



การยกระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุในพื้นที่เฝ้าระวังสุขภาพจิต
ชุมชนหนองป่าก่อ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย
เพื่อการป้องกันและลดปัญหาการฆ่าตัวตาย

กันยธัญญ์ สุชิน และคณะ

คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

กรกฎาคม 2568

(งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการทำวิจัยจากมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย)



การยกระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุในพื้นที่เฝ้าระวังสุขภาพจิต
ชุมชนหนองป่าก่อ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย
เพื่อการป้องกันและลดปัญหาการฆ่าตัวตาย

กัญญ์ธัญญ์ สุชิน
ธนพัทธ์ จันทพิพัฒน์พงศ์
พิมพ์ทรัพย์ พิมพ์สิทธิ์
จิรนนต์ ไชยงาม นอกซ์
ทิพวรรณ เมืองใจ

คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
กรกฎาคม 2568
(งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการทำวิจัยจากมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย)

บทคัดย่อ

ชื่องานวิจัย	การยกระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุในพื้นที่เฝ้าระวังสุขภาพจิตชุมชนหนองป่าก่อ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย เพื่อการป้องกันและลดปัญหาการฆ่าตัวตาย
ชื่อผู้ศึกษา	กันยธัญญ์ สุขิน และคณะ
สาขาวิชา คณะ	สำนักวิชาสังคมศาสตร์
ปีการศึกษา	2568

งานวิจัยฉบับนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษา ในการวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจิต พัฒนาแนวทางการยกระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ตำบลหนองป่าก่อ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย โดยใช้วิธีการวิจัยทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ ได้แก่ การใช้แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพจิต การสังเกต การสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง พร้อมกับนำหลักวิชาการมาเป็นแนวทางในการวิเคราะห์แล้วนำเสนอผลการวิจัย ซึ่งผลการศึกษาพบว่า

ตอนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตำบลหนองป่าก่อ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย

ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้สามารถสรุปนิยามและความหมายของความรู้ด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่ได้จากการสัมภาษณ์ แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบดังนี้ 1. การรับรู้ความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจ และสาเหตุ 2. ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง และการขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น 3. ทักษะที่เอื้อต่อการขอความช่วยเหลือและความรู้ในการหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต

หลังจากนั้นผู้วิจัยได้สร้างแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตำบลหนองป่าก่อ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย และได้นำไปเก็บข้อมูล จากกลุ่มตัวอย่างที่ทำการ จำนวน 269 คน จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานะ และข้อมูลสุขภาพ ปัจจุบัน ได้ดังนี้ จากการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุตำบลหนองป่าก่อ ที่ทำการวิจัยส่วนมากเป็นเพศหญิง มีอายุ ระหว่าง 60-75 ปี ระดับน้อยกว่ามัธยมฯ ส่วนใหญ่ อยู่กับลูกหลาน และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว และมีความรู้ด้านสุขภาพจิต อยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.83 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.930

ตอนที่ 2 ผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุตำบลหนองป่าก่อ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย (รู้ทันจิต เบาใจ)

โดยผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุตำบลหนองป่าก่อ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย (รู้ทันจิต เบาใจ) พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งหมด 60 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีจำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 60-70 ปี และทั้งหมดมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมมีจำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 60-70 ปี และทั้งหมดมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา เช่นเดียวกัน

เมื่อทดลองใช้โปรแกรมฯ พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพจิตหลังได้รับโปรแกรม ($\bar{X}=2.96$, $SD=0.836$) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($\bar{X}=2.54$, $SD=0.972$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p<.01$) และพบว่า คะแนนความรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.764$, $p<.01$) โดยเมื่อเปรียบเทียบกันแล้วพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ด้านสุขภาพจิต ($\bar{X}=2.96$, $SD=.836$) สูงกว่าผู้สูงอายุกลุ่มควบคุม ($\bar{X}=2.48$, $SD=.976$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p<.01$) และผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.54$, $SD=0.16$)

ตอนที่ 3 แนวทางการยกระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ตำบลหนองปาก่อ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย การเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy) มีดังนี้:

1. การให้ความรู้ผ่านการอบรมและกิจกรรมกลุ่ม จัดกิจกรรมเวิร์กช็อปให้ความรู้เรื่องสุขภาพจิต เชิญนักจิตวิทยา/จิตแพทย์มาให้ความรู้ที่เข้าใจง่าย ใช้กิจกรรมแบบมีส่วนร่วม
2. การใช้สื่อสารสนเทศที่เหมาะสมกับวัย วิดีโอสั้น/การ์ตูนให้ความรู้เกี่ยวกับอารมณ์และสุขภาพจิตเอกสารหรือคู่มือที่ใช้ภาษาง่าย ตัวหนังสือขนาดใหญ่ อ่านเข้าใจง่าย มีรายการวิทยุชุมชน/โทรทัศน์ท้องถิ่นนำเสนอเนื้อหาเกี่ยวกับสุขภาพจิต
3. การฝึกอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver/เพื่อนช่วยเพื่อน) มีพัฒนาอาสาสมัครในชุมชนให้สามารถสังเกตอาการสุขภาพจิตเบื้องต้น และให้คำแนะนำเบื้องต้นได้ และส่งเสริมกิจกรรมแบบเพื่อนช่วยเพื่อน เช่น กลุ่มพูดคุย กลุ่มสนับสนุนทางอารมณ์
4. บูรณาการกับระบบบริการสุขภาพ ให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. หรือ อสม. มีการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตเบื้องต้นเมื่อเยี่ยมบ้าน ประเมินสุขภาพจิตควบคู่กับสุขภาพกายอย่างสม่ำเสมอ
5. การสร้างสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพจิต สนับสนุนกิจกรรมสร้างสรรค์ในชมรมผู้สูงอายุ เช่น ร้องเพลง เต้นรำ ปลูกต้นไม้ สนับสนุนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคม-ศาสนา เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่า
6. การส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีเพื่อเรียนรู้ จัดอบรมให้ผู้สูงอายุใช้งานแอปพลิเคชันเพื่อสุขภาพจิต เช่น แอปฝึกสมาธิ ใช้กลุ่ม LINE หรือ Facebook กลุ่มในการแชร์ข้อมูลสุขภาพจิต

ปัญหาและอุปสรรคในการการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ตำบลหนองปาก่อ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย

การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ มักเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคหลายประการ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ โดยสามารถสรุปประเด็นหลักได้ดังนี้: 1. ขาดความตระหนักรู้และความเข้าใจในเรื่องสุขภาพจิต 2. ทักษะคิดด้านลบและการตีตราทางสังคม (Stigma) 3. ข้อจำกัดด้านร่างกายและสมรรถภาพการเรียนรู้ 4. การเข้าถึง

บริการหรือกิจกรรมยังไม่ครอบคลุม 5. ขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน 6. ปัญหา
ด้านเศรษฐกิจและสังคม

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต, โปรแกรมทางจิตวิทยา, ผู้สูงอายุ

Abstract

Research Title : Elevating Mental Health Literacy among Elderly's Nong Pa Kao Subdistrict, Doi Luang District, Chiang Rai Province at Mental Health Surveillance Area for Suicide Prevention and Reduce Self Harm

Author : Miss. Kanthanan Suchin and Team

Major Field : Faculty of Social Science

Academic Year : 2025

Abstract

This research aimed to study the level of mental health literacy, evaluate the effects of a mental health literacy development program, and develop practical guidelines for enhancing mental health literacy among the elderly in Nong Pa Kor Subdistrict, Doi Luang District, Chiang Rai Province. A mixed-methods approach was employed, integrating both quantitative and qualitative methodologies. Research instruments included a mental health literacy scale, structured observation, and semi-structured interviews. The research adhered to academic principles in analyzing and presenting findings.

The study comprised three parts:

Part 1: Assessment of Mental Health Literacy

The researcher conducted an initial study to explore the mental health literacy of elderly individuals in the target community. Through qualitative interviews, the concept of mental health literacy was defined in three major components: (1) awareness of psychological abnormalities or mental distress and their causes, (2) knowledge and beliefs about self-help and seeking support from others, and (3) attitudes that support help-seeking behavior and knowledge of mental health information sources.

A mental health literacy assessment tool was then developed based on these components and administered to a sample of 269 elderly participants. The sample was classified according to personal factors such as gender, age, education level, marital status, and current health condition. The majority of participants were female, aged between 60–75 years, with education lower than secondary level, living with their

children or grandchildren, and having chronic diseases. The overall mental health literacy level was high, with a mean score of 2.83 and a standard deviation of 0.930.

Part 2: Effects of the Mental Health Literacy Development Program

A program entitled “Awareness and Lightness of Mind” was implemented to assess its effectiveness in enhancing mental health literacy. A total of 60 elderly participants were involved and divided equally into an experimental group (30) and a control group (30). Most participants in both groups were female, aged between 60–70 years, and had completed primary education.

The results revealed that the experimental group demonstrated a significant increase in post-program mental health literacy scores (Mean = 2.96, SD = 0.836), compared to their pre-program scores (Mean = 2.54, SD = 0.972), with statistical significance at the .01 level ($p < .01$). There was a significant correlation between pre- and post-program scores ($r = .764$, $p < .01$). Additionally, post-program scores in the experimental group were significantly higher than those in the control group (Mean = 2.48, SD = 0.976), also at the .01 significance level. Participants reported the highest level of satisfaction with the program activities (Mean = 4.54, SD = 0.16).

Part 3: Guidelines for Enhancing Mental Health Literacy

Based on the findings, comprehensive guidelines were proposed to promote mental health literacy among the elderly. These include:

- Educational workshops and group activities: Conduct interactive sessions using simple language, facilitated by psychologists or psychiatrists.
- Appropriate communication media: Use short videos, cartoons, and printed materials with large fonts and easy-to-understand language. Disseminate content through community radio or local television.
- Volunteer caregiver training: Develop community volunteers to observe early mental health symptoms and provide basic counseling, as well as promote peer support groups.
- Integration with the health service system: Train staff at sub-district health promotion hospitals (HPH) and village health volunteers (VHVs) to provide basic mental health consultation during home visits and to assess mental and physical health regularly.
- Creating mental health-supportive environments: Support creative and social activities in senior clubs, such as singing, dancing, gardening, and participation in religious or community events to foster a sense of self-worth.

- Promoting digital literacy: Organize training for the elderly to use mobile applications for mental well-being, such as meditation apps, and encourage the use of LINE or Facebook groups to share mental health information.

Challenges and Barriers

The study also identified several obstacles in developing mental health literacy among the elderly, including:

1. lack of awareness and understanding of mental health,
2. negative attitudes and social stigma,
3. physical limitations and reduced learning capacity,
4. limited access to services and activities,
5. insufficient family and community involvement, and
6. socioeconomic issues.

Keywords: Mental Health Literacy, Psychological Intervention Program, Elderly

กิตติกรรมประกาศ

รายงานเล่มนี้สำเร็จลงได้ต้องขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ศรชัย มุ่งไธสง อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภัทรีพันธุ์ พันธุ์ คณบดีคณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย ที่คอยให้การสนับสนุนและให้โอกาส ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รณิดา ปิงเมือง ที่คอยให้ความรู้และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์กับทีมผู้วิจัย รวมถึงผู้นำชุมชน ผู้สูงอายุ องค์การบริหารส่วนตำบลหนองป่าก่อ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงรายทุกท่าน ที่เอื้อเพื่อข้อมูล และอำนวยความสะดวกให้ทุกอย่าง

และท้ายสุด ขอกราบขอบพระคุณ ทุกท่านที่ไม่ได้เอ่ยนาม ที่คอยให้ความช่วยเหลือ อำนวยความสะดวก ตลอดจนเป็นกำลังใจให้กับทีมผู้วิจัยเสมอมา

กันยธัญญ์ สุชิน และคณะ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ซ
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
โจทย์การวิจัย.....	4
คำถามการวิจัย.....	4
วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย.....	4
คำสำคัญ (keywords) ของโครงการวิจัย.....	4
ขอบเขตของโครงการวิจัย.....	4
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ และสุขภาพจิตผู้สูงอายุ.....	6
แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต.....	12
ข้อมูลทั่วไปของชุมชน.....	16
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	19
สมมติฐานการวิจัย.....	21
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
วิธีการดำเนินงานวิจัย.....	22
ประชากร.....	22
การวิจัยระยะที่ 1.....	22
การวิจัยระยะที่ 2.....	26
การวิจัยระยะที่ 3.....	29
การพิทักษ์สิทธิของเข้าร่วมโครงการวิจัย.....	31
เกณฑ์คัดเข้าเพื่อเข้าร่วมงานวิจัย (Inclusion Criteria).....	31
เกณฑ์คัดออกจากงานวิจัย (Exclusion Criteria).....	32
ผู้ให้ข้อมูลหลัก (วัตถุประสงค์ 1).....	32
ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง (วัตถุประสงค์ 2).....	32
ผู้ให้ข้อมูลหลัก (วัตถุประสงค์ที่ 3).....	32

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
ตอนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตำบลหนองปากอ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย.....	33
ตอนที่ 2 ผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ ตำบลหนองปากอ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย (รู้ทันจิต เบาใจ).....	37
ตอนที่ 3 แนวทางการยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ตำบลหนองปากอ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย.....	40
ปัญหาและอุปสรรคในการการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ตำบลหนองปากอ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย.....	41
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย.....	43
ปัญหาและอุปสรรคในการการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ตำบลหนองปากอ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย.....	44
อภิปรายผลการศึกษา.....	45
ข้อเสนอแนะจากการวิจัย.....	47
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	48
บรรณานุกรม	49
ภาคผนวก	53
ภาคผนวก ก รายชื่อผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	54
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	56
ภาคผนวก ค คุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	63
ภาคผนวก ง โปรแกรมการอบรม.....	66
ภาคผนวก จ คุณภาพของโปรแกรมฝึกอบรม.....	80
ภาคผนวก ฉ ภาพการดำเนินโครงการวิจัย.....	83
ประวัติผู้วิจัย	85

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แบบแผนของการวิจัยกึ่งทดลอง.....	28
2	การจัดกลุ่มองค์ประกอบ.....	34
3	ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ตำบลหนองป่าก่อ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานะ สุขภาพในปัจจุบัน (จำนวน 269 คน).....	36
4	ตารางแสดงข้อมูลเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตำบลหนองป่าก่ออำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย.....	37
5	ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (จำนวน 60 คน).....	38
6	ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตำบลหนองป่าก่อ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย.....	39
7	ค่าความสัมพันธ์ของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม.....	39
8	ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมกับกลุ่มควบคุม.....	39
9	ความพึงพอใจต่อโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุตำบลหนองป่าก่อ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย (รู้ทันจิต เบาใจ) ของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม.....	40
ค-1	คุณภาพเครื่องมือในการสัมภาษณ์ระยะที่ 1.....	64
ค-2	แสดงค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ทางด้านสุขภาพจิต.....	64
ค-3	คุณภาพเครื่องมือในการสัมภาษณ์ระยะที่ 3.....	65
ง-1	ระยะเวลา และกำหนดการฝึกอบรม.....	71
ง-2	ความคิดเห็นต่อโครงการฝึกอบรม.....	79
จ-1	การประเมินความสอดคล้องของโปรแกรมการฝึกอบรมในภาพรวม.....	81
จ-2	การประเมินความสอดคล้องของโปรแกรมการฝึกอบรมในแต่ละกิจกรรม.....	82

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	ปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีววิทยา จิตวิทยา และสังคม ที่มีต่อการพัฒนาการสุขภาพจิต	10
2	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	21
ฉ-1	ภาพการดำเนินโครงการวิจัย.....	84

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากสถานการณ์โครงสร้างผู้สูงอายุทั่วโลก รวมทั้งในประเทศไทยได้เข้าสู่ยุคที่มีประชากรผู้สูงอายุ (Aging population) ซึ่งเป็นผลจากความก้าวหน้าทางการแพทย์ และสาธารณสุขทำให้ประชากรสูงอายุ มีอายุยืนยาวขึ้น รวมทั้งการวางแผน ครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ การเจริญพันธุ์ของประชากรมีอัตราการลดลงส่งผลต่อการมีประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น (ประนอม โอทกานนท์, 2554) จากรายงาน The World Population Prospect: The Revision 2015 ของ UN Population Division พบว่า ในปี ค.ศ. 2015 ค่าเฉลี่ยของสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งหมดของสมาชิกกลุ่มประเทศอาเซียนอยู่ที่ 10.9% และมีการคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 29.4 ภายในปี ค.ศ. 2050 โดยการเพิ่มขึ้นดังกล่าวเป็นการเพิ่มขึ้นเกือบสามเท่าในช่วง 35 ปี โดยหากพิจารณา ค่าเฉลี่ยเราสามารถที่จะกล่าวได้ว่า ในปี ค.ศ. 2015 กลุ่มประเทศอาเซียนได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว (ศศิวิมล วรณศิริปรีณวัฒน์, 2558)

ดังจะเห็นได้จากสถานการณ์ผู้สูงอายุของประชากรไทยปี 2557 ที่ผ่านมานั้นในรายงานระบุตัวเลขอย่างชัดเจนว่า ประเทศไทยมีประชากรทั้งหมดประมาณ 68 ล้านคน และในช่วงระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา ถือได้ว่าประชากรของประเทศไทยค่อนข้างที่จะคงตัวแล้ว และจำนวนประชากรใกล้เคียงถึงจุดอิ่มตัว แต่อย่างไรก็ตามโครงสร้างอายุของประชากรไทยกลับเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วโดยในปี 2557 มีประชากรสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวนมากถึง 10 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 15 ของประชากรทั้งหมด จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างดังกล่าว การสูงอายุของประชากรจึงเป็นประเด็น ทำลายต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทยมากเนื่องจาก ในปี 2557 มีคนวัยแรงงานอายุ 15-59 ปี 4.3 คน ต่อผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปหนึ่งคน แต่ในอนาคต ปี 2573 หรืออีกเพียงแค่ 16 ปีข้างหน้า เราจะมีคนในวัยแรงงานเพียง 2 คน ต่อผู้สูงอายุ 1 คนเท่านั้น สิ่งที่น่าเป็นห่วงคือจะมีผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังมากขึ้น และอาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจนมากถึงร้อยละ 34 ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มนี้น่าจะเป็นเป้าหมายการจัดระบบการดูแลและเฝ้าระวัง (อนุสันต์ เทียนทอง, 2558) สำหรับรายงานสุขภาพคนไทย มิติสุขภาพของผู้สูงอายุ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2566) กล่าวถึงสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุสำรวจปี 2565 พบว่า ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 ของประชากรไทยทั้งประเทศ และจากข้อมูลสถิติผู้สูงอายุจากกรมกิจการผู้สูงอายุ (2566) กล่าวถึงสถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย จำนวน 13,064,929 คน ส่วนจังหวัดเชียงรายมีผู้สูงอายุ จำนวน 271,888 คน คิดสัดส่วนเป็นร้อยละ 23.34 จากสัดส่วนประชากรทั้งจังหวัดเชียงราย

สำหรับปัญหาสุขภาพซึ่งเป็นเรื่องที่มีความสำคัญยิ่งกับผู้สูงอายุ นอกจากเรื่องสุขภาพกาย นั้น สุขภาพจิตใจ นับว่าเป็นปัญหาสำคัญในการเฝ้าระวังดูแล เนื่องจากผู้สูงอายุในปัจจุบันมีภาวะของโรคซึมเศร้าสูง เพราะเป็นวัยที่มีการสูญเสียหลายด้าน ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม เป็นวัยที่ต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของชีวิตอย่างมาก โดยมีรายงานพบว่า ประมาณร้อยละ 30 ของผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปจะเคยมีประสบการณ์ ของการมีภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงอย่างน้อยหนึ่งครั้ง ซึ่งมี

ผลกระทบกระเทือนต่อชีวิตประจำวัน ซึ่งจะทำให้รู้สึกไม่มีความสุข ซึมเศร้า จิตใจหม่นหมอง หมดความกระตือรือร้น เบื่อหน่าย แยกตัวเอง ชอบอยู่เงียบๆ คนเดียว ท้อแท้ บางครั้งมีความรู้สึกสิ้นหวัง มองชีวิตไม่มีคุณค่า มองตนเองไร้ค่า เป็นภาระต่อคนอื่น ถ้ามีอาการมาก จะมีความรู้สึกเบื่อชีวิต คิดอยากตาย หรือคิดฆ่าตัวตาย (อาฟสา หุตะเจริญ, 2554) ซึ่งในปี 2553 มีการฆ่าตัวตาย 3,761 ราย เฉลี่ยวันละ 10 ราย เพศชาย ฆ่าตัวตายมากกว่าเพศหญิง กลุ่มอายุ 80-84 ปี มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุด รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 75-79 ปี ตามด้วยอายุ 70-74 ปี จังหวัดที่มีการฆ่าตัวตายสูงสุดคือ ลำพูน เชียงราย แม่ฮ่องสอน น่าน และเชียงใหม่ (พิศดาร ทวีโชค, 2554) และรายงานการสำรวจในปี 2566 ของข้อมูลกรมสุขภาพจิตพบว่า เขตสุขภาพที่ 1 ภาคเหนืออัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในผู้สูงอายุมากที่สุดคือจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 45 คน รองลงมาคือจังหวัดเชียงราย จำนวน 23 ราย โดยมีปัจจัยเสี่ยงจากการเป็นโรคเรื้อรังทางกายร้อยละ 48 ซึ่งรายงานมิติสุขภาพของผู้สูงอายุพบว่าความเจ็บป่วยหลักทางกายได้แก่ 1) ภาวะที่เกิดจากโรคเรื้อรัง 2) โรคเกี่ยวข้องกับความคิดปกติของอวัยวะรับสัมผัส และ 3) โรคความผิดปกติทางระบบประสาท (รายงานสุขภาพคนไทย, 2566) นอกจากนี้ยังมีเป้าหมายร่วมกันในสุขภาพที่ 1 เกี่ยวกับอัตราการฆ่าตัวตายคือต้องการให้ต่ำกว่า 40 ราย ในรอบ 3 เดือนแรกของปีงบประมาณ 2567 และในพื้นที่เชียงรายมีการดำเนินแผนขับเคลื่อนปัญหาการฆ่าตัวตายด้วยกลไก พขอ.สุขภาพจิต และวัคซีนใจระดับอำเภอ ในอำเภอแม่จัน พาน เทิง เชียงของ เชียงแสน และเวียงแก่น (เขตสุขภาพที่ 1, 2566) ในขณะที่พื้นที่อำเภอดอยหลวงยังไม่มีกลไกในระดับอำเภอ แต่อาศัยกลไกของจังหวัดเพื่อดำเนินการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่

อย่างไรก็ตามในการป้องกันภาวะสุขภาพจิตและการฆ่าตัวตายในวัยผู้สูงอายุนั้น มีวิธีการรับมือกับสาเหตุต่าง ๆ โดยจะต้องมีการดูแลด้านร่างกาย การดูแลด้านจิตใจ และการดูแลด้านสังคม โดยในแต่ละส่วนมีความเกี่ยวข้องกัน สิ่งสำคัญคือ ผู้สูงอายุจะต้องมีภาวะจิตใจที่รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต โดยความรู้และความเชื่อของผู้สูงอายุนั้นจะเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตที่ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสามารถป้องกันและจัดการความผิดปกติทางจิตของตนเองได้อย่างเหมาะสมซึ่งการที่ผู้สูงอายุมีการรู้เท่าทันสุขภาพจิตจะตระหนักถึงปัญหาการเจ็บป่วยทางจิต สามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเองและคนรอบข้างได้และมีทัศนคติที่ดีต่อบุคคลที่มีปัญหาทางจิต รวมถึงมีความสามารถในการรับรู้ความผิดปกติ รู้วิธีการหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต มีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุ การรักษา และแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพจิตได้ (Lam, 2014) โดยผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองที่ดี จะสามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ ไม่มีความวิตกกังวล มีความรู้สึกที่ดีต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม รู้สึกพึงพอใจในตนเองและส่งผลให้มีความสุขทางใจที่ดีได้ อันจะส่งผลต่อการดูแลตนเองในทุกๆ ด้าน และนำมาซึ่งความสุขในชีวิต (เรณูการ์ ทองคำรอด, 2554) จากการทบทวนข้อมูลงานวิจัยพบว่า ตัวแปรหนึ่งทางจิตวิทยาที่สำคัญและมีผลต่อการป้องกันสุขภาพจิตและสร้างสุขภาวะที่ดี (Well-being) ให้กับผู้สูงอายุคือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy) และยิ่งพบว่ายิ่งมีงานในประเทศไทยที่ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุอยู่จำนวนน้อยมากเมื่อเทียบกับงานวิจัยในต่างประเทศ โดยฐานข้อมูลวารสารวิชาการ Thaijo มีข้อมูลงานวิจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุเพียง 7 งานเพียงเท่านั้น จากจำนวนทั้งหมด 26 เรื่อง ที่ส่วนมากเป็นงานวิจัยเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในเด็กและเยาวชนมากกว่าผู้สูงอายุ ซึ่งพบผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Literature Review) ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตหากมี

มากพอที่จะเพียงพอต่อการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุได้ (ปราโมทย์ ถ่างกระโทก และคณะ, 2563)

จากผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตประชาชนไทย ปี 2560 พบว่าคนไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต คิดเป็นร้อยละ 43.79 เมื่อมีปัญหาสุขภาพจิต สามารถรู้แหล่งบริการ ร้อยละ 44.8 และประเด็นการหาคำแนะนำจากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้เพียงร้อยละ 43.7 ตลอดจนในด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ประชาชนส่วนใหญ่รู้ว่าจะไปหาแหล่งข้อมูลความรู้สุขภาพจิตได้จากที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือโรงพยาบาลชุมชน คิดเป็นร้อยละ 69.30 แต่ในขณะเดียวกันมีประชาชนเพียงร้อยละ 41.9 ที่รู้จักเบอร์สายด่วนสุขภาพจิต 1323 ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตให้มากขึ้นในทุกเพศ ทุกวัย โดยการมีแหล่งความรู้ มีข้อมูลความรู้ที่ได้รวบรวมอยู่ในแหล่งเดียวกันจะทำให้เครือข่ายและประชาชนเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจิตได้ด้วยตนเอง รวมถึงการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตและสร้างความตระหนักเพื่อลดอคติที่มีต่อผู้ป่วยโรคทางจิตเวช ความรอบรู้ด้านสุขภาพจะเป็นตัวที่ช่วยให้เราแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพเมื่อเรามีอาการเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพและสุขภาพจิตจะนำไปสู่การป้องกันและแก้ไขปัญหา โดยมีเป้าหมายเพื่อให้มีร่างกาย จิตใจ และคุณภาพชีวิตที่ดีมากยิ่งขึ้นต่อไป (กรมสุขภาพจิต, 2560) จากการทบทวนผลงานวิจัยถึงความสัมพันธ์และผลความรู้ด้านสุขภาพจิต พบว่าความรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อสุขภาวะทางจิตใจ (ฐิตีอาภา ตั้งคำวานิช, ศรีสุภา ใจโสภา และกนกพจน์ มีวัฒนา, 2566) มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อการจัดการปัญหาสุขภาพจิต (ปภาดา น้อยวงศ์ และสกลสุภา สิงคบุตร, 2566) มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ (กัญญาวิณี โมกขาว, วัชรินทร์ ช่างประดับ และวลัยนารี พรหมลา, 2563) ซึ่งสอดคล้องกับผลการทดลองที่สร้างโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต ผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจิตและมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้นจะเป็นผู้ที่สามารถดูแลสุขภาพตนเอง (Self-care) และจัดการสุขภาพจิตของตนเองได้เป็นอย่างดี (กัญญาวิณี โมกขาว และคณะ, 2566; สมบัติ บุญโต, 2566; อรุณทัย ปาทาน และสิริมา มงคลสัมฤทธิ์, 2563) ซึ่งเป็นปัจจัยป้องกันที่สำคัญต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ

จากข้อมูลดังกล่าวมาทำให้เห็นว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งต่อการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุทั้งในระดับบุคคลและระดับชุมชนที่สามารถนำสู่การลดปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชนได้ ซึ่งเป็นไปตามแผนพัฒนามหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย ในประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนาท้องถิ่น ข้อ 4.1 ยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชน สังคม และท้องถิ่น รวมทั้งเป้าหมายการดำเนินงานของมหาวิทยาลัย ที่มุ่งพัฒนาท้องถิ่นอย่างเข้าใจ เข้าถึง โดยอาศัยการวิจัยตามเป้าหมายที่ 3 ของแผนยุทธศาสตร์การพัฒนามหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย ระยะ 5 ปี (กองนโยบายและแผน มร.ชร., 2566) นอกจากนี้ที่สำคัญยังสอดคล้องกับการพัฒนาอย่างยั่งยืน SDGs ในมิติที่ 3 สร้างหลักประกันการมีสุขภาวะที่ดี และส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกช่วงวัย (SDG 3 Good Health and Well-being) และพื้นที่ชุมชนหนองป่าก่ออำเภอดอยหลวง นั้น ยังเป็นพื้นที่เป้าหมายในการพัฒนาตามภารกิจของคณะสังคมศาสตร์ที่มี

การพัฒนาพื้นที่อย่างต่อเนื่องร่วมกับโรงพยาบาลในพื้นที่ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมุ่งสนใจยกระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่ชุมชนหนองปากอ ซึ่งเป็นพื้นที่เฝ้าระวังด้านสุขภาพจิตที่จะเป็นส่วนสำคัญในการสร้างพื้นที่สุขภาพจิตที่ดีและสามารถลดอัตราการฆ่าตัวตายได้ในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตำบลหนองปากอ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย
2. เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุตำบลหนองปากอ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย
3. เพื่อพัฒนาแนวทางการยกระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ตำบลหนองปากอ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย

คำสำคัญ (keywords) ของโครงการวิจัย

(ภาษาไทย) ความรู้ด้านสุขภาพจิต, โปรแกรมแทรกแซงทางจิตวิทยา, ผู้สูงอายุ

(ภาษาอังกฤษ) Mental Health Literacy, Psychological Intervention Program, Elderly

ขอบเขตของโครงการวิจัย

ขอบเขตด้านเนื้อหา

มุ่งศึกษาประเด็นความรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy)

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ประชากรคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในตำบลหนองปากอ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย จำนวน 895 ราย (องค์การบริหารส่วนตำบลหนองปากอ, 2566)

ขอบเขตด้านสถานที่ศึกษา

หมู่บ้านทั้ง 10 หมู่บ้าน ตำบลหนองปากอ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย

ขอบเขตด้านระยะเวลาที่ศึกษา

ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2567 ถึงเดือนกรกฎาคม 2568 ระยะเวลา 15 เดือน

นิยามศัพท์เฉพาะ

ความรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy) หมายถึง ความรู้และความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตที่ช่วยให้บุคคลเกิดการรับรู้สามารถป้องกัน และจัดการปัญหาสุขภาพจิตของตนเองได้อย่างเหมาะสม รวมถึงมีความสามารถและทักษะในการให้การสนับสนุนและช่วยเหลือบุคคลรอบข้างที่มีปัญหาสุขภาพจิต มีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุ มีความรู้เกี่ยวกับการแสวงหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต การแสวงหาความช่วยเหลือจากจิตแพทย์ นักจิตวิทยา พยาบาล หรือบุคลากรด้านสุขภาพ และทัศนคติ ที่ส่งเสริมการตระหนักรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบดังนี้

1. การรับรู้ความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจ และสาเหตุ หมายถึง ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและความผิดปกติทางจิต โดยเป็นความเข้าใจเกี่ยวกับกบฏอาการ และความผิดปกติทางสุขภาพจิต รู้ถึงปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของการเจ็บป่วยทาง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล สังคม เศรษฐกิจ

2. ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง และการขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการป้องกันการเกิดความผิดปกติทางจิต หรือแนวทางการแก้ไขหรือรักษาความผิดปกติทางจิต ที่สามารถประเมินตนเองและจัดการกับตนเองได้อย่างถูกต้อง ได้แก่ การขอความช่วยเหลือจากคนในครอบครัวหรือเพื่อน การปฏิบัติกิจกรรมที่ชื่นชอบหรือ การออกกำลังกาย มีความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการขอความช่วยเหลือจากบุคลากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในด้านสุขภาพจิต

