณะ. 2553)

ภาคเหนือของประเทศไทยมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเพิ่มจาก ร้อยละ 9.54 ในปี พ.ศ. 2538 ร้อยละ 10.87 ในปี พ.ศ. 2543 ร้อยละ 11.88 ในปี พ.ศ. 2548 ร้อยละ 13.17 ในปี พ.ศ. 2553 และคาดว่า ประชากรสูงอายุจะเพิ่มเป็นร้อยละ 21.10 ในปี 2563 คาดว่า การเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุของภาคเหนือเร็วกว่าระดับประเทศ 10 ปี โดยจะเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุ ในปี 2553 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2538) จังหวัดเชียงราย เป็นจังหวัดที่ตั้งอยู่ในเขตภาคเหนือสุดของประเทศไทย ซึ่งมีอัตราการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุค่อนข้างสูงจากสถิติผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2553 พบผู้สูงอายุ จำนวน 168,361 คน หรือ คิดเป็นร้อยละ 24.11 ของประชากรทุกช่วงวัย (กรมสุขภาพจิต. 2555) และพบปัญหาด้านสุขภาพที่มีความหลากหลาย เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคสมองเสื่อม โรคปวดข้อ การว่างงาน และโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้มีการฆ่าตัวตายสูงอยู่ในระดับต้นของประเทศ จากสถิติดังกล่าว ปี พ.ศ. 2551 ร้อยละ 11.17 อันดับที่ 6 ของประเทศ ปี พ.ศ. 2552 ร้อยละ 16.10 อันดับที่ 1 ของประเทศ และปี พ.ศ. 2553 ร้อยละ 15.63 อันดับที่ 2 ของประเทศไทย จากสถิติการฆ่าตัวตายของจังหวัดเชียงรายร้อยละ 80 ของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จมีสาเหตุมาจากโรคซึมเศร้า จากสถานการณ์ดังกล่าว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายก็ยังให้ความสำคัญและตระหนักถึงประเด็นของโรคซึมเศร้าที่มีผลต่อการฆ่าตัวตายและมีนโยบายสนับสนุนในการเฝ้าระวัง 10 อันดับแรกของสาเหตุการตาย ตั้งแต่ ปีพ.ศ. 2550 – 2556 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. 2555) และพื้นที่ที่ต้องเฝ้าระวัง 3 อำเภอแรก ได้แก่ อำเภอแม่สรวย อำเภอเมือง และอำเภอพญาเม็งราย (งานสุขภาพจิต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย. 2555) ผู้วิจัยจึงสำรวจระดับโรคซึมเศร้าจากแบบประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) ในผู้สูงอายุ 384 คน ใน 3 อำเภอแรก พบว่า ระดับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง ร้อยละ 8.97 ระดับปานกลาง ร้อยละ 23.44 และระดับน้อย ร้อยละ 16.96 และพบมากที่สุดในเขตอำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย คือ ผู้สูงอายุที่มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง ร้อยละ 4.00 ระดับปานกลาง ร้อยละ 18.29 และระดับน้อย ร้อยละ 13.71 จากนั้นผู้วิจัยเข้าศึกษาข้อมูลระดับปฐมภูมิของเขตอำเภอเมืองเชียงราย พบว่า พื้นที่ที่ต้องเฝ้าระวังมากที่สุด คือ ตำบลรอบเวียง ผู้วิจัยจึงเข้าไปสำรวจระดับโรคซึมเศร้าจากแบบประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) ในผู้สูงอายุตำบลดังกล่าว จำนวน 405 ราย พบว่า ระดับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง

ร้อยละ 2.25 ระดับปานกลาง ร้อยละ 2.47 และระดับน้อย ร้อยละ 15.55 จากสถิติที่พบระดับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง ผู้วิจัยแจ้งให้กับพื้นที่เพื่อดำเนินการต่อไป จากการศึกษาระดับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย จึงได้พื้นที่ที่จะดำเนินการการศึกษาทดลอง คือตำบลรอบเวียง อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย

จากสถานการณ์ดังกล่าว โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางด้านสุขภาพจิตที่ต้องมีเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด จะเห็นได้ว่าอัตราการเพิ่มขึ้นของโรคซึมเศร้ามีอัตราที่เพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญของการฆ่าตัวตาย ซึ่งพบว่า ร้อยละ 80 ของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จมีสาเหตุมาจากโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุจัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่จะต้องดำเนินการเฝ้าระวัง การป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพและลดอัตราการเกิดโรคซึมเศร้านั้นจะต้องส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจ เกิดเจตคติที่ดี มีความตระหนักและเห็นความสำคัญจนเกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยฐานะนิสิตวิชาเอก การจัดการสร้างเสริมสุขภาพ จึงได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในกลุ่มที่มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยและปานกลาง ก่อนจะนำเข้าสู่อาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรงได้ สอดคล้องกับแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2555 – 2559) ตามเป้าประสงค์ของแผนคือ ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย สามารถสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ลดการเจ็บป่วยโรคที่ป้องกันได้หรือโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ มีการใช้ภูมิปัญญาไทยและการมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาสุขภาพของตนเองและสังคมได้ มีระบบการเฝ้าระวังและเตือนภัย มีระบบสุขภาพเชิงรุกที่มีประสิทธิภาพมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การควบคุมโรค สอดคล้องปรัชญาของหลักสูตรคือวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ สร้างเสริมการกีฬา การออกกำลังกาย และสุขภาพ ซึ่งการสร้างเสริมสุขภาพจิต เป็นส่วนหนึ่งของการสร้างเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับนโยบายและแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (2545 – 2564) ที่มีจุดเน้นที่การสร้างเสริมสุขภาพให้ประชากรสูงวัยมีสุขภาพดีทั้งกายและจิตใจ สังคม ครอบครัวอบอุ่น มีสังคมที่ดี มีหลักประกันที่มั่นคง ได้รับสวัสดิการและการบริการที่เหมาะสมอยู่อย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี พึ่งตนเองได้ มีส่วนร่วมมีโอกาสเข้าถึงข้อมูลและข่าวสารอย่างต่อเนื่อง (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. 2552) สอดคล้องพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ หมวดที่ 5 ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ มาตราที่ 47 ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ข้อที่ 4 เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ข้อที่ 2 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555 – 2559) คือ เพื่อพัฒนาคนไทยทุกกลุ่มวัย อย่างเป็นองค์รวม ทั้งทางกาย ใจ สติปัญญา อารมณ์ คุณธรรม จริยธรรม และสถาบันสังคมมีบทบาทหลักในการพัฒนาคนให้มีคุณภาพ ดังนั้น เพื่อการป้องกันผู้สูงอายุจากการเป็นโรคซึมเศร้าโดยมีขั้นตอนการดำเนินงานที่เห็นเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน ในเรื่องของนโยบาย สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ สร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน พัฒนาศักยภาพ และปรับระบบบริการสุขภาพ เพื่อการขับเคลื่อนหรือผลักดันสู่การปฏิบัติ ในการป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อการป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุจังหวัดเชียงราย เพื่อได้รูปแบบที่เหมาะสม ตามบริบทวิถีชีวิต และประเพณีวัฒนธรรมของผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย ด้วยวิธีการวิจัยและพัฒนา(Research and Development) ซึ่งเป็นกระบวนการที่มีศักยภาพในการสร้างพลัง การประชุมระดมความคิดในการพัฒนาชุมชน กระตุ้น การยอมรับของประชาชน

ให้ความร่วมมือพัฒนาชุมชนและมีศักยภาพที่จะขยายผลของรูปแบบ การสร้างเสริมสุขภาพจิตใจ เพื่อการป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ระดับอาการของโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุเป็นอย่างไร
2. รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นอย่างไร
3. ผลการใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าเป็นอย่างไร
4. ผลการประเมินรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าอยู่ระดับใด

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อประเมินระดับอาการของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย
2. เพื่อสร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อการป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับสภาพการณ์และสาเหตุที่แท้จริง
3. เพื่อทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อการป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
4. เพื่อประเมินผลรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อการป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ความสำคัญของการวิจัย

1. ทราบถึงข้อมูลพื้นฐานด้านโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้ในการวางแผนดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพต่อไป
2. มีรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบท ตลอดจนสามารถนำรูปแบบดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นๆที่มีบริบทใกล้เคียงกัน
3. นำข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินการตามรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อการป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพให้มีความครอบคลุม และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อสร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อการป้องกันโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุ มีขอบเขตการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 สำรวจระดับอาการของโรคซึมเศร้า

การวิจัยระยะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับอาการของโรคซึมในผู้สูงอายุ ตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ไม่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าหรือปัญหาทางด้านสุขภาพจิต และอาศัยอยู่ ตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย จำนวนทั้งหมด 405 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ที่ไม่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าหรือโรคทางจิต และอาศัยอยู่ ตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ทั้งหมด จำนวน 405 คน

ระยะที่ 2 สร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิต

การวิจัยระยะนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อการสร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตและตรวจสอบรูปแบบเบื้องต้น ให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของชุมชน ตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาลวิชาชีพ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง ประธานอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ประธานผู้สูงอายุ ปราชญ์ชุมชน

นักวิชาการสำนักงานสาธารณสุข จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข จำนวน 1 คน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 1 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 1 คน ประธานผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน ผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน และปราชญ์ชุมชน จำนวน 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 3 คน

ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิต

การวิจัยระยะนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิต เพื่อการป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุตำบลรองเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงรายที่ได้รับการประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) และมีผลการประเมินอาการโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยและปานกลาง จำนวน 73 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุตำบลรองเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงรายที่ได้รับการประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) และมีผลการประเมินอาการโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยและปานกลาง จำนวน 39 คน

ระยะที่ 4 ประเมินผลของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิต

การวิจัยระยะนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อการป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุที่มีอาการของโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยและปานกลางและเข้าร่วมกลุ่มทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิต จำนวน 39 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุที่มีอาการของโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยและปานกลางและเข้าร่วมกลุ่มทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิต จำนวน 36 คน

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่ รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อการป้องกันโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย การสร้างนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพจิต การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็งเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต และการปรับเปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุขเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต

2. ตัวแปรตาม ได้แก่ ระดับโรคซึมเศร้า และดัชนีความสุข

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิต หมายถึง กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อการขับเคลื่อนให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้ มีความสามารถ และพัฒนาศักยภาพการดำเนินงาน สร้างเสริมสุขภาพจิต เพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วย

2. การสร้างนโยบายเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต หมายถึง ข้อบังคับที่กำหนดขึ้นจากผู้บริหารที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อการป้องกันโรคซึมเศร้า ซึ่งผู้ปฏิบัติต้องนำไปใช้เป็นกรอบแนวคิดในการพิจารณาตัดสินใจ จัดทำแผน โครงการและกำหนดวิธีการดำเนินงาน

3. การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต หมายถึง การจัดสิ่งแวดล้อมให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่มีอยู่ในระดับชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อการป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

4. การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็งเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิต หมายถึง การสนับสนุนให้ชุมชนพึ่งตนเองโดยการตัดสินใจ มีการระดมทรัพยากรและวัตถุภายในชุมชนในการจัดกิจกรรม ในการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

5. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต หมายถึง การสร้างเสริมสุขภาพโดยการสนับสนุนการพัฒนาบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้ ด้วยการให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสารในการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

6. การปรับเปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุขเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต หมายถึง การบริการสาธารณสุขที่เน้นการบริการเครือข่ายสุขภาพชุมชน ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข และชุมชน ในการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อการป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

7. โรคซึมเศร้า หมายถึง กลุ่มอาการของโรคทางจิตเวชที่มีอาการผิดปกติทางด้านอารมณ์ ซึ่งมีอาการสำคัญคือ อารมณ์เศร้า และรู้สึกเบื่อหน่าย หดหู่ ร่วมไปกับความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง สิ้นหวัง เซื่อมซึม หดหู่ ร่วมกับความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง สิ้นหวังเบื่ออาหาร น้ำลัดลด นอนไม่หลับ สามารถประเมินโรคซึมเศร้าได้โดยใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) และแปลผลได้ 4 ระดับคือ ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับน้อย ระดับปานกลาง และระดับรุนแรง ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการสร้างเสริม

สุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุในกลุ่มระดับน้อยและปานกลาง (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2545)

8. การป้องกันโรคซึมเศร้า หมายถึง การใช้กระบวนการและกลวิธีของการเรียนรู้มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมของผู้สูงอายุที่มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย และปานกลางเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิตไม่ให้อาการของโรคเข้าสู่ระยะระดับรุนแรงของโรคซึมเศร้า

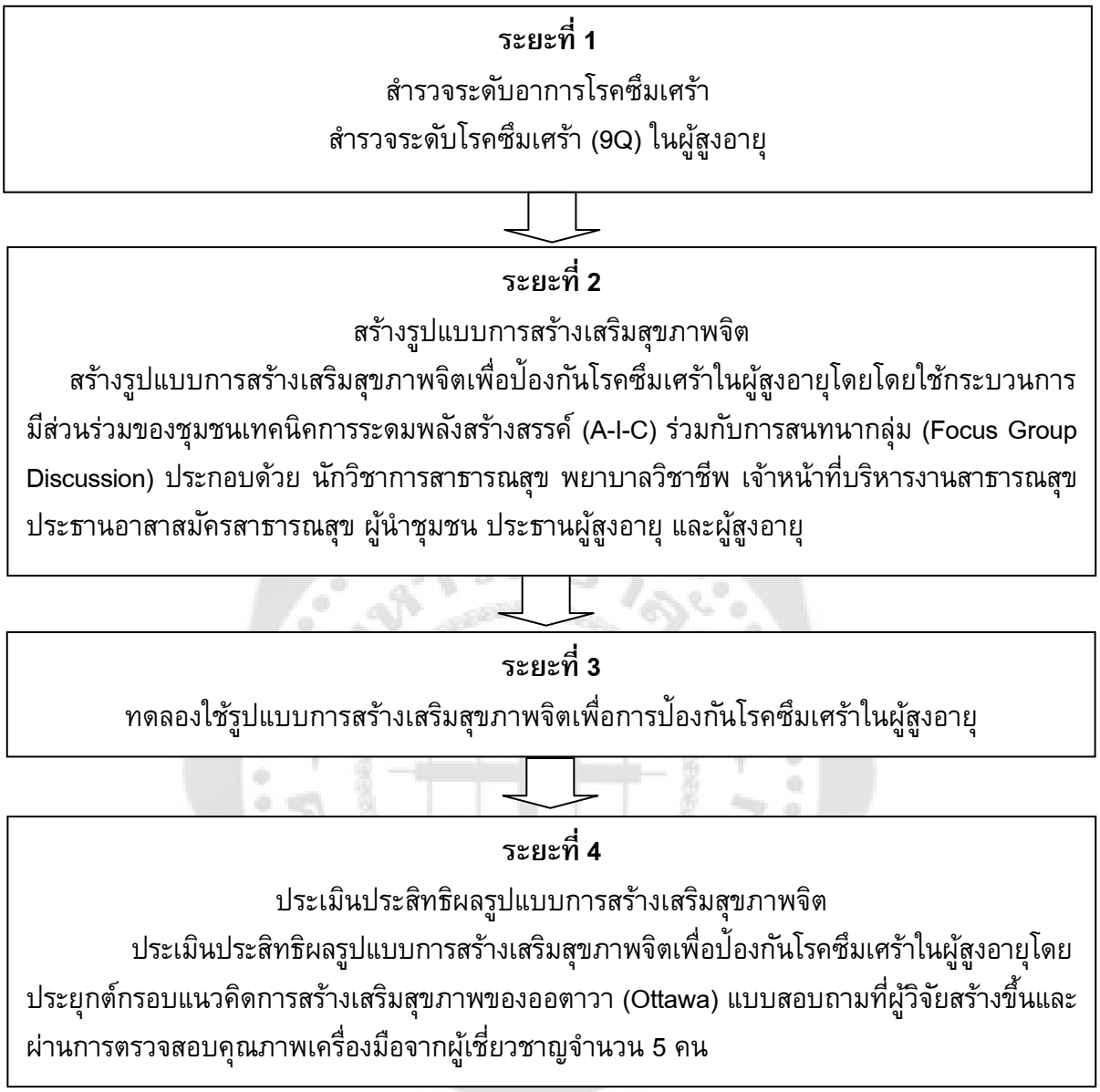
9. ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีเป็นต้นไป อาศัยอยู่ในพื้นที่ราบ ตามทะเบียนบ้าน จังหวัดเชียงราย และไม่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าและปัญหาทางจิตเวช

10. ความสุข หมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุขอันเป็นผลจากการมีความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อนคุณภาพชีวิตที่ดี โดยครอบคลุมถึงความดีงามภายในจิตใจ ภายใต้สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป สามารถประเมินได้โดยใช้แบบวัดความสุขและแปลผลได้ 3 ระดับ คือ มีวามสุขน้อยกว่าคนทั่วไป มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป และมีความสุขมากกว่าคนทั่วไป (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2550)

การประเมินผลของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อการป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ หมายถึง การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าภายใต้กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยการสร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย ให้มีรูปแบบที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุ ด้วยวิธีการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ซึ่งสรุปกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมุติฐานในการวิจัย

จากการศึกษาวิจัยเรื่องรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อการป้องกันโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย ได้กำหนดสมมุติฐานของการวิจัย ดังนี้

1. ภายหลังการใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อการป้องกันโรคซึมเศร้า ผู้สูงอายุ มีคะแนนรวมอาการของโรคซึมเศร้าลดลง

2. ภายหลังการใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อการป้องกันโรคซึมเศร้า ผู้สูงอายุ มีระดับความสุขเพิ่มขึ้น

3. ประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อยู่ในระดับดี

บทที่ 2
ทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้นำเสนอตามหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวคิด ทฤษฎีการวิจัยและพัฒนา (Research & Development)
2. แนวคิดเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า (Depressive Disorder)
3. การส่งเสริมสุขภาพจิต (Mental Health Promotion)
4. แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบ (Model)
5. การระดมพลังสร้างสรรค์ (Appreciation Influence Control)
6. ชีวิตที่สุขสมบูรณ์ของผู้สูงอายุ
7. การสร้างความสุข
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
   8.1 งานวิจัยในประเทศ
   8.2 งานวิจัยต่างประเทศ

1. แนวคิดทฤษฎีการวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เป็นลักษณะหนึ่งของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ที่ใช้กระบวนการศึกษาค้นคว้าอย่างเป็นระบบ มุ่งพัฒนาทางเลือกหรือวิธีการใหม่ๆ เพื่อใช้ในการยกระดับคุณภาพงานหรือคุณภาพชีวิต การวิจัยและพัฒนา เป็นการวิจัยเชิงทดลอง โดยมีการพัฒนาต้นแบบนวัตกรรม (สื่อ/สิ่งประดิษฐ์/วิธีการ) แล้วมีการทดลองใช้เพื่อตรวจสอบคุณภาพในเชิงประจักษ์ ทั้งนี้นวัตกรรมที่นำมาทดลอง คือ ปฏิบัติการ (Treatment) หรือตัวแปรต้น โดยมี “ดัชนีชี้คุณภาพ” ในลักษณะใดลักษณะหนึ่งเป็นตัวแปรตาม การวิจัยและพัฒนาจะให้ผลลัพธ์ที่สำคัญ 2 ลักษณะ คือ นวัตกรรมประเภทวัตถุที่เป็นชิ้นอัน (Materials) ซึ่งอาจเป็นประเภท วัสดุ/อุปกรณ์/ชิ้นงาน เช่น รถยนต์ คอมพิวเตอร์ ชุดการสอน สื่อการสอน ชุดกิจกรรมเสริมความรู้ ชุดเอกสารเสริมความรู้ คู่มือประกอบการทำงาน เป็นต้น นวัตกรรมประเภทที่เป็น รูปแบบ/วิธีการ/กระบวนการ/ระบบปฏิบัติการ (Methods/Procedure/Procedure/Style) เช่น รูปแบบการสอน วิธีการสอน รูปแบบการบริหารจัดการ ระบบการทำงาน (สุพักตร์ พิบูลย์. 2550)

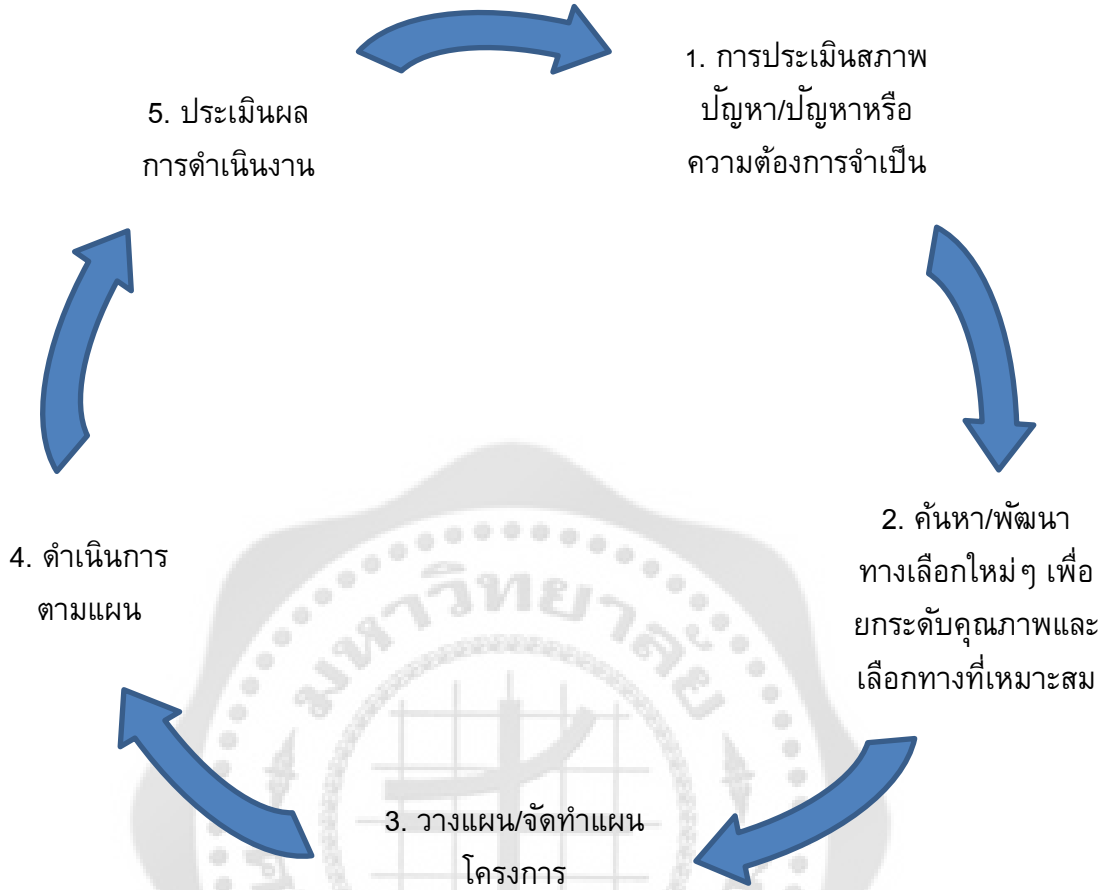
ผลงานทางวิชาการประเภทการวิจัยและพัฒนา คุณค่าของงานจะอยู่ที่ “สิ่งประดิษฐ์/ผลงานเป็นชิ้นเป็นอันที่สร้างขึ้น” หรือ “วิธีการ/รูปแบบการทำงาน/รูปแบบการจัดการ” ที่พัฒนาขึ้น ผลงานวิจัยและพัฒนาที่มีคุณค่ามากก็คือกรณีที่สามารถสร้างสิ่งประดิษฐ์หรือวิธีการที่ “ดูดี มีคุณค่า ใช้งานได้อย่างดี มีประสิทธิภาพ” หากพิจารณาความแตกต่างระหว่าง “การวิจัยและพัฒนา (The Research and Development) กับ “การวิจัยเพื่อพัฒนา” (Research for Development) จะพบว่า มีความแตกต่างกัน กล่าวคือ ถ้ากล่าวถึง

การวิจัยเพื่อพัฒนา” จะหมายถึง การวิจัยหลายประเภท หลายรูปแบบ หรือการวิจัยทุกรูปแบบที่นำมาใช้ประโยชน์เพื่อการพัฒนางาน ส่วนการวิจัยและพัฒนา หรือ R & D เป็นวิจัยที่มุ่งเน้นพัฒนานวัตกรรม หรือทางเลือกใหม่ๆ เพื่อยกระดับคุณภาพงานโดยผลลัพธ์ของการวิจัยจะปรากฏให้เห็น 2 ลักษณะ ดังที่กล่าวมาแล้วตอนต้น การวิจัยและพัฒนาเป็นทางเลือกสำคัญที่จะมีผลต่อการยกระดับคุณภาพงาน ในองค์กร รวมทั้งการยกระดับ คุณภาพชีวิตของบุคคล หากองค์กร/หน่วยงาน/กลุ่มนักวิชาชีพใดๆ มีการพัฒนาสื่อ คู่มือ อุปกรณ์ สิ่งประดิษฐ์ ต่างๆ ตลอดจนวิธีการทำงานใหม่ๆ แล้วนำมาใช้ในการพัฒนางานอย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้องค์กรหรือนักวิชาชีพกลุ่มนั้นๆ สามารถยกระดับคุณภาพงานได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ บุคลากรหรือคนในรุ่นหลังจะมีนวัตกรรม หรือทางเลือกเพื่อใช้ในการดำรงชีวิต ที่หลากหลาย ช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

การวิจัยในกระบวนการบริหารจัดการเชิงระบบ ในการบริหารงานหรือพัฒนางาน ในยุคปัจจุบันหากบุคลากรหรือผู้รับผิดชอบงานมีความสามารถในการบริหารงานอย่างเป็นระบบ โดยมีความรู้ความสามารถในการศึกษา ค้นคว้า วิจัยเพื่อพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง ซึ่งถือเป็นทักษะการจัดการที่สำคัญ สำหรับบุคคลในองค์กรสมัยใหม่ ในลักษณะเช่นนี้ โอกาสที่องค์กรจะประสบผลสำเร็จในการบริหารงานตามภารกิจก็มีโอกาสสูงยิ่ง โดยจำแนกขั้นตอนการจัดการเป็น 5 ขั้นตอน

1. ประเมินสภาพปัญหา/ปัญหาหรือความต้องการจำเป็น (Needs Assessment)
2. พิจารณา ค้นหาหรือพัฒนาทางเลือกใหม่ๆ เพื่อยกระดับคุณภาพงานและเลือกทางเลือกที่เหมาะสม
3. วางแผน/จัดทำแผน โครงการ ตามทางเลือกที่คัดสรรแล้ว
4. ดำเนินงานตามแผน โดยมีการกำกับ ติดตาม ประเมินความก้าวหน้าของงานและตัดสินใจปรับปรุงกระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่อง
5. ประเมินผลการดำเนินงานเพื่อการตัดสินใจขยายขอบข่ายงานหรือยุติแผนงาน/โครงการ

ซึ่งในสภาพงานปฏิบัติ ดังกล่าวข้างต้น จะดำเนินการเป็นวงจรต่อเนื่องกัน โดยนักพัฒนางานจะแสวงหาสารสนเทศประกอบการตัดสินใจอย่างต่อเนื่อง ดังแผนภาพประกอบต่อไปนี้



ภาพประกอบ 2 วงจรการปฏิบัติงานเชิงระบบและประเภทของการวิจัย

จากแผนภาพประกอบดังกล่าวข้างต้น ในแต่ละขั้นตอนของการปฏิบัติงานเชิงระบบหรือการบริหารเชิงระบบซึ่งนักบริหารหรือผู้ที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องใช้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจอย่างต่อเนื่อง ในกระบวนการนี้จะเกิดกิจกรรมการวิจัยหรือกิจกรรมการพัฒนาในลักษณะต่างๆ หลายลักษณะ คือ

1. การประเมินสภาพปัจจุบัน/ปัญหา/ความต้องการจำเป็น

ในขั้นตอนแรกของกระบวนการบริหารเชิงระบบ จะเกิดงานวิจัยเชิงประเมิน ประเภทการประเมินความต้องการจำเป็น (Needs Assessment) ลักษณะของการประเมินประเภทนี้ เน้นการใช้วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลจากหลายแหล่งหลายวิธี หรือรวบรวมข้อมูลจากการวิเคราะห์ – วิจัยย่อยๆ แล้วประมวลผลเป็นรายการความต้องการจำเป็นเร่งด่วนที่ควรได้รับการแก้ไข หรือควรได้รับการพัฒนา เป็นอันดับแรกๆ

2. การวิจัยและพัฒนา/วิจัยเชิงประเมินประสิทธิภาพของนวัตกรรมต่างๆ

ในกระบวนการบริหารงานเชิงระบบในขั้นของการพิจารณาค้นหาหรือพัฒนาทางเลือกเพื่อนำมาใช้ในการพัฒนางานในขั้นตอนดังกล่าว จะเกิดงานวิจัยประเภทวิจัยและพัฒนา (The Research and Development) เช่น พัฒนาสื่ออุปกรณ์ต่างๆ เพื่อใช้ในงาน คู่มือการปฏิบัติงาน เอกสารเสริมความรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคลากร รูปแบบการบริหารจัดการ รูปแบบการบริหารจัดการสถานศึกษา (ในกรณีที่ทำหน้าที่ผู้บริหารสถานศึกษา) รูปแบบ/วิธีการ/เทคนิคการทำงานใหม่ๆ รูปแบบ/วิธีการสอน (กรณีที่ทำหน้าที่ครูผู้สอน) ทั้งนี้การดำเนินการในลักษณะของการวิจัยและพัฒนา จะต้องมีการสังเคราะห์หรือพัฒนาต้นแบบนวัตกรรมและมีการทดลองใช้เพื่อตรวจสอบคุณภาพในเชิงประจักษ์ ก่อนที่จะนำมาใช้ในวงกว้างเพื่อการยกระดับคุณภาพของงานหรือในกรณี ที่การดำเนินงานครั้งนั้นๆ ดำเนินการในลักษณะโครงการทดลองนำร่อง (Pilot Project Evaluation) ซึ่งลักษณะคล้ายกับการทดลองวิธีการทำงาน หรือระบบงานใหม่ๆ

3. การประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ของนโยบายแผนงานหรือโครงการ

ในขั้นตอนการวางแผน/จัดทำแผนงาน โครงการ โดยเฉพาะในกรณีที่เป็นโครงการขนาดใหญ่ ต้องลงทุนงบประมาณจำนวนมาก ในกรณีเช่นนี้นักบริหารและผู้ที่เกี่ยวข้องต้องจัดทำสารสนเทศเกี่ยวกับความเป็นไปได้และความเหมาะสมของนโยบาย แผนงานหรือโครงการ ในการนี้จะเกิดงานวิจัยเชิงปริมาณประเภทศึกษาความเป็นไปได้ของนโยบาย แผนงาน โครงการ (Feasibility Study) หรือการประเมินความเหมาะสมของโครงการ (Project Appraisal) งานวิจัยเชิงประเมินในลักษณะนี้ มุ่งเน้นศึกษาในด้านต่างๆ เช่น ภาวะแวดล้อมของโครงการ ความชัดเจนของวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายของโครงการ ความสอดคล้องกับสภาพปัจจุบัน หรือความต้องการจำเป็น แรงต้าน – แรงเสริมจากองค์กรที่เกี่ยวข้อง ความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์ของโครงการกับกิจกรรมที่กำหนดไว้ในโครงการ ความเหมาะสมพอเพียงในด้านปัจจัยพื้นฐานของโครงการทั้งด้านกำลังคน งบประมาณ วัสดุ-อุปกรณ์ และแบบแผนกิจกรรม เป็นต้น

4. การวิจัย/ประเมินความก้าวหน้าของนโยบาย แผนงาน หรือโครงการ

ในขณะที่นโยบาย แผนงาน หรือโครงการใดๆ ได้ถูกนำไปปฏิบัติหรืออยู่ระหว่างการดำเนินงาน ในขั้นตอนนี้นักบริหารจะมีการนิเทศ กำกับ ติดตามงาน (Monitoring) และประเมินความก้าวหน้าของงานเป็นระยะๆ ซึ่งในขั้นตอนนี้จะเกิดผลงานวิจัยประเภทประเมินความก้าวหน้า (Formative Evaluation) หรือประเมินกระบวนการดำเนินงานตามนโยบาย แผนงาน โครงการ ประเมินความก้าวหน้าในการปฏิบัติงานของบุคลากร ประเมินความก้าวหน้าในการใช้หลักสูตร เป็นต้น

5. การวิจัย/ประเมินสรุปผลการดำเนินงาน การติดตามผล และการประเมินผลกระทบ

ในกระบวนการบริหารเชิงระบบเมื่อองค์กรใดๆ ได้ดำเนินงานเสร็จสิ้นระยะสำคัญๆ เช่น สิ้นปีงบประมาณ สิ้นปีงบการศึกษา สิ้นแผนพัฒนาระยะ 5 ปี เป็นต้น หน่วยงานต่างๆ มีความต้องการที่จะตรวจสอบว่าการดำเนินงานใดๆ ประสบความสำเร็จตามที่คาดหวังหรือไม่ ควรจะขยายขอบข่ายการดำเนินงานในวงกว้างมากขึ้นหรือไม่ หรือควรจะยุติการดำเนินงาน/โครงการหรือไม่ ในกรณีเช่นนี้ผู้เกี่ยวข้องหรือนักบริหารจะเกิดความต้องการใช้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจอีกลักษณะหนึ่ง ซึ่งโดยทั่วไป

จะเน้นการตรวจสอบที่ผลลัพธ์จากการดำเนินงานเป็นสำคัญ ถ้างานที่ได้ดำเนินการมาแล้ว ประสบความสำเร็จเป็นอย่างดีก็จะนำไปสู่การตัดสินใจขยายกลุ่มเป้าหมายในการพัฒนาในโอกาสต่อไป หรือดำเนินโครงการต่อเนื่องในระยะต่อไป ในการนี้จะเกิดการประเมินหรือการวิจัยเชิงประเมินประเภท “ประเมินสรุปผลดำเนินงานหรือประเมินรวมสรุป (Summative Evaluation) ซึ่งมักจะเกิดขึ้นในช่วงที่ดำเนินงานแล้วเสร็จไม่นานนัก ในขณะเดียวกัน จะเกิดการประเมินประเภทติดตามผลและประเมินผลกระทบ (Follow-up Study/Impact Evaluation) ซึ่งมักจะเกิดขึ้นหลังจากที่โครงการได้ดำเนินการแล้วเสร็จไปเป็นระยะเวลาพอสมควร

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า การบริหารจัดการองค์กร หากบุคคลหรือผู้รับผิดชอบงาน มีศักยภาพในการศึกษา ค้นคว้า วิจัย อย่างเป็นระบบ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานขององค์กร โอกาสที่จะยกระดับคุณภาพงานขององค์กรให้ก้าวสู่ความเป็นเลิศ ก็มีโอกาสเกิดขึ้นได้ และจะทำให้องค์กรประสบความสำเร็จในการดำเนินงานตามพันธกิจที่ได้รับมอบหมาย

ประเภทของการวิจัยทั้ง 5 ลักษณะดังกล่าวข้างต้น เป็นการวิจัยที่เรียกว่า “การวิจัยเพื่อการพัฒนางาน” (Research for Development) ซึ่งจะเห็นว่า การวิจัยและพัฒนา (The Research and Development) ถือเป็นลักษณะหนึ่งของการวิจัยเพื่อพัฒนางาน

การออกแบบวิจัยและพัฒนา

ในการออกแบบวิจัยและพัฒนา ซึ่งถือเป็นลักษณะหนึ่งของการศึกษา ค้นคว้าอย่างเป็นระบบ นักวิจัยจะต้องกำหนดกรอบแนวทางในเรื่อง วัตถุประสงค์ของการวิจัย กลุ่มเป้าหมายในการทดลองใช้นวัตกรรม หรือผู้ให้ข้อมูลหลัก ในการวิจัย (Sampling Design) การวัดตัวแปรหรือ การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย (Measurement Design) และแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูล หรือออกแบบในเรื่องของการใช้สถิติ (Statistical Design) โดยนักวิจัยจะต้องกำหนดแนวทางในเรื่องเหล่านี้ไว้ล่วงหน้า ในตอนเริ่มต้นของการวางแผนการวิจัยและพัฒนาจะต้องวางแผน ให้ครอบคลุมการตรวจสอบคุณภาพ ทั้งด้วยวิธีการเชิงเหตุผล (Logical Approach) และวิธีการเชิงประจักษ์ด้วยการทดลองใช้จริง (Empirical Approach) นวัตกรรมที่สามารถใช้งานได้เชิงประจักษ์เท่านั้น จึงจะถือว่าเป็นนวัตกรรมที่เหมาะสม

แนวทางการปฏิบัติในการออกแบบวิจัยและพัฒนา

ในการออกแบบวิจัย จะต้องกำหนดวัตถุประสงค์เฉพาะของการวิจัยอย่างชัดเจน กำหนดตัวบ่งชี้ หรือประเด็นที่มุ่งศึกษา กำหนดแหล่งข้อมูล หรือผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยหรือทดลองนวัตกรรม กำหนดแนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ และกำหนดแนวทางการวิเคราะห์หรือตัดสินคุณภาพนวัตกรรม ซึ่งทุกรายดังกล่าวนี้ ควรจะถูกกำหนดไว้ล่วงหน้าและเป็นที่รับทราบตรงกันระหว่างกลุ่มผู้เกี่ยวข้องต่างๆ รายละเอียด ดังนี้

1. การออกแบบในเรื่องของประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยจะต้องกำหนดเป้าหมายประชากร หรือกลุ่มตัวอย่างในการใช้นวัตกรรมอย่างชัดเจน เช่น ในการวิจัยเรื่อง “การพัฒนาชุดกิจกรรมการเรียนรู้แบบโครงงาน สำหรับนักเรียนที่มีความเป็นเลิศในวิชาฟิสิกส์ โรงเรียนเตรียมอุดม” กลุ่มเป้าหมายในการใช้นวัตกรรมชุดนี้ คือ นักเรียน

ที่มีความเป็นเลิศในวิชาฟิสิกส์ ที่มีผลการเรียนเฉลี่ยเกิน 3.5 ในระบบคะแนนเต็ม 4.00 ชุดนวัตกรรมที่พัฒนาขึ้นเป็นชุดนวัตกรรมที่มีระดับความยากค่อนข้างมากและมีความท้าทายสูง เมื่อกำหนดกลุ่มเป้าหมายชัดเจนแล้ว ก็กำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งอาจเลือกมาอย่างเจาะจง จากนักเรียนที่มีผลการเรียนวิชาฟิสิกส์ 4 ภาคเรียนที่ผ่านมา ได้เกรดเฉลี่ยมากกว่า 3.50 จำนวนหนึ่ง เช่น 30 คน ถือเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้

ในการทดลองนวัตกรรม ผู้วิจัยอาจเลือกใช้การทดลองแบบกลุ่มเดียว โดยมีการทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest – Posttest Design) ซึ่งอาจทำการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบตัวแปรตามหรือตัวบ่งชี้คุณภาพกับกลุ่มทั่วไป ที่ไม่ได้ใช้นวัตกรรม ในกรณีที่ทำการออกแบบทดลองแบ่ง 2 กลุ่ม โดยมีกลุ่มควบคุมด้วยในกรณีนี้ผู้วิจัยต้องมั่นใจว่าจะไม่ก่อให้เกิดการได้เปรียบเสียเปรียบหรือเสียโอกาสสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม

2. การออกแบบในเรื่องการวัดตัวแปรหรือการเก็บรวบรวมข้อมูล

นักวิจัยจะต้องกำหนดประเด็น ตัวบ่งชี้ที่ต้องการวัด พร้อมทั้งกำหนดแหล่งข้อมูลหรือผู้ให้ข้อมูลหลักอย่างครบถ้วน กำหนดประเภทเครื่องมือหรือวิธีการวัด ช่วงเวลาในการวัด (เช่น วัดก่อนและเมื่อเสร็จสิ้นการทดลอง) พร้อมกำหนดแนวทางการปฏิบัติในการพัฒนาเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวัดแต่ละรายการ กล่าวโดยสรุป จะต้องสรุปได้ว่า ตัวบ่งชี้ หรือประเด็นการวัดในครั้งนั้นๆ ประกอบด้วยอะไรบ้าง แต่ละตัวบ่งชี้หรือแต่ละประเด็น จะใช้เครื่องมือหรือวิธีการใด ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จะพัฒนาเครื่องมือแต่ละชนิดอย่างไร และจัดเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อไรบ้าง

ในการเลือกใช้เครื่องมือวัด ซึ่งมีหลายชนิด อาทิ แบบทดสอบ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ แบบสังเกต แบบประเมินคุณลักษณะต่างๆ เป็นต้น การตัดสินใจว่าจะเลือกเครื่องมือวัดชนิดใด จะต้องคำนึงถึงธรรมชาติ หรือลักษณะของตัวบ่งชี้ที่ต้องการวัด และข้อจำกัดต่างๆ เช่น เป็นตัวบ่งชี้ประเภทความรู้ ก็ใช้แบบทดสอบ ถ้าเป็นพฤติกรรม ใช้แบบประเมินพฤติกรรม ถ้าเป็นเจตคติก็ใช้แบบวัดเจตคติ เป็นต้น หรือในบางครั้ง นักประเมินได้เลือกใช้แบบสอบถาม ที่ประกอบด้วยสาระหลายตอน แต่ละตอนมุ่งวัดตัวบ่งชี้ที่แตกต่างกัน

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยและพัฒนานวัตกรรม นักวิจัยจะต้องระลึกเสมอว่า จะต้องเน้นในเรื่องของความรวดเร็ว คล่องตัว มีประสิทธิภาพสามารถรวบรวมข้อมูล ได้อย่างรวดเร็วทันกับช่วงเวลาต่างๆ ในขณะดำเนินการทดลองนวัตกรรม และกระบวนการรวบรวมข้อมูลจะต้องไม่เกิดผลกระทบเชิงลบต่อกระบวนการพัฒนา เช่น ในกรณีการพัฒนาชุดฝึกอบรมในขณะที่ทดลองใช้ชุดฝึกหากทำการประเมินทุกรายวิชา ทุกๆ 3 ชั่วโมง อาจจะส่งผลกระทบในเชิงลบ เป็นการรบกวนสมาธิของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการอบรม ในกรณีเช่นนี้ ผู้วิจัยอาจจะใช้วิธีการสังเกตโดยคณะทำงาน หรือใช้แบบสอบถามให้ผู้เข้ารับการอบรมแสดงความคิดเห็น โดยใช้วิธีการสุ่มประเมิน ทั้งนี้เพื่อไม่ให้ผู้เข้ารับการอบรมถูกรบกวนมากเกินไปก็ได้

3. การออกแบบในเรื่องของสถิติ แนวทางการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิจัยและพัฒนา สามารถเลือกใช้สถิติในลักษณะเดียวกับงานวิจัยโดยทั่วไป ซึ่งจะมีทั้งสถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Statistics) และสถิติอ้างอิง (Inferential Statistics)

3.1 การวิเคราะห์ดัชนีความเที่ยงของข้อสอบ อาจใช้สูตรของ KR-20 KR-21 หรือสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Alpha Coefficient)

3.2 ในกรณีของการวิเคราะห์ความสามารถของแบบทดสอบ หรือมาตรวัดใดๆ ในการจำแนกความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ทราบคุณลักษณะที่ชัดเจนแล้ว (Known Group) เพื่อตรวจสอบความตรงตามโครงสร้างหรือความตรงตามภาวะสันนิษฐาน ค่าใช้สถิติทดสอบที (t-test)

3.3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทดสอบก่อนเรียนกับหลังเรียนใช้ t-test (Dependent) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเลขคณิตของคะแนนผลการทดสอบกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมที่เป็นอิสระจากกัน ใช้ t – test (Independent) ในกรณีเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 2 กลุ่มขึ้นไป ใช้วิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนและทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติทดสอบเอฟ (F- test)

3.4 ในกรณีที่ต้องการทดสอบสภาพการกระจาย หรือแนวโน้มการกระจายของผู้ได้รับผลการเรียนต่างๆ เพื่อตอบคำถามว่า เกรดผลการเรียนมีแนวโน้มสูงขึ้นหรือไม่ สัดส่วนต่างๆ มีความแตกต่างกันหรือไม่ อาจใช้ Chi – Square test

จากการได้ทบทวนวรรณกรรมแนวคิดการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) คือเป็นวิจัยที่มุ่งพัฒนานวัตกรรมหรือทางเลือกใหม่ๆ เพื่อยกระดับคุณภาพงานโดยมีผลลัพธ์ของการวิจัยที่ปรากฏให้เห็นครั้งนี้คือ รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ที่สร้างขึ้น การวิจัยและพัฒนานี้มีความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย โดยการประยุกต์กรอบกระบวนการวิจัยครั้งนี้ คือ

ระยะที่ 1 การสำรวจระดับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

ระยะที่ 2 สร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

ระยะที่ 4 ประเมินผลรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกัน โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

2. แนวคิดเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า (Depressive Disorder)

2.1 ความหมายและลักษณะของโรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้า หมายถึง การแปรปรวนของอารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดขึ้นอย่างถาวร ทั้งภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ปานกลาง หรือมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง ในช่วงเวลามากกว่า 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า หมายถึง ผู้ที่มีภาวะจิตใจที่หม่อนหมอง หดหู่ เศร้า ร่วมกับความรู้สึก ท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกผิด รู้สึกตนเองด้อยคุณค่า ตำหนิตนเอง มีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันชัดเจนหรือปฏิบัติไม่ได้ นอนไม่หลับ หรือนอนมากกว่าปกติ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย

เงียบซึม ความสนใจกิจกรรมรอบตัวหรือสิ่งแวดล้อมน้อยลงหรือไม่มีเลยแยกตัวเอง ไม่อยากพบปะใครๆ อาจมีการเปลี่ยนแปลงด้านความคิดหรือการรับรู้ เช่น คิดซ้ำๆ มีความคิดทำร้ายตัวเอง หรือมีอาการหลงผิด ประสาทหลอน เป็นต้น ซึ่งอาการต่างๆ เข้าได้กับการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน The DSM-IV (American Psychiatric Association. 2000) โรคนี้พบได้ทุกอายุอาจเริ่มเป็นในเด็กหรือวัยรุ่น อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยเมื่อเริ่มเป็นโรคคือ 24 ปี และองค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายตามการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าตามคู่มือการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ตามคู่มือการวินิจฉัยแยกโรค (International Classification of Disease and Health Related Problem) ICD-10 ในกลุ่ม 20 โรค F-30 – F39 จะวินิจฉัยตามอาการที่ผู้ป่วยแสดง (Symptoms) คือ 1) อารมณ์ซึมเศร้า 2) ความสนใจหรือความเพลิดเพลินใจในกิจกรรมต่างๆ แทบทั้งหมดลดลงอย่างมาก 3) น้ำหนักลดลงหรือเพิ่มขึ้นอย่างมาก (น้ำหนักเปลี่ยนแปลงมากกว่าร้อยละ 5) หรือเบื่ออาหารหรือเจริญอาหารมาก 4) นอนไม่หลับหรือหลับมากเกินไป 5) กระวนกระวายอยู่ไม่เป็นสุขหรือเชื่องช้าลง 6) อ่อนเพลีย ไร้เรี่ยวแรง 7) รู้สึกตนไร้ค่า 8) สมาธิลดลง ใจลอย หรือลังเลใจไปหมด 9) คิดเรื่องการตาย คิดอยากตาย กล่าวคือ ถ้ามีอาการแสดง 4 อาการจะวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild Depression) อาการแสดง 5 – 6 อาการ จะวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าปานกลาง (Moderate depression) ถ้ามีอาการ 7 อาการหรือมากกว่า มีอาการทางจิตหรือไม่ จะวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้ารุนแรง (Severe Depression) ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามักจะมีอารมณ์เศร้า วิตกกังวล รู้สึกสิ้นหวัง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกผิด รู้สึกว่าตนไร้ค่า ไม่ยอมทำกิจกรรมต่างๆ ที่เคยชอบ รวมถึงเรื่องการรับรู้ทางเพศ รู้สึกไม่มีกำลังไร้เรี่ยวแรง ความคิดเชื่องช้า สมาธิเสีย มีปัญหาเกี่ยวกับความจำ และการตัดสินใจ นอนไม่หลับ หรือตื่นเช้ามาก (ประภากร ภูมิโคกรักษ์. 2550) อาการและอาการแสดงในแต่ละด้าน มีดังนี้

ด้านร่างกาย คือ ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าจะมีอาการเบื่ออาหารหรืออาจรับประทานอาหารจุและอยากอาหารหวาน ส่งผลให้น้ำหนักลดลงหรือน้ำหนักเพิ่ม อ่อนเพลียไม่มีแรง นอนไม่หลับหรือหลับยาก

ด้านจิตใจ คือ ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าจะหมดความสนใจสิ่งต่างๆ เป็นเวลาติดต่อกัน อย่างน้อย 2 สัปดาห์ อาการจะเชื่องช้าลง พูดน้อย คิดนาน รู้สึกไร้ค่า หรือรู้สึกผิด ไม่มีสมาธิ หรือมีความลังเลใจ มีความคิดอยากตายหรือคิดฆ่าตัวตาย

ด้านสังคม คือ ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าจะหมดความสนใจหรือความสุข เป็นอาการ ซึ่งพบในผู้ป่วยเกือบทุกราย ไม่มากก็น้อย ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าจะแยกตัวเองหรือละเลยกิจกรรม ซึ่งเคยชื่นชอบกิจกรรมทางเพศหรือทางอารมณ์รักใคร่ในผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า บางรายจะลดลงอย่างมากด้วยไม่มีสมาธิหรือความลังเลใจและลืมง่าย

ด้านจิตวิญญาณ คือ ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าจะรู้สึกไร้ค่า หรือรู้สึกผิดหรือตำหนิตนเองอย่างมาก โดยที่ทำความผิดเล็กน้อย ความคิดดังกล่าวอาจเข้าขั้นอาการหลงผิด เช่น มีความคิดว่า เป็นความผิดของตนเอง ที่รักษาโรคซึมเศร้าส่งผลทำให้เกิดปัญหาเศรษฐกิจของประเทศ

จากการทบทวนวรรณกรรมโรคซึมเศร้า พบว่า โรคซึมเศร้า คือ การแปรปรวนของอารมณ์ซึมเศร้าที่เกิดขึ้นอย่างถาวร ทั้งภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ปานกลาง หรือมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง ในช่วงเวลามากกว่า 2 สัปดาห์ จากการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า (9Q) ตามแบบคัดกรองของกรมสุขภาพจิต

กระทรวงสาธารณสุข

2.2 ระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้า (Epidemiology of Depressive Disorder)

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยชนิดของโรคซึมเศร้าที่พบบ่อย ได้แก่ โรคซึมเศร้าหลัก (Major Depression Disorder) ซึ่งพบว่า ความชุกชั่วชีวิตได้ตั้งแต่ร้อยละ 5 – 17 (พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. 2553) โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (อาจสูงถึงร้อยละ 25 ในเพศหญิง) (American Psychiatric Association. 2000) และโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Dysthymic Disorder) ซึ่งพบความชุกชั่วชีวิตได้ ตั้งแต่ร้อยละ 3 – 6 (พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. 2553) อุบัติการณ์ของโรคซึมเศร้าหลัก พบประมาณร้อยละ 10 ในผู้ป่วยที่มารับการรักษาในระดับปฐมภูมิ (Primary Care Patients) และพบถึงร้อยละ 15 ในผู้ป่วยที่มารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล (Medical Inpatients) ดังตาราง 1 แสดงถึงความชุกของโรคซึมเศร้าชนิดต่างๆ ต่อไปนี้

ตาราง 1 แสดงความชุกของโรคซึมเศร้าชนิดต่างๆ

โรคซึมเศร้า (Depressive Disorders)	ความชุกชั่วชีวิต (Lifetime Prevalence)
โรคซึมเศร้าหลัก (Major Depressive Disorder)	ตั้งแต่ร้อยละ 5 – 17 (เฉลี่ยร้อยละ 12) ร้อยละ 10 – 25 ในเพศหญิง ร้อยละ 5 – 12 ในเพศชาย
โรคซึมเศร้าหลักที่กลับมาเป็นซ้ำ หลังจากหายเต็มที่แล้วเกิดซ้อนทับกับโรคซึมเศร้าเรื้อรัง	ร้อยละ 3 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลัก
โรคซึมเศร้าที่กลับเป็นซ้ำ หลังจากที่ยังไม่หายเกิดซ้อนทับกับโรคซึมเศร้าเรื้อรัง หรือเรียกว่า โรคซึมเศร้าทวีคูณ	ร้อยละ 20 – 25 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลัก
โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Dysthymic Disorder)	ตั้งแต่ร้อยละ 3 – 6 (เฉลี่ยร้อยละ 5)
โรคซึมเศร้าชนิดอื่นๆ ได้แก่	
โรคซึมเศร้ารอง (Minor Dysthymic Disorder)	ประมาณร้อยละ 10
โรคซึมเศร้าช่วงสั้น (Recurrent Brief Depressive Disorder)	ประมาณร้อยละ 16
รวมโรคซึมเศร้าทุกประเภท (Unipolar Depressive Disorders)	ประมาณร้อยละ 20 – 25

ที่มา: พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2553). *การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า.*

เพศ

โรคซึมเศร้ามักจะพบในเพศหญิงมากกว่าในเพศชาย พบว่า ความชุกของโรคซึมเศร้าในเพศหญิงสูงเป็น 2 เท่าของความชุกในเพศชาย (พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. 2553)

อายุ

อายุเฉลี่ยของการเกิดโรคซึมเศร้าหลัก คือ ประมาณ 40 ปี ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลัก มีอายุการเกิดโรคอยู่ระหว่าง 20 – 50 ปี แต่โรคซึมเศร้าหลักก็ยังสามารถเกิดขึ้นได้ในช่วงวัยเด็กและวัยสูงอายุด้วย ส่วนโรคซึมเศร้าเรื้อรัง มักจะพบบ่อยในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่าโรคซึมเศร้าหลัก (พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. 2553)

สถานภาพสมรส

โรคซึมเศร้าหลักจะพบบ่อยในผู้ที่ขาดความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลใกล้ชิด โดยพบอัตราการเกิดโรคซึมเศร้าหลักสูงสุดในผู้ที่แยกทางหรือหย่าร้าง และพบต่ำสุดในผู้ที่โสดหรือสมรส (Sadock, BJ.; & Sadock, VA. 2003) นอกจากนี้ยังพบว่า มีความแตกต่างกันทางเพศ คือ ผู้หญิงโสดจะพบโรคซึมเศร้าหลักต่ำกว่าผู้หญิงที่สมรส ในขณะที่ผู้ชายที่สมรส จะพบอัตราของโรคซึมเศร้าหลักต่ำกว่าผู้ชายที่เป็นโสด (Blazer, DG. 2000)

สถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจ

โรคซึมเศร้าหลักจะพบในเขตชนบทมากกว่าเขตในเมือง การศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจ และโรคซึมเศร้าได้ผลแตกต่างกันไป บางการศึกษาก็พบว่าโรคซึมเศร้าเรื้อรัง มักพบในผู้ที่มีสถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจในระดับต่ำ ซึ่งได้แก่ ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำและผู้ที่มีรายได้น้อย แต่บางการศึกษาก็พบว่า สถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจกับ โรคซึมเศร้าหลัก มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำหรือไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างกัน (พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. 2553)

ประวัติครอบครัว

โรคซึมเศร้าจะพบสูงขึ้นในผู้ที่มีประวัติของโรคซึมเศร้าในครอบครัว โดยเฉพาะ ในญาติลำดับแรก (First – Degree Relatives) นอกจากนั้นยังพบสูงในครอบครัวที่มีประวัติการฆ่าตัวตาย (Suicide) และการติดสุราอีกด้วย (พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. 2553)

ประสบการณ์ช่วงวัยเด็กเล็ก

ประสบการณ์การสูญเสียบิดา-มารดา ในช่วงก่อนวัยรุ่น จะเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่ ประสบการณ์ที่กระทบกระเทือนใจในวัยเด็ก ปัญหาการขาดครอบครัว และความแตกต่างภายในครอบครัวก็เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญเช่นกัน นอกจากนั้นเหตุการณ์ต่างๆ เช่น การแยกทาง การหย่าร้างของบิดา – มารดา รวมถึงการถูกบิดา – มารดา ละทิ้ง ก็พบว่า เป็นปัจจัยเสี่ยงเช่นกัน (พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. 2553)

2.3 โรคทางจิตเวชที่เกิดร่วม

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลักมักจะพบว่าโรคทางจิตเวชทางอื่นร่วมด้วยค่อนข้างมากในชนิดของโรคซึมเศร้าด้วยกัน มักจะพบว่า มีโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Dysthymic Disorder) เกิดร่วมได้บ่อย ซึ่งเรียกว่าโรคซึมเศร้าทวีคูณ (Double Depression) นอกจากนั้นแล้ว โรคทางจิตเวชอื่นๆ ที่พบร่วมด้วยบ่อยๆ ได้แก่ กลุ่มโรควิตกกังวล (Anxiety Disorder) เช่น โรคตื่นตระหนก (Panic Disorder) โรควิตกกังวล (Generalized Anxiety Disorder) และโรคย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive Compulsive Disorder) โรคที่เกิดจากการใช้สารเสพติด (Substance Use Disorders) เช่น การใช้สุราในทางที่ผิด (Alcohol Bbuse) และการติดสุรา (Alcohol Dependence) รวมถึงบุคลิกภาพผิดปกติ (Personality Disorders) เช่น บุคลิกภาพผิดปกติแบบก้ำกึ่ง (Borderline Personality Disorders) เป็นต้น (พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. 2553)

2.4 การศึกษาระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้าในประเทศไทย

การศึกษาระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้าในประเทศไทยที่ผ่านมา พบอัตราการเกิดโรคซึมเศร้าในประเทศไทยที่แตกต่างกัน เนื่องจากความแตกต่างด้านคำจำกัดความของโรคซึมเศร้าหรือภาวะซึมเศร้า กลุ่มประชาการที่ศึกษารวมถึงเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา แต่โดยเฉลี่ยแล้วพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในประชากรผู้ใหญ่ในประเทศไทย ประมาณร้อยละ 20 – 40 (สรยุทธ วาสิกนานนท์. 2547) และจากการศึกษาระบาดวิทยาของโรคจิตเวชในเขตกรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ. 2542 (นันทิกา ทวิชาชาติ และคณะ. 2548) โดยวิธีการสัมภาษณ์ โดยใช้แบบสอบถามแบบมีโครงการดัดแปลงจาก Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) และ Composite International Diagnostic Interview (CIDI) พบว่า อัตราความชุกชั่วชีวิต (Lifetime Prevalence) ของโรคซึมเศร้าหลัก ประมาณร้อยละ 19.90 และโรคซึมเศร้าเรื้อรัง ร้อยละ 1.00

จากการทบทวนวรรณกรรมระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้าและการศึกษาความชุกโรคซึมเศร้าผู้สูงอายุจังหวัดเชียงราย พบว่า อัตราความชุกของโรคซึมเศร้าจากแบบประเมิน โรคซึมเศร้า (9Q) ในผู้สูงอายุ 384 ราย ใน 3 อำเภอที่ต้องเฝ้าระวัง ดังกล่าว พบว่า อัตราความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง ร้อยละ 8.97 ระดับปานกลาง ร้อยละ 23.44 และระดับน้อย ร้อยละ 16.96 และพบมากที่สุดในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย คือ ผู้สูงอายุที่มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง ร้อยละ 4.00 ระดับปานกลาง ร้อยละ 18.29 และระดับน้อย ร้อยละ 13.71 จากนั้นผู้วิจัยเข้าศึกษาข้อมูลระดับปฐมภูมิของอำเภอเมือง พบว่า พื้นที่ที่ต้องเฝ้าระวังมากที่สุดคือ ตำบลรอบเวียง ผู้วิจัยจึงเข้าไปสำรวจความชุกของโรคซึมเศร้าจากแบบประเมิน โรคซึมเศร้า (9Q) ในผู้สูงอายุตำบลดังกล่าว จำนวน 405 ราย พบว่า ระดับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง ร้อยละ 2.25 ระดับปานกลาง ร้อยละ 2.47 และระดับน้อย ร้อยละ 15.55

สาเหตุของโรคซึมเศร้า

สาเหตุของโรคซึมเศร้าประกอบด้วยปัจจัยหลายอย่าง ทั้งปัจจัยทางชีวภาพและปัจจัยทางจิตสังคม ดังนี้

1. ปัจจัยด้านชีวภาพ (Biological Factors)

1.1 พันธุกรรมพบว่า พันธุกรรมมีส่วนเกี่ยวข้องสูง ในการป่วยโรคซึมเศร้าโดยเฉพาะในกรณีของการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า โดยมีความเสี่ยงในญาติสายตรง ร้อยละ 7 (ประภากร ภูมิโคกรักษ์. 2550) จากการศึกษาถึงสาเหตุของอารมณ์แปรปรวนด้านพันธุกรรม พบว่า มีความสัมพันธ์กับโรคอารมณ์แปรปรวน การศึกษาเกี่ยวกับครอบครัวของผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนชนิดขั้วเดียว (Bipolar One) พบว่า ร้อยละ 50 ของอารมณ์แปรปรวนชนิดนี้จะมีอย่างน้อยบิดาหรือมารดา คนใดคนหนึ่งเป็นโรคอารมณ์แปรปรวน ซึ่งมักเป็นโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง ซึ่งหากบิดาหรือมารดาป่วยเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนชนิดนี้ โดยเฉพาะบุตรจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนถึงร้อยละ 50 – 75 และจากการศึกษาในฝาแฝด พบว่า ในฝาแผดไข่ใบเดียวกัน อัตราความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอารมณ์แปรปรวนสูง ร้อยละ 33 – 99 และโรคซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 50 ในฝาแฝดไข่คนละใบอัตราสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง ร้อยละ 10 – 25 จากการศึกษาดังกล่าว สามารถยืนยันได้ว่า พันธุกรรมเป็นปัจจัยเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้า

1.2 ความผิดปกติของกระบวนการเมตาบอลิซึมของสารสื่อประสาทในสมอง พบว่า การขาดแคทิโคลามีน (Catecholamine) โดยเฉพาะ Synapse ของเซลล์ประสาทและซีโรโทนิน (Serotonin) มีปริมาณลดลง

1.3 ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ ได้แก่ ระบบการทำงานของต่อไร้ท่อ สารคอติซอล (Cortisol) หลั่งมาก การมีภาวะซึมเศร้าทำให้การทำงานของไฮโปธาลามิค พิทูอิทารี อะดรินอลแอซิค (Hypothalamic – Pituitary – Adrenal Axic : HPA – Axis) เพิ่มขึ้นทำให้ระดับกลูโคคอร์ ติคอย (Glucocorticoid) ในพลาสม่าเพิ่มขึ้น ส่งผลยับยั้งกระบวนการนิวโรเจนนีซีส (Neurogeneisi) และเดนไดรติค รีโมเดลลิง (Dendritic Remodeling) ในฮิปโปแคมปัส (Hippocampus) เกิดการฝ่อลง หรือตายลง ในแง่ของความสัมพันธ์กับอาการแสดง คาดว่าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าน่าจะมีความผิดปกติบริเวณลิมบิก ซิสเต็ม (Linbic System) ซึ่งเกี่ยวข้องกับด้านอารมณ์ ความคิด บริเวณไฮโปรทาลามัส (Hypothalamus) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการควบคุมการหลั่งฮอร์โมน เกี่ยวข้องกับการนอนหลับผิดปกติ พฤติกรรมทางเพศผิดปกติ (มาโนช หล่อตระกูล; และ ปราโมทย์ สุคนิชย์. 2546)

2. ปัจจัยด้านจิตสังคม (Psychosocial Factors)

ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้า ประกอบด้วยปัจจัยภายในจิตใจหรือปัจจัยพลวัตทางจิต (Intrapsychic or Psychodynamic Factors) ปัจจัยทางความคิด (Cognitive Factors) ปัจจัยทางพฤติกรรม (Behavioral Factors) และปัจจัยทางสัมพันธภาพและสังคม (Interpersonal and Social Factors)

ปัจจัยภายในจิตใจหรือปัจจัยพลวัตทางจิต (Intrapsychic) ปัจจัยทางด้านจิตใจได้ให้ความสำคัญกับความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจที่เกิดจากประสบการณ์ในอดีต หรือประสบการณ์ในความยากลำบากในวัยเด็ก รวมถึงการขาดการเลี้ยงดูที่ดีในวัยเด็ก (พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. 2553) ประกอบด้วย

ปัจจัยทางความคิด (Cognitive Factors) ส่งผลให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้าเช่นกัน โดยพบว่า ความคิดที่บิดเบือนและกระบวนการคิดที่บิดเบือนไม่สมเหตุสมผล (Distortion of

Cognitive of Thinking) ส่งผลทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า บุคคลที่เป็นโรคซึมเศร้าจะมีมุมมองทางลบต่อตนเอง ประสบการณ์และสิ่งภายนอกรวมถึงอนาคตโดยจะมองว่าตนเองไม่มีความสามารถ ไม่เป็นที่ต้องการของใคร มองผู้อื่นว่าคอยกลั่นแกล้งและคอยเอารัดเอาเปรียบ มองอนาคตว่ามีแต่ความยากลำบาก ความทุกข์-ทรมานและความล้มเหลว

ปัจจัยทางด้านพฤติกรรม (Behavioral Factors) มีความเกี่ยวข้องกับอาการของโรคซึมเศร้าเช่นกัน โดยจะพบว่า ผู้ที่จะประสบความล้มเหลวและความผิดหวังซ้ำๆ (Repeated Failures and Disappointments) จะก่อให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง และหมดอาลัยตายอยาก จนนำไปสู่อาการของโรคซึมเศร้า (Akiskal, HS. 1995) และนอกจากนั้นยังพบว่า พฤติกรรมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเองก่อให้อาการของโรคซึมเศร้านั้นเป็นมากขึ้น ดังนั้น การย้ำคิดถึงเรื่องเดิมๆ เป็นเวลานานๆ ทำให้บุคคลนั้นๆ พลาดโอกาสในการทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความเพลิดเพลินหรือความพอใจ ส่งผลให้อาการซึมเศร้าของตนเองนั้นเป็นอยู่ต่อเนื่องไปอีก หรือเป็นมากขึ้น (World Health Organization Collaborating Centre. 1997)

ปัจจัยทางด้านความสัมพันธ์และสังคม (Interpersonal and Social Factors) ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับอาการของโรคซึมเศร้าอีกปัจจัยหนึ่ง คือ ปัจจัยเกี่ยวกับสัมพันธภาพและปัญหาทางสังคมเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้า และเป็นปัจจัยที่มีให้อาการของโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยนั้นคงอยู่ต่อไปด้วย ได้แก่ เหตุการณ์ความเครียดต่างๆ ในชีวิต (Stressfull Life Events) การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต (Any Life Changes) รวมถึงปัญหาสัมพันธภาพและปัญหาสังคมต่างๆ โดยมักจะพบว่า ผู้ป่วยซึมเศร้าหลายรายมักจะประสบกับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต โดยเฉพาะคู่สมรส การแยกทางหรือการหย่าร้าง ปัญหาความสัมพันธ์และการเจ็บป่วย (พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. 2553)

จากการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษาในพื้นที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ของจังหวัดเชียงรายที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (Depressive Disorder) มีสาเหตุมาจากปัจจัยด้านจิตสังคม (Psychosocial Factors) คือ ปัญหาส่วนใหญ่ของของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอยุมาจากการมีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมัน โรคปวดข้อและกระดูก เป็นต้นปัญหารองลงมา คือ ผู้สูงอายุอยู่บ้านโดดเดี่ยวและ/หรือเลี้ยงหลานบุตรไปทำงานต่างจังหวัด และปัญหาอันดับสุดท้ายคือ ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจเนื่องจากอายุมากไม่สามารถหารายได้ให้กับตนเองเหมือนอยู่ในช่วงวัยทำงานจึงต้องอาศัยพึ่งพาบุตรหลาน ซึ่งปัญหาเหล่านี้จัดอยู่ในปัจจัยทางด้านจิตสังคม (Psychosocial Factors) ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงรายปัจจัยด้านความคิด (Cognitive Factors) ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุจังหวัดเชียงรายมีกระบวนการความคิดที่บิดเบือนไม่สมเหตุสมผล คิดทางลบต่อตนเอง มองตนเองเป็นคนไม่มีความสามารถ ไม่เป็นที่ต้องการของใคร มองผู้อื่นคอยกลั่นแกล้งและคอยเอารัดเอาเปรียบ มองอนาคตว่ามีแต่ความยากลำบาก ความทุกข์ทรมานและความล้มเหลว ปัจจัยทางด้านพฤติกรรม (Behavioral Factors) ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย ส่วนใหญ่มาจากความผิดหวังจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เช่น สามี หรือบุตรหลาน จึงทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวังและหมดอาลัยตายอยาก พฤติกรรมเหล่านี้จึงก่อให้เกิดเป็นโรคซึมเศร้ามากขึ้น และปัจจัยทางด้านความสัมพันธ์และสังคม (Interpersonal and Social Factors) จากการศึกษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย

พบว่า เหตุการณ์ต่างๆ ที่เป็นสาเหตุของความเครียดในชีวิต การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต เช่น อารมณ์โศกเศร้าจากการสูญเสีย เช่น คู่สมรส หรือญาติใกล้ชิด ความขัดแย้งหรือไม่ลงรอยกันในครอบครัวหรือเพื่อนบ้าน การแยกทางกันระหว่างสามีภรรยา การย้ายถิ่น ปัญหาสุขภาพหรือการเจ็บป่วย ปัจจัยเหล่านี้เป็นสาเหตุที่ส่งผลทำให้ เกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย

อาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้า

1. กลุ่มอาการทางอารมณ์ (Mood Symptoms) ได้แก่ อารมณ์เศร้า (Depressed Mood) และความสนใจหรือความเพลิดเพลินในกิจกรรมต่างๆ ลดลงอย่างชัดเจน (Markedly Diminished Interest or Pleasure) อารมณ์เศร้าที่เกิดขึ้นนั้น จะเป็นติดต่อกันนานเกินกว่าที่ควรจะเป็นจากผลกระทบของเหตุการณ์ความเครียดที่ผู้ป่วยเผชิญ ความสนใจและความเพลิดเพลินที่ลดลงจะทำให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่างๆ และทำงานต่างๆ ให้สำเร็จได้ลำบากจนทำให้ผู้ป่วยบางรายรู้สึกว่า ตนเองเหมือนคนขี้เกียจ ไม่อยากทำอะไร ถึงแม้อารมณ์เศร้าจะเป็นอาการทางอารมณ์ที่เด่นชัดที่สุดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก็ยังพบว่ายังมีอารมณ์อื่นๆ เกิดขึ้นร่วมด้วยได้ เช่น ความรู้สึกกังวล อารมณ์หงุดหงิด อารมณ์โกรธ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลายรายจะมีอาการวิตกกังวล เกิดขึ้นร่วมด้วย โดยอาจพบบ่อยถึงร้อยละ 90 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยอาการวิตกกังวลที่เกิดขึ้นอาจจะเป็นความวิตกกังวลไปล่วงหน้า หรืออาจจะเป็นอาการวิตกกังวลที่รุนแรงจนกลายเป็นอาการตื่นตระหนกก็ได้

2. กลุ่มอาการทางชีวภาพ (Vegetative Symptoms) หรือกลุ่มอาการทางกาย (Somatic Symptoms) ได้แก่ อ่อนล้า หมดเรี่ยวแรง นอนไม่หลับ โดยมักพบการตื่นเร็วกว่าปกติ หรือตื่นกลางดึกหลายครั้งความอยากอาหารลดลง น้ำหนักลดลง แต่ในบางรายอาจพบว่า มีความอยากอาหารมากขึ้น น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น และนอนมากกว่าปกติ ซึ่งเรียกว่าอาการที่ไม่เป็นไปตามแบบฉบับและยังพบประจำเดือนผิดปกติ เช่น ประจำเดือนขาด ปัญหาสมรรถทางเพศลดลง เช่น ความต้องการและความตั้งใจทางเพศลดลง และกิจกรรมทางเพศลดลง ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หลายรายมักจะบอกถึงอาการทางร่างกายที่เกิดร่วมหลายอย่าง เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง อาหารไม่ย่อย ท้องผูกหรือท้องเสีย และคลื่นไส้อาเจียนด้วย

3. กลุ่มอาการที่เกี่ยวกับจิตใจการเคลื่อนไหว (Psychomotor Symptoms) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลายรายมีจิตใจการเคลื่อนไหวช้าลง จนเชื่องช้า รายที่มีอาการรุนแรงจะมีการเคลื่อนไหวน้อยมากจนแทบไม่ขยับเนื้อตัว อาจจะมีการนิ่งไม่พูด หรืออยู่นิ่งนานๆ โดยไม่เคลื่อนไหว ผู้ป่วยบางรายมีจิตใจเคลื่อนไหวแบบหงุดหงิดคือรู้สึกว่าจิตใจไม่อยู่นิ่ง กระสับกระส่าย กระวนกระวาย และลุกลี้ลุกลน

4. กลุ่มอาการทางความคิด (Cognitive Symptoms) ได้แก่ การไม่มีสมาธิ ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 84 การไม่สามารถคิดตัดสินใจ ความรู้สึกผิด มีความคิดโทษหรือตำหนิตนเอง ความรู้สึกท้อแท้ หมดหวังหรือสิ้นหวัง และความรู้สึกไร้ค่า จนอาจถึงความคิดอยากตาย หรือความคิดอยากฆ่าตัวตาย

5. กลุ่มอาการทางสัมพันธภาพ (Interpersonal Symptoms) กลุ่มทางสังคม ได้แก่ ปัญหาความสัมพันธ์กับบุคคล การขาดการสนับสนุนทางสังคมที่ดี การไม่เข้าสังคม และการแยกตัวจากสังคม ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลายรายมักพบว่า ขาดความสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นและขาดการสนับสนุนทางสังคมที่ดี เนื่องจากปัญหาความสัมพันธ์และปัญหาขัดแย้งกับบุคคลรอบข้างจากปัญหาอารมณ์ของตน

และเมื่อเกิดอาการของโรคซึมเศร้า ทำให้ยิ่งแยกตัวจากสังคมมากขึ้น เนื่องจากรู้สึกว่าไม่อยากพูดคุย พบปะหรือสังสรรค์กับใคร

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับอาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย พบว่า ผู้ป่วยมีอาการทางด้านอารมณ์ เช่น ความวิตกกังวล หงุดหงิด โกรธง่าย กลุ่มอาการทางด้านกาย มีอาการอ่อนล้า หมดเรี่ยวแรง นอนไม่หลับ ตื่นแต่เช้าความอยากอาหารลดลง น้ำหนักลด ปวดศีรษะ และท้องผูก อาการที่เกี่ยวกับจิตใจการเคลื่อนไหว เช่น มีการเคลื่อนไหวช้าลง พูดช้าลงบางรายที่พบ มีอาการนิ่งไม่ตอบคำถาม และความรู้สึกช้า อาการทางด้านความคิด เช่น มีอาการไม่มีสมาธิ เช่น การตัดสินใจช้าลงหรือไม่กล้าตัดสินใจกลัวความผิด และหมดหวัง ความรู้สึกไร้ค่า และอาการทางด้าน สัมพันธภาพทางสังคม เช่น แยกตัวออกจากสังคม แยกตัวอยู่คนเดียว ขัดแย้งกับบุคคลรอบข้างเนื่องจาก ปัญหาทางด้านอารมณ์ของตน

3. การส่งเสริมสุขภาพจิต (Mental Health Promotion)

องค์การอนามัยโลก (WHO. 2001) กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพ คือ กระบวนการที่จะทำให้คนเราสามารถควบคุมจิตใจตนเองได้ เพื่อที่จะเอื้อให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น การส่งเสริมสุขภาพจิตจะมีความเกี่ยวข้องกับกิจกรรมทุกๆ กิจกรรม เพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิตทั้งรายบุคคล ครอบครัว และชุมชน การส่งเสริมสุขภาพจิตมีความสำคัญและตระหนักถึงความต้องการทางสุขภาพจิต ไม่ว่าบุคคลนั้นจะมีความเจ็บป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยทางจิตหรือไม่ เป้าหมายหรือกิจกรรมของการส่งเสริมสุขภาพจิตมุ่งที่ชุมชน

การส่งเสริมสุขภาพ ดำเนินการใน 3 ระดับ ในแต่ละระดับ ประกอบด้วย กลุ่มประชาชนทั่วไป ผู้มีกลุ่มเสี่ยง และผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต

กลุ่มประชาชนในชุมชน เป็นการเพิ่มและสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพจิต การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตในโรงเรียน สถานที่ทำงาน ชุมชน สถานที่เลี้ยงเด็ก และเครือข่าย การให้การช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต

ในระดับบุคคล เป็นการเพิ่มความสามารถด้านการปรับอารมณ์ การสร้างเสริมความรู้สึก มีคุณค่าในตนเอง ทักษะการเผชิญความเครียด การสื่อสาร การเจรจาต่อรอง การสร้างสัมพันธภาพและทักษะการเป็นพ่อแม่

ระดับการลดอุปสรรคที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต โดยการให้สุขภาพจิตศึกษาในทุกระดับของชุมชน ผู้ที่มีภาวะเสี่ยง

หลักของงานส่งเสริมสุขภาพจิต ประกอบด้วย (จุฑารัตน์ สถิรปัญญา. 2554)

1. มีนโยบายการพัฒนา (Policy Development) คือ การกำหนดนโยบายในการพัฒนาเรื่องต่างๆ เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น เช่น นโยบายในการพัฒนาเรื่องต่างๆ เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น เช่น นโยบายการจัดการขจัดความยากจน การพัฒนาคนและสังคมที่มีคุณภาพ การรักษาความมั่นคงของรัฐ การปรับโครงสร้างทางเศรษฐกิจ การสร้างเมืองไทยแข็งแรง การส่งเสริมสุขภาพมารดา โครงการถุงรับขวัญ

2. มีการประเมินสถานภาพสุขจิตชุมชน (Mental Health Assessment) คือ มีการเก็บรวบรวมข้อมูลสุขภาพของชุมชน แล้วนำมาวิเคราะห์เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพจิตของชุมชน ตามสภาพการณ์ของความต้องการ

3. มีความแน่นอนในการดำเนินงานสุขภาพจิต (Mental Health Assurance) คือ ให้ความรับผิดชอบที่จะทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี โดยการกระตุ้นการดำเนินงานชุมชน ทั้งภาครัฐและเอกชนให้ทำอย่างจริงจัง ร่วมกับการออกระเบียบที่เหมาะสม

การส่งเสริมสุขภาพจิต เป็นการป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต ต้องเริ่มตั้งแต่ทารกอยู่ในครรภ์มารดา หรือเริ่มตั้งแต่สถาบันครอบครัว ซึ่งเป็นสถาบันแห่งแรกที่มีอิทธิพลสำคัญต่อพฤติกรรมของบุคคล บุคลิกภาพและการปรับตัว ถ้าสภาวะภายในครอบครัวและสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัวเป็นไปด้วยดี พ่อแม่ให้ความรักความเข้าใจ เอาใจใส่ดูแลลูก มีความรู้ความเข้าใจในการอบรมเลี้ยงดูลูกอย่างเหมาะสม ครอบครัวนั้นย่อมจะสร้างเด็กที่มีชีวิตปกติสุข

คนทุกคนย่อมมีความยากและความต้องการเป็นธรรมดา แต่อาจสมหวังหรือผิดหวัง พอใจหรือไม่พอใจก็ได้ ซึ่งจะทำให้เป็นสุขหรือเป็นทุกข์ที่อยู่ในใจของตนเองว่ายอมรับมากน้อยเพียงใด ดังนั้นเมื่อเกิดปัญหาขึ้นก็ต้องเลือกวิธีลดความเครียดด้วยตนเอง โดยใช้วิธีใดวิธีหนึ่ง แต่การส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดี คือ การป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้นโดยเริ่มที่ใจของตนเองก่อน

การส่งเสริมสุขภาพจิตที่สำคัญ โดยการเริ่มที่ตนเอง มีวิธีการดังนี้

1. ฝึกควบคุมอารมณ์ ไม่ด่วนดีใจ เสียใจ หรือขาดสติโกรธจนลืมตัว ให้หมั่นเตือนตัวเองอยู่เสมอว่า คนที่กลัวเสียศักดิ์ศรีคือ คนที่มีปมด้วย คนขาดเหตุผล คือ คนโง่และคนที่ไม่รู้จักให้อภัยผู้อื่น คือ คนเห็นแก่ตัว

2. สะสมไมตรี มองผู้อื่นในแง่ดี จะทำให้สร้างมิตรได้ง่าย ควรจำไว้ว่า คนย่อมมีทั้งด้านดีและด้านไม่ดี ไม่มีใครสมบูรณ์ไปทุกอย่าง และไม่มีใครอยากให้เห็นด้านไม่ดีของตน การรู้จักด้านที่ดีของผู้อื่น และยกย่องชมเชย จะทำให้เกิดมิตรและเป็นผลดีต่อตนเอง

3. ไม่หนีอุปสรรค การดำเนินชีวิตย่อมมีอุปสรรคบ้างเป็นธรรมดา เช่น ต้องพบปัญหาพบกับความสมหวัง ผิดหวัง เป็นต้น ไม่ควรยอมแพ้หรือหนีอุปสรรคแบบง่ายๆ แต่ควรจะอดทนพยายามใช้เหตุผลแก้ไขผ่อนปรนสถานการณ์ อุปสรรคทุกอย่างย่อมมีการแก้ไขได้เสมอไป และย่อมให้อภัยในความผิดพลาดของผู้อื่น

4. รู้จักฝึกใจ ต้องหมั่นฝึกจิตใจให้มีความหมั่นคงและยุติธรรมของผู้อื่น ไม่ถือความคิดของตนเองว่า ถูกต้องเสมอไป ด้วยการยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น พยายามเข้าใจความรู้สึกและยอมให้อภัยในความผิดพลาดของผู้อื่น

5. ใฝ่เสริมคุณค่า การสร้างคุณค่าให้ตนเอง คือ การทำตนให้เป็นประโยชน์โดยหาโอกาสช่วยเหลือผู้อื่นหรือส่วนร่วม และการทำบุญทำทานด้วยความจริงใจ ไม่หวังผลตอบแทน

6. หาความสงบสุข ชีวิตจะมีความสุขได้ถ้าถ้ารู้จักลดความตึงเครียด โดยสร้างอารมณ์ขันให้เกิดขึ้น หาโอกาสผักผ่อนหย่อนใจให้เพลิดเพลินไปกับกิจกรรม เช่น การเล่นดนตรี การละเล่น

7. การท่องเที่ยว เล่นเกม ออกกำลังกาย และเล่นกีฬาต่างๆ หรือหาความสงบด้วยการฝึกจิตใจให้ว่าง ฝึกทำสมาธิ เป็นต้น

กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจิต

การดำเนินการส่งเสริมสุขภาพจิต มีความจำเป็นต้องใช้ระบบการบริหารจัดการในรูปแบบของการมีส่วนร่วมและการใช้นโยบายเชิงรุก เช่นเดียวกับหลักของการส่งเสริมสุขภาพ ตามกฎออตาวาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (Ottawa Charter for Health Promotion) ว่าด้วยยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ แนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพดังกล่าว ได้ถูกนำมาใช้ในการนำเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิต ในประเทศไทย โดยมีหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบ คือ กรมสุขภาพจิต ดังนี้

1. การสร้างนโยบายเพื่อสุขภาพ (Build Healthy Public) นโยบายส่งเสริมสุขภาพมีวิธีการที่หลากหลาย แต่สอดคล้องสนับสนุนกัน โดยผู้กำหนดจะต้องคำนึงถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อสุขภาพเป็นสำคัญ

2. การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create Supportive Environment) ส่งเสริมให้คนและสิ่งแวดล้อมอยู่ร่วมกันอย่างเกื้อหนุนและสมดุล ถือว่า การอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติทั่วโลกเป็นภารกิจร่วมกันของประชากรโลก เปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินชีวิตการทำงาน การผักผ่อน ให้มีสุขภาวะที่ดีและปลอดภัยโดยไม่ทำลายสิ่งแวดล้อม

3. การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง (Strengthen Community Action) เป็นการสนับสนุนให้ชุมชนพึ่งตนเองได้ โดยชุมชนเป็นผู้ตัดสินใจและจัดการ มีการระดมทรัพยากรและวัตถุภายในชุมชน ทั้งนี้ชุมชนจะต้องได้รับข้อมูลข่าวสาร โดยโอกาสการเรียนรู้และแหล่งทุนสนับสนุน

4. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop Personal skill) การส่งเสริมสุขภาพ โดยการสนับสนุนในเรื่องการพัฒนาบุคคลและสังคม ด้วยการให้ข้อมูลข่าวสาร การศึกษาเพื่อสุขภาพและการเสริมทักษะชีวิตในการจัดการที่ดีเพื่อป้องกันและควบคุมสุขภาพตนเอง

5. การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ (Reorient Health Services) การจัดระบบบริการสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพเป็นความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างบุคคล ชุมชน และบุคลากรสาธารณสุขสถาบันบริการสาธารณสุขและรัฐบาล ซึ่งต้องทำงานร่วมกัน เพื่อมุ่งไปสู่สุขภาพประชาชน ในการปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุขจำเป็นต้องให้ความสำคัญในด้านการวิจัยทางสาธารณสุข หลักสูตรการฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุขสาขาต่างๆเพื่อปรับเปลี่ยนเจตคติ โดยมองปัญหาของปัจเจกบุคคลไปสู่การมองปัญหาในองค์รวม

การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต (อัมพร โอตระกูล. 2538) ได้ให้คำแนะนำการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตไว้ 3 ระยะ ดังนี้

การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระยะแรก (Primary Prevention)

การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระยะแรก หมายถึง การป้องกันโรคหรืออันตรายที่จะเกิดขึ้นกับสมอง เช่น โรคติดเชื้อที่เกี่ยวกับสมอง อุบัติเหตุทางสมอง และโรคไร้เชื้อที่เกิดกับสมอง รวมทั้งการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะปัญญาอ่อน ซึ่งในแต่ละช่วงอายุ จะมีการป้องกันพิเศษ ดังนี้

1. วัยทารกและวัยเด็ก การให้การดูแลสุขภาพสุขภาพแก่หญิงมีครรภ์ เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่อเซลล์สมองของทารกตั้งแต่อยู่ในครรภ์ ป้องกันความพิการต่อเด็กที่จะเกิดมา เช่น ทารกน้ำหนักน้อย คลอดก่อนกำหนด เป็นต้น และป้องกันไม่ให้หญิงตั้งครรภ์กระทบกระเทือนต่อจิตใจ เช่น การถูกสามีทอดทิ้ง หรือสามีไม่ยอมรับการตั้งครรภ์ เพราะจำทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่สนใจดูแลสุขภาพตนเอง หรือพยายามหาทางทำแท้ง

2. วัยเรียน การให้พ่อแม่ตระหนักถึงการเลี้ยงดูเด็กให้เหมาะสมตามวัย โดยให้โอกาสเด็กได้เรียนรู้ ได้ฝึกหัดระเบียบวินัย พ่อแม่ควรเข้าใจการให้อาหารเด็กที่มีคุณภาพและป้องกันอุบัติเหตุทางสมองที่อาจเกิดแกเด็ก

3. วัยรุ่น พ่อแม่ควรเข้าใจต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของเด็กเพื่อช่วยเหลือแนะนำแก่เด็ก ในการปรับตัวเกี่ยวกับเรื่องเพศ การคบเพื่อนต่างเพศ การวางตัว ในสังคมที่จะพึ่งพาตนเองได้ การเลือกวิชาชีพและแนะแนวทางการดำเนินชีวิต

4. วัยผู้ใหญ่ การรู้จักการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่พบในการดำรงชีวิต ได้แก่ ปัญหาในอาชีพการงาน ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในชีวิตสมรสและครอบครัว การรู้จักปรับตัวอย่างเหมาะสม เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นหรือมีเหตุการณ์รุนแรงที่ต้องเผชิญในการดำเนินชีวิต

5. วัยสูงอายุ การรู้จักเตรียมตัวเตรียมใจก่อนเกษียณอายุ รู้จักการดำรงชีวิตอย่างเหมาะสมกับวัยที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นจนเกินไป รู้จักระวังรักษาสุขภาพต่อสังขารที่เริ่มเสื่อม เพื่อป้องกันไม่ให้ป่วยเป็นโรคต่างๆ ที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง เส้นเลือดตีบ และโรคข้อกระดูกต่างๆ

การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระยะที่ 2 (Secondary Prevention)

การป้องกันในระยะที่ 2 หมายถึง สามารถตรวจสอบโรคได้ในระยะเริ่มแรก การวินิจฉัยโรคไม่ได้ล่าช้าเพื่อไม่ให้โรคหรือการเจ็บป่วยนั้นลุกลามเป็นมากจนแก้ไขหรือรักษาได้ยาก ในทางสาธารณสุขสามารถทราบหรือประเมินโดยดูอัตราความชุกของโรค (Prevalence Rate) ซึ่งพบว่า ลดลงถ้ามีการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระยะที่ 2 ดังนี้

1. วัยทารกและวัยเด็ก ความตระหนักและความเข้าใจในปัญหาทางอารมณ์และจิตใจของเด็ก เช่น การลงมือลงเท้า ความกลัวไม่ยอมไปโรงเรียน ปัญหาการพูดช้าในเด็ก เป็นต้น ซึ่งถ้าเข้าใจว่าเป็นเรื่องที่สามารถแก้ไขได้แล้ว รีบให้ความช่วยเหลือแก้ไข ก็จะป้องกันการลุกลามไม่ให้เป็นรุนแรงหรือเรื้อรังได้

2. วัยเรียน สามารถตรวจและให้การรักษาแต่เริ่มแรกการเจ็บป่วยหรือปัญหาต่างๆ ทั้งทางร่างกายและทางจิตใจของเด็ก เช่น พ่อ แม่ หรือครูตระหนักต่อปัญหาการเรียนในเด็ก ควรสืบหาสาเหตุว่า ปัญหาผลการเรียนต่ำ มีสาเหตุจากอะไร เช่น จากความบกพร่องทางปัญญาหรือความพิการของระบบประสาท จะทำให้เด็กเรียนไม่ได้ หรือไม่ใช่ปัญหาทางร่างกาย แต่เป็นปัญหาทางอารมณ์และจิตใจที่เกิดจากครอบครัว เด็กมีปัญหาจนมีผลกระทบทำให้เด็กไม่สนใจเรียน เพื่อจะได้ช่วยเหลือแก้ไขให้ถูกต้อง ปัญหาก็จะไม่ลุกลามต่อไปจนก่อให้เกิดปัญหาพฤติกรรมอื่นๆ เช่น เด็กไม่มีจิตใจจะเรียน

เมื่อเด็กไม่อยากเรียน แต่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ก็จะใช้วิธีการพูดปกกับพ่อแม่ หรืออาจถึงขั้นหนีโรงเรียน ซึ่งเมื่อถึงขั้นนั้นก็อาจนำไปสู่ปัญหายุ่งยากเลวร้านอื่นๆ อีก เมื่อเด็กไม่ไปโรงเรียนก็จะเร่ร่อนไปเรื่อยๆ ถ้าไปคบเพื่อนไม่ดีจะจะถูกชักจูงนำไปสู่การติดสิ่งเสพติด หรือไปรวมพวกกับกลุ่มอันธพาลในชุมชนได้ ดังนั้นพ่อแม่ หรือครู ควรให้ความสนใจต่อปัญหาเล็กๆ น้อยๆ แล้วรีบช่วยเหลือแก้ไขตั้งแต่ปัญหายังไม่รุนแรง โรงเรียนควรมีการบริการแนะแนวเพื่อให้ครูหรือผู้แนะแนว สามารถตรวจคัดกรองปัญหาให้ความช่วยหรือได้แต่แรกเริ่มโดยไม่ต้องรอจนกระทั่งเด็กมีปัญหามากแล้วจึงพาไปรักษาจิตแพทย์

3. วัยรุ่น สามารถตรวจให้ความช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีปัญหาในการปรับตัวด้านต่างๆ เช่น ความไม่สบายใจในเรื่องทางเพศ ความซึมเศร้าในวัยรุ่น เมื่อพบปัญหาแล้วควรรีบให้ความช่วยเหลือรักษาแต่เริ่มแรก ไม่ควรมองข้ามหรือเพิกเฉย เช่น การซึมเศร้าในวัยรุ่น ถ้าไม่ช่วยเหลือรักษาก็จะนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ หรือการติดสารระเหยหรือสารเสพติดในวัยรุ่น ในระยะที่เริ่มเป็น ถ้าตรวจพบรีบรักษาแก้ไขก็จะช่วยไม่ให้เป็นมากขึ้น หรือเป็นจนเรื้อรังได้เพราะในรายที่เป็นเรื้อรังแล้ว โอกาสการรักษาให้หายขาดจะทำได้ยากขึ้น จึงควรมีบริการสำหรับวัยรุ่นเพื่อให้วัยรุ่นสามารถพึ่งได้ทันทีเมื่อต้องการ เช่น บริการแนะแนวของโรงเรียน ศูนย์สุขภาพจิตโรงเรียน บริการทางโทรศัพท์

4. วัยผู้ใหญ่ การให้บริการปรึกษาปัญหาต่างๆในการดำรงชีวิต เพื่อช่วยแก้ปัญหาภาวะวิกฤตในวัยผู้ใหญ่ เช่น ภาวะวิกฤตที่เกิดจากสัมพันธภาพระหว่างสามีภรรยา หรือคนในครอบครัว ภาวะวิกฤตที่เกิดจากปัญหาการทำงานภาวะวิกฤตที่เกิดจากปัญหาที่อยู่อาศัยและเศรษฐกิจ เป็นต้น

5. วัยผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม ปัญหาค่าใช้จ่าย การเจ็บป่วย ผลจากการรักษา ความรู้สึกเป็นภาระของบุตรหลาน และปัญหาการสูญเสียบุคคลใกล้ชิด อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวรับกับสถานการณ์ดังกล่าว บางรายอาจมีอาการซึมเศร้า บางรายอาจมีความผิดปกติทางจิตเกิดขึ้นได้

การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระยะที่ 3 (Tertiary Prevention)

การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระยะที่ 3 หมายถึง การดูแลรักษาผู้ป่วยทางจิตเวช หรือมีปัญหาสุขภาพจิตให้หายทะเลาขึ้น จนสามารถกลับไปดำเนินชีวิตในชุมชนได้ โดยการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ และสามารถติดตามดูแลผู้ป่วยที่รักษาดีขึ้นแล้ว และจำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้วให้คงดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้โดยไม่ต้องกลับมาป่วยกำเริบมาอีก หรือกลับมาเป็นซ้ำอีกด้วย วิธีการเฝ้าระวังดูแลติดตามผู้ป่วยที่จำหน่ายไปแล้วเหล่านี้ อย่างสม่ำเสมอการประเมินเพื่อทราบว่าการป้องกันระยะที่ 3 ได้ผลนั้น ดูได้จากอัตราความชุกของโรค ซึ่งจะลดลงหรือหมดไปจากชุมชน

ทุกช่วงวัยของชีวิต มีโอกาสประสบกับภาวะวิกฤตที่แตกต่างกัน หากบุคคล ครอบครัว ได้รับการเตรียมตนเองให้มีความพร้อมที่จะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น จึงเป็นเรื่องที่ท้าทายความสามารถของสมาชิกในครอบครัวเป็นอย่างยิ่งที่จะจัดการ ป้องกัน เสริมสร้างสุขภาพจิตของครอบครัวให้มีสุขภาพกาย สุขภาพจิตที่ดีต่อไป

การดำเนินงานของกรมสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิตดำเนินงานด้านสุขภาพจิต โดยมีความสอดคล้องกับนโยบายกระทรวงที่เน้นหนักใน 4 เรื่อง คือ

1. นโยบายสุขภาพถ้วนหน้า หรือ 30 บาทรักษาทุกโรค โดยให้ดำเนินงานที่มุ่งให้ประชาชนเข้าถึงสถานบริการ ใกล้บ้านใกล้ใจ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ

2. การสร้างสุขภาพ โดยให้เน้นการดำเนินแผนงานส่งเสริมสุขภาพใจที่ส่งผลประโยชน์ถึงประชาชนโดยตรง โดยให้ประชาชนเป็นคนดำเนินกิจกรรมสร้างสุขภาพโดยประชาชนเอง (อสม.แกนนำครอบครัว ฯลฯ)

3. การควบคุมและป้องกันปัญหายาเสพติด ซึ่งในปัจจุบัน กองแผนงานไม่ได้ดำเนินโครงการโดยตรง แต่กองแผนงานต้องมีหน้าที่เป็นผู้ประสานการดำเนินงานและสนับสนุกให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนทั่วไป โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชนและกลุ่มเสี่ยง

4. การควบคุมและป้องกันโรค ซึ่งสถานการณ์โรคในปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะรุ่นแรงมากขึ้นโดยเฉพาะปัญหาทางสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช

บทบาทหน้าที่ของบ้าน โรงเรียน และชุมชน ในการสร้างเสริมสุขภาพจิต และการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

บทบาทของบ้านหรือครอบครัว

ความสำคัญของบ้าน คือ ความเป็นครอบครัว ในฐานะที่เป็นหน่วยเล็กและสำคัญที่สุดของสังคม ในการสร้าง ผลิต อบรม ให้การพัฒนาสมาชิกในครอบครัว การที่บุคคลจะเติบโต และมีพัฒนาการในความเป็นมนุษย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่นั้น คนในครอบครัวเป็นผู้มีอิทธิพลมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง พ่อแม่ และผู้เลี้ยงดู อาจกล่าวได้ว่า การเตรียมพร้อมคู่สมรส การให้ความรู้ในการดูแลเด็กในแต่ละวัย สิ่งที่ควร และไม่ควรทำในการเลี้ยงดูเด็ก มีความสำคัญและจำเป็นมาก การที่คู่สมรสตัดสินใจ วางแผนการมีบุตรจึงเป็นเรื่องสำคัญ หากคู่สมรสไม่พร้อม จะส่งผลต่อสุขภาพจิตทั้งแม่และเด็ก มากการให้คำปรึกษาคู่สมรสก่อนแต่งงาน การวางแผนการมีบุตร การจัดระบบการศึกษาให้แก่คน ในวัยหนุ่มสาวเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว การใช้ชีวิตสมรส การเตรียมและเลี้ยงเด็กที่เป็นเรื่องสำคัญที่ควรได้รับการพัฒนาสู่ระดับนโยบายของประเทศ

บทบาทของครอบครัว ในการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต คือ การทำหน้าที่ ตามบทบาทที่อยู่ในครอบครัวให้ครบถ้วน การเข้าใจธรรมชาติ และพัฒนาทางจิตใจของมนุษย์ในแต่ละวัย การช่วยส่งเสริม สนับสนุน และเลี้ยงดูบุตรหลานให้เป็นผู้มีคุณวุฒิภาวะทางอารมณ์ รับผิดชอบ มีการพัฒนาทางร่างกาย จิตใจ ตามวัยอย่างเต็มที่ การลดภาวะเสี่ยงที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต การสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้แก่สมาชิกในครอบครัว

วิธีการสร้างความสุขในครอบครัว (กรมสุขภาพจิต. 2547)

1. ทำตัวไม่ให้เป็นปัญหากับคนอื่น ได้แก่ การรับผิดชอบต่อหน้าที่ของตนเอง ไม่นำความเดือนร้อนมาสู่ครอบครัว ทำตัวให้สมกับบทบาทหน้าที่

2. มีน้ำใจ ช่วยเหลือกิจการงานของครอบครัวที่ทำได้ ไม่ดูดาย อดทน และเสียสละเพื่อครอบครัว

3. สร้างสัมพันธภาพในครอบครัว ทั้งการพูด การสร้างอารมณ์แจ่มใส ไม่หยุมหยิม

4. ใช้เวลาว่างที่อยู่ร่วมกันในครอบครัวให้เกิดคุณค่า

บทบาทของพ่อแม่ในการดูแลเด็กในครอบครัว

การดูแลเด็กในครอบครัวให้มีคุณภาพเป็นงานที่สำคัญของครอบครัว การดูแลเด็กต้องใช้ทั้งอาหารกายและอาหารใจ ซึ่งบุคคลที่เป็นพ่อแม่ควรมีความรู้ และมีความพร้อมในการดูแลบุตร อาหารใจที่เด็กต้องการ ได้แก่

1. ความรักและความอบอุ่น แสดงออกได้ด้วยการเอาใจใส่ดูแล มีเวลาพูดคุยกับเด็กด้วย ความเข้าใจ โอบกอด ลูบศีรษะ เล่น หรือทำกิจกรรมที่สนุกสนาน

2. ความมั่งคงทางจิตใจ ผู้ใหญ่ที่มีอารมณ์คงที่ ไม่ใช่อารมณ์ฉุนเฉียวลงโทษอย่างรุนแรง เมื่อเด็กมีความกังวลมีเรื่องไม่สบายใจ ควรหาวิธีช่วยเหลือ

3. อบรมด้วยเหตุ เด็กต้องการชี้แนะสิ่งที่ควรและไม่ควรทำ เมื่อทำได้ควรมีการชมเชย หากประพฤติไม่เหมาะสมควรอบรม สั่งสอน และแนะนำสิ่งที่ควรทำ

4. สนับสนุนให้มีโอกาสได้รับการพัฒนา ส่งเสริมการเรียนรู้ การพักผ่อน และการทำกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพจิต เช่น การเล่นในวัยต่างๆ การเล่นกีฬา การท่องเที่ยว

5. การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกในครอบครัว สัมพันธภาพที่ดีจะช่วยให้เด็กและสมาชิกกล้าบอก เล่า ปรึกษาเมื่อตนประสบกับปัญหา ความเครียด หรือวิกฤตต่างๆ ในชีวิต และทำให้สามารถช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม ครอบครัวที่มีความสุข คือ ครอบครัวที่อยู่ร่วมกัน โดยมีความรักความอบอุ่น เอื้ออาทรมีความห่วงใยใกล้ชิดให้แก่กัน มีการสื่อสารและการแก้ปัญหาที่ดี สมาชิกครอบครัวทุกคนรู้สึกวาชีวิตมีความหมาย และพึงพอใจที่ได้ใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวเดียวกัน

6. การเป็นตัวแบบที่ดีในทุกๆ เรื่อง เช่น การควบคุมอารมณ์ การใช้เหตุผล การเป็นผู้มีความยติธรรม

บทบาทของโรงเรียน

โรงเรียน เป็นสังคมแรกที่เด็กออกมาเผชิญภายนอกเมื่อออกจากบ้าน สัมพันธภาพและความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจของเด็กต่อโรงเรียนจะดีหรือไม่ มากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับการเตรียมความพร้อมของครอบครัวและโรงเรียนในการดูแลเด็ก เด็กในวัยเรียนจะใช้กิจกรรมส่วนใหญ่ที่โรงเรียน ดังนั้น การจัดกิจกรรมต่างๆ ในกระบวนการเรียนการสอน ต่างมีจุดหมายของการสร้าง และพัฒนาคนให้เป็นผู้มีความรู้ เจตคติ และเกิดพฤติกรรมที่ดี มีคุณภาพ มีทักษะออกไปประกอบอาชีพและเป็นคนดีของสังคม การจัดกระบวนการเรียนรู้ในโรงเรียนเพื่อให้เด็กมีสุขภาพจิตที่ดี สามารถทำได้ ดังนี้

1. การกำหนดนโยบายและปรัชญาของการเรียนการสอน สถาบันทางการศึกษาให้เด็กได้รับการฝึกอบรมเป็นคนดี เก่ง และมีความสุข

2. บุคคลสำคัญ คือ ครู จะต้องเข้าใจถึงธรรมชาติ และความแตกต่างของนักเรียนทั้งรายชั้นและรายบุคคล เพื่อจะได้ช่วยเด็กให้เป็นผู้ใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่

3. หลักสูตรและกระบวนการจัดการเรียนการสอนควรมีเรื่องที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

4. การจัดบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตให้มีความเหมาะสมและต่อเนื่อง

5. ระบบการให้คำปรึกษาในโรงเรียนยังมีความจำเป็น ที่จะช่วยให้เด็กสามารถปรับตัว ลดความเครียด ก่อนที่จะนำไปสู่ระดับปัญหารุนแรงมากขึ้น

6. การส่งต่อยังสถานบริการสุขภาพจิตเฉพาะทาง ในกรณีที่พบว่า เกินความสามารถของครู เช่น เด็กออทิสติค เด็กติดสารเสพติด

7. การประสานงานกับผู้ปกครอง และสัมพันธภาพระหว่างครูและผู้ปกครองเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เกิดการพัฒนาศักยภาพเด็ก และสามารถช่วยเหลือเด็กได้อย่างทันท่วงทีกรณีเด็กประสบกับความยากลำบากทางใจ

8. การจัดสภาพแวดล้อมในโรงเรียนให้มีความผ่อนคลาย ส่งเสริมสุขภาพจิต มีความปลอดภัย

9. การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเพื่อน และบุคลากรในโรงเรียน ให้เด็กรู้สึกอบอุ่นอยากมาโรงเรียน

10. การสร้างระเบียบวินัยของโรงเรียนที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพจิต เช่น ส่งเสริมให้รางวัลคนทำความดี คนมีน้ำใจ คนมีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่

บทบาทของชุมชน

ชุมชนเป็นแหล่งที่มนุษย์อยู่ร่วมกัน มีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ก่อให้เกิดวัฒนธรรม ปทัสถานและการขัดเกลาทางสังคม ความสำคัญของชุมชนต่อการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต จึงเป็นบทบาทที่อยู่ควบคุมกับความเป็นชุมชน

ในสถานการณ์และสภาพสังคมปัจจุบัน ความเป็นชุมชนแบบดั้งเดิมค่อนข้างลดน้อยลง ทำให้ความผูกพันของสมาชิกในชุมชนลดน้อยลงไปด้วย ความเป็นอยู่ของคนในชุมชนขาดความยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เนื่องจากความเจริญทางวัตถุและเทคโนโลยีเพิ่มขึ้น เวลาในการสร้างสัมพันธภาพน้อยลง กิจกรรมที่พูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นแบบเผชิญหน้าลดลง แต่มีเครื่องมือสื่อสารและเทคโนโลยีสมัยใหม่เข้ามาแทน อย่างไรก็ตาม บทบาทของชุมชนและสถาบันต่างๆ ในสังคมยังคงต้องตระหนักในเรื่องของการพัฒนาสุขภาพจิตให้แก่คนในชุมชนของตน ซึ่งมีบทบาทสำคัญ ได้แก่

1. การรักษา และถ่ายทอดขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรมที่ดีงามที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพจิต เช่น ประเพณีสงกรานต์แบบดั้งเดิม ประเพณีทำบุญตักบาตร ประเพณีทางศาสนา หรือวัฒนธรรมการช่วยเหลือ บางปัน การให้อภัย การละเล่น นันทนาการ หรืออื่นๆ ที่เป็นระบบสนับสนุนให้สุขภาพจิตของคนในชุมชนดีขึ้น

2. การทำหน้าที่เป็นตัวแบบที่ดี ของคนรุ่นหลัง เช่น ผู้ใหญ่ในสังคมไม่ใช้ความรุนแรงในการแก้ไขปัญหา ให้คำชมเชยแก่เด็ก

3. จัดกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพจิตใจชุมชน

4. การจัดระบบการดูแลสุขภาพจิตให้แก่สมาชิกในชุมชน

5. บทบาทของผู้สื่อสาร มีข้อถกเถียงในเรื่องของระบบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความรุนแรงหรือข้อมูลเชิงลบเกี่ยวสุขภาพจิต เช่น วิธีการฆ่าตัวตาย ว่าหากสังคมสื่อสารให้เห็นเป็นเรื่องสำคัญมากและนำเสนอทุกครั้ง เสนอเป็นข่าวเด่น จะมีผลต่อการเลียนแบบให้แก่สมาชิกในสังคมหรือไม่ ซึ่งเป็นอีกบทบาทหนึ่งของชุมชนในการกลั่นกรอง และพิจารณาความเหมาะสมในเรื่องดังกล่าวต่อสังคมหรือชุมชนของตนว่าจะส่งผลดีหรือทำให้เกิดผลเสียอย่างไร

6. การจัดระบบการให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตแก่สมาชิกในชุมชน ผ่านระบบ และช่องทางต่างๆ เพื่อให้สมาชิกได้รับความรู้ มีความพร้อมในการดูแลสุขภาพจิต

จากการได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพจิต พบว่า การส่งเสริมสุขภาพจิตสามารถดำเนินการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ออกเป็น 3 ระยะ คือ การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระยะ 1 (Primary prevention) การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระยะ 2 (Secondary Prevention) และการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระยะ 3 (Tertiary Prevention) ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระยะที่ 2 มาประยุกต์ใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อการป้องกันโรคซึมเศร้าผู้สูงอายุ ตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย โดยประยุกต์ในกลุ่มของผู้สูงอายุที่มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย และปานกลาง เพื่อไม่ให้อาการของโรคซึมเศร้าได้ลุกลามเป็นมากจนแก้ไขหรือรักษาได้ยาก จากการสร้างเครือข่ายสุขภาพชุมชนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และผู้สูงอายุโดยประยุกต์ตามกรอบของออตาวา ดังนี้คือ การสร้างนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้า การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็งในการสร้างเสริมสุขภาพจิต การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลในการสร้างเสริมสุขภาพจิต และการปรับเปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุขในการสร้างเสริมสุขภาพจิต

4. แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับรูปแบบ (Model)

รูปแบบ มาจากคำอังกฤษว่า “Model” ภาษาไทยมีคำแปลหลายคำ เท่าที่ปรากฏ ก็เช่น ตัวแบบ แบบจำลอง แบบแผน รูปแบบ หุ่นจำลอง รูปหุ่น แบบตุ๊กตา เป็นต้น แต่บางคนก็ใช้ทับศัพท์ว่า โมเดล ได้มีผู้ให้ความหมายของโมเดลไว้หลากหลาย ดังนี้

คีฟเวส (Keeves. 1988) อธิบายว่า โมเดลว่า เป็นแบบแผนโครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

สเตนเนอร์ (Steiner. 1988) อธิบายว่า โมเดล เป็นสิ่งของสิ่งหนึ่งที่คล้ายคลึงกับสิ่งของอีกสิ่งหนึ่ง และได้จำแนกความหมายเฉพาะของโมเดลเป็น 2 ลักษณะ คือ

1. โมเดลเชิงกายภาพ (Physical Models) แบ่งออกเป็น ดังนี้

1.1 โมเดลของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (Model-of) เช่น โมเดลหรือแบบจำลองเครื่องบินเอฟ 16 ลำเล็กๆ ที่เราสร้างจำลองมาจากเครื่องบินเอฟ 16 เป็นต้น

1.2 โมเดลเพื่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (Model-For) เช่น โมเดล หรือแบบจำลองที่ออกแบบเพื่อใช้เป็นต้นแบบผลิตเครื่องบินเอฟ 16 โดยเราต้องสร้างโมเดลหรือแบบจำลองชนิดนี้ขึ้นมาก่อน เพื่อจะนำไปเป็นต้นแบบผลิตเครื่องบินเอฟ 16 ลำจริง เป็นต้น

2. โมเดลเชิงแนวคิด (Conceptual Models) แบ่งออกเป็น ดังนี้

2.1 โมเดลเชิงแนวคิดของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (Conceptual Selection) เพื่อนำไปใช้อธิบายทฤษฎีการคงอยู่ของนักเรียนในโรงเรียน เป็นต้น

2.2 โมเดลเชิงแนวคิดเพื่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (Conceptual Model-For) คือ โมเดล หรือแบบจำลองที่สร้างขึ้นเพื่อใช้อธิบายทฤษฎี เช่น โมเดลที่สร้างขึ้นมาจากทฤษฎีการคัดสรรตามธรรมชาติ (Theory of Natural Selection) เพื่อนำไปใช้อธิบายทฤษฎีการคงอยู่ของนักเรียนในโรงเรียน เป็นต้น จากความหมายของโมเดลที่หลากหลายดังกล่าวข้างต้น บทความนี้จะเน้นเฉพาะโมเดลเชิงแนวคิด (Conceptual Models) เท่านั้น โดยมองว่า โมเดลเชิงแนวคิด หมายถึง แบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เรื่องใดเรื่องหนึ่ง เพื่อใช้อธิบายทฤษฎีที่มีอยู่แล้วให้เข้าใจได้ชัดเจนยิ่งขึ้น หรือเพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างทฤษฎีใหม่ต่อไป

ถวัลย์รัฐ วรเทพพุฒิพงษ์ (2540: 21 – 23) อธิบายว่า โมเดลเป็นลักษณะที่พึงปรารถนา ซึ่งมีลักษณะเป็นอุดมคติ หรือเกิดได้ยากในโลกของความเป็นจริง โดยเฉพาะอย่างยิ่งสิ่งที่เราอยากได้กับความสามารถที่จะหาสิ่งที่ต้องการนั้นแตกต่างกันมาก

อุทัย บุญประเสริฐ (2546: 31) อธิบายว่า โมเดล เป็นสิ่งที่แสดงโครงสร้างของความเกี่ยวข้องระหว่างชุดของปัจจัยหรือตัวแปรต่างๆ หรืองค์ประกอบที่สำคัญในเชิงความสัมพันธ์หรือเหตุผลซึ่งกันและกัน เพื่อช่วยเข้าใจข้อเท็จจริงหรือปรากฏการณ์ในเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ นักวิชาการที่ให้ความหมายของรูปแบบในลักษณะนี้

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ รูปแบบ คือ แบบแผน หรือโครงสร้าง ที่อธิบายถึงกระบวนการที่นำไปสู่การกระทำของตัวแปรต้นส่งผลต่อตัวแปรตาม เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามวัตถุประสงค์และสมมุติฐานที่วางไว้ ทั้งนี้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย โดยการผสมผสานแนวคิด ทฤษฎี มาเป็นแนวทางในการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพจิต

สรุปได้ว่า รูปแบบในความหมายของแนวคิดและทฤษฎี หมายถึง แบบแผนโครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร หรือองค์ประกอบสำคัญในเชิงความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน เพื่อช่วยให้เข้าใจข้อเท็จจริงหรือปรากฏการณ์ในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง นอกจากนี้ยังช่วยอธิบายทฤษฎีนั้น ให้เกิดความเข้าใจได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

4.1 ประเภทของรูปแบบ (Model)

รูปแบบมีหลายประเภทด้วยกันซึ่งนักวิชาการด้านต่างๆ ก็ได้จัดแบ่งประเภทต่างกันออกไป สำหรับรูปแบบทางการศึกษาและสังคมศาสตร์นั้น ได้แบ่งออกเป็น 4 ประเภท คือ (Keeves. 1988: 561 – 565)

1. โมเดลเชิงเทียบเคียง (Analogue Models) เป็นรูปแบบที่ใช้การอุปมาอุปมัยเทียบเคียงปรากฏการณ์ ซึ่งเป็นรูปธรรมเพื่อสร้างความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่เป็นนามธรรม ส่วนใหญ่เป็นโมเดลเชิงกายภาพ ที่ใช้ทางด้านวิทยาศาสตร์กายภาพ เช่น โมเดลแสดงพัฒนาการของอะตอม หรือโมเดลในการทำนายจำนวนนักเรียนที่จะเข้าสู่ระบบโรงเรียน ซึ่งอนุมานแนวคิดมาจากการเปิดน้ำเข้า และปล่อยน้ำออกจากถัง นักเรียนที่จะเข้าสู่ระบบเปรียบเทียบได้กับน้ำที่เปิดออกจากถัง ดังนั้นนักเรียนที่คงอยู่ในระบบ จึงเท่ากับนักเรียนที่เข้าสู่ระบบลบด้วยนักเรียนที่ออกจากระบบ เป็นต้น

2. โมเดลเชิงข้อความ (Semantic Models) เป็นการแสดงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบภายในโมเดลเป็นภาษาหรือข้อความ โดยบรรยายหรืออธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษาด้วยภาษา แผนภูมิ หรือรูปภาพ เพื่อให้เห็นโครงสร้างทางความคิด องค์ประกอบ และความสัมพันธ์ขององค์ประกอบของปรากฏการณ์นั้นๆ ที่ทำให้อธิบายรายละเอียดของโมเดลได้ดี

3. โมเดลเชิงแบบแผน (Schematic Models) ลักษณะสำคัญของโมเดลประเภทนี้ก็คือ การจัดระบบโครงสร้างความสัมพันธ์ขององค์ประกอบภายในโมเดล อย่างเป็นลำดับขั้นมีลักษณะคล้ายๆ กับแผนที่ ดังนั้นโมเดลจึงเป็นสิ่งเชื่อมโยงระหว่างทฤษฎีกับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นเข้าด้วยกัน นักจิตวิทยาได้พัฒนาโมเดลเชิงแบบแผน เพื่อใช้อธิบายเชาว์ปัญญาของมนุษย์ เช่น โมเดลของลำดับขั้นความสามารถทางเชาว์ปัญญา

4. โมเดลเชิงคณิตศาสตร์ (Mathematical Models) เป็นรูปแบบที่ใช้สมการทางคณิตศาสตร์เป็นสื่อในการแสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ รูปแบบประเภทนี้ นิยมใช้กัน ทั้งในสาขาจิตวิทยาและศึกษาศาสตร์ รวมทั้งการบริหารการศึกษา ปัจจุบันมีแนวโน้มว่า จะนำไปใช้ทางด้านพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์เพิ่มขึ้น เพราะสามารถทดสอบโมเดลด้วยวิธีการทางสถิติได้ ซึ่งจะนำไปสู่การสร้างทฤษฎีในสาขาวิชานั้น ลักษณะสำคัญของโมเดลประเภทนี้ก็คือ การแสดงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบหรือตัวแปรโดยใช้สัญลักษณ์ทางคณิตศาสตร์ ซึ่งส่วนใหญ่ได้พัฒนามาจากโมเดลเชิงข้อความ (Semantic Models) ทั้งนี้โมเดลเชิงคณิตศาสตร์สามารถเขียนออกมาเป็นสมการแสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรได้ ทำให้สามารถทดสอบโมเดลด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์อันอาจนำไปสู่การสร้างทฤษฎีได้

5. โมเดลเชิงสาเหตุ (Causal Models) เป็นรูปแบบที่พัฒนามาจากเทคนิคที่เรียกว่า Path Analysis และหลักการสร้างโมเดลเชิงข้อความ (Semantic Model) โดยการนำเอาตัวแปรต่างๆ มาสัมพันธ์กันเชิงเหตุและผลที่เกิดขึ้น ทำให้สามารถศึกษาโมเดลเชิงข้อความ ซึ่งตัวแปรมีความสัมพันธ์กันอย่างสลับซับซ้อนโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์เส้นทาง แนวคิดที่สำคัญของโมเดลเชิงสาเหตุก็คือ โมเดลต้องสร้างขึ้นจากทฤษฎีที่เกี่ยวข้องหรืองานวิจัยที่มีมาแล้ว ความสัมพันธ์ของตัวแปรจะถูกเขียนออกมาเป็นสมการเส้นตรง ซึ่งแต่ละสมการแสดงความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างตัวแปร จากนั้นก็เก็บรวบรวมข้อมูลในสภาพธรรมชาติมาใช้ทดสอบโมเดลว่า ข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาได้สอดคล้องกับโมเดลที่สร้างขึ้น

หรือไม่ ทำให้เราสามารถใช้ข้อมูลตรวจสอบเพื่อยืนยันหรือปฏิเสธโมเดล/ทฤษฎีที่เราศึกษาได้

จากที่กล่าวมาแสดงว่า รูปแบบมีหลายประเภทด้วยกัน ในแต่ละสาขาก็มีรูปแบบที่แตกต่างกันออกไป เช่น รูปแบบทางการศึกษาและสังคมศาสตร์ ได้แบ่งออกเป็น รูปแบบที่ใช้การอุปมาอุปไมยเทียบเคียงปรากฏการณ์ ซึ่งเป็นรูปธรรมเพื่อสร้างความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่เป็นนามธรรม รูปแบบที่ใช้ภาษาเป็นสื่อในการบรรยายหรืออธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษาด้วยภาษา แผนภูมิ รูปภาพ รูปแบบที่ใช้สมการทางคณิตศาสตร์เป็นสื่อในการแสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ และรูปแบบที่นำเอาตัวแปรต่างๆ มาสัมพันธ์กันเชิงเหตุและผลที่เกิดขึ้น เป็นต้น

4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างโมเดลกับทฤษฎี

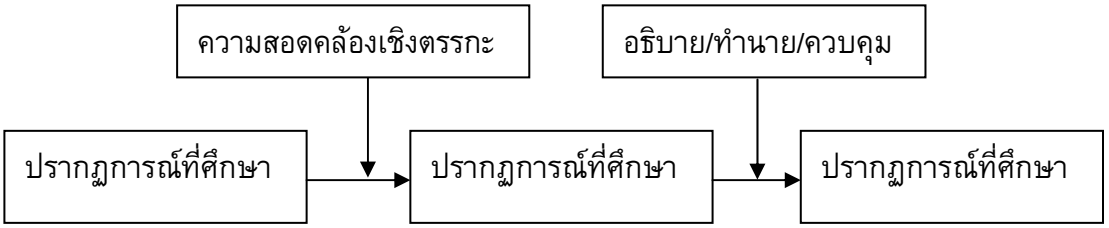
โมเดลเชิงแนวคิดจะแตกต่างจากทฤษฎีอยู่บ้าง แต่ก็มีความสัมพันธ์ใน 2 ลักษณะ ดังนี้

1. โมเดลเชิงทฤษฎี (Theoretical Model) คือ โมเดลหรือแบบจำลองที่สร้างขึ้นจากประสบการณ์ งานวิจัย หรือทฤษฎีที่มีอยู่แล้ว เพื่อหาข้อสรุปที่ใช้อธิบาย ทำนาย หรือควบคุมปรากฏการณ์ของเรื่องที่ศึกษา และเมื่อทดสอบโมเดลกับข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้แล้ว ถ้ามีความสอดคล้องกัน โมเดลก็น่าเชื่อถือ อันอาจนำไปสู่การสร้างทฤษฎีในเรื่องนั้น ดังนั้นโมเดลเชิงทฤษฎี จึงเป็นเพียงขั้นตอนหนึ่งของการสร้างทฤษฎีใหม่ๆ เท่านั้น ดังภาพประกอบ 3



ภาพประกอบ 3 โมเดลเชิงทฤษฎี

2. โมเดลเชิงปฏิบัติ (Practical Model) คือ โมเดลหรือแบบจำลองที่สร้างขึ้นจากทฤษฎีที่มีอยู่แล้ว เพื่อช่วยให้เข้าใจทฤษฎีได้ง่ายยิ่งขึ้น หรือเพื่อนำไปใช้อธิบาย ทำนายหรือควบคุมปรากฏการณ์ที่ศึกษา ดังนั้นโมเดลลักษณะนี้ จึงเป็นเพียงแบบจำลองที่ได้จากการถ่ายทอดจากทฤษฎีไปสู่การปฏิบัตินั่นเอง ดังภาพประกอบ 4



ภาพประกอบ 4 โมเดลเชิงปฏิบัติ

4.3 คุณลักษณะของรูปแบบที่ดี

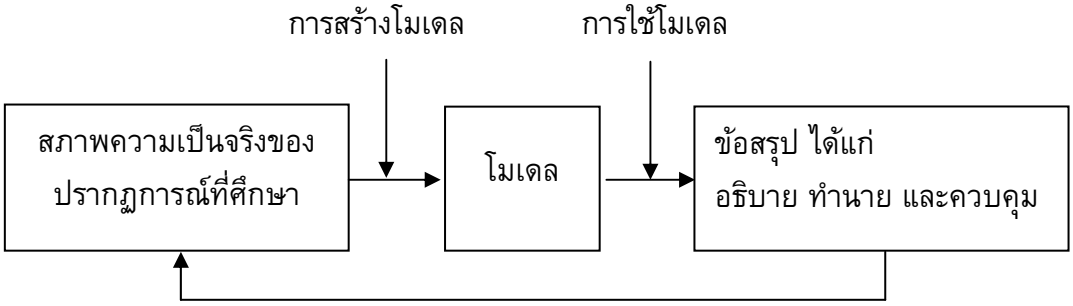
คีฟเวส (Keeves. 1988) กล่าวว่า รูปแบบที่ใช้ประโยชน์ได้ ควรจะมีข้อกำหนด (Requirement) 4 ประการ คือ

1. ควรประกอบด้วยความสัมพันธ์อย่างมีโครงสร้าง (Structural Relationship) มากกว่าที่จะเน้นความสัมพันธ์ที่เกี่ยวเนื่องกันแบบรวมๆ (Associative Relationship)
2. ควรใช้เป็นแนวทางในการพยากรณ์ผลที่จะเกิดขึ้น ซึ่งสามารถตรวจสอบได้ด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์
3. ควรจะต้องระบุหรือชี้ให้เห็นถึงกลไกเชิงเหตุผลของเรื่องที่ศึกษา ดังนั้นนอกจากรูปแบบจะเป็นเครื่องมือในการพยากรณ์ได้ ควรใช้อธิบายปรากฏการณ์ได้ด้วย
4. ควรนำไปสู่การสร้างแนวความคิดใหม่ของเรื่องที่ศึกษาได้ และสร้างความสัมพันธ์ของตัวแปรในลักษณะใหม่ ซึ่งเป็นการขยายในเรื่องที่กำลังศึกษา

จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบ พบว่า การพัฒนารูปแบบนั้นอาจจะมีขั้นตอนในการดำเนินงานแตกต่างกันไป แต่โดยทั่วไปแล้วอาจจะแบ่งออก เป็นสองตอนใหญ่ๆ คือ การสร้างรูปแบบ (Construct) และการหาความตรง (Validity) ของรูปแบบ ในรายละเอียดแต่ละขั้นตอนของการดำเนินการนั้นขึ้นอยู่กับลักษณะและกรอบแนวคิดซึ่งเป็นพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบนั้นๆ

4.4 การสร้างโมเดล

การศึกษาปรากฏการณ์ทางธรรมชาติหรือสังคมเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เราอาจไม่ศึกษาปรากฏการณ์เรื่องนั้นโดยตรงก็ได้ แต่เราศึกษาโดยวิธีการสร้างโมเดล เพื่อหาข้อสรุปที่สามารถนำไปอธิบาย ทำนาย หรือควบคุมปรากฏการณ์ที่ศึกษา ดังภาพประกอบ 5



ภาพประกอบ 5 การศึกษาปรากฏการณ์โดยวิธีการสร้างโมเดล

โมเดลที่ใช้ศึกษาค้นคว้าปรากฏการณ์ทางสังคมต้องมีคุณสมบัติ 2 ประการ คือ ประการที่หนึ่ง มีลักษณะสอดคล้องกับสภาพความจริงของปรากฏการณ์ของเรื่องที่ศึกษา และอีกประการหนึ่ง สามารถนำไปใช้หาข้อสรุปเพื่อ อธิบาย ทำนาย หรือควบคุมปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง

คุณสมบัติของโมเดลทั้ง 2 ประการนี้ มีลักษณะขัดแย้งกันเองกล่าวคือ ถ้าเราสร้างโมเดลให้สอดคล้องกับสภาพความจริงของปรากฏการณ์มากเท่าใด โมเดลก็จะสลับซับซ้อนมากขึ้น ทำให้การนำโมเดลไปใช้มีความยุ่งยาก ในทางตรงกันข้ามถ้าเราเน้นความสะดวกในการนำโมเดลไปใช้เพื่ออธิบายปรากฏการณ์ ควรเขียนโมเดลให้ง่ายต่อการเข้าใจ ทั้งนี้โมเดลมีความสอดคล้องกับสภาพความจริงของปรากฏการณ์น้อย ซึ่งทำให้การนำโมเดลไปใช้อธิบาย ทำนายหรือควบคุมปรากฏการณ์ได้จำกัด ดังนั้น การสร้างโมเดล จึงต้องพยายามสร้างให้ได้ทั้งความสอดคล้องกับสภาพความของปรากฏการณ์ให้มากที่สุด และในขณะเดียวกันก็สามารถนำไปใช้หาข้อสรุปเพื่ออธิบาย ทำนาย หรือควบคุมปรากฏการณ์นั้นๆ ได้มากที่สุดด้วย โดยอาจเลือกศึกษาเฉพาะองค์ประกอบประเภทตัวแปรสำคัญๆ ของปรากฏการณ์เท่านั้น การสร้างโมเดลมีจุดประสงค์เช่นเดียวกับการตั้งสมมุติฐานของการวิจัย คือ ใช้เป็นแนวทางในการศึกษาหรือวิจัยในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ดังนั้นการเขียนโมเดล จึงต้องวิเคราะห์แนวความคิดหรือทฤษฎีออกเป็นองค์ประกอบหรือตัวแปรที่เกี่ยวข้อง และเขียนเชื่อมโยงองค์ประกอบหรือตัวแปรออกมาเป็นโครงสร้างความสัมพันธ์ โดยองค์ประกอบหรือตัวแปรเหล่านี้อาจได้มาจากประสบการณ์ การเทียบเคียงตามหลักการของอุปมาอุปไมย จากผลการศึกษาวิจัยที่ทำไว้หรือจากทฤษฎีที่มีอยู่

4.5 การทดสอบโมเดล

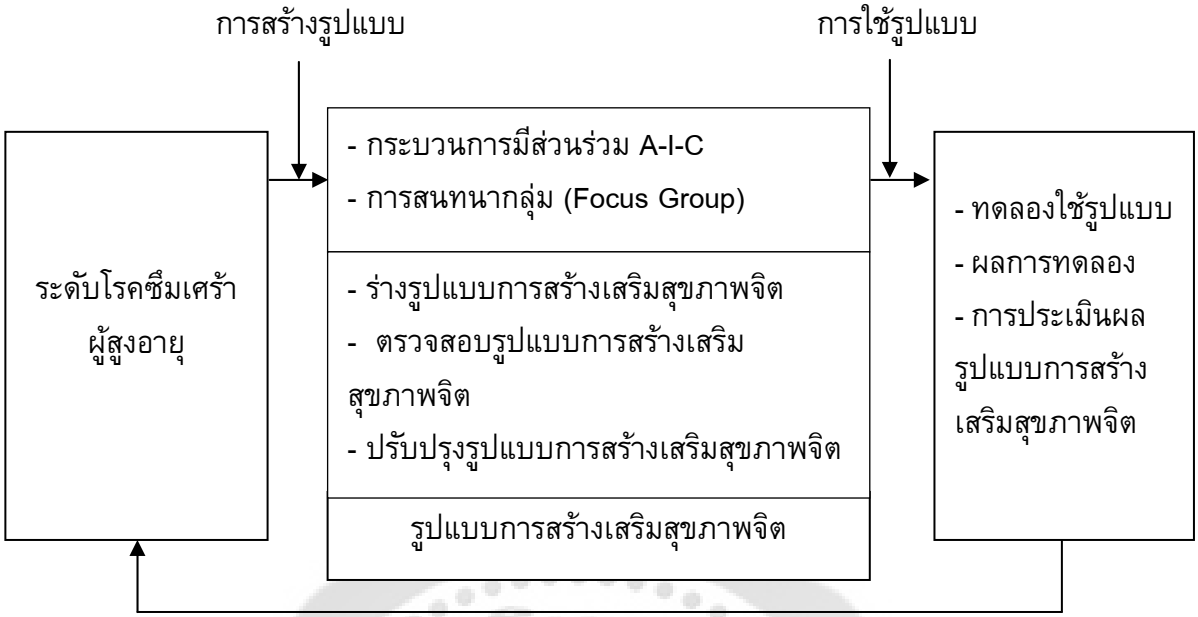
จุดมุ่งหมายที่สำคัญของการสร้างโมเดลก็เพื่อทดสอบหรือตรวจสอบโมเดลนั้นด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ ดังนั้นโมเดลที่สร้างขึ้นจึงควรมีความชัดเจนและเหมาะสมกับวิธีการทดสอบ โดยปกติแล้วการวิจัยทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์มักจะทดสอบโมเดลด้วยวิธีการทางสถิติการสร้างโมเดล การเก็บรวบรวมข้อมูลและการทดสอบโมเดลเป็นกิจกรรมที่ต้องบูรณการเข้าด้วยกัน เนื่องจากโครงสร้างของโมเดลจะเป็นตัวกำหนดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จะนำไปใช้ทดสอบโมเดล ผลของการทดสอบโมเดลย่อมนำไปสู่การยอมรับหรือปฏิเสธโมเดลนั้น

การทดสอบโมเดลนับว่าเป็นขั้นตอนที่สำคัญมากของการสร้างโมเดล ถ้าไม่มีการทดสอบโมเดล โมเดลที่สร้างขึ้นก็ไม่เกิดประโยชน์อะไรมากนัก เพราะเป็นเพียงการพิจารณาความสอดคล้องของโมเดลกับสภาพความเป็นจริงของปรากฏการณ์เท่านั้น ทำให้ไม่สามารถพัฒนาโมเดลที่สร้างขึ้นไปสู่การเป็นทฤษฎีได้

4.6 ข้อควรระวังในการสร้างโมเดล

การทำให้โมเดลชัดเจนเกินไป เนื่องจากในการสร้างโมเดลจะต้องทำให้สิ่งที่เป็นนามธรรมหรือสลับซับซ้อนมีความชัดเจนขึ้น เพื่อให้เห็นองค์ประกอบหรือตัวแปรที่เกี่ยวข้องได้ชัดเจน บางครั้งการพยายามทำให้โมเดลชัดเจนหรือเข้าใจง่าย โดยการกำหนดองค์ประกอบหรือตัวแปรที่เกี่ยวข้องทั้งมากและน้อยเข้ามาไว้ในโมเดล ทำให้โมเดลสลับซับซ้อนเกินไป เพราะมีจำนวนตัวแปรที่เกี่ยวข้องมากไม่สะดวกต่อการทดสอบโมเดล ดังนั้น การทำให้โมเดลชัดเจน จึงต้องกำหนดขอบเขตความเกี่ยวข้องขององค์ประกอบหรือตัวแปรให้เหมาะสม โดยกำหนดเฉพาะองค์ประกอบหรือตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันจริงๆ เท่านั้นเข้าไว้ในโมเดล การเน้นรูปแบบหรือสัญลักษณ์ที่ใช้ในโมเดลมากเกินไป ทำให้ละเลยความสำคัญขององค์ประกอบหรือตัวแปรที่ต้องนำไปทดสอบหรือตรวจสอบ อาจทำให้มองไม่เห็นโครงสร้างความสัมพันธ์ที่แท้จริงขององค์ประกอบหรือตัวแปรในโมเดล

