

ความรู้ เจตคติ และทักษะทางความคิดของอาจารย์ที่ปรึกษาต่อปัญหาสุขภาพจิตในนิสิตแพทย์  
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



นางสาวพินทอง ลิมพงศธร

สถาบันวิทยบริการ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2543


ISBN 974-13-0987-2

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

10 เม.ย. 2546

T20001435

KNOWLEDGE, ATTITUDE, AND COGNITIVE SKILL OF ACADEMIC ADVISORS  
TOWARD MENTAL HEALTH PROBLEMS IN CHULALONGKORN MEDICAL STUDENTS



Miss.Pintong Limpongstorn

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Science in Mental Health

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2000

ISBN 974-13-0987-2

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ความรู้ เจตคติ และทักษะทางความคิด ของอาจารย์ที่ปรึกษาต่อปัญหา  
สุขภาพจิตในนิสิตแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โดย

นางสาวพิณทอง ลิมพงศธร

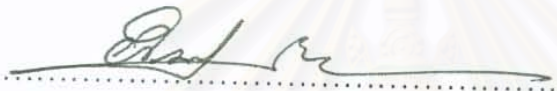
สาขาวิชา

สุขภาพจิต


อาจารย์ที่ปรึกษา

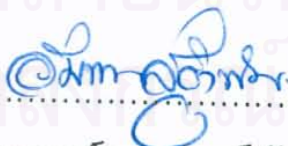
รองศาสตราจารย์นายแพทย์ อัมพล สุอำพันธ์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

  
..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์  
(ศาสตราจารย์นายแพทย์ ภิรมย์ กมลรัตนกุล)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

  
..... ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์แพทย์หญิง นันทิกา ทวิชาชาติ)

  
..... อาจารย์ที่ปรึกษา  
(รองศาสตราจารย์นายแพทย์ อัมพล สุอำพันธ์)

  
..... กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ จริยาภรณ์ สุทธิพันธ์)

พิณทอง ลิมพงศธร : ความรู้ เจตคติ และทักษะทางความคิดของอาจารย์ที่ปรึกษาต่อปัญหาสุขภาพจิตในนิสิตแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (Knowledge, Attitude, and Cognitive Skill of Academic Advisors toward Mental Health Problems in Chulalongkorn Medical Students) อาจารย์ที่ปรึกษา: รองศาสตราจารย์นายแพทย์ อัมพล สุอำพันธ์, 147 หน้า. ISBN 974-13-0987-2

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ เจตคติ และทักษะทางความคิดของอาจารย์ที่ปรึกษาต่อปัญหาสุขภาพจิตในนิสิตแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และปัจจัยส่วนบุคคลของอาจารย์ที่ปรึกษาที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ เจตคติ และทักษะทางความคิด ประชากรตัวอย่างในการศึกษา คืออาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 1 - 6 ปีการศึกษา 2543 และอาจารย์ทุกท่านที่เคยเป็นอาจารย์ที่ปรึกษามาแล้วอย่างน้อย 1 วาระนับตั้งแต่ปีการศึกษา 2523-2543 รวมทั้งสิ้น 273 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือแล้ว วิเคราะห์ข้อมูลโดยคำนวณค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปอร์เซ็นต์ไทล์ และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์โดยการคำนวณค่าไคสแควร์ ผลการวิจัยที่สำคัญมีดังนี้

1. ในภาพรวมของความรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิต อาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตแพทย์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ40.1) มีความรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิตในระดับพอใช้ ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์คือ ภาควิชาที่สังกัด สถานภาพสมรส จำนวนบุตร จำนวนครั้งที่ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา และตำแหน่งทางวิชาการ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 โดยอาจารย์ที่สังกัดภาควิชาคลินิก สถานภาพสมรสคู่ มีบุตร2คน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา4ครั้งขึ้นไป หรือมีตำแหน่งทางวิชาการเป็นอาจารย์ มีความรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิตในระดับดีในสัดส่วนที่มากกว่ากลุ่มอื่น

2. ในภาพรวมของเจตคติต่อปัญหาสุขภาพจิต อาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตแพทย์ส่วนใหญ่(ร้อยละ45.8) มีเจตคติในระดับพอใช้ ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์คือ เพศ อายุ สาขาวิชาชีพ ภาควิชาที่สังกัด อายุราชการ จำนวนครั้งที่ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา รวมเวลาที่ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา และตำแหน่งทางวิชาการ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 โดยอาจารย์เพศชาย อายุระหว่าง40-49ปี สาขาวิชาชีพแพทย์ สังกัดภาควิชาคลินิก อายุราชการ 11-15ปี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษามาแล้ว3-6ปี หรืออาจารย์ที่เป็นศาสตราจารย์ มีเจตคติในระดับดีในสัดส่วนที่มากกว่ากลุ่มอื่น

3. ในภาพรวมของทักษะทางความคิดต่อปัญหาสุขภาพจิต อาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตแพทย์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 45.8) มีทักษะทางความคิดในระดับพอใช้ ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์คือ เพศ การเข้าร่วมสัมมนาอาจารย์ที่ปรึกษา ปัญหาสุขภาพจิตของนิสิตในความดูแล และการเข้าพบของนิสิต มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 โดยอาจารย์เพศหญิง อาจารย์ที่เคยเข้าร่วมสัมมนาอาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ที่นิสิตมีปัญหาสุขภาพจิตและได้ส่งพบจิตแพทย์ หรืออาจารย์ที่นิสิตมาพบเพื่อขอปรึกษาเรื่องทั่วไป มีทักษะทางความคิดในระดับดีในสัดส่วนที่มากกว่ากลุ่มอื่น

ภาควิชา .....จิตเวชศาสตร์..... ลายมือชื่อนิสิต.....  
 สาขาวิชา.....สุขภาพจิต..... ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....  
 ปีการศึกษา..... 2543..... ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

## 4275242230 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEY WORD: KNOWLEDGE/ ATTITUDE/ COGNITIVE SKILL/ ADVISORS/ MENTAL HEALTH/ MEDICAL STUDENTS

PINTONG LIMPONGSTORN : KNOWLEDGE, ATTITUDE AND COGNITIVE SKILL OF ACADEMIC ADVISORS TOWARD MENTAL HEALTH PROBLEMS IN CHULALONGKORN MEDICAL STUDENTS.

THESIS ADVISOR : ASSO. PROF. UMPON SU-AMPUN, MD. 147 pp. ISBN 974-13-0987-2

The purposes of this descriptive study were to determine knowledge, attitudes, and cognitive skills of academic advisors toward mental health problems in Chulalongkorn medical students, and to examine their relationships with personal factors. The study samples were 273 academic advisors of medical students from the academic year 1980 to 2000. The pre-tested self-administered questionnaire developed by researcher was employed. Statistical methods used in data analysis included percent, mean, standard deviation, percentile, and Chi-square test. Research results were as follows:

1. Knowledge regarding mental health problems of the majority of advisors was at the fair level (40.1%). Personal factors that had statistically significant relationship with knowledge of mental health problems were department, marital status, number of child in the family, frequencies of being academic advisor, and academic position. These advisors who were: being in clinical departments, married, having 2 children, being advisors more than 4 times, or being instructors, had a proportion in high level of knowledge more than other groups.

2. Most of the advisors' attitudes toward mental health problems were at the fair level (45.8%). Personal factors that had statistically significant relationship with attitudes toward mental health problems were sex, age, occupation, department, academic experience, frequencies of being academic advisor, total period of time being academic advisor, and academic position. These advisors who were: male, 40-49 years of ages, being doctors, being in clinical departments, having 11-15 years in academic experiences, being advisors at first time, being advisors less than 3 years, or being professors, had a proportion in high level of attitudes more than other groups.

3. Most of the advisors' cognitive skills in mental health problems were at the fair level (45.8%). Personal factors that had statistically significant relationship with cognitive skills in mental health problems were sex, advisor seminar participation, students' mental health, and students' purpose for attending. These advisors who were: female, attendants in advisor seminars, referrers of students with mental health problems to be treated by psychiatrist, or attended by students for consulting general problems, had a proportion in high level of cognitive skills more than other groups.

Department..... Psychiatry..... Student's signature .....

Field of study..... Mental Health..... Advisor's signature .....

Academic year..... 2000..... Co-advisor's signature .....



## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งของอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์นายแพทย์ อัมพล สุอำพัน ที่ได้ให้คำแนะนำในทุกเรื่อง และตรวจแก้ไขด้วยความเอาใจใส่อย่างดีมาโดยตลอด ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์จริยาภรณ์ สุทธิพันธ์ ที่ได้กรุณาเป็นคณะกรรมการในการสอบวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ พร้อมทั้งให้คำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไขเป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่กรุณาตอบแบบสอบถามการวิจัย และ อาจารย์จากภาควิชาต่างๆ ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาให้สัมภาษณ์เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถาม รวมทั้งคณาจารย์ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้แก่ผู้วิจัย ขอขอบพระคุณ คุณอรุณพร ตระกูลมุกทอง ที่ได้ให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์ ให้กำลังใจ และให้ความช่วยเหลืออย่างยิ่งแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด และเนื่องจากทุนการวิจัยในครั้งนี้บางส่วนได้รับมาจากทุนอุดหนุนการวิจัยของบัณฑิตวิทยาลัยจึงขอขอบพระคุณมา ณ ที่นี้ด้วย

ขอขอบคุณเพื่อนๆปริญญาโทสาขาสุขภาพจิตรุ่น 12 ทุกคน สำหรับคำปรึกษา คำแนะนำ กำลังใจ รวมทั้งประสบการณ์อันประทับใจที่มอบให้แก่ผู้วิจัย ตลอดช่วงเวลาในการศึกษา และการทำวิทยานิพนธ์ ขอขอบคุณ คุณศรีสกุล ชมสวัสดิ์ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ทุกท่านที่ได้ให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในทุกๆเรื่องเป็นอย่างดี ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ธุรการของทุกภาควิชาที่ได้ให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลครั้งนี้

กราบขอบพระคุณบุคคลสำคัญยิ่งในชีวิตของผู้วิจัย อันได้แก่ คุณปู่คุณย่า และ บิดามารดา ผู้มอบความรักความห่วงใย และให้การสนับสนุนอย่างดีตลอดมาในเรื่องการศึกษา รวมทั้งเป็นกำลังใจอันสำคัญ ในทุกเวลาของผู้วิจัย และขอขอบคุณ คุณสกวเดือน คุณพัชราภา และคุณพิชญ์สิทธิ์ ลิ้มพงศธร สำหรับกำลังใจ ความห่วงใย และความช่วยเหลือในทุกเรื่อง ทุกเวลา จนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยดี

พิณทอง ลิ้มพงศธร

## สารบัญ

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฉ

## บทที่

1. บทนำ.....	1
1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 คำถามการวิจัย.....	3
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
1.4 สมมติฐานการวิจัย.....	4
1.5 ขอบเขตในการวิจัย.....	4
1.6 ข้อจำกัดในการวิจัย.....	4
1.7 การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติที่จะใช้ในการวิจัย.....	5
1.8 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	5
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	6
2.1 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิชาการ.....	6
2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับหน้าที่ของอาจารย์ที่ปรึกษาวิชาการ.....	12
2.3 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับสุขภาพจิต.....	16
2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตในนิสิตแพทย์.....	22
2.5 ความรู้ เจตคติ และทักษะทางความคิด.....	28
2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ ความรู้ เจตคติ ทักษะทางความคิด ต่อปัญหาสุขภาพจิต.....	33
3. วิธีดำเนินการวิจัย.....	36
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	36
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	36
3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	39
3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	40

## สารบัญ (ต่อ)

### บทที่

4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	41
4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของอาจารย์ที่ปรึกษา.....	42
4.2 ความรู้ของอาจารย์ที่ปรึกษาต่อปัญหาสุขภาพจิต.....	45
4.3 เจตคติของอาจารย์ที่ปรึกษาต่อปัญหาสุขภาพจิต.....	53
4.4 ทักษะทางความคิดของอาจารย์ที่ปรึกษาต่อปัญหาสุขภาพจิต.....	59
4.5 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิต.....	66
4.6 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับเจตคติต่อปัญหาสุขภาพจิต.....	81
4.7 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับทักษะทางความคิดต่อปัญหาสุขภาพจิต.....	93
5. สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	105
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	106
5.2 อภิปรายผล.....	110
5.3 ข้อเสนอแนะ.....	121
รายการอ้างอิง.....	122
ภาคผนวก.....	130
ก. ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคะแนนความรู้ เจตคติและทักษะทางความคิดต่อปัญหาสุขภาพจิตรายข้อ.....	131
ข. แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย.....	139
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	146
ประวัติผู้วิจัย .....	147





## สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่ 18	แสดงจำนวนและร้อยละของอาจารย์ที่ปรึกษาจำแนกตามระดับคะแนนเจตคติ ด้านหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต.....58
ตารางที่ 19	แสดงจำนวนและร้อยละของอาจารย์ที่ปรึกษาจำแนกตามระดับคะแนนเจตคติ ในภาพรวม.....59
ตารางที่ 20	แสดงร้อยละ และค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะทางความคิดของอาจารย์ที่ปรึกษา ในด้านการให้คำปรึกษาและพัฒนาชีวิต.....60
ตารางที่ 21	แสดงร้อยละ และ ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะทางความคิดของอาจารย์ที่ปรึกษา ในด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับนิสิต.....61
ตารางที่ 22	แสดงร้อยละ และค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะทางความคิดของอาจารย์ที่ปรึกษา ในด้านการให้ความช่วยเหลือและประสานงาน.....62
ตารางที่ 23	แสดงค่าเฉลี่ยด้านทักษะทางความคิดของอาจารย์ที่ปรึกษาต่อปัญหาสุขภาพจิต จำแนกตามด้านต่างๆ.....63
ตารางที่ 24	แสดงจำนวนและร้อยละของอาจารย์ที่ปรึกษาจำแนกตามระดับทักษะทางความคิด ในด้านการให้คำปรึกษาและพัฒนาชีวิต.....63
ตารางที่ 25	แสดงจำนวนและร้อยละของอาจารย์ที่ปรึกษาจำแนกตามระดับทักษะทางความคิด ในด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับนิสิต.....64
ตารางที่ 26	แสดงจำนวนและร้อยละของอาจารย์ที่ปรึกษาจำแนกตามระดับทักษะทางความคิด ในด้านการให้ความช่วยเหลือและประสานงาน.....64
ตารางที่ 27	แสดงจำนวนและร้อยละของอาจารย์ที่ปรึกษาจำแนกตามระดับทักษะทางความคิด ในภาพรวม.....65
ตารางที่ 28	แสดงจำนวน(ราย)อาจารย์ที่ปรึกษา จำแนกตามระดับดี ปานกลาง ต่ำและข้อคำถาม ด้านความรู้ เจตคติ และทักษะทางความคิด .....65
ตารางที่ 29	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับคะแนนความรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิต ในด้านความรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิตโดยทั่วไป.....66
ตารางที่ 30	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับคะแนนความรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิต ในด้านความรู้ต่ออาการแสดงของปัญหาสุขภาพจิต.....69
ตารางที่ 31	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับคะแนนความรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิต ในด้านความรู้ต่อการรักษา.....72
ตารางที่ 32	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับคะแนนความรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิต ในด้านความรู้ต่อหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิต.....75
ตารางที่ 33	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับคะแนนความรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิต ในภาพรวม.....78

## สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่ 34	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับคะแนนเจตคติต่อปัญหาสุขภาพจิต ในด้านเจตคติต่อปัญหาสุขภาพจิตโดยทั่วไป.....81
ตารางที่ 35	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับคะแนนเจตคติต่อปัญหาสุขภาพจิต ในด้านเจตคติต่อการรักษาปัญหาสุขภาพจิต.....84
ตารางที่ 36	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับคะแนนเจตคติต่อปัญหาสุขภาพจิต ในด้านเจตคติต่อหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต.....87
ตารางที่ 37	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับคะแนนเจตคติต่อปัญหาสุขภาพจิต ในภาพรวม.....90
ตารางที่ 38	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับคะแนนทักษะทางความคิด ต่อปัญหาสุขภาพจิตในด้านการให้คำปรึกษาและพัฒนานิสิต.....93
ตารางที่ 39	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับคะแนนทักษะทางความคิด ต่อปัญหาสุขภาพจิตในด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับนิสิต.....96
ตารางที่ 40	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับคะแนนทักษะทางความคิด ต่อปัญหาสุขภาพจิตในด้านการให้ความช่วยเหลือและประสานงาน.....99
ตารางที่ 41	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับคะแนนทักษะทางความคิด ต่อปัญหาสุขภาพจิตในภาพรวม.....102

# บทที่ 1

## บทนำ

### ที่มาและความสำคัญของปัญหา (Background and Rationale)

การสร้างบัณฑิตเป็นภารกิจที่สำคัญยิ่งของมหาวิทยาลัย ทั้งนี้มิใช่เพียงสร้างคนให้มีความรู้ทางวิชาการเท่านั้น แต่สิ่งสำคัญคือการผลิตทรัพยากรบุคคลที่เพียงพอพร้อมทั้งด้านความรู้ความสามารถ เป็นบัณฑิตที่มีประสิทธิภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม รู้จักปรับตัว และสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ และมีความสำนึกในการทำประโยชน์เพื่อส่วนรวม ช่วงเวลาที่ศึกษาในมหาวิทยาลัยจึงเป็นจังหวะที่จะพัฒนาคนให้แก่สังคม เพราะนิสิตยังเป็นวัยรุ่นตอนปลาย เป็นช่วงชีวิตที่ไวต่อการรับรู้ ไวต่อการเปลี่ยนแปลงและพัฒนา ถ้ามีกิจกรรมที่ดี มีผู้แนะแนวทางที่ดี นิสิตจะสามารถพัฒนาบุคลิกภาพ ทักษะ และพฤติกรรมไปในทางที่พึงปรารถนาได้<sup>(1)</sup> เมื่อนิสิตเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัยนั้น อาจารย์ที่ปรึกษาถือเป็นบุคคลในสถานศึกษา ที่ใกล้ชิดกับนิสิต นักศึกษามากที่สุด แต่เนื่องจากการเรียกว่าอาจารย์ที่ปรึกษาวิชาการ อาจทำให้ทั้งอาจารย์และนิสิต นักศึกษาเข้าใจว่างานที่ได้รับมอบหมายให้ทำคือ ดูแล แนะนำนิสิตทางด้านลงทะเบียนเรียน เท่านั้น ทั้งที่จริงแล้วหน้าที่โดยทั่วไปของอาจารย์ที่ปรึกษานอกจาก การสอน การวิจัย การให้บริการ สาธารณะ การให้คำปรึกษาด้านวิชาการแก่นิสิตนักศึกษา ยังรวมไปถึงการดูแลนิสิตในด้านที่ไม่เกี่ยวกับวิชาการ เช่น ปัญหาส่วนตัว ปัญหาครอบครัว และการปรับตัว อีกด้วย<sup>(2,3)</sup> และอาจกล่าวได้ว่า หน้าที่ในด้านนี้ถือเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง สำหรับการทำหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษา<sup>(4)</sup>

เนื่องจากวิชาชีพแพทย์เป็นวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยและชีวิตของมนุษย์ คุณสมบัติที่พึงปรารถนาของบุคคลที่จะเป็นแพทย์ คือ ฉลาด มีวินัย เชื่อมั่นในตนเอง มีเมตตา ใจกว้าง ที่จะยอมรับทฤษฎีใหม่ๆ มีจริยธรรมสูง ตัดสินใจและควบคุมตัวเองได้ดี<sup>(5)</sup> โรงเรียนแพทย์จึงมีหน้าที่สำคัญในการผลิตบุคลากรแพทย์ให้มีคุณภาพ ทั้งด้านความรู้ทางทฤษฎีและปฏิบัติและการมีความสุขสมบูรณ์ทางกาย จิตและสังคม โคมส์ (Coombs:1994)<sup>(6)</sup> เสนอแนวความคิดว่าการพัฒนาไปสู่การเป็นแพทย์ที่สมบูรณ์นั้น จะต้องมีคุณสมบัติที่เกี่ยวเนื่องกันระหว่าง เฮด แฮนด์ และฮาร์ท (head, hands and heart) คือมีความรู้ สามารถวินิจฉัยโรคและรู้วิธีการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม มีทักษะในการตรวจรักษา และทำหัตถการต่างๆ รวมทั้งมีอารมณ์ที่เหมาะสม แต่ในการเรียนแพทย์มักจะเน้นแต่เพียง 2 ด้าน คือ ด้านความรู้ และทักษะ โดยละเลยการพัฒนาทางอารมณ์ (emotional development) ประกอบกับสภาพการเรียนแพทย์ถือเป็นสภาพที่ก่อให้เกิดความเครียดสูง<sup>(7,8)</sup> เนื่องจากมีเนื้อหาวิชาที่ต้องท่องจำมาก การนอนหลับพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ สภาพการเรียนที่ไม่ส่งเสริมให้นักศึกษาเติบโตเป็นผู้ใหญ่

การขาดการให้กำลังใจ และการขาดแบบอย่างที่ถูกต้อง<sup>(7)</sup> นักศึกษาแพทย์จึงถือเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการป่วยทางจิต และมีแนวโน้มของการมีปัญหาการปรับตัวค่อนข้างสูง<sup>(6,9)</sup>

ในต่างประเทศได้มีการศึกษาจำนวนมากเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตและการปรับตัวของนักศึกษาแพทย์<sup>(10-17)</sup> ซึ่งปัญหาส่วนมากที่พบได้แก่ ปัญหาด้านการปรับตัว ปัญหาทางอารมณ์ ความวิตกกังวล อาการย้ำคิดย้ำทำ และปัญหาด้านบุคลิกภาพ โดยนักศึกษาแพทย์ส่วนมากยังต้องการกำลังใจ ความเห็นอกเห็นใจ และการตอบสนองทางอารมณ์จากบุคคลสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเกิดความเครียด เพื่อเป็นสิ่งเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจในการเผชิญปัญหา<sup>(5)</sup> โรงเรียนแพทย์ต่างๆจึงได้มีการจัดตั้งนโยบายส่งเสริมสุขภาพจิตของแพทย์และนักศึกษาแพทย์ขึ้น เช่น ในประเทศออสเตรเลีย มหาวิทยาลัยต่างๆในรัฐนิวเซาท์เวลส์ ได้มีการจัดตั้งโครงการส่งเสริมสุขภาพจิตสำหรับโรงเรียนแพทย์ขึ้น(NSW Doctors' mental health Program)<sup>(18)</sup> เพื่อส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู รวมทั้งศึกษาวิจัย ทางด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาแพทย์ มหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย ในสหรัฐอเมริกาได้มีการจัดตั้ง UCLA Mental Health services for Physicians-in-Training (MHSPT)<sup>(13)</sup> เพื่อให้ให้บริการด้านการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในนักศึกษาแพทย์ในรูปแบบของการจัดกิจกรรมต่างๆ โดยเชื่อว่าจะสามารถเพิ่มความผาสุก(Well-being)ของนักศึกษาแพทย์ และลดปัญหาทางอารมณ์ลงได้ นอกจากนี้ ที่ University of Arkansas for Medical Sciences (UAMS)<sup>(19)</sup> ได้มีบริการทางด้านสุขภาพจิต (Medical Student Mental Health Services Program) แบบครบวงจร แก่นักศึกษาแพทย์ตั้งแต่ปี 1992 โดยเน้นเรื่องการจัดให้มี social support system ทั้งในรูปแบบที่เป็นกลุ่มที่ปรึกษา กลุ่มเพื่อน และการเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับ

สำหรับผลการวิจัยเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษาแพทย์ในประเทศไทย นั้น สอดคล้องกับผลการวิจัยของต่างประเทศเช่นกัน คือ พบปัญหาด้านอารมณ์ การปรับตัวกับเพื่อน การปรับตัวด้านการเรียน ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล อาการย้ำคิดย้ำทำ และการป่วยด้วยโรคทางจิตเวชต่างๆ<sup>(7,8,20-22)</sup> โดยอัตราการป่วยทางจิตในนักศึกษาแพทย์เท่ากับ17.9ต่อพันต่อปี<sup>(7)</sup> การเจ็บป่วยทางจิตของนักศึกษาแพทย์ ถือเป็นการสูญเสียทรัพยากรบุคคลซึ่งกำลังเป็นที่ต้องการของประเทศตามนโยบายการเร่งรัดการผลิตแพทย์ และเป็นการสูญเสียงบประมาณจำนวนมากอีกด้วย จากการศึกษาของอัจฉรา จรัสสิงห์ พบว่า คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยใช้ต้นทุนในการผลิตบัณฑิตแพทย์ ในปีการศึกษา2537 สูงถึง 787,182.32 บาทต่อคน โรงเรียนแพทย์หลายแห่งได้ให้ความสำคัญกับสุขภาพจิตของนักศึกษาแพทย์ โดยมีการจัดตั้งระบบอาจารย์ที่ปรึกษาขึ้น ซึ่งในครั้งแรกนั้นเพื่อที่จะดูแลนิสิตในทุกๆด้าน ทั้งด้านการเรียน และด้านอื่นๆ คือ การช่วยเหลือนักศึกษาแพทย์ที่มีปัญหาทางด้านการปรับตัวและปัญหาสุขภาพจิตในระยะเริ่มแรก



ด้วย<sup>(20,21)</sup> เมื่อทำการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของนักศึกษาแพทย์นั้นพบว่า อาจารย์ที่ปรึกษาถือเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญ<sup>(8,20,21)</sup> กล่าวคือ ความสัมพันธ์ที่ีระหว่างนิสิตกับอาจารย์ที่ปรึกษา ความถี่ในการพบกัน ความเป็นกันเองของอาจารย์ การดูแลเอาใจใส่ทั้งในเรื่องทางสังคม และเรื่องการเรียนรู้ เป็นสิ่งที่นักศึกษาแพทย์มีความเห็นตรงกันว่าเป็นสิ่งจำเป็น<sup>(21,23)</sup>

อาจารย์ที่ปรึกษาจึงถือเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญ ในการพัฒนานิสิตในทุกด้าน ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสุขภาพจิต โดย ศรีทอง(Srithong :1997)<sup>(24)</sup> กล่าวว่าอาจารย์ที่ปรึกษาควรจะได้ผ่านการฝึกอบรมให้มีความรู้ในบทบาทหน้าที่ มีเจตคติที่ดี และมีทักษะในการให้บริการช่วยเหลือเบื้องต้น ดังนั้น ในการดูแลนิสิตด้านสุขภาพจิต อาจารย์ที่ปรึกษาจึงควรจะต้องมีความรู้ที่ถูกต้อง มีเจตคติที่ดี และมีทักษะในการให้ความช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่นิสิตมากที่สุด แต่อย่างไรก็ตาม อาจารย์ที่ปรึกษาของนักศึกษาแพทย์แตกต่างจากอาจารย์ที่ปรึกษาของนักศึกษาคณะอื่นๆ โดยกิลเบิร์ต (Gilbert :1979)<sup>(25)</sup> ได้กล่าวถึงงานของอาจารย์ในโรงเรียนแพทย์ไว้ว่า ต้องดำเนินการวิจัยทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งรวมถึง การเขียนรายงานและบทความต่างๆเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ ต้องวางแผน และควบคุมดูแลการปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการและหอผู้ป่วย และต้องเป็นผู้สอน อันหมายถึง การเตรียมการสอน การบรรยาย และการดูแลนิสิตด้วย ซึ่งการให้บริการที่ดีกับการสอนและการวิจัยนั้น ถือเป็นสิ่งที่มีร่วมกันอย่างแยกกันมิได้ บุญนภาพลายสนิทเสรีกุล และเฉลิม วราวิทย์<sup>(26)</sup> ได้ศึกษาเกี่ยวกับภาระงานของอาจารย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่า ภาระหน้าที่ของอาจารย์ที่ทำหน้าที่สอนเป็นหลักเท่ากับ 32.44 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ซึ่งกล่าวได้ว่าเป็นการใช้เวลาในการทำงานอย่างเต็มที่นอกจากนี้ อาจารย์ที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษายังต้องคอยดูแลเอาใจใส่ และให้การปรึกษาเรื่องต่างๆแก่นิสิตอีกด้วย

การวิจัยในครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาความรู้ เจตคติ และทักษะทางความคิดของอาจารย์ที่ปรึกษาต่อปัญหาสุขภาพจิตในนิสิตแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยผลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน และเป็นประโยชน์ในการพัฒนาอาจารย์ที่ปรึกษาให้เป็นผู้มีความรู้ เจตคติ และทักษะทางความคิดต่อปัญหาสุขภาพจิตในนิสิตแพทย์ที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อให้สามารถดูแลและช่วยเหลือนิสิตที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น



### คำถามการวิจัย (Research Questions)

- 1) อาจารย์ที่ปรึกษามีความรู้ เจตคติ และทักษะทางความคิดต่อปัญหาสุขภาพจิตในนิสิตแพทย์อย่างไร
- 2) ปัจจัยส่วนบุคคลของอาจารย์ที่ปรึกษาปัจจัยใดบ้าง ที่มีความสัมพันธ์กับ ความรู้ เจตคติ และทักษะทางความคิดของอาจารย์ที่ปรึกษาต่อปัญหาสุขภาพจิตในนิสิตแพทย์

### วัตถุประสงค์การวิจัย (Objectives)

- 1) เพื่อศึกษาความรู้ เจตคติ และทักษะทางความคิดของอาจารย์ที่ปรึกษาต่อปัญหาสุขภาพจิตในนิสิตแพทย์
- 2) เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของอาจารย์ที่ปรึกษาที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ เจตคติ และทักษะทางความคิดต่อปัญหาสุขภาพจิตในนิสิตแพทย์

### สมมติฐานการวิจัย (Hypothesis)

ปัจจัยส่วนบุคคลของอาจารย์ที่ปรึกษาได้แก่ ภาควิชาที่สังกัด สาขาวิชาชีพ เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนบุตร อายุราชการ ช่วงเวลาที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา รวบรวมระยะเวลาที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา จำนวนครั้งที่ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ตำแหน่งทางวิชาการ การเข้าร่วมสัมมนา อาจารย์ที่ปรึกษา ปัญหาสุขภาพจิตของนิสิตในความดูแล และการเข้าพบของนิสิต มีความสัมพันธ์กับความรู้ เจตคติ และทักษะทางความคิดต่อปัญหาสุขภาพจิตในนิสิตแพทย์

### ขอบเขตในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความรู้ เจตคติ และทักษะทางความคิดของอาจารย์ที่ปรึกษาต่อปัญหาสุขภาพจิตในนิสิตแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ประชากรตัวอย่างในการศึกษา คือ อาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 1-6 ปีการศึกษา 2543 และอาจารย์ที่เคยเป็นอาจารย์ที่ปรึกษามาแล้วอย่างน้อย 1 วาระ ตั้งแต่ปีการศึกษา 2523-2543 (เท่าที่มีบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร ณ หน่วยทะเบียนคณะแพทยศาสตร์) จำนวนทั้งสิ้น 298 ท่าน โดยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว

### ข้อจำกัดในการวิจัย (Limitations)

1. การวิจัยครั้งนี้ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเองแล้วผู้วิจัยไปรับคืน จึงไม่สามารถควบคุมอัตราการตอบกลับคืน (Response Rate) ได้
2. ข้อมูลที่ได้มาจากผู้สมัครใจตอบแบบสอบถาม จึงไม่สามารถควบคุมอคติที่อาจเกิดขึ้นจากกลุ่มตัวอย่าง ( Volunteer Bias) ได้
3. แบบสอบถามที่ไม่ได้รับกลับคืน มาจากกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และกลุ่มตัวอย่างที่ลาศึกษาต่อต่างประเทศ ไปต่างประเทศ หรือลาเขียนตำรา ซึ่งผู้วิจัยไม่สามารถติดตามได้
4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองและตรวจสอบคุณภาพแล้ว แต่ยังมีข้อจำกัดบางประการ ที่อาจทำให้ผลการวิจัยที่ได้คลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริง

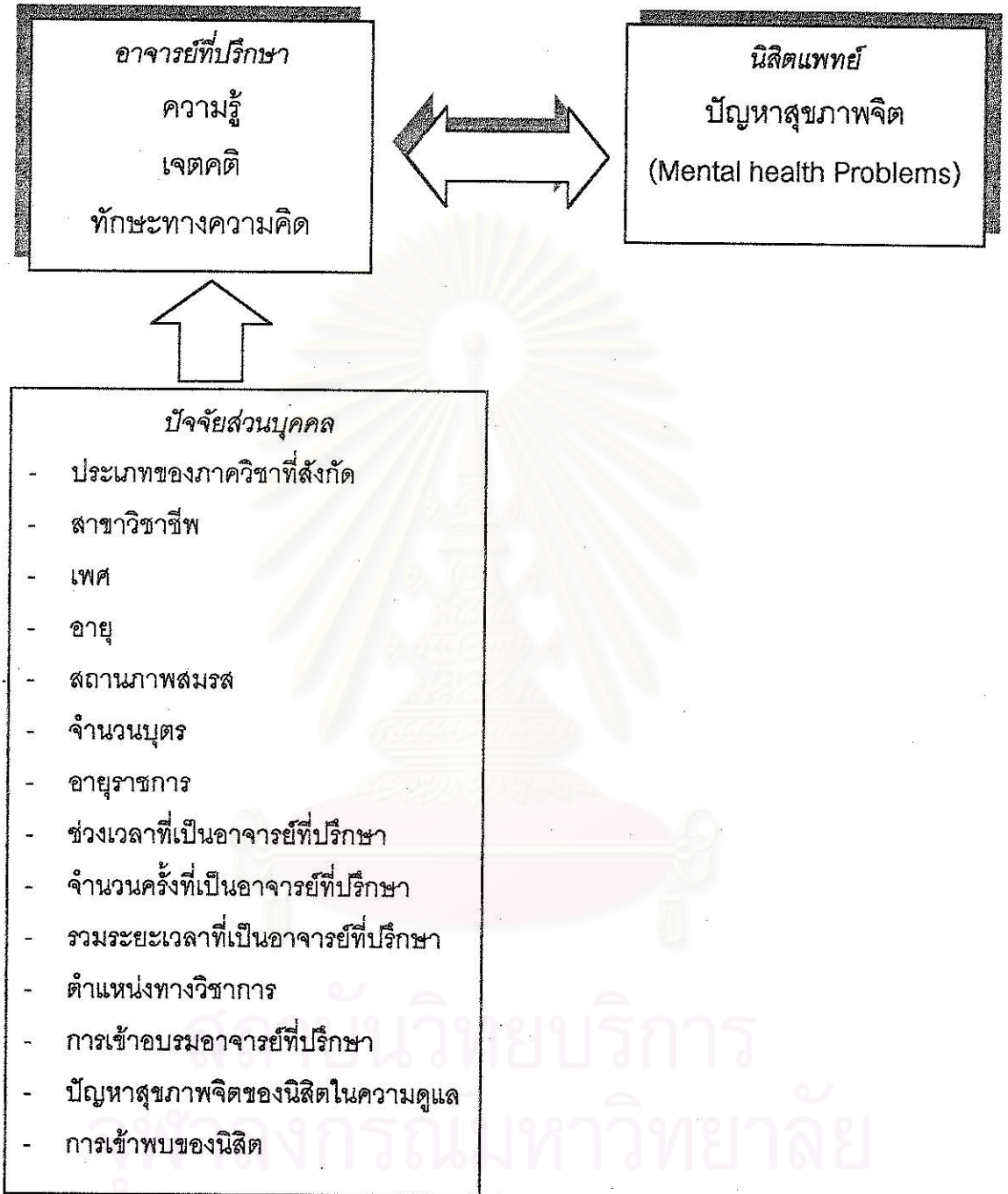
### การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติที่ใช้ในการวิจัย (Operational Definitions)

1. อาจารย์ที่ปรึกษา (Academic Advisor) หมายถึง อาจารย์สังกัดคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่เป็นอาจารย์ปรึกษาวิชาการของนิสิตแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้นปีที่1-6 ในปีการศึกษา 2543 และอาจารย์ที่เคยเป็นอาจารย์ที่ปรึกษามาแล้วอย่างน้อย 1 วาระ คือ 6 ปี ในช่วงปีการศึกษา 2523-2543
2. ปัญหาสุขภาพจิต หมายถึง ปัญหาต่างๆทางร่างกาย สังคม อารมณ์และจิตใจ ที่แสดงให้เห็นถึงความบกพร่องทางสุขภาพจิต
3. ความรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิต หมายถึง ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต จำแนกเป็นระดับดี ปานกลาง พอใช้
4. เจตคติต่อปัญหาสุขภาพจิต หมายถึง ความรู้สึกทางจิตใจที่มีต่อปัญหาสุขภาพจิต ในลักษณะชอบ ไม่ชอบ พอใจ ไม่พอใจ จำแนกเป็นระดับดี ปานกลาง พอใช้
5. ทักษะทางความคิดต่อปัญหาสุขภาพจิต หมายถึง ทักษะในการคิดว่าจะปฏิบัติอย่างไร ในสถานการณ์เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต จำแนกเป็นระดับดี ปานกลาง พอใช้

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (Expected Benefit and Application)

1. เพื่อให้ทราบระดับ ความรู้ เจตคติ และทักษะทางความคิดของอาจารย์ที่ปรึกษาต่อปัญหาสุขภาพจิตในนิสิตแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. เพื่อเป็นประโยชน์แก่คณะแพทยศาสตร์ในการพัฒนาระบบอาจารย์ที่ปรึกษาให้สามารถช่วยเหลือนิสิตทางด้านปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความรู้ เจตคติ และทักษะทางความคิดของอาจารย์ที่ปรึกษาต่อปัญหาสุขภาพจิตในนิสิตแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในหัวข้อต่างๆดังต่อไปนี้

1. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิชาการ
2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับหน้าที่ของอาจารย์ที่ปรึกษาวิชาการ
3. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับสุขภาพจิต
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตในนิสิตแพทย์
5. ความรู้ เจตคติ และทักษะทางความคิด
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ ความรู้ เจตคติ ทักษะต่อปัญหาสุขภาพจิต

#### 1. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับอาจารย์ที่ปรึกษา

ลำเนาวัลย์ ขจรศิลป์<sup>(3)</sup> ได้แบ่งหน้าที่ของอาจารย์ที่ปรึกษาไว้ 3 ด้าน คือ

##### 1. หน้าที่ของอาจารย์ที่ปรึกษาด้านวิชาการ

- ให้การปรึกษาแนะนำนิสิตนักศึกษาเกี่ยวกับหลักสูตรและการเลือกวิชาเรียน
- ให้คำแนะนำนิสิตนักศึกษาเกี่ยวกับการลงทะเบียนวิชาเรียน
- ควบคุมการลงทะเบียนเรียนของนิสิตนักศึกษาให้เป็นไปตามระเบียบข้อบังคับ
- ให้คำปรึกษาแก่นิสิตนักศึกษาเพื่อเลือกวิชาเอก-โท และการวางแผนการศึกษาให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์
- ให้การแนะนำนิสิตนักศึกษาเกี่ยวกับวิธีการเรียน การค้นคว้า และติดตามผลการเรียนของนิสิตนักศึกษาอย่างสม่ำเสมอ
- ทักท้วงการลงทะเบียนเรียนบางวิชาของนิสิตนักศึกษา เมื่อพิจารณาเห็นว่าลงทะเบียนเรียนวิชานั้นๆไม่เหมาะสม
- ให้การปรึกษาแนะนำหรือตักเตือน เมื่อผลการเรียนของนิสิตนักศึกษาต่ำลง

- ให้การปรึกษาแนะนำและช่วยเหลือนิสิตนักศึกษาเพื่อการแก้ไขอุปสรรคปัญหาในการเรียนวิชาต่างๆ
- ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคิดค่าคะแนนระดับเฉลี่ยของนิสิตนักศึกษา
- ให้การปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับการศึกษาต่อในระดับสูง

## 2. หน้าที่ของอาจารย์ที่ปรึกษาด้านบริการและพัฒนาการศึกษา

- ให้การแนะนำเกี่ยวกับระเบียบข้อบังคับและบริการต่างของมหาวิทยาลัยและชุมชน
- ให้การปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาส่วนตัว ได้แก่ ปัญหาสุขภาพอนามัย ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต
- ให้การปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาสังคม เช่น ปัญหาการปรับตัวในสังคม ปัญหาการคบเพื่อน
- ให้การปรึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาบุคลิกภาพ ความประพฤติ และจริยธรรม
- ให้การปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาด้านอาชีพ ได้แก่ การให้ข้อมูลในแง่มุมมองต่างๆ เช่น ลักษณะของงาน สภาพแวดล้อมของงาน ตลาดแรงงาน ตลอดจนจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพที่นิสิตกำลังศึกษาอยู่
- ให้การแนะนำเกี่ยวกับการเข้าร่วมกิจกรรมนิสิตนักศึกษา

## 3. หน้าที่ของอาจารย์ที่ปรึกษาด้านอื่นๆ

- พิจารณาคำร้องต่างๆของนิสิตนักศึกษาและดำเนินการให้ถูกต้องตามระเบียบ
- ประสานงานกับอาจารย์และผู้สอนหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะกองกิจการนิสิตนักศึกษา กองบริการการศึกษา เพื่อช่วยเหลือและเพื่อประโยชน์ของนิสิตนักศึกษา
- กำหนดเวลาให้นิสิตนักศึกษาเข้าพบเพื่อขอคำปรึกษาแนะนำอย่างสม่ำเสมอ
- เก็บข้อมูลรายละเอียดของนิสิตนักศึกษาที่อยู่ในความรับผิดชอบ เพื่อใช้กับระเบียบสะสมของนิสิตนักศึกษา
- สร้างสัมพันธภาพและความเข้าใจอันดีระหว่างนิสิตนักศึกษา อาจารย์ คณะ และมหาวิทยาลัย
- ให้การรับรองนิสิตนักศึกษา เมื่อนิสิตนักศึกษาต้องการนำไปแสดงแก่ผู้อื่น
- ป้อนข้อมูลย้อนกลับ(feedback)มายังผู้บริหารและคณะกรรมการอาจารย์ที่ปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาต่างๆของนิสิตนักศึกษา
- ให้ความร่วมมือกับคณะกรรมการอาจารย์ที่ปรึกษา
- ชี้แจงให้นิสิตนักศึกษาเข้าใจหน้าที่ของอาจารย์ที่ปรึกษา และหน้าที่ของนิสิตนักศึกษาต่ออาจารย์ที่ปรึกษา
- ให้กรณีที่นิสิตนักศึกษาแต่งกายไม่เรียบร้อยหรือมีความประพฤติไม่เหมาะสม อาจารย์ที่ปรึกษาต้องตักเตือน



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย<sup>(2)</sup> ได้กล่าวถึงภารกิจของอาจารย์ที่ปรึกษาไว้ใน คู่มืออาจารย์ที่ปรึกษา จท95 ว่า อาจารย์ที่ปรึกษามีภารกิจในการให้คำปรึกษา แนะนำ และดูแลนิสิตที่อยู่ในความรับผิดชอบ ใน 2 ด้านคือ

1. ด้านเกี่ยวกับการเรียน อาจารย์ที่ปรึกษาจำเป็นต้องมีความเข้าใจในเรื่องต่างๆ เพื่อให้สามารถให้คำแนะนำแก่นิสิตได้อย่างถูกต้อง ในเรื่องต่างๆดังนี้

- 1) ระบบการศึกษาและระเบียบเกี่ยวกับการศึกษา
- 2) หลักสูตรและโปรแกรมการศึกษา
- 3) เอกสารที่ใช้ศึกษาประกอบการลงทะเบียนเรียน
- 4) การให้คำปรึกษาและความเห็นชอบในการลงทะเบียนเรียน
- 5) การตรวจผลการลงทะเบียนเรียน
- 6) การติดตามผลการศึกษา
- 7) การให้ความเห็นของอาจารย์ที่ปรึกษาในคำร้องของนิสิต
- 8) การเข้าสังกัดหรือเปลี่ยนสังกัดการศึกษา
- 9) การขอจบการศึกษา
- 10) การจัดแฟ้มประจำตัวนิสิต

2. ด้านอื่นๆ

นอกเหนือจากการที่อาจารย์ที่ปรึกษาได้เอาใจใส่ดูแล ให้คำปรึกษา แนะนำแก่นิสิตในด้านเกี่ยวกับการเรียนแล้วอาจารย์ที่ปรึกษาควรกำหนดชั่วโมงปฏิบัติงาน (office hours) เพื่อให้ นิสิตสามารถเข้าพบเพื่อปรึกษาปัญหา ทั้งด้านเกี่ยวกับการเรียน และปัญหาอื่นๆ

อาจารย์ที่ปรึกษาอาจให้คำปรึกษาปัญหาด้านอื่นๆแก่นิสิต โดยศึกษาข้อมูลและประสานงานกับหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องกับนิสิต เช่น ฝ่ายกิจการนิสิตของคณะ สำนักงานนิสิตสัมพันธ์ ในเรื่องดังต่อไปนี้

- 1) พุนการศึกษาและสวัสดิการ
- 2) การศึกษาวิชาทหารและการผ่อนผัน
- 3) การให้คำปรึกษาแนะนำด้านการปรับตัวของนิสิต
- 4) การตัดเตือนนิสิตในด้านมารยาทและการแต่งกาย
- 5) การแนะนำเรื่องการศึกษาต่อหรือการหางานทำ



### การให้คำปรึกษาแนะนำด้านการปรับตัวของนิสิต

การที่นิสิตอยู่ในวัยที่ต้องเผชิญกับการปรับตัวหลายด้าน เช่น การปรับตัวจากวัยรุ่นไปสู่วัยผู้ใหญ่ตอนต้น ต้องปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมใหม่ในมหาวิทยาลัย โดยเฉพาะนิสิตบางคนที่ไม่ได้อยู่ใกล้ชิดกับบิดามารดา เมื่อประสบปัญหาต่างๆ นิสิตอาจต้องการการแนะนำ การดูแล ตลอดจนกำลังใจจากอาจารย์ที่ปรึกษา ซึ่งเป็นผู้ใหญ่ที่ใกล้ชิดและนิสิตให้ความไว้วางใจมาก ดังนั้น อาจารย์ที่ปรึกษาควรเป็นที่พึ่งเบื้องต้น ในการให้คำปรึกษาแนะนำแก่นิสิตในทุกๆ ด้าน ทั้งการเรียน ส่วนตัว และสังคม

ในกรณีที่นิสิตมีปัญหาซึ่งต้องการผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านในการให้ความช่วยเหลือ อาจารย์ที่ปรึกษาอาจส่งต่อ หรือแนะนำให้นิสิตไปติดต่อที่หน่วยการปรึกษาและพัฒนานิสิต สำนักงานนิสิตสัมพันธ์ ชั้น 3 อาคารจุลจักรพงษ์ ซึ่งมีอาจารย์ทางด้านจิตวิทยาการปรึกษาและจิตแพทย์ที่พร้อมจะให้ความช่วยเหลือนิสิตทุกคน ทั้งการให้บริการปรึกษาเป็นรายบุคคล หรือบริการเป็นกลุ่ม เพื่อพัฒนาตนเองประเภทต่างๆ และบริการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์

วัลลภา เทพหัสดิน ณ อยุธยา<sup>(1)</sup> ได้แบ่งหน้าที่ของอาจารย์ที่ปรึกษา ไว้ 6 ด้าน ดังต่อไปนี้

#### 1. ด้านวิชาการ

- ดูแลให้การแนะนำเรื่องการศึกษา การจัดโปรแกรมการศึกษาตลอดทุกภาคเพื่อให้ทราบความต่อเนื่องของ การจัดรายวิชาตลอดหลักสูตร และให้เรียนตามหลักสูตรที่กำหนด
- แนะนำวิธีเรียน ให้นิสิตรู้จักวิธีการค้นคว้า ระบบหน่วยกิต การทำรายงาน การติดตามสาระ การสอน การจดคำบรรยาย ตลอดจนวิธีการสอน

#### 2. ด้านการปรับตัว

- สร้างความมั่นใจให้นิสิต แนะนำแนวทางการปรับตัวต่อสภาพแวดล้อม เพื่อน ตลอดจนการปรับตัวเข้ากับระบบระเบียบต่างๆ ในสถาบัน อาจารย์ที่ปรึกษาจะให้แนวความคิดเพื่อนิสิตจะปรับตัวได้อย่างถูกต้อง

#### 3. การพัฒนาความพร้อมเพื่อเป็นบัณฑิตที่สมบูรณ์

- ให้ข้อคิด แนะนำทางปฏิบัติตนเพื่อจะเตรียมคนไปสู่การเป็นคนที่มีสมบูรณ์ในอนาคต แนะนำพฤติกรรมตลอดจนให้มีทัศนคติที่ถูกต้องต่อสถาบัน สังคม และคนรอบตัวของนิสิต อาจารย์ที่ปรึกษาเป็นบุคคลสำคัญยิ่งที่จะช่วยให้นิสิตปรับเปลี่ยนไปในวิถีทางที่ถูกต้อง ความใกล้ชิดของอาจารย์ที่ปรึกษาจะทำให้นิสิตปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดี

#### 4. ด้านการเงิน

- อาจารย์ที่ปรึกษาควรศึกษาระเบียบเรื่องทุนต่างๆ เพื่อที่จะให้การช่วยเหลือนิสิตที่มีปัญหาการเงิน โดยอาจจะติดต่อหน่วยงานบางเวลาให้ทำในช่วงที่นิติตว่าง หรือช่วยหาทุนการศึกษา ให้ถ้าเห็นว่านิสิตมีความจำเป็นในเรื่องนี้ บางครั้งนิสิตที่มีความจำเป็นในเรื่องเงินจริงๆ จะไม่กล้าขอทุนเนื่องจากความอาย ดังนั้นอาจารย์ที่ปรึกษาจึงจำเป็นต้องใช้ความสังเกตและถามจากกลุ่มเพื่อนจะได้ให้ความช่วยเหลืออย่างถูกต้อง