3. ทัศนคติที่เอื้อต่อการขอความช่วยเหลือและความรู้ในด้านการหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต หมายถึง การรับรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับการเอื้อต่อการแสวงหาความช่วยเหลือ เช่น บุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต เป็นเพียงอาการป่วย ไม่ใช่เป็นตราบาป หรือไม่ควรถูกตีตราทางสังคม มีความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต เช่นวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิตจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ แหล่งข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่ ได้แก่ การสอบถามครอบครัว และเพื่อน หรือบุคคลอื่นๆที่เกี่ยวข้อง รวมถึงหาข้อมูลจาก อินเทอร์เน็ต เป็นต้น

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าตรวจสอบเอกสาร แนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดขอบเขตการวิจัยโดยนำเสนอ ตามลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ และสุขภาพจิตผู้สูงอายุ
2. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต
3. ข้อมูลทั่วไปของชุมชน
4. ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ และสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ ผู้สูงวัย ผู้เฒ่าผู้แก่ คนชรา หรือคนแก่ มักเป็นชื่อเรียกของกลุ่มคนที่มีชีวิตอยู่ในช่วงบั้นปลายของชีวิต ซึ่งอาจใช้ภาษาอังกฤษว่า Late Adulthood, Old Age, Elderly, Ole หรือ Later Life ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปจนกระทั่งตาย ในการกำหนดเกณฑ์ของช่วงอายุนั้นหากใช้อายุตามปีปฏิทินกำหนด การเริ่มต้นของวัยชราอาจไม่ใช่เกณฑ์ที่เหมาะสม เพราะแต่ละบุคคลจะเข้าสู่วัยชราอย่างแท้จริงแตกต่างกันไปตามพันธุกรรม สภาพแวดล้อม และพฤติกรรมของแต่ละคน สำหรับสากลเกณฑ์การกำหนดอายุของผู้สูงอายุนั้นยึดตามการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ (World Assembly on Aging) ที่ระบุว่า ผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป สำหรับประเทศไทยนั้นได้กำหนดให้ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปนับเป็นผู้สูงอายุ เพื่อให้สอดคล้องกับมติของที่ประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ จึงเป็นเกณฑ์ให้การเกษียณอายุในการทำงานของประเทศไทยนั้นอยู่ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป (วิริยา สุขวงศ์, 2545) ดังนั้น งานวิจัยนี้ผู้วิจัยจึงกำหนดว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

เมื่อเป็นวัยที่อยู่ในช่วงบั้นปลายของชีวิตที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งมีผลต่อการปรับตัวและการใช้ชีวิตในสังคม มักนำไปสู่การปรับตัวที่ไม่ราบรื่นและแสดงออกในทางลบมากกว่าทางบวก คือเป็นมีความทุกข์มากกว่ามีความสุข เพราะถูกมองว่าเป็นช่วงเวลาของความเสื่อมโทรม ส่งผลให้ผู้สูงอายุถูกทำให้กลายเป็นชนกลุ่มน้อยของสังคมไปโดยปริยาย

ภารกิจพัฒนาการส่วนใหญ่ในวัยนี้จะเกี่ยวข้องเกี่ยวกับชีวิตส่วนตัวมากกว่าการไปเกี่ยวข้องกับชีวิตผู้อื่น ซึ่งฮาวิกเฮิร์ส (Havighurst) ได้นำเสนอภารกิจพัฒนาการของผู้สูงอายุไว้ดังนี้ (Hurlock, 1980 อ้างอิงจาก ประณตเค้าฉิม, 2549) 1) การปรับตัวกับความแข็งแรงและสุขภาพของร่างกายที่กำลังเสื่อมถอย 2) การปรับตัวกับการเกษียณอายุและรายได้ที่ลดลง 3) การปรับตัวการตายของคู่ครอง 4) การสร้างความผูกพันกับสมาชิกของกลุ่มคนในวัยเดียวกัน 5) มีการจัดการด้านความเป็นอยู่ทางกายที่ดี และ 5) การปรับตัวกับบทบาททางสังคมได้ดี

1. การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ สามารถอธิบายพอสังเขปได้ ดังนี้ (ประณต คำฉิม, 2549)

1.1. พัฒนาการทางกาย เป็นการเปลี่ยนแปลงทั้งลักษณะภายนอกที่เป็นส่วนที่สามารถเห็นได้อย่างชัดเจนมากที่สุดของช่วงวัยนี้ ริ้วรอย ความเหี่ยวแห้ง สีของเส้นผม ลำตัวไม่ยืดตรง หลังงอ และ การเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายที่เกี่ยวข้องกับระบบต่าง ๆ ภายในร่างกายของผู้สูงอายุ การทำงานของสมอง มวลกระดูก ระบบย่อยอาหาร ระดับการหายใจ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจที่หากปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้ก็จะมีสภาวะทางอารมณ์และจิตใจที่ไม่ดี แต่ถ้าไม่สามารถปรับตัวได้หรือปรับตัวได้ไม่ดีก็เกิดปัญหาทางจิตใจขึ้น ได้แก่ ความเหงา ความวิตกกังวล ความหวาดระแวง ความรู้สึกไร้อำนาจ ความรู้สึกขาดความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง อาหาร ซึมเศร้า ไปจนถึงการฆ่าตัวตาย

1.2 การเปลี่ยนแปลงทางสังคม เป็นอีกส่วนหนึ่งของการเปลี่ยนแปลงที่ผู้สูงอายุจะสนใจในผู้อื่นน้อยลง แต่จะหันมาสนใจตัวเองและครอบครัวเป็นหลัก ที่อาจทำให้เกิดความรู้สึกเหงา กลายเป็นคนขี้อึด เพราะขาดการติดต่อทางสังคมที่มีอยู่ 3 แหล่งหลัก ๆ ได้แก่ เพื่อนสนิท เพศเดียวกัน กลุ่มเพื่อนที่เกิดขึ้นในสมัยทำงาน และกลุ่มอย่างเป็นทางการหรือชมรม เนื่องด้วยสุขภาพ ไม่เอื้ออำนวย หรือฐานะการเงินไม่ดี เป็นต้น

1.3 การเปลี่ยนแปลงทางสติปัญญา หากมองว่าวันนี้เป็นวัยแห่งการเสื่อมถอยทางร่างกาย สติปัญญาก็คงย่อมเสื่อมถอยไปด้วยเป็นอัตโนมัติ ซึ่งอาจไม่ใช่ความจริงเสมอไป เนื่องจากผู้สูงอายุยังสามารถเรียนรู้ข้อมูลข่าวสารและทักษะใหม่ ๆ ได้ดี การเปลี่ยนแปลงทางสติปัญญาด้านต่าง ๆ ในผู้สูงอายุ ได้แก่ การเรียนรู้ ความจำ การใช้เหตุผล ความคิดสร้างสรรค์ และการใช้คำศัพท์ เป็นต้น

จากข้อมูลดังกล่าวมาข้างต้น จึงสามารถสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ (Elderly) คือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในด้านต่าง ๆ ทั้งการเสื่อมถอยและการเจริญขึ้น ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และสติปัญญา ซึ่งอัตราการพัฒนาการของผู้สูงอายุในแต่ละคนนั้นไม่เท่ากันที่เป็นผลมาจากพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมของผู้สูงอายุคนนั้น ๆ เอง

1.4. การเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพจิต สาเหตุที่มีผลกระทบต่อสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ความเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย มีความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ เช่น ความจำแย่ลง การได้ยินลดลง สายตาแย่ลง มีข้อจำกัด ในการเคลื่อนไหวร่างกายทำให้ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ต้องพึ่งพาคนอื่น ความเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และจิตใจ ผู้สูงอายุจะมีการซึมเศร้า หงุดหงิด ขี้ระแวง วิตกกังวล โกรธง่าย เอาแต่ใจ เกิดขึ้นจากความเสื่อมของสมองและระดับฮอร์โมนในร่างกายไม่สมดุลเหมือนเดิม การเผชิญกับความสูญเสียและการพลัดพรากของคู่ชีวิต ญาติสนิทหรือเพื่อนฝูง เกิด ความเหงา ขาดที่พึ่งทางใจ ความเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม การมีบทบาททางสังคมลดลงทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียความมั่นคงในชีวิต รู้สึกว่าหมดความสำคัญในสังคม อยู่ในสภาวะที่ไร้คุณค่า สูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง และรู้สึกว่าตนเองกำลังเริ่มเป็นภาระของครอบครัว รวมไปถึงการสูญเสียการสมาคมกับเพื่อนฝูง เมื่อเกษียณอายุ หรือไม่สะดวกเดินทางเพราะปัญหาทางสุขภาพ ภาวะสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ อารมณ์แปรปรวนในผู้สูงอายุ คือ อาการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่รวดเร็ว อาจมีหลากหลายอารมณ์ใน 1 วัน โดยอาจรู้สึกเศร้า รู้สึกมีความสุขหรืออาจร้องไห้โดยไม่มีสาเหตุ โดยการเปลี่ยนแปลง

ทางอารมณ์นี้อาจเกิดขึ้นได้ตามธรรมชาติ หรือเกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วย ความเปลี่ยนแปลงภายในร่างกาย ความผิดปกติของระดับฮอร์โมนในร่างกาย ความเครียด การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในชีวิต หรือแม้กระทั่งโรคจิตเวชบางชนิด ภาวะเครียด วิตกกังวล ผู้สูงอายุจะรู้สึกเครียดง่าย เนื่องจากปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้ยาก รวมถึงโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เป็นการเจ็บป่วยทางจิตใจชนิดหนึ่งเมื่อเกิดขึ้น จะทำให้ผู้สูงอายุไม่มีความสุข หดหู่ เบื่อหน่ายสิ่งต่างๆ รอบตัว มองโลกในแง่ร้าย ชอบบอกร่ำไยๆ ตามลำพัง รู้สึกชีวิตสิ้นหวัง มองว่าตนไม่มีคุณค่า บางราย มีอาการตรงกันข้าม หงุดหงิด โมโหง่าย เอาแต่ใจตนเอง น้อยใจง่าย ทะเลาะกับลูกหลานบ่อยครั้ง อาการทาง จิตใจส่งผลให้เกิดอาการทางร่างกาย เช่น นอนไม่หลับ นอนมากเกินปกติ อ่อนเพลีย ไม่สดชื่น เบื่ออาหาร ชอบพูดเรื่องเศร้าๆ ในรายที่มีอาการรุนแรงอาจมีความคิดทำร้ายตนเองได้ ซึ่งอาการที่ควรให้ความสำคัญ คือ การดำเนินชีวิตประจำวันที่เปลี่ยนไป ได้แก่ การรับประทานอาหารผิดปกติ อาจจะได้รับประทานมากขึ้นกว่าเดิม หรือไม่สบายใจก็ยิ่งรับประทานมาก หรือบางคนก็ตรงข้าม คือ รับประทานอาหารน้อยลง เบื่ออาหาร ชูบผอมลงทั้งๆ ที่ไม่มีปัญหาทางร่างกาย บางคนมี อาการท้องอืด ท้องเฟ้อ หรือมีรูปแบบการนอนที่ผิดปกติ อาจจะมีการนอนหลับมากกว่าปกติ เช่น มีอาการง่วง ซึม อยากนอนตลอดเวลา หรือบางคนก็ตรงข้าม คือ นอนไม่หลับ ตกใจตื่นตอนดึกแล้วไม่สามารถหลับต่อได้อีก บางคนอาจมีอาการฝันร้ายติดต่อกันบ่อยๆ มีอารมณ์ผิดปกติ บุคลิกภาพเปลี่ยนไปจากเดิม เช่น หงุดหงิดบ่อยขึ้น เคยเป็นคนร่าเริงแจ่มใส ช่างพูด ช่างคุย ก็กลับซึมเศร้า เจ็บขบขี้น เคร่งเครียด ฉุนเฉียว ไม่พูดไม่จา บางคนอาจเคยพูดน้อยก็กลายเป็นคนพูดมาก วิตกกังวลมากขึ้นกว่าเดิมจนสังเกตเห็นได้ และสร้างความลำบากใจให้กับคนรอบข้าง เป็นต้น หรือมีอาการเจ็บป่วยทางกายซึ่งหาสาเหตุไม่พบ เรื่องนี้ผู้ดูแลควรสังเกตให้มาก เพราะโรคบางอย่างยังตรวจไม่พบอาจเป็นอาการ แอบแฝงของโรคร้ายแรงบางชนิดได้ เช่น อาการปวดเมื่อยตามตัว ปวดศีรษะ ปวดกระดูก วิงเวียนศีรษะ ปวดท้อง เป็นต้น (ภาณุวัฒน์ ว่องตระกูลเรือง , 2566)

1.5. แนวทางการดูแลสุขภาพจิตใจของผู้สูงอายุ การให้เกียรติ ยอมรับในการตัดสินใจ ยอมรับบทบาท และให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ เช่น คอยซักถามเรื่องสุขภาพและความเป็นอยู่ ชวนคุย เล่าเรื่องสนุกๆ ให้ท่านฟัง หากิจกรรมให้ผู้สูงอายุทำ เป็นสิ่งที่ทำแล้วเพลิดเพลิน สิ่งที่ท่านชอบ และสนใจที่จะทำ หมั่นทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัว กระตุ้นให้ผู้สูงอายุ รู้สึกว่าตนเองเป็นที่ปรึกษาของบุคคลในครอบครัวได้ อย่าทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าเขาเป็นผู้ที่ทำให้คุณต้องแบกภาระเหนื่อยยากในการดูแล หมั่นสังเกตความผิดปกติ และควรสอบถามสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวล พุดคุย และรับฟัง แลกเปลี่ยนวิธีแก้ไขปัญหาร่วมกัน ไม่ควรให้ผู้สูงอายุเก็บปัญหา หรือความไม่สบายใจไว้เพียงลำพัง ให้ผู้สูงอายุพบปะกับบุคคลที่ชอบหรือคุ้นเคย เช่น ลูกหลาน เพื่อน หรือเพื่อนบ้าน ชวนสวดมนต์ ปฏิบัติธรรม ฟังสมาธิ ปรับเปลี่ยนบรรยากาศให้ผู้สูงอายุรู้สึกสดชื่น หลีกเลียงเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความกระตือรือร้นใจ ความสุขของผู้สูงวัยเกิดขึ้นได้ด้วยความรัก ความเข้าใจของผู้ดูแลและคนใกล้ชิด ลูกหลานจึงควรมองการแสดงออกของผู้สูงอายุหรือปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยทัศนคติเชิงบวก จะช่วยให้เรารู้สาเหตุและค้นพบทางแก้ปัญหาที่เหมาะสม สำหรับตัวผู้สูงอายุเอง ควรทำความเข้าใจกับธรรมชาติยอมรับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย อารมณ์ และความรู้สึกของตัวเองอย่างเท่าทัน และปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงนั้นเพื่อให้ชีวิตมีความสุข

2 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

มีแนวคิดทฤษฎีจากนักวิชาการหลายท่านที่อธิบายถึงลักษณะของผู้สูงอายุ สำหรับในแวดวงจิตวิทยามีทฤษฎีที่อธิบายไว้อย่างชัดเจนถึงพัฒนาการของผู้สูงอายุ ซึ่งจะอธิบาย พอสังเขป ดังนี้

2.1 ทฤษฎีพัฒนาการทางจิตสังคมของอีริคสัน (Erikson's Psychosocial Developmental Theory) พัฒนาการของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ตรงกับลำดับขั้นพัฒนาการจิตสังคมในขั้นที่ 8 ที่มีคู่ขัดแย้งทางจิตใจคือ ความมั่นคงทางจิตใจ กับ ความสิ้นหวัง (Integrity vs. Despair) อีริคสัน (Erikson) อธิบายว่า เมื่อบุคคลถึงลำดับพัฒนาการขั้นนี้แล้ว บุคคลจะต้องพัฒนาความรู้สึกของตนเองว่าได้กระทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ควรกระทำเสร็จสิ้นตามหน้าที่ของตนเองแล้ว เช่น การให้การอบรมเลี้ยงดูผู้เยาว์ ได้แบ่งปันความรู้ความคิดแก่ผู้ที่ควรได้รับ ได้พบและยอมรับทั้งความสำเร็จและความล้มเหลวที่เกิดขึ้นของชีวิต ผู้สูงอายุต้องมอย้อนกลับไปโดยไม่ยึดมั่นถือมั่น ทั้งเรื่องสมหวังและเรื่องสิ้นหวัง สามารถทำใจที่จะยอมรับชีวิตของตนเองและผู้อื่นอย่างที่เราเป็น เขาเป็น รวมไปถึงการมีความพอใจในชีวิตของตนเอง สำหรับผู้สูงอายุบางกลุ่ม เมื่อมอย้อนนึกถึงอดีตของตนเอง อาจเกิดความรู้สึกอาลัยอาวรณ์หรือยอมรับกับอดีตที่ผ่านมาไม่ได้ หรือกลัวความตายที่กำลังจะคืบคลานเข้ามา หรืออาจคิดว่ามีเวลาไม่เพียงพอที่จะทำอะไรใหม่ ๆ หรือแก้ไขอะไรบางอย่างในอดีต ตามทฤษฎีนี้ ถ้าผู้สูงอายุคนใดเกิดความรู้สึกเช่นนี้มาก ๆ จะทำให้เกิดอาการเศร้าสร้อย สิ้นหวัง และหลีกเลี่ยงชีวิตที่เหลืออยู่ (Erikson, 1964 อ้างอิงจาก ต้องรัก จิตบรรเทา, 2554) นอกจากทฤษฎีพัฒนาการทางจิตสังคมของอีริคสัน ยังมีทฤษฎีการปรับตัวเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุที่อธิบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุไว้ ดังนี้

2.2 ทฤษฎีการปล่อยวาง (Disengagement Theory) อธิบายถึงการปรับตัวของผู้สูงอายุว่าเป็นการปล่อยวาง ผู้สูงอายุควรลดบทบาททางสังคม เพราะเห็นว่าเหมาะสมกับสภาพร่างกายที่เข้าสู่สภาวะเสื่อมถอย นอกจากนั้นแล้วกิจการงานและกิจกรรมสังคมก็ควรได้รับการละวางแล้ว ดังนั้นผู้สูงอายุ จึงควรใช้ชีวิตอย่างสงบ อยู่อย่างเรียบง่าย ไม่เข้าไปยุ่งวุ่นวายกับภารกิจทางสังคมและครอบครัวมากนัก ถือเป็นรักษาคุณภาพแห่งชีวิต อารมณ์ จิตใจ และร่างกาย

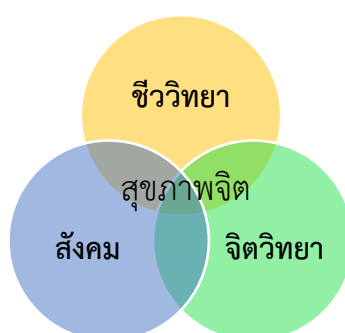
2.3 ทฤษฎีกิจกรรม (Engagement Theory) มีแนวคิดที่ว่า หากผู้สูงอายุละจากสังคมโลกก็จะละทิ้งผู้สูงอายุไป โดยเชื่อว่าตามความเป็นจริงแล้วในส่วนลึก ๆ ของจิตใจผู้สูงอายุยังต้องการสังคมอยู่ ผู้สูงอายุจะมีความพอใจและมีความสุขในตนเองถ้ายังคงได้ทำกิจกรรมในสังคมและเพื่อสังคม ทฤษฎีนี้เชื่อว่าความสุขที่เกิดขึ้นในวัยนี้ สามารถตัดสินได้จากความสามารถของผู้สูงอายุว่าสามารถทำอะไรให้กับสังคมได้มากน้อยเพียงใด นั่นแสดงว่าถ้าเข้าวัยมือจากงานอย่างหนึ่ง เขาก็ควรที่จะหางานอย่างอื่นทดแทน

2.4 ทฤษฎีตำแหน่งบทบาท (Role Theory) มีความคล้ายคลึงกับทฤษฎีกิจกรรมแต่มีมุมมองไปในทางสังคมวิทยา โดยมีฐานคิดว่า มนุษย์มักผูกพันความสุขความพอใจของตนเองกับตำแหน่งบทบาททางสังคม บุคคลใดที่มีตำแหน่ง มีบทบาทต่าง ๆ มากมายก่อนเป็นผู้สูงอายุในบริบทต่าง ๆ ทางสังคม ภายในบ้าน นอกบ้าน ในอาชีพ แต่ต้องลดบทบาทลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ การต้องลดบทบาทลงนี้ ทำให้ผู้สูงวัยเสียความมั่นคงของชีวิตในด้านต่าง ๆ ดังนั้นวิธีการปรับตัวที่เกิดขึ้น คือการหาตำแหน่งหรือบทบาทใหม่ต่อไป เช่น การหาความสนใจใหม่ หากกลุ่มสังคมใหม่

หางานใหม่ เพื่อดำรงรักษาไว้ซึ่งอัตลักษณ์ (Identity) ของบุคคลนั้น หากไม่มีความผูกพันกับบทบาทการปรับตัวก็อาจไม่เกิดขึ้น

จากทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่กล่าวมาข้างต้นทำให้เห็นว่า ในช่วงวัยนี้เป็นอีกช่วงวัยที่มีความสำคัญต่อชีวิตมาก ถือเป็นตอนสุดท้ายของการใช้ชีวิต ประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมาจะเป็นสิ่งที่กำหนดการดำเนินไปของผู้สูงอายุ การรู้สึกว่าตนมีคุณค่าจึงกลายเป็นสิ่งสำคัญถึงแม้ว่าผู้สูงอายุเรียวแรงจะมีน้อยลง สามารถทำอะไรได้ช้าลง แต่ก็เชื่อว่าทำอะไรไม่ได้เลย หลายทฤษฎีจึงอธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงรูปแบบวิถีชีวิตผ่านกิจกรรมหรือการกระทำต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับช่วงวัย

การนิยามความหมายของสุขภาพจิต มีผู้ให้นิยามไว้ในลักษณะที่คล้าย ๆ โดยมิใช่ใช้ทั้งคำว่า สุขภาพจิต ภาวะสุขภาพจิต รวมถึงสุขภาพใจ โดยสามารถสรุปได้ดังนี้ สุขภาพจิต เป็นความสามารถของบุคคลในการปรับตัวให้สามารถอยู่ในสังคมและสิ่งแวดล้อมอย่างรวดเร็วยุติ การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ๆ ได้ทุกระดับสังคมและช่วงวัย และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยความสะดวกอย่างสุขสบาย รวมถึงสามารถตอบสนองความต้องการของตนเองในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่มีการเปลี่ยนแปลงได้โดยไม่มีข้อขัดแย้งภายในจิตใจ ซึ่งสัมพันธ์กับความเครียดของบุคคลด้วย โดยสุขภาพจิตไม่ได้หมายถึงการปราศจากอาการที่เกิดขึ้นจากโรคจิตหรือโรคประสาทเท่านั้น แต่เป็นภาพรวมทั้งหมดของบุคคล (ชนะ ณะสาร และคณะ, 2553 และริเรื่องรอง รัตนวิไลสกุล, 2544) โดยปัจจัยที่มีผลที่ทำให้สุขภาพจิตจะดีหรือไม่ดีนั้น ได้แก่ 1) ปัจจัยทางชีววิทยา เป็นผลมาจากการทำงานของร่างกายผู้สูงอายุเอง การเปลี่ยนของฮอร์โมนต่าง ๆ สารสื่อประสาทในสมอง สภาวะเสียจากร่างกาย 2) ปัจจัยทางจิตวิทยา เกี่ยวกับรูปแบบทางพฤติกรรมของบุคคล บุคลิกภาพ ปฏิสัมพันธ์ทางอารมณ์ ความสามารถในการควบคุมต่าง ๆ และ3) ปัจจัยทางสังคม สภาพแวดล้อมทางสังคมที่อยู่อาศัย การได้รับการสนับสนุนต่าง ๆ สภาวะความแออัดของพื้นที่ สภาพเศรษฐกิจ รวมถึงการพัฒนาทางเทคโนโลยีสารสนเทศที่ส่งผลทั้งทางบวกและทางลบได้ (อมราพร สุรการ และณัฐภูมิ อรินทร์, 2557) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีววิทยา จิตวิทยา และสังคม ที่มีต่อการพัฒนาการสุขภาพจิต

ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงสรุปนิยามสุขภาพจิตของผู้สูงอายุว่า หมายถึง ความสามารถในการปรับตัวของผู้สูงอายุ เมื่อมีสภาวะทางอารมณ์ภายในและสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นความสามารถในการตระหนักรู้ถึงสภาวะทางอารมณ์ รับรู้ถึงข้อจำกัดใน

การจัดการอารมณ์ของตนเอง และสามารถรักษาสมดุลจนเกิดเป็นความสมบูรณ์ได้ โดยสุขภาพจิตแบ่งออกเป็น 2 องค์ประกอบคือ ความสมบูรณ์ทางด้านจิตใจหรือสุขภาพจิต และความสมบูรณ์ทางอารมณ์หรือที่เรียกว่าสุขภาพอารมณ์

ความสมบูรณ์ทางด้านจิตใจ หมายถึง การปรับตัวให้มีความสุขอยู่กับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ดี มีสัมพันธภาพที่ดีงามกับบุคคลอื่น และดำรงชีพออยู่ได้ด้วยความสมดุลในภาวะการเปลี่ยนแปลง การแก้ปัญหาได้ถูกต้องและเหมาะสมกับเหตุการณ์ รวมถึงความดีงามในใจภายใต้สภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ใช้ชีวิตแบบไม่กดดันตนเอง และไร้ความกังวลยอมรับความเป็นจริงที่เกิดขึ้น

ส่วนความสมบูรณ์ทางอารมณ์หมายถึง การตระหนักรู้ การรู้ทันความรู้สึกของทั้งตัวเองและผู้อื่น และยอมรับเข้าใจอารมณ์ต่าง ๆ ที่เป็นเรื่องปกติ ประเมินความสามารถและข้อจำกัดของตัวเองได้ รวมถึงการจัดการควบคุมอารมณ์ เพื่อที่จะแสดงออกต่อคนอื่นอย่างเหมาะสมในการรักษาสัมพันธภาพของบุคคลอื่นไว้ได้ รวมถึงความมั่นคงทางอารมณ์และการตัดสินใจด้วย

3 ปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ

สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต (2555 อ้างอิงจาก สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต, 2560) ได้อธิบายถึงการสังเกตปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุจากการแสดงออกต่าง ๆ เช่น รูปแบบพฤติกรรม อารมณ์ โดยมีข้อสังเกต ดังนี้

3.1 รูปแบบในการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ การกินที่ผิดปกติ ซึ่งอาจกินมากกว่าเดิม ยิ่งไม่สบายใจยิ่งกินมากขึ้น ในขณะที่บางคนมีพฤติกรรมในทางตรงกันข้าม คือกินน้อยลง เบื่ออาหาร ร่างกายซูบผอมลง ทั้งที่ไม่มีปัญหาทางด้านร่างกาย บางคนมีอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ

3.2. การนอน ที่อาจมีการนอนมากกว่าปกติ เช่น มีอาการง่วง เหนงา ซึม เชื่อง อย่านอนตลอดเวลา หรือในทางตรงกันข้าม ในบางคนมีอาการนอนไม่หลับ ตกใจตื่นตอนดึกแล้วไม่สามารถหลับต่อได้ บางคนมีอาการฝันร้ายติดต่อกันบ่อย ๆ

3.3. อาการผิดปกติ หงุดหงิดบ่อย เศร้าซึม เคร่งเครียด ฉุนเฉียว วิตกกังวลมากกว่าปกติจนสามารถสังเกตเห็นได้อย่างชัดเจนและสร้างความลำบากใจให้กับคนรอบข้าง

3.4. พฤติกรรมที่แสดงออกเปลี่ยนไปจากเดิม เช่น เคยเป็นคนร่าเริงแจ่มใส ช่างพูด ช่างคุย กลับกลายเป็นคนซึมเศร้า ดูไม่ร่าเริงแจ่มใส ไม่พูดจา บางคนหันไปพึ่งสารเสพติด เช่น สุรา บุหรี่ เป็นต้น บางคนทีพูดน้อยก็อาจเป็นคนทีพูดเยอะ รวมถึงสนใจในเรื่องเพศมากกว่าปกติ เป็นต้น

3.5. มีอาการเจ็บป่วยทางกาย ซึ่งหาสาเหตุไม่พบ เช่น อาการปวดเมื่อยตามตัว ปวดศีรษะ ปวดกระดูก วิงเวียนศีรษะ ปวดท้อง เป็นต้น

3.6. เกิดอาการตื่นเต้น ตื่นตัวเกินไปกับสถานที่ที่ใช้บริการเป็นประจำ เช่นสถานพยาบาล ที่ตรวจร่างกายประจำ อาจมีอาการประหม่า ซักถามบ่อย เดินไปเดินมา เป็นต้น

จากข้อมูลเกี่ยวกับธรรมชาติของผู้สูงอายุและปัญหาด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จึงทำให้เห็นว่า ด้วยสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมถอยลง รวมถึงการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ นั้นเป็นผลทำให้สุขภาพจิตของผู้สูงอายุนั้นเปลี่ยนแปลงไปด้วยโดยมีสาเหตุมาจาก

พหุปัจจัยดังที่ได้กล่าวมา ซึ่งในงานวิจัยนี้คณะวิจัยให้ความสำคัญไปที่ความรู้ด้านสุขภาพจิตซึ่งจะกล่าวรายละเอียดในหัวข้อถัดไป

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพจิต

1. นิยามของความรู้ด้านสุขภาพจิต

ได้มีผู้ให้ความหมายความรู้ด้านสุขภาพจิต ไว้หลากหลายซึ่งโดยรวมกล่าวถึง ความรู้ด้านสุขภาพจิต เป็นการรู้และการมีเจตคติที่ดีต่อสุขภาพจิต ส่งผลให้ผู้รับรู้ จัดการและป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตให้เกิดความสมดุลระหว่างความรู้สึกด้านลบและด้านบวก และก่อให้เกิดเป็นความสุขทางใจได้อีกทางหนึ่ง ความรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental health literacy) เป็นแนวคิดที่ถูกมาใช้ครั้งแรกโดย โจรัม และคณะ โดยมีผู้ให้ความหมายไว้ในแง่มุมต่าง ๆ ดังนี้

โจรัม และคณะ (Jorm et al., 2000) ได้ให้ความหมายของความรู้ด้านสุขภาพจิตว่าเป็นความรู้และความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตที่ช่วยให้บุคคลเกิดการรับรู้สามารถป้องกัน และจัดการ ปัญหาสุขภาพจิตของตนเองได้อย่างเหมาะสม

ปราโมทย์ ถ่างกระโทก (2563) ได้ให้ความหมายของความรู้ด้านสุขภาพจิตว่าเป็นความรู้และความเชื่อของบุคคลที่ช่วยให้บุคคลเกิดความตระหนักและสามารถจัดการหรือป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างเหมาะสม รวมถึงมีความสามารถและทักษะในการให้การสนับสนุนและช่วยเหลือบุคคลรอบข้างที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังรวมถึง ความสามารถในการรับรู้ความผิดปกติที่เป็นผลมาจากปัญหาสุขภาพจิตและแนวทางการรักษา มีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุ มีความรู้เกี่ยวกับการแสวงหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต การแสวงหาความช่วยเหลือจากจิตแพทย์ นักจิตวิทยา พยาบาล หรือบุคลากรด้านสุขภาพ และมีทัศนคติที่ส่งเสริมการตระหนักรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม

รีฟเลย์, แม็คเคน, และ โจรัม (Reavley, McCann, & Jorm, 2012) ได้ให้ความหมายของความรู้ด้านสุขภาพจิตว่าเป็น ความรู้และความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตที่ช่วยให้บุคคลเกิดความตระหนักและสามารถจัดการหรือป้องกันปัญหาสุขภาพจิตได้ รวมถึงความสามารถในการให้การสนับสนุนและช่วยเหลือบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต มีทักษะในการให้การช่วยเหลือบุคคลที่มีปัญหา

ทอนซิง (Tonsing, 2018) ได้ให้ความหมายของความรู้ด้านสุขภาพจิตว่าเป็นความสามารถ ในการรับรู้ความผิดปกติที่เฉพาะเจาะจงหรือความทุกข์ทรมานที่เป็นผลมาจากโรคทางจิตเวชและแนวทาง การรักษา มีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุ มีความรู้เกี่ยวกับการแสวงหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต การแสวงหาความช่วยเหลือจากจิตแพทย์ นักจิตวิทยา พยาบาล หรือบุคลากรด้านสุขภาพ และทัศนคติ ที่ส่งเสริมการตระหนักรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม

สรุปได้ว่า ความรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy) หมายถึง ความรู้ และความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตที่ช่วยให้บุคคลเกิดการรับรู้สามารถป้องกัน และจัดการ ปัญหาสุขภาพจิตของตนเองได้อย่างเหมาะสม รวมถึงมีความสามารถและทักษะในการให้การสนับสนุนและช่วยเหลือบุคคลรอบข้างที่มีปัญหาสุขภาพจิต มีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง และ

สาเหตุ มีความรู้เกี่ยวกับการแสวงหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต การแสวงหาความช่วยเหลือจากจิตแพทย์ นักจิตวิทยา พยาบาล หรือบุคลากรด้านสุขภาพ และทัศนคติ ที่ส่งเสริมการตระหนักรู้ และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม

2. องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต

โจรม (Jorm, 2000) กล่าวว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ โดยมีรายละเอียดในแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้

2.1. การรับรู้ความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจ (Recognition of Mental Disorders) หมายถึง ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและสภาวะความผิดปกติทางจิตใจ โดยเป็นความเข้าใจและ การรับรู้เกี่ยวกับอาการ อาการแสดง หรือลักษณะความผิดปกติทางสุขภาพจิต

2.2 ความรอบรู้ถึงปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของการเจ็บป่วยของความผิดปกติทางจิตใจ (Knowledge and Beliefs About Risk Factors and Causes) หมายถึง ความรู้และความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของภาวะซึมเศร้าที่ถูกต้อง ได้แก่ ปัจจัยด้านชีวภาพภายในบุคคล ปัจจัยด้านจิตสังคม และปัจจัยด้านการเผชิญปัญหา การรู้จักปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของการเจ็บป่วยของความผิดปกติทางจิตจะช่วยให้สามารถจัดการสิ่งเร้าจากสังคมและสิ่งแวดล้อม เพื่อลดความรุนแรงของโรค และความผิดปกติทางจิตใจได้

2.3. ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง (Knowledge and Beliefs About Self-help Interventions) หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการป้องกันการเกิดความผิดปกติทางจิต หรือแนวทางการแก้ไขหรือรักษาความผิดปกติทางจิต ที่สามารถประเมินตนเองและจัดการกับตนเองได้อย่างถูกต้อง ได้แก่ การแสวงหาการสนับสนุนช่วยเหลือจากคนในครอบครัวหรือเพื่อน การปฏิบัติกิจกรรมที่ชื่นชอบหรือ การออกกำลังกาย รับรู้ว่าหากไม่สามารถจัดการได้สามารถขอความช่วยเหลือได้เมื่อจำเป็น

2.4. ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ (Knowledge and Beliefs About Professional Help Available) หมายถึง ความรู้ความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมขอความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะซึมเศร้าจากบุคลากรทางการแพทย์ เช่น นักจิตวิทยา จิตแพทย์ หรือแพทย์ทั่วไป เป็นต้น

2.5. ทัศนคติที่เอื้อต่อการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม (Attitudes Which Facilitate Recognition and Appropriate Help-Seeking) หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตที่อาจเป็นปัจจัยเอื้อต่อการแสวงหาความช่วยเหลือ เช่น บุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตเป็นเพียงอาการป่วย ไม่ใช่เป็นตราบาป หรือไม่ควรถูกตีตราทางสังคม ซึ่งเป็นสิ่งที่เอื้อต่อการขอความช่วยเหลือและการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม

2.6. ความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต (Knowledge of How to Seek Mental Health Information) หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพจิต วิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต โดยเฉพาะข้อมูลสำคัญจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ แหล่งข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่ ได้แก่ การสอบถามครอบครัว และเพื่อน

3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพจิต

อายุที่เพิ่มขึ้นสามารถทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่ไม่ดี เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นจะ ทำให้ความตระหนักและการจัดการหรือป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่จะเกิดขึ้นกับตนเองลดน้อยลงและความรู้เกี่ยวกับวิธี การค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิตลดน้อยลงด้วย

ระดับการศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับการศึกษา หากบุคคลได้รับการศึกษาจะส่งผลให้เกิดความรู้ ทักษะ และความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต และสามารถจัดการหรือป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ ในปัจจุบัน ประชาชนจำนวนมาก มีการรับรู้และมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับความหมาย อาการหรืออาการแสดงสำคัญของปัญหาสุขภาพจิต รวมถึงไม่เข้าใจคำศัพท์ทางจิตเวช และการช่วยเหลือตนเองด้านสุขภาพจิต ดังนั้นหากบุคคลได้รับการศึกษาที่เหมาะสมจะทำให้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่เพียงพอด้วยเช่นกัน

การสนับสนุนทางสังคมและเครือข่ายสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ การสนับสนุนทางสังคมและเครือข่ายสังคม หากบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคม และมีเครือข่ายทางสังคมที่ดีและเพียงพอจะเป็นปัจจัยสนับสนุนทำให้เกิดความตระหนัก และสามารถจัดการหรือป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่จะเกิดขึ้นกับตนเองได้ การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมทั้งจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนสนิท การมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่สนใจ การทำกิจกรรมที่สนใจร่วมกับเครือข่ายสังคม รวมไปถึงการแสวงหาความสงบทางใจ เช่น การเข้าวัดทำสมาธิ การบำบัดทางปัญญาในสถานบริการ หรือสายด่วนสุขภาพจิต จะเป็นปัจจัยสนับสนุนให้บุคคลมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่เพียงพอมากยิ่งขึ้น

สถานะด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับสถานะด้านสุขภาพ หากบุคคลมีสถานะด้านสุขภาพที่สมบูรณ์จะทำให้มีพฤติกรรมและทักษะการช่วยเหลือตนเองที่ดี เช่น การออกกำลังกาย การพบปะผู้คน การเข้ารับบริการให้คำปรึกษา พฤติกรรมเหล่านี้จะเป็นปัจจัยส่งเสริมให้บุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่เพียงพอได้

ผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตประชาชนไทย ปี 2560 พบว่าคนไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต คิดเป็นร้อยละ 43.79 เมื่อมีปัญหาสุขภาพจิต สามารถรู้แหล่งบริการร้อยละ 44.8 และประเด็นการหาคำแนะนำจากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้เพียงร้อยละ 43.7 ตลอดจนในด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ประชาชนส่วนใหญ่รู้ว่าจะไปหาแหล่งข้อมูลความรู้สุขภาพจิตได้จากที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือโรงพยาบาลชุมชน คิดเป็นร้อยละ 69.30 แต่ในขณะเดียวกันมีประชาชน เพียงร้อยละ 41.9 ที่รู้จักเบอร์สายด่วนสุขภาพจิต 1323 จึงจำเป็นต้องมีการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตให้มากขึ้น ดังนั้นการมีแหล่งความรู้ มีข้อมูลความรู้ที่รวบรวมอยู่ในแหล่งเดียวกันจะทำให้เครือข่ายและประชาชนเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจิตได้ด้วยตนเอง รวมถึงการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และสร้างความตระหนักเพื่อลดอคติที่มีต่อผู้ป่วยโรคทางจิตเวช ดังนั้นความรอบรู้ด้านสุขภาพจะเป็นตัวที่ช่วยให้เราแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพเมื่อเรามีอาการเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพ และสุขภาพจิตจะนำไปสู่การป้องกัน และ

แก้ไขปัญหามีเป้าหมายเพื่อให้มีร่างกาย จิตใจ และคุณภาพชีวิตที่ดีมากยิ่งขึ้นต่อไป (ปราโมทย์ ถ่างกระโทก, 2563)

4. การวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต

สำหรับการวิจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต งานวิจัยหลายเรื่องได้มีการสร้างและพัฒนาแบบวัด แบบประเมิน แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตไว้หลายแบบวัดด้วยกัน โดยมีรายละเอียดพอสังเขป ดังนี้

นุสราน นามเดช, เพียว พงษ์ศักดิ์ชาติ และ อรทัย สงวนพรรค (2560) ได้ศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพจิต ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดสระบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ปีการศึกษา 2560 จำนวน 380 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพจิต โดยกำหนดสถานการณ์ทางสุขภาพจิตที่พบบ่อยในวัยรุ่นเสนอต่อกลุ่มตัวอย่างให้พิจารณาและตอบคำถามในประเด็นต่าง ๆ ได้แก่ การจำแนกการเจ็บป่วยทางจิต จำนวน 2 ข้อ การรับรู้สาเหตุของปัญหาสุขภาพจิต จำนวน 10 ข้อ การจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต จำนวน 9 ข้อ ทักษะติดต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต จำนวน 12 ข้อ ที่มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก “ใช่” กับ “ไม่ใช่” โดยมีเกณฑ์แปลความหมาย ดังนี้ 1) คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (0-24 คะแนน) หมายถึง มีความรอบรู้ทางสุขภาพจิตระดับต่ำ 2) คะแนนร้อยละ 60-79 (25-33 คะแนน) หมายถึง มีความรอบรู้ทางสุขภาพจิตระดับปานกลาง และ 3) คะแนนร้อยละ 80-100 (34-42 คะแนน) หมายถึง มีความรอบรู้ทางสุขภาพจิตระดับสูง

ณัฐภรณ์ สันต์ ศรีวิชัย, วราภรณ์ บุญเชียง และ พิมพ์ชนก เครือสุคนธ์ (2564) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพจิต ความผูกพันทางจิตใจ และความเหงาในนักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาปริญญาตรีมหาวิทยาลัยเชียงใหม่จำนวน 387 ราย สุ่มแบบบังเอิญจาก QR code เครื่องมือวิจัยคือแบบสอบถามความรอบรู้สุขภาพจิตเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดำเนินการแปลมาจาก The Mental Health Literacy Questionnaire-Young Adult (MHLq) พัฒนาโดย ดิอาสและคณะ (Dias, Campos, Almeida, & Palha, 2018 อ้างอิงจาก ณัฐภรณ์ สันต์ ศรีวิชัย, วราภรณ์ บุญเชียง และ พิมพ์ชนก เครือสุคนธ์, 2564) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความรอบรู้สุขภาพจิตจำนวน 29 ข้อ แบบเลือก 5 ระดับ ประกอบด้วยด้านย่อย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้เกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิต ด้านความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิต ด้านการรู้และพฤติกรรมในการแสวงหาแหล่งรับความช่วยเหลือเบื้องต้น และด้านกลยุทธ์สำหรับช่วยเหลือตนเองได้อย่างเหมาะสม แบบสอบถามทั้งฉบับมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 29-145 คะแนน และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84

ภาคิน บุญพิชาชาญ, ศิริรัตน์ ปานอุทัย และเดชา ทำดี (2564) ได้ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความผูกพันทางใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุพึ่งพิงภายในพื้นที่รับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา จำนวน 88 ราย เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่อาศัยแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุของวชิรา โปธิ์ใส, เพลินตา พิพัฒน์สมบัติ, และปราโมทย์ ถ่างกระโทก (2565 อ้างอิงจาก ภาคิน บุญพิชาชาญ, ศิริรัตน์ ปานอุทัย และเดชา ทำดี,

2564) ที่สร้างตามแนวคิดของจอร์ม (Jorm, 2000) ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความสามารถของบุคคลในการรับรู้ความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจประเภทต่าง ๆ 2) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุ 3) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง 4) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับความช่วยเหลือจากบุคลากรวิชาชีพ 5)ทัศนคติที่เอื้อต่อการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม และ 6) ความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต เป็นลักษณะคำถามปลายปิดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 60 ข้อ (องค์ประกอบละ 10 ข้อ) โดยมีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 60-300 คะแนน และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80

สำหรับงานวิจัยนี้คณะวิจัยได้พัฒนาแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพจิตโดยอาศัยข้อมูลจากงานวิจัยระยะที่ 1 ประกอบกับนิยามตามแนวคิดและทฤษฎี เพื่อให้การวัดสอดคล้องกับบริบทของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด โดยเป็นมาตราประเมินรวมค่า 5 ระดับ ผู้สูงอายุที่ตอบได้คะแนนมากหมายความว่า เป็นผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตสูงกว่าผู้ที่ตอบได้คะแนนน้อย

ข้อมูลทั่วไปของชุมชน

1. ข้อมูลทั่วไปของชุมชนหนองป่าก่อ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย

1.1 ที่ตั้งของหมู่บ้าน/ชุมชน/ตำบล

องค์การบริหารส่วนตำบลหนองป่าก่อเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดกลางแห่งหนึ่ง ตั้งอยู่ที่ 199 หมู่ที่ 3 ตำบลหนองป่าก่ออำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย เป็นตำบลหนึ่งในสามตำบลของอำเภอดอยหลวง อยู่ห่างจาก อำเภอดอยหลวง 10 กิโลเมตร และห่างจากจังหวัดเชียงราย 50 กิโลเมตร

อาณาเขตติดต่อกับพื้นที่ใกล้เคียง ดังนี้

ทิศเหนือติดต่อกับ เขตตำบลบ้านแซว อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย

ทิศใต้ ติดต่อกับ เขตตำบลโชคชัย อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย

ทิศตะวันออก ติดต่อกับ เขตตำบลบ้านแซว อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย

ทิศตะวันตก ติดต่อกับ เขตแม่น้ำกก

เนื้อที่องค์การบริหารส่วนตำบลหนองป่าก่อมีพื้นที่ทั้งหมด 56.57 ตารางกิโลเมตร หรือ 35,361 ไร่ พื้นที่ส่วนใหญ่อยู่ในเขตพื้นที่ปฏิรูปที่ดินเพื่อการเกษตร (สปก.) เขตป่าสงวนและอื่นๆ

1.2 ลักษณะภูมิประเทศ

ลักษณะภูมิประเทศ สภาพพื้นที่ทั่วไปของตำบลหนองป่าก่อส่วนใหญ่ร้อยละ 80 เป็นเนินเขา ลำห้วย หนองน้ำ และร้อยละ 20 เป็นพื้นที่ราบเป็นดินร่วนปนทราย เหมาะแก่การประกอบอาชีพทางเกษตรกรรม มีภูเขาที่สำคัญ คือดอยผาโตน ดอยสัก ดอยทุ่งกวาง ดอยแจ่ม ดอยหัวงุ่ม และดอยขุนน้ำเย็น พื้นที่เชิงเขาส่วนใหญ่มีสภาพเป็นสวนยางพารา และไร่ข้าวโพดและพื้นที่ราบ ริมน้ำกก น้ำท่วมถึง ในฤดูน้ำหลาก มีแม่น้ำกก และแม่น้ำบางไหลผ่านระหว่างหมู่บ้านด้านตะวันออกเป็นเทือกเขาดอยหลวง

1.3 ลักษณะภูมิอากาศ

ลักษณะอากาศมีลักษณะร้อนชื้น อากาศเปลี่ยนแปลงไปตามฤดูซึ่งมี 3 ฤดูดังนี้
ฤดูร้อน เริ่มตั้งแต่กลางเดือนมีนาคมไปจนถึงกลางเดือนพฤษภาคม อากาศร้อน
และแห้งแล้ง แต่บางครั้งอาจมีอากาศเย็น บางครั้งเกิดพายุฝนฟ้าคะนองและลมกระโชกแรงหรืออาจมี
ลูกเห็บตก ก่อให้เกิดความเสียหายแก่ประชาชนทุกปี เรียกว่า “พายุฤดูร้อน” อากาศร้อน จะมี
อุณหภูมิระหว่าง 35 - 39.9 องศาเซลเซียส ร้อนจัด มีอุณหภูมิประมาณ 40 องศาเซลเซียส ขึ้นไป

ฤดูฝน เริ่มตั้งแต่กลางเดือนพฤษภาคม ฝนตกมากในช่วงเดือน พฤษภาคม -
ตุลาคม แต่อาจเกิด “ช่วงฝนทิ้ง” ซึ่งอาจนานประมาณ 1-2 สัปดาห์ หรือบางปีอาจเกิดขึ้นรุนแรงและ
มีฝนน้อยนานนับเดือน ในเดือนกรกฎาคม มีฝนตกเฉลี่ยประมาณ 900 มิลลิเมตร

ฤดูหนาว เริ่มตั้งแต่กลางเดือนตุลาคมถึงกลางเดือนกุมภาพันธ์ ในช่วงกลางเดือน
ตุลาคมนานราว 1-2 สัปดาห์ เป็นช่วงเปลี่ยนฤดูจากฤดูฝนเป็นฤดูหนาว อากาศแปรปรวนไม่แน่นอน
อาจเริ่มมีอากาศเย็น หรืออาจยังมีฝนฟ้าคะนอง อากาศหนาวอุณหภูมิต่ำสุด ประมาณ 13 องศา-
เซลเซียส

1.4 ลักษณะของดิน

ลักษณะของดิน ส่วนใหญ่เป็นดินร่วนปนทราย เหมาะแก่การประกอบอาชีพ
ทางเกษตรกรรม

ภูเขาที่สำคัญ คือดอยผาโตน ดอยสัก ดอยทุ่งกวาว ดอยแจ่ม ดอยห้วยงุ้ม และ
ดอยขุนน้ำเย็น พื้นที่เชิงเขา ส่วนใหญ่มีสภาพเป็นสวนยางพารา และไร่ข้าวโพด และพื้นที่ราบ
ริมน้ำตก น้ำท่วมถึงในฤดูน้ำหลาก

2. เขตการปกครอง

ตำบลหนองปาก่ออำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย เดิมเป็นเขตการปกครองของอำเภอ
แม่จัน ต่อมาได้แยกเป็นกิ่งอำเภอดอยหลวงตามประกาศกระทรวงมหาดไทย เมื่อวันที่ 26 มิถุนายน
พ.ศ.2539 โดยมีผลบังคับตั้งแต่วันที่ 15 กรกฎาคม ในปีเดียวกัน ต่อมาได้มี พระราชกฤษฎีกา
ยกฐานะขึ้นเป็นอำเภอดอยหลวง เมื่อวันที่ 24 สิงหาคม พ.ศ. 2550 โดยมีผลบังคับตั้งแต่วันที่
8 กันยายน ในปีเดียวกันเมื่อ พ.ศ. 2539 ได้จัดตั้งเป็นองค์การบริหารส่วนตำบลหนองปาก่อตาม
ประกาศกระทรวงมหาดไทย เรื่องจัดตั้งองค์การบริหารส่วนตำบล เมื่อ วันที่ 16 ธันวาคม พ.ศ. 2539
ปัจจุบันตำบลหนองปาก่ออำเภอดอยหลวงจังหวัดเชียงราย แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 10 หมู่บ้าน
ดังนี้

หมู่ที่ 1 บ้านห้วยสัก นายอาจ ปวงมาลัย	เป็นผู้ใหญ่บ้าน
หมู่ที่ 2 บ้านป่าซางงาม นายศรีอุทัย อูมา	เป็นผู้ใหญ่บ้าน
หมู่ที่ 3 บ้านหนองปาก่อ นายบุญยืน ก้างยาง	เป็นผู้ใหญ่บ้าน
หมู่ที่ 4 บ้านหนองกล้วย นายคมจิตร เตรอด	เป็นผู้ใหญ่บ้าน
หมู่ที่ 5 บ้านศรีบุญเรือง นายนคร ดวงสนิท	เป็นผู้ใหญ่บ้าน
หมู่ที่ 6 บ้านใหม่พัฒนา นายก้านแก้ว อภิวงค์งาม	เป็นผู้ใหญ่บ้าน
หมู่ที่ 7 บ้านศรีสุพรรณ นายชาติ กันทะจักร์	เป็นผู้ใหญ่บ้าน

หมู่ที่ 8 บ้านวังเขียว นายธีรภัทร์ ใจฟู	เป็นผู้ใหญ่บ้าน
หมู่ที่ 9 บ้านทุ่งโป่ง นายวรพงศ์ แสนยอด	เป็นกำนันตำบลหนองปากอ
หมู่ที่ 10 บ้านใหม่พัฒนาใต้ นายธนาชาติ คำอ้าย	เป็นผู้ใหญ่บ้าน

3. การศึกษา

3.1 โรงเรียนประถมศึกษา จำนวน 3 แห่ง

โรงเรียนบ้านป่าซางงาม จำนวนนักเรียน 52 คน

- โรงเรียนบ้านหนองปากอจำนวนนักเรียน 55 คน

- โรงเรียนบ้านใหม่พัฒนา จำนวนนักเรียน 115 คน

3.2 โรงเรียนมัธยมศึกษา (ขยายโอกาส) จำนวน 1 แห่ง

- โรงเรียนบ้านใหม่พัฒนา ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 3

3.3 ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 1 แห่ง

- ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลหนองปากอจำนวนเด็ก 63 คน

3.4 แหล่งเรียนรู้ชุมชน จำนวน 4 แห่ง

แหล่งเรียนรู้ กลุ่มทอผ้ากะเหรี่ยงบ้านป่าซางงาม โดย นางอุสนา ปวนทา หมู่ที่ 2

แหล่งเรียนรู้ เกษตรพอเพียงบ้านน้ำเต้ เต็ม ดีมี โดย นายเต็ม ดีมี หมู่ที่ 3

แหล่งเรียนรู้ กลุ่มทอทอเสือก โดย นางดอกไม้ ปะเมโท หมู่ที่ 9

แหล่งเรียนรู้ กลุ่มจัดการขยะ เด็กบ้านน้อย โดย นางสาวดารินทร์ อภิวงษ์งาม หมู่ที่ 10

3.5 ศูนย์เรียนรู้การเกษตรพอเพียงตามแนวพระราชดำริ (เกษตรผสมผสาน) โดย จสต. ประสิทธิ์ ไซยอนดา หมู่ที่ 8 จำนวน 1 แห่ง

4. สาธารณสุข

ตำบลหนองปากอมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 แห่ง คือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปากอ

5. การนับถือศาสนา

ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ รองลงมา คือนับถือศาสนาคริสต์

5.1 สถาบันและองค์กรทางศาสนา

- วัด / สำนักสงฆ์ 11 แห่ง

- โบสถ์ คริสต์จักร 1 แห่ง

6. ประเพณีและงานประจำปี

- ประเพณีวันขึ้นปีใหม่ ประมาณเดือน มกราคม

- ประเพณีกำบ้าน (หมู่ 1, หมู่ 2) ประมาณเดือน กุมภาพันธ์, พฤษภาคม

- งานสืบชะตาหลวงวัดห้วยสัก ประมาณเดือน มีนาคม
- ประเพณีวันสงกรานต์ ประมาณเดือน เมษายน
- ประเพณีลอยกระทง ประมาณเดือน พฤศจิกายน
- ประเพณีวันเข้าพรรษา ออกพรรษา ประมาณเดือน กรกฎาคม, ตุลาคม

7. ภูมิปัญญาท้องถิ่น ภาษาถิ่น

ภูมิปัญญาท้องถิ่น ประชาชนในเขตตำบลหนองปาก่อได้อนุรักษ์ภูมิปัญญาท้องถิ่น ได้แก่ วิธีการทำเครื่องจักสานใช้สำหรับใช้ในครัวเรือน การทอผ้ากะเหรี่ยง วิธีการทอเสื่อจากต้นกก และการถนอมอาหาร เช่น การทำปลาร้า แจ่วบอง เป็นต้น

ภาษาถิ่น ส่วนใหญ่จะพูดภาษาพื้นเมืองภาษากะเหรี่ยง (หมู่ 1, หมู่ 2) และภาษาอีสาน (หมู่ 4 หมู่ 3 และหมู่ 9 บางส่วน)

8. สินค้าพื้นเมืองและของที่ระลึก

เสื่อกก จากกลุ่มวิสาหกิจทอเสื่อกก บ้านทุ่งโป่ง หมู่ 9 ผลิตภัณฑ์สินค้า เป็นงานหัตถกรรมที่ผลิตด้วยมือของกลุ่มแม่บ้านนี้เป็นหลัก ตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการผลิตจนได้ออกมาเป็นผลิตภัณฑ์ มีรูปแบบและเอกลักษณ์ของท้องถิ่นคนอีสาน ที่มีคุณภาพและราคาย่อมเยา

ผ้าทอกะเหรี่ยง บ้านห้วยสัก หมู่ที่ 1 และบ้านป่าซางงาม หมู่ 2 ผลิตภัณฑ์เป็นงานหัตถกรรมที่ผลิตด้วยมือของกลุ่มแม่บ้านนี้เป็นหลัก ตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการผลิตจนได้ออกมาเป็นผลิตภัณฑ์ ที่มี อัตลักษณ์มีรูปแบบและเอกลักษณ์ของคนกะเหรี่ยง (ปกากะญอ) มีคุณภาพ และราคาย่อมเยาลักษณะของสินค้า จะเป็นลักษณะเฉพาะตัว ที่แสดงถึงความเป็นเอกลักษณ์ของ ชนเผ่ากะเหรี่ยง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วรลักษณ์ อินทร์เดช (2565) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตแบบออนไลน์ต่อภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยเครื่องมือในการวิจัยคือ แบบวัดภาวะซึมเศร้า และ โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตแบบออนไลน์ ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตแบบออนไลน์ มีค่าเฉลี่ย ($M = 36.50$, $SD = 5.53$) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($M = 40.37$, $SD = 7.70$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.04$, $p < .05$) สรุปได้ว่า โปรแกรม การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตแบบออนไลน์มีประสิทธิภาพ ทำให้ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ลดลงได้มากกว่าการได้รับการดูแลตามปกติ

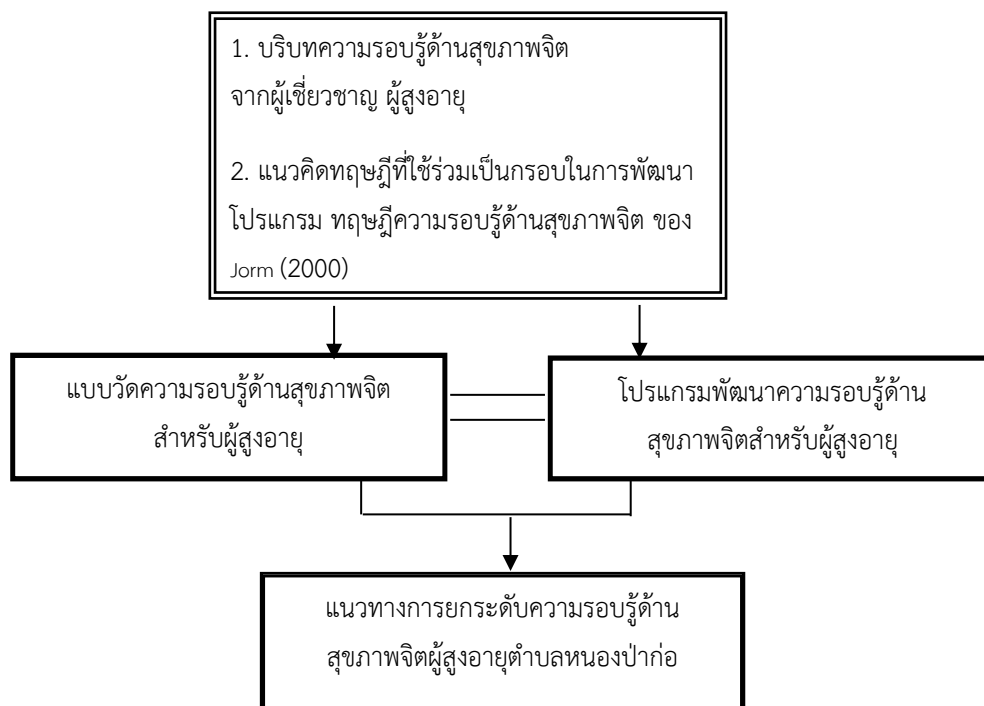
นุสรา นามเดช, เพียว พงษ์ศักดิ์ชาติ และ อรทัย สงวนพรรค (2560) ได้ศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพจิต ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดสระบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ปีการศึกษา 2560 จำนวน 380 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบประเมินความรอบรู้ ทางสุขภาพจิต ผลพบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดสระบุรี มี ความรอบรู้ทางสุขภาพจิต ในระดับสูง ($Mean = 33.20$, $S.D. = 5.29$) โดยรู้จักและสามารถจำแนกปัญหาทาง

สุขภาพจิตได้ คิดเป็นร้อยละ 61.30 สามารถรับรู้สาเหตุของปัญหาสุขภาพจิตได้ถูกต้อง ร้อยละ 67.60 เมื่อพิจารณา ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตในแต่ละองค์ประกอบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ สามารถระบุแหล่งที่ให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต และสามารถระบุวิธีการ จัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ คิดเป็นร้อยละ 98.70, 95.50 และ 91.30 ตามลำดับ

ณัฐภรณ์ สันต์ ศรีวิชัย, วราภรณ์ บุญเชียง และ พิมพ์ชนก เครือสุคนธ์ (2564) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพจิต ความผาสุกทางจิตใจ และความเหงาในนักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาปริญญาตรีมหาวิทยาลัยเชียงใหม่จำนวน 387 ราย สุ่มแบบบังเอิญจาก QR code เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามความรอบรู้สุขภาพจิต แบบสอบถามความผาสุกทางจิตใจ และแบบสอบถามความเหงา ผลการวิจัยพบว่าความรอบรู้สุขภาพจิต ความผาสุกทางจิตใจ และความเหงามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ โดยความรอบรู้สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติในทางบวกกับความผาสุกทางจิตใจที่ระดับ 0.01 ($r = 0.345, p < 0.001$) ความรอบรู้สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทางลบกับความเหงาที่ระดับ 0.01 ($r = -0.249, p < 0.001$) และ ความเหงามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทางลบกับความผาสุกทางจิตใจที่ระดับ 0.01 ($r = -0.699, p < 0.001$)

ภาคิน บุญพิชาชาญ (2564) ได้ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความผาสุกทางจิตใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุพึ่งพิงภายในพื้นที่รับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา จำนวน 88 ราย เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ และแบบสอบถามความผาสุกทางจิตใจ ผลการศึกษาพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความผาสุกทางจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง และความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความผาสุกทางจิตใจ ($r = .457, p < .001$)

ปิยธิดา กระฉอดนอก, ฟาลีดา บุญชาญ, เสาวนีย์ ทองนพคุณ (2565) ได้ศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัส โควิด-19 (โควิด-19) ของนิสิตระดับปริญญาตรีมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี กลุ่ม ตัวอย่างคือ นิสิตระดับปริญญาตรี จำนวน 711 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถามออนไลน์ ผลการศึกษาพบว่า สัมพันธภาพ ครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคมด้านครอบครัวและด้านเพื่อน และความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการ จัดการปัญหาทางจิตมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.05



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายुरะยะติดตามผลสูงกว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม และก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

วิธีการดำเนินงานวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาธรรมชาติของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุ รวมถึงพัฒนาแนวทางการยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ตำบลหนองปากอ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย ซึ่งการวิจัยครั้งนี้สามารถเชื่อมโยงการศึกษาวิจัยโดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

การวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย

การวิจัยระยะที่ 2 การศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ตำบลหนองปากอ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย

การวิจัยระยะที่ 3 การพัฒนาแนวทางการยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ตำบลหนองปากอ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย

ประชากร

ประชากรคือ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ตำบลหนองปากอ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย จำนวน 895 คน (แผนพัฒนาท้องถิ่นองค์การบริหารส่วนตำบลหนองปากอ, 2566)

การวิจัยระยะที่ 1 การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย

ในระยะที่ 1 เป็นการวิจัยแบบผสานวิธีในรูปแบบสำรวจแบบเป็นลำดับขั้น (Exploratory Sequential Design) เพื่อศึกษานิยามและความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุ และสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตำบลหนองปากอ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย โดยมีรายละเอียดวิธีดำเนินการวิจัย ซึ่งมี 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 การค้นหานิยามและความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (Exploratory)
ผู้ให้ข้อมูลหลัก

1. ส่วนที่ 1 ผู้ให้ข้อมูลหลักสำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุและแนวทางการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุสำหรับชุมชนหนองปากอ จำนวนทั้งหมด 15 คน โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ในขั้นต้น จากนั้นจึงใช้วิธีการอ้างอิงต่อเนื่องปากต่อปาก (Snowball Sampling Technique) เป็นการนำไปสู่ผู้ให้ข้อมูลคนถัดไป หรือจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว

ผู้สูงอายุในพื้นที่ชุมชนหนองปากอ อ.ดอยหลวง จ.เชียงราย ที่มีสุขภาพดี หรือเป็นผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ด้านสุขภาพชุมชน จำนวน 5 คน

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนหนองปากอ จำนวน 3 คน

ผู้ปฏิบัติงานกองสาธารณสุข/สุขภาพ อบต.หนองปากอ จำนวน 4 คน

นักวิชาการด้านสุขภาพจิต จำนวน 3 คน

2. เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือวิจัย เป็นประเด็นคำถามสำหรับการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ที่ผู้วิจัยได้สร้างแนวคำถามในภาพกว้าง ๆ สำหรับการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก ซึ่งประเด็นคำถามจะมีความยืดหยุ่นตามสถานการณ์ที่จะทำให้คำตอบเป็นมุมมองของการให้สัมภาษณ์เพื่อนำไปสู่การตอบปัญหาการวิจัยได้อย่างครบถ้วนโดยประเด็นหลักๆ คือนิยามและความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต พฤติกรรมใดที่บ่งบอกได้ว่าบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต เพื่อนำมาสร้างโปรแกรมในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต รวมถึงแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยมีตัวอย่างข้อคำถามดังนี้ และมีค่า IOC ตั้งแต่ 0.6-1

1. นิยามความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของท่านคืออะไร เป็นอย่างไร
2. ท่านคิดว่าผู้ที่มีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพจิตมีลักษณะอย่างไร
3. ท่านคิดว่าผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตมักมีอาการอย่างไร

3. วิธีการสร้างเครื่องมือและการหาคุณภาพเครื่องมือ

3.1. แนวการสัมภาษณ์ กำหนดจุดมุ่งหมายในการสัมภาษณ์ และศึกษาทฤษฎีเอกสารและงานวิจัย ที่เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตำบลหนองป่าก่อ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย มาเป็นกรอบในการเขียนคำถาม เพื่อกำหนดประเด็นคำถามในการสัมภาษณ์

3.2. ผู้วิจัยกำหนดประเด็นคำถาม และแนวทางคำถามการสัมภาษณ์ในเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตำบลหนองป่าก่อ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย จากนั้นนำไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ 3 คน เพื่อทำการตรวจสอบข้อคำถามที่สร้างขึ้น เพื่อให้แบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นสามารถวัดได้ตรงตามเนื้อหาที่ต้องการจะวัด คือให้มีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และนำมาตรวจสอบค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับ จุดประสงค์หรือเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence หรือ IOC) และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยในขั้นที่ 1 ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์เชิงกึ่งโครงสร้าง เป็นวิธีหลักในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยเข้าไปร่วมกิจกรรมของชุมชนในบางส่วนเท่านั้นเพื่อศึกษาบริบทภาคสนาม ซึ่งเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุ โดยใช้วิธีการอ้างอิงต่อเนื่องปากต่อปาก (Snowball Sampling Technique) จนกว่าข้อมูลจะเกิดการอิ่มตัว (Data Saturation) ดำเนินการสัมภาษณ์ตามคำถาม และแนวทางการสัมภาษณ์กับผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยมีรูปแบบการบันทึกข้อมูลด้วยวิธีการจดบันทึกและการบันทึกเสียงจากการสัมภาษณ์ขึ้นอยู่กับสถานการณ์และความเหมาะสม โดยต้องได้รับอนุญาตจากผู้ให้ข้อมูลหลักก่อน

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลของการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวทางของ ไมล์ และฮูเบอร์แมน (Miles and Huberman, 1994) ได้เสนอถึงขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพว่าประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

5.1. การลดข้อมูล (Data Deduction) เป็นกระบวนการคัดเลือก การเน้น การทำให้อยู่ในรูปแบบที่เข้าใจง่าย การย่อความ และการเปลี่ยนแปลงข้อมูลดิบให้พร้อมนำไปใช้ต่อไป ซึ่งการจัดการข้อมูลด้วยการลดข้อมูลนี้ผู้วิจัยจะดำเนินไปพร้อม ๆ กับการเก็บข้อมูล มีการสรุป การจัดกลุ่ม เขียนสรุป การให้รหัส การร่างหัวข้อย่อย ๆ การสร้างหลักในการจำแนกกลุ่ม เป็นประเด็นหลัก (Themes) และประเด็นย่อย (Sub-themes)

5.2. การจัดรูปข้อมูล (Data Display) เป็นการสร้างรูปแบบการนำเสนอข้อมูลเพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจได้ง่าย เช่น การนำเสนอข้อมูลแบบตาราง เป็นรูปภาพ เป็นต้น

5.3. การร่างข้อสรุปและการยืนยัน (Conclusion Drawing and Verification) เป็นการตีความ ทำความเข้าใจ รูปแบบความสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงกันของข้อมูลที่เก็บรวบรวมมา นำไปสู่ข้อสรุปที่นำเสนอในรายงานการวิจัยโดยเป็นข้อสรุปที่ได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรง

ขั้นที่ 2 การสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุชุมชนหนองปากอ่ (Explanatory)

1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ประชากรที่ใช้ในการวิจัย เชิงปริมาณ โดยใช้หลักการ Power of test คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชุมชนหนองปากอ่ อ.ดอยหลวง จ. เชียงราย จำนวน 895 คน (องค์การบริหารส่วนตำบลหนองปากอ่, 2566) ในการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในเชิงปริมาณกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากตารางสำเร็จรูปของ Krejcie and Morgan (1970) ขนาดความเชื่อมั่นที่ 95% ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 269 คน

2. เครื่องมือวิจัย คือ แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ ที่เป็นมาตราประเมินค่า 4 ระดับ โดยพัฒนาจากข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในขั้นตอนที่ 1 และจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มตัวอย่าง โดยแบบสอบถามมีทั้งหมด 30 ข้อ แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบได้แก่ 1) การรับรู้ความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจ และสาเหตุ 2) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง และการขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น และ 3) ทักษะการติดต่อขอความช่วยเหลือและความรู้ในด้านการหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต ซึ่งมีค่า IOC ตั้งแต่ 0.6-1 และค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับที่ .841

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 4 อันดับ โดยคำถามแต่ละข้อจะมีคำตอบให้เลือกตอบทั้งหมด 4 ระดับ ซึ่งในแต่ละระดับมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คำตอบ น้อยที่สุด	1 คะแนน
คำตอบ น้อย	2 คะแนน
คำตอบ มาก	3 คะแนน
คำตอบ มากที่สุด	4 คะแนน

การแปลผลคะแนนการได้รับการสนับสนุนทางสังคม คำนวณจากค่าพิสัย (Range) ดังนี้
 พิสัย = (คะแนนรายข้อสูงสุด - คะแนนรายข้อต่ำสุด)/จำนวนระดับ = $(4-1)/4 = 0.75$ ซึ่งสามารถนำมาใช้เป็นหลักเกณฑ์เพื่อแปลความหมายของค่าคะแนนเฉลี่ยได้ดังนี้

3.26 - 4.00	หมายถึง มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับสูงที่สุด
2.51 - 3.25	หมายถึง มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับสูง
1.76 - 2.50	หมายถึง มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับต่ำ
1.00 - 1.75	หมายถึง มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับต่ำมาก

3. วิธีการสร้างเครื่องมือและการหาคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยขั้นตอนนี้ประกอบด้วยแบบประเมิน 2 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตำบลหนองปากอ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย ซึ่งการสร้างและพัฒนาแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยมีขั้นตอนดังนี้

3.1 ศึกษาเอกสาร ตำรา หนังสือ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พร้อมทั้งนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกมาผสมผสานกับแนวคิดทฤษฎี เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือ ให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างมากขึ้น

3.2 ขั้นตอนการตรวจสอบความเที่ยงตรง (Validity) ของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินที่สร้างขึ้น ทั้ง 2 ส่วน ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน เพื่อทำการตรวจสอบแบบประเมินที่สร้างขึ้น เพื่อให้แบบประเมินที่สร้างขึ้นสามารถวัดได้ตรงตามเนื้อหาที่ต้องการจะวัด คือ ให้มีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และนำมาตรวจสอบค่า หาค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับ จุดประสงค์หรือเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence หรือ IOC) จากสูตร $IOC = \Sigma R / N$ เมื่อ ΣR แทน ผลรวมของคะแนนการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ เกณฑ์การตัดสินค่า IOC ถ้ามีค่า 0.50 ขึ้นไป แสดงว่า ข้อคำถามนั้นวัดได้ตรงจุดประสงค์ หรือตรงตาม เนื้อหานั้น แสดงว่า ข้อคำถามข้อนั้นใช้ได้ (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2555)

3.3 นำแบบประเมินที่สร้างขึ้นไปปรับแก้ไข เพื่อความสมบูรณ์ถูกต้องของเครื่องมือ ก่อนนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรที่ใช้ในการวิจัย

3.4.การตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมินในครั้งนี้ โดยการหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อและค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบประเมิน ซึ่งผู้วิจัยนำแบบประเมินที่ทำการสร้างและที่จะใช้ไปทำการทดลองใช้ (Try Out) กับผู้สูงอายุแห่งหนึ่งที่มีลักษณะ คล้ายคลึงกับกลุ่มประชากร จำนวน 30 คน เมื่อนำมาตรวจให้คะแนนตามวิธีการและหลักเกณฑ์การให้คะแนน และนำผลที่ได้จากการทดลองใช้ (Try Out) มาทำการวิเคราะห์หาค่าความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency) ของข้อคำถาม โดยการ หาค่า Item-total Correlation จากสูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product-Moment Correlation Coefficient) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ และนำข้อคำถามทั้งหมดมาหาค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ โดยวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์

แอลฟาของ Cronbach (Cronbach 's Alpha Coefficient) สำหรับการทดสอบความเชื่อมั่น ซึ่งค่าความเชื่อมั่นที่ใช้ได้น้อยไม่ควรต่ำกว่า 0.70 (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2555)

โดยเครื่องมือนี้จะนำไปใช้ต่อไปในการวิจัยระยะที่ 2 เพื่อเก็บข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุจากโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจิตในระหว่างการทดลอง

4. การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุและความรู้ด้านสุขภาพ

5. สถิติที่ใช้ในงานวิจัย

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

การวิจัยระยะที่ 2 การศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ตำบลหนองปากอ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย

ในส่วนนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) ผู้วิจัยออกแบบการทดลองโดยใช้รูปแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนทดลองและหลังทดลอง (Two-Group Pretest-Posttest Design) โดยใช้นิยามและความหมายจากการวิจัยระยะที่ 2 มาเป็นตัวแปรในการสร้างโปรแกรมฝึกอบรม เพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตำบลหนองปากอ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่าง

สำหรับการวิจัยเชิงทดลองทำการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อนำเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิต โดยใช้โปรแกรม G*POWER กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .67 (Cohen, 2013) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 28 คน ซึ่งเหมาะสมตามแนวทางการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อใช้ในการวิจัยเชิงทดลองที่กำหนดไว้อย่างน้อยกลุ่มละ 20 คน (สุวิมล ว่องวานิช และนางลักษณ์ วิรัชชัย, 2546) โดยในงานวิจัยนี้คณะผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่กลุ่มละ 30 คน ดังนั้นจึงมีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คนโดยอาศัยความสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจิต ซึ่งผู้วิจัยได้ประสานงานกับองค์การบริหารส่วนตำบลหนองปากอ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย เพื่อประชาสัมพันธ์อาสาสมัครเข้าร่วมโปรแกรม รวมถึงมีการชี้แจงรายละเอียดของโปรแกรมโดยละเอียด ซึ่งผู้เข้าร่วมโปรแกรมนั้นสามารถถอนตัวออกจากโปรแกรมได้ทุกเมื่อ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมการพัฒนาการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจิต และแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตำบลหนองปากอ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย (รู้ทันจิต เบาใจ)

(ภาคผนวก) ประกอบไปด้วย ข้อมูลเบื้องต้นของผู้สูงอายุ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมข้อความลงในช่องว่าง และแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ (จากการวิจัยระยะที่ 1)

3. วิธีการสร้างเครื่องมือและการหาคุณภาพเครื่องมือ

ส่วนที่ 1 โปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตำบลหนองป่าก่อ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย มีขั้นตอนการสร้าง ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดวัตถุประสงค์ในการสร้างโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยพิจารณาจากผลการศึกษาในการวิจัยระยะที่ 1 ตามองค์ประกอบ ที่ค้นพบ เป็นพื้นฐานในการสร้างโปรแกรม

ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาทฤษฎี และแนวคิดจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจิต

ขั้นตอนที่ 3 ออกแบบโปรแกรม กิจกรรมในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ตามองค์ประกอบที่ค้นพบในระยะที่ 1

ขั้นตอนที่ 4 เสนอให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ตรวจสอบและประเมินโปรแกรม การการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยใช้ดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ตามรายการที่ประเมินในภาพรวมในแต่ละกิจกรรม โดยพิจารณาจากดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ต้องมีค่าตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2555) จึงถือว่ามีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาสามารถนำไปใช้ได้ แต่หากรายการใดไม่ผ่านเกณฑ์การพิจารณา จะดำเนินการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 5 ปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยนำข้อมูลความคิดเห็น แต่ละประเด็นจากผู้เชี่ยวชาญ ดำเนินการแก้ไขและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยแบบประเมิน 2 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตำบลหนองป่าก่อ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย ซึ่งใช้เครื่องมือที่ได้รับการพัฒนาจากการวิจัยในระยะที่ 1

แบบแผนการทดลอง

การวิจัยระยะนี้เป็นวิจัยทดลอง (Experimental Research) โดยใช้แบบแผนการทดลองแบบทดสอบก่อนและหลัง (Pre-test-Post-test One Group Design) และมีการติดตามผล ในรูปแบบของการวัดซ้ำ (Repeated Measures Design) เพื่อการศึกษาเปรียบเทียบผลการฝึกอบรมในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ด้วยโปรแกรมการฝึกอบรม โดยแสดงรายละเอียดตามตาราง ดังนี้

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรจัดกระทำ คือ โปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจิต

ตารางที่ 1 แบบแผนของการวิจัยกึ่งทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	Pretest	Treatment	Posttest	Follow up
กลุ่มทดลอง (E)	O ₁	X	O ₂	O ₃
กลุ่มควบคุม (C)	O ₁	-	O ₂	O ₃

ความหมายของสัญลักษณ์

X หมายถึง การจัดการกระทำ (Treatment) ที่ให้แก่กลุ่มทดลอง

O₁ หมายถึง การประเมินก่อนการทดลอง (Pre-test)

O₂ หมายถึง การประเมินหลังการทดลอง (Post-test)

O₃ หมายถึง การประเมินระยะติดตามผล (Follow up)

4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการทดลองสามารถจำแนกออกเป็น 2 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้
ขั้นเตรียมการ

4.1. เตรียมกลุ่มผู้ช่วยวิจัย โดยผู้วิจัยชี้แจงผู้ช่วยเกี่ยวกับรายละเอียดการฝึกอบรมบทบาทหน้าที่ของผู้ช่วยในการเตรียมการ ติดตั้ง และแจกจ่ายอุปกรณ์ที่จะต้องใช้ในแต่ละขั้นตอนของกิจกรรม รวมทั้งการจัดเก็บรวบรวมเอกสาร หรือบันทึก สิ่งที่เกิดขึ้นระหว่างการทำกิจกรรมเพื่อนำไปประกอบการสรุปผลกิจกรรมภายหลัง

4.2. เตรียมกลุ่มเป้าหมาย ผู้วิจัยติดต่อกับกลุ่มเป้าหมาย สถานที่ และผู้เกี่ยวข้องเพื่อขอความร่วมมือและประสานงานเกี่ยวกับแนวทางในการดำเนินการฝึกอบรมและเก็บรวบรวมข้อมูล

4.3. เตรียมความพร้อมในห้องฝึกอบรมสำหรับโปรแกรมการฝึกอบรม โดยขอความอนุเคราะห์ใช้สถานที่ของเทศบาลตำบลสถาน โดยให้มีพื้นที่ภายในห้องฝึกอบรมที่สะดวกในการเคลื่อนไหวทำกิจกรรมรูปแบบต่างๆ ในระหว่างการฝึกอบรม

4.5. จัดเตรียมสื่อและอุปกรณ์ที่จะใช้ให้เพียงพอกับจำนวนผู้เข้ารับการฝึกอบรมแต่ละชั้นการฝึกอบรม โดยวางไว้ในพื้นที่ที่สะดวกต่อการหยิบของผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ตลอดจนไม่ขัดขวางต่อการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในการฝึกอบรม

5 ขั้นตอนการฝึกอบรม

ชี้แจงให้ทราบเกี่ยวกับความสำคัญ และวัตถุประสงค์ใน การฝึกอบรม พร้อมให้ทำแบบประเมินก่อนฝึกอบรมและดำเนินการฝึกอบรมตามโปรแกรมการฝึกอบรม

ให้ผู้สูงอายุทำแบบประเมิน หลังการฝึกอบรม และแบบประเมินความพึงพอใจ

5.1 การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยระยะนี้มีรายละเอียดของการวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

5.2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

5.3. ความสัมพันธ์ของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

5.4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมกับกลุ่มควบคุม

6. สถิติที่ใช้ในงานวิจัย

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มตัวอย่าง (t-test) F-test ใช้ทดสอบเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างตัวแปรที่แบ่งเป็น 3 กลุ่มขึ้นไป โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA) และ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ในกรณีเปรียบเทียบซ้ำ กับกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน (One-Way repeated ANOVA) และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตก่อนและหลัง คือ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

การวิจัยระยะที่ 3 การพัฒนาแนวทางยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ตำบลหนองป่าก่อ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย

ในส่วนนี้เป็นการพัฒนาแนวทางการยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตำบลหนองป่าก่อ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย โดยใช้ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูลหลักสำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุและแนวทางการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุสำหรับชุมชนหนองป่าก่อ จำนวนทั้งหมด 10 คน ดังนี้

ผู้สูงอายุในพื้นที่ชุมชนหนองป่าก่อ อ.ดอยหลวง จ.เชียงราย ที่มีสุขภาพดี หรือเป็นผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ด้านสุขภาพชุมชน จำนวน 3 คน

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนหนองป่าก่อ จำนวน 3 คน

ผู้ปฏิบัติงานกองสาธารณสุข/สุขภาพ อบต.หนองป่าก่อ จำนวน 2 คน

นักวิชาการด้านสุขภาพจิต จำนวน 2 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์เพื่อทำการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) โดยเป็นข้อคำถามที่มีโครงสร้างเกี่ยวกับการยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระดับตำบล

กลไก แนวทาง วิธีการที่สอดคล้องเหมาะสมและมีความเป็นไปได้กับชุมชนหนองป่าก่อ รวมถึงปัญหาอุปสรรคที่สามารถเกิดขึ้นได้ในการขับเคลื่อนกิจกรรม

3. วิธีการสร้างเครื่องมือและการหาคุณภาพเครื่องมือ

3.1. แบบสัมภาษณ์ กำหนดจุดมุ่งหมายในการสัมภาษณ์ และศึกษาทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัย ที่เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตำบลหนองป่าก่อ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย มาเป็นกรอบในการเขียนข้อคำถาม เพื่อกำหนดประเด็นคำถามในการสนทนากลุ่ม

3.2. ผู้วิจัยกำหนดประเด็นคำถาม และแนวทางคำถามการสัมภาษณ์ในประเด็นการยกระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตำบลหนองป่าก่อ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย จากนั้นนำไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ 3 คน เพื่อทำการตรวจสอบข้อคำถามที่สร้างขึ้น เพื่อให้แบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นสามารถวัดได้ตรงตามเนื้อหาที่ต้องการจะวัด คือให้มีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และนำมาตรวจสอบค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับจุดประสงค์หรือเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence หรือ IOC) และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการทดลองสามารถจำแนกออกเป็น 2 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

5. ขั้นตอนเตรียมการ

5.1. เตรียมกลุ่มผู้ช่วยวิจัย โดยผู้วิจัยชี้แจงผู้ช่วยเกี่ยวกับรายละเอียดการสนทนากลุ่ม บทบาทหน้าที่ของผู้ช่วยในการเตรียมการ ติดตั้ง และแจกจ่ายอุปกรณ์ที่จะต้องใช้ในแต่ละขั้นตอนของกิจกรรม รวมทั้งการจัดเก็บรวบรวมเอกสาร หรือบันทึก สิ่งที่เกิดขึ้นระหว่างการทำกิจกรรมเพื่อนำไปประกอบการสรุปผลกิจกรรมภายหลัง

5.2. เตรียมกลุ่มเป้าหมาย ผู้วิจัยติดต่อกลุ่มเป้าหมาย สถานที่ และผู้เกี่ยวข้องเพื่อขอความร่วมมือและประสานงานเกี่ยวกับแนวทางในการดำเนินการฝึกอบรมและเก็บรวบรวมข้อมูล

5.3. เตรียมความพร้อมสถานที่จัดกิจกรรม โดยขอความอนุเคราะห์ใช้สถานที่ของเทศบาลตำบลหนองป่าก่อ

5.4. จัดเตรียมสื่อและอุปกรณ์ที่จะใช้ให้เพียงพอกับจำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม

6. ขั้นตอนการสนทนากลุ่ม

6.1. ชี้แจงให้ทราบเกี่ยวกับความสำคัญ และวัตถุประสงค์ในการสนทนากลุ่ม

6.2. ดำเนินการสนทนากลุ่ม การให้ประเด็น การซักถาม การสรุปประเด็น และหาข้อสรุปในการสนทนากลุ่ม

7. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลของการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวทางของ ไมล์ และฮูเบอร์แมน (Miles and Huberman, 1994) ได้เสนอถึงขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพว่าประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

7.1 การลดข้อมูล (Data Deduction) เป็นกระบวนการคัดเลือก การเน้น การทำให้อยู่ในรูปแบบที่เข้าใจง่าย การย่อความ และการเปลี่ยนแปลงข้อมูลดิบให้พร้อมนำไปใช้ต่อไป ซึ่งการจัดการข้อมูลด้วยการลดข้อมูลนี้ผู้วิจัยจะดำเนินไปพร้อม ๆ กับการเก็บข้อมูล มีการสรุป การจัดกลุ่ม เขียนสรุป การให้รหัส การร่างหัวข้อย่อย ๆ การสร้างหลักในการจำแนกกลุ่ม เป็นประเด็นหลัก (Themes) และประเด็นย่อย (Sub-themes)

7.2. การจัดรูปข้อมูล (Data Display) เป็นการสร้างรูปแบบการนำเสนอข้อมูลเพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจได้ง่าย เช่น การนำเสนอข้อมูลแบบตาราง เป็นรูปภาพ เป็นต้น

7.3. การร่างข้อสรุปและการยืนยัน (Conclusion Drawing and Verification) เป็นการตีความ ทำความเข้าใจ รูปแบบความสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงกันของข้อมูลที่เก็บรวบรวมมา นำไปสู่ข้อสรุปที่นำเสนอในรายงานการวิจัยโดยเป็นข้อสรุปที่ได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรง

การพิทักษ์สิทธิของเข้าร่วมโครงการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีความจำเป็นจะต้องมีการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย โดยขอจริยธรรมการวิจัยจากสถาบันการวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย ซึ่งก่อนทำการเก็บข้อมูลทุกครั้ง ผู้วิจัยจะขอความยินยอมอย่างสมัครใจในการให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะให้ข้อมูลกับผู้สูงอายุ และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกคน และทุกครั้งที่ทำเก็บข้อมูลจะต้องขออนุญาตทุกครั้ง ในการบันทึกเสียงก่อนการสัมภาษณ์ และแจ้งให้ทราบว่าผู้วิจัยจะรักษาความลับของผู้สูงอายุ ทั้งหมด นอกจากนี้ ผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้กับผู้สูงอายุ ถามเกี่ยวกับข้อสงสัยทุกข้อเพื่อความกระจ่าง และผู้วิจัยจะป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดกับแหล่งข้อมูล อันเนื่องมาจากการที่ให้ความร่วมมือ ในการวิจัย และผู้สูงอายุสามารถยุติการสัมภาษณ์ได้ตลอดเวลาเมื่อรู้สึกไม่ปลอดภัย

เกณฑ์คัดเข้าเพื่อเข้าร่วมงานวิจัย (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชุมชนหนองปากอ อ.ดอยหลวง จ.เชียงราย ที่เข้าร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ
2. สามารถสื่อสารพูดคุยภาษาไทยได้
3. สมัครใจและยินดีเข้าร่วมโปรแกรมตลอดการวิจัย
4. ไม่เคยได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิต ไม่ต่ำกว่า 6 เดือนก่อนเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์คัดออกจากงานวิจัย (Exclusion Criteria)

1. ผู้เข้าร่วมวิจัยต้องการถอนตัวออกจากกรวิจัย
2. ผู้เข้าร่วมงานวิจัยไม่สามารถอยู่ร่วมงานวิจัยได้ตลอดการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลหลัก (วัตถุประสงค์ 1)

ส่วนที่ 1 ผู้ให้ข้อมูลหลักสำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุและแนวทางการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุสำหรับชุมชนหนองป่าก่อ จำนวนทั้งหมด 15 คน

ผู้สูงอายุในพื้นที่ชุมชนหนองป่าก่อ อ.ดอยหลวง จ.เชียงราย ที่มีสุขภาพดี หรือเป็นผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ด้านสุขภาพชุมชน จำนวน 5 คน

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนหนองป่าก่อ จำนวน 3 คน

ผู้ปฏิบัติงานกองสาธารณสุข/สุขภาพ อบต.หนองป่าก่อ จำนวน 4 คน

นักวิชาการด้านสุขภาพจิต จำนวน 3 คน

ส่วนที่ 2 ประชากรที่ใช้ในการวิจัย เชิงปริมาณ คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชุมชนหนองป่าก่อ อ.ดอยหลวง จ.เชียงราย จำนวน 895 คน (องค์การบริหารส่วนตำบลหนองป่าก่อ, 2566) ในการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในเชิงปริมาณกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากตารางสำเร็จรูปของ Krejcie and Morgan (1970) ขนาดความเชื่อมั่นที่ 95% ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 269 คน

ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง (วัตถุประสงค์ 2)

สำหรับการวิจัยเชิงทดลองทำการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อนำเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต โดยใช้โปรแกรม G*POWER กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .67 (Cohen, 2013) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 28 คน ซึ่งเหมาะสมตามแนวทางการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อใช้ในการวิจัยเชิงทดลองที่กำหนดไว้อย่างน้อยกลุ่มละ 20 คน (สุวิมล ว่องวานิช และนงลักษณ์ วิรัชชัย, 2546) โดยในงานวิจัยนี้คณะผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่กลุ่มละ 30 คน ดังนั้นจึงมีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน

ผู้ให้ข้อมูลหลัก (วัตถุประสงค์ที่ 3)

ผู้ให้ข้อมูลหลักสำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุและแนวทางการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุสำหรับชุมชนหนองป่าก่อ จำนวนทั้งหมด 10 คน

ผู้สูงอายุในพื้นที่ชุมชนหนองป่าก่อ อ.ดอยหลวง จ.เชียงราย ที่มีสุขภาพดี หรือเป็นผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ด้านสุขภาพชุมชน จำนวน 3 คน

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนหนองป่าก่อ จำนวน 3 คน

ผู้ปฏิบัติงานกองสาธารณสุข/สุขภาพ อบต.หนองป่าก่อ จำนวน 2 คน

นักวิชาการด้านสุขภาพจิต จำนวน 2 คน

บทที่ 4

ผลการวิจัย

ในการวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต พัฒนาแนวทางการยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ตำบลหนองปากอ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย ซึ่งผลการวิจัยแบ่งออกเป็น ตอน 3 ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตำบลหนองปากอ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย

ตอนที่ 2 ผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุตำบลหนองปากอ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย

ตอนที่ 3 แนวทางการยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ตำบลหนองปากอ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย

ตอนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ตำบลหนองปากอ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย

ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนการวิจัย ด้วยวิธีการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญคือ ผู้สูงอายุในพื้นที่ชุมชนหนองปากอ ที่มีสุขภาพดี หรือเป็นผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ด้านสุขภาพชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนหนองปากอ ผู้ปฏิบัติงานกองสาธารณสุข/สุขภาพ อบต.หนองปากอ และนักวิชาการด้านสุขภาพจิต ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้สามารถสรุปนิยามและความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ได้ 3 องค์ประกอบดังนี้

1. การรับรู้ความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจ และสาเหตุ หมายถึง ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและความผิดปกติทางจิตใจ โดยเป็นความเข้าใจเกี่ยวกับกบฏอาการ และความผิดปกติทางสุขภาพจิต รู้ถึงปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของการเจ็บป่วยทาง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล สังคม เศรษฐกิจ

2. ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง และการขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการป้องกันการเกิดความผิดปกติทางจิต หรือแนวทางการแก้ไขหรือรักษาความผิดปกติทางจิต ที่สามารถประเมินตนเองและจัดการกับตนเองได้อย่างถูกต้อง ได้แก่ การขอความช่วยเหลือจากคนในครอบครัวหรือเพื่อน การปฏิบัติกิจกรรมที่ชื่นชอบหรือ การออกกำลังกาย มีความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการขอความช่วยเหลือจากบุคลากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในด้านสุขภาพจิต

3. ทักษะที่เอื้อต่อการขอความช่วยเหลือและความรู้ในด้านการหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต หมายถึง การรับรู้ ทักษะเกี่ยวกับการเอื้อต่อการแสวงหาความช่วยเหลือ เช่น บุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต เป็นเพียงอาการป่วย ไม่ใช่เป็นตราบาป หรือไม่ควรถูกตีตราทางสังคม มีความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต เช่นวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิตจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ

แหล่งข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่ ได้แก่ การสอบถามครอบครัว และเพื่อน หรือบุคคลอื่นๆที่เกี่ยวข้อง รวมถึงหาข้อมูลจาก อินเทอร์เน็ต เป็นต้น

ตารางที่ 2 การจัดกลุ่มองค์ประกอบ

องค์ประกอบจากผลการวิเคราะห์ ที่ได้จากการสัมภาษณ์	องค์ประกอบจากทฤษฎี ของจอร์ม (Jorm, 2000)
การรับรู้ความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจ และสาเหตุ หมายถึง ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและความผิดปกติทางจิตใจ โดยเป็นความเข้าใจเกี่ยวกับอาการ และความผิดปกติทางสุขภาพจิต รู้ถึงปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของการเจ็บป่วยทาง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล สังคม เศรษฐกิจ	1. การรับรู้ความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจ (Recognition of Mental Disorders) หมายถึง ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและสภาวะความผิดปกติทางจิตใจ โดยเป็นความเข้าใจและ การรับรู้เกี่ยวกับอาการ อาการแสดง หรือลักษณะความผิดปกติทางสุขภาพจิต 2. ความรอบรู้ถึงปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของการเจ็บป่วยของความผิดปกติทางจิตใจ (Knowledge and Beliefs About Risk Factors and Causes) หมายถึง ความรู้และความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของภาวะซึมเศร้าที่ถูกต้อง ได้แก่ ปัจจัยด้านชีวภาพภายในบุคคล ปัจจัยด้านจิตสังคม และปัจจัยด้านการเผชิญปัญหา การรู้จักปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของการเจ็บป่วยของความผิดปกติทางจิตจะช่วยให้สามารถจัดการสิ่งเร้าจากสังคมและสิ่งแวดล้อม เพื่อลดความรุนแรงของโรค และความผิดปกติทางจิตได้
ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง และการขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการป้องกันการเกิดความผิดปกติทางจิต หรือแนวทางการแก้ไขหรือรักษาความผิดปกติทางจิต ที่สามารถประเมินตนเองและจัดการกับตนเองได้อย่างถูกต้อง ได้แก่ การขอความช่วยเหลือจากคนในครอบครัวหรือเพื่อน การปฏิบัติกิจกรรมที่ชื่นชอบหรือ การออกกำลังกาย มีความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการขอความช่วยเหลือ	3. ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง (Knowledge and Beliefs About Self-help Interventions) หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการป้องกันการเกิดความผิดปกติทางจิต หรือแนวทางการแก้ไขหรือรักษาความผิดปกติทางจิต ที่สามารถประเมินตนเองและจัดการกับตนเองได้อย่างถูกต้อง ได้แก่ การแสวงหาการสนับสนุนช่วยเหลือจากคนในครอบครัวหรือเพื่อน การปฏิบัติกิจกรรมที่ชื่นชอบหรือ การออกกำลังกาย รับรู้ว่าจะหากไม่สามารถจัดการได้สามารถขอความช่วยเหลือได้เมื่อจำเป็น

