



## ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ความรู้ และการจัดการปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลงห้องแห่ จังหวัดอุบลราชธานี

ปภาดา น้อยวงศ์ ส.ม.<sup>1</sup>  
สกลสุภา สิงคิบุตร พย.ม.<sup>2</sup>

(วันรับบทความ: 30 มิถุนายน พ.ศ.2566/ วันแก้ไขบทความ: 3 สิงหาคม พ.ศ.2566/ วันตอบรับบทความ: 16 สิงหาคม พ.ศ.2566)

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ความรู้ การจัดการอาการปัญหาสุขภาพจิต และ 2) ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ความรู้ และการจัดการอาการปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลงห้องแห่ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 110 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์คัดเลือกได้แก่ 1) ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 1) เพศชายและเพศหญิง 2) มีสติปัญญาและการรับรู้ปกติ 3) สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทย 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม-มิถุนายน พ.ศ. 2566 เครื่องมือวิจัยคือ แบบสอบถาม 1 ชุด ประกอบด้วย แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต แบบวัดความรู้ และแบบวัดการจัดการปัญหาสุขภาพจิต ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87, 0.90 และ 0.88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับมาก คะแนนความรู้ที่อยู่ในระดับมาก คะแนนการจัดการปัญหาสุขภาพจิตอยู่ในระดับมาก ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรู้ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) ความรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการจัดการปัญหาสุขภาพจิตในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) และความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์กับการจัดการปัญหาสุขภาพจิตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในการวางแผนการส่งเสริมการจัดการปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ

**คำสำคัญ:** ความรอบรู้ ความรู้ การจัดการ สุขภาพจิต ผู้สูงอายุ

<sup>1</sup>อาจารย์ ประจำสาขาวิชาการพยาบาลจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

<sup>2</sup>อาจารย์ ประจำสาขาวิชาการพยาบาลเด็ก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

<sup>2</sup>ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email: tew\_jete@hotmail.com Tel: 095-9904649



## Mental Health Literacy, Knowledge, and Management of Mental Health Problems among Older Adults in Dong Hong Hae Sub-district Health Promoting Hospital, Ubon Ratchthani Province

Papada Noywong M.P.H.<sup>1</sup>

Sakonsupa Singkiboot M.N.S.<sup>2</sup>

(Received Date: June 30, 2023, Revised Date: August 3, 2023, Accepted Date: August 16, 2023)

### Abstract

This descriptive research aimed to study 1) mental health literacy, knowledge, and the management of mental health problems among older adults and 2) the relationship between mental health literacy, knowledge, and mental health problem management. The sample was 110 older adults living in the area of Dong Hong Hae Sub-district Health Promoting Hospital, Ubon Ratchathani Province. They were purposive sampled into the study according to inclusion criteria including being aged 60 years old and over, male or female, having good comprehension and perception, able to understand and communicate in the Thai language, and willing to voluntarily participate in the research. Data were collected from May to June 2023. The research tools were a set of questionnaires consisting of the mental health literacy, knowledge, and the mental health problems management questionnaires, each of which yielded Cronbach alpha coefficients showing the acceptable reliability of 0.87, 0.90 and 0.88, respectively. Descriptive statistics and Pearson Product Moment Correlations were used to analyze the data.

The results showed that the overall levels of the mental health literacy, knowledge, and mental health problems management scores were high. The mental health literacy and the knowledge were statistically significantly positively correlated at a moderate level at  $p < .001$ , and the knowledge had a statistically significant positively low correlation to the management of mental health problems at  $p < .001$ . However, mental health literacy did not show a statistically significant correlation to the management of mental health problems. The results can be used as fundamental information for medical and public health personnel to promote and improve their knowledge of mental health problem managements in older adults

**Keywords:** literacy, knowledge, management, mental health, older adult

---

<sup>1</sup>Lecturer Department of Psychiatric nursing, Boromarajonani College of Nursing, Sanpasithiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

<sup>2</sup>Lecturer Department of Pediatric Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Sanpasithiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

