



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน Factors Related to Mental Health Literacy among Older Adults in Community

ศตวรรษ อุตรศาสตร์¹, ปลมา โสบุตร^{1*}, นวลปราง เห็มหนู¹, ธนพล บรรดาศักดิ์²

¹สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด ร้อยเอ็ด 45120

²สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพระพุทธรูป สถาบันพระบรมราชชนก
สระบุรี 18120

Sattawas Udonsat¹, Palama Sobut^{1*}, Nuanprang Hemnoot¹, Thanapol Bundasak²

¹Division of Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Roi Et Rajabhat University, Roi Et
45120

²Division of Psychiatric and Mental Health Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Phra-
Putthabat, Praboromarajchanok Institute, Saraburi 18120

* Corresponding authors, e-mail: Palama@reru.ac.th

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ ตำบลท่าม่วง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 135 คน ใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือวิจัยได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ 2) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม 3) แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ และ 4) แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันและแบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.67, S.D.= .52) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ อายุ ($r = -.420, p < .001$) การสนับสนุนทางสังคม ($r = .372, p < .001$) และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ($r = .556, p < .001$) ส่วนระดับการศึกษาและรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพในการวางแผนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ



Abstract

The purpose of this research was to investigate the mental health literacy level and factors related to mental health literacy among older adults in the community. The sample group consisted of 135 older people who lived in Thamuang Sub-district, Selaphum District, Roi Et Province. They were selected by a simple random sampling technique. The research instruments were 1) a personal data questionnaire 2) a social support questionnaire 3) a perception of health status questionnaire and 4) a mental health literacy questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's product moment correlation coefficient and Spearman's rank correlation coefficient.

The results revealed that the older adults had a moderate level of mental health literacy (Mean=3.67, S.D.= 0.52). Factors that correlated with mental health literacy among older adults in the community included age ($r=-0.420$, $p<0.001$), social support ($r=0.372$, $p<0.001$) and perception of health status ($r=0.556$, $p<0.001$). However, the levels of education and income were not correlated with mental health literacy. The results of this research could be used as basic information for nurses and health care personnel to plan mental health literacy promotion programs among older adults in the community.

Keywords: mental health literacy, social support, perception of health status

บทนำ

ปัจจุบันทั่วโลกกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคมกับการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ โดยทั่วโลกพบว่า มีประชากรผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) จำนวน 1,016 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 13.20 ของประชากรโลก⁽¹⁾ ส่วนประเทศไทยนั้น ในปี พ.ศ. 2565 พบว่า มีผู้สูงอายุมากถึง 12,698,162 คน คิดเป็นร้อยละ 19.21 ของประชากรทั้งประเทศ⁽²⁾ จึงกล่าวได้ว่าสถานการณ์ปัจจุบันของโลกและประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพ หากผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวได้ก็จะเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา⁽³⁾ จากการสำรวจสุขภาพจิตผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลกพบผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 7.00 และความวิตกกังวลร้อยละ 3.80⁽⁴⁾ สอดคล้องกับปัญหาด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุไทยที่พบบ่อย คือ ความวิตกกังวล ซึมเศร้า และนอนไม่หลับ⁽⁵⁾ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เสื่อมสมรรถภาพลง ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ส่งผลต่อสภาพร่างกายที่แย่ลง ประกอบกับการสูญเสียคู่สมรสและเพื่อนสนิท การเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม จากการเกษียณ การสูญเสียบทบาทการเป็นผู้นำ ทำให้มีกิจกรรมทางสังคมลดลง การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ส่งผลให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง วิตกกังวล และมีภาวะซึมเศร้าตามมา^(6,7) จากรายงานข้อมูลการสำรวจสุขภาพจิต (ความสุข) พ.ศ. 2557 พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนสุขภาพจิตต่ำสุดเมื่อเทียบกับกลุ่ม



วัยผู้ใหญ่⁽⁸⁾ ซึ่งถือเป็นความเปราะบางทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ นำมาซึ่งปัญหาในการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น นอนไม่หลับ เสียสมาธิ หดหู่ เศร้าหมอง ไม่อยากทำอะไร ไม่อยากรับประทานอาหาร ส่งผลต่อภาวะสุขภาพร่างกายที่แย่ลง⁽⁹⁾ ดังนั้น การเสริมสร้างและการป้องกันปัญหาด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ จึงเป็นประเด็นสำคัญอันจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น

ความรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy) ตามแนวคิดของ Jorm และคณะ^(10,11) หมายถึง ความรู้และความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตซึ่งช่วยให้บุคคลเกิดการรับรู้ สามารถป้องกันและจัดการปัญหาสุขภาพจิตของตนเองได้ ประกอบไปด้วย 6 องค์ประกอบ 1) การรับรู้ความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจ 2) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของความผิดปกติทางจิต 3) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง 4) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ 5) ทักษะที่ดีต่อการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม และ 6) ความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต จากความหมายและองค์ประกอบที่กล่าวมา สามารถกล่าวโดยรวมได้ว่า หากผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตดี นั้นหมายความว่า ผู้สูงอายุจะมีความสามารถในการรับรู้ความผิดปกติทางจิต มีความรู้เกี่ยวกับความผิดปกติทางจิต มีทัศนคติที่ดีต่อการรับรู้สุขภาพจิต และสามารถแสวงหาความรู้ในการช่วยเหลือตนเองได้อย่างเหมาะสม แต่ทางกลับกันหากผู้สูงอายุไม่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตหรือมีในระดับต่ำ อาจส่งผลเสียต่อการตีความอาการทางจิตที่ผิดปกติ ส่งผลต่อการรักษาล่าช้า ทำให้โรคทวีความรุนแรงขึ้น⁽¹²⁾ ดังนั้น ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยป้องกันปัญหาสุขภาพจิตตามมา

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพจิตทั้งในและต่างประเทศกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่ายังมีอยู่อย่างจำกัด โดยเฉพาะประเทศไทยพบเพียงการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพจิตและความพึงพอใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง⁽¹³⁾ ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องและสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ ที่ผ่านมาพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และเกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ได้แก่ อายุ เป็นคุณลักษณะประชากรที่บ่งบอกถึงกระบวนการชรา อายุที่มากขึ้นจะส่งผลต่อกระบวนการรับรู้ข้อมูลข่าวสารหรือการเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่ลดลง⁽¹⁴⁾ อายุที่มากขึ้นส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพจิตที่ลดลง^(15,16) รายได้ โดยผู้ที่มีรายได้สูงจะสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพได้จากการมีทางเลือกในการสืบค้นข้อมูล ทำให้มีข้อมูลในการดูแลสุขภาพกายและจิตใจได้ดี⁽¹⁴⁾ ระดับการศึกษา ส่งผลให้บุคคลเกิดความรู้ ทักษะและความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับปัญหาด้านสุขภาพจิต^(14,16) การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงการได้รับความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ จากบุคคลรอบข้างและสังคม สนับสนุนให้บุคคลสามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นได้⁽¹⁶⁾ การรับรู้ภาวะสุขภาพ เมื่อบุคคลมีการรับรู้ว่าสุขภาพของตนเองดี แสดงว่าบุคคลนั้นมีความพยายามในการดูแลตนเองทั้งด้านสุขภาพกายและจิตใจ เกิดการรับรู้และจัดการปัญหาสุขภาพจิตของตนเองได้อย่างเหมาะสม⁽¹⁶⁾ ซึ่งปัจจัยที่กล่าวนั้นเป็นการศึกษาในกลุ่มประชาชนจีน⁽¹⁴⁾ และกลุ่มผู้สูงอายุในต่างประเทศ^(15,16) ยังไม่พบการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุประเทศไทย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจนำปัจจัยดังกล่าว ได้แก่ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ มาหาความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน เนื่องจากการดูแลสุขภาพในชุมชนเป็นการดูแลระดับปฐมภูมิที่เน้นการส่งเสริมและป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพทั้ง

ทางด้านร่างกายและจิตใจ พื้นที่ตำบลท่าม่วง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นชุมชนที่มีความน่าสนใจเนื่องจากมีจำนวนประชากรทั้งหมด 2,947 คน มีผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) จำนวน 820 คน⁽¹⁷⁾ คิดเป็นร้อยละ 27.82 ซึ่งถือได้ว่าก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้วเช่นกัน นอกจากนั้นพื้นที่ดังกล่าวยังเป็นเขตพื้นที่ใกล้เคียงสถาบันตั้งอยู่ของผู้วิจัย เป็นชุมชนที่มหาวิทยาลัยได้ให้ความสำคัญและสนับสนุนการจัดการวิชาการแก่ชุมชน และจากผลสำรวจงานวิจัยก่อนหน้าพบว่า ผู้สูงอายุในตำบลบ้านท่าม่วงมีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง ร้อยละ 23.60 และในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 55.60⁽¹⁸⁾ ซึ่งจัดว่าเป็นความผิดปกติทางจิตใจอย่างหนึ่ง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้เล็งเห็นความสำคัญและจำเป็นในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนแห่งนี้ เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน อันจะนำมาซึ่งการป้องกันปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและลดอัตราการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน
2. เพื่อศึกษาหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ

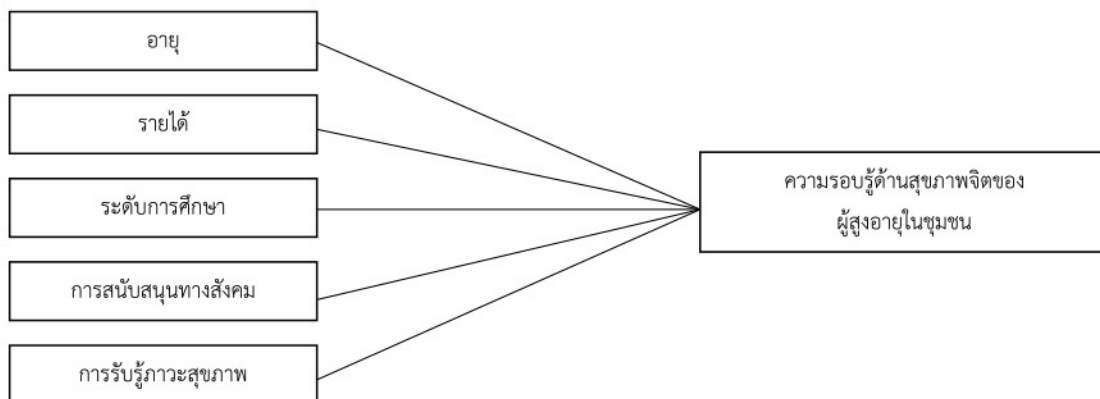
สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยด้านอายุ รายได้ ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy) ของ Jorm และคณะ^(10,11) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต กล่าวคือ ความรู้และความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตที่ช่วยให้บุคคลเกิดการรับรู้ สามารถป้องกันและจัดการปัญหาสุขภาพจิตของตนเองได้อย่างเหมาะสม มี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การรับรู้ความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจ 2) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของความผิดปกติทางจิต 3) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง 4) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ 5) ทศนคติที่เอื้อต่อการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม และ 6) ความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต ดังนั้น หากผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่ดี จะทำให้สามารถจัดการปัญหาด้านสุขภาพจิตได้อย่างเหมาะสม ปัจจัยที่นำมาหาความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ได้แก่ อายุ อายุที่มากขึ้นจะส่งผลต่อกระบวนการรับรู้ข้อมูลข่าวสารหรือการเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่ลดลง⁽¹⁴⁾ รายได้ ผู้ที่มีรายได้สูงจะสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลในการดูแลสุขภาพกายและจิตใจได้ดี⁽¹⁴⁾ ระดับการศึกษา ทำให้บุคคลเกิดความรู้ ทักษะและความเชื่อที่ถูกต้อง จัดการกับปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นได้^(14,16) การสนับสนุนทางสังคม บ่งบอกถึงการได้รับความช่วยเหลือด้านต่างๆ ช่วยสนับสนุนให้บุคคลสามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นได้⁽¹⁶⁾ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ว่าสุขภาพของตนเองดี แสดงว่าบุคคลนั้นมีความพยายามในการดูแล

ตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เกิดการรับรู้และสามารถจัดการปัญหาสุขภาพจิตของตนเองได้อย่างเหมาะสม⁽¹⁶⁾ สามารถนำมาเขียนเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Correlational descriptive research) เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ตำบลท่าม่วง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 820 คน กลุ่มตัวอย่างคำนวณขนาดโดยใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*power 3.1.9.7⁽¹⁹⁾ ใช้สถิติ Correlation: Bivariate normal model อิทธิพลเท่ากับ 0.3⁽²⁰⁾ ระดับนัยสำคัญที่ .05 และอำนาจการทดสอบ 0.9 คำนวณได้ทั้งหมด 112 ราย เพื่อป้องกันการไม่ครบถ้วนของข้อมูลและการสูญหายของข้อมูล จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ได้เท่ากับ 135 ราย และใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่ายชนิดการสุ่มแบบไม่ใส่คืน (Sampling without replacement) จากบัญชีรายชื่อผู้สูงอายุ มีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ ได้แก่ 1) ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) มีสติสัมปชัญญะ สามารถสื่อสารรู้เรื่อง 3) ไม่มีภาวะสมองเสื่อมโดยประเมินจากแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-T 2002) และ 4) มีความสมัครใจและให้ความยินยอมในการร่วมการวิจัยครั้งนี้ด้วยการเซ็นยินยอม เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) มีการเจ็บป่วยเฉียบพลันในระหว่างการเข้าร่วมโครงการวิจัย 2) ไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือขอถอนตัวออกจากกรวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบไปด้วย 4 ส่วน

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะการอยู่อาศัย จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ร่วมกัน รายได้ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว และแหล่งบริการสุขภาพที่ใช้บริการประจำ



2) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House⁽²¹⁾ จำนวน 14 ข้อ มี 4 ด้าน คือ การสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมิน การสนับสนุนด้านข้อมูล และการสนับสนุนด้านทรัพยากร ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุดให้ (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) เล็กน้อย (2 คะแนน) และไม่มีเลย (1 คะแนน) คะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับตามค่าเฉลี่ย⁽²²⁾ ดังนี้ การสนับสนุนทางสังคมเล็กน้อย (1.00-2.33 คะแนน) การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน) และการสนับสนุนทางสังคมสูง (3.68-5.00 คะแนน)

3) แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ วันดี แยมจันทร์ฉาย⁽²³⁾ สอบถามความรู้สึกของผู้สูงอายุในปัจจุบันที่มีต่อภาวะสุขภาพของตนเองโดยรวม จำนวน 1 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ รู้สึกว่าสุขภาพของตนเองไม่ดีเลยหรือแย่ (1 คะแนน) ค่อนข้างแย่ (2 คะแนน) พอใช้ (3 คะแนน) ค่อนข้างดี (4 คะแนน) และแข็งแรงดีมาก (5 คะแนน) คะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับตามค่าเฉลี่ย⁽²²⁾ ดังนี้ ไม่ดีเลยหรือแย่ (1-1.80 คะแนน) ค่อนข้างแย่ (1.81-2.61 คะแนน) พอใช้ (2.62-3.42 คะแนน) ค่อนข้างดี (3.43-4.23 คะแนน) และแข็งแรงดีมาก (4.24-5.00 คะแนน)

4) แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ วชิรา โพธิ์ใส และคณะ⁽²⁴⁾ ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Jorm และคณะ^(10,11) จำนวน 36 ข้อ มี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การรับรู้ความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจ 2) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของความผิดปกติทางจิต 3) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง 4) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ 5) ทักษะที่เอื้อต่อการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม และ 6) ความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วย (1 คะแนน) เห็นด้วยเล็กน้อย (2 คะแนน) เห็นด้วยปานกลาง (3 คะแนน) เห็นด้วยมาก (4 คะแนน) และเห็นด้วยมากที่สุด (5 คะแนน) คะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับตามค่าเฉลี่ย⁽²²⁾ ดังนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตระดับต่ำ (1.00-2.33 คะแนน) ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตระดับปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน) และความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตระดับสูง (3.68-5.00 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ 3 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .82 .80 และ .80 ตามลำดับ และนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุจำนวน 30 คน ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ครอนบาคแอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุและแรงสนับสนุนทางสังคม ได้เท่ากับ .94 และ .81 ส่วนแบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพทดสอบด้วยวิธีการวัดซ้ำ (Test-retest method) โดยการสัมภาษณ์ซ้ำกับกลุ่มตัวอย่างเดิมห่างกัน 1 สัปดาห์ นำมาวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมนได้เท่ากับ .90



การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ได้รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด รับรองเลขที่ 015/2566 โดยผู้วิจัยพบลกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านรายละเอียดและลงนามในใบยินยอมการวิจัย โดยข้อมูลการวิจัยทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเก็บเป็นความลับอย่างดีและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้นไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากที่ได้รับอนุมัติการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ดผู้วิจัยประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าม่วงเพื่อขอเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากบัญชีรายชื่อด้วยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน
2. หลังจากนั้นทำการทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นเมื่อผ่านเกณฑ์แล้วพบว่า ไม่มีภาวะสมองเสื่อม นำเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง และทำการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างถึงวัน เวลาและสถานที่เก็บข้อมูล
3. ในวันเก็บข้อมูลผู้วิจัยทำการแนะนำตัว ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์และรายละเอียดการวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล รวมถึงอธิบายสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการวิจัยโดยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้นกับกลุ่มตัวอย่าง
4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามในใบยินยอมการวิจัย จากนั้นทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างประมาณ 30 นาทีต่อราย เก็บข้อมูลจนครบตามที่กำหนดไว้และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลจนครบถ้วน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุและข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอายุ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) รายได้และระดับการศึกษากับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนด้วยสถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman Rank Correlation Coefficient) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.00 มีอายุอยู่ในช่วง 70-79 ปี มากที่สุด ร้อยละ 48.90 รองลงมาอยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 43.70 อายุเฉลี่ย 71.02 (SD=5.33) ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 90.40 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 60.00 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน ร้อยละ 85.20 มีสมาชิกอาศัยอยู่รวมภายในบ้าน 2-5 คน ร้อยละ 83 มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 85.90 มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 70.40 มีโรคประจำตัวร้อยละ 62.20 ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานร่วมกัน ร้อยละ 68.00 แหล่งบริการสุขภาพที่ใช้บริการประจำคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 78.50 ดังแสดงในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=135)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	50	37.00
หญิง	85	63.00
อายุ		
อายุ 60-69 ปี	59	43.70
อายุ 70-79 ปี	66	48.90
มากกว่า 80 ปี	10	7.40
(Mean=71.02, S.D.=5.33, Max=80, Min=60)		
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	122	90.40
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	3.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	4	3.00
ปริญญาตรี	4	3.00
ปริญญาโท	1	0.60
สถานภาพ		
โสด	10	7.40
สมรส	81	60.00
หม้าย/ หย่า/ แยก	44	32.60
ลักษณะการอยู่อาศัย		
อยู่คนเดียว	12	8.88
อยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน	115	85.20
อยู่กับญาติพี่น้อง	8	5.92
จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ร่วมกัน		
อาศัยอยู่เพียงลำพัง	12	8.90
อาศัยอยู่ 2-5 คน	112	83.00
อาศัยอยู่มากกว่า 5 คน	11	8.10
รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน	116	85.90
5,001-10,000 บาทต่อเดือน	12	8.90
10,001-15,000 บาทต่อเดือน	4	3.00
15,001-20,000 บาทต่อเดือน	1	0.70
มากกว่า 30,000 บาทต่อเดือน	2	1.50



ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=135) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	95	70.40
ไม่เพียงพอ	40	29.60
การมีโรคประจำตัว		
ไม่มี	51	37.80
มี	84	62.20
โรคประจำตัว		
โรคความดันโลหิตสูง	7	8.30
โรคเบาหวาน	17	20.20
โรคไตเรื้อรัง	3	3.50
โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน	57	68.00
แหล่งบริการสุขภาพที่ใช้บริการประจำ		
ร้านขายยา	6	4.40
คลินิก	2	1.50
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	106	78.50
โรงพยาบาลระดับอำเภอ	20	14.80
โรงพยาบาลระดับจังหวัดหรือศูนย์การแพทย์	1	.80

2. ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับค่อนข้างดี (Mean=3.65, S.D.= .83) การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.62, S.D.= .48) เมื่อแยกรายด้านพบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.63, S.D.= .45) ด้านการประเมินอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.64, S.D.= .45) ด้านข้อมูลอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.61, S.D.= .49) และด้านทรัพยากรอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.60, S.D.= .52) ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.67, S.D.= .52) เมื่อแยกตามองค์ประกอบพบว่า องค์ประกอบที่ 1 การรับรู้ความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.28, S.D.= .62) องค์ประกอบที่ 2 ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงสาเหตุความผิดปกติทางจิตอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.40, S.D.= .46) องค์ประกอบที่ 3 ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเองอยู่ในระดับสูง (Mean=4.10, S.D.= .43) องค์ประกอบที่ 4 ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง (Mean= 3.78, S.D.= .56) องค์ประกอบที่ 5 ทักษะการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสมอยู่ในระดับสูง (Mean= 4.05, S.D.= .51) และองค์ประกอบที่ 6 ความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.40, S.D.= .61) ดังแสดงในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของตัวแปรในการศึกษา (n=135)

ตัวแปร	Mean	S.D.	ระดับ
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	3.65	.83	ค่อนข้างดี
การสนับสนุนทางสังคม (โดยรวม)	3.62	.48	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์	3.63	.45	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมิน	3.64	.45	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล	3.61	.49	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากร	3.60	.52	ปานกลาง
ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (โดยรวม)	3.67	.52	ปานกลาง
องค์ประกอบที่ 1 การรับรู้ความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจ	3.28	.62	ปานกลาง
องค์ประกอบที่ 2 ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงสาเหตุความผิดปกติทางจิต	3.40	.46	ปานกลาง
องค์ประกอบที่ 3 ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง	4.10	.43	สูง
องค์ประกอบที่ 4 ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการแสวงหาความช่วยเหลือจาก	3.78	.56	สูง
บุคลากรด้านสุขภาพ			
องค์ประกอบที่ 5 ทักษะการติดต่อการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม	4.05	.51	สูง
องค์ประกอบที่ 6 ความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต	3.40	.61	ปานกลาง

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ อายุ ($r=-.420$, $p<.001$) การสนับสนุนทางสังคม ($r=.372$, $p<.001$) และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ($r=.556$, $p<.001$) ส่วนระดับการศึกษาและรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน (n=135)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	P-value
ระดับการศึกษา	.015 (r_s)	.860
อายุ	-.420 (r)	<.001
รายได้	-.117 (r_s)	.175
การสนับสนุนทางสังคม	.372 (r)	<.001
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	.556 (r)	<.001

r ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

r_s ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

สรุปและอภิปรายผล

1. ผู้สูงอายุในการศึกษานี้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.67, S.D.=.52) โดยองค์ประกอบที่ 1 การรับรู้ความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง องค์ประกอบที่ 2 ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงสาเหตุความผิดปกติทางจิตอยู่ในระดับปานกลาง องค์ประกอบที่ 3 ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเองอยู่ในระดับสูง องค์ประกอบที่ 4 ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง องค์ประกอบที่ 5 ทักษะการติดต่อการรับรู้และการแสวงหา



