

เจตคติของบุคลากรด้านสุขภาพจิตที่มีต่อการเจ็บป่วยทางจิต Mental Health Professionals' Attitudes toward Mental Illness

Corresponding author E-mail: pairpailin@gmail.com
(Received: January 18, 2019; Revised: June 19, 2019;
Accepted: July 2, 2019)

แพร์ไพลิน บุปผา (Pairpailin Buppha)¹
กอบหทัย สิทธิธรรณฤทธิ์ (Gobhathai Sittironnarit)²
กมลเนตร วรรณเสวก (Kamonnet Wannasewok)³

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาเจตคติของบุคลากรด้านสุขภาพจิตที่มีต่อการเจ็บป่วยทางจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรด้านสุขภาพจิตที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย 386 ราย เครื่องมือที่ใช้ศึกษา คือ แบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และมาตรวัดเจตคติต่อการเจ็บป่วยทางจิต (ฉบับบุคลากรด้านสุขภาพจิต) วิเคราะห์ผลโดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย t-test one-way ANOVA และ Pearson's product moment correlation ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเจตคติต่อการเจ็บป่วยทางจิตอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 80.8) และระดับดี (ร้อยละ 19.2) เมื่อพิจารณาเจตคติแต่ละด้าน พบว่า ส่วนใหญ่มีเจตคติระดับดีในด้านการส่งเสริมเจตคติที่ดีของสังคม โรคจิตเวช ความรู้สึกรู้สีกต่อผู้ป่วย การรับรู้อันตรายจากผู้ป่วย ความสามารถของผู้ป่วยและมีเจตคติระดับปานกลางในด้านคุณลักษณะผู้ป่วย ประสิทธิภาพการรักษา คุณลักษณะโรงพยาบาลจิตเวช และจิตเวชศาสตร์ โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเจตคติของบุคลากรด้านสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ สาขาวิชาชีพ ประเภทสถานที่ทำงาน สถานภาพสมรส อายุงาน และอายุ ซึ่งแสดงว่า บทบาทหน้าที่ สภาพแวดล้อมในการทำงาน ความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ในการทำงานเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเจตคติของบุคลากรด้านสุขภาพจิต

คำสำคัญ: เจตคติ, บุคลากรด้านสุขภาพจิต, การเจ็บป่วยทางจิต, ผู้ป่วยจิตเวช, การพยาบาลจิตเวช

ABSTRACT

The purpose of this research was to study the mental health professionals' attitudes toward mental illness and their correlated factors. The subjects were 386 voluntary mental health professionals. The research instrument was the questionnaire consisted of 2 domains: personal data questionnaire and the Attitudes toward Mental Illness Tool (Professional Version). The data analysis was performed by using percentages, means, t-tests, one-way ANOVA and Pearson's product moment correlations. The results of this research revealed that the most of sample had overall attitudes toward mental illness at a medium level (80.8%) and positive level (19.2%). Considering each aspect separately, majority had attitudes at a positive level in five aspects: promoting positive public attitudes, mental disorder, emotional reaction, perceptions about danger

- 1 บัณฑิตศึกษา สาขาจิตวิทยาคลินิก ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
Faculty of Graduate Studies, Clinical Psychology Program, Department of Psychiatry,
Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University
- 2 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
Assistant Professor, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University
- 3 อาจารย์ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
Lecturer, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

อีเมล: pairpailin@gmail.com
อีเมล: pairpailin@gmail.com

อีเมล: sigkn@mahidol.ac.th
E-mail: sigkn@mahidol.ac.th

อีเมล: kamonnet.wan@mahidol.ac.th
E-mail: kamonnet.wan@mahidol.ac.th

from patients, and ability of mentally ill patients. The attitudes of majority in the other four aspects at medium levels; those aspects were: characteristics of mentally ill patients, efficiency of psychiatric treatment, characteristics of psychiatric hospitals, and psychiatry. Factors that had statistically significant associated with the mental health professionals' attitudes were professions, workplaces, marital status, working experience and age. The results indicated that the mental health professionals' attitudes were varied with their professional roles, working circumstances, and work experiences.

Keywords: Attitudes, Mental health professionals, Mental illness, Mentally ill patients, Psychiatric nursing

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวชนั้น มีข้อท้าทายอุปสรรคสำคัญ คือปัญหาทัศนคติและความรู้ความเข้าใจของสังคมที่มีต่องานสุขภาพจิต รวมถึงระบบบริการที่ไม่มีคุณภาพ จากอุปสรรคดังกล่าวจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบบริการด้านสุขภาพจิตในทุกมิติ สำหรับมิติของการพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพจิตซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานหลักต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานสำคัญ คือ การมีเจตคติที่ดี การตระหนักเห็นความสำคัญและประโยชน์ของการบริการจิตเวช การพัฒนาศักยภาพและการทำงานร่วมกันเป็นทีมสหวิชาชีพ (Suraaroonsamrit & Panyayoung, 2014)

เจตคติที่ดีนั้นต้องไม่เป็นลักษณะที่ก่อให้เกิดตราบาปต่อความเจ็บป่วยทางจิตตามแนวคิดของ Jones และคณะ ตราบาปเป็นการตอบสนองต่อความแตกต่างที่ผิดไปจากทั่วไป โดยนำไปเชื่อมโยงกับคุณลักษณะที่ไม่พึงปรารถนาได้แก่ ต้องปกปิดไม่ให้ผู้อื่นรับรู้ ไม่สามารถแก้ไขให้กลับเป็นปกติ ส่งผลกระทบต่อการศึกษาสัมพันธ์กับผู้อื่น ทำให้เกิดความรู้สึกทางลบ เป็นภัยคุกคามอันตรายและเป็นความรับผิดชอบที่เกิดจากการกระทำของตน (Link, Yang, Phelan, & Collins, 2004) ขณะที่ Link & Phelan (2001) อธิบายว่าตราบาปเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างสภาวะความแตกต่างกับความคิดเหมารวมทางลบ การแบ่งแยก

ออกเป็นพวกเราหรือพวกเขา การเกิดความรู้สึกด้านลบ พฤติกรรมการเลือกปฏิบัติและทำให้สูญเสียสถานะ นอกจากนั้น Corrigan & Watson (2002) อธิบายตราบาปจากความเจ็บป่วยทางจิตไว้ว่า ตราบาปทางสังคมเป็นปฏิกริยาระหว่างบุคคลในสังคมจากความคิดเหมารวมทางลบต่อความเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งคนส่วนใหญ่มีภาพเหมารวมทางลบต่อผู้ป่วยจิตเวชว่าเป็นอันตราย ไร้ความสามารถ อ่อนแอ ผลจากภาพเหมารวมทางลบมีผลให้เกิดอารมณ์ความรู้สึกเชิงลบหรืออคติและนำไปสู่การเลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วย เช่น การกีดกันแบ่งแยกไม่ให้มีส่วนร่วมทางสังคม หลีกเลี่ยงห่างไม่ยุ่งเกี่ยว ปฏิเสธไม่รับเข้าทำงาน ตลอดจนการเลือกปฏิบัติเชิงโครงสร้างทั้งที่เจตนาและไม่เจตนาซึ่งเป็นประเด็นด้านนโยบายหรือกฎหมาย