<sup>2</sup>Corresponding Author, Email: tew\_jete@hotmail.com Tel: 095-9904649



## บทนำ

ผู้สูงอายุเป็นวัยแห่งความเสื่อมถอย ปัจจัยที่ทำให้มีการเสื่อมเพิ่มขึ้น ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก ส่งผลกระทบต่อ การสร้างสารสื่อประสาท ฮอริโมน และเอนไซม์ต่าง ๆ ลดลง<sup>1</sup> ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ เช่น วิตกกังวล กลัว เครียด ซึมเศร้า นอนไม่หลับ<sup>2</sup> ซึ่งประเทศไทยก้าวสู่สังคมสูงอายุและมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทุกปี โดยอัตราผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2563 ในทวีปยุโรป ร้อยละ 25.70 รองลงมาคือทวีปอเมริกาเหนือ ร้อยละ 23.10 และทวีปเอเชีย ร้อยละ 13.10 ส่วนประเทศไทย ร้อยละ 18<sup>3</sup> ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ การประกันสุขภาพ โรคประจำตัว และประวัติ การหกล้ม<sup>4</sup> ปัญหาสุขภาพจิตแสดงอาการ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย เช่น ปัญหาการนอน ปวดศีรษะ ท้องอืด ท้องเสีย อ่อนเพลีย ใจเต้นเร็ว ด้านจิตใจ ได้แก่ ซึมเศร้า ท้อแท้ กลัว กังวล เครียด อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย และด้านพฤติกรรม ได้แก่ นอนไม่หลับ ซึม เฉยเฉย ก้าวร้าว พุดหรือยิ้ม คนเดียว ดิดเหง้าและติดยา<sup>4</sup> ซึ่งอาการเหล่านี้อาจกลายเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงจนกลายเป็นบุคคลที่มีปัญหาด้านโรคจิตเวช ถ้าไม่ได้รับการจัดการแก้ไขปัญหาดังแต่เริ่มมีอาการ ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพจิตเป็นการรับรู้ ความเชื่อ และทักษะในการแก้ไขปัญหา ของบุคคล โดยใช้ข้อมูลและวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้ได้อยู่เสมอ<sup>5</sup> ประกอบการมีความรู้ซึ่งเป็นสิ่งที่สั่งสมมา จากการศึกษา ค้นคว้าหรือการผ่านประสบการณ์ที่ทำให้เกิดความเข้าใจและมีความสามารถในเชิงปฏิบัติ<sup>6</sup> ซึ่งถ้าผู้สูงอายุมีทักษะและ ความสามารถแก้ไขปัญหาเพื่อธำรงรักษาไว้ซึ่งสุขภาพจิตที่ดี โดยสามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้นของตนเองได้อย่างเหมาะสม จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความแข็งแรงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทั้งนี้เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตรุนแรง จนอาจกลายเป็นบุคคลที่มีปัญหาด้านโรคจิตเวช

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทองแห่ มีสถิติในรอบ 3 เดือน พบว่า มีผู้สูงอายุเข้ารับบริการด้วยอาการนอนไม่หลับ ปวดศีรษะ ท้องอืด วิตกกังวล เครียดและซึม ซึ่งอาการเหล่านี้เป็นอาการทางสุขภาพจิต เนื่องจากไม่พบข้อมูลสนับสนุนที่มาจาก สาเหตุของโรคทางร่างกาย จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องศึกษาความรู้ด้านสุขภาพจิต ความรู้ และการจัดการอาการของปัญหา สุขภาพจิตเบื้องต้นในผู้สูงอายุ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานนำไปใช้ในการพัฒนาระบบ รูปแบบหรือโปรแกรมการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความรู้ด้านปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุและผู้เกี่ยวข้องในช่วงเวลา 7 ปีที่ผ่านมา พบว่า มีการศึกษาถึงความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง<sup>7</sup> ความรู้ด้านสุขภาพจิตและความผาสุก ทางใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง<sup>8</sup> ความรู้ทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมและศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุ<sup>9</sup> อิทธิพลของปัจจัยปกป้อง ที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน<sup>10</sup> ภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุ<sup>2</sup> ความเครียดและการเผชิญ ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคจิตเวช<sup>11</sup> ปัจจัยทำนายความรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ<sup>12</sup> ความรู้ด้านสุขภาพจิตด้านร่างกาย และจิตใจในผู้สูงอายุประเทศจีนในบ้านพักคนชรา<sup>13</sup> ปัจจัยด้านอายุและเพศเกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วย โรควิตกกังวล<sup>14</sup> และความรู้ด้านสุขภาพจิตที่ใช้เป็นสื่อกลางในการบริการด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุชาวเกาหลี<sup>15</sup> ซึ่งพบว่า การศึกษาเหล่านี้มีการศึกษาตัวแปรที่เป็นความรู้ด้านสุขภาพจิตกับภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า การเผชิญความเครียด และความผาสุก ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพจิตกับความรู้ และการจัดการอาการปัญหาสุขภาพจิต ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ด้านสุขภาพจิต ความรู้ และการจัดการอาการปัญหาสุขภาพจิต ในผู้สูงอายุที่มียังมีสุขภาพดี ซึ่งถ้าผู้สูงอายุมีความรู้จะส่งผลให้เกิดความรู้ด้านสุขภาพจิต และสามารถจัดการกับอาการของ ปัญหาสุขภาพจิตได้ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปวางแผนในการให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตขั้นรุนแรงที่อาจส่งผล ให้เกิดโรคทางจิตเวชต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

