

ทัศนคติต่อการรับบริการทางสุขภาพจิตของนิสิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2563

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Attitudes toward Mental Health Service of Medical Students, Faculty of Medicine,
Chulalongkorn University



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 2020

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ทัศนคติต่อการรับบริการทางสุขภาพจิตของนิสิต คณะ

แพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โดย

นายเหิร ประสานเกลียว

สาขาวิชา

สุขภาพจิต

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ณัฏฐร พิทยรัตน์เสถียร

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของ
การศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

..... คณะบดีคณะแพทยศาสตร์
(นายแพทย์สุทธิพงษ์ วิชรัสสินธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปิติพร)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ณัฏฐร พิทยรัตน์เสถียร)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สมชาย ธนวัฒนาเจริญ)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์อัมพล สุอำพัน)

เหิร ประสานเกลียว : ทศนคติต่อการรับบริการทางสุขภาพจิตของนิสิต คณะแพทยศาสตร์
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (Attitudes toward Mental Health Service of Medical
 Students, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University) อ.ที่ปรึกษาหลัก : ผศ. นพ. ภัทร
 พิทยรัตน์เสถียร

นิสิตแพทย์เป็นกลุ่มประชากรที่เป็นกำลังขับเคลื่อนกระบวนการสาธารณสุขไทยในอนาคต ทศนคติต่อการรับบริการทางสุขภาพจิต เป็นรากฐานสำคัญต่อสุขภาวะที่ดีของนิสิตแพทย์ที่ต้องเผชิญกับความกดดันจากการเรียนการทำงาน ดังนั้น วัตถุประสงค์ของงานวิจัย เพื่อศึกษาทศนคติต่อการรับบริการทางสุขภาพจิต เพื่อเปรียบเทียบทศนคติต่อการรับบริการทางสุขภาพจิต เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทศนคติต่อการรับบริการทางสุขภาพจิต และเพื่อสร้างสมการพยากรณ์ทศนคติต่อการรับบริการทางสุขภาพจิตของนิสิตคณะแพทยศาสตร์ การวิจัยนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เก็บข้อมูลกับ กลุ่มตัวอย่างนิสิตชั้นปีที่ 1 ถึง 6 ที่มีสภาพนิสิตในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาฯ จำนวน 362 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามแบบ Likert scale 5 ระดับ ประกอบด้วย แบบสอบถามพฤติกรรมทางเลือกเข้ารับบริการทางสุขภาพจิต แบบสอบถามวัดแรงจูงใจในการเรียนแพทย์ แบบวัดกลวิธีการเผชิญความเครียดเชิงรุก แบบประเมินทศนคติต่อการรับบริการทางสุขภาพจิต สถิติที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน t-test การวิเคราะห์การแปรปรวน ค่าสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย พบว่า ทศนคติต่อการรับบริการทางสุขภาพจิตมีค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.55 – 2.78 ทศนคติต่อการรับบริการทางสุขภาพจิตมีความแตกต่างกันตัวแปร เพศ ชั้นปี ความเพียงพอของรายได้ บุคคลในครอบครัวเป็นผู้ป่วยจิตเวช บุคคลที่รู้จักเป็นผู้ป่วยจิตเวช การออกกำลังกาย เวลาพักผ่อนโดยเฉลี่ยต่อวัน และการมีโรคประจำตัวและ แหล่งให้บริการทางสุขภาพจิต ทศนคติต่อการรับบริการทางสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับ ปัจจัยส่วนบุคคล แรงจูงใจในการเรียนแพทย์ กลวิธีการเผชิญความเครียดเชิงรุก พฤติกรรมการเลือกเข้ารับบริการทางสุขภาพจิต และสมการการถดถอย ได้แก่

การเปิดรับทางจิตใจ = $1.15 + 0.313$ กลวิธีการเผชิญความเครียดเชิงรุก - 0.26 เพศ - 0.322 บุคคลในครอบครัวเป็นผู้ป่วยจิตเวช + 0.187 การเตรียมความพร้อม - 0.240 เกรดเฉลี่ย - 0.214 พฤติกรรมการเลือกเข้ารับบริการทางสุขภาพจิต - 0.110 ความมั่นคง

สาขาวิชา	สุขภาพจิต	ลายมือชื่อนิสิต
ปีการศึกษา	2563	ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

6074045130 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEYWORD: Attitude, Medical Student, Medical Education, Mental Health Service

Hern Prasarnkleo : Attitudes toward Mental Health Service of Medical Students, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University. Advisor: Asst. Prof. NUTTORN PITAYARATSTIAN, M.D.

Attitudes toward mental health service (ATHMS) are one of the roots of physician well-being. Because medical students, an apprentice of human service, are typically collided with among academic achievements, high-stake situations. Thus, an insight into these attitudes, creating congruent milestones on the profession's pathways throughout the program and beyond. The objectives of this study were to examine ATHMS of medical students, and to examines the underlying factors representing three components of ATHMS. A total of 462 samples are taken into a cross-sectional descriptive study was conducted by using samples from the freshmen to the 6th year students currently enrolled in the Doctor of Medicine program (MD), Chulalongkorn University. Data were collected by questionnaires consisting of choices of mental health service, the Thai version of Inventory of Attitudes toward Seeking Mental Health Service (IASHMS), the Thai version of Proactive Coping Inventory (PCI), and the Thai version of Strength of Motivation for Medical School Revised (SMMS-R). The findings were analyzed using descriptive and inferential statistics.

The average result of ATHMS is between 1.55 -2.78. The relevant factors from variance analysis (ANOVA) and t-test are genders, college years, sufficient income, psychic dependents in the family, psychic acquaintances, exercise activities, average length of sleep, congenital diseases and choices of mental health service. ATHMS have correlations with personal backgrounds, motivation for medical school, proactive coping strategies and choices of mental health service. In the final, multiple linear regression of psychological openness is shown as follows:

Psychological openness = 1.415 + 0.313 proactive coping strategies -0.268 gender -0.322 psychic dependents in the family + 0.187 preparation -0.240 GPA -0.214 choices of mental health service -0.110 stability

Field of Study: Mental Health

Student's Signature

Academic Year: 2020

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ บุคคล สอง คน ที่สำคัญที่สุด นั่นคือ คุณแม่และน้องสาวที่สนับสนุนให้กำลังใจ ให้เวลาและโอกาสในการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมในสิ่งที่สนใจ เพื่อพัฒนาตนเอง และสามารถพัฒนา ศักยภาพเพื่อช่วยเหลือคนอื่นและสังคมต่อไป

ยิ่งไปกว่านั้น ผู้วิจัยขอขอบคุณคณาจารย์ในภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้ง 3 ท่าน ได้แก่ ผศ. นพ. ภัทร พิทยรัตน์ เสถียร ผู้เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผศ. นพ. ภูชงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์ และ อ. ดร. นพ. ชาวิท ดันวีระชัยสกุล รวมถึง อ.นพ. สรวิต วิทยนิษฐพงษ์ สำหรับ ความช่วยเหลือในการประสานงานกับนิสิตแพทย์ ในช่วงการเก็บข้อมูล และหัวหน้านิสิตแพทย์ในชั้นปีต่างๆ และที่ขาดไม่ได้คือ ทีมธุรการภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ได้แก่ เฟิร์น ผู้เป็นขุมพลัง ที่ช่วยสนับสนุนในทุกๆ ด้าน รวมถึง พีพร พีบุ เนส กิ๊พ ด้วย สำหรับการประสานงานที่ยอดเยี่ยม

สำหรับเรื่องแบบสอบถาม ผู้วิจัยขอขอบคุณ ดร. อาทิตย์ เจียมรัตตัญญู, นาย ฐิติวัฒน์ ชื่นปิ่นเกลียว, ดร. อรพรรณ ตาทา, ผศ. ดร. ญัฐวดี อรินทร์, และ Prof. Corey Mackenzie และในเรื่องขั้นตอนการทำวิทยานิพนธ์ต่างๆ นอกจากนี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณ อ.พญ. ปรีชวัน จันทศิริ และ ผศ. นพ. ภูชงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์ อีกครั้ง ที่เปิดโอกาสให้สนิทกับอาจารย์ได้เรียนรู้ไปพร้อมๆ กัน บรรยากาศในชั้นเรียนของอาจารย์ มีลักษณะพิเศษ ที่ส่งเสริมบรรยากาศการเรียนรู้ที่ไม่ได้มีแค่เพียงในตำราเท่านั้น หากแต่เป็นกระบวนการ การศึกษาที่เชื่อมโยงไปสู่สาระสำคัญของในชีวิตมนุษย์ทุกคนที่มีคุณค่าและความหมาย และขอขอบคุณ เพื่อนๆ ในรุ่นทุกคน ที่ร่วมกันแสดงทัศนะเป็นประโยชน์ระหว่างการเรียนรู้ในรายวิชา และกิจกรรมนอกหลักสูตรต่างๆ โดยเฉพาะ วิน เนย เด่น ภา ลูกนัท บิว เจมส์ รัตนลิน นิก เมย์ และ แป้ง ที่ช่วยเหลือเรื่องงานวิจัยและงานกลุ่มต่างๆ รวมถึง บี ดิว มโน ที่ช่วยเหลือในขั้นตอน iThesis ท้ายที่สุดนี้ ขอขอบคุณตัวเองที่ พากาย พาใจของเรามาอยู่ที่แห่งนี้ อันเป็นแหล่งบ่มเพาะ เป็นเสมือนจุดเริ่มต้นการสำรวจเส้นทางในการเดินทางภายในที่ไม่เคยได้คิดฝันหรือจินตนาการมาก่อน ดังนั้นการเลือกเรียนสาขาสุขาภาพจิต ที่คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จึงเป็นการตัดสินใจหนึ่ง ในการตัดสินใจที่ดีที่สุดในชีวิต

เทียร ประสานเกลียว



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญ

	หน้า
.....	ค
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ช
สารบัญภาพ.....	ฅ
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญแผนภูมิ.....	ฎ
บทที่ 1	1
บทนำ.....	1
ความสำคัญและที่มาของปัญหา (Background and rationale).....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objectives).....	2
คำถามของการวิจัย (Research questions).....	3
กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual framework).....	3
ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption).....	4
คำสำคัญ (Keywords).....	4
การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการ (Operation definition)	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (Expected or anticipated benefit).....	5
บทที่ 2	6
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	6

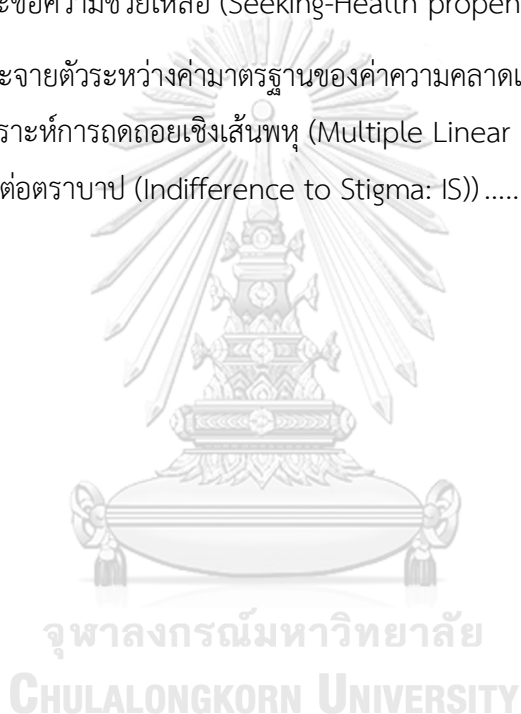
แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิต.....	6
งานสุขภาพจิตทางในงานด้านสาธารณสุข.....	6
แนวคิดเกี่ยวกับการบริการทางสุขภาพจิต.....	7
แนวคิดงานบริการสุขภาพจิตในมุมมองด้านสาธารณสุขศาสตร์.....	9
แนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติ.....	9
ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติ.....	9
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
บทที่ 3.....	13
วิธีดำเนินการวิจัย.....	13
รูปแบบการวิจัย (Research design).....	13
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and sample).....	13
เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (Selective criteria).....	13
ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample size).....	14
วิธีการสุ่มตัวอย่าง (Sampling technique).....	15
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	15
การรวบรวมข้อมูล (Data collection).....	21
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้วิเคราะห์ (Data analysis and statistics).....	22
บทที่ 4.....	23
ผลการศึกษา.....	23
ตอนที่ 1 ข้อมูลจำแนกตามลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	24
ตอนที่ 2 การแจกแจงระดับทัศนคติต่อการรับบริการทางสุขภาพจิต.....	31
ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (t-test) และการวิเคราะห์ความแปรปรวน (ANOVA) เพื่อหาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อองค์ประกอบแต่ละด้านของทัศนคติต่อการรับบริการทางสุขภาพจิต.....	34

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (Correlation) เพื่อหาตัวแปรที่สัมพันธ์กับ ขององค์ประกอบ แต่ละด้านของทัศนคติต่อการรับบริการทางสุขภาพจิต.....	48
บทที่ 5	30
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	30
อภิปรายผลการวิจัย.....	38
นิติตคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีทัศนคติต่อการเข้ารับบริการทางสุขภาพจิต เป็นอย่างไร.....	38
ข้อได้เปรียบของการวิจัยในครั้งนี้.....	42
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	44
ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยและการนำไปประยุกต์ใช้ในอนาคต	45
บรรณานุกรม.....	49
ประวัติผู้เขียน.....	19



สารบัญภาพ

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย	3
ภาพที่ 2 กราฟการกระจายตัวระหว่างค่ามาตรฐานของค่าความคลาดเคลื่อน กับ ค่ามาตรฐานของค่าทำนายของการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุ (Multiple Linear Regression) ระหว่างตัวแปรอิสระและการเปิดกว้างทางจิตใจ (Psychological openness: PO).....	17
ภาพที่ 3 กราฟการกระจายตัวระหว่างค่ามาตรฐานของค่าความคลาดเคลื่อน กับ ค่ามาตรฐานของค่าทำนายของการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุ (Multiple Linear Regression) ระหว่างตัวแปรอิสระและแนวโน้มที่จะขอความช่วยเหลือ (Seeking-Health propensity: HSP).....	21
ภาพที่ 4 กราฟการกระจายตัวระหว่างค่ามาตรฐานของค่าความคลาดเคลื่อน กับ ค่ามาตรฐานของค่าทำนายของการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุ (Multiple Linear Regression) ระหว่างตัวแปรอิสระและความอดทนต่อตราบาป (Indifference to Stigma: IS)	26



สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 จำนวนการสู่มตัวอย่างชนิดแพทย์แต่ละชั้นปี.....	15
ตารางที่ 2 เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามทางบวกและทางลบของมาตรวัดแรงจูงใจในการเรียนแพทย์	16
ตารางที่ 3 เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำตอบแบบประเมินทัศนคติต่อการรับบริการทางสุขภาพจิต....	20
ตารางที่ 4 เกณฑ์การแบ่งระดับทัศนคติการรับบริการทางสุขภาพจิตจากแต่ละช่วงของคะแนนเฉลี่ยที่ ได้.....	21
ตารางที่ 5 ตารางแสดงข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ.....	24
ตารางที่ 6 ตารางแสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (t-test) คะแนนองค์ประกอบแรงจูงใจในการเรียนแพทย์ และ กลวิธีการเผชิญความเครียดเชิงรุกของ กลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ.....	28
ตารางที่ 7 ตารางแสดงการแจกแจงความถี่และร้อยละ ของทัศนคติต่อการรับบริการทางสุขภาพจิต ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ.....	31
ตารางที่ 8 ตารางแสดงการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย และการวิเคราะห์ความแปรปรวนของ ปัจจัยต่างๆ กับการเปิดรับทางจิตใจของกลุ่มตัวอย่าง.....	34
ตารางที่ 9 ตารางแสดงความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (Mean difference) จากการวิเคราะห์ความ แตกต่างของค่าเฉลี่ย (t-test) และการทดสอบภายหลัง (Post Hoc Test) ด้วยการเปรียบเทียบรายคู่ (Pairwise comparison).....	37
ตารางที่ 10 ตารางแสดงการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย และการวิเคราะห์ความแปรปรวน ของปัจจัยต่างๆ กับแนวทางการแสวงหาความช่วยเหลือของกลุ่มตัวอย่าง.....	38
ตารางที่ 11 ตารางแสดงความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (Mean difference) จากการวิเคราะห์ความ แตกต่างของค่าเฉลี่ย (t-test) และการทดสอบภายหลัง (Post Hoc Test) ด้วยการเปรียบเทียบรายคู่ (Pairwise comparison).....	41
ตารางที่ 12 ตารางแสดงการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย และการวิเคราะห์ความแปรปรวน ของปัจจัยต่างๆ กับความอดทนต่อตราบาปของกลุ่มตัวอย่าง.....	43

ตารางที่ 13 ของค่าเฉลี่ย (Mean difference) จากการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (t-test) และการทดสอบภายหลัง (Post Hoc Test) 13 ตารางแสดงความแตกต่างด้วยการเปรียบเทียบรายคู่ (Pairwise comparison).....	46
ตารางที่ 14 ตารางแสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับองค์ประกอบแต่ละด้านของทัศนคติต่อการรับบริการทางสุขภาพจิต	50
ตารางที่ 15 ตารางแสดงการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุ (Multiple Linear Regression) ระหว่างตัวแปรอิสระและการเปิดกว้างทางจิตใจ (Psychological openness: PO).....	16
ตารางที่ 16 ตารางแสดงค่าเฉลี่ย และการทดสอบการกระจายตัวแบบปกติ ของค่าความคลาดเคลื่อน (Unstandardized Residual) ของการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุ (Multiple Linear Regression) ระหว่างตัวแปรอิสระและการเปิดกว้างทางจิตใจ (Psychological openness: PO) .	16
ตารางที่ 17 ตารางแสดงการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุ (Multiple Linear Regression) ระหว่างตัวแปรอิสระและแนวโน้มที่จะขอความช่วยเหลือ (Seeking-Health propensity: HSP) ...	20
ตารางที่ 18 ตารางแสดงค่าเฉลี่ย และการทดสอบการกระจายตัวแบบปกติ ของค่าความคลาดเคลื่อน (Unstandardized Residual) ของการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุ (Multiple Linear Regression) ระหว่างตัวแปรอิสระและแนวโน้มที่จะขอความช่วยเหลือ (Seeking-Health propensity: HSP).....	21
ตารางที่ 19 ตารางแสดงการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุ (Multiple Linear Regression) ระหว่างตัวแปรอิสระและความอดทนต่อตราบาป (Indifference to Stigma: IS).....	25
ตารางที่ 20 ตารางแสดงค่าเฉลี่ย และการทดสอบการกระจายตัวแบบปกติ ของค่าความคลาดเคลื่อน (Unstandardized Residual) ของการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุ (Multiple Linear Regression) ระหว่างตัวแปรอิสระและความอดทนต่อตราบาป (Indifference to Stigma: IS))....	26
ตารางที่ 21 ตารางสรุปปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลต่าง ๆ ที่ทำให้ค่าเฉลี่ยขององค์ประกอบแต่ละด้านของทัศนคติต่อการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ.....	34
ตารางที่ 22 ตารางแสดงสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปรอิสระและองค์ประกอบแต่ละด้านของทัศนคติต่อการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิต	35
ตารางที่ 23 ตารางสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุ (p-value) ของตัวแปรอิสระในสมการถดถอยพหุของแต่ละองค์ประกอบ	37

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่ 1 กราฟการกระจายตัวระหว่างค่ามาตรฐานของค่าความคลาดเคลื่อน กับ ค่ามาตรฐาน
 ของค่าทำนายของการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุ (Multiple Linear Regression) ระหว่างตัว
 แปรอิสระและการเปิดกว้างทางจิตใจ (Psychological openness: PO)..... 17

แผนภูมิที่ 2 กราฟการกระจายตัวระหว่างค่ามาตรฐานของค่าความคลาดเคลื่อน กับ ค่ามาตรฐาน
 ของค่าทำนายของการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุ (Multiple Linear Regression) ระหว่างตัว
 แปรอิสระและแนวโน้มที่จะขอความช่วยเหลือ (Seeking-Health propensity: HSP)..... 21

แผนภูมิที่ 3 กราฟการกระจายตัวระหว่างค่ามาตรฐานของค่าความคลาดเคลื่อน กับ ค่ามาตรฐาน
 ของค่าทำนายของการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุ (Multiple Linear Regression) ระหว่างตัว
 แปรอิสระและความอดทนต่อตราบาป (Indifference to Stigma: IS)) 26



บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและที่มาของปัญหา (Background and rationale)

องค์การอนามัยโลก(WHO) ได้ประมาณค่าตัวเลขประชากรที่ต้องประสบปัญหาทางสุขภาพจิตทั่วโลก นั้น มีประมาณ 450 ล้านคน ดังนั้นปัญหาทางสุขภาพจิตจึงไม่ใช่ปัญหาเฉพาะกลุ่มสังคมใดสังคมหนึ่งอีกต่อไป นอกจากนี้ยังได้คาดการณ์ล่วงหน้าอีกว่า ในปีคริสตศักราช 2020 หรืออีก 2 ปีข้างหน้า วิกฤติทางจิตเวช โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า นั้นจะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับสองของประชากรโลก รองจากอันดับหนึ่งคือ โรคหัวใจและหลอดเลือด ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการบริการทางสุขภาพจิตจึงจำเป็นต้องช่วยกันเร่งสร้างวาระ(Agenda) เพื่อส่งเสริมให้เกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพจิต(1)

นอกจากนี้อุบัติการณ์ของความป่วยทางจิตชั่วชีวิต (The lifetime prevalence of mental illness) ในทวีปต่าง ๆ ทั่วโลก ในทวีปอเมริกาเหนือมีความชุกประมาณ 30% .ในประเทศออสเตรเลียมีความชุกประมาณ 20% .ในประเทศนิวซีแลนด์มีความชุกเกือบจะ 40% ส่วนในประเทศไทยจากรายงานการสำรวจทางระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ. 2556 โดยกรมสุขภาพจิตมีความชุก 30.8 % และรายละเอียดเพิ่มเติมคือความชุกในรอบ 12 เดือน เท่ากับ 13.4% จากข้อมูลดังกล่าว ยิ่งตอกย้ำความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพจิต(2)

การส่งเสริมสุขภาพจิต(Mental Health Promotion) นั้นมักจะอ้างถึงในอีกชื่อหนึ่งว่าสุขภาพจิตเชิงบวก(Positive Mental Health) ซึ่งให้ความสำคัญเรื่องสุขภาพจิตในฐานะของทรัพยากร(a resource) ที่มีคุณค่าในตัวเอง และเป็นสิทธิพื้นฐานของมนุษย์ที่มีความจำเป็นต่อการพัฒนาทางสังคมและเศรษฐกิจ การส่งเสริมทางสุขภาพจิต มีความมุ่งหมายในการสร้างผลกระทบเชิงบวกในด้านสุขภาพจิต รวมทั้งส่งเสริมสุขภาพทางจิต (Mental Well-being) และเพื่อลดช่องว่างของอายุขัยทางสุขภาพ (Health Expectancy) ระหว่างประเทศต่าง ๆ ให้แคบลง(3) ดังนั้นการบริการทางสุขภาพจิต (Mental Health Service) จึงเป็นหนึ่งในปัจจัยที่สำคัญในการส่งเสริมภาวะสุขภาพจิตที่ดีของประชาคมโลก

แต่อย่างไรก็ตามการบริการทางสุขภาพจิตในระบบ ระดับโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยหรือสถาบันต่าง ๆ มีจำนวนเตียงจิตเวช รวมทั้งหมด 8,700 เตียง (มีจำนวนเตียง13.8 เตียงจิตเวช ต่อ ประชากร 100,000 คน) โดยร้อยละเก้าเป็นจำนวนเตียงสำหรับผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นบริการสุขภาพจิต ในประเทศไทยมีการดำเนินงานครอบคลุมไม่เพียงแต่การรักษาเท่านั้นแต่รวมถึงหน้าส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหา. หลักการของงานสุขภาพจิตชุมชนการให้บริการชุมชนในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและสอดคล้องกับความต้องการ การดำเนินงานสุขภาพจิตจะต้องให้การพัฒนาเครือข่ายสาธารณสุขเนื่องจากประเทศไทย มีจำนวนจิตแพทย์เพียง 0.7 คน ต่อ ประชากร 100,000 คน(2) ดังนั้นจึงจำเป็นต้องเสริมสร้างขีดความสามารถแต่

บุคลากรและเครือข่ายสาธารณสุขในชุมชนโดยมีการสนับสนุนจากโรงพยาบาลจิตเวชและศูนย์สุขภาพจิตในการส่งเสริมสุขภาพให้ทั่วถึงต่อไป

นอกจากนี้สิ่งที่มีความสำคัญไม่แพ้การบริการคือทัศนคติต่อการบริการทางสุขภาพจิตเพราะการบริการที่ดีจะไม่เกิดประโยชน์อันใดเลย หากกลุ่มประชากรมีทัศนคติต่อการบริการทางสุขภาพจิตในเชิงลบเพราะทัศนคติย่อมเป็นมูลเหตุพื้นฐานต่อการเปิดใจเข้ารับการบริการทางสุขภาพจิต ดังนั้นการศึกษาทัศนคติจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อส่งเสริมสุขภาพจิต

ยิ่งไปกว่านั้น นิสิตแพทย์เป็นกลุ่มประชากรที่มีความสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพจิตใจของประชาชนเพราะนิสิตเหล่านี้เป็นกลุ่มประชากรที่เป็นกำลังขับเคลื่อนสำคัญกระบวนการทางสาธารณสุขไทยในฐานะแพทย์ในช่วงทศวรรษหน้า ในงานวิจัยของ James & Buttle (2008) (4)พบว่าร้อยละ 55 ของกลุ่มคนหนุ่มสาว และร้อยละ 65 ของกลุ่มผู้สูงวัยเลือกการขอรับบริการทางสุขภาพจิตจากกลุ่มแพทย์ทั่วไป (General Practitioner) ซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับความนิยมมากที่สุดในทั้ง 2 กลุ่มอายุเมื่อเปรียบเทียบกับจากการเลือกรับบริการทางสุขภาพจิตจากแหล่งอื่น ๆ

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้ทำวิจัยจึงมีความสนใจศึกษาทัศนคติต่อการรับบริการทางสุขภาพจิตของนิสิตคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ข้อมูลและผลการวิจัยดังกล่าวจะเกิดประโยชน์ต่อคณาจารย์ในการจัดการเรียนรู้ทั้งในและหลักสูตร ด้านการดูแลนิสิตในฝ่ายกิจการนิสิต ตลอดจนมีประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัยในด้านการบริการและการส่งเสริมสุขภาพจิตในสังคมไทยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objectives)

1. เพื่อศึกษาทัศนคติต่อการรับบริการทางสุขภาพจิตนิสิตคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. เพื่อเปรียบเทียบทัศนคติต่อการรับบริการทางสุขภาพจิตของนิสิตคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตามปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการรับบริการทางสุขภาพจิตของนิสิตคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. เพื่อสร้างสมการพยากรณ์ทัศนคติต่อการรับบริการทางสุขภาพจิตของนิสิตคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

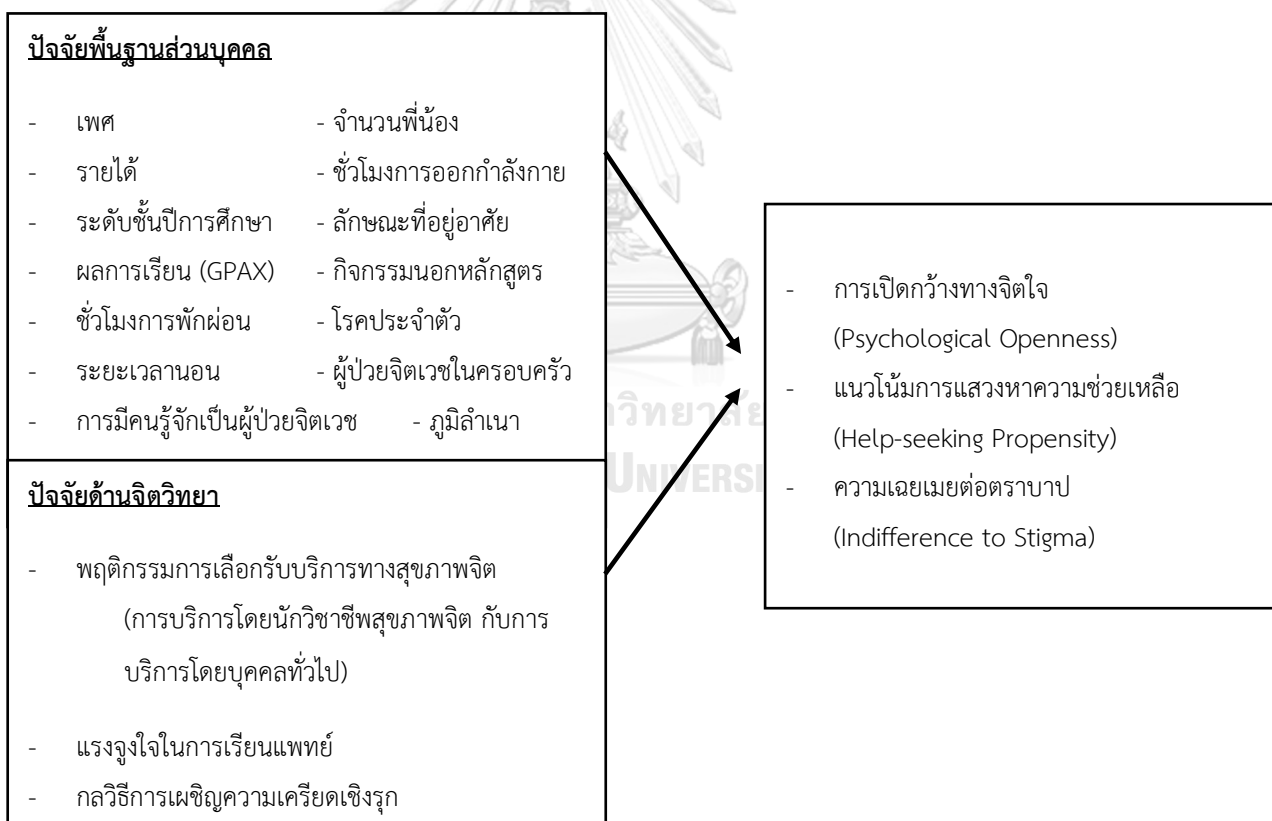
คำถามของการวิจัย (Research questions)

1. นิสิตคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีทัศนคติต่อการเข้ารับบริการทางสุขภาพจิตเป็นอย่างไร
2. ทัศนคติต่อการเข้ารับบริการทางสุขภาพจิตของนิสิตคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีความแตกต่างกันตามปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลหรือไม่
3. ปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการเข้ารับบริการทางสุขภาพจิตของนิสิตคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. สมการพยากรณ์ทัศนคติต่อการเข้ารับบริการทางสุขภาพจิตของนิสิตคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นอย่างไรและสามารถทำนายได้ระดับใด

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual framework)

ตัวแปรอิสระ (Independent variable)

ตัวแปรตาม (Dependent var)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption)

การศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาทัศนคติต่อการบริการทางสุขภาพจิตของนิสิตชั้นปีที่ 1 ถึง 6 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำสำคัญ (Keywords)

ทัศนคติต่อการรับบริการทางสุขภาพจิต (attitudes toward mental health service) , นิสิตแพทย์ (medical student), แพทยศาสตรศึกษา (Medical Education)

การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการ (Operation definition)

1. ทัศนคติต่อการรับบริการทางสุขภาพจิต หมายถึง มิติการประเมินความคิดและความรู้สึกที่บุคคลมีต่อสังคมโดยมีความเชื่อที่จงใจทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมหรือความรู้สึกต่อการรับบริการทางสุขภาพจิตจากสังคม อันประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ การเปิดกว้างทางจิตใจ แนวโน้มที่จะขอความช่วยเหลือ และความเฉยเมยต่อตราบาป

2. นิสิตแพทย์ หมายถึง ผู้ที่ได้ลงทะเบียนเรียนเป็นนิสิตชั้นปีที่ 1 ถึง 6 ในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต ณ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2562 เท่านั้น

3. ระดับชั้นการศึกษา หมายถึง ระดับชั้นปีการศึกษาในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต ณ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยจัดชั้นพิจารณาแบ่งออกเป็น 2 ระดับชั้น ได้แก่ 1. ระดับชั้นปริคลินิก (Pre-Clinical years) คือนิสิตชั้นปีที่ 1, ปีที่ 2 และ ปีที่ 3 2. ระดับชั้นคลินิก (Clinical years) คือนิสิตชั้นปีที่ 4, ปีที่ 5 และ ปีที่ 6

4. ผู้เชี่ยวชาญ หมายถึง บุคลากรหรืออาสาสมัครที่ได้รับการฝึกอบรมทางจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับการให้การปรึกษาและการแนะแนว เช่น จิตแพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว นักจิตวิทยาทั่วไป นักจิตวิทยาเฉพาะสาขา นักจิตบำบัด ครูแนะแนว นักสุขภาพจิต นักสังคมสงเคราะห์ พนักงานสายด่วนสุขภาพจิต เป็นต้น

5. การเผชิญความเครียดเชิงรุก หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่จะใช้พฤติกรรมเชิงรุกเพื่อแบบจัดการและเผชิญความเครียด ซึ่งวัดได้จาก แบบสอบถามวัดกลวิธีการเผชิญความเครียดเชิงรุก ฉบับภาษาไทย (The Proactive Coping Inventory: PCI)

6. แรงจูงใจในการเรียนแพทย์ หมายถึง สภาวะที่นิสิตแพทย์ถูกกระตุ้นให้ตั้งใจเรียน เพื่อตอบสนองต่อความต้องการประสบผลสำเร็จในการเรียนแพทย์ ซึ่งวัดได้จาก แบบสอบถามวัดการจูงใจในการเรียนแพทย์ ฉบับภาษาไทย (The Strength of Motivation for Medical School Revised: SMMS-R)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (Expected or anticipated benefit)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลเฉพาะนิสิตแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และเป็นการศึกษาเพียงช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional study) เท่านั้น จึงเป็นข้อจำกัดที่ไม่อาจกระจายผลไปสู่กลุ่มประชากรอื่นได้และผลการวิจัยที่ได้จากการเก็บในช่วงเวลาเดียวกันนั้นอาจไม่สามารถระบุถึงสาเหตุที่แท้จริงได้



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิต

ความหมายของสุขภาพจิต

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้จำกัดคำนิยามของคำว่าสุขภาพจิตไว้ดังนี้

