



โรคทางจิตเวชและปัญหาบุคลิกภาพที่พบใน นักศึกษาแพทย์ศิริราช : ศึกษาย้อนหลัง 26 ปี

พนม เกตุมาน พบ.*, นันทวัช สิริรักษ์ พบ.*,
กอบหทัย สิทธิรัตนฤทธิ์ พบ.*, กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ พบ.*,
ปเนต ผู้กฤตยาคามิ พบ.*, กมลพร วรรณฤทธิ์ พบ.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ ศึกษาอุบัติการณ์ของโรคทางจิตเวชและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในนักศึกษาแพทย์ศิริราช ตั้งแต่ปีการศึกษา 2525-2550

วิธีการศึกษา ศึกษาข้อมูลย้อนหลังตั้งแต่ปีการศึกษา 2525-2550 จากบันทึกการให้บริการให้คำปรึกษา ของนักศึกษาแพทย์ที่มารับบริการให้คำปรึกษา หน่วยบริการให้คำปรึกษา นำข้อมูลทั้งหมดไปวิเคราะห์เพื่อหาอัตราการเกิดโรคทางจิตเวชในนักศึกษาแพทย์ศิริราช และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ผลการศึกษา นักศึกษาแพทย์มาปรึกษาด้วยปัญหาทางจิตเวช 307 คน อายุ 17-32 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย เริ่มต้นพบปัญหาในชั้นปีที่ 2 ภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพมหานครหรือปริมณฑล สถานะทางเศรษฐกิจระดับปานกลาง อุบัติการณ์การป่วยเป็นโรคทางจิตเวช 8.4 คนต่อพันคนต่อปี เป็นปัญหาบุคลิกภาพ 6.1 คนต่อพันคนต่อปี โรคทางจิตเวชที่พบบ่อย คือ โรคทางจิตเวชเนื่องจากการปรับตัว (adjustment disorders) และโรคซึมเศร้า (depressive episode) มีอุบัติการณ์การเกิดโรค 3.4 และ 2.2 คนต่อพันคนต่อปี ตามลำดับ ปัญหาบุคลิกภาพที่พบบ่อย คือ other specific personality trait and disorders และ anxious (avoidant) personality trait and disorder มีอุบัติการณ์การเกิด 2.8 และ 1 คนต่อพันคนต่อปี ตามลำดับ นักศึกษาแพทย์ที่มีโรคทางจิตเวชและปัญหาบุคลิกภาพ สำเร็จการศึกษาร้อยละ 89.6

สรุป โรคทางจิตเวชและปัญหาบุคลิกภาพ พบได้บ่อยในนักศึกษาแพทย์ที่มารับบริการให้คำปรึกษา ควรให้ความสำคัญและมีแนวทางป้องกัน เสริมสร้างสุขภาพจิต คัดกรองค้นหาผู้ที่มีปัญหาและช่วยเหลือฟื้นฟูอย่างรวดเร็ว พร้อมทั้งติดตามอย่างต่อเนื่องจนสำเร็จการศึกษา

คำสำคัญ โรคทางจิตเวช ปัญหาบุคลิกภาพ นักศึกษาแพทย์ การให้คำปรึกษา

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2555; 57(4): 427-438

* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล



Psychiatric Disorders and Personality Problems in Medical Students at Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Years 1982-2007

*Panom Ketumarn M.D.**, *Nantawat Sitdhiraksa M.D.**,
*Gobhathai Sittironnarit M.D.**, *Kanokwan Limsricharoen M.D.**,
*Panate Pukrittayakamee M.D.**, *Kamonporn Wannarit M.D.**

ABSTRACT

Objective: To study the incidence of psychiatric disorders and personality problems in Siriraj Hospital medical students between academic years 1982-2007.

Method: A retrospective descriptive study was done by analyzing the medical records from counseling services for all medical students who utilized counseling unit of Faculty of Medicine Siriraj Hospital between academic years 1982-2007 to obtain the rate of mental health problems and associated demographic data.

Result: Mental health problems were found in 307 from 338 medical students who utilized the counseling services (90.8%). Sixty-nine percent was male. The second year was the most common year for the students to start utilizing the service. Bangkok and area around were found 65% as their accommodations. Middle level of socioeconomic status was found 54%. Self referral and staff referral were found 50.3 % and 45%, respectively. The cumulative incidence of psychiatric disorders (axis I diagnosis) and personality problems (axis II diagnosis) were found 8.4 and 6.1 per 1000 persons per year respectively. The most common psychiatric disorders were adjustment disorders, and depressive episode, respectively, with cumulative incidence 3.4 and 2.2 per 1000 persons per year. The most common types of personality problems were other specific personality trait and disorders, and anxious (avoidant) personality trait and disorder, respectively, with cumulative incidence 2.8 and 1 per 1000 persons per year. 89.6% of medical students who had psychiatric disorder and personality problems finally finished their medical education and obtained medical degree.

Conclusion: Psychiatric disorders and personality problems were common among medical students who utilized counseling services.

Keywords: psychiatric disorder, personality problem, medical students, counseling

Journal of the Psychiatric Association of Thailand 2012; 57(4): 427-438

* Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตพบได้บ่อยในนักศึกษาแพทย
การศึกษาในนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 3 คณะแพทยศาสตร์
ศิริราชพยาบาล ปีการศึกษา 2542¹ พบว่านักศึกษามี
ความเครียดมากร้อยละ 7.25 ความเครียดมีความ
สัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน การสำรวจสุขภาพ
จิตของนิสิตแพทย์ปีที่ 1 ถึงปีที่ 6 มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ ปีการศึกษา 2539-40² พบว่า
นิสิตแพทย์มีปัญหาสุขภาพจิตเฉลี่ยร้อยละ 24.63
โดยชั้นปีที่ 2 มีปัญหาสุขภาพจิตสูงสุดถึงร้อยละ
45.1 การศึกษาการป่วยทางจิตในนักศึกษาแพทย์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น รายงานในพ.ศ. 2532^{3,4}
พบนักศึกษาแพทย์มีอัตราการป่วยทางจิตเวช 17.9
ต่อพันต่อปี การศึกษานักศึกษาแพทย์ที่มารับบริการ
ให้คำปรึกษาของหน่วยบริการให้คำปรึกษา
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ปีการศึกษา 2533⁵
พบว่ามีนักศึกษาแพทย์ป่วยทางจิตเวช 1.08 ต่อพันคน
ต่อปี รายงานหน่วยบริการให้คำปรึกษา คณะแพทยศาสตร์
ศิริราชพยาบาลปี 2544⁶ พบว่านักศึกษาแพทย์ที่มารับ
บริการให้คำปรึกษาที่หน่วยบริการให้คำปรึกษา
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ตั้งแต่ปีการศึกษา
2516-2542 มีอัตราป่วยโรคทางจิตเวชเฉลี่ย 2.9
ต่อพันคนต่อปี และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การศึกษาปัญหา
สุขภาพจิตในนักศึกษาแพทย์ในต่างประเทศพบว่า
มีปัญหาไม่น้อยเช่นกัน^{7,8}

