

สภาวะปัญหาสุขภาพจิต และทัศนคติ ต่อการขอรับความช่วยเหลือทางด้านจิตใจ จากนักวิชาชีพสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัย

ณัฐวุฒิ อรินทร์ *

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อสำรวจสภาวะปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัย 2) เพื่อศึกษาองค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบวัดทัศนคติต่อการขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัย และ 3) เพื่อศึกษาโครงสร้างความสัมพันธ์สภาวะปัญหาสุขภาพจิตกับทัศนคติต่อการขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต กลุ่มตัวอย่าง คือ นิสิต นักศึกษามหาวิทยาลัย จาก 4 ภูมิภาคในประเทศไทย (ภาคเหนือ กลาง ตะวันออกเฉียงเหนือ และใต้) จำนวน 815 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ฉบับ คือ แบบวัดสภาวะปัญหาสุขภาพจิต และแบบวัดทัศนคติต่อการขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเชิงความสอดคล้องภายในแบบแอลฟา (α) มีค่าระหว่าง 0.86-0.91 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS และ LISREL ผลการศึกษาพบว่า

นักศึกษามหาวิทยาลัยส่วนใหญ่มีสภาวะปัญหาสุขภาพจิตในระดับต่ำ (ร้อยละ 71.4) ปานกลาง (ร้อยละ 26.9) และสูง (ร้อยละ 1.6) การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบวัดทัศนคติต่อการขอรับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต ที่มี 4 องค์ประกอบ ตามแนวคิดของพิชเชอร์ และเทอนเนอร์ พบว่าแบบจำลองมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีค่าสถิติดังนี้ คือ ค่าไค-สแควร์ (χ^2) มีเท่ากับ 270.60, $df = 137$ ($p = 0.00$), CFI = 1.00, NNFI = 1.00, GFI = 0.97, AGFI = 0.95 และ RMSEA = 0.035 การวิเคราะห์โครงสร้างความสัมพันธ์ พบว่าสภาวะปัญหาสุขภาพจิตส่งผลทางบวกต่อทัศนคติต่อการขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต โดยมีค่าสถิติดังนี้ คือ $\chi^2 = 10.94$, $df = 5$, $P = 0.053$, $\chi^2 / df = 2.19$, CFI = 0.99, NNFI = 0.98, GFI = 1.00, AGFI = 0.98 และ RMSEA = 0.038

คำสำคัญ : สภาวะปัญหาสุขภาพจิต ทัศนคติต่อการขอรับความช่วยเหลือ นักวิชาชีพสุขภาพจิต

Psychological Distress And Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help Among University Students

Nattawut Arin*

ABSTRACT

The three objectives of this study were to 1) explore the level of psychological distress 2) examine the construct validity of Attitudes toward Seeking Professional Psychological Help scale (ATSPPHS) and 3) examine the structural relationship model of psychological distress variable and attitudes toward seeking professional psychological help (ATSPPH). The sample consisted of 815 university students from 4 regions in Thailand (Northern, Central, Northeastern, Southern). Two questionnaires- Psychological distress and Attitude Toward Seeking Professional Psychological Help Scale (ATSPPH) were used for data collecting with reliability of 0.86 - 0.91. The data was statistically analyzed by SPSS and LISREL programs. The results revealed:

Majority of samples reported low psychological distress (71.4%), moderate (26.9%) and 1.6% met high psychological distress. The confirmatory factor analysis results show that ATSPPHS which consists of 4 factors based on Fischer & Turner's theory, fit with the empirical data with the goodness-of-fit indices as follows: Chi- square $\chi^2 = 270.60$, df. = 137 ($p = 0.00$), CFI = 1.00, NNFI = 1.00, GFI = 0.97, AGFI = 0.95 and RMSEA = 0.035. The result of the structural relationship model found that psychological distress variable was positive affected to ATSPPH and also fit with the empirical data with the goodness-of-fit indices as follows: Chi- square $\chi^2 = 10.94$, df = 5, $P = 0.053$, $\chi^2 / df = 2.19$, CFI = 0.99, NNFI = 0.98, GFI = 1.00, AGFI = 0.98 and RMSEA = 0.038

Keywords : Psychological Distress; Attitudes toward Help Seeking;
Mental Health Professionals

บทนำ

นิสิตนักศึกษา เป็นช่วงเปลี่ยนผ่านการศึกษาในระดับมัธยมสู่ระดับอุดมศึกษา ต้องปรับตัวกับวิธีการเรียนที่ต้องชวนขวยเรียนรู้ด้วยตนเอง ปรับตัวกับเพื่อนใหม่ ส่วนใหญ่ต้องใช้ชีวิตห่างไกลพ่อแม่ ต้องบริหารค่าใช้จ่าย เหล่านี้ล้วนเป็นจุดวิกฤตที่นักศึกษาต้องเผชิญ ทำให้มีโอกาสเกิดความไม่สบายใจและมีปัญหาสุขภาพจิตได้สูง แต่พบว่าบุคคลทั่วไปรวมถึงวัยรุ่น เมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต จะไม่ขอรับความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต แม้ว่าจะมีความรุนแรงมากก็ตาม สอดคล้องกับงานวิจัยรายงานว่า ความเต็มใจที่จะขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตเป็นปัญหาที่พบได้ในทุกประเทศ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา มีเพียงร้อยละ 8 เท่านั้น ที่สมัครใจเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตกับผู้เชี่ยวชาญ (Aloud, 2004) เช่นเดียวกับข้อมูลประเทศออสเตรเลียชี้ว่าวัยรุ่นอายุ 12 - 26 ปี เป็นช่วงวัยมีปัญหาสุขภาพจิตสูง ที่พบมาก ได้แก่ อาการซึมเศร้า ปัญหาจากการใช้สารเสพติด ความวิตกกังวล และโรคจิต (Rickwood, Deane, Wilson, & Ciarrochi, 2005) แม้ว่าเพื่อนสนิทจะคอยให้กำลังใจ ทำให้บางปัญหาสามารถผ่านพ้นไปได้ แต่บางปัญหาที่ซับซ้อนไม่สามารถช่วยเหลือจากเพื่อนได้ทั้งหมด โดยธรรมชาติของมนุษย์หากรู้สึกไม่สบายใจ ดึงเครียดในระดับที่รุนแรง ควรจะขอรับความช่วยเหลือทางด้านจิตใจกับนักวิชาชีพด้านสุขภาพจิต แต่พบผลตรงข้าม คือ ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิตไม่มีผลโดยตรงต่อการขอความช่วยเหลือ (Tishby, 2001) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าวัยรุ่นบางรายมีปัญหาสุขภาพจิตรุนแรงและไม่ได้รับการช่วยเหลือจนถึงขั้นฆ่าตัวตายที่เป็นข่าวตามสื่อต่างๆ เป็นระยะ ๆ เป็นต้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการสำรวจว่านักศึกษามีภาวะความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิตอยู่ในระดับใด

ปัญหาสุขภาพจิตหากไม่ได้รับการช่วยเหลือ บำบัดรักษาที่ถูกต้องจะส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการเรียน ทำให้ผลการเรียนต่ำ จนอาจเกิดการฆ่าตัวตาย

มีการศึกษาพบว่าปัญหาสุขภาพจิต มักจะเกิดขึ้นกับนักศึกษาสูง (Esra, 2009) จากการรวบรวมข้อมูลของ ออ-ดาร์มากี และฟาติมา (Al-Darmaki, & Fatima, 2003) พบว่านักศึกษามักมีปัญหาด้านสุขภาพจิตระหว่างศึกษาในมหาวิทยาลัย และจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากนักวิชาชีพด้านสุขภาพจิต แต่ส่วนใหญ่ไม่ขอความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพด้านสุขภาพจิต โดยจะขอความช่วยเหลือจากพ่อแม่ หรือเพื่อนแทน (Tishby, 2001) ซึ่งบุคคลเหล่านี้ไม่มีทักษะและไม่ได้ฝึกฝนที่จะบำบัดช่วยเหลือหากมีปัญหาด้านอารมณ์รุนแรง (Rickwood, Deane, Wilson, & Ciarrochi, 2005) วิวสันได้กล่าวไว้ว่า ความลังเลต่อการขอรับความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพด้านสุขภาพจิต เช่น จิตแพทย์ นักจิตวิทยาคลินิก นักให้คำปรึกษา จึงมักเกิดความสูญเสีย เช่น การทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตาย (Wilson, Rickwood, Ciarrochi, & Deane, 2002) แม้ในประเทศที่เป็นประเทศพัฒนา พบว่าอุปสรรคที่สำคัญอย่างหนึ่งคือ การรับรู้และการมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการมีปัญหาสุขภาพจิต และบางวัฒนธรรมเชื่อว่าเกิดจากอำนาจลึกลับดลบันดาล จึงไปรักษาทางไสยศาสตร์ รวมไปถึงการรับรู้ความผิดจากสังคม การไม่ยอมรับบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตและป่วยทางจิตใจ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมสะท้อนให้เห็นอย่างชัดเจนว่าทัศนคติมีความสำคัญต่อความตั้งใจในเชิงพฤติกรรม (Intention) และเกิดเป็นพฤติกรรมของมนุษย์อย่างมาก (Behavior) (Fishbein & Ajzen, 1975) จึงเป็นเหตุผลสำคัญที่ผู้วิจัยสนใจศึกษาเกี่ยวกับ ทัศนคติต่อการขอรับความช่วยเหลือด้านจิตใจ ซึ่งเป็นการรับรู้และความรู้สึกของบุคคลในการตอบสนองว่าชอบ หรือไม่ชอบต่อการรับบริการ หรือการขอรับคำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิต หรือปัญหาด้านอารมณ์ (Esra, 2009; Aloud, 2004) ในต่างประเทศมีการสร้างเครื่องมือวัดทัศนคติต่อการขอรับความช่วยเหลือด้านจิตใจ พัฒนาขึ้นครั้งแรกโดย ฟิชเชอร์ และเทอนเนอร์ ชื่อว่า “Attitudes toward

Seeking Professional Psychological Help scale: ATSPPH” (Fischer & Turner, 1970) โดยได้ทำการศึกษากับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นวัยรุ่น และนักศึกษาในมหาวิทยาลัย ในครั้งแรกแบบวัดนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 31 ข้อ และการศึกษาต่อมาพบว่า มีข้อคำถามที่มีความเหมาะสมเหลือจำนวน 29 ข้อ พิซเซอร์และเทอนเนอร์ ได้ทดสอบเครื่องมือวัด ATSPPH อีกครั้งโดยนำมาศึกษากับกลุ่มตัวอย่างนักเรียนจำนวน 212 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นเชิงสอดคล้องภายใน ผลปรากฏว่ามีค่าเท่ากับ ($\alpha = 0.86$) และในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 406 คน มีค่าเท่ากับ ($\alpha = 0.83$) ซึ่งค่าความเชื่อมั่นทั้ง 2 ค่า ถือว่ามีค่าความสอดคล้องภายในอยู่ระดับค่อนข้างสูง แบบวัดนี้แบ่งโครงสร้างการวัดออกเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) การตระหนักถึงความจำเป็นต่อการช่วยเหลือด้านจิตใจ (Recognition of need for psychological help) ตัวอย่างข้อคำถาม “ในบางเวลาอนาคตข้างหน้า ฉันอาจจะมีปัญหาจำเป็นและต้องการที่ ได้รับการปรึกษาปัญหาทางจิตใจ” 2) ความอดทนต่อการมีมลทินตราบาป (Stigma tolerance) ตัวอย่างข้อคำถาม “การมีความเจ็บป่วยและไม่สบายทางจิตใจทำให้ฉันรู้สึกอับอายได้” 3) การมีสัมพันธภาพกับคนอื่นอย่างเปิดเผย (Interpersonal openness) ตัวอย่างข้อคำถาม “มีประสบการณ์บางอย่างในชีวิตของฉัน ที่ไม่ต้องการที่จะพูดคุยเปิดเผยให้คนอื่นทราบ” 4) ความเชื่อมั่นต่อนักวิชาชีพสุขภาพจิต (Confidence in mental health practitioner) ตัวอย่างข้อคำถาม “แม้จะมีคลินิกสำหรับช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาทางจิตใจ ฉันคิดว่านักวิชาชีพด้านสุขภาพจิตเหล่านั้นไม่ค่อยน่าเชื่อถือเท่าไรนัก” แบบวัดนี้มีการนำไปใช้เพื่อศึกษาวิจัยในหลายประเทศที่มีพื้นฐานแนวคิดในองค์ประกอบ 4 ด้าน ประเทศยังไม่มี การนำมาใช้อย่างกว้าง จากการศึกษารายงานของ ฌีร์ซูดิ อรินทร์ (2553) มีการนำแบบวัดนี้มาใช้กับนักศึกษาไทยเช่นกัน แต่เป็นการศึกษานำร่องเฉพาะกลุ่มนักศึกษาในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร และไม่ได้

ทำการทดสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง ดังนั้นใน การศึกษานี้จึงมีการศึกษากับกลุ่มนักศึกษาที่กว้างขึ้น และมีการทดสอบว่าแนวคิดของแบบวัดนี้มีความ เที่ยงตรงโดยสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์หรือไม่ อย่างไร

การศึกษานี้ จึงทำการศึกษาเพื่อทดสอบ โครงสร้างของทัศนคติต่อการขอรับความช่วยเหลือด้าน สุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัย ทำให้ได้แบบวัดทัศนคติต่อการขอรับ บริการด้านสุขภาพจิต ที่มีความตรงเชิงโครงสร้าง และ เหมาะสมกับบริบทไทย ยังได้ประโยชน์ในการช่วยอธิบาย ปรากฏการณ์ของทัศนคติต่อการขอรับบริการด้าน สุขภาพจิตของนักศึกษาที่เกิดขึ้นในสังคมไทย ได้สำรวจ สภาวะปัญหาสุขภาพจิต ค้นหากลุ่มเสี่ยงของกลุ่มวัยรุ่น วัยเรียน อีกทั้งยังศึกษาเพื่อต้องการคำตอบว่า ปัญหา สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์อย่างไรต่อทัศนคติต่อการ ขอรับบริการด้านสุขภาพจิต ทั้งนี้เพื่อนำไปสู่ดำเนินการ ในเชิงนโยบายเพื่อผลักดันระบบที่ชัดเจน เช่น การรณรงค์ ให้ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง การเสริมสร้างทัศนคติ ต่อการเข้าใช้บริการสุขภาพจิตตั้งแต่มีปัญหาไม่สบายใจ เล็กน้อย ๆ เพื่อเป็นการป้องกัน ลดความรุนแรงและ เหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดที่จะตามมา เช่น การฆ่าตัวตาย การทำร้ายตนเอง รวมไปถึงการทำร้ายคนอื่นในสังคม ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อสำรวจสภาวะปัญหาสุขภาพจิตของ นักศึกษามหาวิทยาลัย
2. เพื่อศึกษาองค์ประกอบเชิงยืนยันของ แบบวัดทัศนคติต่อการขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพ จิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัย
3. เพื่อศึกษาโครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่าง สภาวะปัญหาสุขภาพจิต กับทัศนคติต่อการขอรับ ความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต ของนักศึกษามหาวิทยาลัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เก็บข้อมูลกับนักศึกษาในมหาวิทยาลัยของรัฐ และในกำกับของรัฐ ทั้ง 4 ภูมิภาคของประเทศไทย ได้แก่ ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ตั้งแต่ชั้นปีที่ 1 จนถึงชั้นปีที่ 4

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงทำการสุ่มภูมิภาคละ 1 มหาวิทยาลัย ในชั้นนี้จะได้จำนวนมหาวิทยาลัยรวมเป็น 4 แห่ง และเพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มากตามที่กำหนดไว้ และมากเพียงพอต่อการวิเคราะห์แบบจำลองเพื่อทดสอบโครงสร้างของแบบวัดตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาในครั้งนี้ จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างจากมหาวิทยาลัยละ 200 คน และเก็บทุกชั้นปี คือ 4 ชั้นปี ผู้วิจัยกำหนดสัดส่วนชั้นปีละ 50 คน ดังนั้นจะมีกลุ่มตัวอย่างจะมีจำนวน 800 คน แต่เพื่อป้องกันการตอบกลับที่ไม่เป็นไปตามความคาดหมายซึ่งอาจเกิดขึ้นได้กับงานวิจัย ผู้วิจัยจึงวางแผนเก็บข้อมูลมากกว่าที่ตั้งเป้าหมายไว้ คือ มหาวิทยาลัยแห่งละ 220 คน โดยในสวน 20 คน ที่เก็บเพิ่มเติมในแต่ละมหาวิทยาลัยนั้น จะไม่แบ่งสัดส่วนในแต่ละชั้นปี คาดว่า จะมีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดในการศึกษานี้จำนวน 880 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบวัดสภาวะปัญหาสุขภาพจิต (Psychological distress) การศึกษาครั้งนี้หมายถึงการประเมินปัญหาสุขภาพจิต จากปริมาณของอาการ ความไม่สบายทางจิตใจ ประกอบด้วยปัญหาสุขภาพจิต 2 ด้าน คือ 1) ภาวะความวิตกกังวล และ 2) ภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยแปลมาจากแบบวัด Hopkins Symptom Checklist (Ohtsuka, 2005) ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และค่าความเชื่อมั่นเชิงสอดคล้องภายในเท่ากับ 0.96 (ณัฐรุณี อรินทร์, 2553) ให้คะแนนแบบประมาณค่า 5 ระดับ (ไม่เคยเลย ถึงบ่อยที่สุด)

แบบวัดสภาวะปัญหาสุขภาพจิต ผู้วิจัยสร้างขึ้นจำนวน 21 ข้อ นำไปทดลองใช้ และตรวจสอบคุณภาพด้วยการหาค่าความเชื่อมั่นแบบสอดคล้องภายใน และพิจารณา ค่าอำนาจจำแนก พบว่าทุกข้อมีค่ามากกว่า 0.30 และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 หลังจากนั้นนำไปเก็บข้อมูลจริงมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92

2. แบบวัดทัศนคติต่อการขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต ในการศึกษานี้ หมายถึง ปริมาณความรู้สึกลับ ความเชื่อเกี่ยวกับคุณค่าและโทษของการขอความช่วยเหลือด้านจิตใจจากนักวิชาชีพด้านสุขภาพจิตของนักศึกษาที่จะตอบสนองไปในทิศทางลบหรือบวก โดยผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบวัด Attitude Toward Seeking Professional Psychological Help Scale (ATSPPH) ของฟิชเชอร์ และเทอนเนอร์ (Fischer, & Turner, 1970) ประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ 1) การตระหนักถึงความจำเป็นต่อการช่วยเหลือด้านจิตใจ (Recognition of need for psychological help: RN) 2) ความอดทนต่อการมีมลทินตราบาป (Stigma tolerance: ST) 3) การมีสัมพันธภาพกับคนอื่นอย่างเปิดเผย (Interpersonal openness: IO) 4) ความเชื่อมั่นต่อนักวิชาชีพสุขภาพจิต (Confidence in mental health practitioner: CM) นักศึกษาตอบโดยให้คะแนนตนเอง 6 ระดับ (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง) แบบวัดนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นจำนวน 28 ข้อ นำไปทดลองใช้ และตรวจสอบคุณภาพด้วยการหาค่าความเชื่อมั่นแบบสอดคล้องภายใน และตัดออก 1 ข้อที่ค่าอำนาจจำแนกต่ำกว่า 0.30 พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 หลังจากนั้นนำไปเก็บข้อมูลจริงมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บข้อมูลการวิจัยนี้ ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามโดยขอความร่วมมือจากอาจารย์ในมหาวิทยาลัยแต่ละภูมิภาค เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล และผู้วิจัยขอความร่วมมือกับอาจารย์ของแต่ละ



มหาวิทยาลัยเป็นผู้ประสานงาน เพื่อให้การเก็บข้อมูล มีความเป็นไปอย่างเรียบร้อย

1. ทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยได้ประสานงานกับอาจารย์ของแต่ละมหาวิทยาลัย พร้อมทั้งชี้แจงวิธีการเก็บข้อมูลทั้งทางวาจา และเป็นลายลักษณ์อักษร โดยส่งแบบวัดทางไปรษณีย์เพื่อดำเนินการเก็บข้อมูลตามแนวทางที่กำหนดไว้แล้ว

3. ติดตามผลการเก็บข้อมูลทางโทรศัพท์กับอาจารย์ จนได้ข้อมูลครบตามที่กำหนด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน โดยใช้สถิติ

เชิงบรรยาย ได้แก่ การหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis: CFA) เพื่อตรวจสอบความกลมกลืนของโมเดลการวัด 4 องค์ประกอบของแบบวัดแบบวัดทัศนคติต่อการขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิตกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป LISREL

3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างสภาวะปัญหาสุขภาพจิต กับทัศนคติต่อการขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัย ด้วยวิธี Path analysis ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป LISREL

ผลการศึกษา

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ระดับสภาวะปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัย

ตาราง 1 แสดงช่วงคะแนนต่ำสุด-สูงสุด จำนวน และร้อยละ ของระดับสภาวะปัญหาสุขภาพจิต

สภาวะปัญหาสุขภาพจิต	ช่วงคะแนน (ต่ำสุด - สูงสุด)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สภาวะปัญหาสุขภาพจิตโดยรวม			
ระดับต่ำ	20 - 45.66	582	71.4
ระดับปานกลาง	45.67 - 71.33	219	26.9
ระดับสูง	71.34 - 97.00	14	1.7
ภาวะความวิตกกังวล			
ระดับต่ำ	7 - 18.33	522	64.0
ระดับปานกลาง	18.34 - 29.66	280	34.4
ระดับสูง	29.67 - 41.00	13	1.6
ภาวะซึมเศร้า			
ระดับต่ำ	12 - 26.66	612	75.1
ระดับปานกลาง	26.67 - 41.33	180	22.1
ระดับสูง	41.34 - 56.00	23	2.8



จากตาราง 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีระดับสภาวะปัญหาสุขภาพจิตโดยรวมในระดับต่ำ จำนวน 582 คน (ร้อยละ 71.4) มีสภาวะปัญหาสุขภาพจิตระดับปานกลาง จำนวน 219 คน (ร้อยละ 26.9) และระดับสูงเพียงเล็กน้อย จำนวน 13 คน (ร้อยละ 1.6) เมื่อจำแนกด้านภาวะความวิตกกังวล พบว่า ส่วนใหญ่มีภาวะความวิตกกังวลระดับต่ำ จำนวน 522 คน (ร้อยละ 64.0) ระดับปานกลางจำนวน 280 คน (ร้อยละ 34.4) และระดับสูง จำนวน 13 คน (ร้อยละ 1.6) สำหรับ

ด้านภาวะซึมเศร้า พบว่าส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าระดับต่ำ จำนวน 612 คน (ร้อยละ 75.1) ระดับปานกลาง จำนวน 180 คน (ร้อยละ 22.1) และระดับสูง จำนวน 23 คน (ร้อยละ 2.8)

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ห้วงค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบวัดทัศนคติต่อการขอรับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต

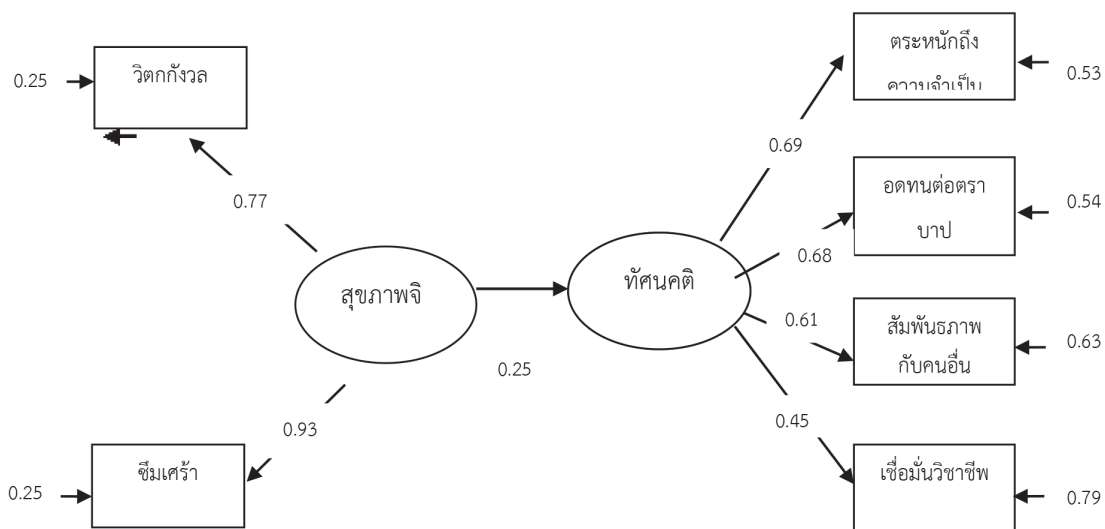
ตาราง 2 ค่าดัชนีความกลมกลืนของแบบจำลององค์ประกอบเชิงยืนยันแบบวัดทัศนคติต่อการขอรับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต หลังปรับแบบจำลอง

ดัชนีความกลมกลืน	เกณฑ์ (Hair; et al. 2006)	ค่าสถิติ
χ^2	$p > 0.05$	$\chi^2 = 270.60, df = 137, p = 0.00$
χ^2 / df	ไม่เกิน 3.0	1.97
CFI	มากกว่า 0.90	1.00
NNFI	มากกว่า 0.90	1.00
GFI	มากกว่า 0.90	0.97
AGFI	มากกว่า 0.90	0.95
RMSEA	น้อยกว่า 0.08	0.035

จากตาราง 2 ผลการวิเคราะห์ห้วงค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบวัดแบบวัดทัศนคติต่อการขอรับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต พบว่าค่าดัชนีความกลมกลืนของแบบจำลององค์ประกอบเชิงยืนยัน หลังปรับแบบจำลอง ค่าสถิติทุกค่าดังกล่าวผ่านเกณฑ์ มีค่าไค-สแควร์ (χ^2) มีค่าเท่ากับ 270.60, $df = 137$ ($p = 0.00$), $CFI = 1.00$, $NNFI = 1.00$, $GFI = 0.97$, $AGFI = 0.95$ และ $RMSEA = 0.035$ สรุปว่าโครงสร้างขององค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบวัด มีองค์ประกอบ 4 ด้านตรงตามทฤษฎีของ

ฟิชเชอร์ และเทอนเนอร์ โดยคัดข้อคำถามที่มีประสิทธิภาพจากทั้งหมด 27 ข้อ คงเหลือ 19 ข้อ ซึ่งแบ่งขึ้นในแต่ละองค์ประกอบดังนี้ องค์ประกอบการตระหนักถึงความจำเป็นต่อการช่วยเหลือด้านจิตใจ จำนวน 6 ข้อ (ข้อ 2 3 5 6 7) ความอดทนต่อการมีมลทินตราบาป จำนวน 5 ข้อ (ข้อ 9 10 11 12 14) การมีสัมพันธภาพกับคนอื่นอย่างเปิดเผย จำนวน 4 ข้อ (ข้อ 16 17 18 20) และความเชื่อมั่นต่อนักวิชาชีพสุขภาพจิต จำนวน 5 ข้อ (ข้อ 22 24 25 26 27)

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์โครงสร้างความสัมพันธ์สภาวะปัญหาสุขภาพจิต กับทัศนคติต่อการขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัย



ภาพประกอบ 1 แบบจำลองความสัมพันธ์สภาวะปัญหาสุขภาพจิตและทัศนคติต่อการขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัย

จากภาพประกอบ 1 ผลการวิเคราะห์โครงสร้างความสัมพันธ์ดังกล่าว หลังปรับแบบจำลอง พบว่าดัชนีความกลมกลืนทุกดัชนีผ่านเกณฑ์และดีกว่า กล่าวคือ $\chi^2 = 10.94$, $df = 5$, $P = 0.053$, $\chi^2 / df = 2.19$, $CFI = 0.99$, $NNFI = 0.98$, $GFI = 1.00$, $AGFI = 0.98$ และ $RMSEA = 0.038$ บ่งบอกว่าแบบจำลองมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยจากประกอบ 2 ค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลมาตรฐานในแบบจำลอง พบว่าทัศนคติต่อการขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัยได้รับอิทธิพลจากสภาวะปัญหาสุขภาพจิต โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลมาตรฐานเท่ากับ 0.25 โดยที่ตัวแปรสังเกตของสภาวะปัญหาสุขภาพจิต ประกอบด้วยภาวะความวิตกกังวล และ ภาวะซึมเศร้า นั้น มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐานเท่ากับ 0.77 และ 0.93 ตามลำดับ สำหรับตัวแปรสังเกตของทัศนคติต่อการขอรับ

ความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต ประกอบด้วย การตระหนักถึงความจำเป็นต่อการช่วยเหลือด้านจิตใจ ความอดทนต่อการมีมลทินตราบาป การมีสัมพันธภาพกับคนอื่นอย่างเปิดเผย และความเชื่อมั่นต่อนักวิชาชีพสุขภาพจิตนั้น มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐานเท่ากับ 0.69 0.68 0.61 และ 0.45 ตามลำดับ

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

ผู้วิจัยอภิปรายตามวัตถุประสงค์ ประกอบด้วย 3 ตอนดังนี้

ตอน 1 สภาวะปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัย

จากข้อค้นพบในการศึกษานี้ พบว่านักศึกษามหาวิทยาลัยส่วนใหญ่มีระดับสภาวะปัญหาสุขภาพจิตโดยรวมในระดับต่ำ และมีสภาวะปัญหาสุขภาพจิตระดับ

สูงจำนวนไม่มาก สะท้อนว่านิสิต นักศึกษาส่วนมากมีสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ สามารถปรับตัวได้ดีกับการใช้ชีวิตในมหาวิทยาลัย เช่นเดียวกับผลการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพรายด้าน พบว่าปัญหาสุขภาพจิตทั้งด้านภาวะความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ อย่างไรก็ตามพบว่านิสิต นักศึกษามีภาวะความวิตกกังวล และซึมเศร้าในระดับสูงอยู่จำนวนหนึ่ง สอดคล้องกับการสำรวจปัญหาสุขภาพจิตคนไทย ปี 2551 ที่พบว่ามีคนไทยจำนวนหนึ่ง คือ ประมาณ 1 ใน 5 เสี่ยงมีสุขภาพจิต เมื่อแยกตามวัยของประชากร พบว่ากลุ่มวัยรุ่น หรือเยาวชนที่มีอายุอยู่ระหว่าง 15 – 24 ปี มีปัญหาสุขภาพจิต คิดเป็นร้อยละ 17.7 (สถานการณ์สุขภาพจิตคนไทย : ภาพสะท้อนสังคม, 2553) และจากการศึกษาอื่นกับกลุ่มนักศึกษาที่พบว่า 1 ใน 3 มีระดับอารมณ์ซึมเศร้าสูง (Halgin, Weaver, Edell, & Spencer, 1987) ในขณะเดียวกันมีผลการศึกษาที่ไม่สอดคล้อง คือพบว่านักศึกษามหาวิทยาลัย แห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ชั้นปีที่ 1 ส่วนใหญ่เกินครึ่ง คือ ร้อยละ 62.90 มีความอดทนต่อความเครียดต่ำ และพบเพิ่มเติมว่านักศึกษาที่มีความเครียดสูงนั้นส่วนใหญ่มาจากต่างจังหวัด (ดวงเดือน พิพัฒน์ชูเกียรติ, 2541) จากงานวิจัยข้างต้นทำให้เห็นความไม่สอดคล้องกัน ทั้งนี้ ส่วนหนึ่งอาจมาจากแบบวัดปัญหาสุขภาพที่ต่างกัน เพราะปัญหาสุขภาพจิตมีมากมายหลายด้าน เช่น ความเครียด ปัญหาการปรับตัว ความวิตกกังวล ซึมเศร้า ปัญหาการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม เป็นต้น ทำให้การใช้แบบวัดในการเก็บข้อมูลมีโอกาสที่จะระบุชี้ชัด ปัญหาสุขภาพจิตแตกต่างกันไปคนละด้าน ซึ่งความเครียดอาจเกิดขึ้นอยู่ในวิถีการใช้ชีวิตประจำวัน ได้ง่ายกว่า

ตอน 2 องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบวัดทัศนคติต่อการขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต

มีการศึกษาทัศนคติต่อการขอรับความช่วยเหลือ

ด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิตในกลุ่มนักเรียน นักศึกษา จำนวน 960 คน กลุ่มตัวอย่างมีความหลากหลาย เช่น นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย นักศึกษาพยาบาล นักศึกษามหาวิทยาลัย พร้อมกันนี้ ก็มีการสร้างแบบวัดที่มีชื่อว่า “Attitudes toward Seeking Professional Psychological Help Scale” โดย ฟิชเชอร์ และเทอนเนอร์ (Fischer, & Turner, 1970) ในปี 1970 ข้อคำถามถูกสร้างขึ้นภายใต้การตรวจสอบคุณภาพของข้อคำถาม โดยนักจิตวิทยาคลินิก นักจิตวิทยาการปรึกษา และจิตแพทย์ รวมจำนวน 14 ท่าน และพบว่าข้อคำถามที่เหมาะสมจำนวน 31 ข้อ และนำข้อคำถามทั้ง 31 ข้อ ให้นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 78 คน นักศึกษาพยาบาล จำนวน 19 คน ให้ความคิดเห็นว่า เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย จากนั้นทำการทดสอบกับนักศึกษามหาวิทยาลัยจำนวน 115 คน และทำการวิเคราะห์ทางสถิติพบว่าจำนวน 2 ข้อที่มีคุณภาพไม่ดี จึงเหลือข้อคำถามจำนวน 29 ข้อ ซึ่งฉบับที่สมบูรณ์ของแบบวัด Attitudes toward Seeking Professional Psychological Help scale (ATSPPHS) โดยมีข้อความทางบวก 11 ข้อ ข้อความทางลบ 18 ข้อ ให้คะแนน 4 ระดับ คะแนนอยู่ระหว่าง 0 – 87 การแปลความหมาย คือ คนที่ได้คะแนนสูงคือ คนที่มีทัศนคติทางบวกต่อการขอรับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต

ต่อมาฟิชเชอร์ และเทอนเนอร์ ได้ทำการทดสอบแบบวัด ATSPPHS กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 212 คน พบว่ามีค่าความสอดคล้องภายในเท่ากับ 0.86 และทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างอีกกลุ่มหนึ่ง จำนวน 406 คน พบว่ามีค่าความสอดคล้องภายในเท่ากับ 0.83 ซึ่งผลการทดสอบทั้งสองกลุ่มดังกล่าว สะท้อนว่ามีค่าความเชื่อมั่นเชิงสอดคล้องภายในดี จากนั้นเมื่อทดสอบแบบ test-retest ในช่วงเวลาที่แตกต่างกันกับกลุ่มนักเรียน นักศึกษา 5 กลุ่ม กล่าวคือ กลุ่มช่วงเวลา 5 วัน

($r=.86$, $n=26$) กลุ่ม 2 สัปดาห์ ($r=.89$, $n=47$) กลุ่ม 4 สัปดาห์ ($r=.82$, $n=31$) กลุ่ม 6 สัปดาห์ ($r=.73$, $n=19$) และกลุ่ม 2 เดือน ($r=.84$, $n=20$) ผลการศึกษาดังกล่าวแสดงว่าแบบวัด ATSPPHS มีความคงที่แม้ว่าเวลาจะเปลี่ยนแปลงไป จากผลการศึกษาข้างต้นเป็นการสะท้อนว่าแบบวัด ATSPPHS มีคุณภาพของแบบวัดที่ดีในเชิงความเชื่อมั่น ทั้งนี้แบบวัด Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help Scale (ATSPPHS; Fisher, & Turner, 1970) พัฒนามานานกว่า 30 ปี (Ghazi-Moghadam, 2009) โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อการประเมินทัศนคติของบุคคลต่อการขอรับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นที่มีความเป็นมืออาชีพหรือเป็นนักวิชาชีพด้านสุขภาพจิต ที่ผ่านการเรียนฝึกอบรม และมีประสบการณ์ รวมถึงแบบวัดนี้ถูกนำมาใช้ในหลายประเทศ หลายวัฒนธรรม ในประเทศไทยก็มีศาสตร์ด้านจิตวิทยาคลินิก และการให้การปรึกษาที่สนใจศึกษาแบบวัดนี้ โดยใช้แนวคิดของพิชเชอร์ และเทอนเนอร์ โดยผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของแบบวัดทัศนคติต่อการขอรับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิตมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิด ทฤษฎีตามแบบวัดของพิชเชอร์ และเทอนเนอร์ ที่สร้างขึ้นภายใต้องค์ประกอบ 4 ด้าน คือ 1) การตระหนักถึงความจำเป็นต่อการช่วยเหลือด้านจิตใจ (Recognition of need for psychological help) 2) ความอดทนต่อการมีมลทินตราบาป (Stigma tolerance) 3) การมีสัมพันธภาพกับคนอื่นอย่างเปิดเผย (Interpersonal openness) 4) มีความเชื่อมั่นต่อนักสุขภาพจิต (Confidence in mental health practitioner) การวิจัยนี้สร้างข้อคำถามขึ้นภายใต้องค์ประกอบดังกล่าว ได้ข้อคำถามทั้งหมดที่ผ่านการทดลองใช้และมีค่าอำนาจจำแนกดี จำนวน 27 ข้อ หลังการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน คงเหลือข้อคำถามที่มีคุณภาพดี ที่สะท้อนถึงการวัดและบ่งชี้ในแต่ละองค์ประกอบนั้นๆ พบว่า มีข้อคำถามที่ดีของ

องค์ประกอบด้านการตระหนักถึงความจำเป็นต่อการช่วยเหลือด้านจิตใจ จำนวน 5 ข้อ องค์ประกอบความอดทนต่อการมีมลทินตราบาป จำนวน 5 ข้อ องค์ประกอบการมีสัมพันธภาพกับคนอื่นอย่างเปิดเผย จำนวน 4 ข้อ และองค์ประกอบมีความเชื่อมั่นต่อนักสุขภาพจิต จำนวน 5 ข้อ รวมทั้งฉบับ 19 ข้อ โดยมีความเชื่อมั่นแต่ละองค์ประกอบอยู่ระหว่าง 0.60 - 0.79 และทั้งฉบับมีค่าเท่ากับ 0.84 ซึ่งใกล้เคียงกับแบบวัด ATSPPHS สร้างขึ้นครั้งแรกโดยพิชเชอร์ และเทอนเนอร์ ที่มีจำนวนข้อคำถามแต่ละองค์ประกอบตามลำดับดังนี้ คือ 8, 5, 7 และ 9 ข้อ ซึ่งผลการทดสอบความเชื่อมั่นสอดคล้องภายในขององค์ประกอบทั้ง 4 ด้านดังต่อไปนี้ $r=0.67$, $r=0.70$, $r=0.62$, $r=0.74$ ตามลำดับ และทั้งฉบับเท่ากับ $r=0.83$

สำหรับงานวิจัยบางชิ้น มีการศึกษาแบบวัดนี้เป็นฉบับสั้น (Short version) เพื่อวัตถุประสงค์ของงานวิจัยนั้นๆ เช่น เพื่อลดระยะเวลา ลดความเหนื่อยล้าของผู้ตอบ หรือประหยัดค่าใช้จ่าย เป็นต้น ตัวอย่างเช่น การศึกษาของเอลไฮ และคณะ (Elhai, Schweinle, & Anderson, 2008) ศึกษาแบบวัดสั้น Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help Scale-Short Form (ATSPPH-SF) โดยมีพื้นฐานแนวคิดจากโดยพิชเชอร์ และเทอนเนอร์ เช่นกัน จำนวน 10 ข้อ คำถาม ให้คะแนนแบบประมาณค่า 4 ระดับ (0 - 3) ตั้งแต่เห็นด้วย ถึง ไม่เห็นด้วย จากองค์ประกอบ 2 ด้าน คือ 1) การตระหนักถึงความจำเป็นต่อการช่วยเหลือด้านจิตใจ (Recognition of Need for Psychotherapeutic Help) 2) มีความเชื่อมั่นต่อนักสุขภาพจิต (Confidence in Mental Health Practitioner) เมื่อทำการทดสอบองค์ประกอบเชิงยืนยันกลับพบว่าไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ จึงมีการทำการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจใหม่อีกครั้ง ได้ออกมาเพียง 2 องค์ประกอบ และตั้งชื่อใหม่ คือ 1) การยอมเปิดเผยตนเองเพื่อขอรับการรักษาเมื่อมีปัญหาทางอารมณ์ (Openness to

Seeking Treatment for Emotional Problems) และ 2) การให้คุณค่าและความจำเป็นต่อการขอรับการรักษา (Value and Need in Seeking Treatment) จากนั้นวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน พบว่ามีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยมีค่าดัชนีความกลมกลืนดังนี้ $\chi^2(34, N=394) df = 84.57, P < 0.001, TLI=0.92, CFI=0.94, RMSEA=0.06$ ทั้งนี้การใช้แบบวัดฉบับเต็ม หรือฉบับสั้น ขึ้นอยู่กับลักษณะของวิจัย ความต้องการ วัตถุประสงค์ และข้อจำกัดของวิจัยของแต่ละงาน

ตอนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะปัญหาสุขภาพจิต กับทัศนคติต่อการขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัย

จากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่าความชุกของการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษาต่างกัน กล่าวคือ ประเทศแคนาดาพบร้อยละ 30 ประเทศตุรกีพบร้อยละ 28.4 และจากการศึกษาของประเทศตุรกีเอง ก็มีข้อค้นพบที่ความหลากหลาย คือ กลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัยแถบนอกเมืองหลวง จำนวน 980 คน มีปัญหาสุขภาพจิตด้านปัญหาการกิน ร้อยละ 2.2 สำหรับในกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาจำนวน 804 คน พบว่ามีปัญหาสุขภาพจิต Somatization disorder ร้อยละ 7.7 (Özenli, Yoldaşcan, Topal, & Özçürümez, 2009) และนักศึกษามหาวิทยาลัย จำนวน 170 พบว่ามีร้อยละ 49 มีปัญหาสุขภาพจิตด้านซึมเศร้า (Özdemir & Rezaki, 2007) ความแตกต่างจากข้อมูลดังกล่าวอาจเกิดจากการวัดปัญหาสุขภาพจิตที่วัดคนละมิติ หรือคนละด้าน เพราะปัญหาสุขภาพจิตมีหลายองค์ประกอบ แต่สิ่งที่น่าสังเกตคือ พบว่านักศึกษาที่เข้ารับบริการศูนย์ให้คำปรึกษามีค่อนข้างต่ำ ประมาณร้อยละ 2 ถึง ร้อยละ 4 เท่านั้น (Raunic & Xenos, 2008) สอดคล้องกับรายงานที่ชี้ว่าวัยรุ่นที่มีปัญหาสุขภาพจิตขอรับความช่วยเหลือจากนักสุขภาพจิตน้อย (Benson, 1990; Boldero & Fallon,

1995; Rickwood, 1995) แต่มักจะปรึกษาเพื่อนเป็นอันดับแรก และรองลงมาเป็นครอบครัว (Boldero & Fallon, 1995; Schonert-Reichl & Muller, 1996) แต่ถ้าหากเป็นปัญหารุนแรงเพื่อน และครอบครัวจะไม่สามารถช่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะไม่ได้ถูกฝึกฝนมาเหมือนกับนักวิชาชีพสุขภาพจิต ทั้งนี้การที่บุคคลมีปัญหาสุขภาพจิตสูงจะส่งผลทางลบตามมา เช่น การศึกษากับนักศึกษาจำนวน 316 คน พบว่านักศึกษาที่มีความเครียดสูง จะส่งผลต่อการเรียน ปรับตัวไม่ได้ มองว่าตนเองไร้ความสามารถ และมีความวิตกกังวล (Brackney & Karabenick, 1995) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษากลุ่มนักศึกษาในประเทศสวีเดน จำนวน 1127 คน พบว่าปัญหาสุขภาพจิตมีผลต่อประสิทธิภาพในการเรียนเช่นกัน (Vaez & Laflamme, 2008) ดังนั้นเพื่อป้องกันเหตุการณ์ในทางลบดังกล่าว การขอรับความช่วยเหลือจึงน่าจะเป็นสิ่งจำเป็น ทั้งนี้โดยกลไกทางจิตปกติทั่วไป เมื่อบุคคลมีความเจ็บป่วยระดับรุนแรง ทนไม่ได้ บุคคลจะมีความตั้งใจและเกิดพฤติกรรม ไปพบผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่างๆ ปัญหาสุขภาพจิตก็เช่นกัน มีนักวิชาการศึกษาและยืนยันว่าความไม่สบายใจที่อยู่ในระดับรุนแรง จะมีความสัมพันธ์สูงกับความตั้งใจต่อการแสวงหาขอรับความช่วยเหลือ (Uffelman, 2005) และการศึกษาที่สนับสนุนว่าผลกระทบจากปัญหาทางจิตใจ มีส่งผลต่อทัศนคติที่จะขอรับการช่วยเหลือจากนักสุขภาพจิตในทางบวก คือ เมื่อบุคคลมีปัญหาสุขภาพจิต จะมีทัศนคติทางบวกต่อการขอรับความช่วยเหลือ เช่น บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความตั้งใจ และปรารถนาที่จะแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต (Halgin, Weaver, Edell, & Spencer, 1987) สอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่าสภาวะปัญหาสุขภาพจิตส่งผลทางบวกกับทัศนคติต่อการขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตจากนักวิชาชีพสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัย

แต่มีการศึกษาที่ขัดแย้ง กล่าวคือแม้ว่าจะมีปัญหาสุขภาพจิต แต่ก็กลับมีทัศนคติทางลบต่อการขอรับความช่วยเหลือ เช่น นักศึกษาจำนวน 45 คนที่ปัญหา

สุขภาพอย่างรุนแรง มีทัศนคติทางบวกน้อยลงต่อการขอรับความช่วยเหลือ (Calhoun & Selby, 1974) เช่นเดียวกับชาง (Chang, 2007) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับนักศึกษามหาวิทยาลัยในประเทศจีน จำนวน 961 คน พบว่านักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้าสูง จะมีทัศนคติทางลบและลังเล อัดอืดต่อการขอความช่วยเหลือด้านจิตใจ (Meltzer, Bebbington, Brugha, Farrell, Jenkins, & Lewis, 2003) ทั้งนี้จากข้อขัดแย้งดังกล่าว อาจจะทำให้เกิดจากการที่บุคคลมีความไม่สบายใจนั้น ย่อมมีอารมณ์และสภาพจิตใจที่ย่ำแย่ และทำให้ความคิด ความรู้สึกทัศนคติออกไปในทิศทางลบโดยปริยาย ซึ่งสอดคล้องกับ Komiya และคณะ ที่กล่าวว่า บุคคลที่มีความทุกข์ใจ คือ คนที่จมอยู่กับความไม่พึงพอใจต่าง ๆ ในชีวิต จึงนำไปสู่ทัศนคติทางลบต่อการขอรับการช่วยเหลือ (Komiya, Good, & Sheriya, 2000)

ดังนั้นปัญหาหนึ่งอันสำคัญของนักศึกษาที่มีปัญหาสุขภาพจิตไม่ขอรับความช่วยเหลือจากนักวิชาชีพสุขภาพจิต เพราะการมีทัศนคติทางลบ เมื่อเป็นเช่นนั้น นิสิต นักศึกษาควรจะไม่ได้รับการช่วยเหลือ เพื่อให้มีสุขภาพจิตดีขึ้น อาจจะมีผลต่อความสามารถในการปรับตัว และเรียนจนจบตามระยะเวลาที่กำหนดของมหาวิทยาลัย ทางภาควิชาจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่มีศูนย์ให้คำปรึกษาที่คาดหวังว่านักศึกษาที่ไม่สบายใจ น่าจะมีโอกาสได้รับการให้การช่วยเหลือทางจิตใจก่อนที่จะมีปัญห่อื่นๆ ตามมา จนมีผลกระทบให้มีผลต่อการจบการศึกษา แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นดังที่ได้กล่าวไปแล้วว่านักศึกษาเองต้องมีความตั้งใจ และมีทัศนคติที่ดีต่อการเข้ารับการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต โดยเฉพาะกับนักวิชาชีพด้านสุขภาพจิต ที่คนส่วนใหญ่มักจะหลีกเลี่ยงการพบจิตแพทย์ นักจิตวิทยา หรือนักให้คำปรึกษา เป็นต้น ดังข้อมูลที่สะท้อนว่าคนที่มีความทุกข์ใจ แต่มีแนวโน้มที่จะไม่แสวงหาความช่วยเหลือ นักวิชาชีพสุขภาพจิต (Obasi, & Leong, 2009)

กิตติกรรมประกาศ

ขอบคุณคณะมนุษยศาสตร์ที่สนับสนุนทุนการวิจัย ขอขอบคุณผู้ประสานงานแต่ละมหาวิทยาลัยตามภูมิภาคต่างๆ และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่สละเวลาตอบแบบสอบถาม

เอกสารอ้างอิง

- ณัฐวดี อรินทร์. (2553). ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจที่จะขอรับความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตจากนักสุขภาพจิตของนิสิตมหาวิทยาลัย. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*. 16(1): 82 -101.
- ดวงเดือน พิพัฒน์ชูเกียรติ (2541). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขสมบูรณ์ของนักศึกษาระดับปีที่ 1 มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ศูนย์รังสิต. ปรินญาณิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิตเอกสุศึกษา กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- Al-Darmaki, F. (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).
- Aloud, N. (2004). *Factors affecting attitudes toward 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 Graduate School of the Ohio State University.



- Benson, P.L. (1990). Help-seeking for alcohol and drug problems: To whom do adolescents turn? *Journal of Adolescent Chemical Dependency*, 1(1), 83-94.
- Boldero, J. & Fallon, B. (1995). Adolescent help-seeking: What do they get help for and from whom? *Journal of Adolescence*, 18, 193-209.
- Brackney, B. E. & Karabenick, S. A. (1995). Psychopathology and academic performance: The role of motivation and learning strategies. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 456-465.
- Calhoun, L. G. & Selby, J. W. (1974). Help-seeking attitudes and severity of psychological distress. *Journal of Clinical Psychology*, 30, 247-248.
- Chang, H. (2007). Psychological distress and help-seeking among Taiwanese college students: Role of gender and student status. *British Journal of Guidance & Counselling*, 35,
- Elhai, J.D., Schweinle, W., & Anderson, S.M. (2008). Reliability and validity of the Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help Scale-Short Form. *Psychiatry Research*. 159: 320–329.
- Esra, Ç. (2009). *University students' attitudes toward seeking professional psychological help: effects of perceived social support, psychological distress, prior help-seeking experience and gender*. A thesis submitted to the graduate school of social science of middle east technology university.
- Fischer, E. H., & Turner, J. L. (1970). Orientations to seeking professional help: Development and Research utility of an attitude scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 35: 79-90.
- Fishbein, M., & Ajzen. (1975). *Beliefs, Attitudes, Intention and Behavior : An Introduction to Theory and Research*. London : Addison-Wesley Publishing Company.
- Ghazi-Moghadam, S. (2009). *A Qualitative Study of the Perceived Attitudes Toward Counseling and Effective Counseling Practices in Working with Clients of Iranian Origin*. A thesis submitted to the graduate school of the university of Minnesota.
- Halgin, R. P., Weaver, D. D., Edell, W. S. & Spencer, P. G. (1987). Relation of depression and help-seeking history to attitudes toward seeking professional psychological help. *Journal of Counseling Psychology*, 34, 177-185.
- Komiya, N., Good, G. E., & Sherrod, N. B. (2000). Emotional openness as a predictor of college students' attitudes toward seeking psychological help. *Journal of Counseling Psychology*, 47(1), 138-143.
- Meltzer, H., Bebbington, P., Brugha, T., Farrell, M., Jenkins R. & Lewis, G. (2003). The reluctance to seek treatment for neurotic disorders. *International Review Of Psychiatry*, 15, 123-128.
- Obasi, E. M., & Leong, F. T. L. (2009). Psychological distress, acculturation, and mental health seeking attitudes among people of African



- descent in the United States: A preliminary investigation. *Journal of Counseling Psychology*, 56, 227-238.
- 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).
- Özdemir, H. & Rezaki, M. (2007). Depresyon saptanmasında genel sağlık anketi -12. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18, 13-21.
- Özenli, Y., Yoldaşcan, E., Topal, K & Özçürümez, G. (2009). Intention to seek professional psychological help among college students in Turkey: influence of help-seeking attitudes., *Anatolian Journal of Psychiatry*.10, 131-136.
- Raunic, A. & Xenos, S. (2008). University counselling service utilisation by local and international students and user characteristics: A review. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 30, 262-267.
- Rickwod, D., Deane, FP., Wilson, CJ., & 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.
- Schonert-Reichl, K.A. & Muller, J.R. (1996). Correlates of help-seeking in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 25(6), 705-731. Tishby, O. (2001). Help-seeking attitude among Israeli adolescents-statistical data included. *Adolescent*. Summer.
- Uffelman, R. (2005). Moderation of the relation between distress and help-seeking Intentions: an application of hope theory. A dissertation submitted to the graduate faculty of the University of Akron.
- Vaez, M. & Laflamme, L. (2008). Experienced stress, psychological symptoms, self-rated health and academic achievement: A longitudinal study of Swedish University students. *Social Behavior And Personality*, 36, 183-196.
- Wilson, CJ., Rickwood, D., Ciarrochi, J., & Deane, FP. (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, Sydney.