ตราบาปทางสังคมเกิดขึ้นได้ในทุกบริบทของสังคม แม้ในงานบริการด้านสุขภาพจิตก็ตาม โดยที่การศึกษาของ Schulze & Angermeyer (2007) ซึ่งสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคจิตเภทและครอบครัวเกี่ยวกับประสบการณ์ที่เคยถูกตีตราได้บ่งชี้ว่า บุคลากรด้านสุขภาพจิตมีส่วนเกี่ยวข้องกับการตีตราเช่นกันทั้งจากการมีปฏิสัมพันธ์ที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยและการรักษาที่ไม่มีคุณภาพ อีกทั้งมีการศึกษาพบว่า ผลจากการประเมินเจตคติในระดับไร้สำนึก (Implicit attitude) บ่งชี้ว่า บุคลากรด้านสุขภาพจิตมีเจตคติทางลบต่อความเจ็บป่วยทางจิตไม่แตกต่างจากนักศึกษาแพทย์

ที่ไม่เคยปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเวชมาก่อน (Kopera et al., 2014)

ในอีกด้านหนึ่ง ผลการศึกษาพบว่า บุคคลที่มีเจตคติยอมรับและมีการรับรู้ต่อคุณลักษณะของผู้ป่วยจิตเวชในทางที่ดี มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการสื่อสารในทางที่ดีต่อผู้ป่วย (Sutawatnatcha, 2016) ซึ่งการปรับเปลี่ยนเจตคติเพื่อให้เกิดการลดตราบาปทางสังคมนั้น ส่วนใหญ่ใช้วิธีการให้ความรู้และการปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเวชหรือผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตเพื่อบอกเล่าผลกระทบของตราบาปที่ผู้ป่วยจิตเวชเผชิญอยู่ และสอนวิธีการปรับตัวที่เหมาะสม (Panyayong & Kerdpongchote, 2015) นอกจากนี้ การที่สังคมได้ยอมรับบุคลากรด้านสุขภาพจิตในฐานะผู้นำของงานด้านสุขภาพจิต และบุคลากรบางรายยังมีบทบาทเป็นครูอาจารย์ทำให้เจตคติของบุคลากรเหล่านี้มีผลต่อบุคคลอื่น (Lauber, Anthony, Ajdacic-Gross, & Rössle, 2004; Wahl & Aroesty-Cohen, 2010) ดังนั้นการมีเจตคติที่ดีจะทำให้บุคลากรด้านสุขภาพจิตสามารถปฏิบัติงานได้เหมาะสมตามบทบาทหน้าที่ของผู้นำในงานด้านสุขภาพจิต และก่อให้เกิดการปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลดีต่อการรักษา (Lauber, Nordt, & Braunschweig, 2006; Maier, Moergeli, Kohler, Carraro, & Schnyder, 2015)

อย่างไรก็ตาม แม้เจตคติต่อการเจ็บป่วยทางจิตเกี่ยวข้องกับปัจจัยสำคัญ คือ ความรู้ความเข้าใจและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเวช (Addison & Thorpe, 2004) แต่ด้วยบริบทของบุคลากรด้านสุขภาพจิตที่มีความแตกต่างกันทั้งด้านสาขาวิชาชีพ ประเภทสถานที่ทำงาน และอายุงาน รวมถึงความแตกต่างด้านลักษณะส่วนบุคคล จึงได้มีการศึกษาความสัมพันธ์ของเจตคติต่อการเจ็บป่วยทางจิตกับบริบทของบุคลากรด้านสุขภาพจิตที่แตกต่างกันดังกล่าว โดยที่การศึกษาของ Björkman, Angelman, & Jönsson (2008) พบปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ ประเภทสถานที่ทำงาน อายุงาน เพศ สถานภาพสมรส อายุ ส่วนการศึกษาของ Lauber

et. al. (2006) พบว่า สาขาวิชาชีพเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับเจตคติของบุคลากรด้านสุขภาพจิตเช่นกัน

ดังนั้น จึงเห็นว่าการตระหนักรู้เกี่ยวกับเจตคติของบุคลากรด้านสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (เพศ สถานภาพสมรส สาขาวิชาชีพ ประเภทสถานที่ทำงาน อายุ อายุงาน) จะเป็นประโยชน์ต่อการนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมพัฒนาเจตคติภายในใจของผู้ปฏิบัติงานอย่างเหมาะสม เพื่อให้เกิดการพัฒนากระบวนการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาเจตคติของบุคลากรด้านสุขภาพจิตที่มีต่อการเจ็บป่วยทางจิต
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างเจตคติต่อการเจ็บป่วยทางจิตของบุคลากรด้านสุขภาพจิตกับปัจจัยเพศ สถานภาพสมรส กลุ่มสาขาวิชาชีพ และประเภทสถานที่ทำงาน
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการเจ็บป่วยทางจิตของบุคลากรด้านสุขภาพจิตกับปัจจัยอายุและอายุงาน

สมมติฐานการวิจัย

1. เจตคติต่อการเจ็บป่วยทางจิตมีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพจิตที่มีเพศ สถานภาพสมรส สาขาวิชาชีพ สถานที่ทำงานต่างกัน
2. เจตคติต่อการเจ็บป่วยทางจิตมีความสัมพันธ์กับอายุและอายุงานของบุคลากรด้านสุขภาพจิต

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ บุคลากรด้านสุขภาพจิตในประเทศไทย ทั้งการตรวจประเมินสภาพจิต การวินิจฉัย การบำบัดรักษาอาการผิดปกติทางจิตตามมาตรฐานทางการแพทย์ การฟื้นฟู

สมรรถภาพและทักษะของผู้ป่วยจิตเวช รวมถึงการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ประกอบด้วย (1) จิตแพทย์ (2) พยาบาลจิตเวช (3) นักจิตวิทยาคลินิก (4) นักสังคมสงเคราะห์จิตเวช (5) นักอาชีวบำบัด/นักกิจกรรมบำบัด

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากไม่พบการศึกษาในลักษณะนี้มาก่อน จึงใช้สูตรส่วน (P) เท่ากับร้อยละ 50 โดยใช้สูตร $n = \frac{Z^2 PQ}{d^2}$ โดยค่า $Z = 1.96$ เมื่อกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% แล้วแทนค่า $\frac{1.96^2(0.5)(0.5)}{(0.05)^2}$ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 384 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นคำถามคัดกรองว่าปฏิบัติงานในฐานะบุคลากรด้านสุขภาพจิตตามนิยามที่กำหนดไว้หรือไม่ และคำถามเกี่ยวกับลักษณะข้อมูลส่วนบุคคล เช่น เพศ สถานภาพสมรส สาขาวิชาชีพ ประเภทสถานที่ทำงาน อายุ อยุ่ งาน เป็นต้น