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลได้จัดหน่วย
บริการให้คำปรึกษา เพื่อดูแลช่วยเหลือนักศึกษาแพทย์ที่
มีปัญหาพฤติกรรมปัญหาสุขภาพจิตหรือโรคทางจิตเวช
และวางแผนดูแลช่วยเหลือ ตั้งแต่ชั้นปีที่ 1-6 นักศึกษา
สามารถเข้ารับบริการที่หน่วยบริการให้คำปรึกษาได้
หลายทาง เช่น มารับบริการด้วยตนเอง เพื่อนแนะนำมา
อาจารย์ที่ปรึกษาเป็นผู้แนะนำให้มา หรืออาจารย์
ที่ปรึกษาส่งตัวมาขอปรึกษาด้วยปัญหาพฤติกรรม
หรือปัญหาการเรียน นักศึกษาแพทย์จะได้รับประเมิน

และให้การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชตามเกณฑ์การวินิจฉัย
โรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV)⁹ และ
องค์การอนามัยโลก (ICD-10)¹⁰ ได้รับการรักษาทาง
จิตเวช และติดตามช่วยเหลือจนสำเร็จการศึกษา
ในแต่ละปีพบว่ามีนักศึกษาแพทย์เข้ามาใช้บริการให้
คำปรึกษาใหม่ประมาณ 20-30 คน ส่วนใหญ่เป็นโรค
ทางจิตเวชซึ่งคณะผู้วิจัยเห็นว่ามีผลต่อการเรียนและ
การปรับตัวของนักศึกษาแพทย์อย่างมาก จึงทำการศึกษา
เรื่องนี้ในนักศึกษาแพทย์ศิริราชโดยใช้วิธีการศึกษา
เชิงพรรณน่าย้อนหลัง (retrospective descriptive study)
ตั้งแต่ปีการศึกษา 2525-2550 เพื่อหาอัตราการเกิดโรค
ทางจิตเวช ปัญหาบุคลิกภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์
เพื่อวางแผนแก้ไขป้องกัน และพัฒนาระบบการดูแล
ช่วยเหลือนักศึกษาแพทย์ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาเชิงพรรณน
ย้อนหลัง ณ จุดใดจุดหนึ่ง (retrospective descriptive,
study) เพื่อศึกษาอุบัติการณ์การเกิดโรคทางจิตเวช
ปัญหาบุคลิกภาพ และวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดย
ใช้ข้อมูลที่รวบรวมจากบันทึกการให้คำปรึกษาแก่นัก
ศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 1 ถึงชั้นปีที่ 6 รวม 6 ชั้นปี ตั้งแต่
ปีการศึกษา 2525 ถึงปีการศึกษา 2550 จำนวน 338 คน
ที่มารับบริการให้คำปรึกษา สำนักงานรองคณบดีฝ่ายกิจการ
นักศึกษา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และได้รับ
การประเมินและวินิจฉัยโรคทางจิตเวชโดยจิตแพทย์

ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชขององค์การ
อนามัยโลก (ICD-10)¹⁰ เป็น axis I diagnosis และ/หรือ
ปัญหาบุคลิกภาพ ใช้สถิติร้อยละสำหรับอัตราการเกิด
ปัญหาสุขภาพจิต และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหา
สุขภาพจิต และใช้โปรแกรมสถิติ SPSS 10.0¹¹ โครงการ
ได้ผ่านการรับรองให้ทำการวิจัย จากคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดลแล้ว

ผลการศึกษา

ตั้งแต่ปีการศึกษา 2525 ถึง 2550 พบว่า นักศึกษาแพทย์ที่มารับการปรึกษาที่เป็นโรคทางจิตเวช และมีปัญหาบุคลิกภาพจำนวน 307 คน อายุ 17-32 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 69) ภูมิลำเนาอยู่ใน กรุงเทพมหานครหรือปริมณฑล (ร้อยละ 65) และฐานะทางเศรษฐกิจระดับปานกลาง (ร้อยละ 54) ชั้นปีที่เริ่มมีปัญหามากที่สุดคือชั้นปีที่ 2 (ร้อยละ 32.8) อายุที่เริ่มมีปัญหามากที่สุด 20-21 ปี นักศึกษามาขอรับบริการด้วยตนเองร้อยละ 50.3 อาจารย์ส่งมาเพื่อรับบริการร้อยละ 45 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	211	69
หญิง	96	31
ภูมิลำเนา		
กรุงเทพฯ และปริมณฑล	159	65
ต่างจังหวัด	84	35
ฐานะทางเศรษฐกิจ		
สูง	62	27
ปานกลาง	123	54
ต่ำ	43	19
ชั้นปีที่เริ่มมีปัญหา		
ปีที่ 1	12	3.9
ปีที่ 2	100	32.8
ปีที่ 3	65	21.3
ปีที่ 4	59	19.3
ปีที่ 5	38	12.5
ปีที่ 6	31	10.2
การเข้ารับบริการให้คำปรึกษา		
มาด้วยตัวเอง	152	50.3
อาจารย์ส่งมาตรวจ	136	45.0
เพื่อนพามาตรวจ	8	2.6
ญาติพามาตรวจ	4	1.3
อื่นๆ	2	0.7

ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาแพทย์ที่มีปัญหาทางจิตเวช

นักศึกษาแพทย์ที่มีปัญหาทางจิตเวชจำนวน 307 คนสามารถสำเร็จการศึกษาตามหลักสูตรได้ถึง 275 คน

(ร้อยละ 89.6 ของนักศึกษาแพทย์ที่มีปัญหาจิตเวช) ในจำนวนนี้ส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 69.2 สำเร็จการศึกษาภายใน 6 ปี ส่วนนักศึกษาแพทย์ที่ไม่สำเร็จการศึกษานั้น ส่วนใหญ่ลาออกหรือพ้นสภาพนักศึกษาเนื่องจากผลการเรียนและการปฏิบัติงานไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินตามหลักสูตร ซึ่งเกิดจากอาการของโรคหรือบุคลิกภาพทำให้ไม่สามารถเรียนและปฏิบัติงานได้

ปัญหาทางจิตเวช (โรคทางจิตเวชและปัญหาบุคลิกภาพ)

นักศึกษาแพทย์ที่มีปัญหาทางจิตเวชจำนวน 307 คน พบว่าป่วยเป็นโรคทางจิตเวช จำนวน 258 คน มีปัญหาบุคลิกภาพจำนวน 186 คน นักศึกษาแพทย์ที่ป่วยโรคทางจิตเวช 258 คนนั้น พบว่าจำนวน 121 คน มีโรคทางจิตเวช อย่างเดียว อีก 137 คนมีโรคทางจิตเวช ร่วมกับปัญหาบุคลิกภาพ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 โรคทางจิตเวชและปัญหาบุคลิกภาพที่พบร่วมกัน

