

ความรอบรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย และพฤติกรรมการแสวงหาความช่วยเหลือทางสุขภาพจิต ของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

Depression and Suicide Literacy and Mental Health Seeking Behavior among Family Caregivers of Older People in Community

ผจงจิต ไกรถาวร สุวัจน น้อยเนม*

Phachongchit Kraithaworn Suwatjana Noinam*

โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10400

Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand 10400

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย และพฤติกรรมการแสวงหาความช่วยเหลือทางสุขภาพจิต ของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐม จำนวน 400 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรอบรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย แบบสอบถามการขอความช่วยเหลือ และการแสวงหาความช่วยเหลือทางสุขภาพจิต ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิและตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม ได้ค่าเท่ากับ .94 และ .81 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยายและสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน สเปียร์แมน พอยท์ไบซีเรียลและไบซีเรียล

ผลการศึกษา พบว่า ความรอบรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแสวงหาความช่วยเหลือทางสุขภาพจิต ($r_s = .249, p < .01$) อายุ ($r = -.142, p < .01$) และการศึกษา ($r_b = .380, p < .01$) และความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการแสวงหาความช่วยเหลือทางสุขภาพจิตกับ อายุ และการศึกษา พบว่าพฤติกรรมการแสวงหาความช่วยเหลือทางสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับอายุ ($r_s = -.149, p < .01$) และการศึกษา ($r_b = .251, p < .05$) ดังนั้นพยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพควรจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายให้กับญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมให้เกิดความรอบรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย อันจะนำไปสู่การเข้าถึงบริการทางสุขภาพจิตในผู้สูงอายุต่อไป

คำสำคัญ: ความรอบรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย พฤติกรรมการแสวงหาความช่วยเหลือทางสุขภาพจิต ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

Corresponding Author: * E-mail: watjana77@hotmail.com

วันที่รับ (received) 12 ม.ค. 2564 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 24 ก.พ. 2564 วันที่ตอบรับ (accepted) 27 มี.ค. 2564

Abstract

The purpose of this descriptive research was to examine the relationship between personal factors, depression and suicide literacy and mental health seeking behavior among family caregivers of older people in community. The sample consisted of 400 family caregivers of older people in Nakhon Pathom province. The measurements used for data collection were personal information questionnaires, the depression and suicide literacy questionnaire, actual mental help and mental health seeking behavior questionnaire. The measurements were tested for content validity and reliability. The reliability of measurements was .94 and .81. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's product moment correlation, Spearman's rank correlation, Point Biserial and Biserial correlation. The findings revealed that depression and suicide literacy was significantly associated with mental health seeking behavior ($r = .25, p = .01$), age ($r = -.142, p < .01$), and education ($r_b = .380, p < .01$). While the relationship between mental health seeking behavior was found to be associated with age ($r_s = -.149, p < .01$) and education ($r_b = .251, p < .05$). Consequently, nurses and health personnel should organize interventions to enhance knowledge about depression and suicide for older people's caregivers in order to foster depression and suicide literacy which may lead to further access to mental health services in older people.

Keywords: depression and suicide literacy, mental health seeking behavior, family caregivers of older people in the community

บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในวัยสูงอายุ เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียอันดับต้น ๆ ของโลก¹ องค์การอนามัยโลกรายงานว่ามีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั่วโลกประมาณ 322 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 4.4 ของประชากรโลก¹ สำหรับประเทศไทยความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ. 2559, 2562 และ 2563 พบร้อยละ 36.9, 18.5, 21.64 และ 25.61 ตามลำดับขึ้นอยู่กับเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองและประชากรที่ศึกษา^{2,3,4,5} โดยคาดว่าความชุกจะเพิ่มขึ้นเนื่องจากประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น หากผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าแล้วไม่ได้เข้าสู่กระบวนการรักษา อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด⁶ ดังนั้นการป้องกันภาวะซึมเศร้าและการช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเข้าสู่กระบวนการรักษาจึงเป็นสิ่งสำคัญ

โรคซึมเศร้าในวัยสูงอายุเกิดจากหลายสาเหตุร่วมกัน ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าอาจจะแสดงอาการที่แตกต่างจากวัยผู้ใหญ่ตอนต้นหรือวัยกลางคน โดยจะแสดงอาการทางกายมากกว่าเศร้าโศก หรือหดหู่ใจ ลักษณะอาการที่พบ ได้แก่ ไม่สุขสบายกาย อ่อนเพลีย ไร้เรี่ยวแรง เบื่ออาหาร มีปัญหาการนอน ซึ่งอาการเหล่านี้อาจเป็นผลจากโรคทางกายได้เช่นกัน

นอกจากนี้ยังมีการเคลื่อนไหวช้าลง ขาดความสนใจในสิ่งรอบตัว ไม่มีสมาธิ มีปัญหาความจำ คิดซ้ำ การตัดสินใจต่าง ๆ เสียไป หงุดหงิดง่าย โดยมักมีความผิดปกติด้านอารมณ์ไม่ชัดเจน รู้สึกผิด ไร้ค่า น้อยกว่าวัยผู้ใหญ่ตอนต้นหรือวัยกลางคน ดังนั้นโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุจึงมักถูกคัดกรองได้ยาก⁷ ทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่เหมาะสม อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด^{7,8}