ส่วนที่ 2 มาตรวัดเจตคติต่อการเจ็บป่วยทางจิต (ฉบับบุคลากรด้านสุขภาพจิต) เป็นมาตรประเมินค่า 7 ระดับ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ข้อคำถามแบ่งเป็นมาตรวัดนัยจำแนก (Semantic Differential) จำนวน 33 ข้อ และมาตรวัดของลิเคิร์ท (Likert Scale) จำนวน 36 ข้อ ซึ่งประเมินเจตคติต่อการเจ็บป่วยทางจิตใน 9 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านคุณลักษณะผู้ป่วย: ข้อคำถามเป็นคำคุณศัพท์ซ้ำตรงข้าม เพื่อประเมินความคิดที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวช (2) ด้านความรู้สึกต่อผู้ป่วย: ข้อคำถามเป็นคำคุณศัพท์ซ้ำตรงข้าม เพื่อประเมินความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวช (3) ด้านการรับรู้อันตรายจากผู้ป่วย: ข้อคำถามเกี่ยวกับความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกต่อผู้ป่วยจิตเวชหรือผู้เคยป่วยด้วยโรคจิตเวชว่ามีแนวโน้มจะเป็นอันตรายต่อบุคคลอื่นหรือไม่ (4) ด้านความสามารถของผู้ป่วย: ข้อคำถามเกี่ยวกับความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกต่อผู้ป่วยจิตเวชว่ามีความสามารถและสมควรได้รับสิทธิในการทำงานหรือการเข้าสังคม

เทียบเท่าบุคคลอื่นหรือไม่ (5) ด้านโรคจิตเวช: ข้อคำถามเกี่ยวกับความคิด ความเชื่อที่มีต่อโรคจิตเวชในเรื่องการรักษาหายเป็นปกติของโรคจิตเวช อิทธิพลของการได้รับโอกาสจากสังคมที่มีผลต่อโรคจิตเวช และความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยด้วยโรคทางกาย (6) ด้านประสิทธิภาพการรักษา: ข้อคำถามเกี่ยวกับความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกต่อการรักษาทางจิตเวชในด้านคุณภาพ ความทันสมัยและปลอดภัย ความเพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วย (7) ด้านจิตเวชศาสตร์: ข้อคำถามเกี่ยวกับความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกต่อการเรียนการสอนทางจิตเวชศาสตร์และความเท่าเทียมระหว่างการรักษาทางจิตเวชและการรักษาทางกาย (8) ด้านคุณลักษณะโรงพยาบาลจิตเวช: ข้อคำถามเป็นคำคุณศัพท์ซ้ำตรงข้าม เพื่อประเมินความคิดที่มีต่อโรงพยาบาลจิตเวช (9) ด้านการส่งเสริมเจตคติที่ดีของสังคม: ข้อคำถามเกี่ยวกับความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกและแนวโน้มเชิงพฤติกรรมต่อการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมให้สังคมมีเจตคติที่ดี เช่น การขยายบริการด้านสุขภาพจิตในชุมชน การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเวช

ข้อคำถามมีระดับคะแนนตั้งแต่ 1-7 คะแนน หากคะแนนสูงแสดงถึงเจตคติทางบวกและคะแนนต่ำแสดงถึงเจตคติทางลบ และแบ่งเกณฑ์ประเมินเจตคติแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับดี ระดับปานกลาง และระดับไม่ดี ซึ่งคำนวณโดยนำค่าคะแนนรวมมากที่สุดที่เป็นไปได้ลบด้วยค่าคะแนนรวมน้อยสุดที่เป็นไปได้แล้วหารด้วยจำนวนอันตรภาคขั้นคือ 3 ตามวิธีของ Best (1981)

เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบค่าความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และนำไปเก็บข้อมูลในกลุ่มนำร่องที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ .93

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ใช้วิธีการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ร่วมกับการนำส่งแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างโดยตรงรวม 538 ฉบับ และได้รับตอบแบบสอบถามกลับคืน 386

ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 71.75 โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม – ตุลาคม 2555

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลและระดับเจตคติต่อการเจ็บป่วยทางจิต โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างเจตคติต่อการเจ็บป่วยทางจิตกับปัจจัยเพศ สถานภาพสมรส กลุ่มสาขาวิชาชีพ สถานที่ทำงาน โดยใช้ t-test และ one-way ANOVA ทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม (Post-hoc test) โดยใช้ Gabriel (กรณีที่มี equal variance) หรือ Games-Howell (กรณีที่มี unequal variance)

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการเจ็บป่วยทางจิตกับปัจจัยอายุและอายุงานด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ดำเนินการรับรองและได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ได้รับการอนุมัติเลขที่ 072/2555 (EC3) วันที่ 16 มีนาคม 2555 คณะกรรมการวิจัยและคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เลขที่งานวิจัยที่ยื่นพิจารณา 14/2555 ตามเอกสารรับรองด้านจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ เลขที่ 003/2555 วันที่ 31 กรกฎาคม 2555 คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลศรีธัญญา รหัสโครงการ Q11/2555 วันที่ 1 สิงหาคม 2555 คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในคนของสถาบันกัลยาณราชนครินทร์ ตามหนังสือ ที่ สธ 0808.9/2417 ลงวันที่ 6 กรกฎาคม 2555 คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ตามแบบรายงานผลการพิจารณาด้านจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ ลงวันที่ 14 สิงหาคม 2555

ผลการวิจัย

1. ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 311 คน (ร้อยละ 81.2) ชาย 72 คน (ร้อยละ 18.8) ส่วนใหญ่มีคู่ครอง 216 คน (ร้อยละ 56.1) รองลงมาสถานภาพโสด 150 คน (ร้อยละ 39) หย่าร้าง 15 คน (ร้อยละ 3.9) และหม้าย 4 คน (ร้อยละ 1) สาขาวิชาชีพส่วนใหญ่เป็นพยาบาลจิตเวช 193 คน (ร้อยละ 50) รองลงมาคือนักจิตวิทยาคลินิก 74 คน (ร้อยละ 19.2) นักสังคมสงเคราะห์จิตเวช 47 คน (ร้อยละ 12.2) จิตแพทย์ 42 คน (ร้อยละ 10.9) นักอาชีวบำบัด/นักกิจกรรมบำบัด 30 คน (ร้อยละ 7.8) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำงานในสถานพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช 275 คน (ร้อยละ 71.6) รองลงมา คือ โรงพยาบาลทั่วไป 41 คน (ร้อยละ 10.7) โรงเรียนแพทย์ 30 คน (ร้อยละ 7.8) ศูนย์บริการสุขภาพระดับชุมชน 20 คน (ร้อยละ 5.2) หน่วยงานในสังกัดกระทรวงยุติธรรมหรือศาล 10 คน (ร้อยละ 2.6) สถานศึกษาและประเภทอื่น ๆ 8 คน (ร้อยละ 2.1) อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างคือ 40.48 ปี ส่วนอายุงานเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างคือ 16.13 ปี

2. ผลการศึกษาเจตคติต่อการเจ็บป่วยทางจิตของบุคลากรด้านสุขภาพจิต พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติของบุคลากรด้านสุขภาพจิต 333 คน อยู่ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ (269 รายคิดเป็นร้อยละ 80.8) และระดับดี (64 รายคิดเป็นร้อยละ 19.2) แต่ไม่พบมีกลุ่มตัวอย่างรายใดมีเจตคติอยู่ในระดับไม่ดี เมื่อพิจารณาเจตคติใน 9 ด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเจตคติระดับดีในด้านการส่งเสริมเจตคติที่ดีของสังคม โรคจิตเวช ความรู้สึกต่อผู้ป่วย การรับรู้อันตรายจากผู้ป่วย และความสามารถของผู้ป่วย และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเจตคติระดับปานกลางในด้านคุณลักษณะผู้ป่วย ประสิทธิภาพการรักษา คุณลักษณะโรงพยาบาลจิตเวช และจิตเวชศาสตร์ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติต่อการเจ็บป่วยทางจิต และความถี่ของเจตคติต่อการเจ็บป่วยทางจิตในแต่ละระดับ

เจตคติด้าน	จำนวน (ราย)	Mean	SD	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ)		
				ระดับ ไม่ดี	ระดับ ปานกลาง	ระดับ ดี
คุณลักษณะผู้ป่วย	369	74.97	12.89	65 (17.6)	302 (81.8)	2 (0.5)
ความรู้สึกต่อผู้ป่วย	381	31.99	5.65	6 (1.6)	144 (37.8)	231 (60.6)
การรับรู้อันตรายจากผู้ป่วย	378	35.49	6.31	7 (1.9)	176 (46.6)	195 (51.6)
ความสามารถของผู้ป่วย	371	35.78	5.94	2 (0.5)	178 (48)	191 (51.5)
โรคจิตเวช	379	21.58	3.59	2 (0.5)	145 (38.3)	232 (61.2)
ประสิทธิภาพการรักษา	368	29.60	5.10	24 (6.5)	291 (79.1)	53 (14.4)
จิตเวชศาสตร์	369	29.34	5.07	5 (1.4)	223 (60.4)	141 (38.2)
คุณลักษณะโรงพยาบาลจิตเวช	381	27.66	5.44	16 (4.2)	248 (65.1)	117 (30.7)
การส่งเสริมเจตคติที่ดีของสังคม	383	30.39	3.13	1 (0.3)	20 (5.2)	362 (94.5)
เจตคติต่อการเจ็บป่วยทางจิต	333	317.98	30.14	-	269 (80.8)	64 (19.2)

เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยพอสมควรถึงมากที่สุดว่า “ควรสนับสนุนการขยายบริการด้านสุขภาพจิตในระดับชุมชน” (371 รายคิดเป็นร้อยละ 96.9) “ควรมีการรณรงค์เพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเวช” (376 รายคิดเป็นร้อยละ 98.2) “ผู้ป่วยจิตเวชไม่แตกต่างจากจิตเวชเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก” (218 รายคิดเป็นร้อยละ 56.9) “เชื่อมั่นในประสิทธิภาพของการรักษาด้วยจิตบำบัด” (300 รายคิดเป็นร้อยละ 79.4) “จิตเวชศาสตร์เป็นวิทยาศาสตร์” (306 รายคิดเป็นร้อยละ 81.4) และ “ไม่เห็นด้วยพอสมควรถึงมากที่สุดว่า “โรคจิตเวชเป็นโรคที่รักษาไม่หาย” (196 รายคิดเป็นร้อยละ 51.7) “ควรยกเลิกการรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า” (290 รายคิดเป็นร้อยละ 76.9) “การเรียนการสอนทางด้านจิตเวชศาสตร์มีคุณภาพเทียบเท่ากับการเรียนการสอนทางการแพทย์อื่นๆ” (303 รายคิดเป็นร้อยละ 79.7) และประเมินโรงพยาบาลจิตเวชในระดับพอสมควรถึงมากที่สุดว่า “มีประสิทธิภาพในการรักษา” (243 รายคิดเป็นร้อยละ 63.4) “ปลอดภัย” (231 รายคิดเป็นร้อยละ 60.3) อย่างไรก็ตาม พบแนวโน้มเจตคติทางลบในบางข้อคำถาม คือ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินระดับพอสมควรถึงมากที่สุดว่า ผู้ป่วยจิตเวชเป็นบุคคลที่ “อ่อนแอ” (270 รายคิดเป็นร้อยละ

70.9) “เก็บตัว” (290 รายคิดเป็นร้อยละ 75.7) “เจ้าอารมณ์” (262 รายคิดเป็นร้อยละ 68.4) รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยพอสมควรถึงมากที่สุดว่า “การรักษาโรคจิตเวชใช้เวลานาน” (332 รายคิดเป็นร้อยละ 87.8) “รัฐบาลไม่ให้ความสำคัญความเจ็บป่วยทางจิตเทียบเท่าความเจ็บป่วยทางกาย” (267 รายคิดเป็นร้อยละ 69.9) “พฤติกรรมไม่สามารถคาดเดาได้” (209 รายคิดเป็นร้อยละ 54.4) และไม่เห็นด้วยพอสมควรถึงมากที่สุดว่า “การให้บริการด้านสุขภาพจิตในปัจจุบันเพียงพอกับความต้องการของผู้ป่วยจิตเวช” (295 รายคิดเป็นร้อยละ 79.1) ตลอดจนกลุ่มตัวอย่างบางส่วนมีแนวโน้มประเมินโรงพยาบาลจิตเวชในระดับพอสมควรถึงมากที่สุดว่า “ล้ำสมัย” (136 รายคิดเป็นร้อยละ 35.6) “เข้มงวด” (110 รายคิดเป็นร้อยละ 28.7)

3. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างเจตคติต่อการเจ็บป่วยทางจิตของบุคลากรด้านสุขภาพจิตกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า

- เพศ: ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติต่อการเจ็บป่วยระหว่างบุคลากรด้านสุขภาพจิตเพศหญิงและเพศชายในทุกด้าน

- สถานภาพสมรส: พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างผู้ที่โสดและผู้ที่สมรสในด้านคุณลักษณะผู้ป่วยและคุณลักษณะโรงพยาบาลจิตเวช

- สาขาวิชาชีพ: พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติรวมทุกด้าน และรายด้าน คือ ด้านคุณลักษณะผู้ป่วย ด้านการรับรู้อันตรายจากผู้ป่วย ด้านความสามารถของผู้ป่วย ด้านโรคจิตเวช ด้านประสิทธิภาพการรักษา ด้านคุณลักษณะโรงพยาบาลจิตเวช ด้านการส่งเสริมเจตคติที่ดีของสังคม

- ประเภทสถานที่ทำงาน: พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการรับรู้อันตรายจากผู้ป่วย ด้านความสามารถของผู้ป่วย และด้านประสิทธิภาพการรักษา

