



การสำรวจทัศนคติของประชาชนเกี่ยวกับสุขภาพจิต ทราบป และการบริการสุขภาพจิตต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการในสถานบริการสุขภาพจิต

สมชาย พลอยเลื่อนแสง, วท.บ.*

ชรินทร์ ลิ่มสนธิกุล, วท.ม.**

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อหาอัตราการตัดสินใจเข้ารับบริการสุขภาพจิตเมื่อประสบปัญหาสุขภาพจิตของประชาชน และศึกษาผลของปัจจัย ได้แก่ทัศนคติต่อสุขภาพจิต สุขภาพจิตเป็นทราบป (Stigma) ทัศนคติต่อสถานบริการสุขภาพจิต การบริการสุขภาพจิต ความเชื่อมั่นในการจัดการปัญหาสุขภาพจิต และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อ ต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการสุขภาพจิตของประชาชนคนไทย ทำการส่งแบบสอบถามให้แก่ตัวอย่างที่ได้จาก การสุ่มตัวอย่างแบบ 2 ขั้นตอน (Two stage Cluster Sampling) จำนวน 1,500 คน จาก 5 ส่วนของประเทศไทย ได้แก่ กรุงเทพมหานครและปริมณฑล ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ วิเคราะห์ผลของปัจจัยต่างๆ ต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการสุขภาพจิตโดยสถิติ Logistic Regression Analysis t-test และวิเคราะห์หาผลของปัจจัยต่างๆ ต่อทัศนคติต่อสุขภาพจิต และสุขภาพจิตเป็นทราบป โดยสถิติ Multiple Regression Analysis ผลการสำรวจพบผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 198 คน หรืออัตราการตอบกลับร้อยละ 13.2 โดยประชาชนร้อยละ 40.9 ตัดสินใจเข้ารับบริการสุขภาพจิตเมื่อประสบปัญหาสุขภาพจิต ปัจจัยสำคัญเพียงปัจจัยเดียว ที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือการมีทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพจิต และสุขภาพจิตมิใช่เป็นทราบป ($p < 0.01$) และปัจจัยที่มีผลต่อทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพจิต และสุขภาพจิตมิใช่ทราบป มี 5 ปัจจัย ได้แก่ ความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองและการรับรู้จากสื่อ ทัศนคติต่อสถานบริการสุขภาพจิต อายุของผู้ตอบแบบสอบถาม รายได้ต่อเดือน และอิทธิพลของญาติพี่น้องในการเลือกบริการสุขภาพ ข้อมูลจากการศึกษาสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเชิงการจัดการ และเชิงนโยบาย ในการสร้างกลยุทธ์ส่งเสริมให้ประชาชนตัดสินใจเข้ารับบริการสุขภาพจิตจากสถานบริการสุขภาพจิต เมื่อประสบปัญหาสุขภาพจิตให้มากยิ่งขึ้น รวมทั้งเสริมสร้างทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับสุขภาพจิต การบริการ และสถานบริการสุขภาพจิตต่อไป

คำสำคัญ : บริการสุขภาพจิต ทราบป ทัศนคติ การตัดสินใจ

* โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต

** กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต



A Survey of Population's Attitude in Mental Health, Stigma, and Mental Health Service to the Decision of Mental Health Service Use

Somchai Ploylearmsang, B.Sc *

Charin Limsontikul, M.S. **

Abstract

The purposes of this cross-sectional mail survey research were to examine the rate of mental health service use and the effects of the attitude in mental health, stigma, mental health service, mental health management, and perception from media to the decision of mental health service use in public's perspective. One thousand and five hundred Thai people from 5 regions were selected by two stage cluster sampling technique. The effects of major factors to the decision of mental health service use were analyzed by logistic regression and t-test. To identify the factors affected to the attitude in mental health and stigma, multiple regression analyse was used. The respond rate was 13.2%. The rate of mental health service use was 40.9%. Only one significant factor, the attitude in mental health and stigma explained the decision of mental health service use ($p < 0.01$). Five important factors, mental health management and perception from media, the attitude in mental service centers, age of respondent, monthly salary, and relatives as influential person on health service use, had the significant effects to the decision of mental health service use. The results from this study could provide the basic strategic information to policy makers in order to support and promote good attitude in mental health among Thai people and to improve mental health service.