ปัญหาทางจิตเวช	เพศ		รวม (ร้อยละ)
	ชาย (ร้อยละ)	หญิง (ร้อยละ)	
โรคทางจิตเวชอย่างเดียว	71 (23.1)	50 (16.3)	121 (39.4)
ปัญหาบุคลิกภาพอย่างเดียว	39 (12.7)	10 (3.3)	49 (16.0)
โรคทางจิตเวชร่วมกับปัญหาบุคลิกภาพ	101 (32.9)	36 (11.7)	137 (44.6)
รวม	211 (68.7)	96 (31.3)	307 (100.0)

อุบัติการณ์การเกิดปัญหาทางจิตเวช โรคทางจิตเวช และปัญหาบุคลิกภาพ

ผลการศึกษาพบอัตราการเกิดปัญหาทางจิตเวช โรคทางจิตเวช และปัญหาบุคลิกภาพเท่ากับ 10 และ 8.4 และ 6.1 คน ต่อ 1000 คน ต่อปี ตามลำดับ เพศชายมีอัตราการเกิดสูงกว่าเพศหญิงทั้งหมด แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 อุบัติการณ์การเกิดปัญหาทางจิตเวช โรคทางจิตเวช และปัญหาบุคลิกภาพ

	อัตราการเกิด ต่อ 1000 คน ต่อปี		
	ชาย	หญิง	รวม
ปัญหาทางจิตเวช	12.7	6.8	10
• โรคทางจิตเวช	10.4	6.1	8.4
• ปัญหาบุคลิกภาพ	8.5	3.2	6.1

ความแตกต่างระหว่างเพศชายและหญิง

เพศชายมีอัตราการเกิดปัญหาทางจิตเวช โรคทางจิตเวช และปัญหาบุคลิกภาพสูงกว่าเพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่า relative risk 1.9, 1.7, และ 2.6 ตามลำดับ แสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 อุบัติการณ์ปัญหาจิตเวช/และบุคลิกภาพระหว่างเพศชายและเพศหญิง

	ชาย	หญิง	Relative risk (95% CI)	Chi square	P-Value
มีปัญหาจิตเวช	211	96	1.88 (1.49-2.38)	29.04	0.000
ไม่มีปัญหาจิตเวช	2,549	2,268			
มีโรคจิตเวช	172	86	1.71 (1.33-2.21)	17.92	0.000
ไม่มีโรคจิตเวช	2,588	2,278			
มีปัญหาบุคลิกภาพ	140	46	2.61 (1.88-3.62)	35.58	0.000
ไม่มีปัญหาบุคลิกภาพ	2,620	2,318			

การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (axis I diagnosis)

จากตารางที่ 3 พบอุบัติการณ์การเกิดโรคทางจิตเวช (axis I diagnosis) 8.4 คนต่อพันคนต่อปี โรคที่พบบ่อยที่สุด คือ adjustment disorders พบจำนวน 107 คน หรือร้อยละ 41.5 ของโรคทางจิตเวชทั้งหมด คิดเป็นอุบัติการณ์การเกิด 3.4 คนต่อพันคนต่อปี โรคนี้เกิดจากปรับตัวต่อสิ่งเร้าหรือการเปลี่ยนแปลงในชีวิต พบได้บ่อยในชั้นปีที่ 2 โรคนี้มีความรุนแรงน้อย โรคจิตเวช

ที่พบส่วนใหญ่จะดีขึ้นจนเป็นปกติ สามารถสำเร็จการศึกษาได้

โรคที่พบบ่อยอันดับสอง คือ โรคซึมเศร้า (depressive episode) มีจำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 26.4 ของโรคทางจิตเวชทั้งหมด คิดเป็นอุบัติการณ์การเกิด 2.2 คนต่อพันคนต่อปี ส่วนใหญ่เริ่มมีอาการในชั้นปีที่ 2 หรือปีที่ 3 มีความเครียดจากการเรียนและการสอบเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดโรคนี้

โรคจิตเวชที่พบบ่อยอันดับสาม คือ โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (dysthymia) พบจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 3.9 ของโรคทางจิตเวชทั้งหมด อัตราการเกิด 0.3 คนต่อพันคนต่อปี โรคนี้จะมีอาการซึมเศร้าแบบไม่รุนแรงมาก แต่ทำให้เกิดปัญหาในการเรียน การปรับตัว และสัมพันธ์ภาพกับเพื่อน มักจะเป็นเรื้อรัง และมีปัญหาบุคลิกภาพผิดปกติร่วมด้วยทำให้การรักษาไม่ค่อยได้ผลดี

โรคจิตเภท (schizophrenia) ส่วนใหญ่เป็นชนิดหวาดระแวง โรคย้ำคิดย้ำทำ (obsessive-compulsive disorder) และโรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder) เป็นโรคที่พบบ่อยรองลงมาเป็นอันดับสี่ คือ จำนวน 9 คนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 3.5 ของโรคทางจิตเวชทั้งหมด อัตราการเกิด 0.3 คนต่อพันคนต่อปี

โรคจิตเวชอื่นที่พบอันดับห้า คือ โรคกายเหตุจิต (psychological and behavioral factors associated with disorder or disease classified elsewhere) คิดเป็นร้อยละ 2.7 ของโรคทางจิตเวชทั้งหมด อัตราการเกิด 0.2 คนต่อพันคนต่อปี เป็นโรคที่มีอาการทางร่างกาย โดยมีสาเหตุจากความเครียด กระตุ้นให้ระบบประสาทอัตโนมัติ หรือระบบการทำงานอื่นในร่างกายทำงานบกพร่อง เช่น ระบบทางเดินอาหาร ทำให้เกิดโรคแผลในกระเพาะอาหาร ระบบไหลเวียนของโลหิตทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง ระบบภูมิคุ้มกันโรคทำให้เกิดโรคติดเชื้อได้ง่าย โรคนี้ไม่ได้รับกวนผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษามาก นักศึกษาที่ป่วยโรคนี้สามารถสำเร็จการศึกษาได้ทุกคน

ตารางที่ 5 อัตราการเกิดโรคทางจิตเวช (axis I diagnosis)

โรคทางจิตเวช (axis I diagnosis)	จำนวน	อุบัติการณ์ต่อ พันคนต่อปี
1. Adjustment disorders	107	3.4
2. Depressive episode	69	2.2
3. Dysthymia	10	0.3
4. Schizophrenia	9	0.3
5. Bipolar affective disorder	9	0.3
6. Obsessive-compulsive disorder	9	0.3
7. Psychological and behavioral factors associated with disorder or disease classified elsewhere	7	0.2
8. Unspecified nonorganic psychosis	5	0.16
9. Generalized anxiety disorder	5	0.16
10. Others	28	0.9
รวม	258	8.4

การวินิจฉัยปัญหาบุคลิกภาพ

จากตารางที่ 5 พบนักศึกษาแพทย์ที่มีปัญหาบุคลิกภาพทั้งหมด จำนวน 186 คน คิดเป็นอุบัติการณ์เกิดปัญหาบุคลิกภาพ 6.1 คนต่อพันคนต่อปี ลักษณะทั่วไปของผู้ที่มีปัญหาบุคลิกภาพ คือ มีความสามารถในการปรับตัวในชีวิตได้น้อย เมื่อเผชิญสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงมักจะเกิดความเครียดได้ง่าย และใช้วิธีการแก้ไขปัญหาไม่เหมาะสม เช่น การหลบเลี่ยง ละเมิดกฎเกณฑ์ และอาจเกิดอาการทางร่างกายจากความเครียดหรือเกิดโรคทางจิตเวชจากการปรับตัว (adjustment disorders) และอารมณ์ซึมเศร้าได้ง่าย ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ที่มีปัญหาบุคลิกภาพแบบ personality trait จำนวนมาก ซึ่งมีพฤติกรรมที่แสดงออกไม่เหมาะสมแต่ไม่รุนแรงถึงขั้นทำให้เกิดปัญหาในการปรับตัวและยังไม่เสียต่อหน้าที่และการเรียนเหมือน personality disorder แต่อาจเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางจิตเวช หรือ ทำให้การรักษาไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร

พบอัตราส่วนระหว่างจำนวน personality disorder และ personality trait ทุกชนิดประมาณ 1 ต่อ 2 ปัญหาบุคลิกภาพที่พบบ่อยที่สุด คือ other specific personality trait and disorders พบร้อยละ 46.8 ของปัญหาบุคลิกภาพทั้งหมด อุบัติการณ์การเกิดปัญหาบุคลิกภาพนี้ 2.8 คนต่อพันคนต่อปี บุคลิกภาพแบบนี้มีลักษณะที่ไม่เข้ากับบุคลิกภาพใดโดยเฉพาะ มีลักษณะพฤติกรรมเป็นเด็กกว่าวัย ไม่รับผิดชอบ หลบเลี่ยงกฎเกณฑ์ มักจะเกิดความเครียด และซึมเศร้าได้ง่ายเมื่อต้องรับผิดชอบต่อเรียนและการปฏิบัติงาน ปัญหาบุคลิกภาพที่พบรองลงมา คือ anxious avoidant personality trait and disorder (บุคลิกภาพแบบวิตกกังวลและหลบเลี่ยงปัญหา) พบร้อยละ 17.2 ของปัญหาบุคลิกภาพทั้งหมดอัตราการเกิดปัญหาบุคลิกภาพนี้ 1 คนต่อพันคนต่อปี บุคลิกภาพแบบนี้จะเครียดได้ง่ายและใช้วิธีหลบเลี่ยงปัญหา ขาดความรับผิดชอบต่อเรียน ขาดการปฏิบัติงาน

ปัญหาบุคลิกภาพแบบอื่นๆ พบอัตราการเกิดระหว่าง 0.1-0.8 คนต่อพันคนต่อปี ได้แก่ บุคลิกภาพแบบพึ่งพาผู้อื่น (dependent personality) มีพฤติกรรมพึ่งพาผู้อื่นมาก ขาดความมั่นใจตนเอง ไม่กล้าคิดกล้าตัดสินใจด้วยตัวเอง บุคลิกภาพแบบหวาดระแวง (paranoid personality) มีพฤติกรรมไม่ไว้วางใจผู้อื่น มองคนอื่นด้านลบ หวาดระแวง ทำให้เครียด ปรับตัวกับผู้อื่นไม่ได้ และอาจแสดงความก้าวร้าวต่อผู้อื่นได้ บุคลิกภาพแบบอันธพาล (dissocial personality) มีพฤติกรรมละเมิดกฎเกณฑ์หรือข้อบังคับต่างๆ เพื่อให้ตนเองได้รับประโยชน์ เช่น ขโมย โกหก หลอกหลวง บุคลิกภาพแบบผสม (mixed and other personalities) มีลักษณะบุคลิกภาพหลายประเภทรวมกัน และบุคลิกภาพแบบย่ำคิดย่ำทำ (anankastic personality trait and disorder) มีพฤติกรรมย่ำคิดย่ำทำ ความคาดหวังสูงพยายามทำงานให้ได้ผลสมบูรณ์แบบ ทำให้มีความกังวลได้ง่าย

ตารางที่ 6 อัตราการเกิดปัญหาบุคลิกภาพ (axis II diagnosis)

ประเภทของปัญหาบุคลิกภาพ	Personality trait	Personality disorder	รวม (ร้อยละ)	อัตราการเกิดต่อพันคนต่อปี
1. Other specific personality	69	18	87 (46.8)	2.8
2. Anxious (avoidant) personality	16	16	32 (17.2)	1
3. Anankastic personality	18	8	26 (14)	0.8
4. Mixed and other personalities	-	13	13 (7)	0.4
5. Dissocial personality	10	3	13 (7)	0.4
6. Paranoid personality	2	2	4 (2.2)	0.1
7. Dependent personality	3	-	3 (1.6)	0.1
8. Others	4	4	8(4.3)	0.3
รวม	122	64	186 (100)	6.1

วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่านักศึกษาแพทย์ชายมีอัตราการเกิดปัญหาทางจิตเวช โรคทางจิตเวช และปัญหาบุคลิกภาพ สูงกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพศชายมีโอกาสเกิดโรคทางจิตเวช สูงกว่าเพศหญิง ถึง 1.7 เท่า และโอกาสเกิดปัญหาบุคลิกภาพสูงกว่าเพศหญิงถึง 2.6 เท่า การที่นักศึกษาแพทย์ชายมีปัญหามากกว่านักศึกษาแพทย์หญิงอาจเกิดจากนักศึกษาแพทย์ชายมีปัญหาบุคลิกภาพ ทำให้ความสามารถในการปรับตัวน้อยกว่านักศึกษาแพทย์หญิง จึงเกิดความเครียดและโรคทางจิตเวชได้บ่อยกว่า สอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ พบเช่นเดียวกันว่านักศึกษาแพทย์เพศชายมีปัญหาทางจิตเวชมากกว่าเพศหญิง^{3-6,12} นักศึกษาแพทย์ส่วนใหญ่เริ่มต้นมีปัญหาจิตเวชขณะกำลังศึกษาอยู่ระหว่างชั้นปีที่ 2 อายุ 20-21 ปี สาเหตุอาจเกิดจากการที่นักศึกษาแพทย์ต้องปรับตัวหลายด้านในชั้นปีนี้ เนื่องจากเนื้อหาวิชาการและเวลาเรียนมากกว่าชั้นปีที่ 1 อย่างมากทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ และการสอบบ่อย ทำให้ขาดการพักผ่อน กิจกรรมผ่อนคลายและการออกกำลังกาย นอกจากนี้ยังต้องปรับตัวในเรื่องสถานที่เรียนและที่อยู่อาศัย ในชั้นปีที่ 3 แม้จะมีเนื้อหาการเรียนเหมือนกัน แต่นักศึกษาแพทย์ส่วนใหญ่เริ่มปรับตัวได้แล้ว ความเครียดจะเพิ่มขึ้นอีกครั้งใน