สุขภาพจิต(Mental Health) หมายถึง “สภาพของสภาวะที่ดีที่แต่ละบุคคลตระหนักถึงศักยภาพในตนเองและมีความสามารถในการจัดการความเครียดทั่วไปในชีวิตตลอดจนสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถทำประโยชน์ต่อชุมชนของตนได้”(5)

สุขภาพจิต(Mental Health) ตามคำนิยามของกรมสุขภาพจิต คือ “สภาพชีวิตที่เป็นสุขอันเกิดจากผลของการมองตนเอง การมองโลก ตลอดจนความสามารถในการจัดการกับอารมณ์ ความคิดและการแสดงออกทั้งต่อตนเอง ต่อคนอื่น และต่อสังคมอย่างเหมาะสม และสามารถปรับเปลี่ยนได้ในสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง”(6) ดังนั้น สุขภาพจิตของคนเราย่อมเปลี่ยนแปลงไปได้ตลอดเวลาขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมและความสามารถในการปรับตัวและแก้ไขปัญหาได้มากน้อยเพียงใด หากจำกัดความให้สั้นลง

สุขภาพจิต(Mental Health) หมายถึง “ภาวะเชิงบวกในสภาวะทางจิต (a positive state of psychological well-being)”(7) เมื่อพิจารณาจากคำนิยามข้างต้น สุขภาพจิตจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อบุคคล สังคม และการพัฒนาประเทศ

งานสุขภาพจิตทางในงานด้านสาธารณสุข

หากพิจารณา เรื่องวิวัฒนาการของภาระงานด้านสุขภาพจิต จะเห็นว่า สุขภาพจิต(Mental Health) เน้นการป้องกัน ซึ่งมีต้นกำเนิดมาจากงานทางจิตเวชศาสตร์ (Psychiatry) ที่เน้นการรักษา

ประวัติของวิชาการแพทย์แนวตะวันตกเริ่มการดูแลผู้ป่วยกันเองตามบ้านตามความรู้ที่มีสู่การวิวัฒนาการเป็นวิชาชีพการแพทย์(Medicine) ขึ้นเป็นวิชาชีพที่เป็นผู้รู้เกี่ยวกับการรักษามีการศึกษาเพื่อเน้นการรักษาการเจ็บป่วย เกิดขึ้นในราว พ.ศ. 1000 และหันมาเน้นการป้องกันไม่ให้เจ็บป่วยในที่สุด เป็นวิชาการทางด้านสาธารณสุข(Public Health) เกิดขึ้นในราว พ.ศ. 1800

จิตเวชศาสตร์ (Psychiatry) เป็นสาขาหนึ่งในสาขาการแพทย์ ที่มีวิวัฒนาการตามหลังวิวัฒนาการวิชาแพทย์ เช่นเดียวกันเริ่มจาก การปล่อยให้ผู้ป่วยทางจิต ถูกกักขัง ล่ามโซ่ให้ขำให้น้ำ ตามมถากรรมการสู่การรักษาอย่างเป็นระบบ โดยความรู้ทางการแพทย์ วิชาการแพทย์สาขาจิตเวช

ศาสตร์เกิดขึ้นในราวปี พ.ศ. 2300 ซึ่งเน้นการรักษาอาการเจ็บป่วย และในที่สุดก็หันมาเน้นการป้องกันไม่ให้เจ็บป่วยเช่นเดียวกับวิชาการสาธารณสุข โดยประยุกต์วิชาการสาธารณสุขเข้ากับงานจิตเวช เป็นงานสุขภาพจิต (Mental Health) ซึ่งเริ่มต้นเมื่อราว ปี ค.ศ. 1950 (8)

แนวคิดเกี่ยวกับการบริการทางสุขภาพจิต

หากพิจารณาคำนิยามของสุขภาพจิตในแง่มุมที่หลากหลายขึ้น David Pilgrim (7) ได้นิยามคำว่าสุขภาพจิตในสามแง่มุม คือ

1. สุขภาพจิตเชิงบวก (Positive Mental Health)
2. การบริการทางสุขภาพจิต (Mental Health Services)
3. ปัญหาทางสุขภาพจิต (Mental Health Problems)

ดังนั้น คำนิยามของคำว่า การบริการทางสุขภาพจิตในเชิงวิชาการ จึงสามารถตีความได้หลากหลายมิติ ยกตัวอย่าง เช่น ในแง่การบริการทางการแพทย์(Medical Service) หรือ การนิยามตามระดับการบริการทางสุขภาพจิตชุมชน (Community Mental Health Service)

การบริการทางสุขภาพจิตในฐานะการบริการทางการแพทย์(Medical Care)

“บริการทางการแพทย์” ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ พ.ศ. 2545 หมายถึง “การบริการขั้นพื้นฐานทางการแพทย์ การสาธารณสุข และการอนามัย อันจำเป็นต่อสุขภาพ และการดำรงชีวิต ซึ่งให้โดยตรงต่อบุคคล เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกัน การตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาล การป้องกันความพิการและการฟื้นฟูสมรรถภาพและการอันใดเพื่อสร้างเสริมสุขภาพที่หน่วยบริการจัดขึ้นตามที่

กระทรวงสาธารณสุขกำหนด” (9)จากความหมายข้างต้น การบริการทางสุขภาพจิต จัดเป็นการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ในรูปแบบการให้การปรึกษา

การบริการทางสุขภาพจิตในฐานะการดูแลทางจิตในระดับต่างๆ (Medical Care Levels)(6)

องค์การอนามัยโลก ในปี 1990 ได้จัดระดับการดูแลทางสุขภาพจิต โดยแบ่งตามระดับการให้บริการทางสุขภาพจิต ดังนี้

บริการสุขภาพจิตมูลฐาน (Primary Medical Care Level PMC) : เป็นบริการรักษาพยาบาลระดับแรกที่ให้บริการโดยบุคลากรสาธารณสุข (ระดับตำบล เช่น พนักงานอนามัย พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข หรือมีแพทย์เวชปฏิบัติออกตรวจรักษาเป็นระยะ บริการสุขภาพจิตในระดับ

ปฐมภูมิ ได้แก่ การคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต การให้การปรึกษา การผสมผสาน การดูแลสุขภาพจิตในงานอื่น เช่น การฝากครรภ์และคลินิกเด็กดี

บริการสุขภาพจิตระดับทุติยภูมิ (Secondary Medical Care Level-SMC) : ดำเนินการโดยโรงพยาบาลชุมชน เป็นหน่วยบริการที่ให้บริการรักษาผู้ป่วยนอก วินิจฉัยและรักษาโรคจิตเวชที่พบบ่อย ติดตามดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง ช่วยเหลือฟื้นฟูจิตใจในภาวะวิกฤต ให้การปรึกษาแนะนำและช่วยเหลือหน่วยบริการสาธารณสุขมูลฐานและหน่วยบริการปฐมภูมิ ตลอดจนผสมผสานงานสุขภาพจิตกับงานเวชปฏิบัติทั่วไป

บริการสุขภาพจิตระดับตติยภูมิ (Tertiary Medical Care Level-TMC) : ให้บริการเฉพาะทางโดยผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ คณะแพทยศาสตร์ในมหาวิทยาลัยต่างๆ และโรงพยาบาลสถาบันจิตเวช โดยมีจิตแพทย์ร่วมกับทีมสหวิชาชีพให้บริการจิตเวชครบวงจร การบริการทางสุขภาพจิตในฐานะการดูแลทางสุขภาพจิตชุมชน (Community Mental Health Service)

ในประเทศไทยตั้งแต่สิ้นสุดสงครามโลกครั้งที่สอง คำว่าการบริการทางสุขภาพจิต (Mental health services) เข้ามาแทนที่คำว่าบริการทางจิตเวช (Psychiatric services) โดยก่อนหน้านี้การบริการยังอยู่ในรูปแบบสถานพยาบาล(7) ส่วนการบริการทางสุขภาพจิตในประเทศไทย เริ่มจากการจัดการจากรัฐส่วนกลางตั้งแต่การก่อตั้งโรงพยาบาลคนเสียจริต ในปี 2432 และพัฒนาเรื่อยมาในมิติของรักษาเชิงสถาบัน(Institutional care) ในปี 2440 มีการเปิดดำเนินการโรงพยาบาลสมเด็จพระยาเป็นโรงพยาบาลจิตเวชแห่งแรกในประเทศไทยตามด้วยโรงพยาบาลจิตเวชตามภูมิภาคต่าง ๆ ทั่วประเทศในปีพ.ศ. 2519 ได้มีโครงการสำรวจความต้องการบริการสุขภาพร่วมกับองค์การอนามัยโลก ให้เห็นเพื่อศึกษาความต้องการบริการสุขภาพจิตในชุมชนดังนั้นจึงได้มีการขยายบริการสุขภาพจิต จากโรงพยาบาลจิตเวชไปสู่ระบบบริการสาธารณสุข(2)

ในปีพ.ศ. 2521 ประเทศไทย ได้เพิ่มงานสุขภาพจิตเข้าเป็นส่วนหนึ่งของงานสาธารณสุขมูลฐานซึ่งเป็นองค์ประกอบของนโยบายสุขภาพดีถ้วนหน้าภายในปี 2543 ทำให้เกิดการขับเคลื่อนครั้งสำคัญให้งานสุขภาพจิตไปสู่ระดับชุมชน บริการสุขภาพจิตชุมชนในประเทศไทยได้มีการบูรณาการจากระบบบริการสาธารณสุขโดยอาศัยโครงสร้างพื้นฐานของระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งมีรากฐานสอดคล้องกับการแบ่งพื้นที่ฝ่ายปกครองตั้งแต่ระดับหมู่บ้าน ระดับตำบล ระดับอำเภอ ระดับจังหวัด และระดับภูมิภาค(2) โดยสรุปจากมุมมองทางสุขภาพจิตชุมชน ไม่มีระบบ

การบริการสุขภาพใดจะสมบูรณ์แบบได้ หากปราศจากความใส่ใจต่อความจำเป็นทางสุขภาพจิตของประชาชนในสังคมนั้น

แนวคิดงานบริการสุขภาพจิตในมุมมองด้านสาธารณสุขศาสตร์

การศึกษาแนวคิดนี้มีการพัฒนาลงลึก เพื่อการทำงานวิจัยในเข้าใจสถานภาพการดำเนินงานงานสุขภาพจิตของประเทศไทยในอดีต ปัจจุบัน และงานบริการที่ควรจะเป็นในอนาคต พร้อมเสนอแนะเชิงนโยบายและแนวทางการดำเนินงานทางสุขภาพจิตต่อไป (8)

แนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติ

ความหมายของทัศนคติ

ทัศนคติ (attitude) ตามคำนิยามทางจิตวิทยาสังคม(10) คือ การประเมินโลกทางสังคมในหลากหลายแง่มุม (attitudes are evaluations of various aspects of the social world)

ทัศนคติ (attitude) ทางจิตวิทยาอีกหนึ่งคำนิยาม(11) คือความเชื่อที่มุ่งใจให้บุคคลกระทำหรือรู้สึกในรูปแบบที่แน่นอน (attitudes are beliefs that predispose one to act or feel in certain ways)

จากคำนิยามข้างต้น ทัศนคติจึงมีลักษณะใน 2 แง่มุมคือ นิยามแรกการประเมิน กับนิยามที่สองคือความเชื่อที่มุ่งใจ ดังนั้นคำนิยามโดยสรุป ทัศนคติ คือ มิติการประเมินทางความคิดและความรู้สึกที่บุคคลมีต่อสังคมโดยมีความเชื่อที่มุ่งใจทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมหรือความรู้สึก

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติ

ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (The theory of reasoned action) (Fishbein and Ajzen 1980 อ้างถึงใน Arora, Metz & Carlson, 2016)(12) เสนอว่าพฤติกรรมของแต่ละบุคคลนั้นสามารถทำนายได้จากความตั้งใจ (Intention) ซึ่งเนี่ยวนำโดยทัศนคติและความเชื่อของบุคคลนั้นต่อพฤติกรรมนั้น

ต่อมามีทฤษฎีหนึ่งที่พัฒนามาจากกรอบแนวคิดทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล คือ ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (The theory of planned behavior) ที่ตั้งอยู่บนสมมุติฐานว่าโดยทั่วไปแล้วมนุษย์เป็นคนที่มีความเข้าใจกระบวนการของการกระทำด้วยเหตุผล สามารถใช้กระบวนการคิดจัดการกับข้อมูลที่ได้รับเข้ามาอย่างเป็นระบบ กระบวนการนี้ได้พัฒนาต่อมาเป็นโมเดลกระบวนการ

ทัศนคติต่อพฤติกรรม (attitude-to-behavior process model)(10) ซึ่งอ้างอิงอิทธิพลของทั้งทัศนคติและข้อมูลที่ได้รับเข้ามาอย่างเป็นระบบของปัจเจกบุคคลในสถานการณ์หนึ่งๆ ซึ่งทำให้เกิดความโน้มน้าวเชิงพฤติกรรม

นอกจากนี้ โมเดลต้นแบบและความปรารถนาเชิงพฤติกรรม (prototype/willingness model) เป็นทฤษฎีที่เสนอว่าทัศนคติส่งผลต่อพฤติกรรมผ่านผลกระทบ(impact)ของความตั้งใจเชิงพฤติกรรม (behavioral intentions) และความปรารถนาเชิงพฤติกรรม (behavioral willingness) ซึ่งความปรารถนาคือเป็นความปรารถนาในการกระทำที่เฉพาะจง(10) ซึ่งความแตกต่างที่สำคัญของทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนกับทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล คือ ปัจจัยการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Perceived behavioral control)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ตามทฤษฎีและกรอบแนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติ Arora, Metz & Carlson (2016)(12) เสนอว่ารูปแบบสุขภาพจิต (mental health model) เกี่ยวกับพฤติกรรมขอความช่วยเหลือทางจิตเจ้านั้นได้รับอิทธิพลหลักมาจากความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับความป่วยทางจิตและหนทางการรักษาอาการป่วยทางจิตนั้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติต่อการบริการทางสุขภาพจิตในแง่มุมต่างๆ ดังนี้

ในแง่มุมของเชื้อชาติ สังคมและวัฒนธรรม

Atkinson R.& Gim H. (1989)(13) ศึกษาเกี่ยวกับเอกลักษณ์ทางวัฒนธรรมของคนอเมริกันเชื้อสายเอเชียกับ ทัศนคติต่อการบริการทางสุขภาพจิต โดยในงานวิจัยคนเอเชียไม่ว่าเชื้อชาติใน 2 ชาติญี่ปุ่นและเกาหลีและไม่ว่าจะเพศใด ต่างมีแนวโน้มที่จะมีความตระหนักความจำเป็นของการช่วยเหลือทางจิตใจ นอกจากนี้ยังมีความอดทนต่อตราบาปและสุดท้ายคนเอเชียเชื้อสายอเมริกัน มีความเปิดรับที่จะปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับบุคลิกทางสุขภาพจิต

ในขณะที่ Arora, Metz & Carlson (2016)(12) ศึกษาทัศนคติต่อการขอรับความช่วยเหลือทางจิตใจในคนเอเชียใต้ในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยมีประเด็นเรื่องบทบาทของเพศและตราบาปมาศึกษาร่วมด้วย พบว่าคนเอเชียใต้เพศชายมีทัศนคติต่อการรับบริการทางสุขภาพจิตมากกว่าเพศหญิง

Daila C. et al (2000) (14) ศึกษาความแตกต่างกันทางเชื้อชาติของทัศนคติต่อการขอรับความช่วยเหลือทางจิตใจในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าคนผิวดำมีแนวโน้มที่จะเปิดรับการช่วยเหลือทางสุขภาพจิตมากกว่าคนผิวขาว

ในแง่ภูมิศึกษากลุ่มประชากรจำเพาะในลักษณะต่างๆ เช่น กลุ่มอายุ กลุ่มนิสิตในมหาวิทยาลัยทั่วไป หรือ กลุ่มนิสิตแพทย์โดยเฉพาะ

James A. & Buttle (2008)(4) ศึกษาความแตกต่างของทัศนคติต่อการบริการทางสุขภาพจิตระหว่างคนสูงอายุกับคนหนุ่มสาวในประเทศนิวซีแลนด์ โดยในคนสูงอายุจะมีการแสวงหาความช่วยเหลือและความอดทนต่อตราบาปมากกว่าคนในวัยหนุ่มสาวแต่ในทางกลับกันมีการเปิดรับทางจิตใจน้อยกว่า

Stefannovics A. et al. (2016)(15) ศึกษาความเชื่อและทัศนคติของนิสิตแพทย์ต่อการป่วยทางจิตในห้าประเทศกลุ่มพัฒนาแล้ว พบว่าความแตกต่างที่สำคัญระหว่างห้าประเทศคือปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม กล่าวคือ ทัศนคติเกี่ยวกับตราบาปมากกว่าในนิสิตแพทย์ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา

Dunn B, Iglewicz & Moutier (2008)(16) ศึกษาโมเดลของสุขภาวะ(well-being) ของนิสิตแพทย์ เพื่อส่งเสริมความยืดหยุ่นในการชีวิต (resilience) และป้องกันภาวะหมดไฟ (Burnout) ในการศึกษาเล่าเรียน พบว่าการเอาใจใส่ในตัวตนนิสิตในฐานะปัจเจกบุคคลสามารถส่งเสริมสุขภาวะได้ดี และสิ่งสำคัญเช่นกันคือการปลูกฝังทักษะที่จะช่วยรักษาสุขภาวะสำหรับผู้ที่จะประกอบอาชีพแพทย์

นอกจากนี้ยังมีการวิจัยในนิสิตคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในหัวข้อที่มีความเกี่ยวข้องกับทัศนคติต่อการบริการทางสุขภาพจิต ดังนี้

ณัฐธิดา ลวานนท์ (2015)(17) ศึกษาแรงจูงใจในการเรียนแพทย์ของนิสิตแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่านิสิตแพทย์มีแรงจูงใจด้านความเต็มใจและความเสียสละในระดับปานกลาง การเตรียมความพร้อมในการเริ่มต้นในระดับปานกลาง และด้านความมั่นคงในระดับสูง

พุกษา ผาติวารากร (2015)(18) ศึกษาภาวะสุขภาพจิตของนิสิตคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่าโดยทั่วไปนิสิตแพทย์มีภาวะความเครียด วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำ โดยนิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 3 จะมีค่าคะแนนสูงสุดเมื่อเปรียบเทียบกับชั้นปีอื่นๆ ปัจจัยที่

สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าและภาวะความเครียด ได้แก่ คะแนนเฉลี่ยสะสม (GPAX) ส่วนปัจจัยที่สามารถทำนายความวิตกกังวลได้แก่ชั้นปีที่ศึกษา

อัมพร ธนะวัฒน์สัจจะเสรี (2008)(19) ศึกษาความวิตกกังวลของนิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 2 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษาพบว่านิสิตส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลในระดับปานกลาง ปัจจัยที่กังวลได้แก่ ลักษณะการเรียน ปัญหาการรายงานหน้าชั้น



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (Research design)

การวิจัยนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and sample)

ประชากรเป้าหมาย (Target Population) คือ นิสิตชั้นปีที่ 1 ถึง 6 และนิสิตชั้นปีอื่นที่ยังคงสภาพนิสิตในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2562

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย (Sample Population) คือ นิสิตชั้นปีที่ 1 ถึง 6 และนิสิตชั้นปีอื่นที่ยังคงสภาพนิสิตในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2562 ซึ่งยินยอมเข้าร่วมวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) คือ นิสิตชั้นปีที่ 1 ถึง 6 ที่มีสภาพนิสิตในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2562 ซึ่งลงทะเบียนเรียน และยินดีเข้าร่วมวิจัยและผ่านเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (Selective criteria)

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า

1. นิสิตแพทย์ที่มีอายุ ระหว่าง 18 ถึง 26 ปี
2. มีสถานภาพความเป็นนิสิตชั้นปีที่ 1 ถึง 6 ในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2562 ทั้งเพศชายและเพศหญิง
3. เข้าเรียนในวันที่ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากอาจารย์ผู้รับผิดชอบรายวิชานั้น ๆ และได้รับแบบสอบถามหลังจบคาบเรียน
4. สนับสนุนใจให้ความร่วมมือในการทำแบบสอบถาม

เกณฑ์การคัดออก

1. นิสิตที่ไม่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

2. นิสิตไม่ได้ส่งแบบสอบถามคืนหลังคาบเรียน

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (Sample size)

การสุ่มประชากรกลุ่มตัวอย่างใช้ตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Sampling) โดยใช้ข้อมูลจากสถิติรายงานจำนวนนิสิตทั้งหมดในสาขาแพทยศาสตร์ ระดับปริญญาตรี จากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยมีประชากรจำนวน 1,842 คน(20) ขนาดตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตรของยามานะ (Yamane) โดยจะมีระดับความเชื่อมั่นเท่ากับร้อยละ 95 และมีความคลาดเคลื่อนในการสุ่มเท่ากับ 0.05

$$n = \frac{N}{1 + N(e^2)}$$

n คือ จำนวนนิสิตชั้นปีที่ 1 ถึง 6 และนิสิตชั้นปีอื่นที่ยังคงสภาพนิสิตในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2560 ซึ่งลงทะเบียนเรียน และยินดีเข้าร่วมวิจัยเป็นกลุ่มตัวอย่าง

N คือ จำนวนนิสิตชั้นปีที่ 1 ถึง 6 และนิสิตชั้นปีอื่นที่ยังคงสภาพนิสิตในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2560 จำนวน คน

e คือ ความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05

$$n = \frac{1.799}{1 + 1.799(0.05^2)} = 328 \text{ คน}$$

โดยจะเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดขึ้น

จะได้จำนวนประชากรทั้งสิ้น

$$n = 328 + \left[\frac{10}{100} \times 328 \right] = 360.8 \text{ หรือ ประมาณ } 361 \text{ คน}$$

เพราะฉะนั้นต้องใช้ตัวอย่างทั้งสิ้น 361 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง (Sampling technique)

ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ตัดเข้าคัดออกตามความสมัครใจ และพิจารณาการแบ่งสัดส่วนตามวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายชั้นตอน (Proportional stratified random sampling) ซึ่งสุ่มตัวอย่างนิสิตแพทย์ในแต่ละชั้นปี โดยกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนนี้ ถือว่าเป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำที่ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลในแต่ละชั้นปี มีจำนวนขั้นต่ำทุกชั้นปีรวมทั้งสิ้น 361 คน ดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวนการสุ่มตัวอย่างนิสิตแพทย์แต่ละชั้นปี

นิสิตแพทย์ชั้นปีที่	จำนวนนิสิต (คน)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
1	294	58
2	295	60
3	301	61
4	294	58
5	306	62
6	309	62
รวม	1,799	361

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามที่ตอบด้วยตนเอง (Self-rating) ซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถาม 5 ส่วน คือ

1. **แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล** เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยออกแบบเองโดยให้นิสิตแพทย์ในแต่ละชั้นปี ตอบคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อบอกคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ชั้นปี ภูมิลำเนา ลักษณะที่พักระหว่างเรียน บุคคลที่อาศัยด้วย รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว เกรดเฉลี่ยสะสม (GPAX) ประวัติทางจิตเวชของตัวนิสิตเองและครอบครัว อาชีพของพ่อแม่ หรือผู้ปกครอง จำนวนพี่น้องและอาชีพของพี่น้อง การทำกิจกรรมนอกหลักสูตรและงานอดิเรก
2. **แบบสอบถามพฤติกรรมการเลือกเข้ารับบริการทางสุขภาพจิต** เป็นแบบสอบถามเชิงสำรวจที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาเองโดยปรับเปลี่ยนจากแบบสอบถามพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรับบริการทางสุขภาพจิต เพื่อสำรวจการเลือกรับบริการจากแหล่งการบริการทางสุขภาพจิตต่างๆ โดยแบ่งแหล่งบริการทางสุขภาพจิตในแบบสอบถามออกเป็น 2 ประเภทหลัก ได้แก่

ประเภทแหล่งให้บริการทั่วไป โดยผู้คำปรึกษาไม่ใช่ นักวิชาชีพสุขภาพจิต

ประเภทแหล่งให้บริการทางสุขภาพจิตโดยเฉพาะ

การให้คะแนนและการแปลผล

การทำแบบสอบถาม จะให้ผู้เข้าร่วมวิจัยพิจารณาตัวเลือกแต่ละข้อเกี่ยวกับพฤติกรรม การเลือกเข้ารับบริการทางสุขภาพจิตของตนเอง แล้วเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับตนเองซึ่งผู้ตอบอาจเลือกคำตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

3. **แบบสอบถามวัดแรงจูงใจในการเรียนแพทย์** เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาเป็นฉบับภาษาไทยโดยณัฐธิดา ลวานนท์ โดยแปลจาก Strength of Motivation for Medical School Revised: SMMS-R ซึ่งพัฒนาโดย Rashmi Aniruddha Kusrka เป็นภาษาอังกฤษในปี 2012 มีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ

ด้านที่ 1 ความเต็มใจและความเสียสละ จำนวน 5 ข้อ

ด้านที่ 2 การเตรียมความพร้อมในการเริ่มต้น จำนวน 5 ข้อ

ด้านที่ 3 ความมั่นคง จำนวน 5 ข้อ

โดยแบบสอบถามนี้มีกระบวนการหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งค่าดังกล่าวของทั้งฉบับมีค่าเท่ากับ 0.87 โดยมีรายละเอียดดังนี้

ค่าความเชื่อมั่นด้านที่ 1 ความเต็มใจและความเสียสละ เท่ากับ 0.73

ค่าความเชื่อมั่นด้านที่ 2 การเตรียมความพร้อมในการเริ่มต้น เท่ากับ 0.63

ค่าความเชื่อมั่นด้านที่ 3 ความมั่นคง เท่ากับ 0.85

การให้คะแนนและการแปลผล

มาตรวัดมีทั้งหมด 15 ข้อ โดยแบ่งเป็นมาตรวัดองค์ประกอบของแรงจูงใจในการเรียนแพทย์ 3 ด้าน ด้านละ 5 ข้อ คือ (1) ความเต็มใจและความเสียสละ ข้อ 5, 7, 9, 10, 12 (2) การเตรียมความพร้อมในการเริ่มต้น ข้อ 1, 3, 6, 11, 15 และ (3) ความมั่นคง ข้อ 2, 4, 8, 13, 14

โดยมาตรวัดทั้งหมด แบ่งเป็นข้อความทางบวก 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 3, 5, 6, 7, 10, 12, 15 และข้อความทางลบ 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 4, 8, 9, 11, 13, 14

การทำแบบสอบถาม จะให้ผู้เข้าร่วมวิจัยพิจารณาข้อความแต่ละข้อโดยนึกถึงตนเอง แล้วเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความรู้สึก/ความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมวิจัยมากที่สุด โดยแต่ละช่องคำตอบมีความหมายดังนี้

ตารางที่ 2 เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามทางบวกและทางลบของมาตรวัดแรงจูงใจในการเรียนแพทย์

คำตอบ	คะแนน	
	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่แน่ใจ	3	3
เห็นด้วย	4	2
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1

จากนั้นทำการรวมคะแนนและหาค่าเฉลี่ยของคะแนนในแต่ละองค์ประกอบ ค่าเฉลี่ยที่ได้จะบอกถึงลักษณะความสัมพันธ์ว่ามืองค์ประกอบของแรงจูงใจในการเรียนแพทย์ในแต่ละด้านมากหรือน้อย มีค่าอยู่ในช่วงระหว่าง 1 – 5 โดยค่าที่สูง หมายถึงมืองค์ประกอบของแรงจูงใจในการเรียนแพทย์ด้านนั้นสูง และค่าที่ต่ำ หมายถึงมืองค์ประกอบของแรงจูงใจในการเรียนแพทย์ด้านนั้นต่ำ

4. **แบบวัดกลวิธีการเผชิญความเครียดเชิงรุก** เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาเป็นฉบับภาษาไทยโดย อรพรรณ ตาทา และ ฤชงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์ โดยแปลจาก The Proactive Coping Inventory : PCI (Schwarzer และ Taubert, 1991)

แบบวัดกลวิธีการเผชิญความเครียดเชิงรุก เป็นแบบทดสอบทางด้านสุขภาพจิต มีวัตถุประสงค์เพื่อวัดกลวิธีการเผชิญความเครียดเชิงรุก โดยข้อคำถามทั้งหมด 55 ข้อ สะท้อนถึงปฏิกิริยาที่ท่านตอบสนองต่อเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน แต่ละข้อคำถามมี 4 ตัวเลือก มาตรฐานประมาณค่า (Likert Scale) 4 ให้คะแนน 1 – 2 – 3 – 4

โดยแบบสอบถามนี้มีกระบวนการหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งค่าดังกล่าว อยู่ระหว่าง 0.70 – 0.81 ซึ่งเป็นระดับที่ยอมรับได้ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ค่าความเชื่อมั่นด้านที่ 1 การตั้งเป้าหมายและจัดการเชิงรุก เท่ากับ 0.77

ค่าความเชื่อมั่นด้านที่ 2 การสะท้อนปัญหา เท่ากับ 0.71

ค่าความเชื่อมั่นด้านที่ 3 การวางแผนอย่างมีกลยุทธ์ เท่ากับ 0.70

ค่าความเชื่อมั่นด้านที่ 4 การเตรียมการป้องกัน เท่ากับ 0.81

ค่าความเชื่อมั่นด้านที่ 5 การแสวงหาความช่วยเหลือ เท่ากับ 0.80

ค่าความเชื่อมั่นด้านที่ 6 การแสวงหาการสนับสนุนทางจิตใจ เท่ากับ 0.77

ค่าความเชื่อมั่นด้านที่ 7 การหลีกเลี่ยงปัญหา เท่ากับ 0.74

การให้คะแนนและการแปลผล

มาตรวัดมีทั้งหมด 55 ข้อ โดยแบ่งเป็นมาตรวัดองค์ประกอบของกลวิธีการเผชิญความเครียดเชิงรุก 7 ด้าน คือ (1) การตั้งเป้าหมายและจัดการเชิงรุก ข้อ 1.1 – 1.14 (2) การสะท้อนปัญหา ข้อ 2.1 – 2.11 (3) การวางแผนอย่างมีกลยุทธ์ ข้อ 3.1 – 3.4 (4) การเตรียมการป้องกัน ข้อ 4.1 – 4.10 (5) การแสวงหาความช่วยเหลือ ข้อ 5.1 – 5.8 (6) การแสวงหาการสนับสนุนทางจิตใจ ข้อ 6.1 – 6.5 และ (7) การหลีกเลี่ยงปัญหา ข้อ 7.1 – 7.3 การทำแบบสอบถาม จะให้ผู้เข้าร่วมวิจัยพิจารณาข้อความแต่ละข้อโดยนึกถึงปฏิกิริยาที่ผู้เข้าร่วมวิจัยเองที่ตอบสนองต่อเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน โดยมีตัวเลือก 4 ตัวเลือก ประกอบด้วย 1(ไม่จริง), 2(จริงบางครั้ง), 3(ค่อนข้างจริง), และ 4(จริงมาก) แล้วเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกมาก

จากนั้นทำการรวมคะแนนและหาค่าเฉลี่ยแต่ละด้านขององค์ประกอบของกลวิธีการเผชิญความเครียดเชิงรุก โดยแต่ละด้านมีค่าอยู่ในช่วงระหว่าง 1 – 4 โดยค่าที่มาก หมายถึงมีระดับกลวิธีการเผชิญความเครียดเชิงรุกในองค์ประกอบนั้นสูง และค่าที่น้อย หมายถึงมีระดับกลวิธีการเผชิญความเครียดเชิงรุกในองค์ประกอบนั้นต่ำ

5. **แบบประเมินทัศนคติต่อการรับบริการทางสุขภาพจิต** เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยวางแผนจะแปลจากแบบวัด The Inventory of Attitudes toward Seeking Mental Health Service (IASHMS) ของ Mackenzie, Gekoski & Knox (2004)(21) รูปแบบนี้เป็นฉบับปรับปรุงมาจากแบบวัด Attitude toward Seeking Professional Psychological Help Scales (ATSPPH) ของ Fischer, & Turner (1970) โดยในแบบวัด IASHMS มีจำนวนทั้งหมด 24 ข้อ ประกอบไปด้วย 3 หัวข้อย่อย (Sub-scale) แต่ละหัวข้อมีจำนวน 8 ข้อย่อย แต่ละส่วนมีรายละเอียด ดังนี้ 1. การเปิดกว้างทางจิตใจ (Psychological openness: PO) 2. แนวโน้มการแสวงหาความช่วยเหลือ (Seeking-Health propensity: HSP) 3. ความเฉยเมยต่อตราบาป (Indifference to Stigma: IS) มาตรฐานประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับให้คะแนน 0 – 1 – 2 – 3 – 4 ดังนี้
- ทั้ง 3 หัวข้อมีค่าความเชื่อมั่นแบบสอดคล้องภายใน (Internal consistency coefficient) มีค่าตั้งแต่ 0.76 ถึง 0.82 และมีค่าความเชื่อมั่นแบบสอดคล้องภายในโดยรวม (Overall Internal consistency coefficient) เท่ากับ 0.87 รวมทั้ง ค่าความเที่ยงเมื่อนำแบบวัดไปทดสอบอีกครั้ง (Test-retest reliability) มีค่าสูง ใน 2 หัวข้อ สำหรับการเปิดรับทางจิตใจ (Psychological

openness: PO)) มีค่า $r = 0.86$ และสำหรับความเฉยเมยต่อตราบาป (Indifference to Stigma: IS) มีค่า $r = 0.91$ และมีค่าปานกลางในหัวข้อที่เหลือ คือ.แนวโน้มการแสวงหาความช่วยเหลือ (Seeking-Health propensity: HSP) มีค่า $r = 0.64$

อนึ่ง คำจำกัดความของคำว่านักวิชาชีพทางสุขภาพจิต (Mental Health Professional) ของ Mackenzie หมายถึง จิตแพทย์ (Psychiatrists) นักจิตวิทยา (Psychologists) นักจิตบำบัด (Psychotherapists) นักจิตวิทยาการปรึกษา (Counselors) โดยได้ตัดแพทย์ทั่วไป (Family Physicians) ออก

ขั้นตอนการดำเนินการแปลแบบสอบถาม

1. ผู้วิจัยวางแผนจะส่งจดหมายไปขออนุญาตใช้แบบสอบถามจาก Mr. Corey S. Mackenzie, Department of Psychology, University of Manitoba ผู้พัฒนาแบบสอบถามฉบับภาษาอังกฤษ

2. ผู้วิจัยจะแปลแบบสอบถามจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย (Forward Translation) และนำแบบสอบถามที่แปลเป็นภาษาไทย ให้ผู้เชี่ยวชาญทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษ (Back Translation) จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งสองชุดมาเปรียบเทียบกันต้นฉบับภาษาอังกฤษ แล้วปรับข้อความให้ถูกต้อง