องค์ประกอบจากผลการวิเคราะห์ ที่ได้จากการสัมภาษณ์	องค์ประกอบจากทฤษฎี ของจอร์ม (Jorm, 2000)
ช่วยเหลือจากบุคลากรที่มีความรู้ความ เชี่ยวชาญในด้านสุขภาพจิต	4. ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการ แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ (Knowledge and Beliefs About Professional Help Available) หมายถึง ความรู้ ความเชื่อ เกี่ยวกับพฤติกรรมการขอความช่วยเหลือด้าน สุขภาพจิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะซึมเศร้าจาก บุคลากรทางการแพทย์ เช่น นักจิตวิทยา จิตแพทย์ หรือแพทย์ทั่วไป เป็นต้น
ทัศนคติที่เอื้อต่อการขอ ความช่วยเหลือและความรู้ในด้าน การหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต หมายถึง การรับรู้ ทัศนคติ เกี่ยวกับการเอื้อต่อการแสวงหาความ ช่วยเหลือ เช่น บุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต เป็นเพียงอาการป่วย ไม่ใช่เป็นตราบาป หรือไม่ควรถูกตีตราทางสังคม มีความรู้ เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้าน สุขภาพจิต เช่นวิธีการค้นหาข้อมูลด้าน สุขภาพจิตจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ แหล่งข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่ ได้แก่ การ สอบถามครอบครัว และเพื่อน หรือบุคคล อื่นๆที่เกี่ยวข้องรวมถึงหาข้อมูลจาก อินเทอร์เน็ต เป็นต้น	5. ทัศนคติที่เอื้อต่อการรับรู้และการ แสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม (Attitudes Which Facilitate Recognition and Appropriate Help-Seeking) หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับปัญหา สุขภาพจิตที่อาจเป็นปัจจัยเอื้อต่อการแสวงหาความ ช่วยเหลือ เช่น บุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต เป็นเพียง อาการป่วย ไม่ใช่เป็นตราบาป หรือไม่ควรถูกตีตรา ทางสังคม ซึ่งเป็นสิ่งที่เอื้อต่อการขอความช่วยเหลือ และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม 6. ความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้าน สุขภาพจิต (Knowledge of How to Seek Mental Health Information) หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับ แหล่งข้อมูลด้านสุขภาพจิต วิธีการค้นหาข้อมูลด้าน สุขภาพจิต โดยเฉพาะข้อมูลสำคัญจากแหล่งข้อมูลที่ น่าเชื่อถือ แหล่งข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่ ได้แก่ การ สอบถามครอบครัว และเพื่อน

และจากข้อค้นพบนี้ นิยาม ความหมายแล้ว ผู้วิจัยจึงได้นำตัวแปรเหล่านี้มาทำวิจัยต่อใน
ระยะที่ 2 มาสร้างเครื่องมือวิจัยพร้อมทั้งทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ และข้อมูลเกี่ยวกับความรอบรู้
ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตำบลหนองปากอ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย และวิเคราะห์ข้อมูล
ในภาพรวม

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ตำบลหนองปากอ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานะ สุขภาพในปัจจุบัน (จำนวน 269 คน)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ (%)
1. เพศ		
ชาย	128	47.60
หญิง	141	52.40
2. อายุ		
60-75 ปี	197	73.23
76-90 ปี	57	21.19
90 ปีขึ้นไป	15	5.58
3. ระดับการศึกษา		
น้อยกว่ามัธยมฯ	227	84.39
มัธยม/ปวช./ปวส .	23	8.55
ปริญญาตรีขึ้นไป	19	7.06
4. สถานะ		
อยู่คนเดียว	38	14.10
อยู่กับคู่สมรส 2 คน	99	36.80
อยู่กับลูกหลาน	132	49.10
5. สุขภาพในปัจจุบัน		
แข็งแรง	20	7.40
เจ็บป่วยบ่อยแต่เล็กน้อย ๆ	91	33.80
มีโรคประจำตัว	158	58.70

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ทำการวิจัย คือ ผู้สูงอายุตำบลหนองปากอ ทั้ง 10 หมู่บ้าน จำนวน 269 คน จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานะ และข้อมูลสุขภาพปัจจุบัน ได้ดังนี้

เพศ จากการวิจัยพบว่า เพศของผู้สูงอายุตำบลหนองปากอ ที่ทำการวิจัยส่วนมากเป็น เพศหญิง จำนวน 141 คน คิดเป็นร้อยละ 52.40 และเป็นเพศชาย 128 คนคิดเป็นร้อยละ 47.60

อายุ จากการวิจัยพบว่า ช่วงอายุของผู้สูงอายุตำบลหนองปากอ ที่ทำการวิจัยส่วนใหญ่ มีอายุ ระหว่าง 60-75 ปี จำนวน 197 คน คิดเป็นร้อยละ 73.23 รองลงมาคืออายุระหว่าง 76-90 ปี มีจำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 21.19 และอายุ 90 ปีขึ้นไป มีจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 5.58

ระดับการศึกษา จากการวิจัยพบว่า ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุตำบลหนองปากอ ที่ทำการวิจัยส่วนใหญ่ มีการศึกษาในระดับน้อยกว่ามัธยมฯ จำนวน 227 คน คิดเป็นร้อยละ 84.39 รองลงมาคือ ระดับมัธยม/ปวช./ปวส. มีจำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 8.55 และมีการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไป จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 7.06

สถานะจากการวิจัยพบว่า สถานะของผู้สูงอายุตำบลหนองปาก่อ ที่ทำการวิจัยส่วนใหญ่ อยู่กับลูกหลาน จำนวน 132 คน คิดเป็นร้อยละ 49.10 รองลงมาคือ อยู่กับคู่สมรสสองคน จำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 36.80 และอยู่คนเดียว จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 14.10

สุขภาพในปัจจุบัน จากการวิจัยพบว่า สุขภาพในปัจจุบัน ของผู้สูงอายุอำเภอเชียงของ ที่ทำการวิจัยส่วนใหญ่ มีโรคประจำตัวจำนวน 158 คน คิดเป็นร้อยละ 58.70 รองลงมาคือ เจ็บป่วยบ่อยแต่เล็กน้อย ๆ จำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 33.80 และแข็งแรงดี จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 7.40

ตารางที่ 4 ตารางแสดงข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตำบลหนองปาก่อ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย

ข้อ	ความรอบรู้รายด้าน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับของความรู้	ลำดับที่
1	การรับรู้ความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจ และสาเหตุ	2.59	0.973	สูง	3
2	ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง และการขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น	2.95	0.887	สูง	1
3	ทัศนคติที่เอื้อต่อการขอความช่วยเหลือและความรู้ในด้านการหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต	2.94	0.882	สูง	2
รวม		2.83	0.930	สูง	

จากตารางที่ 4 พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตำบลหนองปาก่อ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย อยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.83 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.930 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ผู้สูงอายุตำบลหนองปาก่อ มีความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง และการขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ย 2.95 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.887 รองลงมาคือด้าน ทัศนคติที่เอื้อต่อการขอความช่วยเหลือ และความรู้ในด้านการหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต และ ด้านการรับรู้ความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจ และสาเหตุ มีค่าเฉลี่ย 2.94, 2.59 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.882, 0.973 ตามลำดับ โดยมีระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตทั้งสองด้านอยู่ในระดับสูง

ตอนที่ 2 ผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุตำบลหนองปาก่อ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย (รู้ทันจิต เบาใจ)

ในการการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ ตำบลหนองปาก่อ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงรายที่ได้พัฒนามาจากการวิจัยในระยะที่ 1 โดยศึกษาจากบริบทความรู้

ด้านสุขภาพจิตจากผู้เชี่ยวชาญ ผู้สูงอายุในตำบลหนองปากอ และนำมาวิเคราะห์รวมตามแนวคิด ทฤษฎีที่ใช้ร่วมเป็นกรอบในการพัฒนา โปรแกรม ทฤษฎีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ของ Jorm (2000) โดยสรุปเป็น 3 องค์ประกอบได้แก่ 1) การรับรู้ความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจ และสาเหตุ 2) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง และการขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น และ 3) ทักษะที่เอื้อต่อการขอความช่วยเหลือและความรู้ในการหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต ผู้วิจัย จึงได้ทำการพัฒนาโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ ตำบลหนองปากอ อำเภอตอยหลวง จังหวัดเชียงราย (รู้ทันจิต เบาใจ) (ภาคผนวก) โดยผลของโปรแกรมฯ มีรายละเอียด ดังนี้

ตารางที่ 5 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (จำนวน 60 คน)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ				
ชาย	8	26.67	5	16.67
หญิง	22	73.33	25	83.33
2. อายุ				
น้อยกว่า 60 ปี	2	6.67	4	13.33
60-70 ปี	24	80.00	23	76.67
มากกว่า 70 ปี	4	13.33	3	10.00
3. ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	30	100	30	100

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งหมด 60 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีจำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 73.33 มีอายุระหว่าง 60-70 ปี จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 80.00 และทั้งหมดมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา

ผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมมีจำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 83.33 มีอายุระหว่าง 60-70 ปี จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 76.67 และทั้งหมดมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา

ตารางที่ 6 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ตำบลหนองป่าก่อ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย

ความรู้เกี่ยวกับ การดูแลสุขภาพตนเอง	n	$\bar{X}$	SD	t	p
ก่อนได้รับโปรแกรม	30	2.54	0.972	2.258	.001**
หลังได้รับโปรแกรม	30	2.96	0.836		

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต หลังได้รับโปรแกรม ($\bar{X}=2.96$, $SD=0.836$) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($\bar{X}=2.54$, $SD=0.972$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p<.01$)

ตารางที่ 7 ค่าความสัมพันธ์ของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ก่อน และ หลังได้รับโปรแกรม

Paired Samples Correlations	n	r	p
Pretest & Posttest	30	.764**	.001

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 7 พบว่า คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ก่อนและ หลังได้รับโปรแกรมมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.764$, $p<.01$)

ตารางที่ 8 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมกับกลุ่มควบคุม

ความรู้เกี่ยวกับ การดูแลสุขภาพตนเอง	n	$\bar{X}$	SD	t	p
กลุ่มทดลอง	30	2.96	0.836	2.320	.002**
กลุ่มควบคุม	30	2.48	0.976		

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 8 พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ($\bar{X}=2.96$, $SD=.836$) สูงกว่าผู้สูงอายุกลุ่มควบคุม ($\bar{X}=2.48$, $SD=.976$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p<.01$)

ตารางที่ 9 ความพึงพอใจต่อโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ ตำบลหนองปากอ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย (รู้ทันจิต เบาใจ) ของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม

ความพึงพอใจต่อโปรแกรมฯ	$\bar{X}$	SD	ระดับความพึงพอใจ
กิจกรรมที่ 1 เริ่ม รั้ ู้	4.52	0.26	มากที่สุด
กิจกรรมที่ 2 (มองตน เห็นตน)	4.57	0.21	มากที่สุด
กิจกรรมที่ 3 (รู้เหตุ เข้าใจผล)	4.32	0.21	มาก
กิจกรรมที่ 4 (ฉันทำได้)	4.49	0.28	มาก
กิจกรรมที่ 5 (ขอมือเธอหน่อย)	4.67	0.30	มากที่สุด
กิจกรรมที่ 6 (คันด้วยมือ มองด้วยใจ)	4.46	0.24	มาก
กิจกรรมที่ 7 ธนาคารความสุข	4.69	0.36	มากที่สุด
รวม	4.54	0.16	มากที่สุด

จากตารางที่ 9 พบว่า ความพึงพอใจต่อโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ ตำบลหนองปากอ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย (รู้ทันจิต เบาใจ) ของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.54$, $SD=0.16$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า กิจกรรมที่ 7 ธนาคารความสุข มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาคือ กิจกรรมที่ 5 (ขอมือเธอหน่อย) กิจกรรมที่ 2 (มองตน เห็นตน) กิจกรรมที่ 1 เริ่ม รั้ ู้ ตามลำดับ ($\bar{X}=4.69$, 4.67, 4.57, 4.52, $SD=0.36$, 0.30, 0.21, 0.26)

ตอนที่ 3 แนวทางการยกระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ตำบลหนองปากอ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย

การเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy) ของผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพชีวิต และลดความเสี่ยงของปัญหาสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล หรือความเหงา กลไกหรือแนวทางที่สามารถใช้เพื่อเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ มีดังนี้:

การให้ความรู้ผ่านการอบรมและกิจกรรมกลุ่ม

1. จัดกิจกรรมเวิร์กช็อปให้ความรู้เรื่องสุขภาพจิต เช่น การจัดการความเครียด, การรับมือกับการสูญเสีย, เทคนิคผ่อนคลาย
2. เชิญนักจิตวิทยา/จิตแพทย์มาให้ความรู้ที่เข้าใจง่าย
3. ใช้กิจกรรมแบบมีส่วนร่วม เช่น การเล่านิทานบำบัด (narrative therapy), ศิลปะบำบัด (art therapy)

การใช้สื่อสารสนเทศที่เหมาะสมกับวัย

1. วิดีโอสั้น/การ์ตูนให้ความรู้เกี่ยวกับอารมณ์และสุขภาพจิต
2. เอกสารหรือคู่มือที่ใช้ภาษาง่าย ตัวหนังสือขนาดใหญ่ อ่านเข้าใจง่าย
3. รายการวิทยุชุมชน/โทรทัศน์ท้องถิ่นนำเสนอเนื้อหาที่เกี่ยวกับสุขภาพจิต

การฝึกอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver/เพื่อนช่วยเพื่อน)

1. พัฒนาอาสาสมัครในชุมชนให้สามารถสังเกตอาการสุขภาพจิตเบื้องต้น และให้คำแนะนำเบื้องต้นได้
2. ส่งเสริมกิจกรรมแบบเพื่อนช่วยเพื่อน เช่น กลุ่มพูดคุย กลุ่มสนับสนุนทางอารมณ์

บูรณาการกับระบบบริการสุขภาพ

1. ให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. หรือ อสม. มีการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตเบื้องต้นเมื่อเยี่ยมบ้าน
2. ประเมินสุขภาพจิตควบคู่กับสุขภาพกายอย่างสม่ำเสมอ

การสร้างสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพจิต

1. สนับสนุนกิจกรรมสร้างสรรค์ในชมรมผู้สูงอายุ เช่น ร้องเพลง เต้นรำ ปลูกต้นไม้
2. สนับสนุนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคม-ศาสนา เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่า

การส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีเพื่อเรียนรู้

1. จัดอบรมให้ผู้สูงอายุใช้งานแอปพลิเคชันเพื่อสุขภาพจิต เช่น แอปฝึกสมาธิ
2. ใช้กลุ่ม LINE หรือ Facebook กลุ่มในการแชร์ข้อมูลสุขภาพจิต

ปัญหาและอุปสรรคในการการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ตำบลหนองปากอ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย

การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ แม้จะมีความสำคัญมาก แต่ก็มักเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคหลายประการ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ โดยสามารถสรุปประเด็นหลัก ๆ ได้ดังนี้:

1. ขาดความตระหนักรู้และความเข้าใจในเรื่องสุขภาพจิต
 - ผู้สูงอายุจำนวนมากยังมองว่าปัญหาทางจิตใจเป็นเรื่องธรรมดาเมื่อแก่ตัวลง เช่น “เป็นเรื่องของวัย”
 - มีความเข้าใจผิด เช่น คิดว่าภาวะซึมเศร้าเป็นเพียงความขี้ขลาด หรือเป็นนิสัย ไม่ใช่โรค
 - ขาดความรู้ในการแยกแยะอาการ เช่น ซึมเศร้ากับอาการหลงลืม

- 2.ทัศนคติด้านลบและการตีตราทางสังคม (Stigma)
 - ผู้สูงอายุบางคนหรือคนในครอบครัวอาจรู้สึกอายหากต้องไปพบจิตแพทย์
 - เชื่อว่าคนที่มีปัญหาสุขภาพจิตคือ “คนบ้า” จึงปิดบัง ไม่ขอความช่วยเหลือ
3. ข้อจำกัดด้านร่างกายและสมรรถภาพการเรียนรู้
 - การได้ยินหรือการมองเห็นลดลง ทำให้เข้าใจข้อมูลได้ยาก
 - ความสามารถในการจดจำและการทำความเข้าใจลดลงตามอายุ
 - บางคนไม่สามารถใช้เทคโนโลยี เช่น สมาร์ทโฟน หรือแอปพลิเคชันได้
4. การเข้าถึงบริการหรือกิจกรรมยังไม่ครอบคลุม
 - ขาดกิจกรรมให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตในพื้นที่ห่างไกล
 - บุคลากรสาธารณสุขในชุมชนอาจมีภาระงานสูง ไม่มีเวลาทำงานเชิงจิตใจ
 - ขาดนักจิตวิทยาหรือบุคลากรเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตในระดับปฐมภูมิ
5. ขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน
 - ครอบครัวบางกลุ่มไม่เข้าใจผู้สูงอายุ ไม่รับฟัง หรือมีท่าทีต่อต้านการดูแลสุขภาพจิต
 - ชุมชนบางแห่งขาดกิจกรรมที่สร้างปฏิสัมพันธ์ ลดโอกาสการเรียนรู้ร่วมกัน
6. ปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคม
 - ผู้สูงอายุที่ขาดรายได้ หรือพึ่งพาคนอื่นอาจมีความเครียดสะสม
 - การอยู่ตามลำพังหรือขาดการสนับสนุนทางสังคม (social support) ส่งผลต่อสภาพจิตใจและการเปิดรับข้อมูล

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

ในการวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต พัฒนาแนวทางการยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ตำบลหนองปากอ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย

สรุปผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ตำบลหนองปากอ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย

ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้สามารถสรุปนิยามและความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ผู้สูงอายุที่ได้จากการสัมภาษณ์ แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบดังนี้ 1. การรับรู้ความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจ และสาเหตุ 2. ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง และการขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น 3. ทักษะที่เอื้อต่อการขอความช่วยเหลือและความรู้ในการหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต

หลังจากนั้นผู้วิจัยได้สร้างแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตำบลหนองปากอ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย และได้นำไปเก็บข้อมูล จากกลุ่มตัวอย่างที่ทำการ จำนวน 269 คน จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานะ และข้อมูลสุขภาพปัจจุบัน ได้ดังนี้ จากการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุตำบลหนองปากอ ที่ทำการวิจัยส่วนมากเป็นเพศหญิง มีอายุ ระหว่าง 60-75 ปี ระดับน้อยกว่ามัธยมา ส่วนใหญ่ อยู่กับลูกหลาน และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต อยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.83 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.930

ตอนที่ 2 ผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ ตำบลหนองปากอ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย (รู้ทันจิต เบาใจ)

โดยผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ ตำบลหนองปากอ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย (รู้ทันจิต เบาใจ) พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งหมด 60 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีจำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 60-70 ปี และทั้งหมดมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมมีจำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 60-70 ปี และทั้งหมดมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา เช่นเดียวกัน

เมื่อทดลองใช้โปรแกรม พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตหลังได้รับโปรแกรม ($\bar{X}=2.96$, $SD=0.836$) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($\bar{X}=2.54$, $SD=0.972$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p<.01$) และพบว่า คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.764$, $p<.01$) โดยเมื่อเปรียบเทียบกันแล้วพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองหลัง

ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ($\bar{X}=2.96$, $SD=.836$) สูงกว่าผู้สูงอายุกลุ่มควบคุม ($\bar{X}=2.48$, $SD=.976$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p<.01$) และผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.54$, $SD=0.16$)

ตอนที่ 3 แนวทางการยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ตำบลหนองปากอ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย

การเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy) มีดังนี้:

1. การให้ความรู้ผ่านการอบรมและกิจกรรมกลุ่ม จัดกิจกรรมเวิร์กช็อปให้ความรู้เรื่องสุขภาพจิต เชิญนักจิตวิทยา/จิตแพทย์มาให้ความรู้ที่เข้าใจง่าย ใช้กิจกรรมแบบมีส่วนร่วม
2. การใช้สื่อสารสนเทศที่เหมาะสมกับวัย วิดีโอสั้น/การ์ตูนให้ความรู้เกี่ยวกับอารมณ์และสุขภาพจิตเอกสารหรือคู่มือที่ใช้ภาษาง่าย ตัวหนังสือขนาดใหญ่ อ่านเข้าใจง่าย มีรายการวิทยุชุมชน/โทรทัศน์ท้องถิ่นนำเสนอเนื้อหาเกี่ยวกับสุขภาพจิต
3. การฝึกอบรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver/เพื่อนช่วยเพื่อน) มีพัฒนาอาสาสมัครในชุมชนให้สามารถสังเกตอาการสุขภาพจิตเบื้องต้น และให้คำแนะนำเบื้องต้นได้ และส่งเสริมกิจกรรมแบบเพื่อนช่วยเพื่อน เช่น กลุ่มพูดคุย กลุ่มสนับสนุนทางอารมณ์
4. บูรณาการกับระบบบริการสุขภาพ ให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. หรือ อสม. มีการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตเบื้องต้นเมื่อเยี่ยมบ้าน ประเมินสุขภาพจิตควบคู่กับสุขภาพกายอย่างสม่ำเสมอ
5. การสร้างสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพจิต สนับสนุนกิจกรรมสร้างสรรค์ในชมรมผู้สูงอายุ เช่น ร้องเพลง เต้นรำ ปลูกต้นไม้ สนับสนุนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคม-ศาสนา เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่า
6. การส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีเพื่อเรียนรู้ จัดอบรมให้ผู้สูงอายุใช้งานแอปพลิเคชันเพื่อสุขภาพจิต เช่น แอปฝึกสมาธิ ใช้กลุ่ม LINE หรือ Facebook กลุ่มในการแชร์ข้อมูลสุขภาพจิต

ปัญหาและอุปสรรคในการการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ตำบลหนองปากอ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย

การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ มักเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคหลายประการ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ โดยสามารถสรุปประเด็นหลักๆ ได้ดังนี้: 1. ขาดความตระหนักรู้และความเข้าใจในเรื่องสุขภาพจิต 2. ทศนคติด้านลบและการตีตราทางสังคม (Stigma) 3. ข้อจำกัดด้านร่างกายและสมรรถภาพการเรียนรู้ 4. การเข้าถึงบริการหรือกิจกรรมยังไม่ครอบคลุม 5. ขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน 6. ปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคม

อภิปรายผลการศึกษา

ตอนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ตำบลหนองปากอ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย

ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้สามารถสรุปนิยามและความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ผู้สูงอายุที่ได้จากการสัมภาษณ์ แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบดังนี้ 1. การรับรู้ความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจ และสาเหตุ 2. ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง และการขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น 3. ทักษะที่เอื้อต่อการขอความช่วยเหลือและความรู้ในการหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต และสอดคล้องกับแนวคิดของ ปราโมทย์ ถ่างกระโทก (2563) ที่กล่าวว่า คนไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตยังน้อย จึงจำเป็นต้องมีการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตให้มากขึ้น ดังนั้นการมีแหล่งความรู้ มีข้อมูลความรู้ที่รวบรวมอยู่ในแหล่งเดียวกันจะทำให้เครือข่ายและประชาชนเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจิตได้ด้วยตนเอง รวมถึงการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและสร้างความตระหนักเพื่อลดอคติที่มีต่อผู้ป่วยโรคทางจิตเวช ดังนั้นความรอบรู้ด้านสุขภาพจะเป็นตัวที่ช่วยให้เราแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ เมื่อเรามีอาการเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพและสุขภาพจิตจะนำไปสู่การป้องกันและแก้ไขปัญห โดยไม่เป้าหมายเพื่อให้มีร่างกาย จิตใจ และคุณภาพชีวิตที่ดีมากยิ่งขึ้นต่อไป และจากการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุตำบลหนองปากอ ที่ทำการวิจัยส่วนมากเป็นเพศหญิง มีอายุ ระหว่าง 60-75 ปี ระดับน้อยกว่ามัธยมา ส่วนใหญ่ อยู่กับลูกหลาน และส่วนใหญ่มิโรคประจำตัว และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต อยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ นุสราน นามเดช, พเยาว์ พงษ์ศักดิ์ชาติ และ อรทัย สงวนพรรค (2560) ได้ศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพจิต ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดสระบุรี ผลพบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดสระบุรี มีความรอบรู้ทางสุขภาพจิต ในระดับสูง โดยรู้จักและสามารถจำแนกปัญหาทางสุขภาพจิตได้ สามารถรับรู้สาเหตุของปัญหาสุขภาพจิตได้ถูกต้อง และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถระบุแหล่งที่ให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต และสามารถระบุวิธีการ จัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้

ตอนที่ 2 ผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ ตำบลหนองปากอ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย (รู้ทันจิต เบาใจ)

โดยผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ ตำบลหนอง ปากอ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย (รู้ทันจิต เบาใจ) พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีจำนวนทั้งหมด 60 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 60-70 ปี และทั้งหมดมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา เมื่อทดลองใช้โปรแกรมฯ พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตหลังได้รับโปรแกรม สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพบว่า คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยเมื่อเปรียบเทียบกันแล้วพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต สูงกว่าผู้สูงอายุกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงให้เห็นว่า

โปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ ตำบลหนองปากอ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย (รู้ทันจิต เบาใจ) มีประสิทธิภาพและสามารถเพิ่มระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตให้แก่ผู้สูงอายุได้จริง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วรลักษณ์ อินทร์เดช (2565) ที่ได้ทำการศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตแบบออนไลน์ต่อภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนน ภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้าง ความรอบด้านสุขภาพจิต แบบออนไลน์ มีค่าเฉลี่ย ต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สรุปได้ว่า โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบด้านสุขภาพจิตแบบออนไลน์มีประสิทธิภาพ ทำให้ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ลดลงได้มากกว่าการได้รับการดูแลตามปกติ อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ภาคิน บุญพิชาชาญ (2564) ที่ได้ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพจิต และความผาสุกทางใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผลการศึกษาพบว่าความรู้ด้านสุขภาพจิต และความผาสุกทางใจอยู่ในระดับปานกลาง และความรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความผาสุกทางใจ ซึ่งสอดคล้องตามทฤษฎีการดูแลสุขภาพของโอเรม (Orem, 1991) ที่บุคคลจะพยายามดูแลสุขภาพของตนเองอย่างมีเป้าหมาย จากความรู้ความเชื่อที่มี ซึ่งความรู้เป็นอีกปัจจัยหนึ่ง ที่ทำให้บุคคลมีความแตกต่างกัน การรับรู้ข้อมูลข่าวสารพร้อมกัน หลากหลายวิธี หลายด้าน จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมที่แตกต่างกันออกไปด้วยพฤติกรรมเมื่อมีการเจ็บป่วย การป้องกันโรค และการรักษาโรคก็เช่นเดียวกัน ซึ่งผู้ที่มีความรู้ที่แตกต่างกันจะเลือกการรักษาที่แตกต่างกัน

และผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ ตำบลหนองปากอ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย (รู้ทันจิต เบาใจ) กิจกรรมโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณาเป็นรายกิจกรรม พบว่า กิจกรรมที่ 7 ธนาคารความสุข มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาคือ กิจกรรมที่ 5 (ขอมือเธอหน่อย) กิจกรรมที่ 2 (มองตน เห็นตน) กิจกรรมที่ 1 เริ่ม รับ รู้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ลิวรรณ อุณาภิรักษ์, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, วรณา คงสุริยะนาวัน และวิลาสินี เต็มเศรษฐเจริญ (2555) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 83.33) มีความพึงพอใจมากกับโปรแกรมฯ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะธรรมชาติของวัยผู้สูงอายุที่จะมีความโดดเดี่ยวหรือความเหงาเกิดขึ้น การมีกิจกรรมทำร่วมกับผู้อื่นในวัยเดียวกันถือเป็นเรื่องสำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะทางอารมณ์เชิงบวกจากการได้รับการสนับสนุนทางสังคมคือการมีกิจกรรมให้ทำและเกิดความสุขจากความสนุกสนานนั้นเอง (สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต, 2560)

จากผลการวิจัยนี้ทำให้เห็นว่าโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ ตำบลหนองปากอ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย (รู้ทันจิต เบาใจ) มีประสิทธิภาพสามารถนำไปใช้ได้จริง แต่ทั้งนี้ผู้วิจัยขอเสนอว่าควรพิจารณา ตามบริบทของแต่ละพื้นที่เพื่อจะนำไปสู่การออกแบบโปรแกรมฝึกหรือชุดกิจกรรมเพื่อตอบสนองตามความต้องการ และสภาพความเป็นจริงของพื้นที่มากที่สุดที่จะทำให้การพัฒนาความสุขทางใจเกิดความยั่งยืน

ตอนที่ 3 แนวทางการยกระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ตำบลหนองปากอ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย

จากผลการวิจัย พบว่า ปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยสามารถสรุปประเด็นหลัก ๆ ได้ดังนี้: 1. ขาดความตระหนักรู้และความเข้าใจในเรื่องสุขภาพจิต 2.ทัศนคติด้านลบและการตีตราทางสังคม (Stigma) 3. ข้อจำกัดด้านร่างกายและสมรรถภาพการเรียนรู้ 4. การเข้าถึงบริการหรือกิจกรรมยังไม่ครอบคลุม 5. ขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน 6. ปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคม และควรมีแนวทางการยกระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุ คือ การให้ความรู้ผ่านการอบรมและกิจกรรมกลุ่ม การใช้สื่อสารสนเทศที่เหมาะสมกับวัย การฝึกอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ บูรณาการกับระบบบริการสุขภาพ ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตเบื้องต้นเมื่อเยี่ยมบ้าน ประเมินสุขภาพจิตควบคู่กับสุขภาพกายอย่างสม่ำเสมอ การสร้างสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพจิต สนับสนุนกิจกรรมสร้างสรรค์ในชมรมผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าการส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีเพื่อเรียนรู้ จัดอบรมให้ผู้สูงอายุใช้งานแอปพลิเคชันเพื่อสุขภาพจิต ใช้กลุ่ม LINE หรือ Facebook กลุ่มในการแชร์ข้อมูลสุขภาพจิต ซึ่งแนวทางเหล่านี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปิยธิดา กระฉอดนอก, ฟาลีดา บุญชาญ, เสาวนีย์ ทองนพคุณ (2565) ที่ได้ศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัส โควิด-19 ของนิสิตระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี ซึ่งผลการศึกษาพบว่า สัมพันธภาพ ครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคมด้านครอบครัวและด้านเพื่อน และความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาทางจิตมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ 0.05 ซึ่งการแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมทั้งจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนสนิท การมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่สนใจ การทำกิจกรรมที่สนใจร่วมกับเครือข่ายสังคม รวมไปถึงการแสวงหาความสงบทางใจ เช่น การเข้าวัดทำสมาธิ การบำบัดทางปัญญา ในสถานบริการ หรือสายด่วนสุขภาพจิต จะเป็นปัจจัยสนับสนุนให้บุคคลมีระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตที่เพียงพอมากยิ่งขึ้น (ปราโมทย์ ถ่างกระโทก, 2563)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยขอเสนอข้อเสนอแนะใน 3 ส่วน คือ ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบาย และข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

จากผลการวิจัยที่พบว่า โปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ ตำบลหนองปากอ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย (รู้ทันจิต เบาใจ) มีประสิทธิภาพสามารถนำไปใช้ได้จริง จึงสามารถใช้เป็นโปรแกรมในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ ตำบลหนองปากอ ในเวลาต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบาย

2.1 จากผลการวิจัยในส่วนที่ 1 ที่เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ซึ่งจะพบถึงความเป็นองค์รวมในเรื่องความรู้ด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยชุมชน

แต่ละชุมชนควรมีการออกนโยบายเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตในมิติต่าง ๆ ที่แต่ละองค์กรมีส่วนเกี่ยวข้องให้สอดคล้องกับบริบทในแต่ละพื้นที่

2.2 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรใช้แนวทางการยกระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ในการวิจัยระยะที่ 3 มาใช้เป็นแนวทางและวางกลไกในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบในกลุ่มต่าง ๆ เพื่อเป็นการชี้จำเพาะว่ากลุ่มใดเป็นกลุ่มที่มีปัญหาเรื่องสุขภาพจิตบ้าง เพื่อให้สามารถแก้ไขและพัฒนาได้อย่างตรงกลุ่มมากยิ่งขึ้น
2. ควรมีการศึกษามิติอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต เช่น มิติทางวัฒนธรรม การเป็นผู้สูงวัยที่มีพลัง (Active Aging) เป็นต้น
3. ควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอื่น ๆ ที่อาจมีความใกล้เคียงกัน หรือแตกต่างกันเพื่อนำมาเปรียบเทียบกันหรือศึกษาว่ามีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกันหรือไม่ เพื่อให้สามารถอ้างอิงข้อมูลไปสู่ประชากรได้ดีมากยิ่งขึ้น หรือเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีความจำเพาะเจาะจง มีความพิเศษเฉพาะตัว เช่น ผู้สูงอายุที่ยังทำงาน ผู้สูงอายุใกล้ตาย ผู้สูงอายุที่เคยทำอาชีพต่าง ๆ เป็นต้น
4. ควรมีการศึกษาด้วยวิธีการวิจัยอื่น ๆ เพื่อให้ได้คำตอบที่มีความลุ่มลึกและครอบคลุมสิ่งต้องการศึกษามากยิ่งขึ้น เพื่อให้เป็นองค์ความรู้ในการนำไปใช้พัฒนาเชิงพื้นที่ได้ เป็นต้น

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *ข้อมูลระบบดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าปี 2560*. สืบค้นเมื่อ 31 ตุลาคม 2561, จาก www.thaidepression.com.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). *สถิติผู้สูงอายุ*. สืบค้นเมื่อ 23 มีนาคม 2567, จาก <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/2449>.
- กัญญาวิวัฒน์ โมกขาว มนัสวี จำปาเทศ, สุกัญญา สุรังสี และชะเอม มหากัณฑ์. (2566). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตต่อความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของประชาชน. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 33(2), 85-96.
- กัญญาวิวัฒน์ โมกขาว, วัชรินทร์ ช่างประดับ และวลัยนารี พรหมลา. (2563). อิทธิพลของจิตวิทยาเชิงบวก ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ต่อความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของประชาชนในตำบลท่าข้าม อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา. *วารสารกองการพยาบาล*, 47(3), 57-70.
- กองนโยบายและแผน มร.ชร.. (2566). *แผนยุทธศาสตร์การพัฒนามหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2565-2569) ฉบับทบทวนและปรับปรุง พ.ศ. 2566*. กองนโยบายและแผน สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย. สืบค้นเมื่อ 23 มีนาคม 2567 จาก https://planning.crru.ac.th/file_manu/planCRRU_6569_02.pdf.
- เขตสุขภาพจิตที่ 1. (2566). *สรุปการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ เขตสุขภาพที่ 1 รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2566*. สืบค้นเมื่อ 22 มีนาคม 2567, จาก <https://www.chiangmaihealth.go.th/document/230420168198485845.pdf>.
- ชนะ ธนะสาร และคณะ. (2553). *การศึกษาระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาผู้สูงอายุค่ายบูรฉัตร ราชบุรี*. รายงานการวิจัย. หลักสูตรจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต.
- ฐิติอาภา ตั้งคำวนิช, ศรีสุภา ใจโสภา และกนกพจน์ มีวัฒนา. (2566). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง จังหวัดสุโขทัย. *พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 50(3), 188-198.
- ณัฐกัณฑ์สันต์ ศรีวิชัย, วราภรณ์ บุญเชียง และ พิมพ์ชนก เครือสุคนธ์ (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สุขภาพจิต ความผาสุกทางจิตใจ และความเหงาในนักศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. *มนุษยศาสตร์สาร*, 22(1), 143– 161.
- ต้องรัก จิตรบรรเทา. (2554). *จิตวิทยาพัฒนาการ*. เอกสารประกอบการสอน. เชียงราย: สาขาวิชาจิตวิทยาสังคม สำนักวิชาสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย.
- นุสรานา นามเดช, เพียว พงษ์ศักดิ์ชาติ และ อรทัย สงวนพรรค. (2560). ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดสระบุรี. *Journal of Nursing and Education*, 11(3), 125– 138.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2555). *การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย : คุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยา*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ประณต คำฉิม. (2549). *จิตวิทยาพัฒนาการ*. เอกสารประกอบการสอน. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ประนอม โอทกานนท์. (2554). *ชีวิตที่สุขสมบูรณ์ของผู้สูงอายุไทยหลักการ งานวิจัย และบทเรียน จากประสบการณ์*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: แอคทีฟ พรีนซ์.
- ปราโมทย์ ถ่างกระโทก, ญัฐชยา พลาชีวะ, วินัย ไตรนาทถวัลย์ และ ปรีศนา บุญประดิษฐ์. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต: แนวคิดและการประยุกต์ใช้สำหรับการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ในผู้สูงอายุ. *เชียงใหม่เวชสาร*, 53(3), 163-172.
- ประภาส อุครานันท์ และคณะ. (2558). การพัฒนาและทดสอบแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 60(1), 35-48.
- ปภาดา น้อยวงศ์ และสกลสุภา สิงคบุตร. (2566). ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ความรู้ และการจัดการ ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงหนองแห่ จังหวัด อุบลราชธานี. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 41(3), e264500. 1-11.
- ปิยธิดา กระฉอดนอก, ฟ้าลิดา บุญชาญ, เสาวนีย์ ทองนพคุณ. (2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัส โควิด-19 ของนิสิตระดับปริญญาตรีมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี. *วารสารการแพทย์ และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 5(2), 125– 135.
- พิศดาร ทวีโชค. (2554). *คนชราฆ่าตัวตาย ไม่อยากมีชีวิต*. ไทยรัฐ, น.19.
- ภาคิน บุญพิชาชาญ, ศิริรัตน์ ปานอุทัย และเดชา ทำดี. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และความ ผาสุกทางใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. *พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 49(1), 186-199.
- ภาณุวัฒน์ ว่องตระกูลเรือง. (2566). *สุขภาพจิตผู้สูงอายุ เรื่องสำคัญที่ไม่ควรมองข้าม*. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลนครธน.
- ริเรืองรอง รัตนวิไลสกุล. (2544). การศึกษาสุขภาพกาย สภาพจิตใจ ปัจจัยทางสังคม และภาวะ สุขภาพจิตของนักศึกษาที่มีขอค่าปรึกษาทางจิตวิทยา ภายใต้โครงการการให้คำปรึกษาทาง จิตวิทยาของสายวิชาสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัย เทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี. *วารสารวิจัยและพัฒนา มจร.*, 24(2), 161-177.
- เรณูการ์ ทองคำรอด. (2554). *จิตสังคมสูงอายุ*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ลิวรรณ อุณาภิรักษ์, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, วรรณ คงสุริยะนาวัน และวิลาสินี เต็มเศรษฐเจริญ. (2555). ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในชมรม ผู้สูงอายุ. *Journal of Nursing Science*, 30(2), 35-45
- วิริยา สุขวงศ์. (2545). *ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรม ผู้สูงอายุ*. รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- วรลักษณ์ อินทร์เดช. 2565. *ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตแบบออนไลน์ ต่อภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย*. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

- ศศิวิมล วรณศิริปวีณวัฒน์. (2558). *อาเซียนกับสังคมผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: ส่วนอาเซียน สำนักงานการประชาสัมพันธ์ต่างประเทศ.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2566). รายงานสุขภาพคนไทย 2565. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สืบค้นเมื่อ 24 มีนาคม 2567 จาก https://www.thaihealthreport.com/th/articles_detail.php?id=222.
- สุวิมล ว่องวานิช และนางลักษณ์ วิรัชชัย. (2546). *แนวทางการให้คำปรึกษาวิทยานิพนธ์*. ศูนย์ตำราและเอกสารทางวิชาการ คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต. (2560). *แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ สำหรับโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล*. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนา
- สมบัติ บุญโต. (2566). การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลโนนแหลมทอง อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 8(2), 9-17.
- อนุสันต์ เทียนทอง. (18 มกราคม 2559). 4 แนวทางรับมือ 'สังคมสูงอายุ'. กรุงเทพฯธุรกิจ: สืบค้นเมื่อ 02/07/2560 <http://www.pharmahof.co.th/th/article/7587/>
- อาฟสา หุตะเจริญ. (2554). *ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: สถาบันจิตเวชศาสตร์.
- องค์การบริหารส่วนตำบลหนองปากอ. (2566). *แผนพัฒนาท้องถิ่นองค์การบริหารส่วนตำบลหนองปากอ.* : สืบค้นเมื่อ 21/10/2566 <https://www.nongpakoa.go.th/?page=downloaddetail&tb=main&id=216>
- อมราพร สุการ และณัฐดิ อรินทร์. (2557). การดูแลสุขภาพจิต: การมีส่วนร่วมของชุมชน. *วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)*, 6(12), 176-184.
- อรุณทัย ปาทาน และสิริมา มงคลสัมฤทธิ์. (2563). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลเมืองปทุมธานี. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา*, 12(2), 215-232.
- Cohen, J. (2013). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Academic press.
- Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 396-401. doi:10.1192/bj.p.177.5.396
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Lam, L. T. (2014). Mental health literacy and mental health status in adolescents: a population-based survey. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 8(1), 26. doi:10.1186/1753-2000-8-26

- Miles, M. B. & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative Data Analysis*. 2nd edition. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Reavley, N. J., & Jorm, A. F. (2012). Recognition of mental disorders and beliefs about treatment and outcome: findings from an Australian national survey of mental health literacy and stigma. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(11).
- Tonsing, K.N. (2018). A Review of Mental Health Literacy in Singapore. *Social Work in Health Care*, 57 (1), 27-47
- Orem, D. E. (1991). *Nursing Concepts of Practice*. 4th ed. St. Louis: Mosby-Year Book.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญในการตรวจเครื่องมือวิจัย

- | | |
|---|---|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทรศณะ ใจชุ่มชื่น | อาจารย์ประจำภาควิชาจิตวิทยา
คณะสังคมศาสตร์
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บงกช นักเสียง | อาจารย์ประจำภาควิชาจิตวิทยา
คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา |
| 3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รณิดา ปิงเมือง | ที่ปรึกษาคณะสังคมศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย |

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยระยะที่ 1
แนวคำถามเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตำบลหนองปาก่อ
อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อค้นหานิยามและความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุ และสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตำบลหนองปาก่อ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย

แนวคำถามในการสัมภาษณ์

ตอนที่ 1 ตัวอย่างข้อคำถามในการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุในพื้นที่ชุมชนหนองปาก่อ ที่มีสุขภาพดี หรือเป็นผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ด้านสุขภาพชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนหนองปาก่อ ผู้ปฏิบัติงานกองสาธารณสุข อบต.หนองปาก่อ และนักวิชาการด้านสุขภาพจิต

1. นิยามความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของท่านคืออะไร เป็นอย่างไร
2. ท่านคิดว่าผู้ที่มีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพจิตมีลักษณะอย่างไร
3. ท่านคิดว่าผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตมักมีอาการอย่างไร
4. ท่านทราบไหมว่าอะไรบ้างที่เป็นสาเหตุของการเกิดปัญหาสุขภาพจิต
5. พฤติกรรมใดบ้างที่ท่านคิดจะทำให้เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต
6. ท่านคิด และรู้สึกอย่างไรกับผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิต
7. เมื่อท่านรู้สึก ว่า ตัวท่านหรือคนใกล้ชิดอาจมีอาการทางด้านสุขภาพจิตท่านจะอย่างไร
8. เมื่อท่านอยากรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคทางจิต หรืออาการท่านจะอย่างไร หาข้อมูลจากที่ไหน

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง

การยกระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุในพื้นที่เฝ้าระวังสุขภาพจิตชุมชนหนองปากอ
อำเภอต๋อยหลวง จังหวัดเชียงราย เพื่อการป้องกันและลดปัญหาการฆ่าตัวตาย

คำชี้แจง

1. คำตอบที่ท่านตอบในแบบสอบถามชุดนี้ไม่มีข้อถูกหรือผิด และไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อตัวท่าน ขอให้ท่านเชื่อมั่นว่าคำตอบของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับ
2. กรุณาตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงให้ครบทุกตอน และโปรดตอบให้ครบทุกข้อความสมบูรณ์ของคำตอบที่ได้รับจากท่านจะมีคุณค่าและมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผลการวิจัย หวังว่า จะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอย่างยิ่งที่ท่านได้กรุณาอนุเคราะห์เวลาสำหรับการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้
3. แบบสอบถามชุดนี้มีเกณฑ์ในการพิจารณาสำหรับการตอบ ดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด
ค่อนข้างมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นค่อนข้างตรงกับความรู้สึกของท่าน
มีบ้าง	หมายถึง	ข้อความนั้นมีบ้างบางครั้งตรงกับความรู้สึกของท่าน
ไม่เลย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านเลย

ผศ.ดร.กันยธัญญ์ สุขชิน และคณะ
ผู้วิจัย

ชุดที่.....

ส่วนที่ 1

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความลงในช่องว่างที่กำหนด และใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องหน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ระดับการศึกษาสูงสุด.....
4. สถานะการพักอาศัย
 () พักอยู่คนเดียว () อยู่กับคู่สมรส
 () อยู่กับลูกหลาน
5. ประวัติการเจ็บป่วย และปัญหาสุขภาพ ในปัจจุบัน
 () ร่างกายแข็งแรงดี () เจ็บป่วยโดยเป็นโรค.....
 () เจ็บป่วยเล็กน้อยๆ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพจิต**คำชี้แจง**

ในการตอบแบบวัดแต่ละข้อให้พิจารณาตามความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน มากน้อยเพียงใด และทำเครื่องหมาย ✓ โดยการตอบคำถามแต่ละข้อเพียง 1 คำตอบเท่านั้น และกรุณาตอบทุกข้อ คำถามมีระดับในการพิจารณาดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด
มาก	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก
น้อย	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อยที่สุด

ข้อ ที่	ข้อวัด	ระดับความความเห็น			
		มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อย ที่สุด
การรับรู้ความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจ และสาเหตุ					
1.	การออกกำลังกายนำไปสู่การมีสุขภาพจิตที่ดี				
2.	ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักรู้สึกเป็นทุกข์อย่างมาก				
3.	ผู้ที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทมักมีความคิดหลงผิด				
4.	ผู้ที่รับประทานอาหารมากผิดปกติไม่ได้มีภาวะซึมเศร้า				
5.	อาการอย่างหนึ่งภาวะซึมเศร้าคือการนอนมากผิดปกติ				
6.	สารเคมีในสมองมีส่วนทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า				
7.	การใช้สารเสพติดทำให้เสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้า				
8.	โรคซึมเศร้าสามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้				

ข้อ ที่	ข้อวัด	ระดับความความเห็น			
		มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด
9.	การที่ร่างกายเริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า				
10.	การเจอความผิดหวังบ่อยๆ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า				
ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง และการขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น					
11.	หากฉันมีความผิดปกติทางจิตใจ ฉันจะเสาะหาความช่วยเหลือจากญาติ ๆ				
12.	หากฉันมีเรื่องไม่สบายใจ ฉันจะปรึกษาเพื่อน				
13.	หากฉันมีเรื่องทุกข์ใจ ฉันมักออกกำลัง หรือหากิจกรรมอื่นทำ				
14.	การเล่าเรื่องราวให้เพื่อนฟัง เป็นช่วยการลดความทุกข์ในใจได้				
15.	ฉันรู้ว่าเรื่องใดที่ควรปรึกษาคนอื่น และเรื่องใดที่ฉันจัดการได้				
16.	หากคนที่สนิทกับฉันมีความผิดปกติทางจิตใจ ฉันจะสนับสนุนให้เขา / เธอหานักจิตวิทยา				
17.	ความผิดปกติทางจิตใจไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคล				
18.	การขอความช่วยเหลือจากคนอื่นเป็นเรื่องน่าอาย				
19.	นักจิตวิทยา หรือจิตแพทย์ สามารถช่วยเหลือให้เราจัดการความทุกข์ใจได้				
20.	ความทุกข์ทางใจที่แก้ไขเองไม่ได้ ควรปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ				
ทัศนคติที่เอื้อต่อการขอความช่วยเหลือและความรู้ในการหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต					
21.	โรคซึมเศร้าเป็นแค่อาการป่วยเท่านั้นรักษาหายได้				
22.	คนเป็นโรคซึมเศร้าไม่ใช่คนบ้า				
23.	หากมีความทุกข์ทางใจที่แก้ไขไม่ได้ ควรไปพบนักจิตวิทยา หรือจิตแพทย์โดยไม่สนใจว่าใครจะว่าอย่างไร				
24.	หากเป็นโรคซึมเศร้าเดี๋ยวก็หายเองได้				
25.	หากเป็นโรคซึมเศร้าต้องได้รับการรักษา				
26.	เมื่อมีความทุกข์ใจฉันสามารถหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าได้หลายทาง				
27.	เมื่อรู้สึกว่าเพื่อนเข้าข่ายเป็นโรคซึมเศร้า ฉันสามารถเสาะหาข้อมูลผู้ที่สามารถให้ความช่วยเหลือได้				
28.	ฉันรู้วิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิตที่น่าเชื่อถือ				
29.	ฉันสามารถถามข้อมูล เบอร์โทร โรงพยาบาล หรือสถานที่ให้ความช่วยเหลือความทุกข์ทางใจได้จากบุคคลรอบตัว				

ข้อ ที่	ข้อวัด	ระดับความความเห็น			
		มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด
30.	เจ้าหน้าที่อนามัยสามารถให้คำปรึกษาช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตที่น่าเชื่อถือ				

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

.....

.....

ท่านคิดว่าแนวทางพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ตำบลหนองปากอ้อ อำเภอต๋อยหลวง จังหวัดเชียงรายควรเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

ขอบคุณที่สละเวลาในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยระยะที่ 3
แนวคำถามเกี่ยวกับแนวทางการยกระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุ
ตำบลหนองปาก่อ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย

วัตถุประสงค์

เพื่อค้นหาแนวทางการยกระดับความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระดับตำบล
 กลไก แนวทาง วิธีการที่สอดคล้องเหมาะสมและมีความเป็นไปได้กับชุมชนหนองปาก่อ รวมถึงปัญหา
 อุปสรรคที่สามารถเกิดขึ้นได้ในการขับเคลื่อนกิจกรรม

แนวคำถามในการสัมภาษณ์

ตัวอย่างข้อคำถามในการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุในพื้นที่ชุมชนหนองปาก่อ ที่มีสุขภาพดี หรือ
 เป็นผู้ปฏิบัติหน้าที่ด้านสุขภาพชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนหนองปาก่อ ผู้ปฏิบัติงานกอง
 สาธารณสุข อบต.หนองปาก่อ และนักวิชาการด้านสุขภาพจิต

1. เราควรมีกลไก หรือแนวทางใดในการเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุ
2. เราจะมีวิธีการใดที่สอดคล้องเหมาะสมและมีความเป็นไปได้ในการพัฒนาความรู้ด้าน
 สุขภาพจิตผู้สูงอายุ
3. ในการการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เราพบเจอปัญหา อุปสรรคอะไรบ้าง
 ที่สามารถเกิดขึ้นได้ในการขับเคลื่อนกิจกรรม

ภาคผนวก ค
คุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตารางที่ ค-1 คุณภาพเครื่องมือในการสัมภาษณ์ระยะที่ 1

ข้อ	คำถาม	ค่า IOC
1	นิยามความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของท่านคืออะไร เป็นอย่างไร	0.6
2	ท่านคิดว่าผู้ที่มีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพจิตมีลักษณะอย่างไร	1
3	ท่านคิดว่าผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตมักมีอาการอย่างไร	1
4	ท่านทราบไหมว่าอะไรบ้างที่เป็นสาเหตุของการเกิดปัญหาสุขภาพจิต	0.6
5	พฤติกรรมใดบ้างที่ท่านคิดว่าจะทำให้เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต	0.6
6	ท่านคิด และรู้สึกอย่างไรกับผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิต	0.6
7	เมื่อท่านรู้สึกว่ ตัวท่านหรือคนใกล้ชิดอาจมีอาการทางด้านสุขภาพจิตท่านจะทำอย่างไร	1
8	เมื่อท่านอยากรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคทางจิต หรืออาการ ท่านจะทำอย่างไร หาข้อมูลจากที่ไหน	1

ตารางที่ ค-2 แสดงค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรอบรู้ทางด้านสุขภาพจิต

ข้อ	ค่า Item-total Correlation (r)	ค่า IOC
1.	.296	0.6
2.	.290	0.6
3.	.260	1
4.	.360	0.6
5.	.629	0.6
6.	.524	1
7.	.304	0.6
8.	.353	0.6
9.	.505	0.6
10.	.513	0.6
11.	.596	0.6
12.	.569	0.6

ข้อ	ค่า Item-total Correlation (r)	ค่า IOC
13.	.565	0.6
14.	.640	1
15.	.678	1
16.	.590	1
17.	.450	1
18.	.503	1
19.	.586	0.6
20.	.468	1
21.	.467	1
22.	.296	1
23.	.290	1
24.	.265	1
25.	.360	1
26.	.629	1
27.	.524	1
28.	.553	0.6
29.	.523	0.6
30.	.547	1
ค่าความเชื่อมั่นรวมทั้งฉบับ	.841	

ตารางที่ ค-3 คุณภาพเครื่องมือในการสัมภาษณ์ระยะที่ 3

ข้อ	คำถาม	ค่า IOC
1	เราควรมีกัลไก หรือแนวทางใดในการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุ	1
2	ในการการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เราพบเจอปัญหา อุปสรรคอะไรบ้าง ที่สามารถเกิดขึ้นได้ในการขับเคลื่อนกิจกรรม	1
3	เราจะมีวิธีการใดที่สอดคล้องเหมาะสมและมีความเป็นไปได้ในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุ	1

ภาคผนวก ง
โปรแกรมการอบรม

**คู่มือโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ
ตำบลหนองป่าก่อ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย (รู้ทันจิต เบาใจ)**

ที่มาและความสำคัญของโปรแกรมการพัฒนา

จากสถานการณ์สูงอายุของประชากรไทยปี 2557 ที่ผ่านมานั้นในรายงานระบุตัวเลขอย่างชัดเจนว่า ประเทศไทยมีประชากรทั้งหมดประมาณ 68 ล้านคน และในช่วงระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา ถือได้ว่า ประชากรของประเทศไทย ค่อนข้างที่จะคงตัวแล้ว และจำนวนประชากรใกล้จะถึงจุดอิมตัว แต่อย่างไรก็ตามโครงสร้างอายุของประชากรไทยกลับเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วโดยในปี 2557 มีประชากรสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวนมากถึง 10 ล้านคน หรือคิดเป็น 15% ของประชากรทั้งหมด จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างดังกล่าว การสูงอายุของประชากรจึงเป็นประเด็น ทำทนายต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทยมากเนื่องจาก ในปี 2557 มีคนวัยแรงงานอายุ 15-59 ปี 4.3 คน ต่อผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปหนึ่งคน แต่ในอนาคต ปี 2573 หรืออีกเพียงแค่ 16 ปีข้างหน้าเราจะมีคนในวัยแรงงานเพียง 2 คน ต่อผู้สูงอายุ 1 คนเท่านั้น สิ่งที่น่าเป็นห่วงคือจะมีผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังมากขึ้น และอาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจนมากถึงร้อยละ 34 ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มนี้น่าจะเป็น เป้าหมายการจัดระบบการดูแลและเฝ้าระวัง (อนุสันต์ เทียนทอง, 2558) สำหรับรายงานสุขภาพคนไทย มิติสุขภาพของผู้สูงอายุ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2566) กล่าวถึงสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุสำรวจปี 2565 พบว่า ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 ของประชากรไทยทั้งประเทศ และจากข้อมูลสถิติผู้สูงอายุจากกรมกิจการผู้สูงอายุ (2566) กล่าวถึงสถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย จำนวน 13,064,929 คน ส่วนจังหวัดเชียงรายมีผู้สูงอายุจำนวน 271,888 คน คิดสัดส่วนเป็นร้อยละ 23.34 จากสัดส่วนประชากรทั้งจังหวัดเชียงราย

สำหรับปัญหาสุขภาพซึ่งเป็นเรื่องที่มีความสำคัญยิ่งกับผู้สูงอายุนอกจากเรื่องสุขภาพกายนั้น สุขภาพจิตใจ นับว่าเป็นปัญหาสำคัญในการเฝ้าระวังดูแล เนื่องจาก ผู้สูงอายุในปัจจุบันมีภาวะของโรคซึมเศร้าสูง เพราะเป็นวัยที่มีการสูญเสียหลายด้าน ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม เป็นวัยที่ต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของชีวิตอย่างมาก โดยมีรายงานพบว่า ประมาณร้อยละ 30 ของผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปจะเคยมีประสบการณ์ ของการมีภาวะซึมเศร้า ที่รุนแรงอย่างน้อยหนึ่งครั้ง ซึ่งมีผลกระทบกระเทือนต่อชีวิตประจำวัน ซึ่งจะทำให้รู้สึกไม่มีความสุข ซึมเศร้า จิตใจหม่นหมองหมดความกระตือรือร้น เบื่อหน่าย แยกตัวเอง ชอบอยู่เงียบๆ คนเดียว ท้อแท้ บางครั้งมีความรู้สึกสิ้นหวัง มองชีวิตไม่มีคุณค่า มองตนเองไร้ค่า เป็นภาระต่อคนอื่น ถ้ามีอาการมาก จะมีความรู้สึกเบื่อชีวิต คิดอยากตาย หรือคิดฆ่าตัวตาย (อาพสา หุตะเจริญ, 2554) ซึ่งในปี 2553 มีการฆ่าตัวตาย 3,761 ราย เฉลี่ยวันละ 10 ราย เพศชาย ฆ่าตัวตายมากกว่าเพศหญิง กลุ่มอายุ 80-84 ปี มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุด รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 75-79 ปี ตามด้วยอายุ 70-74 ปี จังหวัดที่มีการฆ่าตัวตายสูงสุดคือ ลำพูน เชียงราย แม่ฮ่องสอน น่าน และเชียงใหม่ (พิศดาร ทวีโชค, 2554) และรายงานการสำรวจในปี 2566 ของข้อมูลกรมสุขภาพจิตพบว่า เขตสุขภาพที่ 1 ภาคเหนืออัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในผู้สูงอายุมากที่สุดคือจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 45 คน รองลงมาคือจังหวัดเชียงราย จำนวน 23 ราย โดยมีปัจจัยเสี่ยงจากการเป็นโรคเรื้อรังทางกายร้อยละ 48 ซึ่งรายงานมิติสุขภาพของผู้สูงอายุพบว่า

ความเจ็บป่วยหลักทางกายได้แก่ 1) ภาวะที่เกิดจากโรคเรื้อรัง 2) โรคเกี่ยวข้องกับความคิดปกติของ อวัยวะรับสัมผัส และ 3) โรคความผิดปกติทางระบบประสาท (รายงานสุขภาพคนไทย, 2566) นอกจากนี้ยังมีเป้าหมายร่วมกันในสุขภาพที่ 1 เกี่ยวกับอัตราการฆ่าตัวตายคือต้องการให้ต่ำกว่า 40 รายในรอบ 3 เดือนแรกของปีงบประมาณ 2567 และในพื้นที่ซึ่งมีรายมีการดำเนินแผนขับเคลื่อน ปัญหาการฆ่าตัวตายด้วยกลไก พขอ.สุขภาพจิต และวัคซีนใจระดับอำเภอ ในอำเภอแม่จัน พาน เิง เชียงของ เชียงแสน และเวียงแก่น (เขตสุขภาพที่ 1, 2566) ในขณะที่พื้นที่อำเภอดอยหลวงยังไม่มีกลไก ในระดับอำเภอ แต่อาศัยกลไกของจังหวัดเพื่อดำเนินการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่

อย่างไรก็ตามในการป้องกันภาวะสุขภาพจิตและการฆ่าตัวตายในวัยผู้สูงอายุ นั้น มีวิธีการ รับมือกับสาเหตุต่าง ๆ โดยจะต้องมีการดูแลด้านร่างกาย การดูแลด้านจิตใจ และการดูแลด้านสังคม โดยในแต่ละส่วนมีความเกี่ยวข้องกัน สิ่งสำคัญคือ ผู้สูงอายุจะต้องมีภาวะจิตใจที่รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต โดยความรู้และความเชื่อของผู้สูงอายุนั้นจะเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิต ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความการรับรู้ สามารถป้องกันและจัดการความผิดปกติทางจิตของตนเองได้อย่าง เหมาะสมซึ่งการที่ผู้สูงอายุมีการรู้เท่าทันสุขภาพจิตจะตระหนักถึงปัญหาการเจ็บป่วยทางจิต สามารถ ดูแลสุขภาพจิตของตนเองและคนรอบข้างได้และมีทัศนคติที่ดีต่อบุคคลที่มีปัญหาทางจิต รวมถึงมี ความสามารถในการรับรู้ความผิดปกติ รู้วิธีการหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต มีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง และสาเหตุ การรักษา และแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพจิตได้ (Lam, 2014) โดยผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองที่ดี จะสามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ ไม่มีความ วิตกกังวล มีความรู้สึกที่ดีต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม รู้สึกพึงพอใจในตนเองและส่งผลให้มีความสุข ทางใจที่ดีได้ อันจะส่งผลต่อการดูแลตนเองในทุกๆ ด้าน และนำมาซึ่งความสุขในชีวิต (เรณูการ์ ทองคำรอด, 2554) จากการทบทวนข้อมูลงานวิจัยพบว่า ตัวแปรหนึ่งทางจิตวิทยาที่สำคัญและมีผล ต่อการป้องกันสุขภาพจิตและสร้างสุขภาวะที่ดี (Well-being) ให้กับผู้สูงอายุคือ ความรอบรู้ด้าน สุขภาพจิต (Mental Health Literacy) และยังพบว่าย้งมีงานในประเทศไทยที่ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ อยู่จำนวนน้อยมากเมื่อเทียบกับงานวิจัยในต่างประเทศ โดยฐานข้อมูลวารสารวิชาการ Thaijo มี ข้อมูลงานวิจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุเพียง 7 งานเพียงเท่านั้น จากจำนวนทั้งหมด 26 เรื่อง ที่ส่วนมากเป็นงานวิจัยเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในเด็กและเยาวชนมากกว่าผู้สูงอายุ ซึ่งพบผลการ ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Literature Review) ว่า ความรอบรู้ด้าน สุขภาพจิตหากมีมากพอก็เพียงพอต่อการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุได้ (ปราโมทย์ ถ่าง กระโทก และคณะ, 2563)

จากผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตประชาชนไทย ปี 2560 พบว่าคนไทยมี ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต คิดเป็นร้อยละ 43.79 เมื่อมีปัญหาสุขภาพจิต สามารถรู้แหล่งบริการ ร้อยละ 44.8 และประเด็นการหาคำแนะนำจากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้เพียงร้อยละ 43.7 ตลอดจนใน ด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ประชาชนส่วนใหญ่รู้ว่าจะไปหาแหล่งข้อมูลความรู้สุขภาพจิตได้จากที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือโรงพยาบาลชุมชน คิดเป็นร้อยละ 69.30 แต่ในขณะเดียวกันมี ประชาชน เพียงร้อยละ 41.9 ที่รู้จักเบอร์สายด่วนสุขภาพจิต 1323 ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการส่งเสริม ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตให้มากขึ้นในทุกเพศ ทุกวัย โดยการมีแหล่งความรู้ มีข้อมูลความรู้ที่ได้ รวบรวมอยู่ในแหล่งเดียวกันจะทำให้เครือข่ายและประชาชนเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย เพื่อนำไปสู่

การตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจิตได้ด้วยตนเอง รวมถึงการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตและสร้างความตระหนักเพื่อลดอคติที่มีต่อผู้ป่วยโรคทางจิตเวช ความรอบรู้ด้านสุขภาพจะเป็นตัวช่วยให้เราแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพเมื่อเรามีอาการเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพและสุขภาพจิตจะนำไปสู่การป้องกันและแก้ไขปัญหา โดยมีเป้าหมายเพื่อให้มีร่างกาย จิตใจ และคุณภาพชีวิตที่ดีมากยิ่งขึ้นต่อไป (กรมสุขภาพจิต, 2560) จากการทบทวนผลงานวิจัยถึงความสัมพันธ์และผลความรู้ด้านสุขภาพจิต พบว่าความรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อสุขภาวะทางจิตใจ (ฐิติอาภา ตั้งคำวานิช, ศรีสุภา ใจโสภา และกนกพจน์ มีวัฒนา, 2566) มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อการจัดการปัญหาสุขภาพจิต (ปภาดา น้อยวงศ์ และสกลสุภา สิงคบุตร, 2566) มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ (กัญญาวิณัฏ์ โมกขาว, วัชรินทร์ ช่างประดับ และวลัยนารี พรหมลา, 2563) ซึ่งสอดคล้องกับผลการทดลองที่สร้างโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจิตและมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้นจะเป็นผู้ที่สามารถดูแลสุขภาพตนเอง (Self-care) และจัดการสุขภาพจิตของตนเองได้เป็นอย่างดี (กัญญาวิณัฏ์ โมกขาว และคณะ, 2566; สมบัติ บุญโต, 2566; อรุณทัย ปาทาน และสิริมา มงคลสมฤทธิ์, 2563) ซึ่งเป็นปัจจัยป้องกันที่สำคัญต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ

จากข้อมูลดังกล่าวมาทำให้เห็นว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งต่อการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุทั้งในระดับบุคคลและระดับชุมชน ที่สามารถนำไปสู่การลดปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชนได้ ซึ่งเป็นไปตามแผนพัฒนามหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย ในประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนาท้องถิ่น ข้อ 4.1 ยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชน สังคม และท้องถิ่น รวมทั้งเป้าหมายการดำเนินงานของมหาวิทยาลัย ที่มุ่งพัฒนาท้องถิ่นอย่างเข้าใจ เข้าถึง โดยอาศัยการวิจัยตามเป้าหมายที่ 3 ของแผนยุทธศาสตร์การพัฒนามหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย ระยะ 5 ปี (กองนโยบายและแผน มร.ชร., 2566) นอกจากนี้ที่สำคัญยังสอดคล้องกับการพัฒนาอย่างยั่งยืน SDGs ในมิติที่ 3 สร้างหลักประกันการมีสุขภาวะที่ดี และส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกช่วงวัย (SDG 3 Good Health and Well-being) และพื้นที่ชุมชนหนองป่าก่ออำเภอดอยหลวงนั้นยังเป็นพื้นที่เป้าหมายในการพัฒนาตามภารกิจของคณะสังคมศาสตร์ที่มีการพัฒนาพื้นที่อย่างต่อเนื่องร่วมกับโรงพยาบาลในพื้นที่ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมุ่งสนใจยกระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่ชุมชนหนองป่าก่อ ซึ่งเป็นพื้นที่เฝ้าระวังด้านสุขภาพจิตที่จะเป็นส่วนสำคัญในการสร้างพื้นที่สุขภาพจิตที่ดีและสามารถลดอัตราการฆ่าตัวตายได้ในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ
ตำบลหนองป่าก่อ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย (รู้ทันจิต เบาลใจ)

นิยามตัวแปรที่ใช้ในโปรแกรมการพัฒนา

ความรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy) หมายถึง ความรู้และความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตที่ช่วยให้บุคคลเกิดการรับรู้สามารถป้องกัน และจัดการปัญหาสุขภาพจิตของตนเองได้อย่างเหมาะสม รวมถึงมีความสามารถและทักษะในการให้การสนับสนุนและช่วยเหลือบุคคลรอบข้างที่มีปัญหาสุขภาพจิต มีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุ มีความรู้เกี่ยวกับการแสวงหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต การแสวงหาความช่วยเหลือจากจิตแพทย์ นักจิตวิทยา พยาบาล หรือบุคลากรด้านสุขภาพ และทัศนคติ ที่ส่งเสริมการตระหนักรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบดังนี้

1. การรับรู้ความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจ และสาเหตุ หมายถึง ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและความผิดปกติทางจิตใจ โดยเป็นความเข้าใจเกี่ยวกับกับอาการ และความผิดปกติทางสุขภาพจิต รู้ถึงปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของการเจ็บป่วยทาง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล สังคม เศรษฐกิจ

2. ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง และการขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการป้องกันการเกิดความผิดปกติทางจิต หรือแนวทางการแก้ไข หรือรักษาความผิดปกติทางจิต ที่สามารถประเมินตนเองและจัดการกับตนเองได้อย่างถูกต้อง ได้แก่ การขอความช่วยเหลือจากคนในครอบครัวหรือเพื่อน การปฏิบัติกิจกรรมที่ชื่นชอบหรือ การออกกำลังกาย มีความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการขอความช่วยเหลือจากบุคลากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในด้านสุขภาพจิต

3. ทัศนคติที่เอื้อต่อการขอความช่วยเหลือและความรู้ในด้านการหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต หมายถึง การรับรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับการเอื้อต่อการแสวงหาความช่วยเหลือ เช่น บุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต เป็นเพียงอาการป่วย ไม่ใช่เป็นตราบาป หรือไม่ควรถูกตีตราทางสังคม มีความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต เช่นวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิตจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ แหล่งข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่ ได้แก่ การสอบถามครอบครัว และเพื่อน หรือบุคคลอื่นๆที่เกี่ยวข้อง รวมถึงหาข้อมูลจาก อินเทอร์เน็ต เป็นต้น

การดำเนินการ

1. กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายคือผู้สูงอายุตำบลหนองปาก่อ จำนวน 30 คน

2. วิธีดำเนินการฝึกอบรม

2.1 ขั้นเตรียมการ

2.1.1 ผู้วิจัยเตรียมกลุ่มผู้ช่วยวิจัย โดยผู้วิจัยชี้แจงผู้ช่วยเกี่ยวกับรายละเอียดการฝึกอบรม บทบาทหน้าที่ของผู้ช่วยในการเตรียมการ ติดตั้ง และแจกจ่ายอุปกรณ์ที่จะต้องใช้ในการแต่ละขั้นตอนของกิจกรรม รวมทั้งการจัดเก็บรวบรวมเอกสาร หรือบันทึก สิ่งที่เกิดขึ้นระหว่างการทำกิจกรรมเพื่อนำไปประกอบการสรุปผลกิจกรรมภายหลัง

2.1.2 เตรียมกลุ่มเป้าหมาย ผู้วิจัยติดต่อเทศบาลตำบลหนองปาก่อ และกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้เกี่ยวข้องเพื่อขอความร่วมมือและประสานงานเกี่ยวกับแนวทางในการดำเนินการฝึกอบรมและเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1.3 เตรียมความพร้อมในห้องฝึกอบรมสำหรับโปรแกรมการฝึกอบรม โดยประสานงานกับผู้เกี่ยวข้อง โดยให้มีพื้นที่ภายในห้องฝึกอบรมที่สะดวกในการเคลื่อนไหวทำกิจกรรมรูปแบบต่าง ๆ ในระหว่างการฝึกอบรม

2.1.4 จัดเตรียมสื่อและอุปกรณ์ที่จะใช้ให้เพียงพอกับจำนวน แต่ละชั้นการฝึกอบรม โดยวางไว้ในพื้นที่ที่สะดวกต่อการหยิบของผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ตลอดจนไม่ขัดขวางต่อการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในการฝึกอบรม

2.2 ขั้นตอนการฝึกอบรม

2.2.1 จัดเตรียมผู้สูงอายุ ที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย เข้าสู่โปรแกรมการฝึกอบรม

2.2.2 ชี้แจงผู้สูงอายุให้ทราบเกี่ยวกับความสำคัญ และวัตถุประสงค์ในการฝึกอบรม พร้อมทั้งให้ทำแบบประเมินความรู้ ก่อนการฝึกอบรม และดำเนินการฝึกอบรมตามโปรแกรมการฝึกอบรม โดยฝึกอบรม 2 วัน มีระยะเวลา 10 ชั่วโมง

2.2.3 ให้ผู้สูงอายุทำแบบประเมินความพึงพอใจในการฝึกอบรม และให้ทำแบบประเมินความรู้หลังการฝึกอบรม เพื่อใช้ในการจัดกระทำข้อมูลและวิเคราะห์ประสิทธิภาพของโปรแกรมการฝึกอบรมต่อไป

ระยะเวลา และกำหนดการฝึกอบรม

การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ ตำบลหนองป่าก่อ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย (รู้ทันจิต เบาใจ) ประกอบด้วยเนื้อหาที่ครอบคลุม 7 กิจกรรมดังนี้

ตารางที่ ง-1 ระยะเวลา และกำหนดการฝึกอบรม

กิจกรรม	ระยะเวลา (นาที)
กิจกรรมการเรียนรู้ที่ 1 ปฐมนิเทศ	
กิจกรรมที่ 1 เริ่ม รับ รู้	60
กิจกรรมการเรียนรู้ที่ 2 การรับรู้ความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจ และสาเหตุ	
กิจกรรมที่ 2 (มองตน เห็นตน)	120
กิจกรรมที่ 3 (รู้เหตุ เข้าใจผล)	90
กิจกรรมการเรียนรู้ที่ 3 ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง และการขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น	
กิจกรรมที่ 4 (ฉันทำได้)	60
กิจกรรมที่ 5 (ขอมือเธอหน่อย)	60
กิจกรรมการเรียนรู้ที่ 4 ทศนคติที่เอื้อต่อการขอความช่วยเหลือ และความรู้ในด้านการหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต	
กิจกรรมที่ 6 (ค้นด้วยมือ มองด้วยใจ)	120
กิจกรรมการเรียนรู้ที่ 5 ปัจฉิมนิเทศ	
กิจกรรมที่ 7 ธนาคารความสุข	60

**แผนการจัดกิจกรรมในโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ
ตำบลหนองปากอ อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย (รู้ทันจิต เบาใจ)
กิจกรรมที่ 1 เริ่ม รับ รู้**

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรม
2. เพื่อเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง
3. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้เข้าร่วมกิจกรรมกับผู้ทำกิจกรรม

สื่อ/อุปกรณ์

1. ใบลงทะเบียน
2. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ
3. ปากกา

ระยะเวลาดำเนินการ

60 นาที

วิธีดำเนินกิจกรรม

ชั้นนำ (ใช้เวลา 15 นาที)

1. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำการลงทะเบียน และลงนามยินยอมเข้าร่วมโปรแกรม
2. หัวหน้าโครงการวิจัยกล่าวเปิดโปรแกรม
3. แนะนำตัวทีมผู้วิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และรายละเอียด

ขั้นดำเนินการ (ใช้เวลา 30 นาที)

1. เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง ได้แก่ วัดความรู้ด้านสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ
2. กิจกรรมสั้นทบทวนการละลายพฤติกรรม

ขั้นสรุป (ใช้เวลา 15 นาที)

1. เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมซักถามข้อสงสัยในการเข้าร่วมและการจัดกิจกรรม
2. นัดหมายการทำกิจกรรมกับผู้เข้าร่วม

การประเมินผล

1. สังเกตจากความตั้งใจและความสนใจขณะฟังคำอธิบาย
2. สังเกตจากการตอบข้อซักถามในชั้นเรียน
3. สังเกตปฏิกิริยาระหว่างการดำเนินกิจกรรม ถึงความสนใจใส่ใจ

กิจกรรมที่ 2 (มองตน เห็นตน)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการรู้จักตนเอง ว่ามองเห็นอาการผิดปกติของตนเอง เห็นความทุกข์ของตนเอง
2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้

แนวคิดและหลักการสำคัญ

1. ความหมายความสำคัญของการรู้จักตนเอง
2. ใช้เวลาอยู่กับตนเอง
3. ฝึกการสังเกตความผิดปกติ หรือการทุกข์ใจ
4. รู้จักโรคซึมเศร้า และอาการต่างๆที่เกี่ยวข้อง

สื่อ/อุปกรณ์

1. อุปกรณ์เครื่องเขียน ได้แก่ ดินสอ ปากกา ยางลบ
2. กระดาษ A4
3. กระดาษฟลิปชาร์ตพร้อมขาตั้งปากกาเคมี
4. คอมพิวเตอร์ พร้อมโปรแกรม Power Point
5. แผ่นพับให้ความรู้ประกอบการอบรม

ระยะเวลาดำเนินการ

90 นาที

วิธีดำเนินการกิจกรรม

ขั้นนำ (ใช้เวลา 30 นาที)

1. ผู้นำกิจกรรมกล่าวถึงความสำคัญของกิจกรรม
2. แนะนำตัวผู้จัดกิจกรรม
3. กิจกรรมสั้นทบทวนการละลายพฤติกรรม

ขั้นดำเนินการ (ใช้เวลา 60 นาที)

1. การบรรยายในหัวข้อการรับรู้ความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจ รู้จักโรคซึมเศร้า และอาการต่างๆที่เกี่ยวข้อง
2. กิจกรรมนั่งเงียบๆ แล้วลองสังเกตใจของตนเอง สำรวจความรู้สึก สำรวจใจ
3. การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์
3. จัดกลุ่ม และให้ระดมสมองในกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนพูดคุยความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับอาการอะไรบ้าง ที่แสดงออกถึงโรคซึมเศร้า การสังเกตอาการ

ขั้นสรุป (ใช้เวลา 30 นาที)

1. สรุปกิจกรรมและทำการนัดหมายการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. ความถูกต้องของความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และอาการต่างๆที่เกี่ยวข้อง
2. ความสนใจใส่ใจ การตอบคำถามและการมีส่วนร่วมในกิจกรรม

กิจกรรมที่ 3 (รู้เหตุ เข้าใจผล)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้ถึงปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของการเจ็บป่วยทาง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล สังคม เศรษฐกิจ
2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถนำความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและเสริมสร้างสุขภาพเบื้องต้นไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้

แนวคิดและหลักการสำคัญ

1. ผลกระทบจากการใช้ชีวิตที่เสี่ยงที่จะก่อให้เกิดโรคมะเร็ง
2. ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็ง
3. การประพาดิตนให้ห่างไกลเศร้า

สื่อ/อุปกรณ์

1. อุปกรณ์เครื่องเขียน ได้แก่ ดินสอ ปากกา ยางลบ
2. กระดาษ A4
3. คอมพิวเตอร์ พร้อมโปรแกรม Power Point
4. แผ่นพับให้ความรู้ประกอบการอบรม

ระยะเวลาดำเนินการ

90 นาที

วิธีดำเนินการกิจกรรม

ขั้นนำ (ใช้เวลา 15 นาที)

1. ผู้นำกิจกรรมกล่าวเปิดกิจกรรม
2. แนะนำตัวผู้จัดกิจกรรม
3. กิจกรรมสั้นทบทวนการละลายพฤติกรรม
4. ทบทวนเบื้องต้นเกี่ยวกับอาการ หรือการสังเกตความผิดปกติของใจตนเอง

ขั้นดำเนินการ (ใช้เวลา 60 นาที)

1. บรรยายในหัวข้อปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของการเจ็บป่วยทาง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล สังคม เศรษฐกิจ
2. บรรยายในหัวข้อการประพาดิตนให้ห่างไกลเศร้า
3. กิจกรรมการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ในการป้องกันโรคมะเร็งของผู้เข้าร่วมอบรม

ขั้นสรุป (ใช้เวลา 15 นาที)

1. สรุปกิจกรรม สอบถามเพื่อทบทวนความรู้

การประเมินผล

1. ความถูกต้องการตอบคำถามความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับ ปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของการเจ็บป่วยทาง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล สังคม เศรษฐกิจ รวมถึงการป้องกันโรคมะเร็ง
2. ความสนใจใส่ใจ และการมีส่วนร่วมในกิจกรรม

กิจกรรมที่ 4 (ฉันทำได้)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง สำหรับผู้สูงอายุ
2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้

แนวคิดและหลักการสำคัญ

1. ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการป้องกันการเกิดความผิดปกติทางจิต หรือแนวทางการแก้ไขหรือรักษาความผิดปกติทางจิต ที่สามารถประเมินตนเองและจัดการกับตนเองได้อย่างถูกต้อง

สื่อ/อุปกรณ์

1. แผ่นพับให้ความรู้ประกอบการอบรม
2. คอมพิวเตอร์ พร้อมโปรแกรม Power Point
3. เก้าอี้สำหรับให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมนั่งประกอบการออกกำลังกาย

ระยะเวลาดำเนินการ

60 นาที

วิธีดำเนินกิจกรรม

ชั้นนำ (ใช้เวลา 15 นาที)

1. กล่าวแนะนำกิจกรรม
2. แนะนำตัวผู้จัดกิจกรรม
3. กิจกรรมสั้นทบทวนการละลายพฤติกรรม
4. ทบทวนเบื้องต้นเกี่ยวกับการป้องกันโรคซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุ และปัจจัยเสี่ยง

ขั้นดำเนินการ (ใช้เวลา 30 นาที)

1. บรรยายในหัวข้อการแนวทางการป้องกันการเกิดความผิดปกติทางจิต หรือแนวทางการแก้ไขหรือรักษาความผิดปกติทางจิต ที่สามารถประเมินตนเองและจัดการกับตนเองได้อย่างถูกต้อง
2. ทดสอบความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการประเมินสุขภาพจิตตนเองเบื้องต้น

ขั้นสรุป (ใช้เวลา 15 นาที)

1. สรุปกิจกรรมและทำการนัดหมายการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. ความถูกต้องของการตอบคำถาม
2. ความสนใจและการมีส่วนร่วมในกิจกรรม

กิจกรรมที่ 5 (ขอมือเธอหน่อย)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการขอความช่วยเหลือจากคนในครอบครัวหรือเพื่อน การปฏิบัติกิจกรรมที่ชื่นชอบหรือ การออกกำลังกาย มีความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการขอความช่วยเหลือจากบุคลากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในด้านสุขภาพจิต
2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้

แนวคิดและหลักการสำคัญ

1. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการขอความช่วยเหลือจากคนในครอบครัวหรือเพื่อน การปฏิบัติกิจกรรมที่ชื่นชอบหรือ การออกกำลังกาย มีความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการขอความช่วยเหลือจากบุคลากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในด้านสุขภาพจิต

สื่อ/อุปกรณ์

1. อุปกรณ์เครื่องเขียน ได้แก่ ดินสอ ปากกา ยางลบ
2. กระดาษ A4
3. กระดาษฟลิปชาร์ตพร้อมขาตั้งปากกาเคมี
4. คอมพิวเตอร์ พร้อมโปรแกรม Power Point
5. แผ่นพับให้ความรู้ประกอบการอบรม

ระยะเวลาดำเนินการ

60 นาที

วิธีดำเนินการกิจกรรม

ขั้นนำ (ใช้เวลา 15 นาที)

1. ผู้นำกิจกรรมกล่าวถึงความสำคัญของกิจกรรม
2. แนะนำตัวผู้จัดกิจกรรม
3. กิจกรรมสั้นทบทวนการละลายพฤติกรรม

ขั้นดำเนินการ (ใช้เวลา 30 นาที)

1. การบรรยายในหัวข้อความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการขอความช่วยเหลือจากคนในครอบครัวหรือเพื่อน การปฏิบัติกิจกรรมที่ชื่นชอบหรือ การออกกำลังกาย มีความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการขอความช่วยเหลือจากบุคลากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในด้านสุขภาพจิต
3. จัดกลุ่ม และให้ระดมสมองในกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนพูดคุยความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับหากท่านป่วย หรือสงสัยว่าตนเองมีความผิดปกติทางจิตใจ ท่านจะบอกใคร หรือไปหาใครดี

ขั้นสรุป (ใช้เวลา 15 นาที)

1. สรุปกิจกรรมและทำการนัดหมายการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. ความถูกต้องของความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการขอความช่วยเหลือ
2. ความสนใจใส่ใจ การตอบคำถามและการมีส่วนร่วมในกิจกรรม

กิจกรรมที่ 6 (ค้นด้วยมือ มองด้วยใจ)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการรับรู้ ทักษะเกี่ยวกับการเอื้อต่อการแสวงหาความช่วยเหลือ เช่น บุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต เป็นเพียงอาการป่วย ไม่ใช่เป็นตราบาป
2. มีความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต
3. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถนำความรู้เบื้องต้นไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้

แนวคิดและหลักการสำคัญ

1. มุมมองต่อผู้ป่วย และทัศนคติเกี่ยวกับการเอื้อต่อการแสวงหาความช่วยเหลือ
2. ความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต

สื่อ/อุปกรณ์

1. อุปกรณ์เครื่องเขียน ได้แก่ ดินสอ ปากกา ยางลบ
2. กระดาษ A4
3. คอมพิวเตอร์ พร้อมโปรแกรม Power Point
4. แผ่นพับให้ความรู้ประกอบการอบรม

ระยะเวลาดำเนินการ

120 นาที

วิธีดำเนินกิจกรรม

ขั้นนำ (ใช้เวลา 30 นาที)

1. ผู้นำกิจกรรมกล่าวเปิดกิจกรรม
2. แนะนำตัวผู้จัดกิจกรรม
3. กิจกรรมสั้นทบทวนการละลายพฤติกรรม
4. ทบทวนเบื้องต้นเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจในการขอความช่วยเหลือ

ขั้นดำเนินการ (ใช้เวลา 60 นาที)

1. ให้จัดกลุ่มระดมสมองในการคิด ว่าหากท่านป่วย หรือคนใกล้ชิดมีอาการของโรคซึมเศร้า ท่านจะหาข้อมูลที่น่าเชื่อถือได้จากที่ใดบ้าง หรือให้การช่วยเหลืออย่างไรบ้าง วิธีการสังเกตว่าข้อมูลนั้นน่าเชื่อถือไหม

2. หลังจากนั้น ให้ทุกคนกลับมานั่งที่พร้อมตั้งคำถามให้ช่วยกันตอบ ว่าท่านรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และผู้ป่วยซึมเศร้า

3. สอบถามเพื่อทบทวนกิจกรรม

ขั้นสรุป (ใช้เวลา 30 นาที)

1. สรุปกิจกรรมและทำการนัดหมายการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. ความถูกต้องการตอบคำถาม และความรู้สึก เพื่อมองทัศนคติเกี่ยวกับโรค
2. ความสนใจใส่ใจ และการมีส่วนร่วมในกิจกรรม

กิจกรรมที่ 7 (ธนาคารความสุข)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมตอบแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ และให้กำลังใจกันและกัน
2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมประเมินความพึงพอใจของโปรแกรม

สื่อ/อุปกรณ์

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ
2. แบบวัดความพึงพอใจของกิจกรรม
3. ปากกา เครื่องเขียน

ระยะเวลาดำเนินการ

60 นาที

วิธีดำเนินกิจกรรม

ขั้นนำ (ใช้เวลา 15 นาที)

1. ทบทวนทุก ๆ กิจกรรมที่ผ่านมาและเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมซักถาม

ขั้นดำเนินการ (ใช้เวลา 30 นาที)

1. เก็บข้อมูลหลังการทดลอง ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ
2. ให้ผู้เข้าร่วมอบรมประเมินความพึงพอใจ
3. ผู้วิจัยให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมพูดให้กำลังใจ ในกัน

ขั้นสรุป (ใช้เวลา 15 นาที)

1. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ
2. ปิดโปรแกรม

การประเมินผล

1. ประเมินจากแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ
2. ความพึงพอใจในการเข้าร่วมโปรแกรม
3. ความสนใจและการมีส่วนร่วมในการซักถาม

แบบประเมินความพึงพอใจในการฝึกอบรม
การพัฒนาผลการปฏิบัติงาน ผู้สูงอายุ

คำชี้แจง

ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องระดับการประเมินที่กำหนดตามข้อมูลที่ปรากฏตามความเป็นจริงในเรื่องของความพึงพอใจของท่าน ดังนี้

ระดับ 1 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด

ระดับ 2 หมายถึง พึงพอใจน้อย

ระดับ 3 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง

ระดับ 4 หมายถึง พึงพอใจมาก

ระดับ 5 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด

ตารางที่ ง-2 ความคิดเห็นต่อโครงการฝึกอบรม

ประเด็น / หัวข้อ การพิจารณา	ดี เยี่ยม (5)	ดี (4)	ปาน กลาง (3)	ควร ปรับปรุง (2)	ต้อง ปรับปรุง (1)
กิจกรรมที่ 1 เริ่ม รับ รู้					
กิจกรรมที่ 2 (มองตน เห็นตน)					
กิจกรรมที่ 3 (รู้เหตุ เข้าใจผล)					
กิจกรรมที่ 4 (ฉันททำได้)					
กิจกรรมที่ 5 (ขอมือเธอหน่อย)					
กิจกรรมที่ 6 (คันด้วยมือ มองด้วยใจ)					
กิจกรรมที่ 7 ธนาคารความสุข					
ความพึงพอใจรวม					

ข้อเสนอแนะอื่น

.....

.....

.....

ภาคผนวก จ
คุณภาพของโปรแกรมฝึกอบรม

ผลการประเมินความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของ

โปรแกรมการการเสริมสร้างความสุข

ด้วยชุดความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง สำหรับผู้สูงอายุ (กายดี มีสุข)

คำชี้แจง

ระดับความคิดเห็น

- +1 หมายถึง เห็นใจว่าโปรแกรมการฝึกอบรมมีความสอดคล้องตามรายการที่ประเมิน
 0 หมายถึง ไม่เห็นใจว่าโปรแกรมการฝึกอบรมมีความสอดคล้องตามรายการที่ประเมิน
 -1 หมายถึง เห็นใจว่าโปรแกรมการฝึกอบรมไม่มีความสอดคล้องตามรายการที่ประเมิน

ตารางที่ จ-1 การประเมินความสอดคล้องของโปรแกรมการฝึกอบรมในภาพรวม

ข้อที่	รายการที่ประเมิน	ระดับความคิดเห็น (ผู้ทรงฯ)				
		1	2	3	รวม/ ข้อเสนอแนะ	
1	ความเหมาะสมของชื่อโปรแกรมการฝึกอบรม	+1	+1	+1	1	
2	ความเหมาะสมของการเรียงลำดับกิจกรรม	+1	+1	+1	1	
3	ความเหมาะสมของวัตถุประสงค์	+1	+1	+1	1	
4	ความเหมาะสมของระยะเวลาในการฝึกอบรม	+1	+1	+1	1	
5	ความเหมาะสมของอุปกรณ์ที่ใช้ในการฝึกอบรม	+1	+1	+1	1	
6	ความสอดคล้องระหว่างการประเมินผลกับวัตถุประสงค์	+1	+1	+1	1	
7	ความสอดคล้องระหว่างกิจกรรมกับเรื่องที่อบรม	+1	+1	+1	1	

ตารางที่ จ-2 การประเมินความสอดคล้องของโปรแกรมการฝึกอบรมในแต่ละกิจกรรม

ข้อที่	รายการที่ประเมิน	ค่า IOC กิจกรรม 1	ค่า IOC กิจกรรม 2	ค่า IOC กิจกรรม 3	ค่า IOC กิจกรรม 4	ค่า IOC กิจกรรม 5	ค่า IOC กิจกรรม 6	ค่า IOC กิจกรรม 7
1	ความเหมาะสมของชื่อ กิจกรรม	1	1	1	1	1	1	1
2	ความเหมาะสมของ วัตถุประสงค์	1	1	1	1	1	1	1
3	ความเหมาะสมของ ระยะเวลาในการดำเนิน กิจกรรม	1	1	1	0.6	1	1	1
4	ความเหมาะสมของ อุปกรณ์ที่ใช้ในกิจกรรม	0.6	1	0.6	0.6	1	0.6	1
5	ความเหมาะสมของวิธี ดำเนินกิจกรรม	0.6	1	0.6	0.6	1	0.6	0.6
6	ความชัดเจนของวิธี ดำเนินกิจกรรม	1	1	1	1	1	1	1
7	ความสอดคล้องระหว่าง การสรุปผลกับ วัตถุประสงค์	1	1	0.6	1	1	1	1
8	ความสอดคล้องระหว่าง การประเมินผลกับ วัตถุประสงค์	1	1	1	1	1	1	1

ภาคผนวก ฉ
ภาพการดำเนินโครงการวิจัย



สัมภาษณ์ผู้สูงอายุ



เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ



ทดลองใช้โปรแกรมโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ
ตำบลหนองปากอ้อ อำเภอต๋อยหลวง จังหวัดเชียงราย (รู้ทันจิต เบาใจ)



การจัดเวทีคืนข้อมูลสู่ชุมชน

ภาพที่ ๑-1 ภาพการดำเนินโครงการวิจัย

ประวัติผู้วิจัย

หัวหน้าโครงการ

ชื่อ - นามสกุล นางสาว กันย์ธัญญ์ สุขิน
Ms. Kanthanan Suchin

ตำแหน่งปัจจุบัน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำสาขาวิชาจิตวิทยาสังคม
คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

หน่วยงาน สาขาวิชาจิตวิทยาสังคม คณะสังคมศาสตร์
ที่อยู่ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย ตำบลบ้านดู่
อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

โทรศัพท์/โทรสาร 053-702870 ต่อ 108 มือถือ 0996519469

ประวัติการศึกษา

ระดับ การศึกษา	สถานศึกษา	ปีที่จบ	วุฒิการศึกษา	สาขา
ปริญญาตรี	มหาวิทยาลัย เกษตรศาสตร์	2549	วท.บ.วนศาสตร์	วนศาสตร์ชุมชน
ปริญญาตรี	มหาวิทยาลัย สุโขทัย ธรรมาธิราช	2566	ศศ.บ.การแนะแนวและ การปรึกษาเชิงจิตวิทยา	การแนะแนวและ การปรึกษาเชิง จิตวิทยา
ประกาศนียบัตร บัณฑิต	มหาวิทยาลัย ราชภัฏเชียงราย	2566	ประกาศนียบัตรบัณฑิต	วิชาชีพครู
ปริญญาโท	มหาวิทยาลัย เกษตรศาสตร์	2554	วท.ม.จิตวิทยา อุตสาหกรรมและองค์การ	จิตวิทยา อุตสาหกรรมและ องค์การ
ปริญญาเอก	มหาวิทยาลัย เทคโนโลยีพระ จอมเกล้าพระ นครเหนือ	2563	ปร.ด.จิตวิทยา อุตสาหกรรมและองค์การ	จิตวิทยา อุตสาหกรรมและ องค์การ

สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ

จิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ, จิตวิทยาชุมชน, การวัดและทดสอบทางจิตวิทยา, การวิจัยทางจิตวิทยา และจิตวิทยาการให้คำปรึกษาและการปรับพฤติกรรม

ประสบการณ์ด้านงานวิจัย

หัวหน้าโครงการ

1. งานวิจัยเรื่อง ภาวะผู้นำแบบผู้รับใช้ จิตวิญญาณในการทำงานขององค์กร และผลการปฏิบัติงาน ของผู้บริหารระดับต้นธุรกิจอุตสาหกรรมอาหารแห่งหนึ่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร 2553
2. รูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้เทคนิคการสอนแบบเพื่อนช่วยเพื่อน เพื่อพัฒนาทักษะความรู้ของผู้เรียนในรายวิชาเคมีในร่างกายมนุษย์ (แหล่งทุนสนับสนุนการวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย)
3. การพัฒนาความรู้ ความเข้าใจโดยใช้เทคนิคการเรียนรู้จากการปฏิบัติ ในการฝึกการสัมภาษณ์ รายวิชาการวัดและการทดสอบเบื้องต้นทางจิตวิทยา (แหล่งทุนสนับสนุนการวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย)
4. หัวหน้าโครงการ การเสริมสร้างศักยภาพของผู้นำเด็กและเยาวชนในชุมชนเทศบาลตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย (แหล่งทุนสนับสนุนการวิจัย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)
5. หัวหน้าโครงการ การติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน ของผู้นำเด็กและเยาวชน เทศบาลตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย (แหล่งทุนสนับสนุนการวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย)
6. หัวหน้าโครงการ :กระบวนการเรียนรู้ทางสังคม ผ่านระบบพิธีกรรมความเชื่อ ของชาติพันธุ์อาข่า บ้านสองแควพัฒนา ต.แม่ยาว อ.เมือง จ.เชียงราย (แหล่งทุนสนับสนุนการวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย)
7. วิจัยสถาบัน ภาวะการมีงานทำของบัณฑิตของคณะสังคมศาสตร์
8. หัวหน้าโครงการ : กระบวนการปรับเปลี่ยนตัวเองสู่คุณแม่วัยใส ต.ดงมะดะ อ.แม่ลาว จังหวัดเชียงราย (แหล่งทุนสนับสนุนการวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย)
9. หัวหน้าโครงการ การศึกษาและพัฒนารูปแบบเพื่อเสริมสร้างความสุข จากปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุข ของผู้สูงอายุ อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย (แหล่งทุนสนับสนุนการวิจัย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.))
10. หัวหน้าโครงการ การพัฒนาผลการปฏิบัติงานของข้าราชการที่ปฏิบัติงานด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
11. หัวหน้าโครงการ :การจำแนกพหุปัจจัยของความวิตกกังวลในสถานการณ์โรคระบาดรุนแรงของผู้นำชุมชน ตำบลโชคชัย อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย (แหล่งทุนสนับสนุนการวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย)

ผู้ร่วมวิจัย

12. ผู้ร่วมวิจัยปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนเทศบาลตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย (แหล่งทุนสนับสนุนการวิจัย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.))
13. ผู้ร่วมวิจัย ความภาคภูมิใจ ความผูกพันของคนน่านกับการเป็นเมืองเก่าที่มีชีวิต (แหล่งทุนสนับสนุนการวิจัย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.))

การนำเสนอและเผยแพร่งานวิจัย

1. วารสารวิชาการพระจอมเกล้าพระนครเหนือ ปีที่ 21 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2554 “เรื่อง ภาวะผู้นำแบบผู้รับใช้ จิตวิญญาณในองค์กร ที่ส่งผลต่อผลการปฏิบัติงานของผู้บริหารระดับต้น ธุรกิจอุตสาหกรรมอาหารแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร”
2. นำเสนองานวิจัย ในงานประชุมวิชาการนานาชาติ ครั้งที่ 9 เรื่อง “ASEAN Knowledge Network for the Economic, Society, Culture, and Environmental Stability” ระหว่างวันที่ 24-28 มิถุนายน 2556 ณ The Rizqun International Hotel ประเทศบรูไนดารุสซาลาม
3. บทความงานวิจัยที่ตีพิมพ์วารสารวิจัยเพื่อการพัฒนาเชิงพื้นที่ ปีที่ 6 ฉบับที่ 5 พฤษภาคม- มิถุนายน 2557 “เรื่อง การเสริมสร้างศักยภาพของผู้นำเด็กและเยาวชนในชุมชนเทศบาลตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย”
4. นำเสนองานวิจัย ในงานประชุมวิชาการนานาชาติ ครั้งที่ 11 เรื่อง “ASEAN Knowledge Network for the Economic, Society, Culture, and Environmental Stability” ระหว่างวันที่ 30 มีนาคม 2558 – 3 เมษายน 2559 ณ สหพันธ์สาธารณรัฐประชาธิปไตยเนปาล
5. นำเสนองานวิจัย ในงานประชุมวิชาการระดับชาติ คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยศิลปากร ครั้งที่ 4 ประจำปี 2559 “เรื่องกระบวนการเรียนรู้ทางสังคม ผ่านระบบพิธีกรรมความเชื่อของชาติพันธุ์อาข่า บ้านสองแควพัฒนา ต.แม่ยาว อ.เมือง จ.เชียงราย ” ในวันที่ 13 พฤษภาคม 2559
6. นำเสนองานวิจัย ในงานประชุมวิชาการระดับชาติ คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยศิลปากร ครั้งที่ 6 ประจำปี 2551 “เรื่องการปรับตัวของครอบครัวของคุณแม่วัยใส ตำบลดงมะดะ อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย” ในวันที่ 22 กรกฎาคม 2561
7. นำเสนองานวิจัย ในการประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติทางจิตวิทยา ประจำปี 2561 หลากหลายอย่างกลมกลืนในมุม (มอง) จิตวิทยา “เรื่อง การเปลี่ยนผ่านของคุณแม่วัยใสในพื้นที่ตำบลดงมะดะ อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย” ในวันที่ 6 กรกฎาคม 2561
8. นำเสนองานวิจัย ในการประชุมวิชาการระดับชาติ และนานาชาติ “ราชภัฏวิจัยครั้งที่ 5” ประจำปี 2561 “เรื่อง การศึกษาขั้นตอนการปรับตัวของผู้ปกครองของคุณแม่วัยใส ในจังหวัดเชียงราย” ในวันที่ 2-5 ธันวาคม 2561
9. บทความวิจัย วารสารมนุษยศาสตร์ และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี ปีที่ 7 ฉบับพิเศษ ตุลาคม-ธันวาคม 2561 “เรื่อง การศึกษาขั้นตอนการปรับตัวของผู้ปกครองของคุณแม่วัยใส ในจังหวัดเชียงราย”

10. บทความวิจัย วารสารด้านการบริหารรัฐกิจและการเมือง มหาวิทยาลัยบูรพา ปีที่ 7 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2561 “คุณลักษณะที่สำคัญในการปฏิบัติงานของข้าราชการที่มีผลการปฏิบัติงานดีเด่น: กรณีศึกษา กรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่า และพันธุ์พืช”

11. นำเสนองานวิจัย ในการประชุมวิชาการระดับชาติ เครือข่ายวิจัยสถาบันอุดมศึกษาทั่วประเทศ ครั้งที่ 13 “ขับเคลื่อนพลังเครือข่ายการวิจัยและนวัตกรรมอย่างสร้างสรรค์ เพื่อพัฒนาประเทศไทย 4.0 ให้ยั่งยืน” เรื่องกิจกรรมการเรียนรู้ในการพัฒนาภาวะผู้นำของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย ในวันที่ 21-22 พฤศจิกายน 2562

12. บทความวิจัย วารสารชุมชนวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ปีที่ 14 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน 2563 “เรื่องการศึกษาและพัฒนารูปแบบเพื่อเสริมสร้างความสุขจากปัจจัยที่มีอิทธิพล ต่อความสุข ของผู้สูงอายุ อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย”

13. บทความวิจัย การพัฒนาความรู้ความเข้าใจ และทักษะในการสร้างแบบสอบถามโดยใช้ปัญหาเป็นฐาน รายวิชาการทดสอบทางจิตวิทยาในอุตสาหกรรม ของนักศึกษาชั้นปีที่ 3 สำนักวิชาสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย. วารสารบริหารการศึกษাবัณฑิต. 20(2), 49-57.

14. บทความวิจัย วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 ประจำเดือน มกราคม – มิถุนายน 2566 “การจำแนกพหุปัจจัยของความวิตกกังวลในสถานการณ์โรค ระบาดรุนแรงของผู้นำชุมชน ตำบลโชคชัย อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย”

ผู้ร่วมวิจัย 1

ชื่อ-สกุล นายธนพัทธ์ จันท์พิพัฒน์พงศ์
 Name Mr. Tanapat Janpipatpong
 ตำแหน่งทางวิชาการ ผู้ช่วยศาสตราจารย์
 ตำแหน่งปัจจุบัน อาจารย์ประจำสาขาวิชาจิตวิทยาสังคม
 หน่วยงาน สาขาวิชาจิตวิทยาสังคม คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
 ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย
 โทรศัพท์ 053-702870 ต่อ 108
 E-mail tanapat_jan@cr.ru.ac.th, tnp_jun@outlook.com

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2559 วท.ม. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
 พ.ศ. 2563 ศษ.บ. (การวัดและประเมินผลการศึกษา) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
 พ.ศ. 2556 วท.บ. (จิตวิทยา) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ความเชี่ยวชาญและความสนใจพิเศษ

การพัฒนาเครื่องมือวัดทางจิตวิทยา, จิตวิทยาเชิงบวก, การวิจัยทางจิตวิทยา และพฤติกรรมศาสตร์, จิตวิทยาชุมชน

ประสบการณ์ด้านงานวิจัย**หัวหน้าโครงการวิจัย**

- 2565 รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของจิตลักษณะและสภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อพฤติกรรม
การส่งเสริมสุขภาพชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในอำเภอแม่
สาย จังหวัดเชียงราย โดยมีความตั้งใจในการส่งเสริมสุขภาพชุมชนเป็นตัวแปรส่งผ่าน
(งบประมาณแผ่นดิน, มรภ.เชียงราย)
- 2563 ปัจจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันการรับและแพร่เชื้อโรคในที่
สาธารณะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลโชคชัย อำเภอดอย
หลวง จังหวัดเชียงราย (งบประมาณแผ่นดิน, มรภ.เชียงราย)
- 2562 ปัจจัยเชิงสาเหตุและแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)
เพื่อคุณภาพชีวิตของประชาชนตำบลแม่เปา อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย (งบประมาณ
แผ่นดิน, มรภ.เชียงราย)
- 2562 การสังเคราะห์งานวิจัยหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาสังคม สำนักวิชา
สังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย (งบประมาณแผ่นดิน, มรภ.เชียงราย)
- 2561 ปัจจัยเชิงบูรณาการที่เกี่ยวข้องกับการทำงานอาสาสมัครของแกนนำชุมชนเทศบาลตำบล
เวียงเหนือ อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย: กรณีศึกษาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้าน (อสม.) (งบประมาณแผ่นดิน, มรภ.เชียงราย)

ผู้ร่วมวิจัย

- 2564 การจำแนกพหุปัจจัยของความวิตกกังวลในสถานการณ์โรคระบาดรุนแรงของผู้นำชุมชนตำบลโชคชัย อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย (งบประมาณแผ่นดิน, มรภ.เชียงราย)
- 2564 ผลการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มต่อการจัดการความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 (งบประมาณแผ่นดิน, ทุน สกสว.)
- 2564 การเตรียมความพร้อมและการฟื้นฟูสภาวะทางจิตใจของประชาชนที่อยู่บนพื้นที่ภัยพิบัติบนเขตรอยเลื่อนในจังหวัดเชียงราย (งบประมาณแผ่นดิน, ทุน วช.)
- 2563 นวัตกรรมกระบวนการส่งเสริมสุขภาพจิตของชุมชนตำบลเวียงเหนือ อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย (งบประมาณแผ่นดิน, มรภ.เชียงราย)
- 2562 การศึกษาและการสร้างเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) สำหรับประชาชนตำบลแม่เปา อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย (งบประมาณแผ่นดิน, มรภ.เชียงราย)
- 2561 การส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุชุมชนเทศบาลตำบลเวียงเหนือ อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย (งบประมาณแผ่นดิน, มรภ.เชียงราย)
- 2561 การศึกษาและพัฒนารูปแบบเพื่อเสริมสร้างความสุขจากปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขของผู้สูงอายุ อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย (งบประมาณแผ่นดิน, ทุน วช.)
- 2559 การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพัฒนาการในเด็กที่มีพัฒนาการสมวัยแรกเกิด-5 ปี ด้วยกิจกรรม กิน กอด เล่น เล่า (2ก2ล) (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, งบประมาณแผ่นดิน, ทุน วช.)

ผลงานทางวิชาการ

บทความวิชาการ

1. ธนพัทธ์ จันทน์พัฒน์พงศ์. (2560). การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนาสังคม. วารสารสังคมศาสตร์วิชาการ, 2(10), 286-300. (TCI 2)
2. ธนพัทธ์ จันทน์พัฒน์พงศ์. (2565). พฤติกรรมจริยธรรมกับการผิมนัดชำระเงินกู้ยืมการศึกษา. วารสาร มจร สังคมศาสตร์ปริทรรศน์, 11(3), 410-421. (TCI 1)

บทความวิจัย

1. ธนพัทธ์ จันทน์พัฒน์พงศ์. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางจิตวิทยาเชิงบวกกับการทำงานอาสาสมัครของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต.เวียงเหนือ อ.เวียงชัย จ.เชียงราย. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี, 7(ฉบับพิเศษ), 121-132. (TCI 1)
2. ธนพัทธ์ จันทน์พัฒน์พงศ์. (2562). ปัจจัยภายในบุคคลและสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมอาสาสมัครของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลเวียงเหนือ อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย. วารสารพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา, 11(1), 1-14. (TCI 1)

3. ธนพัทธ์ จันทน์พิพัฒน์พงศ์ และอังศินันท์ อินทรกำแหง. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับพฤติกรรมการใช้เฟซบุ๊กด้วยปัญญาของนักศึกษาปริญญาตรี ในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสาร สจล. ชุมพรเขตอุดมศักดิ์ ฉบับมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 1(1-2), 70-80. (TCI 3)

4. ธนพัทธ์ จันทน์พิพัฒน์พงศ์. (2563). การสังเคราะห์งานวิจัยหลักสูตรวิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาสังคม สำนักวิชาสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย. *วารสารบริหารการศึกษাবัณฑิต*, 20(3), 1-10. (TCI 3)

5. กันยธัญญ์ สุชิน, ธนพัทธ์ จันทน์พิพัฒน์พงศ์ และทิพวรรณ เมืองใจ. (2563). การศึกษาและพัฒนาแบบเพื่อเสริมสร้างความสุขจากปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขของผู้สูงอายุ อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย. *วารสารชุมชนวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา*, 14(3), 58-71. (TCI 1)

6. ต้องรัก จิตรบรรเทา, ธนพัทธ์ จันทน์พิพัฒน์พงศ์ และจันจิรา วิชัย. (2563). เงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ของประชาชนในตำบลแม่เปา อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย. *วารสารบริหารธุรกิจ*, 3(1), 45-56. (TCI 3)

7. ธนพัทธ์ จันทน์พิพัฒน์พงศ์, กันยธัญญ์ สุชิน และทิพวรรณ เมืองใจ. (2564). ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพื่อคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชนท้องถิ่นภาคเหนือ: กรณีศึกษาชุมชนแม่เปา อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย. *วารสารแพทยนาวิ*, 48(3), 667-684. (TCI 1)

8. จามรี พระสุนิล, นพชัย ฟองอิสสระ และธนพัทธ์ จันทน์พิพัฒน์พงศ์. (2565). การศึกษาสุขภาพชุมชนสู่การเรียนรู้และเสริมสร้าง “ชุมชนสุขภาพจิตดี” ของตำบลเวียงเหนือ อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย. *วารสารราชพฤกษ์*, 20(3), 15-28. (TCI 1)

9. Tongrak Jitbantao, Nawin Promjaisa, Tippawan Muangjai and Tanapat Janpipatpong. (2022). The title Model of Training for Positive Characteristic Development among Village Health Volunteer Counselors for COVID-19 Pandemic and Emerging Diseases. *Journal of Positive School Psychology*, 6(6), 6,862-6,869. (Scopus Q2)

10. ธนพัทธ์ จันทน์พิพัฒน์พงศ์, กันยธัญญ์ สุชิน, ทิพวรรณ เมืองใจ และจิรนนต์ ไชยงามนอกซ์. (2565). สติ การสนับสนุนทางสังคม และลักษณะทางวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันการรับและแพร่เชื้อโรคในที่สาธารณะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลโชคชัย อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 14(1), 132-155. (TCI 1)

11. กันยธัญญ์ สุชิน, ธนพัทธ์ จันทน์พิพัฒน์พงศ์ และทิพวรรณ เมืองใจ. (2566). การจำแนกพหุปัจจัยของความวิตกกังวลในสถานการณ์โรคระบาดรุนแรงของผู้นำชุมชน ตำบลโชคชัย อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา*, 11(1), 264-281. (TCI 2)

12. จิรนนต์ ไชยงามนอกซ์, ภัทรีพันธุ์ พันธุ์, กันยธัญญ์ สุชิน, ธนพัทธ์ จันทน์พิพัฒน์พงศ์ และทิพวรรณ เมืองใจ. (2566). การเตรียมความพร้อมและการฟื้นฟูสภาวะทางจิตใจของประชาชนที่

อยู่บนพื้นที่ภัยพิบัติบนเขตรอยเลื่อนในจังหวัดเชียงราย. วารสารนิติ รัฐกิจ และสังคมศาสตร์ สำนัก
 วิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย, 7(1), 221-245. (TCI 2)

13. ทิพวรรณ เมืองใจ, กันยธัญญ์ สุชิน และธนพัทธ์ จันทน์พัฒน์พงศ์. (2566). ผลการให้
 คำปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มต่อการจัดการความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของประชาชนที่ได้รับ
 ผลกระทบจากสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19. วารสารการบริหารนิติบุคคลและ
 นวัตกรรมท้องถิ่น, 9(2), 326-336. (TCI 2)

บทความวิจัยสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการ

1. ธนพัทธ์ จันทน์พัฒน์พงศ์, ทิพวรรณ เมืองใจ และกันยธัญญ์ สุชิน. (2561). ปัจจัยทางจิต
 พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความสุขของผู้สูงอายุในอำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย. รายงาน
 สืบเนื่องการประชุมวิชาการและการนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติทางจิตวิทยาประจำปี พ.ศ. 2561
 วันที่ 6 กรกฎาคม 2561 ณ โรงแรมดิเอ็มเมอรัลด์ กรุงเทพฯ

2. ธนพัทธ์ จันทน์พัฒน์พงศ์, ทิพวรรณ เมืองใจ, กันยธัญญ์ สุชิน, จิรนนต์ ไชยงาม นอกซ์
 และต้องรัก จิตรบรรเทา. (2562). การทำงานอาสาสมัครของแกนนำชุมชนเวียงเหนือ จังหวัด
 เชียงราย: กรณีศึกษาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.). รายงานสืบเนื่องการประชุม
 วิชาการและการนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติทางจิตวิทยา ประจำปี พ.ศ. 2562 วันที่ 24 มิถุนายน
 2562 ณ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

3. ธนพัทธ์ จันทน์พัฒน์พงศ์, ทิพวรรณ เมืองใจ และกันยธัญญ์ สุชิน. (2562). ผลของ
 โปรแกรมเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองสำหรับผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุใน
 อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย. รายงานสืบเนื่องการประชุมวิชาการระดับชาติเครือข่ายวิจัย
 สถาบันอุดมศึกษาทั่วประเทศ ครั้งที่ 13 วันที่ 21 พฤศจิกายน 2562 ณ โรงแรมเชียงใหม่แกรนด์วิว จ.
 เชียงใหม่

4. ธนพัทธ์ จันทน์พัฒน์พงศ์, กันยธัญญ์ สุชิน และทิพวรรณ เมืองใจ. (2563). การวิจัยเชิง
 พื้นที่เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ของประชาชนตำบลแม่เปา อำเภอ
 พญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย: การศึกษาขั้นต้น. รายงานสืบเนื่องการประชุมวิชาการระดับชาติและ
 นานาชาติ “เบญจมิตรวิชาการ ครั้งที่ 10” วันที่ 22 พฤษภาคม 2563

5. ธนพัทธ์ จันทน์พัฒน์พงศ์, กันยธัญญ์ สุชิน และทิพวรรณ เมืองใจ. (2564). ปัจจัยทาง
 พฤติกรรมศาสตร์กับพฤติกรรมป้องกันการรับและแพร่โรคในที่สาธารณะของอาสาสมัคร
 สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลโชคชัย อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย: การศึกษา
 เปรียบเทียบ. รายงานสืบเนื่องการประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงรายเพื่อการพัฒนา
 ครั้งที่ 1 วันที่ 24-25 มิถุนายน 2564

6. นพชัย ฟองอิสสระ, จามรี พระสุนิล และธนพัทธ์ จันทน์พัฒน์พงศ์. (2564). การจัดการ
 ความรู้แบบมีส่วนร่วม สู่การเสริมสร้างสุขภาพจิตชุมชนในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบท: กรณีศึกษา
 ชุมชนตำบลเวียงเหนือ อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย. รายงานสืบเนื่องการประชุมวิชาการ
 ระดับชาติ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงรายเพื่อการพัฒนาครั้งที่ 1 วันที่ 24-25 มิถุนายน 2564

7. ธนพัทธ์ จันท์พิพัฒน์พงศ์, กัญญ์ธัญญ์ สุชิน, ทิพวรรณ เมืองใจ และจิรนนต์ ไชยงาม นอกซ์. (2565). การส่งเสริมสุขภาพชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดนภาคเหนือของไทย: การศึกษานำร่อง พื้นที่อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย. รายงานสืบเนื่องการประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 19 มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน วันที่ 8-9 ธันวาคม 2565 ณ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน จ. นครปฐม

บทความปริทรรศน์

1. ธนพัทธ์ จันท์พิพัฒน์พงศ์ และชาลิน สุวรรณวงศ์. (2564). พฤติกรรมศาสตร์: มุมมองในศาสตร์ที่แตกต่าง. วารสารสังคมศาสตร์วิชาการ, 14(2), 129-135.

ผู้ร่วมวิจัย 2

ชื่อ-สกุล นางสาวพิมพ์พัญ์ พิมพ์สุทธิ์
Miss Pimsub Pimpisut
ตำแหน่งทางวิชาการ ผู้ช่วยศาสตราจารย์
หน่วยงาน แขนงวิชาการจัดการทรัพยากรทางวัฒนธรรม
คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย
เบอร์มือถือ 083-0828296
E-mail pimsub99@gmail.com

ประวัติการศึกษา (ระบุคุณวุฒิเต็ม)

ระดับการศึกษา	สาขา/หลักสูตร	สถาบัน
ปริญญาโท	ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต วัฒนธรรมศึกษา	มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
ปริญญาตรี	วิทยาศาสตร์บัณฑิต การถ่ายภาพและภาพยนตร์	สถาบันเทคโนโลยีราชมงคลฯ

ความเชี่ยวชาญ ประสบการณ์/ภูมิปัญญาท้องถิ่นการดูแลสุขภาพ

ประสบการณ์การวิจัย

ปี พ.ศ.	ชื่อผลงานวิจัย
2562	การส่งเสริมผลิตภัณฑ์ชุมชนจากกล้วยผ้าเขียนเทียนชาวม้งผ่านเทคโนโลยีดิจิทัลของกลุ่มวิสาหกิจชุมชนผ้าเขียนเทียนม้ง บ้านขุนห้วยแม่เปา ตำบลแม่เปา อำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย
2561	การศึกษาการจัดการแหล่งทรัพยากรทางวัฒนธรรมในเขตเทศบาลตำบลเวียงเหนือ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย
2560	องค์ความรู้ของหมอเมืองในการดูแลสุขภาพชุมชนในตำบลมะดะ อำเภอมะลาว จังหวัดเชียงราย
2560	แหล่งเรียนรู้ประวัติศาสตร์ท้องถิ่นผ่านเส้นทางการค้าสายเชียงราย-เชียงใหม่ การใช้เทคนิคกระบวนการระดมสมองในการสอนรายวิชาการประชาสัมพันธ์ทางภูมิปัญญาและทรัพยากรทางวัฒนธรรม สำหรับนักศึกษาสาขาการจัดการภูมิปัญญาและทรัพยากรทางวัฒนธรรม ชั้นปีที่3

บทความวิชาการ

2559	บทความการจัดการเรียนรู้การประชาสัมพันธ์ทางภูมิปัญญาและทรัพยากรทางวัฒนธรรมโดยใช้เทคนิคกระบวนการระดมสมองสำหรับนักศึกษาสาขาวิชาการ
------	---

”จัดการภูมิปัญญาและทรัพยากรทางวัฒนธรรม มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

- 2560 **บทความ** ขนมน้ำจิ้มแจ่ว “ :วัฒนธรรมไร่พรมแดน ” การประชุมสังคมศาสตร์
วิชาการระดับชาติครั้งที่ 13 การพัฒนาในศตวรรษที่ 21 . วันศุกร์ที่ 20 มกราคม
2560
- 2560 **บทความ** ”ของดีที่บ้านหมอเมือง“ ภูมิปัญญาการดูแลสุขภาพ ท้องถิ่น ตำบลดง
มะตะ อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย ประชุมวิชาการระดับชาติ “นครสวรรค์วิจัย”
ครั้งที่ 13 วิจัยและนวัตกรรม ขับเคลื่อนเศรษฐกิจและสังคม ระหว่าง วันที่ 20-
กรกฎาคม 2560 21
- 2561 บทความ “บทบาทหมอเมืองในการส่งเสริมให้ชุมชนพึ่งตนเองด้านสุขภาพ ตำบล
ดงมะตะ จังหวัดเชียงราย” ในวารสารเพื่อการพัฒนาเชิงพื้นที่ ปีที่ 10 ฉบับที่ 5
กันยายน-ตุลาคม 2561
- 2561 เวียงเหนือ : เวียงวัฒนธรรม การศึกษาทรัพยากรทางวัฒนธรรมเพื่อเป็นแนวทางใน
การส่งเสริมให้เป็นพื้นที่แห่งการท่องเที่ยวและการเรียนรู้ ในเขตเทศบาล ตำบล
เวียงเหนือ อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย” ในวารสารสารสนเทศ ปีที่ 17 ฉบับ
ที่ 2 กรกฎาคม -ธันวาคม 2561

ผู้ร่วมวิจัย 3

ชื่อ-สกุล	นางจีรนันต์ ไชยงาม นอกซ์
Name	Miss Jeeranun Chaingam Knox
ตำแหน่งทางวิชาการ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์
ตำแหน่งปัจจุบัน	อาจารย์ประจำสาขาวิชาจิตวิทยาสังคม
หน่วยงาน	สาขาวิชาจิตวิทยาสังคม คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย
โทรศัพท์	053-702870 ต่อ 108
E-mail	c.jeeranun@gmail.com

ประวัติการศึกษา

ระดับปริญญาเอก	ปร.ด. (จิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ) มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้า พระนครเหนือ
ระดับปริญญาโท	วท.ม. (จิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ) สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้า พระนครเหนือ
ระดับปริญญาตรี	ค.บ. (จิตวิทยาการแนะแนว) สถาบันราชภัฏเพชรบุรีวิทยาลัยการณ ในพระบรมราชูปถัมภ์

ความเชี่ยวชาญและความสนใจพิเศษ

จิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ, จิตวิทยาการทำงานเป็นทีม, จิตวิทยาชุมชน

ประสบการณ์ด้านงานวิจัย (หัวข้อโครงการวิจัย)

1. ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนเทศบาลตำบลบ้านดู่ (ทุน วช., 2558)
2. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการท่องเที่ยวทางพระพุทธศาสนา (ทุน วช., 2559)
3. การสมรสข้ามวัฒนธรรมของกลุ่มวัฒนธรรมในพื้นที่อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย (ทุน วช., 2560)
4. ทุนทางสังคมและวัฒนธรรมกับเศรษฐกิจชุมชนของกลุ่มชาติพันธุ์ในอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย (ทุน วช., 2560)
5. ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนตำบลเวียงเหนือ อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย (ทุนมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย, 2561)
6. การเสริมสร้างสุขภาวะของคู่สมรสสูงอายุก่อให้เกิดพื้นที่ปลอดภัยในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย (ทุนมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย, 2561)
7. การเตรียมความพร้อมและการฟื้นฟูสุขภาพทางจิตใจของประชาชนที่อยู่บนพื้นที่ภัยพิบัติบนเขตรอยเลื่อนในจังหวัดเชียงราย (ทุน สกสว., 2564)

ประวัติผู้วิจัย 4

ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทย) นางสาว ทิพวรรณ เมืองใจ

ชื่อ-นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Miss.Tippawan Muangjai

หน่วยงานและ : คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย 80 หมู่ 9 ถนนพหลโยธิน

ตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย 57000

หมายเลขโทรศัพท์ 093-2944693

ที่อยู่ : 162 หมู่ 1 ตำบลจอมสวรรค์ อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย 57110

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2551 ปริญญาตรี มหาวิทยาลัยพายัพ จังหวัดเชียงใหม่

ชื่อปริญญา ศิลปศาสตรและสังคมศาสตรบัณฑิต สาขาจิตวิทยา

พ.ศ. 2553 ปริญญาโท มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ชื่อปริญญา ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการศึกษา

และการแนะแนว

ประวัติการทำงาน

พ.ศ 2554 - พ.ศ 2557 ตำแหน่งนักแนะแนว สังกัดกองการศึกษา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนาเขตพื้นที่เชียงใหม่

พ.ศ 2558 - สิงหาคม 2559 ตำแหน่งนักวิชาการการศึกษา สังกัดกองพัฒนานักศึกษา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา

สิงหาคม 2559 – ปัจจุบันตำแหน่ง อาจารย์ สาขาวิชาจิตวิทยาสังคม สังกัดสำนักวิชาสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ

จิตวิทยาสังคม และจิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว

ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัย

งานวิจัย

หัวหน้าโครงการวิจัย:

1. งานวิจัยเรื่อง การส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ชุมชนเทศบาลตำบลเวียงเหนือ อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย (2561)

2. งานวิจัยเรื่อง ผลการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มต่อการจัดการความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 (2565)

ผู้ร่วมวิจัย:

1. งานวิจัยการเสริมสร้างสุขภาวะของคู่สมรสสูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ในตำบลนางแลอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย (2562)

2. ปัจจัยเชิงสาเหตุและแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เพื่อคุณภาพชีวิตของประชาชนตำบลแม่เปา อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย (2562)

3. การเสริมสร้างความสุขมวลรวมชุมชนด้วยภูมิปัญญาของพระราชา ตำบลป่าตึง อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย (2563)

4. การศึกษาการปฏิบัติตนในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโรคโควิด 19 ของประชาชนชาติพันธุ์ ตำบลป่าตึง อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย (2564)

5. การเตรียมความพร้อมและการฟื้นฟูสภาวะทางจิตใจของประชาชนที่อยู่บนพื้นที่ภัยพิบัติบนเขตรอยเลื่อนในจังหวัดเชียงราย (2564)

6. การวิจัยและการพัฒนาต้นแบบการฝึกอบรมในการเสริมสร้างคุณลักษณะเชิงบวกของผู้ให้คำปรึกษาสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อรองรับสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) และโรคอุบัติใหม่ (2565)

7. การเสริมสร้างพลังสิทธิทางการศึกษาของชุมชนพหุวัฒนธรรมสู่พื้นที่แห่งการเรียนรู้อย่างเท่าเทียมจังหวัดเชียงราย (2666 อยู่ระหว่างการดำเนินงาน)

การเผยแพร่งานวิจัยและผลงานวิชาการ

1. บทความวิชาการ เรื่อง “สุขภาพจิตที่เปลี่ยนไป กับสังคมที่เปลี่ยนแปลง” ตีพิมพ์ในวารสารสังคมศาสตร์วิชาการ (2560)

2. บทความวิจัยการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ชุมชนเทศบาลตำบลเวียงเหนือ อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย (2561) โดยมีการเผยแพร่การประชุมวิชาการระดับชาติทางการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ครั้งที่ 2 และงานนี้ได้รับทุนสนับสนุนการทำวิจัยจากมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

3. บทความวิจัยการเสริมสร้างสุขภาวะของคู่สมรสสูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ในตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย (2562) โดยมีการเผยแพร่ในการประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 7 และนานาชาติครั้งที่ 1 ประจำปี 2562 คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยศิลปากร และงานนี้ได้รับทุนสนับสนุนการทำวิจัยจากมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

4. บทความวิจัยการเตรียมความพร้อมและการฟื้นฟูสภาวะทางจิตใจของประชาชนที่อยู่บนพื้นที่ภัยพิบัติบนเขตรอยเลื่อนในจังหวัดเชียงราย (2565)

5. บทความวิจัยสถิติ การสนับสนุนทางสังคมและลักษณะทางวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันการรับและแพร่เชื้อโรค ในที่สาธารณะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลโชคชัย อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย (2566)

6. บทความวิจัยผลการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาแบบกลุ่มต่อการจัดการความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 (2566)

7. บทความวิจัย การจำแนกพหุปัจจัยของความวิตกกังวลในสถานการณ์โรคระบาดรุนแรงของผู้นำชุมชน ตำบลโชคชัย อำเภอดอยหลวง จังหวัดเชียงราย (2566)