ความช่วยเหลือที่เหมาะสมอยู่ในระดับสูง และองค์ประกอบที่ 6 ความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง สามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 71.02 (S.D.=5.33) ซึ่งจัดว่าอยู่ในวัยสูงอายุตอนกลาง ถือว่าเป็นวัยที่มีการเสื่อมถอยของร่างกายไปตามกระบวนการชรา เริ่มมีความบกพร่องด้านร่างกาย โดยเฉพาะการมองเห็นและการได้ยิน รวมถึงสติปัญญาและการรับรู้ มีผลต่อความคิดหรือการจดจำข้อมูลต่าง ๆ ที่ลดลง⁽²⁵⁾ ทำให้มีความยากลำบากในการรับรู้และการค้นหาข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจิต ส่งผลให้ผู้สูงอายุในการศึกษานี้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่ไม่สูงมากหรือในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจังหวัดพะเยาอยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุตอนกลางเช่นเดียวกัน⁽¹³⁾ แต่ทั้งนี้ผู้สูงอายุในการศึกษานี้ก็มิได้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่อยู่ในระดับต่ำจนเกินไป อาจเนื่องมาจากส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 60.00 และส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลานร้อยละ 85.20 มีสมาชิกอาศัยอยู่รวมภายในบ้าน 2-5 คน ร้อยละ 83 ส่งผลให้ได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพจิตและการสนับสนุนช่วยเหลือด้านอื่นๆ จากบุคคลในครอบครัว สอดคล้องกับทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ⁽¹⁶⁾ อีกทั้งผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีการใช้แหล่งบริการสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมากที่สุด ร้อยละ 78.50 จึงอาจเป็นอีกเหตุผลที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพจิตจากการเข้ารับบริการ เพราะเนื่องจากการบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นลักษณะการบริการแบบปฐมภูมิ โดยงานด้านสุขภาพจิตของหน่วยบริการปฐมภูมินั้นการบริการแบบเชิงรุกช่วยในการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตทั้งในหน่วยบริการและชุมชน⁽²⁶⁾ ส่งผลให้ผู้สูงอายุในการศึกษานี้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับปานกลาง

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน สามารถอธิบายได้ดังนี้

อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน ($r=-.420$, $p<.001$) อธิบายได้ว่า เมื่ออายุมากขึ้น บุคคลจะเริ่มมีการเสื่อมสมรรถภาพของร่างกายตามวัย โดยผู้สูงอายุจะเริ่มมีความบกพร่องการมองเห็นและได้ยิน⁽²⁵⁾ ส่งผลต่อกระบวนการรับรู้หรือการเข้าถึงแหล่งข้อมูล ความคิด ความจำและการรับรู้ที่ลดลง⁽²⁵⁾ ทำให้กระบวนการเรียนรู้ คิววิเคราะห์ การจดจำข้อมูลไม่เท่าที่ควร จึงกล่าวได้ว่าเมื่ออายุมากขึ้นจะทำให้บุคคลเกิดข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลความรู้ต่างๆ รวมถึงความรู้ด้านสุขภาพจิต ส่งผลต่อการรับรู้ของบุคคลในความเข้าใจความผิดปกติทางจิต ปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของความผิดปกติทางจิต ทักษะคิดต่อความผิดปกติทางจิต และการแสวงหาความช่วยเหลือเมื่อเกิดความผิดปกติทางจิต สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต⁽¹⁴⁾ และอายุที่เพิ่มมากขึ้นเป็นปัจจัยพยากรณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่ลดลงในผู้สูงอายุ^(15,16)

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน ($r=.372$, $p<.001$) อธิบายได้ว่า หากบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมและมีเครือข่ายทางสังคมที่ดี จะเป็นปัจจัยสนับสนุนทำให้ผู้สูงอายุเกิดความตระหนักและสามารถจัดการหรือป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่จะเกิดขึ้นกับตนเองได้⁽²⁷⁾ การสนับสนุนทางสังคม คือ การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือดูแลสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร การให้กำลังใจ การช่วยเหลือด้านวัตถุทรัพยากร และการบริการ จากบุคคลรอบข้างในสังคม ไม่ว่าจะเป็นคนในครอบครัว บุคลากรด้านสุขภาพ หรือแม้แต่กลุ่มเพื่อนร่วมงานหรือคนในสังคมที่อยู่อาศัยอยู่ร่วมกัน