Key words : mental health service, stigma, attitude, decision

* Suanprung Hospital

** Planning Division, Department of Mental Health

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตในปัจจุบันเพิ่มขึ้นมาก องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการว่ามีคนประมาณ 1,500 ล้านคน ที่เผชิญปัญหาสุขภาพจิต¹ สำหรับประเทศไทยจากการรายงานของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2545² พบผู้ประสบปัญหาสุขภาพจิตจำนวน 1,765,448 คน ปัญหาสุขภาพจิตเป็นสาเหตุของการตาย ร้อยละ 1-3 แต่เป็นภาระโรคถึงร้อยละ 12.5 ปัญหาสุขภาพจิตส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติ³ ต้นทุนและค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยอัตราการตัดสินใจเข้ารับบริการสุขภาพจิตเมื่อประสบปัญหาสุขภาพจิตของประชาชน และผลของปัจจัยต่างๆ ต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการสามารถอธิบายลักษณะพฤติกรรมในการหาบริการสุขภาพจิต (Mental health-seeking behavior) การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องสุขภาพจิต และการตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพจิตของประชาชนได้ การศึกษาในต่างประเทศถึงเรื่องดังกล่าว เช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกาการสำรวจของ The Epidemiological Catchment Area (ECA) Survey พบว่าอัตราการใช้บริการสุขภาพจิตของชาวอเมริกันมีตั้งแต่ ร้อยละ 12 ถึง 14.7^{4,5} มีการศึกษาให้ผลที่สอดคล้องกันว่าเพศหญิงเข้ามาใช้บริการสุขภาพจิตผู้ป่วยนอกมากกว่าเพศชายถึงสองเท่า⁶⁻⁹ ในประเทศแคนาดา การสำรวจของ The Ontario Mental Health Survey, OMHS พบว่าประชาชนอายุระหว่าง 15 ถึง 64 ปี มีประวัติในการใช้บริการสุขภาพจิต ร้อยละ 7.8¹⁰ และการศึกษาในเมืองเอ็ดมอนตัน รัฐอัลเบอร์ต้าของแคนาดา¹¹ พบว่าร้อยละ 13 ของประชาชนใช้บริการเพื่อรับคำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตและอารมณ์สำหรับประเทศไทย การศึกษาในปี พ.ศ. 2544 พบอัตราการใช้บริการสุขภาพจิตของผู้รับบริการเพียงร้อยละ 2.2 แม้จะมีอัตราการเข้ารับบริการเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ 3.05 ต่อปี¹² ในปี 1987 Leaf⁸ อธิบายว่าปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่สามารถอธิบายพฤติกรรมในการ

หาบริการสุขภาพจิตของประชาชนคือทัศนคติต่อสุขภาพจิต สถานบริการและผู้ให้บริการ รวมทั้งการรับรู้ถึงปัญหาสุขภาพจิตของผู้รับบริการเอง นอกจากนี้ทัศนคติของผู้รับบริการ การศึกษาของวาสนาสอนมานี¹² พบว่าทัศนคติของผู้ปกครองทั้งบิดามารดา มีผลต่อการเข้ารับบริการสุขภาพจิตของเด็กเล็ก ผลเช่นเดียวกับการศึกษาของ Pearce¹³ ที่พบว่า การเข้ารับบริการสุขภาพจิตของวัยรุ่นจะขึ้นกับทัศนคติของบิดามารดาเป็นสำคัญ การรับรู้ปัญหาสุขภาพจิตของตนเองเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ ปี 1997 Lefebvre¹⁴ พบว่าผู้ที่สามารถรับรู้ปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ และมีศักยภาพในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตได้ จะมีโอกาสเข้ารับบริการสุขภาพจิตในอัตราที่มากขึ้น