#### 5. ด้านวินัย

- เมื่อนิสิตมีพฤติกรรมไม่ถูกต้อง ผู้ที่สถาบันการศึกษาจะติดต่อเป็นคนแรกก็คือ อาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อจะรายงานให้อาจารย์ได้ทราบวานิสิตในความดูแลมีพฤติกรรมอย่างไร หรือทำผิดวินัยอย่างไรบ้าง เช่น กรณีวิวาทกันระหว่างคณะ กรณีทุจริตในการสอบ กรณีแต่งกายผิดระเบียบ กรณีการใช้วาจาไม่เหมาะสมกับอาจารย์หรือเจ้าหน้าที่ของมหาวิทยาลัย เป็นต้น อาจารย์ที่ปรึกษาจะต้องมีหน้าที่รับผิดชอบเมื่อนิสิตเกิดปัญหาทางวินัยด้วยเช่นกัน

#### 6. ด้านปัญหาต่างๆ

- นิสิตอาจมีปัญหาส่วนตัวแตกต่างกัน อาจารย์ที่ปรึกษาจะต้องพร้อมที่จะรับฟังปัญหา ช่วยแนะนำแก้ไขปัญหาต่างๆได้ เพื่อนิสิตจะได้คลายความทุกข์ ความกังวล เกิดมีกำลังใจที่จะต่อสู้เพื่อให้สำเร็จการศึกษาได้

วินสตัน และคณะ (Winston et.al.: 1988)<sup>(27)</sup> จำแนกบทบาทอาจารย์ที่ปรึกษาเป็น 4 ด้าน โดยมีแนวคิดเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาวิชาการ เพื่อมุ่งเน้นการพัฒนา นิสิตนักศึกษา (Student Development) และให้ความสำคัญแก่นิสิตนักศึกษาเป็นรายบุคคล โดยเห็นว่าบทบาทของอาจารย์ที่ปรึกษาควรเป็นไปเพื่อการตอบสนองความต้องการของนิสิตนักศึกษา เพื่อส่งเสริมให้นิสิตนักศึกษาพัฒนาตนเองได้อย่างเต็มศักยภาพ บทบาทของอาจารย์ที่ปรึกษาวิชาการจึงเน้นการพัฒนา นิสิตนักศึกษาในทุกด้าน ซึ่งเป็นแนวคิดที่แตกต่างไปจากอดีตที่มุ่งทางวิชาการเป็นหลัก บทบาทของอาจารย์ที่ปรึกษาวิชาการจึงมีความสำคัญและจำเป็นมากขึ้น โดยแนวคิดนี้ได้จำแนกบทบาทของอาจารย์ที่ปรึกษาวิชาการออกเป็นด้านต่างๆ 4 ด้านดังนี้

1. บทบาทด้านการแนะนำและให้คำปรึกษา ได้แก่ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโปรแกรมการศึกษา หลักสูตร รายวิชา แนวทางในการศึกษาต่อ การประกอบอาชีพ วิธีการปรับตัว การใช้ชีวิตในมหาวิทยาลัย รูปแบบและวิธีการศึกษาในระดับอุดมศึกษา แนะนำเกี่ยวกับกฎระเบียบ ข้อบังคับของ

สถาบันที่ควรทราบ รวมทั้งข้อมูลด้านกิจการนิสิตนักศึกษา นอกจากนี้อาจารย์ที่ปรึกษาวิชาการควรกระตุ้นให้นิสิตนักศึกษารู้จักกำหนดเป้าหมายชั้กำหนดเป้าหมายตนเองและการให้คำปรึกษาแนะนำ นั้น ควรคำนึงถึงความต้องการของนิสิตนักศึกษาเป็นหลัก

2. บทบาทด้านการพัฒนานิสิตนักศึกษา ได้แก่ การแสวงหาวิธีการในการพัฒนานิสิตนักศึกษาในความดูแลให้มีคุณลักษณะของบัณฑิตที่พึงประสงค์ซึ่งสถาบันได้กำหนดไว้ การพัฒนานิสิตนักศึกษาของอาจารย์ที่ปรึกษาวิชาการอาจทำได้ในหลายรูปแบบ เช่น การเป็นแบบอย่างที่ดีแก่นิสิตนักศึกษาในด้านบุคลิกภาพ การตรงต่อเวลา ความรับผิดชอบ การใช้ภาษา การตกแต่งหรือแนะนำแนวทางที่เหมาะสมเมื่อพบข้อบกพร่องของนิสิตนักศึกษา กระตุ้นให้นิสิตนักศึกษารู้จักคิดและตัดสินใจด้วยตนเอง มีการติดตามประเมินพัฒนาการของนิสิตนักศึกษาในทุกด้าน ตลอดระยะเวลาที่ศึกษาอยู่ในมหาวิทยาลัย

3. บทบาทด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับนิสิตนักศึกษา ได้แก่ การสร้างความรู้สึกอบอุ่นและเป็นกันเองเพื่อให้นิสิตนักศึกษาเกิดความรู้สึกสบายใจและมั่นใจเมื่อมาพบอาจารย์ที่ปรึกษาซึ่งจะช่วยให้ นิสิตนักศึกษากล้าเปิดเผยข้อมูลและความคิดเห็นต่างๆแก่อาจารย์ที่ปรึกษา ทั้งนี้อาจารย์ที่ปรึกษาควร จัดหารูปแบบกิจกรรมต่างๆในการเสริมสร้างความสัมพันธ์อันดี ได้แก่การจัดเวลา และการนัดพบระหว่างอาจารย์ที่ปรึกษากับนิสิตนักศึกษาอย่างสม่ำเสมอ การให้ความสะดวกเมื่อนิสิตนักศึกษาต้องการ เข้าพบเพื่อขอคำแนะนำ การให้ความสนใจด้วยการติดตามสอบถามความเคลื่อนไหวของนิสิตนักศึกษา ในความดูแล การให้อิสระเสรีภาพแก่นิสิตนักศึกษา ในการแสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่ เมื่อมาขอรับ คำปรึกษาจากอาจารย์ที่ปรึกษา

4. บทบาทด้านการให้ความช่วยเหลือและประสานงาน ได้แก่ การร่วมคิด ร่วมวางแผน และช่วยเหลือในเรื่องการศึกษาและปัญหาอุปสรรคของนิสิตนักศึกษา โดยมุ่งเน้นให้นิสิตนักศึกษาสามารถตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาต่างๆได้ด้วยตนเอง นอกจากนี้อาจารย์ที่ปรึกษาวิชาการควรมีบทบาทด้านการประสานงานกับหน่วยงานต่างๆทั้งในและนอกสถาบัน เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลหรือแนวทางที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนานิสิตนักศึกษา เมื่อพบว่านิสิตนักศึกษาในความดูแลควรได้รับการพัฒนาในด้านที่ยังขาดอยู่ ตลอดจนแนะนำการใช้ทรัพยากรในสถาบันและชุมชนให้เกิดประโยชน์ได้มากที่สุด

ซิกเกอร์ริง (Chickering)<sup>(28)</sup> บทบาทอาจารย์ที่ปรึกษาวิชาการ ตามแนวคิดทฤษฎีการพัฒนานักศึกษาของซิกเกอร์ริงแบ่งได้เป็น 9 ด้าน คือ

1. ด้านการพัฒนาสมรรถนะทางด้านความรู้และสติปัญญาของนักศึกษา
2. ด้านการพัฒนาสมรรถนะทางด้านร่างกายของนักศึกษา
3. ด้านการพัฒนาสมรรถนะทางด้านสังคมของนักศึกษา
4. ด้านการพัฒนาสมรรถนะทางด้านอารมณ์ของนักศึกษา
5. ด้านการพัฒนาความเป็นตัวของตัวเองของนักศึกษา
6. ด้านการพัฒนาความมีเอกลักษณ์ของนักศึกษา
7. ด้านการพัฒนาเป้าหมายชีวิตของนักศึกษา
8. ด้านการพัฒนาบูรณาการของนักศึกษา
9. ด้านสัมพันธภาพกับนักศึกษา

นักวิชาการหลายท่านได้แบ่งหน้าที่ของอาจารย์ที่ปรึกษาไว้เป็นด้านต่างๆแตกต่างกัน ดังที่กล่าวมาแล้ว ซึ่งพอจะสรุปกว้างๆได้ 2 ด้านคือ ด้านวิชาการ และด้านไม่เกี่ยวกับวิชาการ ซึ่งบทบาทในด้านนี้ ครอบคลุมไปถึงปัญหาทางสังคมและปัญหาทางสุขภาพจิตของนิสิตด้วย

## 2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษา

นภาพร อมรชัยเจริญ (2537)<sup>(29)</sup> ได้ทำการศึกษารoles บทบาทอาจารย์ที่ปรึกษาวิชาการ สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพในมหาวิทยาลัยของรัฐตามทฤษฎีของวินสตันและคณะ พบว่า อาจารย์ที่ปรึกษาส่วนใหญ่จะให้คำปรึกษาและตักเตือนเมื่อพบว่าผลการเรียนลดต่ำลง อาจารย์จะสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเองเมื่อนิสิตเข้าพบ ทางด้านนิสิตมีความเห็นว่าสิ่งที่ปัญหาคืออาจารย์ที่ปรึกษาไม่ได้จัดตารางการเข้าพบให้นิสิต ทางด้านผู้บริหารมีความเห็นว่าอาจารย์ที่ปรึกษาจะต้องให้ความสำคัญและตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ของอาจารย์ที่ปรึกษา นิสิตควรให้ความสนใจในการเข้ารับการศึกษา เพื่อเป็นประโยชน์และแนวทางในการใช้ชีวิตในสถาบันอุดมศึกษาอย่างมีประสิทธิภาพ

วิสาลินี นุกันยา (2538)<sup>(30)</sup> ได้ศึกษาการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทอาจารย์ที่ปรึกษาของอาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า อาจารย์ที่ปรึกษาปฏิบัติหน้าที่ในการพัฒนานักศึกษา ตามทฤษฎีการพัฒนานักศึกษาของซิกเกอร์ริง ในด้านการพัฒนาสมรรถนะความรู้และสติปัญญา ด้านความเป็นตัวของตัวเอง ด้านความมีเอกลักษณ์ ด้านสัมพันธภาพ และด้าน

การบูรณาการ อยู่ในระดับสูง ส่วนการพัฒนาด้านสมรรถนะทางร่างกาย ด้านสมรรถนะทางสังคม ด้านอารมณ์ และด้านเป้าหมายในชีวิต ในระดับปานกลาง โดยอาจารย์ที่มีอายุ ประสบการณ์ในการทำงาน อาจารย์ที่ปรึกษา และเงินเดือนแตกต่างกัน มีการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทอาจารย์ที่ปรึกษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

นุชลี อุปภัย (2542)<sup>(24)</sup> ได้ศึกษาประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของอาจารย์ที่ปรึกษาในศูนย์กลางสถาบันเทคโนโลยีราชมงคล และรูปแบบที่พึงประสงค์ในการปฏิบัติงานอาจารย์ที่ปรึกษาพบว่า นักศึกษามีความเห็นว่ายามีความสามารถในการให้คำแนะนำที่เหมาะสม ในระดับปานกลาง มีความเป็นกันเองสูง แต่ยังไม่เปิดโอกาสให้นักศึกษาได้ระบายอารมณ์อย่างอิสระ อาจารย์ที่ปรึกษาในอุดมคตินั้น นักศึกษาต้องการอาจารย์ที่บุคลิกภาพดี และสามารถให้คำปรึกษาได้ทุกเรื่องมากที่สุด

พรรณนิภา ธรรมวิรัช (2527)<sup>(31)</sup> ศึกษาบทบาทอาจารย์ที่ปรึกษาสถาบันการศึกษาพยาบาลในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย พบว่า บุคคลที่นักศึกษาไปขอคำปรึกษาเมื่อมีปัญหาด้านการเรียน คือเพื่อน อาจารย์ที่สอน และอาจารย์ที่ปรึกษาตามลำดับ ส่วนบุคคลที่นักศึกษาไปขอรับคำปรึกษาเมื่อมีปัญหาส่วนตัว คือ เพื่อน รองลงมาคืออาจารย์ที่ปรึกษา โดยอาจารย์ที่ปรึกษามีความเห็นว่าย่าตนเองปฏิบัติหน้าที่ด้านที่ไม่เกี่ยวกับวิชาการในระดับมาก ซึ่งตรงข้ามกับนักศึกษาที่มีความเห็นว่าการปฏิบัติหน้าที่ของอาจารย์ด้านไม่เกี่ยวกับวิชาการอยู่ในระดับน้อย

วรรณภา ปุณฺณโชติ และ วชิรี ทรัพย์มี ( 2527)<sup>(32)</sup> ได้ศึกษาปัญหาของนักศึกษาคณะต่างๆในมหาวิทยาลัย ของรัฐ 10 แห่งและการให้บริการคำปรึกษาแนะแนว พบว่า ปัญหาที่พบมากที่สุดคือปัญหาด้านกิจกรรมและการพักผ่อนหย่อนใจ (36%) ด้านการปรับตัวกับการเรียน (25%)ด้านอารมณ์และความรู้สึกเกี่ยวกับตน (16%) ด้านบุคลิกภาพ (10%) และด้านเพื่อนและการเข้าสังคม (9%) เมื่อแยกเป็นมหาวิทยาลัยพบว่า นิสิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยต้องการปรึกษากับเพื่อนเป็นอันดับแรก (59.1%) ผู้ปกครองเป็นอันดับสอง(31.3%) และอาจารย์ที่ปรึกษาเป็นอันดับ 3 (43.2%)

ศรีทอง (Srithong :1996)<sup>(24)</sup> ได้ศึกษาสมรรถนะในการปฏิบัติงานการเป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ที่จะทำให้การปฏิบัติงานอาจารย์ที่ปรึกษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จากการรับรู้ของผู้บริหาร



อาจารย์ที่ปรึกษา และนักศึกษาวิทยาลัยครูในประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า สมรรถนะดังกล่าวประกอบด้วย ความสามารถ 5 ด้าน ดังนี้ประกอบด้วย

1. ความรู้เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของอาจารย์ที่ปรึกษา (Knowledge of role and Responsibility of student academic advisors) ซึ่งเป็นหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาของนักศึกษา ทั้งที่เกี่ยวกับบริการทางวิชาการ (Academic task) โดยตรง และบริการที่เกี่ยวกับงานพัฒนานักศึกษา (Student Development task) รวมทั้งงานบริการอื่นๆ
2. ทักษะการให้บริการปรึกษาของอาจารย์ที่ปรึกษา (Counseling Skills) ซึ่งได้แก่ การใช้ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ และทักษะการตอบสนองเบื้องต้นในการให้คำปรึกษาแก่นักศึกษา
3. ทักษะการให้บริการปรึกษาแก่นักศึกษา (Attitude toward counseling service) ซึ่งได้แก่ ความคิด ความรู้สึกและแนวโน้มพฤติกรรมในการปฏิบัติงานให้บริการปรึกษาของอาจารย์ที่ปรึกษา ต่อการให้บริการแก่นักศึกษาที่อาจารย์ที่ปรึกษารับผิดชอบอยู่
4. การอุทิศเวลาเพื่อการปฏิบัติงานของอาจารย์ที่ปรึกษา (Actual Performance) ซึ่งประกอบด้วย การจัดเวลาในการบริการปรึกษา โดยกำหนดเวลาในการพบนักศึกษาเพื่อชี้แจงและให้ข้อมูลข่าวสาร ทำความเข้าใจและปรึกษาหารือร่วมกัน
5. บุคลิกลักษณะของอาจารย์ที่ปรึกษา (Personal Characteristics) ได้แก่ การเป็นนักวิชาการ (Expertise) มีความคิด รอบรู้ เป็นคนน่าไว้วางใจ (Trustworthiness) น่าเข้าใกล้ (Attractiveness) เป็นต้น

### อาจารย์แพทย์ในปี 2020

ไมเรคคา( Mirecka:2000)<sup>(33)</sup> กล่าวว่าสถานการณ์และบทบาทของอาจารย์แพทย์ในอีก 20 ปีข้างหน้าจะแตกต่างจากปัจจุบัน เนื่องมาจากปัจจัยต่างๆ ได้แก่

1. ความเปลี่ยนแปลงในด้านความต้องการบริการทางการแพทย์
2. การพัฒนาแนวความคิดเกี่ยวกับความเป็นครู (pedagogical concepts)
3. การพัฒนาเครื่องมือทางเทคโนโลยีที่ใช้ในการสอน
4. การแข่งขันระหว่างโรงเรียนแพทย์ที่เพิ่มขึ้นซึ่งเป็นผลมาจากอัตราการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า และการสนับสนุนการแลกเปลี่ยนนักเรียนหรืออาจารย์
5. การตื่นตัวในเรื่องของคุณภาพ ซึ่งเป็นผลมาจาก TQM (Total quality management) และระบบการรับรองคุณภาพ(Accreditation systems)



บทบาทที่เปลี่ยนแปลงไปนี้ พิจารณาจากบทบาทในปัจจุบัน ซึ่งฮาร์เดน กล่าวว่า บทบาทของอาจารย์ในปัจจุบันคือ

1. การเป็นผู้ให้ข้อมูล (information provider)
2. การเป็นผู้พัฒนาแหล่งความรู้ต่างๆ (resource developer)
3. การเป็นผู้วางแผน (planner)
4. การเป็นผู้ประเมิน (assessor)
5. การเป็นผู้สนับสนุน, ส่งเสริม (facilitator)
6. การเป็นตัวอย่าง (role model)

โดยบทบาทของอาจารย์ในด้านต่างๆ ในอนาคตจะเปลี่ยนแปลงไป คือ

1. บทบาทการเป็นผู้ให้ข้อมูลต่างๆจะลดลง เนื่องจากความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูลด้วยวิธีการต่างๆ เช่น อินเทอร์เน็ต ซีดี วีดีโอ ทำให้มีแนวโน้มของการเรียนการสอนผ่านทางเครื่องมือต่างๆโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางมากขึ้น อาจารย์มีแนวโน้มที่จะเน้นการสอนเฉพาะด้านที่ตนเองเชี่ยวชาญเพียงอย่างเดียว
2. บทบาทด้านการฝึกฝนทางคลินิก มีแนวโน้มจะเปลี่ยนแปลงเป็นการสาธิตโดยใช้สื่อต่างๆ รวมไปถึงคู่มือการฝึกผ่าตัด และการปฏิบัติการทางห้องทดลองด้วยตนเอง และการทดสอบโดยการปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง และบทบาทของอาจารย์คือการดูแลในการปฏิบัติครั้งแรก เมื่อบทบาทการเป็นผู้ให้ข้อมูลลดลง และบทบาทด้านการเป็นผู้พัฒนาแหล่งความรู้เพิ่มขึ้น สื่อการสอนต่างๆมีแนวโน้มสร้างโดยผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ และสามารถใช้ได้ทั่วโลก บทบาทของอาจารย์ที่เหลือจึงเป็นการเตรียมเค้าโครงการเรียนการสอน และการแนะนำการเรียน
3. บทบาทด้านการวางแผน ถือเป็นบทบาทที่จำเป็น อาจารย์ที่เหลือจำเป็นต้องวางแผนการเรียนการสอนวิชาเฉพาะ วิชาเลือก ชั่วโม่งการเรียน และโครงการแลกเปลี่ยนนักเรียน
4. บทบาทด้านการเป็นผู้ประเมินจะเพิ่มขึ้น เนื่องจากการแข่งขันระหว่างสถาบันและการประกันคุณภาพของบัณฑิต
5. บทบาทด้านการเป็นผู้สนับสนุน, ส่งเสริม และการเป็นที่ปรึกษาจะเพิ่มขึ้น แม้ว่าการติดต่อส่วนมากจะเกิดขึ้นอย่างไม่เป็นทางการโดยผ่านทางเครื่องมือสื่อสารต่างๆ อย่างไรก็ตามยังคงคาดว่า การปฏิบัติเป็นตัวอย่างโดยบุคคล ก็ยังเป็นสิ่งจำเป็นในการเพิ่มความเป็นมนุษย์ในการบรรยากาศการเรียนที่เต็มไปด้วยเทคโนโลยี
6. บทบาทด้านการเป็นแบบอย่างของอาจารย์ในปัจจุบัน ยังใกล้เคียงกับบทบาทในอนาคต แต่อาจจะไม่ใช้การปฏิบัติโดยคนๆเดียว เนื่องจากความต้องการผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านในการสาธิต จึงน่าจะเกิดการแบ่งแยกการสาธิตโดยผู้เชี่ยวชาญในด้านต่างๆผ่านทางอุปกรณ์ต่างๆทั้งระดับโลกและระดับท้องถิ่น

### 3. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับสุขภาพจิต

#### ความหมายของสุขภาพจิต

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization:1976)<sup>(34)</sup> ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตว่า สุขภาพจิต หมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุข ผู้มีสุขภาพจิตดีไม่เพียงแต่จะปราศจากโรคจิตและโรคประสาทเท่านั้น แต่ยังสามารถปรับตัวให้อยู่ในสังคมและสิ่งแวดล้อมของตนได้อย่างมีความสุขด้วย มีความสัมพันธ์กับผู้อื่นด้วยดี มีชีวิตที่สมดุลย์ สามารถตอบสนองความต้องการของคนในโลกได้ โดยไม่มีข้อขัดแย้งใดๆภายในจิตใจตนเอง

ฝน แสงสิงแก้ว (2521)<sup>(35)</sup> ได้ให้นิยามสุขภาพจิตไว้ว่า สุขภาพจิต คือสภาพจิตที่เป็นสุข มีอารมณ์มั่นคง สามารถที่จะปรับตัวให้เข้ากับสังคมที่เปลี่ยนแปลงมาก มีสมรรถภาพในการทำงาน และอยู่ร่วมกับผู้อื่นด้วยความพอใจ

อัมพร โอตระกุล (2540)<sup>(34)</sup> สุขภาพจิตหมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุข มีความสมบูรณ์ทั้งทางกายและทางใจ สามารถปรับตัวหรือความต้องการของตนให้เข้ากับสภาพแวดล้อม เข้ากับบุคคลที่อยู่รวมและกับสังคมที่เกี่ยวข้องด้วยดี โดยไม่ก่อความเดือดร้อนให้แก่ตนเองและผู้อื่น ทั้งยังก่อให้เกิดผลดีและประโยชน์สุขแก่ตนเองอีกด้วย

พัฒน์ สุจ้านงค์ (2531)<sup>(36)</sup> ให้ความหมายว่า สุขภาพจิต คือ ความสามารถของบุคคลที่จะปรับตัวให้มีความสุขอยู่กับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ดี มีสัมพันธภาพอันดีงามกับบุคคลอื่น และดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยมีความสุขอย่างสุขสบาย รวมทั้งสามารถสนองความต้องการของตนเองในโลกที่กำลังเปลี่ยนแปลงนี้ได้ โดยไม่มีข้อขัดแย้งภายในจิตใจ

กิตติยา จำรัสเลิศสมฤทธิ<sup>(22)</sup> ให้ความหมายว่า ปัญหาสุขภาพจิต หมายถึง อาการต่างๆ ของนิสิตแพทย์ที่แสดงให้เห็นว่านิสิตมีความบกพร่องของสุขภาพจิต ได้แก่ รู้สึกมีความผิดปกติของร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อส่วนต่างๆโดยมีสาเหตุมาจากความเครียด, มีอาการย้ำคิดย้ำทำ, ไม่ชอบติดต่อกับบุคคลอื่น เนื่องจากคิดว่าตนมีปมด้อย, มีความรู้สึกเศร้าซึม ท้อแท้ คิดฆ่าตัวตาย, มีความวิตกกังวล, มีความรู้สึกไม่เป็นมิตรกับผู้อื่น ก้าวร้าวและควบคุมอารมณ์ไม่ได้, มีความรู้สึกกลัว โดยไม่มีสาเหตุ เช่น กลัวที่โล่งกว้าง, กลัวที่สูง เป็นต้น, มีความคิดหวาดระแวง ไม่ไว้วางใจผู้อื่น หลงผิด

คิดว่าตนเองมีความสำคัญและสูงส่งเหนือคนอื่น, และทำที่สุดคือ มีพฤติกรรมที่บ่งชี้ถึงอาการของโรคจิต เช่น อาการถดถอย แยกตัวเอง หนีสังคม หูแว่ว มีความคิดว่าถูกรบกวนจากภายนอก เป็นต้น

### ลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตดี

จาโฮดา ( Jahoda : 1958)<sup>(37)</sup> ได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับเกณฑ์การพิจารณา ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีไว้ดังนี้ คือ

1. ทักษะคติต่อตนเอง หมายถึง การมองตัวเองได้อย่างถูกต้อง มีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง และเข้าใจเอกลักษณ์ของตนเอง
2. การสร้างความเจริญให้บังเกิดขึ้นแก่ตนเอง บุคคลที่มีสุขภาพจิตดีย่อมมีแบบฉบับในการพัฒนาตนเองให้มีความเจริญยิ่งขึ้น
3. สร้างบูรณาการแห่งบุคลิกภาพของตนเอง หมายถึง การผสมผสานกลมกลืนของบุคลิกภาพของตน อันได้แก่ กระบวนการคิด ความรู้สึกและการกระทำที่สอดคล้องกัน คนที่มีสุขภาพจิตไม่ดี จะไม่สามารถแสดงไปตามบทบาทที่สอดคล้องกัน มักเกิดความขัดแย้งกันระหว่างความคิด ความรู้สึก และการกระทำ
4. สร้างความสัมพันธ์ต่อโลกภายนอก คือ ความเป็นอิสระต่อตนเอง พฤติกรรมของบุคคลย่อมไม่เกิดจากอิทธิพลภายนอกอย่างเดียว แต่มีผลมาจากอิทธิพลภายในด้วย เช่น ค่านิยม ศรัทธาของตนเอง
5. เข้าใจสภาพความเป็นจริง หมายถึง การมองโลกด้วยความเป็นจริง บุคคลที่มีสุขภาพจิตไม่สมบูรณ์มักจะเข้าใจอะไรผิดๆ ไม่ตรงกับความเป็นจริง
6. สามารถควบคุม และมีอำนาจเหนือสิ่งแวดล้อม หมายถึง ความสามารถที่จะทำงาน เล่น ออกกำลังกาย และมีประสิทธิภาพในการเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ แก้ไขปัญหาต่างๆ ได้

แลวินสัน (Levinson H.)<sup>(36)</sup> กล่าวว่า ผู้มีสุขภาพจิตดี มีลักษณะดังนี้

1. สามารถปรับตัวได้ ปรับใจได้ดี เมื่อถูกเหตุการณ์บังคับ
2. สามารถหาความพึงพอใจได้ดีจากแหล่งต่างๆ หลายแหล่งด้วยกัน เช่น จากเพื่อนบ้าน จากการอ่านหนังสือ จากการเล่นกีฬา งานอดิเรก เป็นต้น
3. รู้และยอมรับข้อดีและข้อเสียของตนเอง
4. ถือว่าคนอื่นเป็นบุคคลซึ่งมีความรู้สึกนึกคิด และคำนึงถึงภาวะจิตใจของเขา
5. เป็นคนไม่อยู่เฉย และพยายามทำสิ่งที่เป็นประโยชน์

## ปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต<sup>(38)</sup>

ปัญหาสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิตเวชมิได้เกิดจากสาเหตุเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากหลายๆสาเหตุร่วมกัน (Multifactorial) จำแนกได้เป็น ปัจจัยทางชีววิทยา จิตใจ และสังคม (Bio-Psycho-Social Factors) ดังนี้

### 1. ปัจจัยทางด้านชีววิทยา (Biological Factors)

- 1.1 พันธุกรรม โรคทางจิตเวชที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้แก่ โรคจิตเภท ความผิดปกติทางอารมณ์
- 1.2 ความผิดปกติของโครโมโซม
- 1.3 ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ
- 1.4 การขาดอาหาร
- 1.5 การขาดออกซิเจน โดยเฉพาะการขาดออกซิเจนระหว่างอยู่ในครรภ์ หรือขณะคลอด
- 1.6 ความพิการของร่างกายและประสาทสัมผัส
- 1.7 โรคทางกาย
- 1.8 พยาธิสภาพของสมองและระบบประสาท
- 1.9 ความผิดปกติทางชีวเคมี (Biochemistry) สารเคมีในสมอง ได้แก่ พวก neurotransmitter ต่างๆเป็นสิ่งที่มีความสำคัญในการเกิดโรคทางอารมณ์และ โรคจิตเภท

### 2. ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม (Sociocultural Factors) สังคมและสภาพแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวและสุขภาพจิตของบุคคล ได้แก่

- 2.1 เศรษฐฐานะ ฐานะทางเศรษฐกิจที่มีปัญหาอาจก่อให้เกิดความกดดันทางอารมณ์ และมีผลต่อการปรับตัวของบุคคลได้มากน้อยแตกต่างกันไป
- 2.2 สภาพและการเปลี่ยนแปลงของสังคมและวัฒนธรรม การเปลี่ยนแปลงของสังคมหลายอย่างมีผลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ เช่น การอยู่แบบครอบครัวขยาย หรือครอบครัวเดี่ยว การย้ายจากสังคมชนบทไปสู่สังคมเมืองใหญ่ การรับวัฒนธรรมตะวันตกมาสู่วัฒนธรรมตะวันออก การแต่งงานระหว่างคู่สมรสต่างศาสนา การเปลี่ยนแปลงทางการเมือง ความเชื่อทางไสยศาสตร์
- 2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เช่น การสูญเสียบิดามารดา การหย่าร้าง การเป็นบุตรบุญธรรม การที่มารดาทำงานนอกบ้านมากขึ้น การเรียนแบบสหศึกษา
- 2.4 ค่านิยม ค่านิยมของสังคมย่อมมีส่วนสัมพันธ์กับความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของบุคคล เช่น ค่านิยมในการดื่มสุรา การแข่งขันในการเรียนของเด็กและเยาวชน

ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมเหล่านี้ มีอิทธิพลต่อการพัฒนาบุคลิกภาพของคนเราตั้งแต่เด็ก เพราะสังคมและวัฒนธรรมจะฝังตัวอยู่ในตัวบุคคลผู้เลี้ยงดูเด็ก และถ่ายทอดไปสู่เด็ก ปัจจัยเหล่านี้จึงอาจเป็นสาเหตุของปัญหาทางสุขภาพจิตได้

3. ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological Factors) ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ระดับสติปัญญา ความคิดสร้างสรรค์ ความรู้สึกเกี่ยวกับเอกลักษณ์ของตน การสูญเสียซึ่งมีผลให้เกิดความวิตกกังวล ความสำนึกผิด ฯลฯ ทฤษฎีสำคัญที่ใช้อธิบายสาเหตุทางจิตใจที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต คือ ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis Theory) ของ ซิกมันด์ ฟรอยด์

ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis Theory) ฟรอยด์ เชื่อว่า พฤติกรรมทั้งหลายของมนุษย์มีแหล่งกำเนิดมาจากแรงผลักดันของจิตใต้สำนึก ซึ่งแบ่งได้เป็น 3 ส่วนคือ Id Ego Superego ตามทฤษฎีของฟรอยด์ เชื่อว่า โรคประสาทเกิดจากความขัดแย้งระหว่าง Ego กับ Id ส่วนโรคจิตนั้นเป็นผลเนื่องจากความขัดแย้งระหว่าง Ego กับ Superego ความขัดแย้งจะก่อให้เกิดความไม่สบายใจ หรือความวิตกกังวล บางครั้งความวิตกกังวลที่เป็นการตอบสนองต่อความขัดแย้งภายในส่วนลึกของจิตใจก็ทำให้รู้สึกไม่สบายใจอย่างมากโดยไม่มีเหตุผล ถ้าเกิดอย่างรุนแรงจะกระทบกระเทือนต่อดุลยภาพทางจิต

Ego จะทำหน้าที่พยายามขจัดความวิตกกังวล โดยใช้กลไกทางจิต (Defense Mechanism) ต่างๆ เช่น การเก็บกด (Repression) การปฏิเสธ (Denial) บุคคลที่สามารถใช้กลไกทางจิตมาแก้ไขความวิตกกังวลต่างๆอย่างได้ผล จะเป็นบุคคลที่มีสุขภาพจิตดี แต่บุคคลที่นำกลไกที่ไม่เหมาะสมมาใช้ ทำให้ไม่สามารถปรับสภาพจิตใจให้สมดุลได้ จึงเกิดปัญหาทางสุขภาพจิต

### อาการและอาการแสดงของปัญหาสุขภาพจิต<sup>(38)</sup>

ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจะมีอาการที่ตนเองรู้สึกหรือสังเกตได้เอง หรืออาการแสดงที่ผู้อื่นสำรวจได้ หรือตรวจพบ อาการเหล่านี้แบ่งได้เป็น

1. อาการทางกาย มีอาการของการเจ็บป่วยทางกาย ซึ่งเกิดได้กับทุกระบบของร่างกาย เช่น ผลของความวิตกกังวลทำให้อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ใจสั่น หายใจหอบ หรือปวดหัว ปวดท้อง
2. อาการทางจิตใจ ได้แก่ อาการที่แสดงออกทางด้านความรู้สึก ความคิด อารมณ์ ความจำ สมาธิ การรู้ตัว เช่น รู้สึกเศร้า หดหู่
3. อาการทางด้านพฤติกรรม ได้แก่ การแสดงออกทางความประพฤติที่ต่างไปจากปกติ หรือในลักษณะที่สังคมไม่ยอมรับ เช่น ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ ก้าวร้าว ซึมเฉย เก็บตัว เป็นต้น



## สุขภาพจิตของนักเรียนแพทย์

### แนวคิดของ NSW Doctors' Mental health Program<sup>(18)</sup>

โครงการส่งเสริมสุขภาพจิตของแพทย์แห่งนิวซีแลนด์ เป็นโครงการที่มีจุดมุ่งหมาย เพื่อส่งเสริมระบบการเรียนรู้ในโรงเรียนแพทย์ ให้ความสำคัญสำคัญของ สุขภาพจิตและความผาสุก (Mental health and well-being) ของบุคคลตลอดระยะเวลาที่เรียนแพทย์ และชีวิตการทำงานเป็น แพทย์ โดยวิธีการต่างๆ ได้แก่

- ให้มีบุคคลมาทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยเหลือหรือที่ปรึกษาของนักเรียนแพทย์
- เสริมสร้างการเอาใจใส่ห่วงใยนักเรียนแพทย์ เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาที่รุนแรง
- พัฒนาระบบการในการส่งเสริม และสนับสนุนให้นักเรียนแพทย์ที่มีปัญหาสุขภาพจิต

ได้รับการให้ความช่วยเหลืออย่างเหมาะสม และเป็นความลับ

ในการดำเนินตามนโยบายดังกล่าว โรงเรียนแพทย์ควรดำเนินการต่างๆ ตามขั้นตอน คือ การส่งเสริมสุขภาพจิต การค้นหาและให้ความช่วยเหลือ การจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียนแพทย์ การฟื้นฟู และการทำวิจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

#### 1. การส่งเสริมสุขภาพจิต และ ความผาสุกของนักเรียนแพทย์ (Promotion of students' mental health and well being) โรงเรียนแพทย์ควรจะ

1.1 ปรับปรุงโครงสร้างของคณะ ให้สอดคล้องกับระบบการศึกษาที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพจิต ของนักเรียน การประเมินผลจากการมีส่วนร่วมเป็นวิธีการที่เหมาะสมกว่าการสอบ มีการเน้นทักษะ ด้านการติดต่อสื่อสาร และทักษะการฟัง รวมทั้งศึกษาถึงปัจจัยทางสังคมและจิตใจที่อาจนำไปสู่ ความเครียด สังเกตอาการเริ่มแรก และให้การรักษา เช่น ความรู้สึกเหนื่อยล้า การทำงานหนัก ความรู้ สึกหงุดหงิด โกรธ ซึ่งล้วนแต่นำไปสู่ความเครียดได้ทั้งสิ้น

1.2 สร้างนิสัยที่ดีในการเรียน การสอบ และทักษะในการจัดการกับปัญหาต่างๆ เช่น การจัดการ กับความเครียดซึ่งจะเป็นผลดีกับนักเรียนแพทย์ภายหลังจบการศึกษาไปแล้ว

1.3 ช่วยติดต่อแพทย์ให้กับนักเรียนที่ต้องการแพทย์ประจำตัว

1.4 จัดตั้งกลุ่มที่ปรึกษา หรือกลุ่มให้กำลังใจ รวมไปถึงระบบ buddy ให้แก่นักเรียน



2. ค้นหาผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต และให้ความช่วยเหลือ (Early detection and Intervention)

2.1 แต่งตั้งบุคคลที่สามารถเป็นที่ปรึกษาให้แก่นักเรียนแพทย์ที่ต้องการความช่วยเหลือ โดยเป็นผู้มีความรู้ด้านสุขภาพจิต และให้ความช่วยเหลือที่เป็นความลับ

2.2 มีระบบการส่งต่อ สำหรับนักเรียนแพทย์ที่ต้องการความช่วยเหลือ จากภายนอกมหาวิทยาลัย

3. การจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียนแพทย์ (Management of medical student mental health problems)

3.1 มีแนวทางในการจัดการกับปัญหาใดๆที่เกิดจากการกระทำอันเนื่องมาจากปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียนแพทย์ ให้เป็นความลับ

3.2 ให้ความรู้แก่แพทย์ และนักเรียนแพทย์ เกี่ยวกับบริการให้การปรึกษาด้านสุขภาพสำหรับนักเรียนแพทย์ ซึ่งเป็นความลับ

3.3 ให้ความรู้แก่แพทย์ และนักเรียนแพทย์เกี่ยวกับบริการให้การปรึกษาและการให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน ซึ่งเป็นความลับ

3.4 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการดูแลและการให้กำลังใจ แก่ครอบครัว เพื่อนสนิท ของนักเรียนแพทย์ที่มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย

3.5 สนับสนุนการดำเนินงานของกลุ่มที่ให้กำลังใจ(sensitive support group) แก่นักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพจิตรุนแรง เช่น การพยายามฆ่าตัวตาย

4. การฟื้นฟู (Rehabilitation)

4.1 มีกระบวนการในการดูแลนักเรียนแพทย์ที่กลับไปศึกษาต่อในระดับคลินิกอย่างใกล้ชิด

4.2 มีบริการให้การปรึกษาสำหรับนักเรียนแพทย์ที่ต้องการเปลี่ยนไปเรียนสาขาอื่น

5. การทำวิจัย (research)

สนับสนุนการทำวิจัยที่เกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของนักเรียนแพทย์ และการพัฒนาโครงการส่งเสริมสุขภาพจิต และวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพ

#### 4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตในนิสิตแพทย์

กิตติยา จำรัสเลิศสัมฤทธิ์(2535)<sup>(22)</sup> ศึกษาสุขภาพจิตและปัญหาการเรียนของนิสิตแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยใช้แบบสอบถาม SCL-90 พบว่า นิสิตแพทย์ส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ในจำนวนที่มีปัญหาสุขภาพจิต(15.20%) นั้นอาการที่พบมากที่สุดคืออาการย้ำคิดย้ำทำ นิสิตแพทย์ที่มีปัญหาการเรียน มีปัญหาสุขภาพจิตด้านความรู้สึกซึมเศร้า และความคิดหวาดระแวง และจากการศึกษาถึงการปรึกษาปัญหา พบว่านิสิตเลือกที่จะปรึกษาปัญหา กับเพื่อน รองลงมาคือ บิดามารดา บริการแนะแนวให้คำปรึกษาของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นั้นยังไม่เป็นที่รู้จักดีพอ

สุชาติ พหลภาคย์ และ สมพงษ์ รั้งสิพราหมณ์กุล (2528)<sup>(7)</sup> ได้ศึกษาการป่วยทางจิตเวชในนักศึกษาแพทย์มหาวิทยาลัยขอนแก่นเป็นเวลา 4 ปี พบว่านักศึกษาแพทย์มีอัตราป่วยทางจิตเวชเป็น 17.9ต่อพันต่อปี เป็นชายต่อหญิงในอัตราส่วน2:1 ส่วนใหญ่จะเริ่มป่วยทางจิตเวชในขณะที่เป็นนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่3 โรคที่พบมากที่สุดคือโรคประสาท อัตรา11.9 ต่อพันต่อปี โรคจิตเภทพบ 1.6 ต่อพันต่อปี ผู้วิจัยได้เสนอความคิดเห็นว่า แม้อัตราการป่วยทางจิตเวชจะมีไม่มากกว่าประชากร แต่โรคทางจิตเวชบางชนิดจะมีผลกระทบกระเทือนผลการเรียน และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และอาจกระทบกระเทือนการประกอบวิชาชีพเวชกรรมด้วย ดังนั้น แม้การสอบคัดเลือกเข้าศึกษาในคณะแพทยศาสตร์จะได้กรองผู้มีแนวโน้มจะป่วยทางจิตเวชออกไปแล้ว ผู้ที่ผ่านเข้าไปเป็นนักศึกษาแพทย์ก็ควรจะได้รับ การส่งเสริมให้มีสุขภาพจิตดีต่อไปด้วย

สุนันทา ฉันทรุจิกพงษ์ รัตติยา ลอยแสงอรุณ และ ชลิดา รัตนประภาพันธุ์ (2533)<sup>(20)</sup> ได้รวบรวมสถิติของนักศึกษาแพทย์ที่มารับบริการให้คำปรึกษาของหน่วยบริการให้คำปรึกษา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดลปีการศึกษา 2533 พบว่ามีนักศึกษาแพทย์มารับบริการให้คำปรึกษา 45 ราย จากนักศึกษาทั้งหมด 633 ราย คิดเป็นอัตราส่วนชายต่อหญิง 4:1 นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 5 มารับบริการมากที่สุด รองลงมาคือ นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 3 เรื่องที่มารับปรึกษาจำแนกได้ 2 เรื่องใหญ่ๆคือ 1)ปัญหาทั่วไปที่เกิดจากการปรับตัว ที่พบมากที่สุดได้แก่ ปัญหาการปรับตัวต่อการเรียน การปรับตัวกับเพื่อน 2)ปัญหาที่เกิดจากการเจ็บป่วยเป็นโรคทางจิตเวช ที่พบมากที่สุดคือ โรคซึมเศร้า (Major depression)

ปรียาพรรณ แสงอรุณ วณิช วรรณพฤกษ์ กนกพรรณ ประไพตระกูล และสุรพล สุรางค์ศรีรัฐ (2538)<sup>(21)</sup> ได้ศึกษาปัจจัยกระทบความสำเร็จในการเรียนแพทย์ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้าฯ พบว่า ไม่มีปัจจัยใดมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ โดยปัจจัยที่ส่งเสริมให้การเรียนดีขึ้นคือ ความสนใจใกล้ชิดจากอาจารย์ผู้สอน (22%) การปรับตนเอง(19%) มีห้องสมุดอุปกรณ์การเรียนที่ทันสมัย ค้นคว้าด้วยตนเองได้ (12%) และมีเอกสารประกอบการเรียน ส่วนปัจจัยที่ขัดขวางให้การเรียนด้อยลงในชั้นปีที่2และ3 คือระเบียบปฏิบัติประจำจากกองการปกครอง ในนพท.ชั้นปีที่4ถึง 6 คืออาจารย์ผู้สอนและแพทย์ประจำบ้านให้ความสนใจนพท.น้อย และเกณฑ์การประเมินผลไม่มีมาตรฐานจากผลการวิจัยที่ได้แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยเกี่ยวกับอาจารย์นั้น เป็นได้ทั้งปัจจัยส่งเสริม และปัจจัยขัดขวาง โดยผู้วิจัยได้วิจารณ์ว่า ระบบสายรหัสและกลุ่มอาจารย์ที่ปรึกษายังไม่มีความเท่าที่ควร ซึ่งในความเป็นจริงระบบอาจารย์ที่ปรึกษา น่าจะมีส่วนช่วยนักเรียนได้มากกว่าที่ควรจะเป็น

วันเพ็ญ ฐฤกิตต์วัฒนการ (2540)<sup>(8)</sup> ได้สำรวจสุขภาพจิตของนิสิตแพทย์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ชั้นปีที่1-6 จำนวน 341 คน โดยใช้แบบสอบถาม GHQ 60 พบผู้มีความเครียดจนเป็นปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ24.63 โดยชั้นปีที่2 มีจำนวนผู้มีความเครียดจนเป็นปัญหาต่อสุขภาพจิตมากที่สุด และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ชั้นปีที่ศึกษา ปัญหาการเงิน ปัญหาด้านที่พัก การมีกิจกรรมนอกหลักสูตร ความสัมพันธ์กับบิดามารดา ความสัมพันธ์ระหว่างนิสิตกับอาจารย์ ความสัมพันธ์ระหว่างนิสิตกับเพื่อน

โฮฮอสและปรีราช (L.C.Hohaus and E.F.Berah:1985)<sup>(10)</sup> กล่าวถึงสาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิตของแพทย์ว่า สาเหตุหนึ่งเป็นผลมาจากความเครียดและพยาธิสภาพทางจิต ที่เกิดขึ้นระหว่างการเรียนแพทย์อย่างยากลำบาก โดยอ้างถึงงานวิจัยของ ดาวิสและคณะ(Davis et al.:1968) ที่พบความสัมพันธ์ทางบวกระหว่าง อาการทางประสาท(ซึ่งเพิ่มมากขึ้นระหว่างเรียนปริญญาตรี)กับผล การเรียน ในนักเรียนแพทย์ที่ออสเตรเลีย

โคลส์ (Cloes:1994)<sup>(9)</sup> กล่าวถึงอาชีพแพทย์กับความเครียดว่า อาชีพแพทย์เป็นอาชีพที่เครียดสูง และการศึกษาเพื่อเตรียมนักเรียนไปสู่อาชีพแพทย์นั้นก็ทำให้เกิดความเครียดเช่นกัน โดยกล่าวถึงปัจจัย 4 ประการคือ 1)เนื้อหาวิชาที่ต้องท่องจำอย่างมาก 2) อาจารย์แพทย์จำนวนมากที่ไม่เคยเรียนรู้วิธีการสอนที่เหมาะสม 3) สภาพการเรียนแพทย์ที่ขาดการสนับสนุน ให้กำลังใจและการทำงานเป็นกลุ่มที่ไม่ราบรื่น ทำให้การเรียนวิชาแพทย์ประสบความสำเร็จเฉพาะการให้ความรู้ และ

ทักษะทางการแพทย์ แต่มักจะล้มเหลวในการสร้างนักเรียนที่มีการปรับตัวที่ดี มีทักษะในการสื่อสารกับบุคคลอื่น และ 4) โรงเรียนแพทย์จำนวนมากขาดsupportive services แก่นักเรียนแพทย์และแพทย์ฝึกหัด ทั้งในเรื่องการป้องกันความเครียด หรือการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น

สจิวต และคณะ (S.M. Stewart et al.:1995)<sup>(11)</sup> ได้ศึกษาเกี่ยวกับความเครียดและความเปราะบาง(vulnerability)ในนักเรียนแพทย์ปี2 จำนวน 140 คน เปรียบเทียบกับนักเรียนแพทย์ปี1 จำนวน 138 คน และนักศึกษามหาวิทยาลัยชั้นปี2 จำนวน 74 คน จากมหาวิทยาลัยฮ่องกง โดยพิจารณาปัจจัยด้าน ผลการเรียน (Academic Performance) ความรู้สึกทุกข์ใจ(Distress) สาเหตุของความเครียด(Source of Stress) บุคลิกภาพ(Personality variables) และรูปแบบการแก้ปัญหา (Coping Styles) พบว่านักเรียนแพทย์ปี2มีความวิตกกังวลและอารมณ์ซึมเศร้าสูงกว่า และใช้บริการทางด้านสุขภาพสูงกว่าอีก 2 กลุ่ม โดยผลการเรียนต่ำมีความสัมพันธ์กับอารมณ์ซึมเศร้า และอาการทางกาย และบุคลิกภาพแบบวิตกกังวล(trait anxiety) มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกทุกข์ใจ (distress) ของนักเรียนแพทย์

สจิวต และคณะ (S.M. Stewart et al.:1997)<sup>(12)</sup> ได้ทำการศึกษาระยะยาวเกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นตัวทำนายความเครียดของนักเรียนแพทย์ปี1 จำนวน 121 ในมหาวิทยาลัยฮ่องกง โดยทำการวัดซ้ำ 2 ครั้งห่างกัน 8 เดือน พบว่านักเรียนที่ได้คะแนนสูงจากแบบวัดความวิตกกังวล สเตท-เทรท (State-trait anxiety Inventory ) ค่อนข้างมองโลกในแง่ร้าย(วัดโดยLife Orientation Test) และใช้วิธีแก้ปัญหาแบบหลีกเลี่ยง(avoidance)เป็นผู้มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดอาการซึมเศร้าและวิตกกังวล ซึ่งการวิจัยนี้เสนอแนะว่า นักเรียนแพทย์ที่มีลักษณะเสี่ยงต่อการเกิดความเครียด ซึ่งอาจจะพบได้ตั้งแต่ปี1 เหล่านี้ ควรจะได้รับการดูแลมากขึ้นเป็นพิเศษ

โรเซนบามม์ และ เวลแลนต์ (Rosenbaum :1976 and Vaillant : 1973)<sup>(39)</sup> รายงานว่า นิสิตแพทย์เป็นหนึ่งผู้หนึ่งเสี่ยงต่อการประสบกับความเครียดทางจิตใจโดยสาเหตุหลายอย่างรวมกัน เช่น การมีบุคลิกภาพที่ไม่บรรลุนิติภาวะ หลักสูตรก่อนการศึกษาแพทย์ที่ไม่เหมาะสม เหตุดังกล่าวจะเป็นเหตุพื้นฐานของจิตพยาธิสภาพที่อาจจะเกิดขึ้นในขณะศึกษาวิชาแพทยศาสตร์

แซค และคณะ (Sacks et.al. :1980)<sup>(22)</sup> ได้ศึกษาปัญหาสุขภาพจิตในนักเรียนแพทย์ ชั้นปี 3 พบว่า ว่า ความเครียดในขณะศึกษาวิชาแพทย์เกิดจากปัจจัยหลายๆอย่าง โดยจำแนกเหตุที่กระตุ้นให้เกิดความเครียดในแต่ละชั้นปีว่า นักเรียนแพทย์ในชั้นปีแรกๆจะเกิดอารมณ์วิตกกังวลและอารมณ์ซึมเศร้าจากการเรียนที่หนัก และจากการคิดพิจารณาว่าตนเองชอบวิชาแพทย์จริงหรือไม่ ในปีถัดมาการเริ่มต้นเรียนเกี่ยวกับระบบสรีรวิทยาที่ละเอียดลึกลงไป เป็นเหตุให้เกิดการหมกมุ่นกับร่างกายตนเอง และเกิดอาการ Hypochondriasis และการเรียนในชั้นคลินิก ความเครียดจะเกิดจากการต้องพบผู้ป่วย ต้องมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และเผชิญกับความรับผิดชอบที่มากขึ้นในวิชาชีพ โดยผู้วิจัยรายงานว่ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิตนักเรียนแพทย์ ได้แก่ ปัญหาบุคลิกภาพ ประสบการณ์ในวัยเด็กที่ขาดความอบอุ่น และ ความเครียดจากการเรียน