ชั้นปีที่ 4 เนื่องจากต้องปรับตัวต่อการเรียนชั้นคลินิก ต้องปฏิบัติงานกับผู้อื่นในหอผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยญาติผู้ป่วย อาจารย์แพทย์รุ่นพี่ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ จำเป็นต้องใช้ทักษะสังคมในการตัดสินใจ ควบคุมตนเอง และปฏิบัติตามระเบียบ รวมทั้งการฝึกทักษะทางคลินิก การสัมภาษณ์และตรวจร่างกายผู้ป่วย การตรวจทางห้องปฏิบัติการและเขียนรายงานผู้ป่วย กิจกรรมต่างๆ เหล่านี้ทำให้นักศึกษาแพทย์หลายคนเกิดความเครียด หรือกระตุ้นให้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า การศึกษาอื่นๆ^{2,4,13-15} ได้ผลสอดคล้องกันว่านักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 2 และ ปีที่ 4 มีโอกาสเกิดปัญหาทางจิตเวชได้สูงกว่าชั้นปีอื่นๆ การป้องกันปัญหาทางจิตเวชจึงควรเริ่มต้นตั้งแต่ชั้นปีที่ 2 และมีระบบคัดกรองปัญหาจิตเวชในชั้นปีที่ 2-4 เพื่อค้นหาผู้ป่วยทางจิตเวชได้อย่างรวดเร็ว

การศึกษานี้พบว่านักศึกษาแพทย์ร้อยละ 45 ที่มีปัญหาทางจิตเวชถูกส่งมาพบหน่วยบริการให้คำปรึกษา โดยอาจารย์ที่ปรึกษา การที่นักศึกษาแพทย์จำนวนมากไม่มารับบริการด้วยตนเอง อาจเกิดจากนักศึกษาไม่รู้สึกว่าเป็นปัญหา โดยเฉพาะถ้าปัญหานั้นเกิดจากบุคลิกภาพของตนเอง หรือไม่มั่นใจว่าการมาพบจิตแพทย์อาจเกิดผลเสียต่อตนเอง เช่นเดียวกับการศึกษาของวินิทราน นวลละออง¹⁶ ที่พบว่าเกือบ

ครึ่งหนึ่งของนักศึกษาแพทย์ที่มีปัญหาจิตเวชจะไม่กล้าปรึกษาอาจารย์ สาเหตุเกิดจากความไม่มั่นใจว่ามีการบันทึกประวัติและอาจมีผลเสียต่อการทำงานในอนาคต ระบบการให้คำปรึกษาจึงควรให้ความมั่นใจแก่นักศึกษาแพทย์ว่าการเก็บรักษาความลับอย่างดี และจะไม่เกิดผลเสียต่อตนเองในอนาคต เพื่อให้นักศึกษาแพทย์มารับบริการมากขึ้น

อัตราการเกิดโรคทางจิตเวชในการศึกษานี้ พบ 8.4 คนต่อพันคนต่อปี สูงกว่าการศึกษาในนักศึกษาแพทย์ที่มารับบริการให้คำปรึกษาของหน่วยบริการให้คำปรึกษา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ปีการศึกษา 2533 ที่พบว่ามึนักศึกษาแพทย์ป่วยทางจิตเวชเพียง 1.08 ต่อพันคนต่อปี⁵ และรายงานหน่วยบริการให้คำปรึกษา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลปี 2544 ที่พบว่านักศึกษแพทย์ที่มารับบริการให้คำปรึกษา ตั้งแต่ปีการศึกษา 2516-2542 มีอัตราป่วยโรคทางจิตเวชเฉลี่ย 2.9 ต่อพันคนต่อปี⁶ แต่อัตราการเกิดโรคครั้งนี้ยังต่ำกว่าการศึกษาที่มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่พบนักศึกษาแพทย์ป่วยเป็นโรคทางจิตเวช 17.9 คนต่อพันต่อปี^{3,4} ที่เป็นเช่นนี้อาจเกิดจากความแตกต่างกันของเกณฑ์การวินิจฉัยโรค หรือนักศึกษาแพทย์ศิริราชที่ป่วยทางจิตเวชจำนวนมากหลบเลี่ยงไม่ได้มารับบริการ หรือไปรับบริการที่อื่น ทำให้ได้อัตราการพบโรคต่ำกว่าความเป็นจริง

โรคทางจิตเวช (axis I diagnosis) ที่พบบ่อยที่สุดคือ adjustment disorders พบจำนวน 107 คน หรือร้อยละ 41.5 ของโรคทางจิตเวชทั้งหมด อัตราการเกิดโรค 3.4 คนต่อพันคนต่อปี โรคนี้เกิดจากรับปรับตัวต่อสิ่งเร้าหรือการเปลี่ยนแปลงในชีวิต พบได้บ่อยในชั้นปีที่ 2 ซึ่งเป็นปีแรกของการเรียนที่คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เวลาเรียนและเนื้อหาการเรียนจะมากขึ้นกว่าปีที่ 1 ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ การสอบบ่อยขึ้น ทำให้มีเวลาพักผ่อนน้อย ความเครียดในนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 2 และปีที่ 3 จึงสูงกว่าชั้นปีอื่น และทำให้เกิดโรคนี้ได้ง่าย มีอาการเครียดกังวล ซึมเศร้า เบื่อหน่าย

หมดกำลังใจ สมาธิและความจำเสียไป หงุดหงิดง่าย หรือแสดงออกเป็นพฤติกรรมอื่นๆ อาการเหล่านี้จะเกิดขึ้นไม่นานหลังจากเผชิญกับความเครียด แต่จะค่อยๆ หายจนเป็นปกติเหมือนเดิมภายในเวลาประมาณ 6-12 เดือน การหายเร็วหรือช้า ขึ้นอยู่กับความสามารถในการปรับตัว หรือพื้นฐานบุคลิกภาพเดิม โรคนี้มีความรุนแรงน้อย ส่วนใหญ่จะดีขึ้นจนเป็นปกติ สามารถเรียนได้จนสำเร็จการศึกษา แต่การรักษาอย่างรวดเร็วจะช่วยให้อาการดีขึ้นเร็วกว่า ลดความสูญเสียในหน้าที่และมีความสุขต่อการเรียนและการดำเนินชีวิต ดังนั้นจึงควรมีการป้องกัน คัดกรองและช่วยเหลือในนักศึกษาแพทย์ที่เริ่มมีอาการเหล่านี้อย่างรวดเร็ว

โรคทางจิตเวชที่พบเป็นอันดับสองในการศึกษาคั้งนี้คือ depressive episode พบว่ามึนักศึกษาแพทย์ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 26.4 ของโรคทางจิตเวชทั้งหมด หรืออัตราการเกิดโรค 2.2 คนต่อพันคนต่อปี สอดคล้องกับการศึกษาของ Shaw¹⁷ ที่พบปัญหาซึมเศร้าบ่อยในนักศึกษาแพทย์ และการศึกษาของ Dyrbye¹⁸ เรื่องความเครียดและซึมเศร้าในนักศึกษาแพทย์ในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศแคนาดา พบว่านักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่สูงชันจะมีความชุกของความเครียดและซึมเศร้ามากขึ้น จนทำให้เกิดความทุกข์ทางจิตใจสูงกว่าคนทั่วไปวัยเดียวกัน โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย นอกจากนี้มีการศึกษาที่แสดงว่า ความเครียดจากการเผชิญประสบการณ์ที่ขมขื่นจากอาจารย์หรือผู้ร่วมงานเป็นเหตุกระตุ้นให้เครียดและซึมเศร้าได้¹⁹ โรคซึมเศร้าที่พบในการศึกษาคั้งนี้ส่วนใหญ่เริ่มมีอาการในชั้นปีที่ 2 หรือปีที่ 3 ซึ่งมีการเรียนและการสอบเป็นตัวกระตุ้นให้นักศึกษาแพทย์มีความเครียด อาการของโรคมักมีผลต่อการเรียนเกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติงาน หรือเบื่อหน่ายชีวิต รู้สึกไร้ค่า จนคิดฆ่าตัวตาย ในการศึกษาที่พบนักศึกษาแพทย์หนึ่งคนที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าแบบรุนแรง และไม่ร่วมมือในการรักษา จนอาการมากขึ้นและฆ่าตัวตายสำเร็จขณะกำลังศึกษาในชั้นปีที่ 3 การป้องกัน

การฆ่าตัวตายเป็นเรื่องที่สำคัญและควรเฝ้าระวังอย่างมากในการช่วยเหลือนักศึกษาแพทย์ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า การรักษาโรคซึมเศร้าในนักศึกษาแพทย์พบว่ามียุทธวิธีหลายประการ เช่น นักศึกษาแพทย์จะมีความเครียดอย่างต่อเนื่องจากการเรียนและการสอบ ขาดเวลาพักผ่อนไม่ได้พักผ่อนเพียงพอ และการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง ทำให้การพยากรณ์โรคไม่ดีเหมือนวัยผู้ใหญ่

การศึกษาครั้งนี้พบว่าโรคทางจิตเวชอื่นๆ เช่น โรคประสาทวิตกกังวล (generalized anxiety disorder) มีอัตราการเกิด 0.16 คนต่อพันคนต่อปี น้อยกว่าการศึกษาอื่น เช่น นักศึกษาแพทย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น³ ที่พบอัตราการเกิดโรคถึง 11.9 ต่อพันต่อปี โรคจิตเภท พบว่าอัตราการเกิด 0.3 คนต่อพันคนต่อปี ต่ำกว่ารายงานที่นายแพทย์ สุชาติ พหลภาคย์ ศึกษาในนักศึกษาแพทย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่พบอัตราการเกิดโรคถึง 1.6 ต่อพันต่อปี³ โรคนี้แม้จะพบน้อยกว่าโรคอื่นๆ แต่มีผลต่อการเรียนอย่างมาก เป็นสาเหตุที่ทำให้ไม่สำเร็จการศึกษาสูงสุด ตลอด 26 ปีที่ผ่านมา นักศึกษาแพทย์ที่ป่วยเป็นโรคนี้ 9 คน สำเร็จการศึกษาได้เพียง 3 คน (ร้อยละ 33.3) เท่านั้น แตกต่างจาก adjustment disorders และ depressive episode ที่พบอัตราการสำเร็จการศึกษาสูงถึง ร้อยละ 98.1 และ 89.4 ตามลำดับ

การศึกษาครั้งนี้พบว่าในจำนวนผู้ป่วยเป็นโรคทางจิตเวชในแกนที่ 1 (axis I diagnosis) จำนวน 258 คน นั้น มีปัญหาบุคลิกภาพร่วมด้วยถึง 137 คน คิดเป็นร้อยละ 53.1 แสดงว่าปัญหาบุคลิกภาพน่าจะมีความสัมพันธ์กับการป่วยโรคทางจิตเวชอย่างมาก โดยอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้นักศึกษาแพทย์ป่วยทางจิตเวช เนื่องจากปัญหาบุคลิกภาพมักทำให้เกิดปัญหาในการปรับตัว เกิดความกังวลและอารมณ์ซึมเศร้าได้ง่ายเมื่อเผชิญกับชีวิตการเรียนแพทย์ที่มีความเครียดสูง มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น ขาดเรียน ขาดความรับผิดชอบ ทำงานผิดพลาด มีปัญหาการเรียนและการปฏิบัติงาน และ

ทำให้เกิดโรคทางจิตเวชได้ง่าย การศึกษาอื่นพบว่า นักศึกษาแพทย์ที่ป่วยทางจิตเวชมักมีปัญหาบุคลิกภาพแบบพึ่งพาคนอื่น⁴ ปัญหาบุคลิกภาพที่พบบ่อยในนักศึกษาแพทย์ ได้แก่ ย้ำคิดย้ำทำ⁷ เคร่งเครียดกับสิ่งที่รับผิดชอบ ไม่พอใจในสิ่งที่ตนเองมีอยู่²⁰ มีปัญหาแบบการคิดที่ไม่เหมาะสม²¹ เก็บกดและมีความวิตกกังวลสูง²² ทำให้ขาดการดำเนินชีวิตที่ผ่อนคลาย เกิดความเครียดและปัญหาการเรียน ปัญหาบุคลิกภาพเหล่านี้ น่าจะเกิดในนักศึกษาแพทย์ก่อนเริ่มต้น การศึกษา และเป็นปัจจัยเสี่ยงประการหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคทางจิตเวช การศึกษาครั้งนี้พบอัตราการเกิดปัญหาบุคลิกภาพทั้งหมด 6.1 คนต่อพันคนต่อปี ส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมหลบเลี่ยงปัญหา ไม่รับผิดชอบ เป็นเด็กกว่าวัย ละเมียดกฎเกณฑ์ ขาดเรียน ขาดการปฏิบัติงาน และมักจะแก้ไขได้ยาก เนื่องจากตนเองไม่เห็นเป็นปัญหา ไม่ได้อยากแก้ไข บุคลิกภาพเหล่านี้จึงมักจะติดตัวต่อไปตลอดชีวิต การช่วยเหลืออาจทำได้ในรายที่มีปัญหาบุคลิกภาพไม่มาก เช่น ผู้เป็น personality trait ที่ยอมรับและอยากพัฒนาตนเอง การฝึกทักษะสังคม ในระหว่างการศึกษาอาจช่วยแก้ไขปัญหาพฤติกรรมเหล่านี้ได้

ข้อจำกัด

การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดหลายอย่าง ได้แก่ รูปแบบการศึกษาย้อนหลังในช่วงระยะเวลาอันยาวนานระยะหนึ่ง ซึ่งในการค้นหาไม่สามารถรวบรวมข้อมูลจากบันทึกประวัติได้ครบถ้วน และไม่สามารถติดตามข้อมูลได้ทุกราย เนื่องจากขาดระบบการบันทึกข้อมูลที่ต่อเนื่อง ข้อมูลสำคัญบางส่วนไม่ได้มีการบันทึกไว้ตามหัวข้อในแบบฟอร์มการเก็บข้อมูล หรือมีการสูญหายของบันทึกข้อมูลบางส่วน ดังนั้นระบบการช่วยเหลือควรมีการบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ เพื่อให้สามารถศึกษาวิจัยย้อนหลังได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การวินิจฉัยโรคหรือปัญหาบุคลิกภาพมีหลายระบบซึ่งอาจมีความแตกต่างกันในการลงบันทึกวินิจฉัย และการเก็บข้อมูล

นักศึกษาแพทย์ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจะได้เฉพาะจากนักศึกษาแพทย์ที่เข้ามาใช้บริการที่หน่วยให้คำปรึกษาเท่านั้น อาจมีนักศึกษาแพทย์บางคนที่มีปัญหาสุขภาพจิตแต่ไม่ได้เข้ารับบริการ

ข้อเสนอแนะ

1. การส่งเสริมระบบการช่วยเหลือนักศึกษาแพทย์ที่มีปัญหาทางจิตเวช

นักศึกษาแพทย์ที่มีปัญหาทางจิตเวชเพียงครึ่งหนึ่งมาพบปรึกษาด้วยตนเอง แสดงว่านักศึกษาแพทย์จำนวนมากยังมีทัศนคติไม่ดีต่อการให้คำปรึกษา เช่น ไม่มั่นใจในการเก็บรักษาความลับ¹⁶ ไม่ต้องการให้มีการบันทึกประวัติและข้อมูล หรือไม่ต้องการให้คนอื่นรู้ว่ามาปรึกษาปัญหาทางจิตใจ ระบบการช่วยเหลือนักศึกษาแพทย์ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจึงควรเน้นการประชาสัมพันธ์หน่วยบริการให้คำปรึกษาแนะนำแก่นักศึกษาแพทย์ครอบครัว ให้ความรู้ ให้ความมั่นใจในการเก็บรักษาความลับ และมีทัศนคติที่ดี ยอมรับความช่วยเหลือทางจิตเวช ให้ความรู้แก่เพื่อช่วยตรวจคัดกรอง ประเมินปัญหาสุขภาพจิตตั้งแต่ชั้นปีที่ 2 เนื่องจากเป็นชั้นปีที่เริ่มต้นมีปัญหามากที่สุด การส่งพบจิตแพทย์ควรให้เกิดความเชื่อมั่นในระบบการช่วยเหลือและส่งต่ออย่างรวดเร็ว นักศึกษาแพทย์ร้อยละ 45 มาใช้บริการโดยอาจารย์ที่ปรึกษาแนะนำ แสดงว่าอาจารย์ที่ปรึกษาจำนวนมากสามารถค้นพบผู้ที่เริ่มมีปัญหาและส่งต่อเข้าสู่ระบบการช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็ว โรคทางจิตเวชที่พบส่วนใหญ่มักมีปัญหาคาเรียนเป็นตัวกระตุ้นหรือสาเหตุ และอาการของโรคทางจิตเวช ก็ทำให้เกิดความเครียดซึมเศร้า ขาดสมาธิ ความจำความตั้งใจเรียนลดลง ทำให้มีปัญหาการเรียน ดังนั้นผลการเรียนที่ไม่ดีจึงเป็นสัญญาณเตือนให้อาจารย์เฝ้าระวังปัญหาทางจิตเวช รีบประเมินสุขภาพจิตหรือส่งต่อมาพบหน่วยบริการให้คำปรึกษาเพื่อประเมินปัญหา และช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว อาจารย์ที่ปรึกษาจึงควรมีความใกล้ชิดกับนักศึกษาแพทย์ เมื่อเห็นผลการเรียนที่ต่ำลง

ควรพูดคุยเพื่อหาสาเหตุ ถ้าพบว่ามีอาการเครียดหรือซึมเศร้า ควรแนะนำให้มาใช้บริการปรึกษาโดยเร็ว เนื่องจากปัญหาสุขภาพจิตที่ไม่ได้รับการแก้ไขมักรบกวนการเรียนและการดำเนินชีวิตอย่างมาก และอาจกลายเป็นโรคทางจิตเวชเรื้อรัง ซึ่งรักษาได้ยากในภายหลัง นอกจากนี้ควรเฝ้าระวังนักศึกษาแพทย์เพศชายซึ่งพบอัตราการเกิดโรคทางจิตเวช และปัญหาบุคลิกภาพสูงกว่าเพศหญิง

2. การป้องกันโรคซึมเศร้า

ควรมีระบบคัดกรองโรคซึมเศร้าตั้งแต่ชั้นปีที่ 2 หรือ 3 เพื่อค้นหานักศึกษาแพทย์ที่ป่วยและให้การรักษาอย่างรวดเร็ว โรคนี้พบบ่อย การรักษามักมีอุปสรรคเนื่องจากนักศึกษาแพทย์มีความเครียดอย่างต่อเนื่องจากการเรียนและการสอบ ขาดเวลาผ่อนคลายและไม่ได้พักผ่อนเพียงพอ อาการของโรคอาจรุนแรงจนถึงขั้นทำร้ายตนเอง หรือฆ่าตัวตาย อย่างไรก็ตามโรคนี้มีการพยากรณ์ดี สามารถรักษาหายได้เหมือนเดิม ความเครียดที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดและรบกวนการรักษาโรคนี้ สามารถป้องกันได้โดยการปรับหลักสูตรการเรียนในชั้นปีที่ 2-3 กระจายเนื้อหาวิชาการหรือลดเนื้อหาบางวิชาในชั้นปีที่ 2 เพิ่มเวลาว่างเพื่อให้นักศึกษาได้พักผ่อน มีกิจกรรมผ่อนคลาย สร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน เสริมสร้างทักษะในการจัดการและแก้ไขปัญหาความเครียด มีกิจกรรมเพื่อจัดการกับความเครียด²³ และพัฒนาบุคลิกภาพตนเอง