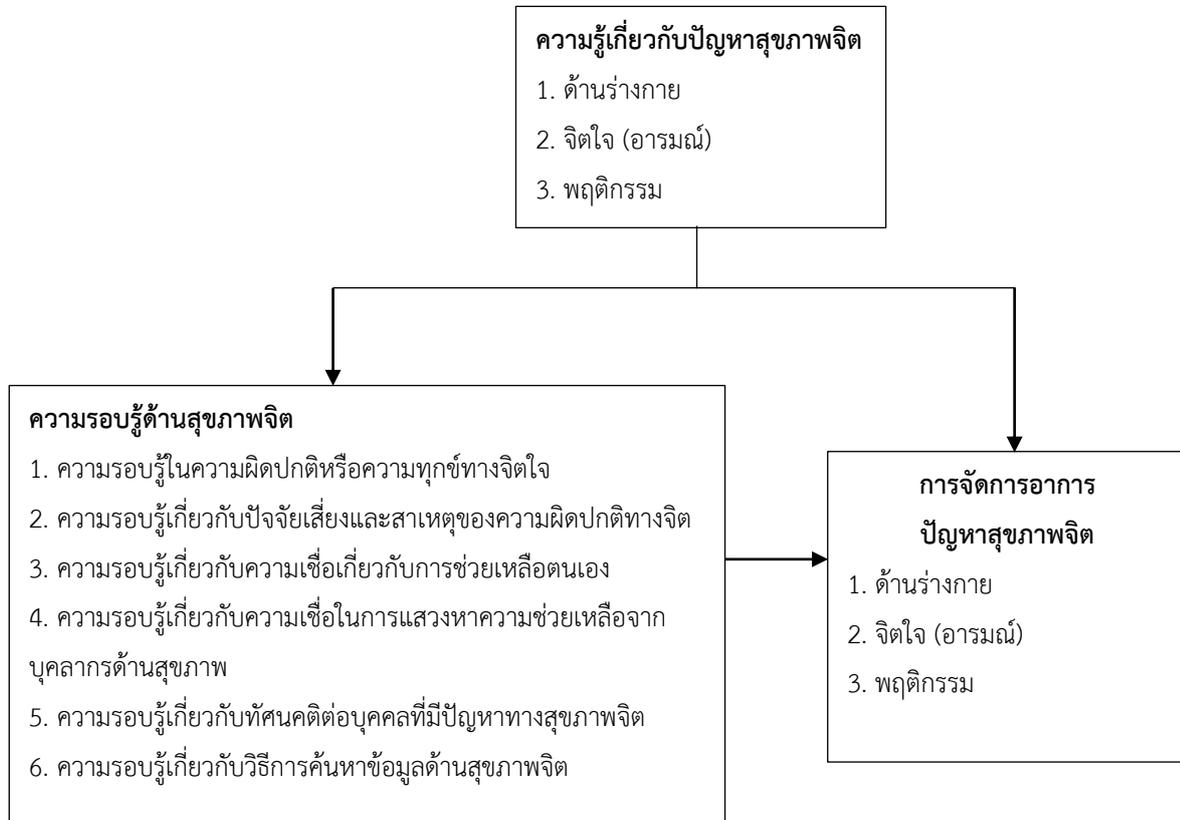
การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา

1. ความรู้ด้านสุขภาพจิต ความรู้ และการจัดการอาการปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ
2. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพจิต กับความรู้ และการจัดการอาการปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ



### กรอบแนวคิดการวิจัย

ความรู้ด้านสุขภาพจิตเป็นผลมาจากการมีความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการกับอาการปัญหาสุขภาพจิตได้ และเมื่อมีความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตจะส่งผลทำให้สามารถจัดการกับอาการปัญหาสุขภาพจิตได้ด้วย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนาแบบสหสัมพันธ์ (Descriptive correlational research)

**ประชากร** ที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลงห้องแห่ ตำบลปทุม อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 648 คน

**กลุ่มตัวอย่าง** มีคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ดังต่อไปนี้

เกณฑ์คัดเข้า: 1) ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลงห้องแห่ ตำบลปทุม อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี 2) ทั้งเพศชายและเพศหญิง 3) มีสติปัญญาและการรับรู้ปกติ 4) สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทย ด้วยการพูดและฟังได้ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก: เป็นผู้สูงอายุได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช เช่น Schizophrenia, Bipolar, Mania และป่วยทางกาย ไม่สามารถให้ข้อมูลได้

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation) โดยใช้วิธีการ Power analysis<sup>16</sup> โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power) ที่ 0.8 และค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เพื่อหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างทางการแพทย์ เป็น 0.3 โดยค่าเริ่มต้น (default) ของ G\*Power กำหนด  $\alpha/\beta=1$  (0.05/0.05=1) นั่นคือ กำหนดค่า  $\beta=0.05$  หรือ power =0.95 (1- $\beta$ , 1-0.05=0.95) จะได้ขนาดตัวอย่าง 111 คน จึงใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 110 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย ตามเลขประจำตัวผู้ป่วย (Hospital number: HN) ลงท้ายด้วยเลข 9



### เครื่องมือในการวิจัย คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การใช้โทรศัพท์มือถือ ความเพียงพอของรายได้ อาชีพปัจจุบัน การใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การมีผู้ดูแล ระดับศึกษาของผู้ดูแล การมีหน้าที่ดูแลสมาชิกในครอบครัว โรคประจำตัว งานอดิเรก การออกกำลังกาย พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการดื่มสุรา ซึ่งข้อมูลเหล่านี้เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ความรู้ และการจัดการอาการปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพจิต ประกอบด้วยความรู้จำนวน 6 ด้าน ตามแนวคิดของ Jorm<sup>17</sup> และปราโมทย์ ถ่างกระโทก และคณะ<sup>18</sup> จำนวนด้านละ 3 ข้อ รวมเป็น 18 ข้อ ได้แก่ 1) ความรอบรู้ในความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจ 2) ความรอบรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของความผิดปกติทางจิต 3) ความรอบรู้เกี่ยวกับความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง 4) ความรอบรู้เกี่ยวกับความเชื่อในการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ 5) ความรอบรู้เกี่ยวกับทัศนคติในการแสวงหาความช่วยเหลือ และ 6) ความรอบรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ การตอบแบบวัดจะตอบตามที่เป็นจริงตรงกับตัวเองและความคิดเห็นของผู้สูงอายุ โดยคิดคะแนน คือ ให้ 5 เท่ากับมากที่สุด ให้ 4 เท่ากับมาก ให้ 3 เท่ากับปานกลาง ให้ 2 เท่ากับน้อย และให้ 1 เท่ากับน้อยที่สุด การคิดเกณฑ์การประเมินผล คะแนนสูงสุดคือ 90 คะแนน ต่ำสุดคือ 18 คะแนน เมื่อได้คะแนนรวม แบ่งออกเป็น 5 ระดับ โดยค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมาก ค่าเฉลี่ย 2.51-3.00 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตน้อย และค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตน้อยที่สุด การให้คะแนนและการแปลผล ข้อที่แปลความหมายในทางลบ (Negative) จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 6, 9, 12, 15, 18 โดยถ้าเลือก 5 ให้ 1 คะแนน เลือก 4 ให้ 2 คะแนน เลือก 3 ให้ 3 คะแนน เลือก 2 ให้ 4 คะแนน และเลือก 1 ให้ 5 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตเป็นแบบวัดแบบถูกผิด (True-false) จำนวน 10 ข้อ ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นแบบวัดที่ประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตในด้านความหมาย อาการและอาการแสดงของปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ คิดคะแนน ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน การคิดเกณฑ์การประเมินผลคิดค่าคะแนนรวมอันดับแรกตามมาตรฐานการเรียนรู้ผ่าน โดย คะแนนต่ำกว่า 5 คะแนน มีความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตน้อย คะแนนต่ำกว่า 5-7 คะแนน มีความรู้ปัญหาสุขภาพจิตปานกลาง คะแนนต่ำกว่า 8-10 คะแนน มีความรู้ปัญหาสุขภาพจิตมาก

ส่วนที่ 4 แบบวัดการจัดการปัญหาสุขภาพจิต เป็นแบบวัดแบบจับคู่ (Matching) จำนวน 10 ข้อ ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นแบบวัดที่ประกอบด้วยการจัดการอาการและอาการแสดงของปัญหาสุขภาพจิต โดยคำถาม 1 คำถามสามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ และถ้าในจำนวนข้อที่เลือกตอบนั้นมีคำตอบที่ผิด แม้จะเลือกตอบคำตอบข้อที่ถูกร่วมด้วย ถือว่าเป็นการตอบผิด การคิดคะแนนถ้าเลือกจับคู่คำตอบถูกต้องตามข้อกำหนด ให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน เกณฑ์การประเมินผลคิดค่าคะแนนรวมอันดับแรกตามมาตรฐานการเรียนรู้ผ่าน คะแนนต่ำกว่า 5 คะแนน มีการจัดการปัญหาสุขภาพจิตน้อย คะแนนต่ำกว่า 5-7 คะแนน มีการจัดการปัญหาสุขภาพจิตปานกลาง คะแนนต่ำกว่า 8-10 คะแนน มีการจัดการปัญหาสุขภาพจิตมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย โดยหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ด้วยความสอดคล้องของเนื้อหาของแบบวัด (Index of item objective congruence: IOC) รายข้อ ทั้ง 4 ส่วน จำนวน 54 ข้อ จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 1 หาความเที่ยง (Reliability) ของแบบวัดส่วนที่ 2 ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราก (Cronbach's alpha) ได้เท่ากับ 0.87 หาความเชื่อมั่นของแบบวัดส่วนที่ 3 ด้วยค่า Kuder-Richardson 20 ได้ค่า (KR 20) ได้เท่ากับ 0.90 ค่าความยากง่าย (Level of difficulty: p) และจากค่าอำนาจจำแนก (Power of discrimination: r ) โดย p ได้ .52, r ได้ .43 และหาความเชื่อมั่นของแบบวัดส่วนที่ 4 ได้ค่า KR 20 เท่ากับ 0.88 ค่าความยากง่าย p ได้ .50, r ได้ .41



### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เอกสารรับรองเลขที่ SSSJ.UB 2566-044 วันที่ 11 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 มีข้อความชี้แจงในแบบสอบถามถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยการตอบแบบสอบถามโดยนำเสนอเป็นภาพรวมไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลหรือผลกระทบอื่น ๆ

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** ใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่ 11 พฤษภาคม ถึง 8 มิถุนายน พ.ศ. 2566 โดย

1. ผู้วิจัยทำหน้าที่ขออนุญาต และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตงห้องแห่ ตำบลปทุม อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

2. เตรียมความพร้อมให้กับทีมวิจัย และรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานการดูแลโรงเรียนผู้สูงอายุ เป็นผู้ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย วิธีการใช้เครื่องมือ การบันทึกคำตอบในแต่ละข้อ

3. ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย ได้ลงท้ายด้วยเลข 9

4. พบกลุ่มตัวอย่างตามที่สุ่มไว้ จำนวน 110 คน พร้อมผู้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และชี้แจงการเก็บข้อมูลจะเก็บเป็นความลับ ผู้ทราบข้อมูลคือทีมวิจัยเท่านั้น ไม่ยินดีตอบคำถามการวิจัยสามารถถอนตัวได้ทันที

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนาเบื้องต้นในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงสถิติเชิงอนุมานด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันกับตัวแปรต่อเนื่อง โดยมีการทดสอบการแจกแจงเป็นแบบเป็นโค้งปกติของกลุ่มตัวอย่าง (Sample normal distribution) จึงเลือกใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป เพนเพศหญิงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60 อายุ 60-65 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 น้อยที่สุด อายุ 75 ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 4.55 สถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.55 โสดน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 16.36 การศึกษาระดับชั้นประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 69.09 ระดับปริญญาตรีน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 1.82 ใช้โทรศัพท์มือถือ คิดเป็นร้อยละ 100 รายได้พอใช้และไม่เหลือเก็บมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.64 ไม่พอใช้และมีหนี้สินน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 4.55 อาชีพใช้แรง/ทำไร่/ทำนา/ทำสวน/รับจ้างทั่วไปมากที่สุด น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 เกษียณราชการ/รัฐวิสาหกิจน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 7.27 ใช้สิทธิบัตรทองมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 84.55 ใช้บัตรประกันสุขภาพน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 3.64 มีผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 82.27 ไม่มีผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 17.73 ผู้ดูแลมีการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 57.21 น้อยที่สุดคือระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 5.93 ไม่ได้ดูแลสมาชิกในครอบครัวมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.36 ต้องดูแลญาติพี่น้องน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 8.18 ไม่มีโรคประจำตัวมีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.55 มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 19.09 เป็นโรคเข้าเสื่อมและโรคหลอดเลือดสมองน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 0.91 เท่ากัน ไม่ทำงานอดิเรกมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.91 มีงานอดิเรกเป็นงานฝีมือมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.91 ไปฟังเทศน์และออกกำลังกายน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 1.82 เท่ากัน ไม่สูบบุหรี่มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 92.73 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 91.82

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต พบว่าผู้สูงอายุมีความรอบรู้โดยรวมอยู่ในระดับมาก มากที่สุด (Mean=3.79, S.D.=.47) คิดเป็นร้อยละ 73.64 รองลงมา คือระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 19.09 ส่วนระดับมากที่สุดและระดับน้อย พบร้อยละ 5.45 และ 1.82 ไม่พบผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตระดับน้อยที่สุด โดยคะแนนเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=3.79, S.D.=.47) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านความเชื่อในการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.00, S.D.=.74) ความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเองคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด อยู่ในระดับมาก (Mean=3.63, S.D.=.37) ดังตารางที่ 1



**ตารางที่ 1** จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทั้งโดยรวมและรายด้าน ของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ด้าน	มากที่สุด (ร้อยละ)	มาก (ร้อยละ)	ปานกลาง (ร้อยละ)	น้อย (ร้อยละ)	น้อยที่สุด (ร้อยละ)	Mean	S.D.
ความรอบรู้ในความผิดปกติหรือ	6	72	29	3	0	3.64	0.61
ความทุกข์ทางจิตใจ	(5.45)	(65.45)	(26.36)	(2.74)	(0)		
ความรอบรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและ	18	50	32	8	2	3.67	0.85
สาเหตุของความผิดปกติทางจิต	(16.36)	(45.45)	(29.10)	(7.27)	(1.82)		
ความรอบรู้เกี่ยวกับความเชื่อ	3	87	20	0	0	3.63	0.37
เกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง	(2.73)	(79.09)	(18.18)	(0)	(0)		
ความรอบรู้เกี่ยวกับความเชื่อใน	23	70	12	3	2	4.00	0.74
การแสวงหาความช่วยเหลือจาก	(20.91)	(63.63)	(10.90)	(2.74)	(1.82)		
บุคลากรด้านสุขภาพ							
ความรอบรู้เกี่ยวกับทัศนคติต่อ	17	67	24	0	2	3.87	0.74
บุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต	(15.45)	(60.91)	(21.82)	(0)	(1.82)		
ความรอบรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหา	11	76	17	5	1	3.83	0.69
ข้อมูลด้านสุขภาพจิต	(10.00)	(69.09)	(15.45)	(4.55)	(0.91)		
<b>รวม</b>	6	81	21	2	0	3.79	0.47
	(5.45)	(73.64)	(19.09)	(1.82)	(0)		

3. ความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต พบว่าผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต มีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 1 คะแนน คะแนนสูงสุด เท่า 10 คะแนน ส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ปัญหาสุขภาพจิตในระดับมาก (Mean=8.40, S.D.=1.89) ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** คะแนนความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต จำแนกตามระดับและเกณฑ์

ระดับ	เกณฑ์ (คะแนน)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตระดับน้อย	ต่ำกว่า 5	6	5.40
ความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตระดับปานกลาง	5-7	23	20.70
ความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตระดับมาก	8-10	81	72.90
<b>รวม</b>		110	100.00

4. การจัดการปัญหาสุขภาพจิต พบว่าผู้สูงอายุมีการจัดการปัญหาสุขภาพจิต มีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 5 คะแนน คะแนนสูงสุด เท่า 10 คะแนน ส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการปัญหาสุขภาพจิตในระดับมาก (Mean=8.56, S.D.=1.11) ดังตารางที่ 3



**ตารางที่ 3** คะแนนการจัดการปัญหาสุขภาพจิต จำแนกตามระดับและเกณฑ์

ระดับ	เกณฑ์ (คะแนน)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การจัดการปัญหาสุขภาพจิตระดับปานกลาง	5-7	18	16.20
ความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตระดับมาก	8-10	81	83.80
<b>รวม</b>		110	100.00

5. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต และการจัดการปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตกับความรู้ด้านสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .506, p < .01$ ) ความรู้ด้านสุขภาพจิตกับการจัดการปัญหาสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .386, p < .01$ ) และความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตกับการจัดการปัญหาสุขภาพจิต ไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติ ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต และการจัดการปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ตัวแปร	ความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต (r)	p
ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต	.506	.000***
การจัดการปัญหาสุขภาพจิต	.386	.000***

\*\*\* $p < .001$

**การอภิปรายผล**

ผลการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมีความรอบรู้โดยรวมอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 73.64 รองลงมา คือระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 19.09 ส่วนระดับมากที่สุดและระดับน้อย พบร้อยละ 5.45 และ 1.82 ตามลำดับ ไม่พบผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตระดับน้อยที่สุด เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นผู้สูงอายุที่ยังไม่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต มีผู้ดูแล แต่ไม่ได้อยู่ในภาวะพึ่งพิง คิดเป็นร้อยละ 82.27 และไม่ได้ดูแลสมาชิกในครอบครัว ใช้ชีวิตอิสระและมองโลกในแง่ดี คิดเป็นร้อยละ 56.36 ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความฉลาดรอบรู้ด้านสุขภาพจิต สอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา แก่นงูเหลือม<sup>10</sup> ที่ศึกษาอิทธิพลของปัจจัยปกป้องที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน โดยกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพจิตเท่ากับภาวะสุขภาพจิตปกติของคนทั่วไป ซึ่งปัจจัยปกป้องที่สามารถทำนายภาวะสุขภาพจิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ความฉลาดทางสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ และการมองโลกในแง่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภาคิน บุญพิชาชาญ และคณะ<sup>9</sup> ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความผาสุกทางใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวและอยู่ในภาวะพึ่งพิง จึงพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับปานกลาง มีสัดส่วนกลุ่มผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตระดับน้อยประมาณหนึ่งในสาม แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตได้มีปัจจัยมาจากการมีอารมณ์ดี ไม่มีโรคประจำตัว ไม่ต้องรับผิดชอบดูแลคนอื่น ๆ และมีสภาพสิ่งแวดล้อมในครอบครัวที่ดี

ผลการศึกษาความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมีคะแนนสูงสุด เท่ากับ 10 คะแนน และมีคะแนนความรู้ปัญหาสุขภาพจิตในระดับมาก มากที่สุด ร้อยละ 72.90 ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบผู้ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ แต่จากผลการวิจัยนี้ครั้งนี้อาจอธิบายได้ว่าโดยพื้นฐานการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ไม่ใช่กลุ่มภาวะพึ่งพิง มีการใช้โทรศัพท์มือถือที่เชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต ร้อยละ 100 และมีผู้ดูแลเป็นลูกหลานที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด



ร้อยละ 57.21 โดย สุวิช ธิระโคตร และ วีรพงษ์ พลนิกรกิจ<sup>19</sup> กล่าวว่าการใช้โทรศัพท์ของผู้สูงอายุนั้นประกอบด้วยเหตุผล ได้แก่ ความสะดวกและรวดเร็ว สามารถใช้ค้นหาข้อมูลข่าวสารได้ทุกประเภท และช่วยให้รู้เหตุการณ์ต่าง ๆ รวมทั้งเป็นช่องทางในการสื่อสาร ซึ่งปัจจุบันพบว่ามีการพัฒนาาระบบต่าง ๆ หรือแอปพลิเคชันเพื่อการเรียนรู้ในโทรศัพท์มากขึ้นและเป็นช่องทางให้ผู้สูงอายุได้ความรู้และเรียนรู้ด้านสุขภาพจากโทรศัพท์มือถือได้ ส่วนการมีผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นลูกหลานที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า<sup>20</sup> ได้กล่าวว่า การเรียนรู้ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุต้องมีสภาพบริบทและบรรยากาศที่เหมาะสมเพื่อช่วยในการส่งเสริมการเรียนรู้ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การที่ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากบุตรหลานที่มีการศึกษาสูง จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ จากบุตรหลาน ทำให้มีความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตได้

ผลการศึกษาด้านการจัดการปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนการจัดการสูงสุด เท่ากับ 10 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการปัญหาสุขภาพจิตในระดับมาก ถึงร้อยละ 83.80 ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบผู้ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ แต่จากผลการวิจัยครั้งนี้จะอธิบายได้ว่าการจัดการปัญหาสุขภาพจิตได้ดีหรือไม่ดีของผู้สูงอายุนั้นมีปัจจัยมาจากคุณภาพชีวิต ความเป็นอยู่และสิ่งแวดล้อม ซึ่งจริยชาติ เกล้าดี และคณะ<sup>21</sup> ศึกษาไว้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อการมีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ โรคประจำตัว ระดับการศึกษา การเป็นสมาชิกกลุ่มของชุมชน ภาระหนี้สิน เงินออม และบุคคลที่ดูแลผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ด้วย

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพจิตกับความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=.506, p<.001$ ) จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบผู้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพจิตกับความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ แต่จากผลการวิจัยครั้งนี้จะอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตได้นั้นต้องเป็นผู้มีความรู้ด้านสุขภาพจิตมาก่อน ดัง Tongsing<sup>22</sup> ที่อธิบายแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพจิตว่าเป็นความสามารถในการรับรู้ความผิดปกติเฉพาะเจาะจงที่เป็นผลมาจากสภาพจิต โดยผู้ที่รับรู้ได้ได้นั้นต้องมีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุและมีความรู้เกี่ยวกับการแสวงหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต รวมถึงความรู้ในการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ จึงสรุปได้ว่าการมีความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตจะส่งผลให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตด้วย

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพจิตกับการจัดการปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติ จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบผู้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพจิตกับการจัดการปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ แต่จากผลการวิจัยครั้งนี้จะอธิบายได้ว่าเพียงความสามารถในการรับรู้ความผิดปกติเฉพาะเจาะจงที่เป็นผลมาจากสภาพจิตนั้นไม่สามารถทำให้ผู้สูงอายุจัดการปัญหาสุขภาพจิตทั้งของตนเองและผู้อื่นได้

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตกับการจัดการปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=.386, p<.001$ ) จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบผู้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตกับการจัดการปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ แต่จากผลการวิจัยครั้งนี้จะอธิบายได้ว่า การมีความรู้จะส่งผลให้มีความสามารถในการจัดการปัญหาสุขภาพจิตได้ โดย สุทธิศักดิ์ อินททวี<sup>23</sup> ที่กล่าวว่าความรู้เป็นมรดกของประสบการณ์ที่เกิดจากการเรียนรู้ร่วมกับการมีประสบการณ์ มีวิจารณญาณ มีความคิดและค่านิยม รวมถึงการมีปัญญาวิเคราะห์ เพื่อประยุกต์ใช้ในการตัดสินใจและแก้ปัญหา ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตจะส่งผลให้เกิดการประยุกต์ใช้ความรู้ในการจัดการตัดสินใจและแก้ปัญหาสุขภาพจิตนั้น ๆ ได้

#### ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ ควรมีโครงการในการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ความรู้ และการจัดการปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้น ทั้งในตนเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถตัดสินใจเลือกปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาได้ดียิ่งขึ้น
2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการทำการศึกษาวิจัยในเชิงคุณภาพและทำการวิจัยและพัฒนาแนวทางหรือโปรแกรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตมากขึ้น ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต และสามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้นทั้งในตนเองและเมื่อพบเห็นผู้อื่นใกล้ขีดเมื่อมีอาการของปัญหาสุขภาพจิตได้



### ขอจำกัดจากการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นผลการวิจัยในผู้อายุเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงห้องแห ตำบลปทุม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี เท่านั้น ไม่สามารถอ้างอิงไปยังพื้นที่อื่นได้

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงห้องแห ที่อนุญาตให้ใช้พื้นที่ในการวิจัย ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำแนะนำและคำปรึกษา ขอขอบคุณสมาชิกในครอบครัวที่ให้เวลา ให้กำลังใจและสนับสนุนในการศึกษาวิจัย และขอบคุณกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

### References

1. Aldwin MC, Glimmer FD. Health, illness and optimal aging: biological and psychosocial perspectives. California: Kate Peterson; 2004.
2. Khakhuen S, Kongmaha H, Phantong W. Mental health and related factors among older adults. Journal of Health and Nursing Research. 2020;36(3):150-63. (in Thai)
3. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. The situation of Thai older persons in 2020. 1<sup>st</sup>ed. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2020. (in Thai)
4. Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University. Public knowledge: general psychiatry [Internet]. 2023 [cited 2023 Jun 12]. Available from <https://www.rama.mahidol.ac.th/ramamental/generalknowledge/general/06062014-0956>. (in Thai)
5. Kaeodumkoeng K. K-shape 5 skills to improve health literacy. Journal of The Health Education Professional Association. 2020;35(2):22-6. (in Thai)
6. Royal Institute. The Royal Institute Dictionary, 1999. Bangkok: Nanmee Books Publications; 2003 (in Thai)
7. Yoosamran K, Chanaphant S, Keankarn P. Stress and stress-coping of caregivers for dependent older adults, Mueang District, Nakhon Ratchasima Province. Regional Health Promotion Center 9 Journal. 2022;16(1):1-16. (in Thai)
8. Boonpichachan P, Panuthai S, Tamdee D. Mental health literacy and psychological well-being among dependent elders. Journal of Nursing, Chiang Mai University. 2022;49(1):186-99. (in Thai)
9. Kespichayawattana J, Wivatvanit S, Wanwacha C. Health literacy of older persons participating in Senior Clubs and Learning Centers in the Bangkok Metropolitan Region. Journal of Demography. 2020;36(2):40-57. (in Thai)
10. Kanngooluem S. The influence of protective factors on mental health among community-dwelling older adults [dissertation]. Chonburi: Burapha University; 2020. (in Thai)
11. Thai-ou K. Stress and coping of caregivers of psychiatric elderly caregivers. Bangkok: Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand; 2015. (in Thai)
12. Piper SE, Bailey PE, Lam LT, Kneebone II. Predictors of mental health literacy in older people. Arch Gerontol Geriatr. 2018;79:52-6.



13. Liu YB, Xue LL, Xue HP, Hou P. Health literacy: physical and mental health, and activities of daily living among older Chinese adults in nursing homes. *Asia Pac J Public Health*. 2018;30(6):592-9.
14. Hadjimina E, Furnham A. Influence of age and gender on mental health literacy of anxiety disorders. *Psychiatry Res*. 2017;251:8-13.
15. 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.
16. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
17. Jorm AF. Mental health literacy: public knowledge and beliefs about mental disorders. *Br J Psychiatry*. 2000;177(5):396-401.
18. Thangkratok P, Palacheewa N, Trainattawan W, Boonpradit P. Mental health literacy: concept and application for mental health problem prevention in older adults. *Chiang Mai Medical Bulletin*. 2020; 59(3):163-72. (in Thai)
19. Tirakoat S, Polnigongit W. Internet usage behaviors, literacy, and attitude towards utilization of wellness content on the internet among Thai elderly. *Journal of Nursing and Health Care*. 2018;36(1):72-80. (in Thai)
20. Duangwanthong T. *Learning for elderly*. [dissertation]. Bangkok: Sripatum University; 2017. (in Thai)
21. Klaodee J, Naksuwan S, Sukmaitree J. Factors affecting the life quality of the elderly in Nakhon Si Thammarat Province. *Ratchaphruek Journal*. 2017;15(1):27-32. (in Thai)
22. Tonsing KN. A review of mental health literacy in Singapore. *Soc Work Health Care*. 2018;57:27-47.
23. Inthavadee S. How is knowledge management important to an organization?. *Executive Journal*. 2005; 25(1):36-41. (in Thai)