สจิวต และ คณะ (Stewart et al. : 1999)<sup>(40)</sup> ได้ทำการศึกษาระยะยาวถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด และผลการเรียนของนิสิตแพทย์ในช่วง 2 ปีแรกของการเรียนแพทย์ โดยเปรียบเทียบลักษณะบุคลิกภาพที่เสี่ยงต่อความเครียด ( มองโลกในแง่ดี กับการวิตกกังวล) การตอบสนองต่อความเครียด (อารมณ์เศร้า กับ ความวิตกกังวล) และวิธีการจัดการกับความเครียด เว้นระยะเวลา 8 เดือน พบว่า ผลการเรียนในช่วงก่อนเข้าเรียนแพทย์ เป็นตัวทำนายผลการเรียนในขณะศึกษาวิชาแพทย์ ได้ดี ส่วนผลการเรียนช่วงก่อน และระหว่างเรียนแพทย์ มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับของความเครียด นั่นคือ หากผลการเรียนดี จะมีระดับความเครียดต่ำ

มิลเลอร์ (Miller :1994)<sup>(41)</sup> ได้ทำการสัมภาษณ์นักเรียนแพทย์ชั้นปีที่ 1เกี่ยวกับ ข้อมูลส่วนตัว กลไกการปรับตัว(Coping Machanism) บุคลิกภาพ ผลการเรียน และในครั้งที่ 2 สัมภาษณ์เกี่ยวกับวิถีชีวิตในระหว่างเรียน พบว่า มีทั้งกลุ่มที่เป็นปกติดีทั้ง 2 ครั้ง กลุ่มที่เกิดอาการทางกาย และอาการวิตกกังวล ซึมเศร้า กลุ่มที่อาการต่างๆหายไป และกลุ่มนักเรียนที่ยังคงมีอาการทางร่างกาย ซึมเศร้า และวิตกกังวล ทั้ง 2 ครั้งที่สัมภาษณ์ โดยกลุ่มนี้จะมีแม่ที่ไม่ค่อยเป็นห่วงเป็นใย(uncaring) และปกป้องคุ้มครองมากเกินไป (overprotective) นักเรียนกลุ่มนี้จะมีลักษณะครุ่นคิดเกี่ยวกับตนเอง (introspective) เปราะบาง (vulnerable) อ่อนไหว (sensitive) ขี้สงสัย( suspicious) และมักจะล้มเหลวในการสร้างสัมพันธ์กับเพื่อน หากสามารถสังเกตนักเรียนกลุ่มนี้ได้ ก็จะมีโอกาสในการช่วยเหลือพวกเขาได้



แซลมอน (Salmons : 1983)<sup>(42)</sup> ได้รายงานอัตราการป่วยทางจิตในนักเรียนแพทย์ของมหาวิทยาลัยเบอริงแฮมแอสแฮม (Birmingham Medical School) ในช่วงเวลา 25 ปี (1950-1974) พบว่า 2.4% ของนักเรียนแพทย์ป่วยทางจิตใจรุนแรงจนเป็นสาเหตุให้ต้องหยุดเรียน และ 1% ของนักเรียนทั้งหมดจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แต่นักเรียนแพทย์จำนวนหนึ่งก็ยังสามารถเรียนต่อจนสำเร็จการศึกษาได้

เฮส์ และคณะ (Heys et al.:1986)<sup>(43)</sup> ได้ศึกษาเกี่ยวกับการรักษาปัญหาทางจิตเวชในนักเรียนแพทย์โดย Medical Student Support Service Program ที่จัดตั้งขึ้นที่มหาวิทยาลัยเคนตักกี (University of Kentucky) พบว่าในช่วง 2 ปีที่ทำการศึกษามีนักเรียนแพทย์ 11% มาใช้บริการทางจิตเวช คิดเป็นชั้นปีที่ 3 มากที่สุด ในปัญหาเกี่ยวกับความนับถือตนเองต่ำ (low self-esteem) และปัญหาความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (Interpersonal relations)

ลิว และคณะ (Liu et.al.:1997)<sup>(16)</sup> ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับเหตุการณ์ในชีวิตและความวิตกกังวลของนักเรียนแพทย์ชาวจีน โดยใช้ Zung's Self -Rating Anxiety Scale(SAS) และ Life events checklist พบว่า สถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดในช่วง 12 เดือน ได้แก่ การสอบ การมีเวลาว่างน้อย การแข่งขันระหว่างเพื่อน การสอบไม่ผ่าน และปัญหาด้านการเงิน . ปัญหาทางด้านสังคมและปัญหาส่วนตัว เป็นด้านที่ทำให้รู้สึกเครียดมากที่สุด ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการวิตกกังวลได้แก่ ปัญหาสุขภาพ การออกกำลังกายน้อย ปัญหาการเงิน ปัญหาครอบครัว การสอบ ความสัมพันธ์กับเพื่อน และบุคลิกภาพแบบเก็บตัว

โรโดลฟา และคณะ (Rodolfa et.al.:1995)<sup>(44)</sup> รายงานเกี่ยวกับบริการให้การปรึกษาแก่นักเรียนแพทย์ของมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย ว่าการให้การปรึกษาเป็นการช่วยให้นักเรียนแพทย์ได้สำรวจปัญหาที่กำลังเผชิญระหว่างการเรียนด้วยตนเอง และเป็นการเพิ่มทักษะใหม่ในการจัดการกับปัญหา เพิ่มความเข้าใจในตัวเอง และสภาพการเรียน ทำให้พัฒนาไปสู่การเป็นผู้เชี่ยวชาญ

โทลิวและคณะ (Toew et.al.:1997)<sup>(17)</sup> ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบระดับความเครียดระหว่างนักเรียนแพทย์ แพทย์ประจำบ้าน และนักศึกษาปริญญาโทของโรงเรียนแพทย์ 4 แห่งในแคนาดา โดยใช้แบบวัดความเครียด The University of Calgary Stress Questionnaire แบบวัดการปรับตัว The Social Readjustment Rating Scale และแบบวัดสุขภาพจิต SCL-90 พบว่านักเรียนปริญญาโท

มีความเครียดในระดับสูงกว่า โดยเฉพาะเพศหญิง การที่ผลการวิจัยที่ได้นี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยอื่นๆ อาจเป็นเพราะอัตราการตอบกลับของแบบสอบถามไม่มากพอ อย่างไรก็ตามแม้ว่านักเรียนแพทย์และแพทย์ประจำบ้านจะมีความเครียดในระดับที่ยอมรับได้ แต่ก็ควรจะมีการจัดบริการที่เกี่ยวกับการคลายเครียดที่เหมาะสมขึ้นด้วย

เฮลเมอร์ และคณะ (Helmerts et.al.:1997)<sup>(15)</sup> ได้ศึกษาความเครียดและอารมณ์เศร้าในนักเรียนแพทย์ นักศึกษากฎหมาย และนักศึกษาปริญญาโทของมหาวิทยาลัยแมคกิล (Mcgill University) โดยใช้ The Derogatis Stress Profile (DSP) ได้รับแบบสอบถามกลับคืน 57% 96% 43% ตามลำดับ ผลการวิจัยพบว่า นักเรียนแพทย์มีความรู้สึกว่าตนเองเครียด สูงกว่ามาตรฐานของประชากรทั่วไปเล็กน้อย แต่คะแนนความเครียดโดยรวมต่ำกว่ามาตรฐานประชากรปกติ และอีก 2 กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและอารมณ์เศร้าของนักเรียนแพทย์คือการเปลี่ยนจากชั้นปีคลินิก มาสู่การเรียนในชั้นคลินิกซึ่งเป็นประเด็นสำคัญที่ควรจะแนวทางในการป้องกัน และแก้ไขปัญหา

เอคเทกิน และคณะ (Aktekin et. al.:2001)<sup>(45)</sup> ได้ศึกษาระยะยาวเกี่ยวกับ ความวิตกกังวล ซึมเศร้า และเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดของนักเรียนแพทย์ในตุรกี โดยเปรียบเทียบกับนักเรียนสาขาเศรษฐศาสตร์ และสรีรวิทยา พบว่า เมื่อนักเรียนแพทย์เลื่อนจากชั้นปี 1 ไปสู่ปี 2 มีการเปลี่ยนแปลงด้านความวิตกกังวล ซึมเศร้า และเกิดความเครียดจากเหตุการณ์ต่างๆมากกว่านักเรียนสาขาเศรษฐศาสตร์ และสรีรวิทยา โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของนักเรียนแพทย์คือ ปัจจัยด้านกิจกรรมทางสังคม (social activities)

ไทเซ็น และคณะ (Tyssen et.al.:2001)<sup>(46)</sup> ได้ทำการศึกษาระยะยาวถึงปัจจัยในโรงเรียนแพทย์ที่เป็นตัวพยากรณ์ปัญหาสุขภาพจิตภายหลังการจบการศึกษาของนักเรียนแพทย์ในประเทศนอร์เวย์ พบว่า ภายหลังจบการศึกษาได้ 4 ปี แพทย์ในนอร์เวย์มีอัตราการป่วยด้วยปัญหาทางจิต 17.2% โดยปัจจัยสำคัญในโรงเรียนแพทย์ที่อาจเป็นตัวพยากรณ์ ได้แก่ ปัญหาสุขภาพจิตเมื่อศึกษาอยู่ในโรงเรียนแพทย์ การเป็นโสด บุคลิกภาพแบบเปราะบาง (vulnerability) การเกิดความเครียดจากการเรียนในโรงเรียนแพทย์ วิธีการจัดการกับปัญหาแบบหลีกเลี่ยง (avoidance) และโทษตัวเอง (blamed self) แต่อย่างไรก็ตามปัจจัยดังกล่าวก็ยังไม่เพียงพอที่จะทำนายการเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ทั้งหมด

## 5. ความรู้ เจตคติ และทักษะทางความคิด

### ความรู้ (Knowledge)

กู๊ด (Good : 1973)<sup>(47)</sup> ให้นิยามว่า ความรู้ หมายถึง ข้อเท็จจริง (fact) ความจริง (truth) กฎเกณฑ์ และข้อมูลต่างๆที่มนุษย์ได้รับและรวบรวมสะสมไว้จากประสบการณ์ต่างๆ

บลูม (Bloom : 1971)<sup>(48)</sup> กล่าวว่า ความรู้ เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการระลึกถึงสิ่งเฉพาะเรื่อง หรือเรื่องทั่วไป ระลึกถึงวิธี กระบวนการ หรือสถานการณ์ต่างๆโดยที่วัตถุประสงค์ของความรู้นั้น ย้ำในเรื่องกระบวนการทางจิตวิทยาของความจำ ในการเชื่อมโยงจัดระบบใหม่

ประกาเพ็ญ สุวรรณ (2526)<sup>(49)</sup> ให้นิยามว่า ความรู้ เป็นพฤติกรรมขั้นตอนซึ่งบุคคล เพียงแต่จำได้ นึกได้ หรือโดยการมองเห็น ได้ปฏิบัติ ได้ยิน ที่ทำให้จำได้ ความรู้นี้ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับ คำจำกัดความ ความหมาย ข้อเท็จจริง ทฤษฎี กฎ โครงสร้าง และวิธีการแก้ปัญหา

### ระดับของความรู้

บลูม (Bloom:1971)<sup>(47)</sup> ได้แบ่งระดับของความรู้ออกเป็น 5 ระดับดังนี้

1. ระดับที่ระลึกได้ (Recall) หมายถึง การเรียนรู้ในลักษณะที่จำได้ หรือระลึกได้ สามารถนำข้อมูลออกมาจากความจำได้
2. ระดับที่รวบรวมสาระสำคัญได้ (Comprehension) หมายถึง บุคคลสามารถทำบางสิ่งบางอย่างได้มากกว่าการจำเนื้อหาที่ได้รับ สามารถอธิบายได้ ให้ความหมาย คาดคะเนผลที่จะเกิดต่อไปได้
3. ระดับการนำไปใช้ ( Application) เป็นระดับที่สามารถนำข้อเท็จจริงที่มีอยู่ไปใช้หรือปฏิบัติได้จริงอย่างเป็นรูปธรรม
4. ระดับการวิเคราะห์ ( Analysis) เป็นระดับที่สามารถใช้ความคิดในการแยกสิ่งต่างๆออกเป็นส่วนย่อยๆได้อย่างมีความหมาย หรือนำข้อมูลต่างๆมาประกอบกันแล้วนำไปสร้างเป็นสิ่งที่ใหม่ต่างไปจากเดิม
5. ระดับการประเมินผล (Evaluation) คือความสามารถใช้ความรู้ตัดสินคุณค่าของสิ่งของหรือทางเลือกได้อย่างถูกต้อง

## เจตคติ (Attitude)

นักการศึกษา และนักจิตวิทยาได้ให้นิยามของเจตคติไว้เป็นจำนวนมาก โดยส่วนใหญ่จะสรุปได้ว่า เจตคติเป็นความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และแสดงออกได้ทั้งในทางบวกและทางลบ ดังเช่น

ฟิชบาย (Fishbein : 1967)<sup>(50)</sup> ให้ความหมายของเจตคติไว้ว่า สภาพความพร้อมของการจัดรูปแบบของจิตใจและประสาท ตลอดจนประสบการณ์ พฤติกรรมของบุคคล ในการตอบสนองต่อวัตถุและสถานการณ์ที่มาเกี่ยวข้อง

ไทแรนดิส (Triandis: 1971)<sup>(51)</sup> กล่าวว่า เจตคติมีความหมายสำคัญอยู่ 2 ประการ คือ เจตคติเป็นความพร้อมที่จะตอบสนอง และเป็นความสม่ำเสมอของบุคคลในการที่จะตอบสนองต่อบุคคลอื่น หรือสภาพทางสังคม

กู๊ด (Good : 1973)<sup>(47)</sup> ได้ให้ความหมายว่า เจตคติคือการจูงใจหรือการโน้มเอียงของบุคคลที่ตอบสนองต่อวัตถุ หรือสถานการณ์ โดยมากจะมีความรู้สึกและอารมณ์ประกอบอยู่ด้วย

อัลพอร์ต (Allport : 1976)<sup>(50)</sup> กล่าวว่า เจตคติ เป็นสภาพความพร้อมของจิตใจ ซึ่งเป็นตัวกำหนดทิศทางตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อม โดยเกิดจากการได้รับประสบการณ์ แยกอธิบายความหมายของเจตคติเป็น 5 ลักษณะย่อย ดังนี้

1. เป็นภาวะทางจิตและประสาท ซึ่งอาจแสดงออกให้เห็นได้ทางพฤติกรรม เช่น โกรธเกลียดรัก เป็นต้น
2. เป็นความพร้อมที่จะตอบสนอง คือ เมื่อมีเจตคติที่ดี หรือไม่ดีต่อสิ่งใด ก็พร้อมที่จะตอบสนองต่อสิ่งนั้น ตามลักษณะของเจตคติที่เกิดขึ้น เช่น ชอบวิชาภาษาอังกฤษก็มีความต้องการที่จะเรียนหรือสนใจวิชาภาษาอังกฤษอยู่เสมอ
3. เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นระเบียบ เกิดเป็นกลุ่มและจัดระเบียบไว้แล้วในตนเอง คือ เมื่อเกิดเจตคติต่อสิ่งใดแล้ว ก็จะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และจะติดตามมาด้วยพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กัน เช่น โกรธก็จะหน้าบึ้ง เป็นต้น
4. เป็นสิ่งที่เกิดจากประสบการณ์ หมายความว่า ประสบการณ์นั้นมีส่วนช่วยในการสร้างเจตคติได้ดีหรือไม่
5. เป็นพลังสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมที่แสดงออก

ธีระวุฒิ เอกะกุล( 2542) <sup>(52)</sup>ให้ความหมายว่า เจตคติ หมายถึง พฤติกรรมหรือความรู้สึกทางด้านจิตใจที่มีต่อสิ่งเร้าใดสิ่งเร้าหนึ่งในทางสังคม เป็นความรู้สึกที่เกิดจากการเรียนรู้เกี่ยวกับสิ่งเร้าหรือเกี่ยวกับประสบการณ์ในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง

ดวงเดือน พันธุมนาวิน (2523) <sup>(52)</sup> เจตคติ หมายถึง ความรู้สึกที่แสดงออกอย่างมั่นคงต่อบุคคล หรือสถานการณ์ ใดๆที่อาจเป็นไปได้ในทางที่ดี(positive) ชัดแย้ง (negative) หรือเป็นกลาง (neutral) ก็ได้ ซึ่งเป็นผลของการรับรู้เกี่ยวกับลักษณะที่ดีหรือเลวของบุคคล หรือสถานการณ์นั้นๆ

ศุภกัญญา นาถนิตธาตา (2539) <sup>(53)</sup> สรุปว่า เจตคติเป็นผลพวงจากการเรียนรู้ และประสบการณ์ ก่อให้เกิดความรู้สึก และจะแสดงออกเป็นรูปธรรมโดยการออกความคิดเห็น และการกระทำ

#### การเกิดเจตคติ <sup>(54)</sup>

ไลเคิร์ต (Likert : 1961) สรุปว่า เจตคติเป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้จากแหล่งเจตคติต่างๆที่มีอยู่มากมาย โดยแหล่งที่ทำให้คนเกิดเจตคติ ที่สำคัญ คือ

1. ประสบการณ์เฉพาะอย่าง (Specific Experience) เมื่อบุคคลมีประสบการณ์เฉพาะอย่างต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งในทางที่ดีหรือไม่ดี จะทำให้เขาเกิดเจตคติต่อสิ่งนั้นไปในทางที่เคยมีประสบการณ์มาก่อน
2. การติดต่อสื่อสารจากบุคคลอื่น (Communication from Others)
3. สิ่งที่เป็นแบบอย่าง (Models) การเลียนแบบผู้อื่นหรือสื่อต่างๆ
4. ความเกี่ยวข้องกับสถาบัน (Institutional Factors)

#### องค์ประกอบของเจตคติ ( Triandis : 1971) <sup>(54)</sup>

1. องค์ประกอบด้านความรู้สึกรู้จักคิด (Cognitive component)
2. องค์ประกอบด้านอารมณ์ความรู้สึก (Affective component)
3. องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (Behavioral component)

#### องค์ประกอบด้านความรู้สึกรู้จักคิด

การเกิดความคิด ความรู้ หรือความเชื่อนั้น ถือเป็นกระบวนการในการจัดระเบียบข้อมูล ซึ่งถ้าได้มาจากประสบการณ์โดยตรง และซ้ำกันหลายๆครั้งก็จะมีผลให้ความรู้หรือความเชื่อนั้นคงทนมากขึ้น ความมีอคติต่างๆมักจะเกิดจากการได้รับความรู้ และประสบการณ์ด้านลบอย่างบ่อยครั้งเป็นพื้นฐาน

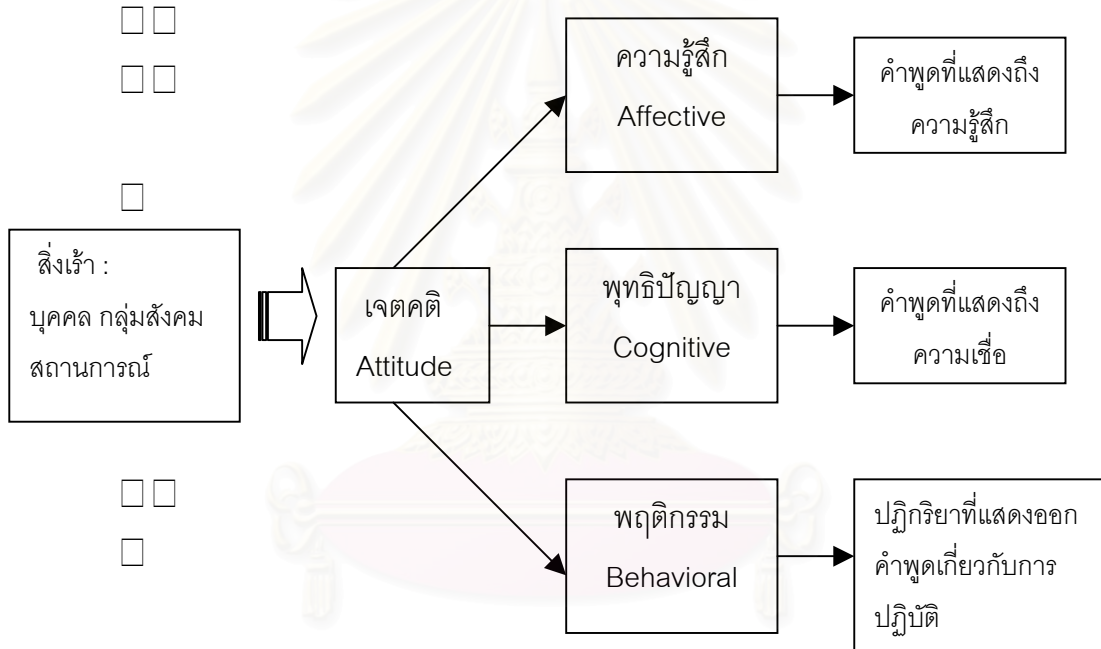


**องค์ประกอบทางด้านอารมณ์ความรู้สึก**

องค์ประกอบของอารมณ์ความรู้สึกนับเป็นส่วนหนึ่งของเจตคติที่มีความสำคัญไม่น้อย ความรู้สึกจะมีทั้งทางบวก (ชอบ พอใจ ประทับใจ) และทางลบ ( รังเกียจ ไม่พอใจ ไม่ประทับใจ) โดยอาจเกิดจากประสบการณ์ ความเชื่อ การเรียนตามทฤษฎี ไปจนถึงเงื่อนไขการให้รางวัล

**องค์ประกอบทางด้านพฤติกรรม**

เป็นการแสดงออกตามเจตคติ แต่มักจะเป็นเจตคติที่เกิดจากบรรทัดฐานของสังคมและครอบครัว ถึงแม้ว่าเจตคติส่วนตัวของแต่ละบุคคลจะมีผลรวมไปถึงพฤติกรรมด้วย แต่บุคคลอาจไม่ได้แสดงออกพฤติกรรมตามเจตคติของตนก็เป็นได้



**ประโยชน์ของการวัดเจตคติ** <sup>(55)</sup>

การวัดเจตคติเป็นการวัดเพื่อทำนายพฤติกรรม เนื่องจากเจตคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งของบุคคลย่อมเป็นเครื่องแสดงว่า มีความรู้ด้านที่ดีหรือไม่ดีเกี่ยวกับสิ่งนั้นมากน้อยเพียงใด เจตคติของบุคคลจึงเป็นเครื่องทำนายว่า บุคคลนั้นจะมีการกระทำต่อสิ่งนั้นไปในทำนองใดด้วย การทราบเจตคติของบุคคลย่อมสามารถทำนายการกระทำของบุคคลได้บางส่วน

### การเปลี่ยนแปลงเจตคติ( Attitude Change) <sup>(54)</sup>

กระบวนการเปลี่ยนแปลงเจตคติมี 3 ระดับคือ

1. การเปลี่ยนแปลงทางความคิด ซึ่งอาจจะมาจากข้อมูลข่าวสารใหม่จากสื่อมวลชนหรือบุคคลอื่น
2. การเปลี่ยนแปลงความรู้สึก มาจากประสบการณ์ หรือความประทับใจหรือความสะเทือนใจ
3. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เป็นการเปลี่ยนแปลงทางสังคมซึ่งไปมีผลต่อบุคคลทำให้ต้องเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใหม่

การเปลี่ยนแปลงแต่ละระดับนั้นมีส่วนเกี่ยวข้องกันโดยตรง ถ้าความคิดหรือพฤติกรรมถูกกระทบ ไม่ว่าจะระดับใดก็ตาม จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงเจตคติทั้งสิ้น

ซิมบาตู และคณะ (Zimbardo et.al. : 1970) <sup>(54)</sup> กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงเจตคติขึ้นอยู่กับความรู้ คือ ถ้ามีความรู้ ความเข้าใจกันดี เจตคติก็จะเปลี่ยนแปลงได้ และเมื่อเจตคติเปลี่ยนแปลงแล้ว ก็จะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทั้ง 3 อย่างนี้จึงมีความเชื่อมโยงกัน ฉะนั้น ในการที่จะให้มีการยอมรับหรือปฏิเสธสิ่งใด ต้องพยายามเปลี่ยนแปลงเจตติก่อน โดยการให้ความรู้

### **ทักษะทางความคิด (Cognitive Skill)**

ทักษะทางความคิด (Cognitive Skill)<sup>(56)</sup> หมายถึง ทักษะของบุคคลในการคิดว่าจะปฏิบัติอย่างไรในสถานการณ์ต่างๆที่ได้เผชิญ อันมีผลมาจากความรู้ความเข้าใจและเจตคติ

อีแวน (Evan : 1991)<sup>(57)</sup> กล่าวว่า ทักษะทางความคิด ประกอบด้วยทักษะพื้นฐานต่างๆด้านการฟังพูดอ่านเขียน และทักษะเฉพาะบุคคลต่างๆ เช่นการคำนวณทางคณิตศาสตร์ การใช้แผนที่ในการเดินทาง เป็นต้น โดยแต่ละทักษะนั้นประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ความรู้แบบจำได้ (declarative knowledge) และ ความรู้แบบวิธีการกระทำ (procedural knowledge) นั่นคือ ความรู้ถือเป็นพื้นฐานของทักษะทางความคิด

ทักษะทางความคิด<sup>(58)</sup> หมายถึง ทักษะทางจิตใจใดๆก็ตาม ที่ใช้ในกระบวนการได้รับความรู้ ซึ่งทักษะเหล่านี้รวมไปถึง การใช้เหตุผล การรับรู้ และสัญชาตญาณ

ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ทักษะทางความคิด และการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกัน คือ การปฏิบัติเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกในทันที หรืออาจเป็นพฤติกรรมล่าช้าที่บุคคลไม่ได้ปฏิบัติในทันที แต่คาดคะเนว่าอาจจะปฏิบัติในโอกาสต่อไปก็ได้<sup>(58)</sup> ซึ่งก็คือทักษะทางความคิดนั่นเอง และการปฏิบัติหรือการคิดว่าจะปฏิบัติ(ซึ่งหมายถึงทักษะทางความคิด) ก็มีความสัมพันธ์กับความรู้ และเจตคติ ทั้ง

ทางตรงและทางอ้อม โดยเจตคติมีผลต่อการปฏิบัติ และการปฏิบัติก็มีผลต่อเจตคติของบุคคล ทั้งนี้โดยที่มีความรู้เป็นพื้นฐานในการสนับสนุนเช่นกัน<sup>(59)</sup>

## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ ความรู้ เจตคติ และทักษะทางความคิดต่อปัญหาสุขภาพจิต

รอต และคณะ (Roth et.al: 2000)<sup>(60)</sup> ได้ศึกษาเปรียบเทียบเจตคติต่อปัญหาสุขภาพจิต ในนักเรียนแพทย์ของบุคลากรในคณะแพทย์ ของมหาวิทยาลัยในอเมริกา พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต ไม่ว่าจะเป็นประสบการณ์ส่วนตัว (personal experience) เช่น มีญาติ หรือเพื่อนที่ป่วยทางจิต หรือ ประสบการณ์จากหน้าที่ในการทำงาน (Professional experience) เช่น เป็นจิตแพทย์ หรือนักจิตวิทยา จะมีเจตคติต่อนักเรียนแพทย์ที่มีปัญหาสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่ไม่มีความประสบการณ์ดังกล่าว แต่ในขณะเดียวกัน ก็ยังเห็นว่าการป่วยทางจิตถือเป็นความบกพร่องที่สำคัญ

ฮัทชินสัน และคณะ (Hutchinson et.al.:1999)<sup>(61)</sup> ได้ศึกษาการรับรู้การป่วยทางจิต ของนักเรียนเตรียมแพทย์ในสาธารณรัฐตรินิแดดและโตบาโก เพื่อให้ทราบถึงความสามารถในการตรวจพบ การรักษาและการส่งต่ออย่างเหมาะสม โดยยกตัวอย่างผู้ป่วยโรคจิตหวาดระแวง (Paranoid Psychotic illness) นักเรียนแพทย์ 88% ตอบว่าควรรักษาในโรงพยาบาล 86% ตอบว่า ควรมาพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ 89% ตอบว่าไม่ควรแต่งงานมีครอบครัว ซึ่งคำตอบที่ได้รับมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการที่มีบุคคลรู้จักป่วยทางจิต และเป็นที่น่าแปลกใจว่า นักเรียนเตรียมแพทย์ 25% เชื่อว่าการป่วยทางจิตเกิดจากพลังอำนาจเหนือธรรมชาติ และมากกว่าครึ่งหนึ่งในกลุ่มนี้ เป็นผู้หญิง

ไมชี และ ซานธุ (Michie and Sandhu : 1994)<sup>(62)</sup> ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการลดความเครียดสำหรับนักเรียนแพทย์ชั้นปี 3 ซึ่งเป็นกลุ่มที่เครียดสูง โปรแกรมที่จัดขึ้นใช้เวลา 3 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ชั่วโมง ผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับอารมณ์ เจตคติ และสาเหตุของความเครียด เมื่อเริ่มศึกษาชั้นปีที่ 3 และทำซ้ำอีก 1 ปีต่อมา นอกจากนี้ยังได้ตอบแบบสอบถามอีก 2 ครั้งระหว่างช่วงเวลาที่รอการเข้าโปรแกรม ผลการศึกษาพบว่า เมื่อจบโปรแกรม นักเรียนที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความสามารถในการทำงานดีขึ้นกว่าครั้งแรก และอีก 2 ครั้งก่อนเข้าโปรแกรม หลังจากผ่านไป 1 ปีนักเรียนแพทย์ที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความพอใจในการทำงานดีกว่า รับรู้ผลการทำงาน

ของตนเอง( perceived functioning at work) ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ร่วมโปรแกรม การจัดโปรแกรมลดความเครียดจึงก่อให้เกิดผลดีทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

คอน ซาห์มา และ ลีวาฟ (Kohn, Sharma and Levav: 2000)<sup>(63)</sup> ได้ทำการศึกษา เจตคติต่อการป่วยทางจิตในสหพันธรัฐโดมินิกัน เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้นำในสังคมจำนวน 67 คน (ประกอบด้วยครูอาจารย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ตำรวจ) และกลุ่มสมาชิกในสังคมจำนวน 135 คน จากทุกชนชั้น โดยยกตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยติดยา และผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และเด็กสมาธิสั้น จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบว่าตัวอย่างใดถือได้ว่าเป็นการป่วยทางจิต และให้เสนอวิธีการรักษาในตัวอย่างนั้นๆด้วย ผลการศึกษาพบว่า ตัวอย่างเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช เป็นตัวอย่างที่เห็นว่ามีปัญหาทางจิตมากที่สุด(84%) แต่ในอีก 3 ตัวอย่างนั้น( ผู้ป่วยติดยา ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และเด็กสมาธิสั้น)มีผู้ตอบว่าเป็นการป่วยทางจิตน้อยกว่า 30% และกลุ่มผู้นำในสังคมรับรู้ถึงการป่วยทางจิตในน้อยกว่ากลุ่มสมาชิกในสังคม สำหรับวิธีการในการรักษานั้นกลุ่มตัวอย่างส่วนมากเห็นว่าควรส่งพบแพทย์ ผู้วิจัยสรุปว่าควรที่ การให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตแก่กลุ่มพยาบาล ครูอาจารย์ และตำรวจให้มากขึ้นเนื่องจาก เป็นผู้ที่จะมีบทบาทในสังคม

แวน และคณะ Van et.al.: 1999)<sup>(64)</sup> ได้ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมสำหรับแพทย์ทั่วไปในการตรวจพบโรคซึมเศร้า และปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ หลังจากเข้ารับการอบรมแล้ว กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และสามารถตรวจพบผู้ป่วยที่มีอาการของโรคซึมเศร้าได้เพิ่มมากขึ้น และให้การรักษาได้อย่างถูกแนวทาง

สมบัติ ศาสตรร์รุ่งภาค, รัตนา สายพานิชย์ และชัชวาลย์ ศิลปกิจ (2540)<sup>(65)</sup> ได้ทำการศึกษาเจตคติต่อจิตเวชศาสตร์ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน พบว่า คะแนนรวมเจตคติต่อจิตเวชศาสตร์ทุกด้านอยู่ในเกณฑ์ดี โดยปัจจัยด้านประสบการณ์ในการทำงานที่มากกว่า 8 ปี เป็นสิ่งที่ทำให้แพทย์มีเจตคติต่อผู้ป่วยและโรคทางจิตเวชดีกว่าแพทย์ที่มีประสบการณ์ในการทำงานน้อยกว่า 3 ปี และสถาบันที่จบแพทยศาสตรบัณฑิตมีผลต่อเจตคติโดยรวมต่อจิตเวชศาสตร์ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดคือ ได้รับแบบสอบถามกลับทางไปรษณีย์เพียง 41.1%

อิกนาซิโอ และคณะ(1989)<sup>(66)</sup> ได้จัดการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มความรู้ เจตคติ และวิธีการจัดการกับปัญหาสุขภาพจิต ให้แก่บุคลากรทางด้านสุขภาพเป็นเวลา 18 เดือนซึ่งภายหลังการฝึกอบรม

แล้ว บุคลากรทางด้านสุขภาพจิตมีความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตดีขึ้น สามารถสังเกต วินิจฉัย และให้ความช่วยเหลือได้อย่างถูกต้อง

ลอว์รี และคณะ ( Lawrie et.al.:1998)<sup>(67)</sup> ได้ทำการศึกษาเจตคติของแพทย์ทั่วไปต่อการป่วยทางกาย และการป่วยทางจิต พบว่า แพทย์ทั่วไปไม่ต้องการที่จะรักษาผู้ป่วยทางจิต เช่น ผู้ป่วยจิตเภทเนื่องจากเกรงว่าจะเกิดปัญหาความรุนแรงและเรื่องสวัสดิการสังคม แต่ถ้าเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จะมีแนวโน้มให้ความช่วยเหลือโดยการให้ยาด้านเศร้า หรือให้การปรึกษา ส่วนผู้ป่วยที่เป็นโรคทางกาย เช่นเบาหวาน จะส่งต่อไปยังโรงพยาบาลเฉพาะทาง โดยเจตคติต่อการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยประเภทต่างๆนี้ไม่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคลของแพทย์ ผู้วิจัยเสนอแนะว่า จิตแพทย์ควรจะให้ความรู้ และให้การสนับสนุนแพทย์ทั่วไปที่จำเป็นต้องรักษาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต

แองเกอเมเยอร์ และแมทซิงเกอร์ ( Angermeyer and Matchinger: 1996)<sup>(68)</sup> ได้ทำการศึกษาผลกระทบของประสบการณ์ส่วนบุคคลเกี่ยวกับการป่วยทางจิต ต่อเจตคติต่อผู้ป่วยทางจิต โดยกลุ่มตัวอย่างคือประชาชนทั่วไป ในประเทศเยอรมนี 2 กลุ่ม ผลการวิจัยพบว่า ผู้ที่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการป่วยทางจิต จะรู้สึกกลัวผู้ป่วยน้อยกว่า และมีเจตคติที่ดีกว่ากลุ่มที่ไม่เคยมีประสบการณ์ โดยกลุ่มที่ไม่มีประสบการณ์จะกังวลเรื่องเกิดการเกิดปัญหาความรุนแรง

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study) ศึกษา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional) เพื่อศึกษา ความรู้ เจตคติ และทักษะทางความคิดของอาจารย์ที่ปรึกษา ต่อปัญหาสุขภาพจิตในนิสิตแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ เจตคติ และทักษะทางความคิดของอาจารย์ที่ปรึกษา

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย (Target Population) ในการศึกษาครั้งนี้ คือ อาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้นปีที่1-6 ปีการศึกษา 2543 และอาจารย์ปัจจุบันทุกท่านจาก 21 ภาควิชาของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่เคยเป็นอาจารย์ที่ปรึกษามาแล้วอย่างน้อย 1 วาระ นับตั้งแต่ปีการศึกษา 2523-2543 (เท่าที่มีบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร ณ หน่วยทะเบียนคณะแพทยศาสตร์) รวมทั้งสิ้น 298 ท่าน ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลจากประชากรทั้งหมดโดยไม่มีการคัดเลือกตัวอย่าง

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ แบบสอบถาม (questionnaire) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีกระบวนการสร้างเครื่องมือดังนี้

1. ศึกษาข้อมูลจากเอกสาร ได้แก่ ตำรา งานวิจัย และวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้องกับความรู้ เจตคติ และทักษะทางความคิดต่อปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาสุขภาพจิตในนิสิตแพทย์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง บทบาทอาจารย์ที่ปรึกษาวิชาการ เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถาม
2. สัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-Structure Interview) อาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตแพทย์ จากภาควิชาต่างๆจำนวน 10 ท่าน เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างข้อคำถาม
3. นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเอกสารงานวิจัย และการสัมภาษณ์อาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตแพทย์ มาสร้างแบบสอบถามประเมินความรู้ เจตคติ และทักษะทางความคิดของอาจารย์ที่ปรึกษาต่อปัญหาสุขภาพจิตในนิสิตแพทย์ ได้จำนวนข้อคำถามทั้งสิ้น 158 ข้อ โดยแบ่งเป็น 4 ตอนคือ

- ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล  
 ตอนที่ 2 ความรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิต  
 ตอนที่ 3 เจตคติต่อปัญหาสุขภาพจิต  
 ตอนที่ 4 ทักษะทางความคิดต่อปัญหาสุขภาพจิต

4. ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน คือ จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ อาจารย์ประจำหน่วยการปรึกษาและพัฒนานิสิต และอาจารย์ด้านประชากรศาสตร์ จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมทั้งด้านภาษาและความถูกต้องของเนื้อหาตามคำแนะนำ

5. นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิและปรับปรุงให้เหมาะสมแล้ว ไปทดลองใช้ (try out) กับอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตแพทย์ในสถาบันอื่น จำนวน 20 ท่าน จากนั้นนำมาวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

- *ด้านความรู้* นำไปหาค่าความยากง่าย (p) และอำนาจจำแนก (r) โดยแบ่งคะแนนที่ได้จากการทดลองใช้แบบสอบถามเป็นกลุ่มสูงและกลุ่มต่ำ ด้วยเทคนิค ร้อยละ 27 แล้วนำไปคำนวณหาค่าความยากง่ายและอำนาจจำแนกโดยใช้สูตร<sup>(69-71)</sup>

$$p = \frac{P_H + P_L}{2n}$$

$$r = \frac{P_H - P_L}{n}$$

โดย

p = ความยากง่าย

r = อำนาจจำแนก

$P_H$  = จำนวนผู้ตอบถูกในกลุ่มสูง

$P_L$  = จำนวนผู้ตอบถูกในกลุ่มต่ำ

n = จำนวนคนในกลุ่มสูงหรือกลุ่มต่ำ

คัดเลือกเอาข้อคำถามที่มีความยากง่ายระหว่าง 0.2-0.8 และอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป<sup>(72)</sup> ได้จำนวนข้อคำถามทั้งสิ้น 37 ข้อ

- *ด้านเจตคติ* นำไปหาค่าอำนาจจำแนก โดยแบ่งคะแนนที่ได้จากการทดลองใช้แบบสอบถามเป็นกลุ่มสูงและกลุ่มต่ำ ด้วยเทคนิค ร้อยละ 27 แล้วนำไปคำนวณหาอำนาจจำแนก โดยการทดสอบ t-test คัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า t ตั้งแต่ 2 ขึ้นไป<sup>(72)</sup> ได้จำนวนข้อคำถามทั้งสิ้น 28 ข้อ

- *ด้านทักษะทางความคิด* นำไปหาค่าอำนาจจำแนก โดยแบ่งคะแนนที่ได้จากการทดลองใช้แบบสอบถามเป็นกลุ่มสูงและกลุ่มต่ำ ด้วยเทคนิค ร้อยละ 27 แล้วนำไปคำนวณหาอำนาจจำแนก โดยการทดสอบ t-test คัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า t ตั้งแต่ 2 ขึ้นไป ได้จำนวนข้อคำถามทั้งสิ้น 30 ข้อ

6. จากนั้นนำข้อคำถามที่ได้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น ของแบบสอบถามแต่ละด้าน ในภาพรวม โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows V.10.0.7

ด้านความรู้ คำนวณด้วยวิธี Kuder Richardson ได้ค่าความเชื่อมั่น = .688

ด้านเจตคติ คำนวณด้วยวิธี Cronbach's Coefficient Alpha ได้ค่าความเชื่อมั่น = .846

ด้านทักษะทางความคิด คำนวณด้วยวิธี Cronbach's Coefficient Alpha ได้ค่าความเชื่อมั่น = .852

ขั้นตอนในการสร้างข้อคำถาม และการทดสอบคุณภาพของแบบสอบถาม ใช้เวลา ทั้งหมด 4 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และตรวจสอบคุณภาพแล้ว ประกอบด้วย 4 ส่วนคือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (Demographic Data) จำนวน 14 ข้อ

ได้แก่ ภาควิชาที่สังกัด สาขาวิชาชีพ เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนบุตร อายุราชการ ช่วงเวลาที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา จำนวนครั้งที่ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา รวมระยะเวลาที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ตำแหน่งทางวิชาการ การเข้าอบรมอาจารย์ที่ปรึกษา ปัญหาสุขภาพจิตของนิสิตใน ความดูแล และการเข้าพบของนิสิต

ตอนที่ 2 ความรู้ของอาจารย์ที่ปรึกษาต่อปัญหาสุขภาพจิตในนิสิตแพทย์ จำนวน 37 ข้อ

แบ่งเป็น 4 ด้านคือ ความรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิตโดยทั่วไป จำนวน 9 ข้อ ความรู้ต่ออาการ จำนวน 11 ข้อ ความรู้ต่อการรักษา จำนวน 10 ข้อ และความรู้ต่อหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาต่อ ปัญหาสุขภาพจิต จำนวน 7 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบอย่างใดอย่างหนึ่ง (Dichotomous Scale) คือ ใช่ ไม่ใช่

เกณฑ์การให้คะแนนคือ ตอบได้ถูกต้องได้ 1 คะแนน ตอบไม่ถูกต้องได้ 0 คะแนน

ข้อความที่ต้องตอบว่า "ใช่" คือข้อที่ 2 3 4 6 9 10 12 13 14 15 17 18 20 22 23 25 26 28 29 30 32 34 35 36

ข้อความที่ต้องตอบว่า "ไม่ใช่" คือ ข้อที่ 1 5 7 8 11 16 19 21 22 24 27 31 33 37

ตอนที่ 3 เจตคติของอาจารย์ที่ปรึกษาต่อปัญหาสุขภาพจิตในนิสิตแพทย์ จำนวน 28 ข้อ

แบ่งเป็น 3 ด้านคือ เจตคติต่อปัญหาสุขภาพจิตโดยทั่วไปจำนวน 7 ข้อ เจตคติต่อการรักษา จำนวน 10 ข้อ เจตคติต่อหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาต่อปัญหาสุขภาพจิตจำนวน 11 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจาก แบบวัดเจตคติต่อหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาในมหาวิทยาลัย<sup>(24,28-31)</sup> และ แบบวัดเจตคติต่อปัญหาสุขภาพจิต<sup>(73)</sup>

ลักษณะการตอบแบ่งเป็น 5 ระดับ ใช้การให้คะแนนรายข้อแบบไลเคิร์ต (Likert's scale) มีช่วงคะแนนตั้งแต่ 1-5

ข้อที่มีเนื้อหาแสดงถึงเจตคติทางบวก คือ ข้อที่ 1 6 10 15 19 23 26 28

ให้ 5 คะแนน สำหรับคำตอบ เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ให้ 4 คะแนน สำหรับคำตอบ เห็นด้วย

ให้ 3 คะแนน สำหรับคำตอบ ไม่แน่ใจ

ให้ 2 คะแนน สำหรับคำตอบ ไม่เห็นด้วย

ให้ 1 คะแนน สำหรับคำตอบ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ข้อที่มีเนื้อหาแสดงถึงเจตคติทางลบ คือ ข้อที่ 2 3 4 5 7 8 9 11 12 13 14 16 17 18 20 21  
22 24 25 27

ให้ 1 คะแนน สำหรับคำตอบ เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ให้ 2 คะแนน สำหรับคำตอบ เห็นด้วย

ให้ 3 คะแนน สำหรับคำตอบ ไม่แน่ใจ

ให้ 4 คะแนน สำหรับคำตอบ ไม่เห็นด้วย

ให้ 5 คะแนน สำหรับคำตอบ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ตอนที่ 4 ทักษะทางความคิดของอาจารย์ที่ปรึกษาต่อปัญหาสุขภาพจิตในนิสิตแพทย์ จำนวน

30 ข้อ

แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ด้านการให้คำปรึกษาและพัฒนานิสิต จำนวน 10 ข้อ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับนิสิตจำนวน 10 ข้อ และ ด้านการให้ความช่วยเหลือและประสานงานจำนวน 10 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามบทบาทอาจารย์ที่ปรึกษาวิชาการสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ในมหาวิทยาลัยของรัฐ ของนภาพร อมรชัยเจริญ<sup>(29)</sup> ซึ่งสร้างขึ้นตามทฤษฎีของวินสตันและคณะ ลักษณะการตอบแบ่งเป็น 5 ระดับ ใช้การให้คะแนนรายข้อแบบไลเคิร์ต (Likert's scale) มีช่วงคะแนนตั้งแต่ 1-5

ข้อที่มีเนื้อหาแสดงถึงทักษะทางความคิดทางบวก คือ

ข้อที่ 1 2 3 4 5 6 8 9 10 11 13 14 15 16 17 18 19 21 22 24 25 26 28 29

ให้ 5 คะแนน สำหรับคำตอบ ควรทำอย่างยิ่ง

ให้ 4 คะแนน สำหรับคำตอบ ควรทำ

ให้ 3 คะแนน สำหรับคำตอบ ไม่แน่ใจ

ให้ 2 คะแนน สำหรับคำตอบ ไม่ควรทำ

ให้ 1 คะแนน สำหรับคำตอบ ไม่ควรทำอย่างยิ่ง

ข้อที่มีเนื้อหาแสดงถึงทักษะทางความคิดทางลบ คือ ข้อที่ 7 12 20 23 27 30

ให้ 1 คะแนน สำหรับคำตอบ ควรทำอย่างยิ่ง

ให้ 2 คะแนน สำหรับคำตอบ ควรทำ

ให้ 3 คะแนน สำหรับคำตอบ	ไม่แน่ใจ
ให้ 4 คะแนน สำหรับคำตอบ	ไม่ควรทำ
ให้ 5 คะแนน สำหรับคำตอบ	ไม่ควรทำอย่างยิ่ง

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือจากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ถึงรองคณบดีฝ่ายวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล จากนั้นจึงติดต่อกับภาควิชาต่างๆ เพื่อส่งแบบสอบถามให้กับอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตแพทย์ทุกท่าน ที่เป็นประชากรในการศึกษาครั้งนี้ รวมทั้งสิ้น 273 ท่าน (ลาศึกษาต่อต่างประเทศ, ลาเขียนตำรา, เดินทางไปต่างประเทศ จำนวน 25 ท่าน) และกำหนดวันที่ผู้วิจัยจะไปรับแบบสอบถามกลับคืนจากภาควิชาต่างๆ

การติดตามแบบสอบถาม ทำโดยวิธีการต่างๆ ดังนี้คือ ติดตามจากภาควิชาต่างๆ หรือการส่งแบบสอบถามให้ใหม่ หรือขอพบอาจารย์ท่านนั้นด้วยตนเอง เพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย และแบบสอบถาม

ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือน ธันวาคม 2543 จนถึงเดือน กุมภาพันธ์ 2544 รวมทั้งสิ้น 3 เดือน ได้รับแบบสอบถามคืนทั้งสิ้น 198 ชุด คิดเป็นร้อยละ 72.53 ไม่ได้รับคืน 75 ชุด คิดเป็นร้อยละ 27.47 เป็นแบบสอบถามที่สมบูรณ์และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้ทั้งสิ้น 192 ชุด คิดเป็นร้อยละ 70.33

### การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows V.10.0.7<sup>(74-76)</sup> ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ นำเสนอในรูปตาราง
2. วิเคราะห์ข้อมูลด้านความรู้ เจตคติ และทักษะทางความคิดต่อปัญหาสุขภาพจิต โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และจำแนกความรู้ เจตคติ และทักษะทางความคิดเป็น 3 ระดับคือ ระดับดี ระดับปานกลาง และระดับพอใช้ โดยใช้ค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 และเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50
3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล กับคะแนน ความรู้ เจตคติ และทักษะทางความคิดต่อปัญหาสุขภาพจิต โดยใช้ ไคสแควร์ ( $\chi^2$ )



## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ เจตคติและทักษะทางความคิดของ อาจารย์ที่ปรึกษาต่อปัญหาสุขภาพจิตในนิสิตแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผลการวิจัยเสนอด้วยการบรรยายประกอบตารางดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ความรู้ เจตคติ และทักษะทางความคิดต่อปัญหาสุขภาพจิต

2.1) ความรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิต

- ด้านความรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิตโดยทั่วไป
- ด้านความรู้ต่ออาการแสดงของปัญหาสุขภาพจิต
- ด้านความรู้ต่อการรักษาปัญหาสุขภาพจิต
- ด้านความรู้ต่อหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต

2.2) เจตคติต่อปัญหาสุขภาพจิต

- ด้านเจตคติต่อปัญหาสุขภาพจิตโดยทั่วไป
- ด้านเจตคติต่อการรักษาปัญหาสุขภาพจิต
- ด้านเจตคติต่อหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต

2.3) ทักษะทางความคิดต่อปัญหาสุขภาพจิต

- ด้านการให้คำปรึกษาและพัฒนา นิสิต
- ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับ นิสิต
- ด้านการให้ความช่วยเหลือและประสานงาน

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิต

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ เจตคติ

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทักษะทางความคิด

เพื่อความสะดวกและเข้าใจผลการวิจัยตรงกัน ผู้วิจัยใช้สัญลักษณ์ในการแสดงผลการวิจัย

แทนความหมายต่างๆดังนี้

$\bar{X}$	หมายถึง	ค่าคะแนนเฉลี่ย
SD	หมายถึง	ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
n	หมายถึง	จำนวนตัวอย่าง