3. ผู้วิจัยจะให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญทั้งทางด้านภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนพิจารณารายชื่อ คือ

+1 หมายถึง ถ้าแน่ใจว่าข้อความมีความสอดคล้องกับข้อความฉบับแปลเป็นภาษาอังกฤษและวัตถุประสงค์การวิจัย

0 หมายถึง ถ้าไม่แน่ใจว่าข้อความมีความสอดคล้องกับข้อความฉบับแปลเป็นภาษาอังกฤษและวัตถุประสงค์การวิจัย

- 1 หมายถึง ถ้าแน่ใจว่าข้อความไม่มีความสอดคล้องกับข้อความฉบับแปลเป็นภาษาอังกฤษและวัตถุประสงค์การวิจัย

แล้วนำผลการพิจารณามาคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item-Objective Congruence: IOC) ตามสูตร

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IOC แทน ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อสอบกับจุดประสงค์

$\sum R$ แทน ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ

N แทน จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิ

ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาที่ใช้ได้ ต้องมีค่า IC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป โดยแบบสอบถามที่แปลเป็นภาษาไทยนี้สามารถใช้ได้ทุกข้อ แต่ทั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการปรับแก้ไขภาษาและข้อความให้เข้ากับบริบทในสังคมไทยมากขึ้นตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

การให้คะแนนและการแปลผล

มาตรวัดมีทั้งหมด 24 ข้อ โดยแบ่งเป็นมาตรวัดองค์ประกอบทัศนคติต่อการรับบริการทางสุขภาพจิต 3 ด้าน ด้านละ 8 ข้อ คือ (1) การเปิดกว้างทางจิตใจ ข้อ 1, 4, 7, 9, 12, 14, 18, 21 (2) แนวโน้มที่จะขอความช่วยเหลือ ข้อ 2, 5, 8, 10, 13, 15, 19, 22 และ (3) ความเฉยเมยต่อตราบาป ข้อ 3, 6, 16, 17, 20, 23, 24

การทำแบบสอบถาม จะให้ผู้เข้าร่วมวิจัยพิจารณาข้อความแต่ละข้อโดยนึกถึงตนเอง แล้วเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความรู้สึก/ความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมวิจัยมากที่สุด โดยแต่ละช่องคำตอบมีความหมายดังนี้

ตารางที่ 3 เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำตอบแบบประเมินทัศนคติต่อการรับบริการทางสุขภาพจิต

คำตอบ	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	0
ไม่เห็นด้วย	1
ไม่แน่ใจ	2
เห็นด้วย	3
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4

จากนั้นทำการรวมคะแนนและหาค่าเฉลี่ยของคะแนนในแต่ละด้าน ค่าเฉลี่ยที่ได้จะบอกถึงลักษณะความสัมพันธ์ว่ามีองค์ประกอบของทัศนคติต่อการรับบริการทางสุขภาพจิตในแต่ละด้านมากหรือน้อย มีค่าอยู่ในช่วงระหว่าง 0 – 4 โดยค่าที่สูง หมายถึงมีองค์ประกอบของทัศนคติต่อการรับบริการทางสุขภาพจิตด้านนั้นสูง และค่าที่ต่ำ หมายถึงมีองค์ประกอบของทัศนคติต่อการรับบริการทางสุขภาพจิตด้านนั้นต่ำ

อย่างไรก็ตาม การแปลผลจากคะแนนเฉลี่ยเป็นการสะท้อนคะแนนขององค์ประกอบแต่ละด้านของทัศนคติการรับบริการทางสุขภาพจิตอยู่ที่ประมาณระดับใด นอกจากนี้ 1 ในคำถามของการวิจัยคือ นิสิตคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีทัศนคติต่อการเข้ารับบริการทางสุขภาพจิตเป็นอย่างไร ด้วยการนี้ ผู้วิจัยจึงสร้างเกณฑ์ในการประเมินระดับทัศนคติการรับบริการทางสุขภาพจิตจากค่าคะแนนที่ได้ โดยใช้หลักเกณฑ์ที่สอดคล้องกับการแปลผลของมาตรการวัดทัศนคติการรับบริการทางสุขภาพจิต เพื่อให้มีเกณฑ์ที่แน่นอนในการ ระบุระดับทัศนคติการรับบริการทางสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง และเพื่อให้การแปลผลสามารถตอบคำถามของการวิจัยข้างต้นได้มีนัยยะมากขึ้น และสามารถบอกได้ว่ามีกลุ่มตัวอย่างจำนวนเท่าไรในแต่ละระดับ ทัศนคติการรับบริการทางสุขภาพจิต โดยมีเกณฑ์การแบ่งระดับทัศนคติการรับบริการทางสุขภาพจิต ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เกณฑ์การแบ่งระดับทัศนคติการรับบริการทางสุขภาพจิตจากแต่ละช่วงของคะแนนเฉลี่ยที่ได้

ช่วงคะแนนที่ได้	การแปลผล
0.00 – 0.49	ไม่เห็นด้วย
0.50 – 1.49	ไม่เห็นด้วยบ้าง
1.50 – 2.49	ไม่แน่ใจ
2.50 – 3.49	เห็นด้วยบ้าง
3.50 – 4.00	เห็นด้วย

การรวบรวมข้อมูล (Data collection)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีการดำเนินงานดังนี้

1. ผู้ทำวิจัยติดต่อ สโมสรนิสิตคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ในขณะที่ทำกิจกรรมอยู่ในสโมสรนิสิต และระหว่างกิจกรรมเสริมหลักสูตรต่าง ๆ ได้แก่ ฝ่ายศานติธรรม: โครงสอนหนังสือ
2. ผู้วิจัยประสานกับฝ่ายกิจการนิสิตคณะแพทยศาสตร์เพื่อขอทำการแจกแบบสอบถามให้กับนิสิต เนื่องจากการเก็บข้อมูลสามารถกระทำได้โดยรบกวนเวลาของนิสิตน้อยที่สุด
3. ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่เป็นไปตามเกณฑ์ และคำนวณสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธี Proportional Stratified Random Sampling ตามจำนวนของนิสิตแพทย์ในแต่ละชั้นปี มีจำนวนชั้นปีรวมทุกชั้นปีทั้งสิ้น 366 คน
4. การเก็บข้อมูลผ่านสโมสรนิสิตคณะแพทยศาสตร์แจกแบบสอบถามให้นิสิตคณะแพทยศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 ถึงชั้นปีที่ 6 ในช่วงที่มีการเรียนการสอนปกติและระหว่างทำกิจกรรมนอกหลักสูตร ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2562 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2563 เบื้องต้นผู้วิจัยได้แนบเอกสารข้อมูลคำอธิบายถึงที่มา วัตถุประสงค์ รวมไปถึงสิทธิของผู้เข้าร่วม ไปด้วยแบบสอบถามทุกฉบับ โดยที่การตอบหรือไม่ตอบแบบสอบถามจะไม่ส่งผลกระทบต่อ ใด ๆ ต่อนิสิต และข้อมูลที่ได้ของแต่ละบุคคลจะเก็บเป็นความลับ ข้อมูลที่เปิดเผยและนำเสนอจะเป็นในส่วนที่เป็นภาพรวมของแต่ละชั้นปีเท่านั้น ทั้งนี้ นิสิตที่ประสงค์เข้าร่วมการวิจัยนี้สามารถยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยวาจา และงดเว้นการลงนามในใบยินยอม
5. ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูลทั้งหมดประมาณ 30 นาที
6. ผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถามทั้งหมด พร้อมกับตรวจสอบความถูกต้อง จึงนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้วิเคราะห์ (Data analysis and statistics)

1. วิเคราะห์จากข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่ออธิบายผลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
2. วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ได้แก่ T-Test
3. วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาค่าสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Correlation)
4. การวิเคราะห์ข้อมูลแบบถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression)

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษาเรื่องทัศนคติต่อการรับบริการทางสุขภาพจิตของนิสิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ดำเนินการโดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลตามระเบียบวิธีวิจัยที่กล่าวไว้ในบทก่อนหน้า จากที่คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 361 คน ในขั้นตอนการเก็บข้อมูลจริง ปรากฏว่าเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 364 คน จากนั้น ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม IBM SPSS Statistics Version 22.0 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลจำแนกตามลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 การแจกแจงระดับทัศนคติการรับบริการทางสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (t-test) และการวิเคราะห์ความแปรปรวน (ANOVA) เพื่อหาปัจจัยที่ส่งผลต่อทัศนคติต่อการรับบริการทางสุขภาพจิต

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (Correlation) เพื่อหาตัวแปรที่สัมพันธ์กับทัศนคติต่อการรับบริการทางสุขภาพจิต

ตอนที่ 5 การวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุ (Multiple linear regression) เพื่อสร้างสมการทำนายทัศนคติต่อการรับบริการทางสุขภาพจิต

ตอนที่ 1 ข้อมูลจำแนกตามลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 5 ตารางแสดงข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ

ตัวแปร	n (%)		
	ชาย (n = 160)	หญิง (n = 202)	รวม (n = 362)
ปัจจัยส่วนบุคคล			
เพศ			
ชาย	-	-	160 (44.2%)
หญิง	-	-	202 (55.8%)
อายุ			
น้อยกว่า 20 ปี	40 (25.0%)	56 (27.7%)	97 (26.5%)
20 – 22 ปี	93 (58.1%)	109 (54.0%)	201 (55.8%)
มากกว่า 22 ปี	27 (16.9%)	37 (18.3%)	64 (17.7%)
ระดับชั้นปีการศึกษา			
Pre-Clinic	87 (54.4%)	123 (60.9%)	210 (58.0%)
Clinic	73 (45.6%)	79 (39.1%)	152 (42.0%)
เกรดเฉลี่ยสะสม^a			
น้อยกว่า หรือ เท่ากับ 3.00	20 (19.2%)	20 (15.7%)	40 (17.3%)
3.01 – 3.25	17 (16.3%)	14 (11.0%)	31 (13.4%)
3.26 – 3.50	25 (24.0%)	32 (25.2%)	57 (24.7%)
3.51 – 3.75	25 (24.0%)	35 (27.6%)	60 (26.0%)
3.75 – 4.00	17 (16.3%)	26 (20.5%)	43 (18.6%)
Mean (SD)	3.36(0.40)	3.45(0.36)	3.41(0.38)
ภูมิลำเนา			
กรุงเทพมหานคร	82 (51.3%)	123 (60.9%)	205 (56.6%)
ต่างจังหวัด	78 (48.8%)	79 (39.1%)	157 (43.4%)

ตัวแปร	n (%)		
	ชาย (n = 160)	หญิง (n = 202)	รวม (n = 362)
++			
.			
e			
ลักษณะที่พบบ่อยปัจจุบัน			
บ้าน/คอนโดมิเนียม	98 (61.3%)	142 (70.3%)	240 (66.3%)
หอพักในมหาวิทยาลัย	42 (26.3%)	40 (19.8%)	82 (22.7%)
หอพักนอกมหาวิทยาลัย	20 (12.5%)	20 (9.9%)	40 (11.0%)
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน^b			
น้อยกว่า 10,000 บาท	57 (38.0%)	83 (43.5%)	140 (41.1%)
10,000 – 20,000 บาท	86 (57.3%)	101 (52.9%)	187 (54.8%)
มากกว่า 20,000 บาท	7 (4.7%)	7 (3.7%)	14 (4.1%)
Mean (SD)	12,403(11,751)	10,838(7,811)	11,527(9,758)
ความเพียงพอของรายได้			
ไม่เพียงพอ	14 (8.8%)	25 (12.4%)	39 (10.8%)
เพียงพอ	146 (91.3%)	177 (87.6%)	323 (89.2%)
บุคคลในครอบครัวเป็นผู้ป่วยจิตเวช			
ไม่มี	146 (91.3%)	185 (91.6%)	331 (91.4%)
มี	14 (8.8%)	17 (8.4%)	31 (8.6%)
บุคคลที่รู้จักเป็นผู้ป่วยจิตเวช			
ไม่มี	97 (60.6%)	129 (63.9%)	226 (62.4%)
มี	63 (39.4%)	73 (36.1%)	136 (37.6%)
การออกกำลังกาย			
สม่ำเสมอ	36 (22.5%)	28 (13.9%)	64 (17.7%)
บางครั้ง	72 (45.0%)	90 (44.6%)	162 (44.8%)
แทบไม่ออกกำลังกาย	52 (32.5%)	84 (41.6%)	136 (37.6%)

ตัวแปร	n (%)		
	ชาย (n = 160)	หญิง (n = 202)	รวม (n = 362)
เวลานอนหลับโดยเฉลี่ยต่อวัน			
น้อยกว่า 6 ชั่วโมง	51 (31.9%)	49 (24.3%)	100 (27.6%)
มากกว่า หรือ เท่ากับ 6 ชั่วโมง	109 (68.1%)	153 (75.7%)	262 (72.4%)
Mean (SD)	5.83(1.11)	6.00(0.99)	5.92(1.04)
เวลาพักผ่อนโดยเฉลี่ยต่อวัน^c			
น้อยกว่า 3 ชั่วโมง	72 (46.2%)	113 (57.9%)	185 (52.7%)
มากกว่า หรือ เท่ากับ 3 ชั่วโมง	84 (53.8%)	82 (42.1%)	166 (47.3%)
Mean (SD)	3.05(1.67)	2.83(2.02)	2.93(1.87)
การทำกิจกรรมนอกหลักสูตร			
เป็นประจำ	41 (25.6%)	39 (19.3%)	80 (22.1%)
บางครั้ง	62 (38.8%)	88 (43.6%)	150 (41.4%)
นาน ๆ ครั้ง	49 (30.6%)	61 (30.2%)	110 (30.4%)
ไม่ทำ	8 (5.0%)	14 (6.9%)	22 (6.1%)
โรคประจำตัว			
ไม่มี	119 (74.4%)	163 (80.7%)	282 (77.9%)
มี	41 (25.6%)	39 (19.3%)	80 (22.1%)
ปัจจัยเกี่ยวกับการเลือกเข้ารับบริการทางสุขภาพจิต			
พฤติกรรมในการเลือกเข้ารับบริการทางสุขภาพจิต			
แหล่งให้บริการทั่วไป	137 (85.6%)	177 (87.6%)	314 (86.7%)
แหล่งให้บริการทางสุขภาพจิตโดยเฉพาะ	23 (14.4%)	25 (12.4%)	48 (13.3%)

^a n_{ชาย} = 104, n_{หญิง} = 127, n_{รวม} = 231

^b n_{ชาย} = 150, n_{หญิง} = 191, n_{รวม} = 341

^c n_{ชาย} = 156, n_{หญิง} = 195, n_{รวม} = 351

ตารางที่ 5 แสดงสถิติพรรณนาของกลุ่มตัวอย่างในด้านต่าง ๆ ซึ่งเป็นลักษณะทั่วไป โดยแยกตามเพศและผลรวมของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

จากผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 364 คน มีจำนวน 2 คนที่ไม่ได้ตอบคำถามทั้งส่วนในแบบสอบถาม ส่งผลให้ผู้วิจัยได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 362 คน แบ่งเป็นเพศชาย 160 คน (44.2%) และเพศหญิง 202 คน (55.8%) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 20 – 22 ปี จำนวน 201 คน (55.8%) ศึกษาอยู่ในระดับชั้น Pre-clinic และ Clinic จำนวน 210 คน (58.0%) และ 152 คน (42.0%) ตามลำดับ

เรื่องผลการเรียน ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของเกรดเฉลี่ยสะสม มีค่าเท่ากับ 3.41 และ 0.38 ตามลำดับ โดยที่กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยของเกรดเฉลี่ยสะสม สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชาย อย่างไรก็ตาม เกรดเฉลี่ยสะสมของกลุ่มตัวอย่างเพศชายมีการกระจายตัวที่กว้างกว่า เกรดเฉลี่ยสะสมของกลุ่มตัวอย่างเพศหญิง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเกรดเฉลี่ยสะสมอยู่ในช่วง 3.51 – 3.75 และมากกว่าร้อยละ 80 มี เกรดเฉลี่ยสะสมมากกว่า 3.00

ในเรื่องภูมิลำเนา กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 205 คน (56.6%) มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัด กรุงเทพมหานคร ส่วนที่เหลือ 157 คน (43.4%) มีภูมิลำเนาอยู่ในต่างจังหวัด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่ที่บ้านหรือคอนโดมิเนียม จำนวน 240 คน (66.3%) และพักอาศัยอยู่ที่หอพักนอกมหาวิทยาลัยน้อยที่สุดจำนวน 40 คน (11.0%)

เรื่องรายได้เฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11,527 บาท และ 9,758 บาท ตามลำดับ โดยที่กลุ่มตัวอย่างเพศชายมีค่าเฉลี่ย และ การกระจายตัวของรายได้เฉลี่ยต่อเดือน สูงกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศหญิง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 10,000 – 20,000 บาทและน้อยกว่าร้อยละ 5 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาท และประมาณร้อยละ 90 ของกลุ่มตัวอย่างมีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย

เรื่องประวัติที่เกี่ยวข้องกับโรคทางจิตเวช กลุ่มตัวอย่างจำนวน 31 คน (8.6%) มีบุคคลในครอบครัวเป็นผู้ป่วยจิตเวช ในขณะที่ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 163 คน (37.6%) มีบุคคลที่ตนเองรู้จักเป็นผู้ป่วยจิตเวช และเรื่องการออกกำลังกาย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ 162 คน (44.8%) ออกกำลังกายเป็นบางครั้ง โดยกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมากกว่าร้อยละ 40 แทบไม่ออกกำลังกายเลย นอกจากนี้ เรื่องการนอนหลับ โดยเฉลี่ยต่อวันกลุ่มตัวอย่างนอนหลับเป็นเวลา 5.92 ชั่วโมง โดยมากกว่าร้อยละ 70 นอนหลับมากกว่า หรือเท่ากับ 6 ชั่วโมง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 185 คน (52.7%) มีเวลาพักผ่อนโดย

เฉลี่ย น้อยกว่า 3 ชั่วโมงต่อวัน ส่วนที่เหลืออีกจำนวน 166 คน (47.3%) มีเวลาพักผ่อนโดยเฉลี่ยมากกว่า 3 ชั่วโมงต่อวัน

ในเรื่องกิจกรรมนอกเวลาเรียน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จำนวน 150 คน (41.4%) เข้าร่วมกิจกรรมนอกหลักสูตรเป็นบางครั้ง มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 คน (22.1%) เข้าร่วมกิจกรรมนอกหลักสูตรเป็นประจำ โดยมีเพียงประมาณร้อยละ 6 ของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ทำกิจกรรมนอกหลักสูตร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จำนวน 282 คน (77.9%) ไม่มีโรคประจำตัว

สุดท้ายนี้ ด้านพฤติกรรมการเลือกเข้ารับบริการทางสุขภาพจิต กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จำนวน 314 คน (86.7%) เลือกเข้ารับบริการทางสุขภาพจิตกับแหล่งให้บริการทั่วไป ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่เหลือจำนวน 48 คน (13.3%) เลือกเข้ารับบริการทางสุขภาพจิตกับแหล่งให้บริการทางสุขภาพจิตโดยเฉพาะ

ตารางที่ 6 ตารางแสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (t-test) คะแนนองค์ประกอบแรงจูงใจในการเรียนแพทย์ และ กลวิธีการเผชิญความเครียดเชิงรุกของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ

ตัวแปร	Mean (SD)			t	P - value
	ชาย (n = 160)	หญิง (n = 202)	รวม (n = 362)		
แรงจูงใจในการเรียนแพทย์					
ความเต็มใจและความเสียสละ (Willingness to sacrifice)	3.41 (0.61)	3.42 (0.55)	3.42 (0.58)	-0.115	0.909
Skewness	-0.28	-0.49	-0.38		
Kurtosis	0.40	0.70	0.55		
การเตรียมความพร้อมในการ เริ่มต้น (Readiness to start)	3.19 (0.61)	3.26 (0.61)	3.23 (0.61)	-1.004	0.316
Skewness	-0.10	0.03	-0.03		
Kurtosis	0.13	-0.39	-0.16		
ความมั่นคง (Persistence)	3.58 (0.69)	3.67 (0.56)	3.63 (0.62)	-1.353	0.177

Skewness	-0.37	-0.20	-0.35
Kurtosis	0.06	0.05	0.23

กลวิธีการเผชิญความเครียดเชิงรุก

การตั้งเป้าหมายและจัดการเชิงรุก (Proactive Coping)	2.74 (0.44)	2.77 (0.39)	2.76 (0.41)	-0.861	0.390
-------------------------------------------------------	-------------	-------------	-------------	--------	-------

Skewness	-0.42	-0.17	-0.32
Kurtosis	0.96	-0.05	0.59

การสะท้อนปัญหา (Reflective Coping)	2.77 (0.48)	2.76 (0.48)	2.76 (0.48)	0.118	0.906
---------------------------------------	-------------	-------------	-------------	-------	-------

Skewness	-0.23	0.27	0.05
Kurtosis	0.00	0.29	0.14

ตัวแปร	Mean (SD)			t	P - value
	ชาย	หญิง	รวม		
	(n = 160)	(n = 202)	(n = 362)		

กลวิธีการเผชิญความเครียดเชิง

รุก (ต่อ)

การวางแผนอย่างมีกลยุทธ์ (Strategic Planning)	2.62 (0.59)	2.64 (0.55)	2.63 (0.57)	-0.340	0.734
-------------------------------------------------	-------------	-------------	-------------	--------	-------

Skewness	-0.02	0.21	0.09
Kurtosis	0.09	0.49	0.29

การเตรียมการป้องกัน (Preventive Coping)	2.69 (0.56)	2.69 (0.49)	2.69 (0.52)	0.009	0.993
--------------------------------------------	-------------	-------------	-------------	-------	-------

Skewness	-0.47	0.14	-0.19
Kurtosis	0.24	0.00	0.16

การแสวงหาความช่วยเหลือ (Instrumental Support Seeking)	2.62 (0.55)	2.74 (0.55)	2.69 (0.55)	-2.053	0.041**
----------------------------------------------------------	-------------	-------------	-------------	--------	---------

Skewness	-0.08	-0.03	-0.05
Kurtosis	0.10	0.20	0.14

การแสวงหาการสนับสนุนทาง จิตใจ (Emotional Support Seeking)	2.71 (0.65)	2.91 (0.68)	2.82 (0.67)	-2.903	0.004***
Skewness	-0.36	-0.36	-0.33		
Kurtosis	0.16	-0.16	-0.05		
การหลีกเลี่ยงปัญหา (Avoidance Coping)	2.44 (0.68)	2.26 (0.67)	2.34 (0.68)	2.586	0.01**
Skewness	0.16	0.26	0.22		
Kurtosis	-0.35	-0.31	-0.35		

* $P < 0.1$, ** $P < 0.05$, *** $P < 0.01$

จากตารางที่ 6 ซึ่งแสดงค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามเพศ ของ แรงจูงใจในการเรียนแพทย์ ซึ่งมี 3 องค์ประกอบได้แก่ ความเต็มใจและความเสียสละ, การเตรียมพร้อมในการเริ่มต้น, และ ความมั่นคง รวมถึง กลวิธีการเผชิญความเครียดเชิงรุก ซึ่งมี 7 องค์ประกอบได้แก่ การตั้งเป้าหมายและจัดการเชิงรุก, การสะท้อนปัญหา, การวางแผนอย่างมีกลยุทธ์, การเตรียมการป้องกัน, การแสวงหาความช่วยเหลือ, การแสวงหาการสนับสนุนทางจิตใจ, และ การหลีกเลี่ยงปัญหา โดยมีรายละเอียดดังนี้

ในส่วนของแรงจูงใจในการเรียนแพทย์ คะแนนขององค์ประกอบทุกตัวมีการกระจายตัวแบบปกติโดยพิจารณาจากค่าความเบ้ (skewness) และ ความโด่ง (kurtosis) ที่มีค่าอยู่ในช่วง -1 ถึง 1 โดยคะแนนเฉลี่ยขององค์ประกอบด้านความมั่นคงมีค่าสูงสุด คือ 3.63 คะแนน (SD = 0.62 คะแนน) ส่วนองค์ประกอบด้านการเตรียมพร้อมในการเริ่มต้นมีค่าเฉลี่ยต่ำสุดอยู่ที่ 3.23 คะแนน (SD = 0.61 คะแนน) นอกจากนี้เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนในแต่ละองค์ประกอบของแรงจูงใจในการเรียนแพทย์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยของคะแนน ในทุกองค์ประกอบของแรงจูงใจในการเรียนแพทย์มากกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชาย แต่อย่างไรก็ตามผลจากการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (t-test) พบว่า ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยซึ่งจำแนกตามเพศ ในทุกองค์ประกอบของแรงจูงใจในการเรียนแพทย์ ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ในส่วนของกลวิธีการเผชิญความเครียดเชิงรุก คะแนนขององค์ประกอบทุกตัวมีการกระจายตัวแบบปกติโดยพิจารณาจากค่าความเบ้ (skewness) และ ความโด่ง (kurtosis) ที่มีค่าอยู่ในช่วง -1

ถึง 1 โดยคะแนนเฉลี่ยขององค์ประกอบด้านการแสวงหาการสนับสนุนทางจิตใจมีค่าสูงสุด คือ 2.82 คะแนน (SD = 0.67 คะแนน) ส่วนองค์ประกอบด้านการหลีกเลี่ยงปัญหาที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดอยู่ที่ 2.34 คะแนน (SD = 0.68 คะแนน) นอกจากนี้เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนในแต่ละองค์ประกอบของ กลวิธีการเผชิญความเครียดเชิงรุก พบว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชายมีค่าเฉลี่ยของคะแนน ในองค์ประกอบ ด้าน การสะท้อนปัญหา, การเตรียมการป้องกัน, และ การหลีกเลี่ยงปัญหา มากกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศ หญิง ส่วนกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยของคะแนน ในองค์ประกอบด้าน การตั้งเป้าหมายและ จัดการเชิงรุก, การวางแผนอย่างมีกลยุทธ์, การแสวงหาความช่วยเหลือ, และ การแสวงหาการ สนับสนุนทางจิตใจ มากกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชาย แต่อย่างไรก็ตามผลจากการวิเคราะห์ความแตกต่าง ของค่าเฉลี่ย (t-test) พบว่ามีเพียงความแตกต่างของคะแนนค่าเฉลี่ยซึ่งจำแนกตามเพศ ใน องค์ประกอบด้าน การแสวงหาความช่วยเหลือ ($t = -2.053, p = 0.041$), การแสวงหาการสนับสนุน ทางจิตใจ ($t = -2.903, p = 0.004$), และ การหลีกเลี่ยงปัญหา ($t = 2.586, p = 0.01$) เท่านั้นที่มี นัยสำคัญทางสถิติ

ตอนที่ 2 การแจกแจงระดับทัศนคติต่อการรับบริการทางสุขภาพจิต

จากคำถาม จำนวนทั้งหมด 24 ข้อ ผู้วิจัยทำการคำนวณคะแนนเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน, ความเบ้, และ ความโด่งขององค์ประกอบแต่ละด้านของทัศนคติต่อการรับบริการทาง สุขภาพจิต ซึ่งประกอบด้วย การเปิดรับทางจิตใจ จำนวน 8 ข้อ, แนวโน้มการแสวงหาความช่วยเหลือ จำนวน 8 ข้อ, และ ความเฉยเมยต่อตราบาป จำนวน 8 ข้อ จำแนกตามเพศ นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังได้ ทำการคำนวณคะแนนเฉลี่ยของแต่ละองค์ประกอบ ของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน จากนั้นนำคะแนนที่ ได้มาแจกแจงตามเกณฑ์ระดับตั้งแต่ ไม่เห็นด้วย จนถึง เห็นด้วย ตามที่กล่าวไว้ในบทก่อนหน้า เพื่อ หาความถี่และร้อยละของระดับทัศนคติต่อการรับบริการทางสุขภาพจิตขององค์ประกอบแต่ละด้าน ของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 7 ตารางแสดงการแจกแจงความถี่และร้อยละ ของทัศนคติต่อการรับบริการทางสุขภาพจิต ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ

ตัวแปร	n (%)		
	ชาย	หญิง	รวม

	(n = 160)	(n = 202)	(n = 362)
การเปิดรับทางจิตใจ			
Mean (SD)	2.37 (0.57)	2.17 (0.54)	2.26 (0.56)
Skewness	-0.44	-0.18	-0.26
Kurtosis	0.44	-0.38	-0.10
ความถี่ (ร้อยละ) ตามระดับช่วงคะแนนเฉลี่ย			
ไม่เห็นด้วย (0.00 – 0.49)	1 (0.63%)	0 (0.0%)	1 (0.28%)
ไม่เห็นด้วยบ้าง (0.50 – 1.49)	8 (5.00%)	19 (9.41%)	27 (7.46%)
ไม่แน่ใจ (1.50 – 2.49)	78 (48.75%)	116 (57.43%)	194 (53.59%)
เห็นด้วยบ้าง (2.50 – 3.49)	71 (44.38%)	66 (32.67%)	137 (37.85%)
เห็นด้วย (3.50 – 4.00)	2 (1.25%)	1 (0.50%)	3 (0.83%)
แนวโน้มการแสวงหาความช่วยเหลือ			
Mean (SD)	2.69 (0.50)	2.85 (0.54)	2.78 (0.53)
Skewness	-0.22	-0.17	-0.15
Kurtosis	-0.01	-0.20	-0.12
แนวโน้มการแสวงหาความช่วยเหลือ (ต่อ)			
ความถี่ (ร้อยละ) ตามระดับช่วงคะแนนเฉลี่ย			
ไม่เห็นด้วย (0.00 – 0.49)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
ไม่เห็นด้วยบ้าง (0.50 – 1.49)	1 (0.63%)	1 (0.50%)	2 (0.55%)
ไม่แน่ใจ (1.50 – 2.49)	44 (27.50%)	46 (22.77%)	90 (24.86%)
เห็นด้วยบ้าง (2.50 – 3.49)	102 (63.75%)	129 (63.86%)	231 (63.81%)
เห็นด้วย (3.50 – 4.00)	13 (8.13%)	26 (12.87%)	39 (10.77%)
ความเฉยเมยต่อตราบาป			
Mean (SD)	1.68 (0.72)	1.44 (0.75)	1.55 (0.75)
Skewness	0.07	0.29	0.18
Kurtosis	-0.52	-0.28	-0.44
ความถี่ (ร้อยละ) ตามระดับช่วงคะแนนเฉลี่ย			
ไม่เห็นด้วย (0.00 – 0.49)	4 (2.5%)	17 (8.42%)	21 (5.80%)
ไม่เห็นด้วยบ้าง (0.50 – 1.49)	58 (36.25%)	87 (43.07%)	145 (40.06%)
ไม่แน่ใจ (1.50 – 2.49)	72 (45.00%)	80 (39.60%)	152 (41.99%)

เห็นด้วยบ้าง	(2.50 – 3.49)	25 (15.63%)	17 (8.42%)	42 (11.60%)
เห็นด้วย	(3.50 – 4.00)	1 (0.63%)	1 (0.50%)	2 (0.55%)

จากตารางที่ 7 ในส่วนของการเปิดรับทางจิตใจ พบว่า มีค่าเฉลี่ย อยู่ที่ 2.26 (SD = 0.56) หรือเท่ากับระดับไม่แน่ใจ (Likert scale ระดับ 1 – 5) และมีการกระจายตัวแบบปกติโดยพิจารณาจากค่าความเบ้ (skewness) และ ความโด่ง (kurtosis) ที่มีค่าอยู่ในช่วง -1 ถึง 1 นอกจากนี้ จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างแสดงให้เห็นว่า เพศชายมีระดับค่าเฉลี่ยของการเปิดรับทางจิตใจสูงกว่าเพศหญิง โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการเปิดรับทางจิตใจในระดับไม่แน่ใจ จำนวน 152 คน (53.59%) รองลงมาคือระดับเห็นด้วยบ้าง จำนวน 137 คน (37.85%) และ ไม่เห็นด้วยบ้าง จำนวน 27 คน (7.46%) ในขณะที่มีกลุ่มตัวอย่างเพียง 3 คน (0.83%) และ 1 คน (0.28%) เท่านั้นที่มีคะแนนเฉลี่ยของการเปิดรับทางจิตใจอยู่ในระดับเห็นด้วย และ ไม่เห็นด้วยตามลำดับ โดยจากข้อมูลจะสังเกตเห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่า ร้อยละ 90 มีคะแนนเฉลี่ยของการเปิดรับทางจิตใจ อยู่ในระดับไม่แน่ใจ และ เห็นด้วยบ้าง นอกจากนี้ มีกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่า ร้อยละ 1 ที่มีคะแนนเฉลี่ยดังกล่าว อยู่ในระดับ ไม่เห็นด้วย หรือ เห็นด้วย

ในส่วนของแนวโน้มการแสวงหาความช่วยเหลือ พบว่า มีค่าเฉลี่ย อยู่ที่ 2.78 (SD = 0.53) หรือเท่ากับระดับเห็นด้วยบ้าง (Likert scale ระดับ 1 – 5) และมีการกระจายตัวแบบปกติโดยพิจารณาจากค่าความเบ้ (skewness) และ ความโด่ง (kurtosis) ที่มีค่าอยู่ในช่วง -1 ถึง 1 นอกจากนี้ จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างแสดงให้เห็นว่า เพศหญิงมีระดับค่าเฉลี่ยของแนวโน้มการแสวงหาความช่วยเหลือสูงกว่าเพศชาย โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับของแนวโน้มการแสวงหาความช่วยเหลือในระดับเห็นด้วยบ้าง จำนวน 231 คน (63.81%) รองลงมาคือระดับไม่แน่ใจ จำนวน 90 คน (24.86%) และ เห็นด้วย จำนวน 39 คน (10.77%) ในขณะที่มีกลุ่มตัวอย่างเพียง 2 คน (0.55%) เท่านั้นที่มีคะแนนเฉลี่ยของแนวโน้มการแสวงหาความช่วยเหลืออยู่ในระดับไม่เห็นด้วยบ้าง และไม่มีกลุ่มตัวอย่างคนใดเลยที่มีระดับของแนวโน้มการแสวงหาความช่วยเหลืออยู่ในระดับไม่เห็นด้วย โดยจากข้อมูลจะสังเกตเห็นว่า กลุ่มตัวอย่างประมาณ ร้อยละ 75 มีคะแนนเฉลี่ยของแนวโน้มการแสวงหาความช่วยเหลือ อยู่ในระดับ เห็นด้วยบ้าง และ เห็นด้วย นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างมากกว่า ร้อยละ 99 มีคะแนนเฉลี่ยดังกล่าว อยู่ในระดับ ไม่แน่ใจขึ้นไป