ทัศนคติที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่ส่งผลการตัดสินใจเข้ามาใช้บริการสุขภาพจิตคือทัศนคติต่อปัญหาสุขภาพจิตว่าเป็นตราบาป ตราบาปคืออคติที่ทำให้คนๆ หนึ่งมีความแตกต่างจากบุคคลอื่นๆ ทั่วไป และส่งผลกระทบต่อชีวิตและการทำกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่น¹⁵ ในอดีตนั้นการเจ็บป่วยทางกายด้วยโรคต่างๆ เช่น มะเร็ง ลมบ้าหมู เป็นเสมือนตราบาปของคนที่เป็นด้วยโรคดังกล่าวแต่ในปัจจุบันตราบาปเนื่องจากการเจ็บป่วยทางกายได้ลดลงมาก¹⁶ ขณะที่ความผิดปกติด้านจิตได้เป็นตราบาปอันยิ่งใหญ่และสำคัญ โดยส่งผลให้เกิดการแบ่งแยก (Discrimination) หรือกีดกันออกจากชุมชน ผู้ประสบปัญหาทางจิตจะรู้สึกว่ามีตราบาปซึ่งเป็นอุปสรรคที่ยิ่งใหญ่ที่สุดในการพัฒนาคุณภาพชีวิต¹⁷ ในปี 1993 Regier⁵ พบว่าประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาสุขภาพจิต จะไม่เข้ารับการรักษาเนื่องจากกลัวตราบาป ดังนั้นตราบาปจึงเป็นอุปสรรคสำคัญทำให้เกิดความไม่กล้าเข้ารับบริการสุขภาพจิต¹⁸ COMPAS Survey of Canadians About Mental Health (1992) ได้สรุปว่าตราบาปที่เกิดขึ้นจากการมีปัญหาสุขภาพจิต ร่วมกับการขาดข้อมูลในเรื่องอาการและปัญหาสุขภาพจิต นั้นเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างมากที่ทำให้คนไม่เข้ารับบริการสุขภาพจิต

เพื่อให้ถึงเป้าหมายของกรมสุขภาพจิตปี พ.ศ. 2547² คือดำเนินการพัฒนาการบริการสุขภาพจิต ให้มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน และสามารถเข้าถึง ประชาชน โดยเน้นการส่งเสริมการสร้างสุขภาพจิต การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจอัตราการ ตัดสินใจเข้ารับบริการสุขภาพจิต เมื่อประชาชนมีปัญหา สุขภาพจิต และหาปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเข้ารับ บริการ เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญในการ พัฒนาสู่เป้าหมายต่อไป

วัสดุและวิธีการ

เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional mail survey study) ซึ่งทำการสำรวจ โดยใช้แบบสอบถามส่งทางไปรษณีย์แก่ประชาชนใน ประเทศไทย ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง ตุลาคม 2546 ประชากรในการศึกษา คือ ประชาชนคนไทยทั่ว ประเทศที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป และสามารถอ่านออกเขียน ได้ในปี พ.ศ. 2546 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,500 คนได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบ 2 ขั้นตอน (Two stage Cluster Sampling) โดยสุ่มจังหวัดจาก 5 ส่วนของประเทศไทย ได้แก่ กรุงเทพมหานครและปริมณฑล ภาคกลาง ภาค เหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ และสุ่ม ตัวอย่างโดยใช้ตารางเลขสุ่มในการสืบค้นหมายเลข ประจำตัวประชาชนแล้วนำผลที่ได้ไปค้นหารายชื่อ ที่ อยู่ และรหัสไปรษณีย์จากรายชื่อที่มีการบันทึกเก็บไว้ ของกระทรวงสาธารณสุข เครื่องมือในการศึกษาคือ แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วนสำคัญคือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้ตอบแบบ สอบถาม ส่วนที่ 2 แบบวัดทัศนคติ และส่วนที่ 3 แบบ วัดความเครียด เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรง เชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 2 ท่านคือ นักจิตวิทยา 1 ท่านและพยาบาลจิตเวชอีก 1 ท่าน และ ความเที่ยง (Reliability) ในส่วนที่ 2 และ 3 ซึ่งให้ค่า สัมประสิทธิ์ความเที่ยง (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.77 และ 0.91 ซึ่งถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ดี ตาม

เกณฑ์ของ Robert F. DeVellis¹⁹ วิเคราะห์ผลของปัจจัย ต่างๆ ต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการสุขภาพจิตเมื่อมีปัญหา สุขภาพจิต โดยสถิติ Logistic Regression และ t-test และ วิเคราะห์ผลของปัจจัยต่างๆ ต่อทัศนคติต่อสุขภาพจิต และสุขภาพจิตเป็นตราบาป โดยสถิติ Multiple Regression

