

บทความวิจัย

ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร

ณัฏฐ์ โกสทิษฐ์*

ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ** เฟลินพิศ บุญมาลิก***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (A cross-sectional descriptive study) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุเพศชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 370 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอนจาก 8 ชุมชนในเขตกรุงเทพมหานคร เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์ที่พัฒนาโดยผู้วิจัยประกอบด้วย 6 ส่วน ค่า CVI ทั้งฉบับมากกว่า 0.8 และมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) ระหว่าง 0.75-0.86

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 67.6 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 54.6 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 53.5 และมีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.3 ส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 60.5 จากผลการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product-moment correlation) พบว่าการสนับสนุนทางสังคม ($r = 0.495$) การเข้าถึงบริการสุขภาพ ($r = 0.397$) และสัมพันธ์ภายในครอบครัว ($r = 0.371$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ($p\text{-value} < 0.001$) แต่ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ($r = -0.132$) จากการวิเคราะห์ด้วยสถิติวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณ พบว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 32.1 ($p\text{-value} < 0.001$)

ผลการวิจัยที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปพัฒนาระบบบริการเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร โดยเน้นการสนับสนุนทางสังคม และการเข้าถึงบริการเพื่อให้ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครมีความรอบรู้สุขภาพจิตที่ดี ซึ่งจะส่งผลให้มีสุขภาพจิตที่ดีขึ้นด้วย

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต/ ปัจจัยทำนาย/ ผู้สูงอายุ/ กรุงเทพมหานคร

วันที่รับบทความ: 28 สิงหาคม 2566; วันที่แก้ไขบทความ: 25 กันยายน 2566; วันที่ตอบรับบทความ: 11 พฤศจิกายน 2566

*นักศึกษาลัทธิศาสนาพุทธศาสนาเถรวาท สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**ผู้รับผิดชอบหลัก รองศาสตราจารย์ ดร. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

***ผู้รับผิดชอบหลักรองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล

Mental Health Literacy Among Older Adults in Bangkok

Nutwadee Koistinen*

Kwanjai Amnatsatsue** Plernpit Boonyamalik***

ABSTRACT

This cross-sectional descriptive study aimed to examine mental health literacy and its predictive factors among community-dwelling older adults living in the Bangkok Metropolitan area. A total of 370 individuals, including both males and females aged 60 years and above, were recruited from 8 communities in Bangkok using a multi-stage sampling method. Data were collected by a researcher using a 6-part questionnaire, with CVI value greater than 0.8 and acceptable Cronbach's alpha of 0.75-0.86.

The findings revealed that most subjects were female (67.6%), aged between 60-69 years old (54.6 %), married (53.5%). Most subjects had primary school education (60.3 %), and got diagnosed of Hypertension (60.5 %). According to Pearson product-moment correlation, a positive relationship between mental health literacy and social support ($r = 0.495$), access to health services ($r = 0.397$), and family relationships ($r = 0.371$) at ($p\text{-value} < 0.001$). Nevertheless, there was a negative correlation between depression and mental health literacy ($r = -0.132$). In addition, Multiple linear regression revealed that access to health services and social support could jointly explained 32.1% of the variation in mental health literacy among older people at $p\text{-value} < 0.001$.

The findings of this study can be utilized to develop nursing services that enhance mental health literacy among elderly individuals in Bangkok. Focus should be placed on improving social support and increasing accessibility to health services in order to promote healthy mental well-being.

KEYWORDS: Mental health literacy/ Predictive factors/ Older adults/ Bangkok metropolitan

Article info: Received: August 28, 2023, Revised: October 9, 2023, Accepted: November 11, 2023

*Graduate Student in Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Public Health, Mahidol University, THAILAND

** Corresponding Author, Associate Professor Dr. Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok

***Associate Professor Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University.

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาในการวิจัย

ปัจจุบันประชากรผู้สูงอายุกำลังเพิ่มขึ้นในหลายประเทศทั่วโลก ในขณะที่อัตราการเพิ่มประชากรของโลกช้าลง ในปี พ.ศ. 2560 ประชากรโลกมีจำนวนผู้สูงอายุ ตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 962 ล้านคน เป็นร้อยละ 13 ของประชากรโลกทั้งหมดที่มีถึง 7,550 ล้านคน และจากผลสำรวจในปี พ.ศ. 2560 ประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่ากำลังใกล้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยผู้สูงอายุหรือผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2537 คิดเป็นร้อยละ 6.8 ของประชากรทั้งประเทศ และในปี พ.ศ. 2560 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 16.7 ของประชากรทั้งหมด 65.5 ล้านคน¹

ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่รุนแรงและระยะเวลาในการบำบัดรักษานาน ดังนั้น บุคลากรด้านสุขภาพควรให้ความสำคัญในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เพื่อลดปัญหาทางสุขภาพจิตที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต และสังคม ซึ่งทำให้การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุมีความยากลำบากมากขึ้น และลดภาระในการดูแลเมื่อผู้สูงอายุป่วย ภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ²

การมีสุขภาพที่ดีเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องเน้นให้มากขึ้นควบคู่กับวัยสูงอายุ เนื่องจากเป็นช่วงวัยที่อวัยวะทุกส่วนของร่างกายเสื่อมถอยอย่างชัดเจน ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพให้แข็งแรงคือสิ่งที่สำคัญในการปฏิบัติตนเพื่อสร้างเสริมสุขภาพที่ดีในวัยสูงอายุ และควรให้ความสำคัญในการดูแลร่างกายจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณหรือปัญญาพร้อมกันอย่างสมดุล³ ในปัจจุบันการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระดับชาติ ถูกระบุไว้ในแผนยุทธศาสตร์ ของกรมสุขภาพจิตในช่วง

แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561 – 2580) ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตตลอดช่วงชีวิต⁴

กรุงเทพมหานครมีการปกครองด้วยรูปแบบพิเศษที่แบ่งเป็นเขต 50 เขต โดยดัชนีจำนวนประชากรตามทะเบียนราษฎร ในปี พ.ศ. 2560 มีทั้งหมด 5,686,646 คน ซึ่งแบ่งออกเป็น ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวนทั้งหมดอยู่ที่ 936,865 คน คิดเป็นร้อยละ 16.47 ของประชากรในเขต และการสำรวจประชากรผู้สูงอายุของกรมกิจการผู้สูงอายุ (2559) พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังคนเดียวในเขตกรุงเทพมหานครและเทศบาลรวมมีร้อยละ 10 ของประชากร จากการสำรวจข้อมูลในปี พ.ศ. 2554 พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 54.72 มีปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 61.32 มีความวิตกกังวล เครียด สิ้นหวัง และซึมเศร้า และไม่มีอาชีพ ร้อยละ 32.41 จึงส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุพบว่าปัจจัยคุณลักษณะ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ เฉลี่ยของครอบครัว การได้รับความรู้หรือข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพจิต โรคประจำตัว และประวัติการเจ็บป่วยทางจิตของครอบครัว มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต⁵ จากการศึกษาของ Sarah E. Piper และคณะ⁶ พบว่าปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส การอยู่ใกล้ชิดผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต และความสามารถในการจัดการตนเอง การศึกษาของ Wong และคณะ⁷ พบว่าความแตกต่างทางด้านเพศมีผลต่อความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นทั้งการศึกษาในประเทศไทยและต่างประเทศ ซึ่งนำแนวคิด Precede-Proceed

Model มาใช้เป็นการรอบในการวิจัย พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตคล้ายๆ กัน ซึ่งสามารถแยกเป็น 3 กลุ่มปัจจัย คือ (1) ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว และการรับรู้สถานะสุขภาพของตนเอง (2) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การสนับสนุนจากสังคม ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ด้านผู้ดูแล และด้านสวัสดิการ (3) ปัจจัยเสริม ได้แก่ โรคประจำตัว ภาวะซึมเศร้า และภาวะสมองเสื่อม

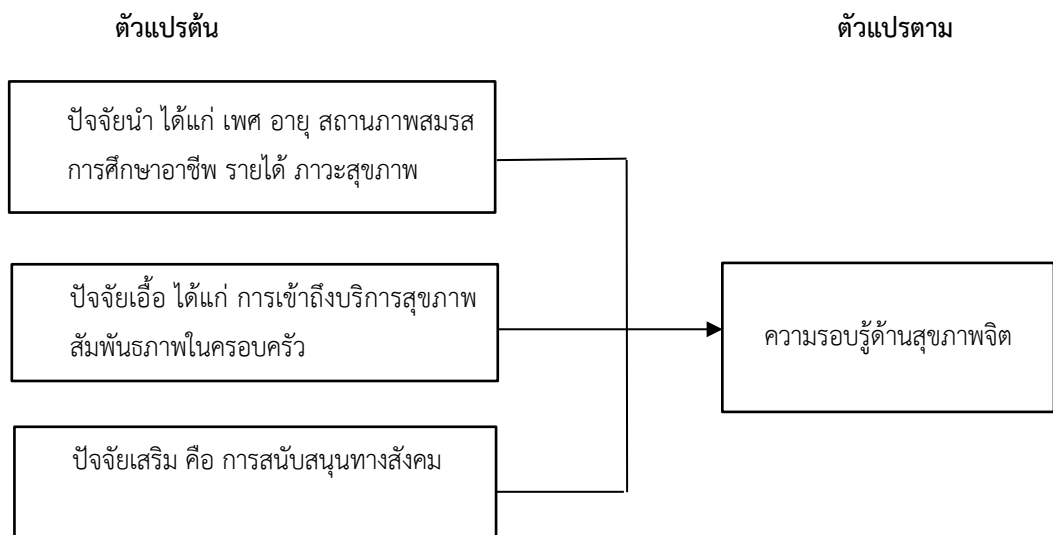
ดังนั้น การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญ รวมทั้งการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองกรุงเทพมหานคร โดยครอบคลุมความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต และความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกันและ

การจัดการปัญหาทางจิต ผลการศึกษาที่ได้จากการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลสำหรับการวางแผนทางให้ความรู้แนะนำและพัฒนาในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมและพัฒนานโยบายในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตสำหรับประชากรผู้สูงอายุและกลุ่มบุคคลอื่นในอนาคต เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต ลดอัตราการป่วย และลดภาระการดูแลในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย



การดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ (analytic research) โดยทำการวิเคราะห์แบบตัดขวาง (cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ประชากรที่ศึกษา (Study population) คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไปทั้งเพศชาย และเพศหญิง ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร จากการสำรวจประชากรในกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2565 พบว่ามีจำนวน 5,494,932 คน มีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 1,210,827 คน⁹

กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งคำนวณได้จากสูตรของ Daniel¹⁰ โดยใช้ระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้จำนวน 314 คน เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเพิ่มเติมอีกร้อยละ 20 ดังนั้นจำนวนของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 377 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) ขั้นที่ 1 ใช้พื้นที่ตามการแบ่งเขตการปกครองของกรุงเทพมหานคร ขั้นที่ 2 พื้นที่เขต 1 เขต โดยวิธีสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ขั้นที่ 3 เลือกกลุ่มตัวอย่างจากชุมชนที่สุ่มเลือกได้ที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ ดังนี้ มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป สัญชาติไทย อาศัยอยู่ในชุมชนในเขตกรุงเทพมหานครที่สุ่มเลือก อย่างน้อย 1 ปี สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ มีความยินดีเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เกณฑ์การคัดเลือกผู้สูงอายุออกจากงานวิจัย เมื่อได้วินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคสมองเสื่อม และรักษาตัวในโรงพยาบาลในช่วงที่เก็บข้อมูล เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมงานวิจัย ผู้สูงอายุที่ประสงค์จะออกจากงานวิจัย หรือยุติการสัมภาษณ์หรือการเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ใน

การเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามประกอบด้วย 6 ส่วน

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล 12 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว

ส่วนที่ 2 ปัจจัยภาวะสุขภาพ มีคำถามจำนวน 3 ส่วน ประกอบด้วย แบบประเมินการรับรู้สภาวะสุขภาพของตนเอง ภาวะสมองเสื่อม และภาวะซึมเศร้า

1) การรับรู้สภาวะสุขภาพ ซึ่งพัฒนาโดย Ware¹¹ เป็นการประเมินการรับรู้สภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการรับรู้ถึงสภาวะสุขภาพของตนเอง เรื่องโรคเรื้อรัง และการรักษา เมื่อเปรียบเทียบกับสุขภาพในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมา โดยผู้สูงอายุจะบอกว่าสุขภาพ แย่กว่าเดิมมาก แย่กว่าเดิม ดีเหมือนเดิม และดีมากกว่าเดิม

2) ภาวะสมองเสื่อม ใช้แบบทดสอบ Mini-Cog ซึ่งเป็นแบบทดสอบที่พัฒนามาโดย Borson และคณะ¹² ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การทดสอบความจำ โดยการให้จำของ 3 รายการ และวาดรูปนาฬิกา

3) ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทยถูกประเมินด้วยแบบวัดความเศร้า Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) ที่พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง มีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ผู้สูงอายุจะประเมินความรู้สึกของตนในช่วงเวลาหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา โดยการใส่เครื่องหมายเครื่องหมายขีด (/) ในช่องที่เป็นตัวเลือก "ใช่" เมื่อข้อความตรงกับความรู้สึก และเครื่องหมายขีด (/) ในช่องที่เป็นตัวเลือก "ไม่ใช่" เมื่อข้อความไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุ คะแนนรวมยิ่งมากคือ

ส่วนที่ 3 การเข้าถึงบริการสุขภาพ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แบบสอบถามของกัมปนาท

กฎเกณฑ์ และคณะ¹³ มีจำนวน 6 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตรประมาณค่า 3 มาตรวัดระดับได้แก่ ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย แบ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 2 ข้อ บริการด้านการรักษา 2 ข้อ การดูแลระยะยาว 1 ข้อ และบริการด้านสุขภาพจิต 1 ข้อ

ส่วนที่ 4 สัมพันธภาพในครอบครัว จำนวน 13 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้ 5 หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด 4 หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก 3 หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง 2 หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น 1 หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเลย ซึ่งพัฒนามาจากแบบสอบถามของกาญจนา ไทยเจริญ¹⁴ ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความรักและความห่วงใย ด้านปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว ด้านความเคารพและให้ความสำคัญ ด้านความปรองดองและ ด้านการพักผ่อนร่วมกันในครอบครัว

ส่วนที่ 5 การสนับสนุนทางสังคม จำนวน 14 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้ 5 หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด 4 หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก 3 หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นปานกลาง 2 หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อย 1 หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อยที่สุด ซึ่งพัฒนามาจากแบบสอบถามที่ ประยุกต์มาจากกาญจนา ไทยเจริญ¹⁴

ส่วนที่ 6 ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต จำนวน 30 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้ 4 หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด 3 หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก 2 หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อย 1 หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับ

ข้อความนั้นน้อยที่สุด ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพจิต จากการศึกษางานวิจัยและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุและสุขภาพจิต

คุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรง (Validity) แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า CVI ทั้งฉบับเท่ากับ 0.93 นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานและมีความถูกต้องสูงสุด

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพจิต ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุเขตอื่นๆ ในกรุงเทพมหานครชั้นในนอกเหนือจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงโดย พบว่าทุกด้าน มีค่า Cronbach's alpha ≥ 0.75

การพิทักษ์สิทธิ์ ได้รับการอนุมัติโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (COA. No. MUPH. 2020-035)

การเก็บรวบรวมข้อมูล ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีการเตรียมผู้ช่วยวิจัยที่เป็นอาสาสมัครและเป็นแกนนำในชุมชน จำนวน 8 คน ในการเก็บข้อมูล โดยมีพยาบาลวิชาชีพ ประเมินคุณภาพและประสานงานระหว่างกระบวนการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยประสานผู้นำชุมชนที่ได้รับคัดเลือกและผู้ช่วยวิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างตามรายชื่อผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ หลังจากผู้วิจัยอธิบายชี้แจงการเข้าร่วมวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยที่ตอบรับการเข้าร่วมโครงการวิจัยสามารถลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย โดยข้อมูลจากการสัมภาษณ์ถือเป็นความลับและจะ

นำเสนอในภาพรวมเท่านั้น โดยการดำเนินการนี้จะยึดหลักการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัยในทุกขั้นตอน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำมาแจกแจงความถี่เสนอในรูปแบบตารางแสดงจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product-moment correlation) และ chi-square เพื่อ

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.6 โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 54.6 รองลงมาคือ ช่วงอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 30.3 และอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 15.1 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 53.5 หม้าย ร้อยละ 28.1 โสด ร้อยละ 10.3 ระดับการศึกษาสูงสุดคือ ประถมศึกษา ร้อยละ 60.3 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 60.0 ในกลุ่มที่ยังทำงานอยู่ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย และรับจ้าง ร้อยละ 15.4 ปัจจุบันผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่กับบุตรมากที่สุด ร้อยละ 54.3 แหล่งข้อมูลที่ผู้สูงอายุได้รับข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ 3 ลำดับแรก คือโทรทัศน์ ร้อยละ 66.5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60.5 และใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมากที่สุด ร้อยละ 67.3

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.6 ค่าคะแนนเฉลี่ย 90.25 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.91 ดังตารางที่ 1

3. ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยนำ ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพ พบว่า

ลักษณะส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดย เพศ ($r = 0.001$, $p\text{-value} = 0.999$) อายุ ($r = -0.009$, $p\text{-value} = -0.860$) สถานภาพสมรส ($r = 0.072$, $p\text{-value} = 0.168$) ระดับการศึกษา ($r = -0.034$, $p\text{-value} = 0.515$) อาชีพปัจจุบัน ($r = -0.004$, $p\text{-value} = 0.943$) รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ($r = -0.009$, $p\text{-value} = 0.857$) การรับรู้สภาวะสุขภาพตนเอง ($r = 0.064$, $p\text{-value} = 0.216$) โดยการทดสอบสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation) พบความสัมพันธ์ทางลบระหว่างภาวะซึมเศร้าและความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ($r = -0.132^*$, $p\text{-value} < 0.011$) ส่วนภาวะซึมเศร้าและโรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ($r = -0.030$, $p\text{-value} = 0.265$, $r = -0.044$, $p\text{-value} = 0.398$) ตามลำดับ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ดังนี้ การสนับสนุนทางสังคม ($r = 0.495^{**}$, $p\text{-value} < 0.001$) การเข้าถึงบริการสุขภาพ ($r = 0.397^{**}$, $p\text{-value} < 0.001$) และสัมพันธภาพในครอบครัว ($r = 0.377^{**}$, $p\text{-value} < 0.001$) มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ดังตารางที่ 2

4. ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่าภาวะซึมเศร้า การเข้าถึงบริการสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม สามารถอธิบายความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 32.1 ($R^2 \text{ adj} = 0.321$) โดยมีค่าน้ำหนักในการพยากรณ์คือภาวะซึมเศร้า (-0.026) การเข้าถึงบริการสุขภาพ (0.287) สัมพันธภาพในครอบครัว (0.100) และการสนับสนุนทางสังคม (0.352) ดังสมการพยากรณ์ ดังนี้

สมการพยากรณ์ในรูปแบบคะแนนดิบ
คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ
= $0.001 + -0.090$ (ภาวะซึมเศร้า) + 0.128
(สัมพันธ์ภาพในครอบครัว) + 1.076 (การเข้าถึง
บริการสุขภาพ) + $.546$ (การสนับสนุนทางสังคม)

สมการพยากรณ์ในรูปแบบมาตรฐาน
คือ Z ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต = -0.026 (ภาวะ
ซึมเศร้า) + $.100$ (Zสัมพันธ์ภาพในครอบครัว)
+ 0.287 (Zการเข้าถึงบริการสุขภาพ) + 0.352
(Zการสนับสนุนทางสังคม) ด้วยวิธีวิเคราะห์
ถดถอย ดังตารางที่ 3

Table 1 Mean and standard deviation of mental health literacy, health status, social support access to services, and health status of the elderly (n = 370)

Variable	$\bar{x}$	SD
Mental health literacy (overall)	90.25	9.91
Knowledge	29.87	3.79
Attitude	16.88	2.77
Access to information and services	12.18	2.49
Managing mental problems	31.31	5.58
Social support	51.83	7.65
Family relationship	51.83	7.65
Access to health services	14.7	2.64
Health condition		
Depression	3.78	2.90
Dementia	3.62	1.60

Table 2 Relationships between predisposing factors, contributing factors, supporting factors, and mental health literacy of the elderly (n = 370)

Variables	Correlation	p-value
Social support	0.495 **	<0.001
Access to health services	0.397 **	<0.001
Family relationship	0.371 **	<0.001
Marital status *	0.072	0.168
Health status awareness *	0.064	0.216
Dementia	0.044	0.398
Gender *	0.001	0.999
Current occupation *	-0.004	0.943
Average family income *	-0.009	0.857

Variables	Correlation	p-value
Age	-0.009	0.860
Number of congenital diseases	-0.030	0.560
Education level *	-0.034	0.515
Depression	-0.132 *	0.011

* Using Spearman's correlation test

Table 3 Factors influencing mental health literacy of the elderly (n = 370)

Variable	B	Beta	Std. Error	t	p-value
Depression	-0.090	-0.026	0.150	-0.602	0.548
Family relationship	0.128	0.100	0.072	1.788	0.075
Access to health services	1.076	0.287	0.167	6.45	0.001
Social support	0.456	0.352	0.073	6.207	0.001

$R^2 \text{ adj} = .321$, $R^2 = .329$, $F = 44.701$, Constant = .000.

** $p < 0.001$

การอภิปรายผล

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 54.6 นอกจากนี้ยังพบว่าระดับความรอบรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต รวมถึงความรอบรู้เกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ อาการและอาการแสดง และผลกระทบของปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ เช่น ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวล อยู่ในระดับปานกลางที่ ร้อยละ 63.0 ประกอบกับความสามารถในการแยกแยะอาการผิดปกติรู้เหตุการณที่เกิดปัญหาทางจิต ระบุนาการ และตรวจสอบสภาพทางจิตของตนเอง ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพจิตของดอน นัตบิม ที่พบว่าความรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะทางปัญญาและสังคมที่เกี่ยวข้องกับการมีสุขภาพที่ดี¹⁵ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วน

ใหญ่ได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษาและเข้าถึงข้อมูลข่าวสารสุขภาพจากโทรทัศน์ร้อยละ 66.5 จึงทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้พอที่จะมีทักษะนำมาปรับใช้ในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลและบริการทางด้านสุขภาพ มีความเข้าใจในข้อมูลสุขภาพที่ได้รับ

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และความรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร

ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การเข้าถึงบริการ และความรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง พบว่าลักษณะส่วนบุคคล ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ซึ่งมีความแตกต่างจากการวิจัยของ Hossein และคณะ¹⁶ ที่สำรวจความรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุทางตะวันออกเฉียงใต้ของอิหร่าน ซึ่งพบว่าสิ่งที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพคือรายได้และระดับการศึกษา

อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต อาจมีเหตุผลมาจากความเป็นจริงที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นวัยที่เกษียณอายุและอยู่บ้านโดยไม่มีการประกอบอาชีพหรืองานประจำ นอกจากนี้ยังเป็นวัยที่มีโรคประจำตัวและมีรูปแบบการดำเนินชีวิตประจำวันที่ไม่แตกต่างกันมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร นิธิวัฒน์ และคณะ¹⁷ พบว่า อายุ เพศ สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ของ วรณศิริ นิลเนตร¹⁸ ที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความฉลาดทางสุขภาพ ได้แก่ อายุ ($p\text{-value}=0.001$) เพศ ($p\text{-value}=0.013$) ระดับการศึกษา ($p\text{-value}<0.001$) ส่วนการรับรู้ภาวะสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ($r = 0.062$, $p\text{-value} < 0.235$) ซึ่งอาจแตกต่างจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของข้าราชการตำรวจวัยทองในจังหวัดชลบุรี ของ ปณภาพร พันธุ์บุล¹⁹ ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกที่มีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.01 ทั้งในมุมมองของพฤติกรรม การดูแลสุขภาพโดยรวมและรายด้าน อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่มีการศึกษาในชั้นประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 60.3 และมีโรคประจำตัวมากถึงร้อยละ 78.6 นอกจากนี้ ยังพบว่าร้อยละ 55.7 ของผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่มีการแลกเปลี่ยนความรู้ และร้อยละ 41.6 ของผู้สูงอายุเป็นสมาชิกแล้ว แต่ไม่เคยร่วมกิจกรรมเลย โรคประจำตัว ไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติระหว่างโรคประจำตัวและความรอบรู้

ด้านสุขภาพจิต ($r = 0.058$, $p\text{-value} = 0.265$) ซึ่งเป็นความแตกต่างจากการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพจิต: แนวคิดและการประยุกต์ใช้สำหรับการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่เผยแพร่ว่าความรู้ด้านสุขภาพจิตเป็นตัวชี้วัดที่สัมพันธ์กับสถานะสุขภาพ และเมื่อบุคคลมีสุขภาพที่ดีจะส่งผลให้มีพฤติกรรมและทักษะการป้องกันตนเองที่ดี เช่น การออกกำลังกาย การเจรจากับผู้คน และการเข้ารับบริการให้คำปรึกษา การให้คำปรึกษาเหล่านี้จะส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตที่ดีขึ้น²⁰ แต่ทั้งนี้สำหรับผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีโรคประจำตัวทางกายทำให้ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ภาวะสมองเสื่อม ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสมองเสื่อมและความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตไม่แสดงความสัมพันธ์ ($r = -0.044$, $p\text{-value} = 0.398$) ซึ่งมีความแตกต่างจากการสำรวจปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม²¹ ซึ่งพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อายุเฉลี่ย 46.77 ปี จะตกอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนกลางหรือวัยกลางคน (36-59 ปี) และอัตราส่วนที่มีความรู้ด้านสุขภาพจิตเป็นร้อยละ 88.6 สามารถรับรู้ถึงความสามารถในการดูแลและจัดการกับปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการดูแลได้ ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ($p\text{-value} < 0.011$) ซึ่งอาจเกิดจากผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตระดับต่ำไม่สามารถจัดการอารมณ์และความรู้สึกหรือแก้ไขปัญหาที่มีความกระทบต่อจิตใจได้ นอกจากนี้ ความรู้สึจากการสูญเสียไม่ได้มาจากบุคคลที่สำคัญเท่านั้น แต่ยังรวมถึงความล้มเหลวในหน้าที่การงานและทรัพย์สินที่มีค่า โดยเฉพาะสินทรัพย์ที่พยายามสร้างมาเป็นเวลานาน ซึ่งเป็นเรื่องที่ยันทอนจิตใจ ทำให้เกิดความเครียดและเศร้ามาก อีกทั้งยังอาจไม่ทราบ

ถึงแหล่งเข้ารับบริการและขาดแรงสนับสนุนทางสังคมถึงขนาดที่ไม่สามารถปรับตัวในสถานการณ์ต่างๆ และดำเนินชีวิตประจำวันได้พบว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพและคณะ²²

3. ปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองกรุงเทพมหานคร

ปัจจัยที่มีความสำคัญที่สุดในการทำนายความรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ คือ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้ด้านสุขภาพจิต ($p\text{-value} < 0.001$) จากนั้นเห็นได้ชัดว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจากครอบครัว คู่สมรส บุตรหลาน และสังคม รวมถึงบุคลากรทางสาธารณสุข มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับปานกลางและระดับสูงขึ้นของผู้สูงอายุ²³ ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า ผู้สูงได้รับการดูแลเอาใจจากครอบครัวเมื่อเกิดปัญหาทางภาวะอารมณ์ มีผู้รับฟังสามารถระบายความรู้สึกับคนในครอบครัว หรือผู้ดูแลใกล้ชิด ทำให้ไม่มีภาวะเครียด หรือซึมเศร้าเรื้อรังด้านสัมพันธภาพในครอบครัวและการเข้าถึงบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้ด้านสุขภาพจิต ($p\text{-value} < 0.001$, $p\text{-value} < 0.001$ ตามลำดับ) ส่วนการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ สามารถอธิบายได้ว่าผู้ที่ได้รับบริการสุขภาพจิตจะมีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุและอาการของโรคทางจิต วิธีการจัดการด้วยตนเอง และการรับคำปรึกษาจากบุคลากรทางสุขภาพที่เชี่ยวชาญ นั้นเป็นสาเหตุที่ความรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมีระดับสูงกว่าคนทั่วไป²⁴ ซึ่งแตกต่างกับภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้ด้านสุขภาพจิต ($p\text{-value} < 0.011$) อธิบายได้ว่า หากผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้า สามารถทำนายได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตต่ำ ความรู้เรื่อง

การดำเนินของโรคจิตหรือภาวะผิดปกติทางจิตน้อย ไม่สามารถจัดการปัญหาทางจิตได้ มีทัศนคติที่ไม่ดีกับภาวะซึมเศร้า เข้าไม่ถึงข้อมูลและระบบบริการสุขภาพ และได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย²³ ความรู้ในด้านสุขภาพจิตได้พัฒนามาจากความเข้าใจที่มาจากการศึกษาเรื่องสุขภาพจิต ซึ่งผ่านการสำรวจวรรณกรรมที่ผ่านมา สามารถสรุปได้ว่ามีปัจจัยหลายองค์ประกอบที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพจิต องค์ประกอบแรกคือภาวะซึมเศร้า องค์ประกอบที่สองคือการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ และองค์ประกอบที่สามคือการรับการสนับสนุนจากสังคม ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุมีระดับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิตที่ระดับกลาง และเชื่อถือเกี่ยวกับสุขภาพจิตและวิธีการค้นหาข้อมูลที่เป็นปกติที่ระดับกลาง อีกทั้งสามารถรับรู้ปัญหาและดำเนินการป้องกันและจัดการปัญหาทางจิตที่ระดับสูง โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ คือ สัมพันธภาพในครอบครัว การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001, .001 และ 0.001 ตามลำดับ โดยทั้ง 3 ตัวแปรสามารถอธิบายความรู้ด้านสุขภาพจิตได้ร้อยละ 32.1 ($R^2 \text{ adj} = 0.321$) มีค่าน้ำหนักในการพยากรณ์ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า (-0.132) การเข้าถึงบริการสุขภาพ (0.397) และการสนับสนุนทางสังคม (0.495) โดยมีสมการพยากรณ์ ดังนี้ สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ = $0.001 + -0.132$ (ภาวะซึมเศร้า) + 0.397 (การเข้าถึงบริการสุขภาพ) + 0.495 (การสนับสนุนทางสังคม) แต่โรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพจิต ($r = -0.030$, $p < 0.560$) รวมถึง

ภาวะสมองเสื่อม ($r = 0.044, p < 0.398$) เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสามารถและฉลาดทางด้านสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น และเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตที่เหมาะสมตามบริบท ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถตระหนักถึงปัญหาทางจิตและสามารถค้นหาการช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังมีการเสริมสร้างความเข้าใจในการรักษาสุขภาพจิตและการช่วยเหลือบุคคลที่อาจมีปัญหาด้านนี้ รวมถึงการสนับสนุนผู้ดูแลในอนาคตเพื่อให้สามารถรับมือบทบาทในการดูแลและช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างมีความเข้าใจและเหมาะสม

จุดแข็งจากงานวิจัย คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่างมาก และเลือกแบบหลายขั้นตอน ทำให้เป็นตัวแทนของประชากรทั่วกรุงเทพมหานคร ตัวแปรครอบคลุมทั้ง 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม

จุดอ่อนจากวิจัย คือ การวิจัยอยู่ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 อาจส่งผลต่อการเข้าร่วมวิจัย และเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างลำบาก

สรุปผลการวิจัย

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 54.6 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ได้แก่ ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ โรคประจำตัว ภาวะสมองเสื่อม ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ การเข้าถึง

บริการสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม สามารถอธิบายความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 32.1

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ควรจัดบริการด้านการประเมินและส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพจิตเชิงรุกแก่ผู้สูงอายุในชุมชน โดยเน้นการสนับสนุนทางสังคมและบริการครบวงจร เช่น เยี่ยมบ้าน เพื่อส่งเสริมความรอบรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต และการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

2. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ควรบูรณาการภาคชุมชนและท้องถิ่นในการส่งเสริมและสนับสนุนกิจกรรมทางสังคมและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังหรือไม่มีผู้ดูแล ควรพัฒนาทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชน (Caregiver) ด้านการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพจิต เช่น การลงเยี่ยมบ้านและให้กำลังใจผู้สูงอายุ เพื่อสนับสนุนด้านอารมณ์และจิตใจให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจในการดูแลสุขภาพตนเองโดยไม่รู้สึกถูกทอดทิ้ง เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพจิตเพิ่มเติม เช่น ความต้องการการช่วยเหลือของผู้สูงอายุ ระยะทางที่ต้องเดินทางมารับบริการ และปัจจัยอื่นๆ ซึ่งจะช่วยให้อธิบายความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้มากขึ้น และนำมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพและดูแลผู้สูงอายุให้เหมาะสม

2. การเก็บข้อมูลในสถานการณ์ที่มีโรคระบาด อาจทำให้มีประเด็นเรื่อง selection bias ดังนั้นควรพิจารณาการเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้สูงอายุชุมชนอื่นๆ เพิ่มเติมและควรมีการเก็บข้อมูลโดยวิธีการอื่นที่อาจมีประสิทธิภาพมากกว่า เช่น การโทรศัพท์ หรือวิดีโอสัมภาษณ์

Reference

1. Institute for Population and Social Research Mahidol University. Situation of the Thai elderly 2017. October printing company limited. (2018). elderly 2017. (1st edition). Bangkok: October Printing Co., Ltd. ; 2018 (In Thai)
2. Arunsang P. Nursing care important problems of the elderly: application. (4th edition). Khon Kaen: Klang nana witthaya printing house. 2017; 283-284. (In Thai)
3. Nantaboot K. Enhancement of health vocal skills for the elderly. Bangkok; TQP.; 2012. (In Thai)
4. Department of Mental Health [Internet], Ministry of Public. 2019. Available from: <http://www.prdmh.com>
5. Polsingchan S, Rungruang K. The Integration of Contemplative Education Concepts and Problem-based Learning Method in a Selected Topic of Ethics and Laws in Nursing Profession Subject for Nursing Student. NJPH . 2020; 30(2): 23-5. (In Thai)
6. Piper S E, Bailey P E, Lam L T, Kneebone I I. Predictors of mental health literacy in older people. Archives of gerontology and geriatrics. 2018; 79: 52-56.
7. Wong D F K, Lam A Y K, Poon A, Chow A Y M. Gender differences in mental health literacy among Chinese-speaking Australians in Melbourne, Australia. International journal of social psychiatry. 2012; 58:178-85.
8. Kim Y S, Rhee T G, Lee H Y, Park B H, Sharratt M L. Mental health literacy as a mediator in use of mental health services among older Korean adults. International psychogeriatrics 2017; 29(2): 269-79.
9. National Statistical Office [Internet]. 2021. Available from: www.nso.go.th
10. Daniel W W, Cross C L. Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences. 2018. Wiley.
11. Ware J J E, Sherbourne C D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): Conceptual framework and item selection. Medical care. 1992; 473-83.
12. Borson S, Scanlan JM, Chen P, Ganguli M. The mini-cog as a screen for dementia: validation in a population-based sample. *Journal of the American geriatrics society*, 2003; 51:1451.
13. Kunjaethong k, Auemaneeekul N, Amnatsasue K, Rawiworrakul T, Sativipawee P. Factor related to active aging In Surin Province. Journal of Public Health Nursing. 2019; 33(3): 78-94.
14. Thaicharoen K. Factors predicting mental health status of the elderly in Chonburi province. Thai thesis database. Bangkok; 2001. (In Thai)

15. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century, *Health promotion international*, 2000; 15(3):259–267.

16. Hossein A, Zeinab A, Ansari M, Mahdi M, Mostafa P. Health literacy in older adults and its related factors: A cross-sectional study in southeast Iran. *Health scope*. 2016; 5(4): 1-6.

17. Nitiwat S, Tansakul S, Therawiwat M, Imanee N. Associated with food consumption behavior in patients with type 2 diabetes. *Journal of health education*. 2015; 38(129):14-30.

18. Nilnet W. Health qoutiet of Thai elderly in the Bangkok club. Dissertation. Faculty of Medicine. Chulalongkorn University, 2018.

19. Phan-Ubol P. A study of relationships between Health Perception and health self-caring behavior of Thai andropasal police officers in Chonburi Province. Master of Education Degree in Development Psychology. Srinakarinwirot University. 2010.

20. 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)

21. Noimongkon S, Somboontanont W, Leelahakul V. Selective factors relationship with mental health power of caregivers of elderly people with dementia. *Journal of nursing, ministry of public health*. 2017. 27(1):85-98. (In Thai)

22. Inchaithep S, Puasiri S, Punsawat M, Thungmepon P, Robkob W,. The development of indicators for mental health literacy. for the public. *Journal of Boromarajonani college of nursing, Uttaradit*. 2018; 10:95-109.

23. Srikuankaew A, Jiawiwatkul A, Thayansin S. The relationship between happiness. Health literacy and quality of life of the elderly: a case study of the elderly in Wiang sub-district school, Fang District, Chiang Mai Province. *MFU Journal of Humanities and Social Sciences* 2018; 7(2): 77-95.

24. Kaewprom C, Yuthavisut S, Pratoom L, Boontum A. Mental Health Literacy among village health workers A case study of two sub-districts in Kloong, Chantaburi. *Journal of Health Science Research*. 2015; 8(1): 10-16.