จากการได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบ พบว่า การพัฒนารูปแบบนั้น อาจจะมีขั้นตอนในการดำเนินงานแตกต่างกันไป แต่โดยทั่วไปแล้วอาจจะแบ่งออกเป็น 2 ตอนใหญ่ๆ คือ การสร้างรูปแบบ (Construct) และการหาความตรง (Validity) ของรูปแบบ ในรายละเอียดแต่ละขั้นตอนของการดำเนินการนั้นขึ้นอยู่กับลักษณะและกรอบแนวคิด ซึ่งเป็นพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบนั้นๆ ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกัน โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ดังภาพประกอบ 6



ภาพประกอบ 6 กรอบการสร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิต

5. การระดมพลังสร้างสรรค์ (Appreciation – Influence – Control : AIC)

กระบวนการระดมพลังสร้างสรรค์ AIC เป็นวิธีการนำมาเผยแพร่ โดย ODII (Organizing for Development : An International Institute) Washington, D.C. U.S.A. และได้รับการดัดแปลงปรับปรุงสำหรับใช้ในประเทศไทย โดยสามารถพัฒนาประชากรและชุมชนร่วมกับสถาบันวิจัยการพัฒนาประเทศไทย (บำเพ็ญ เขียวหวาน. 2551)

จุดมุ่งหมายการใช้ AIC คือ การให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการชี้ชัดปัญหาและศักยภาพของตนเอง ตลอดจนวิเคราะห์การจัดลำดับปัญหาความสำคัญของความต้องการและวางแผนจัดกิจกรรม เพื่อแก้ปัญหาของชุมชน ทั้งนี้โดยคัดเลือกตัวแทนกลุ่มย่อยต่างๆ ของชุมชนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างทั่วถึงและอาศัยการระดมพลังความคิดของชุมชนอย่างเป็นระบบและมีขั้นตอน

1. พลังความรักและความซาบซึ้งเข้าใจ (A = Appreciation) คือ การมีความรัก ความเมตตาปรารถนาดี เป็นมิตร ซาบซึ้งคุณค่า รับรู้ เข้าใจ ใส่ใจ ต่อสรรพสิ่งที่อยู่รอดตัวเรา ไม่ว่าจะเป็นบุคคล กลุ่มคน องค์กร ชุมชน สังคม ธรรมชาติ ทรัพยากร วัตถุ สิ่งของ ผลิตภัณฑ์ ปรากฏการณ์ เหตุการณ์ สถานการณ์และอื่นๆ

2. พลังความคิดและมีปฏิสัมพันธ์ผสมผสาน (I =Influence) คือ การใช้ความคิดริเริ่มความคิดสร้างสรรค์ การวิเคราะห์ (แยกแยะ) การสังเคราะห์ (รวบรวม) การใช้ปัญญา การใช้ปรีชาญาณ ทั้งนี้ โดยเน้นการคิดร่วมกัน แลกเปลี่ยนปฏิสัมพันธ์กัน ผสมผสานกันด้วยความเป็นมิตร ความปรารถนาดี พร้อมทั้งให้เกียรติและความเคารพซึ่งกันและกัน

3. พลังความพยายามและกาควบคุมจัดการ (C = Control) คือ การมีความมุ่งมั่นผูกพันและรับผิดชอบ ที่จะปฏิบัติภารกิจซึ่งอยู่ในการควบคุมดูแลของตนให้ดำเนินไปได้ด้วยดีจนประสบความสำเร็จ รวมถึงการจัดวางแผนจัดระบบ จัดคน จัดทรัพยากร สร้างความเข้าใจ สร้างกำลังใจ สร้างความร่วมมือประสานงาน ควบคุมการปฏิบัติงาน ติดตามประเมินผลการปฏิบัติงาน และปรับปรุงพัฒนางานหรือภารกิจอย่างต่อเนื่อง

5.1 แนวคิดของ AIC

1. ในการวางแผนพัฒนาใดๆ ก็ตาม ถ้าเปิดโอกาสให้ผู้ที่มีส่วนได้เสีย (Stakeholders) มีส่วนในกระบวนการวางแผน และตัดสินใจจะเป็นวิธีการที่จะนำไปสู่การพัฒนาที่เหมาะสมและยั่งยืน (Sustainable Development) เพราะเป็นการสร้างความเข้าใจ สร้างการยอมรับ สร้างความเป็นเจ้าของ และสร้างความรับผิดและรับชอบร่วมกัน

2. จุดสำคัญของการมีส่วนร่วมในการวางแผน คือ การตัดสินใจ เพราะถ้าใครตัดสินใจผู้นั้นต้องรับผิดชอบ ถ้าผู้ที่มีประโยชน์เกี่ยวข้องทุกคนมีสวนร่วมในการวางแผนนั้นก็หมายความว่า ทุกคนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และจะเกิดความรับผิดชอบร่วมกัน

3. วิธีการเปิดโอกาส ให้ผู้ที่มีส่วนได้เสียมีส่วนร่วมในการวางแผน และตัดสินใจสามารถนำไปใช้ได้ดีกับการวางแผนพัฒนาทุกระดับ ไม่ว่าจะเป็นแผนพัฒนาระดับประเทศ ระดับภูมิภาค ระดับท้องถิ่น หรือแม้แต่การวางแผนพัฒนา หน่วยงาน องค์กร หรือกลุ่ม

4. การเปิดโอกาให้คนที่เกี่ยวข้องมส่วนร่วมในการวางแผน เป็นคนกระทำให้คนเหล่านั้นได้เรียนรู้ ได้ประสบการณ์ ได้รับรู้ข้อมูลใหม่ และนำความรู้ประสบการณ์ และข้อมูลไปกำหนดแผน และวัตถุประสงค์ของแต่ละคน

5. การที่จะเปิดโอกาสให้ผู้ที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการวางแผน และตัดสินใจวิธีการหนึ่งที่ดีที่สุด คือ การประชุมปรึกษาหารือกันอย่างเปิดใจผู้เข้าประชุมกล้าแสดงความคิดเห็นอย่างมีวิจารณญาณ โดยมีผู้อื่นรับฟัง และหาข้อตกลงร่วมกัน การที่จะทำเช่นนี้ได้ขึ้นอยู่กับ “ผู้นำการประชุม” เป็นสำคัญ ผู้นำการประชุมจะต้องมีความสามารถในการใช้เทคนิคที่จะ “กระตุ้น” ให้เกิดบรรยากาศที่เป็นกันเอง สร้างบรรยากาศการประชุมให้เป็นเวทีของการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และหาข้อสรุปร่วมกันที่ทุกคนพึงพอใจและมองเห็นผลประโยชน์ร่วมกัน

6. เทคนิคหนึ่งของผู้นำการประชุม ที่จะกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมประชุมเกิดการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการวางแผน คือ Appreciation, Influence and Control หรือเรียกสั้นๆ ว่า AIC

7. เทคนิค AIC เมื่อผู้นำการประชุมนำไปใช้ในการดำเนินการประชุมต้องทำอย่างต่อเนื่องเป็นขั้นตอนสัมพันธ์กัน เทคนิคจึงถูกเรียนว่า “กระบวนการ AIC “

ระยะดำเนินการ AIC ในการที่จะใช้กระบวนการ AIC มาจัดทำแผนพัฒนาหมู่บ้านหรือแผนพัฒนาองค์กรชาวบ้านนั้น โดยหลักการทั่งไปจะกำหนดระยะงานไว้ 3 ระยะ คือ ก่อนการประชุมในหมู่บ้านหรือในองค์กร ระหว่างการประชุมและหลังการประชุมแล้ว โดยมีการดำเนินการในแต่ระยะ ดังนี้

ระยะก่อนการประชุมในหมู่บ้าน

1. เตรียมคณะทีมงาน เพื่อทำความเข้าใจเรื่องราวทั้งหมดร่วมกันโดยเฉพาะสถานการณ์ของชุมชนและเป้าหมายของงาน มีการนำข้อมูลชุมชนมาเรียนรู้ร่วมกัน แล้วทีมฝึกอบรมจึงยกร่างกำหนดการและแผนงานฝึกอบรมขึ้นมา

2. เตรียมชุมชน ทีมงานต้องออกไปทำความเข้าใจกับชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มเป้าหมายในการพัฒนา รวมถึงกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ ได้แก่ กลุ่มเยาวชน คนหนุ่มสาวได้คัดเลือกตัวแทนเข้าร่วมด้วย เพื่อให้เขาได้มีประสบการณ์ในการอ่านพัฒนากิจกรรมต่างๆ ขึ้น อันเป็นการเปิดโลกทัศน์ให้กว้างขวางออกไป และกลุ่มหนุ่มสาวยังเป็นกำลังสำคัญที่จะสืบสารงานต่อจาก พ่อ แม่ ญาติ พี่น้องของเขาอีกด้วย ส่วนกลุ่มเป้าหมายสุดท้าย คือ คณะกรรมการหมู่บ้าน และผู้ปกครองหมู่บ้านได้เข้ามามีส่วนร่วมในงานนี้ด้วย เพื่อร่วมผลักดันให้ชุมชนและกลุ่มได้เจริญเติบโตต่อไปภายหน้า หากเป็นการพัฒนาองค์กรบุคคลเป้าหมายก็คือ สมาชิกในองค์กร

3. เตรียมผู้รับผิดชอบ แล้วกำหนดไว้ในแผนงาน ในกรณีนี้ อาจเป็น 2 ส่วน คือ ภารกิจด้านสนับสนุนให้เกิดมีการประชุมเชิงปฏิบัติการ เช่น การเดินทาง ยานพาหนะ ที่พัก อาหาร สถานที่ประชุม อุปกรณ์ เครื่องมือบางอย่างและภารกิจในแผนงานประชุมหรือที่เรียกว่า Session Design ส่วนนี้เป็นเครื่องมือที่สำคัญของการจัดประชุม เพราะจะกำหนดหัวข้อหลักที่จะประชุมกำหนดวัตถุประสงค์ของหัวข้อนั้น กำหนดขอบเขตเนื้อหา ระบุวิธีการ ระบบสื่อวัสดุอุปกรณ์ที่ต้องใช้ กำหนดผู้รับผิดชอบในแต่ละหัวข้อและเวลาที่ใช้

ระหว่างการประชุม ภารกิจที่สำคัญยิ่งก็คือ ช่วงการดำเนินการประชุมนี้เอง เมื่อมีความพร้อมทุกด้าน ทั้งการเตรียมงาน และผู้เข้าร่วมประชุมและทีมงานดำเนินงาน การดำเนินการก็จะปฏิบัติไปตามแผนงานที่กำหนดไว้ ซึ่งสรุปเป็นภารกิจหลักๆ ได้ 3 กิจกรรม คือ 1) การวิเคราะห์ข้อมูลหมู่บ้าน 2) การวางแผนพัฒนาหมู่บ้าน 3) การวางแผนทางปฏิบัติ

หลังการประชุม การต่อเนื่องของกิจกรรมนี้ ภารกิจจะไม่สิ้นสุดเมื่อการประชุมเชิงปฏิบัติการเสร็จสิ้นหรือเมื่อที่ประชุมได้แผนงานออกมาแล้วเท่านั้น ตรงข้าวเพียงแต่การเริ่มต้น เพราะการพัฒนาหมู่บ้าน การพัฒนากลุ่มยังไม่ได้ริเริ่มปฏิบัติตามแผนงานนั้นโดยหลักการแล้ว เมื่อจัดทำแผนได้แล้วจะต้องนำแผนงานนี้เสนอให้ที่ประชุมหมู่บ้านรับทราบ เข้าที่ประชุมองค์การบริหารส่วนตำบล หรือองค์กรชุมชน แล้วเสนอให้กับทางราชการดำเนินการต่อไปหรือแจ้งให้ทราบในกรณีไม่ได้ของบประมาณทางราชการ ผู้มีหน้าที่รับผิดชอบเช่น พัฒนากร นักพัฒนา เกษตรตำบล ฯลฯ จะต้องกระตุ้นให้ปฏิบัติตามแผนงานนั้น ซึ่งกลุ่มอาชีพ หรือชาวบ้าน ผู้รับผิดชอบจะต้องประชุมเพื่อปรึกษาหารือในการทำงานนั้นให้เป็นจริงขึ้นมา

5.2 ขั้นตอนการระดมพลังสร้างสรรค์ AIC มีขั้นตอนในการดำเนินงาน ดังนี้

1. ขั้นตอน A (Appreciation) การระดมสร้างสรรค์ พลังความรัก และความซาบซึ้งเข้าใจ เป็นขั้นตอนการสร้างความรู้ โดยจัดให้ผู้มีส่วนได้เสีย (Stakeholders) ได้มาทำความเข้าใจสถานการณ์ กำหนดเป้าหมาย ซึ่งมุ่งหวังร่วมกัน โดยมีกิจกรรมในขั้นตอนมี ดังนี้

1.1 กิจกรรมทำความรู้จักเพื่อสร้างบรรยากาศ ที่ผ่อนคลายเป็นกันเอง เงื่อนไขต้องเปิดโอกาสให้ทุกคนได้พูดและแสดออกอย่างเท่าเทียมกัน

1.2 การพูดถึงพัฒนาการของหมู่บ้าน ความทุกข์ยากในอดีต และประสบการณ์ร่วมมือพัฒนาชุมชนที่ผ่านมา เพื่อให้ชุมชนตระหนักถึงและรู้สึกภาคภูมิใจในผลงานของตนเอง เงื่อนไขต้องพยายามกระตุ้นให้สมาชิกวัยต่างๆ ได้มีบทบาทในการพูดถึงการมีส่วนร่วม ของตนเองในชุมชนและการพัฒนา

1.3 การพูดคุยถึงสภาพ/ปัญหาของหมู่บ้าน ที่เป็นอยู่ปัจจุบัน (หมู่บ้านของฉันวันนี้ : AI) ให้แต่ละคนเขียน/วาดภาพตามความคิดของตนเอง มาก-น้อย ตามความต้องการแล้วแบ่งกลุ่มย่อย แล้วให้แต่ละคนนำความคิดของตนเองไปเสนอต่อกลุ่มย่อย และให้สมาชิกในกลุ่มย่อยช่วยกันหลอมรวมความคิดของทุกคนในกลุ่ม สรุปเป็นความเห็น/ผลงานของกลุ่ม โดยรวมให้เป็นภาพเดียวของกลุ่ม

โดยมีเงื่อนไขดังนี้ 1) ต้องเปิดโอกาสให้ทุกคนได้แสดงความคิดเห็นของตนเองโดยเสรี ในขณะเดียวกันก็ต้องกระตุ้นให้แต่ละคนมีสำนึกรวมกันกับกลุ่ม มีการซักถามได้ แต่ไม่วิจารณ์ 2) ผู้ดำเนินการเป็นผู้ควบคุมการดำเนินงานกิจกรรมทั้งหมด รวมทั้งการแบ่งกลุ่ม เพื่อให้ทุกคนปฏิบัติตามกฎกติกาที่ตั้งไว้ 3) การจัดกลุ่มควรแบ่งเป็นกลุ่มๆ ละประมาณ 10 คน

การพูดคุยถึงความต้องการของหมู่บ้าน สิ่งที่อยากให้หมู่บ้านมี/เป็น ซึ่งเป็นการตั้งเป้าหมายอนาคตที่ปรารถนาร่วมกัน หรือสร้างวิสัยทัศน์ร่วมกัน (หมู่บ้านในฝัน : A2) โดยให้แต่ละคนเขียน/วาดภาพตามความคิดของตนเอง มาก-น้อย ตามความต้องการแล้วแบ่งกลุ่มย่อยแล้วให้แต่ละคนนำความคิดของตนเองไปเสนอต่อกลุ่มย่อย และให้สมาชิกในกลุ่มย่อยช่วยกันหลอมรวมความคิดของทุกคนในกลุ่ม สรุปเป็นความเห็น/ผลงานของกลุ่ม โดยรวมให้เป็นภาพเดียวของกลุ่ม

เงื่อนไข 1) ต้องเปิดโอกาสให้ทุกคนได้แสดงความคิดเห็นของตนเองโดยเสรี ในขณะเดียวกันก็ต้องกระตุ้นให้แต่ละคนมีสำนึกรวมกันกับกลุ่มมีการซักถามได้ แต่ไม่วิจารณ์ 2) ผู้ดำเนินการเป็นผู้ควบคุมการดำเนินงานกิจกรรมทั้งหมด รวมทั้งการแบ่งกลุ่ม เพื่อให้ทุกคนปฏิบัติตามกติกาที่ตั้งไว้ 3) การจัดกลุ่มควรแบ่งเป็นกลุ่มๆ ละ ประมาณ 10 คน

2. ขั้นตอน I (Influence) การระดมความคิดและมีปฏิสัมพันธ์ เป็นขั้นตอนการสร้างแนวทางพัฒนา มีการร่วมใช้ความคิด สร้างสรรค์ วิเคราะห์ สังเคราะห์เพื่อให้ได้วิธีการสำคัญที่จะทำให้บรรลุเป้าหมายที่ร่วมกันกำหนดขึ้น ซึ่งมีกิจกรรม ดังนี้

2.1 การกำหนดแนวทางสู่เป้าหมาย หรือวิสัยทัศน์ร่วม โดยให้สมาชิกกลุ่มย่อย แต่ละคนเขียนแนวทาง ลักษณะโครงการที่จะทำให้บรรลุวิสัยทัศน์ร่วมบนแผ่นกระดาษแล้ว แต่ละคนนำเสนอแนวทางโดยชี้แจงเหตุผล ความจำเป็น ประโยชน์แล้วรวบรวมข้อเสนอของแต่ละคนจัดเป็นหมวดหมู่ โดยต้องเป็นแนวทางที่เห็นพ้องต้องกันว่าเป็นข้อเสนอของกลุ่ม ผู้แทนกลุ่มนำแสนอและสมาชิกทั้งหมดร่วมซักถามให้ข้อคิดเพิ่มเติม

2.2 วิเคราะห์จำแนกจัดลำดับแนวทางสู่วิสัยทัศน์ โดยพิจารณาแนวทางโครงการแต่ละข้อ จัดลำดับความสำคัญและพิจารณาความต้องการเกื้อหนุนจากคนหรือองค์กรใดเห็นว่าสำคัญ

และจะเป็นกุญแจไปสู่ความสำเร็จ แล้วผู้แทนกลุ่มคัดเลือกโครงการกิจกรรมของกลุ่มไว้เป็นประเภท รวมกิจกรรมที่เหมือนกันเข้าด้วยกัน และจัดประเภทกิจกรรมเป็น 3 ประเภทคือ 1) สมาชิกทำเองได้ 2) กิจกรรมที่ต้องร่วมมือกับองค์กรในท้องถิ่น 3) กิจกรรมที่ต้องขอความร่วมมือจากองค์การนอกท้องถิ่น เมื่อแยกประเภทกิจกรรมแล้วให้แต่ละคนพิจารณาว่า หากมีทรัพยากรจำกัดจะเลือกกิจกรรมใดที่คิดว่าสำคัญที่สุด 3 – 4 อันดับ แล้วรวมคะแนนกิจกรรมที่ได้มากที่สุดเป็น ลำดับที่ 1, 2 และเรียงตามลำดับลงไป

เงื่อนไข ควรกระตุ้นให้สมาชิกในแต่คนกลุ่มย่อยได้แสดงเหตุผลอธิบายสนับสนุนความคิดของตนเอง เพื่อจงใจให้ผู้อื่นเห็นคล้อยตาม เพื่อให้มีการร่วมวิเคราะห์และหาทางเลือกร่วมกันด้วยเหตุผล

3. ขั้นตอน C (Control) การระดมพลังความพยายามควบคุมการจัดการ เป็นการทำโครงการกิจกรรมที่คิดค้นร่วมกันมากำหนดเป้าหมาย แบบแผนปฏิบัติการ การวางแผนดำเนินการ เพื่อแก้ไขปัญหา/ตอบสนองความต้องการของหมู่บ้าน (ทำให้ฝันเป็นจริง) โดยผู้ร่วมประชุมเลือกเข้ากลุ่มย่อยตามหัวข้อกิจกรรม ตามความสนใจของตนเอง โดยลงชื่อความสนใจ แต่ละกลุ่มสนใจคิดและวางแผนตลอดจนเขียนรายงานละเอียดโครงการดเนินงานเพื่อทำให้ความต้องการของหมู่บ้านเป็นความจริงขึ้นมาได้ โดยเน้นการใช้ศักยภาพและทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนเอง ทั้งนี้โครงการที่เขียนขึ้นควรประกอบด้วยรายละเอียดมากที่สุดเท่าที่คิดได้ เพื่อให้สะดวกต่อการนำโครงการไปดำเนินงานจริงต่อไป เช่น จะทำอะไร ทำเมื่อไร ทำอย่างไร ใครทำมีการแบ่งบทบาท หน้าที่อย่างไร ประสานงานกับใครบ้าง และจะต้องใช้งบประมาณเท่าไร งบนี้จะได้มาจากไหน ทำแล้วจะได้ประโยชน์ อะไร เป็นต้น แล้วแต่กลุ่มย่อยส่งตัวแทนมานำเสนอแผนงานและโครงการต่อกลุ่มใหญ่

เงื่อนไข ผู้ดำเนินรายการต้องลดบทบาทของตนเองลงเพื่อให้ผู้ร่วมกิจกรรมรับบทบาทหน้าที่ในการตัดสินใจ และควบคุมารดำเนินกิจกรรมแทน

เมื่อได้ดำเนินกิจกรรมทั้ง 3 ขั้นตอนดังกล่าวแล้ว ก็เป็นการทำแผนการดังกล่าวไปปฏิบัติจริง และเมื่อดำเนินการตามแผนเสร็จสิ้นแล้วหรือดำเนินการไประยะหนึ่งก็ควรจะมีการ สรุป ประเมิน เพื่อนำมาปรับปรุงการทำงานในระยะต่อไป

จุดเด่นและข้อจำกัดของการระดมพลังสร้างสรรค์ AIC

จุดเด่น

1. เปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วมและมีบทบาทเป็นผู้กระทำในหระบวนการชี้ชัดปัญหา จัดลำดับความสำคัญ และกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบและครบวงจร ซึ่งทำให้เชื่อมั่นได้ว่า ข้อมูลที่ได้รับน่าจะเป็นปัญหาที่แท้จริงของชุมชน มิใช่เป็นปัญหาตามสายตาและมุมมองของนักวิจัยหรือผู้เก็บข้อมูล ซึ่งเป็นคนนอกชุมชน ซึ่งเป็นข้อด้อยที่น่าจะพบในการใช้วิธีการศึกษาชุมชนวิธีอื่นๆ

2. AIC เป็นวิธีการที่ใช้ระยะเวลาสั้นๆ เพียง 2 – 3 วัน จึงทำให้ได้รับข้อมูลอย่างรวดเร็ว สะดวก ทันต่อการนำไปใช้

3. ข้อมูลที่ได้รับจากการนำวิธีการนี้ไปใช้ เป็นข้อมูลที่รอบด้าน ครอบคลุมทั้งปัญญาและศักยภาพของชุมชนมิได้เน้นแต่ปัญหาของชุมชนเพียงอย่างเดียว เช่น วิธีหารอื่นๆ จึงอาจกล่าวได้ว่า กระบวนการนี้ทำให้เราสามารถเข้าใจและรับรู้ความเป็นจริงทั้งสองด้านของชุมชนได้ดีกว่าวิธีอื่นๆ

4. วิธีการนี้ไม่เป็นวิธีการเอาเปรียบคนในชุมชน ต่างจากวิธีการศึกษาชุมชนส่วนมากที่คนภายนอกเข้าไปเก็บข้อมูลจากชาวบ้านแล้วก็กลับออกไป โดยที่ชาวบ้านไม่ได้รับประโยชน์อย่างใดนอกจากเสียเวลาให้ข้อมูลที่ไม่รู้ว่า จะเอาไปใช้ประโยชน์อย่างไร ต่อใคร เพราะทั้งนี้การนำ AIC ไปใช้ในชุมชนเป็นกระบวนการฝึกหัดให้ชาวบ้านระดมพลังความคิดกันเองเกี่ยวกับสภาพปัญหา และการพัฒนาชุมชนของตนเอง ดังนั้นหลังจากการทำกระบวนการ AIC จบลงแล้วไม่เพียงแต่ผู้ดำเนินการจะได้รับข้อมูลที่ต้องการเพื่อไปใช้

ข้อจำกัด

1. การทำกระบวนการ AIC ต้องใช้เวลาทำต่อเนื่องกัน 2 – 3 วัน เพื่อให้ครบทุกขั้นตอนในกระบวนการ ไม่สามารถจะตัดทอนขั้นตอนออกไปได้ มินั้นจะได้ผลไม่เต็มที่

2. เนื่องจากการทำ AIC ในหมู่บ้านต้องใช้เวลาหลายวัน จึงควรมีการจัดเตรียมสิ่งอำนวยความสะดวกในการทำกิจกรรมให้พร้อม เพื่อให้ดำเนินการเป็นไปโดยราบรื่นและสร้างความประทับใจแก่ชาวบ้านที่มาร่วมกิจกรรม

3. ผู้ที่ดำเนินการต้องมีความเข้าใจในกระบวนการ AIC อย่างพอเพียง จึงจะสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและทำให้ได้รับข้อมูลที่ต้องการ นอกจากนั้นแล้วผู้ดำเนินการต้องมีมนุษย์สัมพันธ์ที่ดี อีกทั้งยังต้องมีทักษะในการทำกิจกรรมกลุ่มและกิจกรรมนันทนาการด้วย

4. การใช้วีการ AIC ให้ได้ผลสำเร็จตามความคาดหมาย ขึ้นอยู่กับชาวบ้านที่มาร่วมกิจกรรมเป็นสำคัญ การกลั่นกรองเลือกพื้นที่ดำเนินงานและเลือกเฟ้นตัวบุคคลที่จะเข้าร่วมกิจกรรมจึงต้องทำโดยรอบคอบ โดยเฉพาะการกำหนดตัวบุคคลที่จะเข้าร่วมกิจกรรมนั้นควรนั้นพยายามให้ได้ตัวแทนกลุ่มย่อยต่างๆ ในชุมชน มาร่วมกิจกรรมอย่างทั่งถึง เพื่อให้มีความหลากหลายสมดุล และสามารถเป็นตัวแทนของชุมชนได้อย่างแท้จริง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการระดมพลังสร้างสรรค์ AIC พบว่า มีขั้นตอนการดำเนินงาน 3 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอน A (Appreciation) การระดมสร้างสรรค์พลังความรักและความซาบซึ้งเข้าใจเป็นขั้นตอนการสร้างความรู้โดยจัดให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้มาทำความเข้าใจสถานการณ์ที่กำหนดเป้าหมาย ซึ่งมุ่งหวังร่วมกัน ขั้นตอน I (Influence) การระดมความคิดและมีปฏิสัมพันธ์ เป็นขั้นตอนการสร้างแนวทางพัฒนา มีการใช้ร่วมความคิด สร้างสรรค์ วิเคราะห์ สังเคราะห์เพื่อให้ได้วิธีการสำคัญที่จะทำให้บรรลุเป้าหมายร่วมกัน ขั้นตอน C (Control) การระดมพลังความพยายามควบคุม การจัดการเป็นการทำโครงการกิจกรรมที่คอคันร่วมกันมากำหนดเป้าหมายแบบแผนการปฏิบัติการ แผนดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาของหมู่บ้าน จากขั้นตอนดังกล่าวผู้วิจัยจึงนำแนวทางดังกล่าว มีประยุกต์ในงานวิจัยการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อการป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

โดยมีขั้นตอนต่อไปนี้

ขั้นตอน A (Appreciation) โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันระหว่างผู้วิจัยกับผู้ที่เกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และผู้สูงอายุ

2. ร่วมสนทนาถึงประวัติศาสตร์ชุมชน การพัฒนาการของหมู่บ้าน ความทุกข์ยากในอดีตและประสบการณ์ในการพัฒนาชุมชนที่ผ่านมา เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ได้ตระหนักถึงและรู้สึกภาคภูมิใจในผลงานของตนเองโดยทุกคนต้องมีส่วนร่วมในการเสนอแนะและพูดคุยกัน

3. ร่วมสนทนาถึงสภาพปัญหาและอัตราความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย โดยแบ่งกลุ่มออกเป็น 5 กลุ่ม ให้แต่ละกลุ่มเสนอแนวคิดการป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ภายใต้ขอบเขตเงื่อนไข การสร้างนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้า การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็งในการสร้างเสริมสุขภาพจิต การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลในการสร้างเสริมสุขภาพจิต และการปรับเปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุขในการสร้างเสริมสุขภาพจิต จากนั้นให้สมาชิกกลุ่มนำเสนอทุกกลุ่มและทุกกลุ่มช่วยกันหลอมรวมความคิดของทุกกลุ่ม สรุปเป็นภาพเดียวของความคิดเห็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้

ขั้นตอน I (Influence) โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. กำหนดแนวทางสู่เป้าหมายของโครงการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยให้สมาชิกกลุ่มแต่ละกลุ่มเขียนแนวทางกิจกรรมที่จะทำให้บรรลุวิสัยทัศน์ร่วมกันบนแผ่นกระดาษและตัวแทนแต่ละกลุ่มออกมานำเสนอแนวทางและสมาชิกทั้งหมดร่วมซักถามให้ข้อคิดเพิ่มเติม พร้อมชี้แจงเหตุผล ความจำเป็น และประโยชน์ที่ได้รับ แล้วรวบรวมข้อเสนอของแต่กลุ่มจัดเป็นหมวดหมู่ โดยต้องเป็นแนวทางที่เห็นพ้องต้องกันว่าเป็นข้อเสนอของกลุ่ม

2. วิเคราะห์และจำแนกการจัดลำดับแนวทางสู่วิสัยทัศน์ โดยร่วมพิจารณาแนวทางโครงการแต่ละข้อ จัดลำดับความสำคัญที่จะเป็นกุญแจไปสู่ความสำเร็จ แล้วผู้แทนกลุ่มคัดเลือกโครงการกิจกรรมของกลุ่มไว้เป็นประเภทรวมกิจกรรมที่เหมือนกันเข้าด้วยกันและจัดประเภทกิจกรรมเป็น 3 ประเภท คือ 1) สมาชิกทำเองได้ 2) กิจกรรมที่ต้องร่วมมือกับองค์กรในท้องถิ่น 3) กิจกรรมที่ต้องขอความร่วมมือจากองค์การนอกท้องถิ่น เมื่อแยกประเภทกิจกรรมแล้วให้แต่ละคนพิจารณาว่า หากมีทรัพยากรจำกัดจะเลือกกิจกรรมใดที่คิดว่า สำคัญที่สุด 3 – 4 อันดับ แล้วรวมคะแนนกิจกรรมที่ได้มากที่สุดเป็น ลำดับที่ 1, 2 และเรียงตามลำดับลงไป

ขั้นตอน C (Control) โดยมีขั้นตอน ดังนี้

การระดมพลังความพยายามควบคุมการจัดการ เป็นการทำโครงการกิจกรรมที่คิดค้นร่วมกันมากำหนดเป้าหมายแบบแผนปฏิบัติการ การวางแผนดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหา/ตอบสนองความต้องการของชุมชนเพื่อให้เกิดความสุข และระดับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุลดลง โดยผู้ร่วมการวิจัยครั้งนี้ และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับอาการโรคซึมเศร้าระดับน้อยและปานกลาง เลือกเข้ากลุ่มย่อย ตามหัวข้อกิจกรรม ตามความสนใจของตนเอง โดยลงชื่อความสนใจ แต่ละกลุ่มสนใจคิดและวางแผน เช่น จะทำอะไร ทำเมื่อไหร่ ทำอย่างไร ใครทำมีการแบ่งบทบาท หน้าที่อย่างไร ประสานงานกับใครบ้าง และจะต้องใช้งบประมาณเท่าไร งบนี้จะได้มาจากไหน ทำแล้วจะได้ประโยชน์ อะไร เป็นต้น แล้วแต่กลุ่มย่อยส่งตัวแทนมานำเสนอแผนงานและโครงการต่อกลุ่มใหญ่ คำว่า “ความสุขสมบูรณ์” (Wellness) เป็นคำที่มีคุณค่ายิ่ง สำหรับบุคคลทุกเพศทุกวัย โดยเฉพาะบุคคลวัยสูงอายุ คำๆ นี้ มีความหมายและมีความสำคัญมาก เนื่องจากหาว่า บุคคลใดเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ และได้พบความสุขสมบูรณ์ในชีวิตก็เท่ากับสะท้อนให้เห็นเห็นว่า บุคคลนั้นๆ เติบใหญ่ มีชีวิตล่วงเลยมาได้มีการเรียนรู้ พัฒนาตนเอง และดำรงชีวิตมาตลอดเวลาอย่างถูกต้องและเหมาะสม

6. ชีวิตที่สุขสมบูรณ์ของผู้สูงอายุ

จากการทบทวนเอกสาร วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคำว่า “ความสุขสมบูรณ์” พบว่า มีการใช้คำอยู่ 2 คำ ซึ่งมีความหมายใกล้เคียงกัน คำ 2 คำนี้คือ คำว่า “Wellness” (ความสุขสมบูรณ์) และคำว่า “Well – Being” ความอยู่ดีมีสุข) ดังอภิปรายความหมายแต่ละคำในตอนต่อไป

คำว่า ความสุขสมบูรณ์ (Wellness)

แอ็บเบอร์โซล และ เฮสส์ (Ebersole; & Hess. 1998: 80) ได้ให้คำนิยามว่า “ความสุขสมบูรณ์” (Wellness) ไว้ ดังนี้

ความสุขสมบูรณ์ เป็นแนวคิด (Concept) ความสุขสมบูรณ์มิใช่สถานการณ์ (Condition)

ความสุขสมบูรณ์ คือ การปรับตัวของบุคคลที่ทำให้เขาพึงพอใจมากที่สุดต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งภายในตน และภายนอกตน

ความสุขสมบูรณ์ครอบคลุมเกี่ยวข้องกับสรีระ จิต สังคม และจิตวิญญาณของบุคคล

ความสุขสมบูรณ์ครอบคลุมพฤติกรรม 5 หลักประการของการปรับตัวของบุคคลสู่การเป็นผู้มีความสุขสมบูรณ์ พฤติกรรม 5 หลักประการ ได้แก่ ความรับผิดชอบของตนเอง (Stress - Responsibility) การออกกำลังกาย (Physical Fitness) การจัดการกับความเครียด (Stress Management) การตระหนักและเฝ้าระวังเรื่องโภชนาการ (Nutritional Awareness) และการจัดการสภาพแวดล้อม (Environment Sensitivity)

- บุคคลสามารถบรรลุถึงความสุขสมบูรณ์ได้แม้จะอยู่ในสถานการณ์วิกฤติจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง พิการ หรือภาวะใกล้ตาย

เจนเซน และ อัลเลอร์ (Jensen; & Aller. 1993: 220; Harkreader; et al. 2007: 397 – 398) ได้รวบรวมนิยามคำว่า “ความสุขสมบูรณ์” จากหลากหลายแห่งนิยามที่ให้ความหมายในแง่มุมต่างๆ คือ

1. ความสุขสมบูรณ์ คือ กระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาบทบาทหน้าที่ของบุคคลตามศักยภาพที่บุคคลมีอยู่
2. ความสุขสมบูรณ์ คือ ลักษณะของการที่บุคคลมีสุขภาพสมบูรณ์สูงสุด
3. ความสุขสมบูรณ์ ไม่ใช่ขั้นตอนสุดท้ายแต่เป็นกระบวนการปรับตัวของชีวิต
4. ความสุขสมบูรณ์มีความหมายตรงกันข้ามคำว่า “เจ็บป่วย” และเป็นคำที่ใช้แทนกันกับคำว่า “สุขภาพดี”
5. ความสุขสมบูรณ์เป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลในการดำเนินชีวิตที่มีการผสมผสานอย่างเหมาะสม
6. คำว่า “สุขภาพดี” เป็นองค์ประกอบหนึ่งของการพัฒนาสู่ “ความสุขสมบูรณ์”

ชเมอร์สเลอร์ และ วอล์ช (Schmrerzler; & Walsh. 1999: 16) กล่าวว่า Wellness หมายถึง การรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี ทั้งร่างกายและจิตใจ โดยบุคคลจะมีกิจกรรมส่งเสริมภาวะสุขภาพดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ อาทิ ออกกำลังกาย พฤติกรรมบริโภคที่ดี และพฤติกรรมอนามัยด้านเพศสัมพันธ์

เพนเดอร์ (Pender. 2002) เขียนหนังสือเรื่อง “*การสร้างเสริมสุขภาพ*” เขาอธิบายว่า คำว่า “***Wellness***” หมายถึง ความมีสุขภาพดีสูงสุด (Self-Cctualization) และบางกรณี Wellness และ Health จึงใช้แทนกันได้

โทห์เช่ (Touhy. 2008: 45 – 47) อธิบายคำว่า “Wellness” มีความหมายมากกว่าคำว่าไม่มีโรค คำว่า “Health” เป็นส่วนหนึ่งของการไปสู่ Wellness คำว่า Wellness จะอธิบายภาวะสุขภาพได้ครอบคลุมกว่าคำว่า “Health” Wellness เป็นกระบวนการปรับตัว (Adaptive Process) ของบุคคลครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ รวมทั้งวัฒนธรรมด้วย (Culture) กระบวนการ Wellness เป็นกระบวนการต่อเนื่องเป็นลำดับ (Wellness Continuum) ในการอภิปรายคำว่า “Wellness” Touhy สนับสนุนคำกล่าวของ แอ็บเบอร์โซล และ เฮสส์ (Ebersole; & Hess. 1998: 80) และอ้างอิงงานเขียนของ เพนเดอร์ (Pender. 2002: 20 – 22) ที่กล่าวอย่างสอดคล้องกันว่า Wellness ครอบคลุมพฤติกรรม 5 หลักประการของการปรับตัวของบุคคลดังกล่าวไว้ข้างต้น คือ ความรับผิดชอบต่อตนเอง การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การตระหนักและเฝ้าระวังเรื่อโภชนาการ และการจัดการกับสภาพแวดล้อม

ประนอม รอดคำดี (2538:209) ได้วิจัย เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาระดับความสุขสมบูรณ์ของนิสิตนักศึกษาในกรุงเทพมหานคร ได้ให้นิยามคำ “ความสุขสมบูรณ์” ว่าหมายถึง กระบวนการที่เกี่ยวข้องของการพัฒนาชีวิตทั้งด้านร่างกาย สังคม อารมณ์ สติปัญญา การงานอาชีพ (การเรียน) ค่านิยม และจิตวิญญาณ กระบวนการดังกล่าวเป็นกระบวนการต่อเนื่องและมุ่งพัฒนาชีวิตทุกด้าน โดยไม่เน้นความสำคัญของการพัฒนาเพียงจุดใดจุดหนึ่งเท่านั้น นอกจากนี้ ความสุขสมบูรณ์ยังเป็นกระบวนการที่เน้นให้เห็นถึงความสำคัญของการรักษาความสมดุลด้านต่างๆ ของชีวิตอย่างมีระบบ

จากการทบทวนวรรณกรรมความหมายของความสุข (Wellness) คือ สภาพชีวิตที่เป็นสุข อันเป็นผลจากการมีความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ มีศักยภาพที่จะ

พัฒนาตนเองเพื่อนคุณภาพชีวิตที่ดี โดยครอบคลุมถึงความดีงามภายในจิตใจ ภายใต้สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2547)

ความสำคัญ

ตามความหมายของคำว่า “ชีวิตที่สุขสมบูรณ์ของผู้สูงอายุ” ได้ดังสังเคราะห์ไว้ข้างต้น จะพบว่า ชีวิตที่สุขสมบูรณ์เป็นสิ่งที่มีความสำคัญ มีค่าและมีความหมายอย่างยิ่ง ผู้สูงอายุท่านใดมีชีวิตที่สุขสมบูรณ์ผู้สู.อายุท่านนั้นก็คือผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ หากครอบครัวใดมีผู้สูงอายุที่มีคุณภาพครอบครัวนั้นก็จะเป็นครอบครัวคุณภาพคือมีตัวแบบชีวิตที่ดีงาม และเมื่อครอบครัวหลายๆ ครอบครัวเป็นครอบครัวที่มีคุณภาพ ประเทศชาติจะเป็นประเทศชาติที่มีคุณภาพ

ตัวแบบชีวิตที่ดีงามในครอบครัว คือ จุดเริ่มต้นที่ดีที่สุดในการพัฒนาประเทศ ครอบครัวเป็นแหล่งให้กำเนิดแก่บุคคล เป็นแหล่งของการพัฒนาร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ จิตวิญญาณ และบุคลิกภาพ (สุรีย์ กาญจนวงค์. 2553: 106) นิยามบุคลิกภาพในทัศนคติของนักจิตวิทยากลุ่มอุปนิสัย (Trait perspective) งานเขียนเสนอว่า Trait เป็นองค์ประกอบสำคัญของโครงสร้างบุคลิกภาพ แต่ก็เป็นโครงสร้างที่เป็นพลวัต (Dynamic) มนุษย์สามารถพัฒนาความเป็นตัวตนได้ บุคลิกภาพส่วนใหญ่ (ประมาณ 2 ใน 3) ล้วนเป็นผลมาจากปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมในระยะแรกของชีวิต คือ ครอบครัว และบุคคลในครอบครัว ตัวแบบชีวิตที่ดีงามมีความสุขสมบูรณ์จะเป็นตัวแบบที่บุคคลในครอบครัว ได้เรียนรู้เลียนแบบ และยึดถือเป็นตัวอย่าง กล่าวกันว่า ครอบครัวใดที่มรโอกาสได้อยู่กันอย่างสุขสมบูรณ์อย่างน้อย 3 ช่วงอายุ คือ มีปู่ย่า หรือ ตายาย รวมอยู่ด้วย ครอบครัวนั้นๆ นับว่า เป็นครอบครัวที่ดี ซึ่งครอบครัวประกอบด้วยสมาชิกที่มีอายุยืนยาว มีความสามัคคี รักใคร่ซึ่งกันและกัน และทั้งภายในครอบครัวมีการถ่ายทอดขนบธรรมเนียมวัฒนธรรมไทยในเรื่องความกตัญญูกตเวทิตาต่อผู้อาวุโส และเป็นการถ่ายทอดลักษณะความเป็นอยู่ที่สุขสมบูรณ์ของผู้อาวุโส เพื่อหล่อหลอมบุคลิกภาพของผู้อ่อนอาวุโสสู่ความเป็นสมาชิกของครอบครัวและของประเทศชาติที่มีความสุขสมบูรณ์

องค์ประกอบและตัวชี้วัด

จากการสำรวจเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาองค์ประกอบและตัวชี้วัดของคำและข้อความที่เกี่ยวข้องกับ “ความสุขสมบูรณ์” ในชีวิต พบงานที่มีปรากฏและสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในชีวิตปัจจุบันได้ ดังนี้

แว็กนีลด์ และ ยัง (Wagnild; & Young. 1990) ได้ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อค้นหาประเด็นที่ผู้สูงอายุรายงานว่า ช่วยให้เขาประสบความสำเร็จในการปรับตัวในชีวิตบั้นปลายได้ศึกษาจากผู้สูงอายุที่มีอายุ 67 – 72 ปี จำนวน 24 คน ในศูนย์ผู้สูงอายุ 6 แห่ง ผู้สูงอายุทั้ง 24 คนได้รับการประเมินแล้วว่า สามารถปรับตัวได้สำเร็จต่อวิกฤติการณ์ชีวิตที่ผ่านมา ผลการศึกษาพบประเด็นเด่น 5 ประเด็นที่ผู้สูงอายุรายงานว่าได้ยึดถือปฏิบัติและเป็นผลให้พวกเขาประสบผลสำเร็จในการปรับตัวในชีวิตบั้นปลาย ประเด็นทั้ง 5 ได้แก่

1. ความสงบใจ ขันติ (Equanimity) หมายถึง การรับรู้ว่าชีวิตนี้ มีทั้งสนุกสนานสำเร็จ ผิดหวัง เสร้าโศก เสียใจปะปนกัน

2. ความอุสาหะ พากเพียร (Perseverance) หมายถึง การมีวินัยตนเอง ตั้งใจจริงที่จะต่อสู้อุปสรรคปัญหาต่างๆ

3. การพึ่งพาตนเอง (Self - Reliance) มั่นใจและพึ่งพาตนเอง

4. การมีชีวิตที่มีความหมาย (Meaningfulness) ชีวิตนี้มีเป้าหมายและมีคุณค่า

5. การมีชีวิตอยู่ได้โดยลำพัง (Existential Aloneness) ผู้สูงอายุรับรู้ว่า ชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงตามกาลเวลา มีความภาคภูมิใจในลักษณะบุคลิกภาพของตนเอง ซึ่งไม่เหมือนคนอื่น นั่นคือ การยอมรับตนเอง

ไทรซ์ (Trice. 1990) ได้ศึกษาเพื่อหาคำตอบว่าประสบการณ์ชีวิตเช่นใดที่ทำให้ผู้สูงอายุเห็นว่า ชีวิตมีความหมาย ชีวิตของตนเองมีคุณค่า การศึกษาได้ศึกษาจากปรากฏการณ์ (Phenomenological Study) ทำการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ อายุระหว่าง 65 – 81 ปี ซึ่งอาศัยอยู่ในบ้านของตนเองในรัฐนอร์ทแคโรไรนา จำนวน 11 คน ผลการศึกษาพบว่า ประสบการณ์ชีวิตที่มีความหมายต่อผู้สูงอายุ ได้แก่

1. ประสบการณ์ที่มีการเอื้ออาทรต่อบุคคลอื่น

2. ประสบการณ์ชีวิตที่รับรู้ว่าตนเองเป็นประโยชน์ต่อบุคคลที่ตนเองเอื้ออาทร

3. ประสบการณ์ที่รับรู้ว่ากิจกรรมที่ตนเองกระทำอยู่หรือกำลังจะกระทำจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่ตนเองเอื้ออาทร

4. ความรู้สึกว่าตนเองเป็นบุคคลหนึ่งและเป็นบุคคลที่มีคุณค่าในกิจกรรมที่ตนเองกระทำอยู่

อัลเลอร์ และ โคลิ่ง (Aller; & Coeling. 1995) ทำการศึกษากับผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของรัฐโอไฮโอ คัดเลือกตัวอย่างที่มีลักษณะสื่อสารได้ดี ถูกต้อง ได้เพียง 8 คน จากจำนวนทั้งหมด 120 คน การศึกษาต้องการคำตอบยืนยันว่า ประสบการณ์ชีวิตเช่นใดทำให้เขาพึงพอใจ ผลการศึกษาได้ประเด็นเด่น 3 ประการ คือ

1. ความสามารถสื่อสารกับคนอื่นได้

2. ความสามารถดูแลตนเองได้

3. ความสามารถช่วยเหลือคนอื่นได้

งานวิจัยทั้ง 2 เรื่อง ของ ไทรซ์ (Trice) และ อัลเลอร์ และ โคลิ่ง (Aller; & Coeling) สอดคล้องกันในเรื่องมนายสัมพันธ์กับสังคม ซึ่งความสอดคล้องกันในเรื่องมนุษยสัมพันธ์และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ซึ่งความสอดคล้องนี้ได้รับคำตอบยืนยันอีกครั้งจากงานวิจัยของ ประนอม โอทกานนท์ และคณะ (2543) ที่พบว่า การปฏิบัติตนด้านสังคมเป็นตัวแปรด้านพยากรณ์ตัวแรกที่ถูกเลือกเข้าไปในสมการ สมการสามารถพยากรณ์ความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุใน 5 ชมรม 4 จังหวัดฝั่งทะเล ภาคตะวันออกของประเทศไทย จับคู่ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่ม จำนวนทั้งสิ้น 12 คู่ จากตัวแปรด้านอายุ เพศ และระดับการศึกษา การวิเคราะห์สถิติ t – test นัยสำคัญทางสถิติ 0.05 พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีความพึงพอใจในชีวิต

สุกัญญา สุขวรรณโณ และคณะ (2551) ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเรื่องการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีคุณภาพที่ดี : กรณีศึกษาตำบลนครไทย จังหวัดพิษณุโลก ศึกษาจากผู้สูงอายุ จำนวน 12 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุสุขภาพดีที่ทีอายุเกิน 75 ปี มีการปฏิบัติตนในการดูแลตนเอง 8 ประเด็นหลัก

คือ มีการเคลื่อนไหวร่างกายสม่ำเสมอ โดยอยู่ในลักษณะของการทำงานบ้าน ออกกำลังกายและการดำเนินวิถีชีวิตแบบดั้งเดิม มีการเลือกรับประทานอาหารพื้นบ้านและสมุนไพร โดยมีการปรับเปลี่ยนชนิดและประเภทเป็นอาหารพื้นบ้านมากขึ้น และพยายาม ลด – ละ - เลิก อาหารที่เคยติดในรสชาติ รวมทั้งใช้สมุนไพรเสริมสุขภาพ มีการยึดธรรมเป็นหลักนำทางชีวิต โดยการคิดดี ใจนิ่ง อยู่อย่างสงบ อุทิศตนเพื่อทำประโยชน์ให้แก่สังคมและมีการเตรียมตัวตาย อยู่ท่ามกลางครอบครัวอันเป็นที่รัก โดยใช้ชีวิตร่วมกับลูกหลานพร้อมหน้า ทำตัวให้ลูกหลานยกย่อง ศรัทธา เห็นความสำคัญ มีการวางแผนด้านการเงิน โดยยึดหลักความพอเพียง มีการวางแผนการใช้จ่ายและพยายามหารายได้เอง ไปร่วมทำบุญ อนุรักษ์ และสืบทอดภูมิปัญญาพื้นบ้าน มีการพักผ่อนเพียงพอและทำงานอดิเรก และเมื่อเกิดความเจ็บป่วยต้องรีบรักษาตัวให้หาย

ดรุณี บุญทาเลิศ และคณะ (2551) ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเรื่องประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตดี จำนวนผู้สูงอายุ 12 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างให้ความหมาย “การดูแลตนเอง” ใน 6 ลักษณะ คือ 1) สร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจ 2) ไม่คิดเครียดทำจิตใจให้แจ่มใส 3) ใช้หลักธรรมเป็นที่พึ่งและยึดเหนี่ยวจิตใจ 4) ห่างไกลลดเลิกอบายมุข 5) แสวงหาข้อมูลข่าวสารให้ทันต่อเหตุการณ์ และ 6) เกื้อกุลลูกหลาน ช่วยเหลือสังคม และทำประโยชน์ต่อผู้อื่น

สำหรับแบบวัดชีวิตที่สุขสมบูรณ์ พบงานวิจัย ดังนี้

ประนอม รอดคำดี (2538) ได้ศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาระดับความสุขสมบูรณ์ของนิสิตนักศึกษาในกรุงเทพมหานคร งานวิจัยเรื่องนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือวัดความสุขสมบูรณ์ของนิสิตนักศึกษา เครื่องมือครอบคลุมพฤติกรรมที่ปฏิบัติจริง 6 ด้าน คือ

1. ด้านร่างกาย ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การดูแลตนเองด้านสุขภาพและสวัสดิภาพ
2. ด้านสังคม ได้แก่ การมีส่วนร่วม การเสียสละแก่ชุมชน การพึ่งพาอาศัย ซึ่งกันและกัน ในสังคม
3. ด้านอารมณ์ ได้แก่ การตระหนักถึงการยอมรับความรู้สึกของผู้อื่น การมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง และการมีพฤติกรรมที่เหมาะสม
4. ด้านสติปัญญา ได้แก่ การมรส่วนร่วมคิดสร้างสรรค์ การรู้จักใช้ทรัพยากรที่มีอยู่เพื่อขายพรมแดนความรู้ไปสู่การพัฒนาทักษะและศักยภาพของตน
5. ด้านการงานอาชีพ (ด้านการเรียน) ได้แก่ ความรู้สึกด้านดีต่อการเรียน
6. ด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ การมีจุดมุ่งหมายในชีวิตและการใช้ชีวิตอย่างมีสติ มีความเป็นตัวของตัวเรา รู้จักแบ่งเวลา ยอมรับค่านิยมและความเชื่อของผู้อื่น

ข้อคำถามรวมทุกด้าน มีจำนวนทั้งสิ้น 100 ข้อรายการ

คล๊าก (Clark. 1998) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองให้เป็นผู้มีความสุขสมบูรณ์ในชีวิตของผู้สูงอายุสุขภาพดี ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบวัดโดยใช้แนวคิดการดูแลตนเองของ โอเร็ม (Orem) แบบวัดประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับโภชนาการการพักผ่อน การนอนหลับ การออกกำลังกาย การจัดการ

กับความเครียด เครือข่ายทางสังคมสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย คุณภาพชีวิต และการอยู่อย่างอิสระ

ประนอม โอทกานนท์ และคณะ (2543) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ในงานวิจัยนี้ คณะวิจัยได้พัฒนาแบบวัดความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุขึ้นครอบคลุมความพึงพอใจ 6 ด้าน คือ สิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ สิ่งแวดล้อมด้านชีวภาพ สุขภาพกาย สุขภาพจิต เศรษฐกิจ และปฏิสัมพันธ์ในสังคม ข้อคำถามรวมทุกด้านมีจำนวนทั้งสิ้น 45 ข้อ

6.1 ปัจจัยสนับสนุนการพัฒนาชีวิตที่สุขสมบูรณ์ของผู้สูงอายุไทย

ความสุขสมบูรณ์ในชีวิตเป็นสิ่งที่บุคคลสามารถเรียนรู้และสร้างให้แก่ตนเองได้ การเรียนรู้ตลอดทั้งมีการนำไปพัฒนาโดยการปฏิบัติอย่างจริงจังและต่อเนื่องจะส่งผลให้บุคคลเข้าสู่ความสุขสมบูรณ์สูงสุด (High Level Wellnessor Well - Being) ของชีวิตได้ (Touhy. 2008: 47) โดยลักษณะสภาพแวดล้อมของสังคมไทยปัจจุบันมีปัจจัยสนับสนุนหลายประการ ดังจะอภิปรายตอนต่อไป

1. สภาพสังคม ขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรมไทย

สังคมไทยยุคปัจจุบันเป็นสังคมที่กำลังพัฒนาทางวิทยาการเทคโนโลยีและสารสนเทศอย่างเด่นชัด ความเจริญก้าวหน้ามาจากการที่คนไทยคิดค้นพัฒนาขึ้นมาเองภายในประเทศ และจากการที่ได้รับการถ่ายทอดจากต่างประเทศ อาทิ การพัฒนาขึ้นมาเองภายในประเทศ เพื่อการจัดการ (Management Information System : MIS) เพื่อให้ได้สารสนเทศที่ช่วยสนับสนุนการทำงานและการตัดสินใจในด้านต่างๆ ของผู้บริหาร อย่างไรก็ตาม การพัฒนาวิทยาการเทคโนโลยีและสารสนเทศดังกล่าว มีผลต่อสังคมไทย ทั้งผลดีและผลเสีย

ไพบูลย์ เกียรติกมล และ ณัฏฐพันธ์ เขจรนันท์ (2551: 49 – 52) เขียนหนังสือเรื่อง ระบบสารสนเทศ เพื่อการจัดการที่ระบุผลกระทบทั้งทางบวกและทางลบของการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศไว้อย่างครอบคลุม น่าคิดและควรเฝ้าระวังสรุปพอสังเขปได้ ดังนี้

ผลกระทบทางบวก ได้แก่

1. เพิ่มความสะดวกสบายในการสื่อสาร การบริการ และการผลิต เช่น การติดต่อสื่อสารด้วยเครือข่ายอินเตอร์เน็ต

2. เกิดสังคมแห่งการสื่อสารและสังคมโลก เทคโนโลยีสารสนเทศ ทำให้มนุษย์แต่ละคนในสังคมสามารถติดต่อถึงกันได้อย่างรวดเร็ว

3. มีระบบผู้เชี่ยวชาญต่างๆ ในบานะข้อมูลความรู้ เช่น แพทย์ที่อยู่ในชนบทสามารถวินิจฉัยโรคจากฐานข้อมูลความรู้ของผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางการแพทย์ในสถาบันการแพทย์ที่มีชื่อเสียงทั่วโลก หรือมีการปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในระบบทางไกลได้

4. สร้างโอกาสให้คนพิการ หรือผู้ด้อยโอกาสจากการพิการทางร่างกาย คนพิการสามารถพัฒนาทักษะและความรู้ได้จากผลิตภัณฑ์ช่วยเหลือคนพิการ คนพิการจะไม่ถูกทอดทิ้งให้เป็นภาระแก่สังคม

5. พัฒนาคุณภาพการศึกษาโดยเกิดการศึกษาในรูปแบบใหม่ เช่น การใช้คอมพิวเตอร์เป็นสื่อในการเรียนการสอน

6. การทำงานเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี เช่น การใช้โปรแกรมประมวลผลคำ (Word Processing) ช่วยในการพิมพ์เอกสาร ช่วยลดเวลาการทำงานแต่ได้ผลผลิตมากขึ้น

7. ผู้บริโภคได้รับประโยชน์จากการบริโภคสินค้าหลากหลายและมีคุณภาพ ผู้ผลิตสินค้าที่มีคูณภาพ ผู้บริโภคสามารถเลือกซื้อได้ตามความต้องการ และช่องทางการค้ามีให้เลือกมากขึ้น เช่น การเลือกซื้อสินค้าทางอินเตอร์เน็ต

ผลทางลบ ได้แก่

1. ก่อให้เกิดความเครียดทางสังคม การดำเนินธุรกิจในยุคเทคโนโลยีสารสนเทศก่อให้เกิดสภาวะการแข่งขันที่รุนแรง

2. ก่อให้เกิดการรับวัฒนธรรมหรือแลกเปลี่ยนวัฒนธรรมของคนในสังคมโลก มีการแพร่ของวัฒนธรรมจากสังคมหนึ่งไปยังอีกสังคมหนึ่งอย่างรวดเร็ว ซึ่งอาจก่อให้เกิดค่านิยมที่ไม่พึงประสงค์ของสังคมใหม่ได้

3. ก่อให้เกิดผลทางศีลธรรม การติดต่อสื่อสารที่รวดเร็วมีการแพร่ภาพ หรือข้อมูลข่าวสารที่ไม่ดี อาจมีผลกระทบต่อความความรู้สึกของคนไทย รวมทั้งเยาวชนรุ่นใหม่สับสนต่อค่านิยมที่ดีดั้งเดิมของตน

4. การมีส่วนร่วมของคนไทยลดน้อยลง สังคมห่างเหินกัน เนื่องจากการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการสื่อสารซึ่งกันและกัน

5. การละเมิดสิทธิส่วนบุคคล การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศอย่างไม่มีข้อจำกัดย่อมส่งผลต่อการละเมิดสิทธิส่วนบุคคล

6. เกิดช่องว่างระหว่างบุคคล การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเกี่ยวข้องกับการลงทุนทำให้เกิดช่องว่างทางสังคมระหว่างชนชั้น

7. เกิดการต่อต้านเทคโนโลยี คนทำงานด้วยวิธีเก่าๆ เกิดความรู้สึกหวาดระแวงวิตกกังวล เกิดการต่อต้านการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้

8. อาชญากรรมบนเครือข่าย ความก้าวหนน้าของเทคโนโลยีสารสนเทศก่อให้เกิดปัญหาทางอาชญากรรม เช่น การขโมยความลับ การขโมยข้อมูลสารสนเทศ รวมทั้งการบ่อนทำลายข้อมูลในระบบเครือข่าย

9. ก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพ การใช้คอมพิวเตอร์นานๆ มีผลเสียต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตได้

ท่ามกลางผลเสียของการใช้วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสารสนเทศในการพัฒนาประเทศที่กำลังมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องก่อให้เกิดความสับสน วุ่นวาย จิตไม่สงบ และมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อสุขภาพกาย จิต สังคม ของประเทศชาติ และสังคมไทยยังมีส่วนดีเพราะปัญหาที่เกิดขึ้นกับคนในสังคมลดลงได้เมื่อคนในสังคมไทยรู้จักใช้ส่วนดีที่เป็นขนมธรรมเนียมประเพณีวัฒนธรรมไทยให้

เป็นประโยชน์ต่อชีวิตประจำวัน กล่าวคือ สังคมไทยส่วนใหญ่เป็นสังคมของชาวพุทธที่ยึดคำสั่งสอนของพระพุทธเจ้าเป็นหลักธรรมของชีวิต พุทธศาสนาฝึกให้ไม่ประมาท ฝึกให้มุ่งทำประโยชน์ต่อบุคคลและส่วนรวม ชาวพุทธคือผู้มีจิตเมตตา ประพฤติปฏิบัติดี เสียสละแบ่งปัน มีจิตไม่หวั่นไหว มีปัญญารู้ธรรมชาติของชีวิต ชาวพุทธถูกสอนให้เป็นคนมีกตัญญูกตเวทิตา เข้าใจความจริงอันเป็นประเสริฐคือ อริยสัจ 4 คือ ทุกข์ (เข้าใจปัญหาและขอบเขตของปัญหา) สมุทัย (เข้าใจและวิเคราะห์มูลเหตุของปัญหาได้) นิโรธ (รู้จักการระดับทุกข์จากการปฏิบัติชอบ) มรรค (มีแนวปฏิบัติเพื่อดับทุกข์ คือ มีศีล สมาธิ และปัญญา) นอกจากนั้น ชาวพุทธได้รับการอบรมกล่อมเกลาให้เป็นคนมีความอ่อนโยนในจิตใจ ไม่ก้าวร้าว ไม่หยาบคาย หรือเกียจคร้าน เกรงกลัวในบาปบุญคุณโทษ ไม่อวดทะนงตน เย่อหยิ่งและเหยียดหยามคนอื่น บุตรหลานของชาวพุทธจะถูกสอนให้ประพฤติปฏิบัติพุทธธรรมเพื่อชีวิตและสังคม มีการสอนให้เจริญปัญญาด้วยการบริหารจิต วิธีบริหารจิตและเจริญปัญญาที่เป็นพื้นฐานสามารถทำได้กับทุกคนทุกกลุ่มและเป็นสากลก็คือการทำจิตให้สงบ และเยือกเย็น สมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี (2551: 10 – 28) ให้นิยามและอธิบายไว้ว่าการทำจิตให้สงบ คือ การปฏิบัติด้วยสมาธิ และสมาธิคือการมีจิตตั้งมั่น สงบนึกถึงสิ่งหนึ่งสิ่งเดียวไม่ฟุ้งซ่าน ไม่หวั่นไหว เป็นการบริหารจิตใต้สำนึกเพื่อดึงพลังออกมาใช้ ส่วนการปฏิบัติสมาธินั้นคือ เทคนิคที่ประสาทการทำงานของกายกับจิตอย่างกลมกลืน การปฏิบัติสมาธิมีผลทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายดีขึ้น โดยมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในร่างกายจิตใจอย่างเป็นองค์รวมดังนั้นการกระทำจิตให้สงบ คือ การทำจิตให้อยู่กับเรื่องปัจจุบัน ระลึกถึงสิ่งที่ตนกำลังงกระทำอยู่ เช่น ทำงาน เรียน อ่านเขียนหนังสือ เป็นการกระทำกิจกรรมอย่างมีสมาธิ ผลที่ดีเกิดขึ้นก็คือความสงบเยือกเย็นของจิตใจ ลดการพลั้งเผลอ พลาดพลั้ง เลอะเลือนหรือหลงลืม งานที่ทำจะเป็นงานที่มีคุณภาพ การบริหารจิตและเจริญปัญญาที่นิยมใช้อบรมสั่งสอนบุตรหลาน นักเรียน ผู้เขียนมักเห็นเป็นประจำและได้รับการสอน แนะให้ฝึกปฏิบัติด้วย ได้แก่

อานาปานัสสติ การตั้งสติระลึกถึงลมหายใจเข้า – ออก

มรณัสสติ การตั้งสติระลึกถึงความตายที่มีต่อตนเองและคนอื่น

อุปสมานุสติ การตั้งสติระลึกถึงความสงบ

วิธีเจริญอานาปานัสสติ กระทำได้ด้วยการอยู่ในที่สงบ ปราศจากเสียงหรือคนรบกวน นั่ง ดั้งสติระลึกอยู่ที่ลมหายใจเข้า – ออก การใช้วิธีนี้จะช่วยเพิ่มความต่อเนื่องของการตั้งสติ

วิธีเจริญมรณัสสติ กระทำโดยให้คิดว่าคนทุกคนต้องตาย ก่อนตายจะทำอะไรที่เป็นความดี ไม่ประมาท ทำตนเป็นมิตรกับทุกคน ขวนขวายทำความดีเพื่อให้ความดีติดตัวแม้นเราจะตายจากไปวิธีเจริญอุปสมานุสติ ให้ระลึกถึงความสงบจากสิ่งชั่วร้ายทั้งหลาย สงบจากอำนาจกิเลสทั้งปวง การปราศจากกิเลสจะปราศจากการกระทำที่รุนแรง ประพฤติรุนแรง พูดจารุนแรง เบียดเบียนทำร้ายตนเองและผู้อื่น ระลึกถึงความสงบ จิตจะสงบเย็นเป็นสุข มีความรัก เมตตา จิตสงบจะเพิ่มพูนปัญญา เพิ่มพูนความสงบเย็นทั้งภายในร่างกาย จิตใจ และความประพฤติที่ปรากฏออกมา

พุทธธรรมแห่งชีวิตที่ต้องนำมากล่าวไว้ ณ ที่แห่งนี้ก็คือกฎแห่งกรรม ชาวพุทธจะยึดถือพุทธธรรมข้อนี้อย่างจริงจัง ชาวพุทธถูกสอนให้เกรงกลัวต่อบาป ให้เข้าใจว่ากรรมก่อให้เกิดผล คนทุกคนเกิดมาต้องทำความดีแก่คนอื่น บุคคลที่สำคัญที่สุดใกล้ตัวเราที่สุดคือ พ่อแม่ของเรา พุทธศาสนาสอนว่า

พ่อแม่เป็นพรหมของลูก (พรหมธรรม คือ เมตตา กรุณา มุทิตา และอุเบกขา) ลูกมีหน้าที่รู้จักบุญคุณท่าน (กตัญญู) และทดแทนพระคุณ (กตเวทิตา) การรู้จักคุณท่านและตอบแทนปฏิบัติได้ด้วยการช่วยเหลือกิจการงาน เลี้ยงดูท่านยามชรา ดำรงวงศ์สกุล ทำตนให้สมกับเป็นทายาท และเมื่อล่วงลับต้องจัดการศพตามประเพณี ในขณะที่พุทธศาสนาสอนลูกให้ทำความดีต่อพ่อแม่ พุทธศาสนาก็สอนให้พ่อแม่สงเคราะห์ลูกด้วยการปลูกฝังลูกในสิ่งที่ดี ป้องกันลูกจากความชั่ว มอบทรัพย์มรดกเมื่อถึงเวลาอันควร