ผล

อัตราการตอบกลับแบบสอบถามและข้อมูล ทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

มีผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 198 คน อัตรา การตอบกลับร้อยละ 13.2 ร้อยละ 58.1 ของผู้ตอบแบบ สอบถามเป็นเพศหญิง มีอายุตั้งแต่ 15 ถึง 76 ปี อายุเฉลี่ย ประมาณ 36 ปี ร้อยละ 55.1 ของผู้ตอบแบบสอบถาม มี สถานภาพสมรสแล้ว ร้อยละ 90.4 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 42.4 มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า รองลงมาคือระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ประชาชน ร้อยละ 20.2 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ขณะที่ร้อยละ 18.7 เป็นนักเรียนหรือนักศึกษา รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย ประมาณ 7,376 บาท ร้อยละ 25.3 มีภูมิลำเนาอยู่ใน ภาคเหนือ รองลงมา ร้อยละ 24.2 อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจิตและอัตราการตัดสินใจเข้ารับบริการสุขภาพจิต

ประชาชนร้อยละ 46 คิดว่าสุขภาพจิตของตนอยู่ในระดับที่ดี และร้อยละ 28.3 คิดว่าตนเองมี สุขภาพจิตระดับปานกลาง โดยมีเพียงร้อยละ 1.5 ที่คิด ว่าสุขภาพจิตของตนแย่ เมื่อนำมาพิจารณาร่วมกับ คะแนนความเครียดจากแบบวัดความเครียดของโรง พยาบาลสวนปรุง พิจารณาความแตกต่างระหว่าง ผลระดับความเครียดจากแบบวัดและความคิดเห็นต่อ สุขภาพจิตของประชาชน โดยสถิติ Chi-square พบว่า ประชาชนที่มีความคิดเห็นต่อสุขภาพจิตทั้ง 5 กลุ่มคือ สุขภาพจิตดีมากดีปานกลาง ไม่ค่อยดีและแย่มากมีผลระดับ ความเครียดที่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความแตกต่างของระดับความเครียดและความคิดเห็นต่อสุขภาพจิตของตนเอง

ระดับความเครียด	จำนวน (ร้อยละ)				
	ความคิดเห็นต่อสุขภาพจิตตนเอง				
	ดีมาก	ดี	ปานกลาง	ไม่ค่อยดี	แย่มาก
ความเครียดระดับต่ำ	2 (12.5)	3 (5.0)	0	0	0
ความเครียดระดับปานกลาง	8 (50.0)	26 (43.3)	5 (12.8)	0	0
ความเครียดระดับสูง	6 (37.5)	24 (40.0)	27 (69.2)	7 (77.8)	1 (33.3)
ความเครียดระดับรุนแรง	0	7 (11.7)	7 (17.9)	2 (22.2)	2 (66.7)

Chi-square = 33.096, df=5, $p < 0.005$

ผลการวิเคราะห์พบว่าประชาชนที่มีความเห็นต่อสุขภาพจิตตนเองที่แตกต่างกันจะมีสัดส่วนของระดับความเครียดใน 4 ระดับที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2=33.10$, $p<0.005$) อธิบายคือประชาชนที่คิดว่าสุขภาพตนเองอยู่ในระดับที่ดีมากเมื่อวัดระดับความเครียด พบว่า ร้อยละ 50 มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 37.5 มีความเครียดอยู่ในระดับสูง ผลจากความแตกต่างที่เกิดขึ้นนี้ แสดงว่าความคิดเห็นเรื่องสุขภาพของประชาชนมิได้สอดคล้องกับระดับความเครียดที่ประชาชนประสบ เช่น ประชาชนที่คิดว่าสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับที่ดี พบว่าร้อยละ 43.3 และร้อยละ 40.0 มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลางและระดับสูงตามลำดับ

บุคคลที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการสุขภาพจิต ร้อยละ 42.4 คือตัวของผู้ตอบแบบ