ตามแนวคิดของ House⁽²¹⁾ จึงกล่าวได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ จะทำให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ข้อมูลข่าวสาร มีความพร้อมในด้านทรัพยากรและอุปกรณ์ในการดูแลตนเอง รวมถึงมีกำลังใจการดำรงชีวิต ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้ ความตระหนักทางด้านสุขภาพจิตมากขึ้น สามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งการศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลางทั้งด้านการสนับสนุนอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูล ข่าวสาร และด้านทรัพยากร การสนับสนุนเหล่านี้จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ สอดคล้อง กับงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ⁽¹⁶⁾

การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน ($r=.556$, $p<.001$) อธิบายได้ว่า เมื่อบุคคลมีการรับรู้สถานะด้านสุขภาพของตนเองดีหรืออยู่ในระดับสูง แสดงว่าบุคคลนั้นมีการรับรู้สุขภาพของตนเองแข็งแรงและสมบูรณ์ มีการดูแลสุขภาพตนเองเป็นอย่างดี มีความพร้อมในการดูแลสุขภาพ มีพฤติกรรมและทักษะการช่วยเหลือตนเองที่ดี⁽²⁷⁾ ส่งผลให้บุคคลมีความพยายามในการดูแลตนเองทั้งด้าน สุขภาพกายและจิตใจ ทำให้มีความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตที่ดี เกิดการรับรู้และสามารถป้องกัน รวมถึงจัดการปัญหาสุขภาพจิตของตนเองได้อย่างเหมาะสม ปัจจุบันจึงมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรอบรู้ด้าน สุขภาพจิต สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้าน สุขภาพจิต^(14,16)

ส่วนปัจจัยด้านระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน ไม่ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต^(14,16) อธิบายได้ ว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีระดับรอบรู้ด้านสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน เนื่องจากบุคคลไม่ว่าจะมี ระดับการศึกษาใด จะสามารถแสวงหาและเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้ด้วยตนเองจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ⁽²⁸⁾ ซึ่งกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษานี้เป็นลักษณะชุมชนชนบท อยู่ภายใต้การดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีลักษณะการดูแล แบบปฐมภูมิเน้นการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพกายและจิตใจ⁽²⁶⁾ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างนี้สามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูล ได้จากการได้รับบริการ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างอยู่ในพื้นที่และบริบทเดียวกัน การได้รับการดูแลรวมถึงการได้รับความรู้ด้าน สุขภาพจิตจึงอยู่ในรูปแบบเดียวกัน การศึกษานี้จึงกล่าวได้ว่า ไม่ว่าจะระดับการศึกษาใด ย่อมมีความรอบรู้ด้าน สุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน

รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนแตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า รายได้สัมพันธ์เชิงบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต⁽¹⁴⁾ ผู้ที่มีรายได้สูงจะสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลสุขภาพได้ ดีกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ จากการมีทางเลือกหลายช่องทางในการสืบค้นข้อมูล ส่งผลให้มีความฉลาดรอบรู้ด้านสุขภาพจิต⁽¹⁴⁾ เมื่อพิจารณาข้อมูลจะเห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ไม่แตกต่างกันหรืออยู่ในระดับเดียวกันคือต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 85.90 และส่วนใหญ่ใช้บริการสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมากถึง ร้อยละ 78.50 ทำให้กลุ่มตัวอย่างนี้ได้รับการสนับสนุนการเข้าถึงแหล่งข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพจิตจากหน่วยบริการปฐมภูมิหรือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นหน่วยงานที่เน้นการดูแลส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพกายและจิตใจใน ชุมชน⁽²⁶⁾ ดังนั้น การศึกษานี้ ไม่ว่าผู้สูงอายุจะมีรายได้เท่าใดก็ตาม แต่ยังได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือดูแลด้าน สุขภาพจิตจากช่องทางอื่นๆ ในรูปแบบเดียวกัน จึงทำให้รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต



ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ พยาบาลหรือผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการศึกษาไปเป็นเป็นข้อมูลพื้นฐานในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน โดยมุ่งเน้นการสนับสนุนทางสังคมและการให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงภาวะสุขภาพของตนเอง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเพิ่มเติม หรือศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกมาพัฒนาแนวทางการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และควรพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุโดยมุ่งเน้นการสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ภาวะสุขภาพ
2. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนที่อาศัยอยู่ในชนบท ควรขยายผลการศึกษาเพิ่มเติมในพื้นที่บริบทอื่นๆ เช่น ชุมชนเมือง อาจทำให้ได้ผลการศึกษาที่แตกต่างกัน เป็นการขยายองค์ความรู้ให้เพิ่มขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด ที่สนับสนุนทุนโครงการวิจัยครั้งนี้