ขนบธรรมเนียมประเพณีวัฒนธรรมของสังคมไทยที่มีอยู่จะชี้ทางปฏิบัติระหว่างบุคคลที่มีบทบาทต่างๆ ในสังคมอาทิ เช่น พ่อแม่มีต่อบุตร บุตรมีต่อบิดามารดา บทบาทสามีภรรยาที่ต้องปฏิบัติต่อกัน รวมทั้งวิธีปฏิบัติในการสงเคราะห์ญาติหนทางปฏิบัติที่เป็นหลักธรรมของสังคมไทยดังตัวอย่างที่ยกมาประกอบในการอภิปราย ณ ที่นี้จะให้ประโยชน์ต่อทุกคนที่เกี่ยวข้อง ผู้ปฏิบัติได้รับการยกย่องว่า เป็นคนดี มีคุณธรรม ครอบครัวเป็นปึกแผ่น ร่มเย็น ยามมีทุกข์ จะมีคนมาช่วยเหลือส่วนประโยชน์ต่อผู้ได้รับการปฏิบัติก็คือ ได้รับการสงเคราะห์ช่วยผ่อนภาระของสังคมและลดปัญหาสังคมได้ ดังนั้น จึงเป็นหน้าที่ของคนไทยทุกคนที่จะศึกษาธรรมศาสนาที่ตนเองยึดถือ (ทุกศาสนาสอนคนให้เป็นคนดี) นำมาใช้ในชีวิตประจำวันทั้งหมดเหล่านี้คือ หนทางสู่ความสุขสมบูรณ์ในชีวิตของตนเองและคนใกล้ชิด

ในหนังสือเรื่อง “การส่งเสริมสุขภาพ” สมจิต หนุเจริญกุล และคณะ (2543: 129 – 130) ได้กล่าวถึงวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพในส่วนที่เกี่ยวกับศาสนาไว้อย่างน่าสนใจ แนวทางพุทธศาสนา คือการดำเนินชีวิตที่เรียบง่าย ใกล้ธรรมชาติที่สุด เป็นการดำเนินชีวิตที่ดีที่สุด แนวทางลัทธิเต๋า ว่าด้วยธรรมชาติ ได้แก่ แสงแดด ดิน น้ำ อากาศ เป็นแหล่งรวมของมูลฐานชีวิตสามารถเสริมสร้างดุลยภาพให้แก่ร่างกายได้ดีที่สุด แนวทางศาสนาอิสลาม มีเป้าหมายเพื่อให้ชีวิตอยู่อย่างมีความสุข มีเกียรติ และมีศักดิ์ศรี โดยปฏิบัติตามคำสอนของพระอัลเลาะห์ สร้างสรรค์คุณภาพชีวิตที่ดี รักษาสุขภาพร่างกาย เช่น การดูแลความสะอาดเครื่องนุ่งห่ม สภาพแวดล้อม การบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ และห้ามบริโภคอาหารที่เป็นโทษต่อสุขภาพ ในตอนท้ายหนังสือเล่มนี้ได้งานอิงงานเขียนที่กล่าวถึงปัจจัยหลักการดำเนินชีวิตที่ดี 6 ประการ ได้แก่ อากาศดี อาหารจารธรรมชาติ น้ำสะอาด ดินดี ชีวิตประจำวันสุขสดชื่น และชีวิตสังคมอบอุ่น วิถีการดำเนินชีวิตดังนี้ มีผลทั้งโดยตรงและโดยอ้อมต่อสุขภาพ

6.2 การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

สังคมไทยประสบวิกฤตในระบบสุขภาพมาเป็นเวลาช้านาน ภาวะวิกฤติภาพ ทางสุขภาพของสังคมไทย ได้แก่ การมุ่งเน้นการรักษาสุขภาพมากกว่าการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ขาดการเชื่อมโยงของระบบบริการสุขภาพ ด้วยภาวะเช่นนี้ทำให้คนไทยขาดหลักประกันสุขภาพ เมื่อเจ็บป่วยต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูง คนไทยเจ็บตาย และทุพพลภาพจำนวนมาก จากภาวะวิกฤติที่เป็นมาเป็นเวลานานอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดความพยายามของสังคมไทยที่จะแก้ไขปัญหาดังกล่าว นับตั้งแต่มีพระราชบัญญัติจัดตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ใน พ.ศ. 2535 ต่อมาใน พ.ศ. 2539 มีการจักตั้งสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข จนกระทั่งใน พ.ศ. 2540 ได้มีรัฐธรรมนูญใหม่ คือ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยปี 2540 ในมาตรา 52 กำหนดบทบัญญัติเกี่ยวกับสิทธิของบุคคลในการได้รับบริการสุขภาพอย่างเสมอภาค มาตรา 54 กำหนดให้ผู้สูงอายุไม่มีรายได้พอเพียงมีสิทธิรับความช่วยเหลือ

จากรัฐตามที่กฎหมายบัญญัติ มาตรา 80 รัฐต้องส่งเสริมพัฒนาความเป็นปึกแผ่นของครอบครัว และความเข้มแข็งของชุมชน และรัฐต้องสงเคราะห์คนชรา ผู้พิการ หรือทุพพลภาพและผู้ด้อยโอกาสให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งพาตนเองได้ และในมาตรา 82 ระบุว่ารัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีสิทธิภาพอย่างทั่วถึง นับจากนั้นมาจะเห็นว่าสังคมไทยให้ความสนใจเรื่องสุขภาพมากขึ้น ในสวนสาธารณะจะพบเห็นประชาชนเข้ากลุ่มออกกำลังกายเพื่อสุขภาพอย่างสม่ำเสมอเป็นประจำ จนกระทั่งได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติใน พ.ศ. 2543 มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ทำหน้าที่ผลักดันให้มีการปฏิรูปสุขภาพทั้งระบบเพื่อแก้ไขภาวะวิกฤติทางสุขภาพที่สังคมไทยกำลังประสบอยู่ ต่อมาได้มีรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 เกี่ยวกับบทบัญญัติคุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุมีดังนี้ มาตรา 30 บุคคลย่อมเสมอกันในกฎหมายและได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียมกัน มาตรา 40 (6) เด็กเยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ หรือผู้พิการหรือผู้ทุพพลภาพย่อมมีสิทธิได้รับความคุ้มครองในการดำเนินกระบวนการในการพิจารณาคดีอย่างเหมาะสม และย่อมมีสิทธิได้รับการปฏิบัติที่เหมาะสมในคดีเกี่ยวกับความรุนแรงทางเพศ มาตรา 53 บุคคล ซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ มีสิทธิได้รับสวัสดิการสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะอย่างสมศักดิ์ศรี และความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ มาตรา 80 (1) สงเคราะห์ และจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุ ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือผู้ทุพพลภาพ และผู้อยู่ในสภาวะยากลำบาก ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและพึ่งพาตนเองได้ มาตรา 84 (4) จัดให้มีการออมเพื่อดำรงชีพในยามชราแก่ประชาชน และเจ้าหน้าที่ของรัฐอย่างทั่วถึง

แนวคิดสำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่ การปรับระบบการคิดเรื่องสุขภาพของสังคมไทย มุ่งเน้นการสร้างสุขภาพดี สุขภาพเป็นเรื่องของประชาชน ครอบครัว ชุมชน และสังคม ทั้งนี้โดยมีระบบย่อยๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนทำหน้าที่หนุนเสริมอย่างเป็นระบบ

จากแนวคิดดังกล่าวได้มีความพยายามที่จะสร้างระบบ แนวปฏิบัติ และการประยุกต์ใช้ที่ชัดเจน ในปัจจุบันเป็นระยะของการแสวงหาความรู้ ได้มีการกล่าวถึงคำ ข้อความ และกระบวนการที่ทุกฝ่ายโดยเฉพาะประชาชนต้องร่วมกันสร้างเสริม และพัฒนาสู่ชีวิตที่สุขสมบูรณ์ ดังนี้

การปฏิรูประบบสุขภาพ (ประเวศ วะสี. 2550) การปฏิรูประบบสุขภาพเป็นการปฏิรูปจุดมุ่งหมายของมนุษย์ว่าอะไรสำคัญที่สุด ถ้าถือว่า เงินสำคัญสูงสุดก็แย่งชิงและทอดทิ้งกัน ถ้าถือว่าสุขภาพสำคัญที่สุดก็ต้องกอดคอกันไว้ไม่ทอดทิ้งกัน กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพเป็นกระบวนการใหม่ที่ดึงมนุษย์ทั้งหมดเข้ามาร่วมกันปรับปรุงเปลี่ยนแปลงระบบชีวิตไปสู่การมีชีวิตที่เจริญ และอยู่ร่วมกันด้วยสันติ

การบริการปฐมภูมิ (อุทัยวรรณ สุกิมานิล. 2548) เป็นรูปแบบใหม่ของบริการสุขภาพที่เกิดขึ้นตามแนวทางของการปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงทั้งแนวคิด และวิธีปฏิบัติ เพื่อให้ประชาชนทุกพื้นที่ของประเทศมีโอกาสเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพอยู่ใกล้บ้านมากที่สุด

จากเศรษฐกิจพอเพียงสู่สุขภาพพอเพียง (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. 2550: 13) หากอัญเชิญปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมาปรับใช้ในด้านสุขภาพ อาจนำไปสู่การปฏิบัติได้ ดังนี้

1. ความพอประมาณ จิตที่มีความพอประมาณเป็นข้อเบื้องต้นที่สำคัญมากทั้งระดับสุขภาพและระดับปัจเจก ระดับสุขภาพได้ข้อสรุปถึงการถกเถียงของความเหมาะสมในการที่จะให้ผู้ป่วย “ตาย” หรือ “อยู่” ในระดับปัจเจก ความพอเพียงช่วยให้ผู้บริการตระหนักว่าวิชาชีพที่ตนมีอยู่จะทำให้มีชีวิตดีพอประมาณ ได้รับเกียรติ ได้รับการนับถือ จะไม่ทำให้ผู้บริการบางคนใช้วิชาชีพในเชิงพาณิชย์

2. ความมีเหตุผล ตัวอย่างคือ การใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในที่ต่างๆ อย่างมีเหตุผล

3. การมีภูมิคุ้มกันที่ดีในตัว พิจารณาได้ทั้งในระดับปัจเจกและระดับระบบระดับปัจเจก คือ การสร้างสุขภาพตนเองให้ดี ส่วนระดับระบบก็คือการฟื้นฟูภูมิปัญญาไทย เพื่อให้สามารถยืนหยัดอยู่ในกระแสโลกาภิวัตน์ได้อย่างมั่นคง

สมดุลแห่งชีวิต (พักตร์พิไล ทวีสิน. 2547: 10) ความไม่สมดุลแห่งชีวิตก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ สาเหตุของการเสียสมดุลเชิงสุขภาพมี 5 ประการ คือ ไม่มีเวลา ขาดความสุขใจ ขาดสมดุลเชิงโภชนาการ ขาดการออกกำลังกาย และขาดการนอนหลับพักผ่อน

อยู่ดีมีสุข (สุนทรี ตันตระรุ่งโรจน์. 2552) หนังสือได้กล่าวถึงหนทางการมีสุขภาพดี แบบเรียบง่ายและยั่งยืน โดยการดูแลรักษาและป้องกันความเจ็บป่วยด้วยการเข้าใจธรรมชาติ

การปฏิบัติสมาธิเพื่อการเยียวยาสุขภาพ (สมพร กันทรดุษฎี; เตรียม ชัยศรี. 2551) หนังสือกล่าวถึงสมาธิและการปฏิบัติสมาธิ เพื่อการพัฒนาตนเองแบบองค์รวม สมาธิช่วยสร้างความสงบสุขที่แท้จริงในชีวิต พิสูจน์ได้ทั้งเรื่องการทำงานของสมอง ภูมิคุ้มกัน และจิตวิญญาณ

จิตวิทยาสุขภาพ (สุรีย์ กาญจนวงศ์. 2553: 26; อ้างอิงจาก Mark; et al. 2004) หนังสือกล่าวถึงสหสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องกับการนำความรู้และวิธีการทางจิตวิทยาไปใช้เพื่อสุขภาพความเจ็บป่วยและการดูและสุขภาพ

จากกระแสการเปลี่ยนแปลงที่กำลังดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม ดังนี้ ย่อมเป็นความหวังของสังคมไทยในอนาคตอันใกล้ว่าประชาชนคือผู้ดูแลหลักในเรื่องสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชนและสังคมได้รวมพลังประชาชนเพื่อสร้างสุขภาพที่ดีของคนในสังคม การป้องกันโรคและการสร้างเสริมสุขภาพคือวัฒนาธรรมสุขภาพของคนไทย

ด้วยความหวังตั้งใจของการรวมพลังเพื่อสุขภาพดังนี้ย่อมเป็นหลักประกันสำคัญประการหนึ่งของความหวังตั้งใจที่จะให้ประชาชนคนไทยเข้าสู่วัยสูงอายุที่พร้อมด้วยความสุขสมบูรณ์ ของชีวิต

ความสุขสามารถแบ่งองค์ประกอบออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

องค์ประกอบ 1 ด้านร่างกาย หมายถึง การพัฒนาพลังทางด้านร่างกาย ได้แก่ การรับประทานอาหารและเครื่องดื่ม การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ และการขับถ่าย (ประนอม รอดคำดี. 2538; สุกัญญา สุขวรรณโณ; และคณะ. 2551; Aller; & Coeling. 1995; Clark. 1998; Othaganont; et al. 2002)

องค์ประกอบ 2 ด้านจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ หมายถึง การพัฒนาด้านจิตใจ และจิตวิญญาณ ได้แก่ การมีความรู้สึกที่ดรต่อตนเอง คนอื่น การตระหนักและยอมรับความรู้สึกของผู้อื่น การมีกิจกรรมทางศาสนาและงานอดิเรก การมีชีวิตอย่างมีเป้าหมาย มีสติ รู้จักแบ่งเวลาอดทน อดกลั้นต่อภาวการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ยอมรับค่านิยมและความเชื่อของคนอื่น (ดรุณี บุญทาเลิศ และคณะ. 2551; สุกัญญา สุวรรณโณ; และคณะ. 2551; Trice. 1990; Othaganontea; et al. 2002)

องค์ประกอบ 3 ด้านสังคม หมายถึง การพัฒนาทักษะชีวิตและปฏิสัมพันธ์ในสังคม ได้แก่ สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ในสังคม การมีส่วนร่วมกิจกรรมในสังคม และในชุมชน เน้นทักษะการพึ่งพาซึ่งกันและกัน (ประนอม โอทกานนท์ม. 2543; Trice. 1990; Laferriere; et al. 1994; Aller; & Coeling. 1995)

องค์ประกอบ 4 ด้านเศรษฐกิจ หมายถึง การพัฒนาฐานะเศรษฐกิจของตนเองให้พอเพียงและยั่งยืน สามารถพึ่งพาตนเองได้ เน้นการเก็บออม การมีรายได้ การใช้จ่ายพอเหมาะสำหรับตนเองและการมีที่อยู่อาศัยของตนเอง (ดรุณี บุญทาเลิศ; และคณะ. 2551; สุกัญญา สุวรรณโณ; และคณะ. 2551)

จากองค์ประกอบทั้ง 4 องค์ประกอบพบว่า แบบวัดความสุขของของคนไทย มีอยู่ 3 แบบวัด ประกอบด้วย แบบวัดดัชนีความสุข จำนวน 157 ข้อ แบบวัดดัชนีความสุข จำนวน 85 ข้อ แบบวัดดัชนีความสุข จำนวน 66 ข้อ และแบบวัดดัชนีความสุข จำนวน 15 ข้อ การการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำแบบวัดดัชนีความสุข จำนวน 15 ข้อ เนื่องจากมีความเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย เพราะผู้สูงอายุร้อยละ 90 จบการศึกษาประถมศึกษาและไม่สามารถอ่านหนังสือได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องความสุข ผู้วิจัยพบว่า ความสุขสามารถแบ่งองค์ประกอบออกเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วย ความสุขด้านร่างกาย คือ การดำเนินกิจกรรมเพื่อการพัฒนาพลังทางร่างกาย ได้แก่ การรับประทานอาหารและเครื่องดื่ม การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ และการขับถ่าย ความสุขด้านจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ หมายถึง การดำเนินการพัฒนาด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ได้แก่ การมีความรู้สึกที่ดรต่อตนเอง คนอื่น การตระหนักและยอมรับความรู้สึกของผู้อื่น การมีกิจกรรมทางศาสนาและงานอดิเรก การมีชีวิตอย่างมีเป้าหมาย มีสติ รู้จักแบ่งเวลาอดทน อดกลั้นต่อภาวการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ยอมรับค่านิยมและความเชื่อของคนอื่น ความสุขด้านสังคม หมายถึง การดำเนินการพัฒนาทักษะชีวิตและการปฏิสัมพันธ์ในสังคม ได้แก่ สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ในสังคม การมีส่วนร่วมกิจกรรมในสังคม และในชุมชน เน้นทักษะการพึ่งพาซึ่งกันและกัน และความสุขด้านเศรษฐกิจ หมายถึง การพัฒนาฐานะเศรษฐกิจของตนเองให้พอเพียงและยั่งยืน สามารถพึ่งพาตนเองได้ เน้นการเก็บออม การมีรายได้ การใช้จ่ายพอเหมาะสำหรับตนเองและการมีที่อยู่อาศัยของตนเอง จากองค์ประกอบทั้ง 4 องค์ประกอบ พบว่า แบบวัดความสุขของของคนไทยที่เหมาะสม และสอดคล้องบริบทของผู้สูงอายุในกลุ่มการวิจัย คือ แบบวัดดัชนีความสุข จำนวน 15 ข้อ

7. การสร้างความสุข

หลักการและแนวปฏิบัติเพื่อชีวิตที่สุขสมบูรณ์ของผู้สูงอายุ

7.1 ผู้สูงอายุมีการเสริมพลังชีวิตตนเอง

การเสริมพลังชีวิตตนเอง (Vital Force) หมายถึง การพัฒนาตัวของตัวเองทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ ตัวแปรต้น จากการประพฤติปฏิบัติตนด้วยการเรียนรู้ฝึกฝนและปรับตัวจะช่วยให้เกิดตัวแปรตาม คือ ชีวิตที่มีพลังชีวิตที่มีความสุขสมบูรณ์คือร่างกายแข็งแรงและมีความสุข ชูศักดิ์ เวชแพศย์ (2532: 251) เสนอแนะว่า ในการเพิ่มพลังให้ตนเองนั้นให้คำนึงถึงปัจจัย 3 ประการ ได้แก่ ประการแรก เรื่องของอารมณ์ และแรงจูงใจ ประการที่สอง ต้องมีการสร้างเสริมพลังของชีวิต และประการสุดท้ายต้องมีความตั้งใจที่จะมีชีวิตอยู่ ซึ่งผู้เขียนจะประมวลไว้ร่วมกับทฤษฎีและหลักการต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และนำเสนอหลักการปฏิบัติตนเพื่อเสริมสร้างพลังชีวิตตนเองไว้ 2 ประการ คือ 1) การเสริมพลังด้านร่างกายและจิตใจ และ 2) การเรียนรู้และการปรับตัว รายละเอียดเป็น ดังนี้

7.1.1 การเสริมพลังด้านร่างกายและจิตใจ

โดยธรรมชาติมนุษย์ทุกคนมีพลังในตนเองอยู่แล้ว พลังเหล่านั้น คือ พลังเพื่อความอยู่รอดของชีวิตที่เป็นอยู่อย่างเป็นระบบและมีกลไกที่กล่าวถึงคือ ระบบกลไกการควบคุมความสมดุลภายในร่างกาย (Homeostasis)

การควบคุมความสมดุลภายในร่างกาย หมายถึง ภาวการณ์คงไว้ ซึ่งความสมดุลภายในร่างกาย ซึ่งเกี่ยวข้องกับกลไกของปฏิกิริยาย้อนกลับ ทั้งทางบวกและทางลบภายในร่างกาย (Smeltzer. 2008: 301) ร่างกายมีความสมดุลก็คือ ร่างกายมีองค์ประกอบภายในของแร่ธาตุ น้ำ สารเคมี ได้สัดส่วนเหมาะสมพอดีกับการคงอยู่ของชีวิต ตัวอย่างเช่น ระดับก๊าซ O_2 และ CO_2 แร่ธาตุหรือเกลือแร่หรือระดับน้ำตาลในเลือด เป็นต้น

ทุกชีวิตเกิดขึ้นจากการรวมกันของสิ่งไม่มีชีวิตทั้งหลาย เช่น แร่ธาตุ เกลือแร่ น้ำ และอื่นๆ อย่างเหมาะสม ได้สัดส่วนอย่างสมดุล ร่างกายขาดสมดุล เมื่อไรร่างกายขาดสมดุลก็จะอยู่ในภาวะเจ็บป่วย

ภาวะสุขภาพดีและการเจ็บป่วยเป็นภาวะต่อเนื่อง (Health Illness Continuum) สัมพันธ์โดยตรงต่อภาวะความสมดุลภายในร่างกาย ดังนั้น การคงไว้ ซึ่งภาวะความสมดุลภายในร่างกาย จึงมีความหมายถึง ภาวะสุขภาพและการดำรงชีวิตของบุคคล (Luckman; & Sorensen. 1998: 74 – 75) เรียกการคงไว้ซึ่งภาวะความสมดุลในร่างกายว่าเป็นกลไกการต่อสู้ของร่างกายเพื่อปกป้องชีวิต ผู้ที่มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงคือ ผู้ที่มีกลไกการต่อสู้เพื่อปกป้องชีวิตที่เข้มแข็ง มีภูมิต้านทาโรคสูงร่างกายต่อสู้เพื่อปกป้องชีวิตที่อ่อนแอ ดังนั้น จึงเป็นหน้าที่ของคนทุกคนที่จะต้องเสริมพลังที่ตนเองมีอยู่เข้มแข็งตลอดเวลา ลุคแมน และ โซเรนเซน (Luckman; & Sorensen) จำแนกกลไกหรือการปกป้องชีวิตของมนุษย์ที่กล่าวมานี้ ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับ 1 คือ ระดับเซลล์ระดับ (The Body's Defensive Cells) ได้แก่ เซลล์ที่เป็นร่างแหเล็กๆ (Reticulum Cells) และเม็ดโลหิตขาว (Leukocyte)

ระดับ 2 คือ ระดับอวัยวะของร่างกาย (The Body's Major Defensive Organs) ได้แก่ ต่อมน้ำเหลือง ไขกระดูก ตับ และม้าม อวัยวะเหล่านี้ ทำหน้าที่สำคัญในการป้องกันเชื้อโรค เมื่อเชื้อเข้าสู่ร่างกายอวัยวะเหล่านี้จะแสดงอาการ เจ็บ บวม และอักเสบ

ระดับ 3 คือ ระดับอวัยวะของร่างกาย (The Major Physiologic Response to Injury) ได้แก่ การแสดงอาการอักเสบของร่างกายทั้งเฉพาะที่ (Local Reaction) และทั่วร่างกาย (Systemic Reaction) เมื่อเนื้อเยื่อได้รับอันตรายพลังของร่างกายแสดงออกทางความทนทาน ความกระตือรือร้น การแสดงกิจกรรมของร่างกาย และกำลังใจของบุคคล บุคคลทุกคนจะมีการเสื่อมถอยของพลังทางร่างกายอยู่เสมอเพื่อการไปสู่ชีวิตที่มีคุณภาพ การสร้างเสริมพลังของร่างกายกระทำได้ด้วยวิธีต่างๆ ดังนี้

7.1.1.1 การออกกำลังกาย (Exercise)

บุคคลจะมีการเจริญเติบโตทางร่างกายตั้งแต่ปฏิสนธิ เกิดและเติบโตจนถึงอายุประมาณ 20 ปี ต่อจากนี้สภาพร่างกายจะเริ่มเสื่อมถอย เมื่อร่างกายมีการมีการเสื่อมถอยหรือก่อนการเสื่อมถอยบุคคลต้องสร้างเสริมพลังร่างกายตนเองด้วยการออกกำลังเพื่อคงพลังของร่างกายไว้ให้มีการเสื่อมถอยช้าที่สุดมีผู้กล่าวว่า การรู้จักออกกำลังกายที่สม่ำเสมอ ตั้งแต่วัยเด็กจะช่วยให้เข้าสู่วัยสูงอายุที่มีพลังทางร่างกายที่เข้มแข็ง เฉก ธนะสิริ (2547: 201) กล่าวว่า ชีวิตทุกชีวิตต้องตาย การตายที่น่าจะเป็นการตายที่หมดอายุขัยไปจริงๆ คือ ไม่ทุกข์ทรมาน ไม่ทุรนทุราย ลูกหลานไม่ลำบาก ค่ารักษาพยาบาลไม่ต้องใช้จ่ายมาก การที่จะใช้ชีวิตไม่ทุกข์ทรมาน ไม่ทุรนทุราย ควรจะเสริมสร้างความแข็งแกร่งให้แก่หัวใจและหลอดเลือดคือ การแอโรบิก (Aerobics) ชูศักดิ์ เวชแพศย์ (2532: 58) ได้กล่าวถึงเรื่องการออกกำลังกายของบุคคลไว้อย่างน่าสนใจว่า ร่างกายมนุษย์นั้น ถูกออกแบบมาเพื่อให้มีการเคลื่อนไหวแสดงถึงการมีชีวิต นอกจากนี้ ชูศักดิ์ เวชแพศย์ (2532: 58) เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพที่สุดที่จะต่อต้านความเสื่อมจากการมีอายุเพิ่มขึ้น ซึ่งการออกกำลังกายแบบแอโรบิก หมายถึง การทำกิจกรรมใดก็ได้ที่เพิ่มระดับการใช้พลังงานให้อยู่ภายในช่วงที่กล้ามเนื้อต้องการออกซิเจนมากขึ้น และการออกกำลังกายนั้นต้องมีความหนักปานกลาง ทำได้นานพอสมควร เพื่อให้ช่วงความต้องการออกซิเจนนานเพียงพอที่จะกระตุ้นการทำงานของหัวใจและปอดหรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง การออกกำลังแบบแอโรบิก คือ การออกกำลังที่เพิ่มความต้องการของออกซิเจนในร่างกายและคงอยู่นาน 10 – 15 นาที หรือยาวกว่านั้น ตัวอย่างการออกกำลังแบบแอโรบิก ได้แก่ การเดิน การวิ่งเหยาะ การว่ายน้ำ การขี่จักรยาน การเต้นแอโรบิก หรือกิจกรรมอื่นๆ ที่มีการเคลื่อนไหว ซึ่งจะใช้เวลานานติดต่อกันอย่างน้อย 20 นาที หรือชีพจรเต้นอยู่ในช่วงเป้าหมาย ช่วงเป้าหมายของชีพจรในบุคคลอายุ 60 ปี จะประมาณ 112 – 136 ครั้งต่อนาที คำกล่าวนี้สอดคล้องกับผลงานวิจัยของ คาร์เปอร์ ดับเบิ้ยบู บี และ บอสเชน ดับเบิ้ยบู บี (Karper, W.B.; & Boschen, W.B. 1993: 15 – 18) สัปดาห์ละ 3 – 5 ครั้งๆ ละ อย่างน้อย 20 นาที และให้มีการยืดสาย (Warm Up and Cool Down) ก่อนและหลังการออกกำลังกายประมาณ 5 – 10 นาที กิจกรรมแอโรบิกขนาดปานกลางสำหรับผู้สูงอายุที่ดีที่สุดคือ การเดิน เพราะการเดินสามารถปฏิบัติได้ง่ายในชีวิตประจำวัน

อยู่แล้ว จะปฏิบัติที่ไหนเมื่อไรก็สะดวก ซึ่ง สกุณา บุญนรากร (2552: 277) กล่าวสนับสนุนการออกกำลังแบบแอโรบิกไว้ว่า การเดินเร็ว วิ่งเหยาะ โยคะ ฤาษีดัดตน ชี่กง และไม้พลอง เป็นการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และในขณะที่ สมนึก กุลสถิตพร (2549: 211) กล่าวว่า เป็นการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น ท่าโยคะรำมวยจีน (ไทฉี่ – ชี่กง) และรำไม้พลอง เป็นรูปแบบการออกกำลังกายทางตะวันออกสำหรับผู้สูงอายุ และทั้งมีรายงานการวิจัยมากมายของประเทศไทย ยืนยันผลดีของการนำไปใช้ในผู้สูงอายุ ทั้งทำให้สุขภาพดีและรักษาอาการเจ็บป่วย ได้มีงานวิจัยรายงานความร่วมมือนำเทคนิค Tai chi ผสมผสานกับ Qigong จัดทำโปรแกรมทดลองใช้กับผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในศูนย์และที่พักผู้สูงอายุ YMCAs โรงพยาบาลและโบสถ์ จำนวนทั้งสิ้น 18 แห่ง ในสหรัฐอเมริกา ได้มีผู้สูงอายุเข้าร่วมโปรแกรมทั้งสิ้น 330 คน อายุเฉลี่ย 73 ปี เทคนิคที่ใช้ คือ Train – The – Trainer Method ผลการทดลองใช้โปรแกรมรายงานว่า ความเครียดลดลง การนอนหลับ และพลังกำลัง (Energy/ Vitalitality) ดีขึ้น ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีความพึงพอใจต่อโปรแกรม งานวิจัยเสนอแนะให้มีการศึกษาต่อเนื่องเพื่อทำการเผยแพร่การออกกำลังกายแบบแอโรบิกประเภทนี้ให้แพร่หลายในสากลต่อไป (Jahnke; et al. 2010: 272 – 280)

คุณประโยชน์ของการออกกำลังกายแบบแอโรบิกเป็น ดังนี้ (ชูศักดิ์ เวชแพทย์. 2532: 58 – 59; เฉก ธนะสิริ. 2547: 57; & Karper. 1993)

1. ลดความดันเลือดและลดอัตราชีพจรในขณะพัก
2. เพิ่มสมรรถภาพการไหลเวียนเลือดและทำให้กล้ามเนื้อหัวใจแข็งแรงขึ้น
3. เพิ่มหน้าที่ของปอด โดยการทำให้กล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการหายใจแข็งแรงขึ้น
4. ลดน้ำหนักและทำให้น้ำหนักคงที่อยู่ในระดับที่เหมาะสม
5. เพิ่มระดับ HDL (High Density Lipoprotein) ในเลือด ซึ่งเป็นไขมันชนิดดี ลดระดับ LDL (Low Density Lipoprotein) สำหรับ LDL ในเลือดนั้น เป็นตัวการสำคัญทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแข็ง
6. เพิ่มความต้านทานของร่างกาย
7. เพิ่มความมั่นใจและความพึงพอใจให้กับตนเอง
8. เพิ่มหน้าที่ของสมองด้วยการเพิ่มปริมาณออกซิเจนไปเลี้ยงสมอง
9. ลดหรือบรรเทาความเศร้า ความเมื่อยล้า และความกระวนกระวายใจ
10. กระตุ้นระบบต่อมไร้ท่อและการหลั่งฮอร์โมนต่างๆ กล่าวคือ เกิดพลังแอโรบิก (Aerobic Power) ต่อมใต้สมองจะผลิตสารเอนดอร์ฟิน สารนี้จะทำให้สุขสบายไม่ปวดเมื่อย ถ้ามีการหลั่งสม่ำเสมอจะทำให้สดชื่น และดูหนุ่มสาวกว่าเป็นจริง

การออกกำลังอีกแบบหนึ่งซึ่งไม่แนะนำสำหรับผู้สูงอายุคือ การออกกลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic) เป็นการออกกลังกายที่ไม่ใช้ออกซิเจน โดยที่ร่างกายไม่ต้องการออกซิเจน ไม่สามารถเพิ่มการใช้พลังงานแบบที่ใช้ออกซิเจนได้งานหรือการออกกำลังกายนั้น เป็นงานหนักมากและจำเป็นต้องใช้พลังงานมาก ซึ่งไม่สามารถดำเนินไปได้มากกว่า 2 – 3 นาที เนื่องจากมีของเสียคือ

กรดแลกติก ซึ่งเกิดจากการออกกำลังกายคั่งอยู่ และขัดขวางการทำงานของกล้ามเนื้อ ทำให้ไม่สามารถออกกลังกายได้นานกว่านี้ ตัวอย่างการออกกำลังกายแบบแอโรบิก คือ การวิ่งเร็วมากในระยะสั้น 100 หรือ 200 เมตร ซึ่งไม่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

ในเรื่องเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ (Sex) ธีระ ศิริอาชาวัฒนา (2547) กล่าวไว้ว่า การที่คนสูงอายุมีเพศสัมพันธ์ไม่ใช่เรื่องผิดปกติ ซึ่ง ศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2549: 21) กล่าวสอดคล้องกันว่า ไม่มีใครแก่เกินไปสำหรับมีเพศสัมพันธ์ การร่วมเพศสม่ำเสมอหลังอายุ 60 ปี แล้วเป็นวิธีการรักษาสุขภาพให้แข็งแรงอีกวิธีหนึ่ง ไคเซอร์ (Kaiser. 2007: 34) กล่าวไว้เช่นกันว่า เพศสัมพันธ์ไม่ได้สิ้นสุดในช่วงอายุใดอย่างชัดเจน ไคเซอร์ (Kaiser) ได้รายงานผลการสำรวจคนอายุ 40 – 80 ปี ใน 27 ประเทศ ทั้งชายและหญิง 27,500 คน ผลการสำรวจพบว่า ชายร้อยละ 82 และหญิงร้อยละ 76 เห็นด้วยว่าการมีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องการรักษาสัมพันธภาพ และพบจำนวนน้อยที่บอกว่าผู้สูงอายุไม่ต้องการเพศสัมพันธ์ กล่าวคือ พบเพียงร้อยละ 17 ในชายและร้อยละ 23 ในหญิง

จากศาสตร์ความรู้ข้างต้นพอจะประมวลเป็นข้อเสนอแนะสำหรับการออกกำลังกายไว้ว่า

1. การฝึกเพื่อความอดทน ฝึกโดยไม่หนักมาก แต่ติดต่อกันเป็นระยะเวลา คือการฝึกเวลานาน คือการออกกำลังกายแบบแอโรบิกเหมาะสำหรับผู้สูงอายุและเหมาะสำหรับทุกวัย
2. ขณะออกกำลังกายควรเลือกสถานที่มีอากาศบริสุทธิ์ เพราะการออกกำลังกายจะกระตุ้นการหายใจลึก จึงเป็นโอกาสที่ร่างกายจะได้รับออกซิเจนมากที่สุด
3. หากมีการออกกำลังกายร่วมกับการทำสมาธิจะดีมาก
4. การรักษาทรวดทรงท่าทาง (Body Posture) ให้อยู่ในท่าตรงคือ หลังตรง ศีรษะตรง รวมทั้งการฝึกการหายใจเข้า-ออกลึกๆ เป็นประจำสม่ำเสมอจะช่วยให้ดูสวยงาม บุคลิกภาพดีและสุขภาพแข็งแรง

การออกกำลังกายเป็นประจำ สม่ำเสมอ และออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องในแต่ละครั้งด้วยความหนักปานกลางคือ การออกกำลังกายที่ถูกต้อง ในหนังสือเล่มนี้มิได้เสนอวิธีออกกำลังกายท่าต่างๆ ขอให้ผู้อ่านศึกษาวิธีการออกกำลังกาย การฝึกปฏิบัติจิต และการทำสมาธิได้จากหนังสือที่มีอยู่แพร่หลายทั่วไป

7.1.1.2 การดูแลตนเองเรื่องอาหารและน้ำ (Nutrition)

การออกกลังกายจะมีการเผาผลาญมากขึ้นเพื่อทดแทนพลังงานที่เสียไป ดังนั้นจึงจำเป็นต้องดูแลเรื่องอาหารและน้ำ คือ กินพอเพื่อสมดุล อาหารที่เลือกรับประทานต้องเป็นอาหารที่มีพลังงาน อุดมด้วยวิตามินและแร่ธาตุ

การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ และสมส่วนจะทำให้มีอายุยืนยาว ความรู้โดยทั่วไปสำหรับอาหาร 5 หมู่ เป็นดังนี้

อาหารจำพวกแป้ง ควรเป็นอาหารธรรมชาติ เช่น ข้าวก็ควรจะเป็นข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือมากว่าข้าวที่ถูกขัดจนขาวหรือข้าวที่ผ่านกระบวนการต่างๆ อย่างซับซ้อน เช่น ขนมปัง ก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน

เมล็ดข้าวสาลี ข้าวจ้าว ข้าวฟ่าง ข้าวโอ๊ตและข้าวไรย์ ที่ไม่ได้ขัดสี รวมเรียกว่า ข้าวกล้อง หรือโฮลเกรน เมล็ดข้าวเต็มรูปเหล่านี้ไม่ผ่านการขัดสี ประกอบด้วยเส้นใยอาหารอย่างครบถ้วน เช่น เปลือกหุ้มเมล็ด หรือแกลบ จมูกข้าว รำข้าว และเอนโดสเปิร์ม ข้าวกล้องมีส่วนช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการตอบสนองของสารอินซูลินในร่างกาย นอกจากนั้น อาหารแห้งที่ทำจากเมล็ดข้าวต่างๆ ที่เรียกว่า “ซีเรียล” นำมารับประทานร่วมกับนมเป็นอาหารเช้าก็ได้ประโยชน์ทำนองเดียวกัน (สุนทรี ตันตระรุ่งโรจน์. 2552: 89 – 92) สำหรับน้ำตาลทรายขาว เป็นอาหารที่ให้พลังงานแบบว่างเปล่า กระบวนการเผาผลาญจะให้แต่พลังงานเพียงอย่างเดียวและไม่ให้ประโยชน์อื่นใดต่อร่างกายมิหนำซ้ำยังไปแย่งชิงอาหารจากรอบข้างเพื่อนำไปเข้ากระบวนการเผาผลาญ เช่น แย่งแคลเซียม โซเดียม แมกนีเซียม หากสภาพนี้เกิดขึ้นนานจะทำให้กระดูกบางฟันไม่แข็งแรง ฟันผุง่ายและเปลี่ยนสีเร็ว ดังนั้น การรับประทานน้ำตาลที่ได้จากกระบวนการสกัดที่ไม่เติมสารประกอบซัลเฟอร์ไดออกไซด์และสารฟอกสีจะได้น้ำตาลที่มีคุณภาพกว่า (สุนทรี ตันตระรุ่งโรจน์. 2552: 137 – 141)

อาหารจำพวกโปรตีน ส่วนหนึ่งควรได้จากพืชและอีกส่วนหนึ่ง ควรได้จากสัตว์ ซึ่งถ้าเป็นประเภทปลาจะดีกว่า โปรตีนจากพืช เช่น เต้าหู้และนมถั่วเหลือง อาหารอื่นๆ จากพืชประเภทถั่วก็เป็นโปรตีนที่ดีสำหรับร่างกายเพราะเป็นแหล่งวิตามินอี กรดโฟลิก เส้นใยอาหาร และสารต้านมะเร็ง (ชนิดา ปโชติการ; และคณะ. 2550: 10)

ผลไม้และผักสดเป็นอาหารประเภทเส้นใยที่จำเป็นต่อร่างกาย เมื่อรับประทานเข้าไปแล้ว ไม่ถูกย่อยและถูกขับถ่ายออกภายนอก ทำให้ระบบขับถ่ายดี ทั้งยังช่วยลดระดับน้ำตาลและไขมันในเลือด ผักใบเขียวของไทย เช่น คื่นฉ่าย มีประโยชน์ต่อระบบความดันโลหิต มีฤทธิ์ต้านการอักเสบถั่วงอก รักษาข้ออักเสบ อาจช่วยลดระดับคลอเลสเตอรอลขมิ้น มีฤทธิ์ต้านมะเร็ง กระตุ้นการย่อยอาหาร ต้านการอักเสบ พริก บรรเทาอาการคัดจมูก ช่วยลดอาการปวด เพิ่มการเผาผลาญอาหารชั่วคราว ผักชีฝรั่ง ยับยั้งสารก่อมะเร็ง อาจมีฤทธิ์ขับปัสสาวะ คะน้า ช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดต้อกระจกและการเกิดมะเร็ง มะเขือ ยับยั้งการเกิดอนุมูลอิสระ ส่วนผลไม้ แอปเปิ้ลช่วยต้านมะเร็ง ช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดในสมองเฉียบพลัน มีประโยชน์ต่อการทำงานของลำไส้ ส้ม ช่วยลดระดับคอลเรสเตอรอลงาดำ มีฤทธิ์ทำให้เซลล์มะเร็งหยุดการเพิ่มจำนวน พงศักดิ์ น้อยพยัคฆ์ (2547) และ ชนิดา ปโชติการ และคณะ (2550: 11) แนะนำการรับประทานหมวดผัก ผลไม้ว่า หมวดผักผลไม้ เป็นแหล่งของสารต้านอนุมูลอิสระ (บีตาแคโรทีน วิตามินเอซี) บี 6 กรดโฟลิก โพแทสเซียม เส้นใยอาหารและสารพฤกษเคมีที่จะช่วยป้องกันมะเร็ง เช่น ส้ม แอปเปิล พรุน สับปะรด ฝรั่ง และมะละกอ ในแต่ละวันควรเลือกรับประทานผักผลไม้ให้ได้อย่างน้อยวันละ 5 ส่วน โดยเลือกผักผลไม้ที่มีสีเหลือ สีส้มจัด ซึ่งจะเป็นแหล่งเบต้าเคโรทีนอย่างน้อยวันละ 1 อย่าง ผักใบเขียวจัดวันละ 1 อย่าง นอกจากนั้น ยังมีพืชผักผลไม้ของไทยอีกมากมายที่เป็นยาสมุนไพร สมควรจะได้มีการศึกษาเรื่องนี้ให้เข้าใจและนำมาใช้ประโยชน์

ไขมัน ควรเลือกไขมันประเภท Monounsaturated Fats เช่น น้ำมันข้าวโพด และน้ำมันมะกอก ที่เชื่อว่าสามารถลดอันตรายของระดับคอลเรสเตอรอลชนิด LDL ได้ และจะช่วยเพิ่มไขมัน HDL หลีกเลี่ยงการใช้ไขมันชนิดอิ่มตัว (ไขมันอิ่มตัวพบในเนื้อสัตว์ที่มีมัน นม เนย มะพร้าว)

น้ำสะอาด ควรให้ได้ปริมาณที่เพียงพอคือ วันละประมาณ 8 แก้ว หลีกเลี่ยงอาหารประเภทน้ำชา กาแฟ หรือดื่มแต่น้อย การรับประทานน้ำมากๆ จะช่วยชำระของเสียในร่างกาย

วิธีการรับประทานอาหารและน้ำที่ถูกต้องสำหรับคนทั่วไป เป็นดังนี้

อาหาร *อาหามื้อเช้าสำคัญที่สุด* เป็นปริมาณอาหารที่จะให้พลังงานแก่ร่างกายในการประกอบภารกิจและหน้าที่ประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น ควรรับประทานให้เต็มที่ เลือกรับประทานอาหารที่มีคุณภาพ อาหารมื้อกลางวันควรรับประทานพออิ่ม ไม่ให้แน่นท้อง ส่วนอาหารมื้อเย็นควรรับประทานอาหารให้น้อย และควรเป็นอาหารประเภทย่อยง่าย มีกากใยพอสมควร รับประทานอาหารสุก สะอาด ร้อนๆ รู้จักใช้ช้อนกลาง ข้อควรตระหนักอีกประการหนึ่งคือ ผู้ที่ต้องการมีสุขภาพดีต้องไม่รับประทานอาหารรสจัด ของหมักดอง กินจุบจิบ และรับประทานยาโดยไม่จำเป็น การเคี้ยวต้องให้เวลา ไม่รีบร้อน เคี้ยวให้ละเอียด เมื่อรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ก่อนนอนอาจเสริมเครื่องบำรุงสัก 1 แก้ว ก็สามารถทำได้

น้ำ น้ำที่รับประทานประจำ ควรเป็นน้ำเปล่าสะอาด วันละประมาณสัก 6 – 8 แก้ว เวลาที่รับประทานคือ รับประทานทันที่หลังตื่นนอนตอนเช้าสัก 1 แก้ว จะทำให้ร่างกานสดชื่นและเป็นการกระตุ้นการขับถ่าย การรับประทานน้ำก่อนและหลังรับประทานอาหารจะช่วยให้มีน้ำย่อยอาหารได้ดี การรับประทานหลังออกกำลังกายจะช่วยชดเชยปริมาณน้ำที่สูญเสียไป นมสดคือ อาหารน้ำที่เหมาะสมกับทุกวัย ช่วยเสริมแคลเซียม สำหรับผู้สูงอายุหากเลือกได้ คือ รับประทานนมสดแล้วไม่มีอาการท้องเสีย การรับประทานนมสดพร่องไขมันเป็นประจำจะเป็นสิ่งที่ดี

การดูแลตนเองดีในเรื่องอาหารและน้ำ นอกจากจะทำให้สุขภาพแข็งแรงช่วยสร้างเสริมประสิทธิภาพการทำงานแล้ว ยังเป็นการฝึกฝนพฤติกรรมด้านโภชนาการเป็นแบบอย่างแก่ลูกหลาน และเตรียมตนเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรง

7.1.1.3 การพักผ่อน การนอนหลับ และการผ่อนคลาย

การพักผ่อนเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับบุคคลทุกเพศทุกวัย การได้นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอและพักผ่อนอย่างแท้จริงจะช่วยซ่อมแซมสิ่งสึกหรอของร่างกาย เมื่อมีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น ต้องพักผ่อนให้เพียงพอร่างกายก็พร้อมที่จะออกกำลัง การออกกำลังกายที่มากเกินไป และการออกกำลังกายที่ไม่ได้พักผ่อนจะเป็นผลร้ายต่อร่างกาย คือร่างกายทรุดโทรมเร็วกว่าที่ควร การพักผ่อนที่เพียงพอ ได้แก่ การนอนประมาณ 6 – 8 ชั่วโมง การนอนเป็นวิธีที่ดีที่สุด เพื่อเสริมสร้างพลังให้แก่ร่างกาย ขณะนอนหลับสนิท การเต้นของหัวใจจะช้าลง ความดันโลหิตจะต่ำกว่าระยะที่ตื่น การหายใจจะช้าและลึก ทุกส่วนร่างกายมีการซ่อมแซมส่วนสึกหรอ ดังนั้น การเตรียมตัวก่อนนอนเพื่อให้นอนหลับอย่างสนิทจึงจำเป็น

ชีวิตทุกชีวิต โดยเฉพาะชีวิตวัยทำงานมักจะเผชิญกับความเครียดไม่มากก็น้อยในชีวิตประจำวัน การผ่อนคลายเป็นการจัดการกับความเครียดและช่วยให้ร่างกายได้พักผ่อน ช่วยปรับสมดุลของร่างกายและจิตใจ ลดสภาวะความรุนแรงของอารมณ์ วิธีการผ่อนคลายที่เป็นพื้นฐานมี 2 ประเภทที่ผู้สูงอายุจะปฏิบัติได้ คือ

1. การผ่อนคลายที่ใช้พลังงานน้อย (เข้าญาณขั้นพื้นฐาน) คำว่า “ญาณ” แปลว่า ความรู้ ปัญญา ปรีชาหยั่งรู้ ปรีชากำหนดรู้ เทคนิคการ “เข้าญาณ” ที่นิยมปฏิบัติ คือ การกำหนดลมหายใจเข้าออก การผ่อนคลายที่ใช้พลังงานน้อย คือ นั่งในท่าที่สบายที่สุด หลับตามุ่งสนใจไปยังลมหายใจ หายใจเข้า-อก นับช้าๆ ตั้งแต่ 0 – 5 แล้วเริ่มปฏิบัติลึกลงไปอีกโดยเริ่มนับช้าๆ จาก 5 – 0 ถ้ามีสิ่งใดมารบกวนก็ให้รีบดึงความคิดกลับมาที่ลมหายใจให้อยู่ในระยะ เช่นนี้ 5 – 25 นาที ค่อยๆ ลืมตาและหายใจเข้าลึกๆ แล้วจึงหายใจออกพร้อมลืมตาเต็มที่ (พรทิพย์ อนันตกุล. 2544)

2. การผ่อนคลายใช้พลังงานมากเรียกว่า เข้าญาณด้วยการเคลื่อนไหวผ่อนคลายไดนามิกส์ เป็นการผ่อนคลายที่มีการเคลื่อนไหวของร่างกายโดยไม่มีความตึงเครียดทางอารมณ์ กระทำโดยกระทำกิจกรรมและมุ่งความสนใจไปยังกิจกรรมที่กำลังทำอยู่ หวังผลสัมฤทธิ์ โดยไม่มีความกลัว ความกังวลใจ ความกระวนกระวาย ความโกรธ ความทุกข์ใจ หรือความเครียดใดๆ ทำด้วยความเต็มใจสนุกสนาน การผ่อนคลายวิธีนี้จะทำกิจกรรมใดๆ ก็ได้ที่เป็นการออกกำลังกายขนาดปานกลาง เช่น เดิน กิจกรรมแบบแอโรบิกขนาดกลาง ดังได้กล่าวไว้ในเรื่องการออกกำลังกายในบทนี้ การฝึกต้องฝึกฝนสม่ำเสมอจนมีทักษะ ซึ่งผู้สูงอายุสามารถนำไปใช้ในกิจกรรมต่างๆ ของชีวิประจำวันได้

การผ่อนคลายทั้ง 2 ประเภทข้างต้น นับเป็นการฝึกสมาธิ การฝึกสมาธิโดยการทำจิตให้นิ่ง ก็คือ การพักผ่อน การฝึกจิตให้นิ่งดังได้กล่าวมา คือ เพ่งพินิจเฉพาะสิ่งเดียวในเวลานั้น ไม่คิดเรื่องอื่นๆ ดูเหมือนจะเข้าใจง่าย แต่การปฏิบัตินั้นยากมาก ต้องหมั่นฝึกฝน ซึ่งผู้ปฏิบัติบอกว่าฝึกได้แต่ต้องอาศัยความตั้งใจอย่างมาก อย่างไรก็ตาม การรักจะเป็นผู้มีชีวิตที่สุขสมบูรณ์ ควรได้ฝึกเพื่อให้จิตได้ฝึกบ้าง การพยายามฝึกฝนจะเกิดผลบ้างไม่มากก็น้อย ซึ่ง เฉก ธนะสิริ (2530: 63 – 64) เสนอแนะเรื่องของการผ่อนคลายหรือสมาธิกับการทำงานหรือเล่นกีฬาไว้ว่า การฝึกซ้อมกระทำกิจกรรมสม่ำเสมอ จนมีทักษะเป็นของจำเป็นยิ่ง แต่ถ้าจะเร่งให้มีความสามารถยิ่งขึ้นให้ใช้วิธีฝึกจิตผ่อนคลายให้เกิดสมาธิ พลังจิตที่ได้จากการฝึกฝนจนเป็นอัตโนมัติจะช่วยเสริมประสิทธิภาพของกิจกรรมที่กระทำอยู่ได้อย่างมหัศจรรย์ นอกจากนั้น ผู้รู้กล่าวไว้ว่า การมองโลกในแง่ดี หรือทำในสิ่งที่ชอบ การมีอารมณ์ขัน การมีงานอดิเรก (ดนตรี เลี้ยงสัตว์ อื่นๆ) เหล่านี้ เป็นการผ่อนคลายช่วยในการฝึกจิตให้มีสมาธิ และเป็นการพักผ่อนทั้งสิ้น

โดยสรุปการออกกำลังกาย การดูแลตนเองเรื่องอาหารและน้ำช่วยให้ร่างกายแข็งแรง สุขภาพดี การมีจิตสงบจากการผ่อนคลาย การฝึกจิตเป็นประจำทำให้จิตมีพลัง สามารถประกอบกิจกรรม รวมทั้งสามารถพักผ่อน นอนหลับได้อย่างเพียงพอ ทั้งหมดนี้คือ การเสริมพลังแก่ร่างกายและจิตใจสำหรับผู้สูงอายุ

7.1.2 การเรียนรู้และการปรับตัว

การเรียนรู้และการปรับตัวเป็นธรรมชาติของสิ่งมีชีวิต ทุกชีวิตเกิดมาต้องมีการเรียนรู้และมีการปรับตัวเพื่อความอยู่รอดของตัวเอง ซึ่งจะพบได้ตั้งแต่แรกเกิด เติบโต และตายในที่สุด การเรียนรู้และการปรับตัวของมนุษย์จะเกิดอย่างต่อเนื่องตราบเท่ามนุษย์ยังมีชีวิตอยู่ คนที่เรียนรู้และปรับตัวได้ดีเหมาะสม และถูกต้อง สภาวะร่างกายจิตใจจะอยู่ในสภาพสมดุลและมีสุขภาพกายและจิตที่ดี

การเรียนรู้ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ค่อนข้างถาวรซึ่งเป็นผลจากประสบการณ์และการฝึกหัด (จิราภา เต็งไตรรัตน์. 2550: 123)

การปรับตัว คือ ความสามารถของบุคคลในการเผชิญปัญหาและอุปสรรคต่างๆ และสามารถจัดการกับสิ่งเหล่านั้นได้อย่างเหมาะสมเพื่อบรรลุตามความมุ่งหมาย ทำให้บุคคลดำลงชีวิตอยู่ในสังคม ปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างมีความสุข (จุฑารัตน์ สถิรปัญญา. 2552: 62) การปรับตัวของบุคคลคือ กลไกการป้องกันตนเอง (Defense Mechanism) ของมนุษย์ กลไกการป้องกันตนเองช่วยผ่อยคลายความคับข้องใจ ความทุกข์ที่เกิดขึ้นให้ลดน้อยลง ช่วยให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่ายังมีศักดิ์ศรี กลไกหรือกลวิธีการป้องกันตนเองของมนุษย์ มีทั้งวิธีการที่ถูกต้อง เหมาะสม และวิธีการไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสม สำหรับวิธีการที่ถูกต้องเหมาะสมจะช่วยเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพที่มีอยู่ของบุคคลให้เกิดประโยชน์ยิ่งใหญ่ได้ หากบุคคลใช้กลไกหรือวิธีการป้องกันตนเองที่ไม่ถูกต้องไม่เหมาะสมและอยู่กับภาวะเหล่านั้นนานจนเคยชินเป็นนิสัยจะเป็นผลเสียต่อบุคลิกภาพ คือ บุคคลนั้นจะยอมรับสภาพการณ์ความเป็นจริงกับสิ่งที่เกิดขึ้น อาจนำไปสู่ปัญหาทางสุขภาพจิต (จุฑารัตน์ สถิรปัญญา. 2552: 63) ดังนั้น หากบุคคลรับรู้ว่า ตนเองอยู่ในภาวะตึงเครียดทางอารมณ์ มีความคับข้องใจหรือมีความกดดันทางอารมณ์ ควรหาวิธีแก้ปัญหาแบบถูกต้องเหมาะสมกับสภาพและบริบทของตนเอง หรือหากจะใช้การปรับตัวแบบป้องกันตนเองแบบไม่ถูกต้องไม่เหมาะสมกับสภาพและศักยภาพของตนเอง ก็ไม่ควรอยู่กับภาวะเหล่านั้นนาน

ลักษณะตัวอย่างกลวิธีการป้องกันตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม ได้แก่ บุคคลพิจารณาตนเองอย่างถ่องแท้เมื่อเผชิญกับภาวะตึงเครียดทางอารมณ์พยายามพิจารณาสาเหตุและหาทางแก้ไขใช้ศักยภาพตนเองให้เกิดประโยชน์สูงสุด ตัวอย่างเช่น ผู้สูงอายุใช้ศักยภาพ ประสบการณ์ชีวิตของตนเองสร้างสรรค์งานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม เป็นต้น

ลักษณะตัวอย่างกลวิธีการปรับตัวแบบป้องกันตนเองแบบไม่เหมาะสม ได้แก่ การอ้างเหตุผลเข้าข้างตนเอง (Rationalization) การโยนความผิดให้คนอื่น (Projection) การเก็บกดความต้องการ (Repression) การข่มใจระงับไม่ให้นึกถึงความทรงจำในอดีตที่เจ็บปวด (Egression) การเลียนแบบผู้อื่น (Identification) การชดเชยแสดงพฤติกรรมทดแทนปมด้อย (Compensation) การไม่เผชิญกับความจริง (Denial) การแสดงพฤติกรรมตรงข้าม (Reaction Formation) และการเปลี่ยนความรู้สึกที่มีต่อคนหนึ่งไปอยู่กับอีกคนหนึ่ง (Displacement) เหล่านี้ เป็นต้น (มาโนช หล่อตระกูล; และคณะ. 2548: 31; & Harkreaderet; al. 2007: 1200)

การเงินและเศรษฐกิจนับเป็นเรื่องสำคัญอีกประการหนึ่งที่ผู้สูงอายุพึงระวังมิให้เกิดปัญหา สกุณา บุญนรากร (2552: 280) กล่าวว่า วัยผู้สูงอายุรายได้ลดลง อาจเกิดปัญหาทางการเงินและผู้สูงอายุควรมีการเตรียมตัวด้านการเงินให้พอเพียง สะสมเงินบางส่วนเพื่อมาใช้ในยามฉุกเฉิน

วารสาร Refection on Nursing ค.ศ. 2000 ของ Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing ได้เสนอบทความเกี่ยวกับวงจรอาชีพของพยาบาล (Career Life Span) ซึ่งผู้เขียนขอยกมากล่าวไว้ ณ ที่นี้เพื่อเป็นกรณีตัวอย่าง บทความเสนอทักษะจำเป็นในการปรับตัวเข้าสู่การอยู่ในอาชีพอย่างสุขสมบูรณ์ (Healthy Career) นับตั้งแต่สำเร็จการศึกษาคือ ต้องมีการศึกษาดูงานเพิ่มพูนวุฒิการศึกษา ขณะประกอบอาชีพต้องพัฒนาทักษะของอาชีพคือ การปฏิบัติการพยาบาล ศึกษาค้นคว้า แสวงหาศาสตร์ทางการพยาบาล เผยแพร่องค์ความรู้ ปฏิบัติงาน มีส่วนร่วมการงานใน

ระดับนโยบาย เพื่อทำให้วิชีพเป็นที่รู้จัก และประการสุดท้ายเมื่อเกษียณอายุการทำงานให้ตื่นตัว กระฉับกระเฉง คล่องแคล่ว ให้ความร่วมมือ ใช้ประสบการณ์ ศักยภาพที่มีอยู่เป็นประโยชน์ต่อสังคม ชุมชน สรุปเป็นทักษะ 8 ประการ ได้แก่

1. การพัฒนาตน (Develop Your Personal Self) การพัฒนาทำได้ด้วยการอ่านหนังสือ หาความรู้ การเข้าร่วมกิจกรรมขององค์กรที่เกี่ยวกับการพัฒนา การเดินทางแสวงหาประสบการณ์ความรู้ใหม่และวัฒนธรรมในโลกกว้าง

2. แสวงหาและทำตนเป็นแหล่งเกื้อกูล (Locate Special Resources) เมื่อประสบความสำเร็จในงานให้แลกเปลี่ยนและเกื้อกูลผู้อ่อนประสบการณ์ เมื่อผิดพลาดหรือผิดหวังให้แสวงหาผู้เกื้อกูลหรือแหล่งเกื้อกูลที่จะสนับสนุนและปลุกเร้าความคิดดีๆ

3. จัดสรรการเงินอย่างชาญฉลาด (Become Financially Astute) ให้พยายามศึกษาและเรียนรู้เรื่องการเงิน การใช้จ่ายและการเก็บออมความมั่นคงเรื่องการเงินคือปัจจัยสำคัญของความสำเร็จในชีวิตและการงาน

4. เป็นผู้มีความคิดไปข้างหน้า (Become a Future Thinker) ให้เรียนรู้กับการเปลี่ยนแปลงที่มีอยู่ทุกวันตลอดเวลาด้วยการมีสัมพันธภาพกับบุคคลผู้ประสบความสำเร็จ สร้างเครือข่ายด้วยการร่วมกิจกรรมของสมาคมวิชาชีพและชุมชน

5. การนำองค์การ (Navigate any Organization) พัฒนาทักษะความเป็นผู้นำ เรียนรู้การการทำงานขององค์กรเพื่อพัฒนาตนเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่ดีและประสบความสำเร็จ

6. เรียนรู้เรื่องเทคโนโลยีสารสนเทศ (Become Technologically Savvy) ให้เรียนรู้การนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในอาชีพทั้งในปัจจุบันและติดตามความก้าวหน้าของงานด้านนี้เพื่อจะนำเทคโนโลยีสารสนเทศเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาอาชีพ

7. ทำตนให้คนรู้จัก (Position Your Self Recognition) กระทำได้ด้วยคำพูด เขียนในสิ่งที่เรารู้ งานที่ทำออกมาจะเป็นสิ่งที่มีคุณค่า และทำให้คนรู้จักรู้จักสื่อสาร ทั้งในระดับประเทศ และระดับสากล ให้ความสนใจต่องานขององค์กรวิชาชีพ การเมืองและชุมชน การอาสาสมัครงานเป็นหนทางสู่การเป็นผู้นำในภายหน้า

8. มีความคล่องแคล่วแม้จะเกษียณอายุงาน (Retire Activity) ทำงานให้มีความคล่องแคล่ว ว่องไว และตื่นตัวอยู่เสมอภายหลังวัยเกษียณอายุการทำงาน เข้าร่วมกิจกรรม และให้ความร่วมมือในงานที่ตนเองมีศักยภาพ

ทักษะทั้ง 8 ประการ เป็นตัวอย่างที่เสนอโดยสมาคมฯ ข้างต้นที่ได้ให้ความกระจ่างชัดเจนเรื่องการเสริมพลังชีวิตของผู้ประกอบอาชีพการพยาบาล ซึ่งเกิดจากการเรียนรู้และปรับตัวตลอดเวลา

คำถามในที่นี้มีอยู่ว่า การเรียนรู้และการปรับตัวเพื่อการไปสู่การอยู่ในอาชีพ อย่างสุขสมบูรณ์ (Healthy Career) เกิดได้จากสิ่งใด? ศาสตร์ที่มีอยู่ได้ร่วมกันอธิบายว่าเกิดจาก 1) พัฒนาการของสมอง สติปัญญาและจิตวิญญาณ 2) แรงจูงใจของมนุษย์ ดังจะอภิปรายเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

7.1.2.1 พัฒนาการทางสมอง สติปัญญา และจิตวิญญาณ

มนุษย์จะมีการเติบโตทางด้านร่างกายตั้งแต่ปฏิสนธิแรกเกิด เติบโต จนถึงอายุประมาณ 20 ปี ต่อจากนั้นร่างกายก็จะมีกาเสื่อมถอย สำหรับการเรียนรู้และการปรับตัวของมนุษย์จะพบได้ตั้งแต่แรกเกิดเติบโต จนกระทั่งตายในที่สุด เมื่อชีวิตผ่านไปมีการขยายขอบเขตความรู้ มีการค้นพบตนเอง ค้นพบธรรมชาติ และค้นพบสภาพแวดล้อมที่ตนอาศัยอยู่ ยิ่งกาลเวลาผ่านไปอายุมากขึ้น บุคคลจะสะสมประสบการณ์ สามารถจัดการและจัดระบบชีวิตได้ดีขึ้น พัฒนาการที่เกิดขึ้นเช่นนี้บุคคลได้พัฒนาทางสมอง สติปัญญาและจิตวิญญาณ

ศันสนีย์ ตันติวิท (2550: 67 – 69) ได้อธิบายสมองในฐานะจัดการความคิด ความจำ อารมณ์ และภาษาว่าเนื้อที่เศษหนึ่งส่วนสี่บนเปลือกสมองของมนุษย์รับผิดชอบเกี่ยวกับการวัดความรู้สึกและควบคุมการเคลื่อนไหว ส่วนที่เหลืออีกสามส่วนสี่ส่วนให้มนุษย์มีเหตุผลเชื่อมโยงประสบการณ์ในอดีตกับปัจจุบันและวางแผนอนาคต นอกจากนั้น สมองยังช่วยให้มนุษย์ตระหนักถึงตนเองและสัมพันธ์กับโลกที่เป็นอยู่ ดังนั้น มนุษย์จึงสามารถคิดวางแผน มีความจำ อารมณ์ และความสามารถใช้ภาษาได้ การพัฒนาสติปัญญา (Cognitive development) เป็นกระบวนการเติบโตทางการคิดของบุคคล การพัฒนาจะค่อยๆ พัฒนาได้จากไม่มีเหตุผลไปสู่การมีเหตุผล จากการคิดแก้ไขปัญหาง่ายๆ ไปสู่การแก้ปัญหาที่ซับซ้อน และจากความเข้าใจในสิ่งที่เป็นรูปธรรมสู่ความเข้าใจนามธรรม การพัฒนาการคิดนี้ได้มาจากการเรียนรู้และประสบการณ์ (Harkreader; et al. 324)

ความรู้สึกหรืออารมณ์ของมนุษย์เป็นปัจจัยหนึ่งที่อยู่เบื้องหลังพฤติกรรม และการกระทำ วารุณี ภูวสรกุล (2550: 263 – 268) กล่าวว่า อารมณ์เป็นทั้งตัวนำและตัวเร่งให้เกิดพฤติกรรม อารมณ์ของมนุษย์เป็นกระบวนการซับซ้อน แต่สามารถสังเกตได้จากการตอบสนองภายนอกร่างกายและกล้ามเนื้อหน้า อารมณ์จะเป็นตัวกระตุ้นให้รวบรวมประสบการณ์นำไปสู่การกระทำและการสื่อสารถึงการกระทำ นอกจากนี้ วารุณี ยังได้อธิบายแผนภาพ Plutchik's Wheel of Emotion ว่า อารมณ์พื้นฐานมี 8 ชนิด (4 คู่) คือ Joy-Sadness, Fear-Anger, Surprise-Anticipation และ Acceptance-Disgust ส่วนอารมณ์อื่นๆ ก็เป็นการรวมของอารมณ์ที่เป็นพื้นฐาน 8 ชนิดนี้ เช่น Love มาจาก Joy และ Acceptance เป็นต้น อารมณ์ของมนุษย์สามารถทำให้มนุษย์มีความสุข อารมณ์ของมนุษย์มีผลต่อสุขภาพทั้งกายและจิตใจของมนุษย์อย่างมาก สภาพอารมณ์ที่ดีสามารถทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายแข็งแรงขึ้น ระบบภูมิคุ้มกันแข็งแรงช่วยให้สามารถต่อต้านโรคภัยไข้เจ็บ ในทางตรงกันข้ามสภาพอารมณ์ที่ไม่ดี มีความเครียดจะลดระบบภูมิคุ้มกันโรคและความต้านทานโรคของร่างกาย ตัวอย่างสภาพอารมณ์ที่ดี ได้แก่ ความรัก ความอยากรู้ อยากเห็น ความมีอารมณ์ขัน ความยินดี ความเมตตาสงสาร ความกระตือรือร้น ความปรารถนาดี ความพึงพอใจ หากมีอารมณ์โกรธก็ต้องโกรธระยะสั้น ส่วนตัวอย่าง สภาพอารมณ์ไม่ดี ได้แก่ ความกลัว ความกระวนกระวาย ความตระหนก ความผิดหวัง ความโกรธระยะยาว ความเจ็บปวด ความเบื่อหน่าย ความรู้สึกผิด และความอิจฉา ความรู้สึกตัวหรืออารมณ์ มีได้ทั้งทางบวกและทางลบ ดังกล่าวข้างต้น อารมณ์ทางบวกจะเป็นอารมณ์ที่มีคุณประโยชน์ ส่วนอารมณ์ทางลบจะเป็นโทษแก่บุคคล ดังนั้น มนุษย์จำเป็นต้องเรียนรู้และสัมผัสอารมณ์ของตนเอง ระมัดระวังอารมณ์ ลดและควบคุมอารมณ์ไม่ดี หากอยู่ในภาวะอารมณ์และความรู้สึกไม่ดีต้องรู้จักแสดงออกได้อย่างเหมาะสม (การแสดงออก

ที่เหมาะสม หมายถึง การสื่อสารกับผู้อื่นถึงความรู้ของตนเองอย่างเปิดเผย จริงใจ โดยมีการรักษาสิทธิของตนเองและคนอื่น)

คำว่า “จิตวิญญาณ” มีความหมายที่ละเอียดอ่อน เกี่ยวข้องกับหลักศาสนาและความเชื่อของแต่ละบุคคล ทัศนีย์ ทองประทีป (2549: 22 – 30) ได้ศึกษาค้นคว้าความหมายของคำนี้ที่ครอบคลุมแนวคิดทั้งในวัฒนธรรมตะวันตกและตะวันออก สรุปเป็นความหมายไว้ 2 ประเด็น ดังนี้ ประเด็นที่ 1 จิตวิญญาณที่เกี่ยวข้อง ศรัทธา ปัญญา และคุณธรรม หมายถึง สภาพธรรมะที่เป็นนามธรรมมีอยู่ในทุกบุคคล ถือเป็นแก่นของชีวิตทำหน้าที่เชื่อมประสานการทำงานในส่วนอื่นๆ ของร่างกาย จิตวิญญาณเป็นส่วนหนึ่งของความนึกคิดที่ทำให้มนุษย์มีเหตุผล และรู้จักการควบคุมอารมณ์เป็นเหมือนพลังปัญญาหรือความหวังที่ช่วยให้มนุษย์มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์มุ่งสู่คุณค่าหรือเป้าหมายสูงสุดของชีวิต จิตวิญญาณส่วนนี้ยังเป็นพลังอำนาจที่ทำให้มนุษย์สัมผัสถึงสัจธรรม ความงดงาม และความดี มีศรัทธาต่อพระเจ้าสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรืออำนาจที่อยู่นอกเหนือความสามารถของมนุษย์ ประเด็นที่ 2 จิตวิญญาณในมิติของความสัมพันธ์ หมายถึง การที่มนุษย์เข้าใจตนเองในฐานะเป็นส่วนร่วมของครอบครัวชุมชน สังคม สิ่งแวดล้อมด้วยความเกื้อกูลเมตตาต่อกัน พงค์เทพ สุธีรวุฒิ (2550) กล่าวถึงเรื่องนี้ว่า ขณะนี้จิตวิญญาณของคนและสังคมอยู่ในระดับวิกฤตมากและมากขึ้นทุกขณะ สังคมต้องการสุขภาวะทางจิตวิญญาณของคน อันจะเป็นรากฐานให้สังคมเกิดสุขภาวะในที่สุด คนที่มีสุขภาวะทางจิตวิญญาณจะมีการแสดงออกที่เหมาะสม คือ ไม่เบียดเบียนกัน ไม่เลือกปฏิบัติ เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ไม่เห็นแก่ตัว ปฏิบัติตนเพื่อดับทุกข์เพื่อช่วยเหลือสังคม ซึ่ง ทัศนีย์ ทองประทีป (2549) ได้เสนอแนะกิจกรรมส่งเสริมสุขภาวะทางจิตวิญญาณไว้ ได้แก่ การปฏิบัติตามคำสอนในศาสนาที่ตนนับถือการบำเพ็ญกิจกรรมสาธารณประโยชน์ การศึกษาตามธรรมชาติ การศึกษาศิลปะต่างๆ การออกกำลังกายหรือการเล่นกีฬา การใช้เวลากับญาติมิตร และการให้เวลากับตนเอง

การที่บุคคลได้มีการพัฒนาทางสมอง สติปัญญา และจิตวิญญาณ จะทำให้บุคคลเป็นบุคคลที่มีคุณภาพ คือ ได้เรียนรู้และปรับตัว อะไรคือ ปัจจัยส่งเสริมการพัฒนาสมอง สติปัญญาและจิตวิญญาณของบุคคล ชูศักดิ์ เวชแพทย์ (2532: 255) เสนอแนะเรื่องนี้ไว้ว่า การสร้างนิสัยการเรียนรู้รักที่จะค้นพบและสะสมประสบการณ์ใหม่ๆ คือหนทางของการได้เรียนรู้ และปรับตัวดี

7.1.2.2 แรงจูงใจของมนุษย์

แรงจูงใจของมนุษย์นับเป็นปัจจัยสำคัญของการกระทำของมนุษย์ แรงจูงใจเกิดจากความต้องการ (Need) ของบุคคล สิริอร วิชชาวุธ (2550: 225 – 260) กล่าวว่า แรงจูงใจทำให้เกิดพฤติกรรมหนึ่งขึ้นมาอย่างต่อเนื่องและมีเป้าหมาย แรงจูงใจของมนุษย์เกิดจากความต้องการ 2 ประการ คือ ความต้องการทางกายและความต้องการทางจิต ความต้องการทางกายทำให้เกิดแรงขับทางกาย (Physiological drive) ผลักดันให้มนุษย์มีพฤติกรรมตอบสนอง ความต้องการทางกาย อาทิ แรงขับความกระหาย (Thirst drive) แรงขับความหิว (Hunger Drive) และแรงขับทางเพศ (Sex Drive) ส่วนความต้องการทางจิต อาทิ ความอยากรู้อยากเห็น ความต้องการหาอำนาจ และความต้องการตามลำดับขั้นของอับราฮัม มาสโลว์ เป็นต้น

แรงจูงใจเป็นแรงผลักดันที่มีพลังอย่างยิ่ง แรงจูงใจเกิดจากความต้องการของมนุษย์ดังอภิปรายมาแล้ว การที่บุคคลพยายามศึกษาเรียนรู้ความต้องการของตนเอง นับเป็นบันไดขั้นแรกที่

จะเรียนรู้แรงจูงใจที่ตนเองมีอยู่ หากบุคคลได้เข้าใจความต้องการตนเองแล้วนำความต้องการมาพิจารณากำหนดเป็นจุดมุ่งหมายของชีวิต เท่ากับเป็นการตั้งความคาดหวัง (Hope) แล้วใช้แรงผลักดันที่ตนเองมีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ผู้เขียนเชื่อว่าการตั้งความหวังคือการตั้งใจอยู่กับสิ่งที่ปรากฏขึ้นในจินตนาการ มีการท้าทายที่จะเรียนรู้ มีการมุ่งคิดมุ่งทำด้วยสมาธิ ไม่กลัวความล้มเหลว หรือมีการตั้งใจที่จะต้องทำได้และต้องทำได้ดี มีการต่อสู้เพื่อมุ่งสู่ความหวังที่ตั้งใจ ทั้งหมดนี้ ทำให้มีพฤติกรรมที่ส่งผลต่อความสำเร็จ ซึ่งเป็นความสำเร็จที่เกิดจากตนเองกำลังทำในสิ่งที่ตนเองมีความต้องการ (Need) และหากแรงจูงใจเป็นไปในทางดี เป็นบวก หรือสร้างสรรค์ บุคคลที่จะมีพฤติกรรมที่ดีและกระทำกิจกรรมสำเร็จคือ เป็นบุคคลที่มีคุณภาพของสังคม

การเสริมพลังด้านร่างกายร่วมกับการเรียนรู้และปรับตัวของบุคคล ตามที่อภิปรายข้างต้น นับเป็นกลยุทธ์ 2 ประการ ของการเสริมพลังชีวิตกลยุทธ์ทั้ง 2 ประการช่วยให้บุคคลผู้ปฏิบัติงานมีพลังพื้นฐานของการพัฒนาตัวเองกล่าวคือมีร่างกายแข็งแรง มีจิตใจสู้งานที่แน่วแน่ มีรากฐานชีวิตที่ตนเองได้เสริมสร้างให้ดำเนินไปอย่างมั่นคงและเข้าสู่ชีวิตที่สุขสมบูรณ์

7.2 ผู้ให้บริการมีการประสานเครือข่ายบริการเพื่อผู้สูงอายุ

ศาสตร์ด้านผู้สูงอายุและด้วยการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสังคมโลกปัจจุบัน ผู้สูงอายุมีความจำเป็นอย่างเด่นชัดที่ต้องพัฒนาและช่วยเหลือตนเองตามศักยภาพให้มากที่สุด และในหลายๆ กรณีผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือดูแลในลักษณะองค์รวมจากบุคคลอื่นหลากหลายสาขา ทั้งขณะอาศัยอยู่ในครอบครัว สถานสงเคราะห์ และเมื่อเข้ารับการรักษาในสถานบริการไม่ว่าของรัฐหรือเอกชน ดังนั้นนอกเหนือจากการที่ผู้สูงอายุยังต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากรหลายประเภท ทั้งประเภทที่ได้รับการฝึกฝน เฉพาะทางและหลายหลายด้วยสาขาวิชาความชำนาญ การประสานเครือข่ายบริการผู้สูงอายุจึงเป็นความจำเป็นอย่างยิ่ง เวด และ เวเทอร์ (Wade; & Water. 1996: 38) กล่าวถึงการประสานเครือข่ายบริการผู้สูงอายุไว้ว่า เครือข่ายที่ได้รับการยอมรับว่ามีคุณค่าสามารช่วยเหลือผู้สูงอายุได้ตามความต้องการทันเวลาและช่วยเหลือได้ในเวลาที่เหมาะสมคือเครือข่ายที่มีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเพื่อนหรือกลุ่มเพื่อนและบุคลากรสาธารณสุขตามคำกล่าวนี้หมายความว่า การบริการต้องการความเข้าใจบริการลักษณะองค์รวม ซึ่งเป็นความต้องการจำเป็นของผู้สูงอายุ หากพิจารณาในสังคมไทย เครือข่ายบริการผู้สูงอายุที่มีคุณค่าควรครอบคลุมเครือข่ายที่มีสัมพันธภาพดี ทั้งในครอบครัว เพื่อนบ้าน และบุคลากรสาธารณสุขซึ่งเป็นการประสานเครือข่ายบริการ เพื่อใช้ทรัพยากรบุคคลผู้ใกล้ชิดผู้สูงอายุให้เกิดประโยชน์สูงสุดนั่นเอง การประสานเครือข่ายบริการผู้สูงอายุมีประเด็นที่ต้องคำนึง ดังนี้

7.2.1 บุคคล กลุ่มบุคคลที่จะต้องประสานเครือข่ายการบริการ

บุคคล กลุ่มบุคคลที่จะต้องประสานเครือข่ายการบริการจำแนกเป็น 2 ประเภท คือ บุคลากรสาธารณสุข และบุคลากรที่ไม่ใช่บุคลากรสาธารณสุข

7.2.1.1 บุคลากรสาธารณสุข

จากงานวิจัยบุคลากรสาธารณสุขที่ผู้สูงอายุระบุว่าต้องได้รับการบริการ ด้านสุขภาพได้แก่ แพทย์เฉพาะทาง ผู้สูงอายุ พยาบาลอนามัย ครอบครัว ทันตแพทย์ นักกายภาพบำบัด (ประนอม

โอทกานนท์; และ สุวิณี วิวัฒน์วานิช. 2541) การปฏิบัติงานในปัจจุบันมีการประสานเครือข่ายบริการกับบุคลากรดังกล่าวข้างต้นอยู่แล้วโดยเฉพาะงานบริการที่เป็นระบบของสถาบันบริการสาธารณสุข ซึ่งผู้ปฏิบัติงานด้านนี้จะมีการพัฒนาความรู้ ความสามรถด้านการประเมินปัญหาผู้สูงอายุและกำหนดข้อวินิจฉัยปัญหา และความต้องการของผู้สูงอายุจะได้รับการนำไปใช้วางแผนและดำเนินการประสานเครือข่ายกับบุคลากรสาธารณสุขทุกประเภทในลักษณะองค์รวม

7.2.1.2 บุคลากรที่ไม่ใช่บุคลากรสาธารณสุข

ด้วยธรรมชาติของผู้สูงอายุที่มีการเสื่อมถอยตามกาลเวลาและอายุที่เพิ่มขึ้น ลักษณะผู้ให้การช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุจึงมีหลากหลาย

ขณะผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับครอบครัว ผู้ที่จะให้การช่วยเหลือดูแลคือญาติ (ได้แก่ สามี ภรรยา บุตรหลาน) และผู้ให้การช่วยเหลือดูแลที่ได้มาโดยวิธีการอื่น เช่น ว่าจ้าง เพื่อนบ้าน หรืออาสาสมัคร จากงานวิจัยได้ผลการศึกษาว่า เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยผู้สูงอายุได้มีโอกาสอาศัยอยู่ในบ้านของตนเอง (มีความสามารถจัดสร้างบ้านของตนเอง หรือสามารถอยู่ร่วมกับสมาชิกได้) มีบุตรหลานอยู่ด้วย บุตรหลานพูดคุย ให้กำลังใจ ให้การดูแล ให้อาหาร มีการรับประทานอาหารร่วมกัน สนับสนุนให้ทำในสิ่งที่ชอบ ให้ข้อมูลข่าวสาร บุตรหลานมีงานทำและไม่ทะเลาะกัน สมาชิกในครอบครัวตัดสินปัญหาร่วมกัน สภาพเช่นนี้คือ สภาพที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความผาสุก มีความพึงพอใจในชีวิต (ประนอม โอทกานนท์; และ สุวิณี วิวัฒน์วานิช. 2541) นอกจากนั้น ผลการศึกษาเรื่องการปฏิบัติตนด้านสังคม พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการติดต่อ พบปะ พูดคุยกับเพื่อนบ้าน มีการเสียสละ ทำประโยชน์ต่อสังคม คือ ผู้สูงอายุที่มีความพึงพอใจในชีวิตมากกว่าผู้ที่ไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมข้างต้น (Othaganont; et al. 2001: 28) ด้วยข้อมูลที่ได้จากการศึกษา เช่น การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุ ครอบครัว และเพื่อนบ้านพึ่งพาตนเองและพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันเป็นสิ่งพึงประสงค์สมควรให้การสนับสนุนอย่างยิ่ง ประเพณีวัฒนาธรรมการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันเช่นนี้เป็นประเพณีวัฒนธรรมของคนไทยที่มีมาแต่โบราณ แต่ปัจจุบันนับวันจะเสื่อมหายไปเนื่องจากสังคมมีการเปลี่ยนแปลง จึงเป็นสิ่งสมควรอนุรักษ์และพัฒนาให้คงอยู่อย่างยั่งยืนเป็นเอกลักษณ์ประจำชาติไทย ตัวอย่าง การนวดตัวแบบไทย (Body Massage) และการนวดเท้า (Foot Massage) คือ ศาสตร์และศิลปะของการแพทย์แผนไทยที่พัฒนามาจากการพึ่งพาตนเองและพึ่งพาซึ่งกันและกันในครอบครัว ในชุมชน การนวดตัวเป็นการรักษาความเจ็บปวด ความปวดเมื่อตามร่างกายโดยใช้มือ ส่วนการนวดเท้าจะช่วยกระตุ้นการทำงานของระบบต่างๆ เช่น การไหลเวียนของโลหิตและระบบน้ำเหลือง ช่วยป้องกันการเกิดโรคบางอย่างและช่วยผ่อนคลายความเครียด การที่บุคคลในครอบครัวหรือเพื่อบ้านเรียนรู้วิธีการนวดที่ถูกต้องจะเป็นการพึ่งพาซึ่งกันและกัน และการที่บุตรหลานดูแลเอาใจใส่ ทำการนวดให้แก่ผู้สูงอายุจะได้ผลดีด้านการสัมผัส ผู้สูงอายุจะมีความอบอุ่น จิตใจดี และสัมพันธภาพในครอบครัวจะดี กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข ให้ความสนใจในงานด้านนี้ ได้จัดงานบริการนวดตลอดทั้งจัดฝึกอบรมแก่ผู้สนใจเพื่อเป็นการเผยแพร่ความรู้และให้เป็นทางเลือกหนึ่งของการแพทย์ในปัจจุบัน

ในขณะที่ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในสถานบริการสุขภาพไม่ว่าของรัฐหรือเอกชน ผู้สูงอายุไม่เพียงต้องการการช่วยเหลือดูแลจากบุคลากรสาธารณสุขเท่านั้น ผู้สูงอายุไม่เพียงต้องการการช่วยเหลือดูแลจากบุคลากรที่ผู้สูงอายุยุต้องการขณะเข้ารับการรักษาในสถานบริการสุขภาพ

คือ นักสังคมสงเคราะห์ เจ้าหน้าที่ผู้ดูแล ส่วนทรัพยากรในชุมชนที่ผู้สูงอายุต้องการคือ ชุมชนที่มีศูนย์แนะแนว ชุมชนที่มีการฝึกอาชีพ ชุมชนที่มีบริการยานพาหนะ ชุมชนที่มีการจัดฌาปนกิจสงเคราะห์ ชุมชนที่มีบริการหางานให้ทำ ร้านค้าซื้อขายสินค้าจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มอาสาสมัคร หน่วยงานบริการช่วยเหลืองานบ้าน หน่วยงานดูแลผู้สูงอายุที่ยากไร้ และชุมชนที่มีบ้านพักชั่วคราวสำหรับผู้สูงอายุ (ประนอม โอทกานนท์; และ สุวิณี วิวัฒน์วานิช. 2541) แม้ว่าผลการวิจัยจะระบุไว้ในอดีต แต่ปัจจุบันงานวิจัยก็ยังพบว่า หน่วยงานแยกการให้บริการด้านสุขภาพและด้านสังคมออกจากกัน ในขณะที่ผู้รับบริการ มีปัญหาและความต้องการหลากหลาย และควรได้รับบริการแบบองค์รวม งานวิจัยเสนอแนะว่า ควรมีการกำหนดหน่วยงานที่เป็นกลางในการชี้แนวทางงานนโยบายและทรัพยากร มุ่งเน้นการบริการจัดการการดูแลในท้องถิ่นเป็นหลัก มีการศึกษาความต้องการของผู้รับบริการอย่างเป็นองค์รวม สนับสนุนให้บริการแบบบูรณาการ สร้างความเชื่อมโยงระหว่างการให้บริการกับการให้การดูแลภายในครอบครัว (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. 2553: 292)

จากข้อมูลที่อภิปรายจะเห็นชัดเจนว่าการบริการผู้สูงอายุนอกจากจะต้องการบุคลากรหลากหลายระดับ แล้วยังมีความต้องการการบริการในลักษณะสหสาขาวิชาด้วย (Multidisciplinary Approach) เห็นสมควรที่ผู้ปฏิบัติงานจะต้องให้ความสนใจบุกเบิกสร้างสรรค์ เข้าร่วมกิจกรรมเพื่อการประสานเครือข่ายบริการที่จะเกิดผลดีที่สุดต่องานบริการผู้สูงอายุต่อไป

7.2.2 หลักการประสานเครือข่ายบริการผู้สูงอายุ

จากเหตุผลที่พบว่า บุคลากรผู้ให้บริการผู้สูงอายุมีหลากหลายระดับและการบริการต้องเป็นลักษณะสหสาขาวิชา ดังนั้น ผู้ที่จะเป็นผู้ประสานเครือข่ายควรยึดหลักในการประสานเครือข่ายบริการผู้สูงอายุ ดังนี้

7.2.2.1 ใช้กระบวนการเป็นหลักการของการประสานเครือข่ายฯ

คำว่า “กระบวนการ” หมายถึง กิจกรรมที่ดำเนินการต่อเนื่องมีการเตรียมการกำหนดเป็นแผนงาน กำหนดรายละเอียดและดำเนินการเพื่อมุ่งสู่เป้าหมายตามที่กำหนดไว้

กระบวนการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบคือ แนวคิดและหลักการปฏิบัติที่ใช้ได้กับการบริการทุกสถานการณ์ ประกอบด้วยขั้นตอนตามหลักการทางวิทยาศาสตร์ คือ การวิเคราะห์กำหนดปัญหา วางแผนลงมือปฏิบัติ และติดตามประเมินผลงาน กระบวนการดังกล่าวเป็นกระบวนการที่เป็นวงจรต่อเนื่องเพื่อแก้ไขปัญหาและให้บริการที่มีประสิทธิภาพ การประสานเครือข่ายบริการ เพื่อผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีผู้ประสานเครือข่าย ซึ่งผู้ประสานเครือข่ายที่กล่าวนี้จะเป็นบุคคลใดในสาขาใดก็ได้หากว่า บุคคลนั้น มีทักษะเพียงพอสำหรับการประสานเครือข่ายได้ ทั้งนี้เพราะว่า พยาบาลเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่มีจำนวนมากและกระจายปฏิบัติงานทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข เวด และ เวเทอร์ (Wade; & Water. 1996) ได้เสนอแนะให้พยาบาลใช้กระบวนการพบาลเป็นหลักการของการประสานเครือข่าย กล่าวคือ ในขั้นตอนการวิเคราะห์กำหนดปัญหา พยาบาลจะทำการประเมินความต้องการและกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (Assessment and Making Nursing Diagnosis) พยาบาลจะต้องประเมินความต้องการปัญหาและความซับซ้อนของระบบการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ และผู้ให้การช่วยเหลือดูแลคืออะไร ในขั้นตอนการวางแผน (Planning) ให้พิจารณาจากปัจจัยอุปสรรค การวางแผนเพื่อส่งเสริม

การมีเครือข่ายและความร่วมมือ ในขั้นตอนการลงมือปฏิบัติ (Intervention) ให้คำนึงว่า การปฏิบัติมีหลายระดับ ผู้ให้การช่วยเหลือดูแลมีหลากหลาย ประกอบด้วยบุคคลและสาขาวิชาทั้งในและนอกศาสตร์การสาธารณสุข พยาบาลทำตนเป็นผู้ให้การสนับสนุน (Supporters) ผู้อำนวยความสะดวก (Facilitators) และขยายขนาดของเครือข่ายทักษะการฟังและการให้ข้อมูลเป็นทักษะที่พยาบาลต้องพัฒนาและนำมาใช้ การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์แก่ผู้ให้การช่วยเหลือดูแลก็เป็นทักษะจำเป็นสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าการฟังและการให้ข้อมูล พยาบาลจะต้องศึกษาและใช้ทรัพยากรหรือโปรแกรมที่มีอยู่แล้วในชุมชน (Community Care Programs) มาช่วยลดภาวการณ์แยกตัวและภาวะความว้าเหว่จากการขาดเครือข่ายและขาดการพึ่งพาซึ่งกันและกันในชุมชน ขั้นตอนสุดท้ายคือ การประเมินผลการดำเนินงาน (Evaluation) ให้ประเมินผลประสิทธิภาพของการดำเนินงาน ซึ่ง เวด และ เวเทอร์ (Wade; & Water. 1996) ให้ความสำคัญยิ่งต่อเครือข่ายและความร่วมมือระหว่างบุคลากรวิชาชีพกับบุคคลทั่วไปผู้อยู่ใกล้ชิดผู้สูงอายุ

7.2.2.2 มีความร่วมรู้สึกกับผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ

ความร่วมรู้สึก หมายถึง ภาวการณ์ที่บุคคลหนึ่งมีความเข้าใจอย่างแท้จริงต่อภาวะอารมณ์ความรู้สึกของอีกคนหนึ่ง ความร่วมรู้สึก (Empathy) มีความหมายต่างจากคำว่า Sympathy ซึ่งหมายความถึง ความรู้สึกสงสาร (Pity or Compassion) ในความทุกข์ที่คนอื่นได้รับ (Harkreader; et al. 2007: 262) นอกจากนั้นความรู้สึกยังมีความหมายรวมถึงความเข้าใจ ความเข้าใจในที่นี้ หมายถึงเข้าใจภาวะอารมณ์ความรู้สึกของคนอื่นทั้งด้านบวกและด้านลบ การเข้าใจภาวะอารมณ์นี้จะเป็นผลดีแก่บุคคลทั้ง 2 ฝ่ายทั้งในเรื่องสัมพันธภาพ การรับรู้ถึงความเข้าใจซึ่งกันและกัน การสนับสนุน การให้กำลังใจ ตลอดทั้งความเข้าใจพฤติกรรมที่แสดงออก

ดังเป็นที่ทราบและเข้าใจกันแล้วว่างานด้านผู้สูงอายุต้องการบุคลากรหลากหลายอาชีพ และหลากหลายด้วยระดับของการช่วยเหลือดูแลในความหลากหลายเหล่านั้น จะมีทั้งบุคลากรสาธารณสุขและบุคคลที่ไม่ใช่บุคลากรสาธารณสุข และ/หรืออาจจะเป็นญาติใกล้ชิดที่มีความจำเป็นต้องดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในฐานะพ่อแม่หรือญาติอาวุโส หรืออาจเป็นผู้ที่ถูกว่าจ้างมาดูแล และมีค่าตอบแทน อย่างไรก็ตาม งานด้านผู้สูงอายุจำเป็นต้องร่วมมือกันทุกฝ่าย นับตั้งแต่ผู้สูงอายุเอง ลูกหลานและเครือญาติภายในครอบครัว ซึ่งในสภาพสังคมไทยปัจจุบันและสถิติจำนวนผู้มีอายุยืนยาวเพิ่มจำนวนอย่างรวดเร็ว เครือข่างานด้านผู้สูงอายุจำเป็นต้องขยายขอบเขตครอบคลุมครอบครัวและชุมชน ดังนั้น การมีเครือข่ายผู้ให้บริการผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชนจึงเป็นเรื่องสำคัญและจำเป็นยิ่ง เมืองทอง แขมณี (2001) ให้คำนิยามว่า เครือข่าย (Network) หมายถึง โครงสร้างซึ่งจะอำนวยความสะดวกให้เกิดกิจกรรมเครือข่าย โครงสร้างที่กล่าวถึงนี้ อาจเป็นโครงสร้างถาวรหรือชั่วคราวเพื่องานเฉพาะกิจก็ได้ เครือข่ายต้องมีลักษณะสนับสนุนกิจกรรมระหว่างสมาชิกเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ร่วมกัน และการเป็นสมาชิกนั้นเป็นการอาสาสมัครไม่ใช่การบังคับ การทำงานจะมีวิธีการทำงานที่ตกลงร่วมกัน ซึ่ง กูเช่ (Guse. 2010: 251) ให้ข้อสังเกตว่า การที่บุคคลมีเครือข่าย มิได้หมายความว่าบุคคลนั้นจะมีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) เสอมไปซึ่ง ฮาร์ครีดเดอร์ (Harkreader. 2007: 416) ให้คำนิยามคำว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึงความรู้สึกของบุคคลถึงความเป็นและมีเจ้าของ (Belonging) ได้รับการยอมรับ ได้รับความรัก ตนเองมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี ตนเองเป็นที่ต้องการของคนอื่น และ กูเช่ (Guse) ได้กล่าวไว้ชัดเจนว่า การมีแรง

สนับสนุนทางสังคมนั้นเป็นส่วนหนึ่งของการมีเครือข่าย ในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุจำเป็นต้องประเมินว่าผู้สูงอายุมีแรงสนับสนุนทางสังคมมากน้อยเพียงใด การประเมินการมีแรงสนับสนุนของสังคมให้พิจารณาจำนวนบุคคลและลักษณะของการสนับสนุน อาทิ การสนับสนุนด้านจิตใจ อารมณ์ ความจำเป็นในภารกิจต่างๆ และการให้ข้อมูลข่าวสาร ผู้สูงอายุมีญาติและเพื่อนให้ความช่วยเหลือยามที่มีความต้องการจำเป็นหรือไม่ และผู้สูงอายุมีญาติและเพื่อนที่รู้สึกสนิทสนมและมีการติดต่อสม่ำเสมอหรือไม่ เพียงใด ฮฉาร์ดิน และ แรมโบด (Hardin. 2010: 709; & Rambod.2010: 242 – 243) กล่าวถึงงานวิจัยและสนับสนุนว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

การที่ผู้สูงอายุมีผู้ให้การช่วยเหลือดูแลใกล้ชิดอย่างดี ถือว่า ผู้สูงอายุมีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี อย่างไรก็ตาม งานการดูแลผู้สูงอายุเป็นงานที่ต้องใช้ความอดทนอย่างสูงในการเข้าใจและตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ทั้งนี้เนื่องด้วยปัญหาของผู้สูงอายุเป็นปัญหาของผู้สูงอายุ เป็นปัญหาซับซ้อนเกิดจากวัยที่เสื่อมถอยและโรคภัยไข้เจ็บที่อาจมี ดังนั้น ด้วยความอดทนและความเพียรพยายามที่ผู้ช่วยเหลือพึงมี ไม่ว่าผู้ช่วยดูแลนั้นจะเป็นญาติสนิทในฐานะลูกหลานหรือบุคคลอื่นที่ได้รับค่าตอบแทนก็ตาม ผู้ประสานเครือข่ายจำเป็นต้องเข้าใจและมีความร่วมรู้สึกกับผู้ช่วยเหลือดูแลเหล่านี้ การประสานเครือข่ายด้วยความเข้าใจ ด้วยความรู้สึกคือหนทางความสำเร็จของงานบริการผู้สูงอายุ

7.2.2.3 สร้างและจัดหาโอกาสร่วมงานกับองค์กร หน่วยงานอื่น

ด้วยลักษณะงานด้านผู้สูงอายุที่ต้องอาศัยทีม สหวิชา การจัดหาและสร้างโอกาสร่วมงานกับองค์กร หน่วยงานอื่น เป็นเรื่องที่ผู้ประสานเครือข่ายจำเป็นต้องกระทำ การมีโอกาสทำงานร่วมกับองค์กรหน่วยงานอื่นจะช่วยให้ได้เรียนรู้ลักษณะ กลไกการทำงานของศาสตร์ในสาขาอื่นการเรียนรู้เหล่านี้จะช่วยให้การประสานเครือข่ายดำเนินได้ดีด้วยความเข้าใจลักษณะงานของแต่ละสาขา

จากการได้บทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับหลักของการสร้างความสุข พบว่า หลักการและแนวปฏิบัติเพื่อชีวิตที่สุขสมบูรณ์ของผู้สูงอายุ มีหลักการ 2 ประการสำหรับผู้สูงอายุไทย ได้แก่ ประการแรก ผู้สูงอายุมีการเสริมพลังตนเอง และประการที่สอง ผู้ให้บริการมีการประสานเครือข่ายบริการเพื่อผู้สูงอายุ

8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

8.1 งานวิจัยในประเทศ

กุลธิดา สุภาคุณ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และ รังสิมันต์ สุนทรไชยา (2550) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม สามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย นันทิกา ทวิชาชาติ และ สมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์ (2551) ได้ทำการศึกษาปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทย โดยศึกษาแบบจับคู่ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทย โดยศึกษาแบบจับคู่ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและผู้ที่ยังไม่ซึมเศร้า จำนวน 90 คู่ เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับอาการโรคซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่า ปัญหา

สัมพันธภาพระหว่างบุคคลทั้ง 4 ด้าน มีความเกี่ยวข้องกับอาการของโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยไทย โดยพบว่าปัญหาการเปลี่ยนผ่านบทบาทมีระดับความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยซึมเศร้าไทยสูงสุด

ธรณินทร์ กองสุข และคณะ (2551) ได้ศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 5 แห่ง ในประเทศไทย จำนวน 339 ราย ในช่วง 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม 2549 พบว่า ผู้มีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต มีแนวโน้มที่เป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่ไม่มีเหตุการณ์ทั้งจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับคนใกล้ชิด ได้แก่ การจากไปของบุคคลอันเป็นที่รัก การเสียทรัพย์จากการพนัน และจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง ได้แก่ การไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงและการได้รับอุบัติเหตุรุนแรง

พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย (2551) ได้ศึกษาบทบาทของความเครียด ความรุนแรงของความเครียด และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตที่มีต่อการเกิดโรคซึมเศร้าโดยศึกษาเปรียบเทียบ ผู้ที่เป็นซึมเศร้า 90 ราย และผู้ที่ไม่ซึมเศร้า 90 ราย พบว่า ผู้ที่ซึมเศร้าได้ประสบเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตช่วง 1 ปี มากกว่าผู้ที่ไม่ซึมเศร้า (5.81 ± 3.19 และ 3.24 ± 2.80 เหตุการณ์ใน 1 ปี) ($p < 0.01$) ความเครียดในทุกด้าน (ด้านสุขภาพ ครอบครัว การเงิน การงานและสังคม) รวมถึงความเครียดโดยรวม มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้า ($p < 0.05$) ผู้ที่ประสบกับความเครียดในระดับปานกลางถึงรุนแรงในทุกด้าน มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าสูงกว่า ผู้ประสบกับความเครียดในระดับต่ำ ($p < 0.05$) โดยความเครียดทางด้านสุขภาพมีระดับความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้าสูงสุด (OR = 5.93, 95%CI = 2.33 – 16.92, $p < 0.01$) ชนิดของเหตุการณ์ความเครียดที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้า ได้แก่ การเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล การเจ็บป่วยที่ต้องหยุดงาน หรือรบกวนกิจกรรมปกติ การเปลี่ยนแปลงการนอน การขาดการผ่อนคลายอารมณ์ ความขัดแย้งกับคู่สมรส ปัญหาเพศสัมพันธ์กับคู่สมรส ปัญหาการงานของครอบครัว การตกงาน ปัญหากับนายจ้างหรือผู้บังคับบัญชา ($p < 0.05$) และผลการวิเคราะห์ความถดถอย ลอจิสติค พบว่าความเครียดในระดับปานกลางถึงระดับสูง เป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญของโรคซึมเศร้า (OR = 5.26, 95% CI = 1.85 – 14.92, $p < 0.01$)

ศิริพร จิรวัฒน์กุล และคณะ (2549) ได้ศึกษาการพัฒนากลวิธี และเทคโนโลยีส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง จังหวัดขอนแก่นและจังหวัดยโสธร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ภาวะซึมเศร้าและวิธีการดูแลตนเอง ระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพหรือภาวะซึมเศร้า โดยมีผู้ให้ข้อมูลหลัก 325 คนจากการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจงและสุ่มเชิงทฤษฎี และกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1,068 คน พบว่า 1) ครอบครัวเป็นพื้นฐานสำคัญของวงแหวนแห่งความทุกข์-สุข 2) นั่งลืม คิดลืม บ่สนใจผู้ได๋ คำอีสานที่สะท้อนโรคซึมเศร้า 3) เรื่องซึมเศร้าเป็นเรื่องส่วนตัวที่ตนเองและครอบครัวเท่านั้นที่จะป้องกันและช่วยเหลือกันได้ 4) กิจกรรมประเพณี 12 เดือน คือ การสร้างสุขคลายทุกข์แก่ทุกเพศทุกวัยในชุมชน และ 5) สุรา คือ ต้นเหจุแห่งทุกข์ของชาวบ้านอีสาน

ศรีวิไล โมกขาว (2554) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดพฤติกรรมทางความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลอง จำนวน 15 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 15 คน เครื่องมือที่ใช้คือโปรแกรมบำบัดพฤติกรรมทางความคิด และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าของ เบค (Beck Depressive Inventory) พบว่า กลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้าภายหลังได้รับโปรแกรมบำบัดพฤติกรรมทาง

ความคิดน้อยกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มการทดลองมีภาวะซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

สุจิตรา กฤติยาวรรณ (2548) ได้ศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่า การให้คำปรึกษาโดยใช้การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมสามารถลดภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

สาริณี โต๊ะทอง และ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2549) ศึกษาการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า ภายหลังการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัว คุณภาพของสมาชิกของสมาชิกในครอบครัวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

สมคิด ตรีภาคี (2545) ศึกษาโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจในการลดภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช ภายหลังใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

สัมพันธ์ มณีรัตน์ และ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2547) ได้ศึกษาการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับสัมพันธภาพบำบัด ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า ภายหลังใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับสัมพันธภาพบำบัด คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย รังสิมันต์ สุนทรไชยา และ พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย (2552) ได้ศึกษาวิจัยเรื่องรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมสำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า โดยเน้นการบำบัดแบบผสมผสานตั้งแต่การใช้สัมพันธภาพบำบัด การสอน การให้คำปรึกษา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิด พบว่าสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของ แคม์ปแมน ไคเซอร์เซอร์อุคเดียม และ เวอร์บร๊าก (Kampman, Keizersers Hoogdium; & Verbraak. 2004) ได้ศึกษาพบว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสามารถใช้ได้ผลดีในผู้ป่วยย้ำคิดย้ำทำ โดยเฉพาะในรายที่ไม่ได้มีอาการซึมเศร้ารุนแรง การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมจะช่วยลดพฤติกรรมซ้ำและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยพวกนี้อย่างได้ผลดี โดยเฉพาะในผู้ป่วยประเภทที่ไม่สามารถรับการรักษาด้วยยาได้ เช่น หญิงตั้งครรภ์หรือผู้ป่วยโรคหัวใจ การใช้การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมจะได้ผลดี

8.2 งานวิจัยต่างประเทศ

เอรีล ดี และ คณะ (Aryl, D.; et al. 2008) พบว่า กลุ่มบำบัดทางจิตสังคมที่เน้นบูรณการระหว่างการให้สุขภาพจิตกับการฝึกทักษะการเผชิญปัญหาโดยใช้ขั้นตอนสุขภาพจิตศึกษาของ ควิจีเปอร์ (Cuijiper. 1998) ประกอบด้วย การฝึกผ่อนคลายความเครียด การฝึกทักษะการคิดเชิงบวก การฝึกทักษะการดูแลตนเอง การฝึกทักษะทางสังคม พบว่า ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

แก็บบาร์ด โก (Gabbard, Go. 2000) ศึกษาผลกระทบทางจิตสังคมที่มีผลต่อสรีรวิทยาทางระบบประสาทในลิงกระรอก พบว่า ลิงทารกที่ถูกแยกจากมารดาจะเกิดการเปลี่ยนแปลงความไวของตัวรับชนิด Noradrenergic receptors การเปลี่ยนแปลงการหลั่งซีโรโทนิน (Serotonin) ในไฮโปรทาลามัส

และการเพิ่มขึ้นของ Cortisol ในเลือด นอกจากนั้นหากเกิดการแยกจากการพลัดพรากซ้ำๆ ก็จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของความไวและจำนวนของตัวรับชนิด Opioid receptors ด้วยการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จะเกิดขึ้นระยะยาว แต่สามารถกลับคืนดังเดิมได้หากนำลิงทารกกลับไปอยู่กลับมารดาอีกครั้ง

เคนด์เลอร์ เคเอส และคณะ (Kendler, KS.; et al. 1995) พบว่า เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตที่สำคัญที่เป็นปัจจัยทำนายการเกิดโรคซึมเศร้า ได้แก่ การเสียชีวิตของญาติสนิท การถูกทำร้าย ปัญหาคู่สมรส ที่รุนแรง การแยกทางและการหย่าร้าง โดยมีอัตราส่วนออดส์ (Odds ratio) มากกว่า 10

เคนด์เลอร์ เคเอส และคณะ (Kendler, KS.; et al. 1995) ได้ทำการศึกษาปัจจัยการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ทั้งปัจจัยทางพันธุกรรมและเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต ประชากรแฝดหญิง 1,082 คู่ ผลการศึกษาพบว่า แฝดเหมือนที่คู่แฝดไม่ได้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า พบอัตราการเกิดโรคซึมเศร้าเป็นร้อยละ 0.05 และหากประสบการณ์ความเครียดที่รุนแรงในชีวิต อัตราการเกิดโรคซึมเศร้าจะสูงขึ้น เป็นร้อยละ 6.20 ส่วนแฝดเหมือนที่คู่แฝดป่วยเป็นโรคซึมเศร้า พบอัตราการเกิดโรคซึมเศร้าเป็นร้อยละ 1.10 และหากประสบการณ์ความเครียดรุนแรงในชีวิต อัตราการเกิดโรคซึมเศร้าจะสูงขึ้นเป็นร้อยละ 14.60 แสดงให้เห็นว่า ทั้งปัจจัยทางพันธุกรรม และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตทำให้ความเสี่ยงของการเกิดโรคซึมเศร้าเพิ่มสูงขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยทางพันธุกรรม และเหตุการณ์ความเครียด ในชีวิตส่งผลให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้าแล้ว ยังมีการศึกษาอื่นๆ ที่พบว่า ลักษณะของบุคลิกภาพบางอย่าง เช่น บุคลิกภาพแบบประสาทกังวล ปัญหาความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ความรุนแรงของเหตุการณ์ความเครียดและตีความหมายของเหตุการณ์ความเครียดนั้น การขาดการติดต่อทางสังคม การขาดสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ก็เป็นปัจจัยเสี่ยงของการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า

แม็ค ฟาร์เลน และ คณะ (Mc Farlane; et al. 2003) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลของจิตศึกษาและประคับประคองแบบกลุ่มแบบหลายครอบครัวกับแบบครอบครัวเดียวในญาติผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 172 คน แบ่งเป็นกลุ่มหลายครอบครัว 83 คน และแบบครอบครัวเดียว 89 คน พบว่า กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาและประคับประคองแบบกลุ่มแบบหลายครอบครัวมีอัตราการกำเริบซ้ำและการกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลลดลงตลอดจนร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยให้รับประทานยาดีกว่ากลุ่มแบบครอบครัวเดี่ยว เพราะกลุ่ม แบบหลายครอบครัวช่วยให้มีการเปลี่ยนแปลงประสบการณ์ได้มากขึ้น

ซอง เบียร์เกล และ มิลลิแกน (Song, Biegel; & Milligan. 2005) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 103 คน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญที่สุดที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าและภาระการดูแลที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแล คือ ถ้าผู้ดูแลรับรู้ภาระการดูแลมากก็จะส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าสูงด้วย หากผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหามาก และผู้ดูแลขาดการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว และบุคลากรทางด้านสุขภาพจิต และจิตเวชจะส่งผลไปสู่ภาวะซึมเศร้าและภาระการดูแลได้

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อสร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุจังหวัดเชียงราย มีขั้นตอนการดำเนินการค้นคว้า ดังนี้

1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. การสร้างเครื่องที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยและพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อการป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังภาพประกอบ คือ

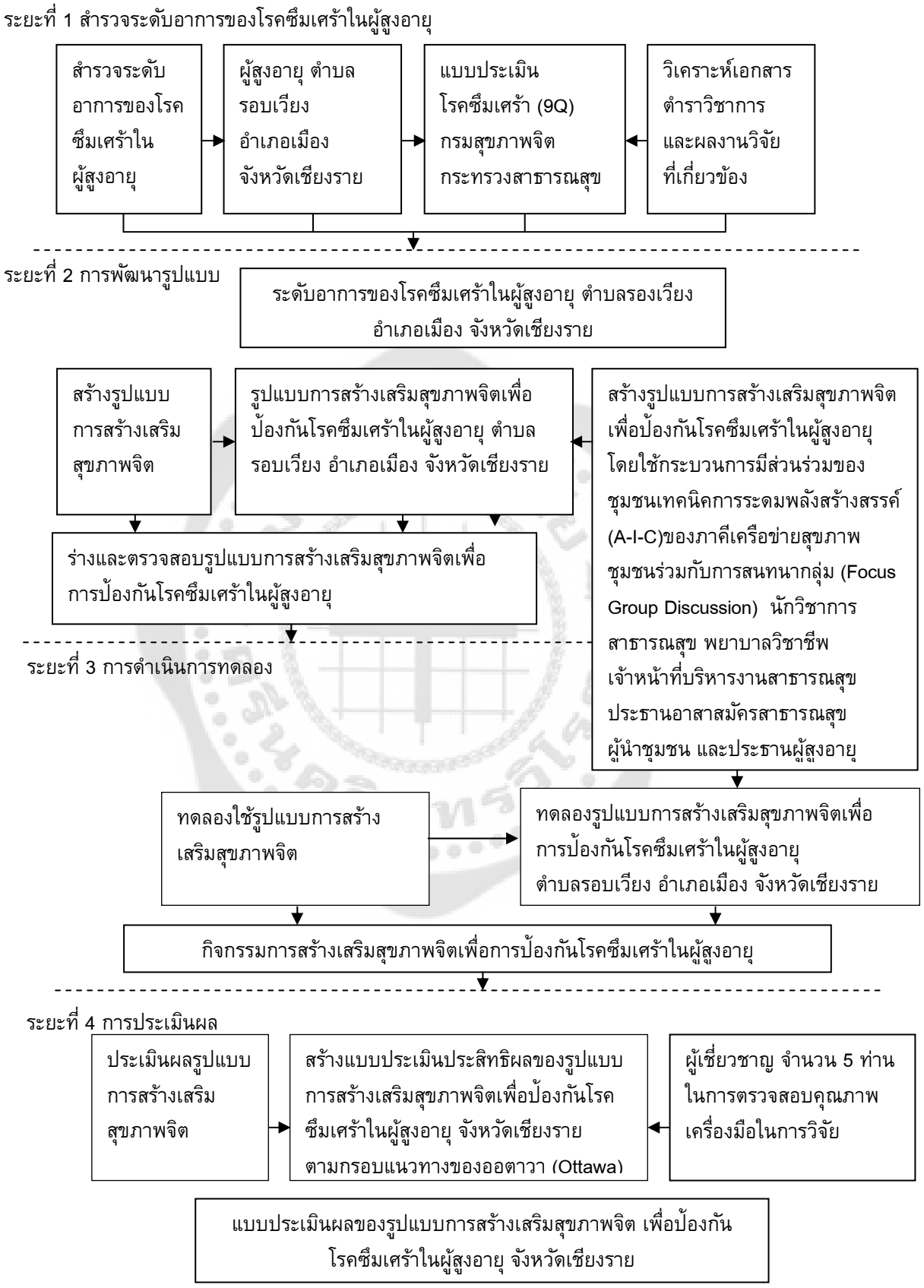
ระยะที่ 1 สำรวจระดับอาการของโรคซึมเศร้า

ระยะที่ 2 สร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิต

ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิต

ระยะที่ 4 ประเมินผลของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิต

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย



ภาพประกอบ 7 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การกำหนดประชากร การเลือกกลุ่มตัวอย่าง และการสร้างเครื่องมือ

ระยะที่ 1 สำรวจระดับอาการโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

การวิจัยระยะนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับอาการของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์เอกสาร ตำราวิชาการ และงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อการป้องกันโรคซึมเศร้า

ขั้นตอนที่ 2 ประเมินโรคซึมเศร้า 9Q ในผู้สูงอายุ ตำบลรองเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไปที่ไม่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าและอาศัยอยู่ ตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย จำนวน 405 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ที่ไม่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าหรือโรคทางจิต และอาศัยอยู่ ตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ทั้งหมด จำนวน 405 คน โดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) สำหรับผู้สูงอายุ ตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยต่อต่อประสานงานกับพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรอบเวียง อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้สูงอายุ ตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย
2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการประเมินโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย จาการสัมภาษณ์จากแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า (9Q)
3. นำแบบสอบถาม มาตรวจสอบความสมบูรณ์และวิเคราะห์ข้อมูล

เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผล

แบบประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ลักษณะของแบบประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ไม่มีเลย	ให้คะแนน	0	คะแนน
เป็นบางวัน (1 – 7 วัน)	ให้คะแนน	1	คะแนน
เป็นบ่อย (มากกว่า7 วัน)	ให้คะแนน	2	คะแนน
เป็นทุกวัน	ให้คะแนน	3	คะแนน

ประเมินผลตามเกณฑ์

คะแนนรวม น้อยกว่า 7 คะแนน	หมายถึง	ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า
คะแนนรวม 7 – 12 คะแนน	หมายถึง	มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย

คะแนนรวม 13 – 18 คะแนน หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง
คะแนนรวม $\geq$ 19 คะแนน หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง

การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์

การจัดทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ทางคอมพิวเตอร์ในการวิเคราะห์ข้อมูล ค่าสถิติที่ใช้ ได้แก่ ความถี่และร้อยละ

ระยะที่ 2 สร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิต

การวิจัยระยะนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อการสร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุและตรวจสอบรูปแบบเบื้องต้น ให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของชุมชน ตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย โดยมีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อการป้องกันโรคซึมเศร้า โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชนจากประยุกต์ใช้เทคนิคการระดมพลังสร้างสรรค์ (A-I-C)

ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเบื้องต้นจากเครือข่ายสุขภาพชุมชนที่เกี่ยวข้องในการสร้างรูปแบบดังกล่าว

ขั้นตอนที่ 3 เสนอพิจารณาการตรวจสอบรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิต เพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย จากคณะกรรมการวิจัยจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ พร้อมปรับปรุง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรอบเวียง ประธานอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ประธานผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุ ปราชญ์ชุมชน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ นักวิชาการสำนักงานสาธารณสุข จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข จำนวน 1 คน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 1 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 1 คน ประธานผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน ผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน และปราชญ์ชุมชน จำนวน 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 3 คน

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC = Index of item objective congruence) ของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย
2. นำเค้าโครงการวิจัย และรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อการป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย เสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เลขที่หนังสือรับรอง SWUEC-EX65 อนุมัติวันที่ 27 พฤษภาคม พ.ศ. 2556

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการสร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย ในรูปแบบของการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ตามแนวคำถาม การสนทนากลุ่ม การถอดเทปและการจดบันทึก ประกอบด้วย นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข ประธานอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ประธานผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข และปราชญ์ชุมชน

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม เพื่อหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อการป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย จากกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ นักวิชาการสำนักงานสาธารณสุข จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข จำนวน 1 คน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 1 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 1 คน ประธานผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน ผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน และปราชญ์ชุมชน จำนวน 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 3 คน

3. เสนอพิจารณาการตรวจสอบรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุจากคณะกรรมการวิจัยจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ พร้อมปรับปรุง

เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผล

แบบประเมินความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ลักษณะของแบบประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความใช่กับความเป็นจริง	ให้คะแนน	1	คะแนน
สงสัยกับข้อความนั้น	ให้คะแนน	0	คะแนน
ข้อความไม่ใช่กับความเป็นจริง	ให้คะแนน	-1	คะแนน

ประเมินผลตามเกณฑ์

การหาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิต เพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย แต่ละกิจกรรมมีค่าไม่น้อยกว่าตั้งแต่ 0.50

การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากทำกิจกรรมกลุ่ม (Focus Group) เพื่อสร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย

2. การจัดทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ในการวิเคราะห์ข้อมูล ค่าสถิติที่ใช้ ได้แก่ ค่าความเที่ยงตรง (IOC = Index of item objective congruence) ของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิต มีค่าเท่ากับ 0.99, 1.00, 0.91 และ 0.93 ตามลำดับ

3. ปรับปรุงรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิต เพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุจากคณะกรรมการวิจัยจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิต

การวิจัยระยะนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research Design) กลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม โดยมีแผนการวิจัยและขั้นตอนการดำเนิน ดังนี้

ตาราง 2 รูปแบบการทดลอง

การเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง	กิจกรรมการสร้างวิจัยที่สร้างขึ้น	การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง
T1	X	T2

T1 หมายถึง การเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง
T2 หมายถึง การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง
X หมายถึง กิจกรรมการสร้างวิจัยที่สร้างขึ้น

ตาราง 3 แผนการดำเนินการทดลอง

T1E1	T2E2	T3E3	T4	T5	T6
4 wk	8 wk	12 wk	16 wk	20 wk	24 wk

T1 หมายถึง การเก็บข้อมูลก่อนการทดลองของกลุ่มทดลอง
T2 – T3 หมายถึง การเก็บข้อมูลจากการวัดซ้ำหลังการดำเนินการทดลองวิจัย
T4 – T6 หมายถึง การติดตามข้อมูลหลังเสร็จสิ้นการดำเนินการทดลองวิจัย
E1 – E3 หมายถึง การดำเนินกิจกรรมการทดลองวิจัยที่สร้างขึ้น

ขั้นตอนที่ 1 ทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิต เพื่อการป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุตำบลรองเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ที่ได้รับการประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) และมีผลการประเมินอาการโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยและปานกลาง จำนวน 73 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุตำบลรองเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ที่ได้รับการประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) และมีผลการประเมินอาการโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยและปานกลาง จำนวน 39 คน ได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากการสมัครใจ

มีเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้

1. มีผลการคัดกรองระดับโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อย และปานกลาง (คะแนนรวม 7 – 18 คะแนน)
2. สมัครใจเข้าร่วมใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้า

มีเกณฑ์การคัดออก ดังนี้

1. ผลการคัดกรองระดับโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ (คะแนนรวมน้อยกว่า 7)
2. ผลการคัดกรองระดับโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับรุนแรง (คะแนนรวมมากกว่า 18)
3. ผลการคัดกรองระดับโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยและปานกลาง แต่ไม่สมัครใจเข้าร่วมใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้า

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงรายที่ผ่านจากการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหากับผู้ที่เกี่ยวข้อง และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
2. แบบประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
3. แบบวัดความสุข ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เก็บรวบรวมข้อมูลจากการทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย ที่เป็นกลุ่มทดลองในการวิจัยจำนวน 39 คน ก่อนดำเนินกิจกรรม (Pre – Test) ประกอบด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) และแบบประวัดความสุข
2. เก็บรวบรวมข้อมูลจากการทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย ที่เป็นกลุ่มทดลองในการวิจัยจำนวน 39 คน โดยใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) และแบบวัดความสุข จากการวัดซ้ำ จำนวน 6 ครั้ง ประกอบด้วย การทดลอง 3 ครั้ง หลังการทดลอง 3 ครั้ง

เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผล

1. แบบประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ลักษณะของแบบประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่มีเลย	ให้คะแนน	0	คะแนน
เป็นบางวัน (1 – 7 วัน)	ให้คะแนน	1	คะแนน
เป็นบ่อย (มากกว่า 7 วัน)	ให้คะแนน	2	คะแนน
เป็นทุกวัน	ให้คะแนน	3	คะแนน

ประเมินผลตามเกณฑ์

คะแนนรวม น้อยกว่า 7 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า

คะแนนรวม 7 – 12 คะแนน หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย

คะแนนรวม 13 – 18 คะแนน หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง

คะแนนรวม $\geq$ 19 คะแนน หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง

2. แบบวัดความสุข กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ลักษณะของแบบประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความที่มีความหมายเป็นบวก ถ้าตอบว่า

ไม่เลย	ให้คะแนน	0	คะแนน
เล็กน้อย	ให้คะแนน	1	คะแนน
มาก	ให้คะแนน	2	คะแนน
มากที่สุด	ให้คะแนน	3	คะแนน

ข้อความที่มีความหมายเป็นลบ ถ้าตอบว่า

ไม่เลย	ให้คะแนน	3	คะแนน
เล็กน้อย	ให้คะแนน	2	คะแนน
มาก	ให้คะแนน	1	คะแนน
มากที่สุด	ให้คะแนน	0	คะแนน

ประเมินผลตามเกณฑ์

คะแนน $\leq$ 26	คะแนน	หมายถึง	มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป
คะแนน 27 – 32	คะแนน	หมายถึง	มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป
คะแนน 33 – 45	คะแนน	หมายถึง	มีความสุขมากกว่าคนทั่วไป

การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์

การจัดทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ในการวิเคราะห์ข้อมูล ค่าสถิติที่ใช้ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติที่ใช้ทดสอบสมมุติฐาน คือ One-way analysis of variance with repeated measures ในการวัดซ้ำแต่ละครั้ง

ระยะที่ 4 ประเมินผลของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิต

การวิจัยระยะนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างแบบประเมินผลและแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อการป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย โดยมีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สร้างแบบประเมินผลเพื่อประเมินผลของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อการป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย ภายใต้กรอบแนวคิดของออตาวา

ขั้นตอนที่ 2 สร้างแบบประเมินผลความพึงพอใจเพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อการป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย

ขั้นตอนที่ 3 เสนอผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ จำนวน 5 ท่าน พร้อมแก้ไขและเสนอคณะกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลรูปแบบและความพึงพอใจของการใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อการป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย

ขั้นตอนที่ 5 วิเคราะห์ และสังเคราะห์ผลของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อการป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย

ขั้นตอนที่ 6 เผยแพร่ผลของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อการป้องกัน โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุที่มีโรคซึมเศร้า ระดับน้อย และปานกลางที่ทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้า จำนวน 39 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุที่มีโรคซึมเศร้าระดับน้อยและปานกลางที่ทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้า ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ สามารถเก็บข้อมูลได้จากผู้สูงอายุ จำนวน 36 คน

การสร้างเครื่องมือในการวิจัย

แบบประเมินผลของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิต เพื่อการป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย ประกอบด้วย 5 ตอน ดังนี้

1. แบบสอบถามนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อการป้องกันโรคซึมเศร้า ในผู้สูงอายุ ตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ ประกอบด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.91

2. แบบสอบถามการสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อการป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย มี 5 ระดับ (Rating Scale) ประกอบด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 1.00

3. แบบสอบถามการเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็งในการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย มี 5 ระดับ (Rating Scale) ประกอบด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.91

4. แบบสอบถามการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลในการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย มี 5 ระดับ ประกอบด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.90

5. แบบสอบถามการปรับเปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุขในการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย มี 5 ระดับ ประกอบด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.93

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เก็บรวบรวมแบบสอบถามจากผู้ทรงคุณเพื่อหาคุณภาพของแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

2. เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามบุคคลที่เกี่ยวข้องแต่ละแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

3. ตรวจสอบความสมบูรณ์เรียบร้อยของแบบสอบถามแต่ละฉบับคัดเลือกเฉพาะแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ ตรวจสอบให้คะแนนข้อคำถามแต่ละข้อตามเกณฑ์ที่กำหนด นำมาลงรหัส

เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผล

1. แบบประเมินผลด้านนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพจิต ด้านการสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต ด้านการสร้างเสริมกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็งในการสร้างเสริมสุขภาพจิต ด้านการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลในการสร้างเสริมสุขภาพจิต และด้านการปรับเปลี่ยนระบบสาธารณสุขในการสร้างเสริมสุขภาพจิต เพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความที่มีความหมายเป็นบวก ถ้าตอบว่า

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน	5	คะแนน
เห็นด้วย	ให้คะแนน	4	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้คะแนน	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน	1	คะแนน

ข้อความที่มีความหมายเป็นลบ ถ้าตอบว่า

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน	1	คะแนน
เห็นด้วย	ให้คะแนน	2	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้คะแนน	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน	4	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน	5	คะแนน

การประเมินค่าเฉลี่ย โดยใช้เกณฑ์การประเมิน ดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538: 9)

ค่าเฉลี่ย 3.67 – 5.00 หมายถึง รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตระดับดี

ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.66 หมายถึง รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตระดับพอใช้

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตระดับควรปรับปรุง

2. แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 4 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ความพึงพอใจมากที่สุด ให้คะแนน 4 คะแนน
ความพึงพอใจมาก ให้คะแนน 3 คะแนน
ความพึงพอใจปานกลาง ให้คะแนน 2 คะแนน
ความพึงพอใจน้อย ให้คะแนน 1 คะแนน

การประเมินค่าเฉลี่ย โดยใช้เกณฑ์การประเมิน ดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538: 9)

ค่าเฉลี่ย 3.01 – 4.00 หมายถึง ความพึงพอใจระดับมาก
ค่าเฉลี่ย 2.01 – 3.00 หมายถึง ความพึงพอใจระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.00 หมายถึง ความพึงพอใจระดับน้อย

การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์

การจัดทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ในการวิเคราะห์ข้อมูล ค่าสถิติที่ใช้ หาค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย อ้างอิงถึงกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ที่โดยแบ่งออกเป็น 4 ระยะ

ระยะที่ 1 แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข) ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Ratting Scale) 4 ระดับ ไม่เคยมีเลย เป็นบางวัน (1 – 7 วัน) เป็นบ่อย (มากกว่า 7 วัน) เป็นทุกวัน

ระยะที่ 2 แบบประเมินความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ลักษณะแบบประเมินเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Ratting Scale) 3 ระดับ ใช่ ไม่แน่ใจ ไม่ใช่

ระยะที่ 3 แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข) ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Ratting Scale) 4 ระดับ ไม่เคยมีเลย เป็นบางวัน (1 – 7 วัน) เป็นบ่อย (มากกว่า 7 วัน) และเป็นทุกวัน และแบบประเมินดัชนีความสุข (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข) ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Ratting Scale) 4 ระดับ ไม่เลย เล็กน้อย มาก และ มากที่สุด

ระยะที่ 4 แบบประเมินผลการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Ratting Scale) 5 ระดับ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และแบบประเมินความพึงพอใจ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Ratting Scale) 4 ระดับ มากที่สุด มาก ปานกลาง และน้อย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อขออนุมัติจากผู้ว่าราชการจังหวัดเชียงราย ผ่าน นายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดเชียงราย และบุคคลผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

2. เมื่อผู้วิจัยได้รับอนุมัติให้เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยแล้วผู้วิจัยจึงไปประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย โดยการไปแนะนำตัว ชี้แจ้งวัตถุประสงค์ รายละเอียดเพิ่มเติมของการวิจัย และประสานงานกับบุคคลที่เกี่ยวข้องในการเก็บข้อมูลวิจัย

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุ และทดลองใช้รูปแบบการวิจัยกับผู้สูงอายุที่มีระดับโรคซึมเศร้าน้อยและปานกลาง จังหวัดเชียงราย

5. ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยต่อผู้บริหารและบุคคลที่เกี่ยวข้องของจังหวัดเชียงราย

6. ผู้วิจัยทำหนังสือขอบพระคุณผู้ว่าราชการจังหวัดเชียงรายและบุคคลที่เกี่ยวข้อง

จริยธรรมในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ดำเนินการพิจารณาและขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ และผู้สูงอายุในกลุ่มการทดลองลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรตามความสมัครใจที่จะเข้าร่วมในการวิจัย และสามารถยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยจะไม่มีผลต่อการตัดสินใจและสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้สูงอายุหรือญาติผู้สูงอายุ

การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ โดยใช้สถิติ ดังนี้

1. ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ใช้สถิติในการวิเคราะห์สมมุติฐาน ได้แก่ One way analysis of variance with repeated measures

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ ได้ใช้สัญลักษณ์ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา ดังนี้

n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
S.D	แทน	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
$\overline{X}$	แทน	ค่าเฉลี่ย
F	แทน	ค่าสถิติจากการแจกแจงแบบเอฟ (F-distribution)
df	แทน	องศาอิสระมีค่าเท่ากับจำนวนกลุ่มตัวอย่างลบด้วยหนึ่ง
p	แทน	ความน่าจะเป็น (Probability)
SS	แทน	ผลบวกของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Sum of squares)
MS	แทน	ค่าเฉลี่ยผลบวกของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Mean of square)
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มากระทำการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอผล การวิเคราะห์ตามลำดับดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 นำแบบสอบถามการประเมินโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรอบเวียง มาวิเคราะห์แจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ และระดับอาการของโรคซึมเศร้า

ระยะที่ 2 นำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group) มาสังเคราะห์รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พร้อมผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC = Index of item objective congruence) ของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ระยะที่ 3 นำแบบการประเมินโรคซึมเศร้าและแบบวัดความสุข ของผู้ตอบแบบสอบถาม มาวิเคราะห์แจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติในการวิเคราะห์สมมุติฐาน ได้แก่ การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ One way analysis of variance with repeated measures

ระยะที่ 4 นำแบบสอบถามการประเมินผลรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย ของผู้สูงอายุที่ทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตมาวิเคราะห์แจกแจงหาค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ระยะที่ 1 นำแบบสอบถามการประเมินโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย มาวิเคราะห์แจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ และระดับอาการของโรคซึมเศร้า

ตาราง 4 จำนวน ค่าร้อยละ และระดับอาการของโรคซึมเศร้า ของผู้ตอบแบบสอบถาม

ระดับอาการของโรคซึมเศร้า	ชาย		หญิง	
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ
ไม่มีอาการโรคซึมเศร้า	107	26.42	222	54.81
มีอาการโรคซึมเศร้าระดับน้อย	19	4.69	44	10.86
มีอาการโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง	3	0.74	7	1.73
มีอาการโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง	1	0.25	2	2.00
รวม	130	32.10	275	67.90

จากตาราง 4 แสดงว่า ผู้สูงอายุตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรอบเวียง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 275 คน คิดเป็นร้อยละ 67.90 และเพศชาย จำนวน 130 คน คิดเป็นร้อยละ 32.10 ผู้สูงอายุที่ไม่มีอาการโรคซึมเศร้า เพศชาย จำนวน 107 คน คิดเป็นร้อยละ 26.42 และเพศหญิง จำนวน 222 คิดเป็นร้อยละ 54.81 ผู้สูงอายุมีอาการโรคซึมเศร้าระดับน้อย ส่วนใหญ่เพศ หญิง จำนวน 44 คิดเป็นร้อยละ 10.86 และเพศชาย จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 4.69 มีอาการโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง ส่วนใหญ่เพศ หญิง จำนวน 7 คิดเป็นร้อยละ 1.73 และเพศชาย จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 0.74 และอาการโรคซึมเศร้าระดับรุนแรงส่วนใหญ่เพศ หญิง จำนวน 2 คิดเป็นร้อยละ 2.00 และเพศชาย จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.25 ตามลำดับ

ระยะที่ 2 นำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group) เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์รูปแบบกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พร้อมผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง(IOC = Index of Item Objective Congruence) ของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

การสนทนากลุ่ม (Focus Group) โดยการประยุกต์การใช้เทคนิคการระดมพลังสร้างสรรค์ (Appreciation Influence Control : A-I-C) (บำเพ็ญ เขียวหวาน. 2551) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เครือข่ายสุขภาพชุมชนร่วมสร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ ประธานอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ประธานผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุ และปราชญ์ชุมชน จำนวน 11 ท่าน โดยมีขั้นตอนต่อไปนี้

ขั้นตอน พลังความรักและความซาบซึ้งเข้าใจ (Appreciation) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพื้นที่ของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพชุมชน จำนวน 11 ท่าน และร่วมกันรับรู้สภาพปัญหาของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุโดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ สถานการณ์โรคซึมเศร้าในชุมชนตำบลรอบเวียง โดยมีกิจกรรม ดังนี้

1. กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์

กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์เพื่อทำความรู้จักเครือข่ายสุขภาพชุมชน โดยการแนะนำชื่อ – สกุล และประวัติที่น่าสนใจของแต่ละท่านร่วมถึงตัวผู้วิจัย ประกอบด้วย

1.1 พยาบาลวิชาชีพ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองเชียงราย หน้าที่ดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

1.2 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรอบเวียง หน้าที่บริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรอบเวียง

1.3 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรอบเวียง หน้าที่การดูแลงานสุขภาพจิตผู้สูงอายุตำบลรอบเวียง

1.4 ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หน้าที่ประสานสมาชิกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ของตำบลรอบเวียง

1.5 ประธานผู้สูงอายุ ของหมูบ้านตำบลรอบเวียง

1.6 ปราชญ์ชุมชนของหมูบ้านตำบลรอบเวียง

1.7 ปราชญ์ชุมชนของหมูบ้าน ตำบลรอบเวียง ให้ความเคารพนับถือทางด้านจิตใจมากที่สุด

1.8 ประธานชุมชนหมู่บ้านตำบลรอบเวียง ทำหน้าที่ประสานขอความร่วมมือกับชุมชนต่างๆในตำบลรอบเวียง

2. กิจกรรมประวัติศาสตร์โรคซึมเศร้าในชุมชน

ประวัติศาสตร์และความเป็นมาของหมู่บ้าน ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ทางด้านโรคซึมเศร้า โดยนางอำพัน ไชยงำเมือง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กล่าวว่า อัตราการเกิดโรคซึมเศร้าประมาณ 10 ปี ที่ผ่านมาไม่พบปัญหาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เพราะว่า ที่ผ่านมาชุมชนส่วนใหญ่จำดำเนินชีวิตภายใต้บริบทของชุมชนและประกอบอาชีพบริเวณภายในชุมชนและบริเวณที่ใกล้เคียงบ้านของตนเองเป็นส่วนใหญ่และสามารถไปกลับบ้านและที่ทำงานได้ทุกวัน และปัจจุบันประมาณปี พ.ศ. 2542 – 2545 ผู้สูงอายุมีการฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 2 ราย และฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ จำนวน 3 ราย การดำเนินการ

ติดตามสาเหตุเกิดจากโรคซึมเศร้า เนื่องจากปัญหาผู้สูงอายุอยู่บ้านตามลำพัง ไม่มีญาติพี่น้องดูแล เนื่องจากต้องเดินทางไปประกอบอาชีพต่างจังหวัด

3. กิจกรรมผลการสำรวจโรคซึมเศร้าในชุมชน

ระดับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุของหมู่บ้าน โดยผู้วิจัย กล่าวว่า จากการสำรวจข้อมูลโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ตำบลรอบเวียง จำนวน 405 คน พบว่า ผู้สูงอายุตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลรอบเวียง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 275 คน คิดเป็นร้อยละ 67.90 รองลงมาเพศชาย จำนวน 130 คน คิดเป็นร้อยละ 32.10 ผู้สูงอายุที่ไม่มีอาการโรคซึมเศร้า เพศชาย จำนวน 107 คน คิดเป็นร้อยละ 26.42 และเพศหญิง จำนวน 222 คิดเป็นร้อยละ 54.81 ผู้สูงอายุมีอาการโรคซึมเศร้าระดับน้อย ส่วนใหญ่เพศ หญิง จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 10.86 รองลงมาเพศชาย จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 4.69 มีอาการโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง ส่วนใหญ่เพศ หญิง จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 1.73 รองลงมาเพศชาย จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 0.74 และอาการโรคซึมเศร้าระดับรุนแรงส่วนใหญ่เพศ หญิง จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 2.00 รองลงมาเพศชาย จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.25 ตามลำดับ

4. กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิต

บรรยายแนวทางการป้องกันโรคซึมเศร้า ระดับน้อย และปานกลางในผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัย บรรยายให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า หมายถึง โรคที่มีอาการความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ซึ่งอาการสำคัญ ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า และรู้สึกเบื่อหน่าย หดหู่ ร่วมกับความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง สิ้นหวัง ท่าทางการเคลื่อนไหวเชื่องช้า เซื่องซึม เบื่ออาหาร น้ำหนักลด นอนไม่หลับ จนอาจนำไปสู่การทำร้ายตัวเองในที่สุด โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่รักษาหายไม่ว่าจะเป็นการรักษาด้วยยาหรือการรักษาด้วยไฟฟ้า รวมถึงการรักษาด้วยจิตใจและสังคม

การสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้า

1. ฝึกควบคุมอารมณ์ ไม่ด่วนดีใจ เสียใจ หรือขาดสติโกรธจนลืมตัว ให้หมั่นเตือนตัวเองอยู่เสมอว่า คนที่กลัวเสียศักดิ์ศรี คือ คนที่มีปมด้วย คนขาดเหตุผล คือ คนโง่และคนที่ไม่รู้จักให้อภัยผู้อื่น คือ คนเห็นแก่ตัว

2. สะสมไมตรี มองผู้อื่นในแง่ดี จะทำให้สร้างมิตรได้ง่าย ควรจำไว้ว่า คนย่อมมีทั้งด้านดีและด้านไม่ดี ไม่มีใครสมบูรณ์ไปทุกอย่าง และไม่มีใครอยากให้เห็นด้านไม่ดีของตน การรู้จักด้านที่ดีของผู้อื่น และยกย่องชมเชย จะทำให้เกิดมิตรและเป็นผลดีต่อตนเอง

3. ไม่หนีอุปสรรค การดำเนินชีวิตย่อมมีอุปสรรคบ้างเป็นธรรมดา เช่น ต้องพบปัญหา พบกับความสมหวัง ผิดหวัง เป็นต้น ไม่ควรยอมแพ้หรือหนีอุปสรรคแบบง่ายๆ แต่ควรจะอดทน พยายามใช้เหตุผลแก้ไขผ่อนปรนสถานการณ์ อุปสรรคทุกอย่างย่อมมีการแก้ไขได้เสมอไป และย่อมให้อภัยในความผิดพลาดของผู้อื่น

4. รู้จักฝึกใจ ต้องหมั่นฝึกจิตใจให้มีความหมั่นคงและยุติธรรมของผู้อื่น ไม่ถือความคิดของตนเองว่าถูกต้องเสมอไป ด้วยการยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น พยายามเข้าใจความรู้สึกและยอมให้อภัยในความผิดพลาดของผู้อื่น

5. ใฝ่เสริมคุณค่า การสร้างคุณค่าให้ตนเอง คือ การทำตนให้เป็นประโยชน์โดยหาโอกาสช่วยเหลือผู้อื่นหรือส่วนร่วม และการทำบุญทำทานด้วยความจริงใจ ไม่หวังผลตอบแทน

6. หาความสงบสุข ชีวิตจะมีความสุขได้ถ้าถ้ารู้จักลดความตึงเครียด โดยสร้างอารมณ์ขันให้เกิดขึ้น หาโอกาสผักผ่อนหย่อนใจให้เพลิดเพลินไปกับกิจกรรม เช่น การเล่นดนตรี การละเล่น

7. การท่องเที่ยว เล่นเกม ออกกำลังกาย และเล่นกีฬาต่างๆ หรือหาความสงบด้วยการฝึกจิตใจให้ว่าง ฝึกทำสมาธิ เป็นต้น

8. การป้องกันปัญหาโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ วัยสูงอายุ การรู้จักเตรียมตัวเตรียมใจก่อนเกษียณอายุ รู้จักการดำรงชีวิตอย่างเหมาะสมกับวัยที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นจนเกินไป รู้จักระวังรักษาสุขภาพต่อสังขารที่เริ่มเสื่อม เพื่อป้องกันไม่ให้ป่วยเป็นโรคต่างๆที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง เส้นเลือดตีบ และโรคข้อกระดูกต่างๆ

กล่าวสรุปได้ว่า ขั้นตอนพลังความรักและความซาบซึ้งเข้าใจ (Appreciation) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพื้นที่ของกลุ่มเรือข่ายสุขภาพชุมชน จำนวน 11 คน และร่วมกันรับรู้สภาพปัญหาของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่า การดำเนินการสามารถบรรลุวัตถุประสงค์จากกิจกรรมที่ 1 กิจกรรมทำความรู้จักโดยแต่ละคนได้ดำเนินการแนะนำตัวและประวัติเบื้องต้นของแต่ละคน จำนวน 11 คน กิจกรรมที่ 2 ประวัติศาสตร์และความเป็นมาของหมู่บ้านตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันของโรคซึมเศร้า โดยมีพยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่ดูแลงานสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ได้บรรยายถึงประวัติความเป็นมาของโรคซึมเศร้า จากอดีตสู่ปัจจุบัน กิจกรรมที่ 3 อัตราชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จากสถิติดังกล่าว ทำให้เครือข่ายสุขภาพชุมชนได้มองเห็นถึงปัญหาของโรคซึมเศร้าแต่ละระดับ กิจกรรมที่ 4 บรรยายแนวทางการป้องกันโรคซึมเศร้าระดับน้อย และปานกลาง เครือข่ายสุขภาพชุมชนแต่ละคน มีองค์ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคซึมเศร้า โดยผู้วิจัยให้เครือข่ายสุขภาพชุมชนสรุปความหมาย และการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ขั้นตอน พลังความคิดและการมีปฏิสัมพันธ์ผสมผสาน (Influence) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุโดยร่วมกันคิด และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความคิดเห็นกันและกันภายในกลุ่มเครือข่ายสุขภาพชุมชนจากการวิเคราะห์ประเด็นต่างๆ ในขั้นพลังความรักและความซาบซึ้งเข้าใจ และการสังเคราะห์เพื่อให้ได้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิต เพื่อป้องกันโรคซึมเศร้า โดยมีกิจกรรม ดังนี้

1. ทบทวนองค์ความรู้ที่ได้จากขั้นตอนพลังความรัก และความซาบซึ้งเข้าใจ โดยผู้วิจัยกล่าวสรุปทบทวนกิจกรรมต่างๆ ของขั้นตอนพลังความรักและความซาบซึ้งเข้าใจ

2. การรวบรวมและกำหนดรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุโดยเครือข่ายสุขภาพชุมชน ได้เสนอแนวทางในการป้องกันผู้สูงอายุที่มีอาการโรคซึมเศร้าในระดับน้อยและระดับปานกลาง เพื่อไม่ให้เกิดอาการโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง ได้แก่ รูปแบบกิจกรรมต่างๆ ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการสร้างเสริมสุขภาพจิต การหาความสงบสุข ชีวิตจะมีความสุขได้ถ้าถ้ารู้จักลดความตึงเครียด โดยสร้างอารมณ์ขันให้เกิดขึ้น หาโอกาสผักผ่อนหย่อนใจให้เพลิดเพลินไปกับกิจกรรม การออกกำลังกาย และหรือหาความสงบด้วยการฝึกจิตใจให้ว่าง ฝึกทำสมาธิ ประกอบด้วย ซะล้อ ซอ ซึง รำวง ตลาดปลอดสารพิษ ผู้สูงอายุ เข้าวัด ฟังเทศน์ ตัดตุง บายศรีสู่ขวัญ รำไทเก๊ก สืบจ๊ะต่ำ รีไซเคิล รำไม้พองและวันเกิดเป่าเค้ก

3. การวิเคราะห์เพื่อจำแนกการจัดลำดับกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าโดยการพิจารณาให้ความสำคัญและความต้องการจากเครือข่ายสุขภาพชุมชนแต่ละกิจกรรม เพื่อนำไปสู่การดำเนินการในการป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุโดยร่วมกันวิเคราะห์และใช้เสียงส่วนใหญ่ในการตัดสินใจเพื่อเลือกกิจกรรม 5 กิจกรรมแรก ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม สืบจ๊ะต่ำ ตัดตุง บายศรีสู่ขวัญ รีไซเคิล และรำไทเก๊ก

กล่าวสรุปได้ว่า ขั้นตอน พลังความคิดและการมีปฏิสัมพันธ์ผสมผสาน (Influence) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อสร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุโดยร่วมกันคิดและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความคิดเห็นกันและกันภายในกลุ่มเครือข่ายสุขภาพชุมชน จากการวิเคราะห์ประเด็นต่างๆ ในขั้นพลังความรักและความซาบซึ้งเข้าใจ และการสังเคราะห์เพื่อให้ได้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย เครื่องสืบจ๊ะต่ำ คือ กิจกรรมการเตรียมเครื่องต่างๆ ตามความเชื่อของท้องถิ่นล้านนา เชียงราย ประกอบด้วย ช่อน้อย ตุงน้อย ตุงหลวง หมากกำปู ใบเมี่ยง บุหรี่ รวดเงิน รวดทอง ดอกไม้ ไม่ง่ามใหญ่ ไม่งามเล็ก สะพานไม้ ต้นอ้อ ครัวเรือน ต้นไม้ ผลไม้ เทียนขี้ผึ้ง ตัดตุงล้านนา คือ กิจกรรมตัดตุงหรือช่อเพื่อใช้ในพิธีบูชาเซ่นไหว้ บายศรีสู่ขวัญ คือ กิจกรรมการทำบายศรีด้วยใบตองเพื่อเป็นความเชื่อทางวัฒนธรรม เช่น การไหว้ผีครู ผีบ้านผีเรือน ศาลพระภูมิ งานแต่ง งานบุญ รีไซเคิล คือ การนำเศษวัสดุ อุปกรณ์ที่เหลือใช้หรือไม่ใช้แล้วนำมาแปลสภาพให้ดีขึ้น เช่น ตระกล้า ฐานมะติ๊บไม่กวาดทางมะพร้าว และรำไทเก๊ก คือ การออกกำลังกายที่ช้า มีกระบวนการท่านิ่มนวล อาศัยจิตนำลมปราณกายและใจประสานกันเป็นหนึ่ง เกิดสมาธิที่มั่นคง เคล้าไปกับเสียงดนตรี ทำให้เกิดการผ่อนคลายและมีความสุข 18 ท่า

ขั้นตอน พลังความพยายามและควบคุมจัดการ Control โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสรรหาบุคคลที่มีความรู้ความสามารถในแต่ละด้าน และถอดบทเรียนกิจกรรมแต่ละกิจกรรม โดยมีกิจกรรมดังนี้

1. การสรรหาปราชญ์เฉพาะทาง ได้แก่
   - 1.1 เครื่องสืบจ๊ะต่ำ แม่มอมคำ ร่วมชาติ และพ่อหนานจรูญ สันติ
   - 1.2 ตัดตุง แม่มอมคำ ร่วมชาติ
   - 1.3 บายศรีสู่ขวัญ แม่สุพิน สักเทวิน
   - 1.4 รีไซเคิล แม่สมบูรณ์ ทาวงษ์

1.5 รำไทเก๊ก แม่ชิ้ม จ๊ะวงศ์

2. ศึกษากิจกรรมแต่ละกิจกรรม โดยผู้วิจัยเข้าไปสัมภาษณ์ เจาะลึกของกิจกรรมแต่ละกิจกรรมแล้วนำมาถอดบทเรียนเป็นแผนปฏิบัติการเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติจริง และตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC = Index of Item Objective Congruence) จากกลุ่มเครือข่ายสุขภาพชุมชน จำนวน 11 คน มีค่าเท่ากับ 0.99, 1.00, 0.91, 0.90 และ 0.93

ตาราง 5 แผนการทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิต

เดือนที่	วัตถุประสงค์	แนวคิดหลัก	กิจกรรม	สัปดาห์
1	1. เพื่อประเมินระดับอาการของโรคซึมเศร้าและดัชนีความสุขกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มทดลอง	การประเมินอาการของโรคซึมเศร้า (9Q) และดัชนีความสุข ครั้งที่ 1	- ประเมินอาการของโรคซึมเศร้า(9Q) และดัชนีความสุข กลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มทดลองโดยการสัมภาษณ์	1
	2. เพื่อดำเนินกิจกรรมการตัดตุงเล็กและตัดตุงหลวง	ตุงเป็นสิ่งที่ทำขึ้นเพื่อใช้ในงานพิธีทางศาสนาทั้งในงานมงคลและงานอวมงคล โดยมีขนาดการใช้งานแตกต่างกันออกไป ตามความเชื่อและพิธีกรรมตลอดจนตามความนิยมในแต่ละท้องถิ่นด้วย จุดประสงค์ของการทำตุงคือการถวายเป็นพุทธบูชา หมายถึงการทำบุญอุทิศให้แก่ผู้ล่วงลับไปแล้ว หรือการถวายเป็นกุศลให้แก่ตนไปในชาติหน้าโดยมีความเชื่อว่าเมื่อตายไปแล้วจะได้เกาะยึดชายตุงขึ้นสวรรค์พ้นจากขุมนรก วันที่นิยมถวายตุง คือวันพญาวัน "การตานตุง” จึงกลายเป็นสัญลักษณ์แห่งล้านนา	- สาธิตการจัดตุงเล็กและตุงหลวง โดยปราชญ์ชุมชนพ่อหนานจรูญ สันติ และแม่มอญคำ ร่วมชาติ - ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองฝึกปฏิบัติการตัดตุงเล็กและตุงหลวง ภายใต้การควบคุมของปราชญ์ชุมชน	1 – 4

ตาราง 5 (ต่อ)

เดือนที่	วัตถุประสงค์	แนวคิดหลัก	กิจกรรม	สัปดาห์
	3. เพื่อดำเนินเตรียมครื่องสืบจ๊ะต๋ำ	เครื่องสืบจ๊ะต๋ำเป็นการเตรียมความพร้อมของเครื่องเซ่นไหว้ก่อนทำพิธีกรรมทางศาสนาของพื้นที่ตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ตามความเชื่อตั้งแต่ยุคโบราณที่สืบทดกันมาจนกลายเป็นวัฒนธรรมล้านนา	- สาธิตการจัดเตรียมเครื่องสืบจ๊ะต๋ำ โดยปราชญ์ชุมชนพ่อหนานจรูญ สันติ และแม่มอญคำ ร่วมชาติ - ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองฝึกปฏิบัติการเตรียมเครื่องสืบจ๊ะต๋ำภายใต้ปราชญ์ชุมชน	3 – 4
	4. เพื่อออกกำลังกายด้วยกิจกรรมไทเก๊ก	กิจกรรมไท้เก๊กลมปราณ 18 ท่า เป็นการออกกำลังกายที่ชา มีกระบวนท่าที่นิ่มนวล สวยงาม อาศัยจิตนำลมปราณ กายและใจประสานรวมเป็นหนึ่งเดียว เกิดสมาธิที่มั่นคง เคล้าไปกับเสียงดนตรีที่ไพเราะและผ่อนคลาย ทำให้มีความสุข และเพลิดเพลินไปกับกระบวนการท่าต่าง ๆขณะร่ายรำไท้เก๊ก	- สาธิตการออกกำลังกายแบบการรำไท้เก๊ก 18 ท่า - ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายแบบการรำไท้เก๊ก 18 ท่า ภายใต้การควบคุมของวิทยากร	1 – 4
2	1. เพื่อประเมินระดับอาการของโรคซึมเศร้าและดัชนีความสุขกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มทดลอง	การประเมินอาการของโรคซึมเศร้า (9Q) และดัชนีความสุข ครั้งที่ 2	- ประเมินอาการของโรคซึมเศร้า(9Q) และดัชนีความสุข กลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มทดลองโดยการสัมภาษณ์	5

ตาราง 5 (ต่อ)

เดือนที่	วัตถุประสงค์	แนวคิดหลัก	กิจกรรม	สัปดาห์
	2. เพื่อนำวัสดุอุปกรณ์ ที่เหลือใช้ในชุมชนนำมารีไซเคิล	การรีไซเคิล เป็นการนำวัสดุอุปกรณ์ที่เหลือใช้ในชุมชนนำมาดัดแปลงเกิดเป็นประโยชน์ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง ประกอบด้วย ตะกร้า ฐานมะติ๊บ และไม้กวาดทางมะพร้าว	- สาธิตการทำตะกร้า มะติ๊บ และไม้กวาดทางมะพร้าว โดยปราชญ์ชุมชน - ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองฝึกทำตะกร้า ฐานมะติ๊บ และไม้กวาดทางมะพร้าว	5 – 8
	3. เพื่อออกกำลังกายด้วยกิจกรรมไทเก๊ก	กิจกรรมไท้เก๊กลมปราณ 18 ท่า เป็นการออกกำลังกายที่ชา มีกระบวนท่าที่นิ่มนวล สวยงาม อาศัยจิตนำลมปราณ กายและใจประสานรวมเป็นหนึ่งเดียว เกิดสมาธิที่มั่นคง เคล้าไปกับเสียงดนตรีที่ไพเราะและผ่อนคลาย ทำให้มีความสุข และเพลิดเพลินไปกับกระบวนการท่าต่างๆ ขณะร่ายรำไท้เก๊ก	- สาธิตการออกกำลังกายแบบการรำไท้เก๊ก 18 ท่าโดยปราชญ์ชุมชน - ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายแบบ การรำไท้เก๊ก 18 ท่า	5 – 8
3	1. เพื่อประเมินระดับอาการของโรคซึมเศร้าและดัชนีความสุขกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มทดลอง	การประเมินอาการของโรคซึมเศร้า (9Q) และดัชนีความสุข ครั้งที่ 3	- ประเมินอาการของโรคซึมเศร้า(9Q) และดัชนีความสุข กลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มทดลองโดยการสัมภาษณ์	9
	2.เพื่อดำเนินการจัดทำบายศรีสู่ขวัญ	การทำบายศรีสู่ขวัญเป็นการจัดทำเพื่อนำไปประกอบพิธีทางศาสนาตามความเชื่อทางวัฒนธรรมและประเพณี เช่น การไหว้ผีครู ผีบ้านผีเรือน ศาลพระภูมิ งานแต่งงานบุญ เป็นต้น	สาธิตการทำบายศรีสู่ขวัญแบบปากชามโดยปราชญ์ชุมชน	9 – 12

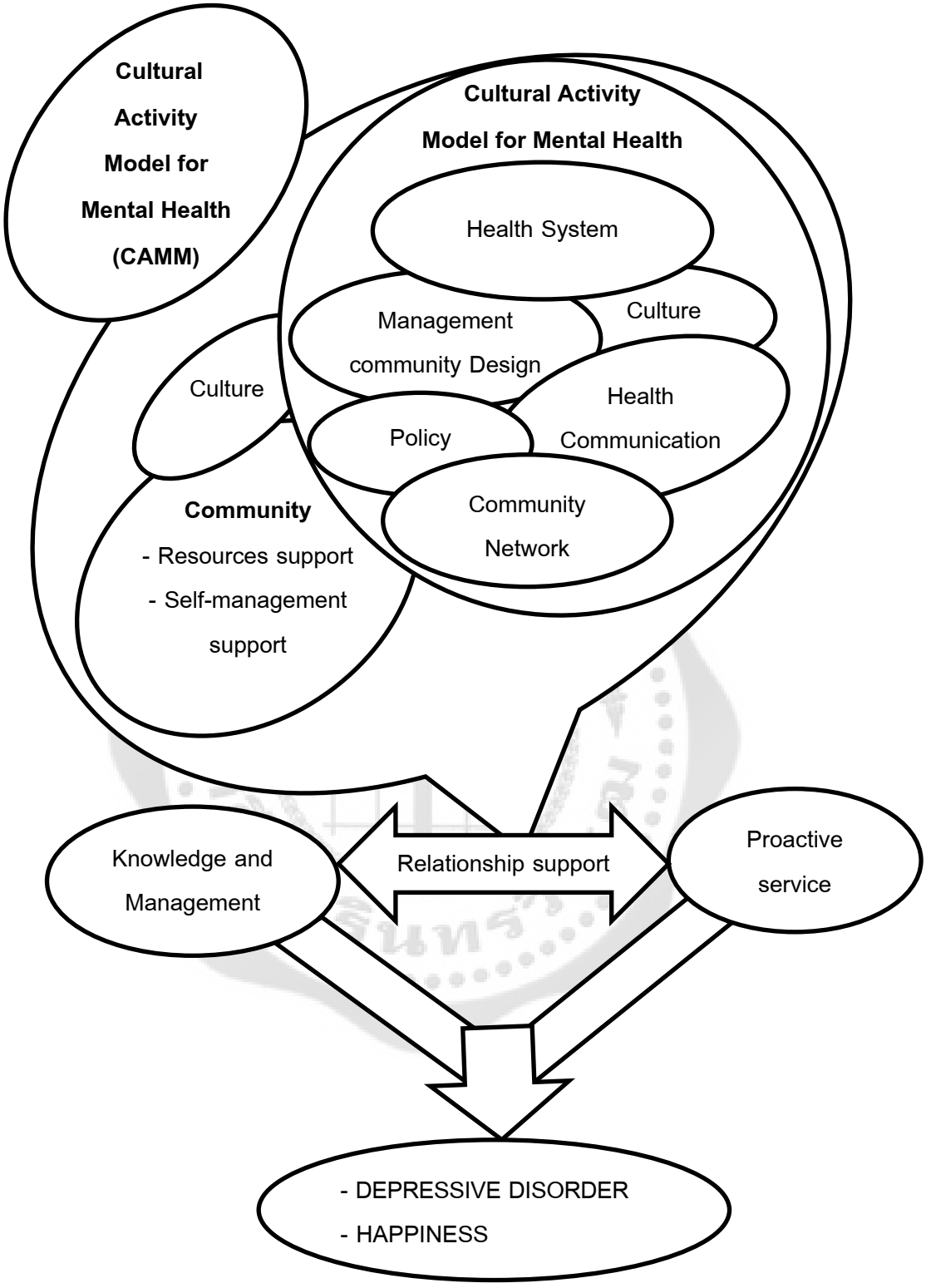
ตาราง 5 (ต่อ)

เดือนที่	วัตถุประสงค์	แนวคิดหลัก	กิจกรรม	สัปดาห์
3	3. เพื่อออกกำลังกายด้วยกิจกรรมไทเก๊ก	กิจกรรมไท้เก๊กลมปราณ 18 ท่า เป็นการออกกำลังกายที่ชา มีกระบวนท่าที่นิ่มนวล สวยงาม อาศัยจิตนำลมปราณ กายและใจประสานรวมเป็นหนึ่งเดียว เกิดสมาธิที่มั่นคง เคล้าไปกับเสียงดนตรีที่ไพเราะและผ่อนคลาย ทำให้มีความสุข และเพลิดเพลินไปกับกระบวนการท่าต่าง ๆ ขณะร่ายรำไท้เก๊ก	- ผู้นำของกลุ่มผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองนำการออกกำลังกายแบบการรำไท้เก๊ก 18 ท่า โดยปราชญ์ชุมชน	9 – 12
4	1. เพื่อติดตามประเมินระดับอาการของโรคซึมเศร้าและดัชนีความสุขกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มทดลอง	การประเมินอาการของโรคซึมเศร้า (9Q) และดัชนีความสุข ครั้งที่ 4	-ประเมินอาการของโรคซึมเศร้า (9Q) และดัชนีความสุข กลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มทดลองโดยการสัมภาษณ์	13
5	1. เพื่อติดตามประเมินผลระดับอาการของโรคซึมเศร้าและดัชนีความสุขกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มทดลอง	การประเมินอาการของโรคซึมเศร้า (9Q) และดัชนีความสุข ครั้งที่ 5	- ประเมินอาการของโรคซึมเศร้า (9Q) และดัชนีความสุข กลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มทดลองโดยการสัมภาษณ์	17
6	1. เพื่อติดตามประเมินระดับอาการของโรคซึมเศร้าและดัชนีความสุขกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มทดลอง	การประเมินอาการของโรคซึมเศร้า (9Q) และดัชนีความสุข ครั้งที่ 6	- ประเมินอาการของโรคซึมเศร้า (9Q) และดัชนีความสุข กลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มทดลองโดยการสัมภาษณ์	21

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิต

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย พบว่า ชุมชนให้ความสำคัญต่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต ประกอบด้วย ทรัพยากรในท้องถิ่นที่นำมาสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพจิต และการสนับสนุนการจัดการตนเองในชุมชน ซึ่งมีความสัมพันธ์กับระบบสุขภาพ ประกอบด้วย วัฒนธรรมชุมชน การจัดการสุขภาพชุมชน นโยบายการสร้างเสริมสุขภาพ การสื่อสารทางสุขภาพในชุมชน และการเชื่อมโยงเครือข่ายสุขภาพชุมชนภายใต้วัฒนธรรมและประเพณีของท้องถิ่น องค์ประกอบเหล่านี้ส่งผลให้เกิดการสร้างสัมพันธภาพที่ดี และความเอื้ออาทรต่อกันในชุมชน และนำไปสู่การให้บริการทางด้านสุขภาพเชิงรุก และชุมชนมีความรู้นำไปสู่การจัดการปัญหาสุขภาพเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตภายใต้กิจกรรมทางวัฒนธรรมของชุมชน มีองค์ประกอบสำคัญ 2 องค์ประกอบ คือ ชุมชน (Community) ประกอบด้วย การสนับสนุนทรัพยากรบุคคล และไม่ใช่บุคคล เช่น บุคลากรทางด้านสุขภาพที่อาศัยอยู่ในท้องถิ่นเดียวกัน องค์กรสนับสนุนทางสุขภาพชุมชน เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล หรือเทศบาลที่มีความเกี่ยวข้องกับชุมชน และวัสดุ อุปกรณ์ที่ช่วยสนับสนุนกิจกรรมให้สำเร็จ เช่น งบประมาณ กิจกรรมวัฒนธรรม ประเพณี ความเชื่อ ของชุมชน เป็นต้น เพื่อนำไปสู่การสนับสนุนการจัดการตนเองของชุมชน เหล่านี้มีความสัมพันธ์กับระบบสุขภาพของชุมชน การจัดการของชุมชน นโยบายที่ชัดเจนและสอดคล้องปัญหาสุขภาพชุมชน การเชื่อมโยงเครือข่ายสุขภาพชุมชนอย่างทั่วถึงในพื้นที่ จากการประชาสัมพันธ์ ภายใต้วัฒนธรรม ประเพณี ความเชื่อ ของชุมชน กระบวนการเหล่านี้ ส่งผลให้เกิดการสร้างสัมพันธภาพที่ดีของชุมชนและเกิดความเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน ระหว่างบุคคลในชุมชน เพื่อนำไปสู่ทีมการบริการสุขภาพเชิงรุกของชุมชนและเกิดการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างชุมชนและการจัดการปัญหาสุขภาพ และส่งผลที่ดีต่อการป้องกันปัญหาสุขภาพ ดังภาพประกอบ 8



ภาพประกอบ 8 รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้า

ระยะที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีระดับอาการโรคซึมเศร้าระดับน้อยและปานกลางที่ตอบแบบการประเมินโรคซึมเศร้าและแบบวัดความสุข มาวิเคราะห์แจกแจงความถี่ และร้อยละ และสถิติในการวิเคราะห์สมมุติฐาน ได้แก่ การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (One way analysis of variance with repeated measures)

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มีระดับอาการโรคซึมเศร้า ระดับน้อย และปานกลาง ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

ข้อมูลส่วนตัว	n	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	4	10.26
หญิง	35	89.74
รวม	39	100.00
2. อายุ		
60 – 70 ปี	25	64.10
71 – 90 ปี	14	35.90
รวม	39	100.00
3. สถานภาพสมรส		
โสด	3	7.69
สมรส	20	51.28
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	16	41.03
รวม	39	100.00
3. สถานภาพสมรส		
โสด	3	7.69
สมรส	20	51.28
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	16	41.03
รวม	39	100.00

ตาราง 6 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนตัว	n	ร้อยละ
4. รายได้ต่อเดือน		
500 – 1000 บาท	30	76.92
1001 – 1500 บาท	2	5.13
มากกว่า 1500 บาท	7	17.95
รวม	39	100.00
5. เงินออมต่อเดือน		
$\leq$ 500 บาท	35	89.74
500 – 1000 บาทก	3	7.70
มากว่า 1000 บาท	1	2.56
รวม	39	100.00
6. ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	10	25.64
ประถมศึกษา	28	71.80
มัธยมศึกษา	1	2.56
รวม	39	100.00
7. อาชีพ		
เกษตรกรรม	6	15.38
รับจ้างทั่วไป	7	17.95
ค้าขาย	9	23.08
ว่างงาน	12	30.77
อื่นๆ เลี้ยงหลาน ดูแลบ้าน	5	12.82
รวม	39	100.00

ตาราง 6 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนตัว	n	ร้อยละ
8. การพักอาศัย		
คนเดียว	3	7.69
ครอบครัว/ญาติพี่น้อง	36	92.31
รวม	39	100.00
9. โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	4	10.26
มีโรคประจำตัว 1 โรค	16	41.10
มีโรคประจำตัว 2 โรค	12	30.74
มีโรคประจำตัว 3 โรค	7	17.90
รวม	39	100.00

จากตาราง 6 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีอาการโรคซึมเศร้าระดับน้อยและปานกลาง ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 35 ราย คิดเป็นร้อยละ 89.74 และเพศชาย จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.26 อายุ ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60 – 70 ปี จำนวน 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 64.10 และช่วงอายุ 71 – 90 ปี จำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.90 สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 51.28 รองลงมา คือ หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 41.03 และน้อยสุด คือ สถานภาพโสด จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.69 รายได้/เดือน ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มรายได้ 500 – 1000 บาท จำนวน 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 76.92 รองลงมาอยู่ในกลุ่มรายได้มากกว่า 1500 บาท จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.95 และกลุ่มรายได้ที่น้อยที่สุด คือ 1001 – 1500 บาท จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 5.13 เงินออม/เดือน ส่วนใหญ่มีเงินออมอยู่ในกลุ่มน้อยกว่าหรือเท่ากับ 500 บาท จำนวน 35 ราย คิดเป็นร้อยละ 89.74 รองลงมา คือ อยู่ในกลุ่มเงินออม 500 – 1000 บาท จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.70 และกลุ่มเงินออมน้อยที่สุด คือ มากกว่า 1500 บาท จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.56 การศึกษาผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 71.80 รองลงมา ได้แก่ ไม่ได้เรียน จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.64 และกลุ่มที่มีระดับการศึกษาน้อยที่สุด คือ มัธยมศึกษา จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.66 อาชีพส่วนใหญ่ไม่ประกอบอาชีพ จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.77 รองลงมา ได้แก่ ค้าขาย จำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ

23.08 และกลุ่มอาชีพที่น้อยที่สุด คืออื่นๆ เช่นเลี้ยงหลาน ดูแลบ้าน จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.82 การพักอาศัย ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับครอบครัวหรือญาติพี่น้อง จำนวน 36 ราย คิดเป็นร้อยละ 92.31 และพักอาศัยอยู่คนเดียว 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.69 โรคประจำตัว ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว 1 โรค เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ ไขมัน เป็นต้น จำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.10 รองลงมา คือมีโรคประจำตัว 2 โรค จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.74 และน้อยที่สุด คือ ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.26

ตาราง 7 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยและปานกลางที่เข้าร่วมการทดลองใช้รูปแบบการป้องกันโรคซึมเศร้า

อาการของโรคซึมเศร้า	n	ร้อยละ
ก่อนการทดลอง		
ระดับน้อย	11	28.21
ระดับปานกลาง	28	71.79
รวม	39	100.00
ผลการทดลองครั้งที่ 1		
ไม่มีอาการ	29	74.36
ระดับน้อย	8	20.51
ระดับปานกลาง	2	5.13
รวม	39	100.00
ผลการทดลองครั้งที่ 2		
ไม่มีอาการ	34	87.18
ระดับน้อย	5	12.82
รวม	39	100.00

ตาราง 7 (ต่อ)

อาการของโรคซึมเศร้า	n	ร้อยละ
ผลการทดลองครั้งที่ 3		
ไม่มีอาการ	37	94.87
ระดับน้อย	2	5.13
รวม	39	100.00
การติดตามผลครั้งที่ 1		
ไม่มีอาการ	39	100.00
รวม	39	100.00
การติดตามผลครั้งที่ 2		
ไม่มีอาการ	39	
รวม	39	100.00

จากตาราง 7 แสดงว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง ร้อยละ 71.79 ผลการทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้า ครั้งที่ 1, 2 และ 3 ส่วนใหญ่อยู่ไม่มีอาการ ของโรคซึมเศร้า ร้อยละ 74.36, 87.18 และ 94.87 ตามลำดับ การติดตามผลจำนวน 2 ครั้ง ไม่พบอาการของโรคซึมเศร้า

ตาราง 8 จำนวนและร้อยละความสุขของผู้สูงอายุที่มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยและปานกลางที่เข้าร่วมการทดลองใช้รูปแบบการป้องกันโรคซึมเศร้า

ความสุข	n	ร้อยละ
ก่อนการทดลอง		
มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป	39	100.00
รวม	39	100.00

ตาราง 8 (ต่อ)

ความสุข	n	ร้อยละ
ผลการทดลองครั้งที่ 1		
มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป	15	38.46
มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป	17	43.59
มีความสุขมากกว่าคนทั่วไป	7	17.95
รวม	39	100.00
ผลการทดลองครั้งที่ 2		
มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป	11	28.21
มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป	8	20.51
มีความสุขมากกว่าคนทั่วไป	20	51.28
รวม	39	100.00
ผลการทดลองครั้งที่ 3		
มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป	2	5.13
มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป	8	10.51
มีความสุขมากกว่าคนทั่วไป	29	84.36
รวม	39	100.00
การติดตามผลครั้งที่ 1		
มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป	6	15.38
มีความสุขมากกว่าคนทั่วไป	33	84.62
รวม	39	100.00
การติดตามผลครั้งที่ 2		
มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป	5	12.82
มีความสุขมากกว่าคนทั่วไป	34	87.18
รวม	39	100.00

จากตาราง 8 แสดงว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองทั้งหมดมีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป ผลการทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้า การทดลองครั้งที่ 1 ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองมีความสุขเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 43.59 การทดลองครั้งที่ 2 และ 3 ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองมีความสุขมากกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 51.28 และ 84.36 ตามลำดับ การติดตามผล จำนวน 2 ครั้ง ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองมีวามสุขมากกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 84.62 และ87.18 ตามลำดับ

ตาราง 9 จำนวน คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับอาการของโรคซึมเศร้าของผู้ตอบแบบสอบถาม

การวัดอาการของโรคซึมเศร้า	n	$\overline{X}$	S	ระดับ
ก่อนการทดลอง	39	13.23	2.05	ปานกลาง
ทดลองครั้งที่ 1	39	5.05	3.58	ไม่มีอาการ
ทดลองครั้งที่ 2	39	2.07	2.45	ไม่มีอาการ
ทดลองครั้งที่ 3	39	1.79	1.86	ไม่มีอาการ
ติดตามผล 1	39	1.53	1.39	ไม่มีอาการ
ติดตามผล 2	39	1.25	1.60	ไม่มีอาการ

จากตาราง 9 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยและปานกลาง ก่อนการทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้ามีคะแนนเฉลี่ยอาการของโรคซึมเศร้าเท่ากับ 13.23 (S = 2.05) มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง หลังดำเนินการทดลองผู้สูงอายุที่มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยและปานกลาง และประเมินผล 3 ครั้ง พบว่า ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 5.05 (S = 3.58), 2.07 (S = 2.45) คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.79 (S = 1.86) ตามลำดับ และการติดตามผลทดลองครั้งที่ 2 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ1.25 (S = 1.60) และ 1.25 ตามลำดับ พบว่า ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า

ตาราง 10 จำนวน คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับวามสุขของผู้ตอบแบบสอบถาม

การวัดความสุข	n	$\overline{X}$	S	ระดับ
ก่อนการทดลอง	39	18.94	4.20	มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป
ทดลองครั้งที่ 1	39	28.15	3.60	มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป
ทดลองครั้งที่ 2	39	31.36	9.41	มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป
ทดลองครั้งที่ 3	39	36.31	4.91	มีความสุขมากกว่าบุคคลทั่วไป
การติดตามผลครั้งที่ 1	39	39.23	5.52	มีความสุขมากกว่าบุคคลทั่วไป
การติดตามผลครั้งที่ 2	39	38.62	3.40	มีความสุขมากกว่าบุคคลทั่วไป

จากตาราง 10 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยและปานกลางก่อนการทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้า มีความสุขคะแนนรวมเท่ากับ 18.94 (S = 18.94) มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป หลังดำเนินการทดลองผู้สูงอายุที่มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับน้อยและปานกลาง จำนวน 3 เดือน และประเมินผล จำนวน 3 ครั้ง พบว่า ผลการทดลองครั้งที่ 1 และ 2 มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป โดยมีความสุขคะแนนรวมเท่ากับ 28.15 (S = 3.60) และ31.15 (S = 9.41) ผลการทดลองครั้งที่ 3 และการติดตามผลอีก 2 ครั้ง พบว่า มีความสุขมากกว่าบุคคลทั่วไป โดยมีความสุขคะแนนรวมเท่ากับ 36.31 (S = 4.91), 39.23 (S = 5.52) และ 38.62 (S = 3.40) ตามลำดับ

ตาราง 11 การทดสอบความแตกต่างของโรคซึมเศร้าและความสุขของผู้สูงอายุที่มีอาการโรคซึมเศร้า ระดับน้อยและปานกลางจากการวัดแต่ละครั้ง โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวแบบวัดซ้ำ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
โรคซึมเศร้า					
ครั้งที่วัด	1	4180.00	4180.00	825.16*	<0.01
ความคาดเคลื่อน	38	192.49	5.06		
ความสุข					
ครั้งที่วัด	1	241090.26	241090.26	6298.36*	<0.01
ความคาดเคลื่อน	38	1454.57	38.27		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตาราง 11 แสดงว่า ผลการทดสอบพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาการโรคซึมเศร้าระดับน้อย และปานกลาง ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย มีโรคซึมเศร้าและความสุข จากการวัดในแต่ละครั้งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.01

ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ (Multiple Comparison) โดยใช้วิธีของ Bonferroni

ตาราง 12 ทดสอบความแตกต่างของคะแนนรวมของโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีอาการโรคซึมเศร้า ระดับน้อยและปานกลาง ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

ครั้งที่วัด			1	2	3	4	5	6
		$\overline{X}$	13.23	5.05	2.07	1.79	1.53	1.26
โรคซึมเศร้า	1	13.64	-	8.60*	11.56*	11.84*	12.10*	12.38*
	2	5.05		-	2.97*	3.25*	3.51*	3.79*
	3	2.07			-	0.28	0.53	0.82
	4	1.79				-	0.25	0.53
	5	1.53					-	0.28
	6	1.26						-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตาราง 12 ผลการทดสอบความแตกต่างคะแนนรวมของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีอาการโรคซึมเศร้าระดับน้อยและปานกลาง ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย เป็นรายคู่ พบว่า การวัดครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 2, 3, 4, 5 และ 6 การวัดครั้งที่ 2 กับ 3, 4, 5 และ 6 แตกต่างกัน โดยพบว่า มีค่าเฉลี่ยลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตาราง 13 ทดสอบความแตกต่างของคะแนนรวมความสุขของผู้สูงอายุที่มีอาการโรคซึมเศร้าระดับน้อยและปานกลางในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

ครั้งที่วัด		$\overline{X}$	1	2	3	4	5	6
			18.92	28.15	31.35	36.30	39.23	38.61
โรคซึมเศร้า	1	18.92	-	9.23*	12.43	17.38*	20.30*	19.69*
	2	28.15		-	3.20	8.15*	11.07*	10.46*
	3	31.35			-	4.94	7.87*	7.25
	4	36.30				-	2.92	2.30
	5	39.23					-	0.61
	6	38.61						-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากตาราง 13 ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนรวมความสุขของผู้สูงอายุที่มีอาการโรคซึมเศร้าระดับน้อยและปานกลางในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย เป็นรายคู่ พบว่า การวัดครั้งที่ 1 กับ 2, 4, 5 และ 6 การวัดครั้งที่ 2 กับ 4, 5 และ 6 การวัดครั้งที่ 3 กับ 5 แตกต่างกัน โดยพบว่า มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ระยะที่ 4 ประเมินผลของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย มาวิเคราะห์แจกแจงความถี่ และร้อยละ

ตาราง 14 การประเมินผลของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย จำนวน 36 คน

ข้อที่	ข้อคำถาม	$\overline{X}$	S	ระดับผล
ประเมินผลของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ		4.41	0.49	ระดับดี
	การสร้างนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ			
1	นโยบายของเครือข่ายสุขภาพชุมชน"ฮ่วมกั๋น เป๋นสุข ตุ๊กน้อย บ่ฮื้อเป๋นโรคเศร้า"	4.51	0.50	ระดับดี
2	วัตถุประสงค์ของการร่วมกิจกรรมครั้งนี้เพื่อป้องกันโรคซึมเศร้า	4.68	0.47	ระดับดี
3	กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมีนโยบายจากเครือข่ายสุขภาพชุมชน ประกอบด้วย	4.30	0.64	ระดับดี
	- ผู้นำชุม	4.68	0.47	ระดับดี
	- ประธานผู้สูอายุ	4.35	0.75	ระดับดี
	- ประธานอาสาสมัครสาธารณสุข	4.52	0.50	ระดับดี
	- ผู้แทนผู้สูงอายุ	4.32	0.47	ระดับดี
	- บุคลากรสาธารณสุข เช่น นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลเจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข เป็นต้น	3.68	1.70	ระดับดี
4	กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมีนโยบายเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าจากการทำกิจกรรมกลุ่มของเครือข่ายสุขภาพชุมชน ประกอบด้วย	4.58	0.37	ระดับดี
	- เครื่องสืบจ๊ะต๋ำ ตัดตุง	4.52	0.50	ระดับดี
	- รำไทเก๊ก	4.65	0.48	ระดับดี
	- รีไซเคิล	4.68	0.47	ระดับดี
	- บายศรีสู่ขวัญ	4.52	0.50	ระดับดี
	รวม	4.54	0.47	ระดับดี

ตาราง 14 (ต่อ)

ข้อที่	ข้อคำถาม	$\overline{X}$	S	ระดับผล
การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อการป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ				
1	กลุ่มเครือข่ายสุขภาพชุมชนมีการดูแลความสะอาดของสถานที่ในการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิต	4.32	0.47	ระดับดี
2	กลุ่มเครือข่ายสุขภาพชุมชนมีการเตรียมสถานที่สำหรับการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิต	4.32	0.47	ระดับดี
3	สถานที่ดำเนินกิจกรรมมีความเหมาะสม อากาศปลอดโปร่ง โล่งสบายและสามารถเดินทางมาร่วมดำเนินกิจกรรมได้ง่าย	4.13	0.71	ระดับดี
4	กลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ฉันท์เครือญาติ	4.32	0.47	ระดับดี
5	กลุ่มผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตมีความผูกพันกัน	3.97	0.83	ระดับดี
6	กลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตมีความร่วมมือร่วมใจในการดำเนินกิจกรรมเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน	4.35	0.75	ระดับดี
7	วัฒนธรรมของชุมชนทำให้เกิดความร่วมมือร่วมใจ มีความสัมพันธ์ที่ดี ในการรวมกลุ่มเพื่อดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิต	4.32	0.47	ระดับดี
	บุคลากรสาธารณสุขเชื่อมประสานความสัมพันธ์ทำให้มีความกลมเกลียว สามัคคี เพื่อดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิต	4.48	0.50	ระดับดี
9	องค์กรภาครัฐและเอกชนสนับสนุนช่วยเหลือด้านสิ่งของงบประมาณ เพื่อดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิต	4.52	0.50	ระดับดี
10	บุคลากรสาธารณสุขเข้ามาช่วยเหลือในการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิต	4.48	0.50	ระดับดี
	รวม	4.32	0.48	ระดับดี

ตาราง 14 (ต่อ)

ข้อที่	ข้อคำถาม	$\overline{X}$	S	ระดับผล
การสร้างเสริมกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็งในการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อการป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ				
1	การดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตมีโครงสร้างการดำเนินงาน ประกอบด้วย ประธาน รองประธานฝ่ายวิชาการ รองประธานฝ่ายบริหาร และเหรัญญิก	4.52	0.50	ระดับดี
2	การดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตเป็นกิจกรรมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของชุมชน	4.52	0.50	ระดับดี
3	การดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตมีการแบ่งบทบาทหน้าที่ของแต่ละตำแหน่งได้ชัดเจน	4.16	0.68	ระดับดี
4	การดำเนินกิจรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตควรได้รับงบประมาณสนับสนุนในการดำเนินกิจกรรม เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล เป็นต้น	4.35	0.75	ระดับดี
5	การบริหารจัดการงบประมาณโดยมีเหรัญญิกเป็นผู้จัดการงบประมาณ	4.52	0.50	ระดับดี
6	การดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตส่วนใหญ่ใช้การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม	4.37	0.75	ระดับดี
7	มีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล ตรวจสอบการดำเนินงานของคณะกรรมการ	4.37	0.75	ระดับดี
	รวม	4.40	0.63	ระดับดี

ตาราง 14 (ต่อ)

ข้อที่	ข้อคำถาม	$\overline{X}$	S	ระดับผล
การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลในการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อการป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ				
1	บุคลากรสาธารณสุขร่วมกับกลุ่มแกนนำสุขภาพชุมชนวางแผนจัดกิจกรรมเสริมทักษะในการป้องกันโรคซึมเศร้า	4.32	0.47	ระดับดี
2	กลุ่มแกนนำเครือข่ายสุขภาพชุมชนเป็นผู้จัดทำโครงการเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้า	4.68	0.47	ระดับดี
3	ปราชญ์ชุมชนเป็นครูผู้สอนกิจกรรมให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้า	4.52	0.50	ระดับดี
4	อาสาสมัครสาธารณสุขมีการสอดแทรกการให้คามรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและการป้องกันโรคซึมเศร้า	4.32	0.47	ระดับดี
	รวม	4.45	0.41	ระดับดี
การปรับเปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุขในการสร้างเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ				
1	บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรอบเวียงร่วมแจ้งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพในวันเข้าร่วมกิจกรรมการป้องกันโรคซึมเศร้า	4.35	0.75	ระดับดี
2	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรอบเวียงให้บริการคำปรึกษาผู้สูงอายุที่เข้าไปรับบริการสุขภาพเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้า	4.51	0.50	ระดับดี
3	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรอบเวียงออกให้บริการให้คำปรึกษาตามบ้าน	4.32	0.47	ระดับดี
4	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรอบเวียงมีระบบการส่งต่อเพื่อรักษาโรคซึมเศร้า	4.32	0.47	ระดับดี
5	กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดี ป้องกันโรคได้ดีโดยไม่ยุ่งยากและไม่สิ้นเปลือง ดำเนินกิจกรรมทุกวัน ศุกร์ เสาร์ และอาทิตย์ เช่น เครื่องสืบจ๊ะต๋ำ ตัดตุง รำไทเก๊ก รีไซเคิล และบายศรี ฮ้องขวัญ	4.35	0.48	ระดับดี
6	ผู้สูงอายุนำข้าวมาร่วมรับประทานอาหารด้วยกัน “กิ๋นหอม ต๋อมม่วน” มีเวลาในการเล่าเรื่องตลกสู่กันฟัง มีการหยอกล้อกัน เป็นการผ่อนคลายอารมณ์เป็นการสร้างเสริมสุขภาพจิต	4.35	0.75	ระดับดี
	รวม	4.37	0.50	ระดับดี

จากตาราง 14 พบว่า ประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย อยู่ในระดับ ดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.37 (S = 0.49) และแยกเป็นองค์ประกอบตามกรอบแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของออตาวา (Ottawa) ได้ดังนี้

การสร้างนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพจิต เพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย อยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.54 (S = 0.47)

การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้า ในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย อยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.32 (S = 0.48)

การสร้างเสริมกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็งในการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย อยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.39 (S = 0.58)

การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลในการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย อยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.45 (S = 0.41)

การปรับเปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุขในการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย อยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.37 (S = 0.50)

ตาราง 15 ระดับความพึงพอใจของของผู้เข้าร่วมทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย

ข้อที่	ด้านการประเมิน	$\overline{X}$	S	ระดับ
ระดับความพึงพอใจต่อใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ		3.62	0.30	ระดับมาก
1	กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิต			
	- กิจกรรม เครื่องสืบจ๊ะต่ำ	3.84	0.44	ระดับมาก
	- กิจกรรมตัดตุง	3.90	0.29	ระดับมาก
	- กิจกรรมบายศรีสู่ขวัญ	3.62	0.49	ระดับมาก
	- กิจกรรมรำไทเก๊ก	3.68	0.47	ระดับมาก
	- กิจกรรมรีไซเคิล	3.81	0.47	ระดับมาก
	รวม	3.77	0.29	ระดับมาก

ตาราง 15 (ต่อ)

ข้อที่	ด้านการประเมิน	$\overline{X}$	S	ระดับ
2	สถานที่			
	- สถานที่จัดกิจกรรมมีความเหมาะสม	3.62	0.49	ระดับมาก
	- สภาพแวดล้อมจัดกิจกรรมมีความเหมาะสมและปลอดภัย	3.90	0.30	ระดับมาก
	รวม	3.76	0.29	ระดับมาก
3	วิทยากร			
	- ผู้ให้ความรู้ยิ้มแย้ม แจ่มใส เป็นกันเอง มีมนุษย์สัมพันธ์ดี	3.53	0.50	ระดับมาก
	- ผู้ให้ความรู้มีขั้นตอนการสอนที่น่าสนใจชวนติดตาม	3.53	0.67	ระดับมาก
	- ผู้ให้ความรู้อธิบายเนื้อหา ความรู้ ขั้นตอนการทำได้ชัดเจน เข้าใจง่าย	3.43	0.80	ระดับมาก
	- ผู้ให้ความรู้ มีความคล่องแคว มั่นใจ ในการสอน	3.25	0.62	ระดับมาก
	- ความรู้ที่ได้รับสามารถนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม	3.62	0.49	ระดับมาก
	- ผู้ให้ความรู้กระตุ้นให้มีส่วนร่วมในกิจกรรม	3.43	0.50	ระดับมาก
	- ผู้ให้ความรู้ใช้สื่อประกอบการสอนน่าสนใจ เหมาะสมกับกิจกรรม	3.71	0.45	ระดับมาก
	- ผู้ให้ความรู้ตอบคำถามได้ชัดเจน	3.43	0.66	ระดับมาก
	- ผู้ให้ความรู้ สรุป ทบทวน กิจกรรมที่สอน	3.71	0.45	ระดับมาก
	รวม	3.52	0.38	ระดับมาก
4	ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมแต่ละกิจกรรมมีวามเหมาะสม	3.56	0.50	ระดับมาก
	รวม	3.56	0.50	ระดับมาก
5	ประโยชน์ที่ได้รับในการเข้าร่วมกิจกรรม	3.62	0.49	ระดับมาก
	รวม	3.62	0.49	ระดับมาก
6	การนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน	3.53	0.50	ระดับมาก
	รวม	3.53	0.50	ระดับมาก

จากตาราง 15 พบว่า ระดับความพึงพอใจของผู้ทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริม สุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.62 (S = 0.30) และแยกเป็นองค์ประกอบ ได้ดังนี้

กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.77 (S = 0.29)

สถานที่ดำเนินกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.76 (S = 0.29)

วิทยากรนำกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.52 (S = 0.38)

ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมแต่ละกิจกรรมมีความเหมาะสมกับกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุจังหวัดเชียงราย อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.56 (S = 0.50)

ประโยชน์ที่ได้รับในการเข้าร่วมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้า ในผู้สูงอายุจังหวัดเชียงรายอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.62 (S = 0.49)

การนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุจังหวัดเชียงรายอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.53 (S = 0.50)

บทที่ 5
สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สังเขปคำถามการวิจัย ความมุ่งหมาย สมมุติฐาน และวิธีดำเนินการวิจัย

คำถามการวิจัย

1. ระดับอาการโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุเป็นอย่างไร
2. รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อการป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นอย่างไร
3. ผลการใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อการป้องกันโรคซึมเศร้าเป็นอย่างไร
4. ผลการประเมินรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อการป้องกันโรคซึมเศร้าอยู่ระดับใด

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อประเมินระดับอาการของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย
2. เพื่อสร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อการป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับสภาพการณ์และสาเหตุที่แท้จริง
3. เพื่อทดลองรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อการป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
4. เพื่อประเมินผลของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อการป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

สมมุติฐานในการวิจัย

1. ภายหลังการใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อการป้องกันโรคซึมเศร้าใน ผู้สูงอายุ มีคะแนนรวมของโรคซึมเศร้าลดน้อยลง
2. ภายหลังการใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อการป้องกันโรคซึมเศร้าใน ผู้สูงอายุ มีระดับความสุขเพิ่มมากขึ้น
3. ผลของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อการป้องกันโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับดี

วิธีดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 สำรวจระดับอาการโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป อาศัยอยู่ในพื้นที่ราบตามทะเบียนตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย และไม่ป่วยเป็นโรคทางจิตเวช จำนวน 405 คน ซึ่งได้มาโดยการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ผู้สูงอายุทั้งหมด

ระยะที่ 2 สร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิต กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ เครือข่ายสุขภาพชุมชน จำนวน 11 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 1 ท่าน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 2 ท่าน ผู้นำชุมชน จำนวน 1 ท่าน ประธานผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 1 ท่าน ผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน และปราชญ์ชุมชน

จำนวน 1 ท่าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 3 คน ซึ่งได้มาโดยการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิต กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ที่ได้รับการประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) และมีผลการประเมินอาการโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยและปานกลาง จำนวน 39 คน ซึ่งได้มาโดยการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) และการสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

ระยะที่ 4 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุที่มีอาการโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยและปานกลาง ตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย และเข้าร่วมทดลองรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิต จำนวน 36 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

ระยะที่ 1 สำรวจระดับโรคซึมเศร้า

- แบบประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) สำหรับผู้สูงอายุ ตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ระยะที่ 2 สร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิต

1. แบบตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC = Index of item objective congruence) ของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย
2. นำเค้าโครงการวิจัยและรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อการป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย เสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิต

1. รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิต เพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย ที่ผ่านจากการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหากับผู้ที่เกี่ยวข้องและคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
2. แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
3. แบบวัดความสุข ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ระยะที่ 4 ประเมินผลของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิต

1. แบบสอบถามนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อการป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ ประกอบด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

2. แบบสอบถามการสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อการป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย มี 5 ระดับ (Rating Scale) ประกอบด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

3. แบบสอบถามการเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็งในการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย มี 5 ระดับ (Rating Scale) ประกอบด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

4. แบบสอบถามการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลในการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย มี 5 ระดับ ประกอบด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

5. แบบสอบถามการปรับเปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุขในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย มี 5 ระดับ ประกอบด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

6. แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย มี 4 ระดับ ประกอบด้วย มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย

การจัดกระทำและวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 สำรวจระดับอาการโรคซึมเศร้า

- หาค่าความถี่ และร้อยละ ของอัตราชุกของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

ระยะที่ 2 สร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิต

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) โดยการตีความแบบบรรยาย

2. หาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (IOC = Index of item objective congruence) ของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จากเครือข่ายสุขภาพชุมชน จำนวน 11 คน

ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิต

1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) ของโรคซึมเศร้าและความสุขของกลุ่มทดลอง

2. ทดสอบความแตกต่างของโรคซึมเศร้า และความสุข ก่อนการทดลอง ระหว่างการทดลอง และหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (One way analysis of variance with repeated measures)

3. เปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ ค่าเฉลี่ยโรคซึมเศร้า ความสุข และรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในสูงอายุของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีของบอนเฟอโรนี (Bonferroni)

ระยะที่ 4 ประเมินผลของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิต

1. นำแบบประเมินผลของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุมาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูล

2. นำแบบประเมินความพึงพอใจของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุมาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูล

สรุปผลการวิจัย

1. ระดับอาการโรคซึมเศร้าของผู้สูงอายุตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย พบว่า ผู้สูงอายุมีอาการโรคซึมเศร้าระดับน้อย จำนวน 63 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.15 รองลงมา มีอาการโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.04 และน้อยที่สุด คือ มีอาการโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.91 และไม่พบอาการของโรคซึมเศร้า จำนวน 253 ราย คิดเป็นร้อยละ 76.90

2. รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันอาการของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ภายใต้แนวคิดของเทคนิค A-I-C จากการสนทนากลุ่ม พบว่า กิจกรรมเครื่องสืบจ๊ะต๋ำ ตัดตุง บายศรีสู่ขวัญ รีไซเคิล และรำไทเก๊ก เป็นกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพจิต และตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC = Index of item objective congruence) จากกลุ่มเครือข่ายสุขภาพชุมชน จำนวน 11 คน

3. ผู้สูงอายุที่มีอาการโรคซึมเศร้าระดับน้อยและปานกลางที่อยู่ในกลุ่มทดลองมีคะแนนรวมของโรคซึมเศร้าลดลงจากการวัดในแต่ละครั้ง และมีคะแนนรวมของความสุขเพิ่มมากขึ้น แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

4. ผู้สูงอายุที่มีอาการโรคซึมเศร้าระดับน้อยและปานกลางที่อยู่ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสุข จากการวัดในแต่ละครั้งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

5. ผลของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงรายอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.37 (S = 0.49)

6. ความพึงพอใจของผู้ทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริม สุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.62 (S = 0.30)

อภิปรายผล

ระดับอาการโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

ผลการศึกษาระดับโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรอบเวียง พบว่า ผู้สูงอายุมีอาการโรคซึมเศร้าระดับน้อย อาการโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง และอาการโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 20.27 ทั้งนี้เนื่องจากปัจจุบันการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุตำบลรอบเวียง ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่ตามลำพังกับสามีและภรรยา หรือกับหลาน ส่วนบุตรจะออกไปประกอบอาชีพต่างจังหวัด หรือแยกครอบครัวไปอยู่ที่จังหวัดอื่น เช่น นิคมอุตสาหกรรม จังหวัดลำพูน จังหวัดเชียงใหม่ กรุงเทพมหานคร และอื่นๆ ส่วนบุตรที่อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่จะมีครอบครัว และทำงานต่างจังหวัด พอมีหลานก็จะส่งมาให้ผู้สูงอายุเลี้ยงดู ช่วงเวลากลับบ้านของกลุ่มวัยทำงานก็จะเป็นช่วงเทศกาลเป็นส่วนใหญ่ เช่น เทศกาลปีใหม่ เทศกาลสงกรานต์ หรือวันหยุดที่ติดต่อกันหลายๆ วัน เป็นต้น ส่วนใหญ่จะกลับมาเที่ยวบ้านประมาณ 3 – 4 ครั้งต่อปี การที่ผู้สูงอายุเหล่านี้ถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง ขาดที่ปรึกษา และขาดคนดูแลเวลาเจ็บป่วยเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความเครียดซึ่งจะเห็นได้จากการออกไปประเมินอาการโรคซึมเศร้าในสูงอายุส่วนใหญ่จะพูดในทางเดียวกันคือ เกิดอาการเครียดเนื่องจากปัญหาการเดินทางเชียงราย หรือเวลาเจ็บป่วยในเวลากลางคืน ไม่สามารถไปพบแพทย์ได้เนื่องจากไม่มีรถ หรือขับรถไม่ได้ และการสูญเสียสามีหรือภรรยาหรือบุคคลใกล้ชิด ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ เคนด์เลอร์ และคณะ (Kendler, KS.; et al. 1995) พบว่า เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตที่สำคัญที่เป็นปัจจัยทำนายการเกิดโรคซึมเศร้า ได้แก่ การแยกทางและการหย่าร้าง การเสียชีวิตของญาติสนิท โดยมีอัตราส่วน ออดส์ (Odds ratio) มากกว่า 10 สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทย ของ ธรณินทร์ กองสุข พิเชฐ อุดมรัตน์ สุวรรณา อรุณพงค์ และคณะ (2551) เกี่ยวกับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 5 แห่งในประเทศไทย จำนวน 339 ราย ในช่วง 1 มกราคม ถึง 31 พ.ศ. 2549 พบว่า ผู้มีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตมีแนวโน้มที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่ไม่มีเหตุการณ์ ทั้งนี้จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับคนใกล้ชิด ได้แก่ การจากไปของบุคคลอันเป็นที่รัก และจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตน ได้แก่ ไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงปัจจัยด้านวามคิด ซึ่งจะเห็นได้ว่าการที่ผู้สูงอายุมีความคิดหรือมุมมองที่มีต่อตนเองเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมที่บุคคลนั้นแสดงออก หรือกล่าวได้ว่า การรับรู้และมุมมองที่มีต่อสิ่งต่างๆ รวมถึงการตีความของบุคคลแต่ละคนส่งผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมของบุคคลนั้น เช่น หากบุคคลนั้น มีมุมมองต่อตนเองว่า เป็นคนไร้ความสามารถ มีแต่ข้อบกพร่องก็ก่อให้เกิดอารมณ์เศร้า เสียใจได้ (พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. 2553) ปัจจัยทางพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและเป็นปัญหาดังกล่าว มีความเกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้า ปัจจัยทางด้านพฤติกรรมที่ส่งผลให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้า ได้แก่ ความรู้สึกยอมแพ้ หมดหนทาง และขาดแรงเสริมทางบวก ปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และสอดคล้องกับ ไมร์นา เอ็ม เวสส์แมน (Myrna, M. Weissman. 2000) ได้อธิบายว่า ปัญหาสัมพันธภาพที่มีความเกี่ยวข้องกับอาการโรคซึมเศร้า ได้แก่ อารมณ์โศกเศร้าจากการสูญเสีย อารมณ์โศกเศร้าจากการสูญเสียปกติ เป็นปฏิกิริยาทางอารมณ์

จิตใจ และพฤติกรรมที่ตอบสนองต่อการสูญเสีย โดยเฉพาะการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก และการขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจะสอดคล้องกับสาเหตุของการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุในการขาดการติดต่อกับครอบครัวและขาดความสัมพันธภาพแบบใกล้ชิด ลึกซึ้ง จากการศึกษาพบว่าการมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดีมีส่วนช่วยป้องกันการป่วยด้วยโรคทางจิต การขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม จะส่งผลให้เกิดความเสี่ยงของการป่วยด้วยโรคทางจิตโดยเฉพาะโรคซึมเศร้าสูงขึ้น (Rihmer, Z,; Angst, J. 2005; Stuart, S.; & Robertson, M. 2003; & Weissman, MM.; et al. 2000)

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย เป็นการสร้างรูปแบบโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชนโดยประยุกต์ใช้เทคนิคการระดมพลังสร้างสรรค์ (A-I-C) เป็นแนวทางในการสร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ทรัพยากรในท้องถิ่นที่นำมาสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ เช่น องค์กรด้านสุขภาพ องค์กรสนับสนุนทางสุขภาพ และการสนับสนุนการจัดการตนเองในชุมชน ซึ่งส่งผลต่อระบบสุขภาพด้านต่างๆ ประกอบด้วย วัฒนธรรมในชุมชน การจัดการสุขภาพชุมชน นโยบายการสร้างเสริมสุขภาพ การสื่อสารทางสุขภาพในชุมชน และการสร้างเครือข่ายสุขภาพชุมชน องค์ประกอบเหล่านี้ จะส่งผลให้เกิดการสร้างสัมพันธภาพที่ดีและเอื้ออาทรในชุมชน จะนำไปสู่การให้บริการทางด้านสุขภาพเชิงรุกและชุมชน มีความรู้นำไปสู่การจัดการปัญหาสุขภาพ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต

จากรูปแบบ ดังกล่าวผู้วิจัยจึงนำมาได้กิกรรมการสร้างเสริมสุขภาพจิต เพื่อป้องกันผู้สูงอายุที่มีอาการโรคซึมเศร้าระดับน้อยและปานกลางเข้าสู่อาการโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง โดยเริ่มเข้าสู่กระบวนการสร้างรูปแบบ (Construct) จากการศึกษาระดับโรคซึมเศร้า ที่เป็นปรากฏการณ์ของชุมชน และนำไปสู่การสร้างรูปแบบกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อสามารถสรุปผลในการสร้างเสริมสุขภาพ และการควบคุมโรคเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงตามบริบทและวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วยกิจกรรมเครื่องสืบจ๊ะต๋ำ ตัดตุง บายศรีสู่ขวัญ รีไซเคิล และรำไทเก๊ก ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้เป็นกิจกรรมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ เช่น กิจกรรมเครื่องสืบจ๊ะต๋ำ ตัดตุง และบายศรีสู่ขวัญ เป็นกิจกรรมที่นิยมและกระทำสืบทอดกันมาตั้งแต่โบราณ ถึงปัจจุบัน ซึ่งเป็นความเชื่อและความรู้สึกว่า “ถ้าขวัญผู้ใดอยู่กับตัว ผู้นั้นจะมีความสุขกายสบายใจ แต่ถ้าขวัญผู้ใดหลบลี้หนีหาย ผู้นั้นจะมีอาการตรงกันข้าม” ซึ่งเป็นพิธีที่ช่วยส่งเสริมเพิ่มพลังใจให้เข้มแข็ง เมื่อมีขวัญที่มั่นคง พลังใจที่เข้มแข็งดีแล้ว ย่อมส่งผลให้การประกอบภารกิจนั้นๆ ประสบผลสำเร็จ ได้ตามความมุ่งหมาย ซึ่งให้กำลังกายกันเมื่อยามมีวามทุกข์ใจ หรือเสริมให้มีความสุขยิ่งๆ ขึ้นไป เมื่อมีความสุข ความพอใจอยู่แล้วก็สามารถทำได้ เครื่องสืบจ๊ะต๋ำ และตัดตุง เป็นประเพณีที่สำคัญของชาวล้านนา ที่เชื่อกันว่า เป็นการต่อชีวิตหรืออายุให้ยืนยาว มีความสุข ความเจริญ ตลอดจนเป็นการขจัดภัยอันตรายต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น ให้แคล้วคลาดปลอดภัย (จรูญ สันติ. 2556)

กิจกรรมรีไซเคิล เป็นกิจกรรม การคิด การออกแบบ และการสร้างสรรค์ จากวัสดุ และอุปกรณ์ที่ไม่ใช้แล้ว เพื่อให้เกิดผลงานจากความสามารถของผู้สูงอายุ และสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน

ได้ เช่น การสานตะกร้า กระเชาเก็บของ ฐานมะติ๊บ ไม้กวาดทางมะพร้าว ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขกันมาก จะเห็นได้จากการนำผลงานที่ได้ทำจากการรีไซเคิล มาชื่นชมและให้ผู้สูงอายุคนอื่นได้ชื่นชมและให้ข้อเสนอแนะในการทำแบบอื่นๆ แล้วค่อยให้กำลังใจซึ่งกันและกัน และที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ ผู้สูงอายุรู้สึกภูมิใจที่ได้นำผลงานที่ตนเองทำด้วยกับมือนำไปแจกให้กับญาติหรือเพื่อนสนิท ซึ่งเห็นได้จากการที่ผู้สูงอายุนำมาพูดให้กับผู้วิจัยและสมาชิกในกลุ่มขณะที่ดำเนินกิจกรรม และได้นำความรู้ที่ได้ไปสอนให้กับญาติในการทำตะกร้า และกิจกรรม ไทเก๊ก เป็นกิจกรรมที่ช่วยฝึกใช้สมาธิและความตั้งใจในการออกกำลังกายในแต่ละท่า ซึ่งเป็นกิจกรรมใหม่ที่ผู้สูงอายุยังไม่เคยเรียนรู้หรือได้ทำกิจกรรมนี้มาก่อน เป็นกิจกรรมที่เครื่องข่ายสุขภาพชุมชนมีความต้องการให้เกิดขึ้นกับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอาหารของโรคซึมเศร้าระดับน้อยและปานกลาง กิจกรรมการออกกำลังกายไทเก๊ก จิตใจนั้นเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ เมื่อจิตตั้งมั่นอยู่กับการฝึกฝนเห็นร่างกายในขณะฝึกฝนอยู่ทุกขณะหรือเรียกว่า “สติ “เมื่อสติเกิด “สมาธิจิต” ก็จะเกิดตาม จิตก็จะพบกับความสุขในระดับหนึ่ง (มงคล ศริวัฒน์. 2554) กิจกรรมไทเก๊กเป็นกิจกรรมใหม่กิจกรรมหนึ่งที่ผู้สูงอายุยังไม่เคยเรียนรู้และยังไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมนี้ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุให้ความสำคัญและสนใจมากอีกกิจกรรมหนึ่ง จะเห็นได้จากคำพูดที่ว่า "ป๊ะขะใจ๋มายะสี่คุห้าคุกัน” (สี่คุห้าคุเป็นคำสร้อยของเพลงรำไทเก๊กที่ผู้สูงอายุจำได้ ซึ่งตรงกับภาษาเหนือคำว่าคุ หมายถึง ถังน้ำ) ซึ่งจะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุมีความสนใจและตั้งใจที่จะมาออกกำลังกายแบบไทเก๊ก หลังจากที่ออกกำลังกายไทเก๊กเสร็จไปหนึ่งรอบประมาณ 45 นาที จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุมีความต้องการที่จะออกกำลังกายแบบไทเก๊กซ้ำอีกรอบจากคำกล่าวที่ว่า “เอาแฮมรอบบ่อ” หลังจากนั้น จึงได้ดำเนินการออกกำลังกายแบบไทเก๊กต่อไป โดยมีตัวแทนของผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ขึ้นมาเป็นผู้นำในการออกกำลังกายแบบไทเก๊ก จากการนำรูปแบบกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ดังกล่าว เป็นการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุเพื่อลดพฤติกรรมที่มีปัญหาและเพิ่มพฤติกรรมที่พึงประสงค์ควบคู่กันไปด้วย จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุมีปฏิกิริยาที่ดีต่อกิจกรรมที่สร้างขึ้น จากการเข้าร่วมกิจกรรม การให้ความสนใจในกิจกรรมแต่ละกิจกรรม และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางความคิดในการออกแบบแต่ละกิจกรรม เทคนิคการทำแต่หละกิจกรรม ร่วมไปถึงการให้ข้อเสนอแนะดีๆ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับการเผชิญปัญหาและการแก้ไขปัญหาต่างๆ ในชีวิตประจำวันนั้น กิจกรรมเหล่านี้สามารถลดความวิตกกังวลในขั้นแรกจากการผ่อนคลาย เช่น กิจกรรมไทเก๊ก เป็นกิจกรรมการฝึกการหายใจและการทำสมาธิ เป็นกิจกรรมที่สามารถฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและความตึกของกล้ามเนื้อ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล ถ้าทำเกิดการผ่อนคล้ายของกล้ามเนื้อ ความวิตกกังวลก็จะลดลงส่งผลต่ออาการของ โรคซึมเศร้าลดลงตามลำดับ และส่งผลดีต่อการเพิ่มความสุขให้ผู้สูงอายุ ซึ่งปัจจัยสนับสนุนที่เพิ่มความสุขให้ผู้สูงอายุ คือ สภาพแวดล้อมและขนมธรรมเนียมประเพณีทางล้านนา ที่มีอยู่จะชี้ทางปฏิบัติระหว่างบุคคลที่มีบทบาทต่างๆ เช่น พ่อแม่มีต่อบุตร บุตรมีต่อบิดามารดา บทบาทสามีภรรยาต้องปฏิบัติต่อกัน รวมทั้งวิธีปฏิบัติสงเคราะห์ญาติ หนทางปฏิบัติเป็นหลักธรรมของสังคมไทย จะเป็นประโยชน์ต่อผู้รับการปฏิบัติ ผู้ปฏิบัติได้รับการยกย่องว่า เป็นคนดีมีคุณธรรม ครอบครัวเป็นปึกแผ่น ร่มเย็น ยามมีทุกข์จะช่วยเหลือ ส่วนประโยชน์ต่อผู้รับการปฏิบัติ ก็คือการได้รับสงเคราะห์ช่วยผ่อนภาระของสังคมและลดปัญหาสังคมได้ เหล่านี้คือ หนทางสู่ความสุขที่สมบูรณ์ในชีวิตของผู้สูงอายุและคนใกล้ชิด เช่น กิจกรรมเครื่องสืบจ๊ะต๋ำ

ตัดตุง เป็นกิจกรรมทางสังคม ขนบธรรมเนียม ประเพณีและวัฒนธรรมล้านนา (ประนอม โอทกานนท์. 2554)

จากองค์ความรู้ดังกล่าวได้ชี้นำว่า การป้องกันโรคซึมเศร้านั้นสามารถทำได้โดยการป้องกันการเกิดภาวะไม่สมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง และกำจัดปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้ผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ดังนั้นการทำความเข้าใจกับวิถีชีวิตและทุกข์ สุข ของผู้สูงอายุ ภายใต้บริบทเฉพาะสังคมทางวัฒนธรรม ความเชื่อ วิถีชีวิตความเป็นอยู่ ตามการรับรู้ของชาวบ้านเอง ก็จะสามารถลดปัจจัยที่เป็นความเสี่ยงของการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ภายใต้กรอบองค์ความรู้ที่มีอยู่และความเป็นจริงในบริบทนั้นๆ (Wade, Cainey; & Pevalin. 2002; Chirawatkul. 2005) จากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ สามารถลดอาการโรคซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และความสุขของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตนี้ได้สอดคล้องกับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมได้ ซึ่งการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็น การบำบัดที่มีประสิทธิภาพ ในปัจจุบันมีข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจนว่าสามารถใช้ในผู้มีภาวะซึมเศร้าและโรคซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. 2553) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นการบำบัดรูปแบบหนึ่ง ซึ่งมีลักษณะสำคัญคือ เป็นการบำบัดในเชิงรุกและมีทิศทางมีระยะเวลาในการบำบัดที่มีขอบเขตและมีรูปแบบโครงสร้างชัดเจนสามารถบำบัดโรคซึมเศร้า โดยมีแนวคิดว่า อารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรมของคนเราส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับแนวทางการมองโลกของบุคคลนั้นๆ เบค และคณะ (Beck; et al. 1979) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นการแก้ปัญหาในปัจจุบัน มีเป้าหมายในการบัดบัดที่ชัดเจน ผู้รับการรักษาจะต้องมีบทบาทในการวางเป้าหมายของการรักษาร่วมกับผู้บำบัดรักษาด้วย สจ๊วร์ต และลาร์เรีย (Stuart; & Laraia. 1998) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมเป็นจิตบำบัดระยะสั้นรูปแบบหนึ่งซึ่งมีโครงสร้างและกระบวนการในการบำบัดรักษาที่ชัดเจน มีเป้าหมายของการรักษาเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นปัญหา โดยใช้เทคนิคต่างๆ ของกระบวนการบำบัดทางจิตมาทำให้ผู้รับการบำบัดได้เข้าใจสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงและเรียนรู้ที่จะจัดการปัญหาและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องและเหมาะสม อรรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และ พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย (2548) สอดคล้องกับการวิจัยของ ศิริพร จิรวัฒน์กุล และคณะ (2541) ได้ศึกษาการพัฒนากลวิธี และเทคโนโลยีส่งเสริมสุขภาพจิต เพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง จังหวัดขอนแก่นและจังหวัดยโสธร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ภาวะซึมเศร้าและวิธีการดูแลตนเอง ระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพหรือภาวะซึมเศร้า โดยมีผู้ให้ข้อมูลหลัก 325 คน จากการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจงและสุ่มเชิงทฤษฎี และกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,068 คน พบว่า 1) ครอบครัวเป็นพื้นฐานสำคัญของวงแหวนแห่งความทุกข์-สุข 2) นั่งลืม คิดลืม บ่สนใจผู้ได๋ คำอีสานที่สะท้อนโรคซึมเศร้า 3) เรื่องซึมเศร้าเป็นเรื่องส่วนตัวที่ตนเองและครอบครัวเท่านั้นที่จะป้องกันและช่วยเหลือกันได้ 4) กิจกรรมประเพณี 12 เดือน คือ การสร้างสุข คลายทุกข์แก่ทุกเพศทุกวัยในชุมชน และ 5) สุราคือต้นเหจุแห่งทุกข์ของชาวบ้านอีสาน ซึ่งสอดคล้องกับคำนิยามความสุขของ ชเมอร์สเลอร์ และ วอล์ช (Schmrerzler; & Walsh. 1999) และได้สอดคล้องขององค์กรอนามัย (WHO. 2001) กล่าวว่า การสร้างเสริมสุขภาพจิตคือกระบวนการ

ที่จะทำให้คนเราสามารถควบคุมจิตใจตนเองได้ เพื่อจะเอื้อให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น การสร้างเสริมสุขภาพจิตจะมีความเกี่ยวข้องกับกิจกรรมทุกๆ กิจกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิตทั้งรายบุคคล ครอบครัว และชุมชน การสร้างเสริมสุขภาพจิตมีความสำคัญมีความสำคัญมีความสำคัญและตระหนักถึงความต้องการทางสุขภาพจิตไม่ว่าบุคคลนั้นจะมีความเจ็บป่วย ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยทางจิตหรือไม่

การประเมินผลรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิต

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นการสร้างกิจกรรมภายใต้วิถีชีวิตความเป็นอยู่ และบริบทของผู้สูงอายุ จากการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชนโดยประยุกต์ใช้เทคนิคการระดมพลังสร้างสรรค์ (A-I-C) ประกอบด้วยกิจกรรมเครื่องสืบจ๊ะต๋ำ ตัดตุง บายศรีสู่ขวัญ รีไซเคิล และรำไทเก๊ก จากผลการประเมินรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.37 (S = 0.49) ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบกิจกรรมเหล่านี้เป็นกิจกรรมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตความเป็นอยู่ ความเชื่อ ความศรัทธาของผู้สูงอายุที่สืบทอดกันมา เช่น กิจกรรมเครื่องสืบจ๊ะต๋ำ ตัดตุง และบายศรีสู่ขวัญ เป็นกิจกรรมที่นิยมและกระทำสืบทอดกันมาตั้งแต่โบราณถึงปัจจุบัน ซึ่งเป็นความเชื่อและความรู้สึกว่า “ถ้าขวัญผู้ใดอยู่กับตัว ผู้นั้นจะมีความสุขกายสบายใจ แต่ถ้าขวัญผู้ใดหลบลี้หนีหาย ผู้นั้นจะมีอาการตรงกันข้าม” ซึ่งเป็นพิธีที่ช่วยส่งเสริมเพิ่มพลังใจให้เข้มแข็ง เมื่อมีขวัญที่มั่นคง พลังใจที่เข้มแข็งดีแล้ว ย่อมส่งผลให้การประกอบภารกิจนั้นๆ ประสบผลสำเร็จ ได้ตามความมุ่งหมาย การให้กำลังกายกันเมื่อยามมีความทุกข์ใจ หรือเสริมให้มีความสุขยิ่งๆ ขึ้นไป เมื่อมีความสุขความพอใจอยู่แล้วก็สามารถทำได้ เครื่องสืบจ๊ะต๋ำ และตัดตุง เป็นประเพณีที่สำคัญของชาวล้านนาที่เชื่อกันว่าเป็นการต่อชีวิตหรืออายุให้ยืนยาว มีความสุข ความเจริญ ตลอดจนเป็นการขจัดภัยอันตรายต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น ให้แคล้วคลาดปลอดภัย (จรูญ สันติ. 2556) กิจกรรมรีไซเคิลเป็นกิจกรรมหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสนใจและตั้งใจที่จะดำเนินการและคิดออกแบบใหม่ๆ เช่น การทำตะกร้า กระเช้าใส่ของ ฐานมะติ๊บ และไม้กวาดทางมะพร้าว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำตะกร้า และกระเชาใส่ของเล็กๆ น้อยๆ ซึ่งผู้สูงอายุจะออกแบบในการทำเอง พอหลังจากทำเสร็จแล้วก็นำมาแสดงให้ผู้สูงอายุในกลุ่มได้ชื่นชมและได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เทคนิค และแบบการทำจากผู้ส่งอายุด้วยกัน และกิจกรรมการออกกำลังกายไทเก๊ก เป็นกิจกรรมการออกกำลังกายที่มีจิตใจนั้น เป็นองค์ประกอบที่สำคัญเมื่อจิตตั้งมั่นอยู่กับการฝึกฝนเห็นร่างกายในขณะฝึกฝนอยู่ทุกขณะหรือเรียกว่า “สติ” เมื่อสติเกิด “สมาธิจิต” ก็จะเกิดตาม จิตก็จะพบกับความสุขในระดับหนึ่ง (มงคล ศริวัฒน์. 2554) กิจกรรมไทเก๊กเป็นกิจกรรมใหม่กิจกรรมหนึ่งที่ผู้สูงอายุในชุมชนที่ยังไม่เคยเรียนรู้และยังไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมนี้มาก่อนเลย ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุให้ความสำคัญและสนใจมากที่จะเข้าร่วมกิจกรรมนี้จะเห็นได้จากคำพูดที่ว่า "ป๊ะขะใจ๋มายะสี่คุห้าคุกัน” (สี่คุห้าคุ เป็นคำสร้อยของเพลงรำไทเก๊กที่ผู้สูงอายุจำได้ ซึ่งตรงกับภาษาเหนือคำว่าคุ หมายถึง ถังน้ำ) ซึ่งจะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุมีความสนใจและตั้งใจที่จะมาออกกำลังกายแบบไทเก๊ก หลังจากที่ออกกำลังกายไทเก๊กเสร็จไปหนึ่งรอบประมาณ 45 นาที จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุมีความต้องการที่จะออกกำลังกายแบบไทเก๊กซ้ำอีกรอบจากคำกล่าวที่ว่า “เอาแฮมรอบบ๋อ” หลังจากนั้นจึงได้ดำเนินการออกกำลังกายแบบไทเก๊กต่อไป โดยมีตัวแทนของผู้สูงอายุในกลุ่มขึ้นมาเป็นผู้นำในการออกกำลังกายแบบไทเก๊ก จากกิจกรรม

ดังกล่าว จึงนำไปสู่การประเมินผลการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อการป้องกันโรคซึมเศร้า ซึ่งผู้วิจัยสร้างแบบประเมินขึ้นเองจากการประยุกต์กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของออตาวา (Ottawa) และผ่านการหาคุณภาพเครื่องมือจากผู้สูงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน มีความตรงเชิงเนื้อหา ผลพบว่า กิจกรรมดังกล่าวสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุภายใต้กรอบแนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพของ ออตตาวา (Ottawa) จึงทำให้เกิดผลดีต่อผู้สูงอายุและนำไปสู่ผลการประเมิน คือ ประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย อยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.37 (S = 0.49) และถ้าแยกตามองค์ประกอบ ดังนี้

การสร้างนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย อยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.54 (S = 0.47) ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้า มีนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพจิตที่ชุดเจน เพราะเป็นนโยบายที่ร่วมกันสร้างขึ้นจากเครือข่ายสุขภาพชุมชนที่มีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน และการดำเนินงานของกลุ่มผู้สูงอายุเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนตามแนวทางที่เครือข่ายสุขภาพสร้างขึ้นซึ่งเป็นกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพจิตที่สำคัญเกิดจากการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชนที่กำหนดนโยบายขึ้น

การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย อยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.32 (S = 0.48) ทั้งนี้เนื่องจากเครือข่ายสุขภาพชุมชนได้กำหนดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่จะดำเนินกิจกรรม คือ ได้ใช้ศาลาเอนกประสงค์ของหมู่บ้านซึ่งอยู่ใจกลางของชุมชน รวมถึงการใช้บริเวณลานเป็นที่ออกกำลังกาย กิจกรรมไทเก๊ก เพราะศาลาดังกล่าวเป็นศูนย์กลางของชุมชน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถเดินทางมาร่วมกิจกรรมได้สะดวกสบายและมีบริเวณที่กว้าวขวางเพียงพอต่อการจัดกิจกรรม ดังนั้นการใช้ศาลาเอนกประสงค์เป็นที่จัดกิจกรรมนั้นเป็นการเอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุให้ดีขึ้น ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต การสร้างสิ่งแวดล้อมทางสังคมภายในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า การรวมตัวกันเป็นกลุ่มของผู้สูงอายุนั้นยังเกิดจากพื้นฐานความสัมพันธ์ฉันเครือญาติ ซึ่งมีความผูกพันทำให้เกิดความเอื้ออาทรต่อกัน เกิดความร่วมมือร่วมใจในการรวมกลุ่มเพื่อช่วยเหลือระหว่างกัน ซึ่งเป็นลักษณะวัฒนธรรมของชนบท นอกจากนี้ยังมีหัวหน้าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและบุคลากรสาธารณสุขเป็นผู้ค่อยประสานความสัมพันธ์ จึงทำให้เกิดความกลมเกลียวสามัคคีในหมู่สมาชิกสำหรับการสร้างสิ่งแวดล้อมทางสังคมภายนอกกลุ่มผู้สูงอายุนั้น มีความสัมพันธ์กับเทศบาลในลักษณะการเข้ามาช่วยเหลือด้านสิ่งของและงบประมาณ ส่วนบุคลากรสาธารณสุขเข้าไปช่วยเหลือด้านสุขภาพ ซึ่งมีผลเอื้อให้สุขภาพของผู้สูงอายุดีขึ้น

การสร้างเสริมกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็งในการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย อยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.39 (S = 0.58) เนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุมีความเข้มแข็งของกลุ่มอาจจะเป็นเพราะผู้นำกลุ่มมีความเข้มแข็ง มีโครงสร้างการทำงานที่ชัดเจน คณะกรรมการมีความเคารพเชื่อฟังกัน การที่กลุ่มผู้สูงอายุมีการมอบหมายงานเพื่อให้กรรมการแต่ละคนมีหน้าที่รับผิดชอบเพื่อบริหารจัดการในกลุ่มนั้น เป็นลักษณะหนึ่งของการพึ่งตนเองโดยเริ่มจากการใช้ทรัพยากรบุคคลที่มีอยู่ในองค์กร สอดคล้องแนวคิดของ เทียบ เหล่าสุวรรณ (2541) ที่กล่าวไว้ว่า กลุ่มหรือองค์กรที่พึ่งตนเองได้นั้น จะต้องมีลักษณะการใช้ทรัพยากรจากท้องถิ่นที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยเริ่มจาก

ทรัพยากรและวามสามารถของกลุ่มมากกว่าพึ่งพาทรัพยากรจากภายนอก ความเข้มแข็งของคณะกรรมการกลุ่ม เห็นได้จากการที่สมาชิกของกลุ่มคัดเลือกคณะกรรมการจากความรู้ ความสามารถและประสบการณ์ที่สำคัญ ความเป็นอาวุโสมีความพร้อมในการปฏิบัติงานสูง ตลอดจนมีฐานะความเป็นอยู่ มีการศึกษา สถานภาพทางสังคมดี มีคนเคารพนับถือ จึงมีเวลาที่อุทิศตนให้แก่กลุ่มผู้สูงอายุ โดยเฉพาะตัวประธาน มีบทบาทสำคัญที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากมีบุคลิกภาพวามเป็นผู้นำที่สมาชิกให้ความเคารพนับถือ มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี เสียสละ ซื่อสัตย์ มีความตั้งใจการทำงานเพื่อกลุ่ม โดยเฉพาะในการวางแผน การจัดกิจกรรมของกลุ่ม ดังนั้นหากประธานมีความเข้มแข็งก็จะทำให้กลุ่มผู้สูงอายุมีความเข้มแข็งตามไปด้วย สอดคล้องกับอัญชลี พรประสาทผล (2543) ที่กล่าวว่า ความสำเร็จหรือความล้มเหลวขององค์กรสามารถสังเกตได้จากคุณภาพของผู้นำในองค์กรนั้นๆ ดังนั้นหากผู้นำมีคุณลักษณะหรือคุณสมบัติดี ย่อมมีส่วนสนับสนุนให้องค์กรประสบความสำเร็จหรือเข้มแข็งในที่สุด สอดคล้องแนวคิดของ เทียบ เหล่าสุวรรณ (2541) กล่าวคือ การมีส่วนร่วมในกิจกรรม คือ การเปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการคิดริเริ่ม การพิจารณาตัดสินใจ การร่วมปฏิบัติและการร่วมรับผิดชอบในเรื่องต่างๆอันมีผลกระทบมาถึงตัวประชาชนเอง การเข้าร่วมในกิจกรรมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมวางแผน และร่วมรับผลประโยชน์ กระบวนการดังกล่าวจะก่อให้เกิดการเรียนรู้ในการแก้ไขปัญหาร่วมกันซึ่งเป็นลักษณะหรือปัจจัยที่สำคัญจะขาดเสียไม่ได้ในองค์กรหรือชุมชนเข้มแข็ง

การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลในการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย อยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.45 (S = 0.41) เนื่องจากกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพจิตประกอบด้วยเครื่องสืบจ๊ะต่ำ ตัดตุง บายศรีสู่ขวัญ รีไซเคิล และรำไทเก๊ก เป็นกิจกรรมที่สะดวกและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวสามารถสอดแทรกกับกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ นอกจากกิจกรรมที่สร้างเสริมสุขภาพจิตแล้ว ยังมีกิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะอื่นๆ อีกด้วย โดยที่ทุกกิจกรรมจะมีผลต่อการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุทั้งสิ้น กล่าวคือ เมื่อผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มทำให้มีการเปลี่ยนแปลงและปรับบทบาทของตน ทำให้ลดความรู้สึกเหงา ความโดดเดี่ยว ความอ้างว้าง เกิดความรู้สึกมีคุณค่าและมีประโยชน์ต่อสังคม การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการเข้าร่วมกลุ่มและการปฏิบัติกิจกรรมสม่ำเสมอของสมาชิกกลุ่ม เป็นการสร้างพลังอำนาจในการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง (นิตยา ปัณฑวนันท์. 2545) นอกจากนี้การเข้ากิจกรรมกลุ่มทำให้มีการพัฒนาทักษะในด้านต่างๆ เช่น การพัฒนาทักษะทางด้านสังคม ทักษะการดำเนินชีวิต ทักษะการทำงานเป็นทีม การแก้ไขปัญหา การเผชิญภาวะอารมณ์ โดยเป้าหมายสูงสุดของการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะส่วนบุคคลอยู่ที่การสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้า นั่นเอง

การปรับเปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุขในการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย อยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.37 (S = 0.50) เนื่องจาก การดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพในส่วนของบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขนั้นมีการปรับแบบเชิงรับ เป็นเชิงรุกหรือเน้นการให้บริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคในสถานบริการ มาเป็นการทำงานเชิงรุก คือ เน้นการเข้าหาผู้สูงอายุมากขึ้น โดยการรุกเข้าทำงานในชุมชน ให้บริการข่าวสาร การสร้าง

เสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การให้สุขศึกษา ร่วมถึงการติดตามเยี่ยมบ้านด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการปฏิรูประบบสุขภาพที่เปลี่ยนจากระบบระบบตั้งรับเป็นระบบเชิงรุกเพื่อสร้างสุขภาพดี เป็นการสร้างสุขภาพดีที่ทุกคนและองค์กรในสังคมมีส่วนร่วมสร้างและต้องส่งเสริมให้คนไทยทุกคนมีพฤติกรรมสุขภาพและมีทักษะในการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่จะทำให้คนทั้งหมดมีสุขภาพดี (ประเวศ วะสี. 2543)

จากกิจกรรมดังกล่าวจึงนำไปสู่ความพึงพอใจสูงสุดของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมการทดลอง ซึ่งจะเห็นได้จากผลการประเมินระดับความพึงพอใจ คือ ความพึงพอใจของผู้ทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.62 (S = 0.30) และแยกตามประเด็นในการประเมินความพึงพอใจ คือ กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตแต่ละกิจกรรมเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.77 (S = 0.29) สถานที่ดำเนินกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.76 (S = 0.29) วิทยากรนำกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพจิต เพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.52 (S = 0.38) ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมแต่ละกิจกรรมมีความเหมาะสมกับกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุจังหวัดเชียงราย อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.56 (S = 0.50) ประโยชน์ที่ได้รับในการเข้าร่วมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุจังหวัดเชียงราย อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.62 (S = 0.49) และการนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุจังหวัดเชียงราย อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.53 (S = 0.50) เช่นกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 ผู้นำชุมชนแต่ละระดับ เช่น เทศบาล ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข บุคลากรสาธารณสุข เป็นต้น ควรให้ความสำคัญและมีความมุ่งมั่นในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพอย่างจริงจังและเชื่อมโยงนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพจิตระดับกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สถานบริการสุขภาพในชุมชน เพื่อมอบหมายหรือแต่งตั้งหรือจัดหาบุคลากรทำหน้าที่รับผิดชอบจัดโปรแกรมแก้ไขปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อสร้างเสริมให้เกิดการปฏิบัติงานที่สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างแท้จริง

1.2 ผู้นำชุมชนระดับต่างๆควรได้รับการพัฒนาศักยภาพในการจัดโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพจิตที่นำไปสู่การมีสุขภาพจิตที่ดีอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน และเป็นชุมชนต้นแบบในการปฏิบัติกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพจิต รวมไปถึงการดูแลสุขภาพ ตลอดจนความรับผิดชอบในด้านการให้ความรู้ด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตในผู้สูงอายุและการขับเคลื่อนกิจกรรมต่างๆ

1.3 การพัฒนาผู้นำชุมชนระดับต่างๆ ในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ ควรร่วมกันทั้งระดับผู้นำชุมชน คณะกรรมการต่างๆ ในชุมชน บุคลากรภาครัฐบาลและเอกชน

ที่เกี่ยวข้อง และครอบครัว โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชน เพื่อให้เกิดการร่วมกันคิด การร่วมกันทำ และการร่วมกันได้รับผลประโยชน์

1.4 ผู้รับผิดชอบจัดโปรแกรมแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ควรมีการจัดทำแผนงานการสร้างเสริมสุขภาพจิตที่ชัดเจน โดยกำหนดแนวทางปฏิบัติ และตัวชี้วัดทั้งในเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ

2. ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

การนำรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพไปประยุกต์ใช้เพื่อการสร้างเสริสุขภาพในกลุ่มอื่น ประกอบด้วย

2.1 การนำสร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพไปประยุกต์ใช้ องค์ประกอบ คือ ชุมชน ได้แก่ การสนับสนุนทรัพยากรที่มีในชุมชน เช่น บุคคลที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพ บุคคลที่ไม่เกี่ยวข้องกับทางด้านสุขภาพ ปราชญ์ชุมชน วัสดุ อุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น และการสนับสนุนการจัดการตนเองของชุมชน เพื่อนำไปสู่ ระบบสุขภาพ ได้แก่ นโยบายการสร้างเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัญหาชุมชน การสร้างเครือข่ายสุขภาพชุมชนทั้งองค์กรทางด้านสุขภาพและไม่ใช่ทางด้านสุขภาพ การติดต่อสื่อสารสองทางด้านสุขภาพที่เป็นปัญหาของชุมชน การบริหารจัดการของชุมชน ภายใต้วัฒนธรรมและประเพณีของชุมชน

2.2 การสร้างสัมพันธภาพในชุมชนโดยการเริ่มจากสัมพันธภาพกลุ่มในเครือญาติที่ใหญ่ที่สุดในชุมชนกระจายสู่กลุ่มเพื่อนสนิท และกลุ่มอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อการสร้างความเป็นนึ่งเดียวในกลุ่มชุมชน

2.3 การบริการเชิงรุกของสถานบริการสุขภาพในชุมชนโดยการให้สถานบริการสุขภาพของชุมชนมีบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค รักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพเพื่อสร้างองค์ความรู้และการจัดการความรู้สู่ผลลัพธ์ที่ดีและพึงประสงค์ต่อสุขภาพชุมชน

3. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.1 ควรมีการวิจัยติดตามผลต่อเนื่องเพื่อศึกษาความยั่งยืนของการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภายหลังจากที่ได้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุแล้ว

3.2 ควรทำการศึกษาการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชนร่วมกับทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่ชีวิต ครอบครัวและสังคมที่เป็นสุข

3.3 ควรใช้เทคนิคต่างๆในการวิจัยในชุมชน เช่น การประเมินสภาวะชนบทอย่างเร่งด่วน (RRA) การประเมินสภาวะชนบทอย่างมีส่วนร่วม (PRA) การวิจัยเชิงปฏิบัติปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) เป็นต้น ร่วมกับเครือข่ายสุขภาพชุมชนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพหรือการป้องกันโรคในกลุ่มเป้าหมายที่ป่วยหรือกลุ่มปกติ บนพื้นฐานของปัญหาอนามัยชุมชนแต่ละช่วงวัยเช่น วัยมารดาและทารก วัยก่อนวัยเรียน วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน วัยสูงอายุ หรือ ผู้พิการ เป็นต้น

3.4 ควรทำการวิจัยแบบเชิงปฏิบัติการ แบบมีส่วนร่วมของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพชุมชน เช่น กลุ่มครอบครัว กลุ่มผู้นำชุมชน กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มต่างๆ ในชุมชน เป็นต้น ในการสร้างเสริมสุขภาพหรือการป้องกันโรค บนพื้นฐานปัญหาอนามัยชุมชน

3.5 ควรนำรูปแบบการศึกษาในครั้งนี้ไปศึกษาเพิ่มเติมในแต่ละชุมชนที่มีบริบทแตกต่างกัน เช่น ชุมชนเมือง ชุมชนชนบท เป็นต้น เพื่อหาปัจจัยด้านอื่นๆ ที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จ หรือไม่สำเร็จต่อการสร้างเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2547). *การดูแลสุขภาพจิตครอบครัว: สำหรับแกนนำครอบครัว*. กรุงเทพฯ: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2550) *ดัชนีชี้วัดความสุขคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ* : ใหม่ ปี 2547.

กรมสุขภาพจิต. (2555). *สถานีอนามัยและฐานสุขภาพชุมชนระดับจังหวัดและส่วนกลาง กระทรวงสาธารณสุข: ฟื้นฟูความรู้ให้บริการคัดกรองโรคซึมเศร้าและพัฒนาโปรแกรมฐานข้อมูลด้านสุขภาพจิต*. เชียงราย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย.

กุลธิดา สุภาคุณ; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย; และ รังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2550). ผลของโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรมทางความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย*. 21(2): 77 – 89.

งานสุขภาพจิต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย. (2555). *รายงานการเฝ้าระวังพื้นที่เสี่ยงของโรคซึมเศร้า จังหวัดเชียงราย*. เชียงราย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

จิติมาวรรณ บำรงรส. (2552). *โปรแกรมการระลึกความหลังแบบทบทวนชีวิตต่อภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุในชุมชน*. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

จิราภา เต็งไตรรัตน์; และคณะ. (2550). *จิตวิทยาทั่วไป*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: สามลดา.

จุฑารัตน์ สถิรปัญญา. (2552). *สุขภาพจิต*. สงขลา: สำนักพิมพ์นำศิลป์โฆษณา.

----------. (2554). *สุขภาพจิต*. สงขลา: ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

เฉก ธนะสิริ. (2547). *ทำอย่างไรชีวิตจะยืนยาวและมีความสุข*. กรุงเทพฯ: อักษรสัมพันธ์.

ชนิดา ปโชติการ; ศัลยา คงสมบูรณ์เวช; และ อภิสิทธิ์ ฉัตรทนานนท์. (2550). *อาหารและสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: เสริมมิตร.

ชูศักดิ์ เวชแพศย์. (2532). *การปฏิบัติของผู้สูงอายุเพื่อให้มีอายุยืน*. กรุงเทพฯ: ศุภวนิชการพิมพ์.

ดรุณี บุญทาเลิศ; พวงเพ็ญ ชุณหปราณ; และ ศิริเกษม ศิริลักษณ์. (2551). ประสบการการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตดี. *วารสารพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. 24 – 25.

ถวัลย์รัฐ วรเทพพุฒิพงษ์. (2540). *การกำหนดและวิเคราะห์นโยบายสาธารณะ : ทฤษฎีและการประยุกต์ใช้*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์เสมาธรรม.

ทัศนีย์ ทองประทีบ. (2549). *จิตวิญญาณ : มิติหนึ่งของการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: บุญศรีการพิมพ์.

ธรณินทร์ กองศรีสุข. (2550). *โรคซึมเศร้า*. อุบลราชธานี: สิริธรรมออฟเซ็ท.

ธรณินทร์ กองสุข; และคณะ. (2551). ความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตกับการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มารับบริการของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 5 แห่งปี 2549. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไย*. 53: 61 – 8.

ธีระ ศิริอาชาวัฒนา. (2547). *สุขภาพดีดูแลด้วยตนเอง*. กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดยูเคชั่น.

นันทิกา ทวิชาชาติ; และคณะ. (2548). ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 53: 69 – 80.

บำเพ็ญ เขียวหวาน. (2551). *เทคนิคต่างๆ ในการวิจัยชุมชน.* นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมธิราช.

ประนอม รอดคำมี. (2538). *รูปแบบการพัฒนาระดับความสุขสมบูรณ์ของนิสิตนักศึกษา ในกรุงเทพมหานคร.* วิทยานิพนธ์ ค.ด. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.

ประนอม โอทกานนท์; และ สุวิณี วิวัฒน์วานิช. (2541). สภาพแวดล้อมทรัพยากรจำเป็นของการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทย. *รายงานวิจัยทุนรัชดาภิเษกสมโภช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประนอม โอทกานนท์; ชวนพิศ สินธุวราการ; และ ผ่องใส เจนศุภการ. (2543). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ. *วารสารพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. 25 – 30.

ประภากร ภูมิโคกรักษ์. (2550). *การให้การปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวพุทธธรรมในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าโรงพยาบาลดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร.* ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ประเวช วะสี. (2550). *การปฏิวัติเงียบ : การปฏิรูประบบสุขภาพ.* พิมพ์ครั้งที่ 2. หมอชาวบ้าน. 24: 285 – 288.

ปาริชาติ ค้ำชู้. (2551). *ผลการใช้โปรแกรมกิจกรรมกลุ่มนันทการต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จังหวัดภูเก็ต.* ภูเก็ต: มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต.

พงษ์เทพ สุธีรวุฒิ. (2550). สุขภาวะทางจิตวิญญาณจะชี้ชัดกันอย่างไร. *สานพลังปฏิรูประบบสุขภาพ*.

พงษ์ศักดิ์ น้อยพยัคฆ์. (2547). *สุดยอดสารอาหาร.* กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดยูเคชั่น.

พรทิพย์ อนันตกุล. (2544). *ผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาต่อความเครียดของมารดาผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.

พรเทพ ศิริวนารังสรรค์; และคณะ. (2547). ความชุกของโรคจิตเวชในประเทศไทยการสำรวจระดับชาติปี 2546. *วารสารสุขภาพจิตแห่งระเทศไทย*. 12(3): 177 – 188.

พักตร์พิไล ทวีสิน. (2547). *สมดุลแห่งชีวิตเพื่อสุขภาพและความงาม.* กรุงเทพฯ: อมรินทร์ บุ๊ค เซ็นเตอร์.

พัฒน์ ลักษมีจรัลกุล. (2546). *กระบวนการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เจริญดีการพิมพ์.

พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2553). จิตบำบัดของโรคซึมเศร้า. ใน อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย; พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. *การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า*. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.

----------. (2549). จิตบำบัดสัมพันธ์ระหว่างบุคคล : ทางเลือกใหม่ของการบำบัดโรคซึมเศร้า. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 51: 117 – 31.

พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย; นันทิกา ทวิชาชาติ; และ สมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์. (2551). ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลกับโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไทย : การศึกษาโดยมีกลุ่มควบคุมจับคู่. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 53: 117 – 31.

ไพบูลย์ เกียรติติโกมล; และ ณัฏฐพันธ์ เขจรนันทน์. (2551). *ระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการ*. กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดยูเคชัน.

ภัทรา เสงี่ยมในเมือง; และคณะ. (2553). *ภาวะซึมเศราของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลหัวทะเล อำเภอเมืองนครราชสีมา*. นครราชสีมา: วิทยาลัยบรมราชชนนีนครราชสีมา.

มงคล ศริวัฒน์.(2554).*กระชับกาย สลายไขมันด้วยไทเก๊ก*.กรุงเทพมหานครฯ:บีเวลล์สปีเชียล จำกัด.

มาโนช หล่อตระกูล; และ ธรณินทร์ กองสุข. (2551). ความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ความเครียดใน ชีวิตกับการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มารับบริการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 5 แห่ง ปี 2549. *วารสารสมคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 53: 61 – 8.

มาโนช หล่อตระกูล; และ ปราโมทย์ สุคนิชย์. (2548). *จิตเวชศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สวิชาญการพิมพ์.

เมืองทอง แขมมณี. (2001). เครือข่ายและกิจกรรมเครือข่าย. ใน ประนอม โอทกานนท์; และคณะ (2552). *รายงานการดำเนินการในโครงการ : การพัฒนาศักยภาพการจัดการความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพของแกนนำเครือข่ายพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศรว (ระยะที่ 1)*. เอกสารเย็บเล่ม.

รณชัย คงสกนธ์. (2547). *ปัจจัยเสี่ยงของโรคซึมเศร้าในการทบทวนความรู้ปัจจัยเสี่ยงของ โรคทางจิตเวช*. กรุงเทพฯ: บียอนด์ พับบลิสชิง.

วารุณี ภูวสรกุล. (2550). การเจริญเติบโต พัฒนาการ และวุฒิภาวะ. ใน จิราภา เต็งไตรรัตน์ (บรรณาธิการ), *จิตวิทยาทั่วไป*. กรุงเทพฯ: สามลดา.

ศรีวิไล โมกขาว. (2554). ผลของโปรแกรมการบำบัดพฤติกรรมทางความคิดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารสภาการพยาบาล*. 26(2): 126 – 136.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2553). *บูรณาการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เจปริ้นท์.

ศันสนีย์ ตันติวิท. (2550). พื้นฐานทางชีววิทยากับพฤติกรรม. ใน จิรภา เต็งไตรรัตน์. *จิตวิทยาทั่วไป*. กรุงเทพฯ: สามลดา.

ศิริพร จิรวัฒน์กุล; และคณะ. (2549). *การพัฒนากลวิธี และเทคโนโลยีส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง*. ศิริธรรมอฟเซ็น.

ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2549). *การพยาบาลผู้ใหญ่*. กรุงเทพมฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกร์มหาวิทยาลัย.

สกุณา บุญนรากร. (2552). *การสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมทุกช่วงชีวิต*. สงขลา: เทมการพิมพ์.

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. (2550). *จากเศรษฐกิจพอเพียงสู่สุขภาพพอพียง*. กรุงเทพฯ: สหมิตรพริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2550). *มาตรฐานการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สมคิด ตรีภาคี. (2545). *ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช.* วิทยานิพนธ์ มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.

สมจิต หนุเจริญกุลว วัลลา ตันตโยทัยว และ รวมพร คงกำเนิด (บรรณาธิการ). (2543). *การส่งเสริมสุขภาพ : แนวคิด ทฤษฎี และการปฏิบัติการพยาบาล.* นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.

สมนึก กุลสถิตพร. (2549). *กายภาพบำบัดในผู้สูงอายุ.* พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: พิมพลักษณ์.

สมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี. (2551). *การปฏิบัติสมาธิเพื่อสุขภาพ.* กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.

สรยุทธ วาสิกนานนท์. (2547). *ระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชใน ประเทศไทย.* สงขลา: ลิมบราเดอร์การพิมพ์.

สัมพันธ์ มณีรัตน์; และ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2547). ผลของการสร้างพลังอำนาจและการใช้สัมพันธภาพบำบัดต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต สมคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย*. 18(1): 85 – 94.

สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล. (2550). *ประชากรคาดประมาณกลางปี.* นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.

สาริณี โต๊ะทอง; และ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2549). ผลของโปรแกรมให้คำปรึกษาครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. 20(1): 47 – 59.

สำนักคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2538). *การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2533 – 2563.* กรุงเทพฯ: กองวางแผนทรัพยากรมนุษย์.

สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *ฟื้นฟูความรู้ให้บริการคัดกรองโรคซึมเศร้าและพัฒนาโปรแกรมฐานข้อมูลด้านสุขภาพจิต.* เชียงราย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *10 อันดับแรกของสาเหตุการตาย.* เชียงราย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย.

สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. (2552). *นโยบายและแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2.* สืบค้นเมื่อ 27 ธันวาคม 2555, จาก http://www.oppo.opp.go.th/pages/law/law_06.html.

สิริอร วิชชาวุธ. (2550). *จิตวิทยาทั่วไป.* พิมพ์ครั้งที่ 5. ใน จิราภา เต็งไตรรัตน์ (บรรณาธิการ). กรุงเทพฯ: สามลดา.

สุกัญญา สุขวรรณโณ; สุชาดา รัชชุกุล; และ ประนอม โอทกานนท์. (2551). *การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี : กรณีศึกษาตำบลนครไทย จังหวัดพิษณุโลก.* วารสารพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 21 – 32.

สุจิตรา กฤติยาวรรณ. (2548). *การพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษารายบุคคลโดยใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในนักศึกษาพยาบาลที่มีภาวะซึมเศร้า.* วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.

สุนทรี ตันตระรุ่งโรจน์. (2552). *อยู่ดีมีสุข.* กรุงเทพฯ: สามลดา.

สุพักตร์ พิบูลย์. (2550). *การวิจัยและพัฒนา.* นนทบุรี: พิมพ์ที่จตุพรดีไซด์.

สุรีย์ กาญจนวงศ์. (2553). *จิตวิทยาสุขภาพ.* นครปฐม: โรงพิมพ์มูลนิธิมหามกุฎราชวิทยาลัย.

อรพรรณ ทองแตง. (ม.ป.ป.). *มารู้จักภาวะซึมเศร้ากันเถอะ.* สืบค้นเมื่อ 5 กุมภาพันธ์ 2556, จาก http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9510000024322.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย; และ พีรพนธ์ ลือบุญธวัสชัย. (2553). *การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า.* กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2553). สาเหตุทางจิตสังคมของโรคซึมเศร้า. ใน อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย; พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. *การบำบัดรักษาทางจิตสำหรับโรคซึมเศร้า.* หน้า 29 – 51. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.

อรพรรณ ลือบุญธวัสชัย; รังสิมันต์ สุนทรไชยา; และ พีรพนธ์ ลือบุญธวัสชัย. (2552). *รูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมโดยพยาบาลจิตเวชสำหรับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในเขตกรุงเทพมหานคร.* กรุงเทพฯ: งานวิจัยกองทุนรัชดาภิเษกสมโภช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อัมพร โอตระกูล. (2538). *สุขภาพจิต.* กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์.

อุทัย บุญประเสริฐ. (2546). *หลักการบริหารแบบใช้โรงเรียนเป็นฐาน.* กรุงเทพฯ: คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อุทัยวรรณ สุกิมามิล. (2548). *การบริการปฐมภูมิ.* กรุงเทพฯ: สร้างสื่อ.

Akiskal, HS. (1995). Mood Disorders : Historical Introduction and Conceptual Overview. In: Sadock, BJ.; Sadock, VA.; Kaplan; & eds. Sadock. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*.

Aller, L.J.; & Coeling, H.V.E. (1995). Quality of Life : Its Meaning to the Long-term Care Resident. *Journal of Gerontological Nursing*. pp. 20 – 25.

American Phychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* Washington, D.C: American American Phychiatric Association.

Aryl, D.; et al. (2008). Putting Evidence Into Practice : Intervention for Depression. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 12: 131 – 140.

Blazer, DG. (2000). Mood Disorders : Epidemiology. In: Sadock, BJ.; Sadock, VA., eds. Kaplan; & Sadock. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*.

Clark, C.C. (1998). Wellness Self – care by Health Older Adults. *Journal of Nursing Scholarship.* pp. 351 – 355.

Ebersole, P.; & Hess, P. (1998). *Toward Healthy Aging*. St.. Louis: Mosby Elsevier.

Gabbard, Go. (2000). Affective Disorders. In: Gabbard Go, ed. Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. 3rd ed. *American Psychiatric Press*. 203 – 31.

Guse, L.W. (2010). Assessment of the Older Adults. In Mauk, K.L. (ed). *Gerontological Nursing : Competencies for Care.* Boston: Jones and Bartlett Publishers.

Hardin, S.R. (2010). Promoting Quality of Life. In Mauk, K.L. (ed). *Gerontological Nursing : Competencies for Care.* Boston: Jones and Bartlett Publishers.

Harkreader, H.; Hogan, M.A.; & Thobaben, M. (2007). *Fundamentals of Nursing*. 3rd ed. St. Louis: Saunder Elsevier.

Jahnke, R.A.; Larkey, L.K.; & Rogers, Carol. (2010). Dissemination and Benefits of a Replicable Tai Chi and Qigong Program for Older Adults. *Geriatric Nursing*. pp. 272 – 280.

Jensen, L.; & Allen, M. (1993). Wellness : The Dialectic of Illness. *Journal of Nursing Scholarship*. 25(3): 220.

Jett, Kathleen. (2008). Theories of Aging. In Ebersole, P.; et al. *Toward Healthy Aging.* 7th ed. Mosby: Elsevier.

Kaiser, Fran E. (2007). Sexuality. In Duthie, E.H.; et al. *Practice of Geriatrics.* Philadelphia: Saunder Elsevier.

Kampman, Keizersers Hoogdium; & Verbraak. (2004). Cognitive-Behavioral Therapy for Obsessive Compulsive Disorder Psychosocial Nursing and Mental Health Services. pp.44-50

Karper, W.B.; & Boschen, W.B. (1993). Effects of Exercise on Acute Respiratory Tract Infections and Related Symptoms. *Geriatric Nursing*. 14(1): 15 – 18.

Keeves, P.J. (1988). *Educational Research Methodology and Measurement : An International Handbook*. Oxford, England: Pergamum Press. pp. 561 – 565.

Kendler, KS.; Kessler, RC.; Walters, EE.; Maclean, C.; Neale, MC.; & Health, AC.; el at. (1995). Stressful Life Events, Genetic Liability, and the Onset of an Episode of Major Depression in Women. *Am J Psychiatry*. 152: 883 – 42.

Laferrier, R.H.; Hamel-Bissell; & Brenda, P. (1994). Successful Aging of Oldest Old Woment in the Northeast Kingdom of Vermont. *Journal of Nursing Scholarship*. 319 – 323.

Luckman, J.; & Sorensen, K.C. (1998). *Medical-surgical Nursing : A Psychophysiology, Approach.* Philadelphia: W.B. Saunders.

McFarlane, W.R.; Dixon, L.; & Lucksted, A. (2003). Family Psychoeducation an Schizophrenia : A Review of the Literature. *Journal of Marital and Family Therapy*. 26: 223 – 245.

Othaganont, P. (2001). Evaluation of the Thai-Lao Collaborating Nursing Man-power Development Project Using the Context Input Process Model. *Nursing and Health Science*. 63 – 68.

Othaganont, P.; Sinthuvorakan, C.; & Jensupakarn, P. (2002). Daily Living Practice of the Life Satisfied Thai Elderly. *Journal of Transcultural Nursing*. 24 – 28.

Pender, N.J.; et al. (2002). *Health Promotion in Nursing Practice*. 4th ed. New Jersey: Pearson Education.

Rambod, Maasoumeh. (2010). Perceived Social Support and Quality of Life in Iranian Hemodialysis Patients. *Journal of Nursing Science*.

Rihmer, Z.; Angst, J. (2005). Mood Disorders : Epidemiology. In: Sadock, BJ.; Sadock, VA. eds. Kaplan; & Sadock, *Comprehensive Textbook of Psychiatry*.

Sadock, BJ.; Sadock, VA. (2003). Mood Disorders. In: *Kaplan & Sadock Synopsis of Psychiatry : Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry.* 9th ed. 527 – 78.

Sadock, & Sadock. (2003). *Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences / Clinical Psychiatry Psychiatry.* 10th ed. Philadelphai: Lippincott Williams & Wilkins.

Schmerzler, A.; & Walsh, J. (1999). *Nursing of Management of Individuals with Disabilities*. Philadelphai: Lippincott Williams & Wilkins.

Smeltzer, S.; et al. (2008). *Textbook of Medical-surgical Nursing.* 7th ed. Philadelphai: Lippincott Williams & Wilkins.

Song, Biegel; & Milligan. (2005). *ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช*.

Steiner, E. (1988). *Methodology of Theory Construction*. Sydney: Educology Research Associates.

Touhy, T.A. (2008). Health and Wellness. In Ebersole, P.; et al. (eds). *Toward Healthy Aging.* 7th ed. pp. 45 – 47. Mosby: Elsevier.

Trice, L.B. (1990). Meaningful Life Experience to the Elderly. *Journal of Nursing Scholarship* 248 – 251.

Udomrat, P. (2000). Depression Disorder. In: Udomrat, P.; et al. *Epidemiology of Mental Health Problems and Psychiatric Disorders in Thailand.* Songkhla: Limbrother Press.

Wade, L.; & Water, K. (1996). A Textbook of Gerontological Nursing : Perspective on Practice. London: Bailliere Tindall. *Journal of Nursing Scholarship.* 252.

Wagnild, Gail; & Young, Heather M. (1990). *Resilience Among Older Women*.

World Health Organization Collaborating. (n.d.). Major Depression. In Management of Mental Disorders. *Treatment Protocol Project*.

World Health Report. (2001). *Introduction.* สืบค้นเมื่อ 30 มกราคม 2556, จาก http://www.who.int/whr/2001.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แผนการสอนเรื่องที่

- **เครื่องสืบชะตาและทำตุง**
- **การทำบายศรีสู่ขวัญ**
- **การออกกำลังกายแบบไทก๊ก**
- **การรีไซเคิล**

แผนการสอนเรื่องที่ 1

เรื่อง: เครื่องสืบชะตาและทำตุง
วัน เดือน ปี: 4 สัปดาห์
ผู้ให้ความรู้: พ่อหนานจรูญ สันติ และ แม่มอมคำ ร่วมชาติ
กลุ่มเป้าหมาย: ผู้สูงอายุที่มีโรคซึมเศร้าระดับน้อยและปานกลาง
สถานที่ให้ความรู้: ศาลาหมู่บ้าน ตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย
แนวคิด: การทำเครื่องสืบชะตาหลวงเป็นการเตรียมความพร้อมของเครื่องเซ่นไหว้ก่อนทำพิธีกรรมทางศาสนาของจังหวัดเชียงราย ตามความเชื่อตั้งแต่ยุคโบราณที่สืบทอดกันมาจนกลายเป็นวัฒนธรรมแบบล้านนาเพื่อให้เกิดความสบายใจ

ตาราง 16 เครื่องสืบชะตาและทำตุง

จุดประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อเรื่อง	กิจกรรม	สื่อการสอน	วิธีการประเมินผล
1. เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยและปานกลางมีระดับอาการของโรคซึมเศร้าลดลง 2. เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยและปานกลางมีดัชนีวามสุขเพิ่มขึ้น	**1. การตัดช่อน้อย** จำนวน 108 ช่อ (จ่อ) เพื่อบูชาคนของพระพุทธเจ้า จำนวน 56 องค์ บูชาพระธรรม จำนวน 36 รูป และบูชาพระสงค์ จำนวน 14 รูป **2. การตัดตุงน้อย** จำนวน 108 ช่อ(จ่อ)เพื่อบูชาคนของพระพุทธเจ้า จำนวน 56 องค์ บูชาพระธรรม จำนวน 36 รูป และบูชาพระสงค์ จำนวน 14 รูป **3. การตัดตุงหลวง** จำนวน 3 ช่อ (จ่อ) เพื่อบูชาคนของพระพุทธเจ้า บูชาพระธรรม และบูชาพระสงค์ **4. หมากกำปูใบ** มัดด้วยสายสิน (ฝ้าย9เส้น) จำนวน 108 อัน โดยแบ่งออกเป็น 3 ขาๆ ละ 36 อัน	**ขั้นนำ** - ครูผู้สอนทักทายผู้สูงอายุและแนะนำตัวเอง - ครูผู้สอนนำเข้าสู่เนื้อหา โดยการให้ดูรูปสืบชะตาและตุง - ครูผู้สอนแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการทำเครื่องสืบชะตา - ครูผู้สอนเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุซักถาม	1. ครูผู้สอน 2. ตัวแบบ 3. วัสดุ อุปกรณ์ที่จัดทำเครื่องสืบชะตาและทำตุง	- แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q - แบบวัดความสุข

ตาราง 16 (ต่อ)

จุดประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อเรื่อง	กิจกรรม	สื่อการสอน	วิธีการประเมินผล
	5. เมี้ยง ห่อด้วยใบตองจำนวน 108 อัน โดยแบ่งออกเป็น 3 ขาๆ ละ 36 อัน **6. บุหรี่** ห่อด้วยกระดาษขาวล้วนใส่ยาเส้น จำนวน 108 อัน โดยแบ่งออกเป็น 3 ขาๆ ละ 36 อัน **7. รวดเงิน รวดทอง** อย่างละ 1 พวงละๆ 108 ชิ้น **8. ดอกไม้**ประดับเพื่อความสวยงาม นิยมใช้ดอกไม้ที่มีชื่อเป็นศิริมงคล เช่น ดอกดาวเรือง ดอกแก้ว ดอกกุศล เป็นต้น โดยนำไปใส่ในกรวย (สวย) 3 ขาๆ ละ 15 กรวย **9. ไม้ง่าม** เล่มใหญ่ จำนวน 3 เล่ม สำหรับสร้างเป็นสามเหลี่ยม **10. สะพานไม้ (ขัว)** จำนวน 2 อัน ไว้สำหรับข้ามไปหาสิ่งที่ดีงามหลังจากที่ทำพิธีกรรมแล้ว **11. ไม้ง่ามเล็ก** จำนวน 108 อัน โดยแบ่งออกเป็น 3 มัดๆ ละ 36 อัน **12. ต้นอ้อ** บอกทราย จำนวน 21 อัน หมายถึงพระคุณพ่อ และบอกน้ำ จำนวน 12 อัน หมายถึง พระคุณของแม่ **13. ครัวเรือน** หม้อน้ำดิน 1 หม้อ กระบวย 1 อันเสื่อ 1 ผืน (สาด) หมอน 1 ใบ **14. ต้นไม้** ต้นอ้อย(หน่ออ้อย)ต้นกล้วย (หน่อกล้วย) ต้นมะพร้าวเล็ก ต้นหมาก อย่างละ 1 ต้น	**ขั้นสอน** ครูผู้สอนเริ่มสอนการทำและจัดเตรียมวัสดุ อุปกรณ์ พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุซักถามพร้อมสรุปแต่ละหัวข้อ ดังนี้ 1. การตัดช่อน้อย 2. การตัดตุงน้อย 3. การตัดตุงหลวง 4. การทำหมากกำปูใบ 5. การทำเมี่ยง 6. การทำบุหรี่		

ตาราง 16 (ต่อ)

จุดประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อเรื่อง	กิจกรรม	สื่อการสอน	วิธีการประเมินผล
	15. ผลไม้ ลูกมะพร้าว 1 แขนง กล้วยน้ำว้า 1 เครือ **16.เทียนไข** (เทียนขี้ผึ้ง) พันด้วยสายสิน (ด้าย) 9 เส้นเทียน 108 และธูป 108 ดอก	7. การทำรวดเงินรวดทอง 8. การเตรียมดอกไม้ 9. การเตรียมไม้ง่าม 10. การเตรียมสะพานไม้ (ขัว) 11. การเตรียมไม้ง่ามเล็ก 12. การเตรียมต้นอ้อ 13. การเตรียมครัวเรือน 14. การเตรียมต้นไม้ 15. การเตรียมผลไม้ 16. การเตรียมเทียนไข - แบ่งกลุ่มออก 5 กลุ่ม เพื่อจัดทำเครื่องสืบชะตาและทำตุง - ประเมินความถูกต้องของการจัดทำเครื่องสืบชะตาและทำตุง **ขั้นสรุป** - ครูผู้สอนทบทวนเนื้อหาที่สอนผู้สูงอายุโดยการประเมินจากการสอบถามและตอบคำถาม - ครูผู้สอนสรุปการสอนการเตรียมเครื่องสืบชะตา ทำตุงทั้งหมด		

แผนการสอนเรื่องที่ 2

เรื่อง: การทำบายศรีสู่ขวัญ
วัน เดือน ปี: 4 สัปดาห์
ผู้ให้ความรู้: แม่สุพิน สักเทวิน
กลุ่มเป้าหมาย: ผู้สูงอายุที่มีโรคซึมเศร้าระดับน้อยและปานกลาง
สถานที่ให้ความรู้: ศาลาหมู่บ้าน ตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย
แนวคิด: การทำบายศรีสู่ขวัญเป็นการเตรียมเพื่อนำไปประกอบพิธีกรรมทางศาสนาตามความเชื่อทางวัฒนธรรมเช่น การไหว้ผีครู ผีบ้าน ผีเรือน ศาลพระภูมิ งานแต่ง งานบุญ เป็นต้น ของตำบลรอบเวียงประกอบด้วยการทำบายศรีสู่ขวัญแบบปากชามและบายศรีสู่ขวัญใหญ่

ตาราง 17 การทำบายศรีสู่ขวัญ

จุดประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อเรื่อง	กิจกรรม	สื่อการสอน	วิธีการประเมินผล
1. เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยและปานกลางมีระดับอาการของโรคซึมเศร้าลดลง 2. เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยและปานกลางมีดัชนีวามสุขเพิ่มขึ้น	1. การเตรียมใบตอง โดยการฉีกใบตองออกเป็น 3 ประเภท คือ ยาว สุด กลาง และสั้น 2. การพันใบตองเพื่อทำเป็นช่อ ตามขนาดความต้องการ เช่น ช่อ 19,29 หรือ 39	**ขั้นนำ** - ครูผู้สอนทักทายผู้สูงอายุและแนะนำตัวเอง - ครูผู้สอนนำเข้าสู่เนื้อหา โดยการให้ดูรูปบายศรีสู่ขวัญ - ครูผู้สอนแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการทำบายศรีสู่ขวัญ - ครูผู้สอนเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุซักถาม	1. ครูผู้สอน 2. ตัวแบบ 3. วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำบายศรีสู่ขวัญ	- แบบประเมินโรคซึมเศร้า9Q - แบบวัดความสุข

ตาราง 17 (ต่อ)

จุดประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อเรื่อง	กิจกรรม	สื่อการสอน	วิธีการประเมินผล
	3. การประดับ ตกแต่งด้วยมาลัยอุบะ (มาลัยตุ้ม) 4/6 ตุ้ม ประดับด้วยดอกไม้ เช่น ดอกพุทธ ดอกดาวเรือง เป็นต้น	**ขั้นสอน** ครูผู้สอนเริ่มสอนการทำและจัดเตรียมวัสดุ อุปกรณ์ พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุ หัวข้อ ดังนี้ 1. การเตรียมใบตอง 2. การพันใบตอง 3. การประดับ ตกแต่งด้วยมาลัยอุบะและดอกไม้ - แบ่งกลุ่มออก 5 กลุ่ม เพื่อจัดทำบายศรีสู่ขวัญ - ประเมินความถูกต้องของการจัดทำบายศรีสู่ขวัญ **ขั้นสรุป** - ครูผู้สอนทบทวนเนื้อหาที่สอนผู้สูงอายุโดยการประเมินจากการสอบถามและตอบคำถาม - ครูผู้สอนสรุปการสอนการทำบายศรีสู่ขวัญซักถามพร้อมสรุปแต่ละ		

แผนการสอนเรื่องที่ 3

เรื่อง: การออกกำลังกายแบบไทก๊ก

วัน เดือน ปี: 12 สัปดาห์

ผู้ให้ความรู้:

กลุ่มเป้าหมาย: ผู้สูงอายุที่มีโรคซึมเศร้าระดับน้อยและปานกลาง

สถานที่ให้ความรู้: ศาลาหมู่บ้าน ตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

แนวคิด: ไท้เก๊กลมปราณ 18 ท่า เป็นการออกกำลังกาย ที่ช้า มีกระบวนท่านิ่มนวล สวยงาม อาศัยจิตนำลมปราณ กายและใจประสานรวมเป็นหนึ่งเดียว เกิดสมาธิที่มั่นคง เคล้าไปกับเสียงดนตรีที่ไพเราะและผ่อนคลายทำให้มีความสุข และเพลิดเพลินไปกับกระบวนท่าต่างๆ ขณะร่ายรำการรำมวยไท้เก๊ก ลมปราณ 18 ท่า

ตาราง 18 การออกกำลังกายแบบไทก๊ก

จุดประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อเรื่อง	กิจกรรม	สื่อการสอน	วิธีการประเมินผล
1. เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยและปานกลางมีระดับอาการของโรคซึมเศร้าลดลง	ไท้เก๊กลมปราณ 18 ท่า เป็นการออกกำลังกายที่ช้า มีกระบวนท่านิ่มนวลสวยงาม อาศัยจิตนำลมปราณ กายและใจประสานรวมเป็นหนึ่งเดียว เกิดสมาธิที่มั่นคง เคล้าไปกับเสียงดนตรีที่ไพเราะและผ่อนคลายทำให้มีความสุข และเพลิดเพลินไปกับกระบวนท่าต่างๆ ขณะร่ายรำการรำมวยไท้เก๊ก ลมปราณ 18 ท่า มี**จุดเด่น**ที่ ฝึกง่าย กระบวนท่าไม่ยุ่งยากซับซ้อน การเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกาย	**ขั้นนำ** - ครูผู้สอนทักทายผู้สูงอายุและแนะนำตัวเอง - ครูผู้สอนนำเข้าสู่เนื้อหา โดยการให้ดู VDO ไทเก๊ก - ครูผู้สอนแลกเปลี่ยนความคิดเห็น	1. ผู้นำแบบไทเก๊ก	- แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q - แบบวัดความสุข

ตาราง 18 (ต่อ)

จุดประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อเรื่อง	กิจกรรม	สื่อการสอน	วิธีการประเมินผล
2. เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยและปานกลางมีดัชนีวามสุขเพิ่มขึ้น	นุ่มนวลและช้า จึงมีความปลอดภัย เมื่อฝึกฝนจนเกิดความชำนาญจะช่วยพัฒนาสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ ให้มีสุขภาพจิตที่ดี ร่างกายแข็งแรง ช่วยเสริมสร้างระบบภูมิคุ้มกัน ช่วยป้องกันโรคและบำบัดโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ เสริมสร้างระบบสมอง และความจำ ระบบไขข้อและระบบกล้ามเนื้อต่าง ๆ ของร่างกายได้รับการบริหาร จึงเหมาะกับคนทั่วไป ทุกเพศทุกวัย จนถึงผู้สูงอายุ **หลักของไท้เก๊ก** การรำไท้เก๊กเป็นการประสานกายและจิตเข้าด้วยกัน เน้นการปรับกาย ปรับจิต และปรับลมปราณ ผู้ที่ฝึกจะต้องมีสมาธิในการรำ มีการกำหนดสายตาตามท่าทางตลอดตั้งแต่ต้นจนจบการฝึกเน้นความอ่อน เบา ช้า ต่อเนื่อง อาศัยจิตและสมาธิในการควบคุมพลังและกระบวนท่า เน้นลีลาที่มีลักษณะผ่อนคลาย การฝึกอาศัยความเบา ช้า กลม และสม่ำเสมอ เรียงร้อยกันเป็นกระบวนท่า การเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย มีความต่อเนื่องและมีชีวิตชีวา สม่ำเสมอ ตลอดเวลา กล้ามเนื้อทุกส่วน ไม่เกร็งปล่อยให้เป็นตามธรรมชาติร่างกายรู้สึกผ่อนคลาย ไม่ยกไหล่ แอ่นอก หลังงอ พุงยื่น ก้นงอน ร่างกายส่วนบนเบาคล่องแคล่ว ร่างกายส่วนล่างหนักแน่น ขณะเคลื่อนไหวใช้สะเอวเป็นแกนการเคลื่อนไหวนิ่มนวล	การออกกำลังกายแบบไทเก๊ก - ครูผู้สอนเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุซักถาม **ขั้นสอน** ครูผู้สอนเริ่มสอนแต่กระบวนการท่าและประโยชน์ของแต่ละท่าแก่กลุ่มผู้สูงอายุแต่ละท่า 18 ท่า **ขั้นสรุป** - ครูผู้สอนทบทวนเนื้อหาที่สอนผู้สูงอายุโดยการประเมินจากการสอบถามและตอบคำถาม - ครูผู้สอนสรุปการสอนแต่ท่าของไท้เก๊ก		

ตาราง 18 (ต่อ)

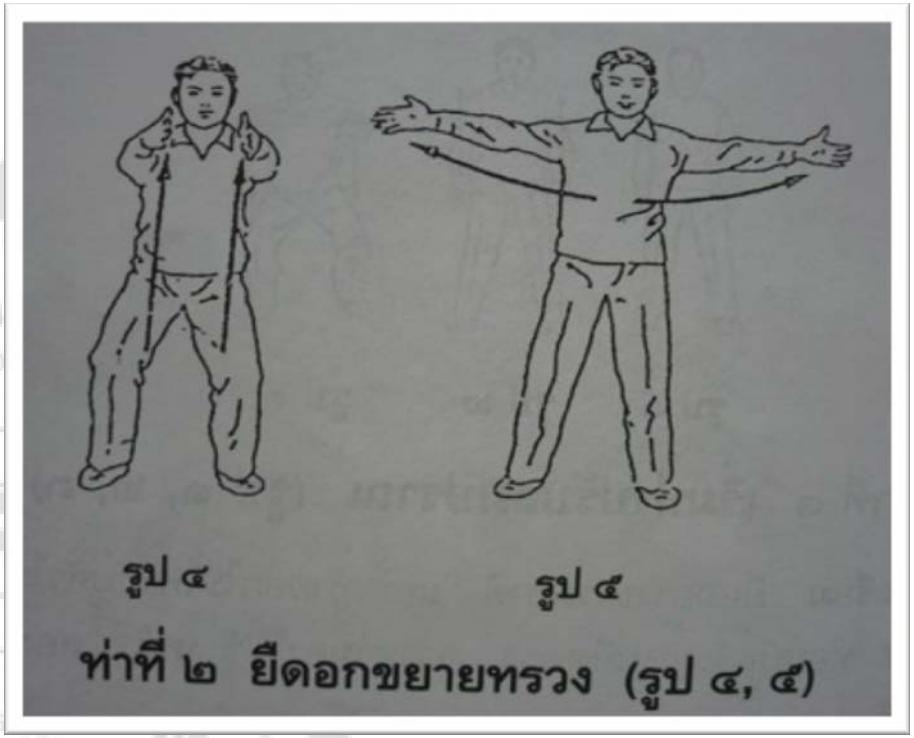
จุดประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อเรื่อง	กิจกรรม	สื่อการสอน	วิธีการประเมินผล
	การรำไท้เก๊กจะช่วยในการฝึกฝน พลังภายในฝึกควบคุมลมปราณและจิตใจ ใช้จิตนำการเคลื่อนไหวของร่างกาย ไม่มุ่งเน้นการใช้แรง ทุกส่วนของร่างกายเกิดการเคลื่อนไหวทั้งภายนอกและภายใน เลือดลมหมุนเวียนไปทั่วร่างกาย **การเตรียมความพร้อม** ควรสวมเสื้อผ้าที่สบาย ไม่รัดรูปโดยทั่วไปเป็นเสื้อยืด กางเกงวอร์ม รองเท้ากีฬา ควรสวมถุงเท้า เพราะจะช่วยรับน้ำหนักและความยืดหยุ่น ก่อนร่ายรำ ควรบริหารร่างกาย โดยวอร์มร่างกายเบาๆ หรือยืดเส้น ยืดสาย ให้ร่างกายมีความยืดหยุ่น คล่องตัว **สถานที่ฝึก** สถานที่เล่น ควรปลอดโปร่ง มีอากาศถ่ายเทดีมีอากาศที่บริสุทธิ์ จะอยู่ในอาคารหรือกลางแจ้งก็ได้แต่ไม่ควรจะร้อนจนเกินไป ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอทุกวันหรืออย่างน้อย 3 – 5 ครั้งต่อสัปดาห์อย่างน้อยครั้งละประมาณ 30 นาที **ประโยชน์** ไท้เก๊กลมปราณ 18 ท่า ช่วยให้ร่างกายเกิดความสมดุลในทุกด้าน ช่วยเพิ่มสมรรถภาพของขาและเข่าให้แข็งแรง ป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น และไขข้อได้รับการบริหาร ร่างกาย			

ตาราง 18 (ต่อ)

จุดประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อเรื่อง	กิจกรรม	สื่อการสอน	วิธีการประเมินผล
	ได้รับการผ่อนคลายตามธรรมชาติช่วยปรับเลือดลมให้สมดุล ทำให้รู้สึก กระปรี้กระเปร่ามีชีวิตชีวาช่วยเสริมสร้างระบบภูมิคุ้มกัน ช่วยป้องกันโรคและช่วยรักษาโรคเรื้อรังได้หลายชนิด เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง ไขข้ออักเสบ วัณโรค หืดหอบ โรคประสาท ปวดหลัง ปวดเอว ท้องผูก โรคกระเพาะลำไส้ ตับอักเสบเรื้อรัง ฯลฯ ระบบภูมิคุ้มกันช่วยป้องกันโรคและช่วยรักษาโรคเรื้อรังได้หลายชนิด เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง ไขข้ออักเสบ วัณโรค หืดหอบ โรคประสาท ปวดหลัง ปวดเอว ท้องผูก โรคกระเพาะลำไส้ ตับอักเสบเรื้อรัง ฯลฯ			



ภาพประกอบ 9 ท่าที่ 1 ปรับลมปราณ
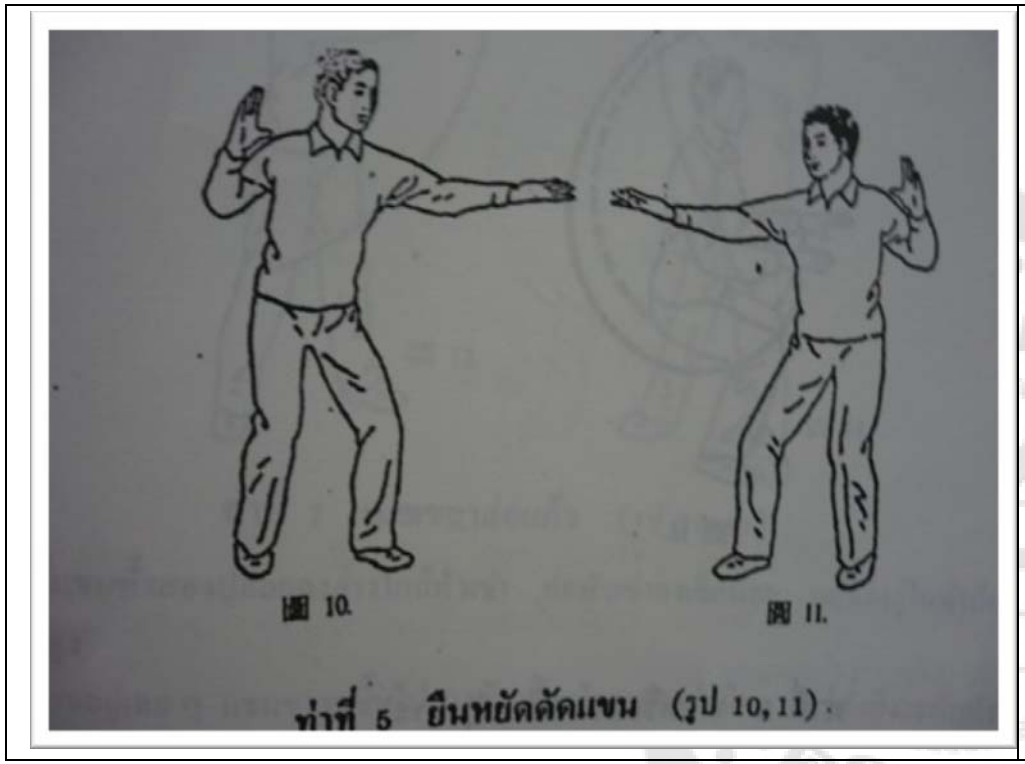


ภาพประกอบ 10 ท่าที่ 2 ยืดอกขยายทรวง



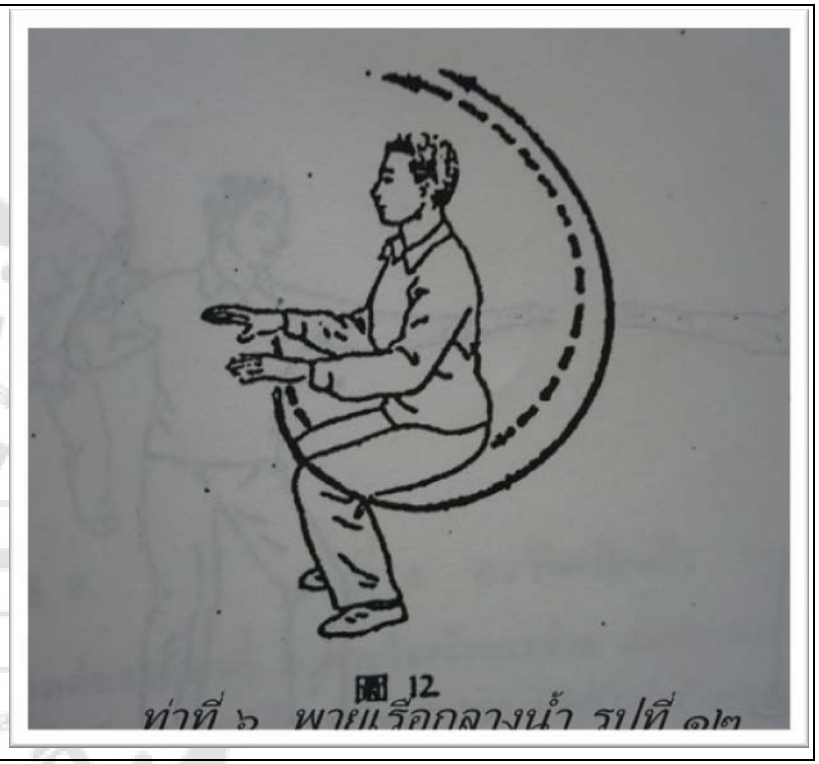
ภาพประกอบ 11 ท่าที่ 3 เฉิดฉายสายรุ้ง



ภาพประกอบ 12 ท่าที่ 4 ตะวันเบิกฟ้า



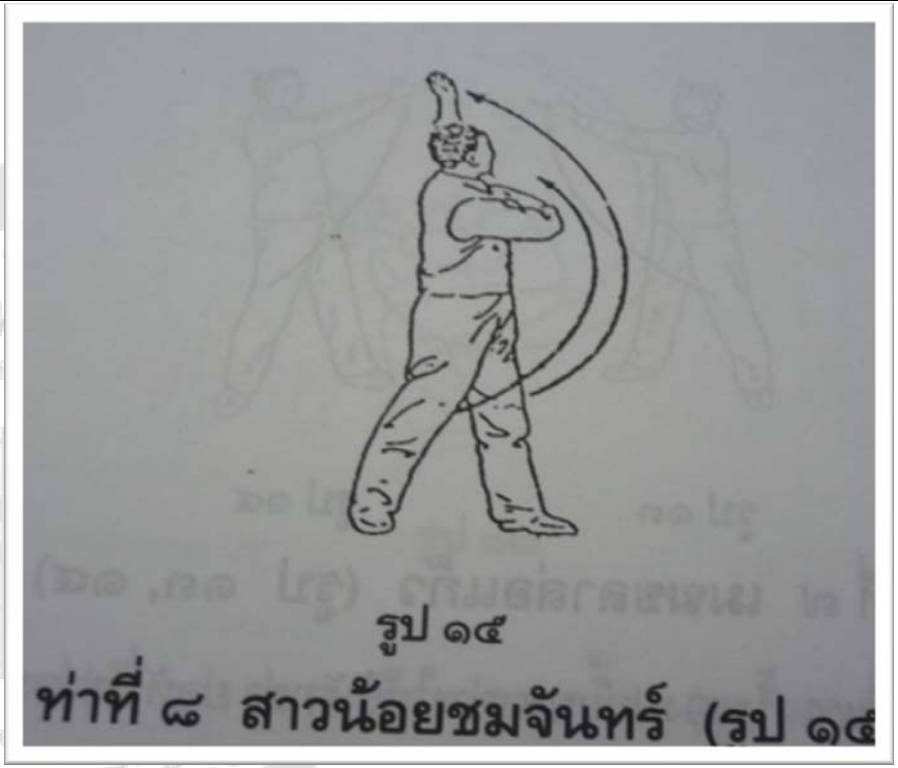
ภาพประกอบ 13 ท่าที่ 5 ยืนหยัดคัดแขน



ภาพประกอบ 14 ท่าที่ 6 พายเรือกลางน้ำ
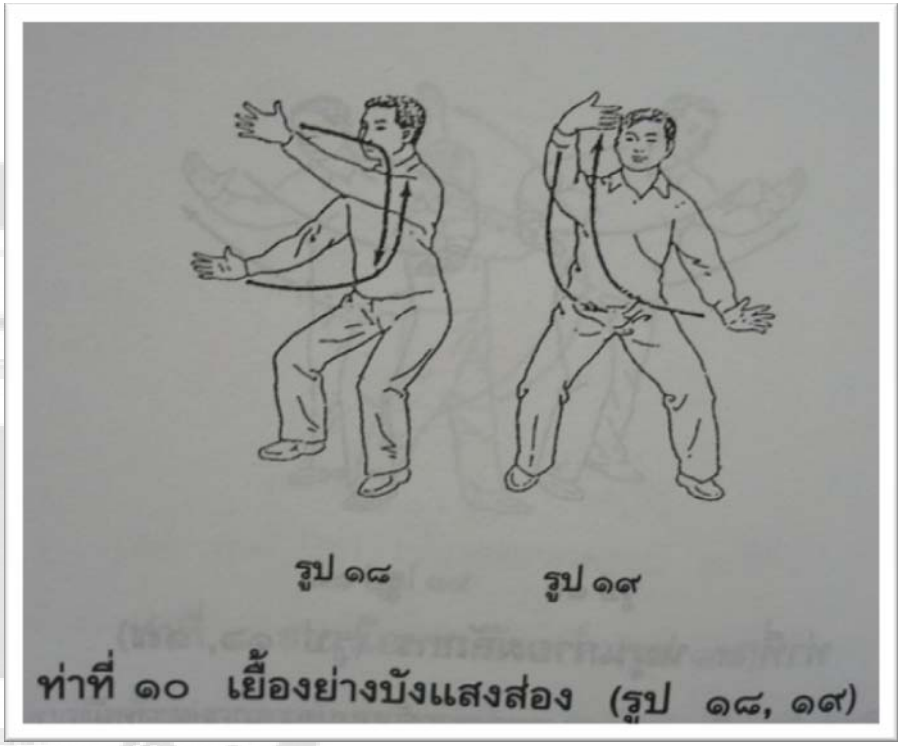


ภาพประกอบ 15 ท่าที่ 7 เมฆขลาล่อแก้ว



ภาพประกอบ 16 ท่าที่ 8 สาวน้อยชมจันทร์
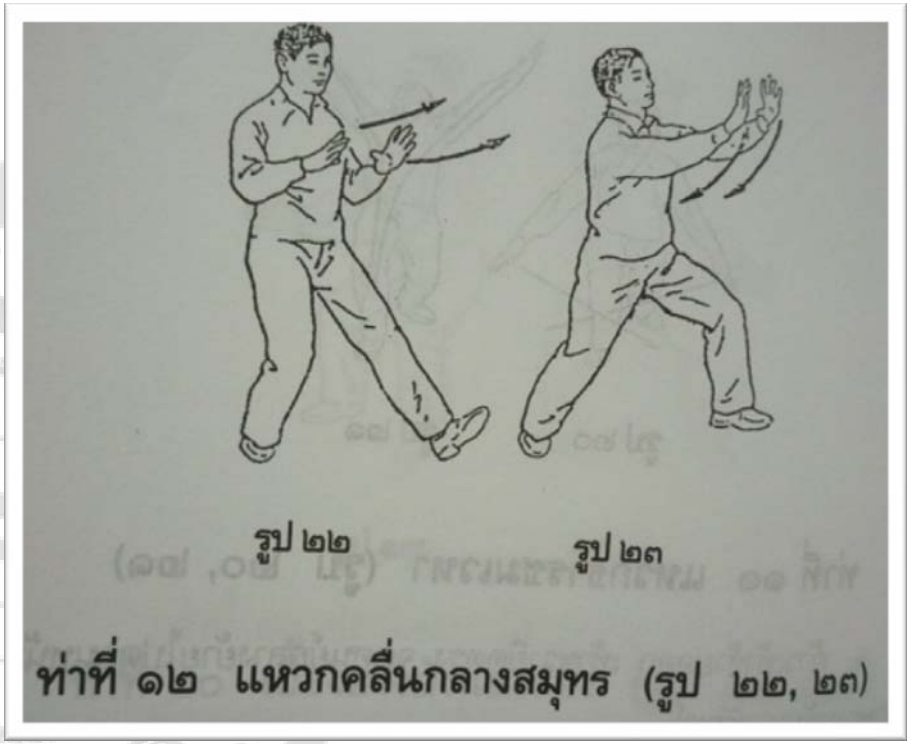


ภาพประกอบ 17 ท่าที่ 9 หมุนกายผลักกร



ภาพประกอบ 18 ท่าที่ 10 เยื้องย่างบังแสงส่อง



ภาพประกอบ 19 ท่าที่ 11 แหวกธารชมเวหา



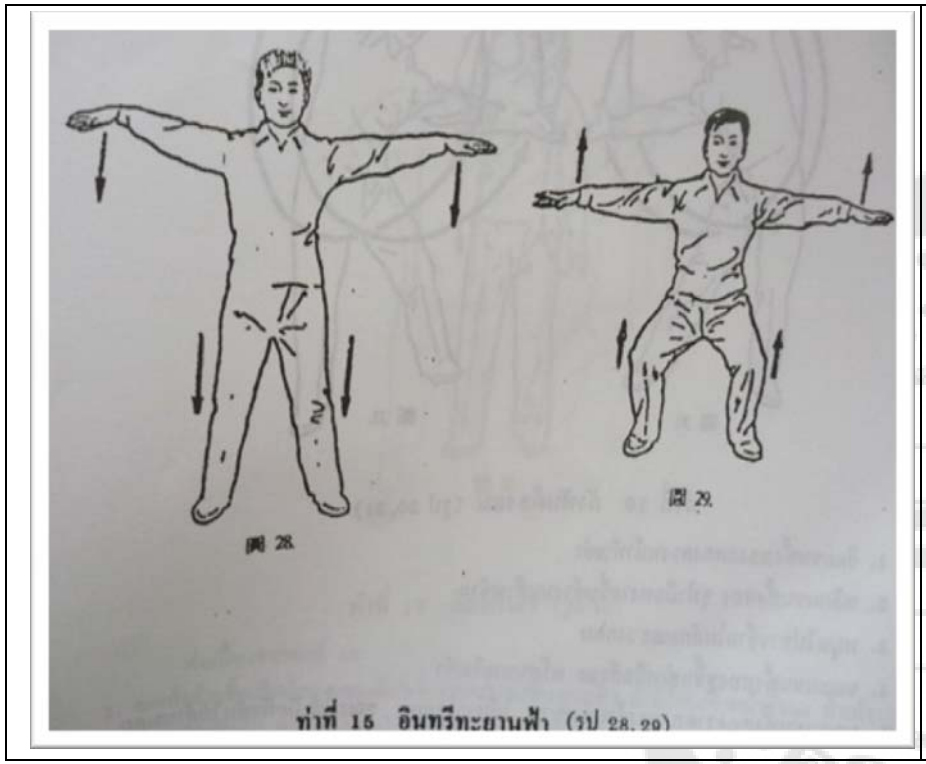
ภาพประกอบ 20 ท่าที่ 12 แหวกคลื่นกลางสมุทร



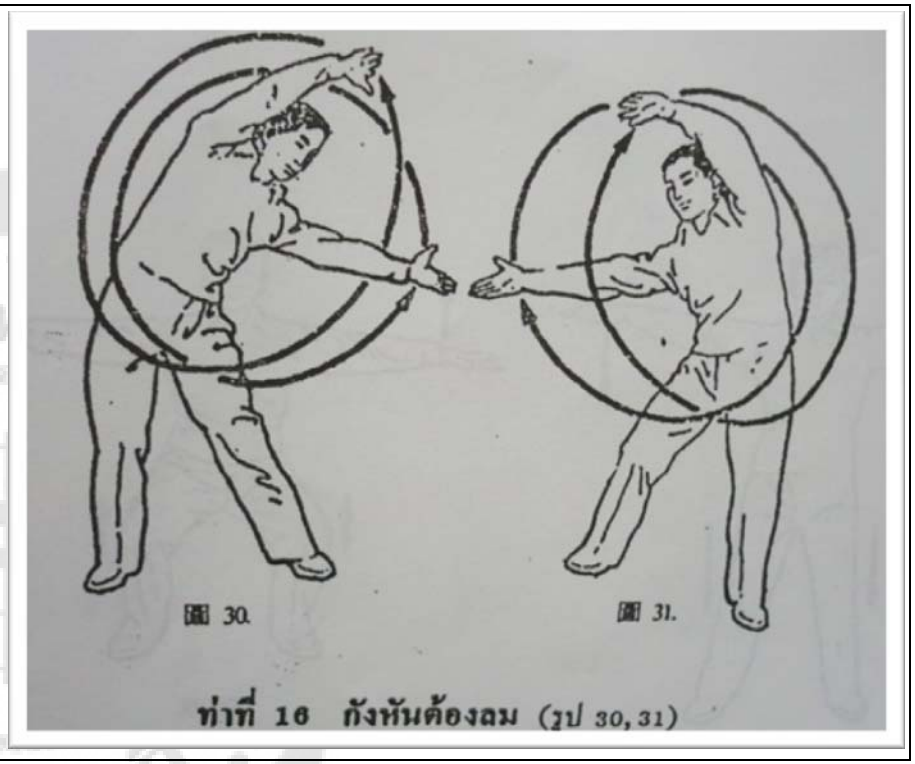
ภาพประกอบ 21 ท่าที่ 13 วิหคกระพือปีก



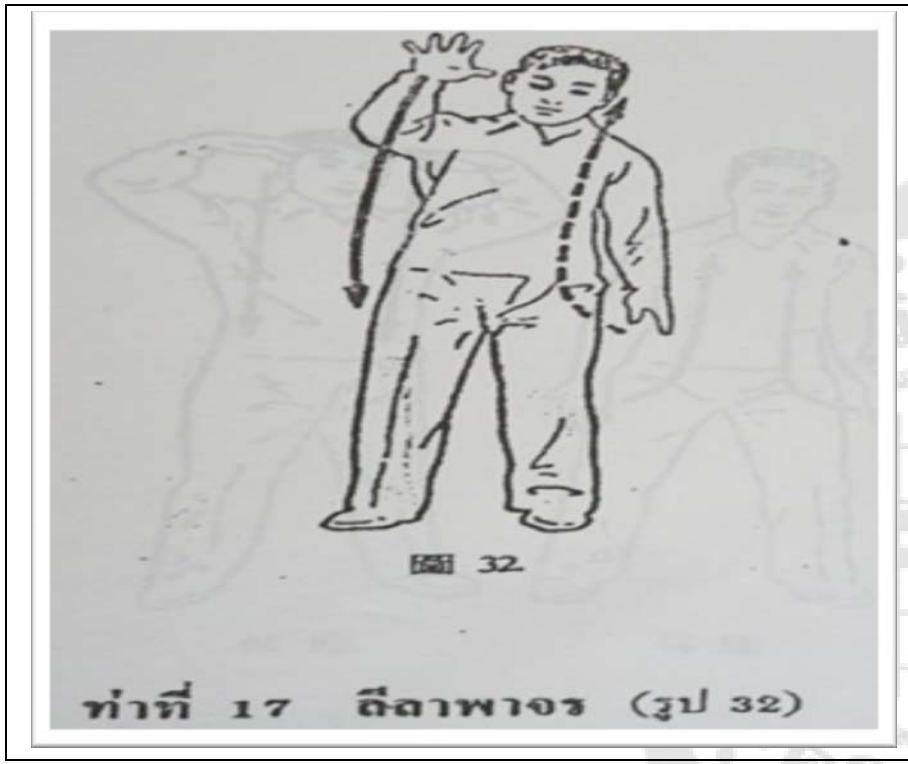
ภาพประกอบ 22 ท่าที่ 14 ยืดแขนปล่อยหมัด



ภาพประกอบ 23 ท่าที่ 15 อินทรีทะยานฟ้า



ภาพประกอบ 24 ท่าที่ 16 กังหันต้องลม



ภาพประกอบ 25 ท่าที่ 17 ลีลาพาจร



ภาพประกอบ 26 ท่าที่ 18 ผ่อนคลายลมปราณ

แผนการสอนเรื่องที่ 4

เรื่อง: การรีไซเคิล
วัน เดือน ปี: 4สัปดาห์
ผู้ให้ความรู้: แม่สมบูรณ์ ทาวงศ์
กลุ่มเป้าหมาย: ผู้สูงอายุที่มีโรคซึมเศร้าระดับน้อยและปานกลาง
สถานที่ให้ความรู้: ศาลาหมู่บ้าน ตำบลรอบเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย
แนวคิด: การจักสาร คือการนำเศษวัสดุ และอุปกรณ์ ที่มีอยู่ในชุมชนและ/หรือ ที่ไม่ใช้แล้วรวมทั้งวัสดุที่สามารถกลับนำมาใช้อีกหรือวัสดุธรรมชาติของพื้นบ้านนำมาประยุกต์เพื่อจัดทำเครื่องจักสาร เช่น ตะกร้า ฐานมะติ๊บ และไม่กวาดทางมะพร้าว

ตาราง 19 การรีไซเคิล

จุดประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อเรื่อง	กิจกรรม	สื่อการสอน	วิธีการประเมินผล
1. เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยและปานกลางมีระดับอาการของโรคซึมเศร้าลดลง 2. เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยและปานกลางมีดัชนีความสุขเพิ่มขึ้น	**1. สานตะกร้า** คือ การนำเชือกฟางที่ไม่ใช้แล้วนำมาประยุกต์ในการสานตะกร้า สามารถนำไปใช้เป็นประโยชน์เช่น เก็บของ ไปจ่ายตลาด ซาวข้าว เป็นต้น โดยมีขั้นตอนดังนี้ 1.1 จัดเตรียมเชือกฟางที่ไม่ใช้แล้วทำความสะอาด 1.2 จัดเตรียมอุปกรณ์ช่วยในการจัดทำเช่น แมก กรรไกร เป็นต้น 1.3 เริ่มดำเนินการสานโดยเริ่มจากฐานของตะกร้าขึ้นไป พอเสร็จตามขนาดที่ต้องการจัดเก็บส่วนปลายที่เหลือให้เรียบร้อย	**ขั้นนำ** - ครูผู้สอนทักทายผู้สูงอายุและแนะนำตัวเอง - ครูผู้สอนนำเข้าสู่เนื้อหา โดยการให้ดู ตัวอย่างที่จะดำเนินกิจกรรม - ครูผู้สอนแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกิจกรรมที่จะดำเนินการ - ครูผู้สอนเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุซักถาม	1. ครูผู้สอน 2. ตัวแบบ 3. สื่อการสอน	- แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q - แบบวัดความสุข

ตาราง 19 (ต่อ)

จุดประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อเรื่อง	กิจกรรม	สื่อการสอน	วิธีการประเมินผล
	2. เชิงเทียน (ฐานมะติ้บ) คือ การนำกระป๋องเบียร์หรือกระป๋องน้ำอัดลมมาประยุกต์ในการทำเชิงเทียนเพื่อนำไปใช้งานต่างๆ เช่นงานลอยกระทง งานเข้าพรรษา เป็นต้นโดยมีขั้นตอน ดังนี้ 2.1 จัดเตรียมกระป๋องและล้างทำความสะอาดให้พร้อมใช้งาน 2.2 ออกแบบพร้อมตัดกระป๋องน้ำอัดลมตามแบบที่ต้องการ 2.3 สานเชิงเทียนตามที่เราออกแบบ 2.4 หล่อเทียนพร้อมใส่ด้ายตรงกลางไว้สำหรับจุดไฟ **3. ไม้กวาดทางมะพร้าว(ซะลาก)** คือ การนำเอาทางมะพร้าวจากต้นมะพร้าวมาประยุกต์การทำไม้กวาดทางมะพร้าว โดยมีขั้นตอน ดังนี้ 3.1 เตรียมทางมะพร้าวและตัดเอาใบแห้งออกให้เหลือแต่ทางมะพร้าว 3.2 ทุบส่วนต้นเส้นทางมะพร้าวให้แบบและเอาไปแช่น้ำประมาณ 30 นาที 3.3 นำทางมะพร้าวที่ไปแช่น้ำขึ้นมาสาน (ไพ) ให้ได้ขนาดความยาวตามที่ต้องการ 3.4 นำทางมะพร้าวที่สานตามขนาดที่ต้องการมาพันกับด้ามไม้กวาดที่เตรียมไว้พร้อมสานด้วยเชือกและใส่ปลอก 3 ที่เตรียมไว้ 3.5 นำทางมะพร้าวมาสานไม้กวาดให้คลุมรอบด้านทั้งหมดโดยจับสลับคู่ทางมะพร้าวและใช้เชือกสาน 3.6 เก็บทางมะพร้าวให้เรียบร้อยด้วยเชือกลายกระดูกงู 3.7 ตัดหรือไม่ตัดส่วนปลายทางมะพร้าวทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการนำไปใช้	**ขั้นสอน** ครูผู้สอนเริ่มสอนแต่ละกิจกรรมพร้อมการพูดคุยถึงข้อสงสัยและปัญหาที่เกิดขึ้นโดยเริ่มจากการทำตะกร้า การทำเชิงเทียน และการทำไม้กวาดทางมะพร้าว		

ภาคผนวก ข

หนังสือเชิญอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญานิพนธ์



ที่ ศธ 0519.12/4456

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

30 พฤษภาคม 2556

เรื่อง ขอเชิญเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญานิพนธ์

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เกษร ลำเภาทอง

เนื่องด้วย นายธัชณกร ปัญญาโส นิสิตระดับปริญญาเอก สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ (การจัดการสร้างเสริมสุขภาพ) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อการป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย" นั้น บัณฑิตวิทยาลัยพิจารณาเห็นว่าท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ และมีความเหมาะสมอย่างยิ่งในการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการเขียนปริญญานิพนธ์เรื่องดังกล่าว จึงใคร่ขอเชิญท่านร่วมเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญานิพนธ์ของนิสิตผู้นี้

บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงได้รับความอนุเคราะห์จากท่านในครั้งนี้ และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมชาย สันติวัฒนานุสร)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
โทร. 0-2649-5064
หมายเหตุ : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อนิสิต โทรศัพท์ 081-398-1551

ภาคผนวก ค

หนังสือขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญและรายนามผู้เชี่ยวชาญ



ที่ ศธ 0519.12/3497

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

19 สิงหาคม 2556

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน อธิการบดีวิทยาลัยเชียงราย

เนื่องด้วย นายอัชฌกร ปัญญาใส นิสิตระดับปริญญาเอก สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ (การจัดการสร้างเสริมสุขภาพ) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทรงพล ต่อนี และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เกษร สำเภาทอง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม อาจารย์ ดร.สุนท์ ชมเชื้น อาจารย์ ดร.วันทนีย์ ขวพงศ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประพิม ศุภศันสนีย์ และ อาจารย์ ดร.มุทิตา พันภัยหาล เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบประเมินผลรูปการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้บุคลากรในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นายอัชฌกร ปัญญาใส และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมชาย สันติวัฒนกุล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติราชการแทน
อธิการบดีมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
โทร. 0-2649-5064
หมายเหตุ : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อนิสิต โทรศัพท์ 081-398-1551

รายนามผู้เชี่ยวชาญ

รองศาสตราจารย์ อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม	รองศาสตราจารย์ รองอธิการบดีฝ่ายวิเทศสัมพันธ์ ภาควิชาจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประพิม ศุภศันสนีย์	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ หัวหน้าภาควิชาอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
อาจารย์ ดร.มุทิตา พันภัยพาล	อาจารย์ ภาควิชาอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
อาจารย์ ดร.ตุลท์ ชมชื่น	อาจารย์ ผู้อำนวยการสำนักประกันคุณภาพและงานวิจัย วิทยาลัยเชียงราย
อาจารย์ ดร.วันทนีย์ ชวพงศ์	อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

ภาคผนวก ง
หนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ ฝ่ายวิจัยและวิเทศสัมพันธ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โทร.60128 9

ที่ ศธ 0513.4 / 79. 8 .5.56 วันที่ 31 พฤษภาคม 2556

เรื่อง ใบอนุญาตการทำวิจัยในมนุษย์

เรียน นายธีรเมธ ปัญญาใส

(นาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ)

ตามที่ท่านได้ส่งโครงการวิจัย เพื่อขออนุญาตทำการวิจัยในมนุษย์ นั้น คณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์แบบเร่งพิเศษ (Expedited Review) ได้พิจารณาและออกใบอนุญาตให้ท่าน ดังนี้

เลขที่หนังสือรับรอง SWUEC-FX65เรือง รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ในจังหวัดเชียงราย

อนึ่งท่านต้องดำเนินการโครงการวิจัยตามที่ได้กำหนดไว้อย่างเคร่งครัด หากมีการปรับเปลี่ยน/แก้ไขใดๆ ต้องนำเสนอคณะกรรมการเพื่อขออนุมัติก่อน และถ้าโครงการวิจัยนี้เสร็จสิ้นแล้ว ขอความกรุณาส่งรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์(รูปเล่ม)ให้กับประธานคณะกรรมการจริยธรรมฯ จำนวน 1 เล่ม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไปด้วย จักขอบคุณยิ่ง

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัยรัตน์ นิรันดร์วัฒน์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมฯ

หมายเหตุ : ใบอนุญาตการทำวิจัยในมนุษย์ ที่ท่านได้รับนี้ออกโดยคณะกรรมการจริยธรรมฯ คณะแพทยศาสตร์ มศว สามารถทำวิจัยได้เฉพาะภายในศูนย์การแพทย์ฯ ศรีย มศว หากท่านต้องการทำวิจัยในมนุษย์ ที่หน่วยงานภายนอก ท่านจะต้องขอใบอนุญาตการทำวิจัยฯ จากหน่วยงานภายนอกที่มีคณะกรรมการจริยธรรมฯ ด้วย

แบบเอกสารที่ MF 04

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
114 ซอยสุขุมวิท 23 แขวงคลองเตยเหนือ เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110
62 หมู่ 7 ตำบลองครักษ์ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก 26120

หนังสือรับรองเลขที่:	SWUEC-EX 65/2556
รหัสโครงการ:	SWUEC-13/2556
ชื่อโครงการวิจัยเรื่อง:	รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย
ชื่อผู้วิจัยหลัก:	นายธีรกมล บัญญัติ
สังกัด:	ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
เอกสารที่รับรอง:	1. ข้อเสนอโครงการวิจัย 2. หนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย 3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย 4. เอกสารชี้แจงการสามารถถอนตัวจากการวิจัยโดยการตอบแบบสอบถามและการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

หนังสือรับรองฉบับนี้ออกโดยความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้พิจารณาตามหลักจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ ให้ดำเนินการวิจัยข้างต้นได้

ระยะเวลาที่อนุมัติ : 1 ปี

กำหนดส่งรายงานความก้าวหน้า : 27 พฤษภาคม 2556

(ลายชื่อ).....

(อาจารย์ แพทย์หญิงจันทร์ทิรา หนันท์ยุทธ์)

เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ

(ลายชื่อ).....

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์อัยวัฒน์ นิวัฒน์วัฒน์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ

อนุมัติ : 27 พฤษภาคม 2556

ภาคผนวก จ

ขอความอนุเคราะห์ใช้แบบสอบถามของกรมสุขภาพจิต



ที่ ศธ 0519.12/๒๕๙๓

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๕ มิถุนายน 2556

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ใช้แบบสอบถามของกรมสุขภาพจิต

เรียน อธิบดีกรมสุขภาพจิต

เนื่องด้วย นายอัชฌการ ปัญญาใส นิสิตระดับปริญญาเอก สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ (การจัดการสร้างเสริมสุขภาพ) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อการป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทรงพล ต่อมี และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เกษร สำเภาทอง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องใช้แบบสอบถามของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย ดังนี้ แบบประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) และแบบสอบถามดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ให้ นายอัชฌการ ปัญญาใส ได้นำแบบสอบถามดังกล่าวไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมชาย ลันติวัฒนกุล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ปฏิบัติราชการแทน
อธิการบดีมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
โทร. 0-2649-5064
หมายเหตุ : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อนิสิต โทรศัพท์ 081-398-1551

ภาคผนวก ฉ
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะที่ 1

แบบประเมินโรคซึมเศร้า (9Q)

ลำดับข้อคำถาม	ข้อความ	ไม่มีเลย	เป็นบางวัน (1-7 วัน)	เป็นบ่อย (> 7 วัน)	เป็นทุกวัน
1	เบื่อไม่สนใจอยากทำอะไร				
2	ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้				
3	หลับยาก หรือหลับๆ ตื่นๆ หรือหลับมากไป				
4	เหนื่อยง่าย หรือไม่ค่อยมีแรง				
5	เบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป				
6	รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลว หรือทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง				
7	สมาธิไม่ดีเวลาทำงาน เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ				
8	พูดช้า ทำอะไรช้าลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือกระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น				
9	คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายคงจะดี				

ภาคผนวก ช

หนังสือเชิญเข้าร่วมกิจกรรมสนทนากลุ่ม



ที่ ศธ 0519.12/ 1049

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

5 มีนาคม 2556

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมกิจกรรม

เรียน สาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

เนื่องด้วย นายธีรณกร ปัญญาใส นิสิตระดับปริญญาเอก สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ (การจัดการสร้างเสริมสุขภาพ) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อการป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทรงพล ต่อนี และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เกษร ล้ำเกาทอง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการหารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิต โดยใช้ภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน เข้าร่วมกำหนดขอบเขตของรูปแบบดังกล่าว จึงขอเรียนเชิญ คุณทัศนมาร์ณ ลิ้มวณิชย์กุล ผู้แทนของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง เข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าว ในวันที่ 12 - 14 มีนาคม 2556 เวลา 9.00 – 16.00 น. ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรในสังกัดเข้าร่วมกิจกรรม ตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าว และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมชาย เส็นติวัฒนกุล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
โทร. 0 2649 5064
หมายเหตุ : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรณาติดต่อนิสิต โทรศัพท์ 081-398 1551



ที่ ศธ 0519.12/ 1252

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

5 มีนาคม 2556

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมกิจกรรม

เรียน นายกเทศมนตรีนครเชียงราย

เนื่องด้วย นายชัชณภร ปิญญาโส นิสิตระดับปริญญาเอก สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ (การจัดการสร้างเสริมสุขภาพ) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อการป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทรงพล ต่ดนี และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เกษร สำเภาทอง เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการหารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิต โดยใช้เกณฑ์เครือข่ายสุขภาพชุมชน เข้าร่วมกำหนดขอบเขตของรูปแบบดังกล่าว จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในสังกัดของท่านที่ปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในผู้สูงอายุ เป็นผู้แทนของเทศบาลเมืองเชียงราย เข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าว ในวันที่ 12 - 14 มีนาคม 2556 เวลา 9.00 – 16.00 น. ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรในสังกัดเข้าร่วมกิจกรรม ตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าว และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมชาย สันติวัฒนกุล)
รองคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
โทร. 0-2649-5064
หมายเหตุ : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อนิสิต โทรศัพท์ 081-398-1551

ภาคผนวก ฌ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยระยะที่ 3

แบบสอบถาม

เรื่อง: รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อการป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย

คำชี้แจง:

1. ความมุ่งหมาย แบบสัมภาษณ์นี้มีความมุ่งหมายเพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามนี้จะนำไปใช้เพื่อประกอบการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งมีประโยชน์ด้านการศึกษา
2. ลักษณะแบบสอบถาม แบ่งเป็น 3 ตอน ได้แก่
   ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
   ตอนที่ 2 แบบประเมินโรคโรคซึมเศร้า (9Q) (กรมสุขภาพจิต กระทรงสาธารณสุข)
   ตอนที่ 3 แบบสอบถามดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย (กรมสุขภาพจิต กระทรงสาธารณสุข)
3. การตอบแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามนี้จะนำไปใช้เพื่อประกอบการทำวิจัยเท่านั้น คำตอบของท่านไม่มีถูก หรือ ผิด เพราะแต่ละคนย่อมมีความคิดเห็นที่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงใคร่ของความกรุณาตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงให้มากที่สุดและตอบทุกข้อ คำตอบของท่าน ผู้วิจัยจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับและจะไม่เกิดผลเสียต่อท่านแต่อย่างใด แต่จะเป็นประโยชน์ต่อประชาชนมาก

ขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

นายธัชณกร ปัญญาใส
นิสิตปริญญาเอก ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต
วิชาเอก การจัดการสร้างเสริมสุขภาพ
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง: กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ ตามความเป็นจริง

1. เพศ
   - ☐ ชาย
   - ☐ หญิง
2. อายุ
   - ☐ ตั้งแต่ 60 – 70 ปี
   - ☐ ตั้งแต่ 71 – 90 ปี
3. สถานภาพสมรส
   - ☐ โสด
   - ☐ คู่
   - ☐ หม้าย/หย่า/ร้าง/แยกกันอยู่
4. รายได้ต่อเดือน
   - ☐ ตั้งแต่ 500 – 1000 บาท
   - ☐ ตั้งแต่ 1001 – 1500 บาท
   - ☐ มากกว่า 1500
5. ท่านมีเงินออมต่อเดือน
   - ☐ ≤ 500
   - ☐ ตั้งแต่ 500 – 1000
   - ☐ มากกว่า 1500
6. ระดับการศึกษา
   - ☐ ไม่ได้เรียน
   - ☐ ประถมศึกษา
   - ☐ มัธยมศึกษา
7. อาชีพ (ตอบได้มากกว่า 1 อาชีพ)
   - ☐ เกษตรกรรม
   - ☐ รับจ้าง
   - ☐ ค้าขาย
   - ☐ ว่างงาน
   - ☐ อื่นๆ ระบุ
8. การพักอาศัย
   - ☐ คนเดียว
   - ☐ ครอบครัว/ญาติพี่น้อง
10. ท่านมีโรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
    - ☐ ไม่มีโรคประจำตัว
    - ☐ มีโรคประจำตัว 1 โรค
    - ☐ มีโรคประจำตัว 2 โรค
    - ☐ มีโรคประจำตัวมากกว่า 2 โรค

ตอนที่ 2 แบบประเมินโรคซึมเศร้า (9Q)

คำชี้แจง:

1. ข้อคำถาม จำนวน 9 ข้อ
2. โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่เห็นว่าเป็นคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงคำตอบเดียวเท่านั้น

แบบประเมินโรคซึมเศร้า (9Q)

ลำดับข้อคำถาม	ข้อความ	ไม่มีเลย	เป็นบางวัน (1-7 วัน)	เป็นบ่อย (> 7 วัน)	เป็นทุกวัน
1	เบื่อไม่สนใจอยากทำอะไร				
2	ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้				
3	หลับยาก หรือหลับๆ ตื่นๆ หรือหลับมากไป				
4	เหนื่อยง่าย หรือไม่ค่อยมีแรง				
5	เบื่ออาหาร หรือกินมากเกินไป				
6	รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลว หรือทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง				
7	สมาธิไม่ดีเวลาทำงาน เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ				
8	พูดช้า ทำอะไรช้าลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือกระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น				
9	คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายคงจะดี				

ตอนที่ 3 แบบสอบถามดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย

คำชี้แจง: 1. ข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ

2. โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่เห็นว่าเป็นคำตอบที่ถูกต้องที่สุดเพียงคำตอบเดียวเท่านั้น

3. การเลือกคำตอบถือหลักเกณฑ์ดังนี้

ไม่เลย หมายถึง ไม่เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึก หรือไม่เห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ

เล็กน้อย หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้นๆ เพียงเล็กน้อย หรือ เห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ เพียงเล็กน้อย

มาก หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้นๆ มากหรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ มาก

มากที่สุด หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้นๆ มากที่สุด หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ มากที่สุด

แบบสอบถามดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย

ข้อที่	ข้อคำถาม	ไม่เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด
1	ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านมีความสุข				
2	ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง				
3	ท่านต้องไปรับการรักษาพยาบาลเสมอๆ เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตและทำงานได้				
4	ท่านพึงพอใจในรูปร่างหน้าตาของท่าน				
5	ท่านมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนบ้าน				
6	ท่านรู้สึกประสบความสำเร็จและความก้าวหน้าในชีวิต				
7	ท่านมั่นใจที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นในชีวิต				
8	ถ้าสิ่งต่างๆ ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง ท่านจะรู้สึกหงุดหงิด				
9	ท่านสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ด้วยตัวท่านเอง				
10	ท่านรู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา				
11	ท่านมีความสุขกับการริเริ่มงานใหม่ๆ และมุ่งมั่นที่จะทำให้สำเร็จ				
12	ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านไร้ค่า ไม่มีประโยชน์				
13	ท่านมีเพื่อนหรือญาติพี่น้องคอยช่วยเหลือท่านในยามที่ท่านต้องการ				
14	ท่านมั่นใจว่าชุมชนที่ท่านอยู่อาศัยมีความปลอดภัยต่อท่าน				
15	ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียด				

ภาคผนวก ญ
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยระยะที่ 4

แบบสอบถาม

เรื่อง: แบบประเมินผลรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้า

◆◆◆

แบบสอบถาม

เรื่อง: การประเมินผลรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

❖❖❖

แบบประเมินการสร้างนโยบายเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต

ข้อที่	ข้อคำถาม	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1	นโยบายของเครือข่ายสุขภาพชุมชน"ฮ่วมกั๋นเป๋นสุข ตุ๊กน้อย บ่ฮื้อเป๋นโรคเศร้า"					
2	วัตถุประสงค์ของการร่วมกิจกรรมครั้งนี้เพื่อป้องกันโรคซึมเศร้า					
3	กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมีนโยบายจากเครือข่ายสุขภาพชุมชน ประกอบด้วย					
	- ผู้นำชุม					
	- ประธานผู้สูอายุ					
	- ประธานอาสาสมัครสาธารณสุข					
	- ผู้แทนผู้สูงอายุ					
	- บุคลากรสาธารณสุข เช่น นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาล เจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข เป็นต้น					
4	กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมีนโยบายเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าจากการทำกิจกรรมกลุ่มของเครือข่ายสุขภาพชุมชน ประกอบด้วย					
	- เครื่องสืบจ๊ะต๋ำ					
	- ตัดตุง					
	- บายศรีสู่ขวัญ					
	- รีไซเคิล					
	- รำไทเก๊ก					

แบบประเมินการสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต

ข้อที่	ข้อคำถาม	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1	กลุ่มเครือข่ายสุขภาพชุมชนมีการดูแลความสะอาดของสถานที่ในการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิต					
2	กลุ่มเครือข่ายสุขภาพชุมชนมีการเตรียมสถานที่สำหรับการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิต					
3	สถานที่ดำเนินกิจกรรมมีความเหมาะสม อากาศปลอดโปร่ง โล่งสบายและสามารถเดินทางมาร่วมดำเนินกิจกรรมได้ง่าย					
4	กลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ฉันท์เครือญาติ					
5	กลุ่มผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตมีความผูกพันกัน					
6	กลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตมีความร่วมมือร่วมใจในการดำเนินกิจกรรมเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน					
7	วัฒนธรรมของชุมชนทำให้เกิดความร่วมมือร่วมใจ มีความสัมพันธ์ที่ดี ในการรวมกลุ่มเพื่อดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิต					
8	บุคลากรสาธารณสุขเชื่อมประสานความสัมพันธ์ทำให้มีความกลมเกลียว สามัคคี เพื่อดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิต					
9	องค์กรภาครัฐและเอกชนสนับสนุนช่วยเหลือด้านสิ่งของ งบประมาณ เพื่อดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิต					
10	บุคลากรสาธารณสุขเข้ามาช่วยเหลือใน การจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิต					

แบบประเมินการเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็งในการสร้างเสริมสุขภาพจิต

ข้อที่	ข้อคำถาม	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1	การดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตมีโครงสร้างการดำเนินงานประกอบด้วย ประธาน รองประธานฝ่ายวิชาการ รองประธานฝ่ายบริหาร และเหรัญญิก					
2	การดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตเป็นกิจกรรมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของชุมชน					
3	การดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตมีการแบ่งบทบาทหน้าที่ของแต่ละตำแหน่งได้ชัดเจน					
4	การดำเนินกิจรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตควรได้รับงบประมาณสนับสนุนในการดำเนินกิจกรรม เช่น อบต.เทศบาล เป็นต้น					
5	การบริหารจัดการงบประมาณโดยมีเหรัญญิกเป็นผู้จัดการงบประมาณ					
6	การดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตส่วนใหญ่ใช้การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม					
7	มีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลตรวจสอบการดำเนินงานของคณะกรรมการ					

แบบประเมินการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลในการสร้างเสริมสุขภาพจิต

ข้อที่	ข้อคำถาม	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1	บุคลากรสาธารณสุขร่วมกับกลุ่มแกนนำสุขภาพชุมชนวางแผนจัดกิจกรรมเสริมทักษะในการป้องกันโรคซึมเศร้า					
2	กลุ่มแกนนำเครือข่ายสุขภาพชุมชนเป็นผู้จัดทำโครงการเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้า					
3	ปราชญ์ชุมชนเป็นครูผู้สอนกิจกรรมให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้า					
4	อาสาสมัครสาธารณสุขมีการสอดแทรกการให้คามรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและการป้องกันโรคซึมเศร้า					

แบบประเมินการปรับเปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุขในการสร้างเสริมสุขภาพจิต

ข้อที่	ข้อคำถาม	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1	บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรอบเวียงร่วมแจ้งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพในวันเข้าร่วมกิจกรรมการป้องกันโรคซึมเศร้า					
2	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรอบเวียงให้บริการคำปรึกษาผู้สูงอายุที่เข้าไปรับบริการสุขภาพเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้า					
3	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรอบเวียงออกให้บริการให้คำปรึกษาตามบ้าน					
4	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลรอบเวียงมีระบบการส่งต่อเพื่อรักษาโรคซึมเศร้า					
5	กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดี ป้องกันโรคได้ดีโดยไม่ยุ่งยากและไม่สิ้นเปลือง ดำเนินกิจกรรมทุกวัน ศุกร์ เสาร์ และอาทิตย์ เช่น เครื่องสืบจ๊ะต๋ำ ตัดตุง รำไทเก๊ก รีไซเคิล และบายศรีฮ้องขวัญ					
6	ผู้สูงอายุนำข้าวมาร่วมรับประทานอาหารด้วยกัน “กิ๋นหอม ต๋อมม่วน” มีเวลาในการเล่าเรื่องตลกสู่กันฟัง มีการหยอกล้อกัน เป็นการผ่อนคลายอารมณ์เป็นการสร้างเสริมสุขภาพจิต					

ภาคผนวก ฏ

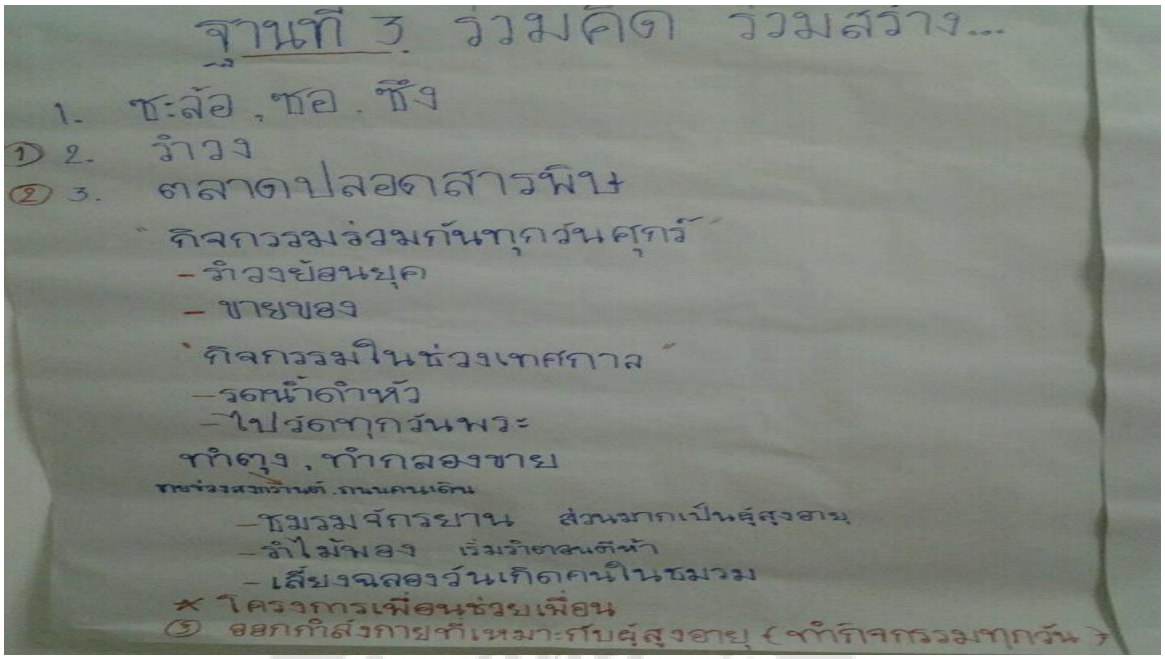
ภาพประกอบกิจกรรมระยะที่ 2 การสร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ



ภาพประกอบ 27 การสนทนากลุ่ม



ภาพประกอบ 28 การสนทนากลุ่ม



ภาพประกอบ 29 การสนทนากลุ่ม



ภาพประกอบ 30 ศึกษาข้อมูลกิจกรรม



ภาพประกอบ 31 ศึกษาข้อมูลกิจกรรม



ภาพประกอบ 32 ศึกษาข้อมูลกิจกรรม



ภาพประกอบ 33 ศึกษาข้อมูลกิจกรรม



ภาพประกอบ 34 หาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของกิจกรรม



ภาพประกอบ 35 หาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของกิจกรรม



ภาพประกอบ 36 ประชาคมกิจกรรมหมู่บ้าน



ภาพประกอบ 37 การประชาคมกิจกรรมหมู่บ้าน



ภาพประกอบ 38 การประชาคมกิจกรรมหมู่บ้าน



ภาพประกอบ 39 การประชาคมกิจกรรมกลุ่มผู้สูงอายุ



ภาพประกอบ 40 การประชาคมกิจกรรมกลุ่มผู้สูงอายุ



ภาพประกอบ 41 การประชาคมกิจกรรมกลุ่มผู้สูงอายุ



ภาพประกอบ 42 การประชาคมกิจกรรมกลุ่มผู้สูงอายุ

ภาคผนวก ฏ

ภาพประกอบกิจกรรมระยะที่ 3

กิจกรรมเครื่องสืบจ๊ะต๋ำ และตัดตุง



ภาพประกอบ 43 การไหว้ครูเครื่องสืบจ๊ะต๋ำ และตัดตุง



ภาพประกอบ 44 กิจกรรมตัดตุง



ภาพประกอบ 45 กิจกรรมตัดตุง



ภาพประกอบ 46 กิจกรรมตัดตุง



ภาพประกอบ 47 กิจกรรมตัดตุง



ภาพประกอบ 48 กิจกรรมตัดตุง



ภาพประกอบ 49 กิจกรรมตัดตุง



ภาพประกอบ 50 กิจกรรมตัดตุง



ภาพประกอบ 51 กิจกรรมตัดตุง



ภาพประกอบ 52 กิจกรรมเตรียมเครื่องสืบจ๊ะต๋ำ (จ้อน้อย ตุงน้อย)



ภาพประกอบ 53 กิจกรรมเตรียมเครื่องสืบจ๊ะต๋ำ (ตุงหลวง)



ภาพประกอบ 54 กิจกรรมเตรียมเครื่องสืบจ๊ะต๋ำ (หมาก กำ ปูใบ)



ภาพประกอบ 55 กิจกรรมเตรียมเครื่องสืบจ๊ะต๋ำ (เมี้ยง)



ภาพประกอบ 56 กิจกรรมเตรียมเครื่องสืบจ๊ะต๋ำ (ลวดเงิน ลวดทอง)



ภาพประกอบ 57 กิจกรรมเตรียมเครื่องสืบจ๊ะต๋ำ (ไม้ง้ามใหญ่และขัว)



ภาพประกอบ 58 กิจกรรมเตรียมเครื่องสืบจ๊ะต๋ำ (ไม้ง้ามเล็ก)

ภาคผนวก ฐ
ภาพประกอบกิจกรรมระยะที่ 3 กิจกรรมบายศรีสู่ขวัญ



ภาพประกอบ 59 กิจกรรมการไหว้ครูบายศรีสู่ขวัญ



ภาพประกอบ 60 กิจกรรมบายศรีสู่ขวัญ



ภาพประกอบ 61 กิจกรรมบายศรีสู่ขวัญ



ภาพประกอบ 62 กิจกรรมบายศรีสู่ขวัญ



ภาพประกอบ 63 กิจกรรมบายศรีสู่ขวัญ



ภาพประกอบ 64 กิจกรรมบายศรีสู่ขวัญ



ภาพประกอบ 65 กิจกรรมบายศรีสู่ขวัญ



ภาพประกอบ 66 กิจกรรมบายศรีสู่ขวัญ



ภาพประกอบ 67 กิจกรรมบายศรีสู่ขวัญ



ภาพประกอบ 68 กิจกรรมบายศรีสู่ขวัญ



ภาพประกอบ 69 กิจกรรมบายศรีสู่ขวัญ



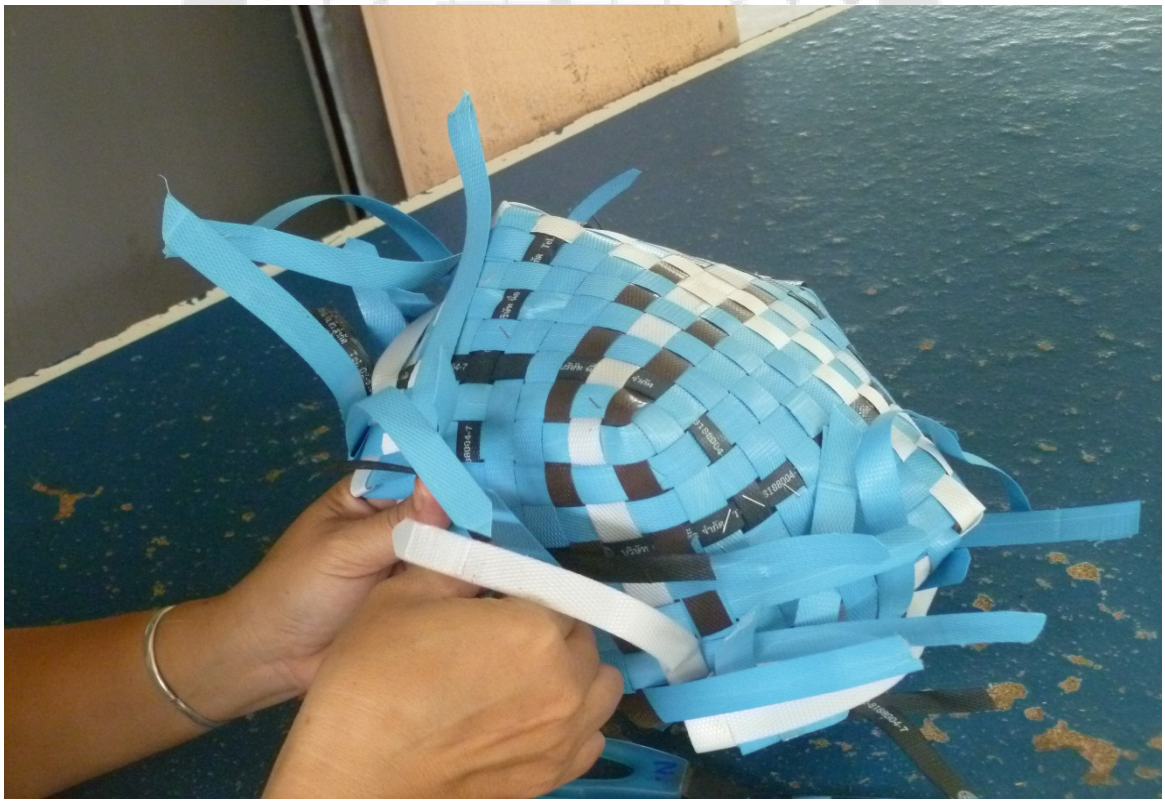
ภาพประกอบ 70 กิจกรรมบายศรีสู่ขวัญ

ภาคผนวก ฑ

ภาพประกอบกิจกรรมระยะที่ 3 กิจกรรมรีไซเคิล



ภาพประกอบ 71 กิจกรรมการสานตะกร้า



ภาพประกอบ 72 กิจกรรมการสานตะกร้า



ภาพประกอบ 73 กิจกรรมการสานตะกร้า



ภาพประกอบ 77 กิจกรรมการสานตะกร้า



ภาพประกอบ 75 กิจกรรมการสานตะกร้า



ภาพประกอบ 76 กิจกรรมการสานตะกร้า



ภาพประกอบ 77 กิจกรรมการทำฐานมะติ๊บ



ภาพประกอบ 78 กิจกรรมการทำฐานมะติ๊บ



ภาพประกอบ 79 การทำฐานมะติ๊บ



ภาพประกอบ 80 กิจกรรมการทำฐานมะติ๊บ



ภาพประกอบ 81 กิจกรรมการทำฐานมะติ๊บ



ภาพประกอบ 82 กิจกรรมการทำฐานมะติ๊บ



ภาพประกอบ 83 กิจกรรมการเตรียมทางมะพร้าว



ภาพประกอบ 84 กิจกรรมการทำไม้กวาดทางมะพร้าว



ภาพประกอบ 85 กิจกรรมการทำไม้กวาดทางมะพร้าว



ภาพประกอบ 86 กิจกรรมการทำไม้กวาดทางมะพร้าว



ภาพประกอบ 87 กิจกรรมการทำไม้กวาดทางมะพร้าว



ภาพประกอบ 88 กิจกรรมการทำไม้กวาดทางมะพร้าว



ภาพประกอบ 89 กิจกรรมการทำไม้กวาดทางมะพร้าว



ภาพประกอบ 90 กิจกรรมการทำไม้กวาดทางมะพร้าว



ภาพประกอบ 91 กิจกรรมการทำไม้กวาดทางมะพร้าว



ภาพประกอบ 92กิจกรรมการทำไม้กวาดทางมะพร้าว

ภาคผนวก ฒ

ภาพประกอบกิจกรรมระยะที่ 3 รำไทเก๊ก



ภาพประกอบ 93 กิจกรรมรำไทเก๊ก



ภาพประกอบ 94 กิจกรรมรำไทเก๊ก



ภาพประกอบ 95 กิจกรรมรำไทเก๊ก



ภาพประกอบ 96 กิจกรรมรำไทเก๊ก



ภาพประกอบ 97 กิจกรรมรำไทเก๊ก



ภาพประกอบ 98 กิจกรรมรำไทเก๊ก



ภาพประกอบ 99 กิจกรรมรำไทเก๊ก



ภาพประกอบ 100 กิจกรรมรำไทเก๊ก



ภาพประกอบ 101 กิจกรรมรำไทเก๊ก



ภาพประกอบ 102 กิจกรรมรำไทเก๊ก

ภาคผนวก ณ

ภาพประกอบกิจกรรมอื่น ๆ



ภาพประกอบ 103 กิจกรรมประเมินโรคซึมเศร้าและระดับความสุข



ภาพประกอบ 104 กิจกรรมประเมินโรคซึมเศร้าและระดับความสุข



ภาพประกอบ 105 กิจกรรมประเมินโรคซึมเศร้าและระดับความสุข



ภาพประกอบ 106 กิจกรรมร่วมรับประทานอาหารกลางวัน



ภาพประกอบ 107 กิจกรรมร่วมรับประทานอาหารกลางวัน



ภาพประกอบ 108 กิจกรรมร่วมรับประทานอาหารกลางวัน



ภาพประกอบ 109 กิจกรรมร่วมรับประทานอาหารกลางวัน



ภาพประกอบ 110 กิจกรรมร่วมรับประทานอาหารกลางวัน



ภาพประกอบ 111 กิจกรรมจิตอาสาล้างถ้วย



ภาพประกอบ 112 กิจกรรมรับมอบเงินสนับสนุน



ภาพประกอบ 113 ประมวลภาพรวมการทดลองรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิต



ภาพประกอบ 114 ประมวลภาพรวมการทดลองรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิต



ภาพประกอบ 115 ประมวลภาพรวมการทดลองรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิต



ภาพประกอบ 116 ประมวลภาพรวมการทดลองรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิต

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	นายธัชณกร ปัญญาใส (Touchnakorn Panyasai)
วันเดือนปีเกิด	18 กรกฎาคม 2520
สถานที่เกิด	ตำบลตำหนังธรรม อำเภอหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	410/309 ตำบลริมกก อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	อาจารย์
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงราย

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2533	ประถมศึกษา จาก โรงเรียนตำหนักธรรมวิทยาคาร
พ.ศ. 2539	มัธยมศึกษา จาก โรงเรียนม่วงไข่พิทยาคม
พ.ศ. 2541	ประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จาก มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
พ.ศ. 2545	ศึกษาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา จาก มหาวิทยาลัยรามคำแหง
พ.ศ. 2548	วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา จาก มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
พ.ศ. 2551	วุฒิบัตรการบริหารงานสาธารณสุข ระดับสูง รุ่นที่ 8 จาก สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2558	ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ จาก มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