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของอาจารย์ที่ปรึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>ภาควิชาที่สังกัด</b>		
ปรีคลินิก	76	39.58
คลินิก	116	60.42
<b>สาขาวิชาชีพ</b>		
แพทย์	162	84.38
สาขาวิชาชีพอื่น	30	15.62
<b>เพศ</b>		
ชาย	103	53.65
หญิง	89	46.35
<b>อายุ</b>		
30 - 39 ปี	64	33.33
40 - 49 ปี	62	32.29
50 ปีขึ้นไป	66	34.38
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	50	26.04
สมรส	142	73.96
<b>จำนวนบุตร</b>		
ไม่มีบุตร	64	33.33
1 คน	31	16.15
2 คน	58	30.21
3 คน	39	20.31
<b>อายุราชการ</b>		
น้อยกว่า 5 ปี	26	13.54
5-10 ปี	49	25.52
11-15 ปี	38	19.79
16 ปีขึ้นไป	79	41.15

ตารางที่ 1(ต่อ) แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของอาจารย์ที่ปรึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>ช่วงเวลาที่ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา</b>		
ปัจจุบัน	90	46.88
อดีต	102	53.12
<b>จำนวนครั้งที่ เป็น / เคยเป็นอาจารย์ที่ปรึกษา</b>		
ครั้งแรก	111	57.81
2 ครั้ง	67	34.89
3 ครั้ง	8	4.17
4 ครั้งขึ้นไป	6	3.13
<b>รวมระยะเวลาที่เป็น / เคยเป็นอาจารย์ที่ปรึกษา</b>		
น้อยกว่า 3 ปี	48	25.0
3-6 ปี	91	47.39
7-12 ปี	46	23.96
13-18 ปี	7	3.65
<b>ตำแหน่งทางวิชาการปัจจุบัน</b>		
อาจารย์	36	18.75
ผู้ช่วยศาสตราจารย์	65	33.86
รองศาสตราจารย์	75	39.06
ศาสตราจารย์	16	8.33

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1(ต่อ) แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของอาจารย์ที่ปรึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>การเข้าร่วมสัมมนาอาจารย์ที่ปรึกษา</b>		
เคย	156	81.25
ไม่เคย	36	18.75
<b>ปัญหาสุขภาพจิตของนิสิตในความดูแล</b>		
ไม่มี	147	76.56
มีปัญหาสุขภาพจิตแต่ไม่เคยส่งพบจิตแพทย์	19	9.90
มีปัญหาสุขภาพจิตและได้ส่งพบจิตแพทย์	26	13.54
<b>การเข้าพบของนิสิต</b>		
ไม่เคยมาพบเลย	11	5.73
พบเพื่อให้เห็นตี่ชื่อลงทะเบียนเท่านั้น	79	41.14
มาพบเพื่อขอปรึกษาเรื่องทั่วไป	102	53.13

จากตารางที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตแพทย์ จำนวน 192 คน สังกัดภาควิชาปริคณิก 76 คน ภาควิชาคลินิก 116 คน เป็นเพศชาย 103 คน คิดเป็นร้อยละ 53.65 เพศหญิง 89 คน คิดเป็นร้อยละ 46.35 ส่วนใหญ่อายุ 50 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 34.38 สมรสแล้ว 142 คน คิดเป็นร้อยละ 73.96 ยังไม่มีบุตร 64 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 มีอายุราชการ 16 ปีขึ้นไปจำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 41.15 เป็นอาจารย์ที่เคยเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาในอดีตร้อยละ 53.12 เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาในปัจจุบันร้อยละ 46.88 โดยร้อยละ 57.81 เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาครั้งแรก/ครั้งเดียว ปฏิบัติหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาเป็นเวลา 3-6 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.39 ตำแหน่งทางวิชาการปัจจุบันเป็นรองศาสตราจารย์ 75 คน คิดเป็นร้อยละ 39.06 ร้อยละ 81.25 เคยเข้าร่วมสัมมนาเกี่ยวกับบทบาทอาจารย์ที่ปรึกษา ส่วนใหญ่นิสิตในความดูแลไม่มีปัญหาสุขภาพจิต คิดเป็นร้อยละ 76.56 และ นิสิตมักจะมาพบเพื่อขอปรึกษาเรื่องทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 53.13

## ส่วนที่ 2 ความรู้ เจตคติ และทักษะทางความคิดของอาจารย์ที่ปรึกษาต่อปัญหาสุขภาพจิตในนิสิตแพทย์

### ความรู้ของอาจารย์ที่ปรึกษาต่อปัญหาสุขภาพจิตในนิสิตแพทย์

#### 1. ด้านความรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิตโดยทั่วไป

จากการตอบคำถามด้านความรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิตโดยทั่วไป ข้อคำถามที่อาจารย์ที่ปรึกษามากกว่าร้อยละ 50 ตอบไม่ถูกต้อง ได้แก่

1. สุขภาพจิตมีสาระสำคัญมุ่งเน้นถึงสภาวะที่ประชาชนไม่ป่วยเป็นโรคจิต ตอบถูกร้อยละ 45.8
2. ความอ่อนแอของจิตใจเป็นสาเหตุหลักของการเกิดโรคซึมเศร้า ตอบถูกร้อยละ 29.2

ข้อคำถามที่อาจารย์ที่ปรึกษา ร้อยละ 99 ตอบได้ถูกต้อง ได้แก่

1. อาการวิตกกังวลเกิดขึ้นได้จากพื้นฐานอารมณ์ที่ช่างกังวล และสภาพกดดันจากสิ่งแวดล้อม
2. ครอบครัวมีความสำคัญต่อสุขภาพจิตของนิสิต

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของอาจารย์ที่ปรึกษาที่ตอบคำถามเกี่ยวกับความรู้ในด้านความรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิตทั่วไปได้ถูกต้องเป็นรายข้อ

คำถาม	ตอบได้ถูกต้อง	
	จำนวน	ร้อยละ
1. สุขภาพจิตมีสาระสำคัญมุ่งเน้นถึงสภาวะที่ประชาชนไม่ป่วยเป็นโรคจิต	88	45.8
2. ผู้หญิงมักมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้ชาย	156	81.3
3. การปรับตัวในวัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต	180	93.8
4. ลักษณะการเรียนการสอนวิชาแพทยศาสตร์เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตได้	143	74.5
5. ความอ่อนแอของจิตใจเป็นสาเหตุหลักของการเกิดโรคซึมเศร้า	56	29.2
6. สุขภาพจิตหมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุข มีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ สามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมสิ่งแวดล้อมได้ดี ไม่เพียงแต่ปราศจากโรคทางจิตเวชเท่านั้น	183	95.3
7. ปัญหาทางเศรษฐกิจของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของนิสิต	170	88.5
8. อาการวิตกกังวลเกิดขึ้นได้จากพื้นฐานอารมณ์ที่ช่างกังวล และสภาพกดดันจากสิ่งแวดล้อม	190	99.0
9. ครอบครัวมีความสำคัญต่อสุขภาพจิตของนิสิต	190	99.0



## 2. ด้านความรู้ต่ออาการแสดงของปัญหาสุขภาพจิต

จากการตอบคำถามด้านความรู้ต่ออาการแสดงของปัญหาสุขภาพจิต ข้อคำถามที่อาจารย์ที่ปรึกษามากกว่าร้อยละ 50 ตอบไม่ถูกต้อง ได้แก่

นิสิตที่มีความคิดความเชื่อแปลกๆที่ไม่สอดคล้องกับความจริงแสดงว่ามีปัญหาสุขภาพจิต ตอบถูกร้อยละ 49.5

ข้อคำถามที่อาจารย์ที่ปรึกษา มากกว่าร้อยละ 95 ตอบได้ถูกต้อง ได้แก่

- |   | ตอบถูกร้อยละ |
|---|--------------|
| 1. อาการวิตกกังวลอาจแสดงออกมาเป็นอาการทางกายได้ เช่น ปวดหัว ปวดท้อง เหงื่อออกมาก กระสับกระส่าย ใจสั่น เป็นต้น | 99           |
| 2. สุขภาพจิตของนิสิตสังเกตได้จากพฤติกรรม อารมณ์ และความคิดที่นิสิตแสดงออกต่อสภาพแวดล้อม                       | 96.9         |
| 3. นิสิตที่ภาวะซึมเศร้าสังเกตได้จาก อารมณ์เศร้าหมอง เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข                                   | 95.8         |

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของอาจารย์ที่ปรึกษาที่ตอบคำถามเกี่ยวกับความรู้ในด้านความรู้ต่ออาการแสดงของปัญหาสุขภาพจิตได้ถูกต้องเป็นรายชื่อ

คำถาม	ตอบได้ถูกต้อง	
	จำนวน	ร้อยละ
1. ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นแสดงออกโดยอาการหงุดหงิด ฉุนเฉียว ร้องไห้ง่าย	112	58.3
2. สุขภาพจิตของนิสิตสังเกตได้จากพฤติกรรม อารมณ์ และความคิดที่นิสิตแสดงออกต่อสภาพแวดล้อม	186	96.9
3. นิสิตที่มักจะมีปัญหาความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นน่าจะมีปัญหาสุขภาพจิต	110	57.3
4. ปัญหาสุขภาพจิตสามารถติดต่อจากนิสิตคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่งรอบข้างได้	143	74.5
5. อาการวิตกกังวลอาจแสดงออกมาเป็นอาการทางกายได้ เช่น ปวดหัว ปวดท้อง เหงื่อออกมาก กระสับกระส่าย ใจสั่น เป็นต้น	190	99.0
6. ผลการเรียนที่ลดลงเป็นสิ่งที่ทำให้สังเกตได้ว่า นิสิตอาจจะมีปัญหาสุขภาพจิต	166	86.5
7. นิสิตที่ภาวะซึมเศร้าสังเกตได้จาก อารมณ์เศร้าหมอง เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข	184	95.8

ตารางที่ 3 (ต่อ) แสดงจำนวนและร้อยละของอาจารย์ที่ปรึกษาที่ตอบคำถามเกี่ยวกับความรู้ ในด้าน  
ความรู้ต่ออาการแสดงของปัญหาสุขภาพจิตได้ถูกต้องเป็นรายชื่อ

คำถาม	ตอบได้ถูกต้อง	
	จำนวน	ร้อยละ
8. นิสิตที่มักจะตรวจสิ่งที่ทำไปซ้ำแล้วซ้ำอีกบ่อยเกินปกติ น่าจะมีปัญหาสุขภาพจิต	125	65.1
9. นิสิตที่มีความคิดความเชื่อแปลกๆที่ไม่สอดคล้องกับความจริงแสดงว่ามีปัญหาสุขภาพจิต	95	49.5
10. นิสิตที่ชอบแยกตัวอยู่คนเดียวไม่เข้ากับกลุ่มเพื่อน ถือเป็นนิสัยส่วนตัว ไม่ถือว่าเป็นความผิดปกติ	136	70.8
11. ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของภาวะซึมเศร้าคือการฆ่าตัวตาย	181	94.3

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### 3. ด้านการรักษาปัญหาสุขภาพจิต

จากการตอบคำถามด้านความรู้ต่อการรักษาปัญหาสุขภาพจิต ข้อคำถามที่อาจารย์ที่  
ปรึกษามากกว่าร้อยละ 50 ตอบไม่ถูกต้อง ได้แก่

- |   |                      |
|---|----------------------|
| 1. หากผู้ปกครองไม่ให้ความร่วมมือจะไม่สามารถแก้ไข<br>ปัญหาสุขภาพจิตของนิสิตได้ | ตอบถูกร้อยละ<br>31.3 |
| 2. การรักษาด้วยยาจำเป็นสำหรับโรคซึมเศร้า                                      | 40.1                 |

ข้อคำถามที่อาจารย์ที่ปรึกษา มากกว่าร้อยละ 95 ตอบได้ถูกต้อง ได้แก่

- |  |                      |
|--|----------------------|
| 1. การจะช่วยเหลือนิสิตที่มีปัญหาสุขภาพจิตต้องสร้างความไว้วางใจก่อน | ตอบถูกร้อยละ<br>99.5 |
| 2. ปัญหาสุขภาพจิตจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชเท่านั้น | 97.4                 |

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของอาจารย์ที่ปรึกษาที่ตอบคำถามเกี่ยวกับความรู้ ในด้าน  
ความรู้ต่อการรักษาปัญหาสุขภาพจิตได้ถูกต้องเป็นรายชื่อ

คำถาม	ตอบได้ถูกต้อง	
	จำนวน	ร้อยละ
3. การจะช่วยเหลือนิสิตที่มีปัญหาสุขภาพจิตต้องสร้างความไว้วางใจก่อน	191	99.5
4. หากผู้ปกครองไม่ให้ความร่วมมือจะไม่สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตของนิสิตได้	60	31.3
5. การรักษาด้วยยาจำเป็นสำหรับโรคซึมเศร้า	77	40.1
6. ปัญหาสุขภาพจิตส่วนใหญ่สามารถแก้ไขได้โดยการพึ่งศาสนา	145	75.5
7. โรคซึมเศร้าสามารถรักษาให้หายได้	181	94.3
8. อาการซึมเศร้าอย่างรุนแรงสามารถรักษาได้โดยใช้ไฟฟ้ากระตุ้น (หรือการช็อกไฟฟ้า)	127	66.1
9. ปัญหาสุขภาพจิตจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชเท่านั้น	187	97.4
10. ปัญหาสุขภาพจิตรักษาได้โดยการให้ยาเท่านั้น	178	92.7
11. วิธีการรักษาอาการย้ำคิดย้ำทำที่ได้ผลดีคือการใช้พฤติกรรมบำบัดร่วมกับการให้ยา	151	78.6
12. ปัญหาสุขภาพจิตจำเป็นต้องรักษาโดยจิตแพทย์เท่านั้น	174	90.6

#### 4. ด้านหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิต

จากการตอบคำถามด้านความรู้ต่อการรักษาปัญหาสุขภาพจิต ไม่มีข้อคำถามที่อาจารย์ที่ปรึกษามากกว่าร้อยละ 50 ตอบไม่ถูกต้อง โดยข้อที่ตอบถูกต้องน้อยที่สุดคือ

อาจารย์ที่ปรึกษาต้องส่งต่อจิตแพทย์ทุกราย เมื่อพบว่านิสิตมีสุขภาพจิต ตอบถูกร้อยละ 51.6

ข้อคำถามที่อาจารย์ที่ปรึกษา มากกว่าร้อยละ 95 ตอบได้ถูกต้อง ได้แก่ ตอบถูกร้อยละ

1. อาจารย์ที่ปรึกษามีหน้าที่ดูแลนิสิตทั้งด้านการเรียน สุขภาพกายและสุขภาพจิต 98.4
2. อาจารย์ที่ปรึกษาช่วยเหลือนิสิตที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้โดยการรับฟังปัญหา พูดคุยให้กำลังใจ 97.9
3. อาจารย์ที่ปรึกษาไม่ได้มีหน้าที่รับฟังความทุกข์ร้อนทางด้านจิตใจและสังคมของนิสิต 97.4

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละของอาจารย์ที่ปรึกษาที่ตอบคำถามเกี่ยวกับความรู้ ในด้านความรู้ต่อหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตได้ถูกต้องเป็นรายข้อ

คำถาม	ตอบได้ถูกต้อง	
	จำนวน	ร้อยละ
1. เมื่อนิสิตมีสุขภาพจิตเป็นหน้าที่ของอาจารย์ที่ปรึกษาที่ ต้องช่วยเหลือ	184	95.8
2. หน้าที่หลักของอาจารย์ที่ปรึกษาคือให้คำแนะนำเรื่องการ เรียน	136	70.8
3. อาจารย์ที่ปรึกษาช่วยเหลือนิสิตที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้โดย การรับฟังปัญหา พูดคุยให้กำลังใจ	188	97.9
4. อาจารย์ที่ปรึกษาไม่ได้มีหน้าที่รับฟังความทุกข์ร้อนทางด้าน จิตใจและสังคมของนิสิต	187	97.4
5. การดูแลสุขภาพจิตของนิสิตเป็นหน้าที่โดยตรงของอาจารย์ที่ ปรึกษา	121	63.0
6. อาจารย์ที่ปรึกษาต้องส่งต่อจิตแพทย์ทุกราย เมื่อพบว่านิสิตมี ปัญหาสุขภาพจิต	99	51.6
7. อาจารย์ที่ปรึกษามีหน้าที่ดูแลนิสิตทั้งด้านการเรียน สุขภาพ กายและสุขภาพจิต	189	98.4

ตารางที่ 6 แสดงค่าเฉลี่ยด้านความรู้ของอาจารย์ที่ปรึกษาต่อปัญหาสุขภาพจิต จำแนกตามด้านต่างๆ

ด้าน	$\bar{X}$	SD	P <sub>50</sub>	P <sub>75</sub>	Min	Max
1. ความรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิตโดยทั่วไป	7.0625	1.1469	7	8	4	9
2. ความรู้ต่ออาการ	8.7492	1.9170	9	10	3	11
3. ความรู้ต่อการรักษา	7.6615	1.3401	8	9	5	10
4. ความรู้ต่อหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษา เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต	5.6406	1.0590	6	7	3	7
<b>ภาพรวมทุกด้าน</b>	<b>28.9531</b>	<b>3.3194</b>	<b>29</b>	<b>31</b>	<b>21</b>	<b>37</b>

เกณฑ์ในการแบ่งกลุ่มคะแนนความรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิต เป็น 3 ระดับคือ

ระดับดี คือ กลุ่มที่ได้คะแนนรวมตั้งแต่ เปอร์เซนต์ไทล์ที่ 75 ขึ้นไป

ระดับปานกลาง คือ กลุ่มที่ได้คะแนนรวม ตั้งแต่เปอร์เซนต์ไทล์ที่ 50 ถึง เปอร์เซนต์ไทล์ที่ 74

ระดับพอใช้ คือ กลุ่มที่ได้คะแนนรวมต่ำกว่า เปอร์เซนต์ไทล์ที่ 50

ตารางที่ 7 แสดงจำนวนและร้อยละของอาจารย์ที่ปรึกษา จำแนกตามระดับคะแนนความรู้ในด้าน  
ความรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิตโดยทั่วไป

ระดับคะแนนความรู้	จำนวน	ร้อยละ
ดี (8 – 9 คะแนน)	75	39.1
ปานกลาง (7 คะแนน)	56	29.2
พอใช้ (4 – 6 คะแนน)	61	31.8

จากตารางพบว่า คะแนนความรู้ของอาจารย์ที่ปรึกษาต่อปัญหาสุขภาพจิตในด้าน ความรู้  
ต่อปัญหาสุขภาพจิตโดยทั่วไป ส่วนใหญ่อยู่ใน ระดับดี คิดเป็นร้อยละ 39.1

คะแนนต่ำสุด คือ 4 คะแนน จำนวน 1 ราย

คะแนนสูงสุด คือ 9 คะแนน จำนวน 18 ราย



ตารางที่ 8 แสดงจำนวน และร้อยละของอาจารย์ที่ปรึกษา จำแนกตามระดับคะแนนความรู้ในด้าน ความรู้ต่ออาการแสดงของปัญหาสุขภาพจิต

ระดับคะแนนความรู้	จำนวน	ร้อยละ
ดี (10 – 11 คะแนน)	64	33.3
ปานกลาง (9 คะแนน)	44	22.9
พอใช้ (3 – 8 คะแนน)	84	43.8

จากตารางพบว่า คะแนนความรู้ของอาจารย์ที่ปรึกษาต่อปัญหาสุขภาพจิตในด้าน อาการแสดงของปัญหาสุขภาพจิต ส่วนใหญ่อยู่ใน ระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 43.8

คะแนนต่ำสุด คือ 3 คะแนน จำนวน 5 ราย

คะแนนสูงสุด คือ 11 คะแนน จำนวน 29 ราย

ตารางที่ 9 แสดงจำนวน และร้อยละของอาจารย์ที่ปรึกษาจำแนกตามระดับคะแนนความรู้ในด้าน ความรู้ต่อการรักษาปัญหาสุขภาพจิต

ระดับคะแนนความรู้	จำนวน	ร้อยละ
ดี (9 – 10 คะแนน)	50	26.0
ปานกลาง (8 คะแนน)	67	34.9
พอใช้ (5 – 7 คะแนน)	75	39.1

จากตารางพบว่า คะแนนความรู้ของอาจารย์ที่ปรึกษาต่อปัญหาสุขภาพจิต ด้านความรู้ต่อการรักษา ส่วนใหญ่อยู่ใน ระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 39.1

คะแนนต่ำสุด คือ 5 คะแนน จำนวน 12 ราย

คะแนนสูงสุด คือ 10 คะแนน จำนวน 16 ราย

ตารางที่ 10 แสดงจำนวนอาจารย์ที่ปรึกษาจำแนกตามระดับคะแนนความรู้ในด้านความรู้ต่อหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต

ระดับคะแนนความรู้	จำนวน	ร้อยละ
ดี (7 คะแนน)	50	26.0
ปานกลาง (6 คะแนน)	55	28.6
พอใช้ (3 – 5 คะแนน)	87	45.3

จากตารางพบว่า คะแนนความรู้ของอาจารย์ที่ปรึกษาในด้าน หน้าที่ของอาจารย์ที่ปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตส่วนใหญ่อยู่ใน ระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 45.3

คะแนนต่ำสุด คือ 3 คะแนน จำนวน 3 ราย

คะแนนสูงสุดคือ 7 คะแนน จำนวน 50 ราย

ตารางที่ 11 แสดงจำนวนและร้อยละของอาจารย์ที่ปรึกษา จำแนกตามระดับคะแนนความรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิต ในภาพรวม

ระดับคะแนนความรู้	จำนวน	ร้อยละ
ดี (31 – 37 คะแนน)	50	26.0
ปานกลาง (29 – 30 คะแนน)	65	33.9
พอใช้ (21 – 28 คะแนน)	77	40.1

จากตารางพบว่า คะแนนความรู้ของอาจารย์ที่ปรึกษาต่อปัญหาสุขภาพจิต ในภาพรวมส่วนใหญ่อยู่ใน ระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 40.1

คะแนนต่ำสุด คือ 21 คะแนน จำนวน 2 ราย

คะแนนสูงสุด คือ 37 คะแนน จำนวน 4 ราย

## เจตคติของอาจารย์ที่ปรึกษาต่อปัญหาสุขภาพจิตในนิสิตแพทย์

จากข้อความวัดเจตคติของอาจารย์ที่ปรึกษาต่อปัญหาสุขภาพจิตในนิสิตแพทย์  
จำนวน 28 ข้อ พบว่า

1. ด้านเจตคติต่อปัญหาสุขภาพจิตโดยทั่วไป อาจารย์ที่ปรึกษามากกว่าร้อยละ 70 เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่งในข้อความที่ว่า

1. สุขภาพกายและสุขภาพจิตของนิสิตมีความสำคัญเท่าเทียมกัน ร้อยละ 100
2. ปัญหาสุขภาพจิตไม่ว่าเรื่องใดถือว่าเป็นเรื่องสำคัญ ร้อยละ 94.8

ในข้อความที่แสดงเจตคติทางลบ พบว่า ข้อคำถามที่อาจารย์ที่ปรึกษา เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง มากที่สุดคือ

1. ปัญหาการปรับตัวด้านสังคมเป็นเรื่องที่นิสิตสามารถแก้ไขได้เองทุกอย่าง ร้อยละ 30.2

2. ด้านเจตคติต่อการรักษา อาจารย์ที่ปรึกษามากกว่าร้อยละ 70 เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่งในข้อความที่ว่า

การรักษาอย่างต่อเนื่องจะทำให้ปัญหาสุขภาพจิตทุเลาลงได้ ร้อยละ 99

ในข้อความที่แสดงเจตคติทางลบ พบว่า ข้อคำถามที่อาจารย์ที่ปรึกษา เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง มากที่สุด คือ

การศึกษาคำสอนของศาสนาเป็นวิธีแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตทุกปัญหาได้ดี ร้อยละ 21.4

3. ด้านเจตคติต่อหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ที่ปรึกษามากกว่าร้อยละ 70 เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ในข้อความที่ว่า

1. เมื่อนิสิตมีปัญหาสุขภาพจิต อาจารย์ที่ปรึกษาควรขอคำแนะนำจากจิตแพทย์ ร้อยละ 83.3
2. อาจารย์ที่ปรึกษาควรรับฟังปัญหาทุกๆ เรื่องของนิสิต ร้อยละ 81.8
3. การดูแลนิสิตทางด้านสุขภาพจิตถือเป็นหน้าที่สำคัญ ร้อยละ 91.0

ในข้อความที่แสดงเจตคติทางลบ พบว่า ข้อคำถามที่อาจารย์ที่ปรึกษา เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง มากที่สุดคือ

การให้การปรึกษาแก่นิสิตเป็นภาระที่หนักของอาจารย์ที่ปรึกษา ร้อยละ 32.8

ตารางที่ 12 แสดงร้อยละ และค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติของอาจารย์ที่ปรึกษาต่อปัญหาสุขภาพจิต  
ในด้านเจตคติต่อปัญหาสุขภาพจิตโดยทั่วไป

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง	$\bar{X}$
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	
1. สุขภาพกายและสุขภาพจิตของนิสิตมีความสำคัญเท่าเทียมกัน	65.6	34.4	-	-	-	4.66
2. นิสิตที่มีปัญหาสุขภาพจิตไม่ว่าเรื่องใดก็ตามไม่ควรเรียนแพทย์	4.2	8.3	25.5	53.6	8.3	3.54
3. นิสิตที่มีปัญหามาปรึกษาบ่อยๆเป็นคนน่ารำคาญ	-	3.6	5.2	60.9	30.2	4.18
4. ปัญหาสุขภาพจิตไม่ว่าเรื่องใดถือว่าเป็นเรื่องสำคัญ	30.2	64.6	4.7	0.5	-	4.24
5. ปัญหาส่วนมากที่นิสิตนำมาปรึกษามักไม่ใช่ปัญหาสำคัญ เป็นเพียงความกังวลใจไปเอง	-	11.5	16.1	53.6	18.8	3.80
6. เมื่อเทียบกับปัญหาการเรียนแล้ว ปัญหาสุขภาพจิตของนิสิตไม่ใช่เรื่องสำคัญนัก	-	1.0	5.7	55.7	37.5	4.29
7. ปัญหาการปรับตัวด้านสังคมเป็นเรื่องที่นิสิตสามารถแก้ไขได้เองทุกเรื่อง	3.1	27.1	25.5	35.4	8.9	3.20
8. นิสิตแพทย์ทุกคนเป็นคนเก่ง มีศักยภาพในการแก้ไขปัญหาต่างๆที่เผชิญอยู่ด้วยตนเองได้	-	3.1	31.8	48.4	16.7	3.79
9. การที่นิสิตพูดถึงเรื่องฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่แล้วเป็นการเรียกร้องความสนใจ ไม่มีเจตนาที่จะทำจริง	1.0	2.1	22.4	49.5	25	3.95

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 13 แสดงร้อยละ และค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติของอาจารย์ที่ปรึกษาต่อปัญหาสุขภาพจิต  
ในด้านเจตคติต่อการรักษาปัญหาสุขภาพจิต

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง	$\bar{X}$
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	
1. การส่งนิสิตไปพบจิตแพทย์เป็นการทำให้นิสิตเสียประวัติ	-	6.8	12.5	51.0	29.7	4.04
2. การส่งนิสิตไปพบจิตแพทย์เป็นทางเลือกสุดท้ายในการรักษา	-	12.5	10.4	60.4	16.7	3.81
3. การศึกษาคำสอนของศาสนาเป็นวิธีที่แก้ไขปัญหาสุขภาพจิตทุกปัญหาได้ดี	9.4	12.0	48.4	22.9	7.3	3.07
4. การรักษาโดยใช้ยาทางจิตเวชเป็นผลเสียแก่นิสิตมากกว่าผลดี	1.0	2.1	28.6	54.7	13.5	3.78
5. การรักษาปัญหาสุขภาพจิตที่ดีที่สุดคือการให้ยาเท่านั้น	0.5	0.5	12.0	40.1	46.9	4.32
6. ปัญหาสุขภาพจิตทั้งหมด แม้แต่จิตแพทย์ก็รักษาไม่หาย	1.0	8.9	17.7	44.3	28.1	3.90
7. การรักษาปัญหาสุขภาพจิตเป็นการเสียเวลาเพราะรักษาไม่หาย	-	4.2	8.3	51.0	36.5	4.20
8. อาจารย์ที่ปรึกษาสามารถช่วยเหลือนิสิตได้ทุกเรื่องโดยไม่จำเป็นต้องส่งไปพบจิตแพทย์	2.1	2.6	29.2	56.8	9.4	3.69
9. การรักษาอย่างต่อเนื่องจะทำให้ปัญหาสุขภาพจิตทุเลาลงได้	26.6	72.4	1.0	-	-	4.26



ตารางที่ 14 แสดงร้อยละ และค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติของอาจารย์ที่ปรึกษาต่อปัญหาสุขภาพจิต  
ในด้านเจตคติต่อหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง	$\bar{X}$
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	
1. การให้การปรึกษาแก่นิสิตเป็นภาระหนัก ของอาจารย์ที่ปรึกษา	5.2	27.6	7.3	50.5	9.4	3.31
2. เมื่อนิสิตมีปัญหาสุขภาพจิต อาจารย์ที่ ปรึกษาควรขอคำแนะนำจากจิตแพทย์	20.8	62.5	13.0	3.6	-	4.01
3. อาจารย์ที่ปรึกษาทุกคนเป็นผู้มีความ สามารถ ไม่จำเป็นต้องอบรมเทคนิคการ ให้การปรึกษา	1.0	1.0	11.5	54.2	32.3	4.16
4. อาจารย์ที่ปรึกษาไม่ควรยุ่งเกี่ยวกับ ปัญหาสุขภาพจิตของนิสิตเพราะเป็นเรื่อง ยุ่งยาก	-	0.5	3.6	47.4	48.4	4.44
5. อาจารย์ที่ปรึกษาควรดูแลนิสิตที่มีปัญหา สุขภาพจิตมากกว่านิสิตคนอื่น ๆ	6.3	54.7	15.6	22.4	1.0	3.43
6. อาจารย์ที่ปรึกษาไม่สามารถช่วยเหลือ นิสิตที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้เลย	-	2.1	5.7	54.7	37.5	4.28
7. หน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาด้านปัญหาสุขภาพ จิตเป็นเรื่องที่ทำทนายความสามารถ	5.2	62.0	17.7	12.0	3.1	3.54
8. การจัดอบรมอาจารย์ที่ปรึกษาเป็นการสิ้น เปลืองและเสียเวลามากกว่าได้ประโยชน์	-	-	17.2	48.4	34.4	4.17
9. อาจารย์ที่ปรึกษาควรรับฟังปัญหาทุกๆ เรื่องของนิสิต	24.0	57.8	14.1	4.2	-	4.02
10. การดูแลนิสิตทางด้านสุขภาพจิตถือเป็น หน้าที่ที่สำคัญ	20.8	70.3	7.3	1.6	-	4.10

ตารางที่ 15 แสดงค่าเฉลี่ยด้านเจตคติของอาจารย์ที่ปรึกษาต่อปัญหาสุขภาพจิต จำแนกตามด้านต่างๆ

ด้าน	$\bar{X}$	SD	P <sub>50</sub>	P <sub>75</sub>	Min	Max
1. เจตคติต่อปัญหาสุขภาพจิตโดยทั่วไป	35.6354	3.7434	36	38	27	45
2. เจตคติด้านการรักษา	35.0521	4.0258	35	37	25	45
3. เจตคติด้านหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต	39.4479	3.6820	40	42	31	50
<b>ภาพรวมทุกด้าน</b>	<b>110.1354</b>	<b>9.6917</b>	<b>119</b>	<b>117</b>	<b>88</b>	<b>140</b>

เกณฑ์ในการแบ่งกลุ่มคะแนนเจตคติต่อปัญหาสุขภาพจิต เป็น 3 ระดับคือ

ระดับดี คือ กลุ่มที่ได้คะแนนรวมตั้งแต่ เปอร์เซนต์ไทล์ที่ 75 ขึ้นไป

ระดับปานกลาง คือ กลุ่มที่ได้คะแนนรวม ตั้งแต่เปอร์เซนต์ไทล์ที่ 50 ถึง เปอร์เซนต์ไทล์ที่ 74

ระดับพอใช้ คือ กลุ่มที่ได้คะแนนรวมต่ำกว่า เปอร์เซนต์ไทล์ที่ 50

ตารางที่ 16 แสดงระดับคะแนนเจตคติของอาจารย์ที่ปรึกษาต่อปัญหาสุขภาพจิตในด้านเจตคติต่อปัญหาสุขภาพจิตโดยทั่วไป

ระดับคะแนนเจตคติ	จำนวน	ร้อยละ
ดี (38 – 45 คะแนน)	58	30.2
ปานกลาง (36 – 37 คะแนน)	44	22.9
พอใช้ (27 – 35 คะแนน)	90	46.9

จากตารางพบว่า คะแนนเจตคติของอาจารย์ที่ปรึกษาต่อปัญหาสุขภาพจิตโดยทั่วไป ส่วนใหญ่อยู่ใน ระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 46.9

คะแนนต่ำสุด คือ 27 คะแนน จำนวน 2 ราย

คะแนนสูงสุด คือ 45 คะแนน จำนวน 2 ราย

ตารางที่ 17 แสดงจำนวน และร้อยละของอาจารย์ที่ปรึกษาจำแนกตามระดับคะแนนเจตคติต่อปัญหาสุขภาพจิตในด้านเจตคติต่อการรักษา

ระดับคะแนนเจตคติ	จำนวน	ร้อยละ
ดี (37 – 45 คะแนน)	64	33.3
ปานกลาง (36 – 37 คะแนน)	38	19.8
พอใช้ (25 – 34 คะแนน)	90	46.9

จากตารางพบว่า คะแนนเจตคติของอาจารย์ที่ปรึกษาต่อปัญหาสุขภาพจิตใน ด้านการรักษา ส่วนใหญ่อยู่ใน ระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 46.9

คะแนนต่ำสุด คือ 25 คะแนน จำนวน 2 ราย

คะแนนสูงสุด คือ 45 คะแนน จำนวน 4 ราย

ตารางที่ 18 แสดงจำนวนและร้อยละของอาจารย์ที่ปรึกษาจำแนกตามระดับคะแนนเจตคติต่อปัญหาสุขภาพจิต ในด้านหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต

ระดับคะแนนเจตคติ	จำนวน	ร้อยละ
ดี (42 – 50 คะแนน)	55	28.6
ปานกลาง (40 – 41 คะแนน)	42	21.9
พอใช้ (31 – 39 คะแนน)	95	49.5

จากตารางพบว่า คะแนนเจตคติของอาจารย์ที่ปรึกษา ด้านหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตส่วนใหญ่อยู่ใน ระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 49.5

คะแนนต่ำสุด คือ 31 คะแนน จำนวน 2 ราย

คะแนนสูงสุด คือ 50 คะแนน จำนวน 2 ราย

ตารางที่ 19 แสดงจำนวนและร้อยละของอาจารย์ที่ปรึกษา จำแนกตามระดับคะแนนเจตคติต่อปัญหาสุขภาพจิตในภาพรวม

ระดับคะแนนเจตคติ	จำนวน	ร้อยละ
ดี (117 – 140 คะแนน)	52	27.1
ปานกลาง(109 – 116 คะแนน)	52	27.1
พอใช้ (88 – 108 คะแนน)	88	45.8

จากตารางพบว่า คะแนนเจตคติของอาจารย์ที่ปรึกษาต่อปัญหาสุขภาพจิต ในภาพรวมส่วนใหญ่อยู่ใน ระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 45.8

คะแนนต่ำสุด คือ 88 คะแนน จำนวน 2 ราย

คะแนนสูงสุด คือ 140 คะแนน จำนวน 2 ราย

### ทักษะทางความคิดของอาจารย์ที่ปรึกษาต่อปัญหาสุขภาพจิตในนิสิตแพทย์

จากข้อความวัดทักษะทางความคิดของอาจารย์ที่ปรึกษาต่อปัญหาสุขภาพจิตในนิสิตแพทย์จำนวน 30 ข้อ พบว่า

1. ด้านการให้คำปรึกษาและพัฒนานิสิต อาจารย์ที่ปรึกษามากกว่าร้อยละ 95 เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่งในข้อความที่ว่า อาจารย์ที่ปรึกษาควรจะ..

1. แนะนำการพัฒนาบุคลิกภาพที่เหมาะสมกับวิชาชีพ ร้อยละ 95.8
2. พูดคุยถึงสาเหตุและให้คำแนะนำแก่นิสิตที่มีปัญหาการเรียน ร้อยละ 98.4
3. พูดคุยให้นิสิตคลายความกังวลใจเมื่อมาปรึกษาเรื่องส่วนตัว ร้อยละ 95.8
4. ปลุกฝังจรรยาบรรณในวิชาชีพให้แก่ นิสิต ร้อยละ 97.4

สำหรับข้อความที่แสดงเจตคติทางลบพบว่า ไม่มีข้อคำถามใดที่อาจารย์ที่ปรึกษาเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งมากกว่าร้อยละ 10

2. ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับนิสิต อาจารย์ที่ปรึกษามากกว่าร้อยละ 95 เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่งในข้อความที่ว่า อาจารย์ที่ปรึกษาควรจะ..

1. พูดคุยสอบถามเรื่องต่างๆของนิสิตโดยไม่เน้นเรื่องวิชาการเพียงอย่างเดียว ร้อยละ 98.4
2. ศึกษาทำความเข้าใจธรรมชาติของนิสิตซึ่งอยู่ในวัยรุ่นตอนปลาย ร้อยละ 97.4
3. สร้างบรรยากาศที่อบอุ่นและเป็นกันเองเมื่อนิสิตเข้าพบ ร้อยละ 95.8
4. ให้ความสนทนากับนิสิตในความดูแล ร้อยละ 97.9

สำหรับข้อความที่แสดงเจตคติทางลบ พบว่า ข้อคำถามที่ อาจารย์ที่ปรึกษาเห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง มากที่สุด คือ อาจารย์ที่ปรึกษาคอร์จะ..

แจ้งให้อาจารย์ผู้สอนและเพื่อนนิสิตทราบว่า นิสิตผู้นี้มีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 19.2

3. ด้านกรให้ความช่วยเหลือและประสานงาน อาจารย์ที่ปรึกษามากกว่าร้อยละ 60 เห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งในทุกข้อคำถาม

สำหรับข้อคำถามที่แสดงเจตคติทางลบ พบว่า ข้อคำถามที่ อาจารย์ที่ปรึกษาเห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง มากที่สุด คือ อาจารย์ที่ปรึกษาคอร์จะ..

โอนนิสิตที่มีปัญหาสุขภาพจิตให้ไปอยู่ในความดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาที่เป็นจิตแพทย์ ร้อยละ 15.1

ตารางที่ 20 แสดงร้อยละ และค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะทางความคิดของอาจารย์ที่ปรึกษาในด้าน การให้คำปรึกษาและพัฒนานิสิต

ข้อความ	ควรทำ อย่างยิ่ง	ควรทำ	ไม่แน่ใจ	ไม่ควร ทำ	ไม่ควรทำ อย่างยิ่ง	$\bar{X}$
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	
ท่านคิดว่าอาจารย์ที่ปรึกษาคอร์จะ..						
1. แนะนำเรื่องการคบเพื่อน การปรับตัวแก่นิสิตในความดูแล	10.4	71.4	13.0	4.2	1.0	3.86
2. แนะนำการพัฒนาบุคลิกภาพที่เหมาะสมกับวิชาชีพ	22.4	73.4	4.2	-	-	4.18
3. พุดคุยถึงสาเหตุและให้คำแนะนำแก่นิสิตที่มีปัญหาการเรียน	35.9	62.5	0.5	1.0	-	4.38
4. หลีกเลี่ยงการยุ่งเกี่ยวกับเรื่องส่วนตัวที่เป็นปัญหาของนิสิต	1.0	7.3	30.7	50.5	10.4	3.62
5. แนะนำแหล่งทุนการศึกษาให้แก่นิสิต	20.3	74.5	5.2	-	-	4.15
6. เข้าร่วมอบรมเกี่ยวกับการเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาทุกครั้งที่มีโอกาส	13.5	78.6	7.8	-	-	4.06
7. แนะนำวิธีการผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสม	25.5	69.3	5.2	-	-	4.20
8. พุดคุยให้นิสิตคลายความกังวลใจเมื่อมาปรึกษาเรื่องส่วนตัว	42.7	53.1	4.2	-	-	4.21
9. ปลุกฝังจรรยาบรรณในวิชาชีพให้แก่นิสิต	43.8	53.6	2.6	-	-	4.41



ตารางที่ 21 แสดงร้อยละ และค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะทางความคิดของอาจารย์ที่ปรึกษาในด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับนิสิต

ข้อความ ท่านคิดว่า อาจารย์ที่ปรึกษาควรจะ..	ควรทำ อย่างยิ่ง	ควรทำ	ไม่แน่ใจ	ไม่ควร ทำ	ไม่ควรทำ อย่างยิ่ง	$\bar{X}$
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	
1. นัดพบกับนิสิตในความดูแลอย่างไม่เป็นทางการในโอกาสพิเศษ	21.4	68.8	8.9	1.0	-	4.10
2. สอบถามพฤติกรรมของนิสิตในความดูแลจากเพื่อนนิสิต	7.8	76.0	14.1	1.0	1.0	3.89
3. พุดคุยสอบถามเรื่องต่างๆของนิสิตโดยไม่เน้นเรื่องวิชาการอย่างเดียว	35.9	62.5	0.5	1.0	-	4.33
4. นัดพบนิสิตทุกคนอย่างสม่ำเสมอเพื่อสังเกตพฤติกรรม	19.3	73.4	7.3	-	-	4.12
5. แบ่งเวลาการทำงานบริการผู้ปวย งานวิชาการ และการดูแลนิสิตในความดูแลเท่าๆกัน	9.9	41.1	41.1	7.8	-	3.53
6. หาความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการของปัญหาสุขภาพจิตต่างๆ	9.4	74.5	12.5	3.6	-	3.90
7. ศึกษาทำความเข้าใจธรรมชาติของนิสิตซึ่งอยู่ในวัยรุ่นตอนปลาย	17.2	80.2	2.6	-	-	4.15
8. แจ้งให้อาจารย์ผู้สอนวิชาต่างๆและเพื่อนนิสิตทราบว่านิสิตผู้นั้นมีปัญหาสุขภาพจิต	1.0	18.2	28.1	42.2	6.8	3.43
9. เป็นผู้ฟังมากกว่าผู้พูด	13.5	62.5	17.2	6.8	-	3.83
10. สร้างบรรยากาศที่อบอุ่นและเป็นกันเองเมื่อนิสิตเข้าพบ	42.7	53.1	4.2	-	-	4.39
11. ให้ความสนิทสนมกับนิสิตในความดูแล	34.9	63.0	2.1	-	-	4.33

ตารางที่ 22 แสดงร้อยละ และค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะทางความคิดของอาจารย์ที่ปรึกษาในด้านการให้ความช่วยเหลือและประสานงาน

ข้อความ ท่านคิดว่า อาจารย์ที่ปรึกษาควรจะ..	ควรทำ อย่างยิ่ง	ควรทำ	ไม่แน่ใจ	ไม่ควร ทำ	ไม่ควรทำ อย่างยิ่ง	$\bar{X}$
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	
1. ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในปัญหาที่ไม่ชำนาญ	46.9	52.1	1.0	-	-	4.46
2. ชี้ให้นิสิตเห็นถึงปัญหา ความจำเป็นและ ประโยชน์ที่จะได้รับ ก่อนแนะนำให้ไปพบ จิตแพทย์	33.9	64.1	2.1	-	-	4.32
3. ต้องส่งพบผู้เชี่ยวชาญทันที เมื่อนิสิตมี ความคิดทำร้ายตนเอง หรือจะกระทำการ ที่เป็นอันตรายต่อผู้อื่น	59.4	33.9	5.2	1.6	-	4.51
4. โอนนิสิตที่มีปัญหาสุขภาพจิตให้ไปอยู่ใน ความดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาที่เป็นจิต แพทย์	3.1	12.5	39.1	39.1	6.3	3.33
5. แจ้งให้ผู้ปกครองของนิสิตที่มีปัญหา สุขภาพจิตทราบ เพื่อขอความร่วมมือใน การรักษา	29.2	63.5	7.3	-	-	4.22
6. ติดตามดูแลนิสิตที่มีปัญหาสุขภาพจิต อย่างใกล้ชิดด้วยตนเอง	13.5	62.0	21.4	2.1	1.0	3.85
7. เรียกพบนิสิตเพื่อรับทราบผลการเรียน ของนิสิตเท่านั้น	1.6	8.3	10.9	59.4	19.8	3.87
8. ติดต่อจิตแพทย์ไว้ล่วงหน้าและจำเป็น ต้องพานิสิตไปพบด้วยตนเอง	10.4	54.2	26.6	8.9	-	3.66
9. จ่ายยาต้านเศร้าให้แก่นิสิต เมื่อเห็นว่า นิสิตซึมเศร้ามาก	1.6	6.3	25.5	37.5	29.2	3.86
10. ส่งนิสิตที่มีปัญหาสุขภาพจิตให้พบจิตแพทย์ เพื่อยุติหน้าที่ในการดูแลนิสิตคนนั้นๆ	-	3.1	24.5	52.6	19.8	3.89

ตารางที่ 23 แสดงค่าเฉลี่ยด้านทักษะทางความคิดของอาจารย์ที่ปรึกษาต่อปัญหาสุขภาพจิต  
จำแนกตามด้านต่างๆ

ด้าน	$\bar{X}$	SD	P <sub>50</sub>	P <sub>75</sub>	Min	Max
1. ด้านการให้คำปรึกษาและพัฒนานิสิต	37.0677	2.7344	36	39	31	44
2. ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับนิสิต	43.9844	3.1498	44	45	38	54
3. ด้านการให้ความช่วยเหลือและ ประสานงาน	39.9740	3.5351	40	42	32	48
<b>ภาพรวมทุกด้าน</b>	121.026	8.3034	120	126	104	146

เกณฑ์ในการแบ่งกลุ่มคะแนนทักษะทางความคิดต่อปัญหาสุขภาพจิต เป็น 3 ระดับคือ

ระดับดี คือ กลุ่มที่ได้คะแนนรวมตั้งแต่ เปอร์เซนต์ไทล์ที่ 75 ขึ้นไป

ระดับปานกลาง คือ กลุ่มที่ได้คะแนนรวม ตั้งแต่เปอร์เซนต์ไทล์ที่ 50 ถึง เปอร์เซนต์ไทล์ที่ 74

ระดับพอใช้ คือ กลุ่มที่ได้คะแนนรวมต่ำกว่า เปอร์เซนต์ไทล์ที่ 50

ตารางที่ 24 แสดงจำนวนและร้อยละของอาจารย์ที่ปรึกษาจำแนกตามระดับทักษะทางความคิดต่อ  
ปัญหาสุขภาพจิตในด้านการให้คำปรึกษาและพัฒนานิสิต

ระดับคะแนนทักษะทางความคิด	จำนวน	ร้อยละ
ดี (39 – 44 คะแนน)	58	30.2
ปานกลาง (36 – 38 คะแนน)	76	39.6
พอใช้ (31 – 35 คะแนน)	58	30.2

จากตารางพบว่า คะแนนทักษะทางความคิดของอาจารย์ที่ปรึกษาต่อปัญหาสุขภาพจิต  
ด้านการให้คำปรึกษาและพัฒนานิสิต ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 39.6

คะแนนต่ำสุด คือ 31 คะแนน จำนวน 2 ราย

คะแนนสูงสุดคือ 44 คะแนน จำนวน 4 ราย

ตารางที่ 25 แสดงจำนวนและร้อยละของอาจารย์ที่ปรึกษาจำแนกตามระดับคะแนนทักษะทางความคิดของอาจารย์ที่ปรึกษาในด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับนิสิต

ระดับคะแนนทักษะทางความคิด	จำนวน	ร้อยละ
ดี (45 – 54 คะแนน)	69	35.9
ปานกลาง (44 คะแนน)	33	17.2
พอใช้ (38 – 43 คะแนน)	90	46.9

จากตารางพบว่า คะแนนทักษะทางความคิดของอาจารย์ที่ปรึกษาต่อปัญหาสุขภาพจิตด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับนิสิต ส่วนใหญ่อยู่ใน ระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 46.9

คะแนนต่ำสุด คือ 38 คะแนน จำนวน 5 ราย

คะแนนสูงสุดคือ 54 คะแนน จำนวน 2 ราย

ตารางที่ 26 แสดงจำนวนและร้อยละของอาจารย์ที่ปรึกษาจำแนกตามระดับคะแนนทักษะทางความคิดในด้าน การให้ความช่วยเหลือและประสานงาน

ระดับคะแนนทักษะทางความคิด	จำนวน	ร้อยละ
ดี (42 – 48 คะแนน)	69	35.9
ปานกลาง (40 – 41 คะแนน)	35	18.2
พอใช้ (32 – 39 คะแนน)	88	45.8

จากตารางพบว่า คะแนนทักษะทางความคิดของอาจารย์ที่ปรึกษาต่อปัญหาสุขภาพจิตด้านการให้ความช่วยเหลือและประสานงาน ส่วนใหญ่อยู่ใน ระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 45.8

คะแนนต่ำสุด คือ 32 คะแนน จำนวน 2 ราย

คะแนนสูงสุดคือ 48 คะแนน จำนวน 4 ราย

ตารางที่ 27 แสดงจำนวนและร้อยละของอาจารย์ที่ปรึกษา จำแนกตามระดับคะแนนทักษะทางความคิดในภาพรวม

ระดับคะแนนทักษะทางความคิด	จำนวน	ร้อยละ
ดี (126 – 146 คะแนน)	58	30.2
ปานกลาง (120 – 125 คะแนน)	46	24.0
พอใช้ (104 – 119 คะแนน)	88	45.8

จากตารางพบว่า คะแนนทักษะทางความคิดของอาจารย์ที่ปรึกษาต่อปัญหาสุขภาพจิต ในภาพรวม ส่วนใหญ่อยู่ใน ระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 45.8

คะแนนต่ำสุด คือ 104 คะแนน จำนวน 2 ราย

คะแนนสูงสุดคือ 146 คะแนน จำนวน 2 ราย

ตารางที่ 28 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ จำนวนอาจารย์ที่ปรึกษาจำแนกตามระดับคะแนนดี ปานกลาง ต่ำ และข้อคำถามด้านความรู้ เจตคติ ทักษะทางความคิด จำนวน 192 ราย

ด้าน	ระดับดี			ปานกลาง			พอใช้		
	n	$\bar{X}$	SD	n	$\bar{X}$	SD	n	$\bar{X}$	SD
<u>ด้านความรู้</u>									
1. ความรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิตโดยทั่วไป	18	8.24	.43	155	7.0	0.0	19	5.67	.51
2. ความรู้ต่ออาการ	29	10.45	.50	130	9.0	0.0	33	6.7	1.39
3. ความรู้ต่อการรักษา	16	9.32	.47	132	8.0	0.0	44	6.25	.70
4. ความรู้ต่อหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต	50	7.0	0.0	113	6.0	0.0	29	4.63	.55
ภาพรวมด้านความรู้	22	32.98	1.89	141	29.54	.5	29	25.84	2.10
<u>ด้านเจตคติ</u>									
1. เจตคติต่อปัญหาสุขภาพจิตโดยทั่วไป	24	39.9	2.02	146	36.59	.5	22	32.42	2.15
2. เจตคติต่อการรักษา	24	39.5	2.63	132	35.37	.49	36	31.76	2.13
3. เจตคติต่อหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต	30	43.93	2.08	137	48.38	.49	25	36.44	1.92
ภาพรวมด้านเจตคติ	30	122.2	5.23	133	112.2	2.41	29	101.8	5.15
<u>ด้านทักษะทางความคิด</u>									
1. ด้านการให้คำปรึกษาและพัฒนานิสิต	36	40.52	1.56	127	36.63	.80	29	34.19	1.0
2. ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับนิสิต	28	47.23	2.42	144	44.0	0.0	20	41.49	1.53
3. ด้านการให้ความช่วยเหลือและประสานงาน	32	43.62	1.79	127	40.51	.51	33	36.9	1.54
ภาพรวมด้านทักษะทางความคิด	24	130.9	5.41	140	122.1	1.89	28	133.9	3.87



ส่วนที่ 3 ผลการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของอาจารย์ที่ปรึกษา ที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ เจตคติ และทักษะทางความคิดต่อปัญหาสุขภาพจิตในนิสิตแพทย์

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคลของอาจารย์ที่ปรึกษาที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิต

ตารางที่ 29 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับคะแนนความรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิต ในด้านความรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิตโดยทั่วไป

ปัจจัย	ระดับคะแนนความรู้						n	$\chi^2$	p value
	ดี		ปานกลาง		พอใช้				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ภาควิชาที่สังกัด								5.51	.064
ปริคลินิก	22	28.9	25	32.9	29	38.2	76		
คลินิก	53	45.7	31	26.7	32	27.6	116		
สาขาวิชาชีพ								2.353	.308
แพทย์	67	41.4	45	27.8	50	30.9	162		
อาจารย์สาขาวิชาชีพอื่น	8	26.7	11	36.7	11	36.7	30		
เพศ								2.522	.283
ชาย	38	36.9	35	34.0	30	29.1	103		
หญิง	37	41.6	21	23.6	31	34.8	89		
อายุ								.286	.991
30 - 39 ปี	26	40.6	19	29.7	19	29.7	64		
40 - 49 ปี	23	37.1	18	29.0	21	33.9	62		
50 ปี ขึ้นไป	26	39.4	19	28.8	21	31.8	66		
สถานภาพสมรส								.048	.976
โสด	20	40.0	40	28.0	16	32.0	50		
สมรส	55	38.7	42	29.6	45	31.7	142		
จำนวนบุตร								12.81	.046*
ไม่มีบุตร	22	34.4	17	26.6	25	39.1	64		
1 คน	7	22.6	13	41.9	11	35.5	31		
2 คน	32	55.2	12	20.7	14	24.1	58		
3 คน	14	35.9	14	35.9	11	28.2	39		

\*p<.05, \*\*p<.01

ตารางที่ 29 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับระดับคะแนนความรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิตในด้านความรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิตโดยทั่วไป

ปัจจัย	ระดับคะแนนความรู้						n	$\chi^2$	p value
	ดี		ปานกลาง		พอใช้				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
<b>อายุราชการ</b>								11.992	.062
น้อยกว่า 5 ปี	12	46.2	8	30.8	6	23.1	26		
5-10ปี	22	44.9	8	16.3	19	38.8	49		
11-15ปี	18	47.4	8	21.1	12	31.6	38		
16 ปีขึ้นไป	23	29.1	32	40.5	24	30.4	79		
<b>ช่วงเวลาที่ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา</b>								.066	.968
ปัจจุบัน	36	40.0	26	28.9	28	31.1	90		
อดีต	39	38.2	30	29.4	33	32.4	102		
<b>จำนวนครั้งที่ เป็น / เคยเป็น อาจารย์ที่ปรึกษา</b>								12.657	.049*
ครั้งแรก	42	37.8	33	29.7	36	32.4	111		
2 ครั้ง	22	32.8	21	31.3	24	35.8	67		
3 ครั้ง	5	62.5	2	25.0	1	12.5	8		
4 ครั้งขึ้นไป	6	100	-	-	-	-	6		
<b>รวมระยะเวลาที่เป็น/เคยเป็น อาจารย์ที่ปรึกษา</b>								11.258	.081
น้อยกว่า 3 ปี	22	45.8	14	29.2	12	25.0	48		
3-6 ปี	28	30.8	26	28.6	37	40.7	91		
7-12 ปี	20	43.5	16	34.8	10	21.7	46		
13-18 ปี	5	71.4	-	-	2	28.6	7		
<b>ตำแหน่งทางวิชาการปัจจุบัน</b>								25.952	.000**
อาจารย์	22	61.1	7	19.4	7	19.4	36		
ผู้ช่วยศาสตราจารย์	18	27.7	27	41.5	20	30.8	65		
รองศาสตราจารย์	23	30.7	20	26.7	32	42.7	75		
ศาสตราจารย์	12	75.0	2	12.5	2	12.5	16		

\*p<.05, \*\*p<.01

ตารางที่ 29 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับระดับคะแนนความรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิตในด้านความรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิตโดยทั่วไป

ปัจจัย	ระดับคะแนนความรู้						n	$\chi^2$	p value
	ดี		ปานกลาง		พอใช้				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
การเข้าร่วมสัมมนาอาจารย์ที่ปรึกษา									
เคย	62	39.7	43	27.6	51	32.7	156	1.054	.590
ไม่เคย	13	36.1	13	36.1	10	27.8	36		
ปัญหาสุขภาพจิตของนิสิตใน ความดูแล									
- ไม่มี	57	38.8	42	28.6	48	32.7	147		
- มี แต่ไม่เคยส่งพบจิตแพทย์	8	42.1	6	31.6	5	26.3	19		
- มี และได้ส่งพบจิตแพทย์	10	38.5	8	30.8	8	30.8	26		
การเข้าพบของนิสิต								7.354	.118
- ไม่เคยมาพบเลย	4	36.4	2	18.2	5	45.5	11		
- มาพบเพื่อให้เห็นตี่ชื่อลง ทะเบียนเท่านั้น	28	35.4	31	39.2	20	25.3	79		
- มาพบเพื่อขอปรึกษา เรื่องทั่วไป	43	42.2	23	22.5	36	35.3	102		

\*p<.05, \*\*p<.01

จากตารางที่ 29 พบว่า ปัจจัยด้านจำนวนบุตร และ จำนวนครั้งที่ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาที่แตกต่างกัน มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิตโดยทั่วไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $p=.046$  และ  $p=.049$ ) โดยอาจารย์ที่ปรึกษาที่มีบุตร 2 คน มีความรู้ในระดับดีร้อยละ 55 และอาจารย์ที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา 4 ครั้งขึ้นไปทุกท่าน มีความรู้ในระดับดี

ปัจจัยด้านตำแหน่งทางวิชาการในปัจจุบันที่แตกต่างกัน มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิตโดยทั่วไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $p=.000$ ) โดยอาจารย์ที่มีตำแหน่งศาสตราจารย์ มีความรู้ในระดับดีถึงร้อยละ 75

ตารางที่ 30 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับคะแนนความรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิต  
ในด้านความรู้ต่ออาการแสดงของปัญหาสุขภาพจิต

ปัจจัย	ระดับคะแนนความรู้						n	$\chi^2$	p value
	ดี		ปานกลาง		พอใช้				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
<b>ภาควิชาที่สังกัด</b>								16.675	.000**
ปริคlinik	14	18.4	16	21.1	46	60.5	76		
คลินิก	50	43.1	28	24.1	38	32.8	116		
<b>สาขาวิชาชีพ</b>								12.071	.002**
แพทย์	62	38.3	36	22.2	64	39.5	162		
อาจารย์สาขาวิชาชีพอื่น	2	6.7	8	26.7	20	66.7	30		
<b>เพศ</b>								4.448	.108
ชาย	35	34.0	29	28.2	39	37.9	103		
หญิง	29	32.6	15	16.9	45	50.6	89		
<b>อายุ</b>								3.158	.532
30 - 39 ปี	24	37.5	16	25.0	24	37.5	64		
40 - 49 ปี	16	25.8	15	24.2	31	50.0	62		
50 ปี ขึ้นไป	24	36.4	13	19.7	29	43.9	66		
<b>สถานภาพสมรส</b>								2.651	.266
โสด	12	24.0	13	26.0	25	50.0	50		
สมรส	52	36.6	31	21.8	59	41.5	142		
<b>จำนวนบุตร</b>								16.432	.012*
ไม่มีบุตร	12	18.8	16	25.0	36	56.3	64		
1 คน	14	45.2	4	12.9	13	41.9	31		
2 คน	27	46.6	15	25.9	16	27.6	58		
3 คน	11	28.2	9	23.1	19	48.7	39		

\*p<.05, \*\*p<.01

ตารางที่ 30 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับระดับคะแนนความรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิตในด้านความรู้ต่ออาการแสดงของปัญหาสุขภาพจิต

ปัจจัย	ระดับคะแนนความรู้						n	$\chi^2$	p value
	ดี		ปานกลาง		พอใช้				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
<b>อายุราชการ</b>								1.018	.985
น้อยกว่า 5 ปี	10	38.5	5	19.2	11	42.3	26		
5-10ปี	16	32.7	11	22.4	22	44.9	49		
11-15ปี	14	36.8	9	23.7	15	39.5	38		
16 ปีขึ้นไป	24	30.4	19	24.1	36	45.6	79		
<b>ช่วงเวลาที่ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา</b>								1.120	.571
ปัจจุบัน	28	31.1	19	21.1	43	47.8	90		
อดีต	36	35.3	25	24.5	41	40.2	102		
<b>จำนวนครั้งที่ เป็น / เคยเป็น อาจารย์ที่ปรึกษา</b>								17.000	.009**
ครั้งแรก	38	34.2	30	27.0	43	38.7	111		
2 ครั้ง	17	25.4	11	16.4	39	58.2	67		
3 ครั้ง	5	62.5	3	37.5	-	-	8		
4 ครั้งขึ้นไป	4	66.7	-	-	2	33.3	6		
<b>รวมระยะเวลาที่เป็น/เคยเป็น อาจารย์ที่ปรึกษา</b>								11.823	.066
น้อยกว่า 3 ปี	16	33.3	9	18.8	23	47.9	48		
3-6 ปี	26	28.6	27	29.7	38	41.8	91		
7-12 ปี	17	37.0	6	13.0	23	50.0	46		
13-18 ปี	5	71.4	2	28.6	-	-	7		
<b>ตำแหน่งทางวิชาการปัจจุบัน</b>								23.269	.001**
อาจารย์	20	55.6	7	19.4	9	25.0	36		
ผู้ช่วยศาสตราจารย์	12	18.5	13	20.0	40	61.5	65		
รองศาสตราจารย์	25	33.3	23	30.7	27	36.0	75		
ศาสตราจารย์	7	43.8	1	6.3	8	50.0	16		

\*p<.05, \*\*p<.01



ตารางที่ 30 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับระดับคะแนนความรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิตในด้านความรู้ต่ออาการแสดงของปัญหาสุขภาพจิต

ปัจจัย	ระดับคะแนนความรู้						n	$\chi^2$	p value
	ดี		ปานกลาง		พอใช้				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
การเข้าร่วมสัมมนาอาจารย์ที่ปรึกษา									
เคย	50	32.1	38	24.4	68	43.6	156	1.170	.557
ไม่เคย	14	38.9	6	16.7	16	44.4	36		
ปัญหาสุขภาพจิตของนิสิตใน								5.692	.223
ความดูแล									
- ไม่มี	49	33.3	33	22.4	65	44.2	147		
- มี แต่ไม่เคยส่งพบจิตแพทย์	10	52.6	3	15.8	6	31.6	19		
- มี และได้ส่งพบจิตแพทย์	5	19.2	8	30.8	13	50.0	26		
การเข้าพบของนิสิต								2.452	.653
- ไม่เคยมาพบเลย	6	54.5	2	18.2	3	27.3	11		
- มาพบเพื่อให้เห็นตี่ชื่อลงทะเบียนเท่านั้น	25	31.6	18	22.8	36	45.6	79		
- มาพบเพื่อขอปรึกษาเรื่องทั่วไป	33	32.4	24	23.5	45	44.1	102		

\*p<.05, \*\*p<.01

จากตารางที่ 30 พบว่าปัจจัยด้านจำนวนบุตรที่แตกต่างกัน มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ต่ออาการแสดงของปัญหาสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p=.012) โดยอาจารย์ที่ปรึกษาที่มีบุตร 2 คน มีความรู้ในระดับดีร้อยละ 46.6

ปัจจัยด้านภาควิชาที่สังกัด สาขาวิชาชีพ จำนวนครั้งที่ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา และตำแหน่งทางวิชาการปัจจุบันที่แตกต่างกัน มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ต่ออาการแสดงของปัญหาสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01(p=.000 .002 .009 และ.001)โดยอาจารย์ที่ปรึกษาที่สังกัดภาควิชาคลินิกมีความรู้ในระดับดี ร้อยละ43.1 อาจารย์วิชาชีพแพทย์มีความรู้ในระดับดีร้อยละ38.3 อาจารย์ที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา4ครั้งขึ้นไป มีความรู้ในระดับดีร้อยละ 66.7 และอาจารย์ที่ปรึกษาที่มีตำแหน่งอาจารย์ มีความรู้ต่ออาการแสดงของปัญหาสุขภาพจิตในระดับดีร้อยละ 55.6

ตารางที่ 31 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับคะแนนความรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิต  
ในด้านความรู้ต่อการรักษาปัญหาสุขภาพจิต

ปัจจัย	ระดับคะแนนความรู้						n	$\chi^2$	p value
	ดี		ปานกลาง		พอใช้				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
<b>ภาควิชาที่สังกัด</b>								8.947	.011*
ปริคลินิก	12	15.8	26	34.2	38	50.0	76		
คลินิก	38	32.8	41	35.3	37	31.9	116		
<b>สาขาวิชาชีพ</b>								1.831	.400
แพทย์	44	27.2	58	35.8	60	37.0	162		
อาจารย์สาขาวิชาชีพอื่น	6	20.0	9	30.0	15	50.0	30		
<b>เพศ</b>								.275	.872
ชาย	26	25.2	35	34.0	42	40.8	103		
หญิง	24	27.0	32	36.0	33	37.1	89		
<b>อายุ</b>								10.641	.031*
30 - 39 ปี	22	34.4	26	34.4	20	31.3	64		
40 - 49 ปี	19	30.6	16	25.8	27	43.5	62		
50 ปี ขึ้นไป	9	13.6	29	43.9	28	42.4	66		
<b>สถานภาพสมรส</b>								5.392	.067
โสด	14	28.0	11	22.0	25	50.0	50		
สมรส	36	25.4	56	39.4	50	35.2	142		
<b>จำนวนบุตร</b>								16.127	.013*
ไม่มีบุตร	18	28.1	20	31.3	26	40.6	64		
1 คน	11	35.5	6	19.4	14	45.2	31		
2 คน	19	32.8	23	39.7	16	27.6	58		
3 คน	2	5.1	18	46.2	19	48.7	39		

\*p<.05, \*\*p<.01

ตารางที่ 31 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับระดับคะแนนความรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิตในด้านความรู้ต่อการรักษาปัญหาสุขภาพจิต

ปัจจัย	ระดับคะแนนความรู้						n	$\chi^2$	p value
	ดี		ปานกลาง		พอใช้				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
<b>อายุราชการ</b>								19.147	.004**
น้อยกว่า 5 ปี	8	30.8	11	42.3	7	26.9	26		
5-10ปี	22	44.9	15	30.6	12	24.5	49		
11-15ปี	9	23.7	14	36.8	15	39.5	38		
16 ปีขึ้นไป	11	13.9	27	34.2	41	51.9	79		
<b>ช่วงเวลาที่เ็นอาจารย์ที่ปรึกษา</b>								9.460	.009**
ปัจจุบัน	32	35.6	31	34.4	27	30.0	90		
อดีต	18	17.6	36	35.3	48	47.1	102		
<b>จำนวนครั้งที่เ็น / เคยเ็น</b>								26.868	.000**
<b>อาจารย์ที่ปรึกษา</b>									
ครั้งแรก	40	36.0	37	33.3	34	30.6	111		
2 ครั้ง	10	14.9	24	35.8	33	49.3	67		
3 ครั้ง	-	-	6	75.0	2	25.0	8		
4 ครั้งขึ้นไป	-	-	-	-	6	100	6		
<b>รวมระยะเวลาที่เ็น/เคยเ็น</b>								17.272	.008**
<b>อาจารย์ที่ปรึกษา</b>									
น้อยกว่า 3 ปี	22	45.8	13	27.1	13	27.1	48		
3-6 ปี	18	19.8	34	37.4	39	42.9	91		
7-12 ปี	10	21.7	15	32.6	21	45.7	46		
13-18 ปี	-	-	5	71.4	2	28.6	7		
<b>ตำแหน่งทางวิชาการปัจจุบัน</b>								17.464	.008**
อาจารย์	18	50.0	10	27.8	8	22.2	36		
ผู้ช่วยศาสตราจารย์	16	24.6	20	30.8	29	44.6	65		
รองศาสตราจารย์	11	14.7	32	42.7	32	42.7	75		
ศาสตราจารย์	5	31.3	5	31.3	6	37.5	16		

\*p<.05, \*\*p<.01

ตารางที่ 31 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับระดับคะแนนความรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิตในด้านความรู้ต่อการรักษาปัญหาสุขภาพจิต

ปัจจัย	ระดับคะแนนความรู้						n	$\chi^2$	p value
	ดี		ปานกลาง		พอใช้				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
การเข้าร่วมสัมมนาอาจารย์ที่ปรึกษา									
เคย	42	26.9	58	37.2	56	35.9	156	3.625	.163
ไม่เคย	8	22.2	9	25.0	19	52.8	36		
ปัญหาสุขภาพจิตของนิสิตใน ความดูแล									
- ไม่มี	43	29.3	53	36.1	51	34.7	147		
- มี แต่ไม่เคยส่งพบจิตแพทย์	2	10.5	1	5.3	16	84.2	19		
- มี และได้ส่งพบจิตแพทย์	5	19.2	13	50.0	8	30.8	26		
การเข้าพบของนิสิต								2.128	.712
- ไม่เคยมาพบเลย	2	18.2	3	27.3	6	54.5	11		
- มาพบเพื่อให้เห็นตัวอย่าง ทะเบียนเท่านั้น	20	25.3	31	39.2	28	35.4	79		
- มาพบเพื่อขอปรึกษา เรื่องทั่วไป	28	27.5	33	32.4	41	40.2	102		

\*p<.05, \*\*p<.01

จากตารางที่ 31 พบว่าปัจจัยด้าน ภาควิชาที่สังกัด อายุ และจำนวนบุตรที่แตกต่างกัน มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ต่อการรักษาปัญหาสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $p=.011$  .031 และ .013) โดยอาจารย์ที่สังกัดภาควิชาคลินิก มีความรู้ในระดับดีร้อยละ 32.8 อาจารย์ที่มีอายุระหว่าง 30-39 ปี มีความรู้ในระดับดีร้อยละ 34.4 และอาจารย์ที่มีบุตร 1 คน มีความรู้ในระดับดี ร้อยละ 35.5

ปัจจัยด้านอายุราชการ ช่วงเวลาที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา จำนวนครั้ง รวมระยะเวลาที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ตำแหน่งทางวิชาการ และปัญหาสุขภาพจิตของนิสิตในความดูแลที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ต่อการรักษาปัญหาสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $p=.004$  .009 .000 .008 .000) โดยอาจารย์ที่มีอายุราชการ 5-10 ปี มีความรู้ในระดับดีร้อยละ 44.9 อาจารย์ที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาในปัจจุบัน มีความรู้ในระดับดีร้อยละ 35.6 อาจารย์ที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาครั้งแรก มีความรู้ในระดับดีร้อยละ 36.0 อาจารย์ที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาน้อยกว่า 3 ปีมีความรู้ในระดับดีร้อยละ 45.8 อาจารย์ที่ปรึกษาที่มีตำแหน่งอาจารย์มีความรู้ในระดับดี ร้อยละ 50 และอาจารย์ที่นิสิตไม่มีปัญหาสุขภาพจิตมีความรู้ในระดับดีร้อยละ 29.3

ตารางที่ 32 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับคะแนนความรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิต  
ในด้านความรู้ต่อหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต

ปัจจัย	ระดับคะแนนความรู้						n	$\chi^2$	p value
	ดี		ปานกลาง		พอใช้				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
<b>ภาควิชาที่สังกัด</b>								9.328	.009**
ปริคลินิก	11	14.5	23	30.3	42	55.3	76		
คลินิก	39	33.6	32	27.6	45	38.8	116		
<b>สาขาวิชาชีพ</b>								.955	.620
แพทย์	43	26.5	48	29.6	71	43.8	162		
อาจารย์สาขาวิชาชีพอื่น	7	23.3	7	23.3	16	53.3	30		
<b>เพศ</b>								4.286	.117
ชาย	21	20.4	34	33.0	48	46.6	103		
หญิง	29	32.6	21	23.6	39	43.8	89		
<b>อายุ</b>								.494	.974
30 - 39 ปี	16	25.0	18	28.1	30	46.9	64		
40 - 49 ปี	15	24.2	18	29.0	29	46.8	62		
50 ปี ขึ้นไป	19	28.8	19	28.8	28	42.4	66		
<b>สถานภาพสมรส</b>								10.997	.004**
โสด	5	10.0	21	42.0	24	48.0	50		
สมรส	45	31.7	34	23.9	63	44.4	142		
<b>จำนวนบุตร</b>								10.061	.122
ไม่มีบุตร	13	20.3	18	28.1	33	51.6	64		
1 คน	7	22.6	13	41.9	11	35.5	31		
2 คน	14	24.1	18	31.0	26	44.8	58		
3 คน	16	41.0	6	15.4	7	43.6	39		

\*p<.05, \*\*p<.01

ตารางที่ 32 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับระดับคะแนนความรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิตในด้านความรู้ต่อหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต

ปัจจัย	ระดับคะแนนความรู้						n	$\chi^2$	p value
	ดี		ปานกลาง		พอใช้				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
<b>อายุราชการ</b>								10.183	.117
น้อยกว่า 5 ปี	9	34.6	5	19.2	12	46.2	26		
5-10ปี	9	18.4	12	24.5	28	57.1	49		
11-15ปี	15	39.5	10	36.3	13	34.2	38		
16 ปีขึ้นไป	17	21.5	28	35.4	34	43.0	79		
<b>ช่วงเวลาที่ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา</b>								1.058	.589
ปัจจุบัน	23	25.6	23	25.6	44	48.9	90		
อดีต	27	26.5	32	31.4	43	42.2	102		
<b>จำนวนครั้งที่ เป็น / เคยเป็น อาจารย์ที่ปรึกษา</b>								8.952	.176
ครั้งแรก	27	24.3	32	28.8	52	46.8	111		
2 ครั้ง	15	22.4	21	31.3	31	46.3	67		
3 ครั้ง	4	50.0	2	25.0	2	25.0	8		
4 ครั้งขึ้นไป	4	66.7	-	-	2	33.3	6		
<b>รวมระยะเวลาที่เป็น/เคยเป็น อาจารย์ที่ปรึกษา</b>								3.126	.793
น้อยกว่า 3 ปี	13	27.1	11	22.9	24	50.0	48		
3-6 ปี	21	23.1	30	33.0	40	44.0	91		
7-12 ปี	13	23.8	12	26.1	21	45.7	46		
13-18 ปี	3	42.9	2	28.6	2	28.6	7		
<b>ตำแหน่งทางวิชาการปัจจุบัน</b>								7.813	.252
อาจารย์	10	27.8	10	27.8	16	44.4	36		
ผู้ช่วยศาสตราจารย์	18	27.7	21	32.3	26	40.0	65		
รองศาสตราจารย์	18	24.0	16	21.3	41	54.7	75		
ศาสตราจารย์	4	25.0	8	50.0	4	25.0	16		

\*p<.05, \*\*p<.01



ตารางที่ 32 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับระดับคะแนนความรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิตในด้านความรู้ต่อหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต

ปัจจัย	ระดับคะแนนความรู้						n	$\chi^2$	p value
	ดี		ปานกลาง		พอใช้				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
การเข้าร่วมสัมมนาอาจารย์ที่ปรึกษา									
เคย	35	22.4	43	27.6	78	50.0	156	8.528	.014*
ไม่เคย	15	41.7	12	33.3	9	25.0	36		
ปัญหาสุขภาพจิตของนิสิตใน ความดูแล								6.880	.142
- ไม่มี	36	24.5	46	31.3	65	44.2	147		
- มี แต่ไม่เคยส่งพบจิตแพทย์	5	26.3	7	36.8	7	36.8	19		
- มี และได้ส่งพบจิตแพทย์	9	34.6	2	7.7	15	57.7	26		
การเข้าพบของนิสิต								9.692	.046*
- ไม่เคยมาพบเลย	5	45.5	4	36.4	2	18.2	11		
- มาพบเพื่อให้เห็นตี่ชื่อลง ทะเบียนเท่านั้น	17	21.5	17	21.5	45	57.0	79		
- มาพบเพื่อขอปรึกษา เรื่องทั่วไป	28	27.5	34	33.3	40	39.2	102		

\*p<.05, \*\*p<.01

จากตารางที่ 32 พบว่า ปัจจัยด้านการเข้าร่วมสัมมนาอาจารย์ที่ปรึกษา และการเข้าพบของนิสิตที่แตกต่างกัน มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ต่อหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $p=.014, .046$ ) โดยอาจารย์ที่ไม่เคยร่วมสัมมนาอาจารย์ที่ปรึกษา มีความรู้ในระดับดี ร้อยละ 41.7 และอาจารย์ที่นิสิตไม่เคยมาพบเลยมีความรู้ในระดับดี ร้อยละ 45.5

ปัจจัยด้านภาควิชาที่สังกัด และสถานภาพสมรสที่แตกต่างกัน มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ต่อหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ( $p=.009, .004$ ) โดยอาจารย์สังกัดภาควิชาคลินิก มีความรู้ในระดับดีร้อยละ33.6 และอาจารย์ที่สมรสแล้ว มีความรู้ในระดับดี ร้อยละ31.7

ตารางที่ 33 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับคะแนนความรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิต  
ในภาพรวม

ปัจจัย	ระดับคะแนนความรู้						n	$\chi^2$	p value
	ดี		ปานกลาง		พอใช้				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
<b>ภาควิชาที่สังกัด</b>								15.418	.000**
ปริคlinik	10	13.2	24	31.6	42	55.3	76		
คลินิก	40	34.5	41	35.3	35	30.2	116		
<b>สาขาวิชาชีพ</b>								8.638	.013*
แพทย์	48	29.6	55	34.0	59	36.4	162		
อาจารย์สาขาวิชาชีพอื่น	2	6.7	10	33.3	18	60.0	30		
<b>เพศ</b>								1.457	.483
ชาย	29	28.2	31	30.1	43	41.7	103		
หญิง	21	23.6	34	38.2	34	38.2	89		
<b>อายุ</b>								7.853	.097
30 - 39 ปี	20	31.3	21	32.8	23	35.9	64		
40 - 49 ปี	11	17.7	28	45.2	23	37.1	62		
50 ปี ขึ้นไป	19	28.8	16	24.2	31	47.0	66		
<b>สถานภาพสมรส</b>								9.248	.010**
โสด	8	16.0	13	26.0	29	58.0	50		
สมรส	42	29.6	52	36.6	48	33.8	142		
<b>จำนวนบุตร</b>								20.370	.000**
ไม่มีบุตร	8	12.5	21	32.8	35	54.7	64		
1 คน	9	29.0	10	32.3	12	38.7	31		
2 คน	20	34.5	26	44.8	12	20.7	58		
3 คน	13	33.3	8	20.5	18	46.2	39		

\*p<.05, \*\*p<.01

ตารางที่ 33 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับระดับคะแนนความรู้ต่อปัญหา  
สุขภาพจิตในภาพรวม

ปัจจัย	ระดับคะแนนความรู้						n	$\chi^2$	p value
	ดี		ปานกลาง		พอใช้				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
อายุราชการ								6.695	.350
น้อยกว่า 5 ปี	8	30.8	11	42.3	7	26.9	26		
5-10ปี	14	28.6	18	37.6	17	34.7	49		
11-15ปี	11	28.9	14	36.8	13	34.2	38		
16 ปีขึ้นไป	17	21.5	22	27.8	40	50.6	79		
ช่วงเวลาที่เป็นอย่างที่ปรึกษา								2.647	.266
ปัจจุบัน	24	26.7	35	38.9	31	34.4	90		
อดีต	26	25.5	30	29.4	46	45.1	102		
จำนวนครั้งที่ เป็น / เคยเป็น อาจารย์ที่ปรึกษา								19.291	.004**
ครั้งแรก	30	27.0	45	40.5	36	32.4	111		
2 ครั้ง	13	19.4	16	23.9	38	56.7	67		
3 ครั้ง	3	37.5	4	50.0	1	12.5	8		
4 ครั้งขึ้นไป	4	66.7	-	-	2	33.3	6		
รวมระยะเวลาที่เป็น/เคยเป็น อาจารย์ที่ปรึกษา								6.219	.399
น้อยกว่า 3 ปี	14	29.2	19	39.6	15	31.3	48		
3-6 ปี	18	19.8	30	33.0	43	47.3	91		
7-12 ปี	15	32.6	14	30.4	17	37.0	46		
13-18 ปี	3	42.9	2	28.6	2	28.6	7		
ตำแหน่งทางวิชาการปัจจุบัน								17.862	.007**
อาจารย์	16	44.4	15	41.7	5	13.9	36		
ผู้ช่วยศาสตราจารย์	10	15.4	22	33.8	33	50.8	65		
รองศาสตราจารย์	18	24.0	24	32.0	33	44.0	75		
ศาสตราจารย์	6	37.5	4	25.0	6	37.5	16		

\*p<.05, \*\*p<.01

ตารางที่ 33 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับระดับคะแนนความรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิตในภาพรวม

ปัจจัย	ระดับคะแนนความรู้						n	$\chi^2$	p value
	ดี		ปานกลาง		พอใช้				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
การเข้าร่วมสัมมนาอาจารย์ที่ปรึกษา									
เคย	40	25.6	54	34.6	62	39.7	156	.221	.896
ไม่เคย	10	27.8	11	30.6	15	41.7	36		
ปัญหาสุขภาพจิตของนิสิตใน ความดูแล									
- ไม่มี	42	28.6	48	32.7	57	38.8	147		
- มี แต่ไม่เคยส่งพบจิตแพทย์	4	21.1	7	36.8	8	42.1	19		
- มี และได้ส่งพบจิตแพทย์	4	15.4	10	38.5	12	46.2	26		
การเข้าพบของนิสิต								1.543	.819
- ไม่เคยมาพบเลย	4	36.4	2	18.2	5	45.5	11		
- มาพบเพื่อให้เห็นตี่ชื่อลง ทะเบียนเท่านั้น	19	24.1	28	35.4	32	40.5	79		
- มาพบเพื่อขอปรึกษา เรื่องทั่วไป	27	26.5	35	34.3	40	39.2	102		

\*p<.05, \*\*p<.01

จากตารางที่ 33 พบว่าปัจจัยด้านสาขาวิชาชีพที่แตกต่างกัน มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิตในภาพรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $p=.013$ ) โดยอาจารย์วิชาชีพแพทย์มีความรู้ในระดับดี ร้อยละ 29.6

ปัจจัยด้านภาควิชาที่สังกัด สถานภาพสมรส จำนวนบุตร จำนวนครั้งที่ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา และตำแหน่งทางวิชาการที่แตกต่างกัน มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิตในภาพรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01( $p=.000 .010 .000 .004$  และ.007 ตามลำดับ) โดยอาจารย์สังกัดภาควิชาคลินิกมีความรู้ในระดับดีร้อยละ 34.5 อาจารย์ที่สมรสแล้วมีความรู้ในระดับดีร้อยละ 29.6 อาจารย์ที่มีบุตร 2 คน มีความรู้ในระดับดีร้อยละ 34.5 อาจารย์ที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา 4 ครั้งขึ้นไป มีความรู้ระดับดีร้อยละ 66.7 และอาจารย์ที่ปรึกษาที่มีตำแหน่งอาจารย์ มีความรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิตในระดับดีร้อยละ 44.4

## 1.2 ปัจจัยส่วนบุคคลของอาจารย์ที่ปรึกษาที่มีความสัมพันธ์กับเจตคติต่อปัญหาสุขภาพจิต

ตารางที่ 34 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับคะแนนเจตคติต่อปัญหาสุขภาพจิตในด้านเจตคติต่อปัญหาสุขภาพจิตโดยทั่วไป

ปัจจัย	ระดับคะแนนเจตคติ						n	$\chi^2$	p value
	ดี		ปานกลาง		พอใช้				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
<b>ภาควิชาที่สังกัด</b>								10.976	.004**
ปริคลินิก	14	18.4	16	21.1	46	60.5	76		
คลินิก	44	37.9	28	24.1	44	37.9	116		
<b>สาขาวิชาชีพ</b>								15.772	.000**
แพทย์	54	33.3	42	25.9	66	40.7	162		
อาจารย์สาขาวิชาชีพอื่น	4	13.3	2	6.7	24	80.0	30		
<b>เพศ</b>								18.043	.000**
ชาย	44	42.7	16	15.5	43	41.7	103		
หญิง	14	15.7	28	31.5	47	52.8	89		
<b>อายุ</b>								10.272	.036*
30 - 39 ปี	26	40.6	13	20.3	25	39.1	64		
40 - 49 ปี	19	30.6	18	29.0	25	40.3	62		
50 ปี ขึ้นไป	13	19.7	13	19.7	40	60.6	66		
<b>สถานภาพสมรส</b>								2.314	.314
โสด	12	24.0	10	20.0	28	56.0	50		
สมรส	46	34.2	34	23.9	62	43.7	142		
<b>จำนวนบุตร</b>								12.863	.045*
ไม่มีบุตร	14	21.9	14	21.9	36	56.3	64		
1 คน	9	29.0	8	25.8	14	45.2	31		
2 คน	25	43.1	16	27.6	17	29.3	58		
3 คน	10	25.6	6	15.4	23	59.0	39		

\*p<.05, \*\*p<.01

ตารางที่ 34 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับคะแนนเจตคติต่อปัญหาสุขภาพจิตในด้านเจตคติต่อปัญหาสุขภาพจิตโดยทั่วไป

ปัจจัย	ระดับคะแนนเจตคติ						n	$\chi^2$	p value
	ดี		ปานกลาง		พอใช้				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
<b>อายุราชการ</b>								8.842	.183
น้อยกว่า 5 ปี	10	38.5	8	30.8	8	30.8	26		
5-10ปี	18	36.7	12	24.5	19	38.8	49		
11-15ปี	13	34.2	8	21.1	17	44.7	38		
16 ปีขึ้นไป	17	21.5	16	20.3	46	58.2	79		
<b>ช่วงเวลาที่ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา</b>								.797	.671
ปัจจุบัน	30	33.3	20	22.2	40	44.4	90		
อดีต	28	27.5	24	23.5	50	49.0	102		
<b>จำนวนครั้งที่ เป็น / เคยเป็น อาจารย์ที่ปรึกษา</b>								36.303	.000**
ครั้งแรก	48	43.2	26	23.4	37	33.3	111		
2 ครั้ง	10	14.9	14	20.9	43	64.2	67		
3 ครั้ง	-	-	-	-	8	100	8		
4 ครั้งขึ้นไป	-	-	4	66.7	2	33.3	6		
<b>รวมระยะเวลาที่เป็น/เคยเป็น อาจารย์ที่ปรึกษา</b>								11.951	.063
น้อยกว่า 3 ปี	20	41.7	8	16.7	20	41.7	48		
3-6 ปี	28	30.8	26	28.6	37	40.7	91		
7-12 ปี	10	21.7	8	17.4	28	60.9	46		
13-18 ปี	-	-	2	28.6	5	71.4	7		
<b>ตำแหน่งทางวิชาการปัจจุบัน</b>								16.353	.012*
อาจารย์	16	50.0	10	27.8	8	22.2	36		
ผู้ช่วยศาสตราจารย์	12	18.5	16	24.6	37	56.9	65		
รองศาสตราจารย์	21	28.0	16	21.3	38	50.7	75		
ศาสตราจารย์	7	43.8	2	12.5	7	43.8	16		

\*p<.05, \*\*p<.01



ตารางที่ 34(ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับคะแนนเจตคติต่อปัญหาสุขภาพจิตในด้านเจตคติต่อปัญหาสุขภาพจิตโดยทั่วไป

ปัจจัย	ระดับคะแนนเจตคติ						n	$\chi^2$	p value
	ดี		ปานกลาง		พอใช้				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
การเข้าร่วมสัมมนาอาจารย์ที่ปรึกษา									
เคย	56	35.9	30	19.2	70	44.9	156	14.559	.001**
ไม่เคย	2	5.6	14	38.9	20	55.6	36		
ปัญหาสุขภาพจิตของนิสิตใน ความดูแล								7.619	.170
- ไม่มี	45	30.6	32	21.8	70	47.6	147		
- มี แต่ไม่เคยส่งพบจิตแพทย์	2	10.5	8	42.1	9	47.4	19		
- มี และได้ส่งพบจิตแพทย์	11	42.3	4	15.4	11	42.3	26		
การเข้าพบของนิสิต								11.231	.024*
- ไม่เคยมาพบเลย	-	-	3	27.3	8	72.7	11		
- มาพบเพื่อให้เห็นตัวอย่าง ทะเบียนเท่านั้น	18	22.8	19	24.1	42	53.2	79		
- มาพบเพื่อขอปรึกษา เรื่องทั่วไป	40	39.2	22	21.6	40	39.2	102		

\*p<.05, \*\*p<.01

จากตารางที่ 34 พบว่า ปัจจัยด้านอายุ จำนวนบุตร ตำแหน่งทางวิชาการ และการเข้าพบของนิสิตที่แตกต่างกัน มีความสัมพันธ์กับระดับเจตคติต่อปัญหาสุขภาพจิตโดยทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 (p=.036 .045 .012 และ .024) โดยอาจารย์ที่อายุระหว่าง 30-39 ปี มีเจตคติในระดับดี ร้อยละ40.6 อาจารย์ที่มีบุตร 2 คน มีเจตคติในระดับดีร้อยละ43.1 อาจารย์ที่ปรึกษาที่มีตำแหน่งอาจารย์มีเจตคติในระดับดีร้อยละ 50.0 และ อาจารย์ที่มีนิสิตมาพบเพื่อปรึกษาเรื่องทั่วไป มีเจตคติในระดับดีร้อยละ 39.2

ปัจจัยด้านภาควิชาที่สังกัด สาขาวิชาชีพ เพศ จำนวนครั้งที่ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา และการเข้าร่วมสัมมนาอาจารย์ที่ปรึกษาที่แตกต่างกัน มีความสัมพันธ์กับระดับเจตคติต่อปัญหาสุขภาพจิตโดยทั่วไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01(p=.004, .000, .000, .000และ .001) โดยอาจารย์สังกัดภาควิชาคลินิกมีเจตคติในระดับดีร้อยละ37.9 อาจารย์วิชาชีพแพทย์ มีเจตคติในระดับดีร้อยละ33.3 อาจารย์เพศชาย มีเจตคติในระดับดีร้อยละ42.7 อาจารย์ที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาครั้งแรกมีเจตคติในระดับดีร้อยละ 43.2 และอาจารย์ที่เคยเข้าร่วมสัมมนาอาจารย์ที่ปรึกษา มีเจตคติต่อปัญหาสุขภาพจิตในระดับดี ร้อยละ 35.9

ตารางที่ 35 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับคะแนนเจตคติต่อปัญหาสุขภาพจิต  
ในด้านเจตคติต่อการรักษาปัญหาสุขภาพจิต

ปัจจัย	ระดับคะแนนเจตคติ						n	$\chi^2$	p value
	ดี		ปานกลาง		พอใช้				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
<b>ภาควิชาที่สังกัด</b>								6.481	.039*
ปริคลินิก	18	23.7	20	26.3	38	50.0	76		
คลินิก	46	39.7	18	15.5	52	44.8	116		
<b>สาขาวิชาชีพ</b>								7.877	.019*
แพทย์	60	37.0	28	17.3	74	45.7	162		
อาจารย์สาขาวิชาชีพอื่น	4	13.3	10	33.3	16	53.3	30		
<b>เพศ</b>								3.280	.194
ชาย	40	38.8	20	19.4	43	41.7	103		
หญิง	24	27.0	18	20.2	47	52.8	89		
<b>อายุ</b>								17.146	.002**
30 - 39 ปี	25	40.6	9	14.1	29	45.3	64		
40 - 49 ปี	26	40.3	18	29.0	19	30.6	62		
50 ปี ขึ้นไป	13	19.7	11	16.7	42	63.6	66		
<b>สถานภาพสมรส</b>								2.751	.253
โสด	12	24.0	12	24.0	26	52.0	50		
สมรส	52	36.6	26	18.3	64	45.1	142		
<b>จำนวนบุตร</b>								21.041	.002**
ไม่มีบุตร	16	25.0	16	25.0	32	50.0	64		
1 คน	7	22.6	4	12.9	20	64.5	31		
2 คน	31	53.4	12	20.7	15	25.9	58		
3 คน	10	25.6	6	15.4	23	59.0	39		

\*p<.05, \*\*p<.01

ตารางที่ 35(ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับคะแนนเจตคติต่อปัญหา  
สุขภาพจิตในด้านเจตคติต่อการรักษาปัญหาสุขภาพจิต

ปัจจัย	ระดับคะแนนเจตคติ						n	$\chi^2$	p value
	ดี		ปานกลาง		พอใช้				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
<b>อายุราชการ</b>								23.626	.001**
น้อยกว่า 5 ปี	12	46.2	4	15.4	10	38.5	26		
5-10ปี	20	40.8	12	24.5	17	34.7	49		
11-15ปี	19	50.0	8	21.1	11	28.9	38		
16 ปีขึ้นไป	13	16.5	14	17.7	52	65.8	79		
<b>ช่วงเวลาที่ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา</b>								6.334	.042*
ปัจจุบัน	38	42.2	14	15.6	38	42.2	90		
อดีต	26	25.5	24	23.5	52	51.0	102		
<b>จำนวนครั้งที่ เป็น / เคยเป็น</b> <b>อาจารย์ที่ปรึกษา</b>								28.867	.000**
ครั้งแรก	46	41.4	28	25.2	37	33.3	111		
2 ครั้ง	14	20.9	10	14.9	43	64.2	67		
3 ครั้ง	-	-	-	-	8	100	8		
4 ครั้งขึ้นไป	4	66.7	-	-	2	33.3	6		
<b>รวมระยะเวลาที่เป็น/เคยเป็น</b> <b>อาจารย์ที่ปรึกษา</b>								14.886	.021*
น้อยกว่า 3 ปี	22	45.8	12	25.0	14	29.2	48		
3-6 ปี	28	30.8	8	19.8	45	49.5	91		
7-12 ปี	14	30.4	8	17.4	24	52.2	46		
13-18 ปี	-	-	-	-	7	100	7		
<b>ตำแหน่งทางวิชาการปัจจุบัน</b>								13.981	.030*
อาจารย์	20	55.6	4	11.1	12	33.3	36		
ผู้ช่วยศาสตราจารย์	20	30.8	12	18.5	33	50.8	65		
รองศาสตราจารย์	17	22.7	18	24.0	40	53.3	75		
ศาสตราจารย์	7	43.8	4	25.0	5	31.3	16		

\*p<.05, \*\*p<.01

ตารางที่ 35(ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับคะแนนเจตคติต่อปัญหาสุขภาพจิตในด้านเจตคติต่อการรักษาปัญหาสุขภาพจิต

ปัจจัย	ระดับคะแนนเจตคติ						n	$\chi^2$	p value
	ดี		ปานกลาง		พอใช้				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
การเข้าร่วมสัมมนาอาจารย์ที่ปรึกษา							.311	.856	
เคย	52	33.3	32	20.5	72	46.2	156		
ไม่เคย	12	33.3	6	16.7	18	50.0	36		
ปัญหาสุขภาพจิตของนิสิตใน							.363	.985	
ความดูแล									
- ไม่มี	49	33.3	28	19.0	70	47.6	147		
- มี แต่ไม่เคยส่งพบจิตแพทย์	6	31.6	4	21.1	9	47.4	19		
- มี และได้ส่งพบจิตแพทย์	9	34.6	6	23.1	11	42.3	26		
การเข้าพบของนิสิต							2.334	.675	
- ไม่เคยมาพบเลย	2	18.2	3	27.3	6	54.5	11		
- มาพบเพื่อให้เห็นตัวอย่าง	24	30.4	17	21.5	38	48.1	79		
- มาพบเพื่อขอปรึกษาเรื่องทั่วไป	38	37.3	18	17.6	46	45.1	102		

\*p<.05, \*\*p<.01

จากตารางที่ 35 พบว่า ปัจจัยด้านภาควิชาที่สังกัด สาขาวิชาชีพ ช่วงเวลาที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา รวมระยะเวลาที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา และตำแหน่งทางวิชาการที่แตกต่างกัน มีความสัมพันธ์กับระดับเจตคติต่อการรักษาปัญหาสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 (p=.039 .019 .042 .021 และ .030) โดยอาจารย์สังกัดภาควิชาคลินิก มีเจตคติในระดับดีร้อยละ 39.7 อาจารย์วิชาชีพแพทย์ มีเจตคติในระดับดีร้อยละ 37.0 อาจารย์ที่ปรึกษาในปัจจุบันมีเจตคติในระดับดีร้อยละ 42.2 อาจารย์ที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาน้อยกว่า 3 ปี มีเจตคติในระดับดีร้อยละ 45.8 และอาจารย์ที่ปรึกษาที่มีตำแหน่งอาจารย์ มีเจตคติในระดับดี ร้อยละ 55.6

ปัจจัยด้านอายุ จำนวนบุตร อายุราชการ และจำนวนครั้งที่ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาที่แตกต่างกัน มีความสัมพันธ์กับระดับเจตคติต่อการรักษาปัญหาสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 (p=.002 .002 .001 และ .000) โดยอาจารย์ที่อายุ 30-39 ปี มีเจตคติระดับดี ร้อยละ 40.6 อาจารย์ที่มีบุตร 2 คน มีเจตคติระดับดีร้อยละ 53.4 อาจารย์ที่มีอายุราชการ 11-15 ปี มีเจตคติระดับดีร้อยละ 50 และอาจารย์ที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา 4 ครั้งขึ้นไป มีเจตคติในระดับดี ร้อยละ 66.7

ตารางที่ 36 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับคะแนนเจตคติต่อปัญหาสุขภาพจิต  
ในด้านเจตคติต่อหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิต

ปัจจัย	ระดับคะแนนเจตคติ						n	$\chi^2$	p value
	ดี		ปานกลาง		พอใช้				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
<b>ภาควิชาที่สังกัด</b>								23.830	.000**
ปริคลินิก	14	18.4	8	10.5	54	71.1	76		
คลินิก	41	35.3	34	29.3	41	35.3	116		
<b>สาขาวิชาชีพ</b>								13.876	.001**
แพทย์	53	32.7	38	23.5	71	43.8	162		
อาจารย์สาขาวิชาชีพอื่น	2	6.7	4	13.3	24	80.0	30		
<b>เพศ</b>								3.443	.179
ชาย	34	33.0	18	17.5	51	49.5	103		
หญิง	21	23.6	24	27.0	44	49.4	89		
<b>อายุ</b>								5.809	.214
30 - 39 ปี	16	25.0	18	28.1	30	46.9	64		
40 - 49 ปี	17	27.4	16	25.8	29	46.8	62		
50 ปี ขึ้นไป	22	33.3	8	12.1	36	54.5	66		
<b>สถานภาพสมรส</b>								5.426	.066
โสด	8	16.0	12	24.0	30	60.0	50		
สมรส	47	33.1	30	21.1	65	45.8	142		
<b>จำนวนบุตร</b>								14.243	.027*
ไม่มีบุตร	10	15.6	16	25.0	38	59.4	64		
1 คน	7	22.6	10	32.3	14	45.2	31		
2 คน	25	43.1	8	13.8	25	43.1	58		
3 คน	13	33.3	8	20.5	18	46.2	39		

\*p<.05, \*\*p<.01

ตารางที่ 36(ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับคะแนนเจตคติต่อปัญหา  
สุขภาพจิตในด้านเจตคติต่อหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิต

ปัจจัย	ระดับคะแนนเจตคติ						n	$\chi^2$	p value
	ดี		ปานกลาง		พอใช้				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
<b>อายุราชการ</b>								12.759	.047*
น้อยกว่า 5 ปี	6	23.1	10	38.5	10	38.5	26		
5-10ปี	10	20.4	14	28.6	25	51.1	49		
11-15ปี	15	39.5	8	21.1	15	39.5	38		
16 ปีขึ้นไป	24	30.4	10	12.7	45	57.0	79		
<b>ช่วงเวลาที่ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา</b>								6.262	.044*
ปัจจุบัน	20	22.2	26	28.9	44	48.9	90		
อดีต	35	34.3	16	15.7	51	50.0	102		
<b>จำนวนครั้งที่ เป็น / เคยเป็น อาจารย์ที่ปรึกษา</b>								25.737	.000**
ครั้งแรก	40	36.0	28	25.2	43	38.7	111		
2 ครั้ง	15	22.4	10	14.9	42	62.7	67		
3 ครั้ง	-	-	-	-	8	100	8		
4 ครั้งขึ้นไป	-	-	4	66.7	2	33.3	6		
<b>รวมระยะเวลาที่เป็น/เคยเป็น อาจารย์ที่ปรึกษา</b>								16.851	.010**
น้อยกว่า 3 ปี	10	20.8	14	29.2	24	50.0	48		
3-6 ปี	6	39.6	18	19.8	37	40.7	91		
7-12 ปี	9	19.6	10	21.7	27	58.7	46		
13-18 ปี	-	-	-	-	7	100	7		
<b>ตำแหน่งทางวิชาการปัจจุบัน</b>								24.637	.000**
อาจารย์	14	38.9	12	33.3	10	27.8	36		
ผู้ช่วยศาสตราจารย์	6	9.2	16	24.6	43	66.2	65		
รองศาสตราจารย์	28	37.3	12	16.0	35	46.7	75		
ศาสตราจารย์	7	43.8	2	12.5	7	43.8	16		

\*p<.05, \*\*p<.01



ตารางที่ 36 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับคะแนนเจตคติต่อปัญหาสุขภาพจิตในด้านเจตคติต่อหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิต

ปัจจัย	ระดับคะแนนเจตคติ						n	$\chi^2$	p value
	ดี		ปานกลาง		พอใช้				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
การเข้าร่วมสัมมนาอาจารย์ที่ปรึกษา									
เคย	49	31.4	32	20.5	75	48.1	156	3.256	.196
ไม่เคย	6	16.7	10	27.8	20	55.6	36		
ปัญหาสุขภาพจิตของนิสิตใน ความดูแล								6.588	.159
- ไม่มี	39	26.5	36	24.5	72	49.0	147		
- มี แต่ไม่เคยส่งพบจิตแพทย์	4	21.1	4	21.1	11	57.9	19		
- มี และได้ส่งพบจิตแพทย์	12	46.2	2	7.7	12	46.2	26		
การเข้าพบของนิสิต								6.173	.187
- ไม่เคยมาพบเลย	2	18.2	2	18.2	7	63.6	11		
- มาพบเพื่อให้เห็นตัวอย่าง ทะเบียนเท่านั้น	17	21.5	22	27.8	40	50.6	79		
- มาพบเพื่อขอปรึกษา เรื่องทั่วไป	36	35.3	18	17.6	48	47.1	102		

\*p<.05, \*\*p<.01

จากตารางที่ 36 พบว่า ปัจจัยด้านจำนวนบุตร อายุราชการ และ ช่วงเวลาที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาที่แตกต่างกัน มีความสัมพันธ์กับเจตคติต่อหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ( $p=.027$  .047 และ.044) โดยอาจารย์ที่มีบุตร 2 คน มีเจตคติในระดับดีร้อยละ 43.1 อาจารย์ที่มีอายุราชการ11-15ปี มีเจตคติในระดับดีร้อยละ 39.5 และอาจารย์ที่ปรึกษาในอดีต มีเจตคติในระดับดี ร้อยละ 34.3

ปัจจัยด้านภาควิชาที่สังกัด สาขาวิชาชีพ จำนวนครั้งที่ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา รวมระยะเวลาที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา และตำแหน่งทางวิชาการที่แตกต่างกัน มีความสัมพันธ์กับเจตคติต่อหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ( $p=.000$  .001 .000 .01 และ.000) โดยอาจารย์สังกัดภาควิชาคลินิกมีเจตคติในระดับดีร้อยละ 35.3 อาจารย์วิชา ชีพแพทย์มีเจตคติในระดับดี ร้อยละ 32.7 อาจารย์ที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาครั้งแรกมีเจตคติในระดับดีร้อยละ36.0 อาจารย์ที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา 3-6 ปี มีเจตคติในระดับดีร้อยละ39.6 และอาจารย์ที่ปรึกษาที่เป็นศาสตราจารย์มีเจตคติในระดับดีร้อยละ 73.8

ตารางที่ 37 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับคะแนนเจตคติต่อปัญหาสุขภาพจิต  
ในภาพรวม

ปัจจัย	ระดับคะแนนเจตคติ						n	$\chi^2$	p value
	ดี		ปานกลาง		พอใช้				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
<b>ภาควิชาที่สังกัด</b>								11.099	.004**
ปริคลินิก	14	18.4	16	21.1	46	60.5	76		
คลินิก	38	32.8	36	31.0	42	36.2	116		
<b>สาขาวิชาชีพ</b>								11.998	.002**
แพทย์	50	30.9	46	28.4	66	40.7	162		
อาจารย์สาขาวิชาชีพอื่น	2	6.7	6	20.0	22	73.3	30		
<b>เพศ</b>								12.940	.002**
ชาย	38	36.9	20	19.4	45	43.7	103		
หญิง	14	15.7	32	36.0	43	48.3	89		
<b>อายุ</b>								15.343	.004**
30 - 39 ปี	20	31.3	20	31.3	24	37.5	64		
40 - 49 ปี	21	33.9	20	32.3	21	33.9	62		
50 ปี ขึ้นไป	11	16.7	12	18.2	43	65.2	66		
<b>สถานภาพสมรส</b>								5.120	.077
โสด	8	16.0	18	36.0	24	48.0	50		
สมรส	44	31.0	34	23.9	64	45.1	142		
<b>จำนวนบุตร</b>								13.393	.037*
ไม่มีบุตร	12	18.8	20	31.3	32	50.0	64		
1 คน	7	22.6	10	32.3	14	45.2	31		
2 คน	25	43.1	14	24.1	19	32.8	58		
3 คน	8	20.5	8	20.5	23	59.0	39		

\*p<.05, \*\*p<.01

ตารางที่ 37 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับคะแนนเจตคติต่อปัญหา  
สุขภาพจิตในภาพรวม

ปัจจัย	ระดับคะแนนเจตคติ						n	$\chi^2$	p value
	ดี		ปานกลาง		พอใช้				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
<b>อายุราชการ</b>								30.440	.000**
น้อยกว่า 5 ปี	10	38.5	10	38.5	6	23.1	26		
5-10ปี	10	20.4	22	44.9	17	34.7	49		
11-15ปี	15	39.5	10	26.3	13	34.2	38		
16 ปีขึ้นไป	17	21.5	10	12.7	52	65.8	79		
<b>ช่วงเวลาที่ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา</b>								3.712	1.56
ปัจจุบัน	24	26.7	30	33.3	36	40.0	90		
อดีต	28	27.5	22	21.6	52	51.0	102		
<b>จำนวนครั้งที่ เป็น / เคยเป็น อาจารย์ที่ปรึกษา</b>								49.205	.000**
ครั้งแรก	46	41.4	34	30.6	31	27.9	111		
2 ครั้ง	6	9.0	14	20.9	47	70.1	67		
3 ครั้ง	-	-	-	-	8	100	8		
4 ครั้งขึ้นไป	-	-	4	-	2	33.3	6		
<b>รวมระยะเวลาที่เป็น/เคยเป็น อาจารย์ที่ปรึกษา</b>								21.505	.001**
น้อยกว่า 3 ปี	18	37.5	14	29.2	16	33.3	48		
3-6 ปี	28	30.8	28	30.8	35	38.5	91		
7-12 ปี	6	13.0	10	21.7	30	65.2	46		
13-18 ปี	-	-	-	-	7	100	7		
<b>ตำแหน่งทางวิชาการปัจจุบัน</b>								27.683	.000**
อาจารย์	14	38.9	16	44.4	6	16.7	36		
ผู้ช่วยศาสตราจารย์	10	15.4	18	27.7	37	56.9	65		
รองศาสตราจารย์	19	25.3	18	24.0	38	50.7	75		
ศาสตราจารย์	9	56.3	-	-	7	43.8	16		

\*p<.05, \*\*p<.01

ตารางที่ 37 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับคะแนนเจตคติต่อปัญหาสุขภาพจิตในภาพรวม

ปัจจัย	ระดับคะแนนเจตคติ						n	$\chi^2$	p value
	ดี		ปานกลาง		พอใช้				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
การเข้าร่วมสัมมนาอาจารย์ที่ปรึกษา									
เคย	48	30.8	38	24.4	70	44.9	156	6.621	.036*
ไม่เคย	4	11.1	14	38.9	18	50.0	36		
ปัญหาสุขภาพจิตของนิสิตในความคิด								4.531	.339
- ไม่มี	37	25.2	42	28.6	68	46.3	147		
- มี แต่ไม่เคยส่งพบจิตแพทย์	4	21.1	4	21.1	11	57.9	19		
- มี และได้ส่งพบจิตแพทย์	11	42.3	6	23.1	9	34.6	26		
การเข้าพบของนิสิต								7.805	.099
- ไม่เคยมาพบเลย	-	-	4	36.4	7	63.6	11		
- มาพบเพื่อให้เห็นตัวอย่างที่ปรึกษา	18	22.8	20	25.3	41	51.9	79		
- มาพบเพื่อขอปรึกษาเรื่องทั่วไป	34	33.3	28	27.5	40	39.2	102		

\*p<.05, \*\*p<.01

จากตารางที่ 37 พบว่า ปัจจัยด้านจำนวนบุตร และการเข้าร่วมสัมมนาอาจารย์ที่ปรึกษาที่แตกต่างกัน มีความสัมพันธ์กับเจตคติต่อปัญหาสุขภาพจิตในภาพรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05(p=.037, .036) โดยอาจารย์ที่มีบุตร 2 คน มีเจตคติในระดับดีร้อยละ43.1 และอาจารย์ที่เคยเข้าร่วมสัมมนาอาจารย์ที่ปรึกษา มีเจตคติในระดับดีร้อยละ30.8

ปัจจัยด้านภาควิชาที่สังกัด สาขาวิชาชีพ เพศ อายุ อายุราชการ จำนวนครั้งที่ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา รวมระยะเวลาที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา และตำแหน่งทางวิชาการ มีความสัมพันธ์กับ เจตคติต่อปัญหาสุขภาพจิตในภาพรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (p= .004 .002 .002 .004 .000 .000 .001 และ .000) โดยอาจารย์สังกัดภาควิชาคลินิกมีเจตคติในระดับดี ร้อยละ 32.8 อาจารย์วิชาชีพแพทย์มีเจตคติในระดับดีร้อยละ30.9 อาจารย์เพศชายมีเจตคติระดับในดี ร้อยละ36.9 อาจารย์ที่มีอายุระหว่าง 40-49ปี มีเจตคติในระดับดีร้อยละ33.9 อาจารย์ที่มีอายุราชการ11-15ปี มีเจตคติในระดับดี ร้อยละ39.5 อาจารย์ที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาครั้งแรก มีเจตคติในระดับดี ร้อยละ 41.4 อาจารย์ที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา 3-6ปี มีเจตคติในระดับดีร้อยละ30.8 และอาจารย์ที่เป็นศาสตราจารย์มีเจตคติในระดับดี ร้อยละ56.3

### 1.3 ปัจจัยส่วนบุคคลของอาจารย์ที่ปรึกษาที่มีความสัมพันธ์กับทักษะทางความคิดต่อ ปัญหาสุขภาพจิต

ตารางที่ 38 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับคะแนนทักษะทางความคิดต่อปัญหาสุขภาพจิตในด้านกาารให้คำปรึกษาและพัฒนานิสิต

ปัจจัย	ระดับคะแนนทักษะทางความคิด						n	$\chi^2$	p value
	ดี		ปานกลาง		พอใช้				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ภาควิชาที่สังกัด								2.695	.260
ปรีคลินิก	18	23.7	34	44.7	24	31.6	76		
คลินิก	40	34.5	42	36.2	34	29.3	116		
สาขาวิชาชีพ								.274	.872
แพทย์	50	30.9	63	38.9	49	30.2	162		
อาจารย์สาขาวิชาชีพอื่น	8	26.7	13	43.3	9	30.0	30		
เพศ								12.414	.002**
ชาย	20	19.4	46	44.7	37	35.9	103		
หญิง	38	42.7	30	33.7	21	23.6	89		
อายุ								.705	.951
30 - 39 ปี	20	31.3	23	35.9	21	32.8	64		
40 - 49 ปี	19	30.6	26	41.9	17	27.4	62		
50 ปี ขึ้นไป	19	28.8	27	40.9	20	30.3	66		
สถานภาพสมรส								.184	.912
โสด	14	28.0	20	40.0	16	32.0	50		
สมรส	44	31.0	56	39.4	42	29.6	142		
จำนวนบุตร								17.389	.008**
ไม่มีบุตร	18	28.1	27	42.2	19	29.7	64		
1 คน	5	16.1	16	51.6	10	32.3	31		
2 คน	27	46.6	12	20.7	19	32.8	58		
3 คน	8	20.5	21	53.8	10	25.6	39		

\*p<.05, \*\*p<.01

ตารางที่ 38 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับคะแนนทักษะทางความคิดต่อปัญหาสุขภาพจิตในด้านการให้คำปรึกษาและพัฒนานิสิต

ปัจจัย	ระดับคะแนนทักษะทางความคิด						n	$\chi^2$	p value
	ดี		ปานกลาง		พอใช้				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
<b>อายุราชการ</b>								12.247	.057
น้อยกว่า 5 ปี	12	46.2	6	23.1	8	30.8	26		
5-10ปี	18	36.7	23	46.9	8	16.3	49		
11-15ปี	11	28.9	13	34.2	14	36.8	38		
16 ปีขึ้นไป	17	21.5	34	43.0	28	35.4	79		
<b>ช่วงเวลาที่ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา</b>								.151	.927
ปัจจุบัน	28	31.1	36	40.0	26	28.9	90		
อดีต	30	29.4	40	39.2	32	31.4	102		
<b>จำนวนครั้งที่ เป็น / เคยเป็น อาจารย์ที่ปรึกษา</b>								34.045	.000**
ครั้งแรก	42	37.8	40	36.0	29	26.1	111		
2 ครั้ง	16	23.9	35	52.2	16	23.9	67		
3 ครั้ง	-	-	1	12.5	7	87.5	8		
4 ครั้งขึ้นไป	-	-	-	-	6	100	6		
<b>รวมระยะเวลาที่เป็น/เคยเป็น อาจารย์ที่ปรึกษา</b>								25.531	.000**
น้อยกว่า 3 ปี	18	37.5	12	25.0	18	37.5	48		
3-6 ปี	26	28.6	40	44.0	25	27.5	91		
7-12 ปี	14	30.4	24	52.2	8	17.4	46		
13-18 ปี	-	-	-	-	7	100	7		
<b>ตำแหน่งทางวิชาการปัจจุบัน</b>								8.590	.198
อาจารย์	16	44.4	15	41.7	5	13.9	36		
ผู้ช่วยศาสตราจารย์	18	27.7	26	40.0	21	32.3	65		
รองศาสตราจารย์	19	25.3	31	41.3	25	33.3	75		
ศาสตราจารย์	5	31.3	4	25.0	7	43.8	16		

\*p<.05, \*\*p<.01



ตารางที่ 38 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับคะแนนทักษะทางความคิดต่อปัญหาสุขภาพจิตในด้านการให้คำปรึกษาและพัฒนานิสิต

ปัจจัย	ระดับคะแนนทักษะทางความคิด						n	$\chi^2$	p value
	ดี		ปานกลาง		พอใช้				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
การเข้าร่วมสัมมนาอาจารย์ที่ปรึกษา									
เคย	50	32.1	65	41.7	41	26.3	156	6.094	.048*
ไม่เคย	8	22.2	11	30.6	17	47.2	36		
ปัญหาสุขภาพจิตของนิสิตใน									
ความดูแล								37.440	.000**
- ไม่มี	49	33.3	55	37.4	43	29.3	147		
- มี แต่ไม่เคยส่งพบจิตแพทย์	2	10.5	2	10.5	15	78.9	19		
- มี และได้ส่งพบจิตแพทย์	7	26.9	19	73.1	-	-	26		
การเข้าพบของนิสิต									
- ไม่เคยมาพบเลย	2	18.2	5	45.5	4	36.4	11	18.686	.001**
- มาพบเพื่อให้เห็นตี่ข้อลง	14	17.7	30	38.0	35	44.3	79		
- มาพบเพื่อขอปรึกษาเรื่องทั่วไป	42	41.2	41	40.2	19	18.6	102		

\*p<.05, \*\*p<.01

จากตารางที่ 38 พบว่า ปัจจัยด้านการเข้าร่วมสัมมนาอาจารย์ที่ปรึกษาที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับทักษะทางความคิดด้านการให้คำปรึกษาและพัฒนานิสิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05(p=.048) โดยอาจารย์ที่เคยเข้าร่วมสัมมนาอาจารย์ที่ปรึกษา มีทักษะทางความคิดในระดับดี ร้อยละ32.1

ปัจจัยด้านเพศ จำนวนบุตร จำนวนครั้งที่ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา รวมระยะเวลาที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ปัญหาสุขภาพจิตของนิสิต และการเข้าพบของนิสิตที่แตกต่างกัน มีความสัมพันธ์กับทักษะทางความคิดด้านการให้คำปรึกษาและพัฒนานิสิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 (p=.002 .008 .000 .000 .000 และ.001) โดยอาจารย์เพศหญิง มีทักษะทางความคิดในระดับดี ร้อยละ42.7 อาจารย์ที่มีบุตร 2 คนมีทักษะทางความคิดในระดับดี ร้อยละ46.6 อาจารย์ที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาครั้งแรกมีทักษะทางความคิดในระดับดี ร้อยละ37.8 อาจารย์ที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาน้อยกว่า 3 ปี มีทักษะทางความคิดในระดับดีร้อยละ37.5 อาจารย์ที่นิสิตไม่มีปัญหาสุขภาพจิตมีทักษะทางความคิดในระดับดีร้อยละ33.3 และอาจารย์ที่นิสิตมาพบเพื่อปรึกษาเรื่องทั่วไป มีทักษะทางความคิดด้านการให้คำปรึกษาและพัฒนานิสิตในระดับดีร้อยละ 41.2

ตารางที่ 39 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับคะแนนทักษะทางความคิดต่อปัญหาสุขภาพจิตในด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับนิสิต

ปัจจัย	ระดับคะแนนทักษะทางความคิด						n	$\chi^2$	p value
	ดี		ปานกลาง		พอใช้				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
<b>ภาควิชาที่สังกัด</b>								1.432	.488
ปริคlinik	25	32.9	16	21.1	35	46.1	76		
คลินิก	44	37.9	17	14.7	55	47.4	116		
<b>สาขาวิชาชีพ</b>								.471	.790
แพทย์	57	35.2	29	17.9	76	46.9	162		
อาจารย์สาขาวิชาชีพอื่น	12	40.0	4	13.3	14	46.7	30		
<b>เพศ</b>								20.015	.000**
ชาย	26	25.2	28	27.2	49	47.6	103		
หญิง	43	48.3	5	5.6	41	46.1	89		
<b>อายุ</b>								2.094	.719
30 - 39 ปี	26	40.6	9	14.1	29	45.3	64		
40 - 49 ปี	23	37.1	10	16.1	29	46.8	62		
50 ปี ขึ้นไป	20	30.3	14	21.2	32	48.5	66		
<b>สถานภาพสมรส</b>								2.401	.301
โสด	22	44.0	6	12.0	22	44.0	50		
สมรส	47	33.1	27	19.0	68	47.9	142		
<b>จำนวนบุตร</b>								9.658	.140
ไม่มีบุตร	29	45.3	8	12.5	27	42.2	64		
1 คน	7	22.6	6	19.4	18	58.1	31		
2 คน	23	39.7	8	13.8	27	46.6	58		
3 คน	10	25.6	11	28.2	18	46.2	39		

\*p<.05, \*\*p<.01

ตารางที่ 39 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับคะแนนทักษะทางความคิดต่อปัญหาสุขภาพจิตในด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับนิสิต

ปัจจัย	ระดับคะแนนทักษะทางความคิด						n	$\chi^2$	p value
	ดี		ปานกลาง		พอใช้				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
<b>อายุราชการ</b>								11.863	.065
น้อยกว่า 5 ปี	10	38.5	4	15.4	12	46.2	26		
5-10ปี	26	53.1	4	8.2	19	38.8	49		
11-15ปี	11	28.9	6	15.8	21	55.3	38		
16 ปีขึ้นไป	22	27.8	19	24.1	38	48.1	79		
<b>ช่วงเวลาที่ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา</b>								1.770	.413
ปัจจุบัน	34	37.8	12	13.3	44	48.9	90		
อดีต	35	34.3	21	20.6	46	45.1	102		
<b>จำนวนครั้งที่ เป็น / เคยเป็น อาจารย์ที่ปรึกษา</b>								13.037	.042*
ครั้งแรก	46	41.4	18	16.2	47	42.3	111		
2 ครั้ง	23	34.3	13	19.4	31	46.3	67		
3 ครั้ง	-	-	2	25.0	6	75.0	8		
4 ครั้งขึ้นไป	-	-	-	-	6	100	6		
<b>รวมระยะเวลาที่เป็น/เคยเป็น อาจารย์ที่ปรึกษา</b>								12.204	.058
น้อยกว่า 3 ปี	22	45.8	8	16.7	18	37.5	48		
3-6 ปี	31	34.1	14	15.4	46	50.5	91		
7-12 ปี	16	34.8	11	23.9	19	41.3	46		
13-18 ปี	-	-	-	-	7	100	7		
<b>ตำแหน่งทางวิชาการปัจจุบัน</b>								5.512	.480
อาจารย์	18	50.0	6	16.7	12	33.3	36		
ผู้ช่วยศาสตราจารย์	22	33.8	12	8.5	31	47.7	65		
รองศาสตราจารย์	24	32.0	11	14.7	40	53.3	75		
ศาสตราจารย์	5	31.3	4	25.0	7	43.8	16		

\*p<.05, \*\*p<.01

ตารางที่ 39 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับคะแนนทักษะทางความคิดต่อปัญหาสุขภาพจิตในด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับนิสิต

ปัจจัย	ระดับคะแนนทักษะทางความคิด						n	$\chi^2$	p value
	ดี		ปานกลาง		พอใช้				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
การเข้าร่วมสัมมนาอาจารย์ที่ปรึกษา									
เคย	61	39.1	29	18.6	66	42.3	156	6.974	.031*
ไม่เคย	8	22.2	4	11.1	24	66.7	36		
ปัญหาสุขภาพจิตของนิสิตใน ความดูแล									
- ไม่มี	55	37.4	24	16.3	68	46.3	147	22.832	.000**
- มี แต่ไม่เคยส่งพบจิตแพทย์	-		2	10.5	17	89.5	19		
- มี และได้ส่งพบจิตแพทย์	14	53.8	7	26.9	5	19.2	26		
การเข้าพบของนิสิต									
- ไม่เคยมาพบเลย	2	18.2	1	9.1	8	72.7	11	4.284	.369
- มาพบเพื่อให้เห็นตึกซ็อล ทะเบียนเท่านั้น	26	32.9	14	17.7	39	49.4	79		
- มาพบเพื่อขอปรึกษา เรื่องทั่วไป	41	40.2	18	17.6	43	42.2	102		

\*p<.05, \*\*p<.01

จากตารางที่ 39 พบว่า ปัจจัยด้านจำนวนครั้งที่ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา และการเข้าร่วมสัมมนาอาจารย์ที่ปรึกษาที่แตกต่างกัน มีความสัมพันธ์กับทักษะทางความคิดด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับนิสิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05(p=.042, .031) โดยอาจารย์ที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาครั้งแรก มีทักษะทางความคิดในระดับดีร้อยละ 41.4 และอาจารย์ที่เคยเข้าร่วมสัมมนาอาจารย์ที่ปรึกษามีทักษะทางความคิดในระดับดี ร้อยละ 39.1

ปัจจัยด้านเพศ และปัญหาสุขภาพจิตของนิสิตในความดูแล ที่แตกต่างกัน มีความสัมพันธ์กับทักษะทางความคิดด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับนิสิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 (p=.000, .000) โดยอาจารย์เพศหญิง มีทักษะทางความคิดในระดับดีร้อยละ48.3 และอาจารย์ที่ นิสิตมีปัญหาสุขภาพจิตและได้ส่งพบจิตแพทย์มีทักษะทางความคิดในระดับดีร้อยละ 53.8

ตารางที่ 40 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับคะแนนทักษะทางความคิดต่อปัญหาสุขภาพจิตในด้านการให้ความช่วยเหลือและประสานงาน

ปัจจัย	ระดับคะแนนทักษะทางความคิด						n	$\chi^2$	p value
	ดี		ปานกลาง		พอใช้				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
<b>ภาควิชาที่สังกัด</b>									
ปริคลินิก	16	21.1	15	19.7	45	59.2	76	12.824	.002**
คลินิก	53	45.7	20	17.2	43	37.1	116		
<b>สาขาวิชาชีพ</b>									
แพทย์	63	38.9	28	17.3	71	43.8	162	3.932	.140
อาจารย์สาขาวิชาชีพอื่น	6	20.0	7	23.3	17	56.7	30		
<b>เพศ</b>									
ชาย	39	37.9	20	19.4	44	42.7	103	.872	.647
หญิง	30	33.7	15	16.9	44	49.4	89		
<b>อายุ</b>									
30 - 39 ปี	22	34.4	11	17.2	31	48.4	64	6.367	.173
40 - 49 ปี	29	46.8	8	12.9	25	40.3	62		
50 ปี ขึ้นไป	18	27.3	16	24.2	32	48.5	66		
<b>สถานภาพสมรส</b>									
โสด	8	16.0	8	16.0	34	68.0	50	14.910	.001**
สมรส	61	43.0	27	19.0	54	38.0	142		
<b>จำนวนบุตร</b>									
ไม่มีบุตร	10	15.6	8	12.5	46	71.9	64	39.946	.000**
1 คน	15	48.4	6	19.4	10	32.3	31		
2 คน	34	58.6	8	13.8	16	27.6	58		
3 คน	10	25.6	13	33.3	16	41.0	39		

\*p<.05, \*\*p<.01

ตารางที่ 40 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับคะแนนทักษะทางความคิดต่อปัญหาสุขภาพจิตในด้านการให้ความช่วยเหลือและประสานงาน

ปัจจัย	ระดับคะแนนทักษะทางความคิด						n	$\chi^2$	p value
	ดี		ปานกลาง		พอใช้				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
<b>อายุราชการ</b>								7.722	.259
น้อยกว่า 5 ปี	12	46.2	4	15.4	10	38.5	26		
5-10ปี	22	44.9	9	18.4	18	36.7	49		
11-15ปี	15	39.5	5	13.2	18	47.4	36		
16 ปีขึ้นไป	20	25.3	17	21.5	42	53.2	79		
<b>ช่วงเวลาที่ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา</b>								1.016	.602
ปัจจุบัน	32	35.6	14	15.6	44	48.9	90		
อดีต	37	36.3	21	20.6	44	43.1	102		
<b>จำนวนครั้งที่ เป็น / เคยเป็น อาจารย์ที่ปรึกษา</b>								23.362	.001**
ครั้งแรก	46	41.4	20	18.0	45	40.5	111		
2 ครั้ง	20	29.9	10	14.9	37	55.2	67		
3 ครั้ง	3	37.5	5	62.5	-	-	8		
4 ครั้งขึ้นไป	-	-	-	-	6	100	6		
<b>รวมระยะเวลาที่เป็น/เคยเป็น อาจารย์ที่ปรึกษา</b>								5.503	.481
น้อยกว่า 3 ปี	14	29.2	12	25.0	22	45.8	48		
3-6 ปี	36	39.6	11	12.1	44	48.4	91		
7-12 ปี	16	34.8	10	21.7	20	43.5	46		
13-18 ปี	3	42.9	2	28.6	2	28.6	7		
<b>ตำแหน่งทางวิชาการปัจจุบัน</b>								15.510	.017*
อาจารย์	14	38.9	11	30.6	11	30.6	36		
ผู้ช่วยศาสตราจารย์	26	40.0	8	12.3	31	47.7	65		
รองศาสตราจารย์	19	25.3	14	18.7	42	56.0	75		
ศาสตราจารย์	10	62.5	2	12.5	4	25.0	16		

\*p<.05, \*\*p<.01



ตารางที่ 40 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับคะแนนทักษะทางความคิดต่อปัญหาสุขภาพจิตในด้านการให้ความช่วยเหลือและประสานงาน

ปัจจัย	ระดับคะแนนทักษะทางความคิด						n	$\chi^2$	p value
	ดี		ปานกลาง		พอใช้				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
การเข้าร่วมสัมมนาอาจารย์ที่ปรึกษา									
เคย	61	39.1	30	19.2	65	41.7	156	5.929	.052
ไม่เคย	8	22.2	5	13.9	23	63.9	36		
ปัญหาสุขภาพจิตของนิสิตใน									
ความดูแล								22.599	.000**
- ไม่มี	60	40.8	19	12.9	68	46.3	147		
- มี แต่ไม่เคยส่งพบจิตแพทย์	2	10.5	4	21.1	13	68.4	19		
- มี และได้ส่งพบจิตแพทย์	7	26.9	12	46.2	7	26.9	26		
การเข้าพบของนิสิต								15.692	.003**
- ไม่เคยมาพบเลย	2	18.2	5	45.5	4	36.4	11		
- มาพบเพื่อให้เห็นตัวอย่างที่สอน	22	27.8	10	12.7	47	59.5	79		
- มาพบเพื่อขอปรึกษาเรื่องทั่วไป	45	44.1	20	19.6	37	36.3	102		

\*p<.05, \*\*p<.01

จากตารางที่ 40 พบว่า ปัจจัยด้านตำแหน่งทางวิชาการที่แตกต่างกัน มีความสัมพันธ์กับทักษะทางความคิดด้านการให้ความช่วยเหลือและประสานงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05(p=.017) โดยอาจารย์ที่เป็นศาสตราจารย์ มีทักษะทางความคิดในระดับดี ร้อยละ 62.5

ปัจจัยด้านภาควิชาที่สังกัด สถานภาพสมรส จำนวนบุตร จำนวนครั้งที่ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ปัญหาสุขภาพจิตของนิสิต และการเข้าพบของนิสิตที่แตกต่างกัน มีความสัมพันธ์กับทักษะทางความคิดด้านการให้ความช่วยเหลือและประสานงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01(p= .002 .001 .000 .001 .000 และ .003) โดยอาจารย์สังกัดภาควิชาคลินิก มีทักษะทางความคิดในระดับดีร้อยละ45.7 อาจารย์ที่สมรสแล้วมีทักษะทางความคิดในระดับดี ร้อยละ 43.0 อาจารย์ที่มีบุตร 2 คนมีทักษะทางความคิดในระดับดีร้อยละ58.6 อาจารย์ที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาครั้งแรกมีทักษะทางความคิดในระดับดีร้อยละ41.4 อาจารย์ที่นิสิตไม่มีปัญหาสุขภาพจิตมีทักษะทางความคิดในระดับดีร้อยละ 40.8 และ อาจารย์ที่นิสิตมาพบเพื่อปรึกษาเรื่องทั่วไปมีทักษะทางความคิดในระดับดี ร้อยละ 44.1

ตารางที่ 41 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับคะแนนทักษะทางความคิดต่อปัญหาสุขภาพจิตในภาพรวม

ปัจจัย	ระดับคะแนนทักษะทางความคิด						n	$\chi^2$	p value
	ดี		ปานกลาง		พอใช้				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
<b>ภาควิชาที่สังกัด</b>								3.374	.185
ปริคลินิก	20	26.3	15	19.7	41	53.9	76		
คลินิก	38	32.8	31	26.7	47	40.5	116		
<b>สาขาวิชาชีพ</b>								.288	.866
แพทย์	50	30.9	39	24.1	73	45.1	162		
อาจารย์สาขาวิชาชีพอื่น	8	26.7	7	23.3	15	50.0	30		
<b>เพศ</b>								9.611	.008**
ชาย	22	21.4	31	30.1	50	48.5	103		
หญิง	36	40.4	15	16.9	38	42.7	89		
<b>อายุ</b>								1.052	.902
30 - 39 ปี	20	31.3	15	23.4	29	45.3	64		
40 - 49 ปี	21	33.9	14	22.6	27	43.5	62		
50 ปี ขึ้นไป	17	25.8	17	25.8	32	48.5	66		
<b>สถานภาพสมรส</b>								1.424	.491
โสด	12	24.0	12	24.0	26	52.0	50		
สมรส	46	32.4	34	23.9	62	43.7	142		
<b>จำนวนบุตร</b>								16.128	.013*
ไม่มีบุตร	16	25.0	12	18.8	36	56.3	64		
1 คน	5	16.1	12	38.7	14	45.2	31		
2 คน	27	46.6	10	17.2	21	36.2	58		
3 คน	10	25.6	12	30.8	17	43.6	39		

\*p<.05, \*\*p<.01

ตารางที่ 41 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับคะแนนทักษะทางความคิดต่อปัญหาสุขภาพจิตในภาพรวม

ปัจจัย	ระดับคะแนนทักษะทางความคิด						n	$\chi^2$	p value
	ดี		ปานกลาง		พอใช้				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
<b>อายุราชการ</b>								8.741	.189
น้อยกว่า 5 ปี	10	38.5	8	30.8	8	30.8	26		
5-10ปี	18	36.7	13	26.5	18	36.7	49		
11-15ปี	13	34.2	6	15.8	19	50.0	36		
16 ปีขึ้นไป	17	21.5	19	24.1	43	54.4	79		
<b>ช่วงเวลาที่เป็นอย่างที่ปรึกษา</b>								.688	.709
ปัจจุบัน	26	28.9	24	26.7	40	44.4	90		
อดีต	32	31.4	22	21.6	48	47.1	102		
<b>จำนวนครั้งที่ เป็น / เคยเป็น</b>								15.946	.014*
<b>อาจารย์ที่ปรึกษา</b>									
ครั้งแรก	40	36.0	30	27.0	41	36.9	111		
2 ครั้ง	18	26.9	13	19.4	36	53.7	67		
3 ครั้ง	-	-	3	37.5	5	62.5	8		
4 ครั้งขึ้นไป	-	-	-	-	6	100	6		
<b>รวมระยะเวลาที่เป็น/เคยเป็น</b>								13.524	.035*
<b>อาจารย์ที่ปรึกษา</b>									
น้อยกว่า 3 ปี	12	25.0	16	33.3	20	41.7	48		
3-6 ปี	30	33.0	17	18.7	44	48.4	91		
7-12 ปี	16	34.8	13	28.3	17	37.0	46		
13-18 ปี	-	-	-	-	7	100	7		
<b>ตำแหน่งทางวิชาการปัจจุบัน</b>								10.499	.107
อาจารย์	14	38.9	13	36.1	9	25.0	36		
ผู้ช่วยศาสตราจารย์	22	33.8	12	18.5	31	47.7	65		
รองศาสตราจารย์	17	22.7	17	22.7	41	54.7	75		
ศาสตราจารย์	5	31.3	4	25.0	7	43.8	16		

\*p<.05, \*\*p<.01

ตารางที่ 41 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับคะแนนทักษะทางความคิดต่อปัญหาสุขภาพจิตในภาพรวม

ปัจจัย	ระดับคะแนนทักษะทางความคิด						n	$\chi^2$	p value
	ดี		ปานกลาง		พอใช้				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
การเข้าร่วมสัมมนาอาจารย์ที่ปรึกษา									
เคย	50	32.1	46	29.5	60	38.5	156	21.416	.000**
ไม่เคย	8	22.2	-	-	28	77.8	36		
ปัญหาสุขภาพจิตของนิสิตในความคิด									
- ไม่มี	47	32.0	34	23.1	66	44.9	147	22.844	.000**
- มี แต่ไม่เคยส่งพบจิตแพทย์	-	-	2	10.5	17	89.5	19		
- มี และได้ส่งพบจิตแพทย์	11	42.3	10	38.5	5	19.2	26		
การเข้าพบของนิสิต									
- ไม่เคยมาพบเลย	2	18.2	1	9.1	8	72.7	11	15.101	.004**
- มาพบเพื่อให้เห็นตัวอย่างที่อื่น	14	17.7	23	29.1	42	53.2	79		
- มาพบเพื่อขอปรึกษาเรื่องทั่วไป	42	41.2	22	21.6	38	37.3	102		

\*p<.05, \*\*p<.01

จากตารางที่ 41 พบว่าปัจจัยด้าน จำนวนบุตร จำนวนครั้ง และรวมระยะเวลาที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับทักษะทางความคิดในภาพรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05(p=.013 .014 .035) โดยอาจารย์ที่มีบุตร 2 คน มีทักษะทางความคิดในระดับดีร้อยละ46.6 อาจารย์ที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาครั้งแรกมีทักษะทางความคิดในระดับดีร้อยละ36.0 และ อาจารย์ที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา 7-12 ปีมีทักษะทางความคิดในระดับดีร้อยละ34.8

ปัจจัยด้านเพศ การเข้าร่วมสัมมนาอาจารย์ที่ปรึกษา ปัญหาสุขภาพจิตของนิสิต และการเข้าพบของนิสิตที่แตกต่างกัน มีความสัมพันธ์กับทักษะทางความคิดในภาพรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01(p=.008 .000 .000 และ .004) โดยอาจารย์เพศหญิงมีทักษะทางความคิดในระดับดีร้อยละ40.4 อาจารย์ที่เคยเข้าร่วมสัมมนาอาจารย์ที่ปรึกษามีทักษะทางความคิดในระดับดีร้อยละ 32.1 อาจารย์ที่นิสิตมีปัญหาสุขภาพจิตและได้ส่งพบจิตแพทย์ มีทักษะทางความคิดในระดับดีร้อยละ 42.3 และอาจารย์ที่นิสิตมาพบเพื่อขอปรึกษาเรื่องทั่วไป มีทักษะทางความคิดต่อปัญหาสุขภาพจิตในระดับดีร้อยละ 41.2

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study) เพื่อศึกษาความรู้ เจตคติ และทักษะทางความคิดของอาจารย์ที่ปรึกษาต่อปัญหาสุขภาพจิตในนิสิตแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

1. เพื่อศึกษาความรู้ เจตคติ และทักษะทางความคิดของอาจารย์ที่ปรึกษาต่อปัญหาสุขภาพจิตในนิสิตแพทย์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของอาจารย์ที่ปรึกษาที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ เจตคติ และทักษะทางความคิดต่อปัญหาสุขภาพจิตในนิสิตแพทย์

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้คือ อาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 1 - 6 ปีการศึกษา 2543 และอาจารย์คณะแพทยศาสตร์ทุกท่าน ที่เคยเป็นอาจารย์ที่ปรึกษามาแล้วอย่างน้อย 1 วาระ นับตั้งแต่ปีการศึกษา 2523-2543 รวมทั้งสิ้น 298 ท่าน ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามให้อาจารย์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 273 ท่าน (ลาศึกษาต่อต่างประเทศ เดินทางไปต่างประเทศ และลาเขียนตำรา รวม 25 ท่าน) ได้รับแบบสอบถามกลับคืน 192 ชุด คิดเป็นร้อยละ 70.33

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งผ่านการตรวจสอบความถูกต้องเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และนำไปทดลองใช้กับอาจารย์ที่ปรึกษาของนักศึกษาแพทย์ในสถาบันอื่นจำนวน 25 ชุด เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของภาษา และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมก่อนนำมาใช้จริง ช่วงระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือน ธันวาคม 2543 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ 2544

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อแสดงข้อมูลส่วนบุคคล และใช้สถิติ Chi-Square ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับคะแนนความรู้ เจตคติ และทักษะทางความคิด

## สรุปผลการวิจัย

ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามให้อาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่เป็นประชากรในการวิจัยรวมทั้งสิ้น 273 ท่าน จำแนกเป็น

- อาจารย์สังกัดภาควิชาปรีคลินิก 96 ท่าน
- อาจารย์สังกัดภาควิชาคลินิก 177 ท่าน

ได้รับแบบสอบถามกลับคืนทั้งหมด 192 ชุด คิดเป็นร้อยละ 70.33 จำแนกเป็น

- อาจารย์ภาควิชาปรีคลินิก 76 ท่าน คิดเป็นร้อยละ 79.17 ของอาจารย์ภาควิชาปรีคลินิก
- อาจารย์ภาควิชาคลินิก 116 ท่าน คิดเป็นร้อยละ 65.54 ของอาจารย์ภาควิชาคลินิก

ไม่ได้รับคืน 75 ชุด คิดเป็นร้อยละ 27.47 จำแนกเป็น

- อาจารย์ภาควิชาปรีคลินิก 20 ท่าน คิดเป็นร้อยละ 20.83 ของอาจารย์ภาควิชาปรีคลินิก
- อาจารย์ภาควิชาคลินิก 61 ท่าน คิดเป็นร้อยละ 34.46 ของอาจารย์ภาควิชาคลินิก

### 1. ข้อมูลส่วนบุคคลของอาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ที่ปรึกษาที่ตอบแบบสอบถาม เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.65 และเพศหญิง ร้อยละ 46.35 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี (ร้อยละ 33.33) รองลงมาคือ ช่วง 40-49 ปี (ร้อยละ 32.29) และ 50 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 34.38) ส่วนใหญ่เป็นอาจารย์ที่สมรสแล้ว ร้อยละ 73.96 โดย ร้อยละ 33.33 ยังไม่มีบุตร ร้อยละ 30.21 มีบุตร 2 คน ปัจจัยด้านภาควิชาที่สังกัด พบว่า อาจารย์ที่ปรึกษาสังกัดภาควิชาคลินิก มากกว่าภาควิชาปรีคลินิก คือร้อยละ 60.42 และ 39.58 ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นแพทย์มากกว่าอาจารย์สาขาวิชาอื่น คือ ร้อยละ 84.38 มีอายุราชการ 16 ปีขึ้นไปมากที่สุด (ร้อยละ 41.15) รองลงมาคือ 5-10 ปี (ร้อยละ 25.52) ตำแหน่งทางวิชาการของอาจารย์ที่ปรึกษา เป็นรองศาสตราจารย์ร้อยละ 39.06 รองลงมาคือ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยละ 33.86 อาจารย์ร้อยละ 18.75 และศาสตราจารย์ ร้อยละ 8.33

ปัจจัยด้านช่วงเวลาที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา พบว่า อาจารย์ที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ในปัจจุบัน และอดีตมีจำนวนใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 53.12 และ 46.88 ตามลำดับ โดยเป็น อาจารย์ที่ปรึกษารั้งแรกมากที่สุดคือ ร้อยละ 57.81 และเป็นอาจารย์ที่ปรึกษา 4 ครั้งขึ้นไปน้อยที่สุด คือเพียงร้อยละ 3.13 ปัจจัยด้านระยะเวลาการเป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 3-6 ปี คือ ร้อยละ 47.39 รองลงมาคือ น้อยกว่า 3 ปี คิดเป็นร้อยละ 25.0 และมีอาจารย์ที่ปรึกษา ถึง ร้อยละ 81.25 ที่เคยเข้าร่วมสัมมนาเกี่ยวกับการเป็นอาจารย์ที่ปรึกษา

ปัจจัยด้านปัญหาสุขภาพจิตของนิสิตในความดูแลนั้น ส่วนใหญ่นิสิตในความดูแล ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต (ร้อยละ 76.56) รองลงมาคือ มีปัญหาสุขภาพจิตและได้ส่งพบจิตแพทย์



(ร้อยละ 13.54) และกลุ่มที่นิสิตในความดูแลมีปัญหาสุขภาพจิต แต่ไม่ได้ส่งพบจิตแพทย์ (ร้อยละ 9.9) การเข้าพบของนิสิตนั้น ร้อยละ 53.13 นิสิตมาพบเพื่อขอปรึกษาเรื่องทั่วไป ร้อยละ 41.14 นิสิตมาพบเพื่อให้เซ็นตี่ชื่อในใบลงทะเบียนเท่านั้น และ ร้อยละ 5.73 นิสิตไม่เคยมาพบเลย

## 2. ระดับความรู้ เจตคติ และทักษะทางความคิดต่อปัญหาสุขภาพจิต

### 1. ระดับความรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิต

1.1 ด้านความรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิตโดยทั่วไป พบว่า อาจารย์ที่ศึกษามีคะแนนความรู้เฉลี่ย 7.06 โดยจำแนกเป็นระดับดี 75 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.1 ระดับปานกลาง 56 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.2 และระดับพอใช้ 61 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.8

1.2 ด้านความรู้ต่ออาการแสดงของปัญหาสุขภาพจิต พบว่า อาจารย์ที่ศึกษามีคะแนนความรู้เฉลี่ย 8.7 จำแนกเป็นระดับดี 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.3 ระดับปานกลาง 44 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.9 และระดับพอใช้ 84 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.8

1.3 ด้านความรู้ต่อการรักษา พบว่า อาจารย์ที่ศึกษามีคะแนนความรู้เฉลี่ย 7.66 จำแนกเป็นระดับดี 50 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.0 ระดับปานกลาง 67 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.9 และระดับพอใช้ 75 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.1

1.4 ด้านความรู้ต่อหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิต พบว่า อาจารย์ที่ศึกษามีคะแนนความรู้เฉลี่ย 5.64 จำแนกเป็นระดับดี 50 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.0 ระดับปานกลาง 55 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.6 และระดับพอใช้ 87 ราย คิดเป็นร้อยละ 45.3

1.5 ภาพรวมด้านความรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิต พบว่า อาจารย์ที่ศึกษามีคะแนนความรู้ทุกด้านเฉลี่ย 28.95 จำแนกเป็นระดับดี 50 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.0 ระดับปานกลาง 65 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.9 และระดับพอใช้ 77 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.1

### 2. ระดับเจตคติต่อปัญหาสุขภาพจิต

2.1 ด้านเจตคติต่อปัญหาสุขภาพจิตโดยทั่วไป พบว่า อาจารย์ที่ศึกษามีคะแนนเจตคติ เฉลี่ย 35.63 โดยจำแนกเป็นระดับดี 58 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.2 ระดับปานกลาง 44 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.9 และระดับพอใช้ 90 ราย คิดเป็นร้อยละ 46.9

2.2 ด้านเจตคติต่อการรักษา พบว่า อาจารย์ที่ศึกษามีคะแนนเจตคติเฉลี่ย 35.05 จำแนกเป็นระดับดี 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.3 ระดับปานกลาง 38 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.8 และระดับพอใช้ 90 ราย คิดเป็นร้อยละ 46.9

2.3 ด้านเจตคติต่อหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิต พบว่า อาจารย์ที่ปรึกษา มีคะแนนเจตคติเฉลี่ย 39.45 จำแนกเป็นระดับดี 55 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.6 ระดับปานกลาง 42 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.9 และระดับพอใช้ 95 ราย คิดเป็นร้อยละ 49.5

2.4 ภาพรวมด้านเจตคติต่อปัญหาสุขภาพจิต พบว่า อาจารย์ที่ปรึกษามีคะแนนเจตคติเฉลี่ย 110.13 จำแนกเป็นระดับดี 52 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.1 ระดับปานกลาง 52 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.1 และระดับพอใช้ 88 ราย คิดเป็นร้อยละ 45.8

### 3. ระดับทักษะทางความคิดต่อปัญหาสุขภาพจิต

3.1 ด้านการให้คำปรึกษาและพัฒนานิสิต พบว่า อาจารย์ที่ปรึกษามีคะแนนทักษะทางความคิดเฉลี่ย 37.07 โดยจำแนกเป็นระดับดี 58 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.2 ระดับปานกลาง 76 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.6 และระดับพอใช้ 58 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.2

3.2 ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับนิสิต พบว่า อาจารย์ที่ปรึกษามีคะแนนทักษะทางความคิดเฉลี่ย 43.98 จำแนกเป็นระดับดี 69 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.9 ระดับปานกลาง 33 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.2 และระดับพอใช้ 90 ราย คิดเป็นร้อยละ 46.9

3.3 ด้านการให้ความช่วยเหลือและประสานงาน พบว่า อาจารย์ที่ปรึกษามีคะแนนทักษะทางความคิดเฉลี่ย 39.97 จำแนกเป็นระดับดี 69 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.9 ระดับปานกลาง 35 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.2 และระดับพอใช้ 88 ราย คิดเป็นร้อยละ 45.8

3.4 ภาพรวมด้านทักษะทางความคิดต่อปัญหาสุขภาพจิต พบว่า อาจารย์ที่ปรึกษามีคะแนนทักษะทางความคิดรวมทุกด้านเฉลี่ย 121.03 จำแนกเป็นระดับดี 58 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.2 ระดับปานกลาง 46 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.0 และระดับพอใช้ 88 ราย คิดเป็นร้อยละ 45.8

## 3. ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ เจตคติ และทักษะทางความคิด

### 1. ความรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิต

1.1 ความรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิตโดยทั่วไป ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ได้แก่ ปัจจัยด้านจำนวนบุตร จำนวนครั้งที่ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ปัจจัยด้านตำแหน่งทางวิชาการ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

1.2 ความรู้ต่ออาการแสดงของปัญหาสุขภาพจิต ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ได้แก่ ปัจจัยด้านจำนวนบุตร มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และปัจจัยด้าน ภาควิชาที่สังกัด สาขาวิชาชีพ จำนวนครั้งที่ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา และตำแหน่งทางวิชาการ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

1.3 ความรู้ต่อการรักษาปัญหาสุขภาพจิต ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ได้แก่ภาควิชาที่สังกัด อายุ และจำนวนบุตร มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และปัจจัยด้านอายุราชการ ช่วงเวลาที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา จำนวนครั้งที่ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา รวมระยะเวลาที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ตำแหน่งทางวิชาการ และปัญหาสุขภาพจิตของนิสิตในความดูแล มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

1.4 ความรู้ต่อหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิต ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ได้แก่ การเข้าร่วมสัมมนาอาจารย์ที่ปรึกษา และการเข้าพบของนิสิตมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และปัจจัยด้าน ภาควิชาที่สังกัด และสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

1.5 ภาพรวมด้านความรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิต ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ได้แก่ ปัจจัยด้านสาขาวิชาชีพ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และปัจจัยด้านภาควิชาที่สังกัด สถานภาพสมรส จำนวนบุตร จำนวนครั้งที่ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา และตำแหน่งทางวิชาการมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