ผลการทดสอบความต่างระหว่างกลุ่ม (Post-hoc test) พบว่า พยาบาลจิตเวชและบุคลากรในสถานพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชมีค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติด้านการรับรู้อันตรายจากผู้ป่วยต่ำกว่าจิตแพทย์ นักจิตวิทยาคลินิก และบุคลากรในโรงพยาบาลทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่ค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติด้านประสิทธิภาพการรักษาของพยาบาลจิตเวช จิตแพทย์ บุคลากรในสถานพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชสูงกว่าวิชาชีพอื่น และบุคลากรในหน่วยงานสังกัดกระทรวงยุติธรรมหรือศาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติของพยาบาลจิตเวชต่ำกว่าจิตแพทย์อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติใน 2 ด้าน คือ ความสามารถของผู้ป่วยและโรคจิตเวช พยาบาลจิตเวชยังมีค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติด้านคุณลักษณะผู้ป่วยต่ำกว่านักกิจกรรมบำบัดหรือนักอาชีวบำบัด นักสังคมสงเคราะห์จิตเวช และจิตแพทย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่ค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติด้านคุณลักษณะโรงพยาบาลจิตเวชของจิตแพทย์ต่ำกว่ากิจกรรมบำบัดหรือนักอาชีวบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการเจ็บป่วยทางจิตของบุคลากรด้านสุขภาพจิตกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า

- อายุ: คะแนนเจตคติด้านคุณลักษณะโรงพยาบาลจิตเวชมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและคะแนนเจตคติด้านความสามารถของผู้ป่วยมีแนวโน้มลดลงตามอายุของบุคลากรที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน แต่ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ทั้งหมดล้วนมีค่าความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

- อายุงาน: คะแนนเจตคติด้านประสิทธิภาพการรักษา จิตเวชศาสตร์ และคุณลักษณะโรงพยาบาลจิตเวชมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุงานที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคะแนนเจตคติด้านโรคจิตเวชและความสามารถของผู้ป่วยมีแนวโน้มลดลงตามอายุงานที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ทั้งหมดล้วนมีค่าความสัมพันธ์ในระดับต่ำ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ กับเจตคติต่อการเจ็บป่วยทางจิตจำแนกตามรายด้าน

เจตคติด้าน	เพศ			สถานภาพสมรส			อายุ	
	คะแนนเฉลี่ย			คะแนนเฉลี่ย			ความสัมพันธ์	
	หญิง	ชาย	p-value	โสด	คู่	p-value	r	p-value
คุณลักษณะผู้ป่วย	74.63	76.22	.435	76.80	73.44	.013*	-.072	.166
ความรู้สึกรู้สึต่อผู้ป่วย	32	32.31	.670	32.16	32.03	.821	.088	.087
การรับรู้อันตรายจากผู้ป่วย	35.37	36.11	.369	36.22	35.18	.128	-.042	.418
ความสามารถของผู้ป่วย	35.94	35.09	.282	36.47	35.34	.083	-.149	.004**
โรคจิตเวช	21.69	21.15	.261	21.84	21.46	.316	-.098	.058
ประสิทธิภาพการรักษา	29.42	30.22	.242	29.40	29.66	.637	.069	.186
จิตเวชศาสตร์	29.45	28.87	.393	29.28	29.42	.804	.092	.080

เจตคติรายด้าน	เพศ			สถานภาพสมรส			อายุ	
	คะแนนเฉลี่ย			คะแนนเฉลี่ย			ความสัมพันธ์	
	หญิง	ชาย	p-value	โสด	คู่	p-value	r	p-value
คุณลักษณะโรงพยาบาลจิตเวช	27.70	27.68	.979	26.83	28.27	.013*	.266	.000**
การส่งเสริมเจตคติที่ดีของสังคม	30.50	29.92	.265	30.68	30.14	.096	-.019	.706
เจตคติต่อการเจ็บป่วยทางจิต	317.67	319.58	.657	320.03	316.41	.297	.041	.460

เจตคติรายด้าน	สาขาวิชาชีพ						อายุงาน	
	คะแนนเฉลี่ย						ความสัมพันธ์	
	จิตแพทย์	พยาบาลจิตเวช	นักจิตวิทยาคลินิก	นักสังคมสงเคราะห์	นักกิจกรรมบำบัด	p-value	r	p-value
คุณลักษณะผู้ป่วย	78.76	71.86	75.88	79.61	79.97	.000**	-.087	.098
ความรู้สึกรู้สึกต่อผู้ป่วย	30.67	32.05	32.15	31.44	33.93	.173	.096	.063
การรับรู้อันตรายจากผู้ป่วย	38.22	34.19	36.94	35.91	35.87	.000**	-.064	.217
ความสามารถของผู้ป่วย	38.77	35.04	35.60	35.47	37.52	.003**	-.168	.001**
โรคจิตเวช	22.78	21.09	21.94	22.19	21.24	.033*	-.121	.020*
ประสิทธิภาพการรักษา	31.95	30.39	27.99	28.18	27.39	.000**	.104	.049*
จิตเวชศาสตร์	28.63	29.04	29.57	30	30.52	.506	.109	.038*
คุณลักษณะโรงพยาบาลจิตเวช	25.83	27.69	27.34	28.28	29.77	.024*	.274	.000**
การส่งเสริมเจตคติที่ดีของสังคม	30.71	30.04	31.04	29.74	31.50	.018*	-.044	.392
เจตคติต่อการเจ็บป่วยทางจิต	326.75	313.15	319.77	319	328.93	.024*	.038	.492

เจตคติรายด้าน	ประเภทสถานที่ทำงาน						p-value
	คะแนนเฉลี่ย						
	สถาน พยาบาล เฉพาะทาง จิตเวช	โรงเรียน แพทย์	โรง พยาบาล	ศูนย์ บริการ สุขภาพ ชุมชน	หน่วยงานหน่วยงาน ในสังกัดกระทรวง ยุติธรรมหรือศาล	สถาน ศึกษา	
คุณลักษณะผู้ป่วย	74.38	78.14	76.78	74.72	72.3	72.6	.272
ความรู้สึกรู้สึกต่อผู้ป่วย	32.27	30.87	31.88	30.53	30.8	33.83	.527
การรับรู้อันตรายจากผู้ป่วย	35.04	35.45	38.41	34.74	34.8	38.83	.037*
ความสามารถของผู้ป่วย	36.03	34.17	37.03	32.85	34.5	36.8	.045*
โรคจิตเวช	21.48	21.34	22.1	22.15	22.4	21.17	.811
ประสิทธิภาพการรักษา	30.12	29.36	28.95	27.26	25.7	28.8	.018*
จิตเวชศาสตร์	29.64	30.17	27.61	27.15	29.5	30.67	.067
คุณลักษณะโรงพยาบาลจิตเวช	27.99	27.2	26.37	27.26	26.1	28	.483
การส่งเสริมเจตคติที่ดีของสังคม	30.16	30.43	30.68	28.35	30.8	31.67	.072
เจตคติต่อการเจ็บป่วยทางจิต	318.6	317.08	321.32	306.56	306.9	330	.439

* $p < .05$, ** $p < .01$

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาซึ่งพบว่าเจตคติต่อการเจ็บป่วยทางจิตของบุคลากรด้านสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางและดี ผลที่ปรากฏสามารถอธิบายเทียบเคียงกับผลการศึกษาในต่างประเทศของ Addison & Thorpe (2004) ที่พบว่า ความรู้ด้านโรคจิตเวชและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเวชเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเวช โดยบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวชมีแนวโน้มจะมีเจตคติในทางบวกมากกว่าบุคคลที่ไม่มีความเกี่ยวข้อง สอดคล้องกับแนวคิดเรื่อง contact hypothesis ที่ว่า การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลที่ถูกตีตราบาปจะมีผลให้เจตคติและพฤติกรรมในการตีตราบาปลดลง (Peris et al., 2008) จึงเป็นไปได้ว่าการที่ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า บุคลากรด้านสุขภาพจิตมีเจตคติต่อผู้ป่วยจิตเวชอยู่ระดับดีในด้านความรู้สึกต่อผู้ป่วย การรับรู้อันตรายจากผู้ป่วย และความสามารถของผู้ป่วยนั้น เป็นผลจากการฝึกฝนอบรมหลักสูตรเฉพาะทางซึ่งมุ่งให้เกิดการพัฒนาความรู้ ทักษะเฉพาะวิชาชีพด้านสุขภาพจิตและจิตเวช รวมถึงการส่งเสริมประสบการณ์จากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเวช สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า พยาบาลจิตเวชมีเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเวช (Chambers, et al., 2010) จิตแพทย์ส่วนใหญ่เห็นว่าผู้ป่วยจิตเวชไม่ได้เป็นอันตรายมากอย่างเช่นที่คนในสังคมเข้าใจและเห็นว่าควรลดการจำกัดสิทธิของผู้ป่วยลง (Kingdon, Sharma , Hart , & The Schizophrenia Subgroup of The Royal College of Psychiatrists' Changing Minds Campaign , 2004) รวมถึงผลการศึกษาของ Ishige และ Hayashi (2005) ที่พบว่า พยาบาลวิชาชีพและพยาบาลจิตเวชต่างมีเจตคติด้านความรู้สึกต่อผู้ป่วยโรคจิตเภทในทางบวกไม่แตกต่างกัน โดยได้อธิบายว่า เจตคติที่ดีดังกล่าวนี้เป็นผลจากการเรียนการสอนวิชาการด้านจิตเวช ทำให้ได้รับความรู้และประสบการณ์จนก่อให้เกิดความเข้าใจผู้ป่วยจิตเวช

จากผลการศึกษาที่พบว่า บุคลากรด้านสุขภาพจิตส่วนใหญ่มีเจตคติด้านคุณลักษณะผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง สาเหตุอาจเนื่องจากรูปแบบการศึกษานี้ไม่ได้ระบุชัดเจนว่าเป็นผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวชชนิดใด จึงยากต่อการประเมินและอาจทำให้เลือกประเมินระดับปานกลางในเกือบทุกข้อ คำคุณศัพท์ ยกเว้นในบางข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวชซึ่งพบว่า บุคลากรมากกว่าร้อยละ 50 มีแนวโน้มประเมินว่า “อ่อนแอ” “เก็บตัว” “เจ้าอารมณ์” และ “พฤติกรรมไม่สามารถคาดเดาได้” ซึ่งผลการประเมินในลักษณะดังกล่าวอาจเป็นผลจากบทบาทหน้าที่หลักซึ่งต้องสังเกตลักษณะอาการผิดปกติของผู้ป่วยจิตเวช

ในส่วนผลการศึกษาที่พบว่า บุคลากรด้านสุขภาพจิตมีเจตคติอยู่ในระดับดีในด้านการส่งเสริมเจตคติที่ดีของสังคมและด้านโรคจิตเวช โดยบุคลากรด้านสุขภาพจิตส่วนใหญ่สนับสนุนการขยายบริการด้านสุขภาพจิตในระดับชุมชน เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Lauber et al. (2004) และสนับสนุนให้มีการเผยแพร่ความรู้ด้านโรคจิตเวช รวมทั้งมีมุมมองที่ดีว่าโรคจิตเวชไม่แตกต่างจากโรคทางกาย และสามารถรักษาหายเป็นปกติ แต่ขณะเดียวกันกลับพบว่า บุคลากรด้านสุขภาพจิตมีแนวโน้มเห็นว่าการส่งเสริมให้ประชาชนมีความเข้าใจอันดีต่อผู้ป่วยจิตเวชเป็นเรื่องที่ทำได้ยากเช่นกัน

สำหรับผลการศึกษาที่พบว่า เจตคติต่องานจิตเวชทั้งในมิติคุณลักษณะโรงพยาบาลจิตเวช มิติประสิทธิภาพการรักษา มิติจิตเวชศาสตร์นั้น อยู่ในระดับปานกลางนั้น เนื่องจากบุคลากรด้านสุขภาพจิตส่วนใหญ่รู้สึกเชื่อมั่นในประสิทธิภาพของการรักษาด้วยจิตบำบัดและการรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า อีกทั้งเห็นว่า จิตเวชศาสตร์เป็นวิทยาศาสตร์และการเรียนการสอนทางด้านจิตเวชศาสตร์มีคุณภาพเทียบเท่ากับการเรียนการสอนทางการแพทย์อื่น ๆ แต่ในขณะเดียวกันก็พบว่าบุคลากรด้านสุขภาพจิตส่วนใหญ่เห็นด้วยว่าการรักษาโรคจิตเวชใช้เวลานาน หน่วยงานภาครัฐไม่ให้ความสนใจต่อปัญหาความ

เจ็บป่วยทางจิตเท่าที่ควรแตกต่างจากความเจ็บป่วยทางกาย การให้บริการด้านสุขภาพจิตยังไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วยจิตเวช และบุคลากรด้านสุขภาพจิตจำนวนหนึ่งยังประเมินโรงพยาบาลจิตเวชว่า “ล้าสมัย” และ “เข้มงวด”

การศึกษานี้ พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเจตคติของบุคลากรด้านสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ สาขาวิชาชีพ ประเภทสถานที่ทำงาน สถานภาพสมรส อายุ และอายุงาน โดยพบว่า กลุ่มพยาบาลจิตเวชมีค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติน้อยกว่าวิชาชีพอื่นในหลายด้านทั้งการรับรู้อันตรายจากผู้ป่วย คุณลักษณะผู้ป่วย ความสามารถของผู้ป่วย และโรคจิตเวช ขณะที่บุคลากรในกลุ่มสถานพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชมีค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติด้านการรับรู้อันตรายจากผู้ป่วยน้อยกว่าบุคลากรในโรงพยาบาล ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Ishige และ Hayashi (2005) ที่พบว่า พยาบาลจิตเวชมีเจตคติที่จะยอมรับผู้ป่วยโรคจิตเภทให้มีส่วนร่วมทางสังคมน้อยกว่าพยาบาลทั่วไป โดยอธิบายว่าเป็นผลมาจากประสบการณ์ซึ่งพบเจอผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงแตกต่างกัน และบุคลากรที่ปฏิสัมพันธ์พบเจอผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตรุนแรงจะมีแนวโน้มเจตคติในทางลบมากกว่า ดังเช่นการศึกษาของ Tay, Pariyasami, Ravindran, Ali, & Rowsudeen (2004) ที่พบว่าพยาบาลจิตเวชในแผนกผู้ป่วยพำนักระยะสั้น (short-stay ward) มีเจตคติทางบวกต่อผู้ป่วยจิตเวชมากกว่าพยาบาลจิตเวชในแผนกผู้ป่วยพำนักระยะยาว (long-stay ward) ซึ่งต้องดูแลผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงมากกว่า เมื่ออภิปรายผลการศึกษานี้ จึงอาจเป็นผลจากการที่พยาบาลจิตเวชเป็นวิชาชีพซึ่งให้การพยาบาลผู้ป่วยตลอดระยะเวลาการรักษา โอกาสของพยาบาลจิตเวชที่จะได้พบเจอและดูแลผู้ป่วยจิตเวชในภาวะวิกฤตรุนแรงจึงอาจมีมากกว่าวิชาชีพอื่น (Yuan et. al., 2017) ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างพยาบาลจิตเวชในการศึกษานี้ ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช ซึ่งบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลเฉพาะทางจิต

เวชมีแนวโน้มของโอกาสที่จะปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยในภาวะวิกฤตสูงกว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานที่ทำงานประเภทอื่น เนื่องจากสถานพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชเป็นสถาบันที่มีศักยภาพสูงในด้านวิทยาการและความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการบำบัดรักษาเฉพาะโรคทางจิตเวชโดยเฉพาะ ซึ่งรองรับการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติรุนแรงหรือซับซ้อนได้จำนวนมาก ดังนั้น การพบเจอผู้ป่วยวิกฤตรุนแรงบ่อยครั้งกว่าอาจเป็นเหตุให้พยาบาลจิตเวชและบุคลากรในสถานพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชมีแนวโน้มรับรู้ผู้ป่วยจิตเวชเป็นอันตรายสูงกว่าได้

ผลการศึกษายังพบว่า กลุ่มจิตแพทย์ กลุ่มพยาบาลจิตเวช กลุ่มบุคลากรในสถานพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชมีค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติในด้านประสิทธิภาพการรักษามากกว่าวิชาชีพอื่นและบุคลากรในสถานที่ทำงานประเภทอื่น เนื่องจากจิตแพทย์และพยาบาลจิตเวชมีบทบาทหน้าที่หลักในการประเมินสังเกตอาการและรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชร่วมกัน วิชาชีพทั้งสองจึงเป็นผู้มีความรู้เกี่ยวกับวิธีการบำบัดรักษาเป็นอย่างดี เช่น ความรู้เกี่ยวกับยาจิตเวช ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า เป็นต้น ความรู้เฉพาะวิชาชีพดังกล่าวอาจส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพการรักษามากกว่าวิชาชีพอื่นซึ่งไม่ได้มีความรู้และความเชี่ยวชาญเท่า ดังที่ Lauber et al. อธิบายว่า ความรู้และความเชี่ยวชาญเฉพาะทางที่แตกต่างกันแต่ละบทบาทหน้าที่วิชาชีพ อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้เจตคติของแต่ละวิชาชีพแตกต่างกัน (Lauber et al., 2006) อีกทั้งศักยภาพด้านการบริการรักษาที่มีความพร้อมและประสิทธิภาพสูงในด้านวิทยาการและเทคโนโลยีทางการแพทย์ เพื่รองรับการรักษาที่มีความซับซ้อน อาจส่งผลให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชมีความเชื่อมั่นเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน

ผลการศึกษานี้พบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสถานภาพสมรสกับเจตคติด้านคุณลักษณะโรงพยาบาลจิตเวชและด้านคุณลักษณะผู้ป่วยจิตเวช โดยพบว่า บุคลากรที่มีคู่ครองมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้าน

คุณลักษณะผู้ป่วยจิตเวชน้อยกว่าบุคลากรที่มีสถานะโสด แต่มีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านคุณลักษณะโรงพยาบาลจิตเวชมากกว่าบุคลากรที่มีสถานะโสด ซึ่ง Björkman et. al. (2008) ได้อธิบายว่า ความแตกต่างของเจตคติซึ่งสัมพันธ์กับปัจจัยสถานภาพสมรสอาจเป็นผลจากปัจจัยแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ทำงานที่ต่างกัน โดยเมื่อพิจารณาข้อมูลจากการศึกษานี้ พบว่า บุคลากรที่มีคู่ครองมีประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 19.40 ปี ส่วนบุคลากรที่มีสถานะโสดมีประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 10.77 ปี ประกอบกับการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า เมื่ออายุและอายุงานของบุคลากรด้านสุขภาพจิตเพิ่มสูงขึ้น ทิศทางของเจตคติด้านคุณลักษณะโรงพยาบาลจิตเวชมีแนวโน้มเป็นไปในทางบวกมากยิ่งขึ้น ขณะที่เจตคติด้านความสามารถของผู้ป่วยกลับมีแนวโน้มเป็นไปในทางลบ อีกทั้งพบว่า เมื่อบุคลากรด้านสุขภาพจิตมีอายุงานเพิ่มสูงขึ้น ทิศทางของเจตคติด้านประสิทธิภาพการรักษาและด้านจิตเวชศาสตร์มีแนวโน้มเป็นไปในทางบวกมากยิ่งขึ้น แต่เจตคติด้านโรคจิตเวชกลับมีแนวโน้มเป็นไปในทางลบ จึงอาจเป็นไปได้ว่า ความเชี่ยวชาญในการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชจะเพิ่มขึ้นตามอายุและประสบการณ์ทำงาน บุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญสูงย่อมมีโอกาสที่จะปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยในภาวะวิกฤตสูงตามมาเช่นกัน ขณะเดียวกันบุคลากรซึ่งปฏิบัติงานมาเป็นเวลานานย่อมมีโอกาสที่จะได้เห็นการพัฒนาเปลี่ยนแปลงของโรงพยาบาลจิตเวชที่ดีขึ้นจากในอดีตมากกว่า บุคลากรที่มีอายุน้อย ผลจากการสั่งสมประสบการณ์ทำงานที่แตกต่างกันเช่นนี้น่าอาจส่งผลให้เจตคติมีความแตกต่างกันได้ ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษาเปรียบเทียบความเชื่อที่มีต่อโรคจิตเภทของกลุ่มบุคคลทั่วไป กลุ่มญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภท กลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพจิตของ Magliano, Fiorillo, De Rosa, Malangone, & Maj (2004) ที่พบว่า บุคคลอายุน้อยมีแนวโน้มจะยอมรับความสามารถและสิทธิของผู้ป่วยโรคจิตเวชมากกว่า

นอกจากนี้ ผลการศึกษาครั้งนี้ยังไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติกับปัจจัยเพศ ซึ่ง

สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Ishige & Hayashi (2005) ซึ่งพบว่า ปัจจัยเพศไม่มีผลต่อเจตคติที่มีต่อผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งในมิติด้านความรู้สึกและมิติด้านการยอมรับให้มีส่วนร่วมทางสังคม รวมถึงการศึกษาของ Yaun et. al. (2017) เกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อเจตคติของบุคลากรด้านสุขภาพจิต พบว่า ปัจจัยเพศไม่มีผลต่อเจตคติเช่นกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยนี้ คือ การประชาสัมพันธ์ส่งเสริมความรู้ด้านจิตเวชศาสตร์และการถ่ายทอดประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชแก่สังคมเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยผลักดันให้สังคมมีมุมมองความรู้สึกต่อผู้ป่วยจิตเวชและงานด้านสุขภาพจิตในทางที่ดี ตลอดจนความแตกต่างของบทบาทหน้าที่ สภาพแวดล้อมในการทำงาน ความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ในการพบเจอผู้ป่วยจิตเวชล้วนเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับเจตคติของบุคลากรด้านสุขภาพจิต ดังนั้น บุคลากรด้านสุขภาพจิตจึงควรมีการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ทำงานระหว่างกันและควรทบทวนเจตคติของตนอยู่เสมอ เพื่อพัฒนาคุณภาพระบบบริการรักษาผู้ป่วยจิตเวชต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาวิจัยโดยกำหนดชนิดโรคจิตเวชอย่างชัดเจน และควรมีการศึกษาวิจัยในรูปแบบอื่น เช่น การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสัมภาษณ์ การศึกษาวิจัยเชิงทดลอง เป็นต้น เพื่อศึกษาทำความเข้าใจความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างเจตคติต่อการเจ็บป่วยทางจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องมากขึ้น

ข้อจำกัด

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ณ ช่วงเวลาหนึ่งซึ่งใช้วิธีสุ่มตัวอย่างตามความสะดวก (convenience sampling) ทำให้ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างมีการกระจายตัวน้อยในปัจจัยด้านสาขาวิชาชีพ ประเภทสถานที่ทำงาน และเพศ ข้อค้นพบจากการศึกษานี้จึงไม่สามารถนำไปขยายผลแทนเจตคติ

ของบุคลากรด้านสุขภาพจิตทั้งประเทศได้ ประกอบ
กับเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้รับการพัฒนาขึ้นมา
เป็นครั้งแรก โดยมุ่งวัดเจตคติต่อการเจ็บป่วยทางจิต
ในบริบททั่วไปเท่านั้น จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติม
ต่อไปในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาจารย์ประจำภาควิชาจิตเวช
ศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ซึ่งสละ
เวลาให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย
เจ้าหน้าที่ของหน่วยงานทุกแห่งที่ได้ประสานงานใน
การเก็บข้อมูล ตลอดจนทุนวิทยานิพนธ์บัณฑิตศึกษา
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ซึ่งได้สนับสนุน
ทุนการศึกษาเพื่อการวิจัยครั้งนี้

References

- Addison, S. J., & Thorpe, S. J. (2004). Factors involved in the formation of attitudes towards those who are mentally ill. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(3), 228-234.
- Best, J. W. (1981). *Research in education*. Englewood Cliffs New Jersey: Prentice-Hall.
- Björkman, T., Angelman, T., & Jönsson, M. (2008). Attitudes towards people with mental illness: a cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(2), 170-177.
- Chambers, M., Guise, V., Välimäki, M., Botelho, M. A., Scott, A., Staniulienė, V. & Zanotti, R. (2010). Nurses' attitudes to mental illness: a comparison of a sample of nurses from five european countries. *International Journal of Nursing Studies*, 47(3), 350-362.
- Corrigan, P., W., & Watson, A., C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16-20.
- Ishige, N., & Hayashi, N. (2005). Occupation and social experience: factors influencing attitude towards people with schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59(1), 89-95.
- Kingdon, D., Sharma, T., Hart, D., & Deborah Hart The Schizophrenia Subgroup of The Royal College of Psychiatrists' Changing Minds Campaign. (2004). What attitudes do psychiatrists hold towards people with mental illness? *Psychiatric Bulletin*, 28(11), 401-406.
- Kopera, M., Suszek, H., Bonar, E., Myszk, M., Gmaj, B., Ilgen, M. & Wojnar, M. (2014). Evaluating explicit and implicit stigma of mental illness in mental health professionals and medical students. *Community Mental Health Journal*, 51(5), 628-634.
- Lauber, C., Nordt, C., & Braunschweig, C. (2006). Do mental health professionals stigmatize their patients? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(S429), 51-59.
- Lauber, C., Anthony, M., Ajdacic-Gross, V., & Rössle, W. (2004). What about psychiatrists' attitude to mentally ill people? *European Psychiatry*, 19(7), 423-427.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.
- Link, B. G., Yang, L. H., Phelan, J. C., & Collins, P. Y. (2004). Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 511-541.

- Magliano, L., Fiorillo, A., De Rosa, C., Malangone, C., & Maj, M. (2004). Beliefs about schizophrenia in Italy: a comparative nationwide survey of the general public, mental health professionals, and patients' relatives. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49(5), 323-331.
- Maier, T., Moergeli, H., Kohler, M., Carraro, G. E., & Schnyder, U. (2015). Mental health Professionals' attitudes toward patients with PTSD and depression. *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1), doi:10.3402/ejpt.v6.28693
- Panyayong, B. & Kerdpong bunchote, C. (2015). Stigma reduction strategies of mental illness. *Journal of Mental Health of Thailand*. 23(1), 49-60. (in Thai).
- Schulze, B. (2007). Stigma and mental health professionals: a review of the evidence on an intricate relationship. *International Review of Psychiatry*, 19(2), 137-155.
- Suraaroon samrit, B. & Panyayoung, B. (2014) The Development of mental health and psychiatric service in health areas. *Journal of Mental Health of Thailand*, 22(3), 142-156. (in Thai).
- Sutawatnatcha, S. (2016). Relationships between acceptance attitude toward psychiatric patients and perception toward psychiatric patients to communication behaviors of family of psychiatric patients. *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 30(1), 97-109. (in Thai).
- Tay, S. E., Pariyasami, S., Ravindran, K., Ali, M. I., & Rowsudeen, M. T. (2004). Nurses' attitudes toward people with mental illnesses in a psychiatric hospital in Singapore. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 42(10), 40-47.
- Wahl, O., & Aroesty-Cohen, E. (2010). Attitudes of mental health professionals about mental illness: a review of the recent literature. *Journal of Community Psychology*, 38(1), 49-62.