

Mental Health Literacy and Associated Factors in Thai Military Medical S

*Suppawit Saengudom, M.D.**

*Nattaphon Chokemaitree, M.D., M.Sc.***

*Wiroj Jiamjarasrangi, M.D., Ph.D.****

Abstract

Objective: To assess mental health literacy (MHL) level and its associated factors among Thai military medical students.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted with 406 second- to sixth-year military medical students using the Thai Mental Health Literacy Scale (TMHLS). Data analysis included descriptive statistics and inferential statistics.

Results: The average MHL score among participants was moderate (119.05 ± 11.07). Awareness of mental health issues was relatively high, while knowledge about seeking professional help, self-care, information-seeking, and attitudes toward mental health services were moderate. Factors influencing MHL included higher-year students ($p < 0.001$) and female students ($p < 0.001$) score higher. while those who are not living with family or living alone scored lower ($p = 0.004$). Taking psychiatric courses ($p = 0.001$), reading mental health books ($p < 0.001$), and personal experiences with mental illness ($p < 0.001$) were linked to higher scores.

Conclusion: These findings highlight the need for structured mental health education to improve MHL among medical students. Efforts should focus on reducing stigma, enhancing positive attitudes, and promoting help-seeking behaviors.

Keywords: mental health literacy; military medical student; factors influencing mental health literacy

*Phramongkutklao Hospital

**Phramongkutklao College of Medicine

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

Received: February 7, 2025; Revised: July 25, 2025; Accepted: August 5, 2025

ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในนักเรียนแพทย์ทหาร

ศุภวิทย์ แสงอุดม, พ.บ.*

ณัฐพล โชคไมตรี, พ.บ., วท.ม.**

วิโรจน์ เจริญจรัสรังษี, พ.บ., ประ.ด.***

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อประเมินระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในนักเรียนแพทย์ทหารไทย

วิธีการศึกษา: การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง โดยเก็บข้อมูลจากนักเรียนแพทย์ทหารระดับชั้นปีที่ 2 ถึง 6 จำนวน 406 คน โดยใช้แบบสอบถาม Thai Mental Health Literacy Scale (TMHLS) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน

ผลการศึกษา: ระดับคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของนักเรียนแพทย์ทหารอยู่ในระดับปานกลาง (119.05 ± 11.07) โดยมีอัตราการตระหนักรู้ปัญหาสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง ขณะที่ความรู้เกี่ยวกับการขอความช่วยเหลือ การดูแลตนเอง การค้นหาข้อมูล และทัศนคติต่อการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ได้แก่ นักเรียนแพทย์ชั้นปีที่สูงกว่ามีคะแนนสูงกว่าชั้นปีที่ต่ำกว่า ($p < 0.001$) นักเรียนเพศหญิงมีคะแนนสูงกว่าเพศชาย ($p < 0.001$) นักเรียนที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับครอบครัวหรืออยู่คนเดียวมีคะแนนต่ำกว่า ($p = 0.004$) ผู้ที่เคยเรียนวิชาจิตเวชศาสตร์มีคะแนนสูงกว่า ($p = 0.001$) ผู้ที่อ่านหนังสือเกี่ยวกับสุขภาพจิตมีคะแนนสูงกว่า ($p < 0.001$) ผู้ที่เคยมีเพื่อนหรือคนใกล้ชิดที่เจ็บป่วยทางจิตมีคะแนนสูงกว่า ($p < 0.001$)

สรุป: ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาหลักสูตรด้านสุขภาพจิตที่มีโครงสร้างชัดเจน เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในนักเรียนแพทย์ โดยควรให้ความสำคัญกับการลดการตีตรา การพัฒนาทัศนคติที่ดีและส่งเสริมพฤติกรรมการรับรู้หรือขอความช่วยเหลืออย่างเหมาะสม

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต; นักเรียนแพทย์ทหาร; ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต

*โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

**วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า

***ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคมคณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ได้รับต้นฉบับ: 7 กุมภาพันธ์ 2568; แก้ไขบทความ: 25 กรกฎาคม 2568; รับลงตีพิมพ์: 5 สิงหาคม 2568

บทนำ

สุขภาพจิตเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของสุขภาพโดยรวมขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization หรือ WHO) ประเมินการว่าประชาชนหนึ่งพันล้านคนทั่วโลกประสบปัญหาด้านสุขภาพจิตโดยมักเริ่มตั้งแต่อายุ 14 ปี และส่งผลให้การฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 4 ของประชาชนอายุ 15-29 ปี ในปี พ.ศ. 2562⁽¹⁾ ข้อมูลจากแผนที่ทรัพยากรด้านสุขภาพจิตระดับโลกปี ค.ศ. 2020 พบว่า ปัญหาสุขภาพจิตมีแนวโน้มสูงขึ้นในเกือบทุกประเทศทั่วโลกทำให้ปีสูญเสียสุขภาพเนื่องจากปัญหาสุขภาพจิตสูงขึ้นแต่การบริการด้านสุขภาพจิตยังขยายตัวไม่ครอบคลุมและไม่เพียงพอต่อความต้องการของประชาชน⁽²⁾ รายงานสุขภาพคนไทย 2568 ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพพบว่าคนไทย 13.4 ล้านคน เผชิญปัญหาสุขภาพจิต โดยกลุ่มอายุ 18-24 ปี มีสัดส่วนป่วยเป็นโรคทางจิตเวชและมีปัญหาสุขภาพจิตสูงที่สุดและในด้านความรู้พบว่าคนไทย 1 ใน 3 มีความรอบรู้สุขภาพจิตในระดับสูง แต่ยังมีอคติและความเข้าใจผิด เช่น การมองว่าการฆ่าตัวตายคือความอ่อนแอซึ่งสะท้อนปัญหาการตีตราในสังคม

ความรู้รอบด้านสุขภาพจิต (Mental health literacy) หมายถึง ความรู้และความเชื่อที่ช่วยให้บุคคลตระหนักรู้ จัดการ และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างเหมาะสม⁽³⁾ โดยการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษา ลดการตีตราทางสังคมและเพิ่มโอกาสในการได้รับช่วยเหลือที่เหมาะสมดังนั้น องค์การอนามัยโลกจึงได้กำหนดให้การส่งเสริม

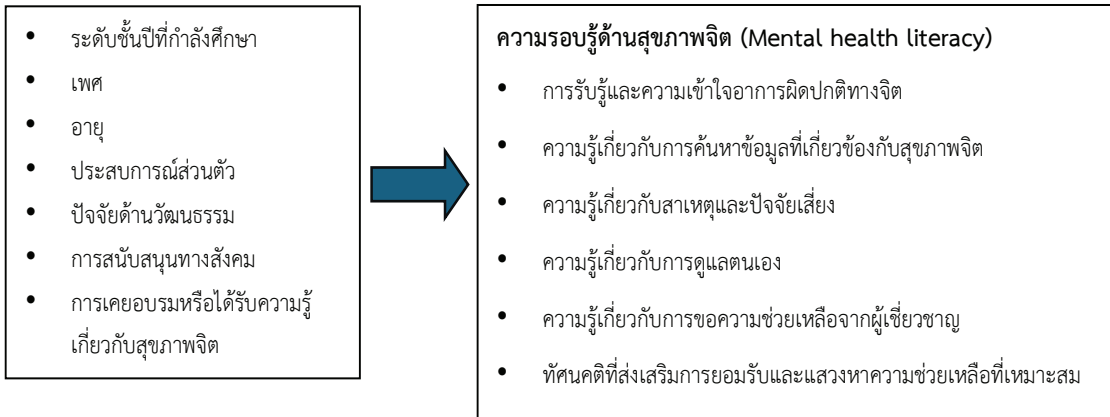
ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเป็นกลยุทธ์สำคัญใน Mental Health Action Plan 2013–2020 เพื่อใช้ในการป้องกันและลดผลกระทบจากปัญหาสุขภาพจิตในประชาชน⁽⁴⁾ โดยกลุ่มนักศึกษาแพทย์เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตจากความกดดันด้านการเรียนและการเปลี่ยนแปลงทางสภาพแวดล้อม⁽⁵⁾ โดยมีการศึกษาพบว่า ร้อยละ 27 มีภาวะซึมเศร้า และร้อยละ 34 มีภาวะวิตกกังวล⁽⁶⁾ สำหรับนักเรียนแพทย์ทหารนอกจากจะมีความกดดันจากเนื้อหาการเรียนและการเปลี่ยนแปลงจากการเรียนชั้นพรีคลินิก (Pre-clinic) มาเป็นชั้นคลินิก (Clinic)⁽⁷⁾ แล้ว ยังมีแรงกดดันเพิ่มเติมจากการฝึกทหารและระเบียบวินัย อย่างไรก็ตามปัจจุบันยังขาดข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ประเมินระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในนักเรียนแพทย์ไทยในหลายระดับชั้นปีการศึกษาอย่างเป็นระบบ ดังนั้นการศึกษานี้จึงมุ่งเน้นเกี่ยวกับการประเมินระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในนักเรียนแพทย์ทหารเพื่อสร้างฐานข้อมูลเชิงประจักษ์และนำไปสู่การพัฒนาแนวทางส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่เหมาะสมกับกลุ่มนักเรียนแพทย์ทหารในประเทศไทยโดยมีเป้าหมายเพื่อลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต และส่งเสริมทัศนคติที่เหมาะสมต่อการดูแลสุขภาพจิตของตนเองและผู้อื่นอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ในเรื่องสุขภาพจิตของนักเรียนแพทย์วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับชั้นปีที่กำลังศึกษาเพศอายุประสบการณ์ ส่วนตัวปัจจัยด้านวัฒนธรรมการสนับสนุนทาง สังคมการเคยอบรมหรือได้รับความรู้เกี่ยวกับ สุขภาพจิตกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของ นักเรียนแพทย์กลุ่มนี้

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) ในนักเรียนแพทย์ทหารวิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้าชั้นปีที่ 2 ถึงระดับชั้นปีที่ 6 ที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้า (กำลังศึกษาอยู่ในปีการศึกษา 2567) และไม่ตรงกับเกณฑ์คัดออก (ลาศึกษา, พักการเรียน, ลาออก) จำนวนประมาณ 500 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรสำหรับการประมาณค่าประชากรจำกัด (finite population estimation)⁽⁸⁾ กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% กำลังทางสถิติ 90% และใช้ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจากงานวิจัยก่อนหน้า (11.55)⁽⁹⁾ ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำที่ต้องการเท่ากับ 403 คน จากการรวบรวมข้อมูลจึงพบว่ามึนักเรียนที่มีคุณสมบัติเข้าร่วม

วิจัยทั้งหมด 484 คน คิดเป็นร้อยละ 96.8 ของประชากรกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้การศึกษามีความครอบคลุมและลดความเอนเอียงที่อาจเกิดขึ้นจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จึงได้ดำเนินการเชิญผู้มีคุณสมบัติเข้าร่วมทั้งหมดโดยไม่ตัดใครออก (Total population sampling approach) โดยมีผู้ตอบรับ 406 คน คิดเป็นอัตราการตอบรับร้อยละ 83.88 ซึ่งเพียงพอต่อการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยด้านบุคคลและ ส่วนที่ 2 ความรู้รอบด้านสุขภาพจิต โดยใช้แบบทดสอบ Thai Mental Health Literacy Scale (TMHLS) ซึ่งดัดแปลงจากแบบสอบถามต้นฉบับ MHLS

ของ O'Connor⁽¹⁰⁾ ที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายระดับสากล โดยมีการทดสอบในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและนักศึกษาระดับมหาวิทยาลัย กอภทัย และคณะเป็นผู้แปลและปรับแบบสอบถามให้เหมาะสมกับบริบทไทย โดย TMHLS ฉบับภาษาไทยผ่านการตรวจสอบคุณภาพเชิงจิตวิทยาอย่างเป็นระบบ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.85 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.851⁽⁹⁾ โดยมีคำถามทั้งหมด 35 ข้อซึ่งครอบคลุมความรู้ด้านสุขภาพจิตทั้ง 6 มิติตามที่ระบุในกรอบแนวคิดการวิจัย และคิดคะแนนโดยการรวมคะแนนของทุกข้อ (คะแนนสูงสุด 160 คะแนน, คะแนนต่ำสุด 35 คะแนน)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม STATA version 18 โดย (1) ข้อมูลเชิงปริมาณนำเสนอข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ (2) ข้อมูลเชิงคุณภาพนำเสนอโดยใช้ความถี่และร้อยละคะแนนความรู้ด้านสุขภาพจิต (TMHLS) นำเสนอโดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานร่วมกับการเปรียบเทียบคะแนนระหว่างกลุ่มด้วย Independent t-test และ One-Way ANOVA ข้อมูลการรายงานผลในภาพรวมจะการใช้การวัดระดับคะแนนแบบอิงเกณฑ์ประยุกต์จากเกณฑ์ของ Bloom และคณะ⁽¹¹⁾ (คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 เท่ากับมีระดับความรู้ต่ำ ตั้งแต่ร้อยละ 60 ถึงไม่เกินร้อยละ 80 เท่ากับระดับความรู้ปานกลางตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไปเท่ากับระดับความรู้สูง) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ใช้

Simple และ Multiple linear regression เพื่อตรวจสอบอิทธิพลของตัวแปรต้นที่มีต่อความรู้ด้านสุขภาพจิต โดยตรวจสอบ Multicollinearity ก่อนวิเคราะห์กำหนดค่า Variance Inflation Factor (VIF) < 10 และ Tolerance > 0.1 และคัดเลือกตัวแปรโดยใช้ Backward Stepwise Selection โดยมีเกณฑ์การนำตัวแปรเข้าสมการที่ $p \leq 0.25$ และคัดออกที่ $p > 0.10$ ตามแนวทางของ Hosmer⁽¹²⁾ โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติสำหรับการวิเคราะห์ทั้งหมดที่ $p < 0.05$

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการเห็นชอบคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตามเอกสารเลขที่ 0934/66 และคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทย์ทหารบก ตามเอกสารเลขที่ 1470/2567 ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลเป็นระยะเวลา 1 เดือน (ระหว่างวันที่ 6 ธันวาคม พ.ศ. 2567 ถึง 6 มกราคม พ.ศ. 2568)

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 61.82) มีอายุเฉลี่ย 21.72 ปี (SD=1.84) และส่วนใหญ่อยู่ในระดับชั้นปีที่ 2 (ร้อยละ 23.40) รองลงมา คือ ชั้นปีที่ 3 (ร้อยละ 21.92) และชั้นปีที่ 6 (ร้อยละ 19.70)

นักเรียนแพทย์ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 58.62) ร้อยละ 72.41 อาศัยในเมืองและ ร้อยละ 69.21 อาศัยอยู่กับครอบครัวนอกจากนี้ ร้อยละ 13.55 เคยปรึกษาหรือรักษาความผิดปกติ

ทางจิต ร้อยละ 14.29 เคยมีประสบการณ์เจ็บป่วย ทางจิตด้วยตนเองและร้อยละ 58.13 เคยมีเพื่อน หรือครอบครัวใกล้ชิดที่เจ็บป่วยทางจิต (ตาราง 1)

ตาราง 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร/ข้อมูล	กลุ่มย่อย	จำนวน (n)	ร้อยละ (%)
เพศ	ชาย	251	61.82
	หญิง	155	38.18
สถานภาพ	โสด	238	58.62
	มีแฟนแล้ว	164	40.39
	อื่น ๆ	4	0.99
อายุ (ปี)	18-19	47	11.58
	20-21	154	37.93
	22-23	135	33.25
	24-26	70	17.24
อายุเฉลี่ย (ปี) Mean (SD) = 21.72 (1.84)			
ระดับชั้นปี	นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 2	95	23.40
	นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 3	89	21.92
	นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4	70	17.24
	นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 5	72	17.73
	นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6	80	19.70
ที่พักอาศัย	ในเมือง	294	72.41
	ชนบท	112	27.59
การอยู่อาศัย	อยู่คนเดียว	81	19.95
	อยู่กับครอบครัว	281	69.21
	อื่นๆ	44	10.84
ประสบการณ์การปรึกษาหรือรักษาเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิต	เคย	55	13.55
	ไม่เคย	351	86.45
ประสบการณ์เจ็บป่วยทางจิตด้วยตนเอง	เคย	58	14.29
	ไม่เคย	348	85.71
ประสบการณ์มีเพื่อน/คนใกล้ชิด/ครอบครัว เจ็บป่วยทางจิต	เคย	236	58.13
	ไม่เคย	170	41.87

Mean (SD) เท่ากับ ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)

คะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในกลุ่มตัวอย่าง พบว่าคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 119.05 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 11.07) โดยมีปัจจัยหลายประการที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าเพศชาย ($p=0.002$) และกลุ่มอายุ 24-26 ปี มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่น ๆ ($p<0.001$) สำหรับระดับชั้นปีนักเรียนแพทย์ ชั้นปีที่ 6 มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($p<0.001$) นอกจากนี้ ผู้ที่อาศัยในเมืองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าผู้ที่อาศัย

ในชนบท ($p=0.013$) และกลุ่มที่อยู่อาศัยในลักษณะอื่นๆ (ไม่ได้พักกับครอบครัว และไม่อยู่คนเดียว) มีคะแนนต่ำกว่าผู้ที่อยู่คนเดียวหรืออยู่กับครอบครัว ($p=0.015$) ในด้านประสบการณ์ส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มที่เคยมีเพื่อนหรือคนใกล้ชิดเจ็บป่วยทางจิตมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีประสบการณ์ดังกล่าว ($p<0.001$) และการรับสื่อความรู้ผ่านตำราสุขภาพจิตและการเรียนวิชาจิตเวชศาสตร์ มีผลต่อการเพิ่มคะแนนความรอบรู้อย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.001$) และ ($p<0.001$) ตามลำดับ ดังตาราง 2

ตาราง 2 คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเฉลี่ยจำแนกตามกลุ่ม

ปัจจัยพื้นฐาน	Mean (SD)	t/F	p
เพศ			
ชาย	117.73 (10.79)	-3.10	0.002
หญิง	121.20 (11.20)		
สถานภาพ			
โสด	118.73 (11.54)	0.31	0.73
มีแฟนแล้ว	119.56 (10.42)		
อื่นๆ (ความสัมพันธ์ซับซ้อน)	117.50 (9.15)		
อายุ (ปี)			
18-19	117.23 (10.82)	6.65	<0.001
20-21	117.00 (10.94)		
22-23	119.664 (10.30)		
24-26	123.67 (11.63)		
ระดับชั้นปี			
ชั้นปีที่ 2	118.21 (10.35)	6.54	<0.001
ชั้นปีที่ 3	115.33 (11.41)		
ชั้นปีที่ 4	118.52 (7.66)		
ชั้นปีที่ 5	120.29 (12.08)		
ชั้นปีที่ 6	123.53 (11.56)		
ที่พักอาศัย			
ในเมือง	119.89 (10.65)	2.49	0.013
ชนบท	116.84 (11.85)		
การอยู่อาศัย			
อยู่คนเดียว	119.65 (10.83)	4.20	0.015
อยู่กับครอบครัว	119.59 (10.90)		
อื่นๆ [†]	114.52 (11.73)		

ตาราง 2 คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเฉลี่ยจำแนกตามกลุ่ม (ต่อ)

ปัจจัยพื้นฐาน	Mean (SD)	t/F	p
ประสบการณ์การปรึกษาหรือรักษาเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิต			
เคย	119.00 (13.23)	0.039	0.968
ไม่เคย	119.06 (10.70)		
ประสบการณ์เจ็บป่วยทางจิตด้วยตนเอง			
เคย	119.94 (12.17)	-0.664	0.506
ไม่เคย	118.90 (10.88)		
ประสบการณ์มีเพื่อน/คนใกล้ชิด/ครอบครัว เจ็บป่วยทางจิต			
เคย	121.75 (10.79)	-6.051	<0.001
ไม่เคย	115.30 (10.34)		
การรับสื่อความรู้ผ่านหนังสือพิมพ์			
เคย	117.30 (11.71)	1.219	0.223
ไม่เคย	119.31 (10.96)		
การรับสื่อความรู้ผ่านอินเทอร์เน็ต			
เคย	119.30 (11.03)	-1.817	0.069
ไม่เคย	115.08 (11.10)		
การรับสื่อความรู้ผ่านโทรทัศน์			
เคย	119.86 (11.49)	-1.230	0.219
ไม่เคย	118.48 (10.74)		
การรับสื่อความรู้ผ่านหนังสือและตำราเกี่ยวกับสุขภาพจิต			
เคย	122.15 (10.47)	-6.920	<0.001
ไม่เคย	114.87 (10.47)		
การรับสื่อความรู้ผ่านการเรียนวิชาจิตเวชศาสตร์			
เคย	121.29 (11.18)	-5.079	<0.001
ไม่เคย	115.78 (10.06)		

Mean (SD) เท่ากับ ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)

p เท่ากับ p-value โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

t/F เท่ากับค่าใช้ในการทดสอบ t-test ค่า F ใช้ในการทดสอบ ANOVA เพื่อตรวจสอบความแตกต่างระหว่างค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตระหว่างกลุ่ม

† ไม่ได้พักกับครอบครัว และไม่อยู่คนเดียว

เมื่อจำแนกคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในแต่ละมิติพบว่าคะแนนด้านการตระหนักรู้ปัญหาสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง ส่วนคะแนนเฉลี่ยในมิติอื่น ๆ อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีลักษณะแตกต่างกันตามกลุ่มประชากร (ตาราง 3) โดยในมิติการตระหนักรู้ปัญหาสุขภาพจิตพบว่านักเรียนแพทย์ชั้นปีที่ 6 มีคะแนนเฉลี่ย

สูงสุด (28.68) ในขณะที่ชั้นปีที่ 2 มีคะแนนต่ำสุด (25.04) ในมิติความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุ นักเรียนชั้นปีที่ 5 มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (5.94) และเพศหญิงมีคะแนนสูงกว่าเพศชายเล็กน้อย สำหรับมิติความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง นักเรียนชั้นปีที่ 3 มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (5.91) และกลุ่มที่อยู่อาศัยลักษณะอื่น ๆ มีคะแนนต่ำสุด

(5.43) ในมิติความรู้เกี่ยวกับการช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญพบว่าชั้นปีที่ 6 มีคะแนนสูงสุด (9.46) และชั้นปีที่ 3 มีคะแนนรองลงมา (9.33) มิติความรู้เกี่ยวกับการค้นหาข้อมูล พบว่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นตามลำดับชั้นปีโดยนักเรียนชั้นปีที่ 6 มีคะแนนสูงสุด และผู้ที่อาศัยในเมืองมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าชนบทคือ 16.20 และ 14.95 ตามลำดับ สุดท้ายในมิติทัศนคติที่ส่งเสริมการรับรู้หรือการขอความช่วยเหลือ นักเรียนชั้นปีที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (58.67) ส่วนชั้นปีอื่น ๆ คะแนนเพิ่มขึ้นตามลำดับชั้นปี (52.70 ถึง 56.98)

ตาราง 3 แสดงคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในแต่ละมิติจำแนกตามลักษณะทางประชากร

ตัวแปร/ข้อมูล	คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตรายด้าน Mean (SD)					
	การรับรู้และความเข้าใจ อาการผิดปกติทางจิต	ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุ	ความรู้เกี่ยวกับ การดูแลตนเอง	ความรู้เกี่ยวกับ ความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ	ความรู้เกี่ยวกับการค้นหาข้อมูล	ทัศนคติที่ส่งเสริมการรับรู้หรือขอความช่วยเหลือ
คะแนนเต็ม	32	8	8	12	20	80
คะแนนเฉลี่ย	26.77 (3.15)	5.67 (0.89)	5.53 (0.82)	9.18 (1.28)	15.86 (2.83)	56.01 (8.08)
อัตราส่วนคะแนน (%)	83.65	70.85	66.62	76.50	79.30	70.01
ระดับความรอบรู้	สูง	ปานกลาง	ปานกลาง	ปานกลาง	ปานกลาง	ปานกลาง
ระดับชั้นปี						
ชั้นปีที่ 2	25.04 (2.82)	5.44 (0.97)	5.48 (0.92)	9.20 (1.29)	14.36 (2.48)	58.67 (8.35)
ชั้นปีที่ 3	26.39 (2.82)	5.87 (0.82)	5.91 (0.77)	9.33 (1.28)	15.11 (3.04)	52.70 (7.74)
ชั้นปีที่ 4	26.80 (2.89)	5.62 (0.78)	5.34 (0.88)	8.81 (1.01)	16.18 (1.93)	55.75 (6.16)
ชั้นปีที่ 5	27.38 (3.01)	5.94 (1.00)	5.38 (0.76)	9.02 (1.28)	16.79 (2.56)	55.75 (8.18)
ชั้นปีที่ 6	28.68 (2.79)	5.55 (0.72)	5.50 (0.59)	9.46 (1.41)	17.35 (2.83)	56.98 (8.36)
เพศ						
ชาย	26.70 (3.08)	5.58 (0.89)	5.52 (0.77)	9.10 (1.22)	15.98 (2.83)	54.82 (7.50)
หญิง	26.88 (3.27)	5.83 (0.86)	5.56 (0.89)	9.30 (1.36)	15.66 (2.85)	57.94 (8.62)
สถานะ						
โสด	26.46 (3.16)	5.62 (0.90)	5.57 (0.85)	9.18 (1.24)	15.59 (2.92)	56.29 (8.77)
มีแฟนแล้ว	27.23 (3.10)	5.74 (0.85)	5.46 (0.74)	9.16 (1.34)	16.20 (2.67)	55.75 (6.95)
อื่น ๆ (ซับซ้อน)	26.75 (2.98)	6.25 (1.25)	6.50 (1.29)	10.00 (0.81)	18.00 (2.30)	50.00 (7.52)
ที่อยู่อาศัย						
ในเมือง	26.89 (3.21)	5.64 (0.91)	5.53 (0.79)	9.18 (1.22)	16.20 (2.67)	56.42 (7.58)
ชนบท	26.46 (3.01)	5.75 (0.81)	5.56 (0.88)	9.18 (1.44)	14.95 (3.07)	54.91 (9.20)
การอยู่อาศัย						
อยู่คนเดียว	27.57 (2.94)	5.81 (0.85)	5.43 (0.77)	9.36 (1.36)	16.06 (3.04)	55.42 (7.33)
อยู่กับครอบครัว	26.45 (3.12)	5.61 (0.84)	5.59 (0.85)	9.22 (1.27)	15.86 (2.77)	56.86 (8.08)
อื่นๆ [†]	27.39 (3.49)	5.86 (1.17)	5.43 (0.66)	8.66 (1.14)	15.48 (2.94)	51.70 (8.14)

Mean (SD) เท่ากับ ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)

[†]ไม่ได้พักกับครอบครัว และไม่อยู่คนเดียว

เมื่อจำแนกระดับคะแนนตามเกณฑ์ของ Bloom และคณะพบว่ามิติที่มีสัดส่วนคะแนนต่ำมากที่สุดคือทัศนคติที่ส่งเสริมการรับรู้หรือ

ขอความช่วยเหลือ (ร้อยละ 14.53) รองลงมาคือ ความรู้เกี่ยวกับความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ (ร้อยละ 6.16) และความรู้เกี่ยวกับการค้นหาข้อมูล (ร้อยละ 5.91) ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 แสดงจำนวนและร้อยละของคะแนนต่ำ[†] ในแต่ละมิติของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต

มิติความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้และความเข้าใจอาการผิดปกติทางจิต	4	0.99
ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุ	21	5.17
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง	20	4.93
ความรู้เกี่ยวกับความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ	25	6.16
ความรู้เกี่ยวกับการค้นหาข้อมูล	24	5.91
ทัศนคติที่ส่งเสริมการรับรู้หรือขอความช่วยเหลือ	59	14.53

[†] คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 เท่ากับมีระดับความรอบรู้ต่ำ ร้อยละ 60 ถึงไม่เกินร้อยละ 80 เท่ากับระดับความรอบรู้ปานกลางตั้งแต่ ร้อยละ 80 ขึ้นไปเท่ากับระดับความรอบรู้สูง ตามเกณฑ์ของ Bloom และคณะ⁽¹¹⁾

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตพบว่าตัวแปรต้น ที่ร่วมกันอธิบายคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของนักเรียนแพทย์ในภาพรวมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < 0.05$ โดยมีอำนาจอธิบายร้อยละ 22.87 ($\text{adj } R^2 = 0.2287$) ประกอบด้วย เพศ ระดับชั้นปี การอยู่อาศัย การรับรู้ความรู้ผ่านเรียนวิชาจิตเวช การรับรู้ความรู้ผ่านหนังสือและตำราเกี่ยวกับสุขภาพจิต ประสบการณ์มีเพื่อน/คนใกล้ชิด/ครอบครัว เจ็บป่วยทางจิต (ตาราง 5) โดยเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าเพศชาย ($p < 0.001$) และนักเรียนแพทย์ชั้นปีที่ 6 มีคะแนนสูงสุดเมื่อเทียบกับชั้นปีอื่น ๆ ($p < 0.001$) ในขณะที่นักเรียนชั้นปีที่ 3 มีคะแนนต่ำกว่าชั้นปีที่ 2 ($p = 0.014$) กลุ่มที่อยู่อาศัยในลักษณะอื่น ๆ (ไม่ได้พักกับครอบครัวและไม่อยู่คนเดียว)

มีคะแนนต่ำกว่าผู้ที่อยู่คนเดียว ($p = 0.004$) นอกจากนี้ ผู้ที่เคยมีเพื่อนหรือคนใกล้ชิดเจ็บป่วยทางจิตมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีประสบการณ์ ($p < 0.001$) เช่นเดียวกับผู้ที่เคยศึกษาตำราเกี่ยวกับสุขภาพจิตและผู้ที่เคยเรียนวิชาจิตเวชศาสตร์มีคะแนนสูงกว่าผู้ที่ไม่เคยรับสื่อหรือเรียนวิชาเหล่านี้ ($p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้จำแนกตามกลุ่ม (ตาราง 2) นอกจากนี้ ยังพบว่ามีตัวแปร 2 ตัว ได้แก่ ช่วงอายุและภูมิลำเนาที่มีผลการวิเคราะห์เบื้องต้น (Crude Analysis) แสดงให้เห็นว่าอายุและภูมิลำเนา มีความสัมพันธ์กับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญอย่างไรก็ตามหลังจากควบคุมตัวแปรร่วมในโมเดลถดถอยพหุคูณ (Adjusted Analysis) ผลลัพธ์ดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 5 แสดงผลการวิเคราะห์ Linear regression แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และผลการวิเคราะห์แบบ Multiple linear regression with Backward stepwise selection

ปัจจัย	Crude result		P value	Adjust result		P value
	Coef	95% CI		Coef	95% CI	
เพศ						
ชาย	Ref					
หญิง	3.47	1.27,5.66	0.002	3.21	1.24,5.18	<0.001
อายุ (ปี)						
18-19	Ref					
20-21	-0.23	-3.78,3.31	0.897			
22-23	2.40	-1.20,6.01	0.191			
24-26	6.43	2.41,10.45	0.002			
ระดับชั้นปี						
ชั้นปีที่ 2	Ref					
ชั้นปีที่ 3	-2.87	-5.99,0.25	0.071	-3.06	-5.49,-0.63	0.014
ชั้นปีที่ 4	0.31	-3.01,3.65	0.851	-1.43	-1.43,1.66	0.388
ชั้นปีที่ 5	2.08	-1.22,5.39	0.217	-0.52	-0.52,1.83	0.777
ชั้นปีที่ 6	5.32	2.11,8.54	0.001	1.17	1.17,1.81	0.518
ภูมิลำเนา						
ในเมือง	Ref					
ชนบท	-3.04	-5.44, -0.64	0.013	-1.97	-4.14,0.19	0.075
การอยู่อาศัย						
อยู่คนเดียว	Ref					
อยู่กับครอบครัว	-0.06	-2.78,2.65	0.960	0.49	-7.67,-0.44	0.70
อื่นๆ [†]	-5.13	-9.17, -1.08	0.013	-4.56	-7.66,-1.46	0.004
ประสบการณ์มีเพื่อน/คนใกล้ชิด/ครอบครัว เจ็บป่วยทางจิต						
ไม่เคย	Ref					
เคย	6.45	4.36,8.55	<0.001	4.74	2.73,6.74	<0.001
การรับสื่อความรู้ผ่านหนังสือและตำราเกี่ยวกับสุขภาพจิต						
ไม่เคย	Ref					
เคย	7.27	5.20,9.34	<0.001	4.78	2.60,6.96	<0.001
การรับสื่อความรู้ผ่านการเรียนวิชาจิตเวชศาสตร์						
ไม่เคย	Ref					
เคย	5.51	3.37,7.64	<0.001	4.23	2.05,6.40	0.001

Coef หมายถึง Coefficient 95% CI หมายถึง 95% Confidence Interval

Crude result หมายถึงค่าที่คำนวณจากแต่ละตัวแปรอิสระโดยตรงโดยไม่รวมปัจจัยควบคุมอื่นๆ (Unadjusted result)

Adjust result หมายถึงค่าที่คำนวณเมื่อมีการควบคุมตัวแปรร่วมอื่น ๆ ที่อาจมีผลกระทบ (Adjusted result) อันประกอบด้วย เพศ ระดับชั้นปี การอยู่อาศัย ภูมิลำเนา การรับความรู้ผ่านเรียนวิชาจิตเวช การรับความรู้ผ่านหนังสือและตำราเกี่ยวกับสุขภาพจิต ประสบการณ์มีเพื่อน/คนใกล้ชิด/ครอบครัว เจ็บป่วยทางจิต

Ref หมายถึง Reference

[†] ไม่ได้พักกับครอบครัว และไม่อยู่คนเดียว

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่านักเรียนแพทย์ทหารทุกระดับชั้นปีมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (119.05 ± 11.07 คะแนน, $95\%CI = 117.97-120.13$) ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาก่อนหน้านี้โดย กอบหทัยและคณะที่ศึกษาในนักเรียนแพทย์ชั้นปีที่ 6 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลประเทศไทย (123.09 ± 11.55 คะแนน)⁽⁹⁾ แต่เมื่อเปรียบเทียบกับนักเรียนแพทย์ในสหราชอาณาจักรพบว่าคะแนนเฉลี่ยของนักเรียนแพทย์ทหารต่ำกว่า (127.69 ± 11.82 คะแนน) โดยเฉพาะด้านทัศนคติที่ส่งเสริมการขอความช่วยเหลือ⁽¹³⁾

เมื่อพิจารณาแยกตามมิติของความรอบรู้พบว่า การรับรู้และความเข้าใจอาการผิดปกติทางจิตและการค้นหาข้อมูล มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามระดับชั้นปีซึ่งสะท้อนถึงความเข้าใจที่ลึกซึ้งขึ้นเกี่ยวกับโรคทางจิตเวช เช่น ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลอย่างไรก็ตามความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงการดูแลตนเอง และความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ มีค่าเฉลี่ยค่อนข้างคงที่ในทุกชั้นปีแสดงให้เห็นว่าแม้นักเรียนแพทย์จะได้รับข้อมูล แต่ระดับการนำไปใช้และพฤติกรรมอาจยังไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก

ในด้านทัศนคติที่ส่งเสริมการขอความช่วยเหลือ พบว่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 56.01 (ระดับปานกลาง) ซึ่งต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยของนักเรียนแพทย์ในสหราชอาณาจักรที่ 66.5 คะแนน (ระดับดี)⁽¹³⁾ จากการวิเคราะห์เพิ่มเติมพบว่าทัศนคติด้าน Self-Stigma หรือการตีตราตนเองอยู่ในระดับต่ำ แสดงให้เห็นว่านักเรียนแพทย์ส่วนใหญ่ไม่รู้สึกอับอายหรือลังเลในการขอความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตหากตนเองประสบปัญหา อย่างไรก็ตามทัศนคติด้าน

Public Stigma หรืออคติต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูงซึ่งอาจเกิดจากความแตกต่างทางวัฒนธรรมและการสนับสนุนทางสังคมโดยงานวิจัยก่อนหน้านี้พบว่าชาวเอเชียมีแนวโน้มตีตราผู้ป่วยจิตเวชมากกว่ายุโรป⁽¹⁴⁾ และการศึกษาของ Lanfredi et al.⁽¹⁵⁾ พบว่านักเรียนพยาบาลในเอเชียมีทัศนคติเชิงลบต่อผู้ป่วยจิตเวชมากกว่านักเรียนพยาบาลในอเมริกาและออสเตรเลีย อย่างไรก็ตามผลการศึกษาครั้งนี้พบว่านักเรียนแพทย์ทหารมีทัศนคติเชิงลบต่อผู้ป่วยทางจิตเพียงร้อยละ 14.53 ซึ่งต่ำกว่าร้อยละ 17 ที่พบในแพทย์ของสหราชอาณาจักร⁽¹⁶⁻¹⁷⁾ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแม้ทัศนคติของนักเรียนแพทย์ทหารในไทยจะยังไม่ดีเท่าประเทศตะวันตกแต่สัดส่วนผู้ที่มีทัศนคติเชิงลบต่อผู้ป่วยทางจิตกลับน้อยกว่า

สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตพบว่ามี 5 ปัจจัยหลักที่ส่งผลกระทบต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของนักเรียนแพทย์ ได้แก่ (1) เพศ นักเรียนแพทย์หญิงมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตสูงกว่านักเรียนแพทย์ชายอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) อาจเกิดจากเพศหญิงมีความไวทางอารมณ์และความเห็นอกเห็นใจมากกว่าเพศชายซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ James et al.⁽¹⁷⁾ ที่อธิบายว่านักเรียนแพทย์หญิงมีความเข้าใจและมีทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตมากกว่า⁽¹⁸⁾ (2) ระดับการศึกษา นักเรียนแพทย์ในชั้นปีที่สูงขึ้นมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่มากขึ้น ($p = 0.014$) อธิบายได้จากการที่นักเรียนแพทย์ชั้นปีสูงขึ้นจะมีการได้รับความรู้ผ่านการเรียนการสอน การฝึกปฏิบัติงานในการดูแลรักษาผู้ป่วยจริงทำให้มีความเข้าใจต่ออาการทาง

จิตเวชและระบบการรักษามากยิ่งขึ้นซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Marwood et al.⁽¹³⁾ ที่พบว่าระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามระดับชั้นปีเช่นเดียวกับผลการศึกษานี้ อย่างไรก็ตามทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวชไม่ได้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kihumuro et al.⁽¹⁹⁾ ที่พบว่าแม้นักเรียนแพทย์ชั้นปีที่สูงขึ้นจะมีความรอบรู้ที่ดีขึ้นแต่ทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวชไม่ได้เปลี่ยนแปลงไปตามระดับชั้นปีอย่างมีนัยสำคัญ **(3) แหล่งความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต** นักเรียนแพทย์ที่เคยเรียนวิชาจิตเวชศาสตร์ ($p=0.001$) และผู้ที่อ่านหนังสือเกี่ยวกับสุขภาพจิต ($p<0.001$) มีระดับความรอบรู้ที่สูงขึ้น สะท้อนให้เห็นถึงบทบาทของข้อมูลในการสร้างความเข้าใจและลดอคติต่อผู้ป่วยทางจิต โดยเฉพาะเมื่อข้อมูลนั้นมาจากแหล่งที่มีความน่าเชื่อถือและมีเนื้อหาที่ถูกต้องซึ่งสอดคล้องกับงานของ O'Connor et al.⁽¹⁰⁾ **(4) ประสบการณ์ส่วนตัวเกี่ยวกับสุขภาพจิต** นักเรียนแพทย์ที่เคยมีเพื่อน คนใกล้ชิด หรือสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยทางจิต มีระดับความรอบรู้สูงกว่า ($p<0.001$) เนื่องจากประสบการณ์ใกล้ชิดสามารถลดการตีตราและเพิ่มความเข้าใจต่อปัญหาทางสุขภาพจิตได้จากมุมมองจริงสอดคล้องกับงานของกอบหทัยและคณะกับ O'Connor et al.⁽⁹⁻¹⁰⁾ ที่แสดงให้เห็นว่าการมีประสบการณ์ใกล้ชิดกับบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตสามารถช่วยเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและ **(5) การอยู่อาศัย** กับคนอื่นที่ไม่ใช่ครอบครัวหรือและไม่ได้อยู่คนเดียวมีคะแนนต่ำกว่า ($p=0.004$) ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับการขาดการสนับสนุนทางสังคมที่มีคุณภาพ เช่น ความใกล้ชิดทางอารมณ์หรือการเปิดเผย

ความรู้สึกละเลยอย่างปลอดภัยสอดคล้องกับงานวิจัยของ Zhang Z et al.⁽²⁰⁾ ที่พบว่าบุคคลที่ขาดการสนับสนุนทางสังคมมีแนวโน้มที่จะมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี

ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ในการออกแบบแนวทางและช่องทางการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในนักเรียนแพทย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงช่วยจัดลำดับความสำคัญของกลุ่มเป้าหมายในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ จากผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของนักเรียนแพทย์ ได้แก่ ระดับชั้นปี เพศ ลักษณะการอยู่อาศัย ประสบการณ์การเรียน วิชาจิตเวช การอ่านหนังสือเกี่ยวกับสุขภาพจิต และประสบการณ์เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทางจิต ($p<0.001$ ถึง 0.004) โดยเฉพาะอย่างยิ่งนักเรียนแพทย์ชั้นปีสูงกว่าเพศหญิง มีประสบการณ์เกี่ยวข้องเกี่ยวกับสุขภาพจิต และเคยได้รับการเรียนรู้จากสื่อหรือวิชาโดยตรง มีคะแนนความรอบรู้สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญดังนั้นจึงควรมีการจัด การเรียนการสอนที่มุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงทัศนคติเชิงลบต่อผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิตของนักเรียนแพทย์ด้วย เช่น การจัดเวิร์กช็อปที่ใช้วิธีเรียนรู้จากประสบการณ์จริงหรือการเสวนาโดยผู้เชี่ยวชาญและผู้มีประสบการณ์ตรงเพื่อสร้างความเข้าใจและลดการตีตราต่อผู้มีปัญหาด้านสุขภาพจิต⁽¹⁵⁾ ทั้งนี้พัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต

และลดอุปสรรคต่อการเข้ารับบริการสุขภาพจิต
ของนักศึกษาแพทย์ รวมถึงพัฒนาทักษะการดูแล
ผู้ป่วยทางจิตเวชในอนาคตของนักเรียนแพทย์
โดยนักเรียนแพทย์กลุ่มเป้าหมายลำดับแรก ๆ
คือ นักเรียนแพทย์ชั้นปีที่ 3 นักเรียนแพทย์ที่เป็น
เพศชาย นักเรียนแพทย์ที่ไม่ได้พักอาศัยกับ
ครอบครัวและไม่อยู่คนเดียวกับนักเรียนแพทย์ที่

ไม่เคยเรียนหรือไม่เคยอ่านหนังสือเกี่ยวกับสุขภาพจิต
และนักเรียนแพทย์ที่ไม่เคยมีคนใกล้ชิดเจ็บป่วย
ทางจิต

ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ ควรมีการ
วิจัยและพัฒนามาตรการที่เหมาะสมในการส่งเสริม
ความรู้ด้านสุขภาพจิตแก่นักเรียนแพทย์
พร้อมทั้งการวิจัยเพื่อประเมินประสิทธิภาพ
ของมาตรการเหล่านั้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Mental disorders [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [cited 2023 Sep 9]. Available from: <https://shorturl.asia/sZ1Ee>
2. Vos T, Solmi M, Abbafati C, Leung J, Benjet C, Allebeck P, et al. Global, regional, and national burden of 12 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.
3. 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. *Medical Journal of Australia* 1997;166:182–6.
4. WHO. The European Mental Health Action Plan 2013–2020. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2015.
5. Nair M, Moss N, Bashir A, Garate D, Thomas D, Fu S, et al. Mental health trends among medical students. *Proc (Bayl Univ Med Cent)* 2023;36:408–10.
6. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Segal JB, Peluso MJ, Guille C, et al. Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2016;316(21):2214–36.
7. Untaaveesup S, Tiawwanakul T, Somapee W, Tienkreua C. Prevalence and factors associated with stress in medical students at Ratchaburi Medical Education Center, Ratchaburi Hospital. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2021;66:159–72.
8. C N. n4Studies: application for sample size calculation in health science research [mobile application]. App Store. 2023 [cited 2025 Jul 31]. Available from: <https://shorturl.asia/mjTOv>

9. Sittironnarit G, Sripen R, Phattharayuttawat S. Psychometric properties of the Thai Mental Health Literacy Scale in sixth-year medical students. *Siriraj Med J* 2022;74(2):100–7.
10. O'Connor M, Casey L. The Mental Health Literacy Scale (MHLS): A new scale-based measure of mental health literacy. *Psychiatry Res* 2015;229:511-6.
11. Bloom BS, Hastings JT, Madaus GF. *Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning*; McGraw-Hill; 1971.
12. David W. Hosmer SL. *Multiple Logistic Regression. Applied Logistic Regression*. New York: Wiley; 2000. p. 31–46.
13. Marwood MR, Hearn JH. Evaluating mental health literacy in medical students in the United Kingdom. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice* 2019;14(5):339-47.
14. Li H. Mental health literacy, stigma, and early intervention. *Asian Journal of Psychiatry* 2012;5(3):209-10.
15. Lanfredi M, Macis A, Ferrari C, Rillosi L, Ughi EC, Fanetti A, et al. Effects of education and social contact on mental health-related stigma among high-school students. *Psychiatry Research* 2019;281:112581.
16. Varvari I, Foster H, Nirodi P. Mental Health Literacy in Foundation Doctors - a Survey in the York and Humber Area. *BJPsych Open* 2022;8:38.
17. James S, Holdan EG. Comparison of Mental Health Literacy between Criminal Justice Students and Police Academy Cadets: An Exploratory Study. *Journal of Criminal Justice Education* 2020;31:390-9.
18. Kuhnigk O, Strebel B, Schilauske J, Jueptner M. Attitudes of medical students towards psychiatry : effects of training, courses in psychiatry, psychiatric experience and gender. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 2007;12(1):87-101.
19. Kihumuro RB, Kagawa MM, Kintu TM, Nakandi RM, Muwanga DR, Muganzi DJ, et al. Knowledge, attitude and perceptions of medical students towards mental health in a university in Uganda. *BMC Medical Education* 2022;22:730.
20. Zhang Z, Chen S, Wang X, Liu J, Zhang Y, Mei Y, et al. The Relationship between Mental Health Literacy and Subjective Well-Being of Young and Middle-Aged Residents: Perceived the Mediating Role of Social Support and Its Urban-Rural Differences. *International Journal of Mental Health Promotion* 2023;25(4):471-483.