## 2. เจตคติต่อปัญหาสุขภาพจิต

2.1 เจตคติต่อปัญหาสุขภาพจิตโดยทั่วไป ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ได้แก่ ปัจจัยด้านอายุ จำนวนบุตร ตำแหน่งทางวิชาการ และการเข้าพบของนิสิต มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และปัจจัยภาควิชาที่สังกัด สาขาวิชาชีพ เพศ จำนวนครั้งที่ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา และการเข้าร่วมสัมมนาอาจารย์ที่ปรึกษา มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2.2 เจตคติต่อการรักษาปัญหาสุขภาพจิต ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ได้แก่ ปัจจัยด้านภาควิชาที่สังกัด สาขาวิชาชีพ ช่วงเวลาที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา รวมระยะเวลาที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา และตำแหน่งทางวิชาการ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และปัจจัยด้านอายุ จำนวนบุตร อายุราชการ และจำนวนครั้งที่ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2.3 เจตคติต่อหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิต ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ได้แก่ จำนวนบุตร อายุราชการ และช่วงเวลาที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และปัจจัยด้านภาควิชาที่สังกัด สาขาวิชาชีพ จำนวนครั้งที่ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา รวมระยะเวลาที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาและตำแหน่งทางวิชาการ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2.4 ภาพรวมด้านเจตคติต่อปัญหาสุขภาพจิต ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ ปัจจัยด้านจำนวนบุตร การเข้าสัมมนาอาจารย์ที่ปรึกษา มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และปัจจัยด้านภาควิชาที่สังกัด สาขาวิชาชีพ เพศ อายุ อายุราชการ จำนวนครั้งที่ เป็นอาจารย์ที่

ปรึกษา รวมระยะเวลาที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาและตำแหน่งทางวิชาการ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

### 3. ทักษะทางความคิดต่อปัญหาสุขภาพจิต

3.1 ด้านการให้คำปรึกษาและพัฒนานิสิต ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ ปัจจัยด้านการเข้าร่วมสัมมนาอาจารย์ที่ปรึกษา มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และปัจจัยด้านเพศ จำนวนบุตร จำนวนครั้งที่ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา รวมระยะเวลาที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ปัญหาสุขภาพจิตของนิสิต และการเข้าพบของนิสิต มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3.2 ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับนิสิต ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ ปัจจัยด้านจำนวนครั้งที่ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา และการเข้าร่วมสัมมนาอาจารย์ที่ปรึกษา มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และปัจจัยด้านเพศ และปัญหาสุขภาพจิตของนิสิตในความดูแล มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3.3 ด้านการให้ความช่วยเหลือและประสานงาน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ ปัจจัยด้านตำแหน่งทางวิชาการ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และปัจจัยด้านภาค วิชาที่สังกัด สถานภาพสมรส จำนวนบุตร จำนวนครั้งที่ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ปัญหาสุขภาพจิตของนิสิต และการเข้าพบของนิสิต มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3.4 ภาพรวมด้านทักษะทางความคิดต่อปัญหาสุขภาพจิต ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ ปัจจัยด้านจำนวนบุตร จำนวนครั้งที่ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา และรวมระยะเวลาที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และปัจจัยด้านเพศ การเข้าร่วมสัมมนาอาจารย์ที่ปรึกษา ปัญหาสุขภาพจิตของนิสิตในความดูแล และการเข้าพบของนิสิต มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

### อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาความรู้ เจตคติ และทักษะทางความคิดของอาจารย์ที่ปรึกษาต่อปัญหาสุขภาพจิตในนิสิตแพทย์ และการทดสอบสมมติฐานที่ว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของอาจารย์ที่ปรึกษาที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ เจตคติ และทักษะทางความคิดนั้น สามารถอภิปรายผลการวิจัยในประเด็นสำคัญได้ดังต่อไปนี้

#### 1. ความรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิต

จากผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิต เกือบทุกด้าน ได้แก่ สาขาวิชาชีพ ภาควิชาที่สังกัด จำนวนครั้งที่ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา และตำแหน่งทางวิชาการ



ในภาพรวมของความรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิต อาจารย์ที่ปรึกษาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 40.1) มีความรู้ในระดับพอใช้ โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ได้แก่ สาขาวิชาชีพ ภาควิชาที่สังกัด จำนวนครั้งที่ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา และจำนวนบุตร ซึ่งจากข้อมูลพบว่า อาจารย์ที่ปรึกษาสาขาวิชาชีพแพทย์ มีความรู้ในระดับดีร้อยละ 29.6 ในขณะที่อาจารย์ที่ปรึกษาสาขาวิชาชีพอื่น มีความรู้ในระดับดี ร้อยละ 6.7 และอาจารย์ที่สังกัดภาควิชาคลินิก มีความรู้ในระดับต่างๆใกล้เคียงกัน ในขณะที่อาจารย์สังกัดภาควิชาปริคณิณส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลางและระดับพอใช้ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจาก อาจารย์ที่ปรึกษาที่เป็นแพทย์ทุกคนมีความรู้เกี่ยวกับจิตเวชศาสตร์ และสุขภาพจิต เมื่อศึกษาวิชาแพทยศาสตร์ ซึ่งการเรียนจิตเวชศาสตร์นั้นเน้นการให้ความรู้ในทุกด้าน เสริมสร้างเจตคติ และวิธีการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม<sup>(77)</sup> ในขณะที่อาจารย์สาขาวิชาชีพอื่นไม่ได้ศึกษามาทางด้านนี้ อาจารย์ที่มีความรู้ด้านนี้จึงเป็นอาจารย์ที่มีความสนใจส่วนตัว นอกจากนี้ในกลุ่มอาจารย์ที่ปรึกษาสาขาวิชาชีพแพทย์ และอาจารย์สังกัดภาควิชาคลินิก ยังรวมถึงอาจารย์จิตแพทย์ ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านปัญหาสุขภาพจิตด้วย จึงอาจเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้อาจารย์สาขาวิชาชีพแพทย์ กับอาจารย์สาขาวิชาชีพอื่น และอาจารย์สังกัดภาควิชาปริคณิณกับคลินิก มีระดับความรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิตในภาพรวม และด้านความรู้ต่ออาการแสดงของปัญหาสุขภาพจิตแตกต่างกัน สำหรับปัจจัยด้านจำนวนครั้งที่ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษานั้น พบว่า อาจารย์ที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา 3 ครั้ง และ 4 ครั้งขึ้นไป ส่วนใหญ่มีความรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิตในระดับปานกลางและระดับดี ในขณะที่อาจารย์ที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาครั้งแรก และ 2 ครั้งส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลางและระดับพอใช้ จึงกล่าวได้ว่า อาจารย์ที่มีประสบการณ์มากกว่าจะมีความรู้ในระดับดีกว่า เช่นเดียวกับที่ บลูม (Bloom:1971)<sup>(48)</sup> ได้กล่าวไว้ว่า ความรู้ จะได้จากการเรียนรู้ ประสบการณ์ ความเข้าใจ การศึกษา หรือการสังเกต สำหรับปัจจัยด้านจำนวนบุตร ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิตเกือบทุกด้านนั้น พบว่า อาจารย์ที่มีบุตร 2 คน ส่วนใหญ่มีความรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิตในระดับดี ในขณะที่อาจารย์ที่ยังไม่มีบุตร มีความรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิตในระดับปานกลางและพอใช้

ด้านความรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิตโดยทั่วไป พบว่า อาจารย์ที่ปรึกษาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 39.1) มีความรู้ในระดับดี ซึ่งไม่สอดคล้องกับการวิจัยของ คอนและคณะ (Kohn et.al.:2000)<sup>(63)</sup> ที่พบว่ากลุ่มพยาบาล ครูอาจารย์ และตำรวจ มีความรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิตในระดับต่ำ จากการวิจัยครั้งนี้มีประเด็นที่อาจารย์ที่ปรึกษาเข้าใจไม่ถูกต้อง ได้แก่ข้อความที่ว่า สุขภาพจิตมีสาระสำคัญ มุ่งเน้นถึงสภาวะที่ประชาชนไม่ป่วยเป็นโรคจิต มีอาจารย์ร้อยละ 71.8 ตอบว่าใช่ ซึ่งแท้จริงแล้วสุขภาพจิตหมายถึงความรวมถึงความสุขสมบูรณ์ทางร่างกาย จิตใจ และการปรับตัวเข้ากับสังคมด้วย เมื่อวิเคราะห์ข้อคำถามนี้พบว่า อาจารย์ที่มีตำแหน่งทางวิชาการเป็นอาจารย์ หรืออาจารย์ที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา 4 ครั้งขึ้นไป ตอบข้อคำถามนี้ได้ถูกต้องในสัดส่วนที่มากกว่ากลุ่มอื่น (ดังตารางใน

ภาคผนวก ก) หากอาจารย์ที่ปรึกษามีความเข้าใจว่าสุขภาพจิต หมายความว่าเพียงการไม่ป่วยเป็นโรคจิต อาจมีผลทำให้การดูแลนิสิตทางด้านสุขภาพจิตไม่ครอบคลุม จึงเป็นประเด็นสำคัญที่ควรมีการแก้ไขความเข้าใจให้ถูกต้อง สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ได้แก่ จำนวนบุตร จำนวนครั้งที่ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ตำแหน่งทางวิชาการ โดยอาจารย์ที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาครั้งแรก มีความรู้ในระดับดี ปานกลาง และพอใช้ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน แต่อาจารย์ที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา 4 ครั้งขึ้นไปทุกท่านมีความรู้ในระดับดี ดังนั้นการเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาหลายครั้ง จึงอาจทำให้มีความรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิตโดยทั่วไปในระดับดีมากยิ่งขึ้น ซึ่งอาจเป็นผลมาจากประสบการณ์ ดังที่กล่าวไปแล้ว สำหรับปัจจัยด้านตำแหน่งทางวิชาการพบว่า อาจารย์ที่มีตำแหน่งเป็นศาสตราจารย์ มีความรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิตโดยทั่วไปในระดับดีถึงร้อยละ 75 และมีความรู้ในระดับปานกลาง และพอใช้ในสัดส่วนที่น้อยกว่าอาจารย์ในกลุ่มอื่น

ด้านความรู้ต่ออาการแสดงของปัญหาสุขภาพจิต จากผลการวิจัยพบว่า อาจารย์ที่ปรึกษาส่วนใหญ่(ร้อยละ43.8) มีความรู้ในระดับพอใช้ และปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์ได้แก่ ภาควิชาที่สังกัด สาขาวิชาชีพ จำนวนครั้งที่ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ตำแหน่งทางวิชาการ ซึ่งสอดคล้องกับ เคิร์ชเนอร์ และคณะ(Kirchner et.al.: 2000)<sup>(78)</sup> ที่พบว่า โดยทั่วไปแล้วอาจารย์ที่ปรึกษาและบุคลากรในโรงเรียน มีความรู้เกี่ยวกับอาการ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต และความสามารถในการให้ความช่วยเหลือในระดับพอใช้จนถึงระดับกลาง จากข้อมูลพบว่าอาจารย์ที่ปรึกษามากกว่าร้อยละ 95 สามารถสังเกตอาการทางจิตใจที่แสดงออกทางร่างกายได้ เช่นอาการวิตกกังวลที่สังเกตได้จากการปวดหัว ปวดท้อง เหงื่อออกมาก กระสับกระส่าย หรือ ภาวะซึมเศร้าที่สังเกตจากอารมณ์เศร้าหมอง เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข สำหรับปัจจัยด้านการเข้าสัมมนาเกี่ยวกับอาจารย์ที่ปรึกษานั้น ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ต่ออาการแสดงของปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งไม่สอดคล้องกับซิงเกิลตัน และสมิธ (Singleton and Smith: 1997)<sup>(79)</sup> ที่ได้จัดโครงการส่งเสริมและเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับอาการแสดงของปัญหาสุขภาพจิต การตรวจวินิจฉัย และแนวทางในการรักษาปัญหาสุขภาพจิต ภายหลังจากการอบรมพบว่า แพทย์ทั่วไป มีความรู้เกี่ยวกับอาการแสดงของปัญหาสุขภาพจิตในระดับดีเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยอีกจำนวนหนึ่ง ได้แก่ งานวิจัยของ แวน และคณะ (Van et.al.:1999)<sup>(64)</sup> และงานวิจัยของไทล์ (Tylee :1999)<sup>(80)</sup> ที่กล่าวถึงความรู้ของแพทย์ต่ออาการแสดงของปัญหาสุขภาพจิต ว่าเป็นสิ่งจำเป็นที่ควรได้รับการส่งเสริมให้สามารถสังเกตอาการได้ โดยการจัดโปรแกรมการให้ความรู้ต่างๆ และพบว่าภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมดังกล่าวแพทย์สามารถวินิจฉัย และให้การรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น



ด้านความรู้ต่อการรักษาปัญหาสุขภาพจิต จากผลการวิจัยพบว่า อาจารย์ที่ปรึกษาส่วนใหญ่(ร้อยละ39.1) มีความรู้ระดับพอใช้ ซึ่งสอดคล้องกับโกลด์แมน นีลสัน และ แชมเปียน (Goldman, Nielson and Champion:1999)<sup>(61)</sup> ที่กล่าวว่า แพทย์ทั่วไปยังขาดความรู้เกี่ยวกับปัญหาทางจิตเวชและการรักษาที่ถูกต้อง โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ได้แก่ ภาควิชาที่สังกัด อายุ จำนวนบุตร อายุราชการ ช่วงเวลาที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา จำนวนครั้งที่ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา รวมระยะเวลาที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ตำแหน่งทางวิชาการ และ ปัญหาสุขภาพจิตของนิสิตใน ความดูแล โดยอาจารย์ที่มีอายุ ราชการ 5-10 ปี มีความรู้ในระดับดีในสัดส่วนที่มากกว่ากลุ่มอื่น ทั้งนี้สอดคล้องกับปัจจัยด้านการเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาครั้งแรก และช่วงอายุระหว่าง 30-39 ปี ที่ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับดี ปัจจัยด้านปัญหาสุขภาพจิตของนิสิตในความดูแลนั้นพบว่า อาจารย์ที่ นิสิตมีปัญหาสุขภาพจิตแต่ไม่ได้ส่งพบจิตแพทย์ มีความรู้ในระดับพอใช้ถึงร้อยละ 84.2 ทั้งนี้ หมายถึงว่า อาจารย์สังเกตได้ว่านิสิตมีปัญหาสุขภาพจิต แต่การไม่ได้ส่งพบจิตแพทย์ อาจมาจากการเข้าใจไม่ถูกต้อง หรือการขาดความรู้ จากข้อมูลพบว่า ข้อคำถามที่อาจารย์ส่วนใหญ่เข้าใจไม่ ถูกต้อง คือการรักษาด้วยยาเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับโรคซึมเศร้า มีอาจารย์ร้อยละ 59.9 ตอบว่าไม่ใช่ ซึ่งแท้จริงแล้วถือเป็นสิ่งที่จำเป็น การที่อาจารย์ส่วนใหญ่สามารถสังเกตอาการแสดงของปัญหา สุขภาพจิตได้ หากเข้าใจวิธีการให้ความช่วยเหลือที่ถูกต้องด้วยก็จะเป็นประโยชน์ต่อนิสิตอย่างยิ่ง

ด้านความรู้ต่อหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิต จากผลการวิจัยพบว่า อาจารย์ที่ปรึกษาส่วนใหญ่(ร้อยละ45.3) มีความรู้ในระดับพอใช้ โดยปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์ได้แก่ การเข้าร่วมสัมมนาอาจารย์ที่ปรึกษาและการเข้าพบของนิสิต โดยจากการวิจัยกลับ พบว่า อาจารย์ที่ไม่เคยเข้าร่วมสัมมนา และอาจารย์ที่นิสิตไม่เคยมาพบเลย ส่วนใหญ่มีความรู้ใน ระดับดี ซึ่งไม่เป็นไปตามจุดมุ่งหมายของการสัมมนาอาจารย์ที่ปรึกษา ที่ต้องการให้อาจารย์ที่ ปรึกษาเกิดความเข้าใจและตระหนักในบทบาทหน้าที่ของตนเอง<sup>(62)</sup> การได้รับข้อมูลข่าวสารใหม่ เกี่ยวกับความสำคัญของหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาด้านสุขภาพจิตของนิสิต จึงเป็นสิ่งที่น่าจะส่งผลต่อ ความรู้ได้<sup>(53)</sup> อย่างไรก็ตามอาจเป็นเพราะการจัดสัมมนาอาจารย์ที่ปรึกษาใช้เวลาเพียง 1 วัน และ ไม่ได้เน้นเรื่องการดูแลนิสิตทางสุขภาพจิตเพียงอย่างเดียว การได้รับข้อมูลที่ค่อนข้างจำกัดอาจไม่ ได้ส่งผลให้ความรู้เปลี่ยนแปลงไปมากนัก และพบว่าปัจจัยด้านการสัมมนาอาจารย์ที่ปรึกษาไม่มี ความสัมพันธ์กับความรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิตด้านอื่นๆเลย ดังนั้นหากการอบรมอาจารย์ที่ปรึกษา จะเพิ่มเติมความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตของนิสิต ก็จะเป็นสิ่งที่ได้ประโยชน์มากยิ่งขึ้น เนื่องจาก มีงานวิจัยจำนวนหนึ่ง เกี่ยวกับการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการป่วยทางจิตแก่แพทย์ทั่วไป พบว่า การเข้าร่วมอบรมทำให้มีระดับความรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิตในด้านต่างๆ เช่นการวินิจฉัย การรักษาที่ ถูกต้องเพิ่มขึ้น ดังเช่น งานวิจัยของอินาซิโอะและคณะ(Ignacio et.al.:1989)<sup>(66)</sup> ที่จัดอบรมเกี่ยวกับ

ปัญหาสุขภาพจิตให้แก่บุคลากรทางด้านสุขภาพ ทำให้มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับ ปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างถูกต้องเหมาะสมขึ้น การเข้าสัมมนา หรือ การอบรมจึงเป็นสิ่งที่มียุทธพล ต่อความรู้ ข้อคำถามที่อาจารย์ส่วนใหญ่(ร้อยละ50.6)เข้าใจไม่ถูกต้อง ได้แก่ ข้อความที่ว่า อาจารย์ ที่ปรึกษาต้องส่งต่อจิตแพทย์ทุกรายเมื่อพบว่านิสิตมีปัญหาสุขภาพจิต ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก 2 กรณี คือ มีความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตว่าเป็นการป่วยทางจิตที่รุนแรง ดังที่ได้กล่าวไปแล้ว ทำให้เข้าใจว่าจำเป็นต้องส่งต่อจิตแพทย์ทุกราย ทั้งที่ในความจริงแล้วอาจารย์ที่ปรึกษาสามารถช่วยเหลือนิสิตที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่ไม่รุนแรงได้เอง โดยไม่ต้องส่งพบจิตแพทย์ หรืออีกกรณีหนึ่งคือ มีความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตได้ถูกต้อง แต่ไม่แน่ใจว่าอาจารย์ที่ปรึกษาจะสามารถช่วยเหลือนิสิตได้เองหรือไม่ จึงต้องส่งต่อให้พบจิตแพทย์ทุกราย ซึ่งควรจะมีการทำความเข้าใจใน ประเด็นนี้ให้ชัดเจน ให้มีความมั่นใจว่า ในปัญหาสุขภาพจิตที่ไม่รุนแรง เช่นการปรับตัวกับเพื่อน ปัญหาทางครอบครัว อาจารย์ที่ปรึกษาสามารถให้ความช่วยเหลือได้เอง เมื่อวิเคราะห์ข้อคำถามนี้ พบว่า อาจารย์เพศหญิง, อาจารย์ที่สมรสแล้ว, อาจารย์ที่มีอายุราชการ16ปีขึ้นไป, อาจารย์ที่นิสิตมี ปัญหาสุขภาพจิตแต่ไม่ได้ส่งพบจิตแพทย์ หรืออาจารย์ที่นิสิตมาพบเพื่อปรึกษาเรื่องทั่วไป ตอบข้อ คำถามนี้ได้ถูกต้องในสัดส่วนที่มากกว่ากลุ่มอื่น(ดังตารางในภาคผนวก ก) และจากข้อคำถามต่างๆ พอจะสรุปได้ว่า อาจารย์ที่ปรึกษาส่วนใหญ่เข้าใจว่าหน้าที่ของอาจารย์ที่ปรึกษาทางด้านสุขภาพ จิตคือการรับฟังปัญหา พุดคุยให้กำลังใจ

## 2. เจตคติต่อปัญหาสุขภาพจิต

ผลการวิจัยพบว่า อาจารย์ที่ปรึกษาส่วนใหญ่มีคะแนนเจตคติ ในแต่ละด้านอยู่ใน ระดับพอใช้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมบัติ ศาสตร์รุ่งภัก รัตนา สายพานิชย์ และชัชวาลย์ ศิลปกิจ (2540)<sup>(65)</sup> ที่ว่า เจตคติต่อจิตเวชของแพทย์ทั่วไปอยู่ในระดับดี โดยปัจจัยด้าน ภาควิชาที่สังกัด สาขา วิชาชีพ จำนวนบุตร จำนวนครั้งที่ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ตำแหน่งทางวิชาการ มีความสัมพันธ์กับ เจตคติต่อปัญหาสุขภาพจิตในทุกด้าน คือ อาจารย์ที่สังกัดภาควิชาคลินิก อาจารย์วิชาชีพแพทย์ อาจารย์ที่มีบุตร 2 คน และอาจารย์ที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาครั้งแรกส่วนใหญ่ มีเจตคติต่อปัญหา สุขภาพจิตทุกด้านในระดับดี และมีสัดส่วนของอาจารย์ที่มีเจตคติระดับดีสูงกว่าอาจารย์กลุ่มอื่นๆ สำหรับปัจจัยด้านปัญหาสุขภาพจิตของนิสิตในขณะนั้น จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ไม่มีความสัมพันธ์กับเจตคติต่อปัญหาสุขภาพจิตด้านใดเลย ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยของรอธ และ คณะ(Roth et.al.:2000)<sup>(60)</sup> ที่พบว่าแพทย์ที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการป่วยทางจิต ไม่ว่าจะ เป็นญาติหรือกลุ่มเพื่อน จะมีเจตคติต่อนักศึกษาแพทย์ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ดีกว่ากลุ่มที่ไม่มีประสบการณ์ดังกล่าว

ในภาพรวมของเจตคติต่อปัญหาสุขภาพจิต พบว่า ปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ จำนวนครั้งที่ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา รวมระยะเวลาที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา การเข้าร่วมสัมมนา อาจารย์ที่ปรึกษา อายุราชการ และสาขาวิชาชีพ โดยอาจารย์ที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาครั้งแรก อาจารย์ที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาน้อยกว่า 3 ปี มีเจตคติต่อปัญหาสุขภาพจิตอยู่ในระดับดี ในสัดส่วนที่มากกว่าอาจารย์ที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษามากกว่า 1 ครั้ง และอาจารย์ที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษามากกว่า 3 ปี ซึ่งมีเจตคติในระดับดีลดลงตามลำดับ ซึ่งไม่สอดคล้องกับ ลัดดา กิติวิภาค(2532)<sup>(83)</sup> ที่กล่าวถึงความหมายของเจตคติในเชิงพฤติกรรมว่า เจตคติเป็นสิ่งที่ต้องเรียนรู้ ไม่ใช่สิ่งที่ถ่ายทอดมาแต่กำเนิด ไม่ใช่ส่วนใดส่วนหนึ่งของระบบสรีระ แต่เป็นสิ่งที่เรียนรู้จากประสบการณ์ การที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษามากหลายครั้ง น่าจะได้รับประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตของนิสิตในระดับหนึ่ง ซึ่งถ้าเป็นประสบการณ์ทางบวกก็จะส่งผลให้เกิดเจตคติทางบวก ดังเช่น ผลการวิจัยของ แองเกอร์เมเยอร์ และแมทชิงเกอร์(Ankermeier and Matchinger:1996)<sup>(68)</sup> ที่พบว่า ผู้ที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการป่วยทางจิต จะมีเจตคติต่อผู้ที่ป่วยทางจิตดีกว่า ผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์ดังกล่าว ซึ่งมักจะรู้สึกกลัว ผู้ป่วยทางจิต แต่หากเป็นประสบการณ์ทางลบ ก็อาจส่งผลให้เจตคติเปลี่ยนแปลงไปในทางลบได้

ด้านเจตคติต่อปัญหาสุขภาพจิตโดยทั่วไป พบว่า อาจารย์ที่ปรึกษาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 46.9) มีเจตคติในระดับพอใช้ ซึ่งต่างจากระดับความรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิตโดยทั่วไปที่พบว่าอาจารย์ที่ปรึกษาส่วนใหญ่(ร้อยละ 39.1) มีความรู้ในระดับดี ทั้งนี้ความรู้และเจตคติอาจจะมีหรือไม่มีความสัมพันธ์กันก็ได้ ดังเช่นผลการวิจัยของอาโนลด์ (Arnold:1967)<sup>(84)</sup> ที่พบว่าการมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตในระดับดี ไม่ได้มีความสัมพันธ์กับการมีเจตคติทางบวก และการมีความรู้ในระดับต่ำก็ไม่ได้มีความสัมพันธ์กับเจตคติทางลบเช่นกัน เมื่อพิจารณาปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ ปัจจัยด้านการเข้าพบของนิสิต และ การเข้าร่วมสัมมนาอาจารย์ที่ปรึกษา พบว่า อาจารย์ที่ปรึกษาที่มีนิสิตมาขอพบเพื่อปรึกษาเรื่องทั่วไป จะมีเจตคติในระดับดีในสัดส่วนที่มากกว่าอาจารย์ที่นิสิตมาพบเพื่อให้เซ็นต์ชื่อในใบลงทะเบียนเท่านั้น และ อาจารย์ที่นิสิตไม่เคยมาพบเลยมีเจตคติในระดับปานกลางและระดับต่ำเท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ วาห์ลและคณะ(Wahl et.al.:1980)<sup>(85)</sup> ที่พบว่า อาสาสมัครที่ให้บริการด้านสุขภาพจิตจะมีเจตคติต่อการป่วยทางจิตดีกว่าอาสาสมัครทางสาขาอื่น สำหรับปัจจัยด้านการเข้าร่วมสัมมนาอาจารย์ที่ปรึกษาพบว่า อาจารย์ที่เคยเข้าร่วมสัมมนา มีเจตคติในระดับดีในสัดส่วนที่มากกว่าอาจารย์ที่ไม่เคยเข้าร่วมสัมมนา แต่อย่างไรก็ตามอาจารย์ทั้ง 2กลุ่มส่วนใหญ่ก็ยังมีเจตคติในระดับพอใช้ เมื่อพิจารณาจากข้อคำถามพบว่าอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตแพทย์ให้ความสำคัญกับปัญหาสุขภาพจิตค่อนข้างมาก คือมีความเห็นว่าปัญหาสุขภาพจิตไม่ว่าเรื่องใดถือเป็นเรื่องสำคัญ และปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิต

มีความสำคัญเท่าเทียมกัน แต่ในข้อความที่ว่า ปัญหาการปรับตัวด้านสังคมเป็นเรื่องที่นิสิตสามารถแก้ไขได้เองทุกเรื่อง มีอาจารย์ร้อยละ 30 เห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่ง ซึ่งเป็นเจตคติที่ควรแก้ไข และแสดงให้เห็นว่า อาจารย์ส่วนหนึ่งไม่ได้ให้ความสำคัญกับปัญหาการปรับตัวทางสังคม ซึ่งถือเป็นปัญหาสุขภาพจิตปัญหาหนึ่งที่พบได้มากในนักเรียนแพทย์เช่นกัน เมื่อวิเคราะห์ข้อคำถามนี้พบว่า อาจารย์ภาคิชาคลินิก, อาจารย์ที่สมรสแล้ว, อาจารย์ที่มีบุตร2คน, หรืออาจารย์ที่มีตำแหน่งเป็นศาสตราจารย์ มีเจตคติต่อประเด็นนี้ อยู่ในระดับดี ในสัดส่วนที่มากกว่ากลุ่มอื่น(ดังตารางในภาคผนวก ก)

ในด้านเจตคติต่อการรักษา พบว่า ปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์ได้แก่ จำนวนครั้งที่ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา รวมระยะเวลาที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ตำแหน่งทางวิชาการ อายุราชการ และ ช่วงเวลาที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา โดยอาจารย์ที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา 4 ครั้งขึ้นไป และ อาจารย์ที่มีอายุราชการ 11-15 ปี มีเจตคติในระดับดีในสัดส่วนที่มากกว่ากลุ่มอื่น ซึ่งใกล้เคียงกับผลการวิจัยของ สมบัติ ศาสตร์รุ่งภัก รัตนา สายพานิชย์ และ ชัชวาลย์ ศิลปกิจ(2540)<sup>(65)</sup> ที่พบว่า เจตคติต่อการรักษาโรคทางจิตเวชของแพทย์ แตกต่างกันตามประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน ซึ่งหมายถึง จำนวนครั้งที่ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา รวมระยะเวลาที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา และตำแหน่งทางวิชาการนั่นเอง สำหรับปัจจัยด้านช่วงเวลาที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษานั้น อาจารย์ที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาในปัจจุบันส่วนใหญ่ มีความรู้และเจตคติในระดับดีในสัดส่วนที่มากกว่าอาจารย์ที่ปรึกษาในอดีต ซึ่งอธิบายได้ว่า เจตคติเป็นสิ่งเปลี่ยนแปลงได้หากสภาพแวดล้อม สถานการณ์ เหตุการณ์เปลี่ยนแปลงไป<sup>(59)</sup> และโดยทั่วไปความรู้จะเป็นองค์ประกอบเบื้องต้นที่จะทำให้บุคคลมีเจตคติในลักษณะใดๆต่อสิ่งต่างๆ<sup>(86)</sup> การได้รับความรู้ใหม่ๆ ซึ่งแตกต่างจากความรู้เดิม จึงเป็นสิ่งที่อาจมีผลทำให้เจตคติเปลี่ยนแปลงไป โดยอาจารย์ที่ปรึกษาในปัจจุบันอาจได้รับข้อมูล หรือ ประสบการณ์บางอย่างเกี่ยวกับการรักษาปัญหาสุขภาพจิต ที่แตกต่างกับอาจารย์ที่ปรึกษาในอดีต จึงส่งผลทั้งต่อระดับความรู้และเจตคติ และเมื่อพิจารณาข้อความในด้านนี้ พบว่าอาจารย์ที่ปรึกษาส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะทำให้ปัญหาสุขภาพจิตทุเลาลงได้ และข้อความที่แสดงถึงเจตคติที่ควรแก้ไข คือ ความคิดเห็นที่ว่าการศึกษาค่าสอนของศาสนาเป็นการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตทุกปัญหาได้ดี มีอาจารย์ร้อยละ21.4 เห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่ง ซึ่งในความเป็นจริงแล้วไม่เป็นเช่นนั้น วิธีการดังกล่าวไม่สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตได้ทุกปัญหา ปัญหาสุขภาพจิตหลายปัญหาจำเป็นต้องรักษาโดยจิตแพทย์ และความคิดเห็นเช่นนี้อาจมีผลต่อการแนะนำ หรือ การให้ความช่วยเหลือนิสิตที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้ เมื่อวิเคราะห์ในข้อคำถามนี้ พบว่า อาจารย์เพศชาย, อาจารย์ที่มีบุตร 2 คน, อาจารย์ที่เป็นศาสตราจารย์ หรืออาจารย์ที่นิสิตมาพบเพื่อขอปรึกษาเรื่องทั่วไป มีเจตคติต่อประเด็นนี้ อยู่ในระดับดี ในสัดส่วนที่มากกว่ากลุ่มอื่น(ตารางในภาคผนวก ก)



ในด้านเจตคติต่อหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาพบว่า อาจารย์ที่ปรึกษาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 49.5) มีเจตคติในระดับพอใช้ ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านการเข้าร่วมสัมมนาเกี่ยวกับอาจารย์ที่ปรึกษา จำนวนครั้งที่ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา รวมระยะเวลาที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ช่วงเวลาที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา และ อายุราชการ เป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับเจตคติต่อหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษา โดยอาจารย์ที่เคยเข้าร่วมสัมมนาอาจารย์ที่ปรึกษาส่วนใหญ่มีเจตคติในระดับดี ในขณะที่อาจารย์ที่ไม่เคยเข้าร่วมการสัมมนาส่วนใหญ่มีเจตคติในระดับพอใช้ ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการจัดสัมมนาอาจารย์ที่ปรึกษาที่ต้องการให้อาจารย์ได้ตระหนักถึงบทบาทและความสำคัญของตน ในการดูแลนิสิตทั้งทางด้านวิชาการและการพัฒนานิสิต ไปจนสำเร็จการศึกษา นอกจากนี้จะสังเกตได้ว่าปัจจัยอื่นๆเป็นปัจจัยเกี่ยวกับประสบการณ์ในการทำงาน ซึ่งสนับสนุนผลการวิจัยของเพทรุสกา(Petruska:1991)<sup>(87)</sup> ที่พบว่า ประสบการณ์ในการทำงานของแพทย์ และการเข้าฝึกอบรมมีผลต่อความรู้ เจตคติ เกี่ยวกับการให้บริการผู้ป่วยที่มีอาการป่วยทางจิต เมื่อพิจารณาข้อความในแบบสอบถาม พบว่าอาจารย์ที่ปรึกษามากกว่าร้อยละ 70 มีความเห็นว่า การดูแลนิสิตทางด้านสุขภาพจิตเป็นหน้าที่สำคัญ อาจารย์ที่ปรึกษาควรรับฟังปัญหาทุกๆเรื่องของนิสิต และ เมื่อนิสิตมีปัญหาสุขภาพจิต อาจารย์ที่ปรึกษาควรขอคำแนะนำจากจิตแพทย์

### 3. ทักษะทางความคิดต่อปัญหาสุขภาพจิต

ผลการวิจัยพบว่า อาจารย์ที่ปรึกษาส่วนใหญ่มีทักษะทางความคิด ต่อปัญหาสุขภาพจิตทุกด้านในระดับพอใช้ และปัจจัยด้านปัญหาสุขภาพจิตของนิสิตในความดูแล จำนวนครั้งที่ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับทักษะทางความคิดในทุกด้าน โดยอาจารย์ที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาครั้งแรก มีทักษะทางความคิดในระดับดีในสัดส่วนที่มากกว่ากลุ่มอื่น และปัจจัยที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ การเข้าพบของนิสิต ซึ่งอาจารย์ที่นิสิตมาพบเพื่อขอปรึกษาเรื่องทั่วไปมีเจตคติในระดับดีในสัดส่วนที่มากกว่าอาจารย์ที่นิสิตไม่เคยมาพบเลย หรือมาพบเพื่อให้เห็นต้อลงทะเลเบียนเท่านั้น เนื่องจาก การที่นิสิตมาขอปรึกษาเรื่องทั่วไป ทำให้อาจารย์ที่ปรึกษาได้มีทักษะและมีประสบการณ์มากขึ้น ทั้งในเรื่องการให้คำปรึกษาและพัฒนานิสิต มีปฏิสัมพันธ์กับนิสิต และการให้ความช่วยเหลือนิสิต

ในภาพรวมทักษะทางความคิดต่อปัญหาสุขภาพจิตนั้น อาจารย์ที่ปรึกษาส่วนใหญ่(ร้อยละ 45.8) มีทักษะทางความคิดในระดับพอใช้ ซึ่งปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์ได้แก่ ปัจจัยด้านการเข้าพบของนิสิต จำนวนครั้งที่ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา รวมระยะเวลาที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา การเข้าร่วมสัมมนาอาจารย์ที่ปรึกษา ปัญหาสุขภาพจิตของนิสิตในความดูแล โดยอาจารย์ที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษามา 7-12 ปี อาจารย์ที่เคยเข้าร่วมสัมมนาอาจารย์ที่ปรึกษา หรืออาจารย์ที่

นิสิตมีปัญหาสุขภาพจิตและได้ส่งพบจิตแพทย์ มีทักษะทางความคิดในระดับดีในสัดส่วนที่มากกว่าอาจารย์กลุ่มอื่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิสาลินี นุกันยา(2538)<sup>(30)</sup> ที่พบว่าอาจารย์ที่ปรึกษา ที่มีอายุ และประสบการณ์ทำงานอาจารย์ที่ปรึกษาแตกต่างกัน จะมีการปฏิบัติหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาแตกต่างกัน ซึ่งประสบการณ์ทำงานนี้หมายความว่าถึง จำนวนครั้งที่ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา และรวมระยะเวลาที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา การเข้าพบของนิสิต และ ปัญหาสุขภาพจิตของนิสิตใน ความดูแลตนเอง

ด้านการให้คำปรึกษาและพัฒนา นิสิต พบว่า อาจารย์ที่ปรึกษาส่วนใหญ่(ร้อยละ 39.6) มีทักษะทางความคิดในระดับปานกลาง ซึ่งปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์ได้แก่ การเข้าร่วมสัมมนาอาจารย์ที่ปรึกษา ปัญหาสุขภาพจิตของนิสิตในความดูแล จำนวนครั้งที่ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา รวมระยะเวลาที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา และ การเข้าพบของนิสิต โดยอาจารย์ที่นิสิตมาพบเพื่อขอปรึกษาเรื่องทั่วไป มีทักษะทางความคิดในระดับดี ในสัดส่วนที่มากกว่ากลุ่มอื่นๆ อาจารย์ที่เคยเข้าร่วมสัมมนาอาจารย์ที่ปรึกษา มีทักษะทางความคิดในระดับดีในสัดส่วนที่มากกว่าอาจารย์ที่ไม่เคยเข้าร่วมสัมมนา แต่เมื่อพิจารณาในกลุ่มอาจารย์ที่เคยเข้าร่วมสัมมนาพบว่า ส่วนใหญ่มีทักษะทางความคิดในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากในการสัมมนาได้ให้ความสำคัญของการให้คำปรึกษา และวิธีการให้คำปรึกษา อาจารย์ที่เข้าร่วมสัมมนาจึงอาจทำให้มีทักษะทางความคิดด้านนี้ดีกว่าอาจารย์ที่ไม่เคยเข้าร่วมสัมมนา แต่ประโยชน์ที่ได้จากการสัมมนาเป็นความรู้ความเข้าใจ การที่จะมีทักษะทางความคิดในระดับดีนั้น จำเป็นต้องมาจากการฝึกฝนและการมีประสบการณ์ เพื่อให้ ความคิดว่าจะปฏิบัติอย่างไรในสถานการณ์ต่างๆเกิดขึ้นได้อย่างอัตโนมัติ มากกว่าการจำได้ว่าควรทำอย่างไร ซึ่งเป็นคุณสมบัติของทักษะทางความคิด<sup>(57)</sup> เมื่อพิจารณาข้อความต่างๆ จะพบว่า อาจารย์ที่ปรึกษาเกือบทั้งหมด(มากกว่าร้อยละ 90) คิดว่าการให้คำปรึกษาแก่นิสิตทั้งทางด้านการเรียน เรื่องส่วนตัว และเรื่องทางสังคม เป็นสิ่งที่ควรกระทำ

ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับนิสิต พบว่า อาจารย์ที่ปรึกษาส่วนใหญ่(ร้อยละ 46.9) มีทักษะทางความคิดในระดับพอใช้ โดยปัจจัยด้านการเข้าร่วมสัมมนาเกี่ยวกับอาจารย์ที่ปรึกษา จำนวนครั้งที่ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา และปัญหาสุขภาพจิตของนิสิตในความดูแล เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับทักษะทางความคิด และจากผลการวิจัยพบว่า อาจารย์ที่ปรึกษาส่วนใหญ่ มีความเห็นว่า อาจารย์ควรจะให้ ความสนิทสนมกับนิสิตในความดูแล สร้างบรรยากาศที่อบอุ่นและเป็นกันเองเมื่อนิสิตเข้าพบ และให้ความสนใจกับเรื่องต่างๆโดยไม่เน้นเรื่องวิชาการเพียงอย่างเดียว ซึ่ง สำเนาวิ ขจรศิลป์(2534)<sup>(3)</sup> ถือว่า เป็นคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของอาจารย์ที่ปรึกษา และสอดคล้องกับความคิดเห็นของนิสิตแพทย์ ชั้นปีที่ 2และปีที่ 3ปีการศึกษา2538<sup>(23)</sup> ต่ออาจารย์ที่ปรึกษา



ว่า ลักษณะดังกล่าวเป็นลักษณะที่นิสิตแพทย์เห็นว่ามีเหมาะสมมาก และนิสิตส่วนมากมีความรู้สึกชอบที่จะพบกับอาจารย์ที่ปรึกษา การที่อาจารย์ที่ปรึกษามีทักษะทางความคิดเป็นไปในทิศทางนี้ กล่าวได้ว่าเป็นทักษะทางความคิดในทางที่ดี ดังที่ วิสาลินี นุกันยา(2538)<sup>(30)</sup> กล่าวว่าบทบาทของอาจารย์ที่ปรึกษาในการส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาในนักศึกษา คือ การที่อาจารย์แสดงพฤติกรรมเกี่ยวกับการมีสัมพันธภาพที่ดี มีความใกล้ชิด ความบ่อยครั้งของการพบกันนอกชั้นเรียนในสภาพแวดล้อมต่างๆที่อบอุ่นและเป็นกันเอง เคารพในนักศึกษา และ สื่อสารกับนักศึกษาได้เป็นอย่างดี และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ มาลิก( Malik: 2000)<sup>(88)</sup> ที่พบว่า ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างนักเรียนแพทย์กับอาจารย์ผู้สอน เช่น จำนวนครั้งและความบ่อยในการพบกัน การมีกิจกรรมทางสังคมร่วมกัน เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการเรียน การที่อาจารย์มีทักษะทางความคิดเช่นนี้ ย่อมแสดงถึงแนวโน้มที่จะมีการปฏิบัติไปในแนวทางนี้ด้วยเช่นกัน ข้อความที่แสดงถึงทักษะทางความคิดที่ไม่ถูกต้องได้แก่ การแจ้งให้อาจารย์ที่ปรึกษาและเพื่อนนิสิตทราบว่ามีนิสิตผู้นั้นมีปัญหาสุขภาพจิต มีอาจารย์ร้อยละ19.2เห็นว่าควรทำและควรทำอย่างยิ่ง และเมื่อวิเคราะห์ข้อคำถามนี้พบว่า อาจารย์วิชาชีพแพทย์, อาจารย์เพศชาย, อาจารย์ที่สมรสแล้ว, อาจารย์ที่มีบุตร3คน, อาจารย์ที่มีอายุราชการ11-15ปี, อาจารย์ที่มีตำแหน่งทางวิชาการเป็นอาจารย์, อาจารย์ที่นิสิตไม่มีปัญหาสุขภาพจิต มีทักษะทางความคิดต่อประเด็นนี้อยู่ในระดับดี ในสัดส่วนที่มากกว่ากลุ่มอื่น (ตารางในภาคผนวก ก)

ด้านการให้ความช่วยเหลือและประสานงาน พบว่า อาจารย์ที่ปรึกษาส่วนใหญ่ (ร้อยละ45.8) มีทักษะทางความคิดในระดับ พอใช้ โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับทักษะทางความคิดคือ ปัจจัยด้านภาควิชาที่สังกัด สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ตำแหน่งทางวิชาการ ปัญหาสุขภาพจิตของนิสิตในความดูแล การเข้าพบของนิสิต และจำนวนครั้งที่ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ซึ่งส่วนมากเป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษา โดยอาจารย์ที่นิสิตมาขอพบเพื่อปรึกษาเรื่องทั่วไป มีทักษะทางความคิดในระดับดีในสัดส่วนที่มากกว่าอาจารย์ที่นิสิตไม่เคยมาพบเลย อาจารย์ที่นิสิตมีปัญหาสุขภาพจิตและได้ส่งพบจิตแพทย์ส่วนใหญ่ มีทักษะทางความคิดในระดับปานกลาง ในขณะที่อาจารย์ที่นิสิตไม่มีปัญหาสุขภาพจิต และอาจารย์ที่นิสิตมีปัญหาสุขภาพจิตแต่ไม่ได้ส่งพบจิตแพทย์ส่วนใหญ่มีทักษะทางความคิดในระดับพอใช้ และเมื่อพิจารณาในข้อความต่างๆ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยการส่งต่อให้พบผู้เชี่ยวชาญ หรือจิตแพทย์ พบว่าอาจารย์ที่ปรึกษามากกว่าร้อยละ 60 มีความคิดว่าควรปฏิบัติอย่างไรได้อย่างเหมาะสม ยกเว้นข้อความที่ว่าอาจารย์ที่ปรึกษาควรจะโอนนิสิตที่มีปัญหาสุขภาพจิตให้ไปอยู่ในความดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาที่เป็นจิตแพทย์ มีอาจารย์ร้อยละ 15.1 มีความคิดเห็นไม่ถูกต้อง คือ เห็นว่าควรทำและควรทำอย่างยิ่ง ทั้งที่ไม่ควรทำเช่นนั้น และเมื่อวิเคราะห์ข้อคำถามนี้พบว่า

อาจารย์เพศชาย, อาจารย์ที่อายุ40-49ปี, อาจารย์ที่มีสถานภาพสมรสคู่, อาจารย์ที่มีบุตร3คน, อาจารย์ที่มีอายุราชการ11-15ปี, อาจารย์ที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษามา7-12ปี หรืออาจารย์ที่นิสิตมาพบเพื่อปรึกษาเรื่องทั่วไปมีทักษะทางความคิดต่อประเด็นนี้ อยู่ในระดับดีในสัดส่วนที่มากกว่ากลุ่มอื่น (ตารางในภาคผนวก ก)

จากผลการศึกษาคั้งนี้พบว่า อาจารย์ที่ปรึกษามีความรู้ เจตคติ และทักษะทางความคิดต่อปัญหาสุขภาพจิตอยู่ในระดับพอใช้ และมีปัจจัยส่วนบุคคลของอาจารย์ที่ปรึกษาปัจจัยต่างๆ มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ เจตคติ และทักษะทางความคิดในด้านต่างๆที่แตกต่างกัน ไป โดยความสัมพันธ์นี้มาจากปัจจัยหลายๆปัจจัยที่มีผลร่วมกัน ผลการวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาในเบื้องต้น การจะสรุปได้อย่างชัดเจนนั้นยังต้องอาศัยการศึกษาโดยเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพมากกว่าครั้งนี้ ซึ่งใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง แม้ว่าจะผ่านกระบวนการตรวจสอบความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงแล้ว แต่ควรจะพัฒนาให้มีคุณภาพดียิ่งขึ้น เพื่อให้สามารถวัดความรู้ เจตคติ และทักษะทางความคิดต่อปัญหาสุขภาพจิตได้ใกล้เคียงความเป็นจริงมากที่สุด และทำการศึกษาอย่างละเอียดในแง่มุมต่างๆต่อไป



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัยจะพบว่า อาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตแพทย์ ส่วนใหญ่มีความรู้ เจตคติ และทักษะทางความคิดอยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งเป็นสิ่งที่ควรจะส่งเสริมพัฒนาให้มีความรู้ เจตคติ และทักษะทางความคิดต่อปัญหาสุขภาพจิตในระดับดี เพื่อประโยชน์ในการดูแลช่วยเหลือนิสิตแพทย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. จากข้อมูลส่วนบุคคลของอาจารย์ที่ปรึกษาพบว่า มีอาจารย์ที่ปรึกษาจำนวนหนึ่งที่ตอบว่า นิสิตในความดูแลมีปัญหาสุขภาพจิต แต่ไม่ได้ส่งพบจิตแพทย์ ซึ่งควรจะมีการศึกษาในประเด็นนี้ให้ชัดเจนยิ่งขึ้น เพื่อให้ความช่วยเหลือนิสิตกลุ่มดังกล่าว หรือในกรณีที่ไม่จำเป็นต้องส่งพบจิตแพทย์ อาจารย์ที่ปรึกษาก็ควรจะสามารถดูแลนิสิต และให้ความช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม
3. จากการวิจัยจะพบว่าอาจารย์ที่ปรึกษามีความรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิตบางเรื่องยังไม่ถูกต้อง หรือมีเจตคติทางลบในบางประเด็น ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญที่ควรจัดทำโครงการต่างๆ เพื่อให้ความรู้ที่ถูกต้อง และเสริมสร้างเจตคติที่ดีต่อปัญหาสุขภาพจิต

## ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระดับความรู้ เจตคติ และทักษะทางความคิดระหว่างอาจารย์ที่ปรึกษานิสิตแพทย์ที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกัน เพื่อให้ทราบว่าปัจจัยใดเป็นปัจจัยที่จะมีความสัมพันธ์กับการมีความรู้ เจตคติ และทักษะทางความคิดต่อปัญหาสุขภาพจิตในระดับต่างๆ
2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตของญาติหรือบุคคลใกล้ชิด ซึ่งจากการศึกษางานวิจัยต่างๆ ในต่างประเทศ พบว่า เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อความรู้ เจตคติ และทักษะทางความคิดต่อปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ศึกษาเพียงปัจจัยด้านปัญหาสุขภาพจิตของนิสิตในความดูแลเท่านั้น
3. ควรพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น เพื่อให้ผลการวิจัยที่ได้ใกล้เคียงกับระดับความรู้ เจตคติ และทักษะทางความคิดของอาจารย์ที่ปรึกษามากที่สุด
4. ควรจำกัดขอบเขตของปัญหาสุขภาพจิตที่ต้องการศึกษาให้เฉพาะเจาะจงมากขึ้น หรือเน้นการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้มากในนักเรียนแพทย์ เช่น ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล เป็นต้น
5. ควรมีการศึกษาถึงปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติหน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อหาแนวทางในการปรับปรุงแก้ไข
6. ควรขยายขอบเขตการวิจัยไปสู่คณะแพทยศาสตร์ในสถาบันอื่นๆ

## รายการอ้างอิง

1. วัลลภา เทพหัสดิน ณ อยุธยา. **อาจารย์ที่ปรึกษา**. ใน: จิตวิทยาวัยรุ่นและเอกสารเรื่องเทคนิคการปรึกษาเชิงจิตวิทยาสำหรับอาจารย์ที่ปรึกษา. งานแนะแนวและจัดหางาน กองกิจการนิสิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2536: 50-65.
2. สำนักทะเบียนและประมวลผล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. **จท 95 คู่มืออาจารย์ที่ปรึกษา**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543: 3-27.
3. สำเนา ขจรศิลป์. **ระบบอาจารย์ที่ปรึกษาวิชาการระดับปริญญาตรีในมหาวิทยาลัย**. กรุงเทพฯ: กองบริการการศึกษา สำนักงานปลัดทบวงมหาวิทยาลัย, 2534; 3-9.
4. นवलละออ สุภาผล. **บทบาทของอาจารย์ที่ปรึกษา**. ใน: เอกสารประกอบการสัมมนาเรื่อง บทบาทและหน้าที่ของอาจารย์ที่ปรึกษา. กรุงเทพฯ: ฝ่ายวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543: 38-44. (อัดสำเนา)
5. กนกรัตน์ สุขะตุงคะ, สุชีรา ภัทรายุตวรรัตน์, ปราวณี ชาญณรงค์, มงคล หลีกคำ, สมจิตต์ เกียรติตันติวงศ์, เย็นใจ ศรีวรรณบุญ, และคณะ. ลักษณะบุคลิกภาพนักศึกษาแพทย์ศิริราชปี 5 ในระยะ 5 ปี. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย** 2532; 34: 181-92.
6. Coombs RH, Virshup BB. Enhancing the psychological health of medical students: the student well-being committee. **Med Educ** 1994; 28: 47-54.
7. สุชาติ พหลภาคย์, สมพงษ์ รังสีพรหมมณฑล. การป่วยทางจิตในนักศึกษาแพทย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย** 2529; 31: 53-9.
8. วัฒนเพ็ญ ฐฤกิตต์วัฒนการ. การสำรวจสุขภาพจิตของนิสิตแพทย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย** 2540; 42: 88-97.
9. Coles C. Introduction: medicine and stress. **Med Educ** 1994; 28:3-4.
10. Hohaus LC, Berah. EF. Impairment of doctors: are beginning medical students psychologically vulnerable? **Med Educ** 1985; 19: 431-6.
11. Stewart SM, Betson C, Marshall I, Wong CM, Lee PWH, Lam TH. Stress and vulnerability in medical students. **Med Educ** 1992; 29:119 -27.
12. Stewart SM, Betson C, Lam TH, I Marshall B, Lee PWH, Wong CM. Predicting stress in first year medical students: a longitudinal study. **Med Educ** 1997; 31: 163-8.