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตพบว่า ครอบครัวมีส่วนสำคัญในการให้คำแนะนำและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเข้าสู่กระบวนการรักษา แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าครอบครัวจำนวนไม่มากที่กระตุ้นหรือพาผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าไปขอความช่วยเหลือจากแพทย์ เมื่อเทียบกับการพาบุตรหลานหรือบุคคลในครอบครัววัยอื่นที่มีปัญหาซึมเศร้าไปพบแพทย์⁹ สาเหตุอาจเนื่องมาจากครอบครัวมักเข้าใจผิดว่าภาวะซึมเศร้าเป็นอาการปกติของผู้สูงอายุ หรืออาจเนื่องจากการที่ครอบครัวและผู้สูงอายุเองปกปิดและไม่ยอมรับอาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้น เพราะรับรู้ว่าเป็นเรื่องน่าอาย สังคมไม่ยอมรับ^{8,9} และมีทัศนคติเชิงลบกับผู้ที่ภาวะซึมเศร้าหรือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายว่าเป็นบุคคลอ่อนแอ มีปัญหาในชีวิต จึงทำให้มีการปฏิบัติในทางลบ

และมีแนวโน้มที่จะทำให้บุคคลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องมีทัศนคติเชิงลบต่อเขาเหล่านั้นเช่นกัน¹⁰ ดังนั้นหากญาติผู้ดูแลหรือบุคคลใกล้ชิดมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับที่ดีเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุได้

ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพจิต (mental health literacy) เป็นความรู้และความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตที่ช่วยให้บุคคลเกิดการตระหนักรู้ถึงปัญหาสุขภาพจิต และสามารถป้องกันและจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างเหมาะสม บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตจะตระหนักถึงปัญหาการเจ็บป่วยทางจิต สามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเองและครอบครัวได้ และมีทัศนคติที่ดีต่อบุคคลที่มีปัญหาทางจิต¹¹ ดังนั้นความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย (depression and suicide literacy) จึงเป็นความสามารถของบุคคลในการระบุสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการหรืออาการแสดง และการรักษาบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ปัจจุบันพบว่าบุคคลทั่วไปมีความรอบรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในระดับที่ไม่เพียงพอที่จะนำตนเองไปสู่กระบวนการวินิจฉัย และการรักษาที่เหมาะสมและทันเวลาที่จากบุคลากรทางการแพทย์¹² รวมทั้งมีทัศนคติเชิงลบต่อบุคคลที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าและพยายามฆ่าตัวตาย หรือฆ่าตัวตายสำเร็จ ทั้งที่บุคคลตีตราตนเอง และถูกสังคมตีตรา ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมแสวงหาความช่วยเหลือทางสุขภาพจิตและการเข้าถึงกระบวนการช่วยเหลือทางสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ¹³ เนื่องจากบุคคลจะใช้วิธีการแก้ไขปัญหาค้นคว้าตามความเชื่อหรือความรู้ที่มีอยู่ก่อนนั้น¹¹

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพจิตในต่างประเทศพบว่าประชาชนส่วนใหญ่ขาดความสามารถในการรับรู้เกี่ยวกับอาการที่เกิดจากปัญหาสุขภาพจิต มีทัศนคติเชิงลบกับผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต และหากมีสุขภาพจิตจะหาวิธีการแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยตนเอง ไม่ขอความช่วยเหลือจากบุคลากรที่มสุขภาพ¹⁴ นอกจากนี้ความรู้ด้านสุขภาพจิตสามารถทำนายความตั้งใจในการขอความช่วยเหลือ โดยผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตจะมีแนวโน้มสูงในการขอความช่วยเหลือจากบุคลากรที่มสุขภาพหรือบุคคลอื่นเมื่อมีปัญหา และยังพบว่าความรู้ด้านสุขภาพจิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการพาผู้สูงอายุไปขอความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาสุขภาพจิต^{15,16} ซึ่งพฤติกรรมแสวงหาความช่วยเหลือทางสุขภาพจิตอาจเป็นได้ทั้ง การขอ

ความช่วยเหลือแบบเป็นทางการ (formal help) จากบุคลากรที่มสุขภาพ หรือแบบไม่เป็นทางการ (informal help) จากครอบครัว หรือเพื่อนฝูง⁹

สำหรับการศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพจิตยังมีอยู่อย่างจำกัด มีการวิจัยเฉพาะในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป¹⁷ ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะในญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยเล็งเห็นถึงความสำคัญของญาติผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นบริบทที่ใกล้ชิดและมีอิทธิพลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุมากที่สุด จึงได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย และพฤติกรรมการแสวงหาความช่วยเหลือทางสุขภาพจิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยคาดหวังว่าจะสามารถนำข้อมูลพื้นฐานจากการศึกษาครั้งนี้มาใช้ในการวางแผน พัฒนาแนวทาง หรือจัดโปรแกรม/โครงการโดยการสร้างเสริมให้เกิดความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และการฆ่าตัวตายแก่ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน รวมทั้งส่งเสริมให้เกิดการเข้าถึงบริการทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ความรอบรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย พฤติกรรมการใช้บริการทางสุขภาพจิต และพฤติกรรมการแสวงหาความช่วยเหลือทางสุขภาพจิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นอย่างไร
2. ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ เพศ การศึกษา) มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย และพฤติกรรมการแสวงหาความช่วยเหลือทางสุขภาพจิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ หรือไม่ อย่างไร
3. ความรอบรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแสวงหาความช่วยเหลือทางสุขภาพจิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย พฤติกรรมการใช้บริการทางสุขภาพจิต และพฤติกรรมการแสวงหาความช่วยเหลือทางสุขภาพจิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ เพศ การศึกษา) กับความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย และพฤติกรรมการแสวงหาความช่วยเหลือทางสุขภาพจิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย และพฤติกรรมการแสวงหาความช่วยเหลือทางสุขภาพจิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ

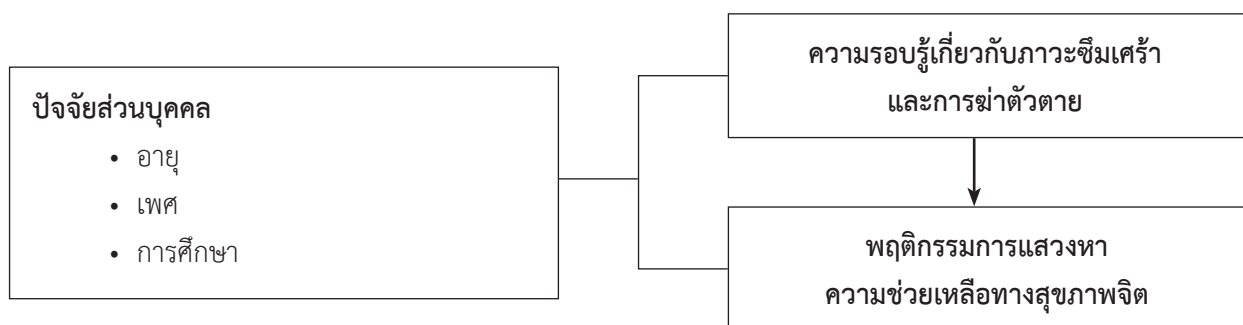
สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ เพศ การศึกษา) มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย และพฤติกรรมการแสวงหาความช่วยเหลือทางสุขภาพจิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ

2. ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการแสวงหาความช่วยเหลือทางสุขภาพจิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยบูรณาการแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพจิต¹⁸ ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพจิต เป็นความรู้ความเชื่อของบุคคล



วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) โดยเก็บข้อมูลจากญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ในพื้นที่ความรับผิดชอบของ รพ.สต. ในอำเภอพุทธมณฑล และในอำเภอสามปราน จังหวัดนครปฐม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรคือ ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน กลุ่มตัวอย่างคือ ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดนครปฐม สุ่มกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าดังนี้ 1) เป็นญาติผู้ดูแลหลัก อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือน 3) สื่อสารด้วยการพูด

เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต ช่วยทำให้บุคคลรับรู้ถึงปัญหาสุขภาพจิตและสามารถจัดการหรือป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้¹¹ ประกอบด้วย 1) ความสามารถของบุคคลในการรับรู้หรือตระหนักถึงความผิดปกติทางจิต 2) ความรู้หรือความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของความผิดปกติทางจิต 3) ความรู้หรือความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเองเมื่อมีปัญหาสุขภาพจิต 4) ความรู้หรือความเชื่อเกี่ยวกับการเข้าถึงความช่วยเหลือจากบุคลากรทีมสุขภาพ 5) ความรู้ในการค้นหาข้อมูลทางสุขภาพจิต และ 6) ทักษะที่เอื้อให้เกิดการรับรู้และแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม¹¹ ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพจิต ส่งผลให้บุคคลมีความตั้งใจที่จะขอความช่วยเหลือ อันจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมการแสวงหาความช่วยเหลือทางสุขภาพจิต^{9,13} จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความรู้ด้านสุขภาพจิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการพาผู้สูงอายุไปขอความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาสุขภาพจิต⁹ และมีปัจจัยหลายอย่างที่มีผลต่อตัวแปรดังกล่าว เช่น อายุ เพศและการศึกษา⁹ แต่ผลการศึกษาที่ผ่านมาไม่สนับสนุนและไม่สอดคล้องกัน ผู้วิจัยจึงเลือกปัจจัยดังกล่าวมาศึกษาในครั้งนี้ ดังแผนภาพ

ฟัง อ่าน เขียน ภาษาไทยได้ และ 4) มีสติสัมปชัญญะดี ไม่มี ความบกพร่องทางการรู้คิด หากอายุมากกว่า 60 ปี ต้องทดสอบสภาพสมองด้วยแบบประเมินสภาพจิตจุฬา (Chula mental test) หากได้คะแนนน้อยกว่า 15 ถือว่ามีความเสี่ยงทางสติปัญญา ผู้วิจัยจะไม่นำเข้ามาศึกษา เกณฑ์คัดออก คือ ไม่ได้เป็นญาติแต่ดูแลผู้สูงอายุ

