

# ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในกลุ่มคนทำงานด้านการบริหารจัดการ ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร: การศึกษาแบบตัดขวาง

ปฏิภาณ เตชะนิริติศัย, เจตน์ รัตนจิณะ

ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในกลุ่มคนทำงานด้านการบริหารจัดการ ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร โดยเก็บตัวอย่างกลุ่มคนทำงานด้านการบริหารจัดการ ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครทั้งหมดโดยไม่สุ่มจำนวน 289 คน ดำเนินการเก็บข้อมูล ระหว่างเดือนมีนาคมถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2568 แบบสอบถามประกอบด้วย ข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล และแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตฉบับภาษาไทย การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน โดยใช้สถิติการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ โดยกลุ่มตัวอย่างมีอัตราการตอบกลับ ร้อยละ 87.0 คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวม มีค่าเฉลี่ย 107.6 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.4 คะแนน) เมื่อควบคุมตัวแปร-กวนแล้วพบว่า ปัจจัยด้านบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ กลุ่มหน่วยงาน ประกอบด้วย ฝ่ายสนับสนุนบริการ ( $\beta=4.9$ , 95%CI=1.5-8.4) ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ ( $\beta=6.0$ , 95%CI=1.5-10.5) ประวัติความเจ็บป่วยทางจิต ( $\beta=11.7$ , 95%CI=3.7-19.7) และการเข้าถึงความรู้ด้านสุขภาพจิต ( $\beta=5.6$ , 95%CI=3.0-8.2) ดังนั้นองค์กรควรส่งเสริมการเตรียมแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต รวมถึงการจัดกิจกรรมพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการประสบปัญหาความเจ็บป่วยทางจิต โดยมุ่งเน้นในกลุ่มที่มีลักษณะงานที่ไม่ค่อยได้มีการติดต่อ หรือทำงานร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ หรือที่ไม่เคยมีประวัติความเจ็บป่วยทางจิตมาก่อน เพื่อให้บุคลากรมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่ดี

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต; กลุ่มคนวัยทำงาน; อาชีพด้านการบริหารจัดการ

วันรับ: 29 ต.ค. 2568

วันแก้ไข: 30 พ.ย. 2568

วันตอบรับ: 8 ธ.ค. 2568

## บทนำ

ในประเทศไทย จากการรวบรวมสถิติ โดยสถาบันวิจัย-ประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2566 พบว่า ร้อยละ 11.5 ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปทั่วประเทศ มีระดับสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป<sup>(1)</sup> ซึ่งส่งผลต่อจำนวนปี

สุขภาพที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพของประชากร<sup>(2)</sup> และนำไปสู่อัตราการตายจากการฆ่าตัวตายสูงที่สุดในกลุ่มวัยทำงานอายุ 35-39 ปี โดยคิดเป็น 11.9 ต่อประชากรแสนคน<sup>(1)</sup>

อย่างไรก็ตามความสำคัญกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ได้รับการกล่าวถึงมากขึ้น โดยภายใต้นโยบายการพัฒนา

งานสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2567 มีประเด็นสำคัญอยู่ 8 ประการ หนึ่งในนั้น คือ การเร่งเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต เพิ่มความเข้าใจ ลดความขัดแย้งในสังคมและให้แก่ประชาชน ทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤติ ด้วยทีมสื่อสารสุขภาพ ดิจิทัล<sup>(3)</sup> ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (mental health literacy; MHL) มีการให้คำนิยาม โดย Jorm AF และคณะ หมายถึง “ความรู้และทัศนคติในเรื่องสุขภาพจิตในการ เสริมความตระหนัก การจัดการ และการป้องกันปัญหาด้าน สุขภาพจิต” ซึ่งเป็นส่วนขยายต่อจากความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy)<sup>(4)</sup>

ในการศึกษาโดย Stansfeld SA และคณะ ในสหราชอาณาจักร พบว่า มีความชุกของภาวะป่วยทางจิตในกลุ่มคน วิทยาลัยที่ประกอบอาชีพด้านการบริหารจัดการ รวมถึง เสมียนและเลขานุการ คิดเป็นร้อยละ 16 ของกลุ่มอาชีพหลัก ทั้งหมด ซึ่งสูงที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอาชีพอื่นๆ โดยเมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มคนวิทยาลัยที่ประกอบอาชีพ ด้านการบริหารจัดการ พบว่า มีความชุกของภาวะป่วย-ทางจิต คิดเป็นร้อยละ 15 ของกลุ่มอาชีพทั้งหมด<sup>(5)</sup>

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในกลุ่มคนวิทยาลัยที่ประกอบอาชีพด้านการบริหารจัดการ โดยเฉพาะในบริบทของโรงพยาบาลระดับ-ตติยภูมิ ซึ่งมีความหลากหลายของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มคนวิทยาลัยที่ประกอบอาชีพด้านการบริหารจัดการ และยังไม่มีการศึกษาในกลุ่มนี้มาก่อนในประเทศไทย การศึกษานี้จึงมีความสำคัญที่จะส่งผลถึงพฤติกรรมในการแสวงหาหรือเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพจิตที่ดีขึ้น ซึ่งคาดว่าจะส่งผลทำให้สุขภาพจิตโดยรวมของกลุ่มคนวิทยาลัยที่ประกอบอาชีพนี้ดีขึ้น ส่งผลดีต่อประสิทธิผลของการทำงานทั้งในแง่ตัวบุคคล องค์กร และประเทศชาติต่อไป

## วิธีการศึกษา

การวิจัยเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางเชิงพรรณนา การดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคมถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2568 โดยมีวิธีการศึกษาดังนี้

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ กลุ่มคนวัยทำงานที่ประกอบอาชีพด้านการบริหารจัดการ ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง ศึกษาจากกลุ่มคนวัยทำงานที่ประกอบ-อาชีพด้านการบริหารจัดการ ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร จำนวน 332 คนที่ถูกเลือกทั้งหมดโดยไม่มีการสุ่ม

เมื่อคำนวณจากสูตรการหาขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อหา ค่าเฉลี่ยในประชากร

$$\text{Sample size} = (z_{\alpha/2} \sigma/d)^2$$

เมื่อ Z = ค่าคงที่ที่ระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95

$\sigma$  = ค่าความแปรปรวนในประชากร = 12.4 โดยนำ ข้อมูลมาจากงานวิจัยของ Korhonen J และคณะ ที่ศึกษา ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิ<sup>(6)</sup>

d = ค่าความคลาดเคลื่อน กำหนดไว้ที่ 2 คะแนน

ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย =  $(1.96 \times 12.4 / 2)^2 = 147.7$  ปัดขึ้นเป็นจำนวน 148 คน โดยได้เพิ่มจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 30 เพื่อในกรณีที่มีปัญหาจากการเก็บข้อมูล จึงต้องมีขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นอย่างน้อย 212 คน ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 332 คน จึงเพียงพอต่อการวิจัยนี้

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ใช้แบบสอบถามแบบให้กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ตอบคำถามด้วยตนเอง แบ่งออกเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต จำนวน 35 ข้อ ประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบ-หลัก ได้แก่ ความสามารถในการรับรู้ (ข้อ 1-8) ความรู้ (ข้อ 9-19) และทัศนคติ (ข้อ 20-35)

โดยข้อ 1-15 เป็นตัวเลือกแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ และ ข้อที่ 16-35 เป็นตัวเลือกแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ โดยนำ มาจากแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวม จากงานวิจัยของ O'Connor M และคณะ ที่มาแปลเป็น ภาษาไทย โดยกอบหทัย สิทธิธรรมาธิ และคณะ และมี

การทดสอบคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยาของเครื่องมือ ใน พ.ศ. 2565 โดยได้รับการตรวจสอบคุณภาพ โดยการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาด้วยวิธีการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง มีคะแนนอยู่ที่ 0.85 และการตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha พบความเชื่อมั่นทั้งฉบับอยู่ที่ 0.85<sup>(7)</sup> โดยการแปลผลจะเป็นการรวมคะแนนทั้งหมด 35 ข้อ เป็นคะแนนเต็มแต่ละข้อ ข้อละ 4 หรือ 5 คะแนน ตามระดับของตัวเลือกแบบมาตราส่วนประมาณค่า รวมคะแนนทั้งหมด 160 คะแนน คะแนนต่ำสุดอยู่ที่ 35 คะแนน

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูล โดยติดต่อประสานงานเบื้องต้นกับทางหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ รายละเอียด ขั้นตอนการปฏิบัติ และประโยชน์ที่จะได้รับในการศึกษาครั้งนี้ ดำเนินการเข้าหาอาสาสมัครโดยตรง หลังจากได้รับหนังสือยินยอมให้เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลแล้ว ณ สถานที่ทำงานของผู้เข้าร่วมงานวิจัย รวมถึงมีการนัดพบ ณ สถานที่จัดทำกรวิจัยในโรงพยาบาล และแจกแบบสอบถามให้ผู้ร่วมวิจัย และเก็บข้อมูลตามแผนที่วางไว้ เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์และสรุปผลเพื่อใช้ในงานวิจัย

### การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูล และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูล โดยสถิติที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

1. สถิติเชิงพรรณนา ใช้สำหรับวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติเชิงอนุมาน ใช้สำหรับวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต โดยใช้สถิติการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (multiple linear regression) โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.05$  ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ STATA version 18 (Stata Corp., College Station, TX, USA)

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์-

มหาวิทยาลัย เลขที่โครงการ 0934/67 ลงวันที่ 27 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 และในกระบวนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่จะได้รับในการศึกษาครั้งนี้ ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยรับทราบก่อนการเก็บข้อมูล และได้รับการยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัย โดยการลงนามในหนังสือยินยอมเป็นที่เรียบร้อย

## ผลการศึกษา

ผู้วิจัยดำเนินการแจกแบบสอบถามตามหน่วยงานทั้งหมดที่มีความเกี่ยวข้องกับกลุ่มอาชีพด้านการบริหารจัดการ ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร รวมทั้งสิ้น 332 ชุด ได้รับแบบสอบถามคืนทั้งหมด 289 ชุด คิดเป็นอัตราตอบกลับร้อยละ 87.0

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยด้านบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 289 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 232 คน (ร้อยละ 80.3) มีอายุเฉลี่ย 39.4 ปี และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.5 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสเป็นโสด จำนวน 155 คน (ร้อยละ 53.6) ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี จำนวน 194 (ร้อยละ 67.1) อยู่ในกลุ่มหน่วยงานฝ่ายการคลัง จำนวน 157 คน (ร้อยละ 54.3) มีระยะเวลาในการทำงานน้อยกว่า 10 ปี จำนวน 152 คน (ร้อยละ 52.6) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่าหรือเท่ากับ 23,000 บาทต่อเดือน จำนวน 167 คน (ร้อยละ 57.8) ไม่มีประวัติความเจ็บป่วยทางจิต จำนวน 281 คน (ร้อยละ 97.2) ไม่มีประวัติความเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว เพื่อน หรือคนใกล้ชิด จำนวน 255 คน (ร้อยละ 88.2) ไม่เคยอบรมความรู้ด้านสุขภาพจิต จำนวน 273 คน (ร้อยละ 94.5) เคยเข้าถึงความรู้ด้านสุขภาพจิต จำนวน 147 คน (ร้อยละ 50.9) และไม่เคยขอความช่วยเหลือผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิต จำนวน 256 คน (ร้อยละ 88.6) ดังตารางที่ 1

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวม มีการแจกแจงแบบปกติ โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวม พบว่า จากคะแนนเต็ม 160 คะแนน มีค่าเฉลี่ย 107.6 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.4 คะแนน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ข้อมูลปัจจัยด้านบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=289)

ข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล	n (%)
<b>ปัจจัยส่วนบุคคล</b>	
เพศ	
หญิง	232 (80.3)
ชาย	57 (19.7)
อายุ (ปี) (Mean ± SD)	39.4 ± 9.5
สถานภาพสมรส	
โสด	155 (53.6)
สมรส	134 (46.4)
ระดับการศึกษา	
มัธยมศึกษาหรือต่ำกว่า	13 (4.5)
ปวส.	41 (14.2)
ปริญญาตรี	194 (67.1)
สูงกว่าปริญญาตรี	41 (14.2)
<b>ปัจจัยจากงาน</b>	
กลุ่มหน่วยงาน	
ฝ่ายการคลัง	157 (54.3)
ฝ่ายสนับสนุนบริการ	56 (19.4)
ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ	29 (10.0)
ศูนย์เครื่องมือแพทย์	25 (8.7)
ฝ่ายสื่อสารองค์กร	22 (7.6)
ระยะเวลาการทำงาน (ปี)	
น้อยกว่า 10	152 (52.6)
มากกว่าหรือเท่ากับ 10	137 (47.4)
รายได้เฉลี่ย (บาทต่อเดือน)	
น้อยกว่า 23,000	122 (42.2)
มากกว่าหรือเท่ากับ 23,000	167 (57.8)
<b>ปัจจัยที่เกี่ยวกับสุขภาพจิต</b>	
ประวัติความเจ็บป่วยทางจิต	
ไม่เคย	281 (97.2)
เคย	8 (2.8)
ประวัติความเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว เพื่อน หรือคนใกล้ชิด	
ไม่เคย	255 (88.2)
เคย	34 (11.8)

ตารางที่ 1 ข้อมูลปัจจัยด้านบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=289) (ต่อ)

ข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล	n (%)
การอบรมความรู้ด้านสุขภาพจิต	
ไม่เคย	273 (94.5)
เคย	16 (5.5)
การเข้าถึงความรู้ด้านสุขภาพจิต	
ไม่เคย	142 (49.1)
เคย	147 (50.9)
การขอความช่วยเหลือผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิต	
ไม่เคย	256 (88.6)
เคย	33 (11.4)

ตารางที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง (n=289)

คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต	Total	Mean	SD	Median	IQR	Min	Max
ความสามารถในการรับรู้	32	22.71	4.37	23.00	5.00	8	32
ความรู้	48	33.81	3.25	34.00	5.00	25	44
ทัศนคติ	80	51.08	7.67	51.00	10.00	29	73
รวม	160	107.60	11.42	107.00	15.00	76	142

การศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลต่างๆ กับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวม โดยสถิติการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นๆ แล้วพบว่า คนในกลุ่มหน่วยงาน ฝ่ายสนับสนุนบริการ และฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมมากกว่าฝ่ายการคลัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงพบว่า คนที่เคยมีประวัติความเจ็บป่วยทางจิตมาก่อนจะมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมมากกว่า คนที่ไม่เคยมีประวัติความเจ็บป่วยทางจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้การเข้าถึงความรู้ด้านสุขภาพจิตจะมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมมากกว่า คนที่ไม่เคยเข้าถึงความรู้ด้านสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

## วิจารณ์

คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมโดยเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ 107.60 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเหมือนกัน พบว่า มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตต่ำกว่าเล็กน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มคนวัยทำงานเหมือนกัน เช่น การศึกษาของ BinDhim NF และคณะ ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทยชาติอาระเบีย พบว่า คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่ปรับใหม่ตามโครงสร้างประชากรจากข้อมูลสำมะโนประชากรมีค่าเฉลี่ย 109.7 คะแนน<sup>(8)</sup> และการศึกษาของ Jafari A และคณะ ที่ศึกษาความ

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวม (n=289)

ข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล	n (%)	Unadjusted model		Adjusted model**	
		β	95% CI	β	95% CI
เพศ					
หญิง	232 (80.3)	ค่าอ้างอิง		ค่าอ้างอิง	
ชาย	57 (19.7)	-1.6	-4.9, 1.8	-2.2	-5.6, 1.1
อายุ (ปี) (Mean ± SD)	39.4 ± 9.5	-0.2	-0.3, -0.0	-0.1	-0.3, 0.1
สถานภาพสมรส					
โสด	155 (53.6)	ค่าอ้างอิง		ค่าอ้างอิง	
สมรส	134 (46.4)	-1.6	-4.3, 1.1	-0.7	-3.4, 2.0
ระดับการศึกษา					
มัธยมศึกษาหรือต่ำกว่า	13 (4.50)	ค่าอ้างอิง		ค่าอ้างอิง	
ปวส.	41 (14.2)	1.2	-5.9, 8.4	-0.1	-7.0, 6.9
ปริญญาตรี	194 (67.1)	1.5	-5.0, 7.9	-1.0	-7.3, 5.4
สูงกว่าปริญญาตรี	41 (14.2)	4.3	-2.9, 11.4	3.4	-3.7, 10.6
กลุ่มหน่วยงาน					
ฝ่ายการคลัง	157 (54.3)	ค่าอ้างอิง		ค่าอ้างอิง	
ฝ่ายสนับสนุนบริการ	56 (19.4)	4.6*	1.1, 8.1*	4.9*	1.5, 8.4*
ศูนย์เครื่องมือแพทย์	29 (10.0)	3.9	-0.9, 8.7	3.7	-1.0, 8.5
ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ	25 (8.7)	5.3*	0.8, 9.8*	6.0*	1.5, 10.5*
ฝ่ายสื่อสารองค์กร	22 (7.6)	3.6	-1.5, 8.6	2.8	-2.1, 7.7
ระยะเวลาการทำงาน (ปี)					
น้อยกว่า 10	152 (52.6)	ค่าอ้างอิง		ค่าอ้างอิง	
มากกว่าหรือเท่ากับ 10	137 (47.4)	-2.1	-4.7, 0.5	0.4	-3.0, 3.8
รายได้เฉลี่ย (บาทต่อเดือน)					
น้อยกว่า 23,000	122 (42.2)	ค่าอ้างอิง		ค่าอ้างอิง	
มากกว่าหรือเท่ากับ 23,000	167 (57.8)	-1.4	-4.1, 1.3	-1.5	-4.5, 1.6
ประวัติความเจ็บป่วยทางจิต					
ไม่เคย	281 (97.2)	ค่าอ้างอิง		ค่าอ้างอิง	
เคย	8 (2.8)	10.8*	2.9, 18.8*	11.7*	3.7, 19.7*

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวม (n=289) (ต่อ)

ข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล	n (%)	Unadjusted model		Adjusted model**	
		β	95% CI	β	95% CI
ประวัติความเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว เพื่อน หรือคนใกล้ชิด					
ไม่เคย	255 (88.2)	ค่าอ้างอิง		ค่าอ้างอิง	
เคย	34 (11.8)	2.0	-2.1, 6.1	-1.0	-5.2, 3.2
การอบรมความรู้ด้านสุขภาพจิต					
ไม่เคย	273 (94.5)	ค่าอ้างอิง		ค่าอ้างอิง	
เคย	16 (5.5)	5.4	-0.4, 11.2	2.0	-3.7, 7.7
การเข้าถึงความรู้ด้านสุขภาพจิต					
ไม่เคย	142 (49.1)	ค่าอ้างอิง		ค่าอ้างอิง	
เคย	147 (50.9)	6.3*	3.7, 8.8*	5.6*	3.0, 8.2*
การขอความช่วยเหลือผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิต					
ไม่เคย	256 (88.6)	ค่าอ้างอิง		ค่าอ้างอิง	
เคย	33 (11.4)	3.6	-0.5, 7.8	0.4	-4.1, 4.9

\* นัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)

\*\* ควบคุมโดยปัจจัยตัวแปรอื่นๆ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา กลุ่มหน่วยงาน ระยะเวลาการทำงาน รายได้เฉลี่ย ประวัติความเจ็บป่วยทางจิต ประวัติความเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว เพื่อน หรือคนใกล้ชิด การอบรมความรู้ด้านสุขภาพจิต การเข้าถึงความรู้ด้านสุขภาพจิต และการขอความช่วยเหลือผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิต

รอบรู้ด้านสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตในประเทศอิหร่านพบว่า คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีค่าเฉลี่ย 113.5 คะแนน<sup>(9)</sup> อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาของ Snow KSR และคณะ ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของชาวฮาวาย สหรัฐอเมริกา และชาวเกาะแปซิฟิก ที่มีเชื้อชาติโพลินีเซียพบว่า คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีค่าเฉลี่ย 121 คะแนน<sup>(10)</sup> ซึ่งอาจเป็นผลมาจากความชุกของคนที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตที่มาก ทำให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่สูงกว่า

ปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของกลุ่มคนวัยทำงานด้านการบริหารจัดการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ได้แก่ กลุ่มหน่วยงาน ประวัติความเจ็บป่วยทางจิต และการเข้าถึงความรู้ด้านสุขภาพจิต สามารถอภิปรายในรายละเอียดได้ดังนี้

**กลุ่มหน่วยงาน** เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นๆ แล้ว พบว่า ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ และฝ่ายสนับสนุนบริการ มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับฝ่ายการคลัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ อาจอธิบายได้จากในเนื้อหานี้จำเป็นต้องมีการเก็บข้อมูล ประวัติผู้ป่วย รวมถึงการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลการวินิจฉัยโรค ทำให้มีโอกาสที่จะรับรู้โรคหรือความผิดปกติทางจิตได้มากกว่า อันเป็นเหตุให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตสูงกว่าได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Anggaini NLV ที่ศึกษาผลของการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมด้านสุขภาพในคนอายุ 18 ปีขึ้นไปในประเทศอินโดนีเซีย พบว่า การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรอบรู้ด้าน

สุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>(11)</sup> โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตถือเป็นส่วนหนึ่งในความรอบรู้ด้านสุขภาพ ส่วนฝ่ายสนับสนุนบริการ มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมมากกว่า อาจจะอธิบายได้จากในเนื้อหาของนิตเป็นกาจัดเก็บ และบริการจ่ายเวชภัณฑ์ หรือเครื่องมือแพทย์ไปยังหน่วยงานต่างๆ ซึ่งมีโอกาสในการติดต่อประสานงานร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์มากกว่า ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของกอบหทัย สิทธิธรมฤทธิ์ และคณะ ที่ศึกษาคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยาของแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมฉบับแปลไทย ในนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 พบว่า ผู้ที่มีการติดต่ออย่างใกล้ชิดกับบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์กับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่เพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่มีการติดต่ออย่างใกล้ชิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>(7)</sup>

**ประวัติความเจ็บป่วยทางจิต** พบว่า คนที่เคยมีประวัติความเจ็บป่วยทางจิตมาก่อน มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมมากกว่าคนที่ไม่เคยมีประวัติความเจ็บป่วยทางจิต เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นๆ แล้ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Angermeyer MC และคณะ ที่ศึกษาผลของประสบการณ์ส่วนตัวของการเจ็บป่วยทางจิตกับทัศนคติที่มีต่อคนที่ทุกข์ทรมานจากความผิดปกติทางจิต พบว่า คนที่เคยมีประวัติความเจ็บป่วยทางจิตมาก่อน มีการแสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจที่บ่อยกว่า มีแนวโน้มที่จะตอบสนองอย่างไม่เกรงกลัว และไม่แสดงออกถึงความรู้สึกรังเกียจหรือห่างเหินกับคนที่เจ็บป่วยทางจิต เมื่อเปรียบเทียบกับคนที่ไม่เคยมีประวัติความเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งแสดงถึงความสัมพันธ์เชิงบวกต่อคนที่มีความเจ็บป่วยทางจิต<sup>(12)</sup> ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mideksa G และคณะ ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในแพทย์พื้นบ้านในประเทศเอธิโอเปียฝั่งตะวันตกเฉียงใต้ พบว่า คนที่มีประวัติการรักษาความเจ็บป่วยทางจิต จะมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่สูงกว่า คนที่ไม่มีประวัติการรักษาความเจ็บป่วยทางจิต เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นๆ แล้ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>(13)</sup>

**การเข้าถึงความรู้ด้านสุขภาพจิต** พบว่า คนที่เคยเข้าถึงความรู้ด้านสุขภาพจิตมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมมากกว่า คนที่ไม่เคยเข้าถึงความรู้ด้านสุขภาพจิต

เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นๆ แล้ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถอธิบายได้จากการที่การเข้าถึงความรู้ด้านสุขภาพจิตที่เพียงพอและถูกต้อง จะช่วยหล่อหลอมความสามารถรับรู้ความรู้ โดยเฉพาะความรู้ในการแสวงหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต และทัศนคติต่อความเจ็บป่วยทางจิต ของแต่ละบุคคลได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในแพทย์พื้นบ้านในประเทศเอธิโอเปียฝั่งตะวันออกเฉียงเหนือ โดย Anbesaw T และคณะ และการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในแพทย์พื้นบ้านในประเทศเอธิโอเปียฝั่งตะวันตกเฉียงใต้ โดย Mideksa G และคณะ และการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตในประเทศอิหร่าน โดย Jafari A และคณะ ซึ่งพบว่า คนที่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต หรือได้รับการอบรมด้านสุขภาพจิต มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับคนที่ไม่เคยได้รับการอบรม<sup>(9,13,14)</sup>

**ข้อเสนอแนะในการวิจัย**

**ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้**

1. องค์กรควรสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการสร้างความรู้ด้านสุขภาพจิต และประโยชน์ที่ได้ เช่น การรับรู้ วิธีการจัดการและขอความช่วยเหลือเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตเบื้องต้น
2. องค์กรควรมีการจัดเตรียมแหล่งข้อมูล รวมถึงสื่อต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพจิต เพื่อให้บุคลากรสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ เกิดองค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต และวิธีรับมือกับปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพเบื้องต้น ตลอดจนลดอคติต่อคนที่มีความเจ็บป่วยทางจิต
3. องค์กรควรมีการจัดกิจกรรมพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์บอกเล่าเรื่องราวชีวิต เกี่ยวกับคนที่เคยประสบปัญหากับความเจ็บป่วยทางจิต เพื่อให้สามารถเข้าใจความรู้เกี่ยวกับโรคเบื้องต้น และบริบทของความเจ็บป่วยทางจิตมากขึ้น โดยมุ่งเน้นในกลุ่มวัยทำงานด้านบริหารจัดการในโรงพยาบาล ที่มีลักษณะงานที่ไม่ค่อยได้มีการติดต่อ หรือทำงานร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์มากนัก หรือกลุ่มวัยทำงานด้านบริหารจัดการในโรงพยาบาลที่ไม่เคยมีประวัติความเจ็บป่วยทางจิตมาก่อนเป็นกลุ่มเป้าหมายหลัก

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาเพิ่มเติมในแง่ของแหล่งข้อมูลที่กลุ่ม-คนวัยทำงานด้านการบริหารจัดการใช้เป็นหลัก หรือรู้สึกสะดวกในการเข้าถึงความรู้ด้านสุขภาพจิต และควรขยายการศึกษาไปยังกลุ่มคนวัยทำงานด้านการบริหารจัดการ ในสถานที่อื่นซึ่งอาจมีลักษณะการทำงาน ที่แตกต่างจากในโรงพยาบาล และควรขยายการศึกษาไปยังกลุ่มคนวัยทำงานกลุ่มอื่นนอกจากด้านการบริหารจัดการ ที่อาจมีความเสี่ยงที่จะมีปัญหาด้านสุขภาพจิต จากการมี

ความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิต รวมถึงวิธีรับมือกับปัญหาด้านสุขภาพจิตที่ไม่เพียงพอ

### กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ด้านการบริหารจัดการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สุขภาพคนไทย 2566: คำสัญญาของไทยใน “คอป” (Conference of Parties: COP) กับการรับมือ “โลกรวน”. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2566.
2. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ แผนงานพัฒนาดัชนีภาระโรคแห่งประเทศไทย. การสูญเสียปีสุขภาวะ Disability-Adjusted Life Years: DALYs รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2562. นนทบุรี: แอนดีเพรส; 2562.
3. พงศ์เกษม ไข่มุกด์. นโยบายการพัฒนางานสุขภาพจิต [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2566 [สืบค้นเมื่อ 14 ส.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://dmh.go.th/intranet/p2567/policyDMH2567.pdf>
4. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P. “Mental health literacy”: a survey of the public’s ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Med J Aust* 1997;166:182-6.
5. Stansfeld SA, Rasul FR, Head J, Singleton N. Occupation and mental health in a national UK survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011;46:101-10.
6. Korhonen J, Axelin A, Stein DJ, Seedat S, Mwape L, Jansen R, et al. Mental health literacy among primary healthcare workers in South Africa and Zambia. *Brain Behav* 2022;12:e2807.
7. Sittironnarit G, Sripen R, Phattharayuttawat S. Psychometric properties of the Thai mental health literacy scale in sixth-year medical students. *Siriraj Medical Journal* 2021;74:100-7.
8. BinDhim NF, Althumiri NA, Ad-Dab’bagh Y, Alqahtani MMJ, Alshayea AK, Al-Luhaidan SM, et al. Exploring mental health literacy and its associated factors: a national cross-sectional study in Saudi Arabia, 2023. *Risk Manag Healthc Policy* 2024;17:355-63.
9. Jafari A, Nejatian M, Momeniyan V, Barsalani FR, Tehrani H. Mental health literacy and quality of life in Iran: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry* 2021;21:499.
10. Snow KSR, Merrill K, Macintosh J, Thomas M, Miles L. Mental health literacy in Polynesian native Hawaiian and other Pacific islanders. *Int J Ment Health Nurs* 2024;33:683-92.
11. Anggaini N, Supriyono B, Indah Mindarti L, Hidayati F, editors. Effects of health information access and health service access on health literacy and health behavior. Proceedings of the 3<sup>rd</sup> Annual International Conference on Business and Public Administration; 2020 Oct 26-27; Jawa Timur, Indonesia. Amsterdam: Atlantis Press; 2021.
12. Angermeyer MC, Matschinger H. The effect of personal experience with mental illness on the attitude towards individuals suffering from mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1996;31:321-6.
13. Mideksa G, Tesfaye E, Yitayih Y, Sime Y, Aliye K, Gizaw AT. Mental health literacy and associated factors among traditional healers of Jimma town, southwest, Ethiopia 2020: a community based, cross-sectional study. *Front Psychiatry* 2024;15:1304454.
14. Anbesaw T, Asmamaw A, Adamu K, Tsegaw M. Mental health literacy and its associated factors among traditional healers toward mental illness in Northeast, Ethiopia: a mixed approach study. *PLoS One* 2024;19:e0298406.

# Mental Health Literacy and its Associated Factors among Administrative Workers in a Tertiary Care Hospital in Bangkok: a Cross Sectional Study

Patiparn Techanirattisai, Jate Ratanachina

*Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University*

---

## Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to investigate mental health literacy and its associated factors among administrative workers at a tertiary care hospital in Bangkok, Thailand. The study included 289 administrative workers, recruited without sampling, and data was collected between March and May 2025. The questionnaire comprised two sections: personal factors and the Thai Mental Health Literacy Scale (TMHLS). Both descriptive and inferential statistics, including bivariate analysis and multiple linear regression, were used for data analysis. The study response rate was 87.0%. The overall mean mental health literacy score was 107.6 (SD=11.4). After adjusting for confounding factors, statistically significant factors associated with overall mental health literacy included: supporting service department ( $\beta=4.9$ , 95%CI=1.5-8.4); information technology department ( $\beta=6.0$ , 95%CI=1.5-10.5); history of mental health illness ( $\beta=11.7$ , 95%CI=3.7-19.7); access to knowledge about mental health ( $\beta=5.6$ , 95%CI=3.0-8.2) Therefore, this organization should promote the provision of accessible resources and facilitate activities for sharing experiences about mental illness. This should specifically target groups whose work involves infrequent contact with medical personnel or who have no prior history of mental illness, aiming to enhance the mental health literacy of all staff.

**Keywords:** mental health literacy; working-age group; administrative job