

มุมมองต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในนิสิตแพทย์ระดับชั้นพรีคลินิก ในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

จิตติวัฒน์ จรุงรักษ์*, เมธีวัชร ชิตเดชะ*

*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษามุมมองต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในนิสิตแพทย์ระดับชั้นพรีคลินิก ในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

วิธีการศึกษา การศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่งในนิสิตแพทย์ระดับชั้นปีที่ 1 - 3 จำนวน 343 คน ในปีการศึกษา 2567 ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร คัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน ถึง 30 ตุลาคม 2567 โดยใช้แบบสอบถามที่ตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ประสิทธิภาพทางตรงและทางอ้อมเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตใจ มุมมองต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจจากแบบประเมิน Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale (Medical student version) (MICA-2) ฉบับภาษาไทย และสุขภาพจิตจากแบบสอบถามดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ (Thai Mental Health Indicator; TMHI-15) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ

ผลการศึกษา นิสิตแพทย์เป็นเพศชาย ร้อยละ 50.7 อายุเฉลี่ย 19.2 ปี ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 51) มีคะแนนสุขภาพจิตอยู่ในระดับเดียวกับคนทั่วไป มีคะแนน MICA-2 เฉลี่ย 43.2 คะแนน ปัจจัยที่สัมพันธ์กับมุมมองต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจ ได้แก่ ระดับสุขภาพจิตที่ต่ำกว่าคนทั่วไป สัมพันธ์กับมุมมองเชิงลบต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจ ($\beta = 2.492, p = 0.012$) ระดับสุขภาพจิตที่ดีกว่าคนทั่วไป สัมพันธ์กับมุมมองเชิงบวกต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจ ($\beta = -4.056, p < 0.001$) และการที่เคยมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ไม่อยากอยู่หรืออยากทำร้ายตัวเอง สัมพันธ์กับมุมมองเชิงบวกต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจ ($\beta = -2.225, p = 0.036$)

สรุป นิสิตแพทย์ระดับชั้นพรีคลินิกในการศึกษานี้ มีมุมมองต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจในเชิงบวกเป็นส่วนใหญ่ พบว่าระดับสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับมุมมองต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจ การส่งเสริมสุขภาพจิตและการให้การสนับสนุนนิสิตแพทย์ที่เคยมีประสบการณ์ยากลำบากทางจิตใจ อาจช่วยส่งเสริมมุมมองเชิงบวกต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจได้

คำสำคัญ มุมมอง ความเจ็บป่วยทางจิตใจ นิสิตแพทย์ พรีคลินิก สุขภาพจิต

Corresponding author: เมธีวัชร ชิตเดชะ

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

E-mail: Mayteewat.C@chula.ac.th

วันรับ 2 กรกฎาคม 2568 วันแก้ไข 30 ตุลาคม 2568 วันตอบรับ 25 พฤศจิกายน 2568

Attitude Toward Mental Illness and Associated Factors Among Preclinical Medical Students at One University in Bangkok

Thitiwat Charoonruck*, Mayteewat Chiddaycha*

*Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

ABSTRACT

Objectives: To investigate attitudes toward mental illness and associated factors among preclinical medical students at one university.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 343 preclinical medical students (years 1 - 3) enrolled in the Faculty of Medicine at a university in Bangkok during the 2024 academic year. Participants were selected using stratified sampling. Data were collected from June 1 to October 30, 2024, through self-administered questionnaires covering demographics, direct and indirect experiences with mental illness, attitudes towards mental illness using the Thai version of the Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale (Medical student version) MICA-2, and mental health status using the 15-item Thai Mental Health Indicator (TMHI-15). Data were analyzed using descriptive statistics and multiple linear regression.

Results: Medical students were 50.7% male, with an average age of 19.2 years. The majority (51%) had mental health scores comparable to the general population. The average MICA-2 score was 43.2 points. Factors associated with attitudes toward mental illness included the following; lower mental health levels were associated with a more negative attitude toward mental illness ($\beta = 2.492$, $p = 0.012$), higher mental health levels were associated with a more positive attitude ($\beta = -4.056$, $p < 0.001$), and having previously experienced suicidal ideations, death wishes, or self-harm thoughts was associated with a more positive attitude toward mental illness ($\beta = -2.225$, $p = 0.036$).

Conclusion: Preclinical medical students in this study generally demonstrated positive attitudes toward mental illness. Mental health status was associated with these attitudes towards. Promoting mental well-being and supporting students who have experienced mental health challenges may contribute to fostering more positive attitudes towards mental illness.

Keywords: attitudes, mental illness, medical students, preclinical, mental health

Corresponding author: Mayteewat Chiddaycha

E-mail: Mayteewat.C@chula.ac.th

Received: 2 July 2025 Revised: 30 October 2025 Accepted: 25 November 2025

บทนำ

ความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจเป็นปัญหาสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อประชากรจำนวนมากในทุกช่วงวัยและทุกภูมิภาคทั่วโลก การศึกษาภาระโรคระดับโลก (global burden of disease study) ในปี 2562 พบว่าโรคทางจิตเวชเป็นหนึ่งในสิบอันดับสาเหตุแรกที่สร้างภาระโรค (burden of disease; BOD) ทั่วโลก โดยไม่พบหลักฐานการลดลงของภาระโรคนี้ตั้งแต่ปี 2533¹ ในทางกลับกัน การสูญเสียปีสุขภาวะ (disability-adjusted life-years; DALYs) จากโรคทางจิตเวชได้เพิ่มขึ้นจาก 80.8 ล้านปีในปี 2533 เป็น 125.3 ล้านปีในปี 2562 ซึ่งคิดเป็นสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.1 เป็นร้อยละ 4.9 ของภาระโรคทั้งหมดทั่วโลก¹

ในกลุ่มเด็กและเยาวชน การศึกษาพบว่ากว่าร้อยละ 10 ของเด็กและเยาวชน อายุ 5 - 24 ปีทั่วโลก หรือประมาณ 293 ล้านคน ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเวชอย่างน้อยหนึ่งโรค² และโรคจิตเวชเป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (years lived with disability; YLDs) ในกลุ่มประชากรนี้ อาการของความเจ็บป่วยทางจิตเวชมักเริ่มแสดงออกในช่วงวัยรุ่น ซึ่งเป็นช่วงเวลาสำคัญของการพัฒนาการทั้งทางร่างกายและจิตใจ และอาจส่งผลกระทบต่อชีวิตในวัยผู้ใหญ่ ทั้งในด้านการศึกษา การทำงาน และความสัมพันธ์ทางสังคม² นอกจากนี้ ความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจยังมีความเชื่อมโยงกับอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น การศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเวชมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าประชากรทั่วไปถึง 2.22 เท่า มีอายุขัยสั้นลงโดยเฉลี่ยประมาณ 10 ปี และมีการประมาณการว่า ร้อยละ 14.3 ของการเสียชีวิตทั่วโลก หรือประมาณ 8 ล้านคนในแต่ละปี มีความเกี่ยวข้องกับโรคทางจิตเวชและปัญหาสุขภาพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง³

บุคลากรทางการแพทย์มีบทบาทสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ ดังนั้น ทักษะของบุคลากรทางการแพทย์ต่อความเจ็บป่วยทางจิตเวชจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ทักษะเชิงบวกสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยแสวงหาความช่วยเหลือ เข้ารับการรักษอย่างต่อเนื่อง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ในขณะที่ทักษะเชิงลบอาจนำไปสู่การเลือกปฏิบัติ การตีตรา และการเข้าถึงบริการที่ไม่เท่าเทียม⁴ จากการศึกษาพบว่า บุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเข้าใจในความคิดและความรู้สึกของผู้อื่น (empathy) จะสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นในฐานะผู้ให้การดูแลรักษา⁵ โดยความเข้าใจในความคิดและความรู้สึกของผู้อื่น ช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย เข้าใจความต้องการของพวกเขา และให้การดูแลที่ตอบสนอง

ต่อความต้องการนั้นได้อย่างเหมาะสม⁵ อย่างไรก็ตาม ความเข้าใจในความรู้สึกของผู้อื่นอาจแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ เช่น ประสบการณ์ส่วนตัว การศึกษา การฝึกอบรม และวัฒนธรรม เป็นต้น⁶ นอกจากนี้ บุคลากรทางการแพทย์ที่มีประสบการณ์โดยตรงหรือโดยอ้อมเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตเวช อาจมีทัศนคติต่อความเจ็บป่วยทางจิตเวชที่แตกต่างจากผู้ที่ไม่มีประสบการณ์ดังกล่าว⁴

การศึกษาในอดีตพบว่า นิสิตแพทย์ส่วนใหญ่มีทัศนคติเชิงบวกต่อความเจ็บป่วยทางจิตเวช โดยมองว่าผู้ป่วยจิตเวชเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยทางจิตใจเช่นเดียวกับผู้ป่วยทางกาย และสมควรได้รับการดูแลรักษาอย่างเท่าเทียมกัน⁷ อย่างไรก็ตาม นิสิตแพทย์บางส่วนยังคงมีทัศนคติเชิงลบ โดยเชื่อว่าความเจ็บป่วยทางจิตเวชเป็นปัญหาที่เกิดจากตัวบุคคล สภาพแวดล้อม หรือความผิดปกติทางจิตใจ และปัจจัยที่มีผลต่อทัศนคติของนิสิตแพทย์แต่ละคน สามารถแบ่งออกได้เป็นสามกลุ่มหลัก คือ ความยอมรับทางสังคม ความเชื่อในเรื่องเหนือธรรมชาติ และความเชื่อในปัจจัยทางชีวสังคม⁸ นอกจากนี้ ปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องได้แก่ ประวัติการศึกษาในรายวิชาจิตเวช ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเวช สุขภาพจิต บุคลิกภาพ รวมถึงประสบการณ์และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช⁴

ในประเทศไทย การศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติต่อความเจ็บป่วยทางจิตเวชในกลุ่มนิสิตแพทย์ยังมีจำกัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มนิสิตแพทย์ระดับชั้นพรีคลินิก ซึ่งเป็นกลุ่มที่ยังไม่มีประสบการณ์โดยตรงในการดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยเห็นว่าการทำความเข้าใจทัศนคติของนิสิตแพทย์กลุ่มนี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการวางแผนการศึกษาและการฝึกอบรมในอนาคต การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจมุมมองและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทัศนคติต่อความเจ็บป่วยทางจิตเวชในกลุ่มนิสิตแพทย์ระดับชั้นพรีคลินิกในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง การทำความเข้าใจถึงปัจจัยที่มีสัมพันธ์กับมุมมองของนิสิตแพทย์ในระยะเริ่มต้นของการเรียนนี้จะช่วยให้สามารถเติมเต็มช่องว่างของความรู้ และนำไปสู่การปรับปรุงแนวทางการเรียนการสอน เพื่อส่งเสริมความเข้าใจ ความเห็นอกเห็นใจ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะทางจิตเวชอย่างเหมาะสมมากยิ่งขึ้นในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (objectives)

1. เพื่อศึกษามุมมองของนิสิตแพทย์ระดับชั้นพรีคลินิกต่อความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับมุมมองของนิสิตแพทย์ระดับชั้นพรีคลินิก ต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจ

โดยประสานงานผ่านหน่วยงานการศึกษาชั้นปริญญาตรี ฝ่ายวิชาการของคณะแพทยศาสตร์

วิธีการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจมุมมองของนิสิตแพทย์ต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน - 30 ตุลาคม 2567 งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (COA No. 0608/2024, IRB No. 0131/67)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมายคือ นิสิตแพทย์ระดับชั้นปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1 - 3 ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครที่กำลังศึกษาอยู่ในปีการศึกษา 2567

ขนาดตัวอย่างสำหรับการวิจัยนี้คำนวณโดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับค่าเฉลี่ย⁹ คือ $n = Z^2 \sigma^2 / d^2$ โดย n = ขนาดตัวอย่าง, Z = ค่าวิกฤตที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ซึ่งมีค่าเท่ากับ 1.96, σ^2 = ค่าความแปรปรวน ซึ่งผู้วิจัยอ้างอิงข้อมูลส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจากงานวิจัยการประเมินมุมมองของแพทย์ต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจ เพื่อประเมินคุณสมบัติการวัดของเครื่องมือ Mental Illness: Clinician's Attitude Scale (medical student version) MICA-2 ฉบับแปลเป็นภาษาไทย โดย จินิส สีหะรา ซึ่งมีค่า 7.14¹⁰, d = ค่าความแม่นยำที่ต้องการ กำหนดไว้ที่ 0.6 แทนค่าในสูตรได้ $n = 544$ คน

จากนั้นได้ทำการปรับแก้ขนาดตัวอย่าง โดยคำนึงถึงจำนวนประชากรทั้งหมด (finite population correction)⁹ เพื่อให้ได้ขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมกับกลุ่มประชากรเป้าหมายโดยใช้สูตร $n = SS / [1 + \{(SS - 1) / Pop\}]$ โดย n = ขนาดตัวอย่างที่ต้องการ, SS = ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ = 544, Pop = จำนวนนิสิตแพทย์ชั้นพรีคลินิกทั้งหมดในปีการศึกษา 2567 ที่กำลังศึกษาอยู่ทั้งหมด 922 คน (ข้อมูลจากฝ่ายวิชาการ คณะแพทยศาสตร์) แทนค่าในสูตรได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับอย่างน้อย 343 ราย

ผู้วิจัยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (stratified sampling) โดยแบ่งเป็น 3 ชั้นภูมิตามชั้นปี ได้แก่ ชั้นปีที่ 1, ชั้นปีที่ 2 และชั้นปีที่ 3 จัดทำแบบสอบถามในรูปแบบกระดาษ และกระจายแบบสอบถามในกลุ่มนิสิตแพทย์แต่ละชั้นปี ชั้นปีละ 140 ชุด

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการศึกษา

1. เป็นนิสิตระดับชั้นปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1 - 3 หลักสูตรปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ณ ช่วงเวลาดำเนินการวิจัย
2. สามารถเข้าใจการสื่อสารภาษาไทย โดยวิธีฟัง พูด อ่าน และเขียนได้
3. ให้ความยินยอมในการเข้าร่วมการศึกษาร่วมวิจัย
4. อายุมากกว่า 18 ปี

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการศึกษา

อยู่ในระหว่างการลาศึกษา

เครื่องมือที่ใช้

แบบสอบถามชนิดให้ผู้ร่วมวิจัยตอบเอง 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอายุ เพศ ชั้นปี สถานภาพ ความเชื่อทางศาสนา ประวัติการใช้สารเสพติด และประวัติทางการศึกษา ได้แก่ ระดับชั้นปี เกรดเฉลี่ย และประวัติการเรียนรายวิชาบังคับและวิชาเลือกเกี่ยวกับจิตเวชศาสตร์

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์ทางตรงต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับปัญหาทางจิตสังคม ประวัติโรคทางใจ/ได้รับการวินิจฉัย ประวัติการรับคำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต ประวัติการพบจิตแพทย์ และประวัติการใช้ยาทางจิตเวช

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์ทางอ้อมต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับประวัติการมีเพื่อนสนิทเป็นผู้ป่วยจิตเวช ประวัติการมีคนในครอบครัวเป็นผู้ป่วยจิตเวช ประวัติการรู้จักผู้ป่วยจิตเวชในฐานะความสัมพันธ์อื่นๆ และประวัติการทำกิจกรรมจิตอาสาเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช

ส่วนที่ 4 ประเมินมุมมองของแพทย์ต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจ ฉบับนักศึกษาแพทย์ (mental illness: clinicians' attitudes scale (medical student version) MICA-2) ฉบับภาษาไทย¹⁰ แปลโดยจินิส สีหะรา จำนวน 16 ข้อ เป็นแบบสอบถาม

ชนิดตอบเอง มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นทั้งฉบับ (cronbach's alpha) เท่ากับ 0.614 ประเมินโดยใช้มาตรวัดของลิเคิร์ท (likert scale) 1 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง 6 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) คะแนนรวมต่ำสุดที่เป็นไปได้คือ 16 คะแนน คะแนนรวมสูงสุดที่เป็นไปได้คือ 96 คะแนน โดยคะแนนรวมที่มียิ่งมีค่าสูง สามารถแปลผลได้ถึงมุมมองที่เป็นเชิงลบมาก

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ (Thai Mental Health Indicator; TMHI-15)¹¹ พัฒนาขึ้นในปี 2001 โดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย ร่วมกับโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ประเมินโดยใช้มาตรวัดของลิเคิร์ท โดยเกณฑ์ปกติที่กำหนด ได้แก่ 51 - 60 คะแนน หมายถึงมีสุขภาพจิตมากกว่าคนทั่วไป (good), 44 - 45 คะแนน หมายถึงมีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (fair), 43 คะแนนหรือน้อยกว่า หมายถึงมีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (poor)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลไปยังหน่วยงานการศึกษาชั้นปริญญาตรี ฝ่ายวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยได้ประสานงานกับเจ้าหน้าที่หน่วยงานการศึกษาชั้นปริญญาตรี และอาจารย์ที่ปรึกษาหลักสูตรรายวิชาต่างๆ ในระดับชั้นพรีคลินิก เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเข้าพบและชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัยแก่นิสิตแพทย์ระดับชั้นปีที่ 1 - 3 ในคณะแพทยศาสตร์ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบสอบถามรูปแบบกระดาษ ผู้วิจัยได้เข้าพบนิสิตแพทย์ตามวัน เวลาที่ได้นัดหมาย ชี้แจงให้นิสิตแพทย์ที่สนใจเข้าร่วมวิจัยสามารถตรวจสอบรายละเอียดโครงการวิจัย รวมถึงสามารถสอบถามข้อมูลเบื้องต้น ก่อนตัดสินใจแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยการตอบแบบสอบถามจะเป็นรูปแบบให้นิสิตแพทย์เป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง นิสิตแพทย์สามารถตอบได้อย่างอิสระโดยไม่มีการระบุชื่อ นามสกุล หรือข้อมูลส่วนบุคคลอื่นใดที่สามารถระบุตัวตนได้ ในแบบสอบถาม นิสิตแพทย์ที่เข้าร่วมวิจัยสามารถเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการศึกษาได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล รวมถึงการวิเคราะห์ข้อมูลจะกระทำในภาพรวม เพื่อให้มั่นใจว่าจะไม่มีผลกระทบต่อ การเรียน หรือข้อมูลส่วนบุคคลของนิสิตแพทย์ผู้ตอบแบบสอบถาม ในการศึกษาครั้งนี้มีนิสิตแพทย์ที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 350 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์สถิติด้วยโปรแกรม SPSS version 22 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับ มุมมองต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจ ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (multiple linear regression) โดยตัวแปรอิสระที่เคยมีรายงานในงานวิจัยอื่นว่าเกี่ยวข้องกับมุมมองต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจ ได้แก่ เพศ¹²⁻¹⁵ ศาสนา¹⁵ ประวัติการดื่มสุราในปัจจุบัน¹⁶ สถานภาพครอบครัว¹⁷ ชั้นปีที่ศึกษา¹⁸ ประวัติการศึกษาวินิจฉัยเกี่ยวกับจิตเวชศาสตร์¹⁹ เคยมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย/ไม่ยอมอยากอยู่/อยากทำร้ายตัวเอง²⁰ เคยรับประทานยาเพื่อรักษาโรคทางจิตเวช²¹ มีเพื่อนสนิทเป็นผู้ป่วยจิตเวช และมีคนในครอบครัวเป็นผู้ป่วยจิตเวช⁶ คะแนน TMHI และตัวแปรอื่นๆ ที่มีค่า $p < 0.2$ จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เบื้องต้นด้วย Unpaired t-test จะถูกนำเข้ามาในการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติเมื่อ $p < 0.05$ นำเสนอด้วย Unstandardized Beta Coefficient (B) และ 95% Confidence Interval

อย่างไรก็ตาม หลังจากตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้รับกลับคืนมาทั้งหมด 350 ชุด พบว่ามีแบบสอบถามจำนวน 7 ชุด ที่มีข้อมูลขาดหายไป (missing data) ในหลายส่วน ทำให้ไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้อย่างครบถ้วน ดังนั้นในการวิเคราะห์ ผลการศึกษารั้งนี้ จึงใช้ข้อมูลจากแบบสอบถามที่สมบูรณ์จำนวน 343 ชุด

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป และระดับสุขภาพจิต

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้เป็นนิสิตแพทย์ระดับพรีคลินิก จำนวน 343 คน อายุเฉลี่ย 19.2 ปี มีสัดส่วนเพศชายร้อยละ 50.7 และเพศหญิงร้อยละ 49.3 ส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพโสด (ร้อยละ 77.0) และนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 90.1) ส่วนใหญ่อยู่ในครอบครัวที่บิดามารดาจดทะเบียนสมรส (ร้อยละ 79.0) ด้านสุขภาพ พบว่านิสิตแพทย์ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 84.8) ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 98.3) และไม่เคยใช้สารเสพติด (ร้อยละ 99.4) ในด้านพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์พบว่าส่วนใหญ่ดื่มตามงานสังสรรค์ (ร้อยละ 49.9) ขณะที่ร้อยละ 46.9 ไม่ดื่มเลย

เมื่อพิจารณาตามชั้นปีที่ศึกษาพบว่า นิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 1 มีจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 38.5) รองลงมาคือชั้นปีที่ 3 (ร้อยละ 31.8) และชั้นปีที่ 2 (ร้อยละ 29.7) เกรดเฉลี่ยสะสมอยู่ที่ 3.59

และโดยนิสิตส่วนใหญ่ยังไม่เคยเรียนรายวิชาที่เกี่ยวข้องกับจิตเวชโดยตรง (ร้อยละ 97.4)

คะแนนสุขภาพจิตโดยเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 47.49 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 5.67) โดยมีคะแนนต่ำสุด 25 คะแนน และคะแนนสูงสุด 60 คะแนน โดยคะแนนสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 51.0) อยู่ในระดับเท่ากับคนทั่วไป (44 - 50 คะแนน) อย่างไรก็ตาม นิสิตแพทย์ร้อยละ 28.3 มีสุขภาพจิตอยู่ในระดับดีกว่าคนทั่วไป (มากกว่า 50 คะแนน) และร้อยละ 20.7 มีสุขภาพจิตระดับต่ำกว่าคนทั่วไป (น้อยกว่า 44 คะแนน) (ตารางที่ 1)

ประสบการณ์ทางตรงต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจ

จากการสำรวจพบว่านิสิตแพทย์ ร้อยละ 35.0 เคยมีความรู้สึกเครียดหรือกังวลใจ จนไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันตามปกติได้ นอกจากนี้ร้อยละ 34.4 เคยมีความรู้สึกซึมเศร้า เสียใจ เบื่อหน่าย ท้อแท้จนไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันตามปกติได้ และร้อยละ 16.9 เคยมีความคิดอยากทำร้ายตัวเอง/อยากตาย/ไม่อยากมีชีวิตอยู่ ด้านความวิตกกังวลพบว่านิสิต ร้อยละ 39.7 เคยมีความรู้สึกวิตกกังวลใจจนไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ร้อยละ 19.2 รายงานว่าตนเองมีปัญหาด้านความสัมพันธ์กับคนในสถานศึกษา ซึ่งทำให้รู้สึกไม่สบายใจเป็นอย่างมาก และร้อยละ 12.8 ระบุว่ามีปัญหาด้านความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตใจ

ในด้านการเข้ารับบริการสุขภาพจิตพบว่า ร้อยละ 11.7 เคยขอรับคำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตจากจิตแพทย์ ร้อยละ 12.8 เคยเข้ารับบริการรับคำปรึกษาจากโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตอื่นๆ ร้อยละ 4.1 เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวช ร้อยละ 5.2 เคยได้รับประทานยาเพื่อรักษาโรคทางจิตเวช และร้อยละ 5.5 เคยเข้ารับการบำบัดบำบัด

ประสบการณ์ทางอ้อมต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจ

นิสิตแพทย์ ร้อยละ 14.0 มีเพื่อนสนิทเป็นผู้ป่วยจิตเวช ร้อยละ 10.8 มีคนในครอบครัวเป็นผู้ป่วยจิตเวช และร้อยละ 14.3 รู้จักคนใกล้ชิดในฐานะความสัมพันธ์อื่นๆ ที่ป่วยเป็นโรคทางจิตเวช ด้านประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบว่านิสิต ร้อยละ 0.3 เคยทำงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานพยาบาล ร้อยละ 1.7 เคยดูแลผู้ป่วยจิตเวชในสถานที่อื่น เช่น บ้าน หรือสถานพักพิง และร้อยละ 4.4 เคยทำงานจิตอาสาที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวช

มุมมองต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจ

ผลการประเมินมุมมองต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจของนิสิตแพทย์กลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถาม MICA-2 พบว่าคะแนน MICA-2 เฉลี่ยอยู่ที่ 43.20 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 7.01) คะแนนต่ำสุดคือ 21 คะแนน และคะแนนสูงสุด 69 คะแนน

ในส่วนของคำถาม ซึ่งประเมินด้วยลำดับคะแนนจาก 1 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง 6 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อที่ 12 “คนทั่วไป ไม่ จำเป็นต้องได้รับการคุ้มครองจากผลการกระทำของคนไข้เจ็บป่วยทางจิตใจอย่างรุนแรง” (คะแนนเฉลี่ย 5.07 คะแนน) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ข้อที่ 11 “มันเป็นเรื่องสำคัญที่นอกจากแพทย์จะช่วยเหลือคนที่เจ็บป่วยทางจิตใจแล้ว แพทย์ต้องประเมินสุขภาพด้านร่างกายของคนไข้ด้วย” (คะแนนเฉลี่ย 1.73 คะแนน)

ในส่วนของคำถามที่ให้คะแนนกลับกัน (1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 6 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง) พบว่าข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อที่ 6 “จิตแพทย์รู้เรื่องราวชีวิตของผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยทางจิตใจ มากกว่าคนในครอบครัวหรือเพื่อนของผู้ป่วยเอง” (คะแนนเฉลี่ย 3.62 คะแนน) และข้อที่มีคะแนนต่ำที่สุดคือข้อที่ 15 “ฉันจะใช้คำเหล่านี้ “บ้า” “โรคจิต” “ไม่เต็ม” เวลาพูดถึงคนที่มีความเจ็บป่วยทางจิตใจที่ฉันพบเจอในที่ทำงาน” (คะแนนเฉลี่ย 1.73 คะแนน) (ตารางที่ 2)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับมุมมองต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจ

จากการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนสุขภาพจิต (TMHI-15) กับมุมมองต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจ (MICA-2) พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.315$, $p < 0.001$) บ่งชี้ว่านิสิตแพทย์ที่มีสุขภาพจิตดี มีแนวโน้มที่จะมีมุมมองเชิงบวกต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจมากขึ้น

จากการวิเคราะห์ด้วย Univariate analysis ไม่พบความแตกต่างของคะแนน MICA-2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มนิสิตแพทย์ที่มีหรือไม่มีประสบการณ์ทางตรงและทางอ้อมกับความเจ็บป่วยทางจิตใจ ($p > 0.05$) ดังตารางที่ 3 อย่างไรก็ตาม เป็นที่น่าสังเกตว่ากลุ่มนิสิตที่มีประสบการณ์บางประการ ได้แก่ เคยมีความรู้สึกซึมเศร้ารุนแรง เคยมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย/ไม่อยากอยู่/อยากทำร้ายตัวเอง และเคยรับประทานยาเพื่อรักษาโรคทางจิตเวช มีมุมมองต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจที่แตกต่างจากกลุ่มคนที่ไม่มีประสบการณ์นั้น (mean different > 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างนิสิตแพทย์

ข้อมูล	จำนวน หรือ ค่าเฉลี่ย	ร้อยละ หรือ $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
เพศ		
ชาย	174	50.7
หญิง	169	49.3
อายุ	19.2	± 1.1
สถานภาพ		
โสด	264	77.0
ไม่โสด	79	23.0
ศาสนา		
พุทธ	309	90.1
คริสต์	10	2.9
อิสลาม	5	1.5
ไม่นับถือศาสนา	19	5.5
โรคประจำตัว		
ไม่มี	291	84.8
มี	52	15.2
ประวัติการดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน		
ดื่มเป็นประจำทุกวัน	1	3.0
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	10	2.9
ดื่มตามงานสังสรรค์	171	49.9
ไม่ดื่มเลย	161	46.9
ประวัติการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน (รวมทั้งบุหรี่ไฟฟ้า)		
สูบบุหรี่ตามงานสังสรรค์	6	1.7
ไม่สูบเลย	337	98.3
ประวัติการใช้สารเสพติดอื่น ๆ		
ใช้ในกิจกรรมสังสรรค์	2	0.6
ไม่ใช้เลย	341	99.4
สถานภาพครอบครัว		
สมรส (จดทะเบียน)	271	79.0
สมรส (ไม่ได้จดทะเบียน)	40	11.7
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	21	6.1
ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเสียชีวิต	11	3.2
ชั้นปีที่ศึกษา		
1	132	38.5
2	102	29.7
3	109	31.8

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างนิสิตแพทย์ (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน หรือ ค่าเฉลี่ย	ร้อยละ หรือ ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
เกรดเฉลี่ยสะสม	3.59	±0.4
ประวัติการศึกษาเกี่ยวกับจิตเวชศาสตร์		
เคยเรียนวิชาเกี่ยวกับจิตเวช	9	2.6
ยังไม่เคยเรียนรายวิชาจิตเวช	334	97.4
ระดับสุขภาพจิต (คะแนน TMHI)	47.49	±5.67
ดีกว่าคนทั่วไป	97	28.3
เท่ากับคนทั่วไป	175	51.0
น้อยกว่าคนทั่วไป	71	20.7

จากการวิเคราะห์ Multiple Linear Regression โดยคัดเลือกตัวแปรอิสระที่เคยมีรายงานในงานวิจัยอื่นว่าเกี่ยวข้องกับมุมมองต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจ และตัวแปรอื่นๆ ที่มีค่า $p < 0.2$ จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เบื้องต้นด้วย Unpaired t-test (ตารางที่ 4) พบว่า นิสิตแพทย์ที่มีคะแนนสุขภาพจิตอยู่ในระดับต่ำกว่าคนทั่วไป มีความสัมพันธ์กับมุมมองเชิงลบต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจ คือมีคะแนน MICA-2 สูงกว่านิสิตแพทย์ที่มีระดับสุขภาพจิตอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 2.492, p = 0.012$) ในทางตรงกันข้าม นิสิตแพทย์ที่มีคะแนนสุขภาพจิตอยู่ในระดับดีกว่าคนทั่วไป มีความสัมพันธ์กับมุมมองเชิงบวกต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจ คือมีคะแนน MICA-2 ต่ำกว่านิสิตแพทย์ที่มีระดับสุขภาพจิตอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -4.056, p < 0.001$) และพบว่านิสิตแพทย์ที่เคยมีความรู้สึกรู้สึกอยากทำร้ายตัวเอง/ไม่ยอมมีชีวิตอยู่ มีแนวโน้มที่จะมีคะแนน MICA-2 ต่ำกว่านิสิตแพทย์ที่ไม่เคยมีประสบการณ์ดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -2.225, p = 0.036$)

วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นไปที่การสำรวจมุมมองต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในกลุ่มนิสิตแพทย์ระดับชั้นปริศนิก จำนวน 343 คน ซึ่งเป็นกลุ่มที่ยังไม่มีประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ป่วยจริง กลุ่มตัวอย่างมีสัดส่วนเพศชายและเพศหญิงใกล้เคียงกัน มีอายุเฉลี่ย 19.2 ปี ส่วนใหญ่ยังโสด และยังไม่เคยเรียนรายวิชาที่เกี่ยวข้องกับจิตเวชโดยตรง นิสิตแพทย์ส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตอยู่ในระดับเดียวกับคนทั่วไป อย่างไรก็ตามพบว่า มีจำนวนไม่น้อยที่มีประสบการณ์ทางตรงและทางอ้อมเกี่ยวกับ

ความเจ็บป่วยทางจิตใจ เช่น เคยมีความรู้สึกซึมเศร้า เคยมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย หรือมีคนใกล้ชิดป่วยเป็นโรคทางจิตเวช

เมื่อพิจารณาข้อมูลเชิงประชากรของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้มีสัดส่วนของนิสิตหญิงสูงกว่าและนิสิตชายต่ำกว่าความเป็นจริงในประชากรจริง คือมีนิสิตชายในกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50.7 ในขณะที่สัดส่วนในประชากรจริงมีนิสิตชาย ร้อยละ 56.5 ความคลาดเคลื่อนดังกล่าวอาจเกิดจากกระบวนการสุ่มตัวอย่างที่แม้จะเป็นการสุ่มแต่ยังคงมีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นได้ (sampling error) และอาจจะสะท้อนถึงอัตราการตอบรับหรือความสนใจในการเข้าร่วมการวิจัยที่แตกต่างกันระหว่างเพศ โดยนิสิตหญิงอาจมีแนวโน้มให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามมากกว่านิสิตชาย ประเด็นนี้ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างอาจไม่สามารถเป็นตัวแทนที่ดีของประชากรในด้านโครงสร้างทางเพศได้อย่างสมบูรณ์ และอาจนำไปสู่ความเอนเอียงจากการสุ่มตัวอย่างได้

ผลการศึกษาพบว่า นิสิตแพทย์กลุ่มตัวอย่างมีคะแนน MICA-2 เฉลี่ย 43.20 คะแนน (คะแนนเต็ม 96 คะแนน) ซึ่งสะท้อนถึงมุมมองต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจที่ค่อนข้างเป็นกลางค่อนข้างไปในเชิงบวก ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาในต่างประเทศ เช่น งานวิจัยของ Kumar และคณะ²¹ ที่ศึกษากลุ่มนิสิตแพทย์ในประเทศออสเตรเลีย มีคะแนน MICA-2 เฉลี่ย 36.8 คะแนน และงานวิจัยของ Babicki และคณะ¹² ที่ศึกษากลุ่มนิสิตแพทย์ใน 65 ประเทศทั่วโลก มีคะแนน MICA-2 เฉลี่ย 40.5 คะแนน

เมื่อพิจารณาคำตอบรายข้อจากแบบประเมิน MICA-2 พบว่า นิสิตแพทย์กลุ่มตัวอย่างมีมุมมองเชิงบวกต่อความเจ็บป่วย

ตารางที่ 2 ผลการตอบแบบประเมิน Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale (medical student version) MICA-2 ฉบับภาษาไทย

คำถามข้อที่ประเมินโดยให้คะแนน 1 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง 6 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง)

ข้อที่	คำถาม	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3.	วิชาจิตเวชศาสตร์มีความเป็นวิทยาศาสตร์เทียบเท่ากับสาขาอื่นๆ ทางกายภาพ	2.02	0.98
9.	หากจิตแพทย์ผู้ให้คำปรึกษา แนะนำให้ฉันปฏิบัติต่อคนที่มีความเจ็บป่วยทางจิตใจด้วยท่าทีไม่เคารพหรือไม่ให้เกียรติ ฉันจะ ไม่ ทำตามคำแนะนำนั้น	2.50	1.46
10.	ฉันรู้สึกสบายใจเวลาพูดคุยกับคนที่เจ็บป่วยทางจิตใจ พอๆ กับที่รู้สึกเวลาพูดคุยกับคนที่เจ็บป่วยทางกาย	2.88	1.04
11.	มันเป็นเรื่องสำคัญที่นอกจากแพทย์จะช่วยเหลือคนที่เจ็บป่วยทางจิตใจแล้ว แพทย์ต้องประเมินสุขภาพด้านร่างกายของคนๆ นั้นด้วย	1.73	0.87
12.	คนทั่วไป ไม่ จำเป็นต้องได้รับการคุ้มครองจากผลการกระทำของคนที่มีปัญหาทางจิตใจอย่างรุนแรง	5.08	0.94
16.	หากเพื่อนร่วมงานหรือเพื่อนร่วมชั้นเรียนของฉันบอกฉันว่าเขามีความเจ็บป่วยทางจิตใจ ฉันจะยังคงอยากทำงานร่วมกับเขา	2.41	1.04
คำถามข้อที่ประเมินโดยให้คะแนนกลับกัน 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง 6 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง)			
1.	ฉันเรียนวิชาจิตเวชศาสตร์เพราะต้องสอบ และจะไม่อ่านเนื้อหาเพิ่มเติมเกี่ยวกับวิชานี้	2.75	1.06
2.	คนที่มีความเจ็บป่วยทางจิตใจอย่างรุนแรงไม่สามารถมีอารมณ์ดีขึ้นได้อย่างเพียงพอที่จะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี	2.13	0.98
4.	ถ้าฉันมีความเจ็บป่วยทางจิตใจ ฉันจะไม่บอกหรือยอมรับเรื่องนี้กับเพื่อนๆ เลย เพราะฉันกลัวว่าเพื่อนๆ จะปฏิบัติต่อฉันต่างจากคนอื่น	2.81	1.16
5.	คนที่มีความเจ็บป่วยทางจิตใจอย่างรุนแรงมักเป็นบุคคลอันตราย	2.51	1.17
6.	จิตแพทย์รู้เรื่องราวชีวิตของผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยทางจิตใจมากกว่าคนในครอบครัวหรือเพื่อนของผู้ป่วยเอง	3.62	1.17
7.	ถ้าฉันมีความเจ็บป่วยทางจิตใจ ฉันจะไม่บอกหรือยอมรับเรื่องนี้กับเพื่อนร่วมงานหรือเพื่อนร่วมชั้นเรียน เลย เพราะฉันกลัวว่าเพื่อนร่วมงานหรือเพื่อนร่วมชั้นเรียนจะปฏิบัติต่อฉันต่างจากคนอื่น	3.07	1.25
8.	การเป็นจิตแพทย์นั้น ไม่ เหมือนการเป็นแพทย์จริงๆ	2.17	1.10
13.	ถ้าคนที่เจ็บป่วยทางจิตใจไปเกี่ยวกับอาการทางกาย (เช่น เจ็บหน้าอก) ฉันจะมองว่ามันเป็นอาการทางจิตของเขาเอง	2.20	0.91
14.	แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ไม่ ควรคาดหวังให้ตรวจประเมินคนที่มีอาการด้านจิตเวชอย่างครบถ้วน เพราะสามารถส่งต่อคนเหล่านี้ไปพบจิตแพทย์ได้	3.33	1.28
15.	ฉันจะใช้คำเหล่านี้ "บ้า" "โรคจิต" "ไม่เต็ม" เวลาพูดถึงคนที่มีความเจ็บป่วยทางจิตใจที่ฉันพบเจอในที่ทำงาน	1.72	1.06

ทางด้านจิตใจในหลายด้าน ได้แก่ การให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ซึ่งสะท้อนจากคำถามข้อที่ 11 แสดงถึงความเห็นด้วยว่าแพทย์ควรประเมินสุขภาพร่างกายของผู้ป่วยจิตเวชด้วย นิสิตแพทย์เห็นด้วยกับการไม่ใช้ภาษาตีตราผู้ป่วย (คำถามข้อที่ 15) นิสิตยอมรับว่าจิตเวชศาสตร์เป็นสาขาการแพทย์ที่มีความเป็น

วิทยาศาสตร์และเทียบเท่าสาขาอื่น (คำถามข้อที่ 8 และข้อที่ 3) รวมถึงการไม่มองข้ามอาการทางกายของผู้ป่วยจิตเวชว่าเกิดจากอาการทางจิตของผู้ป่วยเอง (คำถามข้อที่ 13) และมองว่าคนที่มีความเจ็บป่วยทางจิตใจอย่างรุนแรงสามารถมีอารมณ์ดีขึ้นได้ สามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ (คำถามข้อที่ 2)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจกับมุมมองต่อความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ

ประสบการณ์ทางตรงและทางอ้อม	จำนวน	ร้อยละ	คะแนนเฉลี่ย MICA-2	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ความต่างค่าเฉลี่ย	p-value
ประสบการณ์ทางตรงต่อความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ						
1 เคยมีความรู้สึกเครียด จนไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันตามปกติได้	120	35.0	42.85	6.85	0.52	0.511
ไม่เคย	223	65.0	43.39	7.09		
2 เคยมีความรู้สึกซึมเศร้า/เสียใจ/เบื่อท้อ จนไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันตามปกติได้	118	34.4	42.52	6.82	1.03	0.196
ไม่เคย	225	65.6	43.56	7.09		
3 เคยมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย/ไม่ยอมอยู่/อยากทำร้ายตัวเอง	58	16.9	42.34	6.44	1.03	0.308
ไม่เคย	285	83.1	43.38	7.11		
4 เคยมีความรู้สึกวิตกกังวล จนไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันตามปกติได้	136	39.7	42.90	6.84	0.49	0.526
ไม่เคย	207	60.3	43.40	7.12		
5 มีปัญหาด้านความสัมพันธ์กับคนในสถานที่เรียน ซึ่งทำให้ท่านรู้สึกไม่สบายใจเป็นอย่างมาก	66	19.2	42.86	8.33	0.42	0.664
ไม่มี	277	80.8	43.28	6.67		
6 มีปัญหาด้านความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว ซึ่งทำให้ท่านรู้สึกไม่สบายใจเป็นอย่างมาก	44	12.8	42.91	8.68	0.33	0.768
ไม่มี	299	87.2	43.24	6.74		
7 เคยรับคำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตจากจิตแพทย์	40	11.7	42.25	8.52	1.08	0.362
ไม่เคย	303	88.3	43.33	6.79		
8 เคยรับบริการการคำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตโดยผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง	44	12.8	42.52	8.57	0.78	0.492
ไม่เคย	299	87.2	43.30	6.76		
9 เคยได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคทางจิตเวช	14	4.1	41.43	10.70	1.85	0.334
ไม่เคย	329	95.9	43.27	6.82		
10 เคยรับประทานยาเพื่อรักษาโรคทางจิตเวช	18	5.2	41.22	9.50	2.09	0.219
ไม่เคย	325	94.8	43.31	6.84		
11 เคยเข้ารับการบำบัด	19	5.5	40.42	9.71	2.94	0.075
ไม่เคย	324	94.5	43.36	6.80		
ประสบการณ์ทางอ้อมต่อความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ						
1 มีเพื่อนสนิทเป็นผู้ป่วยจิตเวช	48	14.0	42.50	7.28	0.81	0.455
ไม่มี	295	86.0	43.31	6.97		

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจกับมุมมองต่อความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ (ต่อ)

	ประสบการณ์ทางตรง และทางอ้อม	จำนวน	ร้อยละ	คะแนนเฉลี่ย MICA-2	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ความต่าง ค่าเฉลี่ย	p-value
2	มีคนในครอบครัวเป็นผู้ป่วยจิตเวช	37	10.8	42.03	8.87	1.31	0.388
	ไม่มี	306	89.2	43.34	6.75		
3	มีคนรู้จักใกล้ชิดในฐานะความสัมพันธ์ นอกจากเพื่อน ครอบครัว เป็นผู้ป่วยจิตเวช	49	14.3	42.65	8.89	0.65	0.632
	ไม่มี	294	85.7	43.30	6.65		
4	เคยทำงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย จิตเวชในสถานพยาบาล	1	0.3	38.00	-	5.21	0.458
	ไม่เคย	342	99.7	43.21			
5	เคยดูแลผู้ป่วยจิตเวชนอกสถานพยาบาล เช่น บ้าน สถานพักฟื้น สถานคุ้มครอง เป็นต้น	6	1.7	40.17	6.15	3.09	0.285
	ไม่เคย	337	98.3	43.26	7.02		
6	เคยทำงานจิตอาสาที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวช	15	4.4	41.07	7.50	2.23	0.228
	ไม่เคย	328	95.6	43.30	6.98		

อย่างไรก็ตาม นิสิตแพทย์ส่วนใหญ่เห็นว่าคนทั่วไปจำเป็นต้องได้รับการคุ้มครองจากผลการกระทำของคนที่เป็นผู้ป่วยทางด้านจิตใจอย่างรุนแรง (คำถามข้อที่ 12) ผลลัพธ์นี้อาจสะท้อนมุมมองเชิงลบในแง่ความรู้สึกว่าผู้ป่วยจิตเวชเป็นกลุ่มที่อาจก่อให้เกิดปัญหาแก่คนรอบข้าง และสะท้อนถึงความกังวลด้านความปลอดภัยของสังคมในมุมมองของนิสิตแพทย์กลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่าคะแนนสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์กับมุมมองต่อความเจ็บป่วยทางจิตอย่างมีนัยสำคัญโดยนิสิตแพทย์ที่มีสุขภาพจิตดีมีแนวโน้มที่จะมีมุมมองเชิงบวกต่อความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ ที่พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีสุขภาพจิตดีมักมีความเห็นอกเห็นใจ (empathy) และมีความเข้าใจในความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยมากกว่าโดยงานวิจัยของ Sathaporn และ Pitanupong¹⁴ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตและระดับความเห็นอกเห็นใจ (empathy) ในนักศึกษาแพทย์ในภาคใต้ของประเทศไทย โดยใช้แบบประเมิน Toronto Empathy Questionnaire (TEQ) พบว่าการมีสุขภาพจิตที่ดีมีความสัมพันธ์กับการมีระดับความเห็นอกเห็นใจที่สูงขึ้น

ในทางตรงกันข้าม นิสิตแพทย์ที่มีคะแนนสุขภาพจิตต่ำมีแนวโน้มที่จะมีมุมมองเชิงลบต่อความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจมากกว่า ซึ่งอาจบ่งชี้ถึงอคติหรือความกลัวต่อผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นผลมาจากความเครียด ความวิตกกังวล หรือภาวะซึมเศร้าที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่ โดยภาวะสุขภาพจิตที่ย่ำแย่อาจส่งผลให้

นิสิตแพทย์มองว่าผู้มีความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจเป็น “ภาระ” หรือ “ความยุ่งยาก” เพิ่มเติมในการทำงาน ทำให้เกิดการตีตรา (stigma) และการเลือกปฏิบัติโดยไม่รู้ตัว²²

อย่างไรก็ตาม เป็นที่น่าสังเกตว่านิสิตแพทย์ที่เคยมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย/ไม่อยากอยู่/อยากทำร้ายตัวเอง กลับมีแนวโน้มที่จะมีมุมมองเชิงบวกต่อความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจมากกว่า ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Wahab ในปี 2021²³ ในประเทศมาเลเซีย ที่พบว่านิสิตแพทย์ผู้ที่เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาสุขภาพจิต มีความสามารถในการเข้าใจและยอมรับการฆ่าตัวตายในฐานะรูปแบบหนึ่งของการสื่อสารและความพยายามขอความช่วยเหลือ มากกว่านิสิตแพทย์ที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งอาจเป็นผลมาจากกลไกการปรับตัวทางจิตใจบางอย่าง เช่น การเคยเผชิญกับความทุกข์ทรมานทางจิตใจอย่างรุนแรง ทำให้เกิดความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยจิตเวชมากขึ้น และมีมุมมองที่ดีต่อความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ³

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นที่น่าสนใจ แม้การวิเคราะห์ทางสถิติในครั้งนี้จะยังไม่แสดงความสัมพันธ์อย่างชัดเจน โดยในประเด็นของประสบการณ์ตรงต่อความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ เช่น การเคยมีความรู้สึกซึมเศร้ารุนแรง หรือเคยรับประทานยาเพื่อรักษาโรคทางจิตเวช ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับมุมมองต่อความเจ็บป่วย ในการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ผลนี้ต่างจากงานวิจัยของ Kumar และคณะ ที่ศึกษามุมมองต่อความ

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ประสิทธิภาพเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตและสุขภาพจิต ที่ส่งผลต่อมุมมองต่อความเจ็บป่วยทางจิต ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (multiple linear regression)

ปัจจัย	Unstandardized Coefficients		t	95% CI		p-value
	B	SE		Lower	Upper	
เพศชาย	0.70	0.74	0.96	- 0.74	2.15	0.340
กำลังศึกษาระดับชั้นปี 1	0.54	0.89	0.60	- 1.22	2.29	0.547
กำลังศึกษาระดับชั้นปี 2	0.55	0.94	0.59	- 1.30	2.40	0.559
ศาสนาพุทธ	0.30	1.22	0.25	- 2.10	2.69	0.806
ดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน	- 0.80	0.74	- 1.08	- 2.26	0.66	0.282
สถานภาพของครอบครัวสมรส	2.24	1.25	1.79	- 0.22	4.69	0.074
เคยศึกษาวิชาเกี่ยวกับจิตเวชศาสตร์	2.19	2.31	0.95	- 2.35	6.74	0.344
คะแนนสุขภาพจิตอยู่ในระดับต่ำกว่าคนทั่วไป	2.49	0.99	2.53	0.56	4.43	0.012*
คะแนนสุขภาพจิตอยู่ในระดับต่ำกว่าคนทั่วไป	- 4.06	0.86	- 4.74	- 5.74	- 2.37	< 0.001*
เคยมีความรู้สึกซึมเศร้า/เสียใจ/เบื่อท้อ จนไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันตามปกติได้	- 1.18	0.81	- 1.45	- 2.77	0.42	0.148
เคยมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย/ไม่อยากอยู่/อยากทำร้ายตัวเอง	- 2.23	1.06	- 2.10	- 4.31	- 0.14	0.036*
เคยได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคทางจิตเวช	0.99	2.69	0.37	- 4.32	6.29	0.715
เคยเข้ารับการบำบัด	- 2.83	2.31	- 1.22	- 7.37	1.72	0.222
มีเพื่อนสนิทเป็นผู้ป่วยจิตเวช	- 0.64	1.06	- 0.60	- 2.72	1.45	0.549
มีคนในครอบครัวเป็นผู้ป่วยจิตเวช	- 1.53	1.17	- 1.31	- 3.84	0.78	0.193

*p < 0.05, CI: confidence interval, B: Unstandardized Coefficient, SE: Standard Error, t: t-statistic

เจ็บป่วยทางจิตในกลุ่มนักศึกษาแพทย์ในประเทศออสเตรเลีย โดยใช้แบบประเมินเดียวกัน²¹ ซึ่งพบว่านักศึกษาแพทย์ที่เคยได้รับการรักษาทางจิตเวชมีแนวโน้มที่จะมีทัศนคติเชิงบวกมากกว่า อย่างไรก็ตาม แม้งานวิจัยนี้จะไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในคะแนนมุมมองต่อความเจ็บป่วยทางจิตระหว่างกลุ่มที่มีหรือไม่มีประสบการณ์ทางตรง แต่ประสบการณ์เหล่านี้อาจมีอิทธิพลเฉพาะบางแง่มุมของทัศนคติ ซึ่งอาจถูกบดบังด้วยปัจจัยร่วมอื่น หรือขนาดตัวอย่างอาจยังไม่เพียงพอต่อการตรวจพบความแตกต่างเชิงสถิติได้อย่างชัดเจน เช่นเดียวกับประสบการณ์ทางอ้อมต่อความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ ที่ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างการมีเพื่อนสนิทหรือคนในครอบครัวเป็นผู้ป่วยจิตเวชกับคะแนน MICA-2 อย่างไรก็ตามการได้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยจิตเวช อาจส่งผลต่อความเข้าใจและความเห็นอกเห็นใจในระยะยาว^{4,18} ซึ่งผลเชิงลึกดังกล่าวอาจไม่สามารถประเมินได้

ในการศึกษา ณ จุดเวลาเดียว การศึกษาติดตามระยะยาวจึงอาจเป็นแนวทางช่วยให้เข้าใจผลกระทบของประสบการณ์เหล่านี้ต่อทัศนคติได้ดีขึ้น

การมีประวัติการศึกษาศึกษาเกี่ยวกับจิตเวชศาสตร์ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับมุมมองต่อความเจ็บป่วยทางจิตในงานวิจัยนี้ เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Babicki และคณะ¹² ที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการเรียนจิตเวชศาสตร์กับมุมมองต่อความเจ็บป่วยทางจิตเช่นกัน อย่างไรก็ตามผลนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ กันตพล ยอดมงคล และคณะ¹⁹ ที่พบว่าการศึกษาปฏิบัติวิชาจิตเวชศาสตร์ชั้นคลินิกเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ มีความสัมพันธ์กับทัศนคติของนักศึกษาแพทย์ต่อวิชาจิตเวชศาสตร์และผู้ป่วยจิตเวชที่ดีขึ้น ความแตกต่างดังกล่าวอาจอธิบายได้ด้วยจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในการศึกษานี้ยังไม่เคยเรียนวิชาที่เกี่ยวข้องกับจิตเวชโดยตรง และการเก็บข้อมูลเป็นการ

ศึกษาแบบภาคตัดขวาง ณ ช่วงก่อนที่นิสิตแพทย์จะเริ่มเรียนรายวิชาบังคับเกี่ยวกับจิตเวชโดยตรง ดังนั้น ผลการศึกษาจึงสะท้อนถึงมุมมองของนิสิตแพทย์ในช่วงเริ่มต้นของการศึกษาในหลักสูตรแพทยศาสตร ซึ่งอาจยังไม่ได้รับอิทธิพลจากการเรียนการสอนในรายวิชาจิตเวช ทำให้ไม่สามารถประเมินผลของการศึกษาต่อมุมมองต่อความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจได้อย่างเต็มที่

โดยสรุป การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่านิสิตแพทย์ระดับชั้นพรีคลินิกส่วนใหญ่มีมุมมองต่อความเจ็บป่วยทางจิตในเชิงบวก และพบว่าสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับมุมมองดังกล่าว โดยนิสิตแพทย์ที่มีสุขภาพจิตดีมีแนวโน้มที่จะมีมุมมองเชิงบวกมากกว่า แม้ว่าปัจจัยอื่นๆ เช่น ประสบการณ์ทางตรงและทางอ้อม หรือประวัติการศึกษาวิชาเกี่ยวกับจิตเวชศาสตร์ จะไม่มีนัยสำคัญทางสถิติในการวิเคราะห์ การทำความเข้าใจปัจจัยที่ซับซ้อนเหล่านี้มีความสำคัญต่อการออกแบบแนวทางส่งเสริมมุมมองเชิงบวกต่อความเจ็บป่วยทางจิตในกลุ่มนิสิตแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง ทำให้ไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างตัวแปรได้ การศึกษาในอนาคตอาจใช้การออกแบบการวิจัยระยะยาวเพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของทัศนคติต่อความเจ็บป่วยทางจิตเมื่อเวลาผ่านไป และเพื่อระบุปัจจัยที่อาจมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงเหล่านั้น

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นนิสิตแพทย์จากคณะแพทยศาสตร์แห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครเท่านั้น ซึ่งอาจไม่สามารถเป็นตัวแทนของนิสิตแพทย์ทั้งหมดในประเทศไทยได้ การศึกษาในอนาคตควรขยายขอบเขตการศึกษาไปยังนิสิตแพทย์จากหลากหลายสถาบัน เพื่อเพิ่มความสามารถในการสรุปอ้างอิง

การสุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ แม้จะใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ แต่ก็ยังมีความเป็นไปได้ที่จะเกิดอคติจากการไม่ตอบสนอง (non-response bias) กล่าวคือ กลุ่มนิสิตที่เลือกที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัย (ไม่ตอบแบบสอบถาม) อาจมีลักษณะหรือมุมมองบางอย่างที่แตกต่างจากกลุ่มที่เข้าร่วมวิจัยอย่างมีนัยสำคัญ เช่น เพศ จากที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีสัดส่วนระหว่างเพศของนิสิตที่เข้าร่วมการวิจัยแตกต่างจากสัดส่วนตามจริงของประชากรนิสิตทั้งหมด คือมีนิสิตชายในสัดส่วนที่น้อยกว่า และมีนิสิตหญิงในสัดส่วนที่มากกว่าเมื่อเทียบกับโครงสร้างประชากรจริง

ความคลาดเคลื่อนนี้อาจเกิดจากความแตกต่างของอัตราการตอบรับเข้าร่วมการวิจัยระหว่างเพศ ซึ่งส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างอาจไม่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมดได้อย่างสมบูรณ์

งานวิจัยนี้อาจยังไม่ได้เก็บข้อมูลครอบคลุมปัจจัยอื่นๆ ทั้งหมด ที่อาจส่งผลต่อมุมมองของนิสิตแพทย์ (confounding variables) เช่น ประสบการณ์ตรงหรือทางอ้อมเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว ลักษณะบุคลิกภาพส่วนบุคคล หรืออิทธิพลจากสื่อสังคมออนไลน์ ที่อาจส่งผลต่อมุมมองต่อความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจของนิสิตแพทย์กลุ่มตัวอย่างได้

การเก็บข้อมูลในการวิจัยนี้ใช้แบบสอบถามที่ตอบด้วยตนเองในหัวข้อที่ละเอียดอ่อน คือ มุมมองต่อความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ อาจทำให้เกิดอคติจากการตอบตามความคาดหวังของสังคม (social desirability bias) โดยนิสิตอาจมีแนวโน้มที่จะตอบในสิ่งที่คิดว่า “ควรจะตอบ” หรือ “ดูดี” มากกว่าการสะท้อนมุมมองที่แท้จริง และอาจมีข้อจำกัดในด้านข้อมูลเชิงลึกหรือความเห็นรายบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง การใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกหรือการสังเกตพฤติกรรม อาจช่วยให้ได้ข้อมูลที่ละเอียดและลึกซึ้งยิ่งขึ้นเกี่ยวกับทัศนคติของนิสิตแพทย์ต่อความเจ็บป่วยทางจิต

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาที่พบว่า สุขภาพจิตของนิสิตแพทย์มีความสัมพันธ์กับมุมมองต่อความเจ็บป่วยทางจิตในมหาวิทยาลัย และคณะแพทยศาสตร์จึงควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพจิตของนิสิตแพทย์อย่างจริงจัง โดยอาจจัดให้มีโปรแกรมให้คำปรึกษาและสนับสนุนด้านสุขภาพจิตที่เข้าถึงได้ง่าย รวมถึงส่งเสริมกิจกรรมที่ช่วยลดความเครียดและส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของนิสิตแพทย์ อีกทั้งผลการศึกษาที่พบว่านิสิตแพทย์ที่มีสุขภาพจิตดีมีแนวโน้มที่จะมีมุมมองเชิงบวกต่อผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจมากกว่า การให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพจิตของนิสิตแพทย์จึงมีส่วนสำคัญในการสร้างสร้างนิสิตแพทย์ที่มีมุมมองเชิงบวกต่อผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ แม้ว่าการศึกษาก่อนหน้านี้^{18,19} จะชี้ให้เห็นว่าการฝึกปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวชในชั้นคลินิก สามารถช่วยพัฒนาทัศนคติเชิงบวกและลดอคติต่อผู้ป่วยจิตเวชได้จริง แต่การเพิกเฉยและรอให้ถึงเวลานั้น อาจทำให้เกิดผลเสีย เช่น หากนิสิตแพทย์เริ่มศึกษาด้านคลินิกและพบผู้มีความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจเป็นครั้งแรก โดยมีมุมมองเชิงลบต่อความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจอยู่เดิม อาจส่งผลเสียต่อการสร้างสัมพันธภาพและการเรียนรู้ประสบการณ์ในการดูแลรักษา