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรคำนวณ $n = (z)^2 pq/d^2$ ของ Cochran (1963)¹⁹ โดย z = ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% = 1.96 P = สัดส่วนของเรื่องที่ศึกษา ซึ่งกำหนดค่า 0.5 $q = (1-0.5) = 0.5$ d = ระดับความถูกต้องที่ .05 จากการคำนวณได้ $n = 384$ คน ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง

ร้อยละ 5 รวมเท่ากับ 400 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลาย
ขั้นตอน (multi-stage stratified random sampling)

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล พัฒนาโดย
ผู้วิจัย เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 13 ข้อ

2) แบบสอบถามความรอบรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า
และการฆ่าตัวตาย พัฒนามาจาก 1) Depressive Literacy
Questionnaire D-Lit จำนวน 22 ข้อของ กริฟฟิธส์และ
คณะ (2004)²⁰ และ 2) Literacy of Suicide Scale (LOSS)
ของชาลส์และคณะ (2014)²¹ จำนวน 27 ข้อ ผู้วิจัยแปลและ
ปรับแบบสอบถามให้เข้ากับสังคมไทยหลังจากได้รับอนุญาต
จากผู้พัฒนา มีข้อคำถาม 34 ข้อ 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ความ
รู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย 20 ข้อ เป็นแบบเลือก
ตอบ คือ “ใช่” “ไม่ใช่” และ “ไม่แน่ใจ” ส่วนที่ 2 ความสามารถ
ในการตระหนักรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย 6 ข้อ
และส่วนที่ 3 ทักษะเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย
8 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ คือ “เห็นด้วย” “ไม่เห็นด้วย” และ
“ไม่แน่ใจ” ทั้ง 3 ส่วน ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือ
ไม่แน่ใจได้ 0 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง มีความรอบรู้
เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายมาก

3) แบบสอบถามการขอความช่วยเหลือทางสุขภาพจิต
ของ ริคคูดและคณะ (2005)²² ผู้วิจัยแปลและปรับแบบสอบถาม
ให้เข้ากับสังคมไทยหลังจากได้รับอนุญาตจากผู้พัฒนา
มีข้อคำถาม 7 ข้อใหญ่ เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ โดยข้อ
2 ใหญ่ มี 13 ข้อย่อยซึ่งเป็นแหล่งของการขอความช่วยเหลือ
คำตอบ คือ ใช่ และไม่ใช่ หากกลุ่มตัวอย่างเคยไปใช้บริการ
สุขภาพจิตจะให้ประเมินประโยชน์ที่ได้รับว่ามีประโยชน์มาก
น้อยเพียงใด ให้ค่าคะแนนเป็น 5 ระดับ จาก ไม่มีประโยชน์มาก
ที่สุด (1) จนถึงมีประโยชน์มากที่สุด (5)

4) แบบสอบถามการแสวงหาความช่วยเหลือทาง
สุขภาพจิต²² ผู้วิจัยแปลและปรับแบบสอบถามให้เข้ากับสังคม
ไทยหลังจากได้รับอนุญาตจากผู้พัฒนา มีข้อคำถาม 13 ข้อ
โดยให้ผู้ดูแลให้คะแนนระดับความน่าจะเป็นในการขอ
ความช่วยเหลือทางสุขภาพจิตใน 1 เดือนข้างหน้า หากพบว่า
ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพจิต ให้ค่าคะแนนจากน้อย (1) ไปมาก
(7) คะแนนมากหมายถึงมีความตั้งใจที่จะขอความช่วยเหลือมาก
ซึ่งการศึกษานี้ใช้เฉพาะความตั้งใจในการขอความช่วยเหลือ
จากบุคลากรทีมสุขภาพ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิง
เนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ (1) อาจารย์
พยาบาลเฉพาะทางผู้สูงอายุ (1) เฉพาะทางสุขภาพจิตและ
จิตเวช (2) และเฉพาะทางวิจัยและสุขภาพจิต (1) แบบสอบถาม
ความรอบรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย มีค่า CVI
เท่ากับ 0.96 แบบสอบถามการขอความช่วยเหลือ และ
การแสวงหาความช่วยเหลือทางสุขภาพจิตมีค่า CVI เท่ากับ
1 นำไปทดลองใช้ในญาติผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับ
กลุ่มตัวอย่าง 15 ราย โดยแบบสอบถามความรอบรู้เกี่ยวกับ
ภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย ได้ความเชื่อมั่นของคูเดอร์-
ริชาร์ดสัน (KR-21) เท่ากับ .94 แบบสอบถามการแสวงหา
ความช่วยเหลือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค
เท่ากับ .81 ส่วนแบบสอบถามการขอความช่วยเหลือไม่ได้
นำไปหาค่าความเชื่อมั่นเนื่องจากเป็นการให้กลุ่มตัวอย่างตอบ
คำถามว่าท่านได้ขอคำปรึกษาจากแหล่งช่วยเหลือต่าง ๆ เหล่า
นี้หรือไม่ คำตอบคือ ใช่ และไม่ใช่ เท่านั้น