สรุป

ผู้วิจัยได้ศึกษาย้อนหลังนักศึกษาแพทย์คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ที่มาใช้บริการให้คำปรึกษา ตั้งแต่ปีการศึกษา 2525 ถึงปีการศึกษา 2550 พบว่าจำนวนนักศึกษาแพทย์ที่ได้รับบริการให้คำปรึกษาทั้งหมด 338 คน มีปัญหาทางจิตเวช 307 คน (ร้อยละ 90.8) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 69) เริ่มต้นพบปัญหาในชั้นปีที่ 2 (ร้อยละ 32.8) ภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพมหานครหรือปริมณฑล

(ร้อยละ 65) ฐานะทางเศรษฐกิจระดับปานกลาง (ร้อยละ 54) และมาขอรับบริการด้วยตนเอง (ร้อยละ 50.3) พบอัตราการป่วยโรคทางจิตเวช 8.4 คนต่อพันคนต่อปี อัตราการเกิดปัญหาบุคลิกภาพ 6.1 คนต่อพันคนต่อปี โรคทางจิตเวชที่พบบ่อย คือ โรคทางจิตเวชเนื่องจากการปรับตัว (adjustment disorders) และโรคซึมเศร้า (depressive episode) มีอัตราการเกิดโรค 3.4 และ 2.2 คนต่อพันคนต่อปี ตามลำดับ ปัญหาบุคลิกภาพที่พบบ่อยที่สุด คือ other specific personality trait and disorders และ anxious (avoidant) personality trait and disorder มีอัตราการเกิด 2.8 และ 1 คนต่อพันคนต่อปี ตามลำดับ นักศึกษาแพทย์ที่มีโรคทางจิตเวชและปัญหาบุคลิกภาพ ร้อยละ 89.6 สำเร็จการศึกษา โรคทางจิตเวชและปัญหาบุคลิกภาพ พบได้บ่อยในนักศึกษาแพทย์ที่มารับบริการให้คำปรึกษา ควรให้ความสำคัญ และมีแนวทางป้องกัน เสริมสร้างสุขภาพจิต คัดกรอง ค้นหาผู้ที่มีปัญหา ช่วยเหลือฟื้นฟูอย่างรวดเร็ว และติดตามอย่างต่อเนื่องจนกว่าจะสำเร็จการศึกษา

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ศ.คลินิก นพ.ธีรวัฒน์ กุลทนันทน์ ศ.คลินิก นพ.ปิยะสกล สกลสัตยาทร อดีตคณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ศ.คลินิก นพ.อุดม คชินทร คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ที่อนุญาตให้ทำการวิจัยและเผยแพร่ผลงานวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ รศ.นพ.ปรีชา สุนทรนันทน์ ผศ.ดร.พญ.สุนันทา ฉันทกาญจน์ อธิการบดี ฝ่ายกิจการนักศึกษา ที่อนุญาตให้ศึกษาบันทึกข้อมูล และรายงานของสำนักงานรองคณบดีฝ่ายกิจการนักศึกษา อาจารย์จิตแพทย์และนักจิตวิทยาทุกท่าน ที่ช่วยให้คำปรึกษาแนะนำแก่นักศึกษาแพทย์ และนางสาวนราทิพย์ สงวนพานิช นักสถิติที่ช่วยวิเคราะห์ ข้อมูลทางสถิติ

เอกสารอ้างอิง

1. Ngamthipwattana T, Phattharayuttawat S, Chalermchainuku M. Stress and problem solving styles of the third-year medical students at Faculty of Medicine Siriraj Hospital. Journal of the Psychiatric Association of Thailand 2000; 45:59-69.
2. Thurakitvannakarn V. Mental health of Srinakharinwirot University medical students. Journal of the Psychiatric Association of Thailand 1997; 42:88-100.
3. Paholpak S, Rangsipramkul S. Psychiatric illnesses among Khon Kaen University medical students. Siriraj Med J 1987; 39:75-9.
4. Suparatpinyo S. Psychiatric problems among Khon Kaen University students. Journal of the Psychiatric Association of Thailand 1984; 34:91-101.
5. Chantarujikapong S, Loysangarun R, Ratanaphaphun C. Medical students who utilized services of Siriraj Medical Faculty's counseling unit during academic year 1990. Journal of the Psychiatric Association of Thailand 1991; 36:145-55.
6. Ketumarn P, Kulthanun T, Thongtang O. Medical students who utilized counseling services at Faculty of Medicine Siriraj Hospital 1973-1999. Report of counseling services unit, Faculty of Medicine Siriraj Hospital 2001.
7. Lloyd C, Gartrell NK. Psychiatric symptoms in medical students. Comp Psychiatry 1984; 25:552-65.

8. Bjorksten O, Sutherland S, Miller C, Stewart T. Identification of medical student problems and comparison with those of other students. *J Med Educ* 1983; 58:759-67.
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 1994.
10. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorder: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992.
11. SPSS 2003. Available at <http://www.spss.com>. Accessed Oct 20,2007.
12. Kris K. Distress precipitated by psychiatric training among medical students. *Am J Psychiatry* 1986; 143:1432-5.
13. Ausavarungnirun R, Wangwivatjaroen W. Stress of Srinakharinvirot University Medical Students. *Vajira medical journal* 1993; 37:113-8.
14. Rakkhajeekul S, Krisanaprakornkit T. Mental Health Survey in Medical Students in Khon Kaen University. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2008; 53:31-40.
15. Sakunpong N. Mental health and adjustment problems of medical students in Naresuan University. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2008; 53:369-76.
16. Nuallaong W. Stress in medical students of Thammasat University. *Thammasat Medical Journal* 2010; 10:95-102.
17. Shaw DL, Wedding D, Zeldow PB. Suicide among medical students and physicians, special problems of medical students. In: Wedding D, ed. *Behavior and Medicine*. 3rd ed. Cambridge: Hogrefe and Huber; 2001:78-9.
18. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. *Acad Med* 2006; 81:354-73.
19. Frank E, Carrera JS, Stratton T, Bickel J, Nora LM. Experiences of belittlement and harassment and their correlates among medical students in the United States: longitudinal survey. *BMJ* 2006; 333:682-4.
20. Sukhatunga K, Phattharayuttawat S, Channarong P, Lukum M, Kriengtantiwongs S, Srivannaboon Y, et al. 5 years study on 5th year medical students' personality. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 1989; 34:181-92.
21. Kienholz A, Hritzuk J. Comparing students in architecture and medicine : Findings from two new measures of cognitive style. *Psychological Reports* 1986; 58:823-30.
22. Okasha A, Kamel M, Lotaif F, Khalil AH, Bishry Z. Academic difficulty among male Egyptian university students II. Associations with demographic and psychological factors. *Br J Psychiatry* 1985; 146:144-50.
23. Michie S, Sandhu S. Stress management for clinical medical students. *Med Educ* 1994; 28:528-33.