เอกสารอ้างอิง

1. United Nations. 2019 UNIDOP celebrates “The journey to age equality” [Internet]. 2019 [cited 2021 Dec 20]. Available from: <https://www.un.org/development/desa/ageing/international-day-of-older-persons-homepage/2019unidop.html?>
2. Department of Older Persons. Olde statistics of Thailand [Internet]. 2022 [cited 2023 Apr 28]. Available from: <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/335>
3. Opasanant P. Elderly nursing in the 21st century. 2nd ed. Phayao: Textbook Project Faculty of Nursing University of Phayao; 2016.
4. World Health Organization. Mental health of older adults [Internet]. 2017 [cited 2021 Dec 20]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
5. Khakhuen S, Kongmaha H, Phantong W, Thasanoh Elte P. Mental health and related factors among older adults. JHNR 2020;36(3):151-63. (in Thai)
6. Chompoopan W, Chompoopan W, Seedaket S, Kechit T, Eungpinichpong W, Srikongphlee V. Effects of new-normal health care for the elderly with anxiety for the global COVID-19 pandemic situation. J Hlth Sci Res 2021;15(1):81-92. (in Thai)
7. Chomchan S, Paenkaew J, Aunban P. A Survey on depression among older adults with chronic disease, attending community hospital in Mea-rim District of Chiang Mai. JNATNO 2016;22(2):28-35. (in Thai)
8. National Statistical Office of Thailand. Thai mental health (happiness) survey 2014. Bangkok: National Statistical Office of Thailand; 2014.
9. Wongpanarak N, Chaleoykitti S. Depression: a significant mental health problem of elderly. JRTAN 2014;15(3):24-31. (in Thai)
10. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P. Mental health literacy: a survey of the public’s ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. Med J Aust 1997;166:182-6.
11. Jorm AF. Mental health literacy: public knowledge and beliefs about mental disorders. Br J Psychiatry 2000;177:396-401.
12. Spiranovic C, Matthews A, Scanlan J, Kirkby KC. Personally controlled electronic health records in Australia: challenges in communication of mental health information. Adv Ment Health 2014;12(2):147-54.



13. Boonpichachan P, Panuthai S, Tamdee D. Mental health literacy and psychological well-being among dependent elders. *Nursing Journal CMU* 2022;49(1):186-99. (in Thai)
14. Yu Y, Liu ZW, Hu M, Liu XG, Liu HM, Yang JP, et al. Assessment of mental health literacy using a multifaceted measure among a Chinese rural population. *BMJ open* 2015;5(10):1-9.
15. Piper SE, Bailey PE, Lam LT, Kneebone II. Predictors of mental health literacy in older people. *Arch Gerontol Geriatr* 2018;79:52-6.
16. Kim YS, Lee HY, Lee MH, Simms T, Park BH. Mental health literacy in Korean older adults: a cross-sectional survey. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2017; 24:523-33.
17. Ministry of Public Health. Population of Thamuang Sub-district, Selaphum District, Roi Et Province 2022 [Internet]. 2022 [cited 2023 Jan 10]. Available from: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports>
18. Sonthitham K, Palapol T, Injumba C, Sayeun C, Phengphol N, Jantanam W. Factors correlated with depression among the elderly people with chronic disease in community. *J of RoiET* 2021;14(2):193-204. (in Thai)
19. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Method* 2007; 39(2):175-91.
20. Cohen J. Quantitative methods in psychology: A power primer. *Psychol Bull* 1992;112(1):155-9.
21. House JS. The nature of social support in M.A. Reading (Ed.), *Work stress and social support*. California: Addison-Wesley; 1981.
22. Best JW. *Research in education*. 3rd ed. New Jersey: Prentice-Hall; 1977.
23. Yamchanchai W. The relationships between perceived self-efficacy, perceived health status and health-promoting behaviors in elderly persons [Thesis]. Nakhonpathom: Mahidol University; 1995. (in Thai)
24. Posai V, Boonchoo R, Watradul D, Makkabphalanon K, Thangkratok P. Mental health literacy and quality of life among patients with stroke. *Chiang Mai Med J* 2021;60(1):63-74. (in Thai)
25. Touhy TA, Jett K. Ebersole and Hess' gerontological nursing & health aging. 5th ed. St. Louis: Elsevier; 2018.
26. Srivanichakorn S. Mental health and primary care / family medicine. *PCFM* 2021;4(1):4-7. (in Thai)



27. Thangkratok P, Palacheewa N, Trainattawan W, Boonpradit P. Mental health literacy: concept and application for mental health problem prevention in older adults. Chiang Mai Med J 2020;59(3):163-72. (in Thai)
28. Kaeodumkoeng K. Health literacy: access, understand and application. Bangkok: Amarin Printing & Publishing; 2018.