สอบถามเอง รองลงมา ร้อยละ 31.3 คือบิดามารดา สำหรับประสบการณ์ในการเข้ารับบริการสุขภาพจิตของประชาชน พบว่าร้อยละ 78.8 ไม่มีประสบการณ์เข้ารับบริการสุขภาพจิตจากสถานบริการสุขภาพมาก่อน ในขณะที่ร้อยละ 17.7 เคยเข้ามาใช้บริการสุขภาพจิต และสำหรับอัตราการตัดสินใจเข้ารับบริการสุขภาพจิตของประชาชน พบว่าประชาชนตัดสินใจเข้ารับบริการสุขภาพจิตเมื่อประสบปัญหาสุขภาพจิต ด้วยอัตรา ร้อยละ 40.9 ขณะที่ประชาชนถึงร้อยละ 15.2 ตัดสินใจไม่เข้ารับบริการสุขภาพจิตจากสถานบริการสุขภาพจิต

บุคคลที่ประชาชนตัดสินใจขอคำปรึกษาด้านสุขภาพจิตจากการศึกษาในต่างประเทศ พฤติกรรมการหาบริการสุขภาพ (Health-seeking behavior) พบว่าคนเรามากเข้าหาบุคคลที่เชื่อว่าสามารถไว้วางใจได้ ไม่เปิดเผยความลับของเขา ใส่ใจในเรื่องที่เขาบอกเล่า และสามารถให้คำแนะนำที่ดี ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 บุคคลที่ประชาชนตัดสินใจขอคำปรึกษาเมื่อประสบปัญหาสุขภาพจิต 8 อันดับ

อันดับที่	บุคคลให้คำปรึกษา	ขอคำปรึกษา		ไม่ขอคำปรึกษา	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1	ญาติพี่น้อง	126	63.6	72	36.4
2	เพื่อน	83	41.9	115	58.1
3	จิตแพทย์	72	36.4	126	63.6
4	บุคลากรทางการแพทย์ทั่วไป	70	35.4	128	64.6
5	พระสงฆ์/นักบวช	33	16.7	165	83.3
6	นักจิตวิทยา	31	15.7	167	84.3
7	ครู/อาจารย์	30	15.2	168	84.8
8	นักสังคมสงเคราะห์	13	6.6	185	93.4

จากตารางที่ 2 แสดงถึงบุคคลที่ประชาชนเลือกหรือตัดสินใจขอคำปรึกษาเมื่อประสบปัญหาสุขภาพจิต อันดับแรก คือญาติพี่น้อง ร้อยละ 63.6 อันดับที่สองคือเพื่อน ร้อยละ 41.9 อันดับที่ 3 และ 4 คือจิตแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ทั่วไป ร้อยละ 36.4 และ 35.4 อันดับที่ 5 คือพระสงฆ์ ร้อยละ 16.7 อันดับที่ 6 คือนักจิตวิทยา อันดับที่ 7 คือ ครูหรืออาจารย์ และอันดับสุดท้ายคือ นักสังคมสงเคราะห์

วิจารณ์

การวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการสุขภาพจิตด้วยสถิติ Logistic regression พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการสุขภาพจิตจากสถานบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) มีเพียงปัจจัยเดียวคือทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพจิตและสุขภาพจิตมิใช่ตราบาป นั่นคือเมื่อประชาชนมีทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพจิต และสุขภาพจิตมิใช่ตราบาปได้มากขึ้น จะส่งผลให้ประชาชนตัดสินใจเข้ารับบริการมากกว่าตัดสินใจไม่เข้ารับบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลเช่นเดียวกับการศึกษาของ Lefebvre¹⁴ ที่พบว่าอัตราการเข้ารับบริการสุขภาพจิต ขึ้นกับทัศนคติและการรับรู้ปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นกับตนเอง และ Regier^{5,18}

ที่พบว่าอัตราการเข้ารับบริการสุขภาพจิตจะลดลงเมื่อมีทัศนคติว่าปัญหาสุขภาพจิตเป็นตราบาป

เมื่อพิจารณาความแตกต่างของทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพจิต และสุขภาพจิตมิใช่ตราบาป ระหว่างคนที่ตัดสินใจเข้ารับบริการ และตัดสินใจไม่เข้ารับบริการสุขภาพจิต ด้วยสถิติ t-test ให้ผลสอดคล้องกับผล Logistic regression คือคนที่ตัดสินใจจะเข้ารับบริการสุขภาพจิตมีคะแนนทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพจิต และสุขภาพจิตมิใช่ตราบาปมากกว่าคนที่ไม่ตัดสินใจเข้ารับบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=4.144, p < 0.001$) การวิเคราะห์หาปัจจัยที่อธิบายทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพจิต และสุขภาพจิตมิใช่ตราบาป (Stigma)