13. Pasnau RO, Stoessel P. Mental health service for medical students. **Med Educ** 1994; 28: 33-9.
14. Sacks MH, Frosch WA, Kesselman M, Parker L. Psychiatric problems in third-year medical students. **Med Educ** 1980; 137: 822-5.
15. Helmers KF, Danoff D, Steinert Y, Leyton M, Young SN. Stress and depressed mood in medical students' law students' and graduate students at McGill University. **Acad Med** 1997; 72: 708-14.
16. Liu XC, Oda S, Peng X, Asai K. Life events and anxiety in Chinese medical students. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol** 1997; 32: 63 -7.
17. Toews JA, Lockyer JM, Dobson DJ, Simpson E, Brownell AK, et.al.. Analysis of stress levels among medical students, residents, and graduate students at four canadian schools of medicine. **Acad Med** 1997; 72: 997-1002.
18. NSW Doctors' Mental Health Implementation Committee. **Strategies for medical school**. [serial online]. 1999 [cited 2000 May 15] Available from: URL: <http://www.dmh.org.au>
19. Worley LL. Instilling happiness into medical school. The University of Akansas College of Medicine's Medical Student Mental Health Program. **J Ark Med Soc** 1998; 94: 391-3.
20. สุณันทา ฉันทรุจิกพงษ์, รติยา ลอยแสงอรุณ, ชลิดา รัตนประภาพันธุ์. นักศึกษาแพทย์ที่มาใช้บริการให้คำปรึกษา ของหน่วยบริการให้คำปรึกษา คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล ปีการศึกษา 2533. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย** 2534; 36: 145-55.
21. ปรียาพันธ์ แสงอรุณ, วณิช วรรณพฤกษ์, กนกพรรณ ประไพตระกูล, สุรพล สุรางค์ศรีรัฐ. ปัจจัยกระทบความสำเร็จในการเรียนแพทย์ ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์ พระมงกุฎเกล้าฯ. **เวชสารแพทย์ทหารบก** 2538; 48: 51-6.
22. กิตติยา จำรัสเลิศสัมฤทธิ์. สุขภาพจิตและปัญหาการเรียนของนิสิตแพทย์คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535.



23. สรุปรายงานการศึกษาคิดเห็นที่มีต่ออาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตชั้นปีที่2 และชั้นปีที่3 ประจำปีการศึกษา 2538. ใน: เอกสารประกอบการสัมมนาเรื่อง บทบาทและหน้าที่ของอาจารย์ที่ปรึกษา. กรุงเทพฯ: ฝ่ายวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543: 51-2. (อัดสำเนา)
24. นุชดี อุปภัย. ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของอาจารย์ที่ปรึกษา ในศูนย์กลางสถาบันเทคโนโลยีราชมงคลและรูปแบบที่พึงประสงค์ในการปฏิบัติงานของอาจารย์ที่ปรึกษา. รายงานการวิจัย คณะศึกษาศาสตร์: สถาบันเทคโนโลยีราชมงคล, 2542.
25. เสาวรส เกียรตินาด. ความพึงพอใจในงานและปัจจัยที่ส่งผลต่อความพึงพอใจในงานของอาจารย์คณะแพทยศาสตร์ที่สอนในระดับปรีคลินิก ในมหาวิทยาลัยของรัฐ. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการศึกษา : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2533.
26. ชนิตา เรืองเดช. คุณภาพชีวิตของอาจารย์แพทย์ ในคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.
27. Roger B, Winston Jr., Miller T, Ender SC, Grites T.J. **Developmental academic advising**. California: Jossey-Bass Publishers, 1988.
28. สุภาพ ไทยแท้. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านสถานการณ์ และการรับรู้บทบาทกับการปฏิบัติบทบาทอาจารย์ที่ปรึกษาของอาจารย์พยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.
29. นภาพร อมรชัยเจริญ. การวิเคราะห์บทบาทของอาจารย์ที่ปรึกษาวิชาการสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพในมหาวิทยาลัยของรัฐตามทฤษฎีของวินสตันและคณะ. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาอุดมศึกษา: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2537.
30. วิสาลินี นุกันยา. การปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทอาจารย์ที่ปรึกษาของอาจารย์ พยาบาลวิทยาลัยพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2538.
31. พรพรรณนิภา ธรรมวิรัช. การศึกษาบทบาทอาจารย์ที่ปรึกษาของสถาบันการศึกษาพยาบาลในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาอุดมศึกษา: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2527.



32. วรธนา ปุรณโชติ และ วัชรวิ ทรัพย์มี. ปัญหาของนิสิตศึกษามหาวิทยาลัยและการให้บริการคำปรึกษาแนะแนว. รายงานการวิจัย คณะครุศาสตร์: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2527.
33. Mirecka J. The medical teacher in the year 2020. **Med Teach** 2000; 22: 531.
34. อัมพร โอตระกุล. **สุขภาพจิต**. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒน, 2540: 11-4.
35. ฝน แสงสิงแก้ว. **เรื่องของสุขภาพจิต**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2521.
36. พัฒน์ สุจันงค์. **สารานุกรมสาธารณสุขสำหรับนักศึกษาแพทย์และพยาบาล**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แพรวพิทยา, 2531.
37. Jahoda M. **Current concepts of positive mental health**. New York: Basic Books, 1958: 22-4.
38. พวงน้อย อรุณ. ปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัย สาขาวิชาสุขภาพจิต: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2536.
39. คณะอนุกรรมการสร้างข้อสอบวิชาเฉพาะทางแพทยศาสตร์. **รายงานการวิจัยเรื่อง การตรวจบุคลิกภาพและสุขภาพจิตในการคัดเลือกนิสิตนักศึกษาแพทย์**. กรุงเทพฯ : ทบวงมหาวิทยาลัย, 2537.
40. Stewart SM, Lam TH, Betson CL, Wong CM, Wong AMP. A prospective analysis and academic performance in the first two year of medical school. **Med Educ** 1999; 33: 243 –50.
41. Miller P M. The first year at medical school: some findings and student perceptions. **Med Educ** 1994; 28: 5-7.
42. Salmons P H. Psychiatric Illness in medical students. **Br J Psychiatry** 1983; 143: 505-8.
43. Heys LR, Dickson LR, Lyres MR, Ludwig AM, Martin CA, Bird MA. Treating psychiatric problems in medical students. **Am J Psychiatry** 1986; 143: 1428-31.
44. Rodolfa E, Chavoor S, Velasquez J. Counseling services at the University of California's Davis: helping medical student cope. **JAMA** 1995; 274: 1396-7.
45. Aktekin M, Karaman T, Senol SL, Erdem S, Erengin H, Akaydin M. Anxiety, depression and stressful life events among medical students : a prospective study in Antalya, Turkey. **Med Educ** 2001; 35: 12-7.

46. Tyssen R, Vaglum P, Grovold NT, Ekeberg O. Factors in medical school that predict postgraduate mental health problems in need of treatment. A nationwide and longitudinal study. *Med Educ* 2001; 35: 110-20.
47. Good CV. *Dictionary of education*. New York: McGrew-Hill, 1973: 325.
48. Bloom BS, Thomas J, Madaus GF. *Handbook of formative and summative evaluation of student learning*. New York: McGrew-Hill, 1971.
49. ประภาเพ็ญ สุวรรณ. **ทัศนคติ : การวัดความเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมอนามัย**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช, 2520.
50. ชนาธิป ทั่วยแป. การเปรียบเทียบความตรงเชิงโครงสร้างและความคงที่ในการตอบระหว่างมาตรวัดทัศนคติแบบลิเคิร์ตที่มีความเข้มของข้อความต่างกัน. *วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาวิจัยการศึกษา: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 2539.
51. Triandis HC. *Attitude and attitude change*. New York: John Wiley & Sons, 1971.
52. ธีระวุฒิ เอกะกุล. **ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์**. อุบลราชธานี: คณะครุศาสตร์ สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี, 2542: 143-4.
53. ศุภกัญญา นาถนิตินาคา. การเปิดรับข่าวสาร ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร. *วิทยานิพนธ์วารสารศาสตร์มหาบัณฑิต(สื่อสารมวลชน): มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์*, 2539.
54. จิตรรา ธนสารเสถณี. การสื่อสาร ความรู้ ทัศนคติ และทักษะการปฏิเสธสิ่งเสพติดของนักเรียนมัธยมศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร. *วิทยานิพนธ์นิเทศศาสตร์มหาบัณฑิต สาขา นิเทศศาสตร์พัฒนาการ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 2541.
55. สมร อริยานุชิตกุล. ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมเสี่ยงเกี่ยวกับโรคเอดส์ของนักเรียนมัธยมศึกษาในกรุงเทพมหานคร. *วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 2534.
56. ณัฏฐร พิทยรัตน์เสถียร. ความรู้ความเข้าใจ เจตคติ และทักษะทางความคิด ต่อโรคสมาธิสั้นของครูชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 และ 2 โรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานครในเขตปทุมวัน. *วิทยานิพนธ์หลักสูตรเพื่อวุฒิปัตริแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพ เวชกรรมสาขาจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 2542.
57. Glen Evans. *Learning and teaching cognitive skills*. Victoria Australia: Globe Press, 1991.

58. North Central Regional Educational Laboratory. **Cognitive Skills**. [serial online]. 1998 [cited 2000 May 15] Available from:  
URL: <http://www.ncrel.org/info/copyr/>
59. จรรยา ดวงแก้ว. ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา สุขศึกษา: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.
60. Roth D, Anthony MM, Kerr KL, Downie F. Attitude toward mental illness in medical students: does personal and professional experience with mental illness make a difference?. **Med Educ** 2000; 34: 234-6.
61. Hutchinson G, Neehall JE, Simoen DT, Littlewood R. Perceptions about mental illness among pre-medical students in Trinidad & Tobago. **West Indian Med J** 1999; 48: 81-4.
62. Michie S, Sandhu S. Stress management for clinical medical students. **Med Educ** 1994; 28: 528-33.
63. Kohn R, Sharma D, Camilleri CP, Levav I. Attitude towards mental illness in the Commonwealth of Dominica. **Rev Panam Salud Publica** 2000; 7: 148-54.
64. Van Os TW, Ormel J, Brink RH, Jenner JA, Meer K, Tiemens BG et.al. Training primary care physician improves the management of depression. **Gen Hosp Psychiatry** 1999; 21:168-76.
65. สมบัติ ศาสตร์รุ่งภาค, รัตนา สายพานิชย์, ชัชวาลย์ ศิลปกิจ. เจตคติต่อจิตเวชศาสตร์ของแพทย์โรงพยาบาลชุมชน. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย** 2540; 42: 197-208.
66. Ignacio LL, Arango MV, Baltazar J, Arrigo BE, Climent CE, Elhakim A, et.al.. Knowledge and attitudes of primary health care personnel concerning mental health problems in developing countries: a follow-up study. **Int J epidemiol** 1989; 18: 669-73.
67. Laerie SM, Martin K, Maniell G, Drife J, Chrytie P, Reid A. et.al.. General practitioners' attitude to psychiatric and medical illness. **Psychol Med** 1998; 28: 1463-7

68. Angermeyer MC, Matchinger H. The effect of personal experience with mental illness on the attitude towards individual suffering from mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1996; 31: 321-6.
69. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. **ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์และทำปกเจริญผล, 2537.
70. ประคอง กรวรรณสุด. **สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542.
71. กังวล เทียนกัณฑ์เทศน์. **การวัด การวิเคราะห์ การประเมินทางการศึกษาเบื้องต้น**. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อเสริมกรุงเทพ, 2536.
72. นงนุช ภัทราคร. **สถิติการศึกษา**. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น, 2538.
73. Burra P, Kalin R, Leichner P, Waldron JJ, Handforth JR, Jarrett FJ et.al.. The ATP30-a scale for measuring medical students' attitudes to psychiatry. *Med Educ* 1982; 16: 31-8.
74. ธวัชชัย งามสันติวงศ์. **SPSS for windows: หลักและวิธีใช้คอมพิวเตอร์ในงานสถิติเพื่อการวิจัย**. กรุงเทพฯ: เซ็นจูรี่, 2543.
75. กัลยา วานิชย์บัญชา. **การใช้ SPSS for windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล เวอร์ชัน 7-10**. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
76. บุญเรียง ขจรศิลป์. **การวิเคราะห์และแปลความหมายข้อมูลในการวิจัยโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for windows**. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2543.
77. World psychiatric association and the world federation for medical education. Special article: core curriculum in psychiatry for medical students. *Med Educ* 1999; 33: 204-211.
78. Kirchner JE, Yoder MC, Kranel TE, Linsey MS, Thrush CR. Development of an educational program to increase school personnel's awareness about child and adolescent depression. *Education* 2000; 121: 235-47.
79. Singleton AJ, Smith FR. Education in primary care psychiatry: research base audit. *Med Educ* 1997; 31: 380-5.
80. Tylee A. Depression in the community: physician and patient perspective. *J Clin Psychiatry* 1999; 60: 12-6.

81. Goldman LS, Nielson NH, Champion HC. Awareness, Diagnosis, and treatment of depression. *J of Gen Intern Med* 1999; 14:569-80.
82. ฝ่ายวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. เอกสารประกอบการสัมมนา เรื่อง บทบาทและหน้าที่ของอาจารย์ที่ปรึกษา. กรุงเทพฯ.; 2543:1. (อัดสำเนา)
83. ลัดดา กิติวิภาต. **ทัศนคติทางสังคมเบื้องต้น**. ภาควิชาจิตวิทยา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2532.
84. Arnold HM. **An experimental public education program in mental health**. Ph.D.thesis, University Microfilms, 300 Zeeb Rd., Ann Arbor, Michigan 48106,1967.
85. Wahl OF. **Attitude toward mental illness among mental health volunteers**. Paper presented at the annual meeting of the southeastern psychology association (26<sup>th</sup>, Washington, DC, March 26-29,1980).
86. ดุษฎีวรรณ เรืองรุจิระ. **ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ของพยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของตนเอง**.วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2532.
87. Petruska RJ. Assessing mental health and mental retardation professional's knowledge of mental illness, mental retardation and mental illness as it relates to person with mental retardation. **Dissertation Abstracts International** 1991; 52: 175.
88. Malik S. Students, tutors and relationships: the ingredients of a successful student support scheme. **Med Educ** 2000; 34:635-41.

ภาคผนวก



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



### ภาคผนวก ก

ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับ  
คะแนนความรู้ เจตคติ และทักษะทางความคิดต่อปัญหาสุขภาพจิตรายข้อ

ผู้วิจัยวิเคราะห์เพิ่มเติมรายข้อในข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดในแต่ละด้าน และนำเสนอในตาราง  
เฉพาะปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังต่อไปนี้

1. ความรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิตข้อที่ 1, 7, 21, 24

2. เจตคติต่อปัญหาสุขภาพจิตข้อที่ 3, 8, 20

3. ทักษะทางความคิดต่อปัญหาสุขภาพจิตข้อที่ 12, 23

- ด้านความรู้ คำนวณโดยการจำแนกเป็นตอบได้ถูกต้อง และตอบไม่ถูกต้อง

- ด้านเจตคติและทักษะทางความคิด คำนวณโดยใช้คะแนนรวมรายข้อแล้วจำแนกเป็น 3 ระดับคือ  
ระดับดี ระดับปานกลาง ระดับพอใช้ โดยใช้เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 50 และ 75

**ด้านความรู้** ข้อ 1. สุขภาพจิตมีสาระสำคัญมุ่งเน้นถึงสภาวะที่ประชาชนไม่ป่วยเป็นโรคจิต

ปัจจัย	คำตอบ				n	$\chi^2$	p value
	ถูกต้อง		ไม่ถูกต้อง				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
จำนวนครั้งที่ <sup>๕</sup> เป็น/เคยเป็น อาจารย์ที่ปรึกษา						8.841	.031*
ครั้งแรก	50	45.05	61	54.95	111		
2 ครั้ง	27	40.29	40	59.71	67		
3 ครั้ง	5	62.5	3	37.5	8		
4 ครั้งขึ้นไป	6	100	-	-	6		
ตำแหน่งทางวิชาการ						8.787	.032*
อาจารย์	24	66.67	12	33.33	36		
ผู้ช่วยศาสตราจารย์	24	36.92	41	63.08	65		
รองศาสตราจารย์	32	42.67	43	57.33	75		
ศาสตราจารย์	8	50.0	8	50.0	16		

p<.05, \*\*p<.01

**ด้านความรู้** ข้อ 7. หากผู้ปกครองไม่ให้ความร่วมมือจะไม่สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตของนิสิตได้เลย

ปัจจัย	คำตอบ				n	$\chi^2$	p value
	ถูกต้อง		ไม่ถูกต้อง				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
<b>เพศ</b>							
ชาย	25	24.27	78	75.72	103	5.036	.029*
หญิง	35	39.32	54	60.67	89		
<b>ตำแหน่งทางวิชาการ</b>						12.854	.005**
อาจารย์	20	55.56	16	44.44	36		
ผู้ช่วยศาสตราจารย์	18	27.69	47	72.31	65		
รองศาสตราจารย์	17	22.67	58	77.33	75		
ศาสตราจารย์	5	31.25	11	68.75	16		

p<.05, \*\*p<.01

**ด้านความรู้** ข้อ 21. ความอ่อนแอทางจิตใจเป็นสาเหตุหลักของโรคซึมเศร้า

ปัจจัย	คำตอบ				n	$\chi^2$	p value
	ถูกต้อง		ไม่ถูกต้อง				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
<b>จำนวนบุตร</b>						9.658	.022*
ไม่มีบุตร	12	18.75	52	81.25	64		
1 คน	10	32.25	21	67.74	31		
2 คน	25	43.11	33	56.89	58		
3 คน	9	23.07	30	76.69	39		
<b>ตำแหน่งทางวิชาการ</b>						9.717	.021*
อาจารย์	16	44.44	20	55.55	36		
ผู้ช่วยศาสตราจารย์	19	29.23	46	70.76	65		
รองศาสตราจารย์	14	18.67	61	81.33	75		
ศาสตราจารย์	7	43.75	9	56.25	16		
<b>การเข้าร่วมสัมมนาอาจารย์ที่ปรึกษา</b>						6.992	.008**
เคย	52	33.33	104	66.66	156		
ไม่เคย	4	11.11	32	88.88	36		

p<.05, \*\*p<.01

**ด้านความรู้** ข้อ 24.อาจารย์ที่ปรึกษาต้องส่งต่อจิตแพทย์ทุกรายเมื่อพบว่านิสิตมีปัญหาสุขภาพจิต

ปัจจัย	คำตอบ				n	$\chi^2$	p value
	ถูกต้อง		ไม่ถูกต้อง				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
<b>เพศ</b>						4.239	.044*
ชาย	46	44.67	57	55.33	103		
หญิง	53	59.55	36	40.44	89		
<b>สถานภาพสมรส</b>						10.359	.001**
โสด	16	32.0	34	68.0	50		
สมรส	83	58.45	59	41.54	142		
<b>อายุราชการ</b>						7.835	.05*
น้อยกว่า 5ปี	14	53.84	12	46.15	26		
5-10 ปี	17	34.69	32	65.31	49		
11-15 ปี	21	55.26	17	44.74	38		
16 ปีขึ้นไป	47	59.49	32	40.51	79		
<b>ปัญหาของนิสิตในความดูแล</b>						6.675	.036*
ไม่มี	70	47.61	77	52.39	147		
มีปัญหา แต่ไม่เคยส่งพบจิตแพทย์	15	78.94	4	21.06	19		
มีปัญหา และได้ส่งพบจิตแพทย์	14	53.84	12	46.15	26		
<b>การเข้าพบของนิสิต</b>						6.662	.036*
ไม่เคยมาพบเลย	7	63.63	4	36.37	11		
มาพบเพื่อให้เสนอชื่อลงทะเบียน	32	40.50	47	59.50	79		
มาพบเพื่อปรึกษาเรื่องทั่วไป	60	58.82	42	41.18	102		

p<.05,\*\*p<.01

**ด้านเจตคติ** ข้อ 3. การให้การปรึกษาแก่นิสิตเป็นภาระที่หนักของอาจารย์ที่ปรึกษา

ปัจจัย	ระดับคะแนนเจตคติ						n	$\chi^2$	p value
	ดี		ปานกลาง		พอใช้				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
<b>ภาควิชาที่สังกัด</b>									
ปรีคลินิก	8	10.5	46	60.5	22	28.9	76	6.57	.037*
คลินิก	10	8.6	51	44.0	55	47.4	116		
<b>จำนวนบุตร</b>								16.25	.012*
ไม่มีบุตร	4	6.3	37	57.8	23	35.9	64		
1 คน	5	16.1	19	61.3	7	22.6	31		
2 คน	9	15.5	24	41.4	25	43.1	58		
3 คน	-	-	17	43.6	22	56.4	39		
<b>จำนวนครั้งที่เคยเป็น อาจารย์ที่ปรึกษา</b>								17.36	.008**
ครั้งแรก	14	12.6	56	50.5	41	36.9	111		
2 ครั้ง	4	6.0	39	58.2	24	35.8	67		
3 ครั้ง	-	-	-	-	8	100	8		
4 ครั้งขึ้นไป	-	-	2	33.3	4	66.7	6		
<b>ปัญหาของนิสิตในควมดูแล</b>								11.45	.022*
- ไม่มี	9	6.1	78	53.1	60	40.8	147		
- มีปัญหา แต่ไม่เคยส่งพบ จิตแพทย์	4	21.1	5	26.3	10	52.6	19		
- มีปัญหา และได้ส่งพบ จิตแพทย์	5	19.2	14	53.8	7	26.9	26		

\*p<.05,\*\*p<.01

**ด้านเจตคติ** ข้อ20. การปรับตัวด้านสังคมเป็นเรื่องที่นิสิตสามารถแก้ไขได้เองทุกเรื่อง

ปัจจัย	ระดับคะแนนเจตคติ						n	$\chi^2$	p value
	ดี		ปานกลาง		พอใช้				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
<b>ภาควิชาที่สังกัด</b>									
ปรีคลินิก	25	32.9	27	35.5	24	31.6	76	8.690	.013*
คลินิก	60	51.7	22	19.0	34	29.3	116		
<b>สถานภาพสมรส</b>									
โสด	17	34.0	20	40.0	13	26.0	50	7.561	.023
สมรส	68	47.9	29	20.4	45	31.7	142		
<b>จำนวนบุตร</b>									
ไม่มีบุตร	20	31.3	25	39.1	19	29.7	64	12.93	.044*
1 คน	14	45.2	9	29.0	8	25.8	31		
2 คน	31	53.4	9	15.5	18	31.0	58		
3 คน	20	51.3	6	15.4	13	33.3	39		
<b>ตำแหน่งทางวิชาการ</b>									
อาจารย์	11	30.6	10	27.8	15	41.7	36	15.659	.016*
ผู้ช่วยศาสตราจารย์	25	38.5	16	24.6	24	36.9	65		
รองศาสตราจารย์	36	48.0	22	29.3	17	22.7	75		
ศาสตราจารย์	13	81.3	1	6.3	2	12.5	16		

\*p<.05,\*\*p<.01

**ด้านเจตคติ** ข้อ8. การศึกษาคำสอนของศาสนาเป็นวิธีการแก้ไขปัญหามหาสมุทรทุกปัญหาได้ดี

ปัจจัย	ระดับคะแนนเจตคติ						n	$\chi^2$	p value
	ดี		ปานกลาง		พอใช้				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
<b>เพศ</b>								16.19	.000**
ชาย	35	34.0	37	35.9	31	30.1	103		
หญิง	23	25.8	56	62.9	10	11.2	89		
<b>จำนวนบุตร</b>								13.58	.035*
ไม่มีบุตร	10	15.6	35	54.7	19	29.7	64		
1 คน	12	38.7	15	48.4	4	12.9	31		
2 คน	25	43.1	23	39.7	10	17.2	58		
3 คน	11	28.2	20	51.3	8	20.5	39		
<b>ตำแหน่งทางวิชาการ</b>								13.22	.04*
อาจารย์	15	41.7	12	33.33	9	25.0	36		
ผู้ช่วยศาสตราจารย์	15	23.1	36	55.4	14	21.5	65		
รองศาสตราจารย์	19	25.35	38	50.7	18	24.0	75		
ศาสตราจารย์	9	56.3	7	43.8	-	-	16		
<b>การเข้าพบของนิสิต</b>								16.92	.002**
- ไม่เคยมาพบเลย	3	27.3	8	72.7	-	-	11		
- มาพบเพื่อให้เสนอข้อ ลงทะเบียนเท่านั้น	15	19.0	38	48.1	26	32.9	79		
- มาพบเพื่อปรึกษา เรื่องทั่วไป	40	39.2	47	46.1	15	14.7	102		

\*p<.05,\*\*p<.01

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



**ทักษะทางความคิด** ข้อ 12. โอนนิสิตที่มีปัญหาสุขภาพจิตให้ไปอยู่ในความดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาที่เป็นจิตแพทย์

ปัจจัย	ระดับคะแนนทักษะทางความคิด						n	$\chi^2$	p value
	ดี		ปานกลาง		พอใช้				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
<b>เพศ</b>								18.74	.000**
ชาย	55	53.4	26	25.2	22	21.4	103		
หญิง	32	36.0	49	55.1	8	9.0	89		
<b>อายุ</b>								9.97	.041*
30-39ปี	22	34.4	26	40.6	16	25.0	64		
40-49ปี	32	51.6	26	41.9	4	6.5	62		
50ปีขึ้นไป	33	50.0	23	34.8	10	15.2	66		
<b>สถานภาพสมรส</b>								20.37	.000**
โสด	9	18.0	29	58.0	12	24.0	50		
สมรส	78	54.9	46	32.4	18	12.7	142		
<b>จำนวนบุตร</b>								35.14	.000**
ไม่มีบุตร	10	15.6	40	62.5	14	21.9	64		
1 คน	19	61.3	8	25.8	4	12.9	31		
2 คน	33	56.9	17	29.3	8	13.8	58		
3 คน	25	64.1	10	25.6	4	10.3	39		
<b>อายุราชการ</b>								36.65	.000**
น้อยกว่า 5ปี	5	19.2	9	34.6	12	46.2	26		
5-10 ปี	21	42.9	24	49.0	4	8.2	49		
11-15 ปี	28	73.7	8	21.1	2	5.3	38		
16 ปีขึ้นไป	33	41.8	34	43.0	12	15.2	79		
<b>รวมเวลาที่ปรึกษา</b>								15.68	.016*
น้อยกว่า 3ปี	21	43.8	17	35.4	10	20.8	48		
3-6 ปี	34	37.4	39	42.9	18	19.8	91		
7-12 ปี	30	65.2	14	30.4	2	4.3	46		
13-18 ปี	2	28.6	5	71.4	-	-	7		
<b>การเข้าพบของนิสิต</b>								11.15	.025*
- ไม่เคยมาพบเลย	2	18.2	7	63.6	2	18.2	11		
- มาพบเพื่อให้เสนอข้อคิดเห็น	30	38.0	31	39.2	18	22.8	79		
- มาพบเพื่อปรึกษาเรื่องทั่วไป	55	53.9	37	36.3	10	9.8	102		

\*p&lt;.05,\*\*p&lt;.01

**ด้านทักษะทางความคิด** ข้อ 23. แจ้งให้อาจารย์ผู้สอนและเพื่อนนิสิตทราบว่านิสิตผู้นั้นมีปัญหาสุขภาพจิต

ปัจจัย	ระดับคะแนนทักษะทางความคิด						n	$\chi^2$	p value
	ดี		ปานกลาง		พอใช้				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
<b>วิชาชีพ</b>									
แพทย์	18	11.1	75	46.3	69	42.6	162	9.68	.008**
อาจารย์สาขาวิชาชีพอื่น	2	6.7	6	20.0	22	73.3	30		
<b>เพศ</b>									
ชาย	12	11.7	51	49.5	40	38.8	103	6.59	.037*
หญิง	8	9.0	30	33.7	51	57.3	89		
<b>สถานภาพสมรส</b>									
โสด	-	-	20	40.0	30	60.0	50	9.38	.009**
สมรส	20	40.1	61	43.0	61	43.0	142		
<b>จำนวนบุตร</b>									
ไม่มีบุตร	-	-	25	39.1	39	60.9	64	20.41	.002**
1 คน	3	9.7	16	51.6	12	38.7	31		
2 คน	9	15.5	20	34.5	29	50.0	58		
3 คน	8	20.5	20	51.3	11	28.2	39		
<b>อายุราชการ</b>									
น้อยกว่า 5ปี	4	15.4	12	46.2	10	38.5	26	12.64	.049*
5-10 ปี	4	8.2	15	30.6	30	61.2	49		
11-15 ปี	7	18.4	12	31.6	19	50.0	38		
16 ปีขึ้นไป	5	6.3	42	53.2	32	40.5	79		
<b>ตำแหน่งทางวิชาการ</b>									
อาจารย์	6	16.7	18	50.0	12	33.3	36	13.15	.041*
ผู้ช่วยศาสตราจารย์	2	3.1	23	35.4	40	61.5	65		
รองศาสตราจารย์	11	14.7	34	45.3	30	40.0	75		
ศาสตราจารย์	1	6.3	6	37.5	9	56.3	16		
<b>ปัญหาของนิสิตในความดูแล</b>									
ไม่มี	19	12.9	52	35.4	76	51.7	147	18.15	.001**
- มีปัญหา แต่ไม่เคยส่งพบจิตแพทย์	-	-	9	47.4	10	52.6	19		
- มีปัญหา และได้ส่งพบจิตแพทย์	1	3.8	20	76.9	5	19.2	26		

p<.05, \*\*p<.01

## แบบสอบถามงานวิจัยเรื่อง ความรู้ เจตคติ และทักษะทางความคิดของอาจารย์ที่ปรึกษา ต่อปัญหาสุขภาพจิตในนิสิตแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เรียน อาจารย์คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เนื่องด้วย ดิฉัน น.ส.พิณทอง ลิมพงศธร นิสิตหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้จัดทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ความรู้ เจตคติ และทักษะทางความคิดของอาจารย์ที่ปรึกษาต่อปัญหาสุขภาพจิตในนิสิตแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย” โดยมี รศ.นพ.อัมพล สุอำพัน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ดิฉันจึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน ในการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง การวิจัยนี้จะสำเร็จได้ด้วยความร่วมมือของท่าน คำตอบของท่านจะเก็บไว้เป็นความลับและเปิดเผยในรูปแบบผลรวมของการวิจัยเท่านั้น

ขอขอบคุณในความร่วมมือมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

ผู้ทำการวิจัย

ที่มาของรายชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา อ้างอิงจาก คำสั่งคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เรื่อง แต่งตั้งอาจารย์ที่ ปรึกษา นิสิต ตั้งแต่ ปีการศึกษา 2523 -2543 (เท่าที่มีบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร ณ หน่วยทะเบียน) รวมทั้งสิ้น 298 ท่าน

### คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้ประกอบด้วย 4 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 ความรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิตในนิสิตแพทย์

ตอนที่ 3 เจตคติต่อปัญหาสุขภาพจิตในนิสิตแพทย์

ตอนที่ 4 ทักษะทางความคิดต่อปัญหาสุขภาพจิตในนิสิตแพทย์

ตอนที่ 1 กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับข้อมูลของท่านหรือเติมคำตอบลงในช่องว่าง

ตอนที่ 2-4 กรุณาพิจารณาข้อความในแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

### \*หมายเหตุสำหรับจิตแพทย์

กรุณาตอบแบบสอบถามในฐานะที่ท่านเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตแพทย์

**ตอนที่1** ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย  ลงใน  ที่ตรงกับข้อมูลของท่าน หรือเติมคำตอบลงในช่องว่าง

1. ประเภทของภาควิชาที่สังกัด  ปรีคลินิก  คลินิก
2. สาขาวิชาชีพ  วิชาชีพแพทย์  อาจารย์สาขาวิชาชีพอื่น
3. เพศ  ชาย  หญิง
4. อายุ  น้อยกว่า 30 ปี  30-39 ปี  
 40-49 ปี  50ปี ขึ้นไป
5. สถานภาพสมรส  
 โสด  สมรส  ม่าย  หย่าร้าง  แยกกันอยู่
6. จำนวนบุตร  
 ไม่มีบุตร  1 คน  2 คน  3 คน  3 คนขึ้นไป
7. อายุราชการ  
 น้อยกว่า 5 ปี  5 -10 ปี  
 11-15 ปี  16 ปี ขึ้นไป
8. ช่วงเวลาที่เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา  
 ปัจจุบันเป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ชั้นปีของนิสิตในความดูแล ปีที่.....  
 อดีตเคยเป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ในปีการศึกษา.....
9. จำนวนครั้งที่ เป็น (หรือเคยเป็น) อาจารย์ที่ปรึกษานับรวมถึงครั้งปัจจุบัน (หรือครั้งสุดท้าย)  
 ครั้งแรก  2 ครั้ง  3 ครั้ง  
 4 ครั้ง  4 ครั้งขึ้นไป
10. รวมระยะเวลาที่เป็น(หรือเคยเป็น) อาจารย์ที่ปรึกษา (นับเฉพาะปีที่ปฏิบัติหน้าที่)  
 น้อยกว่า 3 ปี  3 – 6 ปี  7 - 12 ปี  
 13 -18 ปี  18 ปี ขึ้นไป
11. ตำแหน่งทางวิชาการปัจจุบัน  
 อาจารย์  ผู้ช่วยศาสตราจารย์  
 รองศาสตราจารย์  ศาสตราจารย์
12. ท่านเคยเข้าร่วมการสัมมนาเกี่ยวกับบทบาทอาจารย์ที่ปรึกษาหรือไม่  
 เคย  ไม่เคย
13. นิสิตในความดูแลของท่านมีปัญหาสุขภาพจิตหรือไม่  
 ไม่มี  
 มีปัญหาสุขภาพจิต แต่ไม่ได้ส่งพบจิตแพทย์  
 มีปัญหาสุขภาพจิตและได้ส่งพบจิตแพทย์

14. นิสิตในความดูแลของท่าน ส่วนใหญ่..

- ไม่เคยมาพบเลย
- มาพบเพื่อให้เซ็นต๋ชื่อในใบลงทะเบียนเท่านั้น
- มาพบเพื่อขอปรึกษาเรื่องทั่วไป
- เฉลี่ยปีละ.....ครั้ง
- มาคนเดียว       มาเป็นกลุ่ม
- .....

## ตอนที่ 2 ความรู้ต่อปัญหาสุขภาพจิต

คำชี้แจง พิจารณาข้อความต่อไปนี้ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1. สุขภาพจิต มีสาระสำคัญมุ่งเน้นถึงสภาวะที่ประชาชนไม่ป่วยเป็นโรคจิต		
2. ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นแสดงออกโดยมีอาการหงุดหงิด ฉุนเฉียวร้องไห้ง่าย		
3. การจะช่วยเหลือนิสิตที่มีปัญหาสุขภาพจิตต้องสร้างความไว้วางใจก่อน		
4. เมื่อนิสิตมีปัญหาทางสุขภาพจิต เป็นหน้าที่ของอาจารย์ที่ปรึกษาที่ต้องช่วยเหลือ		
5. ผู้หญิงมักมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้ชาย		
6. สุขภาพจิตของนิสิตสังเกตได้จากพฤติกรรม อารมณ์ และ ความคิด ที่นิสิตแสดงออกต่อสภาวะแวดล้อม		
7. หากผู้ปกครองไม่ให้ความร่วมมือ จะไม่สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตของนิสิตได้เลย		
8. หน้าที่หลักของอาจารย์ที่ปรึกษาคือให้คำแนะนำเรื่องการเรียน		
9. การปรับตัวในวัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต		
10. นิสิตที่มักจะมีปัญหาความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นน่าจะเป็นผู้มีปัญหาสุขภาพจิต		
11. ปัญหาสุขภาพจิตสามารถติดต่อจากนิสิตคนหนึ่งไปสู่บุคคลรอบข้างได้		
12. การรักษาด้วยยาเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการรักษาโรคซึมเศร้า		
13. อาจารย์ที่ปรึกษาช่วยเหลือนิสิตที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้โดยการรับฟังปัญหา พูดคุยให้กำลังใจ		
14. ลักษณะการเรียนการสอนวิชาแพทยศาสตร์ เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตได้		
15. อาการวิตกกังวลอาจแสดงออกมาเป็นอาการทางกายได้เช่น ปวดหัว ปวดท้อง เหงื่อออกมาก กระสับกระส่าย ใจสั่น เป็นต้น		
16. อาจารย์ที่ปรึกษาไม่ได้มีหน้าที่รับฟังความทุกข์ร้อนทางด้านจิตใจและสังคมของนิสิต		
17. ผลการเรียนที่ลดลงเป็นสิ่งที่ทำให้สังเกตได้ว่านิสิตอาจจะมีปัญหาสุขภาพจิต		
18. นิสิตที่มีภาวะซึมเศร้า สังเกตได้จากอารมณ์เศร้าหมอง เบื่อหน่าย ไม่มีความสุข		

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
19. ปัญหาสุขภาพจิตส่วนใหญ่สามารถแก้ไขได้โดยการพึ่งศาสนา		
20. การดูแลสุขภาพจิตของนิสิตเป็นหน้าที่โดยตรงของอาจารย์ที่ปรึกษา		
21. ความอ่อนแอของจิตใจเป็นสาเหตุหลักของการเกิดโรคซึมเศร้า		
22. นิสิตที่มักจะตรวจสิ่งที่ทำไปซ้ำแล้วซ้ำอีกบ่อยเกินปกติ น่าจะมีปัญหาสุขภาพจิต		
23. โรคซึมเศร้าสามารถรักษาให้หายได้		
24. อาจารย์ที่ปรึกษาต้องส่งต่อจิตแพทย์ทุกราย เมื่อพบว่านิสิตมีปัญหาสุขภาพจิต		
25. สุขภาพจิตหมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุข มีความสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ สามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมสิ่งแวดล้อมได้ดี ไม่เพียงแต่ปราศจากโรคทางจิตเวชเท่านั้น		
26. อาการซึมเศร้าอย่างรุนแรงสามารถรักษาได้โดยใช้ไฟฟ้ากระตุ้น(หรือการช็อคไฟฟ้า)		
27. ปัญหาสุขภาพจิตจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชเท่านั้น		
28. อาจารย์ที่ปรึกษามีหน้าที่ดูแลนิสิต ทั้งด้านการเรียน สุขภาพกาย และสุขภาพจิต		
29. ปัญหาทางเศรษฐกิจของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของนิสิต		
30. นิสิตที่มีความคิด ความเชื่อแปลกๆที่ไม่สอดคล้องกับความจริง แสดงว่ามีปัญหาสุขภาพจิต		
31. ปัญหาสุขภาพจิตรักษาได้โดยการให้ยาเท่านั้น		
32. อาการวิตกกังวลเกิดขึ้นได้จาก พื้นฐานอารมณ์ที่ช่างกังวล และสภาพกดดันจากสิ่งแวดล้อม		
33. นิสิตที่ชอบแยกตัวอยู่คนเดียว ไม่เข้ากลุ่มกับเพื่อน ถือเป็นนิสัยส่วนตัว ไม่ถือว่าเป็นความผิดปกติ		
34. วิธีการรักษาอาการย้ำคิดย้ำทำที่ได้ผลดีคือการใช้พฤติกรรมบำบัดร่วมกับการใช้ยา		
35. ครอบครัวมีความสำคัญต่อสุขภาพจิตของนิสิต		
36. ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของภาวะซึมเศร้าคือการฆ่าตัวตาย		
37. ปัญหาทางสุขภาพจิตจำเป็นต้องรักษาโดยจิตแพทย์เท่านั้น		

### ตอนที่ 3 เจตคติต่อปัญหาสุขภาพจิต

คำชี้แจง พิจารณาข้อความต่อไปนี้แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. สุขภาพกายและสุขภาพจิตของนิสิต มีความสำคัญเท่าเทียมกัน					
2. การส่งนิสิตไปพบจิตแพทย์เป็นการทำให้นิสิตเสียประวัติ					
3. การให้การปรึกษาแก่นิสิตเป็นภาระหนักของอาจารย์ที่ปรึกษา					



ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
4. นิสิตที่มีปัญหาสุขภาพจิตไม่ว่าเรื่องใดก็ตาม ไม่ควรเรียนแพทย์					
5. การส่งนิสิตไปพบจิตแพทย์เป็นทางเลือกสุดท้ายในการรักษา					
6. เมื่อนิสิตมีปัญหาสุขภาพจิต อาจารย์ที่ปรึกษาควรขอคำแนะนำจากจิตแพทย์					
7. นิสิตที่มีปัญหามาปรึกษาบ่อยๆเป็นคนที่น่ารำคาญ					
8. การศึกษาคำสอนของศาสนา เป็นวิธีที่แก้ไขปัญหาสุขภาพจิตทุกปัญหาได้ดี					
9. อาจารย์ที่ปรึกษาทุกคนเป็นผู้มีความสามารถ ไม่จำเป็นต้องอบรมเทคนิคการให้การปรึกษา					
10. ปัญหาสุขภาพจิตไม่ว่าเรื่องใด ถือว่าเป็นเรื่องสำคัญ					
11. การรักษาโดยใช้ยาทางจิตเวช เป็นผลเสียแก่นิสิตมากกว่าผลดี					
12. อาจารย์ที่ปรึกษาไม่ควรยุ่งเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตของนิสิต เพราะเป็นเรื่องยุ่งยาก					
13. ปัญหาส่วนมากที่นิสิตนำมาปรึกษามักไม่ใช่ปัญหาสำคัญ เป็นเพียงความกังวลใจไปเอง					
14. การรักษาปัญหาสุขภาพจิตที่ดีที่สุดคือการใช้ยาเท่านั้น					
15. อาจารย์ที่ปรึกษาควรดูแลนิสิตที่มีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่านิสิตคนอื่นๆ					
16. เมื่อเทียบกับปัญหาการเรียนแล้วปัญหาสุขภาพจิตของนิสิตไม่ใช่เรื่องสำคัญนัก					
17. อาจารย์ที่ปรึกษาไม่สามารถช่วยเหลือนิสิตที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้เลย					
18. ปัญหาสุขภาพจิตทั้งหมด แม้แต่จิตแพทย์ก็รักษาไม่หาย					
19. หน้าที่ของอาจารย์ที่ปรึกษาด้านปัญหาสุขภาพจิตของนิสิตเป็นเรื่องท้าทายความสามารถ					
20. ปัญหาการปรับตัวด้านสังคมเป็นเรื่องที่นิสิตสามารถแก้ไขได้เองทุกอย่าง					
21. การรักษาปัญหาสุขภาพจิตเป็นการเสียเวลา เพราะรักษาไม่หาย					
22. การจัดอบรมอาจารย์ที่ปรึกษาเป็นการสิ้นเปลืองและเสียเวลามากกว่าได้ประโยชน์					
23. อาจารย์ที่ปรึกษาควรจะรับฟังปัญหาทุกๆเรื่องของนิสิต					

ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
24. อาจารย์ที่ปรึกษาสามารถช่วยเหลือนิสิตได้ทุกเรื่องโดยไม่จำเป็นต้องส่งไปพบจิตแพทย์					
25. นิสิตแพทย์ทุกคนเป็นคนเก่ง มีศักยภาพในการแก้ปัญหาต่างๆ ที่เผชิญอยู่ด้วยตนเองได้					
26. การดูแลนิสิตทางด้านสุขภาพจิตถือเป็นหน้าที่ที่สำคัญ					
27. การที่นิสิตพูดถึงเรื่องฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่แล้วเป็นการเรียกร้องความสนใจ ไม่มีเจตนาที่จะทำจริง					
28. การรักษาอย่างต่อเนื่องจะทำให้ปัญหาสุขภาพจิตทุเลาลงได้					

#### ตอนที่ 4 ทักษะทางความคิดต่อปัญหาสุขภาพจิต

คำชี้แจง พิจารณาข้อความต่อไปนี้ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ท่านคิดว่า อาจารย์ที่ปรึกษาควรที่จะ...	ควรทำอย่างยิ่ง	ควรทำ	ไม่แน่ใจ	ไม่ควรทำ	ไม่ควรทำอย่างยิ่ง
1. แนะนำเรื่องการคบเพื่อน การปรับตัวให้แก่นิสิตในความดูแล					
2. นัดพบนิสิตในความดูแลอย่างไม่เป็นทางการในโอกาสพิเศษ					
3. ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในปัญหาที่ไม่ชำนาญ					
4. แนะนำการพัฒนาบุคลิกภาพที่เหมาะสมกับวิชาชีพ					
5. พูดคุยถึงสาเหตุและให้คำแนะนำแก่นิสิตที่มีปัญหาการเรียน					
6. ชี้ให้นิสิตเห็นถึงปัญหา ความจำเป็น และประโยชน์ที่นิสิตจะได้รับ ก่อนแนะนำให้ไปพบจิตแพทย์					
7. หลีกเลี่ยงการยุ่งเกี่ยวกับเรื่องส่วนตัวที่เป็นปัญหาของนิสิต					
8. สอบถามพฤติกรรมของนิสิตในความดูแลจากเพื่อนนิสิต					
9. ต้องส่งพบผู้เชี่ยวชาญทันที เมื่อนิสิตมีความคิดทำร้ายตัวเอง หรือจะกระทำการที่เป็นอันตรายต่อผู้อื่น					
10. แนะนำแหล่งทุนการศึกษาให้แก่นิสิต					
11. พูดคุยสอบถามเรื่องต่างๆของนิสิตโดยไม่เน้นเรื่องวิชาการอย่างเดียว					
12. โอนนิสิตที่มีปัญหาสุขภาพจิตให้ไปอยู่ในความดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาที่เป็นจิตแพทย์					

ท่านคิดว่า อาจารย์ที่ปรึกษาควรที่จะ...	ควรทำ อย่าง ยิ่ง	ควรทำ	ไม่แน่ ใจ	ไม่ควร ทำ	ไม่ควร ทำ อย่าง ยิ่ง
13. เข้าร่วมอบรมเกี่ยวกับการเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาทุกครั้งที่มีโอกาส					
14. นัดพบนิสิตทุกคนอย่างสม่ำเสมอเพื่อสังเกตพฤติกรรม					
15. แจ้งให้ผู้ปกครองของนิสิตที่มีปัญหาสุขภาพจิตทราบ เพื่อขอ ความร่วมมือในการรักษา					
16. แนะนำวิธีการผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสม					
17. แบ่งเวลาการทำงานบริการผู้ปวย งานวิชาการ และการดูแล นิสิตในความดูแลเท่าๆกัน					
18. ติดตามดูแลนิสิตที่มีปัญหาสุขภาพจิตอย่างใกล้ชิดด้วยตนเอง					
19. หาความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการของปัญหาสุขภาพจิตต่างๆ					
20. เรียกพบนิสิตเพื่อรับทราบผลการเรียนของนิสิตเท่านั้น					
21. ติดต่อจิตแพทย์ไว้ล่วงหน้า และจำเป็นต้องพานิสิตไปพบด้วยตนเอง					
22. ศึกษาทำความเข้าใจธรรมชาติของนิสิตซึ่งอยู่ในวัยรุ่นตอนปลาย					
23. แจ้งให้อาจารย์ผู้สอนวิชาต่างๆและเพื่อนนิสิตทราบว่า นิสิตผู้ นั้นมีปัญหาสุขภาพจิต					
24. เป็นผู้ฟังมากกว่าผู้พูด					
25. พุดคุยให้นิสิตคลายความกังวลใจ เมื่อมาปรึกษาเรื่องส่วนตัว					
26. สร้างบรรยากาศที่อบอุ่นและเป็นกันเองเมื่อนิสิตเข้าพบ					
27. จ่ายยาต้านเศร้าให้แก่นิสิต เมื่อเห็นว่านิสิตซึมเศร้ามาก					
28. ปลุกฝังจรรยาบรรณในวิชาชีพให้แก่นิสิต					
29. ให้ความสนิทสนมกับนิสิตในความดูแล					
30. ส่งนิสิตที่มีปัญหาสุขภาพจิตให้พบจิตแพทย์ เพื่อยุติหน้าที่ใน การดูแลนิสิตคนนั้นๆ					

.....



## ประวัติผู้วิจัย

นางสาวพิณทอง ลี้มพงศธร เกิดเมื่อวันที่ 9 ธันวาคม พ.ศ. 2521 ที่กรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาปริญญาตรีศิลปศาสตรบัณฑิต สาขาจิตวิทยา (เกียรตินิยมอันดับ1) จากมหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร์ ในปีการศึกษา 2541 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา สุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อ พ.ศ. 2542



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย