

Factors Affecting the Intention for Seeking Professional Psychological Help among University Students*

*Natthawut Arin***

Abstract

The objectives of this research were to examine the causal relationship model of the intention to seek professional psychological help among university students. The samples consisted of 300 undergraduate students of Kasetsart University during the first semester. The research instrument consisted of five questionnaires. Data were analyzed by path analysis with LISREL (Version 8.72). There were 5 observed variables in causal model: psychological distress level, experience of psychological help seeking, perceived stigma, attitude toward seeking professional psychological help and intention for seeking professional psychological help. The result indicated that the adjusted model fit well with the empirical data. The good fitted model provided $\chi^2 = 3.48$, $df = 3$, $p = .32$, GFI = 1.00, RMSEA = .023 and CFI = 1.00. Moreover, the findings showed that Thai students who suffered from psychological distress had not sought help from psychological professionals because of negative attitude and perceived social stigma.

Keyword: Intention, Seeking professional psychological help, Psychological professionals

* The research Report

** Clinical Psychiatrist, Galaya Rajanagarindra Institute, Department of Mental Health,
E-mail: natthawutarin@hotmail.com

ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจ ที่จะขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต จากนักวิชาชีพสุขภาพจิตของ นิสิตมหาวิทยาลัย*

ณัฐวุฒิ อรินทร์ **

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ในการศึกษาครั้งนี้เพื่อศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความตั้งใจที่จะขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิตของนิสิตมหาวิทยาลัย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้คือ นิสิตที่เรียนวิชาการบูรณาการในภาคเรียนที่ 1 ประจำปีการศึกษา 2551 มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ จำนวน 300 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจำนวน 5 ชุด การวิเคราะห์อิทธิพล (Path analysis) ด้วยโปรแกรม LISREL Version 8.72 ผลการศึกษาพบว่า โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความตั้งใจที่จะขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิตของนิสิตมหาวิทยาลัยที่มีตัวแปรในโมเดล ได้แก่ ระดับปัญหาสุขภาพจิต ประสพการณ์ขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต การรับรู้ตราบาปจากการขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต ทศนคติการขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต และความตั้งใจที่จะขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิตโมเดลที่สร้างขึ้นมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุหลังจากปรับแก้แล้วมีค่าสถิติดังนี้ ค่าไคสแควร์เท่ากับ 3.48 ที่องศาอิสระเท่ากับ 3 ($p=.32$) ค่าดัชนีวัดความกลมกลืน (GFI) เท่ากับ 1.00 ค่าความคลาดเคลื่อน (RMSEA) เท่ากับ .023 และค่า Comparative Fit Index (CFI) เท่ากับ 1.00 จากข้อค้นพบนี้ชี้ให้เห็นว่าในบริบทสังคมไทย นิสิตที่มีปัญหาสุขภาพจิตยังมีทัศนคติทางลบและรู้สึกว่ามีตราบาปหากต้องขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต

คำสำคัญ: ความตั้งใจ ขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต นักวิชาชีพสุขภาพจิต

* รายงานการวิจัย

** นักจิตวิทยาคลินิก สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต



ที่มาและความสำคัญของปัญหา

การขอรับบริการด้านสุขภาพจิตของประชาชน เป็นปัญหาที่พบได้ในทุกประเทศ เนื่องจากมีอุปสรรคหลายปัจจัยต่อการเข้าถึงสถานบริการด้านสุขภาพจิต จากรายงานของประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า มีประชากรเพียงร้อยละ 8 เท่านั้นที่มีความตั้งใจจะเข้าใช้บริการด้านสุขภาพจิตกับผู้เชี่ยวชาญ ทั้งๆ ที่มีความต้องการความช่วยเหลือด้านจิตใจ (Algeria et al., 2000 citing Aloud, 2004) ทำให้ปัจจุบันมีการศึกษาเพื่ออธิบายปัญหาดังกล่าว พบว่าปัจจัยภายนอกที่เป็นอุปสรรคอยู่มากคือ อุปสรรคการเดินทาง การเงิน มีแหล่งบริการน้อย (Boyd et al., 2005) ซึ่งทำให้ประชาชนที่ไม่สบายใจจากปัญหาต่างๆ เช่น ปัญหา คู่สมรส มีความเครียด ความวิตกกังวล ไม่สามารถเข้าถึงบริการของสถานบริการของรัฐได้ ส่วนปัจจัยภายในที่เป็นอุปสรรค คือการรับรู้และมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการมีปัญหาสุขภาพจิต ความรู้และวัฒนธรรม ความเชื่อ ซึ่งบางวัฒนธรรมเชื่อว่าเกิดจากอำนาจลึกลับ คักดีลิสต์ จึงไปรักษาทางไสยศาสตร์ นอกจากนี้การรับรู้จากความมีอคติของสังคมที่มีต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจ ก็เป็นอุปสรรคต่อความตั้งใจต่อการขอความช่วยเหลือหรือรับบริการ (Help-seeking intention) การแสวงหาเพื่อขอรับความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาสุขภาพจิตมี 2 รูปแบบ คือแบบไม่เป็นทางการ (Informal mental health) คือการขอรับคำปรึกษา และสนับสนุนทางจิตใจหรือกำลังใจจากบุคคลที่อยู่รอบข้าง เช่น พ่อ แม่ พระ หรือเพื่อนสนิท เป็นต้น และแบบเป็นทางการ (Formal mental health service) คือการเข้ารับบริการในสถานบริการด้านสุขภาพจิตของรัฐ จากนักวิชาชีพด้านสุขภาพจิต ที่มีผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตหรือผ่านการฝึกอบรม เช่น จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักให้คำปรึกษา

ความไม่สบายทางจิตใจทำให้เกิดกลไกของสภาพจิตใจที่ไม่สมดุล หากมีระดับรุนแรงและไม่ได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพจิตอย่าง

เหมาะสม อาจนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่ไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะวัยรุ่นที่เป็นอยู่ในระยะของการเปลี่ยนผ่านเป็นจุดวิกฤตของชีวิต มีการเปลี่ยนแปลงด้านสรีระ ด้านอารมณ์ และจิตใจทำให้มีผลต่อการปรับตัวและเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้สูง จากรายงานข้อมูลของประเทศออสเตรเลียพบว่าวัยรุ่นอายุ 12 - 26 ปี เป็นช่วงวัยที่พบว่ามีปัญหาด้านสุขภาพสูง กลุ่มความผิดปกติทางจิตที่พบมาก ได้แก่ อาการซึมเศร้า จากการใช้สารเสพติด ความวิตกกังวลและโรคจิต (Rickwood et al., 2005) วัยนี้จะเป็นวัยที่อยู่ในช่วงของการศึกษาเล่าเรียน ซึ่งนิสิตมหาวิทยาลัยส่วนหนึ่งต้องจากบ้านเกิดมาอาศัยอยู่หอพัก เพื่อนจึงเป็นคนสนิทที่คอยปลอบให้กำลังใจเมื่อมีปัญหา ทำให้บางปัญหาสามารถผ่านพ้นไปด้วยดี แต่บางปัญหาที่มีความซับซ้อนก็ไม่สามารถได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนได้ทั้งหมด มิงงานวิจัยจากการรวบรวมของออด-ดาร์มาคิ และฟาติมา (Al-Darmaki & Fatima, 2003) พบว่า นิสิตที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตระหว่างศึกษาในมหาวิทยาลัย ส่วนใหญ่จะไม่ขอความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพด้านสุขภาพจิตแต่จะขอความช่วยเหลือจากพ่อแม่หรือเพื่อน ซึ่งไม่มีทักษะและไม่ได้รับการฝึกฝนที่จะบำบัดช่วยเหลือหากมีปัญหาด้านอารมณ์รุนแรง (Rickwood et al., 2005) ความลังเลต่อการขอรับความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพด้านสุขภาพจิต เมื่อมีปัญหาทางจิตใจจะทำให้เกิดความสูญเสีย เช่น การทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตาย (Wilson et al., 2002) ซึ่งโดยธรรมชาติเมื่อบุคคลเผชิญกับความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิตในระดับสูง จะขอรับความช่วยเหลือทางด้านจิตใจกับนักวิชาชีพด้านสุขภาพจิต แต่มีงานวิจัยที่พบผลตรงข้ามว่าความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิตไม่มีผลโดยตรงต่อการขอความช่วยเหลือ (Erlish, 1992 citing Tishby, 2001) ดังนั้นจะเห็นมีชาวฆ่าตัวตายของวัยรุ่นเป็นระยะๆ

นอกจากนี้ยังพบว่าความกลัวมีตราบาป (Stigma) เป็นอุปสรรคต่อความตั้งใจและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิต พบว่า มากกว่าร้อยละ 90 ของกลุ่มตัวอย่าง กลัวว่าคนอื่นจะรู้ กลัวว่าสังคมรังเกียจ กลัวมีประวัติการรักษาสุขภาพจิตจะมีผลต่อการกรอกประวัติเพื่อสมัครงาน การหาที่อยู่อาศัย ทำประกันชีวิต การสมัครเข้าเรียนต่อ (เช่น Acuña & Bolis, 2005; Barney et al., 2005; Graves et al., 2005; Lai et al., 2001 citing Corrigan, 2007) ถึงแม้ปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาที่มองเห็นได้ยาก แต่บุคคลที่ถูกวินิจฉัยว่าป่วยทางจิตเวชจะรู้สึกว่าการมีมติด้านตราบาป และมีความแตกต่างจากคนปกติ (Corrigan, 2007) เนื่องจากสังคมยังไม่เปิดกว้างยอมรับบุคคลดังกล่าวแม้แต่ประเทศที่เจริญแล้วก็ตาม ในประเทศไทยยังพบว่ามติด้านตราบาปหรืออคติต่อผู้ป่วยโรคจิตอยู่มากเช่นเดียวกัน ดังนั้นผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจึงไม่กล้าไปพบผู้เชี่ยวชาญในสถานบำบัดเฉพาะทาง เพราะผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและผู้ป่วยโรคจิตถือว่าเป็นกลุ่มคนที่ถูกจัดระดับให้เป็นคนชายขอบเช่นเดียวกับ กลุ่มชนกลุ่มน้อย พวกเรักเพศเดียวกัน พวกติดเชื้อ HIV/AIDS ที่กลัวถูกตีตรา (Labeling) จากสังคม ดังนั้นจึงทำให้ประชาชนทั่วไปรวมถึงวัยรุ่นมีทัศนคติเชิงลบต่อการให้บริการช่วยเหลือของบุคลากรด้านสุขภาพจิต และจากการศึกษาของเซอร์เรย์ และคณะ (Sirey et al., 2001) วัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 18-24 ปี รับรู้ถึงการมีตราบาปต่อการใช้บริการด้านสุขภาพจิตมากกว่ากลุ่มที่มีอายุมาก จึงมักจะไม่มารับขอคำปรึกษาจากนักวิชาชีพด้านสุขภาพจิต นอกจากนี้ปัจจัยด้านตราบาปแล้ว ปัจจัยด้านทัศนคติต่อความเจ็บป่วยทางจิตใจ ทำให้มีทัศนคติทางลบต่อการขอรับความช่วยเหลือด้วย มีนักวิชาการหลายคน (Ajzen, 1991; Ajzen & Fishbein, 1980; Leong, Wagner, & Tata, 1995; Greenley, Mechanic, & Cleary, 1987 citing Aloud, 2004) ให้ความเห็นว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์

กับการตัดสินใจใช้บริการด้านสุขภาพจิตกับนักวิชาชีพ

ในประเทศไทยมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความตั้งใจขอรับบริการด้านสุขภาพจิตค่อนข้างน้อย แต่ก็มีการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตของนิสิตมหาวิทยาลัยเช่นกัน เช่น การศึกษากับนักศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ชั้นปีที่ 1 พบว่านิสิตส่วนใหญ่ร้อยละ 62.90 มีความอดทนต่อความเครียดต่ำ ซึ่งนิสิตที่มีความเครียดสูงนั้นส่วนใหญ่มาจากต่างจังหวัด (ดวงเดือน พิพัฒน์ชูเกียรติ, 2541) และจากการศึกษากับนักศึกษามหาวิทยาลัยสถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าคุณทหารลาดกระบัง ส่วนใหญ่ร้อยละ 74.30 มีภาวะอารมณ์ซึมเศร้ามากกว่าเกณฑ์ปกติโดยแสดงอาการ คือ นอนไม่หลับ รู้สึกผิดและคิดฆ่าตัวตาย นิสิตที่มีภาวะอารมณ์ซึมเศร้าจะขอรับความช่วยเหลือจากอาจารย์ที่ปรึกษาเป็นอันดับแรก ลำดับที่สองไม่ปรึกษาใครเลย และปรึกษาพ่อแม่หรือญาติเป็นอันดับที่สาม (ศิริพร อังคานุสรณ์, 2530) ผลการศึกษาทั้งสองนี้ชี้ให้เห็นปัญหาสุขภาพจิต ผู้วิจัยจึงสนใจ ศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อความตั้งใจที่จะขอรับบริการด้านสุขภาพจิตของนิสิต ซึ่งปัจจัยเชิงสาเหตุนั้น ได้จากการทบทวนวรรณกรรม เพื่ออธิบายปรากฏการณ์การขอรับบริการด้านสุขภาพจิตของนิสิตที่เกิดขึ้นในบริบทสังคมไทย ทั้งนี้ ดำเนินการในเชิงนโยบาย เพื่อผลักดันระบบที่ชัดเจนเพื่อป้องกันและลดความรุนแรงในการฆ่าตัวตาย หรือทำร้ายคนอื่นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความตั้งใจที่จะขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต

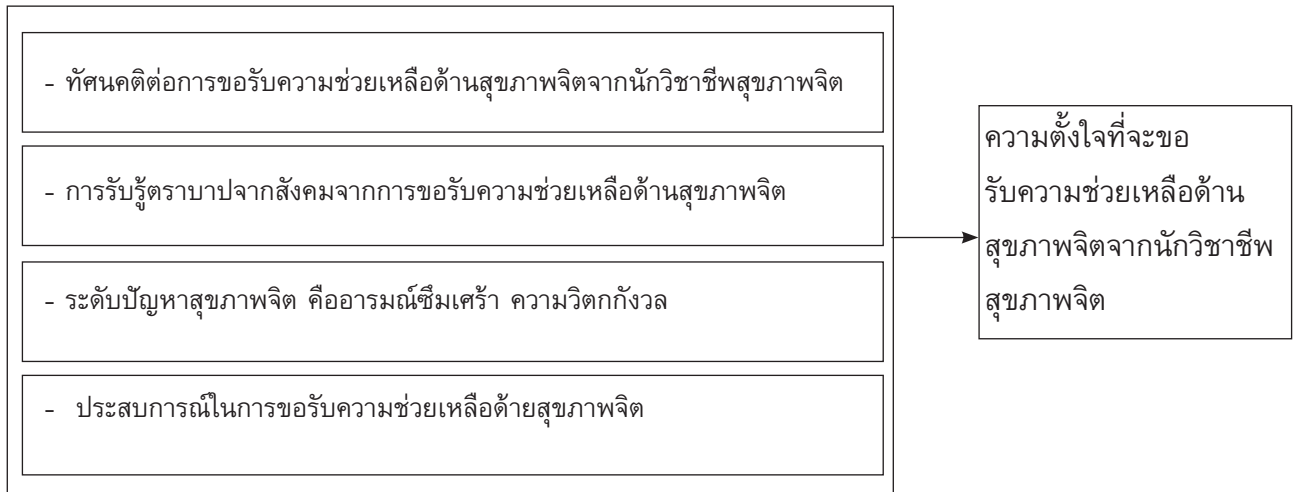
กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการศึกษาวิจัยนี้มาจากการรวบรวมวรรณกรรมดังต่อไปนี้ การแสวงหาเพื่อขอรับความช่วยเหลือ มักเกี่ยวข้องกับ 3 กระบวนการ คือ

ทัศนคติ ความตั้งใจ และพฤติกรรม ซึ่งความตั้งใจเป็นตัวกลางที่เชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติกับพฤติกรรม โดยความตั้งใจจะมีแนวโน้มทำให้เกิดพฤติกรรมสูง (Uffelman, 2005) ไกล่เคียงกับจากการศึกษาของนักวิชาการหลายท่านเกี่ยวกับการขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต (Angle & Thoits, 1987; Kleinman, 1980; Pescosolido, 1992; Ryan & Pintrich, 1998 citing Ohtsuka, 2005) ที่ยืนยันว่ากระบวนการแสวงหาขอรับความช่วยเหลือประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนแรกการตระหนักถึงระดับความรุนแรงของอาการของสุขภาพจิตและต้องการความช่วยเหลือ ขั้นตอนที่สองการพิจารณาเพื่อการตัดสินใจแสวงหาขอรับความช่วยเหลือ และขั้นตอนที่สามการเลือกแหล่งที่จะขอรับความช่วยเหลือ โดยบางการศึกษาจะไม่ศึกษาถึงขั้นที่สาม เช่นการศึกษาความตั้งใจในการขอรับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิต ของนิสิตมหาวิทยาลัยจำนวน 680 คน พบว่าการรับรู้ตราบาปจากสังคม (Public stigma) มีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อการรับรู้ถึงตราบาปต่อตนเอง (Self-stigma, $\beta=0.26$) โดยที่การรับรู้ถึงตราบาปต่อตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับทัศนคติต่อการขอรับคำปรึกษาด้านสุขภาพจิต (Attitudes towards counseling, $\beta=-0.76$) และทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสมัครใจในการขอความช่วยเหลือ (Willingness to seek counseling, $\beta=0.59$) (Vogel et al., 2007) และการศึกษาของวาน วูปี และคณะ (Van Voorbees et al., 2005) เรื่องความเชื่อและทัศนคติต่อความตั้งใจที่จะไม่ยอมรับการถูกวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้าของวัยรุ่นจำนวน 10,962 คน ได้สรุปว่าปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในร่วมกันส่งผลต่อความตั้งใจที่จะไม่ยอมรับการถูกวินิจฉัย ซึ่งความตั้งใจนี้จะมีผลต่อการเกิดพฤติกรรมต่อไป คือไม่

ยอมรับการรักษา โดยปัจจัยภายนอกประกอบด้วยปัจจัยปัญหาสุขภาพจิต (คือ ระดับอาการซึมเศร้า) ปัจจัยภายใน ประกอบด้วย ความเชื่อทัศนคติต่อการรักษาโรคซึมเศร้า การรับรู้บรรทัดฐานของสังคม และประสบการณ์ในอดีตในการขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต

จากวรรณกรรมพบว่ามีปัจจัยเชิงสาเหตุหลายตัวแปรที่มีผลต่อความตั้งใจที่จะขอรับบริการด้านสุขภาพจิต ผู้วิจัยได้จัดกลุ่มตัวแปรที่เหมือนกันเข้าด้วยกัน คือ การตระหนักถึงอาการและต้องการความช่วยเหลือ (Ohtsuka, 2005) สอดคล้องกับปัจจัยปัญหาสุขภาพจิต ที่ประกอบด้วยอาการด้านซึมเศร้า จึงสรุปรวมเป็น **ระดับของปัญหาสุขภาพจิต** สำหรับกลุ่มตัวแปรต่อมาประกอบด้วย **ทัศนคติ** และ **ประสบการณ์ในอดีต** ส่วนตัวแปรการรับรู้บรรทัดฐานของสังคม (Van Voorbees et al., 2005) มีความสอดคล้องกับการรับรู้ตราบาปจากสังคม (Vogel et al., 2007) ตัวแปรทั้งสองจึงสรุปรวมเป็น **การรับรู้ตราบาปจากสังคมจากการขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต** ตัวแปรดังกล่าวทั้งหมด ได้แก่ **ระดับของปัญหาสุขภาพจิต ทัศนคติ ประสบการณ์ในอดีต การรับรู้ตราบาปจากสังคม** จัดเป็นตัวแปรอิสระที่ร่วมกันทำนายตัวแปรตาม ซึ่งสามารถสรุปได้ คือ การพิจารณาเพื่อการตัดสินใจแสวงหาขอรับความช่วยเหลือเป็นขั้นตอนที่สองของโอทซูกา (Ohtsuka, 2005) และความสมัครใจในการขอความช่วยเหลือ (Vogel et al., 2007) สอดคล้องกับตัวแปรความตั้งใจที่จะไม่ยอมรับการถูกวินิจฉัย (Van Voorbees et al., 2005) ทั้งสามแนวคิดนี้จึงสรุปเป็นตัวแปร **ความตั้งใจที่จะขอรับความช่วยเหลือ** สรุปเป็นกรอบแนวคิดดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 แสดงความตั้งใจที่จะขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต

ความตั้งใจที่จะแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนต่างๆ ของกลุ่มวัยรุ่น มักเป็นไปตามพัฒนาการ จากการศึกษาของทิชบี (Tishby, 2001) กับกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นในประเทศอิสราเอลจำนวน 1,415 คน พบว่านักเรียนวัยรุ่นตอนต้นส่วนใหญ่เมื่อมีปัญหาทั้งทางด้านร่างกายและอารมณ์มีแนวโน้มที่จะระบายความรู้สึกและปัญหาให้กับพ่อแม่ ส่วนวัยรุ่นตอนปลายพบว่ามีแนวโน้มที่จะปรึกษาคความไม่สบายใจกับพ่อแม่น้อยลงแต่จะปรึกษากับกลุ่มเพื่อนมากขึ้น โดยมีจำนวนน้อยมากที่จะมารับขอคำปรึกษาจากนักวิชาชีพด้านสุขภาพจิต อย่างไรก็ตามการขอความช่วยเหลือจากกลุ่มเพื่อน หรือพ่อแม่เป็นสิ่งสำคัญแหล่งหนึ่งและเป็นสิ่งที่ดี หากบุคคลผู้ให้การช่วยเหลือสามารถให้การช่วยเหลือได้ แต่มีนักวิชาการให้ความเห็นว่าเพื่อนหรือบางพ่อแม่บาง

คนไม่ได้ถูกฝึกฝนอบรมในการช่วยเหลือปัญหาที่มีความรุนแรง สอดคล้องกับการศึกษาของออฟเฟอร์และสโคเนท (Offer & Schonert-Reichl citing Tishby, 2001) ที่ชี้ว่าเมื่อวัยรุ่นมีอาการซึมเศร้าและความคิดอยากฆ่าตัวตายจะขอความช่วยเหลือจากเพื่อน ซึ่งไม่มีคุณสมบัติต่อการจัดการกับปัญหาซับซ้อนรุนแรงดังกล่าวได้ นอกจากนี้พบว่ามีความน้อยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหาสุขภาพจิตรุนแรงทั้งซึมเศร้า และมีแนวโน้มต่อการฆ่าตัวตายไม่ขอรับการช่วยเหลือ เนื่องจาก 1) วัยรุ่นยังไม่สามารถระบุปัญหาของตนเอง ไม่มีข้อมูลและทักษะว่าจะต้องได้รับการช่วยเหลือ 2) ต้องการความเป็นส่วนตัว ไม่อยากให้ใครรับรู้ และ 3) มีการรับรู้ว่าการขอความช่วยเหลือจากคนแสดงว่าตนเองเป็นคนที่ "มีปัญหา" อันจะนำไปสู่ความอับอาย และความรู้สึกกังวล

ทัศนคติต่อการขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตกับความตั้งใจที่จะขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต

ทัศนคติเป็นตัวแปรสำคัญต่อการตัดสินใจหรือความตั้งใจของบุคคลในการแสวงหาความช่วยเหลือเมื่อประสบปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ (Sheffield et al., 2004) จากการศึกษาของชานดรา และมินโควิทส์ (Chandra & Minkovits, 2007) ของวัยรุ่นเกรด 8 จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 57 คน พบว่าส่วนใหญ่รายงานว่า ในครอบครัวจะไม่มีการสนทนาและระบายนัยปัญหาความไม่สบายใจต่อกัน เพราะมีทัศนคติทางลบต่อปัญหาสุขภาพจิต จากการศึกษาของเคลลี และอาชเตอร์ (Kelly & Achter citing Uffelman, 2005) ที่ทำการศึกษากับนิสิตมหาวิทยาลัยจำนวน 260 คน โดยใช้แบบประเมินทัศนคติต่อการแสวงหาขอรับความช่วยเหลือ (Attitude Toward Seeking Professional Psychological Help Scale - ATSPPHS) และแบบประเมินความตั้งใจในการแสวงหาขอรับความช่วยเหลือ (Intentions to Seek Counseling Inventory - ISCI) ผลการศึกษาชี้

ว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจเพื่อแสวงหาขอรับความช่วยเหลืออย่างมีนัยสำคัญ ($r = .36, p < 0.05$) และเมื่อวิเคราะห์แบบถดถอยพหุ พบว่าคะแนนรวมของ ATSPPHS สามารถทำนาย ISCI ได้อย่างมีนัยสำคัญ $\beta = .40, p < 0.001$) เช่นเดียวกับข้อค้นพบของ เซปเปดา - เบนนิโต และชอร์ท (Cepeda-Benito & Short citing Aloud, 2004) ที่ศึกษากับนิสิตจำนวน 732 คน พบว่าทัศนคติทางลบต่อความไม่สบายใจด้านสุขภาพจิตมักจะเป็นสาเหตุใหญ่ที่จะนำไปสู่อุปสรรคการขอรับความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพด้านสุขภาพจิต แต่บุคคลดังกล่าวจะใช้ทางเลือกอื่นแทน เช่น การพึ่งศาสนา หรือความเชื่อท้องถิ่น ทัศนคติเป็นตัวแปรภายในที่มีความสำคัญมากต่อการเกิดแรงจูงใจ และความตั้งใจในการกระทำสิ่งต่างๆ ต่อไปได้อย่างได้อย่างแม่นยำ การศึกษานี้จึงนำตัวแปรดังกล่าวมาทำนายความตั้งใจในการแสวงหาขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต

การรับรู้ถึงตราบาปกับความตั้งใจที่จะขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต

การรับรู้ถึงตราบาป (Perceived stigma) เป็นตัวแปรภายในซ่อนเร้นที่สำคัญมากต่อการแสดงปฏิกิริยาของบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต (Aloud, 2004) ที่จะเป็นตัวผลักดันให้เกิดการตัดสินใจต่อพฤติกรรมในการขอรับความช่วยเหลืออย่างเป็นทางการ การแสวงหาความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพจะเกิดอุปสรรคเมื่อได้รับอิทธิพลจากความเชื่อเกี่ยวกับการมีตราบาป มิงานวิจย (เช่น ของ McNair et al., 2002; Hoyt et al., 1997 and Cooper-Patrick et al., 1997 citing Barney et al., 2005) พบว่าการรับรู้

ถึงตราบาปเป็นอุปสรรคต่อการขอความช่วยเหลือของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า รวมถึงผู้ที่มีปัญหาทางอารมณ์และความคิดจะฆ่าตัวตาย (Wilson et al., 2002) นอกจากนี้จากการศึกษาในอดีตของฟิชเชอร์และคณะ รวมถึงกู๊ดและคณะ (Fisher et al.; Good et al., citing Al-Darmaki & Fartima, 2003) พบว่าการรับรู้ถึงตราบาปเป็นตัวแปรสำคัญต่อการหลีกเลี่ยงเพื่อขอรับคำปรึกษา หรือแสวงหาความช่วยเหลือด้านจิตใจ อย่างไรก็ตามในปัจจุบันดูเหมือนว่านิสิตมหาวิทยาลัยจะยอมรับกับการมีตราบาปมากขึ้น และ

แสวงหาความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาด้านจิตใจ แต่ก็ยังไม่มีความชัดเจนนักซึ่งต้องมีการศึกษาหาข้อมูลต่อไป (Al-Darmaki & Fartima R., 2003) นอกจากนี้พบว่าร้อยละ 20 ของวัยรุ่นที่มีปัญหาสุขภาพจิต และเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการรักษาด่วนแต่พบว่าอุปสรรคต่อการแสวงหาขอรับความช่วยเหลือด้านจิตใจที่สำคัญในวัยรุ่นกลุ่มนี้คือ การกลัวมีตราบาป (Chandra & Minkovitz, 2007) ผลกระทบต่อการมองว่ามีตราบาปจากการถูกระบุว่าตนเองมีปัญหาสุขภาพจิตทำให้บุคคลเหล่านี้ปฏิเสธเข้ารับการช่วยเหลือและรักษาอย่างเป็นระบบ ซึ่งซอร์ว (Shaw, 1998 citing Gray, 2002) กล่าวว่าการศึกษาดังกล่าวนำไปสู่การ

รักษาที่ล่าช้าไปทุกขณะ และอาจมีผลต่ออัตราการฆ่าตัวตายสูงมากขึ้น การศึกษาของเซอเรีย และคณะ (Sirey et al., 2001) ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้การมีตราบาปต่ำ และรู้ว่าตนเองมีอาการรุนแรงจะมีความเชื่อมั่นในการเข้ารับการรักษาดีกว่ากลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่มีการรับรู้การมีตราบาปสูง เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 134 คนที่เป็นนิสิตออฟริกัน-อเมริกัน ที่สามารถยอมรับการมีตราบาป (Stigma tolerance) จะมีความมั่นใจต่อการขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพ (So et al., 2005)

ระดับของปัญหาสุขภาพจิต (Psychological Distress Level) กับความตั้งใจที่จะขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต

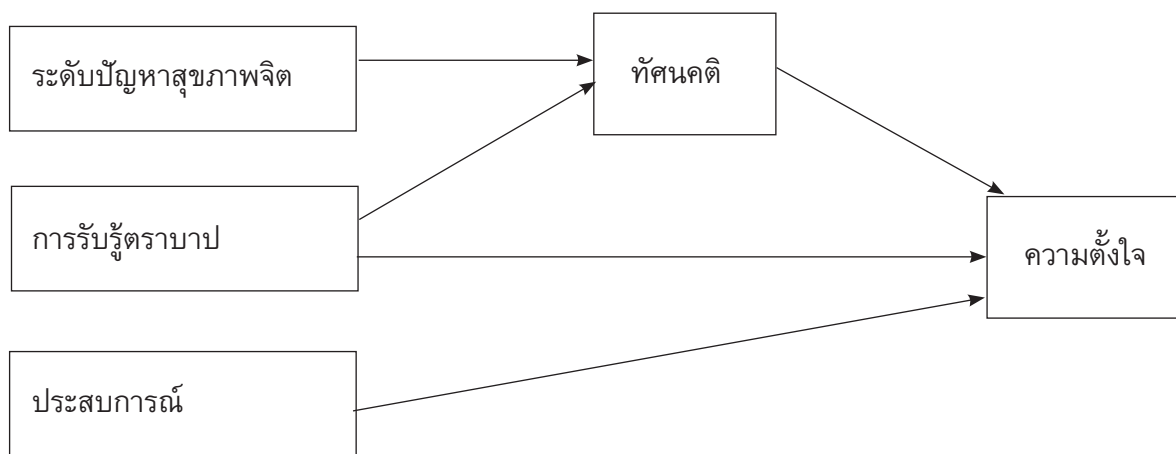
โดยทั่วไปเมื่อบุคคลรู้สึกว่าคุณเองมีอาการ ความเจ็บป่วยต่างๆ ไม่มากนัก และพอทนได้มักจะ ไม่ไปพบผู้บำบัดเพื่อขอรับการช่วยเหลือ แต่เมื่อรับรู้ว่าคุณเองมีอาการความเจ็บป่วยระดับรุนแรงหรืออาจเป็นมาในระยะยาวนานและควรได้รับการช่วยเหลือเยียวยา บุคคลจึงจะเกิดความตั้งใจและเกิดพฤติกรรมการพบผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่างๆ ปัญหาสุขภาพจิตก็เช่นกัน มีนักวิชาการ (เช่น Chamberlain, & Halgin et al., citing Uffelman, 2005) ศึกษาและยืนยันว่าความไม่สบายใจที่อยู่ในระดับรุนแรงมากจะมีความสัมพันธ์สูงกับความตั้งใจต่อการแสวงหาขอรับความช่วยเหลือ แต่อย่างไรก็ตามพบว่าบุคคลที่มีความคิดฆ่าตัวตายอย่างรุนแรงมีความสัมพันธ์ต่ำกับการแสวงหาเพื่อขอรับความช่วยเหลือเช่นเดียวกับกลุ่มที่มีความคิดฆ่าตัวตายในระดับต่ำ เนื่องจากบุคคลเก็บกดความไม่สบายเอาไว้ (Uffelman, 2005) จากการ

ศึกษาของโรส และแม็คคานิค (Rose & Mechanic, 2002) ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 290 ราย ที่มีอายุตั้งแต่ 17 - 58 ปี พบว่าผู้ที่ตกเป็นเหยื่อจากถูกกระทำทางเพศ มีระดับภาวะความเครียดและมีความผิดปกติทางจิตใจจากเหตุการณ์ (Post Traumatic Stress Disorders/ PTSD) สูงสามารถทำนายการขอรับความช่วยเหลือได้สูงกว่ากลุ่มที่ระดับของ PTSD ต่ำ โดยกลุ่มที่มี PTSD สูงจะขอรับความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพ เช่น จากนักวิชาชีพด้านการแพทย์ ด้านสุขภาพจิต และด้านกฎหมาย ดังนั้นการศึกษานี้จึงศึกษาเพื่อหาคำตอบว่า ระดับความรุนแรงปัญหาสุขภาพจิตของนิสิตวัยรุ่นไทยมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจต่อการแสวงหาขอรับความช่วยเหลือหรือไม่ และพวกเขาจะเลือกแหล่งบริการใดในการขอรับความช่วยเหลือมากที่สุด เพื่อประโยชน์ต่อการบริหารจัดการได้อย่างเหมาะสม

ประสบการณ์การขอความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต (Prior Experience) กับความตั้งใจที่จะขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต

จากการศึกษาของคาร์ตัน และเดเนย์ (Carlton & Deane citing Sheffield, 2004; Uffelman, 2005) กับวัยรุ่นในชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 221 ในประเทศนิวซีแลนด์ โดยใช้คำถามเพียงข้อเดียวในการวัดประสบการณ์ในอดีต รายงานว่าวัยรุ่นที่เคยมีประสบการณ์ได้รับความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพด้านสุขภาพจิตมาก่อน จะมีความตั้งใจที่จะเข้ารับขอความช่วยเหลือสูงเมื่อมีปัญหาด้านอารมณ์และมีแนวความคิดที่ฆ่าตัวตาย เช่น การศึกษาของเคียร์โรชชี และคณะ รวมถึงเดเนย์ และคณะ (Ciarrochi et al., Deane et al., citing Uffelman, 2005) รายงานว่าคุณภาพของการรักษาด้านสุขภาพจิตที่ดีมีคุณภาพในอดีต จะมีอิทธิพลต่อความตั้งใจที่จะเข้ารับบริการอีกในอนาคต เช่นเดียวกับในกลุ่มผู้ต้องขังชายจำนวน 111 คน ที่ได้รับการประเมินจากแบบวัด Helpfulness

of prior contact ให้คะแนนแบบประมาณค่า 5 ระดับ ได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่มคือ 1) กลุ่มที่ไม่เคยขอรับความช่วยเหลือมาก่อน 2) กลุ่มที่เคยรับความช่วยเหลือแต่รู้สึกว่าไม่ได้รับประโยชน์ และ 3) กลุ่มที่เคยได้รับความช่วยเหลือและเห็นว่ามีความประโยชน์ ผลการศึกษพบว่ากลุ่มที่ 3 มีอิทธิพลสูงต่อความตั้งใจที่จะแสวงหาเพื่อขอรับความช่วยเหลือมากกว่าอีก 2 กลุ่มอย่างมีนัยสำคัญ (ANOVA, $F_{(2, 100)} = 4.77, p < 0.05$) การศึกษานี้สะท้อนให้นักวิชาชีพตระหนักในตนเองถึงคุณภาพการให้ความช่วยเหลือ อันจะนำไปสู่การพัฒนาเทคนิคการบริการด้านสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง จากการทบทวนวรรณกรรมของตัวแปรดังกล่าวที่เกี่ยวข้องกับความตั้งใจที่จะขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต จึงสามารถสรุปเป็นโมเดลสมมติฐานของการศึกษาวิจัยดังนี้



ภาพประกอบ 2 แสดงโมเดลสมมติฐาน

สมมติฐานการวิจัย

1. ระดับปัญหาสุขภาพจิตมีอิทธิพลทางตรงต่อทัศนคติต่อการขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต และความตั้งใจที่จะขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อความตั้งใจที่จะขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต โดยผ่านทัศนคติต่อการขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต

2. การรับรู้ตราบาปมีอิทธิพลทางตรงต่อทัศนคติต่อการขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อความตั้งใจที่จะขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต โดยผ่านทัศนคติต่อการขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต

3. ประสบการณ์การขอรับบริการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตมีอิทธิพลทางตรงต่อความตั้งใจที่จะขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต

4. ทัศนคติต่อการขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต มีอิทธิพลทางตรงต่อความตั้งใจที่จะขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ นิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ที่ลงทะเบียนเรียนนิสิตปริญญาตรี ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2551 จำนวน 807 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นนิสิตปริญญาตรี มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ที่ลงทะเบียนเรียนนิสิตปริญญาตรีภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2551 โดยขนาดกลุ่มตัวอย่างหลังจากคำนวณสูตร Taro Yamane ได้เท่ากับ 267 คน ซึ่งในการวิเคราะห์สมการโครงสร้างเชิงเส้น (Structural Equation Modeling) ที่ใช้การประมาณค่าด้วยวิธีไลค์ลิสต์สูงสุด (Maximum Likelihood Estimation-

MLE) นั้นนักวิชาการแนะนำว่าควรมีขนาด 200 หน่วย (Hair; et al., 2006) ส่วนทาบาคนิคและฟีเดล (Tabachnick & Fidell, 2007) ให้แนวทางไว้สำหรับขนาดของกลุ่มตัวอย่างไว้ 6 ขนาดได้แก่ 50 หน่วย (น้อยมาก) 100 หน่วย (น้อย) 200 หน่วย (เพียงพอ) 300 หน่วย (ดี) 500 หน่วย (ดีมาก) และ 1,000 หน่วย (ดีที่สุด) ดังนั้นในการวิจัยนี้จึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างให้มีความเหมาะสมสำหรับสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลจำนวน 300 คน ได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 6 ตอน ดังต่อไปนี้

1. **แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป** ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ภูมิลำเนา แหล่งขอรับความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาสุขภาพจิต

2. **ระดับปัญหาสุขภาพจิต** ผู้วิจัยแปลมาจากแบบวัดอาการความวิตกกังวลซึ่งได้มาจากแบบวัด Hopkins Symptom Checklist และ อาการภาวะซึมเศร้าได้มาจากแบบวัด Vietnamese Depression Scale เดิมแบบวัดทั้งสองมีจำนวนข้อรวมกัน 40 ข้อ จากการศึกษาของ Ohtsuka ได้นำมาดัดแปลงยุบรวมข้อที่มีความซ้ำซ้อนกัน เหลือ 24 ข้อ พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.96 และยังคงให้ระดับคะแนนการวัดเป็น 4 ระดับเหมือนเดิม (Ohtsuka, 2005) หลังจากนำไปทดลองใช้พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ ($\alpha = 0.90$) และมีข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกที่ดีจำนวน 21 ข้อ นิสิตที่ได้คะแนนสูงแสดงว่ามีแนวโน้มของระดับปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าคนที่ได้คะแนนต่ำ

3. **การรับรู้ถึงการมีตราบาปจากสังคมต่อการขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต** ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดของลิงค์และฟีลาน (Link and Phelan, 2001) ที่แบ่งออกเป็น 2 องค์ประกอบคือ ความรู้สึกถึงการถูกแบ่งแยก

(Discrimination) และความรู้สึกถึงการถูกสรุปเหมารวมในทางลบ (Negative stereotype) ผู้วิจัยสร้างข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ หลังจากหาคุณภาพของเครื่องมือ เหลือข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกที่ยอมรับได้จำนวน 12 ข้อ โดยมีค่าความเชื่อมั่น($\alpha = 0.74$) นิสิตที่มีคะแนนสูงแสดงว่ามีการรับรู้ว่าการขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิตมีตราบาปมากกว่านิสิตที่มีคะแนนต่ำ

4. *ประสบการณ์การขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต* ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยถามถึงประสบการณ์ที่ผ่านมาของนิสิตที่มีความเกี่ยวข้องกับขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตทั้งโดยตรงและโดยอ้อม โดยตรงคือนิสิตเข้าไปขอรับความช่วยเหลือด้วยตนเอง ส่วนโดยอ้อมคือนิสิตพาหรือแนะนำ เพื่อน พ่อแม่ หรือญาติ ไปขอรับความช่วยเหลือทั้งในสถานพยาบาลจิตเวชของรัฐ เอกชน หรือคลินิก ผู้วิจัยสร้างข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ หลังจากหาคุณภาพเครื่องมือ เหลือข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกที่ยอมรับได้จำนวน 8 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ ($\alpha = 0.86$) นิสิตที่มีคะแนนสูงแสดงว่ามีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต มากกว่านิสิตที่มีคะแนนต่ำ

5. *ทัศนคติต่อการขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต* วัดโดยใช้แบบวัดที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบวัด Attitude Toward Seeking Professional Psychological Help Scale (ATSPPH) ของฟิชเชอร์ และเทอนเนอร์ (Fischer & Turner, 1970) ซึ่งมีข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น 4 องค์ประกอบ แต่ผู้วิจัยตัดออกหนึ่งองค์ประกอบ คือ องค์ประกอบที่ว่าด้วยความอดทนต่อการรับรู้ถึงตราบาป (Stigma tolerance) ทั้งนี้งานวิจัยนี้มีแบบวัดเกี่ยวกับตราบาปอีกหนึ่งตัวแปรอยู่แล้ว ดังนั้นแบบวัดนี้จึงมี 3 องค์ประกอบ คือ 1) ความตระหนักถึงความสำคัญการช่วยเหลือทางจิตใจ 2) ความรู้สึกเต็มใจที่ต้องเปิดเผยเรื่องราวของตนเอง

ต่อคนอื่นและนักวิชาชีพสุขภาพจิต 3) ความเชื่อมั่นต่อการขอรับความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต ให้คะแนนเป็นแบบประมาณค่า 6 ระดับตั้งแต่ 1 - 6 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ผู้วิจัยสร้างข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ หลังจากหาคุณภาพเครื่องมือ เหลือข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกที่ยอมรับได้จำนวน 16 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ ($\alpha = 0.79$) นิสิตที่ได้คะแนนสูงแสดงถึงมีทัศนคติที่ดีต่อการขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิตมากกว่านิสิตที่ได้คะแนนต่ำ

6. *ความตั้งใจที่จะขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต* เป็นการแสดงถึงปริมาณของความตั้งใจของนิสิตที่จะขอรับความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาสุขภาพจิตกับนักวิชาชีพ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ โดยปรับปรุงมาจากแนวคิดเกี่ยวกับความตั้งใจที่ขอรับความช่วยเหลือของคีต-ลูคัส (Keith-Lucas' theory of the willingness to seek help) ให้เข้ากับบริบทด้านสุขภาพจิต คือ 1) พร้อมที่จะรับความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต กล่าวคือบุคคลต้องยอมรับสิ่งที่ตนเองขาด และตนเองไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเองจำเป็นต้องร่วมมือกับคนอื่นด้วย 2) พร้อมที่จะเปิดเผยปัญหาของตนเอง กล่าวคือบุคคลต้องพร้อมที่จะยอมรับความอ่อนแอหรือข้อบกพร่องของตนเองต่อนักวิชาชีพสุขภาพจิต 3) พร้อมที่จะให้นักวิชาชีพสุขภาพจิตมาจัดการ ควบคุมดูแลรักษา เมื่อมีปริมาณรวมทั้ง 3 ด้านสูงจะเกิดกระบวนการของความตั้งใจสูงตามแนวคิดของคีต-ลูคัส มีมาตราประมาณค่า 6 ระดับ (1-6) ตั้งแต่ไม่พึงพอใจมาก ถึงพึงพอใจมาก แบบวัดนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจำนวน 20 ข้อ หลังจากหาคุณภาพเครื่องมือ เหลือข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกที่ยอมรับได้จำนวน 15 ข้อ มีความเชื่อมั่นเท่ากับ ($\alpha = 0.82$) นิสิตที่ได้คะแนนมากแสดงถึงความตั้งใจต่อการแสวงหาขอรับความช่วยเหลือมากกว่านิสิตที่ได้คะแนนต่ำ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูล โดยการติดต่อประสานงานกับอาจารย์ที่สอนวิชาบูรณาการ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลและนัดหมายการเก็บข้อมูล หลังจากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลตามวันเวลาที่ได้นัดหมายไว้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงบรรยาย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร
2. การวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบวัดที่ใช้ในการศึกษานี้ด้วย Cronbach 's alpha
3. สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐานโดยการวิเคราะห์อิทธิพล (Path analysis) ด้วยโปรแกรม LISREL 8.72

ผลการวิจัย

จากข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 54.3 นับถือศาสนาพุทธมากที่สุดร้อยละ 95.3 มีภูมิลำเนา ภาคกลางมากที่สุดร้อยละ 69.7 รองลงเท่านั้น มีภูมิลำเนาภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือคิดเป็นร้อยละ 11.3 แหล่งขอรับความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิตนิสิตเลือกปรึกษาพ่อแม่เป็นอันดับ 1 ในความถี่มากที่สุดร้อยละ 50 และส่วนใหญ่เลือกปรึกษานักวิชาชีพไว้ในอันดับที่ 5 ร้อยละ 48.3

ผลการวิเคราะห์อิทธิพล

ในการวิเคราะห์โมเดลตามกรอบแนวคิดการวิจัยแสดงอิทธิพลของตัวแปรที่เป็นสาเหตุของความ

ตั้งใจที่จะขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต ประกอบด้วย ระดับปัญหาสุขภาพจิต การรับรู้ตราบาปจากสังคมต่อการขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต ประสพการณ์การขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตทัศนคติต่อการขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต พบว่าโมเดลมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีค่าไคสแควร์เท่ากับ 3.47 ที่องศาอิสระเท่ากับ 2 ($p = 0.18$) ค่าดัชนีวัดความกลมกลืน (GFI) เท่ากับ 1.00 ค่าความคลาดเคลื่อน (RMSEA) เท่ากับ 0.05 และค่า Comparative Fit Index (CFI) เท่ากับ 0.99 แต่เมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่าตัวแปรระดับปัญหาสุขภาพจิตมีอิทธิพลโดยตรงต่อความตั้งใจที่จะขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิตอย่างไม่มีนัยสำคัญ ผู้วิจัยจึงพิจารณาตัดเส้นอิทธิพลที่ไม่มีนัยสำคัญออก เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมมีบางการศึกษาชี้ว่า บางครั้งคนที่มีปัญหาสุขภาพจิตอย่างรุนแรงก็จะเก็บกดไว้และไม่ไปรับการรักษา (Uffelman, 2005)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งที่ 2 ผลที่ได้จากการทดสอบความกลมกลืนของโมเดลที่ปรับแก้แล้วกับข้อมูลเชิงประจักษ์มีความกลมกลืนกันดีขึ้นมากกว่าเดิม โดยมีค่าไคสแควร์เท่ากับ 3.48 ที่องศาอิสระเท่ากับ 3 ($p = 0.32$) ค่าดัชนีวัดความกลมกลืน (GFI) เท่ากับ 1.00 ค่าความคลาดเคลื่อน (RMSEA) เท่ากับ 0.023 และค่า Comparative Fit Index (CFI) เท่ากับ 1.00 ดังนั้นผลการทดสอบความกลมกลืนของโมเดลที่ปรับแก้จึงพบว่ามีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างดียิ่งขึ้น

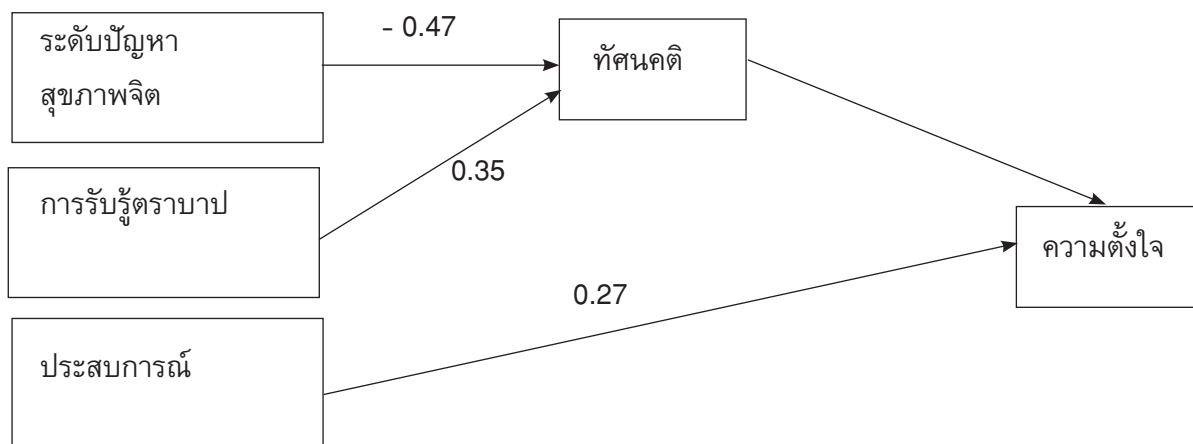
ตาราง 1 อิทธิพลรวม อิทธิพลทางอ้อม และอิทธิพลทางตรงของตัวแปรภายนอกที่ส่งผลต่อตัวแปรภายใน และอิทธิพลของตัวแปรภายในด้วยตัวเอง

ตัวแปร	ทัศนคติต่อการขอรับความช่วยเหลือ			ความตั้งใจที่จะขอรับความช่วยเหลือ		
	ด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต			ด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต		
	DE	IE	TE	DE	IE	TE
ระดับปัญหาสุขภาพจิต	- 0.13	-	- 0.13	-	- 0.05	- 0.05
การรับรู้ตราบาป	- 0.47	-	- 0.47	-	- 0.17	- 0.17
ประสบการณ์การขอรับความช่วยเหลือ	-	-	-	0.27	-	0.27
ทัศนคติ	-	-	-	0.35	-	0.35
R^2	0.18			0.12		

จากตารางหลังจากการปรับโมเดลเพื่อให้โมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์พบว่าผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยดังนี้ **สมมติฐานข้อที่หนึ่ง** จากการวิเคราะห์พบว่าตัวแปรทัศนคติได้รับอิทธิพลจากตัวแปรระดับปัญหาสุขภาพจิต โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลรวมเท่ากับ - 0.13 และพบว่าตัวแปรความตั้งใจได้รับอิทธิพลทางอ้อมจากตัวแปรระดับปัญหาสุขภาพจิต โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ - 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 แต่ตัวแปรความตั้งใจไม่ได้รับอิทธิพลทางตรงจากตัวแปรระดับปัญหาสุขภาพจิต **สมมติฐานข้อที่สอง** จากการวิเคราะห์พบว่า ตัวแปรทัศนคติได้รับอิทธิพลโดยตรงจากตัวแปรการรับรู้ตราบาป โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ - 0.47 และตัวแปรความตั้งใจได้รับอิทธิพลทางอ้อมจากตัวแปรการรับรู้ตราบาป โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ - 0.17 ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 2 **สมมติฐานข้อที่สาม** จากการวิเคราะห์พบว่าตัวแปรความตั้งใจได้รับอิทธิพลโดยตรงต่อตัวแปรประสบการณ์การขอรับ

ความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.27 ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 3 **สมมติฐานข้อที่สี่** จากการวิเคราะห์พบว่าตัวแปรความตั้งใจได้รับอิทธิพลจากตัวแปรทัศนคติ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.35 ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 4 โดยตัวแปรระดับปัญหาสุขภาพจิตและตัวแปรการรับรู้ตราบาป สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรทัศนคติต่อการขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตได้ร้อยละ 18 และตัวแปรทั้งสี่ตัว ได้แก่ ตัวแปรระดับปัญหาสุขภาพจิต ตัวแปรการรับรู้ตราบาป ตัวแปรประสบการณ์การขอรับความช่วยเหลือ และตัวแปรทัศนคติ สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความตั้งใจที่จะขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิตได้ร้อยละ 12

สามารถระบุขนาดอิทธิพลของตัวแปรภายในโมเดลที่เป็นปัจจัยเชิงสาเหตุของความตั้งใจที่จะขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิตได้ดังต่อไปนี้



ภาพประกอบ 3 โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่ปรับแก้แล้ว

การอภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาจะอภิปรายผลการศึกษาตามลำดับของข้อค้นพบตามสมมติฐานดังต่อไปนี้

ตามสมมติฐานข้อที่ 1 ระดับปัญหาสุขภาพจิตมีอิทธิพลทางตรงต่อทัศนคติต่อการขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต และความตั้งใจที่จะขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อความตั้งใจที่จะขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต โดยผ่านทัศนคติต่อการขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต เมื่อทดสอบแล้วพบว่าสนับสนุนสมมติฐานบางส่วน คือ ตัวแปรระดับปัญหาสุขภาพจิตมีอิทธิพลทางตรงต่อทัศนคติ แต่ไม่มีอิทธิพลโดยตรงต่อตัวแปรความตั้งใจที่จะขอรับความช่วยเหลือ โดยมีอิทธิพลทางอ้อมผ่านตัวแปรทัศนคติ พบว่าอิทธิพลของระดับปัญหาสุขภาพจิตที่มีโดยตรงต่อทัศนคติต่อการขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตนั้นเป็นอิทธิพลทางลบ แสดงว่าเมื่อนิสิตมีระดับปัญหาสุขภาพจิตสูงมากเท่าไรก็ไม่ได้ทำให้มีมุมมองหรือทัศนคติที่ดีต่อการขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต อีกทั้งยังไม่มี

ความตั้งใจที่จะขอรับความช่วยเหลือโดยตรงต่อนักวิชาชีพสุขภาพจิตแม้จะมีปัญหาด้านจิตใจสูงเพียงใด โดยทั่วไปเราจะเข้าใจว่าการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย น้อยๆ ผู้ป่วยพอทนได้ก็จะยังไม่ไปพบแพทย์ เพราะคิดว่าบางที่อาการป่วยเหล่านั้นอาจจะหายไปเองได้ ซึ่งความจริงการใช้ชีวิตประจำวันของคนไทยก็มีภาวะความเครียด ความไม่สบายใจ เพราะจากผลการสังเคราะห์งานวิจัยชี้ว่าระดับความเครียดของคนไทยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป (อังศินันท์ อินทรกำแหง, 2551) แต่กลับพบว่าผู้ที่ประสบกับปัญหาสุขภาพจิตซึ่งถือว่าเป็นปัญหาที่มีความละเอียดอ่อนที่บุคคลอาจต้องใช้เวลาในการตรวจสอบว่าตกลงว่าตนเองเป็นอะไรกันแน่ ประกอบกับการเข้าพบบุคลากรด้านจิตเวชถือว่าเป็นเรื่องที่น่าอาย จึงมีความลังเลที่จะขอรับการบำบัดรักษา สอดคล้องการศึกษาที่พบว่าคนที่มีความคิดจะฆ่าตัวตายอย่างรุนแรงกลับไม่มีความต้องการรับความช่วยเหลือ เนื่องจากบุคคลเก็บกดความไม่สบายใจเอาไว้ และมักจะพบว่าคนเหล่านั้นก็อาจจะจบชีวิตด้วยการฆ่าตัวตาย ทั้งนี้สอดคล้องกับทฤษฎีการเผชิญวิกฤต หรือ Crisis

Theory (Aguilera, 1986 citing Shives, 1994) ที่รายงานว่าหากบุคคลมีความไม่สบายใจในระดับน้อย จะปรับตัวกับปัญหาได้ด้วยตนเอง และหากมีปัญหาระดับปานกลางบุคคลจะแสวงหาแหล่งสนับสนุน แต่หากมีปัญหาระดับรุนแรงมากขึ้นบุคคลจะรู้สึกสับสน ลำดับความคิดไม่ได้ เก็บตัว ปฏิเสธความช่วยเหลือ จึงทำให้บุคคลไม่ต้องการขอรับความช่วยเหลือจากบุคคลใด ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นสถานการณ์ที่น่าเป็นห่วงว่าแม้ว่านิสิตจะมีปัญหาความไม่สบายใจมากเพียงใดยังมีทัศนคติทางลบและไม่มีความตั้งใจจะขอรับความช่วยเหลือเลย ทั้งที่นิสิตนั้นมีปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดความเครียดมากมาย ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการเรียน การปรับตัวกับเพื่อน ค่าใช้จ่าย โดยเฉพาะนิสิตที่มาจากต่างจังหวัด จึงถือได้ว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ควรประเมินอยู่เป็นระยะจากอาจารย์ที่ปรึกษา แต่อย่างไรก็ตามมีรายงานว่าบุคคลที่มีความไม่สบายใจอย่างรุนแรงจะมีความสัมพันธ์สูงกับความตั้งใจต่อการแสวงหาขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต (Uffelman, 2005) เช่นเดียวกับข้อค้นพบของโรสและแม็คคานิค (Rose & Mechanic, 2002) พบว่าผู้ที่ตกเป็นเหยื่อจากถูกระบาดทางเพศและมีระดับภาวะความเครียดและมีบาดแผลทางจิตใจจากเหตุการณ์สูง (Post Traumatic Stress Disorders/ PTSD) จะสามารถเป็นตัวทำนายการขอรับความช่วยเหลือได้สูงกว่ากลุ่มที่ระดับของ PTSD ต่ำ โดยกลุ่มที่มี PTSD สูงจะขอรับความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพ เช่น จากนักวิชาชีพด้านการแพทย์ด้านสุขภาพจิต และด้านกฎหมาย

จะเห็นว่าผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าระดับของปัญหาสุขภาพจิตไม่มีผลโดยตรงต่อความตั้งใจที่ขอรับความช่วยเหลือเสมอไป ทั้งนี้เป็นเพราะทัศนคติที่มีต่อการขอรับความช่วยเหลือของแต่ละบุคคลแตกต่างกันออกไป และทั้งนี้อาจอธิบายได้อีกว่าหากระดับความปัญหาสุขภาพจิตไม่รุนแรงมากบุคคลอาจมีทางเลือกอื่นๆ ในการลดความไม่สบายใจ แต่ในกรณี

บุคคลที่มีภาวะของ PTSD ซึ่งทางด้านจิตเวชถือว่าเป็นปัญหาสุขภาพจิตในระดับรุนแรง จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากวิชาชีพสุขภาพจิตเพื่อให้ตนเองหายจากความทุกข์และสามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้

ตามสมมติฐานข้อที่ 2 การรับรู้ตราบาปมีอิทธิพลทางตรงต่อทัศนคติต่อการขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อความตั้งใจที่จะขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต โดยผ่านทัศนคติต่อการขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต จากการวิเคราะห์พบว่าสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 2 การรับรู้ตราบาปมีอิทธิพลทางตรงต่อทัศนคติต่อการขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตเป็นอิทธิพลทางลบ การรับรู้ว่าการขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิตเป็นเรื่องที่น่าอาย คิดว่าคนอื่นจะมองว่าตนเองเป็นคนน่ารังเกียจ คิดว่าคนอื่นจะมองตนเองไม่มีคุณค่า เพราะกลัวว่าคนอื่นจะคิดว่าตนเองเป็นคนบ้าและน่ากลัว เมื่อนิสิตรับรู้ลักษณะดังกล่าวมากเท่าใดก็ทำให้มีทัศนคติต่อการขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตมากเท่านั้น ทั้งนี้การรับรู้ตราบาปเป็นอุปสรรคขัดขวาง (Barrier) ต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต มิงงานวิจัยของแมคแนร์และคณะ ฮอยท์และคณะ คุปเปอร์-แพททริกและคณะ (citing Barney et al., 2005) พบว่า การรับรู้ถึงตราบาปเป็นอุปสรรคต่อการขอความช่วยเหลือของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า รวมถึงผู้ที่มีปัญหาทางอารมณ์และมีความคิดจะฆ่าตัวตาย (Wilson et al., 2002) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับจากการศึกษาที่พบว่าการรับรู้ถึงตราบาปเป็นตัวแปรสำคัญของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่จะหลีกเลี่ยงเพื่อขอรับคำปรึกษาหรือแสวงหาความช่วยเหลือด้านจิตใจ (Al-Darmaki & Fartima, 2003) แต่ก่อนที่นิสิตจะไปถึงความตั้งใจที่จะขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตกับนักสุขภาพจิตนั้นต้องผ่านทัศนคติที่ดีก่อน ทั้งนี้มีความสอดคล้องกับทฤษฎี Theory of Reasoned Action ของไอเซน และฟิชเบิน (Ajzen & Fishbein,

1985) ซึ่งความตั้งใจจะเป็นตัวกลางที่เชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติกับพฤติกรรม นั้นแสดงว่าทัศนคติเกิดก่อน ตามมาด้วยความตั้งใจและเกิดพฤติกรรมตามท้าย ซึ่งจากข้อค้นพบจากการศึกษาคำนี้สอดคล้องกับทฤษฎีดังกล่าว กล่าวคือการรับรู้ตราบาปจากการขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตส่งผ่านทัศนคติต่อการขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต และนำไปสู่ตัวแปรความตั้งใจที่จะขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตกับนักสุขภาพจิต

ตามสมมติฐานข้อที่ 3 ประสบการณ์การขอรับบริการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตมีอิทธิพลทางตรงต่อความตั้งใจที่จะขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต ซึ่งจากการศึกษาพบว่าสนับสนุนสมมติฐานดังกล่าว สมมติฐานข้อนี้สะท้อนว่า ประสบการณ์การขอรับคำปรึกษาทำให้ผู้รับบริการค้นพบทางเลือกในการแก้ไขปัญหาในชีวิต และปรับปรุงวิธีการปรับตัวไปสู่วิธีการที่มีประสิทธิผล ทำให้เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาบุคคลจึงใส่ใจและตั้งใจไปขอรับการช่วยเหลือ (Experiential learning) ดังนั้นการที่บุคคลมีประสบการณ์ในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งมาก่อน ในการกระทำครั้งต่อไปบุคคลนั้นจะมีความมั่นใจมากขึ้น แต่ทั้งนี้ต้องขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่ได้รับนั้นเป็นไปในทางบวกหรือลบ ถ้าเป็นประสบการณ์ที่เกิดประโยชน์ บุคคลจะยิ่งมีความมุ่งหวังที่จะทำต่อไปเสมือนหนึ่งถูกเสริมแรงทางบวก ถึงแม้ว่าการขอรับบริการทางด้านสุขภาพจิตจะถูกสังคยมองเป็นภาพลบ และเป็นอุปสรรคการเข้าถึงบริการอย่างมาก โดยเฉพาะในสังคมไทย วัยรุ่นที่เคยมีประสบการณ์ได้รับความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพด้านสุขภาพจิตมาก่อน จะมีความตั้งใจที่จะเข้ารับขอความช่วยเหลือสูงเมื่อมีปัญหาด้านอารมณ์และมีแนวความคิดที่ฆ่าตัวตาย (Sheffield, 2004 & Uffelman, 2005) นอกจากนี้มีรายงานว่าคุณภาพของการรักษาด้านสุขภาพจิตที่ดีมีคุณภาพในอดีตจะมีอิทธิพลต่อความตั้งใจที่จะเข้ารับบริการอีกในอนาคต เช่นเดียวกับการศึกษาในกลุ่มผู้

ต้องชังชายจำนวน 111 คน โดยใช้แบบวัดถึงประโยชน์จากการได้รับความช่วยเหลือว่ามีมากน้อยเพียงใดจากการวัดได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่มคือกลุ่มที่ไม่เคยขอรับความช่วยเหลือมาก่อน กลุ่มที่เคยได้รับความช่วยเหลือแต่รู้สึกที่ไม่ได้รับประโยชน์ และกลุ่มที่เคยได้รับความช่วยเหลือและเห็นว่ามีประโยชน์ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มสุดท้ายเป็นปัจจัยสำคัญต่อความตั้งใจที่จะแสวงหาเพื่อขอรับความช่วยเหลือมากกว่าอีก 2 กลุ่มอย่างมีนัยสำคัญ (Sheffield, 2004)

ตามสมมติฐานข้อที่ 4 ทัศนคติต่อการขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต มีอิทธิพลทางตรงต่อความตั้งใจที่จะขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต การศึกษานี้สนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ และสอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติ ฟิช บาย และไอเซน (Fishbein & Ajzen, 1975) กล่าวว่า ทัศนคติเป็นความรู้สึก ที่เกิดขึ้นต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ที่เป็นผลมาจากการประเมินตามระดับความเข้มข้นของความเชื่อที่มีต่อคุณลักษณะด้านต่างๆ และมีผลให้เกิดความตั้งใจเพื่อจะแสดงพฤติกรรมโดยจะออกมาในทิศทางที่สอดคล้องกับทัศนคติ

จะเห็นได้ว่าความตั้งใจที่จะกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งนั้นเกิดจากการส่งมาจากตัวแปรทัศนคติ ในด้านสุขภาพจิตกล่าวถึงว่าทัศนคตินี้จะเป็นตัวแปรสำคัญต่อการตัดสินใจหรือความตั้งใจของบุคคลในการแสวงหาความช่วยเหลือเมื่อประสบปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ (Sheffield et al., 2004) พบได้จากการศึกษาของชานดรา และมินโควิทส์ (Chandra & Minkovits, 2007) ที่ศึกษาสุขภาพจิตของวัยรุ่นพบว่าไม่มีการพูดคุยและระบายปัญหาความไม่สบายใจต่อกันในครอบครัว เพราะมีทัศนคติทางลบต่อปัญหาสุขภาพจิต ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการที่บุคคลมีทัศนคติไม่ดีต่อปัญหาสุขภาพจิตก็จะไม่แสดงพฤติกรรมใดๆ สิ่งที่มีความเชื่อมโยงกับสุขภาพจิต แต่ตั้งที่กล่าวมาแล้วว่าก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมจะต้องผ่านความตั้งใจมาก่อน

ด้วย มีผลการศึกษาชี้ว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจเพื่อแสวงหาขอรับความช่วยเหลือ (Uffelman, 2005) สอดคล้องกับข้อค้นพบของเซปเปดา-เบนนิโต และชอร์ท (Cepeda-Benito & Short citing Aloud, 2004) ที่ศึกษากับนิสิตรายงานว่าการมีทัศนคติทางลบต่อปัญหาสุขภาพจิตเป็นสาเหตุนำไปสู่อุปสรรคการขอรับความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพด้านสุขภาพจิต โดยไปพึ่งศาสนาหรือความเชื่อท้องถิ่นอื่นๆ

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาที่จะนำไปสู่การเข้าใจบริบทของนิสิตนักศึกษาของไทยที่ชัดเจนมากขึ้นเมื่อทำการศึกษาต่อยอด กลุ่มที่ใช้ในการศึกษานี้ถือว่ายังอยู่ในช่วงวัยรุ่น เพื่อจะศึกษาการแก้ไขปัญหสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นได้จากวัยที่ถือว่าเป็นหัวเลี้ยวหัวต่อ และยังคงอยู่ในวัยการศึกษาเล่าเรียนที่ต้องเผชิญกับภาวะกดดัน ความเครียดหลายอย่างมากมาย เพื่อให้ นิสิตนักศึกษาเหล่านี้จบการศึกษาไปอย่างมีคุณภาพ และมีความสุข ปัจจัยทางด้านสุขภาพจิตมีความสำคัญต่อการเรียน มีงานวิจัยที่พบว่าสุขภาพจิตและความฉลาดทางอารมณ์มีผลต่อความสำเร็จทางการเรียน (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว และคณะ, 2544) ดังนั้นเมื่อนิสิตนักศึกษาสามารถแก้ไขปัญหาคความไม่สบายใจได้ก็จะมีผลการเรียนที่ดี ซึ่งการขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิตน่าจะได้รับการยอมรับเหมือนการเข้ารับบริการด้านสุขภาพกาย

ข้อเสนอแนะด้านการวิจัย จากการ ศึกษารูปแบบความสัมพันธ์ของตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตและการขอรับบริการด้านสุขภาพจิตยังไม่พบแพร่หลายในบริบทของสังคมไทย จึงเห็นว่านักวิชาชีพสุขภาพจิตควรมีการพัฒนาองค์ความรู้ปัจจัยเชิงสาเหตุที่จะมีอิทธิพลต่อความตั้งใจที่จะขอรับบริการด้านสุขภาพที่มีความสมบูรณ์ต่อไป

ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติ

จากข้อค้นพบในการศึกษาครั้งนี้ชี้ว่า ทัศนคติเป็นตัวแปรสื่อกลางระหว่างความตั้งใจที่จะขอรับบริการด้านสุขภาพจิตกับการรับรู้ตราบายและระดับของปัญหาสุขภาพจิต สะท้อนให้เห็นว่าทัศนคติเกี่ยวกับการรับบริการด้านจิตเวชนั้นมีความสำคัญที่จะทำให้บุคคลมีความตั้งใจและไม่มีความตั้งใจที่จะขอรับรับความช่วยเหลือกับนักวิชาชีพสุขภาพจิตเมื่อเกิดความไม่สบายใจ แม้ว่าทัศนคติจะเปลี่ยนแปลงไม่ถาวร แต่ก็สามารถแก้ไขและพัฒนาได้ไม่ยากเช่นเดียวกัน ผู้วิจัยเห็นว่าสถาบันการศึกษามีโอกาสที่ดีกว่าสถาบันอื่นๆ ในการถ่ายทอดความรู้ ความเข้าใจหรือจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ทั้งนี้ นิสิตส่วนใหญ่จะต้องลงเรียนกระบวนวิชาจิตวิทยาเบื้องต้นอยู่แล้ว ดังนั้นน่าจะเป็นช่องทางที่ดีมากช่องทางหนึ่ง ในการเพิ่มทัศนคติทางบวกกับผู้มีปัญหาด้านสุขภาพจิต และมีทำที่ที่ดีต่อการขอรับคำปรึกษาจากนักวิชาชีพสุขภาพจิตไม่ช่องทางใดก็ช่องทางหนึ่ง เนื่องจากปัจจุบันกรมสุขภาพจิตให้บริการขอรับคำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตทางโทรศัพท์สายด่วน (Hotline) ซึ่งน่าจะเป็นด่านแรกที่จะทำให้ประชาชนมีความรู้สึกที่ดี และได้รับประสบการณ์ทางบวก ที่มีผลต่อทัศนคติเชิงบวกอันจะนำไปสู่การเกิดความตั้งใจและพฤติกรรมขอรับความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพสุขภาพจิตต่อไป ในขณะที่เดียวกัน สถาบันทางด้านสุขภาพจิตควรมีการรณรงค์ทางสื่อเพื่อให้ความรู้ ความเข้าใจ ร่วมกับการเสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อการขอรับบริการสุขภาพจิตเสมือนหนึ่งการขอรับบริการด้านสุขภาพกาย นอกจากนี้ต้องพัฒนาทักษะความรู้ ความสามารถของนักวิชาชีพสุขภาพจิตในการให้บริการที่ดี มีคุณภาพ เพื่อเป็นเครื่องยืนยันว่าเมื่อผู้ใช้บริการมารับบริการแล้วสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่การดำเนินชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะด้านการส่งเสริมป้องกัน

ปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคทางจิตเวชที่รุนแรงและซับซ้อนมากขึ้นถ้าไม่ได้รับการบำบัดเยียวยาตั้งแต่เริ่มแรก ดังนั้นความรู้ด้านสุขภาพจิต แหล่งการเข้าถึง รวมถึงทัศนคติทางลบต่อการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิต จะทำให้คนที่มีปัญหาสุขภาพจิตไม่เข้ารับบริการดังกล่าว ซึ่งเป็นปัจจัยของบุคลากรของสถาบันด้านสุขภาพจิตอาจต้องมีการพิจารณาถึงแนวทางความเป็นไปได้และอาจ

เพิ่มบทบาทเชิงรุก เพื่อให้ประชาชนได้รับทราบถึงผลดีต่างๆ ปัจจุบันกรมสุขภาพจิตก็มีการรณรงค์การให้การยอมรับผู้ป่วยโรคจิตเวช รวมถึงการให้กำลังใจและให้โอกาสแก่ผู้ป่วย โดยไม่แบ่งแยกพวกเขาออกจากสังคม ลดตราบาปจากการเข้ารักษาด้านจิตเวช เพิ่มความตั้งใจที่จะเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตเมื่อมีปัญหาสุขภาพจิต และจะลดการสูญเสียจากการทำร้ายตนเอง ฆ่าตัวตาย ลดความรุนแรงในสังคมได้

เอกสารอ้างอิง

ดวงเดือน พิพัฒน์ชูเกียรติ. (2541). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขสมบูรณ์ของนิสิตชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต. ปรินญา นินท์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.*

สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว แสงหล้า พลนอก และ เขาวนีย์ ล่องชุมผล. (2544). *รายงานการวิจัยเรื่องภาวะสุขภาพจิต ความฉลาดทางอารมณ์ และความสำเร็จด้านการเรียนของนิสิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร. พิษณุโลก: คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวร.*

ศิริพร อังคานุสรณ์. (2530). *ผลกระทบของสภาพแวดล้อมในมหาวิทยาลัยที่มีต่อความเครียดของนิสิต : ศึกษากรณีนิสิตชั้นปีที่ 2 มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.*

อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2551). *การสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียดของคนไทย. วารสารพฤติกรรมศาสตร์, 14(1), 135-150.*

Al-Darmaki, Fartima ,R. (2003). Attitudes towards seeking professional psychological help: What really counts for United Arab Emirates University students?. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 31(5), 497-508.

Aloud, N. (2004). *Factors affecting attitudes to ward seeking and using formal mental health and psychological services among Arab-Muslims population.* Presented in partial Fulfillment of the Requirements for the Degree Doctor of Philosophy in the Ohio State University.

Atkinson, W.N. (2007). *Chinese and North American College students' attitude toward seeking professional psychological help: gender and ethic comparisons.* A thesis presented to the faculty of Humboldt State University in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of

Arts in Psychology (Counseling).

- Ajzen, Icek. (1985). From intentions to actions : A theory of planned behavior. In J. Kuhl & J. Beckmann(Eds.), *Action-control: from cognition to behavior*. Heidelberg: Springer, 11-39.
- Chandra, A. & Minkovitz, C.S. (2007). Factors that influence mental health stigma among 8th grade adolescents. *Journal of Youth Adolescence*, 36, 763-774.
- Corrigan, PW. (2007). *How clinical diagnosis might exacerbate the stigma of mental illness*. *Social Work*, January. 52, 31.
- Fishbein, M. Ajzen. (1975). *Belife, attitude, intention and behavior : An introduction to theory and research*. London : Addison-Wesley Publishing Company,
- Gray, A.J. (2002). Stigma in psychiatry. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 95, 72-76.
- Hagger M.S, Chatzisarantis NLD, & Biddle, SJH. (2002). A meta-analytic review of the theories of reasoned action and planned behavior in physical activity: predictive validity and the contribution of additional variables. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 24, 3-32.
- Hair, J.F., Black, W.C., Babin, B.J., Anderson, R.E., & Tatham, R.L. (2006). *Multivariate data analysis*. 6th ed. New Jersey: Pearson Prentice-Hall.
- Komiya N., Good GE., & Sherrod ,NB. (2000). Emotional openness as a predictor of college students' attitudes toward seeking psychological help. *Journal of Counselling Psychology*, 47 (1), 138- 143.
- Mansfield, A.K., Addis, ME., & Courtenary W (2005). Measurement of men's help seeking: development and evaluation of the barriers to help seeking scale. *Psychology of Men & Masculinity*, 6 (2), 95 - 108.
- Ohtsuka, T.(2005). *Impact of cultural change and acculturation on the health and help seeking behavior of Vietnamese-Australians*. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Professional Doctorate of Psychology (Health Psychology).
- Rickwod, D., Deane, F.P., Wilson, C.J., & Ciarrochi, J. (2005). Young people's help-seeking for mental health problems. *Australia e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4 (3), 1-7.
- Rose, S.M. & Mechanic, M.B. (2002). Psychological distress, crime features, and help-seeking behaviors related to homophobic bias incidents. *American Behavioral Scientist*, 46 (1), 14-26.
- Sirey, J.A., Bruce, M.L., Alexopoulos, G.S., Perlick, D.A., Friedman, S.J., & Meyers, B.S. (2001). Perceived stigma and patient-related severity of illness as predictors of antidepressant drug adherence. *Psychiatric Services*, 52 (12), 1615-1620.
- Sheffield, J.K., Fiorenza, F., & Sofronoff, K. (2004). Adolescents' willingness to seek psychological help: promoting and preventing factors. *Journal of Youth and Adolescence*, Immediate online access, publication date: 01-Dec-2004.

- Shives, L.R. (1994). *Basic concept of psychiatric mental health nursing*. Pennsylvania: J.B. Lippincott Company.
- So, D.W., Gilbert, S., & Romero, S. (2005). Help-seeking attitudes among African American college students. *College Student Journal*. Howard University.
- Tabachnick, B.G. & Fidell, L.S. (2007). *Using Multivariate Statistics*. 5th ed. Boston: Pearson Education, Inc.
- Tishby, O. (2001). *Help-seeking attitude among Israeli adolescents—statistical data included*. *Adolescent*. Summer.
- Uffelman, R.A. (2005). *Moderation of the relationship between distress and help-seeking intentions: an application of hope theory*. In Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree Doctor of Philosophy in the Graduate Faculty of The University of Akron.
- Van Voorbees, B.W., Fogel, J., Houston, T.K., Cooper, L.A., Wang, Nae-Yab., & Ford, D.E. (2005). Beliefs and attitudes associated with the intention to not accept the diagnosis of depression among young adults. *Analysis of Family Medicine*, 3 (1), 38 - 46.
- Vogel, D.L., Wage, N.G., & Hackler, A.H. (2007). Perceived public stigma and the willingness to seek counseling: the mediating roles of self-stigma and attitudes toward counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 54 (1), 40 - 50.
- Wilson, C.J., Rickwood, D., Ciarrochi, J., & Deane, F.P. (2002). *Adolescent barriers to seeking professional psychological help for personal-emotional and suicidal problems*. Conference proceedings of the 9th annual conference for suicide prevention Australia, June 2002, Sydney.