ในส่วนของความเฉยเมยต่อตราบาป พบว่า มีค่าเฉลี่ย อยู่ที่ 1.55 (SD = 0.75) หรือเท่ากับระดับไม่แน่ใจ (Likert scale ระดับ 1 – 5) และมีการกระจายตัวแบบปกติโดยพิจารณาจากค่าความเบ้ (skewness) และ ความโด่ง (kurtosis) ที่มีค่าอยู่ในช่วง -1 ถึง 1 นอกจากนี้ จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างแสดงให้เห็นว่า เพศชายมีระดับค่าเฉลี่ยของความเฉยเมยต่อตราบาปสูงกว่าเพศหญิง โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับของความเฉยเมยต่อตราบาปในระดับไม่แน่ใจ จำนวน 152 คน (41.99%) รองลงมาคือระดับไม่เห็นด้วยบ้าง จำนวน 145 คน (40.06%) และ เห็นด้วยบ้าง จำนวน 42 คน (10.77%) ในขณะที่มีกลุ่มตัวอย่าง 21 คน (5.80%) ที่มีคะแนนเฉลี่ยของความเฉยเมยต่อตราบาปอยู่ในระดับไม่เห็นด้วย และมีกลุ่มตัวอย่างเพียงจำนวน 2 คน (0.55%) เท่านั้นที่มีระดับของความเฉยเมยต่อตราบาปอยู่ในระดับเห็นด้วย โดยจากข้อมูลจะสังเกตเห็นว่า กลุ่มตัวอย่างประมาณ ร้อยละ 90 มีคะแนนเฉลี่ยของความเฉยเมยต่อตราบาปอยู่ในระดับ ไม่แน่นอนลงไป

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (t-test) และการวิเคราะห์ความแปรปรวน (ANOVA) เพื่อหาปัจจัยที่ส่งผลต่อองค์ประกอบแต่ละด้านของทัศนคติต่อการรับบริการทางสุขภาพจิต

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย และวิเคราะห์ความแปรปรวนในตัวแปรที่มีมาตรการวัดระดับนามบัญญัติ และ ระดับเรียงอันดับ เพื่อหาว่าตัวแปรใดบ้าง ที่ทำให้คะแนนค่าเฉลี่ยขององค์ประกอบแต่ละด้านของทัศนคติต่อการรับบริการทางสุขภาพจิต มีความแตกต่างกัน จากนั้นทำการทดสอบภายหลัง (Post Hoc Test) ด้วยการเปรียบเทียบรายคู่ (Pairwise comparison) เพื่อหาว่าแต่ละกลุ่มมีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันเท่าใด

ตารางที่ 8 ตารางแสดงการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย และการวิเคราะห์ความแปรปรวนของปัจจัยต่างๆ กับการเปิดรับทางจิตใจของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	การเปิดรับทางจิตใจ		t / F	P - value
	Mean	SD		
ปัจจัยส่วนบุคคล				
เพศ				
ชาย	2.37	0.57	3.532	0.000***
หญิง	2.17	0.54		
อายุ				

ตัวแปร	การเปิดรับทางจิตใจ		t / F	P - value
	Mean	SD		
น้อยกว่า 20 ปี	2.27	0.51	0.525	0.592
20 - 22 ปี	2.27	0.56		
มากกว่า 22 ปี	2.19	0.66		
ระดับชั้นปีการศึกษา				
ชั้นปีที่ 1	2.20	0.50	0.412	0.840
ชั้นปีที่ 2	2.28	0.55		
ชั้นปีที่ 3	2.27	0.53		
ชั้นปีที่ 4	2.30	0.56		
ชั้นปีที่ 5	2.26	0.65		
ชั้นปีที่ 6	2.16	0.65		
ระดับชั้นปีการศึกษา				
Pre-Clinic	2.26	0.53	0.174	0.862
Clinic	2.25	0.61		
เกรดเฉลี่ยสะสม				
น้อยกว่า หรือ เท่ากับ 3.00	2.29	0.51	0.955	0.433
3.01 - 3.25	2.32	0.59		
3.26 - 3.50	2.27	0.65		
3.51 - 3.75	2.27	0.56		
3.75 - 4.00	2.10	0.55		
ภูมิลำเนา				
กรุงเทพมหานคร	2.22	0.55	-1.373	0.170
ต่างจังหวัด	2.30	0.57		
ลักษณะที่พักปัจจุบัน				
บ้าน/คอนโดมิเนียม	2.23	0.58	2.093	0.125
หอพักในมหาวิทยาลัย	2.37	0.55		
หอพักนอกมหาวิทยาลัย	2.20	0.46		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน				
น้อยกว่า 10,000 บาท	2.29	0.59	0.458	0.633

ตัวแปร	การเปิดรับทางจิตใจ		t / F	P – value
	Mean	SD		
10,000 – 20,000 บาท	2.24	0.54		
มากกว่า 20,000 บาท	2.32	0.65		
ความเพียงพอของรายได้				
ไม่เพียงพอ	2.36	0.54	1.160	0.247
เพียงพอ	2.24	0.57		
บุคคลในครอบครัวเป็นผู้ป่วยจิตเวช				
ไม่มี	2.27	0.55	1.869	0.062*
มี	2.08	0.69		
บุคคลที่รู้จักเป็นผู้ป่วยจิตเวช				
ไม่มี	2.29	0.55	1.580	0.115
มี	2.20	0.58		
การออกกำลังกาย				
สม่ำเสมอ	2.35	0.49	6.527	0.002***
บางครั้ง	2.33	0.54		
แทบไม่ออกกำลังกาย	2.12	0.60		
เวลานอนหลับโดยเฉลี่ยต่อวัน				
น้อยกว่า 6 ชั่วโมง	2.25	0.57	-0.248	0.804
มากกว่า หรือ เท่ากับ 6 ชั่วโมง	2.26	0.56		
เวลาพักผ่อนโดยเฉลี่ยต่อวัน				
น้อยกว่า 3 ชั่วโมง	2.19	0.57	-2.028	0.043**
มากกว่า หรือ เท่ากับ 3 ชั่วโมง	2.32	0.56		
การทำกิจกรรมนอกหลักสูตร				
เป็นประจำ	2.21	0.62	0.372	0.774
บางครั้ง	2.25	0.54		
นาน ๆ ครั้ง	2.28	0.56		
ไม่ทำ	2.34	0.52		

ตัวแปร	การเปิดรับทางจิตใจ		t / F	P - value
	Mean	SD		
โรคประจำตัว				
ไม่มี	2.27	0.57	0.798	0.425
มี	2.21	0.53		

ปัจจัยเกี่ยวกับการเลือกเข้ารับบริการ

ทางสุขภาพจิต

พฤติกรรมการเลือกเข้ารับบริการทาง

สุขภาพจิต

แหล่งให้บริการทั่วไป	2.29	0.55	2.798	0.005***
แหล่งให้บริการทางสุขภาพจิต	2.05	0.62		
โดยเฉพาะ				

* $P < 0.1$, ** $P < 0.05$, *** $P < 0.01$

ตารางที่ 9 ตารางแสดงความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (Mean difference) จากการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (t-test) และการทดสอบภายหลัง (Post Hoc Test) ด้วยการเปรียบเทียบรายคู่ (Pairwise comparison)

ตัวแปร/ค่าอ้างอิง	ค่าเปรียบเทียบ	Mean Difference	S.E.	P - value
เพศ				
ชาย	หญิง	0.21	0.06	0.000***
บุคคลในครอบครัวเป็นผู้ป่วยจิตเวช				
ไม่มี	มี	0.20	0.11	0.062*
การออกกำลังกาย				
แทบไม่ออกกำลังกาย	สม่ำเสมอ	-0.23	0.08	0.006***
	บางครั้ง	-0.21	0.06	0.001***
เวลาพักผ่อนโดยเฉลี่ยต่อวัน				
น้อยกว่า 3 ชั่วโมง	มากกว่า หรือ เท่ากับ 3 ชั่วโมง	-0.12	0.06	0.043**
พฤติกรรมการเลือกเข้ารับบริการ				
ทางสุขภาพจิต				

ตัวแปร/ค่าอ้างอิง	ค่าเปรียบเทียบ	Mean Difference	S.E.	P - value
แหล่งให้บริการทั่วไป	แหล่งให้บริการทางสุขภาพจิตโดยเฉพาะ	0.24	0.09	0.005***

* $P < 0.1$, ** $P < 0.05$, *** $P < 0.01$

จากการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย และวิเคราะห์ความแปรปรวนของ ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล พบว่า เพศชายและหญิงมีค่าเฉลี่ยคะแนนของการเปิดรับทางทางจิตใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในทางสถิติ ($t = 3.532$, $P = 0.000$) โดยเพศชาย จะมีค่าเฉลี่ยคะแนนการเปิดรับทางจิตใจมากกว่าเพศหญิง เท่ากับ 0.21 นอกจากนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีบุคคลในครอบครัวเป็นผู้ป่วยจิตเวช มีค่าเฉลี่ยคะแนนการเปิดรับทางจิตใจ มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีบุคคลในครอบครัวเป็นผู้ป่วยจิตเวช เท่ากับ 0.20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.869$, $P = 0.062$) อีกทั้ง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการเปิดรับทางจิตใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตามความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย ($F = 6.527$, $P = 0.002$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่แทบไม่ออกกำลังกายเลย จะมีค่าเฉลี่ยคะแนนการเปิดรับทางจิตใจน้อยกว่า กลุ่มตัวอย่างที่ออกกำลังกาย บางครั้ง และ สม่ำเสมอ เท่ากับ 0.21 และ 0.23 ตามลำดับ

โดยสรุป พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีเวลาพักผ่อนโดยเฉลี่ยต่อวันน้อยกว่า 3 ชั่วโมง จะมีค่าเฉลี่ยคะแนนการเปิดรับทางจิตใต้ต่ำกว่า กลุ่มที่มีเวลาพักผ่อนโดยเฉลี่ยต่อวันมากกว่า หรือ เท่ากับ 3 ชั่วโมง เท่ากับ 0.12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.028$, $P = 0.043$) ด้านปัจจัยพฤติกรรมกรเลือกเข้ารับบริการทางสุขภาพจิต พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เลือกเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตจากแหล่งให้บริการทั่วไป มีค่าเฉลี่ยคะแนนการเปิดรับทางจิตใจมากกว่า กลุ่มตัวอย่างที่เลือกเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตจากแหล่งให้บริการทางสุขภาพจิตโดยเฉพาะ เท่ากับ 0.24 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.798$, $P = 0.005$)

ตารางที่ 10 ตารางแสดงการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย และการวิเคราะห์ความแปรปรวนของปัจจัยต่างๆ กับแนวโน้มการแสวงหาความช่วยเหลือของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	แนวโน้มการแสวงหาความ		t / F	P - value
	ช่วยเหลือ			
	Mean	SD		

ตัวแปร	แนวโน้มการแสวงหาความ		t / F	P - value
	ช่วยเหลือ			
	Mean	SD		
ปัจจัยส่วนบุคคล				
เพศ				
ชาย	2.69	0.50	-2.876	0.004***
หญิง	2.85	0.54		
อายุ				
น้อยกว่า 20 ปี	2.71	0.57	1.316	0.269
20 – 22 ปี	2.79	0.51		
มากกว่า 22 ปี	2.84	0.52		
ระดับชั้นปีการศึกษา				
ชั้นปีที่ 1	2.56	0.56	2.893	0.014**
ชั้นปีที่ 2	2.84	0.52		
ชั้นปีที่ 3	2.76	0.45		
ชั้นปีที่ 4	2.73	0.54		
ชั้นปีที่ 5	2.86	0.56		
ชั้นปีที่ 6	2.92	0.50		
ระดับชั้นปีการศึกษา				
Pre-Clinic	2.75	0.52	-1.296	0.196
Clinic	2.82	0.54		
เกรดเฉลี่ยสะสม				
น้อยกว่า หรือ เท่ากับ 3.00	2.90	0.47	1.304	0.269
3.01 – 3.25	2.88	0.46		
3.26 – 3.50	2.89	0.49		
3.51 – 3.75	2.74	0.52		
3.75 – 4.00	2.93	0.46		
ภูมิลำเนา				
กรุงเทพมหานคร	2.80	0.52	0.951	0.342

ตัวแปร	แนวโน้มการแสวงหาความ		t / F	P – value
	ช่วยเหลือ			
	Mean	SD		
ต่างจังหวัด	2.75	0.54		
ลักษณะที่พักปัจจุบัน				
บ้าน/คอนโดมิเนียม	2.76	0.54	0.404	0.668
หอพักในมหาวิทยาลัย	2.82	0.50		
หอพักนอกมหาวิทยาลัย	2.80	0.52		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน				
น้อยกว่า 10,000 บาท	2.80	0.51	0.693	0.501
10,000 – 20,000 บาท	2.78	0.51		
มากกว่า 20,000 บาท	2.95	0.68		
ความเพียงพอของรายได้				
ไม่เพียงพอ	2.60	0.63	-2.227	0.027**
เพียงพอ	2.80	0.51		
บุคคลในครอบครัวเป็นผู้ป่วยจิตเวช				
ไม่มี	2.76	0.52	-2.772	0.006***
มี	3.03	0.52		
บุคคลที่รู้จักเป็นผู้ป่วยจิตเวช				
ไม่มี	2.73	0.52	-2.330	0.020**
มี	2.86	0.53		
การออกกำลังกาย				
สม่ำเสมอ	2.72	0.52	0.573	0.564
บางครั้ง	2.81	0.53		
แทบไม่ออกกำลังกาย	2.77	0.53		
เวลานอนหลับโดยเฉลี่ยต่อวัน				
น้อยกว่า 6 ชั่วโมง	2.73	0.49	-1.016	0.310
มากกว่า หรือ เท่ากับ 6 ชั่วโมง	2.80	0.54		
เวลาพักผ่อนโดยเฉลี่ยต่อวัน				

ตัวแปร	แนวโน้มการแสวงหาความ		t / F	P - value
	ช่วยเหลือ			
	Mean	SD		
น้อยกว่า 3 ชั่วโมง	2.79	0.52	0.329	0.742
มากกว่า หรือ เท่ากับ 3 ชั่วโมง	2.77	0.52		
การทำกิจกรรมนอกหลักสูตร				
เป็นประจำ	2.76	0.59	0.765	0.514
บางครั้ง	2.78	0.50		
นาน ๆ ครั้ง	2.76	0.52		
ไม่ทำ	2.94	0.48		
โรคประจำตัว				
ไม่มี	2.76	0.54	-1.600	0.110
มี	2.86	0.47		
ปัจจัยเกี่ยวกับการเลือกเข้ารับบริการ				
ทางสุขภาพจิต				
พฤติกรรมเลือกเข้ารับบริการทางสุขภาพจิต				
แหล่งให้บริการทั่วไป	2.75	0.53	-3.034	0.003***
แหล่งให้บริการทางสุขภาพจิต	2.99	0.45		
โดยเฉพาะ				

* $P < 0.1$, ** $P < 0.05$, *** $P < 0.01$

ตารางที่ 11 ตารางแสดงความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (Mean difference) จากการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (t-test) และการทดสอบภายหลัง (Post Hoc Test) ด้วยการเปรียบเทียบรายคู่ (Pairwise comparison)

ตัวแปร/ค่าอ้างอิง	ค่าเปรียบเทียบ	Mean Difference	S.E.	P - value
เพศ				
ชาย	หญิง	-0.16	0.06	0.004***
ระดับชั้นปีการศึกษา				
ชั้นปีที่ 1	ชั้นปีที่ 2	-0.28	0.09	0.002***

ตัวแปร/ค่าอ้างอิง	ค่าเปรียบเทียบ	Mean Difference	S.E.	P - value
	ชั้นปีที่ 3	-0.20	0.10	0.042**
	ชั้นปีที่ 4	-0.18	0.10	0.078*
	ชั้นปีที่ 5	-0.30	0.10	0.004***
	ชั้นปีที่ 6	-0.36	0.12	0.002***
ความเพียงพอของรายได้				
ไม่เพียงพอ	เพียงพอ	-0.20	0.09	0.027**
บุคคลในครอบครัวเป็นผู้ป่วยจิตเวช				
ไม่มี	มี	-0.27	0.10	0.006***
บุคคลที่รู้จักเป็นผู้ป่วยจิตเวช				
ไม่มี	มี	-0.13	0.06	0.020**
พฤติกรรมการเลือกเข้ารับบริการ				
ทางสุขภาพจิต				
แหล่งให้บริการทั่วไป	แหล่งให้บริการทางสุขภาพจิตโดยเฉพาะ	-0.25	0.08	0.003***

* $P < 0.1$, ** $P < 0.05$, *** $P < 0.01$

จากการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย และวิเคราะห์ความแปรปรวนของ ปัจจัยพื้นฐาน ส่วนบุคคล พบว่า เพศชายและหญิงมีค่าเฉลี่ยคะแนนของแนวโน้มการแสวงหาความช่วยเหลือแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในทางสถิติ ($t = -2.876$, $P = 0.004$) โดยเพศชาย จะมีค่าเฉลี่ยคะแนนของแนวโน้มการแสวงหาความช่วยเหลือน้อยกว่าเพศหญิง เท่ากับ 0.16 นอกจากนี้ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนของแนวทางการแสวงหาความช่วยเหลือแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตามระดับชั้นปี การศึกษา ($F = 2.893$, $P = 0.014$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนิสิตชั้นปีที่ 1 จะมีค่าเฉลี่ยคะแนนของแนวโน้มการแสวงหาความช่วยเหลือน้อยกว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นนิสิตชั้นปีที่ 2, 3, 4, 5, และ 6 เท่ากับ 0.28, 0.20, 0.18, 0.30, และ 0.36 ตามลำดับ อีกทั้งพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ไม่เพียงพอ มีค่าเฉลี่ยคะแนนของแนวโน้มการแสวงหาความช่วยเหลือ น้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เพียงพอ เท่ากับ 0.20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.227$, $P = 0.027$)

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีบุคคลในครอบครัวเป็นผู้ป่วยจิตเวช มีค่าเฉลี่ยคะแนนของแนวโน้มการแสวงหาความช่วยเหลือ น้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีบุคคลในครอบครัวเป็นผู้ป่วยจิตเวช

เท่ากับ 0.27 อย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ ($t = -2.772$, $P = 0.006$) สุดท้าย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีบุคคลที่รู้จักเป็นผู้ป่วยจิตเวช มีค่าเฉลี่ยคะแนนของแนวโน้มการแสวงหาความช่วยเหลือ น้อยกว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีบุคคลที่รู้จักเป็นผู้ป่วยจิตเวช เท่ากับ 0.13 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.330$, $P = 0.020$)

ในด้านปัจจัยพฤติกรรมการเลือกเข้ารับบริการทางสุขภาพจิต พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เลือกเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตจากแหล่งให้บริการทั่วไป มีค่าเฉลี่ยคะแนนของแนวโน้มการแสวงหาความช่วยเหลือ น้อยกว่า กลุ่มตัวอย่างที่เลือกเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตจากแหล่งให้บริการทางสุขภาพจิตโดยเฉพาะ เท่ากับ 0.25 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.034$, $P = 0.003$)

ตารางที่ 12 ตารางแสดงการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย และการวิเคราะห์ความแปรปรวนของปัจจัยต่าง ๆ กับความเฉยเมยต่อตราบาปของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	ความเฉยเมยต่อตราบาป		t / F	P - value
	Mean	SD		
ปัจจัยส่วนบุคคล				
เพศ				
ชาย	1.68	0.72	3.063	0.002***
หญิง	1.44	0.75		
อายุ				
น้อยกว่า 20 ปี	1.46	0.72	1.404	0.247
20 - 22 ปี	1.60	0.74		
มากกว่า 22 ปี	1.49	0.79		
ระดับชั้นปีการศึกษา				
ชั้นปีที่ 1	1.34	0.74	1.903	0.093*
ชั้นปีที่ 2	1.58	0.71		
ชั้นปีที่ 3	1.54	0.63		
ชั้นปีที่ 4	1.63	0.74		

ตัวแปร	ความเฉยเมยต่อตราบาป		t / F	P - value
	Mean	SD		
ชั้นปีที่ 5	1.70	0.86		
ชั้นปีที่ 6	1.36	0.81		
ระดับชั้นปีการศึกษา				
Pre-Clinic	1.51	0.70	-1.028	0.305
Clinic	1.59	0.80		
เกรดเฉลี่ยสะสม				
น้อยกว่า หรือ เท่ากับ 3.00	1.40	0.68	0.700	0.593
3.01 – 3.25	1.62	0.73		
3.26 – 3.50	1.61	0.85		
3.51 – 3.75	1.61	0.75		
3.75 – 4.00	1.49	0.66		
ภูมิลำเนา				
กรุงเทพมหานคร	1.60	0.74	1.572	0.117
ต่างจังหวัด	1.48	0.74		
ลักษณะที่พักปัจจุบัน				
บ้าน/คอนโดมิเนียม	1.53	0.72	1.170	0.311
หอพักในมหาวิทยาลัย	1.64	0.79		
หอพักนอกมหาวิทยาลัย	1.43	0.83		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน				
น้อยกว่า 10,000 บาท	1.62	0.77	1.308	0.272
10,000 – 20,000 บาท	1.49	0.75		
มากกว่า 20,000 บาท	1.52	0.67		
ความเพียงพอของรายได้				
ไม่เพียงพอ	1.63	0.70	0.704	0.482
เพียงพอ	1.54	0.75		
บุคคลในครอบครัวเป็นผู้ป่วยจิตเวช				
ไม่มี	1.57	0.74	2.130	0.034**

ตัวแปร	ความเฉยเมยต่อตราบาป		t / F	P – value
	Mean	SD		
มี	1.27	0.71		
บุคคลที่รู้จักเป็นผู้ป่วยจิตเวช				
ไม่มี	1.60	0.73	1.652	0.099*
มี	1.46	0.77		
การออกกำลังกาย				
สม่ำเสมอ	1.72	0.66	2.093	0.125
บางครั้ง	1.52	0.75		
แทบไม่ออกกำลังกาย	1.50	0.77		
เวลานอนหลับโดยเฉลี่ยต่อวัน				
น้อยกว่า 6 ชั่วโมง	1.57	0.72	0.365	0.715
มากกว่า หรือ เท่ากับ 6 ชั่วโมง	1.54	0.76		
เวลาพักผ่อนโดยเฉลี่ยต่อวัน				
น้อยกว่า 3 ชั่วโมง	1.53	0.75	-0.191	0.848
มากกว่า หรือ เท่ากับ 3 ชั่วโมง	1.54	0.73		
การทำกิจกรรมนอกหลักสูตร				
เป็นประจำ	1.59	0.77	0.280	0.840
บางครั้ง	1.53	0.73		
นาน ๆ ครั้ง	1.55	0.75		
ไม่ทำ	1.44	0.75		
โรคประจำตัว				
ไม่มี	1.59	0.73	1.922	0.055*
มี	1.40	0.78		

ปัจจัยเกี่ยวกับการเลือกเข้ารับบริการ

ทางสุขภาพจิต

พฤติกรรมกรรมการเลือกเข้ารับบริการทาง

สุขภาพจิต

ตัวแปร	ความเฉยเมยต่อตราบาป		t / F	P - value
	Mean	SD		
แหล่งให้บริการทั่วไป	1.56	0.72	0.873	0.386
แหล่งให้บริการทางสุขภาพจิต โดยเฉพาะ	1.45	0.87		

* $P < 0.1$, ** $P < 0.05$, *** $P < 0.01$

ตารางที่ 13 ของค่าเฉลี่ย (Mean difference) จากการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (t-test) และการทดสอบภายหลัง (Post Hoc Test) 13 ตารางแสดงความแตกต่างด้วยการเปรียบเทียบรายคู่ (Pairwise comparison)

ตัวแปร/ค่าอ้างอิง	ค่าเปรียบเทียบ	Mean Difference	S.E.	P - value
เพศ				
ชาย	หญิง	0.24	0.08	0.002***
ระดับชั้นปีการศึกษา				
ชั้นปีที่ 1	ชั้นปีที่ 2	-0.25	0.13	0.059*
	ชั้นปีที่ 3	-0.20	0.14	0.155
	ชั้นปีที่ 4	-0.29	0.14	0.039**
	ชั้นปีที่ 5	-0.36	0.15	0.013**
	ชั้นปีที่ 6	-0.02	0.16	0.884
ชั้นปีที่ 6	ชั้นปีที่ 1	-0.02	0.16	0.884
	ชั้นปีที่ 2	-0.22	0.15	0.129
	ชั้นปีที่ 3	-0.18	0.16	0.258
	ชั้นปีที่ 4	-0.27	0.16	0.087*
	ชั้นปีที่ 5	-0.34	0.16	0.035**

ตัวแปร/ค่าอ้างอิง	ค่าเปรียบเทียบ	Mean Difference	S.E.	P – value
บุคคลในครอบครัวเป็นผู้ป่วยจิตเวช				
ไม่มี	มี	0.30	0.14	0.034**
บุคคลที่รู้จักเป็นผู้ป่วยจิตเวช				
ไม่มี	มี	0.13	0.08	0.099*
โรคประจำตัว				
ไม่มี	มี	0.18	0.09	0.055*

* $P < 0.1$, ** $P < 0.05$, *** $P < 0.01$

จากการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย และวิเคราะห์ความแปรปรวนของ ปัจจัยพื้นฐาน ส่วนบุคคล พบว่า เพศชายและหญิงมีค่าเฉลี่ยคะแนนของความเฉยเมยต่อตราบาปแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในทางสถิติ ($t = 3.063$, $P = 0.002$) โดยเพศชาย จะมีค่าเฉลี่ยคะแนนของความเฉยเมยต่อตราบาปมากกว่าเพศหญิง เท่ากับ 0.24 นอกจากนี้ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนของความเฉยเมยต่อตราบาปแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตามระดับชั้นปีการศึกษา ($F = 1.903$, $P = 0.093$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนิสิตชั้นปีที่ 1 จะมีค่าเฉลี่ยคะแนนของความเฉยเมยต่อตราบาปน้อยกว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นนิสิตชั้นปีที่ 2, 4, และ 5 เท่ากับ 0.25, 0.29, และ 0.36 ตามลำดับ เช่นเดียวกับ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นนิสิตชั้นปีที่ 6 จะมีค่าเฉลี่ยคะแนนของความเฉยเมยต่อตราบาปน้อยกว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นนิสิตชั้นปีที่ 4 และ 5 เท่ากับ 0.27 และ 0.34 ตามลำดับ

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีบุคคลในครอบครัวเป็นผู้ป่วยจิตเวช มีค่าเฉลี่ยคะแนนของความเฉยเมยต่อตราบาป มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีบุคคลในครอบครัวเป็นผู้ป่วยจิตเวช เท่ากับ 0.30 อย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ ($t = 2.130$, $P = 0.034$) นอกจากนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีบุคคลที่รู้จักเป็นผู้ป่วยจิตเวช มีค่าเฉลี่ยคะแนนของความเฉยเมยต่อตราบาป มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีบุคคลที่รู้จักเป็นผู้ป่วยจิตเวช เท่ากับ 0.13 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.652$, $P = 0.099$) ในตอนสุดท้าย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีโรคประจำตัว มีค่าเฉลี่ยคะแนนของความเฉยเมยต่อตราบาป มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัว เท่ากับ 0.18 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.922$, $P = 0.055$)

ด้านปัจจัยพฤติกรรมกรรมการเลือกเข้ารับบริการทางสุขภาพจิต พบว่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนของความเฉยเมยต่อตราบาป ระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่เลือกเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตจากแหล่งให้บริการทั่วไป และ กลุ่มตัวอย่างที่เลือกเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตจากแหล่งให้บริการทางสุขภาพจิตโดยเฉพาะ ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (Correlation) เพื่อหาตัวแปรที่สัมพันธ์กับขององค์ประกอบ แต่ละด้านของทัศนคติต่อการรับบริการทางสุขภาพจิต

สำหรับตัวแปรที่อยู่ในมาตรการวัดระดับอันตรภาค และมาตรการวัดระดับอัตราส่วน ผู้วิจัยจะทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Correlation) เพื่อดูว่าตัวแปรใดบ้างที่สัมพันธ์กับแต่ละองค์ประกอบของทัศนคติต่อการรับบริการทางสุขภาพจิต ซึ่งในตารางแสดงการวิเคราะห์ ผู้วิจัยจะใช้สัญลักษณ์อ้างอิงแทนชื่อตัวแปร ดังนี้

สัญลักษณ์อ้างอิง	ชื่อตัวแปร
PO	การเปิดรับทางจิตใจ (Psychological openness)
HSP	แนวโน้มการแสวงหาความช่วยเหลือ (Seeking-Health propensity)
IS	ความเฉยเมยต่อตราบาป (Indifference to Stigma)
WTS	ความเต็มใจและความเสียสละ (Willingness to sacrifice)
RTS	การเตรียมความพร้อมในการเริ่มต้น (Readiness to start)
PER	ความมั่นคง (Persistence)
PRO	การตั้งเป้าหมายและจัดการเชิงรุก (Proactive Coping)
REF	การสะท้อนปัญหา (Reflective Coping)

สัญลักษณ์อ้างอิง	ชื่อตัวแปร
STR	การวางแผนอย่างมีกลยุทธ์ (Strategic Planning)
PRE	การเตรียมการป้องกัน (Preventive Coping)
INS	การแสวงหาความช่วยเหลือ (Instrumental Support Seeking)
EMO	การแสวงหาการสนับสนุนทางจิตใจ (Emotional Support Seeking)
AVO	การหลีกเลี่ยงปัญหา (Avoidance Coping)
AGE	อายุ
GRADE	ระดับชั้นปีการศึกษา
GPAX	เกรดเฉลี่ยสะสม
INCOME	รายได้เฉลี่ยต่อเดือน
SLEEP	เวลานอนหลับโดยเฉลี่ยต่อวัน
REST	เวลาพักผ่อนโดยเฉลี่ยต่อวัน

	PO	HSP	IS	WTS	RTS	PER	PRO	REF	STR	PRE	INS	EMO	AVO	AGE	GRADE	GPAX	INCOME	SLEEP	REST
PO	1																		
HSP	-0.082	1																	
IS	.473**	-0.003	1																
WTS	0.042	-0.122*	-0.009	1															
RTS	0.090	0.091	-0.033	.559**	1														
PER	-.140**	-0.033	-.222**	.450**	.289**	1													
PRO	0.054	0.095	-.141**	.186**	.185**	.213**	1												
REF	.228**	.133*	.109*	0.062	.104*	0.001	.447**	1											
STR	.151**	0.072	0.003	.145**	0.075	0.052	.431**	.525**	1										
PRE	.196**	.212**	0.050	0.065	.148**	0.024	.421**	.535**	.483**	1									
INS	0.054	.219**	0.103	0.043	.156**	0.030	.119*	.207**	.194**	.247**	1								
EMO	-0.053	.330**	-0.071	0.021	.159**	.131*	.257**	.248**	.205**	.245**	.606**	1							
AVO	-0.068	0.044	-0.003	-0.084	-.108*	-0.071	-.248**	-0.057	-.106*	-0.044	0.045	-0.017	1						
AGE	-0.027	0.100	0.033	-.117*	-0.092	-.159**	-0.081	-0.050	0.012	-.126*	-0.068	-0.099	0.049	1					
GRADE	-0.016	.124*	0.047	-.109*	-0.082	-.161**	-0.060	-0.030	0.022	-0.101	-0.083	-0.098	0.047	.929**	1				
GPAX	-0.109	-0.016	0.051	0.018	0.087	-0.067	0.017	0.000	0.046	0.040	-0.018	0.053	-0.028	-.173**	-0.106	1			
INCOME	0.023	0.017	-0.003	0.042	0.076	0.014	.127*	.120*	0.077	0.057	0.070	0.063	-0.038	-0.008	-0.017	-0.030	1		
SLEEP	-0.027	0.015	-0.002	-0.090	-0.051	-0.080	-0.038	0.004	-0.012	0.009	0.012	-0.012	-0.025	-0.057	-0.048	.174**	-0.074	1	
REST	0.037	-0.028	-0.046	0.088	0.047	0.061	-0.017	0.104	0.040	-0.099	-.153**	-0.036	-0.033	-0.050	-0.046	-0.024	0.074	-0.024	1

ตารางที่ 14 ตารางแสดงค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของปัจจัยต่าง ๆ กับองค์ประกอบแต่ละด้านของทัศนคติต่อการรับบริการทางสุขภาพจิต

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

จากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Correlation) ระหว่างตัวแปรอิสระต่าง ๆ กับองค์ประกอบแต่ละด้านของทัศนคติต่อการรับบริการทางสุขภาพจิต ในตารางที่ 14 ได้ผลลัพธ์ในแต่ละองค์ประกอบดังนี้

ด้านองค์ประกอบการเปิดรับทางจิตใจ พบว่า มีตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบดังกล่าว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งหมด 4 ตัวแปรประกอบด้วย องค์ประกอบด้านความมั่นคงของแรงจูงใจในการเรียนแพทย์ และ องค์ประกอบของกลวิธีการเผชิญความเครียดเชิงรุก 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการสะท้อนปัญหา, การวางแผนอย่างมีกลยุทธ์, และ การเตรียมการป้องกัน โดยตัวแปรอิสระที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน สูงที่สุด คือ องค์ประกอบของกลวิธีการเผชิญความเครียดเชิงรุก ด้านการสะท้อนปัญหา มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ การเปิดรับทางจิตใจ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน เท่ากับ 0.228 รองลงมาได้แก่ องค์ประกอบของกลวิธีการเผชิญความเครียดเชิงรุก ด้านการเตรียมการป้องกัน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ การเปิดรับทางจิตใจ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน เท่ากับ 0.196 ในท้ายที่สุด พบว่า นอกจากองค์ประกอบด้านความมั่นคงของแรงจูงใจในการเรียนแพทย์ ตัวแปรอิสระที่เหลือทั้ง 3 ตัวมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับ การเปิดรับทางจิตใจ

ด้านองค์ประกอบของแนวโน้มการแสวงหาความช่วยเหลือ พบว่า มีตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบดังกล่าว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งหมด 5 ตัวแปรประกอบด้วย องค์ประกอบของกลวิธีการเผชิญความเครียดเชิงรุก 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการสะท้อนปัญหา, การเตรียมการป้องกัน, การแสวงหาความช่วยเหลือ, และ การแสวงหาการสนับสนุนทางจิตใจ อีกทั้งปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล 1 ด้าน ได้แก่ระดับชั้นปี โดย พบว่า ตัวแปรอิสระทั้งหมด ตัวมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับ แนวทางแสวงหาความช่วยเหลือ นอกจากนี้ จากการวิเคราะห์พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน สูงที่สุด คือ องค์ประกอบของกลวิธีการเผชิญความเครียดเชิงรุก ด้านการแสวงหาการสนับสนุนทางจิตใจ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ แนวโน้มแสวงหาความช่วยเหลือ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน เท่ากับ 0.330 รองลงมาได้แก่ องค์ประกอบของกลวิธีการเผชิญความเครียดเชิงรุก ด้านการแสวงหาความช่วยเหลือ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ แนวทางแสวงหาความช่วยเหลือโดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน เท่ากับ 0.219

ด้านองค์ประกอบความเฉยเมยต่อตราบาป พบว่า มีตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบดังกล่าว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งหมด 4 ตัวแปรประกอบด้วย องค์ประกอบของแรงจูงใจในการเรียนแพทย์ 2 ด้านได้แก่ ความเต็มใจและความเสียสละ และ ด้านความมั่นคง นอกจากนี้ยังมี องค์ประกอบของกลวิธีการเผชิญความเครียดเชิงรุก 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการตั้งเป้าหมายและจัดการเชิงรุก และ ด้านการสะท้อนปัญหา โดยตัวแปรอิสระที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน สูงที่สุด คือ องค์ประกอบของแรงจูงใจในการเรียนแพทย์ ด้านความมั่นคง มี

ความสัมพันธ์เชิงลบกับ ความเฉยเมยต่อตราบาป โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน เท่ากับ -0.222 รองลงมาได้แก่ องค์ประกอบของกลวิธีการเผชิญความเครียดเชิงรุก ด้านการตั้งเป้าหมายและจัดการเชิงรุก มีความสัมพันธ์เชิงลบกับ ความเฉยเมยต่อตราบาป โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน เท่ากับ -0.141 สุดท้าย พบว่า นอกจากองค์ประกอบด้านการสะท้อนปัญหาของกลวิธีการเผชิญความเครียดเชิงรุก ตัวแปรอิสระที่เหลือทั้ง 3 ตัวมีความสัมพันธ์ในทิศทางลบกับ ความเฉยเมยต่อตราบาป

นอกจากการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ระหว่างตัวแปรอิสระต่าง ๆ กับองค์ประกอบแต่ละด้านของทัศนคติต่อการรับบริการทางสุขภาพจิตแล้ว ผู้วิจัยยังได้ตรวจสอบปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ (Multicollinearity) ด้วย ซึ่งถือเป็นหนึ่งในข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุ โดยปัญหาดังกล่าวจะเกิดขึ้นเมื่อ มีคู่ใด ๆ ของตัวแปรอิสระ ที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน มากกว่า 0.75 หรือน้อยกว่า -0.75

จากตารางที่ 14 พบว่าตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์ระหว่างกันสูงที่สุด ได้แก่ ระดับชั้นปี การศึกษาและอายุ ซึ่งก็เป็นเหตุผล ใด ๆ ก็ตาม เพื่อป้องกันปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระในการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุ ผู้วิจัยเลือกตัวแปรระดับชั้นปีการเท่านั้น เนื่องด้วยเหตุผลด้านคุณค่าทางวิชาการเมื่อตัวแปรดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติ ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์ระหว่างกัน รองลงมา ได้แก่ องค์ประกอบของกลวิธีการเผชิญความเครียดเชิงรุกด้านการแสวงหาความช่วยเหลือ และ ด้านการแสวงหาการสนับสนุนทางจิตใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกเท่ากับ 0.606 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และองค์ประกอบของแรงจูงใจในการเรียนแพทย์ด้านความเต็มใจและความเสียสละ และ ด้านการเตรียมความพร้อมในการเริ่มต้น มีความสัมพันธ์ทางบวกเท่ากับ 0.559 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งทั้งสองคู่มีความสัมพันธ์จัดอยู่ในระดับปานกลาง และต่ำกว่า 0.75 จึงถือว่าไม่มีปัญหา Multicollinearity อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยจะมีการทดสอบเพิ่มเติมด้วยค่า Tolerance และ VIF ในขั้นตอนต่อไป

ตอนที่ 5 การวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุ (Multiple Linear Regression) เพื่อสร้างสมการทำนายทัศนคติต่อการรับบริการทางสุขภาพจิต

ผู้วิจัยจะทำการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุ (Multiple Linear Regression) เพื่อหาว่าตัวแปรใดบ้างที่ส่งผลต่อองค์ประกอบแต่ละด้านของทัศนคติต่อการรับบริการทางสุขภาพจิต ซึ่งประกอบด้วย การเปิดรับทางจิตใจ, แนวโน้มการแสวงหาความช่วยเหลือ, และ การเฉยเมยต่อตราบาป หลังจากนั้นสร้างสมการทำนายขององค์ประกอบดังกล่าวทั้ง 3 ด้าน โดยผู้วิจัยได้ทำการแปลงตัวแปรต่าง ๆ ที่อยู่ในมาตรการวัดระดับนามบัญญัติ และมาตรการวัดระดับเรียงอันดับ ให้อยู่ในรูปแบบตัวแปรหุ่น (Dummy variable) ก่อนทำการวิเคราะห์ ซึ่งได้ผลลัพธ์ของการวิเคราะห์ตามตารางที่ 15 ถึง 20

ในการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุ (Multiple Linear Regression) นอกเหนือจากการสร้างสมการทำนายแล้ว ผู้วิเคราะห์ยังได้ทำการตรวจสอบผลลัพธ์ว่ามีการละเมิดข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์หรือไม่โดยข้อตกลงดังกล่าวมีดังต่อไปนี้

1. ค่าความคลาดเคลื่อนในการทำนายต้องมีการกระจายตัวแบบปกติ โดยผู้วิจัยได้ใช้โปรแกรม SPSS ตรวจสอบการกระจายตัวของค่าความคลาดเคลื่อนว่ามีการกระจายตัวแบบปกติหรือไม่
2. ค่าเฉลี่ยของค่าความคลาดเคลื่อนมีค่าเป็น 0
3. ความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนมีค่าคงที่ตลอดช่วงของค่าทำนาย โดยผู้วิจัยได้ใช้ โปรแกรม SPSS พล็อตกราฟระหว่าง ค่ามาตรฐานของค่าความคลาดเคลื่อน กับ ค่ามาตรฐานของค่าทำนายเพื่อตรวจสอบเงื่อนไขนี้
4. ค่าความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระต่อกัน หรือ ไม่พบปัญหา Autocorrelation โดยดูค่า Durbin-Watson ต้องอยู่ในช่วงระหว่าง 1.5 – 2.5
5. ตัวแปรอิสระเป็นอิสระซึ่งกันและกัน หรือ ไม่พบปัญหา Multicollinearity โดยในตอนที่ 4 ได้ทำการตรวจสอบจากตารางแสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ไม่พบปัญหาดังกล่าว อย่างไรก็ตามในส่วนนี้ ผู้วิจัยจะตรวจสอบเพิ่มเติมด้วยค่า Tolerance (> 0.1) และ VIF (< 10) อีกด้วย

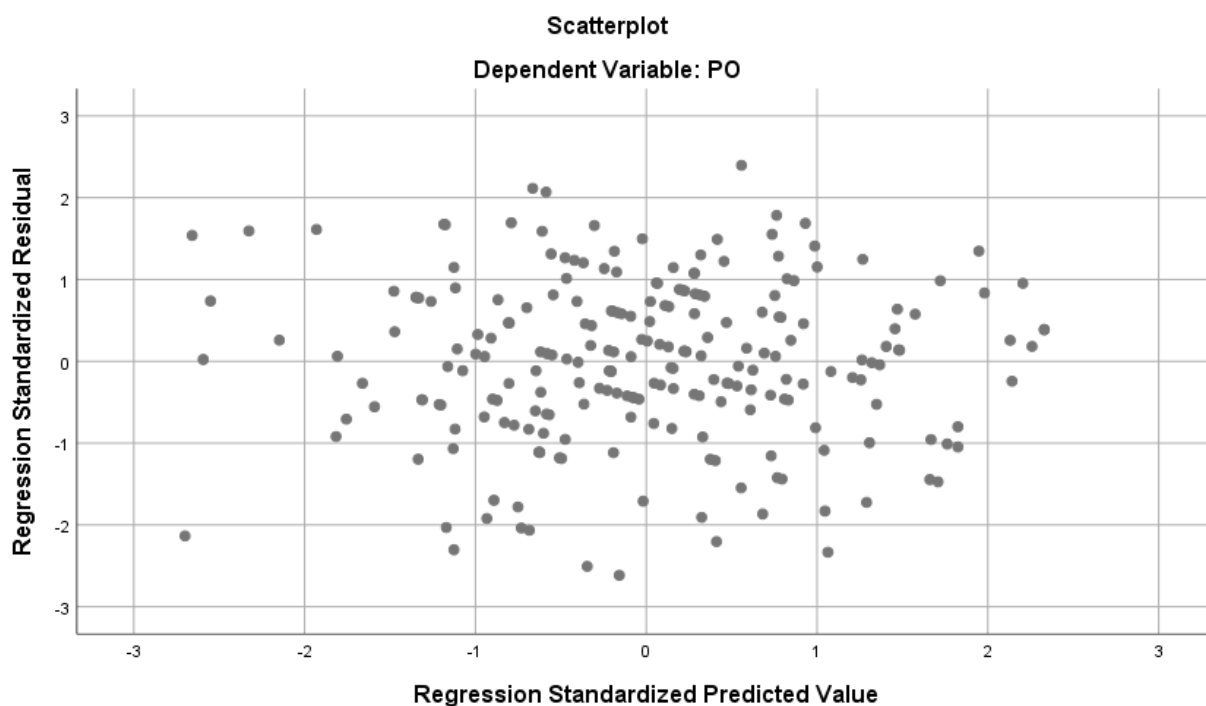
ตารางที่ 15 ตารางแสดงการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุ (Multiple Linear Regression) ระหว่างตัวแปรอิสระและการเปิดรับทางจิตใจ (Psychological openness: PO)

ตัวแปร	Unstandardized			95% C.I. for B	Collinearity	
	Coefficients		P – value		Statistics	
	B	S.E.			Tolerance	VIF
(Constant)	1.415	0.310	0.000***	0.804 – 2.027		
กลวิธีการเผชิญความเครียดเชิงรุก - การสะท้อนปัญหา	0.313	0.072	0.000***	0.170 – 0.456	0.971	1.030
เพศ	-0.268	0.068	0.000***	-0.403 – -0.134	0.970	1.031
ในครอบครัวมีผู้ป่วยจิตเวช	-0.322	0.123	0.009***	-0.565 – -0.080	0.973	1.028
แรงจูงใจในการเรียนแพทย์ - การเตรียมความพร้อมในการเริ่มต้น	-0.187	0.061	0.002***	0.067 – 0.306	0.905	1.105
เกรดเฉลี่ยสะสม 3.76 – 4.00	-0.240	0.087	0.006***	-0.411 – -0.069	0.978	1.022
พฤติกรรมกรเลือกเข้ารับบริการทางสุขภาพจิต	-0.214	0.095	0.025**	-0.402 – -0.027	0.978	1.022
แรงจูงใจในการเรียนแพทย์ - ความมั่นคง	-0.110	0.055	0.046**	-0.219 – -0.002	0.909	1.100
R ² (Adjusted R ²)				0.255 (0.232)		
F-value (sig.)				10.925 (0.000)		
D-W				2.016		

*P < 0.1, ** P < 0.05, *** P < 0.01

ตารางที่ 16 ตารางแสดงค่าเฉลี่ย และ การทดสอบการกระจายตัวแบบปกติ ของค่าความคลาดเคลื่อน (Unstandardized Residual) ของการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุ (Multiple Linear Regression) ระหว่างตัวแปรอิสระและการเปิดรับทางจิตใจ (Psychological openness: PO)

Unstandardized Residual	Mean (S.E.)		Skewness	Kurtosis	Kolmogorov-Smirnov	
	Statistic	P-value				
	0.000	(0.033)	-0.274	-0.172	0.043	0.200



แผนภูมิที่ 1 กราฟการกระจายตัวระหว่างค่ามาตรฐานของค่าความคลาดเคลื่อน กับ ค่ามาตรฐานของค่าทำนายของการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุ (Multiple Linear Regression) ระหว่างตัวแปรอิสระและการเปิดรับทางจิตใจ (Psychological openness: PO)

ก่อนการทำการวิเคราะห์สมการทำนาย องค์ประกอบของทัศนคติต่อการรับบริการทางสุขภาพจิตด้านการเปิดรับทางจิตใจ ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบ ข้อตกลงเบื้องต้นของการถดถอยเชิงเส้นพหุ (Multiple Linear Regression) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. จากรูปภาพที่ 2 แสดงให้เห็นว่าค่ามาตรฐานของค่าความคลาดเคลื่อนมีการกระจายตัวคงที่ ตลอดช่วงของค่ามาตรฐานของค่าทำนายโดยมีค่าอยู่ระหว่าง ± 2.5
2. จากตารางที่ 16 แสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยของค่าความคลาดเคลื่อน มีค่าเท่ากับ 0 และค่าความคลาดเคลื่อนมีการกระจายตัวแบบปกติ โดยพิจารณาจาก ค่าความเบ้ และความโด่ง

ที่อยู่ในช่วง -1 ถึง 1 รวมทั้งค่า P-Value ของค่าสถิติ Kolmogorov-Smirnov ที่ 0.200*

3. จากตารางที่ 15 ค่าสถิติ Durbin-Watson มีค่าเท่ากับ 2.016 ซึ่งอยู่ในช่วงระหว่าง 1.5 – 2.5 และเข้าใกล้ 2.00 จึงสรุปได้ว่า ค่าความคลาดเคลื่อนมีความเป็นอิสระต่อกัน หรือกล่าวได้ว่า ไม่พบปัญหา Autocorrelation
4. จากตารางที่ 15 พบว่า ค่า Tolerance และ VIF ของตัวแปรอิสระทุกตัว มีค่ามากกว่า 0.10 และ น้อยกว่า 10 ตามลำดับ ซึ่งหมายถึงตัวแปรอิสระในสมการทำนายมีความสัมพันธ์กันต่ำ หรือกล่าวได้ว่า ไม่พบปัญหา (Multicollinearity)

จากการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุ พบว่า มีค่าสถิติ $F = 10.925 (0.000)$ ซึ่งหมายความว่า มีตัวแปรอิสระอย่างน้อย 1 ตัวแปรซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรตาม – การเปิดรับทางจิตใจ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้ง เมื่อพิจารณาค่าสถิติ p-value ของแต่ละตัวแปรที่นำเข้ามาใช้ในการทำนายตัวแปรตามดังกล่าวพบนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 99 % ($p\text{-value} < 0.01$) ทั้งหมด ยกเว้นตัวแปรอิสระเพียง 2 ตัว ประกอบด้วย พฤติกรรมการเลือกเข้ารับบริการทางสุขภาพจิต และ แรงจูงใจในการเรียนแพทย์ด้านความมั่นคง ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % ($p\text{-value} < 0.05$) ซึ่งมีความหมายว่า หากสัมประสิทธิ์ความถดถอยของตัวแปรอิสระแต่ละตัวแปร มีค่า เท่ากับ 0 (ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ) แล้ว มีโอกาสเพียง ร้อยละ 1 และ 5 เท่านั้นตามลำดับ ที่ผลลัพธ์จะแสดงนัยสำคัญทางสถิติในระดับดังกล่าว โดยความผิดพลาดเกิดจากความผิดพลาดของการสุ่มตัวอย่างจากกลุ่มประชากร

นอกจากนี้ ผลลัพธ์จากการวิเคราะห์ พบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจ (R-square) ซึ่งมีค่าเท่ากับ 0.255 ซึ่งหมายถึง 25.5% ของความแปรปรวนของของตัวแปรตาม – การเปิดรับทางจิตใจ ถูกอธิบายได้ด้วยกลุ่มตัวแปรอิสระในสมการ ส่วนที่เหลือ 74.5 % ถูกอธิบายด้วยอิทธิพลของตัวแปรอื่นซึ่งไม่ได้นำมาพิจารณา โดยสามารถเขียนสมการได้ดังนี้

$$y = 1.415 + 0.313x_1 - 0.268x_2 - 0.322x_3 + 0.187x_4 - 0.240x_5 - 0.214x_6 - 0.110x_7$$

โดยที่ x_1 = กลวิธีการเผชิญความเครียดเชิงรุก – การสะท้อนปัญหา

x_2 = เพศ

x_3 = บุคคลในครอบครัวเป็นผู้ป่วยจิตเวช

x_4 = แรงจูงใจในการเรียนแพทย์ – การเตรียมความพร้อมในการเริ่มต้น

x_5 = เกรดเฉลี่ยสะสม 3.76 – 4.00

x_6 = พฤติกรรมการเลือกเข้ารับบริการทางสุขภาพจิต

x_7 = แรงจูงใจในการเรียนแพทย์ – ความมั่นคง

จากสมการทำนาย แปลความหมายได้ว่า (1) องค์ประกอบด้านการเปิดรับทางจิตใจจะมีคะแนนเท่ากับ 1.415 คะแนน โดยที่ไม่มีปัจจัยอื่น ๆ ในสมการถดถอยพหุคูณมีอิทธิพล (2) เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ ให้คงที่ คะแนนกลวิธีการเผชิญความเครียดเชิงรุกด้านการสะท้อนปัญหาที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้คะแนนองค์ประกอบด้านการเปิดรับทางจิตใจเพิ่มขึ้น 0.313 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (3) เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ ให้คงที่ เพศหญิงจะมีคะแนนองค์ประกอบด้านการเปิดรับทางจิตใจน้อยกว่าเพศชาย เท่ากับ 0.268 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (4) เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ ให้คงที่ บุคคลที่มีผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในครอบครัวจะมีคะแนนองค์ประกอบด้านการเปิดรับทางจิตใจน้อยกว่าบุคคลที่ไม่มีผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในครอบครัว เท่ากับ 0.322 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (5) เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ ให้คงที่ คะแนนแรงจูงใจในการเรียนแพทย์ด้านการเตรียมความพร้อมในการเริ่มต้นที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้คะแนนองค์ประกอบด้านการเปิดรับทางจิตใจเพิ่มขึ้น 0.187 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (6) เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ ให้คงที่ บุคคลที่มีเกรดเฉลี่ยสะสม อยู่ในช่วง 3.76 – 4.00 จะมีคะแนนองค์ประกอบด้านการเปิดรับทางจิตใจน้อยกว่าบุคคลที่มีเกรดเฉลี่ยสะสมน้อยกว่า 3.00 เท่ากับ 0.240 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (7) เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ ให้คงที่ บุคคลที่มีพฤติกรรมการเลือกเข้ารับบริการทางสุขภาพจิตกับแหล่งให้บริการทางสุขภาพจิตโดยเฉพาะ จะมีคะแนนองค์ประกอบด้านการเปิดรับทางจิตใจน้อยกว่าบุคคลที่มีพฤติกรรมการเลือกเข้ารับบริการทางสุขภาพจิตกับแหล่งให้บริการทางทั่วไป เท่ากับ 0.214 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (8) เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ ให้คงที่ คะแนนแรงจูงใจในการเรียนแพทย์ด้านความ

มันคงที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้คะแนนองค์ประกอบการเปิดรับทางจิตใจลดลง 0.110 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

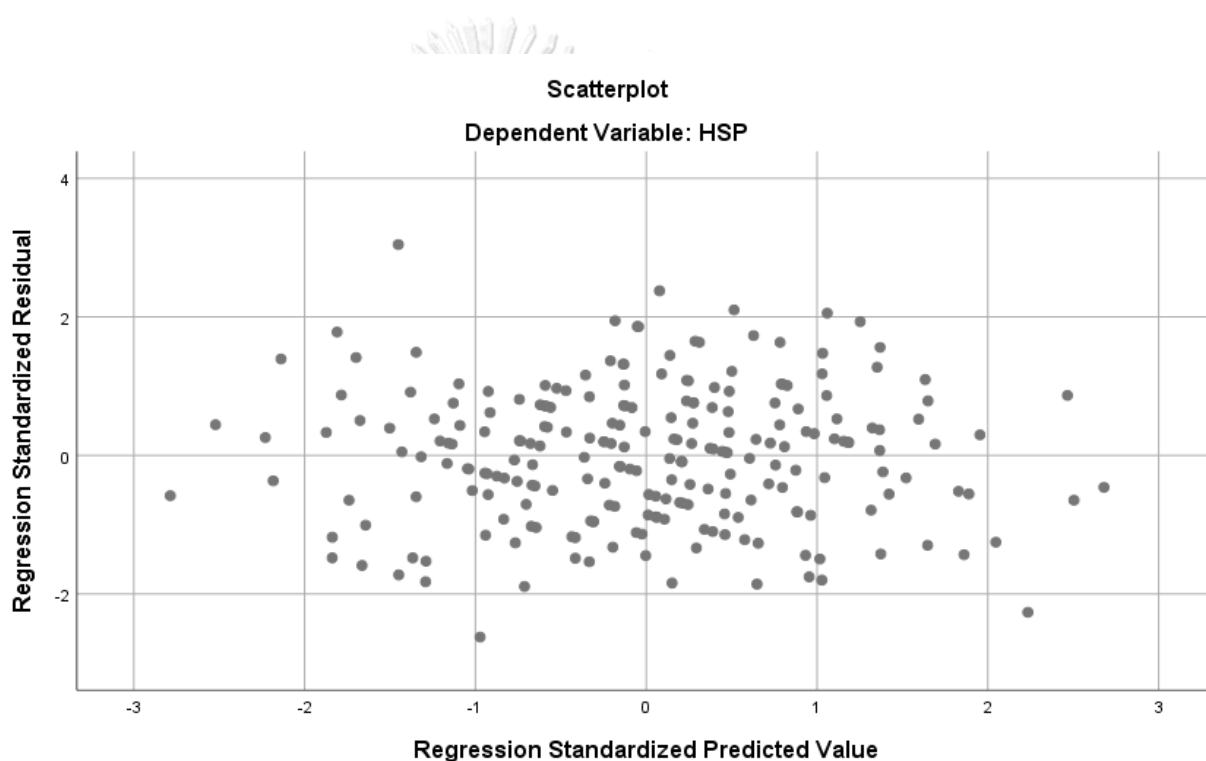
ตารางที่ 17 ตารางแสดงการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุ (Multiple Linear Regression) ระหว่างตัวแปรอิสระและแนวโน้มการแสวงหาความช่วยเหลือ (Seeking-Health propensity: HSP)

ตัวแปร	Unstandardized		P – value	95% C.I. for B	Collinearity	
	Coefficients				Statistics	
	B	S.E.			Tolerance	VIF
(Constant)	1.854	0.232	0.000***	1.396 – 2.312		
กลวิธีการเผชิญความเครียดเชิงรุก - การแสวงหาการสนับสนุนทางจิตใจ	0.230	0.043	0.000***	0.145 – 0.316	0.849	1.178
พฤติกรรมการเลือกเข้ารับบริการทางสุขภาพจิต	0.333	0.082	0.000***	0.171 – 0.494	0.901	1.110
เพศ	0.202	0.058	0.001***	0.088 – 0.316	0.924	1.083
กลวิธีการเผชิญความเครียดเชิงรุก - การเตรียมการป้องกัน	0.166	0.058	0.004***	0.053 – 0.279	0.794	1.260
การทำกิจกรรมนอกหลักสูตร - บางครั้ง	-0.135	0.059	0.023**	0.019 – 0.251	0.950	1.053
เกรดเฉลี่ยสะสม 3.51 – 3.75	-0.139	0.064	0.031**	-0.264 – -0.013	0.976	1.025
บุคคลที่รู้จักเป็นผู้ป่วยจิตเวช	0.125	0.058	0.033**	0.010 – 0.239	0.921	1.086
ที่พัก - หอพักนอกมหาวิทยาลัย	0.189	0.096	0.050*	0.000 – 0.037	0.896	1.116
กลวิธีการเผชิญความเครียดเชิงรุก - การตั้งเป้าหมายและจัดการเชิงรุก	-0.155	0.079	0.052*	-0.311 – 0.002	0.781	1.281
ปีการศึกษาชั้นปีที่ 6	0.226	0.088	0.011**	0.052 – 0.399	0.847	1.180
ปีการศึกษาชั้นปีที่ 5	0.151	0.080	0.061*	-0.007 – 0.309	0.811	1.233
ปีการศึกษาชั้นปีที่ 4	0.168	0.077	0.030**	0.016 – 0.320	0.780	1.282
R ² (Adjusted R ²)				0.296 (0.258)		
F-value (sig.)				7.655 (0.000)		
D-W				2.148		

* $P < 0.1$, ** $P < 0.05$, *** $P < 0.01$

ตารางที่ 18 ตารางแสดงค่าเฉลี่ย และ การทดสอบการกระจายตัวแบบปกติ ของค่าความคลาดเคลื่อน (Unstandardized Residual) ของการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุ (Multiple Linear Regression) ระหว่างตัวแปรอิสระและแนวโน้มการแสวงหาความช่วยเหลือ (Seeking-Health propensity: HSP)

Unstandardized Residual	Mean (S.E.)		Skewness	Kurtosis	Kolmogorov-Smirnov	
	Statistic	P-value				
	0.000	(0.027)	0.084	-0.197	0.039	0.200



แผนภูมิที่ 2 กราฟการกระจายตัวระหว่างค่ามาตรฐานของค่าความคลาดเคลื่อน กับ ค่ามาตรฐานของค่าทำนายของการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุ (Multiple Linear Regression) ระหว่างตัวแปรอิสระและแนวโน้มการแสวงหาความช่วยเหลือ (Seeking-Health propensity: HSP)

ก่อนการทำการวิเคราะห์สมการทำนาย องค์ประกอบของทัศนคติต่อการรับบริการทางสุขภาพจิตด้านแนวโน้มการแสวงหาความช่วยเหลือ ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบ ข้อตกลงเบื้องต้นของการถดถอยเชิงเส้นพหุ (Multiple Linear Regression) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. จากรูปภาพที่ 2 แสดงให้เห็นว่าค่ามาตรฐานของค่าความคลาดเคลื่อนมีการกระจายตัวคงที่ ตลอดช่วงของค่ามาตรฐานของค่าทำนายโดยมีค่าอยู่ระหว่าง ± 2.5
2. จากตารางที่ 18 แสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยของค่าความคลาดเคลื่อน มีค่าเท่ากับ 0 และค่าความคลาดเคลื่อนมีการกระจายตัวแบบปกติ โดยพิจารณาจาก ค่าความเบ้ และความโด่ง ที่อยู่ในช่วง -1 ถึง 1 รวมทั้งค่า P-Value ของค่าสถิติ Kolmogorov-Smirnov ที่ 0.200*
3. จากตารางที่ 17 ค่าสถิติ Durbin-Watson มีค่าเท่ากับ 2.148 ซึ่งอยู่ในช่วงระหว่าง 1.5 – 2.5 และเข้าใกล้ 2.00 จึงสรุปได้ว่า ค่าความคลาดเคลื่อนมีความเป็นอิสระต่อกัน หรือกล่าวได้ว่า ไม่พบปัญหา Autocorrelation
4. จากตารางที่ 17 พบว่า ค่า Tolerance และ VIF ของตัวแปรอิสระทุกตัว มีค่ามากกว่า 0.10 และ น้อยกว่า 10 ตามลำดับ ซึ่งหมายถึงตัวแปรอิสระในสมการทำนายมีความสัมพันธ์กันต่ำ หรือกล่าวได้ว่า ไม่พบปัญหา (Multicollinearity)

จากการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุ พบว่า มีค่าสถิติ $F = 7.655$ (0.000) ซึ่งหมายความว่า มีตัวแปรอิสระอย่างน้อย 1 ตัวแปรซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรตาม – แนวโน้มการแสวงหาความช่วยเหลือ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้ง เมื่อพิจารณาค่าสถิติ p-value ของแต่ละตัวแปรที่นำเข้ามาใช้ในการทำนายตัวแปรตามดังกล่าวพบมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 99 % ($p\text{-value} < 0.01$) ทั้งหมด 4 ตัวแปร กลวิธีการเผชิญความเครียดเชิงรุกด้านการแสวงหาการสนับสนุนทางจิตใจ, พฤติกรรมการเลือกเข้ารับบริการทางสุขภาพจิต, เพศ, และ กลวิธีการเผชิญความเครียดเชิงรุกด้านการเตรียมการป้องกัน นอกจากนี้ ตัวแปรที่เหลือ 5 ตัวแปร ซึ่งประกอบด้วย ปีการศึกษาชั้นปีที่ 6, การทำกิจกรรมนอกหลักสูตร – บางครั้ง, ปีการศึกษาชั้นปีที่ 4, เกรดเฉลี่ยสะสม 3.51 – 3.75, บุคคลที่รู้จักเป็นผู้ป่วยจิตเวช พบมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % ($p\text{-value} < 0.05$) สุดท้าย มีตัวแปรอิสระ 3 ตัวแปร ซึ่งประกอบด้วย ที่พัก – หอพักนอกมหาวิทยาลัย, กลวิธีการเผชิญความเครียดเชิงรุกด้านการตั้งเป้าหมายและจัดการเชิงรุก, และ ปีการศึกษาชั้นปีที่ 6 พบมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 90 % ($p\text{-value} < 0.1$) ซึ่งมีความหมายว่า หากสัมประสิทธิ์ความถดถอยของ ตัวแปรอิสระแต่ละตัวแปร มีค่า เท่ากับ 0 (ตัวแปรอิสระไม่มี

ความสัมพันธ์กับตัวแปรตามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ) แล้ว มีโอกาสเพียง ร้อยละ 1, 5 และ 10 เท่านั้นตามลำดับ ที่ผลลัพธ์จะแสดงนัยสำคัญทางสถิติในระดับดังกล่าว โดยความผิดพลาดเกิดจากความผิดพลาดของการสุ่มตัวอย่างจากกลุ่มประชากร

นอกจากนี้ ผลลัพธ์จากการวิเคราะห์ พบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจ (R-square) ซึ่งมีค่าเท่ากับ 0.296 ซึ่งหมายถึง 29.6% ของความแปรปรวนของของตัวแปรตาม - แนวโน้มการแสวงหาความช่วยเหลือ ถูกอธิบายได้ด้วยกลุ่มตัวแปรอิสระในสมการ ส่วนที่เหลือ 70.4 % ถูกอธิบายด้วยอิทธิพลของตัวแปรอื่นซึ่งไม่ได้นำมาพิจารณา โดยสามารถเขียนสมการได้ดังนี้

$$y = 1.854 + 0.230x_1 + 0.333x_2 + 0.202x_3 + 0.166x_4 + 0.135x_5 - 0.139x_6 + 0.125x_7 + 0.189x_8 - 0.155x_9 + 0.226x_{10} + 0.151x_{11} + 0.168x_{12}$$

โดยที่ x_1 = กลวิธีการเผชิญความเครียดเชิงรุก - การแสวงหาการสนับสนุนทางจิตใจ

x_2 = พฤติกรรมการเลือกเข้ารับบริการทางสุขภาพจิต

x_3 = เพศ

x_4 = กลวิธีการเผชิญความเครียดเชิงรุก - การเตรียมการป้องกัน

x_5 = การทำกิจกรรมนอกหลักสูตร - บางครั้ง

x_6 = เกรดเฉลี่ยสะสม 3.51 - 3.75

x_7 = บุคคลที่รู้จักเป็นผู้ป่วยจิตเวช

x_8 = ที่พัก - หอพักนอกมหาวิทยาลัย

x_9 = กลวิธีการเผชิญความเครียดเชิงรุก - การตั้งเป้าหมายและจัดการเชิงรุก

x_{10} = ปีการศึกษาชั้นปีที่ 6

x_{11} = ปีการศึกษาชั้นปีที่ 5

x_{12} = ปีการศึกษาชั้นปีที่ 4

จากสมการทำนาย แปลความหมายได้ว่า (1) องค์กรประกอบด้านแนวโน้มการแสวงหาความช่วยเหลือจะมีคะแนนเท่ากับ 1.854 คะแนน โดยที่ไม่มีปัจจัยอื่น ๆ ในสมการถดถอยพหุพหุมีอิทธิพล (2) เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ ให้คงที่ คะแนนกลวิธีการเผชิญความเครียดเชิงรุกด้านการแสวงหาการสนับสนุนทางจิตใจที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้คะแนนองค์กรประกอบด้านแนวโน้มการแสวงหาความช่วยเหลือเพิ่มขึ้น 0.230 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (3) เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ ให้คงที่ บุคคลที่มีพฤติกรรมการเลือกเข้ารับบริการทางสุขภาพจิตกับแหล่งให้บริการทางสุขภาพจิตโดยเฉพาะ จะมีคะแนนองค์กรประกอบด้านแนวโน้มที่จะขอความช่วยเหลือมากกว่าบุคคลที่มีพฤติกรรมการเลือกเข้ารับบริการทางสุขภาพจิตกับแหล่งให้บริการทางทั่วไป เท่ากับ 0.333 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (4) เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ ให้คงที่ เพศหญิงจะมีคะแนนองค์กรประกอบ ด้านแนวโน้มการแสวงหาความช่วยเหลือมากกว่าเพศชาย เท่ากับ 0.202 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (5) เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ ให้คงที่ คะแนนกลวิธีการเผชิญความเครียดเชิงรุกด้านการเตรียมการป้องกันที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้คะแนนองค์กรประกอบด้านแนวโน้มการแสวงหาความช่วยเหลือเพิ่มขึ้น 0.166 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (6) เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ ให้คงที่ บุคคลที่เข้าร่วมกิจกรรมนอกหลักสูตรเป็นบางครั้ง จะมีคะแนนองค์กรประกอบด้านแนวโน้มการแสวงหาความช่วยเหลือมากกว่าบุคคลที่เข้าร่วมกิจกรรมนอกหลักสูตรเป็นประจำ เท่ากับ 0.135 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (7) เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ ให้คงที่ บุคคลที่มีเกรดเฉลี่ยสะสม อยู่ในช่วง 3.51 – 3.75 จะมีคะแนนองค์กรประกอบด้านแนวโน้มการแสวงหาความช่วยเหลือ น้อยกว่าบุคคลที่มีเกรดเฉลี่ยสะสมน้อยกว่า 3.00 เท่ากับ 0.139 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (8) เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ ให้คงที่ บุคคลที่มีบุคคลที่รู้จักเป็นผู้ป่วยจิตเวชจะมีคะแนนองค์กรประกอบด้านแนวโน้มการแสวงหาความช่วยเหลือ มากกว่าบุคคลที่ไม่มีบุคคลที่รู้จักเป็นผู้ป่วยจิตเวช เท่ากับ 0.125 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (9) เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ ให้คงที่ บุคคลที่มีที่พักเป็น หอพักนอกมหาวิทยาลัย จะมีคะแนนองค์กรประกอบด้านแนวโน้มที่จะขอความช่วยเหลือมากกว่าบุคคลที่มีที่พักเป็น บ้านหรือคอนโดมิเนียม เท่ากับ 0.189 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (10) เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ ให้คงที่ คะแนนกลวิธีการเผชิญความเครียดเชิงรุกด้านการตั้งเป้าหมายและจัดการเชิงรุกที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้คะแนนองค์กรประกอบด้านแนวโน้มที่จะขอความช่วยเหลือลดลง 0.155 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (11) เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ ให้คงที่ บุคคลที่มีปีการศึกษาชั้นปีที่ 6, 5, และ 4 จะมีคะแนนองค์กรประกอบ

ด้านแนวโน้มการแสวงหาความช่วยเหลือ มากกว่าบุคคลที่มีปีการศึกษาชั้นปีที่ 1 เท่ากับ 0.226, 0.151, และ 0.168 คะแนน ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

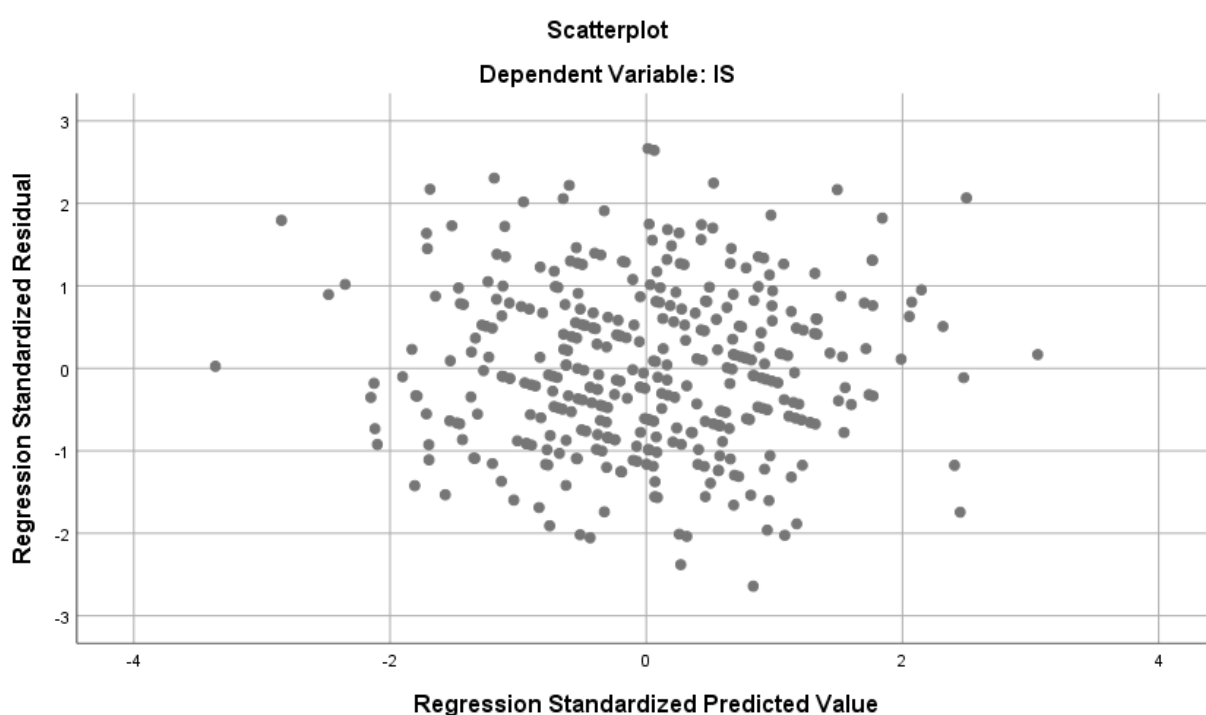
ตารางที่ 19 ตารางแสดงการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุ (Multiple Linear Regression) ระหว่างตัวแปรอิสระและความเฉยเมยต่อตราบาป (Indifference to Stigma: IS)

ตัวแปร	Unstandardized			95% C.I. for B	Collinearity	
	Coefficients		P – value		Statistics	
	B	S.E.			Tolerance	VIF
(Constant)	2.301	0.348	0.000***	1.617 – 2.986		
กลวิธีการเผชิญความเครียดเชิง รุก - การแสวงหาความ ช่วยเหลือ	0.305	0.084	0.000***	0.141 – 0.470	0.614	1.629
กลวิธีการเผชิญความเครียดเชิง รุก - การสะท้อนปัญหา	0.278	0.086	0.001***	0.109 – 0.448	0.758	1.319
เพศ	-0.240	0.074	0.001***	-0.385 – -0.094	0.958	1.044
กลวิธีการเผชิญความเครียดเชิง รุก - การตั้งเป้าหมายและ จัดการเชิงรุก	-0.321	0.102	0.002***	-0.523 – -0.120	0.725	1.380
กลวิธีการเผชิญความเครียดเชิง รุก - การแสวงหาการสนับสนุน ทางจิตใจ	-0.203	0.071	0.005***	-0.343 – -0.062	0.566	1.768
ภูมิฐานะ	-0.205	0.076	0.007***	-0.355 – -0.055	0.910	1.098
แรงจูงใจในการเรียนแพทย์ - ความมั่นคง	-0.157	0.061	0.011**	-0.277 – -0.037	0.905	1.105
ในครอบครัวมีผู้ป่วยจิตเวช	-0.329	0.133	0.014**	-0.591 – -0.068	0.937	1.067
ปีการศึกษาชั้นปีที่ 6	-0.287	0.126	0.024**	-0.535 – -0.039	0.931	1.074
มีโรคประจำตัว	-0.177	0.088	0.046**	-0.351 – -0.003	0.964	1.037
R ² (Adjusted R ²)				0.179 (0.156)		
F-value (sig.)				7.678 (0.000)		
D-W				1.945		

*P < 0.1, ** P < 0.05, *** P < 0.01

ตารางที่ 20 ตารางแสดงค่าเฉลี่ย และ การทดสอบการกระจายตัวแบบปกติ ของค่าความคลาดเคลื่อน (Unstandardized Residual) ของการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุ (Multiple Linear Regression) ระหว่างตัวแปรอิสระและความเฉยเมยต่อตราบาป (Indifference to Stigma: IS)

Unstandardized Residual	Mean (S.E.)		Skewness	Kurtosis	Kolmogorov-Smirnov	
	Statistic	P-value				
	0.000	(0.035)	0.150	-0.358	0.038	0.200



แผนภูมิที่ 3 กราฟการกระจายตัวระหว่างค่ามาตรฐานของค่าความคลาดเคลื่อน กับ ค่ามาตรฐานของค่าทำนายของการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุ (Multiple Linear Regression) ระหว่างตัวแปรอิสระและความเฉยเมยต่อตราบาป (Indifference to Stigma: IS)

ก่อนการทำการวิเคราะห์สมการทำนาย องค์ประกอบของทัศนคติต่อการรับบริการทางสุขภาพจิตด้านความเฉยเมยต่อตราบาป ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบ ข้อตกลงเบื้องต้นของการถดถอยเชิงเส้นพหุ (Multiple Linear Regression) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. จากรูปภาพที่ 4 แสดงให้เห็นว่าค่ามาตรฐานของค่าความคลาดเคลื่อนมีการกระจายตัวคงที่ ตลอดช่วงของค่ามาตรฐานของค่าทำนายโดยมีค่าอยู่ระหว่าง ± 2.5
2. จากตารางที่ 19 แสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยของค่าความคลาดเคลื่อน มีค่าเท่ากับ 0 และค่าความคลาดเคลื่อนมีการกระจายตัวแบบปกติ โดยพิจารณาจาก ค่าความเบ้ และความโด่ง ที่อยู่ในช่วง -1 ถึง 1 รวมทั้งค่า P-Value ของค่าสถิติ Kolmogorov-Smirnov ที่ 0.200*
3. จากตารางที่ 20 ค่าสถิติ Durbin-Watson มีค่าเท่ากับ 1.945 ซึ่งอยู่ในช่วงระหว่าง 1.5 – 2.5 และเข้าใกล้ 2.00 จึงสรุปได้ว่า ค่าความคลาดเคลื่อนมีความเป็นอิสระต่อกัน หรือกล่าวได้ว่า ไม่พบปัญหา Autocorrelation
4. จากตารางที่ 20 พบว่า ค่า Tolerance และ VIF ของตัวแปรอิสระทุกตัว มีค่ามากกว่า 0.10 และ น้อยกว่า 10 ตามลำดับ ซึ่งหมายถึงตัวแปรอิสระในสมการทำนายมีความสัมพันธ์กันต่ำ หรือกล่าวได้ว่า ไม่พบปัญหา (Multicollinearity)

จากการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุ พบว่า มีค่าสถิติ $F = 7.678$ (0.000) ซึ่งหมายความว่า มีตัวแปรอิสระอย่างน้อย 1 ตัวแปรที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรตาม – ความเฉยเมยต่อตราบป ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้ง เมื่อพิจารณาค่าสถิติ p-value ของแต่ละตัวแปรที่นำเข้ามาใช้ในการทำนายตัวแปรตามดังกล่าวพบมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 99 % (p-value < 0.01) ทั้งหมด 6 ตัวแปร กลวิธีการเผชิญความเครียดเชิงรุกด้านการแสวงหาความช่วยเหลือ , กลวิธีการเผชิญความเครียดเชิงรุกด้านการสะท้อนปัญหา, เพศ, กลวิธีการเผชิญความเครียดเชิงรุกด้านการตั้งเป้าหมายและจัดการเชิงรุก, กลวิธีการเผชิญความเครียดเชิงรุก การแสวงหาการสนับสนุนทางจิตใจ, และ ภูมิลำเนา ส่วนตัวแปรที่เหลือ 4 ตัว ซึ่งประกอบด้วย แรงจูงใจในการเรียนแพทย์ด้านความมั่นคง, ในครอบครัวมีผู้ป่วยจิตเวช, ปีการศึกษาชั้นปีที่ 6, และ มีโรคประจำตัว พบมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % (p-value < 0.05) ซึ่งมีความหมายว่า หากสัมประสิทธิ์ความถดถอยของ ตัวแปรอิสระแต่ละตัวแปร มีค่า เท่ากับ 0 (ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ) แล้ว มีโอกาสเพียง ร้อยละ 1 และ 5 เท่านั้นตามลำดับ ที่ผลลัพธ์จะแสดงนัยสำคัญทางสถิติในระดับดังกล่าว โดยความผิดพลาดเกิดจากความผิดพลาดของการสุ่มตัวอย่างจากกลุ่มประชากร

นอกจากนี้ ผลลัพธ์จากการวิเคราะห์ พบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจ (R-square) ซึ่งมีค่าเท่ากับ 0.179 ซึ่งหมายถึง 17.9% ของความแปรปรวนของของตัวแปรตาม - ความอดทนต่อตราบาป ถูกอธิบายได้ด้วยกลุ่มตัวแปรอิสระในสมการ ส่วนที่เหลือ 82.1 % ถูกอธิบายด้วยอิทธิพลของตัวแปรอื่นซึ่งไม่ได้นำมาพิจารณา โดยสามารถเขียนสมการได้ดังนี้

$$y = 2.301 + 0.305x_1 + 0.278x_2 - 0.240x_3 - 0.321x_4 - 0.203x_5 - 0.205x_6 - 0.157x_7 - 0.329x_8 - 0.287x_9 - 0.177x_{10}$$

- โดยที่
- x_1 = กลวิธีการเผชิญความเครียดเชิงรุก - การแสวงหาความช่วยเหลือ
 - x_2 = กลวิธีการเผชิญความเครียดเชิงรุก - การสะท้อนปัญหา
 - x_3 = เพศ
 - x_4 = กลวิธีการเผชิญความเครียดเชิงรุก - การตั้งเป้าหมายและจัดการเชิงรุก
 - x_5 = กลวิธีการเผชิญความเครียดเชิงรุก - การแสวงหาการสนับสนุนทางจิตใจ
 - x_6 = ภูมิลำเนา
 - x_7 = แรงจูงใจในการเรียนแพทย์ - ความมั่นคง
 - x_8 = ในครอบครัวมีผู้ป่วยจิตเวช
 - x_9 = ปีการศึกษาชั้นปีที่ 6
 - x_{10} = มีโรคประจำตัว

จากสมการทำนาย แปลความหมายได้ว่า (1) องค์ประกอบด้านความเฉยเมยต่อตราบาปจะมีคะแนนเท่ากับ 2.301 คะแนน โดยที่ไม่มีปัจจัยอื่น ๆ ในสมการถดถอยพหุมามีอิทธิพล (2) เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ ให้คงที่ คะแนนกลวิธีการเผชิญความเครียดเชิงรุกด้านการแสวงหาความช่วยเหลือที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้คะแนนองค์ประกอบด้านความเฉยเมยต่อตราบาปเพิ่มขึ้น 0.305 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (3) เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ ให้คงที่ คะแนนกลวิธีการเผชิญความเครียดเชิงรุกด้านการสะท้อนปัญหาที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้คะแนนองค์ประกอบด้านความ

เฉลยเมตต่อตราบาปเพิ่มขึ้น 0.278 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (4) เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ ให้คงที่ เพศหญิงจะมีคะแนนองค์ประกอบด้านความเฉลยเมตต่อตราบาปน้อยกว่าเพศชาย เท่ากับ 0.240 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (5) เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ ให้คงที่ คะแนนกลวิธีการเผชิญความเครียดเชิงรุกด้านการตั้งเป้าหมายและจัดการเชิงรุกที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้คะแนนองค์ประกอบความเฉลยเมตต่อตราบาป ลดลง 0.321 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (6) เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ ให้คงที่ คะแนนกลวิธีการเผชิญความเครียดเชิงรุกด้านการแสวงหาการสนับสนุนทางจิตใจที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้คะแนนองค์ประกอบความเฉลยเมตต่อตราบาป ลดลง 0.203 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (7) เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ ให้คงที่ บุคคลที่มีภูมิลำเนา อยู่ในต่างจังหวัด จะมีคะแนนองค์ประกอบด้านความเฉลยเมตต่อตราบาป น้อยกว่าบุคคลที่มีภูมิลำเนา อยู่ในกรุงเทพมหานคร เท่ากับ 0.205 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (8) เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ ให้คงที่ คะแนนแรงจูงใจในการเรียนแพทย์ด้านความมั่นคง ที่เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้คะแนนองค์ประกอบด้านความเฉลยเมตต่อตราบาปลดลง 0.157 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (9) เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ ให้คงที่ บุคคลที่มีบุคคลในครอบครัวเป็นผู้ป่วยจิตเวช จะมีคะแนนองค์ประกอบด้านความเฉลยเมตต่อตราบาป น้อยกว่าบุคคลที่ไม่มีบุคคลในครอบครัวเป็นผู้ป่วยจิตเวช เท่ากับ 0.329 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (10) เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ ให้คงที่ บุคคลที่มีปีการศึกษาชั้นปีที่ 6 จะมีคะแนนองค์ประกอบด้านความเฉลยเมตต่อตราบาป น้อยกว่าบุคคลที่มีปีการศึกษาชั้นปีที่ 1 เท่ากับ 0.287 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (11) เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ ให้คงที่ บุคคลที่มีโรคประจำตัว จะมีคะแนนองค์ประกอบด้านความเฉลยเมตต่อตราบาป น้อยกว่าบุคคลที่ไม่มีโรคประจำตัว เท่ากับ 0.177 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

วัตถุประสงค์ของงานวิจัยในครั้งนี้เพื่อ ศึกษาระดับขององค์ประกอบด้านต่าง ๆ ของทัศนคติต่อการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิต ของนิสิตคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้นปีที่ 1 ถึง ชั้นปีที่ 6 และศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ทั้งด้านข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปรวมถึง ปัจจัยด้านจิตวิทยา ซึ่งประกอบด้วย พฤติกรรมการเลือกเข้ารับบริการทางสุขภาพจิต, แรงจูงใจในการเรียนแพทย์, และ กลวิธีการเผชิญความเครียดเชิงรุก ที่ส่งผลต่อทัศนคติต่อการรับบริการทางสุขภาพจิต ทั้ง 3 ด้านซึ่งประกอบด้วย การเปิดรับทางจิตใจ, แนวโน้มการแสวงหาความช่วยเหลือ, และ ความเฉยเมยต่อตราบาป ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional descriptive study)

ซึ่งจากการคำนวณ พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่างขนาด 361 ตัวอย่าง หลังจากผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลผ่านการแจกแบบสอบถาม พบว่า มีผู้เข้าร่วมงานวิจัยส่งแบบสอบถามกลับมาเป็นจำนวน 364 ฉบับ อย่างไรก็ตาม ภายหลังจาก จัดระเบียบข้อมูล ทางผู้วิจัยพบว่า มีแบบสอบถามจำนวน 2 ฉบับที่ ไม่สมบูรณ์ทั้งส่วน จึงได้ทำการตัดออกจากการวิเคราะห์ และนำแบบสอบถามที่เหลือจำนวน 362 ฉบับมาใช้ในการวิเคราะห์เพื่อสรุปผลการวิจัยและอภิปรายผล ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

จากคำถามการวิจัยทั้ง 4 ข้อที่ผู้วิจัยได้ตั้งไว้ หลังทำการวิเคราะห์สามารถสรุปผลการวิจัยตามหัวข้อคำถามการวิจัยได้ดังนี้

คำถามข้อที่ 1 นิสิตคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีทัศนคติต่อการเข้ารับบริการทางสุขภาพจิตเป็นอย่างไร

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนองค์ประกอบด้านการเปิดรับทางจิตใจของทัศนคติต่อการรับบริการทางสุขภาพจิต ของกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ย อยู่ที่ 2.26 (SD = 0.56) หรือเทียบเท่ากับระดับไม่แน่ใจ (Likert scale ระดับ 1 – 5) และมีการกระจายตัวแบบปกติ อีกทั้ง จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างแสดงให้เห็นว่า เพศชายมีระดับค่าเฉลี่ยของการเปิดรับทางจิตใจสูงกว่าเพศหญิง โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่

มีระดับการเปิดรับทางจิตใจในระดับไม่แน่ใจ จำนวน 152 คน (53.59%) รองลงมาคือระดับเห็นด้วยบ้าง จำนวน 137 คน (37.85%) โดย กลุ่มตัวอย่างมากกว่า ร้อยละ 90 มีคะแนนเฉลี่ยของการเปิดรับทางจิตใจ อยู่ในระดับ ไม่แน่ใจ ถึง เห็นด้วย

นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังพบว่า คะแนนองค์ประกอบด้านของแนวโน้มการแสวงหาความช่วยเหลือของทัศนคติต่อการรับบริการทางสุขภาพจิต ของกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ย อยู่ที่ 2.78 (SD = 0.53) หรือเท่ากับระดับเห็นด้วยบ้าง (Likert scale ระดับ 1 – 5) และมีการกระจายตัวแบบปกติ อีกทั้ง จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างแสดงให้เห็นว่า เพศหญิงมีระดับค่าเฉลี่ยของแนวโน้มการแสวงหาความช่วยเหลือสูงกว่าเพศชาย โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับของแนวโน้มการแสวงหาความช่วยเหลือในระดับเห็นด้วยบ้าง จำนวน 231 คน (63.81%) รองลงมาคือระดับไม่แน่ใจ จำนวน 90 คน (24.86%) โดยกลุ่มตัวอย่างมากกว่า ร้อยละ 99 มีคะแนนเฉลี่ยดังกล่าว อยู่ในระดับ ไม่แน่ใจขึ้นไป

สุดท้าย ผู้วิจัยพบว่า คะแนนองค์ประกอบด้านความเฉยเมยต่อตราบาปของทัศนคติต่อการรับบริการทางสุขภาพจิต ของกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ย อยู่ที่ 1.55 (SD = 0.75) หรือเท่ากับระดับไม่แน่ใจ (Likert scale ระดับ 1 – 5) และมีการกระจายตัวแบบปกติ อีกทั้ง จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างแสดงให้เห็นว่า เพศชายมีระดับค่าเฉลี่ยของความเฉยเมยต่อตราบาปสูงกว่าเพศหญิง โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับของความเฉยเมยต่อตราบาปในระดับไม่แน่ใจ จำนวน 152 คน (41.99%) รองลงมาคือระดับไม่เห็นด้วยบ้าง จำนวน 145 คน (40.06%) โดยจากข้อมูลจะสังเกตเห็นว่า กลุ่มตัวอย่างประมาณ ร้อยละ 90 มีคะแนนเฉลี่ยของความเฉยเมยต่อตราบาปอยู่ในระดับ ไม่แน่นอนลงไป

คำถามข้อที่ 2.ทัศนคติต่อการเข้ารับบริการทางสุขภาพจิตของนิสิตคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีความแตกต่างกันตามปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลหรือไม่

ผู้วิจัยพบว่า ผลจากการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (t-test) และวิเคราะห์ความแปรปรวนของ (ANOVA) พบว่า ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ที่ทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนองค์ประกอบด้านการเปิดรับทางจิตใจของทัศนคติต่อการรับบริการทางสุขภาพจิต แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีดังต่อไปนี้

(1) ปัจจัยทางด้านเพศ โดยพบว่า เพศชาย จะมีค่าเฉลี่ยคะแนนการเปิดรับทางจิตใจมากกว่า เพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญในทางสถิติ เท่ากับ 0.21 ($t = 3.532, P = 0.000$)

(2) ปัจจัยด้านการมีบุคคลในครอบครัวเป็นผู้ป่วยจิตเวช โดยกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีบุคคลในครอบครัวเป็นผู้ป่วยจิตเวช มีค่าเฉลี่ยคะแนนการเปิดรับทางจิตใจ มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีบุคคลในครอบครัวเป็นผู้ป่วยจิตเวช เท่ากับ 0.20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.869, P = 0.062$)

(3) ปัจจัยด้านความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย โดยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการเปิดรับทางจิตใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 6.527, P = 0.002$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่แทบไม่ออกกำลังกายเลย จะมีค่าเฉลี่ยคะแนนการเปิดรับทางจิตใจน้อยกว่า กลุ่มตัวอย่างที่ออกกำลังกายบางครั้ง และ สม่ำเสมอ เท่ากับ 0.21 และ 0.23 ตามลำดับ

(4) ปัจจัยเวลาพักผ่อนโดยเฉลี่ยต่อวัน โดยผู้วิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีเวลาพักผ่อนโดยเฉลี่ยต่อวันน้อยกว่า 3 ชั่วโมง จะมีค่าเฉลี่ยคะแนนการเปิดรับทางจิตใจต่ำกว่า กลุ่มที่มีเวลาพักผ่อนโดยเฉลี่ยต่อวันมากกว่า หรือ เท่ากับ 3 ชั่วโมง เท่ากับ 0.12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.028, P = 0.043$)

(5) สุดท้าย ปัจจัยด้านพฤติกรรมการเลือกเข้ารับบริการทางสุขภาพจิต พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เลือกเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตจากแหล่งให้บริการทั่วไป มีค่าเฉลี่ยคะแนนการเปิดรับทางจิตใจมากกว่า กลุ่มตัวอย่างที่เลือกเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตจากแหล่งให้บริการทางสุขภาพจิตโดยเฉพาะ เท่ากับ 0.24 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.798, P = 0.005$)

นอกจากนี้ผู้วิจัยพบว่า ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ที่ทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนองค์ประกอบด้านแนวโน้มการแสวงหาความช่วยเหลือ ของทัศนคติต่อการรับบริการทางสุขภาพจิต แตกต่างกันแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีดังต่อไปนี้

(1) ปัจจัยทางด้านเพศ โดยพบว่า เพศชาย จะมีค่าเฉลี่ยคะแนนของแนวโน้มการแสวงหาความช่วยเหลือน้อยกว่าเพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญในทางสถิติ ($t = -2.876, P = 0.004$) เท่ากับ 0.16

(2) ปัจจัยด้านระดับชั้นปีการศึกษา โดยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนของแนวโน้มการแสวงหาความช่วยเหลือแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตามระดับชั้นปีการศึกษา ($F = 2.893, P = 0.014$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนิสิตชั้นปีที่ 1 จะมีค่าเฉลี่ยคะแนนของแนวโน้มการแสวงหาความช่วยเหลือน้อยกว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นนิสิตชั้นปีที่ 2, 3, 4, 5, และ 6 เท่ากับ 0.28, 0.20, 0.18, 0.30, และ 0.36 ตามลำดับ

(3) ปัจจัยด้านความเพียงพอของรายได้ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ไม่เพียงพอ มีค่าเฉลี่ยคะแนนของแนวโน้มการแสวงหาความช่วยเหลือ น้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เพียงพอ เท่ากับ 0.20 อย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ ($t = -2.227, P = 0.027$)

(4) ปัจจัยด้านการมีบุคคลในครอบครัวเป็นผู้ป่วยจิตเวช โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีบุคคลในครอบครัวเป็นผู้ป่วยจิตเวช มีค่าเฉลี่ยคะแนนของแนวโน้มการแสวงหาความช่วยเหลือ น้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีบุคคลในครอบครัวเป็นผู้ป่วยจิตเวช เท่ากับ 0.27 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.772, P = 0.006$)

(5) ปัจจัยด้านการมีบุคคลที่รู้จักเป็นผู้ป่วยจิตเวช โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีบุคคลที่รู้จักเป็นผู้ป่วยจิตเวช มีค่าเฉลี่ยคะแนนของแนวโน้มการแสวงหาความช่วยเหลือ น้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีบุคคลที่รู้จักเป็นผู้ป่วยจิตเวช เท่ากับ 0.13 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.330, P = 0.020$)

(6) ปัจจัยด้านพฤติกรรมการเลือกเข้ารับบริการทางสุขภาพจิต โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เลือกเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตจากแหล่งให้บริการทั่วไป มีค่าเฉลี่ยคะแนนของแนวโน้มการแสวงหาความช่วยเหลือน้อยกว่า กลุ่มตัวอย่างที่เลือกเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตจากแหล่งให้บริการทางสุขภาพจิตโดยเฉพาะ เท่ากับ 0.25 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.034, P = 0.003$)

ในท้ายที่สุด ผู้วิจัยสรุปได้ว่า ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ที่ทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนองค์ประกอบด้านความเฉยเมยต่อตราบาปของทัศนคติต่อการรับบริการทางสุขภาพจิต แตกต่างกันแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีดังต่อไปนี้

(1) ปัจจัยทางด้านเพศ โดยพบว่า เพศชาย จะมีค่าเฉลี่ยคะแนนของความเฉยเมยต่อตราบาปมากกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญในทางสถิติ ($t = 3.063, P = 0.002$) เท่ากับ 0.24

(2) ปัจจัยด้านระดับชั้นปีการศึกษา โดยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนของความเฉยเมยต่อตราบาปแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตามระดับชั้นปีการศึกษา ($F = 1.903, P = 0.093$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนิสิตชั้นปีที่ 1 จะมีค่าเฉลี่ยคะแนนของความเฉยเมยต่อตราบาปน้อยกว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นนิสิตชั้นปีที่ 2, 4, และ 5 เท่ากับ 0.25, 0.29, และ 0.36 ตามลำดับ นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างที่

เป็นนิสิตชั้นปีที่ 6 จะมีค่าเฉลี่ยคะแนนของความเฉยเมยต่อตราบาปน้อยกว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นนิสิตชั้นปีที่ 4 และ 5 เท่ากับ 0.27 และ 0.34

(3) ปัจจัยด้านการมีบุคคลในครอบครัวเป็นผู้ป่วยจิตเวช โดยกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีบุคคลในครอบครัวเป็นผู้ป่วยจิตเวช มีค่าเฉลี่ยคะแนนของความเฉยเมยต่อตราบาป มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีบุคคลในครอบครัวเป็นผู้ป่วยจิตเวช เท่ากับ 0.30 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.130, P = 0.034$)

(4) ปัจจัยด้านการมีบุคคลที่รู้จักเป็นผู้ป่วยจิตเวช โดยกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีบุคคลที่รู้จักเป็นผู้ป่วยจิตเวช มีค่าเฉลี่ยคะแนนของความเฉยเมยต่อตราบาป มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีบุคคลที่รู้จักเป็นผู้ป่วยจิตเวช เท่ากับ 0.13 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.652, P = 0.099$)

(5) สุดท้าย ปัจจัยด้านการมีโรคประจำตัว โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีโรคประจำตัว มีค่าเฉลี่ยคะแนนของความเฉยเมยต่อตราบาป มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัว เท่ากับ 0.18 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.922, P = 0.055$)

ตารางที่ 21 ตารางสรุปปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลต่าง ๆ ที่ทำให้ค่าเฉลี่ยขององค์ประกอบแต่ละด้านของทัศนคติต่อการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยพื้นฐาน	องค์ประกอบของทัศนคติต่อการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิต		
	การเปิดรับทางจิตใจ	แนวโน้มการแสวงหาความช่วยเหลือ	ความเฉยเมยต่อตราบาป
เพศ	($t = 3.532, P = 0.000$)	($t = -2.876, P = 0.004$)	($t = 3.063, P = 0.002$)
ปัจจัยด้านระดับชั้นปีการศึกษา	-	($F = 2.893, P = 0.014$)	($F = 1.903, P = 0.093$)
ความเพียงพอของรายได้	-	($t = -2.227, P = 0.027$)	-
บุคคลในครอบครัวเป็นผู้ป่วยจิตเวช	($t = 1.869, P = 0.062$)	($t = -2.772, P = 0.006$)	($t = 2.130, P = 0.034$)
บุคคลที่รู้จักเป็นผู้ป่วยจิตเวช	-	($t = -2.330, P = 0.020$)	($t = 1.652, P = 0.099$)

ความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย	(F = 6.527, P = 0.002)	-	-
เวลาพักผ่อนโดยเฉลี่ยต่อวัน	(t = -2.028, P = 0.043)	-	-
โรคประจำตัว	-	-	(t = 1.922, P = 0.055)
พฤติกรรมทางเลือกเข้ารับบริการทางสุขภาพจิต	(t = 2.798, P = 0.005)	(t = -3.034, P = 0.003)	-

- หมายถึงค่าเฉลี่ยแยกตามปัจจัยพื้นฐานไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในทางสถิติ

คำถามข้อที่ 3. ปัจจัยใดบ้าง ที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการเข้ารับบริการทางสุขภาพจิต ของนิสิตคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (Correlation) ผู้วิจัยพบว่าตัวแปรอิสระที่อยู่ในมาตรการวัดระดับอันตรภาค และมาตรการวัดระดับอัตราส่วน และมีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบด้านการเปิดรับทางจิตใจ มีทั้งหมด 4 ตัวแปร องค์ประกอบด้านความมั่นคงของแรงจูงใจในการเรียนแพทย์ และ องค์ประกอบด้าน การสะท้อนปัญหา, การวางแผนอย่างมีกลยุทธ์, และ การเตรียมการป้องกัน ของกลวิธีการเผชิญความเครียดเชิงรุก โดยทั้งหมดมีความสัมพันธ์ที่ระดับความเชื่อมั่น 99%

ตารางที่ 22 ตารางแสดงสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปรอิสระและองค์ประกอบแต่ละด้านของทัศนคติต่อการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิต

ตัวแปรอิสระ	องค์ประกอบของทัศนคติต่อการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิต		
	การเปิดรับทางจิตใจ	แนวโน้มการแสวงหาความช่วยเหลือ	ความเฉยเมยต่อทราบ
ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล			
ระดับชั้นปีการศึกษา	-0.016	0.124**	0.047
แรงจูงใจในการเรียนแพทย์			
การเตรียมความพร้อมในการเริ่มต้น	0.042	-0.003	-0.122**
ความมั่นคง	-0.140***	-0.033	-0.222***
กลวิธีการเผชิญความเครียดเชิง			

รูก			
การตั้งเป้าหมายและจัดการเชิง	0.054	0.095	-0.141***
รูก			
การสะท้อนปัญหา	0.228***	0.133**	0.109**
การวางแผนอย่างมีกลยุทธ์	0.151***	0.072	0.003
การเตรียมการป้องกัน	0.196***	0.212***	0.050
การแสวงหาความช่วยเหลือ	0.054	0.219***	0.103
การแสวงหาการสนับสนุนทาง	-0.053	0.330***	-0.071
จิตใจ			

** $P < 0.05$, *** $P < 0.01$

นอกจากนี้ผู้วิจัยพบว่า มีตัวแปรอิสระ ทั้งหมด 5 ตัวแปร ที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับ องค์ประกอบด้านแนวโน้มการแสวงหาความช่วยเหลือ ซึ่งประกอบด้วย 3 ตัวแปร ได้แก่ องค์ประกอบด้าน การเตรียมการป้องกัน, การแสวงหาความช่วยเหลือ, และ การแสวงหาการสนับสนุนทางจิตใจ ของกลวิธีการเผชิญความเครียดเชิงรุก ที่ระดับความเชื่อมั่น 99% ส่วนอีก 2 ตัวแปรที่เหลือได้แก่ ระดับชั้นปีการศึกษา และ องค์ประกอบด้านการสะท้อนปัญหา ของกลวิธีการเผชิญความเครียดเชิงรุก ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

สุดท้ายผู้วิจัยพบว่า มีตัวแปรอิสระ ทั้งหมด 4 ตัวแปร ที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับ องค์ประกอบด้านความเฉยเมมต่อตราบาป ซึ่งประกอบด้วย องค์ประกอบด้าน การเตรียมความพร้อมในการเริ่มต้น และ ความมั่นคง ของแรงจูงใจในการเรียนแพทย์ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และ 99% ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมี องค์ประกอบด้าน การตั้งเป้าหมายและจัดการเชิงรุก และ การสะท้อนปัญหา ของกลวิธีการเผชิญความเครียดเชิงรุก ที่ระดับความเชื่อมั่น 99% และ 95% ตามลำดับ

คำถามข้อที่ 4. สมการพยากรณ์ทัศนคติต่อการเข้ารับบริการทางสุขภาพจิตของนิสิตคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นอย่างไรและสามารถทำนายได้ระดับใด

จากการวิเคราะห์การถดถอยพหุ ผู้วิจัยพบว่าบางตัวบางตัวแปร ทั้งในส่วนของปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล และ ปัจจัยด้านจิตวิทยา ซึ่งประกอบด้วย พฤติกรรมการเลือกรับบริการทางสุขภาพจิต, แรงจูงใจในการเรียนแพทย์, และ กลวิธีการเผชิญความเครียดเชิงรุก สามารถนำมาใช้ในการสร้าง

สมการพยากรณ์ องค์ประกอบแต่ละด้านของทัศนคติต่อการเข้ารับบริการทางสุขภาพจิต ของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานของผู้วิจัย ตามการทบทวนวรรณกรรมในอดีตที่เกี่ยวข้อง โดย สมการพยากรณ์ของแต่ละองค์ประกอบของทัศนคติต่อการรับบริการทางสุขภาพจิต มีระดับการทำนายดังต่อไปนี้

สมการพยากรณ์ขององค์ประกอบ ด้านการเปิดรับทางจิตใจ, แนวโน้มการแสวงหาความช่วยเหลือ, และ ความเฉยเมยต่อตราบาป มีค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจ (R-square) เท่ากับ 0.255, 0.296, และ 0.179 ตามลำดับ ซึ่งมีหมายความว่า ความแปรปรวนขององค์ประกอบ ด้านการเปิดรับทางจิตใจ, แนวโน้มการแสวงหาความช่วยเหลือ, และ ความเฉยเมยต่อตราบาป ถูกอธิบายได้ด้วยกลุ่มตัวแปรอิสระในสมการทำนาย 25.5%, 29.6%, และ 17.9% ตามลำดับ ส่วนที่เหลือ 74.5%, 70.4, และ 82.1% ถูกอธิบายด้วยอิทธิพลของตัวแปรอื่นซึ่งไม่ได้นำมาพิจารณา ตามลำดับ สุดท้าย โดยผู้วิจัยได้แสดง สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และ ค่า p-value ซึ่งได้จากการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุของตัวแปรอิสระ แต่ละตัวแปร ในทุกองค์ประกอบของทัศนคติต่อการรับบริการทางสุขภาพจิต ไว้ในตารางที่ 23 ด้านล่าง

ตารางที่ 23 ตารางสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุ (p-value) ของตัวแปรอิสระในสมการถดถอยพหุของแต่ละองค์ประกอบ

ตัวแปรอิสระ	ตัวแปรตาม - องค์ประกอบของทัศนคติต่อการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิต		
	การเปิดรับทางจิตใจ	แนวโน้มการแสวงหา ความช่วยเหลือ	ความเฉยเมยต่อตรา บาป
(Constant)	1.415 (0.000)	1.854 (0.000)	2.301 (0.000)
ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล			
เพศ	-0.268 (0.000)	0.202 (0.001)	-0.240 (0.001)
ปีการศึกษาชั้นปีที่ 6	-	0.226 (0.011)	-0.287 (0.024)
ปีการศึกษาชั้นปีที่ 5	-	0.151 (0.061)	-
ปีการศึกษาชั้นปีที่ 4	-	0.168 (0.030)	-
เกรดเฉลี่ยสะสม 3.51 – 3.75	-	-0.139 (0.031)	-
เกรดเฉลี่ยสะสม 3.76 – 4.00	-0.240 (0.006)	-	-

ภูมิลำเนา	-	-	-0.205 (0.007)
ที่พัก - หอพักนวมมหาวิทยาลัย	-	0.189 (0.050)	-
บุคคลในครอบครัวเป็นผู้ป่วยจิตเวช	-0.322 (0.009)	-	-0.329 (0.014)
เวช			
บุคคลที่รู้จักเป็นผู้ป่วยจิตเวช	-	0.125 (0.033)	-
ทำกิจกรรมนอกหลักสูตร- บางครั้ง	-	0.135 (0.023)	-
โรคประจำตัว	-	-	-0.177 (0.046)
พฤติกรรมเลือกเข้ารับบริการ	-0.214 (0.025)	0.333 (0.000)	-
ทางสุขภาพจิต			
แรงจูงใจในการเรียนแพทย์			
การเตรียมความพร้อมในการเริ่มต้น	0.187 (0.002)	-	-
ความมั่นคง	-0.110 (0.046)	-	-0.157 (0.011)
กลวิธีการเผชิญความเครียดเชิงรุก			
การตั้งเป้าหมายและจัดการเชิงรุก	-	-0.155 (0.052)	-0.321 (0.002)
การสะท้อนปัญหา	0.313 (0.000)	-	0.278 (0.001)
การเตรียมการป้องกัน	-	0.166 (0.004)	-
การแสวงหาความช่วยเหลือ	-	-	0.305 (0.000)
การแสวงหาการสนับสนุนทางจิตใจ	-	0.230 (0.000)	-0.203 (0.005)

อภิปรายผลการวิจัย

นิติตคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีทัศนคติต่อการเข้ารับบริการทางสุขภาพจิตเป็นอย่างไร

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อการเข้ารับบริการทางสุขภาพจิต ด้านการเปิดรับทางจิตใจ และความเฉยเมยต่อตราบาป อยู่ในระดับ ไม่น่าใจ ส่วนด้านแนวโน้มการแสวงหาความช่วยเหลือ ความช่วยเหลือ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีทัศนคติอยู่ในระดับเห็นด้วยบ้าง โดยการกระจายตัวของ

องค์ประกอบทุกด้าน ของทัศนคติต่อการเข้ารับบริการทางสุขภาพจิตเป็นไปตามการกระจายตัวแบบปกติ อย่างไรก็ตาม สำหรับองค์ประกอบในด้าน การเปิดรับทางจิตใจ และ แนวโน้มการแสวงหาความช่วยเหลือ มีค่าความเบ้ (Skewness) เป็นค่าติดลบ ซึ่งหมายความว่า กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีทัศนคติต่อ การเปิดรับทางจิตใจ และ แนวโน้มการแสวงหาความช่วยเหลือ ค่อนไปทางเห็นด้วย ส่วนองค์ประกอบด้านความเฉยเมยต่อตราบาป มีค่าความเบ้ (Skewness) เป็นค่าบวก ซึ่งหมายความว่า กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีทัศนคติด้านความเฉยเมยต่อตราบาป ค่อนไปทางไม่เห็นด้วย โดยเมื่อพิจารณาต่อไปจะพบว่า ในทุกองค์ประกอบของทัศนคติต่อการรับบริการทางสุขภาพจิต จะมีกลุ่มตัวอย่าง ประมาณไม่เกินร้อยละ 11 ที่มีทัศนคติดังกล่าวอยู่ในช่วงเห็นด้วย และ ไม่เห็นด้วยรวมกัน

โดยสรุปผู้วิจัยพบว่า จากสถิติเชิงพรรณนา เพศชายมีคะแนนเฉลี่ยขององค์ประกอบด้านการเปิดรับทางจิตใจ และ ความเฉยเมยต่อตราบาปมากกว่าเพศหญิง ส่วนเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยขององค์ประกอบด้าน แนวโน้มการแสวงหาความช่วยเหลือมากกว่าเพศชาย

ทัศนคติต่อการเข้ารับบริการทางสุขภาพจิตของนิสิตคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีความแตกต่างกันตามปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลหรือไม่

จากการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (t-test) และการวิเคราะห์ความแปรปรวน (ANOVA) พบว่า เพศชายและเพศหญิง มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในองค์ประกอบทุกด้านของทัศนคติต่อการรับบริการทางสุขภาพจิต โดย เพศชายมีคะแนนเฉลี่ยขององค์ประกอบด้านการเปิดรับทางจิตใจ และ ความเฉยเมยต่อตราบาปมากกว่าเพศหญิง ส่วนเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยขององค์ประกอบด้าน แนวโน้มการแสวงหาความช่วยเหลือมากกว่าเพศชาย เช่นเดียวกับปัจจัยพื้นฐาน ด้าน การมีบุคคลในครอบครัวเป็นผู้ป่วยจิตเวช โดย กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีบุคคลในครอบครัวเป็นผู้ป่วยจิตเวช จะมีค่าเฉลี่ยคะแนนขององค์ประกอบด้าน การเปิดรับทางจิตใจ และ ความเฉยเมยต่อตราบาป มากกว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีบุคคลในครอบครัวเป็นผู้ป่วยจิตเวช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีบุคคลในครอบครัวเป็นผู้ป่วยจิตเวช มีค่าเฉลี่ยคะแนนขององค์ประกอบด้าน แนวโน้มการแสวงหาความช่วยเหลือ น้อยกว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีบุคคลในครอบครัวเป็นผู้ป่วยจิตเวชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ ค่าเฉลี่ยคะแนนขององค์ประกอบ ด้านแนวโน้มการแสวงหาความช่วยเหลือ และ ความเฉยเมยต่อตราบาป แตกต่างกันตาม ปัจจัยพื้นฐาน ด้าน ระดับชั้นปีการศึกษา และ การมีบุคคลที่รู้จักเป็นผู้ป่วยจิตเวช โดย กลุ่มตัวอย่างในระดับการศึกษาชั้นปีที่ 1 จะมี ค่าเฉลี่ยคะแนนของแนวโน้มการแสวงหาความช่วยเหลือน้อยกว่า ทุกระดับชั้นปีการศึกษาอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีค่าเฉลี่ยคะแนนของความเฉยเมยต่อตราบาป น้อยกว่า กลุ่มตัวอย่างจากระดับชั้นปีการศึกษาปีที่

2, 4, และ 5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีบุคคลที่รู้จักเป็นผู้ป่วยจิตเวชจะมี ค่าเฉลี่ยคะแนน ขององค์ประกอบด้าน แนวโน้มการแสวงหาความช่วยเหลือ และ ความเฉยเมยต่อ ตรายาบ น้อยกว่า และ มากกว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีบุคคลที่รู้จักเป็นผู้ป่วยจิตเวชอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ตามลำดับ

นอกจากนี้ ผู้วิจัยพบว่า พฤติกรรมการเลือกเข้ารับบริการทางสุขภาพจิต เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ ค่าเฉลี่ยคะแนนขององค์ประกอบด้าน การเปิดรับทางจิตใจ และ แนวโน้มการแสวงหาความ ช่วยเหลือ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในทางสถิติ โดย กลุ่มตัวอย่างที่เลือกรับบริการด้านสุขภาพจิต กับแหล่งบริการทั่วไปจะมี ค่าเฉลี่ยคะแนนขององค์ประกอบด้าน การเปิดรับทางจิตใจ และ แนวโน้ม การแสวงหาความช่วยเหลือ มากกว่า และ น้อยกว่า กลุ่มตัวอย่างที่เลือกรับบริการด้านสุขภาพจิตกับ แหล่งบริการด้านสุขภาพจิตโดยเฉพาะ ตามลำดับ

ยิ่งไปกว่านั้น ค่าเฉลี่ยคะแนนขององค์ประกอบด้านการเปิดรับทางจิตใจ มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากปัจจัยพื้นฐานด้าน ความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย และเวลา พักผ่อนเฉลี่ยต่อวัน โดยผู้ที่แทบไม่ออกกำลังกายเลย จะมีค่าเฉลี่ยคะแนนขององค์ประกอบด้านนี้ น้อยกว่า ผู้ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และ บางครั้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียว เวลาพักผ่อน เฉลี่ยต่อวัน โดยผู้ที่มีเวลาพักผ่อนเฉลี่ยน้อยกว่า 3 ชั่วโมงต่อวัน จะมีค่าเฉลี่ยคะแนนขององค์ประกอบ ด้านนี้ น้อยกว่า ผู้ที่มีเวลาพักผ่อนเฉลี่ยมากกว่า หรือเท่ากับ 3 ชั่วโมงต่อวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยพบว่า ผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอ จะมี ค่าเฉลี่ยคะแนนขององค์ประกอบด้าน แนวโน้มการแสวงหาความช่วยเหลือ น้อยกว่า ผู้ที่มีรายได้เพียงพออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตาม และ ผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว จะมีค่าเฉลี่ยคะแนนขององค์ประกอบด้านความเฉยเมยต่อตรายาบ มากกว่าผู้มี โรคประจำตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยใดบ้าง ที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการเข้ารับบริการทางสุขภาพจิต ของนิสิตคณะ แพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จากการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พบว่า ด้านปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ที่มีสมบัติของ การเป็นตัวแปรที่อยู่ในมาตรการวัดระดับอันตรายภาค และมาตรการวัดระดับอัตราส่วน มีเพียงตัวแปร ระดับชั้นปีเท่านั้น ที่มีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบของตัวแปรตามด้านแนวทางการแสวงหาความ ช่วยเหลือ นอกจากนี้ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติอื่น ๆ

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังพบว่า องค์ประกอบของแรงจูงใจในการเรียนแพทย์ในบางด้าน มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม กล่าวคือ องค์ประกอบด้านการเตรียมพร้อมในการเริ่มต้นของแรงจูงใจในการเรียนแพทย์ มีความสัมพันธ์ กับ องค์ประกอบด้านความเฉยเมยต่อตราบาป ของตัวแปรตาม และ องค์ประกอบด้านความมั่นคงของแรงจูงใจในการเรียนแพทย์ มีความสัมพันธ์ กับ องค์ประกอบของตัวแปรตาม 2 องค์ประกอบ ได้แก่ การเปิดรับทางจิตใจ และ ความเฉยเมยต่อตราบาป โดยความสัมพันธ์ทั้งหมดที่กล่าวมาเป็นความสัมพันธ์เชิงลบและมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับสิ่งที่น่าสังเกตว่า ไม่มีองค์ประกอบใด ๆ ของแรงจูงใจในการเรียนแพทย์ที่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับ ตัวแปรตามในองค์ประกอบ แนวทางการแสวงหาความช่วยเหลือ

ยิ่งไปกว่านั้น ผู้วิจัยยังพบว่า องค์ประกอบด้าน การสะท้อนปัญหา, การวางแผนอย่างมีกลยุทธ์, และ การเตรียมการป้องกัน ของกลวิธีการเผชิญความเครียดเชิงรุก มีความสัมพันธ์เชิงบวกกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับ องค์ประกอบของตัวแปรตามด้านการเปิดรับทางจิตใจ ส่วนองค์ประกอบของตัวแปรตามด้านแนวทางการแสวงหาความช่วยเหลือ มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญในทางสถิติกับ องค์ประกอบด้าน การสะท้อนปัญหา, การเตรียมการป้องกัน, การแสวงหาความช่วยเหลือ, และ การแสวงหาการสนับสนุนทางจิตใจ ของกลวิธีการเผชิญความเครียดเชิงรุก และในตัวแปรตามสุดท้าย องค์ประกอบด้าน การตั้งเป้าหมายและจัดการเชิงรุก และ การสะท้อนปัญหา ของกลวิธีการเผชิญความเครียดเชิงรุก มีความสัมพันธ์เชิง ลบและบวกกับ ความอดทนต่อตราบาปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามลำดับ

สมการพยากรณ์ที่ตนคิดต่อการเข้ารับบริการทางสุขภาพจิตของนิสิตคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นอย่างไรและสามารถทำนายได้ระดับใด

จากการผลลัพธ์วิเคราะห์การถดถอยพหุ ผู้วิจัยพบว่าในส่วนของสมการพยากรณ์ การเปิดรับทางจิตใจ ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลและปัจจัยด้านจิตวิทยา ที่มีนัยสำคัญทางสถิติส่วนใหญ่จากการวิเคราะห์ ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (t-test) , การวิเคราะห์ความแปรปรวน (ANOVA), และ การวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Correlation) ได้ถูกนำเข้ามาในสมการดังกล่าว ในทิศทางของความสัมพันธ์ที่ถูกต้องยกเว้นความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย, เวลาพักผ่อนโดยเฉลี่ยต่อวัน, และ องค์ประกอบ 2 ด้านของกลวิธีการเผชิญความเครียดเชิงรุก ได้แก่ การวางแผนอย่างมีกลยุทธ์ และ การเตรียมการป้องกัน ซึ่งไม่ได้ถูกนำเข้ามาในสมการพยากรณ์ โดยอาจมีความเป็นไปได้ว่า ปัจจัยเหล่านี้อาจจะส่งผลต่อคะแนนการเปิดรับทางจิตใจผ่านทางตัวแปรอื่นซึ่งมีความน่าสนใจที่จะศึกษาในอนาคตต่อไป ส่วน เกเรตเฉลี่ยสะสม ช่วง 3.76 – 4.00 และ องค์ประกอบการเตรียมความพร้อมในการเริ่มต้นของแรงจูงใจในการเรียนแพทย์ ที่ถูกนำเข้ามาในสมการพยากรณ์ก็อาจมีความ

เป็นไปได้ว่าตัวแปรเหล่านี้อาจมีอิทธิพลร่วมกับตัวแปรอื่น ๆ ในสมการดังกล่าว ซึ่งมีความน่าสนใจที่จะศึกษาในอนาคตต่อไป

นอกจากนี้ในส่วนของ สมการพยากรณ์ แนวโน้มการแสวงหาความช่วยเหลือ ปัจจัยด้าน ความเพียงพอของรายได้, การมีบุคคลในครอบครัวเป็นผู้ป่วยจิตเวช, องค์ประกอบของกลวิธีการเผชิญ ความเครียดเชิงรุก ใน ด้านการสะท้อนปัญหา และ การแสวงหาความช่วยเหลือ ซึ่งไม่ได้ถูกนำเข้ามา ในสมการพยากรณ์ โดยอาจมีความเป็นไปได้ว่า ปัจจัยเหล่านี้อาจจะส่งผลต่อคะแนนแนวทางการ แสวงหาความช่วยเหลือผ่านทางตัวแปรอื่นซึ่งมีความน่าสนใจที่จะศึกษาในอนาคตต่อไป ส่วน เกรดเฉลี่ยสะสม 3.51 – 3.75, ที่พัก-หอพักนอกมหาวิทยาลัย, และ การทำกิจกรรมนอกหลักสูตร-บางครั้ง ถูกนำเข้ามาในสมการพยากรณ์ก็อาจมีความเป็นไปได้ว่าตัวแปรเหล่านี้อาจมีอิทธิพลร่วมกับตัวแปรอื่น ๆ ในสมการดังกล่าว ซึ่งมีความน่าสนใจที่จะศึกษาในอนาคตต่อไป

สุดท้ายนี้ ในส่วนของสมการพยากรณ์ ความเฉยเมยต่อตราบาป ปัจจัยด้าน การมีบุคคลที่ รู้จักเป็นผู้ป่วยจิตเวช และ องค์ประกอบด้านการเตรียมความพร้อมในการเริ่มต้นของแรงจูงใจในการ เรียนแพทย์ ซึ่งไม่ได้ถูกนำเข้ามาในสมการพยากรณ์ โดยอาจมีความเป็นไปได้ว่า ปัจจัยเหล่านี้อาจจะ ส่งผลต่อคะแนนความเฉยเมยต่อตราบาปผ่านทางตัวแปรอื่นซึ่งมีความน่าสนใจที่จะศึกษาในอนาคต ต่อไป ส่วน ภูมิภาคนา และ องค์ประกอบด้าน การแสวงหาความช่วยเหลือ และการแสวงหาการ สนับสนุนทางจิตใจ ถูกนำเข้ามาในสมการพยากรณ์ก็อาจมีความเป็นไปได้ว่าตัวแปรเหล่านี้อาจมี อิทธิพลร่วมกับตัวแปรอื่น ๆ ในสมการดังกล่าว ซึ่งมีความน่าสนใจที่จะศึกษาในอนาคตต่อไป

ข้อได้เปรียบของการวิจัยในครั้งนี้

- จุดเด่นของงานวิจัยฉบับนี้คือ การศึกษาทัศนคติต่อการเข้ารับบริการทางสุขภาพจิตในมิติของ ความสัมพันธ์ที่หลากหลาย เพราะผู้วิจัยเลือกศึกษาจากปัจจัยพื้นฐานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่มี องค์ประกอบย่อยในหลายประเด็น อันได้แก่ ความจูงใจในการเรียนแพทย์ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) ความเต็มใจและความเสียสละ (2) การเตรียมความพร้อมในการ เริ่มต้น (3) ความมั่นคง และ กลวิธีในการเผชิญความเครียดเชิงรุก ซึ่งแบ่งออกเป็น 7 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การตั้งเป้าหมายและการจัดการเชิงรุก (2) การสะท้อนปัญหา (3) การวางแผนอย่างมีกลยุทธ์ (4) การเตือนการป้องกัน (5) การแสวงหาความช่วยเหลือ (6) การแสวงหาการสนับสนุนทางจิตใจ (7) การหลีกเลี่ยงปัญหา

จากที่กล่าวมาทั้งหมด ตัวแปรต้นที่สนใจศึกษาจึงมีทั้งหมดจำนวน 10 องค์ประกอบ จากนั้น จึงศึกษา ความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการรับบริการทางสุขภาพจิตซึ่งเป็นตัวแปรตามอีกใน

องค์ประกอบแยกย่อย 3 ด้านอันได้แก่ ด้านการเปิดรับทางจิตใจ ด้านแนวโน้มการแสวงหาความช่วยเหลือ และ ด้านความเฉยเมยต่อตราบาป ทำให้งานวิจัยฉบับนี้แตกต่างจากงานวิจัยอื่น ๆ ที่ได้ทำมาก่อนในแง่ความหลากหลายของข้อมูล ทำให้เกิดประเด็นศึกษาต่อยอดได้ในหลายประเด็นย่อยในอนาคตต่อไป

2. แม้ว่าในปัจจุบันจะมีงานวิจัยเกี่ยวข้องกับทัศนคติมากมาย แต่งานวิจัยในเชิงการหาความสัมพันธ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างทัศนคติกับการรับบริการทางสุขภาพจิตนั้นมีอยู่อย่างจำกัดโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มนิสิตแพทย์ในประเทศไทย ซึ่งมีกลุ่มประชากรที่ต้องเผชิญความเครียด และการปรับตัวตลอดช่วงระยะเวลาหกปี จากนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาไปสู่ผู้ประกอบการวิชาชีพแพทย์ซึ่งมีหน้าที่ความรับผิดชอบสูง และต้องแบกรับความคาดหวังจากสังคม จึงเป็นข้อห้วงงานวิจัยที่น่าสนใจ
3. “ทัศนคติต่อการเปลี่ยนแปลง” นั้นมีความสำคัญต่อสุขภาวะทางจิต ตลอดจนการรับบริการทางสุขภาพจิตเป็นหัวข้อที่มักจะไม่ได้หยิบมาเป็นประเด็นในการศึกษาโดยตรงมากนัก หากเปรียบเทียบกับหัวข้อเรื่องความเครียด, แรงจูงใจ หรือภาวะสุขภาพจิตโดยรวม ดังนั้นงานวิจัยฉบับนี้จึงมุ่งเน้นไปที่องค์ประกอบที่หลากหลาย ของทัศนคติต่อการรับบริการทางสุขภาพจิต อีกทั้งยังศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยพื้นฐาน, ความมุ่งมั่นในการเรียนแพทย์ และ กลวิธีการเผชิญความเครียดเชิงรุก จากการศึกษาในงานวิจัยก่อนหน้านี้ ก่อให้เกิดการค้นพบใหม่ๆ ซึ่งมีความน่าสนใจที่จะศึกษาในอนาคตต่อไป
4. เนื่องจากเป้าหมายของงานวิจัยนี้มีความเฉพาะเจาะจง กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างคือนิสิตที่กำลังศึกษา ในคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในทุกชั้นปีการศึกษา ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเชื่อว่าการสรุปผลในงานวิจัยนี้ เป็นการสรุปผลในกรอบที่เหมาะสมกับงานวิจัย ไม่เป็นการสรุปผลที่เกินไปกว่าที่งานวิจัยนี้จะอธิบายได้ในกลุ่มประชากรของนิสิตในดับก่อนปริญญาโดยภาพรวม และมีประโยชน์ต่อคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยตรง และมีประโยชน์ทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสถาบันการศึกษาอื่น ๆ เช่นกัน ในการวางแผนการส่งเสริมการบริการทางสุขภาพจิตในดีขึ้นไปในอนาคต รวมถึงมีประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเปิดรับทางจิตใจ เรื่องตราบาป เรื่องแนวโน้มการแสวงหาความช่วยเหลือ ในบริบทที่แตกต่างออกไป

5. ระหว่างขั้นตอนการเก็บข้อมูลผู้วิจัยขอความร่วมมือจากนิสิตตามความสมัครใจอย่างแท้จริง ไม่ได้ให้ทำแบบกึ่งบังคับ เช่น การขอร่วมมือนิสิตให้กรอกแบบสอบถามหลังจากการสอบ ดังนั้นนิสิตส่วนใหญ่จึงมีความตั้งใจตอบแบบสอบถามในระดับหนึ่ง เนื่องจากรูปแบบแบบสอบถามมีจำนวนห้าตอนและมีจำนวนข้อคำถามค่อนข้างมาก
6. แบบสอบถามในตอนที่ทำ: แบบวัดทัศนคติต่อการรับบริการทางสุขภาพจิต (The Inventory of Attitudes toward Seeking Mental Health Services) ซึ่งพัฒนาโดย Professor Corey S. Mackenzie แห่ง University of Toronto และปัจจุบันดำรงตำแหน่งเป็นผู้อำนวยการการฝึกอบรมทางคลินิกในหลักสูตรจิตวิทยาคลินิกและศาสตราจารย์ร่วมในภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ณ University of Manitoba ประเทศแคนาดา ผู้วิจัยได้ดำเนินการแปลมาต้นฉบับภาษาอังกฤษมาเป็นภาษาไทยเป็นครั้งแรก จึงเป็นประโยชน์ต่อผู้วิจัยในอนาคตที่มีความสนใจที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับบริการทางสุขภาพจิต ตลอดจนสามารถนำแบบสอบถามนี้มาใช้วัดทัศนคติกับคนไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการศึกษาด้านสุขภาพจิตในแง่มุมต่าง ๆ ต่อไป

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. งานวิจัยครั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลเฉพาะนิสิตคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เท่านั้น ซึ่งอาจจะมีข้อจำกัดอันเนื่องมาจากปัจจัยแวดล้อมเฉพาะต่าง ๆ เช่น วัฒนธรรมองค์กร, ชีตความสามารถเฉพาะบุคคล, หลักสูตรระบบการเรียนการสอน หรือ เภณธ์การประเมินผลที่แตกต่างกันระหว่างสถาบันผลิตแพทย์ต่าง ๆ ทั้งในประเทศ และ ต่างประเทศ
2. เนื่องจากแบบสอบถามในงานวิจัยฉบับนี้มีจำนวนข้อมาก ทำให้นิสิตอาจล้าและสูญเสียสมาธิในการทำแบบสอบถามในส่วนท้ายได้
3. ช่วงระยะเวลาในการเก็บข้อมูลอาจส่งผลต่อผลการประเมินทัศนคติได้ เช่น ความเครียดช่วงใกล้สอบ อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้พยายามเก็บข้อมูลในช่วงหลังสอบ เพิ่งเปิดเรียนบล็อกใหม่เป็นหลัก

4. ข้อจำกัดด้านความหลากหลายของนิสิตแพทย์ในโครงการรับเข้าต่าง ๆ เช่น โครงการรับตรง ความสามารถทางภาษาอังกฤษ, โครงการโอลิมปิกวิชาการ, โครงการโควตาตามจังหวัดต่าง ๆ หรือโครงการจุฬาฯ-ภูมิพล และโครงการรับตรงร่วมกัน(กสพท.) โดยการเก็บข้อมูลในชั้นปรีคลินิก ผู้เก็บข้อมูล ไม่ได้เจาะจงเก็บโครงการใดโครงการหนึ่ง เนื่องจากนิสิตชั้นปีที่หนึ่งถึงชั้นปีที่สาม นิสิตจากทุกโครงการนั้นเรียนคละกัน ในขณะที่ในการเก็บข้อมูลชั้นคลินิก ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเฉพาะนิสิตแพทย์ที่ฝึกปฏิบัติการในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เนื่องจากจำนวนนิสิตที่ศึกษาต่อ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ฯ นั้น มีสัดส่วนสูงที่สุดคือ ประมาณ สองในสาม จากจำนวนนิสิตทั้งหมดในแต่ละชั้นปี ดังนั้นผู้วิจัยจึงไม่ได้ลงเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลต่างจังหวัด หรือในโรงพยาบาลภูมิพลอดุยเดช

ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยและการนำไปประยุกต์ใช้ในอนาคต

1. จากสถิติเชิงพรรณนา องค์ประกอบด้านการเปิดรับทางจิตใจและความเฉยเมยต่อตราบาบเพศชายมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าเพศหญิง ในขณะที่องค์ประกอบด้านแนวโน้มการแสวงหาความช่วยเหลือของเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าเพศชาย ผู้วิจัยต่อไปอาจจะนำผลสรุปเกี่ยวกับเพศในประเด็นนี้ไปศึกษาเพิ่มเติมได้ จะเป็นประโยชน์อย่างแท้จริงเพราะเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นจริง เช่น ความเฉยเมยต่อตราบาบของเพศหญิง หรือ ความแนวโน้มการแสวงหาความช่วยเหลือในเพศชาย
2. นิสิตในระดับชั้นปีที่หนึ่ง มีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านแนวโน้มการแสวงหาความช่วยเหลือน้อยกว่าชั้นปีอื่น ๆ ทุกชั้นปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความอดทนต่อตราบาบน้อยกว่านิสิตชั้นปีที่สอง สี่ และห้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นผู้ทำวิจัยต่อไปหรือบุคลากรด้านแพทยศาสตรศึกษา ในสถาบันผลิตแพทย์อาจจะต้องเน้นการจัดการเรียนการสอนที่ผสมผสานกันเป็นเนื้อเดียวมากขึ้นระหว่างชั้นปีที่หนึ่ง กับชั้นปีอื่น ๆ ซึ่งอาจจะจัดในรูปแบบบรรยายวิชาเรียนในหลักสูตร หรือ การอบรมเชิงปฏิบัติการเสริมหลักสูตร ที่เกี่ยวกับการความเข้าตนเองและวิธีรับมือกับปัญหาตลอดจนเรื่องความสัมพันธ์กับคนอื่น เป็นอาทิ ในช่วงปีแรกให้มากเป็นพิเศษ เพื่อให้ นิสิตสามารถจัดการกับปัญหาเรื่องการปรับตัวได้ดีตั้งแต่ระดับชั้นปีที่สองเป็นต้นไปจนกระทั่งจบการศึกษา

3. เรื่องแรงจูงใจในการเรียนแพทย์ เป็นที่น่าสังเกตว่าไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับทัศนคติเกี่ยวกับการแสวงหาความช่วยเหลือ ในขณะที่ทัศนคติเกี่ยวกับความเฉยเมยต่อตราบาปส่งผลต่อแรงจูงใจในการเรียนแพทย์ใน 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการเตรียมความพร้อมในการเริ่มต้นเรียนแพทย์ ด้านความมั่นคง ส่วนทัศนคติเกี่ยวกับการเปิดรับทางจิตใจส่งผลต่อแรงจูงใจด้านความมั่นคง

จากการค้นพบดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า แรงจูงใจในการเรียนในด้านความมั่นคงต่อการเรียนแพทย์มีต่อทั้งการเปิดรับทางจิตใจและความอดทนต่อตราบาป ผู้วิจัยในอนาคตสามารถศึกษาต่อในประเด็นความมั่นคงต่อการเรียนแพทย์ หรือ บุคลากรด้านแพทยศึกษาสามารถส่งเสริมวัฒนธรรมองค์กร หรือ ออกแบบกิจกรรมในหลักสูตรหรือนอกหลักสูตรที่มีลักษณะการช่วยเหลือดูแล มีหน่วยงานหรือบุคลากรที่ดูแลส่งเสริมเสถียรภาพทางจิตใจ ที่นิสิตรู้สึกตัวนิสิตเองสามารถพึ่งพาได้จริง และมีความสะดวกใจที่จะขอความช่วยเหลือ ส่วนทัศนคติที่เกี่ยวกับการแสวงหาความช่วยเหลือนั้นเกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลหลายอย่าง นอกจากเหนือจากแรงจูงใจในการเรียนแพทย์เพียงอย่างเดียว ดังนั้นจึงเป็นประเด็นละเอียดอ่อนสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้อง

4. จากข้อเสนอแนะข้อ 3 ทัศนคติต่อการรับบริการทางสุขภาพจิตด้านการแสวงหาความช่วยเหลือนั้น นิสิตที่มีพฤติกรรมเลือกรับบริการจากแหล่งบริการทั่ว ๆ ไป เช่น ครอบครัว เพื่อน ทางออนไลน์ ฯลฯ และ นิสิตที่ไม่มีคนในครอบครัวเป็นผู้ป่วยจิตเวช ให้ความสำคัญต่อการแสวงหาความช่วยเหลือน้อยกว่านิสิตที่เลือกรับบริการทางสุขภาพจิตโดยผู้เชี่ยวชาญอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นแนวทางแสวงหาความช่วยเหลือยิ่งเน้นให้เห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาวะของนิสิต โดยการบูรณาการมากยิ่งขึ้น เพราะการส่งเสริมป้องกันสามารถแทรกซึมและทำให้นิสิตสามารถปรับตัว และเกิดความตระหนักรู้ในตนเองและในท้ายที่สุด สามารถก่อให้เกิดความมั่นคงภายในใจเปรียบเสมือนมีภูมิคุ้มกันเมื่อต้องเผชิญกับความทุกข์และแรงกดดันตลอดระยะเวลาที่ศึกษาอยู่และสามารถนำไปปรับใช้ในการการทำงานต่อไปในอนาคต
5. เรื่องความแตกต่างของภูมิลำเนาในต่างจังหวัดของนิสิตที่ส่งผลต่อความเฉยเมยต่อตราบาปนั้นเป็นประเด็นแอบแฝงที่น่าสนใจ เพราะเป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ในตอนวิเคราะห์สมการพหุการัน ทั้ง ๆ ที่ก่อนหน้านี้จากการหาความสัมพันธ์ในระหว่างปัจจัยต่าง ๆ นั้นดูเหมือนจะไม่มีสำคัญอะไรแต่สุดท้ายกลับมาแสดงความสัมพันธ์กับความเฉยเมยต่อตราบาปในการวิเคราะห์ความทอดถอยเชิงเส้นพหุ

6. นิสิตที่มีผลการเรียนในระดับที่ดีเลิศ (เกรดเฉลี่ยสะสม 3.76-4.00) และนิสิตที่มีแรงจูงใจการเรียนรู้จากการเตรียมความพร้อม มีทัศนคติด้านการเปิดรับทางจิตใจมากกว่านิสิตกลุ่มอื่น ในขณะที่นิสิตที่มีผลการเรียนในระดับที่ต่ำมาก (เกรดเฉลี่ยสะสม 3.50-3.75) รวมทั้งนิสิตที่ทำกิจกรรมนอกหลักสูตรและพักอยู่ที่พักนอคมหาวิทยาลัย ต่างให้ความสำคัญต่อการแสวงหาแนวทางของความช่วยเหลือที่หลากหลายมากกว่านิสิตกลุ่มอื่น การค้นพบในสมการพยากรณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า แม้คนที่เก่งทางวิชาการมาก ๆ จะมีใจเปิดรับแต่ไม่ได้หมายความว่า จะแสวงหาความช่วยเหลือเสมอไป ในขณะที่ประสบการณ์นอกหลักสูตรและสภาพสังคมภายนอกต่างมีอิทธิพลต่อแนวโน้มการแสวงหาความช่วยเหลือ





จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บรรณานุกรม

1. Organization WH. Prevention of mental disorders : effective interventions and policy options : summary report. 2004:13.
2. สุขาดา ส, พันธุ์นภา ก. สรุปรายงานโครงการพัฒนาสุขภาพจิตภาคพื้นเอเชียแปซิฟิก: นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2552
พิมพ์ครั้งที่ 2; 2009.
3. Ellen B. The Mentally Ill in Contemporary Society Agnes Miles. University of Chicago Press; 1982. p. 492.
4. James SA, Buttle H. Attitudinal Differences towards Mental Health Services between Younger and Older New Zealand Adults. 2008:33.
5. Early MB. mental health concepts and techniques for the occupational therapy assistant. 5 ed. Philadelphia Wolters Kluwer; 2017.
6. สมชาย จักรพันธุ์ ห, พันธุ์นภา ก, Somchai Chakrabhand ML, Phunnapa K. สุขภาพจิตชุมชน : รายงานระดับประเทศ พ.ศ. 2551: นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2552.
พิมพ์ครั้งที่ 2.; 2009.
7. Pilgrim D. Key concepts in mental health: London : SAGE, 2005.; 2005.
8. ศรีไพศาล บ. บูรณาการสุขภาพจิต : ทิศทางใหม่ในงานสุขภาพ. ขอนแก่น: หจก. โรงพิมพ์พระธรรมชัย; 2547.
9. เสาวลักษณ์ ส. การดำเนินงานสุขภาพจิตในศูนย์สุขภาพชุมชน: [นนทบุรี] : สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข, 2547.
พิมพ์ครั้งที่ 2.; 2004.
10. Baron RA. Social Psychology. Massachusetts: A Pearson Education Company 2000. 132 p.
11. Lahey BB. Psychology an introduction: New York : McGrawHill, 2007. 9th ed.; 2007.
12. Arora PG, Metz K, Carlson CI. Attitudes Toward Professional Psychological Help Seeking in South Asian Students: Role of Stigma and Gender. Journal of Multicultural Counseling and Development. 2016;44(4):263-84.

13. Atkinson DR, & Gim, R. H. Asian-American cultural identity and attitudes toward mental health services. *Journal of Counseling Psychology*. 1989;36(2):209-12.
14. Diala C, Muntaner C, Walrath C, Nickerson KJ, LaVeist TA, Leaf PJ. Racial differences in attitudes toward professional mental health care and in the use of services. *The American journal of orthopsychiatry*. 2000;70(4):455-64.
15. Stefanovics EA, Rosenheck RA, He H, Ofori-Atta A, Cavalcanti M, Chiles C. Medical Student Beliefs and Attitudes Toward Mental Illness Across Five Nations. *J Nerv Ment Dis*. 2016;204(12):909-15.
16. Dunn LB, Iglewicz A, Moutier C. A conceptual model of medical student well-being: promoting resilience and preventing burnout. *Acad Psychiatry*. 2008;32(1):44-53.
17. ณัฐริตา ล, Nuttida L, ณัฏฐร พ. แรงจูงใจในการเรียนแพทย์ของนิสิตแพทย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: 2558.; 2015.
18. พฤกษา ผ, ณัฏฐร พ. ภาวะสุขภาพจิตของนิสิตคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: 2558.; 2015.
19. อัมพร ธ. ความวิตกกังวลของนิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 2 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2551: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2008.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา
ของแบบวัดที่ใช้ในการวิจัย

1. ผศ.นพ.ฉัตร พิทยรัตน์เสถียร
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. อ.นพ.ชาวิท ตันวีระชัยสกุล
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. ผศ.นพ.ภุชงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบประเมินทัศนคติต่อการรับบริการทางสุขภาพจิต

The Inventory of Attitudes toward Seeking Mental Health Service (IASHMS)

ตารางค่าความสอดคล้องของเนื้อหา

ข้อที่ 1	ผู้ทรงคุณวุฒิที่ 1	ผู้ทรงคุณวุฒิที่ 2	ผู้ทรงคุณวุฒิที่ 3	IC = $\sum R/N$
1	+1	+1	+1	1
2	+1	+1	0	0.67
3	+1	+1	0	0.67
4	+1	0	0	0.67
5	+1	+1	+1	1
6	+1	+1	+1	1
7	+1	+1	0	0.67
8	+1	+1	0	0.67
9	+1	+1	+1	1
10	+1	+1	+1	0.67
11	+1	+1	+1	1
12	+1	+1	+1	1
13	+1	0	+1	0.67
14	+1	+1	+1	0.67
15	+1	0	+1	0.67
16	+1	+1	+1	1
17	+1	+1	+1	1
18	+1	+1	0	0.67
19	+1	+1	+1	1
20	+1	+1	+1	1
21	+1	0	+1	0.67
22	+1	+1	+1	1
23	+1	+1	+1	1
24	+1	+1	+1	1

ชื่อโครงการวิจัย ทศนคติต่อการรับบริการทางสุขภาพจิตของนิสิตคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้วิจัย

ชื่อ นาย เหิร ประสานเกลียว
ที่อยู่ที่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ถนนพระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330
เบอร์โทรศัพท์ 081-655-6562
เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ 24 ชั่วโมง 081-655-6562

แพทย์ผู้เข้าร่วมวิจัย

ชื่อ ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ ณิชธร พิทยรัตน์เสถียร
ที่อยู่ที่ทำงาน ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ถนนพระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330
เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-256-4445
เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ 24 ชั่วโมง 02-256-4298

แหล่งทุนวิจัย

ไม่มี

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นนิสิตคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆเพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้วิจัย ซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อนของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

นิสิตแพทย์เป็นกลุ่มประชากรที่มีความสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพจิตใจของประชาชน เพราะนิสิตเหล่านี้เป็นกลุ่มประชากรที่เป็นกำลังขับเคลื่อนสำคัญกระบวนการทางสาธารณสุขไทยในฐานะแพทย์ในช่วงทศวรรษหน้า ในงานวิจัยของ James & Buttle (2008) (4)พบว่าร้อยละ 55 ของกลุ่มคนหนุ่มสาว และ ร้อยละ 65 ของกลุ่มผู้สูงอายุเลือกการขอรับบริการทางสุขภาพจิตจากกลุ่มแพทย์ทั่วไป (General Practitioner) ซึ่งเป็น

กลุ่มที่ได้รับความนิยมมากที่สุดในทุก 2 กลุ่มอายุเมื่อเปรียบเทียบจากการเลือกรับบริการทางสุขภาพจิตจากแหล่งอื่น ๆ

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้ทำวิจัยจึงมีความสนใจศึกษาทัศนคติต่อการรับบริการทางสุขภาพจิตของนิสิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ข้อมูลและผลการวิจัยดังกล่าวจะเกิดประโยชน์ต่อคณาจารย์ในการจัดการเรียนรู้ทั้งในและหลักสูตร ด้านการดูแลนิสิตในฝ่ายกิจการนิสิต ตลอดจนมีประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัยในด้านการบริการและการส่งเสริมสุขภาพจิตในสังคมไทยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์หลักจากการศึกษาในครั้งนี้คือเพื่อศึกษาทัศนคติต่อการรับบริการทางสุขภาพจิตของนิสิตคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 361 คน

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะขอให้ท่านทำแบบสอบถาม ผู้วิจัยคาดว่าท่านจะใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 30 นาที ดำเนินการเพียง 1 ครั้ง โดยท่านมีสิทธิไม่ตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่งที่ไม่ต้องการตอบ

ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยอย่างเคร่งครัด รวมทั้งแจ้งอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัยให้ผู้ทำวิจัยได้รับทราบ

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

ท่านอาจมีความเสี่ยง เช่น เสียเวลา ไม่สะดวก ติดธุระ รู้สึกไม่สบายกายหรือไม่สบายใจระหว่างตอบคำถามหรือทำแบบทดสอบ กรุณาแจ้งผู้ทำวิจัยรายงานให้ผู้ทำวิจัยทราบโดยเร็ว

ความเสี่ยงที่ไม่ทราบแน่นอน

หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้ทำวิจัยได้ตลอดเวลา

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

หากผู้เข้าร่วมตอบคำถามมีข้อเสนอแนะจากการทำแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะนำคำแนะนำเหล่านั้นไปพัฒนางานวิจัยเหมาะสมและเกิดประโยชน์ยิ่งขึ้นต่อไปในเบื้องหน้า

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติตามนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย

หากพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย ท่านจะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันที หากพิสูจน์ได้ว่าท่านได้ปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมผู้ทำวิจัยแล้ว ผู้ทำวิจัยยินดีจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของท่าน อีกทั้งจะได้รับการชดเชยการสูญเสียเวลา เสียรายได้ตามความเหมาะสม

ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย

ไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆเพิ่มเติม

ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมในการวิจัย

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา

ผู้ทำวิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่าน หรือเมื่อผู้สนับสนุนการวิจัยยุติการดำเนินงานวิจัย หรือ ในกรณีที่ท่านไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัย

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลนี้อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัย และผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้ตรวจสอบการวิจัย และหน่วยงานควบคุมระเบียบกฎหมาย สามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม โดยไม่ละเมิดสิทธิของท่านในการรักษาความลับเกินขอบเขตที่กฎหมายและระเบียบกฎหมายอนุญาตไว้

การยกเลิกการให้ความยินยอม

หากท่านต้องการยกเลิกการให้ความยินยอมดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่นายเหิร ประสานเกลียว ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 1873 ถนน พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์ รวมทั้งยาและอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่า การยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
7. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
8. ท่านมีสิทธิในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้สิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอานันทมหิตลชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์/โทรสาร 0-2256-4493 ในเวลาราชการ หรือ e-mail : medchulairb@chula.ac.th

การลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิ์ทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

นาย เหิร ประสานเกลียว
นิสิตปริญญาโท สาขาสุขภาพจิต
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

โทร/โทรสาร 02-259-4298ม 02-256-4346



แบบประเมินในงานวิจัยประกอบไปด้วย 5 ส่วน

รหัส			
------	--	--	--

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน และเติมค่าในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

- เพศ ชาย ₁ หญิง ₂
- อายุ ปี
- นิสิตชั้นปีที่
ปี 1 ₁ ปี 2 ₂ ปี 3 ₃
ปี 4 ₄ ปี 5 ₅ ปี 6 ₆
- เกรดเฉลี่ยภาคเรียนล่าสุด.....
- เกรดเฉลี่ยสะสม (GPAX)
- จำนวนพี่น้อง คน เป็นคนที่
- ผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ในครอบครัว
มี ₁
ไม่มี ₂ จำนวน คน
ได้แก่
- ภูมิลำเนา
กรุงเทพมหานคร ₁
ต่างจังหวัด ₂ ได้แก่.....
- ลักษณะที่พักปัจจุบัน
บ้าน/คอนโดมิเนียม ₁
หอพักในมหาวิทยาลัย ₂
หอพักนอกมหาวิทยาลัย ₃
- ท่านพักอาศัยอยู่กับ
อยู่ตามลำพัง ₁
อยู่กับครอบครัว ₂
อยู่กับเพื่อน ₃
อื่น ๆ ₄ ระบุ
- รายได้ปัจจุบันเฉลี่ย บาท/เดือน
- แหล่งที่มาของรายได้
ได้จากผู้ปกครอง.....บาท/เดือน
ทุนการศึกษา.....บาท/เดือน
หารายได้พิเศษด้วยตนเอง.....บาท/เดือน

13. ความเพียงพอของรายได้กับค่าใช้จ่าย

เพียงพอ ₁ ไม่เพียงพอ ₂

14. ท่านมีคนในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิตเวชหรือไม่

มี ₁ จำนวน.....คน
ได้แก่.....

ไม่มี ₂

15. ท่านมีคนรู้จักป่วยเป็นโรคจิตเวชหรือไม่

มี ₁ จำนวน.....คน
ได้แก่.....

ไม่มี ₂

16. การออกกำลังกาย

สม่ำเสมอ ₁

บางครั้ง ₂

แทบไม่ได้ออกกำลังกาย ₃

17. นอนหลับโดยเฉลี่ย.....ชั่วโมง/วัน

18. มีเวลาที่รู้สึกว่าได้พักผ่อนอย่างแท้จริง (ไม่นับเวลานอน).....ชั่วโมง/วัน

19. การทำกิจกรรมนอกหลักสูตร

เป็นประจำ ₁ นาน ๆ ครั้ง ₃

บางครั้ง ₂ ไม่ทำ ₄

20. ประวัติโรคประจำตัว

ไม่มี ₁

มี ₂ (ถ้ามี โปรดระบุโรค ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- โรคเบาหวาน ₁

- โรคความดันโลหิตสูง ₂

- โรคไขมันในเลือดสูง ₃

- โรคไขข้อ ปวดกล้ามเนื้อ ₄

- โรคระบบทางเดินอาหาร เช่น โรคกระเพาะอาหาร ₅

- โรคระบบทางเดินหายใจ เช่น โรคปอด ₆

- โรคระบบหมุนเวียนเลือดและหัวใจ เช่น โรคหัวใจ ₇

- โรคหลอดเลือดสมอง ₈

- โรคทางสมองอื่นๆ เช่น ลมชัก พาร์กินสัน สมองเสื่อม ₉

- โรคอื่นๆ (ระบุ)

11

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมกรเลือกเข้ารับบริการทางสุขภาพจิต

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด เมื่อท่านมีปัญหาที่ท่านเลือกที่จะปรึกษาจากแหล่งไหน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | | |
|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ พ่อ-แม่ | <input type="checkbox"/> ₆ เพื่อน/ รุ่นพี่-รุ่นน้อง | <input type="checkbox"/> ₁₀ แฟน |
| <input type="checkbox"/> ₂ พี่-น้อง/ญาติ | <input type="checkbox"/> ₇ อาจารย์ | <input type="checkbox"/> ₁₁ สายด่วน |
| <input type="checkbox"/> ₃ คนที่ไม่รู้จักกันมาก่อน | <input type="checkbox"/> ₈ คนในสังคมออนไลน์ | <input type="checkbox"/> ₁₂ Application |
| <input type="checkbox"/> ₄ นักบวชทางศาสนา
เช่น พระ บาทหลวง | <input type="checkbox"/> ₉ หมอดู | <input type="checkbox"/> ₁₃ อื่น ๆ โปรดระบุ |
- _____
- ₅ หน่วยบริการปรึกษาเชิงจิตวิทยา เช่น MDCU Talk,

- ศูนย์ Chula Student Wellness, คลินิกเฉพาะทางจิตเวช

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามวัดแรงจูงใจในการเรียนแพทย์

{Strength of Motivation for Medical School: SMMS-R}

คำชี้แจง: คนเรามีเหตุผลที่หลากหลายในการเรียนแพทย์ กรุณาระบุว่าข้อความต่อไปนี้สะท้อนถึงสถานการณ์ส่วนบุคคลของคุณอย่างไร โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึก/ความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อ	ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1.	ฉันจะเสียใจกับการตัดสินใจของฉัน ถ้าฉันไม่ได้ใช้โอกาสที่มีเพื่อเรียนแพทย์					
2.	ฉันจะเลิกเรียนแพทย์ ถ้าฉันแน่ใจมาก ๆ ว่าฉันไม่สามารถเป็นผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่ฉันชอบ					

3.	ฉันจะยังคงตัดสินใจเลือกเรียนแพทย์ แม้มันจะหมายถึงการ ต้องไปศึกษาต่างประเทศด้วยภาษาอื่นที่ฉันยังไม่เข้าใจดีนัก					
4.	ถ้าฉันค้นพบว่าต้องใช้เวลาเกือบสิบปีกว่าที่ฉันจะมีคุณสมบัติ เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางได้ ฉันจะเลิกเรียนแพทย์					
5.	ถึงแม้ว่าฉันแทบจะไม่สามารถใช้ชีวิตทางสังคมของฉันได้ ฉันจะ ยังคงเรียนแพทย์ต่อไป					
6.	ฉันจะไม่พิจารณาอาชีพอื่น ๆ นอกจากการเป็นแพทย์					
7.	ฉันยังคงเลือกเรียนแพทย์ แม้มันจะหมายความว่า ฉันจะไม่ สามารถใช้เวลาวันหยุดของฉันกับเพื่อน ๆ ได้อีกต่อไป					
ข้อ	ข้อความ	ไม่เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	เห็น ด้วย	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง
8.	ฉันจะหยุดเรียนแพทย์ ถ้าฉันเริ่มทำคะแนนได้ต่ำและสอบไม่ ผ่านบ่อย ๆ					
9.	ถ้าการเรียนแพทย์นั้นต้องใช้เวลาโดยเฉลี่ยมากกว่า 60 ชั่วโมง ต่อสัปดาห์ ฉันจะพิจารณาเรื่องการเลิกเรียนแพทย์อย่างจริงจัง					
10.	ฉันตั้งใจจะเป็นแพทย์ถึงแม้ว่าตลอดวิชาชีพของฉันต้องเข้ารับ การอบรมเพิ่มเติมอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเก็บ CME ไว้ต่อ ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม					
11.	ฉันคงไม่รู้สึกละอายใจเท่าไรนักถ้าฉันไม่สามารถเรียนแพทย์ต่อไปได้					
12.	ฉันอยากเป็นแพทย์ ถึงแม้ว่ามันจะหมายถึงการให้ความสำคัญ กับงานมากกว่าครอบครัวของฉัน					
13.	ฉันจะเลิกเรียนแพทย์ทันทีที่เห็นได้ชัดเจนว่าจะไม่มีงาน หรือ ตำแหน่ง resident หลังจบการศึกษา					
14.	ฉันจะไม่เลือกเรียนแพทย์ ถ้าหากฉันทราบว่าอาชีพนี้ไม่ได้ทำให้ ร่ำรวยอย่างที่คนเข้าใจกัน					
15.	ถ้าฉันสอบเข้าเรียนแพทย์ไม่ได้ ฉันจะเตรียมตัวเพื่อสอบ คัดเลือกใหม่ให้ได้คะแนนที่ดีขึ้น และเข้าเรียนแพทย์ให้ได้					

ส่วนที่ 4 แบบวัดกลวิธีการเผชิญความเครียดเชิงรุก (The Proactive Coping Inventory: PCI)

แบบวัดกลวิธีการเผชิญความเครียดเชิงรุก เป็นแบบทดสอบทางด้านสุขภาพจิต วัดคุณประสงค์เพื่อวัดกลวิธีการเผชิญความเครียดเชิงรุก โดยข้อคำถามทั้งหมด 55 ข้อ สะท้อนถึงปฏิกิริยาที่ท่านตอบสนองต่อเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน แต่ละข้อคำถามมี 4 ตัวเลือก ดังต่อไปนี้

- (1) ไม่จริง หมายถึง ไม่เคยคิดพฤติกรรมดังกล่าวเลย
- (2) จริงบางครั้ง หมายถึง เคยคิดหรือมีพฤติกรรมดังกล่าวบ้างนาน ๆ ครั้ง
- (3) ค่อนข้างจริง หมายถึง เคยคิดหรือมีพฤติกรรมดังกล่าวบางครั้ง
- (4) จริงมาก หมายถึง เคยคิดหรือมีพฤติกรรมดังกล่าวอยู่เสมอ

คำชี้แจง: กรุณาวางกลมหมายเลขในตัวเลือกระหว่าง 1 – 4 เพียง 1 ตัวเลือกเท่านั้น ที่ตรงกับท่านมากที่สุดในแต่ละข้อคำถามรวมทั้งหมด 55 คำถาม

1	การตั้งเป้าหมายและการจัดการเชิงรุก (Proactive Coping)	ไม่จริง	จริงบางครั้ง	ค่อนข้างจริง	จริงมาก
1.1	ฉันเป็นคนรับผิดชอบ				
1.2	ฉันพยายามปล่อยให้สิ่งต่าง ๆ เป็นไปตามทางของมัน				
1.3	หลังจากบรรลุเป้าหมายหนึ่ง ฉันมองหาเป้าหมายอื่นที่ท้าทายขึ้นกว่าเดิม				
1.4	ฉันชอบความท้าทายและความพยายามเอาชนะเรื่องยาก ๆ				
1.5	ฉันมีความใฝ่ฝันและพยายามทำความฝันนั้นให้เป็นจริง				
1.6	แม้ว่าจะพบกับอุปสรรคมากมาย ฉันมักประสบความสำเร็จในการได้รับสิ่งที่ฉันต้องการ				
1.7	ฉันพยายามที่จะกำหนดเป้าหมายอย่างชัดเจนกับสิ่งที่ฉันต้องการ จะประสบความสำเร็จ				
1.8	ฉันมักพยายามหาหนทางที่จะแก้ไขอุปสรรค ไม่มีอะไรหยุดยั้งฉันได้				
1.9	ฉันมักจะเห็นภาพของตนเองล้มเหลว ดังนั้นฉันจึงไม่กล้าคาดหวังสูงจนเกินไป				
1.10	เวลาฉันสมัครเรียน/สมัครงาน ฉันจินตนาการว่าฉันจะได้รับเลือก				
1.11	ฉันเปลี่ยนอุปสรรคต่าง ๆ ให้เป็นประสบการณ์เชิงบวก				
1.12	ถ้ามีคนบอกฉันว่า “ฉันไม่สามารถทำได้” ฉันจะทำให้เห็นว่า “ฉันสามารถทำได้”				
1.13	เวลาฉันประสบปัญหา ฉันใช้ความคิดริเริ่มในการแก้ไขปัญหา				

1.14	เวลาฉันมีปัญหา ฉันมักมองเห็นตัวเองตกอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่มีทางสู้				
2	การสะท้อนปัญหา (Reflective Coping)	ไม่จริง	จริง บางครั้ง	ค่อนข้างจริง	จริงมาก
2.1	ฉันจินตนาการว่าตนเองกำลังแก้ปัญหายุ่งยากต่าง ๆ ได้				
2.2	แทนที่จะแก้ไขปัญหาย่างทันทีทันใด ฉันจะใช้เวลาคิดหาวิธีแก้ปัญหาไว้หลากหลายทาง				
2.3	ฉันคิดล่วงหน้าถึงภาพสถานการณ์แตกต่างกัน				
2.4	ฉันจัดการกับปัญหาโดยคิดถึงทางเลือกต่าง ๆ ที่สามารถปฏิบัติได้จริง				
2.5	เวลามีปัญหากับเพื่อนร่วมงาน เพื่อน หรือครอบครัว ฉันจะคิดเตรียมไว้ก่อนว่า จะรับมือกับพวกเขาอย่างไรถึงจะดี				
2.6	ก่อนที่จะรับมือจัดการกับงานที่ยาก ฉันจินตนาการถึงภาพความสำเร็จ				
2.7	ฉันจะลงมือทำอะไร ก็ต่อเมื่อได้คิดทบทวนเรื่องนี้รอบคอบแล้ว				
2.8	ฉันจินตนาการถึงภาพตนเองกำลังแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่ยุ่งยากก่อนเผชิญปัญหานั้นจริง ๆ				
2.9	ฉันแก้ไขปัญหามาจากหลายมุมที่ต่างกัน จนกว่าจะเจอทางออกที่เหมาะสม				
2.10	เวลาผัดใจเป็นเรื่องใหญ่กับผู้ร่วมงาน ครอบครัว หรือเพื่อน ฉันชักซ้อมก่อนว่าจะรับมือกับพวกเขาอย่างไร				
2.11	ฉันนึกถึงทุกผลลัพธ์ที่เป็นไปได้ของปัญหานั้น ก่อนลงมือแก้ไขมัน				
3.	การวางแผนอย่างมีกลยุทธ์ (Strategic Planning)	ไม่จริง	จริง บางครั้ง	ค่อนข้างจริง	จริงมาก
3.1	ฉันมักหาวิธีที่จะแยกส่วนปัญหาที่ยุ่งยากออกเป็นองค์ประกอบย่อย ๆ เพื่อที่ฉันจะจัดการได้ง่ายขึ้น				
3.2	ฉันวางแผนและทำตามแผน				
3.3	ฉันแยกส่วนปัญหาออกเป็นส่วนประกอบเล็ก ๆ แล้วจัดการทีละส่วนในแต่ละครั้ง				
3.4	ฉันจัดรายการความสำคัญและพยายามจดจ่อกับสิ่งที่สำคัญที่สุดก่อนเป็นลำดับแรก				

4.	การเตรียมการป้องกัน (Preventive Coping)	ไม่ จริง	จริง บางครั้ง	ค่อนข้าง จริง	จริงมาก
4.1	ฉันวางแผนสำหรับเหตุการณ์ที่ไม่แน่นอนในอนาคต				
4.	การเตรียมการป้องกัน (Preventive Coping) (ต่อ)	ไม่ จริง	จริง บางครั้ง	ค่อนข้าง จริง	จริงมาก
4.2	แทนที่จะใช้เงินทั้งหมดที่มี/หามาได้ ฉันชอบเก็บออมส่วนหนึ่ง เพื่อใช้สอยยามจำเป็น				
4.3	ฉันเตรียมความพร้อมสำหรับเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์				
4.4	ก่อนเผชิญภัยพิบัติ ฉันได้เตรียมตัวพร้อมสำหรับเหตุการณ์ที่จะ เกิดขึ้นเป็นอย่างดี				
4.5	ฉันวางแผนกลยุทธ์เพื่อเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ก่อนลงมือปฏิบัติ				
4.6	ฉันพัฒนาทักษะการทำงานต่าง ๆ เพื่อป้องกันการตกงานใน อนาคต				
4.7	ฉันตั้งใจดูแลครอบครัวของฉันเป็นอย่างดีเพื่อปกป้องพวกเขาจาก ความทุกข์ยากในอนาคต				
4.8	ฉันคิดล่วงหน้าเพื่อหลีกเลี่ยงสถานการณ์ต่าง ๆ ที่อันตราย				
4.9	ฉันวางแผนกลยุทธ์สำหรับสิ่งที่ฉันหวังว่าเป็นผลลัพธ์ที่ดีที่สุดเท่าที่ จะเป็นไปได้				
4.10	ฉันพยายามจัดการเงินของฉันเป็นอย่างดีเพื่อหลีกเลี่ยงความ อึดอัดขัดสนในยามสูงวัย				
5.	การแสวงหาความช่วยเหลือ (Instrumental Support Seeking)	ไม่ จริง	จริง บางครั้ง	ค่อนข้าง จริง	จริงมาก
5.1	คำแนะนำจากผู้อื่นก็มีประโยชน์ ในเวลาที่ฉันแก้ปัญหาของตนเอง				
5.2	ฉันพยายามบอกเล่าและอธิบายถึงความเครียดของฉัน เพราะหวัง จะได้ข้อคิดเห็นจากเพื่อน ๆ ของฉัน				
5.3	ข้อมูลที่ฉันได้รับจากผู้อื่น มักจะช่วยให้ฉันจัดการกับปัญหาของ ฉันได้อยู่บ่อยครั้ง				
5.4	ฉันมักจะรู้ว่าใครสามารถช่วยฉันพัฒนาวิธีแก้ปัญหาในแบบของ ฉันเองได้				
5.5	ฉันถามผู้อื่นว่าพวกเขาจะอย่างไรถ้าอยู่ในสถานการณ์เดียวกับ ฉัน				
5.6	การพูดคุยกับผู้อื่นนั้นเป็นประโยชน์ เนื่องจากได้ช่วยให้เรา				

	มองเห็นอีกมุมมองหนึ่งในปัญหา				
5.7	ก่อนร่นวายกับปัญหา ฉันจะโทรหาเพื่อนเพื่อพูดคุยเกี่ยวกับมัน				
5.8	เวลาฉันเจอความยุ่งยากลำบากฉันมักจะสามารถหาทางออกได้ด้วยความช่วยเหลือจากผู้อื่น				
6.	การแสวงหาการสนับสนุนทางจิตใจ (Emotional Support Seeking)	ไม่จริง	จริง บางครั้ง	ค่อนข้างจริง	จริงมาก
6.1	หากฉันรู้สึกซึมเศร้า ฉันรู้ว่าโทรหาใครที่สามารถช่วยให้ฉันรู้สึกดีขึ้น				
6.2	คนรอบข้างมักช่วยทำให้ฉันรู้สึกได้ถึงความหวัง				
6.3	ฉันรู้ว่าใครที่ฉันสามารถพึ่งได้ เมื่อตกอยู่ในภาวะวิกฤต				
6.4	เวลาฉันรู้สึกซึมเศร้า ฉันออกจากความรู้สึกนั้น และพูดคุยกับผู้อื่น				
6.5	ฉันปรับทุกข์กับผู้อื่นเพื่อสร้างและสานต่อความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด				
7.	การหลีกเลี่ยงปัญหา (Avoidance Coping)	ไม่จริง	จริง บางครั้ง	ค่อนข้างจริง	จริงมาก
7.1	เวลามีปัญหา ฉันชอบพักมันไว้ก่อน				
7.2	เมื่อพบกับปัญหาที่ยากเกินไป บ่อยครั้งที่ฉันปล่อยให้มันไว้รอจนฉันพร้อมแล้ว จึงจัดการกับมัน				
7.3	เวลามีปัญหา ฉันปล่อยให้ไฟลนกันแล้วจึงจัดการกับมัน				

ส่วนที่ 5 แบบประเมินทัศนคติต่อการรับบริการทางสุขภาพจิต

(The Inventory of Attitudes toward Seeking Mental Health Service:

IASHMS)

คำว่า *ผู้เชี่ยวชาญ* หมายถึงบุคคลที่ได้รับการอบรมเพื่อจัดการกับปัญหาทางสุขภาพจิต (เช่น นักจิตบำบัด, จิตแพทย์, นักสังคมสงเคราะห์ และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว)

คำว่า *ปัญหาทางจิต* หมายถึง เหตุผลที่ทำให้บุคคลหนึ่งๆ ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ คำที่ใกล้เคียง ได้แก่ ความกังวลใจเกี่ยวกับสุขภาพจิต ปัญหาทางอารมณ์ สิ่งรบกวนทางจิตใจ ความยากลำบากส่วนตัว

คำชี้แจง: ท่านมีความคิดเห็นและรู้สึกอย่างไรกับข้อความดังต่อไปนี้ โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อ	ข้อความ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยบ้าง	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วยบ้าง	เห็นด้วย
1	ปัญหาบางเรื่องไม่ควรนำไปพูดคุยกับบุคคลภายนอกครอบครัว					
2	ฉันทราบดีว่าควรทำอะไรและปรึกษาใคร หากตัวเองตัดสินใจจะขอความช่วยเหลือเรื่องปัญหาทางจิตจากผู้เชี่ยวชาญ					
3	ฉันไม่ยอมให้คนสำคัญ (คู่ครอง, คนรัก, ฯลฯ) รับรู้ หากตัวเองกำลังมีความทุกข์จากปัญหาทางจิต					
4	การจดจ่อกับงานเป็นวิธีแก้ปัญหที่ดีในการหลีกเลี่ยงความวิตกกังวลส่วนตัว					
5	ถ้ามีเพื่อนมาปรึกษาฉันเกี่ยวกับปัญหาทางจิต ฉันอาจจะแนะนำให้เพื่อนไปพบผู้เชี่ยวชาญ					
6	การเจ็บป่วยทางจิตทำให้ผู้ป่วยต้องแบกรับความอับอายไว้ด้วย					
7	การที่เราไม่ได้รู้จักตัวเองเสียทุกเรื่องนั้นอาจจะดีที่สุดในที่สุด					
8	ถ้าหากฉันประสบปัญหาร้ายแรงทางจิตในตอนนี้นั้นฉันมั่นใจว่าตัวเองจะหาทางออกได้ด้วยการทำจิตบำบัด					
9	คนเราน่าจะแก้ปัญหของตัวเอง การไปขอรับความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญควรเป็นทางออกสุดท้าย					

ข้อ	ข้อความ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยบ้าง	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วยบ้าง	เห็นด้วย
10	ถ้าหากฉันประสบปัญหาทางจิต ฉันสามารถขอความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญได้หากตัวเองต้องการ					
11	คนสำคัญในชีวิตฉันคงจะมองฉันด้อยลง หากพวกเขารู้ว่าฉันกำลังเผชิญกับปัญหาทางจิต					
12	ปัญหาทางจิตจะคลี่คลายได้เองเช่นเดียวกับเรื่องอื่นๆ อีกหลายเรื่อง					
13	ฉันหาเวลาไปพบผู้เชี่ยวชาญได้ไม่ยากนักหากเกิดปัญหาทางจิต					
14	มีประสบการณ์บางเรื่องในชีวิตที่ฉันจะไม่ปรึกษาใคร					
15	ฉันคงต้องการความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ หากตัวเองต้องทนทุกข์หรือกังวลใจเป็นเวลานาน					
16	ฉันคงไม่สะดวกใจที่จะไปขอความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ หากตัวเองมีปัญหาทางจิต เพราะเกรงผู้คนที่ในแวดวงสังคมหรือการทำงานของฉันจะรู้เรื่องนี้					
17	การที่เราถูกวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทางจิตนั้นถือเป็นจุดต่างพร้อยของชีวิต					
18	คนที่พร้อมจะจัดการกับความขัดแย้งและความกลัวของตัวเองโดยไม่พึ่งพาความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ ถือได้ว่ามีทัศนคติที่น่าชื่นชม					
19	หากฉันรู้สึกที่ตัวเองกำลังป่วยทางจิต สิ่งแรกที่ฉันจะทำคงจะเป็นการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ					
20	ฉันคงไม่สบายใจที่จะไปพบผู้เชี่ยวชาญเพราะกลัวว่าคนอื่นจะคิดอย่างไรกับตัวเอง					
21	คนที่มีบุคลิกที่ชัดเจนจะสามารถก้าวผ่านปัญหาทางจิตได้ด้วยตัวเอง และแทบไม่จำเป็นต้องขอความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ					
22	ฉันยินดีเล่าเรื่องส่วนตัวกับคนที่ฉันรู้สึกไว้วางใจ หากฉันเห็นว่าการทำเช่นนั้นอาจช่วยฉันหรือคนใน					

ข้อ	ข้อความ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยบ้าง	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วยบ้าง	เห็นด้วย
	ครอบครัวฉันได้					
23	ฉันไม่รู้สึกรู้ว่าเป็นเรื่องควร “ปกปิด” หากตัวเองได้รับการรักษาปัญหาทางจิต					
24	ฉันคงรู้สึกอายหากเพื่อนบ้านเห็นฉันไปพบผู้เชี่ยวชาญที่ทำงานด้านปัญหาทางจิต					



ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	เทียร ประสานเกลียว
วัน เดือน ปี เกิด	23 กันยายน 2525
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
วุฒิการศึกษา	ศึกษาระดับปริญญาโท สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะ แพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ที่อยู่ปัจจุบัน	66/36 หมู่บ้านโนเบิล ธารา ถนน รัตนธิเบศร์ ตำบล บางกระสอ อำเภอเมือง จ.นนทบุรี 11000



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY