



ทัศนคติต่อการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าในประชากรไทย

Attitude toward Depression in Thai Population

ณัฐพงษ์ ตั้งจิตบุญสง่า*, ชวนันท์ ชาญศิลป์*

Nattapong Tangjitboonsanga*, Chawanun Charnsil*

* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chiang Mai University

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาทัศนคติต่อการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าในประชากรไทยในภาพรวมและแยกตามภูมิภาคต่างๆ และปัจจัยที่สัมพันธ์กับทัศนคตินั้นๆ

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาแบบ cross-sectional descriptive study ในประชากรไทย อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ผ่านการกระจายแบบสอบถามทางออนไลน์ ด้วยโปรแกรม google form โดยแบบสอบถามนั้นแบ่งการเก็บข้อมูลเป็น 2 ส่วนได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทางด้านสังคมประชากร เช่น อายุ, เพศ, ภูมิภาค, จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา เป็นต้น และ ส่วนที่ 2 แบบทดสอบ depression stigma scale ซึ่งประกอบไปด้วย 2 ส่วน คือ การรับรู้ถึงความเป็นตรวบาปของการป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (personal stigma) และการรับรู้ถึงมุมมองของผู้อื่นต่อการป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (perceived stigma) หลังจากนั้นจึงวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะของประชากร เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนของแบบทดสอบในแต่ละภาค และเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลด้านสังคมประชากรที่ส่งผลกระทบต่อคะแนนของแบบทดสอบข้อต่างๆโดยใช้สมการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (multivariate regression analysis)

ผลการศึกษา จำนวนผู้เข้าร่วมตอบแบบสอบถาม มีทั้งสิ้น 977 ราย โดยผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80.2) และมีภูมิลำเนาอยู่ในภาคกลาง (ร้อยละ 51.69) โดยการสำรวจแสดงให้เห็นถึงระดับการรับรู้ถึงมุมมองของผู้อื่นต่อการป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (perceived stigma) ที่สูงกว่า การรับรู้ถึงความเป็นตรวบาปของการป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (personal stigma) ซึ่งพบว่าภาคตะวันตก มีระดับของความเป็นตรวบาปที่สูงที่สุด และแต่ละภูมิภาคมีรายละเอียดของลักษณะทัศนคติและความเป็นตรวบาปที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ระดับความเป็นตรวบาปที่สูงขึ้นพบว่าสัมพันธ์กับ เพศชาย อายุน้อย ไม่เคยมีประสบการณ์การสัมผัสหรือใกล้ชิดกับบุคคลที่เคยเจ็บป่วยด้านอารมณ์ และคนที่มีการศึกษาสูง

สรุป การให้ความรู้หรือประชาสัมพันธ์กับประชาชนในเรื่องของภาวะซึมเศร้า ควรใช้รูปแบบที่เฉพาะเจาะจงกับวัฒนธรรมความเชื่อของพื้นที่นั้นๆ โดยกลุ่มเป้าหมายหลักของการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เหล่านี้ ได้แก่ เพศชาย อายุน้อย ไม่เคยมีประสบการณ์สัมผัสหรือใกล้ชิดกับบุคคลที่เคยเจ็บป่วยด้านอารมณ์ และมีการศึกษาสูง

คำสำคัญ โรคซึมเศร้า, ตรวบาป, ทัศนคติ

Corresponding author: ณัฐพงษ์ ตั้งจิตบุญสง่า

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2563; 65(1): 75-88

ABSTRACT

Objectives : This study aimed to examine the attitudes toward depression in each region of Thailand and the factors associated with each attitude.

Methods : This cross-sectional descriptive study was conducted in Thai population aged 18 year and over. The Depression Stigma Scale was first translated into Thai, and then distributed via Google Form. This cross-sectional descriptive study was conducted in Thai population aged 18 and above. The questionnaire was translated into Thai and distributed online via Google Form. It was divided into two sections: the first section surveyed demographic data such as age, sex, hometown and years of education, and the second section was the Depression Stigma Scale, which was further divided into two parts – personal stigma for depression and perceived stigma for depression. Then, the demographic characteristics were analyzed, and the score differences between each region compared. The correlations between correlating socio-demographic data and the scores of each question item were compared using multivariate regression analysis.

Results : The total number of respondents was 977, of which the majority was women (80.2%), living in the central region of Thailand (51.59%). It was found that perceived stigma for depression was higher than personal stigma. Each region was different in terms of the content of attitudes and stigmas, and the highest level of stigma was found in the western region. Higher levels of negative stigma were associated with male gender, younger age, no experience with patients with mental illnesses, and higher educational level.

Conclusion : The contents of the public relation campaigns should be adapted to suit the culture and beliefs in each region, and the target groups should be men, younger people, people with no experience or familiarity with patients with mental illnesses, and people with higher educational level.

Keywords : depression, stigma, attitude

Corresponding author: Nattapong Tangjitboonsanga

J Psychiatr Assoc Thailand 2020; 65(1): 75-88

บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่พบได้บ่อย มีอาการรุนแรง และกลับเป็นซ้ำได้ เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญ โรคซึมเศร้ามีอาการที่สำคัญสองอาการหลักคือ มีอารมณ์เศร้าอย่างรุนแรง หรือ มีอาการเบื่อ ไม่อยากทำอะไร โดยมีอาการเกือบตลอดทั้งวัน และเกือบทุกวัน ติดต่อกัน อย่างน้อย สอง สัปดาห์โดยร่วมกับอาการอื่นๆ เช่น รู้สึกสิ้นหวังไร้ค่า นอนไม่หลับหรือนอนมากเกินไป รับประทานอาหารได้น้อยลงหรือมากเกินไป ไม่มีสมาธิ อ่อนเพลีย หรืออาการที่ร้ายแรงที่สุดคือมีความคิดหรือพฤติกรรมของการฆ่าตัวตาย¹ ซึ่งอาการของตัวโรคต่างๆ เหล่านี้ก็จะเกิดร่วมกับการดำเนินชีวิตที่บกพร่องไปในด้านต่างๆ เช่น การเรียน หรือการทำงาน ความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง คุณภาพชีวิตที่แย่ลง และมีโรคร่วมอื่นๆ ตามมา^{2,3}

ปัจจุบัน องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ประมาณการว่ามีผู้ป่วยซึมเศร้าทั่วโลกประมาณ 300 ล้านคน หรือประมาณ ร้อยละ 4 ของประชากรโลก และจากที่ได้กล่าวมาข้างต้นนั้นว่าอาการที่ร้ายแรงที่สุดของโรคซึมเศร้าคือการฆ่าตัวตาย พบว่าประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายเนื่องจากป่วยเป็นโรคซึมเศร้าประมาณ 800,000 รายต่อปี และการฆ่าตัวตายนั่นก็เป็นสาเหตุการตายอันดับสองในประชากรกลุ่มอายุระหว่าง 15-29 ปี⁴ ในขณะที่ยังประเทศไทยนั้น จากการสำรวจทางระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556 พบความชุกของโรคซึมเศร้าร้อยละ 2.4 หรือประมาณการได้ว่ามีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทย 1.3 ล้านคน⁵

ถึงแม้ว่าปัจจุบันจะมีการพัฒนาการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ทั้งการรักษาด้วยการใช้ยา หรือการรักษาด้วยวิธีการจิตบำบัด แต่จากรายงานการเข้าถึงการรักษาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยภาพรวมทั้งประเทศไทย ปี พ.ศ. 2561 คือร้อยละ 54.59⁶ ซึ่งสาเหตุที่ผู้ป่วยบางส่วนยังไม่ได้เข้ารับการรักษาเนื่องมาจากอุปสรรคในหลายๆ อย่าง เช่น ไม่ทราบถึงปัญหาของการเป็นโรคซึมเศร้า ความรู้สึกเป็นตราบาปจากการป่วยเป็นโรค ได้

รับการรักษาหรือได้รับการติดตามการรักษาที่ไม่เพียงพอ⁷ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่าจำนวนการเข้ารับการรักษาสําหรับผู้ป่วยซึมเศรานั้น ค่อนข้างต่ำในผู้ป่วยเพศชาย ผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ป่วยอายุน้อย ผู้ป่วยที่มีระดับรายได้หรือการศึกษาที่น้อย ผู้ป่วยที่สมรสแล้ว⁸⁻¹¹

ความรู้และทัศนคติของประชาชนทั่วไปต่อการเป็นโรคทางจิตเวชนั้น ซึ่งได้แก่ ความเข้าใจ ความเชื่อต่อการเจ็บป่วยทางจิตใจ และแนวทางในการรักษา ซึ่งชักนำให้ผู้คนตระหนักถึงภาวะการเจ็บป่วย จัดการกับความเจ็บป่วย และป้องกันสาเหตุก่อนที่จะเกิดการเจ็บป่วยขึ้น^{12,13} อาจจะเป็นตัวแปรสำคัญที่ชักนำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาอย่างเหมาะสม¹⁴

ทัศนคติด้านลบเกี่ยวกับผู้ป่วยด้านจิตใจ เช่น เข้าใจว่าพวกเขาเหล่านั้นเป็นอันตราย ไม่สามารถคาดเดาอาการเจ็บป่วยได้ ไม่สามารถไว้ใจได้ พุดคุยด้วยลำบาก อ่อนแอ และเป็นไปได้อย่างยากที่จะรักษาให้หายขาดได้ ทัศนคติเหล่านี้เป็นไปอย่างแพร่หลายในสังคม¹⁵⁻¹⁷ ถึงแม้ว่าในปัจจุบันทัศนคติต่อโรคซึมเศรานั้นค่อนข้างจะเป็นไปในทางที่ดีมากกว่าการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจอื่นๆ^{15,18} แต่อย่างไรก็ตามเกือบครึ่งหนึ่งของประชาชนทั่วไปมีความเข้าใจว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศรานั้น เป็นคนที่อ่อนแอ เป็นการเจ็บป่วยที่เหมาะสมต่อสถานการณ์ในชีวิตของผู้ป่วยนั้นๆ อยู่แล้ว และคาดเดาอาการเจ็บป่วยได้ยาก และมากกว่าหนึ่งในสี่เชื่อว่าผู้ป่วยโรคซึมเศรานั้นเป็นบุคคลที่อันตราย^{19,20} ซึ่งทัศนคติแง่ลบเหล่านี้สัมพันธ์กับ บุคคลสูงอายุ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่น้อย ความไม่คุ้นเคยกับโรคทางจิตใจ เพศชาย และ ระดับการศึกษาที่ต่ำ^{18,19,21} มีการศึกษาเมื่อเร็วๆ นี้ ได้รายงานว่าทัศนคติในแง่ของความรู้สึกเป็นตราบาปนั้นเพิ่มขึ้น^{22,23} สอดคล้องกับการศึกษาแบบ multi cross-sectional study ในอาสาสมัครที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า 1,082 ราย ร้อยละ 79 รายงานถึงประสบการณ์เคยถูกแบ่งแยกจากผู้คนรอบข้าง²⁴ ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้รู้สึกเป็นตราบาปต่อการป่วยเป็นโรคซึมเศร้า

ถึงแม้ว่าทัศนคติในเรื่องของความรู้สึกเป็น ตราบาปนั้น จะถูกกล่าวถึงในหลายๆ ด้าน แต่ก็มีหลาย การศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าควรที่จะแยกเรื่องของ ทัศนคติออกเป็นสองด้านหลักๆ คือ ความรู้สึกการเป็น ตราบาปส่วนบุคคล (personal stigma) และ การรับรู้ ถึงความเป็นตราบาป (perceived stigma)^{21,25,26} ซึ่งความรู้สึกการเป็นตราบาปส่วนบุคคล (personal stigma) คือความคิดหรือความเชื่อต่อโรคซึมเศร้า ของบุคคลนั้นๆ และ การรับรู้ถึงความเป็นตราบาป (perceived stigma) หมายถึง การรับรู้ถึงว่าบุคคลอื่น ๆ คิดหรือรู้สึกกับโรคซึมเศร้าอย่างไร ได้มีการตั้งสมมติฐาน ว่าความรู้สึกเป็นตราบาปในทั้งสองด้านส่งผลทางด้านลบต่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในการตัดสินใจที่จะเข้ารับ การรักษา²⁷

จากการศึกษา ทัศนคติต่อการเป็นตราบาปของ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้านั้น ได้ทำการศึกษาประชากรจากสี่ กลุ่มประเทศในสหภาพยุโรป²⁸ พบว่าประชากรมากกว่า หนึ่งในสี่ (ร้อยละ 28) ยังมีทัศนคติในด้านของการเป็น ตราบาปต่อโรคซึมเศร้า โดยมีรายละเอียดในแต่ละหัวข้อ ที่แตกต่างกันไป ในส่วนของ ปัจจัยทางด้านสังคม ประชากรที่สัมพันธ์กับทัศนคติการเป็นตราบาปที่มากขึ้น นั้น ได้แก่เพศชาย อายุมาก ระดับการศึกษาที่น้อย สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องความรู้และความรู้สึกเป็น ตราบาปของประชาชนต่อโรคซึมเศร้าในประเทศญี่ปุ่น นั้น พบว่า ประชากรเพศหญิง และ อายุน้อย มีแนวโน้ม ที่จะมีความเข้าใจตัวโรคในด้านบวกมากกว่า โดยความรู้ เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้านั้น สัมพันธ์กับความเชื่อที่ถูกต้อง เกี่ยวกับการรักษาด้วยการใช้ยาเท่านั้น²⁹

ซึ่งในประเทศไทยนั้น ยังไม่มีการศึกษาใน ลักษณะนี้มาก่อน ข้อมูลจากการศึกษานี้ จะเป็น ประโยชน์ทั้งในแง่ของการเข้าใจภาพรวมของความรู้สึก เป็นตราบาปของประชากรไทย และความแตกต่างของ ประชากรแต่ละภาคที่อาจส่งผลต่อทัศนคติที่แตกต่าง กัน ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลสังคมประชากรกับระดับ ความรู้สึกเป็นตราบาป โดยจากที่ได้กล่าวไปข้างต้นนั้น

แบบทดสอบ depression stigma scale ที่ใช้ในการ ศึกษาครั้งนี้ มีการแบ่งการสำรวจความเป็นตราบาปออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ความรู้สึกการเป็นตราบาปส่วนบุคคล (personal stigma) และ การรับรู้ถึงการเป็นตราบาป (perceived stigma) ทั้งนี้ผลการสำรวจในการศึกษานี้ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในด้านต่างๆ ต่อไปในอนาคตได้

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบ cross-sectional descriptive study ในประชากรไทยทั่วไป อายุ 18 ปีขึ้นไป ผ่านการ ตอบแบบสอบถามแบบออนไลน์โดยโปรแกรม Google form โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G* power 3.1.9.2 กำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test) ที่ระดับ 0.95 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (level of significance) ที่ระดับ 0.05 และขนาดของอิทธิพล (effect size) ในระดับต่ำร้อยละ 2 จะได้ขนาดตัวอย่าง ทั้งหมดประมาณ 1,100 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบไปด้วย การเก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม 2 ส่วน ได้แก่

1. ข้อมูลด้านสังคมประชากร (socio-demographic data): อายุ เพศ ภูมิลำเนา จำนวนปีที่ ได้รับการศึกษา สถานภาพสมรสหรือการมีคู่ครอง และ ประสบการณ์เคยสัมผัสหรือใกล้ชิดกับบุคคลที่เคยเจ็บ ป่วยด้านอารมณ์ (ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า มีประวัติทำร้าย ตัวเอง, พยายามฆ่าตัวตาย) โดยไม่ต้องระบุชื่อ หรือ ข้อมูลที่จะสามารถระบุถึงตัวบุคคลของผู้เข้าร่วมได้

2. แบบทดสอบ depression stigma scale³⁰ ที่ได้ทำการขออนุญาตแปลจากผู้พัฒนา จากนั้นจึงแปล เป็นภาษาไทยและมีการแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษ อีกครั้งหนึ่ง ตามหลัก WHO³¹ โดยในแบบสอบถามชุด นี้จะประกอบไปด้วย 2 ส่วน ได้แก่ personal stigma scale (การรับรู้ส่วนบุคคลต่อการเป็นตราบาปของการ ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า) และ perceived stigma scale (การรับรู้ถึงมุมมองของบุคคลอื่นต่อการเป็นตราบาป ของการป่วยเป็นโรคซึมเศร้า) แล้วจึงรวมเป็นคะแนน

ทั้งหมดคือ total depression stigma scale (total DSS) โดยในแต่ละส่วนนั้น จะประกอบไปด้วยคำถาม 9 ข้อ รวมทั้งหมด 18 ข้อ การให้คะแนนจะแบ่งเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง 5 คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยคะแนนที่สูงบ่งบอกถึงการรับรู้ต่อการเป็นตราบาปที่มาก

การวิเคราะห์เชิงสถิติ

- อธิบายคุณลักษณะของประชากรโดยใช้ค่า descriptive statistic analysis เป็นค่า ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- เปรียบเทียบค่าความต่างของ mean score ในแต่ละภาคโดยใช้ สมการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (multiple linear regression analysis) โดยใช้ภาคกลาง เป็นภาคอ้างอิง (reference) เนื่องจากผู้วิจัยคิดว่าภาคกลางน่าจะเป็นตัวแทนของคนในประเทศได้ดีที่สุด เพราะมีการอาศัยร่วมกันของประชากรจากภาคต่างๆ
- หลังจากนั้นจึงเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลด้านสังคมประชากรทั้งหมด กับ คะแนนผลสำรวจ โดยใช้สมการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (multivariate regression analysis)
- โปรแกรมที่ใช้สำหรับกรวิเคราะห์ทางสถิติ คือ Jamovi 1.0.5³²

ผลการศึกษา

1. ลักษณะทั่วไปของประชากร (ตารางที่ 1)

จากการกระจายแบบสอบถามออนไลน์มีผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 977 คน ประกอบด้วยประชากรในภาคเหนือ 264 ราย (ร้อยละ 27.02) ภาคกลาง 505 ราย (ร้อยละ 51.69) ภาคตะวันออก 43 ราย (ร้อยละ 4.4) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 78 ราย (ร้อยละ 7.98) ภาคตะวันตก 27 ราย (ร้อยละ 2.76) และภาคใต้ 60 ราย (ร้อยละ 6.14) จากจำนวนผู้เข้าร่วมทั้งหมด ประกอบด้วยเพศชาย 175 ราย (ร้อยละ 18) เพศหญิง 784 คน (ร้อยละ 80.2) และอื่นๆ 18 ราย (ร้อยละ 1.8) โดยที่อายุเฉลี่ยประมาณ 34.9 ปี จำนวนปีการศึกษา

เฉลี่ย 16.3 ปี โดยที่สถานภาพการแต่งงานแบ่งเป็นโสด หรือไม่มีคู่ครอง 543 คน (ร้อยละ 55.6) มีคู่ครอง หรือ มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด 434 ราย (ร้อยละ 44.4) และ ประสบการณ์ในการสัมผัสหรือใกล้ชิดกับผู้ป่วยทางด้าน อารมณ์ แบ่งเป็น เคยมีประสบการณ์ 592 ราย (ร้อยละ 60.6) และไม่เคยมีประสบการณ์ 385 ราย (ร้อยละ 39.4)

2. ทศนคติต่อการป่วยเป็นโรคซึมเศร้า

ผู้ร่วมตอบแบบสอบถาม มีค่าเฉลี่ยของ personal stigma scale ทั้งหมดคือ 22.42 (SD=5.25) perceived stigma scale 31.32±6.31 และ total DSS 53.74±8.54 (ตารางที่ 2) โดยที่หากแยกเป็นภาคต่างๆ นั้น ภาคตะวันออกจะมีคะแนนเฉลี่ย personal stigma สูงที่สุด คือ 23.49 ±7.1 ในขณะที่ภาคตะวันตกจะมีคะแนนเฉลี่ย perceived stigma สูงที่สุดคือ 34.52±6.32 และ คะแนนรวม total DSS คะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ภาคตะวันตกเช่นกัน 56.26±8.34 โดยหากพิจารณา ภาพรวมทั้งหมดแล้วในส่วนของ personal stigma scale คะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดคือ พวกเขาจะไม่โหวตให้นักการเมืองที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า และ พวกเขาคิดว่า คนที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถพาตัวเองออกมาจาก ปัญหาเหล่านั้นได้หากต้องการ คะแนนเฉลี่ยคือ 3.35 และ 3.14 ตามลำดับ ในขณะที่คะแนนที่น้อยที่สุดคือ คนที่มีภาวะซึมเศร้าคือบุคคลอันตราย และ เป็นการดีที่จะหลีกเลี่ยงคนที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อที่พวกเขาจะได้ ไม่ต้องเจอปัญหาในแบบเดียวกัน คะแนนเฉลี่ยคือ 1.86 และ 1.85 ตามลำดับ ในส่วนของ perceived stigma scale นั้น คะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด คือ คนส่วนใหญ่คิดว่า จะไม่โหวตให้นักการเมืองที่พวกเขาเชื่อว่า มีภาวะซึมเศร้า และ คนส่วนใหญ่จะไม่จ้างงานคนที่พวกเขาเชื่อว่า มีภาวะซึมเศร้า คะแนนเฉลี่ยคือ 3.88 และ 3.73 ตามลำดับ ในขณะที่ คะแนนที่น้อยที่สุดคือ คนส่วนใหญ่คิดว่า คนที่มี ภาวะซึมเศร้าคือบุคคลอันตราย และ คนส่วนใหญ่คิดว่า เป็นการดีที่จะหลีกเลี่ยงคนที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อที่พวกเขาจะได้ไม่ต้องเจอปัญหาในแบบเดียวกัน คะแนนเฉลี่ย คือ 2.88 และ 3.21 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของประชากร

	ภาคเหนือ	ภาคกลาง	ภาคตะวันออก	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคตะวันตก	ภาคใต้	รวม (ร้อยละ)
เพศ, จำนวน							
ชาย	58	86	8	13	2	8	175(18)
หญิง	202	411	34	63	24	50	784(80.2)
ไม่ระบุ	4	8	1	2	1	2	18(1.8)
อายุ, จำนวน							
อายุเฉลี่ย (ปี) (SD)	32.7(9.15)	35.9(9)	35.1(10.1)	37.3(12.2)	33.9(8.05)	34.3(8.96)	34.9(9.47)
18-29	120	137	13	22	10	21	323(33.1)
30-39	89	217	16	28	11	24	385(39.4)
40-49	36	110	9	10	5	10	180(18.4)
50-59	18	34	5	17	1	4	79(8.1)
60+	1	7	0	1	0	1	10(1)
จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา							
จำนวนปีการศึกษาเฉลี่ย (ปี) (SD)	15.5(6.91)	16.7(5.96)	16.2(5.73)	16.4(6.43)	16.5(6.78)	16.6(5.97)	16.3 (6.28)
<7	54	67	5	11	5	8	150(15.35)
7-12 y	19	38	3	7	1	4	72(7.37)
13-16 y	47	69	10	14	3	10	153(15.66)
≥17 y	144	331	25	46	18	38	602(61.62)
สถานภาพสมรสหรือการมีคู่ครอง, จำนวน (ร้อยละ)							
โสด, ไม่มีคู่ครอง	176	255	15	45	16	36	543(55.6)
มีคู่ครอง, สมรส	88	250	28	33	11	24	434(44.4)
ประสบการณ์เคยสัมผัสหรือใกล้ชิดกับบุคคลที่เคยเจ็บป่วยด้านอารมณ์, จำนวน (ร้อยละ)							
มีประสบการณ์	147	307	30	50	21	37	592(60.6)
ไม่เคยมีประสบการณ์	117	198	13	28	6	23	385(39.4)
รวม	264	505	43	78	27	60	977

ตารางที่ 2 ทัศนคติต่อการป่วยเป็นโรคซึมเศร้า แยกตามภูมิภาค

	ภาคเหนือ	ภาคกลาง	ภาคตะวันออก	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคตะวันตก	ภาคใต้	รวม
Personal stigma scale (mean)							
1.คนที่มีภาวะซึมเศร้านั้นมักจะพาตัวเองออกมาจากปัญหาเหล่านั้นได้หากต้องการ	3.33	3.04	3.44	3.01	3.22	2.98	3.14
2.ภาวะซึมเศร้าบ่งบอกถึงความอ่อนแอ	2.42	2.15	2.49	2.27	2.15	1.97	2.24
3.ภาวะซึมเศร้าไม่ใช่อาการเจ็บป่วยที่แท้จริง	2.4	2.18	2.33	2.22	1.96	2.23	2.24
4.คนที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นบุคคลอันตราย	1.97	1.79	2.21	1.9	1.89	1.68	1.86
5.เป็นการดีที่จะหลีกเลี่ยงคนที่มีภาวะซึมเศร้าเพื่อที่คุณจะได้ไม่ต้องมีปัญหานั้นแบบเดียวกัน	1.86	1.83	2.19	1.92	1.89	1.68	1.85
6.คนที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นคนที่คาดเดาไม่ได้	3.07	3.01	3.07	3.08	3.15	2.85	3.03
7.หากฉันมีภาวะซึมเศร้าฉันจะไม่บอกใคร	2.06	2.07	2.23	2.19	1.7	2.08	2.08
8.ฉันจะไม่จ้างงานคนที่ฉันรู้ว่ามีความซึมเศร้า	2.57	2.68	2.37	2.81	2.52	2.58	2.64
9.ฉันจะไม่โหวตให้กับการเมืองที่ฉันรู้ว่ามีความซึมเศร้า	3.36	3.37	3.16	3.32	3.41	3.23	3.35

ตารางที่ 2 ทศนคติต่อการป่วยเป็นโรคซึมเศร้า แยกตามภูมิภาค (ต่อ)

	ภาคเหนือ	ภาคกลาง	ภาคตะวันออก	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคตะวันตก	ภาคใต้	รวม
Perceived stigma scale (mean)							
10.คนส่วนใหญ่คิดว่าคนที่ภาวะซึมเศร้ามักจะพาตัวเองออกมาจากปัญหาเหล่านั้นได้หากต้องการ	3.69	3.69	3.91	3.65	3.7	3.58	3.69
11.คนส่วนใหญ่คิดว่าภาวะซึมเศร้าบ่งบอกถึงความอ่อนแอ	3.28	3.6	3.63	3.55	3.78	3.47	3.51
12.คนส่วนใหญ่คิดว่าภาวะซึมเศร้าไม่ใช่อาการเจ็บป่วยที่แท้จริง	3.3	3.55	3.6	3.46	3.74	3.62	3.49
13.คนส่วนใหญ่คิดว่าคนที่ภาวะซึมเศร้าเป็นบุคคลอันตราาย	2.8	2.87	2.86	2.95	3.52	2.92	2.88
14.คนส่วนใหญ่คิดว่าเป็นการดีที่จะหลีกเลี่ยงคนที่มีภาวะซึมเศร้าเพื่อที่คุณจะได้ไม่ต้องมีปัญหานั้นแบบเดียวกัน	3.08	3.26	3	3.31	3.78	3.1	3.21
15.คนส่วนใหญ่คิดว่าคนที่ภาวะซึมเศร้าเป็นคนที่คาดเดาไม่ได้	3.45	3.49	3.47	3.56	3.96	3.52	3.5
16.คนส่วนใหญ่หากมีภาวะซึมเศร้าพวกเขาจะไม่บอกใคร	3.39	3.48	3.49	3.26	3.78	3.4	3.44
17.คนส่วนใหญ่จะไม่จ้างงานคนที่ฉันรู้ว่าภาวะซึมเศร้า	3.54	3.82	3.47	3.85	4.15	3.75	3.73
18.คนส่วนใหญ่คิดว่าจะไม่โหวตให้กับการเมืองที่ฉันรู้ว่าภาวะซึมเศร้า	3.83	3.91	3.88	3.72	4.11	3.9	3.88
Total mean score (SD)							
Personal stigma scale	23.03(5.07)	22.14(5.16)	23.49(7.1)	22.72(5.34)	21.74(5.07)	21.34(4.95)	22.42(5.25)
Perceived stigma scale	30.35(6.35)	31.7(6.24)	31.3(6.56)	31.31(6.37)	34.52(6.32)	31.25(5.96)	31.32(6.31)
Total depression stigma scale	53.38(8.6)	53.76(8.5)	54.8(10.38)	54.03(8.79)	56.26(8.34)	52.5(7.54)	53.74(8.54)

3. ความแตกต่างระหว่างภูมิภาค

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างกันของคะแนนในแต่ละภาค โดยใช้ภาคกลางเป็นภาคอ้างอิง (reference) เนื่องจากคิดว่าเป็นตัวแทนภาพรวมของคนในประเทศไทยได้ ประชากรมีความหลากหลายและจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามมีจำนวนมากที่สุด ผลปรากฏว่า ภาคเหนือมีคะแนนเฉลี่ยในส่วนของ personal stigma scale สูงกว่าภาคกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในส่วนของ perceived stigma scale นั้น ภาคเหนือจะมีคะแนนต่ำกว่าภาคกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และภาคตะวันตกจะมีคะแนนสูงกว่าภาคกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในส่วน

ของ total DSS นั้นพบว่า ไม่มีภาคใดที่มีคะแนนแตกต่างจากภาคกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทางด้านสังคมประชากรกับทัศนคติต่อการป่วยเป็นโรคซึมเศร้า

จากตารางที่ 4 จะพบความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทางด้านสังคมประชากรกับทัศนคติต่อการป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ได้แก่ เพศนั้นสัมพันธ์กับ personal stigma scale โดยที่เพศหญิงจะมีคะแนนที่ต่ำกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -1.0215, p = 0.02$) อายุที่มากขึ้นนั้นจะสัมพันธ์แบบตรงข้าม นั่นคือยิ่งอายุมากขึ้นจะสัมพันธ์กับ perceived stigma scale and total DSS ที่ต่ำลง ($\beta = -0.0799, p = 0.001, \beta = -0.08435, p = 0.012$)

ตามลำดับ) จำนวนปีการศึกษาที่มากขึ้นนั้นสัมพันธ์กับ personal stigma scale ที่ต่ำลง ($\beta=-0.078, p=0.003$) แต่สัมพันธ์กับ perceived stigma scale ที่มากขึ้น ($\beta=0.0663, p=0.037$) ผู้เข้าร่วมที่ไม่เคยมีประสบการณ์สัมผัสหรือใกล้ชิดกับบุคคลที่มีปัญหาทางด้านอารมณ์นั้น จะมี personal stigma scale ที่สูงกว่าบุคคลที่เคยมีประสบการณ์ ($\beta=1.699, p<0.001$) ในขณะที่

คนที่มีประสบการณ์สัมผัสหรือใกล้ชิดกับบุคคลที่เคยเจ็บป่วยด้วยอาการด้านอารมณ์นั้นจะมี perceived stigma scale ที่ต่ำกว่าบุคคลที่เคยมีประสบการณ์ ($\beta=-1.6892, p<0.001$) ในขณะที่สถานภาพสมรสหรือการมีคู่ครอง พบว่าไม่ได้สัมพันธ์กับทัศนคติต่อการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างทัศนคติต่อการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าในภูมิภาคต่างๆ โดยใช้ภาคกลาง เป็นภาคอ้างอิง (reference) ใช้วิธีการวิเคราะห์ด้วยสมการถดถอยเชิงเส้น (Linear regression analysis)

ภูมิภาค	Personal stigma			Perceived stigma			Total DSS*		
	Estimate	95% Confidence interval	p-value	Estimate	95% Confidence interval	p-value	Estimate	95% Confidence interval	p-value
		Lower Upper			Lower Upper			Lower Upper	
ภาคเหนือ-ภาคกลาง	0.894	0.113 1.674	0.025*	-1.313	-2.249 -0.377	0.006*	-0.419	-1.692 0.853	0.518
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ-ภาคกลาง	1.352	-0.281 2.985	0.105	-0.363	-2.32 1.594	0.716	0.989	-1.673 3.65	0.466
ภาคตะวันออก-ภาคกลาง	0.581	-0.669 1.832	0.362	-0.358	-1.857 1.141	0.64	0.224	-1.814 2.262	0.83
ภาคตะวันตก-ภาคกลาง	-0.396	-2.426 1.634	0.702	2.853	0.419 5.287	0.022*	2.457	-0.852 5.766	0.145
ภาคใต้-ภาคกลาง	-0.887	-2.29 0.517	0.215	-0.415	-2.098 1.267	0.628	-1.302	-3.59 -1.117	0.264

* Total depression stigma scale

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลสังคมประชากรกับระดับทัศนคติความเป็นตราบาป ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multivariate regression analysis)

ปัจจัยทางด้านสังคมประชากร	Personal stigma			Perceived stigma			Total DSS*		
	β	95% Confidence interval	P-value	β	95% Confidence interval	P-value	β	95% Confidence interval	P-value
		Lower Upper			Lower Upper			Lower Upper	
อายุ	-0.004	-0.0442 0.0352	0.825	-0.0799	-0.12758 -0.0322	0.001	-0.08435	-0.1499 -0.0188	0.012
จำนวนปีการศึกษา	-0.078	-0.1298 -0.026	0.003	0.0663	0.00393 0.1286	0.037	-0.01162	-0.0974 0.0741	0.79
สถานภาพสมรสหรือการมีคู่ครอง									
มีคู่ครอง/สมรส-ไม่มีคู่ครอง/โสด	0.383	-0.3813 1.1475	0.326	-0.2441	-1.16208 0.6739	0.602	0.13899	-1.1232 1.4012	0.829
ประสบการณ์เคยสัมผัสหรือใกล้ชิดกับบุคคลที่เคยเจ็บป่วยด้านอารมณ์									
ไม่เคยมีประสบการณ์-เคยมีประสบการณ์	1.699	1.0287 2.3683	<0.001	-1.6892	-2.49297 -0.8854	<.001	0.00981	-1.0953 1.115	0.986
เพศ									
เพศหญิง-ชาย	-1.0215	-1.8837 -0.1593	0.02	0.2187	-0.8168 1.2541	0.679	-0.80283	-2.2265 0.6209	0.269

* Total depression stigma scale

วิจารณ์

ในการศึกษานี้ เป็นการศึกษาศึกษาเพื่อเปรียบเทียบทัศนคติต่อการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าในประชากรไทย เมื่อพิจารณาในภาพรวมแล้ว พบว่าคะแนนเฉลี่ยรวมในการศึกษานี้ทั้งในส่วน of personal stigma and perceived stigma ไม่ได้แตกต่างจากการศึกษาจากการศึกษาก่อนหน้านี้²⁹ และระดับของ perceived stigma ก็สูงกว่า personal stigma เช่นกัน ในส่วนของความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทางด้านสังคมประชากรกับทัศนคติต่อการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าโดยรวม (total DSS) จากการศึกษานี้ พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญเฉพาะในเรื่องของอายุ โดยที่ตัวแปรอื่นนั้น ได้แก่ เพศ จำนวนปีการศึกษา สถานะสมรสหรือการมีคู่ครอง รวมถึงการมีประสบการณ์สัมผัสหรือใกล้ชิดกับกับบุคคลที่เคยเจ็บป่วยด้วยอาการด้านอารมณ์ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งจะมีการวิจารณ์ต่อไป ในส่วนของการพิจารณา personal stigma เป็นรายชื่อแล้ว พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามจะให้คะแนนสูงที่สุดในเรื่องที่เราจะไม่ไหวตให้นักการเมืองที่พวกเขาเชื่อว่ามีความซึมเศร้า คนที่มีความซึมเศร้ามักจะพาตัวเองออกมาจากปัญหาเหล่านั้นได้ หากต้องการ และคนที่มีความซึมเศร้า เป็นคนที่คาดเดาไม่ได้ ในส่วนของ perceived stigma นั้นคะแนนสูงที่สุดได้แก่ คนส่วนใหญ่คิดว่าจะไม่ไหวตให้นักการเมืองที่พวกเขาเชื่อว่ามีความซึมเศร้า คนส่วนใหญ่จะไม่จ้างงานคนที่พวกเขารู้ว่ามีความซึมเศร้า คนส่วนใหญ่คิดว่าคนที่มีความซึมเศร้ามักจะพาตัวเองออกมาจากปัญหาเหล่านั้นได้ หากต้องการ

หากพิจารณาในภาพรวมแล้วพบว่าระดับของ perceived stigma สูงกว่า personal stigma นั้นสาเหตุอาจเพราะผู้ตอบแบบสอบถามมักจะตอบในลักษณะที่เป็นไปตามสิ่งที่สังคมคาดหวังว่าควรจะเป็นหรืออคติทางสังคม (social desirability bias) ไม่แสดงทัศนคติที่แท้จริง แต่รู้สึกเปิดเผยได้อย่างตรงไปตรงมา

เมื่อถามถึงทัศนคติของคนรอบข้างแทน^{33,34} แต่อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการศึกษานี้ ให้ผู้เข้าร่วมตอบแบบทดสอบผ่านทาง ออนไลน์แตกต่างจากการศึกษาก่อนๆ ที่มักจะเป็นการสัมภาษณ์ผ่านทางโทรศัพท์หรือการสัมภาษณ์โดยตรง จึงคิดว่าสาเหตุเหล่านี้ อาจจะถูกลดทอนลงได้บ้าง นอกจากนี้ เมื่ออ้างอิงถึงคนส่วนใหญ่แล้ว ผู้ตอบแบบสอบถามอาจจะไม่ถึงคนในสังคมส่วนใหญ่ โดยที่อาจจะไม่ได้คิดถึงคนรอบข้างขณะนั้นอย่างแท้จริง เช่น คนในครอบครัว เพื่อน หรือคู่ครอง²⁸ ทำให้อาจมองถึง perceived stigma ที่มากขึ้น ดังนั้นหากจะมีโครงการประชาสัมพันธ์หรือการให้ความรู้ใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องทัศนคตินี้ จึงควรที่จะมุ่งเน้นในการลด perceived stigma ของบุคคลในสังคม เช่น การทำให้สังคมรับรู้ว่าคุณในสังคมส่วนใหญ่ไม่ได้มองเรื่องของภาวะซึมเศร้าเป็นสิ่งที่เลวร้ายมากขนาดนั้น อาจจะทำให้การให้ข้อมูลผลการสำรวจของระดับ personal stigma ที่แท้จริงที่พบในการศึกษานี้ผ่านสื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆ ในสังคม หรืออาจจะเป็นป้ายประชาสัมพันธ์ แผ่นพับที่แจกจ่ายตามสถานที่ต่างๆ เช่น โรงพยาบาล ห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวช, มหาวิทยาลัย เป็นต้น ที่ให้ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้ ว่าระดับของ personal stigma นั้นไม่ได้สูงมาก เมื่อเทียบกับ perceived stigma ที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคล เพื่อลดความรู้สึกของความ เป็น perceived stigma ลงได้

นอกจากนี้การศึกษาก่อนหน้า ก็ยังพบว่า หากมีระดับ personal stigma ที่สูงนั้นก็ส่งผลกระทบต่อคนที่บุคคลที่มีความซึมเศร้ามักจะตัดสินใจเข้ารับการรักษาทางการแพทย์และให้คุณค่าของการรักษาที่น้อย²⁸ ซึ่ง personal stigma เองก็สัมพันธ์ซึ่งกันและกัน กับ perceived stigma ดังนั้น หาก สามารถที่จะลด perceived stigma ได้ก็อาจจะส่งผลโดยตรงต่อการลดลงของ personal stigma และนำไปสู่การที่คนจะยินยอมเข้ารับการรักษาหากมีความซึมเศร้าได้มากขึ้นนั่นเอง

จากตารางที่ 2 ในส่วนของความแตกต่างระหว่างภูมิภาคต่างๆ ในประเทศไทยแล้ว พบว่า ภาคตะวันออกมีระดับ personal stigma สูงที่สุด ในขณะที่ ภาคตะวันตกนั้นมี perceived stigma ที่สูงที่สุด เมื่อหาความแตกต่างระหว่างภาค โดยใช้ภาคกลางเป็นภาคอ้างอิง (ตารางที่ 3) พบว่าภาคเหนือมีทัศนคติที่แตกต่างจากภาคกลางอย่างมีนัยสำคัญ โดย personal stigma สัมพันธ์กันในทางบวก เมื่อพิจารณาในรายข้อแล้วพบว่า คนในภาคเหนือจะไม่โหวตให้นักการเมืองที่พวกเขาทราบว่ามีการฉ้อโกง หรือคิดว่าคนที่มีภาวะซึมเศร้า นั้น สามารถพาตัวเองออกมาจากปัญหาได้เมื่อพวกเขาต้องการ ในขณะที่ perceived stigma นั้นจะสัมพันธ์กันในทางลบเมื่อเทียบกับคนภาคกลาง นอกจากนี้ยังพบว่า ประชากรในภาคตะวันตกเองก็มีความแตกต่างจากภาคกลางอย่างมีนัยสำคัญ ในส่วนของ perceived stigma ซึ่งคนในภาคตะวันตกเองมีแนวโน้มที่จะไม่จ้างงานคนที่พวกเขาเชื่อว่ามีการฉ้อโกงหรือ จะไม่โหวตให้นักการเมืองที่พวกเขาเชื่อว่ามีการฉ้อโกง แต่เมื่อพิจารณาในภาพรวมของทั้งประเทศแยกตามรายข้อแล้วพบว่าใน personal stigma คนส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่จะไม่โหวตให้นักการเมืองที่พวกเขาทราบว่ามีการฉ้อโกง เช่นเดียวกับ perceived stigma ที่พวกเขาคิดว่าคนส่วนใหญ่จะไม่โหวตให้นักการเมืองที่พวกเขาทราบว่ามีการฉ้อโกงเช่นกัน

ซึ่งจะเห็นได้ว่าทัศนคติโดยภาพรวม กับประชากรในแต่ละภูมิกษณานั้นอาจจะไม่ตรงกัน ดังนั้นการที่จะมีโครงการประชาสัมพันธ์ หรือรณรงค์ให้ผู้คนตระหนักถึงเรื่องของการคิดที่เป็นตรรกะป็นั้น ก็ควรที่จะมีการเน้นย้ำในเรื่องที่แตกต่างกันไป ตามแต่ประชากรในแต่ละภูมิภาค เช่น ในภาคเหนือเองก็อาจจะแสดงให้เห็นว่าคนที่มีการฉ้อโกงก็ยังสามารถที่จะกลับมาทำงานต่างๆ ได้ตามปกติ หากได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม หรือ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้านั้น ในหลายๆ ครั้งก็ไม่สามารถที่จะจัดการ หรือพาตัวเองออกมาจากปัญหาที่เกิดขึ้นขณะนั้นๆ ได้ด้วยตัวเอง อาจจะจำเป็นที่

จะต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างอย่างเหมาะสม

ท้ายที่สุดในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทางด้านสังคมประชากรกับทัศนคติต่อการป่วยเป็นโรคซึมเศร้า พบว่า อายุที่มากขึ้นนั้น สัมพันธ์กับระดับความเป็นตรรกะที่ต่ำลง ซึ่งพบความแตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ทำการศึกษาในกลุ่มประเทศไทย²⁸ ในขณะที่การศึกษาเรื่องความรู้สึกเป็นตรรกะในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มประเทศเอเชียก่อนหน้า กลับพบผลที่เป็นไปในลักษณะเดียวกันกับการศึกษานี้คืออายุและความรู้สึกเป็นตรรกะต่อการป่วยเป็นโรคซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กันในลักษณะตรงกันข้าม คืออายุมากขึ้น สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นตรรกะที่ต่ำลง³⁵ สาเหตุที่เป็นเช่นนี้อาจจะเนื่องมาจาก สังคมไทยเอง สายสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่และลูกนั้นเป็นสิ่งที่แน่นแฟ้น³⁶ ถึงแม้ว่าลูกๆ เองจะต้องออกไปทำงานในต่างถิ่น แต่ก็ยังมีกรติดต่อกลับมาเสมอๆ เช่นทางโทรศัพท์ รวมไปถึงการช่วยเหลือในด้านค่าใช้จ่ายอีกด้วย³⁷ นอกไปจากนั้น เพื่อนบ้านเองก็มีบทบาทสำคัญ ในการที่จะมีปฏิสัมพันธ์หรือช่วยเหลือกันและกัน รวมถึงผู้สูงอายุของประเทศไทยเอง ยังไม่ค่อยได้ยึดถือในหลักของ autonomy เท่ากับ ผู้สูงอายุในกลุ่มประเทศตะวันตก การได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวยังเป็นสิ่งที่สำคัญและเป็นสิ่งที่พวกเขาเหล่านั้นพร้อมที่จะรับ³⁸ หรือในทางกลับกัน อาจจะเป็นเพราะ กลุ่มคนที่อายุน้อย มีความรับผิดชอบหลากหลายด้าน ทั้งการงาน ครอบครัว การศึกษา ซึ่งปัจจัยต่างๆ เหล่านี้อาจจะทำให้พวกเขาเหล่านั้นต้องพยายามปกปิดความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจเอาไว้ เนื่องจากกลัวที่จะต้องสูญเสียบทบาททางสังคมในด้านต่างๆ ไป²⁸

สำหรับเรื่องเพศ พบว่า เพศหญิงจะมี personal stigma ที่ต่ำกว่าเพศชาย อาจอธิบายได้จาก การศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่าเพศหญิงจะมีความรู้ในเรื่องของสุขภาพที่ดีกว่าเพศชาย³⁹ จึงอาจทำให้มุมมองต่อภาวะซึมเศร้านั้นดีกว่าเพศชาย

นอกจากนั้นในส่วนของระดับการศึกษาเอง กลับพบผลที่ออกมาในสองทาง คือ personal stigma มีความสัมพันธ์กันในทางตรงกันข้าม (negative correlation) ในขณะที่ perceived stigma มีความสัมพันธ์ไปในทางเดียวกัน (positive correlation) อาจเป็นเพราะ เมื่อบุคคลที่มีระดับการศึกษาที่สูงมากขึ้น ทำให้บุคคลนั้นๆ ต้องสวมบทบาทหลายอย่างพร้อมกัน เช่น หัวหน้าครอบครัว หัวหน้างาน ลูกน้อง ลูก มีฐานะในสังคม อาจมีความรู้สึกที่ต้องรักษาภาพตนเองให้ดูดีจากสายตาของสังคมรอบข้าง ทำให้มี perceived stigma ที่สูง แต่เมื่อมีความรู้มากขึ้น ก็จะสามารถรับรู้เรื่องภาวะการเจ็บป่วยได้ดีขึ้น จึงทำให้ทัศนคติต่อภาวะซึมเศร้าจากมุมมองของตนเองไม่ได้แย่เท่า เมื่อเทียบจากมุมมองของผู้อื่น

สุดท้าย ในส่วนของประสบการณ์ใกล้ชิดกับบุคคลที่มีปัญหาทางด้านอารมณ์นั้นพบว่า หากมีประสบการณ์นั้น perceived stigma จะต่ำกว่าบุคคลที่ไม่มีประสบการณ์ อาจเป็นเพราะ เมื่อได้สัมผัสหรืออาจได้มีโอกาสดูแลบุคคลเหล่านี้ อาจจะพบลักษณะการเจ็บป่วยที่โดยรวมแล้วไม่ได้เป็นคนอันตรายหรืออ่อนแออย่างที่สังคมส่วนใหญ่เข้าใจ รวมถึงอาจมีโอกาสได้ศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มนี้ ทำให้มีความรู้เกี่ยวกับตัวโรคที่ดีขึ้น แต่ในทางกลับกัน เมื่อไม่มีประสบการณ์ได้สัมผัสกับบุคคลที่มีปัญหาภาวะทางอารมณ์นั้นพบว่าจะมีระดับ personal stigma ที่สูงกว่า อาจเป็นเพราะได้รับความเข้าใจต่อกันมาจากสังคมรอบข้างถึงปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากบุคคลกลุ่มนี้ ซึ่งก่อให้เกิดความรู้สึกเป็นตราบาปส่วนบุคคลขึ้นมาได้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในทางปฏิบัติได้ เช่น ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มาตรวจครั้งแรกและมีญาติมาด้วยนั้น ต้องมีการประเมินถึงประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยของญาติคนนั้นๆ ในกรณีที่ญาติไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามามาก่อน อาจจะต้องมีการให้ความรู้ที่มากกว่าในกลุ่มผู้ดูแลที่เคยมีประสบการณ์มาก่อน

หรือในการติดตามครั้งต่อไปก็ควรที่จะมีการสอบถามถึงการดูแลผู้ป่วยจากญาติกลุ่มนี้อย่างต่อเนื่อง

ข้อจำกัดของการศึกษา

เนื่องจากเป็นการสำรวจในรูปแบบของการทดสอบทางออนไลน์ ทำให้มีข้อจำกัดด้านต่างๆ ได้แก่ เป็นการตอบคำถามด้วยตัวผู้ให้ข้อมูลเอง (self-report) ความตั้งใจทำอาจไม่ได้มากเท่ากับการสัมภาษณ์กันโดยตรง ผู้ที่เข้ามาตอบแบบสอบถาม จะมีเฉพาะผู้ที่สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตหรือโปรแกรม Google form ได้เท่านั้น ซึ่งผู้ที่เข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้ก็อาจจะเป็นผู้ที่มีระดับการศึกษาที่สูงอยู่ในระดับหนึ่ง อาจทำให้มีผลของอคติจากการเลือกตัวอย่างได้ (selection bias) นอกจากนี้จำนวนกลุ่มตัวอย่างยังได้ไม่เท่ากับที่คำนวณไว้ในขั้นต้น เนื่องจากข้อจำกัดในด้านระยะเวลาของการเก็บข้อมูล ทำให้การวิเคราะห์ข้อมูลอาจเกิดความคลาดเคลื่อนได้ ในส่วนของภูมิภาคที่มีคะแนนเฉลี่ยที่สูงนั้น เป็นภูมิภาคที่มีจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามที่ค่อนข้างน้อย อาจทำให้ผลที่ออกมาที่มีความคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงได้ สุดท้ายผู้เข้าร่วมในการสำรวจนี้ อาจจะไม่ใช่วัฒนของภาพรวมจากคนทั้งประเทศได้

สรุป

จากการศึกษาพบว่าในประเทศไทยนั้นมีลักษณะของ perceived stigma ที่สูงกว่า personal stigma ซึ่งทัศนคติที่เป็นลบลักษณะนี้ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดีต่างๆ ตามมา ดังนั้นควรจะได้รับความสนใจจากสังคม การรณรงค์หรือประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น โดยให้ความสนใจในการลดทัศนคติ perceived stigma เป็นหลัก ยกตัวอย่างเช่น การให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าหรือการประชาสัมพันธ์ผลการสำรวจครั้งนี้ถึงระดับ personal stigma ที่แท้จริง โดยกลุ่มเป้าหมายหลักของการให้ความรู้นี้ได้แก่ กลุ่มคนอายุ

น้อย เพศชาย กลุ่มคนที่ไม่เคยมีประสบการณ์สัมผัสกับบุคคลที่มีปัญหาทางด้านอารมณ์, และกลุ่มคนที่มีการศึกษาอยู่ในระดับที่สูง ทำได้ดีที่สุด ในการประชาสัมพันธ์หรือรณรงค์ทำความเข้าใจกับประชาชนในแต่ละพื้นที่นั้น ก็ควรที่จะมีการศึกษาความเข้าใจเพิ่มเติมเกี่ยวกับสังคมวัฒนธรรมหรือความเชื่อในพื้นที่นั้นๆ เพื่อที่จะมีรูปแบบของการประชาสัมพันธ์ที่ถูกต้องเข้าได้กับประชากรกลุ่มเป้าหมายมากที่สุด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณาจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ รวมถึงเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่ได้กรุณาช่วยเหลือให้คำแนะนำ ตั้งแต่เริ่มต้นของกระบวนการในงานวิจัย ขึ้นนี้จนสำเร็จลุล่วงได้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

- Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry. 11th ed. 2015: 356-7.
- Spijker J, Graaf R, Bijl RV, Beekman AT, Ormel J, Nolen WA. Functional disability and depression in the general population. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). Acta Psychiatr Scand 2004; 110: 208-214.
- Üstün T, Ayuso-Mateos J, Chatterji S, Mathers C, Murray C. Global burden of depressive disorders in the year 2000. Br J Psychiatry 2004; 184: 386-92.
- Depression [Internet]. Who.int. 2019 [cited June 8, 2018]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Kongsuk T., Kittirattanapaiboon P., Kenbuboha K., Sukawaha S., Leejongpermpoon J. The prevalence of major depressive disorders in Thailand: results from the Epidemiology of Mental Disorders National Survey 2008. [Accessed June 13, 2013]. Available from: <http://www.dmh.go.th/downloadportal/Morbidity/Depress2551.pdf>.
- Report on healthcare access in patients with depression:: [Internet]. Thaidepression.com. 2018 [cited June 9, 2018]. Available from: http://www.thaidepression.com/www/report/main_report/
- Goldman LS, Nielsen NH, Champion HC, Awareness, diagnosis and treatment of depression. J Gen Intern Med 1999; 14: 569-80.
- Bramesfeld A, Grobe T, Schwartz FW. Who is treated, and how, for depression? An analysis of statutory health insurance data in Germany. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2007; 42: 740-6.
- Harman JS, Edlund MJ, Fortney JC., 2004. Disparities in the adequacy of depression treatment in the United States. Psychiatr Serv 2004; 55: 1379-85.
- Prins M, Verhaak P, Smolders M, Laurant M, van der Meer K, Spreeuwenberg P et al. Patient Factors Associated with Guideline-concordant Treatment of Anxiety and Depression in Primary Care. J Gen Intern Med 2010; 25: 648-55.

11. Wang P, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer M, Borges G, Bromet E, et al. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet* 2007; 370(9590): 841-50.
12. Goldney RD, Fisher LJ. Have Broad-Based Community and Professional Education Programs Influenced Mental Health Literacy and Treatment Seeking of those with Major Depression and Suicidal Ideation?. *Suicide Life Threat Behav* 2008; 38: 129-42.
13. Jorm AF. Mental health literacy. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 396-401.
14. Goldney R, Fisher L, Wilson D. Mental health literacy: an impediment to the optimum treatment of major depression in the community. *Journal of Affective Disorders*. 2001; 64(2-3): 277-284.
15. Angermeyer MC, Dietrich S. Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 113: 163-79.
16. 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 NZ J Psychiatry* 2006; 40: 3-5.
17. Thornicroft G. *Shunned: discriminating against people with mental illness*. Oxford: Oxford University Press; 2006.
18. Mann CE, Himelein MJ. Factors Associated With Stigmatization of Persons With Mental Illness. *Psychiatr Serv* 2004; 55: 185-7.
19. Aromaa E, Tolvanen A, Tuulari J, Wahlbeck K. Predictors of stigmatizing attitudes towards people with mental disorders in a general population in Finland. *Nord J Psychiatry* 2011; 65: 125-32.
20. Wang J, Lai D. The relationship between mental health literacy, personal contacts and personal stigma against depression. *J Affect Disord* 2008; 110(1-2): 191-6.
21. Griffiths KM, Christensen H, Jorm A. Predictors of depression stigma. *BMC Psychiatry* 2008; 8: 25.
22. Angermeyer MC, Holzinger A, Matschinger H. Mental health literacy and attitude towards people with mental illness: A trend analysis based on population surveys in the eastern part of Germany. *Eur Psychiatry* 2009; 24: 225-32.
23. Mehta N, Kassam A, Leese M, Butler G, Thornicroft G. Public attitudes towards people with mental illness in England and Scotland, 1994-2003. *Br J Psychiatry* 2009; 194: 278-84.
24. Lasalvia A, Zoppei S, Van Bortel T, Bonetto C, Cristofalo D, Wahlbeck K, et al. Global pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional survey. *Lancet* 2013; 381(9860): 55-62.
25. Calear AL, Griffiths KM, Christensen H. Personal and perceived depression stigma in Australian adolescents: Magnitude and predictors. *J Affect Disord* 2011; 129(1-3): 104-8.
26. Eisenberg D, Downs MF, Golberstein E, Zivin K. Stigma and Help Seeking for Mental Health Among College Students. *Med Care Res Rev* 2009; 66: 522-41.

27. Barney LJ, Griffiths KM, Jorm A, Christensen H. Stigma about Depression and its Impact on Help-Seeking Intentions. *Aust N Z J Psychiatry* 2006; 40: 51-4.
28. Coppens E, Van Audenhove C, Scheerder G, Arensman E, Coffey C, Costa S, et al. Public attitudes toward depression and help-seeking in four European countries baseline survey prior to the OSPI-Europe intervention. *J Affect Disord* 2013; 150: 320-9.
29. Yokoya S, Maeno T, Sakamoto N, Goto R, Maeno T. A Brief Survey of Public Knowledge and Stigma Towards Depression. *J Clin Med Res* 2018; 10: 202-9.
30. Griffiths K, Christensen H, Jorm A, Evans K, Groves C. Effect of web-based depression literacy and cognitive-behavioural therapy interventions on stigmatising attitudes to depression. *Br J Psychiatry* 2004; 185: 342-9.
31. WHO | Process of translation and adaptation of instruments [Internet]. Who.int. 2019 [cited October 7, 2019]. Available from: https://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/
32. The jamovi project (2019). *jamovi* (Version 0.9) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>
33. Griffiths K, Nakane Y, Christensen H, Yoshioka K, Jorm A, Nakane H. Stigma in response to mental disorders: a comparison of Australia and Japan. *BMC Psychiatry* 2006; 6: 21.
34. Peluso É, Blay S. Public stigma in relation to individuals with depression. *J Affect Disord* 2009; 115: 201-6.
35. Sun Y, Chen G, Wang L, Li N, Srisurapanont M, Hong J, et al. Perception of Stigma and Its Associated Factors Among Patients With Major Depressive Disorder: A Multicenter Survey From an Asian Population. *Front Psychiatry* 2019; 10: 321.
36. Knodel J, Saengtienchal C, Sittitrai W. Living arrangements of the elderly in Thailand: Views of the populace. *J Cross-Cult Gerontol* 1995; 10: 79-111.
37. Abas M, Punpuing S, Jirapramukpitak T, Guest P, Tangchonlatip K, Leese M, et al. Rural-urban migration and depression in ageing family members left behind. *Br J Psychiatry* 2009; 195: 54-60.
38. Ingersoll-Dayton B, Saengtienchai C, Kespichayawattana J, Aunguroch Y. Measuring psychological well-being: insights from Thai elders. *Gerontologist* 2004; 44: 596-604.
39. Cook TM, Wang J. Descriptive epidemiology of stigma against depression in a general population sample in Alberta. *BMC Psychiatry* 2010; 10: 29.