ผลการวิเคราะห์ด้วย Multiple regression วิธี Stepwise พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพจิต และสุขภาพจิตมิใช่ตราบาป มี 5 ปัจจัยดังนี้

1. ความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองและการรับรู้สุขภาพจิตจากสื่อต่างๆ อธิบายได้ว่า คนที่มีความเชื่อมั่นว่าสามารถดูแลตนเองเมื่อมีปัญหาสุขภาพจิตได้เป็นอย่างดีและรับรู้ข้อมูลเรื่องสุขภาพจิตผ่านสื่อต่างๆ มากขึ้น จะส่งผลให้มีทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพจิต และสุขภาพจิตมิใช่ตราบาปมากขึ้น ผลเช่นเดียวกับการศึกษาของ Cooper-Patrick¹⁹

2. ทักษะที่ดีต่อสถานบริการสุขภาพจิต อธิบายได้ว่า คนที่มีทัศนคติที่ดีต่อสถานบริการสุขภาพจิตมากขึ้น ส่งผลให้มีทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพจิต และสุขภาพจิตมิใช่ตราบาปมากขึ้น

3. อายุที่มากขึ้นของผู้ตอบแบบสอบถาม อธิบายได้ว่า ผู้ที่มีอายุมากขึ้น จะมีทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพจิต และสุขภาพจิตมิใช่ตราบาปมากขึ้น

4. รายได้ต่อเดือนของครอบครัวที่มากขึ้น จากความสัมพันธ์เชิงลบ อธิบายได้ว่า ผู้ที่มีรายได้ต่อเดือนมากขึ้น ส่งผลให้มีทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพจิต และสุขภาพจิตมิใช่ตราบาปน้อยลง อาจเนื่องจากผู้ที่มีรายได้

มาก จะมีหน้าที่การงาน ฐานะและหน้าตาในสังคมที่เพิ่มมากขึ้น การให้ความสำคัญกับสังคมมาก ส่งผลต่อความกังวลใจว่าผู้อื่นในสังคมจะทราบเมื่อเข้าไปรับบริการสุขภาพจิต

5. อิทธิพลของญาติพี่น้องเมื่อเทียบกับบุคคลอื่นๆ ในการเลือกบริการสุขภาพ อธิบายได้ว่า เมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นๆ แล้ว ญาติพี่น้องเลือกบริการสุขภาพจิต ส่งผลต่อการมีทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพจิตและสุขภาพจิตมิใช่ตราบาปมากกว่า อิทธิพลจากบุคคลอื่น เช่น เพื่อน พระ บุคลากรทางการแพทย์ต่างๆ ครูหรืออาจารย์ รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์สมการพหุคูณ (Stepwise Multiple Regression) หาปัจจัยที่มีผลต่อทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพจิต และสุขภาพจิตมิใช่ตราบาป

ปัจจัย	B	Beta	t	Sig.	R	R Square
ค่าคงที่ (Constant)	15.749		7.308	0.000		
ความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองและการรับรู้จากสื่อ	0.467	0.366	4.794	0.000	0.272	0.074
ทัศนคติต่อสถานบริการสุขภาพจิต	0.131	0.166	2.186	0.030	0.329	0.109
อายุของผู้ตอบแบบสอบถาม	0.048	0.255	3.182	0.002	0.364	0.133
รายได้ต่อเดือน	0.000	-0.175	-2.327	0.021	0.399	0.160
อิทธิพลของญาติพี่น้อง	0.984	0.165	2.110	0.036	0.428	0.183

ทั้ง 5 ปัจจัย อธิบายทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพจิต และสุขภาพจิตมิใช่ตราบาปได้ร้อยละ 18.3 สรุปผลการศึกษาพบว่าอัตราการตัดสินใจเข้ารับบริการสุขภาพจิตเมื่อประสบปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนคือ ร้อยละ 40.9 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ดีกว่าในอดีต ซึ่งให้เห็นว่าในปัจจุบันประชาชนคนไทยให้ความสำคัญและใส่ใจต่อสุขภาพจิตมากขึ้น สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพจิต และสุขภาพจิตมิใช่ตราบาป ($p < 0.01$) ขณะที่ปัจจัยที่ส่งผลต่อทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพ

จิต และสุขภาพจิตมิใช่ตราบาป มีทั้งหมด 5 ปัจจัย คือ ความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองและการรับรู้จากสื่อ ทัศนคติต่อสถานบริการสุขภาพจิต อายุของผู้ตอบแบบสอบถาม รายได้ต่อเดือน และอิทธิพลของญาติพี่น้อง ในการเลือกบริการสุขภาพ

ข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเชิงการจัดการ และเชิงนโยบาย ในการสร้างกลยุทธ์ส่งเสริมให้ประชาชนตัดสินใจเข้ามาใช้บริการสุขภาพจิตจากสถานบริการสุขภาพจิต เมื่อประสบปัญหาสุขภาพจิตให้มากยิ่งขึ้น รวมทั้ง

เสริมสร้างทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับสุขภาพจิต การบริการ และสถานบริการสุขภาพจิต โดยพิจารณาทั้ง 3 มิติ ดังต่อไปนี้

มิติที่ 1 กลุ่มเป้าหมายในการให้การส่งเสริม ทัศนคติและความรู้เรื่องสุขภาพจิต แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ตาม อายุ เนื่องจากในแต่ละกลุ่มมีความแตกต่างในแนวคิด และการหล่อหลอมทัศนคติ คือ กลุ่มที่ 1 เด็กเล็ก กลุ่มที่ 2 วัยรุ่น กลุ่มที่ 3 วัยทำงาน และกลุ่มที่ 4 ประชาชนทั่วไป

มิติที่ 2 รูปแบบการวางกลยุทธ์ ซึ่งต้องมีทั้ง เชิงรุก และเชิงรับ เชิงรุก ได้แก่ การเผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจเรื่องสุขภาพจิตผ่านสื่อ บุคคลและชุมชน ที่ ประชาชนเข้าถึงได้ให้มากยิ่งขึ้น เช่น กลยุทธ์สุขภาพจิต ดีเริ่มต้นที่บ้าน กลยุทธ์วัดแหล่งพึ่งพิงทางใจ โดยการให้ ความรู้สุขภาพจิตผ่านทางพระสงฆ์ผู้ที่ประชาชนให้ความเคารพและเชื่อถือ เชิงรับ ได้แก่ กลยุทธ์การสร้าง กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Peer group consult) การสร้าง เครือข่ายสุขภาพจิตเน้นบริการแบบใกล้ตัวใกล้ชิด (Close-up mental health satellite) และการมีส่วนร่วม ของชุมชน

มิติที่ 3 ผู้ดำเนินการตามกลยุทธ์ ซึ่งควรมีทั้ง 2 ส่วนคือ ผู้ให้บริการ ได้แก่ สถานบริการสุขภาพจิต และบุคลากรทางด้านสุขภาพจิต ประชาชนหรือชุมชน ได้แก่ ผู้ที่อยู่ในชุมชนนั้นๆ

อนึ่งในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิต ส่งเสริมทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพจิต ลดและขจัดทัศนคติที่ไม่ดี ไม่สร้างตราบาปให้กับบุคคลที่ประสบปัญหาสุขภาพจิต ร่วมกับการให้ข้อมูลเรื่องสุขภาพจิตแก่ ประชาชนอย่างสม่ำเสมอ จะต้องดำเนินการทั้ง 3 มิติไปพร้อมๆ กัน เพื่อให้การพัฒนาสุขภาพจิต และระบบ บริการสุขภาพจิตที่ครอบคลุมและยั่งยืนอีกทั้งการศึกษา เรื่องการบริการสุขภาพจิต ควรพิจารณาทั้งมุมมองของผู้ให้บริการสุขภาพจิตหรือบุคลากรทางการแพทย์และ มุมมองของผู้รับบริการ คือผู้ป่วยและญาติและมุมมองที่