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล
รามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ COA.MURA2019/135
วันที่ 4 มีนาคม 2562 พิกัดสิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยแจ้ง
ให้ทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล
และมีเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สามารถหยุดให้ข้อมูล
ได้ตลอดเวลาหากต้องการโดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล และไม่มี
ผลกระทบใดๆ ต่อผลประโยชน์ที่จะได้รับ ข้อมูลทั้งหมดจะมี
การนำเสนอในภาพรวมตามความจริง โดยไม่ระบุชื่อ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

ผู้วิจัยทำหนังสือถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด
นครปฐม และสาธารณสุขอำเภอ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล
จากนั้นขอเข้าพบผู้อำนวยการ รพ.สต. พื้นที่ที่ทำการศึกษา
เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขออนุญาตเข้าถึงกลุ่ม
ตัวอย่าง ทีมผู้วิจัยถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง โดย
แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ชี้แจง
การพิทักษ์สิทธิ และให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย ถ้าอายุ
มากกว่า 60 ปี จะให้ทำแบบประเมินสภาพจิตใจ หากคะแนน
น้อยกว่า 15 จะไม่นำเข้ามาศึกษา จากนั้นให้ทำแบบสอบถาม

ด้วยตนเอง ถ้ามีปัญหาในการอ่าน ทีมผู้วิจัยจะอ่านให้ฟังและ
ให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบ ใช้เวลาทำประมาณ 35 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลและตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้สถิติเชิง
พรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง 1) อายุและ
ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย ใช้สถิติ
Pearson's Product Moment Correlation 2) อายุ และ
พฤติกรรมการแสวงหาความช่วยเหลือทางสุขภาพจิต ใช้สถิติ
Spearman's rank correlation 3) วิเคราะห์ความสัมพันธ์
ระหว่างเพศ การศึกษา และความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า
และการฆ่าตัวตาย และพฤติกรรมการแสวงหาความช่วยเหลือ
ทางสุขภาพจิตด้วย Point Bi Serial และ Bi serial correlation
และ 4) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับ
ภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายและพฤติกรรมการแสวงหา
ความช่วยเหลือทางสุขภาพจิต ใช้สถิติ Spearman's Rank
Correlation เนื่องจากข้อมูลไม่เป็น normality

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 73.3)
อายุตั้งแต่ 18-81 ปี อายุเฉลี่ย 48.7 ปี (SD = 13.6) ส่วนใหญ่
นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 99.3) เกินครึ่งมีสถานภาพสมรสคู่
(ร้อยละ 58.5) และโสดร้อยละ 34.3 จบการศึกษาระดับประถม
ศึกษาที่ 1-4 มากที่สุด (ร้อยละ 27.3) รองลงมาคือ ปริญญาตรี
และประถมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 23.8 และ 14.8)
ตามลำดับ ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย มากที่สุด
(ร้อยละ 21.3) และไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 15.8 มีรายได้
เฉลี่ย 14,731.6 บาทต่อเดือน เกินครึ่งมีรายได้พอใช้แต่ไม่เหลือ
เก็บ (ร้อยละ 52) เกือบร้อยละ 70 ของญาติผู้ดูแลเป็นบุตรหลาน

ผลการวิเคราะห์

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายและพฤติกรรมการ
การแสวงหาความช่วยเหลือทางสุขภาพจิต (n = 400)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. เพศ	1				
2. อายุ	.131**	1			
3. การศึกษา	-.055	-.488**	1		
4. ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย	-.015	-.142r**	.380r _b **	1	
5. พฤติกรรมการแสวงหาความช่วยเหลือทางสุขภาพจิตแบบเป็นทางการ	-.046	-.149r _s **	.251r _b *	.249r _s **	1

*p < .05, ** p < .01 r_s = Spearman's rank correlation, r_b = Biserial correlation r = Pearson's correlation

ของผู้สูงอายุ (ร้อยละ 65.5) รองลงมาคือ เป็นสามี ภรรยา
(ร้อยละ 19.3) จำนวนผู้สูงอายุที่ดูแลมีตั้งแต่ 1-5 คน เกือบ
ร้อยละ 80 ดูแลผู้สูงอายุ 1 คน (ร้อยละ 74.5) ระยะเวลาที่อยู่
ด้วยกันมีตั้งแต่ 1-83 ปี เฉลี่ย 32.7 ปี (SD = 17.2) ร้อยละ 67.8
เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า โดยเกินครึ่งได้รับความรู้
จากข่าววิทยุ/โทรทัศน์/หนังสือพิมพ์ (ร้อยละ 55.5) รองลงมา
คือจากอินเทอร์เน็ต ร้อยละ 24.8 และร้อยละ 12 ได้รับความรู้
จาก อสม. พยาบาล เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และแพทย์ เป็นต้น
ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิตในช่วงสองสัปดาห์ที่ผ่านมา
(ร้อยละ 85.5) และไม่เคยพบบุคลากรที่สุขภาพจิต (ร้อยละ
97.3) มีเพียงร้อยละ 2.7 ที่เคยไปพบที่สุขภาพจิต เฉลี่ย 2.1
ครั้งต่อปี และหากหนึ่งเดือนข้างหน้าพบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาจน
ทำให้เศร้า เบื่อหน่ายท้อแท้ หดหู่ในชีวิต มีผลต่อการปฏิบัติ
กิจวัตรประจำวัน หน้าที่การงาน และสัมพันธภาพ มีความเป็น
ไปได้มากที่สุดที่กลุ่มตัวอย่างจะขอคำปรึกษาจากคู่อุปการ
ร้อยละ 28.3 ปรึกษาบิดามารดา ร้อยละ 23.3 และร้อยละ 11
จะปรึกษาบุตรหลาน

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60.5 มีความรู้เกี่ยวกับภาวะ
ซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายระดับปานกลาง และเมื่อแยก
วิเคราะห์ห้วงองค์ประกอบรายด้าน พบว่า 1) ร้อยละ 61.8 มีความ
รู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายระดับปานกลาง
2) ร้อยละ 36.8 มีความสามารถในการตระหนักรู้เกี่ยวกับ
ภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายระดับน้อย และ 3) ร้อยละ 56.0
มีทัศนคติเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายระดับมาก
ในขณะที่ร้อยละ 56.2 มีพฤติกรรมการแสวงหาความช่วยเหลือ
ทางสุขภาพจิตแบบเป็นทางการระดับปานกลาง และครึ่งหนึ่ง
ของกลุ่มตัวอย่างจะขอความช่วยเหลือหรือปรึกษาแบบไม่เป็น
ทางการ จากคนในครอบครัว หรือเพื่อน

จากตาราง พบว่าความรอบรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์กับอายุ ($r = -.142, p < .01$) และการศึกษา ($r_b = .380, p < .01$) ในขณะที่พฤติกรรมการแสวงหาความช่วยเหลือทางสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์กับอายุ ($r_s = -.149, p < .01$) และการศึกษา ($r_b = .251, p < .05$) แต่ตัวแปรที่ศึกษาทั้งสองไม่มีความสัมพันธ์กับเพศ และพบว่าความรอบรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการแสวงหาความช่วยเหลือทางสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = .249, p < .01$)

การอภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 60 มีความรอบรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายระดับปานกลาง โดยที่เกินครึ่งมีความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายระดับปานกลาง และมีทัศนคติเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายระดับมาก ทั้งที่เกือบร้อยละ 30 ของกลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 1-4 มากที่สุด ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากมากกว่าครึ่งเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าทั้งจากข่าววิทยุ/โทรทัศน์/หนังสือพิมพ์ อินเทอร์เน็ต และจากบุคลากรทีมสุขภาพทำให้มีความรอบรู้ในเรื่องดังกล่าวในระดับปานกลาง การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เกือบร้อยละ 90 ไม่ได้ไปใช้บริการทางสุขภาพจิตในช่วงสองสัปดาห์ที่ผ่านมา เนื่องจากส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต และส่วนใหญ่ไม่เคยพบบุคลากรทีมสุขภาพจิต เนื่องจาก 1) ไม่มีปัญหา 2) เมื่อมีปัญหาแก้ไขได้เอง 3) ปรึกษาครอบครัว 4) ไม่ทราบว่าจะไปปรึกษาที่ไหน 5) กลัวค่ารักษาพยาบาลแพง 6) ไม่กล้าไป อายุ และ 7) การเข้าถึงค่อนข้างยาก เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่บุคคลจะไม่ใช้บริการสุขภาพจิตเนื่องจากรับรู้ว่ามีปัญหาที่เกิดขึ้นไม่รุนแรงและไม่รบกวนการใช้ชีวิตในแต่ละวัน²³ สำหรับพฤติกรรมการแสวงหาความช่วยเหลือทางสุขภาพจิตแบบเป็นทางการ พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง และครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างขอความช่วยเหลือหรือปรึกษาแบบไม่เป็นทางการจากคนในครอบครัว หรือเพื่อน เนื่องจากคนส่วนใหญ่หากประเมินว่าปัญหานั้นไม่รุนแรงสามารถแก้ไขได้ด้วยตนเองหรือปรึกษาคนใกล้ชิดได้ก็จะไม่ไปขอรับบริการจากบุคลากรทีมสุขภาพ แต่ถ้าหากพบว่าเป็นปัญหาที่รุนแรงและรู้สึกสับสนใจที่จะพูดคุยปัญหาส่วนตัวกับผู้เชี่ยวชาญมีความเป็นไปได้อย่างมากที่จะไปขอความช่วยเหลือในอนาคต²⁴ นอกจากนี้การที่ญาติ

ผู้ดูแลมีระยะเวลาในการอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุมาเป็นเวลานาน บางรายอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุตั้งแต่เกิด จึงทำให้เกิดความรู้สึกใกล้ชิดผูกพัน มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน ส่งผลให้เมื่อผู้สูงอายุเกิดมีปัญหาด้านสุขภาพทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตก็จะสามารถตระหนักได้ว่าผู้สูงอายุมีปัญหาและต้องรีบให้การช่วยเหลือ โดยใช้วิธีปรึกษาตนเองก่อนภายในครอบครัว หากประเมินว่าปัญหามีความรุนแรงไม่สามารถช่วยเหลือกันเองได้ก็จะพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรอบรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย และพฤติกรรมการแสวงหาความช่วยเหลือทางสุขภาพจิต พบว่าอายุและการศึกษามีความสัมพันธ์กับตัวแปรทั้งสอง โดยอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรอบรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย และพฤติกรรมการแสวงหาความช่วยเหลือทางสุขภาพจิต สามารถอธิบายได้ว่าอายุที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้สมรรถภาพของร่างกายเสื่อมถอยลง โดยเฉพาะความสามารถในการเรียนรู้ อาจทำให้ความสามารถในการรับรู้หรือตระหนักถึงความผิดปกติทางจิต ความเข้าใจในการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย ทัศนคติที่เอื้อให้เกิดการรับรู้และแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม ตลอดจนการแสวงหาความช่วยเหลือหรือการใช้บริการทางสุขภาพจิตน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างวัยอื่น ๆ รวมกับอายุที่มากขึ้นมีแนวโน้มที่จะเชื่อว่าปัญหาสุขภาพจิตเกิดจากความอ่อนแอของตัวบุคคลเองไม่จำเป็นต้องขอความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อรับการรักษา¹⁷ แตกต่างกับการศึกษาที่พบว่า ญาติผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่า 45 ปีขึ้นไป ที่ดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจะมีพฤติกรรมการแสวงหาความช่วยเหลือทางสุขภาพจิตมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ²⁵

ส่วนปัจจัยทางด้านการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย และพฤติกรรมการแสวงหาความช่วยเหลือทางสุขภาพจิต อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาสูงจะสามารถรับรู้และทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย มีทักษะในการสนับสนุนและช่วยเหลือบุคคลรอบข้างที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างเหมาะสม ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาน้อยจะมีความรู้และทัศนคติที่ไม่ดีต่อบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต^{26,27} แตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าระดับการศึกษาของญาติผู้ดูแล ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแสวงหาความช่วยเหลือทางสุขภาพจิต²⁵ การศึกษาครั้งนี้พบว่าเพศไม่มีความ

สัมพันธ์กับตัวแปรทั้งสอง ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าญาติผู้ดูแลเพศหญิงต้องรับผิดชอบดูแล้วยรุ่นที่มีปัญหาอารมณ์แปรปรวนมากกว่าเพศชาย และพบว่าญาติเพศหญิงมีความรอบรู้ทางสุขภาพจิตสูงกว่าและมีทัศนคติต่อผู้ป่วยทางจิตดีกว่าเพศชาย^{27,28}

ผลการศึกษาพบว่าความรอบรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมแสวงหาความช่วยเหลือทางสุขภาพจิต ซึ่งความรอบรู้ทางสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมทั้งในภาวะสุขภาพที่ปกติและผิดปกติ บุคคลที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพดีย่อมมีการดูแลตนเองดี²⁹ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาความช่วยเหลือ³⁰ และความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของญาติผู้ดูแล้วยรุ่นที่มีปัญหาอารมณ์แปรปรวนมีความสัมพันธ์กับจำนวนครั้งและคุณภาพของการใช้บริการทางด้านสุขภาพจิต²⁷ อธิบายได้ว่าญาติผู้ดูแลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตจะสามารถตระหนักถึงความผิดปกติทางจิต มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับสาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยง มีความรู้ในการหาข้อมูลและมีทัศนคติที่เอื้อให้เกิดการรับรู้และแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม¹⁸ ดังนั้นญาติผู้ดูแลควรได้รับการพัฒนาความรอบรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย เพื่อที่จะได้ช่วยคัดกรองภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ รวมทั้งส่งต่อผู้สูงอายุไปรับการวินิจฉัยและรักษาจากแพทย์โดยเร็วต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) นำความรู้ไปใช้จัดโครงการสร้างเสริมความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายให้แก่ญาติผู้ดูแลและคนในชุมชน รวมทั้งให้ความรู้ในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตสายด่วนและเว็บไซต์กรมสุขภาพจิต

2) นำความรู้ไปถ่ายทอดให้กับนักศึกษาพยาบาล เพื่อให้เห็นความสำคัญของญาติผู้ดูแลที่มีต่อการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย และการให้ความช่วยเหลือทางสุขภาพจิตเบื้องต้นแก่ผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ศึกษาปัจจัยทำนายความรอบรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย และพฤติกรรมแสวงหาความช่วยเหลือทางสุขภาพจิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

2) ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้รูปแบบและแนวทางในการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้ทุนสนับสนุนงานวิจัย ศ.พญ.ดวงใจ กสานติกุล และ รศ.ดร. นพวรรณ เปียชื่อ ที่ให้คำปรึกษาในการทำวิจัยครั้งนี้ และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้คำปรึกษา และตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

References

1. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva, Switzerland: WHO Document Production Services; 2017.
2. Bunloet A. Prevalence and factors associated with depression among the elderly community residents with chronic diseases in Samliam urban primary care unit, Khon Kaen. Srinagarind Med J. 2016;31(1):25-33. (in Thai)
3. Charoensakulchai S, Usawachoke S, Kongbangpor W, et al. Prevalence and associated factors influencing depression in older adults living in rural Thailand: A cross-sectional study. Geriatr. Gerontol. Int. 2019;19:1248-1253. <https://doi.org/10.1111/ggi.13804>
4. Saelim S. Prevalence and associated factors of depression in the elderly in Muang district, Ranong province. Reg 11 Med J. 2019;31(1): 193-202. (in Thai).
5. Phantong W, Khammathi A, Saengthong W, Nilphat O, Khakhuen S. Prevalence and factors related to depression among elderly people in community hospitals. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2020;7(2):114-26. (in Thai).

6. Wongpanarak N, Chaleoykitti S. Depression: a significant mental health problem of elderly. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2014;15(3):24-31. (in Thai).
7. Pocklington C. Depression in older adults. *BJMP*. 2017;10(1):8-14.
8. Eawarangkun S. Understand and take care of depression. 2nded. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2011. (in Thai).
9. White M, Casey L. Helping older adults to help themselves: the role of mental health literacy in family members. *Aging Ment Health*. 2017;21(11):1129-37.
10. Ediriweera HW, Fernando SM, Pai NB. Mental health literacy survey among Sri Lankan carers of patients with schizophrenia and depression. *Asian J Psychiatr*. 2012;5:246-50.
11. Jorm AF, Barney LJ, Christensen H, Highet NJ, Kelly CM, Kitchener BA. Research on mental health literacy: what we know and what we still need to know. *Aust N Z J Psychiatry*. 2006;40(1):3-5.
12. Ram D, Chandran S, Gowdapp B. Suicide and depression literacy among healthcare profession students in tertiary care center in South. *J. Mood Disord*. 2017;7(3):149-55.
13. Kerebih H, Abera M, Soboka M. Pattern of help seeking behavior for common mental disorders among urban residents in southwest Ethiopia. *Qual Prim Care*. 2017;25(4):208-16.
14. Venkataraman S, Patil R, Balasundaram S. Why mental health literacy still matters: a review. *Int J Community Med Public Health*. 2019; 6(6):2723-9.
15. Yu Y, Liu Z, Hu M, Liu H, Yang JP, Zhou L, et al. Mental health help-seeking intentions and preferences of rural Chinese adults. *PLoS One*. 2015;10(11):1-16.
16. Kim YS, Rhee TG, Lee HY, Park BH, Sharratt ML. Mental health literacy as a mediator in use of mental health services among older Korean adults. *Int.Psychogeriatr*. 2017;29(2):269-79.
17. Thangkratok P, Palacheewa N, Trainattawan W, Boonpradit P. Mental health literacy: concept and application for mental health problem prevention in older adults. *CMMJ*. 2020;59(3):163-72. (in Thai).
18. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Rodgers R, 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):182-6.
19. Cochran WG. Sampling techniques. 2nd ed. New York: John Wiley and Sons; 1963.
20. Griffiths KM, Christensen H, Jorm AF, Evans K, Groves C. Effect of web-based depression literacy and cognitive-behavioral therapy interventions on stigmatizing attitudes to depression: Randomized controlled trial. *Br. J. Psychiatry*. 2004;185:342-9.
21. Chan WI, Batterham P, Christensen H, Galletly C. Suicide literacy, suicide stigma and help-seeking intentions in Australian medical students. *Australas Psychiatry*. 2014;22(2):132-9.
22. Rickwood D, Deane F, Wilson C, Ciarrochi J. Young people's help-seeking for mental health problems. *AeJAMH*. 2005; 4(3) (Supplement): 3-34.
23. Roberts T, Miguel Esponda G, Krupchanka D, Shidhaye R, Patel V, Rathod S. Factors associated with health service utilisation for common mental disorders: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2018 Aug 22;18(1):262.

24. Mojtabai R, Evans-Lacko S, Schomerus G, Thornicroft G. Attitudes toward mental health help seeking as predictors of future help-seeking behavior and use of mental health treatments. *Psychiatr Serv.* 2016; 67(6):650-7.
25. Shwetha KT, PR, D'souza L. Help seeking behavior among caregivers of psychotic patients- influence of select demographic factors. *Int j Indian psychol.* 2018;6(4):36-41.
26. Gabra RH, Ebrahim OS, Osman DMM, Al-Attar GST. Knowledge, attitude and health-seeking behavior among family caregivers of mentally ill patients at Assiut university hospitals: a cross-sectional study. *MECP.* 2020;27(10):1-8.
27. Mendenhall AN, Frauenholtz S. Predictors of mental health literacy among parents of youth diagnosed with mood disorders. *Child Fam Soc Work.* 2015;20(3):300-9.
28. Poreddi V, Blrudu R, Thimmaiah R, Math SB. Mental health literacy among caregivers of persons with mental illness: A descriptive survey. *J Neurosci Rural Pract.* 2015;6(3):355-60.
29. Tachavijitjaru C. Health literacy: a key indicator towards good health behavior and health outcomes. *Journal of The Royal Thai Army Nurses.* 2018;19 (supplement):1-11. (in Thai)