มหาวิทยาลัยและคณะแพทยศาสตร์จึงไม่ควรเพิกเฉยปัญหาสุขภาพจิตของนิสิตแพทย์ และมุมมองเชิงลบของนิสิตแพทย์ต่อผู้มีความเจ็บป่วยทางจิตใจ ควรมีการแทรกแซงเชิงรุกโดยมีเป้าหมายในการเสริมสร้างมุมมองเชิงบวก บุคลากรทักษะที่ไม่ใช่ความรู้เชิงวิชาการ (non-cognitive skills) เข้าไปในหลักสูตรการเรียนการสอน เช่น ออกแบบกิจกรรมหรือการเรียนรู้ที่มุ่งเน้นการสร้างความเข้าใจในมิติทางจิตสังคมของผู้ป่วย จัดให้นิสิตแพทย์พรีคลินิกมีโอกาสได้พบปะหรือพูดคุยกับผู้มีความเจ็บป่วยทางจิตใจ หรือผู้ที่พ้นตัวจากความเจ็บป่วยทางจิตแล้ว ในสภาพแวดล้อมที่มีการควบคุมและดูแลสนับสนุน (supervised setting) เพื่อให้เกิดประสบการณ์ที่เป็นบวกตั้งแต่มุ่งขึ้นชั้นคลินิก เพิ่มการสอนและการประเมินผลทักษะการสื่อสารที่ละเอียดอ่อน โดยเฉพาะการพูดคุยเรื่องสุขภาพจิต และจัดให้มีช่วงเวลาให้นิสิตได้อภิปรายและพูดคุยเกี่ยวกับมุมมองของตนเองที่มีต่อผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ และจากผลการศึกษาที่พบว่า นิสิตแพทย์ที่เคยมีความคิดอยากทำร้ายตัวเองหรือไม่อยากมีชีวิตอยู่ มีแนวโน้มที่จะมีมุมมองเชิงบวกต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจ ดังนั้น ควรมีการสนับสนุนและให้กำลังใจแก่นิสิตแพทย์กลุ่มนี้ โดยเน้นย้ำว่าประสบการณ์ของพวกเขาสามารถเป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้ อย่างไรก็ตาม ควรให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพจิตของนิสิตแพทย์กลุ่มนี้อย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันปัญหาทางจิตเวชที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

สรุป

การศึกษาในนิสิตแพทย์ชั้นพรีคลินิกแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครพบว่า นิสิตแพทย์ส่วนใหญ่มีมุมมองต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจในเชิงบวกและสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับมุมมองดังกล่าว โดยผู้ที่มีสุขภาพจิตดีมีแนวโน้มที่จะมีมุมมองเชิงบวกมากกว่า และนิสิตแพทย์ที่เคยมีความคิดอยากฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตัวเองมีแนวโน้มที่จะมีมุมมองเชิงบวกต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจ ดังนั้น คณะแพทยศาสตร์ควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพจิตนิสิตแพทย์ และสนับสนุนนิสิตแพทย์ที่มีประสบการณ์ยากลำบากทางจิตใจ เพื่อสร้างบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจผู้มีความเจ็บป่วยทางจิตใจอย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนิสิตแพทย์ทุกท่านที่สละเวลาอันมีค่าในการตอบแบบสอบถาม ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ขอขอบคุณกรมสุขภาพจิต ที่เอื้อเฟื้อแบบประเมินดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ (Thai Mental Health Indicator; TMHI-15) และขอขอบคุณ Section of Community Health (CMH), King's College London ที่เอื้อเฟื้อแบบสอบถาม Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale (medical student version) MICA-2 นอกจากนี้ ขอขอบคุณหน่วยงานการศึกษาชั้นปริญญาตรีฝ่ายวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการประสานงานติดต่อแต่ละภาควิชา เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในนิสิตแพทย์ ในวันและเวลาดังกล่าว

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

งานวิจัยนี้ไม่มีผลประโยชน์ขัดกัน เนื่องจากมีการปกปิดตัวตนของผู้ตอบแบบสอบถาม การตอบแบบสอบถามไม่มีผลต่อการประเมินผลการศึกษาใดๆ ของผู้ตอบแบบสอบถาม และผู้วิจัยไม่ได้รับทุนสนับสนุนใดๆ

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

จิตวิวัฒน์ จรุงรักษ์: แนวคิด การออกแบบการศึกษา การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การเขียนบทความ; เมธีวัชร ชิตเดชะ: การออกแบบการศึกษา การวิเคราะห์ข้อมูล การตรวจสอบแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. Global, regional, and national burden of mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Psychiatry* 2022;9(2):137-50.
2. Gao Z, Liu Y, Li Y, Liu Y, Xu H, Huang J, et al. The burden of mental disorders in children and adolescents aged 5-24 years in 204 countries and territories, 1990-2019. *The Lancet* 2024;403(10425):493-503.
3. Walker ER, McGee RE, Druss BG. The association between mental disorders and mortality: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry* 2015;14(2):165-74.
4. Ghuloum S, Mahfoud ZR, Al-Amin H, Marji T, Kehyayan V. Healthcare professionals' attitudes toward patients with mental illness: a cross-sectional study in Qatar. *Front Psychiatry* 2022;13:884947.
5. Moudatsou M, Stavropoulou A, Philalithis A, Koukouli S. The role of empathy in health and social care professionals. *Healthcare (Basel)* 2020;8:26.
6. Mohebbi M, Nafissi N, Ghotbani F, Khojasteh Zonoozi A, Mohaddes Ardabili H. Attitudes of medical students toward

- psychiatry in Eastern Mediterranean Region: a systematic review. *Front Psychiatry* 2023;13:1027377.
7. Cronin E, Brand BL, Mattanah JF. The impact of the therapeutic alliance on treatment outcome in patients with dissociative disorders. *Eur J Psychotraumatol* 2014;5:22676.
 8. Chiles C, Stefanovics E, Rosenheck R. Attitudes of students at a US medical school toward mental illness and its causes. *Acad Psychiatry* 2017;41:320-5.
 9. Cochran WG. Sampling techniques. 3rd ed. New York (NY): John Wiley & Sons; 1977.
 10. Seera G, Nimmawitt N, Vanitchpongphan S, Ratta-apha W. The Thai version of Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale (medical student version) MICA-2. *J Psychiatr Assoc Thai* 2020;65:219-32.
 11. Mongkol A, Huttapanom W, Chetchotisakd P, Chalookul W, Punyoyai L, Suvanashiep S. The study to develop Thai Mental Health Indicator. *J Psychiatr Assoc Thai* 2000;46:209-25.
 12. Babicki M, Kowalski K, Bogudzińska B, Piotrowski P. The assessment of attitudes of students at medical schools towards psychiatry and psychiatric patients—a cross-sectional online survey. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18:4425.
 13. Babicki M, Małecka M, Kowalski K, Bogudzińska B, Piotrowski P. Stigma levels toward psychiatric patients among medical students—a worldwide online survey across 65 countries. *Front Psychiatry* 2021;12:798909.
 14. Sathaporn K, Pitanupong J. The relationship between mental health with the level of empathy among medical students in Southern Thailand: a university-based cross-sectional study. *Siriraj Med J* 2021;73:832-40.
 15. Murtala HH, Haddad MM, Abubakar AA, Anyebe EE, Umar MU, Alhassan M. Factors influencing the attitude of urban residents toward people living with mental illness in Northwest Nigeria. *KIU J Sci Eng Technol* 2023;2:166-75.
 16. Jensen P, Haug E, Sivertsen B, Skogen JC. Satisfaction with life, mental health problems and potential alcohol-related problems among Norwegian university students. *Front Psychiatry* 2021;12:578180.
 17. Park H, Lee KS. The association of family structure with health behavior, mental health, and perceived academic achievement among adolescents: a 2018 Korean nationally representative survey. *BMC Public Health* 2020;20:510.
 18. Lyons Z, Janca A. Impact of a psychiatry clerkship on stigma, attitudes towards psychiatry, and psychiatry as a career choice. *BMC Med Educ* 2015;15:34.
 19. Yodmongkol K, Lerthattasilp T. The impact of a clinical psychiatric clerkship on medical students' attitude toward psychiatry and psychiatric patients. *J Psychiatr Assoc Thai* 2024;69:429-39. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JPAT/article/view/268686>.
 20. McAuliffe C, Corcoran P, Keeley HS, Perry IJ. Risk of suicide ideation associated with problem-solving ability and attitudes toward suicidal behavior in university students. *Crisis* 2003;24:160-7.
 21. Kumar AA, Liu ZF, Han J, Patil S, Tang L, McGurgan P. Stigmatizing attitudes towards mental illness: a cross-sectional survey of Australian medical students. *Australas Psychiatry* 2023;31:734-40.
 22. Midorikawa H, Tachikawa H, Nemoto K. Mental health of gatekeepers may influence their own attitudes toward suicide: a questionnaire survey from a suicide-prevention gatekeeper training program. *Asian J Psychiatry* 2020;47:101842.
 23. Wahab S, Shah NE, Sivachandran S, Shahrudin I, Ismail NNS, Mohan LD. Attitude towards suicide and help-seeking behavior among medical undergraduates in a Malaysian university. *Acad Psychiatry* 2021;45:672-80.