สำคัญอีกประการ คือมุมมองของประชาชนทั่วไป เพื่อให้การจัดการเชิงนโยบาย วางกลยุทธ์ต่างๆ ในการ พัฒนาระบบบริการ และสถานบริการครบถ้วน มุมมอง ประชาชน และชุมชนต่อบริการสุขภาพจิตควรมีการศึกษา เพื่อให้ประชาชนได้มีส่วนร่วม ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตให้มากยิ่งขึ้นทั้งนี้ข้อจำกัดของการศึกษาเนื่องจากธรรมชาติของการศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-sectional) ดังนั้นการอธิบายข้อมูลในเชิงเหตุ และผล (Cause-effect relationship) จะ ไม่ชัดเจนเช่นกับการศึกษาแบบต่อเนื่องหรือการศึกษาไปข้างหน้า (Cohort study) อีกทั้งผลจากอัตราการตอบกลับที่ต่ำ (Low response rate) (ร้อยละ 13.2) จากการส่งแบบสอบถาม ทางไปรษณีย์ ดังนั้นตัวอย่างที่ศึกษาจึงอาจไม่เป็นตัวแทนที่ดีของประชาชนคนไทยทั้งหมด อีกทั้งจากข้อ จำกัดทางด้านเวลาและงบประมาณในการดำเนินการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. Plusquellec M. Are virtual worlds a threat to the mental health of children and adolescents?. Arch Pediatr 2000;7:209-10.
2. สถิติกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ประจำปี พ.ศ. 2545[Online]. Available from: <http://www.dmh.go.th>.
3. สมชาย จักรพันธุ์. สุขภาพ(ของ)จิต[Online]. Available from: <http://www.thaimental.com>.
4. Regier DA, Goldberg ID, Taube CA. The de facto US mental health services system: a public health perspective. Arch Gen Psychiatry 1978;35:685-93.
5. Regier DA, Narrow WE, Rae DS, Maser RS, Locke BZ, Goodwin FK. The de facto US mental and addictive disorders service system. Arch Gen Psychiatry 1993;50:85-94.
6. Katz SJ, Kessler RC, Frank RG, Leaf P, Lin E. Mental health care use, morbidity, and socioeconomic status in the United States and Ontario. Inquiry 1997;34:38-49.
7. Leaf PJ, Livingston MM, Tishler GL, Weissman MM, Holzer CE, Myers JK. Contact with health professionals for the treatment of psychiatric and emotional problems. Med Care 1985; 23:1322-37.

8. Leaf PJ, Livingston BM, Tishler GL, Holzer CE. The relationship between demographic factors and attitudes toward mental health services. *J Community Psychol* 1987;15:275-84.
9. Lin E, Goering P, Offord D, Campbell D, Boyle M. The use of mental health services in Ontario: epidemiological findings. *Can J Psychiatry* 1996;41:572-7.
10. Offord D, Boyle M, Campbell D, Corchrane J, Goering P, Lin E, Rhodes A, Wong M. Ontario health survey, mental health supplement. Ministry of Health, Toronto: Ontario;1994.
11. Bland RC, Newman SC, & Orn HT. Health care utilization for emotional problems: results from a community survey. *Can J Psychiatry* 1990;35:397-400.
12. วาสนา สอนมานี. ทักษะจิตของผู้ปกครองต่อคลินิกให้คำแนะนำแก่เด็ก (Child guidance clinic). *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2511;23:143-57.
13. Pearce CM, Martin G, Wood K. Significance of touch for perceptions of parenting and psychological adjustment among adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34(2):160-7.
14. Lefebvre J. Factors related to utilization of services for mental health reasons in Montreal: Canada; 1998.
15. Scheffler RM, Miller AB. Demand analysis of mental health service use among ethnic subpopulations. *Inquiry* 2002 Jan 1;26(2):202-15.
16. Bolton J. Reducing the stigma of mental illness. *Student BMJ* 2003;11 April:104-5.
17. Sartorius N. Stigma: what can psychiatrists do about it? *Lancet* 1998;352:1058-9.
18. Cooper-Patrick. Identification of patient attitudes and preferences regarding treatment of depression. *J Gen Intern Med* 1997;12:431-8.
19. DeVellis RF. Scale development: Theory and Applications. London: SAGE Publication; 1991.

Key words : depression, elders

นันทิยา ไกลนิจิระกุล, ภาควิชาจิตเวชศาสตร์, โรงพยาบาลศิริราช

ดร. นันทิยา ไกลนิจิระกุล : ผู้เขียนหลัก